



Τεχνολογικό  
Πανεπιστήμιο  
Κύπρου

Σχολή Επιστημών Υγείας

*Πτυχιακή εργασία*

**ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΗΣ  
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (CETI) ΣΕ ΕΠΙΖΩΝΤΕΣ  
ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ**

*Νάταλυ Κωνσταντή*

**Λεμεσός, Μάιος 2020**



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Πτυχιακή εργασία

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΗΣ  
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (CETI) ΣΕ ΕΠΙΖΩΝΤΕΣ  
ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ

της

Νάταλυ Κωνσταντή

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Μαρίνα Χαραλάμπους

Λεμεσός, Μάιος 2020

## **Πνευματικά δικαιώματα**

Copyright © Νάταλυ Κωνσταντή, 2020

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

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

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την επιβλέπουσα καθηγήτρια της πτυχιακής μου κα. Μαρίνα Χαραλάμπους, την Καθηγήτρια Μαρία Καμπανάρους και τον Δρ. Κώστα Χριστοφή για την αμέριστη βοήθεια τους με στόχο την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ένα εγκεφαλικό επεισόδιο εκτός από τις σωματικές, ψυχολογικές, οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις πολύ συχνά επιφέρει στα άτομα διαταραχές στην επικοινωνία λόγω της αφασίας. Η αφασία είναι μια γλωσσική διαταραχή η οποία επηρεάζει την ικανότητα επικοινωνίας και εμφανίζεται στο 30% των ατόμων μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο. Οι δυσκολίες επικοινωνίας επηρεάζουν αναπόφευκτα την ποιότητα ζωής του ασθενή. Διάφορα εργαλεία έχουν αναπτυχθεί με στόχο την μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών και ένα από αυτά είναι ο «Δείκτης Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας» «ΔΕΑ» (CETI). Ο «ΔΕΑ» (CETI) είναι ένα εργαλείο το οποίο στοχεύει στην μέτρηση της λειτουργικής επικοινωνίας και της κοινωνικοποίησης των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου με αφασία.

Στην παρούσα εργασία έχει μεταφραστεί και χορηγηθεί ο «ΔΕΑ» (CETI) σε 13 επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου στην χρόνια φάση με αφασία καθώς και στους 11 φροντιστές τους. Ο σκοπός της χορήγησης ήταν για να διερευνηθεί κατά πόσο η αφασία επηρεάζει την λειτουργική επικοινωνία και την κοινωνικοποίηση των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου με διαταραχές στην επικοινωνία.

Τα αποτελέσματα της χορήγησης του δείκτη έδειξαν ότι το ήμισυ του δείγματος των ασθενών έχουν επηρεαστεί στον τομέα της λειτουργικής επικοινωνίας και της κοινωνικοποίησης ανεξάρτητα με τις υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές της μελέτης (ηλικία, φύλο).

Ωστόσο, απαιτούνται περαιτέρω έρευνες με μεγαλύτερο δείγμα ασθενών για να διερευνηθεί εάν η αφασία μπορεί να επηρεάσει την λειτουργική επικοινωνία και κοινωνικοποίηση των ασθενών με βάση το επίπεδο δραστηριότητας και συμμετοχής του ICF (WHO, 2002).

**Λέξεις κλειδιά:** αφασία, «Δείκτης Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας», εγκεφαλικό επεισόδιο, λειτουργική επικοινωνία, ποιότητα ζωής.

## **ABSTRACT**

A stroke, despite the physical, psychological, social, and economic effects, very often affects people's language skills because of aphasia. Aphasia, which is a common symptom of stroke, occurs in the 30% of stroke survivors and is a language impairment that affects a person's ability to communicate. Communication difficulties inevitably affect a patient's quality of life. Various tools have been developed to measure patients' quality of life, such as the Communication Effectiveness Index (CETI). CETI aims to measure the functional communication and sociability of stroke survivors with aphasia.

In the present work, CETI has been translated in Greek, and provided to 13 stroke survivors and 11 caregivers. Participants were stroke survivors with chronic aphasia. The purpose of this study was to investigate whether aphasia affects the functional communication and sociability of the stroke survivors with chronic aphasia.

The results of CETI showed that half of the stroke survivors with chronic aphasia were affected in terms of functional communication and sociability are being affected.

Aphasia severity was found to affect the functional communication and sociability of the stroke survivors. The other two independent variables of this study i.e. age and sex showed to have no negative affect.

However, further research with larger sample should be performed so to clarify if aphasia can affect the communicational behaviour and sociability of the stroke survivors with chronic aphasia on the level of activity and participation of the ICF (WHO, 2002).

**Keywords:** aphasia, «Communication Effectiveness Index», stroke, functional communication, quality of life.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	v
ABSTRACT.....	vi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ .....	viii
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ .....	ix
ΑΠΟΔΟΣΗ ΟΡΩΝ .....	x
1 Εισαγωγή .....	1
1.1 Εγκεφαλικό Επεισόδιο .....	1
1.2 Συνέπειες εγκεφαλικού επεισοδίου.....	2
1.3 Αφασία .....	4
1.4 Τύποι Αφασιών .....	5
1.5 Συνέπειες αφασίας.....	8
1.6 Ποιότητα ζωής .....	9
1.7 Δείκτης Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας (CETI).....	12
2 Μεθοδολογία Έρευνας.....	17
3 Αποτελέσματα.....	23
4 Συζήτηση ή Ερμηνεία ή Σχολιασμός Αποτελεσμάτων.....	30
5 Συμπεράσματα .....	35
ΕΠΙΛΟΓΟΣ .....	37
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	38
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	48



## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Η απεικόνιση της βλάβης στον εγκέφαλο με βάση τον τύπο αφασίας.....	5
Διάγραμμα 2: «Διεθνής Ταξινόμησης της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας (ΔΤΛ)- (ICF)».....	11
Διάγραμμα 3: Η κλίμακα του εργαλείου TOM- Therapy Outcome Measure .....	18
Διάγραμμα 4: Η κλίμακα του «Δείκτη Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας».....	20
Διάγραμμα 5: Θηκόγραμμα για το σύνολο απαντήσεων των ασθενών .....	24
Διάγραμμα 6: Θηκόγραμμα για το σύνολο απαντήσεων των φροντιστών.....	24
Διάγραμμα 7: Μέσος όρος απαντήσεων ασθενών και φροντιστών .....	25
Διάγραμμα 8: Μέσος όρος απαντήσεων με βάση την ηλικία του ασθενή .....	26
Διάγραμμα 9: Φυλετικός διαχωρισμός των ασθενών .....	26
Διάγραμμα 10: Διαχωρισμός ασθενών με βάση την σοβαρότητα αφασίας τους .....	27
Διάγραμμα 11: Εύρος απαντήσεων ασθενών με βάση την σοβαρότητα αφασίας τους .	28

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΤΕΠΑΚ.:	Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου
ΔΕΑ:	Δείκτης Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας
CETI:	Communication Effectiveness Index
ΔΤΛ:	Διεθνής Ταξινόμησης της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας
TOM	Therapy Outcome Measure

## ΑΠΟΔΟΣΗ ΟΡΩΝ

Data

Δεδομένα

Boxplot

Θηκόγραμμα

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

# 1 Εισαγωγή

## 1.1 Εγκεφαλικό Επεισόδιο

Ο ανθρώπινος εγκέφαλος είναι υπεύθυνος για όλες τις λειτουργίες που καθορίζουν ποιοι είμαστε και πώς αλληλοσυνδεόμαστε - το ταλέντο μας, το πνεύμα μας, τη δημιουργικότητα μας, την δυνατότητα μας να επικοινωνούμε, να κατανοούμε και να μοιραζόμαστε τα συναισθήματα μας. Το εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελεί ένα αιφνίδιο γεγονός στην ζωή του ατόμου, επηρεάζοντας κάποιες ή όλες αυτές τις λειτουργίες. Μέχρι και σήμερα αποτελεί μια ασθένεια τεράστιας σημασίας για τη δημόσια υγεία, εξαιτίας της αυξημένης νοσηρότητας που επιδεικνύει (Donkor, 2018). Αποτελεί την τρίτη κύρια αιτία αναπηρίας (Johnson, Onuma, Owolabi & Sachdev, 2016) και την δεύτερη κύρια αιτία θνησιμότητας παγκοσμίως (Donkor, 2018). Υπολογίζεται πως κάθε δύο δευτερόλεπτα, κάποιος στον κόσμο βιώνει ένα εγκεφαλικό επεισόδιο (State of the Nation: stroke statistics, 2018). Σύμφωνα με τα δεδομένα των Parr, Ferdinand και Roffe (2017), εκτιμάται ότι ένας στους τέσσερις πιθανόν να υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο στην ηλικία των 80 ετών. Σύμφωνα με τους Boehme, Esenwa και Elkind (2017), μετά την ηλικία των 55 ετών η συχνότητα εμφάνισης του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου μπορεί να διπλασιαστεί με κάθε νέα δεκαετία ζωής.

Το 2016 εκτιμήθηκαν 13,7 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις εγκεφαλικού επεισοδίου καθώς και 5,5 εκατομμύρια θάνατοι (Williams, Jackson, Wagland & Martini, 2020), ενώ, περίπου το 50% των επιζώντων υπολογίζεται πως αποκτούν χρόνιες αναπηρίες (Donkor, 2018). Ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι, οι άντρες έχουν μεγαλύτερο ρίσκο στο να πάθουν εγκεφαλικό επεισόδιο σε μικρότερη ηλικία σε σύγκριση με τις γυναίκες (Sentinel Stroke National Audit Programme, 2017). Ενώ, σύμφωνα με τους Ahnstedt, McCullough και Cipolla (2016), οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη θνησιμότητα, έχουν χειρότερες συνέπειες καθώς και μόνιμες αναπηρίες εξαιτίας του εγκεφαλικού επεισοδίου σε σχέση με τους άνδρες.

Κατά την τελευταία δεκαετία, ο ορισμός του εγκεφαλικού επεισοδίου αναθεωρήθηκε και έγιναν σημαντικές πρόοδοι στον τομέα της θεραπείας και της πρόληψης του (Hankey, 2017). Αποτελεί μια μη μεταδοτική ασθένεια (Williams, Jackson, Wagland &

Martini, 2020) η οποία προκαλεί σημαντικές επιβαρύνσεις στον επιζώντα αλλά και στην κοινωνία (Donkor, 2018; Krishnan et al., 2017).

Το εγκεφαλικό επεισόδιο ορίζεται ως μια νευρολογική ασθένεια κατά την οποία τα αιμοφόρα αγγεία που είναι υπεύθυνα για την μεταφορά του οξυγόνου και των θρεπτικών συστατικών στον εγκέφαλο εμποδίζονται από ένα θρόμβο ή εκρήγνυνται με αποτέλεσμα την πρόκληση μόνιμης βλάβης στο κεντρικό νευρικό σύστημα (Mansfield, Inness & Mcilroy, 2018; Panagal et al., 2019). Λόγω του ότι το συγκεκριμένο μέρος του εγκεφάλου που υπέστη την βλάβη δεν μπορεί να αιματωθεί και να πάρει το οξυγόνο που χρειάζεται αυτό έχει σαν επακόλουθο να σκοτώνονται διάφορα κύτταρα στην προσβεβλημένη περιοχή και η συγκεκριμένη λειτουργία που ελέγχει να δυσλειτουργεί ή να κατασταλεί εντελώς.

Το εγκεφαλικό επεισόδιο διαχωρίζεται σε δύο τύπους, στο ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο που αποτελεί το 80% και στο αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο που αποτελεί το 20% των περιπτώσεων (Donkor, 2018). Το ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο προκαλείται από «διακοπή της παροχής αίματος σε ένα τμήμα του εγκεφάλου με αποτέλεσμα την αιφνίδια απώλεια λειτουργίας» (Donkor, 2018; Panagal et. al., 2019). Η σοβαρότητα του ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου κυμαίνεται από ήπια έως πολύ σοβαρή. Το αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι ο δεύτερος πιο κοινός τύπος εγκεφαλικού επεισοδίου και προκαλείται όταν ένα αιμοφόρο αγγείο εκρήγνυται με αποτέλεσμα την διαρροή αίματος στον εγκέφαλο (An, Kim & Yoon, 2017). Το αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο χωρίζεται στην ενδοεγκεφαλική και στην υπαραχνοειδή αιμορραγία (Donkor, 2018), ενώ σε σύγκριση με το ισχαιμικό είναι πιο σοβαρό καθώς παρουσιάζει υψηλότερη θνησιμότητα και σοβαρότερη αναπηρία (An, Kim & Yoon, 2017).

## **1.2 Συνέπειες εγκεφαλικού επεισοδίου**

Ένα εγκεφαλικό επεισόδιο που επηρεάζει το αριστερό ημισφαίριο του εγκεφάλου θα έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση δυσλειτουργίας στην δεξιά πλευρά του σώματος (Coutts, 2017). Μια βλάβη στο αριστερό ημισφαίριο συνδέεται με γλωσσικές διαταραχές και δυσκολίες στην επικοινωνία, δηλαδή αφασία (Nayar, Vanderstay, Siegert & Turner-Stokes, 2016). Αρκετά άτομα ενδέχεται να εκδηλώσουν αφασία,

δεξιά ημιπληγία και δεξιά ημιανοψία (Ten Brink, Verwer, Biesbroek, Visser-Meily & Nijboer, 2016). Αντίθετα, βλάβη στο δεξί ημισφαίριο οδηγεί σε αριστερή ημιπληγία, αριστερή ημιανοψία (Riès, Dronkers & Knight, 2016) και σε ένα ευρύ φάσμα γνωστικών και κινητικών προβλημάτων που επηρεάζουν την καθημερινή λειτουργία του ατόμου (Nayar, Vanderstay, Siegert & Turner-Stokes, 2016).

Η ξαφνική και απροσδόκητη φύση του εγκεφαλικού επεισοδίου οδηγεί σε ένα ευρύ φάσμα σωματικών, κοινωνικών, συμπεριφορικών, συναισθηματικών και οικονομικών προβλημάτων (Krishnan et al., 2017). Μερικές από τις σωματικές συνέπειες του εγκεφαλικού επεισοδίου είναι η αδυναμία στα χέρια και στα πόδια, η ημιπληγία, η παράλυση, η σπαστικότητα, τα προβλήματα κατάποσης, η αδυναμία ελέγχου του εντέρου και της ουροδόχου κύστης, ο πόνος, η κόπωση και τα προβλήματα όρασης (Mansfield, Inness & Mcilroy, 2018).

Όσον αφορά τον συναισθηματικό τομέα, οι διαταραχές της διάθεσης είναι συχνές επιπτώσεις στους επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου (Kim, 2016). Οι ασθενείς έχουν δυσκολία στον έλεγχο των συναισθηματικών τους αντιδράσεων όπως ακατάλληλο γέλιο ή κλάμα ενώ, αρκετοί ασθενείς αντιμετωπίζουν σοβαρό άγχος εξαιτίας των επικοινωνιακών τους δυσκολιών (Kim, 2016). Ανάλογα με το πόσο σοβαρό είναι το εγκεφαλικό άλλο τόσο επηρεάζεται και η ψυχολογική ισορροπία του ατόμου. Η αποκατάσταση της συναισθηματικής ισορροπίας είναι σημαντική και καθοριστική, ούτως ώστε το άτομο να εξοικειωθεί με τη νέα κατάσταση και να την αποδεχτεί.

Ο γνωστικός τομέας μετά από ένα εγκεφαλικό δεν θα μπορούσε να μείνει ανεπηρέαστος. Τα γνωστικά ελλείμματα αφορούν αλλαγές στη σκέψη, δυσκολία στην επίλυση προβλημάτων, προβλήματα μνήμης, δυσκολίες στην επικοινωνία, στην ανάγνωση και στην γραφή (Nakling et al., 2017). Ένα σημαντικό έλλειμμα που αφήνει το εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η αφασία. Η αφασία είναι μια επίκτητη γλωσσική διαταραχή η οποία επηρεάζει τον προφορικό και γραπτό λόγο και μερικές φορές την ακουστική κατανόηση.

