



**T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**EDİNİLMİŞ DİL BOZUKLUĞU OLAN ve OLMAYAN İLERİ YAŞTAKİ
BİREYLERİN DİL BECERİSİNİN TELEFONLA KONUŞMA ÜZERİNE ETKİSİ**

Aleyna DÜNDAR DİVARCI

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Aşena KARAMETE GÜDÜL**

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Dil ve Konuşma Terapisi Programı

İSTANBUL, 2026



**T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**EDİNİLMİŞ DİL BOZUKLUĞU OLAN ve OLMAYAN İLERİ YAŞTAKİ
BİREYLERİN DİL BECERİSİNİN TELEFONLA KONUŞMA ÜZERİNE ETKİSİ**

Aleyna DÜNDAR DİVARCI

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Aşena KARAMETE GÜDÜL**

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Dil ve Konuşma Terapisi Programı

İSTANBUL, 2026

T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
TEZ ONAY SAYFASI

ÖĞRENCİ ADI -SOYADI	Aleyna DÜNDAR DİVARCI	
ÖĞRENCİ NUMARASI	222102043	
PROGRAM ADI	Dil ve Konuşma Terapisi Tezli Yüksek Lisans	
İstanbul Atlas Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalında Aleyna DÜNDAR DİVARCI tarafından hazırlanan “Edinilmiş Dil Bozukluğu Olan ve Olmayan İleri Yaştaki Bireylerin Dil Becerisinin Telefonla Konuşma Üzerine Etkisi” adlı tez çalışması jüri tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.		
Tez Savunma Tarihi: 02/02/2026		
Jüri Üyesinin Unvanı, Adı, Soyadı	Çalıştığı Kurum	İmzası
Dr. Öğr. Üyesi Aşena KARAMETE GÜDÜL	İstanbul Atlas Üniversitesi	
Dr. Öğr. Üyesi Merve SAVAŞ	İstanbul Atlas Üniversitesi	
Doç. Dr. Öğr. Üyesi Selin KARALI	İstanbul Biruni Üniversitesi	

İstanbul Atlas Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği’nin ilgili maddeleri uyarınca bu tez jüri tarafından onaylanmış ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hafize UZUN
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bulguların sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmamın İstanbul Atlas Üniversitesinde kullanılan “bilimsel intihal tespit programı” ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığını beyan ederim.

Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Aleyna DÜNDAR DİVARCI

İTHAF

Yazmış olduğum tezimi her adımda yanımda olan, sabrıyla, sevgisiyle ve desteğiyle beni güçlendiren sevgili eşim, hayatımın her anında beni koşulsuzca destekleyen kıymetli ailem ve yoluma ışık tutan kıymetli hocalarıma ithaf ediyorum...



BÜTÇE DESTEKLERİ

EDİNİLMİŞ DİL BOZUKLUĞU OLAN ve OLMAYAN İLERİ YAŞTAKİ BİREYLERİN DİL BECERİSİNİN TELEFONLA KONUŞMA ÜZERİNE ETKİSİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.



TEŞEKKÜR

Tez sürecimde bilgi ve rehberliğiyle bana yol gösteren, desteği ve güler yüzüyle her zaman yanımda olan danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Aşena KARAMETE GÜDÜL'e,

Bu yolculukta her adımda yanımda olup, desteği, anlayışı ve içtenliğiyle zorlukları birlikte aşmamı sağlayan, kıymetli yol arkadaşım İrem Ezgi AKSU'ya,

Eğitim hayatım boyunca her zaman yanımda olan, sevgileri ve sabırlarıyla beni destekleyen annem Şennur DÜNDAR, babam Tuncay DÜNDAR ve sevgili kardeşim Ayşenur DÜNDAR'a,

Bu süreçte en büyük gücüm, en sağlam dayanağım olan sevgili eşim Salih DİVARCI'ya,

Ve tüm zorluklara rağmen vazgeçmeyip emek veren, sabırla ilerleyen kendime teşekkür ederim.

Şubat 2026

Aleyna DÜNDAR DİVARCI

İÇİNDEKİLER

	Sayfa no
BEYAN	iv
İTHAF	v
BÜTÇE DESTEKLERİ.....	vi
TEŞEKKÜR	vii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
TABLolar LİSTESİ	xii
ŞEKİL VE RESİMLER LİSTESİ.....	xiii
ÖZET	xiv
ABSTRACT.....	xv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. PROBLEM TANIMI.....	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. DİL	3
2.2. DİL BOZUKLUĞU.....	3
2.3. EDİNİLMİŞ DİL BOZUKLUĞU	4
2.3.1. Edinilmiş Dil Bozukluğunun Epidemiyolojisi.....	5
2.3.2. Edinilmiş Dil Bozukluğunun Etiyolojisi ve Sınıflandırılması	6
2.4. GERİATRİK BİREY	6
2.4.1. Geriatrik Bireylerin Epidemiyolojisi	7

2.4.2. Geriatrik Bireylerde Yaşlanmanın Etiyolojisi ve Sınıflandırma Yaklaşımları	7
2.4.2.1. Yaşa Göre Sınıflandırma	8
2.4.2.2. Fonksiyonel Duruma Göre Sınıflandırma	8
2.4.3. Geriatrik Bireylerde Yaşlanmaya Bağlı Değişim Süreçleri.....	8
2.4.3.1. Fizyolojik Değişiklikler	9
2.4.3.2. Psikolojik Değişiklikler	10
2.4.3.3. Sosyal Değişiklikler	10
2.4.4. Geriatrik Bireylerin Dil Becerisi.....	11
2.5. DİJİTAL TEKNOLOJİLER VE YAŞLILIK	11
2.5.1. Dijital Teknolojilerin Yaşlı Bireyler Üzerindeki Etkileri	12
2.5.2. Yaşlı Bireylerde Telefon Kullanımı ve Yaygınlığı.....	12
2.5.3. Telefonla İletişimin Doğası ve Dilsel Gereklilikleri.....	13
2.5.4. Telefon Kullanımını Sınırlayan Faktörler: Normal Yaşlanma ve Klinik	
Tablolar	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	15
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	15
3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM	15
3.2.1. Dahil Etme Kriterleri	19
3.2.2. Dışlama Kriterleri (Her İki Grup İçin).....	19
3.3. VERİ TOPLAMA SÜRECİ	19
3.4. TOPLAMA ARAÇLARI	20
3.4.1. Gönüllü Onam Formu	20
3.4.2. Demografik Bilgi Formu	20
3.4.3. Telefonla Konuşma Anketi (TKA)	20
3.4.4. Yetişkinlerde ve Yaşlılarda Dil Bozuklukları Taraması (YDT/DTLA-Tr) .	22
3.4.5. Mini Mental Durum Testi (MMDT)	22
3.4.6. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL).....	23
3.4.7. Türkçe Hızlı Afazi Testi (T-HAT).....	24
3.5. VERİ ANALİZİ.....	25
4. BULGULAR.....	26

4.1. BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKLER	26
4.1.1. Demografik Özelliklere İlişkin Betimleyici İstatistikler.....	26
4.1.2. Ölçüm Sonuçlarına İlişkin Betimleyici İstatistikler.....	31
4.2. KARŞILAŞTIRMA ANALİZLERİ	38
4.3. İLİŞKİ ANALİZLERİ	43
5. TARTIŞMA	47
5.1. DİJİTAL TEKNOLOJİLER İLE İLETİŞİM KURMA SIKLIĞI	47
5.2. TELEFONLA KONUŞMAYA İLİŞKİN GÖRÜŞLER	48
5.3. TELEFONLA KONUŞMA ZORLUĞU	49
5.4. TELEFONLA KONUŞMA DURUMU	50
5.5. SONUÇ, SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER.....	52
5.5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	52
5.5.2. Öneriler	52
5.5.3. Sonuç	53
6. KAYNAKLAR	55
7. EKLER	60
EK 1: İntihal Raporu	60
EK 2: Etik Kurul Onayı.....	61
EK 3: Gönüllü Onam Formu	62
EK 4: Demografik Bilgi Formu.....	63
EK 5: Telefonla Konuşma Anketi (TKA)	65
EK 6: Yetişkinlerde ve Yaşlılarda Dil Bozuklukları Taraması (YDT/DTLA-Tr)	67
EK 7: Mini Mental Durum Testi (MMDT)	69
EK 8: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL).....	70
EK 9: Türkçe Hızlı Afazi Testi (T-HAT).....	74
EK 10: Ölçek İzni	75
8. ÖZGEÇMİŞ	76

SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ

ASHA	American Speech-Language-Hearing Association
WHO/DSÖ	World Health Organization / Dünya Sağlık Örgütü
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TDK	Türk Dil Kurumu
OECD	Organisation for Economic Co-Operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
EDB	Edinilmiş Dil Bozukluğu
TBH	Travmatik Beyin Hasarı
YDT	Yetişkinlerde ve Yaşlılarda Dil Bozuklukları Taraması
MMDT	Mini Mental Durum Testi
WHOQOL	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği
TKA	Telefonla Konuşma Anketi
DKG/B	Dil ve Konuşma Güçlüğü/Bozukluğu
SVO	Serebrovasküler olay (inme)
ART	Afazi Hızlı Testi
MS	Multipl Skleroz
ALS	Amyotrofik Lateral Skleroz
T-HAT	Türkçe Hızlı Afazi Testi
DTKS	Dijital Teknoloji Kullanım Sıklığı
TKİG	Telefonla Konuşmayla İlgili Görüşler
TKZ	Telefonla Konuşma Zorlukları
TKD	Telefonla Konuşma Durumu
DKT	Dil ve Konuşma Terapisti
Ort.	Ortalama
ss.	Standart sapma
Vd.	Ve diğerleri

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa no

Tablo 3. 1: EDB Olan Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	16
Tablo 3. 1: EDB Olan Katılımcıların Demografik Özellikleri (devam)	17
Tablo 3. 2: EDB Olmayan Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	18
Tablo 4. 1: Katılımcılara Ait Demografik Özelliklerin Betimleyici İstatistikleri-I	27
Tablo 4. 1: Katılımcılara Ait Demografik Özelliklerin Betimleyici İstatistikleri-I (devam) ...	28
Tablo 4. 2: Katılımcılara Ait Demografik Özelliklerin Betimleyici İstatistikleri-II	30
Tablo 4. 3: Katılımcılara Ait Ölçek Sonuçlarının Betimleyici İstatistikleri	32
Tablo 4. 4: Dijital Teknolojiler ile İletişim Kurma Sıklığı Bölümü Cevap Dağılımları	33
Tablo 4. 5: Telefonla Konuşmaya İlişkin Görüşler Bölümü Cevaplarının Dağılımları	34
Tablo 4. 6: Telefonla Konuşma Zorluğu Bölümü Cevaplarının Dağılımları	35
Tablo 4. 7: Telefonla Konuşma Durumu Bölümü Cevap Dağılımları	37
Tablo 4. 8: Ölçüm Sonuçlarının Çarpıklık ve Basıklık Değerleri.....	38
Tablo 4. 9: Ölçüm Sonuçlarının Dil ve Konuşma Güçlüğü/Bozukluğu Bağlamında Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4. 10: Ölçüm Sonuçlarının Dil ve Konuşma Terapisi Alıp Almama Durumu Bağlamında Karşılaştırılması	42
Tablo 4. 11: Anket Alt Bölümleri ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Analizleri.....	44

ŞEKİL VE RESİMLER LİSTESİ

	Sayfa no
Şekil 4. 1: Ölçüm Sonuçlarına İlişkin Histogram Görüntüleri.....	39
Şekil 4. 2: Dil ve Konuşma Güçlüğü/Bozukluğu Bağlamında Puan Ortalamaları	41



ÖZET

Dündar Divarci, A. (2026). Edinilmiş Dil Bozukluğu Olan ve Olmayan İleri Yaştaki Bireylerin Dil Becerisinin Telefonla Konuşma Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Atlas Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı, İstanbul.

Amaç: Bu çalışma, edinilmiş dil bozukluğu olan ve olmayan 65 yaş ve üzeri bireylerin telefonla konuşma becerilerini ve dijital teknoloji kullanımlarını karşılaştırmalı olarak incelemeyi; ayrıca bu becerilerin dil performansı, bilişsel durum ve yaşam kalitesi ile olan ilişkilerini belirlemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Araştırmaya, edinilmiş dil bozukluğu olan 25 ve sağlıklı 25 olmak üzere toplam 50 kişi katılmıştır. Veriler; "Telefonla Konuşma Anketi", dil ve bilişsel tarama testleri (YDT, MMDT, T-HAT) ve "Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL)" kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Analiz sonucunda, edinilmiş dil bozukluğu olan grubun telefonla konuşma zorluğu ve telefona yönelik olumsuz tutum puanlarının sağlıklı gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek; günlük telefonla konuşma miktarının ise anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Buna karşın, her iki grubun dijital teknoloji kullanım sıklığı açısından benzerlik gösterdiği ve kullanımın düşük seviyede olduğu görülmüştür. İlişki analizlerinde, telefonla konuşma zorluğunun bireylerin bilişsel durumları ve dil becerileri ile negatif yönlü güçlü bir ilişki gösterdiği belirlenmiştir. Telefona yönelik olumsuz tutum ve baskı hissinin ise yaşam kalitesi ile negatif yönlü ve anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Görsel ipuçlarının bulunmadığı telefon görüşmeleri, edinilmiş dil bozukluğu olan yaşlılar için zorlayıcı ve baskı yaratan bir süreçtir. Bu zorluklar sadece dilsel değil, bilişsel sınırlılıklarla da yakından ilişkilidir ve bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Rehabilitasyon programlarında bu çok yönlü ilişkinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Edinilmiş Dil Bozukluğu, Yaşlılık, Telefonla İletişim, Bilişsel Durum, Yaşam Kalitesi.

ABSTRACT

Dündar Divarci, A. (2026). The Effect of Language Skills on Telephone Conversation in Older Adults with and without Acquired Language Impairment. Master's Thesis, Istanbul Atlas University Graduate Education Institute, Department of Speech and Language Therapy, Istanbul.

Aim: This study aims to comparatively examine the phone communication skills and digital technology usage of individuals aged 65 and over with and without acquired language disorders, and to determine the relationships of these skills with language performance, cognitive status, and quality of life.

Method: A total of 50 participants, 25 with acquired language disorders and 25 healthy individuals, were included. Data were collected using a "Phone Communication Survey," language/cognitive screening tests, and the Quality of Life Scale.

Results: Analyses revealed that the group with acquired language disorders had significantly higher scores for phone communication difficulty and negative attitudes toward phone use, and significantly lower daily phone usage amounts compared to the healthy group. Conversely, digital technology usage frequency was found to be similar and low in both groups. Correlation analyses determined that phone communication difficulty showed a strong negative correlation with the individuals' cognitive status and language skills. Furthermore, negative attitudes and feelings of pressure toward phone use were found to have a significant negative correlation with quality of life.

Conclusion: Phone conversations lacking visual cues are a challenging process that creates pressure for elderly individuals with acquired language disorders. These difficulties are closely related not only to linguistic but also to cognitive limitations and negatively impact the individuals' quality of life. This multifaceted relationship (language-cognition-communication) should be considered in rehabilitation programs.

Keywords: Acquired Language Disorders, Aphasia, Geriatrics, Phone Communication, Cognitive Status, Quality of Life.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEM TANIMI

İletişim, bireylerin sosyal varlıklarını sürdürebilmeleri, psikolojik iyilik hallerini korumaları ve bağımsız yaşamlarını devam ettirebilmeleri açısından temel bir gereksinimdir. Günümüzde teknolojik gelişmelerle birlikte iletişim pratikleri yüz yüze etkileşimden uzaklaşarak, büyük ölçüde telefon ve dijital araçlar üzerinden yürütülen uzaktan iletişime evrilmiştir. Hardill ve Olphert (2012), yaşlı bireylerin telefon cihazlarını ağırlıklı olarak aile ile iletişimi sürdürme, güvenlik ve acil yardım çağırma amacıyla kullandıklarını belirtmektedir. Ancak telefonla iletişim, jest, mimik ve dudak okuma gibi görsel ipuçlarından yoksun olması nedeniyle, iletişim sürecini tamamen işitsel işleme becerisine ve hızlı bilişsel çıkarımlara bağımlı hale getirmektedir. Burke ve Shafto (2004), yaşlılık döneminde sıkça görülen sözcük bulma güçlüklerinin iletişimi zorlaştırdığını vurgulamaktadır; görsel desteğin olmadığı telefon görüşmelerinde bu zorluk, edinilmiş dil bozukluğu olan bireyler için çok daha karmaşık ve yönetilmesi zor bir bariyer oluşturmaktadır.

Söz konusu iletişimsel bariyerler, bireylerde teknolojiye yönelik kaçınma davranışlarını ve "dijital dışlanma" riskini artırmaktadır. İpek-Dongaz ve arkadaşları (2023), yaşlılıktaki fiziksel ve bilişsel sınırlılıkların dijital hizmetlere erişimi kısıtladığını; Ghorbanian Zolbin ve arkadaşları (2025) ise teknoloji kullanım becerileri sınırlı olan bireylerin telefon ve internet tabanlı iletişimden kaçınarak yalnızlaşma eğilimi gösterdiklerini belirtmektedir. Ayrıca Yu, Wu ve Harrison (2025), bu süreçte eğitim düzeyi ve dijital okuryazarlığın belirleyici rolüne dikkat çekmektedir. Literatürde yaşlı bireylerin genel teknoloji kullanımına odaklanan çalışmalar bulunsada edinilmiş dil bozukluğu olan bireylerin spesifik olarak telefon kullanım becerilerini, bu süreçte yaşadıkları özgül zorlukları ve bu zorlukların yaşam kalitesiyle olan ilişkisini çok boyutlu olarak inceleyen araştırmaların sınırlı olması, bu çalışmanın temel problemini oluşturmaktadır.

Klinik açıdan değerlendirildiğinde ise Dil ve Konuşma Terapisi (DKT) uygulamalarının nihai hedefi, bireyin iletişimsel işlevselliğini ve toplumsal katılımını en üst düzeye çıkarmaktır. Ancak mevcut rehabilitasyon yaklaşımları, sıklıkla klinik ortamda yapılandırılmış, yüz yüze ve

yoğun görsel ipuçlarıyla desteklenen iletişim becerilerine odaklanmaktadır. Görsel desteğin ortadan kalktığı ve anlık işleme gerektiren "telefonla iletişim" becerilerinin terapi programlarında yeterince ele alınmaması, hastaların "klinik iyileşme" ile "günlük yaşam performansı" arasında bir kopukluk yaşamasına neden olmaktadır. Hastaların yüz yüze iletişimde başarılı olsalar dahi telefon görüşmelerinde başarısızlık ve kaygı yaşamaları, terapistlerin müdahale planlarını kısıtlayan önemli bir bilgi eksikliğidir. Dolayısıyla, DKT uzmanlarının hastaların telefon kullanım profillerini ve kaygı kaynaklarını tanımlaması; daha bütüncül, işlevsel ve ekolojik geçerliliği yüksek terapi hedeflerinin belirlenmesi açısından kritik bir gerekliliktir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın temel amacı; edinilmiş dil bozukluğu olan ve olmayan 65 yaş ve üzeri bireylerin telefonla konuşma becerilerini, dijital teknoloji kullanım alışkanlıklarını ve telefona yönelik tutumlarını karşılaştırmalı olarak incelemektir. Çalışma ayrıca, telefon kullanımında yaşanan zorlukların; bireylerin dil becerileri, bilişsel düzeyleri ve yaşam kaliteleri ile olan ilişkisini belirlemeyi hedeflemektedir.

Bu genel amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Edinilmiş dil bozukluğu olan bireyler ile kontrol grubu arasında, Telefonla Konuşma Anketi (TKA) alt boyutları olan;
 - Dijital Teknoloji Kullanım Sıklığı (DTKS),
 - Telefonla Konuşma Zorluğu (TKZ),
 - Telefonla Konuşmaya İlişkin Görüşler (TKİG) ve
 - Telefonla Konuşma Durumu (TKD) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmakta mıdır?
2. Katılımcıların telefonla konuşma performansları (TKA alt boyutları) ile;
 - Genel Dil Becerileri (YDT),
 - Bilişsel Durumları (MMDT),
 - Afazi Şiddeti (T-HAT) ve
 - Yaşam Kalitesi (WHOQOL) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmakta mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DİL

Türk Dil Kurumu (TDK, 2025), dili insanların düşündüklerini ve duyduklarını bildirmek üzere kelimelerle ya da işaretlerle kurdukları bir anlaşma biçimi olarak tanımlamaktadır. Dil; insanlar arasında anlaşmayı sağlayan, kendine özgü kuralları içerisinde gelişen, ses temelli toplumsal bir kurum ve tarihsel bir uzlaşılar sistemidir (Söylemez, 2018). Bu bakış açısından hareketle dil, yalnızca işlevsel bir “araç” olarak değil; düşüncenin biçimlenmesini, bireyin kendini ifade edebilmesini ve toplumsal düzenin kurulup sürdürülmesini mümkün kılan temel bir insan etkinliği olarak değerlendirilmektedir. Yapısalcı gelenekte Saussure de dili, anlamı üreten göstergelerden oluşan ve toplumsal uzlaşıya dayanan bir işaretler sistemi (langue) olarak tanımlamakta; anlamın göstergeler arasındaki ilişkiler üzerinden kurulduğunu vurgulamaktadır (Debnath, 2015). Bu tanımların ortaklaştığı noktalar dikkate alındığında dil; insanın duygu, düşünce ve niyetlerini başkalarına iletmesini sağlayan, ses ve/veya işaret temelli, toplumsal uzlaşıyla düzenlenmiş, kural-yönetimli, üretken ve tarihsel-kültürel bir gösterge sistemi olarak tanımlanabilmektedir.

Klinik dil ve konuşma terapisi literatüründe sıklıkla başvuru alan Bloom ve Lahey modelinde ise dil; biçim (sesbilgisi, biçimbilgisi, sözdizimi), içerik (anlam bilgi) ve kullanım (pragmatik) boyutlarının bütünleşik işleyişiyle ortaya çıkan; düşünce ve duyguların toplumsal bağlam içinde anlamlı ve işlevsel biçimde paylaşılmasına olanak veren, kurallarla düzenlenen bir sistem olarak tanımlanmaktadır (Bloom & Lahey, 1978). Amerika Dil Konuşma ve İşitme Derneği (American Speech Language Hearing Association- ASHA, 2025) tanımında dil, bireyin düşünce üretimini ve iletişimini destekleyen; farklı kiplerde (örn. sözlü, yazılı) kullanılabilen uzlaşımsal sembollerden oluşan karmaşık ve dinamik bir sistem olarak tanımlanmaktadır.

2.2. DİL BOZUKLUĞU

ASHA (1993) dil bozukluğunu; konuşulan, yazılı ya da diğer sembol sistemlerinin anlaşılması ve/veya kullanılmasında ortaya çıkan aksamalar olarak ele almakta ve bu aksamaların dilin biçim, içerik ve kullanım boyutlarının herhangi bir kombinasyonunu

etkileyebileceğini belirtmektedir. Bloom ve Lahey' in klasik modeli de dil bozukluğunu, bu üç bileşen arasındaki etkileşimin bozulması ve çocuğun dil kodunu yaşına uygun biçimde temsil edememesi durumu olarak kavramsallaştırır (Bloom & Lahey, 1978).

Dil bozukluğu, nedensel açıdan iki ana grubu kapsayan şemsiye bir terimdir: (a) bilinen bir nörolojik, duysal, motor ya da yaygın bilişsel yetersizlikle tam olarak açıklanamayan, dil gelişiminin erken dönemlerinden itibaren ortaya çıkan gelişimsel dil bozuklukları, (b) daha önce belirli bir düzeyde kazanılmış dil becerilerinin, beyin hasarı, travma, epileptik ensefalopati, enfeksiyon ya da dejeneratif süreçler gibi sonradan gelişen nedenlerle bozulduğu veya kaybedildiği edinilmiş dil bozuklukları (Korkmaz, 2005) Her iki durumda da ayırt edici nokta, dildeki güçlüklerin bireyin iletişimsel işlevselliğini, akademik başarısını ve sosyal katılımını anlamlı biçimde sınırlamasıdır (ASHA, 1993).

2.3. EDİNİLMİŞ DİL BOZUKLUĞU

Edinilmiş dil bozuklukları, daha önce normal dil gelişimini tamamlamış bireylerde, inme veya travmatik beyin hasarı gibi nöral travmalar ya da Alzheimer hastalığı, Parkinson hastalığı ve şizofreni gibi nörolojik hastalıklar sonucunda ortaya çıkan dil yetersizlikleri olarak tanımlanmaktadır (Love ve Brumm, 2012).

