



**SPPARC - AFAZİ AİLE DESTEĞİ PROGRAMI’NIN AFAZİLİ BİREYLERİN
YAKINLARINA ETKİSİ**

Doktora Tezi

Çiğdem ERYILMAZ CANLI

Eskişehir 2021

**SPPARC - AFAZİ AİLE DESTEĞİ PROGRAMI’NIN AFAZİLİ BİREYLERİN
YAKINLARINA ETKİSİ**

Çiğdem ERYILMAZ CANLI

DOKTORA TEZİ

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Elçin TADİHAN ÖZKAN

Eskişehir

Anadolu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Aralık 2021

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Çiğdem ERYILMAZ CANLI'nın “SPPARC- Afazi Aile Desteği Programının Afazili Bireylerin Yakınlarına Etkisi” başlıklı tezi 27/12/2021 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek “Anadolu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği”nin ilgili maddeleri uyarınca Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim dalında Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Ünvanı Adı Soyadı

İmza

Üye (Tez Danışmanı) : Doç. Dr. Elçin TADIHAN ÖZKAN

Üye : Prof. Dr. İlknur MAVİŞ

Üye : Dr. Öğr. Üyesi. Nurdan CANKUVVET AYKUT

Üye : Doç. Dr. Bülent TOĞRAM

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Aylin Müge TUNÇER

Enstitü Müdürü

FINAL APPROVAL FOR THESIS

This thesis titled “The Effect Of The Aphasia Family Support Programme-SPPARC On The Relatives of Individuals With Aphasia” has been prepared and submitted by ıdem Eryılmaz Canlı in partial fulfilment of there quirements in Anadolu University Directive on Graduate Education and Examination for the Degree of Doctor of Philosphy (PhD) in Speech and Language Theraphy Department has been examined and approved on 27/12/2021.

Committee Members

Signature

Member (Supervisor) : Assoc. Prof. Dr. ELİN TADIHAN ÖZKAN

Member :Prof. Dr. İlknur MAVİŞ

Member :Asst. Prof. Dr. Nurdan CANKUVVET AYKUT

Member :Assoc. Prof. Dr. Bülent TOĞRAM

Member :Asst. Prof. Dr. Aylin Müge TUNÇER

Director

ÖZET

SPPARC - AFAZİ AİLE DESTEĞİ PROGRAMI'NIN AFAZİLİ BİREYLERİN YAKINLARINA ETKİSİ

Çiğdem ERYILMAZ CANLI

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aralık 2021

Danışman: Doç. Dr. ELÇİN TADİHAN ÖZKAN

Afazi, baskın olan sol hemisferde meydana gelen hasarlar sonrası gelişen ve bireyin ifade ve alıcı dil becerilerine ek olarak yazma ve okuma gibi becerilerini de etkileyen bir dil sorunu olup, kişinin ve ailesinin psikolojik ve sosyal durumunu etkilemektedir. Bu araştırma, afazili bireylerin yakınları için hazırlanan SPPARC programının ilk basamağı olan aile destek programının, Türkçe'ye kazandırılması ve bu programın, afazili bireylerin yakınlarına etkisinin değerlendirilmesi için yapılmıştır. Araştırmada, uygulanan programın, afazili bireylerin yakınlarının yaşadığı depresyon anksiyete stres gibi psikolojik durumlar ile bakım verme yükü ve yaşam kalitesi gibi sosyal durumlara etkilerini belirlemek üzere ön test-son test kontrol gruplu deneysel model kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemi deney grubu ve kontrol grubunda 20 katılımcı olmak üzere 40 kişiden oluşmaktadır. Deney grubuna 8 hafta süreli, 8 oturumdan oluşan Afazi Aile Destek Programı uygulanmıştır. Araştırmada veri toplama araçları olarak Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği, Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Yapılan analizler sonucunda deney ve kontrol gruplarının Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği'nden, Bakım Verme Yükü Ölçeği'nden ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden aldıkları ön-test puanları açısından farklılaşmadıkları ($p>.05$); son-test puanları açısından ise anlamlı düzeyde farklılaştıkları belirlenmiştir ($p<.05$). Deney grubunun son-test toplam puanları, ön-test puanlarına göre anlamlı düzeyde değişiklik göstermiştir ($p<.05$). Araştırmanın sonuçları, Afazi Aile Destek Programı'nın afazili ailelerin psikososyal durumlarının olumlu yönde değişmesine, bakım verme yüklerinin azalmasına ve yaşam kalitelerinin artmasına etkili olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Sözcükler: Afazi, Afazili birey yakını, Aile destek programı.

ABSTRACT

SPPARC - THE EFFECT OF THE APHASIA FAMILY SUPPORT PROGRAMME ON THE RELATIVES OF INDIVIDUALS WITH APHASIA

Çiğdem ERYILMAZ CANLI

Department of Speech and Language Therapy

Anadolu University, Graduate School of Health Sciences, December 2021

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Elçin TADIHAN ÖZKAN

Aphasia is a language problem that develops after damage to the dominant left hemisphere for the language whose impact has been proven in the language perception and production process and to expression and receptive language skills. It occurs in approximately 32% of people who have had a stroke. This study was carried out to translate of the SPPARC family education programme prepared for the relatives of aphasic individuals and their relatives into Turkish and to investigate its effect on the psychosocial status of families. In this study, an experimental model with a pre-test-post-test control group was used to determine psychosociological conditions, social effects, and burden of caregiving and quality of life experienced by the relatives of individuals with aphasia. The participants of the study consist of 40 people in total, 20 participants in the experimental group and 20 participants in the control group. While no intervention was made for the control group, Aphasia Family Support Programme was implemented to experimental group consisting of 8 sessions. As data collection tools; Depression Anxiety Stress Scale, Caregiver Burden Scale and World Health Organization Quality of Life Scale were used in this study. The results of this study demonstrated that, the experimental and control groups did not differ in terms of the pre-test scores they got from ($p>.05$); while they differed significantly in terms of post-test scores ($p<.05$). The total post-test scores of the experimental group increased significantly in comparison to the pre-test scores ($p<.05$); while no increase was found in the control group ($p>.05$). With the result, it is seen that the Aphasia Family Support Programme is effective in positively changing the psychosocial status of families with aphasia reducing the burden of caregiving and increasing their quality of life.

Keywords: Aphasia, Family support programme, Relatives of individuals with aphasia.

ÖNSÖZ

Doktora sürecimin başından beri, kendisini hep yanımda hissettiğim, beni cesaretlendiren ve tüm aşamalarda bilgisi ve deneyimi ile bana yol gösteren, çok sevgili danışmanım Doç. Dr. Elçin TADİHAN ÖZKAN'a

Tez İzleme Komitesi'nde yer almayı kabul eden ve tüm süreç boyunca derin katkılar sağlayan, bana afaziye sevdiren hocam Prof Dr. İlknur MAVİŞ ve deneyimlerini benimle paylaşan Dr. Öğr. Üyesi Nurdan CANKUVVET AYKUT'a, tez savunma jürime katılmalarından mutluluk duyduğum, üzerimde büyük emekleri olan hocalarım Doç. Dr.Bülent TOĞRAM'a ve Dr. Öğr. Üyesi A. Müge TUNÇER'e

Araştırmanın istatistiksel analizlerini yapan Araş. Gör. E. Cihat ÇORBACI'ya, araştırmama vaka bulmamı sağlayan meslektaşlarıma, araştırmaya katılan çok sevdiğim afazililerime ve özveriyle onların yanında duran fedakâr afazili birey yakınlarına,

Tezimin her aşamasında hem manevi hem de akademik olarak hep yanımda olan değerli dostlarım ve meslektaşlarım, Dr. Sema UZ HASIRCI, Dr. Gamze YEŞİLLİ PUZELLA, Dr. Şükriye KAYHAN AKTÜRK ve yol arkadaşlarım Sümeyye KUTLU, Burcu DOĞANOĞLU ve Ayça AYDEMİR'e

Kendimi evlatları olduğum için şanslı hissettiğim; en büyük motivasyonum babam Mehmet ALİ ERYILMAZ, canıma can katan annem Fatma ERYILMAZ'a; varlığıyla güçlendiğim abim Erdem ERYILMAZ ve hayatın bana en büyük hediyesi ablam Cemile TEMİRCİ'ye çok teşekkür ederim. İyi ki benim ailesiniz...

Son olarak bu süreçte bana destek olmak adına her türlü özveriye gösteren hayat arkadaşım Özkan CANLI'ya çok teşekkür ederim

Oğullarım Kemal'im ve Kerem'im... Her şey sizin için...



Oğullarıma...

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Anadolu Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programı” ile tarandığını ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

STATEMENT OF COMPLIANCE WITH ETHICAL PRINCIPLES AND RULES

I here by truthfully declare that this thesis is an original work prepared by me; that I have behaved in accordance with the scientific ethical principles and rules throughout the stages of preparation, data collection, analysis and presentation of my work; that I have cited the sources of all the data and information that could be obtained with in the scope of this study, and included the sources in the references section; and that this study has been scanned for plagiarism with “scientific plagiarism detection program” used by Anadolu University, and that “it does not have any plagiarism” whatsoever. I also declare that, if a case contrary to my declaration is detected in my work at any time, I hereby express my consent to all the ethical and legal consequences that are involved.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

BAŞLIK SAYFASI.....	i
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ	v
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xvi
1. GİRİŞ	1
1.1. Sorun	1
1.2. Amaç.....	3
1.3. Önem	4
1.4. Sınırlılıklar.....	5
2. ALANYAZIN	6
2.1. İnme.....	6
2.2. Afazi.....	8
2.3. Afazinin Etkileri.....	9
2.3.1. Afazinin, afazili bireyler üzerine etkisi.....	9
2.3.2. Afazinin afazili bireylerin yakınlarına etkileri	14

2.4. Aile Destek Programları.....	19
2.4.1. İnmeli bireylerin yakınları için geliştirilen aile destek programları ..	19
2.4.2. Afazili bireylerin yakınları için geliştirilen aile destek programları ..	20
2.4.3. Günümüzde devam eden afazi aile destek programları	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1. Araştırmanın Modeli	27
3.2. Katılımcılar	27
3.3. Veri Toplama Araçları	29
3.3.1. Katılımcı bilgi ve onam formu	29
3.3.2. Eğitim öncesi bilgi alma formu	30
3.3.3. Afazili bireyin yakınının kişisel bilgi formu	30
3.3.4. Depresyon anksiyete stres ölçeği (DASÖ)	30
3.3.5. Bakım verme yükü ölçeği (BVYÖ)	31
3.3.6. Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeği-kısa formu (DSÖYKÖ) .	31
3.3.7. Program değerlendirme formu.....	32
3.3.8. Program memnuniyet formu	32
3.4. Verilerin Toplanması.....	32
3.5. Uygulama Geçerliği.....	33
3.6. Uygulama Güvenirliği.....	37
3.7. Afazi Aile Destek Eğitim Programının Uyarlanması.....	37
3.8. Verilerin Analizi.....	44
4.1. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Afazili Bireylerin Yakınlarının Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği’nden, Bakım Verme Yükü Ölçeği’nden ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği’nden Aldıkları Ön test ve Son Test Puanları Betimsel Analizleri.....	45
4.1.1. Deney grubunda yer alan afazili birey yakınlarının Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği, Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Dünya	

Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden aldıkları ön test ve son test puanları betimsel analizleri	45
4.1.2. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların Depresyon Anksiyete Stres, Bakım Verme Yükü ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeklerinden aldıkları ön-test ve son-test puanları betimsel analizleri.....	49
4.2. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği'nden, Bakım Verme Yükü Ölçeği'nden ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden Aldıkları Ön-test Puanlarının İstatistiksel olarak Karşılaştırılması	52
4.2.1. Deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği'ne ait ön-Test Puanlarının istatistiksel karşılaştırılması	52
4.2.2. Deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların Bakım Verme Yükü Ölçeği'ne ait ön-test puanlarının istatistiksel karşılaştırılması	53
4.2.3. Deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne ait ön-test puanlarının istatistiksel karşılaştırılması	54
4.3. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Bakım Verme Yükü ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçekleri'nden Aldıkları Son-test Puanları Karşılaştırılması	55
4.4. Kontrol Grubundaki Katılımcıların Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği, Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğine ait Ön-Test ve Son-Test Puanları Puanlarının İstatistiksel Karşılaştırılması	56
4.4.1. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği'nde ön-test ve son-test puanlarının karşılaştırılması	56
4.4.2. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların Bakım Verme Yükü Ölçeği'ne ait ön test-son test puanlarının karşılaştırılması	57

4.4.3. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların Dünya Sağlık Ölçeği'nde ön-test ve son-test puanlarının karşılaştırılması.....	58
4.5. Deney Grubundaki Katılımcıların Depresyon Anksiyete Stres Bakım Verme Yükü ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne Ait Ön-Test ve Son-Test Puanlarının İstatistiksel Karşılaştırılması.....	59
4.5.1. Deney grubuna ait Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği'nde ön-test ve son-test puanlarının karşılaştırılması.....	59
4.5.2. Deney grubuna ait Bakım Verme Yükü Ölçeği ön-test ve son-test puanlarının istatistiksel olarak karşılaştırılması	60
4.5.3. Deney grubuna ait Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nde ön-test ve son-test puanlarının karşılaştırılması	61
4.6. Afazi Aile Destek Programı'na Katılan Afazili Birey Yakınlarının Program Öncesi Afazi Hakkında bilgi durumları nedir?	62
4.7. Afazi Aile Destek Eğitim Programı'na Katılan Afazili Birey Yakınlarının Eğitim Sonrasında Eğitim Değerlendirmeleri.....	62
4.8. Afazi Aile Destek Eğitim Programının Eğitime Katılan Afazili Birey Yakınları açısından Sosyal Geçerliliğine İlişkin Bulgular	63
5. TARTIŞMA.....	66
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	71
6.1. Sonuç	71
6.2. Öneriler	72
KAYNAKÇA.....	74
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 3.1. Katılımcılara ait demografik özellikler.....	28
Tablo 3.2. Deneysel uygulama süreci.....	33
Tablo 4.1. Deney Gruplarındaki Katılımcıların DAS BVY ve DSÖYK Ölçeklerinden Aldıkları Ön-test ve Son-test Puanları.....	47
Tablo 4.2. Kontrol Grubunda yer alan Katılımcıların DAS BVY ve DSÖYK Ölçeklerinden Aldıkları Ön-test ve Son-test Puanları.....	54
Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Gruplarında yer alan katılımcıların DASÖ’e Ait Ön-Test Puanlarının Non parametrik Mann Whitney U sonuçları.....	54
Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Gruplarında yer alan katılımcıların BVY’e Ait Ön-Test Puanlarının Non parametrik Mann Whitney U sonuçları.....	55
Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Gruplarında yer alan katılımcıların DSÖYKÖ’ne Ait Ön-Test Puanlarının Non parametrik Mann Whitney U sonuçları.....	55
Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Grubunun Son-Test Puanlarına göre Non Parametric Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	56
Tablo 4.7. Kontrol grubuna Ait DAS ölçeğinde Ön-test ve Son-test Puanlarının Karşılaştırılması için Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları.....	58
Tablo 4.8. Kontrol grubuna Ait BVY Ölçeği’nde yer alan Ön-test ve Son-test Puanlarının Karşılaştırılması için Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları.....	58
Tablo 4.9. Kontrol grubuna Ait DSÖYK Ölçeği’nde yer alan Ön-test ve Son-test Puanlarının Karşılaştırılması için Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları.....	59

Tablo 4.10. Deney grubuna Ait DAS ölçeğinde Ön-test ve Son-test	
Puanlarının Karşılaştırılması için Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi	
Sonuçları.....	60
Tablo 4.11. Deney grubuna Ait BVY ölçeğinde Ön-test ve Son-test	
Puanlarının Karşılaştırılması için Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi	
Sonuçları.....	61
Tablo 4.12. Deney grubuna Ait DSÖYK ölçeğinde Ön-test ve Son-test	
Puanlarının Karşılaştırılması için Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi	
Sonuçları.....	62
Tablo 4.13. Afazi Aile Destek Programı'nın Sosyal Geçerliliğine İlişkin	
Bulgular.....	64

ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 2.1. Oluş şekline göre inme türleri.....	7
Şekil 2.2. Afazi ile yaşam	10
Şekil 2.3. WHO-ICF sınıflandırması.....	11
Şekil 4.1. Deney grubu DASÖ ön test –son test betimsel analizleri.....	47
Şekil 4.2. Deney Grubu BİYÖ'nin ön test -son test betimsel analizleri.....	47
Şekil 4.3. Deney Grubu DSÖYKÖ'nin ön test-son test betimsel analizleri.....	48
Şekil 4.4. Kontrol grubu DASÖ ön test –son test betimsel analizleri.....	50
Şekil 4.5. Kontrol grubu BİYÖ'nin ön test -son test betimsel analizleri.....	51
Şekil 4.6. Kontrol grubu DSÖYKÖ'nin ön test-son test betimsel analizleri.....	52

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BVYÖ	: Bakım Verme Yüğü Ölçeği
CPT	: Communication Partner Training (İletişimsel Partner Eğitimi)
DASÖ	: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği
DKT	: Dil ve Konuşma Terapisti
DSÖYKÖ	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği
ICAP	: Intensive Comprehension Aphasia Program-Montana Üniversitesi
ICF	: International Classification of Functioning Disability and Health
Med	: Medyan
Min.	: Minimum
Max.	: Maximum
n	: Alt gruplardaki katılımcı sayısı
Ort.	: Ortalama
p	: Anlamlılık değeri
SEPA	: Short Educational Programme for Aphasia
S.O.	: Sıralar Ortalaması
S.S.	: Standart Sapma
S.T.	: Sıralar Toplamı
SPPARC	: Supporting Partners of People with Aphasia in Relationship and Conversation
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
U	: Mann Whitney-U değeri
UMAP	: Aphasia Program Caregiver Education and Support Michigan Üniversitesi
z	: z değeri

1. GİRİŞ

1.1. Sorun

Dünya Sağlık Örgütü tanımlamasına göre inme; vasküler nedenler dışında görünür bir neden olmaksızın, fokal serebral fonksiyon kaybına ait belirti ve bulguların hızla yerleşmesi ile karakterize klinik bir durumdur (Utku, 2007). İnme sonrasında gelişen afazi ise; genellikle beynin sol hemisferindeki kortikal veya subkortikal etkilenmelere bağlı olarak dilin işitsel anlama, ifade etme, okuma yazma vb beceri kayıplarına neden olan bir bozukluktur (Toğram ve Maviş, 2012). Ani gelişen bu durumdan, hem afazili birey hem de afazili bireylerin yakınları etkilenmektedir.

Yapılan birçok çalışmada afazili bireylerin inmenin öncesinde ve sonrasında nasıl değişimler yaşadıkları incelenmiş, afazinin bu bireyler üzerindeki etkisi ele alınmıştır. Genel olarak afazili bireylerin yaşadıkları sorunlara bakıldığında, fiziksel /medikal sorunlar (felç, görme sorunları, yutma ve epilepsi vb.) dil ile ilişkili sorunlar (kişinin ifade etmesinde sorun, konuşma yitimi, okuma ve yazma alanlarında ciddi etkilenme apraksi ve dizartri vb.) psikolojik sorunlar (depresyon, anksiyete stres, öfke kontrolünün yitimi, kendini aciz ve yetersiz hissetme vb.) ve sosyal sorunlar (izolasyon, arkadaş ve sosyal çevrenin azalması, yalnızlık hissi vb.) göze çarpmaktadır (Morris, 2017; Boehme, 2016). Bu sorunların çözümü için neler yapılabileceğini gösteren araştırmalar sonucunda, afazili bireylerin, afazi hakkında bilgi ve eğitim (Hinckley, 1995), yeni hayatlarına daha çabuk uyum sağlamaları için strateji ve ipuçları (Rohde ve Cornwell, 2012), günlük hayat aktivitelerinin artması (Worrall, 2011) ve üretkenliklerine imkân tanınması (Parr, 1997) ile ilgili istekleri olduğu bilinmektedir.

Afazili birey ile yaşayan ailelerin sorunlarına göz atıldığında ise; afazinin aile bireylerinin yaşam kalitesi üzerine negatif etkisi olduğu, aile içerisinde rol karmaşasını, bakım verme sorumluluğunu ve yükünü beraberinde getirdiği bilinmektedir (Visser-Keizer, 2004) . Aynı zamanda, psikososyal sonuçlar doğurduğu da (yalnız kalma, sosyal ilişkilerde azalma, stres depresyon anksiyete oranlarının yükselmesi) belirlenmiştir (Bertier, 2005) . Afazili birey yakınlarının psikolojik ve sosyal olarak yaşadığı, olumsuz tüm duygu ve deneyimler, elbetteki afazili bireyin terapi sürecini de olumsuz etkilemektedir (Maviş ve Doğramacı, 2005). Terapi sürecinin olumsuz etkilenmemesi için, afazili bireylerin yakınlarının taleplerinin neler olduğu hakkında araştırmalar yapılmıştır. Afazili bireylerin yakınlarının; afazi hakkında bilgi ve eğitim (Hersh ve Owen, 2000), aile bireylerinin görev ve sorumluluklarının yeniden tanımlanması, afazili

birey ile ilgili hedefler, psikolojik ve sosyal destek (Hinckley, 1995); boş zaman yaratılması ve iş imkânlarının artması (Le Dorze ve Signori, 2010) ile ilgili yardıma ihtiyaç duydukları bulunmuştur.

Grawburg (2019), yaptığı çalışmada ailesinden destek gören afazili bireylerin, konuşma terapisinden daha etkin yarar gördüğünü göstermiştir. Aynı zamanda, afazi konusunda eğitim ve psikolojik destek alan ailenin de, afazili bireye yaklaşımının olumlu yönde değiştiğini ifade etmiştir (Grawburg, 2013). Bu çalışmalar sonucunda, ailelerin ihtiyaçları da göz önünde bulundurularak, üniversiteler ve afazi merkezlerinde afazi aile destek programları geliştirilmiştir. Bu programların içeriğine bakıldığında; afazili bireylerin yakınlarına afazi hakkında bilgi sağlamak, psikososyal destek sağlamak ve afazili birey ile etkin iletişim kurma yollarını öğretmek amacını taşımaktadırlar (Howe, 2012). Afazili bireylerin yakınlarına afazi hakkında bilgi sağlamak amacıyla yapılan bir çalışmada, 2 gün süren, aile destek semineri düzenlemiş, sonrasında afazili ailelerin bilgi düzeylerinde ve afazili birey ile iletişimlerinde olumlu yönde gelişmeler saptamıştır (Hinckley, 2001). Magnus (2019), psikososyal destek sağlamak amacıyla yaptığı çalışmada ise, aile destek programı sonrasında, programa katılan afazili bireylerin bakım verme yükü ölçek skorlarında anlamlı düzeyde azalmalar saptamışken, yaşam kalitesi puanlarında anlamlı düzeyde olumlu değişiklikler bulmuştur. İnan (2019) yaptığı tek oturumdan oluşan psikoeğitimin sonunda, afazili birey yakınlarının stres düzeylerinde anlamlı düzeyde azalmalar olduğu sonucuna ulaşmıştır. Afazili birey ile etkin iletişimin artması için yapılan bir diğer çalışma ise, afazili bireylerin ve yakınlarının iletişim kalitelerinin arttığını göstermektedir (Melvin, 2016).

2001 yılında Collage London Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapistliği bölümünden Sarah Lock vd. tarafından geliştirilen Afazili Bireyler ile Yakınlarına İlişki ve İletişim Destek Programı (Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships and Conversation -SPPARC) afazili bireylerin yakınlarına uygulanmak amacıyla geliştirilen programlardan biridir. SPPARC programı 2 ana bölümden oluşmaktadır. İlk aşaması olan Aile Destek programı ile afazili bireylerin yakınlarına psikososyal destek sağlamayı, afazi hakkında bilgi vermeyi ve grup oturumları ile kişilerin sosyal yönden desteklenmesini amaçlanmaktadır. 2. aşaması olan İletişimsel Partner Eğitimi ile afazili birey ile yakınının iletişim kalitelerini arttırmayı hedeflenmektedir.

Bu araştırmada, SPPARC programı'nın ilk basamağı olan Aile Destek Programı uygulanacaktır. Programın 2. Basamağı olan İletişim Partner Eğitimi yüzyüze ve ev ziyaretleri formatında olduğu için, küresel bir salgın olan COVID-19 önlemleri gereğince uygulanmamıştır. Aynı gerekçelerle destek programı da çevrimiçi ve bireysel olarak planlanmıştır.

1.2. Amaç

Ülkemizde afazi alanında yapılan birçok çalışma olmasına rağmen, afazili bireylerin aileleriyle ilgili herhangi bir destek programı uygulamasına rastlanmamıştır. Bu araştırmanın amacı; SPPARC Programı'nın ilk aşaması olan Afazi Aile Destek Programı'nın Türkçe'ye kazandırılması ve bu programın afazili bireylerin yakınları üzerine etkisinin değerlendirilmesidir. Bu amaçlar doğrultusunda aşağıda yer alan sorulara yanıtlanacaktır:

1) Deney ve kontrol gruplarındaki afazili bireylerin yakınlarının, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği'nden, Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nden ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden aldıkları ön test ve son test puanları nedir?

2) Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği, Bakım Verme Yüğü Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden aldıkları ön-test puanlarına göre deney ve kontrol gruplarındaki afazili birey yakınlarının arasında anlamlı bir fark var mıdır?

2.1. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği'nden aldıkları ön-test puanlarına göre deney ve kontrol gruplarındaki afazili bireylerin yakınlarının arasında anlamlı bir fark var mıdır?

2.2. Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nden aldıkları ön-test puanlarına göre deney ve kontrol gruplarındaki afazili bireylerin yakınlarının arasında anlamlı bir fark var mıdır?

2.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden aldıkları ön-test puanları göre, deney ve kontrol gruplarındaki afazili bireylerin yakınlarının arasında anlamlı bir fark var mıdır?

3) Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği, Bakım Verme Yüğü Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden aldıkları son-test puanlarına göre deney ve kontrol gruplarındaki afazili birey yakınlarının arasında anlamlı bir fark var mıdır?

3.1. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği'nden aldıkları son-test puanlarına göre deney ve kontrol gruplarındaki afazili birey yakınlarının arasında anlamlı bir fark var mıdır?

3.2. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'nden aldıkları son-test puanları göre deney ve kontrol gruplarındaki afazili birey yakınlarının arasında anlamlı bir fark var mıdır?

3.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğı'nden aldıkları son-test puanlarına göre deney ve kontrol gruplarındaki afazili birey yakınlarının arasında anlamlı bir fark var mıdır?

4) Kontrol grubundaki afazili bireylerin yakınlarının Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğı, Bakım Verme Yüğü Ölçeğı ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğı'nden aldıkları ön-test puanları ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

4.1. Kontrol grubundaki afazili birey yakınlarının Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğı'nden aldıkları ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

4.2. Kontrol grubundaki afazili birey yakınlarının Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'nden aldıkları ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

4.3. Kontrol grubundaki afazili birey yakınlarının Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğı'nden aldıkları ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

5) Deney grubundaki afazili birey yakınlarının Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğı'nden, Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'nden ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğı'nden aldıkları ön-test puanları ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

5.1. Deney grubundaki afazili birey yakınlarının, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğı'nden aldıkları ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

5.2. Deney grubundaki afazili birey yakınlarının, Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'nden aldıkları ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

5.3. Deney grubundaki afazili birey yakınlarının, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğı'nden aldıkları ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

6) Uygulanan programın sosyal geçerlilik durumu nasıldır?

1.3. Önem

Aile eğitim programlarının afazili bireye yapılabilecek en iyi uygulamalardan biri olduğu kabul edilmiştir (Simmons-Mackie, 2017). Ailenin katılım gösterdiği terapilerin

sonuçlarının, çok daha iyi olduğu ve yaşadıkları sorunlar için farkındalığı ve bilgisi fazla olan ailelerin bu süreci daha kolay kabullenip çözüm aradıkları bulunmuştur (Elman,2007; Thompson, 2012). Bu sebeple afazili bireylerin yakınlarına yönelik destek programlarının geliştirilmesi son derece önemlidir.

Ülkemizde afazili bireylerin yakınları ile yapılmış çalışmalar mevcuttur. Maviş (2005) yaptığı çalışmada, birincil bakıcıların felçli ve afazili bireylerin sözel olmayan davranışlarına ilişkin görüşleri ile ilgili betimsel analizler sunmuş ve afazili ailelerin yakınlarının psikososyal olarak etkilendiklerini ve bu olumsuz etkilenmenin afazili bireyin rehabilitasyon sürecini negatif yönde etkilediğini göstermiştir. Diğer bir çalışmada ise Özgötürücü (2021), afazi olan ve olmayan inmeli bireylerin primer bakım verenlerinin bakıcı yükü, yaşam kalitesi ve aktivite performanslarının incelemiş, afazili bireylerin bakımverenlerinin yaşam kalitelerinin azaldığını, bakım verme yüklerinin arttığını göstermiştir. Ancak afazili bireylerin yaşadıkları bu sorunlara ilişkin herhangi bir çözüm sunulamamıştır. Bu araştırmanın alan yazına katkı sağlayacağı ve uygulamalara kaynak oluşturacağı düşünülmektedir.

Bunun yanında, bu araştırma ile dil ve konuşma terapistlerine (DKT) afazili birey yakınlarını terapi sürecine dahil edecek ve içeriği belli olan bir program sunulmaktadır. Aileler üzerinde pozitif etkisi olduğu görülen bu programın DKT'ler tarafından üniversitelere bağlı dil ve konuşma bozuklukları eğitim, araştırma ve uygulama merkezlerinde; dil ve konuşma terapisi hizmeti veren çeşitli kurum ve kuruluşlarda (rehabilitasyon merkezi, özel klinik vb.) uygulanabileceği öngörülmektedir.

1.4. Sınırlılıklar

Mevcut araştırma; Aralık 2020 ile Mart 2021 tarihleri arasında Ankara'da çevrimiçi ve bireysel olarak yapılmıştır. Türkiye'nin birçok şehriden katılımcı olmasına rağmen, çevrimiçi olduğundan dolayı, araştırma katılımcıların sadece internet erişimi bulunan ve akıllı telefon kullanabilen kişiler arasından oluşturulmuş olmasıyla sınırlıdır.

Afazi aile destek eğitim programı grup eğitimi şeklinde dizayn edilmiştir. Ancak araştırma Covid-19 pandemisi nedeniyle yüz yüze ve grup eğitim yapılamamasıyla sınırlıdır.

2. ALANYAZIN

Bu bölümde; inme, inme türleri, afazi, afazinin afazili bireye etkileri, afazinin afazili bireyin yakınlarına etkileri, inme geçiren bireylerin yakınlarına uygulanan eğitim programları, afazili bireyin yakınları için geliştirilen aile programları ve afazi aile destek programı anlatılacaktır.

Dil, düşünme ve düşüncenin kazandırdıklarını çevredeki bireylere aktarmayı sağlayan en önemli özelliğimizdir (Günay, 2004; Erbay, 2010). İnsanların etkileşim içine girmesini, iletişim kurmasını ve etkileşim ile kurulan iletişimin devam etmesini sağlayan en gerekli yöntem dilin kullanılmasıdır. İletişimin her daim insan hayatında olduğu ve olmasının gerekliliği düşünüldüğünde, olası dil kayıplarının getireceği sorunlar da bireyler ve çevreleri için oldukça önemlidir (Dokur, 2013).

Travmalar, tümörler, enfeksiyonlar, dejeneratif nörolojik bozukluklar gibi birçok nedene bağlı dil kayıpları görülmesine rağmen, dil kaybının en önemli nedeni olarak inme gösterilmektedir (Maviş, 2004).

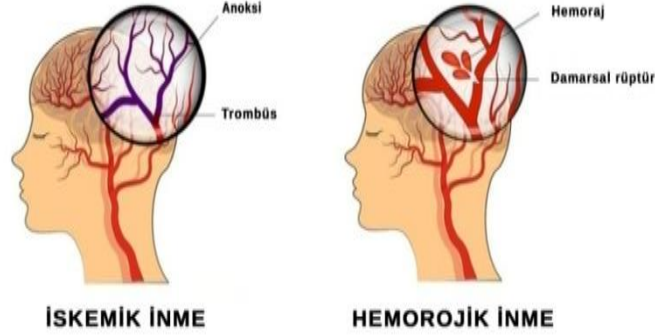
2.1. İnme

İnme vasküler nedenler dışında, bir nedene bağlı olmadan gelişen, belli bir alanda yarattığı serebral fonksiyon kaybı ile ortaya çıkan klinik durumdur (Özel, 2021). Benzer bir tanımla; beyin belirli alanlarındaki kayba ait belirti ve bulguların kısa sürede ortaya çıkması ile karakterize klinik bir sendromdur (Bakas, 2006).