### 1.3 Αφασία

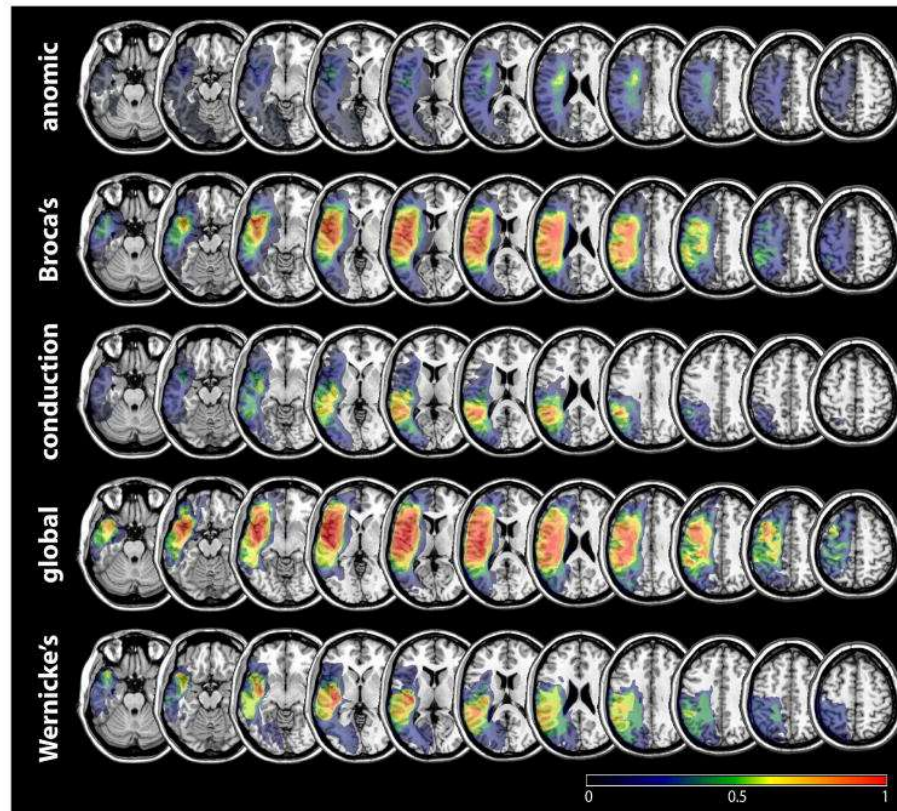
Το εγκεφαλικό επεισόδιο θεωρείται από πολλούς ότι είναι μια ασθένεια η οποία προκαλεί σωματική αναπηρία και η επίδραση του στην επικοινωνία και στη λειτουργία της γλώσσας παραβλέπετε, παρόλο που πιθανώς να αποτελεί την πιο συχνή διαταραχή επικοινωνίας στην ενήλικη ζωή (Cera, Romeiro, Mandrá & Fukuda, 2019). Πολλοί επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου αντιμετωπίζουν γλωσσικές διαταραχές πέραν των έξι μηνών έως ενός έτους μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο (Bonilha & Fridriksson, 2017). Η σοβαρότητα του εγκεφαλικού επεισοδίου συνδέεται άρρηκτα με την παρουσία αφασίας. Οι επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου που είχαν διαγνωστεί με αφασία ήταν αυτοί οι οποίοι είχαν και σοβαρότερο εγκεφαλικό επεισόδιο (Lui & Nguyen, 2018). Σύμφωνα με τους Tippet και Hillis, (2017) το 15% έως 33% των ατόμων με οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο έχουν αφασία. Επιπλέον, το 15% των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου κάτω των 65 ετών, εμφανίζουν αφασία πιο συχνά σε σύγκριση με τους ασθενείς άνω των 85 ετών (Tippet & Hillis, 2017). Κάθε χρόνο, περίπου 170.000 νέες περιπτώσεις ατόμων με αφασία οφείλονται στο εγκεφαλικό επεισόδιο (Acharya & Wroten, 2020).

Η αφασία ετυμολογικά αποτελείται από το α- στερητικό και το φημί (λέγω, μιλάω), πρόκειται δηλαδή για μια διαταραχή η οποία επηρεάζει την ικανότητα επικοινωνίας του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, αποτελεί μια επίκτητη νευρολογική διαταραχή (Ali et al., 2018) η οποία προκαλεί φθορά στα τμήματα του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνα για την ανάγνωση, τη γλώσσα, και την γραφή (Σκαμαντζούρα, 2018). Αποτελεί μια χρόνια πάθηση που συνήθως επηρεάζει το αριστερό ημισφαίριο του εγκεφάλου (Armour, Brady, Sayyad & Krieger, 2019) και έχει ως αποτέλεσμα την μερική ή ολική απώλεια της χρήσης ή κατανόησης της ομιλίας, του δεκτικού και εκφραστικού λεξιλογίου (παρόλο που τα όργανα της ομιλίας δεν έχουν υποστεί βλάβη και παραμένουν άθικτα) (Sarno, 2017). Η αφασία είναι συνήθως δευτερογενής σε εγκεφαλικό επεισόδιο ή σε άλλους εγκεφαλικούς τραυματισμούς (Acharya & Wroten, 2020) και η επίδραση της στο άτομο εξαρτάται από την περιοχή και την σοβαρότητα της βλάβης στον εγκέφαλο (Fridriksson et al., 2018).



## 1.4 Τύποι Αφασιών

Αναλόγως, της προσβεβλημένης περιοχής καθορίζεται και ο τύπος της αφασίας ο οποίος προκαλεί αλλοιώσεις στον εγκέφαλο και επιφέρει επιζήμιες και μακροπρόθεσμες συνέπειες στον ασθενή (Bullier et al., 2020) (βλ. Διάγραμμα 1). Υπάρχουν διάφοροι τύποι αφασίας εκ των οποίων είναι η αφασία Broca, Wernicke, η Ανομική, η Ολική και η αφασία Αγωγής.



**Διάγραμμα 1:** Η απεικόνιση της βλάβης στον εγκέφαλο με βάση τον τύπο αφασίας

Η επικάλυψη της βλάβης στον εγκέφαλο για κάθε τύπο αφασίας σε ασθενείς που υπέστησαν εγκεφαλικό επεισόδιο. Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στο κόκκινο χρώμα δηλαδή, η βλάβη στην συγκεκριμένη περιοχή είναι 100%. Επομένως, τα απεικονιζόμενα κόκκινα μέρη στον εγκέφαλο για τον κάθε τύπο αφασίας είναι αυτά που προσβάλλονται περισσότερο (Yourganov, Smith, Fridriksson & Rorden, 2015).

Η αφασία Broca γνωστή στην βιβλιογραφία και ως κινητική ή εκφραστική αφασία (Ardila, Bernal & Rosselli, 2016) αποτελεί ένα τύπο «μη-ρέουσας» αφασίας (Acharya & Wroten, 2020). Η περιοχή Broca βρίσκεται στην οπίσθια κατώτερη μετωπιαία έλικα του κυρίαρχου ημισφαιρίου στις περιοχές Brodmann 44 και 45 (Stinnett, Reddy & Zabel, 2020). Η βλάβη στην περιοχή Broca σχετίζεται με δυσκολίες παραγωγής, κατανόησης, γραφής, επανάληψης και κατονομασίας (Stinnett, Reddy & Zabel, 2020). Η ομιλία των ατόμων με αφασία Broca παρόλο που περιέχει περιεχόμενο, χαρακτηρίζεται ως “τηλεγραφική” και κοπιώδης καθώς παραλείπουν άρθρα, προθέσεις και άλλες λέξεις που έχουν γραμματική βαρύτητα. Η περιοχή Broca έχει συσχετιστεί επίσης με τον τραυλισμό (διαταραχή ροής της ομιλίας) (Stinnett, Reddy & Zabel, 2020). Πέρα από αυτά, λόγω του ότι τα άτομα με το συγκεκριμένο τύπο αφασίας μπορούν να κατανοήσουν την κατάσταση τους, επιβαρύνονται συναισθηματικά και συχνά εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης (Stinnett, Reddy & Zabel, 2020).

Ένας άλλος τύπος αφασίας επίσης συχνός, είναι η αφασία του Wernicke ή αλλιώς δεκτική ή αισθητική αφασία. Η αφασία τύπου Wernicke υπόκειται σε βλάβη στο οπίσθιο μέρος της άνω κροταφικής περιοχής του κυρίαρχου ημισφαιρίου (περιοχή Brodmann 22) (Javed, Reddy, Das & Wroten, 2020). Η περιοχή του Wernicke ευθύνεται για την κατανόηση τόσο της γραπτής όσο και της ομιλούμενης γλώσσας (Javed, Reddy, Das & Wroten, 2020). Οι ασθενείς με αφασία Wernicke είναι σε θέση να παράγουν λόγο με φυσιολογική ροή και προσωδία (Acharya & Wroten, 2020). Παρόλα αυτά, ο λόγος τους είναι ακατανόητος ή ακόμη και όταν είναι κατανοητός σε κάποιο βαθμό συνοδεύεται από σοβαρά σφάλματα και ανωμαλίες όπως λεκτικές και φωνημικές παραφασίες και νεολογισμούς (Acharya & Wroten, 2020). Κάνουν χρήση μεγάλου όγκου λέξεων οι οποίες δεν συνδέονται μεταξύ τους αλλά, ούτε και έχουν να προσφέρουν κάποιο νόημα στην συζήτηση (Acharya & Wroten, 2020). Εξαιτίας του ότι οι ασθενείς με αφασία Wernicke έχουν μειωμένη κατανόηση της ομιλίας δεν μπορούν να αναγνωρίζουν τα σφάλματα τους (Acharya & Wroten, 2020). Η επανάληψη και η ονομασία αντικειμένων είναι επίσης διαταραγμένη ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχει δυσκολία και στην ανάγνωση (Acharya & Wroten, 2020). Τα άτομα με αφασία Wernicke δεν επιβαρύνονται συναισθηματικά σε τόσο μεγάλο βαθμό σε σύγκριση με τα άτομα με αφασία Broca (Acharya & Wroten, 2020). Χαρακτηρίζονται από μερική

απογοήτευση λόγω της έλλειψης επικοινωνίας τους με άλλα άτομα (Hartman et al., 2017).

Η ανομική ή αλλιώς κατονομαστική αφασία από την άλλη, επηρεάζει κυρίως τη λεξική ανάκληση (Kintz, Wright & Fergadiotis, 2015) καθώς και την ανάγνωση ή και κατονομασία των λέξεων (Haaland-Johansen, 2019). Τα άτομα με ανομική αφασία παρουσιάζουν ένα κοινό σύμπτωμα το οποίο είναι η διαταραχή της κατονομασίας αντικειμένων και προσώπων (Kintz, Wright & Fergadiotis, 2015). Παρόλο που έχουν μια σαφή κατανόηση του τι προσπαθούν να ονομάσουν ή τι τους λένε να γράψουν, χρειάζονται περισσότερο χρόνο ή ακόμη δεν μπορούν να το διατυπώσουν (Kintz, Wright & Fergadiotis, 2015). Μερικές φορές αντικαθιστούν λέξεις ή παράγουν «σαλάτα λέξεων» (jargon words) (Kané & Goral, 2016). Οι αφηγήσεις τους χαρακτηρίζονται από μειωμένο ρυθμό ομιλίας, μειωμένο μέσο μήκος εκφοράς, λιγότερες γραμματικά ορθές προτάσεις, σημασιολογικές παραφασίες και σφάλματα συνοχής (Andreetta, Cantagallo & Marini, 2012). Για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες επικοινωνίας τους κάνουν παύσεις, επαναλήψεις και παράγουν λέξεις ή ήχους για να “γεμίσουν” τον λόγο τους με αποτέλεσμα να μειώνεται η συνοχή και η ομαλή ροή στην ομιλία τους (Kong, Linnik, Law & Shum, 2017).

Ο σοβαρότερος τύπος αφασίας είναι η ολική αφασία η οποία προκαλείται από βαριά και εκτεταμένη βλάβη στο αριστερό ημισφαίριο του εγκεφάλου και πιο συγκεκριμένα στην περιοχή του Sylvius (Webb, 2017). Η ολική αφασία χαρακτηρίζεται από πολύ σοβαρή διαταραχή στην κατανόηση και στην έκφραση του προφορικού και του γραπτού λόγου (Tippett & Hillis, 2016; Webb, 2017). Επιπρόσθετα, τα άτομα έχουν σοβαρά ελλείμματα στην επανάληψη, στην ανάγνωση και στην γραφή (Marinelli, Spaccavento, Craca, Marangolo & Angelelli, 2017). Η ομιλία των ατόμων με ολική αφασία περιορίζεται σε αυτόματες απαντήσεις (Ναι, Όχι) και επαναλαμβανόμενες δηλώσεις (Stewart & Riedel, 2016) οι οποίες δεν είναι αξιόπιστες. Επίσης, δυσκολεύονται να απαντήσουν ακόμη και στις πιο απλές ερωτήσεις λόγω της δυσκολίας τους να κατανοήσουν μεμονωμένες λέξεις, προτάσεις και διαλόγους (Tippett & Hillis, 2016).

Ένας ακόμα τύπος αφασίας αρκετά σπάνιος είναι η αφασία αγωγής (Northam et al., 2018) η οποία οφείλεται σε δυσλειτουργία της δομής που ενώνει την περιοχή του Wernicke με την περιοχή του Broca (τοξοειδής δέσμη) (Acharya & Maani, 2020). Τα

άτομα με τον συγκεκριμένο τύπο αφασίας έχουν ομαλή ροή ομιλίας (Garcia-Grimshaw, Gutierrez-Manjarrez & Gonzalez-Duarte, 2018). Ωστόσο, παράγουν φωνημικές παραφασίες (π.χ. τηλέφωνο - λητένωφο), έχουν δυσκολία στην επανάληψη (Acharya & Maani, 2020) και δυσκολία στην εύρεση λέξεων (Northam et al., 2018). Οι προτάσεις τους είναι μικρές και ασύνδετες. Επίσης, εμφανίζουν δυσκολία στην φωναχτή ανάγνωση σε αντίθεση με την σιωπηλή που μπορούν να καταλάβουν καλύτερα τι διαβάζουν (Garcia-Grimshaw, Gutierrez-Manjarrez & Gonzalez-Duarte, 2018). Τα άτομα αυτά λόγω του ότι έχουν επίγνωση της κατάστασης τους νιώθουν αγχωμένοι όταν προσπαθούν να εκφραστούν λεκτικά και πολλές φορές αυτοδιορθώνονται (Acharya & Maani, 2020).

## 1.5 Συνέπειες αφασίας

Η αφασία επηρεάζει την επικοινωνιακή ικανότητα του ατόμου. Η παραγωγή του λόγου είναι θεμελιώδης για την ανθρώπινη επικοινωνία και την ανθρώπινη αλληλεπίδραση (Bonilha & Fridriksson, 2017; Flinker et al., 2015). Αποτελεί μια ενστικτώδη ανθρώπινη δραστηριότητα η οποία είναι πολυδιάστατη και πολύπλοκη (Πανέτσος, Ραφαηλίδης & Κεχαγιά, 2020). Η μείωση της λειτουργικής επικοινωνίας στα άτομα με αφασία έχει ως αποτέλεσμα να παρεμποδίζεται η επικοινωνία των βασικών αναγκών τους, η ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων τους και γενικότερα η ατομική τους ανεξαρτησία (Marshall et al., 2016; Worrall et al., 2010). Προσπαθούν με τα μέσα που έχουν να μπορέσουν να μεταφέρουν αυτά που επιθυμούν με εναλλακτικούς τρόπους. Δεδομένου ότι η επικοινωνία χωρίζεται στην λεκτική και την μη λεκτική (Τσούφης & Φορτωτήρα, 2019), ο δεύτερος τρόπος αποτελεί συχνά για τους ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή αφασία το συνδετικό κρίκο της επικοινωνίας τους με τα άλλα άτομα.

