

ODNOS KVALITETA KOMUNIKACIJE I ZADOVOLJSTVA ŽIVOTOM KOD OSOBA SA AFAZIJOM¹

Mile VUKOVIĆ^{2*}

Željana SUKUR^{**}

Nadežda KRSTIĆ^{*}

**Univerzitet u Beogradu*

Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

***Zavod za psihofiziološke poremećaje i govornu patologiju*

„Prof. dr Cvetko Brajović”, Beograd

Radi boljeg razumevanja odnosa kvaliteta komunikativnog života i doživljaja sopstvenog blagostanja, kao i povezanosti ovih konstrukata sa tipom i težinom afazičkog poremećaja, kod 60 osoba s afazijom, u periodu između dva i dvadeset meseci nakon cerebrovaskularnog insulta, ispitivani su samopercepcija sopstvene komunikativne sposobnosti (posmatrane u kontekstu obezbeđivanja socijalizacije/aktivnosti, samopouzdanja u komunikaciji i ostvarivanja pojedinačnih uloga) i kvalitet života. U ispitivanju su primenjeni Skala za merenje kvaliteta komunikativnog života (Quality of Communication Life Scale – ASHA QCL) i Inventar kvaliteta života (Quality of Life Inventory – QOLI). Ispitanici s afazijom su, kao grupa, pokazali srazmerno nisko vrednovanje sopstvenih komunikacionih sposobnosti bez obzira na domen ispoljavanja, kao i tip afazije. Nivo vrednovanja sopstvenog kvaliteta života pokazao se umereno pozitivno povezanim s doživljajem kvaliteta komunikativnog života, sugerišući da bi kvalitet

1 Rad je nastao kao rezultat istraživanja na projektu „Evaluacija tretmana stečenih poremećaja govora i jezika” (ON 179068), koji finansira Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije.

2 E-mail: milevuk@mts.rs

komunikacije mogao biti stalna, značajna, mada ne i isključiva varijabla koja definiše kvalitet života u ovoj populaciji. Težina afazije se izdvojila kao bitan faktor samopercepcije kvaliteta komunikativnog života, ali i ukupnog zadovoljstva životom, što se nije pokazalo i za tip jezičkog poremećaja posmatran po osi fluentnosti.

Ključne reči: afazija, kvalitet komunikacije, kvalitet života

UVOD

Afazija je multimodalni poremećaj jezičke komunikacije uzrokovan lezijom mozga, koji zahvata brojne aspekte jezičke funkcije, kao što su spontani govor, razumevanje, imenovanje, ponavljanje, čitanje, pisanje, gest i drugo (Vuković, 2011). Ona često dovodi do trajnih posledica na psihosocijalnom planu, koje osiromašuju individuu u takvom stepenu da deo obolelih ostaje teško hendikepiran do kraja životnog veka (Vuković, 2016), te se poslednjih godina više pažnje posvećuje kvalitetu života osoba s afazijom. Razumevanje kvaliteta života osoba s afazijom doprinosi boljem razumevanju prirode poremećaja, boljoj proceni ishoda i planiranju tretmana, kao i upoznavanju psihičkih poremećaja povezanih s afazijom (Frisch, 1989, 1992). Istovremeno, podaci o kvalitetu života doprinose uvođenju efikasnijeg i funkcionalnijeg psihosocijalnog pristupa u otklanjanju komunikacionih barijera u društvenoj zajednici.

Pojam „kvalitet života” pokriva razne koncepte kvaliteta života: fizičko zdravlje pojedinca, njegov psihički status, materijalnu nezavisnost, socijalne odnose, odnos pojedinca prema značajnim faktorima iz spoljašnje sredine i drugo. Najčešće se vezuje za pojam zdravlja i uticaj zdravstvenog stanja na sposobnost pojedinca da vodi ispunjen život (Bullinger, Anderson, Cella & Aaronson, 1993) i tada se određuje kao „kvalitet života povezan sa zdravljem” (Health Related Quality of Life – HRQoL). HRQoL je jedan od indikatora kvaliteta pružene nege obolelim osobama. Subjektivno blagostanje (Subjective Well-Being – SWB) takođe predstavlja značajan aspekt koncepta kvaliteta života. Obuhvata ukupno zadovoljstvo životom, zadovoljstvo životnim postignućima, kao i pozitivnim i negativnim

uticajima na kvalitet života, te se definiše kao proces rasuđivanja zasnovan na poređenju nečijih dostignuća i okolnosti sa onim što se smatra određenim standardom (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). Što je manje neslaganje između nečijih težnji i dostignuća, viši je nivo zadovoljstva.

Svetska zdravstvena organizacija definiše kvalitet života kao „percepciju pojedinca o sopstvenom položaju u životu u kontekstu kulture i sistema vrednosti u kojima živi, kao i prema sopstvenim ciljevima, očekivanjima, standardima i interesovanjima” (WHOQOL Group, 1995, s. 1405). Pojam „kvalitet života” obuhvata subjektivnu procenu pojedinca o njegovom fizičkom, mentalnom, emocionalnom, porodičnom i socijalnom funkcionisanju (Berzon, Hays & Shumaker, 1993). Zasnivajući se na subjektivnoj proceni pojedinca o njegovom funkcionisanju u ovim životnim domenima, na ocenu kvaliteta života značajno utiče subjektivna procena neke osobe o tome u kojoj su meri ispunjene njene najvažnije potrebe, ciljevi i želje, što određuje ukupno zadovoljstvo životom.

Empirijski podaci pokazuju da su glavni indikatori lošeg kvaliteta života ljudi koji su preživeli moždani udar smanjeno učešće u svakodnevnim aktivnostima, smanjen kvalitet zdravstvenog života (HRQoL), poremećaji u komunikaciji i visok stepen depresije (Hilari, 2011; Hilari, Byng, Lamping & Smith, 2003; Hilari, Cruice, Sorin-Peters & Worrall, 2016).

Komunikacija kao faktor kvaliteta života nije posebno proučavana u ranijoj literaturi, niti je proučavan uticaj poremećaja komunikacije i afazije na kvalitet života pogođenih osoba (Cruice, Worrall, Hickson & Murison, 2003). Razlog tome je činjenica da mnoge opšte skale za merenje kvaliteta života nisu bile prikladne za lica s afazijom (Hilari & Byng, 2001). Ipak, novija istraživanja sugerišu da bi upravo komunikacija mogla da predvidi njihovo psihološko blagostanje i socijalni aspekt funkcionisanja (Engell, Hütter, Willmes & Hüber, 2003; Hilari et al., 2003, Manders, Dammekens, Leemans & Michiels, 2010; Ross & Wertz, 2003). Veliki broj studija je dokazao značajno niži stepen zadovoljstva životom kod osoba s afazijom u poređenju

sa zdravim ispitanicima. Razlike se uočavaju u domenu zdravlja, kreativnosti, posla, socijalnih kontakata (Cruice, Worrall & Hickson, 2006; Davidson, Howe, Worrall, Hickson & Togher, 2008; Diener & Ryan, 2009; Fotiadou, Northcott, Chatzidaki & Hilari, 2014; Hilari et al., 2016; Murphy, Tester, Hubbard, Downs & MacDonald, 2005; Northcott & Hilari, 2011; Rose, Ferguson, Power, Togher & Worrall, 2014; Simmons-Mackie, Threats & Kagan, 2005; Sukur i Vuković, 2017; Verna, Davidson & Rose, 2009). Istovremeno, kod osoba s afazijom opisuje se visoka zastupljenost depresije (Hilari, 2011; Kauhanen et al., 2000). Dalja istraživanja u ovoj oblasti sugerišu da u cilju poboljšanja kvaliteta života osoba s afazijom intervenciju ne treba fokusirati samo na komunikaciju, već i na druge aspekte ličnosti, kao što su emocionalno blagostanje, socijalni kontakti i socijalna participacija (Cruice et al., 2006; Hilari et al., 2015). Na osnovu kliničkih opservacija i empirijskih istraživanja jasno je pokazano da postoji visok stepen povezanosti između kvaliteta života i komunikacije, ali je nejasno do kog stepena se ovaj uticaj prožima kroz različite sfere funkcionisanja (Spaccavento et al., 2014; Vuković, 2018; Worall & Holland, 2003).

