

Πιλοτική Αξιολόγηση Λίστας Εξιτηρίου για Επιζώντες Εγκεφαλικού στην Ελλάδα.

Τατιάνα Πουρλιάκα PhD candidate ^{1*}, Deborah Hersh PhD ², Χρήστος Κεραμυδάς PhD ³, Πηνελόπη Βλοτινού PhD ⁴, Μαρία Καμπανάρου PhD ⁵, Χαρίκλεια Πρώιου PhD ¹.

Περίληψη

Εισαγωγή: Το εξιτήριο αποτελεί ένα κρίσιμο στάδιο στη διαδικασία αποκατάστασης μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο, καθώς σηματοδοτεί τη μετάβαση των ασθενών από την κλινική φροντίδα στην καθημερινή ζωή. Η παρούσα έρευνα επικεντρώνεται στη δημιουργία και την πιλοτική αξιολόγηση μιας ειδικά σχεδιασμένης λίστας εξιτηρίου, προσαρμοσμένης στις ανάγκες των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου.

Μεθοδολογία: Στη μελέτη συμμετείχαν 30 επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου, οι οποίοι αξιολογήθηκαν βάσει της νέας λίστας εξιτηρίου. Παράλληλα, διενεργήθηκε συγκριτική ανάλυση με δύο ομάδες ελέγχου: 20 ασθενείς που ανάρρωσαν από COVID-19 και 20 άτομα χωρίς νευρολογικά προβλήματα. Η ανάλυση επικεντρώθηκε στην καταλληλότητα, την αξιοπιστία και τη διαφοροποίηση των απαντήσεων στις διάφορες ομάδες.

Αποτελέσματα: Η ανάλυση παραγόντων αποκάλυψε ότι απαιτούνται τουλάχιστον πέντε βασικοί παράγοντες για να ερμηνευθεί επαρκώς η ποικιλία των απαντήσεων στη λίστα εξιτηρίου. Η αξιολόγηση της αξιοπιστίας του εργαλείου κατέδειξε υψηλή συνέπεια και σταθερότητα. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές επιδράσεις των δημογραφικών παραμέτρων στις απαντήσεις.

Ωστόσο, σημαντικές διαφορές αναδείχθηκαν μεταξύ των επιζώντων εγκεφαλικού και των άλλων ομάδων, κυρίως σε θέματα όπως: η πρόσβαση σε πληροφορίες και υποστήριξη, η χρήση υποστηρικτικών τεχνολογιών πληροφορικής και η διαχείριση γραφειοκρατικών διαδικασιών στο σύστημα υγείας.

Συμπεράσματα: Η δημιουργία και η πιλοτική δοκιμή της τροποποιημένης λίστας εξιτηρίου για επιζώντες εγκεφαλικού παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες για τη βελτίωση της διαδικασίας εξιτηρίου. Η λίστα αποδεικνύεται χρήσιμο εργαλείο για τη διευκόλυνση της μετάβασης των ασθενών στην καθημερινή ζωή. Μελλοντικές δράσεις περιλαμβάνουν την εφαρμογή της λίστας σε ευρύτερη κλίμακα, τόσο σε περιφερειακό όσο και σε εθνικό επίπεδο. Η τελική αξιολόγηση θα καθορίσει την αποτελεσματικότητα της λίστας ως πρότυπο ποιοτικής φροντίδας στην αποκατάσταση μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο.

Λέξεις-κλειδιά εξιτήριο, μεταβάσεις, εγκεφαλικό επεισόδιο, λίστα ελέγχου, φροντίδα μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο.

Εισαγωγή

Το εγκεφαλικό είναι η δεύτερη κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως, επηρεάζοντας σημαντικά τόσο τα ποσοστά θνησιμότητας όσο και την εμφάνιση αναπηριών. Σύμφωνα με πρόσφατες εκτιμήσεις, κάθε χρόνο καταγράφονται πάνω από 12,2 εκατομμύρια νέα περιστατικά εγκεφαλικού επεισοδίου, εκ των οποίων περίπου 6,5 εκατομμύρια οδηγούν σε θάνατο. Παράλληλα, πάνω από 101 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως ζουν με τις επιπτώσεις του εγκεφαλικού, αντιμετωπίζοντας συχνά δυσκολίες, όπως προβλήματα ομιλίας ή κινητικότητας. Αυτά τα δεδομένα αναδεικνύουν την επιτακτική ανάγκη για ολοκληρωμένες στρατηγικές πρόληψης, βελτιωμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις και εκτεταμένα προγράμματα αποκατάστασης σε παγκόσμιο επίπεδο (WSO Global Stroke Fact Sheet, 2022).

Μετά την αρχική ιατρική φροντίδα που λαμβάνουν στο νοσοκομείο, οι επιζώντες από εγκεφαλικό συχνά συνεχίζουν την ανάρρωσή τους σε εξειδικευμένα κέντρα αποκατάστασης, με στόχο την ενίσχυση της

¹Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Τμήμα Λογοθεραπείας, Σχολή Επιστημών Υγείας Curtin, Πανεπιστήμιο Curtin, Bentley, Δυτική Αυστραλία

³Τμήμα Διοίκησης Εφοδιαστικής Αλυσίδας, Διεθνές Πανεπιστήμιο Ελλάδας, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

⁴Τμήμα Εργοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα, Ελλάδα

⁵Τμήμα Επιστημών Αποκατάστασης, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εργαστήριο Εγκεφάλου και Νευροαποκατάστασης, Κύπρος

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας

Τατιάνα Πουρλιάκα, Υποψήφια Διδάκτορας, Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Εγνατία 156, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα TK-54636

Email: tpourliaka@uom.edu.gr

Τηλέφωνο: +306982860489

λειτουργικότητάς τους. Παρ' όλα αυτά, η έξοδος από αυτές τις δομές δεν ισοδυναμεί με πλήρη ανάρρωση. Παρόλο που εφαρμόζονται εντατικά προγράμματα αποκατάστασης που αποσκοπούν στη βελτίωση των γνωστικών και σωματικών λειτουργιών, πολλοί ασθενείς εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες. Αυτές οι επίμονες προκλήσεις καθιστούν απαραίτητο τον προσεκτικό και αποτελεσματικό σχεδιασμό του εξιτηρίου τους ώστε να εξασφαλιστεί η ομαλή μετάβαση τους στην κανονική ζωή και την επιστροφή στο σπίτι (Burton et al., 2014).

Το εξιτήριο αποτελεί θεμελιώδες στοιχείο της διαδικασίας αποκατάστασης και της συνολικής φροντίδας μετά από εγκεφαλικό, επηρεάζοντας καθοριστικά τη μετάβαση του ατόμου πίσω στην κοινότητα (Cott et al., 2007). Μελέτες έχουν δείξει ότι η ποιότητα του εξιτηρίου συνδέεται άμεσα με τη βελτίωση διαφόρων παραμέτρων της ποιότητας ζωής (Nunes & Queirós, 2017). Σύμφωνα με συστηματικές ανασκοπήσεις, τα μοντέλα εξιτηρίου που περιλαμβάνουν συνδυασμένες παρεμβάσεις – όπως εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους, προγραμματισμένες επισκέψεις παρακολούθησης, σωστή διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής και συντονισμό της φροντίδας – αποδεικνύονται ιδιαίτερα αποτελεσματικά για πιο ομαλές και ευνοϊκές μεταβάσεις από το κέντρο αποκατάστασης στο σπίτι (Chakshi & Chang, 2014; Penney et al., 2018).

Παρά την αναγνώριση ότι ο σχεδιασμός εξιτηρίου θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα, υπάρχουν αναφορές ότι αυτό δεν συμβαίνει πάντα (Hersh, 2009; Fara et al., 2010; Hersh & Armstrong, 2020; Chen et al., 2021; Rose et al., 2019). Ως εκ τούτου, υπάρχει μια επείγουσα ανάγκη για την ενίσχυση των προσπαθειών σχεδιασμού εξιτηρίου, ώστε να διασφαλιστούν ολοκληρωμένες και υποστηρικτικές μεταβάσεις για τους επιζώντες εγκεφαλικού που επανεκτιμώνται στις κοινότητές τους (Cott et al., 2007; Wood et al., 2010). Η καλλιέργεια συνεργασίας κατά τη διαδικασία σχεδιασμού εξόδου μεταξύ κλινικών, επιζώντων εγκεφαλικού και των φροντιστών τους είναι σημαντική για τη βελτίωση των λειτουργικών αποτελεσμάτων κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης (Wood et al., 2010; Vidal, 2014).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει υπογραμμίσει τη σημασία της βελτίωσης της επικοινωνίας μεταξύ των κλινικών και των ασθενών κατά τις μεταβάσεις στο χώρο της υγείας, επισημαίνοντας ότι η έλλειψη τυποποίησης αποτελεί σημαντική αιτία ιατρικών λαθών. Η προσαρμογή και η μετάφραση εργαλείων ελέγχου των μεταβάσεων αυτών είναι απαραίτητες για την αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων (Integrated Health Services (IHS), 2017). Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια πιλοτική προσπάθεια που στοχεύει στην στάθμιση ενός εργαλείου προετοιμασίας εξιτηρίου στην ελληνική γλώσσα. Το εργαλείο βασίζεται σε υπάρχουσες λίστες ελέγχου εξιτηρίου (π.χ. Hersh et al., 2020), οι οποίες έχουν σχεδιαστεί ώστε να ενθαρρύνουν την ενεργή συμμετοχή των ασθενών στη διαδικασία του εξιτηρίου και να εντοπίζουν κρίσιμες πτυχές που απαιτούν προσοχή σε αυτή τη φάση.