Bu sendrom; iskemik ve hemorajik olarak iki şekilde oluşmaktadır (Şekil 2.1). İskemik inme, oksijensiz kalmaya bağlı olarak beyin hücrelerinin ölmesi; hemorajik inme ise kan damarlarının yırtılmasına bağlı olarak beyin içinde biriken kan sonucu hücrelerin işlevini yitirmesidir (Atalık, 2019). İskemik inme tüm inmelerin içinde %87’lik bir oranda görülürken hemorajik inmeyle %13 oranında karşılaşılmaktadır (Altunışık, 2021).

İnme sonucu, beynin etkilendiği bölgeye bağlı olarak bazı vakalarda minimal sekeller görülürken, bazı vakalarda ise paraliziler, hemiplejiler ve ölümler görülmektedir (Aksakallı, 2009). Tüm dünya verilerine bakıldığında; beyin damar hastalıkları ve inme, dünyada üçüncü sıklıkta ölüme neden olan hastalık grubudur (Mackay ve Mensah, 2004). Dünyada her yıl 17 milyon kişi inme geçirmekte ve 6 milyon kişi bu nedenle kaybedilmektedir (Turan, 2020). Amerika Birleşik Devletleri’nden bildirilen istatistiklerde de kardiyovasküler hastalıklar içinde inme, kalp hastalıklarından sonra ölüme neden olan ikinci hastalık olarak bildirilmektedir (Şirzai,

2015). Hatta inme tüm toplumlarda engellilik ve mortalitenin en önemli nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Ünal ve Özel, 2021).



Şekil 2.1. Oluş şekline göre inme türleri (Gonzales 2017)

İnme sonrasında ise; 1/3 oranında kısmi iyileşme, 1/3 oranında vakanın kaybı, 1/3 oranında ise, gelişen komplikasyonlarla yaşamı idame ettirme görülmektedir (Üzen, 2010). İnme sonrasında gelişen komplikasyonlar, nörolojik fizyolojik veya dile bağlı kayıplar, inmenin türüne, etkilenen alana ve etkilenen lezyon yerinin büyüklüğüne bağlıdır (Kumral vd., 2002; Memiş ve Tülek 2004).

Tıp alanının hızla gelişmesi ile birlikte; risk faktörlerinin belirlenmesi, hızlı ve doğru bir yaklaşım ile inmenin önlenmesi ve kontrol altına alınması mümkün olmaktadır (Yetişgin, 2017). İnme sonrası tedavi ve rehabilitasyon olanaklarının gelişimi ile akut iskemik inme tedavisinde etkili ve güvenilir tedaviler yaygın olarak kullanılmaya başlanmış, bu durum ölüm ve sakatlık oranında azalmayı beraberinde getirmiştir (Duffy, 2019). İnmeye bağlı ölüm oranlarının düşmesine rağmen, inme sonrası yaşamını idame ettiren hastaların büyük bir kısmında, fiziksel ve sosyal yetersizlik görülmektedir (Worrall, 2011). Bu yetersizlikler; sadece kişiyi değil, aile yaşamını ve içinde bulunduğu toplumu da ciddi biçimde etkileyen değişimlere sebep olmaktadır (Denby ve Harvey, 2003). Bu değişimler; kişinin aile rollerinde değişim, ekonomik ve statüsel kayıp vb bireysel olabileceği gibi işgücü kaybı gibi toplumsal da olabilmektedir.

İnme sonrasında yaşamını komplikasyonlarla idame ettiren vakaların profiline bakıldığında ise; 1/3 oranında afazi görülmektedir (Toğram, 2013). Gelişen afazi sonrasında akut dönemde iyileşmeler görülmekle birlikte, yaklaşık %38 ile %45'inde,

inmeden 6 ay geçmesine rağmen, afazinin ortadan kalkmadığı gözlenmektedir (Fjærtøft, 2004).

2.2. Afazi

Afazi, inme sonrasında beynin konuşma ve işitsel anlamadan sorumlu bölgelerindeki işlev kaybına bağlı olarak görülen, kalıcı bir seyir izleyen, nörolojik bir dil bozukluğudur (Toğram ve Maviş, 2012). Diğer bir deyişle, dilin algılama ve üretiminden sorumlu olan beynin sol hemisferinde meydana gelen hasarlar sonrası gelişen ve bireyin alıcı/ ifade dil becerilerinin yanı sıra okuma ve yazma gibi akademik becerilerini de etkileyen bir dil sorunudur (Ardila, 2014).

Afazi, dilin birçok alanını etkiler ve ortaya çıkan dil yetersizliklerinin demans, motor işlevsizlik, ya da bir duyuusal kayıp ile ilgisi yoktur. Afazi, santral sinir sisteminde kazanılmış hasar; inme sonucunda olabileceği gibi, kafa travması, intrakraniyel tümörler, bakteriyel enfeksiyonlar, viral enfeksiyonlar, beyin apseleri veya serebral zehirlenmeler sonucu ortaya çıkabilir (Maviş, 2004). Amerikan Ulusal Afazi Birliği'nin verilerine göre (2020); inme geçiren hastaların yaklaşık % 25'i-40 'ın da afazinin inme den sonraki 6 aylık dönemde de devam ettiği gözlenmektedir (Ali, 2014).

Afazi belirtilerinin genellikle kalıcı ve uzun süreli olabildiği, dil işlevlerindeki bozukluğun tipi ve ciddiyetinin ise beyinde hasar gören bölgenin büyüklüğüne ve yerine bağlı olarak değiştiği belirtilmektedir (Maviş ve Doğramacı, 2005). Amerika Birleşik Devletleri Nörolojik Hastalıklar ve İnme Enstitüsü (2020) verilerine göre afazi, parkinson, serebral palsi ve musküler distrofi gibi birçok hastalıktan daha sık görülmektedir. Yaklaşık 1 milyon kişinin afazi ile mücadele ettiği bilinmektedir. Yılda yaklaşık 100.000 kişinin bu sayıya eklendiği düşünüldüğünde, her geçen gün afazinin ve müdahalesinin önemi artmaktadır. (Code ve Petheram, 2011).

Kişinin yaşadığı bu ani değişiklik hem kendisi için hem de ailesi için kabul edilmesi zor ve uzun bir yoldur. Bu değişikliğin getirdiği iletişim sorununa bağlı olarak gelişen bu durum sadece iletişim sorunu olmaktan çıkarak, psikolojik ve sosyal bir sorun haline dönüşür. Afazili bireyin ve ailenin yaşadığı bu değişiklikler afazinin ciddiyeti, üzerinden geçen süre, etkilenmenin boyutu cinsiyet ve eğitim gibi bazı faktörlere de bağlıdır (Le Dorze vd. 2010). İletişimsel zorluklar, aktivitelerde azalma, rol değişiklikleri, sosyal izolasyon ve bağımlılık afazili bireylerde depresyon belirtilerini geliştirir. (Ardila, 2006; Berthier, 2005; Jordan ve Kaiser, 1996; Patrício, 2014; Währborg, 1991; Shehata, 2015). Elbetteki bu değişimler sadece afazili vaka ile

kalmayıp afazili bireylerin yakınlarını da etkilemektedir. (Währborg, 1991; Zemva, 1999). Bu nedenle afazili bireylere ve afazili birey yakınlarına terapi sürecinde sadece dilsel destek sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda psikososyal destek ve hayata katılım da sağlanmalıdır. Son dönemde yapılan birçok afazi terapi programına aileler de dahil edilmiş olup onlarında psikososyal durumlarını düzeltme amacı güdülüp iletişim stratejileriyle iletişimsel sorunların çözümüne destek olmaları beklenmektedir

2.3. Afazinin Etkileri

Afazi; kişiyi, ailesini ve içinde bulunduğu toplumu etkileyen bir iletişim sorunudur (Maviş ve Özbabalık, 2006). Bu etkiler; afazili birey ve afazili bireyin yakınlarına yaşattığı sorunlar olarak 2 başlık altında ele alınacaktır.

2.3.1. Afazinin, afazili bireyler üzerine etkisi

Afazi, iletişimin tüm alanlarını etkileyen, kişilerin yaşamlarında birçok boyutta değişimlere neden olan büyük bir olay olarak kabul edilmektedir (Steele, 2003). Bir iletişim engeli olarak afazi, bireyin kişiliğini, sosyal yaşantısını engellemekle kalmayıp, ailesi ve diğerleriyle olan iletişimini, dolayısıyla, yaşam kalitesini de etkilemektedir (Maviş, 2005). Afazi, sadece dil bozukluğu olmayıp aynı zamanda kişinin iletişimini etkileyen dil sorununa bağlı olarak gelişen depresyon, aile ve sosyal rollerde değişiklik ile sonuçlanan bir durumdur (Gainotti, 1997; Hinckley ve Packard, 2001). Bu durum, afazili kişinin sosyal katılımını, rol ve ilişkilerini, toplumla bütünleşmesini, kendine ilişkin hislerini ve duygusal durumunu, kendine güvenini, bakıcıları ile ilişkilerini ve genelinde yaşam kalitesini etkilemektedir (Maviş, 2005). Bu sebeple afazi, sadece bir sendrom olarak değil, kişinin tüm hayatını etkileyen bir durum olarak ele alınmalıdır (Şekil 2.2).

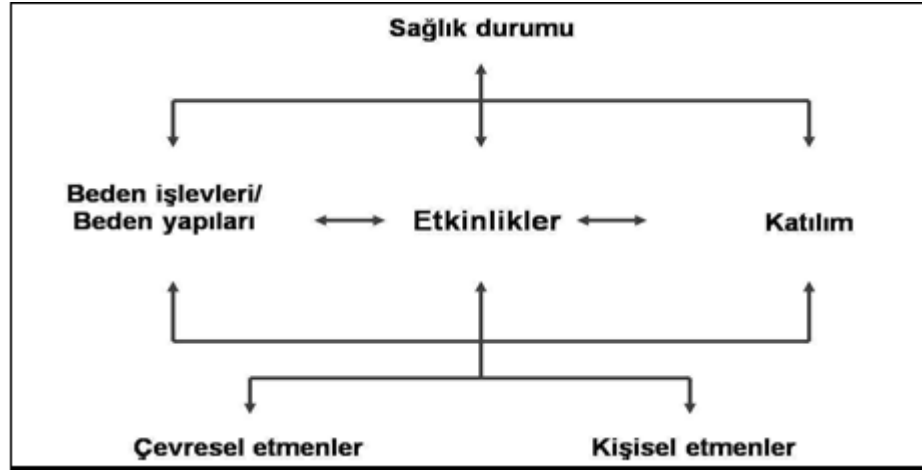


Şekil 2.2. Afazi ile yaşam (Living with Aphasia -Kagan, 2001)

Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı İşlevsellik Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması – International Classification of Functioning, Disability and Health-ICF), (2001) afazi ve afazi rehabilitasyonuna bu açıdan bakmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2001 yılında sağlık çalışanları ve araştırmacıların ortak dil kullanması ve sağlıkla ilgili konularda standart oluşturulması amacıyla yayınladığı bu sınıflamada, sağlık durumunu etkileyen faktörler vücut yapısı (anatomik) / vücut işlevleri (fizyolojik fonksiyonlar), aktivite ve katılım olarak 3 ana gruba ayrılmaktadır. Aynı zamanda çevresel ve kişisel etmen alanları da kişinin sağlık durumunu yakından ilgilendiren diğer faktörler olarak kabul edilmektedir (Şekil 2.3.). Kişilerin sağlık durumunu geniş bir çerçeve ve farklı açılardan ele alarak, bio-psikososyal bir yaklaşımı esas almaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı İşlevsellik Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması'na göre;



Şekil 2.3. WHO-ICF sınıflandırması (WHO, 2001)

Vücut yapıları/Vücut yapıları: Kişilerin vücut yapılarında görülen yapısal sorunlar bu bölümde yer almaktadır. Bu yapısal sorunlar doğuştan olabileceği gibi sonradan da olabilmektedir. Vücut işlevleri ise, beden yapılarının fizyolojisini kapsamaktadır. Bu alanla ilgili herhangi bir sorun yaşandığında ICF'e göre bu bozukluk olarak kabul edilir. Örneğin afazi bireyin geçirdiği inme sonrasında yaşadığı hemipleji bu bölümde yer almaktadır (Üstün, 2003).

Aktivite /Etkinlikler: Bu alt alanda ise; kişinin yapmak istediği ancak yapamadığı görev ve sorumlulukları vardır. Örneğin afazili bireyin, konuşma kaybına bağlı olarak yaşadığı, telefonla görüşme vb aktiviteleri bu alan kapsamındadır. Bu alanda herhangi bir sorun yaşamak kısıtlılık olarak ele alınmaktadır. Afazi, şiddetinden bağımsız olarak iş, iletişim ve boş vakit aktivitelerine katılma gibi karmaşık aktiviteleri etkileyerek sosyal katılımları da olumsuz şekilde etkilemektedir (Gillespie, 2010). Parr vd. (1997), afazili bir bireyin yaşamını konu alan araştırmalarında, afazi sonrasında; afazili bireylerin; okuma, yazma, konuşma ve işitsel anlamalarının etkilendiğini; bu sebeple telefonla ile konuşma, gazete okuma, televizyon izleme gibi günlük aktivitelerde sorun yaşadıklarını bulmuşlardır (Erden, 2009). Günlük aktiviteler ile ilgili bu sorunlar onlar için, sosyal izolasyonu, yalnız kalma isteğini ve yakın ilişkilerine mesafe koyma gibi sonuçları beraberinde getirir (Murphy, 2006). Bu sonuçlarla beraber kişi daha fazla içe dönüş yaşayıp, psikolojik olarak daha da yalnız kalmaktadır. Amerikan Ulusal Afazi Derneği tarafından yapılan çalışmada afazili bireylerin %90'ı sosyal olarak kendilerini yalnız hissederken, yaklaşık %70'i ise, insanların kendileriyle iletişim kurmak

istemediklerini ve bunun sebebinin iletişim sorunu yaşamaları olduğunu ifade etmişlerdir (Michallet, 2003).

Katılım alt başlığına geldiğimizde ise; kişinin sosyal ve toplumsal olarak katılımının azalması ve/veya tamamen ortadan kalkması ile ilgili bir durumdur. Katılım kısıtlılıkları ise; kişinin yaşamı içerisinde karşılaştığı zorluklardır. Afazili ve afazili olmayan katılımcılarla yapılan ve sosyal iletişimi inceleyen bir çalışmada, inme sonrası afazili 15 katılımcı, sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmış ve afazili bireylerin sosyal ağlarının daha dar olduğu, daha az arkadaşla iletişim kurduğu ve sosyal ortamlara daha az girdiği saptanmıştır (Siyambalapitiya vd. 2015). Hula (2010) 18 afazili birey ile 18 afazili olmayan birey ile Psikososyal İyiye İndeksi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni kullanarak yaptığı araştırmada da afazili bireylerin yaşam kalitesi skorlarının, kontrol grubunda yer alan afazili olmayan bireylere göre anlamlı derecede düşük bulmuştur. Diğer bir çalışmada da, afazinin kanser ve alzheimerden sonra yaşam kalitesini etkileyen 3. sağlık sorunu olduğunu bildirmişlerdir (Oğuz, 2019). Hem sosyal hem de psikolojik olarak afazili bireyin yaşadığı bu zorluklar, elbetteki yaşam kalitesini ciddi ölçüde etkilemektedir (Law, 2010)

Çevresel etmenler ise; bireylerin yaşadığı ve yaşamlarını kurduğu fiziksel, sosyal ve düşünsel çevreyi oluşturur. Elbetteki bireyler için, aileleri ve arkadaş çevreleri ile olan etkileşimleri ve onlardan gördükleri desteğin boyutu da önemlidir (Canlı ve Toğram, 2017). Afazili kişiler, inme sonrasında çevresindeki kişilerle ilişkilerinde olumsuz yönde değişimler olduğunu ve var olan arkadaşlarıyla daha az iletişime girdiklerini ve yeni arkadaşlıklar kurmanın onlar için daha fazla çaba gerektirdiğini, bildirmişlerdir (Hilari ve Northcott 2010). Hilari ve Northcott'un (2010) çalışmasında afazili bireylerin %30'u afazi ile yaşamaya başladıktan sonra yeni arkadaş edinemediklerini belirtmiştir. Afazili kişilerin akrabalık ilişkilerinde de benzer sorunlar görülmektedir. Bakım verenler dışında kalan akrabalar ile afazili bireylerin ilişkilerinde de azalma görülmektedir (Doli, 2017). Bu azalma hem akrabaların, afazili birey ile nasıl iletişim kuracağına dair yeterli bilgileri olmadığından kaynaklanabileceği gibi afazili bireyin izolasyon isteği ve kendini uzak tutma gibi faktörlerden de kaynaklanmaktadır (Pound, 2007).

Kişisel etmenler: Kişinin içinde bulunduğu kültür, yaşı ve cinsiyeti gibi kendine ait özellikleri içerir. Bu alanda yer alan özellikler, bireylerin değiştiremeyeceği özellikler arasında yer alır.

Kronik olan ve birçok anlamda kişinin hayatını olumsuz yönde etkileyen afazinin çözümü ve afazili hastaların iletişimlerinin devamını sağlamak ve kolaylaştırmak için birçok tedavi yöntemi geliştirilmiştir. Geliştirilen afazi tedavisini ele aldığımızda ise; yapılan tedavi, sorunu ortadan kaldırmak amacıyla değil, ortaya çıkan negatif durumları azaltmaya yöneliktir (Ardila, 2014). Fiziksel semptomların giderilmesi için medikal tedavi uygulanırken, dilsel, psikolojik ve sosyal sorunların ortadan kaldırılması için ise, afazi terapisi gereklidir.

Afazi terapisi ile ilgili ilk çalışmalar I. Dünya Savaşından sonra Almanya'da başlamıştır. II. Dünya Savaşından sonra da sistematik olarak afazi terapileri kullanılmaya başlanmıştır (Basso, 2011). Tarih içerisinde farklılıklar gösteren afazi terapi yöntemlerinin değişmeyen hedefleri olmuştur. Bu hedefler (Ardila, 2014) şu şekilde sıralanabilir:

1. *Afazili bireyi sözel olarak aktif tutmak.* Aslında afazili bireyin aileleri ya da yakınları afazinin sadece dil sorunu değil, aynı zamanda biliş sorunu olduğunu düşünürler. Bu sebeple yüksek sesle konuşma, işaret dili kullanma, mimik jest ya da pandomimle sorunları çözmeye çalışırlar. Afazinin beyin hasarı sonucu oluşan dil bozukluğu olduğunu aileye anlatarak, kişinin uygun sözel girdi alması sağlanabilir. Afazili bireyin aldığı dil girdisi elbette ki terapinin seyrine olumlu katkı sağlamaktadır.

2. *Dilin tekrar edinimini sağlamak.* Dil terapilerinin temelinde olan dilin tekrar ediniminde dil ve konuşma terapisti, basitten zora doğru, kişinin eksikliklerini göz önünde bulundurarak terapi programı hazırlar ve uygular.

3. *Dili geliştirmek için stratejiler sağlamak.* Aslında hedefimiz, bazı stratejiler kullanarak fonksiyonel sistemin yeniden yapılandırılması üzerinedir. Kişiye ya da afazinin türüne göre şekillendirilip uygun hedefler konmalıdır. Örneğin Melodik İntonasyon Terapisi, Broca Afazisinde etkili bulunmuşken Wernicke Afazisinde aynı etkililiği göstermemektedir.

4. *Aileye iletişimi güçlendirecek stratejiler öğretmek.* Dil farklı sosyal ortamlarda kullanılan iletişimin temelidir ve bu iletişim en çok aile içinde olmaktadır. Afazili bireyin aile ortamından kopmaması ve iletişimini devam ettirebilmesi için aile eğitimleri ile iletişimi maksimumda tutma öğretilmelidir.

5. *Psikososyal destek sağlamak.* Aniden gelişen bu duruma karşı ne yapacağını şaşırarak afazili bireyde yalnızlık, sosyal izolasyon, depresyon vb birçok durum gözlenir. Bunlarda elbette terapinin seyrini değiştirmektedir. Gerçeğe uygun hedeflerle durum

hakkında bilgilendirmeler ile yapılan destek ve cesaretlendirme afazili birey için en önemli destektir.

Afazi, inme sonrasında beynin dilden sorumlu alanındaki etkilenmeye bağlı olarak görülen bir dil sorunudur (Tokaç, 2018). Dil kaybının getirdiği kendini ifade etme zorluğu ve iletişim bozukluğu ile kişi yaşamını devam ettirmek zorunda kalır. Değişiklikler dilsel ve iletişimsel olmanın yanı sıra yaşam kalitesini psikososyal durum ve toplumsal yaşamı da etkilemektedir (Oğuz, 2016). Diğer bir deyişle inme ve beraberinde gelen afazi bireylerin günlük yaşam aktivitelerine sosyal aktivite katılımlarına çalışma becerilerine ve duygusal durumlarına etki gösterdiği için kişilerin bio-psikososyal bütünlüğü de etkilenir (Patricio, 2013).

Afazi terapisinde ortaya koyduğumuz hedefleri de göz önünde bulundurarak; dilin tekrar ediniminin sağlanması sorun odaklı bir yaklaşım kabul edilirken, bunun dışında kalan diğer tüm hedefler, ICF sınıflandırmasına uygun olarak aktivite ve katılım ile ilgili, kişinin sosyal yönüne ve aile içindeki durumunu değiştirme ve geliştirme ile ilgili hedeflerdir. Afazili bireyin aile içindeki durumunu değiştirme ve geliştirmek için afazinin aile üzerindeki etkilerini de göz ardı etmeden afazili bireylerin yakınlarını da desteklemek gereklidir (Armağan, 2011).

2.3.2. Afazinin afazili bireylerin yakınlarına etkileri

Afazi, sadece iletişim alanında yaşanan bir sorun olmadığı gibi, bu sorunu sadece afazili birey değil; aynı zamanda onunla aynı ortamda bulunan, yeri geldiğinde diğer insanlarla iletişim kurmasını sağlayan birincil bakıcılarda yaşamaktadır (Armağan, 2011).

Croteau (2001) yaptığı çalışmada, aile üyelerinin hastaya ve hastanın durumuna uyum göstermeye ilişkin, ilk kararının bakıcı rolünü üstlenmek olduğunu bildirmiştir. İçinde bulunduğu durum itibariyle veya evde yardımsız olarak yalnız kalamayan hastanın sorumluluklarını alan ailesi, yakını veya arkadaşlarıdır (Grant, 2013). Bu şekilde birincil bakıcılar, afazili bireyin çoğu zaman eşi ya da çocuklarıdır. Bu şekilde bahsi geçen birincil bakıcılar afazili bireyin fiziksel, sosyal ve maddi sorumluluğundan sorumludurlar (Gillespie, 2010). Bu sorumluluğun ortaya çıkardığı etkiler aşağıda verilmiştir:

Yaşam kalitesi; bireyin kendi iyiliğini algılaması olarak ifade edilmektedir. Afazili bireylerin yakınları ile yapılan çalışmalar afazinin, afazili bireylerin birincil

bakıcılarının yaşam kalitelerinde düşmeye neden olan bir durum olduğunu göstermektedir (Tellier vd., 2011; Worrall, 2016). Felcin getirdiği yükten dolayı kendilerine zaman ayıramadıkları, etkinliklerinin kısıtlandığı, aile içi rol değişimleri yaşadıkları, sorumluluklarının arttığı görülmüştür. Genel olarak birincil bakıcıların afazili bireyin durumundan olumsuz şekilde etkilendiği anlaşılmaktadır (Maviş ve Doğramacı, 2005). Zraick ve Boone (1991) yaptıkları çalışmada 30 afazili bireyin yakını ile yaş, eğitim düzeyi vb özellikler açısından benzeyen bireylerle olan iletişim becerilerine baktıklarında, afazili bireylerin yakınlarının daha endişeli, gergin ve negatif duygularla iletişim kurduğunu saptamıştır. Bu iletişim şeklinin uzun vadede tükenmişlik, rol karmaşası, bakım verme yükünün artması ve yaşam kalitesinde düşüklüklere neden olarak gösterilmiştir. Tüm bakım veren kişiler için düşünüldüğünde özellikle sorun yaratan durum uzun süreli ise; bakıcı için yaşam kalitesi önemlidir; çünkü bakıcının mutluluğu ve memnuniyeti olmazsa, bakım verdikleri kişinin de yaşam kalitesi düşmektedir (Tellier, Rochette ve Lefebvre, 2011; Worrall, 2011).

Aile dinamikleri ele alındığında; en önemli etkilerden biri rol karmaşasıdır. Aniden ortaya çıkan bu durum karşısında aile üyelerinde korku endişe ve ne yapacağını bilememe hali göze çarpmaktadır. Özellikle eşler; bakıcı rolünü üstlenmekle beraber afazi geçiren bireyin aile içindeki rolünü de üstlenmek zorunda kalırlar. Sadece eşler değil aynı zamanda afazili bireylerin çocukları da bakım veren durumuyla baş başa kalırlar. Bakım veren kişi olma durumu ile beraber ailenin maddi ve manevi sorumluluğunu üstlenmek zorunda kalmak, ailenin çocuğu için daha önce yaşamadığı bir durumdur. Bu tanıdık olunmayan durum, elbette kişilerde anksiyete, stres ve uzun vadede depresyona neden olabilmektedir. (Worrall, 2010). Malone (1970) afazili bireylerin çocukları ile ilgili yaptığı çalışmada ise maddi sorunların yanında rol değişikliklerinin, suçluluk duygusunun ve maddi kayıpların öne çıktığını vurgulamıştır.

Afazili bireylerin, kendilerini yeterince ifade edememeleri, gerekli rol değişimlerinin gerçekleşmesini de zorlaştırmaktadır. Bu değişimlerin, çoğunlukla, iletişim sorunlarına ek olarak bakıcının (genellikle kadın eşler) hastaya bakım vermesi, ailenin diğer üyelerini desteklemesi, maddi konularda aktif rol almaya başlaması, sorumlulukla beraber evde yeni otorite figürü olması ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Hilari, 2010). Afazili bireyler, kendilerini yeterince iyi ifade edememe ve başka birinden yardım almak ile ilgili duygusal tepkiler verirken; afazili bireylerin yakınların da afazili bireyleri yeterince koruma, kollama ve ihtiyaçlarını tam olarak

karşılayamamak ile ilgili endişeleri olduğu bulunmuştur (Michallet, 2017). Afazinin beraberinde aile içinde rol karmaşası yaşattığı ve bu yaşanan rol karmaşalarının ilişkili sorunlara neden olduğunu bulmuştur (Fertelli, 2019). Yaşanan iletişim sorunları hem kadın hem de erkek bakımverenler için ortaktır (Doğramacı, 2004). Afazili bireylerin yakınlarının hem sosyal hayatlarında hem de aile hayatlarında birçok düzenleme yapmaları gerekmektedir. Özellikle arkadaş çevresinin ve içerisinde bulundukları arkadaş ortamlarında geçirilen zamanın azaldığı bilinmektedir (Wells 1999). Afazili bireyler ve aileleri ile yapılan görüşmelerde, afazinin sosyal etkilerinin birincil bakıcılar için temel sorun olduğu belirtilmiştir. Bunlar kişilerarası ilişkilerdeki değişiklikler, etkinliklere katılımdaki sınırlılıklar ve güç kaybı olarak tanımlanmıştır (Dalemans, 2008). Afazi sonrasında, afazili bireylerin ailelerinin %81'i; sosyal etkinliklerde bulunmada ve boş zamanlarının değerlendirilmesinde olumsuz yönde etkilendikleri ifade etmişlerdir (Christensen ve Anderson, 1989; Cruice ve Worrall, 2003; Zemva, 1999). Ayrıca eşlerin afazili yakınlarına karşı son derece dikkatli ve korumacı davrandıkları ve stresli ortamdan uzak tutmak için çaba gösterdikleri sonuçlarına ulaşılmıştır (Cruice ve Worrall, 2006). Afazili bireylerin birincil bakıcıları tarafından seyrek olarak bildirilen diğer sorunlar; suçluluk duygusu, kendine zaman ayıramama, davranışsal rahatsızlıklarla baş etme güçlükleri, sağlık problemleri, arkadaşlarının ziyarete daha az gelmesi, etkinliklerin kısıtlanması, mali sorunlar ve arkadaşlığın azalması olarak belirtilmiştir (Servaes vd., 1999).

Lock (2001) yaptıkları çalışma da inme sonrası gelişen afazinin, bireyde ve aile de ilk günlerde şok, korku ve şaşkınlık yarattığını, sorun devam ettikçe ise; kişinin kendi hayatında ve sosyal ilişkilerinde köklü değişiklikler yaratan bir durum olduğunu göstermişlerdir. (Lock vd 2001). Parr vd. (1997) ve Draper vd. (2007) tarafından yapılan tüm çalışmalardan yola çıkarak Lock vd (2001) afazili bireylerin ailelerinin; ilişkilerinde ve aile içi rollerinde değişiklik, finansal açıdan zorlanma, iş imkanlarında azalma sosyal hayat ve boş zaman aktivitelerinde kısıtlılık gibi birçok alanda zorluk yaşadığını bulmuşlardır. Psikososyal yönüyle afaziye bakıldığında afazili kişinin davranışlarına uyum sağlamakta zorlanma, yeni duruma uyum sağlama, yalnızlık ve izolasyon yarımsızlık, utanç suçluluk anksiyete ve depresyon sağlık problemleri ve evlilikle ilgili sorunlar yaşadıklarını göstermişlerdir (Cruice and Worrall, 2011).

Afazili bireylerin yakınları ile yapılan birçok araştırmada afazili bireylerin yakınlarının afazili olmayan inme geçirmiş vakaların yakını diğer eşlere göre; daha

stresli daha yalnız ve daha fazla depresyon belirtileri gösteren grup olduğu bulunmuştur (Gainotti, 1997). Ferrara yaptığı çalışmada afazi geliştikten sonra ilgili birimlere ulaşamadıklarını, afazili bireylerin odak noktası olduğu için kendilerinin izole ve yalnız hale getirildiklerini ifade etmişlerdir (Ferrara, 2017). Özellikle hiç kimsenin onların durumları ile ilgili soru sormadığı ihtiyaçlarının giderilmesi için yardımcı olmadığını ifade etmişlerdir (Hernandez, 2016). Afazili bireyler ve yakınlarının iletişim becerileri üzerine yapılmış birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmaların ortak noktası, afazili birey ile iletişim kuramayan bakıcılarda anksiyete, öfke çaresizlik daha fazla görüldüğüdür. Aynı zamanda afazili bireylerin yakınlarının, afazili bireylerin yerine konuştukları, iletişim kurmaya çalıştığında kendilerini aracı olarak kullandıkları görülmektedir. (Fucetola ve Connor, 2015; Burns, 2017; Brown, 2011). Aniden gelen inme ve sonrasında gelişen afazi sonrasında afazili bireyin ihtiyacı olan medikal tedavi ve rehabilitasyon süreci elbette ki birincil bakıcılar için stres kaynağı olmaktadır (Cruice, 2006). Medikal tedavi sona erdikten sonra hastane sürecinin sona ermesiyle birlikte afazili bireyin hayatı evinde devam etmektedir. Evde desteksiz devam eden bu süreç, afazili bireylerde ve yakınlarında çaresizlik ve tükenmişlik duygularını da ön plana çıkarmaktadır. Berg (2005), inme ve afazi sürecinden sonraki 3. ve 5. yıllardaki stres düzeylerini karşılaştırdığında 5 yıldır afazi olan vakaların ailelerinin stres düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulmuştur. Yine yapılan benzer bir çalışma; afazili bireylerin yakınlarının %12-42' sinde depresyon belirtileri gösterdiğini ortaya koymuştur (Blonder, 2007). Afazili hastaların bakıcıları tarafından sıklıkta yaşadıkları sorunlar olarak; suçluluk duygusu, sağlık problemleri, sosyal çevrede kısıtlılık, ilginin azalması olduğu ifade edilmiştir (Servaes, 1999). Ayrıca birincil bakıcılarda, kendi sağlıklarını ikinci plana itme, ortaya çıkabilecek sorunların çözümünde negatif düşünme ve depresyon gibi sorunların olduğu gözlenmiştir (Grant, 2004).