Ovaj rad predstavlja jedan od prvih pokušaja u našoj sredini da se u okviru intervencije kod pacijenata s afazijom primene strukturisani instrumenti za procenu kvaliteta života. Posebno nas je zanimao kvalitet komunikativnog života i njegov odnos prema doživljaju sopstvenog blagostanja (zadovoljstva životom, SWB), kao i povezanost ovih konstrukata sa tipom i težinom afazičkog poremećaja.

METOD RADA

Uzorak

Uzorak se sastojao od 60 ispitanika oba pola (28 žena i 32 muškarca), starosnog doba od 30 do 70 godina, kojima je dijagnostikovana afazija. Dijagnoza afazije je postavljena *Bostonskim dijagnostičkim testom za afazije*, koji je adaptiran

za srpsko govorno područje (Vuković, 2015). Na osnovu ekspresivnih karakteristika spontanog govora (dužina govornog iskaza i melodija rečenice), ispitanici su podeljeni u dve grupe. U prvu grupu uključeno je 30 ispitanika sa nefluentnim afazijama (15 sa Brokinom i 15 sa transkortikalnom motornom afazijom), a u drugu grupu 30 ispitanika sa fluentnim afazijama (15 sa Vernikeovom i 15 sa transkortikalnom senzornom afazijom). Pored toga, ispitanici su na osnovu *Skale za ocenu težine afazije* (BDAE), zasnovane na kvalitativnoj proceni verbalno-komunikativnih sposobnosti (Vuković, 2016), kategorisani u dve grupe. U prvu grupu svrstani su ispitanici sa lakim stepenom afazije, koji su na primenjenoj skali ocenjeni ocenama 3 i 4, a drugu grupu ispitanici sa teškim stepenom afazije, koji su ocenjeni ocenom 2. Ispitanici koji su ocenjeni ocenom 3 mogli su da komuniciraju o poznatim temama uz malu pomoć slušaoca, a ispitanici koji su ocenjeni ocenom 4 imali su lakši stepen afazije koji se manifestovao sniženom fluentnošću govora i deficitima u razumevanju, bez značajnih teškoća u izražavanju ideja. Pacijenti s teškim oblikom afazije (ocena 2) mogli su da komuniciraju o poznatim temama uz značajnu pomoć sagovornika. U uzorak nisu uključeni ispitanici koji su na *Skali za ocenu težine afazije* ocenjeni ocenom 0 (nema upotrebljivog govora, niti auditivnog razumevanja; ocenom 1 (ceo teret komunikacije pada na slušaoca) i 5 (pacijent može da ima subjektivne teškoće u jezičkom izražavanju, ali ih druge osobe ne primećuju). Svi ispitanici iz uzroka su imali dominantnu upotrebu desne ruke i afaziju uzrokovanu cerebrovaskularnim insultom u levoj hemisferi. Jedan od kriterijuma za uključivanje u uzorak je da ispitanik pre moždanog udara i nastanka afazije nije imao hronična oboljenja, niti poremećaj govornih i jezičkih funkcija. Vreme primene skale variralo je od 2 meseca do 20 meseci nakon moždanog udara (prosečno vreme trajanja afazije je 9,15, sa standardnim odstupanjem od 6,34).

Kontrolnu grupu činilo je 60 ispitanika bez podataka o neurološkom oštećenju i prisustvu govornog i jezičkog poremećaja. Ispitanici eksperimentalne i kontrolne grupe su ujednačeni prema polu, obrazovnom nivou i starosti.

Instrumenti i procedura

Za potrebe ovog istraživanja korišćeni su: *Skala za merenje kvaliteta komunikativnog života* (Quality of Communication Life Scale – ASHA-QCL; Paul et al., 2004) i *Inventar kvaliteta života/Upitnik o kvalitetu života* (Quality of Life Inventory – QOLI; Frisch, 1994).

Skala kvaliteta komunikativnog života je skala posebno kreirana da proceni kvalitet komunikativnog života (QCL) odraslih osoba s poremećajima govora, jezika i komunikacije (Paul et al., 2004). Sastoji se od 18 tvrdnji. Svakoj tvrdnji, na vizuelno prezentovanoj skali, ispitanik može da pripiše numeričke vrednosti od 1 do 5. Ako se ispitanik u potpunosti slaže sa tvrdnjom, numerička vrednost je 5, a ako se ne slaže, vrednost je 1. Postoji i mogućnost odabira rezultata između ove dve vrednosti. Konačni rezultat proizilazi iz sabiranja rezultata za tvrdnje od 1 do 17, čime se dobija ukupan skor, a zatim se izračunava prosečan skor. Pored toga, tvrdnje su klasifikovane u više domena: 1 – „Socijalizacija / Aktivnosti” (sedam stavki); 2 – „Samopouzdanje” (šest stavki); 3 – „Pojedinačne uloge i odgovornost” (četiri stavke).

Tvrdnja 18, koja glasi: „U principu, moj kvalitet života je dobar”, posmatra se izolovano i zabeležena je numeričkom vrednošću koju je ispitanik pripisao datoj tvrdnji, a reprezentuje meru opšteg kvaliteta života.

Procena zadovoljstva životom (Subjective Well-Being – SWB) izvršena je *Inventarom kvaliteta života* (Quality of Life Inventory – QOLI; Frisch, 1994). Ovo je stariji i empirijski proveren instrument kojim se procenjuje zadovoljstvo na osnovu značaja koje osoba pripisuje nekoj oblasti života. Upitnik se sastoji od 16 oblasti: zdravlje, samopoštovanje, ciljevi, vrednosti, novac, posao, igra, učenje, kreativnost, ljubav, pomaganje, prijatelji, deca, rođaci, dom, komšiluk, zajednica. Svaku od ovih oblasti ispitanici ocenjuju s aspekta njihove važnosti za sveukupnu sreću i zadovoljstvo. Na početku primene upitnika ispitanicima se daje uputstvo da označe koliko neki aspekt