Μεθοδολογία

Στην αρχική λίστα εξιτηρίου LEAVING, στην οποία βασίστηκε η δημιουργία της παρούσας λίστας εξιτηρίου οι ερωτήσεις είναι δομημένες γύρω από επτά τομείς που αντικατοπτρίζονται στο ακρωνύμιο:

- Ακρόαση των γενικών ανησυχιών των ανθρώπων (Listening)
- Εκπαίδευση για τα άτομα και τις οικογένειές τους (Education)
- Παροχή προσβάσιμων πληροφοριών (Accessible information)
- Επικύρωση της κατανόησης των ατόμων (Validation of understanding)
- Πρόσβαση και εκπαίδευση στην τεχνολογία (Information technology access and training)
- Ικανότητα πλοήγησης στο σύστημα υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας (Navigating the health and social care system)
- Καθορισμός και ανάδειξη στόχων για την ανάρρωση (Establishing and highlighting Goals for recovery).

Η τελευταία σελίδα της λίστας εξιτηρίου LEAVING είναι το "Φυλλάδιο LEAVING" (LEAVING Topic Sheet), το οποίο παραλαμβάνουν τα άτομα μετά το εξιτήριο τους από το νοσοκομείο ή το κέντρο αποκατάστασης. Περιλαμβάνει χρήσιμες πληροφορίες και συνοψίζει τα βασικά σημεία της συζήτησης που έγινε μεταξύ του κλινικού και του ασθενούς. Τόσο η λίστα εξιτηρίου προγραμματισμού εξόδου LEAVING της AAA όσο και το Φυλλάδιο LEAVING για άτομα με αφασία μπορούν να χρησιμοποιηθούν ελεύθερα από κλινικούς παγκοσμίως και είναι διαθέσιμα στο διαδίκτυο (Discharge-Planning-LEAVING-checklist.pdf). Το νέο ακρωνύμιο που δημιουργήθηκε για το εργαλείο στα ελληνικά είναι το "ΦΕΥΓΟΝΤΑΣ". Αντιστοιχεί στα εξής:

- Φ για Φιλική συζήτηση (/fili'ki si'zitis/ – LISTEN)
- Ε για Εκπαίδευση (/ek'peðevsi/ – Educate)
- Υ για Υποστήριξη και πρόσβαση (/ipo'stiriksi ke 'prozvasi/ – ACCESS)
- Γ για Γραφειοκρατία (/grafiokra'tia/ – NAVIGATE)
- ΟΝ για Όρισε Νέους στόχους (/orise 'neus 'stoxus/ – GOALS)
- ΤΑ για Τεχνολογία και Αφασία (/texnolo'jia ke afa'sia/)
- Σ για Σιγουριά (/sigu'repsu/ – Validate).

LISTEN to people's concerns	Φιλική συζήτηση (/fil'i'ki si'zitisi/- LISTEN),
EDUCATE people and families	Εκπαίδευση (/ek'reðevsi/-Educate),
ACCESS to information and support	Υποστήριξη και πρόσβαση (/ipo'stiriksi ɛ 'prozvasi/-ACCESS),
VALIDATE that people understand and can manage the plan	Γραφειοκρατία (/yrafiokra'tia/-NAVIGATE)
INFORMATION TECHNOLOGY access and use	Όρισε Νέους στόχους (/orise 'neus 'stoxus /- GOALS)
NAVIGATE the health and social care system	Τεχνολογία και Αφασία (/texnolo'jia ɛ afa'sia/-TECHNOLOGY)
GOALS for when people leave hospital.	Στοιχιά (/siyu'repsu/-VALIDATE)

Εικόνα 1. Η ελληνική και η αγγλική έκδοση της λίστας εξιτηρίου ΦΕΥΓΟΝΤΑΣ

Για την εξέταση της ποιότητας της μετάφρασης, εφαρμόστηκε μια τυπική διαδικασία "αντίστροφης μετάφρασης" από τα Αγγλικά στα Ελληνικά, η οποία πραγματοποιήθηκε ξεχωριστά από καθέναν από τους κλινικούς της ερευνητικής ομάδας. Η αρχική λίστα εξιτηρίου τροποποιήθηκε προκειμένου να είναι δυνατή η εφαρμογή της στους πληθυσμούς μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο γενικά, διατηρώντας ταυτόχρονα το περιεχόμενο σχετικό για οποιονδήποτε ασθενή με αφασία μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο. Οι τροποποιήσεις περιλάμβαναν την ερώτηση 7 ("Κατανοεί το άτομο την αφασία του;", η οποία άλλαξε σε "Κατανοεί το άτομο τα συμπτώματα του εγκεφαλικού επεισοδίου/προβλήματα επικοινωνίας;"), την ερώτηση 8 ("Γνωρίζει το άτομο για τις ομάδες αφασίας στην κοινότητα, τις διαδικτυακές ομάδες και τους οργανισμούς;", η οποία άλλαξε σε "Γνωρίζει το άτομο για τις ομάδες εγκεφαλικών επεισοδίων στην κοινότητα, τις διαδικτυακές ομάδες και τους οργανισμούς;") και την ερώτηση 13 ("Έχει το άτομο προσβάσιμες γραπτές πληροφορίες σχετικά με το εγκεφαλικό και την αφασία;" σε "Έχει το άτομο προσβάσιμες γραπτές πληροφορίες σχετικά με το εγκεφαλικό επεισόδιο;"). Όλες οι άλλες ερωτήσεις από την αρχική λίστα εξιτηρίου παρέμειναν ίδιες.

Συμμετέχοντες

Όλοι οι συμμετέχοντες σε αυτή τη μελέτη, όπως αναλύεται δημογραφικά παρακάτω, εξετάστηκαν κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο κέντρο αποκατάστασης από την λογοπαθολόγο που τους παρακολουθούσε. Αν και ο χρόνος

θεραπείας μπορεί να διέφερε για τους συμμετέχοντες, η τροποποιημένη λίστα εξιτηρίου χορηγήθηκε σε όλους δύο εβδομάδες πριν από το εξιτήριο τους. Η ερευνήτρια κράτησε γραπτές σημειώσεις κατά τη διάρκεια της εφαρμογής, η οποία διήρκεσε 20 έως 40 λεπτά για κάθε συμμετέχοντα. Οι συναντήσεις πραγματοποιήθηκαν στα δωμάτια των ατόμων με εγκεφαλικό επεισόδιο, καθώς κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid-19 δεν συνιστάτο στους ασθενείς να βγαίνουν από το δωμάτιό τους. Παρ' όλα αυτά, οι συνεντεύξεις προγραμματίστηκαν σε ώρες βολικές για τους συμμετέχοντες, κυρίως τα βράδια, όταν δεν είχαν προγραμματισμένες συνεδρίες αποκατάστασης (π.χ. φυσικοθεραπεία, λογοθεραπεία ή εργοθεραπεία).

Συμμετείχαν 30 επιζώντες από εγκεφαλικό επεισόδιο (14 γυναίκες, 16 άνδρες, ηλικίας από 48 έως 90 ετών, μέση ηλικία 74,4). Χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα κριτήρια ένταξης: ιατρική διάγνωση εγκεφαλικού επεισοδίου κατά τις δύο τελευταίες εβδομάδες της νοσηλείας τους, η ικανότητα να μιλούν την ελληνική γλώσσα και η απουσία οποιασδήποτε γνωστικής διαταραχής που να εμποδίζει την κατανόηση της τρέχουσας κατάστασής τους. Συνεπώς, άτομα με σοβαρές γνωστικές διαταραχές μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο ή άλλη συννοσηρότητα (π.χ. άνοια) με σκορ μικρότερο από 24 στη Μικρή Εξέταση της Νοητικής Κατάστασης (Mini Mental State Examination - MMSE) δεν συμπεριλήφθηκαν. Η ομάδα των επιζώντων από εγκεφαλικό επεισόδιο συγκρίθηκε στη συνέχεια με υγιή άτομα ελέγχου και ασθενείς μετά από Covid-19, με αντιστοιχία ως προς την ηλικία και το φύλο.