Yapılan çalışmalar göstermiştir ki; ailenin rehabilitasyon sürecinin bir parçası olarak kabul edildiği terapi modelleri çok daha etkilidir. Afazi hakkında ailenin bilgi eksikliği olması süreci daha da zorlaştırmaktadır. Aile üyelerinin bilgi düzeylerinin artırılması afazili bireylerin iletişim becerilerinde pozitif etkiler göstermektedir (Purdy ve Hindenlang, 2005). Hem afazili bireyin hem de ailenin inme, afazi ve iletişim becerileri hakkında bilgi sahibi olması, bakım veren kişinin de stres düzeyinde azalmaya sebep olmaktadır (Linebaugh ve Young-Charles, 1978; Simmons-Mackie, 2001). Afazili bireylerin birincil bakıcı, arkadaşları ve sosyal çevresi afazili bireylerle

nasıl iletişim kurulacağı hakkında bilgi eksikliği yaşamaktadır. Simmons-Mackie (2001) yaptığı çalışmada sadece afazi hakkında bilgi sahibi olmanın yeterli olmadığını, aynı zamanda afazili bireyler ile iletişim kurma yolları hakkında bilgi sahibi olmanın gerekliliğini de savunmaktadır. İletişim yolları hakkında bilgi sahibi olmak, hem afazili birey ile olan iletişimi arttırmakta, hem de kişilerin yaşadığı olumsuz duyguları hafifletmektedir. Yapılan bir başka çalışmada (Lyon, 1997), afazili birey yakınlarının; afazi hakkında bilgilerinin artmasının, afazi sonrasında yaşadıkları stresi azalttığı, ancak tamamen ortadan kaldırmadığı ifade edilmiştir. Ayrıca, çevrelerinde daha önceden afazili bir birey olan ailelerin, stres düzeyleri daha düşük bulunmuştur.

Bu noktadan yola çıkarak ailenin de içine alındığı birçok terapi modeli geliştirilmiştir.

Kelly Hayes (1988) yaptığı bir çalışmada aile ortamının yarattığı pozitif etkinin, en az medikal tedavi kadar etkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmadan sonra aile merkezli terapilerin önemi daha net anlaşılmış, yapılan aile odaklı terapilerde aslında 3 ana konu temel olarak belirlenmiştir. Bu konular:

Afazi hakkında bilgi ve eğitim verme:

Yapılan çalışmalarda afazinin tanımı, türleri, sebepleri ve sonuçlarının ne olduğu hakkında bilgi ediniminin afazili bireylerin ve yakınlarının stresini azalttığı (Patricio, 2014) bulunmuştur. Worrall, 2010'da yaptığı çalışmada yapılan eğitimin ardından afazili birey ve yakınlarının yaşam kalitelerinde artış olduğunu bulmuştur. White (2014), Le Dorze (2010) yaptıkları çalışmalarda afazi hakkında bilgi edinilmesinin afaziye ve afazili bireyi anlamaya katkı sağladığını bulmuşlardır. Manders (2011) yapmış olduğu çalışmada ise, bilgi eksikliğinin hem afazili birey hem de kendisi için negatif psikososyal sonuçlar doğurabileceğini göstermiştir.

İletişim becerilerini geliştirme:

Afazili birey ile olan iletişimi artırma, iletişimi engelleyici davranışları sonlandırma vb hedeflerle özellikle video kayıtları üzerinden aile ile afazili bireyin iletişim kalitesinin artırılması hedeflenmektedir. İletişim Partnerinin Eğitimi (Communication Partner Training- CPT) ile iletişimsel aile sorunlarında azalma görülürken afazili birey ile kurulan iletişimde artma olduğu görülmektedir (Wilkonsin, 2010).

Aileye psikososyal destek sağlama:

Afazi sonrasında görülen, negatif duyguları ortadan kaldırmak, grup ya da bireysel psikososyal destek sağlama amacındadır. Johannsen-Horbach H. (1999) çalışmasında, aileye sağlanan psikolojik desteğinin kişilerin yaşam değişikliklerine uyumunu kolaylaştırdığını bulmuştur.

2.4. Aile Destek Programları

Aile ortamının yarattığı pozitif etkinin önemli olduğu bilinmektedir. Bu pozitif etkiden yararlanmak adına, psikiyatrik hastalıklar, dejeneratif hastalıklar ve inme gibi uzun süreli rehabilitasyon desteği olan, durumlarda da aileyi eğitimleri yapılmaktadır. Yapılan bu aile eğitimleriyle, hem kronik sorunu olan kişi ile iletişimin güçlenmesi sağlanmakta olup hem de psikolojik sağlamlık gerektiren bakım verme durumu için de hasta yakınlarına destek olunmaktadır.

2.4.1. İnmeli bireylerin yakınları için geliştirilen aile destek programları

Literatürde yer alan inme destek programlarına ve aile üzerindeki etkilerine bakıldığında;

Grant (2002), 74 katılımcı ile problem çözme becerileri üzerine 12 hafta süren bir eğitim programı düzenlemiş, bu eğitim öncesi ve sonrasında ailelerin problem çözme becerilerini, yaşam memnuniyetlerini, depresyon düzeylerini ve bakım verme yüklerini araştırmıştır. Eğitim sonrasında eğitime katılan inmeli birey yakınlarının; problem çözme becerilerinde artma, depresyon düzeylerinde azalma bulmuştur. Yaşam memnuniyetlerinde ve bakım verme yüklerinde eğitimin etkili olmadığı görülmüştür. Van Den Heuvel (2002), 257 katılımcı ile inme hakkında bilgi verme, sosyal destek sağlama ve yaşam kalitesi artırma amacıyla bir eğitim programı düzenlemiştir. 8-12 hafta süren bu eğitim programında, hem bireysel oturum hem de grup oturumu yapılmıştır. Program sonrasında inmeli bireylerin yakınlarının bilgi düzeylerinde artış bulunurken yaşam kalitelerinde herhangi bir değişim gözlenmemiştir. Kalra (2004), 300 katılımcı ile yaptığı çalışmada psikolojik destek ve inme hakkında bilgi içeren eğitim programı sonrasında ailelerin anksiyete stres depresyon ve yaşam kalitesi alanlarında anlamlı olumlu değişiklik yaşadıklarını bulmuştur. Perrin (2010), problem çözme becerileri, inme hakkında eğitim, psikolojik destek eğitimleri düzenlemiştir. 61 katılımcı ile 6 hafta süren bu eğitim programı sonrasında bakım verme yükünde ve depresyon düzeylerinde azalma olduğu bulunmuştur. King (2012), inme hakkında eğitim, psikolojik destek ve problem çözme becerileri ile ilgili 10-12 hafta süren bir eğitim programına katılan 255 katılımcı ile çalışma yapmıştır. Bu çalışma da ailelerin

depresyon ve düzeyleri ile yaşam kalitelerinde artış düzeylerine bakmıştır. Eğitim sonrasında depresyon düzeylerinde azalma, yaşam kalitelerinde artış bulunmuş olup anksiyete düzeylerinde herhangi bir farklılık bulamamıştır. İnme sonrasında inmeli bireyin yakınları için yapılan eğitim programlarının ailelerin bilgi durumlarında ve psikososyal duygu durumlarında olumlu etkileri olduğu görülmektedir.

2.4.2. Afazili bireylerin yakınları için geliştirilen aile destek programları

İnme şizofreni, kanser gibi kronik hastalıklarda uygulanan aile eğitimi afazili bireylerin ailelerine de uygulanmaktadır. Üniversitelerde, üniversitelerin afazili bireylere ve yakınlarına eğitim verilen uygulama merkezlerinde ve afazi ile ilgili kurulan sosyal derneklerde destek eğitimler düzenlenmektedir.

Draper (2007), yaptığı pilot çalışmasında, afazili bireyler ile gerçekleştirilen müdahale programının etkiliğine bakmıştır. Bu eğitim programında; afazi hakkında eğitim, sosyal destek ve iletişim becerileri hakkında bilgilendirilme yapılmıştır. 4 hafta boyunca haftada 2 saat olarak düzenlenen grup eğitiminde 6-11 yetişkin afazili birey yakını katılmıştır. Düzenlenen eğitim de eğitimciler sosyal çalışmacı ve dil konuşma terapistidir. Eğitim öncesi ve sonrasında eğitim alan kişilerin ön test ve son test verilerinde stres ve yaşam kalitesi alanlarında anlamlı düzeyde farklılıklar bulmuştur. Bu eğitimin, stres düzeyini azalttığı yaşam kalitesi düzeyinde ise iyileşmeler yarattığı bulunmuştur (Draper, 2007)

Hoen (1997), benzer bir çalışma ile iletişim destekli psikososyal eğitimlerin, afazili bireylerin kendilerini iyi hissetme ve yaşam kalitelerinde artışa sebep olduğunu göstermiştir. Hinckley (2001) de yapmış olduğu çalışmada benzer sonuca ulaşmış olup aile eğitim seminerlerinin aile içindeki iletişimi arttığını göstermiştir.

Hinckley ve Packard (2001) ‘Açılan kapılar’ adı ile 2 gün süren, konferans şeklinde organize edilen bu eğitim programında sosyal geçerlik adına bu eğitimden ne elde etmek istersiniz sorusunun cevaplarından yola çıkarak 4 ana başlıkta eğitim gerçekleştirmiştir. Eğitime katılan kişiler afaziyi öğrenmek, terapi süreci hakkında bilgi almak, evde iletişimini arttırmanın yollarını öğrenmek ve psikolojik destek almak istediklerini ifade etmişlerdir. Eğitim sonrasında ise; verilen bilgilerden yola çıkarak afazi hakkında daha fazla bilgi sahibi olmanın kendilerini daha iyi hissettirdiğini ifade edip iletişimle ilgili yaşadıkları anksiyete ve stres düzeylerinde azalma olduğunu, bakım verme kalitelerinde artış olduğunu ifade etmişlerdir. (Hinckley ve Packard, 2001).

Purdy ve Hindenlang (2005), afazili vakaların bakım verenleri için, 12 hafta süren bir eğitim programı düzenlemiş ve bu eğitim programının içeriğini, iletişim becerileri eğitimi, danışmanlık ve afazi hakkında bilgilendirme olarak düzenlemişlerdir. Eğitim programı içerisinde bakım verenlerin yaşadıkları deneyimler, role- play vb etkinlikler şeklinde organize edilmiştir. İletişimle ilgili olası senaryolar verilmiş olup, eğitime katılan kişilerin verecekleri tepkiler ve öneriler değerlendirilmiştir. Nitel bir çalışma olan bu eğitimin, bakım verenlerin afazili bireyler ile olan iletişimlerine olumlu yönde yansıdığını göstermiştir. Eğitim öncesinde afazili birey ile bağırarak konuşma, diğer kişilerle afazi hakkında konuşmama, afazili birey yerin cevap verme ve afazili bireyin konuşamadığı zaman gözkontağını kesme vb davranışlarda bulunma sayılarının eğitimden sonra çok daha fazla azaldığını bulmuşlardır.

Avent (2005), yapmış olduğu çalışmada, eğitime aldığı afazili bireylerin yakınlarını 3 ana gruba ayırmıştır. İlk grupta yer alan katılımcılar henüz hastanede tedavi edilen afazili bireylerin yakınları olup, ikinci grupta yer alan katılımcılar, hastane sürecini tamamlayıp rehabilitasyon sürecine başlayan katılımcıların yakınları, üçüncü grup ise; kronik afazili bireylerin yakınlarıdır. Nasıl yardımcı olalım sorusundan yola çıkarak yapılan anketin, afazili bireylerin bakım verenleri tarafından doldurulması istenmiştir. Her 3 grubun ortak istekleri; özel ve zaman bazlı afazi hakkında bilgi almak, psikososyal destek görmek ve danışmanlık almak ve zaman hakkında olumlu beklentiler geliştirmelerine yardımcı olunması olarak belirtmişlerdir. (Lima, 2014). Bu araştırma ışığında, afazi hakkında bilgi sağlamanın iletişim stratejilerini bakım verenlere anlatmanın hem afazi bireylerin üzerinde hem de afazili bireylerin yakınları üzerinde olumlu etki gösterdiğini ve yaşam kalitelerinde artış olduğunu göstermiştir.

Afazili birey ve afazili bireyin yakınlarının bilgi sağlması, psikolojik ve sosyal yönden desteklenmesi ve yaşam kalitesinin artmasını sağlayan ve etkili olduğu araştırmalarla desteklenen afazi destek eğitim programları, günümüzde de devam etmektedir.

2.4.3. Günümüzde devam eden afazi aile destek programları

Afazi için Kısa Eğitim Programı (Short Educational Programme for aphasia-SEPA):

Magnus (2019) tarafından geliştirilen bu program Brezilya'da bulunan, Nossa Senhora de Fátima Üniversitesi'nde Dil ve Konuşma Terapisi bölümünde uygulanmaktadır. Afazili bireylerin yakınları için yapılan bu eğitim programında 2

oturum olarak eğitim planlanmıştır. 1. oturumda nörolojik sorunlar, inme, dil kayıpları ve afazi hakkında bilgi verilmektedir. Afazinin ne olduğu, tipleri, semptomları ve sonuçları ele alınmaktadır. 1 hafta sonra yapılan 2. oturumda ise; afazili birey ve yakınları ile ilişkileri yeni gelişen ve kalıcılığı olan bu soruna adapte olma ve getirdiği sorunlarla başa çıkma, afazili birey ile iletişimi artırma yolları vb konular ele alınmaktadır. Bu eğitimler grup eğitimleri olarak yapılmakta her oturum sonrası 30 dakikalık konu hakkında soru sorma ve tartışma bölümü bulunmaktadır. Oturumu yöneten dil ve konuşma terapistleridir.

Magnus (2019), bu eğitim programı üzerine yaptığı çalışma da eğitim öncesinde Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı ve Dünya Sağlık Örgütü- Yaşam Kalitesi ölçeğı skorları ile eğitim sonrasında aynı ölçeklerin skorlarını karşılaştırmıştır. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'nde anlamlı bir değışiklik olmamasına rağmen, bakım verme yükünün azaldığını ve yaşam kalitesi ölçeğinde ise ön test-son test arasında anlamlı farklar olduğunu bulmuştur. 14 katılımcı ile gerçekleştirdiğı bu araştırma; afazili bireylerin yakınlarına verilecek eğitimin, afazili bireylerin yakınları için ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Michigan Üniversitesi Bakımveren Kişiyeye Yönelik Eğitim ve Destek Programı (The University of Michigan Aphasia Programme-Caregiver Education and Support- UMAP):

Michigan Üniversitesi dil ve konuşma terapisi bölümü tarafından geliştirilen bu program 3-5 hafta/ haftada 1-2 saat olarak sürmektedir. Afazili bireylerin yoğun terapi aldığı bu programda afazili bireylerin yakınları da bakım veren kişiyeye yönelik programa dahil edilirler. Bakım veren kişiyeye eğitim ve destek grup programında, afazi türleri, afaziye eşlik eden diğer sorunlar (apraksi, dizartrivb) terapi yaklaşımları, bu yaklaşımların evde nasıl destekleneceğı en sık karşılaşılan sorunlar ve bunların çözüm yollarına dair konular anlatılmaktadır. Deneyimlerin ele alındığı bir grup programı olup ve ailelerin karşılaştığı zorluklar sorunlar ve endişeler ile ilgili paylaşımlar yapılmaktadır (Brown, 2011).

Yoğunlaştırılmış Bakım Veren Afazi Programı- (Intensive Caregiver Aphasia Programme- ICAP):

Montana Üniversitesi tarafından geliştirilen bu programda, afazili bireyler yoğun bir terapi programına dahil edilirler. Bu program içerisinde hem dil potansiyellerini açığa çıkarmak hem de geliştirilen stratejiler ile afazili bireylerin yaşama daha fazla

katılmaları hedeflenmektedir. Afazili bireylerin yakınları ise; bu süreçle haftalık olarak eğitim almaktadırlar. Belirli bir süresi olmayan bu program, afazili bireylerin yakınları için afazi hakkında bilgi verme ve afazili birey ile iletişim kurma gibi 2 temel konu belirlemiştir (Kincheloe, 2019). Bu program da dil konuşma terapisti ile oturumlar devam ettirilir. Bu eğitim bireyseldir ancak aynı zamanda afazili bireylerin yakınları için grup oturumları da yapılmaktadır. Grup oturumlarında yaşadıkları stres, rol karmaşası, izolasyon vb sosyal konular ele alınmaktadır. Bu oturum ise çift ve aile terapisti ile dil ve konuşma terapisti beraber yürütmektedir (Hoover, 2017).

Afazili Bireyler ile Yakınlarına İletişim Destek Programı (Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships and Conversation - SPPARC):

Bu program 8'er haftalık 2 ana bölümden oluşmaktadır. İlk 8 haftalık bölümü Aile Destek Programı (Supporting Programme) olup haftada 1 oturum olacak şekilde yüzyüze-grup olarak yapılmaktadır. Ailelere afazi hakkında bilgi vermek, grup etkileşimi ile sosyal destek sağlamak, etkin stratejiler ile afazili bireyler ile iletişimi güçlendirme amacı ile yapılmıştır. Bu programı tamamlayan aileler SPPARC programının 2. aşaması olan İletişim Eğitim Programı (Conversational Training Programme)'na devam etmektedirler. Bu bölümde ise çiftler ile çalışılıp iletişimlerini belirlemek amacıyla video üzerinden yorumlar yapılarak iletişim kalitesini arttırmak hedeflenmektedir. Bu araştırmada, aile eğitim paket programı olarak geliştirilen SPPARC (Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships and Conversation) programının ilk basamağı olan Afazi Aile Destek Programı (AFADEP) uygulanmıştır. Küresel bir salgın olan COVID-19 önlemleri gereğince bu eğitim programı çevrimiçi ve bireysel olarak planlanmıştır.

College London Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi bölümü'nden Lock, Wilkinson ve Bryan (2001) tarafından geliştirilen SPPARC programı 2 ana bölümden oluşmaktadır:

- Aile Destek Programı (Supporting Programme)
- İletişim Eğitim Programı (Conversational Training Programme)

Aile Destek Programı (Supporting Programme):

Aile Destek Programı, afazili birey yakınlarının, bilgi almasını sağlamak, psikososyal destek vermek, grup sistemi içerisinde afazili bireylerin yakınlarının kendilerine benzer durumda olan kişilerle iletişim sağlaması amacıyla ortaya çıkmıştır.

Lock, Wilkinson ve Bryan (2001) tarafından geliştirilen ve 13 afazi rehabilitasyon merkezinde uygulanan, aynı zamanda İsveç ve Hollanda dillerine de uyarlanan SPPARC programının oturumlarında genel olarak grup oturumu tercih edilmiştir. Oturumlar, sadece dil konuşma terapisti tarafından yönetilebileceği gibi, oturumlara sosyal çalışmacı ve klinik psikolog da eklenebilmektedir. Ancak programı planlayanlar tarafından bireysel eğitim yapılabileceği ifade edilmiştir.

Aile Destek Programı, 8 hafta boyunca, haftada 1 oturum olarak yapılmaktadır. Oturum süresi yaklaşık 30-35 dakika olarak yapılmaktadır. Afazili birey yakınları ile devam ettirilen programda her hafta farklı konular ele alındığı afazili bireylerin yakınlarının, aitlik ve birliktelik geliştireceği düşünülerek hazırlanan bir grup etkinlik programıdır. Newhoff ve Davis (1978); Johannsen- Horbach (1993); Walsh-Kelly (1993) tarafından yapılan araştırmalarda; afazili bireylerin yakınlarına uygulanan grup etkinliklerinin izolasyonu azalttığı, birliktelik ve aidiyet sağladığı, yeni ilişkiler kurduğu, özgüvenini arttığı bulunmuştur.

Araştırma kapsamında verilecek aile eğitiminde, inme, afazi, afazi türleri, afaziye eşlik edebilecek sorunlar, afazili bireyin ve yakınlarının yaşayabileceği iletişim sorunları ve çözümleri anlatılacaktır. Afazili bireyin ya da afazili bireylerin yakınlarının; yardım için ulaşabilecekleri kurumlar, eğitim imkânları konusunda bilgilendirme sağlanacaktır.

Aile Destek Programı (Supporting Programme)'nın içeriği aşağıda yer almaktadır:

1. oturum-**Programa giriş- İNME nedir?** Geçici İskemik Atak nedir? İnme sonrası iyileşme nasıl olur? İnmenin sebepleri nelerdir? Konuları anlatılmaktadır.

2. oturum-**Afazi işitsel anlama ve konuşmada yaşanan zorluklar.** Afazi nedir? Afazi ve işitsel anlama, Afazi ve ifade edici dil, İşitsel anlama ile ilgili sorunlar ve ifade etme-konuşma ile ilgili sorunlar ele alınmaktadır

3. oturum-**Afazili bireye yardımcı olma stratejileri:** İşitsel anlamaya nasıl yardımcı olabilirim? Konuşmasına nasıl yardımcı olabilirim? Konuları anlatılmaktadır

4.oturum- **Afaziye eşlik eden sorunlar.** Disartri nedir? Apraksi nedir? Hemiparezi nedir? Görme ve görme alanları ile ilgili sorunlar. Epilepsi, Yutma sorunları anlatılmaktadır. Aynı zamanda destek programın değerlendirilmesi yapılmaktadır. İlk 4

haftanın seyrine dair hedefler ve edinimler konuşulmaktadır.

5. oturum- **İnme sonrası hissedilenler. Afazi kişiler arası ilişkileri nasıl etkiler?:**

İnme sonrası hissedilenler. Neleri değiştirebilirsin? Afazi ve depresyon. Afaziden sonra değişenler afazili bireyler açısından ele alınır

6. oturum- **İnme sonrası hissedilenler-Afazi aile içi dinamikleri nasıl etkiler?** İnme ve afazi, eşleri nasıl etkiler? Eşler için değişenler? Afazili bireylerin yakınlarının yaşadıkları olarak ele alınmaktadır.

7. oturum- **Afazi ile yaşamak.** Ne yapabilirim? Neleri değiştirebilirim? Afazi ile Başa çıkma stratejileri. Diğer kişilerin reaksiyonları ile başa çıkma. Yabancıların tutumları ile başa çıkma. Afazi hakkında daha fazlası

8. oturum **Genel bir tekrar- Son testlerin dağıtılması.** Programın değerlendirilmesi olarak planlanmıştır.

İletişim Eğitim Programı (Conversational Training Programme):

İletişim Eğitim Programı; afazi bireye ve iletişim partnerine afazili birey ile nasıl daha etkin iletişim kurulabileceğini öğretti ve afazili birey ve yakınının iletişim kalitesinin artmasına yönelik stratejiler kurmalarına yardımcı olan bilimsel bir terapi programıdır. Bu program dil ve konuşma terapistleri tarafından uygulanır.

İletişim partneri olarak, afazili bireyin en sık iletişim kurduğu birey olması tercih edilir. Bu kişiler; eş, aile üyeleri, çocukları, sağlık çalışanları, ya da bakım veren kişi olabilir. Bu terapi modelinin etkililiğini araştıran çalışmalarda; afazili bireylerin sözcük sayısında ve cümle çeşitliliğinde artış, afazili bireyin ve yakınının depresyon düzeyinde azalma görülmüştür.

İlk basamak olarak, iletişim partneri seçilmiş, daha sonra terapist, afazili birey ve iletişim partneriyle beraber kullanılacak stratejiler belirlenmiştir. Bu stratejiler afazili vakanın durumuna göre çeşitlilik gösterebilir. Jest ve mimik kullanımı, çizim, resimlerden destek alma çeşitli sorulara cevap, iletişimi ketyecek durumların engellenmesi olarak belirlenmiştir. Bu programa katılan afazili birey için afazi türü ve afazinin şiddetinin bir önemi yoktur.

İkinci basamak olarak, hem afazi bireye hem de iletişim partnerine iletişim ile ilgili neler yapacakları, afazili bireyi nasıl anlayacakları ve afazili bireyin kendini ifade

etmesi için nasıl cesaretlendirecekleri konusunda bilgi verilmektedir. Bu yöntemlerde videolar, rol-play etkinlikleri ve görsel materyal ile farklı iletişim teknikleri kullanılmaktadır. Ayrıca afazili birey ile yakınının ev içi iletişimlerini gösteren videolar istenilmektedir. Bu videolar ile iletişimi engelleyici davranışlar üzerine eğitim verilir. Bireylerin olumlu ya da olumsuz davranışları üzerinden geri bildirim verilmektedir.

3. basamak ise; verilen eğitimin genellenmesinin sağlanıp sağlanmadığını anlamak için verilen ev ödevleri ve ev videolarıdır. Bu videolar üzerinden kişilerin etkin iletişim stratejilerine nasıl kullandıkları ve günlük hayatlarına ne kadar entegre edebildikleri gözlemlenir. Bu eğitim programı afazi aile destek eğitim programını takip eden, 8 hafta süresince haftada 1 oturum olarak uygulanmaktadır.

Bu çalışmada; Lock vd. (2001) tarafından geliştirilen ve 2 ana basamaktan oluşan ve toplamda 16 hafta devam eden Afazili Bireyler ile Yakınlarına İletişim Destek Programı (SPPARC) programının ilk bölümü olan afazi aile destek eğitim programı uygulanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, araştırmanın katılımcıları, araştırmada kullanılan veri toplama araçları ve araştırmanın veri analizleri ile ilgili bilgiler verilecektir.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmanın araştırma modeli, ön test- son test kontrol gruplu yarı deneysel araştırma modeli olarak belirlenmiştir. Çalışma Anadolu Üniversitesi Etik Kurul Onay'ı alınarak çevrimiçi ve bireysel olarak gerçekleştirilmiştir. (16.10.2020 tarihli, Protokol no: 61070) (Ek-1).

3.2. Katılımcılar

Bu çalışmada; uygulanacak destek programının afazili bireylerin yakınları üzerine etkisi değerlendirilecektir. Bunun için öncelikle deney grubuna katılacak kişilerin afazili birey yakını olma şartı vardır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanıp tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Tüm katılımcılar, afazili birey yakınları arasından çalışmaya gönüllü katılmayı kabul eden ve aşağıda verilen araştırmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan kişiler arasından seçilmiştir. Katılımcıların araştırmaya dâhil edilme kriterleri;

- 18 yaşından büyük olmak
- Afazili birey ile aynı evde yaşamak ve/veya bakımında aktif rol almak
- Anadili Türkçe olmak
- Herhangi bir psikiyatrik ya da kronik bir hastalığı olmamaktır.

Afazili birey yakınlarına ulaşma konusunda, sosyal medya kullanılmış aynı zamanda; özel hastaneler, devlet hastaneleri, fizik tedavi merkezleri, özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri ve bu birimlerde çalışan dil konuşma terapistlerinden yardım istenmiştir. Programa katılmak istediğini ifade eden kişilere; amaç, içerik, zaman ve araştırmanın prosedürü anlatılmış olup katılım sağlayıp sağlayamayacakları konusunda bilgi istenmiştir. Araştırmaya katılım için araştırmacı ile iletişime geçen afazili bireylerin yakınları arasından, çevrimiçi olarak görüşme sağlayabilecek kişiler seçilmiş olup; çevrimiçi erişim imkânı olmayan ancak araştırmaya katılmak isteyen kişilerde kontrol grubuna dâhil edilmiştir.

Katılımcılara ait demografik özellikler

Araştırmanın deney ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların demografik özellikleri tablo 3.1’de gösterilmektedir.

Tablo 3.1. Katılımcılara ait demografik özellikler

Değişkenler		Deney grubu	Kontrol Grubu
		Frekans	Frekans
Cinsiyet	Kadın	16	12
	Erkek	4	8
	Toplam	20	20
Yaş (ortalama : 42±7.82)	20-29	4	2
	30-39	6	8
	40-49	6	7
	50-59	2	1
	60-üstü	2	2
	Toplam	20	20
Yakınlık derecesi	Eşi	9	8
	Kızı/oğlu	6	8
	Kardeş	2	2
	Ebeveyn (anne/baba)	1	1
	Diğer (torun, yeğen, arkadaş)	2	1
	Toplam	20	20
İnme üzerinden geçen zaman	0-6 ay	2	5
	6 ay-1 yıl	6	3
	1 yıl-3 yıl	10	9
	3 yıl ve üstü	2	3
	Toplam	20	20

Tablo 3.1.’de görüldüğü üzere; araştırmaya katılan 20 katılımcının; 16’sı kadın olup 4 kişi ise erkektir. Yaşlarına bakıldığında ise; 20-29 yaş aralığında 4 katılımcının olduğu 30-39 ve 40-49 yaş gruplarında 6’şar katılımcının olduğu, 50-59 ve 60 yaş üstü ise 2’şer katılımcının olduğu görülmektedir. Kontrol grubunda yer alan, araştırmaya katılan 20 katılımcının; 12’si kadın olup 8 kişi ise erkektir. Tabloya göre; deney grubunda yer alan, katılımcıların çoğunluğunun kadın katılımcılar olduğu görülmektedir. Yaşlarına bakıldığında ise; 20-29 yaş aralığında 2 katılımcının olduğu 30-39 yaş aralığında 8 ve 40-49 yaş gruplarında 7’şer katılımcının olduğu, 50-59 yaş grubunda 1 ve 60 yaş üstü ise 2 katılımcının olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan

bireylerin yaş ortalamalarına bakıldığında ise; deney grubunun yaş ortalamasının ort: 41.65 ± 9.14 (min= 20, max=63), kontrol grubunun yaş ortalamasının ise; 42.38 ± 8.7 (min=20, max=63) olduğu gözlenmektedir. Frekanslarına bakıldığında ise, deney grubunda, 30-39 ve 40-49 yaşlar arasındaki katılımcıların fazla olduğu gözlenirken, kontrol grubunda ise, 30-39 yaş aralığındadır.

Araştırmaya katılan kişilerin afazili birey ile yakınlık derecesine bakıldığında; afazili bireylerin eşlerinin 9 kişi olduğu, çocuğu (kızı ya da oğlu) olarak 6 kişinin grup içinde yer aldığı, 2 kardeşin eğitim grubunda yer aldığı görülmektedir. Ebeveyn olarak 1 kişi katılmış olup diğer kategorisinde (torun, yeğen, arkadaş) 2 kişi yer almıştır. Kontrol grubunda yer alan kişilerin afazili birey ile yakınlık derecesine bakıldığında; afazili bireylerin eşlerinin 8 kişi olduğu, çocuğu (kızı ya da oğlu) olarak 8 kişinin grup içinde yer aldığı, kardeş olarak 2 kişi katılmış olup, ebeveyn olarak ve diğer kategorisinde (torun, yeğen, arkadaş) 1'er kişi yer almıştır. Deney grubunda afazili bireye yakınlığı olarak eşler 9 kişi ile en yoğun katılımı gösterirken, kontrol grubunda ise, eşler ve çocuklar en sık katılımcı olmuşlardır.

İnme üzerinden geçen zaman da 0-6 ay zaman grubunda 2, 6-12 ay grubunda 6 1-3 yıl grubunda 10 3 yıl fazla grubunda ise; 2 kişi yer almaktadır. Kontrol grubunda ise; 0-6 ay zaman grubunda 5, 6-12 ay grubunda 3 1-3 yıl grubunda 10 3 yıl fazla grubunda ise; 2 kişi yer almaktadır. Deney grubunda ve kontrol grubunda inme üzerinden geçen zamanda en yoğun katılım 1-3 yıl arasındadır.

Katılımcıların yakınlarının terapi alıp almadığına bakıldığında ise, deney grubunda yer alan 7 katılımcının yakını çevrimiçi ve yüzyüze terapi almakta iken, kontrol grubunda yer alan 12 katılımcının yakını, terapi almaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada;

Kişilerin araştırmaya katılımcılarını onayladıkları onam formu, betimsel analizler yapmak için bilgi alma formu, psikolojik durumlarını saptamak adına depresyon anksiyete stres ölçeği formu, sosyal durumlarını saptamak adına bakım verme yükü ölçeği ve dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Ailelerin program sonunda memnuniyet düzeylerini belirlemek adına ise; program değerlendirme formu ve sosyal geçerlilik formu kullanılmıştır.

3.3.1. Katılımcı bilgi ve onam formu:

Bu form, afazili bireylerin ailelerine araştırmanın içeriği ve uygulama süreci

hakkında bilgi veren ve araştırmaya dahil edilmeye izin verdiklerini belirten bir formdur. Bu form araştırmaya katılım kriterlerini sağlayan kişilere iletilmiş olup okuyup anladıklarına dair imza alınmıştır. Kabul etmeyen kişiler araştırma kapsamı dışında tutulmuştur (Ek 2).

3.3.2. Eğitim öncesi bilgi alma formu:

Araştırma katılan kişilerin, afaziye dair bilgileri olup olmadığını, bilgileri var ise bu bilgiye nasıl ve nereden ulaştıkları, afazili birey ile beraber yaşamadan önce bilgileri olup olmadığı, hangi alanda eğitim almak istedikleri, programın içeriğine dair ne düşündükleri, eğitimciden talep ettikleri ve bu araştırmaya neden katılmak istediklerinin sorgulandığı bir formdur (Ek 3).

3.3.3. Afazili bireyin yakınının kişisel bilgi formu:

Afazili bireyin ve yakınının kimlik bilgileri, yaşları, eğitim durumları, yakınlık derecesi, afazi ile ilgili sağlık raporları (inme üzerinden geçen zamanın saptanması), daha önce terapi alıp almadıklarına dair genel bilgi vs bilgilerini içeren formdur. Aynı zamanda afazili bireylerin yakınlarının herhangi bir sağlık sorunları olup olmadığı, düzenli ilaç almadıklarına dair sorular mevcuttur (Ek 4).