Η πλειονότητα της αυθόρμητης αποκατάστασης της γλωσσικής λειτουργίας συμβαίνει συνήθως εντός του πρώτου τριμήνου έως και έξι μηνών (Acharya & Wroten, 2020). Ωστόσο, ένα μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 30-40% θα έχουν μόνιμες γλωσσικές διαταραχές (Marebwa et al., 2017) οι οποίες ενδέχεται να έχουν αξιοσημείωτη αρνητική επίδραση κατά την ανάρρωση, την αποκατάσταση και την ψυχοκοινωνική προσαρμογή του πάσχοντα (Armour, Brady, Sayyad & Krieger, 2019; Bonilha & Fridriksson, 2017). Αυτές οι μόνιμες γλωσσικές διαταραχές απομονώνουν τα άτομα (Lee et al., 2015) και

τους επιβαρύνουν με περαιτέρω προβλήματα (ψυχολογικά, κοινωνικά) στα ήδη υφιστάμενα ιατρικά τους (Armour, Brady, Sayyad & Krieger, 2019). Πιο συγκεκριμένα, η αφασία επηρεάζει την κοινωνική *συμμετοχή* και κατ' επέκταση την κοινωνική ζωή του ατόμου (Krishnan et al., 2017). Επιπρόσθετα, η αφασία έχει αρνητικό αντίκτυπο στην επαγγελματική σταδιοδρομία, στη διάθεση, στις σχέσεις αλλά και στην οικογενειακή επανένταξη (Bullier et al., 2020; Davidson, Howe, Worrall, Hickson & Togher, 2008; Lee et al., 2015). Η εμφανής πλέον περιορισμένη *συμμετοχή* του ασθενή σε όλους του τομείς της ζωής μειώνει αναμφισβήτητα την *ποιότητα ζωής* του ίδιου αλλά και των συγγενών του (Bonilha & Fridriksson, 2017). Σύμφωνα με τον Krishnan et al., (2017) περίπου 3,5 εκατομμύρια επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου λαμβάνουν φροντίδα από άλλους, συμπεριλαμβανομένων των οικογενειών, των φίλων και των φροντιστών.

Τα άτομα με αφασία οι οποίοι έχουν διαταραχές στη διάθεση και αντιμετωπίζουν διάφορους λειτουργικούς περιορισμούς είναι αυτοί οι οποίοι σχετίζονται με «φτωχούς» σε ποιότητα ζωής ασθενείς (Bullier et al., 2020). Η σοβαρότητα της αφασίας και η μόνιμη νευρολογική αναπηρία επηρεάζει άμεσα την ποιότητα ζωής των ασθενών (Bullier et al., 2020).

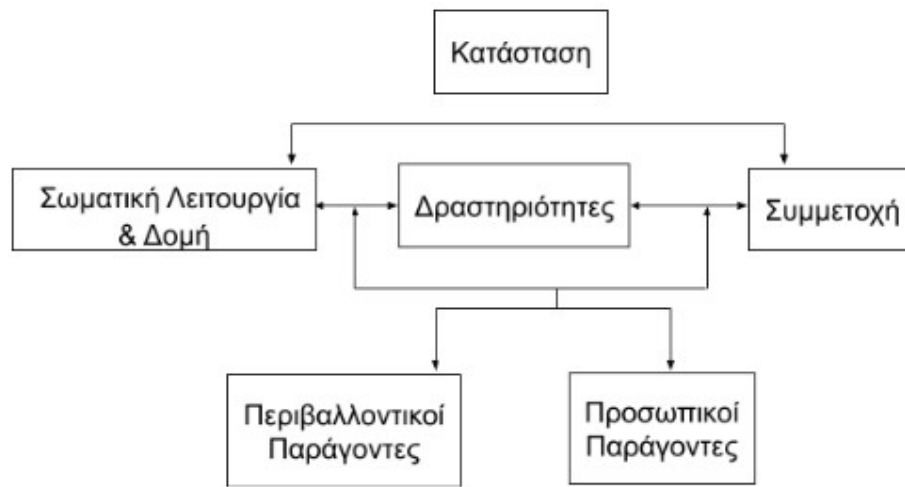
Ξεκινώντας, από τις κινητικές βλάβες που προκαλεί ένα εγκεφαλικό επεισόδιο και έπειτα στις διαταραχές που προκαλεί στο γλωσσικό σύστημα δηλαδή αφασία, έχουν σαν συνέπεια τις εκπτώσεις στην επικοινωνία και στις *δραστηριότητες της καθημερινής ζωής* και την μείωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών.

## **1.6 Ποιότητα ζωής**

Η μεγαλύτερη συνειδητοποίηση των κοινωνικών συνεπειών των διαφόρων διαταραχών και η αυξανόμενη ανάγκη για αποτελέσματα με επίκεντρο τον ασθενή στη σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη έχει καταστήσει αναγκαία την υποχρέωση των κλινικών να συλλέγουν πληροφορίες σχετικές με την ποιότητα ζωής των ασθενών τους (Cruise, Worrall, Hickson & Murison, 2005; Ellis & Peach, 2016). Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια έννοια με πλούσιο περιεχόμενο καθιστώντας την ένα πολυδιάστατο φαινόμενο το οποίο περιλαμβάνει ποικίλους παράγοντες που επηρεάζουν τη ζωή του ατόμου (Karimi & Brazier, 2016). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) η ποιότητα

ζωής ορίζεται «ως μία κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία ασθένειας και αναπηρίας» ("WHO | WHOQOL: Measuring Quality of Life", 2020). Οι άνθρωποι θα πρέπει να αισθάνονται καλά (ψυχολογικά και κοινωνικά), και να έχουν τη βέλτιστη ανεξαρτησία που επιθυμούν (McCormick, 2017). Εναλλακτικά, η ποιότητα ζωής χαρακτηρίζεται ως η αντίληψη του ατόμου στην θέση του στην ζωή με βάση στον πολιτισμό στον οποίο ζει καθώς και τους στόχους, τις φιλοδοξίες, τις ανυσιχίες και τα πρότυπα του (Donkor, 2018). Αυτοί οι παράγοντες φαίνεται να ενισχύουν θετικά την ζωή του ατόμου δίνοντας του ελπίδα για το μέλλον και προσθέτοντας έτσι ποιότητα στη ζωή του (McCormick, 2017).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) δημιούργησε ένα πλαίσιο για την αντιμετώπιση της υγειονομικής περίθαλψης που ονομάζεται «Διεθνής Ταξινόμηση της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας (ΔΤΛ)- (ICF)» (WHO, 2002). Περιλαμβάνει την επίδραση της διαταραχής/ ασθένειας σχετικά με τη δραστηριότητα και τη συμμετοχή, τις περιβαλλοντικές πτυχές που μπορούν να επηρεάσουν την προσαρμογή ή την ανάκτηση ενός ατόμου, αλλά και τους προσωπικούς και κοινωνικούς παράγοντες (βλ. Διάγραμμα 2). Μέσω της ΔΛΤ γίνεται πιο εύκολη η κατανόηση της επικοινωνιακής διαταραχής και η επίδρασή της στην ποιότητα ζωής των ασθενών (O'Halloran, Carragher & Foster, 2017; WHO, 2002). Η παρέμβαση με βάση της ΔΛΤ στα άτομα με αφασία στοχεύει στην μείωση των εμποδίων και στην δημιουργία διευκολύνσεων με στόχο την ενίσχυση της *συμμετοχής* τους στην ζωή (Elman, 2000; Ross & Wertz, 2003). Η χρόνια φύση της αφασίας απαιτεί από τους ερευνητές και τους κλινικούς ιατρούς να εξετάσουν πώς οι συνθήκες, οι ανάγκες επικοινωνίας και συμμετοχής των ατόμων με αφασία αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου (O'Halloran, Carragher & Foster, 2017). Στην έρευνα αυτή θα εξεταστεί πώς η αφασία, και οι παρεμβάσεις της στην καθημερινή επικοινωνία επηρεάζουν τις πτυχές της δραστηριότητας και της συμμετοχής των συμμετεχόντων ασθενών.



**Διάγραμμα 2:** «Διεθνής Ταξινόμησης της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας (ΔΤΛ)- (ICF)»

Πηγή: (WHO, 2002)

Σύμφωνα με την Συμεωνίδου (2012), η *δραστηριότητα* ορίζεται ως η εκτέλεση ενός έργου ή μιας ενέργειας από το άτομο ενώ η *συμμετοχή* ορίζεται ως η ανάμειξη σε καταστάσεις ζωής. Πιο συγκεκριμένα, η δραστηριότητα λαμβάνει υπόψη τις δραστηριότητες ζωής στις οποίες συμμετέχει ένα άτομο και τον τρόπο με τον οποίο η κατάσταση της υγείας του επηρεάζει την πραγματοποίησή τους (Galletta & Barrett, 2014). Παραδείγματα δραστηριοτήτων που ενδέχεται να επηρεαστούν στους ασθενείς με αφασία, είναι να μιλούν στο τηλέφωνο, να ζητούν οδηγίες για μια τοποθεσία ή να διηγούνται μια ιστορία (Galletta & Barrett, 2014). Η ΔΛΤ (WHO, 2002) υποστηρίζει ότι αν η *σωματική λειτουργία* και *δομή* του ατόμου λειτουργούν αποτελεσματικά τότε το άτομο θα είναι ικανό να συμμετέχει σε διάφορες δραστηριότητες καθιστώντας τον έτσι λειτουργικό (Συμεωνίδου, 2012). Αν όμως η σωματική λειτουργία και δομή του ατόμου δεν λειτουργούν αποτελεσματικά και αν το περιβάλλον θέτει φραγμούς και εμπόδια στον ασθενή τότε δεν θα μπορεί να συμμετέχει λειτουργικά σε διάφορες δραστηριότητες (Συμεωνίδου, 2012).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των Dalemans, De Witte, Wade και Van den Heuvel, (2008), η μείωση της *συμμετοχής* των ατόμων με αφασία αφορά τομείς της κοινωνικής ζωής όπως της οικιακής, της διαπροσωπικής, της εκπαίδευσης, της απασχόλησης, της κοινότητας και της αστικής ζωής. Ενώ σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των Pommerehn, Delboni και Fedosse (2016), η μείωση της συμμετοχής των ατόμων με αφασία αφορά σχέσεις με ξένους, επίσημες σχέσεις, ανεπίσημες κοινωνικές σχέσεις,

διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις (βασικές και περίπλοκες), σχέσεις με την οικογένεια και οικείες σχέσεις. Όσον αφορά τις δραστηριότητες οι οποίες είχαν επηρεαστεί στα άτομα με αφασία ήταν το διάβασμα, το γράψιμο, ο υπολογισμός και η επίλυση προβλημάτων, η ομιλία, η συζήτηση, η ικανότητα τους να βοηθάνε άλλους, η εκτέλεση πολλαπλών εργασιών, οι δουλειές του σπιτιού και η αγορά αγαθών και υπηρεσιών (Pommerehn, Delboni & Fedosse, 2016). Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τον Dacharry et al., (2013) τα άτομα με αφασία επηρεάζονταν σε τομείς που αφορούν το ντύσιμο, τις μετακινήσεις σε εξωτερικούς χώρους, τις αγορές, την διαχείριση οικονομικών, τις σχέσεις με άγνωστα πρόσωπα, την ομαδική αναψυχή και την κοινοτική ζωή (Dacharry et al., 2013).

Οι καθοριστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα παραγόντων (Oni, Aina, Ojini & Olisah, 2016). Περιλαμβάνουν την κατάθλιψη, την κοινωνική υποστήριξη, την κοινωνική τάξη του ατόμου καθώς και την λειτουργική του κατάσταση, την ηλικία, την συννοσηρότητα άλλων διαταραχών, το χρονικό διάστημα που έχει περάσει μετά το εγκεφαλικό, την συχνότητα γέλιου και των χαρακτηριστικών των φροντιστών του (Donkor, 2018).

Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια έννοια πολύ προσωπική και άκρως υποκειμενική η οποία περιλαμβάνει πολλές εννοιολογικές ασάφειες (McCormick, 2017). Εξαιτίας αυτών, η έννοια της ποιότητας ζωής δεν έχει οριστεί ακόμη με ένα ειδικό και ομοιόμορφο τρόπο. Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου βασίζεται σε συγκρίσεις μεταξύ των τρέχουσων συνθηκών ζωής τους ασθενή και των τρέχουσων προτύπων του (Ellis & Peach, 2016). Σε διάφορες έρευνες αποκλείονται τα άτομα με αφασία λόγω των επικοινωνιακών τους δυσκολιών με αποτέλεσμα σε αυτές τις περιπτώσεις να αποτελεί εναλλακτική λύση οι αναφορές των άμεσων φροντιστών τους (Cruice, Worrall, Hickson & Murison, 2005; Ellis & Peach, 2016; Lee et al., 2015).

## **1.7 Δείκτης Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας (CETI)**

Στην παρούσα εργασία θα χορηγηθεί το ερωτηματολόγιο CETI (Communication Effectiveness Index) (Lomas et al., 1989) το οποίο έχει μεταφραστεί στα ελληνικά ως «Δείκτης Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας», «ΔΕΑ» (CETI), για την μέτρηση της λειτουργικής επικοινωνίας, σε επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου (στην χρόνια φάση)



που έχουν διαγνωστεί με αφασία στην Κύπρο. Ο σκοπός του «ΔΕΑ» CETI είναι να εκτιμήσει ποσοτικά την αλλαγή των επιδόσεων διαχρονικά σε ασθενείς με αφασία μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο (Lomas et al., 1989). Παράλληλα, χρησιμοποιείται για την μέτρηση της λειτουργικής επικοινωνίας έναντι της γλωσσικής ικανότητας στους ασθενείς με αφασία (Lomas et al., 1989). Συνήθως, ένα πληρεξούσιο άτομο (φροντιστής, οικογενειακός φροντιστής) αξιολογεί τις λειτουργίες επικοινωνίας του ασθενή, μέσω μιας οπτικής-αναλογικής κλίμακας 10 εκατοστών (Pedersen, Vinter & Olsen, 2001). Κατά την αξιολόγηση της απόδοσης του ατόμου με αφασία στις διάφορες καταστάσεις επικοινωνίας το πληρεξούσιο άτομο θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη όχι μόνο την λεκτική επικοινωνία αλλά και όλες τις άλλες μορφές επικοινωνίας και κατανόησης εάν και εφόσον τις χρησιμοποιεί ο ασθενής (Lomas et al., 1989). Ακόμη, οι φροντιστές θα πρέπει να αξιολογούν την πραγματική απόδοση του ασθενή στις διάφορες καταστάσεις επικοινωνίας και να μην συμπεραίνουν πιθανές επιδόσεις για μη παρατηρημένες καταστάσεις (Lomas et al., 1989).