Τόσο οι ασθενείς μετά την Covid-19 όσο και τα υγιή άτομα ελέγχου, δηλαδή άτομα που παραπέμφθηκαν για υπηρεσίες αποκατάστασης λόγω μη νευρολογικών ζητημάτων (π.χ. κάταγμα χεριού κ.λπ.), νοσηλεύτηκαν στο ίδιο κέντρο αποκατάστασης στη Βόρεια Ελλάδα από τον Μάιο του 2021 έως τον Δεκέμβριο του 2021. Οι δύο ομάδες σύγκρισης – 20 ασθενείς μετά την Covid-19 (10 γυναίκες, 10 άνδρες, ηλικίας από 40 έως 88 ετών, μέση ηλικία 73,2) και 20 υγιή άτομα (10 γυναίκες, 10 άνδρες, ηλικίας από 42 έως 91 ετών, μέση ηλικία 75,2) πληρούσαν τα ίδια κριτήρια με την ομάδα των επιζώντων από εγκεφαλικό επεισόδιο. Όλοι οι υγιείς έλεγχοι και οι ασθενείς μετά την Covid-19 ήταν φυσικοί ομιλητές της ελληνικής γλώσσας και δεν είχαν προϋπάρχουσες

δυσκολίες στην επικοινωνία, όπως αφασία ή γνωστική διαταραχή, βάσει του σκορ τους στο MMSE.

Διαδικασίες

Τα ονόματα των συμμετεχόντων κωδικοποιήθηκαν για την προστασία της ιδιωτικότητάς τους πριν η ερευνήτρια εισάγει τα δεδομένα τους σε αρχείο. Το αρχείο περιλάμβανε επίσης δημογραφικές πληροφορίες (ηλικία, φύλο) και ιατρικές πληροφορίες σχετικά με τον τύπο του εγκεφαλικού επεισοδίου, όπως αναφέρεται στους ιατρικούς φακέλους, για να διερευνηθεί η πιθανή επίδραση του τύπου του εγκεφαλικού στις ανησυχίες τους σχετικά με το εξιτήριο από το νοσοκομείο. Η αναζήτηση ενός επιλέξιμου δείγματος, η εξαγωγή δεδομένων και οποιαδήποτε ανάλυση των δεδομένων στο αρχείο διεξήχθη ανεξάρτητα από τρεις εκ των συγγραφέων.

Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε μετά την έγκριση της επιτροπής δεοντολογίας του κέντρου αποκατάστασης και μόνο αφού όλοι οι συμμετέχοντες με εγκεφαλικό επεισόδιο ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας και υπέγραψαν έντυπο συναίνεσης σε προγραμματισμένη συνάντηση πριν τη συνέντευξη. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν εκ των προτέρων ότι θα μπορούσαν να αποσύρουν τη συμμετοχή τους από τη συνέντευξη ή να τη σταματήσουν ανά πάσα στιγμή αν αισθάνονταν οποιαδήποτε ενόχληση. Κανένας από τους συμμετέχοντες δεν αποφάσισε να αποσυρθεί από τη μελέτη μετά την υπογραφή του εντύπου συναίνεσης. Όλες οι ερωτήσεις δόθηκαν με σαφή και συνοπτικό τρόπο. Επιπλέον, οι ερευνητές επιβεβαίωσαν την κατανόηση των ερωτήσεων από τους επιζώντες από εγκεφαλικό επεισόδιο με αφασία, χρησιμοποιώντας οπτικά και απτικά ερεθίσματα όταν ήταν απαραίτητο, όπως προσαρμόστηκε από τεχνικές για την υποστηριζόμενη επικοινωνία με ενήλικες που έχουν αφασία (Kagan, 1998), για να διασφαλιστεί ότι όλοι οι συμμετέχοντες κατανόησαν όλες τις ερωτήσεις της λίστας ελέγχου. Οι επιζώντες από εγκεφαλικό επεισόδιο είχαν τη δυνατότητα να κάνουν διάλειμμα όποτε ένιωθαν κουρασμένοι· σε αυτές τις περιπτώσεις, η συνάντηση συνεχίστηκε αφού οι συμμετέχοντες είχαν ξεκουραστεί.

Καθώς αυτή είναι μια προκαταρκτική ανάλυση στην προσπάθεια να ξεκινήσει η διαδικασία τυποποίησης της ελληνικής έκδοσης της λίστας ελέγχου LEAVING, έπρεπε πρώτα να διερευνήσουμε τα κανονιστικά δεδομένα από τους υγιείς ελέγχους. Ως εκ τούτου, χρησιμοποιήσαμε τη λίστα εξιτηρίου LEAVING, από την αγγλική γλώσσα μεταφρασμένη στην ελληνική, ως οδηγό για τη διεξαγωγή της έρευνάς μας. Μόλις ολοκληρώθηκε η διαδικασία της συνέντευξης, οι απαντήσεις των επιζώντων από εγκεφαλικό επεισόδιο και των υγιών ελέγχων μεταγράφηκαν από τις αρχικές σημειώσεις στον ιατρικό φάκελο σε ξεχωριστό αρχείο δεδομένων για μεταγενέστερη ανάλυση.

Για να διερευνηθούν περαιτέρω οι ιδιαίτερες ανάγκες των επιζώντων από εγκεφαλικό επεισόδιο κατά το εξιτήριο, οι απαντήσεις τους συγκρίθηκαν με εκείνες 20 επιζώντων από Covid-19. Παρ' όλο που υπάρχουν πολύ περιορισμένες πληροφορίες σχετικά με τη συχνότητα των συμπτωμάτων μετά την Covid-19 μετά το εξιτήριο, οι επιζώντες από Covid-19 διατρέχουν κίνδυνο συνεχών συμπτωμάτων και ανησυχιών, όπως και οι επιζώντες από εγκεφαλικό επεισόδιο (Verma et al., 2022; Regan et al., 2021).

Στατιστική ανάλυση

Όσον αφορά τις περιγραφικές στατιστικές, χρησιμοποιήθηκαν σχετικές συχνότητες [%] για τον υπολογισμό του ποσοστού των απαντήσεων "ναι" και "όχι" για μια συγκεκριμένη ερώτηση (στοιχείο). Ο συντελεστής μεταβλητότητας (Coefficient of Variation - CoV) χρησιμοποιήθηκε για να παρέχει κάποια περιγραφική πληροφορία σχετικά με τη σχετική ομοιογένεια των απαντήσεων εντός κάθε ομάδας ερωτήσεων, υπολογίζοντας τη σχετική διακύμανση των ποσοστών των απαντήσεων "ναι" για τις ερωτήσεις που περιλαμβάνονται σε μια συγκεκριμένη ενότητα σε σχέση με τη μέση τιμή.

Όσον αφορά τις επαγωγικές στατιστικές, δεδομένης της κατηγορικής και διχοτομικής φύσης των εμπλεκόμενων μεταβλητών ("ναι"/"όχι"), το μη παραμετρικό ακριβές τεστ του Fisher (Fisher's Exact Test - FET) χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση πιθανών διαφορών στις απαντήσεις μεταξύ της ομάδας επιζώντων από εγκεφαλικό επεισόδιο, αφενός,

και των ομάδων υγιών ελέγχων και επιζώντων από Covid-19, αφετέρου, καθώς και για τη διερεύνηση της επίδρασης του φύλου στις απαντήσεις. Το FET πραγματοποιεί έναν ακριβή υπολογισμό της αντίστοιχης στατιστικής σημαντικότητας του τεστ και συνεπώς θεωρείται ακριβής και αξιόπιστη μέθοδος για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας μεταξύ κατηγορικών μεταβλητών σε μικρά δείγματα, ειδικά όταν οι εμπλεκόμενες μεταβλητές είναι διχοτομικές, όπως είναι τα δύο κύρια χαρακτηριστικά του δείγματος αυτής της μελέτης. Το μη παραμετρικό τεστ Μαν-Γουίλνι-Γουίλκοξον χρησιμοποιήθηκε για να εξετάσει την επίδραση της ηλικίας των ατόμων στις απαντήσεις, δηλαδή για να ελέγξει την ισότητα της μέσης ηλικίας (κλιμακωτή μεταβλητή, μη κανονικά κατανομημένη) μεταξύ των δύο ανεξάρτητων δειγμάτων που αντιστοιχούν στις απαντήσεις "ναι" και "όχι", αντίστοιχα, σε κάθε ερώτηση.

