

УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ
ФАКУЛТЕТ ЗА СПЕЦИЈАЛНУ ЕДУКАЦИЈУ
И РЕХАБИЛИТАЦИЈУ

Жељана М. Сукур

**УТИЦАЈ ТИПА И ТЕЖИНЕ ЈЕЗИЧКОГ
ПОРЕМЕЋАЈА НА КВАЛИТЕТ
ЖИВОТА ОСОБА СА АФАЗИЈОМ**

Докторска дисертација

Београд, 2018

UNIVERZITET U BEOGRADU
FAKULTET ZA SPECIJALNU EDUKACIJU
I REHABILITACIJU

Željana M. Sukur

**UTICAJ TIPA I TEŽINE JEZIČKOG
POREMEĆAJA NA KVALITET
ŽIVOTA OSOBA SA AFAZIJOM**

Doktorska disertacija

Beograd, 2018

UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF SPECIAL EDUCATION
AND REHABILITATION

Željana M. Sukur

**THE IMPACT OF TYPE AND
SEVERITY OF LANGUAGE DISORDER
ON THE QUALITY OF LIFE IN PERSONS
WITH APHASIA**

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2018

Ментор: Проф. др Миле Вуковић, редовни професор
Универзитет у Београду,
Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

Чланови комисије:

Проф. др Мирјана Петровић-Лазић, редовни професор (председник)
Универзитет у Београду,
Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

Проф. др Надица Јовановић-Симић, редовни професор (члан)
Универзитет у Београду,
Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

Проф. др Драган Павловић, редовни професор (члан)
Универзитет у Београду,
Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

Проф. др Вера Рајовић, ванредни професор (члан)
Универзитет у Београду,
Филозофски факултет, Београд

УТИЦАЈ ТИПА И ТЕЖИНЕ ЈЕЗИЧКОГ ПОРЕМЕЋАЈА НА КВАЛИТЕТ ЖИВОТА ОСОБА СА АФАЗИЈОМ

РЕЗИМЕ

Будући да афазиа оставља трајне последице на психосоцијалном плану, последњих година се доста пажње поклања квалитету живота погођених особа. Циљ овог истраживања је био утврђивање утицаја типа и тежине језичког поремећаја на квалитет живота особа са афазиијом.

Узорак је чинило 60 испитаника оба пола (32 особе мушког и 28 особа женског пола), старосне доби од 30 до 70 година. У оквиру овог истраживања тестирана је и контролна група коју је чинило 60 испитаника без неуролошког оштећења и језичког поремећаја. Групе су уједначене према полу, старости, образовном нивоу и брачном статусу. Дијагноза афазиије је постављена *Бостонским дијагностичким тестом за афазиије БДАЕ*, који је адаптиран за српско говорно подручје. На основу експресивних карактеристика спонтаног говора сачињене су две групе испитаника. Прву групу са афазиијом чинило је 30 испитаника са нефлуентним облицима афазиија, а другу 30 испитаника са флуентним облицима афазиија. У групу са нефлуентним афазиијама укључени су испитаници са Брокином (15) и испитаници са транскортикалном моторном афазиијом (15), док су групу са флуентним афазиијама чинили испитаници са Верникеовом афазиијом (15) и испитаници са транскортикалном сензорном афазиијом (15). У односу на тежину афазиије, испитаници су подељени у две групе: 1. испитаници са лаком афазиијом и 2. испитаници са тешком афазиијом.

У истраживању су коришћена три инструмента за процену квалитета живота:

1. *Скала за мерење квалитета живота специфичног за афазиију* (Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 – SAQOL-39; Hilari et al., 2003)

2. *Скала за мерење квалитета комуникативног живота* (Quality of Communication Life Scale – ASHA-QCL; Paul et al., 2004)

3. *Инвентар/Упитник за мерење квалитета живота* (the Quality of Life Inventory – QOLI; Frisch, 1994).

Резултати процене Скалом квалитета живота специфичног за афазiju су показали да пацијенти са афазijом имају знатно нарушен квалитет живота у поређењу са контролном групом. Квалитет живота је нарушен у групама испитаника са флуентним и нефлуентним афазijама. Лошији квалитет живота утврђен је код испитаника са тежим степеном афазije у поређењу са испитаницима са афазijом лакшег степена. Резултати Скале квалитета комуникативног живота су показали да испитаници са флуентним и нефлуентним афазijама имају лош квалитет комуникације у свакодневном животу. Већи степен оштећења комуникације утврђен је у групи испитаника са тешком него у групи испитаника са лаким афазijом. Резултати добијени применом Инвентара квалитета живота су показали да испитаници са афазijом имају знатно нарушено задовољство животом у поређењу са контролном групом испитаника. Снижен ниво задовољства утврђен је и код испитаника са флуентним и нефлуентним афазijама. Нижи ниво задовољства утврђен је код испитаника са тешком афазijом него код испитаника са лаким степеном афазije. Закључено је да особе са афазijом генерално испољавају снижен квалитет живота и да тежина афазije представља посебно значајан фактор у одређивању самоперцепције квалитета живота и укупног задовољства животом погођених особа.

Кључне речи: Афазija, квалитет живота, квалитет комуникације

Научна област: Специјална едукација и рехабилитација

Ужа научна област: Поремећаји језика

THE IMPACT OF TYPE AND SEVERITY OF LANGUAGE DISORDER ON THE QUALITY OF LIFE IN PERSONS WITH APHASIA

ABSTRACT

Aphasia leaves lasting consequences on the psychosocial level. Therefore, in recent years, a lot of attention has been paid to the quality of life of affected persons. The aim of this study was to determine the impact of the type and severity of language disorders on the quality of life in persons with aphasia.

The sample consisted of 60 participants of both genders (32 males and 28 females), aged from 30 to 70 years. Within this study, a control group consisting of 60 participants without any neurological impairment and linguistic disorder was tested. There were no differences in gender, age, educational level, and marital status between groups. Aphasia was diagnosed with *the Boston Diagnostic Aphasia Examination* (BDAE), which was adapted for the Serbian-speaking region. Based on the expressive characteristics of spontaneous speech, two groups of participants were formed. The first group with aphasia consisted of 30 participants with non-fluent forms of aphasia, and the second consisted of 30 participants with fluent forms of aphasia. Participants with Broca's aphasia (15) and participants with transcortical motor aphasia (15) were included in the group with nonfluent of aphasia, while the group with fluent aphasia consisted of participants with Wernicke's aphasia (15) and participants with transcortical sensory aphasia (15). In relation to the severity of aphasia, the participants were divided into two groups: 1. participants with a mild aphasia, and 2. participants with a severe aphasia.

In this study, three instruments were used to evaluate the quality of life: 1. Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 – SAQOL-39 (Hilari et al., 2003), 2. Quality of Communication Life Scale – ASHA-QCL (Paul et al., 2004), and 3. the Quality of Life Inventory – QOLI (Frisch, 1994).

The results of the evaluation conducted by the Stroke and Aphasia Quality of Life showed that participants with aphasia had significantly lower quality of life in comparison to the control group. The quality of life was also affected in the groups of participants with fluent and non-fluent aphasia. A lower quality of life was found in

participants with more severe aphasia compared to participants with a lower level of severity of aphasia. The results of the Quality of Communication Life Scale showed that participants with fluent and non-fluent aphasia had poor quality of communication in everyday life. A higher level of communication impairment was determined in the group of participants with a severe aphasia than in the group of participants with a mild aphasia. The results obtained by the Quality of Life Inventory showed that participants with aphasia had significantly reduced life satisfaction compared to the control group of participants. Lowered levels of satisfaction was also observed in participants with fluent and non-fluent aphasia. A lower level of satisfaction was found in participants with a severe aphasia compared to the participants with a mild degree of aphasia. It was concluded that persons with aphasia generally showed reduced quality of life and that the severity of aphasia was a particularly important factor in determining the self-perception of quality of life and overall life satisfaction in affected persons.

Key words: Aphasia, quality of life, quality of communication.

Scientific field: Special education and rehabilitation

Scientific subfield: Language disorders

САДРЖАЈ

УВОД.....	1
I ТЕОРИЈСКА РАЗМАТРАЊА.....	6
1.1. Језик и његова структура основне напомене.....	7
1.2. НЕУРОАНАТОМИЈА ЈЕЗИКА.....	9
1.2.1. Језичке области кортекса.....	9
1.2.2. Улога субкортикалних структура у језику.....	11
1.3. АФАЗИЈЕ.....	12
1.3.1. Историјат афазије.....	12
1.3.2. Етиологија афазија.....	13
1.3.4. Афазички синдроми.....	14
1.4. КВАЛИТЕТ ЖИВОТА.....	19
1.4.1. Дефинисање појма.....	19
1.4.2. Квалитет живота и здравље.....	21
1.4.3. Квалитет живота и субјективни осећај благостања.....	23
1.4.4. Квалитет живота и афазија.....	26
II МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА.....	30
2.1. ЦИЉ,ЗАДАЦИ И ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА.....	31
2.1.1. Циљ истраживања.....	31
2.1.2. Задаци истраживања.....	31
2.1.3. Хипотезе истраживања.....	32
2.2.УЗОРАК.....	33
2.2.1. Критеријуми за укључивање у узорак.....	33
2.2.2. Критеријуми за укључивање у контролну групу.....	33
2.2.3. Опис узорка.....	34
2.3. ПРОЦЕДУРА И ТЕХНИКЕ ИСПИТИВАЊА.....	55
2.4. ОПИС ИНСТРУМЕНТА.....	55
2.4.1. Скала за мерење квалитета живота специфичног за афазију- SAQOL-39.....	55
2.4.2. Скала за мерење квалитета комуникативног живота- ASHA-QCL.....	72

2.4.3. Инвентар/Упитник за мерење квалитета живота-QOLI.....	79
III РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА.....	92
3.1. Резултати истраживања применом Скале за мерење квалитета живота специфичног за афазiju-SAQOL-39.....	93
3.2. Резултати мерења на Скали квалитета комуникативног живота- ASHA-QCL.....	133
3.3. Резултати Инвентара/Упитника за мерење квалитета живота-QOLI.....	194
3.4. Корелациона анализа.....	216
IV ДИСКУСИЈА.....	236
4.1. ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА ДОБИЈЕНИХ ТЕСТИРАЊЕМ ПРВЕ ХИПОТЕЗЕ.....	236
4.1.1. Резултати постигнућа на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазiju-SAQOL-39.....	237
4.1.2. Резултати постигнућа мерени Скалом квалитета комуникативног живота-ASHA-QCL.....	240
4.1.3. Резултати постигнућа на Инвентару/Упитнику за мерење квалитета живота-QOLI.....	242
4.2. ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА ДОБИЈЕНИХ ТЕСТИРАЊЕМ ДРУГЕ ХИПОТЕЗЕ.....	243
4.3. ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА ДОБИЈЕНИХ ТЕСТИРАЊЕМ ТРЕЋЕ ХИПОТЕЗЕ.....	245
4.4. ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА ДОБИЈЕНИХ ТЕСТИРАЊЕМ ЧЕТВРТЕ ХИПОТЕЗЕ.....	250
4.4.1. Резултати постигнућа мерени Скалом за мерење квалитета живота специфичног за афазiju-SAQOL-39.....	250
4.4.2. Резултати постигнућа мерени Скалом квалитета комуникативног живота-ASHA-QCL.....	254
4.4.3. Резултати постигнућа на Инвентару/Упитнику за мерење квалитета живота-QOLI.....	261
4.5. ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА ДОБИЈЕНИХ ТЕСТИРАЊЕМ ПЕТЕ ХИПОТЕЗЕ.....	265

V ЗАКЉУЧЦИ.....	280
ЛИТЕРАТУРА.....	292
ПРИЛОЗИ.....	308

УВОД

Афазиа је поремећај језичке комуникације узрокован лезијом мозга који се манифестује оштећењем лингвистичких, паралингвистичких и когнитивних способности. То је мултимодални облик поремећаја језичке комуникације јер захвата више модалитета језичке функције: усмени говор, разумевање, писање, читање и гестовни говор (Вуковић, 2010). Будући да афазиа често оставља трајне последице на психосоцијалном плану, у новијој литератури се све више пажње поклања проучавању квалитета живота код особа са афазијом.

Сам појам *квалитет живота* (Quality of Life – QoL) у целини покрива разне концепте квалитета живота, укључујући оне у вези са здрављем (Health Related Quality of Life – HRQoL), али и субјективно благостање (Subjective Well-Being – SWB). HRQoL с једне стране описује тешкоће које су настале због лошег здравља у односу на психичко и физичко функционисање, учешће у животним областима, али и „здравствени статус“. Такође, HRQoL је један од индикатора квалитета пружене неге оболелим особама. SWB с друге стране обухвата укупно задовољство животом, задовољство животним постигнућима, као и позитивним и негативним утицајима на квалитет живота.

Према Светској здравственој организацији (World Health Organisation – WHO), под квалитетом живота подразумева се „перцепција појединца о сопственом положају у животу у контексту културе и система вредности у којима живи, као и о својим циљевима, очекивањима, стандардима и интересовањима“ (WHOQOL Group, 1995, p. 1405). Концепт квалитет живота укључује: физичко здравље појединца, психолошки статус, материјалну независност, социјалне односе и однос појединца према значајним факторима из спољашње средине. Квалитет живота се углавном везује за појам здравља, HRQoL, као и за утицај здравственог стања на способност појединца да води испуњен живот (Bullinger, Anderson, Cella, & Aaronson, 1993). Појам *квалитет живота* обухвата и субјективну процену појединца о његовом физичком, менталном, емоционалном, породичном и социјалном функционисању (Berzon, Haas, & Shumaker, 1993). У односу на афазиа, WHO разматра степен квалитета живота у погледу активности (тј. комуникације) и њених ограничења (тј. афазиа), друштвеног учешћа и

ограничења, комуникационих захтева и баријере и личних фактора. Америчка асоцијација за говор и слух (American Speech-Language Hearing Association – ASHA) јасно наводи да процена афазиије треба да укључи идентификацију оних фактора који отежавају, односно олакшавају успешну комуникацију и учешће у животним доменима функционисања (Paul et al., 2004).

Истраживања (Hilari, Byng, Lamping, & Smith, 2003; Hilari, 2011) указују на то да су главни индикатори лошијег квалитета живота људи после možданог удара смањено учешће у свакодневним активностима, смањен квалитет здравственог живота, односно HRQoL, поремећаји у комуникацији и висок степен депресије.

Емпиријски подаци показују да комуникација као фактор квалитета живота није била у потпуности испитана, нити је утицај последица поремећаја у комуникацији и афазиије на квалитет живота особе био тема проучавања (Cruise, Worrall, Hickson, & Murison, 2003). Разлог томе је чињеница да многе опште скале за мерење квалитета живота нису биле прикладне за особе са афазиијом (Hilari & Byng, 2001). Развој *Скале за мерење квалитета живота специфичног за афазиију* (Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 – SAQOL-39; Hilari et al., 2003) довео је до пробоја у истраживању самопроцене квалитета живота особа са афазиијом. Истраживања указују на знатно лошији квалитет живљења ових особа у односу на здраве испитанике, посебно у домену комуникације и психосоцијалног функционисања (Hilari et al., 2003; Hilari, 2011; Manders, Dammekens, Leemans, & Michiels, 2010). Осим тога, истраживања говоре о томе да би комуникација могла да предвиди њихово психолошко благостање и социјални аспект функционисања (Engell, Hütter, Willmes, & Huber, 2003; Hilari et al., 2003; Ross & Wertz, 2003). Неким истраживањима је показано да су особе са афазиијом мање ангазоване у свакодневном животу, што представља ризик за социјалну изолацију (Dalemans, De Witte, Wade, & Van den Heuvel, 2010; Parr, 2007). У истраживањима су такође утврђене и значајне корелације између тежине афазиије и друштвене и емоционалне компоненте (Franzén-Dahlin, Karlsson, Mejhert, & Laska, 2010).

Колико поремећај комуникације може имати утицаја на друштвени живот, образовне и стручне активности, као и на укупан квалитет живота, говоре нам истраживања спроведена *Скалом за мерење квалитета комуникативног живота*

(Quality of Communication Life Scale – ASHA-QCL; Paul et al., 2004), где се *квалитет комуникативног живота* дефинише „као мера у којој комуникација једне особе, под утицајем личних и срединских фактора (филтрирана кроз виђење те особе) омогућава активно учешће у животним ситуацијама“. Истраживања показују да је функционална комуникација посебно повезана са квалитетом живота ових особа (Cruice et al., 2003; Manders et al., 2010).

Према Вуковићу (2008, 2015) побољшати функционалну комуникацију, тј. утицати на повећање могућности што успешније комуникације у друштвеним контекстима и свакодневним активностима је и крајњи циљ третмана особа са афазисом. Вуковић (2008, 2015) такође наводи да је неопходно да клиничар дефинише функционалну комуникацију сваког пацијента понаособ и одреди циљеве третмана, где се мора узети у обзир тежина поремећаја комуникације, начин живота пацијента пре болести, као и околности у којима пацијент живи, јер афазиса поред језика обухвата и поремећаје паралингвистичких и нелингвистичких процеса, који су од битног значаја за успешно остваривање комуникације.

Бројна истраживања истичу и утицај варијабли, као што су: пол (Carod-Artal, Egido, González, & De Seijas, 2000; King, 1996; Kwok et al., 2006), старосно доба (Åström, Adolfsson, Asplund, & Åström, 1992; De Haan, Limburg, Van der Meulen, Jacobs, & Aaronson, 1995; Hilari et al., 2003), ниво образовања (King, 1996, Neau et al., 1998), време трајања болести (Hilari, 2011; Hilari & Byng, 2001; Manders et al., 2010; Worrall & Holland, 2003) и брачни статус (Manders et al., 2010) на перцепцију квалитета живота ових особа. Истраживања су показала пораст квалитета живота докле год се спроводи терапијски процес (Engell et al., 2003). Хилари (Hilari, 2011) посебно говори о значају говорне терапије јер говорни терапеути – логопеди олакшавају комуникацију особа са афазисом. Вуковић (2008) истиче и значај социјалног модела терапије афазиса који је настао из покрета за борбу против дискриминације особа са инвалидитетом, како би те особе биле активно укључене у живот друштвене заједнице. Он сматра да се треба, када терапије фокусиране на оштећење не доводе до опоравка језичких и комуникацијских способности, фокусирати на облике терапије који ће им помоћи

да науче да што квалитетније живе са афазијом, тј. потребно је отклонити препреке које воде до успешне комуникације и социјалног ангажовања особе.

Веома важан аспект који утиче на квалитет живљења јесте и субјективна процена неке особе о томе у којој мери су испуњене њене најважније потребе, циљеви и жеље, што утиче на њено задовољство животом, односно напред споменути SWB. Теорија квалитета живота о животном задовољству коју истиче *Инвентар/Упутник за мерење квалитета живота* (the Quality of Life Inventory – QOLI: Frisch, 1994) има комбиновани когнитивни и афективни приступ, да би дефинисала субјективни осећај задовољства (Frisch 1989; Frisch, Cornell, Villanueva, & Retzlaff, 1992). Претпоставља се да афективне корелације субјективног осећаја благостања углавном потичу од когнитивно заснованих закључака о задовољству животом (Lazarus, 1991). Стога се животно задовољство дефинише као „когнитивни процес расуђивања зависан од поређења нечијих околности са оним што се сматра одговарајућим стандардом“ (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Према овом приступу, што је мање уочено неслагање између нечијих тежњи и достигнућа, виши је ниво задовољства.

Емпиријски подаци показују да пацијенти са афазијом показују значајно нижи степен задовољства животом у поређењу са здравим испитаницима. Разлике се уочавају у домену здравља, креативности, посла, социјалних контаката (Cruise, Worrall, & Hickson, 2006; Davidson, Howe, Worrall, Hickson, & Togher, 2008; Fotiadou, Northcott, Chatzidaki, & Hilari, 2014; Hilari, Cruise, Sorin-Peters, & Worrall, 2015; Northcott, & Hilari, 2011; Sukur & Vuković, 2017). Истовремено, код особа са афазијом се описује висока заступљеност депресије (Hilari, 2011; Kauhanen et al., 2000). Даља истраживања у овој области сугеришу да у циљу побољшања квалитета живота особа са афазијом интервенцију не треба фокусирати само на комуникацију већ и на друге аспекте личности, као што су: емоционално благостање, социјални контакти и социјална партиципација (Cruise et al., 2006; Hilari et al., 2015).

Дакле, напред наведени подаци показују да постоје јаке везе између афазије и квалитета живота, стога је неопходно одредити степен утицаја афазичких поремећаја на квалитет живота. Имајући у виду варијације у тежини и облику испољавања афазичког поремећаја, за предмет овог истраживања

одабрано је утврђивање утицаја типа и тежине језичког поремећаја на квалитет живота особа са афазијом. То подразумева испитивање односа између појединих типова афазичких синдрома и функционисања особа са афазијом у свакодневном животу.

I
ТЕОРИЈСКА РАЗМАТРАЊА

1.1. ЈЕЗИК И ЊЕГОВА СТРУКТУРА – ОСНОВНЕ НАПОМЕНЕ

Основна функција језика је општење, тј. комуникација и споразумевање међу људима (Вуковић, 2016). „Комуникација је интерактивна и подразумева давање и примање“ (Јовановић-Симић & Славнић, 2009, стр. 7). Најважнији циљ комуникације је социјализација и пренос информација (Јовановић-Симић, 2007). На успешност комуникације утиче неколико фактора: способност комуникатора, социо-економски статус, пол, узраст, етничка припадност и друго (Јовановић-Симић & Славнић, 2009). Језик је систем знакова, организована целина чији делови стоје у одређеном међусобном односу, образујући једну структуру. Место и улога појединих саставних делова у тој структури одређени су односима према другим саставним деловима и према целини (Бугарски, 1991). Језик представља сложен систем знакова, а састављен је од више хијерархијски организованих нивоа.

Фонолошки ниво је први ниво језичког система. Фонологија се бави организацијом и функцијом језичких звукова (фонема) и њихове функције у језику као систему комуникације. Фонеме као јединице плана израза немају значења, али својим комбинацијама служе као израз јединица са значењем, односно језичких знакова – речи.

Лексички ниво чине речи. Реч представља целовиту и самосталну језичку јединицу, насталу у конвенционалном спрегу звука и значења, тиме што је појединим фонемама или комбинацијама фонема придружен одређен и сразмерно сталан појмовни садржај (Бугарски, 1991).

Граматика је комплексан систем законитости који говорнику омогућава да ограниченим бројем језичких знакова – речи изрази неограничен број реченица, односно мисаоних целина, а слушаоцу да разуме језичке поруке. У традиционалном значењу, граматички ниво обухвата морфологију и синтаксу. Морфологија се бави проучавањем промена облика речи. Проучавајући граматичке промене и процесе унутар речи, морфологија се допуњује синтаксом која се бави комбинацијом речи у веће језичке целине и лексикологијом која реч посматра као јединицу речника.

Морфема је основна јединица морфолошког нивоа. Она представља и најмању јединицу језичке структуре са самосталним значењем или граматичком функцијом.

Синтакса проучава правила повезивања речи у сложеније језичке целине тј. реченице, као и односе између елемената реченичне структуре. Највећу јединицу синтаксе, а тиме и граматичког нивоа језичке структуре, представља реченица. Реченица садржи једну или више клауза. Може бити проста, када садржи само једну клаузу, и сложена ако садржи две или више клауза.

Семантички ниво језичке структуре обухвата план језичког садржаја и проучавање значења. Овај ниво језичке организације чине лексичка семантика која се бави разумевањем значења речи, и реченична семантика која проучава значења реченица.

Прагматика је највиши ниво организације језичког система. Прагматика се бави проучавањем принципа употребе језика у процесу комуникације, тј. начина којима се остварују социјалне потребе и намере. Прагматички аспект језика се реализује кроз дискурс (усмени говор) и текст (писани говор) (Вуковић, 2016).

Поред језичких знакова, човек у току комуникације користи и невербалне знакове који могу бити симболи и сигнали. Невербални знаци се могу поделити на паралингвистичке и екстралингвистичке. Паралингвистичке знакове представљају разни узвици, особен начин изражавања и прозодијски елементи одређеног језика. Екстралингвистички знаци могу бити кинезички и проксемички. Кинезичке знаке представљају покрети делова тела, став лица, фацијална експресија (израз лица) и усмеравање погледа. Проксемичке знаке чине физичка удаљеност, просторни распоред, лични простор и територијално понашање. Овим знаковима се остварује невербална комуникација која је основ за развој симболичке комуникације (Вуковић, 2016).

1.2. НЕУРОАНАТОМИЈА ЈЕЗИКА

1.2.1. Језичке области кортекса

У најопштијем смислу, основни анатомски супстрати језичких способности чине кора великог мозга и субкортикалне области. Међутим, немају сви делови кортекса подједнаку улогу у реализацији говорних и језичких функција. У прилог томе говоре емпиријски подаци којима је показано да лезије неких делова коре великог мозга доводе до језичких поремећаја, док код оштећења других области, језичке функције остају очуване. Према томе, издвојено је неколико области мождане коре за које се сматра да имају специфичну улогу у говору и језику (Вуковић, 2011).

Брокина зона обухвата задњи део доње фронталне вијуге леве хемисфере мозга (44. поље по Бродману). На њен значај први је указао Брока (Broca) 1861. године када је открио поремећаје артикулације језичких симбола код лезије тог подручја. На основу карактеристика језичког поремећаја, Брокина зона је одговорна за фонетско-фонолошке и синтаксичке аспекте језика (Вуковић, 2016).

Суплементарно говорно подручје (СГП) представља део суплементарног моторног подручја смештеног у нивоу средње фронталне вијуге леве хемисфере. Повезан је са примарним моторним пољем, Брокином зоном и супкортикалним структурама. Његова основна улога је у иницијацији и планирању говорне активности и синтаксичким аспектима језика (Вуковић, 2016).

Екснеров центар који обухвата доњи део средње фронталне вијуге, помоћу асоцијативних влакана директно је повезан с Брокином арејом. На специфичну улогу овог дела кортекса, према Вуковићу (2016), први је указао Екснер (Exner) 1881. године када је описао болесника с тешким обликом аграфије изазване жаришним оштећењем средње фронталне вијуге леве хемисфере. Стога се сматра да ово говорно подручје има примарну улогу у реализацији писаног облика језичког изражавања.

Верникеова зона је смештена у аудитивном асоцијативном кортексу и обухвата задњи део горње темпоралне вијуге (22. поље по Бродману). Верникеова зона је асоцијативним влакнима повезана с примарним аудитивним пољем (41.

Бродманово поље), гирус ангуларисом (39. поље по Бродману) и Брокином зоном (44. Бродманово поље). Лезије Верникеове области узрокују тешке поремећаје разумевања говора, лексичко-семантичке и фонолошке дефиците (Вуковић, 2011).

Fasciculus arcuatus представља сноп асоцијативних влакана који повезује Брокино и Верникеово подручје. Има улогу преносиоца језичких информација од Верникеове зоне, тј. рецептивног дела говорне области, до Брокине зоне где се стварају програми продукције језичких информација. Лезије *fasciculus arcuatus* доводе до тешког оштећења понављања говорних стимулуса, док су спонтани говор и разумевање релативно очувани (Вуковић, 2010).

Gyrus supramarginalis припада доњем делу левог паријеталног режња. Савијен је око завршног дела Силвијеве фисуре и одговара 40. пољу по Бродману. Клинички подаци показују да лезије овог дела кортекса изазивају афазичке симптоме сличне онима који се испољавају и код Верникеове зоне. Најзначајнији су поремећаји фонолошких процеса, а манифестују се супституцијом, изостављањем или метатезом фонема у току језичке продукције (Вуковић, 2016).

Gyrus angularis одговара 39. Бродмановом пољу и представља сензорну раскрсницу на месту преклапања окципиталног, темпоралног и паријеталног режња, тј. чула вида, слуха и додир (Patestas & Gartner, 2006 према Павловић, 2012). Функција овог подручја је у синтези информација из три чула и њиховој вези с говором, с обзиром на чињеницу да је и Верникеова ареа близу. Он омогућава да се повеже реч са предметом и обрнуто, те је кључна област за именовање предмета, читање и писање (Павловић, 2012).

Хешлова вијуга припада темпоралном режњу и смештена је у подножју Силвијеве фисуре. Представља примарно аудитивно поље и одговара 41. пољу по Бродману. Има улогу у аудитивној перцепцији језичких информација. Лезије ове области доводе до специфичног облика афазије, чисте глувоће за речи или аудитивне вербалне агнозије (Вуковић, 2011).

1.2.2. Улога субкортикалних структура у језику

Таламус припада субкортикалним сивим једрима и одговоран је за обраду сензорне информације која са периферије долази у мозак, има улогу и у памћењу (Павловић, 2012). С аспекта специјализације хемисфера, таламус прати функционалну организацију коре великог мозга (Оцић, 1998). Леви таламус учествује у организацији језичких функција, а десни у невербалним аспектима понашања. Лезије левог таламуса доводе до редукције тоналитета и волумена гласа, док лезије десног доводе до тешкоћа у препознавању физиономија, визуелних облика и конструисању облика (Оцић, 1998). Могу имати, у зависности од својих веза, и различите когнитивне улоге, на пример, улогу у различитим аспектима регулације пажње (Крстић, 2014).

Базалне ганглије обухватају пет субкортикалних сивих маса међусобно повезаних: nucleus caudatus, putamen, globus pallidus, nucleus subthalamicus и substantia nigra. Оштећење (nucleus caudatus, putamen) на левој страни изазива афазу (Оцић, 1998). С когнитивног аспекта, функција базалних ганглија се огледа у контроли пажње, радној меморији и процедуралном учењу (Крстић, 2014).

1.3. АФАЗИЈЕ

1.3.1. Историјат афазиије

Прву научну студију о афазиији објавио је француски лекар Брока 1861. године на скупу Антрополошког друштва у Паризу када је приказао болесника с потпуним губитком способности вербалног изражавања, а релативно очуваном способношћу аудитивног разумевања говора. Аутопсијом мозга утврђена је лезија у пределу доње фронталне вијуге леве хемисфере. Неколико година касније, Вернике је описао два случаја афазиије која су имала изразите поремећаје разумевања код лезија горње темпоралне вијуге и околних структура асоцијативног кортекса леве мождане хемисфере. Посебан допринос изучавању афазиија дао је Александар Романович Лурија (А. Р. Лури). Стручне радове почео је да објављује 1947. године. Афазиију је посматрао као поремећај синтезе појединих видова симултане структуре језика, истичући да она настаје као последица повреде визуелног, аудитивног или моторног анализатора. Развио је један од најобухватнијих модела мождане репрезентације говора и језика. Указао је и на тесну повезаност сензомоторних и говорних активности, као и на улогу говора у процесу мишљења и регулацији понашања. Своју интерпретацију афазичких поремећаја, Лурија базира на неуролингвистичкој основи. Значајан преокрет у проучавању афазиија и развоју афазииологије дали су представници бостонске школе, Харолд Гудглас и Едит Каплан (Harold Goodglass & Edit Kaplan) (Вуковић, 2010).

1.3.2. Дефиниција

У литератури се може наћи много дефиниција које су настале као резултат различитог приступа у дефинисању афазиије. Анализирајући постојеће дефиниције, Вуковић (2016) закључује да већина аутора као полазни критеријум за дефинисање афазиије узима лингвистичку компоненту, што је и разумљиво с обзиром на то да су у афазиији најманифестнији поремећаји језика. Истовремено, Вуковић даје свеобухватнију дефиницију која гласи „Афазиија је неурогени

поремећај комуникације који се испољава оштећењем лингвистичких и когнитивних процеса. На лингвистичком плану, афазија се манифестује фонолошким, лексичким, граматичким и семантичким дефицитима, а на когнитивном плану дефицитима пажње, памћења, мишљења и егzekутивних функција“ (Вуковић, 2016, стр. 83).

1.3.3. Етиологија афазија

Према Вуковићу (2002), афазија може настати као последица дејства свих чинилаца који доводе до оштећења централног нервног система (ЦНС).

Главни етиолошки фактори афазије су:

1. Цереброваскуларна обољења и поремећаји:
 - а. транзиторни исхемични атак,
 - б. тромбоза,
 - в. емболија,
 - г. хеморагија,
 - д. хипертензивна енцефалопатија,
 - ђ. артериосклероза.
2. Трауматска оштећења мозга: отворене и затворене повреде главе.
3. Запаљенска обољења ЦНС-а: енцефалитиси, апсцес мозга, менингитиси.
4. Интракранијални тумори: примарни и секундарни.
5. Прогресивне болести ЦНС-а: деменције.
6. Интоксикације
7. Метаболички поремећаји: поремећаји функције тироидне жлезде, хипогликемија и др.
8. Нутритивни поремећаји: дефицит витамина А и Б групе.

1.3.4. Афазички синдроми

Афазије се испољавају у великом броју различитих клиничких синдрома који се групишу у класичне афазичке синдроми, афазије са поремећајем једног модалитета говора, супкортикалне афазије и у посебне облике афазија (Вуковић, 2011).

Класични афазички синдроми

У класичне афазичке синдроми спадају: глобална афазија, Брокина афазија, Верникеова афазија, кондуктивна афазија, анормичка афазија, транскортикална моторна афазија, транскортикална сензорна афазија, транскортикална мешовита афазија (Вуковић, 2010). Пошто су у ову студију укључени испитаници с класичним афазичким синдромима, овде ћемо приказати њихове клиничке карактеристике.

Глобална афазија

Глобална афазија представља тежак облик поремећаја комуникације који захвата све говорне модалитете, при чему нема битних разлика у степену оштећења појединачних модалитета језичке функције. У односу на клиничку слику и прогнозу, глобална афазија представља најтежи облик афазичког синдрома. Болесници са овим обликом афазије имају нефлуентан спонтани говор, тешко оштећено разумевање и потпуно оштећење понављања и именовања, тоталну алексију и аграфију. Глобална афазија настаје као последица лезије фронталне, темпоралне и паријеталне области кортекса, инсуле и супкортикалних структура (бела маса, таламус, базалне ганглије) (Вуковић, 2016).

Брокина афазија

Брокину афазију карактерише нефлуентан, оклевајући спонтани говор са синтаксички поједностављеним и аграматичним реченицама, редукованом

дужином фразе, измењеном прозодијом и отежаном артикулацијом. Аудитивно разумевање оштећено је знатно мање него експресивна функција говора. Ниво очуваности разумевања често је довољан за свакодневну комуникацију. Репетиција језичких задатака обично је тешко оштећена. Номинативна функција говора је такође тешко оштећена, а дефицити именована се манифестују по типу експресивне аномije. Читање наглас је оштећено, а грешке се манифестују отежаном артикулацијом речи као целина, литерарним паралексијама и смањеном брзином читања. Разумевање прочитаног је дефицијентно у мери у којој је дефицијентно и аудитивно разумевање. Брокина афазиа настаје као последица лезије треће фронталне вијуге леве хемисфере, обухватајући Брокину ареу, суседне делове прецентралне вијуге и супкортикалну белу масу. Лезијом могу бити захваћене инсула и базалне ганглије (Вуковић, 2011).

Верникеова афазиа

Верникеова афазиа представља флуентан облик афазичког синдрома који се препознаје по оштећеном разумевању, течној продукцији и лакој артикулацији језичких симбола, интактној прозодији и релативно очуваној синтаксичкој структури говора. Ови болесници имају изражене семантичке поремећаје који се манифестују заменом тражене речи другом, погрешном речју, тешкоћама у евоцирању речи са значењем и заобилазним означавањем појмова, уз честу употребу семантички празних речи. Поремећаји аудитивног разумевања манифестују се још на нивоу појединачних речи, приликом извршавања једноставних налога и обичне конверзације. Репетитивни говор је тешко оштећен, као и способност именована. Поремећаји читања могу бити изражени од тешког до нешто блажег степена. Поремећаји разумевања писаног језика обично су пропорционални поремећајима разумевања говорног језика. Функција писања је такође оштећена код ових пацијената. Лезија је локализована у задњем делу прве темпоралне вијуге, а лезијом могу бити захваћени друга темпорална вијуга и доњи паријетални режањ, посебно *gyrus angularis* и *gyrus supramarginalis* (Вуковић, 2016).

Кондуктивна афазија

Кондуктивна афазија представља тежак поремећај понављања говорних стимулуса у односу на степен очуване флуентности говора и релативно добро разумевање. Следећи карактеристичан знак ове афазије јесу литерарне (фонемске) парафазије и дефицити налажења речи у контексту флуентног, мелодичног говора. Пацијенти са кондуктивном афазијом свесни су својих грешака и покушавају да се коригују, али у томе ретко успеју. Релативно очувано аудитивно разумевање даје могућност нормалне комуникације са овим болесницима. Нису у стању да понављају речи и реченице. Код читања наглас углавном се испољавају литерарне паралексије, док писани говор карактеришу литерарне параграфије и нечитак рукопис због исправљања слова. Лезија која узрокује кондуктивну афазију је лоцирана у ретророландичким областима мозга, обухватајући *gyrus supramarginalis* и *fasciculus arcuatus* (Вуковић, 2016).

Аномичка афазија

Аномичка афазија представља флуентан облик афазичког синдрома чији је основни знак аномија, тј. оштећење способности проналажења речи из сопственог лексикона. Аномија често представља само симптом афазије и присутна је код свих афазичких синдрома, независно од етиологије. Лексички дефицити се најјасније испољавају током спонтаног говора и приликом извршавања задатака именована. Редукована употреба речи са значењем, изражена циркумлокуција уз честу употребу семантички празних речи, основне су карактеристике спонтаног говора болесника са аномичком афазијом. Репетитиван говор, синтаксичка структура, артикулација и прозодија говора су очуване. У писаном говору уочавају се лексички дефицити, због чега је текст оскудног садржаја. Аномија може да настане као последица оштећења више области мозга, како фокалних, тако и дифузних. Код пацијената с трајним обликом аномије, аномија се углавном везује за велика оштећења леве хемисфере или за фокалне лезије левог темпоропаријеталног кортекса (Вуковић, 2016).

Транскортикална моторна афазија

Транскортикална моторна афазија спада у групу нефлуентних афазија. Карактерише је крајње редукована способност самосталног наративног изражавања и изванредно добра способност понављања говорних стимулуса. Основни проблеми болесника са овом афазијом огледају се у отежаном започињању језичких активности и тешкоћама осмишљавања говорних исказа и наративног дискурса у целини. Аудитивно разумевање говора релативно је очувано. Именовање је оштећено. Читање наглас је оштећено, а разумевање прочитаног углавном очувано. Писање је оштећено, а дефицити у писаном говору углавном су слични дефицитима усменог говора. Транскортикална моторна афазија настаје код лезије фронталних области мозга испред и изнад Брокине ареје којом је обухваћено и суплементарно моторно подручје леве хемисфере (Вуковић, 2011).

Транскортикална сензорна афазија

Транскортикална сензорна афазија спада у групу флуентних афазичких синдрома. Болесници имају флуентан говор, оштећено разумевање, очувану артикулацију, интактну прозодију и добре синтаксичке способности. У спонтаном говору се уочава обиље вербалних парафазија, као и оскудна употреба речи са значењем, што даје слику празног говора. Клинички се транскортикална сензорна афазија препознаје по течној језичкој продукцији, аномији, очуваном репетитивном говору и оштећеном аудитивном разумевању. Карактеристичан облик понашања ових болесника за време именовања јесте коректно понављање назива који је изговорио клиничар, уз одсуство свести да је реч о траженој речи. Поремећаји разумевања говорног и писаног језика су карактеристични знаци транскортикалне сензорне афазије. Писана продукција је квалитативно слична вербалној продукцији, у писаном говору се уочавају семантичке парафазије, дефицити налажења речи са значењем. Читање наглас и понављање су знатно бољи од других језичких способности. Лезија је локализована у темпоро-

паријеталном региону леве хемисфере, изван Верникеове ареје, тј. у иригационом подручју сустицања средње и задње моздане артерије (Вуковић, 2016).

Транскортикална мешовита афазија

Транскортикална мешовита афазија представља одсуство спонтане говорне активности, тешко оштећење аудитивног разумевања, аномију, алексију, аграфију и релативно очувано понављање. Ехолалија и аутоматско допуњавање реченица представљају карактеристичан облик вербалног понашања болесника. Транскортикална мешовита афазија спада у групу нефлуентних афазичких синдрома. Клиничка слика варира по тежини и облику испољавања. Оштећење говорних и језичких функција креће се од скоро потпуне неспособности самосталног активног изражавања и разумевања језика до блажих варијанти синдрома у којима се евидентирају неке способности продукције и аудитивног процесирања језичких елемената. Транскортикална мешовита афазија настаје као последица дифузне или мултифокалне лезије мозга или код фокалне патологије специфичне за леви фронтопаријетални регион око Силвијеве фисуре (Вуковић, 2011).

1.4. КВАЛИТЕТ ЖИВОТА

1.4.1. Дефинисање појма

У литератури, о квалитету живота постоји велики број дефиниција које говоре о различитом поимању тог концепта. Већина аутора наводи четири области као главне компоненте квалитета живота: физичко стање, психолошко стање, способност очувања социјалних интеракција, соматско стање (Schipper & Levitt, 1985). Поред поменутих, неки аутори наводе и општу животну сатисфакцију, економски статус и слободне активности (Guelfi, Loo, & Marchais, 1992).

Термин *квалитет живота* први пут је споменуо Пигоу (Pigou) 1920. године у књизи о економији и добробити (Revicki & Leidy, 1998). После Другог светског рата истраживањем квалитета живота су се бавили првенствено психолози и социолози, а са економским развојем и порастом стандарда живота долази до препознавања значаја среће, задовољства и благостања као компоненти квалитета живота, па се у оквиру социјалних наука јавља интересовање за њихово истраживање (Awad, Voruganti, & Heslegrave, 1998).

Предмет друштвено оријентисаних истраживања квалитета живота су садржај и структура групе, заједнице и друштва, док психолошки оријентисани истраживачи разматрају индивидуалне карактеристике као што су благостање, ментално здравље (Raphael, 1996).

Појам благостања и његово мерење као значајну компоненту квалитета живота први је увео Бентам (Bentham) у 18. веку, који га дефинише као „разлику вредности између количине задовољства сваке врсте и количине болова свих врста које човек доживљава у датом временском периоду“ (Bowling & Browne, 1991).

У литератури, појам благостања се среће као субјективно – емоционално благостање, социјално благостање и друштвено благостање (Elster & Roemer, 1993). Емоционални и когнитивни фактори представљају мали део субјективног благостања (Gurin, Veroff, & Feld, 1960). Објективно благостање се односи на здравље и удобност који делују на укупно благостање, али нису његов

нераздвојни и обавезни део (O'Connor, 2016). Алтернативне хипотезе ишле су у прилог томе да је лично благостање више везано за личност, него за објективне услове окружења (Cummins, 2005). Друштвено благостање се односи на жељу за животом, здравље породице и активности у друштву (Lerner, 1973). WHO дефинише социјално благостање као стање мира и сигурности у којем сваки човек без обзира на веру, политичко уверење, економску ситуацију и пол има право на школовање и рад, који му дају могућност да живи хармонично у здравој околини и који му пружају осигурање у болести, изнемоглости и старости.

Многе дефиниције појма квалитета живота срећемо у литератури. Тако на пример, Ендроз и Вити (Andrews & Withey, 1976) сматрају да квалитет живота не зависи само од физичког стања, социјалног статуса и међуљудских односа, већ и од тога како то процењује сама особа, али и други (McDowell & Newell, 1996). Мендола и Пелигрини (Mendola & Pelligrini, 1979) дефинишу квалитет живота кроз две компоненте, физички концепт и лично остварење задовољавајуће социјалне ситуације. Најобухватнију дефиницију квалитета живота је дала Група за квалитет Светске здравствене организације (WHOQoL Group) која га дефинише као „перцепцију појединца о сопственом положају у животу у контексту културе и система вредности у којима живи, као и према својим циљевима, очекивањима, стандардима и интересовањима“ (WHOQOL Group, 1995; Saxena, Orley, & WHOQOL Group, 1997). То је широк концепт кога чине: физичко здравље појединца, психолошки статус, материјална независност, социјални односи и њихови односи према значајним карактеристикама спољашње средине (WHOQOL Group, 1993; WHO Division of Mental Health, 1993).

У литератури често постоји неслагање о томе шта је квалитет живота, шта доприноси квалитету живота и шта су његови резултати (Hagerty et al., 2001). Седамдесетих година 20. века, више аутора дефинише квалитет живота једнодимензионално и субјективно „у смислу животне сатисфакције или задовољења потреба“ (Mandzuk & McMillan, 2005). Недоумице настају и у раним деведесетим, издвајањем „квалитета живота у вези са здрављем“ према општем „квалитету живота“ који су често употребљавани наизменично (Armstrong & Caldwell, 2004).

1.4.2. Квалитет живота и здравље

Према WHO дефиницији, здравље је „стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања а не само одсуство болести и онеспособљености“ (Јаковљевић & Грујић, 1995). Свака димензија здравља има много компоненти (симптоми, способност функционисања, онеспособљеност, самопоуздање, самопоштовање, способност реинтеграције) које треба идентификовати, објективизирати, измерити и компарирати.

Споменути *квалитет живота повезан са здрављем* (HRQoL) је много специфичнији термин од *квалитета живота* (QoL) и погоднији је за употребу јер рефлектује пацијентову процену и задовољство тренутним степеном функционисања у поређењу са оним што он сматра да је могуће или идеално (Armstrong & Caldwell, 2004).

HRQoL се дефинише „као перцепција особе о утицају болести и одговарајућег лечења на њену физичку и радну способност, социјалну комуникацију, психичко стање и телесно здравље“ (Armstrong & Caldwell, 2004).

HRQoL садржи најмање четири основне димензије:

1. физичко функционисање (самозбрињавање, физичке активности, друштвене активности);
2. симптоме повезане са болешћу и / или лечењем;
3. психичко функционисање (емоционално стање и когнитивно функционисање);
4. друштвено функционисање (социјална интеракција).

Као вредност, HRQoL описује дужину живота модификовану постојећом онеспособљености, функционалним статусом, перцепцијом и социјалним условима на које утичу болест, повреде, лечење (Patrick & Erickson, 1993).

Концепт „квалитет живота условљен здрављем“ представља запажање самог болесника о утицају болести на његову физичку и радну способност, психолошко стање, соматско здравље и социјалну комуникацију (Бошковић & Наумовић, 2009).

Према неким ауторима, квалитет живота или прецизније, „здравствено-заснован квалитет живота“, указује на физичке, психолошке и социјалне

димензије здравља, виђене као подручја која су под утицајем искуства, очекивања и сагледавања појединца. Сваки од ових домена се може мерити у две димензије: објективне процене функционисања или здравственог стања и субјективне – сагледавање здравља (Janse et al., 2004).

Од времена када је WHO дефинисала појам здравља, почиње да расте интерес и за квалитет живота. Интересовање је стимулисано постигнућем у продужењу живота, али и чињеницом да људи треба да живе, а не само да преживе (Грујић, 1998).

Крајем двадесетог века долази до значајног напретка у схватању концепције здравља према много широј концепцији *квалитета живота у вези са здрављем* (HRQoL), и у развијању метода за мерење здравља уз помоћ стандардизованих упитника који испитују здравље појединца преко његовог личног става према свом здрављу, болестима и пруженој здравственој заштити (Bowling, Bond, Jenkinson, & Lamping, 1999). Овај концепт се користи да опише како пацијент доживљава своју болест, односно како тежина болести може да смањи његов квалитет живота (van Schauck, 1998).

Истраживања о квалитету живота у последњих десет година су усагласила мишљења истраживача око следећих тема:

Пацијент је најбољи извор за добијање информација о квалитету живота у вези са здрављем (HRQoL), који поред физичких симптома повезаних са болешћу и лечењем, треба да обухвати и физичко, психичко и друштвено функционисање (De Boer, 1998).

Већина аутора се слаже да би мерењем квалитета живота требало утврдити појединачне потребе особе испитивањем функционалних способности, емоционалног и когнитивног стања, као и социјалног и материјалног статуса (Грујић, Легетић & Хачко, 1999).

Оно што је заједничко свим дефиницијама квалитета живота је: истицање мултидимензионалности (физички, психолошки, социјални домен), узимање у обзир холистичке природе људских јединки, уважавање интерперсоналне варијабилности и интерперсоналне динамичности, а пре свега давање централног места субјективном доживљају и индивидуалној перцепцији, што чини уједно и суштину концепта квалитета живота (Schalock, 2004; Tasta & Simoson, 1996).

1.4.3. Квалитет живота и субјективни осећај благостања

Да би дефинисала субјективни осећај благостања, теорија квалитета има комбиновани когнитивни и афективни приступ (Frisch, 1989, 1992; Frisch et al., 1992). Задовољство животом и негативни и позитивни афект посматрају се као компоненте ширег појма субјективног благостања и среће. Претпоставља се да афективне корелације субјективног осећаја благостања углавном потичу од когнитивно заснованих закључака о задовољству животом (Lazarus, 1991). Животно задовољство је изједначено с квалитетом живота и односи се на субјективну процену неке особе о томе у којој мери су испуњене њене најважније потребе, циљеви и жеље. Стога, уочена разлика између онога шта особа има и шта жели да има, у високо цењеним сферама живота одређује њено задовољство или незадовољство.

Општа синтеза субјективног осећаја благостања и среће је углавном дефинисана терминима афект или сазнање (Andrews & Inglehart, 1979; Diener & Ryan, 2009). Афективне дефиниције посматрају субјективно благостање или само као позитивни афект или као надмоћ позитивног афекта (као што је радост, испуњеност или задовољство) над негативним афектом (попут туге, депресије, анксиозности или беса) у доживљају индивидуе (Bradburn, 1969; Costa & McCrae, 1980).

Когнитивне дефиниције (или приступ животног задовољства субјективном осећају благостања) посматрају срећу у смислу когнитивних судова о томе да ли су нечије потребе, циљеви и жеље испуњени (Campbell, Converse, & Rodgers, 1976; Cantril, 1965; Freedman, 1978; French, Rodgers, & Cobb, 1974; Michalos, 1985). Стога се животно задовољство дефинише као „когнитивни процес расуђивања зависан од поређења нечијих околности са оним што се сматра одговарајућим стандардом“ (Diener et al., 1985). Према овом приступу, што је мање уочено неслагање између нечијих тежњи и достигнућа, виши је ниво задовољства.

Субјективни осећај благостања се дефинише и когнитивним и афективним терминима (Diener, 1984). Ендруз и Вити (Andrews & Withey, 1976) сугеришу да се мера среће састоји из три дела: позитивног афекта, негативног афекта и

когнитивне процене. Слично томе, Винховен (Veenhoven, 1984) дефинише срећу у погледу мере у којој нека особа доживљава позитивни афект и перципира да су њене или његове тежње задовољене.

Поједини теоретичари се слажу да су пацијентова срећа и задовољство суштински критеријуми за ментално здравље и за позитиван исход психотерапије (Hollandsworth, 1987, 1988; Howard, Lueger, Maling & Martinovich, 1993; Kazdin, 1993, 2011; Paunović & Lars, 2004; Strupp & Hadley, 1977). Ако је лична срећа централна компонента менталног здравља, требало би редовно да се оцењује и посматра од стране здравствених радника (Fallowfield, 1990).

Квалитет живота осликава значајан сегмент људског искуства који живот чини вредним (Lazarus, 1991), те оцењивање квалитета живота може открити особе код којих постоји ризик за развој здравствених проблема у будућности. Тачније, утврђено је да је задовољство животом показатељ клиничке депресије (Andersen, Kiecolt-Glaser, & Glaser, 1994; Dworkin et al., 1992; Gonzales, Lewinsohn, & Clarke, 1985; Lewinsohn, Redner, & Seeley, 1991). Џенкинс (Jenkins, 1992) тврди да морамо оценити пацијентов квалитет живота након сваког медицинског лечења како би се судило о ефикасности лечења. Негативне реакције на медицинске или бихевиоралне интервенције би требало да умање пацијентов квалитет живота, а позитивне реакције на лечење би требало да побољшају њихов квалитет живота.

Модел задовољства животом је линеаран и уз то претпоставља да се свеукупно задовољство животом једне особе састоји углавном од збира задовољстава у одређеним сферама живота које се сматрају битним. Задовољство животом у одређеној сфери живота састоји се од четири компоненте:

1. објективне карактеристике или околности једне сфере;
2. како особа перципира и тумачи неку сферу;
3. њену процену испуњености у некој сфери засновану на примени стандарда испуњености или достигнућа, као и
4. вредност или значај који особа придаје некој сфери, имајући у виду своју свеукупну срећу и благостање (Frisch, 1989).

Субјективна перцепција и тумачење неке сфере једне индивидуе ће такође утицати на њено задовољство том сфером. Уз тестирање реалности, став као компонента процене задовољства обухвата и то како нека особа тумачи стварност

или низ околности. Ово тумачење подразумева одлучивање о импликацијама које дати низ околности има на нечије самопоштовање и будуће благостање (Frisch, 1989).

Уочене карактеристике неке сфере живота се процењују кроз примену стандарда испуњености који осликавају циљеве и тежње једне особе у тој одређеној сфери живота. Заправо, особа ће одлучити да ли су испуњене њене потребе и тежње у вреднованој сфери живота. Теорија о квалитету живота предлаже да се нечије задовољство одређеном сфером мери према значају или вредности пре него што ниво задовољства том сфером уђе у израчунавање свеукупног задовољства животом. Стога се претпоставља да задовољство у високо вреднованим сферама живота има већи утицај на процену свеукупног задовољства животом, него сфере једнаког задовољства које се оцењују као мање битне (Frisch, 1989).

Сматра се да је задовољство животом најбитнији аспект субјективног осећаја благостања јер се претпоставља да његови афективни елементи имају корене у проценама задовољства (Campbell et al., 1976; Cella & Tulsky, 1990; Ferrans & Powers, 1992; George & Bearon, 1980; Lewinsohn et al., 1991). Једном кад се направе процене задовољства и изазову повезани афекти, даље се претпоставља да ће ове емоције заузврат утицати на когнитивне процене задовољства, сугеришући неке мере „двосмерне узрочности“ мисли и емоција (Lazarus, 1991). Коначно, свеукупно задовољство животом и позитивни и негативни афекти се комбинују да образују синтетизовани појам на вишем нивоу – субјективни осећај благостања.

1.4.4. Квалитет живота и афазиа

У односу према афазиа, WHO разматра степен квалитета живота у погледу активности (тј. комуникације) и њених ограничења (тј. афазиа), друштвеног учешћа и ограничења, комуникационих захтева и баријере и личних фактора. Америчка асоцијација за говор и слух (ASHA; Paul et al., 2004) јасно наводи да процена афазиа треба да укључи идентификацију оних фактора који отежавају, односно олакшавају успешну комуникацију и учешће у животним доменима функционисања.

У својим истраживањима Ворал и Холанд (Worrall & Holland, 2003) су говорили о степену утицаја афазиа, тј. језичког оштећења на квалитет живота, у поређењу са осталим факторима, као што су друштвени односи и активности. О утицају језичког оштећења и осталих фактора на HRQoL након афазиа, постоји доказ из 14 студија, да је „здравствено заснован квалитет живота“ (HRQoL) био под негативним утицајем: емоционалног бола/депресије, тежине афазиа и неспособности комуникације, ограничених активности и аспеката друштвене мреже и подршке (Hilari & Byng, 2009; Hilari, Owen, & Farrelly, 2007). Ова открића имају важне клиничке импликације. Она сугеришу да, како би се побољшао квалитет живота код афазиа, интервенције морају да се фокусирају не само на афазиа и комуникацију, већ и на емоционално благостање, олакшавање активности и јачање друштвених мрежа и социјалне партиципације. Истраживања показују да особе са афазиајом имају низак ниво задовољства животом, посебно у домену здравља, креативности, друштвених активности (Murphy, Tester, Hubbard, Downs, & MacDonald, 2005; Rose, Ferguson, Power, Togher, & Worrall, 2014; Simmons-Mackie, Threats, & Kagan, 2005; Verna, Davidson, & Rose, 2009).

Велики број студија се бавио утицајем типа и тежине језичког поремећаја на квалитет живота афазиа (Aprile et al., 2006; Bose, McHugh, Schollenberger, & Buchanan, 2009; Franzén-Dahlin et al., 2010; Hilari & Byng, 2009; Kamiya, Kamiya, Tatsumi, Suzuki, & Horiguchi, 2015; Paul et al., 2004; Simmons-Mackie et al., 2005; Sinanović, Mrkonjić, & Zečić, 2012; Vuković, 2018). Тако на пример, Вуковић је (2018) утврдио да су испитаници са кондуктивном афазиајом који су имали тежи облик афазичког поремећаја остварили нижа постигнућа у односу на испитанике са

блажим обликом кондуктивне афазиие. Истовремено, овај аутор наводи да су испитаници са тежим обликом Брокине афазиие имали нижа постигнућа само у домену „Појединачне улоге и одговорност“. С друге стране, пацијенти са тешким обликом Брокине афазиие су остварили виша постигнућа у домену „Самопоуздање“. С обзиром на ове податке, Вуковић (2018) сматра да би требало размотрити утицај породичних, социјалних и психолошких околности, као и узети у обзир дефинисање њихових сопствених циљева квалитета живота.

У протеклих десет година учињен је велики напредак који се тиче процене квалитета живота код особа са афазиијом. Раније су били искључени из студија исхода после можданог удара због својих језичких проблема, или су у њихово име коришћени прокси испитаници. Сада се зна да особе са афазиијом могу самостално да дају изјаве о свом квалитету живота, па је посебно развијен распон валидних, поузданих и клинички применљивих мера за QoL и HRQoL код особа са афазиијом (Brady, Kelly, Godwin, Enderby, & Campbell, 2016; Morrow-Odom, Moser, & Neils-Strunjas, 2017; Simmons-Mackie, Raymer, Armstrong, Holland, & Cherney, 2010; Sorin-Peters, 2004). За особе са афазиијом где је разумевање веома оштећено, постоји могућност да се тумаче прокси оцене и процени квалитет живота. На основу таквих прокси оцена, показано је да појединци са тешком афазиијом имају знатно нижи HRQoL (Elman, 2007; Sorin-Peters & Patterson, 2014). Када се разматра општа прокси литература, јасно је да вишеструки фактори утичу на слагање између проксија и пацијената, а идеално би било да сама особа изнесе податке о квалитету живота.

Пошто постоји све веће интересовање за процену QoL, овде ћемо приказати како су QoL и HRQoL мере употребљене у пракси и истраживању. Подаци прелиминарне процене показују да QoL и HRQoL мере нису систематски укључене у клиничку праксу, као ни мере фактора који предвиђају QoL, као што су емоционално здравље и социјална партиципација (Best, Greenwood, Grassly, & Hickin, 2008; Fink & Schwartz, 2000; Rodriguez et al., 2013). Систематски прегледи терапијских процедура, као што је преглед из 2010. године о обуци партнера за комуникацију и Кохрејнов преглед терапије афазиија (Van Der Gaag et al., 2005) из 2012. истичу да је QoL ретко укључен као мера исхода у студије о афазиијама. Овај проблем је даље истражен, а нарочито су размотрене неке баријере које постоје

(Cruise et al., 2010; Hilari, Needle, & Harrison, 2012; Hilari et al., 2015). Издвојене су две главне баријере: (1) недостатак теоријског, практичног и искуственог знања од стране клиничара и (2) недостатак преведених QoL инструмената, с јасним импликацијама обуке и развојем и адаптацијом процене у пракси (Cruise et al., 2010; Hilari et al., 2012, 2015).

Упркос развијању начина да се процени квалитет живота (QoL, HRQoL) код особа са афазом и да се боље схвати који фактори утичу на QoL/HRQoL код њих, још увек се не зна које интервенције доприносе бољем квалитету живота. Хилари и Крис (Hilari и Cruise, 2013) се залажу за QoL приступ помоћу кога су процена и терапија структурисане из перспективе пацијента након што је утврђена пацијентова жеља за терапијом, приоритетима, стандардима, личним интересовањима у почетним QoL интервјуима и након одабира области за даљу процену које су базиране на основу тога. Такав приступ није додаток типичним приступима као што су неуропсихолошка или функционална комуникација, то је свеобухватан приступ који може да садржи различите приступе и методе у зависности од тога шта је најбоље за сваког пацијента у различитим фазама опоравка након можданог удара и афазје. Било би корисно да се интегрише приступ учења одраслих третману. Неки аутори наводе да укључивање таквог приступа у обуку партнера за комуникацију доводи до бољих и ширих исхода који обухватају не само позитивне промене у комуникацији, већ и побољшања у емоцијама и брачним односима (Sorin-Peters, 2004; Sorin-Peters & Patterson, 2014).

Што се тиче специфичних терапијских процедура за побољшање QoL и HRQoL, постоје докази о групној терапији везано за психосоцијалну подршку (Elman et al., 2007; Ross, Winslow, Marchant, & Brumfitt, 2006) и побољшању социјалне партиципације (Vickers, 2010), за терапију усмерену на потешкоће у проналажењу речи, када се циља на интересовања појединца (Best et al., 2008), као и за моделе пружања услуга у заједници (Fink & Schwartz, 2000; Legg, Stott, Ellis, & Sellars, 2007; Mumby & Whitworth, 2012; Van Der Gaag et al., 2005). Охрабрујуће је то да су бројна насумично контролисана испитивања интензивне терапије тренутно у току у целом свету, инкорпоришу опште QoL (Nouwens et al., 2013) и HRQoL мере исхода специфичне за мождани удар и афазју (Baumgaertner et al., 2013; Godecke et al., 2014). Ипак, постоји ургентна потреба да се систематски

истраже интервенције које имају за циљ побољшање HRQoL за особе са афацијом, посебно фактори који утичу на HRQoL, као што су депресија, неспособност комуникације, ангажовање у активностима и смањење друштвене мреже. На крају, будући правац интервенција код афације мора да буде подстакнут приоритетима људи који живе са афацијом (појединци, породице, пријатељи, локалне заједнице). Организовани приступи предводе нову линију испитивања предлажући инклузиван метод за стварање уговорених приоритета за мерење исхода истраживања код афације (Wallace, Worrall, Rose, & Le Dorze, 2014). Идентификовано је првих десет приоритета код истраживања који обухватају: идентификовање најбољих начина за опоравак од афације, како помоћи особама и породицама да се изборе с говорним проблемима, помагање особама да прихвате дуготрајне последице можданог удара (Pollock, St George, Fenton, & Firkins, 2014).

II
МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

2.1. ЦИЉ, ЗАДАЦИ И ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА

2.1.1. Циљ истраживања

Основни циљ овог истраживања је да се утврди утицај типа и тежине поремећаја језика на квалитет живота особа са афазијом.

2.1.2. Задаци истраживања

За реализацију овог циља постављени су следећи истраживачки задаци:

1. Прикупљање података о демографским карактеристикама испитаника са афазијом (пол, старост, године образовања, брачни статус, занимање, трајање афазије).
2. Утврдити тип језичког поремећаја (афазије).
3. Утврдити тежину језичког поремећаја (афазије).
4. Проценити квалитет живота применом *Скале за мерење квалитета живота специфичног за афазију* (Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 – SAQOL-39) код испитаника са афазијом у односу на испитанике контролне групе.
5. Проценити квалитет комуникације применом *Скале квалитета комуникативног живота* (Quality of Communication Life Scale – ASHA-QCL) код испитаника са афазијом у односу на испитанике контролне групе.
6. Испитати субјективни осећај задовољства код пацијената са афазијом у односу на испитанике контролне групе.
7. Испитати утицај типа афазије на квалитет живота.
8. Испитати утицај тежине афазије на квалитет живота.
9. Испитати утицај трајања афазичког поремећаја на квалитет живота.
10. Испитати утицај пола, старости, образовног нивоа, занимања и брачног статуса на квалитет живота испитаника.

2.1.3. Хипотезе истраживања

1. Очекује се да ће особе са афазијом постићи значајно ниже резултате на инструментима за мерење квалитета живота у односу на испитанике без неуролошког оштећења и језичког поремећаја.
2. Очекује се да квалитет комуникативног живота корелише с квалитетом живота уопште.
3. Очекује се да субјективни осећај задовољства значајно доприноси квалитету живљења код особа са афазијом.
4. Очекују се разлике у квалитету живота у односу на тип и тежину афазичког поремећаја.
5. Варијабле као што су: пол, ниво образовања, брачни статус, занимање, старост и време трајања афазичког поремећаја значајно утичу на перцепцију квалитета живота особа са афазијом.

2.2. УЗОРАК

Узорак се састојао од 60 испитаника са афазијом оба пола, старосне доби од 30 до 70 година. У узорак су укључени испитаници са афазијом васкуларне етиологије, који су подељени према типу и тежини афазије у подгрупе. Дијагноза афазије је постављена *Бостонским дијагностичким тестом за афазије* (Goodglas & Kaplan, 1983) који је адаптиран за српско говорно подручје (Вуковић, 2015).

2.2.1. Критеријуми за укључивање у узорак

1. Идентификовано оштећење мозга у левој хемисфери.
2. Доминантна употреба десне руке.
3. Нагли губитак говорних и језичких функција.
4. Присуство неког од класичних облика афазичког синдрома.
5. Одсуство неуролошког или психичког обољења, као и одсуство поремећаја говора пре настанка афазије.

2.2.2. Критеријуми за укључивање у контролну групу

1. Контролну групу чинило је 60 испитаника без неуролошког оштећења и говорно-језичког поремећаја.
2. Групе су уједначене према: полу, образовном нивоу, старости и брачном статусу.

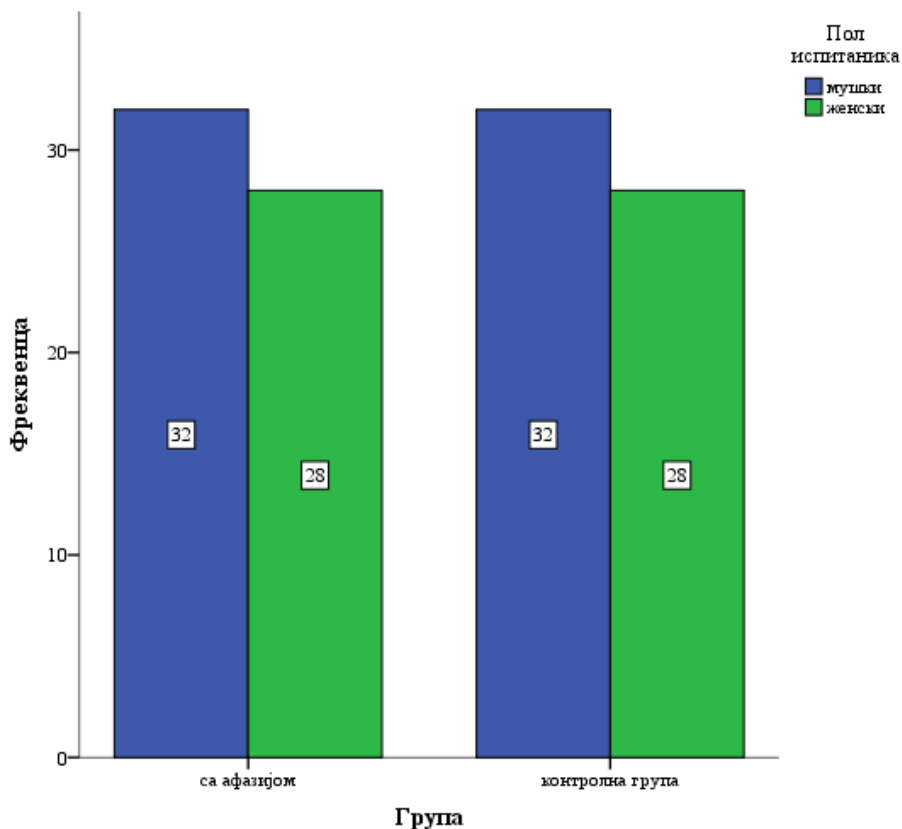
2.2.3. Опис узорка

Табела 1. Структура узорка и компарација у односу на пол испитаника

Пол	Афазија		Контролна		χ^2	df	p	φ
	n	%	n	%				
мушки	32	53,3	32	53,3	0,000	1	1,000	0,000
женски	28	46,7	28	46,7				
Укупно	60	100,0	60	100,0				

Напомена: Афазија – Група испитаника са афазијом ($n = 60$); Контролна – Контролна група здравих испитаника ($n = 60$).

Из Табеле 1 се уочава да су узорак чиниле 32 (53,3%) особе мушког пола и 28 (46,7%) особа женског пола. Применом χ^2 теста независности (уз корекцију непрекидности према Јејтсу) није потврђено да постоји статистички значајна разлика дистрибуције узорка према полу испитаника ($\chi^2 = 0,000$, $df = 1$, $p = 1,000$, $\phi = 0,00$). Уједначеност група према полу испитаника је приказана на Графикону 1.



Графикон 1. Структура узорка према полу испитаника

Основне дескриптивне мере старости испитаника су дате у Табели 2.

Табела 2. Дескриптивне мере старости испитаника

Група	Min	Max	M (SD)	SE	95% CI		Mdn (IQR)
					LL	UL	
Афазија	30	70	53,30 (9,99)	1,29	50,72	55,88	55,00 (11,75)
Контролна	30	70	53,30 (9,99)	1,29	50,72	55,88	55,00 (11,75)

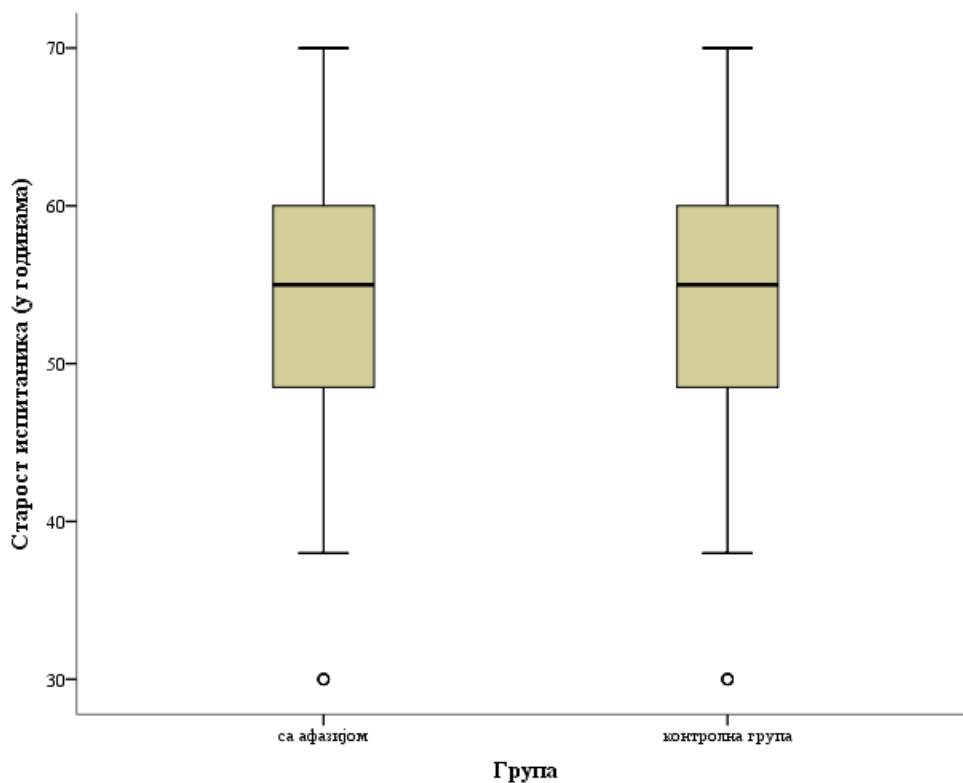
Напомена: Афазија – Група испитаника са афазіјом ($n = 60$); Контролна – Контролна група здравих испитаника ($n = 60$); SE – стандардна грешка; CI – интервал поверења; LL – доња граница; UL – горња граница.

Табела 3. Компарација старости испитаника са афазијом и контролне групе испитаника

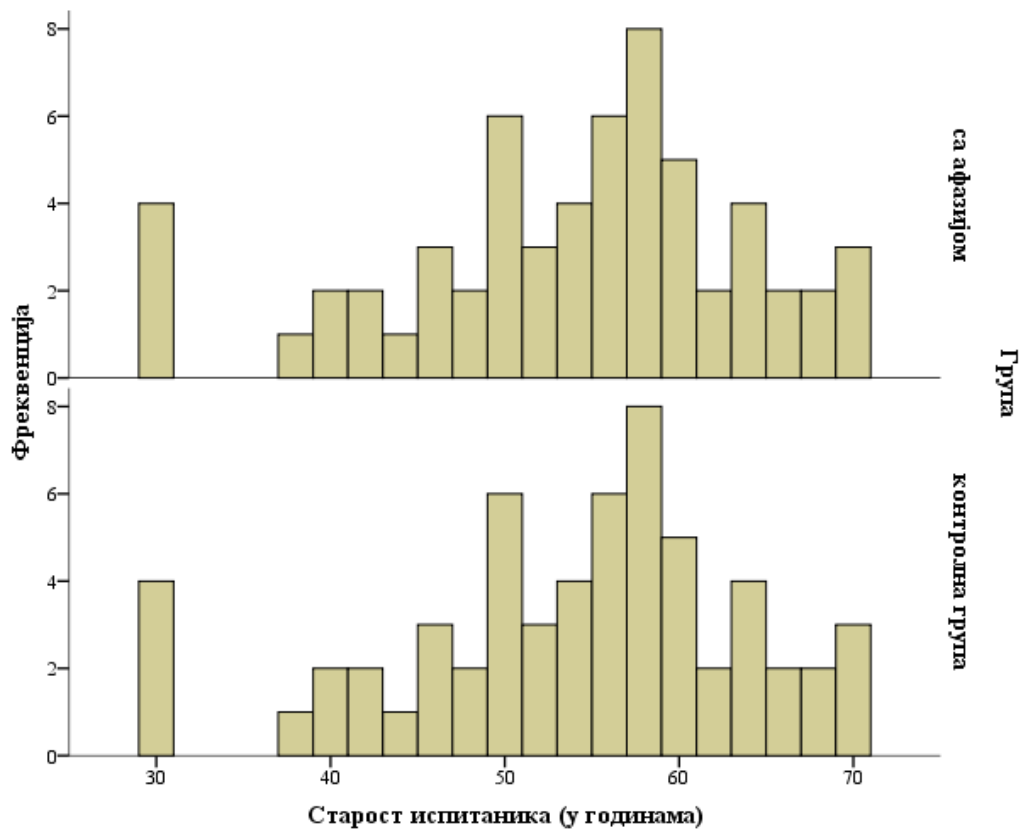
Група	$M (SD)$	$t (df)$	p	Разлика АС	Разлика SE	95% CI		η^2
						LL	UL	
Афазија	53,30 (9,99)	0,000	1,000	0,000	1,82	-3,61	3,61	0,00
Контролна	53,30 (9,99)	(118)						

Напомена: Афазија – Група испитаника са афазијом ($n = 60$); Контролна – Контролна група здравих испитаника ($n = 60$); Разлика АС – Разлика аритметичке средине; Разлика SE – Стандардна грешка разлике; CI – интервал поверења; LL – доња граница; UL – горња граница.

Применом t -теста независних узорака (Табела 3) није потврђено да постоји статистички значајна разлика старости испитаника са афазијом и контролне групе испитаника ($p = 1,000$, $\eta^2 = 0,00$). Према старости чије су дескриптивне вредности дате у Табели 2, испитаници су уједначене старости ($M = 53,30$, $SD = 9,99$, обе групе). Уједначеност група према старости испитаника је приказана на Графикону 2 и Графикону 3.



Графикон 2. Основне дескриптивне мере старости испитаника



Графикон 3. Дистрибуција узорка у односу на старост испитаника

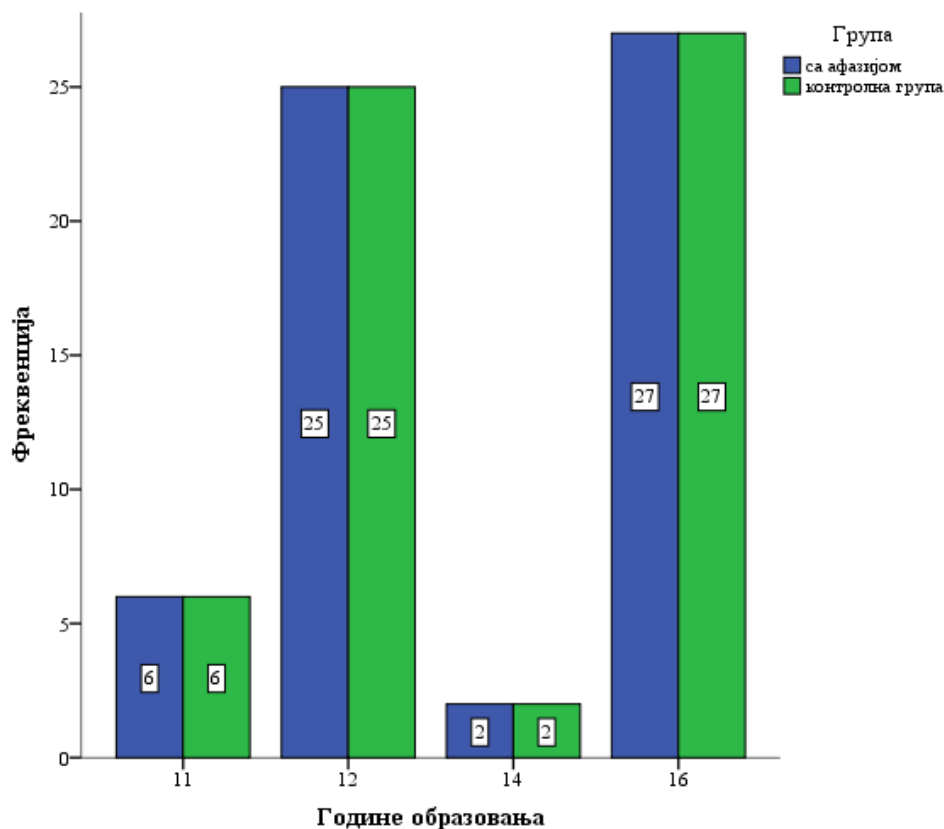
Табела 4. Структура и компарација дистрибуције узорка према годинама образовања

Године образовања	Афазија		Контролна		χ^2 (df)	p	V
	n	%	n	%			
11	6	10,0	6	10,0	0,000 (3)	1,000	0,000
12	25	41,7	25	41,7			
14	2	3,3	2	3,3			
16	27	45,0	27	45,0			

Напомена: Афазија – Група испитаника са афазијом ($n = 60$); Контролна – Контролна група здравих испитаника ($n = 60$).

Из Табеле 4 видимо да је највећи број испитаника, 27 (45,0%) имао 16 година образовања, затим следе испитаници са 12 година образовања, њих је 25 (41,7%), остало сачињавају испитаници са 11 и 14 година образовања, 6 (10,0%) и 2 (3,3%). Применом χ^2 теста независности није потврђено да постоји статистички

значајна разлика дистрибуције узорка према годинама образовања испитаника ($\chi^2 = 0,000$, $df = 3$, $p = 1,000$, $V = 0,00$). Структура узорка према годинама образовања испитаника је приказана на Графикону 4.



Графикон 4. Структура узорка према годинама образовања испитаника

Табела 5. Структура дистрибуције узорка према занимању испитаника

Занимање	Афазија	
	<i>n</i>	%
занат	8	13,3
техничка струка	42	70,0
просвета	6	10,0
медицинска струка	4	6,7

Напомена: Афазија – Група испитаника са афазијом ($n = 60$)

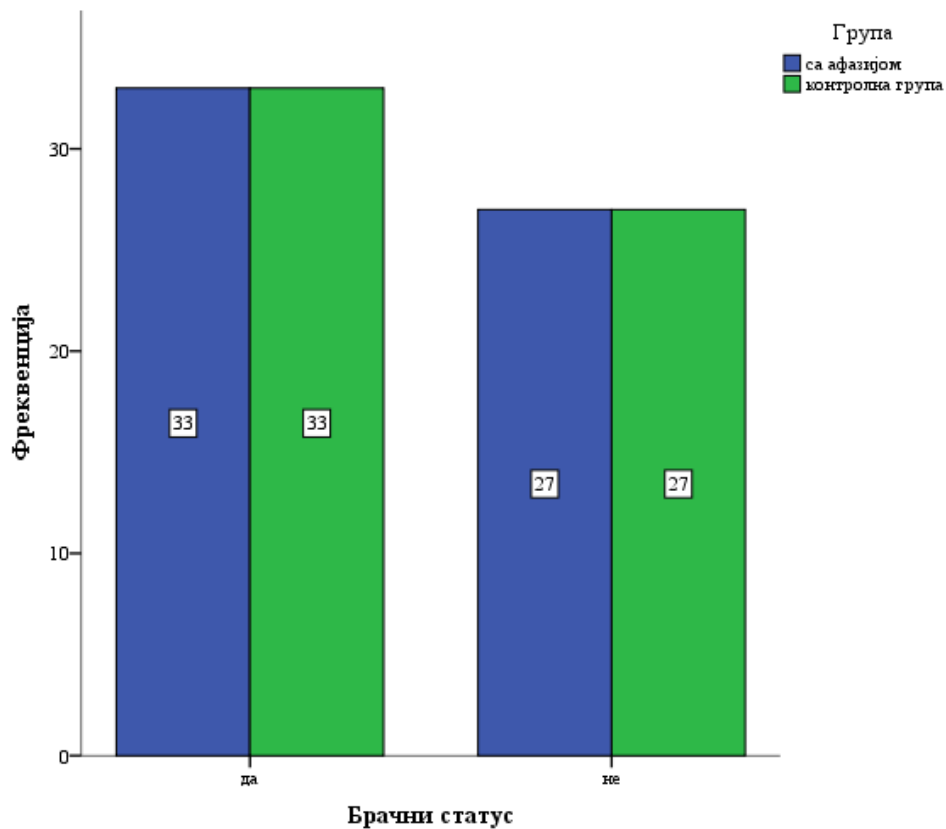
Табела 5 нам показује да је највећи број испитаника из техничке струке 42 (70,0%), занатлија је било 8 (13,3%), остали су сачињавали 6 (10,0%) просвета и 4 (6,7%) медицинска струка.

Табела 6. Структура и компарација дистрибуције узорка према брачном статусу испитаника

Брачни статус	Афазија		Контролна		χ^2 (df)	p	φ
	n	%	n	%			
да	33	55,0	33	55,0	0,000 (1)	1,000	0,000
не	27	45,0	27	45,0			

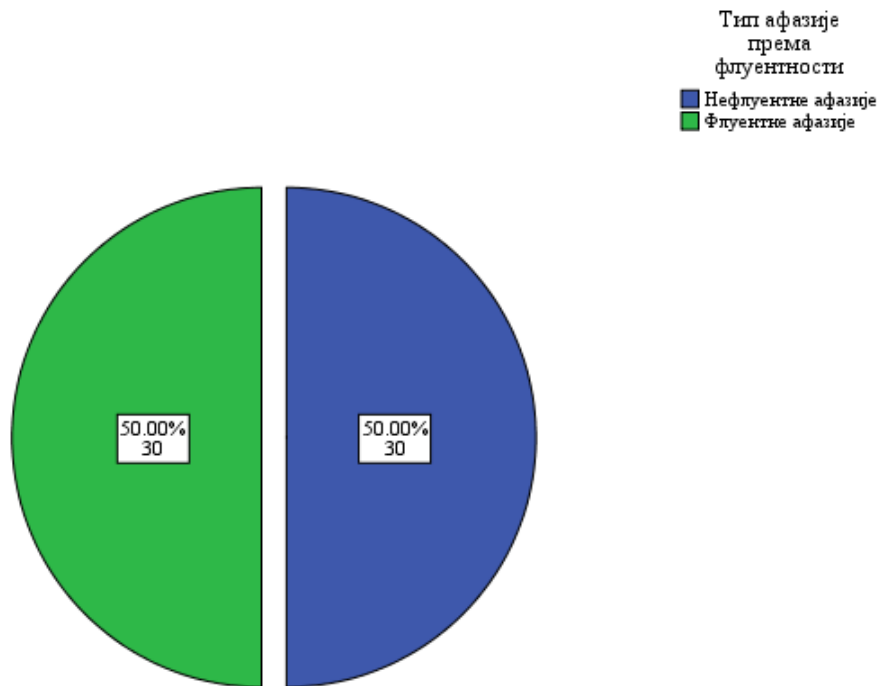
Напомена: Афазија – Група испитаника са афазијом ($n = 60$); Контролна – Контролна група здравих испитаника ($n = 60$).

Из Табеле 6 се види да је нешто више испитаника који су у браку, њих 33 (55,0%) наспрам 27 (45,0%) који нису имали брачног партнера. Применом χ^2 теста независности (уз корекцију непрекидности према Јејтсу) није потврђено да постоји статистички значајна разлика дистрибуције узорка према брачном статусу испитаника ($\chi^2 = 0,000$, $df = 1$, $p = 1,000$, $\phi = 0,00$). Уједначеност група према брачном статусу испитаника је приказана на Графикону 5.



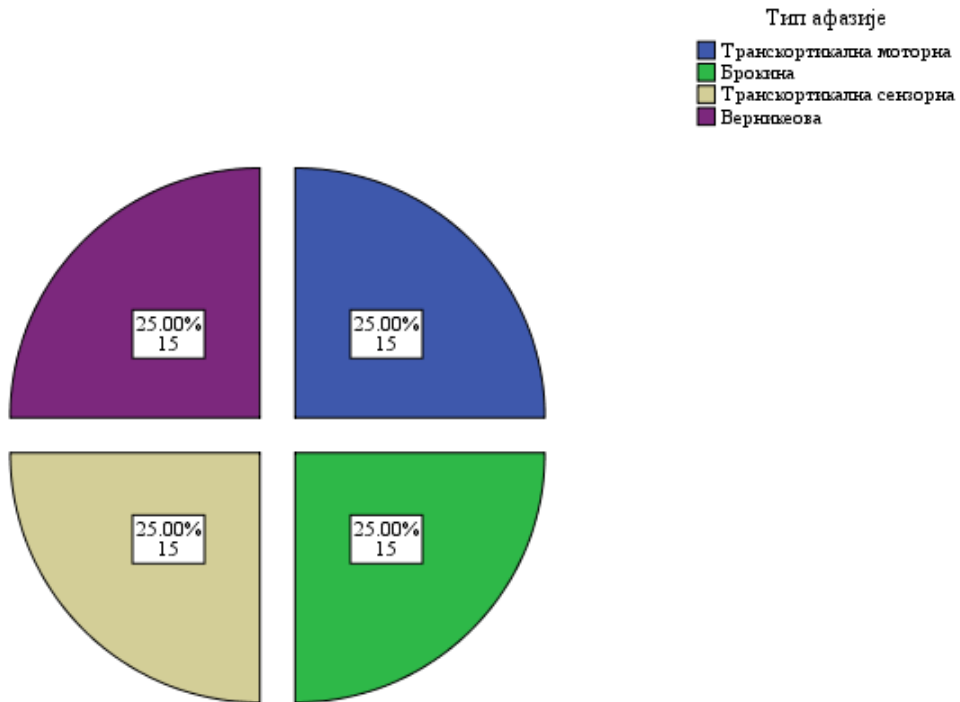
Графикон 5. Структура узорка према брачном статусу испитаника

Ради детаљније обраде статистичких података, сачињене су две групе испитаника. Једну групу чине испитаници са нефлуентним облицима афазиија, 30 (50,0 %), а другу испитаници са флуентним облицима афазиија, 30 (50,0%). Дистрибуција испитаника са афазиијом према флуентности приказана је на Графикону 6.

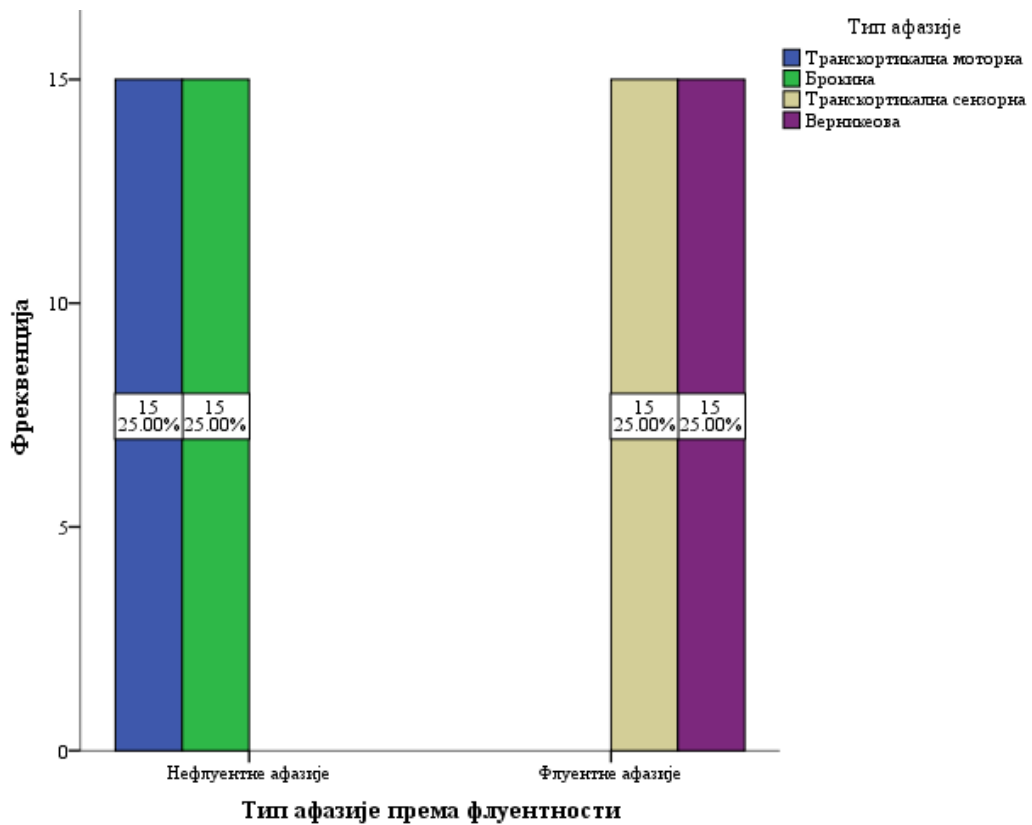


Графикон 6. Дистрибуција испитаника са афазијом према флуентности афазије

Након тога су уједначене подгрупе испитаника према типу и тежини афазичког поремећаја (Табела 7). У односу на тип афазичког поремећаја, у нефлуентне облике афазија спадају Брокина 15 (25%) и транскортикална моторна афазија 15 (25%), а у флуентне Верникеова 15 (25%) и транскортикална сензорна афазија 15 (25%). Дистрибуција испитаника према типу афазичког поремећаја приказана је на Графикону 7 и 8.