Ο «ΔΕΑ» (CETI) όπως αναφέρεται και στην βιβλιογραφία, είναι ένα εργαλείο το οποίο επαναλαμβάνεται διαχρονικά για τον προσδιορισμό των αλλαγών στην επικοινωνία και σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των Lomas et al., (1989) ο «ΔΕΑ» (CETI) είναι συνεπής και έχει αποδεκτή αξιοπιστία δοκιμής - επαναδοκιμής. Ωστόσο μερικές μελέτες έχουν δείξει ότι, οι φροντιστές υπερεκτιμούν τις επιδόσεις των ασθενών (Pedersen, Vinter & Olsen, 2001). Αυτό αποδίδεται στο γεγονός ότι δίνεται η δυνατότητα στον αξιολογητή να δει την προηγούμενη βαθμολογία. Επομένως, υπάρχει κίνδυνος υποκειμενικής αξιολόγησης λόγω του ότι ο φροντιστής ενδέχεται να επηρεαστεί από την προηγούμενη αξιολόγηση και τις αναμενόμενες αλλαγές στον ασθενή παρά από τις πραγματικές αλλαγές στην επικοινωνιακή του συμπεριφορά (Pedersen, Vinter & Olsen, 2001).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης των Penn, Milner και Fridijhon, (1992) βρήκαν ο «ΔΕΑ» (CETI) να είναι ευαίσθητος στις μεταβολές του χρόνου αλλά και στην εφαρμογή του σε διάφορες γλωσσικές ομάδες καθώς και στις διαταραχές της επικοινωνίας που προκύπτουν από ζημιές στο δεξί και στο αριστερό ημισφαίριο. Επιπλέον υποστήριξαν ότι ο «ΔΕΑ» (CETI) σχετίζεται με το συνολικό επίπεδο της σοβαρότητας του εγκεφαλικού επεισοδίου (Penn, Milner & Fridijhon, 1992). Αντίθετα οι Pedersen, Vinter και Olsen (2001), υποστήριξαν ότι ο «ΔΕΑ» (CETI) μπορεί να

προσαρμοστεί σε άλλες γλώσσες χωρίς σημαντικά προβλήματα καθώς και ότι η βαθμολογία του δε σχετίζεται σημαντικά ούτε με τη σοβαρότητα του εγκεφαλικού επεισοδίου, ούτε με βασικού ή υψηλού επιπέδου δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

Ο τρόπος εμφάνισης και κατασκευής των στοιχείων του «ΔΕΑ» (CETI) σχεδιάστηκε με στόχο να είναι γενικεύσιμος σε όλα τα φύλα (καθώς και σε μέρη και ώρες). Τα 16 στοιχεία που αποτελούν το δείκτη κατατάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες, τα 8 ήταν από την κατηγορία της κοινωνικής ανάγκης, τα 3 από τη κατηγορία δεξιότητες ζωής, τα 4 από τη κατηγορία βασικές ανάγκες και μόνο 1 από την κατηγορία απειλή για την υγεία (Lomas et al.,1989). Η μεγάλη αξία αυτού του εργαλείου είναι ότι αποτελεί ένα μέτρο αλλαγής της επικοινωνιακής αποτελεσματικότητας, επιτρέποντας έτσι στους κλινικούς να αξιολογήσουν την πρόοδο των ασθενών τους στην θεραπεία και οι ερευνητές να αξιολογήσουν την ανάκτηση της επικοινωνιακής ικανότητας σε ομαδικές μελέτες της αποτελεσματικότητας της θεραπείας (Lomas et al.,1989). Επίσης, ο «ΔΕΑ» (CETI) δε θεωρείται ότι είναι ένα κατανοητό μέσο εκτίμησης της αφασίας και δεν υποκαθιστά τις παραδοσιακές γλωσσικές αξιολογήσεις (Lomas et al.,1989). Δεν έχει σχεδιαστεί (και δεν έχει επικυρωθεί) ως εργαλείο διάκρισης των τύπων αφασίας ή μεταξύ των ατόμων με αφασία και χωρίς αφασία (Lomas et al.,1989).

Ο «ΔΕΑ» (CETI) μετρά μια ξεχωριστή διάσταση της λειτουργικής επικοινωνίας η οποία δεν μπορεί να μετρηθεί από τα ήδη υπάρχοντα εργαλεία (Doedens & Meteyard, 2019). Επιπλέον, αποτελεί μια προσπάθεια, να δοθεί ένα εργαλείο που θα μπορεί να μετρήσει μερικές από τις πιο λειτουργικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του προγράμματος αποκατάστασης του ασθενή με αφασία, και έχουν διαφύγει από τις μετρήσεις που γίνονται (Lomas et al.,1989). Ωστόσο θα πρέπει να επισημανθεί ότι, δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται για την πρόβλεψη της ανταπόκρισης του ασθενή με αφασία στη θεραπεία αποκατάστασης (Lomas et al., 1989). Τέλος, ένα ακόμη πλεονέκτημα του «ΔΕΑ» (CETI) είναι η εύκολη κατανόηση του από τους μη επαγγελματίες του χώρου καθώς και το ότι δεν είναι χρονοβόρο (Fyrberg, Strid, Ahlsén & Thunberg, 2017).

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν έχει ξανά χορηγηθεί στην Κύπρο αλλά ούτε και στην Ελλάδα παρόλο που, οι μέχρι τώρα έρευνες στο εξωτερικό δείχνουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα ως προς την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του. Το γεγονός αυτό και σε

συνδυασμό με την επιθυμία μας να αξιολογήσουμε κατά πόσο τα άτομα με αφασία στην Κύπρο επηρεάζονται στο τομέα της λειτουργικής επικοινωνίας και της κοινωνικοποίησης ήταν αυτά που μας ώθησαν στην επιλογή του συγκεκριμένου εργαλείου.

Τέλος, το ερευνητικό ερώτημα που επιδιώκει να απαντήσει η παρούσα μελέτη είναι αν η αφασία επηρεάζει την λειτουργική επικοινωνία και την κοινωνικοποίηση των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου στην Κύπρο. Μέχρι στιγμής πολύ λίγες μελέτες έχουν ασχοληθεί με την προβλεπόμενη αξία των λειτουργικών και κοινωνικών περιορισμών καθώς και την απόρριψη των ατόμων με αφασία. Η παρούσα εργασία φιλοδοξεί να καλύψει το συγκεκριμένο κενό της βιβλιογραφίας στην Κύπρο, ευελπιστώντας να γίνουν και άλλες παρόμοιες έρευνες για τα άτομα με αφασία ούτως ώστε οι κλινικοί στην χώρα μας να βασίζονται στην τεκμηριωμένη πρακτική.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**  
**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

## 2 Μεθοδολογία Έρευνας

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στη παρούσα εργασία είναι ο «ΔΕΑ» (CETI) ο οποίος εξετάζει την αλλαγή των επιδόσεων στον τομέα της λειτουργικής επικοινωνίας και της κοινωνικοποίησης στα άτομα με αφασία μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο (Lomas et al., 1989). Επαναχορηγείται διαχρονικά με στόχο τον προσδιορισμό των αλλαγών στην επικοινωνία του ασθενή. Αποτελείται από 16 στοιχεία τα οποία χωρίζονται σε 4 κατηγορίες και βαθμολογούνται συνήθως από ένα πληρεξούσιο άτομο του ασθενή.

Το συγκεκριμένο εργαλείο υπήρχε στα Αγγλικά και μεταφράστηκε στα ελληνικά ως «Δείκτης Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας» «ΔΕΑ» (CETI) για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας. Για τη διαδικασία αυτή, συνέβαλαν τρεις φοιτήτριες της Σχολής Επιστημών Αποκατάστασης του τμήματος Λογοθεραπείας του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου. Αρχικά, έγινε μετάφραση του ερωτηματολογίου από τα Αγγλικά στα Ελληνικά και σε δεύτερη φάση πραγματοποιήθηκε μετάφραση από τα Ελληνικά στα Αγγλικά. Η αντίστροφη μετάφραση έγινε με σκοπό να ελεγχθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της Ελληνικής μετάφρασης, μέσω της σύγκρισης με το πρότυπο αγγλικό ερωτηματολόγιο.

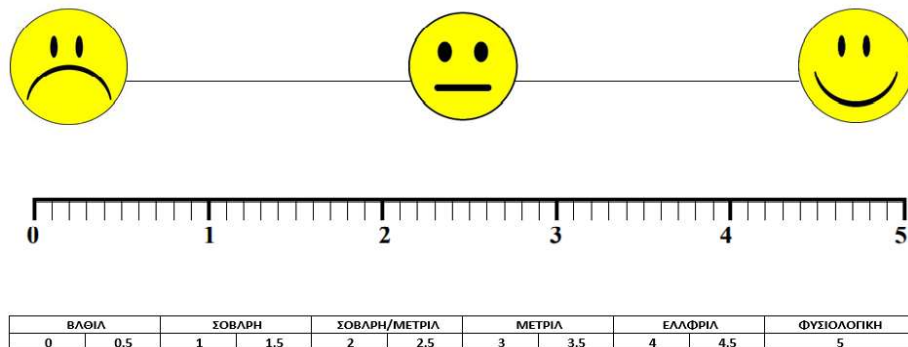
Ο «ΔΕΑ» (CETI) χορηγήθηκε σε 13 επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου με αφασία στην χρόνια φάση καθώς και στους φροντιστές τους. Αρχικά, ο στόχος ήταν να χορηγηθεί σε 30 ασθενείς με τα προαναφερόμενα χαρακτηριστικά αλλά λόγω εξωγενών παραγόντων (πανδημία COVID-19) δεν κατέστη εφικτό αυτό. Ο λόγος που είχε αποφασιστεί να χορηγηθεί σε 30 ασθενείς ήταν γιατί από στατιστικής άποψης, ένα δείγμα θα πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον 30 άτομα για να έχει κανονική κατανομή (Dömyei, 2008).

Τα *κριτήρια συμπερίληψης* τα οποία λήφθηκαν υπόψη για την επιλογή των συμμετεχόντων ήταν: οι ασθενείς να έχουν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο και να έχουν διαγνωστεί από ένα ειδικό με χρόνια αφασία (δηλαδή έξι μήνες και πάνω), καθώς και να έχουν συμπληρώσει οι ίδιοι ή ένα πληρεξούσιο άτομο το δελτίο συναίνεσης που θα τους έχει δοθεί από την υπεύθυνη φοιτήτρια. Το κριτήριο συμπερίληψης για τους φροντιστές ήταν η επαφή τους με τον ασθενή τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα.

Τα κριτήρια αποκλεισμού περιλάμβαναν τον αποκλεισμό των ατόμων με αφασία που παρουσίαζαν συνοδές διαταραχές (π.χ. ψυχογενείς διαταραχές ή νευροεκφυλιστικές παθήσεις) και που ήταν δίγλωσσοι. Τέλος, δεν συμπεριλήφθηκαν οι ασθενείς οι οποίοι βρίσκονταν στην υποξεία και οξεία φάση του εγκεφαλικού επεισοδίου.

Αρχικά, η στρατολόγηση των ατόμων που συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα έγινε από την Πανεπιστημιακή Κλινική Αποκατάστασης του ΤΕΠΑΚ και συγκεκριμένα από την ομάδα επικοινωνίας ατόμων με αφασία TACT (The Aphasia Communication Team), οι οποίοι στο σύνολο τους ήταν 7 άτομα. Για την συγκεκριμένη ομάδα ασθενών η χορήγηση του ερωτηματολογίου έγινε στην οικεία τους, σε ένα ήσυχο δωμάτιο. Το ρόλο του φροντιστή πήρε ο/η σύζυγος και σε μια μόνο περίπτωση ο πατέρας του ασθενή. Επιπλέον, ο «ΔΕΑ» (CETI) χορηγήθηκε σε 2 άτομα στην στέγη ηλικιωμένων «ΑΝΕΣΗ», σε 2 άτομα στο «Πολυδύναμο Κέντρο Εξυπηρέτησης Ηλικιωμένων Τσερίου» σε 1 άτομο στην στέγη γερόντων «Αγία Μαρίνα» και τέλος, σε 1 άτομο στην στέγη ηλικιωμένων «Θαλπωρή». Όλες οι προαναφερόμενες στέγες ηλικιωμένων βρίσκονται στην επαρχία Λευκωσίας. Δεν υπήρχε οποιαδήποτε αποφυγή υποκειμένων από την συγκεκριμένη έρευνα παρόλα αυτά, ένα άτομο αρνήθηκε να συμμετάσχει.

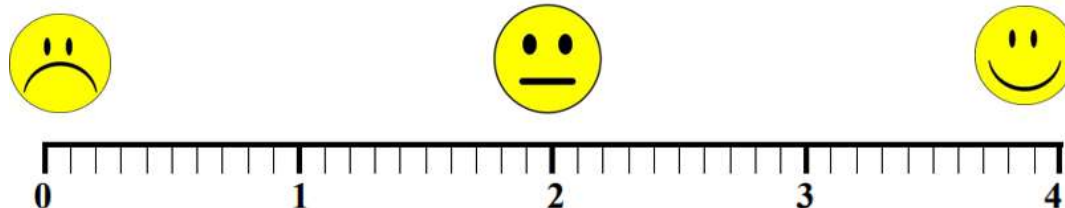
Για τους σκοπούς της χορήγησης του ερωτηματολογίου, χρησιμοποιήθηκε μια διαφοροποιημένη εκδοχή της κλίμακας από το εργαλείο TOM (Enderby, John & Petheram, 2006), η οποία συνιστά μια οπτική αναλογική κλίμακα αριθμημένη από το 0 μέχρι το 5 (βλ. Διάγραμμα 3). Στην παρούσα εργασία η κλίμακα είχε μήκος 25 εκατοστών και ήταν αριθμημένη από το 0 μέχρι το 4. Ο λόγος που αποφασίστηκε να είναι μεγαλύτερη σε μήκος και με λιγότερους αριθμούς (επομένως και με λιγότερες επιλογές) ήταν για να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα σύγχυσης του ασθενή και να είναι πιο κατανοητή στα άτομα με αφασία.



**Διάγραμμα 3:** Η κλίμακα του εργαλείου TOM- Therapy Outcome Measure

Η φοιτήτρια καθόταν απέναντι από τον ασθενή κατά την διάρκεια της χορήγησης του ερωτηματολογίου και του υπέβαλε κάθε φορά μια-μια ερώτηση. Ακολούθως, ο ασθενής βαθμολογούσε τον εαυτό του δείχνοντας πάνω στην κλίμακα τον ανάλογο αριθμό από το 0 μέχρι το 4. Ακριβώς κάτω από την κλίμακα υπήρχε ένας πίνακας ο οποίος απεικόνιζε στο τι αντιστοιχούσε ο κάθε αριθμός. Το 0 αντιστοιχούσε στο «Καθόλου ικανός», το 1 στο «Φανερή δυσκολία αλλά ο ασθενής μπορεί να εκτελέσει την δραστηριότητα», το 2 «Κάποια δυσκολία», το 3 «Ήπια δυσκολία που παρατηρείται από εξειδικευμένο προσωπικό» και το 4 αντιστοιχούσε στο «Όσο ικανός ήταν πριν» (βλ. Διάγραμμα 4). Η διαδικασία χορήγησης η οποία ακολουθήθηκε για τους φροντιστές ήταν αντίστοιχη με αυτή των ασθενών.

Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκαν και οι φατσούλες (emoticon) του εργαλείου TOM οι οποίες λειτούργησαν ως βοηθήματα κατανόησης σε περιπτώσεις ασθενών όπου ενδεικνυόταν. Υπήρχαν τρεις φατσούλες μια χαρούμενη, μια ουδέτερη και μια λυπημένη. Σε ασθενείς με μέτρια αφασία οι φατσούλες τοποθετήθηκαν πάνω από την κλίμακα, δηλαδή η λυπημένη πάνω από τον αριθμό 0, η ουδέτερη πάνω από τον αριθμό 2 και η χαρούμενη πάνω από τον αριθμό 4. Σε ασθενείς με σοβαρή αφασία παρουσιάζονταν μόνο οι φατσούλες χωρίς την κλίμακα ούτως ώστε να αποφευχθεί η πιθανότητα διάσπασης της προσοχής τους. Αντίθετα, οι ασθενείς με ήπια αφασία δεν παρουσίασαν οποιαδήποτε δυσκολία όσον αφορούσε την κατανόηση της κλίμακας και στο τι αντιστοιχούσε ο κάθε αριθμός επομένως, δεν χρησιμοποιήθηκαν οι φατσούλες. Επιπρόσθετα, δόθηκε επιπλέον βοήθεια για την διατύπωση και απλοποίηση των διαφόρων ερωτήσεων του ερωτηματολογίου σε περιπτώσεις όπου υπήρχε δυσκολία στην κατανόηση τους. Η διάρκεια χορήγησης του ερωτηματολογίου ήταν περίπου δέκα λεπτά χωρίς διαλείμματα, ωστόσο, υπήρχαν περιπτώσεις που ολοκληρωνόταν σε λιγότερο χρονικό διάστημα ειδικότερα σε ασθενείς με ήπια αφασία.