Η Εξερευνητική Παραγοντική Ανάλυση (Exploratory Factor Analysis - EFA) χρησιμοποιήθηκε στο πλαίσιο της επικύρωσης του ερωτηματολογίου, καθώς αυτός ο τύπος προσέγγισης είναι κατάλληλος για την επαγωγική ταυτοποίηση της υποκείμενης δομής ενός συνόλου στοιχείων (ερωτήσεων), δηλαδή για την ομαδοποίηση των στοιχείων κάτω από διαφορετικούς στατιστικά διακρίσιμους παράγοντες, με βάση τη μέτρηση των αντίστοιχων σχέσεων (συσχετίσεων) μεταξύ των στοιχείων (ερωτήσεων). Η EFA χρησιμοποίησε ως μεθόδους εξαγωγής και περιστροφής τις παραγοντικές αξονικές αναλύσεις (Principal Axis Factoring) και Varimax, αντίστοιχα. Χρησιμοποιήθηκε το τετραχοριόγραμμα (tetrachoric correlation matrix) για τους υπολογισμούς, δεδομένης της δυαδικής φύσης ("ναι"/"όχι") των εμπλεκόμενων μεταβλητών. Το μέτρο Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) χρησιμοποιήθηκε για να ελέγξει την επάρκεια των δεδομένων προς ανάλυση. Το τεστ σφαιρικότητας του Bartlett (Bartlett's test of sphericity) χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογηθεί η συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών.

Τέλος, η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε χρησιμοποιώντας τον δείκτη Kuder και Richardson KR-20, ο οποίος είναι κατάλληλος για την αξιολόγηση της εσωτερικής συνέπειας (αξιοπιστίας) δύο ή περισσότερων διχοτομικών μεταβλητών.

Όλες οι υποθέσεις ελέγχθηκαν σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = 0,05$, αλλά επίσης, σε αρκετές περιπτώσεις, εξετάστηκε

και το επίπεδο $\alpha = 0,10$. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε στο R (R Core Team, 2022).

Αποτελέσματα

Το μέσο ποσοστό σχετικής συχνότητας των απαντήσεων "ναι" (ανά ερώτηση) εντός κάθε ομάδας ερωτήσεων (ενότητα) παρουσιάζεται στον Πίνακα 1. Το χαμηλότερο ποσοστό απαντήσεων "ναι" παρατηρήθηκε στην ενότητα "Πρόσβαση και εκπαίδευση στην τεχνολογία πληροφορικής" (I), ενώ το υψηλότερο ποσοστό καταγράφηκε στην ενότητα "Πλοήγηση στο σύστημα υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας" (N). Η διάσταση "Καθορισμός και ανάδειξη στόχων για την ανάρρωση" (G) εμφανίζει το υψηλότερο επίπεδο "εσωτερικής" μεταβλητότητας (CoV=89%), ενώ η διάσταση "Πλοήγηση στο σύστημα υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας" (N) φαίνεται να είναι η πιο ομοιογενής (CoV=11%).

Ενότητα	L	E	A	V	I	N	G
Θετικές απαντήσεις [%]	44	51	53	59	40	75	45
Coefficient of Variation	.69	.34	.45	.34	.41	.11	.89

Πίνακας 1. Μέση Συχνότητα Εμφάνισης των θετικών απαντήσεων ανά θεματολογική κατηγορία της λίστας εξιτηρίου "LEAVING"

Ενότητα 1: Ακούστε τις ανησυχίες των ατόμων (L)

Οι σχετικές συχνότητες των απαντήσεων "ναι" στην ενότητα "Ακούστε" συνολικά και για τις τρεις ομάδες (επιζώντες από εγκεφαλικό επεισόδιο, μη νευρολογική ομάδα ελέγχου, επιζώντες από Covid-19) παρουσιάζονται παρακάτω. Στην Ερώτηση 1 ("Ανησυχεί το άτομο (ή η οικογένειά του, αν είναι παρούσα) για την επιστροφή στο σπίτι;"), το 50% της ομάδας των επιζώντων από εγκεφαλικό, το 50% της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου και σχεδόν το 45% της ομάδας των επιζώντων από Covid-19 είχαν κάποιες ανησυχίες σχετικά με τη μετάβασή τους στο σπίτι. Στην Ερώτηση 2 ("Πιστεύει το άτομο ότι μπορεί να διαχειριστεί τις

δραστηριότητες καθημερινής ζωής (\square DLs;"), το 33% των επιζώντων από εγκεφαλικό εξέφρασε ότι θα μπορούσε να διαχειριστεί τις ADLs μετά το εξιτήριο τους. Σε σύγκριση με την ομάδα των επιζώντων από εγκεφαλικό, το 50% της ομάδας των επιζώντων από Covid-19 και περίπου το 45% της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου σχολίασαν ότι θα μπορούσαν να διαχειριστούν τις ADLs μετά το εξιτήριο τους. Στην Ερώτηση 3 ("Έχει το άτομο καλό δίκτυο φίλων/οικογένειας και υποστήριξη;"), η πλειοψηφία των επιζώντων από εγκεφαλικό (93%) δήλωσε ότι είχε ένα καλό δίκτυο υποστήριξης μετά το εξιτήριο τους. Στην ίδια ερώτηση, το 90% της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου απάντησε επίσης "ναι", ενώ το 95% της ομάδας των επιζώντων από Covid-19 ανέφερε επίσης ότι είχε ένα καλό δίκτυο υποστήριξης μετά το εξιτήριο τους.

Στην Ερώτηση 4 ("Ανησυχεί το άτομο για τον Covid-19;"), μόνο το 30% των επιζώντων από εγκεφαλικό ένωθε ανησυχία για τον Covid-19, ενώ το 50% τόσο της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου όσο και της ομάδας των επιζώντων από Covid-19 ένωθε ανησυχία για τον Covid-19 κατά το εξιτήριο τους. Μόνο ένας μικρός αριθμός επιζώντων από εγκεφαλικό είχε άλλες ερωτήσεις στο τέλος της ενότητας "Ακούστε" του ερωτηματολογίου, και αυτά τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια με εκείνα της ομάδας των επιζώντων από Covid-19 (15%) και της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου (25%).

Η σχετική συχνότητα των απαντήσεων "ναι" στις ερωτήσεις της ενότητας "Ακούστε" του ερωτηματολογίου δεν ήταν στατιστικά σημαντικά διαφορετική μεταξύ των επιζώντων από εγκεφαλικό και των επιζώντων από Covid-19, ούτε υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των επιζώντων από εγκεφαλικό και της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου (Πίνακας 2).

Ενότητα 2: Εκπαίδευση ατόμων και οικογενειών (E)

Οι σχετικές συχνότητες των απαντήσεων "ναι" στην ενότητα "Εκπαίδευση" για όλες τις τρεις ομάδες παρουσιάζονται στον Πίνακα 2. Στην Ερώτηση 1 ("Κατανοεί το άτομο την κατάσταση με τον Covid-19;") του μέρους "Εκπαίδευση" του ερωτηματολογίου, το 70% των επιζώντων από εγκεφαλικό εξετάστηκε ως προς το επίπεδο κατανόησης τους και

διαπιστώθηκε ότι είχαν περιορισμένη κατανόηση ή είχαν ερωτήσεις σχετικά με την κατάσταση του Covid-19 κατά το εξιτήριο τους. Υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ της ομάδας των επιζώντων από εγκεφαλικό και της ομάδας των επιζώντων από Covid-19, στην οποία το 45% εξετάστηκε ως προς το επίπεδο κατανόησης τους και διαπιστώθηκε ότι είχαν περιορισμένη κατανόηση ή ερωτήσεις σχετικά με την κατάσταση του Covid-19 κατά το εξιτήριο τους ($p = .089$, FET, $\alpha = .10$). Επίσης, η ανάλυση έδειξε σημαντικές διαφορές μεταξύ των επιζώντων από εγκεφαλικό και της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου ($p = .021$, FET), όπου οι επιζώντες από εγκεφαλικό φάνηκε να έχουν περιορισμένη κατανόηση της κατάστασης με τον Covid-19 και να χρειάζονται περαιτέρω εκπαίδευση σχετικά με αυτό το ζήτημα κατά το εξιτήριο τους. Στην Ερώτηση 2 ("Κατανοεί το άτομο τα συμπτώματα του εγκεφαλικού/προβλήματα επικοινωνίας του;"), το 53% των ατόμων που υπέστησαν εγκεφαλικό ανέφερε την ανάγκη για εκπαίδευση σχετικά με τις επικοινωνιακές τους δυσκολίες που προέρχονται από το εγκεφαλικό. Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ της ομάδας των επιζώντων από εγκεφαλικό και της ομάδας των επιζώντων από Covid-19, καθώς περίπου τα δύο τρίτα των συμμετεχόντων (70%) στην ομάδα Covid-19 ανέφεραν την ανάγκη για εκπαίδευση σχετικά με τις επικοινωνιακές τους δυσκολίες κατά το εξιτήριο τους. Ωστόσο, κανένα από τα μέλη της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου δεν ανέφερε την ανάγκη για εκπαίδευση στις επικοινωνιακές δυσκολίες κατά το εξιτήριο τους ($p < .001$, FET) σε σύγκριση με την ομάδα των επιζώντων από εγκεφαλικό.