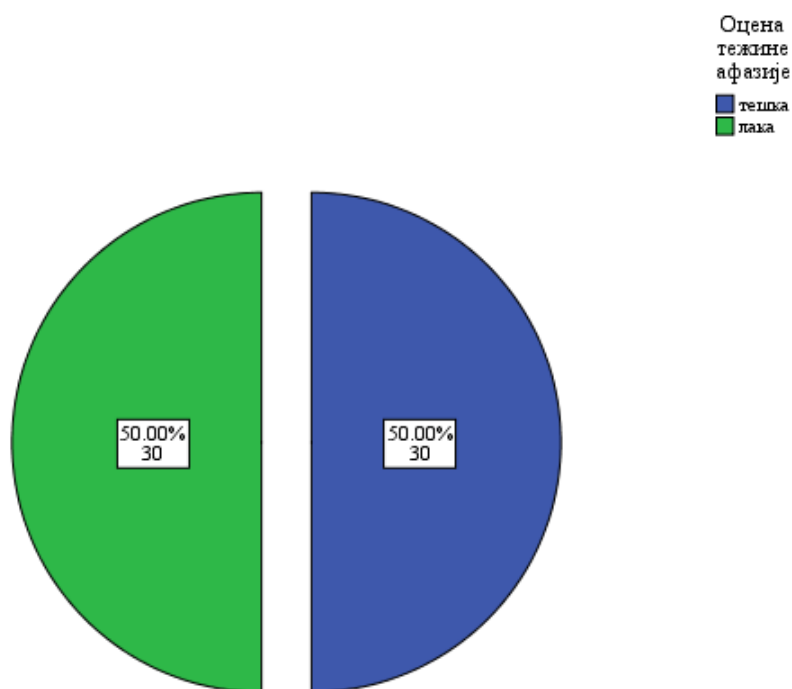


Графикон 7. Дистрибуција испитаника са афазијом према типу афазичког поремећаја

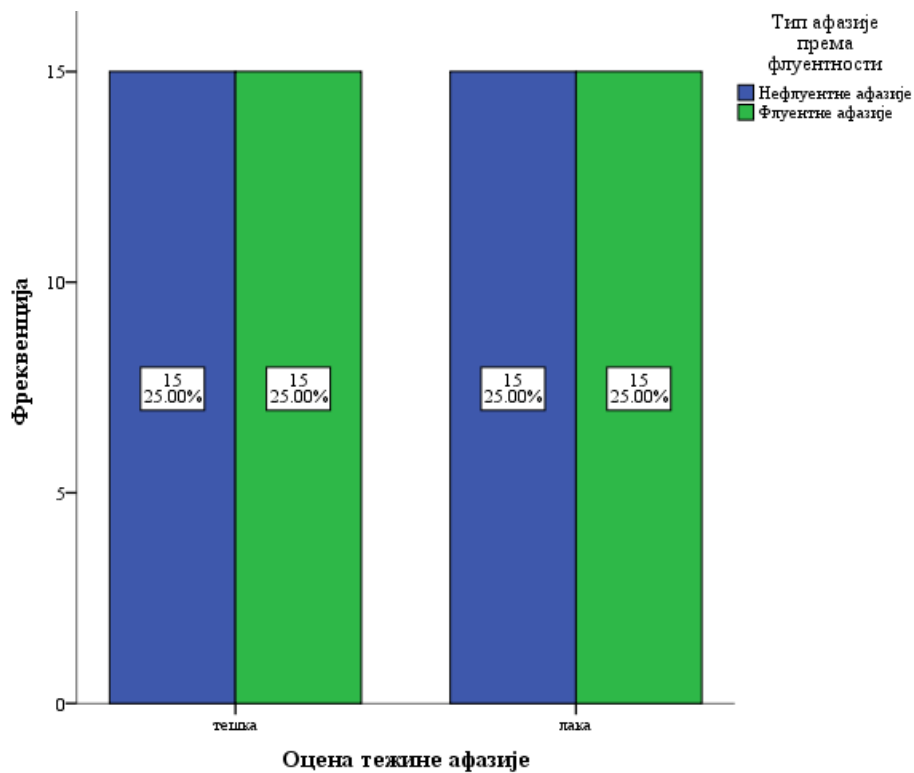


Графикон 8. Дистрибуција испитаника са афазијом према флуентности и типу афазичког поремећаја

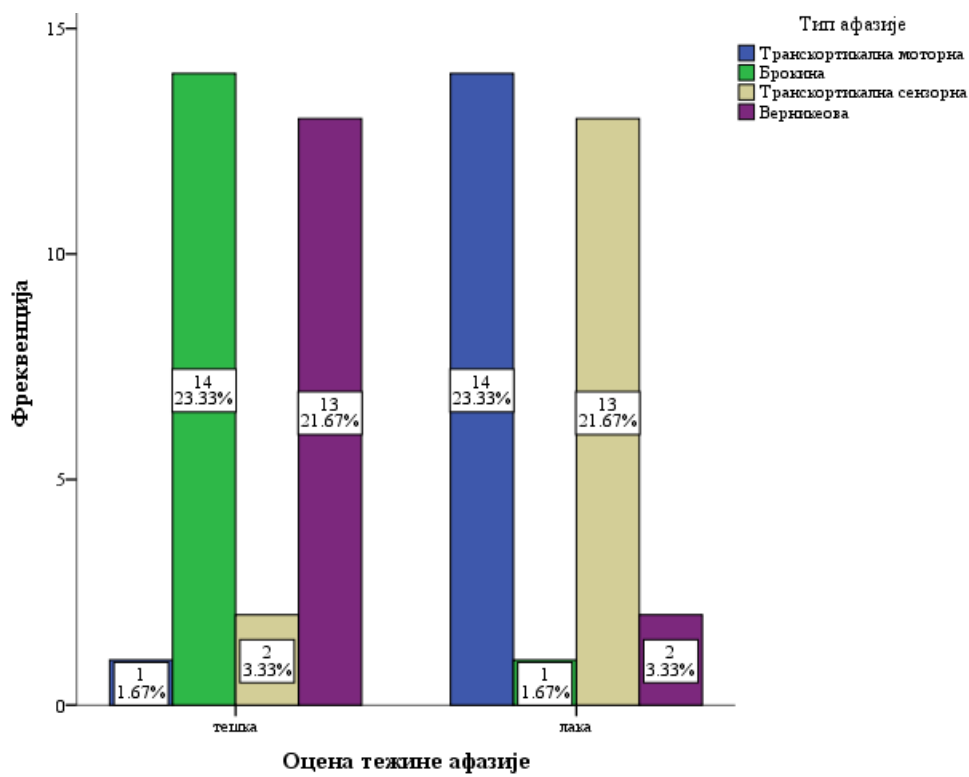
У односу на оцену тежине афазиие такође су формиране две уједначене подгрупе, лака, 30 (50,0%) и тешка, 30 (50,0%). На основу Скале за оцену тежине афазиие БДАЕ, заснованој на квалитативној процени вербално-комуникативних способности пацијента (Вуковић, 2015), у лаки степен афазиие сврстани су испитаници који су на примењеној Скали оцењени оценама 3 и 4, а у тежак степен афазиие испитаници који су оцењени оценом 2. Испитаници који су оцењени оценом 3 су могли да комуницирају о познатим темама уз малу помоћ слушаоца, а испитаници који су оцењени оценом 4 имали су лакши степен афазиие који се манифестовао сниженом флуентношћу говора и лаким дефицитима у разумевању, без значајних тешкоћа у изражавању идеја. Пацијенти са тешким обликом афазиие (оцена 2) су могли да комуницирају о познатим темама уз значајну помоћ саговорника. Дистрибуција испитаника са афазииом према тежини афазиие је приказана на Графикону 9 и 10.



Графикон 9. Дистрибуција испитаника са афазииом према тежини афазиие



Графикон 10. Дистрибуција испитаника са афазијом према тежини и флуентности афазје



Графикон 11. Дистрибуција испитаника са афазијом према тежини и типу афазје

Из Табеле 7 се види да у подгрупи испитаника са тешком афазијом има највише испитаника са Брокином афазијом 14 (46,7%), затим следе испитаници са Верникеовом афазијом, њих има 13 (43,3%). У подгрупи са лакоом афазијом је највише испитаника са транскортикалном моторном афазијом 14 (46,7%), са транскортикалном сензорном афазијом их је 13 (43,3%). Дистрибуција испитаника са афазијом према тежини и типу афазије, приказана је на Графикону 11.

Табела 7. Дистрибуција и компарација испитаника са афазијом према типу, тежини и флуентности

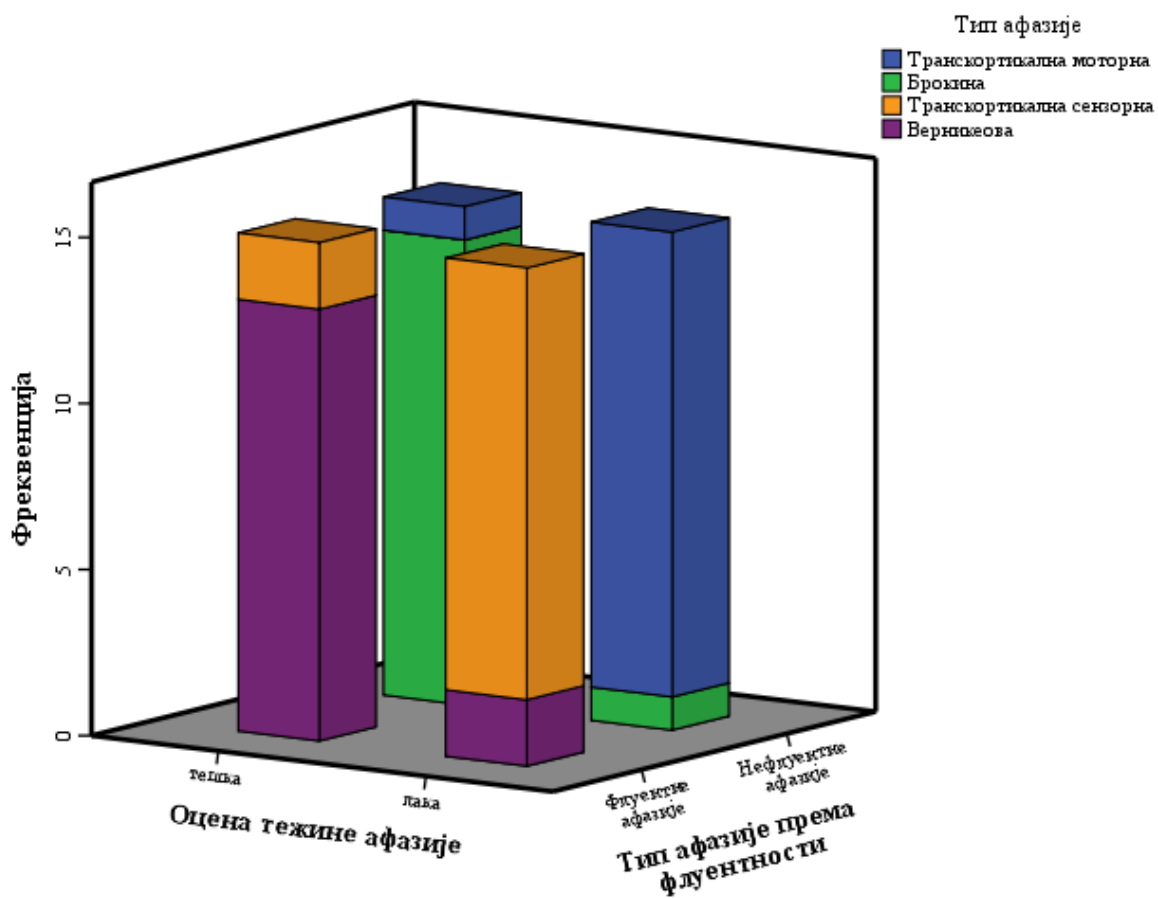
Варијабла	Категорија	Тежина афазије, n (%)		Компарација		
		Тешка	Лака	χ^2 (df)	p	ϕ / V
Флуентност	Нефлуентна	15 (50,0)	15 (50,0)	0,000 (1)	1,000	0,000 [†]
	Флуентна	15 (50,0)	15 (50,0)			
Тип афазије	Транскорт. моторна	1 (3,3)	14 (46,7)	36,66 7 (3)	0,000	0,803 [‡]
	Брокина	14 (46,7)	1 (3,3)			
	Транскорт. сензорна	2 (6,7)	13 (43,3)			
	Верникеова	13 (43,3)	2 (6,7)			

Напомена: Статистички сигнификантне вредности су подебљане.

† – Наведена је ϕ вредност.

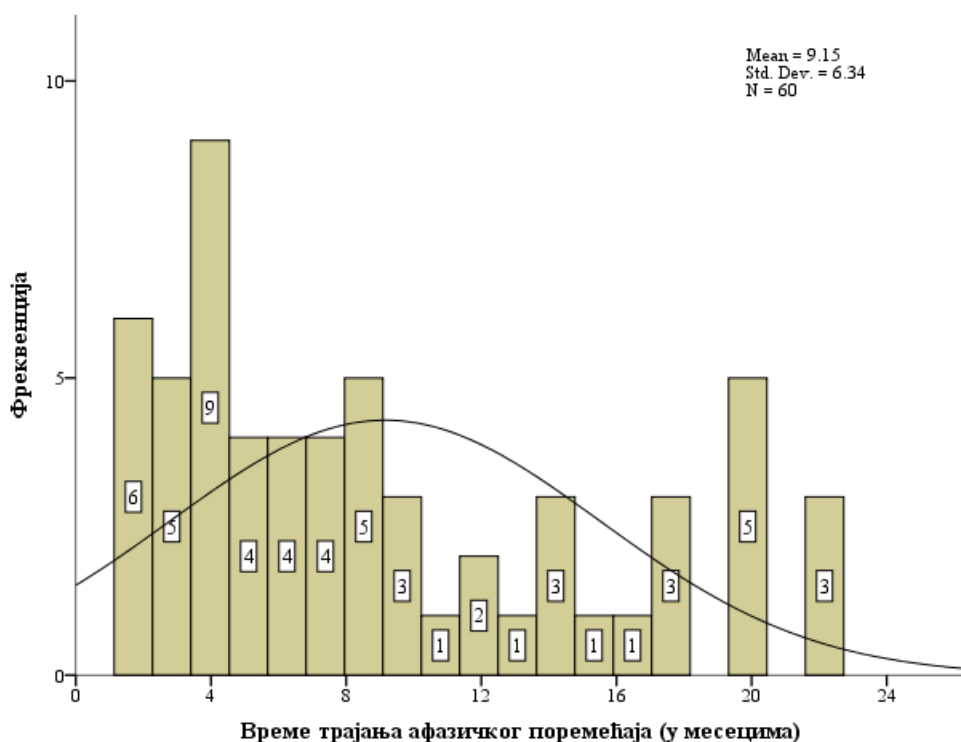
‡ – Наведена је V вредност.

Применом χ^2 теста независности (уз корекцију непрекидности према Јејтсу) није потврђено да постоји статистички значајна разлика дистрибуције испитаника са афазијом према тежини афазије у односу на флуентност ($\chi^2 = 0,000$, $df = 1$, $p = 1,000$, $\phi = 0,00$). Истовремено, потврђена је статистички значајна разлика дистрибуције испитаника са афазијом према тежини афазије у односу на тип афазичког синдрома ($\chi^2 = 36,667$, $df = 3$, $p < 0,001$). Величина утицаја разлике је велика ($V = 0,80$). Дистрибуција испитаника са афазијом према тежини, флуентности и типу афазије је приказана на Графикону 12.



Графикон 12. Дистрибуција испитаника са афазијом према тежини, флуентности и типу афазije

У наредном делу је утврђена расподела испитаника у односу на време трајања афазичког поремећаја, изражено у месецима.



Графикон 13. Расподела испитаника у односу на трајање афазичког поремећаја

Анализом Графикона 13 може се уочити да је највећи број испитаника, њих 20, имало афазички поремећај у трајању до пет месеци. Више од половине испитаника, њих 32 (53,3%), имало је афазички поремећај у трајању до седам месеци. Афазички поремећај дуже од 12 месеци имало је 17 (28,4%) испитаника.

У просеку, афазички поремећај је трајао нешто дуже од девет месеци ($M = 9,15$), а кретао се у распону од два до 22 месеца (Табела 8). Претпоставка о нормалности расподеле није потврђена за ову варијаблу. Колмоговор-Смирнов тест је статистички значајан ($p < 0,001$). Позитивна вредност асиметрије указује да је већина резултата међу нижим вредностима, односно да је расподела померена лево од средње вредности. Осим тога, расподела је и плљоснатија од нормалне, имајући у виду негативну вредност спљоштености.

Табела 8. *Дескриптори нормалности расподеле и дистрибуције вредности времена трајања афазичког поремећаја*

Трајање	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	Var.	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	Sk	Ku	KS	<i>df</i>	<i>p</i>
	9,15	7,00	40,20	6,34	2	22	0,741	-0,770	0,166	60	0,000

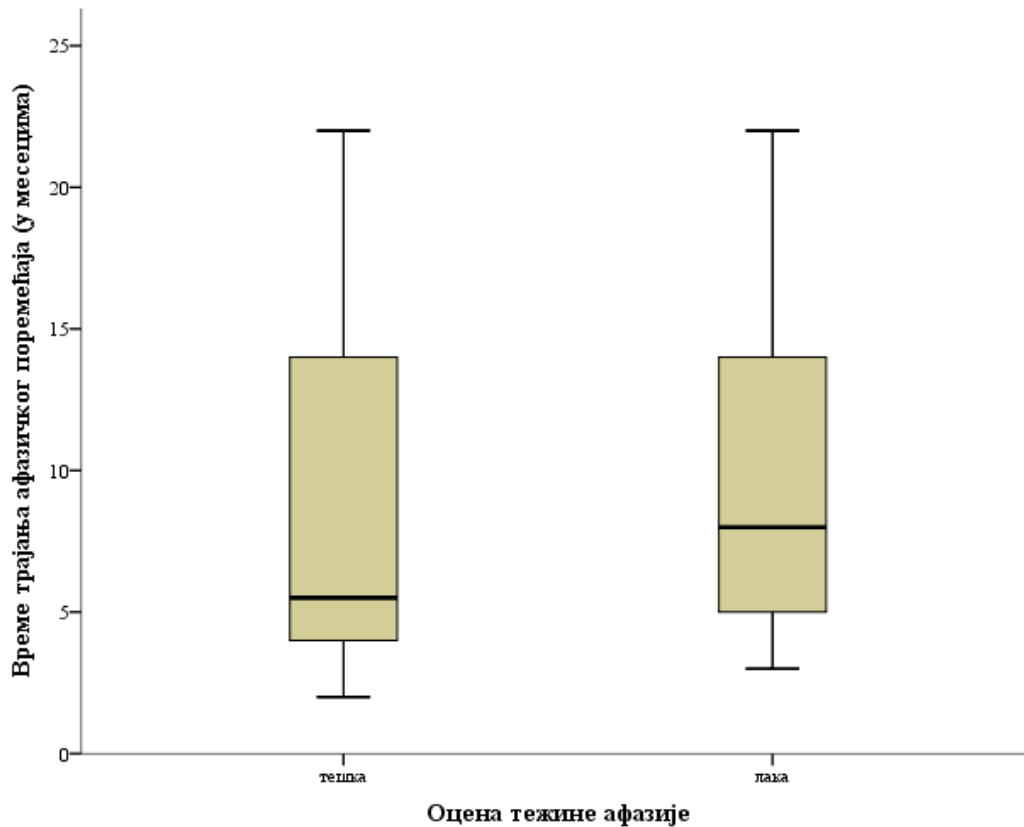
Напомена: Трајање – време трајања афазичког поремећаја, изражено у месецима; *M* – аритметичка средина; *Mdn* – медијана; Var. – варијанса; *SD* – стандардна девијација; Sk – скјунис; Ku – куртозис; KS – Колмоговор-Смирнов статистик; *df* – степен слободе; *p* – значајност. Статистички сигнификантно одступање од нормалности расподеле је подебљано.

Након тога, испитана је уједначеност подгрупа испитаника са афазијом уједначених према тежини афазије, према флуентности и према типу афазије у односу на трајање афазичког поремећаја.

Табела 9. *Дескриптивне вредности и компарација времена трајања афазичког поремећаја између подгрупа испитаника са афазијом уједначених према тежини, флуентности и типу афазије*

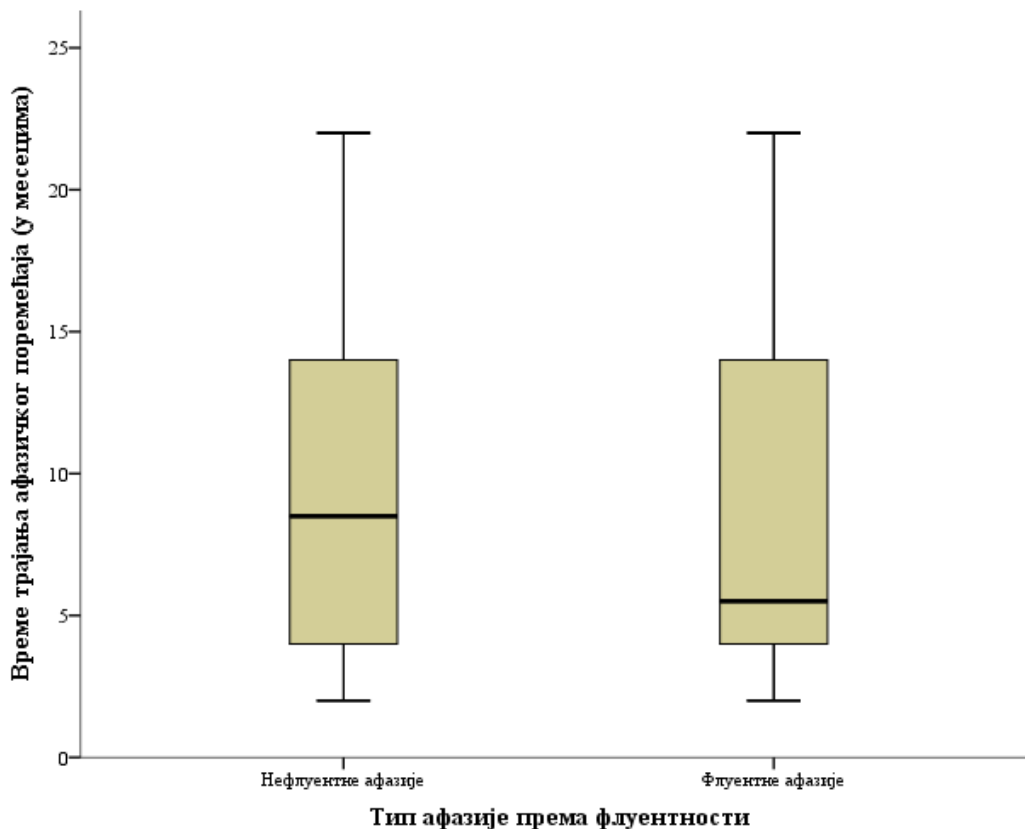
Варијабла	Категорија	Трајање афазије		Компарација	
		<i>M (SD)</i>	<i>Mdn (IQR)</i>	Просечан ранг	<i>p</i>
Оцена тежине афазије	Тешка	8,57 (6,77)	5,50 (10,75)	27,58	0,194
	Лака	9,73 (5,94)	8,00 (9,00)	33,42	
Флуентност	Нефлуентна	9,73 (6,23)	8,50 (10,00)	32,57	0,358
	Флуентна	8,57 (6,50)	5,50 (10,25)	28,43	
Тип афазије	Транскорт. моторна	9,40 (4,56)	9,00 (7,00)	34,13	0,490
	Брокина	10,7 (7,70)	7,00 (15,00)	31,00	
	Транскорт. сензорна	10,00 (7,31)	7,00 (16,00)	32,10	
	Верникеова	7,13 (5,45)	5,00 (6,00)	24,77	

Напомена: Трајање – време трајања афазичког поремећаја, изражено у месецима; *M* – аритметичка средина; *Mdn* – медијана; *SD* – стандардна девијација; *IQR* – интерквартилно одступање; *p* – значајност.



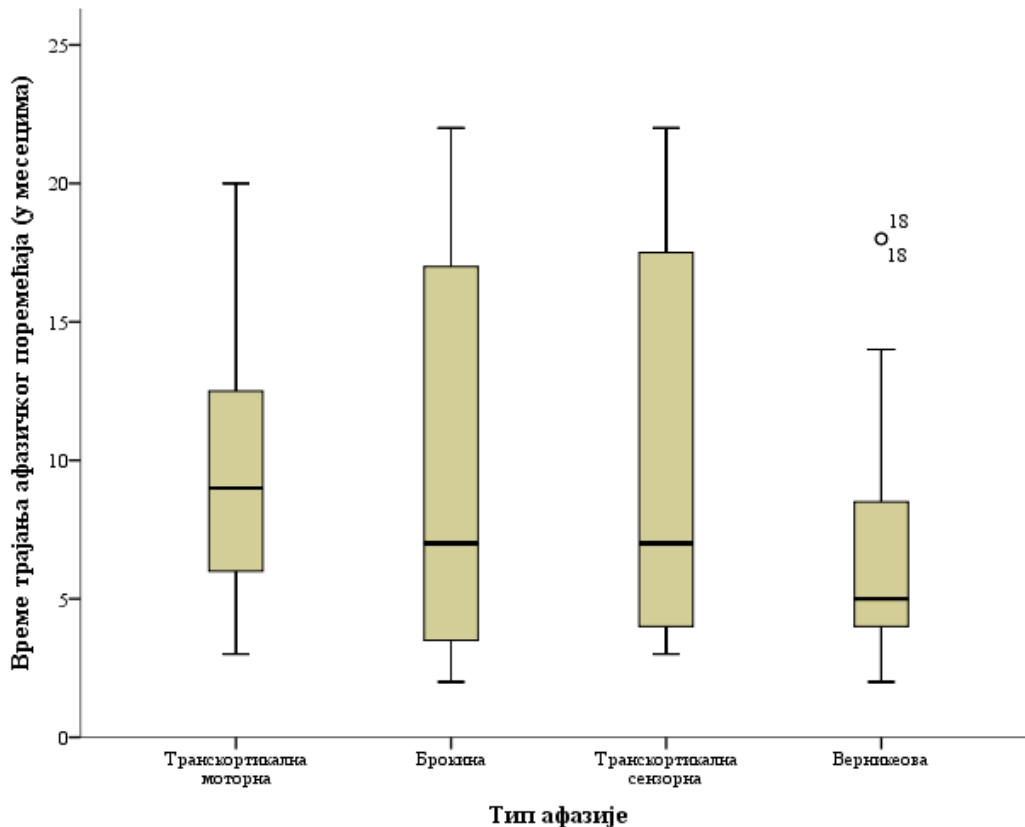
Графикон 14. представља приказ вредности времена трајања афазичког поремећаја у подгрупама испитаника са афацијом уједначеним према тежини афације.

Када се упореде дескриптивне вредности времена трајања афазичког поремећаја подгрупе испитаника са тешком афацијом и подгрупе испитаника са лаком афацијом, уочава се да су просечне вредности веће у подгрупи испитаника са лаком афацијом (9,73 наспрам 8,57). Исти тренд је видљив и компарацијом медијана (8,00 наспрам 5,50). С друге стране, распон резултата је већи у подгрупи испитаника са тешком афацијом што указује на већу дисперзију вредности. Ипак, статистичка анализа је искључила постојање статистичке значајности ове разлике у датом узорку ($p = 0,194$, Табела 9).



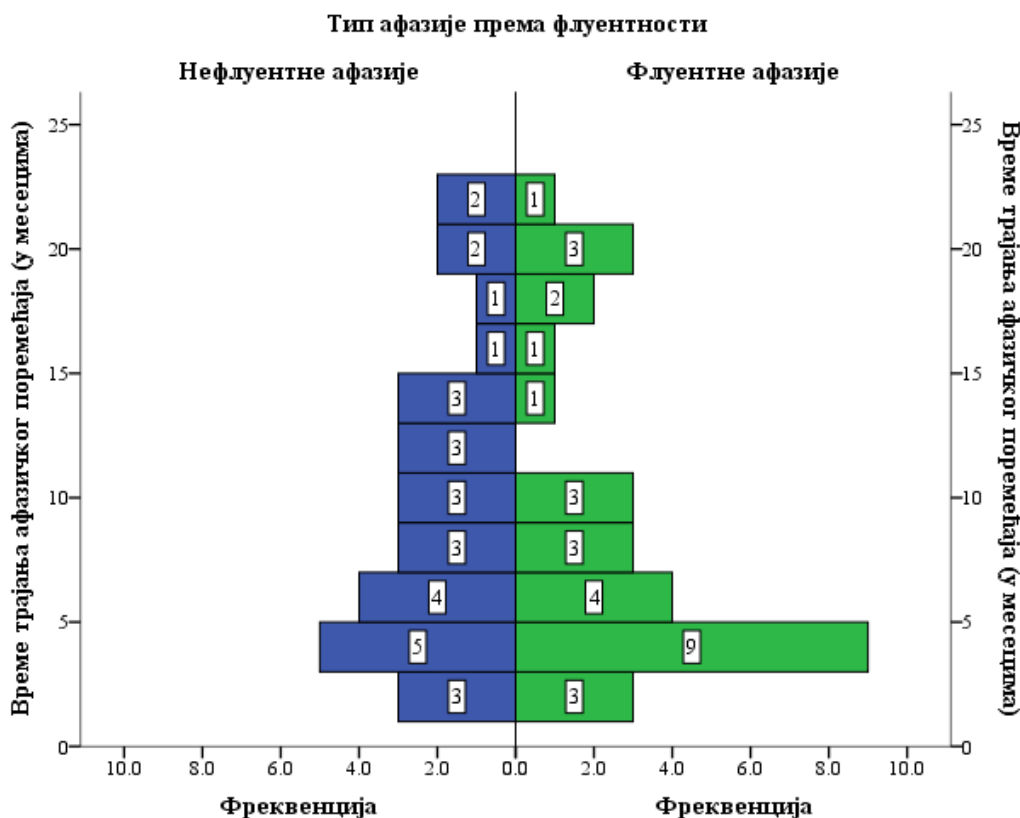
Графикон 15. Време трајања афазичког поремећаја код испитаника са нефлуентном афазиијом и испитаника са флуентном афазиијом

Графикон 15 представља приказ вредности времена трајања афазичког поремећаја у подгрупама испитаника са афазиијом уједначеним према флуентности. Када се упореде дескриптивне вредности времена трајања афазичког поремећаја подгрупе испитаника са нефлуентном афазиијом и подгрупе испитаника са флуентном афазиијом, уочава се да су просечне вредности веће у подгрупи испитаника са нефлуентном афазиијом (9,73 наспрам 8,57). Исти тренд се уочава и компарацијом медијана (8,50 наспрам 5,50). Истовремено, распон резултата је већи у подгрупи испитаника са флуентном афазиијом што указује на већу дисперзију вредности. Међутим, статистичка анализа је искључила постојање статистичке значајности ове разлике у датом узорку ($p = 0,358$, Табела 9).



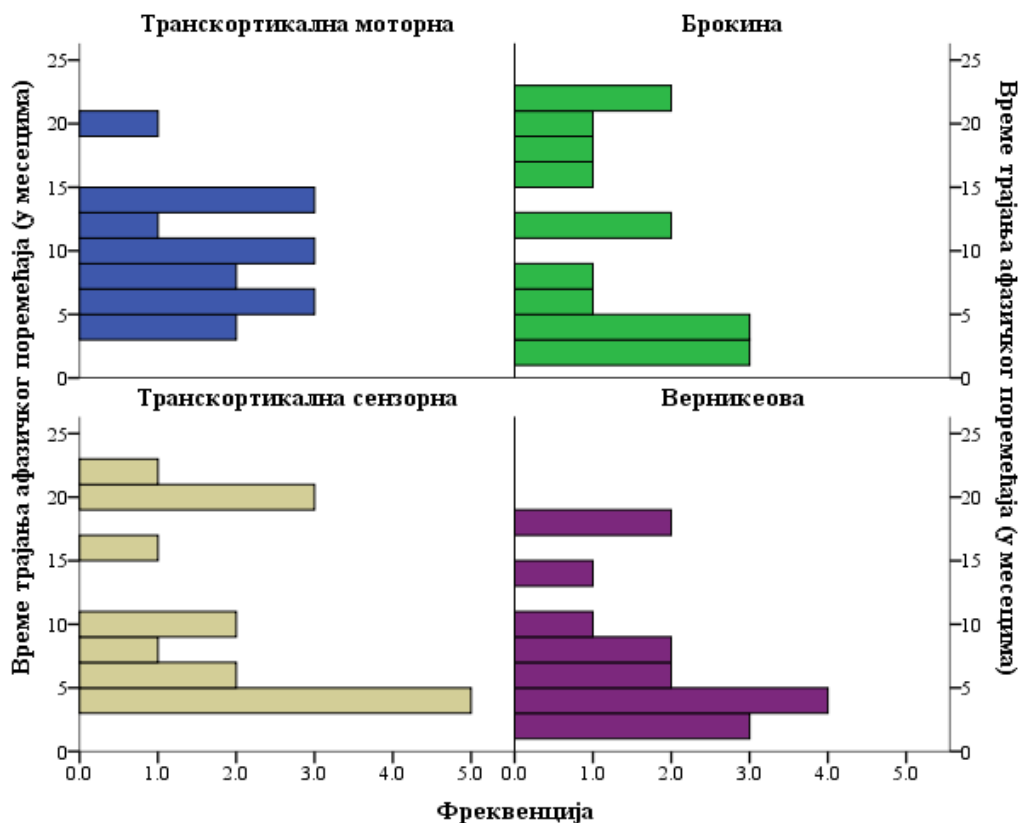
Графикон 16. Време трајања афазичког поремећаја у подгрупама испитаника уједначених према типу афазиије

Графикон 16 представља приказ вредности времена трајања афазичког поремећаја у подгрупама испитаника са афазиијом уједначеним према типу афазиије. Када се упореде дескриптивне вредности времена трајања афазичког поремећаја подгрупе испитаника са различитим типовима афазиије, уочава се да су просечне вредности највише у подгрупи испитаника са Брокином афазиијом, а најниже у подгрупи испитаника са Верникеовом афазиијом (10,7, односно 7,13). Истовремено, распон резултата је највећи у подгрупи испитаника са Брокином афазиијом (7,70) што указује на највећу дисперзију вредности. Ипак, статистичка анализа је искључила постојање статистичке значајности ове разлике у датом узорку ($p = 0,490$, Табела 9).



Графикон 18. Дистрибуција подгрупа испитаника уједначених према флуентности афазиије у односу на време трајања афазичког поремећаја

Након уједначавања према флуентности афазиије, није потврђено да постоји статистички значајна разлика времена трајања афазичког поремећаја између подгрупа испитаника са нефлуентном афазиијом и испитаника са флуентном афазиијом ($p > 0,05$; Табела 9). У подгрупи испитаника са нефлуентном афазиијом, половина испитаника, њих 15, је имала афазички поремећај у трајању до осам месеци. С друге стране, у подгрупи испитаника са флуентном афазиијом, половина испитаника, њих 15, је имала афазички поремећај у трајању до пет месеци (Графикон 18).



Графикон 19. Дистрибуција подгрупа испитаника уједначених према типу афазиије у односу на време трајања афазичког поремећаја

Након уједначавања према типу афазиије, није потврђено да постоји статистички значајна разлика времена трајања афазичког поремећаја између подгрупа испитаника са различитим типовима афазиије ($p > 0,05$; Табела 9). У подгрупи испитаника са транскортикалном моторном афазиијом, више од половине испитаника, њих девет, је имало афазички поремећај у трајању до девет месеци. У подгрупама испитаника са Брокином афазиијом и са транскортикалном сензорном афазиијом, више од половине испитаника, по осам, је имало афазички поремећај у трајању до седам месеци. С друге стране, у подгрупи испитаника са Верникеовом афазиијом, највећи број испитаника, њих осам, имало је афазички поремећај у трајању до пет месеци (Графикон 19).

2.3. ПРОЦЕДУРА И ТЕХНИКЕ ИСПИТИВАЊА

Код пацијената с поремећајем језика услед можданог удара је примењен *Бостонски дијагностички тест за афазије* (Goodglas & Kaplan, 1983) који је адаптиран за српско говорно подручје (Вуковић, 2015) како би се утврдило присуство афазије, одредио тип афазичког синдрома и тежина поремећаја комуникације.

Након постављене дијагнозе, примењени су следећи инструменти за процену квалитета живота:

1. *Скала за мерење квалитета живота специфичног за афазију* (Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 – SAQOL-39; Hilari et al., 2003),
2. *Скала за мерење квалитета комуникативног живота* (Quality of Communication Life Scale – ASHA-QCL; Paul et al., 2004),
3. *Инвентар/Упитник за мерење квалитета живота* (the Quality of Life Inventory – QOLI; Frisch, 1994).

Истраживање је обављено у Заводу за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију „Проф. др Цветко Брајовић“ у Београду, од септембра 2014. до маја 2017. године.

2.4. ОПИС ИНСТРУМЕНТА

2.4.1. Скала за мерење квалитета живота специфичног за афазију (Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 – SAQOL-39; Hilari et al., 2003)

Скала за мерење квалитета живота специфичног за афазију (у даљем тексту: SAQOL-39) је инструмент за процену здравствено-заснованог квалитета живота код људи који су претрпели мождани удар и имају афазију (Hilari et al., 2003). Здравствено-заснован квалитет живота одражава утицај здравственог стања на способност особе да води испуњен живот (Bullinger et al., 1993). Он укључује процену физичког, менталног/емоционалног, породичног и друштвеног

функционисања неке индивидуе (Berzon et al., 1993). Мере здравствено-заснованог квалитета живота су посебно релевантне код можданог удара и афазиије, где су кључни циљеви рехабилитације да се олакша адаптација на инвалидитет, да се промовише друштвена интеграција и да се повећа квалитет живота. Мере здравствено-заснованог квалитета живота, тј. мере специфичне за мождани удар и афазиију нису биле доступне људима са афазиијом. У зависности од озбиљности њиховог поремећаја, људи са афазиијом могу имати тешкоће у разумевању. С циљем да се реше ови проблеми, Скала за процену квалитета живота специфичног за мождани удар (SS-QOL) (Williams, Weinberger, Harris, Clark, & Biller, 1999) је измењена да би се користила код особа са афазиијом (Hilari & Byng, 2001). Резултујући инструмент SAQOL-39 се показао као доступна, валидна и поуздана мера процене здравствено-заснованог квалитета живота код људи с хроничном афазиијом (Hilari et al., 2003). У литератури се помиње да се може користити код особа с било којим озбиљним обликом експресивне афазиије. Особе са умереном или благом рецептивном афазиијом с резултатом 7/15 на рецептивном пољу FAST-а (Enderby, Wood, Wade, & Hewer, 1987) су могле да поуздано извештавају о себи на скали SAQOL-39 (Hilari & Byng, 2001; Hilari et al., 2003).

SAQOL-39 је скала само-извештавања у коме је временски оквир прошла недеља. Пацијенти треба да обележе поље које најбоље описује колико су имали проблема са сваком активношћу у протеклој недељи. Скала се састоји од 39 питања која покривају четири домена: физички домен (17 ставки), психосоцијални домен (11 ставки), комуникацију (7 ставки) и енергију (4 ставке). Ставке у физичком домену покривају бригу о себи (SC – self-care), мобилност (M – mobility), посао (W – work), функцију горњих екстремитета (UE – upper extremities function) и утицај физичких услова на друштвени живот (ставка SR7). Домен комуникација се састоји од ставки о језичкој функцији (L) и утицају језичких поремећаја на породични и друштвени живот (ставке FR9, SR8). Питања из психосоцијалног домена тичу се мишљења (T – thinking), личности (P – personality) и расположења (M – mood), а домен енергија се састоји од три ставке о енергији и умору (E) и једне ставке о потреби да се записују ствари како би се запамтиле (T4). Двадесет једно питање (ставка) ове скале односи се на проблем из домена

свакодневних активности (нпр. облачења, говора). Формат одговора за ова питања је скала од 5 поена која се креће од 1 „нисам то могао да урадим уопште“ до 5 „немам никаквих проблема“. Остатак питања (18) односи се на осећања (нпр. „Да ли сте се осећали раздражљиво?“) и друге активности (нпр. „Да ли сте се виђали с пријатељима мање него што бисте желели?“). Њихов формат одговора варира од 1 „дефинитивно да“ до 5 „дефинитивно не“. Формат одговора је израчунат сабирањем свих вредности и њиховим дељењем с бројем ставки. Виши резултати указују на бољу перцепцију квалитета живота.

Пре самог спровођења скале, испитивач треба да објасни испитанику шта садржи скала SAQOL-39 и која је сврха примене. Да би се испитивач уверио да је испитаник разумео инструкције, дају се пробна питања. Пробна питања се не бодују, она имају за циљ да упознају испитанике са изгледом питања и форматом одговора. Опције одговора питања („Да ли сте се осећали обесхрабрено у вези са Вашом будућношћу?“) захтевају појашњење. Следећа два питања која захтевају додатно објашњење су: UE1 о проблемима с писањем/куцањем, тј. треба појаснити да се та питања односе на моторичку активност (коришћење руке за писање или куцање) и T4 питања о записивању ствари да би се запамтиле, што захтева додатно питање (или питати неког да запише уместо Вас да бисте их запамтили). Испитивач поставља питања наизменично пратећи подвучена упутства на листи за бодовање. Фразу („Током протекле недеље“) требало би понављати онолико често колико се појављује. Питање („Колико проблема сте имали?“) требало би понављати после сваког питања или по потреби. Током администрације, испитивачи могу користити разне стратегије олакшавања да би помогли особама са афазисом (нпр. могу да покажу ставку о којој говоре, или да покрију остала питања на страни). Ако испитаник делује несигурно након питања, може да се провери његово разумевање и понови питање. За испитанике са умереним тешкоћама у разумевању могу се употребити технике комуникације да олакшају њихово разумевање (нпр. могу гестикулирати или мимиком указати на ставке које се могу показати).

Резултати анализе интерне конзистентности SAQOL-39 скале, инструмента коришћеног за процену здравствено-заснованог квалитета живота код људи са можданом ударом и афазом за српско говорно подручје дат је у Табели 10.

Табела 10. Интерна конзистентност Скале за мерење квалитета живота специфичног за афазу – SAQOL-39 у групи испитаника са афазом

Скала SAQOL-39	Број ајтема	Кронбах α	Корелација
– у целини	39	0,980	0,561
– физички домен	17	0,972	0,678
– комуникациони домен	7	0,936	0,692
– психосоцијални домен	11	0,883	0,413
– енергетски домен	4	0,903	0,701

Напомена: SAQOL-39 – Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39; Корелација – Средња вредност корелације између ставки.

Примењен инструмент има добру до одличну унутрашњу сагласност (Табела 10). Вредност Кронбахов коефицијента α за SAQOL-39 у целини износи 0,980. Гледано појединачно по подскалама, исказано кроз средњу вредност корелације између ставки, унутрашња сагласност је оптимална. Најнижа је вредност за психосоцијални домен, што може бити објашњено мањим бројем ставки. У истраживањима (Hilari et al., 2003) је показано да инструмент SAQOL-39 има одличну унутрашњу конзистенцију, вредност Кронбахове алфа скале $\alpha = 0,74–0,93$ и под-доменима $\alpha = 0,74–0,94$. Анализе у оквиру скале су показале високу интерну конзистентност скале SAQOL-39, интеркорелације између под-домена ($r = 0,10–0,47$) и укупне средње вредности ($r = 0,8–0,58$) које показују да се мери један ентитет и да су под-домени у складу са концептуалним моделом. Анализа фактора је открила концептуално јасан модел фактора са свим ставкама на два или више фактора, или барем 4 ставке по фактору.

У делу прелиминарних анализа је процењена и нормалност дистрибуције резултата забележених на SAQOL-39 скали у групи испитаника са афазом (Табела 11).

Претпоставке о нормалности расподеле нису потврђене за два од пет испитиваних резултата (Табела 11). У питању су дистрибуције резултата за

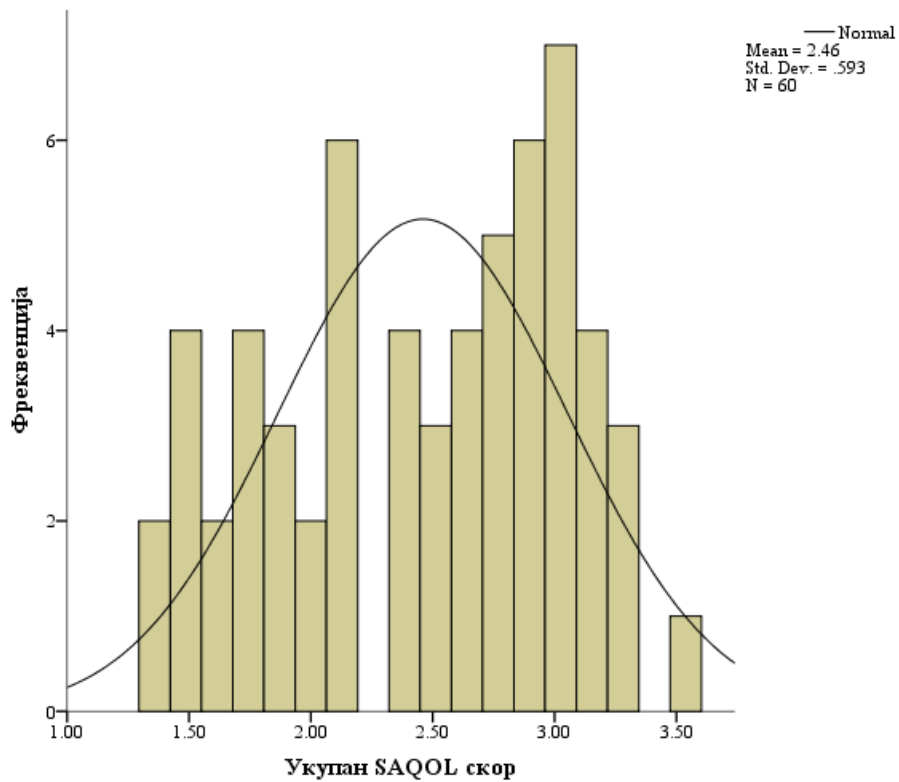
укупан SAQOL-39 скор ($p < 0,05$) и за скор енергетског домена ($p < 0,001$). С друге стране, Колмоговор-Смирнов тест није статистички значајан, односно статистички је потврђена нормалност за физички, комуникациони и психосоцијални домен ($p > 0,05$).

Табела 11. *Дескриптори нормалности расподеле и дистрибуције вредности резултата забележених на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39 у групи испитаника са афазijом*

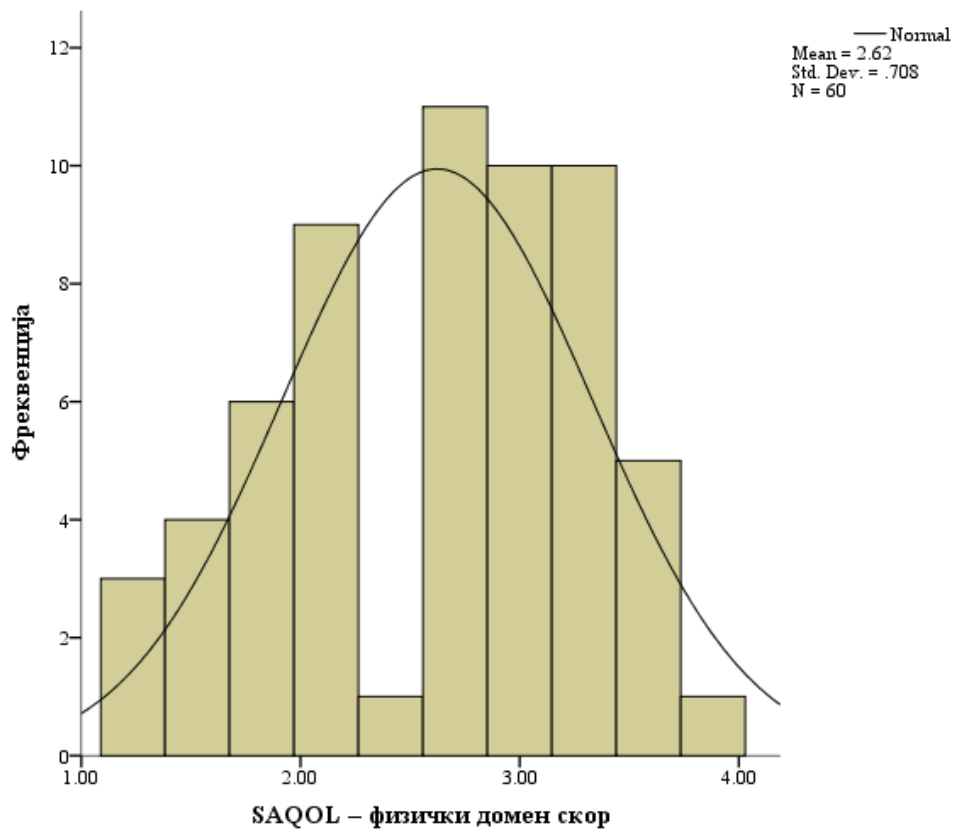
SAQOL-39	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	Var.	<i>SD</i>	Sk	Ku	KS	<i>df</i>	<i>p</i>
Укупан скор	2,46	2,56	0,35	0,59	-0,29	-1,04	0,117	60	0,039
физички	2,62	2,71	0,50	0,71	-0,29	-1,01	0,113	60	0,055
комуникациони	2,43	2,57	0,41	0,64	-0,25	-0,95	0,112	60	0,061
психосоцијални	2,37	2,36	0,25	0,50	-0,18	-0,74	0,103	60	0,180
енергетски	2,05	2,00	0,35	0,59	-0,26	-0,69	0,180	60	0,000

Напомена: *M* – аритметичка средина; *Mdn* – медијана; Var. – варијанса; *SD* – стандардна девијација; Sk – скјунис; Ku – куртозис; KS – Колмоговор-Смирнов статистик; *df* – степен слободе; *p* – значајност. Статистички сигнификантно одступање од нормалности расподеле је подебљано.

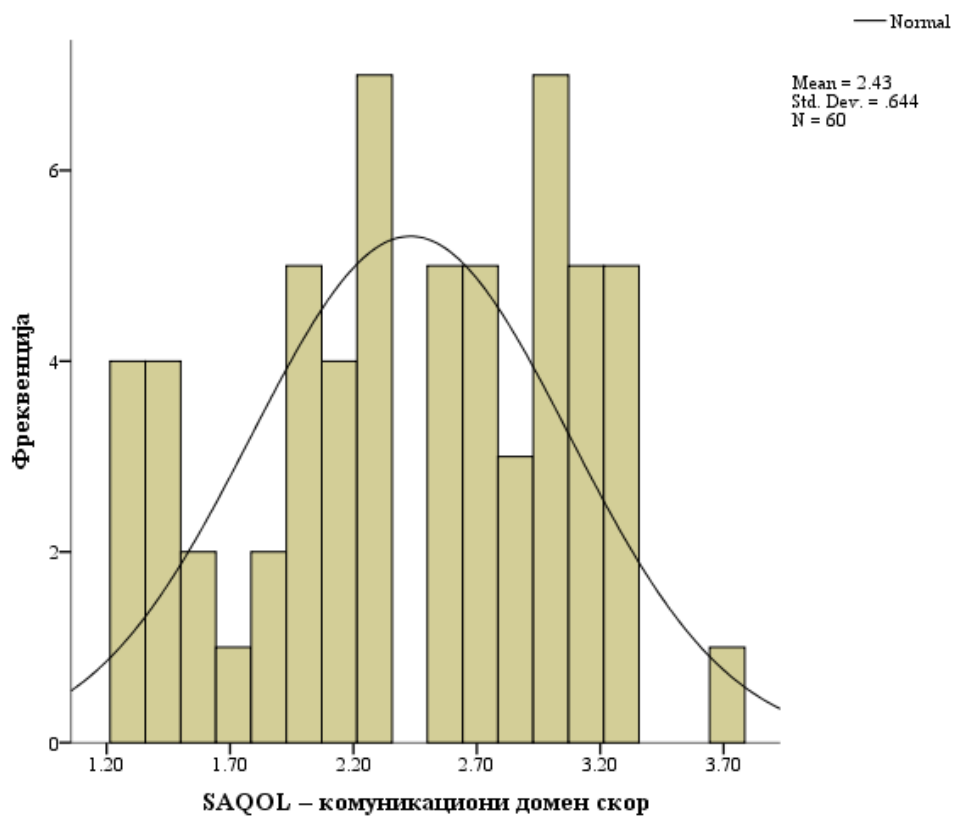
За све резултате је израчуната негативна вредност асиметрије што показује да је већина резултата међу већим вредностима, односно да је расподела померена десно од средње вредности. Друго, може се рећи да су расподеле плџоснатије од нормалне, што говоре негативне вредности спљоштености. Графикони (20 до 24) приказују описане расподеле вредности резултата забележених на скали SAQOL-39 у групи испитаника са афазijом.



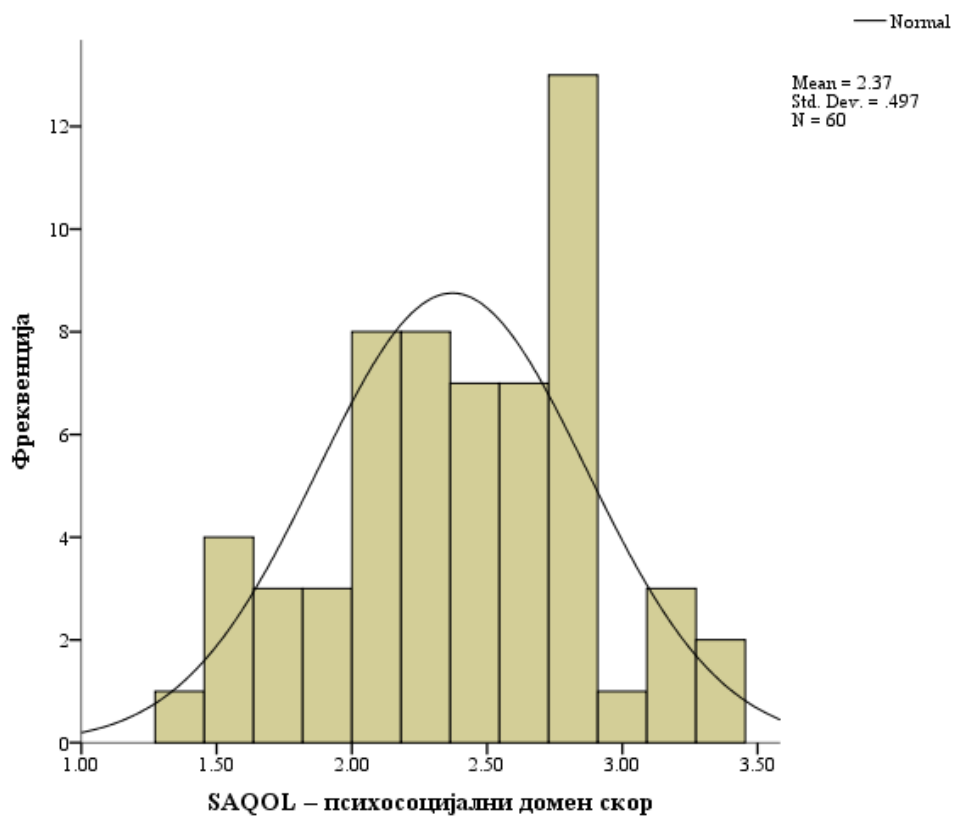
Графикон 20. Расподела вредности укупног скорa Скале за мерење квалитета живота специфичног за афазију – SAQOL-39 у групи испитаника са афазијом



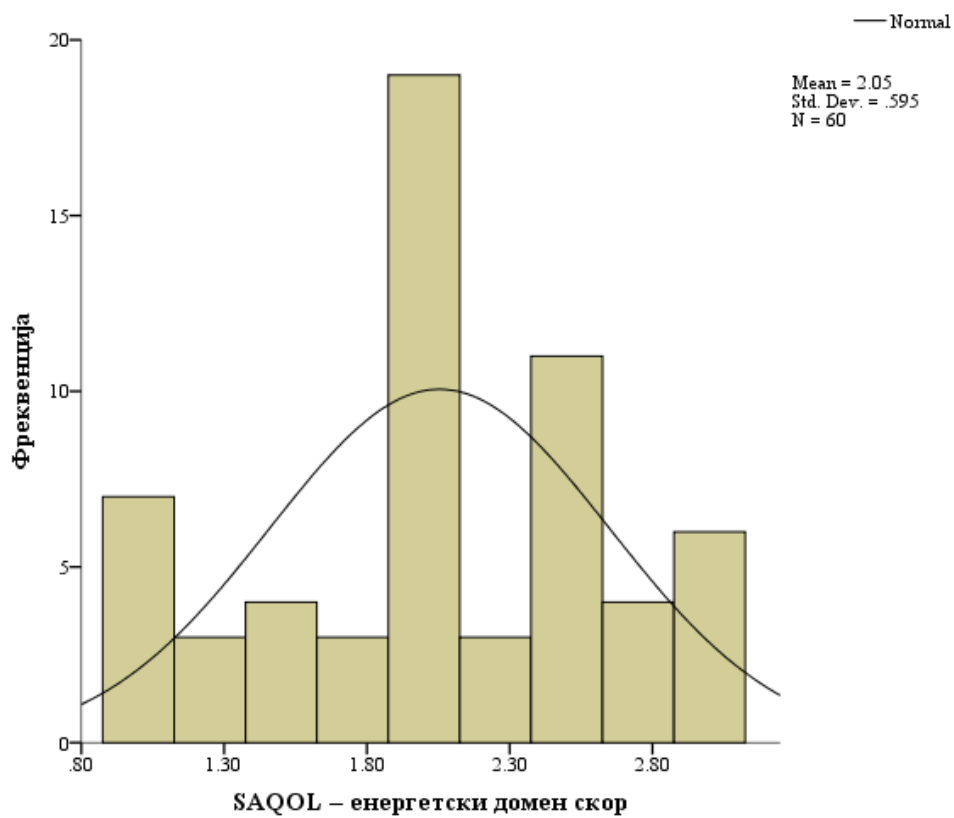
Графикон 21. Расподела вредности скорa физичког домена Скале за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39 у групи испитаника са афазijом



Графикон 22. Расподела вредности сора комуникационог домена Скале за мерење квалитета живота специфичног за афазију – SAQOL-39 у групи испитаника са афазијом



Графикон 23. Расподела вредности скорa психосоцијалног домена Скале за мерење квалитета живота специфичног за афазију – SAQOL-39 у групи испитаника са афазијом



Графикон 24. Расподела вредности скорa енергетског домена Скале за мерење квалитета живота специфичног за афазију – SAQOL-39 у групи испитаника са афазијом

Табела 12 приказује резултате факторске анализе скале SAQOL-39. Факторска структура је проверавана посебно за сваки домен. Другим речима, проверавано је да ли ставке које чине одређен домен у оквиру скале SAQOL-39 на српском језику показују задовољавајућа засићења на првој главној компоненти. Експлоративна факторска анализа је спроведена анализом главних компоненти (PCA) без ротације фактора. Као контролни, примењен је Кајзеров критеријум карактеристичних вредности и Кетелов критеријум дијаграма превоја.

У делу прелиминарних анализа, најпре, потврђена је прикладност података за факторску анализу. Бартелов тест сферичности је статистички значајан ($p < 0,001$, све анализе), уз прихватљиву до високу вредност Кајзер-Мејер-Олкиновог (КМО) показатеља адекватности узорка (КМО = 0,807 до 0,934). Преглед корелационе матрице је потврдио присуство коефицијената корелације вредности 0,3 и више. Дијаграми превоја су приложени како би се приказале карактеристичне вредности (eigenvalue) свих фактора (Графикон 25 до 28).

Табела 12. Основне дескриптивне мере појединачних ставки, иницијалне карактеристичне вредности и матрица факторских тежина домена Скале за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39

Бр.	Домен и ставка скале SAQOL-39	Eigen.	% Var.	M	SD	Комп. 1
Физички домен						
Током протекле недеље колико сте имали проблема са.... ?						
SC1	Спремањем хране	11,897	69,981	2,83	1,08	0,925
SC4	Облачењем			3,03	0,90	0,909
SC5	Купањем/туширањем			2,93	0,92	0,881
M1	Ходањем			2,78	0,78	0,816
M4	Одржавањем равнотеже			2,53	0,72	0,881
M6	Пењањем уз степенице			2,32	0,79	0,764
M7	Ходањем без паузе за одмор			2,55	0,67	0,861
M8	Стајањем			2,60	0,62	0,758
M9	Силаском са столице			2,72	0,85	0,853
W1	Обављањем свакодневних послова по кући			2,57	0,70	0,855
W2	Завршавањем послова које сте започели			2,38	0,72	0,789

UE1	Писањем или куцањем, тј. употребом руке да пишете или куцате			2,22	0,90	0,785
UE2	Обувањем чарапа			3,12	0,90	0,879
UE4	Закопчавањем дугмади			2,73	0,99	0,838
UE5	Закопчавањем рајсфершлуса			2,95	1,03	0,874
UE6	Отварањем тегле			2,10	0,88	0,772
SR7	Осећали да Ваше физичко стање смета Вашем друштвеном животу			2,23	0,91	0,753
Комуникациони домен						
Колико сте имали проблема са... ?						
L2	Говором	5,170	73,855	2,38	0,58	0,824
L3	Тиме да говорите довољно јасно да бисте користили телефон			2,40	0,85	0,916
L5	Тиме да Вас други људи разумеју			2,40	0,76	0,909
L6	Проналажењем речи коју желите да кажете			2,08	0,65	0,887
L7	Тиме да Вас други људи разумеју чак и када се понављате			2,50	0,68	0,872
FR9	Осећали да сте терет Вашој породици			3,17	0,91	0,828
SR8	Осећали да Ваши језички проблем сметају Вашем друштвеном животу			2,08	0,83	0,771
Психосоцијални домен						
Да ли сте током протекле недеље... ?						
T5	Имали потешкоћа приликом доношења одлука	5,180	47,090	2,30	0,83	0,730
P1	Се осећали раздражљиво	1,837	16,697	2,15	0,68	0,736
P3	Осећали да се Ваша личност променила			1,97	0,66	0,713
MD2	Се осећали обесхрабрено по питању будућности			2,22	0,69	0,795
MD3	Били незаинтересовани за друге људе или активности			2,83	0,74	0,582
MD6	Се осећали одбачено од других људи			2,92	0,81	0,570
MD7	Имали мало самопоуздања			2,27	0,69	0,751
FR7	Осећали да сте терет Вашој породици			3,25	0,84	0,594

SR1	Излазили мање него што бисте желели			1,97	0,69	0,650
SR4	Се бавили хобијима и рекреацијом ређе него што бисте желели			1,93	0,69	0,731
SR5	Се виђали са пријатељима ређе него што бисте желели			2,28	0,72	0,652
Енергетски домен						
Да ли сте... ?						
T4	Морали да записујете ствари да бисте их запамтили/или да Вам неко други запише уколико Ви не можете/	3,105	77,626	1,92	0,70	0,842
E2	Се осећали уморно већину времена			2,20	0,66	0,884
E3	Морали да застанете и да се одморите често у току дана			2,07	0,69	0,884
E4	Се осећали превише уморно да бисте радили оно што желите			2,03	0,66	0,912

Напомена. Eigen. – карактеристична/својствена вредност (eigenvalue); % Var. – проценат објашњене варијансе; Комп. 1 – прва компонента.

Екстрахована је по једна главна компонента за три од четири домена SAQOL-39 скале са карактеристичним вредностима (eigenvalue) преко 1. Прегледом дијаграма превоја за физички, комуникациони и енергетски домен, утврђено је да постоји јасна тачка прелома иза прве компоненте, у складу са Кателовим критеријумом (Графикон 25, 26 и 28). Као изузетак, издвојио се психосоцијални домен код којег је израчунато да прве две компоненте имају карактеристичну вредност изнад 1 (5,180, односно 1,837) и да објашњавају 63,79% заједничке варијансе, односно 47,09% и 16,70% (Табела 12, Графикон 27).

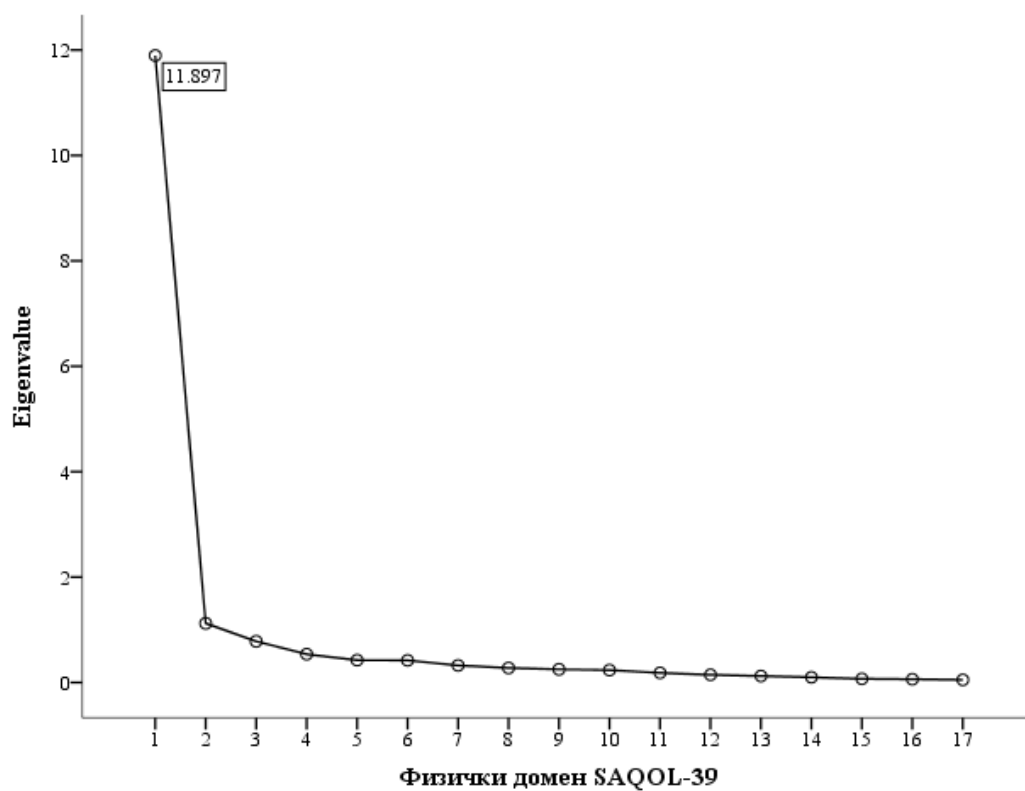
Најнижи проценат објашњене варијансе износи 47,09% и забележен је на првој компоненти, односно на првом фактору психосоцијалног домена. Истовремено, највећа вредност процентуално изражене објашњене варијансе је нађена у енергетском домену, а износи 77,63% (Табела 12).

Највише просечне вредности у физичком домену има ставка која одражава присуство проблема са обувањем чарапа ($M = 3,12$, $SD = 0,90$) и облачењем ($M = 3,03$, $SD = 0,90$), а најнижу отварање тегле ($M = 2,10$, $SD = 0,88$). Највишу

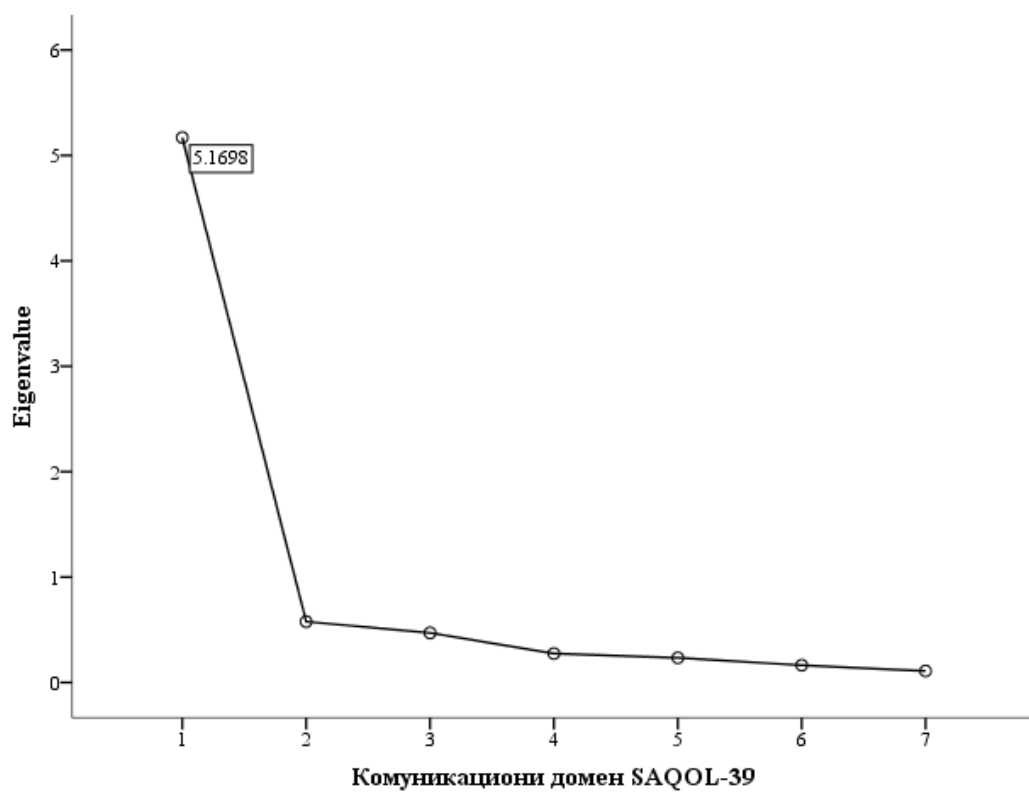
просечну вредност у комуникационом домену има ставка која одражава присуство осећања испитаника да је терет породици ($M = 3,17, SD = 0,91$), најниже ставке „проналажење речи коју желите да кажете“ ($M = 2,08, SD = 0,65$) и „осећали да Ваши језички проблеми сметају Вашем друштвеном животу“ ($M = 2,08, SD = 0,83$). У енергетском домену, највишу просечну вредност има ставка „осећали уморно већину времена“ ($M = 2,20, SD = 0,66$), а најнижу ставка „морали да записујете ствари да бисте их запамтили/или да Вам неко други запише уколико Ви не можете/“ ($M = 1,92, SD = 0,70$).

Све тврдње имају велике факторске тежине за екстраховане факторе (Табела 12). У физичком домену се издвајају спремање хране, облачење, лична хигијена и одржавање равнотеже, а потом и обување чарапа и закопчавање рајсфершлуса. Проблеми са јасним говором у телефонским разговорима и проблеми да други људи разумеју говор се издвајају у комуникационом домену. У психосоцијалном домену највеће факторске тежине имају ставке „Да ли сте се осећали обесхрабрено по питању будућности?“ и „Да ли сте имали мало самопоуздања?“. На крају, ставка „Да ли сте се осећали превише уморно да бисте радили оно што желите?“ има највећу факторску тежину у енергетском домену.

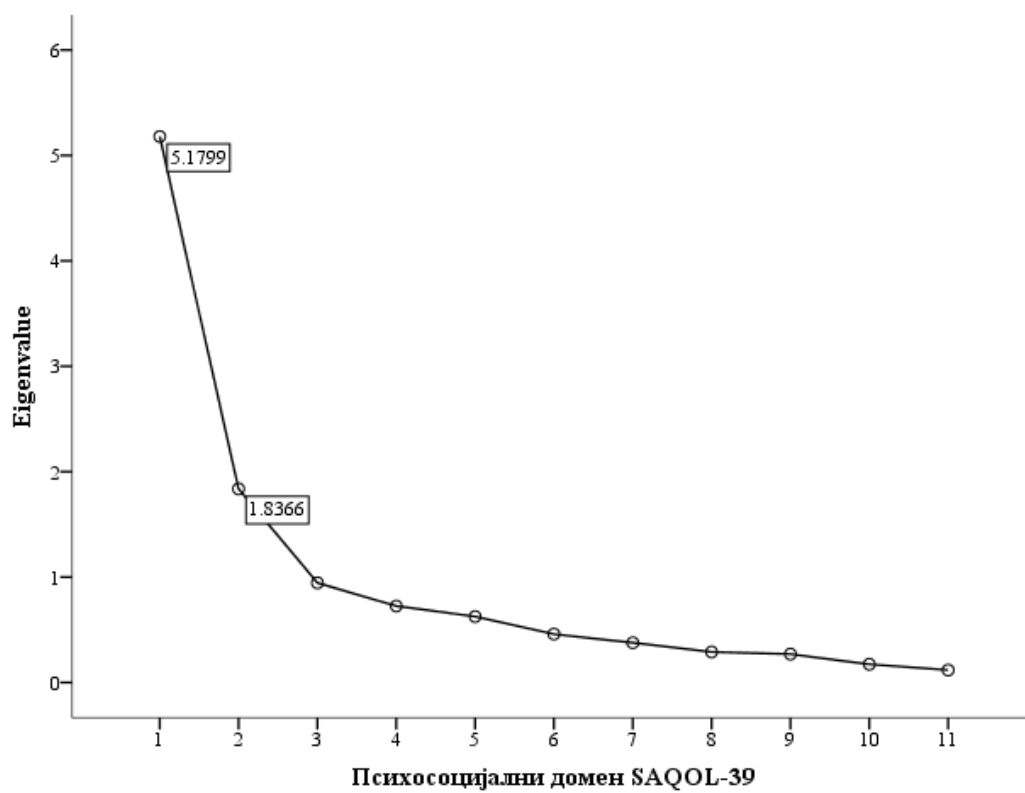
На основу резултата факторске анализе, може се закључити да све испитиване тврдње показују задовољавајући степен засићења, односно факторске тежине за екстраховане факторе.



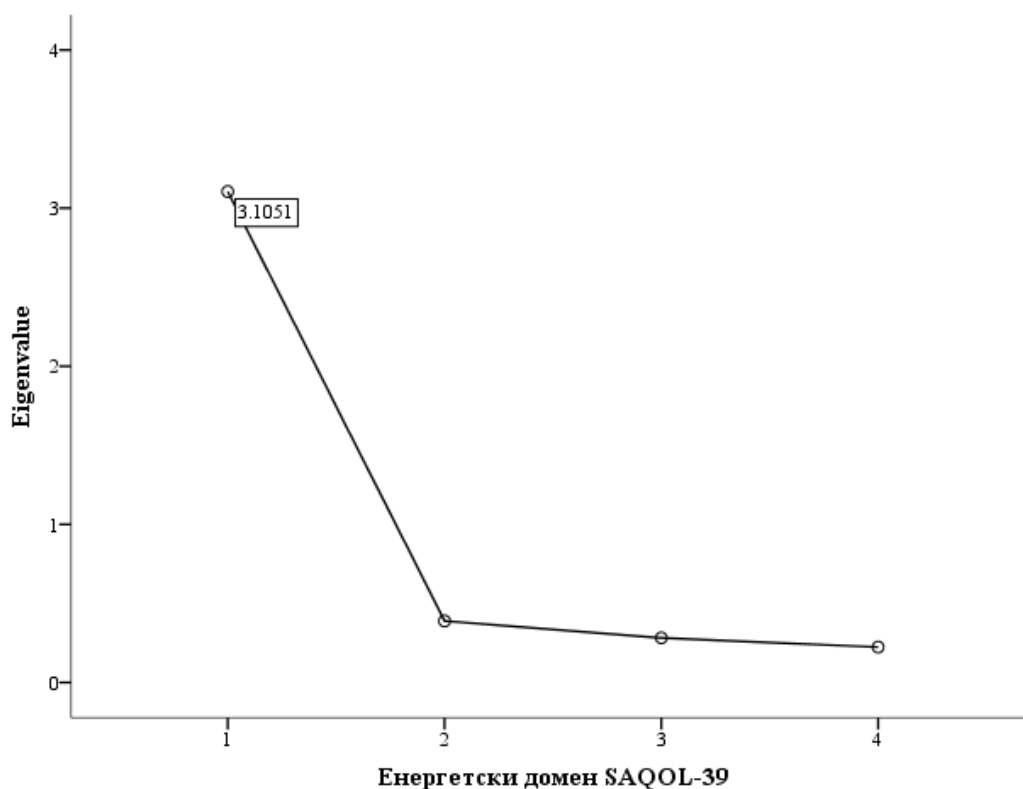
Графикон 25. Однос фактора и карактеристичне вредности у физичком домену
 Скале за мерење квалитета живота специфичног за
 афазују – SAQOL-39



Графикон 26. Однос фактора и карактеристичне вредности у комуникационом домену Скале за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39



Графикон 27. Однос фактора и карактеристичне вредности у психосоцијалном домену Скале за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39



Графикон 28. Однос фактора и карактеристичне вредности у енергетском домену Скале за мерење квалитета живота специфичног за афазу – SAQOL-39

2.4.2. Скала за мерење квалитета комуникативног живота (Quality of Communication Life Scale – ASHA-QCL; Paul et al., 2004)

Скала квалитета комуникативног живота (у даљем тексту: ASHA-QCL) процењује квалитет комуникативног живота одрасле особе с поремећајима говора, језика и комуникације (Paul et al., 2004). Применом ове скале добијају се информације о утицају комуникативних поремећаја на квалитет веза између одраслих особа, њихове комуникативне интеракције, учешћа у различитим животним активностима и квалитет живота уопште. Користи се и као помоћ у планирању третмана, утврђивању примарних циљева, саветовању и праћењу исхода (Вуковић, Јовановић & Терзић, 2012).

Скала квалитета комуникативног живота састоји се од 18 ставки, од којих 17 мери утицај комуникације на домене квалитета живота: „социјализацију и

активности“, „самопоуздање“ и „појединачне улоге и одговорности“. Седам ставки објашњава како поремећај комуникације утиче на социјализацију и активности (нпр. потреба за комуникацијом на послу, разговор с људима), шест ставки проверава перцепцију испитаника о самопоуздању (нпр. поверење у способност комуникације, изражавање мишљења) и 4 ставке процењују појединачне улоге и одговорности (нпр. породичне улоге, задужења у породици).

Пре попуњавања скале сваки испитаник треба да се изјасни о томе „какав му је данас дан“, при чему могу да изаберу један од три понуђена одговора: „посебно добар, просечан и посебно лош“. Услов за примену скале је да дан не буде „посебно лош“.

Испитаницима је дозвољена помоћ у читању или означавању линија за дате ставке. За сваку ставку начин мерења је био једноставан цртеж линије, који приказује сваку ставку, којима испитаник може да припише нумеричке вредности од 1 до 5. Ако се испитаник у потпуности слаже са ставком нумеричка вредност је 5, а ако се не слаже, 1. Испитаник може да изабере и одговоре који се вреднују са 2, 3 или 4 у зависности од тога у којој мери се слаже или не слаже са одређеном ставком. Нумеричке вредности 17 ставки се сабирају чиме се добија укупан скор, а затим се израчунава просечан скор. Осамнаеста ставка „У целини, мој квалитет живота је добар“ се посматра изоловано, уз бележење нумеричке вредности коју је испитаник приписао датој ставки.

Резултати анализе интерне конзистентности скале ASHA-QCL, инструмента коришћеног за процену квалитета комуникативног живота особа са афазом, дат је у Табели 13.

Табела 13. Интерна конзистентност Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у групи испитаника са афазом

Скала ASHA-QCL	Број ајтема	Кронбах α	Корелација
	18	0,970	0,660

Напомена: ASHA-QCL – Скала квалитета комуникативног живота ASHA-QCL – Quality of Communication Life ASHA-QCL (Paul et al., 2004); Корелација – Средња вредност корелације између ставки.

Примењен инструмент има одличну унутрашњу сагласност (Табела 13). Вредност Кронбаховог коефицијента α износи 0,970. Истраживања показују да су и други аутори дошли до сличних резултата (Paul et al., 2004).

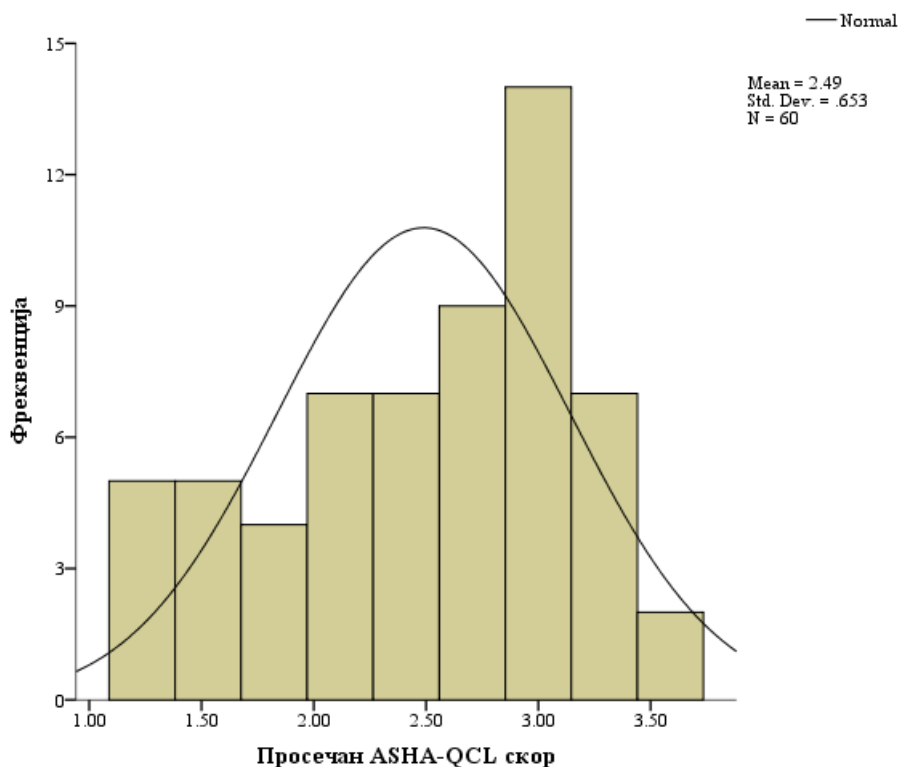
У делу прелиминарних анализа је процењена и нормалност дистрибуције просечног ASHA-QCL скорa (Табела 14). Вредности забележене на 18. тврдњи су анализиране изоловано, у складу са препорукама аутора (Paul et al., 2004).

Табела 14. *Дескриптори нормалности расподеле и дистрибуције вредности просечног скорa Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL*

ASHA-QCL	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	Var.	<i>SD</i>	Sk	Ku	KS	<i>df</i>	<i>p</i>
Просечан скор	2,49	2,59	0,43	0,65	-0,442	-0,887	0,112	60	0,057
Тврдња бр. 18	2,62	3,00	0,27	0,52	-0,123	-1,191	0,368	60	0,000

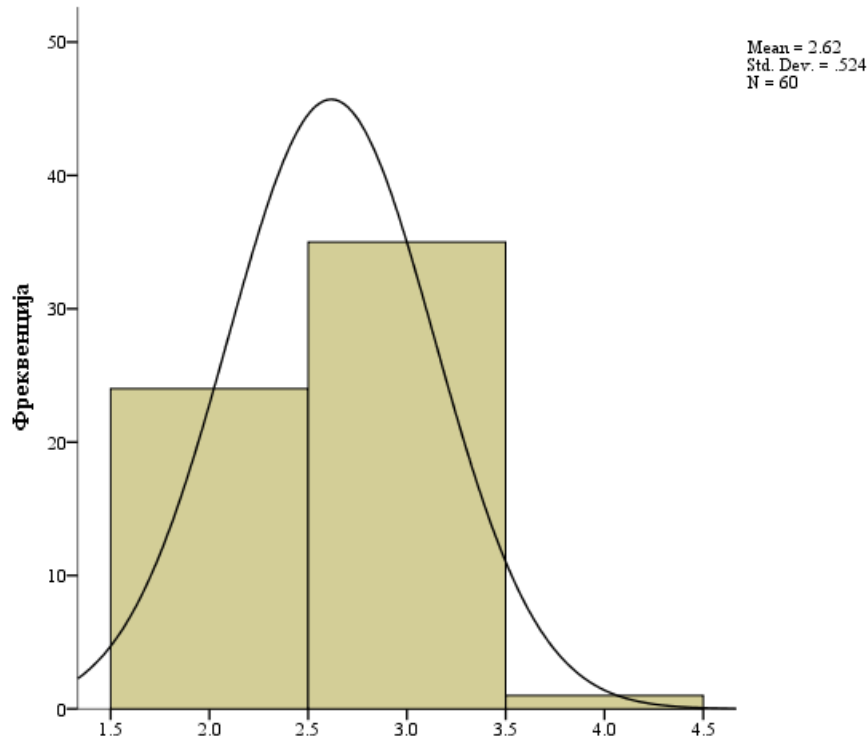
Напомена: *M* – аритметичка средина; *Mdn* – медијана; Var. – варијанса; *SD* – стандардна девијација; Sk – скјунис; Ku – куртозис; KS – Колмоговор-Смирнов статистик; *df* – степен слободе; *p* – значајност; Тврдња бр. 18 – „У целини, мој квалитет живота је добар“. Статистички сигнификантно одступање од нормалност расподеле је подебљано.

Претпоставка о нормалности расподеле је потврђена за просечан ASHA-QCL скор (Табела 14). Колмоговор-Смирнов тест није статистички значајан ($p > 0,05$). Негативна вредност асиметрије нађена за просечан ASHA-QCL скор показује да је већина резултата међу већим вредностима, односно да је расподела померена десно од средње вредности. Поред тога, може се рећи да је расподела плъоснатија од нормалне, у прилог чега говори негативна вредност спљоштености. Графикон 29 приказује описану расподелу просечног ASHA-QCL скорa.



Графикон 29. Расподела вредности просечног скорa Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL

Истовремено, претпоставка о нормалности расподеле резултата забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале није потврђена (Табела 14). Колмоговор-Смирнов тест је статистички значајан ($p < 0,001$). Слично расподели просечног ASHA-QCL скорa, већина резултата забележених на 18. тврдњи је међу већим вредностима те је расподела померена десно од средње вредности, у прилог чега говори негативна вредност асиметрије. Уз то, израчуната је негативна вредност спљоштености која се види кроз расподелу која је пљоснатија од нормалне (Графикон 30).



18. У целини, мој квалитет живота је добар.

Графикон 30. Расподела вредности забележених на 18. тврдњи Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL

Табела 15 приказује резултате факторске анализе уз основне дескриптивне мере постигнућа забележених за сваку од 18 тврдњи засебно. Највише вредности имају тврдња бр. 4 ($M = 2,87$, $SD = 0,83$) и тврдња бр. 10 ($M = 2,87$, $SD = 0,77$). С друге стране, најнижа вредност је забележена код тврдње бр. 15 ($M = 2,18$, $SD = 0,77$).

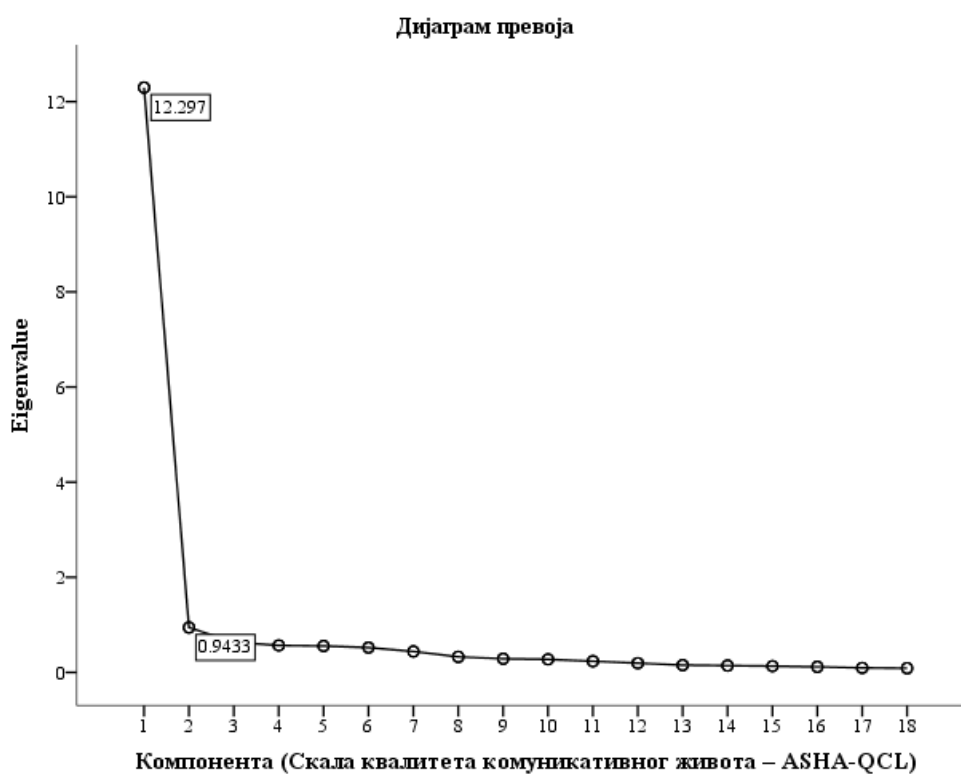
У делу прелиминарних анализа потврђена је прикладност података ASHA-QCL скале за факторску анализу. Бартелов тест сферичности је статистички значајан ($p < 0,001$), уз прихватљиве до високе вредности Кајзер-Мејер-Олкиновог (КМО) показатеља адекватности узорка ($КМО = 0,949$). Преглед корелационе матрице је потврдио присуство коефицијената корелације вредности 0,3 и више. Дијаграм превоја је приложен како би се приказала карактеристична вредност (eigenvalue) фактора (Графикон 31).

Табела 15. Основне дескриптивне мере појединачних ставки, иницијална карактеристична вредност и матрица факторских тежина Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL

Бр.	Тврдња ASHA-QCL скале	Eigen.	% Var.	<i>M (SD)</i>	Комп. 1
1.	Волим да разговарам са људима.	12,297	68,317	2,83 (0,69)	0,779
2.	Мени је лако да комуницирам.			2,25 (0,82)	0,902
3.	Моја улога у породици је иста.			2,57 (0,98)	0,765
4.	Волим себе.			2,87 (0,83)	0,769
5.	Могу да комуницирам онолико колико ми треба за мој посао.			2,30 (0,72)	0,875
6.	И даље сам у контакту са породицом и пријатељима.			2,73 (0,90)	0,704
7.	Људи ме укључују у разговор.			2,33 (0,71)	0,851
8.	Пратим вести, спортове и садржај филмова/серија на телевизији.			2,37 (0,74)	0,882
9.	Користим телефон.			2,35 (0,82)	0,877
10.	Видим смешне ствари у животу.			2,87 (0,77)	0,755
11.	Људи ме разумеју кад говорим.			2,30 (0,83)	0,917
12.	И даље се трудим кад ме људи не разумеју.			2,65 (0,76)	0,823
13.	Доносим сама своје одлуке.			2,28 (0,78)	0,736
14.	Верујем у себе да могу да комуницирам.			2,53 (0,68)	0,834
15.	Излазим напоље из куће и радим ствари/као што су спортови, вечере, представе, забаве.			2,18 (0,77)	0,872
16.	Имам своје послове у кући/као што су поправке, кување.			2,48 (0,89)	0,870
17.	Говорим у своје име.			2,42 (0,85)	0,752
18.	У целини, мој квалитет живота је добар.			2,62 (0,52)	0,871

Напомена. Eigen. – карактеристична вредност (eigenvalue); % Var. – проценат објашњене варијансе; Комп. 1 – прва компонента.