3.3.4. Depresyon anksiyete stres ölçeği (DASÖ):

Bireylerin depresyon, kaygı ve stres düzeylerini belirlemek amacıyla Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından geliştirilmiştir. Bir tarama ölçeği olup tanı koymada yeterli değildir. Ölçeğin Türkçe adaptasyon çalışması Akın ve Çetin (2007) tarafından gerçekleştirilmiştir. Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASÖ) 21 maddeden oluşmaktadır ve beş dereceli Likert tipi bir değerlendirmeye sahiptir. Hem bilimsel araştırmalarda daha az örneklem ile çalışma yapılabilmesini sağlamak hem de bireysel ve toplumsal olarak önemli olan depresyon stres ve anksiyeteye bağlı psikolojik durumların bireyler üzerindeki etkilerinin daha kolay araştırılabilmesini sağlamak amacıyla, 42 sorudan oluşan uzun formu, kısa forma DASÖ 21'e dönüştürülmüştür. DASÖ 21'in geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz ve Hakan (2017) tarafından yapılmıştır. DASÖ 21 hem birçok farklı sektörde çalışan bireyler için uygulanmış hem de engelli çocuğu olan anneler, kanser hastalarına bakım veren kişiler gibi farklı anksiyete stres ve depresyona neden olabilecek sağlık sorunları yaşayan hasta yakınlarına uygulanmıştır. Bu çalışmada da afazili birey yakınlarının depresyon anksiyete ve stres düzeylerinin ne olduğunun saptanması ve verilen eğitim sonrasında bu düzeylerde herhangi bir değişiklik olup olmadığının belirlenmesi için kullanılmıştır (Ek

5). Ölçekte, her bir boyuttan alınabileceği puan aralığı 7-35'dir. Ölçekte artan puanlar belirtilerin arttığına işaret etmektedir. Puanlama tablosuna göre; depresyon için 0-4 normal, 5-6 arası hafif, 7-10 arası orta, 11-13 arası ileri, 14 ve üzeri çok ileri düzeyde depresyon lehine belirtiler olarak kabul görmektedir. Anksiyete için 0-3 normal, 4-5 hafif, 6-7 orta, 8-9 ileri, 10 ve üzeri anksiyetenin varlığını göstermektedir. Stres için alt alanında ise; 0-7 arası normal, 8-9 hafif, 10-12 orta şiddette, 13-16 ileri şiddette 17 ve üzeri çok ileri düzeyde stresin varlığını göstermektedir.

3.3.5. Bakım verme yükü ölçeği (BVYÖ):

Yaşlı bireye bakım verenlerin yaşadıkları güçlüğü belirlemek üzere Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilen Zarit Burden Interview'in Bakım Verme Yükü ölçeği olarak Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği İnci (2006) tarafından yapılmıştır. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. 5 dereceli Likert tipi değerlendirme kullanılmaktadır (Ek 6). Bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık, ya da hemen her zaman şeklinde 0'dan 4'e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Elde edilen puanlar; (0-20) az/hiç yük olmaması, (21-40) orta derecede yük, (41-60) ileri derecede yük ve (61-88) aşırı yük olması şeklinde derecelendirilerek değerlendirilmektedir (Fertelli, 2019). Ölçekten alınan puanın yüksek olması, yaşanan sorunun yüksek olduğunu göstermektedir. BVYÖ'nün yapılan faktör analizi sonucunda tek boyutlu olarak kullanılabileceği belirlenmiştir. Ortalama puanı 20.37 ± 16.54 olan ölçeğin iç tutarlılık katsayısının 0.95 olduğu, madde toplam korelasyon katsayılarının orta, güçlü ve çok güçlü düzeyde değerler (0.43-0.85) aldığı, test-tekrar test değişmezlik katsayısının 0.90 olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar itibarıyla Türk toplumu için geçerliliğinin ve güvenilirliğinin yüksek olduğuna karar verilmiştir (İnci, 2006).

3.3.6. Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeği-kısa formu (DSÖYKÖ):

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam kalitesi ölçeği (DSÖYKÖ) 1999 da Eser vd tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. 100 maddeden oluşan bu ölçeğin daha kolay kullanılabilmesi ve kullanımının yaygınlaşması amacıyla kısa versiyonu da Eser vd. tarafından Türkçe'ye kazandırılmıştır (Eser 1999). 26 maddeden oluşan kısa form; 5 dereceli likert tip bir ölçek olup; yaşam kalitesiyle ilgili dört alt alan içerir. Bu alt

alanlar; fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevredir. Ayrıca genel yaşam kalitesi ve genel sağlıkla ilgili bir yönü de içerir. Ölçekten en az 26, en fazla 135 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanın düşük olması, yaşanılan sorunun yüksek olduğunu göstermektedir. Alınan puanların derecelendirilmesine bakıldığında; 26-49 arası çok kötü, 50-69 arası kötü, 70-99 arası iyi, 100 ve üstü çok iyi olarak kabul edilmektedir (Yıldırım, 2011). DSÖYKÖ Kısa Formu; DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği uzun formu ile etki alanı puanları açısından, (dört etki alanı yapısında hesaplanmıştır) yüksek düzeyde (0.89 veya üzeri) ilişkilidir. DSÖ Yaşam kalitesi ölçeği Kısa Form alan puanları iyi ayırt edici geçerlilik, içerik geçerliliği, iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenilirliği göstermiştir.

Bu veriler, DSÖYKÖ- Kısa formunun en çok yaşam kalitesinin kısa bir değerlendirmesini gerektiren çalışmalarda, örneğin yaşam kalitesinin önemli olduğu büyük epidemiyolojik çalışmalarda ve klinik çalışmalarda yararlı olacağı öngörülmektedir. Aynı zamanda tedavi etkinliğinin değerlendirilmesi sağlık uzmanları için faydalı olabilir. Bu sebeplerden yola çıkılarak verilecek eğitim öncesinde ve sonrasında bu ölçeğin kullanılması uygun görölmüştür (Ek 7).

3.3.7. Program değerlendirme formu:

Afazili birey yakınlarına, verilen eğitimden sonra, eğitimin içeriğine dair soruların yer aldığu bu ankette, ailelerin eğitimden yararlanıp yararlanmadığı, süre, konu ve oturum sıklığı olarak ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmadığı sorulmuştur. Bu formun orijinali SPPARC programının içerisinde de yer almaktadır (Ek 8).

3.3.8. Program memnuniyet formu:

Eğitimin afazili birey yakınları tarafından kabul edilebilirliğini ve bu bireylerin sonuçtan memnuniyetini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Bu form, çalışmada yer alan katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Eğitim memnuniyet anketi aynı zamanda sosyal geçerlik olarak kabul edilmiştir. Cankuvvet (2015) tarafından geliştirilerek yaptığı çalışma da memnuniyet anketi olarak kullanılan form, araştırmacı tarafından bu çalışmaya uyarlanmıştır (Ek 9).

3.4. Verilerin Toplanması:

Ekim-Kasım 2020 tarihlerinde uygun katılımcılara ulaşılmıştır. 1 Aralık ile 20 Aralık 2020 tarihleri arasında katılımcılardan ön test verileri çevrimiçi platformda mail yoluyla veya telefon aracılığıyla toplanmıştır. 20 Aralık 2020 ile 30 Mart 2021 tarihleri arasında 8 haftalık eğitim programı uygulanmıştır. 1 Nisan – 30 Nisan 2021 tarihleri

arasında ise, uygulanan ölçeklerin son test verileri toplanmıştır. Sosyal geçerliliği belirleyecek olan memnuniyet anketi formları ise, 8 haftalık bir eğitim programını uygulayan araştırmacıya karşı geliştirilebilecek olumlu yanlılığı engellemek amacıyla alanında 5 yıl deneyimli konuşma terapisti tarafından yapılmıştır. Temmuz 2021 de toplanmış olup 5 katılımcıya ulaşılamamıştır. Araştırmanın deneysel süreci Tablo 3.2’de yer almaktadır.

Tablo 3.2. *Deneysel uygulama süreci*

Grup	Ön-test	AFADEP (8 Oturum)	Son-test	
Deney	DASÖ BVYÖ DSÖYKÖ	Var	DASÖ BVYÖ DSÖYKÖ	Eğitim değerlendirme formu + Sosyal geçerlik formu
Kontrol	DASÖ BVYÖ DSÖYKÖ	Yok	DASÖ BVYÖ DSÖYKÖ	Yok

Araştırmanın getirdiği etik sorumluluklardan dolayı, araştırma tamamlandıktan sonra, kontrol grubunda yer alan katılımcılarda, aile destek programı uygulanmıştır. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların, ölçeklerden aldıkları puanlar araştırma sonuçlarına dâhil edilmemiştir.

3.5. Uygulama Geçerliği

Bu çalışmada amaç, SPPARC Programı’nın ilk aşaması olan Afazi Aile Destek Programı’nın Türkçe’ye kazandırılması ve bu programın afazili bireylerin yakınları üzerine etkisinin değerlendirilmesidir. Bu etkinin görülebilmesi için seçilen örnekleminden sistematik veriler toplanmıştır. Veri toplama sürecinde oluşabilecek hata oranının minimal düzeye indirgenmesi için Meline (2009), tarafından yapılması uygun görülen geçerlik ve güvenirlik prosedürleri takip edilmiştir.

Bu çalışma da takip edilen geçerlik ve güvenirlik yöntemi 2 ana grupta ele alınmaktadır.

İç Geçerlik ve Dış Geçerlik:

‘İç geçerlik, bağımsız değişkenin karıştırıcı değişkenlerin etkisi olmadan bağımlı değişken üzerinde neden olduğu değişimdir’ (Meline 2009). Bağımsız değişken dışında,

bağımlı değişkene etki eden karıştırıcı değişkenler olabilmektedir. Bu karıştırıcı değişkenler iç geçerlik oranını düşürmektedir.

İç geçerliği tehdit eden faktörler ve alınan önlemlere bakıldığında;

Belirsiz geçici öncelik etkisi: Bağımlı değişkendeki değişimin, bağımsız değişkene atfedilmesi için, uygulamanın değişimden önce olması gerektiği bilinmektedir. Bu sebeple bu çalışmada bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisini görmek amacıyla ön test- son test verileri toplanmıştır.

Ayrımlı seçim etkisi: Katılımcıların değiştirilemeyen özelliklerinden kaynaklı bir etkidir. Bu etkinin minimum düzeyde tutulabilmesi için, deney ve kontrol grubunda yer alan katılımcılar, yaş, cinsiyet, eğitim durumu vb faktörlerle eşitlenmeye çalışılmıştır. Ancak yapılan uygulamanın çevrimiçi ve bireysel kaynaklı olmasından dolayı cinsiyet ve yaş grubunda tam eşitlik sağlanamamıştır. Bu eşitliğin sağlanamamasının karıştırıcı etkisinin aza indirilmesi amacıyla deney grubu- kontrol grubu yansız atanarak çalışmaya dâhil edilmiştir.

Zaman etkisi: Zaman gerektiren uygulamalı araştırmalarda zaman etkisinin görülmesi beklenir ancak etkinin azaltılması için diğer faktörler düzeye indirilmelidir (Meline, 2009). Karıştırıcı etken olarak kabul edilen zaman etkisinin kontrol altına alınması için öntest- son test verileri toplanmalıdır. Meline (2009), 4. haftadan itibaren, ön test- son test verilerinin zaman etkisine açık olacağını ifade etmiştir. Bu çalışma 8 hafta süren bir araştırmayı kapsadığı için zaman etkisine açıktır. Bu sebeple diğer etkiler açısından araştırma güçlendirilmiştir.

Olgunlaşma etkisi: Kısa ve uzun vadeli olabilen olgunlaşma etkisi, kişide meydana gelen ve araştırmaya etki edebilecek fiziksel ve zihinsel değişimlerdir. Kısa süreli olgunlaşma daha anlık olaylardan etkilenebileceği gibi, uzun süreli olgunlaşma da uzun süren gözlemlerden kaynaklı olabilmektedir. Kontrol grubunun var olması uzun sürecek araştırmalar için bu etkiyi azaltabilecek bir metottur. Yetişkin kişiler ile yapılan bu çalışma da, uzun sürecek olgunlaşma etkisi kontrol grubuyla kontrol altına alınmış, kısa süreli olgunlaşma ise; günlük sohbet, hayata dair yapılan konuşmalar vb konularla engellenmeye çalışılmıştır.

İstatistiksel yordama etkisi: İstatistiksel yordama etkisi, ön testten düşük ya da yüksek puan alınması halinde son testten de düşük ya da yüksek alacağını tahmin edilmesidir. Bu etkinin görülmemesi için en alt sınırdan ya da yüksek uçta yer alan

katılımcıların araştırmaya dâhil edilmemesidir. Bu çalışma da düşük ve yüksek uçlarda puan alan katılımcı olmamıştır.

Denek kaybı: Araştırmaların en önemli sorunlarından biri olan denek kaybını önlemek için bu çalışmada program öncesinde ve esnasında, araştırmaya katılan bireylere araştırmaya devamlılığın önemi anlatılmıştır. Ancak tüm bunlara rağmen onam formunu imzalamalarına rağmen, 2 katılımcı araştırmanın 1. Haftasında devam edemeyeceklerini bildirmişlerdir. Yedek katılımcı listesinde bulunan ve ayrılan kişiler ile benzer özellik taşıyan katılımcılar çalışmaya dâhil edilmişlerdir. Yüzyüze yapılmak üzere dizayn edilen afazi aile destek eğitim programı pandemi koşullarından dolayı çevrimiçi formatta uygulanmıştır. 20 katılımcı ile görüşerek ortak bir zaman ayarlanmak istenmiştir. 20 katılımcı ortak bir zaman paydasında buluşamadığı için grup oturumlarının; benzer yaş, eğitim düzeyi ve benzer afazi tipiyle eşleştirilerek küçük gruplara bölünerek uygulanmasının uygun olabileceği fark edilmiştir. Küçük gruplarda da afazili bireylerin özel hayatlarını diğer kişilerle paylaşmak istememesi ve diğer bireyin yaşadığı sorunlardan olumsuz etkilenmesi sebep gösterilerek, eğitimin bireysel olması talep edilmiştir. Olası denek kaybını önlemek amacıyla eğitim bireysel ve çevrimiçi olarak uygulanmıştır. Aynı zamanda çalışma da yaklaşık 4 ay sonrasında yapılan memnuniyet anketine katılım 15 kişi ile sınırlı kalmıştır.

Çoklu test etkisi: özellikle ön test- son test gibi yapılan ölçümlerin tekrarlı olmasında, çoklu test etkisi görülme ihtimali artmaktadır. Bu etkinin azaltılması için aynı testin Ave B formları kullanılması veya ölçümler arasındaki zamanın arttırılması önerilmektedir. Bu çalışma da kullanılan ölçeklerin, A ve B formları olmadığı için, ölçümler arası en az 10 haftalık bir zaman aralığı oluşturulmuş olup çoklu test etkisi kontrol altına alınmaya çalışılmıştır.

Ölçme etkisi: Kişilerin yapmış olduğu hatalardan kaynaklanan etkidir. Gözlemci ile çalışılarak veya mekanik bir düzenek ile bu etki kontrol altına alınmaya çalışılır. Bu çalışmada veri toplama süreci araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Veri toplama sürecinin tamamı araştırmacı tarafından gerçekleştirilerek ölçme etkisi kontrol edilmeye çalışılmıştır.

Katkı ve etkileşim etkisi: İç geçerliği tehdit eden faktörlerin bir arada yaşanması ile görülebilir. Etkileşim etkisinin engellenen tek yolu ise, diğer faktörleri minimum düzeyde tutmak olarak kabul edilmektedir.

Dış geçerlik, araştırma sonuçlarının diğer katılımcılara, farklı zamanlara ve farklı yerlere genellenebilirliği dış geçerlik olarak kabul edilir.

Dış geçerliği etkileyen faktörler ve alınan önlemler aşağıda belirtilmiştir.

Hatalı evren ve örneklem seçimi: Evren, araştırmanın amacına uyan, her katılımcıdır. Bu araştırmanın evreni, afazili bireyin bakımını üstlenen herkes olabilmektedir. Örneklem ise, araştırmacının ulaşabileceği katılımcılardır. Evren çok daha fazla kişiyi temsil ederken, örneklem, genellikle araştırmacının çevresi ve yaşadığı bölgeden seçilmektedir. Bu çalışma, sosyal medya yoluyla tüm afazili bireylere ulaşabilecek herkese duyurulmuş, örneklem olarak çevrimiçi olacağı için internet kullanımı yapabilen farklı şehirlerden katılan 20 kişi kabul edilmiştir.

Bağımsız değişkenin net bir şekilde tanımlanmaması: Araştırmanın farklı kişilerle ve zamalarda yapılabilmesi için araştırmacının saptadığı bağımsız değişken, detaylıca anlatılmıştır.

Çoklu müdahale karışım etkisi (bağımsız değişkenlerin etkileşimi): Katılımcılara, farklı müdahaller eş zamanlı olarak yapıldıysa, ortaya çıkan sonucun araştırmanın müdahalesinden kaynaklanıp kaynaklanmadığı saptanamaz. Bu farklı müdahale karışım etkisi de dış geçerliliği etkileyen faktörlerden biridir. Bu araştırma da aileler afazi ile ilgili herhangi bir destek program almamış olup, depresyon anksiyete stres ölçeğinin son test

Yenilik ve aksama etkisi: verilerini etkileyebileceği düşünülerek psikoterapi gören bir katılımcı, araştırma dışı bırakılmıştır. Araştırmacının deneyim sahibi olmadığı uygulamalarda yaşanan bu etkinin azaltılması için pilot çalışma önerilmektedir. Çünkü araştırmacı yeni öğrendiği ve deneyimi olmadığı bir alanda çeşitli aksamalara neden olabilmektedir. Bu çalışma da yenilik ve aksama etkisi olmaması adına, klinikte terapisi devam eden danışanların ailelerine de uygulama yapılmış olup, program online olduğu için kişiye yapılan uygulama bulguları araştırmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmacı etkisi: Araştırmacının katılımcılara gösterdiği farklı tutumlardan, kayıt esnasında yaptığı hatalardan kaynaklanabilir. Bu etkinin en aza indirgenmesi için, araştırmacı tüm katılımcılara eşit mesafe ve tutumda olmalıdır.

Ön-test ve son-test duyarlılık etkisi: Ön test ve son testte verilen ölçeklerdeki sayılar çoğu zaman hangisi doğru/yanlış ya da ne yaparsam yüksek alırım vb düşüncelerle gerçeği yansıtmayabilir. Bu sebeple Ön-test ve son-test duyarlılık etkisini azaltmak için fark edilmeden yapılması önerilir. En aza indirmek için ön-test ve son-test

ölçümlerinin fark edilmeden yapılması önerilmektedir. Bu çalışmada ön-test ve son-test ölçümleri sırasında katılımcıların kendilerini rahat hissetmeleri ve bunun bir sınav olmadığı vurgusu yapılarak ön-test ve son test duyarlılık etkisi kontrol edilmeye çalışılmıştır.

Bağımlı değişkenin ölçümü: Bağımlı değişkenin tanımının iyi yapılması, farklı ölçek ve ölçme değerlendirme araçlarına da genellenmesini kolaylaştırır.

3.6. Uygulama Güvenirliği

Bu araştırma da araştırmacının uygulamayı ne kadar hatasız yaptığını değerlendirmek ve uygulama güvenilirliği verileri toplamak amacıyla ‘Afazi Destek Eğitim Programı Uygulama Güvenirliği Kontrol Listesi’ (Ek 10) hazırlanmıştır. Değerlendirme ve uygulama oturumlarına ait ses kayıtlarının %20’si rastgele seçilmiş ve alanda 8 yıllık deneyime sahip uzman bir dil ve konuşma terapisti olan gözlemci, araştırmacının çalışmanın veri toplama ve uygulama sürecinde planlanan şekilde hareket edip etmediğini bu listeye işaretlemiştir. Uygulama güvenilirliği için toplanan veriler ‘gözlenen uygulamacı davranışı/ planlanan uygulamacı davranışı x 100 formülüyle hesaplanmıştır (Tekin ve Kırcaali-İftar, 2001). Uygulama güvenilirliği ortalaması %92 olarak bulunmuştur.

3.7. Afazi Aile Destek Eğitim Programının Uyarlanması

SPPARC aile eğitimi programı Lock vd. (2001) tarafından geliştirilmiştir. Bu aile eğitim programının afazili bireylerin yakınlarıyla grup eğitim programı olarak tasarlanmıştır. Yapılan bu çalışmada orijinal eğitim programında olduğu gibi 8 hafta boyunca haftada 30-35 dakika yapılmıştır. Yüzyüze yapılmak üzere tasarlanan, afazi aile destek eğitim programı COVID-19 pandemisi koşullarından dolayı çevrimiçi formatta grup eğitimi olarak uygulanmak istenmiş olup 20 katılımcı ile görüşerek ortak bir zaman ayarlanmak istenmiştir. 20 katılımcı ortak bir zaman paydasında buluşamadığı için grup oturumlarının; benzer yaş, eğitim düzeyi ve benzer afazi tipiyle eşleştirilerek küçük gruplara bölünerek uygulanmasının uygun olabileceği düşünülmüştür. Küçük gruplarda da afazili bireylerin özel hayatlarını diğer kişilerle paylaşmak istememesi ve diğer bireyin yaşadığı sorunlardan olumsuz etkilenmesi sebep gösterilerek, eğitimin bireysel olması talep edilmiştir. Olası denek kaybını önlemek amacıyla oturumlar, bireysel ve çevrimiçi olarak uygulanmıştır. Program için gerekli izinler alınmıştır (Ek 11).

Programın 20 katılımcıya uygulanmasından önce pilot çalışma yapılmıştır. Yapılan pilot çalışma klinik ortamda, terapiye devam eden tutuk afazili bireyin yakınına yüzyüze ve 6 hafta boyunca uygulanmıştır. Oturumlar esnasında herhangi bir sorun yaşanmamış olup, kişinin yaptığı değerlendirme de anlaşılır ve açık bir program olduğu ifade edilmiştir. Program sonunda yapılan görüşme de ise, afazili bireyin yakını yapılan destek programından memnun kaldığını ifade etmiştir.

Program öncesinde eğitime katılacak katılımcılar ile tanışma toplantısı gerçekleştirilmiştir. Aynı zamanda internet aracılığıyla Spparc programında yer alan broşürler tanışma toplantısından sonra, eğitim oturumları başlamadan önce katılımcılara iletilmiştir. (Ek 12). Tanışma toplantısı sırasında programın içeriği dil ve konuşma terapistinin kimliği ve izlenecek yol hakkında kısaca bilgi verilmiştir.

Oturumların uygulanması

1. oturum-

Ana konu: İnme

Hedefler

1. Öncelikle katılımcılara program hakkında bilgi vermektir
2. İnme hakkında bilgilendirmektir

Oturum Esnasında

- Kişiler ile tanışma sağlanmıştır. Program hakkında bilgi verilmiştir.
- Program öncesi yaşam kalitesi ölçeğinin, bakım verme yükü ölçeğinin ve depresyon stres anksiyete ölçekleri kendilerine ulaştırılmıştır. Bu oturum içinde de doldurulan formlar mail ve ekran görüntüsü şeklinde toplanmıştır.
- Doldurulan demografik bilgi ve katılımcı onam, formları gözden geçirilmiştir.
- Programdan beklentiler, yapılması istenenler vs. yorumlar yazılı ve sözlü olarak alınmıştır.
- Kişilerin kendini tanıtmaları, afazili yakınlarının durumları, tanılama süreci ve yaşadıkları hakkında bilgi sağlanmıştır.
- İnme hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Bu bilgilendirme içeriğinde, inme nedir? Geçici iskemik atak nedir? Geçici İskemik atak belirtileri nelerdir? İnme belirtilerini tanımak (FAST testinin anlatımı). İnme sonrası iyileşme, inmenin sebepleri ve bu sebeplerin önlenmesi adına neler yapılabileceği anlatılmıştır.

- Yakınları olan afazili bireylerde durumun nasıl meydana geldiği vb kişisel deneyimler paylaşılmıştır.
- Video yardımı ile inmenin nasıl olduğu anlatılmıştır.
- Ev ödevi olarak 'Afazili bireylerde risk faktörleri nedir? Tekrar inmeyi önlemek için neler yapılmalıdır?' verilmiştir.

2. Oturum

Ana konu: Afazi

Hedefler: Afazi hakkında bilgilendirme- İşitsel anlama /Wernicke ve Spontan konuşma/Broca afazileri hakkında bilgi vermektir.

Etkinlik 2 dakikada kendini anlat etkinliği

Oturum esnasında

İlk oturum tekrar edilmiştir. Sorulacak sorular ve ev ödevi hakkında konuşulmuştur.

- Kişinin kendisi hakkında 2 dakikalık anlatım ile kendinden bahsetmesi istenmiştir. Geçmiş, gelecek, planlar, beklentiler vs.
- Afazi hakkında bilgilendirme sağlanmıştır. Bu bilgilendirme içeriğinde; afazinin tanımı, etkilediği alanlar (konuşma, yazma, okuma, anlama vs), işitsel anlama kavramı ve afazide görülebilecek dil ile ilgili hatalar (jargon, perseverasyon) kavramlarına yer verilmiştir.
- Broca ve Wernicke afazileri hakkında literatür bilgileri paylaşılmıştır. Kişilerin ellerinde bulunan sağlık raporları ile afazili bireylerin afazi türleri hakkında bilgi verilmiştir.
- Eğitim kitapçığında yer alan Broca ve Wernicke afazilerinin yaşayabileceği durumlar ile ilgili maddelerden, kendilerine uygun olan maddeyi seçmeleri istenmiştir. Bu seçilen madde ile ilgili bilgilendirme sağlanmıştır.

3. Oturum

Ana konu: Afazili bireyin yaşadığı anlama ve ifade etme zorlukları

- **Hedefler:** İşitsel anlama ve konuşma ile ilgili sorunların çözümü için genel stratejilerin ele alınmasıdır.
- **Etkinlik:** Diş ağırm var etkinliği. Kelimesiz Konuşma Etkinliği

Oturum öncesi:

Kelimesiz Konuşma Etkinliği için kelime listesi hazırlanmıştır.

Oturum esnasında;

- Öncelikle diğer oturumlarla ilgili soru-cevap, paylaşım, öneri yapılmıştır.
- Bu oturum itibari ile kişilerin afazili yakınlarını anlamaları ve onlara yardımcı olma stratejileri edinmeleri sağlanmıştır. ‘Dişim ağrıyor’ etkinliği ile oturum başlamıştır. Öncelikle katılımcıların bilmediği bir dilde, herhangi bir mimik kullanmadan diş ağrım var cümlesi kurulmuştur. Ve kişilerden tahmin etmeleri istenmiştir. Daha sonra, daha yavaş daha yüksek sesle ve göz kontağı kurarak cümle tekrar edilmiştir. 3. aşamada yüzde acı ifadesi ile cümle tekrar edilmiştir. Kişilerden tahminler alınmıştır. Cevap veremeyen kişiler için acı ifadesine ek olarak diş gösterme-diş ağrısı olan kısmı işaret etme kısmı eklenmiştir. Amacımız afazili bireylerin bu ve bunun gibi durumları her an yaşıyor olmalarının anlaşılmasının sağlanmasıdır. Bu aktivite özellikle işitsel anlamada sorun yaşayan akıcı afaziler içindir.
- Tutuk afaziler için de kelimesiz konuşma etkinliği yapılmıştır. Daha önceden hazırlanan cümleleri jest mimik ve işaretle sözel çıktı olmadan kişilerin anlatması istenmiştir. Bu cümlelerden bazıları Eldivenlerim nerede? Gözlüklerimi kaybettim. Başım ağrıyor vb cümlelerdir.
- Etkinlikler tamamlandıktan sonra ise; kişilerin iletişim kurmak için neler yaptıkları sorulmuştur. Nasıl çözüm buldukları, nasıl çözüm bulamadıkları hakkında konuşulmuştur. Tutuk ve akıcı afaziler için kullanılacak stratejiler anlatılmıştır.
- Afazili bireyin işitsel anlama ile ilgili sorunu varsa;
Benim yakınım, hasta olmadığında yorgun ya da gergin olmadığında herşeyi anlar diye ifade ettiyse; doğallığını bozmadan normalden daha yavaş konuş. İletişim için yakınını zorlama ve ona dinlenmesi için zaman tanı vb stratejiler ailelere anlatılmıştır.
- Afazili bireyin ifade edici diliyle ilgili sorunu varsa;
Benim yakınım hiç konuşamaz ya da çok az kelime çıktısı vardır gibi bir sorun belirttiyse; yazma jest mimik vb tüm iletişim alternatifleri gözden geçirilmelidir vb stratejiler anlatılmıştır.

- **Ev ödevi** Kişilerin öğrendikleri stratejileri uygulamaları istenmiştir. Uyguladıkları ortamlar, afazili yakınlarının verdiği tepkileri not etmeleri sağlanmıştır.

4. oturum

Ana konu: Afazi ve eşlik eden sorunlar

Hedefler

1. Afaziye eşlik eden ve durumu daha komplike hale getiren sorunlar hakkında bilgi vermek ve gerekli desteği sağlamaktır.
2. Bu sorunlarla yaşamak ve bu sorunlarla baş etmeleri konusunda yardımcı olmaktır.

Oturum öncesi

İlk hafta dağıttığımız demografik bilgi formundan, gruptaki bireylerin hangilerinin afazili yakınlarına hangi sorunun eşlik ettiğini gözden geçirildi. Broşür de yer alan afaziye eşlik eden sorunlar sunum şeklinde hazırlanmıştır.

Oturum esnasında

Afaziye eşlik eden sorunlar; apraksi, dizatri, görme sorunları, hemiparezi, epilepsi, yutma sorunları olarak ele alınmış olup, afaziye bu durumların eşlik ettiğinde ailelerin yapabilecekleri konusunda yönlendirici bilgiler sunulmuştur. Eğer afazili bireyin yakını, kendi yakınında epilepsi başladığını ifade ettiyse; inmeden sonra bazı kişilerde epilepsi başladığı, meydana gelme sebebinin beyindeki sinirlerin inmeden dolayı zarar görmesi olarak açıklanabileceği ve bu sebeple beyin zarar gören sinirlerini onarmak için ekstra bir elektriksel aktivite üretir. Bu elektriksel aktivite de birçok beyin hücresinde epileptik nöbetlere neden olur diye açıklama yapılmıştır.

Nasıl yardım edebilirsiniz?

Uygun epileptik ilaçları kullanıp kullanmadığını bilmek için doktoru ile görüşülmeli.

Siz yanındayken epileptik atak geçiriliyor ise, sakın olmalı.

Gözlükleri çıkarılması, boynunda herhangi bir daraltan giysi varsa çıkarılmalı.

Başını etrafa çarpmasını engellemeli.

Nöbet bitince başı yan tarafa çevrilmeli olarak anlatılmıştır.

Önceki oturumda bahsedilen iletişim stratejilerini uygulayıp uygulamadıklarını gözden geçirilmiştir. Bu stratejilerin etkili olup olmadığı hakkında sohbet edilmiştir.

Kullandıkları stratejilere afazili bireylerin verdiği tepkiler, daha önce uyguladıkları iletişim yöntemlerini değiştirip değiştirmeyecekleri hakkında sohbet edilmiştir. Program hazırlanırken bu haftaki oturumun nörolog ile yapılması planlanmıştı ancak pandemi sebebiyle ilgili hekim bireysel online görüşmelere katılım sağlayamamıştır.

5. Oturum

Ana konu: Afazili bireylerin afaziden sonra yaşadıkları

Hedefler

Afazili bireylerin inme ve afazi sonrası neler yaşayabileceklerini yakınlarına anlatmak ve onlara destek olmaktır.

Oturum esnasında

4. oturumda konuşulan afaziye eşlik eden diğer sorunlar ile ilgili eklenecek bir durum olup olmadığı hakkında konuşulmuştur. Ne, nasıl yapılabilir, eklenen diğer sorunlar afaziye ne kadar zorlaştırır ya da ne gibi stratejilerle o zorlukları aşmalıyız hakkında konuşulmuştur. İnme sadece fiziksel değil bilişsel ve psikososyal birçok faktörü de değiştirir. Elbetteki afazi olan bireyin duygusal reaksiyonlarında büyük değişiklik görülür. Bu da aile içinde ve sosyal hayatta ilişkilerin ve rollerin değişimine neden olur. Afazili bireylerin yakınları için bu noktada, bilgiden ziyade destek daha ön plana çıkmaktadır. Yakınların yaşadığı stres ve üzüntünün ötesinde, afazili bireylerin içinde bulundukları durum çok daha dramatiktir. Afazili bireyin yakınına; afazi olan yakınlarının değişen özelliklerini söylemeleri ve bu değişen özelliklere karşı kendilerinin neler düşündüğü ve hissettiğinin ifade etmesi istenmiştir. Örneğin afazili bireyde çok sık mood değişimi vb durum varsa; öfke ve üzüntünün bu durumda çok sık görüldüğü, fizyolojik bir sorun yok ise, afazili bireyin duygularını ifade etmesi için destek verilmesi vb tavsiyelerde bulunulmuştur.

