



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**AFAZİ ETKİ ÖLÇEĞİ- 21: TÜRKÇEYE UYARLAMA,
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

ESRA YAŞAR

DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi NAZMİYE EVRA GÜNHAN ŞENOL

İSTANBUL – 2019

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Dil ve Konuşma Terapisi
Tez Sahibi : Esra YAŞAR
Tez Başlığı : Afazi Etki Ölçeği-21: Türkçeye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Kampüsü
Sınav Tarihi : 06/01/2020

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Kurumu

İmza

Dr.Öğr.Üye.Nazmiye Evra GÜNHAN İstanbul Medipol Üniversitesi
ŞENOL

Sınav Jüri Üyeleri

Dr.Öğr.Üye.Talat BULUT İstanbul Medipol Üniversitesi
Prof. Dr.İlknur MAVİŞ Anadolu Üniversitesi



Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 07/01/2020 tarih ve 2020/01/08 sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü V.



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.


Esra YAŞAR

İTHAF

Sevgili annem, babam ve kardeşlerime ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca katkılarıyla beni yönlendiren kıymetli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi N. Evra GÜNHAN ŞENOL'a,

Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü duayen hocalarımızdan olan ve öğrencisi olmaktan gurur duyduğum İstanbul Medipol Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölüm Başkanı değerli hocam Prof. Dr. Seyhun TOPBAŞ'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca üzerimde büyük emekleri olan İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi bölümü öğretim üyeleri değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Özlem ÜNAL LOGACEV'e, Dr. Öğr. Üyesi R. Sertan ÖZDEMİR'e ve Dr. Öğr. Üyesi Talat BULUT'a,

Tez jürime katılmayı kabul eden Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölüm Başkanı çok değerli hocam Prof. Dr. İlknur MAVİŞ'e, veri toplama sürecimde çok değerli katkılar sunan saygıdeğer hocam Doç.Dr. Bülent TOĞRAM'a ve desteklerini esirgemeyen tüm Anadolu Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi bölümü hocalarıma,

Çalışma sürecimde gösterdiği anlayış ve desteklerinden dolayı Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı, Dil ve Konuşma Terapisi Bölüm Başkanı çok değerli hocam Prof. Dr. Sultan TAŞÇI'ya,

Çalışmanın her aşamasında ne zaman başım sıkışsa kapıları açık olan, bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen Erciyes Üniversitesi Biyoistatistik bölümü öğretim üyeleri değerli hocalarım Prof.Dr. Ahmet ÖZTÜRK'e, Doç.Dr. Gökmen ZARARSIZ'a ve kısıtlı zamanına rağmen tezimin istatistiksel analizlerinde yardımcı olan, güler yüzü ile süreç içerisindeki en büyük desteklerimden biri olan Öğr. Gör. Gözde ERTÜRK ZARARSIZ'a,

Değerli zamanlarını esirgemeyerek yardımcı olan İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Biyoistatistik Bölümü öğretim üyesi kıymetli hocam Doç.Dr. Ferhan ELMALI ile Erciyes Üniversitesi Eğitim Fakültesi öğretim elemanı değerli hocam Arş. Gör. Esra KIZILAY'a,

Bu çalışmanın belli aşamalarında yer alıp bana ve alana katkı sağlayan hocalarıma, arkadaşlarıma ve tüm katılımcılara,

Çalışmada veri toplamam için izin veren kurum ve hastaneler ile birim sorumlularına, yardım ve desteklerini esirgemeyen sevgili arkadaşlarım Hatice Feyza KONCA'ya, Şeyma Şebnem KELEŞ'e, Mehmet KÖKSAL'a,

Yüksek lisansın bana kazandırdığı, benim için çok ayrı yeri olan ve çalışmanın hiçbir aşamasında desteğini esirgemeyen çok değerli arkadaşlarım Namık Yücel BİROL'a, Kübra Nur ŞİMŞEK'e ve Burak ALDİŞ'e,

İş arkadaşı olmaktan öte moral kaynağım olan Aslı ONUR, Fatma GÜL, Yağmur YAŞAR FIRAT'a,

Sadece bu çalışma sürecinde değil en sıkıntılı zamanlarımda yanımda olan ve hep yanımda olmalarını ümit ettiğim Yekta GÜNDÜZ'e, Beste MELEK KUMAK'a, Burçin KAÇAN'a,

Son olarak, her koşulda yanımda olan, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, bugünlerimi ve yarınlarımı borçlu olduğum sevgili aileme

SONSUZ TEŞEKKÜR EDERİM...

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

TEZ ONAYI	i
BEYAN	ii
İTHAF	iii
TEŞEKKÜR	iv
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	x
TABLO, RESİM VE ŞEKİL LİSTESİ	xii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Beyin Anatomisi	6
4.1.1. Genel bilgiler.....	6
4.1.2. Beyin hemisferleri ve fonksiyonları.....	6
4.2. İnme.....	7
4.2.1. Tanım	7
4.2.2. Epidemiyoloji.....	8
4.2.3. Risk faktörleri.....	9
4.2.4. İnme belirtileri.....	10
4.2.5. Patogenez	10
4.2.5.1. İskemik inme.....	11
4.2.5.2. Hemorajik inme.....	12
4.2.6. İnme sonrası klinik bulgular.....	12
4.3. Afazi.....	13
4.3.1. Tanım	13

4.3.2. Patofizyoloji	13
4.3.3. Afazi tipleri	14
4.3.3.1. Akıcı afaziler	15
4.3.3.1.1. Wernicke afazisi.....	15
4.3.3.1.2. İletim afazisi.....	15
4.3.3.1.3. Transkortikal duyusal afazi	16
4.3.3.1.4. Anomik afazi.....	16
4.3.3.2. Tutuk afaziler	16
4.3.3.2.1. Broca afazisi.....	16
4.3.3.2.2. Transkortikal mixt afazi	17
4.3.3.2.3. Transkortikal motor afazi	17
4.3.3.2.4. Global afazi	18
4.3.3.3. Diğer afazi türleri	18
4.3.3.3.1. Çapraz afazi (Cross Aphasia).....	18
4.3.3.3.2. Subkortikal afazi	19
4.3.3.3.3. Primer progresif afazi.....	19
4.3.4. Afazinin etkileri	20
4.3.5. Afaziye klinik bakış	20
4.4. Yaşam Kalitesi ve Yaygın Kullanılan Yaşam Kalitesi Ölçekleri	22
4.4.1. Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D)	24
4.4.2. Kısa Form-36 (SF-36)	24
4.4.3. Nottingham Sağlık Profili (NHP).....	25
4.5. Afazide Yaşam Kalitesi ve Yaygın Kullanılan Yaşam Kalitesi Ölçekleri.....	25
4.5.1. İnme İçin Uyarlanmış Hastalık Etki Profili (SA-SIP 30).....	27
4.5.2. İnme Etki Ölçeği 3.0. (SIS).....	28

4.5.3. İnme Spesifik Yaşam Kalitesi Ölçeği (SSQOL).....	28
4.5.4. ASHA İletişim Yaşamı Kalitesi Ölçeği (QCL).....	29
4.5.5. İletişim Bozukluğu Profili (CDP)	29
4.5.6. İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi-39 Ölçeği (SAQOL-39)	30
4.5.7. Afazi Etki Ölçeği-21 (AIQ-21)	31
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	34
5.1. Araştırmanın Yöntemsel Modeli.....	34
5.2. Araştırmanın Katılımcıları	34
5.2.1. Katılımcıların dahil edilme kriterleri	34
5.2.2. Katılımcıların genel bilgileri	35
5.3. Veri Toplama Ortamı	38
5.4. Veri Toplama Araçları	38
5.4.1. Afazi Etki Ölçeği-21 (AIQ-21)	38
5.4.1.1. Ölçek maddelerinin yanıtlanma biçimleri	39
5.4.1.2. Ölçeğin puanlanması.....	40
5.4.2. İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi-39 (SAQOL-39) Ölçeği.....	42
5.4.2.1. Ölçek maddelerinin yanıtlanma biçimleri	42
5.4.2.2. Ölçeğin puanlanması.....	43
5.5. AIQ-21 Uyarlama ve Geçerlik, Güvenirlik Süreci.....	44
5.5.1. Afazi Etki Ölçeği-21'in (AIQ-21) Türkçeye uyarlanması.....	44
5.5.2. AIQ-21 ölçeği pilot çalışması.....	46
5.5.3. Ölçeğin uygulanması, verilerin toplanması ve çözümlenmesi.....	46
5.5.4. AIQ-21' in geçerlik ve güvenirlik çalışması.....	48
5.5.4.1. AIQ-21'in geçerlik çalışması	48

5.5.4.2. AIQ-21'in güvenirlik alışması.....	51
5.6. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	52
6. BULGULAR.....	53
7. TARTIşMA	79
8. SONUÇ	91
9. KAYNAKLAR.....	92
10. EKLER.....	103
11. ETİK KURUL ONAYI	155
12. ÖZGEÇMİş.....	158

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ADD	: Afazi Dil Değerlendirme Testi
AIQ-21	: Aphasia Impact Questionnaire-21 (Afazi Etki Ölçeği-21)
ASHA	: American Speech-Language-Hearing Association
ASHA QCL	: ASHA Quality of Communication Life
BOSS	: The Burden of Stroke Scale
CAT	: Comprehensive Aphasia Test (Kapsamlı Afazi Testi)
CCRSA	: Psychometric Properties of the Communication Confidence Rating Scale for Aphasia
CDP	: Communication Disability Profile (İletişim Bozukluğu Profili)
DQ	: Disability Questionnaire
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EQ-5D	: EuroQol Quality of Life Scale (Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği)
FAST	: The Frenchay Aphasia Screening Test
fMRI	: Functional Magnetic Resonance Imaging
ICF	: International Classification of Functioning (Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması)
LPPA	: Life Participation Approach to Aphasia
MAST	: The Mississippi Aphasia Screening Test

MCA	: Medial Cerebral Artery (Orta Serebral Arter)
NHP	: Nottingham Health Profile (Nottingham Sağlık Profili)
SAQOL-39	: Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi-39 Ölçeği)
SA-SIP 30	: Stroke Adapted Sickness Impact Profile (İnme İçin Uyarlanmış Hastalık Etki Profili)
SF-36	: Medical Outcomes Study Short Form-36 (Kısa Form-36)
SIS	: Stroke Impact Scale (İnme Etki Ölçeği)
SSQOL	: Stroke Specific Quality of Life Scale (İnme Spesifik Yaşam Kalitesi Ölçeği)

TABLO, RESİM VE ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 4.1.2.1: Beynin sağ ve sol hemisferlerinin kontrolünde olan fonksiyonlar.....	6
Tablo 4.2.3.1: İnme risk faktörleri.....	9
Tablo 4.4.1: Yaşam kalitesi değerlendirmesinde yaygın olarak kullanılan bazı test ve ölçekler.....	23
Tablo 5.2.2.1: Katılımcıların cinsiyet dağılım yüzdeleri.....	36
Tablo 5.2.2.2: Katılımcıların yaş, cinsiyet, inme üzerinden geçen süre ve afazi tipi dağılımları	36
Tablo 5.2.2.3: Katılımcıların yaş ve inme üzerinden geçen süre ortalamaları	37
Tablo 5.4.1.2.1: AIQ-21 ölçeği alt alanların ve ölçek genelinin puanlanması.....	41
Tablo 5.4.1.2.2: AIQ-21 uygulama sonucunda elde edilecek puan türleri	41
Tablo 5.4.2.2.1: SAQOL-39 ölçeği alt alanların ve ölçek genelinin puanlanması...	43
Tablo 5.4.2.2.2: SAQOL-39 ölçeği uygulama sonucunda elde edilecek puan türleri.....	44
Tablo 5.5.1.1: Ölçek uyarılama aşamaları.....	45
Tablo 5.5.4.2.1: Cronbach Alfa değerlerine göre güvenilirlik analizi kararları.....	52
Tablo 6.1: Pilot çalışma katılımcılarının yaş ortalamaları ile cinsiyet dağılımları...	53
Tablo 6.2: Pilot çalışma sonuçlarına göre örneklem tahmini.....	53
Tablo 6.1.1: Afazili katılımcıların AIQ-21 ölçeğinde elde ettikleri puanların incelenmesi.....	54
Tablo 6.1.2: Afazili katılımcıların AIQ-21 ölçek alt alan ortalamaları, alınan min-maks değerler ile standart sapma değerleri.....	55
Tablo 6.1.3: Sağlıklı katılımcıların AIQ-21 ölçeğinde elde ettikleri puanların incelenmesi.....	55

Tablo 6.1.4: Sağlıklı katılımcıların AIQ-21 ölçek alt alan ortalamaları, alınan min-maks değerler ile standart sapma değerleri.....	56
Tablo 6.2.1.1: Sağlıklı ve afazili grup katılımcıların AIQ-21 ölçek alt alan puanları, ölçek toplam puanları açısından farklılıklarının incelenmesi.....	57
Tablo 6.2.1.2: Uç %27'lik grupların AIQ-21 ölçeği puan farklılıklarının incelenmesi.....	59
Tablo 6.2.1.3: Afazili katılımcılar için AIQ-21 ölçek toplam puanı ile alt alan puanlarının korelasyonu.....	60
Tablo 6.2.1.4: Sağlıklı katılımcılar için AIQ-21 ölçek toplam puanı ile alt alan puanlarının korelasyonu.....	61
Tablo 6.2.1.5: Afazili katılımcılar için AIQ-21 ölçeği alt alanlar arası korelasyon değerleri.....	61
Tablo 6.2.1.6: Sağlıklı katılımcılar için AIQ-21 ölçeği alt alanlar arası korelasyon değerleri.....	62
Tablo 6.2.1.7: AIQ-21'in faktörlerinin Eigen değerleri ve varyans yüzdeleri.....	63
Tablo 6.2.1.8: AIQ-21' in rotasyon sonrası faktör analizi sonuçları.....	64
Tablo 6.2.1.9: AIQ-21 ölçek faktörlerine göre Cronbach Alfa değerleri.....	65
Tablo 6.2.2.1: Sağlıklı ve afazili grup katılımcıların AIQ-21 ve SAQOL-39 ölçeği alt alanları ile ölçek toplam puanları arasındaki farklılıklarının incelenmesi.....	66
Tablo 6.2.2.2: Her iki grupta AIQ-21 ve SAQOL-39 ölçeklerinin karşılaştırılabilir alt alanlarının korelasyonları.....	67
Tablo 6.2.2.3: Afazili ve sağlıklı bireylerin AIQ-21 ölçek alt alanları ile ölçek toplam puan korelasyonları.....	69
Tablo 6.2.3.1: Pilot çalışma grubunun orijinal ve uyarlanmış AIQ-21 ölçeklerine verdikleri yanıtların korelasyonu.....	69

Tablo 6.2.4.1: Pilot çalışma uygulamasındaki bireylerin AIQ-21 ölçek alt alanları ile ölçek genelinde ortalama ve standart sapma değerleri.....	71
Tablo 6.3.2.1: AIQ-21 iletişim alt alan maddeleri için madde-toplam puan korelasyon katsayıları ortalaması.....	72
Tablo 6.3.2.2: AIQ-21 iletişim alt alanı maddeler silindiğinde yeni Cronbach Alfa değerleri.....	73
Tablo 6.3.2.3: AIQ-21 katılım alt alan maddeleri için madde-toplam puan korelasyon katsayıları ortalaması.....	73
Tablo 6.3.2.4: AIQ-21 katılım alt alanı maddeler silindiğinde yeni Cronbach Alfa değerleri.....	74
Tablo 6.3.2.5: AIQ-21 duygusal durum alt alan maddeleri için madde-toplam puan korelasyon katsayıları ortalaması.....	74
Tablo 6.3.2.6: AIQ-21 duygusal durum alt alanı maddeler silindiğinde yeni Cronbach Alfa değerleri.....	75
Tablo 6.3.2.7: AIQ-21 alt alanların madde-toplam puan korelasyon katsayılarının ortalama değerleri.....	75
Tablo 6.3.2.8: AIQ-21 iletişim alt alan için maddeler arası korelasyon analizi sonuçları.....	76
Tablo 6.3.2.9: AIQ-21 katılım alt alan için maddeler arası korelasyon analizi sonuçları.....	76
Tablo 6.3.2.10: AIQ-21 duygusal durum alt alan için maddeler arası korelasyon analizi sonuçları.....	77
Tablo 6.3.2.11: AIQ-21 ölçeği alt alan ve ölçeğin tamamı için Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı değerleri.....	78
Resim 4.3.3.1. Afazi tipleri.....	14

1. ÖZET

AFAZİ ETKİ ÖLÇEĞİ-21: TÜRKÇEYE UYARLAMA, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Afazi Etki Ölçeği-21 (AIQ-21), İngiltere’de afazili bireylerde rutin olarak kullanılan, bireyin kendi perspektifinden yaşam kalitesini ölçmeye yarayan bir araçtır. Bu çalışmada, Swinburn ve diğerleri (2018) tarafından geliştirilen AIQ-21’in Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını gerçekleştirmek amaçlanmıştır. Ölçeğin dilbilimsel uyarlaması tamamlandıktan sonra geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarına 43 afazili, 61 sağlıklı katılımcı dahil edilmiştir. Ölçek uygulaması yüz yüze görüşme ile yapılmıştır. Verilerin istatistiksel analizi için IBM SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. İstatistiksel analiz için Shapiro-Wilk normallik testi, bağımsız gruplarda T test, Mann Whitney U Testi, Spearman korelasyon katsayısı ve faktör analizi yöntemleri kullanılmıştır. Analizler sonucunda, yaşam kalitesi açısından afazili grubun sağlıklı katılımcılara kıyasla ölçek alt alan puanları da dahil ölçek genelinde daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu ($p<0.001$), geçerlik analizi sonucunda ölçeğin yapı, içerik, yüzey ve ölçüt geçerliğinin karşılandığı, güvenilirlik analizi sonucunda ölçeğin mükemmel derecede güvenilirlik katsayısının olduğu ($\alpha=0.91$) ve faktör analizi sonucunda ölçeğin 5 faktörden oluştuğu saptanmıştır. Afazi Etki Ölçeği-21’in Türkçe konuşan afazili bireyler için yüksek derecede geçerli ve güvenilir bir araç olduğu doğrulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Afazi, Afazi Etki Ölçeği-21, geçerlik ve güvenilirlik, inme, yaşam kalitesi

2. ABSTRACT

ADAPTATION OF THE APHASIA IMPACT QUESTIONNAIRE-21 INTO TURKISH: RELIABILITY AND VALIDITY STUDY

The Aphasia Impact Scale-21 (AIQ-21) is a tool routinely used in individuals with aphasia in the UK to measure the quality of life from an individual's own perspective. The aim of this study is to adapt the scale, developed by Swinburn et.al. (2018) into Turkish and conduct reliability- validity studies on this tool. After the linguistic adaptation of the scale was completed, 43 people with aphasia and 61 healthy participants were included in the validity and reliability studies. The scale was applied through face to face interviews. IBM SPSS 22.0 program was used for the statistical analysis of the data. For statistical analysis, Shapiro-Wilk normality test, independent samples T test, Mann Whitney U Test, Spearman correlation coefficient and factor analysis methods were used. The results indicated that compared to the healthy participants, the aphasia group reported having lower quality of life in all subsections and the overall of the scale ($p < 0.001$). The result of validity analysis show that the criteria for the structure validity, content validity, surface validity and criterion validity for the scale were met. The reliability analysis indicates that the scale has a reliability coefficient of $\alpha = 0.91$. The factor analysis revealed that the scale consisted of 5 factors. The Aphasia Impact Questionnaire-21 was found to be a highly reliable and valid aphasia instrument for Turkish speaking individuals with aphasia.

Key Words: Aphasia, Aphasia Impact Questionnaire-21, quality of life, reliability and validity, stroke

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik hastalıklar sağlığı beden, ruhen ve sosyal yönlerden farklı seviyelerde etkileyebilir. Hastalıkların sonuçları bozukluk (impairment), yetersizlik (disabilities) ve engellilik (handikap) şeklinde uluslararası bir sınıflama ile sistematik olarak tanımlanabilir (Chen et al., 2006; World Health Organization, 1980). Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre engellilik, bu seviyelerin en geniş kapsamlısı olup sosyal ve kültürel çevre gibi bağlamsal faktörler, aktiviteler, sağlık şartları gibi niteliklerle beraber şekillenir (Üstün, 1999).

Bireyi bu kapsamlarda etkileyen tablolardan biri de afazidir. Beyindeki konuşma merkezlerindeki bir hasar sonucu meydana gelen afazi, konuşma, anlama, adlandırma, tekrarlama, okuma veya yazma gibi becerilerin kısmen ya da tamamen kaybıdır (Korkmaz, 2008).

Sendrom olarak kabul edilen afazi; işitsel anlama, ifade edici dil, okuma ve yazma gibi alanları etkileyen bir bozukluk olsa da afazili birey bilişsel işleme (işitsel-sözel kısa dönem bellek ve dikkat gibi) alanında da problemler yaşayabileceği için güçlükler sadece dil alanı ile sınırlı kalmayabilir (McNeil & Pratt, 2001). Afazi, bireyin kimliğini, profesyonel ve sosyal kişiliğini de etkilediğinden dolayı dil ve iletişimin ötesinde bir sorundur (Servaes, Draper, Conroy, & Bowring, 1999).

Bireyin yaşam kalitesinin belirlenmesinde temel faktörlerden biri bireyin kişisel özellikleri (kişiliği, sorunlarıyla başa çıkma yolları, inançları, emosyonel durumu) diğeri ise sosyokültürel durumudur (toplum, çevre, kaynaklar, iş). Sağlık ise hem kişisel hem sosyokültürel durumla etkileşerek bireyin yaşam kalitesi üzerinde belirleyici rol oynamaktadır (Yalın, 2011).

“Life Participation Approach to Aphasia (LPAA)” [Afazide Hayata Katılım Yaklaşımı] gibi Sağlıkın Uluslararası Sınıflandırılmasında (ICF) bulunan engellilik tanımını temel alan ve bireyin çevresinden kaynaklanan kısıtlılıkları en az seviyeye

indirgemeyi, böylece hayata katılımını en üst seviyeye çıkarmayı amaçlayan yaklaşımlara daha sık rastlanmaya başlanmıştır (Chapey et al., 2000; Simmons Mackie & Kagan, 2007; Williamson, Richman, & Redmond, 2011).

Ayrıca literatürde bu yaklaşımı temel alan ve afazili bireylerin değerlendirilmesinde öz raporlama (self-report) imkanı veren ölçeklere de rastlanmaktadır. Cherney ve diğerlerinin geliştirdiği “Psychometric Properties of the Communication Confidence Rating Scale for Aphasia-CCRSA”, Swinburn ve diğerlerinin geliştirdiği “Communication Disability Profile-CDP”, Hilari ve diğerlerinin geliştirdiği “İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi-39” adıyla Türkçeleştirilmiş olan “Stroke and Aphasia Quality of Life Scale 39-SAQOL-39” bu araçlardan birkaçıdır (Cherney, Babbitt, Semik, & Heinemann, 2011; Chue, Rose, & Swinburn, 2010; Hilari, Byng, Lamping, & Smith, 2003; Noyan, 2013).

Ani biçimde ortaya çıkan ve çoğu zaman kalıcı olan afazi, bireyin ve yakınlarının hayatını büyük ölçüde değiştirmektedir (Canlı & Toğram, 2018). İlgili literatürde afazi nöroloji açısından tanımlansa da, bireyin sosyal ve kişisel yönlerini görmezden gelmememiz gerektiği savunulmaktadır (Parr, Byng, & Gilpin, 1997). Günümüzde bu etmenler göz önüne alınarak afazili bireylere sunulan sağaltıcı hizmetlere yönelik bir değişim gerçekleşmektedir (Chapey et al., 2000).

Halihazırda ülkemizde kullanılan afazi değerlendirme araçlarına bakıldığında ise bu amaçlarla afazili bireyin ve yakınlarının perspektiflerini değerlendirmek üzere uyarlanmış veya geliştirilmiş sınırlı sayıda araç bulunmaktadır. Noyan ve Toğram’ın 2013 yılında Türkçeye uyarlama ile geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını yaptığı “İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi-39 (SAQOL-39)” ölçeği Türkçede karşılaştığımız nadir örneklerden biridir (Noyan, 2013). Pek çok araç ise klinisyenin, ailenin, çevrenin bakış açısı gibi birçok perspektifi içerse bile bu değerlendirme raporlarının hasta raporları ile bazen uyuşmadığı gözlemlenebilir. Bunun nedeni değerlendirme araçlarının afazili bireyi sürece dahil etmeyip onun hakkında bilgi almak için başka bireyleri kullanmış olması olarak görülebilir. Ancak süreç içindeki değişimi deneyimleyen kişi afazili birey olduğu için kişinin görüşlerinin değerlendirme araçları ile kayıt altına alınması önemlidir (Kagan et al., 2008).

Bu çalışmada kullanılan Afazi Etki Ölçeği (Aphasia Impact Questionnaire-AIQ-21), İngiltere’de afazi değerlendirmelerinde rutin olarak kullanılan “Comprehensive Aphasia Test” (CAT) adlı ölçeğe eşlik eden “afazi dostu” bir öz raporlama aracıdır (Green et al., 2011; Swinburn et al., 2019). Bu araç afazili bireyin görüşlerini ve deneyimlerini ifade etmesini sağlayan, yaşadığı duruma ilişkin bakış açısını sorgulayan bir ölçektir. Bu yönleriyle de değerlendirmede yer alması gerekmektedir (Benson, Benson, & Ardila, 1996; Shadden, 2005; Simmons-Mackie, 2001). Söz konusu ölçek, afazide iletişim, katılım ve ruhsal durumu inceleyen resim temelli, öznel bir öz rapor ölçeğidir. Bireyin değerlendirme sürecine katılımını mümkün olduğunca arttırmayı hedefleyen afazi dostu bu ölçeğin görsel olarak tasarlanması karmaşık sözel yapıları anlama gücünü çeken bireylere, kendi durumlarını raporlama konusunda yardımcı olma amacı taşımaktadır (Swinburn et al., 2019).

Bu çalışmanın amacı Afazi Etki Ölçeği- 21’in (Aphasia Impact Questionnaire-21) Türkçeye uyarlanması, afazi tanısı almış bireylerde geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesidir. Adapte edilecek ölçek, klinik uygulamalarda kullanılarak terapi planı oluşturma ve afazili bireylerin sürece katkısını artırma konusunda geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracı olarak önemli bir rol oynayacaktır.

Bu amaca ulaşmak için aşağıda yer alan araştırma sorularına yanıt aranacaktır:

- Afazi Etki Ölçeği- 21’in (Aphasia Impact Questionnaire-21) Türkçe uyarlamasının, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında katılımcıların ölçek toplam puanlarının ve alt bölüm puanlarının ortalamaları nasıldır?
- Afazi Etki Ölçeği- 21’in (Aphasia Impact Questionnaire-21) Türkçe uyarlamasının geçerlik çalışması analizlerinin bulguları nasıldır?
- Afazi Etki Ölçeği- 21’in (Aphasia Impact Questionnaire-21) Türkçe uyarlamasının güvenilirlik çalışması analizlerinin bulguları nasıldır?

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Beyin Anatomisi

4.1.1. Genel bilgiler

Beyin denilince akla ilk olarak düşünme, bellek, bilinç gibi fonksiyonlar gelse de beynin görevleri bunlarla sınırlı değildir. Çevremizdeki ve vücudumuzdaki birçok uyaran, ilgili reseptörler tarafından alınarak sinir impulsları şeklinde beyne iletilir (Arıncı & Elhan, 2001; Ozan, 2004).

4.1.2. Beyin hemisferleri ve fonksiyonları

Literatürde sağ ve sol hemisferlerin belirli fonksiyonlarda baskın görev aldıkları belirtilmektedir. Bu işlevler aşağıdaki şekilde gruplanmıştır:

Tablo 4.1.2.1.: Beynin sağ ve sol hemisferlerinin kontrolünde olan fonksiyonlar (Tanrıdağ, 1995)

Beynin Sol Yarıısı	Beynin Sağ Yarıısı
<ul style="list-style-type: none">Sözel Yetenek	<ul style="list-style-type: none">Görsel-Uzamsal Dikkat
<ul style="list-style-type: none">Dilbilgisi	<ul style="list-style-type: none">Müzik- Mizah
<ul style="list-style-type: none">Sözcüksel Bellek	<ul style="list-style-type: none">Dikkat
<ul style="list-style-type: none">Hesaplama ve Motor Beceri (Praksis)	<ul style="list-style-type: none">Farklı Duyguların Ortaya Konması
<ul style="list-style-type: none">Soyutlama	<ul style="list-style-type: none">Görsel Bellek ve Algılama
<ul style="list-style-type: none">Matematik	

Ayrıca halen yaygın kabul gören klasik yaklaşıma göre, insanlarda lisanın beyindeki organizasyonu ve sorumlu olan beyin bölgeleri aşağıdaki şekilde açıklanabilir:

Duyarak anlama sol hemisfer posterior temporal lobda (Brodmann Bölgesi, Wernicke alanı), motor konuşma ise sol hemisfer posterior frontal lobda (44-45. alan,

Broca alanı) meydana gelmektedir. Bu bölgeler, doğru sözcükleri düşünme, anlaşılır seslerin çıkarılması için gerekli olan kas kontraksiyonlarının sırasını programlama, koordine etme ve sözcükleri anlamlı cümleler haline dönüştürme görevini üstlenmiştir (Öktem, 1991; Tanrıdağ, 1995; Waxman, 2002).

Konuşma ve söyleneni tekrarlama fonksiyonu Wernicke alanında öğrenilen mesajların arkuat fasikulus (Broca ve Wernicke alanlarını birbirine bağlayan asosiasyon bölümü) aracılığı ile Broca alanına aktarılması ile gerçekleşmektedir. Arkuat fasikulus aynı zamanda tekrarlama da sorumlu bir bölgedir. Görsel algılama fonksiyonu ise her iki hemisferin görsel korteksleri tarafından yapılmakta olup sol hemisferde posterior inferior parietal alanda bulunan angular girus (39. alan) aracılığı ve Wernicke alanında gerçekleşen duyarak anlama fonksiyonu ile birleştirilerek oluşmaktadır (Öktem, 1991; Tanrıdağ, 1995; Waxman, 2002).

Okuma ve yazma fonksiyonu için ise angular girus ve kısmen supra marginal girus önemli görevler üstlenmekte ve her iki oksipital lobdan gelen görsel uyarılar ile işitsel uyarıların entegrasyonu da angular girusta sağlanmaktadır (Öktem, 1991; Tanrıdağ, 1995; Waxman, 2002). Ayrıca özellikle son yıllardaki fMRI çalışmalarında okuma ile ilişkilendirilen bölgelerin oksipito-temporal lob ve fusiform girus bölgelerinin olduğu belirtilmektedir (McCandliss, Cohen, & Dehaene, 2003).

4.2. İnme

4.2.1. Tanım

Dünya Sağlık Örgütüne göre inme, vasküler nedenler dışında görünür bir neden olmaksızın fokal serebral fonksiyon kaybına ait belirti ve bulguların hızla yerleşmesi ile karakterizedir (World Health Organization, 1978). İnme, ani gelişen bir klinik sendrom olup semptomlar 24 saatten uzun sürebilir ve ölümle sonuçlanabilir (Er, 1998; Sudlow & Warlow, 1996).

Beyni besleyen arterlerin tıkanma ya da kanama gibi nedenlerle kan akımını kalpten beyne iletememesi ve bunun sonucunda beyin dokusunun nekroza uğraması ile inme geçiren kişide, dakikada ortalama 2 milyon hücre ölümü gerçekleşir. Süre uzadıkça beyindeki hasar geri dönüşü olmayan bir hal alır (Balkan, 2009; Cohen, 1999).

4.2.2. Epidemiyoloji

İnme, dünyada koroner kalp hastalığı ve tüm kanserlerin ardından üçüncü sırada gelen ölüm nedenidir. Bu sebeple popülasyonlarda sosyoekonomik önemi giderek artan bir sendromdur. Son 15 yılda risk faktörlerinin kontrolü sayesinde elde edilen gelişmeler inme insidansını %30, buna bağlı ölüm oranını da %14 azaltmış olmasına rağmen inme halen erişkinlerde özürlülüğe sebep olan en önemli faktördür (Feigin, Lawes, Bennett, & Anderson, 2003; Utku, 2007). 2020’li yıllarda, inme ve koroner arter hastalıklarının sağlığı bozan en önemli nedenler olacağı öngörülmektedir (Kumral, 2004).

Ülkemizde inmenin prevalansı ve insidansına dair sağlıklı veriler bulunmamaktadır. Ancak Türkiye nüfusunun 69 milyon olduğu 2004 yılında Dr. Kumral ve diğerleri, toplam 1.2 milyon inme hastası olduğunu ve bunların 152 bin kadarının yeni inme vakası olduğunu belirtmişlerdir (Kumral, 2004). Türkiye her yıl yaklaşık 125.000 civarı inme geçiren yeni vaka sayısı ile frekans açısından, Avrupa ülkeleri arasında 2.sıradadır. 1.sırada ise Almanya yer almaktadır (Özdemir, 2000).

İnme geçirenlerin yaklaşık %60-65’ inin, kalıcı bir fiziksel özürlülük tanısı aldığı, yaşayanların üçte birinin günlük işlerinde bağımlı bir hayat sürdüğü, ayrıca %20’ si erken dönemde olmak üzere %30’ unun bir yıl içerisinde hayatını kaybettiği tespit edilmiştir (Feigin et al., 2003; Kumral, 2004; Öztürk, 2009; Topbaş & Yavaş, 2010).

4.2.3. Risk faktörleri

Tablo 4.2.3.1.: İnme risk faktörleri (American Stroke Association, 2019)

Değiştirilebilen Risk Faktörleri	Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	İlişkili Olabilecek Faktörler
Hipertansiyon	Yaş	Alkol Kullanımı
Diabetes Mellitus	Cinsiyet	Madde Bağımlılığı
Kalp Hastalıkları	İrk	Uyku Düzensizliği
Sigara	Aile Öyküsü	Sosyoekonomik Faktörler
Beslenme Alışkanlıkları ve Obezite	Önceden geçirilen inme, TIA, kalp krizi	
Yetersiz Fiziksel Aktivite		
Yüksek Kolesterol		
Arterial Hastalıklar		
Orak Hücreli Anemi		

İnmenin en önemli risk etmeni yaştır ve inme geçirenlerin yaklaşık %70' i 65 yaşın üzerindedir. 2004 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada inme geçirenlerin yaşlarının ortalama 62.3 olduğu raporlanmıştır. Cinsiyet diğer bir etmen olup inme insidansı erkeklerde kadınlara oranla 1.25 kat daha fazladır. 2004 yılında yapılan aynı çalışmada inme geçiren kişilerin % 44.4 ünün kadın olduğu rapor edilmiştir (Balkan, 2009; Karatepe, Kaya, Sen, Günaydın, & Gedizlioğlu, 2007; Öztürk, 2009).

Diabetes Mellitusun iskemik inme riskini 2-6 kat arttırdığı raporlanmıştır. Ayrıca iskemik inmelerin %20'si kardiyak embolizme bağlıdır ve benzer şekilde çok sayıda kalp hastalığının da inme riskini arttırdığı gösterilmiştir. Hem iskemik hem de hemorajik inmenin en önemli değiştirilebilir risk faktörü hipertansiyon olarak karşımıza çıkmaktadır (Kakkar et al., 2012).

Sigara kullanan bireylerde inme riski sigara kullanmayanlara oranla iki kat daha fazladır. Ayrıca sigarayı bırakanların karşı karşıya olduğu riskin ancak 5 yıl sonra sigara içmeyen popülasyonla aynı seviyeye gerilediği belirtilmektedir (Shah & Cole, 2010). Bunun yanı sıra literatürde günde en az yarım saat düzenli fiziksel egzersiz yapılmasının da inme riskini azalttığına dair veriler mevcuttur (Kokubo, 2012).

4.2.4. İnme belirtileri

Amerikan Ulusal İnme Birliği inme belirtilerinin hızlı biçimde kontrol edilebilmesi için FAST şeklinde kısaltılan bir dizi yönergeyi önermektedir. Buna göre *yüzde* asimetri (F), *kolun* birinin diğerinden aşağı seviyede olması (A), basit tekrar ve *konuşmada* problem (S) belirtilerinden herhangi birinin gözlenmesi halinde *acilen* tıbbi destek (T) alınması gerekmektedir (Kleindorfer et al., 2007). İnme belirtileri, etiyoloji ve etkilenen arterin beslediği alanın büyüklüğüne göre çok geniş yelpazede seyreder. Ancak ani gelişen şiddetli baş ağrısı, ani bilinç kaybı, konuşma bozukluğu, hemipleji, hemianestezi, bir veya iki gözde görme kaybı ile ani yürüme ve koordinasyon bozukluğu gibi akut bulgular genelde vakaların çoğunda benzerdir (Otman, Karaduman, & Livanelioğlu, 2001).

4.2.5. Patogenez

Her yıl gerçekleşen inme olaylarının tahmini % 75-85'i iskemik, % 25'i ise hemorajiktir. Ülkemizde yapılan iki büyük epidemiyolojik çalışmada da tüm inmelerin %77 'sinin iskemik olduğu belirtilmiştir (Balkan, 2009; Otman et al., 2001; Topbaş & Yavaş, 2010). Ayrıca akut dönemde inme geçiren bireylerin %21-38 oranında afazi olduğu bildirilmiştir (Berthier, 2005).

Hastaların %80' inde anterior dolaşım tutulumu görülmekte olup sıklıkla hemipleji/parezi, hemisensorial kayıp, monoküler körlük, fasiyal paralizi, uyuşukluk, afazi, baş ağrısı, dizartri ve görme alanı kaybı ortaya çıkmaktadır. Posterior dolaşım tutulumunda ise genellikle bilateral bulgular görülmekte, kranial sinir ve serebellar

bulgular ön plana çıkmaktadır. İnmeli bir hastanın değerlendirilmesinde, klinik semptomlar anterior dolaşımın (A. Carotis Interna, A. Cerebri Media, A. Cerebri Anterior) veya posterior dolaşımın (A. Vertebralis, A. Basillaris, A. Cerebri Posterior) etkilenmesine bağlı olarak birtakım farklılıklar gösterir (Otman et al., 2001).

4.2.5.1. İskemik inme

İskemi, kan akımındaki azalma olarak tanımlanmaktadır ve beyin dokusunun iskemiye toleransı oldukça sınırlıdır. Kan akımı 30 saniye süre ile kesildiğinde serebral metabolizma bozulmaya başlar, 5 dakikadan uzun süreli kesildiğinde ise geri dönüşümsüz hasarla birlikte serebral infarkt meydana gelebilir (Warlow et al., 1997).

Tüm iskemik inmelerin %50' si tromboz kökenli inmelerdir. Bu nedenle en sık görülen etiyolojik nedendir. Olay gece meydana gelir, sabah farkedilen inmeler genellikle trombolitiktir (Otman et al., 2001).