Edinilmiş dil bozukluğunun gelişimsel dil bozukluklarından temel farkı, bozukluğun dilin edinim sürecinden sonra ortaya çıkması ve çoğu zaman daha önce var olan dil düzeyine göre bir “gerileme” ya da “kayıbı” gözlenmektedir. Nörogelişimsel bir bozukluk olan gelişimsel dil bozukluklarından farklı olarak edinilmiş dil bozukluklarında bozukluk genellikle ani ya da belirgin bir başlangıç göstermekte (travma, inme, nöbet kümesi vb. sonrası), dil becerilerinde önceki düzeye göre belirgin bir kayıp gözlenmekte, klinik tablo çoğu zaman nörolojik bulgularla birlikte (motor güçlükler, duyu kaybı, epileptik nöbetler vb.) seyretmektedir (Korkmaz, 2005).

Dil, beyinde hem lateralize hem de lokalize bir yapıya sahip karmaşık bir nörobilişsel işlev olup, dil işlemede baskınlığın genellikle sol hemisferde olduğu kabul edilmektedir (Daly vd., 2012). Sol hemisfer hasarı ile dil bozuklukları arasındaki ilişki, Paul Broca ve Carl Wernicke'nin öncü çalışmalarıyla ortaya konmuş; Broca alanının konuşma üretimi, Wernicke alanının ise konuşmanın anlaşılması için kritik olduğu gösterilmiştir. Edinilmiş dil bozuklukları, özellikle afazi olmak üzere, anlama, üretim, okuma, yazma, tekrar, sözdizimi, dilbilgisi ve sözcük bulma gibi dilin çeşitli bileşenlerini etkileyebilmektedir (Clark-Cotton vd., 2007). Bu bozuklukların incelenmesi, dil ile ilişkili beyin bölgelerinin işlevsel rollerini

anlamaya katkı sağlamakta ve nöral hasarın iletişim becerileri ile yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini ortaya koymaktadır.

Oğuz ve arkadaşlarına göre çocukluk çağı dil bozukluklarının değerlendirilmesi ve müdahalesine dair Türkiye ile ABD uygulamalarını karşılaştırdıkları çalışmalarında edinilmiş olguları; travma sonrası dil bozuklukları, epilepsiyle ilişkili dil bozuklukları ve nörodejeneratif süreçlere bağlı dil bozuklukları gibi alt başlıklar altında sınıflandırmakta; bu çocuklarda güçlüklerin yalnızca dil alanıyla sınırlı kalmayıp dikkat, bellek ve yürütücü işlevler gibi bilişsel alanlara da yansıyabildiğini vurgulamaktadır (Oğuz vd.,2019).

2.3.1. Edinilmiş Dil Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Uluslararası literatürde “edinilmiş dil bozukluğu” denildiğinde, en sık erişkin dönemde inme sonrasında ortaya çıkan afaziler gündeme gelmektedir. Nörolojik rehabilitasyon kaynaklarında, afazinin inme geçiren bireylerin yaklaşık üçte birinde görülebildiği; ayrıca iskemik inme sonrasında afazi insidansının yaklaşık %25–30 aralığında seyrettiği ifade edilmektedir (Palmer ve Pauranik, 2021). İsveç’te yürütülen geniş örneklemli bir araştırmada, ilk iskemik inme sonrasında afazi insidansı 100.000 kişi-yılda yaklaşık 31–35 düzeyinde bildirilmiş; ayrıca afazili bireylerin, afazisi olmayan inme hastalarına kıyasla daha ileri yaşta oldukları ve daha ağır inme tablosu sergiledikleri belirtilmiştir (Grönberg vd., 2022).

Genel popülasyonda afazi ve diğer edinilmiş dil bozukluklarının prevalansına ilişkin kesin verilerin sınırlı kaldığı belirtilmektedir; bununla birlikte inme sıklığı ve sağ kalım oranları dikkate alındığında, afazinin erişkin nüfus içinde önemli bir kronik özürlülük/işlev kaybı nedeni olarak kabul edildiği ifade edilmektedir (Palmer & Pauranik, 2021). ASHA (t.y.) edinilmiş dil bozukluklarının çoğunlukla nörolojik hasar sonrasında ortaya çıktığının belirtildiği; konuşma-dil anlama, ifade, okuma ve yazma gibi birden çok dil modalitesinin etkilenebildiğinin ifade edildiği ve rehabilitasyon gereksiniminin yüksek olduğunu vurgulamaktadır.

Türkiye özelinde epidemiyolojik araştırmaların sayısının sınırlı kaldığı görülmektedir. Türkiye’de afazide dilbilimsel bileşenleri ele alan lisansüstü tezler sistematik biçimde incelenmiş; YÖK tez veri tabanında “afazi” ve “edinilmiş dil bozukluğu” anahtar sözcükleriyle 1973–2021 yılları arasında toplam 94 teze ulaşıldığı ve bu bulgunun, afazi ile edinilmiş dil bozukluklarına yönelik akademik ilginin zaman içinde arttığına işaret ettiği belirtilmiştir (Öge Daşdöğen vd., 2022). Öte yandan, Türkiye’deki DKT hizmetlerinde bozukluk gruplarının dağılımını raporlayan çalışmalarda edinilmiş dil bozukluğu/afazi olgularının tüm başvurular içinde yaklaşık %5 düzeyinde yer aldığı ifade edilmekte; buna karşın, klinikteki gerçek

gereksinimi tam olarak yansıtacak kapsam ve ayrıntıda epidemiyolojik verinin henüz yeterli olmadığı vurgulanmaktadır (Toğram, Güneri, & Yanat-Van Zonderen, 2019).

2.3.2. Edinilmiş Dil Bozukluğunun Etiyolojisi ve Sınıflandırılması

Edinilmiş dil bozukluklarının etiyolojisinin çoğu zaman belirlenebilir ve tıbbi açıdan tanımlanabilir bir olay ya da hastalıkla ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Başlıca nedenlerin; serebrovasküler olaylar, travmatik beyin hasarı, beyin tümörleri ve/veya cerrahi girişimler, enfeksiyöz ve inflamatuvar süreçler, epileptik ensefalopatiler ile Landau–Kleffner sendromu ve nörodejeneratif hastalıklar şeklinde özetlenebileceği belirtilmektedir.

Edinilmiş dil bozuklukları, altta yatan etiyolojiye göre aşağıdaki gibi temel gruplara ayrılmaktadır (Korkmaz, 2005):

- Vasküler kaynaklı edinilmiş dil bozuklukları
- Travmatik edinilmiş dil bozuklukları
- Tümörel ve cerrahiye bağlı edinilmiş dil bozuklukları
- Enfeksiyöz/immün kaynaklı edinilmiş dil bozuklukları
- Epileptik edinilmiş dil bozuklukları
- Nörodejeneratif edinilmiş dil bozuklukları

2.4. GERİATRİK BİREY

Tereci ve arkadaşları, yaşlı bireyi; 60 yaş ve sonrasında morfolojik, fizyolojik, bilişsel ve sosyal kapasitede azalma görülen ve bu azalmaya bağlı olarak bakım ile desteğe daha fazla gereksinim duyan kişi olarak tanımlamaktadır. Aynı çalışmada Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün yaygın biçimde kullanılan sınıflamasına da yer verilmekte; buna göre 60–74 yaş aralığı “genç yaşlı”, 75–89 yaş aralığı “ileri yaşlı”, 90 yaş ve üzeri ise “çok ileri yaşlı” olarak ifade edilmektedir (Tereci vd., 2016).

Bilir’in “Yaşlılık Tanımı, Yaşlılık Kavramı, Epidemiyolojik Özellikler” bölümünde ise emeklilik sonrası dönem olan 65 yaş ve üzeri yaşlı grup olarak ele alınmakta; geriatric birey, kronik hastalıkların, çoklu ilaç kullanımının ve fonksiyonel kısıtlılık riskinin belirginleştiği bu yaş grubundaki kişi olarak tanımlanmaktadır. Bu çerçevede geriatric birey; çoğunlukla 65 yaş ve üzerindeki, yaşlanma sürecine bağlı olarak biyolojik, bilişsel, psikolojik ve sosyal işlevlerinde değişimler görülen; buna bağlı biçimde sağlık bakım gereksinimi ile zayıf düşme ve bağımlılık riskinin arttığı birey olarak değerlendirilmektedir (Bilir, 2018).

2.4.1. Geriatrik Bireylerin Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyada 60 yaş ve üzerindeki nüfusun büyüklüğünün 2019 yılında yaklaşık 1 milyar olduğu; bu sayının 2030'da 1,4 milyara ve 2050'de 2,1 milyara yükselmesinin beklendiği bildirilmektedir. Ayrıca 80 yaş ve üzeri nüfusun 2020–2050 döneminde üç katına çıkarak yaklaşık 426 milyona ulaşacağı öngörülmektedir (DSÖ, t.y., a). Kadınların erkeklere kıyasla daha uzun yaşaması nedeniyle ileri yaş gruplarında kadın oranının daha yüksek seyrettiği; örneğin 2017 yılında 60 yaş ve üzeri küresel nüfusta kadınların payının %54 olarak raporlandığı ifade edilmektedir (DSÖ, t.y., b).

Türkiye özelinde Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) "İstatistiklerle Yaşlılar 2024" bulgularına göre 65 yaş ve üzeri nüfusun 2024 yılında 9.112.298 kişiye ulaştığı ve yaşlı nüfus oranının toplam nüfus içinde %10,6 düzeyine yükseldiği görülmektedir. Aynı çerçevede nüfus projeksiyonlarında yaşlı nüfus oranının 2030'da %13,5'e, 2040'ta %17,9'a ve 2080'de %33,4'ün üzerine çıkacağını öngörüldüğü aktarılmaktadır (TÜİK, 2024).

2.4.2. Geriatrik Bireylerde Yaşlanmanın Etiyolojisi ve Sınıflandırma Yaklaşımları

Geriatrik birey olma durumu tek bir nedene indirgenememekte; yaşlanma süreci biyolojik, davranışsal ve sosyal etmenlerin karşılıklı etkileşimi sonucunda ortaya çıkan çok boyutlu bir olgu olarak ele alınmaktadır. Bilir (2018) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşlanmaya ilişkin çerçevelerinde, yaşlanmanın heterojen bir süreç olduğu ve bireyler arasında belirgin farklılıklar gösterebildiği vurgulanmaktadır. Bu süreçte eşlik eden hastalık yükünün artması, klinik tabloyu belirgin biçimde ağırlaştırabilmekte ve işlevsel kayıpları hızlandırabilmektedir (Ertürk, Bahadır ve Koşar, 2018).

Yaşlanma sürecini etkileyen etmenler genel olarak biyolojik, yaşam tarzına bağlı ve sosyal belirleyiciler başlıkları altında ele alınmaktadır. Biyolojik düzeyde hücresel yaşlanma, oksidatif stres, genomik instabilite, nörodejeneratif süreçler (örneğin Alzheimer ve Parkinson hastalıkları) ile damar yapısında ortaya çıkan değişimlerin yaşlanma ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Yaşam tarzına ilişkin etmenler arasında fiziksel hareketsizlik, sigara kullanımı, yetersiz veya dengesiz beslenme, alkol tüketimi, uyku sorunları ve çevresel toksinlere maruziyet yer almakta; bu faktörlerin yaşlanma sürecinin seyrini olumsuz yönde etkileyebildiği ifade edilmektedir. Sosyal belirleyiciler açısından ise eğitim düzeyi, gelir durumu, sosyal destek ağları, sağlık hizmetlerine erişim ve yalnızlık gibi değişkenlerin yaşlılık dönemindeki sağlık sonuçlarını şekillendirebildiği belirtilmektedir (Bilir, 2018).

Komorbidite, geriatrik bireylerde klinik tabloyu belirleyen temel unsurlardan biri olarak ele alınmaktadır. Hipertansiyon, diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kardiyovasküler hastalıklar ile işitme ve görme gibi duyuşsal kayıpların varlığı, geriatrik sendromların ağırlığını artırabilmekte ve bireyin fonksiyonel bağımsızlığını olumsuz etkileyebilmektedir (Bilir, 2018). Bu çok boyutlu etkenlerin yalnızca genel sağlık durumunu değil, aynı zamanda yaşlı bireylerin bilişsel ve dilsel profillerini de etkileyebileceği değerlendirilmektedir.

2.4.2.1. Yaş Göre Sınıflandırma

Alanyazında yaşlılığın sınıflandırılmasına yönelik farklı yaklaşımlar bulunmakla birlikte, Dünya Sağlık Örgütü ve birçok halk sağlığı kaynağında kronolojik yaş temel alınarak yapılan sınıflandırmanın yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir. Bu sınıflandırmaya göre 65–74 yaş aralığı “genç yaşlı”, 75–84 yaş aralığı “ileri yaşlı” ve 85 yaş ve üzeri “çok ileri yaşlı” olarak tanımlanmaktadır (Bilir, 2018). Bu ayırım, yaşlı bireylerde beklenen fizyolojik değişimleri ve sağlık hizmeti gereksinimlerini değerlendirmede yol gösterici bir çerçeve sunmaktadır.

2.4.2.2. Fonksiyonel Duruma Göre Sınıflandırma

Geriatrik bireylerin değerlendirilmesinde yalnızca kronolojik yaşın yeterli olmadığı; fonksiyonel durumun ve zayıf düşme düzeyinin de dikkate alınması gerektiği belirtilmektedir. Bilir (2018) ile Tereci ve arkadaşları (2016), yaşlı bireylerin fonksiyonel kapasitelerine göre sınıflandırılmasının klinik açıdan daha anlamlı sonuçlar sunduğunu vurgulamaktadır. Bu bağlamda sağlam veya aktif yaşlı grubu, kronik hastalık varlığına rağmen günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığını sürdürebilen bireyleri kapsamaktadır. Zayıf düşen yaşlı grubu; kilo kaybı, kas gücünde azalma, yavaşlama, düşme öyküsü ve polifarmasi gibi risk faktörlerinin daha sık görüldüğü bireyleri ifade etmektedir. Bağımlı yaşlı grubu ise giyinme, yıkanma ve iletişim kurma gibi temel günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinim duyan bireyleri içermektedir (Bilir, 2018; Tereci vd., 2016).

2.4.3. Geriatrik Bireylerde Yaşlanmaya Bağlı Değişim Süreçleri

Geriatrik bireylerde yaşlanmaya bağlı olarak gelişen bazı değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişiklikler fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikler olarak üç grupta incelenmektedir.

2.4.3.1. Fizyolojik Değişiklikler

Pehlivan ve Karadakovan, geriatrik bireylerde yaşlanmaya eşlik eden fizyolojik değişikliklerin neredeyse tüm sistemleri kapsadığını ve bu değişimlerin günlük işlevsellik üzerinde birikimli etkiler oluşturduğunu ayrıntılı biçimde özetlemektedir. Bu kapsamda kardiyovasküler sistemde kalp debisinin azalması ve damar duvarlarında sertleşme ile seyreden yapısal değişimlerin, dolaşım sisteminin efor sırasında artan gereksinimlere yanıt verme kapasitesini sınırladığı; buna bağlı olarak egzersiz toleransının düşebildiği ifade edilmektedir. Bu tür değişimlerin, yalnızca fiziksel dayanıklılığı değil, aynı zamanda yorgunluk, eforla nefes darlığı ve aktivite kısıtlılığı gibi ikincil sonuçlar üzerinden yaşam kalitesini de etkileyebileceği belirtilmektedir (Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

Solunum sisteminde akciğer elastikiyetinin azalması ve vital kapasitedeki düşüşün solunumu olumsuz etkilediği; yaşla birlikte solunum kaslarının etkinliğinin azalmasının da bu tabloyu ağırlaştırabildiği aktarılmaktadır. Bu nedenle geriatrik bireylerde KOAH ve pnömoni riskinin arttığı; solunum rezervinin azalmasının özellikle enfeksiyon dönemlerinde klinik anlamda zayıf düşmeyi belirginleştirebildiği vurgulanmaktadır. Kas-iskelet sisteminde sarkopeniyle birlikte kas gücünde ve dayanıklılıkta azalma meydana geldiği; kemik mineral yoğunluğundaki düşüş ve osteoporozun ise denge sorunlarıyla birleştiğinde düşme ve kırık riskini yükselttiği ifade edilmektedir (Bilir, 2018). Bu noktada düşme korkusu ve hareketten kaçınma davranışının, fiziksel hareketsizliği artırarak kısır bir döngü yaratabileceği ve işlevsel bağımsızlığı olumsuz etkileyebileceği değerlendirilmektedir.

Sinir sisteminde sinaptik iletimin yavaşlaması ve bazı bölgelerde nöron kaybının, reaksiyon süresinin uzamasına yol açabildiği; bunun da özellikle yürütücü işlevler ve işleme hızındaki değişimlerle birlikte dikkat ve motor planlama süreçlerini etkileyebileceği belirtilmektedir (Bilir, 2018). Bu tür bilişsel değişimlerin, günlük yaşamda karar verme, çoklu görev yürütme ve yeni bilgi öğrenme gibi alanlarda daha belirgin hâle gelebildiği; dolayısıyla yaşlı bireyin genel işlevselliğine çok boyutlu şekilde yansiyabildiği ifade edilmektedir.

Duyusal sistemlerdeki değişimler sonucunda görme keskinliği ve kontrast duyarlılığının azalabildiği, bunun da çevresel uyaranları ayırt etmeyi güçleştirerek özellikle düşük ışık koşullarında düşme riskini artırabildiği aktarılmaktadır (Demir Küçükköseler, Gümüş Selek, ve Duran, 2023). Buna ek olarak yaşlılığa bağlı işitme kaybı olan presbiyakuzinin özellikle yüksek frekanslarda işitme kaybına ve konuşulanı anlamada güçlüğü neden olduğu; gürültülü ortamlarda konuşmayı ayırt etme becerisinin daha fazla etkilenebildiği belirtilmektedir. Bu

durumun, geriatric bireylerde sosyal etkinliklerden çekilme, yalnızlık ve iletişim güçlükleri açısından önemli bir kaynak olarak tanımlandığı; iletişimde yaşanan aksaklıkların sosyal katılımı azaltarak psikososyal iyi oluş üzerinde de olumsuz etkiler yaratabildiği ifade edilmektedir (Taş vd., 2023).

2.4.3.2. Psikolojik Değişiklikler

Ağar’a göre, yaşlılık döneminde ortaya çıkabilen psikolojik değişiklikler çok boyutlu bir çerçevede ele alınmaktadır. Buna göre geriatric bireylerde duygu durum dalgalanmalarının daha sık görülebildiği; depresyon ve anksiyete riskinin arttığı belirtilmektedir. Özellikle kronik hastalık yükü, yalnızlık ve işlev kaybının depresif belirtileri tetikleyebildiği; bu etkenlerin bir araya gelmesiyle psikolojik kırılganlığın belirginleşebildiği ifade edilmektedir (Ağar, 2020).

Bilişsel alanda ise normal yaşlanma sürecinde işleme hızında yavaşlama, dikkat süreçlerinde zorlanma ve kısa süreli bellekte azalma gibi değişimlerin gözlenebileceği aktarılmaktadır. Buna karşın demans ve vasküler bilişsel bozukluk gibi patolojik süreçlerde etkilenmenin daha belirgin hâle geldiği; epizodik bellek, yürütücü işlevler ve dil alanlarının daha fazla bozulabildiği vurgulanmaktadır. Ayrıca emeklilik, eş kaybı ve toplumsal rollerin değişmesi gibi yaşam olaylarının gerektirdiği uyum sürecinin, yaşlı birey açısından psikolojik yük oluşturabildiği; bu nedenle uyum güçlüğü, stres ve duygusal zorlanmanın artabileceği belirtilmektedir (Ağar, 2020).

2.4.3.3. Sosyal Değişiklikler

Tereci ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada, yaşlılığın yalnızca biyolojik bir süreç olarak değil, aynı zamanda belirgin bir sosyal dönüşüm olarak da ele alınması gerektiğine dikkat çekmektedir. Bu çerçevede çalışma yaşamından emekliliğe geçişin, “çalışan” rolünden “emekli” rolüne yönelen bir statü değişimini beraberinde getirdiği; üretkenlik algısında meydana gelebilecek azalma ile sosyal etkileşimlerin niteliği ve sıklığının etkilenebildiği ifade edilmektedir (Tereci vd., 2016).

Buna ek olarak eş/dost kaybı, çocukların farklı şehir ya da ülkelerde yaşamaya başlaması gibi etkenlerle sosyal ağların daralabildiği; bu daralmanın günlük sosyal temasları azaltarak yalnızlık duygusunu artırabildiği belirtilmektedir. Ekonomik boyutta ise sabit ve görece düşük gelir düzeyinin, yaşla birlikte artabilen bakım gereksinimiyle birleştiğinde yoksulluk riskini yükseltebildiği; sağlık ve sosyal hizmetlere erişim başta olmak üzere birçok alanda kırılganlığı artırabildiği vurgulanmaktadır (Tereci vd., 2016).

Güncel bağlamda dijital okuryazarlık eksikliğinin de yaşlı bireylerin sosyal katılımını sınırlayabildiği; çevrimiçi hizmetlere, iletişim kanallarına ve sosyal ağlara erişimde güçlük yaratması nedeniyle sosyal dışlanmayı besleyebildiği ifade edilmektedir. Bu unsurlar bir araya geldiğinde, geriatrik bireyler için iletişim ve dil kullanımını doğrudan olmasa da dolaylı biçimde etkileyebilen; sosyal katılımı, duygudurumunu ve bilişsel-iletişimsel dayanıklılığı şekillendiren bir psikososyal zemin oluştuğu değerlendirilmektedir.

2.4.4. Geriatrik Bireylerin Dil Becerisi

Dil ve konuşma alanındaki bulgular, normal yaşlanma sürecinde dilin bazı bileşenlerinin görece korunabildiğini, buna karşılık bazı alanların daha kırılgan bir seyir gösterebildiğini ortaya koymaktadır. Bu çerçevede geriatrik bireylerde kelime haznesi ile semantik bilginin, birikimsel yaşantı ve deneyimlere bağlı olarak çoğu zaman genç erişkinlere kıyasla daha zengin olduğu belirtilmektedir. Ancak kelime dağarcığı ve anlamsal bilgi düzeyi yüksek olsa bile, sözcüğe erişimde güçlük yaşanabildiği ve adlandırma hızında yavaşlamanın görülebildiği ifade edilmektedir (Burke & Shafto, 2004).

Söylem üretimi düzeyinde ise cümle kurma süreçlerinde gramatik karmaşıklığın azalabildiği; bağlaşıklık ve tutarlılığı destekleyen dilsel düzeneklerin daha sınırlı kullanılabildiği bildirilmektedir. Buna ek olarak duyuşsal (özellikle işitme) ve bilişsel değişimlerin etkisiyle işitsel girdiyi işleme ve anlama sürecinin zorlaşabildiği; bunun özellikle uzun, çok cümleli ya da dilbilgisel açıdan karmaşık yapıların üretimsel akıcılığının daha belirgin biçimde güçleştirebildiği vurgulanmaktadır (Yılmaz & Cangi, 2025). Yaşlılıkta dil üretiminin, dil anlama işlevlerinin de kırılgan bir örüntü sergilediği, bu kırılganlığın özellikle sözdizimsel karmaşıklık, akıcılık ve sözcük bulma alanlarında daha görünür hâle geldiğini belirtmektedir (Mortensen, Meyer, & Humphreys, 2006; Burke & Shafto, 2004).

2.5. DİJİTAL TEKNOLOJİLER VE YAŞLILIK

Dijital teknolojiler, gündelik yaşamın hemen her alanında bilgiye erişim, iletişim kurma ve hizmetlere ulaşma biçimlerini dönüştüren; altyapı, cihaz ve yazılım katmanlarının birlikte çalıştığı geniş bir ekosistemi ifade etmektedir. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'nün (2025) tanımına göre “dijital teknolojiler”; iletişim ağları ve sistemlerini, bilgi işleme kapasitesini ve bu kapasiteyi mümkün kılan fiziksel (cihazlar, sensörler) ve dijital (bulut bilişim, yazılım) katmanları kapsayan bir bütün olarak ele alınmaktadır. Bu üst çerçeve içinde, bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığıyla sunulan uygulamalar, özellikle sağlık alanında “dijital sağlık” başlığı altında ayrı bir çalışma alanı hâline gelmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Avrupa Komisyonu, dijital sağlığı; sağlık gereksinimlerini karşılamak, hizmet sunumunu güçlendirmek ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılması olarak tanımlamaktadır. DSÖ, bu teknolojilerin sağlık sistemlerini güçlendirmede bir strateji çerçevesi içinde ele alındığını; verimli, sürdürülebilir ve hakkaniyetli hizmet sunumuna katkı sağlayabileceğini vurgulamaktadır (DSÖ, 2019). Yaşlılık alanında dijital teknolojiler, yalnızca teknik araçlar olarak değil; bağımsız yaşamı destekleyen, sosyal katılımı artıran ve hizmetlere erişimi kolaylaştıran çok yönlü kaynaklar olarak tartışılmaktadır. Özellikle iletişim teknolojileri (ör. görüntülü görüşme, çevrimiçi etkileşim) üzerinden yürütülen müdahalelerin, yaşlı bireylerde sosyal bağlantılılığı güçlendirme ve izolasyonla ilişkili sonuçları iyileştirme potansiyeli olduğu bildirilmektedir (Balki, Hayes ve Holland, 2022).