6.oturum

Ana konu: Afaziden sonraki afazili bireylerin yakınlarının yaşadıkları

Hedefler

Katılımcıların yakınlarının afaziye yaşaması sonrası duygusal değişime destek olmaktır. Özellikle psikososyal değişimler ve duygusal etkiler konusunda gerekli desteğin sağlanmasıdır.

Oturum Öncesi

Kendimi zamanlarda kötü hissediyorum.

Bugün.....hissediyorum.
Bugün konusu hakkında konuşmak
istiyorum.
Yakınım inme geçirdiğinden beri
Yakınım için yaptığım.....beni mutlu eder.
Bu hafta olması beni mutlu etti.
.....olduğu zaman kendimi harika hissediyorum vb sorular
hazırlandı.

Etkinlik

Hazırlanan bu sorular oturumdan önce katılımcılar ile paylaşılmıştır. Ve
doldurulan boşluklar hakkında katılımcı ile konuşulmuştur.

Oturum Esnasında

Oturum hakkında konuşulmuştur. Stratejileri uygulayıp uygulamadıkları,
yakınlarının bu haftayı nasıl geçirdikleri hakkında konuşulmuştur. .Bu oturumda
herhangi bir format takip edilmeden sadece kişilerin neler hissettiği üzerine paylaşımda
bulunulmuştur. Bir önceki oturumda afazili bireylerin neler düşündüğü yaşadığı
hissettiği üzerine konuşulmuş, ailelerin bu konuda afazili bireylere yardımcı olmaları
için cesaretlendirilmiştir. Örneğin, kişi kendini stresli hissediyorsa; Sorunun kısa vadede
çözülemeyecek olmasından dolayı birçok afazili bireyin yakınının stresli olmasının
olağan olduğu, hatta birçoğunun günlük işlerinin yapacak enerjisi bile olmadığı
anlatılmıştır. Aslında stres insanların hayatlarındaki olaylara verdikleri en doğal
tepkilerden biridir. Çünkü hayatın getirdiği ekstra yükler yanında bu durum yeni
sorumluluklar getirmektedir. Böyle bir durumda arkadaşlarla zaman geçirme, dinlenme,
kendine özel zaman ayırma vb kısa aralarla kişinin kendini iyi hissetmesi sağlanır gibi
önerilerde bulunulmuştur.

7. oturum

Ana Konu: Afaziyle Yaşamak

Hedefler

Afazili ile beraber yaşamak için gerekli olumlu stratejileri geliştirmelerine
yardımcı olmaktır.

Oturum öncesi

Tablo hazırlanır. Hangi konuda en çok yardım almak istersiniz? formları hazırlanmıştır.

Oturum esnasında

5. ve 6. oturumlardaki ev ödevlerini okumaları istenmiştir. Orada yaşanan duygu ve durumlarla ilgili broşürde yer alan formu doldurmaları istenmiştir. Afazili bireylerin yakınlarının başa çıkma stratejileri sizin de bazı tavsiyelerde bulunulmuştur. Bu tavsiyeler; Dinlenmek için zaman ayırmak aile ve arkadaş desteğini arttırmak, özel zaman yaratmak, ara vermek, ilgi alanı bulmak ya da var olan ilgi alanlarına devam olarak verilmiştir.

8. Oturum

Ana Konu: Programın sonlandırılması

Hedefler

Programı gözden geçirmek, program esnasında afazili bireyleri yakınları tarafından nelerin değiştiğini görmektir.

Oturum Öncesi

Daha öncesi oturumların broşürleri hazır bulundurulmuştur.

Oturum esnasında

Oturumdaki stratejiler tekrar edilmiştir. Kişiler ile bu 8 hafta içerisinde neler paylaşılmıştır, neler düşünüldü, neler değişti konuşulmuştur. Program içerisinde yer alan değerlendirme formu, araştırmaya katılan katılımcılardan toplanmıştır.

3.8. Verilerin Analizi

Afazili bireylere uygulanan afazi destek programına katılan deney grubu ile programa katılmayan kontrol grubu, Depresyon Anksiyete Stres (DAS) Ölçeği, Bakım Verme Yüğü ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (DSÖYK) ölçeği'ne ait toplanan veriler öncelikle betimsel olarak incelenmiş ve gruplar arasında istatistiksel analizler kullanılarak karşılaştırılmıştır. Her bir parametre için normallik varsayımı test edilmiş; elde edilen verilerin analiz edilmesinde normallik varsayımının sağlanamaması ve kişi sayısının fazla olmamasından dolayı parametrik olmayan testlerden Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Çalışmanın istatistiksel analizleri, SPSS 22 yazılımı ile gerçekleştirilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, toplanan verilerin istatistiksel analizleri sonucu elde edilen bulgu ve yorumlara yer verilmiştir. Bulgu ve yorumların sunulmasında, araştırmanın amaçları doğrultusunda yanıtlanması gereken sorular göz önünde bulundurulmuştur.

Her bir parametre için normallik varsayımı test edilmiş; elde edilen verilerin analiz edilmesinde normallik varsayımının sağlanamaması ve kişi sayısının fazla olmamasından dolayı parametrik olmayan testlerden Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ve Mann Whitney U testi kullanılmış, anlamlılık derecesi $p<.05$ olarak kabul edilmiştir.

4.1. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Afazili Bireylerin Yakınlarının Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği'nden, Bakım Verme Yükü Ölçeği'nden ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden Aldıkları Ön test ve Son Test Puanları Betimsel Analizleri

Afazili bireylerin yakınlarına uygulanan, afazi destek programına katılan deney grubu ile katılmayan kontrol grubu, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ), Bakım Verme Yükü Ölçeği (BVYÖ) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne (DSÖYKÖ) ait toplanan veriler öncelikle betimsel olarak incelenmiş ve gruplar arasında betimsel analizler kullanılarak karşılaştırılmıştır.

4.1.1. Deney grubunda yer alan afazili birey yakınlarının Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği, Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden aldıkları ön test ve son test puanları betimsel analizleri

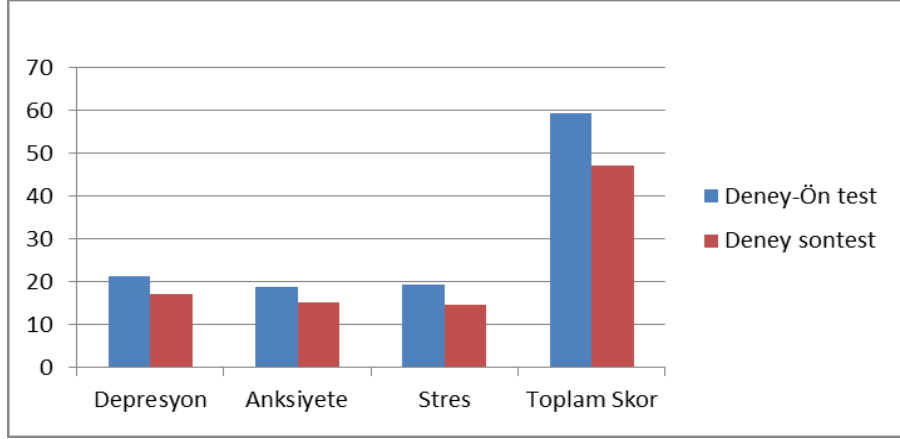
Deney grubunda yer alan ön-test ve son-test puanlarının ortalama (Ort.) standart sapma (SS), medyan (Med.) , minimum (Min), Maksimum (Max), ve değeri Tablo 4.1'de yer almaktadır.

Tablo 4.1.' de görülebileceği gibi deney grubunun ön test depresyon puanlarına bakıldığında ortalaması: 21.35 ± 4.24 (Min.=12 Max.= 28) puan düzeyinde olup; son test verisinin ortalaması 17 ± 3.45 (Min.=12 Max.= 28 puan) olduğu görülmektedir. Anksiyete puanlarında ise ön test puanlarının ortalama: 18.85 ± 5.1 (Min.= 10 Max.= 26) olarak görülmektedir. Son test puanlarına bakıldığında; son test verilerinin ortalaması 15.3 ± 5.14 (Min.= 7 Max.=23) olduğu görülmektedir.

Tablo 4.1. Deney grubundaki katılımcıların Depresyon Anksiyete Stres (DAS) Ölçeği, Bakım Verme Yükü ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (DSÖYK) aldıkları ön-test ve son-test puanları (n:20)

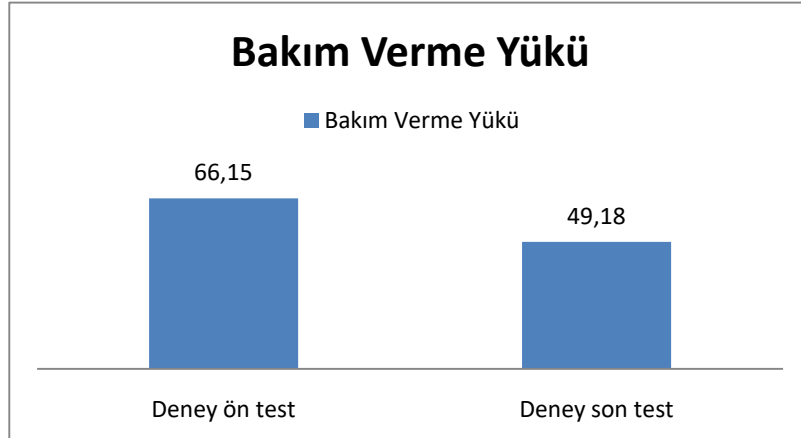
Değişkenler			n	Ort.	SS	Med.	Min.	Max.
DAS	Depresyon	Ön test	20	21.3	4.24	22	12	28
		Son test	20	17	3.45	18	7	25
	Anksiyete	Ön test	20	18.9	5.1	18.3	10	26
		Son test	20	15.3	5.14	15	7	23
	Stres	Ön test	20	19.3	5.8	20	7	28
		Son test	20	14.7	4.55	14.5	6	24
BVY	Toplam puan	Ön test	20	59.2	4.62	58.5	29	81
		Son test	20	47	4.48	46	20	74
		Ön test	20	66.2	8.18	65	28	80
		Son test	20	49.2	6.76	51.1	30	58
	Fiziksel	Ön test	20	20.8	3.45	17	9	38
		Son test	20	28.1	2.87	28.8	10	45
DSÖYKÖ	Psikolojik	Ön test	20	13.2	3.21	10	6	32
		Son test	20	20.3	2.45	20.2	7	33
	Sosyal	Ön test	20	10.2	4.21	10	4	19
		Son test	20	11.1	5.3	12	4	20
	Çevre	Ön test	20	12.8	4.14	11.3	9	21
		Son test	20	14.9	5.2	14	9	38

Stres alt alanına dair puanlar ise; ön test puan ortalama: 19.25 olup (Min.= 7 Max.=23) son test puan ortalama 14.7 ± 4.55 (Min.= 6 Max.=24) olduğu görülmektedir. DAS ölçeği toplam skorlarına bakıldığında ise; ön test puan ortalaması: 59.2±4.62 (Min.=29 Max.=81) puan olarak belirtilmiştir. Son test puanları ise; ortalama: 47±4.48 (Min.=21 Max.=81) olarak görülmektedir. Ön test verileri göz önünde bulundurulduğunda; ortalamanın yüksek olduğu görülmektedir aynı zamanda deney grubundaki katılımcıların eğitim öncesi ve eğitim sonrası DAS puanlarına ait ortalamaların eğitim sonrasında hem ölçek genelinde hem de alt boyutlarında azalma gösterdiği görülmektedir. (Şekil 4.1) DAS ölçeğine ait puanlama tablosuna baktığımızda ise tüm alt alanlarda çok ileri düzeyde hissedilen depresyon ve anksiyete aynı düzeyde kalmış, stres düzeyleri ise, çok ileri düzeyden ileri düzeye gerilemiştir.



Şekil 4.1. Deney grubu ön test –son test DASÖ betimsel analiz

Tablo 4.1.'de görüldüğü üzere eğitim öncesi bvy puanlarına bakıldığında, ön test puan ortalama: 66.2 ± 8.18 (Min.=28 Max.=80) puan düzeyinde olduğu, eğitim sonrasındaki son test puanlarına bakıldığında ise ortalama: 49.18 ± 6.76 (Min.=30 Max.=58) olduğu görülmektedir. Bakım Verme Yüğü Ölçeği, puanlama tablosuna bakıldığında; ortalamanın aşırı yük olarak nitelendirilen puan aralığından, ileri düzeyde yük düzeyindeki puan aralığına gerilediği görülmektedir. Şekil 4.2 incelendiğinde, deney grubundaki katılımcıların eğitim öncesi ve eğitim sonrası BVY puanlarına ait ortalamaların azalış gösterdiği görülmektedir.

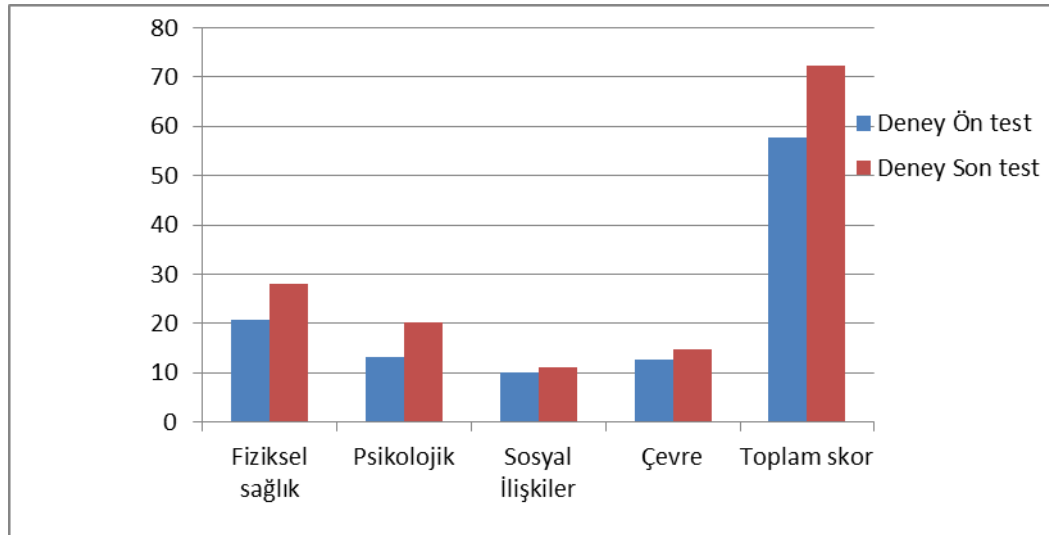


Şekil 4.2. Bakım Verme Yüğü Ölçeği Deney grubu ön test-son test betimsel istatistikleri

Eğitime katılan afazili bireylerin yakınlarının, eğitim öncesi Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSÖYK) puanlarının ortalama standart sapma (SS) Minimum (Min) Maksimum (Max) ve medyan değerleri Tablo 4.1.'de yer almaktadır.

Tablo 4.1.'de görüldüğü üzere eğitim öncesi sağlık puanlarına bakıldığında da ortalama: 20.8 ± 3.45 (Min.=9 Max.=38) puan düzeyinde olup son test verileri 28.1 ± 2.87 (Min.=10 Max.=45) olduğu görülmektedir. Psikoloji puanlarında ise ön test ortalama 13.20 ± 3.21 (Min.=6 Max.=32) son test ortalama: 20.03 ± 2.45 (Min.=7 Max.=33) olarak bulunmuştur. Sosyal ilişkiler alt alanı puanlarına bakıldığında ise; ön test verilerinde 10.2 ± 5.3 (Min.=4 Max.=19) son test verilerinde ortalama 12.15 ± 5.3 (Min.=4 Max.=20) bulunmuştur. Çevre alt alanı ise ön test puan ortalama 12.8 ± 4.14 (Min.=9 Max.=21) olup son test puan ortalama 14.9 ± 5.2 (Min.=9 Max.=38) olarak bulunmuştur. DSÖYK ölçeği toplam skorlarına bakıldığında ise; ön test puan ortalama 57.85 ± 4.14 (Min.=27 Max.=105) olup son test puan ortalama 72.25 ± 9.14 (Min.=35 Max.=120) olarak bulunmuştur. Bu puan, bize çalışmaya katılan afazili bireylerin yakınlarının yaşam kalitesi ölçeğinden düşük skor aldıklarını ve puanlama tablosuna göre yaşam kalitelerini kötü olarak hissettiklerini göstermektedir.

Deney grubundaki katılımcıların eğitim öncesi ve eğitim sonrası DSÖYKÖ puanlarına bakıldığında ise; ortalamaların hem ölçek genelinde hem de alt boyutlarında artış gösterdiği görülmektedir (Şekil 4. 3). Son test puanlarının puanlama tablosundaki yerine baktığımızda ise yaşam kalitelerini, destek programdan sonra iyi olarak nitelendirmişlerdir.



Şekil 4.3. Deney Grubu DSÖYKÖ'nin ön test-son test betimsel analizleri

4.1.2. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların Depresyon Anksiyete Stres, Bakım Verme Yükü ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeklerinden aldıkları ön-test ve son-test puanları betimsel analizleri

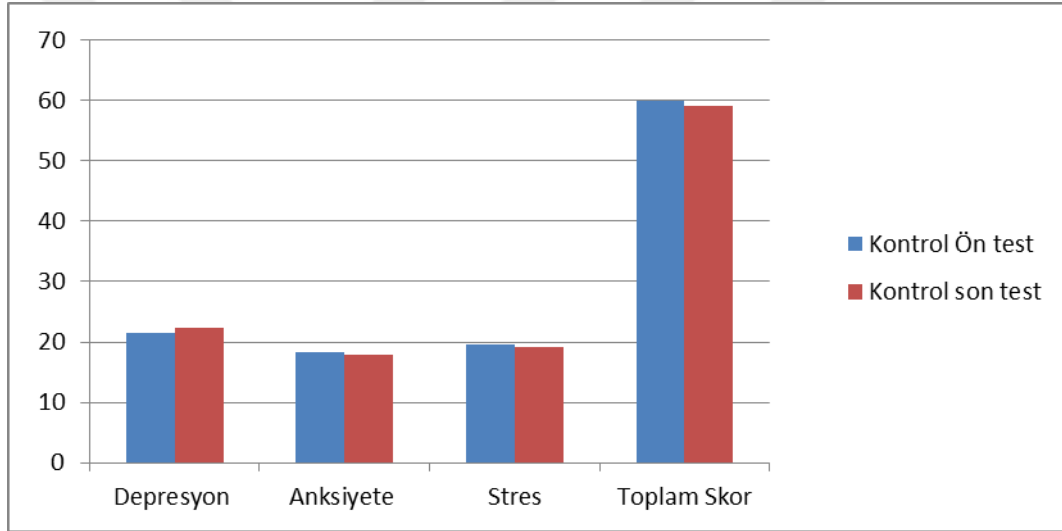
Kontrol grubunda yer alan afazili bireylerin yakınlarının ön-test ve son-test puanlarının ortalama (Ort.) ve standart sapma (SS) medyan (Med), ve Minimum (Min), Maksimum (Max), değerleri Tablo 4.1.2.'de yer almaktadır.

Tablo 4.2. Kontrol grubundaki katılımcıların Depresyon Anksiyete Stres (DAS) Ölçeği, Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (DSÖYK) aldıkları ön-test ve son-test puanları (n:20)

Değişkenler			n	Ort.	SS	Med.	Min.	Max.
DASÖ	Depresyon	Ön test	20	21.50	3.41	22.5	14	26
		Son test	20	22.30	2.64	23	12	23
	Anksiyete	Ön test	20	18.25	5.20	17.5	10	23
		Son test	20	17.85	5.60	18.1	10	24
	Stres	Ön test	20	19.65	4.41	19.78	11	21
		Son test	20	19.25	5.70	17.21	7	20
	Toplam puan	Ön test	20	59.92	8.36	60	42	80
		Son test	20	58.10	7.65	62	39	78
BVYÖ		Ön test	20	67.45	6.77	68	25	76
		Son test	20	64.40	6.62	60	23	78
	Fiziksel	Ön test	20	18.50	5.21	17	9	42
		Son test	20	19.30	8.14	20.5	8	40
DSÖYKÖ	Psikolojik	Ön test	20	14.30	7.16	15	6	30
		Son test	20	13.80	7.54	14.2	8	25
	Sosyal	Ön test	20	10.55	2.54	9	6	29
		Son test	20	11.45	3.39	12.15	15	10
	Çevre	Ön test	20	12.00	5.12	12.7	25	11
		Son test	20	12.95	4.17	10	9	25

Tablo 4.2 de görülebileceği gibi kontrol grubunun ön test depresyon puanlarına bakıldığında ortalaması: 21.50 ± 3.41 (Min.=14 Max.=26) puan düzeyinde olup; son test verisinin ortalaması 22.30 ± 2.64 (Min.=12 max. =23 puan) olduğu görülmektedir. Anksiyete puanlarında ise ön test puanlarının ortalama: 18.25 ± 5.20 (Min.: 10 Max.: 23) olarak görülmektedir. Son test puanlarına bakıldığında; son test verilerinin ortalaması 17.85 ± 5.60 (Min.= 10 Max.=24) olduğu görülmektedir. Stres alt alanına dair puanlar ise; ön test puan ortalama: 19.65 ± 4.41 olup (Min.=11 Max.=21) son test puan ortalama

19.25±5.70 (Min.= 7 Max.=20) olduğu görülmektedir. DAS ölçeği toplam skorlarına bakıldığında ise; ön test puan ortalaması: 59.92±8.36 (Min.=42 Max.=80) puan olarak belirtilmiştir. Son test puanları ise; ortalama: 58.1±7.65 (Min.=38 Max.=78) olarak görülmektedir. Ön test verileri göz önünde bulundurulduğunda; ortalamanın yüksek olduğu görülmektedir aynı zamanda kontrol grubundaki katılımcıların eğitim öncesi ve eğitim sonrası DAS puanlarına ait ortalamaların eğitim öncesi ve sonrasında depresyon alt boyutunda arttığı, anksiyete ve stres alt boyutları ortalamalarının neredeyse aynı kaldığı görülmektedir. (Şekil 4.2) DAS ölçeğine ait puanlama tablosuna baktığımızda ise tüm alt alanlarda çok ileri düzeyde hissedilen depresyon ve anksiyete ve stres düzeylerinin ise, çok ileri düzeyde kaldığı görülmektedir.

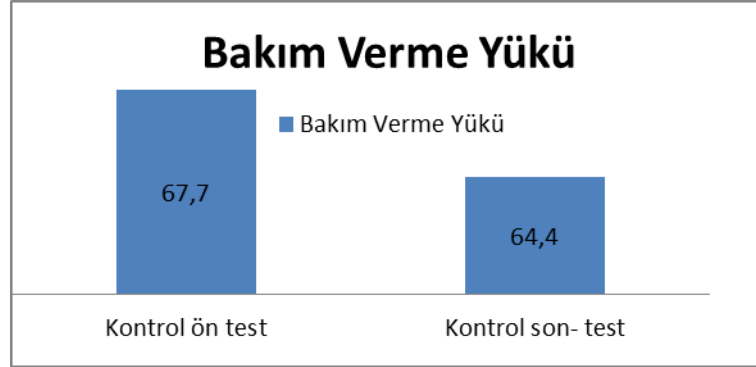


Şekil 4.4. Kontrol grubu ön test-son test DAS betimsel istatistik

Kontrol grubunda bulunan katılımcıların Bakım Verme Yüğü ölçeğinden aldıkları puanlarına ait betimsel istatistiklere bakıldığında, Tablo 4.2’de görüldüğü üzere kontrol grubu eğitim öncesi bvy puanları ön test puan ortalama: 67.45±6.77 (Min.=25 Max.=76) puan düzeyinde olduğu, eğitim sonrasındaki son test puanlarınaa bakıldığında ise ortalama: 64.40 ± 6.62 (Min.=23 Max.=78) olduğu görülmektedir.

Şekil 4.5’e bakıldığında ise, kontrol grubundaki katılımcıların araştırma öncesinde ve sonrasında BVY ölçeği puanlarında azalma olduğu görülmektedir ancak bu azalmanın deney grubundaki katılımcıların aynı ölçekteki puanlarına göre daha az düzeydedir. Bakım Verme Yüğü Ölçeği, puanlama tablosuna bakıldığında; ortalamanın

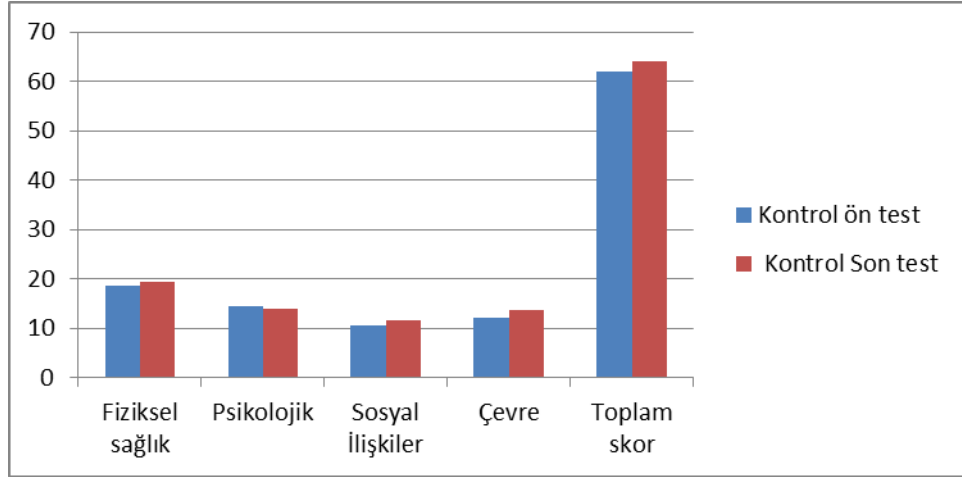
aşırı yük olarak nitelendirilen puan aralığından, ileri düzeyde yük düzeyindeki puan aralığına gerilediği görülmektedir ancak bu azalma minimal düzeydedir.



Şekil 4.5. BVY ölçeği kontrol grubu ön test-son test betimsel analiz

Tablo 4.2’de görüldüğü üzere kontrol grubunun ön test eğitim öncesi fiziksel sağlık puanlarına bakıldığında da ortalama: 18.50 ± 5 . (Min.=9 Max.=42) puan düzeyinde olup son test verileri 19.30 ± 8.14 (Min.=8 Max.=40) olduğu görülmektedir. Psikoloji puanlarında ise ön test ortalama 14.30 ± 7.16 (Min.=6 Max.=30) son test ortalama: 13.80 ± 7.54 (Min.=8 Max.=25) olarak bulunmuştur. Sosyal ilişkiler alt alanı puanlarına bakıldığında ise; ön test verilerinde 10.55 ± 2.54 (Min.=6 Max.=20) son test verilerinde ortalama 11.45 ± 3.39 (Min.= Max.=18) bulunmuştur. Çevre alt alanı ise ön test puan ortalama 12.00 ± 5.14 (Min.=12 Max.=25) olup son test puan ortalama 12.9 ± 4.17 (Min.=9 Max.=2) olarak bulunmuştur. DSÖYK ölçeği toplam skorlarına bakıldığında ise; ön test puan ortalama 56.32 ± 4.14 (Min.=27 Max.=105) olup son test puan ortalama 61.68 ± 9.14 (Min.=35 Max.=120) olarak bulunmuştur. Bu skor bize eğitime katılan afazili bireylerin yakınlarının yaşam kalitesi ölçeğinden düşük skor aldıklarını ve kontrol grubundaki katılımcıların eğitim öncesi ve eğitim sonrası DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarında değişiklik olmadığı görülmektedir (Şekil 4.6).

Puanlama tablosuna baktığımızda ise; katılımcılar yaşam kalitelerini kötü olarak nitelendirmişlerdir.



Şekil 4.6. DSÖYK ölçeği Kontrol grubu ön test-son test betimsel analiz

4.2. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Depresyon Anksiyete

Stres Ölçeği'nden, Bakım Verme Yükü Ölçeği'nden ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden Aldıkları Ön-test Puanlarının İstatistiksel olarak Karşılaştırılması

Deney ve kontrol gruplarında yer alan afazili bireylerin yakınlarının DAS BVY ve DSÖYKÖ'nden aldıkları ön-test puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığı Non-Parametrik Mann Whitney-U Testi ile sınanmıştır.

4.2.1. Deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların Depresyon Anksiyete

Stres Ölçeği'ne ait ön-Test Puanlarının istatistiksel karşılaştırılması

Deney ve kontrol gruplarındaki katılımcıların DAS'dan aldıkları ön-test puanları arasında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını belirlemek üzere gerçekleştirilen Non-Parametrik Mann Whitney-U Testi sonuçları Tablo 4.3'de sunulmuştur.

Tablo 4.3'de görüldüğü üzere, deney grubundaki katılımcıların DAS ölçeği ön-test puanlarının grup değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere non-parametrik Mann Whitney-U testi uygulanmıştır.

Analizler sonucunda, deney grubu ve kontrol grubu arasında depresyon alt ölçeğinden yola çıkarak istatistiksel açıdan anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p > .05$).

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol gruplarında yer alan katılımcıların DAS'a ait ön-test puanları arasındaki farkın anlamlılığını test etmek için uygulanan Non- Parametrik Mann Whitney-U Testi sonuçları

Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği

	Grup	n	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	p
Eğitim öncesi depresyon	Deney	20	25.4	608.00	150	0.456
	Kontrol	20	25.62	612.00		
Eğitim öncesi anksiyete	Deney	20	18.1	562.00	148	0.152
	Kontrol	20	17.9	458.00		
Eğitim öncesi stres	Deney	20	16.3	526.00	104	0.501
	Kontrol	20	15.7	514.00		
Eğitim öncesi Das	Deney	20	20.5	410.1	120	0.700
	Kontrol	20	20.72	429.85		

Benzer şekilde deney ve kontrol gruplarındaki katılımcıların anksiyete ön-test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamışken, stres puanlarına bakıldığında ise, deney ve kontrol grubunun ön-test puanları açısından da deney ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştı ($p>.05$).

4.2.2. Deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların Bakım Verme Yüğü Ölçeği'ne ait ön-test puanlarının istatistiksel karşılaştırılması

Deney ve kontrol gruplarındaki katılımcıların DAS'dan aldıkları ön-test puanları arasında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını belirlemek üzere gerçekleştirilen Non-Parametrik Mann Whitney-U Testi sonuçları Tablo 4.4.'de sunulmuştur.

Deney ve kontrol grubunun Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nden elde edilen puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığı için yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda, deney grubu ile kontrol grubu test puanları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>.05$).

Tablo 4.4. Deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların BVY'e ait ön-test puanları arasındaki farkın anlamlılığını test etmek için uygulanan Non-Parametrik Mann Whitney-U Testi sonuçları (n:20)

Bakım Verme Yüğü Ölçeği						
	Grup	n	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	p
Eğitim öncesi Bvy	Deney	20	20.13	402.5	192.5	0.839
	Kontrol	20	20.88	417.5		

4.2.3. Deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne ait ön-test puanlarının istatistiksel karşılaştırılması

Deney ve kontrol gruplarındaki katılımcıların Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden aldıkları ön-test puanları arasında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını belirlemek üzere gerçekleştirilen Non-Parametrik Mann Whitney-U Testi sonuçları Tablo 4.5'de sunulmuştur.

Tablo 4.5. Deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne ait ön-test puanları arasındaki farkın anlamlılığını test etmek için uygulanan Non-Parametrik Mann Whitney-U Testi sonuçları

Dünya Sağlık Örgütü Ölçeği						
	Grup	n	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	p
Eğitim öncesi dsö	Deney	20	57.85	378	168	0.386
	Kontrol	20	56.32	442		
Eğitim öncesi sağlık	Deney	20	17.33	346.5	136.5	0.084
	Kontrol	20	23.68	473.5		
Eğitim öncesi psikolojik	Deney	20	18.03	360.5	150.5	0.163
	Kontrol	20	22.98	459.5		
Eğitim öncesi sosyal	Deney	20	21.93	438.5	171.5	0.391
	Kontrol	20	19.08	381.5		
Eğitim öncesi çevre	Deney	20	21.75	435.00	175	0.467
	Kontrol	20	19.25	385.00		

Tablo 4.5 incelendiğinde deney ve kontrol grubunun Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği genelinden ve alt boyutlarından ön test sonucu elde edilen puanların

farklılaşıp farklılaşmadığı için yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda, gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

4.3. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Bakım Verme Yükü ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçekleri'nden Aldıkları Son-test Puanları Karşılaştırılması

Deney ve kontrol gruplarının Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği, Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Ölçeği'nden eğitim sonrası elde ettikleri puanların farklılaşıp farklılaşmadığı Mann Whitney U testi ile incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar Tablo 4.6'de gösterilmektedir.