Tüm iskemik inmelerin %20' sini emboli kökenliler oluşturur. Serebral embolilerin en önemli kaynağı aterosklerotik bir plaktan veya kalpten kaynaklı embolilerdir. Kardiyak embolilerde atrial fibrilasyon önemli bir etkidir. Embolik inmelerde klinik tablo hızlı gelişir. Çünkü emboliye neden olan materyal distalde kendi çapından daha küçük çaplı bir arteri tıkar ve damar distalindeki kan akımının ani olarak kesilmesine neden olur (Otman et al., 2001).

Lezyon sahalarının 1.5 cm'den küçük çaplı olanları ise küçük damar oklüzyonu olarak sayılırlar ve laküner infarkt ismini alırlar. Genellikle hipertansiyon veya diyabeti olan yaşlı kişilerde görülen bu tip, tüm iskemik inmelerin %25' ini oluşturur (Otman et al., 2001). Tüm iskemik inmelerin %5' lik bir kısmı ise orak hücreli anemi, migren, menenjit vb gibi diğer etiyolojilere bağlı olarak gelişmektedir (Adams et al., 1993).

4.2.5.2. Hemorajik inme

İskemik inmeye oranla daha nadir görülmekte olan hemorajik tip inmede klinik tablo ani başlangıçlı olup progresyon ise hızlıdır. Kanama dakikalar hatta saatlerce sürebilir. Hipertansiyon en önemli nedenidir. Mortalite oranı oldukça yüksek olup %70' lere kadar çıkmaktadır, bu sebeple de serebrovasküler hastalıklar içerisinde en ciddi ve korkulan tiptir. İntraserebral kanama ve subaraknoid kanama olmak üzere ikiye ayrılır (Otman et al., 2001; Woo et al., 2004; Xiao, Li, Feng, Zhang, & Chen, 2017).

4.2.6. İnme sonrası klinik bulgular

İNme geçiren bireylerin %80 inde anterior dolaşım tutulumu görülmektedir. Buna bağlı olarak sıklıkla hemiparezi, hemipleji, afazi, dizartri, görme alanı kaybı, fasial paralizi görülmektedir (Otman et al., 2001).

Kranial ve serebellar bulguların ön plana çıktığı posterior dolaşım tutulumunda ise genellikle bilateral bulgular görülmektedir. Bu inme vakalarının prognozu biraz daha iyidir, fakat solunum ve kardiyak merkezler gibi vital sahaların bu bölgede bulunması hayati tehlike doğurmaktadır. Geri dönüş nispeten iyi ancak lezyon genişse mortalite oranı yüksektir (Otman et al., 2001).

Sağ veya sol tarafın etkilenimine bağlı olarak inme geçiren bireylerde kognitif yetiler bakımından anlamlı farklılıklar görülmektedir. Sol hemiplejik hastada sıklıkla görsel motor algı bozukluğu, görsel hafıza kaybı, vücudun etkilenmiş olan yarısını ihmal sıklıkla görülür. Hastada yargılamada ve günlük yaşam aktivitelerinde organizasyon bozukluğu olabilir. Ayrıca işitme, görme, propriosepsiyon ve dokunma ile ilgili kayıplar daha fazla olabilir. Ancak hastada sözel akıcılık korunabildiğinden bu defektler gözden kaçabilir (Kayıhan, 1999).

Sağ hemiplejik hastada ise daha çok iletişim kurma ile ilgili bozukluklar görülür. Sözcük dağarcığı ve işitsel kapasite azalır. Ancak bu hastalarda görsel motor algı ve

hafızanın korunmasından dolayı öğrenme devam edebilir (Kayıhan, 1999). Narushima ve diğeri 1981-2000 yılları arasında lezyon yerleşim yeri ile depresyon ilişkisinin sorgulandığı çalışmaları incelemişlerdir ve metanaliz sonucunda inme sonrası ilk altı ayda depresyon şiddetinin lezyon yerleşim yeriyle ilişkili olduğunu; inme sonrası erken dönemde depresif semptomların ortaya çıkışında sol hemisfer lezyonlarının daha önemli olduğunu belirtmişlerdir (Narushima, Kosier, & Robinson, 2003).

4.3. Afazi

4.3.1. Tanım

Afazi, dil algılama ve üretim sürecinde dil açısından baskın olan sol hemisferde meydana gelen hasarlar sonrası gelişmektedir. Bireyin ifade edici ve alıcı dil becerilerine ek olarak okuma ve yazma gibi becerilerini de etkileyen bir sendromdur (Ardila, 2014). Ancak afazi, gelişimsel dil bozukluğu ya da motor konuşma bozukluğu değildir (Benson et al., 1996; Thompson, 2004).

İletişimsel bir engel olduğu için afazi, yalnızca bireyin kişiliği ve toplum yaşamının gelişmesini engellemekle kalmaz, aynı zamanda ailesi ve başkalarıyla ilişkisini de etkileyerek, bireyin yaşam kalitesini tehdit eder. Bu kapsamda bireyin çevresinin bir parçası olarak yakınları da iletişimsel başarının “kolaylaştırıcıları” veya “engelleyicileri” olarak algılanır (Topbaş & Yavaş, 2010).

4.3.2. Patofizyoloji

Afazi, yaygın görülen bir sendrom olup beyin hasarına bağlı, sekonder olarak gelişmektedir. Genelde sol hemisfer etkileniminde sağ hemisfere kıyasla daha fazla açığa çıkar (Bakar, Kirshner, & Wertz, 1996; Kreisler et al., 2000).

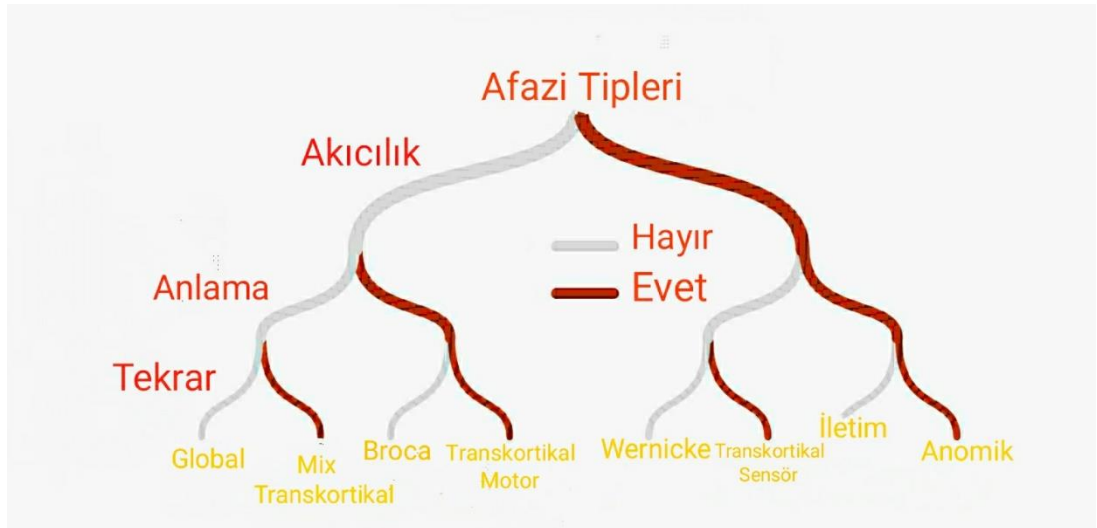
Beynin dilden sorumlu alanlarındaki bir lezyon, serebrovasküler olay (SVO; tromboz, emboli, kanama, anevrizma), tümörler, travmatik beyin hasarı, anormal

hücre büyümesi ve bazı hastalıklar (menenjit, ensefalit gibi) afaziye neden olabilmektedir. Ayrıca Alzheimer, Parkinson, demans gibi bazı hastalıkların da beyin hasarına neden olarak yürütücü işlevlerde ve beyin fonksiyonlarında bozulmalara neden olabileceği belirtilmiştir (Damasio, 1992; LaPointe, 1999).

4.3.3. Afazi tipleri

Afazi, bugüne kadar farklı şekillerde sınıflandırılmıştır. Lezyonun anatomik lokalizasyonuna göre yapılan taksonomik sınıflama, söyleneni anlama ve anlamama üzerine dayalı sınıflama, motor ve duysal afazi şeklinde sınıflama bunlardan birkaçıdır (Goodglass & Kaplan, 1983; Kertesz & Poole, 1974; Schwartz, 1984). Ancak konuşmanın akıcılığına göre yapılan sınıflama, bugün en çok kabul gören sınıflamadır (Code, 1982).

Sol hemisferin posterior frontal bölgelerindeki bir patoloji sonrası, agramatizmle karakterize tutuk afazi ortaya çıkarken, temporal ve kısmen parietal loblarında oluşan bir patolojide ise dilin anlamlandırılmasında ve sözcük bulmada sorunlara ek olarak parafazi ortaya çıkmaktadır (Ardila, 2014). Resim 4.3.3.1.'de afazi türleri şematik olarak gösterilmiş olup takip eden bölümlerde daha detaylı bilgi verilecektir.



Resim 4.3.3.1.: Afazi tipleri (Aphasia.org, 2019)' dan adapte edilmiştir.

4.3.3.1. Akıcı afaziler

Akıcı afazili bireylerde konuşma hızının bazen değişmediği, bazı durumlarda ise arttığı, efor sarfetmeden melodik ve akıcı konuştukları görülmüştür. Prozodi fazla etkilenmemiştir ancak uygunsuz kelime seçimleri ile anlamsız bir konuşma söz konusu olabilir (LaPointe, 1999).

4.3.3.1.1. Wernicke afazisi

Bu afazi türü Karl Wernicke tarafından tanımlanmıştır (Ingram, 2007). Çoğunlukla orta serebral arterdeki (MCA) embolik inme sonucu görülen Wernicke afazisinde lezyon alanı genelde sol hemisfer superior temporal girusun posterior alanıdır (Benson et al., 1996; Kirshner, Casey, Henson, & Heinrich, 1989; Kirshner, Hughes, Fakhoury, & Abou-Khalil, 1995; Shuren, Hammond, Maher, Rothi, & Heilman, 1995; Thompson, 2004).

Bu afazi türünde anlama zayıftır ve kişi konuşmaya başladığında sıklıkla uygunsuz kelime ya da cümleler üretir. Bu ifadelerde tipik olarak cümle yapısı dile uygun olarak korunur ancak ifade anlamsızdır. Kişi genellikle nasıl konuştuğundan habersizdir ve başkalarının konuşması için duraklaması gerektiğinde bile konuşmaya devam edebilir. Kelime ve cümle tekrarı zayıftır (Ingram, 2007; Yule, 2010).

4.3.3.1.2. İletim afazisi

Wernicke-Geschwind modeline göre temporal ve frontal korteksi birbirine bağlayan arkuat fasikulus hasarı sonucu ortaya çıkar. İşitsel anlama genelde normaldir ve hastalar yazılı dili anlayabilir. İsimlendirme bozuk olabilir (Ardila, 2010; Bhogal, Teasell, Speechley, & Albert, 2003; Bookheimer, 2002).

Tipik olarak akıcı fakat tekrarlamada belirgin bozulma ile karşımıza çıkar. Kişi kendini oldukça iyi ifade edebilir fakat tekrarlamada zorlanır. Bu afazi tipi

nadir olarak görülmektedir (Davis, 2007; Ingram, 2007; Kreisler et al., 2000; Mayeux & Kandel, 1991; Yule, 2010).

4.3.3.1.3. Transkortikal duyusal afazi

Wernicke afazisine benzer bir akıcı afazi türüdür. Fakat kelime ve cümle tekrar yeteneği korunmuştur. Öte yandan kişi, sorulara cevap vermek yerine onları tekrar edebilir (ekolali) (Davis, 2007; Ingram, 2007; Kreisler et al., 2000; Mayeux & Kandel, 1991; Yule, 2010). Hastalar genelde parafaziktir. Genelde parietookspital korteksin lezyonlarında ve sol tempora-okspital korteks lezyonlarında görülür (Alexander, Hiltbrunner, & Fischer, 1989; Boatman et al., 2000).

4.3.3.1.4. Anomik afazi

Hasar genelde talamus, dorsolateral frontal korteks, temporal ve temporaoksipital kortekstedir (Jacobs et al., 1996). Görece hafif bir afazi formudur. Göze çarpan en önemli özelliği, sözcük bulmada yaşanan zorluktur. Kişi, belirli olmayan isimler ve zamirler (örneğin, "şey" gibi genel dolgular) kullanır. Kelimelerin ve cümlelerin anlaşılması ve tekrarlanması, işitsel algılama ve okuma yazma iyidir (Davis, 2007; Ingram, 2007; Jacobs et al., 1996; Kreisler et al., 2000; Mayeux & Kandel, 1991; Yule, 2010).

4.3.3.2. Tutuk afaziler

Tutuk afazili bireyler konuşmayı başlatmada çok zorlanırlar. Bu bireylerde alıcı dil boyutunda çok fazla etkilenme olmamıştır. Ancak planlanan konuşmayı yapamama, sözcüğe benzer başka sözcükler seçme ya da aynı sesleri içeren başka sözcükler üretebilme gözlenebilir (LaPointe, 1999).

4.3.3.2.1. Broca afazisi

Bir Fransız cerrah ve antropolojist olan, sendromu ve bunun beynin belirli bölgesindeki hasarlardan kaynaklandığını ilk defa açıklayan Pierre-Paul Broca

(1824-1880) tarafından 1861 yılında tanımlanmıştır. Broca afazisi, akıcı olmayan veya agramatik afazi olarak da adlandırılır (Albert & Helm-Estabrooks, 1988; Dronkers, Plaisant, Iba-Zizen, & Cabanis, 2007; Tramo, Baynes, & Volpe, 1988).

İfadeler tek kelimelere indirgenebilir, cümleler kısadır. Dilin anlaşılması hafif ila orta derecede hasarlıdır. Zorluk, temel olarak karmaşık gramerin anlaşılmasındaki problemlerden kaynaklanmaktadır (Burns & Fahy, 2010; Ingram, 2007; Keller, Crow, Foundas, Amunts, & Roberts, 2009; Mayeux & Kandel, 1991; Yule, 2010).

Broca afazisi motor afazi olarak da bilinmektedir. Agramatik ve telegrafik yani akıcılığı olmayan, grameri bozulmuş olan konuşma tarzı görülür (Sherman & Schweickert, 1989). Hasta konuşmak için yoğun çaba sarfeder. Tanı için tekrarlama ve isimlendirmenin bozulmuş olması gereklidir. Okuma ve yazma becerisi genelde klinik olarak konuşma bozukluğuna paralellik gösterir. Olguların %80 'inden fazlasında ağır hemiparezi klinik tabloya eşlik eder ve karşı vücut yarısında yüzeysel, derin, kortikal duyu bozuklukları görülebilir. Lezyon genellikle orta serebral arterin üst kortikal dalları tarafından beslenen bölgelerdedir (Albert & Helm-Estabrooks, 1988; Tramo et al., 1988).

4.3.3.2.2. Transkortikal mixt afazi

Global afazilere benzerdir fakat tekrarlama yeteneğinin korunmasıyla global afaziden ayrılır (Catani, Jones, & Ffytche, 2005). Hem alıcı hem ifade edici dilin şiddetli şekilde bozulduğu, iki transkortikal afazi tipinin birleşimidir (Davis, 2007; Ingram, 2007; Kreisler et al., 2000; Mayeux & Kandel, 1991; Yule, 2010).

4.3.3.2.3. Transkortikal motor afazi

Broca afazisine benzer, akıcı olmayan bir afazi tipidir. Tekrar yeteneği korunmuştur. Kişi, sorulan sorulara cevap vermekte zorlanabilir ancak uzun ifadeleri zorlanmadan tekrarlayabilir (Davis, 2007; Ingram, 2007; Kreisler et al., 2000; Mayeux & Kandel, 1991; Yule, 2010).

4.3.3.2.4. Global afazi

Aynı anda hem Wernicke hem Broca alanlarında lezyon olması halinde görülür. Hem ifade edici hem alıcı dil becerilerinde ciddi bozulmanın görüldüğü, akıcı olmayan bir afazi türüdür. Genellikle sol hemisferin geniş çaplı lezyonlarıyla ilişkilidir. Kişiler genelde kendilerini jest ve mimiklerle ifade ederler (Davis, 2007; Ingram, 2007; Kreisler et al., 2000; Mayeux & Kandel, 1991; Yule, 2010).

4.3.3.3. Diğer afazi türleri

4.3.3.3.1. Çapraz afazi (Cross Aphasia)

Baskın olmayan serebral hemisfer lezyonlarına sekonder olarak görülmektedir. Sağ eli dominant olan kişilerde sağ hemisfer hasarlarının ardından ve % 0.4-3.5 sıklıkta görülmektedir (Cummings & Trimble, 2002; Lazar, 1998).

Dil ile ilgili serebral baskınlığı değerlendirmede en kolay yol, kişinin el dominansıdır. Bu anlamda dil baskın hemisfer açısından, sağ elini kullanan bireylerin %99'u sol hemisfer dominansına sahipken, sol elini kullananlar için ise bu oran %70'tir (Cummings & Trimble, 2002).

Prognozu iyi olan çapraz afazide konuşma, yazma ve sesli okumada ortaya çıkan agramatizm, göze çarpan önemli bir özelliktir (Akdal, Baklan, Genç, & Cakmur, 1999; Kurne, Arsava, & Selekler, 2001). Çapraz afazi tanılması için, Primavera ve Bandini tarafından 1993 yılında oluşturulan tanı kriterleri esas alınmaktadır.

Bu kriterler;

- a) Afazik birey ve yakınlarında baskın elin sol el olmaması
- b) Lezyonun yalnızca sağ hemisferde olup yer ve büyüklük açısından net belirlenmesi

c) Bozukluğun daha önce ortaya çıkmış nörolojik lezyonlardan kaynaklanmadığının kesinleştirilmesi

d) Net şekilde ortaya konmuş afazi tablosu olması

e) Okur-yazar olmama, çok dillilik, yöresel dil kullanımı gibi şüpheli çevresel faktörlerin olmamasıdır (Sheehy & Haines, 2004).

4.3.3.3.2. Subkortikal afazi

Tanısı klinik olarak değil de subkortikal görüntüleme ile konulan, lezyonun dil ile ilgili subkortikal yapılar ile bu yapıların inen ve çıkan yollarında olduğu afazi tipidir. Okuduğunu anlama ve tekrarlama korunmuştur ancak akıcılık, işitsel anlama ve adlandırmada sorun yaşanır (Nadeau & Crosson, 1997).

4.3.3.3.3. Primer progresif afazi

Dikkat, bellek, soyutlama, yargılama, görsel uzamsal (vizyospasyal) yetenekler gibi mental fonksiyonlar korunurken, lisan fonksiyonlarında ilerleyici ve izole bozulma ile seyreden nörodejeneratif bir sendromdur (Mesulam, 2001; Mesulam, Johnson, Grubic, & Weintraub, 1997).

En az 2 yıl süreyle daha çok lisan akıcılığında azalma ve anomie ile karakterize vakalar bildirilmiştir (Mesulam, 2001; Poeck & Luzzatti, 1988; Tyrrell, Warrington, Frackowiak, & Rossor, 1990; Weintraub, Rubin, & Mesulam, 1990). Bu vakaların tanısı nörogörüntülemelerinde ise tümör ve inme gibi nedenler bulunmamaktadır (Catani et al., 2003).

Dil ve iletişimin etkilendiği diğer alanlar da zamanla bozulabilir ancak hastalığın seyri boyunca en çok etkilenen ve daha hızlı bozulan alan dil alanı olmaktadır (Catani et al., 2003).

4.3.4. Afazinin etkileri

Afazinin en uzun süreli etkilerinden biri, kişinin inmeden önce katıldığı sosyal faaliyetlerden uzak kalmasıdır (Lafond, Joannette, Ponzio, Degiovani, & Sarno, 1993). Dolayısıyla afazi, başlangıcından itibaren faaliyetleri ve sosyal rollere katılımı etkileyebilir (Hinckley & Packard, 2001). Bu karmaşık izolasyon süreci iki yönlü de olabilir; kişi kendisini iletişimden geri çekebileceği gibi kişinin yakın çevresi de onunla iletişime geçmemeye başlayabilir (Strauss et al., 1984).

İletişimsel bir engel olduğu için afazi aynı zamanda bireyin ailesi ve çevresiyle olan ilişkisini de engelleyerek kişisel yaşam kalitesini tehdit eder. Bireylerin kendi ortamının bir parçası olarak – bakıcıların- iletişimsel başarısının “kolaylaştırıcıları” veya “engelleyicileri” olarak algılandığı düşünülmektedir (Topbaş & Yavaş, 2010).

DSÖ’ nün handikap kavramı, benzer yetersizliklerin etkisinin bireyler arasında farklılık gösterebileceği anlamına gelmektedir. Örneğin yazılı kelimeyi okuyamamak; eskiden hevesli bir okuyucu olan biri için önemli bir durum olacakken afazik olmadan önce çok az okuyan biri için daha az problem olacaktır (Jordan & Kaiser, 2013; Yuker & Block, 1979).

Afazi tek bir yetersizlik değildir; yetersizlik kümesi olarak tanımlanabilir. Dili etkileyen beyin hasarı diğer bozukluklara da sebep olabilmektedir. İletişim; insan ilişkilerinin sürdürüldüğü bir ortamdır. Bu nedenle afazik kişinin ailesi, sosyal ve diğer ilişkileri de zarar görebilir. Genelde afazi insanları hayatın birçok yönünden kesme eğilimine sahiptir (Jordan & Kaiser, 2013).

4.3.5. Afaziye klinik bakış

Bir afazi vakasını araştırmak için yapılan herhangi bir girişim birtakım önemli değişkenlerin tanınmasını gerektirir. Benson ve diğerleri (1996) bu değişkenleri üç grup şeklinde ele almıştır: Birincisi bariz fakat kayda değer bir şekilde gözardı edilen

bir faktördür: Düşünce ya da dil açısından (sosyal, ruhsal ve benzeri açılardan) aynı temellere sahip olan hiç kimse yoktur. Zihinsel açıdan bireyde ortaya çıkan değişim çok geniş bir yelpazede seyredebilir ve bu da doğal olarak dil üretimini etkiler. İkincisi ise beyinler anatomik ya da fizyolojik olarak aynı değildir. Bu varyasyonların etki ve nedenleri belirsizdir. Üçüncüsü ise birey tarafından kullanılan dille ilgilidir. Sadece zihin sözlüğü (lexicon) açısından değil; aynı zamanda gramer kuralları ve diller arasındaki farklar da afazi incelemesi açısından çok önemlidir (Benson et al., 1996).

Bu gibi sebeplerle afazide klinik değerlendirme yaparken sendromun kişideki etkilerini tam anlamıyla anlayabilmek için, afazinin çok değişken bir durum olduğu da göz önünde bulundurularak kişiye bu konu ile ilgili sorular sorulmalıdır (Jordan & Kaiser, 2013). Dili etkileyen etmenler kişiden kişiye belirgin farklılık gösterebileceği gibi süreç içerisinde aynı kişide bile değişiklik gösterebilir. Bozuklukların doğası ve şiddeti hiçbir şekilde yaşanan deneyimi birebir yansıtamaz. Bunun nedeni ise insanların hastalıklara verdikleri tepkileri başa çıkma stratejilerinin ve tarzlarının belirlemesidir (Jordan & Kaiser, 2013). Başa çıkma, kişilerin tutumuyla ilgilidir, hastalığın semptom ve etkilerine rağmen yaşamdan anlam duygusu çıkarma ve bunu sürdürmeyi sağlar (Jordan & Kaiser, 2013).

İnmeye yönelik etkili ve etik yaklaşım; hastaların ve bakıcıların -ki bu kişiler hastalığın yükünü omuzlarında hisseden ve sonuçlarıyla yaşayan insanlardır- deneyimlerinin, değerlerinin, öncelik ve beklentilerinin farkında ve dikkatinde olarak yapılmalıdır (Jordan & Kaiser, 2013).

Rehabilitasyon sadece dil işlevleri ile sınırlı değildir; bunun yerine, kabullenme ve duygusal istikrarın geliştirilmesi ile hem afazili bireyin hem de çevresindekilerin probleme karşı olumlu tutumların artırılması gibi diğer hedefleri de içerir (Topbaş & Yavaş, 2010).

4.4. Yaşam Kalitesi ve Yaygın Kullanılan Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Dünya Sağlık Örgütüne göre bozukluk; psikolojik, fizyolojik veya anatomik yapının normalden sapması ve organ seviyesindeki sorunlar olarak tanımlanırken yetersizlik, sağlığın bozulması sonucu herhangi bir yeteneğin normal kabul edilen bir kişiye göre azalması veya kaybedilmesi olarak tanımlanmaktadır. Engellilik (handicap) ise yetersizlik veya bozukluk nedeniyle kişinin yaş, cinsiyet, sosyokültürel vb. durumuna göre normal kabul edilen yaşantısını yerine getirememesi olarak tanımlanmıştır. Başka bir deyişle engellilik, kişinin patolojiye bağlı olarak özgürlüğünü kaybetmesidir. Çevresel faktörler, aile, fiziksel yapı vb. engelliği belirleyen önemli parametrelerdir. Engellilik ölçümünde fiziksel yardım gereksinimi/ fiziksel bağımsızlık, kognitif bağımsızlık, mobilite, sosyal uyum, mesleki durum ve ekonomik bağımsızlık dikkate alınmalıdır (Shah, Vanclay, & Cooper, 1989).

Buna göre birey ancak hem kendini subjektif olarak sağlıklı algıladığında, hem de objektif olarak doktor muayenesi ve tanı testlerine göre gerçekten sağlıklı olması durumunda sağlıklı olarak nitelendirilebilir (Bolsoy & Sevil, 2006). Buna bağlı olarak da sağlık ve sağlıklı kavramlarının, kişiyi oluşturan fiziksel, bilişsel, ruhsal, sosyokültürel durumlar gibi farklı boyutlar açısından, bireye özel bir biçimde değerlendirilmesi yerinde görülmektedir (Taylor, Lillis, LeMone, & Lynn, 2001).

ASHA, iletişim kalitesinin kişisel ve çevresel faktörlerin sınırları dahilinde kısıtlanabildiğini, kişinin bakış açısı ile filtrelendiğini ve yaşam koşullarını anlamlı şekilde etkilediğini belirtmektedir (Paul et al., 2004). İletişim kalitesi ile yakından ilişkili olan yaşam kalitesi kavramı da bireyin fiziksel, psikolojik, bağımsızlık/mobilite durumundan, sosyal ilişkiler ve dış dünyayla olan ilişkilerinden etkilenen karmaşık bir olgudur. Farklı boyutlar içermesi ile zaman, mekan ve kişiye göre değişkenlik göstermesinden dolayı yaşam kalitesi kavramı tanımsal olarak birçok boyutu barındıran öznel bir kavramdır. Yaşam kalitesinin psikolojik ve emosyonel boyutu; yaşamdan tatmin olma, bireyin bedensel ve kişisel algısı, bireye yönelik sahip olunan olumlu/olumsuz duyguları içerirken, fiziksel ve bedensel boyutu; işlevsel yeterlilik ve günlük yaşam aktivitelerini yürütebilme, yeme, ağrı ve

sağlıklı hissetme gibi kavramlardan oluşmaktadır (Çiçek, 2014). Bu kavramın sosyal boyutu ise aktiviteler ve roller ile mevcut durumdaki bağımsızlık gibi kavramları içerirken, finansal, bağımsızlık ve maddi boyutu; çalışabilme gücü, iş güvencesi ve barınma gibi kavramları da kapsamaktadır (Çiçek, 2014).

Dil ve konuşma terapistleri etkili ve kanıt temelli bir müdahale gerçekleştirebilmeleri için danışan bireylerin yaşam kalitesini göz önünde bulundurmalıdır. Terapi sürecinin bir parçası olarak kullanılacak ASHA Quality of Communication Life- Communication Disability Profile ve SAQOL-39 gibi ölçekler de mevcuttur.

Tablo 4.4.1.: Yaşam kalitesi değerlendirmesinde yaygın olarak kullanılan bazı test ve ölçekler (Salter, Jutai, Teasell, Foley, & Bitensky, 2005)

Vücut Yapıları (Bozukluk)	Aktiviteler (Kısıtlama/Özür)	Katılım (Engel)
Beck Depression Inventory	Barthel Index	Euroqol- 5D
Fugl Meyer Assessment	Berg Balance Scale	Medical Outcomes Study Short Form 36
Mini Mental State Examination	Frenchay Activities Index	Nottingham Health Profile
Modified Ashworth	Modified Rankin Handicap Scale	Sickness Impact Profile (Stroke Adapted Versiyonu) (SA-SIP 30)
Motor- free Visual Perception Test	Rivermead Mobility Index	Stroke Impact Scale
	Timed-Up-and-Go (TUG)	Stroke Spesific Quality of Life

4.4.1. Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği (EuroQol Quality of Life Scale: EQ-5D)

Avrupa Yaşam Kalitesi Grubu (European Quality of Life Group) tarafından geliştirilen, sağlık ölçütü olarak kullanılan standart bir araçtır (Group, 1990). Birinci bölüm olan tanımlayıcı kısmı; mobilite, özbakım, olağan günlük aktiviteler, ağrı/rahatsızlık hissi ve anksiyete/depresyon alanlarındaki öz raporları kaydeder. Her bir boyuta verilen cevaplar “seviye 1, problem yok/ seviye 2, biraz problem var/ seviye 3, ciddi problem var” olmak üzere 3 seçeneğlidir. İkinci bölüm olan EQ-VAS (Vizüel Analog Skala) ise, en iyi sağlık durumu olan 100 puan ile en kötü sağlık durumu olan 0 puan arasındaki 20 cm'lik çizgilerden oluşan, kişinin kendi kendini değerlendirdiği görsel analog skaladır (Badia et al., 2001). 2.bölüm bireyin kendi görüşünü niceliksel olarak ifade etmesini sağlamaktadır (Drummond, Sculpher, Claxton, Stoddart, & Torrance, 2015; Hurst, Kind, Ruta, Hunter, & Stubbings, 1997). EQ-5D'nin Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eser ve diğerleri tarafından 2007 yılında yapılmıştır (Eser, Dinç, Cambaz, & Özyurt, 2007).

4.4.2. Kısa Form-36 (Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36))

Ware ve diğerleri (1990) tarafından geliştirilen bu ölçek fiziksel durum, rol kısıtlamaları, sosyal durum, mental sağlık, enerji, ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması gibi 8 boyutlu toplam 36 madde ile incelemektedir. Ölçek bir öz rapor ölçeğidir ve hasta tarafından doldurulması çok kısa bir zaman almaktadır (Ware, 1989; Ware & Sherbourne, 1992).

Sağlık durumunu, 100 puan en iyi , 0 en kötü puan olmak üzere bir skalaya dönüştürür (Jenkinson, Layte, Wright, & Coulter, 1996). SF-36'nın son 4 haftayı değerlendiren standart versiyonunun yanı sıra son 1 haftayı değerlendiren akut versiyonu da mevcuttur. SF-36'nın Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve diğerleri tarafından 1999'da yapılmıştır (Koçyiğit, Aydemir, Fişek, Ölmez, & Memiş, 1999).

4.4.3. Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile-NHP)

NHP de bir kendini değerlendirme ölçөгüdür ve Türkiye’de kullanımını için adaptasyon çalışması 1997 yılında Küçükdeveci ve diğerleri tarafından yapılmıştır (Küçükdeveci, Kutlay, & Gürsel, 1997).

NHP birçok alanda öznel sağlık durumunu ölçmek için tasarlanmış bir araçtır. Ölçekte fiziksel mobilite, ağrı, uyku, emosyonel reaksiyonlar, sosyal izolasyon ve enerji alt alanları yer almaktadır. Her bölüm katılımcının evet/hayır cevabı vermesi gereken birkaç ifade içermektedir (Hunt, McKenna, McEwen, Williams, & Papp, 1981). Ölçek; hiç sorun olmadığını gösteren 0 puan ile ciddi sorun olduğunu gösteren 100 puan arasında puanlanmaktadır (Lyden & Hantson, 1998).

İki bölümden oluşmakta olan NHP’in ikinci bölümünde katılımcı, sağlık durumundan etkilenen alanları belirtmektedir. Bu alanın uygulanması ise isteğe bağlıdır. Etkilenim alanları olarak meslek hayatı, ev işleri, sosyal yaşam ve ev içerisinde iletişim, cinsel yaşam ve tatil yer almaktadır (McDowell, 2006).

4.5. Afazide Yaşam Kalitesi ve Yaygın Kullanılan Yaşam Kalitesi Ölçekleri

“Suskun” anlamına gelen Yunanca bir kelimeden türeyen afazide bozulmaların kombinasyonu ve kendine özgü doğası, ciddiyeti kişiden kişiye farklılık gösterir. Ayrıca bireysel düzeyde bir kişinin başkalarına olan bağımlılığının artması bu ilişkideki güç dengesinde değişim anlamına gelmektedir. Handikap kavramı ise önceden sahip olunan roller, kişinin kendi tepkileri, diğer insanların tepkileri de dahil olmak üzere birçok etkene bağlıdır (Jordan & Kaiser, 2013).

Klinik gözlemler ve deneysel araştırmalar afazi ve yaşam kalitesi arasında doğrudan güçlü bir bağ olduğunu göstermektedir (King, 1996; LaPointe, 1999). Tüm bu açılardan değerlendirme ve planlama yapmak amacıyla bozukluk ve yetersizlik ile ilgili mevcut değerlendirme ölçekleri sayıca çok olmasına karşın insanların ihtiyaç ve engel durumlarını değerlendirmek için az sayıda araç geliştirilmiştir. Bir diğer engellilik yaklaşımı ise bireyin kendi algısı olup kişi perspektifli ölçekler

kullanıldığında insanlar kendi durumlarına anlam yükleyebilirler (Cardol, de Haan, van den Bos, de Jong, & de Groot, 1999).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1998’ de yaşam kalitesini, bireyin hem içinde yaşadığı sosyokültürel yapı bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından kişisel algısı olarak tanımlamıştır (Gemalmaz, 2007; Küçükdeveci, 2005). Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi çok boyutlu bir yaklaşım olup hastalığın hastadaki yükünü ölçmeyi amaçlamaktadır (Haacke et al., 2006).

Literatürde afazili bireylerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yönelik çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmaların birinde Jordan ve Kaiser (2013) klinikte yapılan görüşmeler sonucunda bireylerden yaşadıklarını anlatmalarını istemiş; afazili bireyler kafasında cam bir bölme olduğunu, kişileri duyabildiği ancak bu cam bölmenin kendisinin kelime üretimini engellediğini; gerektiğinde doğru bardak ve tabakları kullanarak masayı hazırlayabileceğini ancak bağlam dışında bu nesnelere tanımlayamayacağını belirtmişlerdir. Bir başka afazili birey “Her şey çok hızlı. İnsanlar sizinle hızlı konuşuyorlar ve sizin sohbete eklemek istediğiniz bir şey olduğunda sizi bekleyecek zamanları yok ve sözlerimin yanlış çıkıyor olması çok sinir bozucu” şeklinde düşüncesini belirtmiştir (Jordan & Kaiser, 2013).

Bir afazili birey yakını ise “Onun sohbete katılamayacağını farkettilerinde benimle konuşurlardı, o aramızda oturuyordu ancak bir tenis maçı izliyormuş gibi bizlere bakıp dururdu ve kimse onunla konuşmuyordu. Bu durum onu çok kızdırdı, çoğu zaman onun ne konuştuğumuzu anladığı ve onunla da konuşulması gerektiği konusunda karşı tarafı uyarmam gerekirdi” şeklinde açıklama yapmıştır (Jordan & Kaiser, 2013).

Tüm bunların yanı sıra afazili bireyler kitap, gazete, mektup okuma, televizyon izleme gibi aktiviteleri çok yorucu bulduklarını ve bu yüzden çok kısa sürelerle yapabildiklerini ya da hiç yapamadıklarını belirtmişlerdir. Seyahat etmek, alışveriş yapmak, telefon kullanmak gibi aktivitelerinin de etkilendiğini belirten bireyler

olmuş; aktivitelerinin birçoğunun verdiği keyfin azaldığını, hatta bazen tv ve radyo programlarını dinlemenin imkansız olduğunu belirten bireyler de görülmüştür (Jordan & Kaiser, 2013).

Bu ve benzeri şekillerde afazili bireyler, dilsel ve iletişimsel bozukluklara ilaveten azalmış memnuniyet, temel ihtiyaçları karşılama, öz bakım becerilerini yerine getirmede zorluk ve sosyal aktivitelere katılımında azalma gibi şikayetlerde bulunmuşlar, bu sebeplerle yaşam kalitesinde ciddi boyutlarda düşüş olduğunu da bildirmişlerdir (Cruice, Worrall, & Hickson, 2010; Hilari, 2011).

Aynı zamanda afazili bireylere yönelik yapılan araştırmalarda afazi sonrasında bireylerin %62-70 inin depresyon tanısı aldığı, bireylerin arkadaşları ile olan iletişimlerinin sonlandığı, sosyal aktivitelere daha az katıldıkları ve katılırlarsa bile daha az keyif aldıkları belirtilmiştir (Hilari, 2011).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi araçlarının kullanımı, inme sonrası değerlendirmelerde giderek daha yaygın hale gelmiştir (Golomb, Vickrey, & Hays, 2001; Salter, Moses, Foley, & Teasell, 2008) Afazili bireylerin yaşam kalitesini artırmak amacıyla, değerlendirilen yaşam kalitesi alt alanlarını sadece iletişime odaklanmamak ve daha fazla alan dahil etmek gerekmektedir (Cranfill & Wright, 2010).

4.5.1. İnme İçin Uyarlanmış Hastalık Etki Profili (Stroke Adapted Sickness Impact Profile: SA-SIP 30)

SA-SIP 30, 12 alt alandan oluşan 136 maddeli Hastalık Etki Profili (SIP) ölçeğinin inmeli hastalar için uyarlanmış olan 8 alt alandan oluşan 30 maddeli versiyonudur (Van Straten et al., 1997; Van Straten, De Haan, Limburg, & Van den Bos, 2000).

SA-SIP 30 ölçeğinde inmeli bireyler için öncelikli görülen alanlar olan iletişim (3 madde), sosyal etkileşim (5 madde), emosyonel durum (4 madde), özbakım ve

hareket (5 madde), mobilite (3 madde), gezme ve dolaşma (3 madde), harekete geçme davranışı (3 madde), ev işlerini yapabilme (4 madde) yer almaktadır (Van Straten et al., 1997).

4.5.2. İnme Etki Ölçeği 3.0 (Stroke Impact Scale: SIS)

Duncan ve ark tarafından 1999 yılında geliştirilmiş olan inme etki ölçeği 3,0; inme sonrası yaşam kalitesinin hastaların kendileri veya bakıcıları tarafından algılanmasını değerlendirmektedir. 8 alt bölüm (kuvvet, el fonksiyonu, mobilite, günlük yaşam aktiviteleri, duygu, hafıza, iletişim ve sosyal katılım) ve 59 sorudan oluşur. Her bir soru, son bir hafta içerisindeki durumu 5 puanlı Likert skalası üzerinden derecelendirmektedir. Her bir bölüm için skor 0-100 arasında değişir. Ayrıca İEÖ 3,0, bu alt bölümlere ek olarak, inme sonrası iyileşme algısının en kötü puanlama olan 0 puan ile en iyi puan olan 100 puanlık görsel analog skala üzerinden değerlendirilmesini içerir (Duncan, Bode, Lai, Perera, & Investigators, 2003; Lai, Studenski, Duncan, & Perera, 2002; Nichols-Larsen, Clark, Zeringue, Greenspan, & Blanton, 2005).