Анализа главних компоненти је открила присуство једне компоненте која објашњава 68,3% варијансе. Другим речима, екстрахована је једна главна компонента за ASHA-QCL скалу са карактеристичном вредношћу (eigenvalue) преко 1 (12,297). Прегледом дијаграма превоја потврђено је да постоји јасна тачка прелома иза прве компоненте, у складу са Кателовим критеријумом (Графикон 31). Све тврдње имају велике факторске тежине за екстраховани фактор (изнад 0,7), односно за прву компоненту (Табела 15). На основу резултата факторске анализе, може да се закључи да све испитиване тврдње показују задовољавајући степен засићења, односно факторске тежине за екстраховани фактор.



Графикон 31. Однос фактора и карактеристичне вредности Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL

2.4.3. Инвентар/Упитник за мерење квалитета живота (the Quality of Life Inventory – QOLI; Frisch, 1994)

Инвентар/Упитник за мерење квалитета живота (у даљем тексту: QOLI) процењује задовољство животом (SWB) на основу значаја које особа приписује некој области живота (Frisch, 1994). Развијена је како би обезбедила меру позитивног менталног здравља, која би могла да надопуњује мере негативног афекта и психијатријских симптома код процене исхода и планирања лечења (Frisch, 1992; Kazdin, 1993). Инвентар се састоји од 16 области, а то су: здравље, самопоштовање, циљеви и вредности, новац, посао, игра, учење, креативност, љубав, помагање, пријатељи, деца, рођаци, дом, комшилук, заједница. Сваку од ових области испитаници оцењују с аспекта њихове важности за свеукупну срећу и задовољство. На почетку примене инвентара, испитанику се даје упутство да означи колико неки аспект живота доприноси његовој свеукупној срећи, бирајући једну од три понуђене опције: „небитно“ (0), „битно“ (1) или „врло битно“ (2). Поред тога, испитаницима се објасни да појам „задовољан“ значи колико су задовољене њихове потребе, циљеви и жеље у некој области живота, и да треба да изабере једну од шест понуђених опција које иду од „веома незадовољан“ (-3) до „веома задовољан“ (+3). Поред тога, испитанику се дају посебне дефиниције за сваку област живота према којима треба да дају одговоре. Оцењивање се врши ручно, како би се омогућило испитаницима да објасне своје оцене и искажу проблеме који стоје на путу њиховом задовољству.

Ручно оцењивање инвентара се спроводи на тај начин што се прво упишу испитаникове оцене битности и задовољства за 16 области живота. Ако нека ставка има два или више одговора (или нема одговор) ставља се X у празно поље за ту ставку. За области живота које имају X за битност и задовољство или за оба, ставља се X у празно поље испод измереног задовољства (Weighted Satisfaction) (X означава одговоре који недостају или су вишеструки). Након тога се израчуна број X-ова у колони за измерено задовољство (Weighted Satisfaction). Ако има два или више X-ова, инвентар се не може оценити. Такође, ако су све оцене битности 0, не може се оценити јер испитаникови одговори нису смислени. Наредни корак је да се за сваку област живота помножи оцена битности са оценом задовољства и

упише у поље за измерено задовољство (Weighted Satisfaction). За области живота за које је оцена битности 0, оцена за измерено задовољство ће бити 0. За области живота које имају негативну оцену, оцена за измерено задовољство ће бити негативна. После тога се саберу све оцене за измерено задовољство и резултат напише на линију означену за укупно измерено задовољство (Total Weighted Satisfaction), а потом се упишу области живота на линију означену за укупне области живота (Total Areas of Life). Подели се измерено задовољство (Total Weighted Satisfaction) са областима живота (Total Areas of Life). Резултат се заокружи на једну децималу и упише у поље означено за сиров скор упитника за процену квалитета живота (QOLI Raw Score). Сиров скор за Т-скор и перцентилни скор (T-score and Percentile Score) се налази у приручнику (Frisch, 1994), упишу се перцентилни скор и Т-скор у одговарајућа поља, а затим се упише скор за категорије укупног квалитета живота у поље за укупан квалитет живота (Overall Quality of Life).

Анализа резултата – сиров QOLI скор, QOLI Т-скор и перцентилни QOLI скор

Сиров QOLI скор је просек оцена измереног задовољства за сфере живота које је испитаник оценио са „битно“ или „веома битно“. Сиров скор се заснива на скали од –6 до +6. Знак (+ или –) сировог скорa показује свеукупно задовољство (позитивни резултати) или незадовољство животом (негативни резултати). Нумеричка вредност сировог скорa (од 0 до 6) указује на степен или ниво свеукупног задовољства или незадовољства. Веће вредности указују на веће задовољство (или незадовољство ако је резултат негативан), а мање вредности на мање задовољство (или незадовољство за негативне резултате). Профил измереног задовољства за сваку сферу живота иде од – 6 (екстремно незадовољство) до + 6 (екстремно задовољство). Негативни резултати указују на незадовољство неком сфером живота, а позитивни указују на задовољство и испуњеност. Нумеричке вредности (1, 2, 4 или 6) оцене измереног задовољства показују степен задовољства или незадовољства (где 6 показује највиши могући степен задовољства, а 1 најнижи). Клиничка искуства (Frisch, 1992) су да било

која негативна оцена измереног задовољства указује на сферу живота којој је потребно лечење. Оцена измереног задовољства 0 за неку сферу живота указује на то да је сфера оцењена са „небитно“.

QOLI T-скор је стандардизован средњом вредношћу 50 и стандардним одступањем од 10. QOLI T-скор омогућава испитивачу да види где испитаник греша узимајући у обзир дистрибуцију резултата базирану на неклиничком стандардизованом узорку. Пошто је QOLI T-скор исказан јединицама стандардног одступања, одређени QOLI T-скор може бити окарактерисан својом удаљеношћу од средње вредности. На пример, резултат 60 указује на резултат који је за једно стандардно одступање изнад средње вредности, док је резултат 40 за једно стандардно одступање испод средње вредности.

Перцентилни QOLI скор означава проценат субјеката у стандардизованом узорку који су на QOLI-у постигли резултат око или изнад одређеног сировог скорa. На пример, процентни резултат 25 указује на то да је приближно 25% стандардизованог узорка имало резултат око или испод испитаниковог резултата, као и да је приближно 75% стандардизованих субјеката имало виши резултат за квалитет живота.

Постоје четири класификације свеукупног квалитета живота (Overall Quality of Life Classification): „Висок“, „Просечан“, „Низак“ и „Веома низак“ (Frisch, 1989).

Класификација „Висок“. Испитаници који су постигли резултат у овом опсегу су изузетно срећни и задовољни, способни да испуне своје основне потребе и постигну циљеве у свакој сфери живота коју вреднују.

Класификација: „Просечан“. Испитаници који постигну резултат у опсегу „Просечан“ имају способност да постигну задовољство у цењеним сферама живота.

Класификација: „Низак“. Испитаници који постигну резултат у опсегу „Низак“ су генерално несрећни и неиспуњени, неуспешни у постизању онога што желе од живота и нису у стању да задовоље своје основне потребе и постигну циљеве у неколико високо цењених сфера живота. Међутим, они су у стању да постигну задовољство у неким сферама живота, што је чињеница која се може користити приликом лечења да охрабри покушаје мењања. Особе с ниским

результатом могу имати корист од лечења значајних „проблема живљења“ или задовољства животом, тј. сфера незадовољства која открива профил измереног задовољства. Фокусирање лечења на сфере животног незадовољства може помоћи да се ублажи било који медицински или психолошки проблем, увећа свеукупан квалитет живота и помогне да се спрече неки здравствени проблеми.

Класификација: „Веома низак“. Испитаници који постигну резултат „Веома низак“ су врло несрећни. Пошто нису у стању да испуне своје основне потребе и да постигну своје циљеве у сферама живота које највише вреднују, врло су незадовољни својим животом. Потребе, циљеви и жеље им се не остварују што их чини пријемчивим за негативна осећања, као и медицинске и психолошке проблеме (Rain, Lane, & Steiner, 1991). Код њих постоји ризик за развој поремећаја психичког и менталног здравља, посебно клиничке депресије.

Инвентар QOLI се може спроводити периодично како би се посматрао напредак током лечења. Чак и када се психијатријски симптоми потпуно ублаже, најбоље је наставити са лечењем док се не постигне резултат у опсегу „Просечан“ или изнад тога. Истраживања (Frisch, 1992; Grant, Salcedo, Hynan, & Frisch, 1994; Kazdin, 1993; Lewinsohn, Redner, & Seeley, 1991) наводе да успешно одређивање сфера незадовољства за лечење може довести до клинички значајних промена за депресију, животно задовољство и општу само-ефикасност која спречава будуће здравствене проблеме.

Резултати анализе интерне конзистентности QOLI инвентара су приложени у Табели 16.

Табела 16. *Интерна конзистентност инструмента the Quality of Life Inventory (QOLI) у групи испитаника са афазијом*

The Quality of Life Inventory (QOLI)	Број ајтема	Кронбах α	Корелација
	16	0,739	0,221

Напомена: Корелација – Средња вредност корелације између ставки.

Примењен инструмент QOLI има добру унутрашњу сагласност (Табела 16). Вредност Кронбаховог коефицијента α износи 0,739, уз средњу вредност корелације између ставки од 0,221. Истраживања показују да су и други аутори дошли до сличних резултата (Frisch, 1992, 1994; Frisch et al., 2005).

У оквиру прелиминарних анализа, испитана је још и нормалност дистрибуције резултата забележених на QOLI (Табела 17).

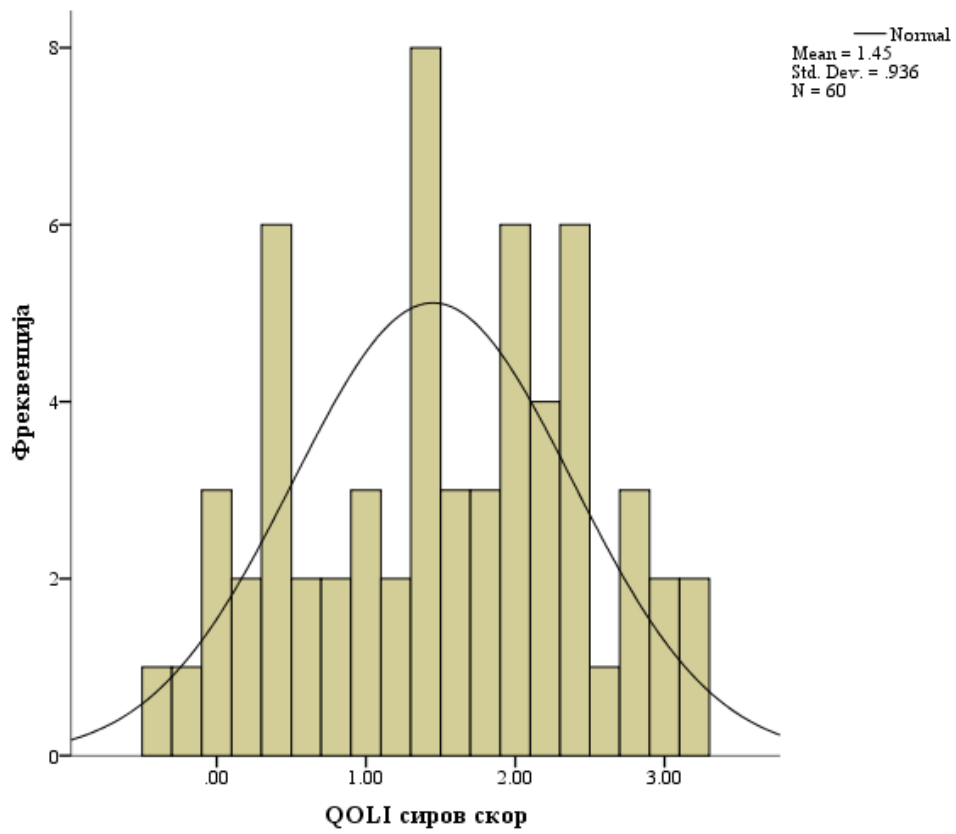
Табела 17. *Дескриптори нормалности расподеле и дистрибуције вредности резултата забележених на the Quality of Life Inventory (QOLI)*

Скор	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	Var.	<i>SD</i>	Sk	Ku	KS	<i>df</i>	<i>p</i>
QOLI сиров скор	1,45	1,45	0,88	0,94	-0,156	-0,905	0,085	60	0,200
QOLI Т-скор	41,32	41,50	53,68	7,33	-0,155	-0,923	0,092	60	0,200
Перцентилни QOLI скор	23,98	18,50	307,61	17,54	0,768	-0,258	0,134	60	0,010

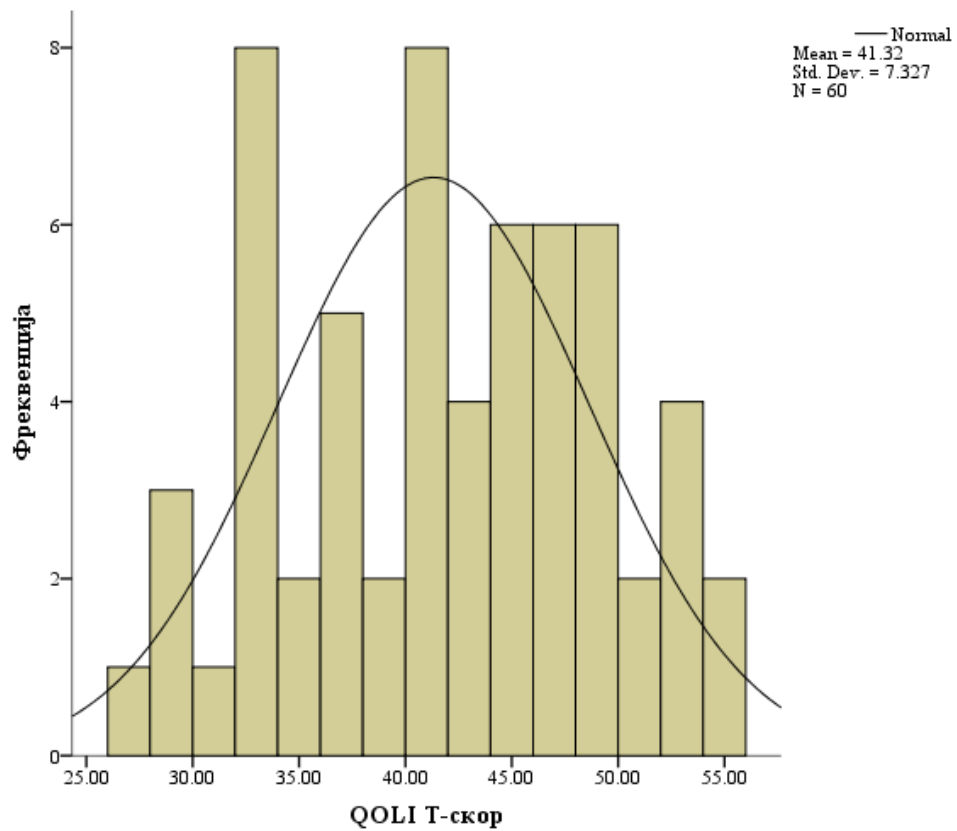
Напомена: *M* – аритметичка средина; *Mdn* – медијана; Var. – варијанса; *SD* – стандардна девијација; Sk – скјунис; Ku – куртозис; KS – Колмоговор-Смирнов статистик; *df* – степен слободе; *p* – значајност. Статистички сигнификантно одступање од нормалност расподеле је подебљано.

Претпоставка о нормалности расподеле је потврђена за два од три испитивана QOLI резултата (Табела 17), односно за QOLI сиров скор и QOLI Т-скор, Колмоговор-Смирнов тест није статистички значајан ($p > 0,05$).

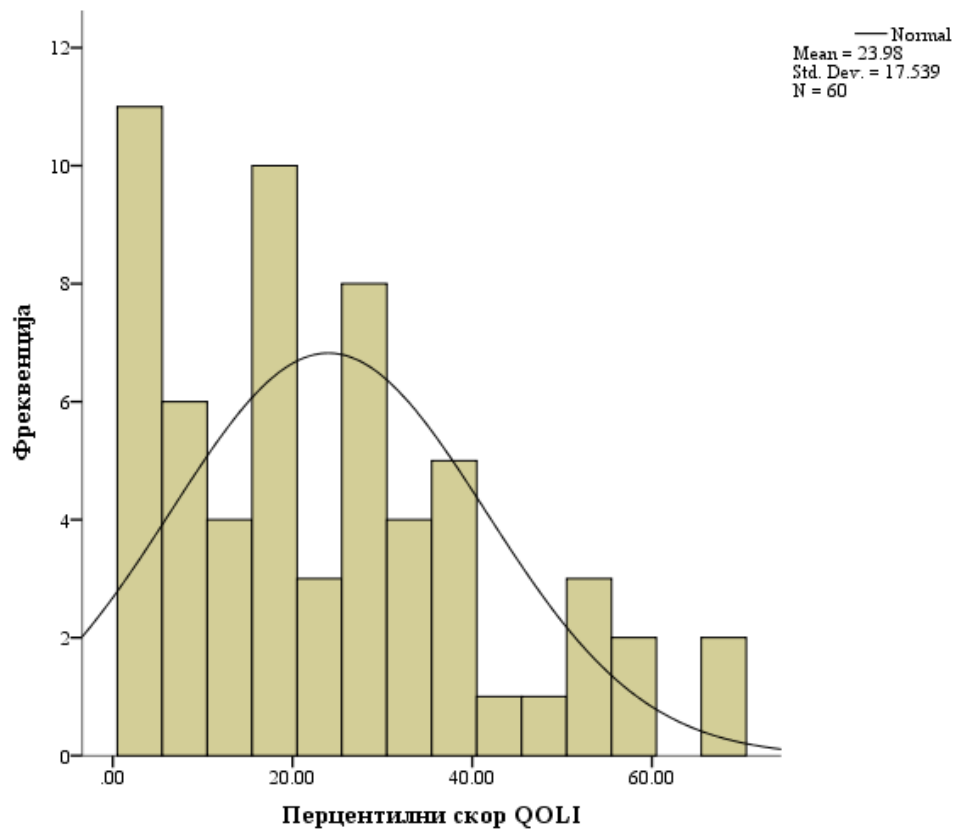
Истовремено, претпоставка о нормалности расподеле није потврђена за перцентилни QOLI скор, односно за тај скор је Колмоговор-Смирнов тест статистички значајан ($p < 0,05$). Позитивна вредност асиметрије која је нађена за перцентилни QOLI скор показује да је већина резултата међу мањим вредностима, односно да је ова расподела померена лево од средње вредности. Даље, може се рећи да је расподела перцентилног QOLI скорa плjosнатија од нормалне, у прилог чега говори негативна вредност спљoштeности (Табела 17). Графикони 32, 33 и 34 приказују расподеле три појединачна QOLI резултата.



Графикон 32. Расподела резултата сировог сора на the Quality of Life Inventory (QOL)



Графикон 33. Расподела резултата T-скора на the Quality of Life Inventory (QOLI)



Графикон 34. Расподела резултата перцентилног скорa на the Quality of Life Inventory (QOLI)

Табела 18 приказује резултате факторске анализе уз основне дескриптивне мере постигнућа забележених на свакој од 16 ставки QOLI инвентара засебно. Дескриптивно, просечне вредности су се кретале од -3,63 ($SD = 1,86$) колико је забележено код ставке бр. 7 („Учење“) до 3,83 ($SD = 4,39$) колико је забележено код ставке бр. 12 („Деца“). Експлоративна факторска анализа је спроведена анализом главних компоненти (PCA) за свих 16 QOLI ставки. Као контролни, примењени су Кајзеров критеријум карактеристичних вредности и Кетелов критеријум дијаграма превоја. Прегледом корелационе матрице је потврђено присуство коефицијената корелације вредности 0,3 и више.

Бартелов тест сферичности је статистички значајан ($p < 0,001$), уз прихватљиву вредност Кајзер-Мејер-Олкиновог (КМО) показатеља адекватности узорка (КМО = 0,742), што премашује препоручену вредност од 0,6). Дијаграм превоја је приложен како би се пронашла карактеристична вредност (eigenvalue) фактора (Графикон 35).

Табела 18. Основне дескриптивне мере појединачних ставки, матрица факторских тежина и корелација променљивих и фактора за ставке инвентара the Quality of Life Inventory (QOLI)

Бр.	the Quality of Life Inventory (QOLI)	M (SD)	Факторске тежине		Коефицијенти корелације променљивих и фактора		Део варијансе објашњен заједничким факторима
			Комп. 1	Комп. 2	Комп. 1	Комп. 2	
9.	Помагање	1,80 (2,04)	0,803	-0,260	0,795	-0,234	0,699
7.	Учење	-3,63 (1,86)	0,768	-0,313	0,758	-0,289	0,673
6.	Игра	0,80 (1,82)	0,712	0,206	0,719	0,228	0,559
8.	Креативност	0,98 (1,91)	0,711	0,046	0,713	0,069	0,510
1.	Здравље	-3,17 (1,57)	0,709	-0,122	0,705	-0,099	0,512
2.	Самопоштовање	3,80 (1,26)	0,701	0,021	0,702	0,043	0,493
5.	Посао	1,30 (2,47)	0,636	0,174	0,641	0,195	0,442
3.	Циљеви и вредности	2,77 (1,73)	0,614	0,317	0,625	0,337	0,490

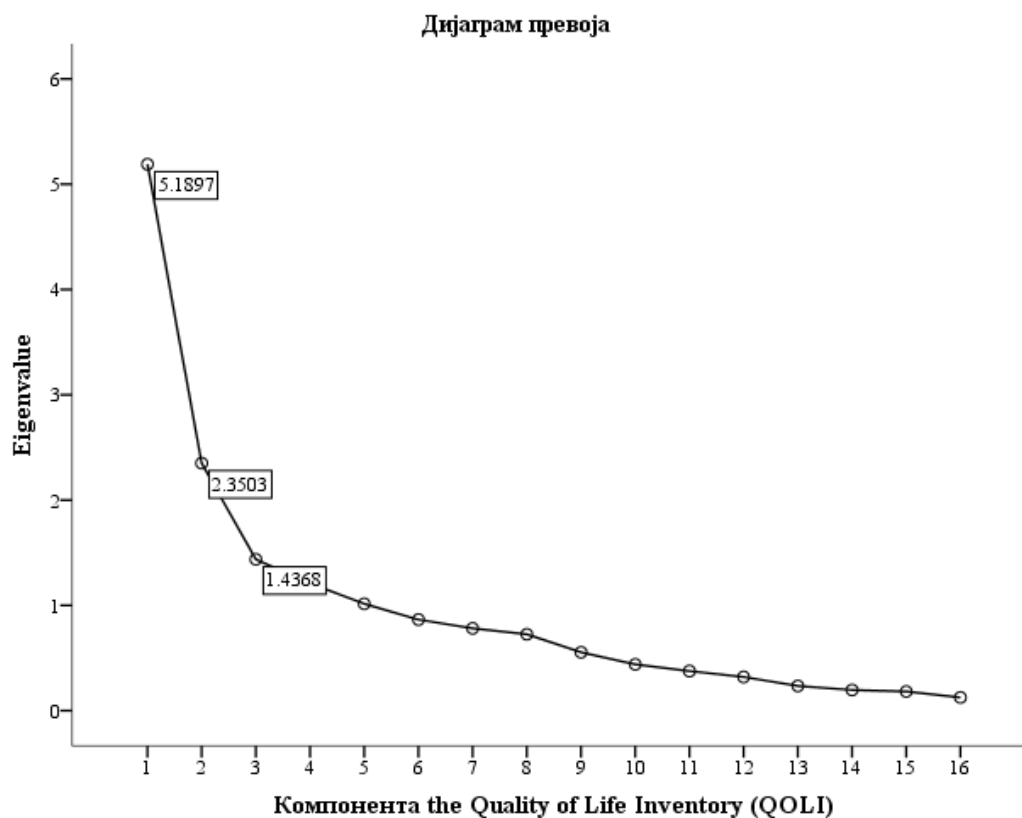
14.	Дом	2,63 (0,99)	0,599	-0,053	0,597	-0,034	0,359
4.	Новац	0,50 (2,47)	0,582	0,291	0,591	0,310	0,434
11.	Пријатељи	2,15 (0,86)	0,427	-0,164	0,421	-0,150	0,204
13.	Рођаци	2,42 (1,01)	0,406	-0,055	0,404	-0,042	0,167
12.	Деца	3,83 (4,39)	-0,148	0,869	-0,120	0,865	0,770
10.	Љубав	3,67 (3,95)	-0,093	0,841	-0,066	0,838	0,710
15.	Комшилук	1,48 (0,60)	-0,024	0,476	-0,008	0,475	0,226
16.	Заједница	1,33 (0,48)	0,306	0,436	0,320	0,446	0,292

Напомена. Комп. 1 – прва компонента; Комп. 2 – друга компонента. Примењена је анализа главних компоненти са облимин ротацијом двофакторског решења. Подебљане су факторске тежине веће од 0,30, односно главни коефицијенти корелације за сваку ставку.

Анализа главних компоненти је открила присуство пет компоненти са карактеристичним вредностима (eigenvalue) преко 1 (5,190), које објашњавају укупно 70,01% варијансе, односно 32,44%, 14,69%, 8,98%, 7,56% и 6,34%. Прегледом дијаграма превоја потврђено је да постоји јасна тачка прелома иза друге компоненте, у складу са Кателовим критеријумом (Графикон 35). Резултати паралелне анализе добијени помоћу једнако велике матрице случајних бројева (16 променљивих и 60 испитаника), указали су, такође, да би решење са два фактора, односно две компоненте било прихватљивије.

Двофакторско решење или двокомпонентно решење је објаснило укупно 47,12% варијансе, при чему је допринос прве компоненте износио 32,44%, а друге 14,69%, уз карактеристичне вредности (eigenvalue) од 5,190 и 2,350. То двофакторско решење је затим подвргнуто облимин ротацији са Кајзеровом нормализацијом (Табела 18). Корелација између та два фактора је слаба ($r = 0,032$) што оправдава претпоставку да те две компоненте нису узајамно зависне. Један број тврдњи које улазе у компоненте имају велике факторске тежине за екстраховани фактор (изнад 0,7). За прву компоненту највеће факторске тежине

имају тврдње бр. 9 („Помагање“), бр. 7 („Учење“), бр. 6 („Игра“), бр. 8 („Креативност“), бр. 1 („Здравље“) и бр. 2 („Самопоштовање“). За другу компоненту су то тврдње бр. 12 („Деца“) и бр. 10 („Љубав“). Три ставке показују задовољавајући степен засићења (изнад 0,3) са оба фактора, а то су: бр. 7 („Учење“), бр. 3 („Циљеви и вредности“) и бр. 16 („Заједница“).



Графикон 35. Однос фактора и карактеристичне вредности the Quality of Life Inventory (QOLI)

2.5. Статистичка анализа и обрада података

Коришћене су одговарајуће методе дескриптивне и инференцијалне статистике. Анализа и обрада података вршене су помоћу пакета намењеног статистичкој обради података (*Statistical Package for the Social Sciences – SPSS™ for Windows, version 23. 0, 2015*). Добијени резултати су приказани табеларно и графички.

У делу прелиминарних анализа израчунат је Кронбахов коефицијент α . Добијене вредности коефицијента су тумачене према следећим смерницама: $\alpha \geq 0,9$ *одлична*, $0,7 \leq \alpha \leq 0,9$ *добра*, $0,6 \leq \alpha \leq 0,6$ *прихватљива*, $0,5 \leq \alpha \leq 0,6$ *слаба* и $\alpha < 0,5$ *неприхватљива*. Утврђена је нормалност дистрибуције резултата применом Колмоговор-Смирнов теста уз описно приказану расподелу кроз одговарајуће мере облика расподеле (скјунис и куртозис). Експлоративна факторска анализа је спроведена анализом главних компоненти (PCA) без ротације фактора, односно са облимин ротацијом. Као контролни, примењен је Кајзеров критеријум карактеристичних вредности и Кетелов критеријум дијаграма превоја.

Од дескриптивних статистичких мера, коришћене су апсолутна фреквенца, проценат, медијана, аритметичка средина, мод, распон у формату минимум–максимум, интерквartilно одступање, стандардна девијација, стандардна грешка и интервал 95% поверења уз навођење горње и доње границе

Од статистичких техника за поређење група примењен је χ^2 тест независности. За биваријантне фреквенцијске нацрте типа 2 x 2 урачуната је корекција непрекидности према Јејтсу и израчунат коефицијент ϕ као показатељ величине утицаја, класификован као мали утицај (0,1), умерени утицај (0,3) или велики утицај (0,5). За категоријске варијабле са више нивоа примењен је Крамеров показатељ V , класификован као мали утицај (0,1), умерени утицај (0,3) или велики утицај (0,5).

У циљу компарације резултата између независних група на непрекидној скали спроведен је Студентов t -тест независних узорака, уз η^2 као величину утицаја који је даље класификован као мали утицај (0,01), умерен утицај (0,06) и велики или јак утицај (0,14). Такође, примењена је и једнофакторска анализа варијансе са Шефевом *post hoc* анализом и уз η^2 као величину утицаја који је

даље класификован као мали утицај (0,01), умерен утицај (0,06) и велики или јак утицај (0,14). Од непараметријских алтернатива, Крускал-Волисов H -тест је коришћен за поређење резултата различитих група. Такође, коришћен је Ман-Витнијев U -тест за планирано поређење група уз накнадно утврђивање величине утицаја r . Јачина везе је, у том случају, приказана кроз величину утицаја који је класификован као мали (0,10–0,29), умерени (0,30–0,49) или велики утицај (0,50–1,00).

Везе или односи између непрекидних варијабли су изражене Пирсоновим коефицијентом линеарне корелације (r), односно коефицијентом Спирманове корелација ранга (ρ). Јачина везе је утврђена према смерницама: мала или ниска (0,10–0,29), средња или умерена (0,30–0,49) и велика или висока (изнад 0,50=).

Добијени резултати су приказани табеларно и графички.

III

РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

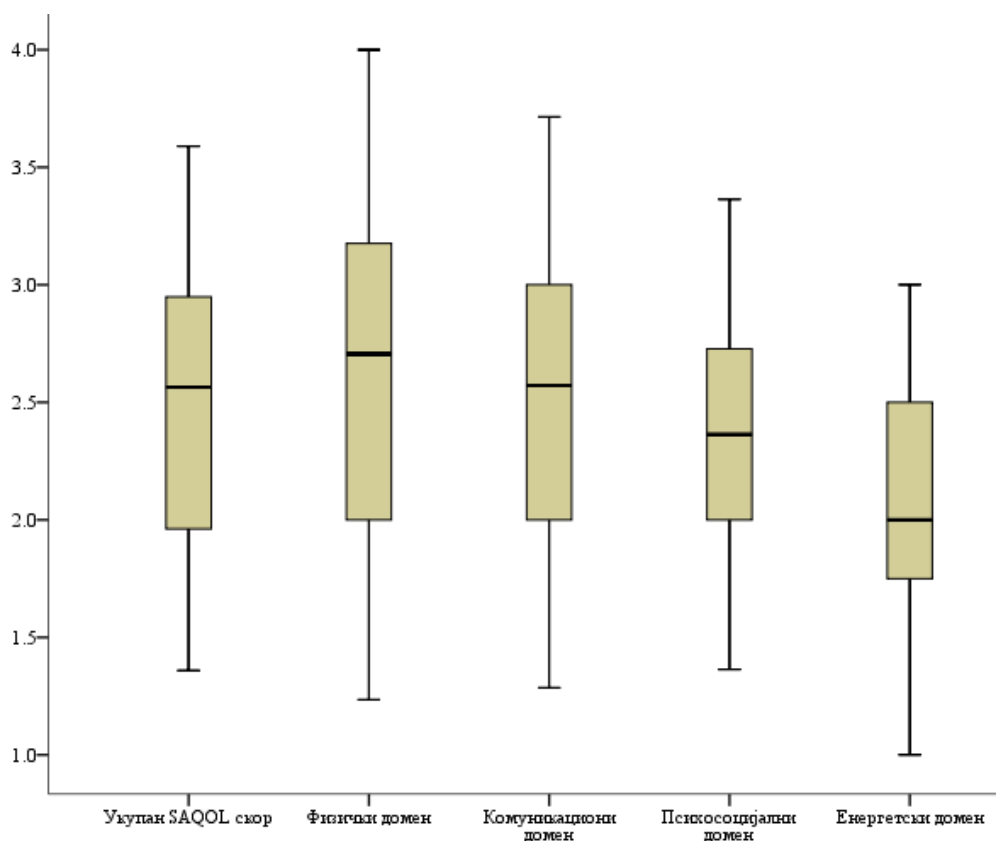
3.1. Резултати истраживања применом Скале за мерење квалитета живота специфичног за афазiju - SAQOL-39

Табела 19. Постигнућа испитаника са афазijом на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39

SAQOL-39	Min	Max	M (SD)	SE	95% CI		Mdn (IQR)	Mo
					LL	UL		
Укупан скор	1,36	3,59	2,46 (0,59)	0,08	2,31	2,661	2,56 (1,02)	2,74
Физички домен	1,24	4,00	2,62 (0,71)	0,09	2,44	2,81	2,71 (1,18)	2,71
Комуникациони	1,29	3,71	2,43 (0,64)	0,08	2,26	2,60	2,57 (1,00)	2,29
Психосоцијални	1,36	3,36	2,37 (0,50)	0,06	2,24	2,50	2,36 (0,73)	2,00
Енергетски	1,00	3,00	2,05 (0,59)	0,08	1,90	2,21	2,00 (0,75)	2,00

Напомена: *M* – аритметичка средина; *SD* – стандардна девијација; *SE* – стандардна грешка; *CI* – интервал поверења; *LL* – доња граница; *UL* – горња граница; *Mdn* – медијана; *IQR* – интерквартилно одступање; *Mo* – мод.

Табела 19 приказује дескриптивне показатеље постигнућа испитаника са афазijом на SAQOL-39 скали. Расподеле вредности укупног скорa и резултата израчунатих у појединачним доменима, а у односу на основне дескриптивне вредности, приказане су на Графикону 36. Испитаници са афазijом су, гледано према појединачним доменима SAQOL-39 скале, највиша постигнућа забележили у физичком домену ($M = 2,62$, $SD = 0,71$), а најнижа у енергетском домену ($M = 2,05$, $SD = 0,59$).



Графикон 36. Дескриптивне вредности Скале за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39 у групи испитаника са афазijом

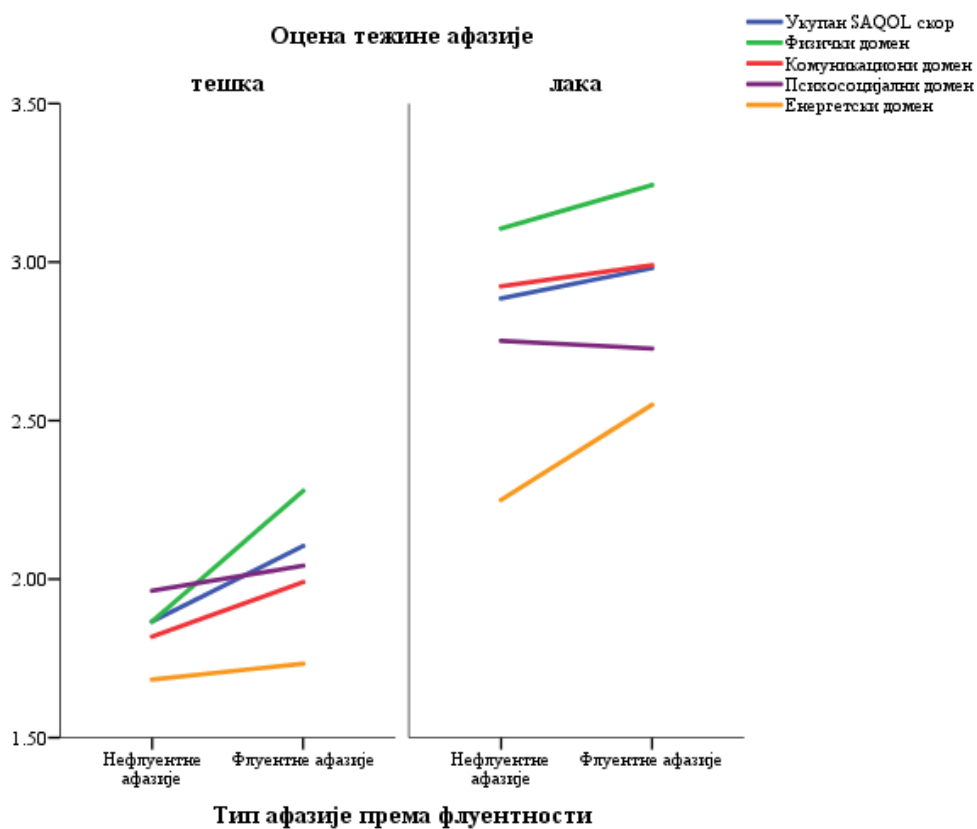
Како би се утврдила статистичка значајност разлике постигнућа испитаника са афазijом на SAQOL-39 скали у односу на флуентност, спроведена је компарација применом Ман-Витнијевог U -теста. Како би се статистички елиминисао утицај тежине афазije, сачињене су подгрупе испитаника уједначене према оцени тежине афазije. Исход компарације укупног и посебних скорова је дат у Табели 20. Како би се дескриптивно описале разлике резултата између подгрупа испитаника, приложени су и линијски дијаграми (Графикон 37).

Табела 20. Дескриптивне вредности и компарација скорова на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39 подгрупа испитаника са афазijом уједначеним према тежини афазije у односу на флуентност

SAQOL-39	Оцена тежине афазije	Тип афазije према флуентности	Дескриптивна вредност			Компарација		
			<i>M (SD)</i>	<i>Mdn (IQR)</i>	Просечан ранг	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Укупан скор	Тешка	Нефлуентна	1,87 (0,37)	1,79 (0,56)	12,90	-1,62	0,105	0,29
		Флуентна	2,10 (0,43)	2,15 (0,79)	18,10			
	Лака	Нефлуентна	2,89 (0,33)	2,90 (0,28)	13,73	-1,01	0,271	0,20
		Флуентна	2,98 (0,23)	3,03 (0,41)	17,27			
Физички домен	Тешка	Нефлуентна	1,87 (0,45)	1,82 (0,53)	11,97	-2,20	0,028	0,40
		Флуентна	2,28 (0,53)	2,24 (0,76)	19,03			
	Лака	Нефлуентна	3,11 (0,35)	3,12 (0,29)	13,33	-1,35	0,177	0,25
		Флуентна	3,24 (0,33)	3,35 (0,59)	17,67			
Комуникациони домен	Тешка	Нефлуентна	1,82 (0,39)	1,86 (0,71)	13,37	-1,34	0,180	0,24
		Флуентна	1,99 (0,43)	2,14 (0,86)	17,63			
	Лака	Нефлуентна	2,92 (0,39)	3,00 (0,43)	14,47	-0,65	0,514	0,12
		Флуентна	2,99 (0,24)	3,00 (0,43)	16,53			
Психосоцијални домен	Тешка	Нефлуентна	1,96 (0,37)	2,00 (0,55)	14,13	-0,86	0,392	0,16
		Флуентна	2,04 (0,38)	2,18 (0,45)	16,87			
	Лака	Нефлуентна	2,75 (0,35)	2,73 (0,45)	15,80	-0,19	0,851	0,03
		Флуентна	2,73 (0,24)	2,73 (0,36)	15,20			

Енергетски домен	Тешка	Нефлуентна	1,68 (0,44)	2,00 (0,75)	15,10	-0,26	0,794	0,05
		Флуентна	1,73 (0,48)	2,00 (0,75)	15,90			
	Лака	Нефлуентна	2,25 (0,64)	2,50 (0,75)	13,73			
		Флуентна	2,55 (0,32)	2,50 (0,25)	17,27			

Напомена: r – величина утицаја. Статистички сигнификантне разлике су подебљане



Графикон 37. Вредности постигнућа на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазију – SAQOL-39 у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према тежини афазије у односу на флуентност

Након уједначавања према тежини афазије, није потврђено да постоји статистички значајна разлика укупног SAQOL-39 скорa, као ни скорова комуникационог, психосоцијалног и енергетског домена у односу на флуентност

($p > 0,05$, све наведене анализе; Табела 20). Како приказује Графикон 37, испитаници са флуентном афазијом су имали нешто већа просечна постигнућа у поређењу са испитаницима са нефлуентном афазијом, како у подгрупи испитаника са тешком афазијом, тако и у подгрупи испитаника са лаком афазијом. Међутим, у подгрупи испитаника са тешком афазијом, потврђено је да постоји статистички значајна разлика скорa у физичком домену SAQOL-39 скале у односу на флуентност афазије на нивоу $p < 0,05$ (Табела 20). Јачина утицаја разлике се може описати као умерена ($r = 0,40$). Испитаници са тешком флуентном афазијом су имали већа постигнућа у физичком домену у поређењу са испитаницима са тежим обликом и нефлуентном афазијом (2,28 наспрам 1,87).

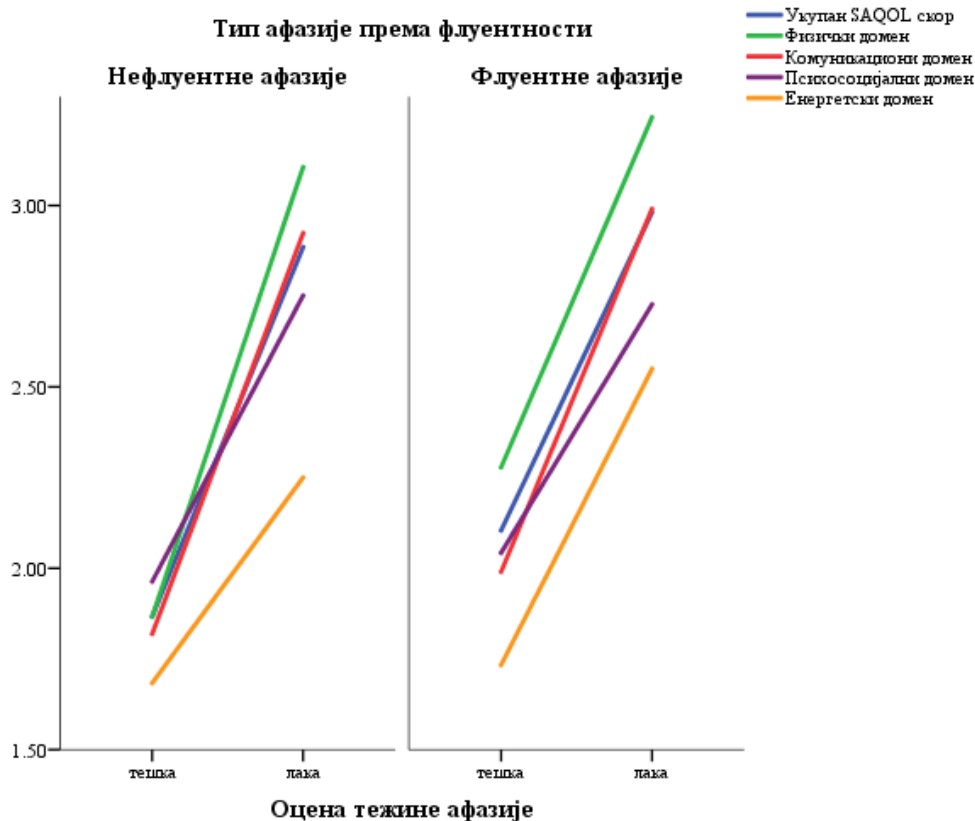
Следећа су начињена поређења према оцени тежине афазије, након уједначавања према флуентности. Исход Ман-Витнијевог U -теста је дат у Табели 20. Уз то, приложен је и линијски дијаграм (Графикон 38).

Табела 21. Дескриптивне вредности скорова на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазију – SAQOL-39 у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према флуентности и компарација у односу на тежину афазије

SAQOL-39	Тип афазије према флуентности	Оцена тежине афазије	Дескриптивна вредност			Компарација		
			M (SD)	Mdn (IQR)	Просечан ранг	z	p	r
Укупан скор	Нефлуентна	Тешка	1,87 (0,37)	1,79 (0,56)	8,43	-4,40	0,000	0,80
		Лака	2,89 (0,33)	2,90 (0,28)	22,57			
	Флуентна	Тешка	2,10 (0,43)	2,15 (0,79)	8,13			
		Лака	2,98 (0,23)	3,03 (0,41)	22,87			
Физички домен	Нефлуентна	Тешка	1,87 (0,45)	1,82 (0,53)	8,47	-4,38	0,000	0,80
		Лака	3,11 (0,35)	3,12 (0,29)	22,53			

	Флуентна	Тешка	2,28 (0,53)	2,24 (0,76)	8,77	-4,20	0,000	0,77
		Лака	3,24 (0,33)	3,35 (0,59)	22,23			
Комуникациони домен	Нефлуентна	Тешка	1,82 (0,39)	1,86 (0,71)	8,43	-4,41	0,000	0,81
		Лака	2,92 (0,39)	3,00 (0,43)	22,57			
	Флуентна	Тешка	1,99 (0,43)	2,14 (0,86)	8,03			
		Лака	2,99 (0,24)	3,00 (0,43)	22,97			
Психосоцијални домен	Нефлуентна	Тешка	1,96 (0,37)	2,00 (0,55)	9,03	-4,03	0,000	0,74
		Лака	2,75 (0,35)	2,73 (0,45)	21,97			
	Флуентна	Тешка	2,04 (0,38)	2,18 (0,45)	8,63			
		Лака	2,73 (0,24)	2,73 (0,36)	22,37			
Енергетски домен	Нефлуентна	Тешка	1,68 (0,44)	2,00 (0,75)	11,53	-2,54	0,011	0,46
		Лака	2,25 (0,64)	2,50 (0,75)	19,47			
	Флуентна	Тешка	1,73 (0,48)	2,00 (0,75)	9,00			
		Лака	2,55 (0,32)	2,50 (0,25)	22,00			
						-4,13	0,000	0,75

Напомена: *r* – величина утицаја. Статистички сигнификантне разлике су подебљане.



Графикон 38. Вредности постигнућа на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазиију – SAQOL-39 у подгрупама испитаника са афазиијом уједначеним према флуентности у односу на тежину афазиије

Након уједначавања према флуентности, потврђено је да постоји статистички значајна разлика укупног SAQOL-39 скорa, као и скорова појединачних домена, у односу на тежину афазиије на нивоу $p < 0,001$, односно $p < 0,05$ у подгрупи испитаника са нефлуентном афазиијом код енергетског домена (Табела 21). Јачина утицаја разлике се може описати као велика ($r = 0,74$ до $0,85$), односно као умерена у подгрупи испитаника са нефлуентном афазиијом код енергетског домена ($r = 0,46$).

Као што приказује Графикон 38, испитаници са лакшим обликом афазиије су имали већа просечна постигнућа укупног SAQOL-39 скорa, као и скорова појединачних домена, у поређењу са испитаницима са тежим обликом афазиије, како у подгрупи испитаника са нефлуентном афазиијом, тако и у подгрупи испитаника са флуентном афазиијом.

Укупан SAQOL-39 скор и вредности забележене на појединачним доменима ове скале су упоређени у односу на тип афазиије, применом Крускал-Волисовог *H*-теста (Табела 22).

Табела 22. Дескриптивне вредности и компарација резултата забележених на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазиију – SAQOL-39 у односу на тип афазиије

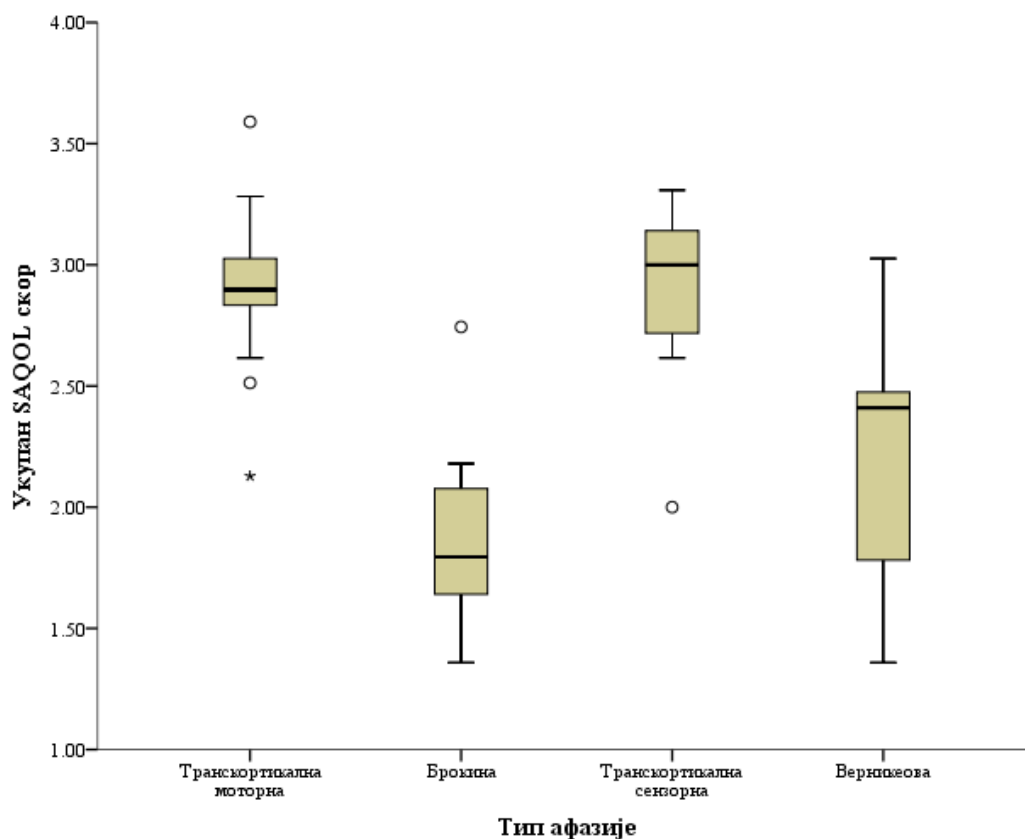
SAQOL-39	Тип афазиије	Дескриптивне вредности			Компарација	
		<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Mdn</i> (<i>IQR</i>)	Просечан ранг	χ^2 (<i>df</i>) [†]	<i>p</i>
Укупан скор	Транскортикална моторна	2,89 (0,33)	2,90 (0,21)	42,80	35,48 (3)	0,000
	Брокина	1,86 (0,35)	0,79 (0,56)	13,43		
	Транскортикална сензорна	2,91 (0,34)	3,00 (0,46)	44,43		
	Верникеова	2,18 (0,49)	2,41 (0,87)	21,33		
Физички домен	Транскортикална моторна	3,13 (0,34)	3,12 (0,24)	42,33	37,15 (3)	0,000
	Брокина	1,85 (0,39)	1,82 (0,53)	12,20		
	Транскортикална сензорна	3,18 (0,42)	3,35 (0,59)	45,10		
	Верникеова	2,34 (0,57)	2,59 (0,76)	22,37		
Комуникациони домен	Транскортикална моторна	2,90 (0,40)	2,86 (0,57)	42,40	33,86 (3)	0,000
	Брокина	1,85 (0,46)	0,86 (0,71)	14,77		
	Транскортикална сензорна	2,92 (0,31)	3,00 (0,43)	44,40		
	Верникеова	2,06 (0,53)	2,14 (0,86)	20,43		
Психосоцијални домен	Транскортикална моторна	2,78 (0,34)	2,73 (0,36)	44,70	30,75 (3)	0,000
	Брокина	1,94 (0,31)	2,00 (0,55)	14,90		
	Транскортикална	2,64	2,64 (0,55)	40,60		

	лна сензорна	(0,34)				
	Верникеова	2,13 (0,44)	2,18 (0,36)	21,80		
Енергетски домен	Транскортикална моторна	2,22 (0,64)	2,00 (0,75)	35,20	16,42 (3)	0,001
	Брокина	1,72 (0,48)	2,00 (0,75)	20,47		
	Транскортикална сензорна	2,45 (0,50)	2,50 (0,50)	42,73		
	Верникеова	1,83 (0,52)	2,00 (0,50)	23,60		

Напомена: Статистички сигнификантне разлике унутар група су подебљане.

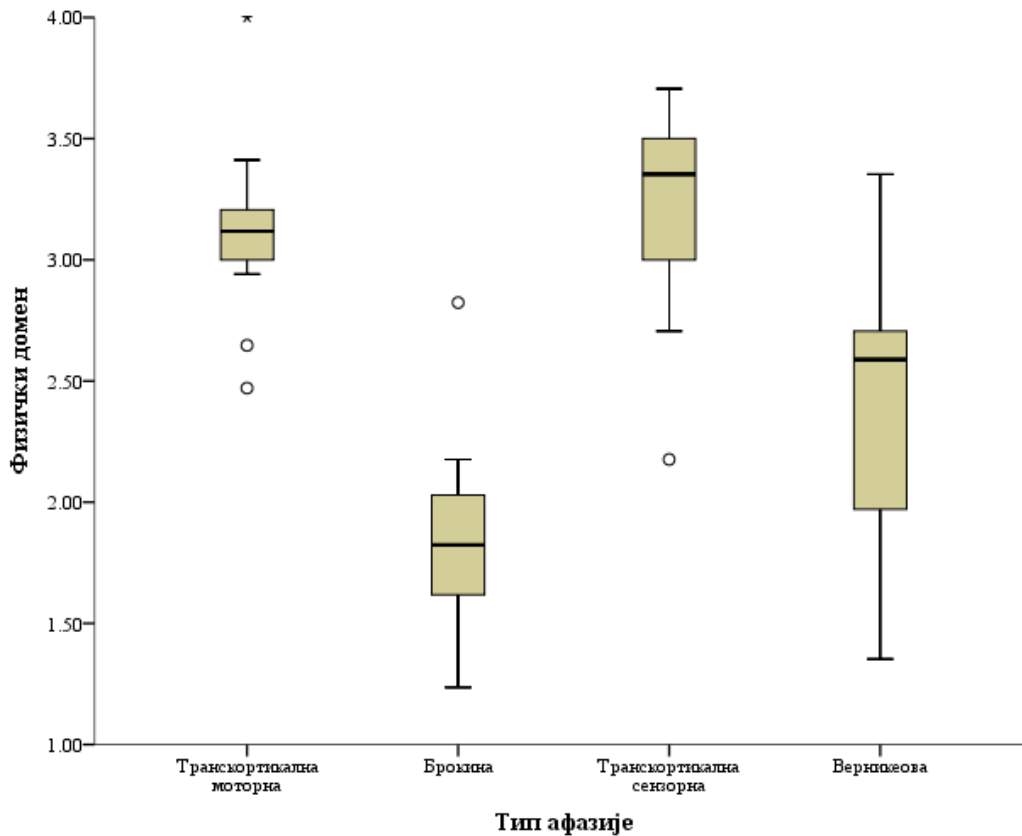
[†]Крускал-Волисов *H*-тест.

Крускал-Волисов *H*-тест је указао да постоје статистички значајне разлике између испитаника са различитим типовима афазиије у односу на укупан SAQOL-39 скор и у односу на скорове на појединачним доменима и то на нивоу $p < 0,01$ у енергетском домену, односно $p < 0,001$ у свим осталим компарацијама (Табела 22). Правоугаони дијаграми приказују дескриптивне вредности (Графикони од 39 до 43).



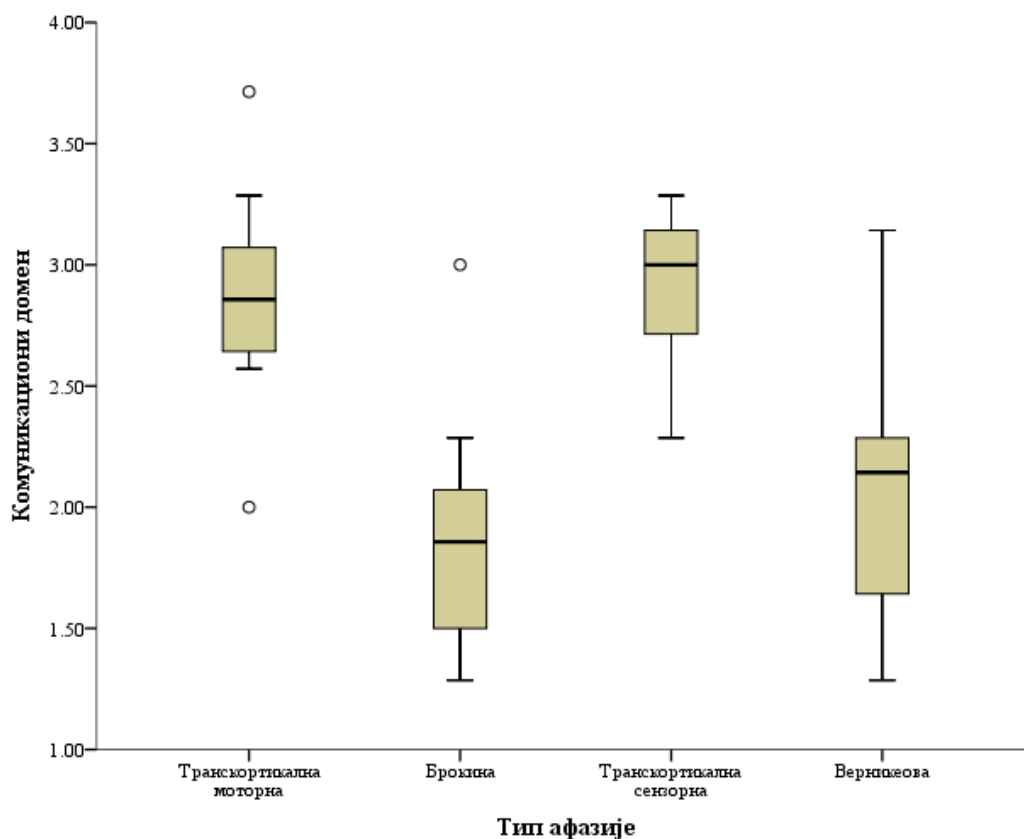
Графикон 39. Вредности укупног скова на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазиију – SAQOL-39 у подгрупама испитаника према типу афазиије

Медијана укупног SAQOL-39 скова у подгрупама испитаника са Брокином ($Mdn = 0,79$) и са Верникеовом афазиијом ($Mdn = 2,41$) је нижа од медијана нађених у подгрупама испитаника са транскортикалном моторном ($Mdn = 2,90$) и са транскортикалном сензорном афазиијом ($Mdn = 2,41$).



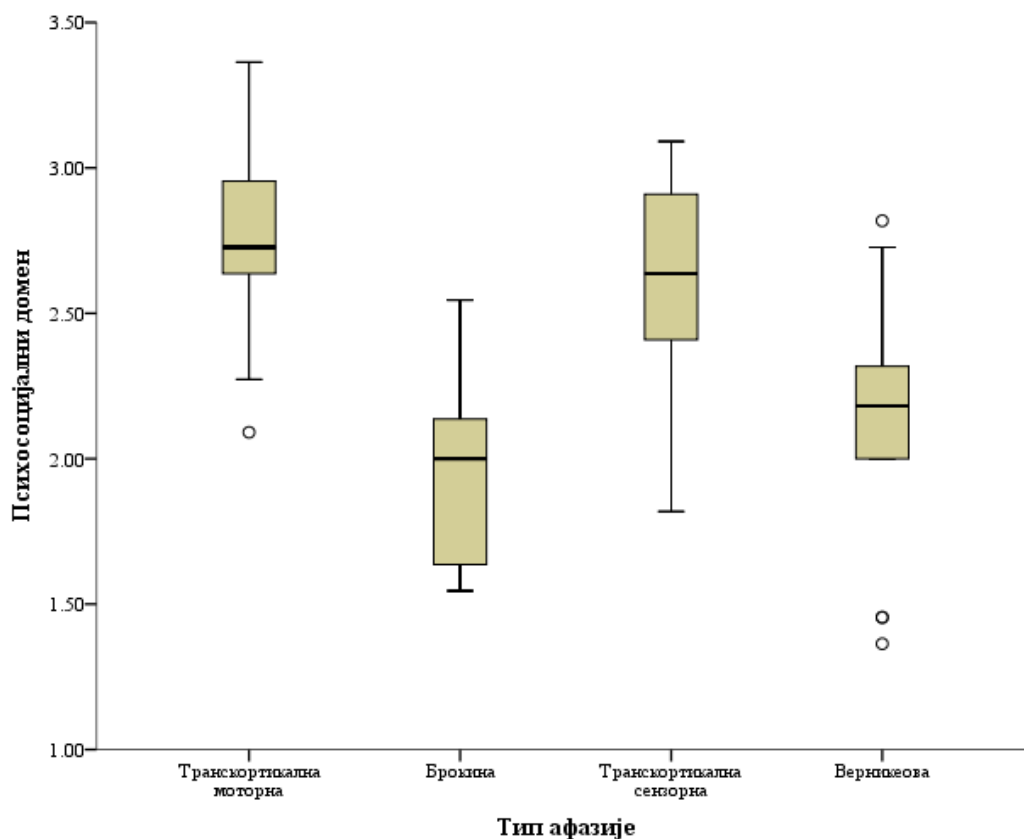
Графикон 40. Вредности скова физичког домена Скале за мерење квалитета живота специфичног за афазіју – SAQOL-39 у подгрупама испитаника према типу афазіје

Медијана скова физичког домена скале SAQOL-39 у подгрупама испитаника са Брокином ($Mdn = 1,82$) и са Верниковоом афазіјом ($Mdn = 2,59$) је нижа од медијана нађених у подгрупама испитаника са транскортикалном моторном ($Mdn = 3,12$) и са транскортикалном сензорном афазіјом ($Mdn = 3,35$).



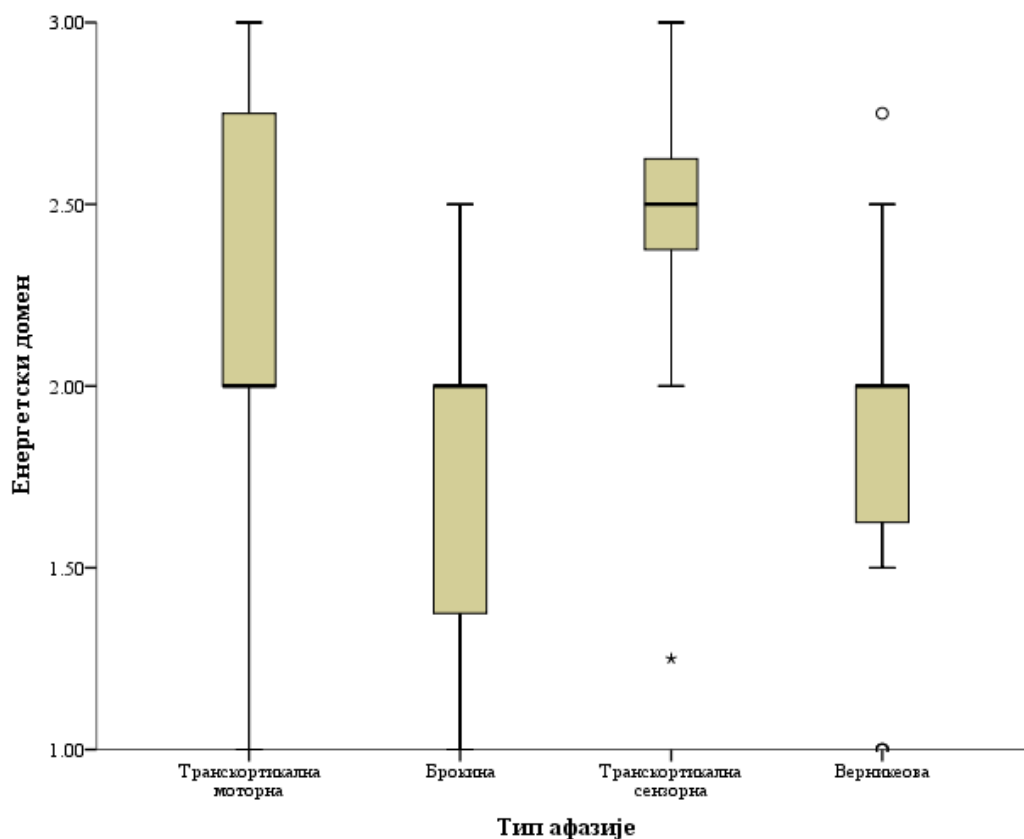
Графикон 41. Вредности оора комуникационог домена Скале за мерење квалитета живота специфичног за афазіју – SAQOL-39 у подгрупама испитаника према типу афазіје

Медијана оора комуникационог домена скале SAQOL-39 у подгрупама испитаника са Брокином ($Mdn = 0,86$) и са Верниковоом афазіјом ($Mdn = 2,14$) је нижа од медијана нађених у подгрупама испитаника са транскортикалном моторном ($Mdn = 2,86$) и са транскортикалном сензорном афазіјом ($Mdn = 3,00$).



Графикон 42. Вредности скова психосоцијалног домена Скале за мерење квалитета живота специфичног за афазиију – SAQOL-39 у подгрупама испитаника према типу афазиије

Медијана скова психосоцијалног домена скале SAQOL-39 у подгрупама испитаника са Брокином ($Mdn = 2,00$) и са Верникеовом афазиијом ($Mdn = 2,18$) је нижа од медијана нађених у подгрупама испитаника са транскортикалном моторном ($Mdn = 2,73$) и са транскортикалном сензорном афазиијом ($Mdn = 2,64$).



Графикон 43. Вредности скова енергетског домена Скале за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39 у подгрупама испитаника према типу афазije

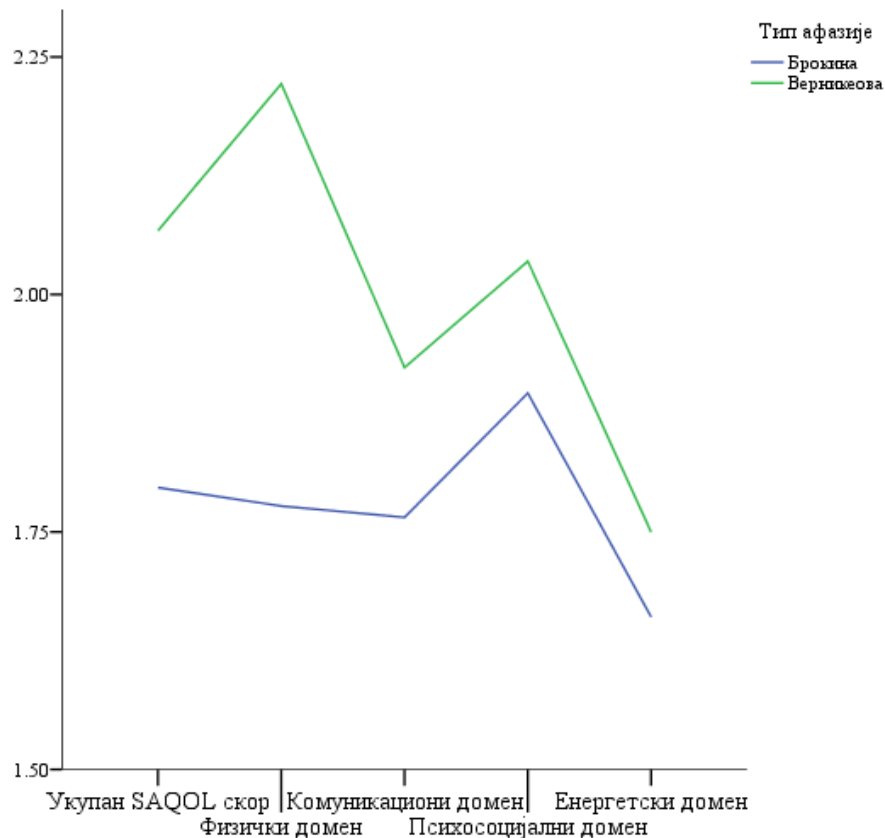
Медијана скова енергетског домена скале SAQOL-39 у подгрупама испитаника са Брокином, Верникеовом и транскортикалном моторном афазijом је нижа од медијане у подгрупи испитаника са транскортикалном сензорном афазijом (2,00 наспрам 2,50). Увидом у остале мере централне тенденције и дисперзије, може се закључити да су, дескриптивно, највише вредности у подгрупи испитаника са транскортикалном сензорном афазijом ($M = 2,45$, $SD = 0,50$), а најниже у подгрупи испитаника са Брокином афазijом ($M = 1,72$, $SD = 0,48$).

У наредном кораку је извршена компарација према типу афазије, а након уједначавања према тежини афазије. Прво, у оквиру подгрупе испитаника са тешком афазијом, извршена је компарација свих SAQOL-39 варијабли применом Ман-Витнијевог *U*-теста између испитаника са Брокином афазијом и испитаника са Верникеовом афазијом (Табела 23). Вредности су приказане на Графикону 44.

Табела 23. Дескриптивне вредности и компарација скорова на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазију – SAQOL-39 испитаника са Брокином афазијом и испитаника са Верникеовом афазијом уједначених према тежини афазије

Тешка афазија		Дескриптивна вредност			Компарација		
SAQOL-39	Тип афазије	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Mdn</i> (<i>IQR</i>)	Просечан ранг	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Укупан скор	Брокина	1,80 (0,26)	1,79 (0,53)	11,39	-1,77	0,076	0,34
	Верникеова	2,07 (0,43)	2,15 (0,81)	16,81			
Физички	Брокина	1,78 (0,30)	1,79 (0,50)	10,64	-2,29	0,022	0,44
	Верникеова	2,22 (0,51)	2,24 (0,94)	17,62			
Комуникациони	Брокина	1,77 (0,34)	1,79 (0,61)	12,18	-1,25	0,210	0,24
	Верникеова	1,92 (0,41)	2,14 (0,86)	15,96			
Психосоцијални	Брокина	1,90 (0,27)	0,91 (0,48)	12,39	-1,10	0,271	0,21
	Верникеова	2,03 (0,39)	2,18 (0,50)	15,73			
Енергетски	Брокина	1,66 (0,45)	1,88 (0,81)	13,36	-0,46	0,649	0,09
	Верникеова	1,75 (0,49)	2,00 (0,75)	14,46			

Напомена: *r* – величина утицаја. Статистички сигнификантне разлике су подебљане.



Графикон 44. Вредности постигнућа на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39 у подгрупама испитаника са Брокином и са Верникеовом афазијом уједначеним према тежини афазије

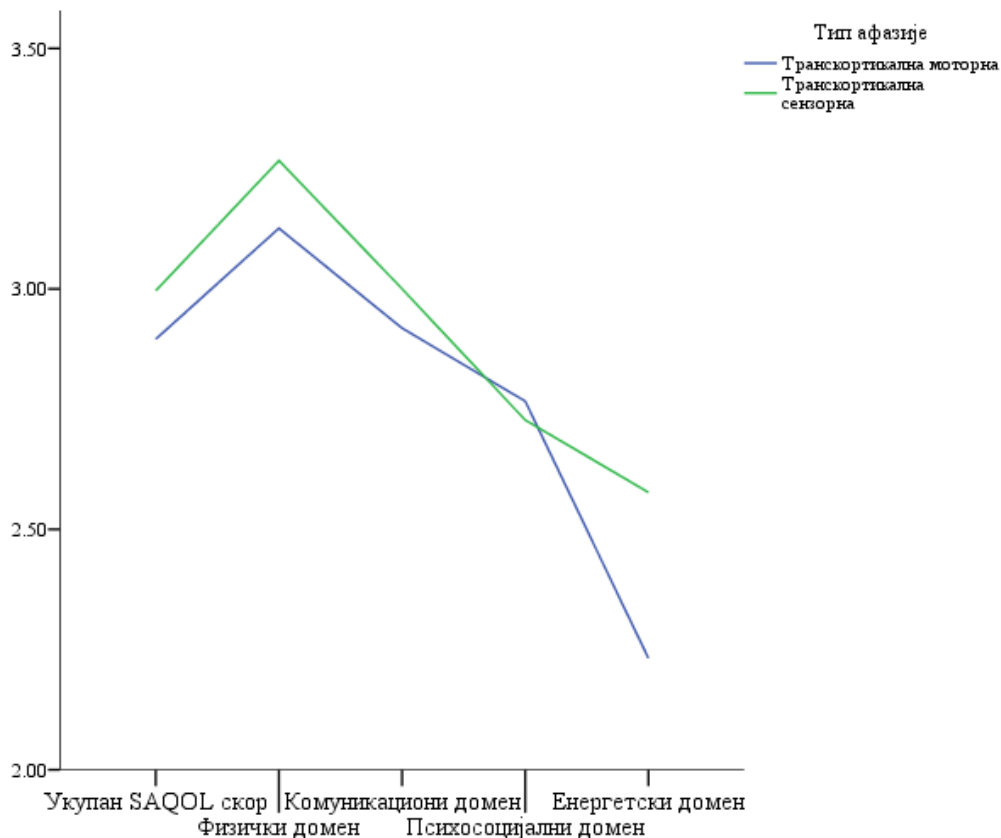
Након уједначавања према тежини афазије, није потврђено да постоји статистички значајна разлика укупног SAQOL-39 скорa између испитаника са Брокином и испитаника са Верникеовом афазијом, као ни скорa комуникационог, психосоцијалног и енергетског домена ($p > 0,05$; Табела 23). Статистички значајна разлика на нивоу $p < 0,05$, умерене јачине утицаја ($r = 0,44$), потврђена је код скорa физичког домена. Наиме, испитаници са Верникеовом афазијом су имали већи скор код физичког домена SAQOL-39 скале у поређењу са испитаницима са Брокином афазијом (2,24 наспрам 1,79). Како приказује Графикон 44, испитаници са Верникеовом афазијом су имали нешто већа постигнућа у свим испитиваним скоровима у поређењу са испитаницима са Брокином афазијом.

Друго, у оквиру подгрупе испитаника са лакоом афазијом, извршена је компарација свих варијабли, односно SAQOL-39 скорова применом Ман-Витнијевог *U*-теста између испитаника са транскортикалном моторном афазијом и испитаника са транскортикалном сензорном афазијом (Табела 24). У наставку, вредности су приказане на Графикону 45.

Табела 24. Дескриптивне вредности и компарација скорова на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазију – SAQOL-39 испитаника са транскортикалном моторном афазијом и испитаника са транскортикалном сензорном афазијом уједначених према тежини афазије

Лака афазија		Дескриптивна вредност			Компарација		
SAQOL-39	Транскортикална	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Mdn</i> (<i>IQR</i>)	Просечан ранг	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Укупан скор	моторна	2,90 (0,34)	2,90 (0,27)	12,32	-1,14	0,254	0,22
	сензорна	3,00 (0,24)	3,08 (0,42)	15,81			
Физички	моторна	3,13 (0,35)	3,05 (0,26)	12,04	-1,34	0,181	0,26
	сензорна	3,27 (0,34)	3,41 (0,53)	16,12			
Комуникациони	моторна	2,92 (0,40)	2,93 (0,50)	12,96	-0,71	0,476	0,14
	сензорна	3,00 (0,25)	3,00 (0,50)	15,12			
Психосоцијални	моторна	2,77 (0,35)	2,73 (0,43)	14,50	-0,34	0,733	0,14
	сензорна	2,73 (0,25)	2,73 (0,41)	13,46			
Енергетски	моторна	2,23 (0,66)	2,24 (0,94)	12,25	-1,22	0,221	0,24
	сензорна	2,58 (0,30)	2,50 (0,38)	15,88			

Напомена: *r* – величина утицаја.



Графикон 45. Вредности постигнућа на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39 у подгрупама испитаника са транскортикалном моторном афазijом и са транскортикалном сензорном афазijом уједначеним према тежини афазije

Након уједначавања према тежини афазije, није потврђено да постоји статистички значајна разлика укупног SAQOL-39 скорa између подгрупа испитаника са транскортикалном моторном афазijом и испитаника са транскортикалном сензорном афазijом, као ни скорa комуникационог, психосоцијалног и енергетског домена ($p > 0,05$; Табела 24). Како приказује Графикон 45, испитаници са транскортикалном сензорном афазijом су имали незнатно већа постигнућа у поређењу са испитаницима са транскортикалном моторном афазijом, за већину испитиваних варијабли. Као изузетак, скор психосоцијалног домена је незнатно већи код испитаника са транскортикалном моторном афазijом него код испитаника са транскортикалном сензорном афазijом (2,77 наспрам 2,73).

У следећем делу тестирано је да ли време трајања афазичког поремећаја има утицај на квалитет живота специфичан за афазiju. Повезаност постигнућа на SAQOL-39 скали, с једне стране, и трајања афазичког поремећаја израженог у месецима, с друге, испитана је Спирмановом корелацијом ранга. Исходи ових анализа су приказани у Табели 25.

Табела 25. Корелација постигнућа испитаника са афазijом на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39 и трајања афазичког поремећаја

SAQOL-39	Трајање афазичког поремећаја (у месецима)	
	ρ	p
Укупан скор	0,302*	0,019
Физички домен	0,304*	0,018
Комуникациони домен	0,278*	0,031
Психосоцијални домен	0,278*	0,026
Енергетски домен	0,191	0,144

Напомена: Статистички сигнификантне вредности су подебљане.

* $p < 0,05$.

Према резултатима статистичке анализе повезаности између постигнућа испитаника са афазijом на SAQOL-39 скали и трајања афазичког поремећаја, може се закључити да једно од пет испитиваних постигнућа није достигло статистичку значајност корелације (Табела 25). У питању је коефицијент корелације између скорa енергетског домена и трајања афазije ($p > 0,05$).

С друге стране, потврђена је ниска до гранично умерена и позитивна корелација између свих осталих SAQOL-39 скорова и трајања афазije ($p < 0,05$) при чему веће вредности трајања афазичког поремећаја израженог у месецима прате веће вредности укупног SAQOL-39 скорa, као и скорова физичког, комуникационог и психосоцијалног домена. Дакле, може се потврдити да постигнућа испитаника са афазijом на SAQOL-39 скали, са изузетком енергетског домена, варирају статистички значајно према трајању афазичког поремећаја.

У подгрупама испитаника са афазijом уједначених према тежини афазije, према флуентности и према типу афазije, статистичка значајност повезаности

између постигнућа на SAQOL-39 скали и трајања афазичког поремећаја је истражена применом Спирманове корелације ранга (Табела 26).

Табела 26. Корелација постигнућа на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39 и трајања афазичког поремећаја у подгрупама испитаника са афазијом уједначених према тежини, флуентности и типу афазије

Варијабла	Категорија	SAQOL-39 скор и домен	Трајање афазије (у месецима)	
			ρ	p
Оцена тежине афазије	Тешка	Укупан скор	0,371*	0,044
		Физички	0,334	0,071
		Комуникациони	0,237	0,208
		Психосоцијални	0,414*	0,023
		Енергетски	0,390*	0,033
	Лака	Укупан скор	0,280	0,135
		Физички	0,367*	0,046
		Комуникациони	0,344	0,063
		Психосоцијални	0,103	0,587
		Енергетски	-0,118	0,534
Флуентност	Нефлуентна	Укупан скор	0,173	0,360
		Физички	0,215	0,254
		Комуникациони	0,163	0,389
		Психосоцијални	0,165	0,385
		Енергетски	0,178	0,347
	Флуентна	Укупан скор	0,420*	0,021
		Физички	0,459*	0,011
		Комуникациони	0,393*	0,032
		Психосоцијални	0,429*	0,018
		Енергетски	0,241	0,200
Тип афазије	Транскорт. моторна	Укупан скор	0,151	0,591
		Физички	0,256	0,358
		Комуникациони	0,365	0,181
		Психосоцијални	0,074	0,794
		Енергетски	0,039	0,892
	Брокина	Укупан скор	0,335	0,222
		Физички	0,442	0,099
		Комуникациони	0,143	0,612
		Психосоцијални	0,333	0,225

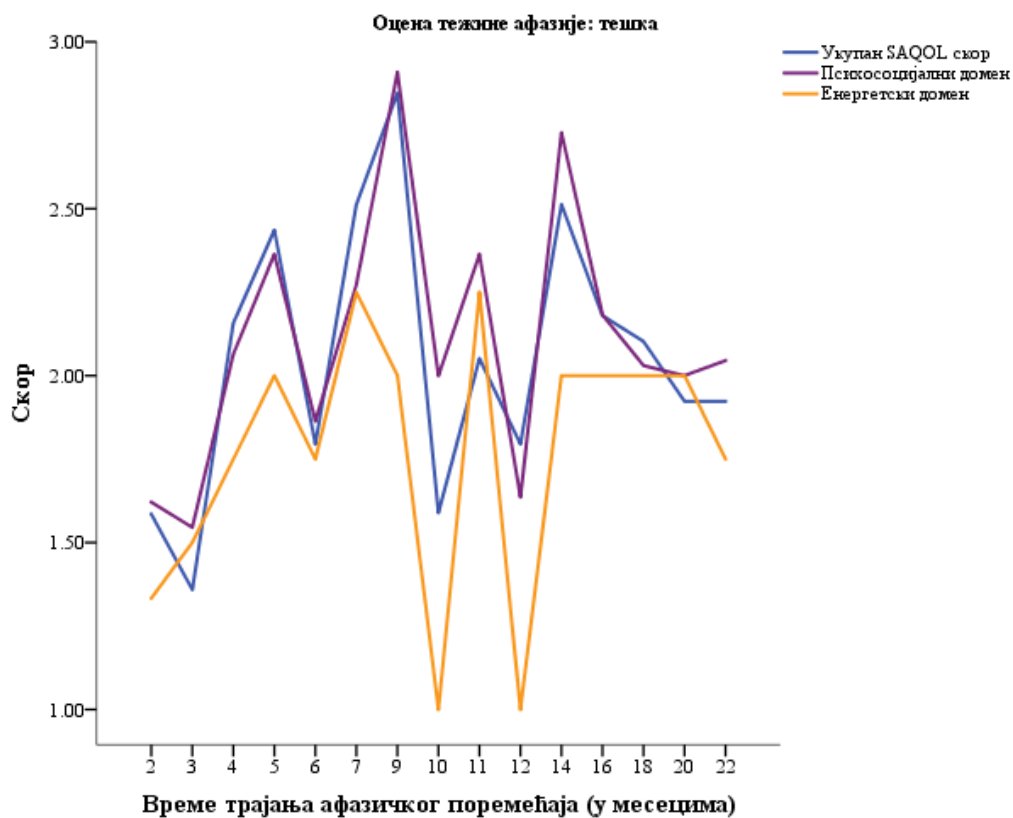
		Енергетски	0,331	0,229
Транскорт. сензорна		Укупан скор	0,421	0,118
		Физички	0,567*	0,028
		Комуникациони	0,506	0,054
		Психосоцијални	0,339	0,216
		Енергетски	-0,117	0,677
Верникеова		Укупан скор	0,414	0,125
		Физички	0,380	0,163
		Комуникациони	0,347	0,205
		Психосоцијални	0,452	0,090
		Енергетски	0,395	0,145

Напомена: Статистички сигнификантне вредности су подебљане.

* $p < 0,05$.

Према резултатима статистичке анализе повезаности између постигнућа на SAQOL-39 скали и трајања афазичког поремећаја у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према тежини, флуентности или типу афазије, може се закључити да су статистичку значајност достигла девет од 40 коефицијента корелације (Табела 26). Како би се дескриптивно описале статистички значајне корелације, приложени су линијски дијаграми (Графикони 46 до 49). Код свих осталих испитиваних повезаности је израчуната статистичка значајност коефицијента корелације изнад одређеног нивоа од 0,05. Тиме је искључена статистичка значајност у датом узорку (Табела 26). Дакле, не може се тврдити да остала разматрана постигнућа испитаника са афазијом уједначених према одабраним варијаблама статистички значајно варирају према трајању афазичког поремећаја.

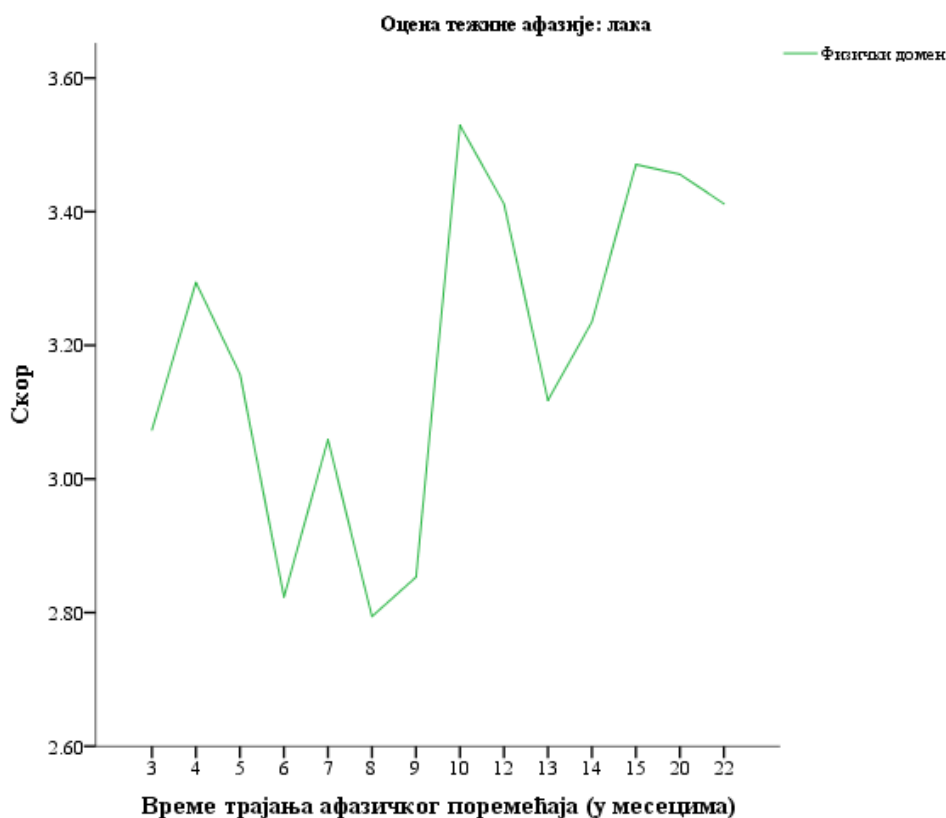
Прво, потврђене су умерене и позитивне корелације између укупног SAQOL-39 скорa, као и скорa психосоцијалног и енергетског домена и трајања афазије у подгрупи испитаника са афазијом оцењеном као афазија тешког степена ($\rho = 0,371$ до $0,414$, $p < 0,05$). Веће вредности трајања афазичког поремећаја код испитаника са тешком афазијом прате веће вредности укупног SAQOL-39 скорa, као и скорова психосоцијалног и енергетског домена (Табела 26).



Графикон 46. Повезаност укупног, психосоцијалног и енергетског скорa на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазију – SAQOL-39 и трајања афазичког поремећаја у подгрупи испитаника са тешком афазијом

Графикон 46 представља приказ повезаности укупног SAQOL-39 скорa, као и скорa психосоцијалног и енергетског домена и трајања афазичког поремећаја у подгрупи испитаника са тешком афазијом. Када се упореде вредности и тренд корелација, уочава се да је код испитаника са тешком афазијом присутна тенденција да са протицањем времена наведени скорови бивају виши.

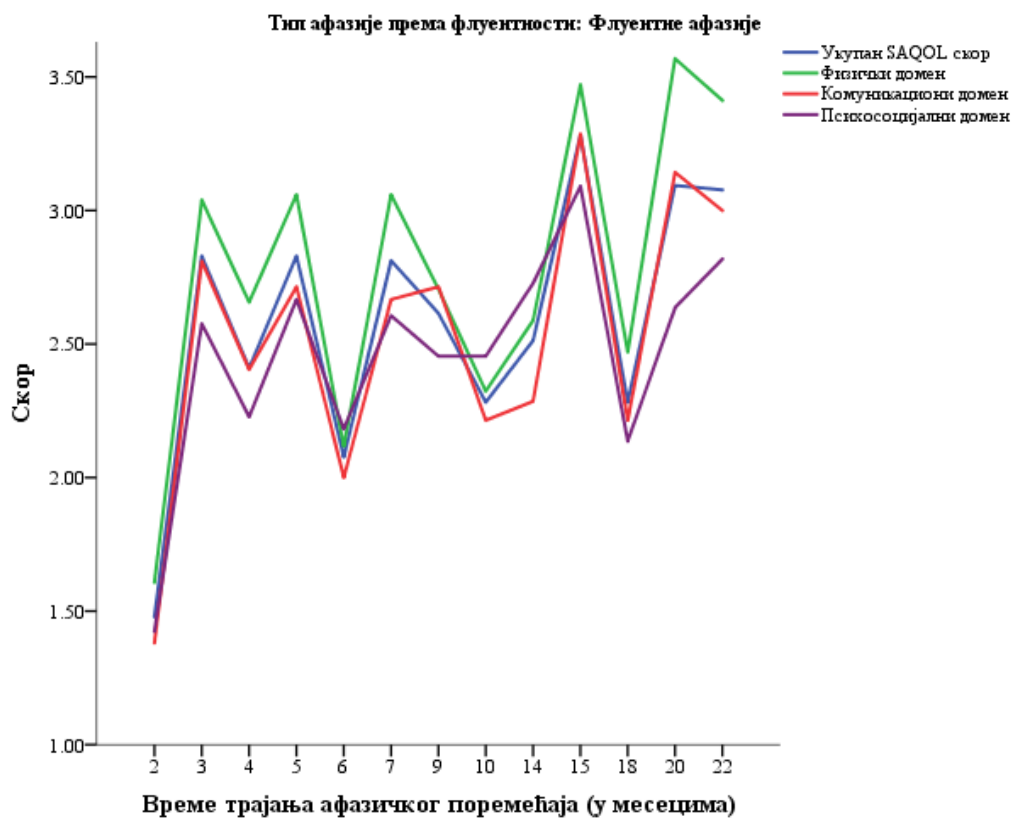
Друго, утврђена је умерена и позитивна корелација између скорa физичког домена SAQOL-39 скале и трајања афазије у подгрупи испитаника са афазијом оцењеном као афазија лаког степена ($\rho = 0,367, p < 0,05$). Веће вредности трајања афазичког поремећаја код испитаника са лакоом афазијом прате веће вредности скорa физичког домена SAQOL-39 скале (Табела 26).



Графикон 47. Повезаност физичког скора на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39 и трајања афазичког поремећаја у подгрупи испитаника са лаком афазијом

Графикон 47 представља приказ повезаности физичког скора на SAQOL-39 скали и трајања афазичког поремећаја у подгрупи испитаника са лаком афазијом. Када се погледа тренд корелације, уочава се да је код испитаника са лаком афазијом присутна тенденција да са протицањем времена скор физичког домена SAQOL-39 скале буде виши.