2.5.1. Dijital Teknolojilerin Yaşlı Bireyler Üzerindeki Etkileri

Dijital teknolojilerin yaşlı bireyler açısından bilişsel, fiziksel ve psikolojik iyi oluşu destekleme, günlük yaşam aktivitelerine uyumu kolaylaştırma ve sağlık hizmetlerinin mali yükünü azaltma gibi önemli fırsatlar sunduğu belirtilmektedir (Burucu, 2024). COVID-19 dönemine ilişkin bulgular, dijital araçların özellikle aile ile iletişimi sürdürme ve güncel bilgiye erişme açısından kritik bir işleve sahip olduğunu göstermiştir (Esin Erben, Ünlükaya Çevirici ve Balaban Salı, 2023). Ayrıca dijital teknoloji kullanımının, zihinsel uyarım ve sosyal etkileşim mekanizmaları yoluyla yaşlı yetişkinlerde bilişsel gerileme riskini azaltabileceği de tartışılmaktadır.

Ancak bu fırsatların yanı sıra, yaşlı bireylerin teknoloji kullanım sürecinde karşılaştığı riskler ve engeller de mevcuttur. Görme-işitme kaybı, ince motor becerilerde zorlanma gibi fiziksel sınırlılıklar ile bilişsel yavaşlama ve teknik destek yetersizliği, dijital hizmetlere erişimi kısıtlayarak “dijital dışlanma” riskini artırabilmektedir (İpek Dongaz vd., 2023). Bu bağlamda dijital okuryazarlık kavramı önem kazanmaktadır. Yaşlılarda dijital okuryazarlık düzeyinin genel nüfusa kıyasla daha düşük seyrettiği; eğitim düzeyi, bilişsel durum ve sosyoekonomik kaynakların bu beceriler üzerinde belirleyici olduğu ifade edilmektedir (Yu, Wu ve Harrison, 2025).

2.5.2. Yaşlı Bireylerde Telefon Kullanımı ve Yaygınlığı

Dijital ekosistem içerisinde telefon ve özellikle akıllı telefonlar, yaşlı bireylerin en kolay erişebildiği ve en yaygın kullandığı araçlardır. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre, 65 yaş ve üzeri bireylerde akıllı telefon kullanım oranı %52,7 iken; 60–74 yaş grubunda bu oran

%90'ın üzerine çıkmaktadır (Demir, Bilgin ve Yılmaz, 2025). Yaşlı bireyler bu cihazları ağırlıklı olarak aile ile iletişimi sürdürme, güvenlik (acil durumda ulaşılabilir olma) ve günlük pratik işlerini yürütme amacıyla kullanmaktadır (Hardill ve Olphert, 2012).

COVID-19 sonrası dönemde görüntülü görüşme ve mesajlaşma uygulamalarının yaygınlaşması, bu araçların sosyal katılım ve ruh sağlığı üzerindeki pozitif etkisini daha da belirginleştirmiştir.

2.5.3. Telefonla İletişimin Doğası ve Dilsel Gereklilikleri

Telefon kullanımı yaygın olmakla birlikte, iletişimsel doğası gereği yüz yüze etkileşimden ayrılan ve yaşlı bireyler için ek yükler getiren bir süreçtir. Telefonla konuşmanın temel farkı, görsel ipuçlarının (mimik, jest, dudak hareketleri) ve bağlamsal işaretlerin bulunmamasıdır. Görsel desteğin yokluğu, özellikle işitme kaybı, bilişsel yavaşlama ya da dil bozukluğu bulunan bireylerde konuşulanı anlama sürecini güçleştirmekte; dinleme sürecinde daha fazla dikkat ve çıkarım çabası talep etmektedir (Squires ve Greenwald, 2023).

Bununla birlikte teknoloji temelli iletişim, dilin tüm bileşenlerini (fonoloji, semantik, pragmatik) eşzamanlı olarak devreye sokan çok katmanlı bir süreçtir:

Fonolojik Düzey: Telefon görüşmelerindeki ses kalitesi düşüklüğü, gecikmeler ve ortam gürültüsü, özellikle presbiyakuzi varlığında fonolojik ayırım süreçlerini zorlaştırmakta ve “söyleneni kaçırma” deneyimini artırmaktadır.

Semantik ve Sözdizimsel Düzey: Telefon görüşmelerinde tekrar etme veya yeniden yapılandırma olanaklarının sınırlı olması, karmaşık cümle yapılarının anlaşılmasını zorlaştırabilmektedir.

Pragmatik Düzey: Karşı tarafın niyetini ve duygusal tepkilerini yalnızca işitsel kanaldan takip etme zorunluluğu, konu başlatma, sürdürme ve sıra alma gibi pragmatik beceriler üzerindeki bilişsel yükü artırmaktadır (Bahari ve Li, 2024).

2.5.4. Telefon Kullanımını Sınırlayan Faktörler: Normal Yaşlanma ve Klinik Tablolar

Yaşlı bireylerde telefon kullanımını etkileyen faktörler; bireysel (yaş, bilişsel durum, duyuşsal keskinlik), psikolojik (öz-yeterlik, güvenlik kaygısı) ve çevresel (gelir, teknik destek) değişkenler olarak sınıflandırılmaktadır (İpek Dongaz vd., 2023). Bu faktörler, normal yaşlanma süreci ve patolojik durumlarla birleştiğinde çeşitli iletişim engelleri oluşturmaktadır.

Sağlıklı yaşlanmada sözcük bilgisi ve semantik bellek korunsa da sözcük bulma hızında yavaşlama ve işleme hızında düşüş görülebilmektedir. Telefon görüşmelerinin hızlı akışı içinde bu durum (Kim ve Oh, 2023); sık duraksama, tekrar isteme, konu dışına kayma ve karmaşık içeriklerden (sayı, saat vb.) kaçınma şeklinde kendini gösterebilir.

Klinik ve patolojik alt gruplara baktığımızda; gürültülü ortamlarda yapılan telefon görüşmelerinde yanlış anlama ve iletişimden çekilme eğilimini işitme kayıplı kişilerde arttırdığı görülmektedir (Pichora-Fuller ve Souza, 2003). Afazi, dizartri veya inme sonrası iletişim bozukluğu olan bireylerde telefon kullanımı çok daha zorlayıcıdır. Afazili bireylerde dil bozukluğu, karmaşık arayüzler ve iletişim partnerinin sabırsızlığı önemli engeller olarak tanımlanmıştır (Greig vd., 2008). Dizartri ise ses kalitesindeki bozulma, karşı tarafın konuşmayı çözümlemesini güçleştirerek bireyde kaygı yaratabilmektedir. Dikkat, bellek ve yürütücü işlevlerdeki bozulmalar; konu takibini sürdürme ve bilgiyi akılda tutma becerilerini olumsuz etkilemektedir (National Clinical Guideline Centre, 2013). Ayrıca küçük ekran boyutları, karmaşık menüler, İngilizce ağırlıklı arayüzler ve cihazı “bozma” korkusu gibi teknik ve tasarımsal sorunlar da yaşlı bireylerin kullanım motivasyonunu düşüren diğer önemli etkenlerdir (Augner, 2022).

Yukarıda sıralanan teknik, bilişsel ve dilsel zorluklar, literatürde “telefon kaygısı” olarak tanımlanan duruma özgü bir iletişim kaygısını tetikleyebilmektedir. Özellikle sosyal fobinin bir alt türü olarak da ele alınan bu durum; arama yapma veya gelen aramayı yanıtlama sırasında ortaya çıkan bilişsel (yanlış bir şey söyleme korkusu), duygusal (gerginlik, baskı hissi) ve davranışsal (aramaları erteleme, açmama) tepkilerle karakterizedir (Kim ve Oh, 2023). Telefon kaygısının kökeninde; görsel ipuçlarının eksikliğine bağlı kontrol kaybı hissi, yanlış anlaşılma endişesi, dil/aksanla ilişkili güçlükler ve geçmişteki olumsuz deneyimler yatmaktadır (Bairwa, Udayaraj ve Manna, 2024). Özellikle inme sonrası afazisi bulunan bireylerde anksiyete prevalansının yüksek olduğu bilinmektedir (Morris vd., 2017) ve iletişim güçlüklerinin telefon kullanımından kaçınma davranışına yol açabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu çalışma, nicel araştırma desenine uygun olarak ilişkisel tarama ve karşılaştırmalı analiz modelleri çerçevesinde yürütülmüştür. Araştırmada, bağımsız değişken olan edinilmiş dil bozukluğu varlığının, bağımlı değişken olan telefon kullanımı üzerindeki etkisi incelendiğinden, gruplar arası karşılaştırmaya dayalı bir desen izlenmiştir. Veriler tek bir zaman diliminde toplanmış olup kesitsel niteliktedir.

3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın örneklemini, amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme tekniği ile belirlenmiştir. Çalışma grubu, İstanbul genelinde yaşayan 65 yaş ve üzeri toplam 50 katılımcıdan oluşmaktadır. Araştırmada gruplar, katılımcıların dil ve konuşma becerilerini etkileyebilecek edinilmiş nörolojik veya fizyolojik bir tabloya sahip olup olmamalarına göre belirlenmiştir.

Çalışmada elde edilecek verilerin istatistiksel açıdan yeterli güce sahip olmasını sağlamak amacıyla G*Power (v3.1.9.7) programı kullanılarak örneklem büyüklüğü analizi yapılmıştır. Analiz, t testi (Means; Difference between two independent means) yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Hesaplama etki büyüklüğü (d) = 0.80, anlamlılık düzeyi (α) = 0.05, istatistiksel güç ($1-\beta$) = 0.85, ve katılımcı gruplar oranı = 1 değerleri kullanılmıştır. Bu parametrelerle yapılan analiz sonucunda, çalışmanın hedeflenen güce ulaşabilmesi için her bir grupta 24 olmak üzere en az 48 ± 5 katılımcıya ihtiyaç duyulduğu belirlenmiştir.

Tablo 3. 1: EDB Olan Katılımcıların Demografik Özellikleri

NO	CİNSİYET	YAŞ	EĞİTİM	GELİR	Bir dil ve konuşma güçlüğü/bozukluğunuz var mı?	Eğer var veya vardı ise sebebi nedir?	Devam ediyor ise ne kadar zamandır bu güçlüğü/bozukluğa sahibsiniz?	Bu güçlük/ bozukluk zaman içerisinde nasıl değişti?	Dil ve konuşma güçlüğü/bozukluğunuz şu anki şiddeti nedir?	Daha önce dil ve konuşma terapisi aldınız mı?	Evet ise ne kadar süreyle terapi aldınız?	Evet ise, halen dil ve konuşma terapisine devam	YDT (..../100)	MMDT (..../30)	WHOQOL (..../130)	T-HAT (..../26)
1	Kadın	66	İlkokul	Düşük	Evet	İnme	1-3 yıl	Değişmedi	Çok şiddetli	Evet	0-3 ay	Hayır	69	20	70	6
2	Kadın	72	Üniversite	Orta	Evet	Diğer	6 ay- 1 yıl	Azaldı	Orta	Evet	0-3 ay	Hayır	44	5	91	13
3	Kadın	73	Yok	Orta	Vardı, geçti	Demans	6 ay- 1 yıl	Azaldı	Hafif	Evet	6 ay- 1 yıl	Hayır	32	12	89	1
4	Kadın	65	Ortaokul	Orta	Evet	İnme	1-3 yıl	Azaldı	Orta	Evet	6 ay- 1 yıl	Hayır	59	25	108	4
5	Erkek	69	Ortaokul	Düşük	Evet	İnme	1-3 yıl	Azaldı	Orta	Evet	6 ay- 1 yıl	Hayır	47	17	75	4
6	Erkek	73	İlkokul	Orta	Evet	Kekemelik	1-3 yıl	Azaldı	Orta	Hayır			53	17	77	5
7	Erkek	73	Üniversite	Orta	Evet	İnme	6 ay- 1 yıl	Değişmedi	Hafif	Hayır			81	19	51	0
8	Kadın	75	Ortaokul	Düşük	Evet	Parkinson	1-3 yıl	Değişmedi	Çok hafif	Hayır			72	17	80	0
9	Kadın	81	İlkokul	Orta	Evet	Alzheimer	1-3 yıl	Arttı	Şiddetli	Hayır			38	3	92	4
10	Kadın	69	İlkokul	Orta	Evet	İnme	6 ay- 1 yıl	Azaldı	Orta	Hayır			65	18	79	3
11	Erkek	67	Üniversite	Orta	Evet	İnme	1-3 yıl	Azaldı	Hafif	Evet	0-3 ay	Evet	80	21	75	4
12	Kadın	83	Yok	Düşük	Evet	Parkinson	3-6 yıl	Değişmedi	Orta	Hayır			18	8	71	8
13	Kadın	71	Lise	Orta	Evet	Afazi	3-6 yıl	Azaldı	Şiddetli	Evet	6 ay- 1 yıl	Evet	25	15	64	10

Tablo 3. 1: EDB Olan Katılımcıların Demografik Özellikleri (devamı)

NO	CİNSİYET	YAŞ	EĞİTİM	GELİR	Bir dil ve konuşma güçlüğü/bozukluğunuz var mı?	Eğer var veya vardı ise sebebi nedir?	Devam ediyor ise ne kadar zamandır bu güçlüğü/bozukluğa	Bu güçlük/ bozukluk zaman içerisinde nasıl değişti?	Dil ve konuşma güçlüğü/bozukluğunuz şu anki şiddeti nedir?	Daha önce dil ve konuşma terapisi aldınız mı?	Evet ise ne kadar süreyle terapi aldınız?	Evet ise, halen dil ve konuşma terapisine devam	YDT (.../100)	MMDT (.../30)	WHOQOL (.../130)	T-HAT (.../26)
14	Erkek	69	Ortaokul	Orta	Evet	Afazi	1-3 yıl	Azaldı	Orta	Evet	0-3 ay	Evet	19	16	67	12
15	Kadın	72	Lise	Orta	Evet	Afazi	1-3 yıl	Azaldı	Orta	Hayır			48	16	65	6
16	Erkek	66	Lise	Orta	Evet	Afazi	1-3 yıl	Azaldı	Orta	Evet	3-6 ay	Evet	24	15	63	8
17	Kadın	72	Yok	Düşük	Evet	İnme	1-3 yıl	Arttı	Hafif	Hayır			14	0	58	7
18	Kadın	86	Yok	Düşük	Evet	Alzheimer	1-3 yıl	Arttı	Hafif	Hayır			30	7	45	15
19	Kadın	69	İlkokul	Orta	Vardı, geçti	Diğer	3-6 yıl	Azaldı	Çok hafif	Hayır			82	30	85	1
20	Kadın	71	Yok	Orta	Evet	İnme	+10 yıl	Değişmedi	Çok şiddetli	Hayır			24	5	85	17
21	Kadın	70	İlkokul	Orta	Evet	Demans	3-6 yıl	Arttı	Çok şiddetli	Hayır			35	8	81	11
22	Erkek	72	İlkokul	Orta	Evet	Demans	1-3 yıl	Arttı	Orta	Hayır			15	8	78	13
23	Kadın	76	İlkokul	Orta	Vardı, geçti	İnme	0-3 ay	Azaldı	Hafif	Hayır			57	19	83	3
24	Erkek	79	İlkokul	Düşük	Evet	Kekemelik	6-10 yıl	Değişmedi	Orta	Hayır			64	26	74	4
25	Kadın	70	Yok	Düşük	Vardı, geçti	İnme	0-3 ay	Azaldı	Çok hafif	Hayır			70	22	83	2

Tablo 3. 1: EDB Olmayan Katılımcıların Demografik Özellikleri

No	Cinsiyet	Yaş	Eğitim	Gelir	Bir dil ve konuşma güçlüğüünüz/ bozukluğunuz var mı?	YDT (..../100)	MMDT (..../30)	WHOQOL (..../130)	T-HAT (..../26)
26	Erkek	66	İlkokul	Orta	Hayır	60	26	95	2
27	Erkek	76	Yok	Orta	Hayır	54	28	93	3
28	Kadın	67	Yok	Orta	Hayır	37	18	78	0
29	Erkek	75	Yok	Orta	Hayır	55	19	85	0
30	Erkek	80	İlkokul	Orta	Hayır	72	29	88	0
31	Kadın	76	İlkokul	Orta	Hayır	78	26	87	3
32	Kadın	69	Yok	Orta	Hayır	90	9	90	2
33	Kadın	67	Yok	Orta	Hayır	82	15	73	0
34	Kadın	65	İlkokul	Orta	Hayır	70	22	76	0
35	Erkek	69	Yok	Orta	Hayır	75	23	83	2
36	Kadın	65	İlkokul	Yüksek	Hayır	78	25	84	4
37	Erkek	69	İlkokul	Düşük	Hayır	22	11	85	5
38	Kadın	75	Yok	Düşük	Hayır	30	20	52	8
39	Erkek	66	İlkokul	Orta	Hayır	79	25	110	2
40	Kadın	85	Yok	Yüksek	Hayır	38	21	82	2
41	Kadın	68	Yok	Orta	Hayır	43	18	106	2
42	Kadın	69	Yok	Orta	Hayır	30	22	96	2
43	Erkek	70	Yok	Orta	Hayır	35	26	97	2
44	Kadın	66	Yok	Orta	Hayır	59	23	90	3
45	Erkek	80	İlkokul	Orta	Hayır	93	30	89	2
46	Kadın	66	İlkokul	Orta	Hayır	73	24	92	2
47	Kadın	70	Yok	Orta	Hayır	62	20	72	2
48	Kadın	68	Yok	Yüksek	Hayır	44	19	85	1
49	Erkek	76	Ortaokul	Orta	Hayır	92	29	97	1
50	Erkek	68	İlkokul	Orta	Hayır	87	28	88	2

3.2.1. Dahil Etme Kriterleri

Örneklem seçimi, katılımcıların tıbbi öykülerinde yer alan nörolojik tanı ve bulgular temel alınarak gerçekleştirilmiştir.

Grup 1 Dil ve Konuşma Becerilerini Etkileyen Edinilmiş Bozukluğu Olan Grup (n=25): Bu gruba dahil edilme kriteri, bireyin dil ve konuşma süreçlerini etkileme potansiyeli olan, sonradan gelişmiş (edinilmiş) nörolojik veya fizyolojik bir duruma sahip olmasıdır. Dahil edilen durumlar şunlardır; nörolojik öyküsü olanlar (İnme (SVO), Travmatik Beyin Hasarı, Beyin Tümörü veya Epilepsi öyküsü olanlar), nörodejeneratif hastalığı olanlar (Alzheimer, Parkinson, Demans, Multipl Skleroz (MS) veya Amyotrofik Lateral Skleroz (ALS) tanısı bulunanlar)

Grup 2 Sağlıklı Kontrol Grubu (n=25): Bu gruba dahil edilme kriteri, bireyin dil ve konuşma becerilerini etkileyecek bilinen herhangi bir nörolojik, psikiyatrik veya fizyolojik hastalığının bulunmamasıdır. Bu gruptaki katılımcılar, benzer yaş ve sosyo-kültürel özelliklere sahip, nörolojik açıdan sağlıklı yaşlı bireylerden seçilmiştir.

3.2.2. Dışlama Kriterleri (Her İki Grup İçin)

Araştırmanın veri toplama sürecinin sağlıklı yürütülebilmesi adına araştırmacı ile iletişim ve kooperasyon kuramayan 2 kişi çalışma dışı bırakılmıştır.

3.3. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Bu çalışma, Helsinki Bildirgesi prensiplerine uygun olarak yürütülmüştür. Araştırmanın yürütülebilmesi için gerekli olan etik kurul onayı, İstanbul Atlas Üniversitesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 19.11.2024 tarihli, E-22686390-050.99-54938 sayılı ve 09/07 karar onayı ile alınmıştır. Katılımcılar, gönüllü örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir. Katılımcıların bir kısmı ise İstanbul Atlas Üniversitesi, İstanbul Atlas Üniversitesi Hastanesi ve Özel Kadıköy Buket Yaşlı Bakım Merkezi'nden gerekli kurum izinleri alınarak belirlenmiş ve çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerden bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınmış; uygulama sürecine başlanmadan önce onam formu ve hasta beyanı imzalatılmıştır. Ardından, çalışmaya katılan tüm bireylere araştırma kapsamında aynı oturum süresi içinde belirlenen veri toplama araçları uygulanmıştır. Katılımcıların veri toplama araçlarından almış oldukları puanlar ve demografik bilgilerinin dağılımı bulgular bölümündeki betimsel istatistiklerde sunulmuştur.

Veri toplama araçlarındaki soruların tamamı her iki gruba da araştırmacının kendisi tarafından katılımcıya dikte edilmiştir. Verilerin toplanma süresi her katılımcı için ortalama bir saat (40 dk- 150 dk) sürmüştür. Tek oturumluk seansta tamamlanamayan veriler için ara verilmiş, iki oturumda verilerin tamamı toplanmıştır. Dil ve konuşma becerilerini etkileyen edinilmiş bozukluğu bulunan grupta katılımcının yakını, bakım sağlayanı yanında bulunmuştur. Cevabı alınmakta zorlanılan durumlarda, birincil bakıcıya katılımcının o beceriye sahip olup olmadığı sorulmuştur.

3.4.TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma kapsamında gönüllü onam formu ve demografik bilgi formunun yanı sıra dört tanesi standardize edilmiş ve kullanım izinleri alınmış olan ölçek ve bir çalışma kapsamında geliştirilmiş olan anket kullanılmıştır.

3.4.1. Gönüllü Onam Formu

Bu form katılımcılara çalışmanın amacı, içeriği ve süreci hakkında yazılı ve sözlü bilgilendirme yapılmak için oluşturulan ve katılımcının hem gönüllü katılımını teyit eden hem de içeriğe için sorulara onay vermesini sağlayan formdur (EK3).

3.4.2. Demografik Bilgi Formu

Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim, gelir düzeyi gibi demografik bilgileri ve konuşma güçlüğü/bozukluğu yaşıyıp yaşamadığı, buna istinaden aldığı tedavi ve terapi süreçlerini belirlemeye yardımcı olan araştırmacı tarafından hazırlanan form aracılığıyla toplam 12 madde halinde toplanmıştır (EK4).

3.4.3. Telefonla Konuşma Anketi (TKA)

Bu araştırmada veri toplamak amacıyla kullanılan ölçme araçlarından bir tanesi de araştırmacı tarafından geliştirilen “Telefonla Konuşma Anketi” kullanılmıştır. Anket formu hazırlanırken Kim ve Oh’ un çalışmalarından yararlanılmış olup, ilgili çalışmada yer alan anket maddelerinin kullanımı için yazarlardan izin alınmıştır. Kim ve Oh’ un geliştirdiği anketin geçerlilik analizlerine ilişkin bulguların raporlanmadığı, ayrıca söz konusu araştırmada Fielding’ in çalışmasından seçilen bazı maddelerin araştırma amaçları doğrultusunda değiştirilerek kullanıldığı görülmüştür. Bu çalışmada da benzer bir yaklaşım benimsenmiş; Fielding’ in ölçeği bütünüyle kullanılmamış, araştırmanın kapsamı ve ihtiyaçları doğrultusunda belirli maddeler seçilerek düzenlenmiş ve bu doğrultuda özgün bir anket formu oluşturulmuştur. Çalışmada kullanılan ölçme aracı, bir ölçek geliştirme ya da uyarlama çalışması niteliğinde

olmayıp, araştırmanın amaçlarına hizmet eden betimleyici bir veri toplama aracı olarak değerlendirilmiş; bu nedenle geçerlilik ve iç tutarlılık analizleri kapsam dışında bırakılmıştır. Ölçme aracı toplam dört bölümden oluşmakta olup her bölüm, katılımcıların dijital teknolojileri kullanma ve telefonla iletişim kurma davranışlarını çok boyutlu olarak değerlendirmeyi amaçlamaktadır (EK5).

1. Bölüm: Dijital Teknolojiler ile İletişim Kurma Sıklığı

Birinci bölüm, katılımcıların günlük yaşamda dijital teknolojileri kullanarak iletişim kurma sıklıklarını belirlemeye yöneliktir. Bu bölüm altı maddeden oluşmaktadır. Her bir madde, belirli bir dijital iletişim yönteminin ne sıklıkla kullanıldığını değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Maddeler 0–4 arasında değişen beşli bir dereceleme ölçeği ile yanıtlanmaktadır (0 = Hiç, 1 = Nadiren, 2 = Bazen, 3 = Genellikle, 4 = Her zaman).