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

**Διάγραμμα 4:** Η κλίμακα του «Δείκτη Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας»

Για τα άτομα που διέμεναν σε στέγες ηλικιωμένων η χορήγηση του ερωτηματολογίου τις περισσότερες φορές γινόταν στον κεντρικό χώρο όπου βρίσκονταν και οι υπόλοιποι ηλικιωμένοι. Ήταν σχεδόν ανέφικτο να βρεθεί ένα ήσυχο και διαθέσιμο δωμάτιο αλλά και να μετακινηθεί το άτομο (αφού οι περισσότεροι ήταν καθηλωμένοι σε αναπηρικό καροτσάκι) σε ένα χώρο όπου τηρούσε τις προϋποθέσεις χορήγησης του ερωτηματολογίου. Ωστόσο, υπήρχαν ορισμένες περιπτώσεις όπου ύστερα από υποδείξεις της υπεύθυνης φοιτήτριας και σε συνεννόηση με τον υπεύθυνο φροντιστή πραγματοποιείτο η χορήγηση του ερωτηματολογίου στον ίδιο χώρο πάλι με τους υπόλοιπους διαμένοντες της στέγης, αλλά σε μια απόσταση η οποία μείωνε την πιθανότητα απόσπασης της προσοχής του ασθενή.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές της παρούσας εργασίας περιλαμβάνουν την ηλικία, το φύλο καθώς και την σοβαρότητα της αφασίας. Η εξαρτημένη μεταβλητή είναι η λειτουργική επικοινωνία.

Αφού έγινε η χορήγηση του «ΔΕΑ» (CETI) στα άτομα με αφασία και στους φροντιστές τους, στην συνέχεια καταγράφηκαν οι απαντήσεις τους στο λογισμικό Excel.

Λήφθηκαν υπόψη όλες οι ερωτήσεις έτσι ώστε να βγει ένας συνολικός μέσος όρος και μια τυπική απόκλιση τόσο για τις απαντήσεις των ασθενών όσο και για τις απαντήσεις των φροντιστών. Μέσω του θηκογράμματος που έγινε στο λογισμικό Excel για τους ασθενείς αλλά και για τους φροντιστές ελέγχθηκε αν το δείγμα έχει κανονική κατανομή.

Αρχικά, πραγματοποιήθηκε σύγκριση του μέσου όρου των απαντήσεων των ασθενών με τον μέσο όρο των απαντήσεων των φροντιστών μέσω της δοκιμασίας «Wilcoxon



signed-rank test» στην Excel. Η δοκιμασία «Wilcoxon signed-rank test» αποτελεί μια μη παραμετρική στατιστική δοκιμασία η οποία μας επιτρέπει την σύγκριση δύο εξαρτημένων ομάδων. Ο σκοπός αυτής της σύγκρισης ήταν για να ελεγχθεί κατά πόσο οι απαντήσεις των φροντιστών και των ασθενών συμπίπτουν ή αν οι φροντιστές υπερεκτιμούν ή υποεκτιμούν τις επιδόσεις των ασθενών.

Ακολούθως, εξετάστηκε ποιες ηλικίες ασθενών με αφασία επηρεάζονται περισσότερο όσον αφορά την λειτουργική επικοινωνία και την κοινωνικοποίηση. Αφού ομαδοποιήθηκαν οι ασθενείς σε δύο κατηγορίες στα άτομα κάτω των 65 ετών και στα άτομα άνω των 65, έγινε σύγκριση του συνόλου των απαντήσεων τους μέσω της δοκιμασίας «Mann Whitney U test» στην SPSS. Επιλέχθηκε η δοκιμασία «Mann Whitney U test» για τον λόγο ότι αποτελεί μια στατιστική δοκιμασία η οποία χρησιμοποιείται για την σύγκριση διαφορών μεταξύ δύο ανεξάρτητων ομάδων και αποτελεί μια μη παραμετρική εναλλακτική λύση έναντι της δοκιμασίας «T-test». Ο συγκεκριμένος ηλικιακός διαχωρισμός έγινε με σκοπό οι δύο ομάδες να έχουν όσον το δυνατόν περισσότερο ισάριθμους ασθενείς.

Η επόμενη ανεξάρτητη μεταβλητή η οποία εξετάστηκε στο αν επηρεάζει την λειτουργική επικοινωνία ήταν το φύλο του ασθενή. Το δείγμα χωρίστηκε σε άνδρες και γυναίκες και όπως και στην περίπτωση των ηλικιών έγινε σύγκριση του συνόλου των απαντήσεων τους μέσω της δοκιμασίας «Mann Whitney U test» επίσης στην SPSS.

Στην συνέχεια, ομαδοποιήθηκαν οι ασθενείς σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με την σοβαρότητα της αφασίας τους (ήπια, μέτρια, σοβαρή) με στόχο να συγκριθεί το σύνολο των απαντήσεων και των 3 κατηγοριών. Η σύγκριση έγινε μέσω της δοκιμασίας «Kruskal Wallis test» στην SPSS. Η δοκιμασία αυτή αποτελεί μια μη παραμετρική δοκιμασία η οποία χρησιμοποιείται για να προσδιορίσει εάν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ δύο ή περισσότερων ομάδων. Τέλος, μελετήθηκε μέσω συγκρίσεων ποσοστών του δείγματος πόσα άτομα με βάση το δείγμα είχαν επηρεαστεί στον τομέα της λειτουργικής επικοινωνίας και της κοινωνικοποίησης και πόσοι δεν είχαν επηρεαστεί. Συγκεκριμένα, ένα άτομο θα θεωρείται ότι δεν έχει επηρεαστεί η λειτουργική του επικοινωνία αν έχει σκοράρει στις 12 από τις 16 ερωτήσεις μεταξύ του 3 (ήπια δυσκολία που παρατηρείται από εξειδικευμένο προσωπικό) και του 4 (όσο ικανός ήταν πριν).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

### **3 Αποτελέσματα**

Η παρούσα μελέτη εξετάζει μέσω του «ΔΕΑ» (CETI) κατά πόσο οι επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου στην χρόνια φάση με αφασία, επηρεάζονται στον τομέα της λειτουργικής επικοινωνίας και της κοινωνικοποίησης. Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τις στατιστικές αναλύσεις που έχουν πραγματοποιηθεί στα λογισμικά Excel και SPSS. Στην μελέτη συμμετείχαν 13 επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου που έχουν διαγνωστεί με αφασία και οι 11 φροντιστές τους.

#### **Ανάλυση δεδομένων**

Τα δεδομένα του δείγματος καταχωρήθηκαν και αναλύθηκαν σε ηλεκτρονική μορφή με την βοήθεια του στατιστικού προγράμματος S.P.S.S. και του λογισμικού Excel. Οι στατιστικές δοκιμασίες που έχουν πραγματοποιηθεί είναι:

- Wilcoxon signed-rank test (ασθενείς και φροντιστές)
- Mann Whitney U test (ηλικία, φύλο)
- Kruskal Wallis test (σοβαρότητα αφασίας)

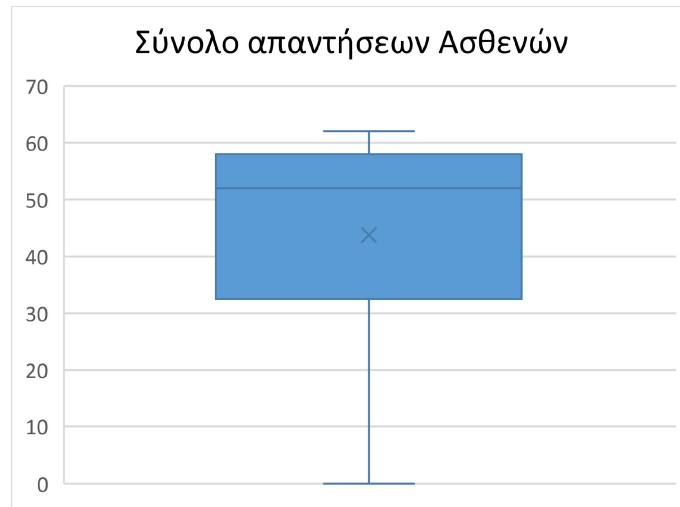
Μέσω των στατιστικών δοκιμασιών ελέγχθηκε αν οι ανεξάρτητες μεταβλητές της μελέτης δηλαδή η ηλικία, το φύλο και η σοβαρότητα αφασίας του ασθενή επηρεάζουν την εξαρτημένη μεταβλητή η οποία ήταν η λειτουργική επικοινωνία. Τα αποτελέσματα θεωρήθηκαν σημαντικά μόνο στην περίπτωση που το P-Value της κάθε δοκιμασίας ήταν ίσο ή μικρότερο του 0.05 που πρέπει να έχει ένα αποτέλεσμα για να θεωρείται στατιστικά σημαντικό.

#### **Θηκόγραμμα**

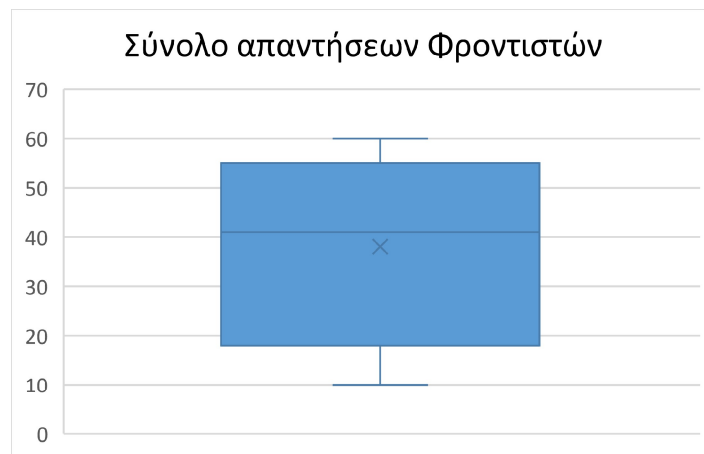
Για να ελεγχθεί κατά πόσο το δείγμα έχει κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε το θηκόγραμμα στην Excel, το οποίο μας επιτρέπει να αξιολογήσουμε αν τα δεδομένα προέρχονται από κανονική κατανομή. Το θηκόγραμμα αποτελεί μια συνηθισμένη γραφική μέθοδο διότι συνοψίζει σε μια απόλυτα κατανοητή εικόνα τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος (Βόντα & Καραγρηγορίου, 2017).

## Αποτελέσματα

Σύμφωνα με τα δεδομένα του box-plot το δείγμα δεν έχει κανονική κατανομή. Το ενδοτεταρτημοριακό εύρος των ασθενών ισούται με 25,5 και οι ακραίες τιμές είναι το 0 και το 62 (βλ. Διάγραμμα 5). Το ενδοτεταρτημοριακό εύρος των φροντιστών ισούται με 37 και οι ακραίες τιμές είναι το 10 και το 60 (βλ. Διάγραμμα 6). Για τον λόγο ότι το δείγμα δεν είχε κανονική κατανομή εφαρμόστηκαν μη παραμετρικές δοκιμασίες.



**Διάγραμμα 5:** Θηκόγραμμα για το σύνολο απαντήσεων των ασθενών

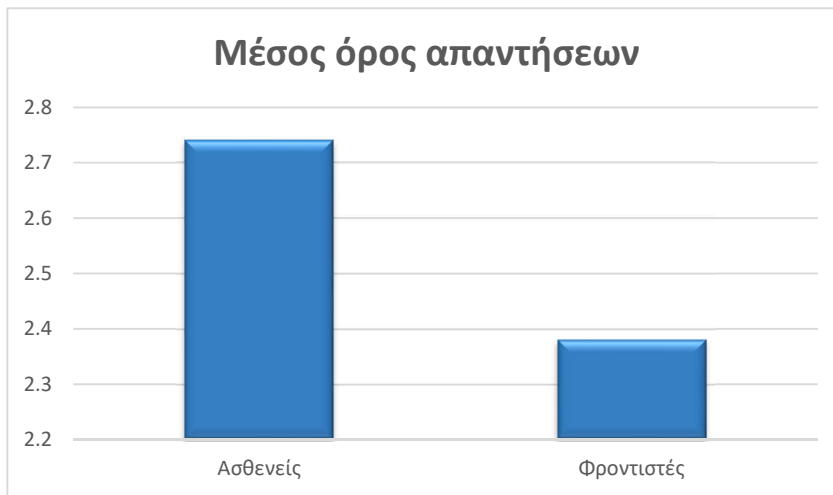


**Διάγραμμα 6:** Θηκόγραμμα για το σύνολο απαντήσεων των φροντιστών

## Ασθενείς και φροντιστές

Η σύγκριση του μέσου όρου των απαντήσεων των 11 ασθενών και των φροντιστών τους (αφαιρέθηκαν οι δύο ασθενείς οι οποίοι δεν ήταν παρών ο φροντιστής τους) έδειξε πως ο μέσος όρος των απαντήσεων των ασθενών (2.57) ήταν μεγαλύτερος σε σύγκριση με των φροντιστών (2.38) (βλ. Διάγραμμα 7).

Σύμφωνα όμως με τα αποτελέσματα της δοκιμασίας «Wilcoxon signed-rank test» δεν υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες. Το Nd το οποίο είναι το άθροισμα του Rd ισούται με 11 ενώ, η τιμή του W που είναι το άθροισμα του R+ ισούται με 38.5. Λόγω του ότι το  $W > Nd$  το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό.

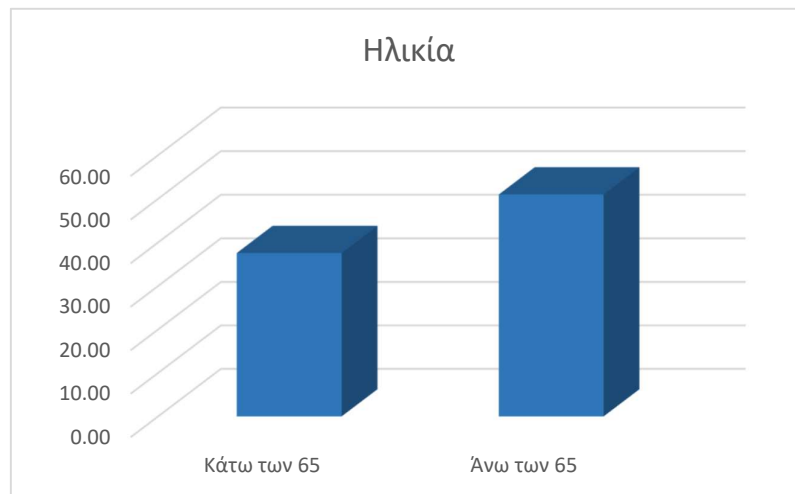


Διάγραμμα 7: Μέσος όρος απαντήσεων ασθενών και φροντιστών

## Ηλικία

Το ηλικιακό εύρος των ασθενών κυμάνθηκε από 32 χρόνων έως 91 με μέσο όρο ηλικίας τα 62 έτη. Στην ομάδα των ατόμων κάτω των 65 ετών συμπεριλήφθηκαν 7 ασθενείς και στην ομάδα άνω των 65 ετών συμπεριλήφθηκαν 6 ασθενείς. Τα αποτελέσματα της δοκιμασίας «Mann Whitney U test» έδειξαν πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά καθώς  $P\text{-Value} = 0.390 > 0.05$ . Το σύνολο του μέσου όρου των απαντήσεων των ασθενών κάτω των 65 ετών ισούται με 37.57, η τυπική απόκλιση με 23.115 ενώ το

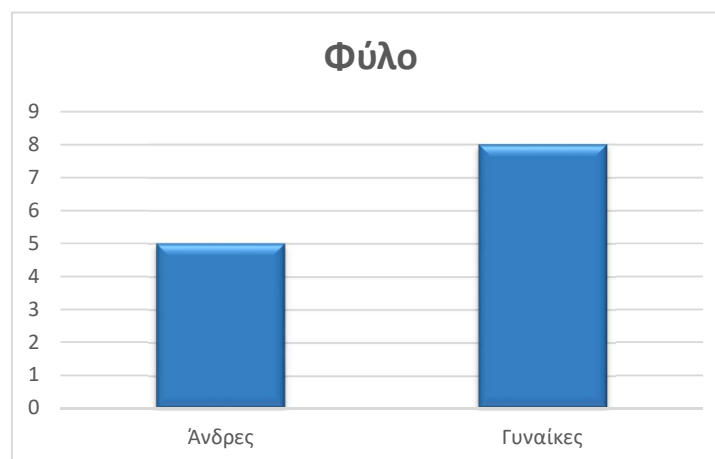
Mean rank = 6.14. Το σύνολο του μέσου όρου των απαντήσεων των ασθενών άνω των 65 ετών ήταν 51.00, η τυπική απόκλιση 9.859 και το Mean rank = 8.00. Το διάγραμμα 8 απεικονίζει την διαφορά του μέσου όρου του συνόλου απαντήσεων μεταξύ των δύο ηλικιακών ομάδων (βλ. Διάγραμμα 8).