Tablo 4.6. Deney ve kontrol grubunun son test Puanlarının Gruba Göre Mann Whiney U Testi sonuçları

	Grup	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği						
Eğitim sonrası das	Deney	20	16,10	322.00	122.0	.017*
	Kontrol	20	24.90	498.00		
Eğitim sonrası depresyon	Deney	20	13.65	273.00	63.0	.001*
	Kontrol	20	27.35	547.00		
Eğitim sonrası anksiyete	Deney	20	15.73	314.50	104.5	.009*
	Kontrol	20	25.28	505.50		
Eğitim sonrası stress	Deney	20	20.30	406.00	196.0	.019*
	Kontrol	20	20.70	414.00		
Bakım Verme Yükü Ölçeği						
Eğitim sonrası bvy	Deney	20	14.43	288.50	78.5	.001*
	Kontrol	20	26.58	531.50		
Dünya Sağlık Örgütü Ölçeği						
Eğitim sonrası dsö	Deney	20	72.25	440.50	169.0	.040*
	Kontrol	20	61.98	379.50		
Eğitim sonrası sağlık	Deney	20	22.55	451.00	159.0	
	Kontrol	20	18.45	369.00		.026*
Eğitim sonrası psikolojik	Deney	20	26.38	520.50	182.5	
	Kontrol	20	19.63	392.50		.028*
Eğitim sonrası sosyal	Deney	20	24.25	520.00	195.0	
	Kontrol	20	20.75	415.00		.083
Eğitim sonrası çevre	Deney	20	22.53	450.50	159.5	.241
	Kontrol	20	18.48	369.50		

Tablo 4.6. incelendiğinde deney ve kontrol grubunun Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği genelinden ve alt boyutlarından elde edilen puanlar farklılaşıp farklılaşmadığı için yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda, afazili bireylerin yakınlarına uygulanan Afazi Aile Destek Programı sonrasında deney grubunun son test puanları, istatistiksel

olarak anlamlıdır($p<0.05$). Deney grubu, hem toplam puan bazında hem de depresyon, anksiyete ve stres alt boyutlarında eğitimden fayda görmüştür.

Deney ve kontrol grubunun Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'nden elde edilen puanlar farklılaşıp farklılaşmadığı için yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda, afazili bireylerin yakınlarına uygulanan Afazi Aile Destek Programı sonrasında deney grubunun son test puanları, istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Deney grubunun son test puanlarında görülen azalma eğitimden fayda gördüğünü düşündürmektedir.

Deney ve kontrol grubunun Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğı'nden elde edilen puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığı için yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda, afazili bireylerin yakınlarına uygulanan Afazi Aile Destek Programı sonrasında deney grubunun fiziksel sağlık ve psikolojik alt alan son test puanları, istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Deney grubunun son test puanlarında görülen artma eğitimden fayda gördüğünü düşündürmektedir. Aynı ölçeğin sosyal ilişkiler ve çevre alt alanlarında gruplar arası istatistiksel olarak fark olmadığı görülmektedir ($p>.05$).

4.4. Kontrol Grubundaki Katılımcıların Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğı. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğine ait Ön-Test ve Son-Test Puanları Puanlarının İstatistiksel Karşılaştırılması

4.4.1. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğı'nde ön-test ve son-test puanlarının karşılaştırılması

Kontrol grubunda bulunan katılımcıların Depresyon-Anksiyete-Stres ölçeğinden aldıkları ön-test ve son-test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını incelemek üzere yapılan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları Tablo 4.7'de gösterilmiştir.

Analiz sonucunda, katılımcıların DAS ölçeğinin depresyon ve anksiyete ve stres alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>.05$)

Tablo 4.7. Kontrol grubu için DAS ön test- son test Puanları için Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları

		n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	z	p
Depresyon	Negatif Sıra	7	11.64	83	-2.741	0.76
	Pozitif Sıra	7	10.8	77		
	Eşit	6				
Anksiyete	Negatif Sıra	6	8.83	56.5	-2.387	0.077
	Pozitif Sıra	8	8.04	58.52		
	Eşit	6				
Stres	Negatif Sıra	9	9.83	98.5	-0.131	0.392
	Pozitif Sıra	9	9.17	82.5		
	Eşit	2				
Toplam	Negatif Sıra	11	10.68	117.5	-1.956	0.458
	Pozitif Sıra	6	5.92	35.5		
	Eşit	3				

4.4.2. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların Bakım Verme Yükü Ölçeği'ne ait ön test-son test puanlarının karşılaştırılması

Kontrol grubunda bulunan katılımcıların BVY ölçeğinden aldıkları ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını incelemek üzere yapılan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları Tablo 4.4.2'de gösterilmiştir

Kontrol grubunda bulunan katılımcıların BVY ölçeğinden aldıkları ön-test ve son-test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını incelemek üzere yapılan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları Tablo 4.3.2. 'de verilmiştir. Analiz sonucunda, katılımcıların BVY ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($z=-0.948$, $p>.05$).

Tablo 4.8. Kontrol grubu için BVYÖ ön test-son test Puanları için Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları

		n	Sıra ort	Sıra Top.	Z	p
BVY	Negatif Sıra	8	10.47	87	-0.948	0.051
	Pozitif Sıra	7	10.6	73		
	Eşit	5				

*Pozitif sıralar temeline dayalı

4.4.3. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların Dünya Sağlık Ölçeği'nde ön-test ve son-test puanlarının karşılaştırılması

Kontrol grubunda bulunan katılımcıların DSÖYK ölçeğinden aldıkları ön-test ve son-test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını incelemek üzere yapılan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları Tablo 4.4.3'de gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Kontrol grubu için DSÖYKÖ ön test-son test puanları için Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları

		n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	z	p
Sağlık	Negatif Sıra	11	10.41	114.5	-0.786	0.432
	Pozitif Sıra	8	9.44	75.5		
	Eşit	1				
Psikolojik	Negatif Sıra	3	4.67	14	-1.381	0.167
	Pozitif Sıra	7	5.86	41		
	Eşit	10				
Sosyal	Negatif Sıra	2	4	8	-2.441*	0.015
	Pozitif Sıra	10	7	70		
	Eşit	8				
Çevre	Negatif Sıra	5	5.6	28	-0.051	0.959
	Pozitif Sıra	5	5.4	27		
	Eşit	10				

*Pozitif sıralar temeline dayalı

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların DSÖ ölçeğinden aldıkları ön-test ve son-test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını incelemek üzere yapılan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları Tablo 4.9’da verilmiştir.

Analiz sonucunda, katılımcıların Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin sağlık, psikolojik ve çevre alt alanlarında ön test-son test arasında anlamlı fark çıkmamış olup, sosyal ilişkiler alt boyutundan aldıkları puanlar arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($z=-1.441$, $p<.05$). Fark puanlarının sıra ortalaması ve toplamaları göz önüne alındığında, gözlenen bu farkın pozitif sıralar, yani son test puanları lehinde olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre, bu süreçte katılımcıların sosyal alt boyut puanlarında artış meydana geldiği söylenebilir.

4.5. Deney Grubundaki Katılımcıların Depresyon Anksiyete Stres Bakım Verme Yükü ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği’ne Ait Ön-Test ve Son-Test Puanlarının İstatistiksel Karşılaştırılması

Bu bölümde, toplanan verilerin istatistiksel açıdan analiz edilmesi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanılmıştır.

4.5.1. Deney grubuna ait Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği’nde ön-test ve son-test puanlarının karşılaştırılması

Deney grubunda bulunan katılımcıların Depresyon-Anksiyete-Stres ölçeğinden aldıkları ön-test ve son-test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını incelemek üzere yapılan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları Tablo 4.10’de gösterilmiştir.

Tablo 4.10’da görüldüğü üzere, katılımcıların DAS ölçeğinden ve depresyon, anksiyete ve stres alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($z=-3.826$, -3.735 , -3.421 , -3.511 ; $p<.05$). Fark puanlarının sıra ortalaması ve toplamaları göz önüne alındığında, gözlenen bu farkın negatif sıralar, yani öntest puanları lehinde olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre, düzenlenen eğitimin katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres puanlarında azalmaya neden olduğu söylenebilir.

Tablo 4.10. Deney grubu için DAS ön test- son test puanları için Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları

	Sontest- Öntest	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	z	p
DAS	Negatif Sıra	19	10.00	190.00	-3.826	.001*
	Pozitif Sıra	0	.00	.00		
	Eşit	1				
Depresyon	Negatif Sıra	18	9.50	171.00	-3.735	.001*
	Pozitif Sıra	0	.00	.00		
	Eşit	2				
Anksiyete	Negatif Sıra	15	8.93	134.00	-3.421	.001*
	Pozitif Sıra	1	2.00	2.00		
	Eşit	4				
Stres	Negatif Sıra	16	9.41	150.50	-3.511	.001*
	Pozitif Sıra	1	2.50	2.50		
	Eşit	3				

*Pozitif sıralar temeline dayalı

4.5.2. Deney grubuna ait Bakım Verme Yükü Ölçeği ön-test ve son-test puanlarının istatistiksel olarak karşılaştırılması

Deney grubunda bulunan katılımcıların BVY ölçeğinden aldıkları ön-test ve son-test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını incelemek üzere yapılan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları Tablo 4.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Deney grubu için BVY ön test-son test Puanları için Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları

	Sontest-Öntest	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	z	p
BVY	Negatif Sıra	19	10.00	190.00	-3.826*	.000
	Pozitif Sıra	0	.00	.00		
	Eşit	1				

*Pozitif sıralar temeline dayalı

Tablo 4.11.'de görüldüğü üzere, katılımcıların BVY ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($z=-3.826$, $p<.05$). Fark puanlarının sıra

ortalaması ve toplamaları göz önüne alındığında, gözlenen bu farkın negatif sırala, yani öntest puanları lehinde olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre, düzenlenen eğitimin katılımcıların BVY puanlarında azalışa neden olduğu söylenebilir.

4.5.3. Deney grubuna ait Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nde ön-test ve son-test puanlarının karşılaştırılması

Katılımcıların DSÖ ölçeğinden aldıkları ön-test ve son-test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını incelemek üzere yapılan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları Tablo 4.12.'de verilmiştir.

Tablo 4.12. Deney grubu için DSÖYKÖ ön test-son test puanları için Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları

	Sontest-Öntest	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	z	p
Sağlık	Negatif Sıra	2	12.75	25.50	-2.615*	.009
	Pozitif Sıra	16	9.09	145.50		
	Eşit	2				
Psikolojik	Negatif Sıra	2	4.75	9.50	-3.186*	.001
	Pozitif Sıra	15	9.57	143.50		
	Eşit	3				
Sosyal	Negatif Sıra	4	9.25	37.00	-.595	.552
	Pozitif Sıra	9	6.00	54.00		
	Eşit	7				
Çevre	Negatif Sıra	5	9.00	45.00	-.855	.393
	Pozitif Sıra	10	7.50	75.00		
	Eşit	7				

*Negatif sıralar temeline dayalı

Analiz sonucunda, katılımcıların DSÖ ölçeğinden ve fiziksel sağlık ve psikolojik alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($z=-3.683$, -2.615 , -3.186 , $p<.05$). Fark puanlarının sıra ortalaması ve toplamaları göz önüne alındığında, gözlenen bu farkın pozitif sıralar, yani son test puanları lehinde olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre, düzenlenen eğitimin katılımcıların Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği genel puanlarında, fiziksel sağlık ve psikolojik alt boyutları puanlarında artışa neden olduğu söylenebilir. Sosyal ilişkiler ve çevre alt

alanları göz önüne alındığında ise; ön testler ile son testler arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($z=-.595$, $p>.05$).

4.6. Afazi Aile Destek Programı'na Katılan Afazili Birey Yakınlarının Program Öncesi Afazi Hakkında bilgi durumları nedir?

Programa katılacak afazili birey yakınlarının, onam formu ile birlikte verilen, bilgi değerlendirme sorularını cevaplaması istenmiştir.

Afazi hakkında herhangi bir bilginiz var mı varsa nasıl bir bilgiye sahipsiniz sorusuna verilen yanıtlara bakıldığında; 10 katılımcı herhangi bir bilgisi olmadığını ifade etmiş olup 4 katılımcı inme sonrası gelişen konuşma bozukluğu olduğunu, 6 katılımcı ise, hareket kısıtlılığı ve konuşma merkezinin inme sonrası bozukluğu olduğunu ifade etmişlerdir.

Yakınınız inme olmadan önce afaziye biliyor muydunuz sorusuna verilen cevaplara bakıldığında ise, sadece 1 katılımcı akrabalarında olduğu için bildiğini ancak adının afazi olduğunu bilmediğini ifade etmiştir. Diğer 19 katılımcının ise, yakını afazi olmadan önce bu konuda herhangi bir fikrinin olmadığını ifade etmiştir.

Bu program içinde nelerin yer almasını istersiniz sorularına verilen cevaplar da ise; 8 katılımcı afazi bilgilendirilmesinin yer almasını, 11 katılımcı ise afazili yakını ile nasıl iletişim kuracağını öğretilmesi, 1 katılımcı ise; ilgili uzmanlara ulaşma yollarının anlatılmasını istediğini ifade etmişlerdir.

Programa katılma sebebinizi kısaca açıklayabilir misiniz? Sorusuna verilen cevaplara bakıldığında ise; 9 katılımcı afazi hakkında bilgi sahibi olmak istedikleri için, 5 katılımcı afazili yakınına nasıl yardımcı olabileceğini öğrenmek istediği için 6 katılımcı ise, pandemiden dolayı evde kaldıkları için programa katılıp bir uzmanla görüşmenin onlara iyi geleceğini düşündükleri için kabul ettiklerini ifade etmişlerdir.

4.7. Afazi Aile Destek Eğitim Programı'na Katılan Afazili Birey Yakınlarının Eğitim Sonrasında Eğitim Değerlendirmeleri

SPPARC programında yer alan memnuniyet anketi program bitiminde uygulanmış olup, program bilgi ihtiyacınızı karşıladı mı? sorusuna katılımcıların 12'si afazi hakkında tüm bilgilere sahip olduklarını, 4 katılımcı geniş ve anlaşılır olarak afaziye öğrendiklerini ifade etmişlerdir. 4 katılımcı ise, açık uçlu soruyu sadece tamamen evet olarak işaretleyip yorumda bulunmamıştır.

Programın süresi ve oturum sayısı sizin için yeterli miydi sorusuna yapılan yorumlarda; 17 katılımcı sürenin ve oturum sayısının yeterli olduğunu, 2 katılımcı ise; oturum sayısının arttırılabileceğini ifade etmiştir. 1 katılımcı ise; terapist ile görüşülen sürenin daha uzun tutulabileceği konusunda fikir beyan etmiştir.

Destek eğitim programında sizin için en yararlı bilgi hangisiydi, sorusunun yanıtlarına bakıldığında; 5 katılımcı afaziye öğrenmenin ve 10 katılımcı ise afazili birey ile nasıl iletişim kuracaklarının anlatılmasından memnuniyet duyduklarını ifade etmişlerdir. 5 katılımcı ise, terapistin kendi duygu durumlarıyla ilgili verdiği desteğin onlar için çok önemli olduğunu, söylemişlerdir.

Destek eğitim programında yer alan sizin için en az yararlı bilgi hangisiydi sorusuna ise, 15 katılımcı açık uçlu soru bu bölümü boş bırakmış olup, 5 katılımcı ise, kendilerine zaman ayırlamaları konusunun kendileri için mümkün olamayacağı için çok üzerinde durmadıklarını belirtmişlerdir.

Eğitim ve sonrasında sizin veya afazili yakınınızın hayatında değişiklik oldu mu? Cevabınız evet ise; nasıl bir değişiklik oldu sorusuna verilen yanıtlara bakıldığında; araştırmaya katılan tüm katılımcıların, afaziye ve afazili yakınlarını daha iyi anladıklarını, karşılıklı iletişimlerinin arttığını ve kendilerini daha iyi hissettiklerini ifade etmişlerdir.

4.8. Afazi Aile Destek Eğitim Programının Eğitime Katılan Afazili Birey Yakınları açısından Sosyal Geçerliliğine İlişkin Bulgular

Afazi Aile Destek Programı'nın afazili bireylerin yakınları tarafından kabul edilebilirliğini, kullanılan eğitim programının uygunluğunu ve kendileri ile yapılan 8 haftalık eğitim programından memnun kalma düzeyini belirlemek amacıyla Afazi Aile Destek Programı Sosyal Geçerlilik Formu kullanılmıştır. Forma verilen yanıtlar madde bazında ortalama, standart sapma ve her bir maddeye ilişkin minimum maksimum değerler gibi betimsel değerler hesaplanarak analiz edilmiştir. Tablo 4.13'de katılımcılar tarafından doldurulan sosyal geçerlik formunun betimsel istatistikleri verilmiştir.

Tablo 4.13'de gösterildiği üzere sosyal geçerlik formu, programın içeriği, programın sunumu ve programın anlatıcısına verilen puanlar olarak 3 ana grupta yer almaktadır. İlk 8 soruda yer alan afazi aile destek programının içeriği ile ilgili sorularda ortalamanın 3.92 ± 0.46 (Min=2 Max. =4) olduğu ve tüm maddelerin aritmetik ortalamasının maksimum değer olan 4'e yakın olduğu görülmektedir.

Tablo 4.13. *Afazi Aile Destek Eğitim Programı Sosyal Geçerlilik Formu maddelerinin betimsel istatistikleri (n=15)*

No	Alt alanlar	n	Min	Max	Ort	SS
1	Programın içeriğine dair sorular	15	2.00	4.00	3.92	.3663
2	Programın sunumuna dair sorular	15	3.00	4.00	3.95	.22361
3	Programın anlatıcısına dair sorular	15	3.00	4.00	3.90	.41039

Programın içeriğine ve uygulanma sürecine ilişkin katkı ve görüşleriniz varsa lütfen belirtiniz

Program sunumuna ait olan 5 soruda ise; ortalamanın 3.95 ± 0.22 (Min.=3 Max. =4) olduğu tüm maddelerin aritmetik ortalamasının maksimum değer olan 4'e yakın olduğu görülmektedir. Programın anlatıcısının değerlendirildiği son bölümde ise; ortalama: 3.95 ± 0.41 (Min.=3 Max. =4) Tepki yüzdeleri açısından bakıldığında ise hiçbir ebeveynin “Hiç” yanıtını vermediği, geriye kalan katılımcıların ağırlıklı olarak “Tamamen” yanıtını verdiği görülmektedir. Maddelere verilen yanıtlar bir arada ele alındığında, programın sosyal geçerlik düzeyinin yüksek olduğu ve afazili birey yakınlarının uygulanan programdan memnun kaldığı söylenebilir.

Programın içeriğine ve uygulanma sürecine ilişkin katkı ve görüşleriniz varsa lütfen belirtiniz.. maddesine gelen cevaplara bakıldığında; Programın aileler tarafından memnuniyetle karşılandığı. pandemi koşulları nedeniyle çok fazla iletişimde bulundukları kimse olmadığını ve bu çevrim-içi eğitimin onlara hem psikolojik olarak iyi geldiği hem de bir profesyonelin ilk defa onlarla ilgilendiği için mutlu olduklarını ifade etmişlerdir. Özellikle role- play etkinlikleri ile durumu daha iyi anladıklarını ve artık afazili yakını ile daha kaliteli zaman geçirdiklerini ifade etmişlerdir. Afazi Aile Destek Eğitimi memnuniyet anketi formları. eğitimi yapan dil ve konuşma terapisti ile duygusal bağ oluşturabilecekleri ve bu sebeple objektif yorumlar yapamayacaklarından dolayı. alanında yetkin ve deneyimli bir dil ve konuşma terapisti tarafından toplanmıştır.

Son test verileri toplanma aşamasında verilen bilgi anketinde, ankete katılan tüm katılımcılar; afazi hakkında bilgi sahibi olmanın onları rahatlattığını, afazili bireyleri daha iyi anladıklarını ifade etmişlerdir. Özellikle araştırmaya katılan afazi bireylerin tutuk afazi olduğu düşünüldüğünde, eğitim öncesinde söylemek istememek, olarak değerlendirme eğitim sonrasında yapamamadan kaynaklı olarak değerlendirilmeye başlanmıştır

Akıcı afazi tanısı ile rehabilite edilen vakanın yakını ise; daha önce sesini yükselterek kendisini ifade ettiğini ve anlaşılmadığında öfkелendiğini dile getirmiş, eğitimden sonra bunun bir işitme sorunu olmadığını anladığını ifade etmiştir. Verilen iletişim teknikleri ile artık daha iyi iletişim kurduğunu beyan etmiştir.



5. TARTIŞMA

Bu çalışma, SPPARC- Afazi Aile Desteği Programı'nın Türkçe'ye kazandırılması ve uygulanan programın afazili ailelerin üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Bu çalışmanın amacı göz önünde bulundurulduğunda, Depresyon Anksiyete Stres ölçeği ile psikolojik durumları değerlendirilmiş olup Bakım Verme Yüğü Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği ile sosyal hayatlarındaki etkilenme düzeyleri belirlenmeye çalışılmıştır.

Araştırmanın betimsel verilerine baktığımızda hem deney grubunda hem de kontrol grubunda kadın katılımcıların fazla olduğu görülmektedir (%70). Afazili bireyler ile ilgilenen yakınlarının çoğunun kadın olması literatürle uyumludur. İnan (2019), yaptığı çalışma da psikoeğitime katılan kadın katılımcıların %73'ünün kadın olduğunu ifade etmiştir. Özgötürücü (2021), kadın bakım verme yükünün kadınlar tarafından üstlendiğini ifade etmiştir. Maviş (2005), çalışmasında da benzer sonuca ulaşmış ve %55 kadın katılımcı ile çalışmasını tamamlamıştır. Yapılan çalışmalar da bakım veren kadınlar da bakım veren erkeklere göre, stres anksiyete düzeyleri ile bakım verme yükü oranı yüksektir. Blake (2003), yaptığı çalışmada bakımı veren kadın olduğunda daha çok sosyal destek beklediğini ortaya koymuştur. Bu çalışmada da, kadın katılımcıların sayı olarak fazla olduğu göz önünde bulundurulduğunda, araştırma sonunda görülen bakım verme yükü, bu eğitimin kişinin sosyal yönünü desteklediği için de azalma seyri göstermiş olabileceğini düşündürmüştür.

Ailelerin yaşadıkları psikolojik sorunların saptanması ve uygulanan destek programı ile bu sorunların değişkenlik gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla Depresyon Anksiyete Stres ölçeği kullanılmıştır. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği'nin sonuçlarına bakıldığında, deney ve kontrol grubunun ön test sonuçları arasında anlamlı fark bulunmazken, deney ve kontrol grubunun son testleri arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Bu çalışmada yer alan grup içi bulgular değerlendirildiğinde ise deney grubunun ön test ve son test verileri arasında anlamlı farklar bulunmasına rağmen kontrol grubunun ön test ve son test verileri arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Bu değişimin eğitimden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Literatüre bakıldığında da benzer sonuçlar görülmektedir. Purdy ve Hindenlang (2005) araştırmalardan yola çıkarak, aileye verilecek danışmanlık hizmetlerinin ailelerde görülen depresyon düzeyinde azalma meydana getireceğini göstermiştir. Bakas

(2009) da 8 hafta boyunca telefonla yaptığı aile eğitim programından sonra ailenin depresyon ölçeğinde anlamlı düşüşler olduğunu bulmuştur. Hem afazili bireyin hem de ailenin inme, afazi ve iletişim becerileri hakkında bilgi sahibi olması, bakım veren kişinin de stres düzeyinde azalmaya sebep olmaktadır (Linebaugh ve Young-Charles, 1978; Simmons-Mackie, 2001). Howe vd. (2012), yapmış olduğu çalışma da afazi aile programlarının bakımveren kişilerin depresyon düzeylerinde azalmaya neden olduğunu ifade etmişlerdir. Clark, yapmış olduğu inme geçiren vakaların yakınlarına klinik ortamda ve evlerinde olmak üzere 2 aşamalı eğitim programı düzenlemiş olup, eğitim sonrasında afazili bireylerin yakınlarının yaşam kalitesi ölçeği bazında artış bulmuştur (Clark, 2003).

Stres düzeyine bakıldığında ise, afazili bireyler ile afazili bireylere bakım verenler ile yapılan psikoeğitimin bakım verenin yaşadığı stres üzerinde olumlu yönde bir etkisi olduğu görülmüştür (Draper, 2007). Bu çalışmada; afazi aile destek eğitim programında yer alan deney grubunun ön test ve test verilerine bakıldığında eğitim öncesi ve sonrasında anlamlı farklar bulunmaktadır. Eğitim öncesindeki stres düzeyi eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşme eğilimindedir. Benzer şekilde, Howe (2012), yapmış olduğu çalışmada afazi aile eğitim programlarının hem afazili birey ile yakını arasındaki iletişim sorununa çözüm olabileceğini hem de bakım veren kişinin stresinin bu eğitimler sonucunda düştüğünü bulmuşlardır. Hickley (2001), yaptığı çalışmada 2 gün süren afazili bireylerin ve ailelerinin katıldığı eğitim programı sonrasında, aile bireyleri ile afazili bireylerin sosyal ilişkilerinin arttığı, afazi hakkında sahip oldukları bilgilerin derinleştiğini iletişimsel olarak stres düzeylerinin azaldığını ifade etmişlerdir. Ön test- son test verileri de bu stres düzeylerinde yaşanan azalmanın, bakım kalitelerine olumlu yönde yansıdığını göstermektedir.

Rice (1987), yaptığı çalışmada afazili bireylerin yakınlarına destek programı düzenlemiş ve eğitim sonrasında programa dâhil olan katılımcıların anksiyete düzeylerinde ve fiziksel sağlık ile ilgili şikâyetlerinde olumlu yönde değişiklikler olduğunu göstermiştir. Van Der Gaag (2005), yaptığı 6 aylık karma desen ile yaptığı çalışmada, nitel verilerinde kişilerin kendilerini daha iyi hissettikleri sonucuna ulaşırken, ön test ve son test sonuçlarında ise, araştırmaya katılan katılımcıların yaşam kalitesi puanlarının arttığını göstermiştir.

Blake (2000), yaptığı çalışmada Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nde, bakım verenlerin kendilerine olan pozitif duygularının azaldığını ve negatif duyguları daha

yoğun yaşadıklarını bulmuştur. Bakım veren kişinin sağlık durumu ve yaşam kalitesi ile hissettiği bakım verme yükü arasında negatif korelasyon olduğu ve bakım verme yükü arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı bulunmuştur. Morimoto (2015), çalışmasında bakım verilen kişinin bakım verene olan bağımlılığı arttıkça bakım verme yükünün de arttığını göstermektedir (Morimoto 2015). Ailelerin hissettikleri bakım verme yükünün, uygulanan afazi destek programı ile değişkenlik gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla Bakım Verme Yüğü Ölçeğı kullanılmıştır. Hem deney grubu ön test-son test bulguları hem de deney ve kontrol grubu son test verileri karşılaştırıldığında, bakım verme yükü düzeylerinde anlamlı azalma görölmektedir. Bu noktadan yola çıkarak düzenlenen eğitim programının afazili birey yakınlarının bakım verme yüklerinde azalmaya sebep olmuştur. Bakas (2009), yapmış olduğu çalışmada aile eğitim programından önce ve sonra baktığı bakım verme yüklerinde, anlamlı düzeyde azalma olduğunu göstermiştir. Magnus (2019), yaptığı SEPA aile eğitim programı sonrasında yaptığı çalışmada, katılımcıların eğitim öncesinde Bakım Verme Yüğü Ölçeğı ve Dünya Sağlık Örgütü- Yaşam Kalitesi Ölçeğı'nden aldıkları puanları ile eğitim sonrasında aynı ölçeklerin puanlarını karşılaştırmıştır. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'nde istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmamışken, betimsel olarak bakım verme yükünün azaldığını bulmuştur. Rouch (2021), yaptığı güncel bir çalışma da sadece afazi alanında değil tüm kronik durumlarda aile eğitiminin kişileri bakım verme yüklerini, azalttığını göstermiştir.

Ailelerin hissettikleri yaşam kalitesi düzeyi ve verilen afazi destek programı ile bu sorunların değişkenlik gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi ölçeğı kullanılmıştır. Hem deney grubu ön test-son test bulguları hem de deney ve kontrol grubu son test verileri karşılaştırıldığında, yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel sağlık ve psikolojik alt alanlarında anlamlı fark görölmektedir. Bu noktadan yola çıkarak, afazili birey yakınlarının fizyolojik ve psikolojik sağlık açısından düzenlenen destek programından yarar sağladığı görölmektedir. Sosyal ilişkiler ve çevre alt alanlarında anlamlı bir değişikliğin olmaması ise, verilen eğitimin bireysel ve online olmasına bağılı olabildiğı düşünölmektedir.

Hoen (1997), yaptığı çalışmada, afazili bireylere ve yakınlarına eğitim uygulamış ve eğitim öncesi/sonrasında Psikolojik iyi olma hali ölçeğı ile değerlendirmede bulunmuştur. Afazinin getirdiğı iletişimsel sorunların çözümü ve partner iletişimini

arttırmaya yönelik olan bu eğitim sonrasında, 35 katılımcının 32 sinin iyi olma ölçeği sonuçlarında eğitim ön test- son test arasında anlamlı farklar saptamıştır. Worrall (2016), yapmış olduğu Aphasia Ask programının son test ve izleme sonuçlarında yaşam kalitesinde artış ve kendini iyi hissetme skorlarında ise anlamlı yükselmeler saptamıştır. Rouch (2021), çalışmasında düzenlediği eğitim programının yaşam kalitesi skorlarında artışa neden olduğunu göstermiştir. Draper (2007), yaptığı çalışmada 4 hafta boyunca düzenlenen eğitim programına katılan afazili bireylerin bakım verenlerinin yaşam kalitesini değerlendirmiş ve eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında yaşam kalitesi düzeyinde anlamlı pozitif değişiklikler gözlemlemiştir. Avent (2005), yaptığı çalışmada bakım verenlerin iletişimi destekleyici stratejiler öğrenmesinin, danışmanlık ihtiyaçlarının giderilmesinin, bilgi düzeylerinin artırılmasının; hem afazili bireyin rehabilitasyon sürecini olumlu yönde etkileyeceği hem de artan iletişim kalitesine bağlı olarak bakım verenin yaşam kalitesinin de artacağını göstermiştir (Avent vd., 2005; Le Dorze vd.,1999). Aynı zamanda afaziye ilişkin bilgiye ulaşma ve bilgi artışının eşler üzerinde olumsuz etkiyi azalttığı. rehabilitasyon sürecinde afazili birey ile etkileşim kurmada yardımcı olduğu belirtilmektedir (Maviş, 2005).

Bilgi onam formu ile birlikte verilen 4 soruluk afazi hakkında bilgi düzeylerini belirleme anketinde, bireylerin bilgi düzeyi hakkında sorular sorulmuştur. Verilen cevaplara bakıldığında afazi hakkında bilgilerinin çok sınırlı olduğu, bu sorunu yaşayana kadar afazinin ne olduğunun bilinmediği, inme üzerinden geçen zaman arttıkça bireylerin farkındalığının arttığı ve bilgi düzeylerinin yükseldiği gözlenmiştir. Literatürde de bu konuda yapılan çalışmada benzer bir sonuç bulunmuştur. Rombough (2006). yaptığı çalışmada inme sonrasında gelişen afazi de kişiler, ilk bu durumla karşılaştıklarında afazi hakkında bilgi sahibi değillerdir. Zaman geçtikçe kişiler bu durumla başa çıkma becerilerinde afazi ve afazili bireyle iletişim kurma konularında bilgi sahibi olmuşlardır sonucuna ulaşmıştır.

Son test verileri toplanma aşamasında verilen bilgi anketinde, ankete katılan tüm katılımcılar; afazi hakkında bilgi sahibi olmanın onları rahatlattığını, afazili bireyleri daha iyi anladıklarını ifade etmişlerdir. Özellikle araştırmaya katılan afazi bireylerin tutuk afazi olduğu düşünüldüğünde, eğitim öncesinde söylemek istememek, olarak değerlendirme eğitim sonrasında yapamamadan kaynaklı olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Akıcı afazi tanısı ile rehabilite edilen vakanın yakını ise; daha önce sesini yükselterek kendisini ifade ettiğini ve anlaşılmadığında öfkeli olduğunu dile getirmiş,

eğitimden sonra bunun bir işitme sorunu olmadığını anladığını ifade etmiştir. Verilen iletişim teknikleri ile artık daha iyi iletişim kurduğunu beyan etmiştir.