života doprinosi sveukupnoj sreći, birajući jednu od tri ponuđene opcije: „nebitno” (0), „bitno” (1) ili „vrlo bitno” (2). Pored toga, daje im se objašnjenje da pojam „zadovoljan” znači koliko su zadovoljene njihove potrebe, ciljevi i želje u nekoj oblasti života, te da treba da izaberu jednu od šest ponuđenih opcija koje idu od „veoma nezadovoljan” (-3) do „veoma zadovoljan” (+3). Takođe, ispitanicima se bliže definiše svaka oblast života za koju treba da daju odgovore. Ocenjivanje se sprovodi tako što se prvo upišu ispitanikove ocene bitnosti i zadovoljstva za 16 oblasti života. Zatim se za svaku oblast života ocena bitnosti pomnoži sa ocenom zadovoljstva i upiše u polje za izmereno zadovoljstvo (Weighted Satisfaction). Nakon toga se saberu sve ocene za izmereno zadovoljstvo (Total Weighted Satisfaction). Ukupno izmereno zadovoljstvo se potom deli s brojem ispitivanih oblasti života (Total Areas of Life). To je prosečna vrednost QOLI sirovog skora, koja se upisuje u za to predviđeno polje u Upitniku (QOLI Raw Score). Sirovi skor se rangira prema Tabeli za T-skor i percentilni skor (T-score and Percentile Score), datoj u priručniku ovog upitnika (Frisch, 1994). Posebno se izračunavaju vrednosti zadovoljstva u pojedinačnim životnim oblastima. Na kraju se upisuje rezultat kategorije ukupnog kvaliteta života (Overall Quality of Life).

Ispitivanje je obavljeno u Zavodu za psihofiziološke poremećaje i govornu patologiju „Prof. dr Cvetko Brajović” u Beogradu.

Statistička obrada

Statistička analiza i obrada podataka vršene su pomoću paketa namenjenog statističkoj obradi podataka (Statistical Package for the Social Sciences – SPSS™ for Windows, version 23.0, 2015). Dobijeni rezultati su prikazani tabelarno.

Od deskriptivnih statističkih mera korišćene su apsolutna frekvencija, procenat, medijana, aritmetička sredina, mod, raspon u formatu minimum-maksimum, interkvartilno odstupanje, standardna devijacija, standardna greška i interval

95% poverenja uz navođenje gornje i donje granice. Od statističkih tehnika za poređenje grupa primenjen je χ^2 test nezavisnosti. Radi komparacije rezultata između nezavisnih grupa na neprekidnoj skali sproveden je Studentov *t* test. Takođe, primenjena je i jednofaktorska analiza varijanse sa Šefeovom *post hoc* analizom. Od neparametrijskih alternativa korišćen je Kruskal-Volisov test za poređenje različitih grupa. Korišćen je Man-Vitnijev test za planirano poređenje grupa uz naknadno utvrđivanje veličine uticaja *r*. Veze između neprekidnih varijabli izražene su Pirsonovim koeficijentom linearne korelacije (*r*), a između kategorijskih koeficijentom Spirmanove korelacije ranga (ρ).

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Tabela 1 – Distribucija i komparacija ispitanika prema težini i tipu afazije

Varijabla	Kategorija	Težina afazije		Komparacija		
		Teška	Laka	χ^2 (df)	p	V
Tip afazije	Transkortikalna motorna	1 (3,3)	14 (46,7)	36,667 (3)	<0,001	0,803
	Brokina	14 (46,7)	1 (3,3)			
	Transkortikalna senzorna	2 (6,7)	13 (43,3)			
	Vernikeova	13 (43,3)	2 (6,7)			

Napomena: Podaci su dati u formatu *n* (%). Statistički značajne vrednosti su označene (bold).

Primenom χ^2 -testa nezavisnosti (uz korekciju neprekidnosti prema Jejsu) potvrđena je statistička značajna razlika distribucije ispitanika s afazijom prema težini afazije u odnosu na tip afazije ($\chi^2=36,667$, $df=3$, $p<0,001$). Veličina uticaja razlike je velika ($V=0,80$).

Tabela 2 – Komparacija prosečnog skora na Skali kvaliteta komunikativnog života ASHA-QCL između ispitanika sa afazijom i kontrolne grupe

Grupa	AS (SD)	t (df)	p	Razlika AS	Razlika SE	95% CI		η^2
						LL	UL	
Afazija	2,49 (0,65)	-29,767	<0,001	-2,51	0,08	-2,68	-2,34	0,88
Kontrolna	5,00 (0,02)	(59,07)						

Napomena: Afazija – grupa ispitanika sa afazijom ($n = 60$); Kontrolna – kontrolna, ili grupa zdravih ispitanika ($n = 60$); Razlika AS – razlika aritmetičke sredine; Razlika SE – standardna greška razlike; CI – interval poverenja; LL – donja granica; UL – gornja granica (intervala pouzdanosti). η^2 – mera veličine efekta
Statistički značajna razlika je označena (bold).

Vrednosti prosečnog ASHA-QCL skora grupe ispitanika s afazijom i kontrolne grupe ispitanika ispitane su t testom nezavisnih uzoraka (Tabela 2). Utvrđena je statistički značajno veća vrednost prosečnog ASHA-QCL skora u kontrolnoj grupi (AS=5,00, SD=0,05) nego u grupi ispitanika s afazijom (AS=2,49, SD=0,65), $t=-29,767$, $df=59,07$, $p<0,00$). Prosečna razlika vrednosti od -2,51 (95% CI:-2,68 – -2,34) može se opisati kao velika ($\eta^2 = 0,88$).

Tabela 3 – Deskriptivne vrednosti i komparacija prosečnih vrednosti QOLI sirovog skora između ispitanika s afazijom i kontrolne grupe ispitanika

Grupa	AS (SD)	t (df)	p	η^2
Afazija	1,45 (0,94)	-27,13 (106,24)	<0,001	0,86
Kontrolna	5,46 (0,66)			

Napomena: η^2 – jačina uticaja. Statistički značajna razlika je označena (bold).

Vrednosti prosečnog QOLI sirovog skora grupe ispitanika s afazijom i kontrolne grupe ispitanika ispitane su t testom nezavisnih uzoraka. Utvrđena je statistički značajno veća vrednost prosečnog QOLI sirovog skora u kontrolnoj grupi (AS=5,46, SD=0,66) nego u grupi ispitanika s afazijom (AS=1,45, SD=0,94), $t=-27,13$, $df=106,24$, $p<0,001$ (obostrano), velike jačine uticaja ($\eta^2=0,86$).

Tabela 4 – Deskriptivne vrednosti postignuća ispitanika s afazijom na Skali kvaliteta komunikativnog života – ASHA-QCL

ASHA-QCL	Min	Max	AS (SD)	SE	95% CI		Mdn (IQR)	Mo
					LL	UL		
Prosečan skor	1,24	3,59	2,49 (0,65)	0,08	2,32	2,66	2,59 (1,00)	3,00
18. tvrdnja	2,00	4,00	2,62 (0,52)	0,07	2,48	2,75	3,00 (1,00)	3,00
Socijalizacija i aktivnosti	1,00	3,71	2,55 (0,67)	0,09	2,38	2,73	2,71 (1,00)	2,86
Samopouzdanje	1,17	3,50	2,47 (0,67)	0,09	2,90	2,64	2,67 (0,96)	3,00
Pojedinačne uloge i odgovornost	1,00	4,00	2,40 (0,71)	0,09	2,22	2,59	2,50 (1,00)	2,50

Legenda: SE – standardna greška; CI – interval poverenja; LL – donja granica; UL – gornja granica; Mdn – medijana; IQR – interkvartilno odstupanje; Mo – mod. Viši skor ukazuje na veći nivo kvaliteta komunikativnog života. Teorijski raspon iznosi od 1 do 5.