2. Bölüm: Telefonla Konuşma Görüşleri

İkinci bölüm, katılımcıların telefonla konuşmaya yönelik tutum ve değerlendirmelerini ölçmektedir. Bölüm altı maddeden oluşmakta olup maddeler, beşli Likert tipi bir ölçek ile yanıtlanmaktadır. Bu bölümde seçenekler 1 = Kesinlikle katılmıyorum ile 5 = Kesinlikle katılıyorum arasında değişmektedir. Maddeler, telefonla iletişim kurmaya yönelik algılar, olumlu/olumsuz değerlendirmeler ve kişisel tercihleri kapsamaktadır.

3. Bölüm: Telefonla Konuşma Zorluğu

Üçüncü bölüm, katılımcıların telefonla konuşma sırasında algıladıkları güçlük düzeyini belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu bölüm beş maddeden oluşmaktadır. Maddeler, zorluk düzeyinin öznel değerlendirmesine dayalı olup 1–5 arası puanlanan beşli dereceleme ölçeği kullanılarak yanıtlanmaktadır (1 = Hiç zor değil, 2 = Zor değil, 3 = Ne zor ne kolay, 4 = Zor, 5 = Çok zor).

4. Bölüm: Telefonla Konuşma Durumu

Dördüncü bölüm, katılımcıların telefonla konuşma davranışlarını nicel olarak betimlemeye yönelik dört maddeden oluşmaktadır. Bu bölümde:

İlk iki madde, katılımcıların bir gün içinde aldıkları ve yaptıkları telefon araması sayısını belirlemektedir. Bu maddeler 0–5 arasında puanlanmakta olup seçenekler 0 = Hiç ile 5 = Beş ve üzeri şeklindedir.

Son iki madde, katılımcıların bir gün içinde toplam telefonla konuşma süresi ile bir telefon görüşmesinde ortalama konuşma sürelerini belirlemeye yöneliktir. Bu maddeler yine 0–5 arasında puanlanan altılı bir dereceleme sistemi ile yanıtlanmaktadır. Seçenekler 0 = Hiç, 1 = 1 dakikadan az, 2 = 1–5 dakika, 3 = 6–15 dakika, 4 = 16–30 dakika ve 5 = 30 dakika ve üzeri biçimindedir (EK5).

3.4.4. Yetişkinlerde ve Yaşlılarda Dil Bozuklukları Taraması (YDT/DTLA-Tr)

Bu kapsamda, katılımcıların dil yeterliliği, Karalı ve arkadaşları (2024) tarafından Türkçeye uyarlanan YDT-Tr ile değerlendirilmiştir. YDT-Tr, yetişkinlerde dil bozukluklarını tespit etmeye yönelik standardize edilmiş bir tarama testidir ve anlama, isimlendirme, tekrarlama gibi temel dil becerilerini ölçmektedir. Ölçeğin geliştirilmesinde Türkçe ‘de, majör nörobilişsel bozukluklarla ilişkili dil bozukluklarının taranması için kullanılabilecek hızlı, geçerli ve güvenilir bir tarama aracı bulunmadığı belirlenmiş ve bu ihtiyacı karşılamak için üç farklı çalışma tasarlanarak ilerlenmiştir. İlk çalışmada, Yetişkinlerde ve Yaşlılarda Dil Bozukluklarının Tespit Testi (YDT-Tr) Türkçeye uyarlanmış. İkinci çalışmada, YDT-Tr'nin normatif verilerini belirlemek için 175 Türk bireyden veri toplanmıştır. Son çalışmada ise 17 sağlıklı bireyi 17 Alzheimer hastasıyla karşılaştırarak ve test-tekrar test güvenilirliğini belirleyerek YDT-Tr'nin psikometrik özelliklerini araştırılmıştır. Çalışma 1'in sonucunda, YDT Türk yetişkin nüfusuna uyarlanmış; çalışma 2'de YDT-Tr'nin normatif verileri sunulmuştur. Bu çalışmanın sonuçları, eğitim düzeyi ile YDT-Tr toplam puanı arasında pozitif bir korelasyon olduğunu göstermiştir. Çalışma 3'ün sonuçları, YDT-Tr'nin yüksek öngörü geçerliliğine ve iyi test-tekrar test güvenilirliğine sahip olduğunu göstermiştir. YDT-Tr, hem yetişkinlerde hem de yaşlılarda dil becerilerini değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir araçtır (Karalı, Eskioğlu, Tosun, Çınar, & Macoir, 2024). Testin kesme skorları eğitim seviyesine göre belirlenmiş olup, ilkokul ve ortaokul için 85/100, lise için 88/100 ve üniversite için 89/100'dür (EK6).

3.4.5. Mini Mental Durum Testi (MMDT)

Mini Mental Durum Testi (MMDT), Folstein, Folstein ve McHugh tarafından 1975 yılında geliştirilmiş olup bireylerin temel kognitif işlevlerinin hızlı, pratik ve standart bir biçimde değerlendirilmesini amaçlayan bir nöropsikolojik tarama aracıdır. Test; oryantasyon, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama, dil becerileri ve görsel-algısal organizasyon olmak üzere çeşitli bilişsel alanlara ilişkin kısa performans görevlerini içermektedir. MMDT, özellikle klinik ortamlarda bilişsel yetersizlikleri taramak, kognitif işlevlerdeki değişimleri izlemek ve demansın evresini belirlemek amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır.

Test toplam 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Daha yüksek puan daha iyi kognitif işlevlere işaret ederken, puandaki azalma bilişsel süreçlerde bozulma olduğunu göstermektedir. Puanların klinik karşılıkları şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

24–30 puan: Normal bilişsel düzey

18–23 puan: Hafif evre kognitif bozulma

10–17 puan: Orta evre kognitif bozulma

10 puan ve altı: İleri evre kognitif bozulma

MMDT'nin Türkçe uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güngen ve arkadaşları (2002) tarafından yapılmıştır. Uyarlama çalışması sonucunda testin iç tutarlılığı, madde-toplam puan ilişkileri ve klinik ayırt ediciliğinin kabul edilebilir düzeyde olduğu gösterilmiştir. Ayrıca araştırmacılar, hafif demans tanısında kullanılabilecek eşik değerin 23/24 olduğunu bildirmiştir. Bu değer, klinik uygulamalarda bilişsel bozulma riskinin belirlenmesinde önemli bir referans noktası olarak kullanılmaktadır.

MMDT'nin uygulama süresi kısa (yaklaşık 10 dakika) olup, klinisyenler ve araştırmacılar tarafından kolaylıkla uygulanabilmektedir. Bu yönüyle geniş örneklemeler üzerinde bilişsel işlevlerin ilk değerlendirmesi için uygun bir tarama aracı niteliği taşımaktadır (EK7).

3.4.6. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL)

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL; Eser vd., 2010), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından farklı kültür ve toplumlar arasında yaşayan bireylerin yaşam kalitesini bütüncül bir biçimde değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçme aracıdır. WHOQOL, yaşam kalitesini yalnızca fiziksel sağlık göstergeleri üzerinden ele almakla kalmayıp, bireyin psikolojik durumu, sosyal ilişkileri, çevresel koşulları ve kişisel inançları gibi çok boyutlu alanları dikkate alan kapsamlı bir yapıya sahiptir. Bu yönüyle ölçek, yaşam kalitesine ilişkin öznel değerlendirmeyi bilimsel yöntemlerle ölçmeyi amaçlayan uluslararası standart bir araç niteliği taşımaktadır.

WHOQOL yaşam kalitesini dört temel boyutta incelemektedir: fiziksel sağlık, psikolojik iyilik hâli, sosyal ilişkiler ve çevresel koşullar. Bu boyutlar, bireyin genel yaşam doyumuna katkıda bulunan fiziksel işlevsellik, duygusal durum, sosyal destek, kişisel güvenlik, ekonomik kaynaklar ve yaşam ortamı gibi geniş bir yelpazede yer alan unsurları kapsamaktadır. Ölçekte

yer alan maddeler, bireyin son iki hafta içindeki yaşam deneyimlerini değerlendirmesine olanak sağlayacak şekilde yapılandırılmıştır.

WHOQOL, farklı sürümler hâlinde geliştirilmiştir. En yaygın kullanılan versiyonlardan biri olan WHOQOL-BREF, ölçeğin kısa formu olup toplam 26 maddeden oluşmaktadır. Bu form, zaman açısından daha ekonomik olması nedeniyle klinik uygulamalarda ve geniş örneklemli araştırmalarda avantaj sağlamaktadır. WHOQOL-100 ise 100 maddeden oluşan uzun formdur ve yaşam kalitesine ilişkin ayrıntılı değerlendirme gerektiren çalışmalarda kullanılmaktadır.

Ölçek, DSÖ tarafından kültürler arası geçerlilik ilkeleri doğrultusunda geliştirilmiş olup çok sayıda ülkede geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yürütülmüştür. Türkçe uyarlama çalışmalarında da ölçeğin boyut yapısının korunduğu, iç tutarlılığının yeterli düzeyde olduğu ve yaşam kalitesine ilişkin farklı boyutları güvenilir biçimde ayırt edebildiği gösterilmiştir. Bu özellikleri sayesinde WHOQOL, sağlık araştırmalarından psikoloji ve sosyal bilimler alanına kadar geniş bir yelpazede kullanılmakta ve bireyin öznel yaşam kalitesini değerlendirmede uluslararası geçerliliğe sahip temel araçlardan biri olarak kabul edilmektedir (EK8).

3.4.7. Türkçe Hızlı Afazi Testi (T-HAT)

Türkçe Hızlı Afazi Testi (T-HAT), akut dönemde afaziye hızlı ve pratik şekilde taramaya yönelik, özgün Afazi Hızlı Testi'nin (ART) Türkçe uyarlamasıdır. ART, önceki afazi değerlendirme araçlarının uzun sürmesi, özel materyaller ve ileri düzey eğitim gerektirmesi gibi güçlükleri gidermek amacıyla Azuar ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Azuar, ve diğerleri, 2013). Fransızca olarak geliştirilen orijinal ART, dil özgüllüğünü en aza indirecek şekilde tasarlanmış tek sayfalık, 26 puanlık ve 5 dakikadan kısa sürede uygulanabilen bir ölçektir. Bu yönüyle, akut inme sonrası hastalarda yatak başında, minimal eğitimle ve sağlık kurumlarında kolayca bulunabilen malzemelerle (örneğin saat, kalem, beyaz önlük) kullanılabilecek pratik bir tarama aracı sunmaktadır. ART bir tanı testi değil; afazi, konuşma apraksisi veya dizartriyi ayırt etmek için kullanılmaz. Bunun yerine, inme sonrası erken dönemde dil işlevindeki değişiklikleri izlemek, hastanın klinik ilerlemesini değerlendirmek ve rehabilitasyon sürecine ilişkin öngörülerde bulunmak için değerli bir ölçüm sağlar.

ART'nin Türkçe uyarlaması (Özdemir, 2020) olan T-HAT'in geliştirilmesi sürecinde ölçek, orijinal Fransızca versiyonundan Türkçeye çevrilmiş ve kültürel/dilsel uyarlama çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Bulgular ART'nin Türkçe versiyonunun yüksek değerlendirici güvenirliğine sahip olduğunu ve Türkçe konuşan afazisi olan hastalarda başarıyla uygulanabildiğini göstermektedir.

Bu sonuçlar ışığında T-HAT, akut inme sonrası hastalarda dil performansını hızlı biçimde taramak, erken dönem değişiklikleri izlemek ve klinik karar süreçlerini desteklemek için etkili ve pratik bir araç olarak değerlendirilmektedir (EK9).

3.5. VERİ ANALİZİ

Araştırmanın istatistiksel analizlerine başlanılmadan önce veri seti uç değerler ve kayıp değerler çerçevesinde incelenmiştir. Veri setinde kayıp ya da uç değer verisi olmadığı belirlenmiştir. Araştırmada incelenen parametreler ve ölçek puanlarına ilişkin karşılaştırma analizlerinden öncelikle veri setinin normallik varsayımlarını karşılayıp karşılamadığı test edilmiştir. Bu bağlamda değerlendirilen veri seti; Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk değerleri, çarpıklık basıklık, histogramlar, Q-Q grafikler, P-P- grafikleri incelenmiştir. Ölçümlerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin + 1,5 ile -1,5 aralığında yer alması, katılımcı sayısının 30 üzerinde olması ve histogram dağılımlarında verinin büyük çoğunluğunun normallik eğrisi içinde yer alması nedeniyle parametrik analizler kullanılmıştır. Parametrik analizlerde karşılaştırma yöntemi olarak bağımsız örneklem t testleri kullanılmıştır. Dil ve konuşma güçlüğü/bozukluğu yaşayan katılımcılar özelinde gerçekleştirilen analizler ise katılımcı sayısı daha düşük olduğu ve normal dağılım varsayımı ihlali yaşandığı için Mann Whitney U analizleri kullanılmıştır. Ayrıca sürekli değişkenlerin ilişkilerinin tespit edilmesi amacıyla korelasyon analizleri yapılmış ve yöntem olarak Pearson Momentler Çarpımı korelasyon katsayıları kullanılmıştır (Akbulut, 2010; Tabachnick & Fidell, 2013).

Analizlerde I. tip hata olasılığının maksimum değeri olarak %5, yani $p \leq .05$ kabul edilmiştir daha küçük hata olasılıklarına duyarlılık açısından raporlaştırmalarda $p \leq .01$ ve $p \leq .001$ anlamlılık düzeyleri de dikkate alınmıştır p değerleri belirtilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamında edinilmiş dil bozukluğu bulunan ve bulunmayan ileri yaş bireylerden demografik özellikler, dil becerileri ve telefonla konuşma performanslarına ilişkin veriler toplanmıştır. Elde edilen veriler toplam 50 katılımcıya aittir.

Araştırma amacına uygun olarak katılımcılardan toplanan veri türleri ve içerikleri şunlardır;

- 12 maddeden oluşan “Demografik Bilgiler ve Dil/Konuşma Durumu”
- Telefonla Konuşma Alışkanlıkları ve Deneyimleri; dört alt bölüm ve toplam 21 maddeden oluşmaktadır.
- Yetişkinlerde ve Yaşlılarda Dil Bozuklukları Taraması (YDT-DTLA)
- Mini Mental Durum Testi (MMDT)
- Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL)
- Türkçe Hızlı Afazi Testi (T-HAT)

4.1. BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKLER

Katılımcılardan elde edilen verilerin istatistiksel analizlerinden önce katılımcılara ait hem demografik özelliklerin hem de ölçüm sonuçlarının betimleyici istatistikler hesaplanmıştır.

4.1.1. Demografik Özelliklere İlişkin Betimleyici İstatistikler

Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.1’de ve 4.2’de sunulmuştur.

Tablo 4. 1: Katılımcılara Ait Demografik Özelliklerin Betimleyici İstatistikleri-I

Değişken	Seçenekler	n	%
Cinsiyet	Kadın	31	62,0
	Erkek	19	38,0
	Total	50	100,0
Yaş	65- 74 yaş	36	72,0
	75- 84 yaş	12	24,0
	85 yaş ve üzeri	2	4,0
	Total	50	100,0
Eğitim	Yok	20	40,0
	İlkokul	19	38,0
	Ortaokul	5	10,0
	Lise	3	6,0
	Lisans	3	6,0
	Total	50	100,0
Aylık Gelir	Düşük	10	20,0
	Orta	37	74,0
	Yüksek	3	6,0
	Total	50	100,0
Bir dil ve konuşma güçlüğünüz/ bozukluğunuz var mı?	Hayır	25	50,0
	Evet	21	42,0
	Geçti	4	8,0
	Total	50	100,0
Eğer var veya vardı ise sebebi nedir?	Alzheimer	2	8,0
	Alzheimer + Parkinson	1	4,0
	Alzheimer + İnme	1	4,0
	Parkinson	1	4,0

Tablo 4. 2: Katılımcılara Ait Demografik Özelliklerin Betimleyici İstatistikleri-I (devam)

	Demans	1	4,0
	Demans + İnme	1	4,0
	Afazi	8	32,0
	İnme	7	28,0
	Alzheimer + İnme + Ağız ve diş problemleri	1	4,0
	İnme + Kekemelik	1	4,0
	Amiyotrofik Lateral Sk.	1	4,0
	Total	25	100,0
Devam ediyor ise ne kadar zamandır bu güçlüğü/bozukluğa sahipsiniz?	0-3 ay	2	8,0
	6 ay- 1 yıl	4	16,0
	1-3 yıl	13	52,0
	3-6 yıl	4	16,0
	6-10 yıl	1	4,0
	+10 yıl	1	4,0
	Total	25	100,0
Bu güçlük/ bozukluk zaman içerisinde nasıl değişti?	Arttı	5	20,0
	Değişmedi	6	24,0
	Azaldı	14	56,0
	Total	25	100,0

Tablo 4.1’de katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin dağılımlar sunulmaktadır. Cinsiyet değişkeni incelendiğinde, katılımcıların çoğunluğunu kadınların oluşturduğu görülmektedir. Kadınlar toplam örneklemin n=31’ini (%62), erkekler ise n=19’unu (%38) oluşturmaktadır. Bu dağılım, ileri yaş araştırmalarında sık karşılaşılan kadın ağırlıklı örneklem yapısıyla tutarlıdır.

Yaş değişkenine bakıldığında, katılımcıların büyük bölümünün 65–74 yaş aralığında yer aldığı ve bu grubun n=36 ile örneklemin %72’sini oluşturduğu görülmektedir. Bunu n=12 birey ile (%24) 75–84 yaş grubu izlemekte, 85 yaş ve üzeri bireyler ise yalnızca n=2 katılımcı (%4)

ile temsil edilmektedir. Bu bulgu, örneklemin genç-yaşlı kategorisinde yoğunlaştığını göstermektedir.

Eğitim düzeyinde katılımcıların önemli bir kısmının herhangi bir formal eğitim almadığı görülmektedir. Eğitim almayanlar n=20 (%40), ilkokul mezunları n=19 (%38), ortaokul mezunları n=5 (%10), lise mezunları n=3 (%6) ve lisans mezunları n=3 (%6) şeklinde dağılmaktadır. Bu durum, katılımcıların geçmiş yıllarda eğitim olanaklarının sınırlı olduğu bir kuşağa ait olmalarıyla ilişkilendirilebilir.

Aylık gelir düzeyleri incelendiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğunun orta gelir grubunda yer aldığı görülmektedir. Orta gelir düzeyi n=37 (%74) ile en büyük grubu oluştururken, düşük gelir düzeyi n=10 (%20) ve yüksek gelir düzeyi n=3 (%6) oranında temsil edilmektedir. Bu dağılım, örnekleme ekonomik açıdan görece homojen bir yapı olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların dil ve konuşma bozukluğu durumlarına bakıldığında, herhangi bir bozukluğu olmadığını belirtenlerin n=25 (%50), hâlihazırda bozukluğu bulunanların n=21 (%42) ve geçmişte bu tür bir sorun yaşadığını ifade edenlerin n=4 (%8) olduğu görülmektedir. Bu bulgu, ileri yaş grubunda dil-konuşma güçlüklerinin yaygınlığını göstermektedir.

Dil-konuşma bozukluğu yaşayan bireylerde bozukluğun nedenleri incelendiğinde, en sık görülen etiyolojinin afazi olduğu (n=8, %32), bunu inme (n=7, %28) izlediği görülmektedir. Diğer nedenler daha düşük oranlarda seyretmektedir: Alzheimer (n=2, %8), Alzheimer+Parkinson (n=1, %4), Alzheimer+İnme (n=1, %4), Parkinson (n=1, %4), Demans (n=1, %4), Demans+İnme (n=1, %4), Alzheimer+İnme+Ağız-diş problemleri (n=1, %4), İnme+Kekemelik (n=1, %4) ve ALS (n=1, %4). Bu dağılım, ileri yaşta edinilmiş dil bozukluklarının çoğunlukla nörolojik kökenli olduğunu göstermektedir.

Bozukluğun süresi değerlendirildiğinde, katılımcıların yarısından fazlasının 1–3 yıldır bu güçlüğü yaşadığı görülmektedir (n=13, %52). Bunu n=4 (%16) ile 6 ay–1 yıl arası ve n=4 (%16) ile 3–6 yıl arası gruplar izlemektedir. Daha uzun süreli bozukluğu olan bireylerin oranı oldukça düşüktür: 6–10 yıl (n=1, %4) ve 10 yıl üzeri (n=1, %4). Bu bulgu, bozukluğun birçok katılımcıda kronik bir seyir gösterdiğini düşündürmektedir.

Bozukluğun zaman içindeki değişimi incelendiğinde, katılımcıların n=14 (%56) ile çoğunluğunun sorunlarının zaman içinde azaldığını bildirdiği görülmektedir. Buna karşılık n=6 (%24) birey herhangi bir değişiklik olmadığını, n=5 (%20) birey ise durumun kötüleştiğini

belirtmiştir. Bu dağılım, bazı bireylerde iyileşme eğilimi olduğunu, ancak bazı katılımcılarda ilerleyici bir seyrin hâkim olduğunu göstermektedir.

Tablo 4. 3: Katılımcılara Ait Demografik Özelliklerin Betimleyici İstatistikleri-II

Değişken	Seçenekler	n	%
Dil ve konuşma güçlüğünüzün/bozukluğunuzun şu anki şiddeti nedir?	Çok hafif	3	12,0
	Hafif	6	24,0
	Orta	11	44,0
	Şiddetli	2	8,0
	Çok Şiddetli	3	12,0
	Total	25	100,0
Daha önce dil ve konuşma terapisi aldınız mı?	Hayır	16	64,0
	Evet	9	36,0
	Total	25	100,0
Evet ise ne kadar süreyle terapi aldınız?	0-3 ay	4	44,4
	3-6 ay	1	11,1
	6 ay- 1 yıl	4	44,4
	Total	9	100,0
Evet ise, halen dil ve konuşma terapisine devam ediyor musunuz?	Hayır	5	55,6
	Evet	4	44,4
	Total	9	100,0

Tablo 4.2’de dil ve konuşma güçlüğü yaşayan katılımcıların bozukluğun niteliğine ve terapi geçmişine ilişkin dağılımları yer almaktadır. Katılımcıların güçlüğün mevcut şiddetine ilişkin değerlendirmeleri incelendiğinde, en büyük grubun orta düzeyde güçlüğe sahip bireylerden oluştuğu görülmektedir (n=11, %44). Bunu hafif düzeyde güçlüğü olanlar (n=6, %24) ve çok hafif düzeyde güçlüğü olanlar (n=3, %12) izlemektedir. Şiddetli güçlük yaşayanlar (n=2, %8) ve çok şiddetli güçlük yaşayanlar (n=3, %12) toplamda daha küçük bir grubu temsil etmektedir. Bu dağılım, katılımcıların önemli bir bölümünün orta düzeyde, yani günlük iletişimi belirli ölçüde etkileyen bir bozukluk ile karşı karşıya olduğunu göstermektedir.

Dil ve konuşma terapisi alma durumlarına bakıldığında, katılımcıların büyük bir kısmının daha önce herhangi bir terapi almadığı görülmektedir (n=16, %64). Buna karşılık terapi aldığını belirten bireylerin sayısı daha sınırlıdır (n=9, %36). Bu bulgu, ileri yaşta dil-konuşma bozukluğu yaşayan bireylerde terapiye erişimin veya terapi alma eğiliminin düşük olabileceğini düşündürmektedir.

Terapi alan bireyler arasında terapi süresi incelendiğinde, katılımcıların eşit oranlarda 0–3 ay (n=4, %44.4) ve 6 ay–1 yıl (n=4, %44.4) süreyle terapi aldığı görülmektedir. Yalnızca bir katılımcı 3–6 ay aralığında terapi aldığını belirtmiştir (n=1, %11.1). Bu dağılım, terapi sürelerinin genellikle kısa dönemli olduğunu göstermektedir.

Terapi alan katılımcıların terapiye devam durumu değerlendirildiğinde, yarıdan fazlasının terapiyi şu anda sürdürmediği görülmektedir (n=5, %55.6). Buna karşılık, daha küçük bir grup halen terapi almaya devam etmektedir (n=4, %44.4). Bu durum, terapiye başlama oranının düşük olmasının yanı sıra terapiye devam etme eğiliminin de sınırlı olduğunu göstermektedir.