**Διάγραμμα 8:** Μέσος όρος απαντήσεων με βάση την ηλικία του ασθενή

### Φύλο

Οι πλείστοι ασθενείς στους οποίους χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο ήταν γυναίκες οι οποίες στο σύνολο τους ήταν 8, σε αντίθεση με τους άνδρες οι οποίοι στο σύνολο τους ήταν 5 (βλ. Διάγραμμα 9).

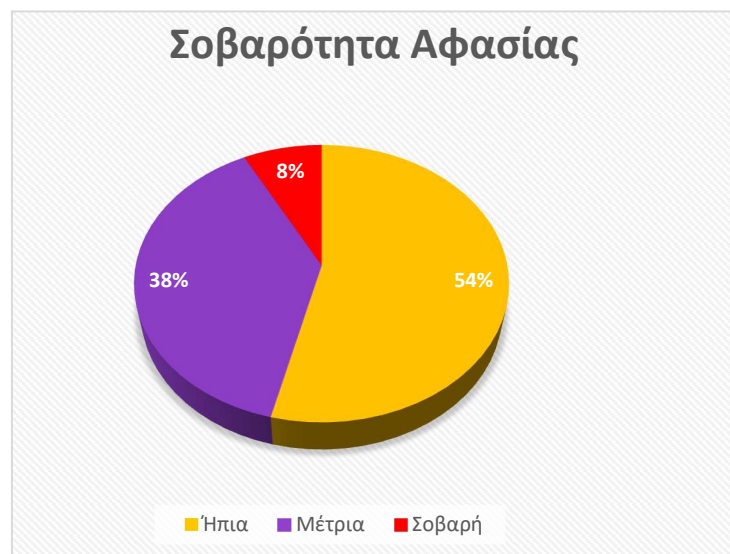


**Διάγραμμα 9:** Φυλετικός διαχωρισμός των ασθενών

Σύμφωνα με την δοκιμασία «**Mann Whitney U test**» δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αφού  $P\text{-Value} = 0.769 > 0.05$ . Ο μέσος όρος ασθενών ανδρικού φύλου ήταν 45.80, η τυπική απόκλιση 14.255 και το Mean rank = 7.40. Αντίθετα, ο μέσος όρος των ασθενών γυναικείου φύλου ήταν 42.50, η τυπική απόκλιση 22.129 και το Mean rank= 6.75.

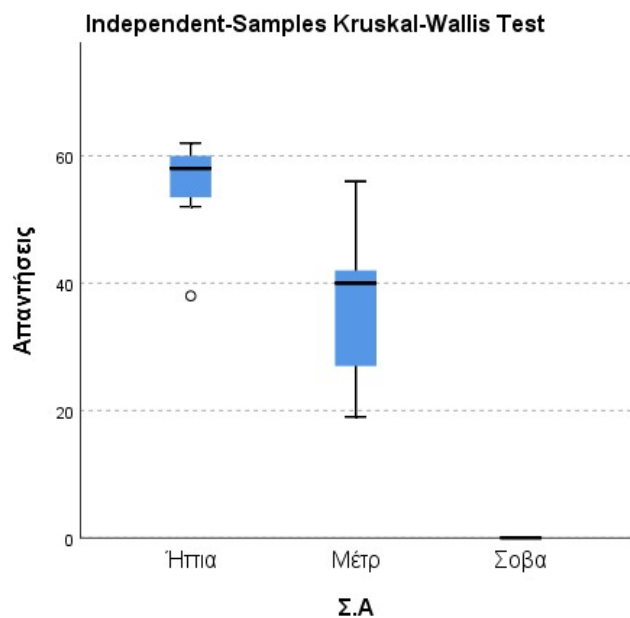
### Σοβαρότητα Αφασίας

Οι ασθενείς με ήπια αφασία αποτελούν το 53.84% (7 ασθενείς), με μέτρια το 38.46% (5 ασθενείς) και με σοβαρή αφασία μόλις το 8% (1 ασθενής) του συνολικού δείγματος (βλ. Διάγραμμα 10).



**Διάγραμμα 10:** Διαχωρισμός ασθενών με βάση την σοβαρότητα αφασίας τους

Η σύγκριση του συνόλου των απαντήσεων και των 3 κατηγοριών μέσω της δοκιμασίας «**Kruskal Wallis test**» έδειξε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αφού  $P\text{-Value} = .046 < 0.05$ . Ο μέσος όρος του συνόλου απαντήσεων των ασθενών με ήπια αφασία ήταν ο υψηλότερος (M.O = 55). Ακολουθούν οι ασθενείς με μέτρια αφασία (M.O = 36.8), ενώ μέσος όρος του συνόλου απαντήσεων των ασθενών με σοβαρή αφασία ήταν ο χαμηλότερος καθώς, μόνο ένα άτομο ανήκε σε αυτήν την κατηγορία (M.O = 0) (βλ. Διάγραμμα 11).



**Διάγραμμα 11:** Εύρος απαντήσεων ασθενών με βάση την σοβαρότητα αφασίας τους

### Λειτουργική επικοινωνία

Τέλος, σύμφωνα με τα δεδομένα ανάλυσης του δείγματος 7 από τους 13 ασθενείς έχουν σκοράρει στις 12 από τις 16 ερωτήσεις μεταξύ του 3 (ήπια δυσκολία που παρατηρείται από εξειδικευμένο προσωπικό) και του 4 (όσο ικανός ήταν πριν). Δηλαδή το **53,84%** των ατόμων με αφασία στο παρόν δείγμα, δεν έχουν επηρεαστεί στο τομέα της λειτουργικής επικοινωνίας και της κοινωνικοποίησης, ενώ το υπόλοιπο **46,15%** φαίνεται να έχουν επηρεαστεί στους συγκεκριμένους τομείς.

Λεπτομερής συζήτηση, αξιολόγηση και σύγκριση των αποτελεσμάτων με παρόμοιες έρευνες θα γίνει στο επόμενο κεφάλαιο.



# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

## **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

#### 4 Συζήτηση ή Ερμηνεία ή Σχολιασμός Αποτελεσμάτων

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η χορήγηση του μεταφρασμένου «ΔΕΑ» (CETI) για την μέτρηση της λειτουργικής επικοινωνίας, σε επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου με αφασία (στην χρόνια φάση) καθώς και στους φροντιστές τους. Το ερευνητικό ερώτημα που επιδίωκε να απαντήσει αυτή η μελέτη ήταν αν η αφασία επηρεάζει την λειτουργική επικοινωνία και την κοινωνικοποίηση των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου.

Οι στατιστικές δοκιμασίες που έχουν πραγματοποιηθεί επικεντρώθηκαν στην σύγκριση των απαντήσεων των ασθενών με των φροντιστών τους, στην σύγκριση απαντήσεων των ατόμων με αφασία κάτω των 65 και άνω των 65 ετών, καθώς και στην σύγκριση απαντήσεων με βάση το φύλο του ασθενή. Επιπρόσθετα, συγκρίθηκε το σύνολο απαντήσεων των ασθενών με ήπια, μέτρια και σοβαρή αφασία. Τέλος, εξετάστηκε πόσοι συνολικά ασθενείς στο παρόν δείγμα δεν έχουν επηρεαστεί στο τομέα της λειτουργικής επικοινωνίας και της κοινωνικοποίησης.

Μέσω των διαφόρων στατιστικών δοκιμασιών που έχουν πραγματοποιηθεί φαίνεται πως η μόνη ανεξάρτητη μεταβλητή η οποία μπορεί να επηρεάσει την λειτουργική επικοινωνία των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου είναι η σοβαρότητα της αφασίας. Για τις υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές (ηλικία, φύλο) δεν βρέθηκε κανένα στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα που να δείχνει ότι μπορεί να επηρεάσει την λειτουργική επικοινωνία των ασθενών.

Συγκεκριμένα, στην σύγκριση που έγινε για το σύνολο των απαντήσεων των ασθενών και των φροντιστών τους μέσω της δοκιμασίας «Wilcoxon signed-rank test» τα αποτελέσματα έδειξαν πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $W = 38.5 > Nd = 11$ ). Όσον αφορά την σύγκριση του μέσου όρου των απαντήσεων των ασθενών με αυτό των φροντιστών τους, διακρίνουμε πως ο μέσος όρος των απαντήσεων των ασθενών ήταν μεγαλύτερος σε σχέση με αυτόν των φροντιστών (Μ.Ο ασθενών = 2.57, Μ.Ο φροντιστών = 2.38). Αυτό ίσως να αποδίδεται στο γεγονός ότι, οι φροντιστές βαθμολογούσαν τους ασθενείς με χαμηλότερες βαθμολογίες από όσο θα έπρεπε ή οι ασθενείς υπερεκτιμούσαν τις επιδόσεις τους. Αυτό το αποτέλεσμα συμφωνεί εν μέρει με την έρευνα των Hilari, Owen, και Farrelly (2009), οι οποίοι βρήκαν ότι οι άμεσοι φροντιστές των ατόμων με αφασία στην κλίμακα ποιότητας ζωής μετά από εγκεφαλικό

επεισόδιο (SAQOL-39) (Hilari et al., 2003) βαθμολογούσαν τους ασθενείς πιο αυστηρά σε σχέση με την βαθμολογία που έβαζαν οι ίδιοι ασθενείς. Ωστόσο, όπως προαναφέρθηκε τα αποτελέσματα από την σύγκριση των δύο ομάδων μέσω του Wilcoxon έδειξαν πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά. Απεναντίας, οι Hesketh, Long, και Bowen (2011) υποστηρίζουν ότι οι άμεσοι φροντιστές του ασθενή έχουν ένα καλό επίπεδο συμφωνίας με τα άτομα με αφασία σχετικά με την παρουσία ή απουσία διαφόρων επικοινωνιακών προβλημάτων. Μελέτες όσον αφορά τον «ΔΕΑ» (CETI) έχουν δείξει ότι, οι φροντιστές υπερεκτιμούν τις επιδόσεις των ατόμων με αφασία (Pedersen, Vinter & Olsen, 2001). Γενικότερα, δεν είναι ξεκάθαρο κατά πόσο οι άμεσοι φροντιστές των ασθενών είναι έμπιστοι και έγκυροι πληροφοριοδότες για την παροχή πληροφοριών που σχετίζονται με τις συνέπειες της αφασίας (Ellis & Peach, 2016).

Όσον αφορά τα αποτελέσματα της σύγκρισης των απαντήσεων των ασθενών κάτω των 65 και άνω των 65 ετών μέσω της δοκιμασίας «Mann Whitney U test» δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P\text{-Value} = .390 > 0.05$ ). Την ομάδα των ατόμων κάτω των 65 ετών την αποτελούσαν 7 ασθενείς ενώ, την ομάδα άνω των 65 την αποτελούσαν 6 ασθενείς. Ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι, ο μέσος όρος των απαντήσεων των ασθενών κάτω των 65 ετών ήταν χαμηλότερος σε σύγκριση με τον μέσο όρο των ασθενών άνω των 65 ετών ( $<65 = 37.57$ ,  $>65 = 51.00$ ). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης των Dalemans, De Witte, Beurskens, Van Den Heuvel και Wade, (2010) οι ασθενείς με αφασία οι οποίοι ήταν σε μικρότερη ηλικία είχαν υψηλότερο επίπεδο συμμετοχής στην κοινότητα. Ωστόσο, τα άτομα ηλικίας μεταξύ 20 και 65 ετών αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη πρόκληση σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς με αφασία, καθώς θα πρέπει να ανακτήσουν ένα σημαντικό επίπεδο συμμετοχής στην κοινωνία, να εκπληρώσουν το ρόλο τους ως γονείς, συνεργάτες, συνάδελφοι κτλ. (Dalemans, De Witte, Wade & Van den Heuvel, 2008).

Στην σύγκριση των απαντήσεων με βάση το φύλο του ασθενή μέσω της δοκιμασίας «Mann Whitney U test» αποδείχτηκε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P\text{-Value} = 0.769 > 0.05$ ). Αρχικά να πούμε πως οι άνδρες αποτελούσαν την μειοψηφία του δείγματος των ασθενών καθώς ήταν 5 σε σύγκριση με τις γυναίκες που ήταν 8. Επίσης, οι γυναίκες είχαν χαμηλότερο μέσο όρο απαντήσεων σε σύγκριση με τους άνδρες (Μ.Ο ανδρών = 45.80, Μ.Ο γυναικών = 42.50). Παρόμοιες μελέτες

υποστήριξαν ότι οι γυναίκες με αφασία είχαν υψηλότερο επίπεδο συμμετοχής στην κοινότητα (Dalemans, De Witte, Beurskens, Van Den Heuvel & Wade, 2010) και ότι, οι άνδρες εμφανίζουν πιο σοβαρή αφασία σε σύγκριση με τις γυναίκες (Sharma et al., 2019). Αντίθετα στην έρευνα των Ellis και Peach (2016), υπήρχε μεγαλύτερος αρνητικός αντίκτυπος της αφασίας στις γυναίκες και αυτό λόγω του ότι οι γυναίκες επιθυμούσαν να επικοινωνήσουν μέσω της λεκτικής επικοινωνίας σε αντίθεση με τους άνδρες που επικεντρώνονταν στην βοήθεια σωματικών δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (π.χ. χειρονομίες). Παρόλα αυτά ο Spaccavento et al., (2013) σε αντίθεση με τα πάρα πάνω, υποστήριξαν ότι αλλαγές στην ποιότητα ζωής μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο δεν σχετίζονται ούτε με την ηλικία αλλά ούτε και με το φύλο του ασθενή αλλά με παράγοντες όπως η κατάθλιψη, η μειωμένη κινητικότητα και το οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου.

Σε αντίθεση με τις υπόλοιπες στατιστικές δοκιμασίες, η σύγκριση του συνόλου των απαντήσεων των ασθενών με ήπια, μέτρια και σοβαρή αφασία μέσω της δοκιμασίας «Kruskal Wallis test» έδειξε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο βαθμό σοβαρότητας της αφασίας (P-Value = .046 < 0.05). Ο συνολικός μέσος όρος των απαντήσεων των ασθενών με ήπια αφασία ήταν ο υψηλότερος (M.O = 55).