Tabela 5 – Deskriptivne mere postignuća ispitanika s afazijom prema pojedinačnim The Quality of Life Inventory (QOLI) domenima

Domen	Min	Max	AS (SD)	SE	95% CI		Mdn (IQR)
					LL	UL	
1. Zdravlje	-6	2	-3,17 (1,57)	0,20	-3,57	-2,76	-2,00 (2,00)
2. Samopoštovanje	-2	6	3,80 (1,26)	0,16	3,47	4,13	4,00 (0,00)
3. Ciljevi i vrednosti	-4	4	2,77 (1,73)	0,22	2,32	3,21	4,00 (2,00)
4. Novac	-6	4	0,50 (2,47)	0,32	-0,14	1,14	2,00 (4,00)
5. Posao	-4	6	1,30 (2,47)	0,26	0,66	1,94	2,00 (4,00)
6. Igra	-2	4	0,80 (1,82)	0,26	0,33	1,27	1,50 (3,00)
7. Učenje	-6	2	-3,63 (1,86)	0,25	-4,11	-3,15	-4,00 (4,00)
8. Kreativnost	-4	4	0,98 (1,91)	0,26	0,49	1,48	2,00 (2,50)
9. Pomaganje	-2	6	1,80 (2,04)	0,51	1,27	2,33	2,00 (1,50)
10. Ljubav	-6	6	3,67 (3,95)	0,11	2,65	4,69	6,00 (2,00)
11. Prijatelji	-2	4	2,15 (0,86)	0,57	1,93	2,37	2,00 (0,00)
12. Deca	-6	6	3,83 (4,39)	0,13	2,70	4,97	6,00 (2,00)
13. Rođaci	1	4	2,42 (1,01)	0,13	2,15	2,68	2,00 (2,00)
14. Dom	1	4	2,63 (0,99)	0,13	2,38	2,89	2,00 (2,00)
15. Komšiluk	1	4	1,48 (0,60)	0,08	1,33	1,64	1,00 (1,00)
16. Zajednica	1	2	1,33 (0,48)	0,06	1,21	1,46	1,00 (1,00)

Legenda: SE – standardna greška; CI – interval poverenja; LL – donja granica; UL – gornja granica; Mdn – medijana; IQR – interkvartilno odstupanje

Iz Tabele 5 se uočava da su ukupne negativne ocene zabeležene na domenu „Zdravlje” i domenu „Učenje”. Na ostalim domenima prosečne ocene su pozitivne. Kreću se od 0,50 na domenu „Novac”, do 3,83 na domenu „Deca”, odnosno 3,80 na domenu „Samopoštovanje”.

Tabela 6 – Deskriptivne vrednosti i komparacija postignuća ispitanika s afazijom na ASHA-QCL u odnosu na tip afazije s ujednačenjem prema težini

ASHA-QCL	Tip afazije	AS (SD)	p (r)
Prosečan skor	Brokina	1,81 (0,40)	0,236 (0,22)
	Vernikeova	1,98 (0,46)	
	transkortikalna motorna	3,03 (0,27)	0,715 (0,07)
	transkortikalna senzorna	3,05 (0,26)	
Socijalizacija i aktivnosti	Brokina	1,93 (0,44)	0,197 (0,24)
	Vernikeova	2,18 (0,58)	
	transkortikalna motorna	3,06 (0,40)	0,801 (0,05)
	transkortikalna senzorna	3,05 (0,36)	
Samopouzdanje	Brokina	1,84 (0,50)	0,218 (0,22)
	Vernikeova	2,08 (0,58)	
	transkortikalna motorna	2,99 (0,27)	0,658 (0,08)
	transkortikalna senzorna	2,97 (0,32)	
Pojedinačne uloge i odgovornost	Brokina	1,82 (0,61)	0,365 (0,17)
	Vernikeova	2,02 (0,60)	
	transkortikalna motorna	2,90 (0,42)	0,782 (0,05)
	transkortikalna senzorna	2,88 (0,39)	
18. stavka	Brokina	2,07 (0,26)	0,061 (0,36)
	Vernikeova	2,33 (0,49)	
	transkortikalna motorna	3,07 (0,26)	0,335 (0,36)
	transkortikalna senzorna	3,00 (0,00)	

Legenda: r – jačina uticaja

Postignuća ispitanika s afazijom na ukupnom skoru, 18. tvrdnji, kao i pojedinačnim domenima ASHA-QCL skale, prvo su upoređena u odnosu na tip afazije, primenom Kruskal–Volisovog H testa. Kruskal–Volisov H test je pokazao da postoje statistički značajne razlike kako prosečnog ASHA-QCL skora i vrednosti zabeležene na 18. tvrdnji ASHA-QCL, na nivou $p < 0,001$, tako i pojedinačnih domena ASHA-QCL. Medijana prosečnog ASHA-QCL skora u podgrupama ispitanika sa Brokinom ($Mdn=1,94$) i Vernikeovom afazijom ($Mdn=2,12$) niža je od medijana nađenih u podgrupama ispitanika s

transkortikalnom motornom (Mdn=3,00) i transkortikalnom senzornom afazijom (Mdn=3,06). Isto se može reći i za vrednosti zabeležene na 18. tvrdnji ASHA-QCL skale, koje su manje u podgrupama ispitanika sa Brokinom i Vernikeovom afazijom (Mdn=2,00, oba) u poređenju s podgrupama ispitanika sa transkortikalnom motornom i sa transkortikalnom senzornom afazijom.

U narednom koraku izvršena je komparacija prema tipu afazije, a nakon ujednačavanja prema težini afazije. Prvo je, u okviru podgrupe ispitanika s teškom afazijom, izvršena komparacija odabranih varijabli (prosečan ASHA-QCL skor i vrednosti zabeležene na 18. tvrdnji ASHA-QCL skale), primenom Man-Vitnijevog U testa, između ispitanika sa Brokinom i ispitanika sa Vernikeovom afazijom. Nakon ujednačenja prema težini afazije, nije potvrđeno da postoji statistički značajna razlika prosečnog ASHA-QCL skora između ispitanika sa Brokinom afazijom i sa Vernikeovom afazijom ($p > 0,05$). Ispitanici sa Vernikeovom afazijom imali su nešto veća postignuća u poređenju s ispitanicima sa Brokinom afazijom (1,98 prema 1,81; Tabela 6). Nakon ujednačenja prema težini afazije, takođe nije potvrđeno da postoji statistički značajna razlika ni rezultata zabeleženih na 18. tvrdnji ASHA-QCL skale između ispitanika sa Brokinom (2,07) i ispitanika sa Vernikeovom afazijom (2,33; $p > 0,05$). U okviru podgrupe ispitanika s lakom afazijom takođe nisu nađene statistički značajne razlike prosečnog skora ASHA-QCL i 18. tvrdnje ($p > 0,05$; Tabela 6).