4.1.2. Ölçüm Sonuçlarına İlişkin Betimleyici İstatistikler

Araştırmamız kapsamında elde edilen veri ölçümlerinin bir kısmı standardize edilmiş, psikometrik özellikleri belirlenmiş olan ölçeklerle, bir kısmı ise yöntem bölümünde detaylı olarak anlatıldığı üzere araştırma kapsamında geliştirilmiş olan veri toplama araçları ile toplanmıştır. Bu nedenle ölçek sonuçlarına ilişkin betimleyici değerler toplam puan üzerinden, TKA maddeleri ise hem madde hem de toplam puan bazında sunulmuştur. Ölçeklerden elde edilen sonuçlara ilişkin değerler Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4. 4: Katılımcılara Ait Ölçek Sonuçlarının Betimleyici İstatistikleri

Grup	Puanlar	N	Ort.	SS	Min.	Maks.
Tüm Katılımcılar	YDT	50	54,06	23,09	14	93
	MMDT	50	18,50	7,56	0	30
	WHOQOL	50	81,24	13,79	45	110
	T-HAT	50	4,26	4,21	0	17
DKG/B Olmayanlar	YDT	25	61,52	21,71	22	93
	MMDT	25	22,24	5,41	9	30
	WHOQOL	25	86,92	11,60	52	110
	T-HAT	25	2,08	1,75	0	8
DKG/B Olanlar	YDT	25	46,60	22,38	14	82
	MMDT	25	14,76	7,63	0	30
	WHOQOL	25	75,56	13,66	45	108
	T-HAT	25	6,44	4,82	0	17

Not: YDT= Yetişkinlerde ve Yaşlılarda Dil Bozuklukları Taraması; MMDT= Mini Mental Durum Testi; WHOQOL= Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği; T-HAT= Türkçe Hızlı Afazi Testi.

Tablo 4.3, katılımcıların YDT, MMDT, WHOQOL ve THAT ölçeklerinden aldıkları puanların grup bazındaki betimleyici istatistiklerini göstermektedir. Tüm katılımcılar incelendiğinde YDT puanlarının geniş bir aralıkta dağıldığı ve dil becerilerinin orta düzeyde seyrettiği görülmektedir ($\bar{x} = 54,06$; $SS = 23,09$). DKG/B olmayan grubun YDT ortalamasının daha yüksek olması ($\bar{x} = 61,52$; $SS = 21,71$), bu katılımcıların dil becerilerinin daha güçlü olduğunu göstermektedir. MMDT puanlarında da benzer bir eğilim gözlenmekte; DKG/B olmayan grubun ortalama puanı ($\bar{x} = 22,24$; $SS = 5,41$) DKG/B olan gruba kıyasla daha yüksektir ($\bar{x} = 14,76$; $SS = 7,63$). Yaşam kalitesini değerlendiren WHOQOL sonuçları da aynı yönlü bir farklılaşmaya işaret etmektedir. DKG/B olmayan grubun ortalama yaşam kalitesi puanı ($\bar{x} = 86,92$; $SS = 11,60$), DKG/B olan grubun puanının ($\bar{x} = 75,56$; $SS = 13,66$) üzerinde seyretmektedir. T-HAT puanlarında ise gruplar arasında ters yönlü bir eğilim bulunmaktadır; DKG/B olan katılımcıların T-HAT skorları daha yüksektir ($\bar{x} = 6,44$; $SS = 4,82$), bu durum afaziye ilişkin dil-anlama ve ifade güçlüklerinin daha belirgin olduğunu düşündürmektedir. Genel olarak tablo, dil ve konuşma güçlüğü/bozukluğu bulunan bireylerin dil becerisi, bilişsel

durum ve yaşam kalitesi açısından daha düşük ortalamalara sahip olduklarını, buna karşılık afaziye işaret eden T-HAT puanlarında daha yüksek değerlere ulaştıklarını ortaya koymaktadır.

Araştırma sürecinde geliştirilen TKA'nın telefonla konuşma alışkanlıkları ve deneyimlerinin belirlenmesi için hazırlanan dört bölüme ilişkin maddelerin cevap dağılımları ve bölüm toplam puanları Tablo 4.4 ile 4.7 arasında sunulmuştur.

Katılımcıların dijital teknoloji ile iletişim kurma sıklığını ifade eden bölüme ilişkin dağılımlar Tablo 4.4'te yer almaktadır.

Tablo 4. 5: Dijital Teknolojiler ile İletişim Kurma Sıklığı Bölümü Cevap Dağılımları

					Yanıt Frekansları*				
Sorular			Ort.	SS	0	1	2	3	4
1. Telefon görüşmesiyle			2,78	1,22	3	7	4	20	16
2. Görüntülü görüşmeyle (Skype, Teams, Google Meet, Whatsapp görüntülü konuşma gibi)			1,30	1,30	18	13	9	6	4
3. Anında mesajlaşma sistemleri üzerinden metin olarak mesajlaşmayla (Whatsapp, Telegram gibi)			0,64	1,29	39	1	2	5	3
4. Sosyal medya araçları üzerinden metin olarak mesajlaşmayla (Instagram, Facebook mesaj sistemleri gibi)			0,40	0,90	40	4	2	4	-
5. Operatör üzerinden metin olarak mesajlaşmayla			0,20	0,64	44	4	-	2	-
6. E-posta ile mesajlaşmayla			0,10	0,58	48	1	-	-	1
	Ort.	SS	Min.			Maks.			
Toplam	5,42	3,87	0			16			

*Not: 0= Hiç; 1= Nadiren; 2= Bazen; 3= Genellikle; 4= Her Zaman.

Tablo 4.4, katılımcıların dijital teknolojiler aracılığıyla iletişim kurma sıklıklarına ilişkin yanıt dağılımlarını göstermektedir. Telefonla iletişim kurma en sık tercih edilen yöntemdir ve ortalama puanı anlamlı derecede yüksektir ($\bar{x} = 2,78$; $SS = 1,22$). Bu soruda en yüksek frekans “3 = Bazen” kategorisinde görülmüştür ($n = 20$). Görüntülü görüşme kullanımının ise orta düzeyin altında seyrettiği ve katılımcıların çoğunlukla “0 = Hiç” seçeneğini işaretlediği görülmektedir ($n = 18$; $\bar{x} = 1,30$; $SS = 1,30$). Anında mesajlaşma uygulamaları için de en yüksek frekans yine “0 = Hiç” seçeneğinde yer almıştır ($n = 39$) ve kullanım sıklığı oldukça düşüktür ($\bar{x} = 0,64$; $SS = 1,29$). Sosyal medya üzerinden mesajlaşma ($\bar{x} = 0,40$; $SS = 0,90$) ve operatör üzerinden kısa mesaj gönderme ($\bar{x} = 0,20$; $SS = 0,64$) için de en yüksek frekans “0 = Hiç” yanıtlarında görülmektedir (sırasıyla $n = 40$ ve $n = 44$). Benzer biçimde e-posta ile iletişim

kurma sıklığı da oldukça düşüktür ve katılımcıların çok büyük bölümü bu yöntemi kullanmadığını belirtmiştir ($n = 48$; $\bar{x} = 0,10$; $SS = 0,58$). Tüm maddelerden elde edilen toplam skorlar incelendiğinde, genel iletişim sıklığının düşük düzeyde olduğu anlaşılmaktadır ($\bar{x} = 5,42$; $SS = 3,87$). Bu sonuçlar, katılımcıların dijital iletişim kanallarını sınırlı ölçüde kullandığını ve özellikle metin tabanlı veya internet tabanlı yöntemlerden uzak durma eğilimi gösterdiklerini ortaya koymaktadır.

Katılımcıların telefonla konuşmaya ilişkin görüşlerini ifade ettikleri maddelere ilişkin dağılımlar Tablo 4.5'te sunulmuştur.

Tablo 4. 6: Telefonla Konuşmaya İlişkin Görüşler Bölümü Cevaplarının Dağılımları

Sorular	Ort.	SS	Yanıt Frekansları*				
			1	2	3	4	5
1. Telefon konuşmalarını hızlıca bitirmeye çalışırım.	2,62	1,48	17	10	4	13	6
2. Telefonla konuşmam gerektiğinde kendimi gergin ve huzursuz hissederim.	2,16	1,20	19	15	7	7	2
3. Telefonla konuşurken kendimi aceleye getirilmiş veya baskı altında hissederim.	2,22	1,30	19	15	6	6	4
4. Telefonla konuşmak benim için zordur.	2,32	1,54	22	11	2	8	7
5. Telefonla konuşurken yanlış anlaşıldığımı hissederim.	2,00	1,28	25	12	4	6	3
6. Telefonla konuşurken kaygılı hissederim.	2,20	1,46	24	10	4	6	6
	Ort.	SS	Min.	Maks.			
Toplam	13,52	7,35	5	30			

*Not: 1= Kesinlikle Katılmıyorum; 2= Katılmıyorum; 3= Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum; 4= Katılıyorum; 5= Kesinlikle Katılıyorum.

Tablo 4.5, katılımcıların telefonla konuşmaya ilişkin görüşlerinin dağılımlarını göstermektedir. “Telefon konuşmalarını hızlıca bitirmeye çalışırım” maddesinde orta düzeyde bir katılım görülmekte olup ortalama değer ($\bar{x} = 2,62$; $SS = 1,48$) düzeyindedir ve en yüksek frekans “1 = Kesinlikle Katılmıyorum” seçeneğinde yer almaktadır ($n = 17$). Telefonla konuşma gereksinimi olduğunda gergin veya huzursuz hissetme maddesinde ($\bar{x} = 2,16$; $SS = 1,20$) yine en yüksek frekans “1 = Kesinlikle Katılmıyorum” seçeneğinde görülmüştür ($n = 19$). Benzer biçimde, telefonla konuşurken baskı altında hissetmeye ilişkin maddede de ortalama düşük-orta

aralığında seyretmekte ($\bar{x} = 2,22$; $SS = 1,30$) ve en yüksek frekans “1 = Kesinlikle Katılmıyorum” seçeneğinde toplanmaktadır ($n = 19$).

“Telefonla konuşmak benim için zordur” maddesinde ortalama değer biraz daha yükselmekle birlikte ($\bar{x} = 2,32$; $SS = 1,54$), burada da en yüksek frekans “1 = Kesinlikle Katılmıyorum” seçeneğinde yer almaktadır ($n = 22$). Yanlış anlaşıldığını hissetmeye yönelik maddede ortalama daha düşük düzeydedir ($\bar{x} = 2,00$; $SS = 1,28$) ve en yüksek frekans yine “1 = Kesinlikle Katılmıyorum” seçeneğindedir ($n = 25$). Telefonla konuşurken kaygı hissetme maddesinde ($\bar{x} = 2,20$; $SS = 1,46$) en yüksek frekans “1 = Kesinlikle Katılmıyorum” kategorisinde görülmektedir ($n = 24$).

Tüm maddelerden elde edilen toplam puanlar incelendiğinde, katılımcıların telefonla konuşmaya yönelik güçlük, kaygı veya gerginlik yaşama eğilimlerinin düşük düzeyde olduğu anlaşılmaktadır ($\bar{x} = 13,52$; $SS = 7,35$). Bu bulgular, katılımcıların genel olarak telefonla konuşma konusunda olumsuz bir duygu durumu yaşamadıklarını, ancak bazı bireylerde belirli düzeyde baskı, kaygı veya hızlandırılmış konuşma eğiliminin var olabildiğini göstermektedir.

Katılımcıların telefonla konuşma yaparken zorlanıp zorlanmadıkları durumları tespit etmek amacıyla hazırlanan maddelerin dağılımlarına ilişkin sonuçlar Tablo 4.6’da yer almaktadır.

Tablo 4. 7: Telefonla Konuşma Zorluğu Bölümü Cevaplarının Dağılımları

			Yanıt Frekansları*				
Sorular	Ort.	SS	1	2	3	4	5
1. Aile ve arkadaşlarla konuşmak	1,72	0,95	27	14	5	4	0
2. Yeni tanışılan biriyle konuşmak	2,56	1,46	17	11	5	11	6
3. Müşteri hizmetleriyle konuşmak	3,76	1,29	4	6	6	16	18
4. Sipariş vermek	3,96	1,21	4	3	4	19	20
5. Randevu almak	3,96	1,18	4	2	5	20	19
	Ort.	SS	Min.		Maks.		
Toplam	15,96	4,64	5		23		

*Not: 1= Hiç zor değil; 2= Zor değil; 3= Ne zor ne kolay; 4= Zor; 5= Çok zor.

Tablo 4.6, katılımcıların telefonla konuşma durumlarında yaşadıkları zorluk düzeylerini göstermektedir. Aile ve arkadaşlarla konuşma maddesi, tüm maddeler içinde en düşük zorluk düzeyine sahiptir ($\bar{x} = 1,72$; $SS = 0,95$) ve en yüksek frekans “1 = Hiç zor değil” seçeneğinde görülmektedir ($n = 27$). Buna karşın yeni tanışılan biriyle konuşma maddesinde zorluk düzeyi belirgin biçimde artmış olsa da ($\bar{x} = 2,56$; $SS = 1,46$) bu maddede de en yüksek frekans “1= Hiç zor değil” seçeneğinde yer almaktadır ($n = 17$).

Müşteri hizmetleriyle telefon görüşmesi yapma, katılımcıların en çok zorlandığı alanlardan biri olup ortalama zorluk düzeyi oldukça yüksektir ($\bar{x} = 3,76$; $SS = 1,29$). Bu maddede en yüksek frekans “5 = Çok zor” kategorisinde toplanmıştır ($n = 18$). Benzer şekilde, telefonla sipariş verme maddesi de yüksek zorluk düzeyi göstermektedir ($\bar{x} = 3,96$; $SS = 1,21$) ve en yüksek frekans yine “5” seçeneğindedir ($n = 20$). Randevu alma maddesinde de benzer bir eğilim vardır; ortalama zorluk düzeyi oldukça yüksektir ($\bar{x} = 3,96$; $SS = 1,18$) ve en yüksek frekans “4 = Zor” ($n = 20$) ve “5 = Çok zor” ($n = 19$) seçeneklerinde yoğunlaşmıştır. Bu dağılım, özellikle uygulama gerektiren görevlerde zorluk düzeyinin arttığını göstermektedir.

Tüm maddelerden elde edilen toplam zorluk puanı incelendiğinde, genel telefonla konuşma zorluğunun orta-yüksek düzeyde olduğu görülmektedir ($\bar{x} = 15,96$; $SS = 4,64$). Bu sonuçlar, katılımcıların tanıdıkları kişilerle iletişimde zorlanmadıklarını; buna karşın özellikle kurumsal, resmi veya işlem gerektiren telefon görüşmelerinde belirgin zorluk yaşadıklarını göstermektedir.

Anketin son bölümünü ifade eden telefonla konuşma durumlarını yani gelen ve giden arama sayıları ve sürelerini incelemeyi amaçlayan soruların dağılımları Tablo 4.7’de sunulmuştur.

Tablo 4. 8: Telefonla Konuşma Durumu Bölümü Cevap Dağılımları

			Yanıt Frekansları*					
Sorular	Ort.	SS	0	1	2	3	4	5
1. Günde ortalama kaç kere telefonla arama yaparsınız? ^a	2,42	1,67	9	5	13	11	3	9
2. Günde ortalama kaç kere telefonla aranırsınız? ^a	2,82	1,56	3	8	12	10	6	11
3. Günde ortalama kaç dakika telefon görüşmesi yaparsınız? ^b	3,00	1,26	1	2	20	7	13	7
4. Bir telefon görüşmeniz ortalama kaç dakika sürer? ^b	2,36	1,14	1	10	20	10	7	2
	Ort.	SS	Min.			Maks.		
Toplam	12,32	4,18	0			20		

*Not: a için 0= Hiç; 1=1 kere; 2=2 kere; 3= 3 kere; 4= 4kere 5= 5 ve üzeri; b için, 0= Hiç; 1= 1dk az; 2= 1-5 dk; 3= 6-15dk; 4= 16-30dk; 5= 30dk ve fazlası.

Tablo 4.7, katılımcıların telefonla iletişim kurma sıklıklarına ilişkin dağılımları göstermektedir. Günde ortalama kaç kez telefonla arama yaptıklarına ilişkin madde incelendiğinde ($\bar{x} = 2,42$; $SS = 1,67$), en yüksek frekansın “2 kere” kategorisinde toplandığı görülmektedir ($n = 13$). Bu eğilim, katılımcıların gün içinde sınırlı ancak düzenli arama gerçekleştirdiklerini düşündürmektedir. Günde kaç kez telefonla arandıklarına ilişkin maddede ise ortalamanın daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir ($\bar{x} = 2,82$; $SS = 1,56$). Bu maddede en yüksek frekans “5 ve üzeri” kategorisinde görülmektedir ($n = 11$), bu da katılımcıların arama almaya daha yatkın olduğunu göstermektedir.

Günlük toplam telefon görüşmesi süresini değerlendiren maddede ($\bar{x} = 3,00$; $SS = 1,26$), en yüksek frekans “1–5 dk” kategorisinde toplanmıştır ($n = 20$). Bununla birlikte “16–30 dk” kategorisinin de dikkate değer bir oranda işaretlendiği görülmektedir ($n = 13$), bu da katılımcılar arasındaki görüşme sürelerinin heterojen olduğunu göstermektedir. Tek bir telefon görüşmesinin ortalama süresine ilişkin maddede ise daha düşük bir ortalama elde edilmiştir ($\bar{x} = 2,36$; $SS = 1,14$) ve en yüksek frekans yine “1–5 dk” kategorisinde görülmektedir ($n = 20$). Bu durum, katılımcıların sık aranmasına rağmen görüşmelerin büyük ölçüde kısa sürdüğünü göstermektedir.

Toplam puan incelendiğinde telefonla iletişim davranışlarının genel olarak orta düzeyde gerçekleştiği görülmektedir ($\bar{x} = 12,32$; $SS = 4,18$). Minimum değer 0 ve maksimum değer 20 olup, katılımcıların telefon kullanım alışkanlıklarının oldukça geniş bir değişkenlik gösterdiğini ortaya koymaktadır.

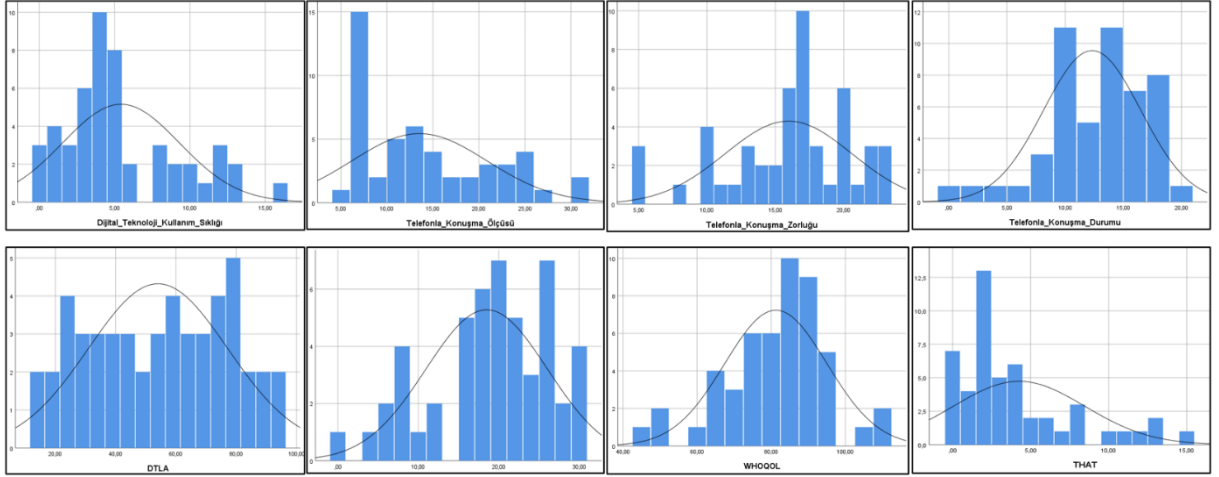
4.2. KARŞILAŞTIRMA ANALİZLERİ

Araştırmada elde edilen ölçümler gerçekleştirilecek olan analiz yöntemine (Parametrik/nonparametrik) karar vermek için öncelikle normal dağılım sergileme bağlamında incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar Tablo 4.8’de ve Şekil 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4. 9: Ölçüm Sonuçlarının Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Puanlar	n	Çarpıklık	Basıklık
DTKS	50	0,866	0,079
TKİG	50	0,640	-0,785
TKZ	50	-0,698	0,146
TKD	50	-0,767	0,785
YDT	50	-0,082	-1,206
MMDT	50	-0,570	-0,334
WHOQOL	50	-0,454	0,506
THAT	50	1,407	1,335

Not: DTKS= Dijital Teknoloji Kullanım Sıklığı; TKİG= Telefonla Konuşmayla İlgili Görüşler; TKZ= Telefonla Konuşma Zorlukları; TKD= Telefonla Konuşma Durumu; YDT= Yetişkinlerde ve Yaşlılarda Dil Bozuklukları Taraması; MMDT= Mini Mental Durum Testi; WHOQOL= Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği; T-HAT= Türkçe Hızlı Afazi Testi.



Şekil 4. 1: Ölçüm Sonuçlarına İlişkin Histogram Görüntüleri

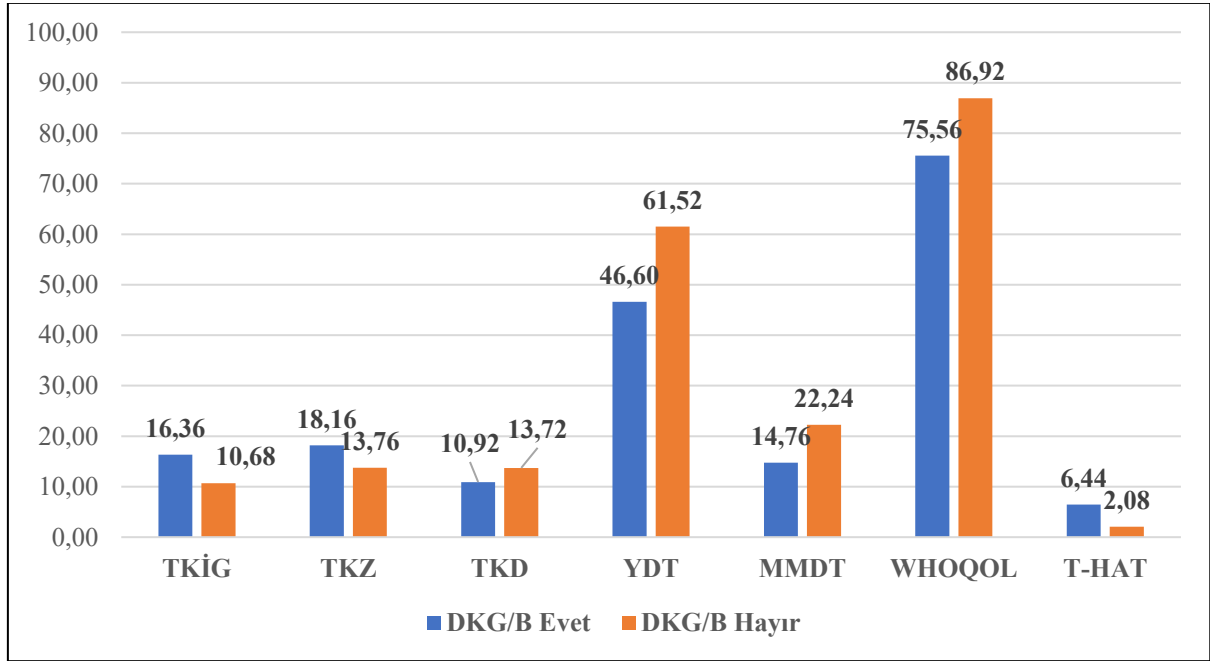
Şekil 4.1’de sunulan histogram görüntüleri ve Tablo 4.8’de ölçümlere ilişkin çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde, değişkenlerin büyük çoğunluğunun ± 1 aralığında yer aldığı ve dağılımların genel olarak kabul edilebilir düzeyde normale yakın özellikler gösterdiği görülmektedir. DTKS ve TKİG puanlarında pozitif çarpıklık değerleri, katılımcıların daha düşük puanlarda yoğunlaştığını ve dağılımın sağa doğru hafif bir kayma gösterdiğini düşündürmektedir. TKZ ve TKD puanlarında gözlenen negatif çarpıklık ise yüksek puanların daha sık raporlandığını göstermektedir. YDT ve MMDT ölçümlerindeki basıklık değerlerinin -1’e yakın olması, dağılımların hafifçe basık olduğunu ve uç değerlerin beklenenden daha az yoğunlukta yer aldığını işaret etmektedir. WHOQOL değişkeninde basıklığın pozitif olması, dağılımın normale göre daha dik bir yapıya sahip olabileceğine işaret ederken, THAT puanlarında hem çarpıklık hem de basıklığın 1’in üzerinde olması bu değişkenin diğerlerine kıyasla normal dağılımdan daha belirgin sapma gösterdiğini ortaya koymaktadır. Genel olarak değerlendirildiğinde, ölçümlerin büyük bölümünün normallik varsayımını karşılayabilecek düzeyde dağılım özelliklerine sahip olduğu görülmektedir.