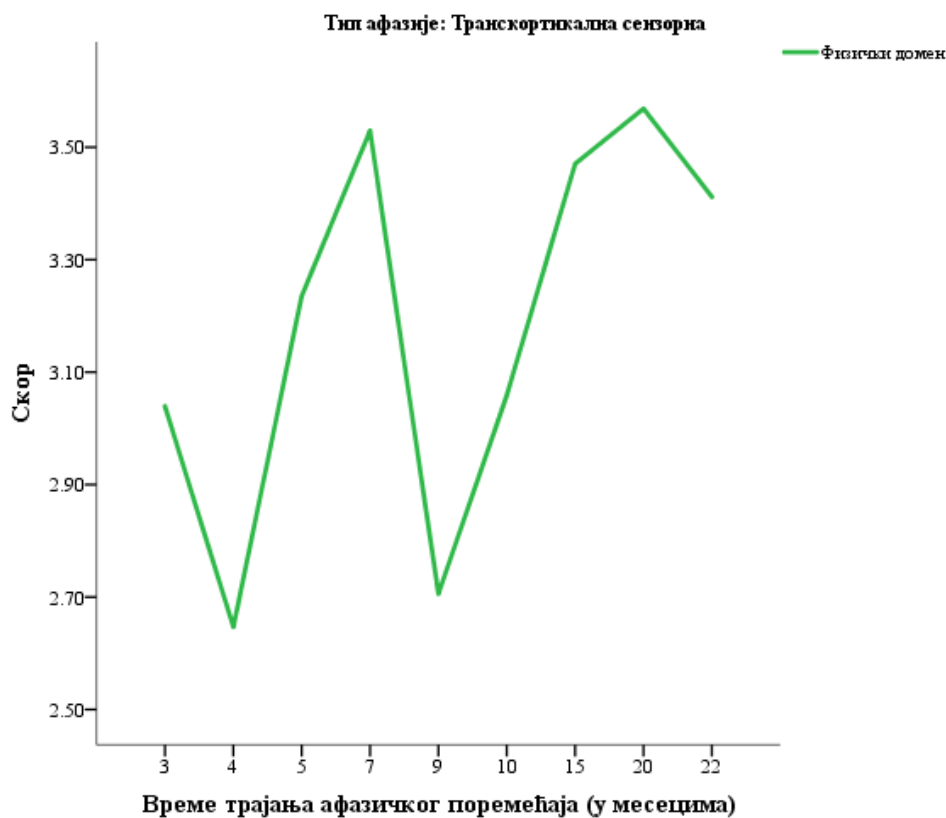
Следеће, утврђене су умерене и позитивне корелације између укупног SAQOL-39 скора, као и скора физичког, психосоцијалног и енергетског домена и трајања афазије у подгрупи испитаника са флуентном афазијом ($\rho = 0,393$ до $0,459$, $p < 0,05$). Веће вредности трајања афазичког поремећаја код испитаника са флуентном афазијом прате веће вредности укупног SAQOL-39 скора, као и скора физичког, психосоцијалног и енергетског домена (Табела 26).



Графикон 48. Повезаност укупног, физичког, комуникационог и психосоцијалног скорa на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазију – SAQOL-39 и трајања афазичког поремећаја у подгрупи испитаника са флуентном афазијом

Графикон 48 представља приказ повезаности укупног, физичког, комуникационог и психосоцијалног SAQOL-39 скорa и трајања афазичког поремећаја у подгрупи испитаника са флуентном афазијом. Када се анализира тренд корелација, уочава се да је код испитаника са флуентном афазијом присутна тенденција да са протицањем времена наведени SAQOL-39 скорови бивају виши.

Последње, јака и позитивна корелација између физичког SAQOL-39 скорa и трајања афазије је израчуната у подгрупи испитаника са транскортикалном сензорном афазијом ($\rho = 0,567$, $p < 0,05$). Веће вредности трајања афазичког поремећаја код испитаника са транскортикалном сензорном афазијом прате веће вредности физичког скорa на SAQOL-39 скали (Табела 26).



Графикон 49. Повезаност физичког скорa на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазију – SAQOL-39 и трајања афазичког поремећаја у подгрупи испитаника са транскортикалном сензорном афазијом

Графикон 49 представља приказ повезаности физичког скорa на SAQOL-39 скали и трајања афазичког поремећаја у подгрупи испитаника са транскортикалном сензорном афазијом. Када се анализира тренд ове корелације, уочава се тенденција да испитаници из подгрупе са транскортикалном сензорном афазијом код којих афазички поремећај дуже траје имају виши SAQOL-39 скор у физичком домену.

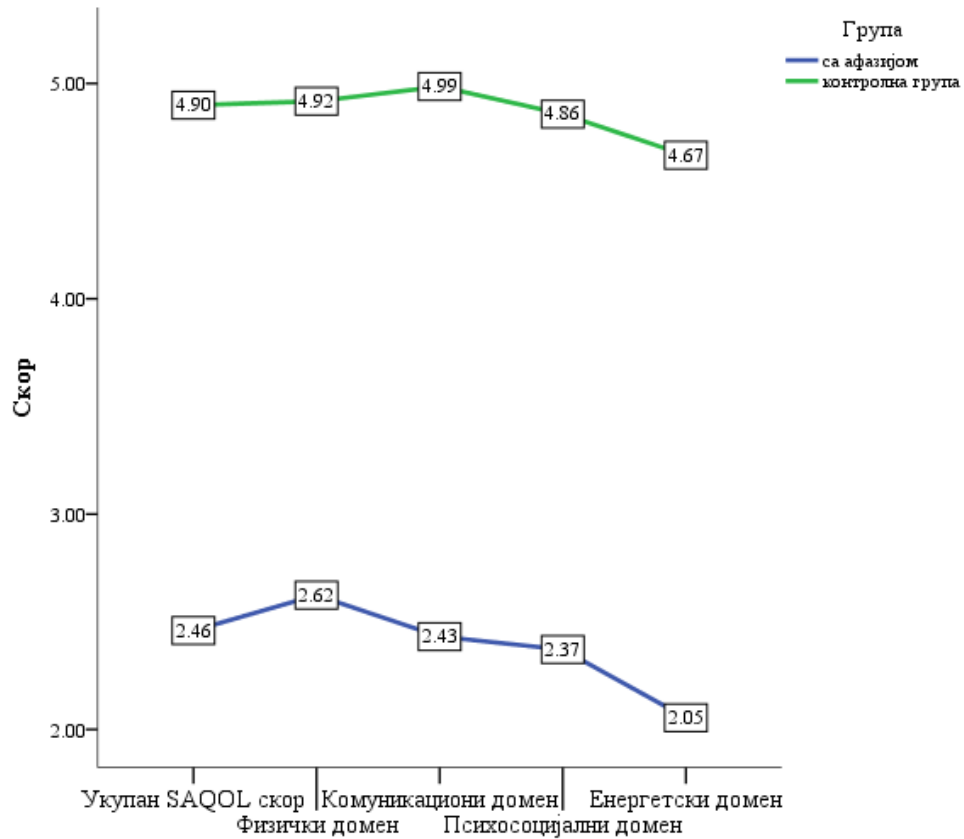
Како би се утврдила статистичка значајност разлике постигнућа на SAQOL-39 скали групе испитаника са афазијом у односу на контролну групу испитаника, спроведена је компарација применом Ман-Витнијевог *U*-теста. Исход компарација је дат у Табели 27. Како би се дескриптивно описале разлике резултата између група испитаника, приложен је Графикон 50.

Табела 27. Компарација постигнућа на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39 између испитаника са афазijом и контролне групе испитаника

SAQOL-39	Група	Дескриптивна вредност			Компарација		
		<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Mdn</i> (<i>IQR</i>)	Просечан ранг	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Укупан скор	Афазија	2,46 (0,59)	2,56 (1,02)	30,50	-9,75	0,000	0,89
	Контролна	4,90 (0,23)	5,00 (0,00)	90,50			
Физички домен	Афазија	2,62 (0,71)	2,71 (1,18)	30,50	-9,83	0,000	0,90
	Контролна	4,92 (0,23)	5,00 (0,00)	90,50			
Комуникациони домен	Афазија	2,43 (0,64)	2,57 (1,00)	30,50	-9,91	0,000	0,91
	Контролна	4,99 (0,04)	5,00 (0,00)	90,50			
Психосоцијални домен	Афазија	2,37 (0,50)	2,36 (0,73)	30,50	-9,77	0,000	0,89
	Контролна	4,86 (0,31)	5,00 (0,00)	90,50			
Енергетски домен	Афазија	2,05 (0,59)	2,00 (0,75)	30,75	-9,69	0,000	0,88
	Контролна	4,67 (0,68)	5,00 (0,00)	90,25			

Напомена: Афазија – Група испитаника са афазijом ($n = 60$); Контролна – Контролна група здравих испитаника ($n = 60$); r – величина утицаја. Статистички сигнификантне разлике су подељане.

Вредности постигнућа на SAQOL-39 скали групе испитаника са афазijом и контролне групе испитаника су испитане Ман-Витнијевим U -тесом (Табела 27). Утврђена је статистички значајно већа вредност свих SAQOL-39 скорова у контролној групи ($M = 4,67$ до $4,99$) него у групи испитаника са афазijом ($M = 2,05$ до $2,62$) на нивоу $p < 0,001$. Према јачини, разлике се могу описати као велике ($r = 0,88$ до $0,91$), а указују да испитаници контролне групе имају више вредности свих SAQOL-39 скорова у поређењу са испитаницима са афазijом.



Графикон 50. Дистрибуција вредности постигнућа на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазију – SAQOL-39 у групи испитаника са афазијом и контролној групи испитаника

Графикон 50 приказује разлике у дистрибуцији вредности постигнућа на SAQOL-39 скали између две групе. Највећа разлика се налази у комуникационом домену, 2,43 наспрам 4,99 ($r = 0,91$). С друге стране, најмања је разлика у енергетском домену, 2,05 наспрам 4,67 ($r = 0,88$).

Комбинованом анализом варијансе испитано је да ли између групе постоје разлике у односу на постигнућа испитаника на SAQOL-39 скали. Дескриптивне вредности постигнућа обе групе су приказане у Табели 28.

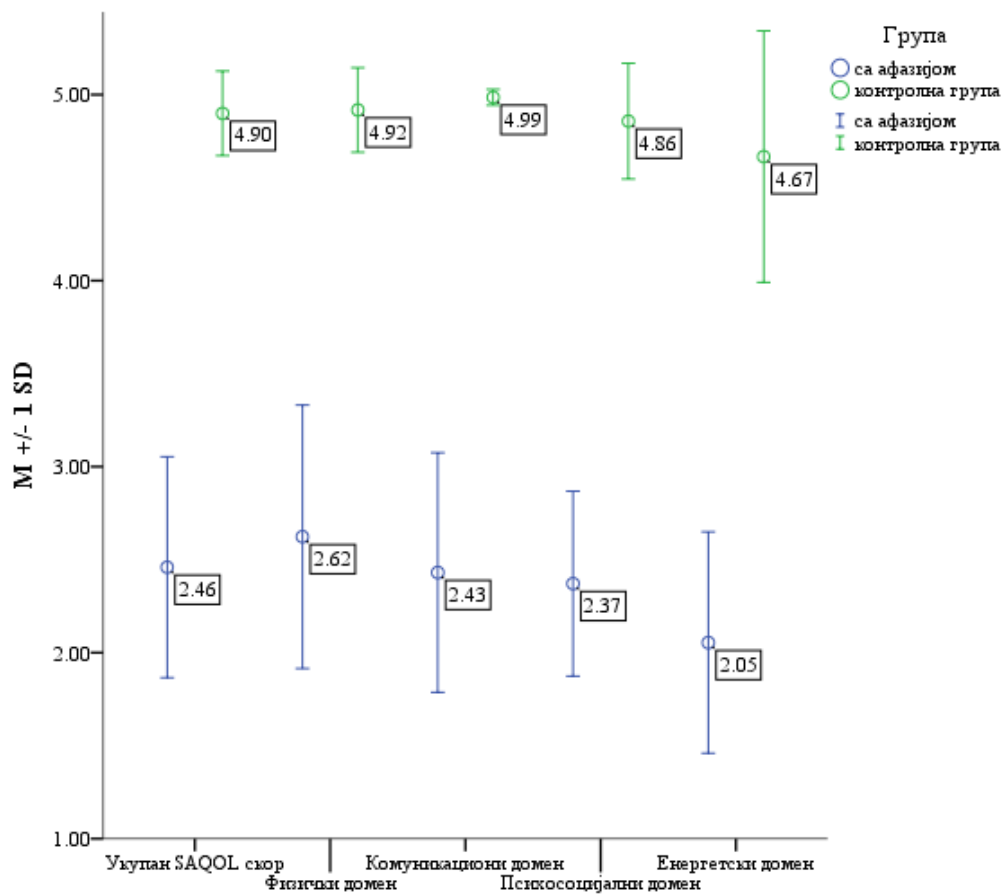
Резултати су указали на статистички значајан утицај групе, $F(1, 118) = 955,183$, $p < 0,001$, $\eta_p^2 = 0,89$, разлике у постигнућима на појединачним SAQOL-39 доменима, Wilks' Lambda = 0,666, $F(3, 116) = 19,366$, $p < 0,001$, $\eta_p^2 = 0,33$, али и значајне интеракције између групе и домена, Wilks' Lambda = 0,755, $F(3, 116) =$

12,538, $p < 0,001$, $\eta_p^2 = 0,24$. Као што се види на Графикону 51, испитаници контролне групе имају више вредности свих SAQOL-39 скорова у поређењу са испитаницима са афазијом, односно испитаници са афазијом имају статистички значајно ниже вредности свих SAQOL-39 скорова у поређењу са испитаницима контролне групе. Интеракција указује на упоредиве вредности постигнућа у оквиру контролне групе, док су разлике у постигнућима на појединачним SAQOL-39 доменима веће код испитаника са афазијом. Увидом у дескриптивне вредности дате у Табели 28 и дистрибуцију резултата на Графикону 51, најниже постигнуће испитаници са афазијом имају у енергетском домену, а највише у физичком.

Табела 28. Дескриптивне вредности постигнућа на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазију – SAQOL-39 између испитаника са афазијом и контролне групе испитаника

SAQOL-39	Група	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Mdn</i> (<i>IQR</i>)	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Укупан скор	Афазија	2,46 (0,59)	2,56 (1,02)	1,36	3,59
	Контролна	4,90 (0,23)	5,00 (0,00)	4,13	5,00
Физички домен	Афазија	2,62 (0,71)	2,71 (1,18)	1,24	4,00
	Контролна	4,92 (0,23)	5,00 (0,00)	4,12	5,00
Комуникациони домен	Афазија	2,43 (0,64)	2,57 (1,00)	1,29	3,71
	Контролна	4,99 (0,04)	5,00 (0,00)	4,85	5,00
Психосоцијални домен	Афазија	2,37 (0,50)	2,36 (0,73)	1,36	3,36
	Контролна	4,86 (0,31)	5,00 (0,00)	3,81	5,00
Енергетски домен	Афазија	2,05 (0,59)	2,00 (0,75)	1,00	3,00
	Контролна	4,67 (0,68)	5,00 (0,00)	3,00	5,00

Напомена: Афазија – Група испитаника са афазијом ($n = 60$); Контролна – Контролна група здравих испитаника ($n = 60$).



Графикон 51. Дистрибуција постигнућа на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39 у групи испитаника са афазијом и контролној групи испитаника

Следећа су начињена поређења постигнућа на SAQOL-39 скали према одабраним социо-демографским варијаблама. Исходи Ман-Витнијевог *U*-теста, односно Крускал-Волисов *H*-теста су дати у Табелама 29 до 33. Уз то, приложени су и провоугаони, односно стубичасти дијаграми (Графикони 52 до 55).

Табела 29. Дескриптивне вредности и компарација укупног скорa на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39 у подгрупама испитаника са афазijом уједначеним према одабраним социо-демографским варијаблама

Варијабла	Категорија	Укупан SAQOL-39 скор		Компарација	
		<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Mdn</i> (<i>IQR</i>)	Просечан ранг	<i>p</i>
Пол	мушки	2,56 (0,58)	2,74 (0,83)	33,06	0,224 [†]
	женски	2,35 (0,60)	2,29 (1,09)	27,57	
Брачни статус	да	2,50 (0,62)	2,62 (1,10)	31,61	0,587 [†]
	не	2,41 (0,57)	2,44 (0,90)	29,15	
Занимање	занат	2,07 (0,57)	1,99 (1,08)	19,44	0,094 [‡]
	техничка струка	2,58 (0,58)	2,74 (0,90)	34,11	
	просвета	2,27 (0,67)	2,22 (1,29)	25,50	
	медицинска струка	2,26 (0,31)	2,24 (0,60)	22,25	
Године образовања	11	2,08 (0,60)	1,99 (1,21)	19,92	0,337 [‡]
	12	2,51 (0,56)	2,69 (0,97)	32,02	
	14	2,87 (0,36)	2,87 (0,00)	42,75	
	16	2,47 (0,62)	2,51 (1,00)	30,54	

Напомена: *M* – аритметичка средина; *Mdn* – медијана; *SD* – стандардна девијација; *IQR* – интерквартилно одступање; *p* – значајност.

[†] Ман-Витнијев *U*-тест.

[‡] Крускал-Волисов *H*-тест.

Табела 30. Дескриптивне вредности и компарација физичког домена Скале за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39 у подгрупама испитаника са афазijом уједначеним према одабраним социо-демографским варијаблама

Варијабла	Категорија	Физички домен SAQOL-39		Компарација	
		<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Mdn</i> (<i>IQR</i>)	Просечан ранг	<i>p</i>
Пол	мушки	2,74 (0,72)	2,97 (1,10)	33,25	0,192 [†]
	женски	2,49 (0,69)	2,41 (1,18)	27,36	
Брачни статус	да	2,66 (0,77)	2,82 (1,32)	31,68	0,562 [†]
	не	2,58 (0,64)	2,71 (1,00)	29,06	
Занимање	занат	2,13 (0,64)	2,09 (1,18)	18,06	0,065 [‡]
	техничка струка	2,77 (0,69)	2,94 (1,18)	34,26	
	просвета	2,42 (0,73)	2,41 (1,43)	26,08	
	медицинска струка	2,37 (0,54)	2,35 (1,04)	22,50	
Године образовања	11	2,19 (0,78)	2,09 (1,44)	20,58	0,234 [‡]
	12	2,69 (0,67)	2,94 (1,18)	32,16	
	14	3,35 (0,50)	3,35 (0,00)	48,25	
	16	2,60 (0,71)	2,71 (1,18)	29,85	

Напомена: *M* – аритметичка средина; *Mdn* – медијана; *SD* – стандардна девијација; *IQR* – интерквartilно одступање; *p* – значајност.

[†] Ман-Витнијев *U*-тест.

[‡] Крускал-Волисов *H*-тест.

Табела 31. Дескриптивне вредности и компарација комуникационог домена Скале за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39 у подгрупама испитаника са афазijом уједначеним према одабраним социо-демографским варијаблама

Варијабла	Категорија	Комуникациони домен SAQOL-39		Компарација	
		<i>M (SD)</i>	<i>Mdn (IQR)</i>	Просечан ранг	<i>p</i>
Пол	мушки	2,50 (0,62)	2,64 (0,96)	32,53	0,334 [†]
	женски	2,35 (0,68)	2,29 (0,96)	28,18	
Брачни статус	да	2,45 (0,64)	2,57 (1,07)	31,38	0,665 [†]
	не	2,41 (0,63)	2,29 (1,00)	29,43	
Занимање	занат	2,04 (0,61)	2,14 (1,07)	20,19	0,088 [‡]
	техн.струка	2,56 (0,63)	2,71 (1,04)	34,18	
	просвета	2,10 (0,69)	2,07 (1,46)	21,58	
	мед.струка	2,32 (0,38)	2,21 (0,68)	25,88	
Године образовања	11	2,12 (0,63)	2,14 (1,25)	22,17	0,307 [‡]
	12	2,51 (0,61)	2,57 (0,93)	32,66	
	14	3,00 (0,20)	3,00 (0,00)	46,50	
	16	2,39 (0,68)	2,29 (1,00)	29,17	

Напомена: *M* – аритметичка средина; *Mdn* – медијана; *SD* – стандардна девијација; *IQR* – интерквартилно одступање; *p* – значајност.

[†] Ман-Витнијев *U*-тест.

[‡] Крускал-Волисов *H*-тест.

Табела 32. Дескриптивне вредности и компарација психосоцијалног домена Скале за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39 у подгрупама испитаника са афазijом уједначеним према одабраним социо-демографским варијаблама

Варијабла	Категорија	Психосоцијални домен SAQOL-39		Компарација	
		<i>M (SD)</i>	<i>Mdn (IQR)</i>	Просечан ранг	<i>p</i>
Пол	мушки	2,47 (0,46)	2,59 (0,61)	34,39	0,065 [†]
	женски	2,25 (0,52)	2,18 (0,64)	26,05	

Брачни статус	да	2,45 (0,67)	2,57 (1,07)	31,21	0,726 [†]
	не	2,41 (0,63)	2,29 (1,00)	29,63	
Занимање	занат	2,15 (0,53)	2,09 (1,07)	23,19	0,286 [‡]
	техничка струка	2,45 (0,49)	2,50 (0,73)	33,21	
	просвета	2,29 (0,62)	2,14 (1,09)	27,58	
	медицинска струка	2,16 (0,11)	2,18 (0,20)	21,00	
Године образовања	11	2,05 (0,51)	1,91 (1,02)	19,75	0,460 [‡]
	12	2,39 (0,45)	2,36 (0,73)	31,14	
	14	2,45 (0,26)	2,45 (0,00)	32,50	
	16	2,42 (0,54)	2,36 (0,91)	32,15	

Напомена: *M* – аритметичка средина; *Mdn* – медијана; *SD* – стандардна девијација; *IQR* – интерквartilно одступање; *p* – значајност.

[†] Ман-Витнијев *U*-тест.

[‡] Крускал-Волисов *H*-тест.

Табела 33. Дескриптивне вредности и компарација енергетског домена Скале за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39 у подгрупама испитаника са афазijом уједначеним према одабраним социо-демографским варијаблама

Варијабла	Категорија	Енергетски домен SAQOL-39		Компарација	
		<i>M (SD)</i>	<i>Mdn (IQR)</i>	Просечан ранг	<i>p</i>
Пол	мушки	2,09 (0,58)	2,00 (0,50)	31,84	0,515 [†]
	женски	2,02 (0,62)	2,00 (1,00)	28,96	
Брачни статус	да	2,14 (0,61)	2,00 (0,75)	33,05	0,202 [†]
	не	1,95 (0,58)	2,00 (0,75)	27,39	
Занимање	занат	1,69 (0,55)	1,88 (0,94)	19,88	0,133 [‡]
	техничка струка	2,16 (0,58)	2,00 (0,50)	33,79	
	просвета	1,88 (0,70)	1,75 (1,06)	25,25	
	медицинска струка	1,94 (0,43)	1,88 (0,81)	25,13	
Године образовања	11	1,63 (0,56)	1,50 (0,94)	18,33	0,186 [‡]
	12	2,05 (0,61)	2,00 (0,75)	30,76	

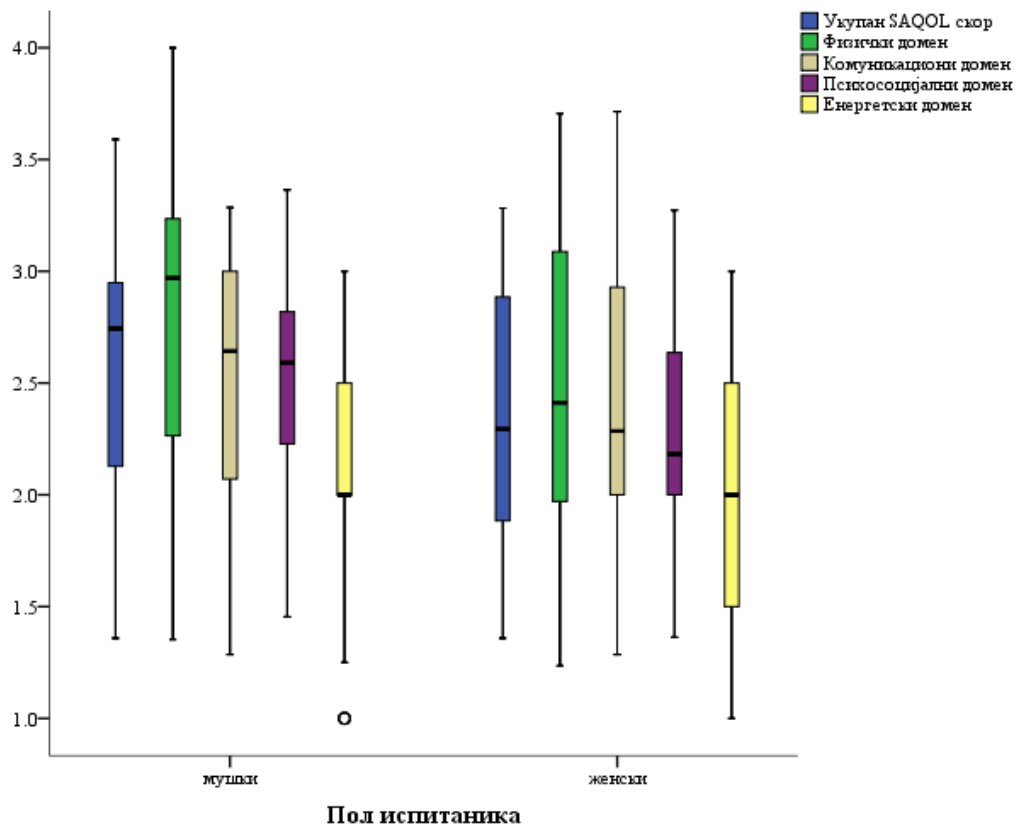
	14	1,75 (0,35)	1,75 (0,00)	19,75	
	16	2,18 (0,58)	2,00 (0,50)	33,76	

Напомена: M – аритметичка средина; Mdn – медијана; SD – стандардна девијација; IQR – интерквartilно одступање; p – значајност.

† Ман-Витнијев U -тест.

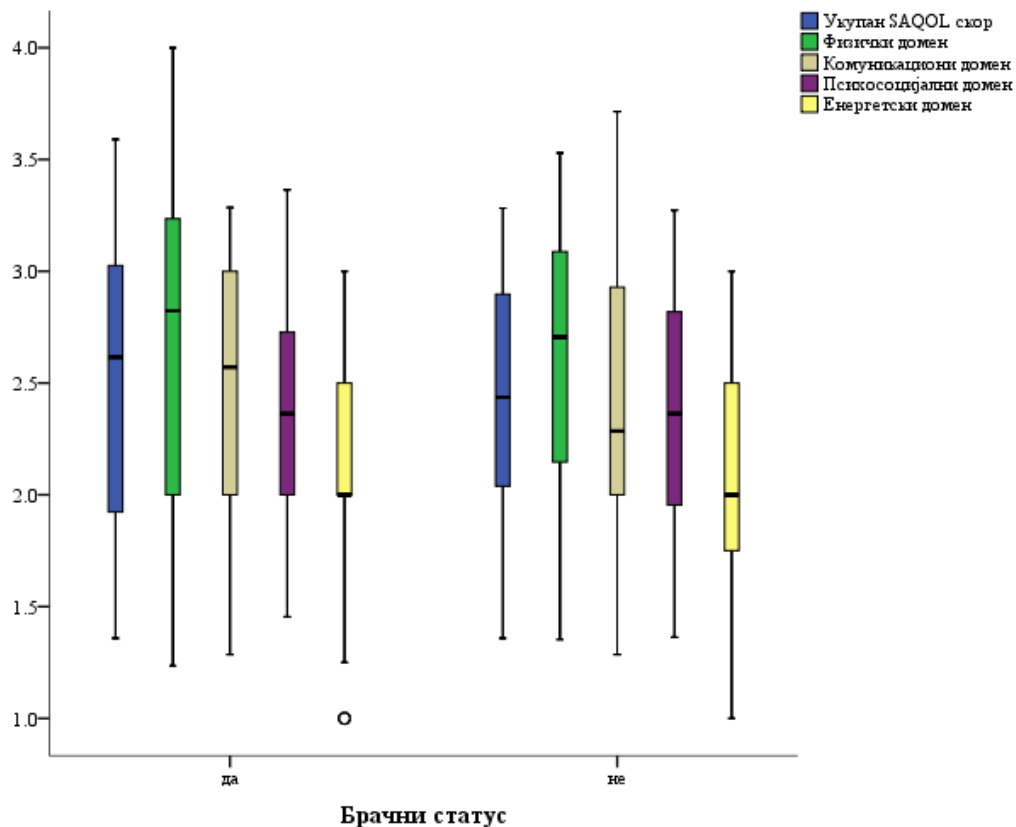
‡ Крускал-Волисов H -тест.

Након формирања подгрупа испитаника са афазијом у односу на одабране социо-демографске варијабле, статистичка анализа је искључила постојање значајности разлике укупног SAQOL-39 скорa и скорова појединачних SAQOL-39 домена ($p > 0,05$, све анализе). Другим речима, не може се тврдити да разлике укупног SAQOL-39 скорa и скорова појединачних SAQOL-39 домена постоје између испитаника са афазијом у односу на пол, брачни статус, занимање или трајање образовања (Табеле 29 до 33).



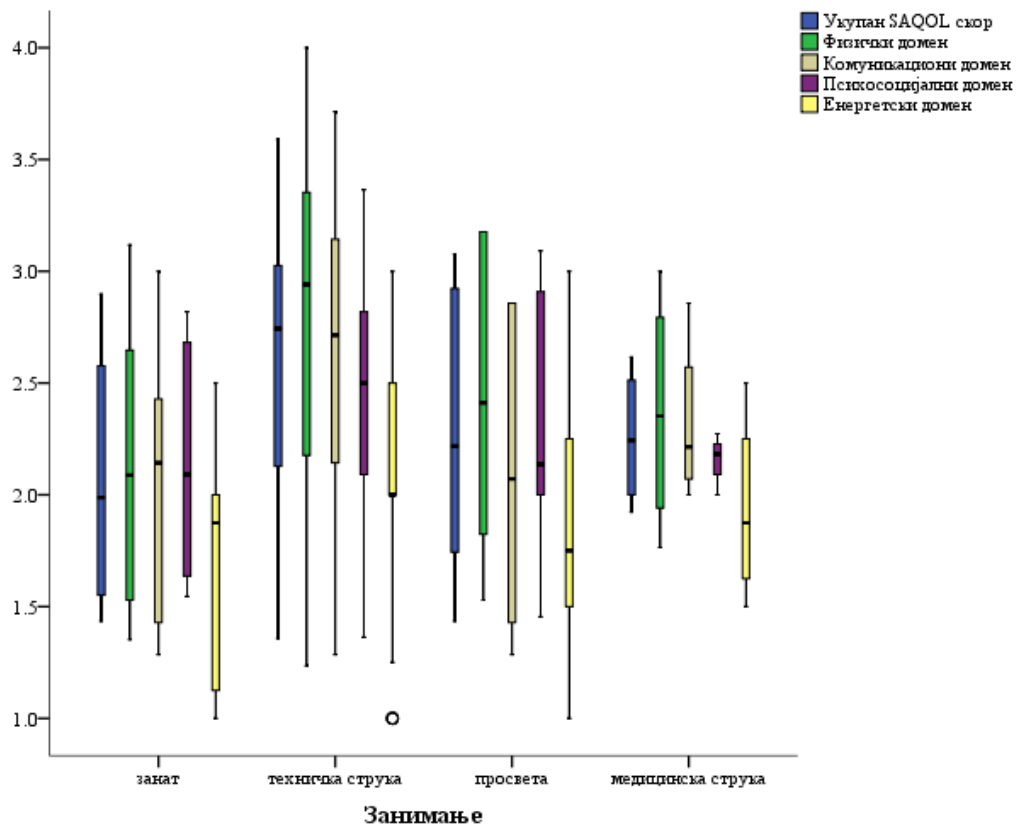
Графикон 52. Вредности постигнућа на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39 у подгрупама испитаника са афазijом уједначеним према полу

Након формирања подгрупа испитаника са афазijом према полу, није потврђено да постоји статистички значајна разлика укупног SAQOL-39 скорa и скорова појединачних SAQOL-39 домена између испитаника са афазijом мушког пола и испитаника са афазijом женског пола ($p > 0,05$; Табела 29 до 33). Како приказује Графикон 52, испитаници са афазijом мушког пола су имали нешто већа постигнућа у поређењу са испитаницима са афазijом женског пола (све испитиване варијабле).



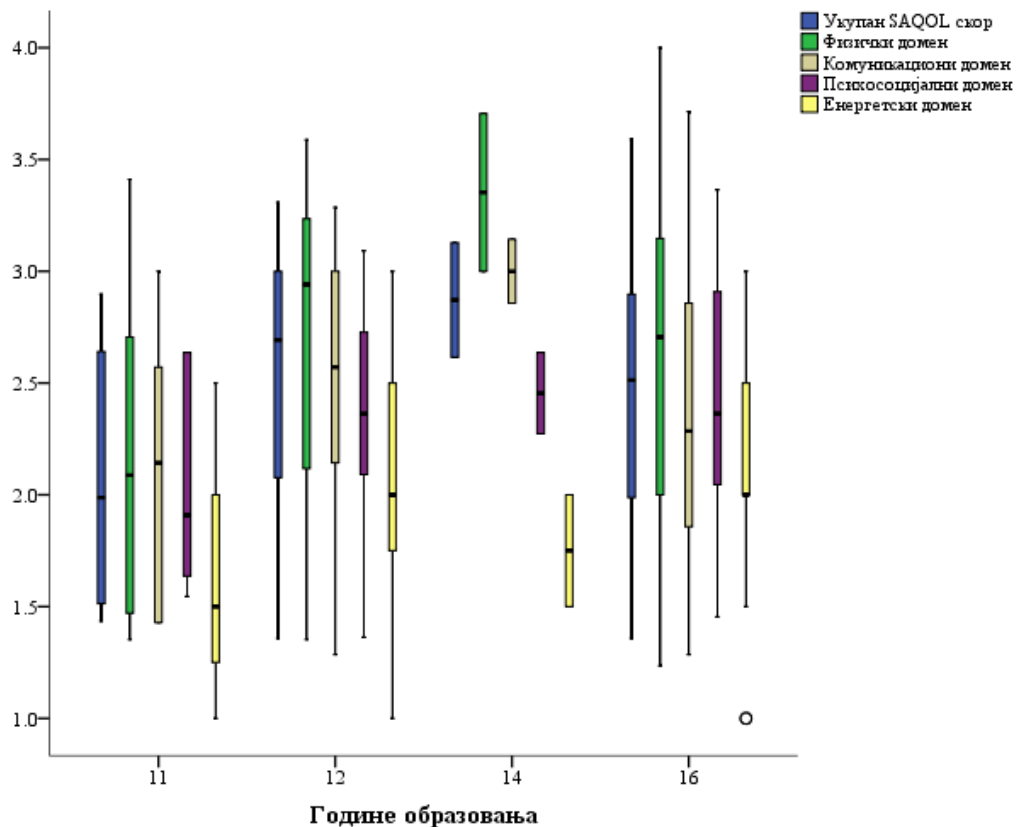
Графикон 53. Вредности постигнућа на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39 у подгрупама испитаника са афазijом уједначеним према брачном статусу

Након формирања подгрупа испитаника са афазijом према брачном статусу, није потврђено да постоји статистички значајна разлика укупног SAQOL-39 скорa и скорова појединачних SAQOL-39 домена између ових подгрупа испитаника са афазijом ($p > 0,05$; Табела 29 до 33). Како приказује Графикон 53, испитаници са афазijом који су били у браку су имали незнатно већа постигнућа у поређењу са испитаницима са афазijом који нису имали брачног партнера (све испитиване варијабле).



Графикон 54. Вредности постигнућа на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39 у подгрупама испитаника са афазijом уједначеним према занимању

Након формирања подгрупа испитаника са афазijом према занимању, није потврђено да постоји статистички значајна разлика укупног SAQOL-39 скорa и скорова појединачних SAQOL-39 домена између ових подгрупа испитаника са афазijом ($p > 0,05$; Табела 29 до 33). Како приказује Графикон 54, испитаници са афазijом који су из техничке струке су имали највиша постигнућа, док су најнижа нађена код испитаника са афазijом који су били занатлије (све испитиване варијабле).



Графикон 55. Вредности постигнућа на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39 у подгрупама испитаника са афазijом уједначеним према трајању образовања

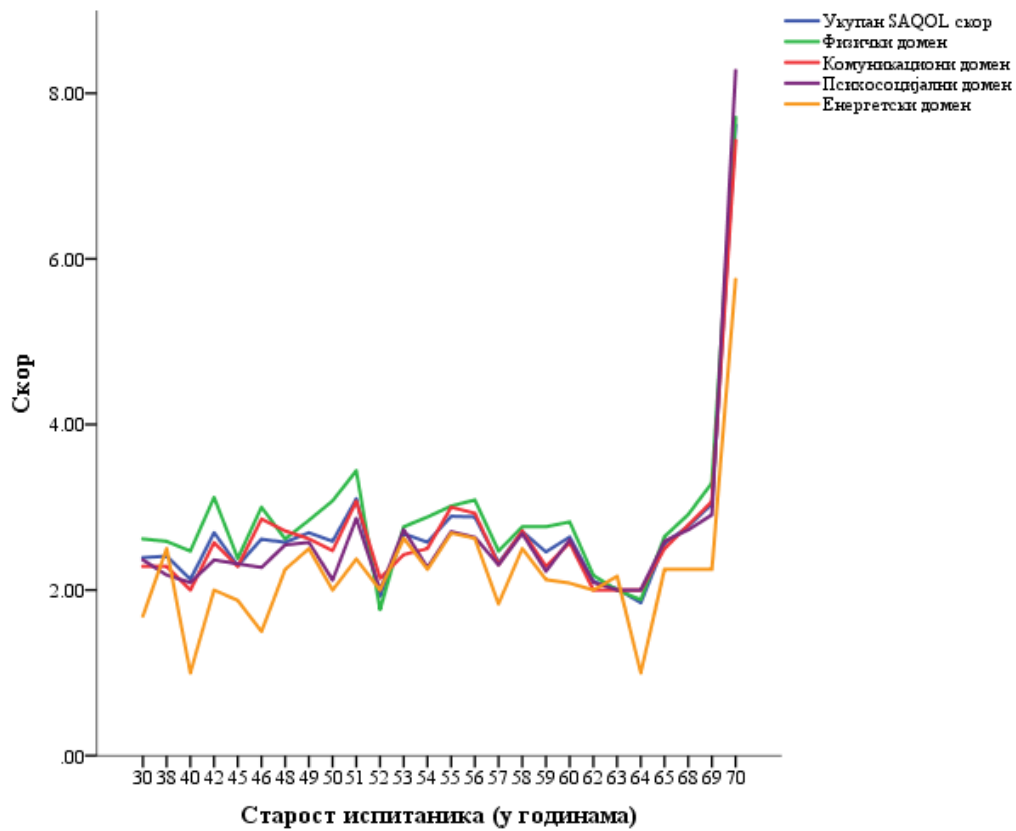
Након формирања подгрупа испитаника са афазijом уједначених према трајању образовања, није потврђено да постоји статистички значајна разлика укупног SAQOL-39 скорa и скорова појединачних SAQOL-39 домена између ових подгрупа испитаника са афазijом ($p > 0,05$; Табела 29 до 33). Како приказује Графикон 55, у енергетском домену највиша постигнућа су имали испитаници са афазijом чије је образовање трајало 16 година, док су најнижа нађена код испитаника са афазijом чије је образовање трајало 11 година (енергетски домен SAQOL-39 скале). За све остале варијабле, испитаници са афазijом чије је образовање трајало 14 година су имали највиша постигнућа, док су најнижа такође нађена код испитаника са афазijом чије је образовање трајало 11 година.

Следећа варијабла у односу на коју је испитана статистичка значајност јесте старост испитаника са афазијом. Повезаност постигнућа на SAQOL-39 скали, с једне стране, и старости испитаника изражене у годинама живота, с друге, испитана је Спирмановом корелацијом ранга. Прелиминарним анализама нису потврђене претпоставке о линеарности и хомогености варијанси ових варијабли. Исходи ових анализа су приказани у Табели 34.

Табела 34. Корелација постигнућа на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазију – SAQOL-39 и старости испитаника са афазијом

SAQOL-39	Старост испитаника са афазијом (у годинама)	
	ρ	p
Укупан скор	0,060	0,651
Физички домен	0,017	0,898
Комуникациони домен	0,076	0,565
Психосоцијални домен	0,097	0,462
Енергетски домен	0,103	0,433

Према резултатима статистичке анализе повезаности између постигнућа испитаника са афазијом на SAQOL-39 скали и старости изражене у годинама живота, може се закључити да ниједно од пет испитиваних постигнућа није достигло статистичку значајност корелације (Табела 34). Тачније, не може се тврдити да вредности забележене на SAQOL-39 скали варирају статистички значајно према старости испитаника са афазијом, било да је у питању укупан SAQOL-39 скор или вредности забележене на појединачним SAQOL-39 доменима. Графикон 56 приказује уједначеност постигнућа на SAQOL-39 скали у односу на старост испитаника са афазијом.



Графикон 56. Повезаност постигнућа на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39 и старости испитаника са афазijом

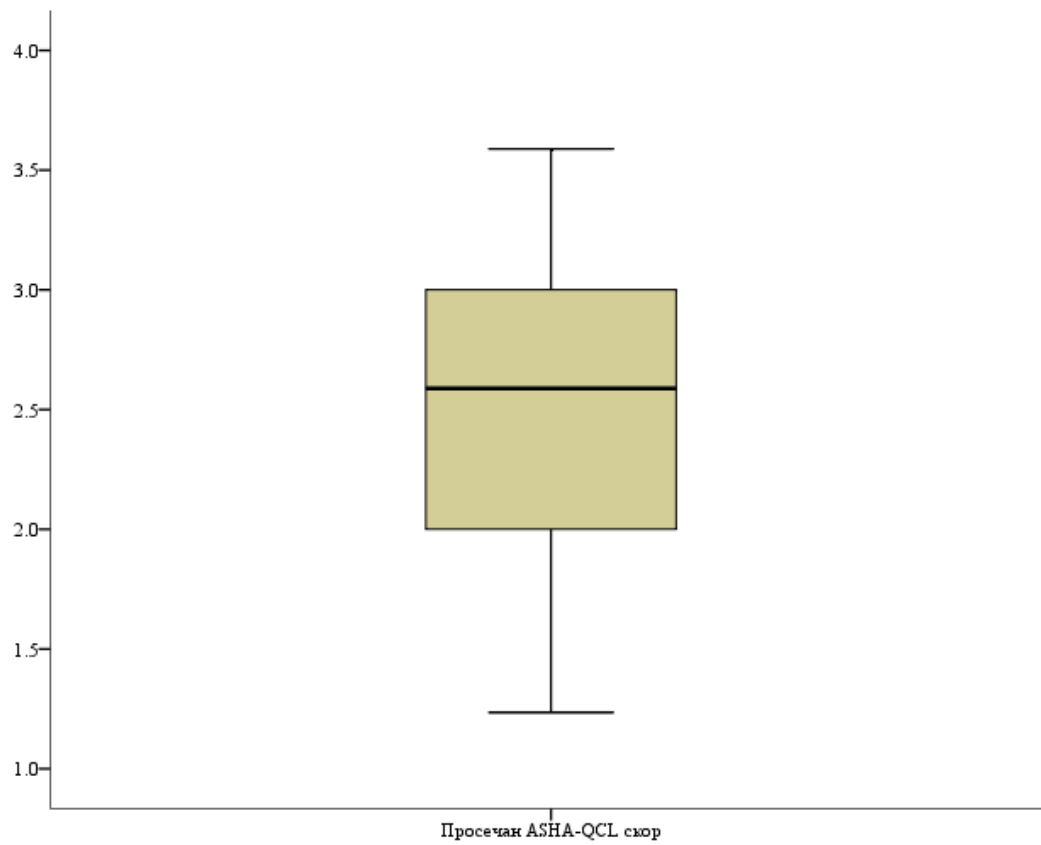
3.2. Резултати мерења на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL

Табела 35. Постигнућа испитаника са афазијом на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL

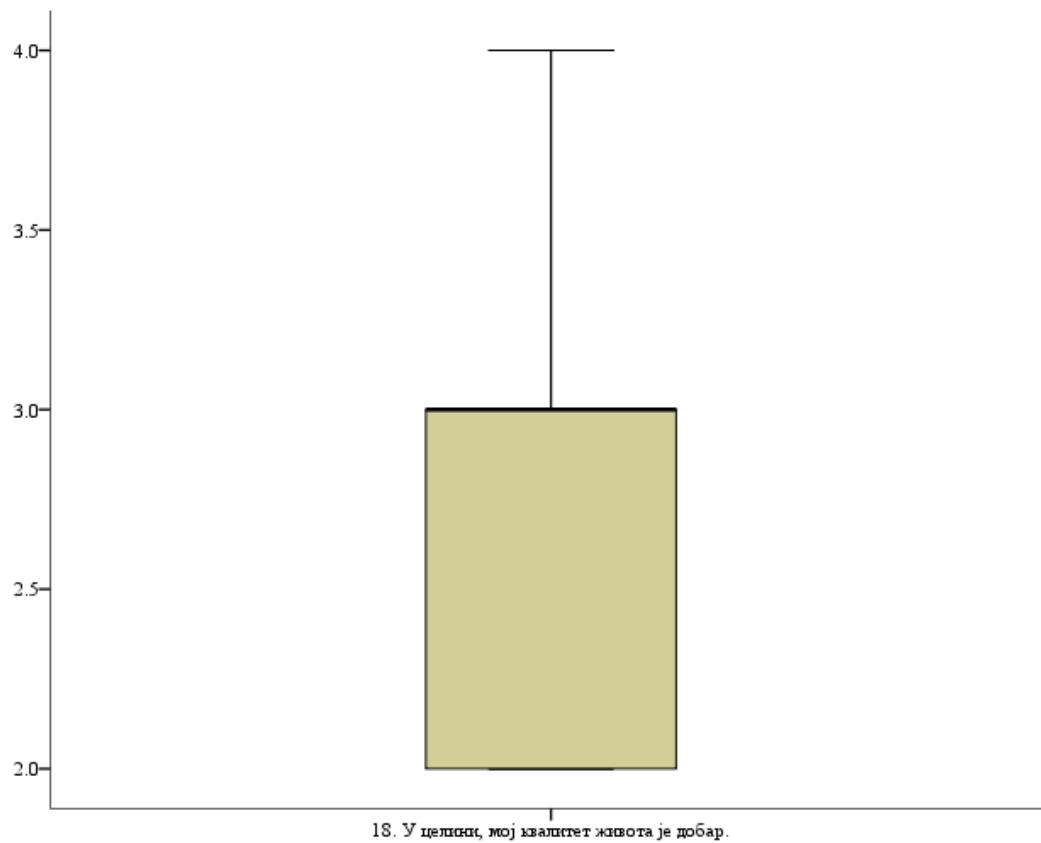
ASHA-QCL	Min	Max	M (SD)	SE	95% CI		Mdn (IQR)	Mo
					LL	UL		
Просечан скор	1,24	3,59	2,49 (0,65)	0,08	2,32	2,66	2,59 (1,00)	3,00
Тврдња бр. 18	2,00	4,00	2,62 (0,52)	0,07	2,48	2,75	3,00 (1,00)	3,00

Напомена: *M* – аритметичка средина; *SD* – стандардна девијација; *SE* – стандардна грешка; *CI* – интервал поверења; *LL* – доња граница; *UL* – горња граница; *Mdn* – медијана; *IQR* – интерквартилно одступање; *Mo* – мод. Виши скор указује на већи ниво квалитета комуникативног живота. Теоријски распон износи од 1 до 5.

Табела 35 приказује дескриптивне показатеље постигнућа испитаника са афазијом на скали ASHA-QCL. Упоредно су дате основне дескриптивне вредности просечног скорa и резултата забележеног на 18. тврдњи ASHA-QCL. Расподеле вредности просечног скорa и резултата забележеног на 18. тврдњи ASHA-QCL у односу на основне дескриптивне вредности су приказане на Графикону 57, односно на Графикону 58.



Графикон 57. Дескриптивне вредности просечног сора Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL



*Графикон 58. Дескриптивне вредности резултата забележених на 18. тврдњи
Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL*

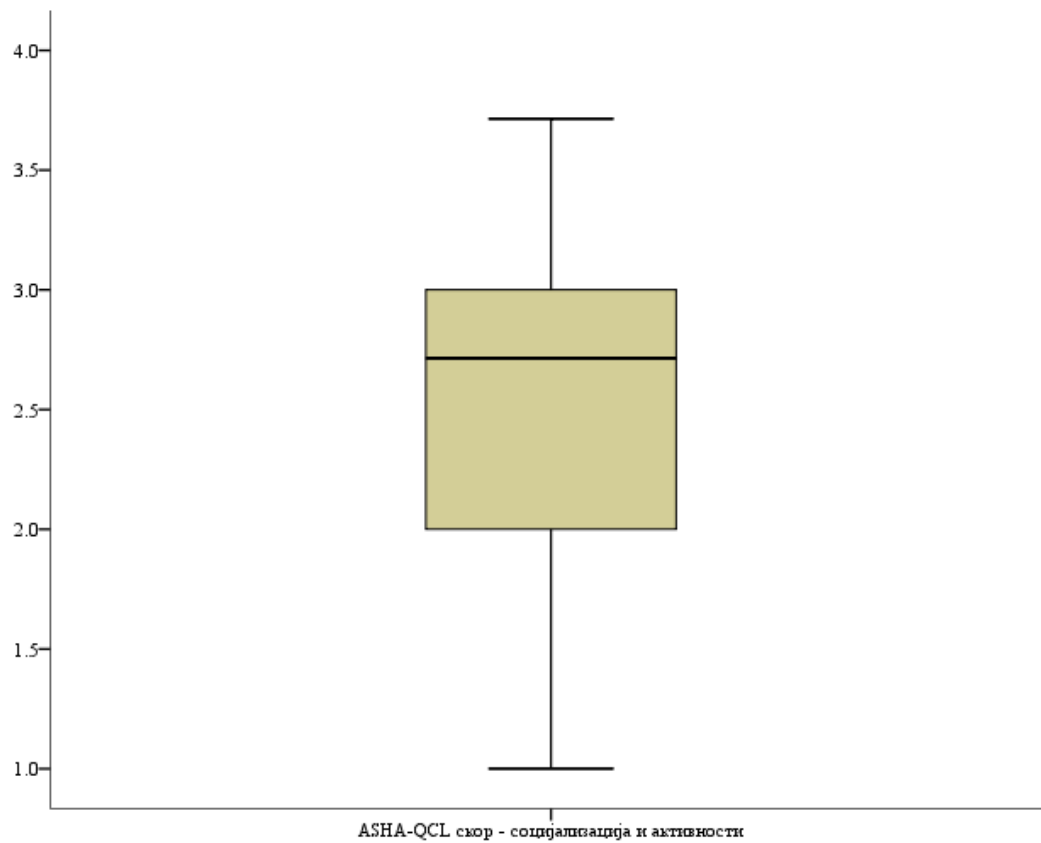
Табела 36 приказује дескриптивне показатеље постигнућа испитаника са афазијом на појединачним ASHA-QCL доменима.

Табела 36. Постигнућа испитаника са афазијом на појединачним доменима Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL

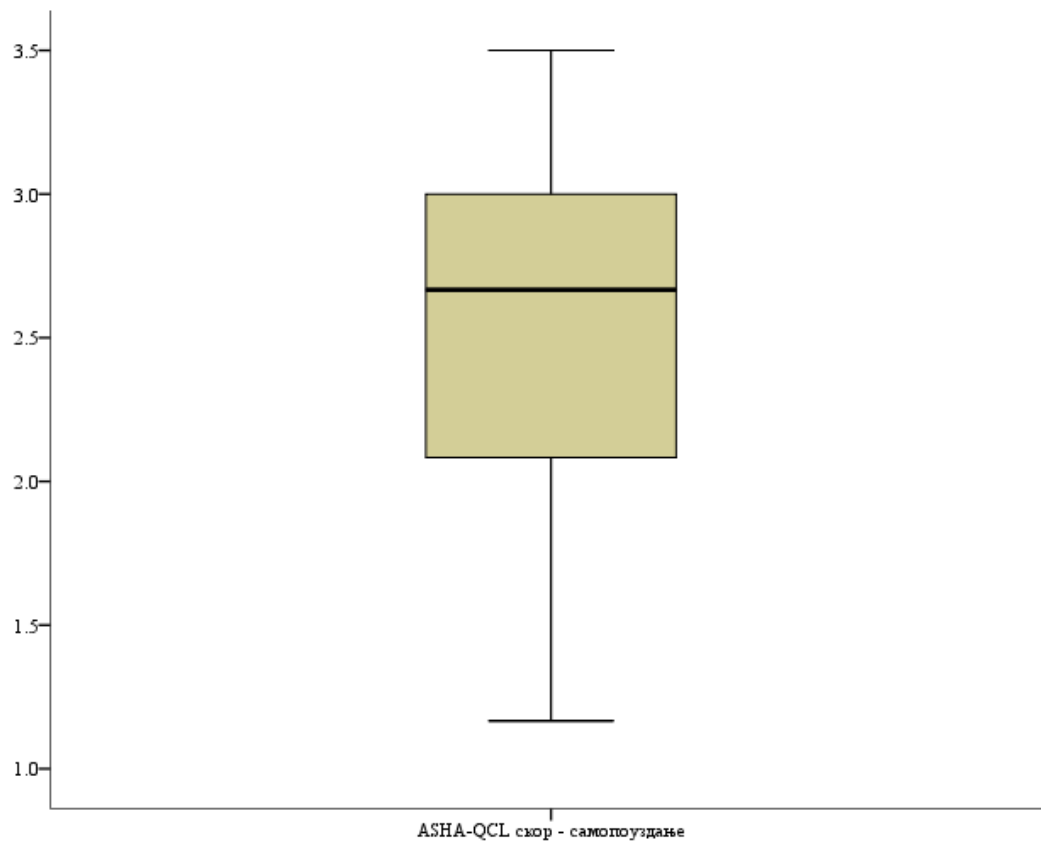
ASHA-QCL	Min	Max	M (SD)	SE	95% CI		Mdn (IQR)	Mo
					LL	UL		
Социјализација и активности	1,00	3,71	2,55 (0,67)	0,09	2,38	2,73	2,71 (1,00)	2,86
Самопоуздање	1,17	3,50	2,47 (0,67)	0,09	2,90	2,64	2,67 (0,96)	3,00
Појединачне улоге и одговорност	1,00	4,00	2,40 (0,71)	0,09	2,22	2,59	2,50 (1,00)	2,50

Напомена: M – аритметичка средина; SD – стандардна девијација; SE – стандардна грешка; CI – интервал поверења; LL – доња граница; UL – горња граница; Mdn – медијана; IQR – интерквартилно одступање; Mo – мод. Виши скор указује на већи ниво квалитета комуникативног живота. Теоријски распон износи од 1 до 5.

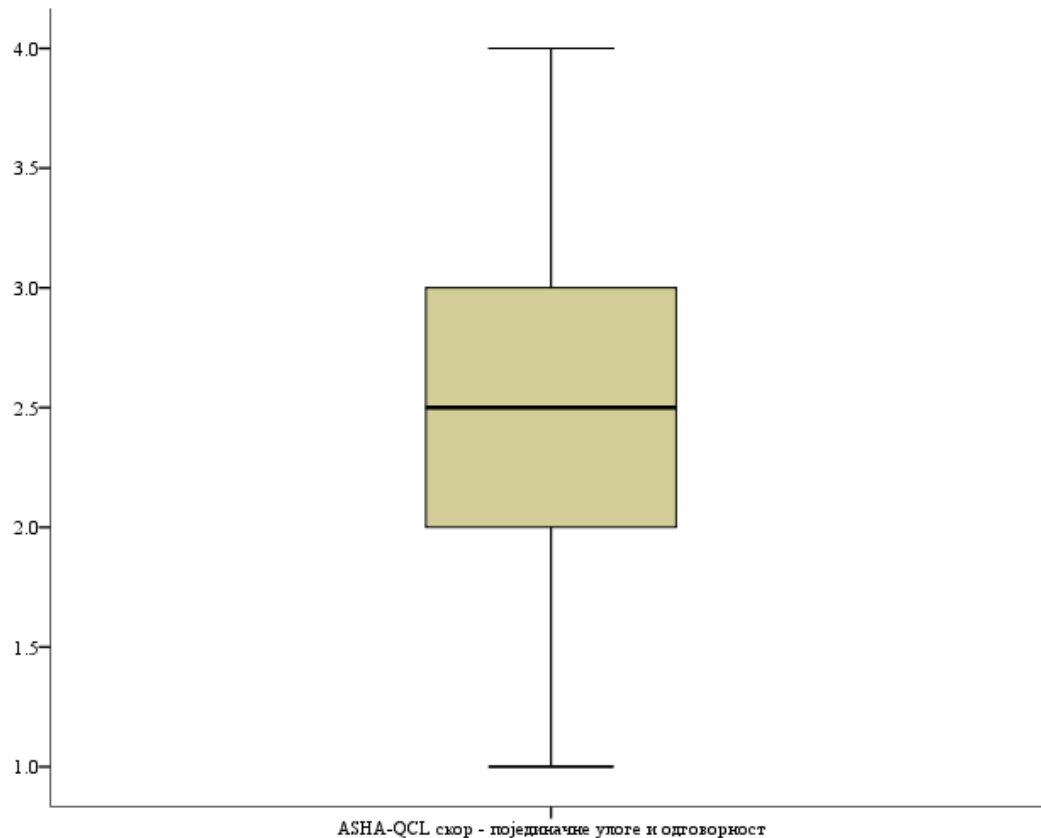
Расподеле вредности постигнућа испитаника са афазијом на појединачним ASHA-QCL доменима у односу на основне дескриптивне вредности су приказане на Графикону 59, 60 и 61.



Графикон 59. Дескриптивне вредности скова домена „Социјализација и активности“ Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL



Графикон 60. Дескриптивне вредности скорa домена „Самопоуздање“ Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL



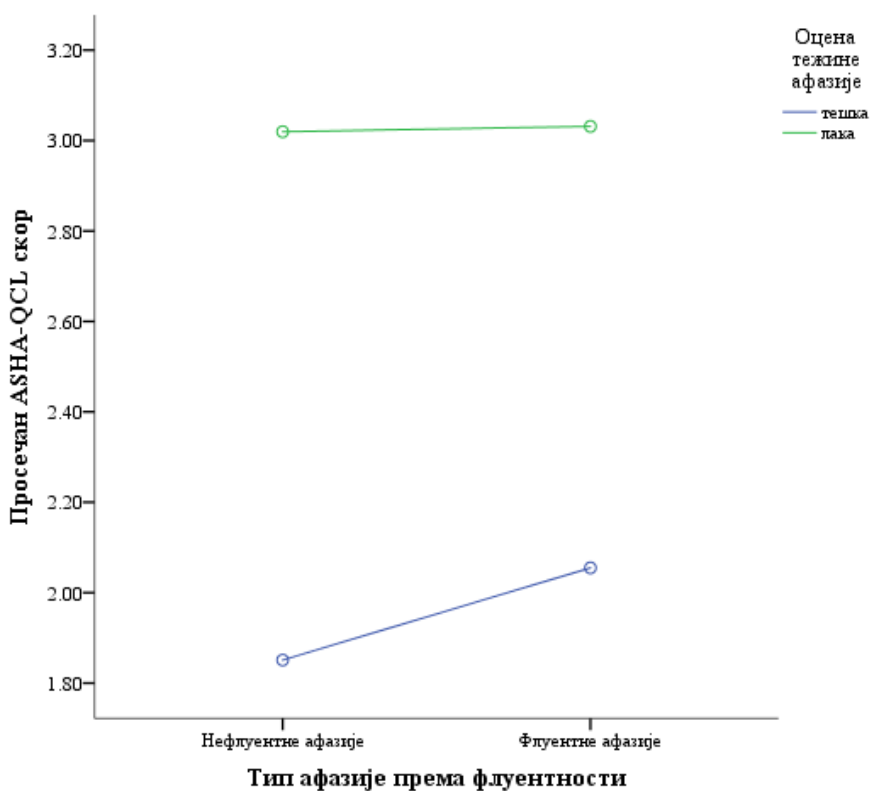
Графикон 61. Дескриптивне вредности скова домена „Појединачне улоге и одговорност“ Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL

Како би се утврдила статистичка значајност разлике постигнућа испитаника са афазом на скали ASHA-QCL у односу на флуентност, спроведена је компарација применом Ман-Витнијевог U -теста. Како би се статистички елиминисао утицај тежине афазје, сачињене су подгрупе испитаника уједначене према оцени тежине афазје. Исход компарације просечног скова је дат у Табели 37, док је компарација вредности забележених на 18. тврдњи приложена у Табели 38. Како би се дескриптивно описале разлике резултата између подгрупа испитаника, приложени су и линијски дијаграми (Графикони 62 и 63).

Табела 37. Дескриптивне вредности и компарација просечног сора на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према тежини афазије у односу на флуентност

Оцена тежине афазије	Тип афазије према флуентности	Дескриптивна вредност сора			Компарација		
		<i>M (SD)</i>	<i>Mdn (IQR)</i>	Просечан ранг	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Тешка	Нефлуентна	1,85 (0,42)	1,94 (0,82)	13,33	-1,35	0,187	0,25
	Флуентна	2,05 (0,48)	2,12 (1,00)	17,67			
Лака	Нефлуентна	3,02 (0,27)	3,00 (0,35)	14,90	-0,37	0,708	0,07
	Флуентна	3,03 (0,25)	3,06 (0,41)	16,10			

Напомена: *r* – величина утицаја.



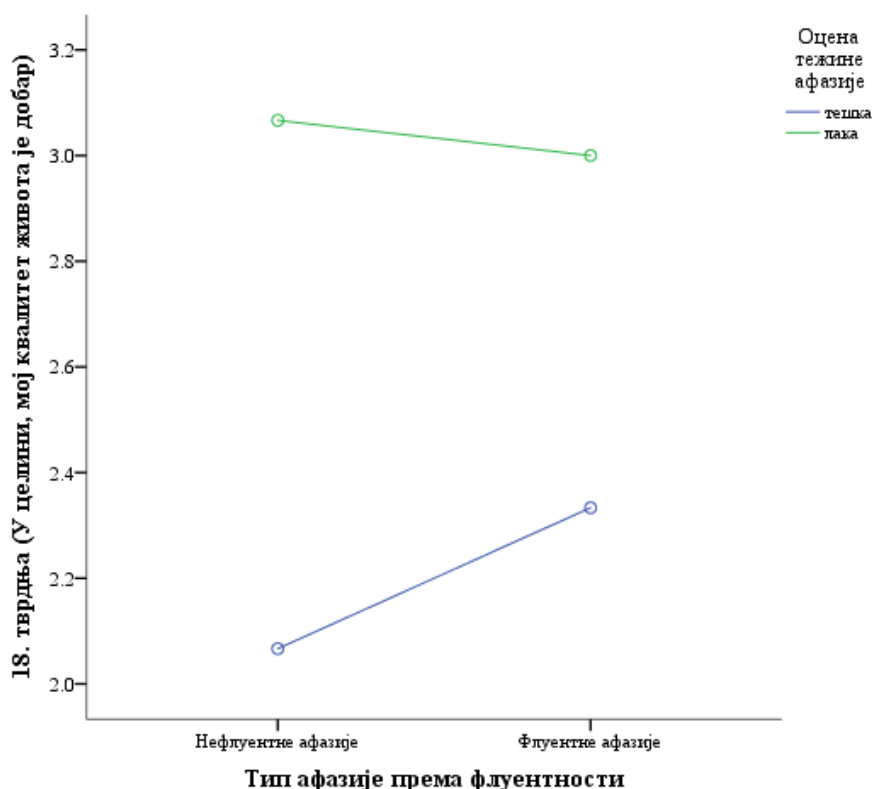
Графикон 62. Вредности просечног сора на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према тежини афазије у односу на флуентност

Након уједначавања према тежини афазације, није потврђено да постоји статистички значајна разлика просечног ASHA-QCL скорa испитаника у односу на флуентност ($p > 0,05$; Табела 37). Како приказује Графикон 62, испитаници са флуентном афазацијом су имали нешто већа просечна постигнућа у поређењу са испитаницима са нефлуентном афазацијом, како у подгрупи испитаника са тешком афазацијом (2,05 наспрам 1,85), тако и у подгрупи испитаника са лаком афазацијом (3,03 наспрам 3,02).

Табела 38. Дескриптивне вредности и компарација резултата забележених на 18. тврдњи Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афазацијом уједначеним према тежини афазације у односу на флуентност

Оцена тежине афазације	Тип афазације према флуентности	Дескриптивна вредност 18. тврдње			Компарација		
		$M (SD)$	$Mdn (IQR)$	Просечан ранг	z	p	r
Тешка	Нефлуентна	2,07 (0,26)	2,00 (0,00)	13,50	-1,80	0,073	0,33
	Флуентна	2,33 (0,49)	2,00 (1,00)	17,50			
Лака	Нефлуентна	3,07 (0,26)	3,00 (0,00)	16,00	-1,00	0,317	0,18
	Флуентна	3,03 (0,25)	3,00 (0,00)	15,00			

Напомена: r – величина утицаја.



Графикон 63. Вредности резултата забележених на 18. тврдњи Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афазиијом уједначеним према тежини афазиије у односу на флуентност

Након уједначавања према тежини афазиије, није потврђено да постоји статистички значајна разлика резултата забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале у односу на флуентност ($p > 0,05$; Табела 38). Како приказује Графикон 63, испитаници са флуентном афазиијом су имали нешто већа просечна постигнућа на издвојеној тврдњи у поређењу са испитаницима са нефлуентном афазиијом у подгрупи испитаника са тешком афазиијом (2,33 наспрам 1,07). Супротно, у подгрупи испитаника са лаким афазиијом, испитаници са нефлуентном афазиијом су имали незнатно већа просечна постигнућа на издвојеној тврдњи у поређењу са испитаницима са флуентном афазиијом (3,07 наспрам 3,03).

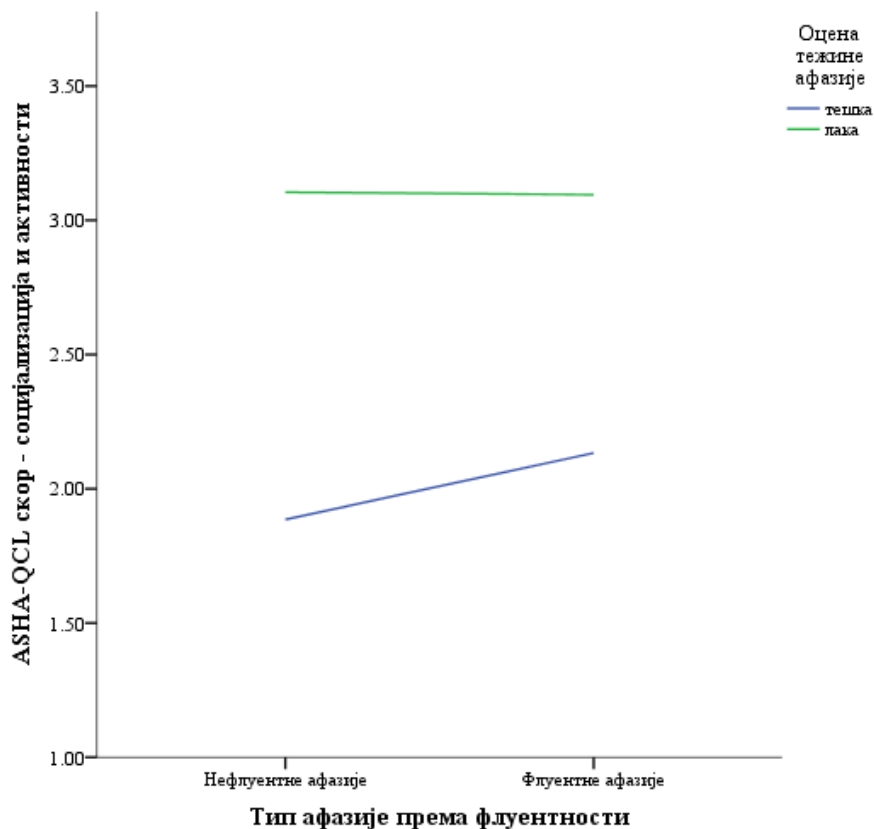
Како би се утврдила статистичка значајност разлике постигнућа испитаника са афазиијом на појединачним ASHA-QCL доменима у односу на флуентност, спроведена је компарација применом Ман-Витнијевог U -теста. Како

би се статистички елиминисао утицај тежине афазације, сачињене су подгрупе испитаника уједначене према оцени тежине афазације. Исходи компарације скорова су у Табелама 39 до 41, а приложени су и линијски дијаграми (Графикони 64 до 66).

Табела 39. Дескриптивне вредности скорова домена „Социјализација и активности“ Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афазацијом уједначеним према тежини афазације у односу на флуентност

Оцена тежине афазације	Тип афазације према флуентности	Социјализација и активности			Компарација		
		<i>M (SD)</i>	<i>Mdn (IQR)</i>	Просечан ранг	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Тешка	Нефлуентна	1,89 (0,35)	1,86 (0,57)	13,03	-1,54	0,123	0,28
	Флуентна	2,13 (0,52)	2,29 (0,86)	17,97			
Лака	Нефлуентна	3,10 (0,33)	3,00 (0,43)	15,67	-0,11	0,916	0,02
	Флуентна	3,10 (0,32)	3,00 (0,57)	15,33			

Напомена: *r* – величина утицаја.



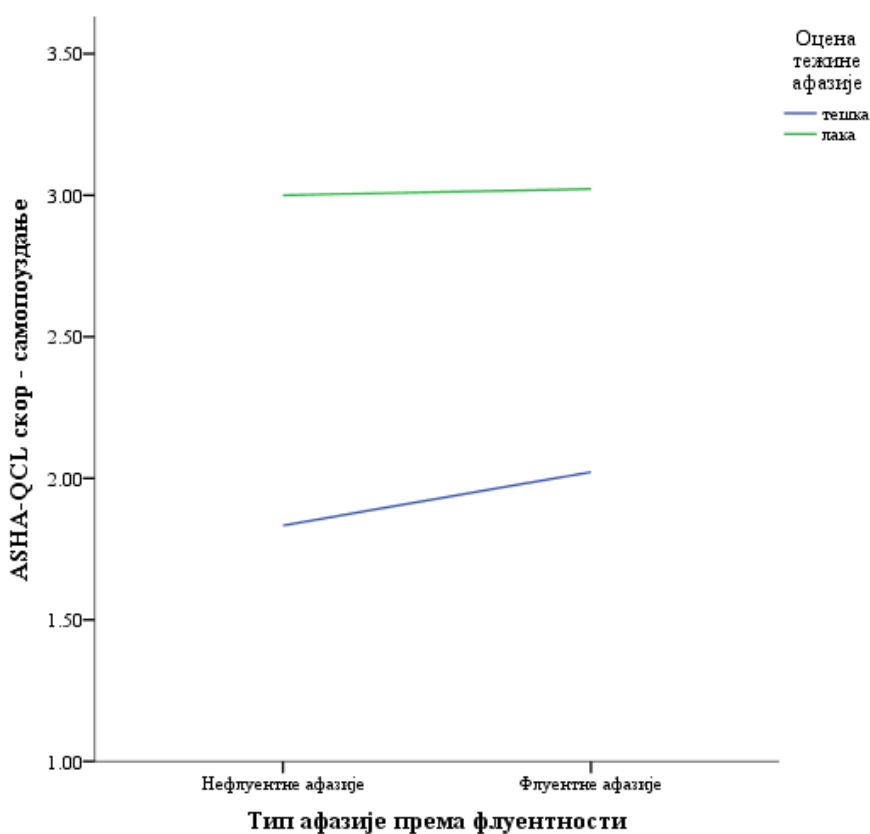
Графикон 64. Вредности скова домена „Социјализација и активности“ Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према тежини афазје у односу на флуентност

Након уједначавања према тежини афазје, није потврђено да постоји статистички значајна разлика скова домена „Социјализација и активности“ у односу на флуентност ($p > 0,05$; Табела 39). Како приказује Графикон 64, испитаници са флуентном афазијом су имали нешто већа постигнућа у поређењу са испитаницима са нефлуентном афазијом у подгрупи испитаника са тешком афазијом (2,13 наспрам 1,89), док су у подгрупи испитаника са лаким афазијом дескриптивне вредности директно упоредиве (3,10±0,32 наспрам 3,10±0,33).

Табела 40. Дескриптивне вредности скова домена „Самопоуздање“ Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афацијом уједначеним према тежини афације у односу на флуентност

Оцена тежине афације	Тип афације према флуентности	Самопоуздање			Компарација		
		<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Mdn</i> (<i>IQR</i>)	Просечан ранг	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Тешка	Нефлуентна	1,83 (0,48)	1,83 (0,83)	13,63	-1,17	0,242	0,21
	Флуентна	2,02 (0,50)	2,17 (1,00)	17,37			
Лака	Нефлуентна	3,00 (0,26)	3,00 (0,33)	15,53	-0,02	0,983	0,00
	Флуентна	3,02 (0,27)	3,00 (0,33)	15,47			

Напомена: *r* – величина утицаја.



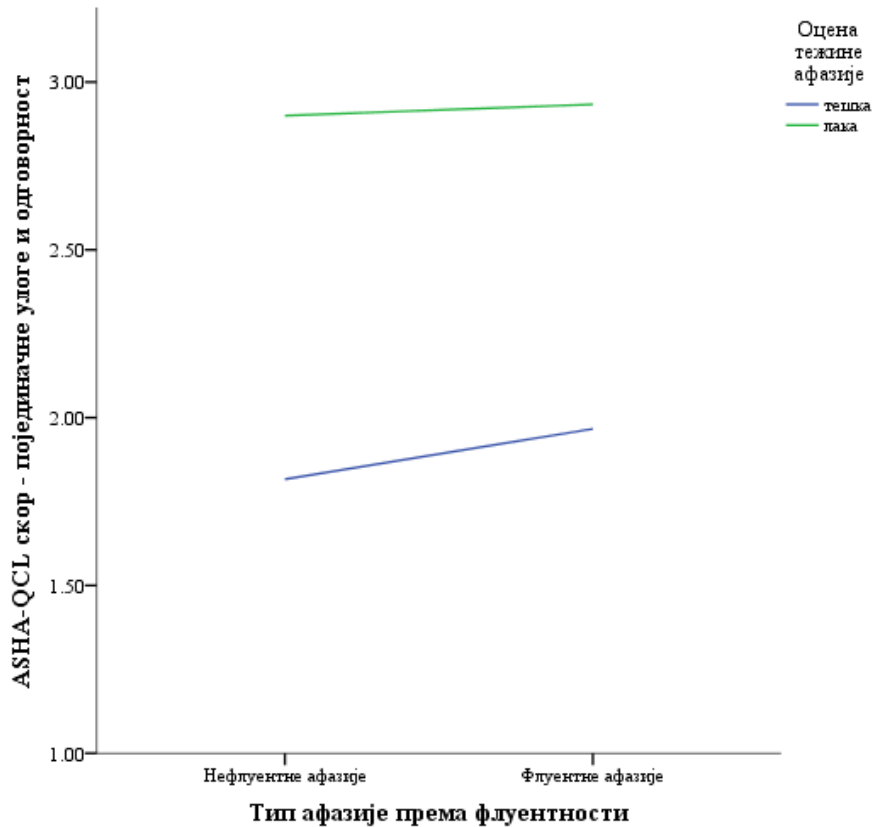
Графикон 65. Вредности скова домена „Самопоуздање“ Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афацијом уједначеним према тежини афације у односу на флуентност

Након уједначавања према тежини афазије, није потврђено да постоји статистички значајна разлика скорa домена „Самопоуздање“ у односу на флуентност ($p > 0,05$; Табела 40). Како приказује Графикон 65, испитаници са флуентном афазијом су имали незнатно већа постигнућа у поређењу са испитаницима са нефлуентном афазијом, како у подгрупи испитаника са тешком афазијом (2,02 наспрам 1,83), тако и у подгрупи испитаника са лаком афазијом (3,02 наспрам 3,00).

Табела 41. Дескриптивне вредности скорa домена „Појединачне улоге и одговорност“ Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према тежини афазије у односу на флуентност

Оцена тежине афазије	Тип афазије према флуентности	Појединачне улоге и одговорност			Компарација		
		<i>M (SD)</i>	<i>Mdn (IQR)</i>	Просечан ранг	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Тешка	Нефлуентна	1,82 (0,61)	1,75 (1,25)	14,30	-0,76	0,450	0,14
	Флуентна	1,97 (0,56)	2,00 (1,00)	16,70			
Лака	Нефлуентна	2,90 (0,42)	3,00 (0,50)	14,63	-0,56	0,576	0,10
	Флуентна	2,93 (0,32)	3,00 (0,75)	16,37			

Напомена: *r* – величина утицаја.



Графикон 66. Вредности скова домена „Појединачне улоге и одговорност“ Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афазиијом уједначеним према тежини афазиије у односу на флуентност

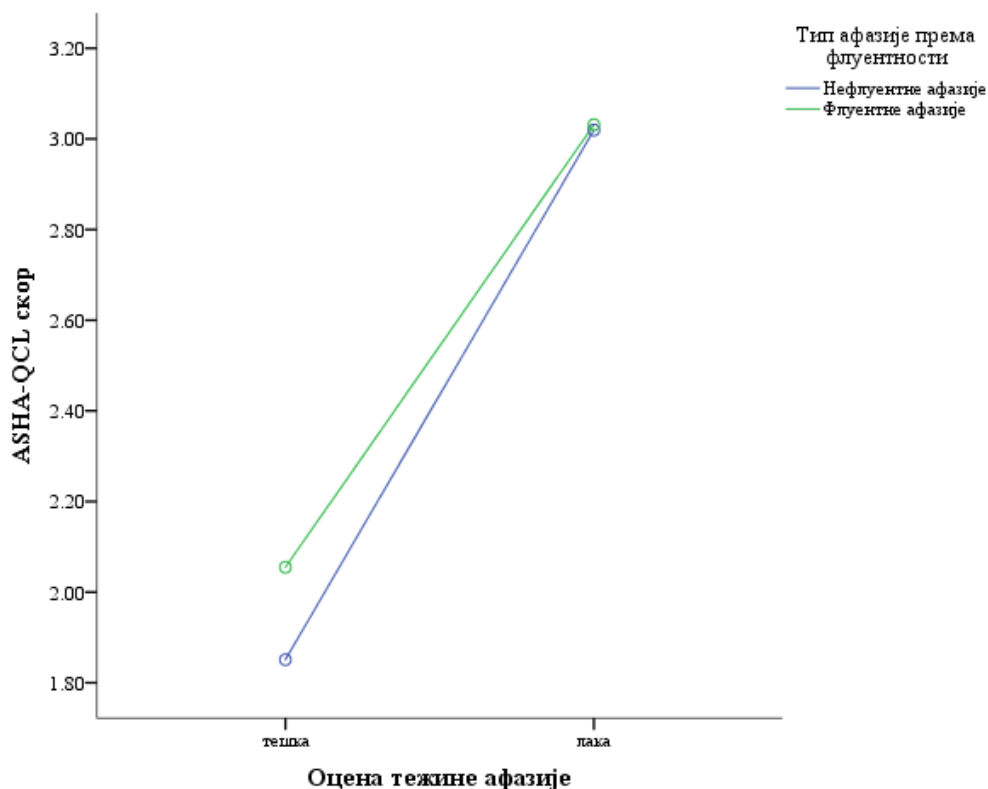
Након уједначавања према тежини афазиије, није потврђено да постоји статистички значајна разлика скова домена „Појединачне улоге и одговорност“ у односу на флуентност ($p > 0,05$; Табела 41). Како приказује Графикон 66, испитаници са флуентном афазиијом су имали незнатно већа постигнућа у поређењу са испитаницима са нефлуентном афазиијом, како у подгрупи испитаника са тешком афазиијом (1,97 наспрам 1,82), тако и у подгрупи испитаника са лаком афазиијом (2,93 наспрам 2,90).

Следећа су начињена поређења према оцени тежине афазиије, након уједначавања према флуентности. Исход Ман-Витнијевог U -теста је дат у Табели 42 када је у питању просечан ASHA-QCL скор, док је компарација вредности забележених на 18. тврдњи приложена у Табели 43. Уз то, приложени су и линијски дијаграми (Графикони 67 и 68).

Табела 42. Дескриптивне вредности и компарација просечног скора на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афазом уједначеним према флуентности и компарација у односу на тежину афазје

Тип афазје према флуентности	Оцена тежине афазје	Дескриптивна вредност скора			Компарација		
		<i>M (SD)</i>	<i>Mdn (IQR)</i>	Просечан ранг	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Нефлуентна	Тешка	1,85 (0,42)	1,94 (0,82)	8,00	-4,67	0,000	0,85
	Лака	3,02 (0,27)	3,00 (0,35)	23,00			
Флуентна	Тешка	2,05 (0,48)	2,12 (1,00)	8,20	-4,54	0,000	0,83
	Лака	3,03 (0,25)	3,06 (0,41)	22,80			

Напомена: *r* – величина утицаја. Статистички сигнификантне разлике су подељане.



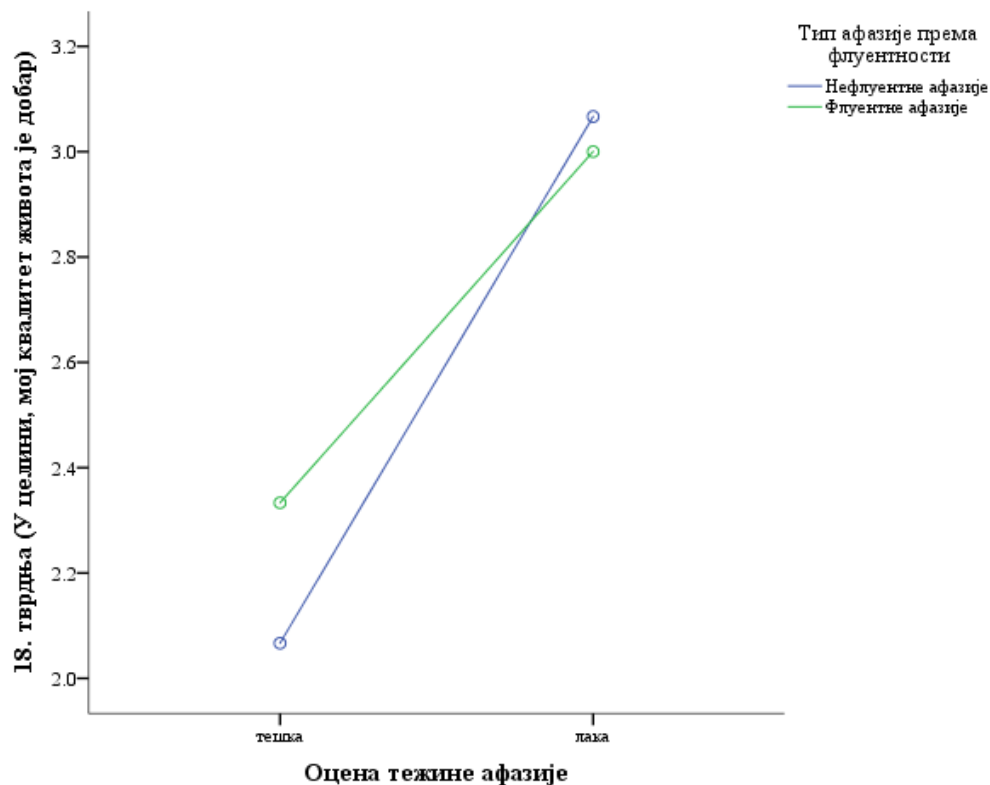
Графикон 67. Вредности просечног скора на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афазом уједначеним према флуентности у односу на тежину афазје

Након уједначавања према флуентности, потврђено је да постоји статистички значајна разлика просечног ASHA-QCL скорa у односу на тежину афазиие на нивоу $p < 0,001$ (Табела 42). Јачина утицаја разлике се може описати као велика ($r = 0,85$, односно $0,83$). Као што приказује Графикон 67, испитаници са лакшим обликом афазиие су имали већа просечна постигнућа у поређењу са испитаницима са тежим обликом афазиие, како у подгрупи испитаника са нефлуентном афазиијом (3,02 наспрам 1,85), тако и у подгрупи испитаника са флуентном афазиијом (3,03 наспрам 2,05).

Табела 43. Дескриптивне вредности и компарација резултата забележених на 18. тврдњи Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афазиијом уједначеним према флуентности и компарација у односу на тежину афазиије

Тип афазиије према флуентности	Оцена тежине афазиије	Дескриптивна вредност 18. тврдње			Компарација		
		<i>M (SD)</i>	<i>Mdn (IQR)</i>	Просечан ранг	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Нефлуентна	Тешка	2,07 (0,26)	2,00 (0,00)	8,47	-4,97	0,000	0,91
	Лака	3,07 (0,26)	3,00 (0,00)	22,53			
Флуентна	Тешка	2,33 (0,49)	2,00 (1,00)	10,50	-3,81	0,000	0,69
	Лака	3,03 (0,25)	3,00 (0,00)	20,50			

Напомена: *r* – величина утицаја. Статистички сигнификантне разлике су подебљане.



Графикон 68. Вредности резултата забележених на 18. тврдњи Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афазijом уједначеним према флуентности у односу на тежину афазije

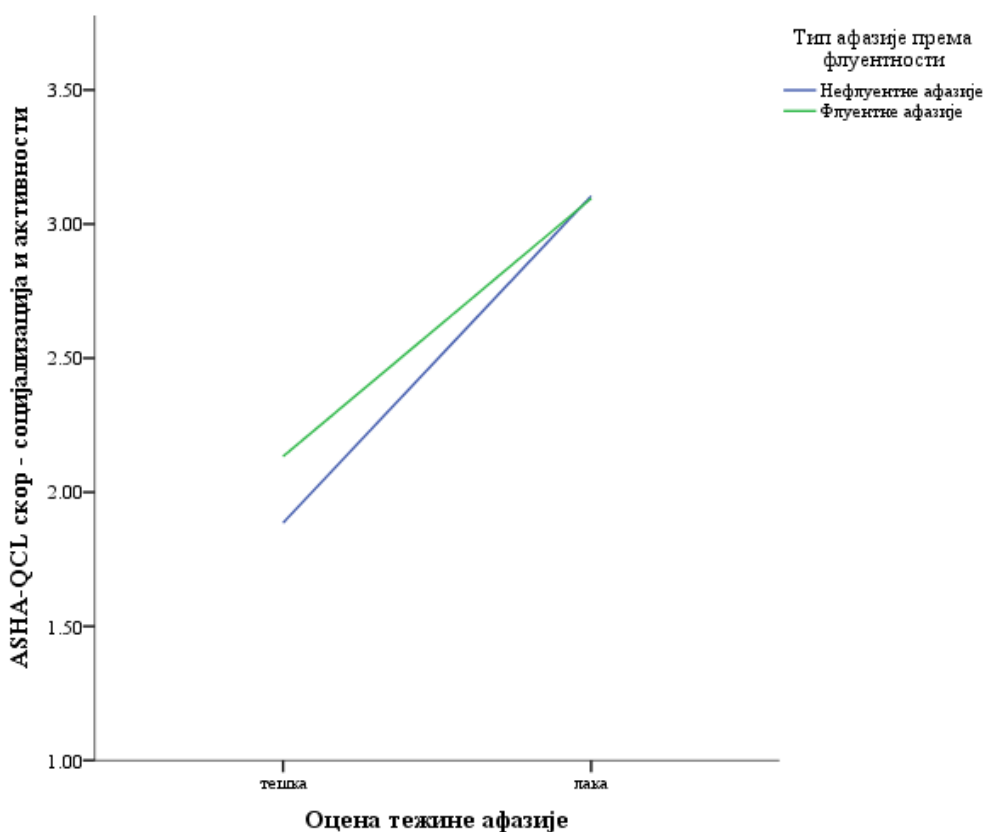
Након уједначавања према флуентности афазije, потврђено је да постоји статистички значајна разлика резултата забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале у односу на тежину афазije ($p < 0,001$; Табела 43). Како приказује Графикон 68, испитаници са лакшим обликом афазije су имали већа просечна постигнућа на издвојеној тврдњи у поређењу са испитаницима са тежим обликом афазije, како у подгрупи испитаника са нефлуентном афазijом (3,07 наспрам 2,07), тако и у подгрупи испитаника са флуентном афазijом (3,03 наспрам 2,33).

Следећа су начињена поређења према оци тежине афазije, након уједначавања према флуентности. Исходи Ман-Витнијевог U -теста су у Табелама 44 до 46, док је компарација вредности представљена и на линијским дијаграмима (Графикони 69 до 71).

Табела 44. Дескриптивне вредности скова домена „Социјализација и активности“ Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афацијом уједначеним према флуентности и компарација у односу на тежину афације

Тип афације према флуентности	Оцена тежине афације	Социјализација и активности			Компарација		
		<i>M (SD)</i>	<i>Mdn (IQR)</i>	Просечан ранг	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Нефлуентна	Тешка	1,89 (0,35)	1,86 (0,57)	8,03	-4,66	0,000	0,85
	Лака	3,10 (0,33)	3,00 (0,43)	22,97			
Флуентна	Тешка	2,13 (0,52)	2,29 (0,86)	8,47	-4,39	0,000	0,80
	Лака	3,10 (0,32)	3,00 (0,57)	22,53			

Напомена: *r* – величина утицаја. Статистички сигнификантне разлике су подељане.



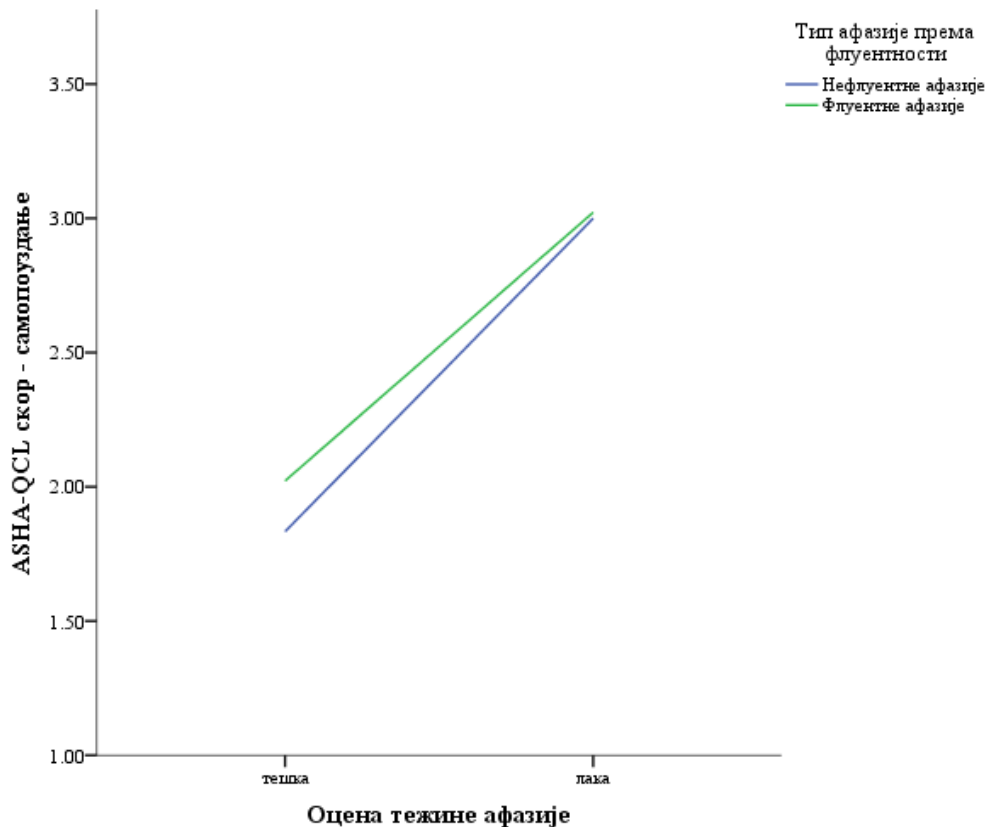
Графикон 69. Вредности скова домена „Социјализација и активности“ Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афацијом уједначеним према флуентности у односу на тежину афације

Након уједначавања према флуентности, потврђено је да постоји статистички значајна разлика скорa домена „Социјализација и активности“ у односу на тежину афазиие на нивоу $p < 0,001$ (Табела 44). Јачина утицаја разлике се може описати као велика ($r = 0,85$, односно $0,80$). Као што приказује Графикон 69, испитаници са лакшим обликом афазиие су имали већа постигнућа у поређењу са испитаницима са тежим обликом афазиие, како у подгрупи испитаника са нефлуентном афазиијом (3,10 наспрам 1,89), тако и у подгрупи испитаника са флуентном афазиијом (3,10 наспрам 2,13).