Što se tiče pojedinačnih domena, Kruskal-Volisov H test je ukazao da postoje statistički značajne razlike u skorovima sva tri pojedinačna ASHA-QCL domena, i to na nivou $p < 0,001$. Medijana skora „Socijalizacija i aktivnosti” u podgrupama ispitanika sa Brokinom (Mdn=1,86) i Vernikeovom afazijom (Mdn=2,29) niža je od medijana nađenih u podgrupama ispitanika sa transkortikalnom motornom (Mdn=3,00) i ispitanika sa transkortikalnom senzornom afazijom (Mdn=3,00). Isto se može reći i za vrednosti zabeležene u druga dva domena. Tačnije, medijana skora „Samopouzdanje” u podgrupama ispitanika sa Brokinom (Mdn=1,83) i Vernikeovom afazijom

(Mdn=2,17) niža je od medijana nađenih u podgrupama ispitanika sa transkortikalnom motornom i transkortikalnom senzornom afazijom (Mdn=3,00, oba). Najzad, medijana skora „Pojedinačne uloge i odgovornost” u podgrupama ispitanika sa Brokinom (Mdn=1,75) i ispitanika sa Vernikeovom afazijom (Mdn=2,25) niža je od medijana nađenih u podgrupama ispitanika sa transkortikalnom motornom i sa transkortikalnom senzornom afazijom (Mdn=3,00, oba). Nakon ujednačenja prema težini afazije, nije potvrđeno da postoji statistički značajna razlika skorova pojedinačnih ASHA-QCL domena između ispitanika sa Brokinom i ispitanika sa Vernikeovom afazijom ($p > 0,05$, sve analize), kao ni ispitanika sa transkortikalnom motornom i transkortikalnom senzornom afazijom (Tabela 6).

Tabela 7 – Deskriptivne vrednosti i komparacija QOLI sirovog skora u odnosu na tip afazije

Tip afazije	AS (SD)	df1	df2	F	p	η^2
Transkortikalna motorna	1,88 (0,95)					
Brokina afazija	1,09 (0,69)	3	56	8,253	<0,001	0,31
Transkortikalna senzorna	2,02 (0,70)					
Vernikeova afazija	0,81 (0,83)					

Legenda: df1 – stepen slobode 1; df2 – stepen slobode 2.
Statistički značajne razlike su označene (bold).

U odnosu na tip afazije (Tabela 7), jednofaktorskom analizom varijanse QOLI sirovog skora utvrđena je statistički značajna razlika, $F(3, 56) = 8,253$, na nivou $p < 0,001$, i to velike jačine uticaja ($\eta^2 = 0,31$). Pregledom deskriptivnih vrednosti može se uočiti da su najviše vrednosti QOLI sirovog skora u podgrupi ispitanika s transkortikalnom senzornom afazijom (AS=2,02), a najniže u podgrupi ispitanika sa Vernikeovom afazijom (AS=0,81).

Post hoc analiza je pokazala da statističku značajnost dostiže razlika prosečnih vrednosti QOLI sirovog skora podgrupe ispitanika sa transkortikalnom motornom, u odnosu na podgrupu ispitanika sa Vernikeovom afazijom, koja iznosi prosečno 1,07 ($p < 0,01$). Statističku značajnost dostiže i razlika između podgrupe ispitanika sa transkortikalnom senzornom i podgrupe ispitanika sa Brokinom afazijom, a ta razlika

prosečno iznosi 0,93 ($p < 0,05$). Najzad, statističku značajnost dostiže i razlika između podgrupe ispitanika sa transkortikalnom senzornom i podgrupe ispitanika sa Vernikeovom afazijom i prosečno iznosi 1,21 ($p < 0,01$).

Tabela 8 – Deskriptivne vrednosti i komparacija ukupnog ASHA-QCL skora i pojedinačnih domena prema težini i fluentnosti afazičkog poremećaja

ASHA-QCL	Fluentnost afazije	Teška afazija	Laka afazija	p (r)
Prosečan skor	Nefluentna	1,85 (0,42)	3,02 (0,27)	< 0,001 (0,85)
	Fluentna	2,05 (0,48)	3,03 (0,25)	< 0,001 (0,83)
	p (r)	0,187 (0,25)	0,708 (0,07)	
Socijalizacija i aktivnosti	Nefluentna	1,89 (0,35)	3,10 (0,33)	< 0,001 (0,85)
	Fluentna	2,13 (0,52)	3,10 (0,32)	< 0,001 (0,80)
	p (r)	0,123 (0,28)	0,916 (0,02)	
Samopouzdanje	Nefluentna	1,83 (0,48)	3,00 (0,26)	< 0,001 (0,84)
	Fluentna	2,02 (0,50)	3,02 (0,27)	< 0,001 (0,84)
	p (r)	0,242 (0,21)	0,983 (0,00)	
Pojedinačne uloge i odgovornost	Nefluentna	1,82 (0,61)	2,90 (0,42)	< 0,001 (0,73)
	Fluentna	1,97 (0,56)	2,93 (0,32)	< 0,001 (0,77)
	p (r)	0,450 (0,14)	0,576 (0,10)	
18. tvrdnja	Nefluentna	2,07 (0,26)	3,07 (0,26)	< 0,001 (0,91)
	Fluentna	2,33 (0,49)	3,03 (0,25)	< 0,001 (0,69)
	p (r)	0,073 (0,33)	0,317 (0,18)	

Legenda: r – jačina uticaja. Vrednosti ASHA-QCL skorova su date u formatu AS (SD). Statistički značajne razlike su označene (bold).

U Tabeli 8 pokazana su postignuća ispitanika s afazijom na ASHA-QCL skali nakon ujednačenja prema fluentnosti u odnosu na ocenu težine afazije. Komparacija je sprovedena primenom Man-Vitnijevog *U* testa. Kako bi se statistički eliminisao uticaj težine afazije, sačinjene su podgrupe ispitanika prema oceni težine afazije.

Nakon ujednačenja prema fluentnosti potvrđeno je da postoji statistički značajna razlika prosečnog ASHA-QCL skora u odnosu na težinu afazije na nivou $p < 0,001$, oba (Tabela 8). Jačina uticaja razlike može se opisati kao velika ($r = 0,85$, odnosno 0,83). Ispitanici s lakšim oblikom afazije imali su veći prosečni skor u poređenju sa ispitanicima s težim oblikom afazije, kako u podgrupi ispitanika s nefluentnom afazijom (3,02 prema 1,85), tako i

u podgrupi ispitanika sa fluentnom afazijom (3,03, prema 2,05). Nakon ujednačenja prema fluentnosti afazije, takođe je potvrđeno da postoji statistički značajna razlika rezultata zabeleženih na 18. tvrdnji ASHA-QCL skale u odnosu na težinu afazije ($p < 0,001$, oba; Tabela 8). Ispitanici s lakšim oblikom afazije imali su veća prosečna postignuća na izdvojenoj tvrdnji, u poređenju sa ispitanicima s težim oblikom afazije, kako u podgrupi ispitanika sa nefluentnom afazijom (3,07, prema 2,07), tako i u podgrupi ispitanika sa fluentnom afazijom (3,03, prema 2,33). Što se tiče pojedinačnih domena, potvrđeno je da postoji statistička značajna razlika skora domena „Socijalizacija i aktivnosti” u odnosu na težinu afazije na nivou $p < 0,001$. Jačina uticaja razlike može se opisati kao velika ($r = 0,85$, odnosno $0,80$). Takođe je potvrđeno da postoji statistički značajna razlika skora domena „Samopouzdanje” u odnosu na težinu afazije, na nivou $p < 0,001$, oba. Jačina uticaja razlike se može opisati kao velika ($r = 0,84$). U odnosu na domen „Pojedinačne uloge i odgovornost” takođe je potvrđeno da postoji statistički značajna razlika u odnosu na težinu afazije na nivou $p < 0,001$. Jačina uticaja razlike može se opisati kao velika ($r = 0,73$, odnosno $r = 0,77$).