Özmeden ve diğerlerinin çalışmasında İnme Etki Ölçeği-3'ün Türkçe versiyonunun inmeli hasta grubunda geçerli ve güvenilir bir araç olduğu bulunmuştur (Hantal, Doğu, Büyükavcı, & Kuran, 2014).

4.5.3. İnme Spesifik Yaşam Kalitesi Ölçeği (Stroke Specific Quality of Life Scale: SSQOL)

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeklerinde, genel olarak sağlık durumlarındaki değişikliklerden etkilenebilecek fiziksel, psikolojik ve sosyal yönler kavramsallaştırılmıştır (Guyatt, Feeny, & Patrick, 1993).

Williams ve ark tarafından 1999 yılında geliştirilmiş olan İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (SSQOL) 12 alt alana ayrılmış 49 sorudan oluşmaktadır (Williams, Weinberger, Harris, Clark, & Biller, 1999). Bu alt alanlar mobilite, enerji, üst stremite fonksiyonu, meslek/ üretkenlik, duygu durum, öz bakım, sosyal rol, ailenin

rolü, görme, dil, düşünme, kişilik özelliklerini değerlendiren alanlar (Eyıgör, 2007; Kranciukaite & Rastenyte, 2006) olup ölçek 5li likert tip derecelendirme aracıdır (Williams et al., 1999). Ölçeğin Türkçeye uyarlaması ile geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2011 yılında Yönt ve Khorshid tarafından yapılmıştır (Hakverdioğlu Yönt & Khorshid, 2012).

4.5.4. ASHA İletişim Yaşamı Kalitesi Ölçeği (ASHA Quality of Communication Life: QCL)

Paul ve diğerleri tarafından 2004 yılında geliştirilen QCL, 5’li likert tip ölçek olup sosyalleşme/faaliyetler, güven/benlik kavramı, rol/ sorumluluk alt alanlarını inceleyen 19 maddeden oluşmaktadır. Dil kullanımındaki problemlerin sosyalleşme/faaliyetleri, katılımcıların benlik ve güven algılayışını nasıl etkilediğine, bireysel rollere ve sorumluluklara odaklanır (Paul et al., 2004).

Klinisyenlerin kısıtlı zamanları olduğu düşünülerek kısa sürede tamamlanacak şekilde tasarlanmıştır. Ölçeğin uygulanması yaklaşık 15 dakika zaman alır. Şiddetli iletişim bozukluğu olan kişiler, QCL'yi tamamlamak için daha fazla zaman harcayabilir ve yardıma ihtiyaç duyabilirler. Klinisyen, test maddelerini okuyarak ve derecelendirme ölçeğinde işareti çizerek hastaya yardımcı olabilir. QCL'den elde edilen bilgiler, iletişim bozukluğunun psikososyal, mesleki vb. etkileri ilgili bilgiler verir. Bu doğrultuda terapi planlaması, hedef belirleme, ilerleme takibi ve terapi sonuçlarının belgelendirilmesine yardımcı olmaktadır (Paul et al., 2004).

4.5.5. İletişim Bozukluğu Profili (Communication Disability Profile: CDP)

2006 yılında Swinburn ve Byng tarafından geliştirilen CDP, afazili bireylerin afazinin etkisini bildirmesinde ve onları desteklemede afazi dostu olarak kullanılan; resim, basit ifade, anahtar kelime vs içeren bir sonuç ölçütüdür.

Ölçek, aktiviteler, katılım, dış etkiler ve duygular olmak üzere 4 alt alandan oluşmaktadır. 20 maddeden oluşan aktiviteler bölümü, konuşma, anlama, okuma ve

yazma gibi günlük aktiviteleri gerçekleştirmede algılanan zorlukları araştırır. 13 maddeden oluşan katılım bölümü “yapmak zorundayım” , “yapmak istiyorum” gibi bireyin algısını araştırır. 14 maddeden oluşan duygular bölümü öfke, hayal kırıklığı, kararlılık vs gibi duygusal durumları araştırmaktadır. Dış etkiler bölümü ise katılımı kolaylaştıran veya engelleyen faktörleri araştıran resimsel bölümdür. Ölçülebilir veriler yalnızca aktiviteler, katılım ve duygular bölümü için kullanılabilir. Her bir öge için katılımcılar 5 puanlık bir resimsel puanlama ölçeğinde en az 0 puan ve en fazla 4 puan öz not verirler (Chue et al., 2010).

4.5.6. İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi-39 Ölçeği (Stroke and Aphasia Quality of Life Scale: SAQOL-39)

Williams ve diğerleri tarafından 1999 yılında geliştirilen İnme Spesifik Yaşam Kalitesi Ölçeği (SSQOL) nin Hilari ve diğerleri tarafından afazili bireyler için uyarlanmış olan 39 maddelik versiyonudur (Noyan, 2013).

Fiziksel, psikososyal, iletişim ve enerji alt alanlarından oluşan, 5 puanlık likert tip derecelendirme ölçeğidir (Noyan-Erbaş & Toğram, 2016).

Fiziksel alt alanda toplam 17 madde olup, afazili bireylerin özbakım becerilerini, hareket etme yeteneklerini, günlük işlerini, üst ekstremitte fonksiyonunu, fiziksel durumlarının sosyal yaşam üzerindeki etkisini değerlendiren sorular yer almaktadır. İletişim alanında, afazili bireylerin dil fonksiyonunu ve yaşadıkları dil sorunlarının aile ve sosyal yaşam üzerindeki etkisini sorgulayan toplam 7 madde bulunmaktadır. Psikososyal alan; kişilik, düşünme yetisi ve afazili bireylerin duygu durumlarını değerlendiren 11 maddeden oluşmaktadır. Enerji alanında ise afazili bireylerin aktiviteler sırasındaki enerjisini ve yorgunluğunu sorgulayan toplam 4 madde bulunmaktadır. Ölçeğin toplam puanı bu dört alt alandan alınan puanların toplamıdır. Yüksek puan yüksek yaşam kalitesini gösterirken düşük puanlar ise düşük yaşam kalitesini göstermektedir. Ölçek uygulanması sonucunda alınabilecek en yüksek puan 195'tir (Noyan, 2013).

Türkçeye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Noyan ve Toğram tarafından 2013 yılında yapılmıştır.

4.5.7. Afazi Etki Ölçeği-21 (Aphasia Impact Questionnaire-21)

Afazi Etki Ölçeği-21 (AIQ-21), Kapsamlı Afazi Testinin (Comprehensive Aphasia Test- CAT) son bölümü olan 34 maddelik yetersizlik anketi (Disability Questionnaire-DQ) olarak sürece başlamıştır (Swinburn et al., 2019).

2004 yılında yayınlanan ve 4 kitaptan oluşan bir değerlendirme bataryası olan CAT, El Kitabı, Bilişsel ve Dil Test Kitabı, Yetersizlik Anketi Test Kitabı ve skor setini içeren Puanlama Kitabı bölümlerini içermektedir. Bu kitabın Yetersizlik Anketi bölümünde afazili kişi kendini derecelendirmektedir. Anket 4 ayrı fakat birbiriyle ilişkili bölümlerden oluşmaktadır. Birinci bölüm kişinin gündelik hayatta konuşma, anlama, okuma ve yazma gibi durumlardaki iletişimsel sınırlamalar görüşüne dayanır, ikinci kısım dil engelliliğinin günlük yaşamdaki etkisini araştırmaktadır. Son bölüm ise afazinin neden olabileceği duygusal etkileri değerlendirme bölümüdür (Howard, Swinburn, & Porter, 2010).

Belli modifikasyon sürecinden geçen bu test önce iletişim, katılım, kısıtlılıklar ve emosyonel durumu değerlendiren 56 maddelik bir araç olarak planlanmış, araştırma ve klinik uygulamalarda kullanılmasına rağmen uzun olması sebebiyle 2011 yılında tekrar modifikasyon sürecinden geçmiş ve ortaya AIQ prototip çıkmıştır. Psikometrik testlere tabii tutulan bu prototip önce AIQ-19 olarak kullanıcılara sunulmuş fakat sonraki psikometrik testlerde okuma ve yazma ile ilgili 2 madde eklenerek mevcut AIQ-21 oluşturulmuştur. AIQ-21, öznel, resimsel bir öz rapor ölçeğidir. Her sayfadaki soruda “Bu Hafta...” metin kutusu bulunan iletişim, katılım ve emosyonel durum alt testlerini içeren 21 maddeden oluşmaktadır (Swinburn et al., 2019).

Derecelendirme ölçeği, duygu, tutum ve davranışları araştırmak için yaygın olarak kullanılır (Bowling, 1991). Bilişsel veya iletişimsel yetersizliği bulunan

kişilerin 5’li likert tipi derecelendirmeden faydalandığını gösteren kanıtlar mevcuttur (Cummins, 1997). Bu nedenle ölçekte 5li likert tip derecelendirme seçilmiştir. Cinsiyet ve ırka göre değişen toplam 8 versiyonu vardır. İletişim alt testinde “problem yok” “imkansız” , katılım alt testinde “yapacak hiçbir şey yok” “yapacak çok şey var” “çok iyi” “çok kötü” ve emosyonel alt testinde de “çok sinirli” “hiç sinirli değil” gibi tanımlayıcıları içermektedir. Ögeler yüksek puan negatif sağlık durumunu gösterecek şekilde derecelendirilmiştir (Her bir soruda 4=majör problem, 0=problem yok) (Swinburn et al., 2019).

Ölçüm boyunca sorular ve dizaynın formatı (resimli cevap seçenekleri dahil) değerlendirmenin anlama ve bilişsel yükünü azaltma amacıyla kasten tekrarlardır (Swinburn et al., 2019). Hem yazılı hem sözlü kelimeleri resimle desteklemek literatür tarafından desteklenen bir tasarımdır (Nickels & Howard, 1995).

Büyük yazı boyutu, düz yazı tipi, olabildiğince yazı değil sayı kullanımı, boş alanlar, basit format, sayfa başına bir ögenin sunulması ve büyük yazı tipinin kullanılmasının hafif-orta ılımlı afazili bireylerdeki anlayışı arttırdığı gösterilmiştir (Rose, Worrall, Hickson, & Hoffmann, 2012; Rose, Worrall, & McKenna, 2003).

Orijinal CDP’ den öge seçim sırasında AIQ geliştirme grubu zaman ve sayı kısıtlılığından dolayı afazili bireyin yaşamını en iyi şekilde tanımlayacak ve en sık kullanılan ögelerin ölçeğe dahil edilmesi gerekliliğini bildirmişlerdir. Bu grup, afazili bireye olumlu duygusal durum sorusu sorulduğunda bunun uygulayıcının afazinin olumsuz sonuçlarını anlamadığı anlamına gelebileceği konusunda hemfikir olmuş; bu nedenle ölçek daha çok negatif duygu durum sorularından oluşturulmuştur (Swinburn et al., 2019).

AIQ prototipin psikometrik testlerinden ayrı olarak AIQ-21’in psikometrik testlerine 20 afazili birey dahil edilmiştir. Ağustos 2014- Şubat 2015 arasında veriler toplanmış, katılımcılar tek oturumda “The Burden of Stroke Scale (BOSS)” (Doyle, McNeil, Hula, & Mikolic, 2003) un seçilen kısımları ile AIQ-21’ i tamamlamışlardır. AIQ-21 in her bir alanı için eş zamanlı geçerlik BOSS’un seçilen alanları ile

Spearman Korelasyon Katsayısı kullanılarak hesaplanmıştır. Emosyonel durum yine SPSS-Version 22, IBM, 2013 ile analiz edilmiştir. İletişim ($\rho=0.81$ ve $p<0.001$) ve emosyonel durum alanları (Negatif emosyonel durum: $\rho=0.69$ ve $p=0.001$, Pozitif emosyonel durum: $\rho=0.78$, $p=<0.001$) BOSS'un eşdeğer alanları ile güçlü pozitif korelasyon göstermiştir. Katılım alanı ise ($\rho=0.36$, $p=0.12$) BOSS'un sosyal ilişki alanı ile zayıf bir korelasyon göstermiştir. Bu sonuçlar göstermiştir ki BOSS ile karşılaştırılarak yapılan geçerlik analizinde bir alan hariç hepsinde istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur (Swinburn et al., 2019).

İç tutarlık için Cronbach Alfa değeri hesaplanmıştır. Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı iletişim alt alanı için 0.79, emosyonel durum alt testi için 0.89, katılım alt testi için 0.65 bulunmuştur. Bu sonuçlar Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısının iletişim ve emosyonel durum alanı için kabul edilebilir aralıkta olduğunu, ancak katılım alanı için kabul edilebilir aralığın biraz altına düştüğünü göstermektedir (Swinburn et al., 2019).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde, yapılan çalışmanın araştırma modeli, veri toplama yöntemleri, araştırmanın katılımcıları, veri toplama ortamı, verilerin toplanması, uygulama ve veri analizi ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

Çalışmanın düzenlenmesinde etik boyutta herhangi bir engel olmadığına dair İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 12.04.2019 tarihindeki toplantısında, 10840098-604.01.01-E.14104 dosya numarası ile onay alınmıştır.

5.1. Araştırmanın Yöntemsel Modeli

Afazi Etki Ölçeği-21'in (AIQ-21) İngilizce versiyonunun Türkçeye uyarlanmasını ve ölçeğin geçerlik-güvenirlik çalışmalarını gerçekleştirmeyi amaçlayan bu çalışma, betimsel bir çalışmadır.

5.2. Araştırmanın Katılımcıları

Bu çalışma Kayseri, İstanbul, Eskişehir, Ankara illerindeki bazı özel kurum ve hastanelerdeki afazili ve sağlıklı bireylerle gerçekleştirilmiştir. Verilerin tamamı Mayıs-Kasım 2019 tarih aralığında toplanmıştır.

5.2.1. Katılımcıların dahil edilme kriterleri

Katılımcılar ölçüt bağımlı örneklem yöntemi ile seçilmişlerdir. Olguların çalışmaya dahil edilmesi için gereken ölçütler ise aşağıdaki gibidir:

1. Afazili Katılımcılar İçin:

- Dil ve konuşma terapisti tarafından afazi tanısı konulmuş olup en az 4 aydan uzun süredir dil kaybı yaşıyor olmak,

- Anadili Türkçe olmak
- 18 yaşından büyük olmak
- İnme öncesinde okur-yazar olmak
- İnme öncesi herhangi nörolojik sorun yaşamamış olmak
- Afazi Dil Değerlendirme (ADD) Testinin İşitsel Anlama alt testinden en az 33 puan almış olmak

2. Sağlıklı Katılımcılar İçin:

- 18 yaşından büyük olmak
- Okur-yazar olmak
- Anadili Türkçe olmak
- Nörolojik, psikolojik ve bilişsel bir tanı almamış olmak
- Görme ve işitme kaybı, dil ve konuşma problemine sahip olmamak

Yukarıdaki kriterleri sağlamayan bireyler, çalışmaya dahil edilmemiştir. Her iki grup için de katılım ölçütlerine uyan bireylerin çalışmaya alınması, gönüllülük esasına dayanmıştır.

5.2.2. Katılımcıların genel bilgileri

Toplamda 53 afazili, 61 sağlıklı katılımcı değerlendirilmiştir. Afazi grubundan 9 katılımcı ADD işitsel anlama kriter puan sınırını sağlamadığından dolayı, 1 katılımcı ise cevaplarının tutarsız olmasından dolayı çalışmadan çıkarılmıştır. Sonuç olarak çalışma, ön koşul kriterlerini taşıyan 43 afazili ve 61 sağlıklı katılımcı ile tamamlanmıştır. Katılımcıların cinsiyet dağılımları ve yüzdeleri aşağıda belirtilmiştir.

Tablo 5.2.2.1.: Katılımcıların cinsiyet dağılım yüzdeleri

		Sayı (Yüzde) n (%)
Afazi	Kadın	15 (34,9)
	Erkek	28 (65,1)
	Toplam	43 (100,0)
Sağlıklı	Kadın	22 (36,1)
	Erkek	39 (63,9)
	Toplam	61 (100,0)

Cinsiyet değişkeninin ölçek içeriklerindeki bazı maddeler için (örneğin yemek hazırlama ve günlük işleri yapma maddeleri gibi) karıştırıcı faktör olarak etki gösterebileceği ihtimali düşünülmüştür. Bu nedenle de gruplardaki kadın ve erkek katılımcı oranları birbirine çok yakın tutulmuştur. Tablo 5.2.2.1. incelendiğinde afazili grupta yer alan erkek katılımcıların oranı ile (% 65.1) sağlıklı gruptaki erkek katılımcıların oranının (% 63.9) birbirlerine çok yakın olduğu ve her iki grupta erkek katılımcıların kadın katılımcılardan sayıca fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 5.2.2.2.: Katılımcıların yaş,cinsiyet, inme üzerinden geçen süre ve afazi tipi dağılımları

		Sağlıklı (n)	Afazili (n)
Cinsiyet	Kadın	22	15
	Erkek	39	28
Yaş (Yıl)	23-44	9	5
	45-59	42	25
	60-74	10	13
Geçen Süre (Ay)	4-6	-	6
	7-12	-	7
	13-24	-	7
	25+	-	23
Afazi Tipi	Akıcı Afazi	-	17
	Tutuk Afazi	-	26

Afazili katılımcıların tamamında sol hemisfer hasarı bulunmaktadır ve afazi tipi açısından 2 gruba ayrılmışlardır. Buna göre çalışma grubunda 17 akıcı, 26 tutuk afazili birey yer almaktadır (Tablo 5.2.2.2.).

İnme üzerinden geçen süre dağılımına bakılırsa; çalışmada 4-6 ay grubunda 6 afazili birey, 7-12 ay grubunda 7 afazili birey, 13-24 ay grubunda 7 afazili birey ve 25 ay üzerinde 23 afazili birey yer almıştır (Tablo 5.2.2.2.).

Yaş gruplamasında Noyan ve Toğram'ın 2013 yılında yaptıkları çalışmalarında kullandıkları DSÖ yaş sınıflaması esas alınmıştır (Noyan, 2013). Katılımcılar yaş gruplarına göre 23-44 yaş, 45-59 yaş, 60-74 yaş ve 75+ olmak üzere 4 gruba ayrılmışlardır. Buna göre çalışmada 23-44 yaşları arasında sağlıklı grupta 9, afazili grupta 5 katılımcı, 45-59 yaşları arasında sağlıklı grupta 42, afazili grupta 25 katılımcı ve 60-74 yaşları arasında sağlıklı grupta 10, afazili grupta 13 katılımcı yer almıştır (Tablo 5.2.2.2.).

Tablo 5.2.2.3.: Katılımcıların yaş ve inme üzerinden geçen süre ortalamaları

	Sağlıklı \bar{x} (\pm SS)	Afazili \bar{x} (\pm SS)	p
Yaş (Yıl)	52.60 (\pm 7.88)	54.32 (\pm 9.08)	0.306
İnme Üzerinden Geçen Süre (Ay)	--	34.51 (\pm 34.85)	--

Bağımsız İki Örneklem T Test

Sağlıklı grupta yaş ortalaması değişkeni normal dağılım gösterdiği için değerler ortalama (\pm standart sapma) cinsinden verilmiştir. Bu değerler sağlıklı grup için 52.60 (\pm 7.88) ve afazili grup için 54.32 (\pm 9.08) olarak tespit edilmiştir. Grupların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0.306$) (Tablo 5.2.2.3.). Bu nedenle de yaş değişkeninin karıştırıcı bir faktör olmadığı düşünülmektedir.

Ayrıca afazili katılımcılar için inme üzerinden geçen süre ortalamasının 2 yılı aştığı görülmüştür (Tablo 5.2.2.3.).

5.3. Veri Toplama Ortamı

Araştırmanın veri toplama işlemi Kayseri, İstanbul, Eskişehir ve Ankara illerindeki bazı hastaneler ile özel kurumlarda gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın yürütülebilmesi için kurumlardan gerekli izinler alınmıştır.

5.4. Veri Toplama Araçları

Dahil edilme kriterini sağlamış olan tüm katılımcılara, Afazi Etki Ölçeği-21'in Türkçe versiyonu ile İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi-39 Ölçeği tek oturumda uygulanarak veriler toplanmıştır. Çalışmada uygulanan veri toplama araçları aşağıda açıklanmıştır:

5.4.1. Afazi Etki Ölçeği-21 (AIQ-21)

Bu bölümde Swinburn ve diğerleri tarafından geliştirilen, bu çalışma ile Türkçe uyarlaması yapılarak geçerlik ve güvenilirliği araştırılan Afazi Etki Ölçeği-21' nin özellikleri ve puanlaması açıklanacaktır.

AIQ-21, afazili bireylere yüz yüze uygulanan, bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmeyi amaçlayan afazi dostu bir ölçektir. Ölçekte; iletişim, katılım ve emosyonel durum olmak üzere 3 alt alandan oluşan toplam 21 madde yer almaktadır.

AIQ-21, Kapsamlı Afazi Testi'nin (Comprehensive Aphasia Test-CAT) son bölümü olan Yetersizlik Anketi (Disability Questionnaire-DQ) olarak sürece başlamış ve belli psikometrik testler ile çeşitli düzenlemelerden geçerek 2018 yılında AIQ-21 olarak kullanıcılara sunulmuştur.

Ölçeğin tamamında büyük yazı fontu, en az sayıda yazı ve basit resimler kullanılması ile her sorunun başında “bu hafta” taşıma sözcüğünün tekrarlanması, afazili bireyin ölçeği daha rahat anlaması için destek olma amacı taşımaktadır. Ayrıca bazı sorularda kullanılan olumlu soru cümleleri, “yapacağın olumlu şeyler de var” düşüncesini aşılama amacı taşımaktadır.

Ölçekteki soruların tamamında afazili bireyin son 1 haftasının nasıl geçtiğini sorgulayan sorular yer almaktadır ve kişiden yaşanan zorluğu 4 en kötü puan, 0 en iyi puan olmak üzere 0-4 arasında derecelendirmesi istenmektedir.

Afazili bireylerin bu süreç içerisinde yaşadıkları problemler kişinin kendi iç dünyasındadır. Müdahale ve yaklaşımların temel amacı ise kişinin katılımını en üst seviyeye çıkarmak olduğundan dolayı, ölçekte yaşam kalitesi algısı doğrudan bireyin kendisinin cevaplarından çıkarılmaktadır.

İletişim alt alanında kişinin yakınlarıyla ve yabancı kişilerle konuşması, onları anlaması esnasında zorlanma durumu ile okuma ve yazma becerisini değerlendiren 6 madde yer almaktadır.

Katılım alt alanında günlük aktivitelerde zorlanma durumu, yapmayı sevdiği şeyler ile arkadaş ve ailesiyle ilişkisini değerlendiren 4 madde bulunmaktadır.

Emosyonel durum alt alanında ise hayal kırıklığı, endişe, mutsuzluk gibi duygu durumlar ile gelecek hakkındaki düşüncesini sorgulayan toplam 11 madde bulunmaktadır.

5.4.1.1. Ölçek maddelerinin yanıtlanma biçimleri

İletişim alt alanına ait olan maddeler ile katılım alt alanına ait olan ilk maddede, hafta boyunca bireyin belirli günlük aktiviteleri yaparken ne kadar zorlandığı sorgulanmaktadır. Bireyden bu zorluk seviyesini 0-4 arasında derecelendirmesi

beklenmektedir. Bu soruların tamamı için 4: 'İmkansız' ve 0: 'Sorun Yok' anlamına gelmektedir. Örneğin 'Bu hafta tanımadığınız biri ile konuşmak sizin için ne kadar kolaydı?' sorusuna verilecek yanıtlar için 4: 'İmkansızdı', 0: 'Sorun yoktu' anlamına gelmektedir.

Katılım alt alanına ait olan diğer maddelerde ise bireyin hoşuna giden şeyler ile ailesi ve arkadaşlarıyla ilişkisi sorgulanmakta olup yine 0-4 arasında puanlaması istenmektedir. Bu sorular için, 4: 'Yapacak olumlu bir şey yok' ve 'Çok kötü' gibi olumsuz anlamlara gelmekte iken 0: 'Yapacak birçok olumlu şey var' ve 'Çok iyi' anlamlarına gelmektedir. Örneğin 'Bu hafta ailenizle aranınız nasıldı?' sorusuna bireyin vereceği cevaplar 4: 'Çok kötü' ile 0: 'Çok iyi' arasında yer almaktadır.

Emosyonel durum alt alanının ilk 9 sorusunda olumsuz duygular, son 2 sorusunda olumlu duygularla ilgili sorular yer almaktadır. Olumsuz olan ilk dokuz soru için derecelendirme 4: 'Çok...hissetmek' ve 0: 'Hiç....hissetmemek' anlamlarına gelmekte iken olumlu olan son iki soru için 4: 'Hiç....değil' ve 'Çok olumsuz', 0 ise 'Çok...hissetmek' ve 'Çok olumlu' anlamlarına gelmektedir. Örneğin olumsuz duygu durum olan 'Bu hafta mutsuz hissettiniz mi?' sorusu için verilecek yanıtlar 4: 'Çok mutsuz', 0: 'Hiç mutsuz değil' iken olumlu duygu durum olan 'Bu hafta kendinizden emin hissettiniz mi?' sorusuna verilecek yanıtlar için derecelendirme 4: 'Hiç kendinden emin değil', 0: 'Kendinden çok emin' şeklinde olmaktadır.

5.4.1.2. Ölçeğin puanlanması

Afazi Etki Ölçeği-21, beşli derecelendirme Likert tipi bir ölçektir. Ölçek uygulaması sırasında katılımcılar her bir soru için yanıtlarını 0-4 puan arasında derecelendirirler. Tabloda ölçek genelinden ve alt alanlardan alınabilecek en yüksek değerler ile madde sayıları yer almaktadır (Tablo 5.4.1.2.1.).

Tablo 5.4.1.2.1: AIQ-21 ölçeği alt alanların ve ölçek genelinin puanlanması

Ölçek Alanı	Madde Sayısı	Toplam Puan
İletişim Alt Alanı	6	24
Katılım Alt Alanı	4	16
Emosyonel Durum Alt Alanı	11	44
Ölçek Toplamı	21	84

İletişim alt alanında toplam 6 madde yer almaktadır. Bu alana ait toplam puan, 0-24 arası değer almaktadır. Katılım alt alanına ait olan 4 maddeden alınabilecek puan 0-16 arasında değer almaktadır. Emosyonel durum alt alanına ait olan toplam puan, 11 maddeden alınabilecek toplam puan olup 0-44 arasında değer alabilmektedir.

Ölçek toplam puanı ise tüm maddelerden elde edilen puanlar toplamına eşittir ve ölçek genelinden alınabilecek puan 0-84 arası değer alabilmektedir. Ölçekteki tüm maddeler için 0 en iyi yaşam kalitesini, 4 ise en kötü yaşam kalitesini göstermektedir. Buna göre ölçek genelinden alınabilecek olan 0 puan en iyi yaşam kalitesini, 84 puan ise en kötü yaşam kalitesini göstermektedir. Ölçek alt alan ve ölçek toplam puanları ise, ilgili bölümden alınan toplam puanın o bölümdeki madde sayısına bölünmesi ile hesaplanmaktadır (Tablo 5.4.1.2.2.).

Tablo 5.4.1.2.2.: AIQ-21 uygulama sonucunda elde edilecek puan türleri

	Hesaplama Yöntemi
İletişim Alt Alanı	Ölçeğin 1-6 arası maddelerin puanları toplamı/6
Katılım Alt Alanı	Ölçeğin 7-10 arası maddelerin puanları toplamı/4
Emosyonel Durum Alt Alanı	Ölçeğin 11-21 arası maddelerin puanları toplamı/11
Ölçek Toplamı	Ölçeğin tamamından elde edilen puanlar toplamı/21

5.4.2. İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi-39 (SAQOL-39) Ölçeği

Bu bölümde, Hilari ve diğerleri tarafından 2003 yılında geliştirilen, 2013 yılında Türkçeye uyarlama ve geçerlik-güvenirlik çalışmaları Noyan ve Toğram tarafından yapılmış olan İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi-39 Ölçeğinin özellikleri ve puanlaması açıklanacaktır.

Afazili bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmeyi amaçlayan bu ölçek 4 alt alana ayrılmış toplam 39 maddeden oluşmaktadır. Fiziksel alt alanında özbakım becerileri, günlük aktiviteler, fiziksel durum ve hareket edebilme durumlarını değerlendiren 17 madde; iletişim alt alanında dil işlevselliği ve dilin aile, sosyal yaşam üzerindeki etkisinin algılanmasını değerlendiren 7 madde; psikososyal alt alanında kişilik, duygu durum ve düşünme yetisini değerlendiren 11 madde; enerji alt alanında bireyin enerjisi ve yorgunluğunu değerlendiren 4 madde yer almaktadır. Likert tip 5'li derecelendirme ölçeğinde bireylerden yaşadıkları zorlukları ve durumları 1-5 arasında derecelendirmeleri istenmektedir (Noyan, 2013).

5.4.2.1. Ölçek maddelerinin yanıtlanma biçimleri

Ölçekteki soruların tamamı için tekrarlayan taşıma sözcüğü olarak “Geçen hafta boyunca” ifadesi yer almaktadır.

Ölçeğin ilk 21 maddesi fiziksel alan ile iletişim alt alanına ait olup bireye bu alanlarla ilgili günlük aktiviteler sırasında ne kadar zorlandığı sorulmaktadır. Afazili bireyler tarafından maddelerin her birine verilecek yanıtlar Likert tipi ölçekte 1-5 arasında puanlanmaktadır. ‘1: Hiç yapamadım’, ‘2: Çok zorluk yaşadım’, ‘3: Biraz zorluk yaşadım’, ‘4: Çok az zorluk yaşadım’, ‘5: Hiç zorluk yaşamadım’ yanıtlarından kendisine uygun olan yanıtı vermesi beklenmektedir.

Psikososyal ve enerji alt alanlarına ait 18 maddede ise afazili bireyin hissettiği bazı duygular ve yaşadıkları olası sorunlar yer almaktadır. Bu maddelere verilecek

yanıtlar ise ‘1: Kesinlikle evet’, ‘2: Çoğunlukla evet’, ‘3: Emin değilim’, ‘4: Çoğunlukla hayır’, ‘5: Kesinlikle hayır’ şeklindedir (Noyan, 2013).

5.4.2.2. Ölçeğin puanlanması

Ölçek uygulaması sırasında katılımcılar her bir soru için kendilerini 1-5 puan aralığında derecelendirirler. Ölçek toplam puanı ise alt alanlardan alınan puanların toplamıdır. Tabloda ölçek genelinden ve alt alanlardan alınabilecek en yüksek puan ile madde sayıları yer almaktadır (Tablo 5.4.2.2.1.).

Tablo 5.4.2.2.1.: SAQOL-39 ölçeği alt alanların ve ölçek genelinin puanlanması (Noyan, 2013)

	Madde Sayısı	Toplam Puan
Fiziksel Alt Alanı	17	85
İletişim Alt Alanı	7	35
Psikososyal Alt Alanı	11	55
Enerji Alt Alanı	4	20
Ölçek Toplamı	39	195

Fiziksel alt alanına ait toplam puan, bu alandaki 17 maddeden alınabilecek olan toplam puan olup alınabilecek en yüksek puan 85’tir. İletişim alt alanına ait olan 7 maddeden alınabilecek en yüksek puan 35, psikososyal alt testindeki 11 maddeden alınabilecek en yüksek puan ise 55 puandır. Enerji alt alanındaki 4 maddeden alınabilecek en yüksek puan 20 puandır.

Ölçek toplam puanı, tüm maddelerden elde edilen toplam puandır ve alınabilecek en yüksek puan 195 puandır. SAQOL-39 ölçeğinin uygulanması sonucunda elde edilecek olan puanlar katılımcının yaşam kalitesini göstermekte olup tüm maddeler için 1 puan en kötü yaşam kalitesini, 5 puan ise en iyi yaşam kalitesini göstermektedir. Ölçek alt alan ve toplam puanı, ilgili bölümden alınan toplam puanın o bölümdeki madde sayısına bölünmesi ile hesaplanmaktadır. Ölçek uygulanması

sonucunda elde edilecek puan türlerinin hesaplanma yöntemi tabloda belirtilmiştir (Tablo 5.4.2.2.2.).

Tablo 5.4.2.2.2.: SAQOL-39 ölçeği uygulama sonucunda elde edilecek puan türleri (Noyan, 2013)

Hesaplama Yöntemi	
Fiziksel Puan	$(H \text{ maddeleri} + O \text{ maddeleri} + İ \text{ maddeleri} + UE \text{ maddeleri} + SY7) / 17$
İletişim Puanı	$(D \text{ maddeleri} + A9 + SY8) / 7$
Psikososyal Puan	$(DU5 + K \text{ maddeleri} + M \text{ maddeleri} + A7 + SY1 + SY4 + SY5) / 11$
Enerji Puanı	$(DU4 + E \text{ maddeleri}) / 4$
Ölçek Ortalama Puanı	Tüm maddelerin toplamı/39

(H: hareket, O: özbakım, İ: iş, UE: üst ekstremité, SY: sosyal yaşam, D: dil, A: aile, DU: düşünce, K: kişilik, M: mod, E: enerji)

5.5. AIQ-21 Uyarılama ve Geçerlik, Güvenirlik Süreci

5.5.1. Afazi Etki Ölçeği-21'in (AIQ-21) Türkçeye uyarlanması

AIQ-21 ölçeğinin Türkçeye uyarılama, geçerlik ve güvenirlik çalışması amacıyla öncelikle ölçeğin kullanılabilmesi için yazarından mail yoluyla izin alınmıştır. Sonraki aşamada ölçeğin Türkçeye çevirisi, akademik hayatının belli bir döneminde yurt dışında eğitim almış ya da belli bir süre yurt dışında bulunmuş 4 uzman tarafından ayrı ayrı yapılmış, bu çevirilerin uygunluğuna araştırmacı ve danışman öğretim üyesi tarafından görüş birliği ile karar verilmiştir. Bu şekilde en uygun olduğuna karar verilen madde çevirileri üzerinden, iyi derecede İngilizce bilen ve ölçeğin orijinalini görmemiş olan bir uzman tarafından orijinal dile geri çevirisi yapılmıştır.

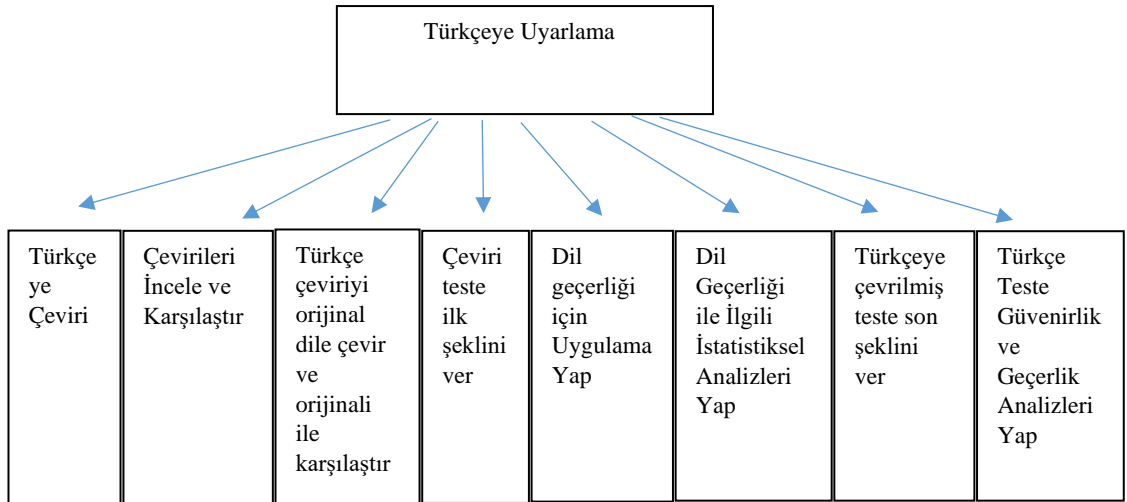
Bu aşamadan sonra çevirilerin uygunluğunu değerlendirmeleri için her iki kültüre de hakim olan 5 uzman dil ve konuşma terapistinin görüşüne başvurulmuştur

ve görüşleri bir form aracılığıyla toplanmıştır. Bu sonuçlara göre çevirilerin uygunluğu “Uygun/Uygun değilse görüş belirtin” şeklinde kendilerine sunulmuş, uygun olduğu sayıca daha fazla uzman tarafından düşünülen sorular üzerinde değişiklik yapılmamış, geri kalan sorular üzerinde önerilen görüşlere göre danışman öğretim üyesi ve araştırmacının ortak kararı ile gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

Çalışmadaki uygulama öncesinde dilin anlaşılabilirliğinden emin olunması adına her iki dile de hakim olan ve ölçeği henüz görmemiş olan 9 kişiden hem orijinal ölçeği hem de uyarlanmış ölçeği eş zamanlı cevaplaması istenmiştir. Bu kişilerin orijinal ve uyarlanmış maddelere verdikleri yanıtlar arasındaki korelasyona bakılmış ve pozitif yönde çok güçlü korelasyon olduğu bulunmuştur.

Bu adımlar sonucunda hem Türkçeye uyarlama aşamasının hem de dil geçerliğinin belli aşamaları tamamlanmış ve ölçek asıl çalışma grubunda kullanılmaya hazır hale gelmiştir. Tablo 5.5.1.1.’ de ölçeği Türkçeye uyarlama aşamasında izlenmesi gereken adımlar yer almaktadır.

Tablo 5.5.1.1.: Ölçek uyarlama aşamaları (Şeker & Gençdoğan, 2006)



5.5.2. AIQ-21 ölçeği pilot çalışması

Ölçüm aracıyla yapılan çalışmaların geçerlik analizleri üç aşamada tamamlanmaktadır: İlk aşama pilot çalışma analizleri, ikinci aşama esas araştırma devam ettiği sırada analizlerin yapılması ve üçüncü aşama esas çalışma bitiminden sonra yapılan analizlerden oluşmaktadır. Nihai araştırma raporuna ise bu üç aşamanın bulguları birlikte alınmaktadır (Şencan, 2005).

Bu amaçla ölçek, asıl hedef gruba uygulanmadan önce hedef grubun özelliklerini yansıtan küçük bir pilot çalışma grubunda uygulanıp istatistiksel analizleri yapılarak hem ölçek sahibinin izin şartı yerine getirilmiş hem de elde edilen Cronbach Alfa değerlerine göre asıl çalışma katılımcı sayısına karar verilmiştir.

5.5.3. Ölçeğin uygulanması, verilerin toplanması ve çözümlenmesi

Uygulama öncesinde katılımcı ve yakınına AIQ-21 ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, geçerlik-güvenirlik çalışmasının amacı ve önemi açıklanmıştır. Dahil edilme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere çalışma hakkında detaylı bilgi verilmiş, ardından "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" imzalatılmıştır (EK 4). Çalışmaya katılan olguların isimleri tamamen gizli tutulup belirli harf ve rakamlarla kodlanmıştır.