Στην Ερώτηση 3 ("Γνωρίζει το άτομο για τις ομάδες εγκεφαλικού/αφασίας στην κοινότητα, τις διαδικτυακές ομάδες και τους οργανισμούς;"), μόνο το 20% των επιζώντων από εγκεφαλικό, το 35% της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου και το 10% των επιζώντων από Covid-19 γνωρίζουν για τις ομάδες εγκεφαλικού/αφασίας στην κοινότητα, τις διαδικτυακές ομάδες και τους οργανισμούς. Στην Ερώτηση 4 ("Γνωρίζει το άτομο για τις συνεχιζόμενες υπηρεσίες αποκατάστασης;") του μέρους "Εκπαίδευση" της λίστας LEAVING, δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των επιζώντων από εγκεφαλικό και των άλλων δύο ομάδων· συγκεκριμένα, το 47% των επιζώντων από εγκεφαλικό, το 60% της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου

και το 60% των ασθενών μετά την Covid-19 ζήτησαν πληροφορίες για συνεχιζόμενες υπηρεσίες αποκατάστασης.

Στην Ερώτηση 5 ("Κατανοεί το άτομο τα άλλα προβλήματα που σχετίζονται με το εγκεφαλικό και το πρόγραμμα φαρμακευτικής αγωγής του;"), το 63% των επιζώντων από εγκεφαλικό, το 50% της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου και το 85% των ασθενών μετά την Covid-19 δήλωσαν ότι κατανοούσαν τα άλλα προβλήματα που σχετίζονται με την υγεία τους και το πρόγραμμα φαρμακευτικής αγωγής κατά το εξιτήριο τους. Τέλος, στην Ερώτηση 6 ("Κατανοεί το άτομο την πρόληψη του δευτερογενούς εγκεφαλικού και τις προσαρμογές στον τρόπο ζωής;"), το 53% των επιζώντων από εγκεφαλικό, το 35% της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου και το 60% των ασθενών μετά την Covid-19 είχαν γνώσεις για την πρόληψη του εγκεφαλικού και μπορούσαν να αναφέρουν κάποιες προσαρμογές στον τρόπο ζωής μετά το εγκεφαλικό.

Ενότητα 3: Πρόσβαση σε πληροφορίες και υποστήριξη (A)

Οι σχετικές συχνότητες των απαντήσεων "ναι" στην ενότητα "Πρόσβαση" για όλες τις τρεις ομάδες παρουσιάζονται στον Πίνακα 2. Στην Ερώτηση 1 ("Έχει το άτομο πρόσβαση σε ένα αποτελεσματικό τρόπο επικοινωνίας ή αντισταθμίσεις - προφορικά, γραπτά, σχέδιο;") του μέρους "Πρόσβαση" της λίστας LEAVING, βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των επιζώντων από εγκεφαλικό και των άλλων δύο ομάδων. Πιο συγκεκριμένα, μόνο το 43% των επιζώντων από εγκεφαλικό μπορούσε να περιγράψει και να επιδείξει κάποιον εναλλακτικό επικοινωνίας που θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει, ενώ το 100% της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου ($p = .004$, FET) και το 85% των ασθενών μετά την Covid-19 ($p < .001$, FET) είχαν εναλλακτικό τρόπο επικοινωνίας κατά το εξιτήριο τους (για παράδειγμα νοήματα ή σχεδίαση/γραφή σε χαρτί).

Στην Ερώτηση 2 ("Έχει το άτομο προσβάσιμες γραπτές πληροφορίες για το εγκεφαλικό/αφασία;"), βρέθηκαν επίσης σημαντικές διαφορές μεταξύ των επιζώντων από εγκεφαλικό και των άλλων δύο ομάδων, καθώς μόνο το 23% των επιζώντων από εγκεφαλικό είχε προσβάσιμες γραπτές πληροφορίες για την αφασία και το εγκεφαλικό, ενώ το

100% της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου ($p < .001$, FET) και το 75% των ασθενών μετά την Covid-19 ($p = .001$, FET) είχαν πρόσβαση σε γραπτές πληροφορίες.

Στην Ερώτηση 3 ("Έχει το άτομο προσβάσιμο υλικό για τον Covid-19; Μπορεί να έχει πρόσβαση σε πόρους γι' αυτό;"), βρέθηκαν ξανά σημαντικές διαφορές. Συγκεκριμένα, το 57% των επιζώντων από εγκεφαλικό είχε προσβάσιμο υλικό για τον Covid-19 και μπορούσε να έχει πρόσβαση σε σχετικές πληροφορίες, ενώ το 100% της ομάδας των υγιών ελέγχων ($p = .001$, FET) και το 85% των ασθενών μετά την Covid-19 ($p = .062$, FET, $\alpha = .10$) απάντησαν "ναι" σε αυτή την ερώτηση.

Στην Ερώτηση 4 ("Μπορεί το άτομο να κατανοήσει και να έχει πρόσβαση στις καθημερινές ειδήσεις/ενημερώσεις;"), η πλειονότητα των συμμετεχόντων στις τρεις ομάδες μπορούσε να κατανοήσει τις καθημερινές ειδήσεις/ενημερώσεις (90% των επιζώντων από εγκεφαλικό, 100% της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου και 95% των ασθενών μετά την Covid-19).

Στην Ερώτηση 5 ("Μπορεί το άτομο να έχει πρόσβαση σε επείγουσα βοήθεια αν χρειαστεί;"), τόσο το 70% των επιζώντων από εγκεφαλικό όσο και το 70% της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου έδειξαν ότι κατανοούσαν πώς να έχουν πρόσβαση σε επείγουσα βοήθεια κατά το εξιτήριο τους. Ωστόσο, βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των επιζώντων από εγκεφαλικό και των ασθενών μετά την Covid-19, καθώς το 95% αυτών κατανοούσε πώς να έχει πρόσβαση σε βοήθεια κατά το εξιτήριο τους ($p = .037$, FET).

Στην τελευταία ερώτηση του μέρους "Πρόσβαση" της λίστας LEAVING ("Υπάρχουν άλλες ανησυχίες σχετικά με την πρόσβαση;"), βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των επιζώντων από εγκεφαλικό και της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου. Πιο συγκεκριμένα, μόνο το 37% των επιζώντων από εγκεφαλικό είχαν άλλες ανησυχίες σχετικά με την "Πρόσβαση", ενώ το 70% της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου ανέφερε άλλες ανησυχίες ($p = .042$, FET). Στην ίδια ερώτηση, μόνο το 25% των ασθενών μετά την Covid-19 είχε άλλες ανησυχίες σχετικά με την "Πρόσβαση" κατά το εξιτήριο τους.

Ενότητα 4: Επικύρωση ότι οι άνθρωποι κατανοούν και μπορούν να διαχειριστούν το σχέδιο εξιτηρίου (V)

Οι σχετικές συχνότητες των απαντήσεων "ναι" στην ενότητα "Επικύρωση" για όλες τις τρεις ομάδες παρουσιάζονται στον Πίνακα 2. Στην Ερώτηση 1 ("Υπάρχουν διαθέσιμες υπηρεσίες παρακολούθησης για το άτομο;") του μέρους "Επικύρωση" του ερωτηματολογίου, δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές· υπηρεσίες παρακολούθησης ήταν διαθέσιμες για το 80% των επιζώντων από εγκεφαλικό, το 75% της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου και το 90% των ασθενών μετά την Covid-19.

Στην Ερώτηση 2 ("Έχει το άτομο επιδείξει τη χρήση συσκευών (τηλέφωνο, tablet, υπολογιστή) ενώ βρίσκεται στο νοσοκομείο;"), το 57% των επιζώντων από εγκεφαλικό, το 70% της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου και το 65% των ασθενών μετά την Covid-19 έχουν επιδείξει χρήση συσκευών ενώ βρίσκονται στο κέντρο αποκατάστασης.

Στην Ερώτηση 3 ("Έχει το άτομο δεχθεί επίσκεψη στο σπίτι με έγκριση από τον εργοθεραπευτή (□T);"), λιγότερο από το ήμισυ των επιζώντων από εγκεφαλικό (40%) και της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου (45%) θα επέστρεφαν σε ένα σπίτι που ανταποκρίνεται στις ανάγκες τους μετά το εξιτήριο. Βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των επιζώντων από εγκεφαλικό και των ασθενών μετά την Covid-19 (70%) ($p = .048$, FET).