Tabela 9 – Deskriptivne vrednosti i komparacija QOLI sirovog skora prema težini i fluentnosti afazičkih poremećaja

QOLI sirov skor, AS (SD)	Teška afazija	Laka afazija	p (η^2)
Nefluentna afazija	1,14 (0,75)	1,83 (0,95)	0,036 (0,15)
Fluentna afazija	0,95 (0,97)	1,88 (0,74)	0,006 (0,24)
p (η^2)	0,547 (0,01)	0,865 (0,00)	

Legenda: η^2 – jačina uticaja
Statistički značajne razlike su označene (bold).

Rezultati t testa nisu pokazali statistički značajnu razliku vrednosti QOLI sirovog skora u odnosu na fluentnost ispitanika, kako u podgrupi ispitanika s teškom afazijom ($p = 0,547$, $\eta^2 = 0,01$), tako i u podgrupi ispitanika s lakom afazijom ($p = 0,865$, $\eta^2 = 0,00$; Tabela 9).

Međutim, u odnosu na težinu afazije, a nakon ujednačenja prema fluentnosti, utvrđen je statistički značajno veći QOLI sirov skor kod ispitanika s lakom afazijom u poređenju

sa ispitanicima s teškom afazijom, kako u podgrupi ispitanika s nefluentnom afazijom na nivou $p < 0,05$ ($p = 0,036$), tako i u podgrupi ispitanika s fluentnom afazijom na nivou $p < 0,01$ ($p = 0,006$). Veličina razlike se može opisati kao velika ($\eta^2 = 0,15$, odnosno 0,24).

Tabela 10 – Struktura grupe ispitanika s afazijom prema kategoriji ukupnog kvaliteta života merenog na Skali zadovoljstva životom the Quality of Life Inventory (QOLI)

Kategorija ukupnog QOLI	Grupa ispitanika sa afazijom	
	n	%
veoma nizak	17	28,3
nizak	14	23,3
prosečan	29	48,3
visok	0	0,0
Ukupno	60	100,0

Na osnovu strukture grupe ispitanika s afazijom prema kategoriji ukupnog kvaliteta života merenog Uпитnikom o kvalitetu života (*the Quality of Life Inventory – QOLI*), najveći broj ispitanika svoj kvalitet života procenjuje nisko (kategorije: veoma nizak ili nizak), dok nijedan ispitanik ne ocenjuje svoj kvalitet života visoko.

Tabela 11 – Korelacija QOLI sirovog skora i ukupnog ASHA-QCL skora i pojedinačnih ASHA-QCL domena ispitanika s afazijom

ASHA-QCL	QOLI sirov skor	
	r	p
Ukupan skor	0,451**	< 0,001
Socijalizacija i aktivnosti	0,468**	< 0,001
Samopouzdanje	0,399**	0,002
Pojedinačne uloge i odgovornost	0,424**	0,001
18. tvrdnja	0,436**	< 0,001

* $p < 0,01$.

Prema rezultatima statističke analize povezanosti između QOLI sirovog skora i ukupnog ASHA-QCL skora i pojedinačnih ASHA-QCL domena ispitanika s afazijom, može se zaključiti da su sve korelacije dostigle statističku značajnost na nivou $p < 0,001$. Tačnije, potvrđena je umerena i pozitivna

korelacija između QOLI sirovog skora i ukupnog ASHA-QCL skora, kao i između QOLI sirovog skora i pojedinačnih ASHA-QCL domena. Veće vrednosti QOLI sirovog skora prate veće vrednosti ukupnog ASHA-QCL skora ($r=0,451$, $p<0,001$), ali i veće vrednosti domena „Socijalizacija i aktivnosti” ($r=0,468$, $p<0,001$), „Samopouzdanje” ($r=0,399$, $p=0,002$), „Pojedinačne uloge i odgovornost” ($r=0,424$, $p=0,001$) i 18. tvrdnje „U celini, moj kvalitet života je dobar” ($r=0,436$, $p<0,001$).

DISKUSIJA

U ovoj studiji je ispitivana samopercepcija kvaliteta komunikativnog života kod osoba s afazijom. Cilj nam je bio da procenimo uticaj tipa i težine jezičkog poremećaja na subjektivni doživljaj kvaliteta komunikacije osoba s afazijom, kao i odnos između doživljenog kvaliteta komunikacije i zadovoljstva životom.

Naši ispitanici s afazijom, kao grupa, ponudili su odgovore koji su usloveli značajno niže prosečne vrednosti i na *Skali kvaliteta komunikativnog života* (ASHA-QCL) i na *Upitniku o kvalitetu života* (QOLI) u poređenju sa ispitanicima kontrolne grupe. Na ASHA-QCL, koji po pretpostavci distinktivno procenjuje samoprocenjenu uspešnost u nekoliko različitih domena komunikativnog života („Socijalizacija i aktivnosti” nasuprot „Samopouzdanja” i „Pojedinačne uloge i odgovornost”), pokazalo se da ispitanici s afazijom dobijaju podjednako niske skorove u svim ovim domenima.

Nalaz da osobe s afazijom imaju veoma nizak nivo doživljaja svojih komunikativnih sposobnosti u skladu je i sa rezultatima drugih studija u kojima su korišćeni ovi ili slični instrumenti (Aprile et al., 2006; Bose, McHugh, Schollenberger, & Buchanan, 2009; Cruice et al., 2003; Paul et al., 2004; Simmons-Mackie et al., 2005; Vuković, 2018). Bez obzira da li je u pitanju fenomen afazije kao takve (na primer, u Bose et al., 2009), ili je studija fokusirana na izolovan tip poremećaja (na primer, hronični oblik Brokine i konduktivne afazije u Vuković, 2018),

kvalitet komunikativnog života pokazuje se kao znatno niži kod osoba s afazijom u odnosu na zdrave ispitanike. Ovi autori ističu da pozitivni odnosi između komunikacije i socijalizacije naglašavaju potrebe za komunikacijom u socijalizaciji. U prilog tome govore i istraživanja kojima je pokazano da osobe s afazijom obavljaju manje društvenih aktivnosti (Cruice et al., 2006), da su manje angažovane u svakodnevnom životu, što predstavlja rizik za socijalnu izolaciju (Dalemans, De Witte, Wade, & van den Heuvel, 2010; Parr, 2007), da teškoće u komunikaciji mogu dovesti do društvene izolacije, teškoća u međuljudskim odnosima, mentalnih i emocionalnih poremećaja (Engel et al., 2003; Hilari et al., 2003; Ross & Wertz, 2003; Sneeuw, Aaronson, De Haan & Limburg, 1997).