Her iki grup bireylere tek oturumda AIQ-21 ölçeğinin Türkçeye uyarlanmış versiyonu ile 2013 yılında Türkçeye uyarlanmış, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları tamamlanmış olan İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi-39 ölçeği uygulanmıştır.

Ölçekler katılımcıların görebileceği şekilde kendilerine sunulmuş ve ölçeklerdeki tüm sorular araştırmacı tarafından katılımcılara okunmuştur. Bu şekilde bireyin madde içeriklerini anlamasını kolaylaştıracak şekilde hem işitsel hem görsel girdi sunma amaçlanmıştır.

Uygulama sürecinde AIQ-21 ölçeği için 2 adet ölçek materyali kullanılmıştır. Bunlardan ilki katılımcıya araştırmacı tarafından okunacak genel yönergeleri içeren form, diğeri ise araştırmacı tarafından katılımcının seçimlerini işaretlemek için kullanılan puanlama formudur. Maddeler ve yanıtları, araştırmacı tarafından okunduktan sonra sözel olarak kendini ifade edemeyen katılımcılardan seçtikleri yanıtları kağıt üzerinde göstermeleri istenmiştir. Sözel olarak kendini ifade etme yetisine sahip olan katılımcıların maddeleri göstermesi istenmemiş, yanıtları kendilerinden sözel olarak alınmıştır.

Katılımcıların madde içeriklerini anlamadıkları fark edildiğinde madde içeriği araştırmacı tarafından açıklanmış ve katılımcılara maddeye ilişkin yanıtlar tekrar sorulmuştur. Uygulama sırasında her bir soru için standart olan “Bu hafta” taşıyıcı sözcüğü, araştırmacı tarafından tüm sorularda yinelenmiştir.

Ölçüt geçerliği sağlamak adına kullanılan bir diğere ölçek olan SAQOL-39 ölçeği, aynı şekilde katılımcılara görsel ve işitsel yolla sunulmuştur. Ölçekteki sorular araştırmacı tarafından katılımcılara okunmuş, katılımcılardan kağıt üzerinde seçimlerini göstermeleri istenmiştir. Sözel olarak kendini ifade eden bireylerden ise yanıtlar sözel olarak alınmıştır. Katılımcıların madde içeriklerini anlamadıkları fark edildiğinde araştırmacı tarafından açıklama yapılmış ve yanıtları tekrar alınmıştır. Uygulama sırasında ölçekteki “Geçen hafta boyunca” taşıyıcı ifadesi, asıl ölçek ile aynı haftayı sorgulaması adına katılımcılara “Bu hafta” şeklinde değiştirilerek sorulmuş ve bu ifade araştırmacı tarafından bütün maddelerde yinelenmiştir.

Eksik olan veriler için literatürde önerildiği gibi maddelerin en az %85’ine cevap vermiş olma kriteri esas alınmıştır (Şencan, 2005). Bu anlamda çalışmaya dahil edilen tüm bireylerin % 85’in üzerinde cevaplama yaptığı görülmüş, eksik veri sebebiyle kimse analiz dışında bırakılmamıştır.

Aynı zamanda yine literatürde önerildiği gibi eksik verilerin yerine atama yöntemleri kullanılmıştır (Şencan, 2005). Buna göre sağlıklı bireylerin eksik verileri için (Erkek bireylerde SAQOL-39 yemek hazırlama maddesi- yaşlı bireylerde ise

AIQ-21 mesaj yazma ve gazete okuma maddesi) ikame ölçüm yöntemi (Yerine aynı anakütleden seçilen başka bireylerin atanması) kullanılmış olup afazili bireyler için ise (SAQOL-39 yemek hazırlama maddesi için) mantıksal atama yöntemi (Kişinin benzer diğer sorulara verdiği yanıtlardan kolaylıkla çıkarılabilecek bir değer atanması) ya da global sabit değer ikame değeri olarak atanması (Likert ölçeklerde tam orta noktaya gelen 3 değeri) yöntemi kullanılmıştır.

Her iki ölçeğin tek oturumda uygulandığı seanslarda en kısa uygulama 15 dakika, en uzun uygulama 60 dk sürmüştür. Katılımcıların her bir soruya verdikleri yanıtlar veri toplama formu aracılığıyla kayıt altına alınmıştır. Aynı zamanda katılımcıların ve kurumların izin vermesi halinde çalışma esnasında video/ses kaydı alınmıştır.

5.5.4. Afazi Etki Ölçeği-21'in (AIQ-21) geçerlik ve güvenirlik çalışması

Birimlerin özellikle hissedilen, bilinen ancak gözlemlenemeyen bilişsel, davranışsal, tepkisel, duygu durumsal vb. özelliklerini sayısallaştırmak amacıyla kullanılan ölçüm araçlarına ölçek denir. Bir değişkenin gerçek değerini ölçmek için yararlanılan ölçme aracının geçerli ve güvenilir bir ölçme yapması gerekmektedir (Özdamar, 2017).

5.5.4.1. Afazi Etki Ölçeği-21'in (AIQ-21) geçerlik çalışması

Geçerlik, kullanılan ölçüm aracının ölçülecek özelliğe uygun olması, verilerin amaca yönelik olarak yararlı olması ve ölçülmek istenen özelliğin niteliğini tam anlamıyla yansıtması anlamına gelmektedir (Şencan, 2005).

Afazi Etki Ölçeği-21 (AIQ-21) geçerlik analizleri; yapı geçerliği, ölçüt geçerliği, yüzey geçerliği ve içerik geçerliği olmak üzere 4 kategoride incelenmiştir.

5.5.4.1.1. Afazi Etki Ölçeği-21 yapı geçerliği çalışması

Diğer geçerlik türlerini de içinde barındıran yapı geçerliği, ölçek maddelerinin ölçülmek istenen faktörle yüksek derecede ilişkili olması ve faktörler arası ilişkilerin de kurama uygun düşmesidir (Şencan, 2005). Bu çalışmada yapı geçerliği analizinde;

- Çalışma gruplarının alt ölçek puanları ve ölçek toplam puanı açısından farklılıklarının incelenmesi (Grup farklılıkları ile yapısal geçerlik analizi),
- Uç %27'lik grupların ölçekten aldıkları puan farklılıklarının incelenmesi,
- Alt alanların ölçek toplam puanı ile korelasyonlarının incelenmesi,
- Alt alanlar arası korelasyonların incelenmesi,
- Faktör analizi bulguları hesaplama,
- İç tutarlık katsayısı hesaplama (Cronbach Alfa) olmak üzere 6 farklı analiz kullanılmıştır.

5.5.4.1.2. Afazi Etki Ölçeği-21 ölçüt geçerliği çalışması

Ölçüt (Kriter) geçerliği, mevcut ölçek ile elde edilen sonuçların standart olarak belirlenen bir ölçüm kriterine ait puanla karşılaştırılması ve karşılaştırma korelasyon katsayısının yüksek çıkmasıdır. Literatürde 3 tür ölçüt geçerlik analizi kullanılmaktadır: a) tahmin geçerliği, b) eş zamanlı geçerlik, c) geriye dönük geçerlik (Şencan, 2005).

Bu çalışmada ise ölçüt geçerliği için eş zamanlı geçerlik analizi kullanılmıştır. Kriter ölçek olarak İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi-39 Ölçeği (SAQOL-39) kullanılmıştır. Katılımcıların Afazi Etki Ölçeği-21'den aldıkları puan ile İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi-39 ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılabilir alanlarındaki korelasyonlarına bakılmıştır. Bu iki ölçek eş zamanlı olarak tek seansta uygulanmıştır. Uygulama esnasında bireylerin yorgunluk gibi durumları da gözetilerek her iki grup için de vakaların bir kısmına önce AIQ-21, daha sonra SAQOL-39 uygulanırken, bir kısmına önce SAQOL 39, daha sonra AIQ-21 uygulaması yapılmıştır.

Literatürde eş zamanlı geçerlik analizi için a)ölçek puanlarının daha önceki yıllarda yapılmış kriter ölçek puanı ile karşılaştırılması, b)aynı günlerde yapılan fiili performans ile karşılaştırılması, c)ölçeğin özellikleri birbirinden önemli ölçüde farklı olan iki gruba uygulanması önerilmektedir (Şencan, 2005).

Bu çalışmada eş zamanlı geçerlik analizi için hem aynı günlerde yapılan fiili performans ölçümleri kullanılmış, hem de ölçekler birbirinden önemli ölçüde farklı olan 2 gruba (afazi-sağlıklı) uygulanmıştır. Aynı zamanda aynı kavramsal yapıyı ölçen dış testlerin karşılaştırılması ile yapı geçerliğine de destek sağlanmıştır (Şencan, 2005).

Ayrıca yine ölçüt geçerliği için ölçek birbirinden önemli ölçüde farklı olduğu düşünülen iki gruba (afazi ve sağlıklı) uygulanmış ve sonuçların korelasyonlarına bakılmıştır.

5.5.4.1.3. Afazi Etki Ölçeği-21 yüzey geçerliği çalışması

Yüzey geçerliği (Mantıksal geçerlik), ölçeğin araştırılan yapıyı ölçüp ölçmediğine karar vermek için gereklidir. Bu aşamada araştırmacının a) kendisinin, b) yakın çevresindeki arkadaşlarının, c) konu hakkında uzman olmayan başka kişilerin, d) pilot çalışmaya katılan kişilerin görüşleri alınarak belirlenir (Şencan, 2005).

Bu çalışmada öncelikle araştırmacı ve danışman öğretim üyesi tarafından ifadelerin ölçüm amacına uygun olmasına, hedef kitledeki kişilerin eğitim, kültür vb seviyelerini zorlamamasına, anlamın açık ve net olmasına dikkat edilmiştir. Yakın çevredeki bireylerden de bu aşamada görüşler alınmış ve gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Daha sonrasında anlaşılabilirlikten emin olmak için yabancı dilde eğitim alan ve konu ile ilgili uzman olmayan 9 kişiden hem orijinal hem uyarlanmış ölçeği eş zamanlı cevaplaması istenmiştir. Elde edilen sonuçlar analiz edilmiş, dilin anlaşılabilirliğinde problem görülmemiştir.

5.5.4.1.4. Afazi Etki Ölçeği-21 içerik geçerliği çalışması

AIQ-21 ölçeği içerik geçerliği çalışması 2 aşamada gerçekleştirilmiştir: a)ölçeğin uyarlama süreci, b)pilot çalışma uygulaması

a) AIQ-21 Türkçeye Uyarlanması

Toplumlar arasında duygu, düşünce ve davranışların ifadesi değişkenlik göstermektedir. Bu nedenle ölçek uyarlaması yapılırken bazı maddelerde değişiklik yapılması gerekliliği göz önünde bulundurulmalıdır (Akbaş & Korkmaz, 2007). Bu çalışma esnasında uyarlama aşamasında kültürel uygunluk açısından gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

b) Pilot Çalışma Uygulaması

Çalışmada yüzey geçerliği aşamasında uygulanan anlaşılabilirlik analizi ile içerik geçerliği analizi de başlamış sayılmaktadır. Uygulama esnasında hem pilot çalışmaya katılan sağlıklı bireylerden görüşler alınmış hem de AIQ-21 ölçeğinin orijinal ve uyarlanmış versiyonlarını eş zamanlı olarak cevaplamaları istenmiştir.

5.5.4.2. Afazi Etki Ölçeği-21'in (AIQ-21) güvenirlik çalışması

Güvenirlik, bir değişkenin gerçek değerinin ölçme araçları ile tam ve doğru olarak ölçülebilme derecesidir. Güvenirlik, güvenirlik katsayısı ile ölçülebilen bir değerdir. Bu katsayı α ile gösterilir ve 0 ile 1 arasında değer almaktadır. 0 değeri ölçeğin güvenilir olmadığını belirtirken 1 değeri ise ölçeğin kesin güvenilir olduğunu belirtmektedir (Özdamar, 2017).

Literatürde klasik test kuramında güvenirlik analizi için a) iç tutarlık, b) eş değerlik, c) istikrarlılık d) temsil edicilik ve e) nesnellik yöntemleri kullanılmaktadır (Şencan, 2005).

Bu çalışmada AIQ-21 ölçeğinin güvenirlik analizlerinde, iç tutarlılık için her bir alt alan ve ölçeğin tamamı için Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları hesaplanmış,

maddeler arası korelasyona ve madde-toplam puan korelasyon katsayılarının ortalamasına bakılmıştır. Aynı zamanda SAQOL-39 ölçeği ile korelasyonuna bakılarak eşdeğerlilik yöntemi de uygulanmıştır. Tabloda sağlık alanı çalışmalarında tercih edilen güvenilirlik katsayıları belirtilmiştir (Tablo 5.5.4.2.1.).

Tablo 5.5.4.2.1.: Cronbach Alfa değerlerine göre güvenilirlik analizi kararları (Özdamar, 2017)

α Değeri	Karar
$\alpha < 0.50$	Ölçek güvenilir değil
$0.50 \leq \alpha < 0.60$	Ölçek düşük derecede güvenilir
$0.60 \leq \alpha < 0.70$	Ölçek orta düzeyde güvenilir
$0.70 \leq \alpha < 0.80$	Ölçek genel kabul gören düzeyde güvenilir
$0.80 \leq \alpha < 0.90$	Ölçek yüksek derecede güvenilir
$\alpha \geq 0.90$	Ölçek mükemmel derecede güvenilir

5.6. Verilerin İstatiksel Analizi

Araştırmaya katılan 43 afazili ve 61 sağlıklı bireyden elde edilen verilerin istatistiksel analizi, IBM SPSS Statistics 22.0 paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine Shapiro Wilk normallik testine göre karar verilmiştir. Dağılım durumları gözetilerek hem parametrik testler (bağımsız gruplarda T test) hem de parametrik olmayan testler (Mann Whitney U testi) kullanılarak analizler gerçekleştirilmiştir. Örneklem büyüklüğü ve değişkenlerin normallik durumları gözetilerek korelasyon analizleri için Spearman's Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Verilerin tümünün ve alt alanların güvenilirlik analizleri, Cronbach Alfa katsayısı ve madde-toplam puan korelasyon katsayısı analizleri yapılarak araştırılmıştır. Faktör analizi kararı Kaiser-Meyer-Olkin ve Barlett's testlerine göre karar verilmiştir. AIQ-21 ölçeğinin faktör yapısını belirlemek için ise temel bileşen faktör analizi (Principal Factor Analysis) kullanılmıştır.

6. BULGULAR

Bu bölümde çalışmanın amaçları doğrultusunda yöntem bölümünde belirtilen şekilde toplanan ve analiz edilen verilerin bulguları yer almaktadır.

Literatürde geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında önerildiği şekilde çalışma esnasında öncelikle pilot uygulama yapılmıştır. Pilot çalışma aşamasındaki analizde yer alan 10 afazili, 50 sağlıklı birey için yaş ortalaması ile cinsiyet dağılımları tabloda gösterildiği gibidir (Tablo 6.1.). Yaş değişkeni normal dağılım gösterdiği için (afazi grubunda $p=0.918$ ve sağlıklı grupta $p=0.674$) $\bar{x}\pm SS$ değerleri verilmiştir.

Tablo 6.1.: Pilot çalışma katılımcılarının yaş ortalamaları ile cinsiyet dağılımları

		Sağlıklı n (%)	Afazili n (%)
Cinsiyet	Kadın	26 (52)	4 (40)
	Erkek	24 (48)	6 (60)
	Toplam	50 (100)	10 (100)
Yaş (Ortalama $\pm SS$)		44.72 (± 11.87)	57.90 (± 10.07)

Tablo 6.2.: Pilot çalışma sonuçlarına göre örneklem tahmini

Örneklem Büyüklüğü (Afazi Grubu)	Cronbach Alfa
Mevcut Çalışma (N=10)	0.893
N=47	0.951
N=40	0.907
N=31	0.803

Bu aşama sonucu analizlerine göre madde anlaşılabilirliğinde, cümlelerin ifade edilmesinde problem görülmediğinden dolayı ölçüm aracında herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Analiz sonuçlarına göre çalışmanın tamamlanması için afazili katılımcı sayısının en az 31 olmasına karar verilmiştir. Tabloda Cronbach Alfa değerleri yer almaktadır (Tablo 6.2).

6.1. Katılımcıların Elde Ettikleri Puanlara İlişkin Bulgular

Çalışma 43 afazili, 61 sağlıklı katılımcı ile tamamlanmıştır.

Tablo 6.1.1.: Afazili katılımcıların AIQ-21 ölçeğinde elde ettikleri puanların incelenmesi

Ölçek Alt Alanları	Min	Max	Alınabilecek Max Puan	Ortalama (\bar{x})	SS
İletişim	2	22	24	11.34	5.44
Katılım	0	12	16	5.34	3.44
Emosyonel Durum	0	40	44	14.34	10.26
Ölçek Toplamı	6	65	84	31.04	15.47

Afazili katılımcıların ölçek geneli ve alt alanlarından aldıkları puanlar ile ortalama(\pm standart sapma) değerleri verilmiştir (Tablo 6.1.1.). Katılımcılar iletişim alanından en düşük 2, en yüksek 22 puan; katılım alt alanından en düşük 0, en yüksek 12 puan; emosyonel durum alt alanından en düşük 0, en yüksek 40 puan; ölçek toplamında ise en düşük 6, en yüksek 65 puan elde etmişlerdir.

İletişim alt alanından alınan puanların ortalaması 11.34 (\pm 5.44) puan, katılım alt alanı için 5.34 (\pm 3.44) ve emosyonel durum alt alanı için 14.34 (\pm 10.26) olarak hesaplanmıştır. Tüm alt alan verileri değerlendirildiğinde ise ölçek toplamında afazili katılımcıların aldıkları puan ortalaması 31.04 (\pm 15.47) puan olarak görülmektedir (Tablo 6.1.1.).

Tablo 6.1.2.: Afazili katılımcıların AIQ-21 ölçek alt alan ortalamaları, alınan min-maks. değerler ile standart sapma değerleri

Ölçek Alt Alanları	Min	Max	Ortalama (\bar{x})	SS
İletişim	0.33	3.67	1.89	0.90
Katılım	0.00	3.00	1.33	0.86
Emosyonel Durum	0.00	3.64	1.30	0.93
Ölçek Toplamı	0.29	3.10	1.47	0.73

Tablo 6.1.2. incelendiğinde afazi katılımcıların iletişim alt alanında ortalama puan bakımından en düşük 0.33 ve en yüksek 3.67 puan, katılım alt alanında en düşük 0.00 ve en yüksek 3.00 puan; emosyonel durum alt alanında en düşük 0.00 ve en yüksek 3.64 puan; ölçek geneline bakıldığında ise en düşük 0.29 ve en yüksek 3.10 puan elde ettikleri görülmektedir.

Bu puanların ortalamalarına bakıldığında ise; iletişim alt alanında 1.89 (± 0.90) puan, katılım alt alanında 1.33 (± 0.86) puan ve emosyonel durum alt alanında 1.30 (± 0.93) puan olduğu görülmektedir. Tüm bu alt alanlar incelendiğinde ise ölçek genelinden alınan ortalama puanın 1.47 (± 0.73) puan olduğu görülmektedir.

Tablo 6.1.3.: Sağlıklı katılımcıların AIQ-21 ölçeğinde elde ettikleri puanların incelenmesi

Ölçek Alt Alanları	Min	Max	Alınabilecek Max Puan	Ortalama (\bar{x})	SS
İletişim	0	8	24	2.01	1.89
Katılım	0	9	16	2.86	2.24
Emosyonel Durum	0	20	44	5.63	4.87
Ölçek Toplamı	0	28	84	10.52	6.48

Sağlıklı katılımcıların ölçek geneli ve alt alanlarından aldıkları puanlar ile ortalama(\pm standart sapma) değerleri verilmiştir (Tablo 6.1.3.). Elde edilen puanlara bakıldığında iletişim alt alanından en düşük 0, en yüksek 8 puan; katılım alt alanında en düşük 0, en yüksek 9 puan; emosyonel durum alt alanında en düşük 0, en yüksek 20 puan; ölçek genelinde ise en düşük 0, en yüksek 28 puan elde edildiği görülmektedir.

Elde edilen bu puanların ortalamasına bakıldığında ise iletişim alt alanından alınan puanların ortalaması 2.01 (\pm 1.89) puan, katılım alt alanı için 2.86 (\pm 2.24) ve emosyonel durum alt alanı için 5.63 (\pm 4.87) olarak karşımıza çıkmaktadır. Tüm alt alan verileri değerlendirildiğinde ise ölçek toplamında sağlıklı katılımcıların aldıkları puan ortalaması 10.52 (\pm 6.48) puan olarak görülmektedir.

Tablo 6.1.4.: Sağlıklı katılımcıların AIQ-21 ölçek alt alan ortalamaları, alınan min-maks değerler ile standart sapma değerleri

Ölçek Alt Alanları	Min	Max	Ortalama (\bar{x})	SS
İletişim	0.00	1.33	0.33	0.31
Katılım	0.00	2.25	0.71	0.56
Emosyonel Durum	0.00	1.82	0.51	0.44
Ölçek Toplamı	0.00	1.33	0.50	0.30

Tablo 6.1.4. incelendiğinde sağlıklı katılımcıların ortalama puan bakımından iletişim alanında en düşük 0.00 ve en yüksek 1.33; katılım alt alanında en düşük 0.00 ve en yüksek 2.25 puan; emosyonel durum alt alanında en düşük 0.00 ve en yüksek 1.82 puan; ölçek genelinde ise en düşük 0.00 ve en yüksek 1.33 puan elde ettikleri görülmektedir.

Bu puanların ortalamalarına bakıldığında ise iletişim alt alanında ortalama 0.33 (\pm 0.31) puan, katılım alt alanında 0.71 (\pm 0.56) puan ve emosyonel durum alt

alanında 0.51 (± 0.44) puan olduğu gör÷lmektedir. Tüm bu alt alanlar incelendiğinde ise ölçek genelinden alınan ortalama puanın 0.50 (± 0.30) puan olduğu gör÷lmektedir.

6.2. Afazi Etki Ölçeği-21' in Geçerlik Analizine Dair Bulgular

Afazi Etki Ölçeği-21' in geçerlik çalışması kapsamında yapı geçerliği, ölçüt geçerliği, yüzey geçerliği ve içerik geçerliği analizleri gerçekleştirilmiştir.

6.2.1. Yapı geçerliğine dair bulgular

Bu çalışmada yapı geçerliği analizi için a) her iki grup katılımcıların AIQ-21 ölçeği alt alanları ile ölçek genelinden aldıkları puanlar arasındaki farklılıkların incelenmesi, b) uç gruplar arası puan farklılıklarının incelenmesi, c) ölçek puanı ile alt test korelasyonlarının incelenmesi, d) ölçek alt alanları arasındaki korelasyonların incelenmesi, e) faktör analizi, f) iç tutarlılık katsayısı olmak üzere altı farklı analiz yönteminden faydalanılmıştır.

- a) Grupların AIQ-21 ölçeği alt alanlar ve ölçek geneline göre puan farklılıkları incelemesi

Tablo 6.2.1.1.: Sağlıklı ve afazili grup katılımcıların AIQ-21 ölçek alt alan puanları, ölçek toplam puanları açısından farklılıklarının incelenmesi

Ölçek Alanları	Katılımcı Grupları	Medyan // Ortalama	Min-Max Değerler// ($\pm SS$)	p
İletişim Alt Alan (AIQ-21)	Afazili	1.83	0.33-3.67	<0.001*
	Sağlıklı	0.33	0.00-1.33	
Katılım Alt Alan (AIQ-21)	Afazili	1.25	0.00-3.00	<0.001*
	Sağlıklı	0.50	0.00-2.25	
Emosyonel Durum Alt Alan (AIQ-21)	Afazili	1.18	0.00-3.64	<0.001*
	Sağlıklı	0.45	0.00-1.82	
AIQ-21 Ölçek Toplamı	Afazili	1.47	(± 0.73)	<0.001*
	Sağlıklı	0.50	(± 0.30)	

*p<0.05 (Bağımsız gruplarda T test-Mann Whitney U testi)

Bu çalışmada AIQ-21 ölçeği sağlıklı ve afazili olmak üzere iki farklı katılımcı grubuna uygulanmıştır. Grupların alt alan ve ölçek genelinden aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla normal dağılıma uygunluk durumları gözetilerek analizler yapılmıştır. Analiz bulguları tabloda belirtilmiştir (Tablo 6.2.1.1.).

Tabloda normal dağılıma sahip değişkenler için (Her iki grupta AIQ-21 ölçek toplam puanları) aritmetik ortalama \pm SS değerleri verilmiş olup aralarındaki anlamlı ilişki için parametrik testler (Bağımsız gruplarda t test) kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenler (Her iki grup için AIQ-21 ölçeğinin tüm alt alan puanlamaları) için ise medyan ve (min-max) değerleri verilmiş, aralarındaki ilişki parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testi ile bakılmıştır.

AIQ-21 iletişim alt alan puan dağılımlarına bakıldığında afazili grubun iletişim alt alanından elde ettiği ortalama puan (1.83(0.33-3.67)), sağlıklı grubun ortalama değerinden (0.33(0.00-1.33)) anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). AIQ-21 katılım alt alan puan dağılımlarına bakıldığında afazili grubun katılım ortalama puanı (1.25(0.00-3.00)), sağlıklı grubun ortalama değerinden (0.50(0.00-2.25)) anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). AIQ-21 emosyonel durum alt alan puan dağılımlarına bakıldığında afazili grubun emosyonel durum ortalaması (1.18(0.00-3.64)), sağlıklı grubun ortalama değerinden (0.45(0.00-1.82)) anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

AIQ-21 ölçek toplam puan dağılımlarına bakıldığında afazili grubun ortalama puanları (1.47(\pm 0.73)) , sağlıklı grubun ortalama değerinden (0.50(\pm 0.30)) anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

Bu çalışmanın başlangıcında afazili grubun AIQ-21 ölçek puan ve ortalamalarının sağlıklı gruptan anlamlı derecede yüksek bulunması (En iyi yaşam kalitesi 0, en kötü yaşam kalitesi 4 şeklinde puanlanması sebebiyle) öngörülmüştür. İstatistiksel analiz sonucuna göre ölçeğin tüm alt alanları ve genel puanlaması için iki

grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre, AIQ-21 ölçeğinin ölçmek istediği amaca uygun yapıya sahip olduğu belirlenmiştir.

b) Uç grupların ölçek puanları ile ilgili farklılıkların incelenmesi

AIQ-21 ölçeğinin yapı geçerliğini sınamak amacıyla ikinci olarak, uç grupların ölçek puanları arasındaki farklılıklar incelenmiştir. Bu çalışma için sağlıklı katılımcı norm grubunun puanları yüksek puandan düşük puana doğru sıralandıktan sonra alt %27'lik (n=17) dilimdeki katılımcılar ile üst %27'lik (n=17) dilimdeki katılımcılar arasında puanlar açısından anlamlı bir farklılık olup olmadığı araştırılmıştır.

Analiz sonuçlarına göre puanlar açısından üst ve alt %27'lik dilimdeki katılımcılar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Tablo 6.2.1.2).

Tablo 6.2.1.2.: Uç %27'lik grupların AIQ-21 ölçeği puan farklılıklarının incelenmesi

Gruplar	Sayı (n)	Medyan	Min-Max	p
Alt %27	17	0.142	0.00-0.29	<0.001*
Üst %27	17	0.809	0.71-1.33	

*p<0.05 Mann Whitney U Testi

Alt ve üst %27'lik grupların puan dağılımına bakıldığında normallik durumları gözetilerek (alt yüzde 27'lik dilim için p=0.131 ve üst yüzde 27'lik dilim için p=0.001) tabloda medyan ve (min-max) değerleri verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre üst %27'lik grubun ölçek toplam puanı, alt %27'lik grubun ölçek toplam puan dağılımından anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p<0.001*). AIQ-21 ölçeği için uç gruplar arasında anlamlı puan farklılığının bulunması, testin yapı geçerliği olduğuna kanıt oluşturmaktadır.

c) Alt Alan Puanlarının Ölçek Toplam Puanı ile Korelasyonlarının İncelenmesi

Bu aşamada afazili ve sağlıklı grup katılımcılarının AIQ-21 ölçeğinin alt alan puanları ile toplam puan arasındaki korelasyonları, normallik dağılımları ve

örneklem büyüklüğü gözetilerek Spearman's Rho korelasyon katsayılarına bakılarak değerlendirilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre afazili katılımcıların iletişim alt alan ile AIQ-21 ölçek toplam puanı arasında pozitif yönlü, çok güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r=0.814$ ve $p<0.001$). Katılım alt alanı ile toplam puan arasında pozitif yönlü, orta dereceli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r=0.571$ ve $p<0.001$). Emosyonel durum alt alanı ile toplam puan arasında pozitif yönlü, çok güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r=0.884$ ve $p<0.001$) (Tablo 6.2.1.3.). Alt alan puanlarının ölçek toplam puanı ile korelasyonunun bu şekilde olması, AIQ-21 ölçeğinin yapı geçerliğinin yüksek olduğuna kanıt oluşturmaktadır.

Tablo 6.2.1.3.: Afazili katılımcılar için AIQ-21 ölçek toplam puanı ile alt alan puanlarının korelasyonu

AIQ-21 Ölçek Alt Alanları	AIQ-21 Toplam Puan	
	r	p
İletişim Alanı	0.814**	<0.001*
Katılım Alanı	0.571**	<0.001*
Emosyonel Durum Alanı	0.884**	<0.001*

r**0.01 düzeyinde anlamlı korelasyon Spearman Rho analizi

* $p<0.05$

Sağlıklı katılımcıların analiz sonuçlarına göre ise iletişim alt alan ile toplam ölçek puanı arasında pozitif yönlü, orta dereceli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r=0.411$ ve $p=0.001$). Katılım alt alanı ile toplam puan arasında pozitif yönlü, güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r=0.715$ ve $p<0.001$). Emosyonel durum alt alanı ile toplam puan arasında pozitif yönlü, çok güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r=0.891$ ve $p<0.001$) (Tablo 6.2.1.4.). Alt alan puanlarının ölçek toplam puanı ile korelasyonunun bu

şekilde olması, AIQ-21 ölçeğinin yapı geçerliğinin yüksek olduğuna kanıt oluşturmaktadır.

Tablo 6.2.1.4.: Sağlıklı katılımcılar için AIQ-21 ölçek toplam puanı ile alt alan puanlarının korelasyonu

AIQ-21 Ölçek Alt Alanları	AIQ-21 Toplam Puan	
	r	p
İletişim Alanı	0.411**	0.001*
Katılım Alanı	0.715**	<0.001*
Emosyonel Durum Alanı	0.891**	<0.001*

r**0.01 düzeyinde anlamlı korelasyon Spearman Rho analizi

*p<0.05

d) Ölçek Alt Alanları arası Korelasyonların İncelenmesi

Bu aşamada her iki grup katılımcıları için AIQ-21 ölçeği alt alanları arası korelasyon analizi yapılmıştır. Tablolarda Spearman's Rho korelasyon katsayısı sonuçları verilmiştir (Tablo 6.2.1.5 ve Tablo 6.2.1.6.).

Tablo 6.2.1.5.: Afazili katılımcılar için AIQ-21 ölçeği alt alanlar arası korelasyon değerleri

	İletişim Alanı		Katılım Alanı	
	r	p	r	p
Katılım Alanı	0.561**	<0.001*		
Emosyonel Durum Alanı	0.533**	<0.001*	0.285	0.064

r**0.01 düzeyinde anlamlı korelasyon Spearman Rho analizi

*p<0.05

Tablo 6.2.1.5.'e göre, AIQ-21 katılım alanı ile iletişim alanı arasında pozitif yönlü, orta dereceli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır (r=0.561, p<0.001) .

İletişim alt alanı ile emosyonel durum alt alanı arasında pozitif yönlü, orta dereceli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r=0.533$, $p<0.001$).

Emosyonel durum alt alanı ile katılım alt alanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır. Eğer ilişkili olsaydı ancak zayıf düzeyde korelasyon bulunabilirdi ($r=0.285$, $p=0.064$).

Tablo 6.2.1.6.: Sağlıklı katılımcılar için AIQ-21 ölçeği alt alanlar arası korelasyon değerleri

	İletişim Alanı		Katılım Alanı	
	r	p	r	p
Katılım Alanı	0.090	0.488		
Emosyonel Durum Alanı	0.196	0.130	0.477**	<0.001*

r**0.01 düzeyinde anlamlı korelasyon Spearman Rho analizi

* $p<0.05$

Tablo 6.2.1.6' ya göre, sağlıklı katılımcılar için AIQ-21 katılım alt alanı ile iletişim alt alanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır. Eğer ilişkili olsaydı ancak çok zayıf düzeyde korelasyon bulunabilirdi ($r=0.090$, $p=0.488$). İletişim alt alanı ile emosyonel durum alt alanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon yoktur ($r=0.196$, $p=0.130$). Emosyonel durum alt alanı ile katılım alt alanı arasında pozitif yönlü, orta dereceli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r=0.477$, $p<0.001$).

e) Faktör Analizi

Literatürde ölçeklerde faktör analizi yapılabilmesi için Barlett Küresellik testi analizi sonucunda $p<0.05$ olması ve Keiser-Meyer-Olkin (KMO) değerinin ise iyi bir faktör analizi için 0.80'den fazla olması beklenmektedir (Alpar, 2010).

Bu çalışmada da ölçeğin yapı geçerliği için bir başka yöntem olarak faktör analizi yapılmıştır. Bu çalışmaya her iki grup katılımcıları dahil edilmiştir. Öncelikle verinin bütünsel değerlendirmesinde Kaiser- Meyer ve Barlett Küresellik Testlerine

bakılmış, örneklemelerin faktörlenebileceği görüldüğü için ($p < 0.001$ ve KMO uygunluk katsayısı 0.854) faktör analizi yapılmıştır. AIQ-21 ölçeğinin alt alanlarından alınan puanlar, temel bileşen faktör analizi (Principal Component Factor Analysis) ile incelenmiştir. Ortaya çıkan faktörlerin Eigen değerleri ve varyans yüzdeleri Tablo 6.2.1.7.' de verilmiştir.

Tablo 6.2.1.7.: AIQ-21'in faktörlerinin Eigen değerleri ve varyans yüzdeleri

Faktör	Eigen Değeri	Varyansın Yüzdesi	Varyansın Birikimli Yüzdesi
Faktör 1	7.980	38.002	38.002
Faktör 2	2.034	9.685	47.687
Faktör 3	1.615	7.690	55.377
Faktör 4	1.185	5.644	61.021
Faktör 5	1.040	4.951	65.972

Eigen değerleri ile varyansların ölçeğin yüzde kaçını açıkladıkları tabloda verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre toplam varyansın %65.972'sine karşılık gelen ve Eigen değeri 1.00'in üzerinde olan 5 faktör ortaya çıkmıştır. Toplam varyansın %38.002 sini 1.bileşen, %9.685'ini 2.bileşen, %7.690'ını 3.bileşen, %5.644'ünü 4.bileşen ve %4.951'ini ise 5.bileşen açıklamaktadır (Tablo 6.2.1.7.).

Maddelerin faktörlenmesine dair sonuçlar sunmak için ise Varimax rotasyonu kullanılmıştır. Rotasyon sonrası maddelerin faktörlenmesine dair sonuçlar Tablo 6.2.1.8.' de verilmiştir.

Rotasyon sonrası 5 faktöre göre maddelerin dağılımı verilmiştir. Eksen döndürme analizi sonuçlarına göre 1. Faktörde, iletişim alt alanının tüm maddeleri ile katılım alt alanına ait olan 7.madde yer alırken 2. Faktörde emosyonel durum alt alanına ait olan 11,12,13,14,15 ve 17. maddeler yer almıştır. Emosyonel durum alt alanına ait olan 16,18 ve 19. Maddeler 3.faktörde, emosyonel durum alt alandaki 20 ve 21.maddeler ile katılım alt alanına ait olan 8.madde 4.faktörde, son olarak katılım alt alanına ait olan 9 ve 10.maddeler ise 5.faktörde yer almıştır (Tablo 6.2.1.8).

Tablo 6.2.1.8.: AIQ-21'in rotasyon sonrası faktör analizi sonuçları

	Madde Numarası	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5
İletişim Alanı	1	0.696				
	2	0.688				
	3	0.632				
	4	0.673				
	5	0.588				
	6	0.710				
Katılım Alanı	7	0.580				
	8				0.554	
	9					0.602
	10					0.898
Emosyonel Durum Alanı	11		0.594			
	12		0.809			
	13		0.555			
	14		0.542			
	15		0.661			
	16			0.728		
	17		0.753			
	18			0.765		
	19			0.717		
	20				0.681	
	21				0.753	

Faktör analizi sonuçlarına göre faktörlere ayrılan maddelerin birlikte çalışmalarına bakmak için ölçeğin 5 faktörlü haline göre Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı değerlerine bakılmıştır. Faktörlenme sonucunda Cronbach Alfa değerleri 1.faktör için 0.830, 2.faktör için 0.856, 3.faktörde 0.853, 4.faktör için 0.644 ve 5.faktör için ise 0.651 olarak bulunmuştur (Tablo 6.2.1.9.).

Tablo 6.2.1.9.: AIQ-21 ölçek faktörlerine göre Cronbach Alfa değerleri

Faktörler	Faktörleşen Ölçek Maddeleri	Cronbach Alfa
Faktör 1	İletişim 6 İletişim 1 İletişim 2 İletişim 4 İletişim 3 İletişim 5 Katılım 7	0.830
Faktör 2	Emosyonel Durum 12 Emosyonel Durum 17 Emosyonel Durum 15 Emosyonel Durum 11 Emosyonel Durum 13 Emosyonel Durum 14	0.856
Faktör 3	Emosyonel Durum 18 Emosyonel Durum 16 Emosyonel Durum 19	0.853
Faktör 4	Emosyonel Durum 21 Emosyonel Durum 20 Katılım 8	0.644
Faktör 5	Katılım 10 Katılım 9	0.651

f) İç tutarlılık katsayısı

Ölçek çalışmalarında yapı geçerliğine bir başka kanıt ise ölçek iç tutarlılık katsayısının (Cronbach Alfa) yüksek olmasıdır. Bu çalışmada AIQ-21 ölçeği için iç tutarlılık katsayısı 0.91 olarak bulunmuş olup yapı geçerliğine kanıt sağlanmıştır.

6.2.2. Ölçüt geçerliğine dair bulgular

AIQ-21 ölçeği ölçüt geçerliği analizi için eş zamanlı ölçüt geçerliği analiz yöntemlerinden faydalanılmıştır. Bu amaçla a) katılımcıların AIQ-21 ile SAQOL-39

ölçeğinden aldıkları puanların korelasyonuna bakılmıştır, b) ölçekler birbirinden önemli ölçüde farklı olduğu bilinen iki gruba (afazili ve sağlıklı grup) uygulanmış olup sonuçların korelasyonlarına bakılmıştır.