Ακολούθησαν οι ασθενείς με μέτρια αφασία (M.O = 36.8) ενώ στην κατηγορία της σοβαρής αφασίας ανήκε μόνο ένας ασθενής ο οποίος είχε και την χαμηλότερη βαθμολογία του δείγματος (M.O = 0). Σύμφωνα με τα ευρήματα των Dalemans, De Witte, Beurskens, Van Den Heuvel και Wade, (2010); Lee et al., (2015), η σοβαρότητα της αφασίας αποτελεί ένα από τους κυριότερους παράγοντες που καθορίζουν την κοινωνική συμμετοχή του ατόμου ενώ, τα άτομα τα οποία είχαν ελάχιστη αφασία αποδείχτηκε ότι είχαν περισσότερη συμμετοχή στην κοινότητα.

Ο χρόνος μετά από το εγκεφαλικό επεισόδιο και η σοβαρότητα της αφασίας επηρεάζουν την λειτουργική επικοινωνία και αυτονομία του ασθενούς (Spaccavento et al., 2013). Οι ασθενείς με ήπια και χρόνια αφασία, σύμφωνα με τα ευρήματα του Spaccavento et al., (2013), είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν σοβαρή αφασία και βρίσκονταν στην οξεία φάση.

Τέλος, όσον αφορά τα αποτελέσματα ανάλυσης του δείγματος για τους ασθενείς που δεν έχουν επηρεαστεί στο τομέα της λειτουργικής επικοινωνίας και της κοινωνικοποίησης είναι σχετικά ενθαρρυντικά. Συγκεκριμένα, 7 από τους 13 ασθενείς

είχαν σκοράρει στις 12 από τις 16 ερωτήσεις μεταξύ του 3 (ήπια δυσκολία που παρατηρείται από εξειδικευμένο προσωπικό) και του 4 (όσο ικανός ήταν πριν). Επομένως, το 53,84% των ατόμων με αφασία στο παρόν δείγμα, δεν φαίνεται να έχει επηρεαστεί η λειτουργική του επικοινωνία, ενώ το υπόλοιπο 46,15% έχει επηρεαστεί. Την ομάδα των ασθενών που έχουν επηρεαστεί την αποτελούν κυρίως άτομα με μέτρια αφασία (1 ασθενής με ήπια, 4 ασθενείς με μέτρια και 1 ασθενής με σοβαρή αφασία). Επίσης, στην ομάδα αυτή οι γυναίκες είναι ισάριθμες με τους άνδρες (3 γυναίκες και 3 άνδρες) ενώ, ο μέσος όρος ηλικίας τους είναι 57.67 ετών. Αντίθετα, στην ομάδα των ασθενών που δεν έχει επηρεαστεί η λειτουργική τους επικοινωνία την πλειοψηφία αποτελούν ασθενείς με ήπια αφασία (6 ασθενείς με ήπια και 1 ασθενής με μέτρια αφασία). Επιπρόσθετα, στην ομάδα αυτή οι γυναίκες υπερίσχυαν από τους άνδρες (5 γυναίκες και 2 άνδρες). Ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι, ο μέσος όρος ηλικίας των ατόμων που δεν έχουν επηρεαστεί είναι 64.86 ετών ο οποίος είναι μεγαλύτερος σε σχέση με την επηρεαζόμενη ομάδα ασθενών. Παρόλα αυτά, ας μην παραλείψουμε το γεγονός ότι, η πλειοψηφία των ασθενών στο παρόν δείγμα είχαν ήπια αφασία και μόνο ένας ασθενής ανήκε στην κατηγορία της σοβαρής αφασίας.

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι τομείς που επηρεάζουν περισσότερο την δραστηριότητα και τη συμμετοχή των ατόμων με αφασία με βάση το πλαίσιο αξιολόγησης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας «Διεθνής Ταξινόμησης της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας (ΔΤΛ)- (ICF)» (WHO, 2002) είναι:

- η ικανότητα του ασθενή να συμμετέχει σε ομαδικές συζητήσεις που τον αφορούν (ερώτηση 2)
- να εκφράζει τα συναισθήματα του (ερώτηση 4)
- να συμμετέχει σε επισκέψεις και συζητήσεις με φίλους και γείτονες (ερώτηση 6)
- να λέει το όνομα του ατόμου που είναι μπροστά του (ερώτηση 8)
- να ξεκινάει μια συζήτηση ή να αλλάζει το θέμα της συζήτησης (ερώτηση 10)
- να ανταποκρίνεται ή να εκφράζεται (συμπεριλαμβανομένων το ναι και όχι) χωρίς λέξεις (ερώτηση 11)
- να κατανοεί την γραφή (ερώτηση 13)
- να λαμβάνει μέρος σε μια γρήγορη συζήτηση με πολλά άτομα (ερώτηση 14)
- να συμμετέχει σε μια συζήτηση με ξένους (ερώτηση 15)
- καθώς και να περιγράψει ή να συζητά κάτι εις βάθος (ερώτηση 16).

Σύμφωνα με τους Dacharry et al., (2013); Pommerehn, Delboni και Fedosse (2016), οι σχέσεις των ατόμων με αφασία με ξένους επηρεάζονται και αυτό φάνηκε και από τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας καθώς οι περισσότεροι αντιμετώπιζαν δυσκολίες στην συμμετοχή τους σε μια συζήτηση με ξένους. Ακόμη, οι δραστηριότητες που είχαν επηρεαστεί στα άτομα με αφασία σύμφωνα με τα δεδομένα των Pommerehn, Delboni και Fedosse (2016), περιλάμβαναν το διάβασμα, το γράψιμο, την ομιλία και την συζήτηση με άλλα άτομα, δραστηριότητες οι οποίες είχαν επηρεαστεί και στους ασθενείς της παρούσας εργασίας σύμφωνα με τα αποτελέσματα του «ΔΕΑ» (CETI).

Ανακεφαλαιώνοντας, η μέτρηση της ποιότητας ζωής στα άτομα με αφασία έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον λόγω της δραματικής επίδρασης που έχουν οι δυσκολίες επικοινωνίας στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Spaccavento et al., 2013). Τα προβλήματα επικοινωνίας καθώς και οι ψυχολογικές επιπτώσεις που επιφέρει η αφασία αναμφισβήτητα μειώνουν την κοινωνική συμμετοχή του ασθενή (WHO, 2002) με αποτέλεσμα να απομονώνεται και να παραγκωνίζεται από τους γύρω του.

## 5 Συμπεράσματα

Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης η σοβαρότητα της αφασίας μπορεί να επηρεάσει την λειτουργική επικοινωνία και την κοινωνικοποίηση των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου. Τα άτομα με μέτρια και σοβαρή αφασία επηρεάζονται περισσότερο στον τομέα της λειτουργικής επικοινωνίας και της κοινωνικοποίησης. Αντίθετα, δεν υπάρχει κάποιο στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα που να υποδηλώνει πως η ηλικία και το φύλο επηρεάζουν την λειτουργική επικοινωνία των ασθενών. Επιπρόσθετα, ούτε και στην σύγκριση των απαντήσεων των ασθενών και των φροντιστών τους φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

Ο σκοπός της μελέτης ήταν η χορήγηση του μεταφρασμένου «ΔΕΑ» (CETI) για την μέτρηση της λειτουργικής επικοινωνίας και της κοινωνικοποίησης, σε επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου (στην χρόνια φάση) με αφασία, καθώς και στους φροντιστές τους.

Όπως κάθε ερευνητική μελέτη παρουσιάζει κάποιους περιορισμούς έτσι και η παρούσα εργασία αντιμετώπισε μερικούς. Αρχικά το δείγμα των ασθενών ήταν πολύ περιορισμένο αφού το αποτελούσαν μόλις 13 άτομα και πάρθηκε μόνο από δύο επαρχίες της Κύπρου (Λευκωσία, Λεμεσός). Αυτό σημαίνει ότι τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δεν είναι καθολικά και δεν αντιπροσωπεύουν όλους τους επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου με αφασία στην Κύπρο. Ακόμη, λόγω του περιορισμένου δείγματος δεν υπήρχε ισάριθμος διαχωρισμός των ομάδων (φύλο, ηλικία, σοβαρότητα αφασίας) στις στατιστικές δοκιμασίες που έχουν πραγματοποιηθεί.

Τέλος, ένας ακόμη περιορισμός της παρούσας εργασίας ήταν το γεγονός ότι, κυρίως οι ασθενείς σε μεγαλύτερη ηλικία που δεν είχαν κάποιο είδος μόρφωσης στο παρελθόν στην ερώτηση 13 του δείκτη η οποία αφορούσε αν ο ασθενής κατανοεί την γραφή αναπόφευκτα το άτομο βαθμολογείτο με 0. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, η βαθμολογία του στην συγκεκριμένη κατάσταση να μην οφειλόταν στην αφασία του αλλά σε μορφωτικούς παράγοντες επηρεάζοντας και κατά συνέπεια την τελική του βαθμολογία.

Παρόλους τους περιορισμούς της παρούσας μελέτης και του μικρού δείγματος φαίνεται να εξήχθη ένα σημαντικό στατιστικά αποτέλεσμα που αφορά την επίδραση της σοβαρότητας της αφασίας στην λειτουργική επικοινωνία και κοινωνικοποίηση των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου. Εκτός αυτού, πρόσφερε ερευνητικό έργο και βάση

για μελλοντικές έρευνες στην Κύπρο για μια μερίδα ατόμων που η υπάρχουσα βιβλιογραφία είναι περιορισμένη. Μέσω μιας μελλοντικής έρευνας με ένα μεγαλύτερο δείγμα το οποίο θα κάλυπτε όλες τις επαρχίες, θα μπορούσε να μας δώσει πιο συνολικά και ασφαλέστερα συμπεράσματα για τους επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου με αφασία στην Κύπρο.



## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας περίπου το ήμισυ των ασθενών στο παρόν δείγμα έχουν επηρεαστεί στον τομέα της λειτουργική επικοινωνίας και της κοινωνικοποίησης οι οποίοι ήταν άτομα κυρίως μέτρια και σοβαρή αφασία. Φαίνεται λοιπόν η σοβαρότητα της αφασίας να μπορεί να επηρεάσει την λειτουργική επικοινωνία και την κοινωνικοποίηση των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου. Αντίθετα, για τις υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές οι οποίες λήφθηκαν υπόψιν στην παρούσα εργασία (ηλικία, φύλο) αλλά και για την σύγκριση του συνόλου απαντήσεων των ασθενών με αυτόν των φροντιστών τους, δεν εξήχθη κάποιο στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα. Αυτό όμως, ίσως και να οφείλεται στο περιορισμένο συλλεχθέν δείγμα της μελέτης.

Στην Κύπρο η βιβλιογραφία για τα άτομα με αφασία είναι δυστυχώς πολύ περιορισμένη με αποτέλεσμα να μην μπορούμε να γνωρίζουμε τα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες των ατόμων αυτών. Μέσω μελλοντικών ερευνών με την χρήση του «ΔΕΑ» (CETI) και με ένα δείγμα το οποίο θα ήταν πιο αντιπροσωπευτικό των ατόμων με αφασία στην Κύπρο θα είχαμε μια πιο ξεκάθαρη εικόνα για την συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα ασθενών. Με αυτόν τον τρόπο θα δίναμε σε αυτά τα άτομα τα οποία νιώθουν απομονωμένα και παραγκωνισμένα από την κοινωνία φωνή έτσι ώστε να νιώσουν ότι έχουν θέση μέσα στην κοινότητα. Εξάλλου, για να μάθουμε να ακούμε κάποιον πρέπει να του δίνουμε την ευκαιρία να επικοινωνήσει και τα άτομα με αφασία νιώθουν ότι τους στερείται αυτό το πολύτιμο, μα δεδομένο σε εμάς δικαίωμα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ξενόγλωσση

- Acharya, A., & Maani, C. (2020). Conduction Aphasia. Retrieved 10 March 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537006/>
- Acharya, A., & Wroten, M. (2020). Broca Aphasia. Retrieved 12 March 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436010/>
- Acharya, A., & Wroten, M. (2020). Wernicke Aphasia. Retrieved 27 March 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441951/>
- Ahnstedt, H., McCullough, L., & Cipolla, M. (2016). The Importance of Considering Sex Differences in Translational Stroke Research. *Translational Stroke Research*, 7(4), 261-273. doi: 10.1007/s12975-016-0450-1
- Ali, N., Rafi, M. S., Ghayas Khan, M. S., & Mahfooz, U. (2018). The effectiveness of script training to restore lost communication in a patient with Broca's aphasia. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 68(7), 1070–1075
- An, S., Kim, T., & Yoon, B. (2017). Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Features of Intracerebral Hemorrhage: An Update. *Journal Of Stroke*, 19(1), 3-10. doi: 10.5853/jos.2016.00864
- Andreetta, S., Cantagallo, A., & Marini, A. (2012). Narrative discourse in anomic aphasia. *Neuropsychologia*, 50(8), 1787-1793. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2012.04.003
- Ardila, A., Bernal, B., & Rosselli, M. (2016). Why Broca's Area Damage Does Not Result in Classical Broca's Aphasia. *Frontiers In Human Neuroscience*, 10. doi: 10.3389/fnhum.2016.00249
- Armour, M., Brady, S., Sayyad, A., & Krieger, R. (2019). Self-Reported Quality of Life Outcomes in Aphasia Using Life Participation Approach Values: 1-Year Outcomes. *Archives Of Rehabilitation Research And Clinical Translation*, 1(3-4), 100025. doi: 10.1016/j.arrct.2019.100025

- Boehme, A., Esenwa, C., & Elkind, M. (2017). Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention. *Circulation Research*, *120*(3), 472-495. doi: 10.1161/circresaha.116.308398
- Bonilha, L., & Fridriksson, J. (2017). Home-based therapy for chronic Wernicke's aphasia. *Journal Of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, *88*(7), 539-539. doi: 10.1136/jnnp-2017-315842
- Bullier, B., Cassoudealle, H., Villain, M., Cogné, M., Mollo, C., & De Gabory, I. et al. (2020). New factors that affect quality of life in patients with aphasia. *Annals Of Physical And Rehabilitation Medicine*, *63*(1), 33-37. doi: 10.1016/j.rehab.2019.06.015
- Cera, M., Romeiro, T., Mandrá, P., & Fukuda, M. (2019). Variables associated with speech and language therapy time for aphasia, apraxia of speech and dysarthria. *Dementia & Neuropsychologia*, *13*(1), 72-77. doi: 10.1590/1980-57642018dn13-010007
- Coutts, S. (2017). Diagnosis and Management of Transient Ischemic Attack. *CONTINUUM: Lifelong Learning In Neurology*, *23*(1), 82-92. doi: 10.1212/con.0000000000000424
- 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
- Dacharry, P., Prouteau, A., Koleck, M., Belio, M., Sevilla, E., & de Sèze, M. et al. (2013). Activity and participation in stroke patients with aphasia: Proposition of an ICF-derived assessment tool. *Annals Of Physical And Rehabilitation Medicine*, *56*, e129. doi: 10.1016/j.rehab.2013.07.265
- Dalemans, R., De Witte, L., Beurskens, A., Van Den Heuvel, W., & Wade, D. (2010). An investigation into the social participation of stroke survivors with aphasia. *Disability And Rehabilitation*, *32*(20), 1678-1685. doi: 10.3109/09638281003649938
- Dalemans, R., De Witte, L., Wade, D., & Van den Heuvel, W. (2008). A description of social participation in working-age persons with aphasia: A review of the literature. *Aphasiology*, *22*(10), 1071-1091. doi: 10.1080/02687030701632179