U našem istraživanju pacijenti sa Brokinom i Vernikeovom afazijom imali su značajno niže skorove na ASHA-QCL skali, nego ispitanici sa transkortikalnom motornom i transkortikalnom senzornom afazijom. Između pacijenata sa Vernikeovom afazijom i onih sa afazijom Brokinog tipa nije bilo značajnih razlika u prosečnim skorovima, kao ni između onih sa dve forme transkortikalne afazije (motornom i senzornom). Drugim rečima, u samoproceni sopstvenih komunikativnih sposobnosti, bez obzira na domen komunikacije, razlike između fluentnih i nefluentnih oblika afazije se nisu pokazale. S druge strane, s obzirom na činjenicu da Brokina i Vernikeova afazija po svom kliničkom profilu spadaju u teži oblik afazije, za razliku od transkortikalne motorne i transkortikalne senzorne afazije koje predstavljaju lakše forme poremećaja, dobijena razlika sugerisala bitan uticaj težine jezičkog poremećaja na ASHA-QCL skor.

Uticaj težine i tipa afazičkog poremećaja na ocenu kvaliteta komunikativnog života često se beleže u literaturi (Aprile et al., 2006; Bose et al., 2009; Franzén-Dahlin, Karlsson, Mejhert & Laska, 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). Vuković (2018) je utvrdio da su ispitanici sa konduktivnom afazijom koji su imali teži oblik afazičkog poremećaja ostvarili niža postignuća na ASHA-QCL, kako na prosečnom skoru,

tako i na svim pojedinačnim domenima, u odnosu na ispitanike s blažim oblikom konduktivne afazije. Istovremeno, ovaj autor navodi da su ispitanici s težim oblikom Brokine afazije imali niža postignuća samo u domenu „Pojedinačne uloge i odgovornost”, a s druge strane, pacijenti sa teškim oblikom Brokine afazije ostvarili su viša postignuća u domenu „Samopouzdanje”. S obzirom na ove podatke, Vuković smatra da bi trebalo razmotriti uticaj porodičnih, socijalnih i psiholoških okolnosti, te uzeti u obzir definisanje njihovih sopstvenih ciljeva kvaliteta života. Autor dalje ukazuje i na razlike između kliničkih profila ova dva tipa afazija, s obzirom na to da su pacijenti sa konduktivnom afazijom svesniji svojih grešaka, pa samim tim i više emocionalno trpe, za razliku od pacijenata sa Brokinom afazijom koji koriste kraće fraze sastavljene od sadržajnih reči, što im omogućava da komuniciraju relativno uspešno sa svojom okolinom (Vuković, 2018). Po sličnom obrascu, odsustvo razlike između fluentnih i nefluentnih afazija donekle iznenađuje, pošto je očekivano da pacijenti sa nefluentnom afazijom imaju više uvida u sopstvene poremećaje, ispoljavaju različit stepen frustracije kad prave greške, te teže komuniciraju sa svojom okolinom, za razliku od pacijenata sa fluentnom afazijom, koji često nisu svesni svojih grešaka, pa je samim tim i komunikacija olakšana.

Za razliku od srazmerne nediskriminativnosti „domena” izdvojenih u ASHA-QCL, analiza QOLI domena ponudila je preciznije podatke o tome koliko su ispitanici s afazijom (ne) zadovoljni životom. Oni su prvo najčešće navodili probleme povezane s narušenim zdravljem, kao i teškoće u pronalaženju reči i pamćenju, što se na skali odrazilo kroz upadljivo najniže skorove u oblastima „zdravlje” i „učenje”.

Prema kategorijama ukupnog kvaliteta života, kako ih procenjuje QOLI upitnik (od „veoma nizak” do „visok”), nešto manje od polovine ispitanika s afazijom svrstano je u kategoriju „prosečan” kvalitet života, dok su preostali relativno ravnomerno raspoređeni između kategorija „nizak” i „veoma nizak”, pri čemu ovu poslednju grupu sačinjavaju subjekti vrlo nezadovoljni svojim životom jer „nisu u stanju da ispune svoje

osnovne potrebe i postignu ciljeve u sferama života koje najviše vrednuju” (Frisch, 1992). Za razliku od njih, ispitanici koji kvalitet svog života ocenjuju kao nizak (QOLI skorovi 0,9–1,5) u stanju su da postignu zadovoljstvo u nekim sferama života, što je činjenica koja se može koristiti u tretmanu. Fokusiranje tretmana na oblasti životnog nezadovoljstva može pomoći da se uveća sveukupan kvalitet života, a samim tim spreče neki zdravstveni problemi (Frisch, 1992). Identifikovanje oblasti nezadovoljstva kod osoba s afazijom može biti pokazatelj usmeravanja rehabilitacionog tretmana. I ovde je grupisanje ispitanika primarno određeno težinom jezičkog poremećaja, te bolju samopercepciju svog kvaliteta života uglavnom imaju subjekti s lakšim formama afazije.

Ovakvi nalazi se uglavnom nadovezuju na rezultate prethodnih istraživanja, koji sugerišu da osobe s afazijom pokazuju značajno niži nivo zadovoljstva životom u poređenju sa zdravim ispitanicima, posebno u domenu zdravlja, kreativnosti, posla, socijalnih kontakata (Cruice et al., 2006; Davidson et al., 2008; Fotiadou et al., 2014; Hilari et al., 2016; Murphy et al., 2005; Northcott & Hilari, 2011; Rose et al., 2014; Simmons-Mackie et al., 2005; Sukur i Vuković, 2017; Verna et al., 2009). Ipak, vredno je zabeležiti da se u našoj studiji upravo oblast bliskih socijalnih interakcija (najviši prosečni skorovi u domenima „ljubav” i „deca”) izdvaja kao najsnažnija okosnica kvalitetnijeg vrednovanja svog kvaliteta života, potencijalno i kao relevantan faktor u tretmanu.

Naše istraživanje beleži umerenu i pozitivnu korelaciju između QOLI sirovog skora i ukupnog ASHA-QCL skora, kao i između QOLI sirovog skora i pojedinačnih ASHA-QCL, ukazujući na međusobnu povezanost doživljaja kvaliteta komunikacije i zadovoljstva životom kod osoba s afazijom. Činjenica da se slična međusobna povezanost beleži i između QOLI i izolovane ocene kvaliteta života na ASHA-QCL (stavka 18) dodatno sugeriše, kod afazičnih pacijenata, na međusobnu isprepletanost ovde ispitivanih konstrukata „kvaliteta života” i „kvaliteta komunikacije”. Prema ostalim nalazima, težina afazije, u svakom slučaju, presudno određuje oba.

Ovakav nalaz nije izuzetak. Hilari (2011) je, takođe, utvrdila da stepen komunikacionog oštećenja u velikoj meri određuje kvalitet života osoba s afazijom. Engel i saradnici (Engell et al., 2003) utvrdili su značajnu povezanost između semantičkih i sintaksičkih poremećaja i kvaliteta života, dok oštećenje artikulacije nije statistički značajno koreliralo s kvalitetom života. Visok stepen povezanosti između kvaliteta života i komunikacije utvrđen je i u drugim istraživanjima (Holland, 2003; Spaccavento et al., 2013; Worrall &), s tim što ovi autori nisu utvrdili stepen uticaja afazije na funkcionisanje u različitim sferama života.