Табела 45. Дескриптивне вредности скорa домена „Самопоуздање“ Скале квалитета комуникативног живота – *ASHA-QCL* у подгрупама испитаника са афазиијом уједначеним према флуентности и компарација у односу на тежину афазиие

Тип афазиие према флуентности	Оцена тежине афазиие	Самопоуздање			Компарација		
		<i>M (SD)</i>	<i>Mdn (IQR)</i>	Просечан ранг	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Нефлуентна	Тешка	1,83 (0,48)	1,83 (0,83)	8,13	-4,61	0,000	0,84
	Лака	3,00 (0,26)	3,00 (0,33)	22,87			
Флуентна	Тешка	2,02 (0,50)	2,17 (1,00)	8,10	-4,63	0,000	0,84
	Лака	3,02 (0,27)	3,00 (0,33)	22,90			

Напомена: *r* – величина утицаја. Статистички сигнификантне разлике су подебљане.



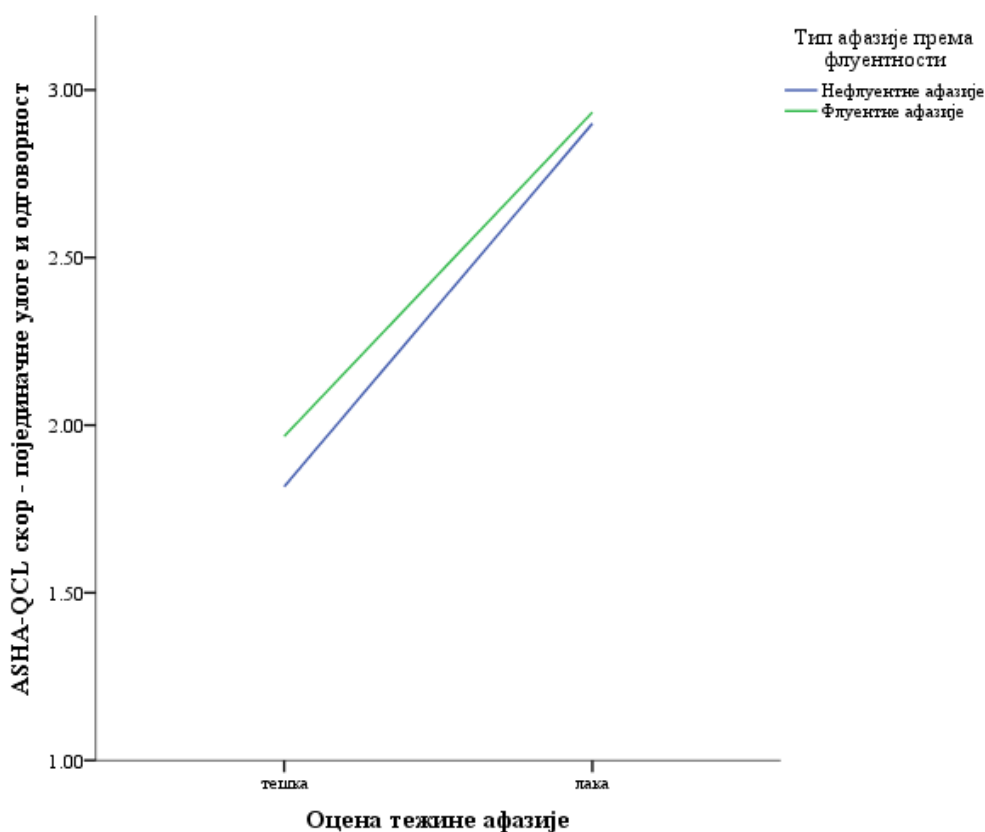
Графикон 70. Вредности сора домена „Самопоуздање“ Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афазиијом уједначеним према флуентности у односу на тежину афазиије

Након уједначавања према флуентности, потврђено је да постоји статистички значајна разлика сора домена „Самопоуздање“ у односу на тежину афазиије на нивоу $p < 0,001$ (Табела 45). Јачина утицаја разлике се може описати као велика ($r = 0,84$). Као што приказује Графикон 70, испитаници са лакшим обликом афазиије су имали већа постигнућа у поређењу са испитаницима са тежим обликом афазиије, како у подгрупи испитаника са нефлуентном афазиијом (3,00 наспрам 1,83), тако и у подгрупи испитаника са флуентном афазиијом (3,02 наспрам 2,02).

Табела 46. Дескриптивне вредности скова домена „Појединачне улоге и одговорност“ квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афазисом уједначеним према флуентности и компарација у односу на тежину афазисе

Тип афазисе према флуентности	Оцена тежине афазисе	Појединачне улоге и одговорност			Компарација		
		<i>M (SD)</i>	<i>Mdn (IQR)</i>	Просечан ранг	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Нефлуентна	Тешка	1,82 (0,61)	1,75 (1,25)	9,13	-4,00	0,000	0,73
	Лака	2,90 (0,42)	3,00 (0,50)	21,87			
Флуентна	Тешка	1,97 (0,56)	2,00 (1,00)	8,83	-4,21	0,000	0,77
	Лака	2,93 (0,75)	3,00 (0,75)	22,17			

Напомена: *r* – величина утицаја. Статистички сигнификантне разлике су подебљане.



Графикон 71. Вредности скова домена „Појединачне улоге и одговорност“ Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афазисом уједначеним према флуентности у односу на тежину афазисе

Након уједначавања према флуентности, потврђено је да постоји статистички значајна разлика скорa домена „Појединачне улоге и одговорност“ у односу на тежину афазиие на нивоу $p < 0,001$ (Табела 46). Јачина утицаја разлике се може описати као велика ($r = 0,73$, односно $r = 0,77$). Као што приказује Графикон 71, испитаници са лакшим обликом афазиие су имали већа постигнућа у поређењу са испитаницима са тежим обликом афазиие, како у подгрупи испитаника са нефлуентном афазиијом (2,90 наспрам 1,82), тако и у подгрупи испитаника са флуентном афазиијом (2,93 наспрам 1,97).

Просечан ASHA-QCL скор и вредности забележене на 18. тврдњи ASHA-QCL скале су упоређене у односу на тип афазиие, применом Крускал-Волисовог *H*-теста (Табела 47). Крускал-Волисов *H*-тест је указао да постоје две статистички значајне разлике, у односу на просечан ASHA-QCL скор и у односу на вредности забележене на 18. тврдњи ASHA-QCL скале, обе на нивоу $p < 0,001$ (Табела 47). Медијана просечног ASHA-QCL скорa у подгрупама испитаника са Брокином ($Mdn = 1,94$) и са Верникеовом афазиијом ($Mdn = 2,12$) је нижа од медијана нађених у подгрупама испитаника са транскортикалном моторном ($Mdn = 3,00$) и са транскортикалном сензорном афазиијом ($Mdn = 3,06$). Упоредиво се може рећи и када се погледају вредности забележене на 18. тврдњи ASHA-QCL скале, а које су мање у подгрупама испитаника са Брокином и Верникеовом афазиијом ($Mdn = 2,00$, оба) у поређењу са подгрупама испитаника са транскортикалном моторном и транскортикалном сензорном афазиијом ($Mdn = 3,00$, оба).

Табела 47. Дескриптивне вредности и компарација резултата забележених на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у односу на тип афазиие

ASHA-QCL	Тип афазиие	Дескриптивне вредности			Компарација	
		<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Mdn</i> (<i>IQR</i>)	Просечан ранг	χ^2 (<i>df</i>) [†]	<i>p</i>
Просечан скор	Транскортикална моторна	3,00 (0,30)	3,00 (0,35)	44,07	37,24 (3)	0,000
	Брокина	1,87	1,94	14,03		

		(0,47)	(0,82)			
	Транскортикална сензорна	2,98 (0,30)	3,06 (0,59)	44,13		
	Верникеова	2,11 (0,55)	2,12 (1,12)	19,77		
Тврдња бр. 18	Транскортикална моторна	3,07 (0,26)	3,00 (0,00)	43,20	41,15 (3)	0,000
	Брокина	2,07 (0,26)	2,00 (0,00)	14,47		
	Транскортикална сензорна	3,00 (0,00)	3,00 (0,00)	42,00		
	Верникеова	2,33 (0,49)	2,00 (1,00)	22,33		

Напомена: Статистички сигнификантне разлике унутар група су подебљане.

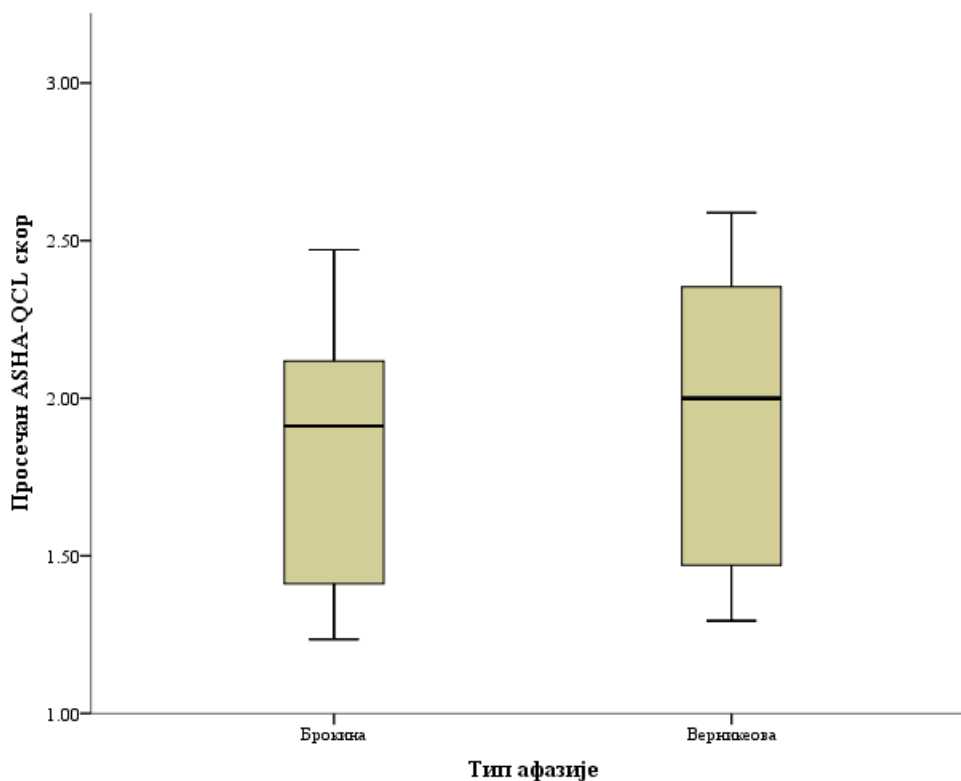
†Крускал-Волисов *H*-тест.

У наредном кораку је извршена компарација према типу афазације, а након уједначавања према тежини афазације. Прво, у оквиру подгрупе испитаника са тешком афазацијом, извршена је компарација одабраних варијабли (просечан ASHA-QCL скор и вредности забележене на 18. тврдњи ASHA-QCL скале) применом Ман-Витнијевог *U*-теста између испитаника са Брокином афазацијом и испитаника са Верникеовом афазацијом.

Табела 48. Дескриптивне вредности и компарација просечног скорa на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL испитаника са Брокином и испитаника са Верникеовом афазацијом уједначених према тежини афазације

Оцена тежине афазације	Тип афазације	Дескриптивна вредност скорa			Компарација		
		<i>M (SD)</i>	<i>Mdn (IQR)</i>	Просечан ранг	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Тешка	Брокина	1,81 (0,40)	1,91 (0,75)	12,36	-1,12	0,236	0,22
	Верникеова	1,98 (0,46)	2,00 (0,94)	15,77			

Напомена: *r* – величина утицаја.



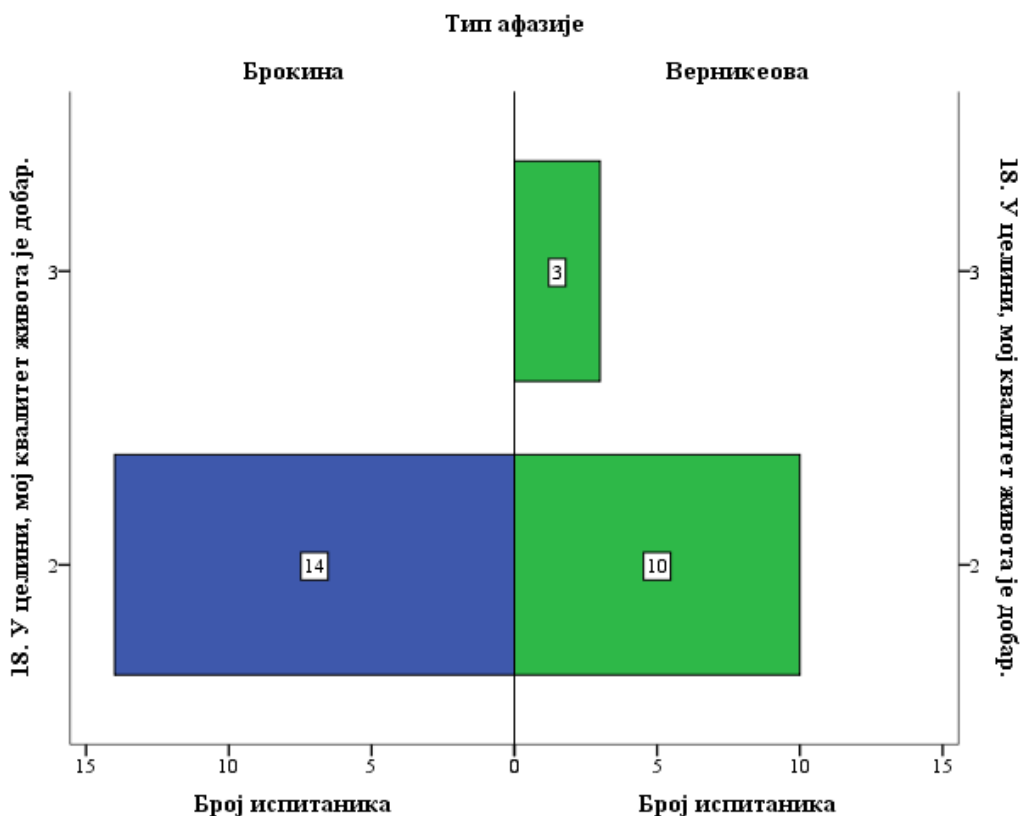
Графикон 72. Вредности просечног сора на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са Брокином и са Верникеовом афазиијом уједначеним према тежини афазиије

Након уједначавања према тежини афазиије, није потврђено да постоји статистички значајна разлика просечног ASHA-QCL сора између испитаника са Брокином афазиијом и испитаника са Верникеовом афазиијом ($p > 0,05$; Табела 48). Како приказује Графикон 72, испитаници са Верникеовом афазиијом су имали нешто већа постигнућа у поређењу са испитаницима са Брокином афазиијом (2,00 наспрам 1,91).

Табела 49. Дескриптивне вредности и компарација резултата забележених на 18. тврдњи Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL испитаника са Брокином и испитаника са Верникеовом афазијом уједначених према тежини афазије

Оцена тежине афазије	Тип афазије	Дескриптивна вредност 18. тврдње			Компарација		
		<i>M (SD)</i>	<i>Mdn (IQR)</i>	Просечан ранг	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Тешка	Брокина	2,00 (0,00)	2,00 (0,00)	12,50	-1,87	0,061	0,36
	Верникеова	2,23 (0,44)	2,00 (0,50)	15,62			

Напомена: *r* – величина утицаја.



Графикон 73. Вредности резултата забележених на 18. тврдњи Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са Брокином и испитаника са Верникеовом афазијом уједначених према тежини афазије

Након уједначавања према тежини афазије, није потврђено да постоји статистички значајна разлика резултата забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале између испитаника са Брокином афазијом и испитаника са Верникеовом

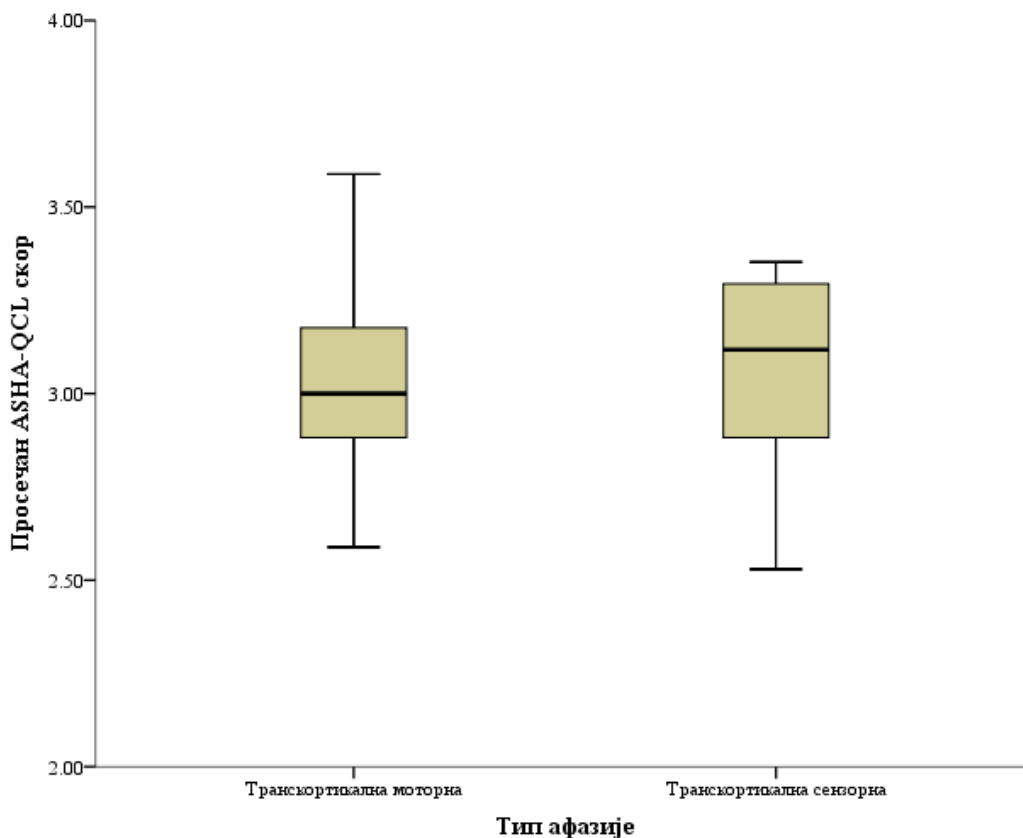
афазиијом ($p > 0,05$; Табела 49). Због изостанка варијабилности вредности ове варијабле у подгрупи испитаника са Брокином афазиијом која је процењена као тежа, приложен је упоредни хистограм забележених резултата (Графикон 73). Како приказује Графикон 73, код свих испитаника са Брокином афазиијом оцењеном као тежом ($n = 14$) је забележена вредност 2 на издвојеној тврдњи, те је изостала варијабилност резултата. У подгрупи испитаника са Верникеовом афазиијом оцењеном као тежом ($n = 13$), код 10 испитаника је забележена вредност 2, док је код троје забележена вредност 3.

Друго, у оквиру подгрупе испитаника са лакоом афазиијом, извршена је компарација наведених варијабли (просечан ASHA-QCL скор и вредности забележене на 18. тврдњи ASHA-QCL скале) применом Ман-Витнијевог U -теста између испитаника са транскортикалном моторном афазиијом и испитаника са транскортикалном сензорном афазиијом.

Табела 50. *Дескриптивне вредности и компарација просечног скорa на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL испитаника са транскортикалном моторном и испитаника са транскортикалном сензорном афазиијом уједначених према тежини афазиије*

Оцена тежине афазиије	Тип афазиије – транскортикална	Дескриптивна вредност скорa			Компарација		
		$M (SD)$	$Mdn (IQR)$	Просечан ранг	z	p	r
Лака	моторна	3,03 (0,27)	3,00 (0,32)	13,46	-0,36	0,715	0,07
	сензорна	3,05 (0,26)	3,12 (0,47)	14,58			

Напомена: r – величина утицаја.



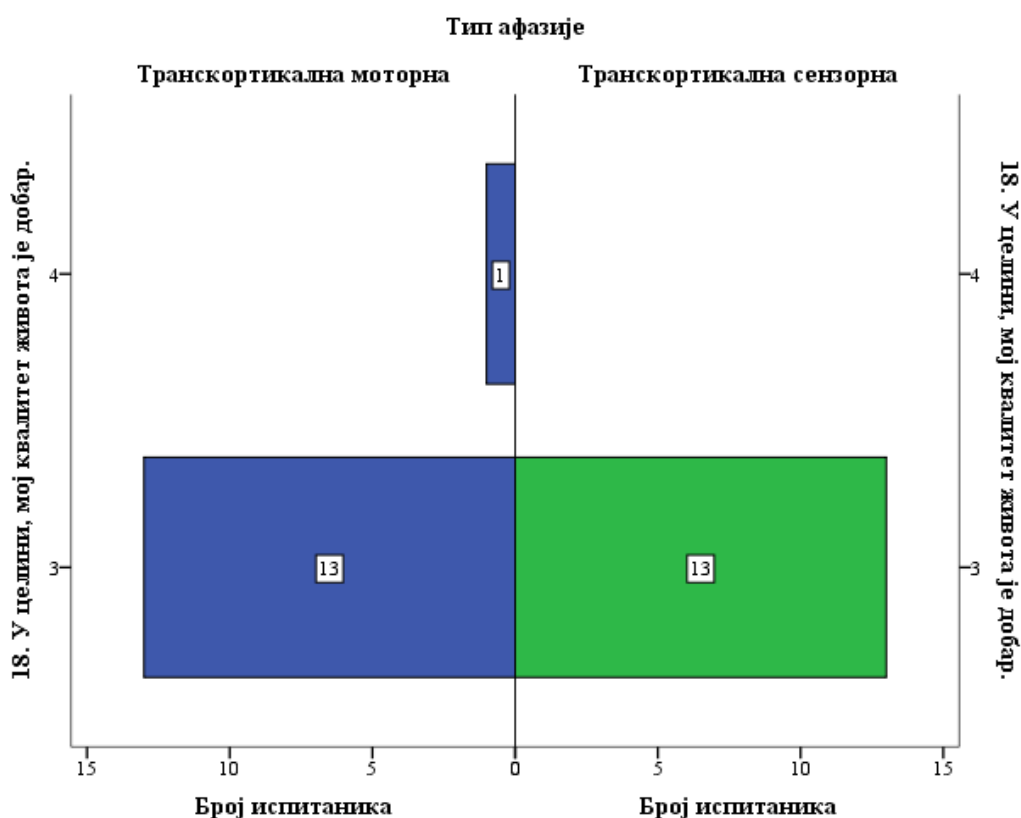
Графикон 74. Вредности просечног скора на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са транскортикалном моторном и са транскортикалном сензорном афазијом уједначеним према тежини афазје

Након уједначавања према тежини афазје, није потврђено да постоји статистички значајна разлика просечног ASHA-QCL скора између подгрупа испитаника са транскортикалном моторном афазијом и испитаника са транскортикалном сензорном афазијом ($p > 0,05$; Табела 50). Како приказује Графикон 74, испитаници са транскортикалном сензорном афазијом су имали незнатно већа постигнућа у поређењу са испитаницима са транскортикалном моторном афазијом (3,12 наспрам 3,00).

Табела 51. Дескриптивне вредности и компарација резултата забележених на 18. тврдњи Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL испитаника са транскортикалном моторном и испитаника са транскортикалном сензорном афазијом уједначених према тежини афазије

Оцена тежине афазије	Тип афазије – транскортикална	Дескриптивна вредност 18. тврдње			Компарација		
		<i>M (SD)</i>	<i>Mdn (IQR)</i>	Просечан ранг	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Лака	моторна	3,07 (0,27)	3,00 (0,00)	14,46	-0,96	0,335	0,36
	сензорна	3,00 (0,00)	3,00 (0,00)	13,50			

Напомена: *r* – величина утицаја.



Графикон 75. Вредности резултата забележених на 18. тврдњи Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са транскортикалном моторном и испитаника са транскортикалном сензорном афазијом уједначеним према тежини афазије

Након уједначавања према тежини афазиие, није потврђено да постоји статистички значајна разлика резултата забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале између подгрупа испитаника са транскортикалном моторном афазиијом и испитаника са транскортикалном сензорном афазиијом ($p > 0,05$; Табела 51). Како приказује Графикон 75, код свих испитаника са транскортикалном сензорном афазиијом оцењеном као лако ($n = 13$) је забележена вредност 3 на издвојеној тврдњи, те је изостала варијабилност резултата. У подгрупи испитаника са транскортикалном моторном афазиијом оцењеном као лако ($n = 14$), код 13 испитаника је забележена вредност 3, док је код једног испитаника забележена вредност 1.

Постигнућа испитаника са афазиијом на појединачним доменима ASHA-QCL скале су упоређена у односу на тип афазиие, применом Крускал-Волисовог H -теста (Табела 52).

Табела 52. Дескриптивне вредности и компарација резултата забележених на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у односу на тип афазиије

ASHA-QCL	Тип афазиије	Дескриптивне вредности			Компарација	
		M (SD)	Mdn (IQR)	Просечан ранг	χ^2 (df) [†]	p
Социјализација и активности	Транскортикална моторна	3,06 (0,40)	3,00 (0,43)	43,73	33,735 (3)	0,000
	Брокина	1,93 (0,44)	1,86 (0,57)	14,57		
	Транскортикална сензорна	3,05 (0,36)	3,00 (0,57)	43,00		
	Верникеова	2,18 (0,58)	2,29 (1,00)	20,70		
Самопоуздање	Транскортикална моторна	2,99 (0,27)	3,00 (0,33)	44,70	36,750 (3)	0,000
	Брокина	1,84 (0,50)	1,83 (0,83)	14,23		
	Транскортикална сензорна	2,97 (0,32)	3,00 (0,50)	43,20		
	Верникеова	2,08 (0,58)	2,17 (1,00)	19,87		
Појединачне улоге и	Транскортикална моторна	2,90 (0,42)	3,00 (0,50)	42,40	30,828 (3)	0,000

одговорност	Брокина	1,82 (0,61)	1,75 (1,25)	16,37		
	Транскортикална сензорна	2,88 (0,39)	3,00 (0,75)	43,20		
	Верникеова	2,02 (0,60)	2,25 (1,00)	20,03		

Напомена: Статистички сигнификантне разлике унутар група су подебљане.

†Крускал-Волисов *H*-тест.

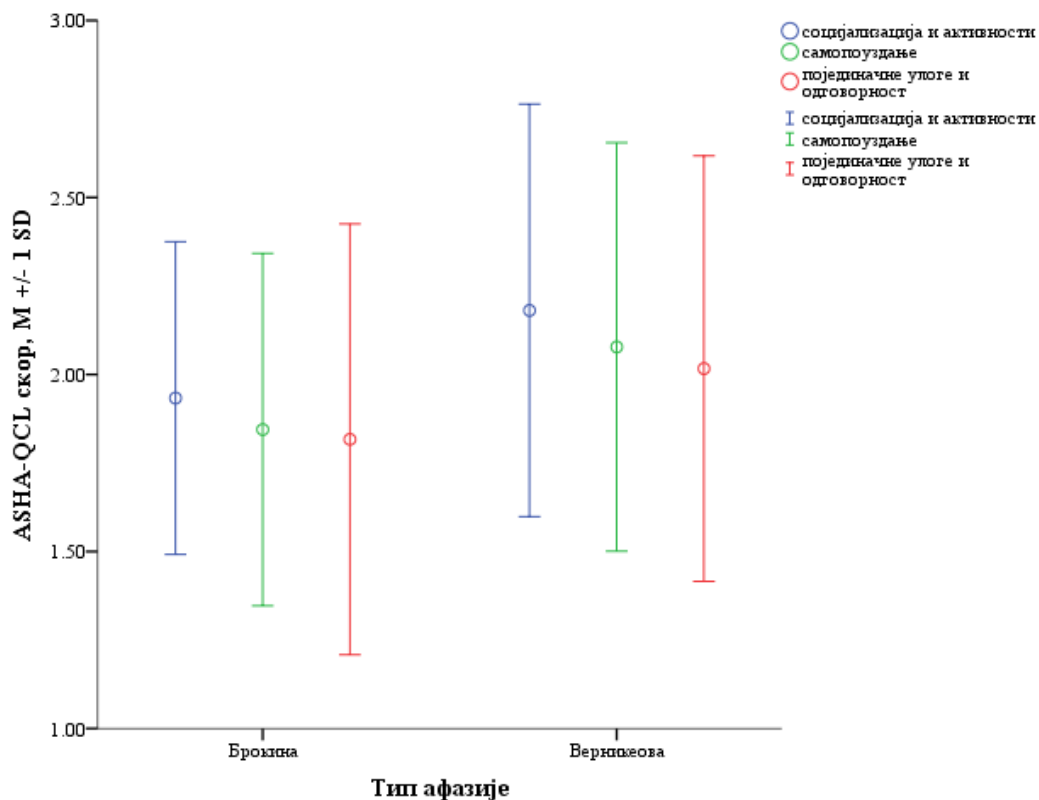
Крускал-Волисов *H*-тест је указао да постоје статистички значајне разлике у скоровима сва три појединачна ASHA-QCL домена и то на нивоу $p < 0,001$ (Табела 52). Медијана скора „Социјализација и активности“ у подгрупама испитаника са Брокином ($Mdn = 1,86$) и са Верникеовом афазијом ($Mdn = 2,29$) је нижа од медијана нађених у подгрупама испитаника са транскортикалном моторном ($Mdn = 3,00$) и са транскортикалном сензорном афазијом ($Mdn = 3,00$). Упоредиво се може рећи и када се погледају вредности забележене у друга два домена. Тачније, медијана скора „Самопоуздање“ у подгрупама испитаника са Брокином ($Mdn = 1,83$) и са Верникеовом афазијом ($Mdn = 2,17$) је нижа од медијана нађених у подгрупама испитаника са транскортикалном моторном и са транскортикалном сензорном афазијом ($Mdn = 3,00$). На крају, медијана скора „Појединачне улоге и одговорност“ у подгрупама испитаника са Брокином ($Mdn = 1,75$) и са Верникеовом афазијом ($Mdn = 2,25$) је нижа од медијана нађених у подгрупама испитаника са транскортикалном моторном и са транскортикалном сензорном афазијом ($Mdn = 3,00$).

У наредном кораку је извршена компарација према типу афазије, а након уједначавања према тежини афазије код појединачних домена. Компарација скорова појединачних домена је извршена применом Ман-Витнијевог *U*-теста и то прво у оквиру подгрупе са тешком афазијом између испитаника са Брокином и Верникеовом афазијом (Табела 53), а потом у оквиру подгрупе испитаника са лаком афазијом између испитаника са транскортикалном моторном афазијом и испитаника са транскортикалном сензорном афазијом (Табела 54).

Табела 53. Дескриптивне вредности и компарација скорова појединачних домена Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL према типу афазиске испитаника са тешком афазиском

ASHA-QCL	Тип афазиске (тешка)	Дескриптивна вредност скора			Компарација		
		<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Mdn</i> (<i>IQR</i>)	Просечан ранг	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Социјализација и активности	Брокина	1,93 (0,44)	1,86 (0,57)	13,43	-1,29	0,197	0,24
	Верникеова	2,18 (0,58)	2,29 (1,00)	17,57			
Самопоуздање	Брокина	1,84 (0,50)	1,83 (0,83)	13,53	-1,23	0,218	0,22
	Верникеова	2,08 (0,58)	2,17 (1,00)	17,47			
Појединачне улоге и одговорност	Брокина	1,82 (0,61)	1,75 (1,25)	14,07	-0,91	0,365	0,17
	Верникеова	2,02 (0,60)	2,25 (1,00)	16,93			

Напомена: *r* – величина утицаја.



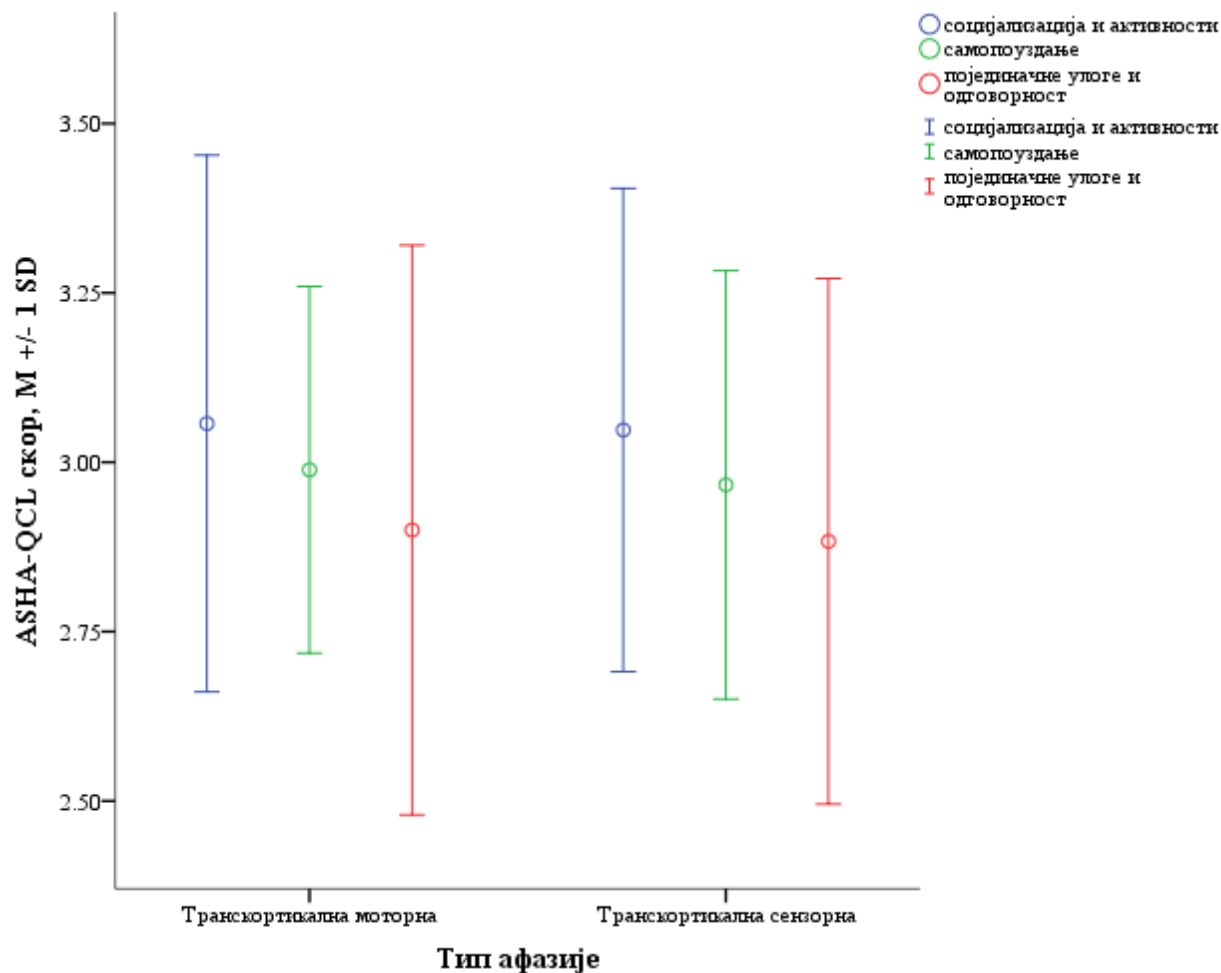
Графикон 76. Вредности скорова појединачних домена Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL испитаника са тешком афазиијом у односу на тип афазиије

Након уједначавања према тежини афазиије, није потврђено да постоји статистички значајна разлика скорова појединачних ASHA-QCL домена између испитаника са Брокином афазиијом и испитаника са Верникеовом афазиијом ($p > 0,05$, све анализе; Табела 53). Како приказује Графикон 76, испитаници са Верникеовом афазиијом су имали дескриптивно већа постигнућа у сва три ASHA-QCL домена у поређењу са испитаницима са Брокином афазиијом.

Табела 54. Дескриптивне вредности и компарација скорова појединачних домена Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL према типу афазије испитаника са лаком афазијом

ASHA-QCL	Тип афазије (лака)	Дескриптивна вредност скора			Компарација		
		<i>M (SD)</i>	<i>Mdn (IQR)</i>	Просеча н ранг	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Социјализација и активности	транскортикална моторна	3,06 (0,40)	3,00 (0,43)	15,90	-0,25	0,801	0,05
	транскортикална сензорна	3,05 (0,36)	3,00 (0,57)	15,10			
Самопоуздање	транскортикална моторна	2,99 (0,27)	3,00 (0,33)	16,20	-0,44	0,658	0,08
	транскортикална сензорна	2,97 (0,32)	3,00 (0,50)	14,80			
Појединачне улоге и одговорност	транскортикална моторна	2,90 (0,42)	3,00 (0,50)	15,07	-0,28	0,782	0,05
	транскортикална сензорна	2,88 (0,39)	3,00 (0,75)	15,93			

Напомена: *r* – величина утицаја.



Графикон 77. Вредности скорова појединачних домена Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL испитаника са лакоом афазиијом у односу на тип афазиије

Након уједначавања према тежини афазиије, није потврђено да постоји статистички значајна разлика скорова појединачних ASHA-QCL домена између испитаника са транскортикалном моторном афазиијом и испитаника са транскортикалном сензорном афазиијом ($p > 0,05$, све анализе; Табела 54). Како приказује Графикон 77, испитаници са транскортикалном сензорном афазиијом су имали упоредива постигнућа у поређењу са испитаницима са транскортикалном моторном афазиијом.

У следећем делу тестирано је да ли време трајања афазичког поремећаја има утицај на квалитет комуникативног живота. Повезаност просечног скорa и вредности забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале, с једне стране, и трајања афазичког поремећаја израженог у месецима, с друге, испитана је Спирмановом корелацијом ранга. Исходи ових анализа су приказани у Табели 55.

Табела 55. Корелација постигнућа испитаника са афазијом на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL и трајања афазичког поремећаја

ASHA-QCL	Трајање афазичког поремећаја (у месецима)	
	ρ	p
Просечан скор	0,312*	0,015
Тврдња бр. 18	0,143	0,277

Напомена: Статистички сигнификантне вредности су подебљане.

* $p < 0,05$.

Према резултатима статистичке анализе повезаности између постигнућа испитаника са афазијом на *Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL* и трајања афазичког поремећаја, може се закључити да је једно од два испитивана постигнућа достигло статистичку значајност корелације (Табела 55). Тачније, потврђена је умерена и позитивна корелација између просечног ASHA-QCL скорa и трајања афазије ($\rho = 0,312$, $p < 0,05$) при чему веће вредности трајања афазичког поремећаја израженог у месецима прате веће вредности просечног ASHA-QCL скорa. С друге стране, код вредности забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале је израчуната статистичка значајност коефицијента корелације изнад одређеног нивоа од 0,05 чиме је искључена статистичка значајност у датом узорку (Табела 55). Дакле, не може се тврдити да вредности забележене на 18. тврдњи ASHA-QCL скале варирају статистички значајно према трајању афазичког поремећаја.

Статистичка значајност повезаности између постигнућа на ASHA-QCL скали и трајања афазичког поремећаја је истражена применом Спирманове корелације ранга у подгрупама испитаника са афазијом уједначених према тежини афазије, према флуентности и према типу афазије (Табела 56).

Табела 56. Корелација постигнућа на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL и трајања афазичког поремећаја у подгрупама испитаника са афазијом уједначених према тежини, флуентности и типу афазије

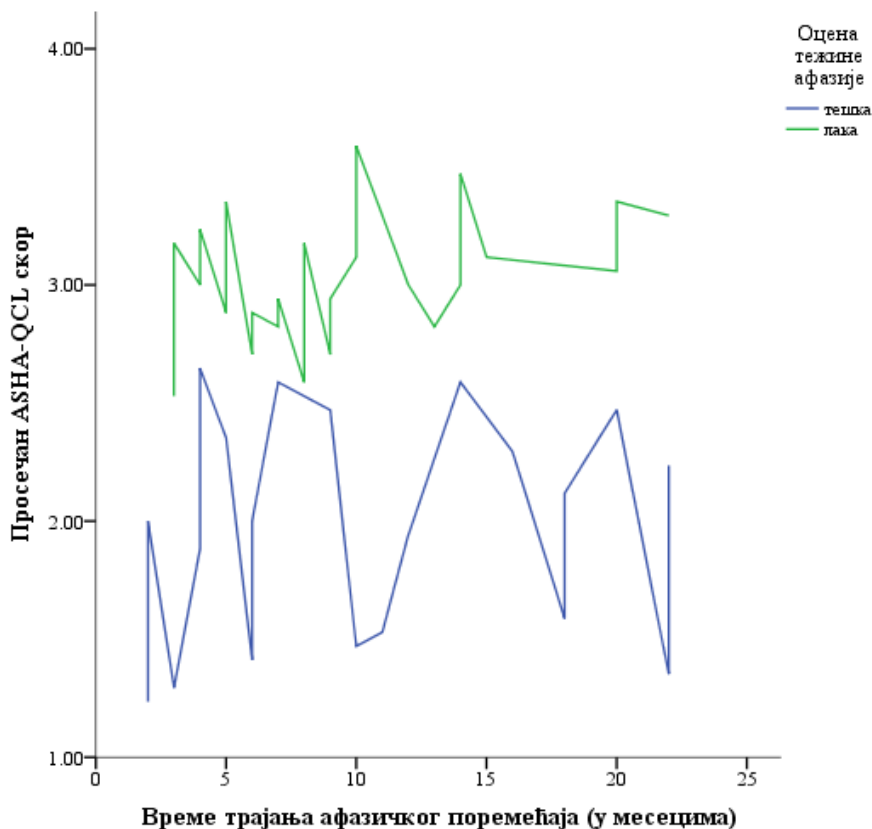
Варијабла	Категорија	ASHA-QCL	Трајање афазије (у месецима)	
			ρ	p
Оцена тежине афазије	Тешка	Просечан скор	0,319	0,085
		Тврдња бр. 18	0,000	1,000
	Лака	Просечан скор	0,405*	0,026
		Тврдња бр. 18	0,172	0,363
Флуентност	Нефлуентна	Просечан скор	0,162	0,391
		Тврдња бр. 18	0,065	0,731
	Флуентна	Просечан скор	0,462*	0,010
		Тврдња бр. 18	0,226	0,230
Тип афазије	Транскорт. моторна	Просечан скор	0,208	0,457
		Тврдња бр. 18	0,341	0,213
	Брокина	Просечан скор	0,282	0,308
		Тврдња бр. 18	0,000	1,000
	Транскорт. сензорна	Просечан скор	0,532*	0,023
		Тврдња бр. 18	/	/
	Верникеова	Просечан скор	0,397	0,142
		Тврдња бр. 18	0,166	0,554

Напомена: Статистички сигнификантне вредности су подебљане.

* $p < 0,05$.

Према резултатима статистичке анализе повезаности између постигнућа на скали ASHA-QCL и трајања афазичког поремећаја у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према тежини, флуентности или типу афазије, може се закључити да су три коефицијента корелације достигла статистичку значајност (Табела 56). Како би се дескриптивно описале статистички значајне корелације, приложени су линијски дијаграми (Графикони 78, 79, 80 и 81).

Прво, потврђена је умерена и позитивна корелација између просечног ASHA-QCL скорa и трајања афазије у подгрупи испитаника са афазијом оцењеном као афазија лаког степена ($\rho = 0,405$, $p < 0,05$). Веће вредности трајања афазичког поремећаја код испитаника са лаком афазијом прате веће вредности просечног ASHA-QCL скорa (Табела 56).

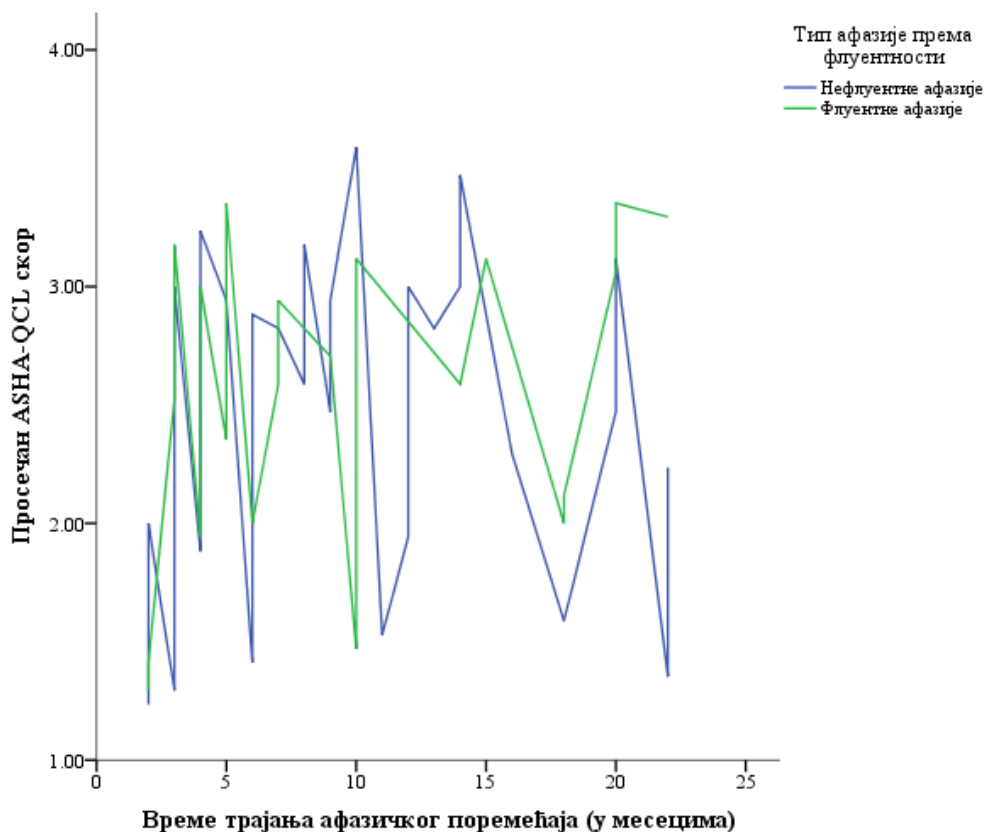


Графикон 78. Повезаност просечног скора на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL и трајања афазичког поремећаја у подгрупама испитаника са афазичком поремећајем уједначених према тежини афазичког поремећаја

Графикон 78 представља приказ повезаности просечног ASHA-QCL скора и трајања афазичког поремећаја у подгрупама испитаника уједначених према тежини афазичког поремећаја. Плавом кривом су представљене вредности измерене код испитаника са тешком афазичком поремећајем, док су зеленом кривом приказане вредности утврђене код испитаника са лакшим обликом афазичког поремећаја. Када се упореде вредности и тренд корелација, уочава се да су, у поређењу са испитаницима са тешком афазичком поремећајем, испитаници са лакшом афазичком поремећајем просечно више оценили квалитет свог комуникативног живота и да је код њих присутна тенденција да са протицањем времена тај скор буде виши.

Друго, утврђена је умерена и позитивна корелација између просечног ASHA-QCL скора и трајања афазичког поремећаја у подгрупи испитаника са флуентном

афазиијом ($\rho = 0,462, p < 0,05$). Веће вредности трајања афазичког поремећаја код испитаника са флуентном афазиијом прате веће вредности просечног ASHA-QCL скорa (Табела 56).

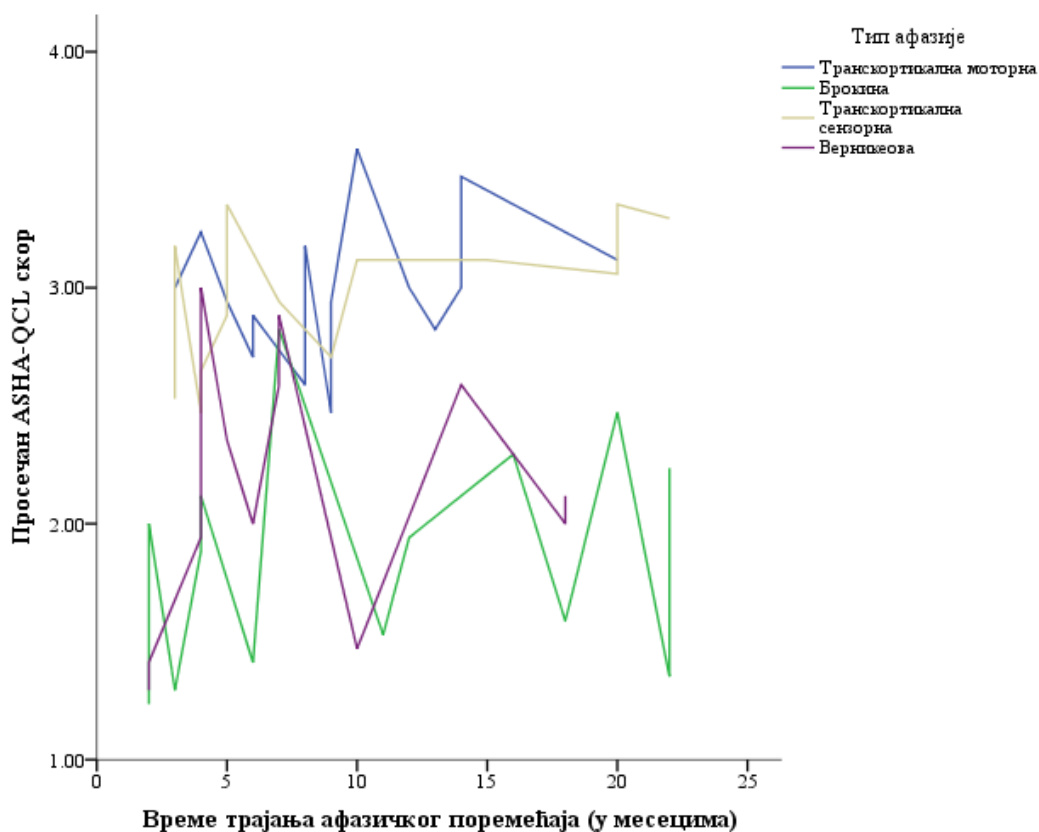


Графикон 79. Повезаност просечног скорa на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL и трајања афазичког поремећаја у подгрупама испитаника са афазиијом уједначених према флуентности

Графикон 79 представља приказ повезаности просечног ASHA-QCL скорa и трајања афазичког поремећаја у подгрупама испитаника уједначених према флуентности афазиије. Плавом кривом су представљене вредности измерене код испитаника са нефлуентном афазиијом, док су зеленом кривом приказане вредности утврђене код испитаника са флуентном афазиијом. Када се упореде вредности и тренд корелација, уочава се да је, у поређењу са подгрупом са

нефлуентном афазиијом, код испитаника са флуентном афазиијом присутна тенденција да са протицањем времена ASHA-QCL скор буде виши. Вредности просечног ASHA-QCL скора ове две подгрупе испитаника су блиске и међусобно упоредиве.

Треће, јака и позитивна корелација између просечног ASHA-QCL скора и трајања афазиије је израчуната у подгрупи испитаника са транскортикалном сензорном афазиијом ($\rho = 0,583, p < 0,05$). Веће вредности трајања афазичког поремећаја код испитаника са транскортикалном сензорном афазиијом прате веће вредности просечног ASHA-QCL скора (Табела 56).



Графикон 80. Повезаност просечног скора на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL и трајања афазичког поремећаја у подгрупама испитаника са афазиијом уједначених према типу афазиије

Графикон 80 представља приказ повезаности просечног ASHA-QCL скора и трајања афазичког поремећаја у подгрупама испитаника уједначених према типу

афазиије. Плавом кривом су представљене вредности измерене код испитаника са транскортикалном моторном афазиијом, а црвеном утврђене код испитаника са транскортикалном сензорном афазиијом. Зеленом кривом линијом су дате вредности нађене код испитаника са Брокином афазиијом, док су љубичастом линијом приложене вредности нађене у подгрупи испитаника са Верникеовом афазиијом. Када се упореде вредности и тренд ове четири корелације, тенденција да испитаници код којих афазички поремећај дуже траје имају виши просечан ASHA-QCL скор се уочава у подгрупи испитаника са транскортикалном сензорном афазиијом. Вредности просечног ASHA-QCL скорa подгрупа испитаника са Брокином и Верникеовом афазиијом су блиске и међусобно упоредиве, генерално ниже него у подгрупама испитаника са транскортикалном моторном и транскортикалном сензорном афазиијом.

На крају, код свих осталих испитиваних повезаности је израчуната статистичка значајност коефицијента корелације изнад одређеног нивоа од 0,05. Тиме је искључена статистичка значајност у датом узорку (Табела 56). Дакле, не може се тврдити да остала разматрана постигнућа испитаника са афазиијом уједначених према одабраним варијаблама статистички значајно варирају према трајању афазичког поремећаја.

У следећем делу тестирано је да ли време трајања афазичког поремећаја има утицај на појединачне домене квалитета комуникативног живота. Повезаност скорова појединачних домена ASHA-QCL скале, с једне стране, и трајања афазичког поремећаја израженог у месецима, с друге, испитана је Спирмановом корелацијом ранга. Исходи ових анализа су приказани у Табели 57.

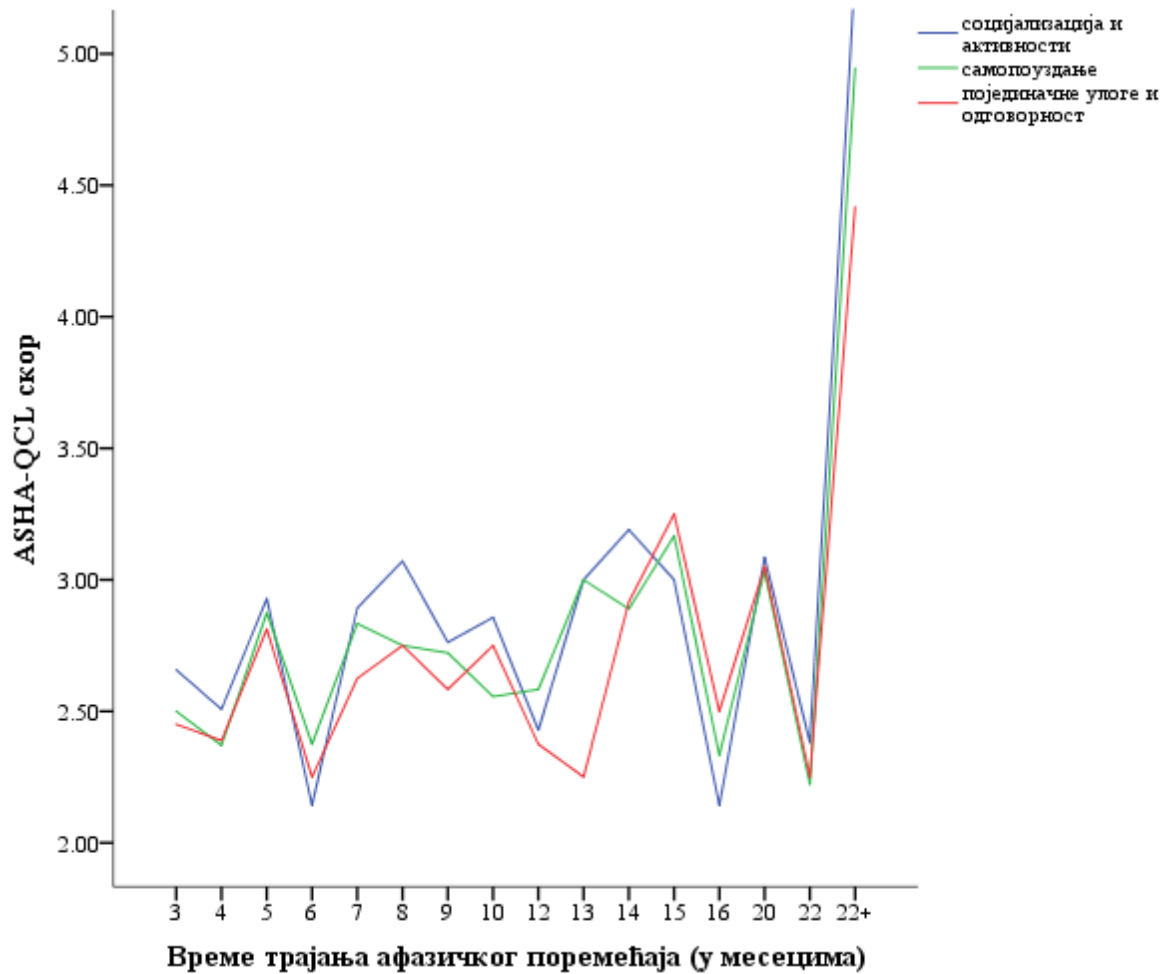
Табела 57. Корелација скорова појединачних домена Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL и трајања афазичког поремећаја

ASHA-QCL скор	Трајање афазичког поремећаја (у месецима)	
	ρ	p
Социјализација и активности	0,285*	0,028
Самопоуздање	0,304*	0,018
Појединачне улоге и одговорност	0,303*	0,019

Напомена: Статистички сигнификантне вредности су подебљане.

* $p < 0,05$.

Према резултатима статистичке анализе повезаности између постигнућа испитаника са афазијом на појединачним доменама скале ASHA-QCL и трајања афазичког поремећаја, може се закључити да су сва три испитивана постигнућа достигла статистичку значајност корелације на нивоу $p < 0,05$ (Табела 57). Тачније, потврђена је ниска и позитивна корелација између скорa домена „Социјализација и активности“ и трајања афазије ($\rho = 0,285$, $p < 0,05$) при чему веће вредности трајања афазичког поремећаја израженог у месецима прате веће вредности наведеног скорa. Следеће, потврђене су гранично умерене и позитивне корелације између скорова домена „Самопоуздање“, односно „Појединачне улоге и одговорност“ и трајања афазије ($\rho = 0,304$ и $0,303$, $p < 0,05$) при чему веће вредности трајања афазичког поремећаја израженог у месецима прате веће вредности ових скорова. Описане корелације су представљене на Графикону 81.



Графикон 81. Повезаност скорова појединачних домена Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL и трајања афазичког поремећаја

На крају, у наставку, статистичка значајност повезаности између скорова појединачних домена ASHA-QCL скале и трајања афазичког поремећаја је истражена применом Спирманове корелације ранга у подгрупама испитаника са афазијом уједначених према тежини афазије, према флуентности афазије и према типу афазије (Табела 58).

Табела 58. Корелација скорова појединачних домена Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL и трајања афазичког поремећаја у подгрупама испитаника са афазијом уједначених према тежини, флуентности и типу афазије

Варијабла	Категорија	ASHA-QCL	Трајање афазије (у месецима)	
			ρ	p
Оцена тежине афазије	Тешка	Социјализација и активности	0,210	0,266
		Самопоуздање	0,231	0,219
		Појединачне улоге и одговорност	0,359	0,051
	Лака	Социјализација и активности	0,376*	0,040
		Самопоуздање	0,483**	0,007
		Појединачне улоге и одговорност	0,220	0,244
Флуентност	Нефлуентна	Социјализација и активности	0,166	0,381
		Самопоуздање	0,168	0,374
		Појединачне улоге и одговорност	0,176	0,351
	Флуентна	Социјализација и активности	0,439*	0,015
		Самопоуздање	0,447*	0,013
		Појединачне улоге и одговорност	0,443*	0,014
Тип афазије	Транскорт. моторна	Социјализација и активности	0,275	0,320
		Самопоуздање	0,305	0,270
		Појединачне улоге и одговорност	0,014	0,961
	Брокина	Социјализација и активности	0,192	0,494
		Самопоуздање	0,231	0,408
		Појединачне	0,338	0,218

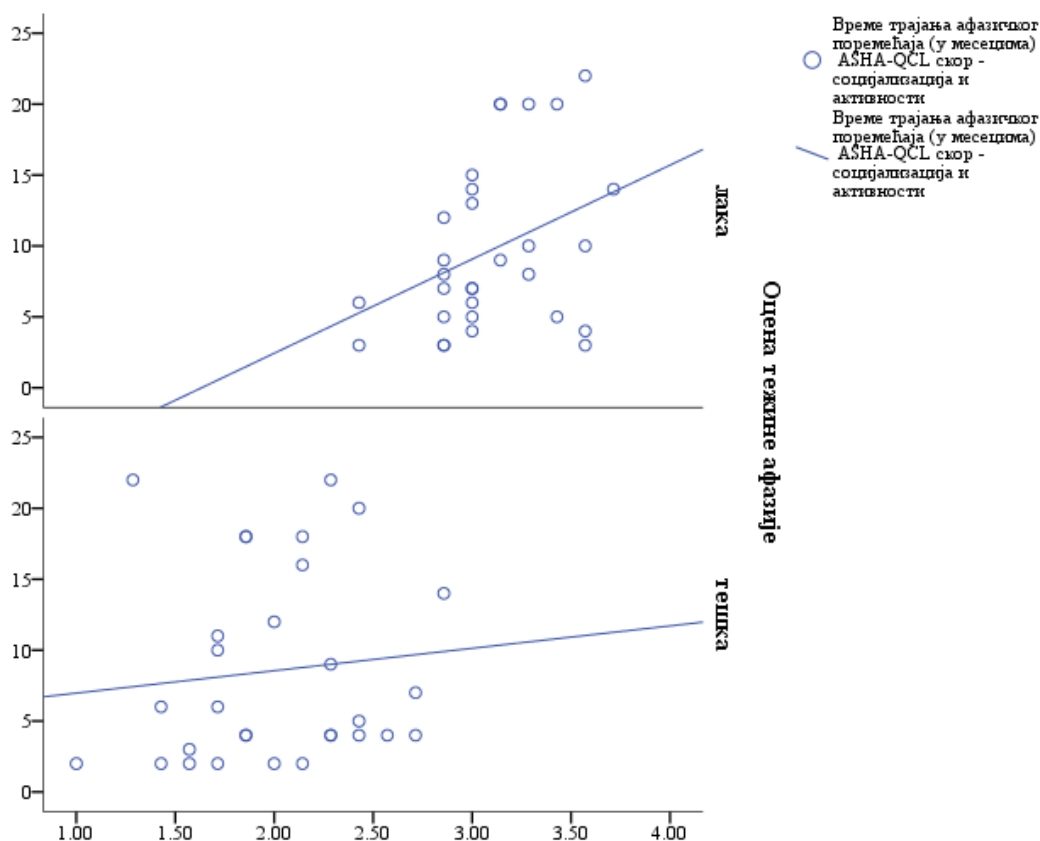
		улоге и одговорност		
Транскорт. сензорна		Социјализација и активности	0,510	0,052
		Самопоуздање	0,680**	0,005
		Појединачне улоге и одговорност	0,499	0,058
Верникеова		Социјализација и активности	0,324	0,239
		Самопоуздање	0,307	0,266
		Појединачне улоге и одговорност	0,412	0,127

Напомена: Статистички сигнификантне вредности су подебљане.

* $p < 0,05$.

Према резултатима статистичке анализе повезаности између скорова појединачних домена скале ASHA-QCL и трајања афазичког поремећаја у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према тежини, флуентности или типу афазије, може се закључити да је шест коефицијента корелације достигло статистичку значајност (Табела 58). Како би се дескриптивно описале статистички значајне корелације, приложени су дијаграми растурања (Графикони 82 до 84).

Прво, потврђена је умерена и позитивна корелација између скорa домена „Социјализација и активности“ и трајања афазије у подгрупи испитаника са афазијом оцењеном као афазија лаког степена ($\rho = 0,376$, $p < 0,05$). Веће вредности трајања афазичког поремећаја код испитаника са лаком афазијом прате веће вредности ASHA-QCL скорa „Социјализација и активности“ (Табела 58).

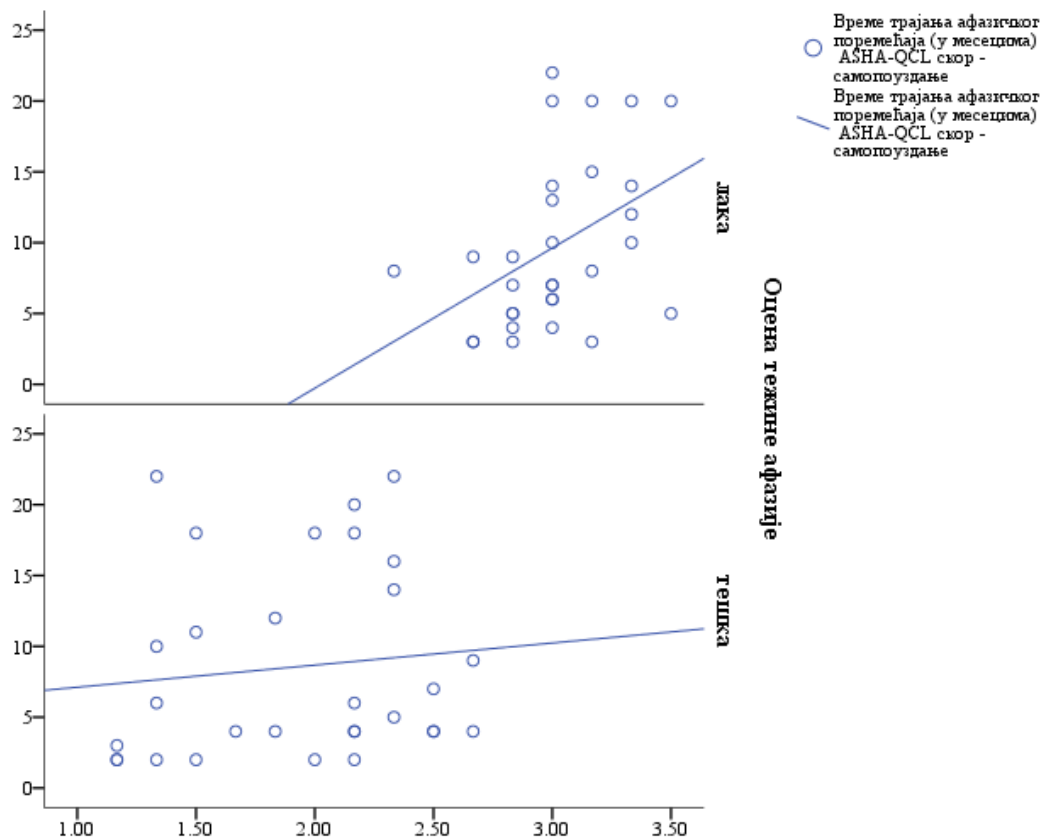


Графикон 82. Повезаност оцена домена „Социјализација и активности“ Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL и трајања афазичког поремећаја у подгрупама испитаника са афазиском уједначених према тежини афазиске

Графикон 82 представља приказ повезаности оцена домена „Социјализација и активности“ ASHA-QCL скале и трајања афазичког поремећаја у подгрупама испитаника уједначених према тежини афазиске. Плавом кривом су представљене вредности измерене код испитаника са тешком афазиском, док су зеленом кривом приказане вредности утврђене код испитаника са лакшим обликом афазиске. Када се упореде вредности и тренд корелација, уочава се да су, у поређењу са испитаницима са тешком афазиском, испитаници са лакшом афазиском више оценили квалитет домена „Социјализација и активности“ и да је код њих присутна тенденција да са протицањем времена тај скор буде виши.

Друго, утврђена је умерена и позитивна корелација између оцена домена „Самопоуздање“ и трајања афазиске у подгрупи испитаника са лакшом афазиском ($\rho =$

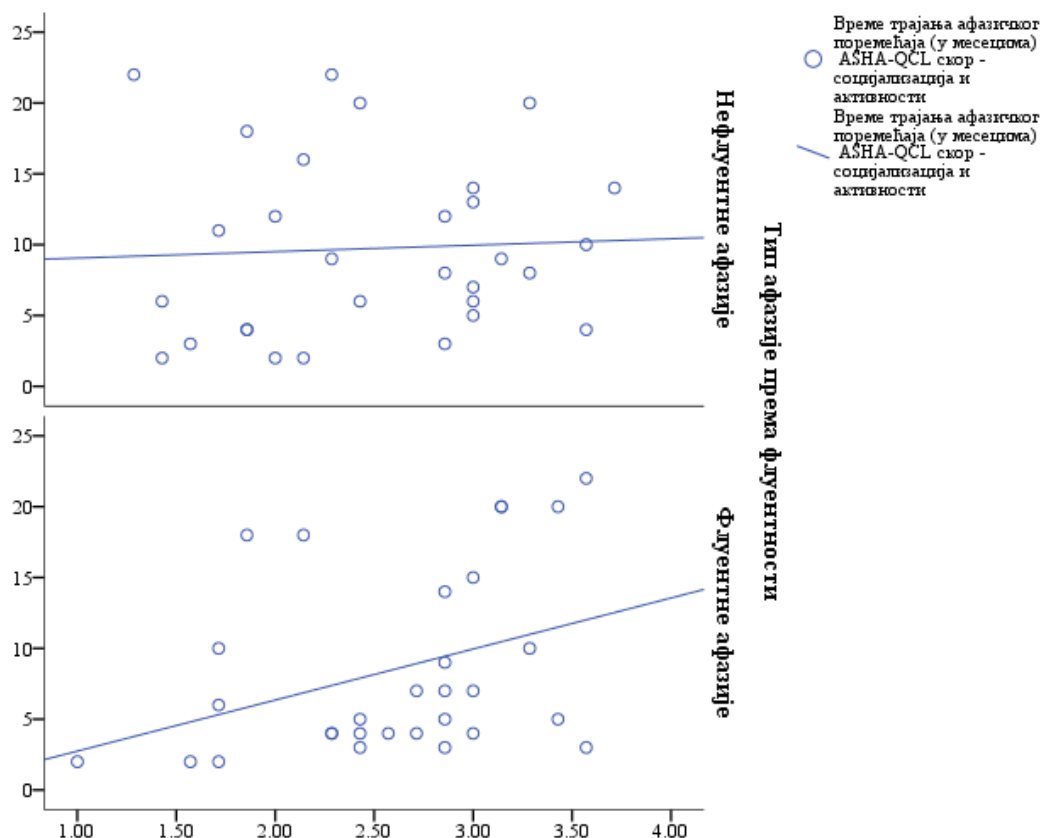
0,483, $p < 0,001$). Веће вредности трајања афазичког поремећаја код испитаника са лакоом афазијом прате веће вредности скова домена „Самопоуздање“ (Табела 58).



Графикон 83. Повезаност скова домена „Самопоуздање“ Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL и трајања афазичког поремећаја у подгрупама испитаника са афазијом уједначених према тежини афазичке поремећаја

Графикон 83 представља приказ повезаности скова ASHA-QCL домена „Самопоуздање“ и трајања афазичког поремећаја у подгрупама испитаника уједначених према тежини афазичке поремећаја. Плавом кривом су представљене вредности измерене код испитаника са тешком афазичком поремећајом, док су зеленом кривом приказане вредности утврђене код испитаника са лакоом афазичком поремећајом. Када се упореде вредности и тренд корелација, уочава се да је, у поређењу са подгрупом са тешком афазичком поремећајом, код испитаника са лакоом афазичком поремећајом присутна тенденција да са повећањем трајања афазичког поремећаја скор домена „Самопоуздање“ буде виши.

Треће, умерена и позитивна корелација између SCORE ASHA-QCL домена „Социјализација и активности“ и трајања афазичког поремећаја је израчуната у подгрупи испитаника са флуентном афазичкошћу ($r = 0,439, p < 0,05$). Веће вредности трајања афазичког поремећаја код испитаника са флуентном афазичкошћу прате веће вредности SCORE „Социјализација и активности“ (Табела 58).



Графикон 84. Повезаност SCORE домена „Социјализација и активности“ Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL и трајања афазичког поремећаја у подгрупама испитаника са афазичкошћу уједначених према флуентности афазичкошће

Графикон 84 представља приказ повезаности SCORE ASHA-QCL домена „Социјализација и активности“ и трајања афазичког поремећаја у подгрупама испитаника уједначених према флуентности афазичкошће. Када се упореде вредности и тренд ове две корелације, тенденција да испитаници код којих афазички

поремећај дуже траје имају виши скор домена „Социјализација и активности“ се уочава у подгрупи испитаника са флуентном афазијом.

Четврто, умерена и позитивна корелација између скорa ASHA-QCL домена „Самопоуздање“ и трајања афазије је израчуната у подгрупи испитаника са флуентном афазијом ($\rho = 0,447$, $p < 0,05$). Веће вредности трајања афазичког поремећаја код испитаника са флуентном афазијом прате веће вредности скорa „Самопоуздање“ (Табела 58).

Како би се утврдила статистичка значајност разлике просечног скорa на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL групе испитаника са афазијом у односу на контролну групу испитаника, спроведена је компарација применом t -теста независних узорака. Исход компарације просечног скорa је дат у Табели 59. Како би се дескриптивно описале разлике резултата између група испитаника, приложен је хисторам (Графикон 85).

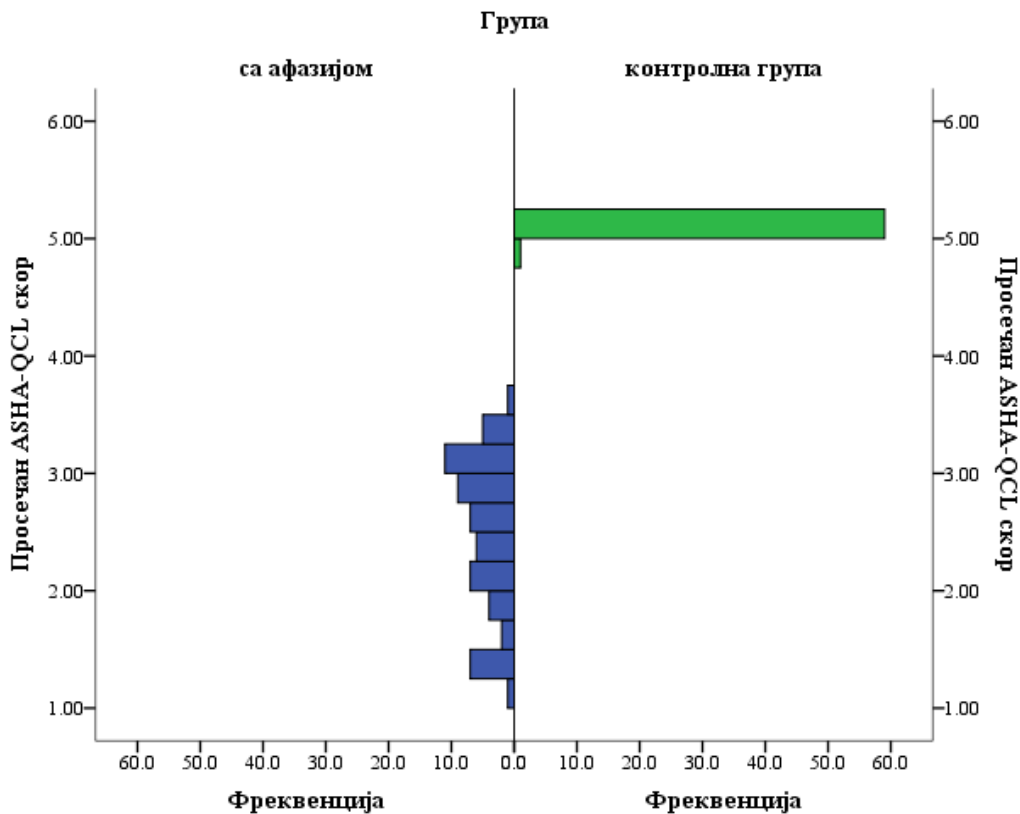
Табела 59. Компарација просечног скорa на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL између испитаника са афазијом и контролне групе испитаника

Група	$M (SD)$	$t (df)$	p	Разлика AC	Разлика SE	95% CI		η^2
						LL	UL	
Афазија	2,49 (0,65)	-29,767	0,000	-2,51	0,08	-	-	0,88
Контролна	5,00 (0,02)	(59,07)				2,68	-2,34	

Напомена: Афазија – Група испитаника са афазијом ($n = 60$); Контролна – Контролна група здравих испитаника ($n = 60$); SE – стандардна грешка; Разлика AC – Разлика аритметичке средине; Разлика SE – Стандардна грешка разлике; CI – интервал поверења; LL – доња граница; UL – горња граница. Статистички значајна разлика је подебљана.

Вредности просечног ASHA-QCL скорa групе испитаника са афазијом и контролне групе испитаника су испитане t -тестом независних узорака (Табела 59). Утврђена је статистички значајно већа вредност просечног ASHA-QCL скорa у контролној групи ($M = 5,00$, $SD = 0,05$) него у групи испитаника са афазијом ($M = 2,49$, $SD = 0,65$), $t = -29,767$, $df = 59,07$, $p < 0,001$. Просечна разлика вредности од -2,51 (95% CI: -2,68-2,34) може се описати као велика ($\eta^2 = 0,88$), а указује да

испитаници контролне групе имају више вредности просечног ASHA-QCL скорa у поређењу са испитаницима са афазијом.



Графикон 85. Дистрибуција вредности просечног скорa на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у групи испитаника са афазијом и контролној групи испитаника

Графикон 85 приказује разлике у дистрибуцији вредности ове варијабле између две групе. Највећи број испитаника из контролне групе, њих 59, имало је просечан ASHA-QCL скор од 5,00. С друге стране, код 31 испитаника са афазијом је забележен просечан ASHA-QCL скор испод вредности од 2,59.

Следећа су начињена поређења просечног ASHA-QCL скорa и вредности забележених на 18. тврдњи према одабраним социо-демографским варијаблама. Исходи Ман-Витнијевог *U*-теста, односно Крускал-Волисов *H*-теста су дати у Табели 60 када је у питању просечан ASHA-QCL скор, док је компарација

вредности забележених на 18. тврдњи приложена у Табели 61. Уз то, приложени су и провоугаони, односно стубичасти дијаграми (Графикони 86 до 89).

Табела 60. Дескриптивне вредности и компарација просечног скорa на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према одабраним социо-демографским варијаблама

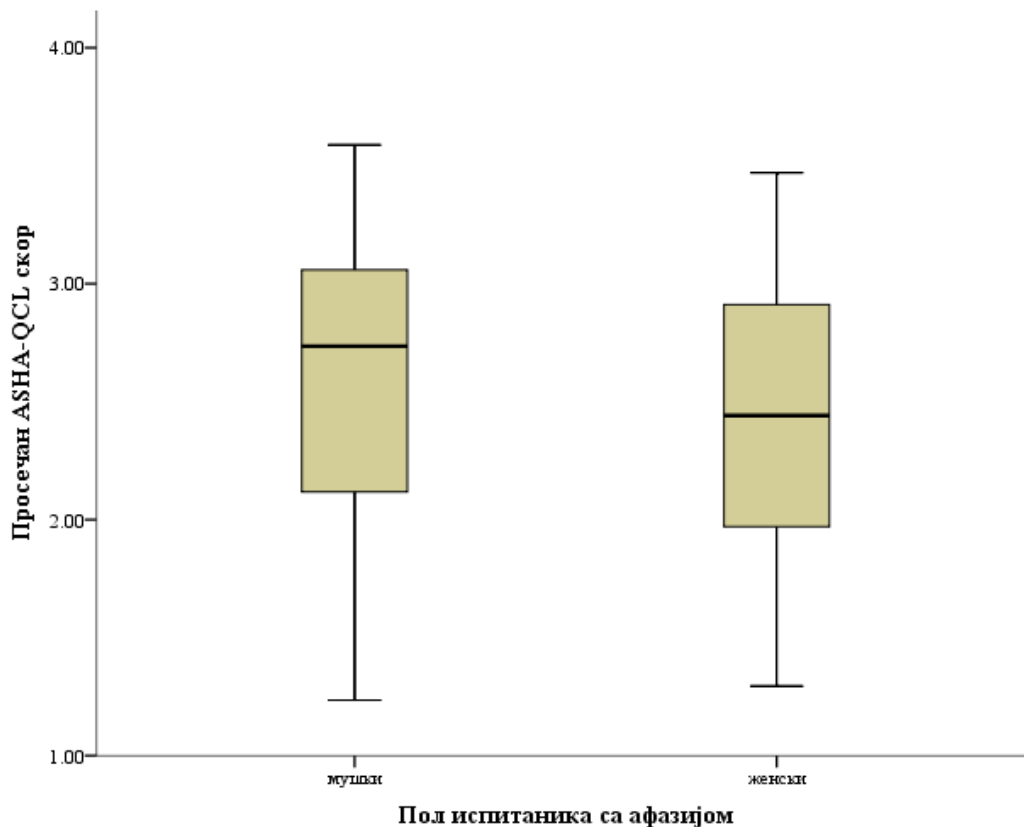
Варијабла	Категорија	n	Просечан ASHA-QCL скор		Компарација	
			M (SD)	Mdn (IQR)	Просечан ранг	p
Пол	мушки	32	2,59 (0,64)	2,74 (0,97)	33,42	0,166 [†]
	женски	28	2,38 (0,66)	2,44 (0,97)	27,16	
Брачни статус	да	33	2,51 (0,70)	2,59 (1,18)	31,21	0,727 [†]
	не	27	2,47 (0,61)	2,59 (1,00)	29,63	
Занимање	занат	8	2,10 (0,70)	2,12 (1,29)	20,69	0,146 [‡]
	техничка струка	42	2,61 (0,63)	2,76 (1,00)	33,81	
	просвета	6	2,19 (0,74)	2,26 (1,56)	22,75	
	медицинска струка	4	2,46 (0,39)	2,44 (0,72)	27,00	
Године образовања	11	6	2,11 (0,71)	2,12 (1,46)	20,50	0,126 [‡]
	12	25	2,60 (0,60)	2,65 (0,85)	33,76	
	14	2	3,15 (0,29)	3,15 (0,00)	49,75	
	16	27	2,42 (0,67)	2,47 (1,00)	28,28	

Напомена: M – аритметичка средина; Mdn – медијана; SD – стандардна девијација; IQR – интерквартилно одступање; p – значајност.

[†] Ман-Витнијев U-тест.

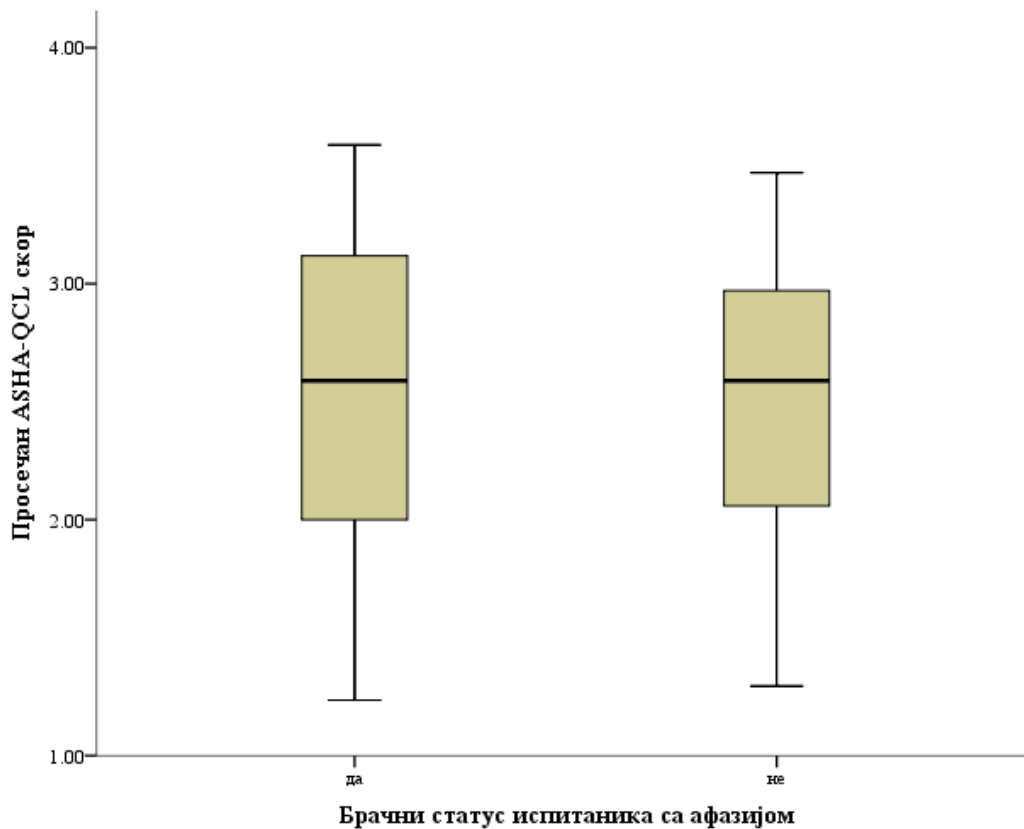
[‡] Крускал-Волисов H-тест.

Након формирања подгрупа испитаника са афазијом у односу на одабране социо-демографске варијабле, статистичка анализа је искључила постојање значајности разлике просечног ASHA-QCL скорa ($p > 0,05$, све анализе). Другим речима, не може се тврдити да разлике просечног ASHA-QCL скорa постоје између испитаника са афазијом у односу на пол, брачни статус, занимање или трајање образовања (Табела 60).



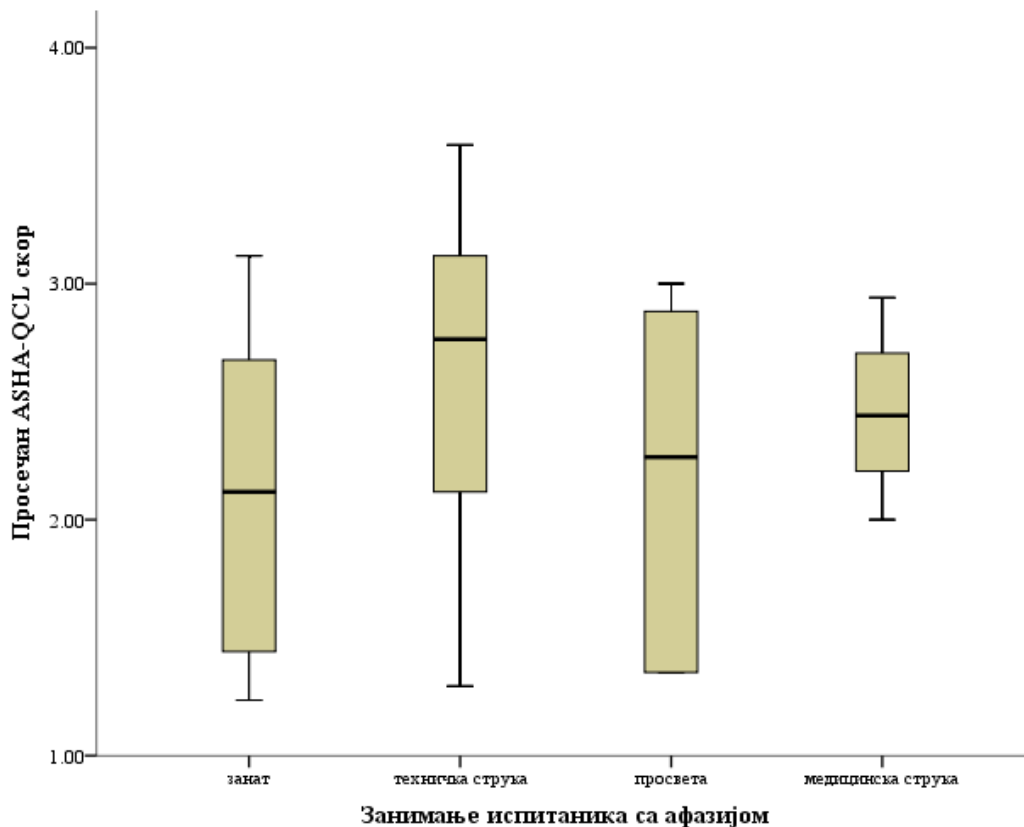
Графикон 86. Вредности просечног скора на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афазом уједначеним према полу

Након формирања подгрупа испитаника са афазом према полу, није потврђено да постоји статистички значајна разлика просечног ASHA-QCL скора између испитаника са афазом мушког пола и испитаника са афазом женског пола ($p > 0,05$; Табела 60). Како приказује Графикон 86, испитаници са афазом мушког пола су имали нешто већа постигнућа у поређењу са испитаницима са афазом женског пола (2,59 наспрам 2,38).