- Davidson, B., Howe, T., Worrall, L., Hickson, L., & Togher, L. (2008). Social Participation for Older People with Aphasia: The Impact of Communication Disability on Friendships. *Topics In Stroke Rehabilitation*, *15*(4), 325-340. doi: 10.1310/tsr1504-325
- Doedens, W., & Meteyard, L. (2019). Measures of functional, real-world communication for aphasia: a critical review. *Aphasiology*, *34*(4), 492-514. doi: 10.1080/02687038.2019.1702848
- Donkor, E. (2018). Stroke in the 21st Century: A Snapshot of the Burden, Epidemiology, and Quality of Life. *Stroke Research And Treatment*, *2018*, 1-10. doi: 10.1155/2018/3238165
- Dörnyei, Z. (2008). *Questionnaires in second language research*. New York: Routledge.
- Ellis, C., & Peach, R. (2016). Life satisfaction and aphasia: an integrative review with recommendations for future research. *Aphasiology*, *31*(6), 631-642. doi: 10.1080/02687038.2016.1154500
- Elman, R.J. (2000). *Language Disorders in Adults Grand Rounds: Life Participation Approaches to Aphasia*
- Enderby, P., John, A., & Petheram, B. (2006). *Therapy outcome measures for the rehabilitation professionals* (2nd ed.). Chichester, England: John Wiley.
- Flinker, A., Korzeniewska, A., Shestyuk, A., Franaszczuk, P., Dronkers, N., Knight, R., & Crone, N. (2015). Redefining the role of Broca's area in speech. *Proceedings Of The National Academy Of Sciences*, *112*(9), 2871-2875. doi: 10.1073/pnas.1414491112
- Fridriksson, J., den Ouden, D., Hillis, A., Hickok, G., Rorden, C., & Basilakos, A. et al. (2018). Anatomy of aphasia revisited. *Brain*, *141*(3), 848-862. doi: 10.1093/brain/awx363
- 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. doi: 10.1558/jircd.30904

- Galletta, E., & Barrett, A. (2014). Impairment and Functional Interventions for Aphasia: Having it All. *Current Physical Medicine And Rehabilitation Reports*, 2(2), 114-120. doi: 10.1007/s40141-014-0050-5
- Garcia-Grimshaw, M., Gutierrez-Manjarrez, F., & Gonzalez-Duarte, A. (2018). Conduction Aphasia as Initial Manifestation of Tuberculous Meningitis. *Cureus*. doi: 10.7759/cureus.2889
- Haaland-Johansen, L. (2019). Å mobilisere, lete og finne – anomi ved afasi. *Tidsskrift For Den Norske Legeforening*. doi: 10.4045/tidsskr.19.0690
- Hankey, G. (2017). Stroke. *The Lancet*, 389(10069), 641-654. doi: 10.1016/s0140-6736(16)30962-x
- Hartman, K., Peluzzo, A., Shadani, S., Chellquist, I., Weprin, S., Hunt, H., Smith-Benjamin, S., & Altschuler, E. L. (2017). Devising a Method to Study if Wernicke's Aphasia Patients are Aware That They Do Not Comprehend Language or Speak It Understandably. *Journal of undergraduate neuroscience education : JUNE : a publication of FUN, Faculty for Undergraduate Neuroscience*, 16(1), E5–E12.
- Hesketh, A., Long, A., Bowen, A., & on behalf of the ACTNoW Research St. (2010). Agreement on outcome: Speaker, carer, and therapist perspectives on functional communication after stroke. *Aphasiology*, 25(3), 291-308. doi: 10.1080/02687038.2010.507818
- Hilari, K., Byng, S., Lamping, D., & Smith, S. (2003). Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39). *Stroke*, 34(8), 1944-1950. doi: 10.1161/01.str.0000081987.46660.ed
- Hilari, K., Owen, S., & Farrelly, S. (2007). Proxy and self-report agreement on the Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39. *Journal Of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 78(10), 1072-1075. doi: 10.1136/jnnp.2006.111476
- Javed, K., Reddy, V., Das, J., & Wroten, M. (2020). Neuroanatomy, Wernicke Area. Retrieved 27 April 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK533001/>
- Johnson, W., Onuma, O., Owolabi, M., & Sachdev, S. (2016). Stroke: a global response is needed. *Bulletin Of The World Health Organization*, 94(9), 634-634A. doi: 10.2471/blt.16.181636

- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference?. *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645-649. doi: 10.1007/s40273-016-0389-9
- Kavé, G., & Goral, M. (2016). Do age-related word retrieval difficulties appear (or disappear) in connected speech?. *Aging, Neuropsychology, And Cognition*, 24(5), 508-527. doi: 10.1080/13825585.2016.1226249
- Kim, J. (2016). Post-stroke Mood and Emotional Disturbances: Pharmacological Therapy Based on Mechanisms. *Journal Of Stroke*, 18(3), 244-255. doi: 10.5853/jos.2016.01144
- Kintz, S., Wright, H., & Fergadiotis, G. (2015). Semantic knowledge use in discourse produced by individuals with anomic aphasia. *Aphasiology*, 30(9), 1012-1025. doi: 10.1080/02687038.2015.1081140
- Kong, A., Linnik, A., Law, S., & Shum, W. (2017). Measuring discourse coherence in anomic aphasia using Rhetorical Structure Theory. *International Journal Of Speech-Language Pathology*, 20(4), 406-421. doi: 10.1080/17549507.2017.1293158
- Krishnan, S., Pappadis, M., Weller, S., Stearnes, M., Kumar, A., Ottenbacher, K., & Reistetter, T. (2017). Needs of Stroke Survivors as Perceived by Their Caregivers. *American Journal Of Physical Medicine & Rehabilitation*, 96(7), 487-505. doi: 10.1097/phm.0000000000000717
- Lee, H., Lee, Y., Choi, H., & Pyun, S. (2015). Community Integration and Quality of Life in Aphasia after Stroke. *Yonsei Medical Journal*, 56(6), 1694. doi: 10.3349/ymj.2015.56.6.1694
- Lomas, J., Pickard, L., Bester, S., Elbard, H., Finlayson, A., & Zoghaib, C. (1989). The Communicative Effectiveness Index. *Journal Of Speech And Hearing Disorders*, 54(1), 113-124. doi: 10.1044/jshd.5401.113
- Lui, S., & Nguyen, M. (2018). Elderly Stroke Rehabilitation: Overcoming the Complications and Its Associated Challenges. *Current Gerontology And Geriatrics Research*, 2018, 1-9. doi: 10.1155/2018/9853837

- Mansfield, A., Inness, E., & Mcilroy, W. (2018). Stroke. *Handbook Of Clinical Neurology*, 205-228. doi: 10.1016/b978-0-444-63916-5.00013-6
- Marebwa, B., Fridriksson, J., Yourganov, G., Feenaughty, L., Rorden, C., & Bonilha, L. (2017). Chronic post-stroke aphasia severity is determined by fragmentation of residual white matter networks. *Scientific Reports*, 7(1). doi: 10.1038/s41598-017-07607-9
- Marinelli, C., Spaccavento, S., Craca, A., Marangolo, P., & Angelelli, P. (2017). Different Cognitive Profiles of Patients with Severe Aphasia. *Behavioural Neurology*, 2017, 1-15. doi: 10.1155/2017/3875954
- Marshall, J., Booth, T., Devane, N., Galliers, J., Greenwood, H., & Hilari, K. et al. (2016). Evaluating the Benefits of Aphasia Intervention Delivered in Virtual Reality: Results of a Quasi-Randomised Study. *PLOS ONE*, 11(8), e0160381. doi: 10.1371/journal.pone.0160381
- McCormick, A. (2017). Quality of Life. *Cerebral Palsy*, 335-341. doi: 10.1007/978-3-319-67858-0\_33
- Nakling, A., Aarsland, D., Næss, H., Wollschlaeger, D., Fladby, T., Hofstad, H., & Wehling, E. (2017). Cognitive Deficits in Chronic Stroke Patients: Neuropsychological Assessment, Depression, and Self-Reports. *Dementia And Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 7(2), 283-296. doi: 10.1159/000478851
- Nayar, M., Vanderstay, R., Siegert, R., & Turner-Stokes, L. (2016). The UK Functional Assessment Measure (UK FIM+FAM): Psychometric Evaluation in Patients Undergoing Specialist Rehabilitation following a Stroke from the National UK Clinical Dataset. *PLOS ONE*, 11(1), e0147288. doi: 10.1371/journal.pone.0147288
- Northam, G., Adler, S., Eschmann, K., Chong, W., Cowan, F., & Baldeweg, T. (2018). Developmental conduction aphasia after neonatal stroke. *Annals Of Neurology*, 83(4), 664-675. doi: 10.1002/ana.25218
- O'Halloran, R., Carragher, M., & Foster, A. (2017). The Consequences of the Consequences. *Topics In Language Disorders*, 1. doi: 10.1097/tld.0000000000000109

- Oni, O., Aina, O., Ojini, F., & Olisah, V. (2016). Quality of life and associated factors among poststroke clinic attendees at a University Teaching Hospital in Nigeria. *Nigerian Medical Journal*, *57*(5), 290. doi: 10.4103/0300-1652.190602
- Panagal, M., Biruntha, M., Vidhyavathi, R., Sivagurunathan, P., Senthilkumar, S., & Sekar, D. (2019). Dissecting the role of miR-21 in different types of stroke. *Gene*, *681*, 69-72. doi: 10.1016/j.gene.2018.09.048
- Parr, E., Ferdinand, P., & Roffe, C. (2017). Management of Acute Stroke in the Older Person. *Geriatrics*, *2*(3), 27. doi: 10.3390/geriatrics2030027
- Pedersen, P., Vinter, K., & Olsen, T. (2001). The Communicative Effectiveness Index: Psychometric properties of a Danish adaptation. *Aphasiology*, *15*(8), 787-802. doi: 10.1080/02687040143000195
- Penn, C., Milner, K., & Fridjhon, P. (1992). The communicative Effectiveness Index: its use with South African stroke patients. *The South African journal of communication disorders = Die Suid-Afrikaanse tydskrif vir Kommunikasieafwykings*, *39*, 74-82.
- Pommerehn, J., Delboni, M., & Fedosse, E. (2016). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e afasia: um estudo da participação social. *Codas*, *28*(2), 132-140. doi: 10.1590/2317-1782/201620150102
- Riès, S., Dronkers, N., & Knight, R. (2016). Choosing words: left hemisphere, right hemisphere, or both? Perspective on the lateralization of word retrieval. *Annals Of The New York Academy Of Sciences*, *1369*(1), 111-131. doi: 10.1111/nyas.12993
- Ross, K., & Wertz, R. (2003). Quality of life with and without aphasia. *Aphasiology*, *17*(4), 355-364. doi: 10.1080/02687030244000716
- Royal College of Physicians Sentinel Stroke National Audit Programme (SSNAP). National clinical audit annual results portfolio March 2016-April 2017. Available: <http://bit.ly/1NHylqH> Last accessed 24 February 2020.
- Sarno, M. (2017). Aphasia☆. *Reference Module In Neuroscience And Biobehavioral Psychology*. doi: 10.1016/b978-0-12-809324-5.02991-6



- Sharma, S., Briley, P., Wright, H., Perry, J., Fang, X., & Ellis, C. (2019). Gender differences in aphasia outcomes: evidence from the AphasiaBank. *International Journal Of Language & Communication Disorders*, 54(5), 806-813. doi: 10.1111/1460-6984.12486
- Spaccavento, S., Craca, A., Del Prete, M., Falcone, R., Colucci, A., Di Palma, A., & Loverre, A. (2013). Quality of life measurement and outcome in aphasia. *Neuropsychiatric Disease And Treatment*, 27. doi: 10.2147/ndt.s52357
- State of the Nation: stroke statistics. Stroke Association. (2018). Retrieved 18 February 2020, from <https://www.stroke.org.uk/resources/state-nation-stroke-statistics>.
- Stewart, C., & Riedel, K. (2016). Managing Speech and Language Deficits after Stroke. *Stroke Rehabilitation*, 673-689. doi: 10.1016/b978-0-323-17281-3.00029-0
- Stinnett, T., Reddy, V., & Zabel, M. (2020). Neuroanatomy, Broca Area. Retrieved 27 March 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526096/>
- Ten Brink, A., Verwer, J., Biesbroek, J., Visser-Meily, J., & Nijboer, T. (2016). Differences between left- and right-sided neglect revisited: A large cohort study across multiple domains. *Journal Of Clinical And Experimental Neuropsychology*, 39(7), 707-723. doi: 10.1080/13803395.2016.1262333
- Tippett, D., & Hillis, A. (2017). Where are aphasia theory and management “headed”? *F1000research*, 6, 1038. doi: 10.12688/f1000research.11122.1
- Wallace, S., Worrall, L., Rose, T., Le Dorze, G., Cruice, M., & Isaksen, J. et al. (2016). Which outcomes are most important to people with aphasia and their families? an international nominal group technique study framed within the ICF. *Disability And Rehabilitation*, 39(14), 1364-1379. doi: 10.1080/09638288.2016.1194899
- Webb, W. (2017). Adult Disorders of Language. *Neurology For The Speech-Language Pathologist*, 206-233. doi: 10.1016/b978-0-323-10027-4.00010-5
- WHO (2002). *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF* [Ebook]. Geneva. Retrieved from <https://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf?ua=1>

- WHO | WHOQOL: Measuring Quality of Life. (2020). Retrieved 28 March 2020, from <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>
- Williams, E., Jackson, H., Wagland, J., & Martini, A. (2020). Community Rehabilitation Outcomes for Different Stroke Diagnoses: An Observational Cohort Study. *Archives Of Rehabilitation Research And Clinical Translation*, 100047. doi: 10.1016/j.arrct.2020.100047
- Worrall, L., Sherratt, S., Rogers, P., Howe, T., Hersh, D., Ferguson, A., & Davidson, B. (2010). What people with aphasia want: Their goals according to the ICF. *Aphasiology*, 25(3), 309-322. doi: 10.1080/02687038.2010.508530
- Yourganov, G., Smith, K., Fridriksson, J., & Rorden, C. (2015). Predicting aphasia type from brain damage measured with structural MRI. *Cortex*, 73, 203-215. doi: 10.1016/j.cortex.2015.09.005

## **Ελληνόγλωσση**

- Βόντα, Ι., & Καραγρηγορίου, Α. (2017). *ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΩΝ* (1st ed.). ΠΑΡΑΣΚΗΝΙΟ.
- Πανέτσος, Σ., Ραφαηλίδης, Α., & Κεχαγιά, Ι. (2020). *ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ*. Retrieved 28 April 2020, from [http://dasta.aspete.gr/Career/Articles/fileItem.ashx?itemid=13081&catalog=Documents&fbclid=IwAR2K1D-CSpMMz0Hy5\\_YIR75Xda7z\\_KZASYG3WRe0c4ECjScL1111yivhUkc](http://dasta.aspete.gr/Career/Articles/fileItem.ashx?itemid=13081&catalog=Documents&fbclid=IwAR2K1D-CSpMMz0Hy5_YIR75Xda7z_KZASYG3WRe0c4ECjScL1111yivhUkc)
- Σκαμαντζούρα, Α. (2018). *Οι δυσκολίες προφορικού και γραπτού λόγου απόμων με επίκτητες γλωσσικές διαταραχές* (1st ed.). Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
- Συμεωνίδου, Σ. (2012). *Θέματα που άπτονται του International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) και της προσαρμογής και υιοθέτησής του στην Κύπρο*. Retrieved 17 May 2020, from <https://www.scribd.com/document/397335424/20130214-Ekthesi-Simoni-Simeonidou-ICF-1?fbclid=IwAR1a2gyHEyKcW5VMeP7DKUYSaVaHa4gtkkVE7QJer8MXBNRBNXJqNnIaZHY>

Τσούφης, Π., Φορτωτήρα, Ο. (2019). *Η μη λεκτική επικοινωνία στο χώρο της υγείας. Η σημαντικότητά της σε ειδικές ομάδες ασθενών και είδη παθήσεων*. Άρτα. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

## Δείκτης Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας (CETI)

### 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* (5<sup>th</sup> ed.). Philadelphia, PA: LippincottWilliams&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