ZAKLJUČAK

Doživljaj kvaliteta komunikativnog života, kao i doživljaj kvaliteta života uopšte, značajno su sniženi (pomereni u pravcu negativnog) kod osoba s afazijom, bez obzira na tip ili težinu jezičkog poremećaja. Prema numeričkim pokazateljima instrumenata namenjenih kvantifikaciji ovih konstrukata, vrednosti samoprocenjenog „kvaliteta komunikacije”, kao i „zadovoljstva životom”, približnije su među afazičnim osobama nego između njih i kontrolne grupe, nezavisno od toga u kojoj meri afazija predstavlja realno funkcionalno ograničenje u svakodnevnom životu. Ipak, težina afazije se izdvaja kao bitan faktor samopercepcije kvaliteta komunikativnog života, ali i ukupnog zadovoljstva životom. Ovo se nije pokazalo i za tip jezičkog poremećaja kada se posmatra po osi fluentnosti, mada se moglo očekivati da će subjekti s nefluentnim formama poremećaja, po klasičnoj afaziološkoj teoriji kritičniji prema sopstvenom komunikacionom deficitu, imati niže skorove na instrumentu za procenu kvaliteta komunikacije. Kod osoba s afazijom postoji umerena pozitivna povezanost doživljaja kvaliteta komunikativnog života i zadovoljstva životom, što sugeriše da bi kvalitet komunikacije mogao biti stalna, značajna, mada ne i isključiva varijabla koja definiše kvalitet života u ovoj populaciji.

Naši nalazi ukazuju na potrebu daljih istraživanja faktora koji mogu biti prepreka optimalnoj realizaciji psihosocijalnih potencijala osoba s afazijom.

LITERATURA

1. 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. doi:10.1007/s10072-006-0563-5
2. 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. doi:10.1007/bf00422214
3. 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. doi:10.1080/02687030802593189
4. 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. doi:10.1007/bf00422219
5. 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. doi:10.1080/02687030600790136
6. 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. doi:10.1080/02687030244000707
7. 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. doi:10.3109/13682820903223633
8. Davidson, B., Howe, T., Worrall, L., Hickson, L., & Togher, L. (2008). Social Participation for Older People with Aphasia: The Impact of Communication Disability on Friendships. *Topics in stroke rehabilitation*, 15(4), 325-340. doi:10.1310/tsr1504-325

9. Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
10. Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: A general overview. *South African Journal of Psychology*, 39(4), 391-406. doi:10.1177/008124630903900402
11. 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. doi:10.1080/02687030244000734
12. 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. doi:10.1080/02687038.2014.928664
13. 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. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03219.x
14. 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.
15. 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). Boston, MA: Springer Nature.
16. Frisch, M. B. (1994). Quality of life inventory (QOLI). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 92-101.
17. Hilari, K. (2011). The impact of stroke: are people with aphasia different to those without?. *Disability and Rehabilitation*, 33(3), 211-218. doi:10.3109/09638288.2010.508829
18. 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. doi:10.3109/13682820109177864

19. 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. doi:10.1080/13682820802008820
20. 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. doi:10.1161/01.str.0000081987.46660.ed
21. Hilari, K., Cruice, M., Sorin-Peters, R., & Worrall, L. (2016). Quality of Life in Aphasia: State of the Art. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 67(3), 114-118. doi:10.1159/000440997
22. 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. doi:10.1159/000016107
23. 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. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.07.00
24. 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. doi:10.3109/09638280903071867
25. 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 Matstm as an interview tool. *Health and Social Care in the Community*, 13(2), 95-107. doi:10.1111/j.1365-2524.2005.00528.x
26. Northcott, S., & Hilari, K. (2011). Why do people lose their friends after a stroke?. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 46(5), 524-534.
27. Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. *Aphasiology*, 21(1), 98-123. doi:10.1111/j.1460-6984.2011.00079.x
28. 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.
29. 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. doi:10.3109/17549507.2013.794474
 30. Ross, K., & Wertz, R. (2003). Quality of life with and without aphasia. *Aphasiology*, 17(4), 355-364. doi:10.1080/02687030244000716
 31. Simmons-Mackie, N., Threats, T. T., & Kagan, A. (2005). Outcome assessment in aphasia: a survey. *Journal of Communication Disorders*, 38(1), 1-27. doi:10.1016/j.jcomdis.2004.03.007
 32. Sinanović, O., Mrkonjić, Z., & Zečić, S. (2012). Quality of life and post-stroke aphasic syndromes. *Periodicum biologorum*, 114(3), 435-440.
 33. 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. doi:10.1161/01.STR.28.8.1541
 34. 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, 27-37. doi:10.2147/ndt.s52357
 35. Sukur, Ž., & Vuković, M. (2017). Poređenje zadovoljstva životom kod osoba sa ne fluentnim i fluentnim afazijama. U *VIII Međunarodna naučno-stručna konferencija „Unapređenje kvalitete života djece i mladih”*, 23-25. 06. 2017. godine, Aranđelovac, Srbija.
 36. 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. doi:10.1080/17549500902726059
 37. Vuković, M. (2011). *Afaziologija*. Beograd: Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju. Treće dopunjeno izdanje.
 38. Vuković, M. (2015). *Tretman afazija*. Beograd: Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju. Drugo dopunjeno izdanje.

39. Vuković, M. (2016). *Afaziologija*. Beograd: Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju. Četvrto dopunjeno izdanje.
40. 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). doi:10.23937/iacod-2017/1710004
41. 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. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-k
42. Worrall, L., & Holland, A. (2003). Quality of life in aphasia. *Aphasiology*, 17(4), 329-332. doi:10.1080/02687030244000699

THE RELATION BETWEEN COMMUNICATION QUALITY AND LIFE SATISFACTION IN PERSONS WITH APHASIA

Mile Vuković*, Željana Sukur**, Nadežda Krstić*

**University of Belgrade – Faculty of Special Education and Rehabilitation, Serbia*

***Institute for Psychophysiological Disorders and Speech Pathology "Prof. dr Cvetko Brajović", Belgrade*

Summary

Self-perception of one's own communicative ability – observed in the context of providing socialization/activity, self-confidence in communication and achievement of individual roles – and quality of life were examined by appropriate instruments (Quality of Communication Life Scale - ASHA QCL and Quality of Life Inventory - QOLI). The sample consisted of 60 persons with aphasia resulting from vascular insults, in a period between two and twenty months after a stroke. As a group, participants with aphasia showed a relatively low evaluation of their own communicative abilities regardless of the domain of manifestation, as well as the type of aphasia. The level of evaluation of one's own quality of life proved to be in a moderate and positive relation with the quality of communication life, suggesting that the quality of communication could be a constant, significant, though not exclusive, variable that defines the quality of life in this population. The severity of aphasia emerged as an important factor of self-perception of the quality of communication life, but also of the overall life satisfaction, which was not shown for the type of language disorder observed by fluency.

Key words: aphasia, quality of communication, quality of life

Primljeno: 29.04.2018.

Prihvaćeno: 13.06.2018.