Ενότητα 5: Πρόσβαση και χρήση Τεχνολογίας (I)

Οι σχετικές συχνότητες των απαντήσεων "ναι" στην ενότητα "Τεχνολογία Πληροφορικής" για όλες τις τρεις ομάδες παρουσιάζονται στον Πίνακα 2. Στην Ερώτηση 1 ("Υπάρχουν συσκευές στο σπίτι; (Υπολογιστής-tablet (iPad ή android)-smartphone (iPhone/android)"), δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά τις διαθέσιμες συσκευές στο σπίτι, μεταξύ των επιζώντων από εγκεφαλικό (57%), της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου (80%) και των ασθενών μετά την Covid-19 (60%).

Στην Ερώτηση 2 ("Έχει το άτομο τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσει τις προτιμώμενες επιλογές ΤΠ για να επικοινωνήσει με άλλους ανθρώπους;"), λιγότεροι επιζώντες από εγκεφαλικό (57%) σε σύγκριση με την μη

νευρολογική ομάδα ελέγχου (85%) και τους ασθενείς μετά την Covid-19 (85%) δήλωσαν ότι μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν τις προτιμώμενες επιλογές ΤΠ για να επικοινωνήσουν με άλλους ανθρώπους ($p = .062$, FET, $\alpha = .10$) και έδειξαν παραδείγματα της ικανότητάς τους κατά τις συναντήσεις με τον κλινικό ιατρό.

Στην Ερώτηση 3 ("Μπορεί το άτομο να χρησιμοποιήσει το ηλεκτρονικό εμπόριο αν χρειαστεί;"), υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ των επιζώντων από εγκεφαλικό (37%) και της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου (65%) σχετικά με τη χρήση του ηλεκτρονικού εμπορίου αν χρειαστεί ($p = .082$, FET, $\alpha = .10$), ωστόσο δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των επιζώντων από εγκεφαλικό και των ασθενών μετά την Covid-19 (50%).

Στην Ερώτηση 4 ("Μπορεί το άτομο να έχει πρόσβαση σε ιστοσελίδες ή χρήσιμες εφαρμογές;"), οι επιζώντες από εγκεφαλικό (20%) δήλωσαν ότι μπορούσαν να έχουν πρόσβαση σε ιστοσελίδες ή χρήσιμες εφαρμογές, πολύ λιγότερο από την μη νευρολογική ομάδα ελέγχου (65%) ($p = .003$, FET) και τους ασθενείς μετά την Covid-19 (50%) ($p = .034$, FET).

Στην Ερώτηση 5 ("Έχει το άτομο βοήθεια σε περίπτωση που το διαδίκτυο αποτύχει ή υπάρξει πρόβλημα με την υπηρεσία;"), υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ των επιζώντων από εγκεφαλικό (30%) και της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου (75%) σχετικά με τη διαθέσιμη βοήθεια σε περίπτωση που το διαδίκτυο αποτύχει ή υπάρξει πρόβλημα με την υπηρεσία, όπως η χρήση του ηλεκτρονικού εμπορίου ($p = .003$, FET). Ωστόσο, δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των επιζώντων από εγκεφαλικό και των ασθενών μετά την Covid-19 (50%) σε αυτή την ερώτηση.

Ενότητα 6: Πλοήγηση στο σύστημα υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας (N)

Οι σχετικές συχνότητες των απαντήσεων "ναι" στην ενότητα "Πλοήγηση" για όλες τις τρεις ομάδες παρουσιάζονται στον Πίνακα 2. Στην Ερώτηση 1 ("Μπορούσε το άτομο να επικοινωνήσει με τον γενικό του ιατρό μέσω τηλεφώνου ή email;") της ενότητας "Πλοήγηση" της λίστας LEAVING, το 80% των επιζώντων από εγκεφαλικό, το 100% της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου και το 90% των ασθενών

μετά την Covid-19 μπορούσαν να επικοινωνήσουν με τον γενικό τους ιατρό μέσω τηλεφώνου ή email, αν και το ποσοστό των υγιών ελέγχων εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά υψηλότερο από αυτό των επιζώντων από εγκεφαλικό ($p = .069$, FET, $\alpha = .10$).

Στην Ερώτηση 2 ("Μπορούσε το άτομο να διαχειριστεί τη φαρμακευτική του αγωγή, να λάβει συνταγή;"), υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ των επιζώντων από εγκεφαλικό (77%) και της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου (100%) στην ικανότητα διαχείρισης της φαρμακευτικής αγωγής ή λήψης συνταγής. Ωστόσο, δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των επιζώντων από εγκεφαλικό και των ασθενών μετά την Covid-19 (90%).

Στην Ερώτηση 3 ("Μπορούσε το άτομο να διαχειριστεί τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης;"), βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των επιζώντων από εγκεφαλικό (63%) και των άλλων δύο ομάδων, της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου (90%) ($p = .050$, FET) και των ασθενών μετά την Covid-19 (100%) ($p = .002$, FET), στην ικανότητα διαχείρισης των υπηρεσιών υγειονομικής ασφάλισης.

Στην Ερώτηση 4 ("Μπορούσε το άτομο να παρακολουθεί τις αλλαγές σχετικά με τον Covid-19;"), δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά στην ικανότητα παρακολούθησης των αλλαγών σχετικά με τον Covid-19 μεταξύ των επιζώντων από εγκεφαλικό (80%) και της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου (95%), ενώ η διαφορά που βρέθηκε ήταν στατιστικά σημαντική μεταξύ των επιζώντων από εγκεφαλικό και των ασθενών μετά την Covid-19 (100%) ($p = .069$, FET, $\alpha = .10$).

Ενότητα 7: Στόχοι μετά το εξιτήριο (G)

Οι σχετικές συχνότητες των απαντήσεων "ναι" στην ενότητα "Στόχοι" για όλες τις τρεις ομάδες παρουσιάζονται στον Πίνακα 2. Στην Ερώτηση 1 ("Τι θέλει να κάνει το άτομο όταν επιστρέψει στο σπίτι;") της ενότητας "Στόχοι", το 97% των επιζώντων από εγκεφαλικό, το 90% της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου και το 90% των ασθενών μετά την Covid-19 ανέφεραν τα σχέδια τους για τα πράγματα που ήθελαν να κάνουν όταν επιστρέψουν στο σπίτι.

Στην Ερώτηση 2 ("Τι είδους συνεχιζόμενες θεραπείες ή υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας θέλουν;"), το 57% των επιζώντων από εγκεφαλικό, το 60% της μη νευρολογικής

ομάδας ελέγχου και το 45% των ασθενών μετά την Covid-19 είχαν κάποιες σκέψεις σχετικά με τις συνεχιζόμενες θεραπείες ή υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας που ήθελαν μετά το εξιτήριο τους.

Στην Ερώτηση 3 ("Μπορούν να χρησιμοποιήσουν εφαρμογές/προγράμματα για εξάσκηση στο σπίτι όσο περιμένουν;"), μόνο το 10% των επιζώντων από εγκεφαλικό δήλωσε ότι μπορούσε να χρησιμοποιήσει εφαρμογές/προγράμματα για εξάσκηση στο σπίτι, ένα ποσοστό σημαντικά χαμηλότερο από το 65% της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου ($p < .001$, $F_{(1,10)} = 10.0$). Το 30% των ασθενών μετά την Covid-19 δήλωσε ότι μπορεί να χρησιμοποιήσει εφαρμογές/προγράμματα για εξάσκηση στο σπίτι.

Στην Ερώτηση 4 ("Αισθάνονται άνετα με την τηλεϊατρική όταν θα επιστρέψουν στο σπίτι;"), μόνο το 17% των επιζώντων από εγκεφαλικό θα ένιωθε άνετα με την τηλεϊατρική όταν θα επιστρέψουν στο σπίτι, σε σύγκριση με το 65% της μη νευρολογικής ομάδας ελέγχου ($p = .001$, FET) και το 30% των ασθενών μετά την Covid-19.