Tablo 6.2.2.1.: Sağlıklı ve afazili grup katılımcıların AIQ-21 ve SAQOL-39 ölçeği alt alanları ile ölçek toplam puanları arasındaki farklılıklarının incelenmesi

Ölçek Alanları	Katılımcı Grupları	Medyan//Ortalama	Min-Max Değerler// (\pm SS)	P
İletişim Alt Alan (AIQ-21)	Afazili	1.83	0.33-3.67	<0.001*
	Sağlıklı	0.33	0.00-1.33	
Katılım Alt Alan (AIQ-21)	Afazili	1.25	0.00-3.00	<0.001*
	Sağlıklı	0.50	0.00-2.25	
Emosyonel Durum Alt Alan (AIQ-21)	Afazili	1.18	0.00-3.64	<0.001*
	Sağlıklı	0.45	0.00-1.82	
AIQ-21 Ölçek Toplamı	Afazili	1.47	(\pm 0.73)	<0.001*
	Sağlıklı	0.50	(\pm 0.30)	
Fiziksel Alt Alan SAQOL-39	Afazili	2.94	1.12-5.00	<0.001*
	Sağlıklı	4.76	3.12-5.00	
İletişim Alt Alan SAQOL-39	Afazili	2.71	1.00-5.00	<0.001*
	Sağlıklı	5.00	4.14-5.00	
Psikososyal Alt Alan SAQOL-39	Afazili	3.45	1.00-4.73	<0.001*
	Sağlıklı	4.45	3.00-5.00	
Enerji Alt Alan SAQOL-39	Afazili	3.50	1.00-5.00	<0.001*
	Sağlıklı	4.00	1.00-5.00	
SAQOL-39 Ölçek Toplamı	Afazili	3.02	1.69-4.77	<0.001*
	Sağlıklı	4.66	3.51-5.00	

*p<0.05 Mann Whitney U Testi-Bağımsız İki Örneklem T Test

Tabloda uygulama esnasında kullanılan her iki ölçek için normal dağılım durumları gözetilerek medyan (min-max) ya da ortalama (\pm standart sapma) değerleri verilmiştir. AIQ-21 toplam ölçek puanı için ortalama ve standart sapma değerleri verilmiş olup parametrik test (bağımsız iki örneklem T test) kullanılmıştır. Diğer tüm değişkenler için medyan ile min-maks değerleri verilmiş ve iki grup farkının anlamlı düzeyde olup olmadığına parametrik olmayan test (Mann Whitney U Testi) ile bakılmıştır.

Tabloya göre AIQ-21 iletişim, katılım ve emosyonel durum alt alanları da dahil olmak üzere ölçek toplam puanı bakımından afazi grubundaki puan dağılımı, sağlıklı gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$).

SAQOL-39 ölçeği için ise fiziksel, iletişim, psikosoyal ve enerji alt alanları da dahil olmak üzere ölçek toplam puanı bakımından sağlıklı grup afazili gruba göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek puan elde etmişlerdir.

Her iki ölçek için analiz sonuçları afazili grubun daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu göstermektedir.

a) Katılımcıların AIQ-21 ve SAQOL-39 ölçeklerinin karşılaştırılabilir alanlarının korelasyonu

Tablo 6.2.2.2.: Her iki grupta AIQ-21 ve SAQOL-39 ölçeklerinin karşılaştırılabilir alt alanlarının korelasyonları

			AIQ-21 İletişim Alt Alanı	AIQ-21 Emosyonel Durum Alt Alanı
Afazi Grubu	SAQOL-39 İletişim Alt Alanı	r p	-0.654** <0.001*	-0.512** <0.001*
	SAQOL-39 Psikosoyal Alt Alanı	r p	-0.423** 0.005*	-0.706** <0.001*
Sağlıklı Grup	SAQOL-39 İletişim Alt Alanı	r p	-0.312* 0.014*	-0.056 0.671
	SAQOL-39 Psikosoyal Alt Alanı	r p	-0.017 0.895	-0.592** <0.001*

r** 0.01 düzeyinde anlamlı korelasyon

r* 0.05 düzeyinde anlamlı korelasyon Spearman's Rho Analizi

* $p < 0.05$

Bu aşamada her iki grup için AIQ-21 ölçeği iletişim alt alanı ile SAQOL-39 iletişim alt alanı, AIQ-21 emosyonel durum alt alanı ile SAQOL-39 psikososyal alt alanlarının korelasyonuna bakılmıştır. Normal dağılım durumları ve örneklem büyüklükleri gözetilerek Spearman's Rho korelasyon katsayısı ile analizler gerçekleştirilmiş, bulgular tablo 6.2.2.2. de verilmiştir.

Afazi grubunda; AIQ-21 iletişim alt alanı ile SAQOL-39 iletişim alt alanı arasında negatif yönlü, güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r=-0.654$ ve $p<0.001$). AIQ-21 emosyonel durum alt alanı ile SAQOL-39 psikososyal alt alanı arasında negatif yönlü, güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r=-0.706$ ve $p<0.001$). Ayrıca SAQOL-39 iletişim alt alanı ile AIQ-21 emosyonel durum alt alanı arasında negatif yönlü, orta dereceli, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon vardır ($r=-0.512$ ve $p<0.001$). AIQ-21 iletişim ile SAQOL-39 psikososyal alt alanları arasında negatif yönlü, orta dereceli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r=-0.423$ ve $p=0.005$).

Sağlıklı grupta ise AIQ-21 iletişim alt alanı ile SAQOL-39 iletişim alt alanı arasında negatif yönlü, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r=-0.312$ ve $p=0.14$). AIQ-21 emosyonel durum alt alanı ile SAQOL-39 psikososyal alt alan değişkenleri arasında negatif yönlü, orta dereceli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r=-0.592$ ve $p<0.001$). SAQOL-39 iletişim alt alanı ile AIQ-21 emosyonel alt alan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır ($r=-0.056$ ve $p=0.671$). AIQ-21 iletişim alt alanı ile SAQOL-39 psikososyal alt alanı arasında anlamlı bir korelasyon yoktur ($r=-0.017$ ve $p=0.895$).

b) Ölçeğin birbirinden önemli ölçüde farklılık gösteren gruplara uygulanması

AIQ-21 ölçeği tüm alt alanlar için korelasyon düşük seviyede çıkmıştır, bu da AIQ-21 ölçeğinin geçerliğine bir diğer işarettir (Tablo 6.2.2.3).

Tablo 6.2.2.3.: Afazili ve sağlıklı bireylerin AIQ-21 ölçek alt alanları ile ölçek toplam puan korelasyonları

		Sağlıklı	
		r	p
Afazili	İletişim	-0.206	0.185
	Katılım	-0.235	0.130
	Emosyonel Durum	0.158	0.311
	Ölçek Toplamı	-0.095	0.546

Spearman's Rho Analizi

6.2.3. Yüzey geçerliğine dair bulgular

AIQ-21 ölçeğinin yüzey geçerliğini belirlemek amacıyla öncelikle araştırmacının kendisi, yakın çevresi ve uzman olmayan başkalarının yorumlarının alınması ile mantıksal geçerlik şeklinde de isimlendirilebilen aşaması gerçekleştirilmiştir.

Sonrasında hem dil geçerliği aşamasını tamamlamak amacıyla hem de yüzey geçerliğinin bir parçası olarak ölçeğin orijinal ve uyarlanmış hali bir çalışma grubuna sunulmuştur. Yabancı dilde eğitim alan ve dil ve konuşma terapisi alanında bilgisi olmayan kişilerin görüşlerinin alındığı bu aşamada her iki ölçek eş zamanlı olarak sunulmuş, bireylerden her iki ölçekteki aynı numaralı maddeyi arka arkaya cevaplamaları istenmiş ve verdikleri yanıtlar analiz edilmiştir.

Tablo 6.2.3.1.: Pilot çalışma grubunun orijinal ve uyarlanmış AIQ-21 ölçeklerine verdikleri yanıtların korelasyonu

		Orijinal Dilde Yanıtlar	
		r	p
Türkçe Uyarlanmış Maddelere Yanıtlar	İletişim	0.986**	<0.001*
	Katılım	1.00**	<0.001*
	Emosyonel	0.987**	<0.001*
	Toplam	1.00**	<0.001*

r**0.01 düzeyinde anlamlı korelasyon Spearman's Rho Analizi

*p<0.05

Tablo incelendiğinde her bir alt alan ve ölçek toplam puanı açısından her iki dildeki yanıt değişkenleri arasında pozitif yönlü, çok güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır. İletişim alt alanı için her iki dildeki yanıt değişkenleri arasında ($r=0.986$ ve $p<0.001$), katılım alt alanı için ($r=1.00$ ve $p<0.001$), emosyonel durum alt alanı için ($r=0.987$ ve $p<0.001$), ölçek toplam puanı için ise ($r=1.00$ ve $p<0.001$) olarak bulunmuştur.

6.2.4. İçerik geçerliğine dair bulgular

AIQ-21' in içerik geçerliği analizi 2 aşamada gerçekleştirilmiştir: a) ölçeğin uyarlanma süreci b) pilot çalışma uygulanması

a) Afazi Etki Ölçeği-21 Uyarlanması

Ölçeğin orijinal versiyonu ile ek materyaller ölçek sahibinden mail yoluyla izin alınarak elde edilmiştir. Ölçeğin orijinal versiyonuna sadık kalınarak yalnızca bir maddede (ölçek sahibinden izin alınarak iletişim alt alanı 5.madde, “mektup yazmak” şeklinde olan ifade “mesaj yazmak” şeklinde değiştirilmiştir) kültürel uygunluk açısından düzenleme yapılarak uyarlama çalışması yapılmıştır. Uyarlamanın tüm aşamaları gereç-yöntem kısmında belirtildiği şekliyle uygulanmıştır.

b) Pilot çalışma uygulaması

Bu aşamada yapılan pilot çalışma uygulaması yüzey geçerliği analizinde belirtildiği şekliyle uygulanmıştır. Buna göre çalışma grubundaki bireylerin (sağlıklı bireyler) ölçeğin uyarlanmış haline verdikleri yanıtların ortalama ve standart sapma değerleri tabloda belirtilmiştir (Tablo 6.2.4.1.).

Tablo 6.2.4.1.: Pilot çalışma uygulamasındaki bireylerin AIQ-21 ölçek alt alanları ile ölçek genelinde ortalama ve standart sapma değerleri

Ölçek Alanları	n	\bar{x}	SS
İletişim	9	7.11	2.89
Katılım	9	5.55	4.27
Emosyonel Durum	9	19.88	6.39
Toplam Ölçek	9	32.55	12.15

Pilot çalışmadan elde edilen verilere göre katılımcıların iletişim alt alan ortalamaları 7.11 (± 2.89) puan, katılım alt alan ortalaması 5.55 (± 4.27) puan, emosyonel durum alt alanı ortalaması 19.88 (± 6.39) puan ve ölçek toplam puan ortalaması 32.55 (± 12.15) puan olarak bulunmuştur. Sağlıklı bireylerin ölçek maddelerine yanıt verip veremeyeceklerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu aşamada katılımcılar, ölçek maddelerinin içeriklerini anlamakta zorlanmadıklarını, yönergelerin açık ve net olduğunu belirtmişlerdir.

6.3. Afazi Etki Ölçeği-21 Güvenirlik Analizine Dair Bulgular

AIQ-21 güvenirlik analizleri, eşdeğerlilik ve iç tutarlılık analizi kategorileri ile gerçekleştirilmiştir.

6.3.1. Eşdeğerlilik analizi bulguları

Bir ölçeğin eşdeğerlilik analizi 2 şekilde yapılabilir: birincisi alternatif form kullanmak, ikincisi ise gözlemciler arasındaki tutarlılık yöntemidir. Bu çalışmada eşdeğerlilik analizi için alternatif form kullanılmıştır.

Bu amaçla çalışmanın bu aşamasında karşılaştırılabilir form olan SAQOL-39 ölçeği kullanılmıştır. İki ölçeğin karşılaştırılabilir alanları olan iletişim alt alanları ile emosyonel durum-psikososyal alt alanları arasında korelasyon analizi yapılmış ve analiz sonuçları tablo 6.1.2.2. 'de verilmiştir.

6.3.2. İç tutarlılık analizi bulguları

AIQ-21 güvenirlik analizinin iç tutarlılık alt analizlerinde a) madde-toplam puan korelasyon katsayılarının ortalaması, b) maddeler arası korelasyon katsayıları, c) Cronbach Alfa analiz sonuçları sunulmuştur.

a) Madde-toplam puan korelasyon katsayılarının ortalaması

Bu aşamada her bir alt alan maddeleri için ayrı ayrı madde-toplam puan (Spearman's Rho) korelasyon katsayılarının ortalaması hesaplanmıştır. Analiz sonucuna göre bulgular Tablo 6.3.2.1.'de sunulmuştur.

Tablo 6.3.2.1.: AIQ-21 iletişim alt alan maddeleri için madde-toplam puan korelasyon katsayıları ortalaması

Ölçek Maddeleri	Madde-Toplam Puan Korelasyonu
1	0.657**
2	0.634**
3	0.451**
4	0.262**
5	0.591**
6	0.683**

**0.01 düzeyinde anlamlı korelasyon Spearman's Rho analizi

Tabloya göre AIQ-21 iletişim alt alanının toplam puan ile korelasyon katsayıları (0.262) ile (0.683) arasında değişiklik göstermektedir. Bu alt alanın madde-toplam puan korelasyon katsayı ortalaması ise (0.546) olarak bulunmuştur. Buna göre AIQ-21 iletişim alt testinin iç tutarlılığı yüksektir.

Ayrıca iletişim alt alanı için en zayıf korelasyona sahip madde 4.madde olmakla beraber bu madde silindiğinde Cronbach Alfa değerinin değişmediği görüldüğü için bu madde ölçekten çıkarılmamıştır (Tablo 6.3.2.2.).

Tablo 6.3.2.2.: AIQ-21 iletişim alt alanı maddeler silindiğinde yeni Cronbach Alfa değerleri

Madde	Madde Silindiğinde	
	Ölçek geneli Cronbach Alfa	İletişim Alt Alan Cronbach Alfa
1	0.90	0.77
2	0.90	0.78
3	0.91	0.82
4	0.91	0.82
5	0.91	0.80
6	0.90	0.78

Tablo 6.3.2.3.: AIQ-21 katılım alt alan maddeleri için madde-toplam puan korelasyon katsayıları ortalaması

Ölçek Maddeleri	Madde-Toplam Puan Korelasyonu
7	0.468**
8	0.464**
9	0.560**
10	0.496**

**0.01 düzeyinde anlamlı korelasyon Spearman's Rho analizi

Tabloya göre AIQ-21 katılım alt alanının madde- toplam puan korelasyon katsayıları (0.464) ile (0.560) arasında değişiklik göstermektedir. Bu alt alanın madde-toplam puan korelasyon katsayı ortalaması (0.497) olarak bulunmuştur. Buna göre AIQ-21 katılım alt testinin iç tutarlığı yüksektir.

Ayrıca katılım alt alanı için en düşük korelasyon gösteren madde, ölçeğin 8.maddesi olup bu madde silindiğinde ölçek geneli Cronbach Alfa değerinin değişmediği, katılım alt alan Cronbach Alfa değerinin ise düştüğü gözlemlendiği için bu madde ölçekten çıkarılmamıştır (Tablo 6.3.2.4.).

Tablo 6.3.2.4.: AIQ-21 katılım alt alanı maddeler silindiğinde yeni Cronbach Alfa değerleri

Madde	Madde Silindiğinde	
	Ölçek geneli Cronbach Alfa	Katılım Alt Alan Cronbach Alfa
7	0.91	0.61
8	0.91	0.58
9	0.91	0.53
10	0.91	0.66

Tablo 6.3.2.5.: AIQ-21 emosyonel durum alt alan maddeleri için madde-toplam puan korelasyon katsayıları ortalaması

Ölçek Maddeleri	Madde-Toplam Puan Korelasyonu
11	0.641**
12	0.594**
13	0.706**
14	0.711**
15	0.625**
16	0.581**
17	0.532**
18	0.561**
19	0.551**
20	0.490**
21	0.524**

**0.01 düzeyinde anlamlı korelasyon Spearman's Rho analizi

Tabloya göre AIQ-21 emosyonel durum alt alanının madde-toplam puan korelasyon katsayıları (0.490) ile (0.711) arasında değişiklik göstermektedir. Bu alt alanın madde-toplam puan korelasyon katsayı ortalaması (0.592) olarak bulunmuştur. Buna göre AIQ-21 emosyonel durum alt testinin iç tutarlığı yüksektir.

Emosyonel durum alt alanı için en düşük korelasyona sahip madde ölçeğin 20.maddesi olup bu madde çıkarıldığında ölçek toplamı ve emosyonel durum alt

alanları için Cronbach Alfa değerinin önemli ölçüde değişmediği görüldüğünden dolayı bu madde ölçekten çıkarılmamıştır.

Tablo 6.3.2.6.: AIQ-21 emosyonel durum alt alanı maddeler silindiğinde yeni Cronbach Alfa değerleri

Madde	Madde Silindiğinde	
	Ölçek geneli Cronbach Alfa	Emosyonel Durum Alt Alan Cronbach Alfa
11	0.90	0.89
12	0.91	0.89
13	0.90	0.88
14	0.90	0.88
15	0.90	0.89
16	0.90	0.88
17	0.91	0.89
18	0.91	0.89
19	0.90	0.88
20	0.90	0.89
21	0.91	0.89

Tablo 6.3.2.7.: AIQ-21 alt alanların madde-toplam puan korelasyon katsayılarının ortalama değerleri

Alt Alanlar	Korelasyon Katsayıları Ortalaması
İletişim	0.546
Katılım	0.497
Emosyonel Durum	0.592

Sonuç olarak AIQ-21 ölçek geneline bakacak olursak korelasyon katsayıları (0.262) ile (0.711) arasında; katsayı ortalamaları ise (0.497) ile (0.592) arasında değişmektedir (Tablo 6.3.2.7). Bu durum AIQ-21 ölçeğinin madde-toplam puan korelasyon katsayısı analizlerinin yüksek güvenilirlik sonuçları verdiği bir kanıttır.

b) Maddeler Arası Korelasyon Katsayıları

Bu aşamada ölçek maddelerinin birbirleriyle ne ölçüde ilişkili olduğuna karar vermek amacıyla toplam puan hesaplamaya katılmadan yalnızca maddeler arası korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz eşit aralıklı ölçek olması sebebiyle Spearman's korelasyon katsayısı kullanılarak her bir alt alan için ayrı ayrı yapılmış olup analiz sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 6.3.2.8.: AIQ-21 iletişim alt alan için maddeler arası korelasyon analizi sonuçları

	İletişim1	İletişim2	İletişim3	İletişim4	İletişim5
İletişim1					
İletişim2	0.756**				
İletişim3	0.402**	0.303**			
İletişim4	0.356**	0.363**	0.440**		
İletişim5	0.453**	0.488**	0.367**	0.282**	
İletişim6	0.516**	0.560**	0.435**	0.340**	0.626**

**0.01 düzeyinde anlamlı korelasyon Spearman's Rho Analizi

İletişim alt alanı için korelasyon katsayıları 0.282 ile 0.756 arasında değişmektedir. Analiz sonuçlarına göre birbirleriyle negatif ilişkili bir madde bulunmadığından dolayı ölçeğin ilgili alt alanından herhangi bir madde çıkarılmamıştır. İletişim alt alanındaki tüm maddelerin korelasyon katsayısı ortalaması ise 0.445 olarak hesaplanmaktadır.

Tablo 6.3.2.9.: AIQ-21 katılım alt alan için maddeler arası korelasyon analizi sonuçları

	Katılım7	Katılım8	Katılım9
Katılım7			
Katılım8	0.415**		
Katılım9	0.436**	0.404**	
Katılım10	0.124	0.282**	0.496**

**0.01 düzeyinde anlamlı korelasyon Spearman's Rho Analizi

Katılım alt alanı için korelasyon katsayıları 0.124 ile 0.496 arasında değişmektedir. Analiz sonuçlarına göre birbirleriyle negatif ilişkili bir madde bulunmadığından dolayı ölçeğin ilgili alt alanından herhangi bir madde çıkarılmamıştır. Katılım alt alanındaki tüm maddelerin korelasyon katsayısı ortalaması ise 0.359 olarak hesaplanmaktadır.

Tablo 6.3.2.10.: AIQ-21 emosyonel durum alt alan için maddeler arası korelasyon analizi sonuçları

	E.D. 11	E.D. 12	E.D. 13	E.D. 14	E.D. 15	E.D. 16	E.D. 17	E.D. 18	E.D. 19	E.D. 20
E.D.11										
E.D.12	.478**									
E.D.13	.658**	.456**								
E.D.14	.525**	.454**	.530**							
E.D.15	.452**	.522**	.588**	.575**						
E.D.16	.543**	.357**	.482**	.674**	.438**					
E.D.17	.442**	.537**	.423**	.435**	.413**	.357**				
E.D.18	.471**	.189	.424**	.557**	.357**	.659**	.284**			
E.D.19	.496**	.315**	.539**	.579**	.430**	.715**	.400**	.632**		
E.D.20	.354**	.386**	.491**	.413**	.370**	.474**	.354**	.304**	.486**	
E.D.21	.269**	.339**	.459**	.381**	.413**	.372**	.295**	.234*	.446**	.562**

r** 0.01 düzeyinde anlamlı korelasyon

r *0.05 düzeyinde anlamlı korelasyon Spearman Rho Analizi

Emosyonel durum alt alanı için korelasyon katsayıları 0.189 ile 0.715 arasında değişmektedir. Analiz sonuçlarına göre birbirleriyle negatif ilişkili bir madde bulunmadığından dolayı ölçeğin ilgili alt alanından herhangi bir madde çıkarılmamıştır. Emosyonel durum alt alanındaki tüm maddelerin korelasyon katsayısı ortalaması ise 0.450 olarak hesaplanmaktadır.

c) Cronbach Alfa Katsayısı

Bu aşamada her bir alt alan ve ölçeğin tamamı için ayrı ayrı Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı değerleri verilmiştir.

Tablo 6.3.2.11.: AIQ-21 ölçeği alt alan ve ölçeğin tamamı için Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı değerleri

Alt Alanlar	Cronbach Alfa Katsayısı
İletişim Alt Alanı	0.82
Katılım Alt Alanı	0.67
Emosyonel Durum Alt Alanı	0.90
Ölçek Geneli	0.91

Tablo incelendiğinde AIQ-21 ölçeği katılım alt alanı orta düzeyde güvenilir ($\alpha=0.67$), iletişim alt alanı yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0.82$), emosyonel durum alt alanı ($\alpha =0.90$) ile ölçek geneli ($\alpha=0.91$) ise mükemmel derecede güvenilir olarak karşımıza çıkmaktadır.

7. TARTIŞMA

Bu çalışmada Afazi Etki Ölçeği-21'nin Türkçeye uyarlanması ve geçerlik güvenilirlik sonuçlarını sunmak amaçlanmıştır. Bu amaçla afazinin bireylerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisine odaklanan 2 ayrı ölçek kullanılmış olup ölçekler hem afazili hem sağlıklı gruba uygulanmış ve geçerlik- güvenilirliğine dair analizler yapılmıştır.

Afazi yalnızca dil ve iletişimsel bir sorun değildir. Bu nedenle etkili ve etik bir müdahale yaklaşımında hastanın ve yakınlarının deneyimleri, değerleri ve öncelikleri ile beklentileri yer almalıdır. Afazili bireyler hayatlarının farklı alanlarında görülen bu değişimler sebebiyle yaşam kalitelerinde önemli bir değişim yaşarlar. Bu bağlamda afazili bireyi yalnızca pasif bir şekilde hizmet alan biri olarak değil de süreç içerisinde aktif rol oynayan biri olarak görmek gereklidir (Jordan & Kaiser, 2013).

Türkçe alanyazında ise afazili bireylerin yaşam kalitesini birebir kendisi ile değerlendirmede kullanılan sınırlı araç bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı Türkçe alan yazına bu amaçla kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek kazandırmaktır. Örneklem büyüklüğü gerekli istatistiksel analizlerin yapılabilmesi için yeterli bulunmuştur.

Bu çalışmadaki afazili gruptaki katılımcılar 29-72 yaşları arasında olup yaş ortalaması 54.32 (± 9.08), sağlıklı katılımcıların yaş ortalaması ise 52.60 (± 7.88)'dir. Bu çalışmada kullanılan 2 ölçeğin orijinal dildeki çalışmalarına bakıldığında afazili bireylerin demografik dağılımının Afazi Etki Ölçeği-21'de 34-82 yaşları arasında 11 erkek, 9 kadın olmak üzere yaş ortalamasının 59,26 (13,26) olduğu görülmüştür (Swinburn et al., 2019). Hilari ve diğerlerinin (2003) İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi-39 orijinal ölçek çalışması ise yaş ortalaması 61.67 (15.47) olan 31 kadın, 52 erkek birey olmak üzere toplam 83 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir (Hilari et al., 2003). Noyan ve Toğram'ın Türkçe SAQOL-39 ölçek çalışmasına 18 kadın, 12 erkek birey katılmış olup bireylerin yaş ortalaması 50.83 (10.52)'tür (Noyan, 2013). Bu

çalışmanın afazili bireylerin yaş ortalamaları açısından literatürdeki bahsi geçen çalışmalara benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Literatürde Toğram ve Maviş'in 2008'de yaptıkları çalışmada da ADD için tüm alt alanlar ve test genelinde afazili ve sağlıklı grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.001$). Benzer şekilde AIQ-21 ölçek alt alanları ile ölçek toplamı açısından bakıldığında afazili ve sağlıklı katılımcıların aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.001$).

7.1. Afazi Etki Ölçeği-21'in Geçerliliğine Dair Bulguların Tartışılması

Bu aşamada AIQ-21'in yapı, ölçüt, yüzey ve içerik geçerliliğine dair bulgular tartışılmaktadır.

7.1.1. Afazi Etki Ölçeği-21' in yapı geçerliliğine dair bulguların tartışılması

- a) Grupların AIQ-21 ölçeği alt alan ve ölçek geneline göre farklılıklarının incelenmesi

Yapı geçerliği aşamasında her iki ölçek afazili ve sağlıklı gruba uygulanmıştır. Çalışmada her iki grubun alt alanlar ve ölçek toplam puanı açısından farklılığı olup olmadığını belirlemek amacıyla normal dağılım durumları gözetilerek uygun testler kullanılmıştır. Buna göre AIQ-21 ölçeği iletişim alt alanı için afazi grup puan dağılımı (medyan 1.83 ve min-max 0.33-3.66) sağlıklı gruptan (medyan 0.33 ve min-max 0.00-1.33) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Katılım alt alanı için afazi grup puan dağılımı (medyan 1.25 ve min-max 0.00-3.00) sağlıklı grubun puan dağılımından (medyan 0.50 ve min-max 0.00-2.25) anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Emosyonel durum alt alanı için afazi grup puan dağılımı (medyan 1.18 ve min max 0.00-3.63) sağlıklı grubun puan dağılımından (medyan 0.45, min max 0.00-1.81) anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). AIQ-21 ölçek toplam puanlarına bakıldığında ise afazi grup puan dağılımı (ortalama SS (1.47±0.73) sağlıklı grup puan dağılımından (0.50±0.30) istatistiksel olarak

anlamli seviyede daha yuiksek bulunmuştur ($p<0.001$). Ölçek puanlaması niteliğine göre (0: En iyi yaşam kalitesi, 4: En kötü yaşam kalitesi) bu durum afazili grubun daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu göstermektedir.

Alanyazında Afazi Dil Değerlendirme Testi (ADD), Frenchay Afazi Tarama Testi (FAST), Mississippi Afazi Tarama Testi (MAST) gibi yapı geçerliği analizleri yapılan çalışmalar incelendiğinde bu çalışmalarda da benzer şekilde afazili ve sağlıklı gruplara uygulama yapılarak analiz sonuçlarının sunulduğu gözlemlenmiştir (Enderby, Wood, Wade, & Hewer, 1986; Nakase-Thompson et al., 2005; Toğram & Maviş, 2012). Literatürdeki bu çalışmaların sonuçlarına bakıldığında ise bu çalışma ile uyumlu olarak afazisi olmayan grubun afazili gruba göre daha iyi değerlendirme puanları elde ettikleri görülmüştür.

b) Uç grupların ölçek puan farklılıklarının incelenmesi

Yapı geçerliği analizi için bu uygulama sonucunda alt ve üst %27'lik dilim için (uç gruplar) bağımsız gruplarda T test analizi ile alt ölçekler ve ölçek toplam puanının korelasyonuna bakılmıştır. Test puanları yüksek olandan düşük olana doğru sıralandıktan sonra test puanları açısından istatistiksel farklılık araştırılmıştır. Gerçekleştirilen analiz sonuçlarına göre katılımcılar arasında istatistiksel olarak farklılık görülmüştür ve bu durum da yapı geçerliği için kanıt oluşturmaktadır ($t=-13.85$, $p<0.001$). Benzer sonuç ADD için ($t(150)=-0.897$, $p<0.001$) ve İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi-39 ölçeği için ($t(18)=-11.85$, $p<0.001$) de elde edilmiştir (Noyan, 2013; Toğram, 2008).

c) Alt alan puanları ile ölçek toplam puan korelasyonunun incelenmesi

AIQ-21 ölçeğinin yapı geçerliği analizlerinde alt alanlar ile AIQ-21 ölçek toplamının korelasyonuna bakılmıştır. Analiz sonucunda iletişim alt alanı için pozitif yönlü, çok güçlü korelasyon ($r=0.814$), katılım alt alanı için pozitif yönlü orta dereceli korelasyon ($r=0.571$) ve emosyonel durum alt alanı için pozitif yönlü çok güçlü korelasyon ($r=0.884$) olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar Afazi Etki Ölçeği-21' in alt alanları ile arasında anlamlı bir ilişki ortaya koymakta, ölçeğin yapı

geçerliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Literatürde yapı geçerliği çalışmalarında da benzer şekilde analiz yöntemi izlenmiş olup korelasyon katsayıları ADD için ($r=0.28$) ile ($r=0.99$) arasında; SAQOL-39 ölçeği için bu değerler ($r=0.76$) ile ($r=0.85$) arasında, SAQOL-39 orijinal dildeki çalışmasında ise ($r=0.38$) ve ($r=0.58$) arasında değişkenlik göstermiştir (Hilari et al., 2003; Noyan, 2013; Toğram, 2008). Literatürdeki bu çalışmalarla uyumlu olarak AIQ-21 ölçeği geçerlik-güvenirlilik çalışmasında da ölçek alt alanları ile toplam puan korelasyonları tüm alt alanlar için pozitif yönde olmuştur.

d) Ölçek alt alanları arası korelasyonun incelenmesi

Literatürdeki çalışmalarda yapı geçerliği için kullanılan bir diğer yöntem ise alt alanlar arası korelasyon değerlerinin analizidir. Bu değerler SAQOL-39 Türkçe versiyon için ($r=0.40$ ve 0.68) değerleri arasında, SAQOL-39 orijinal dildeki çalışması için ($r=0.10$ ile 0.47) değerleri arasında değişkenlik göstermiştir (Hilari et al., 2003; Noyan, 2013). Bu çalışmada ise literatürdeki çalışmalarla uyumlu olarak alt alanlar arası korelasyon sonuçları afazili bireyler için ($r=0.285$ ile 0.561) değerleri arasında, sağlıklı bireyler için ise ($r=0.090$ ile 0.476) değerleri arasında değişkenlik göstermiştir.

e) Faktör analizi bulgularının incelenmesi

Yapılan faktör analizleri sonucunda 5 faktör ortaya çıkmıştır. AIQ-21 orijinal ölçek çalışmasının istatistiksel analizleri sonucunda ise ölçek 3 alt alana ayrılmış olup faktör analizine dair bulgular sunulmamıştır (Swinburn et al., 2019).

Ölçekte emosyonel durum alt alanına ait olan 20 ve 21.maddeler ile katılım alt alanına ait olan 8.madde ayrı şekilde faktörlenmiştir. Bu durumun sebebinin, sözü geçen bu maddelerde ölçekteki diğer maddelerin aksine yöneltilen sorunun negatif bir durumu değil nötr ya da olumlu bir durumu sorgulaması olduğu düşünülmektedir. Literatürde de bu durum olumlu ve olumsuz şekilde sınıflandırılabilen maddelerin ayrı şekilde faktörlenebileceği şeklinde belirtilmiştir (Nunnally, 1970).

Katılım alt alanına ait olan 9 ve 10.maddenin ayrı şekilde faktörlenme sebebinin ise katılımcıların sosyal hayatın benzer yönlerini benzer soru kalıbıyla sorgulamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılım alt alanına ait olan 7.maddenin iletişim alt alanındaki maddelerle beraber faktörlenme sebebinin ise 7.maddedeki sorunun diğer maddelere kıyasla daha fazla iletişim becerisi gerektirmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatürde faktör analizi sonrası ortaya çıkan faktörlerin belirlenen varyansın 2/3'ünü açıklaması gerektiği belirtilmektedir (Büyüköztürk, 2002). Bu çalışmada literatürle uyumlu olarak AIQ-21 ölçeğinin faktör analizi sonucunda ortaya çıkan 5 önemli faktör, toplam varyansın %65.9'unu açıklamaktadır.

f) İç tutarlılık katsayısının incelenmesi

Yine yapı geçerliği analizi için ölçeğin iç tutarlık katsayısı Cronbach Alfa ile hesaplanmıştır. Literatürde benzer çalışmalara bakıldığında iç tutarlılık katsayısının hesaplandığı görülmüş ve bu değerler; SAQOL-39 ölçeği için $\alpha=0.94$ ve ADD için $\alpha=0.99$ olarak bulunmuştur. AIQ-21 ölçeği için ise bu değer $\alpha=0.91$ olarak bulunmuştur (Noyan-Erbaş & Toğram, 2016; Toğram & Maviş, 2012).

7.1.2. Afazi Etki Ölçeği-21' in ölçüt (kriter) geçerliğine dair bulguların tartışılması

a) AIQ-21 ile SAQOL-39 Ölçeklerinin karşılaştırılabilir alanlarının korelasyonunun incelenmesi

Afazi Etki Ölçeği-21' in ölçüt geçerliği analizleri amacıyla İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi-39 Ölçeği kullanılmıştır. Literatür incelendiğinde ölçüt geçerliğini değerlendirmek üzere kullanılan en yaygın metodun eş zamanlı ölçek geçerliği olduğu görülmüştür (Topkara, 2019). Ölçüt geçerliği metodunda uygulamalar arasında geçen sürenin kararlılığı olumsuz etkileyeceği düşünülüyorsa ölçeklerin

katılımcılara art arda uygulanması önerilmektedir (Ercan & İsmet, 2004). Bu çalışmada da art arda uygulama esas alınmıştır.

Uygulama sonucunda afazili grupta AIQ-21 ölçeğinden alınan puan ortalamaları iletişim alt alan için 1.89 (± 0.90), katılım alt alanı için (1.33 \pm .86) puan, emosyonel durum alt alanı için (1.30 \pm 0.93) ve ölçek toplamı için (1.47 \pm .73) olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar Noyan'ın çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. (İletişim alt alan ortalaması 2.60 (\pm 0.24) puan, enerji alt alan ortalaması 3.28 (\pm 0.23) puan, psikososyal alt alan ortalaması 3.39 (\pm 0.29) puan, fiziksel alt alan ortalaması 3.52 (\pm 0.38) puan) (Noyan, 2013). Her iki çalışma sonucuna göre afazili grupta en düşük yaşam kalitesi puanı iletişim alt alanında elde edilmiştir.

Literatürde ise AIQ-21 ölçeği orijinal dildeki çalışmasında ölçüt geçerliği için BOSS ile karşılaştırılmış olup AIQ-21 iletişim alt alanı ile BOSS iletişim alt alanı arasında ($r=0.81$ ve $p<0.001$), AIQ-21 katılım alanı ile BOSS sosyal ilişkiler alt alanı arasında ($r=0.36$ ve $p=0.12$), emosyonel durum alt alanı ile BOSS olumlu-olumsuz duygular alt alanları arasında ($r=0.69$ ve $r=0.78$ ve $p<0.001$) korelasyon saptanmıştır. Bu çalışmada ise ölçüt geçerliği sağlamak adına her iki ölçeğin karşılaştırılabilir alanlarının korelasyonlarına bakılmıştır. AIQ-21 ve SAQOL-39 iletişim alanları için bu değer ($r=-0.654$), AIQ-21 emosyonel durum alt alanı ile SAQOL-39 psikososyal alt alan için ise bu değer ($r=-0.706$) olarak bulunmuştur. Sonuç olarak hem bu çalışmada hem de AIQ-21 ölçeği orijinal dildeki çalışmasında beklenildiği yönde korelasyon bulunmuştur (Swinburn et al., 2019).

Katılımcıların iki ayrı ölçekten aldığı puanlar arasında anlamlı bir ilişkinin ortaya çıkmış olması; Afazi Etki Ölçeği-21' in Türkçe uyarlanmış versiyonunun ölçüt geçerliği kriterini de sağlamış olduğunu göstermektedir.

- b) Ölçeklerin önemli ölçüde farklı olan iki gruba uygulanması ve sonuçların tartışılması

Ölçüt geçerliği amacıyla kullanılan bir diğer yöntem ise ölçeklerin ölçüm bile yapılmadan birbirinden önemli ölçüde farklı olduğu bilinen iki gruba uygulanması ve

gruplar arasında korelasyona bakılmasıdır. Bu korelasyon katsayısının düşük çıkması uygulanan ölçeğin geçerliğinin yüksek olduğuna işaretir (Şencan, 2005). Bu çalışmada da tüm alt alan ve ölçek geneli için her iki grup arasındaki korelasyon katsayısı düşük çıkmıştır, bu da AIQ-21 ölçeğinin ölçüt geçerliği aşamasına destek sağlamaktadır.

7.1.3. Afazi Etki Ölçeği-21'in yüzey geçerliğine dair bulguların tartışılması

Bu aşamada literatüre uygun olarak terimlerin ve cümlelerin anlaşılabilirlik durumları araştırmacının önce kendisi tarafından, sonra yakın çevresi ve pilot çalışma katılımcıları tarafından değerlendirilmiştir (Şencan, 2005). Bu analizler sonucunda ölçeğin yüzey geçerliği ölçütlerini karşıladığına karar verilmiştir.

7.1.4. Afazi Etki Ölçeği-21'in içerik geçerliğine dair bulguların tartışılması

a) Afazi Etki Ölçeği-21' in Dilbilimsel Uyarlanmasının Tartışılması

Ölçeğin dilbilimsel uyarlanma aşamasında öncelikle ölçeğin orijinal ismi korunup sadece Türkçe versiyon olduğu belirtilerek sürece başlanmıştır. İsmi aynı şekilde korunması durumu Topbaş ve Güven tarafından 2009 yılında geçerlik güvenilirlik çalışmaları yapılan TELD-3 uyarlanma sürecinde de görülmüştür (Güven & Topbaş, 2014). Uyarlama aşamasında ölçek orijinal metnine sadık kalmak ve anlamı değiştirmemek amacıyla bazı maddelerde uzun ifadeler yer verilmiştir. Bu çalışmada ölçüt geçerliği analizini gerçekleştirmek için kullandığımız SAQOL-39 ölçeğinde de benzer uyarlama sürecine rastlanmıştır (Noyan, 2013).