Bu bağlamda karşılaştırma analizlerde parametrik analizler kullanılmıştır. İlk karşılaştırma analizi katılımcıların mevcut durumda ya da geçmişte dil ve konuşma güçlüğü/bozukluğu yaşıyıp yaşamadıkları durumu bağlamında yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.9’da sunulmuştur. Analizde anlamlı farklılık elde edilen puanlara ilişkin gruplar bağlamında ortalama değerler Şekil 4.2’de sunulmuştur.

Tablo 4. 10: Ölçüm Sonuçlarının Dil ve Konuşma Güçlüğü/Bozukluğu Bağlamında Karşılaştırılması

Puan	DKG/B	n	Ort.	SS	<i>t</i>	<i>p</i>
DTKS	Evet	25	4,88	4,33	-0,986	,329
	Hayır	25	5,96	3,35		
TKİG	Evet	25	16,36	8,21	2,939	,005**
	Hayır	25	10,68	5,10		
TKZ	Evet	25	18,16	4,17	3,778	,000***
	Hayır	25	13,76	4,06		
TKD	Evet	25	10,92	3,71	-2,493	,016*
	Hayır	25	13,72	4,22		
YDT	Evet	25	46,60	22,38	-2,392	,021*
	Hayır	25	61,52	21,71		
MMDT	Evet	25	14,76	7,63	-3,997	,000***
	Hayır	25	22,24	5,41		
WHOQOL	Evet	25	75,56	13,66	-3,170	,003**
	Hayır	25	86,92	11,60		
T-HAT	Evet	25	6,44	4,82	4,248	,000***
	Hayır	25	2,08	1,75		

Not: DTKS= Dijital Teknoloji Kullanım Sıklığı; TKİG= Telefonla Konuşmayla İlgili Görüşler; TKZ= Telefonla Konuşma Zorlukları; TKD= Telefonla Konuşma Durumu; YDT= Yetişkinlerde ve Yaşlılarda Dil Bozuklukları Taraması; MMDT= Mini Mental Durum Testi; WHOQOL= Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği; T-HAT= Türkçe Hızlı Afazi Testi; DKG/B= Dil ve Konuşma Güçlüğü/Bozukluğu; * = $p \leq 05$; ** = $p \leq 01$; *** = $p \leq 001$.



Şekil 4. 2: Dil ve Konuşma Güçlüğü/Bozukluğu Bağlamında Puan Ortalamaları

Tablo 4.9’da dil ve konuşma güçlüğü/bozukluğu bulunan katılımcılar ile bulunmayanlar arasında ölçüm puanları karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçları, bazı değişkenlerde gruplar arasında anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir. Telefonla konuşmayla ilgili görüşler (TKİG) puanları iki grup arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermiş olup, dil ve konuşma güçlüğü bildiren grubun daha yüksek olumsuz görüşe sahip olduğu görülmüştür ($t=2,939$; $p<,01$). Benzer şekilde, telefonla konuşma zorlukları (TKZ) puanları da bu grupta anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($t=3,778$; $p<,001$). Telefonla konuşma durumu (TKD) puanı ise güçlüğü/bozukluğu olan grupta daha düşük olup, bu farklılık anlamlıdır ($t=-2,493$; $p<,05$); bu durum, ilgili grubun telefonla konuşma deneyimini daha sınırlı yaşadığını düşündürmektedir. Buna karşılık, dijital teknoloji kullanım sıklığı (DTKS) değişkeninde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=-0,986$; $p>,05$).

Dil ve bilişsel performansı değerlendiren YDT ve MMDT puanlarında da gruplar arasında anlamlı farklar saptanmıştır; her iki ölçekte de güçlüğü/bozukluğu olmayan katılımcıların daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür (YDT: $t=-2,392$; $p<,05$; MMDT: $t=-3,997$; $p<,001$). Benzer biçimde, yaşam kalitesini değerlendiren WHOQOL puanında da güçlüğü/bozukluğu olan grup daha düşük bir ortalama göstermiştir ($t=-3,170$; $p<,01$). T-HAT puanları incelendiğinde, dil ve konuşma güçlüğü yaşayan katılımcıların anlamlı düzeyde daha

yüksek puan aldığı görülmektedir ($t=4,248$; $p<,001$); bu durum, test performansında daha fazla güçlük yaşandığına işaret etmektedir.

Genel olarak, bulgular dil ve konuşma güçlüğü/bozukluğu yaşayan bireylerin iletişim deneyimleri, bilişsel performansları ve yaşam kalitesi alanlarında belirgin güçlükler yaşadığını göstermektedir.

İkinci karşılaştırma analizi dil ve konuşma güçlüğü/bozukluğu yaşayan ya da yaşamış olan katılımcıların DKT alıp durumları arasında karşılaştırma analizi yapılmıştır. elde edilen sonuçlar Tablo 4.10'da sunulmuştur.

Tablo 4. 11: Ölçüm Sonuçlarının Dil ve Konuşma Terapisi Alıp Almama Durumu Bağlamında Karşılaştırılması

Puan	DKT	n	Ort.	SS	<i>U</i>	<i>p</i>
DTKS	Aldım	9	6,44	4,82	48,000	0,171
	Almadım	16	4,00	3,92		
TKİG	Aldım	9	19,33	6,24	51,000	0,233
	Almadım	16	14,69	8,87		
TKZ	Aldım	9	18,78	2,22	71,000	0,954
	Almadım	16	17,81	4,98		
TKD	Aldım	9	12,56	1,94	39,500	0,061
	Almadım	16	10,00	4,18		
YDT	Aldım	9	44,33	21,46	65,500	0,713
	Almadım	16	47,88	23,48		
MMDT	Aldım	9	16,22	5,72	64,000	0,650
	Almadım	16	13,94	8,59		
WHOQOL	Aldım	9	78,00	15,06	72,000	1,000
	Almadım	16	74,19	13,11		
T-HAT	Aldım	9	6,89	4,11	61,000	0,531
	Almadım	16	6,19	5,29		

Not: DTKS= Dijital Teknoloji Kullanım Sıklığı; TKİG= Telefonla Konuşmayla İlgili Görüşler; TKZ= Telefonla Konuşma Zorlukları; TKD= Telefonla Konuşma Durumu; YDT= Yetişkinlerde ve Yaşlılarda Dil Bozuklukları Taraması; MMDT= Mini Mental Durum Testi; WHOQOL= Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği; T-HAT= Türkçe Hızlı Afazi Testi.

Tablo 4.10’da dil ve konuşma terapisi (DKT) hizmeti alan ve almayan katılımcıların çeşitli ölçümlere ilişkin puanları Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Yapılan analizler, tüm değişkenlerde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir. Dijital teknoloji kullanım sıklığı (DTKS) puanları iki grup arasında benzer düzeydedir ($U=48,000$; $p=0,171$). Telefonla konuşmayla ilgili görüşleri yansıtan TKİG puanları incelendiğinde DKT alan grubun ortalamasının daha yüksek olmasına karşın, bu fark anlamlı değildir ($U=51,000$; $p=0,233$). Telefonla konuşma zorluklarını değerlendiren TKZ puanları da gruplar arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($U=71,000$; $p=0,954$). Benzer biçimde, telefonla konuşma durumunu değerlendiren TKD puanları DKT alan grupta daha yüksek olmakla birlikte, anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır ($U=39,500$; $p=0,061$).

Dil bozukluklarının taranmasına ilişkin YDT puanları, DKT alma durumuna göre farklılaşmamaktadır ($U=65,500$; $p=0,713$). Bilişsel değerlendirme ölçeği olan MMDT puanları her iki grupta benzer bulunmuştur ($U=64,000$; $p=0,650$). Yaşam kalitesi ölçümlerini içeren WHOQOL puanları da gruplar arasında anlamlı bir fark göstermemektedir ($U=72,000$; $p=1,000$). Son olarak, T-HAT puanlarında görülen ortalama fark da istatistiksel olarak anlamlı değildir ($U=61,000$; $p=0,531$).

Bu bulgular genel olarak değerlendirildiğinde, katılımcıların DKT hizmeti alıp almama durumunun incelenen ölçümler üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmektedir. Bu sonuç, DKT hizmeti almanın bu çalışma örnekleminde değerlendirilmiş olan dijital kullanım, telefonla iletişim deneyimleri, bilişsel performans, yaşam kalitesi ve dil tarama ölçütleri üzerinde belirgin bir farklılaşma yaratmadığını düşündürmektedir.

4.3. İLİŞKİ ANALİZLERİ

Araştırma kapsamında kullanılan ölçme araçları genel anlamda; çalışma özelinde geliştirilen anket ve alt bölümleri ile kullanım izinleri alınmış olan ölçeklerdir. Bu bağlamda elde edilen tüm puanlarının korelasyon katsayıları incelenmiştir. Ulaşılan sonuçlar Tablo 4.11’de sunulmuştur.

Tablo 4. 12: Anket Alt Bölümleri ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Analizleri

Değişkenler		TKİG	TKZ	TKD	YDT	MMDT	WHOQOL	THAT
DTKS	p	-0,084	-,450**	,411**	,357*	,346*	-0,108	-0,227
	r	0,562	0,001	0,003	0,011	0,014	0,454	0,113
	n	50	50	50	50	50	50	50
TKİG	p	1	,558**	-,331*	-0,269	-,360*	-,352*	,364**
	r		0,000	0,019	0,058	0,010	0,012	0,009
	n		50	50	50	50	50	50
TKZ	p		1	-,426**	-,509**	-,411**	-0,230	,375**
	r			0,002	0,000	0,003	0,108	0,007
	n			50	50	50	50	50
TKD	p			1	,338*	,344*	0,069	-0,164
	r				0,016	0,014	0,635	0,256
	n				50	50	50	50
YDT	p				1	,643**	,293*	-,620**
	r					0,000	0,039	0,000
	n					50	50	50
MMDT	p					1	,372**	-,617**
	r						0,008	0,000
	n						50	50
WHOQOL	p						1	-,382**
	r							0,006
	n							50

Not: DTKS= Dijital Teknoloji Kullanım Sıklığı; TKİG= Telefonla Konuşmayla İlgili Görüşler; TKZ= Telefonla Konuşma Zorlukları; TKD= Telefonla Konuşma Durumu; YDT= Yetişkinlerde ve Yaşlılarda Dil Bozuklukları Taraması; MMDT= Mini Mental Durum Testi; WHOQOL= Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği; T-HAT= Türkçe Hızlı Afazi Testi; * = $p \leq 05$; ** = $p \leq 01$; *** = $p \leq 001$.

Tablo 4.11 genel olarak incelendiğinde, anket alt bölümleri ile ölçme araçları arasındaki ilişkilerin çok boyutlu bir yapıya sahip olduğu görülmektedir. İlk olarak, dijital teknoloji kullanım sıklığı (DTKS) ile telefonla konuşma zorlukları (TKZ) arasında anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmuştur ($r = -,450$; $p < ,01$). Bu bulgu, dijital teknolojiyi daha sık kullanan bireylerin

telefonla konuşma sırasında daha az zorluk yaşadığını göstermektedir. DTKS ayrıca telefonla konuşma durumu (TKD) ile pozitif yönde ($r = ,411$; $p < ,01$) ve dijital teknolojiye ilişkin algılar (YDT) ile yine pozitif bir ilişki göstermiştir ($r = ,357$; $p < ,05$). Buna göre, teknoloji kullanım sıklığı arttıkça hem telefonla konuşma davranışı hem de teknolojiye yönelik olumlu algıların arttığı anlaşılmaktadır. DTKS'nin MMDT ile olan anlamlı pozitif ilişkisi ($r = ,346$; $p < ,05$), daha sık teknoloji kullanan bireylerin bilişsel durum puanlarının da daha yüksek olma eğiliminde olduğunu göstermektedir.

Telefonla konuşmayla ilgili görüşler (TKİG) değişkeni incelendiğinde, TKZ ile güçlü ve pozitif yönlü bir ilişki görülmektedir ($r = ,558$; $p < ,001$), bu da telefonla konuşmaya yönelik olumsuz görüşlerin arttığı bireylerde konuşma zorluklarının da arttığını düşündürmektedir. TKİG aynı zamanda TKD ($r = -,331$; $p < ,05$), YDT ($r = -,360$; $p < ,05$) ve MMDT ($r = -,352$; $p < ,05$) ile anlamlı ve negatif ilişkiler göstermiştir. Bu bulgular, telefonla konuşma hakkındaki olumsuz görüşlerin hem gerçek konuşma davranışlarını hem de bilişsel performansı olumsuz etkileyebileceğini düşündürmektedir. Buna ek olarak, TKİG'nin T-HAT ile önemli düzeyde ve pozitif relation gösterdiği görülmektedir ($r = ,364$; $p < ,01$).

Telefonla konuşma zorlukları (TKZ), TKD ($r = -,426$; $p < ,01$), YDT ($r = -,509$; $p < ,001$) ve MMDT ($r = -,411$; $p < ,01$) ile güçlü negatif ilişkiler göstermektedir. Bu durum, telefonla konuşma zorlukları arttıkça telefon alışkanlıklarının azaldığını, teknolojiye yönelik olumlu algıların zayıfladığını ve bilişsel durumun daha düşük olduğunu göstermektedir. Ayrıca TKZ ile T-HAT arasında anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r = ,375$; $p < ,01$); bu bulgu, telefonla konuşma zorlukları arttıkça dil tarama testindeki performansın da bozulduğunu göstermektedir.

Telefonla konuşma durumu (TKD), YDT ($r = ,338$; $p < ,05$) ve MMDT ($r = ,344$; $p < ,05$) ile pozitif ilişkiler göstermektedir. Bu sonuçlar, daha iyi telefon konuşma alışkanlıklarına sahip bireylerin hem teknolojiye yönelik daha olumlu değerlendirmelerde bulunduğunu hem de bilişsel durumlarının daha iyi olduğunu göstermektedir.

Dijital teknolojiye yönelik algılar (YDT), MMDT ($r = ,643$; $p < ,001$), WHOQOL ($r = ,293$; $p < ,05$) ve T-HAT ($r = -,620$; $p < ,001$) ile güçlü düzeyde ilişkiler göstermektedir. YDT ile MMDT arasındaki pozitif ve yüksek ilişki, bilişsel durumu daha iyi olan bireylerin teknolojiyi daha olumlu değerlendirdiğini göstermektedir. YDT ile WHOQOL arasındaki pozitif ilişki, olumlu teknoloji algılarının yaşam kalitesini desteklediğini düşündürmektedir.

Buna karşılık YDT ile T-HAT arasındaki güçlü negatif ilişki, daha olumlu teknoloji algısına sahip bireylerin T-HAT performansının daha düşük olduğunu göstermektedir.

Mini Mental Durum Testi (MMDT) puanları WHOQOL ile pozitif ($r = ,372$; $p < ,01$), T-HAT ile ise negatif ilişki göstermektedir ($r = -,617$; $p < ,001$). Bu bulgular, bilişsel durum iyileştikçe yaşam kalitesinin arttığını; ancak T-HAT puanlarının beklenenin aksine MMDT ile ters yönlü hareket ettiğini göstermektedir.

Son olarak, WHOQOL ile T-HAT arasında anlamlı negatif bir ilişki görülmüştür ($r = -,382$; $p < ,01$). Bu sonuç, yaşam kalitesi arttıkça T-HAT performansının göreceli olarak azaldığını göstermekte ve bu bulgu, incelenen örnekleme yaşam kalitesi ile dil tarama performansı arasındaki ilişkinin doğrudan paralel ilerlemediğine işaret etmektedir.

Genel olarak, Dijital teknoloji kullanım sıklığının (DTKS), telefonla konuşma durumu (TKD), teknolojiye yönelik algılar (YDT) ve bilişsel durum (MMDT) ile pozitif ilişkileri, teknolojik etkileşimin hem iletişim davranışlarını hem de bilişsel süreçleri destekleyebileceğini düşündürmektedir. Buna karşılık DTKS'nin telefonla konuşma zorlukları (TKZ) ile negatif ilişkisi, iletişim güçlüğü yaşayan bireylerin teknolojiyi daha sınırlı kullandığını ortaya koymaktadır.

Telefonla konuşma zorluklarının (TKZ), YDT ve MMDT ile belirgin negatif ilişkileri, iletişim performansının hem bilişsel işlevler hem de teknolojiye yönelik tutumlarla yakından bağlantılı olduğunu göstermektedir. YDT'nin bilişsel durum (MMDT) ve yaşam kalitesi (WHOQOL) ile güçlü pozitif ilişkileri, teknolojiyi olumlu algılayan bireylerin genel bilişsel ve yaşam niteliği açısından daha avantajlı olduğunu işaret etmektedir. Öte yandan YDT ve MMDT'nin T-HAT ile negatif ilişkileri, dil temelli performansın bilişsel ve teknolojik göstergelerden bağımsız farklı faktörlerden etkilendiğini düşündürmekte ve bu alanın gelecekte daha ayrıntılı incelenmesi gerektiğine işaret etmektedir.

5. TARTIŞMA

5.1. DİJİTAL TEKNOLOJİLER İLE İLETİŞİM KURMA SIKLIĞI

Araştırmanın ilk bölümünde, katılımcıların dijital teknolojileri iletişim amaçlı ne sıklıkla kullandıkları incelenmiştir. Bulgular, yaşlı bireylerin dijital iletişim araçları yelpazesinde belirgin bir tercih hiyerarşisine sahip olduğunu; en sık başvurulmuş yöntemin geleneksel "sesli telefon görüşmesi" olduğunu, buna karşın anlık mesajlaşma ve e-posta kullanımının oldukça düşük düzeylerde kaldığını göstermektedir. Bu bulgu, yaşlı bireylerin telefon cihazlarını ağırlıklı olarak aile ile iletişimi sürdürme, güvenlik ve günlük pratik işlerini yürütme amacıyla kullandıklarını belirten Hardill ve Olphert (2012)'in çalışmalarıyla paralellik göstermektedir.

Katılımcıların metin tabanlı ve internet tabanlı iletişim yöntemlerinde (WhatsApp mesajlaşma, e-posta vb.) "Hiç" seçeneğinde yoğunlaşması, bu popülasyonun dijital iletişimde karşılaştığı engellerle ilişkilendirilebilir. Literatürde İpek Dongaz ve arkadaşları (2023), görme-ışitme kaybı ve ince motor becerilerdeki zorlanmalar gibi fiziksel sınırlılıkların dijital hizmetlere erişimi kısıtlayarak "dijital dışlanma" riskini artırdığını vurgulamaktadır. Benzer şekilde Ghorbanian Zolbin ve arkadaşları (2025), teknolojiye erişimi ve kullanım becerileri sınırlı olan yaşlı bireylerin telefon ve internet temelli hizmetlerden kaçınma eğilimi gösterdiğini, bunun da yalnızlaşma ile sonuçlanabildiğini belirtmektedir. Bu çalışmadaki düşük kullanım oranları, söz konusu kaçınma eğiliminin örneklem grubunda da baskın olduğunu doğrulamaktadır.

Çalışmanın dikkat çekici bir diğer sonucu, edinilmiş dil bozukluğu olan grup ile sağlıklı kontrol grubu arasında dijital teknoloji kullanım sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmamış olmasıdır. Bu durum, teknoloji kullanımındaki sınırlılığın birincil nedeninin yalnızca nörolojik bir "dil bozukluğu" olmadığını göstermektedir. Bu noktada örneklemin eğitim profili belirleyici bir faktör olarak öne çıkmaktadır; katılımcıların %40'ının hiç okula gitmediği ve %38'inin ilköğretim mezunu olduğu göz önüne alındığında, dijital araçlardan kaçınma eğiliminin temelinde "temel ve dijital okuryazarlık" eksikliğinin yattığı düşünülmektedir. Okuma-yazma becerilerindeki bu sınırlılık, metin tabanlı dijital iletişimi

(mesajlaşma vb.) her iki grup için de zorlayıcı hale getirerek, nörolojik tanıdan bağımsız bir "kullanmama" davranışı yaratmaktadır. Nitekim Yu, Wu ve Harrison (2025), yaşlılarda dijital okuryazarlık düzeyinin eğitim düzeyi ve bilişsel durum gibi faktörler tarafından şekillendirildiğini ifade etmektedir. Korelasyon analizlerinde saptanan dijital teknoloji kullanım sıklığı ile bilişsel durum (MMDT) arasındaki pozitif ilişki de bu görüşü desteklemektedir.

Burucu (2024), dijital teknolojilerin bilişsel iyi oluşu destekleme fırsatları sunduğunu belirtmektedir; çalışmamızda da bilişsel performansı daha yüksek olan bireylerin dijital araçları daha aktif kullandığı görülmüştür. Bu durum, teknolojiyi günlük yaşama entegre etmenin belirli bir bilişsel kapasite ve eğitim altyapısı gerektirdiğini, bu kapasite korundukça iletişim kanallarının çeşitlenebildiğini göstermektedir. Çalışmamızda Dijital Teknoloji Kullanım Sıklığı ile Yaşam Kalitesi (WHOQOL) arasında saptanan pozitif ilişki ($r=0,357$; $p<0,05$), bu teknolojilerin sadece birer "araç" olmadığını göstermektedir. Dijital ağlara erişim sağlayabilen ve bunları kullanabilen yaşlı bireylerin sosyal izolasyondan korunarak daha yüksek bir yaşam doyumuna ulaştıkları görülmektedir. Dolayısıyla dijital okuryazarlık eksikliği, sadece teknik bir yetersizlik değil, bireyin yaşam kalitesini doğrudan kısıtlayan bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

5.2. TELEFONLA KONUŞMAYA İLİŞKİN GÖRÜŞLER

Bu çalışmanın ikinci boyutunda, katılımcıların telefonla konuşmaya yönelik tutumları, hissettikleri baskı düzeyi ve kaygı durumları incelenmiştir. Elde edilen bulgular, edinilmiş dil bozukluğuna sahip bireylerin sağlıklı akranlarına kıyasla telefon görüşmelerine yönelik istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha olumsuz görüşe ve daha yüksek kaygı puanlarına sahip olduğunu göstermektedir. Sağlıklı yaşlı bireyler telefon görüşmelerini genellikle rutin bir eylem olarak algımlarken; dil ve konuşma güçlüğü yaşayan grupta bu sürecin gerginlik, baskı altında hissetme ve yanlış anlaşılma korkusu gibi stres faktörleriyle ilişkili olduğu görülmektedir.

Söz konusu bulgu, literatürde "telefon kaygısı" olarak tanımlanan ve bireyin telefonda konuşurken bilişsel ve duygusal düzeyde yaşadığı yoğun endişe tablosuyla örtüşmektedir. Bireylerin telefona yönelik kaygısı ve gerginliği arttıkça, genel yaşam kalitesi puanları anlamlı düzeyde düşmektedir. Bu bulgu, iletişimsel stresin sadece telefon görüşmesi anıyla sınırlı kalmadığını, bireyin genel iyilik halini ve huzurunu tehdit eden kronik bir endişe kaynağına dönüştüğünü ortaya koymaktadır. Kim ve Oh (2023), telefon görüşmelerinin görsel ipuçlarından yoksun olmasının, bireylerde kontrol kaybı hissine ve belirsizliğe yol açarak

kaygıyı tetiklediğini belirtmektedir. Bu çalışmada dil bozukluğu olan grubun bildirdiği yüksek kaygı düzeyi, bu bireylerin yüz yüze iletişimde sıklıkla başvurdukları jest, mimik ve dudak okuma gibi telafi edici görsel desteklerden telefonda mahrum kalmalarıyla ilişkilendirilebilir. Bireylerin telefona yönelik kaygısı ve gerginliği arttıkça, genel yaşam kalitesi puanları anlamlı düzeyde düşmektedir. Bu bulgu, iletişimsel stresin sadece telefon görüşmesi anıyla sınırlı kalmadığını, bireyin genel iyilik halini ve huzurunu tehdit eden kronik bir endişe kaynağına dönüştüğünü ortaya koymaktadır.

Bairwa, Udayaraj ve Manna (2024) da telefon kaygısının kökeninde, görsel ipuçlarının eksikliğine bağlı yanlış anlaşılma endişesinin yattığını vurgulayarak bu çalışmanın sonuçlarını destekleyen bir çerçeve sunmaktadır. Özellikle inme sonrası afazi veya benzeri nörolojik durumlar yaşayan bireylerde bu kaygı, iletişimden tamamen kaçınma davranışına dönüşebilmektedir. Morris vd.. (2017), inme geçirmiş bireylerde iletişim güçlüklerinin yüksek anksiyete ile ilişkili olduğunu ve bu durumun telefon kullanımından kaçınma davranışı doğurabileceğini ifade etmektedir. Bu çalışmada saptanan "telefonla konuşma görüşleri" puanları ile telefonla konuşma durumu arasındaki negatif ilişki de bu mekanizmayı doğrular niteliktedir; bireylerin telefona yönelik kaygısı ve olumsuz tutumu arttıkça, telefonla konuşma davranışlarının azaldığı görülmüştür.