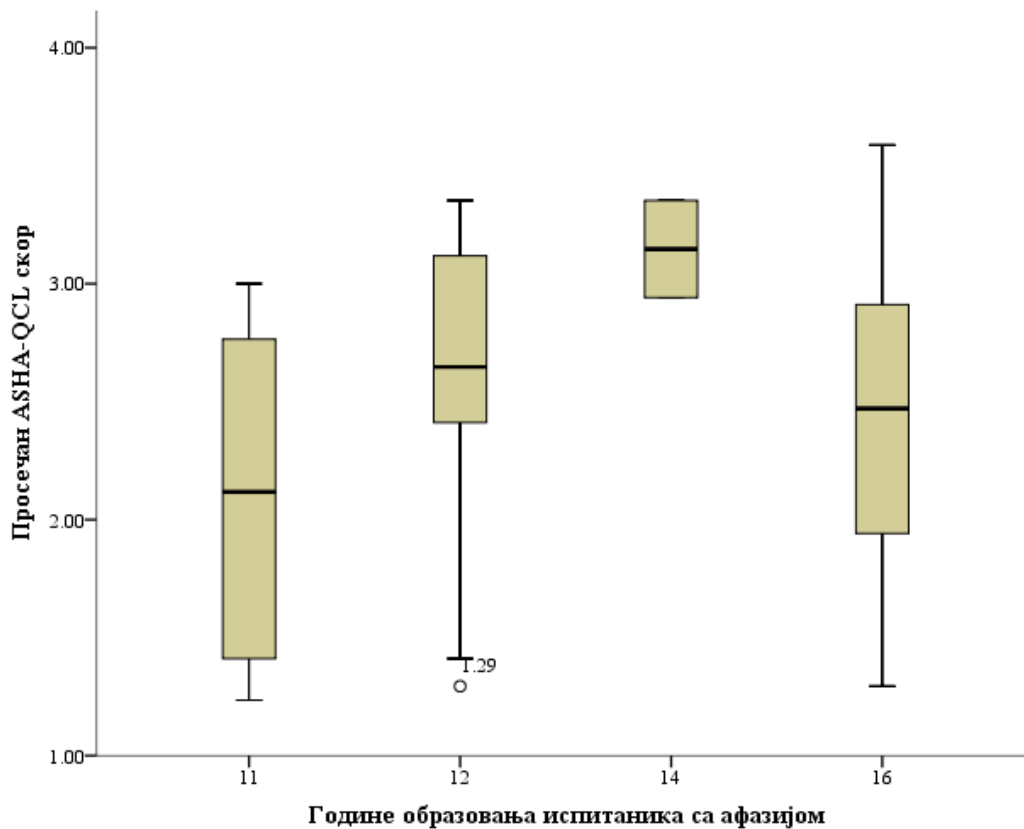
Графикон 87. Вредности просечног скорa на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афазиијом уједначеним према брачном статусу

Након формирања подгрупа испитаника са афазиијом према брачном статусу, није потврђено да постоји статистички значајна разлика просечног ASHA-QCL скорa између ових подгрупа испитаника са афазиијом ($p > 0,05$; Табела 60). Како приказује Графикон 87, испитаници са афазиијом који су били у браку су имали незнатно већа постигнућа у поређењу са испитаницима са афазиијом који нису имали брачног партнера (2,51 наспрам 2,47).



Графикон 88. Вредности просечног скорa на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према занимању

Након формирања подгрупа испитаника са афазијом према занимању, није потврђено да постоји статистички значајна разлика просечног ASHA-QCL скорa између ових подгрупа испитаника са афазијом ($p > 0,05$; Табела 60). Како приказује Графикон 88, испитаници са афазијом који су били из техничке струке су имали највиша постигнућа, док су најнижа нађена код испитаника са афазијом који су били занатлије (2,61, односно 2,10).



Графикон 89. Вредности просечног скорa на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према трајању образовања

Након формирања подгрупа испитаника са афазијом уједначених према трајању образовања, није потврђено да постоји статистички значајна разлика просечног ASHA-QCL скорa између ових подгрупа испитаника са афазијом ($p > 0,05$; Табела 60). Како приказује Графикон 89, испитаници са афазијом чије је образовање трајало 14 година су имали највиша постигнућа, док су најнижа нађена код испитаника са афазијом чије је образовање трајало 11 година (3,15, односно 2,11).

Табела 61. Дескриптивне вредности и компарација резултата забележених на 18. тврдњи Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према одабраним социо-демографским варијаблама

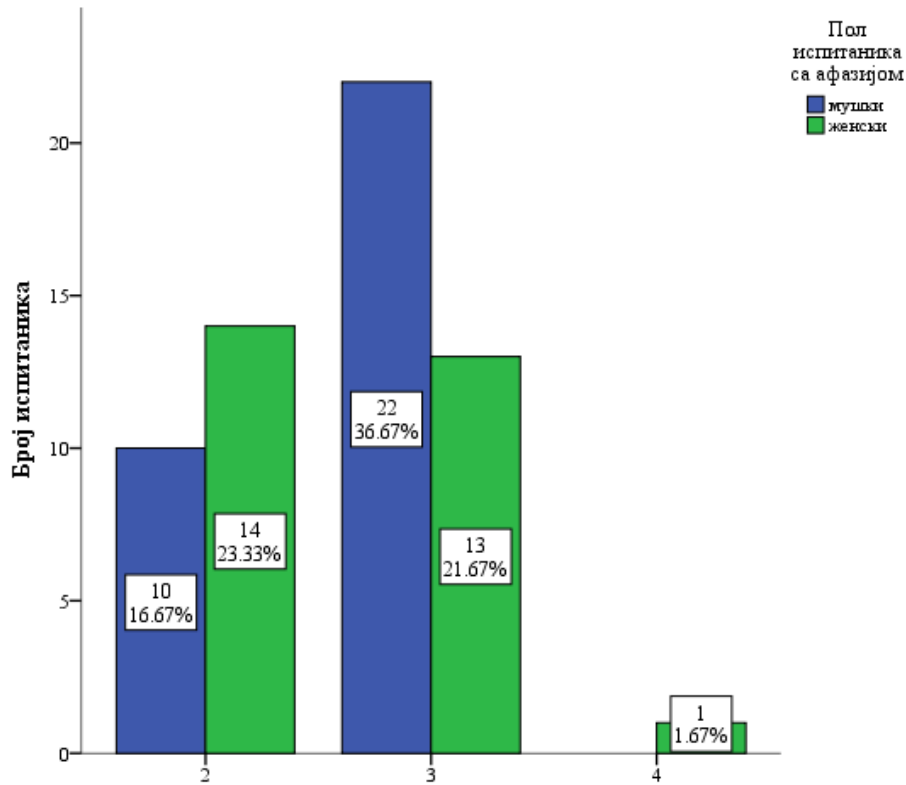
Варијабла	Категорија	<i>n</i>	18. ASHA-QCL тврдња		Компарација	
			<i>M (SD)</i>	<i>Mdn (IQR)</i>	Просечан ранг	<i>p</i>
Пол	мушки	32	2,69 (0,47)	3,00 (1,00)	32,78	0,208 [†]
	женски	28	2,54 (0,58)	2,50 (1,00)	27,89	
Брачни статус	да	33	2,64 (0,49)	3,00 (1,00)	31,27	0,659 [†]
	не	27	2,59 (0,57)	3,00 (1,00)	29,56	
Занимање	занат	8	2,38 (0,52)	2,00 (1,00)	23,56	0,392 [‡]
	техничка струка	42	2,69 (0,52)	3,00 (1,00)	32,60	
	просвета	6	2,50 (0,55)	2,50 (1,00)	27,25	
	медицинска струка	4	2,50 (0,58)	2,50 (1,00)	27,25	
Године образовања	11	6	2,33 (0,52)	2,00 (1,00)	22,33	0,202 [‡]
	12	25	2,72 (0,46)	3,00 (1,00)	33,74	
	14	2	3,00 (0,00)	3,00 (0,00)	42,00	
	16	27	2,56 (0,58)	3,00 (1,00)	28,46	

Напомена: *M* – аритметичка средина; *Mdn* – медијана; *SD* – стандардна девијација; *IQR* – интерквartilно одступање; *p* – значајност.

[†] Ман-Витнијев *U*-тест.

[‡] Крускал-Волисов *H*-тест.

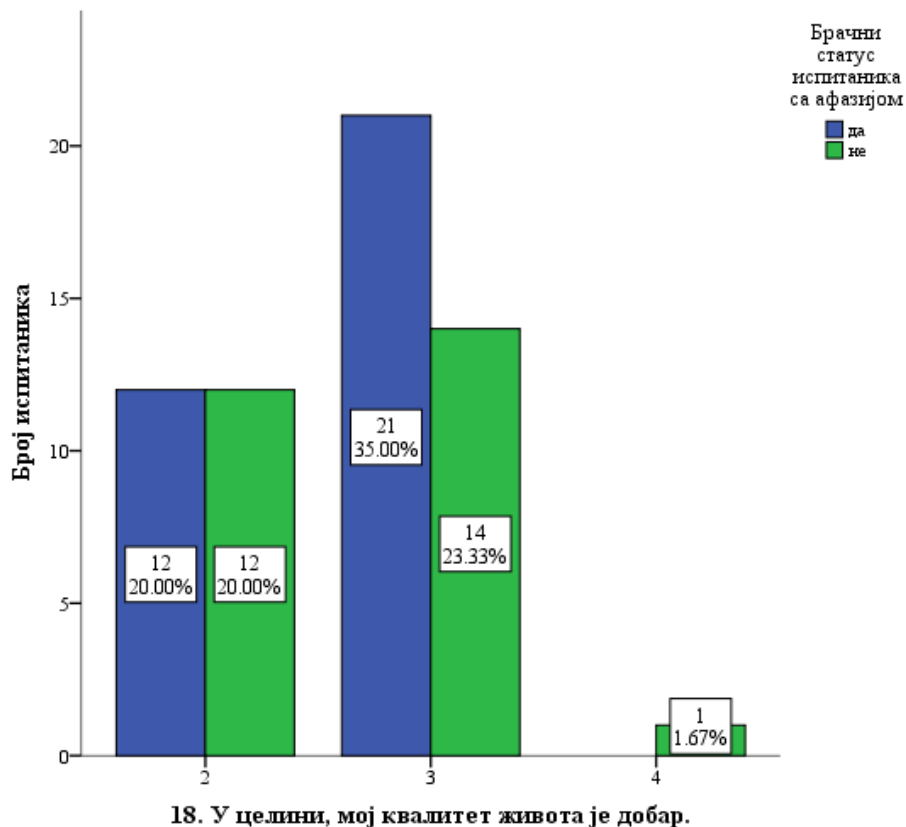
Након формирања подгрупа испитаника са афазијом у односу на одабране социо-демографске варијабле, статистичка анализа је искључила постојање значајности разлике вредности резултата забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале ($p > 0,05$, све анализе). Другим речима, не може се тврдити да постоје разлике вредности резултата забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале између испитаника са афазијом у односу на пол, брачни статус, занимање или трајање образовања (Табела 61).



18. У целини, мој квалитет живота је добар.

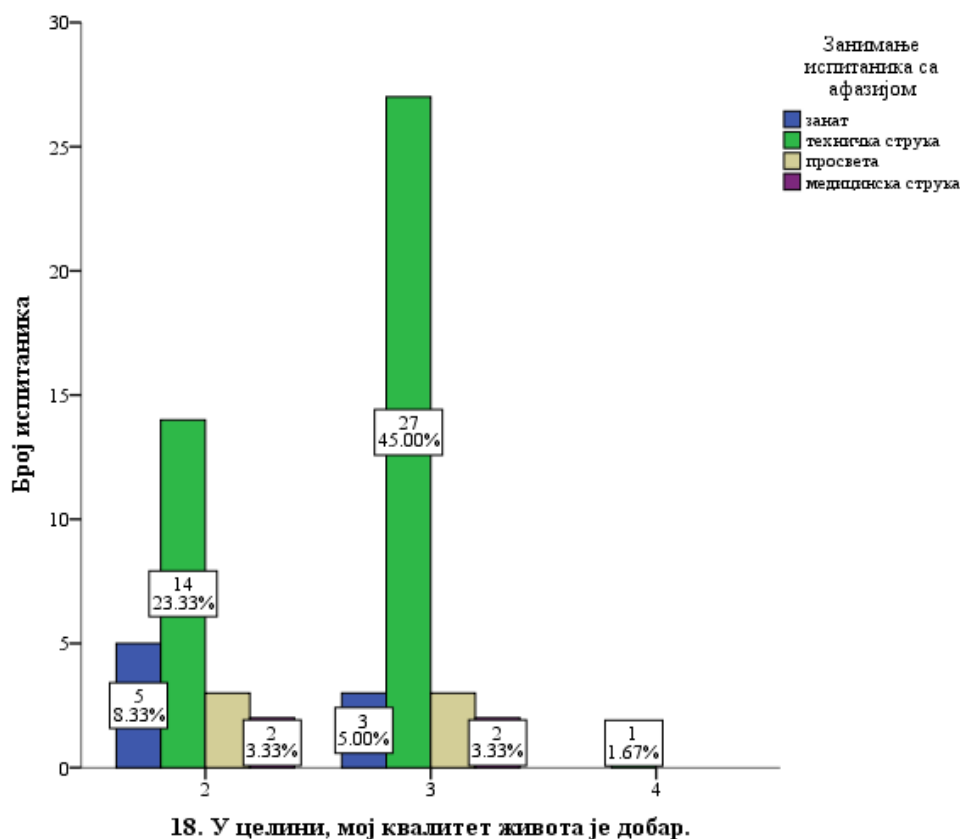
Графикон 90. Дистрибуција резултата забележених на 18. тврдњи Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афацијом уједначеним према полу

Након формирања подгрупа испитаника са афацијом према полу, није потврђено да постоји статистички значајна разлика резултата забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале између испитаника са афацијом мушког пола и испитаника са афацијом женског пола ($p > 0,05$; Табела 61). Како приказује Графикон 90, уједначеност је присутна и када се упореде дистрибуције испитаника према вредности датих одговора.



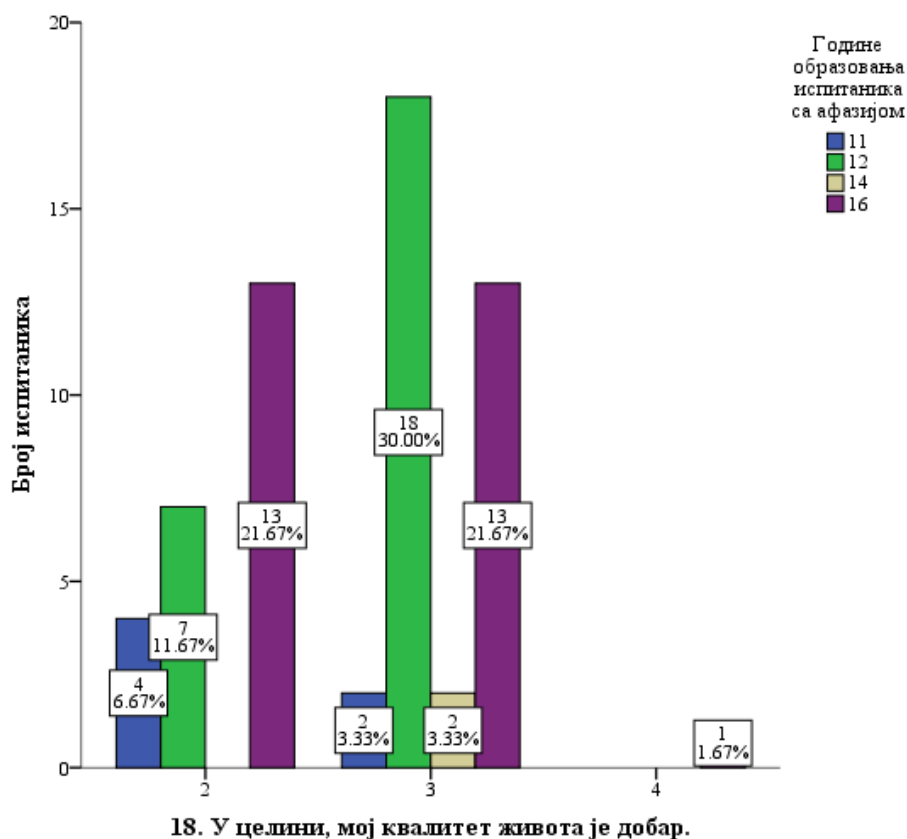
Графикон 91. Дистрибуција резултата забележених на 18. тврдњи Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афацијом уједначеним према брачном статусу

Након формирања подгрупа испитаника са афацијом према брачном статусу, није потврђено да постоји статистички значајна разлика резултата забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале између ових подгрупа ($p > 0,05$; Табела 61). Како приказује Графикон 91, уједначеност је присутна и када се упореде дистрибуције испитаника према вредности датих одговора, премда су испитаници са афацијом који су били у браку у нешто већем проценту дали одговор 3 у поређењу са испитаницима са афацијом који нису имали брачног партнера (35,00% наспрам 23,33%).



Графикон 92. Дистрибуција резултата забележених на 18. тврдњи Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афацијом уједначеним према занимању

Након формирања подгрупа испитаника са афацијом према занимању, није потврђено да постоји статистички значајна разлика резултата забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале између ових подгрупа испитаника са афацијом ($p > 0,05$; Табела 61). Како приказује Графикон 92, испитаници са афацијом који су били техничке струке у највећем проценту (45,00%) су дали одговор 3. Ипак, свеукупно, присутна је уједначеност дистрибуције испитаника са афацијом према занимању у односу на вредност датих одговора.



Графикон 93. Дистрибуција резултата забележених на 18. тврдњи Скале квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афацијом уједначеним према трајању образовања

Након формирања подгрупа испитаника са афацијом уједначених према трајању образовања, није потврђено да постоји статистички значајна разлика резултата забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале између ових подгрупа испитаника са афацијом ($p > 0,05$; Табела 61). Како приказује Графикон 93, испитаници са афацијом чије је образовање трајало 12 година су у највећем проценту (30,00%) дали одговор 3. Подједнак проценат испитаника са афацијом чије је образовање трајало 16 година (21,67%) је дао одговор 2, односно 3. Закључно, присутна је уједначеност дистрибуције испитаника са афацијом према трајању образовања у односу на вредност датих одговора.

Следећа варијабла у односу на коју је испитана статистичка значајност јесте старост испитаника са афацијом. Повезаност просечног скорa и вредности

забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале, с једне стране, и старости испитаника изражене у годинама живота, с друге, испитана је Спирмановом корелацијом ранга. Прелиминарним анализама нису потврђене претпоставке о линеарности и хомогености варијанси ових варијабли. Исходи ових анализа су приказани у Табели 62.

Табела 62. Корелација постигнућа на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL и старости испитаника са афазијом

ASHA-QCL	Старост испитаника са афазијом (у годинама)	
	ρ	p
Просечан скор	0,038	0,771
Тврдња бр. 18	0,044	0,739

Према резултатима статистичке анализе повезаности између постигнућа испитаника са афазијом на скали ASHA-QCL и старости испитаника изражене у годинама живота, може се закључити да ниједно од два испитивана постигнућа није достигло статистичку значајност корелације (Табела 62). Тачније, не може се тврдити да вредности забележене на скали ASHA-QCL варирају статистички значајно према старости испитаника са афазијом, било да је у питању просечан ASHA-QCL скор или вредности забележене на изолованој 18. тврдњи.

3.3. Резултати Инвентара/Упитника за мерење квалитета живота– QOLI

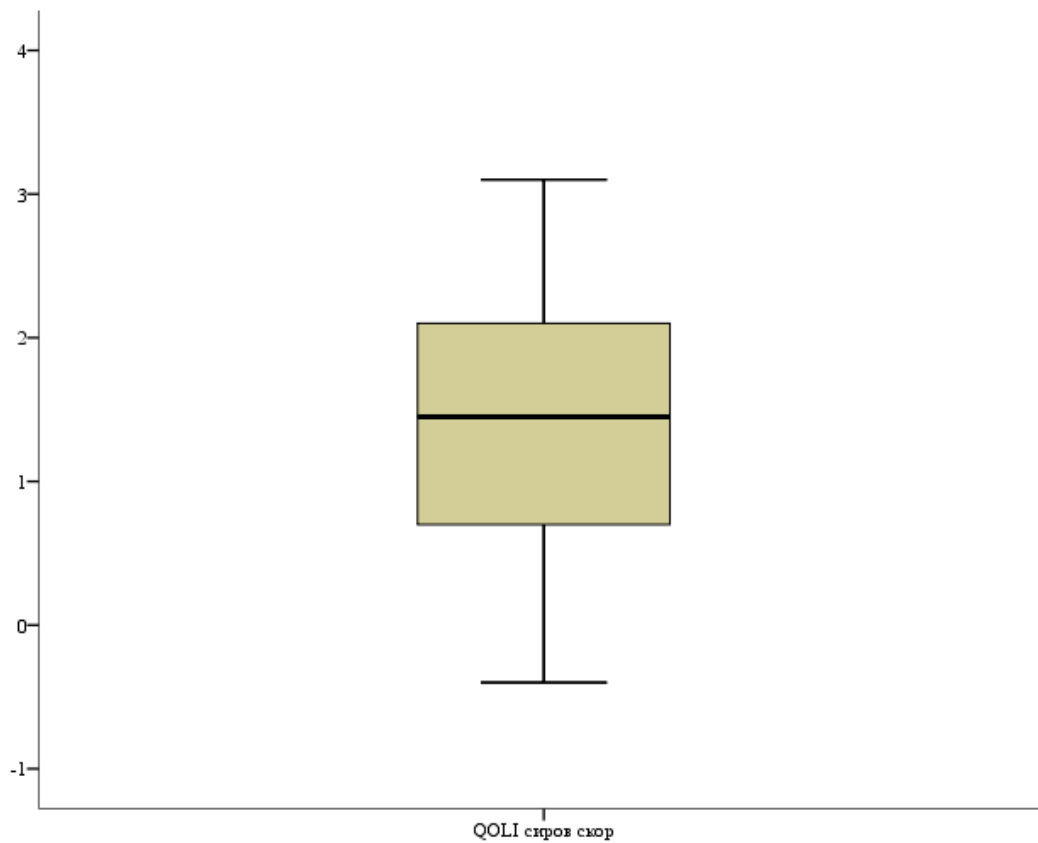
Табела 63 приказује дескриптивне показатеље вредности резултата забележених на инвентару QOLI у групи испитаника са афазијом.

Табела 63. Постигнућа испитаника са афазијом на the Quality of Life Inventory (QOLI)

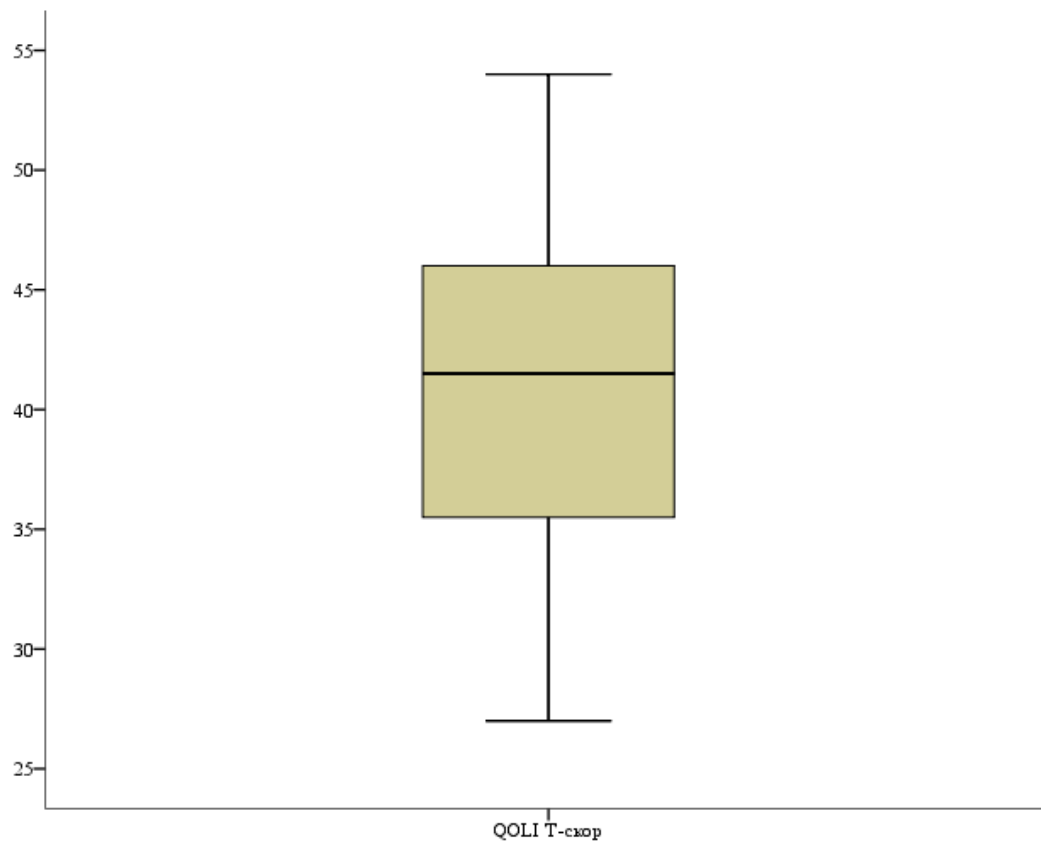
The Quality of Life Inventory	Min	Max	M (SD)	SE	95% CI		Mdn (IQR)	Mo
					LL	UL		
QOLI сиров скор	-0,40	3,10	1,45 (0,94)	0,12	1,21	1,69	1,45 (1,45)	2,30
QOLI Т-скор	27,00	54,00	41,32 (7,33)	0,95	39,42	43,21	41,50 (10,75)	32,00
Перцентилни QOLI скор	3,00	66,00	23,98 (17,54)	2,26	19,45	28,51	18,50 (26,25)	5,00

Напомена: *M* – аритметичка средина; *SD* – стандардна девијација; *SE* – стандардна грешка; *CI* – интервал поверења; *LL* – доња граница; *UL* – горња граница; *Mdn* – медијана; *IQR* – интерквartilно одступање; *Mo* – мод.

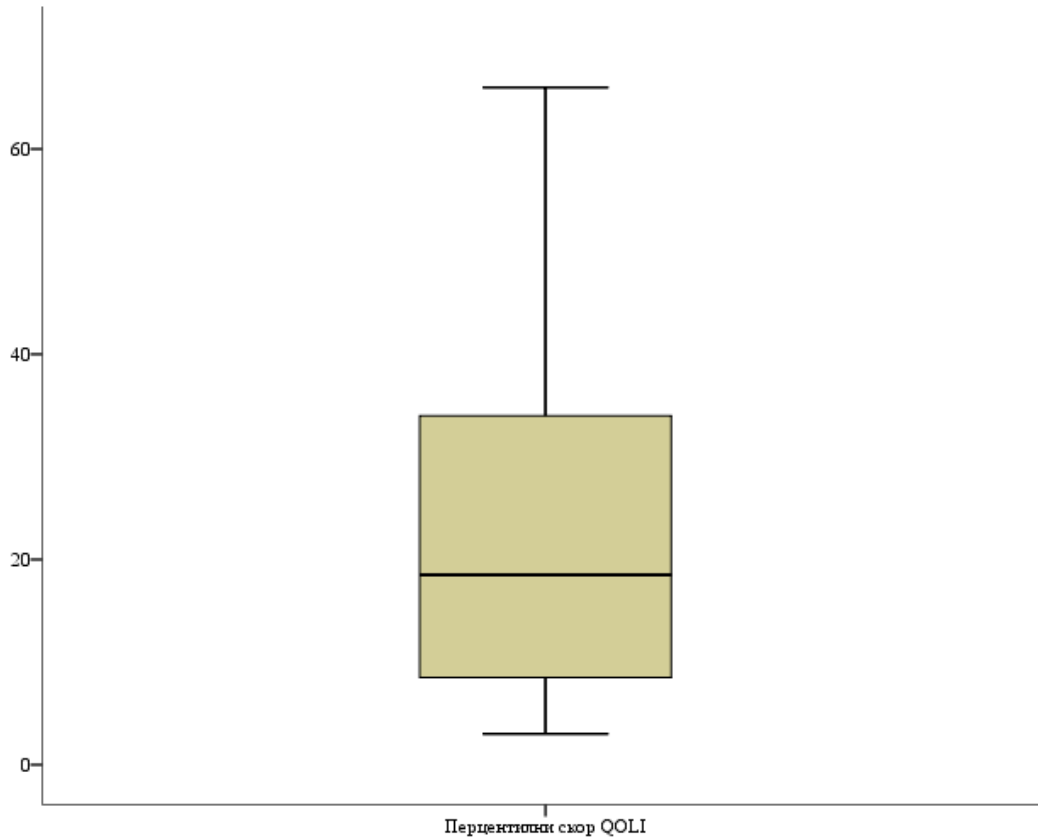
Расподеле вредности резултата испитаника са афазијом на појединачним QOLI резултатима у односу на основне дескриптивне вредности су приказане на Графиконима 94, 95 и 96.



Графикон 94. Дескриптивне вредности резултата сировог сгора на the Quality of Life Inventory (QOLI) у групи испитаника са афазијом



Графикон 95. Дескриптивне вредности резултата T-скора на the Quality of Life Inventory (QOLI) у групи испитаника са афацијом



Графикон 96. Дескриптивне вредности резултата перцентилног скорa на the Quality of Life Inventory (QOLI) у групи испитаника са афазијом

Табела 64 приказује дескриптивне вредности резултата забележених на инвентару QOLI у групи испитаника са афазијом према појединачним доменима.

Табела 64. Дескриптивне мере постигнућа испитаника са афазијом према појединачним the Quality of Life Inventory (QOLI) доменима

Домен		Min	Max	M (SD)	SE	95% CI		Mdn (IQR)
						LL	UL	
1.	Здравље	-6	2	-3,17 (1,57)	0,20	-3,57	-2,76	-2,00 (2,00)
2.	Самопоштовање	-2	6	3,80 (1,26)	0,16	3,47	4,13	4,00 (0,00)
3.	Циљеви и вредности	-4	4	2,77 (1,73)	0,22	2,32	3,21	4,00 (2,00)
4.	Новац	-6	4	0,50 (2,47)	0,32	-0,14	1,14	2,00 (4,00)
5.	Посао	-4	6	1,30 (2,47)	0,26	0,66	1,94	2,00 (4,00)
6.	Игра	-2	4	0,80 (1,82)	0,26	0,33	1,27	1,50 (3,00)
7.	Учење	-6	2	-3,63 (1,86)	0,25	-4,11	-3,15	-4,00 (4,00)

8.	Креативност	-4	4	0,98 (1,91)	0,26	0,49	1,48	2,00 (2,50)
9.	Помагање	-2	6	1,80 (2,04)	0,51	1,27	2,33	2,00 (1,50)
10.	Љубав	-6	6	3,67 (3,95)	0,11	2,65	4,69	6,00 (2,00)
11.	Пријатељи	-2	4	2,15 (0,86)	0,57	1,93	2,37	2,00 (0,00)
12.	Деца	-6	6	3,83 (4,39)	0,13	2,70	4,97	6,00 (2,00)
13.	Рођаци	1	4	2,42 (1,01)	0,13	2,15	2,68	2,00 (2,00)
14.	Дом	1	4	2,63 (0,99)	0,13	2,38	2,89	2,00 (2,00)
15.	Комшилук	1	4	1,48 (0,60)	0,08	1,33	1,64	1,00 (1,00)
16.	Заједница	1	2	1,33 (0,48)	0,06	1,21	1,46	1,00 (1,00)

Напомена: SE – стандардна грешка; CI – интервал поверења; LL – доња граница; UL – горња граница.

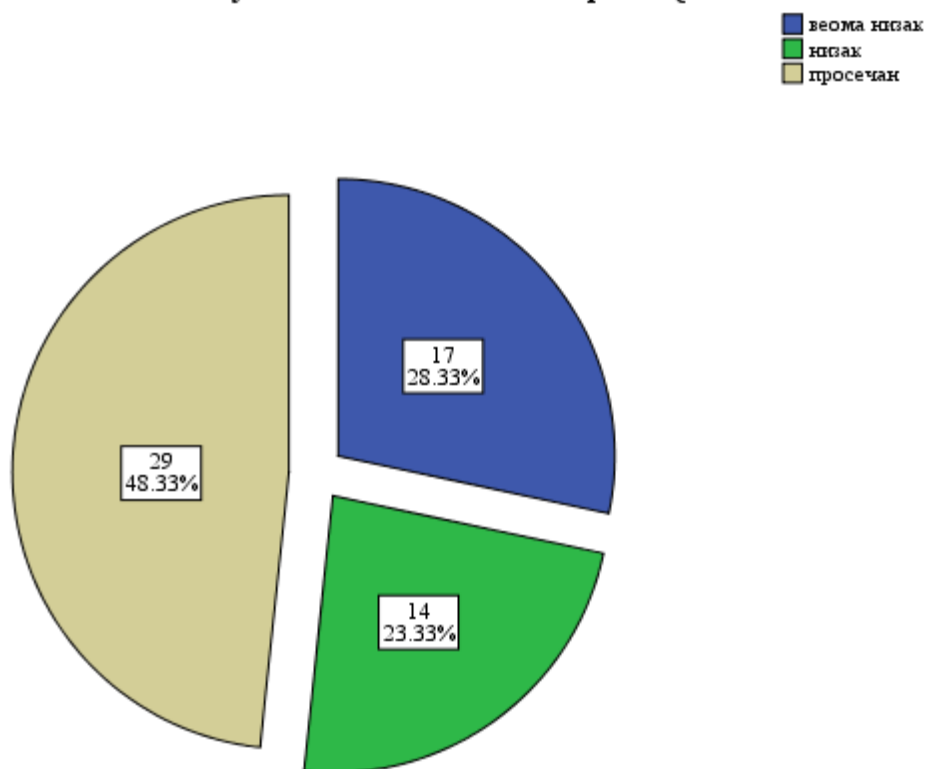
Укупне негативне оцене су забележене код домена „1. Здравље“ и „7. Учење“. Код осталих домена, просечне оцене су позитивне. Крећу се од 0,50 код „4. Новац“ до 3,83 код „12. Деца“, односно 3,80 код „2. Самопоштовање“ (Табела 64).

Структура групе испитаника са афазацијом према категорији укупног квалитета живота мереног на инвентару QOLI је приложена у Табели 65. Највећи број испитаника, њих 29 (48,33%), имао је просечан укупан квалитет живота према QOLI категоријама, док ниједан испитаник није имао висок квалитет живота. Графикон 97 приказује детаљније ову дистрибуцију.

Табела 65. Структура групе испитаника са афазацијом према категорији укупног квалитета живота мереног на the Quality of Life Inventory (QOLI)

Категорија укупног QOLI	Група испитаника са афазацијом	
	<i>n</i>	%
веома низак	17	28,3
низак	14	23,3
просечан	29	48,3
висок	0	0,0
Укупно	60	100,0

Укупни квалитет живота према QOLI



Графикон 97. Дистрибуција групе испитаника са афацијом према категорији укупног квалитета живота мереног на the *Quality of Life Inventory (QOLI)*

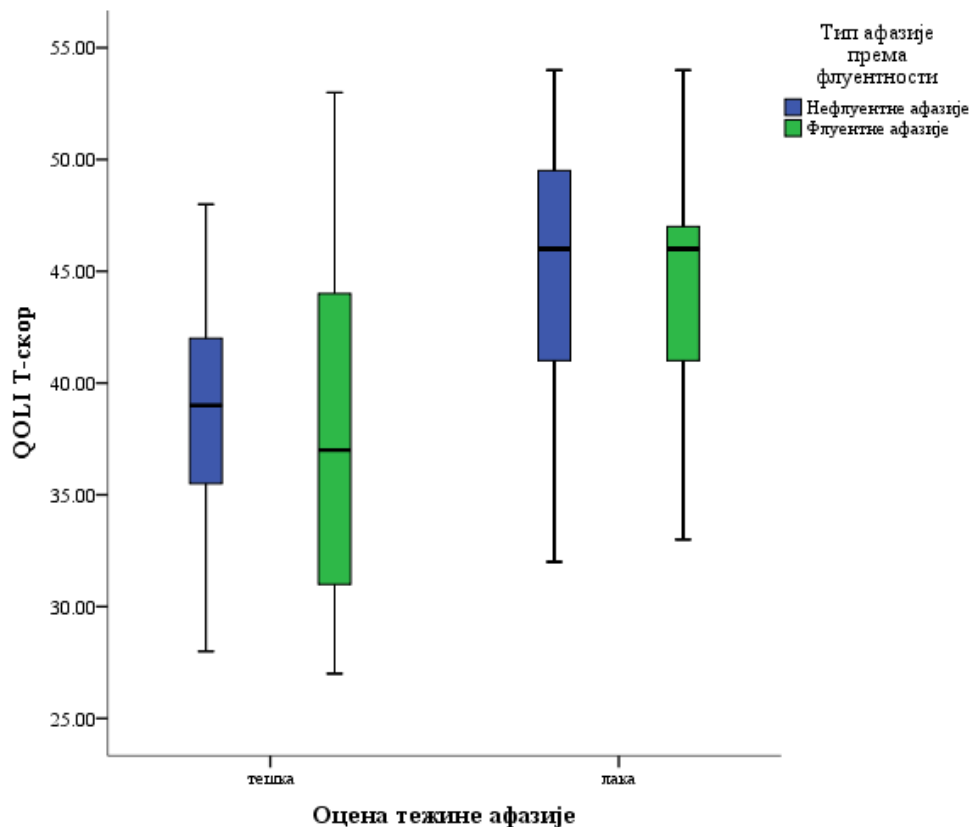
Како би се утврдила статистичка значајност разлике постигнућа испитаника са афацијом у резултатима Т-скора на инвентару QOLI у односу на флуентност, спроведена је компарација применом *t*-теста за независне узорке. Како би се статистички елиминисао утицај тежине афације, сачињене су подгрупе испитаника уједначене према оцени тежине афације. Исход компарације резултата Т-скора је у Табели 66, а приложени су и правоугаони дијаграми (Графикон 98).

Табела 66. Дескриптивне вредности и компарација резултата Т-скора на the Quality of Life Inventory (QOLI) у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према тежини афазије у односу на флуентност

Оцена тежине афазије	Тип афазије према флуентности	M (SD)	t (df)	p	Разлика AC	Разлика SE	95% CI		η^2
							LL	UL	
Тешка	Нефлуентна	38,93 (5,82)	0,617 (28)	0,542	1,53	2,49	-	3,56	6,63
	Флуентна	37,40 (7,67)							
Лака	Нефлуентна	44,33 (7,45)	-	0,109 (28)	-0,27	2,44	-	5,27	4,74
	Флуентна	44,60 (5,84)							

Напомена: Разлика AC – Разлика аритметичке средине; Разлика SE – Стандардна грешка разлике; CI – интервал поверења; LL – доња граница; UL – горња граница.

Вредности резултата Т-скора на инвентару QOLI у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према тежини афазије у односу на флуентност су испитане *t*-тестом независних узорака (Табела 66). Међутим, *t*-тест није открио значајну разлику у вредностима ових резултата у односу на флуентност испитаника, како у подгрупи особа са тешком афазијом ($p = 0,542$), тако и у подгрупи особа са лаком афазијом ($p = 0,914$).



Графикон 98. Вредности резултата Т-скора на the Quality of Life Inventory (QOLI) у подгрупама испитаника са афазацијом уједначеним према тежини афазације у односу на флуентност

Након уједначавања према тежини афазације, није потврђено да постоји статистички значајна разлика резултата Т-скора на инвентару QOLI у односу на флуентност ($p > 0,05$; Табела 66). Као што приказује Графикон 98, испитаници са флуентном афазацијом су имали постигнућа упоредива са постигнућима испитаника са нефлуентном афазацијом, како у подгрупи испитаника са тешком афазацијом (38,93 наспрам 37,40), тако и у подгрупи испитаника са лаком афазацијом (44,33 наспрам 44,60).

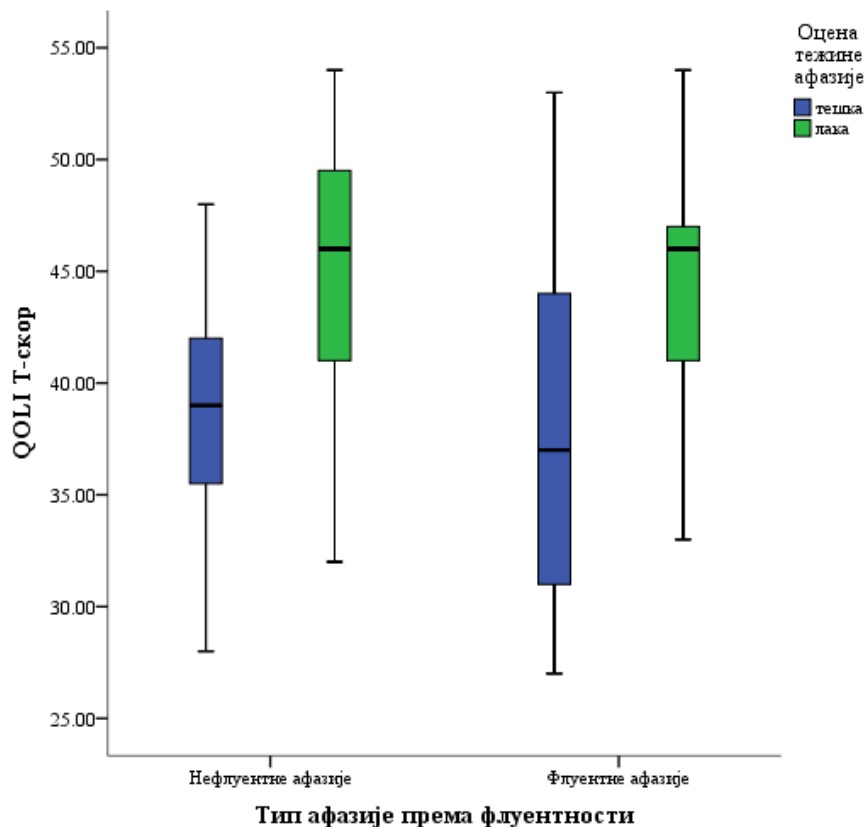
Следећа су начињена поређења резултата Т-скора на инвентару QOLI према оци тежине афазације, након уједначавања према флуентности. Исход компарације резултата Т-скора је у Табели 67, а приложени су и правоугаони дијаграми (Графикон 99).

Табела 67. Дескриптивне вредности и компарација резултата Т-скора на the Quality of Life Inventory (QOLI) у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према флуентности афазије у односу на тежину афазије

Тип афазије према флуентности	Оцена тежине афазије	M (SD)	t (df)	p	Разлика AC	Разлика SE	95% CI		η^2
							LL	UL	
Нефлуентна	Тешка	38,93 (5,82)	-	0,035	-5,40	2,44	10,40	0,40	0,15
	Лака	44,33 (7,45)	2,211 (28)						
Флуентна	Тешка	37,40 (7,67)	-	0,007	-7,20	2,49	12,30	2,10	0,23
	Лака	44,60 (5,84)	2,892 (28)						

Напомена: Разлика AC – Разлика аритметичке средине; Разлика SE – Стандардна грешка разлике; CI – интервал поверења; LL – доња граница; UL – горња граница. Статистички значајне разлике су подебљане.

Вредности резултата Т-скора на инвентару QOLI у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према флуентности у односу на тежину афазије су испитане *t*-тестом независних узорака (Табела 67). Утврђен је статистички значајно већи резултат код испитаника са лаком афазијом у поређењу са испитаницима са тешком афазијом, како у подгрупи испитаника са нефлуентном афазијом на нивоу $p < 0,05$ ($p = 0,035$), тако и у подгрупи особа са флуентном афазијом на нивоу $p < 0,01$ ($p = 0,007$). Просечна разлика вредности у подгрупи испитаника са нефлуентном афазијом од -5,40 (95% CI: -10,40–0,40) може се описати као велика ($\eta^2 = 0,15$), а указује да испитаници са лаком афазијом имају виши Т-скор у поређењу са испитаницима са тешком афазијом. Слично, просечна разлика вредности у подгрупи испитаника са флуентном афазијом од -7,20 (95% CI: -12,30–2,10) може се описати као велика ($\eta^2 = 0,23$), а указује да испитаници са лаком афазијом имају виши Т-скор у поређењу са испитаницима са тешком афазијом.



Графикон 99. Вредности резултата Т-скора на *the Quality of Life Inventory* (QOLI) у подгрупама испитаника са афазиијом уједначеним према флуентности афазиије у односу на тежину афазиије

Након уједначавања према флуентности афазиије, утврђено је да постоји статистички значајна разлика резултата Т-скора на инвентару QOLI у односу на флуентност ($p < 0,05$, односно $p < 0,01$; Табела 67). Као што приказује Графикон 99, испитаници са лаком афазиијом имају виши Т-скор у поређењу са испитаницима са тешком афазиијом, како у подгрупи испитаника са нефлуентном афазиијом (44,33 наспрам 38,93), тако и у подгрупи испитаника са флуентном афазиијом (44,60 наспрам 37,40).

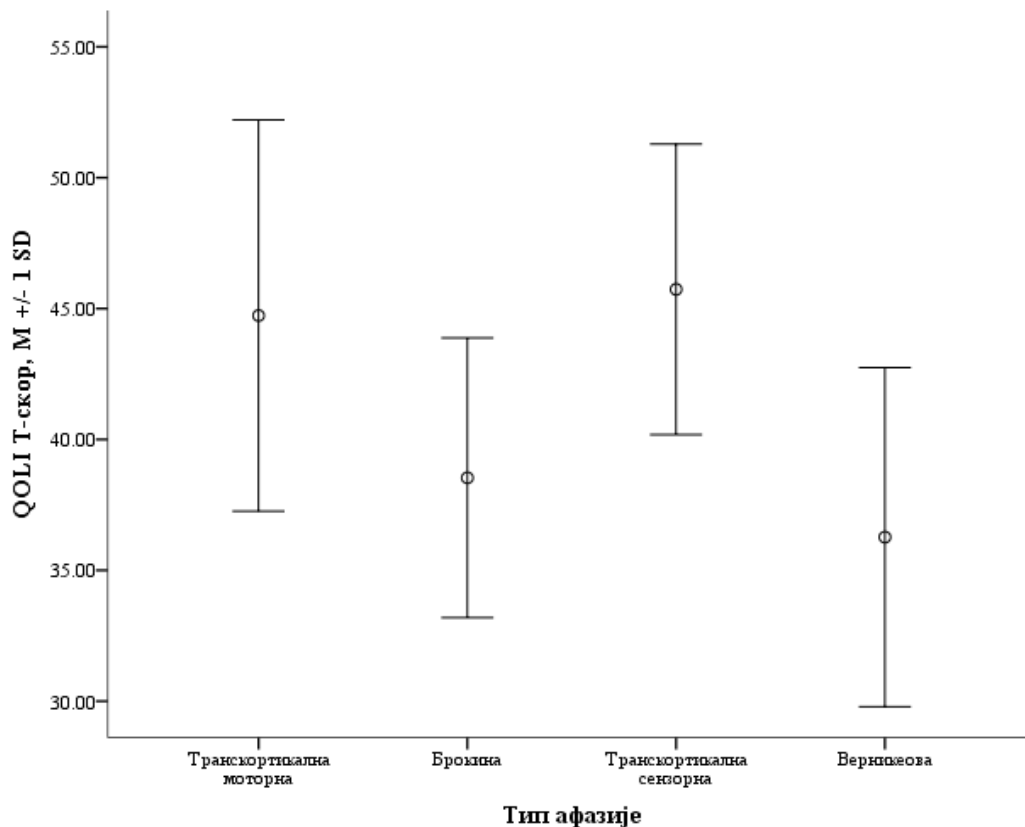
Резултати Т-скора на инвентару QOLI испитаника са афазиијом су упоређени у односу на тип афазиије применом једнофакторске анализе варијансе, са Шефевом *post hoc* анализом (Табела 68). Приложен је линијски дијаграм (Графикон 100).

Табела 68. Дескриптивне вредности и компарација резултата Т-скора на the Quality of Life Inventory (QOLI) у односу на тип афазације

Тип афазације	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Транскортикална моторна	47,73 (7,48)	3	56	8,198	0,000	0,305
Брокина	36,53 (5,34)					
Транскортикална сензорна	45,73 (5,55)					
Верникеова	36,27 (6,47)					

Напомена: *df1* – степен слободe 1; *df2* – степен слободe 2. Статистички сигнификантне разлике су подебљане.

У односу на тип афазације испитаника са афазацијом (Табела 68), једнофакторском анализом варијансе резултата Т-скора на инвентару QOLI, утврђена је статистички значајна разлика, $F(3, 56) = 8,198$, на нивоу $p < 0,001$, и то велике јачине утицаја ($\eta^2 = 0,305$). Прегледом линијског дијаграма (Графикон 100), као и дескриптивних вредности (Табела 66), може се уочити да су, дескриптивно, највише вредности резултата Т-скора у подгрупи испитаника са транскортикалном сензорном афазацијом ($M = 45,73$), а најниже у подгрупи испитаника са Верникеовом афазацијом ($M = 36,27$).



Графикон 100. Вредности резултата T-скора на the Quality of Life Inventory (QOLI) у односу на тип афазације

Накнадним тестовима утврђено је између којих група на испитиваној варијабли постоји статистички значајна разлика (Табела 69).

Табела 69. Резултати post hoc анализе резултата T-скора на the Quality of Life Inventory (QOLI) у односу на тип афазације

Поредбене групе (тип афазације)	Раз. AC	SE	p	
Транскортикална моторна	Брокина	6,20	2,29	0,073
	Транскортикална сензорна	-1,00	2,29	0,979
	Верникеова	8,47*	2,29	0,006
Брокина	Транскортикална моторна	-6,20	2,29	0,073
	Транскортикална сензорна	-7,20*	2,29	0,027
	Верникеова	2,27	2,29	0,806
Транскортикална сензорна	Транскортикална моторна	1,00	2,29	0,979
	Брокина	7,20*	2,29	0,027

	Верникеова	9,47*	2,29	0,002
Верникеова	Транскортикална моторна	-8,47*	2,29	0,006
	Брокина	2,27	2,29	0,806
	Транскортикална сензорна	-9,47*	2,29	0,002

Напомена: Раз. AC – Разлика аритметичких средина; SE – стандардна грешка. Статистички сигнификантне разлике су подебљане.

Резултати су показали да статистичку значајност достиже разлика просечних резултата Т-скора подгрупе испитаника са транскортикалном моторном у односу на подгрупу испитаника са Верникеовом афазиијом која износи просечно 8,47 ($p < 0,01$). Друго, статистичку значајност достиже и разлика између подгрупе испитаника са транскортикалном сензорном и подгрупе испитаника са Брокином афазиијом, а та разлика просечно износи 7,20 ($p < 0,05$). Треће, статистичку значајност достиже разлика између подгрупе испитаника са транскортикалном сензорном и подгрупе испитаника са Верникеовом афазиијом и просечно износи 9,47 ($p < 0,01$).

У наредном кораку је извршена компарација према типу афазиије, а након уједначавања према тежини афазиије. Компарација скорова појединачних домена је извршена применом *t*-теста за независне узорке, и то прво у оквиру подгрупе са тешком афазиијом између испитаника са Брокином и Верникеовом афазиијом, а затим и у оквиру подгрупе испитаника са лаком афазиијом између испитаника са транскортикалном моторном афазиијом и испитаника са транскортикалном сензорном афазиијом (Табела 70).

Табела 70. Дескриптивне вредности и компарација резултата Т-скора на the Quality of Life Inventory (QOLI) према типу афазиије након уједначавања према тежини

Оцена тежине	Тип афазиије	M (SD)	t (df)	p	Разлика		95% CI		η^2
					AC	SE	LL	UL	
Тешка	Брокина	38,29 (5,46)	0,866 (25)	0,395	2,05	2,37	-2,83	6,94	0,03
	Верникеова	36,23 (6,85)							

Лака	транскортикална моторна	44,50 (7,70)							
	транскортикална сензорна	45,85 (5,001)	-0,533 (25)	0,598	-1,35	2,52	-6,54	3,85	0,01

Напомена: Разлика AC – Разлика аритметичке средине; Разлика SE – Стандардна грешка разлике; CI – интервал поверења; LL – доња граница; UL – горња граница.

Након уједначавања према тежини афазиије, није потврђено да постоји статистички значајна разлика резултата Т-скора између испитаника са Брокином афазиијом и испитаника са Верникеовом афазиијом, као ни између испитаника са транскортикалном моторном афазиијом и испитаника са транскортикалном сензорном афазиијом ($p > 0,05$, све анализе; Табела 70). Како приказују Графикон 101 и Табела 70, испитаници са Брокином афазиијом су имали дескриптивно већа QOLI постигнућа у поређењу са испитаницима са Верникеовом афазиијом (38,29 наспрам 36,23). Истовремено, испитаници са транскортикалном сензорном афазиијом су имали дескриптивно већа QOLI постигнућа у поређењу са испитаницима са транскортикалном моторном афазиијом (45,85 наспрам 44,50).

У следећем делу тестирано је да ли време трајања афазичког поремећаја има утицај на резултат Т-скора на инвентару QOLI. Повезаност резултата Т-скора, с једне стране, и трајања афазичког поремећаја израженог у месецима, с друге, испитана је Спирмановом корелацијом ранга, како на нивоу групе испитаника са афазиијом, тако и у подгрупама испитаника са афазиијом уједначених према тежини афазиије, према флуентности афазиије и према типу афазиије (Табела 71).

Табела 71. Корелација резултата Т-скора на the Quality of Life Inventory (QOLI) и трајања афазичког поремећаја у месецима у групи испитаника са афазиијом и у подгрупама уједначеним према тежини, флуентности и типу афазиије

Quality of Life Inventory (QOLI) Т-скор		Трајање афазичког поремећаја	
Варијабла	Категорија	ρ	p
Оцена тежине афазиије	Тешка	0,164	0,386
	Лака	-0,100	0,600
Флуентност	Нефлуентна	-0,022	0,906
	Флуентна	0,252	0,180

Тип афазиије	Транскорт. моторна	-0,077	0,786
	Брокина	0,051	0,856
	Транскорт. сензорна	-0,191	0,495
	Верникеова	0,393	0,147
Група испитаника са афазиијом у целини		0,124	0,334

Према резултатима статистичке анализе повезаности између резултата Т-скора на инвентару QOLI и трајања афазичког поремећаја, може се закључити да коефицијент Спирманове корелације ранга није достигао статистичку значајност на нивоу $p < 0,05$ (Табела 71). Тачније, не може се тврдити да вредности забележене на инвентару QOLI на нивоу целе групе испитаника са афазиијом, као ни у подгрупама уједначеним према тежини, флуентности и типу афазиије, варирају статистички значајно према трајању афазичког поремећаја.

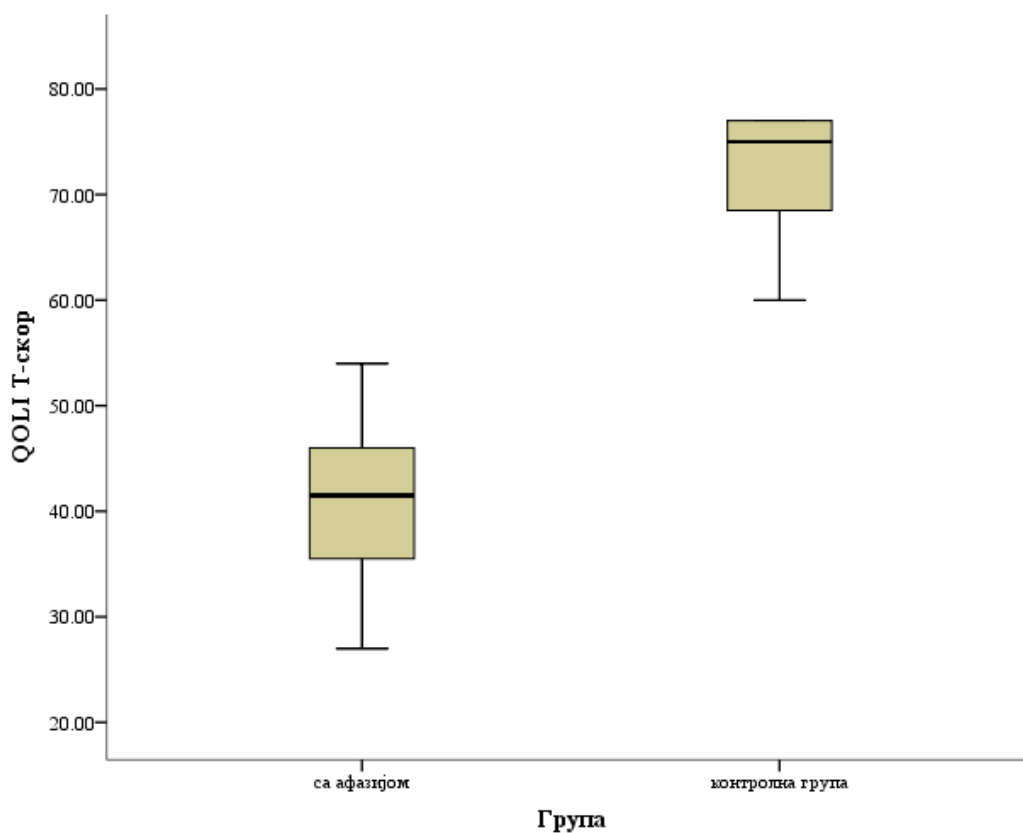
Како би се утврдила статистичка значајност разлике резултата Т-скора на инвентару QOLI групе испитаника са афазиијом у односу на контролну групу испитаника, спроведена је компарација применом t -теста независних узорака. Исход компарације просечног скора је дат у Табели 72. Како би се дескриптивно описале разлике резултата између група испитаника, приложен је правоугаони дијаграм (Графикон 101).

Табела 72. Компарација резултата Т-скора на the Quality of Life Inventory (QOLI) испитаника са афазиијом и контролне групе испитаника

Група	M (SD)	t (df)	p	Разлика AC	Разлика SE	95% CI		η^2
						LL	UL	
Афазиија	41,32 (7,33)	-27,194 (105,734)	0,000	-31,42	1,16	-33,71	-29,13	0,87
Контролна	72,73 (5,14)							

Напомена: Афазиија – Група испитаника са афазиијом ($n = 60$); Контролна – Контролна група здравих испитаника ($n = 60$); SE – стандардна грешка; Разлика AC – Разлика аритметичке средине; Разлика SE – Стандардна грешка разлике; CI – интервал поверења; LL – доња граница; UL – горња граница. Статистички значајна разлика је подебљана.

Вредности просечног резултата Т-скора групе испитаника са афазијом и контролне групе испитаника су испитане *t*-тестом независних узорака (Табела 72). Утврђена је статистички значајно већа вредност просечног резултата Т-скора у контролној групи ($M = 72,73$, $SD = 5,14$) него у групи испитаника са афазијом ($M = 41,32$, $SD = 7,33$), $t = -27,194$, $df = 105,734$, $p < 0,001$. Просечна разлика вредности од $-31,42$ (95% CI: $-33,71$ – $-29,13$) може се описати као велика ($\eta^2 = 0,87$), а указује да испитаници контролне групе имају више QOLI вредности у поређењу са испитаницима са афазијом. Графикон 101 приказује разлике у дистрибуцији вредности ове варијабле између две групе.



Графикон 101. Дистрибуција вредности резултата Т-скора на *the Quality of Life Inventory (QOLI)* у групи испитаника са афазијом и контролној групи испитаника

Следећа су начињена поређења резултата Т-скора на инвентару QOLI према одабраним социо-демографским варијаблама. Исходи Ман-Витнијевог *U*-теста, односно Крускал-Волисов *H*-теста су дати у Табели 73. Уз то, приложени су и правоугаони дијаграми (Графикони 102 до 106).

Табела 73. Дескриптивне вредности и компарација резултата Т-скора на the Quality of Life Inventory (QOLI) у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према одабраним социо-демографским варијаблама

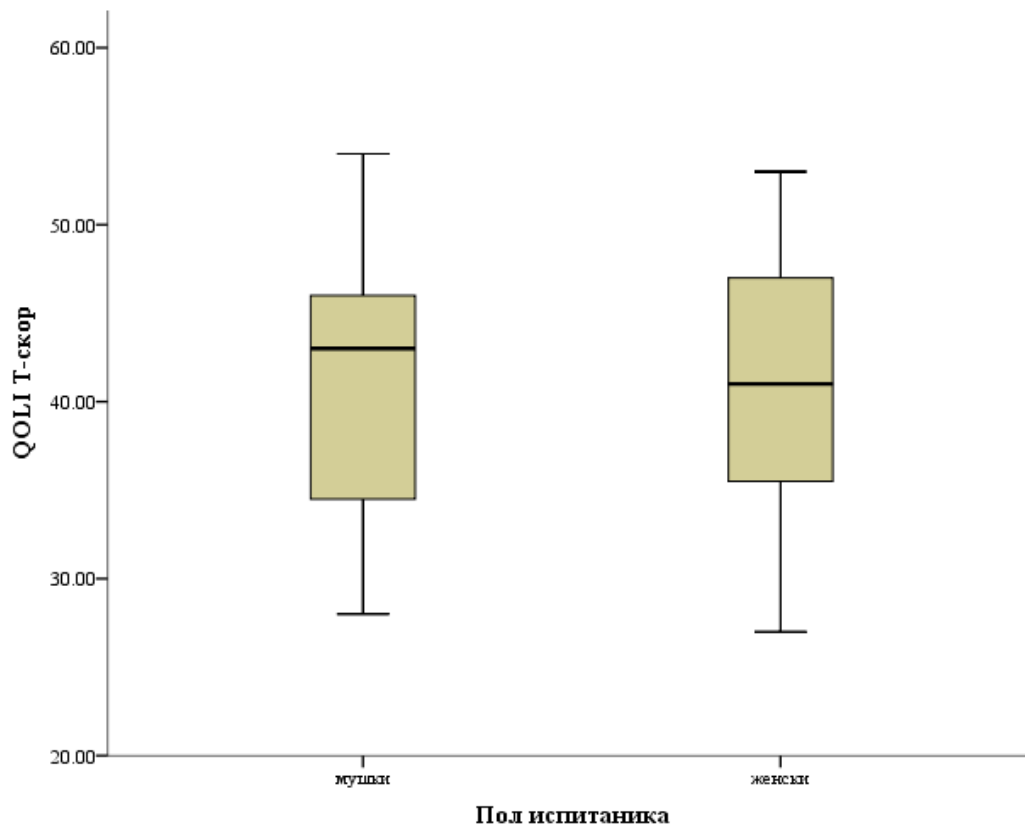
Варијабла	Категорија	QOLI Т-скор		Компарација	
		<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Mdn</i> (<i>IQR</i>)	Просечан ранг	<i>p</i>
Пол	мушки	41,59 (7,50)	43,00 (12,25)	31,21	0,738 [†]
	женски	41,00 (7,25)	41,00 (12,25)	29,70	
Брачни статус	да	44,24 (6,16)	45,00 (8,50)	37,06	0,001[†]
	не	37,74 (7,13)	37,00 (13,00)	22,48	
Занимање	занат	37,63 (4,50)	38,00 (8,25)	20,63	0,164 [‡]
	техн. струка	42,00 (7,66)	43,50 (12,75)	32,37	
	просвета	44,50 (4,93)	44,00 (9,25)	37,00	
	мед. струка	36,75 (8,66)	36,00 (16,25)	20,88	
Године образовања	11	36,17 (4,07)	35,50 (9,00)	17,50	0,034[‡]
	12	39,60 (7,21)	40,00 (13,00)	26,44	
	14	46,50 (2,12)	46,50 (0,00)	43,75	
	16	43,67 (7,33)	45,00 (8,00)	36,17	

Напомена: *M* – аритметичка средина; *SD* – стандардна девијација; *Mdn* – медијана; *IQR* – интерквартилно одступање; *p* – значајност. Статистички сигнификантне разлике су подебљане.

[†] Ман-Витнијев *U*-тест.

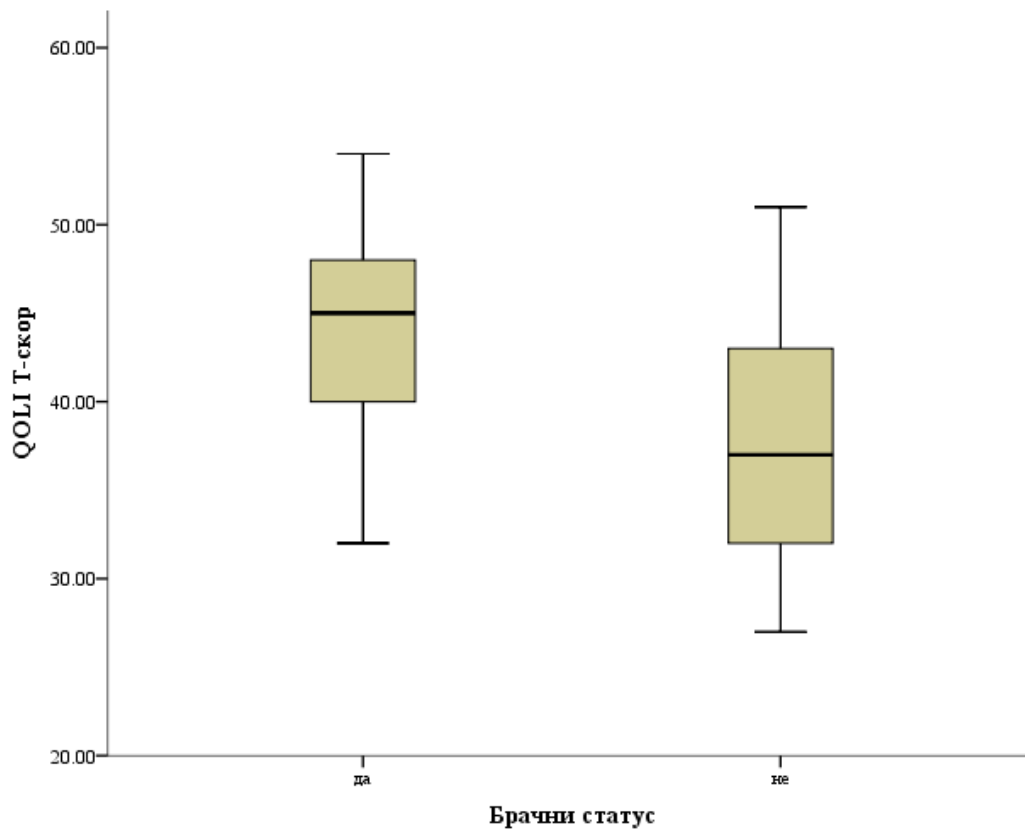
[‡] Крускал-Волисов *H*-тест.

Након формирања подгрупа испитаника са афазијом у односу на одабране социо-демографске варијабле, статистичка анализа је искључила постојање значајности разлике резултата Т-скора на инвентару QOLI у односу на пол и занимање испитаника са афазијом ($p > 0,05$). Другим речима, не може се тврдити да постоје разлике QOLI резултата између испитаника са афазијом у односу на пол и у односу на занимање (Табела 73). Међутим, према брачном статусу, као и односу на године образовања, достигнута је статистичка значајност на нивоу $p < 0,05$.



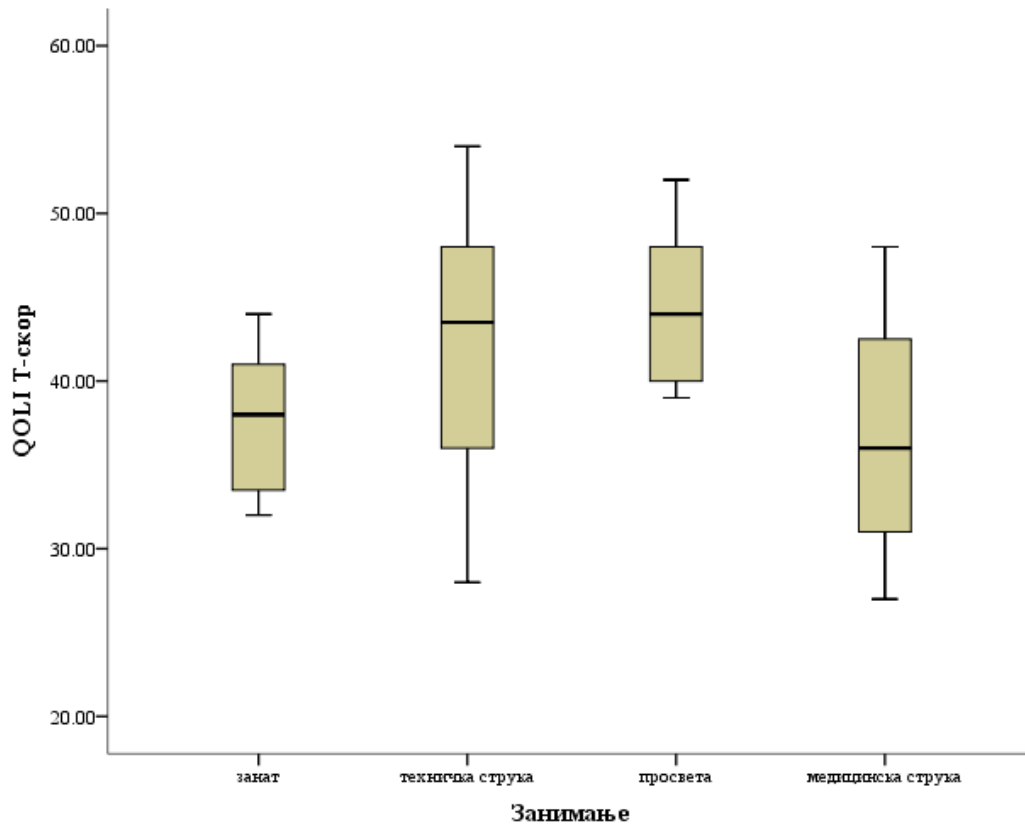
Графикон 102. Вредности резултата Т-скора на *the Quality of Life Inventory* (QOLI) у подгрупама испитаника са афацијом уједначеним према полу

Након формирања подгрупа испитаника са афацијом према полу, није потврђено да постоји статистички значајна разлика просечног резултата Т-скора на инвентару QOLI између испитаника са афацијом мушког пола и испитаника са афацијом женског пола ($p > 0,05$; Табела 73). Како приказује Графикон 102, испитаници са афацијом мушког пола су имали нешто већа постигнућа у поређењу са испитаницима са афацијом женског пола (41,59 наспрам 41,00).



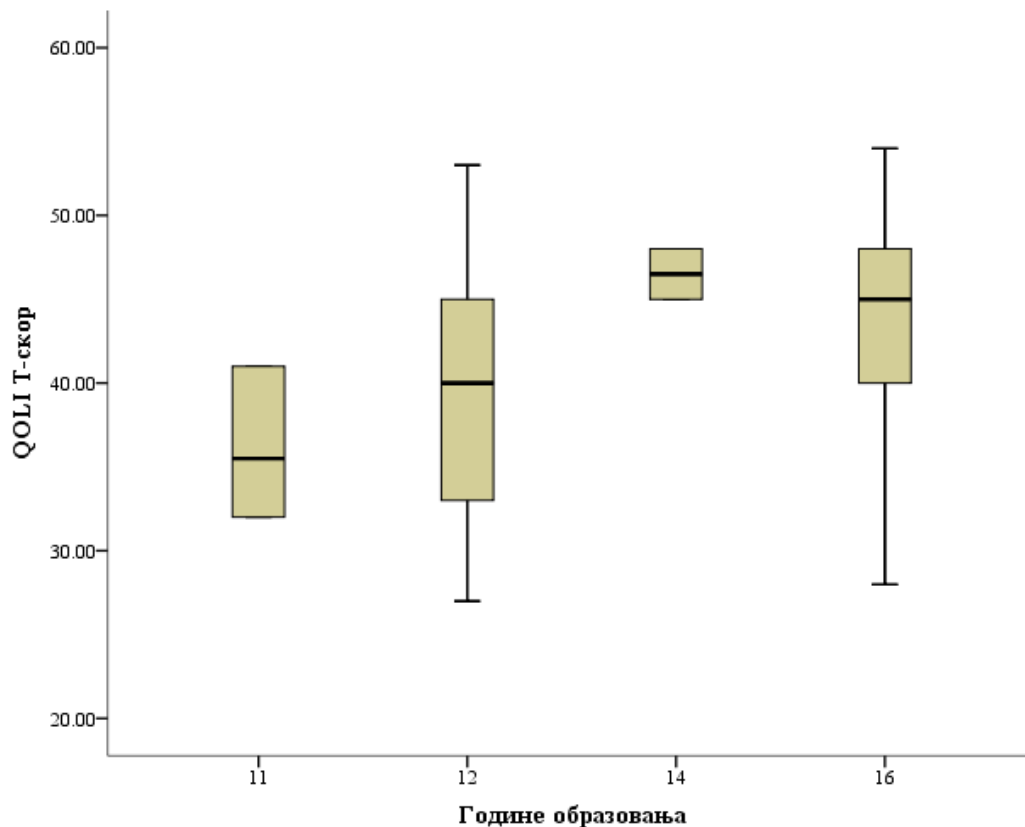
Графикон 103. Вредности резултата Т-скора на *the Quality of Life Inventory (QOLI)* у подгрупама испитаника са афацијом уједначеним према брачном статусу

Након формирања подгрупа испитаника са афацијом према брачном статусу, нађено је да постоји статистички значајна разлика резултата између ових подгрупа ($p < 0,05$; Табела 73). Како приказује Графикон 103, испитаници са афацијом који су били у браку су имали статистички значајно веће медијане постигнућа у поређењу са испитаницима са афацијом који нису имали брачног партнера (45,00 наспрам 37,00). Величина разлике се може описати као умерена ($r = 0,41$).



Графикон 104. Вредности резултата T-скора на *the Quality of Life Inventory* (QOLI) у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према занимању

Након формирања подгрупа испитаника са афазијом према занимању, није потврђено да постоји статистички значајна разлика резултата између ових подгрупа испитаника са афазијом ($p > 0,05$; Табела 73). Како приказује Графикон 104, испитаници са афазијом који су се бавили просветом имали су највиша постигнућа, док су најнижа нађена код испитаника са афазијом који су из медицинске струке (44,00, односно 36,00).



Графикон 105. Вредности резултата Т-скора на *the Quality of Life Inventory (QOLI)* у подгрупама испитаника са афазиијом уједначеним према трајању образовања

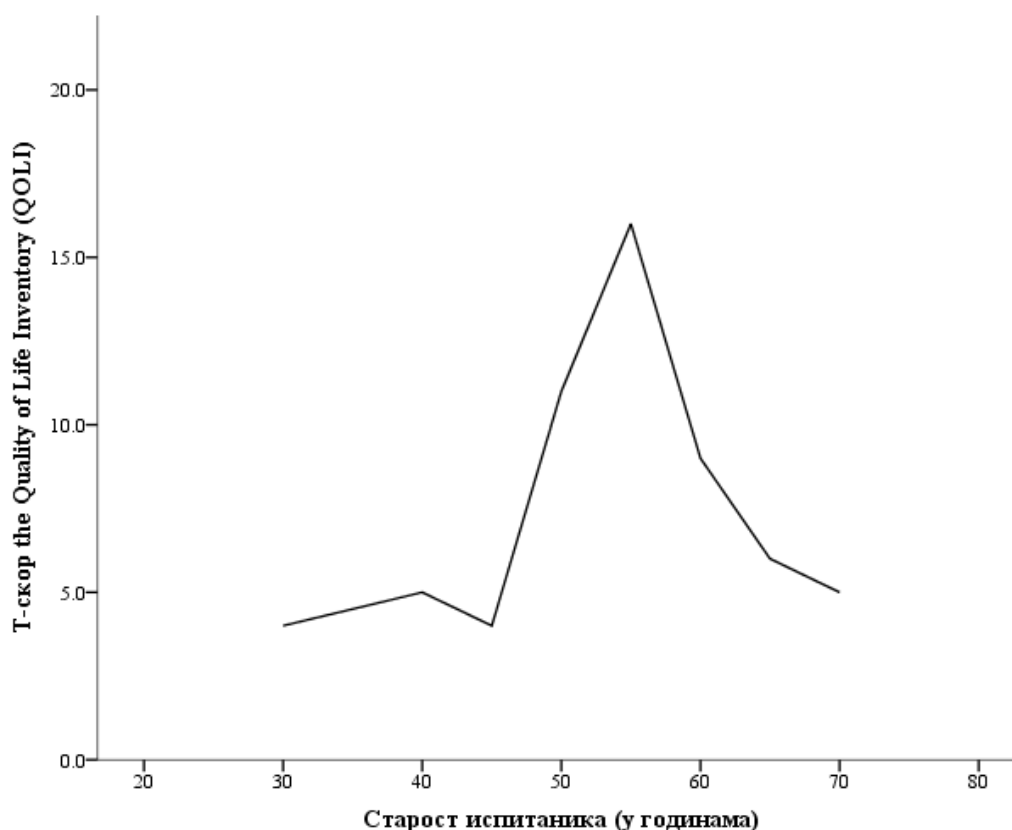
Након формирања подгрупа испитаника са афазиијом уједначених према трајању образовања, нађено је да постоји статистички значајна разлика резултата Т-скора на инвентару QOLI између ових подгрупа испитаника са афазиијом ($p < 0,05$; Табела 73). Како приказује Графикон 105, испитаници са афазиијом чије је образовање трајало 14 година су имали највиша постигнућа, док су најнижа нађена код испитаника са афазиијом чије је образовање трајало 11 година (46,50 односно 35,50).

Следећа варијабла у односу на коју је испитана статистичка значајност јесте старост испитаника са афазиијом. Повезаност резултата Т-скора на инвентару QOLI, с једне стране, и старости испитаника изражене у годинама живота, с друге, истражена је помоћу коефицијената Пирсонове линеарне корелације (Табела 74).

Табела 74. Корелација резултата Т-скора на the Quality of Life Inventory (QOLI) и старости испитаника са афазијом

the Quality of Life Inventory (QOLI)	Старост испитаника са афазијом (у годинама)	
	<i>r</i>	<i>p</i>
	0,190	0,145

Према резултатима статистичке анализе повезаности између резултата Т-скора на инвентару QOLI и старости испитаника изражене у годинама живота, може се закључити да није достигнута статистичка значајност корелације (Табела 74). Тачније, не може се тврдити да вредности забележене на инвентару QOLI варирају статистички значајно према старости испитаника са афазијом (Графикон 106).



Графикон 106. Повезаност резултата Т-скора на the Quality of Life Inventory (QOLI) и старости испитаника са афазијом

3.4. Корелациона анализа

Повезаност укупних скорова и скорова појединачних домена скале ASHA-QCL, с једне стране и скале SAQOL-39, с друге стране, испитана је Спирмановом корелацијом ранга. Исходи ових анализа су приказани у Табели 75.

Табела 75. Корелација постигнућа испитаника са афазијом на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL и на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39

SAQOL-39		ASHA-QCL			
		Просечан скор	Социјализација и активности	Самопоуздање	Појединачне улоге и одговорност
Укупан скор	ρ	0,946***	0,898***	0,921***	0,884***
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
физички	ρ	0,922***	0,859***	0,915***	0,859***
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
комуникациони	ρ	0,960***	0,930***	0,919***	0,887***
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
психосоцијални	ρ	0,863***	0,826***	0,843***	0,798***
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
енергетски	ρ	0,700***	0,696***	0,638***	0,662***
	p	0,000	0,000	0,000	0,000

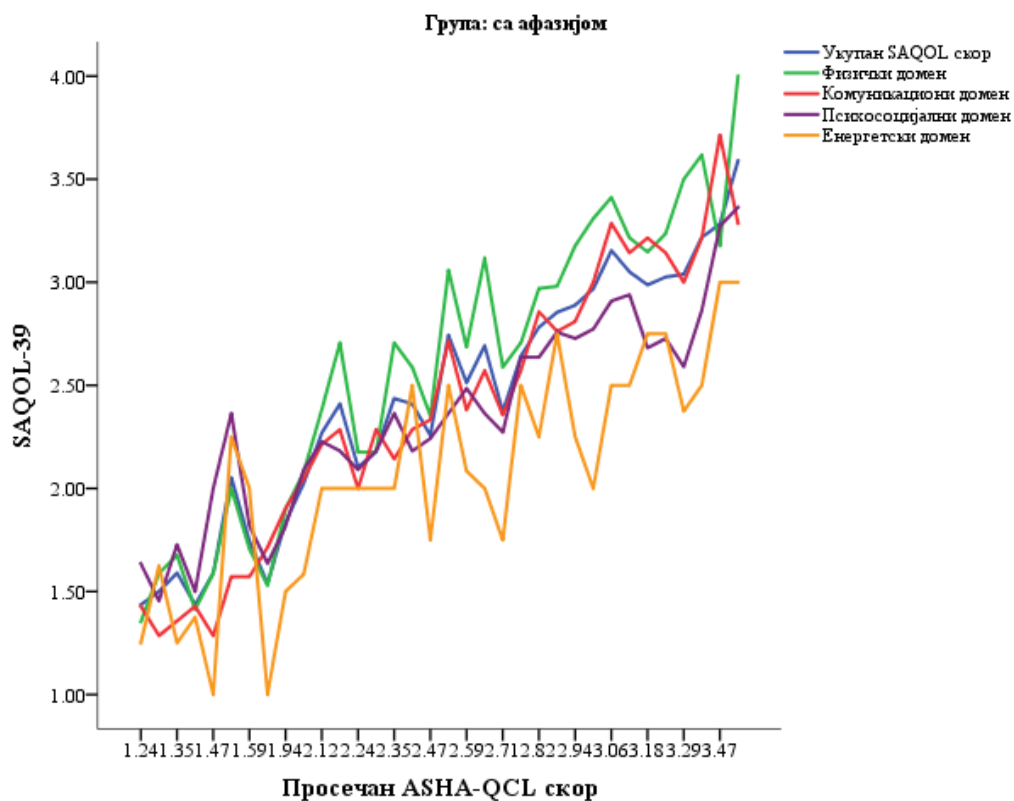
Напомена: Статистички сигнификантне вредности су подељане.

*** $p < 0,001$.

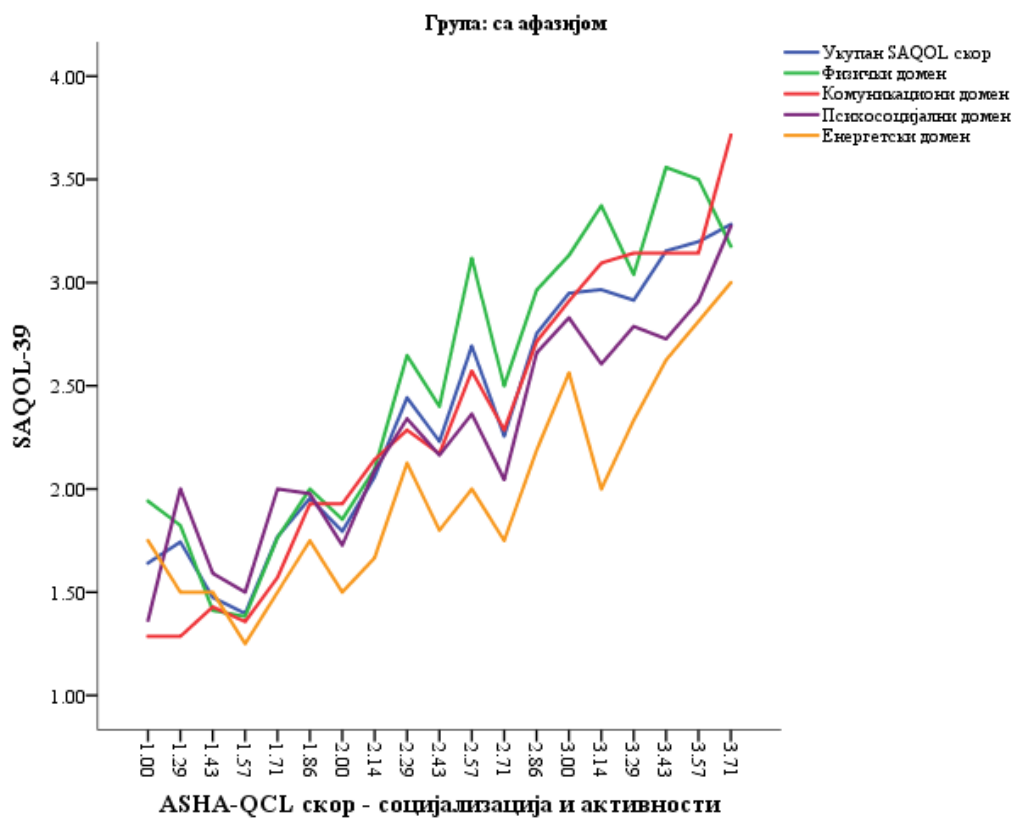
Према резултатима статистичке анализе повезаности између постигнућа испитаника са афазијом на скали ASHA-QCL и на скали SAQOL-39, може се закључити да су сви коефицијенти корелације достигли задати ниво статистичке значајности (Табела 75). Тачније, потврђена је позитивна и јака корелација између свих укупних скорова и скорова појединачних домена ($\rho =$ од 0,638 до 0,960, $p < 0,001$). Налаз показује да веће вредности просечног ASHA-QCL скорa и скорова појединачних ASHA-QCL домена (социјализација и активности, самопоуздање, појединачне улоге и одговорност) прате веће вредности укупног SAQOL-39 скорa

испитаника са афазијом, као и скорова појединачних SAQOL-39 домена (физички, комуникациони, психосоцијални, енергетски).

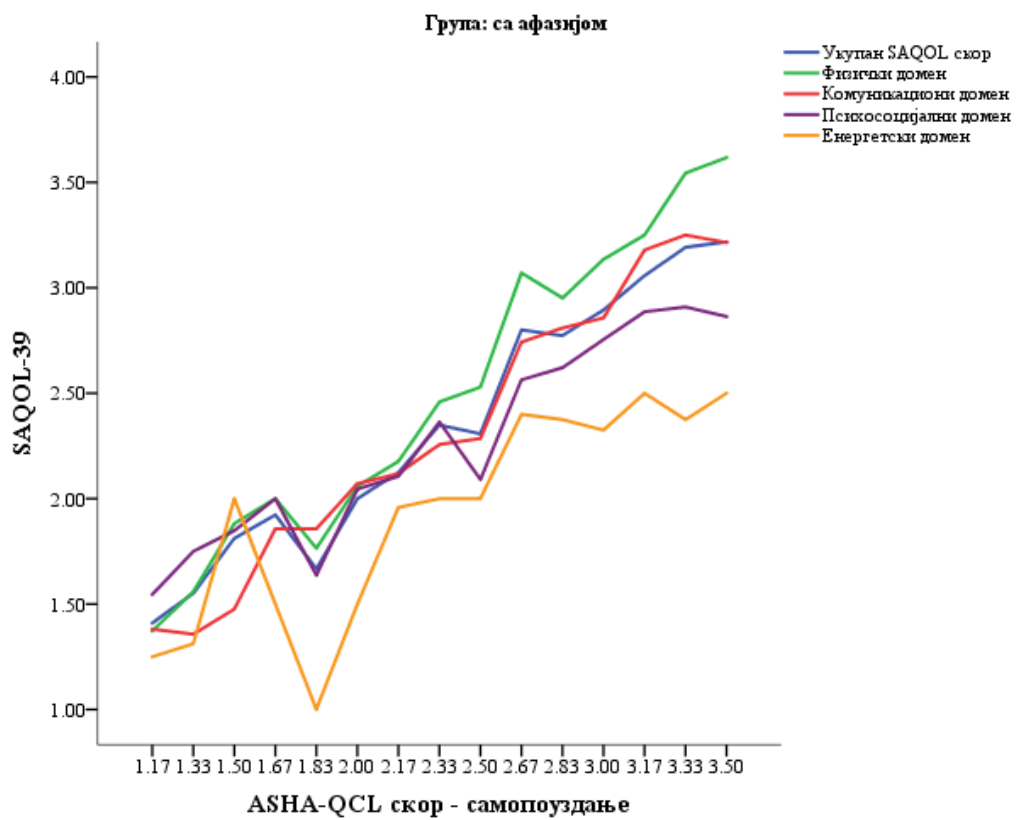
Дакле, може се тврдити да постигнућа забележена на ASHA-QCL скали варирају статистички значајно према постигнућима забележеним на SAQOL-39 скали, као што показују Графикони 107 до 110.



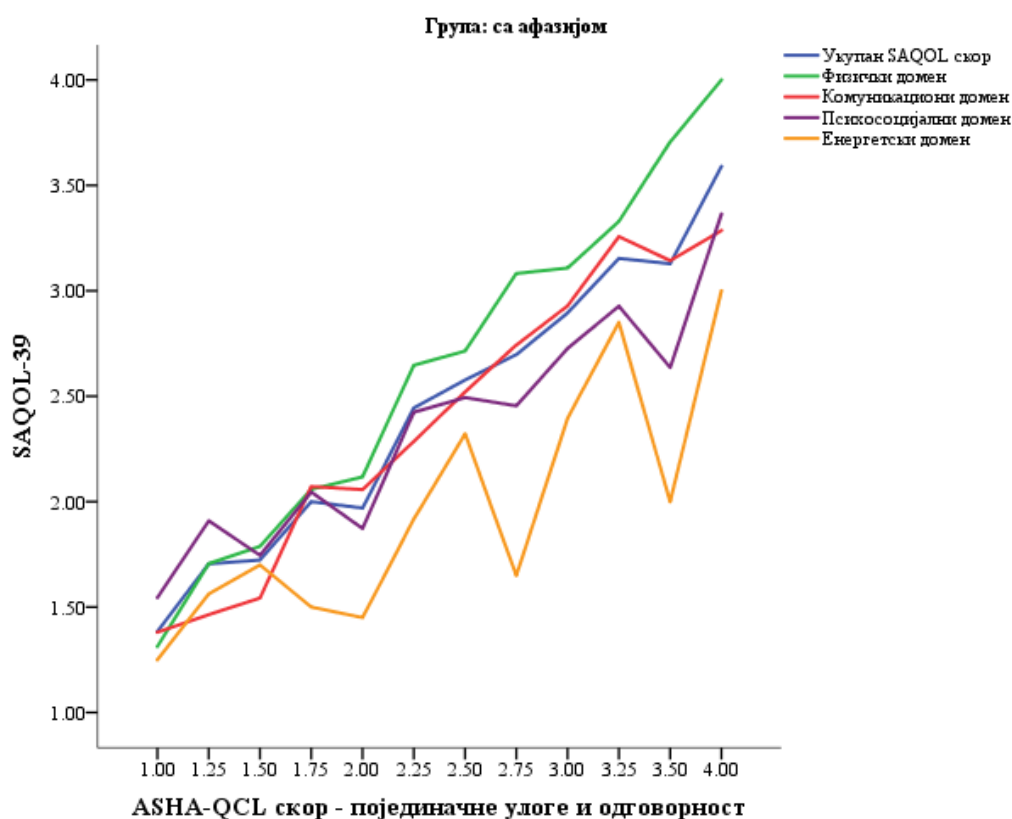
Графикон 107. Повезаност постигнућа на SAQOL-39 скали и просечног ASHA-QCL скорa у групи испитаника са афазијом



Графикон 108. Повезаност постигнућа на SAQOL-39 скали и ASHA-QCL скара у домену социјализације и активности у групи испитаника са афазијом



Графикон 109. Повезаност постигнућа на SAQOL-39 скали и ASHA-QCL скора у домену самопоуздања у групи испитаника са афазијом



Графикон 110. Повезаност постигнућа на SAQOL-39 скали и ASHA-QCL скова у домену појединачних улога и одговорности у групи испитаника са афазијом

Повезаност сировог скова на *the Quality of Life Inventory* (QOLI), с једне стране и постигнућа на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазу – SAQOL-39, с друге стране, испитана је применом Спирманове корелације ранга. Исходи ових анализа су приказани у Табели 76.

Табела 76. Корелација сировог скова на *the Quality of Life Inventory* (QOLI) и постигнућа на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазу – SAQOL-39

SAQOL-39 скор и домени	QOLI сиров скор	
	ρ	p
Укупан скор	0,560**	0,000
Физички	0,540**	0,000
Комуникациони	0,515**	0,000

Психосоцијални	0,542**	0,000
Енергетски	0,516**	0,000

Напомена: Статистички сигнификантне вредности су подебљане.

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

Потврђене су високе и позитивне корелације између QOLI сировог скорa и укупног SAQOL-39 скорa, као и скорова свих SAQOL-39 домена (r од 0,515 до 0,560). Веће вредности сировог QOLI скорa код испитаника са афазијом прате веће вредности укупног SAQOL-39 скорa, као и скорова физичког, комуникационог, психосоцијалног и енергетског домена (Табела 76).