Bu araştırmanın sosyal geçerliğine ilişkin veriler, Afazi Aile Destek Programı Sosyal Geçerlik/ Memnuniyet anketi'nin araştırmaya katılan bireyler tarafından doldurulmasıyla elde edilmiştir. Afazili bireylerin yakınları, bu formda yer alan maddelere verdikleri yanıtlar programdan memnuniyet düzeyinin ve dolayısıyla programın sosyal geçerliğinin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği, Bakım Verme Yüğü Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden alınan puanların gruplar arası ve grup içi karşılaştırmasından elde edilen sonuçlar ile paralellik göstermektedir. Bu noktada deney ve kontrol gruplarının ön-test ve son-testlerinin birbiriyle ve kendi içinde karşılaştırılması sonucunda Afazi Aile Destek Programı'nın depresyon anksiyete stres düzeylerini ve bakım verme yükünü azaltmakta etkili olmasının, aynı zamanda yaşam kalitesinde artışı beraberinde getirdiği düşünülebilir.

Purdy ve Hindenlang (2005), yaptığı nitel çalışmada da düzenlenen eğitimin afazili birey ile yakını arasındaki iletişim kalitesini arttırdığını göstermiştir. Benzer bir sonuç olarak program sonunda yapılan sosyal geçerlik formundaki yanıtlara göre de bu çalışmaya katılan 20 katılımcıdan 4'ü, afazili bireyi daha iyi anladığını ve yüksek sesle konuşmadan da iletişim kurabildiğini ifade etmişlerdir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu araştırma sonucunda, aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Deney grubunda yer alan katılımcıların; araştırma da kullanılan depresyon anksiyete stres ölçeği, bakım verme yükü ölçeğinden yüksek puanlar aldıkları, dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi ölçeği puanlarının ise düşük olduğu görülmektedir. Yani, afazili birey yakınlarının, depresyon stres ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Benzer bir sonuçla, bakım verme yüküne ait puanlar da bakım veren kişilerin sosyal ve psikolojik olarak etkilendiklerini göstermektedir. Yaşam kalitesi ise; kişinin kendini iyi hissetmesi olarak kabul edilmektedir. Bu sonuçlara göre, afazili bireylerin yakınlarının yaşam kaliteleri normal popülasyona göre düşüktür.

Deney ve kontrol gruplarının ön testlerine bakıldığında, her iki grupta yer alan katılımcıların araştırmada kullanılan her ölçekte aldıkları puanlar birbirine yakındır ve aralarında anlamlı fark yoktur.

Deney grubundaki katılımcıların eğitim öncesi ve eğitim sonrası ölçek puanlarına bakıldığında ise, DAS puanlarına ait puan ortalamaların hem ölçek genelinde hem de alt boyutlarında azalma göstermiştir. Bu azalma istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir Bu sonuca göre, programın ailelerin yaşadıkları depresyon anksiete ve stres vb psikolojik durum üzerinde olumlu etkisi vardır.

Yine aynı grupta yer alan katılımcıların eğitim öncesi ve eğitim sonrası BVYÖ puanlarına ait ortalamaların da azalma gösterdiği görülmektedir. Bu azalma istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu sonuca göre, düzenlenen destek programının ailelerin hissettiği bakım verme yükü üzerinde etkili olduğu görülmektedir.

Deney grubundaki katılımcıların eğitim öncesi ve eğitim sonrası DSÖYKÖ puanlarına bakıldığında ise; dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi ölçeğinin alt alanlarında bazı farklı sonuçlara ulaşılmıştır. 4 alt alandan; fiziksel sağlık ve psikolojik alana ait ortalamaların anlamlı derecede yükseldiği görülürken, sosyal ilişkiler ve çevre alt alanlarında herhangi bir değişiklik görülmemektedir. Bu sonuca göre, düzenlenen destek programının ailelerin fiziksel sağlık ve psikolojik durumlarında olumlu yönde etkisi vardır.

Kontrol grubundaki katılımcıların araştırma sürecinde öncesi-sonrası DAS puanlarına ait genel ortalamaların ve depresyon boyutu ortalamaların arttığı ancak anksiyete puanlarının ve stres puanı ortalamalarının neredeyse aynı kaldığı

görülmektedir. Eğitim sonrasında BVY ölçeği ile ilgili puanlarda ise, ortalamaların azaldığı görülmektedir. Bu azalma istatistiksel olarak anlamlı değildir. Kontrol grubunda yer alan afazili birey yakınlarının, eğitim öncesi ve sonrasında yaşam kalitesi ölçeğinden her alandan ve toplam ölçek skorundan düşük puan aldıkları görülmektedir ve bu skorlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Deney ve kontrol grubunun DAS ölçeği genelinden ve alt boyutlarından elde edilen puanları incelendiğinde, eğitim sonrası ölçek geneli puanlarının, depresyon anksiyete ve stres puanlarının deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir ($p<0.05$). Bu farklara bakıldığında eğitim sonrası kontrol grubunun depresyon anksiyete ve stres puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Benzer bir sonuçta BVY ölçeğinden elde edilen puanlarda görülmektedir. Eğitim sonrası Bakım Verme ölçeği puanlarının deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bu farkla, eğitim sonrası deney grubu bakım verme yükü puanlarının daha az olduğu tespit edilmiştir. Deney ve kontrol grubunun DSÖYKÖ elde edilen puanları incelendiğinde, fiziksel sağlık ve psikolojik durum alt alanlarında yaşam kalitesinde eğitim sonrası anlamlı bir artma görülürken, sosyal ilişkiler ve çevre alt alanlarında anlamlı bir fark tespit edilememiştir.

Afazili bireylerin yakınları için geliştirilen SPPARC programı'ndan yola çıkılarak yapılan afazi aile destek programı'nın sosyal geçerlik / memnuniyet anketi sonuçlarında ise; tüm aillerin memnuniyet oranlarının çok yüksek olduğu görülmektedir

Bu sonuçlara bakıldığında, afazili birey yakınları için uygulanan afazi destek programının; afazili bireylerin yakınlarının, psikolojik durumlarını gösteren depresyon anksiyete ve stres gibi puanlarının azaldığı, bakım verme yüklerinin azaldığı ve yaşam kalitelerinde artış olduğu görülmektedir. Sosyal geçerlilik formunda belirtildiği gibi ailelerin bu tür eğitimlere yaklaşımının son derece olumlu olduğu ve yaygınlaştırılmasını istedikleri saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Bu bölümde, gelecek dönemde yapılacak araştırmalara ve klinik uygulamalara yönelik öneriler yer alacaktır.

Grup eğitimleri, hem katılımcıların aynı sorunu yaşayan bireylerle psikolojik durumlarını paylaşmalarını sağlamakta hem de sosyal yönden arkadaşlık ilişkilerini

desteklemektedir, Bu nedenle aynı çalışmanın ileride farklı ve geniş örneklem gruplarıyla grup eğitimi olarak uygulanması önerilmektedir.

Afazinin sadece dil ve konuşma sorunu olmanın ötesinde kişinin ve ailesinin hayatının tamamını etkileyen bir sorun olduğu düşünüldüğünde, bu programda yer alan, eğitim bilgilerinin afazi terapilerine ek olarak afazili bireylerin yakınları ile paylaşılmasının afazi terapilerinin etkililiğini arttıracakı düşünülmektedir.

ICF sınıflandırılmasına göre, biyo-psiko-sosyal bakış açısıyla ele alınan afazi için, dil konuşma terapistlerinin amacının sadece dilsel gelişimi sağlamak değil aynı zamanda psikolojik ve sosyal desteği de sağlamak gibi rolleri olduğu bilinmektedir. Bu değişen rol açısından afazili bireylerin ailelerine destek vermenin öneminin göz önünde bulundurulması önerilmektedir.

Tüm öneriler bir arada ele alındığında bu araştırma sonucunda SPPARC programı'ndan uyarlanan ve ailelerin bilgilendirilmesinde etkili olduğu ve yaşadıkları depresyon anksiyete ve stres düzeylerine olumlu yönde katkı sağladığı, bakımverme yükünde azalmalar meydana getirdiği ve yaşam kalitesinde artma sağladığı belirlenen Afazi Aile Destek Programı'nın alan yazına katkı sağlamanın yanında dil ve konuşma terapistlerine klinik uygulamalarında yol göstereceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Ali, M., Bath, P. M., Lyden, P. D., Bernhardt, J. ve Brady, M. (2014). Representation of people with aphasia in randomized controlled trials of acute stroke interventions. *International Journal of Stroke*, 9(2), 174-182.
- Akın, A. ve Çetin, B. (2007). Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ): Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 7(1), 241-268.
- Aksakalli, E., Turan, Y. ve Şendur, Ö. F. (2009). İnme rehabilitasyonunda son durum skalaları. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/ Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 55(4)168-172
- Altunışık, E. ve Arık, A. (2021). Pandemi döneminde azalmış inme başvuruları: COVID-19'un kollateral etkileri. *Turk Journal of Neurology*, 27, 171-175.
- Ardila, A. (2006). The origins of language: an analysis from the aphasia perspective. *Revista de Neurologia*, 43(11), 690-698.
- Ardila, A. (2014). Aphasia handbook. *Miami, FL: Florida International University*, 102-35.
- Armağan, O. (2011). İnme sonrası afazi ve yaşam kalitesi. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, 17(3), 89-94.
- Atalık, G. (2019). *Afazili bireylerde adlandırma becerisini iyileştirmeye yönelik mobil ekipman uyumlu yazılımın geliştirilmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Avent, J., Glista, S., Wallace, S., Jackson, J., Nishioka, J. ve Yip, W. (2005). Family information needs about aphasia. *Aphasiology*, 19(3-5), 365-375.
- Bakas, T. ve Kroenke, K. (2006) Outcomes among family caregivers of aphasic versus nonaphasic stroke survivors. *Rehabilitation Nursing*, 31(1), 33-42.
- Bakas, T., Farran, C. J., Austin, J. K., Given, B. A., Johnson, E. A. ve Williams, L. S. (2009). Content validity and satisfaction with a stroke caregiver intervention program. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(4), 368-375.
- Basso, A. ve Macis, M. (2011). Therapy efficacy in chronic aphasia. *Behavioural Neurology*, 24(4), 317-325.
- Berg, A., Palomäki, H., Lönnqvist, J., Lehtihalmes, M. ve Kaste, M. (2005). Depression among caregivers of stroke survivors. *Stroke*, 36(3), 639-643.
- Berthier, M. L. (2005). Post stroke aphasia. *Drugs & Aging*, 22(2), 163-182.
- Blake, H. ve Lincoln, N. B. (2000). Factors associated with strain in co-resident spouses of patients following stroke. *Clinical Rehabilitation*, 14, 307-314.
- Blake, H., Lincoln, N. B. ve Clarke, D. D. (2003). Caregiver strain in spouses of stroke patients. *Clinical Rehabilitation*, 17, 312-317.

- Blonder, L. X., Langer, S. L., Pettigrew, L. C. ve Garrity, T. F. (2007). The effects of stroke disability on spousal caregivers. *NeuroRehabilitation*, 22(2), 85-92.
- Boehme, A. K., Martin-Schild, S., Marshall, R. S. ve Lazar, R. M. (2016). Effect of aphasia on acute stroke outcomes. *Neurology*, 87(22), 2348-2354.
- Brown, K., Worrall, L., Davidson, B. and Howe, T. (2011). Living successfully with aphasia: Family members share their views. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(5), 536-548.
- Burns, M. I., Baylor, C., Dudgeon, B. J., Starks, H. ve Yorkston, K. (2017). Health care provider accommodations for patients with communication disorders. *Topics in Language Disorders*, 37(4), 311-333.
- Cankuvvet, N. (2015). *Çocuğu koklear implant adayı ebeveynlerin gereksinimlerine dayalı bilgilendirme programı geliştirilmesi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Canlı, Ç. E. ve Toğram, B. (2017). Afazili bireylerin ve yakınlarının iletişime ve ilişkili sorunlara yönelik algıları. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 142-161.
- Clark, D. G. ve Cummings, J. L. (2003). Aphasia. In *Neurological Disorders* (pp. 265-275). Academic Press.
- Christensen, J. M. ve Anderson, J. D. (1989). Spouse adjustment to stroke: aphasic versus nonaphasic partners. *Journal of Communication Disorders*, 22(4), 225-231.
- Code, C. ve Petheram, B. (2011). Delivering for aphasia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(1), 3-10.
- Croteau, C. ve Le Dorze, G. (2001). Spouses' perceptions of persons with aphasia. *Aphasiology*, 15(9), 811-825.
- Cruice, M., Worrall, L., Hickson, L. ve Murison, R. (2003). Finding a focus for quality of life with aphasia: Social and emotional health, and psychological well-being. *Aphasiology*, 17(4), 333-353.
- Cruice, M., Worrall, L. ve Hickson, L. (2006). Quantifying aphasic people's social lives in the context of non-aphasic peers. *Aphasiology*, 20(12), 1210-1225.
- Cruice, M., Worrall, L. ve Hickson, L. (2006). Perspectives of quality of life by people with aphasia and their family: Suggestions for successful living. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 13(1), 14-24.
- Cruice, M., Worrall, L. ve Hickson, L. (2011). Reporting on psychological well-being of older adults with chronic aphasia in the context of unaffected peers. *Disability and Rehabilitation*, 33(3), 219-228.
- Dalemans, R. J., De Witte, L. P., Wade, D. T. ve Van den Heuvel, W. J. (2008). A description of social participation in working-age persons with aphasia: A review of the literature. *Aphasiology*, 22(10), 1071-1091.

- Denby, F. and Harvey, R. L. (2003). An educational intervention for stroke rehabilitation patients and their families: healthy living after stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 9(4), 34-45.
- Doğramacı, Ö. (2004). *Birincil bakıcıların felçli-afazili bireyin sözel olmayan davranışlarına ilişkin görüşleri*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Døli, H., Helland, T. ve Andersen Helland, W. (2017). Self-reported symptoms of anxiety and depression in chronic stroke patients with and without aphasia. *Aphasiology*, 31(12), 1392-1409.
- Dokur, U. (2013). *Başkent afazi testinin geçerliliği ve güvenilirliği pilot çalışması*. Uzmanlık Tezi. Ankara: Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Draper, B., Bowring, G., Thompson, C., Van Heyst, J., Conroy, P. ve Thompson, J. (2007). Stress in caregivers of aphasic stroke patients: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 21(2), 122-130.
- Duffy, S., McCarthy, R., Farrell, M., Thomas, S., Brennan, P., Power, S. ve Gilvarry, M. (2019). Per-pass analysis of thrombus composition in patients with acute ischemic stroke undergoing mechanical thrombectomy. *Stroke*, 50(5), 1156-1163.
- Elman, R. J. (2007). The importance of aphasia group treatment for rebuilding community and health. *Topics in Language Disorders*, 27(4), 300-308.
- Erbay, F. ve Öztürk Samur, A. (2010). Anne ve babaların çocuk kitapları hakkındaki genel görüşleri ile çocukların alıcı dil gelişim düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turkish Studies (Elektronik)*, 5(4), 1063-1073.
- Erden, N. (2009). *Kronik inme hastalarında duyuşal fonksiyonların; motor fonksiyonlar, yaşam kalitesi ve fonksiyonel değerlendirmeye etkileri*. İstanbul: İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi.
- Eser, E., Fidaner, H., Fidaner, C., Eser, S. Y., Elbi, H. ve Göker, E. (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 7(Suppl 2), 23-40.
- Ferrara, Lauren A. (2017). *"The Psychosocial Effects of Aphasia On The Caregiver"* Honors Undergraduate Theses. 175. University of Central Florida.
- Fertelli, T. K. ve Tuncay, F. Ö. (2019). İnmeli Bireye Bakım Verenlerde Bakım Yüğü, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Arasındaki ilişki. *Journal of Academic Research in Nursing*, 5(2), 107-115.
- Fjærtøft, H., Indredavik, B., Johnsen, R. ve Lydersen, S. (2004). Acute stroke unit care combined with early supported discharge. Long-term effects on quality of life. A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 18(5), 580-586.

- Fucetola, R. ve Tabor Connor, L. (2015). Family ratings of communication largely reflect expressive language and conversation-level ability in people with aphasia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24(4), S790-S797.
- Gainotti, G., Azzoni, A., Razzano, C., Lanzillotta, M., Marra, C. ve Gasparini, F. (1997). The Post-Stroke Depression Rating Scale: a test specifically devised to investigate affective disorders of stroke patients. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 19(3), 340-356
- Gillespie, A., Murphy, J. ve Place, M. (2010). Divergences of perspective between people with aphasia and their family caregivers. *Aphasiology*, 24(12), 1559-1575.
- Gonzales, S., Mullen, M. T., Skolarus, L., Thibault, D. P., Udoeyo, U. ve Willis, A. W. (2017). Progressive rural–urban disparity in acute stroke care. *Neurology*, 88(5), 441-448.
- Grant, J. (2002). Learning needs assessment: assessing the need. *British Medicine Journal*, 324(7330), 156-159.
- Grant, J. S., Weaver, M., Elliott, T. R., Bartolucci, A. A. ve Giger, J. N. (2004). Family caregivers of stroke survivors: characteristics of caregivers at risk for depression. *Rehabilitation Psychology*, 49(2), 172.
- Grant JS, Clay OJ, Keltner NL. (2013) Does caregiver well-being predict stroke survivor depressive symptoms? A mediation analysis. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 20, 44-51.
- Grawburg, M., Howe, T., Worrall, L. ve Scarinci, N. (2019). Family-centered care in aphasia: Assessment of third-party disability in family members with the family aphasia measure of life impact. *Topics in Language Disorders*, 39(1), 29-54.
- Grawburg, M., Howe, T., Worrall, L. ve Scarinci, N. (2013). Third-party disability in family members of people with aphasia: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 35(16), 1324-1341.
- Günay, V. D. (2004). *Dil ve iletişim*. Multilingual.
- Hernandez, Nelson J. (2016). *The Effect of Aphasia on Quality of Life, Coping Style, and Resilience*. Honors Undergraduate Theses. 147. University Central of Florida.
- Hersh, D. ve Owen, P. (2000). A new charity comes forward... and carers retreat. *ACQ: Issues in Language, Speech, and Hearing*, 2, 88-89.
- Hilari, K., Northcott, S., Roy, P., Marshall, J., Wiggins, R. D., Chataway, J. ve Ames, D. (2010). Psychological distress after stroke and aphasia: the first six months. *Clinical Rehabilitation*, 24(2), 181-190.
- Hinckley, J. J., Packard, M. E. ve Bardach, L. G. (1995). Alternative family education programming for adults with chronic aphasia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2(3), 53-63.

- Hinckley, J. J. ve Packard, M. E. (2001). Family education seminars and social functioning of adults with chronic aphasia. *Journal of Communication Disorders*, 34(3), 241-254.
- Hoen, B., Thelander, M. ve Worsley, J. (1997). Improvement in psychological well-being of people with aphasia and their families: Evaluation of a community-based programme.) *Aphasiology*, 11, 681–691.
- Hoover, E. L., Caplan, D. N., Waters, G. S. ve Carney, A. (2017). Communication and quality of life outcomes from an interprofessional intensive, comprehensive, aphasia program (ICAP). *Topics in Stroke Rehabilitation*, 24(2), 82-90.
- Howe, T., Davidson, B., Worrall, L., Hersh, D., Ferguson, A., Sherratt, S. ve Gilbert, J. (2012). ‘You needed to rehab... families as well’: family members’ own goals for aphasia rehabilitation. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(5), 511-521.
- Hula W, Ross K, Hula SA, Wambaugh J, Schumacher J, ve Doyle P. (2010) Validity of and agreement between self- and surrogate-reported communicative functioning in persons with aphasia. *Clinical Aphasiology Conference*; Isle of Palms, SC. May.
- İnan, Z. (2019) *Afazik Hastalar İle Yakın Bakıcı Arasındaki İletişim, Sorumluluk Ve Stres Üzerinde Psikoeğitimin Etkisini İncelemek* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- İnci, F. H. (2006). *Bakım verme yükü ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Johannsen-Horbach, H., Wenz, C., Funfgeld, M., Herrmann, M. ve Wallesch, C. W. (1993). Psychosocial aspects on the treatment of adult aphasics and their families: a group approach in germany. In *Aphasia Treatment* (pp. 319-334). Springer, Boston, MA.
- Johannsen-Horbach, H., Crone, M. ve Wallesch, C. W. (1999). Group therapy for spouses of aphasic patients. In *Seminars in Speech and Language* (Vol. 20, No. 01, pp. 73-83). © 1999 by Thieme Medical Publishers, Inc.
- Jordan, L. ve Kaiser, W. (1996). What is aphasia? In *Aphasia—A Social Approach* (pp. 38-52). Springer, Boston, MA.
- Kagan A, Black SE, Duchan JF, Simmons-Mackie N ve Square P. (2001). Training volunteers as conversation partners using “supported conversation for adults with aphasia” (SCA): a controlled trial. *Journal of Speech Language Hearing Research* ;44:624-38.
- Kalra L, Evans A, Perez I, Training carers of stroke patients: randomised controlled trial (2004). *British Medicine Journal*. 328: 1099.

- Kelly-Hayes, M., Wolf, P. A., Kannel, W. B., Sytkowski, P., D'Agostino, R. B. ve Gresham, G. E. (1988). Factors influencing survival and need for institutionalization following stroke: the Framingham Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 69(6), 415-418.
- Kincheloe, Harley B., (2019). "*The Impact of Depression on Treatment Outcomes for Patients with Aphasia who Participate in an Intensive Comprehensive Aphasia Program (ICAP)*" Undergraduate Theses and Professional Papers. 258. University of South Florida
- King RB, Hartke RJ, Houle T. (2012) A problem-solving early intervention for stroke caregivers: one year follow-up. *Rehabilitation Nursing Journal*. 37: 231-43. PMID:22949276.
- Kumral, E. (Ed), Bogousslavsky J. (2002). Akut iskemik inmeye genel yaklaşımlar ve inme üniteleri. *Akut İskemik İnme*. Argosİle. Hiz.Rek. ve Tic. A.Ş., İstanbul, s. 14-22.
- Law, J., Huby, G., Irving, A. M., Pringle, A. M., Conochie, D., Haworth, C. ve Burston, A. (2010). Reconciling the perspective of practitioner and service user: findings from The Aphasia in Scotland study. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 45(5), 551-560.
- Le Dorze, G. ve Signori, F. H. (2010). Needs, barriers and facilitators experienced by spouses of people with aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 32(13), 1073-1087.
- Linebaugh, C. W. ve Young-Charles, H. Y. (1978). The counseling needs of the families of aphasic patients. In *Clinical Aphasiology: Proceedings of the Conference 1978* (pp. 304-313). BRK Publishers.
- Lima, M. L. D., Santos, J. L. F., Sawada, N. O. ve Lima, L. A. P. D. (2014). Quality of life of individuals with stroke and their caregivers in a city of Triângulo Mineiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 17, 453-464.
- Lock, S., Wilkinson, R., Bryan, K., Maxim, J., Edmundson, A., Bruce, C. ve Moir, D. (2001). Supporting partners of people with aphasia in relationships and conversation (SPPARC). *International Journal of Language & Communication Disorders*, 36(sup1), 25-30.
- Lovibond, P. F. ve Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.

- Lyon, J. ,Cariskiab, D. L. Keislerab, J. Rosenbekab, R. Levineac, J. Kumpulaab, C. Ryffad, S. Coyneab ve M. Blancae (1997). Communication partners: Enhancing participation in life and communication for adults with aphasia in natural settings *Aphasiology*, 11 (7), 693-708
- Mackay, J., Mensah, G. A. ve Greenlund, K. (2004). *The atlas of heart disease and stroke*. World Health Organization.
- Magnus, B. H., Dias, R. F. ve Beber, B. C. (2019). Effects of a short educational program about aphasia (SEPA) on the burden and quality of life of family caregivers of people with aphasia. In *CoDAS (Vol. 31)*. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.
- Malone, R. L., Ptacek, P. H. ve Malone, M. S. (1970). Attitudes expressed by families of aphasics. *British Journal of Disorders of Communication*, 5(2), 174-179.
- Manders, E., Mariën, A. ve Janssen, V. (2011). Informing and supporting partners and children of persons with aphasia: a comparison of supply and demand. *Logopedics Phoniatics Vocology*, 36(4), 139-144.
- Maviş, İ. ve Özbabalık, D. (2006). Yaşlılıkta Nörolojik Temelli İletişim Sorunları ve Dil ve Konuşma Terapisi. *Sosyal Bilimler Dergisi* (1)
- Maviş, İ., Doğramacı, Ö. ve Diken, İ. H. (2005). Birincil bakıcıların felçli ve afazili bireylerin sözel olmayan davranışlarına ilişkin görüşleri. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, 11(3), 97-106.
- Maviş, İ. (2004). *Sözün bittiği yer; Afazi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Meline, T. (2009). *A research primer for communication sciences and disorders*. London: Pearson Education.
- Melvin, S. (2016). *Development of a training session for caregivers of persons with aphasia: A pilot study*. (Doctoral dissertation, The Ohio State University).
- Memiş, S. ve Tülek, Z. (2004). İnmeli HastalardaGörülen Konuşma Bozukluklarında Hemşirenin Rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2004, 8(1).
- Michallet, B., Tétrault, S. ve Le Dorze, G. (2003). The consequences of severe aphasia on the spouses of aphasic people: A description of the adaptation process. *Aphasiology*, 17(9), 835-859.
- Morimoto, S. S., Kanellopoulos, D., Manning, K. J. ve Alexopoulos, G. S. (2015). Diagnosis and treatment of depression and cognitive impairment in late-life. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1345(1), 36.
- Morris, R., Eccles, A., Ryan, B. ve Kneebone, I. I. (2017). Prevalence of anxiety in people with aphasia after stroke. *Aphasiology*, 31(12), 1410-1415.
- Murphy, K. T. (2006). *The relationship between emotional intelligence and satisfaction with life after controlling for self-esteem, depression, and locus of control among community college students*. Doctoral dissertation. South Florida University

- National Aphasia Association (2020). Aphasia Therapy Guide. Erişim Tarihi (24 Aralık 2020) <https://www.aphasia.org/aphasia-resources/>
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) (2020) Erişim Tarihi: 28 Aralık 2020 <https://www.ninds.nih.gov/>
- Newhoff, M. and Davis, G. A. (1978). A spouse intervention program: planning, implementation, and problems of evaluation. *In Clinical Aphasiology: Proceedings of the Conference 1978* (pp. 318-326). BRK Publishers.
- Oğuz, Ö. ve Toğram, B. (2019) Afazili bireylerde Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 2(3), 247-278.
- Oğuz, Ö. (2016). *Afazili bireylerin yaşam kalitesi düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Örgütü, D. S. (2004). İşlevsellik, yetiyitimi ve sağlığın uluslararası sınıflandırılması. Çev. E. Kabakçı, Ahmet Göğüş. *Bilge Matbaacılık, Ankara*.
- Özel, T. (2021). İskemik İnmede Etiyoloji, Patofizyoloji ve Klinik Değerlendirme. *Türk Radyoloji Derneği*, 2021(9): 189-203
- Özgötürücü, S. (2021). *Afazi olan ve olmayan inmeli bireylerin primer bakım verenlerinin bakıcı yükü, yaşam kalitesi ve aktivite performanslarının incelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Parr, S., Byng, S., Gilpin, S. ve Ireland, C. (1997). Talking About Aphasia. Buckingham: Open University Press,
- Patrício, B., Jesus, L. ve Cruice, M. (2013). Quality of life of the caregivers of people with aphasia. A systematic review.
- Patrício, A. B. F. (2014). *The impact of communication disability on quality of life of people with aphasia and their caregivers* (Doctoral dissertation, Universidade de Aveiro. Portugal.
- Perrin PB, Heesacker M, Uthe CE, (2010). Caregiver mental health and racial/ethnic disparities in stroke: implications for culturally sensitive interventions. *Rehabilitation Psychology*. 55: 372-82.
- Pound, C., Duchan, J., Penman, T., Hewitt, A. ve Parr, S. (2007). Communicative access to organizations: Inclusionary practices for people with aphasia. *Aphasiology*, 21(1), 23–37.
- Purdy, M. ve Hindenlang, J. (2005). Educating and training caregivers of persons with aphasia. *Aphasiology*, 19(3-5), 377-388.
- Rice, B., Paull, A. ve Muller, D. J. (1987). An evaluation of a social support group for spouses of aphasic partners. *Aphasiology*, 1(3), 247-256.

- Rohde, A., Townley-O'Neill, K., Trendall, K., Worrall, L. ve Cornwell, P. (2012). A comparison of client and therapist goals for people with aphasia: A qualitative exploratory study. *Aphasiology*, 26(10), 1298-1315.
- Rouch, S. A., Fields, B. E., Alibrahim, H. A., Rodakowski, J. ve Leland, N. E. (2021). Evidence for the effectiveness of interventions for caregivers of people with chronic conditions: A systematic review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 75(4).
- Rombough, R. E., Howse, E. L. ve Bartfay, W. J. (2006). Caregiver strain and caregiver burden of primary caregivers of stroke survivors with and without aphasia. *Rehabilitation Nursing*, 31(5), 199-209.
- Servaes, P., Draper, B., Conroy, P. ve Bowring, G. (1999). Informal carers of aphasic stroke patients: Stresses and interventions. *Aphasiology*, 13(12), 889-900.
- Shehata, G. A., El Mistikawi, T., Al Sayed, K. R. ve Hassan, H. S. (2015). The effect of aphasia upon personality traits, depression and anxiety among stroke patients. *Journal of Affective Disorders*, 172, 312-314.
- Simmons-Mackie, N., Worrall, L., Murray, L. L., Enderby, P., Rose, M. L., Paek, E. J. ve Klippi, A. (2017). The top ten: best practice recommendations for aphasia. *Aphasiology*, 31(2), 131-151.
- Siyambalapitiya, S. ve Davidson, B. (2015). Managing aphasia in bilingual and culturally and linguistically diverse individuals in an Australian context. *Journal of Clinical Practice in Speech-Language Pathology*, 1, 13-19.
- Steele, R. D., Aftonomos, L. B. ve Munk, M. W. (2003). Evaluation and treatment of aphasia among the elderly with stroke. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 19(2), 98-108.
- Şirzai, H., Delialioğlu, S. Ü., Sarı, İ. F. ve Özel, S. (2015). İnme ve bakım verme yükü. *Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences/Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 18(3).
- Tellier, M., Rochette, A. ve Lefebvre, H. (2011). Impact of mild stroke on the quality of life of spouses. *International Journal of Rehabilitation Research*, 34(3), 209-214.
- Tekin-Iftar, E., Kircaali-Iftar, G., Birkan, B., Uysal, A., Yildirim, S. ve Kurt, O. (2001). Using a constant delay to teach leisure skills to children with developmental disabilities. *Mexican Journal of Behavior Analysis*, 27(3), 337-362.
- Thompson, C. K. (2012). Structural priming in agrammatic aphasia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 61, 259-261.
- Toğram, B., Çıkan, G. ve Duru, H. (2013). İnmeli bireylerin üç türkçe afazi testindeki performansları arasındaki ilişki: bir ölçüt geçerliği çalışması. *Turkish Journal of Neurology*, 19(1), 15-22.

- Toğram, B. ve Maviş, İ. (2012). Afazi dil değerlendirme testi'nin geçerlik, güvenirlik ve standardizasyon çalışması. *Turkish Journal of Neurology/Türk Noroloji Dergisi*, 18(3).
- Tokaç, S. D. (2018). *Afazili olan ve olmayan yetişkinlerin bilişsel becerilerinin kapsamlı afazi testi bilişsel tarama bölümü uyarlaması kullanılarak değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Turan, Y. (2020). *İnme geçiren hastalarda fonksiyonel bağımlılık durumunun depresyon ve yaşam kalitesine etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Tekirdağ: Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Utku, U. (2007). İnme tanımı, etyolojisi, sınıflandırma ve risk faktörleri. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/ Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 53.
- Ünal, A. ve Özel, T. (2021). Akut İskemik İnmenin Medikal Tedavisi. *Türk Radyoloji Derneği 2021*(9) : 258-270
- Üstün, T. B., Chatterji, S., Bickenbach, J., Kostanjsek, N. ve Schneider, M. (2003). The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disability and rehabilitation*, 25(11-12), 565-571.
- Üzen, Ş. (2010). *İnmeli hasta ve yakınının hastalığa tepkilerinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi . Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Van Den Heuvel ET, Witte LP, Stewart RE, (2002). Long-term effects of a group support program and an individual support program for informal caregivers of stroke patients: which caregivers benefit the most? *Patient Education & Counseling*. 47: 291-9.
- Van Der Gaag, A., Smith, L., Davis, S., Moss, B., Cornelius, V., Laing, S. ve Mowles, C. (2005). Therapy and support services for people with long-term stroke and aphasia and their relatives: a six-month follow-up study. *Clinical Rehabilitation*, 19(4), 372-380.
- Visser-Keizer, A. C. (2004). *The impact of emotional and cognitive changes after stroke: a longitudinal community-based study*. University of Groningen, 2004
- Wahrborg, P. (Ed.) (1991). *Assessment and management of emotional and psychosocial reactions to brain damage and aphasia*. London: Whurr.
- Walsh-Kelly, C. M. (1993). Index of Suspicion. Case 3. Aseptic Meningitis with Aphasia. *Pediatrics in Review*, 14(4), 155-157.
- Wells, A. (1999). Family support systems: Their role in aphasia. *Aphasiology*, 13(12), 911-914.