Buna ek olarak Greig vd. (2008), afazili bireylerde iletişim partnerlerinin sabırsız tutumlarının önemli bir engel oluşturduğunu belirtmektedir. Katılımcıların anketteki "Telefonla konuşurken kendimi aceleye getirilmiş hissediyorum" maddesine verdikleri yanıtlar, karşı taraftan algılanan zaman baskısının bu kaygıyı besleyen önemli bir dış faktör olduğunu düşündürmektedir. Sonuç olarak, edinilmiş dil bozukluğu olan bireyler için telefon görüşmesi yalnızca dilsel bir beceri gerektirmekle kalmayıp, aynı zamanda yönetilmesi gereken karmaşık bir psikolojik süreç olarak değerlendirilmektedir.

5.3. TELEFONLA KONUŞMA ZORLUĞU

Bu çalışmanın üçüncü boyutunda, katılımcıların farklı bağlamlarda ve farklı muhataplarla telefon görüşmesi yaparken algıladıkları zorluk düzeyleri incelenmiştir. Elde edilen bulgular, telefonla konuşma zorluğunun iletişim kurulan kişiye ve görüşmenin amacına göre belirgin bir hiyerarşi izlediğini göstermektedir. Katılımcıların aile üyeleri ve yakın arkadaşlar gibi tanıdık kişilerle konuşurken en düşük zorluk düzeyini bildirdikleri; buna karşın "müşteri hizmetleriyle konuşmak", "telefonda sipariş vermek" veya "randevu almak" gibi işlem gerektiren durumlarda zorluk düzeyinin en üst seviyeye ulaştığı görülmektedir. Ayrıca,

Telefonla Konuşma Zorluğu ile Yaşam Kalitesi arasında saptanan güçlü negatif ilişki, iletişim güçlüklerinin bireyin hayatındaki etkisini göstermektedir. Telefon görüşmelerinde yaşanan zorluk arttıkça, bireyin bağımsız iş yapabilme yetisi (randevu alma, sipariş verme vb.) zedelenmekte, bu da doğrudan yaşam kalitesinde bir düşüşe neden olmaktadır.

Bu sonuç, telefon görüşmelerinin yalnızca dilsel bir eylem değil, aynı zamanda yüksek bilişsel ve pragmatik beceri gerektiren bir süreç olduğu gerçeğiyle açıklanabilir. Bahari ve Li (2024), telefon görüşmelerinde konu başlatma, sürdürme ve sıra alma gibi pragmatik becerilerin bilişsel yükü artırdığını belirtmektedir. Aile ile yapılan görüşmelerde bağlamın tanındık olması ve duygusal yakınlık, dilsel eksiklikleri tolere edilebilir kılar; müşteri hizmetleri veya randevu alma gibi resmi etkileşimler, belirli bir bilginin hatasız aktarılmasını, hızlı işlenmesini ve zaman baskısı altında yanıt verilmesini gerektirmektedir. Özellikle edinilmiş dil bozukluğu olan grupta bu tür görevlerin yarattığı "bilişsel yük", çalışmamızda gözlenen yüksek zorluk puanlarının temel nedeni olarak değerlendirilmektedir. Gruplar arası karşılaştırmalar, edinilmiş dil bozukluğu olan bireylerin sağlıklı akranlarına göre telefonla konuşma zorluğunu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yoğun yaşadığını ortaya koymuştur.

Bu durum, Squires ve Greenwald (2023)'ın belirttiği gibi, görsel desteğin yokluğunda dinleme ve anlama sürecinin daha fazla dikkat ve çıkarım çabası gerektirmesiyle ilişkilidir. Dil ve konuşma bozukluğu olan bireyler, işleme hızındaki yavaşlama ve sözcük bulma güçlükleri nedeniyle, akışın hızlı olduğu ve telafi mekanizmalarının sınırlı olduğu telefon görüşmelerinde daha savunmasız kalmaktadır. Çalışmada saptanan "Telefonla Konuşma Zorluğu" puanları ile "Mini Mental Durum Testi (MMDT)" puanları arasındaki negatif ilişki de bu zorluğun sadece dilsel değil, aynı zamanda bilişsel kapasiteyle de doğrudan ilişkili olduğunu doğrulamaktadır.

5.4. TELEFONLA KONUŞMA DURUMU

Araştırmanın dördüncü ve son anket boyutunda, katılımcıların günlük telefon kullanım alışkanlıkları (arama yapma/alma sıklığı ve görüşme süreleri) incelenmiştir. Bulgular, örneklem genelinde katılımcıların arama yapmaktan ziyade "aranmayı" beklediklerini ve görüşme sürelerinin genellikle kısa (1-5 dakika aralığında) tutulduğunu göstermektedir. Bu pasif iletişim örüntüsü, yaşlı bireylerin telefonu bir sosyalleşme aracı olarak aktif kullanmak yerine, daha çok ulaşılabilir olma ve acil durum güvenliği amacıyla ellerinde tuttukları yönündeki literatür bilgisiyle uyumludur (Hardill & Olphert, 2012).

Edinilmiş dil bozukluğu olan grup ile sağlıklı grup karşılaştırıldığında, dil bozukluğu olan bireylerin telefonla konuşma durumu puanlarının (kullanım sıklığı ve süresinin) anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, bir önceki bölümde tartışılan "yüksek kaygı" ve "algılanan zorluk" faktörlerinin davranışsal bir sonucu olarak "kaçınma" eğilimini işaret etmektedir. Morris vd. (2017), iletişim güçlüğü yaşayan inme hastalarında kaçınma davranışının yaygın olduğunu vurgulamaktadır.

Bu çalışmanın bulguları Kim ve Oh (2023) tarafından yürütülen ve telefon kaygısını dijital iletişim teknolojileri bağlamında inceleyen araştırma ile değerlendirildiğinde, telefonla iletişimin bireyler açısından tek yönlü bir deneyim olmadığını ortaya koymaktadır. Her iki çalışmada da telefonla konuşmanın zorlayıcı bir iletişim biçimi olabildiği ve telefona yönelik olumsuz duygu ve tutumların iletişim davranışlarını belirlediği görülmektedir. Kim ve Oh (2023), telefon kaygısının artmasının telefon görüşmelerinden kaçınma ve dijital iletişim kanallarına yönelme ile sonuçlandığını vurgularken; mevcut çalışmada da telefonla konuşma zorluğu yüksek olan bireylerin günlük telefon görüşme sıklığı ve süresinin daha düşük olması bu bulguyu davranışsal düzeyde desteklemektedir.

Çalışmamızda da dil ve konuşma bozukluğu olan bireylerin, iletişimsel başarısızlık riskini en aza indirmek adına telefon görüşmelerini kısa tutma veya görüşme başlatmaktan kaçınma stratejisi geliştirdikleri düşünülmektedir. Ancak burada dikkat çekici bir diğer bulgu, günlük telefon görüşme sayısı veya süresi ile Yaşam Kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunmamış olmasıdır ($p>0,05$). Bu sonuç, yaşlı bireylerin yaşam kalitesi üzerinde belirleyici olan unsurun "ne kadar süre" konuştukları değil; iletişimi "ne kadar rahat ve zorlanmadan" sürdürebildikleri olduğunu göstermektedir.

5.5. SONUÇ, SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER

5.5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, elde edilen bulguların yorumlanması ve genellenebilirliği açısından aşağıda belirtilen bazı sınırlılıklara sahiptir:

- Çalışma grubu, İstanbul ilinde yaşayan toplam 50 katılımcı (25 çalışma grubu, 25 kontrol grubu) ile sınırlıdır. Örneklem sayısının görece az olması ve verilerin tek bir ilden toplanması, elde edilen sonuçların Türkiye genelindeki tüm yaşlı popülasyona veya tüm dil ve konuşma bozukluğu olan bireylere genellenmesini kısıtlamaktadır.
- Araştırma örnekleminin eğitim profili önemli bir sınırlılık teşkil etmektedir. Katılımcıların %40'ının hiç okula gitmediği, %38'inin ise ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Düşük eğitim düzeyi ve okuma-yazma bilmeme oranının yüksekliği; özellikle Mini Mental Durum Testi (MMDT) gibi eğitimden etkilenen bilişsel testlerin sonuçlarını ve metin tabanlı dijital iletişim araçlarının (mesajlaşma vb.) kullanım sıklığını doğrudan etkilemiştir. Sağlıklı kontrol grubunun dahi bazı testlerde eşik değerlerin altında performans göstermesi, bu sosyokültürel sınırlılıkla ilişkilidir.
- Çalışma grubunda dil ve konuşma terapisi (DKT) alan katılımcı sayısı oldukça düşüktür (n=9). Ayrıca terapi alanların büyük çoğunluğunun (%88,8) 1 yıldan daha kısa süreyle terapi aldığı belirlenmiştir. Örneklem içindeki terapi alan kişi sayısının azlığı ve terapi sürelerinin kısalığı, DKT'nin telefonla konuşma becerileri üzerindeki etkisine dair istatistiksel olarak kesin yargılara varılmasını engellemektedir. Terapi alan ve almayan gruplar arasında anlamlı fark bulunamaması, terapinin etkililiğinden ziyade bu sayısal ve süresel sınırlılıktan kaynaklanabilir.

5.5.2. Öneriler

Çalışma bulguları, edinilmiş dil bozukluğu olan bireylerin telefonla konuşurken yüz yüze iletişime göre daha yüksek kaygı ve zorluk yaşadığını göstermiştir. Bu nedenle, Dil ve Konuşma Terapisi (DKT) seanslarında yalnızca yüz yüze isimlendirme veya sohbet becerileri değil; görsel ipuçlarının kısıtlandığı, rol yapma (role-play) tekniklerini içeren "Telefonla İletişim Simülasyonları" standart rehabilitasyon programlarına entegre edilmelidir.

Katılımcıların en çok zorlandığı alanın "müşteri hizmetleri ve resmi işlemler" olduğu saptanmıştır. Bankacılık, sağlık ve kamu hizmetlerinde, yaşlı ve dil bozukluğu olan bireyler için sürenin kısıtlanmadığı, basitleştirilmiş dilin kullanıldığı veya görüntülü görüşme desteğinin sağlandığı özel iletişim hatları (erişilebilir iletişim kanalları) oluşturulmalıdır.

Son olarak, bu çalışma betimsel bir desenle yürütülmüştür. Gelecek çalışmalarda, edinilmiş dil bozukluğu olan bir gruba yapılandırılmış "Tele-Rehabilitasyon ve Telefon Becerileri Eğitimi" verilerek, bu eğitimin telefon kaygısını ve kaçınma davranışlarını azaltıp azaltmadığını inceleyen ön test-son test desenli deneysel çalışmalar yapılabilir.

5.5.3. Sonuç

Bu çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda maddeler halinde sunulmuştur:

- Edinilmiş dil bozukluğu olan grubun Dil Tarama Testi (YDT) puan ortalaması (Ort.=46,60) ve Mini Mental Durum Testi (MMDT) puan ortalaması (Ort.=14,76), sağlıklı kontrol grubunun ortalamalarına (YDT Ort.=61,52; MMDT Ort.=22,24) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p<0,05$).
- Edinilmiş dil bozukluğu olan grup (Ort.=4,88) ile sağlıklı kontrol grubu (Ort.=5,96) arasında Dijital Teknoloji Kullanım Sıklığı (DTKS) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,329$).
- Edinilmiş dil bozukluğu olan grubun telefonla konuşma zorluğu (TKZ) puan ortalaması (Ort.=18,16), sağlıklı grubun ortalamasına (Ort.=13,76) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0,000$).
- Katılımcıların en az zorlandığı durum "aile ve arkadaşlarla konuşmak" (Ort.=1,72) iken; en yüksek zorluk düzeyleri sırasıyla "randevu almak" (Ort.=3,96), "sipariş vermek" (Ort.=3,96) ve "müşteri hizmetleriyle konuşmak" (Ort.=3,76) durumlarında görülmüştür.
- Edinilmiş dil bozukluğu olan grubun telefona yönelik olumsuz görüş (TKİG) puan ortalaması (Ort.=16,36), sağlıklı grubun ortalamasına (Ort.=10,68) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0,005$).
- Edinilmiş dil bozukluğu olan grubun günlük arama sayısı ve süresini ifade eden Telefonla Konuşma Durumu (TKD) puanı (Ort.=10,92), sağlıklı grubun puanına (Ort.=13,72) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p=0,016$).
- Edinilmiş dil bozukluğu olan grubun Yaşam Kalitesi (WHOQOL) puan ortalaması (Ort.=75,56), sağlıklı grubun ortalamasına (Ort.=86,92) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p=0,003$).
- Dil ve Konuşma Terapisi (DKT) alan ve almayan katılımcılar arasında; Telefonla Konuşma Zorluğu ($p=0,954$), Telefona Yönelik Görüşler ($p=0,233$) ve Yaşam Kalitesi ($p=1,000$) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

- Telefonla Konuşma Zorluğu (TKZ) puanları ile Bilişsel Durum (MMDT) puanları arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,411$; $p<0,01$); bilişsel puan düştükçe telefonda yaşanan zorluk artmaktadır.
- Telefona yönelik olumsuz görüşler (TKİG) ile Yaşam Kalitesi (WHOQOL) arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,360$; $p<0,05$); telefona yönelik olumsuz tutum arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir.
- Dijital Teknoloji Kullanım Sıklığı (DTKS) ile Telefonla Konuşma Zorluğu (TKZ) arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,450$; $p<0,01$); bireylerin dijital teknoloji kullanım sıklığı arttıkça, telefonla konuşurken yaşadıkları zorluk düzeyi azalmaktadır.
- Dijital Teknoloji Kullanım Sıklığı (DTKS) ile Yaşam Kalitesi (WHOQOL) arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,357$; $p<0,05$); teknoloji kullanım sıklığı arttıkça katılımcıların yaşam kalitesi puanları da artış göstermektedir.
- Dijital Teknoloji Kullanım Sıklığı (DTKS) ile Bilişsel Durum (MMDT) arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,346$; $p<0,05$).
- Afazi şiddetini gösteren T-HAT puanları ile Yaşam Kalitesi (WHOQOL) arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,382$; $p<0,01$); dil bozukluğu düzeyi arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir.
- T-HAT puanları ile Telefonla Konuşma Zorluğu (TKZ) arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,375$; $p<0,01$); dil bozukluğu şiddeti arttıkça telefon görüşmelerinde yaşanan zorluk düzeyi artmaktadır.
- Günlük telefon görüşme sayısı ve süresini ifade eden Telefonla Konuşma Durumu (TKD) ile Yaşam Kalitesi (WHOQOL) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r=0,069$; $p>0,05$).

6. KAYNAKLAR

- Ağar, A. (2020). Yaşlılarda Ortaya Çıkan Psikolojik Değişiklikler. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 2(3), 75-80. doi:10.47141/geriatrik.744968
- Akbulut, Y. (2010). *Sosyal bilimlerde SPSS uygulamaları: Sık kullanılan istatistiksel analizler ve açıklamalı SPSS çözümleri*. İdeal Kültür Yayıncılık.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2025). Language. In Language in Brief. ASHA Practice Portal. <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/spoken-language-disorders/language-in-brief/> (Erişim tarihi Ocak 30, 2025)
- American Speech-Language-Hearing Association. (1993). Definitions of communication disorders and variations [Relevant Paper]. <https://www.asha.org/policy/rp1993-00208/> (Erişim tarihi Ocak 30, 2025)
- Augner, C. (2022). Digital divide in elderly: Self-rated computer skills are associated with higher education, better cognitive abilities and increased mental health. *The European Journal of Psychiatry*, 36, 176-181. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2022.03.003>
- Azuar, C., Leger, A., Arbizu, C., Henry-Ama, F., Chomel-Guillaume, S., & Samson, Y. (2013). The Aphasia Rapid Test: an NIHSS-like aphasia test. *Journal of Neurology*, 260(8), 2110-2117. doi:10.1007/s00415-013-6943-x
- Bahari, A., & Li, R. (2024). Revisiting technology-assisted language learning affordances for language components: a decade survey. *Interactive Learning Environments*, 32(10), 7301–7320. doi:10.1080/10494820.2024.2312910
- Bairwa, Y., Udayaraj, A., & Manna, S. (2024). The fear of smartphone notifications and calls among medical students: The phone ring phobia syndrome or telephobia. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(5), 1850-1855. doi:10.4103/jfmpe.jfmpe_1673_23
- Balki, E., Hayes, N., & Holland, C. (2022). Effectiveness of Technology Interventions in Addressing Social Isolation, Connectedness, and Loneliness in Older Adults: Systematic Umbrella Review. *JMIR Aging*, 5(4), e40125. doi:10.2196/40125
- Bilir, N. (2018). Yaşlılık tanımı, yaşlılık kavramı, epidemiyolojik özellikler. *Yaşlılık ve solunum hastalıkları* (s. 13-31). içinde Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD).

- Bloom , L., & Lahey, M. (1978). *Language development and language disorders*. New York: NY: Wiley.
- Burke, D., & Shafto, M. (2004). Aging and Language Production. *Current Directions in Psychological Science*, 13(1), 21-24. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2004.01301006.x>
- Burucu, R. (2024). Dijital dünya yaşlılar için dezavantaj mıdır? G. Kaptan (Dü.) içinde, *Geleneksel Yaşlılık/Dijital Gençlik* (s. 16-19). Ankara, Türkiye: Türkiye Klinikleri.
- Clark-Cotton, M. R., Williams, R. K., Goral, M., & Obler, L. K. (2007). Language and communication in aging. In *Encyclopedia of Gerontology* (pp. 1–8).
- Daly, B. P., Eichen, D. M., Bailer, B., Brown, R. T., & Buchanan, C. L. (2012). Central nervous system. In *Encyclopedia of Human Behavior* (pp. 454–459).
- Debnath, N. (2015). Theories on Language and Linguistics: Saussure, Derrida; Signs, Structures, Lapses and Faults.
- Demir Küçükköseler, A., Gümüş Selek, F., & Duran, B. (2023). Yaşlanma ve işitme sağlığına multidisipliner yaklaşım. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 107-121. doi:10.59244/ktokusbd.1249705
- Demir, O., Bilgin, A., & Yılmaz , F. (2025). Smartphone addiction among elderly individuals: its relationship with physical activity, activities of daily living, and balance levels. *BMC Public Health*, 25, 965. doi:10.1186/s12889-025-22145-0
- Dünya Sağlık Örgütü. (2019). *Recommendations on digital interventions for health system strengthening*. World Health Organization. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541905/>
- Dünya Sağlık Örgütü. (t.y.-a). *Ageing*. World Health Organization. <https://www.who.int/health-topics/ageing> (Erişim tarihi: 27 Ekim 2025)
- Dünya Sağlık Örgütü. (t.y.-b). *UN Decade of Healthy Ageing: Plan of action 2021–2030*. World Health Organization. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf> (Erişim tarihi: 27 Ekim 2025).
- Ertürk, A., Bahadır, A. ve Koşar, F. (2018). *Yaşlılık ve solunum hastalıkları*. Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD). <https://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/677/17102018114930-Yaslilik-ve-Solunum-Hastaliklari-Kitabi-Tamami.pdf>

- Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü. (2025). *Recommendation of the Council on digital technologies and the environment* (OECD/LEGAL/0380). OECD.
<https://legalinstruments.oecd.org/public/doc/259/259.en.pdf>
- Esin Erben, Ş., Ünlükaya Çevirici, A., & Balaban-Salı, J. (2023). The use of digital technologies among older adults during the COVID-19 pandemic: A descriptive study in Turkey. *Teknokultura: Revista de Cultura Digital y Movimientos Sociales*, 20(2), 261-268. doi:10.5209/tekn.82932
- Eser, S., Saatli, G., Eser, E., Baydur, H., & Fıdaner, C. (2010). Yaşlılar için dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1).
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198.
- Ghorbanian Zolbin, M., Eriksson-Backa, K., Widen, G., & Kujala, S. (2025). Digital inclusion among older adults: Identifying potential solutions. *Human Technology: An Interdisciplinary Journal on Humans in ICT Environments*, 21(1), 51-72. doi:10.14254/1795-6889.2025.21-1.3
- Greig, C.-A., Harper, R., Hirst, T., Howe, T., & Davidson, B. (2008). Barriers and facilitators to mobile phone use for people with aphasia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 15(4), 307-324. doi:10.1310/tsr1504-307
- Grönberg, A., Henriksson, I., Stenman, M., & Lindgren, A. (2022). Incidence of Aphasia in Ischemic Stroke. *Neuroepidemiology*, 56(3), 174-182. <https://doi.org/10.1159/000524206>
- Güngen, C., Ertan, T., Eker, E., Yaşar, R., & Engin, F. (2002). Standardize mini mental test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(4), 273-281.
- Hardill, I., & Olphert, C. (2012). Staying connected: Exploring mobile phone use amongst older adults in the UK. *Geoforum*, 43(6), 1306-1312. doi:10.1016/j.geoforum.2012.03.016
- İpek Dongaz, Ö., Özdemir, D., Marulahoğlu, M., Zeytinci, H., Akgöl, F., Öngören, B., & Bayar, B. (2023). Do health-related factors affect smartphone use in elderly individuals? *Turkish Journal of Applied Social Work*, 6(2), 125-139. doi:10.54467/trjasw.1287857
- Karalı, F., Eskioğlu, E., Tosun, S., Çınar, N., & Macoir, J. (2024). Turkish adaptation, reliability, and validity of the detection test for language impairments in adults and the aged.

- Applied Neuropsychology: Adult*, 32(6), 1662-1669.
<https://doi.org/10.1080/23279095.2023.2301393>
- Kim, L., & Oh, S.-H. (2023). Predicting telephone anxiety: use of digital communication technologies, language and cultural barriers, and preference for phone calls. *Communication Research Reports*, 40(3), 156-168.
<https://doi.org/10.1080/08824096.2023.2221845>
- Korkmaz, B. (2005). *Dil ve beyin: Çocuklarda dil ve konuşma bozuklukları*. İstanbul: Yüce Yayıncılık.
- Love, T., & Brumm, K. (2012). *Language processing disorders: Patients with conduction aphasia get the gist but lose the trace*. In *Cognition and Acquired Language Disorders* (sf. 202–226). <https://doi.org/10.1016/j.bandl.2007.12.007>
- Morris, R., Eccles, A., Ryan, B., & Kneebone, I. I. (2017). Prevalence of anxiety in people with aphasia after stroke. *Aphasiology*, 31(12), 1410-1415.
<https://doi.org/10.1080/02687038.2017.1304633>
- Mortensen, L., Meyer, A., & Humphreys, G. (2006). Age-related effects on speech production: A review. *Language and Cognitive Processes*, 21(1-3), 238-290.
[doi:10.1080/01690960444000278](https://doi.org/10.1080/01690960444000278)
- National Clinical Guideline Centre. (NCGC, 2013). *Stroke rehabilitation: Long-term rehabilitation after stroke* (NICE Clinical Guidelines, No. 162). Royal College of Physicians.
- Oğuz, Ö., Özkaraalp, İ., Erim, A., İnan, R., & Başaran, Ş. N. (2019). Çocukluk çağı dil bozuklukları değerlendirme ve müdahalesinde Türkiye ve Amerika'nın karşılaştırılması. *Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 145-213.
- Öge Daşdoğan, Ö., Karaman, M., Ayas, H., Çıyrak, B., & Demir, B. (2022). Türkiye’de afazinin dilbilimsel özellikleriyle ilgili yapılmış lisansüstü tezlere ilişkin bir inceleme. *Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 208-232.
- Özdemir, Ş. (2020). *Kapsamlı afazi testi (cat-tr) dil bataryasının geçerlik ve güvenirlik çalışması* (Doctoral dissertation, Anadolu University (Turkey)).
- Palmer, R., & Pauranik, A. (2021). Rehabilitation of Communication Disorders. *Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation: Evidence-based Clinical Practice Recommendations*. içinde Springer.