У наредном кораку је испитана повезаност сировог скорa на инвентару QOLI, с једне стране и постигнућа на скали SAQOL-39, с друге, у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према тежини, флуентности и типу афазије, испитана је применом Спирманове корелације ранга. Исходи ових анализа су приказани у Табели 77.

Табела 77. Корелација сировог скорa на the Quality of Life Inventory (QOLI) и постигнућа на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазију – SAQOL-39 у подгрупама испитаника са афазијом уједначених према тежини, флуентности и типу афазије

Варијабла	Категорија	SAQOL-39 скор и домени	QOLI сиров скор	
			ρ	p
Оцена тежине афазије	Тешка	Укупан скор	0,106	0,577
		Физички	0,105	0,580
		Комуникациони	0,098	0,607
		Психосоцијални	0,172	0,364
		Енергетски	0,002	0,994
	Лака	Укупан скор	0,541**	0,002
		Физички	0,423*	0,020
		Комуникациони	0,371*	0,043
		Психосоцијални	0,482**	0,007
		Енергетски	0,598**	0,000
Флуентност	Нефлуентна	Укупан скор	0,550**	0,002
		Физички	0,518**	0,003

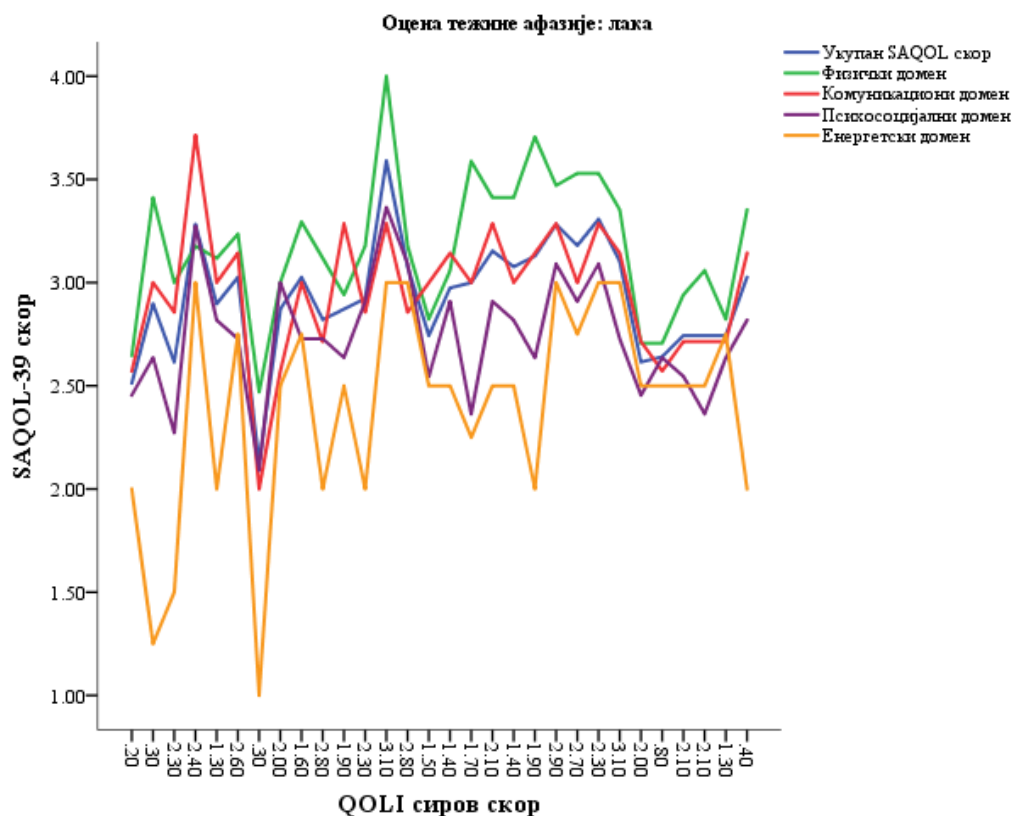
		Комуникациони	0,463**	0,010
		Психосоцијални	0,599**	0,000
		Енергетски	0,548**	0,002
	Флуентна	Укупан скор	0,591**	0,001
		Физички	0,576**	0,001
		Комуникациони	0,579**	0,001
		Психосоцијални	0,461*	0,010
		Енергетски	0,542**	0,002
Тип афазије	Транскорт. моторна	Укупан скор	0,514*	0,037
		Физички	0,449	0,093
		Комуникациони	0,323	0,240
		Психосоцијални	0,645**	0,009
		Енергетски	0,609*	0,016
	Брокина	Укупан скор	0,123	0,663
		Физички	0,174	0,535
		Комуникациони	-0,047	0,868
		Психосоцијални	0,191	0,495
		Енергетски	0,103	0,715
	Транскорт. сензорна	Укупан скор	0,510	0,052
		Физички	0,346	0,207
		Комуникациони	0,386	0,156
		Психосоцијални	0,309	0,263
		Енергетски	0,547*	0,035
	Верникеова	Укупан скор	-0,054	0,848
		Физички	-0,005	0,977
		Комуникациони	0,059	0,833
		Психосоцијални	-0,123	0,662
		Енергетски	0,006	0,984

Напомена: Статистички сигнификантне вредности су подебљане.

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

Прво, потврђене су умерене до високе и позитивне корелације између QOLI сировог скорa и укупног SAQOL-39 скорa, као и скорова свих SAQOL-39 домена, у подгрупи испитаника са афазијом оцењеном као афазија лаког степена (r од 0,371 до 0,598). Веће вредности сировог QOLI скорa код испитаника са лако афазијом прате веће вредности укупног SAQOL-39 скорa, као и скорова физичког, комуникационог, психосоцијалног и енергетског домена (Табела 77).

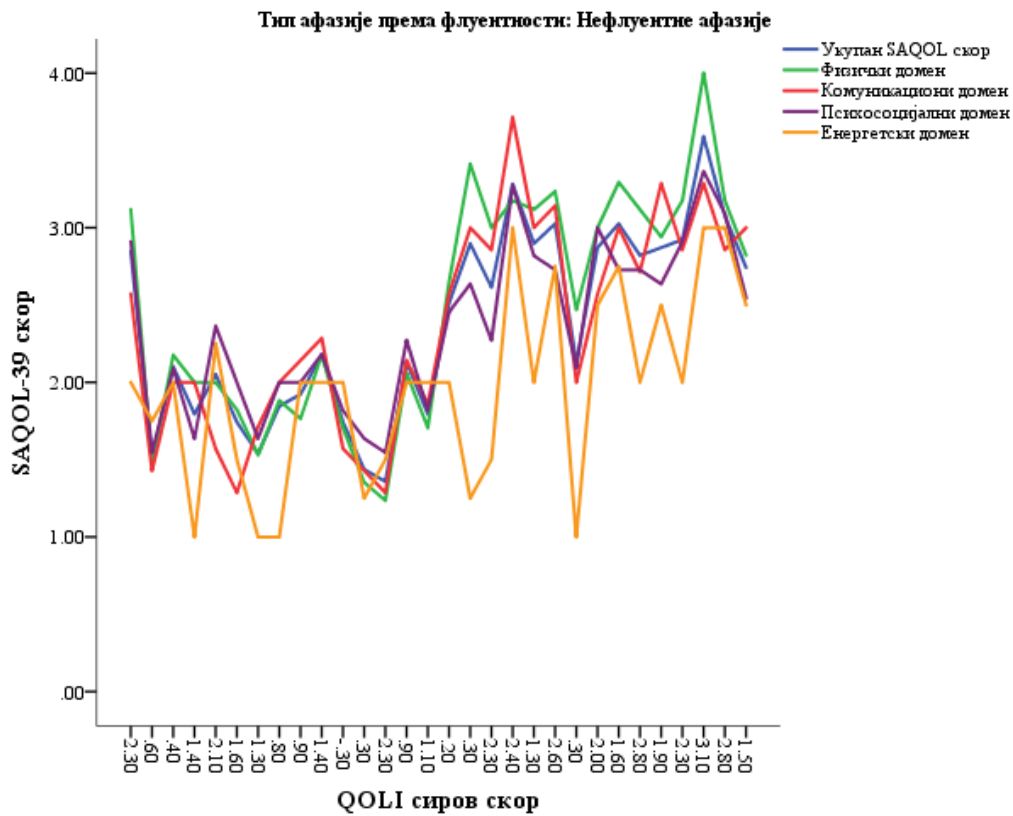


Графикон 111. Повезаност сировог QOLI сора и укупног SAQOL-39 сора, и скорова физичког, комуникационог, психосоцијалног и енергетског SAQOL-39 домена у подгрупи испитаника са лаком афазијом

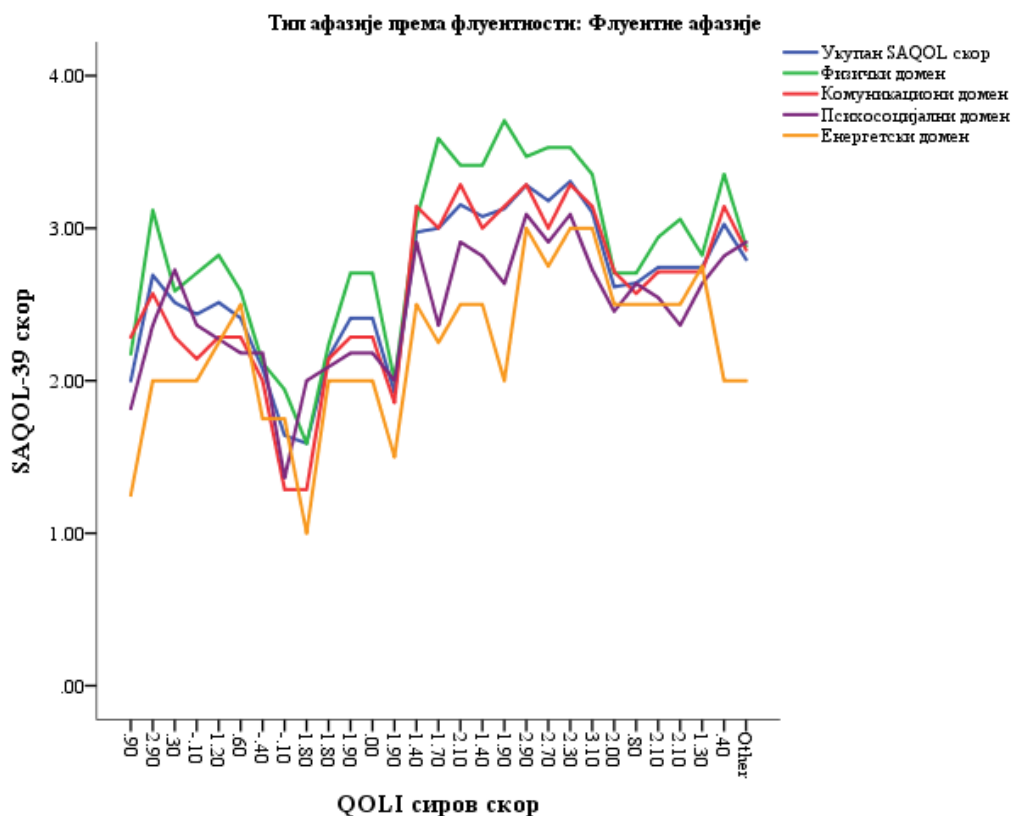
Графикон 111 представља приказ повезаности укупног SAQOL-39 сора, као и скорова физичког, комуникационог, психосоцијалног и енергетског домена и сировог QOLI сора у подгрупи испитаника са лаком афазијом. Када се упореде вредности и тренд корелација, уочава се да је код испитаника са лаком афазијом присутна тенденција да са порастом сировог QOLI сора сви наведени SAQOL-39 скорови буду виши.

Друго, потврђене су умерене до високе и позитивне корелације између QOLI сировог сора и укупног SAQOL-39 сора, као и скорова свих SAQOL-39 домена у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према флуентности (r од 0,461 до 0,599). Веће вредности сировог QOLI сора код испитаника са нефлуентном, као и код испитаника са флуентном афазијом, прате веће вредности

укупног SAQOL-39 сора, као и скорова физичког, комуникационог, психосоцијалног и енергетског домена (Табела 77).



Графикон 112. Повезаност сировог QOL1 сора и укупног SAQOL-39 сора, и скорова физичког, комуникационог, психосоцијалног и енергетског SAQOL-39 домена у подгрупи испитаника са нефлуентном афазијом

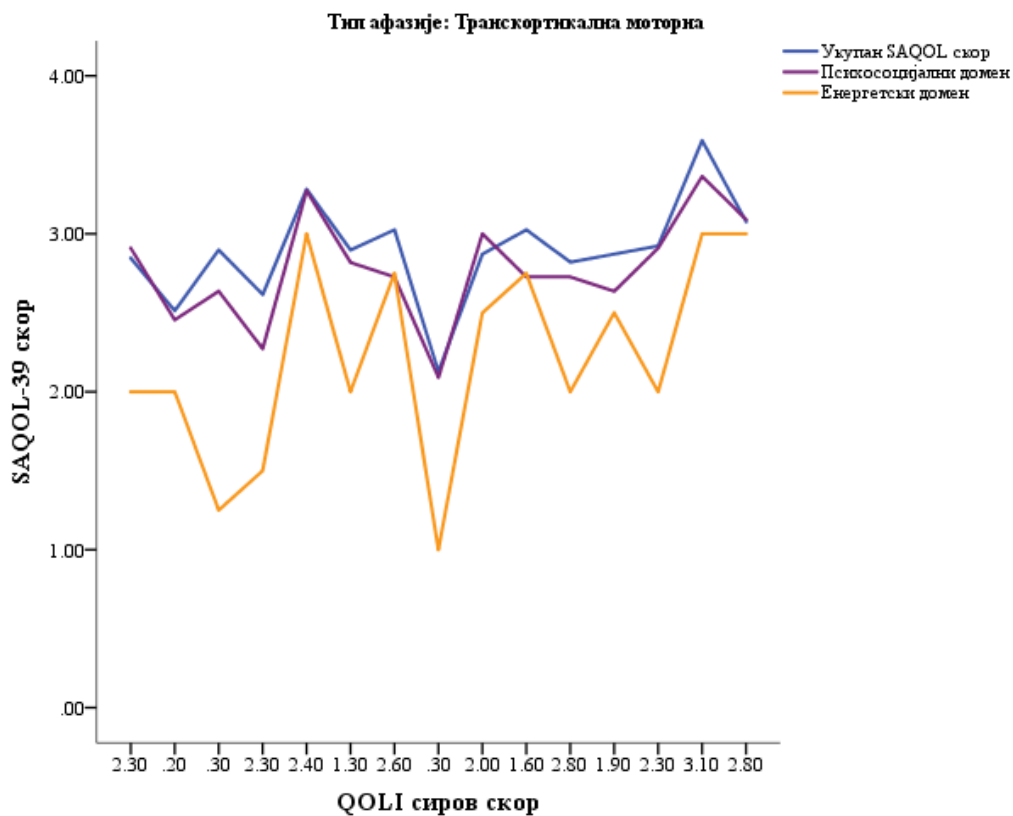


Графикон 113. Повезаност сировог QOLI скорa и укупног SAQOL-39 скорa, и скорова физичког, комуникационог, психосоцијалног и енергетског SAQOL-39 домена у подгрупи испитаника са флуентном афазијом

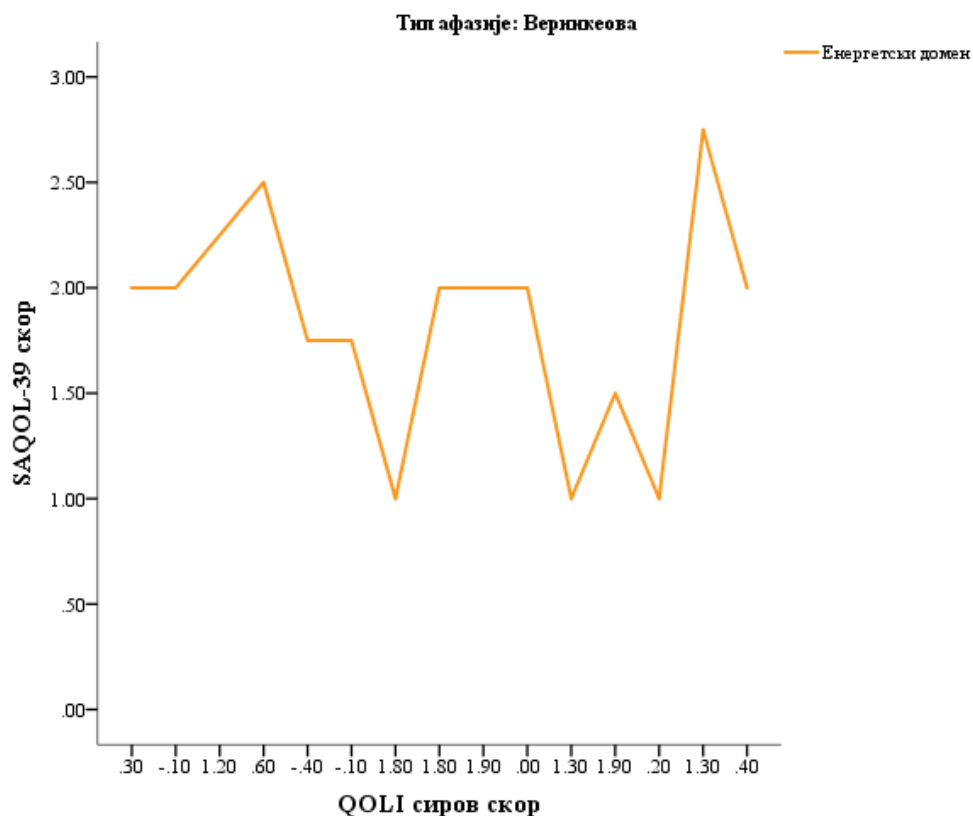
Графикон 112 представља приказ повезаности укупног SAQOL-39 скорa, као и скорова физичког, комуникационог, психосоцијалног и енергетског домена и сировог QOLI скорa у подгрупи испитаника са нефлуентном афазијом, а Графикон 113 у подгрупи испитаника са флуентном афазијом. Код испитаника уједначених према флуентности потврђена је тенденција да са порастом сировог QOLI скорa сви наведени SAQOL-39 скорови буду виши.

Треће, у односу на тип афазије, потврђене су три високе и позитивне корелације и то између сировог QOLI скорa и скорова психосоцијалног и енергетског SAQOL-39 домена у подгрупи испитаника са транскортикалном моторном афазијом ($\rho = 0,514, 0,645$ и $0,609$). Поред тога, четврта статистички значајна корелација је израчуната између сировог QOLI скорa и скорa енергетског

SAQOL-39 домена у подгрупи испитаника са Верникеовом афазијом ($\rho = 0,547$). Веће вредности сировог QOLI сора код испитаника са транскортикалном моторном афазијом прате веће вредности укупног SAQOL-39 сора, као и скорова психосоцијалног и енергетског домена, док код испитаника са Верникеовом афазијом веће вредности сировог QOLI сора прате веће вредности енергетског домена (Табела 77).



Графикон 114. Повезаност сировог QOLI сора и укупног SAQOL-39 сора, и скорова психосоцијалног и енергетског SAQOL-39 домена у подгрупи испитаника са транскортикалном моторном афазијом



Графикон 115. Повезаност сировог QOLI скорa и укупног SAQOL-39 скорa и скорa енергетског SAQOL-39 домена у подгрупи испитаника са Верникеовом афазијом

Графикон 114 представља приказ повезаности сировог QOLI скорa, с једне стране и укупног SAQOL-39 скорa, психосоцијалног и енергетског скорa у подгрупи испитаника са транскортикалном моторном афазијом, с друге. Графикон 115 приказује повезаност сировог QOLI скорa и скорa енергетског SAQOL-39 домена у подгрупи испитаника са Верникеовом афазијом. У оба случаја, потврђена је тенденција да са порастом сировог QOLI скорa сви набројани SAQOL-39 скорови буду виши.

У наставку су спроведене све анализе у односу на категорије укупног квалитета живота мереног на инвентару QOLI. Примењена је Спирманова корелација ранга (Табела 78).

Табела 78. Корелација постигнућа на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазiju – SAQOL-39 и категорија укупног квалитета живота мереног на the Quality of Life Inventory (QOLI) у подгрупама испитаника са афазijом уједначених према тежини, флуентности и типу афазije

Варијабла	Категорија	SAQOL-39 скор и домени	QOLI категорије	
			ρ	p
Оцена тежине афазije	Тешка	Укупан скор	0,095	0,619
		Физички	0,103	0,589
		Комуникациони	0,040	0,834
		Психосоцијални	0,179	0,344
		Енергетски	0,016	0,933
	Лака	Укупан скор	0,423*	0,020
		Физички	0,381*	0,038
		Комуникациони	0,311	0,094
		Психосоцијални	0,272	0,146
		Енергетски	0,456*	0,011
Флуентност	Нефлуентна	Укупан скор	0,492**	0,006
		Физички	0,454*	0,012
		Комуникациони	0,392*	0,032
		Психосоцијални	0,561**	0,001
		Енергетски	0,550**	0,002
	Флуентна	Укупан скор	0,414*	0,023
		Физички	0,456*	0,011
		Комуникациони	0,403*	0,027
		Психосоцијални	0,243	0,195
		Енергетски	0,322	0,083
Тип афазije	Транскорт. моторна	Укупан скор	0,448	0,094
		Физички	0,288	0,298
		Комуникациони	0,317	0,249
		Психосоцијални	0,547*	0,035
		Енергетски	0,623*	0,013
	Брокина	Укупан скор	0,071	0,800
		Физички	0,075	0,789
		Комуникациони	-0,126	0,654
		Психосоцијални	0,197	0,483
		Енергетски	0,164	0,559
	Транскорт. сензорна	Укупан скор	0,434	0,106
		Физички	0,488	0,065
Комуникациони		0,363	0,187	

		Психосоцијални	0,054	0,850
		Енергетски	0,239	0,390
	Верникеова	Укупан скор	-0,187	0,2505
		Физички	-0,105	0,710
		Комуникациони	-0,154	0,585
		Психосоцијални	-0,249	0,370
		Енергетски	-0,122	0,644

Напомена: Статистички сигнификантне вредности су подебљане.

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

Према резултатима статистичке анализе повезаности између постигнућа испитаника са афазијом на скали SAQOL-39 и категорија укупног квалитета живота мереног на инвентару QOLI у подгрупама испитаника са афазијом уједначених према тежини, флуентности и типу афазије, може се закључити да је 13 од 40 коефицијената корелације достигло статистичку значајност (Табела 78). Корелације су умерене до високе и позитивне и показују да испитаници са афазијом са вишим категоријама квалитета живота према QOLI имају и већа постигнућа у одређеним доменима квалитета живота специфичног за афазију према SAQOL-39.

У наредном кораку је испитана повезаност сировог скорa на инвентару QOLI, с једне стране и постигнућа на скали ASHA-QCL, с друге, у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према тежини, флуентности и типу афазије, испитана је применом Спирманове корелације ранга. Исходи ових анализа су приказани у Табели 79.

Табела 79. Корелација сировог скорa на the Quality of Life Inventory (QOLI) и постигнућа на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL у подгрупама испитаника са афазијом уједначених према тежини, флуентности и типу афазије

Варијабла	Категорија	ASHA-QCL скор и домени	QOLI сиров скор	
			ρ	p
Оцена тежине афазије	Тешка	Укупан скор	0,038	0,843
		Социјализација и активности	0,048	0,802
		Самопоуздање	0,006	0,977
		Појединачне улоге и одговорност	0,059	0,758
	Лака	Укупан скор	0,305	0,101
		Социјализација и активности	0,326	0,079
		Самопоуздање	0,107	0,574
		Појединачне улоге и одговорност	0,331	0,074
Флуентност	Нефлуентна	Укупан скор	0,455*	0,012
		Социјализација и активности	0,490**	0,006
		Самопоуздање	0,401*	0,028
		Појединачне улоге и одговорност	0,385*	0,035
	Флуентна	Укупан скор	0,499**	0,005
		Социјализација и активности	0,451*	0,012
		Самопоуздање	0,467**	0,009
		Појединачне улоге и одговорност	0,546**	0,002
Тип афазије	Транскорт. моторна	Укупан скор	0,301	0,275
		Социјализација и активности	0,477	0,072
		Самопоуздање	0,186	0,506
		Појединачне	0,197	0,481

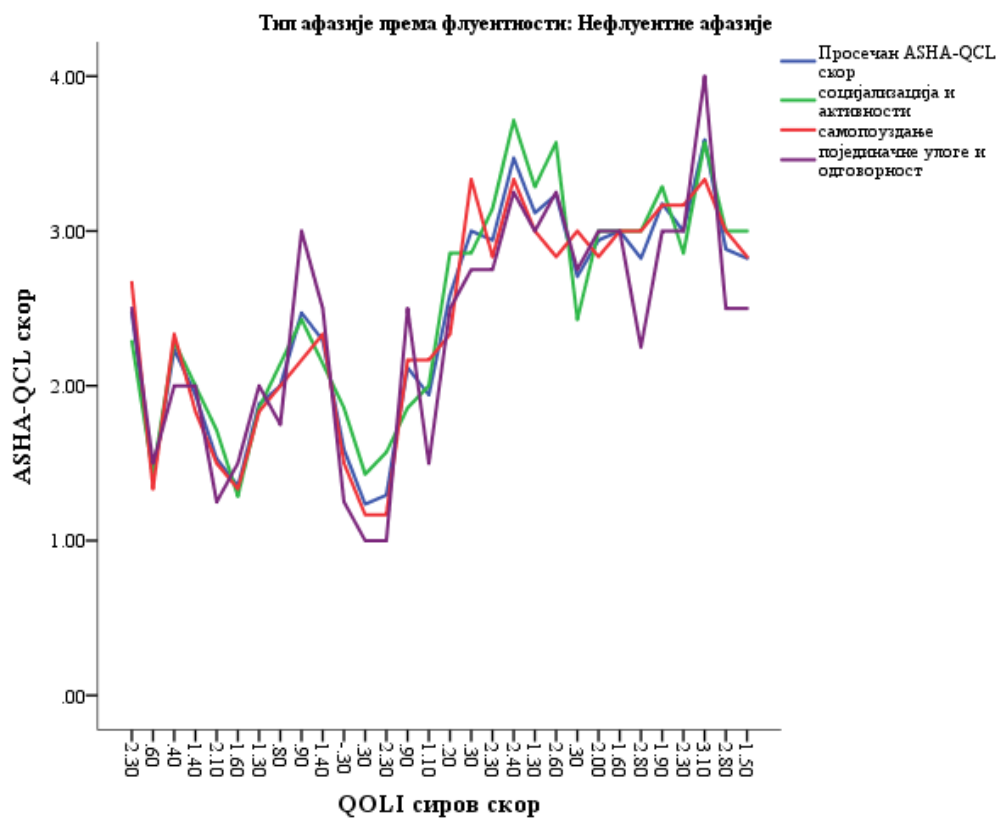
		улоге и одговорност		
Брокина	Укупан скор	-0,042	0,882	
	Социјализација и активности	-0,081	0,774	
	Самопоуздање	-0,029	0,919	
	Појединачне улоге и одговорност	0,027	0,923	
Транскорт. сензорна	Укупан скор	0,082	0,772	
	Социјализација и активности	-0,005	0,987	
	Самопоуздање	0,015	0,959	
	Појединачне улоге и одговорност	0,322	0,242	
Верникеова	Укупан скор	-0,024	0,932	
	Социјализација и активности	0,116	0,680	
	Самопоуздање	-0,133	0,637	
	Појединачне улоге и одговорност	-0,027	0,925	

Напомена: Статистички сигнификантне вредности су подебљане.

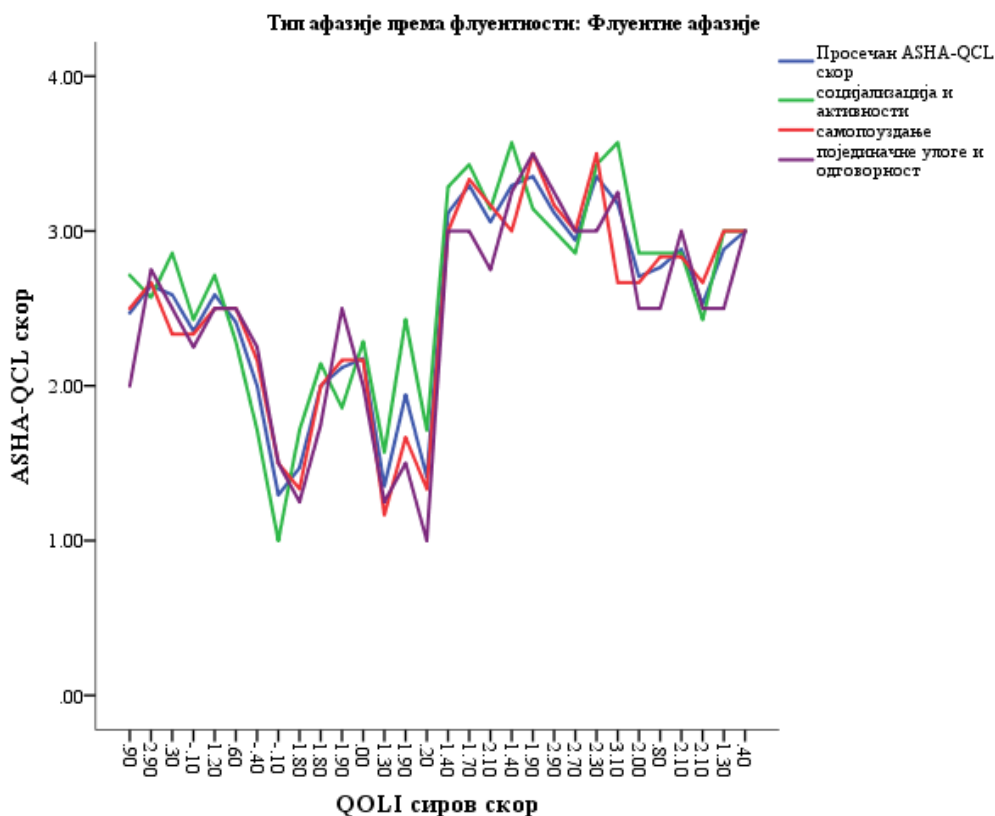
* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

Од тридесет две испитиване корелације, четири коефицијента су достигла статистичку значајност. Тачније, потврђене су умерене, односно високе и позитивне корелације између QOLI сировог скорa и укупног ASHA-QCL скорa, као и скорова свих ASHA-QCL домена у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према флуентности (p од 0,385 до 0,546). Веће вредности сировог QOLI скорa код испитаника са нефлуентном, као и код испитаника са флуентном афазијом, прате веће вредности укупног ASHA-QCL скорa, као и скорова ASHA-QCL домена „Социјализација и активности“, „Самопоуздање“ и „Појединачне улоге и одговорност“ (Табела 79).



Графикон 116. Повезаност сировог QOLI скорa и укупног ASHA-QCL скорa, и скорова ASHA-QCL домена „Социјализација и активности“, „Самопоуздање“ и „Појединачне улоге и одговорност“ у подгрупи испитаника са нефлуентном афазијом



Графикон 117. Повезаност сировог QOLI скорa и укупног ASHA-QCL скорa, и скорова ASHA-QCL домена „Социјализација и активности“, „Самопоуздање“ и „Појединачне улоге и одговорност“ у подгрупи испитаника са флуентном афазијом

Графикон 116 представља приказ повезаности укупног ASHA-QCL, као и скорова ASHA-QCL домена „Социјализација и активности“, „Самопоуздање“ и „Појединачне улоге и одговорност“ и сировог QOLI скорa у подгрупи испитаника са нефлуентном афазијом, а Графикон 117 у подгрупи испитаника са флуентном афазијом. Код испитаника уједначених према флуентности потврђена је тенденција да са порастом сировог QOLI скорa сви наведени ASHA-QCL скорови, укупан и појединачних домена, буду виши.

На крају, испитана је повезаност категорија укупног квалитета живота мереног на инвентару QOLI и постигнућа испитаника са афазијом на ASHA-QCL скали, укупно и према појединачним доменима. Примећена је Спирманова корелација ранга (Табела 80).

Табела 80. Корелација постигнућа на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL и категорија укупног квалитета живота мереног на the Quality of Life Inventory (QOLI) у подгрупама испитаника са афазијом уједначених према тежини, флуентности и типу афазије

Варијабла	Категорија	ASHA-QCL скор и домени	QOLI категорије	
			ρ	p
Оцена тежине афазије	Тешка	Укупан скор	0,004	0,985
		Социјализација и активности	0,008	0,967
		Самопоуздање	-0,032	0,866
		Појединачне улоге и одговорност	0,030	0,874
	Лака	Укупан скор	0,314	0,091
		Социјализација и активности	0,281	0,133
		Самопоуздање	0,384	0,384
		Појединачне улоге и одговорност	0,315	0,091
Флуентност	Нефлуентна	Укупан скор	0,400*	0,029
		Социјализација и активности	0,407*	0,026
		Самопоуздање	0,333	0,072
		Појединачне улоге и одговорност	0,377*	0,010
	Флуентна	Укупан скор	0,353	0,056
		Социјализација и активности	0,311	0,094
		Самопоуздање	0,340	0,066
		Појединачне улоге и одговорност	0,372*	0,043
Тип афазије	Транскорт. моторна	Укупан скор	0,287	0,299
		Социјализација и активности	0,426	0,114
		Самопоуздање	0,038	0,893
		Појединачне	0,284	0,305

		улоге и одговорност		
Брокина	Укупан скор	-0,108	0,701	
	Социјализација и активности	-0,190	0,497	
	Самопоуздање	-0,099	0,725	
	Појединачне улоге и одговорност	0,001	0,989	
Транскорт. сензорна	Укупан скор	0,157	0,576	
	Социјализација и активности	-0,042	0,882	
	Самопоуздање	0,227	0,416	
	Појединачне улоге и одговорност	0,246	0,376	
Верникеова	Укупан скор	-0,204	0,466	
	Социјализација и активности	-0,062	0,825	
	Самопоуздање	-0,287	0,299	
	Појединачне улоге и одговорност	-0,197	0,480	

Напомена: Статистички сигнификантне вредности су подебљане.

* $p < 0,05$.

Према резултатима статистичке анализе повезаности између постигнућа испитаника са афазијом на скали ASHA-QCL и категорија укупног квалитета живота мереног на инвентару QOLI у подгрупама испитаника са афазијом уједначених према тежини, флуентности и типу афазије, може се закључити да је пет од 32 коефицијента корелације достигло статистичку значајност (Табела 80). Корелације су умерене и позитивне и показују да испитаници са афазијом са вишим категоријама квалитета живота према QOLI имају и већа постигнућа у одређеним доменима квалитета комуникативног живота према ASHA-QCL.

IV
ДИСКУСИЈА

Циљ овог истраживања био је да се утврди утицај типа и тежине језичког поремећаја на квалитет живота особа са афазијом. У истраживању су коришћени следећи инструменти:

1. *Скала за мерење квалитета живота специфичног за афазију* (Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 – SAQOL-39; Hilari et al., 2003)
2. *Скала за мерење квалитета комуникативног живота* (Quality of Communication Life Scale – ASHA-QCL; Paul et al., 2004)
3. *Инвентар/Упитник за мерење квалитета живота* (the Quality of Life Inventory – QOLI; Frisch, 1994).

4.1 ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА ДОБИЈЕНИХ ТЕСТИРАЊЕМ ПРВЕ ХИПОТЕЗЕ

У овом делу је дискутовано о резултатима испитивања квалитета живота код испитаника са афазијом у односу на здраве испитанике. Најпре је расправљано о резултатима постигнућа на скали SAQOL-39, затим о резултатима добијеним применом скале ASHA-QCL и на крају о резултатима постигнућа на упитнику QOLI.

4.1.1. Резултати постигнућа на Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазију – SAQOL-39

Резултати нашег истраживања су показали да су испитаници са афазијом постигли значајно ниже вредности на скали SAQOL-39 у поређењу са здравим испитаницима.

Применом Ман-Витнијевог *U*-теста утврђена је статистички значајно већа вредност свих SAQOL-39 скорова у контролној групи ($M = 4,67$ до $4,99$) у односу на испитанике са афазијом ($M = 2,05$ до $2,62$) на нивоу $p < 0,001$. Највећа разлика је утврђена у комуникационом домену, а најмања у енергетском.

Комбинованом анализом варијансе утврђен је статистички значајан утицај групе и постојање значајне разлике у постигнућима на појединачним SAQOL-39

доменима, али и интеракције између групе и испитиваних домена. Показано је да испитаници контролне групе имају више вредности свих SAQOL-39 скорова у поређењу са испитаницима са афазијом. Интеракција указује на упоредиве вредности постигнућа у оквиру контролне групе, док су разлике у постигнућима на појединачним SAQOL-39 доменима веће код испитаника са афазијом.

Увидом у дескриптивне вредности показано је да је просечно постигнуће испитаника са афазијом на укупном скору, $M (SD) = 2,46 (0,59)$ значајно ниже од постигнућа контролне групе, $M (SD) = 4,90 (0,23)$. Такође, показано је да су највише вредности постигнуте у физичком домену, а најмање у енергетском домену.

На основу резултата добијених применом скале SAQOL-39, може се закључити да испитаници са афазијом имају знатно лошији квалитет живота у односу на здраву популацију.

Увидом у ранија истраживања запажамо да су резултати на SAQOL-39 скали слични подацима добијеним на словеначкој популацији (Žemva, 2006), којима је утврђена средња вредност $M = 2,42 (SD = 0,50, Min = 1,69, Max = 3,00)$. У другим истраживањима су такође утврђене ниске вредности на скали SAQOL-39 код испитаника са афазијом. Међутим, запажамо да су поједини истраживачи утврдили нешто веће просечне вредности у поређењу с просечним вредностима добијеним у нашем истраживању и истраживању на словеначкој популацији. Веће просечне вредности утврдили су босански аутори ($M = 3,24 (SD = 0,97)$) (Sinanović et al., 2012), португалски аутори ($M = 3,17 (SD = 0,75)$) (Rodrigues & Leal, 2013), италијански истраживачи ($M = 3,59 (SD = 0,80)$) (Posteraro et al., 2006).

Генерално гледано, можемо рећи да испитаници са афазијом који живе у Србији имају лошији квалитет живота од здравих испитаника, што потврђује резултате бројних истраживања у другим земљама која су се бавила квалитетом живота код особа са афазијом (Hilari et al., 2003; Kamiya et al., 2015; Kartsona & Hilari, 2007; Kiran & Krishnan, 2007; Lata-Caneda et al., 2009; Manders et al., 2010; Noyan-Erbaş & Toğram, 2016; Ross & Wertz, 2002).

Анализа наших резултата на појединим доменима SAQOL-39 скале показала је да су испитаници са афазијом највиша постигнућа остварили у

физичком домену ($M = 2,62$, $SD = 0,71$), а најнижа у енергетском домену ($M = 2,05$, $SD = 0,59$).

Ови резултати су у сагласности с резултатима других аутора. Тако на пример, Жемва (Žemva, 2006) је процењивала квалитет живота применом SAQOL-39 скале код испитаника с хроничним обликом афазиије и афазиијом у трајању од три месеца и утврдила да су обе групе испитаника највише резултате постигле у физичком домену. До сличних резултата дошли су и Постераро и сарадници (Posteraro et al., 2006) који су утврдили да просечне вредности у физичком домену износе ($M = 3,98$, $SD = 0,91$).

Даљим анализирањем наших резултата показано је да су најниже вредности утврђене код енергетског домена ($M = 2,05$, $SD = 0,59$), што потврђује резултате Синановића и сарадника (2012). Међутим, неким истраживањима су управо у енергетском домену утврђене највеће вредности ($M = 3,65$, $SD = 1,07$) (Rodrigues & Leal, 2013).

Сматра се да ниске вредности у области енергетског домена могу бити резултат депресивног расположења (Hilari, 2011; Manders et al., 2010). Према резултатима нашег истраживања, највећа разлика између испитаника са афазиијом и здравих испитаника утврђена је у домену комуникације. Ови налази указују да афазиија као најсложенији и најтежи облик стеченог језичког поремећаја значајно нарушава комуникационе способности особа са афазиијом (Вуковић, 2016).

Осим комуникације, енергетског домена, веома ниске вредности код наших испитаника са афазиијом утврђене су и у психосоцијалном домену. Будући да афазиија прилично нарушава способност комуникације погођених особа са њиховом околином, ниво очуваности комуникације путем говора може представљати један од значајних фактора за одређивање психосоцијалног функционисања особе (Вуковић, 2015). У прилог томе говоре и друга истраживања којима је такође истакнут значај комуникације у предвиђању психолошког благостања и социјалног функционисања особа са афазиијом (Cruise et al., 2003; Hilari, 2011; Ross & Wertz, 2003).

Значајно је поменути студију (Vlasselaer, 2005) у којој је примењена холандска верзија SAQOL-39 скале на две групе испитаника, са афазиијом и на групу испитаника са оштећењем мозга који су имали очуване говорне и језичке

способности, у односу на здраве испитанике. Резултатима је показано да је група испитаника са повредом мозга без афазиије постигла ниже резултате у свим доменима SAQOL-39 скале, осим у домену комуникације. Међутим, интересно је да су утврђене значајне разлике у психосоцијалном домену. Ови подаци показују да психосоцијално функционисање особе зависи од више фактора. Неки аутори посебно истичу значај повезаности функционалне комуникације са квалитетом живота (Cruice et al., 2003; Manders et al., 2010).

С обзиром на то, истиче се да крајњи циљ третмана особа са афазиијом треба да буде успешније комуницирање особе у друштвеним контекстима и свакодневним активностима (Вуковић, 2008, 2015). Вуковић (2008, 2015) истиче значај дефинисања функционалне комуникације сваког пацијента понаособ, полазећи од тежине језичког поремећаја, начина живота пацијента пре болести, као и околности у којима пацијент живи.

Свеукупна анализа резултата скале SAQOL-39 показује да испитаници са афазиијом који живе у Србији, као и испитаници других језичких средина, имају значајно лошији квалитет живота у односу на здраву популацију.

4.1.2. Резултати постигнућа мерени Скалом квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL

У овом делу је дискутовано о резултатима постигнућа мерених скалом ASHA-QCL.

Резултати добијени применом скале ASHA-QCL су показали да испитаници са афазиијом имају знатно лошији квалитет комуникативног живота у односу на здраву популацију.

Анализа наших резултата је показала да су испитаници контролне групе имали статистички значајно веће просечне вредности на скали ASHA-QCL у поређењу са испитаницима са афазиијом. Подробнија анализа добијених резултата је показала да су скоро сви испитаници контролне групе остварили просечан ASHA-QCL скор у вредности од 5,00, док је више од 50% испитаника са афазиијом имало просечан ASHA-QCL скор од 2,59.

Увидом у дескриптивне вредности постигнућа појединих домена показало се да су испитаници са афазијом постигли ниже просечно постигнуће у свим доменима, с нешто већим постигнућем у домену „Социјализација/активности“ ($M = 2,55$, $SD = 0,67$), наспрам домена „Самопоуздање“ ($M = 2,47$, $SD = 0,67$) и домена „Појединачне улоге и одговорност“ ($M = 2,40$, $SD = 0,71$). Резултати указују на малу разлику у постигнућу између појединих домена, што потврђује чињеницу да је сваки домен комуникације подједнако значајан за квалитет живота.

Наши резултати добијени применом скале ASHA-QCL показују да испитаници са афазијом имају знатно лошији квалитет комуникативног живота у односу на здраву популацију. Ово потврђују резултати других истраживања (Aprile et al., 2006; Bose et al., 2009; Hilari, 2011; Paul et al., 2004; Simmons-Mackie et al., 2004; Vuković, 2018). Вуковић (2018) је доказао низак ниво квалитета комуникативног живота код пацијената са хроничним обликом Брокине и кондуктивне афазије. У истраживањима (Bose et al., 2009) је такође показан знатно нижи ниво квалитета комуникативног живота код особа са афазијом у односу на здраве испитанике. Резултати су показали значајне ефекте групе и домена, као и значајну интеракцију групе по домену. Интеракција указује на сличне вредности код испитаника из контролне групе, за разлику од испитаника са афазијом који су имали различита постигнућа у доменима, с највећим утицајем на домен „Социјализација и активности“. Ови аутори истичу да позитивни односи између комуникације и социјализације наглашавају потребе за комуникацијом у социјализацији.

У прилог овоме говоре и бројна истраживања којима је показано да особе са афазијом обављају мање друштвених активности (Cruise et al., 2006) и да су мање ангажоване у свакодневном животу, што представља ризик за социјалну изолацију (Dalemans et al., 2009; Parr, 2007).

На основу наших резултата, као и резултата других аутора добијених применом скале ASHA-QCL, може се закључити да испитаници са афазијом имају веома низак ниво доживљаја комуникативних способности.

4.1.3. Резултати постигнућа на Инвентару/Упитнику за мерење квалитета живота – QOLI

Резултатима постигнућа на упитнику QOLI утврђена је статистички значајно већа вредност просечног резултата Т-скора у контролној групи ($M = 72,73$, $SD = 5,14$) него у групи испитаника са афазијом ($M = 41,32$, $SD = 7,33$), $t = -27,194$, $df = 105,734$, $p < 0,001$.

Даљом анализом дескриптивних мера постигнућа испитаника са афазијом према појединачним (QOLI) доменама показано је да су укупне негативне оцене забележене код домена 1. „Здравље“ ($M = -3,17$, $SD = 1,57$, $Min = -6$, $Max = 2$) и домена 7. „Учење“ ($M = -3,63$, $SD = 1,86$, $Min = -6$, $Max = 2$). Код осталих домена, просечне оцене су позитивне и крећу се од $M = 0,50$ ($SD = 2,47$, $Min = -6$, $Max = 4$) код домена 4. „Новац“ до $M = 3,83$ ($SD = 4,39$, $Min = -6$, $Max = 6$) код домена 12. „Деца“, односно 3,80 код домена 2. „Самопоштовање“ ($M = 3,80$, $SD = 1,26$, $Min = -2$, $Max = 6$). Ови резултати код испитаника са афазијом указују на степен незадовољства здрављем и усвајањем нових знања. Ове налазе поткрепљује чињеница да су испитаници са афазијом наводили да им највеће тешкоће представљају управо здравствени проблеми и сметње у налажењу речи током говора. Наши резултати потврђују резултате истраживања других аутора којима је такође утврђено да особе са афазијом испољавају значајно нижи ниво задовољства животом у поређењу са здравим испитаницима, посебно у домену здравља, креативности, посла, социјалних контаката (Cruice et al., 2006; Davidson et al., 2008; Fotiadou et al., 2014; Hilari et al., 2015; Northcott & Hilari, 2011; Sukur & Vuković, 2017).

На основу структуре групе испитаника са афазијом према категорији укупног квалитета живота мереног упитником QOLI, највећи број испитаника (48,33%) имао је просечан укупан квалитет живота према QOLI категоријама, док ниједан испитаник није имао висок квалитет живота. Веома низак квалитет живота имало је (28,3%) испитаника, док је низак ниво задовољства животом идентификован код (23,3%) испитаника.

Ранијим емпиријским подацима је показано да су испитаници који на упитнику QOLI постижу резултат „ВЕОМА НИЗАК“ (- 6.0 – 0.8) веома

незадовољни својим животом, јер нису у стању да испуне своје основне потребе и постигну циљеве у сферама живота које највише вреднују (Frisch, 1992). С друге стране, испитаници који постижу резултат „НИЗАК“ (0.9 – 1.5) су задовољнији неким сферама живота, што представља основ за пружање терапијске подршке. Фокусирање третмана на области животног незадовољства може помоћи да се увећа свеукупан квалитет живота, а самим тим спрече и неки здравствени проблеми (Frisch, 1992). Стога идентификовање области незадовољства код особа са афазиијом може бити показатељ усмеравања рехабилитационог третмана.

Резултати нашег истраживања, као и резултати истраживања других аутора, показују да особе са афазиијом имају значајно нижи ниво задовољства животом у поређењу са здравим испитаницима.

4.2. ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА ДОБИЈЕНИХ ТЕСТИРАЊЕМ ДРУГЕ ХИПОТЕЗЕ

У овом делу је дискутовано о повезаности квалитета комуникативног живота са квалитетом живота уопште.

Повезаност укупних скорова и скорова појединачних домена скале ASHA-QCL с једне стране и скале SAQOL-39, с друге, испитана је Спирмановом корелацијом ранга.

Према резултатима анализе повезаности између постигнућа испитаника са афазиијом на скали ASHA-QCL и на скали SAQOL-39, утврђено је да су сви коефицијенти корелације достигли ниво статистичке значајности.

Тачније, потврђена је позитивна и јака корелација између свих укупних скорова и скорова појединачних домена ($\rho =$ од 0,638 до 0,960, $p < 0,001$). Налаз показује да веће вредности просечног ASHA-QCL скорa и скорова појединачних ASHA-QCL домена (социјализација и активности, самопоуздање, појединачне улоге и одговорност) прате веће вредности укупног SAQOL-39 скорa испитаника са афазиијом, као и скорова појединачних SAQOL-39 домена (физички, комуникациони, психосоцијални, енергетски). Дакле, може се рећи да постигнућа на ASHA-QCL скали варирају статистички значајно према постигнућима утврђеним на SAQOL-39 скали.

Бројним истраживањима је такође потврђен значајан утицај квалитета комуникативног живота на квалитет живота уопште (Bose et al., 2009; Cruice et al., 2003; Engell et al., 2003; Hilari et al., 2003; Ross & Wertz, 2003; Sneeuw, Aaronson, De Naan, & Limburg, 1997; Spaccavento et al., 2014; Vuković, 2018).

Нека истраживања су показала да постоје високе и позитивне корелације између поддомена комуникација из SAQOL-39 са социјализацијом/активности из QCL и са средњим резултатом QCL (Bose et al., 2009). Аутори наводе да је помало изненађујуће тако мало корелација, упркос чињеници да обе скале одређују различите, али једнако важне аспекте квалитета живота. Исти аутори даље истичу да позитивни односи између комуникације и социјализације наглашавају потребе за комуникацијом у социјализацији.

У литератури налазимо већи број истраживања којима је показано да особе са афазисом обављају мање друштвених активности (Cruice et al., 2006), да су мање ангажоване у свакодневном животу, што представља ризик за социјалну изолацију (Dalemans et al., 2009; Pang, 2007). То потврђују и истраживања аутора чији резултати показују да тешкоће у комуникацији могу довести до друштвене изолације, тешкоћа у међуљудским односима, менталних и емоционалних поремећаја (Engell et al., 2003; Hilari et al., 2003; Ross & Wertz, 2003; Sneeuw et al., 1997). У прилог томе говоре и студије којима је показано да особе са афазисом губе контакт с пријатељима (Code & Herrmann, 2003) и да обављају мање друштвених активности (Cruice et al., 2006). Поред тога, нека истраживања показују да комуникационе и језичке способности предвиђају психолошко благостање и социјални аспект функционисања (Cruice et al., 2003; Hilari et al., 2003; Manders et al., 2010; Ross & Wertz, 2003). Слично томе, неки аутори наводе да степен комуникационог оштећења у великој мери одређује квалитет живота особа са афазисом (Hilari, 2011).

У прилог томе говоре и друга истраживања. Тако су на пример, Енгел и сарадници (Engell et al., 2003), проучавајући однос између квалитета живота и језичких варијабли, утврдили значајну повезаност између семантичких и синтаксичких поремећаја и квалитета живота, док оштећење артикулације није статистички значајно повезано с квалитетом живота. Висок степен повезаности између квалитета живота и комуникације, утврђен је и у другим истраживањима

(Spaccavento et al., 2013; Worall & Holland, 2003), с тим што ови аутори нису утврдили степен утицаја афазиије у различитим сферама функционисања.

Према Вуковићу (2018) при разматрању квалитета комуникације, треба разматрати утицај породичних, социјалних и психолошких околности. Указујући и на практичне импликације налаза о квалитету комуникације код особа са афазиијом. Вуковић (2018) истиче да се при свакој интервенцији која има за циљ побољшање квалитета комуникативног живота, у обзир морају узети и потребе појединца у изражавању сопствених циљева, битних за дефинисање квалитета живота појединца са афазиијом.

Дакле, на основу свега наведеног, може се рећи да квалитет комуникативног живота корелише с квалитетом живота уопште, што сугерише да комуникација представља кључни аспект у проучавању квалитета живота код особа са афазиијом.

4.3. ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА ДОБИЈЕНИХ ТЕСТИРАЊЕМ ТРЕЋЕ ХИПОТЕЗЕ

У овом одељку ће бити разматрано да ли субјективни осећај задовољства доприноси квалитету живљења код особа са афазиијом.

Да би се испитао утицај субјективног осећаја задовољства на квалитет живота особа са афазиијом, рађена је корелациона анализа најпре између инвентара QOLI и скале SAQOL-39, а затим и између инвентара QOLI и скале ASHA-QCL.

Повезаност сировог скорa на *the Quality of Life Inventory* (QOLI), с једне стране и постигнућа на *Скали за мерење квалитета живота специфичног за афазиију* – SAQOL-39, с друге стране, испитана је применом Спирманове корелације ранга. Потврђене су високе и позитивне корелације између QOLI сировог скорa и укупног SAQOL-39 скорa, као и скорова свих SAQOL-39 домена (r од 0,859 до 0,883). Веће вредности сировог QOLI скорa код испитаника са афазиијом прате веће вредности укупног SAQOL-39 скорa, као и скорова физичког, комуникационог, психосоцијалног и енергетског домена.

У наставку су спроведене анализе повезаности QOLI сировог скорa с једне стране и постигнућа на скали SAQOL-39 с друге, у подгрупама испитаника са

афазиијом уједначеним према тежини, флуентности и типу афазиије, применом Спирманове корелације ранга. Потврђене су умерене до високе и позитивне корелације између QOLI сировог скорa и укупног SAQOL-39 скорa, као и скорова свих SAQOL-39 домена, у подгрупи испитаника са афазиијом оцењеном као афазиија лаког степена (ρ од 0,371 до 0,598). Веће вредности сировог QOLI скорa код испитаника са лаком афазиијом прате веће вредности укупног SAQOL-39 скорa, као и скорова физичког, комуникационог, психосоцијалног и енергетског домена. Дакле, може се закључити да када се упореде вредности и тренд корелација, уочава се да је код испитаника са лаком афазиијом присутна тенденција да са порастом сировог QOLI скорa сви наведени SAQOL-39 скорови буду виши.

Друго, потврђене су умерене до високе и позитивне корелације између QOLI сировог скорa и укупног SAQOL-39 скорa, као и скорова свих SAQOL-39 домена у подгрупама испитаника са афазиијом уједначеном према флуентности (ρ од 0,461 до 0,599). Веће вредности сировог QOLI скорa код испитаника са нефлуентном, као и код испитаника са флуентном афазиијом прате веће вредности укупног SAQOL-39 скорa, као и скорова физичког, комуникационог, психосоцијалног и енергетског домена. Дакле, код испитаника уједначених према флуентности потврђена је тенденција да са порастом сировог QOLI скорa сви наведени SAQOL-39 скорови буду виши.

У односу на тип афазиије, потврђене су три високе и позитивне корелације и то између сировог QOLI скорa и скорова психосоцијалног и енергетског SAQOL-39 домена у подгрупи испитаника са транскортикалном моторном афазиијом ($\rho = 0,514, 0,645$ и $0,609$).

Поред тога, статистички значајна корелација је израчуната између сировог QOLI скорa и скорa енергетског SAQOL-39 домена у подгрупи испитаника са Верникеовом афазиијом ($\rho = 0,547$). Док веће вредности сировог QOLI скорa код испитаника са транскортикалном моторном афазиијом прате веће вредности укупног SAQOL-39 скорa, као и скорова психосоцијалног и енергетског домена, код испитаника са Верникеовом афазиијом веће вредности сировог QOLI скорa прате веће вредности енергетског домена. Међутим, у обе групе испитаника,

Верникеове и транскортикалне моторне афазиије је утврђено да са порастом сировог QOLI скорa, сви набројани SAQOL-39 скорoви буду виши.

На крају су урађене анализе у односу на категорије укупног квалитета живота мереног на упитнику QOLI. Примењена је Спирманова корелација ранга.

Према резултатима статистичке анализе повезаности између постигнућа испитаника са афазиијом на скали SAQOL-39 и категорија укупног квалитета живота мереног на упитнику QOLI у подгрупама испитаника са афазиијом уједначених према тежини, флуентности и типу афазиије, може се закључити да је 13 од 40 коефицијената корелације достигло статистичку значајност.

Корелације су умерене до високе и позитивне, и показују да испитаници са афазиијом са вишим категоријама квалитета живота према QOLI имају и већа постигнућа у одређеним доменима квалитета живота специфичног за афазиију према SAQOL-39.

На основу наведеног, може се закључити да субјективни осећај задовољства мерен упитником QOLI значајно доприноси квалитету живљења, јер се показало да са порастом сировог QOLI скорa, као и код виших категорија живота, испитаници имају и већа постигнућа у одређеним доменима квалитета живота специфичног за афазиију према SAQOL-39.

У наредном кораку је испитан утицај повезаности сировог QOLI скорa с једне и постигнућа на скали ASHA-QCL с друге стране, у подгрупама испитаника са афазиијом уједначеним према тежини, флуентности и типу афазиије, испитана је применом Спирманове корелације ранга.

Потврђене су умерене, односно високе и позитивне корелације између QOLI сировог скорa и укупног ASHA-QCL скорa, као и скорoва свих ASHA-QCL домена у подгрупама испитаника са афазиијом уједначеним према флуентности (r од 0,385 до 0,546). Веће вредности сировог QOLI скорa код испитаника са нефлуентном, као и код испитаника са флуентном афазиијом прате веће вредности укупног ASHA-QCL скорa, као и скорoва ASHA-QCL домена „Социјализација и активности“, „Самопоуздање“ и „Појединачне улоге и одговорност“. Код испитаника уједначених према флуентности потврђена је тенденција да са

порастом сировог QOLI скорa сви наведени ASHA-QCL скорoви, укупан и појединачних домена, буду виши.

На крају, испитана је повезаност категорија укупног квалитета живота мереног на упитнику QOLI и постигнућа испитаника са афазијом на скали ASHA-QCL, укупно и према појединачним доменима. Примењена је Спирманова корелација ранга.

Према резултатима статистичке анализе повезаности између постигнућа испитаника са афазијом на скали ASHA-QCL и категорија укупног квалитета живота мереног на упитнику QOLI у подгрупама испитаника са афазијом уједначених према тежини, флуентности и типу афазије, може се закључити да је пет од 32 коефицијента корелације достигло статистичку значајност. Корелације су умерене и позитивне и показују да испитаници са афазијом са вишим категоријама квалитета живота према QOLI имају и већа постигнућа у одређеним доменима квалитета комуникативног живота према ASHA-QCL.

На основу анализе наших резултата може се закључити да субјективни осећај задовољства мерен упитником QOLI значајно доприноси квалитету комуникативног живота, јер се показало да са порастом сировог QOLI скорa, као и код виших категорија живота, испитаници имају и већа постигнућа квалитета живота.

Бројне студије су се бавиле последицама промена на емоционалном плану код особа са афазијом услед можданог удара. Већина ових студија је истакла депресивност као једну од значајних промена расположења (Hilari, 2011; Hilari & Byng, 2009; Kauhanen et al., 2000; Mukherjee, Levin, & Heller, 2006). Даљом анализом је показано да депресија има негативан утицај на вољу, самопоштовање, мотивацију, као и на физичко и когнитивно функционисање особе (Berg, Palomäki, Lehtihalmes, Lönnqvist, & Kaste, 2001; Carota, Rossetti, Karapanayiotides, & Bogousslavsky, 2001; Fure, Wyller, Engedal, & Thommessen, 2006; Herrmann, Bartels, & Wallesch, 1993; Mukherjee et al., 2006; Robinson, 2006; Sagen et al., 2010; Santos, Caeiro, Ferro, Albuquerque, & Luisa Figueira, 2006; Sharpe et al., 1994). Поред тога, нека истраживања су показала да особе са афазијом услед

депресивног расположења обављају мање друштвених активности (Cruise et al., 2006), да су мање ангажоване у свакодневном животу, што представља ризик за социјалну изолацију (Dalemans et al., 2010; Parr, 2007). У прилог томе говори и студија Хилари (2011) у којој су истраживане последице можданог удара од акутног стања до шест месеци код особа са афазијом и особа без афазиса. Вршена је компарација свакодневних животних активности, друштвене подршке, психичког стања и квалитета здравственог живота HRQoL. Резултати су показали да су особе са афазисом обављале значајно мање активности из проширеног обима свакодневних активности ($t(69) = 3,26, p < 0,01$) и наводиле значајно нижи квалитет живота ($t(69) = 2,02, p < 0,05$). Особе са афазисом су посебно истицале нижи квалитет живота у домену комуникације и пословних активности, док им физичке активности (обављање кућних послова и одлазак у шетњу) нису представљале посебне проблеме. Аспекти друштвене подршке (пријатељство, осећање интегрисаности и ангажовања у друштвеним заједницама) највише су погођени код особа са афазисом. Даљи резултати ове студије су показали да су особе са афазисом значајно више погођене од особа с можданим ударом без афазиса и у погледу психичког домена (расположења), док су обе групе испитаника подједнако наводиле тешкоће повезане с физичким здрављем (Hilari, 2011).

Анализе података о присуству депресивног расположења код особа са афазисом навеле су бројне ауторе на истраживање порекла промена на емоционалном плану. Неки аутори су претпоставили да измењено емоционално стање може бити последица оштећења одређених неуронских мрежа у левој хемисфери (Beblo, Wallesch, & Herrmann, 1999; House, Dennis, Warlow, Hawton, & Molyneux, 1990; Lauterbach, Jackson, Wilson, Dever, & Kirsh, 1997; Robinson, 2006), док други аутори сметње у емоционалном функционисању виде као секундарни одговор на потребу пацијента да се прилагоди животу са инвалидитетом (Code & Herrmann, 2003; Herrmann et al., 1993; Robinson, 2006).

Даља истраживања у овој области сугеришу да у циљу побољшања квалитета живота особа са афазисом интервенцију не треба фокусирати само на комуникацију, већ и на друге аспекте личности, као што су: емоционално благостање, социјални контакти и социјална партиципација (Cruise et al., 2006;

Hilari et al., 2015). Стога се сматра да је истраживање ове области од посебног значаја за логопедску интервенцију, тј. језичку терапију код особа са афазијом (Northcott & Hilari, 2011).

Анализирањем наших резултата, као и резултата из литературе, може се закључити да субјективни осећај задовољства мерен упитником QOLI значајно доприноси квалитету живљења код особа са афазијом.

4.4. ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА ДОБИЈЕНИХ ТЕСТИРАЊЕМ ЧЕТВРТЕ ХИПОТЕЗЕ

У овом делу је дискутовано о утицају типа и тежине језичког поремећаја на квалитет живота особа са афазијом.

4.4.1. Резултати постигнућа мерени Скалом за мерење квалитета живота специфичног за афазију – SAQOL-39

Како би се утврдила статистичка значајност разлике постигнућа испитаника са афазијом на скали SAQOL-39 у односу на флуентност, тип и тежину афазије, спроведена је компарација применом Ман-Витнијевог *U*-теста. У циљу елиминисања утицаја тежине афазије, сачињене су подгрупе испитаника уједначене према оцени тежине афазије.

Након уједначавања према тежини афазије није потврђено да постоји статистички значајна разлика укупног SAQOL-39 скорa, као ни скорова комуникационог, психосоцијалног и енергетског домена у односу на флуентност ($p > 0,05$). Овај налаз је у складу са резултатима истраживања (Сукур & Вуковић, 2017) којима је потврђено да нема статистички значајне разлике између испитаника са нефлуентном и флуентном афазијом у погледу квалитета живота. Аутори сугеришу да квалитет спонтаног говора нема значајан утицај на квалитет живота особа са афазијом.

Даљом анализом наших резултата показано је да су испитаници са флуентном афазијом имали нешто већа просечна постигнућа у поређењу са испитаницима са нефлуентном афазијом, како у подгрупи испитаника са тешком афазијом, тако и у подгрупи испитаника са лако афазијом. Ови резултати се могу објаснити различитим клиничким профилима афазија. Показано је да су пацијенти са нефлуентним афазијама свеснији својих дефицита у говору, да више емоционално пате, а самим тим и лошије процењују свој квалитет живота, у односу на пацијенте са флуентном афазијом који често нису свесни сопствених грешака, па самим тим и боље процењују свој квалитет живота (Вуковић, 2015, 2016).

Анализом резултата у подгрупи испитаника са тешком афазијом, утврђено је да постоји статистички значајна разлика скорa у физичком домену SAQOL-39 у односу на флуентност афазије на нивоу $p < 0,05$. Јачина утицаја разлике се може описати као умерена ($r = 0,40$). Испитаници са тешком флуентном афазијом су имали већа постигнућа у физичком домену у поређењу са испитаницима са тежим обликом и нефлуентном афазијом (2,28 наспрам 1,87). Овај резултат је и очекиван јер према подацима из литературе, пацијенти са нефлуентном афазијом често имају моторички дефицит (најчешће хемипарезу), док је код флуентних афазија моторни дефицит редак (Вуковић, 2016).

У даљој анализи резултата, извршено је поређење према оцени тежине афазије, након уједначавања према флуентности, применом Ман-Витнијевог U -теста.

Након уједначавања према флуентности, потврђено је да постоји статистички значајна разлика укупног SAQOL-39 скорa, као и скорова појединачних домена у односу на тежину афазије на нивоу $p < 0,001$, односно $p < 0,05$ у подгрупи испитаника са нефлуентном афазијом код енергетског домена. Јачина утицаја разлике се може описати као велика ($r = 0,74$ до $0,85$), односно као умерена ($r = 0,46$).

Ови резултати се могу објаснити разликом у клиничкој слици испитиваних афазичких синдрома. Наиме, пацијенти са нефлуентним афазијама због свесности својих грешака у говору испољавају већи ниво фрустрације, због чега више емоционално трпе од пацијената са флуентним афазијама који често немају увид у

сопствене дефиците, нити се претерано узбуђују због сопствених грешака у говору (Gainoti, 1997; Gainotti, Azzoni, & Marra, 1999; Vuković, 2011, 2016).

Даљом анализом показано је да су испитаници са лакшим обликом афазије имали већа просечна постигнућа укупног SAQOL-39 скорa и скорова појединачних домена, у поређењу са испитаницима са тежим обликом афазије, како у подгрупи испитаника са нефлуентном афазијом, тако и у подгрупи испитаника са флуентном афазијом.

Овај резултат потврђују и резултати других истраживања којима је показано да тежина афазије значајно утиче на квалитет живота. У истраживању (Engell et al., 2003) показане су значајне корелације између квалитета живота и тежине језичког оштећења. Квалитативном анализом је показано да су укупни скор SAQOL-39, резултати физичког и психосоцијалног домена били значајно повезани са синтаксичким и семантичким грешкама, али не и са поремећајима артикулације. Синановић и сарадници (2012) су такође показали да испитаници са тежим обликом афазичког синдрома имају нижи квалитет живота од испитаника са лакшим степеном афазичког поремећаја. У студији (Franzén-Dahlin et al., 2010) су утврђене значајне корелације између тежине афазије и квалитета живота, као и друштвене и емоционалне компоненте.

У наредном делу су анализиране вредности укупног SAQOL-39 скорa и вредности забележене на појединачним доменима које су упоређене у односу на тип афазије, применом Крускал-Волисовог *H*-теста. Крускал-Волисов *H*-тест је указао да постоје статистички значајне разлике између испитаника с различитим типовима афазије у односу на укупан SAQOL-39 скор и у односу на скорове на појединачним доменима и то на нивоу $p < 0,01$ у енергетском домену, односно $p < 0,001$ у свим осталим компарацијама.

Медијана укупног SAQOL-39 скорa у подгрупама испитаника са Брокином ($Mdn = 0,79$) и са Верникеовом афазијом ($Mdn = 2,41$) је нижа од медијана нађених у подгрупама испитаника са транскортикалном моторном ($Mdn = 2,90$) и са транскортикалном сензорном афазијом ($Mdn = 2,41$).

Медијана скорa физичког домена скале SAQOL-39 у подгрупама испитаника са Брокином ($Mdn = 1,82$) и са Верникеовом афазијом ($Mdn = 2,59$) је

нижа од медијана нађених у подгрупама испитаника са транскортикалном моторном ($Mdn = 3,12$) и са транскортикалном сензорном афазијом ($Mdn = 3,35$).

Медијана скорa комуникационог домена скале SAQOL-39 у подгрупама испитаника са Брокином ($Mdn = 0,86$) и са Верникеовом афазијом ($Mdn = 2,14$) је нижа од медијана нађених у подгрупама испитаника са транскортикалном моторном ($Mdn = 2,86$) и са транскортикалном сензорном афазијом ($Mdn = 3,00$).

Медијана скорa психосоцијалног домена скале SAQOL-39 у подгрупама испитаника са Брокином ($Mdn = 2,00$) и са Верникеовом афазијом ($Mdn = 2,18$) је нижа од медијана нађених у подгрупама испитаника са транскортикалном моторном ($Mdn = 2,73$) и са транскортикалном сензорном афазијом ($Mdn = 2,64$).

Даљим анализирањем резултата показано је да је медијана скорa енергетског домена скале SAQOL-39 у подгрупама испитаника са Брокином, Верникеовом и транскортикалном моторном афазијом нижа од медијане у подгрупи испитаника са транскортикалном сензорном афазијом (2,00 наспрам 2,50). С обзиром на чињеницу да Брокина и Верникеова афазија спадају у теже облике афазичких синдрома, за разлику од транскортикалне моторне и транскортикалне сензорне афазије које припадају лакшим афазичким синдромима, можемо рећи да тежина и тип језичког поремећаја утичу на квалитет живота особа са афазијом. Према томе, наши резултати су у сагласности с резултатима истраживања других аутора којима је такође показан утицај типа и тежине афазије на квалитет живота (Bose et al., 2009; Franzén-Dahlin et al., 2010; Hilari & Byng, 2009; Kamiya et al., 2015; Sinanović et al., 2012; Sukur & Vuković, 2017; Vuković, 2018).

У наредном кораку је извршена компарација према типу афазије, а након уједначавања према тежини афазије. Прво, у оквиру подгрупе испитаника са тешком афазијом, извршена је компарација свих SAQOL-39 варијабли применом Ман-Витнијевог U -теста између испитаника са Брокином афазијом и испитаника са Верникеовом афазијом.

Након уједначавања према тежини афазије није потврђено да постоји статистички значајна разлика укупног SAQOL-39 скорa између испитаника са Брокином афазијом и испитаника са Верникеовом афазијом, као ни скорa комуникационог, психосоцијалног и енергетског домена ($p > 0,05$). Статистички

значајна разлика на нивоу $p < 0,05$, умерене јачине утицаја ($r = 0,44$), потврђена је код скорa физичког домена. Наиме, испитаници са Верникеовом афазијом су имали већи скор код физичког домена SAQOL-39 скале у поређењу са испитаницима са Брокином афазијом (2,24 наспрам 1,79). Овај резултат, као што је већ наведено је и очекиван, будући да пацијенти са нефлуентном афазијом често имају моторне дефиците/хемипарезу, за разлику од пацијената са флуентним афазијама код којих се хемипареза ретко јавља (Вуковић, 2016).

Даљом анализом, у оквиру подгрупе испитаника са лакоом афазијом, извршена је компарација свих варијабли, односно SAQOL-39 скорова применом Ман-Витнијевог U -теста између испитаника са транскортикалном моторном афазијом и испитаника са транскортикалном сензорном афазијом.

Након уједначавања према тежини афазије није потврђено да постоји статистички значајна разлика укупног SAQOL-39 скорa између подгрупа испитаника са транскортикалном моторном афазијом и испитаника са транскортикалном сензорном афазијом, као ни скорa комуникационог, психосоцијалног и енергетског домена ($p > 0,05$). Испитаници са транскортикалном сензорном афазијом су имали незнатно већа постигнућа у поређењу са испитаницима са транскортикалном моторном афазијом, за већину испитиваних варијабли. Као изузетак, скор психосоцијалног домена је незнатно већи код испитаника са транскортикалном моторном афазијом него код испитаника са транскортикалном сензорном афазијом (2,77 наспрам 2,73).

4.4.2. Резултати постигнућа мерени Скалом квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL

У наредном делу је дискутовано о резултатима постигнућа на скали ASHA-QCL у односу на флуентност, тип и тежину афазичког поремећаја.

Како би се утврдила статистичка значајност разлике постигнућа испитаника са афазијом на скали ASHA-QCL у односу на флуентност, тип и тежину афазичког поремећаја спроведена је компарација применом Ман-Витнијевог U -теста. Како би се статистички елиминисао утицај тежине афазије, сачињене су подгрупе испитаника уједначене према оцени тежине афазије.

Резултати истраживања показују да није потврђена статистички значајна разлика просечног ASHA-QCL скорa испитаника у односу на флуентност ($p > 0,05$, оба). Испитаници са флуентном афазијом су имали нешто већа просечна постигнућа у поређењу са испитаницима са нефлуентном афазијом, како у подгрупи испитаника са тешком афазијом (2,05 наспрам 1,85), тако и у подгрупи испитаника са лаком афазијом (3,03 наспрам 3,02).

Даљим анализирањем није потврђено да постоји статистички значајна разлика резултата забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале у односу на флуентност ($p > 0,05$). Испитаници са флуентном афазијом су имали нешто већа просечна постигнућа на издвојеној тврдњи у поређењу са испитаницима са нефлуентном афазијом у подгрупи испитаника са тешком афазијом (2,33 наспрам 1,07). Супротно, у подгрупи испитаника са лаком афазијом, испитаници са нефлуентном афазијом су имали незнатно већа просечна постигнућа на издвојеној тврдњи у поређењу са испитаницима са флуентном афазијом (3,07 наспрам 3,03).

Анализа у односу на појединачне домене је показала да није потврђено да постоји статистички значајна разлика скорa домена „Социјализација и активности“ у односу на флуентност ($p > 0,05$). Испитаници са флуентном афазијом су имали нешто већа постигнућа у поређењу са испитаницима са нефлуентном афазијом у подгрупи испитаника са тешком афазијом (2,13 наспрам 1,89), док су у подгрупи испитаника са лаком афазијом дескриптивне вредности директно упоредиве ($3,10 \pm 0,32$ наспрам $3,10 \pm 0,33$).

Анализом није потврђено да постоји статистички значајна разлика скорa домена „Самопоуздање“ у односу на флуентност ($p > 0,05$). Испитаници са флуентном афазијом су имали незнатно већа постигнућа у поређењу са испитаницима са нефлуентном афазијом, како у подгрупи испитаника са тешком афазијом (2,02 наспрам 1,83), тако и у подгрупи испитаника са лаком афазијом (3,02 наспрам 3,00).

Што се тиче анализе домена „Појединачне улоге и одговорност“, такође није потврђено да постоји статистички значајна разлика у односу на флуентност ($p > 0,05$). Испитаници са флуентном афазијом су имали незнатно већа постигнућа у поређењу са испитаницима са нефлуентном афазијом, како у подгрупи

испитаника са тешком афазијом (1,97 наспрам 1,82), тако и у подгрупи испитаника са лаком афазијом (2,93 наспрам 2,90).

Наши резултати показују да нема статистички значајне разлике у квалитету комуникативног живота између нефлуентних и флуентних афазија, што сугерише на закључак да карактеристике спонтаног говора немају значајан утицај на квалитет живота особа са афазијом, о чему говоре и резултати ранијих истраживања (Сукур & Вуковић, 2017).

Даљом анализом показано је да након уједначавања према флуентности, постоји статистички значајна разлика просечног ASHA-QCL скорa у односу на тежину афазије на нивоу $p < 0,001$. Јачина утицаја разлике се може описати као велика ($r = 0,85$, односно $0,83$). Испитаници са лакшим обликом афазије су имали већа просечна постигнућа у поређењу са испитаницима са тежим обликом афазије, како у подгрупи испитаника са нефлуентном афазијом (3,02 наспрам 1,85), тако и у подгрупи испитаника са флуентном афазијом (3,03 наспрам 2,05).

Даљом анализом, након уједначавања према флуентности, потврђено је да постоји статистички значајна разлика резултата забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале у односу на тежину афазије ($p < 0,001$). Испитаници са лакшим обликом афазије су имали већа просечна постигнућа на издвојеној тврдњи у поређењу са испитаницима са тежим обликом афазије, како у подгрупи испитаника са нефлуентном афазијом (3,07 наспрам 2,07), тако и у подгрупи испитаника са флуентном афазијом (3,03 наспрам 2,33).

Што се тиче појединачних домена, након уједначавања према флуентности, потврђено је да постоји статистички значајна разлика свих појединачних домена у односу на тежину афазије на нивоу $p < 0,001$. Код домена „Социјализација и активности“, јачина утицаја разлике се може описати као велика ($r = 0,85$, односно $0,80$). Испитаници са лакшим обликом афазије су имали већа постигнућа у поређењу са испитаницима са тежим обликом афазије, како у подгрупи испитаника са нефлуентном афазијом (3,10 наспрам 1,89), тако и у подгрупи испитаника са флуентном афазијом (3,10 наспрам 2,13).

Код домена „Самопоуздање“, јачина утицаја разлике се може описати као велика ($r = 0,84$, оба). Испитаници са лакшим обликом афазије су имали већа постигнућа у поређењу са испитаницима са тежим обликом афазије, како у

подгрупи испитаника са нефлуентном афазијом (3,00 наспрам 1,83), тако и у подгрупи испитаника са флуентном афазијом (3,02 наспрам 2,02).

Код домена „Појединачне улоге и одговорност“, јачина утицаја разлике се може описати као велика ($r = 0,73$, односно $r = 0,77$). Испитаници са лакшим обликом афазије су имали већа постигнућа у поређењу са испитаницима са тежим обликом афазије, како у подгрупи испитаника са нефлуентном афазијом (2,90 наспрам 1,82), тако и у подгрупи испитаника са флуентном афазијом (2,93 наспрам 1,97).

На основу наших резултата може се закључити да тежина афазичког поремећаја има значајан утицај на квалитет комуникативног живота код особа са афазијом. То потврђује резултате истраживања других аутора (Aprile et al., 2006; Bose et al., 2009; Paul et al., 2004; Simmons-Mackie et al., 2005; Vuković, 2018). Тако на пример, Вуковић (2018) је утврдио да су испитаници са кондуктивном афазијом који су имали тежи облик афазичког поремећаја остварили нижа постигнућа на ASHA-QCL како на просечном скору, тако и на свим појединачним доменима у односу на испитанике са блажим обликом кондуктивне афазије. Истовремено, овај аутор наводи да су испитаници са тежим обликом Брокине афазије имали нижа постигнућа само у домену „Појединачне улоге и одговорност“. С друге стране, пацијенти са тешким обликом Брокине афазије остварили су виша постигнућа у домену „Самопоуздање“. С обзиром на ове податке, Вуковић (2018) сматра да би требало размотрити утицај породичних, социјалних и психолошких околности, као и узети у обзир дефинисање њихових сопствених циљева квалитета живота. Истраживање (Bose et al., 2009) је показало да је степен афазичког поремећаја повезан с квалитетом живота, јер су испитаници са блажим обликом афазије имали боља постигнућа како на просечном скору, тако и у појединачним доменима. У прилог резултата нашег истраживања говоре и друге студије које су се бавиле проучавањем утицаја тежине афазије на квалитет живота (Bose et al., 2009; Franzén-Dahlin et al., 2010; Hilari & Byng, 2009; Sinanović et al., 2012). Резултати наведених студија су показали да су испитаници са блажим до умереним степеном имали и боља постигнућа у односу на испитанике са тежим обликом афазичког поремећаја.

Након уједначавања испитаника према флуентности, у подгрупи испитаника са тешком афазијом потврђено је да нема статистички значајне разлике просечног ASHA-QCL скорa између испитаника са Брокином и испитаника са Верникеовом афазијом ($p > 0,05$), у односу на оцену тежине афазије. Добијени резултати показују да су испитаници са Верникеовом афазијом имали нешто већа постигнућа у поређењу са испитаницима са Брокином афазијом (2,00 наспрам 1,91). Међутим, уочене разлике нису статистички значајне. Није потврђено да постоји статистички значајна разлика ни резултата забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале између испитаника са Брокином афазијом и испитаника са Верникеовом афазијом ($p > 0,05$). Код свих испитаника са Брокином афазијом оцењеном као тежом ($n = 14$) је забележена вредност 2 на издвојеној тврдњи, те је изостала варијабилност резултата. У подгрупи испитаника са Верникеовом афазијом оцењеном као тежом ($n = 13$), код 10 испитаника је забележена вредност 2, док је код троје забележена вредност 3.

У оквиру подгрупе испитаника са лакоом афазијом, није потврђено да постоји статистички значајна разлика просечног ASHA-QCL скорa ни између испитаника са транскортикалном моторном афазијом ни испитаника са транскортикалном сензорном афазијом ($p > 0,05$). Испитаници са транскортикалном сензорном афазијом су имали незнатно већа постигнућа у поређењу са испитаницима са транскортикалном моторном афазијом (3,12 наспрам 3,00).

Анализом није потврђено да постоји статистички значајна разлика резултата забележених ни на 18. тврдњи ASHA-QCL скале између подгрупа испитаника са транскортикалном моторном афазијом и испитаника са транскортикалном сензорном афазијом ($p > 0,05$). Код свих испитаника са транскортикалном сензорном афазијом оцењеном као лакоом ($n = 13$) је забележена вредност 3 на издвојеној тврдњи, те је изостала варијабилност резултата. У подгрупи испитаника са транскортикалном моторном афазијом оцењеном као лакоом ($n = 14$), код 13 испитаника је забележена вредност 3, док је код једног испитаника забележена вредност 1.

Постигнућа испитаника са афазијом на појединачним доменама ASHA-QCL скале су упоређена у односу на тип афазије, применом Крускал-Волисовог *H*-теста.

Даљим анализирањем постигнућа испитаника у односу на тип афазије, Крускал-Волисов *H*-тест је указао да постоје статистички значајне разлике у скоровима сва три појединачна ASHA-QCL домена и то на нивоу $p < 0,001$. Медијана скорa „Социјализација и активности“ у подгрупама испитаника са Брокином ($Mdn = 1,86$) и са Верникеовом афазијом ($Mdn = 2,29$) је нижа од медијана нађених у подгрупама испитаника са транскортикалном моторном ($Mdn = 3,00$) и са транскортикалном сензорном афазијом ($Mdn = 3,00$). Исто се може рећи и када се погледају вредности забележене у друга два домена. Тачније, медијана скорa „Самопоуздање“ у подгрупама испитаника са Брокином ($Mdn = 1,83$) и са Верникеовом афазијом ($Mdn = 2,17$) је нижа од медијана нађених у подгрупама испитаника са транскортикалном моторном и са транскортикалном сензорном афазијом ($Mdn = 3,00$, оба). На крају, медијана скорa „Појединачне улоге и одговорност“ у подгрупама испитаника са Брокином ($Mdn = 1,75$) и са Верникеовом афазијом ($Mdn = 2,25$) је нижа од медијана нађених у подгрупама испитаника са транскортикалном моторном и са транскортикалном сензорном афазијом ($Mdn = 3,00$, оба).

На основу ових резултата може се закључити да тип и тежина афазичког поремећаја имају значајан утицај на квалитет комуникативног живота. То потврђују и резултати других истраживања (Bose et al., 2009; Franzén-Dahlin et al., 2010; Hilari & Byng, 2009; Kamiya et al., 2015; Sinanović et al., 2012; Vuković, 2018).

У наредном кораку је извршена компарација према типу афазије, након уједначавања према тежини афазије. Прво, у оквиру подгрупе испитаника са тешком афазијом, извршена је компарација одабраних варијабли (просечан ASHA-QCL скор и вредности забележене на 18. тврдњи ASHA-QCL скале) применом Ман-Витнијевог *U*-теста између испитаника са Брокином афазијом и испитаника са Верникеовом афазијом.

Након уједначавања према тежини афазије није потврђено да постоји статистички значајна разлика просечног ASHA-QCL скорa између испитаника са Брокином афазијом и испитаника са Верникеовом афазијом ($p > 0,05$).

Испитаници са Верникеовом афазијом су имали нешто већа постигнућа у поређењу са испитаницима са Брокином афазијом (2,00 наспрам 1,91).

Након уједначавања према тежини афазије није потврђено да постоји статистички значајна разлика резултата забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале између испитаника са Брокином афазијом и испитаника са Верникеовом афазијом ($p > 0,05$). Код свих испитаника са Брокином афазијом оцењеном као тежом ($n = 14$) је забележена вредност 2 на издвојеној тврдњи, те је изостала варијабилност резултата. У подгрупи испитаника са Верникеовом афазијом оцењеном као тежом ($n = 13$), код 10 испитаника је забележена вредност 2, док је код троје забележена вредност 3.

Друго, у оквиру подгрупе испитаника са лаком афазијом, извршена је компарација наведених варијабли (просечан ASHA-QCL скор и вредности забележене на 18. тврдњи ASHA-QCL скале) применом Ман-Витнијевог U -теста између испитаника са транскортикалном моторном афазијом и испитаника са транскортикалном сензорном афазијом.

Након уједначавања према тежини афазије није потврђено да постоји статистички значајна разлика просечног ASHA-QCL скорa између подгрупа испитаника са транскортикалном моторном афазијом и испитаника са транскортикалном сензорном афазијом ($p > 0,05$). Испитаници са транскортикалном сензорном афазијом су имали незнатно већа постигнућа у поређењу са испитаницима са транскортикалном моторном афазијом (3,12 наспрам 3,00).

Након уједначавања према тежини афазије није потврђено да постоји статистички значајна разлика резултата забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале између подгрупа испитаника са транскортикалном моторном афазијом и испитаника са транскортикалном сензорном афазијом ($p > 0,05$). Код свих испитаника са транскортикалном сензорном афазијом оцењеном као лаком ($n = 13$) је забележена вредност 3 на издвојеној тврдњи, те је изостала варијабилност резултата. У подгрупи испитаника са транскортикалном моторном афазијом оцењеном као лаком ($n = 14$), код 13 испитаника је забележена вредност 3, док је код једног испитаника забележена вредност 1.

У наредном кораку је извршена компарација према типу афазије, након уједначавања према тежини афазије код појединачних домена. Компарација скорова појединачних домена је извршена применом Ман-Витнијевог *U*-теста и то прво у оквиру подгрупе са тешком афазијом између испитаника са Брокином и Верникеовом афазијом, а потом у оквиру подгрупе испитаника са лаком афазијом између испитаника са транскортикалном моторном афазијом и испитаника са транскортикалном сензорном афазијом.

Након уједначавања према тежини афазије није потврђено да постоји статистички значајна разлика скорова појединачних ASHA-QCL домена између испитаника са Брокином афазијом и испитаника са Верникеовом афазијом ($p > 0,05$, све анализе). Испитаници са Верникеовом афазијом су имали дескриптивно већа постигнућа у сва три ASHA-QCL домена у поређењу са испитаницима са Брокином афазијом. Након уједначавања према тежини афазије није потврђено да постоји статистички значајна разлика скорова појединачних ASHA-QCL домена између испитаника са транскортикалном моторном афазијом и испитаника са транскортикалном сензорном афазијом ($p > 0,05$, све анализе). Испитаници са транскортикалном сензорном афазијом су имали упоредива постигнућа у поређењу са испитаницима са транскортикалном моторном афазијом.

На основу свега наведеног, може се закључити да тип и тежина афазичког поремећаја имају значајан утицај на квалитет комуникативног живота, што је потврђено и резултатима других истраживања (Bose et al., 2009; Engell et al., 2003; Franzén-Dahlin et al., 2010; Hilari & Byng, 2009; Kamiya et al., 2015; Sinanović et al., 2012; Vuković, 2018).

4.4.3. Резултати постигнућа на Инвентару/Упитнику за мерење квалитета живота – QOLI

У овом делу су дискутовани резултати постигнућа задовољства животом на упитнику QOLI у односу на флуентност, тип и тежину афазичког поремећаја.

Како би се утврдила статистичка значајност разлике постигнућа испитаника са афазијом Т-скора на упитнику QOLI у односу на флуентност, спроведена је компарација применом *t*-теста за независне узорке, а да би се

статистички елиминисао утицај тежине афазије, сачињене су подгрупе испитаника уједначене према оцени тежине афазије.

Вредности резултата Т-скора на упитнику QOLI у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према тежини афазије у односу на флуентност су испитане *t*-тестом независних узорака. Међутим, *t*-тест није открио значајну разлику у вредностима ових резултата у односу на флуентност испитаника, како у подгрупи особа са тешком афазијом ($p = 0,542$), тако и у подгрупи особа са лаком афазијом ($p = 0,914$; $p > 0,05$). Испитаници са флуентном афазијом су имали постигнућа упоредива са постигнућима испитаника са нефлуентном афазијом, како у подгрупи испитаника са тешком афазијом (38,93 наспрам 37,40), тако и у подгрупи испитаника са лаком афазијом (44,33 наспрам 44,60).

На основу ових резултата, може се закључити да карактеристике спонтаног говора немају значајан утицај на задовољство животом, што потврђују и резултати претходних истраживања (Сукур & Вуковић, 2017).

У даљој анализи резултата извршена су поређења резултата Т-скора на упитнику QOLI према оцени тежине афазије, након уједначавања према флуентности.

Вредности резултата Т-скора на упитнику QOLI у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према флуентности у односу на тежину афазије су испитане *t*-тестом независних узорака. Утврђен је статистички значајно већи резултат код испитаника са лаком афазијом у поређењу са испитаницима са тешком афазијом, како у подгрупи испитаника са нефлуентном афазијом на нивоу $p < 0,05$ ($p = 0,035$), тако и у подгрупи особа са флуентном афазијом на нивоу $p < 0,01$ ($p = 0,007$). Просечна разлика вредности у подгрупи испитаника са нефлуентном афазијом од -5,40 (95% CI: -10,40–0,40) може се описати као велика ($\eta^2 = 0,15$), а указује да испитаници са лаком афазијом имају виши Т-скор у поређењу са испитаницима са тешком афазијом. Слично, просечна разлика вредности у подгрупи испитаника са флуентном афазијом од -7,20 (95% CI: -12,30–-2,10) може се описати као велика ($\eta^2 = 0,23$), а указује да испитаници са лаком афазијом имају виши Т-скор у поређењу са испитаницима са тешком афазијом, како у подгрупи испитаника са нефлуентном афазијом (44,33 наспрам

38,93), тако и у подгрупи испитаника са флуентном афазијом (44,60 наспрам 37,40).

Овај налаз сугерише на закључак да тежина афазичког поремећаја значајно утиче на задовољство животом. У наредном кораку су резултати Т-скора на упитнику QOLI испитаника са афазијом упоређени у односу на тип афазije применом једнофакторске анализе варијансе, са Шефевом *post hoc* анализом.