Literatürde uyarlama esnasında kültürel uygunluk açısından maddelerin değiştirilmesi ya da ölçekten tamamen çıkarılması önerilmektedir (Akbaş & Korkmaz, 2007). Bu aşamada kültüre uyarlama göz önüne alınarak araştırmacı, danışman öğretim üyesi ve uzmanların görüş birliği ile değişiklik yapılan madde olmuştur. Bu madde iletişim alt alanındaki 5. Maddedir. Orijinal ölçekte “Bu hafta, bir arkadaşınıza mektup yazmak ne kadar kolaydı?” şeklinde olan madde içeriği

ülkemizdeki kültüre uygunluk açısından ölçek sahibinin de izniyle “Bu hafta bir arkadaşınıza mesaj yazmak ne kadar kolaydı?” şeklinde değiştirilmiştir.

AIQ-21 ölçeği içerik geçerliği için dilin anlaşılabilirliğinde, ifadelerde problem olup olmadığını ve uyarlamasının uygunluğunu belirleme amacıyla bir veri toplama formu aracılığıyla dil ve konuşma terapisi alanında uzman olan 5 kişiden görüş alınmıştır. Çalışmadaki esas uygulama öncesinde uzmanların geri dönüşlerine dikkat edilerek gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

b) Pilot çalışma uygulamasının tartışılması

İçerik geçerliği analizi için bir pilot çalışma yapılmış olup bu pilot çalışma ile ölçek sahibinin izin şartı da yerine getirilmiştir. Pilot çalışma ile katılımcıların testin her bir maddesine yanıt verip veremeyecekleri belirlenmeye çalışılmış; özellikle sağlıklı grubun ölçek puan ortalamalarının yüksek yaşam kalitesini işaret ettiği görülmüştür. Bu durum, ölçek maddelerinin anlaşılır ve cevaplanabilir nitelikte olduğunu göstermiştir. Benzer içerik geçerliği analizinden ADD'nin geçerlik güvenirlik analizi çalışmalarında da faydalanıldığı görülmüştür (Toğram, 2008).

7.2. Afazi Etki Ölçeği-21' in Güvenirliğine Dair Bulguların Tartışılması

Afazi Etki Ölçeği-21'in güvenirlik analizlerinde ise iç tutarlılık ve eşdeğerlilik kategorilerine bakılmıştır.

Güvenirlik analizleri sonucunda Afazi Etki Ölçeği-21'in alt alanlar ve Cronbach Alfa değerleri orijinal dildeki çalışması ile de karşılaştırılarak ayrı ayrı verilmiştir.

7.2.1. Afazi Etki Ölçeği-21' in eşdeğerlilik analizi bulgularının tartışılması

Bu çalışmada eşdeğerlilik analizi için alternatif form kullanılmıştır. Bu amaçla SAQOL-39 ölçeği ile AIQ-21 ölçeğinin karşılaştırılabilir alanlarının korelasyonlarına bakılmıştır. Literatürde AIQ-21 ölçeğinin orijinal dildeki çalışmasında alternatif form olarak BOSS kullanılmıştır. Aynı analiz, ölçüt geçerliği için de uygulanmış

olup AIQ-21 ölçeğinin her iki dildeki çalışmalarında karşılaştırılabilir alt alanlar arasında beklenildiği yönde (Ölçeklerin puanlama tarzına bağlı olarak orijinal dildeki ölçek çalışmasında pozitif yönlü, Türkçe uyarlama çalışmasında negatif yönlü) korelasyon bulunmuştur (Swinburn et al., 2019).

7.2.2. Afazi Etki Ölçeği-21'in iç tutarlılık analizi bulgularının tartışılması

a) Madde-toplam puan korelasyonu

Madde toplam puan korelasyonu yükseldikçe maddelerin bireyleri ölçülen özellik bakımından yeterince ayırt edebildiği düşünülmektedir (Alpar, 2013). Bu çalışmada iç tutarlılık analizlerinde her bir alt test için ayrı ayrı madde-toplam puan korelasyon katsayılarının ortalamaları araştırılmıştır. Literatürde madde- toplam puan katsayıları analizi sonucunda maddelerin r değerlerinin pozitif yönde olması (Alpar, 2013) ve 0.30'un altına düşmemesi beklenmektedir (Şencan, 2005). Bu çalışmada tüm madde toplam puan korelasyon değerleri literatüre uygun olarak pozitif yönde bulunmuştur. Ayrıca iletişim alt alanındaki 4.madde dışında tüm maddelerin r değerleri 0.30'un üzerinde bulunmuş olup, iletişim alt alanındaki bu madde çıkarıldığında Cronbach Alfa sayısının değişmediği görüldüğü için bu madde ölçekten çıkarılmamıştır. Ölçeğin orijinal dildeki çalışmasında ise bu maddenin madde-toplam korelasyon r değeri $r=0.65$ olarak raporlanmıştır.

Ölçeğin orijinal dildeki çalışmasında iletişim alt alanı 5.madde için r değeri ($r=0.282$) olarak bulunmuş olup bu çalışmada uyarlama aşamasında kültürel uygunluk açısından 5. madde "mektup yazmak" yerine "mesaj yazmak" şeklinde değiştirilmiş olup analiz sonuçlarına göre korelasyon katsayısı ($r=0.591$) olarak bulunmuştur.

Ölçek orijinal dildeki çalışmasında katılım alt alanındaki 10.madde için madde-toplam puan korelasyon katsayısı ($r=0.223$) olarak bulunmuşken bu çalışmada bu madde için korelasyon katsayısı ($r=0.496$) olarak bulunmuştur.

b) Maddeler arası korelasyon katsayılarının tartışılması

Literatürde belirtildiği gibi ölçek içerisindeki tüm maddeler birbiriyle ilişkili olmayabilir. Birbiriyle ilişkili olmayan bu boyutlar ölçeğin alt boyutları olarak tanımlanabilir. Faktörde yer alan maddeler arası korelasyonun anlamlı çıkabilmesi için ise homojen boyutlar değerlendirilmelidir (Ankaralı, Aydın, & Akşehirli, 2013). Bu sebeple maddeler arası korelasyon analizi için AIQ-21 ölçeğinin alt alanları ayrı şekilde değerlendirilmiştir. Analiz sonuçlarına göre maddeler arası korelasyon katsayısı ortalaması iletişim, katılım ve emosyonel durum alt alanı için sırasıyla 0.445-0.359 ve 0.450 olarak bulunmuştur. Ayrıca literatürde belirtildiği gibi maddeler arası korelasyon katsayısı analizi ile güvenilirlik tek başına belirlenemeyeceği için (Şencan, 2005) güvenilirlik analizi diğer yöntemlerle desteklenmiştir.

c) Cronbach alfa katsayısının tartışılması

Yine iç tutarlılık analizlerinde alt alanlar ve ölçek geneli için Cronbach Alfa katsayıları hesaplanmıştır. Alanyazında da güvenilirlik analizlerinde sıkça başvurulan yöntemin Cronbach Alfa analizleri olduğuna rastlanmıştır. ADD, Tallberg'in 2005 yılında yaptığı Boston Adlandırma Testinin güvenilirlik çalışması ve yine 2005 yılında Kalbe ve diğerlerinin geliştirdiği Afazi Kontrol Listesi bunlardan birkaçıdır (Kalbe, Reinhold, Brand, Markowitsch, & Kessler, 2005; Tallberg, 2005; Toğram & Maviş, 2012). Literatürde AIQ-21 orijinal dildeki çalışmasında iletişim alt alanı için $\alpha=0.79$, katılım alt alanı için $\alpha=0.64$, emosyonel durum alt alanı için $\alpha=0.89$ şeklinde hesaplanmıştır. Bu çalışmada ise ölçeğin orijinal dildeki çalışması ile benzer olarak; iletişim alt alanı için $\alpha=0.82$, katılım alt alanı için $\alpha=0.67$, emosyonel durum alt alanı için $\alpha=0.90$ ve ölçek geneli için $\alpha=0.91$ olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin her iki dildeki çalışmasında en düşük Cronbach Alfa değeri katılım alanında, en yüksek Cronbach Alfa değerleri ise emosyonel durum alt alanlarında elde edilmiştir (Swinburn et al., 2019).

Ayrıca literatürdeki benzer çalışmalar olan SAQOL-39 ölçeği orijinal dildeki çalışmasında Cronbach Alfa değerleri $\alpha=0.74$ ve $\alpha=0.94$ arasında, SAQOL-39

Türkçe uyarlama çalışmasında $\alpha=0.70$ ve $\alpha=0.94$ arasında değişmekte olduğu görülmektedir. Bu çalışma sonucunda elde edilen alt alan ve ölçek geneli Cronbach Alfa değerlerinin sağlık alanında orta düzeyde güvenilir ($0.60 \leq \alpha < 0.70$) ve mükemmel derecede güvenilir ($\alpha \geq 0.90$) olarak kabul edilen sonuçlarla uyumlu olduğu görülmektedir (Özdamar, 2017).

Tüm bu bulgular sonucunda Afazi Etki Ölçeği-21'in örnekleme, verileri açısından kabul edilebilir olduğu, geçerlik ve güvenilirliğinin orijinal ölçekle benzer şekilde yüksek olduğu görülmüştür.

Bu çalışma ile Afazi Etki Ölçeği-21' in Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik analizleri tamamlanmıştır ve ölçeğin gelecekte afazili bireylerin yaşam kalitelerini değerlendirmelerinde geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak Türkçe alan yazında ve klinik uygulamalarda kullanılabileceği düşünülmektedir.

Sınırlılıklar

1. AIQ-21 orijinal dildeki çalışmasında en az 2 yıl süredir afazisi bulunan, durumu kronikleşmiş bireyler alınırken bu çalışmada en az 4 aylık bireyler katılımcı olarak kabul edilmiştir.
2. Çalışmadaki her iki grup katılımcılar, Kayseri, Ankara, Eskişehir ve İstanbul'da yaşayan katılımcılarla sınırlıdır.
3. Ölçek içeriğindeki maddelerden dolayı aynı gün içerisinde sonuçlandırmak gerekmiş, bu da katılımcıların sona doğru kooperasyonunun azalmasına sebep olmuştur.
4. Katılımcılar birbirlerinden farklı ortamlarda çalışmaya dahil edilmişlerdir.

Öneriler

1. Çalışmaya katılacak afazili bireylerin inme üzerinden en az 2 yıl geçmiş afazili bireyler arasından seçilmesi önerilmektedir.
2. Daha büyük örneklem grubuyla çalışmaların yapılması önerilmektedir.
3. Ölçeğin tüm katılımcılara aynı veri toplama ortamında uygulanması önerilmektedir.



8. SONUÇ

Afazili bireylere yönelik müdahale yaklaşımlarına bakıldığında, bu yaklaşımların genel olarak bozukluğu düzeltmeye yönelik olduğu görülmektedir. Alanda kullanılan araçların çoğu da ağırlıklı olarak bozuklukları değerlendirmeye odaklanmaktadır. Ancak afazili bireylerin kendi görüşlerini ifade edebilecekleri araçlara da ihtiyaç vardır, çünkü bu tür araçların kullanımı bireyin yetersizliklerine odaklanmaktan ziyade hayata katılımlarını ön plana çıkarmakta önemli bir görev üstlenmektedir. Bu çalışmada engelliliğe sosyal model açısından bakan yaklaşımların bir sonucu olarak geliştirilen AIQ-21 ölçeği Türkçe alan yazına kazandırılmıştır.

Çalışmada elde edilen tüm verilere bağlı olarak ölçeğin Türkçeye uyarlamasının literatüre ve kültüre uygun şekilde yapılmış olduğu, geçerlik ve güvenirlik analizi bulgularının yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Uygulanan AIQ-21 ve SAQOL-39 ölçeklerinde katılımcıların yaşam kalitesine dair bulgularının birbirlerini destekleyici yönde olması, ölçeğin yapı, ölçüt, içerik ve yüzey geçerliğinin sağlanmış olması, güvenirlik analizi sonucunda Cronbach Alfa güvenirlik katsayısının literatürle uyumlu olarak yüksek çıkmış olması bu görüşe destek sağlamaktadır.

Afazi Etki Ölçeği-21'in Türkçe alan yazında, afazili bireylerin sağlığa ilişkin yaşam kalitelerini belirlemek üzere alanda geçerli ve güvenilir bir araç olarak kullanılabilmesi düşünülmektedir. Bu ölçeğin alana kazandırılmasıyla engelliliğe sosyal model çerçevesinde bakan ve afazili bireylerin hayat kalitesini etkileyen bu deneyimlerini kendi bakış açılarından değerlendiren çalışmaların sayısında artış olabileceği öngörülmektedir.

9. KAYNAKLAR

- Adams, H. P., Bendixen, B. H., Kappelle, L. J., Biller, J., Love, B. B., Gordon, D. L., & Marsh 3rd, E. E. (1993). Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. *Stroke*, 24(1), 35–41.
- Akbaş, G., & Korkmaz, L. (2007). Ölçek uyarlaması (adaptasyon). *Türk Psikoloji Bülteni*, 13(40), 15–16.
- Akdal, G., Baklan, B., Genç, A., & Cakmur, R. (1999). Crossed Aphasia Report of Two Cases. *Journal of Neurological Sciences. Norol Bil D*, 16(3).
- Albert, M. L., & Helm-Estabrooks, N. (1988). Diagnosis and Treatment of Aphasia: Part I. *JAMA*, 259(7), 1043–1047.
- Alexander, M. P., Hiltbrunner, B., & Fischer, R. S. (1989). Distributed anatomy of transcortical sensory aphasia. *Archives of Neurology*, 46(8), 885–892.
- Alpar, R. (2010). *Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlilik*. Ankara: Detay.
- Alpar, R. (2013). *Uygulamalı çok değişkenli istatistiksel yöntemler*. Ankara: Detay.
- American Stroke Association. (2019). Stroke Risk Factors. Retrieved from <https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-risk-factors>
- Ankaralı, H., Aydın, D., & Akşehirli, Ö. Y. (2013). Maddeler Arası Korelasyon Yapısı ve Örneklem Genişliğinin Faktörleşmedeki Rolü: Bir Simülasyon Çalışması. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33(3), 751–761.
- Aphasia.org. (2019). Types of Aphasia. Retrieved from https://www.aphasia.org/wp-content/themes/directories-child/includes/images/types_of_aphasia.png
- Ardila, A. (2010). A review of conduction aphasia. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 10(6), 499–503.
- Ardila, A. (2014). Aphasia handbook. *Miami, FL: Florida International University*, 102–135.
- Arıncı, K., & Elhan, A. (2001). *Anatomi* (2.Cilt). Ankara: Güneş.
- Badia, X., Diaz-Prieto, A., Gorriz, M., Herdman, M., Torrado, H., Farrero, E., & Cavanilles, J. (2001). Using the EuroQol-5D to measure changes in quality of life 12 months after discharge from an intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 27(12), 1901–1907.
- Bakar, M., Kirshner, H. S., & Wertz, R. T. (1996). Crossed aphasia: functional brain imaging with PET or SPECT. *Archives of Neurology*, 53(10), 1026–1032.
- Balkan, S. (2009). *Serebrovasküler Hastalıklar*. Ankara: Güneş.
- Benson, D. F., Benson, D. F., & Ardila, A. (1996). *Aphasia: A clinical perspective*. New York: Oxford University Press on Demand.

- Berthier, M. L. (2005). Poststroke aphasia. *Drugs & Aging*, 22(2), 163–182.
- Bhogal, S. K., Teasell, R., Speechley, M., & Albert, M. L. (2003). Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke-a Journal of Cerebral Circulation*, 34(4), 987–991.
- Boatman, D., Gordon, B., Hart, J., Selnes, O., Miglioretti, D., & Lenz, F. (2000). Transcortical sensory aphasia: revisited and revised. *Brain*, 123(8), 1634–1642.
- Bolsoy, N., & Sevil, Ü. (2006). Sağlık, hastalık ve kültür etkileşimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 78–87.
- Bookheimer, S. (2002). Functional MRI of language: new approaches to understanding the cortical organization of semantic processing. *Annual Review of Neuroscience*, 25(1), 151–188.
- Bowling, A. (1991). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press Milton Keynes.
- Burns, M. S., & Fahy, J. (2010). Broca's area: rethinking classical concepts from a neuroscience perspective. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 17(6), 401–410.
- Büyüköztürk, Ş. (2002). Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 32(32), 470–483.
- Canlı, Ç. E., & Toğram, B. (2018). Afazili bireylerin ve yakınlarının İletişime ve İlişkili Sorunlara Yönelik Algıları. 142–161.
- Cardol, M., de Haan, R. J., van den Bos, G. A. M., de Jong, B. A., & de Groot, I. J. M. (1999). The development of a handicap assessment questionnaire: the Impact on Participation and Autonomy (IPA). *Clinical Rehabilitation*, 13(5), 411–419.
- Catani, M., Jones, D. K., & Ffytche, D. H. (2005). Perisylvian language networks of the human brain. *Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society*, 57(1), 8–16.
- Catani, M., Piccirilli, M., Cherubini, A., Tarducci, R., Sciarra, T., Gobbi, G., ... Mecocci, P. (2003). Axonal injury within language network in primary progressive aphasia. *Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society*, 53(2), 242–247.
- Chapey, R., Duchan, J. F., Elman, R. J., Garcia, L. J., Kagan, A., Lyon, J. G., & Simmons Mackie, N. (2000). Life participation approach to aphasia: A statement of values for the future. *The ASHA Leader*, 5(3), 4–6.
- Chen, L., Evans, D., Evans, T., Sadana, R., Stilwell, B., Travis, P., ... Zurn, P. (2006). *Working together for health. The World Health Report 2006*. Retrieved from https://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf
- Cherney, L. R., Babbitt, E. M., Semik, P., & Heinemann, A. W. (2011). Psychometric properties of the communication Confidence Rating Scale for Aphasia (CCRSA): phase 1. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(4), 352–360.

- Chue, W. L., Rose, M. L., & Swinburn, K. (2010). The reliability of the Communication Disability Profile: A patient-reported outcome measure for aphasia. *Aphasiology*, 24(6–8), 940–956.
- Çiçek, S. (2014). *Diyaliz tedavisi ve yaşam kalitesi*. Antalya.
- Code, C. (1982). Neurolinguistic analysis of recurrent utterance in aphasia. *Cortex*, 18(1), 141–152.
- Cohen, H. (1999). Neuroscience For Rehabilitation. In *Neuroscience For Rehabilitation* (2.Edition, pp. 419–441). Williams & Wilkins.
- Cranfill, T. B., & Wright, H. H. (2010). Importance of health-related quality of life for persons with aphasia, their significant others, and SLPs: Who do we ask? *Aphasiology*, 24(6–8), 957–968.
- Cruice, M., Worrall, L., & Hickson, L. (2010). Health-related quality of life in people with aphasia: implications for fluency disorders quality of life research. *Journal of Fluency Disorders*, 35(3), 173–189.
- Cummings, J. L., & Trimble, M. R. (2002). *Concise guide to neuropsychiatry and behavioral neurology*. Cambridge: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Cummins, R. A. (1997). Self-rated quality of life scales for people with an intellectual disability: a review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 10(3), 199–216.
- Damasio, A. R. (1992). Aphasia. *New England Journal of Medicine*, 326(8), 531–539.
- Davis, G. A. (2007). *Aphasiology: Disorders and clinical practice* (2th ed.). Boston: Pearson College Division.
- Doyle, P., McNeil, M., Hula, W., & Mikolic, J. (2003). The Burden of Stroke Scale (BOSS): Validating patient-reported communication difficulty and associated psychological distress in stroke survivors. *Aphasiology*, 17(3), 291–304.
- Dronkers, N. F., Plaisant, O., Iba-Zizen, M. T., & Cabanis, E. A. (2007). Paul Broca's historic cases: high resolution MR imaging of the brains of Leborgne and Lelong. *Brain*, 130(5), 1432–1441.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (4th ed.). Oxford: Oxford university press.
- Duncan, P. W., Bode, R. K., Lai, S. M., Perera, S., & Investigators, G. A. in N. A. (2003). Rasch analysis of a new stroke-specific outcome scale: the Stroke Impact Scale. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(7), 950–963.
- Enderby, P. M., Wood, V. A., Wade, D. T., & Hewer, R. L. (1986). The Frenchay Aphasia Screening Test: a short, simple test for aphasia appropriate for non-specialists. *International Rehabilitation Medicine*, 8(4), 166–170.

- Er, L. (1998). Gardner DG, Samson WK. Natriuretic peptides. *N Engl J Med*, 339(5), 321–328.
- Ercan, İ., & İsmet, K. A. N. (2004). Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 211–216.
- Eser, E., Dinç, G., Cambaz, S., & Özyurt, B. (2007). EURO-QoL (EQ-5D) indeksinin toplum standartları ve psikometrik özellikleri: Manisa kent toplumu örnekleme. 2. *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi: 5-7 April 2007; İzmir*.
- Eyigör, S. (2007). İnmeli Hastalarda Genel Rehabilitasyon Prensipleri, Yaşam Kalitesi ve Son Durum Değerlendirmesi. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Turkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 53, 19–25.
- Feigin, V. L., Lawes, C. M. M., Bennett, D. A., & Anderson, C. S. (2003). Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. *The Lancet Neurology*, 2(1), 43–53.
- Gemalmaz, H. (2007). Prostat Kanserinde Yaşam Kalitesi. 2. *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Özet Kitabı*, 44–49.
- Golomb, B. A., Vickrey, B. G., & Hays, R. D. (2001). A review of health-related quality-of-life measures in stroke. *Pharmacoeconomics*, 19(2), 155–185.
- Goodglass, H., & Kaplan, E. (1983). The Assessment of Aphasia and Related Disorders, 2nd edn Lea & Febiger: Philadelphia. *Dictionary of Biological Psychology*, 230.
- Green, D. W., Ruffle, L., Grogan, A., Ali, N., Ramsden, S., Schofield, T., ... Price, C. J. (2011). Parallel recovery in a trilingual speaker: the use of the Bilingual Aphasia Test as a diagnostic complement to the Comprehensive Aphasia Test. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 25(6–7), 499–512.
- Group, T. E. (1990). EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199–208.
- Güven, S., & Topbaş, S. (2014). Adaptation of the test of early language development-(TELD-3) into turkish: reliability and validity study. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 6(2), 151–176.
- Guyatt, G. H., Feeny, D. H., & Patrick, D. L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118(8), 622–629.
- Haacke, C., Althaus, A., Spottke, A., Siebert, U., Back, T., & Dodel, R. (2006). Long-term outcome after stroke: evaluating health-related quality of life using utility measurements. *Stroke*, 37(1), 193–198.
- Hakverdioğlu Yönt, G., & Khorshid, L. (2012). Turkish version of the stroke-specific quality of life scale. *International Nursing Review*, 59(2), 274–280.
- Hantal, A. Ö., Doğu, B., Büyükavcı, R., & Kuran, B. (2014). İnme etki ölçeği 3, 0: Türk toplumundaki inmeli hastalarda güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 60, 106–116.

- Hilari, K. (2011). The impact of stroke: are people with aphasia different to those without? *Disability and Rehabilitation*, 33(3), 211–218.
- Hilari, K., Byng, S., 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.
- Hinckley, J. J., & Packard, M. E. W. (2001). Family education seminars and social functioning of adults with chronic aphasia. *Journal of Communication Disorders*, 34(3), 241–254.
- Howard, D., Swinburn, K., & Porter, G. (2010). Putting the CAT out: What the Comprehensive Aphasia Test has to offer. *Aphasiology*, 24(1), 56–74.
- Hunt, S. M., McKenna, S. P., McEwen, J., Williams, J., & Papp, E. (1981). The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 15(3), 221–229.
- Hurst, N. P., Kind, P., Ruta, D., Hunter, M., & Stubbings, A. (1997). Measuring health-related quality of life in rheumatoid arthritis: validity, responsiveness and reliability of EuroQol (EQ-5D). *British Journal of Rheumatology*, 36(5), 551–559.
- Ingram, J. C. L. (2007). *Neurolinguistics: An introduction to spoken language processing and its disorders*. [https://doi.org/https://doi.org/10.1017/CBO9780511618963](https://doi.org/10.1017/CBO9780511618963)
- Jacobs, D. H., Shuren, J., Gold, M., Adair, J. C., Bowers, D., Williamson, D. J. G., & Heilman, K. M. (1996). Physostigmine pharmacotherapy for anomia. *Neurocase*, 2(2), 83–91.
- Jenkinson, C., Layte, R., Wright, L., & Coulter, A. (1996). *The UK SF-36, and analysis and interpretación manual: a guide to health status measurement with particular reference to the short form 36 health survey*. Health services research unit.
- Jordan, L., & Kaiser, W. (2013). *Aphasia—A social approach*. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-3434-5>
- Kagan, A., Simmons Mackie, N., Rowland, A., Huijbregts, M., Shumway, E., McEwen, S., ... Sharp, S. (2008). Counting what counts: A framework for capturing real-life outcomes of aphasia intervention. *Aphasiology*, 22(3), 258–280.
- Kakkar, A. K., Mueller, I., Bassand, J.-P., Fitzmaurice, D. A., Goldhaber, S. Z., Goto, S., ... Mantovani, L. G. (2012). International longitudinal registry of patients with atrial fibrillation at risk of stroke: Global Anticoagulant Registry in the FIELD (GARFIELD). *American Heart Journal*, 163(1), 13–19.
- Kalbe, E., Reinhold, N., Brand, M., Markowitsch, H. J., & Kessler, J. (2005). A new test battery to assess aphasic disturbances and associated cognitive dysfunctions—German normative data on the aphasia check list. *Journal of*

Clinical and Experimental Neuropsychology, 27(7), 779–794.

Karatepe, A. G., Kaya, T., Sen, N., Günaydın, R., & Gedizlioğlu, M. (2007). The risk factors in patients with stroke and relations with functional independence. *Turk J Phys Med Rehab*, 53, 89–93.

Kayıhan, H. (1999). Hemiplejide İş ve Uğraşı Tedavisi. *Volkan Matbaacılık*, 34–37.

Keller, S. S., Crow, T., Foundas, A., Amunts, K., & Roberts, N. (2009). Broca's area: nomenclature, anatomy, typology and asymmetry. *Brain and Language*, 109(1), 29–48.

Kertesz, A., & Poole, E. (1974). The aphasia quotient: the taxonomic approach to measurement of aphasic disability. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 1(1), 7–16.

King, R. B. (1996). Quality of life after stroke. *Stroke*, 27(9), 1467–1472.

Kirshner, H. S., Casey, P. F., Henson, J., & Heinrich, J. J. (1989). Behavioural features and lesion localization in Wernicke's aphasia. *Aphasiology*, 3(2), 169–176.

Kirshner, H. S., Hughes, T., Fakhoury, T., & Abou-Khalil, B. (1995). Aphasia secondary to partial status epilepticus of the basal temporal language area. *Neurology*, 45(8), 1616–1618.

Kleindorfer, D. O., Miller, R., Moomaw, C. J., Alwell, K., Broderick, J. P., Khoury, J., ... Kissela, B. M. (2007). Designing a message for public education regarding stroke: does FAST capture enough stroke? *Stroke*, 38(10), 2864–2868.

Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N., & Memiş, A. K. (1999). Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Ilaç ve Tedavi Dergisi*, 12(2), 102–106.

Kokubo, Y. (2012). Traditional risk factor management for stroke: a never-ending challenge for health behaviors of diet and physical activity. *Current Opinion in Neurology*, 25(1), 11–17.

Korkmaz, B. (2008). 100 soruda dil ve konuşma bozuklukları. *İstanbul: Doğan Kitap*.

Kranciukaite, D., & Rastenyte, D. (2006). Measurement of quality of life in stroke patients. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 42(9), 709–716.

Kreisler, A., Godefroy, O., Delmaire, C., Debachy, B., Leclercq, M., Pruvo, J.-P., & Leys, D. (2000). The anatomy of aphasia revisited. *Neurology*, 54(5), 1117–1123.

Küçükdeveci, A. A. (2005). Rehabilitasyonda yaşam kalitesi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*, 51, 23–29.

Küçükdeveci, A. A., Kutlay, Ş., & Gürsel, Y. (1997). Adaptation of Nottingham Health Profile for use in Turkey. *The 8th World Congress of the International*

Rehabilitation Medicine Association, Abstract Book. Kyoto, 373.

- Kumral, E. (2004). Serebrovasküler Hastalıkların Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Neurology*, 2(1), 15–22.
- Kurue, A., Arsava, E. M., & Selekler, K. (2001). Bir izole çapraz afazi olgusu. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, 7(3), 173–175.
- Lafond, D., Joannette, Y., Ponzio, J., Degiovani, R., & Sarno, M. T. (1993). *Living with aphasia: Psychosocial issues*. San Diego, CA: Singular Publishing Group.
- Lai, S.-M., Studenski, S., Duncan, P. W., & Perera, S. (2002). Persisting consequences of stroke measured by the Stroke Impact Scale. *Stroke*, 33(7), 1840–1844.
- LaPointe, L. L. (1999). Quality of life with aphasia. *Seminars in Speech and Language*, 20(01), 5–17. © 1999 by Thieme Medical Publishers, Inc.
- Lazar, R. B. (1998). *Principles of neurologic rehabilitation*. New York: McGraw-Hill.
- Lyden, P. D., & Hantson, L. (1998). Assessment scales for the evaluation of stroke patients. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 7(2), 113–127.
- Mayeux, R., & Kandel, E. R. (1991). Disorders of language: the aphasias. *Principles of Neural Science*, 840–851.
- McCandliss, B. D., Cohen, L., & Dehaene, S. (2003). The visual word form area: expertise for reading in the fusiform gyrus. *Trends in Cognitive Sciences*, 7(7), 293–299.
- McDowell, I. (2006). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. Oxford University Press, USA.
- McNeil, M. R., & Pratt, S. R. (2001). Defining aphasia: Some theoretical and clinical implications of operating from a formal definition. *Aphasiology*, 15(10–11), 901–911.
- Mesulam, M. M. (2001). Primary progressive aphasia. *Annals of Neurology*, 49(4), 425–432.
- Mesulam, M. M., Johnson, N., Grubic, Z., & Weintraub, S. (1997). Apolipoprotein E genotypes in primary progressive aphasia. *Neurology*, 49(1), 51–55.
- Nadeau, S. E., & Crosson, B. (1997). Subcortical aphasia. *Brain and Language*, 58(3), 355–402.
- Nakase-Thompson, R., Manning, E., Sherer, M., Yablon, S. A., Gontkovsky, S. L. T., & Vickery, C. (2005). Brief assessment of severe language impairments: initial validation of the Mississippi aphasia screening test. *Brain Injury*, 19(9), 685–691.
- Narushima, K., Kosier, J. T., & Robinson, R. G. (2003). A reappraisal of poststroke depression, intra- and inter-hemispheric lesion location using meta-analysis. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 15(4), 422–430.

- Nichols-Larsen, D. S., Clark, P. C., Zeringue, A., Greenspan, A., & Blanton, S. (2005). Factors influencing stroke survivors' quality of life during subacute recovery. *Stroke*, 36(7), 1480–1484.
- Nickels, L., & Howard, D. (1995). Aphasic naming: What matters? *Neuropsychologia*, 33(10), 1281–1303.
- Noyan-Erbaş, A., & Toğram, B. (2016). Stroke and aphasia quality-of-life scale-39: Reliability and validity of the Turkish version. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 18(5), 432–438.
- Noyan, A. (2013). *İnme ve afazi yaşam kalitesi-39 ölçeği: Türkçe'ye uyarlama geçerlik ve güvenilirlik çalışması (yüksek lisans tezi)*. YÖK tez merkezinden edinilmiştir (411903). Anadolu Üniversitesi.
- Nunnally, J. C. J. (1970). *Introduction to psychological measurement*. New York: McGraw-Hill.
- Otman, S., Karaduman, A., & Livanelioğlu, A. (2001). Hemipleji rehabilitasyonunda nörofizyolojik yaklaşımlar. *HÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu Yayınları*. Ankara, 16–64.
- Ozan, H. (2004). *Anatomi: klinik, mikroskopik, fonksiyonel, gelişimsel*. Ankara: Nobel Tıp.
- Öktem, Ö. (1991). Nöroloji Ders Notları. In *Nöroloji Ders Notları* (pp. 33–38). İstanbul: Ak.
- Özdamar, K. (2017). Ölçek ve test geliştirme yapısal eşitlik modellemesi ibm spss ibm spss amos ve minitab uygulamalı. *Eskişehir: Nisan Kitabevi*.
- Özdemir, G. (2000). Beyin Krizi nedir? Hakkında Bilmek İstedikleriniz. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği*, 3.
- Öztürk, S. (2009). Serebrovasküler hastalık epidemiyolojisi ve risk faktörleri-Dünya ve Türkiye perspektifi. *Türk J Geriatr*, 13(1), 51–58.
- Parr, S., Byng, S., & Gilpin, S. (1997). *Talking about Aphasia*. Buckingham. Open University Press.
- Paul, D. R., Frattali, C., Holland, A. L., Thompson, C. K., Caperton, C. J., & Slater, S. C. (2004). *Quality of communication life scale: Manual*. Rockville: American Speech-Language Hearing Association.
- Poeck, K., & Luzzatti, C. (1988). Slowly progressive aphasia in three patients: the problem of accompanying neuropsychological deficit. *Brain*, 111(1), 151–168.
- Rose, T., Worrall, L., Hickson, L., & Hoffmann, T. (2012). Guiding principles for printed education materials: Design preferences of people with aphasia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(1), 11–23.
- Rose, T., Worrall, L., & McKenna, K. (2003). The effectiveness of aphasia-friendly principles for printed health education materials for people with aphasia following stroke. *Aphasiology*, 17(10), 947–963.

- Salter, K., Jutai, J., Teasell, R., Foley, N., & Bitensky, J. (2005). Issues for selection of outcome measures in stroke rehabilitation: ICF Body Functions. *Disability and Rehabilitation*, 27(4), 191–207.
- Salter, K., Moses, M., Foley, N., & Teasell, R. (2008). Health-related quality of life after stroke: what are we measuring? *International Journal of Rehabilitation Research*, 31(2), 111–117.
- Schwartz, M. F. (1984). What the classical aphasia categories can't do for us, and why. *Brain and Language*, 21(1), 3–8.
- Servaes, P., Draper, B., Conroy, P., & Bowring, G. (1999). Informal carers of aphasic stroke patients: Stresses and interventions. *Aphasiology*, 13(12), 889–900.
- Shadden, B. (2005). Aphasia as identity theft: Theory and practice. *Aphasiology*, 19(3–5), 211–223.
- Shah, R., & Cole, J. (2010). Smoking and stroke: the more you smoke the more you stroke. *Expert Review of Cardiovascular Therapy*, 8(7), 917–932.
- Shah, S., Vanclay, F., & Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(8), 703–709.
- Sheehy, L. M., & Haines, M. E. (2004). Crossed Wernicke's aphasia: a case report. *Brain and Language*, 89(1), 203–206.
- Sherman, J. C., & Schweickert, J. (1989). Syntactic and semantic contributions to sentence comprehension in agrammatism. *Brain and Language*, 37(3), 419–439.
- Shuren, J. E., Hammond, C. S., Maher, L. M., Rothi, L. J. G., & Heilman, K. M. (1995). Attention and anosognosia: The case of a jargonaphasic patient with unawareness of language deficit. *Neurology*, 45(2), 376–378.
- Simmons-Mackie, N. (2001). Social approaches to aphasia intervention. *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*, 246–268.
- Simmons Mackie, N., & Kagan, A. (2007). Application of the ICF in aphasia. *Seminars in Speech and Language*, 28(04), 244–253. © Thieme Medical Publishers.
- Strauss, A. L., Corbin, J., Fagerhaugh, S., Glaser, B. G., Maines, D., Suczek, B., & Wiener, C. L. (1984). *Chronic Illness and the Quality of Life* 2nd edn CV Mosby. *St Louis*.
- Sudlow, C. L. M., & Warlow, C. P. (1996). Comparing stroke incidence worldwide: what makes studies comparable? *Stroke*, 27(3), 550–558.
- Swinburn, K., Best, W., Beeke, S., Cruice, M., Smith, L., Pearce Willis, E., ... McVicker, S. J. (2019). A concise patient reported outcome measure for people with aphasia: the aphasia impact questionnaire 21. *Aphasiology*, 33(9), 1035–1060.

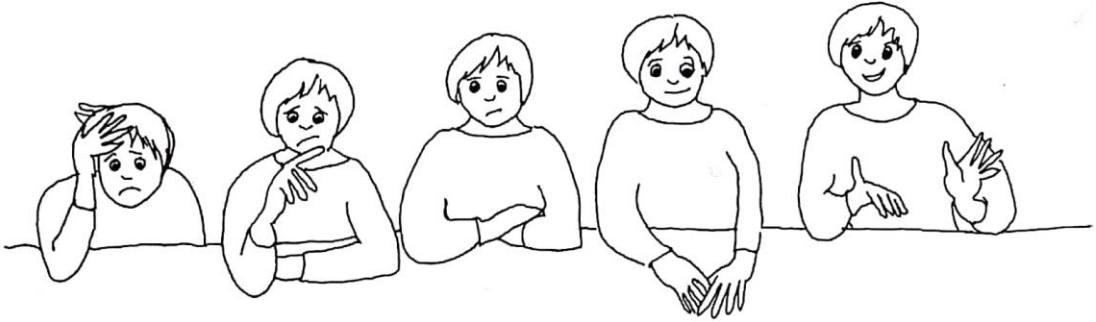
- Şeker, H., & Gençdoğan, B. (2006). *Psikolojide ve eğitimde ölçme aracı geliştirme*. Ankara: Nobel.
- Şencan, H. (2005). *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik* (1th, Ed.). Ankara: Seçkin.
- Tallberg, I.-M. (2005). The Boston naming test in Swedish: normative data. *Brain and Language*, 94(1), 19–31.
- Tanrıdağ, O. (1995). *Afazi*. Ankara: Nobel Tıp.
- Taylor, C., Lillis, C., LeMone, P., & Lynn, P. A. (2001). *Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care*. Lippincott Philadelphia.
- Thompson, C. K. (2004). Functional neuroimaging: Applications for studying aphasia. In *Aphasia and related disorders* (pp. 19–38). Thieme.
- Toğram, B. (2008). *Sağlıklı ve inmeli bireylerde uygulanan Afazide Dil Değerlendirme Aracı'nın geçerlik, güvenilirlik ve standardizasyon çalışması (doktora tezi) YÖK tez merkezinden edinilmiştir (236296)*. Anadolu Üniversitesi.
- Toğram, B., & Maviş, İ. (2012). Afazi Dil Değerlendirme Testi'nin Geçerlik, Güvenilirlik ve Standardizasyon Çalışması. *Turkish Journal of Neurology/Turk Noroloji Dergisi*, 18(3).
- Topbaş, S., & Yavaş, M. (2010). *Communication Disorders in Turkish* (Müller N. & Ball. M., Eds.). Clevedon: Multilingual Matters.
- Topkara, F. N. (2019). *Doğum hafızası ve hatırlama ölçeği Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirlik çalışması ve postpartum depresyon prevalansı*. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi.
- Tramo, M. J., Baynes, K., & Volpe, B. T. (1988). Impaired syntactic comprehension and production in Broca's aphasia: CT lesion localization and recovery patterns. *Neurology*, 38(1), 95.
- Tyrrell, P. J., Warrington, E. K., Frackowiak, R. S. J., & Rossor, M. N. (1990). Heterogeneity in progressive aphasia due to focal cortical atrophy: a clinical and PET study. *Brain*, 113(5), 1321–1336.
- Utku, U. (2007). İnme Tanımı, Etyolojisi, Sınıflandırma ve Risk Faktörleri. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Turkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 53.
- Üstün, T. B. (1999). World Health Organization, ICDH-2 International Classification of Functioning and Disability, Beta-2 Draft. Geneva. *World Health Organization*.
- Van Straten, A., De Haan, R. J., Limburg, M., Schuling, J., Bossuyt, P. M., & Van den Bos, G. A. M. (1997). A stroke-adapted 30-item version of the Sickness Impact Profile to assess quality of life (SA-SIP30). *Stroke*, 28(11), 2155–2161.
- Van Straten, A., De Haan, R. J., Limburg, M., & Van den Bos, G. A. M. (2000).