Ενότητα	Επιζώντες ΑΕΕ	Ασθενείς με Covid-19	sig. +	Υγιής Πληθυσμός	sig.+ +
L-1	50	45	1.000	50	.779
L-2	33	50	.553	45	.258
L-3	93	95	1.000	90	1.000
L-4	30	50	.235	50	.235
L-5	13	15	.454	25	.868
E-1	70	45	.089*	35	.021*
E-2	53	70	.249	0	<.001**
E-3	20	10	.450	35	.327
E-4	47	60	.399	60	.399
E-5	63	85	.118	50	.393
E-6	53	60	.773	35	.254
A-1	43	85	.004**	100	<.001**

A-2	23	75	.001 **	100	<.001 **
A-3	57	85	.062 *	100	.001* *
A-4	90	95	.641	100	.265
A-5	70	95	.037 **	70	1.000
A-6	37	25	.538	70	.042* *
V-1	80	90	.450	75	.736
V-2	57	65	.769	70	.387
V-3	40	70	.048 **	45	.776
I-1	57	60	1.00 0	80	.129
I-2	57	85	.062 *	85	.062* *
I-3	37	50	.393	65	.082* *
I-4	20	50	.034 **	65	.003* *
I-5	30	50	.235	75	.003* *
N-1	80	85	.724	100	.069* *
N-2	77	90	.285	100	.033* *
N-3	63	100	.002 **	90	.050* *
N-4	80	100	.069 *	95	.219
G-1	97	90	.556	90	.556
G-2	57	45	.556	60	1.000
G-3	10	30	.130	65	<.001 **
G-4	17	30	.311	65	.001* *

Πίνακας 2. Η συχνότητα των θετικών απαντήσεων στις ερωτήσεις της λίστας εξιτηρίου LEAVING-ΦΕΥΓΟΝΤΑΣ.

Η επίδραση των δημογραφικών στοιχείων

Τα αποτελέσματα δεν παρέχουν επαρκή στοιχεία ότι τα δημογραφικά στοιχεία, δηλαδή το φύλο και η ηλικία, επηρεάζουν τις απαντήσεις των ασθενών, τουλάχιστον με συστηματικό τρόπο. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα στοιχεία με βάση το φύλο των ερωτηθέντων ($\chi^2(1, N = 30) = 0.1$ έως 2.7 , $p = .100$ έως $.961$). Όσον αφορά την ηλικία των ερωτηθέντων, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για επτά από τα στοιχεία μεταξύ των ασθενών που απάντησαν "ναι" και αυτών που απάντησαν "όχι". Το ενδιαφέρον – αλλά μάλλον αναμενόμενο – σημείο εδώ είναι ότι έξι από τις επτά περιπτώσεις, δηλαδή I-1, I-2, I-4, I-5, V-2 και G-4, σχετίζονται γενικά με τις Τεχνολογίες και Πληροφορική, με τις οποίες οι νεότεροι ερωτηθέντες φαίνεται να είναι πιο εξοικειωμένοι από τους μεγαλύτερους σε ηλικία (Πίνακας 3).

Ενότητα	Μέση Ηλικία των ασθενών		sig.
	Θετική Απάντηση	Αρνητική Απάντηση	
L-1	69.1	79.7	.022**
I-1	69.7	80.5	.011**
I-2	69.7	80.5	.011**
I-4	63.8	77.0	.009**
I-5	65.8	78.1	.011**
V-2	69.7	80.5	.011**
G-4	62.6	76.8	.010**

* Statistically significant difference at $\alpha=5\%$ ** Statistically significant difference at $\alpha=10\%$

Πίνακας 3. Μέση Ηλικία συμμετεχόντων σε σχέση με τα αποτελέσματα του Mann-Whitney-Wilcoxon sum-rank test για την επίδραση της ηλικίας των συμμετεχόντων στις απαντήσεις τους.

Στάθμιση του ερωτηματολογίου

Μια προκαταρκτική Εξερευνητική Παραγοντική Ανάλυση (Exploratory Factor Analysis - EFA) χρησιμοποιήθηκε στο πλαίσιο της επικύρωσης του ερωτηματολογίου, καθώς αυτός ο τύπος προσέγγισης είναι κατάλληλος για τη μελέτη της υποκείμενης δομής αυτού του συνόλου στοιχείων (ερωτήσεων) μέσω της ταυτοποίησης των αντίστοιχων υποκείμενων σχέσεων (συσχετίσεων) μεταξύ των στοιχείων

και στη συνέχεια – με βάση αυτό το μετρημένο αποτέλεσμα – επιβεβαιώνει (ή όχι) την εγκυρότητα της αρχικής θεωρητικής ομαδοποίησης των στοιχείων κάτω από διαφορετικές κλίμακες, με πρακτικό τρόπο, εξετάζοντας την αντιστοιχία των δύο ομαδοποιήσεων, δηλαδή της υποκείμενης ομαδοποίησης που αποκαλύπτεται από τα αντίστοιχα στατιστικά αποτελέσματα και αυτής που προτάθηκε αρχικά. Η EFA που διεξήχθη χρησιμοποίησε την Παραγοντική Ανάλυση Κύριων Αξόνων (Principal Axis Factoring) και Varimax ως μεθόδους εξαγωγής και περιστροφής, αντίστοιχα, καθώς και το τετραχοριόγραμμα (tetrachoric correlation matrix) για τους υπολογισμούς, δεδομένης της δυαδικής φύσης των εμπλεκόμενων μεταβλητών.

Το Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) παρείχε σημαντικά στοιχεία για την επάρκεια των δεδομένων για ανάλυση με τη μέθοδο EFA (KMO = .933). Το τεστ σφαιρικότητας του Bartlett (Bartlett's test of sphericity) έδειξε ότι οι μεταβλητές είναι επαρκώς συσχετισμένες για να χρησιμοποιηθεί και η προσέγγιση EFA ($\chi^2(528) = 166032.1, p < .001$). Όλες οι κοινοτικοί δείκτες (communalities) ήταν πάνω από .5, παρέχοντας μια εναλλακτική ένδειξη ότι κάθε στοιχείο μοιράζεται κάποια κοινή διακύμανση με άλλα στοιχεία.

Η EFA εφαρμόστηκε για την περίπτωση 7 παραγόντων, που είναι ο αρχικός αριθμός των ομάδων στοιχείων (ενοτήτων) που περιλαμβάνονταν στο ερωτηματολόγιο.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι για όλους τους επτά παράγοντες, οι αντίστοιχες τιμές SSL είναι μεγαλύτερες από 1, και ότι σχεδόν όλη η διακύμανση (93%) εξηγείται από αυτούς τους επτά παράγοντες.

Ο πρώτος παράγοντας φαίνεται να είναι ο πιο σημαντικός, με μερίδιο 37% στην εξήγηση της συνολικής διακύμανσης, ενώ οι άλλοι παράγοντες ακολουθούν με κάποια απόσταση.

Οι επόμενοι παράγοντες συνεισέφεραν τιμές με ίσες με 4.59 (F2), 4.31 (F3), 3.36 (F4), 3.04 (F5), 1.84 (F6) και 1.29 (F7), εξηγώντας αντίστοιχα το 14%, 13%, 10%, 9%, 6% και 4% της διακύμανσης. Η σωρευτική διακύμανση που εξηγούν αυτοί οι παράγοντες αυξήθηκε προοδευτικά, με τον F1 να εξηγεί μόνος του το 37%, τους δύο πρώτους παράγοντες μαζί να εξηγούν το 51% και όλους τους επτά παράγοντες συνολικά να εξηγούν το 93% της συνολικής διακύμανσης. Ο πρώτος παράγοντας αναδείχθηκε ως ο πιο σημαντικός, ενώ οι επόμενοι παράγοντες συνεισέφεραν λιγότερο στη συνολική μεταβλητότητα.

Οι factor loadings των 33 στοιχείων παρουσιάζονται στον Πίνακα 4. Τα περισσότερα από τα στοιχεία σχετίζονται με τον ίδιο παράγοντα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα στοιχεία σχετίζονται με δύο ή περισσότερους παράγοντες, ενώ επίσης πέντε παράγοντες σχετίζονται με 4 στοιχεία ή λιγότερα. Σε αυτό το πλαίσιο, η επιλογή για λιγότερους παράγοντες θα μπορούσε επίσης να εξεταστεί.

	Items	Content	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
Leaving	L-1	Is anything worrying the person (and family, if present) about going home or follow-up?	.80						
	L-2	Does the person believe they can manage ADLs?						.92	
	L-3	Is the person confident about their friendship/family networks and supports?						.46	
	L-4	Is the person anxious about COVID-19?				.91			
	L-5	Are there any other questions?				.88			

Information Technologies	I-4	Can the person access websites (such as AAA or Stroke Foundation) or useful apps?	.86						
	I-5	Does the person have assistance if the internet fails or there is a problem with the service?	.96						
Navigation	N-1	Could the person access their GP through phone or email?	.79						
	N-2	Could the person manage medications, get a prescription?	.54		.60	.48			
	N-3	Could the person manage NDIS or Centrelink services?			.80				
	N-4	Can the person keep up to date on changes with COVID-19?	.78	.47					
Goals	G-1	What does the person want to do when they get home?							
	G-2	What ongoing therapy or social care services do they want?	.85						
	G-3	Can they use home practice apps/programs while waiting?	.70		.47				.40
	G-4	Do they feel comfortable with telehealth delivery when they go home?	.90						

Πίνακας 4. Ανάλυση παραγόντων για τα 33 στοιχεία του ερωτηματολογίου

Αξιολόγηση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου

Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε χρησιμοποιώντας τον δείκτη Kuder και Richardson KR-20, ο οποίος είναι ένα κατάλληλο μέτρο για την αξιολόγηση της εσωτερικής συνέπειας ενός συνόλου διχοτομικών στοιχείων (μεταβλητών). Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου φαίνεται να υφίσταται. Υπάρχουν ομάδες στοιχείων με υψηλή βαθμολογία αξιοπιστίας, δηλαδή οι ομάδες "V", "I" και "B", ομάδες με μέτρια βαθμολογία, δηλαδή οι "E", "A" και "G", και μόνο η ομάδα "L" συνδέεται με σχετικά χαμηλό επίπεδο εσωτερικής συνέπειας.