- Pehlivan , S., & Karadakovan, A. (2013). Yaşlı Bireylerde Fizyolojik Değişiklikler Ve Hemşirelik Tanılaması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 385-395.
- Pichora-Fuller, M. K., & Souza, P. E. (2003). Effects of aging on auditory processing of speech. *International Journal of Audiology*, 42(Suppl. 2), 11–16. 10.3109/14992020309074638
- Söylemez, Y. (2018). Öğretmen adaylarının “dil” kavramına ilişkin metaforik algıları. *EKEV Akademi Dergisi*, 22(75).
- Squires , E., & Greenwald, M. (2023). Telepractice in speech-language pathology: Assessing remote speech discrimination. *Journal of Communication Disorders*, 105, 106350. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2023.106350> adresinden alındı
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2013). *Using multivariate statistics*. Pearson.
- Taş, M., Arslan, M., Hançer Arslan, G., Atılğan, E., Erkıraz, Y., Abay, Ş., . . . Bulut, E. (2023). Geriatrik bireylerde yaşa bağlı işitme kaybına ve işitme cihazı kullanımına bağlı olarak gelişen sorunların değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Audiology and Hearing*, 6(1), 14-19. doi:10.34034/tjahr.1237828
- Tereci, D., Turan, G., Kasa, N., Öncel, T., & Arslansoyu, N. (2016). Yaşlılık Kavramına Bir Bakış. *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*, 16(1), 84-116.
- Toğram, B., Güneri, Y., & Yanat-Van Zonderen, E. (2019). Türkiye’de Dil ve Konuşma Terapistlerinin Klinik Uygulama ve Deneyimlerinin İncelenmesi. *Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi (DKYAD)*, 2(3), 315-347.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2024). *İstatistiklerle yaşlılar* (İnfografik/PDF). https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/ist_yasli2024.pdf (Erişim tarihi: 12 Ekim 2025).
- Türk Dil Kurumu. (2025). "dil" maddesi. Güncel Türkçe Sözlük. <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim tarihi: 30 Aralık 2025)
- Yılmaz, M., & Cangı, M. (2025). 65-85 Yaş Arası Türkçe Konuşan Bireylerin Konuşma Akıcısızlıklarının İncelenmesi: Tanımlayıcı Ön Araştırma. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 10(3), 612-620. <https://doi.org/10.5336/healthsci.2025-108344>
- Yu, L., Wu, F., & Harrison, H. (2025). Bridging the digital divide: development and validation of a digital literacy scale for older adults in China. *Humanities and Social Sciences Communications*, 12, 1715.

7. EKLER

EK 1: İntihal Raporu

Aleyna Dünder Divarci, Aşena Karamete GÜDÜL Edinilmiş Dil Bozukluğu Olan ve Olmayan İleri Yaştaki Bireylerin Dil Becerisinin Telefonla Konuşma Üzerine Etkisi

ORJİNALLIK RAPORU

% 6	% 6	%	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikerisim.atlas.edu.tr İnternet Kaynağı	% 3
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	dspace.gazi.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
4	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<% 1
5	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
6	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	<% 1
7	acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
8	adudspace.adu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
9	itosam.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
10	pdfs.semanticscholar.org İnternet Kaynağı	<% 1
11	acikerisim.cumhuriyet.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
12	www.journalofsportsmedicine.org İnternet Kaynağı	

EK 2: Etik Kurul Onayı

ETİK KURUL VE BAŞLI: 22.11.2024 09:00



T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı :E-22686390-050.99-54938
Konu : 19.11.2024 Tarih ve 09/07 Sayılı Etik
Kurul Kararı

22.11.2024

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Aşena KARAMETE

İstanbul Atlas Üniversitesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapılmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup Dkt. Aleyna Dünder ile birlikte planladığınız "**İnme Geçirmiş ve Geçirmemiş Yaşlı Bireylerin Dil Becerisinin Telefon Kaygısı Üzerindeki Etkisinin Karşılaştırılması**" isimli araştırmanız kurulumuzun 19.11.2024 tarihli ve 09 sayılı toplantısında etik yönden uygun görülmüştür.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Ayhan BİLİR
Kurul Başkanı

Belge Doğrulama Kodu :BSRE943H5 Pin Kodu :72281

ATLAS VADI KAMPÜSÜ ANADOLU CAD. NO: 40

34408 KADIKÖY İSTANBUL

info@atlas.edu.tr

444 34 39 / 0212 767 87 61 (FAX)



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=7570&eD=BSRE943H5&eS=54938>

Kep Adresi: istanbulatlasuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Fatma İrem KAYA
Unvanı: Sekreter



atlas.edu.tr

EK 3: Gönüllü Onam Formu

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Bu anket *Edinilmiş Dil Bozukluğu Olan ve Olmayan İleri Yaştaki Bireylerin Dil Becerisinin Telefonla Konuşma Üzerine Etkisi* başlıklı araştırmaya katılmanız için hazırlanmıştır. Araştırma, edinilmiş dil bozukluğu olan ve olmayan 65 yaş ve üzeri bireylerin telefonla konuşma deneyim ve alışkanlıklarındaki farklılıklarının dil becerileriyle ilişkisinin ortaya konmasını amaçlamaktadır. Edinilmiş dil bozukluğu, genellikle beyinde meydana gelen bir hasar (örneğin inme, kafa travması, tümör veya dejeneratif hastalıklar) sonucunda, kişinin daha önce kazanmış olduğu dil becerilerinde (konuşma, anlama, okuma ve yazma) ortaya çıkan bozulmalardır. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır; istediğiniz zaman araştırmadan çekilebiliriz ve yanıtlarınız gizli tutulacaktır. Toplanan veriler yalnızca akademik amaçlarla kullanılacak ve kimliğiniz kesinlikle gizli kalacaktır.

Bu bilgileri anladığımı ve ankete katılmayı kabul ettiğimi belirtiyorum.

İsim: _____

Tarih: _____

EK 4: Demografik Bilgi Formu

Telefonla Konuşma Anketi

Bu anket, bireylerin günlük yaşantılarında telefonla konuşma alışkanlıklarını, deneyimlerini ve bu süreçteki algılarını anlamak amacıyla hazırlanmıştır. Yaş, dil becerileri ve teknoloji kullanımına dair görüşleriniz, bu alandaki durumu daha iyi değerlendirmemize ve gelecekteki araştırmalar için değerli bilgiler edinmemize yardımcı olacaktır.

Anket iki ana bölümden oluşmaktadır:

- 1. Demografik Bilgiler ve Dil/Konuşma Durumu:** Yaşınız ve dil/konuşma durumunuzla ilgili temel bilgiler.
- 2. Telefonla Konuşma Alışkanlıkları ve Deneyimleri:** Telefonla görüşme sıklığınız, bu süreçte hissettikleriniz ve karşılaştığınız olası zorluklar.

Anketin tamamlanması yaklaşık 20 dakika sürmektedir. Verdiğiniz tüm yanıtlar gizli tutulacak, kimlik bilgilerinizle eşleştirilmeyecek ve sadece bilimsel araştırma amacıyla kullanılacaktır. Ankete katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. İstedığınız zaman anketi bırakma hakkına sahipsiniz.

1. Demografik Bilgiler ve Dil/Konuşma Durumu

1- Cinsiyetiniz?

Kadın		Erkek	
-------	--	-------	--

2- Yaşınız?

18-24 yaş		25-34 yaş		35- 44 yaş		45- 54 yaş	
55- 64 yaş		65- 74 yaş		75- 84 yaş		85 yaş ve üzeri	

3- Eğitim durumunuz?

Yok		İlkokul		Ortaokul	
Lise		Üniversite		Yüksek öğrenim	

4- Gelir durumunuz?

Düşük		Orta		Yüksek	
-------	--	------	--	--------	--

5- Bir dil ve konuşma güçlüğüünüz/ bozukluğunuz var mı?

Evet		Hayır (Hayır ise 2. Bölümden devam ediniz)		Vardı, geçti.	
------	--	--	--	---------------	--

6- Eğer var veya vardı ise sebebi nedir? (Birden çok işaretleme yapabilirsiniz)

Alzheimer		Parkinson		Demans		Travmatik beyin hasarı	
Afazi		İnme		Tümör		Epilepsi	
Kas hastalığı		Multiple Skleroz		Amiyotrofik Lateral Sk.		Ağız ve diş problemleri	
Apraksi		Kekemelik		Dizatri		Diğer:	

7. Devam ediyor ise ne kadar zamandır bu güçlüğü/bozukluğa sahipsiniz?

0-3 ay		3-6 ay		6 ay- 1 yıl		1-3 yıl	
3-6 yıl		6-10 yıl		+10 yıl		Doğuştan	

8. Bu güçlük/ bozukluk zaman içerisinde nasıl değişti?

Arttı		Değişmedi		Azaldı		Geçti	
-------	--	-----------	--	--------	--	-------	--

9. Dil ve konuşma güçlüğüünüzün/bozukluğunuzun şu anki şiddeti nedir?

Çok hafif		Hafif		Orta	
Şiddetli		Çok şiddetli		Yok	

10. Daha önce dil ve konuşma terapisi aldınız mı?

Evet		Hayır	
------	--	-------	--

11. Evet ise ne kadar süreyle terapi aldınız?

0-3 ay		3-6 ay		6 ay- 1 yıl		1 yıl ve üzeri	
--------	--	--------	--	-------------	--	----------------	--

12. Evet ise, halen dil ve konuşma terapisine devam ediyor musunuz?

Evet		Hayır	
------	--	-------	--

EK 5: Telefonla Konuşma Anketi (TKA)

2. Telefonla Konuşma Alışkanlıkları ve Deneyimleri

1. Ne sıklıkla dijital teknolojiler üzerinden diğer kişilerle telefonla iletişim kurarsınız?

	Hiç	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her Zaman
1. Telefon görüşmesiyle					
2. Görüntülü görüşmeyle (Skype, Teams, Google Meet, Whatsapp görüntülü konuşma gibi)					
3. Anında mesajlaşma sistemleri üzerinden metin olarak mesajlaşmayla (Whatsapp, Telegram gibi)					
4. Sosyal medya araçları üzerinden metin olarak mesajlaşmayla (Instagram, Facebook mesaj sistemleri gibi)					
5. Operatör üzerinden metin olarak mesajlaşmayla					
6. E-posta ile mesajlaşmayla					

2. Telefonla konuşmayla ilgili aşağıdaki görüşlere ne derece katılırsınız?

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Telefon konuşmalarımı hızlıca bitirmeye çalışırım.					
2	Telefonla konuşmam gerektiğinde kendimi gergin ve huzursuz hissedirim.					
3	Telefonla konuşurken kendimi aceleye getirilmiş veya baskı altında hissedirim.					
4	Telefonla konuşmak benim için zordur.					
5	Telefonla konuşurken yanlış anlaşıldığımı hissedirim.					
6	Telefonla konuşurken kaygılı hissedirim.					

3. Aşağıdaki durumlarda telefonla konuşmak sizin için ne kadar zordur?

	Hiç zor değil	Zor değil	Ne zor ne kolay	Zor	Çok zor
1. Aile ve arkadaşlarla konuşmak					
2. Yeni tanışılan biriyle konuşmak					
3. Müşteri hizmetleriyle konuşmak					
4. Sipariş vermek					
5. Randevu almak					

4. Aşağıdaki soruları telefonla konuşma durumunuza göre cevaplayınız.

1. Günde ortalama kaç kere telefonla arama yaparsınız?	Hiç		1		2	
	3		4		5 ve üzeri	
2. Günde ortalama kaç kere telefonla aranırsınız?	Hiç		1		2	
	3		4		5 ve üzeri	
3. Günde ortalama kaç dakika telefon görüşmesi yaparsınız?	Hiç		1 dakikadan az		1-5 dakika	
	6-15 dakika		16-30 dakika		30 dakikadan fazla	
4. Bir telefon görüşmeniz ortalama kaç dakika sürer?	Hiç		1 dakikadan az		1-5 dakika	
	6-15 dakika		16-30 dakika		30 dakikadan fazla	

EK 6: Yetişkinlerde ve Yaşlılarda Dil Bozuklukları Taraması (YDT/DTLA-Tr)



DTLA - Yetişkinlerde ve yaşlılarda dil bozuklukları taraması

Ad ve soyad:

Doğum tarihi (gün/ay/yıl) ve yaş:

Eğitim seviyesi (yıl):

Uygulama Tarihi:

2 puan/cevap /12	1. Adlandırma  ☐  ☐  ☐  ☐  ☐  ☐
2 puan/cevap /18	2. Tekrarlama Sözcükler: Lavabo ☐ Yumurta ☐ Hemşire ☐ Anlamsız sözcükler: Patudu ☐ Mikuta ☐ Kalibu ☐ Cümle Tekrarlama: Mavi araba engibeli yolda giderken kaza yaptı. ☐ Mutfaktaki sarı ışık düğmesi artık çalışmıyor. ☐ İşe zamanında gelmeyince patronu sinirlendi. ☐
Beklenen sözcük sayısına ulaşmak /15	3. Sözel Akıcılık 1 dakika içinde K harfi ile başlayan mümkün olduğunca çok kelime söyleyin. Eğitime göre beklenen kelime sayısı: İlkokul ve ortaokul ≥ 3 kelime Lise ≥ 8 kelime Üniversite ≥ 10 kelime
Doğru cevap /5	4. Alfabetik Sıralama Kelimeleri ilk harfin alfabetik sırasına göre tekrarlayın Örnek 1 : inek - göğüs / Örnek 2: elma – kase Dil-Bal-Ses ☐
1 puan/cevap /6	5. Okuma Sözcükler: Kirpi ☐ Keman ☐ Havlu ☐ Anlamsız sözcükler: Ardel ☐ Soke ☐ Pilef ☐

**YDT - Yetişkinlerde ve yaşlılarda dil bozuklukları taraması**

4 puan/cevap /12	6. Cümle Anlama Duyulan cümle görüntüye karşılık geliyorsa evet, gelmiyorsa hayır olarak yanıtlayın Örnek 1: Kız çocuğu taşıyor Örnek 2: Oğlan kızı taşıyor Kızın taşıdığı oğlan ☐ Kız taşıyor ☐ Oğlan kız tarafından taşınır ☐																					
2 puan/cevap /12	7. Dikte Sözcükler: Bakkal ☐ Ceviz ☐ Kabin ☐ Anlamsız Sözcükler: Cunk ☐ Fey ☐ Zül ☐																					
Tam cümle /4	8. Spontane yazma Aşağıya özne, fiil ve tamamlayıcı dahil tam bir cümle yazın ☐ Cümle:																					
4 puan/cevap /16	9. Semantik Eşleştirme Altaki 2 kelimeden anlam bakımından en üstteki ile en çok ilişkili olanı belirleyiniz. <table><tr><td>Örnek</td><td>kulak</td><td><u>gözlük</u></td><td>göz</td></tr><tr><td><u>lale</u> eğreliotu</td><td>nergis</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td><u>kepçe</u> çorba</td><td>tarte</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td><u>somon</u> balıkçı</td><td>avcı</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td><u>izlemek</u> sarkaç</td><td>denge</td><td>☐</td><td>☐</td></tr></table>	Örnek	kulak	<u>gözlük</u>	göz	<u>lale</u> eğreliotu	nergis	☐	☐	<u>kepçe</u> çorba	tarte	☐	☐	<u>somon</u> balıkçı	avcı	☐	☐	<u>izlemek</u> sarkaç	denge	☐	☐	
Örnek	kulak	<u>gözlük</u>	göz																			
<u>lale</u> eğreliotu	nergis	☐	☐																			
<u>kepçe</u> çorba	tarte	☐	☐																			
<u>somon</u> balıkçı	avcı	☐	☐																			
<u>izlemek</u> sarkaç	denge	☐	☐																			
TOPLAM /100	<table><tr><td>Adlandırma</td><td>/12</td><td>Cümle anlama</td><td>/12</td></tr><tr><td>Tekrarlama</td><td>/18</td><td>Dikte</td><td>/12</td></tr><tr><td>Sözel akıcılık</td><td>/15</td><td>Spontane yazma</td><td>/4</td></tr><tr><td>Alpha-span</td><td>/5</td><td>Semantik eşleme</td><td>/1</td></tr><tr><td>Okuma</td><td>/6</td><td></td><td></td></tr></table> Eğitim durumuna göre kesme skorları İlkokul ve Ortaokul: 85/100 Lise: 88/100 Üniversite: 89/100	Adlandırma	/12	Cümle anlama	/12	Tekrarlama	/18	Dikte	/12	Sözel akıcılık	/15	Spontane yazma	/4	Alpha-span	/5	Semantik eşleme	/1	Okuma	/6			
Adlandırma	/12	Cümle anlama	/12																			
Tekrarlama	/18	Dikte	/12																			
Sözel akıcılık	/15	Spontane yazma	/4																			
Alpha-span	/5	Semantik eşleme	/1																			
Okuma	/6																					

Referans göstermek için: Karalı, F. S., Eskioğlu, E. İ., Tosun, S., Çınar, N., & Macoîr, J. (2024). Turkish adaptation, reliability, and validity of the detection test for language impairments in adults and the aged. *Applied Neuropsychology: Adult*, 1-8.

EK 7: Mini Mental Durum Testi (MMDT)

MİNİ MENTAL DURUM TESTİ Mini Mental State Examination (MMSE)

Hastanın Adı, Soyadı :

Tarih: ____/____/____

Puanı: _____

Oryantasyon (Her soru 1 puan, toplam 10 puan)

Hangi yıl içerisindeyiz? _____
Hangi mevsimdeyiz? _____
Hangi aydayız? _____
Bu gün ayın kaç? _____
Hangi gündeyiz? _____

Hangi ülkede yaşıyoruz? _____
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız? _____
Şu an bulunduğunuz semt neresidir? _____
Şu an bulunduğunuz bina neresidir? _____
Şu an bu binanın kaçınıcı katındasınız? _____

Kayıt Hafızası (Toplam 3 puan)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip, ben bitirdikten sonra tekrarlayınız:
Masa, bayrak, elbise. (20 sn süre tanınır.) Her doğru isim 1 puan. _____

Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam 5 puan)

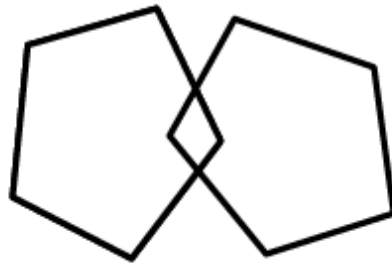
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidiniz. Dur deyinceye kadar devam ediniz.
100, 93, 86, 79, 72, 65. Her doğru işlem 1 puan. _____

Hatırlama (Toplam 3 puan)

Biraz önce tekrar ettiğiniz isimleri söyleyin.
Masa, bayrak, elbise. Her doğru isim 1 puan. _____

Lisan (Toplam 9 puan)

- Bu gördüğünüz nesneleri isimleri nedir?
Kol saati, kalem. (20 sn süre tanınır.) Her yanıt 1 puan, toplam 2 puan. _____
- Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin. Ben bitirdikten sonra tekrar edin.
Eğer ve fakat istemiyorum. (10 sn süre tanınır.) Doğru yanıt 1 puan _____
- Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın.
"Masada duran kâğıdı elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen"
(20 sn süre tanınır.) Her işlem 1 puan, toplam 3 puan. _____
- Şimdi size bir cümle göstereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın.
Bir kâğıda "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" yazıp hastaya gösterin. Doğru yanıt 1 puan _____
- Şimdi vereceğim kâğıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın. Doğru yanıt 1 puan _____
- Size göstereceğim şeklin aynısını çizin;
(Aşağıdaki şekil arka sayfaya çizilecek.) Doğru yanıt 1 puan _____



Toplam Puan : _____

EK 8: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL)

-HİZMETE ÖZEL-

WHOQOL-KISA FORM

Alan Çalışması Versiyonu

Aralık 1996

RUH SAĞLIĞI PROGRAMI

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ

CENEVRE

SİZLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? erkek kadın

Doğum tarihiniz nedir? _____ / _____ / _____
GÜN AY YIL

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir? Hiç eğitim almadım
İlkokul-ortaokul
Lise veya eşdeğeri
Yüksek

Medeni durumunuz nedir?
hiç evlenmemiş ayrılmış
evli boşanmış
evli gibi yaşıyor eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı? evet hayır

Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

_____ hastalık / sorun

Yönerge

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınıza ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygun olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak gözönüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
	İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtı rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, Ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1	Yaşam kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2	Sağlığınıza ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hemen hemen hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4	Günlük işlerinizi yürütmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hemen hemen hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12	İhtiyaçlarınızı karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13	Günlük yaşantınızda gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17	Günlük işleri yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24	Sağlık hizmetlerini alma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğunlukla	Her zaman
26	Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

YARDIMLARINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER.

-HİZMETE ÖZEL-

This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. In the event of any inconsistency between the English and the translated version, the original English version shall be the binding and authentic version.

EK 9: Türkçe Hızlı Afazi Testi (T-HAT)

Türkçe Hızlı Afazi Testi (T-HAT)	
Talimatlar	Puanlama
1a. Basit komutların yerine getirilmesi «Gözlerini aç ve kapat» «Sol elini bana uzat» 1b. Kompleks komutların yerine getirilmesi «Sol elinle sağ kulağına dokun»	0 = Her iki komutu da doğru şekilde gerçekleştiriyor. 1 = Tek bir komutu doğru şekilde gerçekleştiriyor. 2 = Her iki komutu da doğru şekilde gerçekleştiremiyor. 0 = Komutu 10 saniyeden kısa sürede gerçekleştiriyor. 1 = Komutu 10 saniyeden uzun sürede gerçekleştiriyor veya komutun tekrarlanması gerekiyor. 2 = Komutu kısmen gerçekleştiriyor: El, vücut orta hattını geçer veya sol kulağa dokunur. 3 = Komutu yerine getiremiyor: El, vücut orta hattını geçmiyor veya hiç hareket etmiyor.
2. Sözcük tekrarlama 2a. «Düğme» 2b. «Makarna» 2 c. «Bavul»	Her sözcük tekrarı aşağıdaki gibi 0–2 arasında puanlandırılır. (Toplam 0–6 puan): 0 = Normal tekrarlama 1 = Anormal tekrarlama, ancak sözcük değerlendirici tarafından anlaşılabilir * 2 = Tekrarlanmayan veya anlaşılmayan sözcük* *Fonemik, apraksik veya telaffuz hataları var ancak sözcük değerlendirici tarafından anlaşılabilir ise 1, anlaşılmaz ise 2 puan verilir.
3. Cümle tekrarlama «Çocuk ormanda şarkı söylüyor»	0 = Normal tekrarlama 1 = Anormal tekrarlama, ancak cümle değerlendirici tarafından anlaşılabilir.* 2 = Tekrarlanmayan veya anlaşılmayan cümle* *Fonemik, apraksik veya telaffuz hataları var ancak cümle değerlendirici tarafından anlaşılabilir ise 1, anlaşılmaz ise 2 puan verilir.
4. Nesne adlandırma 4a. «Saat» 4b. «Kalem» 4 c. «Önlük»	0 = Normal adlandırma 1 = Anormal adlandırma ancak sözcük değerlendirici tarafından anlaşılabilir.* 2 = Yanlış adlandırma veya anlaşılmayan bir sözcük* *Fonemik, apraksik veya telaffuz hataları var ancak sözcük klinisyen tarafından anlaşılabilir ise 1 puan verilir. Anlaşılmaz ise 2 puan verilir. Anlaşılmayan bir sözcük veya leksikal hata 2 olarak puanlanmalıdır.
5. Dizartri puanlama	0 = Normal 1 = Hafif dizartri 2 = Orta derecede dizartri: Hasta anlaşılabilir. 3 = Ağır dizartri: Hasta anlaşılabilir.
6. Sözel semantik akıcılık görevi «Bir dakika içinde söyleyebildiğiniz kadar hayvan ismi söyleyin»	0 = On beşten fazla sözcük 1 = 11–15 sözcük 2 = 6–10 sözcük 3 = 3–5 sözcük 4 = 0–2 sözcük
Toplam Puan: ... /26	

EK 10: Ölçek İzni



Sang-Hwa Oh

Permission Request for Survey on Telephone A...

I am an Assistant Professor in the Speech and Language Department at Atlas University in Turkey, Istanbul. I am writing to request your permission to use the survey on telephone anxiety for a research project involving speech and language disordered adult groups, such as late aphasia, stuttering, and voice disorders.

Thank you for your significant contribution to our field.

Best regards,

Aşena Karamete

11:20

Thu, Apr 25, 2024

Sorry for the delay in replying to your message; I didn't know I received your message. Thanks for your interest in our study and sure, as long as you cite our work, of course, you can use the measurement we used. If you have any further questions or need any help, please don't hesitate to reach out. Thanks.

Enter a message

8. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Aleyna DÜNDAR DİVARCI

Unvanı: Dil ve Konuşma Terapisti

Öğrenim Durumu: Lisans

Derece	Okul Adı ve Bölümü	Mezuniyet Yılı
Lisans	İstanbul Biruni Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi	2018 - 2022
Yüksek Lisans	İstanbul Atlas Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi	2022 - Halen

İş Deneyimi :

Unvan	Görev Yeri	Yıl