- Clinical meaning of the stroke-adapted Sickness Impact Profile–30 and the Sickness Impact Profile–136. *Stroke*, 31(11), 2610–2615.
- Ware, J.-E. (1989). SF-36 health status questionnaire. *Boston, MA: Institute for the Improvement of Medical Care and Health, New England Medical Center Hospital, Quality Quest Inc.*
- Ware, J.-E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 473–483.
- Warlow, C. P., Dennis, M. S., Gijn, J. van, Hankey, G. J., Sandercock, P. A. G., Bamford, J. M., ... Brown, M. M. (1997). Stroke: a practical guide to management. *BMJ-British Medical Journal-International Edition*, 314(7097), 1840.
- Waxman, S. G. (2002). Sinir Dokusu: Korrelatif Nöroanatomi. 24. *Baskıdan Çeviri. Yıldırım M (Ed) Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Sti., İstanbul*, 8–19.
- Weintraub, S., Rubin, N. P., & Mesulam, M. M. (1990). Primary progressive aphasia: longitudinal course, neuropsychological profile, and language features. *Archives of Neurology*, 47(12), 1329–1335.
- Williams, L. S., Weinberger, M., Harris, L. E., Clark, D. O., & Biller, J. (1999). Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke*, 30(7), 1362–1369.
- Williamson, D. S., Richman, M., & Redmond, S. C. (2011). Applying the correlation between aphasia severity and quality of life measures to a life participation approach to aphasia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(2), 101–105.
- Woo, D., Haverbusch, M., Sekar, P., Kissela, B., Khoury, J., Schneider, A., ... Jauch, E. (2004). Effect of untreated hypertension on hemorrhagic stroke. *Stroke*, 35(7), 1703–1708.
- World Health Organization. (1978). *Cerebrovascular disorders: a clinical and research classification*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1980). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease, published in accordance with resolution WHA29. 35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41003>
- Xiao, M., Li, Q., Feng, H., Zhang, L., & Chen, Y. (2017). Neural vascular mechanism for the cerebral blood flow autoregulation after hemorrhagic stroke. *Neural Plasticity*, 2017, 12. <https://doi.org/10.1155/2017/5819514>
- Yalın, H. (2011). *İnme sonrası hastaların fonksiyonel durum, engellilik ve yaşam kaliteleri* (Marmara Üniversitesi). Retrieved from <https://katalog.marmara.edu.tr/eyayin/tez/T0074513.pdf>
- Yuker, H. E., & Block, J. R. (1979). *Challenging barriers to change: Attitudes towards the disabled*. New York: Human Resources Center.
- Yule, G. (2010). *The study of language*. Singapore: Cambridge University Press.

10. EKLER

EK 1: Afazi Etki Ölçeği-21 Türkçe Uyarlanmış Versiyonu (AIQ-21)(Kadınlar İçin

AFAZİ ETKİ ÖLÇEĞİ AIQ-21



Ad-Soyad.....

TC.....

Tarih

Uygulayıcı.....

Merkez

Öncesi/ Sonrası.....

ÇOĞALTMA HAKLARI

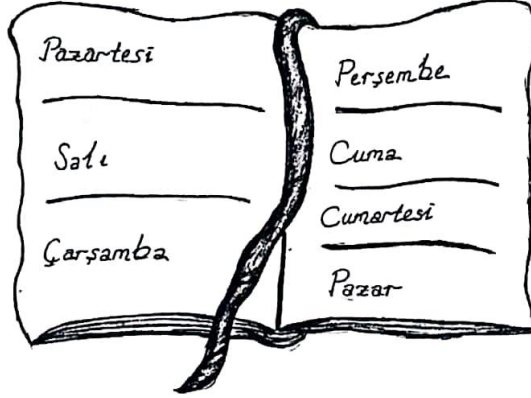
Bu belge iletişim kısıtlılığı olan bir kişiyi değerlendirme ya da o kişiyle görüşme amacıyla bütünüyle çoğaltılabilir.

Ancak, bu belgenin hiçbir kısmı Kate Swinburn' un yazılı izni olmadan çoğaltılamaz. İzin almak için lütfen kateswinburnaiq@gmail.com adresi ile iletişime geçin.

Haydi inme ve afazinizle ilgili görüşelim

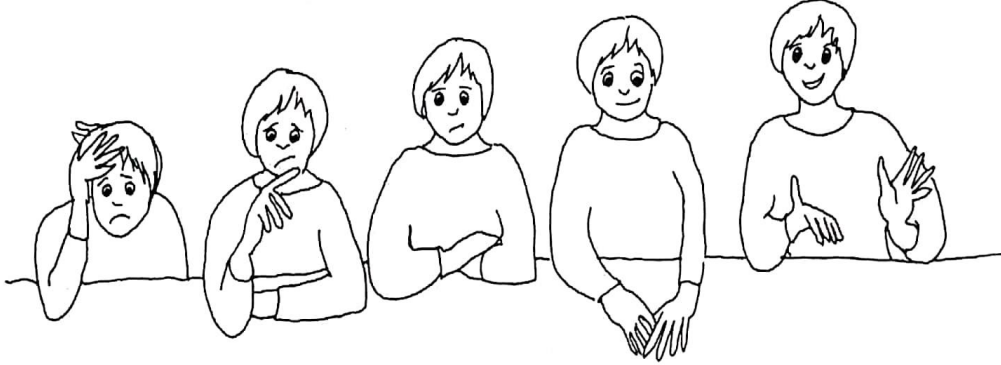
Bunlar sizi nasıl etkiler?

Geçen hafta nasıl geçti?



Bu hafta...

1. Kendinize yakın hissettiğiniz biriyle konuşmak sizin için ne kadar kolaydı?



İmkansız

4

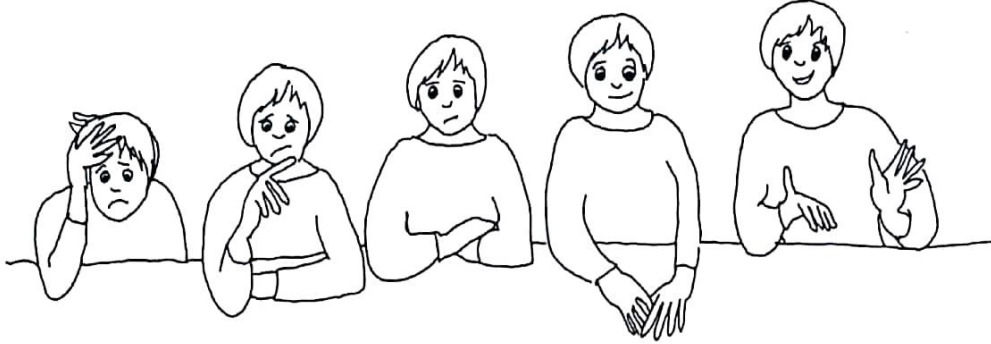
© 2018 Kate Swinburn

Sorun Yok

0

Bu hafta....

2. Tanımadığınız biri ile konuşmak sizin için ne kadar kolaydı?



İmkansız
4

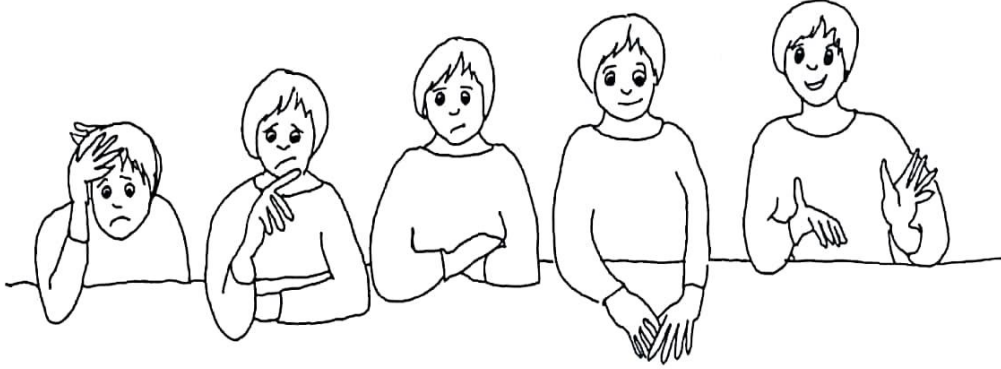
Sorun Yok
0

© 2018 Kate Swinburn

Bu hafta....

3. Kendinize yakın hissettiğiniz birini anlamak sizin için ne kadar kolaydı?

?



İmkansız

4

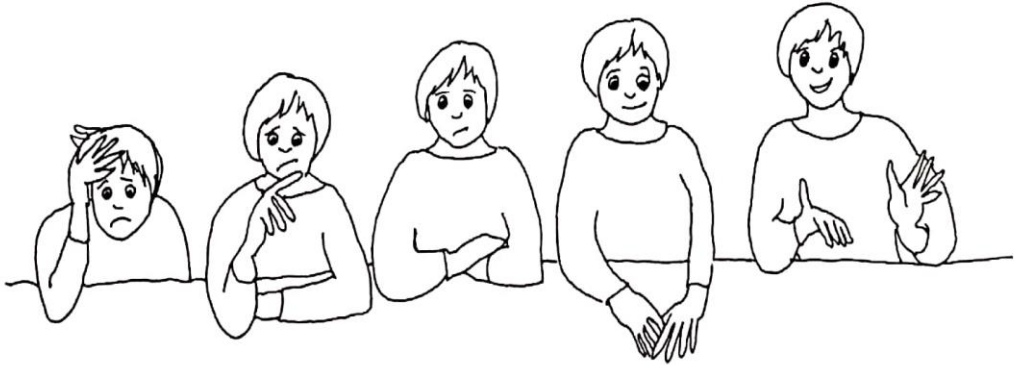
Sorun Yok

0

Bu hafta....

4. Tanımadığınız birini anlamak sizin için ne kadar kolaydı?

?



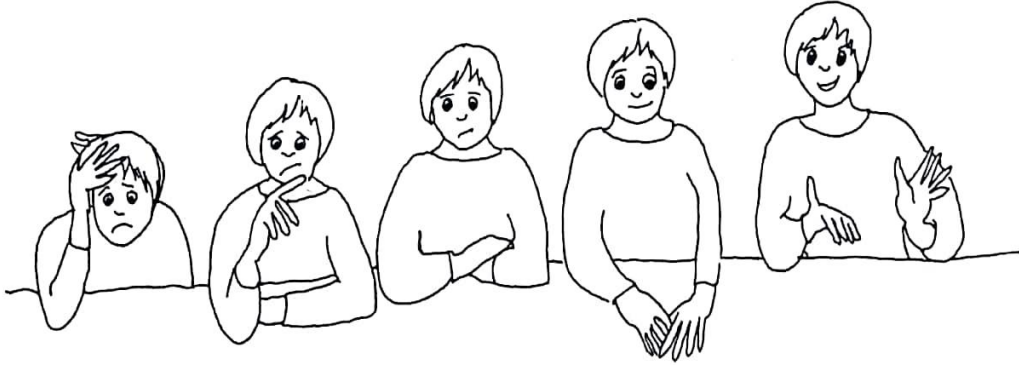
İmkansız
4

Sorun yok
0

© 2018 Kate Swinburn

Bu hafta....

5. Bir arkadaşınıza mesaj yazmak sizin için ne kadar kolaydı?

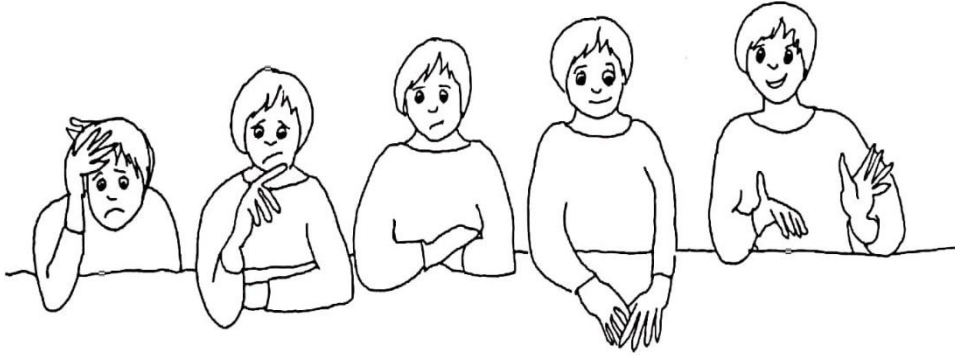


İmkansız
4

Sorun yok
0

Bu hafta....

6. Gazetede bir yazının tamamını okumak sizin için ne kadar kolaydı?



İmkansız

4

Sorun yok

0

© 2018 Kate Swinburn

Bu hafta....

7. Yapmanız gereken şeyleri yapmak sizin için ne kadar kolaydı?



Randevular

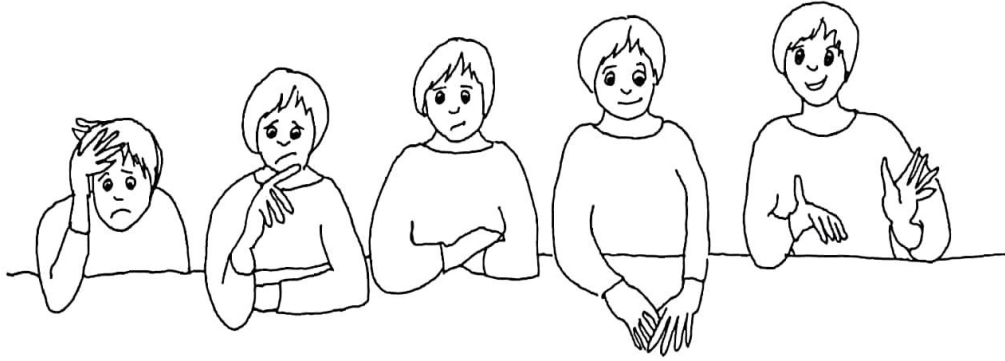
Ulaşım



Evrak işi/ Para/Fatura



Alışveriş



İmkansız

4

Sorun yok

0

Bu hafta....

8. Yapmak istediğiniz -hoşunuza giden- yeterince şey var mıydı?



Eğlenmek

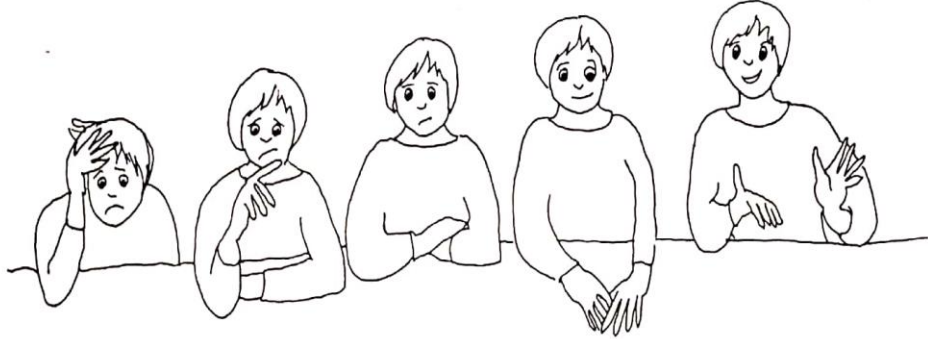


Tatil

Hobiler



Dışarı Çıkmak



Yapacak olumlu
bir şey yok

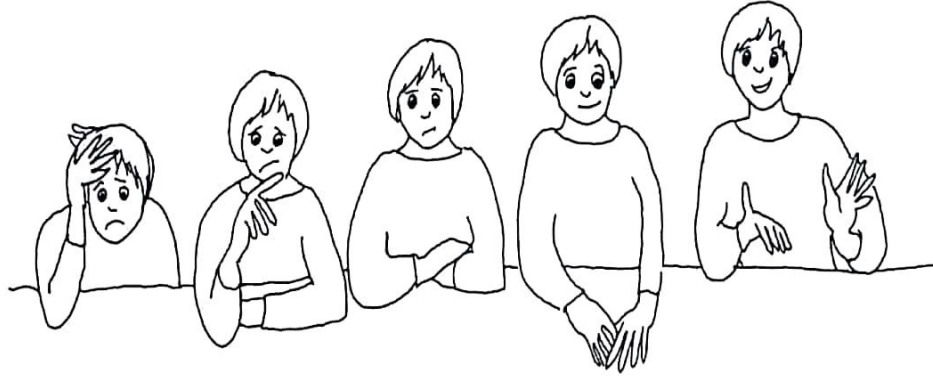
4

Yapacak birçok
olumlu şey var

0

Bu hafta....

9. Arkadaşlarınızla araniz nasıldı?

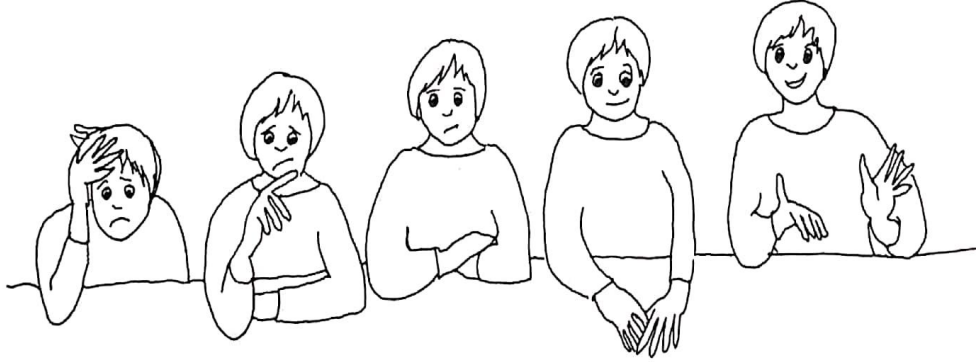


Çok Kötü
4

Çok iyi
0

Bu hafta...

10. Ailenizle aranız nasıldı?



Çok kötü
4

Çok iyi
0

© 2018 Kate Swinburn

Bu hafta...

11. Hayal kırıklığına uğramış hissettiniz mi?



Çok hayal kırıklığına uğramış

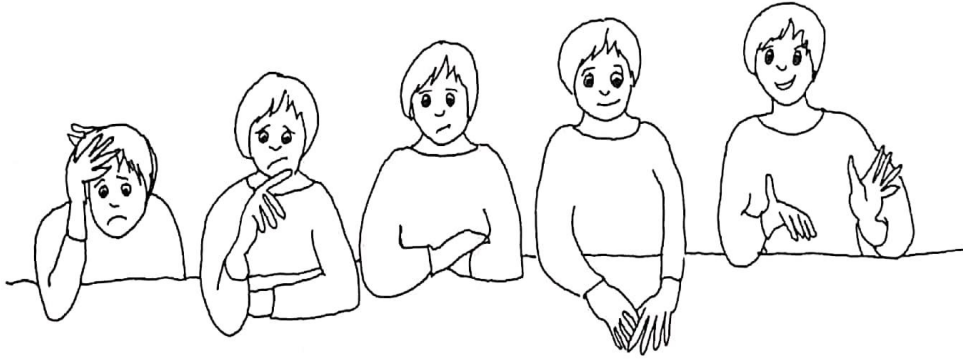
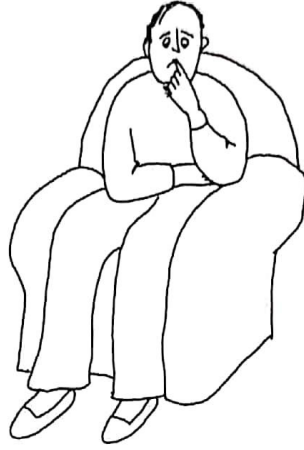
4

Hiç hayal kırıklığına uğramamış

0

Bu hafta...

12. Endişeli hissettiniz mi?

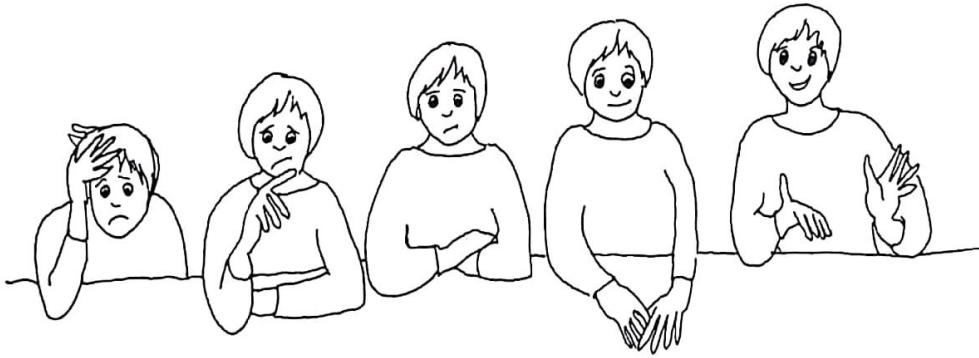
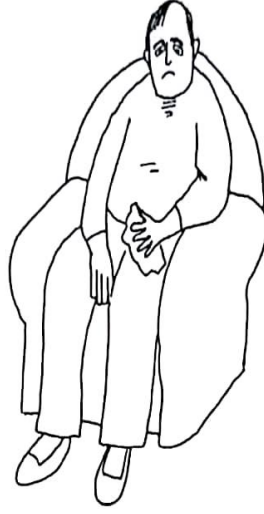


Çok endişeli
4

Hiç endişeli değil
0

Bu hafta...

13. Mutsuz hissettiniz mi?

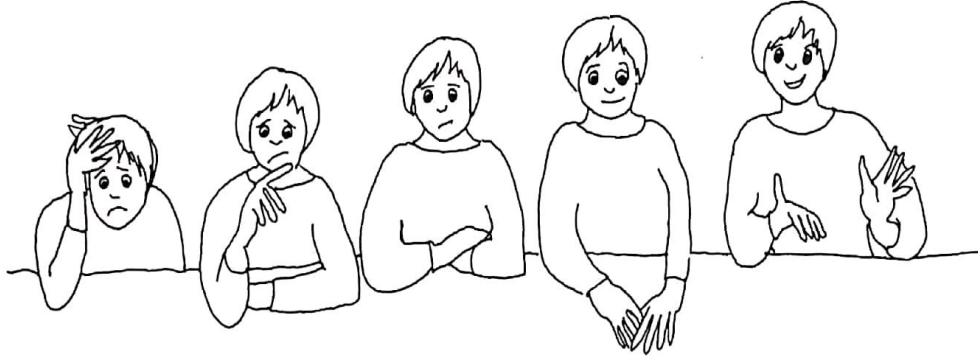


Çok mutsuz
4

Hiç mutsuz değil
0

Bu hafta...

14. Çaresiz olduğunuzu hissettiniz mi?

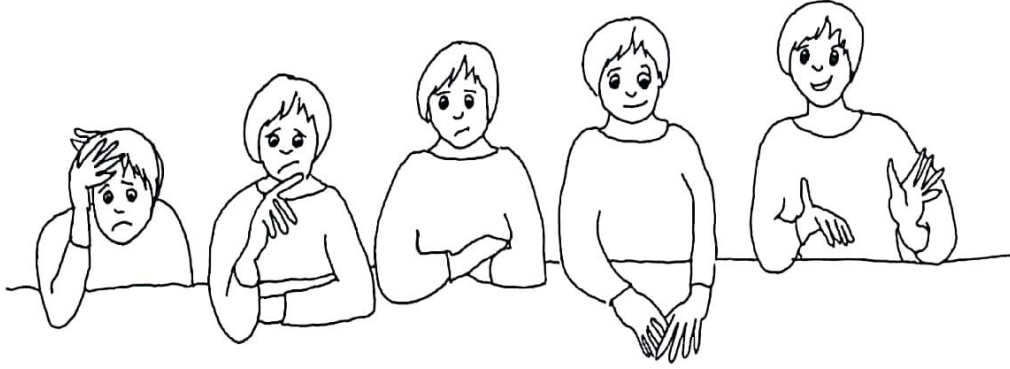


Çok çaresiz
4

Hiç çaresiz değil
0

Bu hafta...

15. Kendinizi sıkılmış hissettiniz mi?

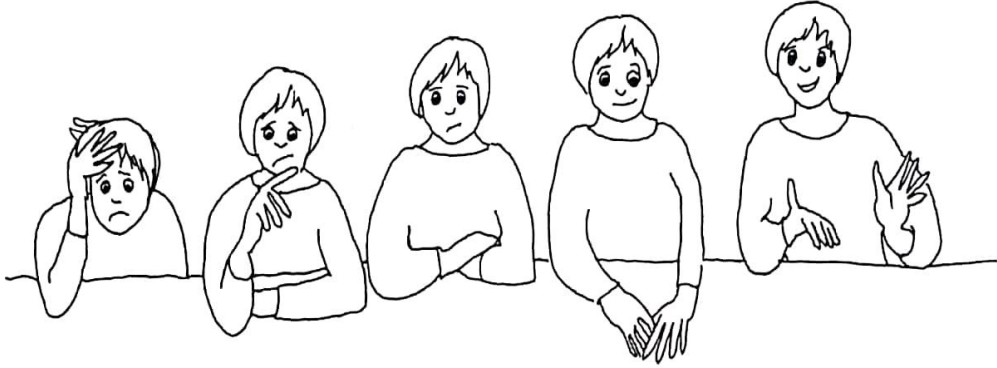
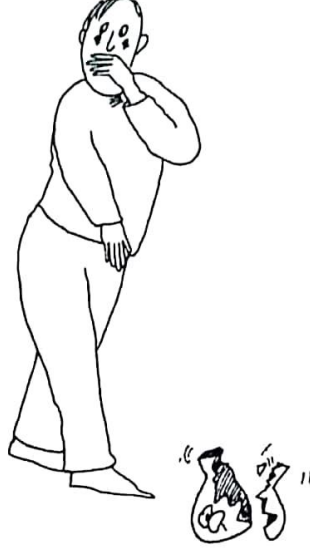


Çok sıkılmış
4

Hiç sıkılmış değil
0

Bu hafta...

16. Mahcup hissettiniz mi?

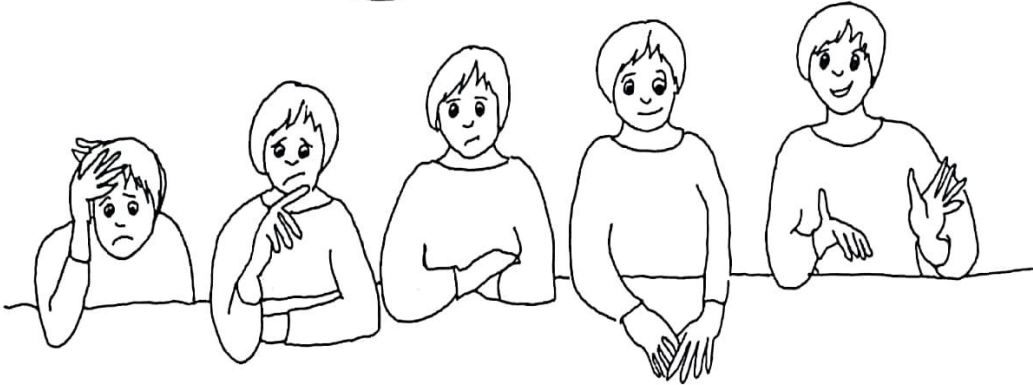
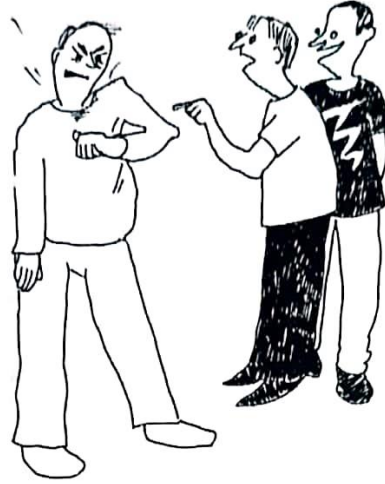


Çok mahcup
4

Hiç mahcup
değil
0

Bu hafta...

17. Kızgın hissettiniz mi?

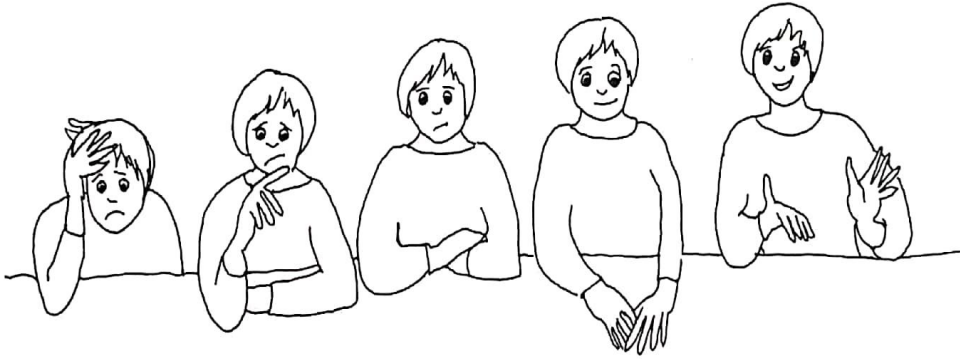
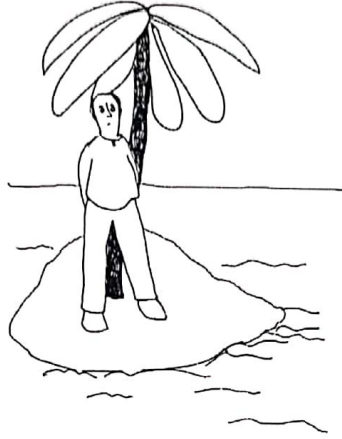


Çok kızgın
4

Hiç kızgın değil
0

Bu hafta...

18. Kendinizi dışlanmış hissettiniz mi?

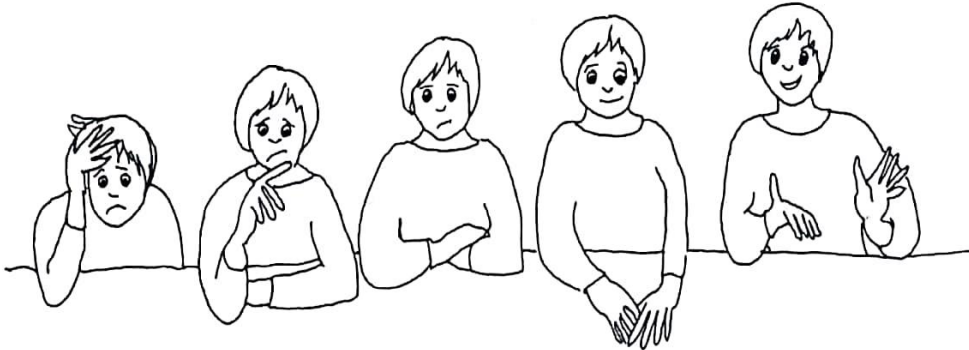


Çok dışlanmış
4

Hiç dışlanmamış
0

Bu hafta...

19. Bazı kişiler bize kendilerini aptal gibi hissettiklerini söylüyorlar. Aptal olmadığınızı biliyorum. Fakat bu hafta kendinizi aptal gibi hissettiniz mi?



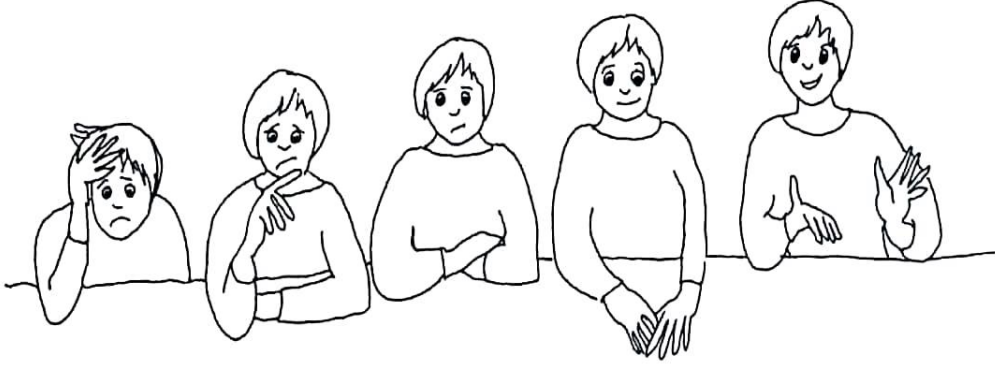
**Çok aptal
hissettim**
4

**Hiç aptal
hissetmedim**
0

© 2018 Kate Swinburn

Bu hafta...

20. Kendinizden emin hissettiniz mi?



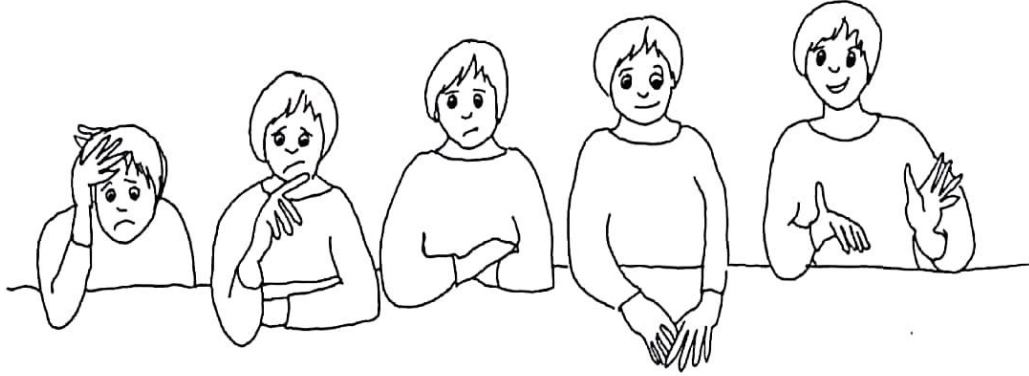
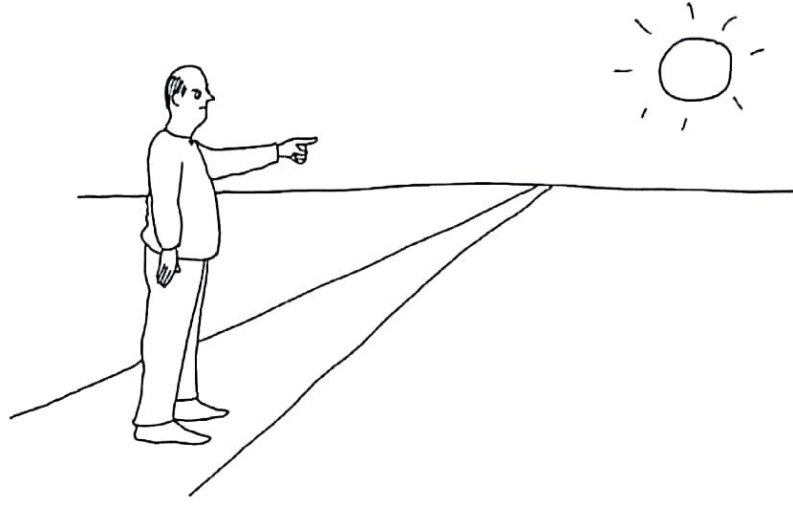
Kendinden **hiç** emin
değil

4

Kendinden **çok** emin
0

Bu hafta...

21. Gelecek hakkında nasıl hissediyorsunuz?



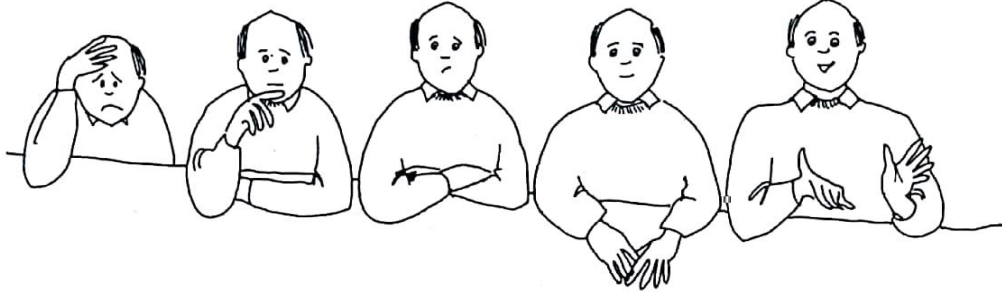
Çok olumsuz
4

Çok olumlu
0

EK 2: Afazi Etki Ölçeği-21 Türkçe Uyarlanmış Versiyonu (AIQ-21) (Erkekler İçin)

AFAZİ ETKİ ÖLÇEĞİ

AIQ-21



© 2018 Kate Swinburn

Ad-Soyad.....

TC.....

Tarih

Uygulayıcı.....

Merkez

Öncesi/ Sonrası.....

ÇOĞALTMA HAKLARI

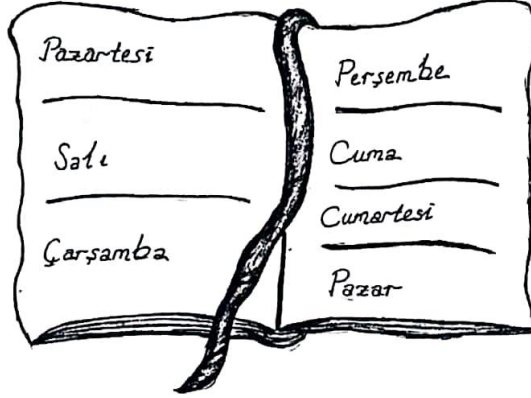
Bu belge iletişim kısıtlılığı olan bir kişiyi değerlendirme ya da o kişiyle görüşme amacıyla bütünüyle çoğaltılabilir.

Ancak, bu belgenin hiçbir kısmı Kate Swinburn' un yazılı izni olmadan çoğaltılamaz. İzin almak için lütfen kateswinburnaig@gmail.com adresi ile iletişime geçin.