Συζήτηση

Η αποτελεσματική προετοιμασία για το εξιτήριο από το νοσοκομείο μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο απαιτεί συνεργασία μεταξύ κλινικών και ασθενών. Σύγχρονες έρευνες έχουν δείξει ότι η ενεργή συμμετοχή των ασθενών

μπορεί να βελτιώσει σημαντικά διάφορες παραμέτρους, όπως την επανένταξη στην κοινότητα, την απόδοση στις καθημερινές δραστηριότητες και τις ικανότητες αντιμετώπισης προκλήσεων (Miller et al., 2019; Chen et al., 2021). Ωστόσο, οι υπάρχουσες πρακτικές εξιτηρίου συχνά επικεντρώνονται περισσότερο στις οργανωτικές ανάγκες παρά στις ατομικές ανάγκες των ασθενών. Σε αυτό το πλαίσιο, η μετάφραση και προσαρμογή της λίστας εξιτηρίου που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη μας αποτελεί το πρώτο βήμα για να κατανοήσουμε καλύτερα τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι Έλληνες ασθενείς μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο, όταν επιστρέφουν από την αποκατάσταση στο σπίτι.

Η συγκεκριμένη μελέτη είναι η πρώτη που αναδεικνύει τις προκλήσεις στη μετάβαση από την αποκατάσταση στο σπίτι για ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο στην Ελλάδα. Τα ευρήματά μας δείχνουν ότι οι ασθενείς αυτοί, ιδιαίτερα εκείνοι με δυσκολίες επικοινωνίας, λαμβάνουν λιγότερη

πληροφόρηση και μπορεί να είναι πιο εκτεθειμένοι σε κινδύνους συγκριτικά με άλλες ομάδες ασθενών. Αν και αρκετοί υποστηρίζονται από τις οικογένειές τους και τα άτυπα δίκτυα φροντίδας, η μελέτη μας αναδεικνύει τα σημεία όπου χρειάζονται βελτιώσεις στον σχεδιασμό της μετάβασης. Με τη χρήση απλών ερωτήσεων και λιστών ελέγχου, μπορούμε να εντοπίσουμε και να αντιμετωπίσουμε αυτά τα ζητήματα πιο αποτελεσματικά, ενσωματώνοντας παράλληλα τις εμπειρίες και τις απόψεις των ίδιων των ασθενών στη διαδικασία.

Τα ευρήματά μας αποκαλύπτουν κοινές ανησυχίες σχετικά με την επιστροφή στο σπίτι για όλους τους ασθενείς. Η αποτελεσματική επικοινωνία και συνεργασία, ιδίως στη φάση της αποκατάστασης μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο, είναι καίριας σημασίας. Η χρήση μιας λίστας εξιτηρίου μπορεί να λειτουργήσει ως υπενθύμιση προς τους επαγγελματίες υγείας να αφιερώνουν χρόνο για να ακούνε τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, προσφέροντας κατευθύνσεις και υποστήριξη για τις ανάγκες που θα προκύψουν όταν επιστρέψουν στο σπίτι. Αυτή η προσέγγιση προάγει τη συμπερίληψη των απόψεων των ασθενών στον σχεδιασμό της εξιτηρίου τους, επιτρέποντας στους επαγγελματίες να προσαρμόζουν τα πλάνα ανάλογα με τις ανάγκες κάθε ασθενούς.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι τα ευρήματά μας είναι προκαταρκτικά λόγω του περιορισμένου αριθμού συμμετεχόντων. Στο μέλλον, απαιτούνται μεγαλύτερες και πιο αντιπροσωπευτικές μελέτες για να επιβεβαιωθεί η χρησιμότητα της λίστας ελέγχου και να βελτιωθεί περαιτέρω η εμπειρία των ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο κατά τη μετάβασή τους στο σπίτι.

Βιβλιογραφία

- Arora, V. M., Prochaska, M. L., Farnan, J. M., D'Arcy, M. J., Schwanz, K. J., Vinci, L. M., Davis, A. M., Meltzer, D. O., & Johnson, J. K. (2010). Problems after discharge and understanding of communication with their primary care physicians among hospitalized seniors: A mixed methods study. *Journal of Hospital Medicine*, 5(7), 385–391. <https://doi.org/10.1002/jhm.668>
- Burns, N. and Grove, S.K. (2005) *The Practice of Nursing Research Conduct, Critique and Utilization*. 5th Edition, Elsevier Saunders, Missouri. - References - Scientific Research Publishing. (<https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers?ReferenceID=189502>)
- Burton, C., Horne, M., Woodward-Nutt, K., Bowen, A., & Tyrrell, P. J. (2014). What is rehabilitation potential? Development of a theoretical model through the accounts of healthcare professionals working in stroke rehabilitation services. *Disability and Rehabilitation*, 37(21), 1955–1960. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.991454>
- Chen, L., Xiao, L. D., Chamberlain, D., & Newman, P. (2021). Enablers and barriers in hospital-to-home transitional care for stroke survivors and caregivers: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(19–20), 2786–2807. <https://doi.org/10.1111/jocn.15807>
- Chokshi, D. A., & Chang, J. E. (2014). Preventing early readmissions. *JAMA*, 312(13), 1344. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.9473>
- Cott, C., Wiles, R., & Devitt, R. (2007). Continuity, transition and participation: Preparing clients for life in the community post-stroke. *Disability and Rehabilitation*, 29(20–21), 1566–1574. <https://doi.org/10.1080/09638280701618588>
- Gunawan, J., Marzilli, C., & Aunguroch, Y. (2021). Establishing appropriate sample size for developing and validating a questionnaire in nursing research. *Belitung Nursing Journal*, 7(5), 356–360. <https://doi.org/10.33546/bnj.1927>
- Hersh, D. (2009). How do people with aphasia view their discharge from therapy? *Aphasiology*, 23(3), 331–350. <https://doi.org/10.1080/02687030701764220>
- Hersh, D., & Armstrong, E. (2020). Information, communication, advocacy, and complaint: how the spouse of a man with aphasia managed his discharge from hospital. *Aphasiology*, 35(8), 1067–1083. <https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1765304>
- Hersh D, Worrall L, Banzski F, et al. (2020). AAA Discharge Planning LEAVING Checklist for People with Aphasia. <https://aphasia.org.au/wp-content/uploads/2023/10/LEAVING-Checklist-AAA.pdf>
- Integrated Health Services (IHS). (2017, May 15). Medication without harm. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017.6>
- Miller, K. K., Lin, S. H., & Neville, M. (2019). From Hospital to Home to Participation: A Position Paper on Transition Planning Poststroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation (Print)*, 100(6), 1162–1175. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.10.017>
- Nunes, H. J. M., & Queirós, P. J. P. (2017). Patient with stroke: hospital discharge planning, functionality and quality of life. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 70(2), 415–423. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0166>
- Penney, L., Nahid, M., Leykum, L. K., Lanham, H. J., Noël, P. H., Finley, E. P., & Pugh, J. A. (2018). Interventions to reduce readmissions: can complex adaptive system theory explain the heterogeneity in effectiveness? A systematic review. *BMC Health Services Research (Online)*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3712-7>
- Rose, T., Wallace, S., & Leow, S. (2019). Family members' experiences and preferences for receiving aphasia information during early phases in the continuum of care. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 21(5), 470–482. <https://doi.org/10.1080/17549507.2019.1651396>
- Vidal, K. (2014). Listening to Patients Changes Clinicians 'Perspectives and Improves Care. *Creative Nursing*, 20(2), 122-126.
- Wood, J. B., Connelly, D. M., & Maly, M. R. (2010). 'Getting back to real living': a qualitative study of the process of community reintegration after stroke. *Clinical Rehabilitation*, 24(11), 1045–1056. <https://doi.org/10.1177/0269215510375901>
- WSO Global Stroke Fact Sheet 2022. (n.d.). World Stroke Organization. <https://www.world-stroke.org/news-and-blog/news/wso-global-stroke-fact-sheet-2022>.