У односу на тип афазije испитаника са афазијом, једнофакторском анализом варијансе резултата Т-скора на упитнику QOLI утврђена је статистички значајна разлика, $F(3, 56) = 8,198$, на нивоу $p < 0,001$, и то велике јачине утицаја ($\eta^2 = 0,305$). Може се уочити да су, дескриптивно, највише вредности резултата Т-скора у подгрупи испитаника са транскортикалном сензорном афазијом ($M = 45,73$), а најниже у подгрупи испитаника са Верникеовом афазијом ($M = 36,27$).

Накнадним тестовима утврђено је између којих група на испитиваној варијабли постоји статистички значајна разлика.

Резултати су показали да статистичку значајност достиже разлика просечних резултата Т-скора подгрупе испитаника са транскортикалном моторном у односу на подгрупу испитаника са Верникеовом афазијом која износи просечно 8,47 ($p < 0,01$). Статистичку значајност достиже и разлика између подгрупе испитаника са транскортикалном сензорном и подгрупе испитаника са Брокином афазијом, а та разлика просечно износи 7,20 ($p < 0,05$). Поред тога, статистичка значајност утврђена је и између подгрупе испитаника са транскортикалном сензорном и подгрупе испитаника са Верникеовом афазијом и просечно износи 9,47 ($p < 0,01$).

На основу наших резултата може се рећи да су испитаници са Брокином и Верникеовом афазијом постигли значајно нижи резултат на упитнику QOLI од испитаника са транскортикалном моторном и транскортикалном сензорном афазијом.

Ови резултати потврђују резултате претходних истраживања, којима је утврђено значајно ниже постигнуће на Упитнику за мерење квалитета живота код испитаника са Брокином и Верникеовом афазијом у односу на испитанике са транскортикалном моторном и транскортикалном сензорном афазијом (Сукур & Вуковић, 2017).

У наредном кораку је извршена компарација према типу афазије, а након уједначавања према тежини афазије. Компарација скорова појединачних домена је извршена применом *t*-теста за независне узорке, и то прво у оквиру подгрупе са тешком афазијом између испитаника са Брокином и Верникеовом афазијом, а затим и у оквиру подгрупе испитаника са лаком афазијом између испитаника са транскортикалном моторном афазијом и испитаника са транскортикалном сензорном афазијом.

Након уједначавања према тежини афазије није потврђено да постоји статистички значајна разлика резултата Т-скора између испитаника са Брокином афазијом и испитаника са Верникеовом афазијом, као ни између испитаника са транскортикалном моторном афазијом и испитаника са транскортикалном сензорном афазијом ($p > 0,05$, све анализе). Испитаници са Брокином афазијом су имали дескриптивно већа QOLI постигнућа у поређењу са испитаницима са Верникеовом афазијом (38,29 наспрам 36,23). Истовремено, испитаници са транскортикалном сензорном афазијом су имали дескриптивно већа QOLI постигнућа у поређењу са испитаницима са транскортикалном моторном афазијом (45,85 наспрам 44,50).

Ови резултати се могу објаснити сличношћу испољавања депресивног расположења како по учесталости, тако и по тежини код испитаника са Брокином и Верникеовом афазијом (Damescour & Caplan, 1991; Vuković, 2011; 2016), упркос чињеници да испитаници са Брокином афазијом имају више увида у сопствени поремећај, па самим тим и више емоционално пате од испитаника са Верникеовом афазијом (Gainotti, 1997; Gainotti et al., 1999). Пошто Брокина и Верникеова афазија значајно нарушавају способност комуникације погођених особа са њиховом околином, могло би се претпоставити да комуникационе способности ових особа у великој мери доприносе њиховом психолошком стању.

У прилог томе говоре и подаци истраживања којима је истакнут значај комуникације у предвиђању психолошког благостања и социјалног функционисања особа са афазијом (Hilari, 2011; Ross & Wertz, 2003; Sukur & Vuković, 2017).

На основу резултата нашег истраживања, као и резултата истраживања других аутора, можемо закључити да тип и тежина језичког поремећаја утичу на задовољство животом особа са афазијом.

4.4.5. ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА ДОБИЈЕНИХ ТЕСТИРАЊЕМ ПЕТЕ ХИПОТЕЗЕ

У овом делу је дискутовано о утицају социо-демографских фактора (пола, старости, година образовања, занимања и брачног статуса), као и о утицају времена трајања афазичког поремећаја на квалитет живота особа са афазијом. Утицај ових варијабли је анализиран посебно за сваки примењен инструмент.

Однос социо-демографских фактора и постигнућа на Скали квалитета живота специфичног за афазију– SAQOL-39

У овом делу је дискутовано о утицају социо-демографских варијабли (пола, брачног статуса, година образовања, занимања и старости), као и о утицају времена трајања афазичког поремећаја на квалитет живота код испитаника са афазијом. Утицај одабраних социо-демографских варијабли: пола, брачног статуса, занимања, година образовања испитиван је применом Ман-Витнијевог *U*-теста, односно Крускал-Волисовог *H*-теста, док је утицај старости испитиван Спирмановом корелацијом ранга.

Најпре је дискутован утицај одабраних социо-демографских варијабли у односу на скалу SAQOL-39, док је у другом делу дискутовано о утицају времена трајања афазичког поремећаја на квалитет живота.

Након формирања подгрупа испитаника са афазијом према полу, није потврђено да постоји статистички значајна разлика укупног SAQOL-39 скорa и скорова појединачних SAQOL-39 домена између испитаника са афазијом мушког пола и испитаника са афазијом женског пола ($p > 0,05$). Испитаници са афазијом мушког пола су имали нешто већа постигнућа у поређењу са испитаницима са афазијом женског пола за све испитиване варијабле, али ове разлике нису

статистички значајне. Наши резултати потврђују резултате већине истраживања којима је показано да пол нема значајан утицај на квалитет живота (Hilari et al., 2003; King, 1996; Rodrigues & Leal, 2013). Међутим, у неким истраживањима је показано да су особе женског пола имале лошију перцепцију квалитета живота у односу на особе мушког пола (Carod-Artal et al., 2000; Kwok et al., 2006; Manders et al., 2010). Разлике су биле значајне за физички и психосоцијални домен.

Након формирања подгрупа испитаника са афазијом према брачном статусу, није потврђено да постоји статистички значајна разлика укупног SAQOL-39 скорa и скорова појединачних SAQOL-39 домена између ових подгрупа испитаника са афазијом ($p > 0,05$). Увидом у дескриптивне вредности показано је да су испитаници са афазијом који су били у браку имали незнатно већа постигнућа у поређењу са испитаницима са афазијом који нису имали брачног партнера за све испитиване варијабле.

Резултатима истраживања (Manders et al., 2010) је показана мала тенденција пораста квалитета живота код особа који су у брачном статусу. Аутори то објашњавају тиме што особа која живи с неким има бољи приступ социјалним службама, а и мањи је ризик за развијање депресије јер према неким ауторима (Cacioppo et al., 2006) фактор усамљености доприноси депресивној симптоматологији, која може да утиче на квалитет живљења код особа са афазијом.

Након формирања подгрупа испитаника са афазијом уједначених према годинама образовања, није потврђено да постоји статистички значајна разлика укупног SAQOL-39 скорa и скорова појединачних SAQOL-39 домена између ових подгрупа испитаника са афазијом ($p > 0,05$). Увидом у дескриптивне вредности, највећа постигнућа су имали испитаници са афазијом у енергетском домену чије је образовање трајало 16 година ($M = 2,18$, $SD = 0,58$, $r = 33,76$), док су најнижа нађена код испитаника са афазијом чије је образовање трајало 11 година (енергетски домен SAQOL-39 скале). За све остале варијабле, испитаници са афазијом чије је образовање трајало 14 година су имали највиша постигнућа, док су најнижа такође нађена код испитаника са афазијом чије је образовање трајало 11 година.

По питању образовног нивоа, наши резултати су у складу са резултатима других студија којима није утврђена статистичка значајност између образовног нивоа на Скали квалитета живота (Hilari, 2011; Manders et al., 2010, Rodrigues & Leal, 2013). Истраживања (Manders et al., 2010) су показала да особе са нижим образовањем имају нижа постигнућа у односу на особе са вишим образовањем на укупном скору SAQOL-39.

Након формирања подгрупа испитаника са афазијом према занимању, није потврђено да постоји статистички значајна разлика укупног SAQOL-39 скорa и скорова појединачних SAQOL-39 домена између ових подгрупа испитаника са афазијом ($p > 0,05$). Испитаници са афазијом који су из домена „техничка струка“ су имали највиша постигнућа, док су најнижа нађена код испитаника са афазијом који су се бавили неком занатском професијом (све испитиване варијабле). У односу на занимање нисмо наишли на истраживања која су се бавила утицајем занимања на квалитет живота код особа са афазијом.

Следећа варијабла у односу на коју је испитана статистичка значајност јесте старост испитаника са афазијом. Повезаност постигнућа на скали SAQOL-39, с једне стране, и старости испитаника изражене у годинама живота, с друге стране, испитана је Спирмановом корелацијом ранга. Прелиминарним анализама нису потврђене претпоставке о линеарности и хомогености варијанси ових варијабли.

Према резултатима статистичке анализе повезаности између постигнућа испитаника са афазијом на скали SAQOL-39 и старости изражене у годинама живота, може се закључити да ниједно од пет испитиваних постигнућа није достигло статистичку значајност корелације. Тачније, не може се тврдити да вредности забележене на скали SAQOL-39 варирају статистички значајно према старости испитаника са афазијом, било да је у питању укупан SAQOL-39 скор или вредности забележене на појединачним SAQOL-39 доменима. Резултати нашег истраживања су у складу са истраживањем (Hilari, 2011; Rodrigues & Leal, 2013) којима није утврђен значајан утицај старосног доба на квалитет живота особа са афазијом. Међутим, нека истраживања показују да су особе са афазијом старије од 65 година постизале ниже резултате на укупном SAQOL-39 скору и на

вредностима појединачних домена, изузев енергетског домена (Manders et al., 2010).

На основу анализе и дискусије наших резултата, не може се тврдити да разлике укупног SAQOL-39 скорa и скорова појединачних SAQOL-39 домена постоје између испитаника са афазијом у односу на одабране социо-демографске варијабле (пола, брачног статуса, година образовања, занимања, старости; $p > 0,05$).

Квалитет живота и време трајања афазичког поремећаја

У следећем делу је дискутовано о томе да ли време трајања афазичког поремећаја утиче на квалитет живота. Повезаност постигнућа на скали SAQOL-39 с једне и трајања афазичког поремећаја израженог у месецима с друге стране, испитана је Спирмановом корелацијом ранга.

Према резултатима статистичке анализе повезаности између постигнућа испитаника са афазијом на скали SAQOL-39 и трајања афазичког поремећаја, може се закључити да једно од пет испитиваних постигнућа није достигло статистичку значајност корелације. У питању је коефицијент корелације између скорa енергетског домена и трајања афазије ($p > 0,05$).

С друге стране, потврђена је ниска до гранично умерена и позитивна корелација између свих осталих SAQOL-39 скорова и трајања афазије ($p < 0,05$), при чему дуже трајање афазичког поремећаја израженог у месецима прате веће вредности укупног SAQOL-39 скорa, као и скорова физичког, комуникационог и психосоцијалног домена. Дакле, може се потврдити да постигнућа испитаника са афазијом на SAQOL-39 скали, са изузетком енергетског домена, варирају статистички значајно према трајању афазичког поремећаја.

У подгрупама испитаника са афазијом уједначених према тежини афазије, према флуентности и према типу афазије, статистичка значајност повезаности између постигнућа на SAQOL-39 скали и трајања афазичког поремећаја је истражена применом Спирманове корелације ранга.

Према резултатима статистичке анализе повезаности између постигнућа на скали SAQOL-39 и трајања афазичког поремећаја у подгрупама испитаника са

афазиијом уједначеним према тежини, флуентности и типу афазиије, може се закључити да су статистичку значајност достигла девет од 40 коефицијената корелације.

Прво, потврђене су умерене и позитивне корелације између укупног SAQOL-39 скорa, као и скорa психосоцијалног и енергетског домена и трајања афазиије у подгрупи испитаника са афазиијом оцењеном као афазиија тешког степена ($\rho = 0,371$ до $0,414$, $p < 0,05$). Веће вредности трајања афазичког поремећаја код испитаника са тешком афазиијом прате веће вредности укупног SAQOL-39 скорa, као и скорова психосоцијалног и енергетског домена.

Када се упореде вредности и тренд корелација, уочава се да је код испитаника са тешком афазиијом присутна тенденција да са протицањем времена наведени скорови буду виши.

Друго, утврђена је умерена и позитивна корелација између скорa физичког домена SAQOL-39 скале и трајања афазиије у подгрупи испитаника са афазиијом оцењеном као афазиија лаког степена ($\rho = 0,367$, $p < 0,05$). Веће вредности трајања афазичког поремећаја код испитаника са лаком афазиијом прате веће вредности скорa физичког домена SAQOL-39 скале.

Када се погледа тренд корелације, уочава се да је код испитаника са лаком афазиијом присутна тенденција да са протицањем времена скор физичког домена SAQOL-39 скале буде виши.

Даљом анализом утврђене су умерене и позитивне корелације између укупног SAQOL-39 скорa, као и скорa физичког, психосоцијалног и енергетског домена и трајања афазиије у подгрупи испитаника са флуентном афазиијом ($\rho = 0,393$ до $0,459$, $p < 0,05$). Веће вредности трајања афазичког поремећаја код испитаника са флуентном афазиијом прате веће вредности укупног SAQOL-39 скорa, као и скорa физичког, психосоцијалног и енергетског домена.

Када се анализира тренд корелација, уочава се да је код испитаника са флуентном афазиијом присутна тенденција да са протицањем времена наведени SAQOL-39 скорови буду виши.

Последње, јака и позитивна корелација између физичког SAQOL-39 скорa и трајања афазиије је израчуната у подгрупи испитаника са транскортикалном сензорном афазиијом ($\rho = 0,567$, $p < 0,05$). Веће вредности трајања афазичког

поремећаја код испитаника са транскортикалном сензорном афазијом прате веће вредности физичког скорa на SAQOL-39 скали.

Када се анализира тренд ове корелације, уочава се тенденција да испитаници из подгрупе са транскортикалном сензорном афазијом код којих афазички поремећај дуже траје имају виши SAQOL-39 скор у физичком домену.

Наши резултати потврђују резултате других истраживања, које ћемо овде укратко приказати. Студија Мандерс и сарадника (Manders et al., 2010) је показала да испитаници који су имали афазију дуже од 6 месеци постижу више резултате у свим доменима, у односу на испитанике са акутном афазијом. Разлике су посебно уочљиве у физичком домену у односу на енергетски где је пронађена обрнута тенденција, што аутори наводе да би то могао бити показатељ депресивног расположења. У студији Жемва (Žemva,2006) је испитивано време трајања афазичког поремећаја код две групе испитаника, и показано да је група испитаника код којих је афазички поремећај трајао од 2 до 7 месеци имала ниже резултате постигнућа у свим доменима квалитета живота, за разлику од оних код којих је афазички поремећај трајао од 15 до 73 месеца. Неким истраживањима су утврђени виши резултати за физички и психосоцијални домен код особа које имају афазију више од годину дана, али ниже за комуникацију и енергију (Vlasselaer, 2005). Другим истраживањима је показано да је значајност утврђена само у физичком домену (Rodrigues & Leal, 2013).

С друге стране, (Hilari, 2011) наводи да висок ниво перципиране друштвене подршке представља фактор који доприноси побољшању квалитета живота особа са афазијом између трећег и шестог месеца афазичког стања.

Однос социо-демографских фактора и постигнућа на Скали квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL

У овом делу је дискутовано о утицају социо-демографских варијабли (пола, брачног статуса, година образовања, занимања и старости), као и о утицају времена трајања афазичког поремећаја на квалитет комуникативног живота. Утицај одабраних социо-демографских варијабли као што су: пол, брачни статус, занимање, године образовања испитиван је применом Ман-Витнијевог *U*-теста,

односно Крускал-Волисовог *H*-теста, док је старост испитивана Спирмановом корелацијом ранга.

Најпре је дискутован утицај одабраних социо-демографских варијабли у односу на просечан резултат ASHA-QCL и 18. тврдњу ASHA-QCL, а затим је дискутовано о утицају времена трајања афазичког поремећаја, како на просечан ASHA-QCL и 18. тврдњу ASHA-QCL, тако и на појединачне домене квалитета комуникативног живота.

Након формирања подгрупа испитаника са афазијом према полу, није потврђено да постоји статистички значајна разлика просечног ASHA-QCL скорa и резултата забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале између испитаника са афазијом мушког пола и испитаника са афазијом женског пола ($p > 0,05$). Дескриптивне вредности показују да су испитаници са афазијом мушког пола имали нешто већа постигнућа у поређењу са испитаницима са афазијом женског пола (2,59 наспрам 2,38). Уједначеност је присутна и када се упореде дистрибуције испитаника према вредности датих одговора. Наши резултати потврђују резултате истраживања других аутора којима такође није утврђен утицај пола на квалитет живота (Bose et al., 2009; Rodrigues & Leal, 2013).

Након формирања подгрупа испитаника са афазијом према брачном статусу, није потврђено да постоји статистички значајна разлика просечног ASHA-QCL скорa и резултата забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале између ових подгрупа испитаника са афазијом ($p > 0,05$). Увидом у дескриптивне вредности испитаници са афазијом који су били у браку су имали већа постигнућа у поређењу са испитаницима са афазијом који нису имали брачног партнера (2,51 наспрам 2,47). Уједначеност је присутна и када се упореде дистрибуције испитаника према вредности датих одговора, мада су испитаници са афазијом који су имали брачног партнера у нешто већем проценту дали одговор 3 у поређењу са испитаницима са афазијом који нису били у браку (35,00% наспрам 23,33%).

Резултатима неких истраживања је показана мала тенденција пораста квалитета живота код особа који су у брачном статусу (Manders et al., 2010). Аутори истичу да особа која живи са неким има бољи приступ социјалним службама, а и мањи је ризик за развијање депресије, будући да неки аутори

(Cacioppo et al., 2006) наводе да усамљеност доприноси депресивној симптоматологији, која може да утиче на квалитет живљења код особа са афазијом.

Након формирања подгрупа испитаника са афазијом према занимању, није потврђено да постоји статистички значајна разлика просечног ASHA-QCL скорa и резултата забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале између ових подгрупа испитаника са афазијом ($p > 0,05$). Увидом у дескриптивне вредности испитаници са афазијом који су обављали занимање техничке струке су имали највиша постигнућа, док су најнижа нађена код испитаника са афазијом који су обављали занатску професију (2,61, односно 2,10). Испитаници са афазијом који су обављали занимање из техничке струке су у највећем проценту (45,00%) дали одговор 3. Ипак, свеукупно, присутна је уједначеност дистрибуције испитаника са афазијом према занимању у односу на вредност датих одговора.

Након формирања подгрупа испитаника са афазијом уједначених према годинама образовања, није потврђено да постоји статистички значајна разлика просечног ASHA-QCL скорa и резултата забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале између ових подгрупа испитаника са афазијом ($p > 0,05$). Дескриптивне вредности показују да су испитаници са афазијом чије је образовање трајало 14 година имали највиша постигнућа, док су најнижа нађена код испитаника са афазијом чије је образовање трајало 11 година (3,15, односно 2,11). Испитаници са афазијом чије је образовање трајало 12 година су у највећем проценту (30,00%) дали одговор 3. Подједнак проценат испитаника са афазијом чије је образовање трајало 16 година (21,67%) је дао одговор 2, односно 3. Закључно, присутна је уједначеност дистрибуције испитаника са афазијом према трајању образовања у односу на вредност датих одговора.

Наши резултати су у складу с резултатима других истраживања. Тако на пример, истраживање Мандерс и сарадника (2010) је показало да су испитаници с највишим степеном образовања постигли нешто ниже резултате у свим доменима у односу на испитанике који су имали средње образовање, али пронађене разлике нису статистички значајне.

Следећа варијабла у односу на коју је испитана статистичка значајност јесте старост испитаника са афазијом. Повезаност просечног скорa и вредности

забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале с једне стране, и старости испитаника изражене у годинама живота с друге, испитана је Спирмановом корелацијом ранга. Према резултатима статистичке анализе повезаности између постигнућа испитаника са афазијом на скали ASHA-QCL и старости испитаника изражене у годинама живота, може се закључити да ниједно од два испитивана постигнућа није достигло статистичку значајност корелације. Тачније, не може се тврдити да вредности забележене на скали ASHA-QCL варирају статистички значајно према старости испитаника са афазијом, било да је у питању просечан ASHA-QCL скор или вредности забележене на изолованој 18. тврдњи.

Дакле, на основу наведеног, може се закључити да је након формирања подгрупа испитаника са афазијом у односу на одабране социо-демографске варијабле, статистичка анализа искључила постојање значајности разлике просечног ASHA-QCL скорa и вредности забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале између ових подгрупа испитаника са афазијом ($p > 0,05$).

Ови резултати су у складу са истраживањима у којима нису пронађене статистички значајне разлике између квалитета комуникативног живота и социо-демографских варијабли (Bose et al., 2009).

Квалитет комуникативног живота и време трајања афазичког поремећаја

У следећем делу је дискутовано да ли време трајања афазичког поремећаја има утицај на квалитет комуникативног живота. Повезаност просечног скорa и вредности забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале с једне, и трајања афазичког поремећаја израженог у месецима с друге стране, испитана је Спирмановом корелацијом ранга.

Према резултатима статистичке анализе повезаности између постигнућа испитаника са афазијом на скали ASHA-QCL и трајања афазичког поремећаја, може се закључити да је једно од два испитивана постигнућа достигло статистичку значајност корелације.

Тачније, потврђена је умерена и позитивна корелација између просечног ASHA-QCL скорa и трајања афазије ($\rho = 0,312, p < 0,05$), при чему веће вредности трајања афазичког поремећаја израженог у месецима прате веће вредности

просечног ASHA-QCL скорa. С друге стране, код вредности забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале је израчуната статистичка значајност коефицијента корелације изнад одређеног нивоа од 0,05, чиме је искључена статистичка значајност у датом узорку.

Дакле, не може се тврдити да вредности забележене на 18. тврдњи ASHA-QCL скале варирају статистички значајно према трајању афазичког поремећаја.

Статистичка значајност повезаности између постигнућа на ASHA-QCL скали и трајања афазичког поремећаја је истражена применом Спирманове корелације ранга у подгрупама испитаника са афазијом уједначених према тежини афазије, према флуентности и према типу афазије.

Према резултатима статистичке анализе повезаности између постигнућа на скали ASHA-QCL и трајања афазичког поремећаја у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према тежини, флуентности или типу афазије, може се закључити да су три коефицијента корелације достигла статистичку значајност.

Прво, потврђена је умерена и позитивна корелација између просечног ASHA-QCL скорa и трајања афазије у подгрупи испитаника са афазијом оцењеном као афазија лаког степена ($\rho = 0,405$, $p < 0,05$). Веће вредности трајања афазичког поремећаја код испитаника са лаком афазијом прате веће вредности просечног ASHA-QCL скорa.

Када се упореде вредности и тренд корелација, уочава се да су, у поређењу са испитаницима са тешком афазијом, испитаници са лакшом афазијом просечно више оценили квалитет свог комуникативног живота и да је код њих присутна тенденција да са протицањем времена тај скор буде виши.

Друго, утврђена је умерена и позитивна корелација између просечног ASHA-QCL скорa и трајања афазије у подгрупи испитаника са флуентном афазијом ($\rho = 0,462$, $p < 0,05$). Веће вредности трајања афазичког поремећаја код испитаника са флуентном афазијом прате веће вредности просечног ASHA-QCL скорa.

Када се упореде вредности и тренд корелација, уочава се да је, у поређењу с подгрупом са нефлуентном афазијом, код испитаника са флуентном афазијом присутна тенденција да са протицањем времена ASHA-QCL скор буде виши.

Вредности просечног ASHA-QCL скорa ове две подгрупе испитаника су блиске и међусобно упоредиве.

Треће, јака и позитивна корелација између просечног ASHA-QCL скорa и трајања афазије је израчуната у подгрупи испитаника са транскортикалном сензорном афазијом ($\rho = 0,583$, $p < 0,05$). Веће вредности трајања афазичког поремећаја код испитаника са транскортикалном сензорном афазијом прате веће вредности просечног ASHA-QCL скорa.

Када се упореде вредности и тренд ове четири корелације, тенденција да испитаници код којих афазички поремећај дуже траје имају виши просечан ASHA-QCL скор се уочава у подгрупи испитаника са транскортикалном сензорном афазијом. Вредности просечног ASHA-QCL скорa подгрупа испитаника са Брокином и Верникеовом афазијом су блиске и међусобно упоредиве, генерално ниже него у подгрупама испитаника са транскортикалном моторном и транскортикалном сензорном афазијом.

На крају, код свих осталих испитиваних повезаности је израчуната статистичка значајност коефицијента корелације изнад одређеног нивоа од 0,05. Тиме је искључена статистичка значајност у датом узорку.

Дакле, не може се тврдити да остала разматрана постигнућа испитаника са афазијом уједначених према одабраним варијаблама статистички значајно варирају према трајању афазичког поремећаја.

У следећем делу је дискутовано да ли време трајања афазичког поремећаја има утицај на појединачне домене квалитета комуникативног живота. Повезаност скорова појединачних домена ASHA-QCL скале с једне, и трајања афазичког поремећаја израженог у месецима с друге стране, испитана је Спирмановом корелацијом ранга.

Према резултатима статистичке анализе повезаности између постигнућа испитаника са афазијом на појединачним доменима скале ASHA-QCL и трајања афазичког поремећаја, може се закључити да су сва три испитивана постигнућа достигла статистичку значајност корелације на нивоу $p < 0,05$.

Тачније, потврђена је ниска и позитивна корелација између скорa домена „Социјализација и активности“ и трајања афазије ($\rho = 0,285$, $p < 0,05$), при чему

веће вредности трајања афазичког поремећаја израженог у месецима прате веће вредности наведеног скорa.

Следеће, потврђене су гранично умерене и позитивне корелације између скорова домена „Самопоуздање“, односно „Појединачне улоге и одговорност“ и трајања афазије ($p = 0,304$ и $0,303$, $p < 0,05$), при чему веће вредности трајања афазичког поремећаја израженог у месецима прате веће вредности ових скорова.

Наши резултати су у складу с већином испитиваних студија где је пронађен утицај времена на побољшање квалитета комуникативног живота.

У студији (Spraccavento et al., 2013) утврђено је да пролазак времена помаже пацијентима да се боље прилагоде новонасталој ситуацији. Ови аутори су показали да су пацијенти са хроничном афазијом имали боља постигнућа квалитета живота у односу на пацијенте са акутним стањем. То потврђују и друге студије које су потврдиле умерено побољшање после шест месеци од настанка мозданог удара (Hilari & Byng, 2009; Samsa & Matchar, 2004). Релативно добар квалитет комуникације утврђен је и код пацијената са хроничним обликом Брокине и кондуктивне афазије (Вуковић, 2018). Међутим, у неким студијама није утврђен утицај времена на побољшање квалитета комуникативног живота особа са афазијом (Bose et al., 2009), што треба имати у виду у будућим истраживањима.

Однос социо-демографских фактора и постигнућа на Инвентару/Упитнику за мерење квалитета живота (QOLI)

У овом делу је дискутован утицај одабраних социо-демографских варијабли на задовољство животом. Утицај одабраних социо-демографских варијабли као што су: пол, брачни статус, занимање и године образовања испитиван је применом Ман-Витнијевог *U*-теста, односно Крускал-Волисовог *H*-теста, док је старост истражена помоћу коефицијената Пирсонове линеарне корелације.

Најпре је дискутован утицај поређења резултата одабраних социо-демографских варијабли у односу на Т-скор упитника QOLI, а потом је дискутовано о утицају времена трајања афазичког поремећаја на Т-скор упитника QOLI.

Након формирања подгрупа испитаника са афазијом према полу, није потврђено да постоји статистички значајна разлика просечног резултата Т-скора на упитнику QOLI између испитаника са афазијом мушког пола и испитаника са афазијом женског пола ($p > 0,05$). Испитаници са афазијом мушког пола су имали нешто већа постигнућа у поређењу са испитаницима са афазијом женског пола (41,59 наспрам 41,00). Наши резултати су у складу с другим истраживањима (Hilari et al., 2003; King, 1996; Rodrigues & Leal, 2013) којима је показано да пол нема значајан утицај на задовољство животом код особа са афазијом.

Након формирања подгрупа испитаника са афазијом према брачном статусу, нађено је да постоји статистички значајна разлика резултата између ових подгрупа ($p < 0,05$). Испитаници са афазијом који су били у браку су имали статистички значајно веће медијане постигнућа у поређењу са испитаницима са афазијом који нису имали брачног партнера (45,00 наспрам 37,00). Величина разлике се може описати као умерена ($r = 0,41$). Наши резултати су у складу с резултатима истраживања којима је показана мала тенденција пораста квалитета живота код особа који су у брачном статусу (Manders et al., 2010). Као што наводе неки аутори усамљеност може бити један од фактора који доприноси депресивној симптоматологији, што може да утиче на задовољство животом код особа са афазијом (Cacioppo et al., 2006).

Након формирања подгрупа испитаника са афазијом према занимању, није потврђено да постоји статистички значајна разлика резултата између ових подгрупа испитаника са афазијом ($p > 0,05$). Испитаници са афазијом који су радили као просветни радници су имали највиша постигнућа, док су најниже резултате остварили испитаници са афазијом који су обављали занимање медицинске струке (44,00, односно 36,00).

Након формирања подгрупа испитаника са афазијом уједначених према годинама образовања, нађено је да постоји статистички значајна разлика резултата Т-скора на упитнику QOLI између ових подгрупа испитаника са афазијом ($p < 0,05$). Испитаници са афазијом чије је образовање трајало 14 година су имали највиша постигнућа, док су најнижа нађена код испитаника са афазијом чије је образовање трајало 11 година (46,50 односно 35,50). У другим истраживањима (Manders et al., 2010) је такође пронађено да су испитаници са

нижим нивоом образовања имали нижа постигнућа у односу на испитанике са вишим степеном образовања.

Следећа варијабла у односу на коју је испитана статистичка значајност јесте старост испитаника са афазијом. Повезаност резултата Т-скора на упитнику QOLI, с једне стране, и старости испитаника изражене у годинама живота, с друге стране, истражена је помоћу коефицијената Пирсонове линеарне корелације.

Према резултатима статистичке анализе повезаности између резултата Т-скора на упитнику QOLI и старости испитаника изражене у годинама живота, може се закључити да није достигнута статистичка значајност корелације. Тачније, не може се тврдити да вредности забележене на QOLI упитнику варирају статистички значајно према старости испитаника са афазијом.

Резултати нашег истраживања су у складу са истраживањима аутора који такође нису утврдили значајан утицај старосног доба на квалитет живота особа са афазијом (Hilari, 2011; Rodrigues & Leal, 2013).

Након формирања подгрупа испитаника са афазијом у односу на одабране социо-демографске варијабле, може се закључити да је статистичка анализа искључила постојање значајности разлике резултата Т-скора на упитнику QOLI у односу на пол и занимање испитаника са афазијом ($p > 0,05$, све анализе). Другим речима, не може се тврдити да је достигнута статистичка значајност на нивоу ($p < 0,05$)

Разлике QOLI резултата између испитаника са афазијом у односу на пол и у односу на занимање нису статистички значајне. Међутим, према брачном статусу, као и односу на године образовања, добијене су статистички значајне разлике на нивоу $p < 0,05$.

Задовољство животом и време трајања афазичког поремећаја

У следећем делу дискутовано је да ли време трајања афазичког поремећаја има утицај на резултат Т-скора на упитнику QOLI. Повезаност резултата Т-скора, с једне стране, и трајања афазичког поремећаја израженог у месецима, с друге стране, испитана је Спирмановом корелацијом ранга, како у групи испитаника са

афазиијом, тако и у подгрупама испитаника са афазиијом уједначених према тежини афазиије, према флуентности афазиије и према типу афазиије.

Према резултатима статистичке анализе повезаности између резултата Т-скора на упитнику QOLI и трајања афазичког поремећаја, може се закључити да коефицијент Спирманове корелације ранга није достигао статистичку значајност на нивоу $p < 0,05$. Тачније, не може се тврдити да вредности забележене на упитнику QOLI на нивоу целе групе испитаника са афазиијом, као ни у подгрупама уједначеним према тежини, флуентности и типу афазиије, варирају статистички значајно према трајању афазичког поремећаја.

Наши резултати су у складу са истраживањем којима је показано да време нема значајан утицај на расположење и да се с протицањем времена психичке тегобе нису смањиле код пацијената са афазиијом (Spaccavento et al., 2014).

Међутим, нека истраживања показују да време након можданог удара различито утиче на расположење особа са афазиијом (Hilari, 2011). Фактор који доприноси њиховом добром стању може бити висок ниво перципиране друштвене подршке. Претпоставља се да је перципирана друштвена подршка нарочито важна када особа претрпи акутни стрес, јер тада почиње да увиђа дугорочну природу своје болести. Стога особе са афазиијом имају користи од перципиране друштвене подршке, јер се на тај начин њихове тегобе смањују. Међутим, мала је вероватноћа да се овај ефекат одржи у дужем временском периоду, јер после одређеног времена афазиија постаје хронична, па је учесталост промена расположења и депресије све већа (Hilari, 2011).

V
ЗАКЉУЧЦИ

У складу са постављеним циљевима истраживања, а на основу анализе резултата, дошли смо до следећих закључака:

Квалитет живота особа са афазијом у односу на особе без оштећења мозга и поремећаја у говорним и језичким способностима (контролна група).

Поређењем постигнућа на скали SAQOL-39 између испитаника са афазијом и контролне групе утврђено је да су испитаници са афазијом постигли значајно ниже вредности на скали SAQOL-39, у поређењу са контролном групом. Највећа разлика између испитаника са афазијом и контролне групе утврђена је у домену комуникације, а најмања у енергетском домену.

Осим комуникације и енергетског домена, веома ниске вредности код наших испитаника са афазијом утврђене су и у психосоцијалном домену. Такође, показало се да су највише вредности постигнуте у физичком домену, а најмање у енергетском домену.

Резултати добијени применом скале ASHA-QCL су показали да испитаници са афазијом имају знатно лошији квалитет комуникативног живота у односу на здраву популацију. Постигли су ниже просечно постигнуће у свим доменима, с нешто већим постигнућем у домену „Социјализација/активности“, наспрам домена „Самопоуздање“ и домена „Појединачне улоге и одговорност“. Резултати указују на малу разлику у постигнућу између појединих домена, што потврђује чињеницу да је сваки домен комуникације подједнако значајан за квалитет живота. На основу наведеног се може закључити да испитаници са афазијом имају веома низак ниво доживљаја комуникативних способности.

Резултатима постигнућа на инвентару QOLI утврђено је да особе са афазијом имају значајно нижи ниво задовољства животом у поређењу са здравим испитаницима. Резултати показују да афазија има значајан утицај на задовољство животом погођених особа.

Према категорији укупног квалитета живота мереног скалом QOLI, највећи број испитаника имао је просечан укупан квалитет живота према QOLI категоријама, док ниједан испитаник није имао висок квалитет живота.

На основу свега наведеног, хипотеза 1 која претпоставља да ће афазични пацијенти постићи значајно ниже резултате на инструментима за мерење квалитета живота у односу на испитанике без неуролошког оштећења и језичког поремећаја је у целости потврђена.

Квалитет комуникативног живота корелише са квалитетом живота уопште.

Према резултатима анализе повезаности између постигнућа испитаника са афазијом на скали ASHA-QCL и на скали SAQOL-39, утврђено је да су сви коефицијенти корелације достигли задати ниво статистичке значајности. Налаз показује да веће вредности просечног ASHA-QCL скорa и скорова појединачних ASHA-QCL домена (социјализација и активности, самопоуздање, појединачне улоге и одговорност) прате веће вредности укупног SAQOL-39 скорa испитаника са афазијом, као и скорова појединачних SAQOL-39 домена (физички, комуникациони, психосоцијални, енергетски).

Дакле, може се рећи да квалитет комуникативног живота корелише са квалитетом живота уопште, што сугерише да комуникација представља кључни аспект у проучавању квалитета живота код особа са афазијом.

На основу анализе резултата, хипотеза 2 која претпоставља да квалитет комуникативног живота корелише са квалитетом живота уопште је у целости потврђена.

Субјективни осећај задовољства доприноси квалитету живљења код особа са афазиијом.

Резултатима повезаности постигнућа, тј. сировог скорa на инвентару QOLI с једне стране, и постигнућа на скали SAQOL-39 с друге, у подгрупама испитаника са афазиијом уједначеним према тежини, флуентности и типу афазиије, потврђене су умерене до високе и позитивне корелације између QOLI сировог скорa и укупног SAQOL-39 скорa, као и скорова свих SAQOL-39 домена, у подгрупи испитаника са афазиијом оцењеном као афазиија лаког степена. Код испитаника уједначених према флуентности потврђена је тенденција да са порастом сировог QOLI скорa сви наведени SAQOL-39 скорови буду виши. У односу на тип афазиије, такође су потврђене три високе и позитивне корелације и то између сировог QOLI скорa и скорова психосоцијалног и енергетског SAQOL-39 домена у подгрупи испитаника са транскортикалном моторном афазиијом. Поред тога, статистички значајна корелација је израчуната између сировог QOLI скорa и скорa енергетског SAQOL-39 домена у подгрупи испитаника са Верникеовом афазиијом.

Према резултатима статистичке анализе повезаности између постигнућа испитаника са афазиијом на скали SAQOL-39 и категорија укупног квалитета живота мереног на инвентару QOLI у подгрупама испитаника са афазиијом уједначених према тежини, флуентности и типу афазиије, може се закључити да су корелације умерене до високе и позитивне и показују да испитаници са афазиијом са вишим категоријама квалитета живота према QOLI имају и већа постигнућа у одређеним доменима квалитета живота специфичног за афазиију према SAQOL-39.

Резултатима повезаности постигнућа на инвентару QOLI, сировог скорa с једне, и постигнућа на скали ASHA-QCL с друге стране, потврђено је да веће вредности сировог QOLI скорa код испитаника са нефлуентном, као и код испитаника са флуентном афазиијом прате веће вредности укупног ASHA-QCL скорa, као и скорова ASHA-QCL домена „Социјализација и активности“, „Самопоуздање“ и „Појединачне улоге и одговорност“.

Према резултатима статистичке анализе повезаности између постигнућа испитаника са афазиијом на скали ASHA-QCL и категорија укупног квалитета

живота мереног на инвентару QOLI, може се закључити да су корелације умерене и позитивне и показују да испитаници са афазијом са вишим категоријама квалитета живота према QOLI имају и већа постигнућа у одређеним доменима квалитета комуникативног живота према ASHA-QCL.

Свеукупном анализом резултата, може се закључити да субјективни осећај задовољства мерен инвентаром QOLI значајно доприноси квалитету живота особа са афазијом.

На основу свега наведеног, хипотеза 3 која претпоставља да субјективни осећај задовољства значајно доприноси квалитету живота код особа са афазијом је у целости потврђена.

Тип и тежина језичког поремећаја значајно утичу на квалитет живота особа са афазијом

Резултати постигнућа мерени скалом SAQOL-39 су показали да након уједначавања према тежини афазије није потврђено да постоји статистички значајна разлика укупног SAQOL-39 скорa, као ни скорова комуникационог, психосоцијалног и енергетског домена у односу на флуентност. Након уједначавања према флуентности, потврђено је да постоји статистички значајна разлика укупног SAQOL-39 скорa, као и скорова појединачних домена, у односу на тежину афазије у подгрупи испитаника са нефлуентном афазијом код енергетског домена. Даљом анализом показано је да су испитаници са лакшим обликом афазије имали већа просечна постигнућа укупног SAQOL-39 скорa, као и скорова појединачних домена, у поређењу са испитаницима са тежим обликом афазије, како у подгрупи испитаника са нефлуентном афазијом, тако и у подгрупи испитаника са флуентном афазијом.

Крускал-Волисов *H*-тест је указао да постоје статистички значајне разлике између испитаника са различитим типовима афазије у односу на укупан SAQOL-39 скор и у односу на скорове на појединачним доменима. Показано је да је медијана укупног SAQOL-39 скорa, као и појединачних домена SAQOL-39 нижа у подгрупама испитаника са Брокином и са Верникеовом афазијом од медијана нађених у подгрупама испитаника са транскортикалном моторном и са

транскортикалном сензорном афазиијом. Након уједначавања према тежини афазиије није потврђено да постоји статистички значајна разлика укупног SAQOL-39 скорa између испитаника са Брокином афазиијом и испитаника са Верникеовом афазиијом, као ни скорa комуникационог, психосоцијалног и енергетског домена. Статистички значајна разлика је потврђена код скорa физичког домена. Наиме, испитаници са Верникеовом афазиијом су имали већи скор код физичког домена SAQOL-39 скале у поређењу са испитаницима са Брокином афазиијом. Даљом анализом, у оквиру подгрупе испитаника са лако афазиијом, након уједначавања према тежини афазиије није потврђено да постоји статистички значајна разлика укупног SAQOL-39 скорa између подгрупа испитаника са транскортикалном моторном афазиијом и испитаника са транскортикалном сензорном афазиијом, као ни скорa комуникационог, психосоцијалног и енергетског домена.

На основу анализе ових резултата, може се закључити да тип и тежина језичког поремећаја значајно утичу на квалитет живота особа са афазиијом.

Резултати постигнућа мерени скалом ASHA-QCL показују да није потврђена статистички значајна разлика просечног ASHA-QCL скорa и резултата забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале, као ни резултата на појединачним доменима у односу на флуентност.

Наши резултати показују да нема статистички значајне разлике у квалитету комуникативног живота између нефлуентних и флуентних афазиија, што сугерише на закључак да карактеристике спонтаног говора немају значајан утицај на квалитет живота особа са афазиијом.

Даљом анализом показано је да након уједначавања према флуентности, постоји статистички значајна разлика просечног ASHA-QCL скорa и резултата забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале, као и свих појединачних домена у односу на тежину афазиије. Испитаници са лакшим обликом афазиије су имали већа просечна постигнућа у поређењу са испитаницима са тежим обликом афазиије, како у подгрупи испитаника са нефлуентном афазиијом, тако и у подгрупи испитаника са флуентном афазиијом.

На основу наших резултата, може се закључити да тежина језичког поремећаја има значајан утицај на квалитет комуникативног живота код особа са афазиијом.

Након уједначавања испитаника према флуентности, у подгрупи испитаника са тешком и лако афазијом потврђено је да нема статистички значајне разлике просечног ASHA-QCL скорa, резултата забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL, као ни резултата појединачних ASHA-QCL домена између испитаника са Брокином афазијом и испитаника са Верникеовом афазијом, као ни испитаника са транскортикалном моторном и испитаника са транскортикалном сензорном афазијом. Даљим анализирањем постигнућа испитаника у односу на тип афазије, Крускал-Волисов *H*-тест је указао да постоје статистички значајне разлике у скоровима сва три појединачна ASHA-QCL домена. Медијана скорa „Социјализација и активности“ у подгрупама испитаника са Брокином и са Верникеовом афазијом је нижа од медијана нађених у подгрупама испитаника са транскортикалном моторном и са транскортикалном сензорном афазијом. Медијана скорa „Самопоуздање“ у подгрупама испитаника са Брокином и са Верникеовом афазијом је нижа од медијана нађених у подгрупама испитаника са транскортикалном моторном и са транскортикалном сензорном афазијом. На крају, медијана скорa „Појединачне улоге и одговорност“ у подгрупама испитаника са Брокином и са Верникеовом афазијом је нижа од медијана нађених у подгрупама испитаника са транскортикалном моторном и са транскортикалном сензорном афазијом.

На основу ових резултата може се закључити да тип и тежина језичког поремећаја имају значајан утицај на квалитет комуникативног живота.

Резултати постигнућа на инвентару QOLI у односу на флуентност, тип и тежину језичког поремећаја су показали да нема статистички значајне разлике вредности резултата T-скора на QOLI у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према тежини афазије у односу на флуентност, како у подгрупи испитаника са тешком афазијом, тако и у подгрупи испитаника са лако афазијом.

На основу ових резултата се може закључити да карактеристике спонтаног говора немају значајан утицај на задовољство животом. Међутим, утврђена је статистички значајна разлика резултата код испитаника са лако афазијом у поређењу са испитаницима са тешком афазијом, како у подгрупи испитаника са нефлуентном афазијом, тако и у подгрупи испитаника са флуентном афазијом.

Овај налаз сугерише на закључак да тежина језичког поремећаја значајно утиче на задовољство животом.

У односу на тип афазије испитаника са афазијом, једнофакторском анализом варијансе резултата Т-скора на QOLI, утврђена је статистички значајна разлика, и то велике јачине утицаја. Даље, може се уочити да су дескриптивно највише вредности резултата Т-скора у подгрупи испитаника са транскортикалном сензорном афазијом, а најниже у подгрупи испитаника са Верникеовом афазијом. Накнадним тестовима утврђено је између којих група на испитиваној варијабли постоји статистички значајна разлика. Резултати су показали да статистичку значајност достиже разлика просечних резултата Т-скора подгрупе испитаника са транскортикалном моторном у односу на подгрупу испитаника са Верникеовом афазијом. Статистичку значајност достиже и разлика између подгрупе испитаника са транскортикалном сензорном и подгрупе испитаника са Брокином афазијом. Такође је показано да статистичку значајност достиже разлика између подгрупе испитаника са транскортикалном сензорном и подгрупе испитаника са Верникеовом афазијом.

На основу ових резултата показано је да су испитаници са Брокином и Верникеовом афазијом постигли значајно нижи резултат на Инвентару задовољства животом од испитаника са транскортикалном моторном и транскортикалном сензорном афазијом.

Након уједначавања према тежини афазије није потврђено да постоји статистички значајна разлика резултата Т-скора између испитаника са Брокином афазијом и испитаника са Верникеовом афазијом, као ни између испитаника са транскортикалном моторном афазијом и испитаника са транскортикалном сензорном афазијом. Испитаници са Брокином афазијом су имали дескриптивно већа QOLI постигнућа у поређењу са испитаницима са Верникеовом афазијом. Истовремено, испитаници са транскортикалном сензорном афазијом су имали дескриптивно већа QOLI постигнућа у поређењу са испитаницима са транскортикалном моторном афазијом. На основу резултата нашег истраживања, можемо закључити да тип и тежина афазичког поремећаја значајно утичу на задовољство животом. *Будући да Брокина и Верникеова афазија значајно нарушавају способност комуникације погођених особа са њиховом околином,*

могло би се рећи да њихове комуникационе способности доприносе лошијем осећању задовољства животом.

На основу анализе резултата, хипотеза 4 која претпоставља да тип и тежина језичког поремећаја значајно утичу на квалитет живота особа са афазијом је у целости потврђена.

Однос социо-демографских фактора (пола, брачног статуса, година образовања, занимања и старости) и времена трајања афазичког поремећаја на квалитет живота особа са афазијом.

На основу анализе и дискусије наших резултата, не може се тврдити да разлике укупног SAQOL-39 скорa и скорова појединачних SAQOL-39 домена постоје између испитаника са афазијом у односу на одабране социо-демографске варијабле (пола, брачног статуса, година образовања, занимања и старости).

Према резултатима статистичке анализе повезаности између постигнућа испитаника са афазијом на скали SAQOL-39 и трајања афазичког поремећаја, може се закључити да једно од пет испитиваних постигнућа није достигло статистичку значајност корелације. У питању је коефицијент корелације између скорa енергетског домена и трајања афазије. С друге стране, потврђена је ниска до гранично умерена и позитивна корелација између свих осталих SAQOL-39 скорова и трајања афазије ($p < 0,05$) при чему веће вредности трајања афазичког поремећаја израженог у месецима прате веће вредности укупног SAQOL-39 скорa, као и скорова физичког, комуникационог и психосоцијалног домена. Дакле, може се потврдити да постигнућа испитаника са афазијом на SAQOL-39 скали, са изузетком енергетског домена, варирају статистички значајно према трајању афазичког поремећаја.

Наиме, потврђено је да веће вредности трајања афазичког поремећаја код испитаника са тешком афазијом прате веће вредности укупног SAQOL-39 скорa, као и скорова психосоцијалног и енергетског домена. Затим, потврђено је да веће вредности трајања афазичког поремећаја код испитаника са лаком афазијом прате веће вредности скорa физичког домена SAQOL-39 скале. Даљом анализом,

утврђено је да веће вредности трајања афазичког поремећаја код испитаника са флуентном афазијом прате веће вредности укупног SAQOL-39 скорa, као и скорa физичког, психосоцијалног и енергетског домена. На крају, утврђено је да веће вредности трајања афазичког поремећаја код испитаника са транскортикалном сензорном афазијом прате веће вредности физичког скорa на SAQOL-39 скали.

Однос социо-демографских фактора и постигнућа на скали ASHA-QCL, показује да је статистичка анализа искључила постојање значајности разлике просечног ASHA-QCL скорa и вредности забележених на 18. тврдњи ASHA-QCL скале.

Према резултатима статистичке анализе повезаности између *постигнућа испитаника са афазијом на скали ASHA-QCL и трајања афазичког поремећаја*, може се закључити да је једно од два испитивана постигнућа достигло статистичку значајност корелације.

Тачније, потврђена је умерена и позитивна корелација између просечног ASHA-QCL скорa и трајања афазије, при чему веће вредности трајања афазичког поремећаја израженог у месецима прате веће вредности просечног ASHA-QCL скорa.

Према резултатима статистичке анализе повезаности између постигнућа на скали ASHA-QCL и трајања афазичког поремећаја у подгрупама испитаника са афазијом уједначеним према тежини, флуентности или типу афазије, може се закључити да су три коефицијента корелације достигла статистичку значајност.

Прво, потврђено је да веће вредности трајања афазичког поремећаја код испитаника са лаком афазијом прате веће вредности просечног ASHA-QCL скорa.

Друго, утврђено је да веће вредности трајања афазичког поремећаја код испитаника са флуентном афазијом прате веће вредности просечног ASHA-QCL скорa.

Треће, утврђено је да веће вредности трајања афазичког поремећаја код испитаника са транскортикалном сензорном афазијом прате веће вредности просечног ASHA-QCL скорa.

Према резултатима статистичке анализе повезаности између постигнућа испитаника са афазацијом на појединачним доменима скале ASHA-QCL и трајања афазичког поремећаја, може се закључити да су сва три испитивана постигнућа достигла статистичку значајност, при чему веће вредности трајања афазичког поремећаја израженог у месецима прате веће вредности скорова појединачних домена.

Однос социо-демографских фактора и постигнућа на инвентару QOLI

Након формирања подгрупа испитаника са афазацијом у односу на одабране социо-демографске варијабле, може се закључити да је статистичка анализа искључила постојање значајности разлике резултата T-скора на инвентару QOLI у односу на пол и занимање испитаника са афазацијом. Међутим, према брачном статусу, као и односу на године образовања, достигнута је статистичка значајност.

Задовољство животом и време трајања афазичког поремећаја

Према резултатима статистичке анализе повезаности између *резултата T-скора на инвентару QOLI и трајања афазичког поремећаја*, не може се тврдити да вредности забележене на инвентару QOLI на нивоу целе групе испитаника са афазацијом, као ни у подгрупама уједначеним према тежини, флуентности и типу афазације, варирају статистички значајно према трајању афазичког поремећаја.

На основу свега наведеног, хипотеза 5 која претпоставља да варијабле као што су: пол, године образовања, брачни статус, занимање, старост и време трајања афазичког поремећаја, значајно утичу на перцепцију квалитета живота особа са афазацијом, је делимично потврђена. Када се анализирају резултати одабраних варијабли на појединачним инструментима, може се рећи да је у односу на социо-демографске варијабле, уочено присуство статистички значајних разлика само на инвентару QOLI, и то у односу на брачни статус и трајање образовања, за разлику од времена трајања афазичког поремећаја где није потврђена статистичка значајност.

Што се тиче времена трајања афазичког поремећаја, статистичка значајност је потврђена на скали SAQOL-39 и скали ASHA-QCL, те се може рећи да је хипотеза 5 у односу на време трајања афазичког поремећаја код ове две скале, у целости потврђена.

ЛИТЕРАТУРА

- Andersen, B. L., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1994). A biobehavioral model of cancer stress and disease course. *American psychologist*, 49(5), 389.
- Andrews, F. M., & Inglehart, R. F. (1979). The structure of subjective well-being in nine western societies. *Social indicators research*, 6(1), 73-90.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality*. New York:Plenum.
- Aprile, I., Piazzini, D. B., Bertolini, C., Caliandro, P., Pazzaglia, C., Tonali, P., & Padua, L. (2006). Predictive variables on disability and quality of life in stroke outpatients undergoing rehabilitation. *Neurological Sciences*, 27(1), 40-46.
- Armstrong, D., & Caldwell, D. (2004). Origins of the concept of quality of life in health care: A rhetorical solution to a political problem. *Social Theory & Health*, 2(4), 361-371.
- Åström, M., Adolfsson, R., Asplund, K., & Åström, T. (1992). Life before and after stroke. *Cerebrovascular Diseases*, 2(1), 28-34.
- Awad, A. G., Voruganti, L. N., & Heslegrave, R. J. (1998). Measuring Quality of Life in Patients with Schizophrenia. Quality of Life Assessment. In G. Malarkey (Ed.), *Quality of Life Assessment. Last advances in the measurements and application of quality of life in clinical studies*, 29-44. Chester England: Adis International Limited.
- Baumgaertner, A., Grewe, T., Ziegler, W., Floel, A., Springer, L., Martus, P., & Breitenstein, C. (2013). FCET2EC (From controlled experimental trial to= 2 everyday communication): How effective is intensive integrative therapy for stroke-induced chronic aphasia under routine clinical conditions? A study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 14(1), 308.
- Beblo, T., Wallesch, C. W., & Herrmann, M. (1999). The crucial role of frontostriatal circuits for depressive disorders in the postacute stage after stroke. *Neuropsychiatry, neuropsychology, and behavioral neurology*, 12(4), 236-246.
- Berg, A., Palomäki, H., Lehtihalmes, M., Lönnqvist, J., & Kaste, M. (2001). Poststroke depression in acute phase after stroke. *Cerebrovascular Diseases*, 12(1), 14-20.

- Berzon, R., Hays, R. D., & Shumaker, S. A. (1993). International use, application and performance of health-related quality of life instruments. *Quality of Life Research*, 2(6), 367-368.
- Best, W., Greenwood, A., Grassly, J., & Hickin, J. (2008). Bridging the gap: can impairment-based therapy for anomia have an impact at the psycho-social level?. *International journal of language & communication disorders*, 43(4), 390-407.
- Bose, A., McHugh, T., Schollenberger, H., & Buchanan, L. (2009). Measuring quality of life in aphasia: Results from two scales. *Aphasiology*, 23(7-8), 797-808.
- Bošković, K., & Naumović, N. (2009). *Lumbalna radikulopatija i kvalitet života*. Monografije: 79. Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet Novi Sad, 107.
- Bowling, A., & Browne, P. D. (1991). Social networks, health, and emotional well-being among the oldest old in London. *Journal of Gerontology*, 46(1), S20-S32.
- Bowling, A., Bond, M., Jenkinson, C., & Lamping, D. L. (1999). Short Form 36 (SF-36) Health Survey questionnaire: which normative data should be used? Comparisons between the norms provided by the Omnibus Survey in Britain, the Health Survey for England and the Oxford Healthy Life Survey. *Journal of Public Health*, 21(3), 255-270.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Brady, M. C., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P., & Campbell, P. (2016). *Speech and language therapy for aphasia following stroke*. The Cochrane Library.
- Bugarski, R. (1991). *Uvod u opštu lingvistiku*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Novi Sad: Zavod za izdavanje udžbenika.
- Bullinger, M., Anderson, R., Cella, D., & Aaronson, N. (1993). Developing And evaluating cross cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Quality of Life Research*, 2 (6), 451-459.
- Cacioppo, J.T., Hughes, M.E., Waite, L.J., Hawkley, L.C., & Thisted, R.A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging*, 21 (1):140-51.
- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. Russell Sage Foundation.

- Cantril, H. (1965). *Pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Carod-Artal, J., Egido, J. A., González, J. L., & De Seijas, E. V. (2000). Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience of a stroke unit. *Stroke*, *31*(12), 2995-3000.
- Carota, A., Rossetti, A. O., Karapanayiotides, T., & Bogousslavsky, J. (2001). Catastrophic reaction in acute stroke: a reflex behavior in aphasic patients. *Neurology*, *57*(10), 1902-1905.
- Cella, D. F., & Tulsky, D. S. (1990). Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology (Williston Park, NY)*, *4*(5), 29-38.
- Clark, N.K., Rutter, D.R. (1985). Social categorization, visual cues and social Judgements. *European Journal of Social Psychology*. DOI:10.1002.
- Code, C., & Herrmann, M. (2003). The relevance of emotional and psychosocial factors in aphasia to rehabilitation. *Neuropsychological rehabilitation*, *13*(1-2), 109-132.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *Journal of personality and social psychology*, *38*(4), 668.
- Cruice, M., Worrall, L., Hickson, L. (2010). Health-related quality of life in people with aphasia: implications for fluency disorders quality of life research. *J Fluency Disord*, *35*(3), 173-89.
- 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.
- Cruice, M., Worrall, L., Hickson, L., & Murison, R. (2003). Finding a focus for quality of life with aphasia: Social and emotional health, and psychological well-being. *Aphasiology*, *17*(4), 333-353.
- Cummins, R. A. (2005). The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos. In *Citation classics from social indicators research* (pp. 559-584).
- Dalemans, R.J.P., De Witte, L., Wade D., Heuvel, W. (2009). Social participation through the eyes of people with aphasia. *Int J Lang Commun disor*. Oct. 20. DOI:1031.

- Dalemans, R.J.P., De Witte, L.P., Bourskens, A.J., Van Den Heuvel, W.J., & Wade, D.T. (2010). An investigation into the Social participation of stroke survivors with aphasia. *Disabil Rehabil*, 32 (20), 1678-85
- Damecour, C.L., & Caplan, D. (1991). The relationship of depression to Symptomatology and lesion site in aphasic patients. *Cortex*, 27(3), 385-401.
- 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.
- De Boer, J., van Dam. (1998). FSAM and Spangers MAG. Health Evaluation in HIV infected Patients. *AIDS International limited*, pp. 155-168.
- De Haan, R. J., Limburg, M., Van der Meulen, J. H. P., Jacobs, H. M., & Aaronson, N. K. (1995). Quality of life after stroke: impact of stroke type and lesion location. *Stroke*, 26(3), 402-408.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: A general overview. *South African Journal of Psychology*, 39(4), 391-406.
- Dworkin, R. H., Hartstein, G., Rosner, H. L., Walther, R. R., Sweeney, E. W., & Brand, L. (1992). A high-risk method for studying psychosocial antecedents of chronic pain: The prospective investigation of herpes zoster. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(1), 200-205.
- Elman, R. J. (2007). The importance of aphasia group treatment for rebuilding community and health. *Topics in Language Disorders*, 27(4), 300-308.
- Elster, J., & Roemer, J. E. (Eds.). (1993). *Interpersonal comparisons of well-being*. Cambridge University Press.
- Enderby, P. M., Wood, V.A., Wade, D.T., & Hower, R.L. (1987). The Frenchay Aphasia Screening Test: a short, simple test for aphasia appropriate for Specialists. *Int Rehabil Med*, (8), 166-70.
- Engell, B., Hütter, B. O., Willmes, K., & Huber, W. (2003). Quality of life in aphasia: Validation of a pictorial self-rating procedure. *Aphasiology*, 17(4), 383-396.

- Fallowfield, L. (1990). *The quality of life: The missing measurement in health care*. London: Souvenir press.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1992). Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Research in nursing & health, 15*(1), 29-38.
- Fink, R. B., & Schwartz, M. F. (2000). MossRehab Aphasia Center: A collaborative model for long-term rehabilitation. *Topics in Stroke Rehabilitation, 7*(2), 32-43.
- Fotiadou, D., Northcott, S., Chatzidaki, A., & Hilari, K. (2014). Aphasia blog talk: How does stroke and aphasia affect a person's social relationships?. *Aphasiology, 28*(11), 1281-1300.
- Franzén-Dahlin, Å., Karlsson, M. R., Mejhert, M., & Laska, A. C. (2010). Quality of life in chronic disease: a comparison between patients with heart failure and patients with aphasia after stroke. *Journal of clinical nursing, 19*(13-14), 1855-1860.
- Freedman, J. L. (1978). *Happy people: What happiness is, who has it, and why*. Harcourt Brace Jovanovich.
- French, J. R., Rodgers, W., & Cobb, S. (1974). *Adjustment as person-environment fit*. In G. V. Coelho, D. A. Hamburg, & J. E. Adams (Eds.), *Coping and adaptation* (pp. 316-333). New York: Basic.
- Frisch, M. B. (1989). *Quality of life therapy: An integrative model of etiology, assessment, and treatment of depression and related disorders*. In World Congress of Cognitive Therapy, Oxford, UK.
- Frisch, M. B. (1992). Use of the Quality of Life Inventory in problem assessment and treatment planning for cognitive therapy of depression. In *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (pp. 27-52). Springer, Boston, MA.
- Frisch, M. B. (1994). Quality of life inventory (QOLI). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 4*, 92-101.
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P. J. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory. A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological assessment, 4*(1), 92.
- Frisch, M. B., Clark, M. P., Rouse, S. V., Rudd, M. D., Paweleck, J., & Greenstone, A. (2005). Predictive and treatment validity of life satisfaction and the quality of life inventory. *Assessment, 12* (1), 66-78.

- Fure, B., Wyller, T. B., Engedal, K., & Thommessen, B. (2006). Emotional symptoms in acute ischemic stroke. *International journal of geriatric psychiatry*, 21(4), 382-387.
- Gainotti, G. (1997). Emotional, psychological and psychosocial problems of aphasic patients: An introduction. *Aphasiology*, 11(7), 635-650.
- Gainotti, G., Azzoni, A., & Marra, C. (1999). Frequency, phenomenology and anatomical–clinical correlates of major post-stroke depression. *The British Journal of Psychiatry*, 175(2), 163-167.
- George, L. K., & Bearon, L. B. (1980). *Quality of life in older persons: Meaning and measurement*. New York: Human Sciences Press.
- Godecke, E., Ciccone, N. A., Granger, A. S., Rai, T., West, D., Cream, A., ... & , G. J. (2014). A comparison of aphasia therapy outcomes before and after a Very Early Rehabilitation programme following stroke. *International journal of language & communication disorders*, 49(2), 149-161.
- Gonzales, L. R., Lewinsohn, P. M., & Clarke, G. N. (1985). Longitudinal follow-up of unipolar depressives: An investigation of predictors of relapse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(4), 461.
- Goodglass, H., & Kaplan, E. (1983). *The assessment of aphasia and related disorders*. Philadelphia, Lea and Febiger.
- Grant, G., Salcedo, V., Hynan, L., & Frish, M. (1994). *Quality of Life Therapy: research and practice*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Los Angeles.
- Grujić, V. (1998). Metode merenja zdravlja i zdravstvenog stanja stanovništva. U: Đ. Jakovljević & B. Grujić (Ur.). *Menadžment u zdravstvenim ustanovama*, 139-164.
- Grujić, V., Legetić, B., & Hačko, B. (1999). O kvalitetu života i mogućnostima merenja. *Medicinski pregled*, LI(1-2): 37-40.
- Guelfi, J. D., Loo, H., & Marchais, M. (1992). La mesure de la qualité (de vie). Discussion. *Annales médico-psychologiques*, 150(9), 671-677.
- Gurin, G., Veroff, J., & Feld, S. (1960). *Americans view their mental health: A nationwide interview survey*. New York: Basic Books.

- Hagerty, M. R., Cummins, R. A., Ferriss, A. L., Land, K., Michalos, A. C., Peterson, M., ... & Vogel, J. (2001). Quality of life indexes for national policy: Review and agenda for research. *Social indicators research*, 55(1), 1-96.
- Herrmann, M., Bartels, C., & Wallesch, C. W. (1993). Depression in acute and chronic aphasia: symptoms, pathoanatomical-clinical correlations and functional implications. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 56(6), 672-678.
- Hilari, K., Cruice, M., Sorin-Peters, R., & Worrall, L. (2015). Quality of Life in aphasia State of the Art. *Folia Phoniatr Logop*, (67), 114-118.
- Hilari, K. (2011). The impact of stroke: are people with aphasia different to those without?. *Disability and rehabilitation*, 33(3), 211-218.
- Hilari, K., & Byng, S. (2001). Measuring quality of life in people with aphasia the Stroke Specific Quality of Life Scale. *International journal of language & communication disorders*, 36(S1), 86-91.
- Hilari, K., & Byng, S. (2009). Health-related quality of life in people with severe aphasia. *International journal of language & communication disorders*, 44(2), 193-205.
- Hilari, K., Byng, S., Lamping, D. L., & Smith, S. C. (2003). Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39): evaluation of acceptability, reliability, and validity. *Stroke*, 34(8), 1944-1950.
- Hilari, K., Needle, J. J., & Harrison, K. L. (2012). What are the important factors in health-related quality of life for people with aphasia? A systematic review. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 93(1), S86-S95.
- Hilari, K., Cruice, M. (2013). Quality of life approach to aphasia; in Papathanasiou, I., Coppens, P., Potagas, C (eds). *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Burlington, Jones and Bartlett Learning, pp 233-253.
- Hilari, K., Owen, S., & Farrelly, S. J. (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.
- Hollandsworth, J. G. (1987). Subjective well-being and behavior therapy: Challenge, opportunity, or dead end?. *The Behavior Therapist*, 3, 65-68.
- Hollandsworth, J. G. (1988). Evaluating the impact of medical treatment on the quality of life: A 5-year update. *Social Science and Medicine*, 26(4), 425-434.

- House, A., Dennis, M., Warlow, C., Hawton, K., & Molyneux, A. (1990). Mood disorders after stroke and their relation to lesion location study: a ct scan. *Brain*, *113*(4), 1113-1129.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, *61*(4), 678.
- Jakovljević, Đ., & Grujić, V. (1995). *Socijalna medicina*. Novi Sad: Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet.
- Janse, A. J., Gemke, R. J. B. J., Uiterwaal, C. S. P. M., Van Der Tweel, I., Kimpen, J. L. L., & Sinnema, G. (2004). Quality of life: patients and doctors don't always agree: a meta-analysis. *Journal of clinical epidemiology*, *57*(7), 653-661.
- Jenkins, C. D. (1992). Assessment of outcomes of health intervention. *Social Science & Medicine*, *35*(4), 367-375.
- Jovanović-Simić, N. (2007). *Augmentativna i alternativna komunikacija*. Beograd: Društvo defektologa Srbije, Beograd: Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.
- Jovanović-Simić, N., & Slavnić, S. (2009). *Atipičan jezički razvoj*. Beograd: Društvo defektologa Srbije, Beograd: Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.
- Kamiya, A., Kamiya, K., Tatsumi, H., Suzuki, M., & Horiguchi, S. (2015). Japanese adaptation of the stroke and aphasia quality of life scale-39 (SAQOL-39): comparative study among different types of aphasia. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, *24*(11), 2561-2564.
- Kartsona, A., & Hilari, K. (2007). Quality of life in aphasia: Greek adaptation of the stroke and aphasia quality of life scale-39 item (SAQOL-39). *Eura Medicophys*, *43*(1), 27-35.
- Kauhanen, M. L., Korpelainen, J. T., Hiltunen, P., Määttä, R., Mononen, H., Brusin, E., & Myllylä, V. V. (2000). Aphasia, depression, and non-verbal cognitive impairment in ischaemic stroke. *Cerebrovascular Diseases*, *10*(6), 455-461.
- Kazdin, A. E. (1993). Treatment of conduct disorder: Progress and directions in psychotherapy research. *Development and psychopathology*, *5*(1-2), 277-310.
- Kazdin, A. E. (2011). Evidence-based treatment research: Advances, limitations, and next steps. *American Psychologist*, *66*(8), 685–698.

- King, R. B. (1996). Quality of life after stroke. *Stroke*, 27(9), 1467-1472.
- Kiran, S., & Krishnan, G. (2013). Stroke and aphasia quality of life scale in Kannada- evaluation of reliability, validity and internal consistency. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 16(3), 361.
- Krstić, N. (2014). *Uvod u neuropsihologiju*, skripta za studente Fakulteta za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Beograd.
- Kwok, T., Lo, R. S., Wong, E., Wai-Kwong, T., Mok, V., & Kai-Sing, W. (2006). Quality of life of stroke survivors: a 1-year follow-up study. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 87(9), 1177-1182.
- Lata-Caneda, M. C., Pineiro-Temprano, M., García-Fraga, I., Garcia-Armesto, I., Barrueco-Egido, J. R., & Meijide-Failde, R. (2009). Spanish adaptation of the stroke and aphasia quality of life scale-39 (SAQOL-39). *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 45(3), 379-384.
- Lauterbach, E. C., Jackson, J. G., Wilson, A. N., Dever, G. E., & Kirsh, A. D. (1997). Major depression after left posterior globus pallidus lesions. *Neuropsychiatry, neuropsychology, and behavioral neurology*, 10(1), 9-16.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.
- Legg, L., Stott, D., Ellis, G., & Sellars, C. (2007). Volunteer Stroke Service (VSS) groups for patients with communication difficulties after stroke: a qualitative analysis of the value of groups to their users. *Clinical rehabilitation*, 21(9), 794-804.
- Lerner, M. (1973). Conceptualization of health and social well-being. *Health Services Research*, 8(1), 6.
- Lewinsohn, P. M., Redner, J., & Seeley, J. R. (1991). The relationship between life satisfaction and psychosocial variables: New perspectives. In F. Strack, M. Argyle, & N. Schwartz (Eds.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* (pp.141-169).New York:plenum.
- Manders, E., Dammekens, E., Leemans, I., & Michiels, K. (2010). Evaluation of quality of life in people with aphasia using a Dutch version of the SAQOL-39. *Disability and rehabilitation*, 32(3), 173-182.
- Mandzuk, L. L., & McMillan, D. E. (2005). A concept analysis of quality of life. *Journal of orthopaedic nursing*, 9(1), 12-18.

- Mendola, W. F. & Pelligrini, R. V. (1979). Quality of life and coronary artery bypass surgery patients. *Social Science and Medicine* 13A, 457-461.
- Michalos, A. C. (1985). Multiple discrepancies theory (MDT). *Social Indicators Research*, 16(4), 347-413.
- Morrow-Odom, L. K., Moser, D., Neils-Strunjas, J. (2017). Current Practices in the Assessment of Quality of Life in Individuals with Aphasia. *Clin Arch Commun Disord*, 2(2), 185-195.
- Mukherjee, D., Levin, R. L., & Heller, W. (2006). The cognitive, emotional, and social sequelae of stroke: psychological and ethical concerns in post-stroke adaptation. *Topics in stroke rehabilitation*, 13(4), 26-35.
- Mumby, K., & Whitworth, A. (2012). Evaluating the effectiveness of intervention in long-term aphasia post-stroke: the experience from CHANT (Communication Hub for Aphasia in North Tyneside). *International journal of language & communication disorders*, 47(4), 398-412.
- Murphy, J., Tester, S., Hubbard, G., Downs, M., & MacDonald, C. (2005). Enabling frail older people with a communication difficulty to express their views: the use of Talking Mats™ as an interview tool. *Health & social care in the community*, 13(2), 95-107.
- McDowell, I., & Newell, C. (1996). *Measuring health: A guide to rating scales and Questionnaires* (2nd ed.). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Neau, J. P., Ingrand, P., Mouille-Brachet, C., Rosier, M. P., Couderq, C., Alvarez, A., & Gril, R. (1998). Functional recovery and Social outcome after cerebral Infarction in young adults. *Cerebrovascular diseases*, 8 (5), 296-302.
- Northcott, S., & Hilari, K. (2011). Why do people lose their friends after a stroke?. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 46(5), 524-534.
- Nouwens, F., Dippel, D. W., de Jong-Hagelstein, M., Visch-Brink, E. G., Koudstaal, P. J., & de Lau, L. M. (2013). Rotterdam Aphasia Therapy Study (RATS)-3: "The efficacy of intensive cognitive-linguistic therapy in the acute stage of aphasia"; design of a randomised controlled trial. *Trials*, 14(1), 24.

- Noyan-Erbaş, A., & Toğram, B. (2016). Stroke and aphasia quality-of-life scale-39: Reliability and validity of the Turkish version. *International journal of speech-language pathology*, 18(5), 432-438.
- O'Connor, R. (2016). *Measuring Outcome Quality: Health-related Quality of Life & Health Status*. Retrieved from www.rodconnorassoc.com, 06.07.2012.
- Ocić, G. (1998). *Klinička neuropsihologija*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. *Aphasiology*, 21(1), 98-123.
- Patrick, D. L., & Erickson, P. (1993). *Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation*. New York: Oxford University Press.
- Paul, D. R., Frattali, C. M., Holland, A. L., Thompson, C. K., Caperton, C. J., & Slater, S. C. (2004). *The American speech-language-hearing association quality of communication life scale (QCL): Manual*. Rockville, MD: American Speech-Language-Hearing Association.
- Paunović, N & Lars- Goöran, O. (2004). Clinical Validation of the Swedish Version of the Quality of Life Inventory in Crime Victims With Posttraumatic stress. Disorder and a Nonclinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, (26),1.
- Pavlović, D. (2012). *Neurologija*. Beograd: Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.
- Pollock, A., St George, B., Fenton, M., & Firkins, L. (2014). Top 10 research priorities relating to life after stroke—consensus from stroke survivors, caregivers, and health professionals. *International Journal of Stroke*, 9(3), 313-320.
- Posteraro, L., Formis, A., Grassi, E., Bighi, M., Nati, P., Proietti, C. B., ... & Franceschini, M. (2006). Quality of life and aphasia. Multicentric standardization of a questionnaire. *Europa medicophysica*, 42(3), 227-230.
- Rain, J. S., Lane, I. M., & Steiner, D. D. (1991). A current look at the job satisfaction/life satisfaction relationship. Review and future directions. *Human Relations*, (44), 287-307.

- Raphael, D. (1996). Defining quality of life: Eleven debates concerning its measurement. In R. Renwick, I. Brown & M. Nagler (Eds), *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual Approaches, Issues, and Applications*, 146-165. Thousand Oaks: Sage.
- Revicki, D. A., & Leidy, N. K. (1998). Questionnaire scaling: models and issues. In M. J. Staquet, R. D. Hays & P. M. Fayers (Eds), *Quality of life assessment in clinical trials: Methods and practice*, 157-168. New York: Oxford University Press.
- Robinson, R. G. (2006). *The clinical neuropsychiatry of stroke: Cognitive, behavioral and emotional disorders following vascular brain injury*. Cambridge University Press.
- Rodrigues, I. T., & Leal, M. G. (2013). Portuguese translation and psychometric properties of the Portuguese version of the Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39). *Audiology-Communication Research*, 18(4), 339-344.
- Rodriguez, A. D., Worrall, L., Brown, K., Grohn, B., McKinnon, E., Pearson, C., ... & Angwin, A. (2013). Aphasia LIFT: Exploratory investigation of an intensive comprehensive aphasia programme. *Aphasiology*, 27(11), 1339-1361.
- Rose, M., Ferguson, A., Power, E., Togher, L., & Worrall, L. (2014). Aphasia rehabilitation in Australia: Current practices, challenges and future directions. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 16(2), 169-180.
- Ross, K., & Wertz, R. (2003). Quality of life with and without aphasia. *Aphasiology*, 17(4), 355-364.
- Ross, A., Winslow, I., Marchant, P., & Brumfitt, S. (2006). Evaluation of communication, life participation and psychological well-being in chronic aphasia: The influence of group intervention. *Aphasiology*, 20(5), 427-448.
- Sagen, U., Finset, A., Moum, T., Mørland, T., Vik, T. G., Nagy, T., & Dammen, T. (2010). Early detection of patients at risk for anxiety, depression and apathy after stroke. *General hospital psychiatry*, 32(1), 80-85.
- Samsa, G. P., & Matchar, D. B. (2004). How strong is the relationship between functional status and quality of life among persons with stroke?. *Journal of rehabilitation research and development*, 41(3), 279.

- Santos, C. O., Caeiro, L., Ferro, J. M., Albuquerque, R., & Luisa Figueira, M. (2006). Anger, hostility and aggression in the first days of acute stroke. *European journal of neurology*, 13(4), 351-358.
- Saxena, S., Orley, J., & WHOQOL Group. (1997). Quality of life assessment: the World Health Organization perspective. *European psychiatry*, 12, 263s-266s.
- Sharpe, M., Hawton, K., Seagroatt, V., Bamford, J., House, A., Molyneux, A., ... & Warlow, C. (1994). Depressive disorders in long-term survivors of stroke. Associations with demographic and social factors, functional status, and brain lesion volume. *The British Journal of Psychiatry*, 164(3), 380-386.
- Simmons-Mackie, N., Raymer, A., Armstrong, E., Holland, A., & Cherney, L. R. (2010). Communication partner training in aphasia: A systematic review. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 91(12), 1814-1837.
- Simmons-Mackie, N., Threats, T. T., & Kagan, A. (2005). Outcome assessment in aphasia: A survey. *Journal of Communication Disorders*, 38(1), 1-27.
- Sinanović, O., Mrkonjić, Z., & Zečić, S. (2012). Quality of life and post-stroke aphasic syndromes. *Periodicum biologorum*, 114(3), 435-440.
- Sneeuw, K. C. A., Aaronson, N. K., De Haan, R. J., & Limburg, M. (1997). Assessing quality of life after stroke: the value and limitations of proxy ratings. *Stroke*, 28(8), 1541-1549.
- Sorin-Peters, R. (2004). The evaluation of a learner-centred training programme for spouses of adults with chronic aphasia using qualitative case study methodology. *Aphasiology*, 18(10), 951-975.
- Sorin-Peters, R., & Patterson, R. (2014). The implementation of a learner-centred conversation training programme for spouses of adults with aphasia in a community setting. *Aphasiology*, 28(6), 731-749.
- Spaccavento, S., Craca, A., Del Prete, M., Falcone, R., Colucci, A., Di Palma, A., & Loverre, A. (2014). Quality of life measurement and outcome in aphasia. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10, 27.
- Springer, Dordrecht. Dalemans, R. J., De Witte, L., Wade, D., & van den Heuvel, W. (2010). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 45(5), 537-550.

- Strupp, H. H., & Hadley, S. W. (1977). A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes: With special reference to negative effects in psychotherapy. *American Psychologist*, 32(3), 187.
- Schalock, R. L. (2004). The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of intellectual disability research*, 48(3), 203-216.
- Schipper, H., & Levitt, M. (1985). Measuring quality of life: risks and benefits. *Cancer Treatment Reports*, 69(10), 1115-1125.
- Sukur, Ž., & Vuković, M. (2017). Poređenje zadovoljstva životom kod osoba sa nefluentnim i fluentnim afazijama. *VIII Međunarodna naučno-stručna konferencija „Unapređenje kvalitete života djece i mladih“*, 23–25.06.2017. godine, Arandelovac, Srbija. ISSN 1986-9886
- Tasta, M. A., & Simoson, D. C. (1996). Assessing quality-of-life outcomes. *New England Journal of Medicine*, 334, 834-845.
- Van Der Gaag, A., Smith, L., Davis, S., Moss, B., Cornelius, V., Laing, S., & Mowles, C. (2005). Therapy and support services for people with long-term stroke and aphasia and their relatives: a six-month follow-up study. *Clinical rehabilitation*, 19(4), 372-380.
- van Schayck, C. P. (1998). Measurement of quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. In *Quality of Life Assessment. Last advances in the measurement and application of quality of life in clinical studies*, 87-92. Chester England: Aids International Limited.
- Veenhoven, R. (1984). *Conditions of Happiness*. Boston: Reidel.
- Verna, A., Davidson, B., & Rose, T. (2009). Speech-language pathology services for people with aphasia: A survey of current practice in Australia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(3), 191-205.
- Vickers, C. P. (2010). Social networks after the onset of aphasia: The impact of aphasia group attendance. *Aphasiology*, 24(6-8), 902-913.
- Vlasselaer A. (2005). *Analyse van de levenskwaliteit van afasiepatiënten. Nederlandse aanpassing van de SAQOL-39* (dissertation). Master thesis. Leuven, Licentie Logopedie en Audiologie: University of Leuven.
- Vuković, M. (2002). *Afaziologija*. Beograd: SD Publik.

- Vuković, M. (2008). *Tretman afazija*. Beograd: Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.
- Vuković, M. (2010). *Afaziologija, drugo dopunjeno izdanje*. Beograd, Arhipelag.
- Vuković, M. (2011). *Afaziologija, treće dopunjeno izdanje*. Beograd: Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.
- Vuković, M., Jovanović, N., Terzić, I. (2012). Odnos razumljivosti govora i kvaliteta komunikativnog života kod osoba sa cerebralnom paralizom: preliminarno ispitivanje. Beograd, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, *zbornik radova*, (11), 219.
- Vuković, M. (2015). *Tretman afazija*, drugo dopunjeno izdanje. Beograd: Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.
- Vuković, M. (2016). *Afaziologija, četvrto izdanje*. Beograd: Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.
- Vuković, M. (2018). Communication Related Quality of Life in Patients with Different Types of Aphasia Following a Stroke: Preliminary Insights. *International Archives of Communication Disorder*, 1(003).
- Žemva, N. (2006). Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39) – Application in Slovene Language. In: *Proceedings of 12th International Aphasia rehabilitation Conference: International Aphasia Rehabilitation Conference 2006*, Sheffield, U.K, 4-6 June, 2006.
- Wallace, S. J., Worrall, L., Rose, T., & Le Dorze, G. (2014). Measuring outcomes in aphasia research: A review of current practice and an agenda for standardisation. *Aphasiology*, 28(11), 1364-1384.
- Williams LS, Weinberger M, Harris LE, Clark DO, Biller H. (1999). Development of a Stroke- Specific Quality of Life Scale. *Stroke*, (30), 1362–1369.
- WHO Division of Mental Health. (1993). *WHO – QOL study protocol: the development of the World Health Organisation quality of life assessment instrument (MNG/PSF/93)*. Geneva: World Health Organisation.
- WHOQOL Group. (1993). *Measuring Quality of Life: The Development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL)*. Geneva: World Health Organisation.

- WHOQoL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- WHO. Glossary of Terms. Retrieved from www.who.int/hia/about/glos/en, 10.11.2013.
- Worrall, L., & Holland, A. (2003). Quality of life in aphasia. *Aphasiology*, 17(4), 329-332.

ПРИЛОЗИ

Прилог 1.

**1. Скала за процену квалитета живота специфичног за
афазiju-SAQOL-39**

Бр.	Домен и ставка скале SAQOL-39					
Физички домен						
Током протекле недеље колико сте имали проблема са.... ?		Нисам то могао урадити	Пуно проблема	Нешто потешкоћа	Мало проблема	Није било проблема
SC1	Спремањем хране	1	2	3	4	5
SC4	Облачењем	1	2	3	4	5
SC5	Купањем/туширањем	1	2	3	4	5
M1	Ходањем	1	2	3	4	5
M4	Одржавањем равнотеже	1	2	3	4	5
M6	Пењањем уз степенице	1	2	3	4	5
M7	Ходањем без паузе за одмор	1	2	3	4	5
M8	Стајањем	1	2	3	4	5
M9	Силаском са столице	1	2	3	4	5
W1	Обављањем свакодневних послова по кући	1	2	3	4	5
W2	Завршавањем послова које сте започели	1	2	3	4	5
UE1	Писањем или куцањем, тј. употребом руке да пишете или куцате	1	2	3	4	5
UE2	Обувањем чарапа	1	2	3	4	5
UE4	Закопчавањем дугмади	1	2	3	4	5
UE5	Закопчавањем рајсфершлуса	1	2	3	4	5
UE6	Отварањем тегле	1	2	3	4	5
SR7	Осећали да Ваше физичко стање смета Вашем друштвеном животу					
Комуникациони домен						
Колико сте имали проблема са... ?						
L2	Говором	1	2	3	4	5

L3	Тиме да говорите довољно јасно да бисте користили телефон	1	2	3	4	5
L5	Тиме да Вас други људи разумеју					
L6	Проналажењем речи коју желите да кажете	1	2	3	4	5
L7	Тиме да Вас други људи разумеју чак и када се понављате	1	2	3	4	5
FR9	Осећали да сте терет Вашој породици	1	2	3	4	5
SR8	Осећали да Ваши језички проблем сметају Вашем друштвеном животу	1	2	3	4	5
Психосоцијални домен						
Да ли сте током протекле недеље.... ?		Дефинитно да	Углавном да	Нисам сигуран	Углавном не	Дефинитивно не
T5	Имали потешкоћа приликом доношења одлука	1	2	3	4	5
P1	Се осећали раздражљиво	1	2	3	4	5
P3	Осећали да се Ваша личност променила	1	2	3	4	5
MD2	Се осећали обесхрабрено по питању будућности	1	2	3	4	5
MD3	Били незаинтересовани за друге људе или активности	1	2	3	4	5
MD6	Се осећали одбачено од других људи	1	2	3	4	5
MD7	Имали мало самопоуздања	1	2	3	4	5
FR7	Осећали да сте терет Вашој породици	1	2	3	4	5
SR1	Излазили мање него што бисте желели	1	2	3	4	5
SR4	Се бавили хобијима и рекреацијом ређе него што бисте желели	1	2	3	4	5
SR5	Се виђали са пријатељима ређе него што бисте желели	1	2	3	4	5

Енергетски домен						
Да ли сте?		Дефинитив но да	Углавном да	Нисам сигуран	Углавном не	Дефинитивн о не
Т4	Морали да записујете ствари да бисте их запамтили/ или да Вам неко други запише ако Ви не можете	1	2	3	4	5
Е2	Се осећали уморно већину времена	1	2	3	4	5
Е3	Морали да застанете и да се одморите често у току дана	1	2	3	4	5
Е4	Се осећали превише уморно да бисте радили оно што желите	1	2	3	4	5

Физички резултат	
Резултат за комуникацију	
Психосоцијални резултат	
Резултат за енергију	
SAQOL-39 Средњи резултат	

2. Скала квалитета комуникативног живота – ASHA-QCL

Бр.	Тврдња ASHA-QCL скале	Скор
1.	Волим да разговарам са људима.	
2.	Мени је лако да комуницирам.	
3.	Моја улога у породици је иста.	
4.	Волим себе.	
5.	Могу да комуницирам онолико колико ми треба за мој посао.	
6.	И даље сам у контакту са породицом и пријатељима.	
7.	Људи ме укључују у разговор.	
8.	Пратим вести, спортове и садржај филмова/серија на телевизији.	
9.	Користим телефон.	
10.	Видим смешне ствари у животу.	
11.	Људи ме разумеју кад говорим.	
12.	И даље се трудим кад ме људи не разумеју.	
13.	Доносим сама своје одлуке.	
14.	Верујем у себе да могу да комуницирам.	
15.	Излазим напоље из куће и радим ствари/као што су спортови, вечере, представе, забаве.	
16.	Имам своје послове у кући/као што су поправке, кување.	
17.	Говорим у своје име.	

Број скорованих ставки	Просечан скор	Укупно

18.	У целини, мој квалитет живота је добар	
-----	--	--

Теоријски распон износи од 1(низак) до 5(висок). Виши скор указује на већи ниво квалитета комуникативног живота.

3. Инвентар/Упитник за процену квалитета живота-QOLI

РУЧНО ОЦЕЊИВАЊЕ ТЕСТА (QOLI)

Идентификациони број _____

Области живота оцењивање

Област живота	Битност	x	Задовољство	=	Измерено задовољство
1.Здравље	_____	x	_____	=	_____
2.Самопоштовање	_____	x	_____	=	_____
3.Циљеви и вредности	_____	x	_____	=	_____
4.Новац	_____	x	_____	=	_____
5.Посао	_____	x	_____	=	_____
6.Игра	_____	x	_____	=	_____
7.Учење	_____	x	_____	=	_____
8.Креативност	_____	x	_____	=	_____
9.Помагање	_____	x	_____	=	_____
10.Љубав	_____	x	_____	=	_____
11.Пријатељи	_____	x	_____	=	_____
12.Деца	_____	x	_____	=	_____
13.Рођаци	_____	x	_____	=	_____
14.Дом	_____	x	_____	=	_____
15.Комшилук	_____	x	_____	=	_____
16.Заједница	_____	x	_____	=	_____

_____ : _____ =

Укупно измерено задовољство Укупне области живота

Сиров QOLI скор
(QOLI RaW Score)

Перцентилни QOLI скор (Percentile Score-from manual)

QOLI T- скор (T Score-from manual)

Укупан квалитет живота (OVERALL QUALITY OF LIFE)

Прилог 2.

БИОГРАФИЈА АУТОРА

Жељана (Момчило) Сукур рођена је 25.12.1972.године у Санском Мосту, Босна и Херцеговина. Дипломирала је на Дефектолошком факултету Универзитета у Београду 1997.године и стекла звање Дипломирани дефектолог-логопед.

Магистарску тезу под називом „*Специфичности поремећаја читања код афазичних пацијената*“ одбранила је 2012.године на Факултету за специјалну едукацију и рехабилитацију Универзитета у Београду и стекла звање магистар дефектолошких наука- научно подручје логопедија.

Од 2002.године запослена је у Заводу за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију „Проф.др Цветко Брајовић“. Бави се говорном/језичком и когнитивном рехабилитацијом пацијената са цереброваскуларним обољењима и посттрауматским стањима.

Похађала је већи број сертифицираних едукативних семинара и учествовала на међународним и националним скуповима.

Прилог 3.

Изјава о ауторству

Потписани/а: Жељана М. Сукур

Изјављујем,

да је докторска дисертација под насловом: *„Утицај типа и тежине језичког поремећаја на квалитет живота особа са афацијом“*

- резултат сопственог истраживачког рада;
- да дисертација у целини ни у деловима није била предложена за добијање дипломе према студијским програмима других високошколских установа;
- да су резултати истраживања коректно наведени и
- да нисам кршила ауторска права и користила интелектуалну својину других лица.

У Београду,

Потпис аутора

Прилог 4.

Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторске дисертације

Име и презиме аутора: Жељана М. Сукур

Наслов докторске дисертације *„Утицај типа и тежине језичког поремећаја на квалитет живота особа са афазом“*

Ментор: Проф. др Миле Вуковић, редовни професор

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада под насловом *„ Утицај типа и тежине језичког поремећаја на квалитет живота особа са афазом“* истоветна електронској верзији коју сам предала ради похрањења у Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду.

Дозвољавам објављивање мојих личних података везаних за стицање академског назива доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

У Београду,

Потпис аутора

Прилог 5.

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе докторску дисертацију под насловом „ *Утицај типа и тежине језичког поремећаја на квалитет живота особа са афазијом*“, која је моје ауторско дело.

Докторска дисертација са свим прилозима предата је у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду и доступну у отвореном приступу могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучила:

1. Ауторство
2. Ауторство – некомерцијално
3. Ауторство – некомерцијално – без прераде
- 4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима**
5. Ауторство – без прераде
6. Ауторство – делити под истим условима

У Београду,

Потпис аутора