Haydi inme ve afazinizle ilgili görüşelim

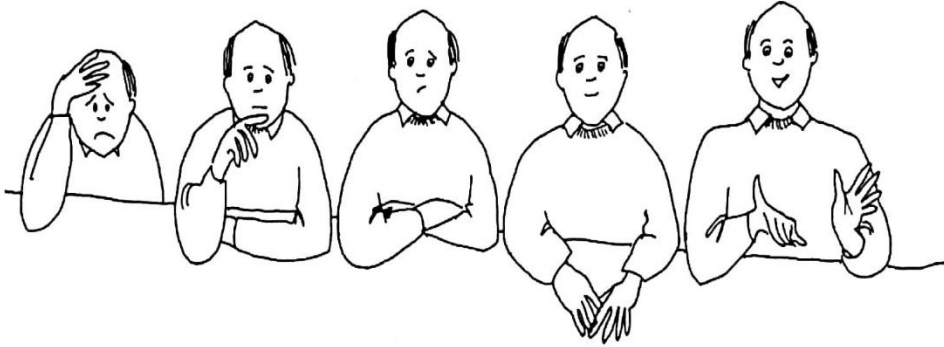
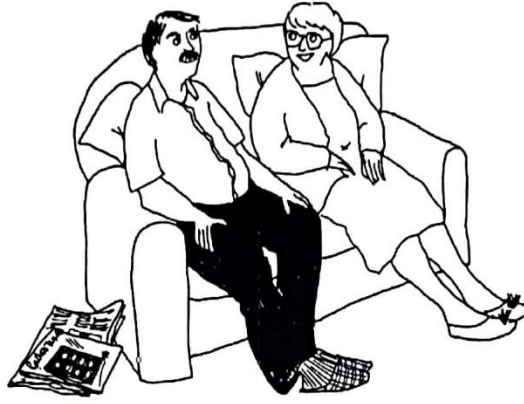
Bunlar sizi nasıl etkiler?

Geçen hafta nasıl geçti?



Bu hafta....

1. Kendinize yakın hissettiğiniz biriyle konuşmak sizin için ne kadar kolaydı?



İmkansız

4

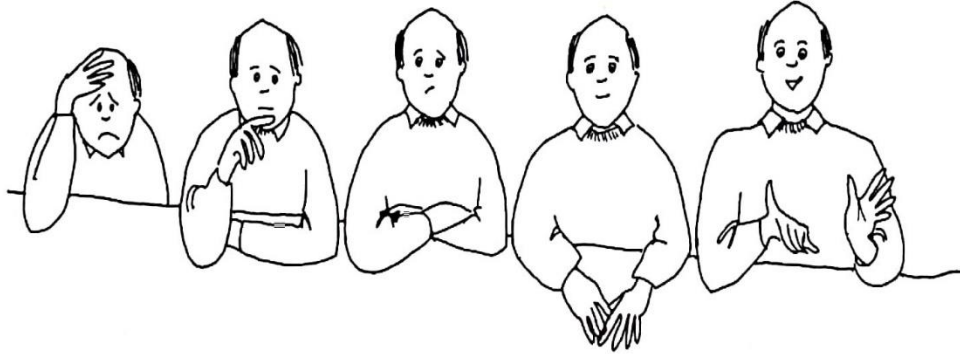
© 2018 Kate Swinburn

Sorun Yok

0

Bu hafta....

2. Tanımadığınız biri ile konuşmak sizin için ne kadar kolaydı?



İmkansız

4

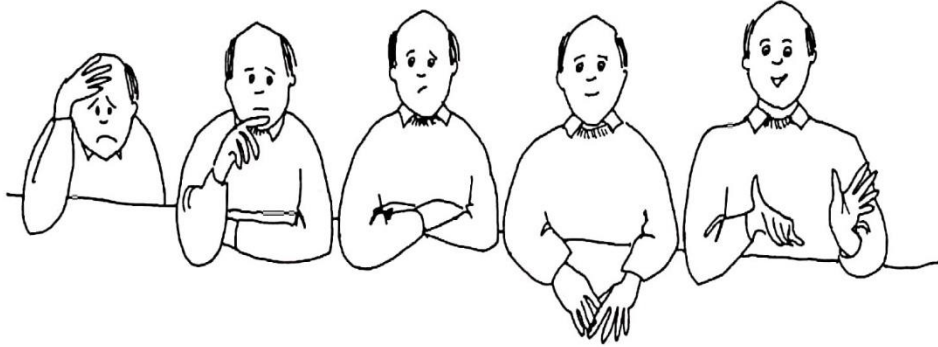
Sorun Yok

0

Bu hafta....

3. Kendinize yakın hissettiğiniz birini anlamak sizin için ne kadar kolaydı?

?



İmkansız

4

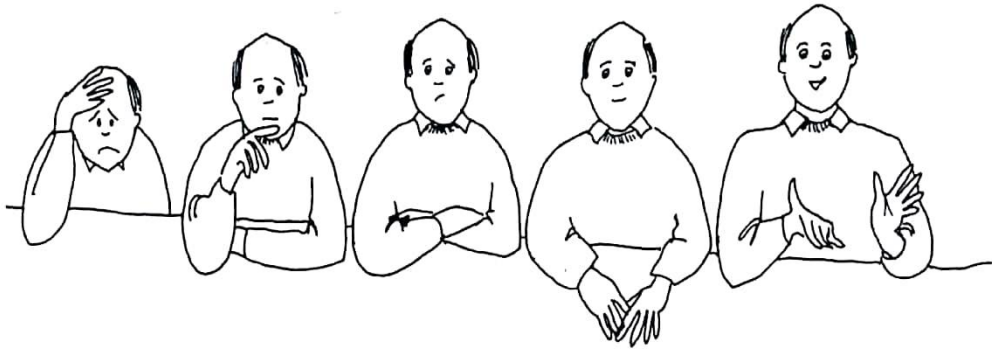
Sorun Yok

0

Bu hafta....

4. Tanımadığınız birini anlamak sizin için ne kadar kolaydı?

?

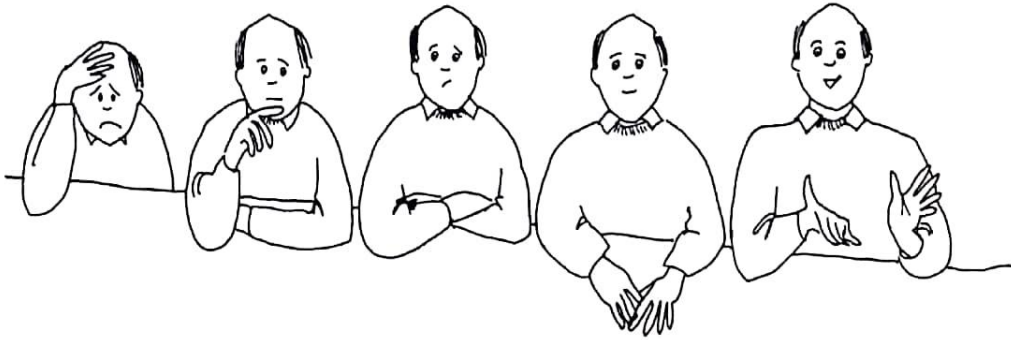


İmkansız
4

Sorun yok
0

Bu hafta....

5. Bir arkadaşınıza mesaj yazmak sizin için ne kadar kolaydı?

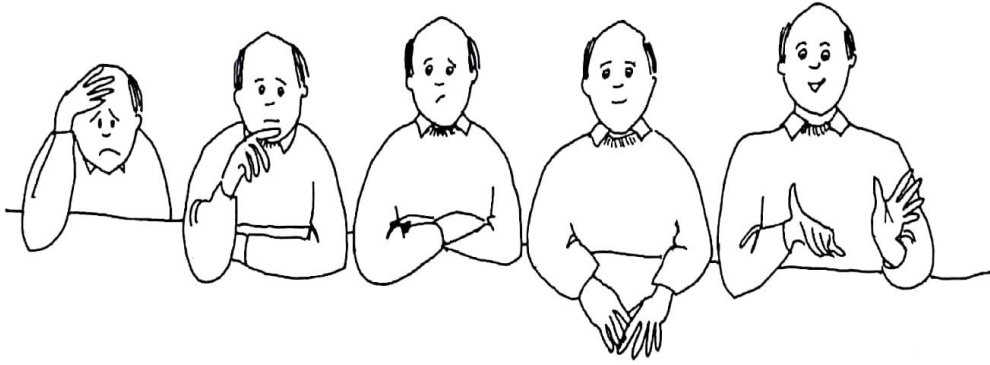


İmkansız
4

Sorun yok
0

Bu hafta....

6. Gazetede bir yazının tamamını okumak sizin için ne kadar kolaydı?



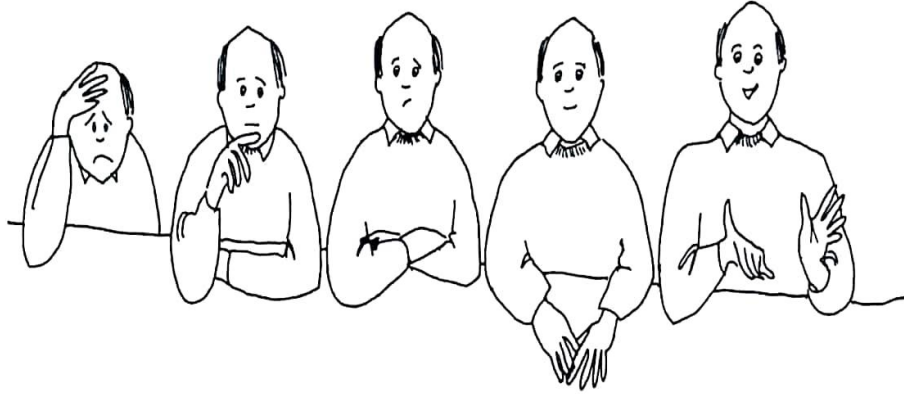
İmkansız
4

Sorun yok
0

© 2018 Kate Swinburn

Bu hafta....

7. Yapmanız gereken şeyleri yapmak sizin için ne kadar kolaydı?



İmkansız
4

Sorun yok
0

Bu hafta....

8. Yapmak istediğiniz -hoşunuza giden- yeterince şey var mıydı?



Eğlenmek



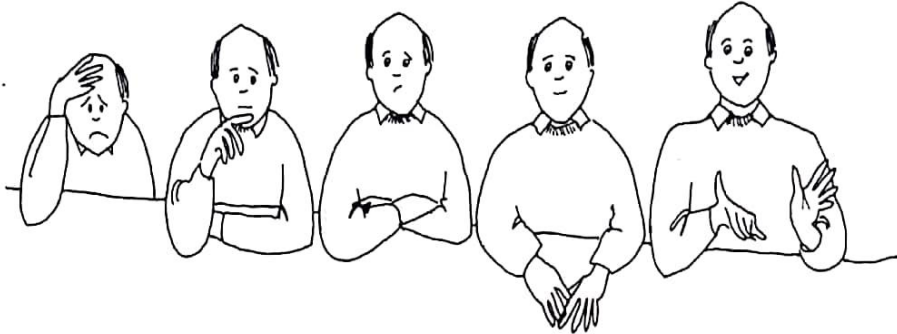
Tatil



Dışarı Çıkmak



Hobile

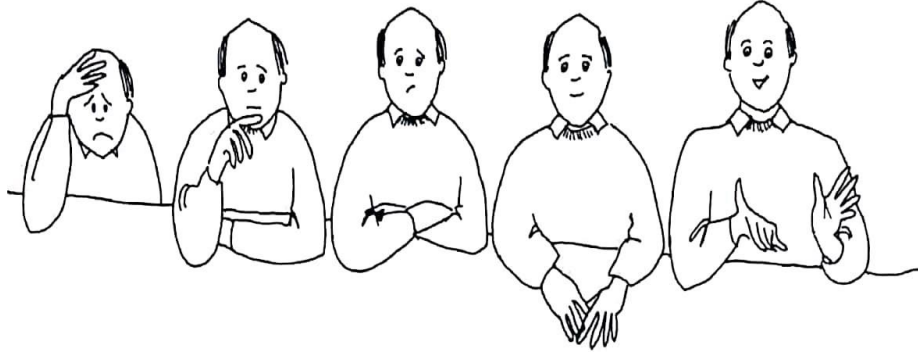


Yapacak olumlu
bir şey yok
4

Yapacak birçok
olumlu şey var
0

Bu hafta....

9. Arkadaşlarınızla aranız nasıldı?

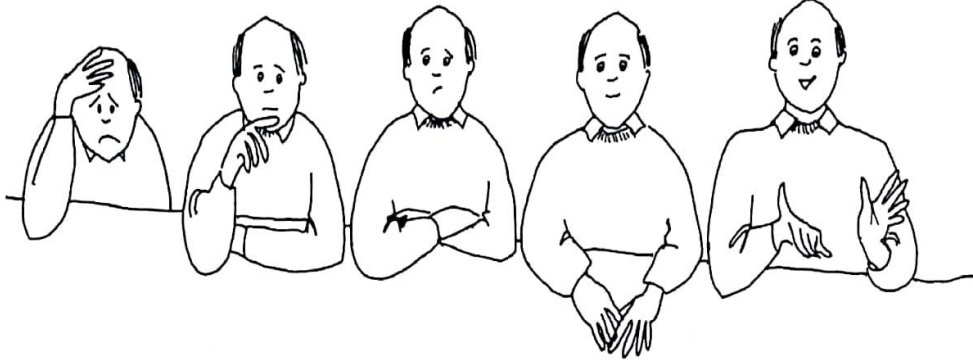


Çok Kötü
4

Çok iyi
0

Bu hafta...

10. Ailenizle aranız nasıldı?

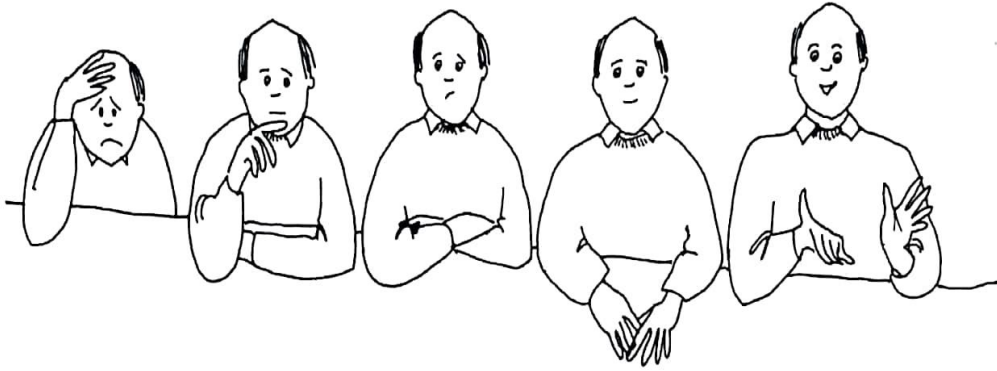


Çok kötü
4

Çok iyi
0

Bu hafta...

11. Hayal kırıklığına uğramış hissettiniz mi?



Çok hayal kırıklığına
uğramış

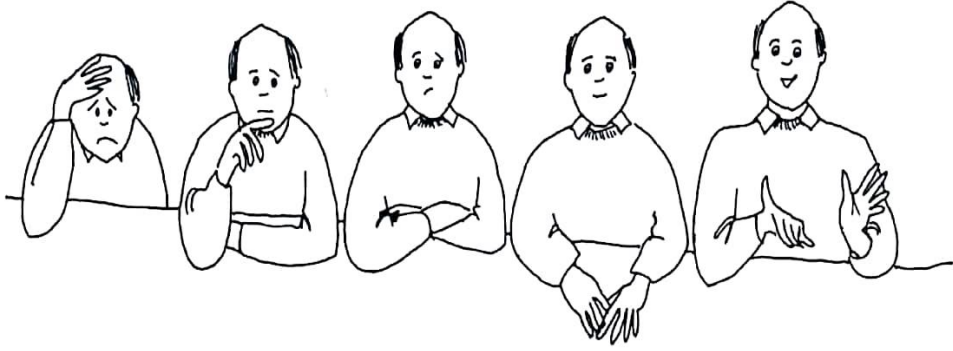
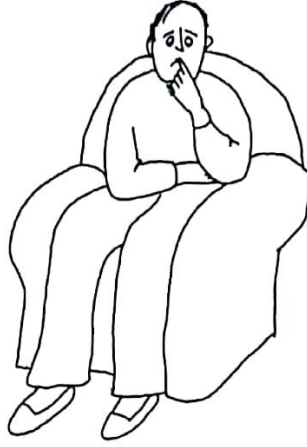
4

Hiç hayal kırıklığına
uğramamış

0

Bu hafta...

12. Endişeli hissettiniz mi?

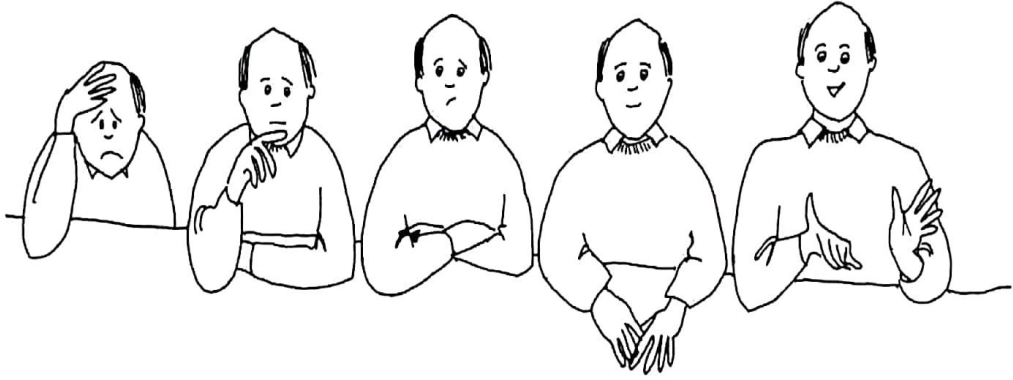
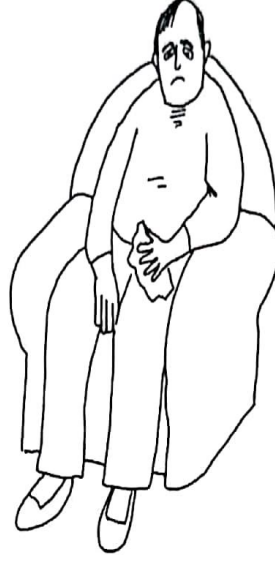


Çok endişeli
4

Hiç endişeli değil
0

Bu hafta...

13. Mutsuz hissettiniz mi?



Çok mutsuz

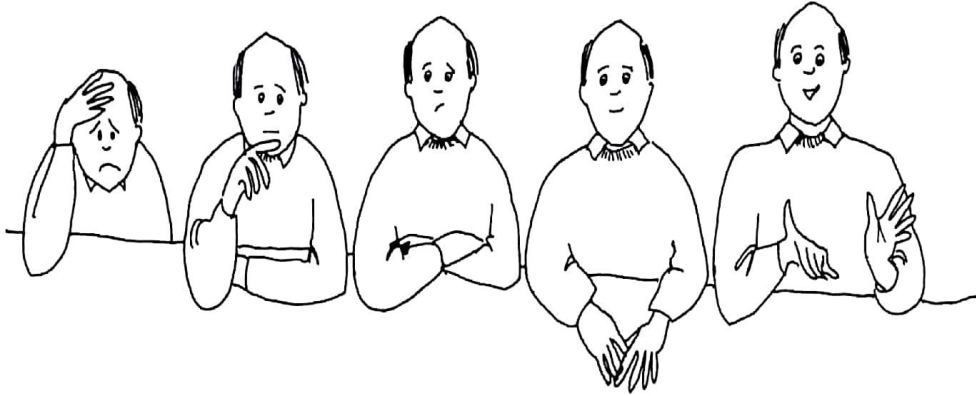
4

Hiç mutsuz değil

0

Bu hafta...

14. Çaresiz olduğunuzu hissettiniz mi?

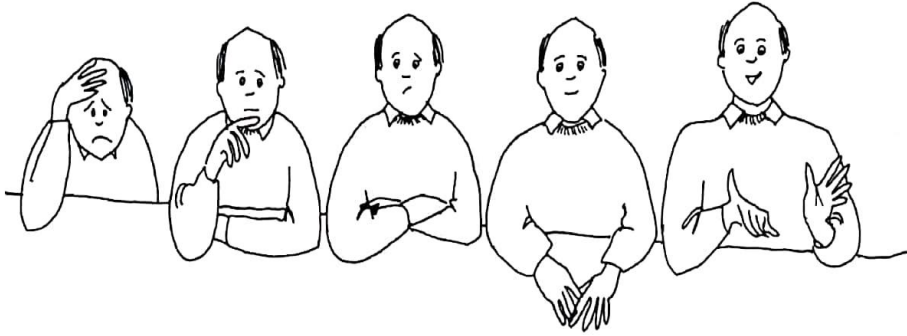
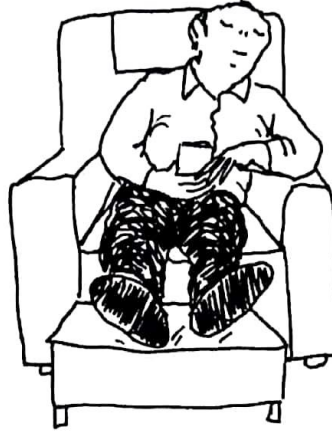


Çok çaresiz
4

Hiç çaresiz değil
0

Bu hafta...

15. Kendinizi sıkılmış hissettiniz mi?

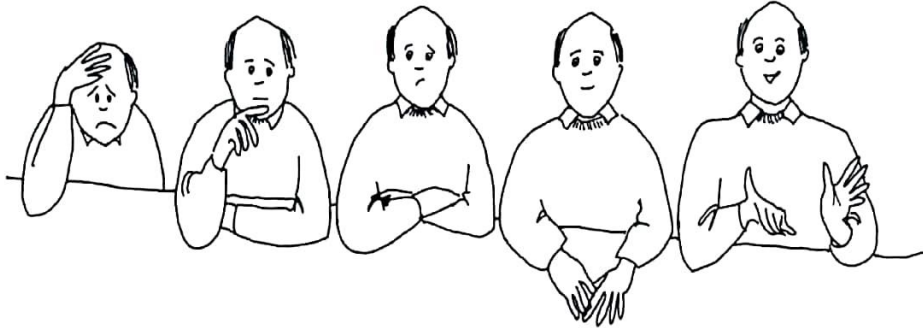
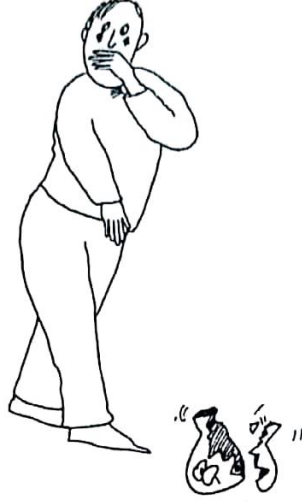


Çok sıkılmış
4

Hiç sıkılmış değil
0

Bu hafta...

16. Mahcup hissettiniz mi?



Çok mahcup

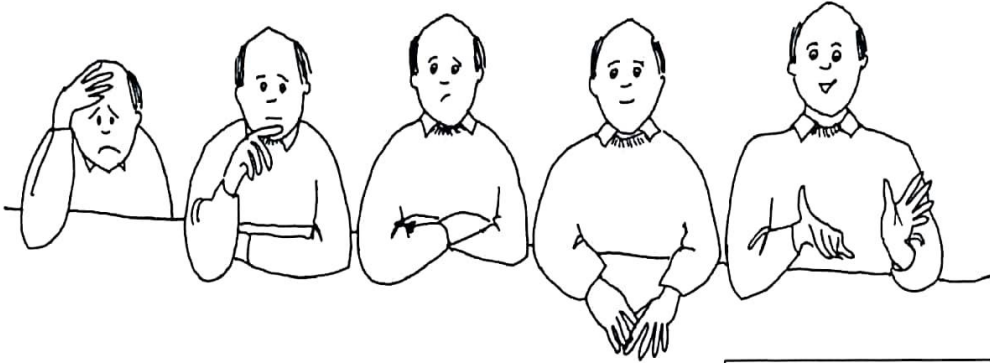
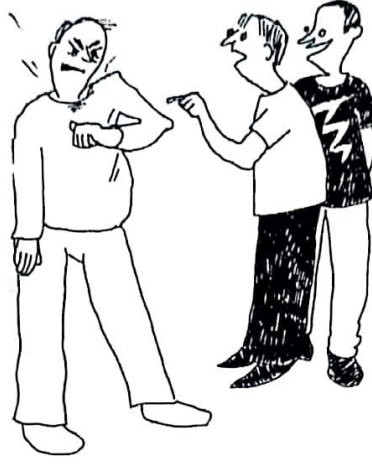
4

**Hiç mahcup
değil**

0

Bu hafta...

17. Kızgın hissettiniz mi?

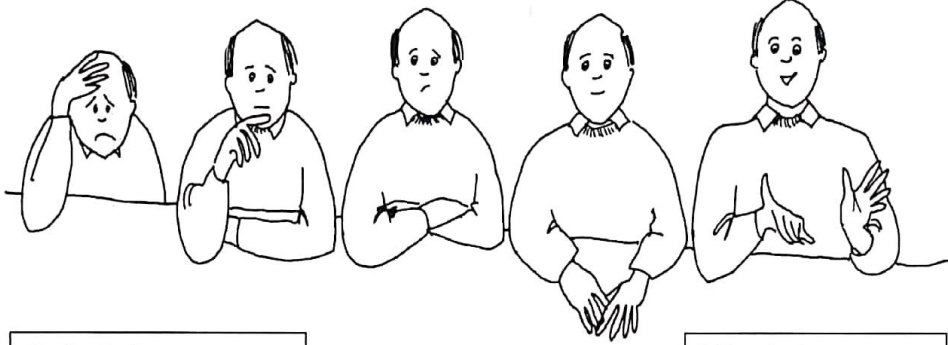
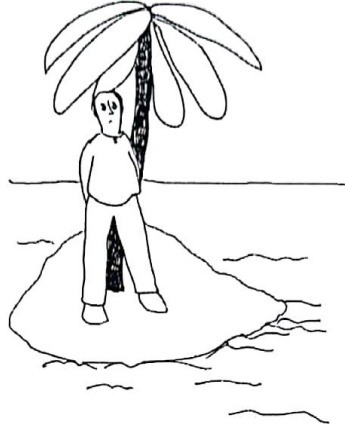


Çok kızgın
4

Hiç kızgın değil
0

Bu hafta...

18. Kendinizi dışlanmış hissettiniz mi?



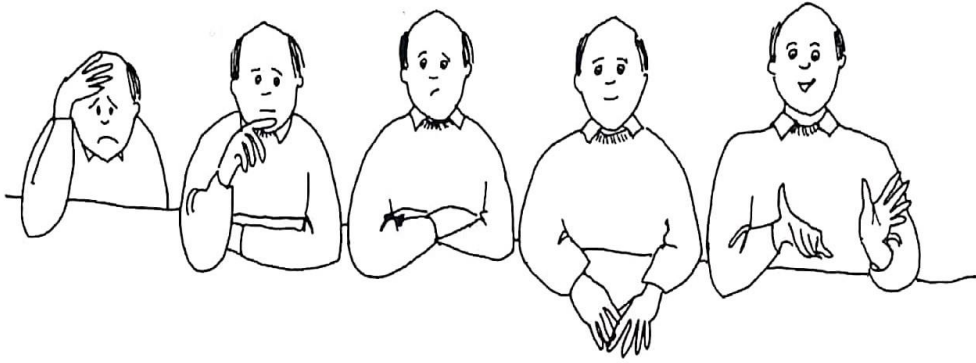
Çok dışlanmış
4

Hiç dışlanmamış
0

© 2018 Kate Swinburn

Bu hafta...

19. Bazı kişiler bize kendilerini aptal gibi hissettiklerini söylüyorlar. Aptal olmadığınızı biliyorum. Fakat bu hafta kendinizi aptal gibi hissettiniz mi?



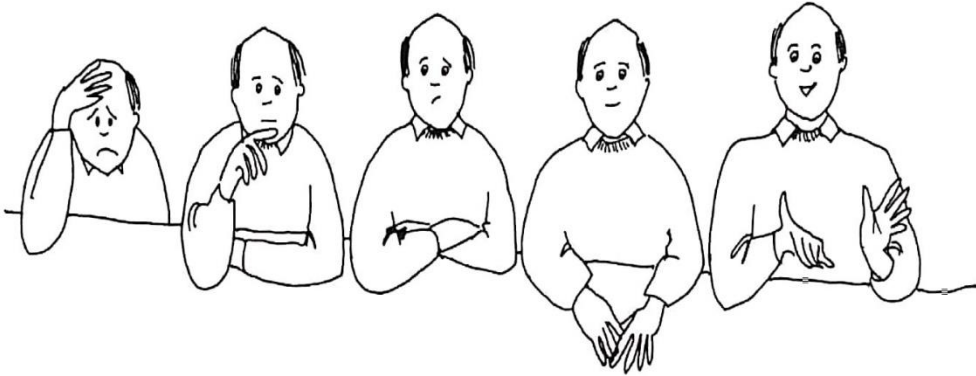
**Çok aptal
hissettim**
4

**Hiç aptal
hissetmedim**
0

© 2018 Kate Swinburn

Bu hafta...

20. Kendinizden emin hissettiniz mi?

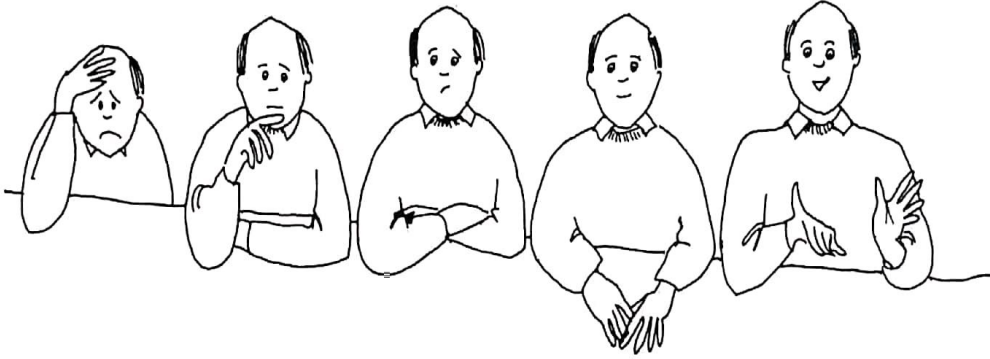
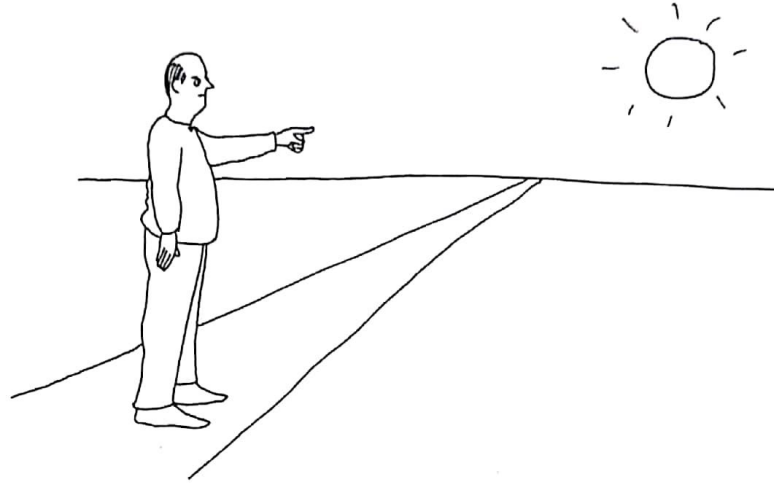


Kendinden **hiç** emin
değil
4

Kendinden **çok** emin
0

Bu hafta...

21. Gelecek hakkında nasıl hissediyorsunuz?



Çok olumsuz
4

Çok olumlu
0

EK 3: Afazi Etki Ölçeği-21 Puanlama Formu

AIQ-21
ÖZET SKOR SAYFASI

AIQ-21
Afazi Etki Ölçeği Özet Puan Sayfası (Öncesi)

İsim: TC No:

Tarih: Uygulayıcı:

Onay alındı mı? (Lütfen V. işaretleyiniz)		Evet		Hayır		
<i>İletişim</i>		<i>Kötü</i>		<i>İyi</i>		
1	Konuşma- En yakınlarla	4	3	2	1	0
2	Konuşma- Yabancı ile	4	3	2	1	0
3	Anlama- En yakınlarımızı	4	3	2	1	0
4	Anlama- Yabancı birini	4	3	2	1	0
5	Bir Arkadaşa Mesaj Yazma	4	3	2	1	0
6	Gazete Okuma	4	3	2	1	0
<i>Katılım</i>						
7	Yapman Gereken Şeyler	4	3	2	1	0
8	Yaptığın Olumlu Şeyler	4	3	2	1	0
9	Arkadaşlar	4	3	2	1	0
10	Aile	4	3	2	1	0
<i>Duyusal Durum/ Esenlik</i>						
11	Hayal Kırıklığına Uğramışlık	4	3	2	1	0
12	Endişeli Hissetme	4	3	2	1	0
13	Mutsuzluk	4	3	2	1	0
14	Çaresizlik	4	3	2	1	0
15	Sıkılma	4	3	2	1	0
16	Mağcup Hissetme	4	3	2	1	0
17	Kızgınlık	4	3	2	1	0
18	Dışlanmış Hissetme	4	3	2	1	0
19	Aptal Hissetme	4	3	2	1	0
20	*Kendinden Emin Hissetme	4	3	2	1	0*
21	*Gelecek Düşüncesi	4	3	2	1	0*

* "AIQ ölçeğinde ters yöndeki tanımlayıcılar"

AIQ-21
Afazi Etki Ölçeği Özet Puan Sayfası (Sonrası)

İsim:.....TC No:

Tarih: Uygulayıcı:

Onay alındı mı? (Lütfen <input type="checkbox"/> atınız.)		Evet		Hayır		
<i>İletişim</i>		Kötü		İyi		
1	Konuşma- En yakınlarla	4	3	2	1	0
2	Konuşma- Yabancı ile	4	3	2	1	0
3	Anlama- En yakınlarla	4	3	2	1	0
4	Anlama- Yabancı birini	4	3	2	1	0
5	Bir Arkadaşa Mesaj Yazma	4	3	2	1	0
6	Gazete Okuma	4	3	2	1	0
<i>Katılım</i>		Kötü		İyi		
7	Yapman Gereken Şeyler	4	3	2	1	0
8	Yaptığın Olumlu Şeyler	4	3	2	1	0
9	Arkadaşlar	4	3	2	1	0
10	Aile	4	3	2	1	0
<i>Duygusal Durum/ Esenlik</i>		Kötü		İyi		
11	Hayal Kırıklığına Uğramışlık	4	3	2	1	0
12	Endişeli Hissetme	4	3	2	1	0
13	Mutsuzluk	4	3	2	1	0
14	Çaresizlik	4	3	2	1	0
15	Sıkılma	4	3	2	1	0
16	Mahecup Hissetme	4	3	2	1	0
17	Kızgınlık	4	3	2	1	0
18	Dışlanmış Hissetme	4	3	2	1	0
19	Aptal Hissetme	4	3	2	1	0
20	* Kendinden Emin Hissetme	4	3	2	1	0*
21	* Gelecek Düşüncesi	4	3	2	1	0*

* "AIQ skalasında ters yöndeki tanımlayıcılar"

EK 4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bireylerin hayatını pek çok yönden olumsuz etkileyen konuşma bozukluklarının görüldüğü bir durum da afazidir. Beynin konuşma bölgesinin etkilenmesiyle görülen afazi, sadece konuşmanın etkilenimi olmayıp bireyi psikolojik yönden de etkiler ve bu durum da doğrudan yaşam kalitesini düşürür. Müdahalenin doğru planlanması için bu anlamda değerlendirme yapılması da şarttır. Bu doğrultuda “Afazi Etki Ölçeği (AIQ)- 21” i ülkemizde kullanılabilir hale getirmek için bir çalışma yapmaktayız.

Bu çalışmanın amacı 18 yaş üzeri afazili bireylerin yaşadıkları duruma kendi bakış açılarını sorgulamak, bu sayede hem değerlendirmelerine referans olabilecek altın standart bir değerlendirme protokolü oluşturmak hem de doğru tanı ve müdahale oranını artırmaktır. Çalışmaya katılmanız durumunda doğru müdahalenin ve yönlendirmelerin yapılmasına katkı sağlayacaksınız.

Araştırma İstanbul Medipol Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi bölümü Dr. Öğr. Üyesi N. Evra GÜNHAN ŞENOL ve yüksek lisans öğrencisi Esra YAŞAR tarafından yürütülmektedir. Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek ölçek aracılığıyla veri toplanacaktır, çalışma en fazla 50-60 dk sürecek olup sadece bilgi edinme amaçlıdır; sizlere karşı herhangi bir yaptırım veya olumsuz etki söz konusu olmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız durumunda sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir ve size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu çalışmanın tüm verileri Esra YAŞAR’ın yüksek lisans tezinde ve bu tezden kaynaklanacak yayınlarda kullanılacaktır. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir. Aynı zamanda çalışma esnasında video/ ses kaydı alınacak olup bu kayıtlar tamamen gizli tutulacaktır, çalışmaya dahil olmayan kişiler ile paylaşılmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin

isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da hiçbir şekilde sizin zararınıza yol aşmayacaktır.

Formu imzalamadan 6nce çalışmaya dair sorularınızı l6tfen araştırmacıya sorunuz. Daha sonra danışmak istediğiniz hususlar olursa çalışma y6r6t6c6lerinden Esra YAŞAR' a 05349241493 nolu telefondan ulaşabilirsiniz.

"Bilgilendirilmiş G6n6ll6 Olur Formundaki t6m açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili s6zli ve yazılı açıklama aşağıdaki adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Çalışmaya g6n6ll6 olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak çalışmadan ayrılabilieceğimi biliyorum. S6z konusu çalışmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. **"Afazi Etki 6leği- 21: T6rkeye Uyarlama, Geçerlik ve G6venirlik çalışması"** araştırması kapsamında değerlendirme sonuçlarımın bu araştırma ile ilgili yapılması planlanan t6m araştırmalarda kimlik bilgilerimin gizli tutularak kullanılmasına izin veriyorum."

Katılımcının Kendisi/Vasisinin;

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.14104
Konu : Etik Kurulu Kararı

19/04/2019

Sayın Esra YAŞAR

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Afazi Etki Ölçeği- 21: Türkçe’ye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 19.04.2019 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağımızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden D9C5D060XE kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacık Kavşağı - Beykoz
34810 İstanbul

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Afazi Etki Ölçeği- 21: Türkçe'ye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Esra YAŞAR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Öğrenci			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		04/04/2019		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 337		Tarih: 12/04/2019	
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Keziban OLCAY	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Esra	Soyadı	Yaşar
Doğum Yeri	Kayseri	Doğum Tarihi	28.04.1993
Uyruğu	T.C.		
E-mail	esrayasar12@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	
Lisans	Mustafa Kemal Üniversitesi	2016

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl – Yıl)
Araştırma Görevlisi	Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi- Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü	2018 – Halen

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	İyi	İyi

Yabancı Dil Sınav Notu	
YÖKDİL	YDS
86,25	73,75

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	90,26	90,64	75,23

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office	İyi