- Wilkinson, R., Bryan, K., Lock, S. ve Sage, K. (2010). Implementing and evaluating aphasia therapy targeted at couples' conversations: A single case study. *Aphasiology*, 24(6-8), 869-886.
- White, C. L., Barrientos, R. ve Dunn, K. (2014). Dimensions of uncertainty after stroke: perspectives of the stroke survivor and family caregiver. *Journal of Neuroscience Nursing*, 46(4), 233-240.
- World Health Organization. (2001). IFC: International Classification of Functioning, Disability and Health.
- Worrall, L., Brown, K., Cruice, M., Davidson, B., Hersh, D., Howe, T. ve Sherratt, S. (2010). The evidence for a life-coaching approach to aphasia. *Aphasiology*, 24(4), 497-514.
- Worrall, L., Sherratt, S., Rogers, P., Howe, T., Hersh, D., Ferguson, A. ve Davidson, B. (2011). What people with aphasia want: Their goals according to the ICF. *Aphasiology*, 25(3), 309-322.
- Worrall, L., Ryan, B., Hudson, K., Kneebone, I., Simmons-Mackie, N., Khan, A. ve Rose, M. (2016). Reducing the psychosocial impact of aphasia on mood and quality of life in people with aphasia and the impact of caregiving in family members through the Aphasia Action Success Knowledge (Aphasia ASK) program: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), 1-7.
- Yetişgin, A., Hartavi, A., Kocatürk, M., Tutoğlu, A. ve Boyacı, A. (2017). Risk Factors Affecting Disability Rates in Patients with Stroke. *Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences/Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 20(3).
- Yıldırım, A. ve Hacıhasanoğlu, R. (2011). Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 61-68.
- Yılmaz, Ö., Hakan, B. O. Z. ve Arslan, A. (2017). Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğinin (DASS 21) Türkçe kısa formunun geçerlilik-güvenilirlik çalışması. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(2), 78-91.
- Zarit, S. H., Reever, K. E. ve Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.
- Zemva, N. (1999). Aphasic patients and their families: wishes and limits. *Aphasiology*, 13(3), 219-224.
- Zraick, R. I. ve Boone, D. R. (1991). Spouse attitudes toward the person with aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 34(1), 123-128

EKLER

EK 1. Etik Kurul Kararı

Ana.Üni.: 23/11/2020-E.68353



T.C.
ANADOLU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 38943838-050.99-E.68353
Konu : Etik Kurulu Kararı Hk.

23/11/2020

DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi Çiğdem ERYILMAZ CANLI'nın Doç. Dr. Elçin TADIHAN ÖZKAN danışmanlığında yürütülen "Yakınlarına Uygulanan İletişim Becerileri Eğitiminin Afazlı Bireylerin İletişim Becerilerine Etkisi" başlıklı çalışması hakkında alınan Etik Kurulu kararının "Olumlu" olduğu bildirilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Nalan GÜNDOĞDU KARABURUN
Müdür V.

Ek:
Etik Kurulu Kararı

EK 2. Onam Formu

ARAŞTIRMA GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Bu çalışma, **Yakınlarına Uygulanan İletişim Becerileri Eğitiminin Afazili Bireylerin İletişim Becerilerine Etkisi** başlıklı bir araştırma çalışması olup SPPARC- Afazi Aile Destek Programının Türkçe kazandırılması ve bu programın aileler üzerine etkisinin değerlendirilmesidir. Çalışma, Anadolu Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapistliği Bölümü hocalarından sayın Doç Dr Elçin Tadıhan ÖZKAN'ın denetiminde, Doktora Öğrencisi /Uzman Dil ve Konuşma Terapisti Çiğdem ERYILMAZ CANLI tarafından yürütülmekte olup, doktora tezi olarak ortaya konacaktır.

Ülkemizde ilk defa uygulanacak olup, afazi de aile eğitiminin gelişimine ışık tutulacaktır.

- Bu çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır.
- Çalışmanın amacı doğrultusunda, verilecek anketler/ölçekler ile sizden veriler toplanacaktır.
- İsmınızı yazmak ya da kimliğinizi açığa çıkaracak bir bilgi vermek zorunda değilsiniz/araştırmada katılımcıların isimleri gizli tutulacaktır.
- Araştırma kapsamında toplanan veriler, sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacak, araştırmanın amacı dışında ya da bir başka araştırmada kullanılmayacak ve gerekmesi halinde, sizin (yazılı) izniniz olmadan başkalarıyla paylaşılmayacaktır.
- İstemeniz halinde sizden toplanan verileri inceleme hakkınız bulunmaktadır.
- Sizden toplanan veriler korunacak ve araştırma bitiminde arşivlenecek veya imha edilecektir.
- Veri toplama sürecinde/süreçlerinde size rahatsızlık verebilecek herhangi bir soru/talep olmayacaktır. Yine de katılımınız sırasında herhangi bir sebepten dolayı rahatsızlık hissederseniz çalışmadan istediğiniz zamanda ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılmanız durumunda sizden toplanan veriler çalışmadan çıkarılacak ve imha edilecektir.

Gönüllü katılım formunu okumak ve değerlendirmek üzere ayırdığınız zaman için teşekkür ederim. Çalışma hakkındaki sorularınızı Anadolu Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapistliği bölümünden Çiğdem ERYILMAZ CANLI'ya (mail/tel) yöneltebilirsiniz.(0 507.....)

Bu çalışmaya tamamen kendi rızamla, istediğim takdirde çalışmadan ayrılabileceğimi bilerek verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.

(Lütfen bu formu doldurup imzaladıktan sonra veri toplayan kişiye veriniz.

Katılımcı Ad ve Soyadı:

İmza:

EK 3. Program Öncesi Bilgi Alma Formu

Öncelikle programa katıldığınız için çok teşekkür ederim. 8 hafta sürecek bu eğitim programından önce bu formu doldurmanızı rica ediyorum

- Afazi hakkında herhangi bir bilginiz var mı? Cevabınız evet ise; kısaca afazi hakkında bilgilerinizi bizimle paylaşabilir misiniz?
- Yakınınız afazi olmadan önce bu konuda herhangi bir bilginiz var mıydı?
- Bu programın içinde nelerin yer almasını istersiniz?
- Programa katılma sebebinizi kısaca açıklayabilir misiniz?

EK 4. Demografik Bilgi Formu

Yaş

Cinsiyet

☐ Kadın

☐ Erkek

☐ Diğer

Eğitim Durumu

☐ İlk

☐ Orta

☐ Lise

☐ Üniversite

☐ Yüksek Lisans

☐ Doktora

Çalışıyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

Mesleğiniz

Ailenizin aylık geliri

☐ 0-5000 tl arası

☐ 5000-10.000 tl arası

☐ 10.000 tl ve üstü

Medeni Durumunuz

☐ Evli

☐ Bekar

☐ Boşanmış/Dul

Çocuğunuz var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

Evet ise kaç tane

Çocuklarınız dışında bakmakla yükümlü olduğunuz kimse var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

Telefon:

Mail adresi:

Genel Bilgiler

Kronik bir rahatsızlığınız var mı?

☐ Evet (belirtiniz)

☐

Hayır

Psikiyatrik bir rahatsızlığınız var mı?

☐ Evet (belirtiniz)

☐

Hayır

Ek 5. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği

DEPRESYON-ANKSİYETE-STRES SKALASI LOVİBOND & LOVİBOND 1995

Depresyon. Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASÖ-21)

Lütfen her bir ifadeyi okuyup 0. 1. 2 veya 3'ten size **GEÇEN HAFTA BOYUNCA** en uygun olan rakamı yuvarlak içine alınız. Soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur.

Sorulara aşağıdaki skalaya göre cevap veriniz:

0	1	2	3
Bana hiçbir şekilde uygun değil	Bir dereceye kadar veya bazı zamanlarda bana uygun	Ciddi derecede veya zamanın önemli bir bölümünde bana uygun	Çok fazla veya zamanın çoğunda bana uygun
HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	OLDUKÇA SIK	HER ZAMAN

SON BİR HAFTA İÇİNDE

1	Sakinleşip rahatlamak bana zor geldi.	0	1	2	3
2	Ağzımın kuruduğunu fark ettim.	0	1	2	3
3	Hiçbir şekilde olumlu duygular hissedemeyecekmişim gibi geldi.	0	1	2	3
4	Nefes alma güçlüğü yaşadım (örn.. aşırı derecede hızlı nefes alma. fiziksel egzersiz olmadığı halde nefessiz kalma)	0	1	2	3
5	Bir şeyleri yaparken başlamakta zorluk çektiğimi fark ettim.	0	1	2	3
6	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliydim.	0	1	2	3
7	Titremeler yaşadım (örn.. elerimde)	0	1	2	3
8	Bendeki gerginliğin büyük ölçüde enerjimi harcadığımı hissettim.	0	1	2	3
9	Beni panikletebilen ve kendimi aptal gibi hissedebileceğim durumlardan endişe duydum.	0	1	2	3
10	Hiçbir beklentimin olmadığını hissettim.	0	1	2	3
11	Tedirgin olduğumu fark ettim.	0	1	2	3
12	Rahatlamak bana zor geldi.	0	1	2	3

- | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 13 | Kendimi morali bozuk ve canı sıkkın hissettim. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14 | Yaptığım şeyden beni alıkoyan hiçbir şeye karşı tahammülüm yoktu. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15 | Kendimi paniklemeye yakın hissettim. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16 | Hiçbir şeye karşı bir istek duyamadım. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17 | Bir insan olarak çok fazla değerimin olmadığını hissettim. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18 | Oldukça alıngan olduğumu hissettim. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19 | Fiziksel bir egzersiz yapmadığım halde kalbimin hareketlerini fark edebiliyordum (örn.. kalp atış hızında artış hissi. atışlarda düzensizlik) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20 | Ortada bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21 | Hayatın anlamsız olduğunu hissettim. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Ek 6. Bakım Verme Yüğü Ölçeği

BAKIM VERME YÜĞÜ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE ÇEVİRİSİ

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşündürüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
2. Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşündürüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
3. Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşündürüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşündürüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşündürüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşündürüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşündürüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

12. Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
16. Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdürmeyeceğinizi hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?
0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

Ek 7. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

WHOQOL-BREF

(Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtlara işaret koyun ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir?	☐ Erkek	☐ Kadın	Doğum tarihiniz nedir?	
Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?	Medeni durumunuz nedir?			
☐ Hiç Eğitim Almadım	☐ İlkokul-Ortaokul	☐ Hiç Evlenmemiş	☐ Evli Gibi Yaşıyor	☐ Evli
☐ Lise Veya Eşdeğeri	☐ Üniversite	☐ Boşanmış	☐ Ayrılmış	☐ Eşi Yaşamıyor
Şu anda bir hastalığınız var mı?	☐ Evet	☐ Hayır	Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa;	
Sizce bu nedir? _____			(hastalık/sorun)	

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü ☐ 1	Biraz kötü ☐ 2	Ne iyi, ne kötü ☐ 3	Oldukça iyi ☐ 4	Çok iyi ☐ 5
2 G4	Sağlığınıza ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil ☐ 1	Çok az hoşnut ☐ 2	Ne hoşnut, ne de değil ☐ 3	Epeyce hoşnut ☐ 4	Çok hoşnut ☐ 5
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	Hiç ☐ 5	Çok az ☐ 4	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 2	Aşırı derecede ☐ 1
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	Hiç ☐ 1	Çok az ☐ 2	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 4	Son derecede ☐ 5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç ☐ 1	Çok az ☐ 2	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 4	Tamamen ☐ 5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13 F20.1	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

WHOQOL-BREF Sayfa-2

15	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	Çok kötü ☐ 1	Biraz kötü ☐ 2	Ne iyi, ne kötü ☐ 3	Oldukça iyi ☐ 4	Çok iyi ☐ 5
F9.1						

		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
F13.3						
17	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
F10.3						
18	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
F12.4						
19	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
F6.3						
20	Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
F13.3						
21	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
F15.3						
22	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
F14.4						
23	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
F17.3						
24	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
F19.3						
25	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
F23.3						

26	Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunalım, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	Hiçbir zaman ☐ 5	Nadiren ☐ 4	Ara sıra ☐ 3	Çoğunlukla ☐ 2	Her zaman ☐ 1
F8.1						

27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	Hiç ☐ 1	Çok az ☐ 2	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 4	Aşırı derecede ☐ 5
U						

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır

Bu formun doldurulması ne kadar sürdü?

THE WHOQOL Group Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment (1998) Psychological Medicine, 1998, 28, 551-558

Skorlama Yönergesi	
Alt Parametre	Oluşturan sorular
Genel sağlık durumu	1 ve 2. Soruların toplamı
Fiziksel sağlık	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. Soruların toplamı
Psikolojik	5, 6, 7, 11, 19, 26. Soruların toplamı
Sosyal ilişkiler	20,21,22. Soruların toplamı
Çevre	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25. Soruların toplamı

Bu şekilde elde edilen skorlar "ham" skordur. Yüzdelik sisteme değiştirmek için gerekli olan formül;

$$\frac{(\text{Hastanın ham skoru}) - (\text{o alt parametreye ait olabilecek en düşük skor})}{\text{o alt parametrenin skor aralığı}} \times 100$$

Örnek: Fiziksel sağlık alt parametresini ele alalım; toplam 7 madde var. Hastanın skor toplamı 30 olsun

$$[(30-7) / (35-7)] \times 100 = (23/28) \times 100 = \%82,14$$

Ek 8. Program Değerlendirme Formu

Katılımcının Ad-Soyadı:

Tarih

1.Bu program ihtiyaçlarınızı karşıladı mı?

Tamamen Evet

Kısmen evet

Kısmen hayır

Tamamen hayır

Yorum :

2.Süresi.sıklığı. oturum sayısı sizin için uygun muydu?

Tamamen Evet

Kısmen evet

Kısmen hayır

Tamamen hayır

Yorum

3.Sizin için. afazi destek programında yer alan en yararlı bilgi hangisidir?

4. Sizin için. afazi destek programında yer alan en az yararlı bilgi hangisidir?

5.Verilen eğitimi nasıl buldunuz?

Çok basit

Anlaşılması çok zor

Anlaması kolay

6.Verilen eğitimi nasıl buldunuz?

Yeterli değil

Çok fazla

Yeterli-Gayet iyi

7.Sizin durumunuz ve koşullarınız ile ilgili yeterli şans tanındı mı?

8.Bu grup içerisinde kendinizi ve/veya durumunuzu yeteri kadar iyi ifade ettiğinizi düşünüyor musunuz?

9.Bu programdan memnun kaldınız mı?

10. Bu programı geliştirmek için herhangi bir öneriniz var mı?

Ek 9. Uygulama Güvenirliği

“AFAZİLİ BİREYLERİN YAKINLARI İÇİN AFAZİ DESTEK PROGRAMI UYGULAMA GÜVENİRLİĞİ KONTROL LİSTESİ

Sayın Uzman.

Bu çalışma. Uzm.Dkt Çiğdem ERYILMAZ CANLI' nın Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü bünyesinde yürüttüğü. Doç. Dr. Elçin TADIHAN ÖZKAN'ın tez danışmanı olduğu doktora tez çalışmasının hazırlıkları kapsamındadır.

Araştırmanın amacı. SPPARC- Afazi Aile Destek Programının Türkçe kazandırılması ve bu programın aileler üzerine etkisinin araştırılmasıdır. Hazırlanan programın uygulama güvenirliliğinin sağlanmasında sizlerin görüşlerine ihtiyaç duymaktayız. Uygulamanın içeriğine dair size verilmiş bilgiler dâhilinde çalışmanın değerlendirme ve uygulama süreçlerini değerlendirmenizi rica ediyoruz

Uygulama Güvenilirliği

“Afazili Bireylerin Yakınları İçin Afazi Eğitim Programı”

1. Araştırmacı 1.oturumda sunumunu yapmadan önce. programın seyri hakkında detaylı bilgilendirme yapar.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

2. Araştırmacı 1. oturumda sunumunu yapmadan önce. afazili bireylerin yakınlarını tanımak adına. demografik bilgiler alır.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

3. Araştırmacı 1. oturumunda sunumunu yaparken. inme nedir? Konusunda bilgi verir.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

4. Araştırmacı 1. Oturumunda sunumunu yaparken. Geçici İskemik atak nedir? Konusunda bilgi verir.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

5. Araştırmacı 1. oturumda sunumunu yaparken. inmenin sebepleri konusunda bilgi verir.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

6. Araştırmacı 1. Oturumda sunumunu yaparken. inme sonrası iyileşme konusunda bilgi verir.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

7. Araştırmacı 2. Oturumda sunumunu yapmadan önce 1. Haftanın tekrarını yapar.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

8. Araştırmacı afazi nedir? Başlığı ile afazinin tanımını anlatır.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

9. Araştırmacı Afazi ve işitsel anlama, başlığı ile tutuk ve akıcı afazi konularını anlatır.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

10. Araştırmacı afazi ve işitsel anlama ile ilgili sorunlar hakkında bilgi verir.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

11. Araştırmacı afazi ve ifade etme-konuşma ile ilgili sorunlar ile ilgili bilgi verir.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

12. Araştırmacı 3. Oturuma başlamadan önce 2. Oturumun tekrarını yapar.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

13. Araştırmacı işitsel anlamaya nasıl yardımcı olabilirim başlığı altında afazili birey ile iletişim kurmaya yardımcı stratejiler sunar.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

14. Araştırmacı konuşmaya yönelik nasıl yardımcı olabilirim başlığı altında afazili birey ile iletişim kurmaya yönelik yardımcı stratejiler sunar.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

15. Araştırmacı afazili bireylerin yakınları ile afazili bireylerin hangi alanda sorun yaşadıkları hakkında bilgi alışverişinde bulunur.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

16. Araştırmacı 4. Oturuma başlamadan önce 3. Oturumu hatırlatır.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

17. Araştırmacı Disartri hakkında bilgilendirme yapar.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

18. Araştırmacı Apraksi hakkında bilgilendirme yapar.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

19. Araştırmacı hemiparezi hakkında bilgilendirme yapar.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

20.Araştırmacı görme ve görme alanları ile ilgili sorunlar hakkında bilgilendirme yapar.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

21.Araştırmacı yutma sorunları hakkında bilgilendirme yapar.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

22.Araştırmacı afazili bireylerin yakınları ile afazili bireylerin hangi alanlarda sorun yaşadığına dair bilgi alır. konu hakkında bilgilendirme yapar.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

23. Araştırmacı 4. Oturum sonunda 4 haftalık eğitim hakkında görüş ve önerileri alır

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

24. Araştırmacı 5.oturumda 4.oturumun tekrarına yapar

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

25.Araştırmacı inme sonrası hissedilenler olarak duygulardan bahseder.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

26. Araştırmacı neleri değiştirebilirsin başlığı ile duygulara dair önerilerde bulunur.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

27. Araştırmacı afazi ve depresyon ilişkisi hakkında bilgi verir.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

28. Araştırmacı afaziden sonra değişenler hakkında bilgi verir.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

29.Araştırmacı 6.oturumda 5. Oturumun tekrarını yapar.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

30. Araştırmacı inme ve afazi, eşleri nasıl etkiler hakkında bilgi verir

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

31. Araştırmacı, afazili bireylerin yakınları ile kendi durumları hakkında bilgi alışverişinde bulunur.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

32. Araştırmacı, afazili bireylerin yakınları ile eşler için değişenler hakkında bilgi verir.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

33. Araştırmacı.7. Oturumda 6. Oturumun tekrarını yapar.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

34.Araştırmacı. afazi ile başa çıkma stratejileri hakkında bilgi verir.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

35.Araştırmacı. afazide diğer kişilerin reaksiyonları ile başa çıkma stratejileri hakkında bilgi verir.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

36.Araştırmacı. yabancıların tutumları ile başa çıkma stratejileri hakkında bilgi verir.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

37.Araştırmacı. sosyal destek platformları. eğitim imkânları hakkında bilgi verir.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

38.Araştırmacı 8. Oturumda ilk 7 oturumun tekrarını yapar.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

39.Araştırmacı yorum ve eleştiriler hakkında konuşma imkanı tanır.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

40.Araştırmacı konu anlatımlarını 20 dakika ile sınırlı tutar.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

41. Araştırmacı kişilerin kendini özgürce ifade etmesi için gerekli ortamı sunar.

☐ Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1

“Afazili Bireylerin Yakınları İçin Afazi Destek Programı” doktora tezine ait olan. programın içeriğine. programın sunumuna ve programın anlatıcısına ilişkin yukarıda belirtilmemiş görüşleriniz var mı? Varsa lütfen belirtin.

.....
.....
.....

EK 9. Afazili bireylerin yakınları için afazi aile destek eğitim programı memnuniyet anketi

AFAZİLİ BİREYLERİN YAKINLARI İÇİN AFAZİ AİLE DESTEK PROGRAMI

MEMNUNİYET ANKETİ

Değerli katılımcı; Bu anketin amacı. 8 hafta süreyle katıldığınız ‘‘SPPARC- Afazi Aile Destek Programı’’ hakkındaki görüşlerinizi değerlendirmektir.

Lütfen aşağıda ilgili alanları doldurunuz.Aşağıdaki bölümlerde programın içeriği ve uygulanma sürecini değerlendirmeye yönelik ifadeler yer almaktadır.

İfade edilen görüşe tamamen katılıyorsanız ‘‘4’’ seçeneğini işaretleyiniz.

İfade edilen görüşe çoğunlukla katılıyorsanız ‘‘3’’ seçeneğini işaretleyiniz.

İfade edilen görüşe kısmen katılıyorsanız ‘‘2’’ seçeneğini işaretleyiniz.

İfade edilen görüşe hiç katılmıyorsanız ‘‘1’’ seçeneğini işaretleyiniz.

AFAZİLİ BİREYLERİN YAKINLARINA UYGULANAN AFAZİ DESTEK PROGRAMI MEMNUNİYET ANKETİ

		Tamame (4)	Çoğunlukla(3)	Kısmen(2)	Hiç(1)
	Programın İçeriği				
1	Program. inme hakkında (risk faktörleri. belirtileri. iyileşme süreci. inmeye sebep olan faktörler) bilgi gereksinimlerimi karşıladı.	☐	☐	☐	☐
2	Program. afazi ve afazinin türleri (akıcı ve tutuk) hakkında bilgi gereksinimlerimi karşıladı.	☐	☐	☐	☐
3	Program akıcı ve tutuk afazilerde işitsel anlamaya yardımcı olabilecek stratejiler hakkında bilgi gereksinimlerimi karşıladı.	☐	☐	☐	☐
4	Program afazi ile birlikte görülebilecek sorunlar (disartri. hemipleji. apraksi. yeme bozuklukları. epilepsi ve görme bozuklukları) hakkında bilgi gereksinimimi karşıladı.	☐	☐	☐	☐
5	Program. afazili yakınımın geçirdiği inme sonrası neler yaşayabileceği (depresyon. kişilik değişimi. anlık duygularında değişiklik değ) hakkında bilgi gereksinimimi karşıladı.	☐	☐	☐	☐
6	Program. afazi sonrasında bizlerin neler yaşayabileceğine dair (suçluluk hissi. yalnızlık. stres. vb) bilgi gereksinimlerini karşıladı.	☐	☐	☐	☐
7	Program. afazi ile başa çıkabilme (yakınımın aile ve arkadaş desteği. yabancı bir ortamın zorlukları ile karşılaşma)konusunda bilgi gereksinimimi karşıladı.	☐	☐	☐	☐
8	Program. herhangi bir sağlık sorunu olduğunda ya da eğitim ile ilgili konularda yardım alabileceğim hastaneler. özel eğitim merkezleri vb ilgili kişi ve kurumlara	☐	☐	☐	☐

ulaşmam konusunda bilgi gereksinimimi karşıladı

AFAZİ DESTEK PROGRAMININ SUNUMU

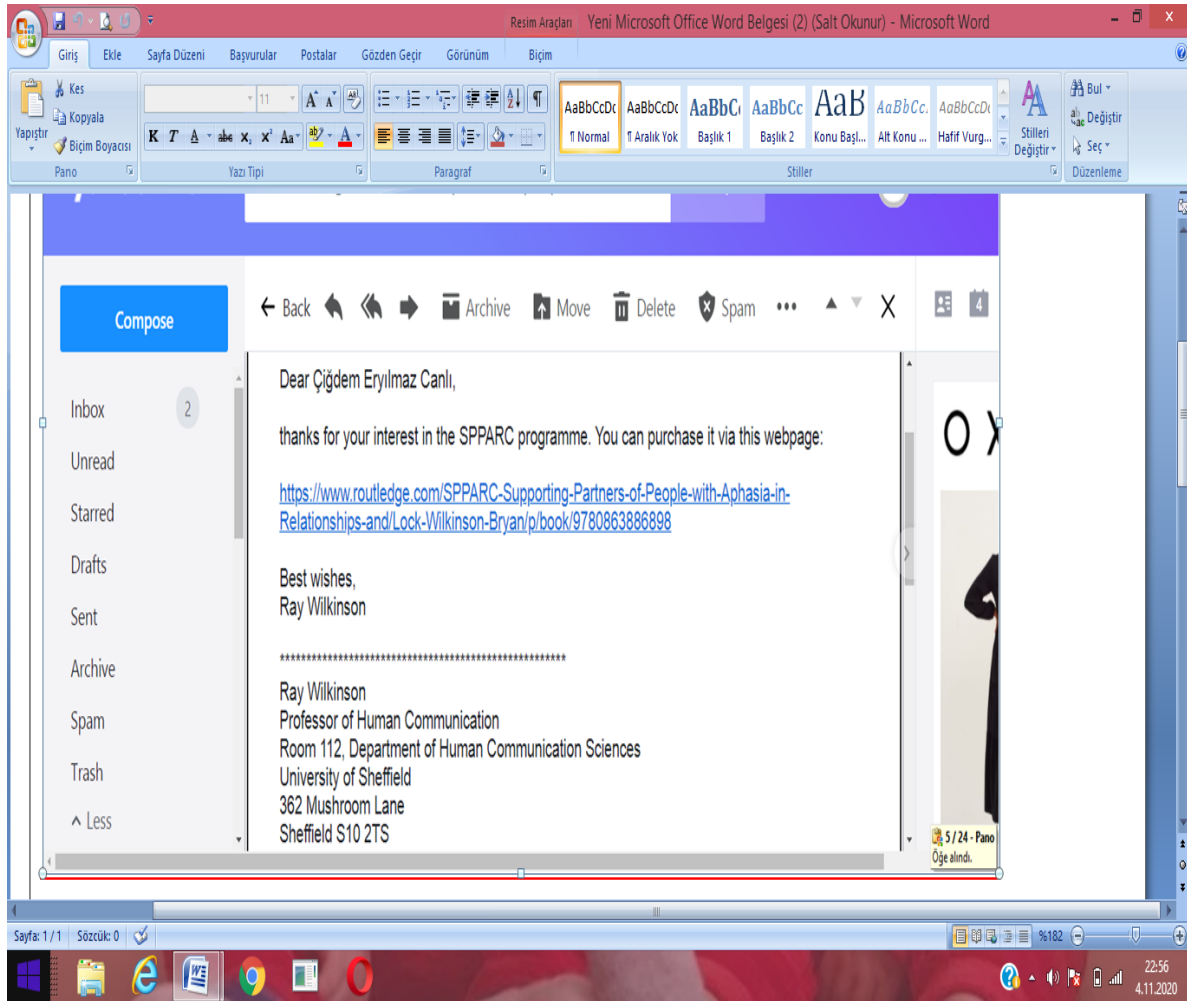
- | | | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9 | Afazi Eğitim Programının anlaşılır bir dille sunulması konuyu takip etmemi kolaylaştırdı | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10 | Afazi Eğitim Programının online- bilgisayar üzerinden olması katılımımı kolaylaştırdı. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11 | Afazi Eğitim Programının önceden gönderilen kitapçık ve görsellerle desteklenmesi konuyu takip etmemi kolaylaştırdı. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12 | Afazi Eğitim Programının oturum süresi uygundu. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13 | Programın oturum sıklığı uygundu. | | | | |

AFAZİ DESTEK PROGRAMININ ANLATICISI- DİL KONUşMA TERAPİSTİ

- | | | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 14 | Anlatıcı konulara hâkimdi. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15 | Anlatıcı programı sunarken etkili bir iletişim kurdu. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16 | Anlatıcı katılımı teşvik etti. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 17 | Anlatıcı soru sormayı teşvik etti. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 18 | Anlatıcı sorulara açık ve yeterli cevaplar verdi. | | | | |

Programın içeriğine ve uygulanma sürecine ilişkin katkı ve görüşleriniz varsa lütfen belirtiniz.

Ek 10. SPPARC programı izin formu



Ek 11. Program kitapçığı



Anadolu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dil ve Konuşma Terapistliği A.B.D

AFADEP

Afazi Aile Destek Programı

Eğitmen

Uzm. Dkt Çiğdem ERYILMAZ CANLI

Katılımcı

- | | |
|-----------|---|
| 1. oturum | Programa giriş- İNME |
| 2. oturum | Afazi işitsel anlama ve konuşmada yaşanan zorluklar |
| 3. oturum | Afazili bireye yardımcı olma stratejileri |
| 4.oturum | Afaziye eşlik eden sorunlar |
| 5. oturum | İnme sonrası hissedilenler..Afazi kişiler arası ilişkileri nasıl etkiler? |
| 6. oturum | İnme sonrası hissedilenler-Afazi aile içi dinamikleri nasıl etkiler– |
| 7. oturum | Afazi ile yaşamak |
| 8. oturum | Genel bir tekrar- Son testlerin dağıtılması |

Sayfa 2 Destek Programı Bilgi ve Zaman Çizelgesi

Bu çalışma, **Yakınlarına Uygulanan İletişim Becerileri Eğitiminin Afazili Bireylerin İletişim Becerilerine Etkisi** başlıklı bir araştırma çalışması olup SPPARC- Afazi Aile Destek Programının Türkçe kazandırılması ve bu programın aileler üzerine etkisi değerlendirilecektir.

Çalışma, Anadolu Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapistliği Bölümü hocalarından sayın Doç Dr Elçin Tadıhan ÖZKAN'ın denetiminde, Doktora Öğrencisi /Uzman Dil ve Konuşma Terapisti Çiğdem ERYILMAZ CANLI tarafından yürütülmekte olup, doktora tezi olarak ortaya konacaktır.

Lock vd tarafından 2001 yılında İngiltere'de bulunan Sheffield Üniversitesi'nde uygulanan bir program olup, 2020 yılında Türkçe'ye çevrilerek uygulanacaktır.

Ülkemizde ilk defa uygulanacak olup, afazi de aile desteğinin gelişimine ışık tutulacaktır.

AFADEP

Afazi Aile Destek Programı

1 hafta

İnme nedir?

Felç”adı ile de bilinen inme, beyne giden kan akımının ani bir şekilde kesilmesi veya azalması durumudur. Buna bağlı olarak beyinde yeterli oksijenlenme ve beslenme sağlanamadığından beyin hücrelerinde hasar oluşur.

İnme 2 türlü meydana gelir

1) İskemik atak da; damarlar yolu ile taşınan emboli (pıhtı) ya da trombüs ile kan akışı engellenir. Ve bu kan akışının engellenmesi sonucu beyin oksijensiz kalır. Buna da iskemik CVA denir.

2) Hemorajik atak da; Damarın bütünlüğünün bozulması sonucu dou içine kan akımı başlar. Doku içinde meydana gelen kanama da hemorajik CVA olarak adlandırılır.

Beynin oksijensiz kalması, beyinin zarar görmesine neden olur.

Bu zarar gören alana bağlı olarak da vücudun diğer tarafında etkilenmeler gözlenir. Örneğin beyin sol tarafında yer alan konuşma anlama yazma ve okuma alanları olası bir inmede zarar görür. Bu alanların zarar görmesi sonucu kişinin okumasında yazmasında anlama ve konuşmasında sorunlar gözlenir.



Geçici İskemik Atak nedir?

Transient/Geçici iskemik Atak (TIA/GIA):

Belirtileri daha kısa süren inmedir

Geçici: Belirtiler 24 saatten daha az sürer

İskemik: Beyindeki kan akımında kısa süreli duraklama.

Atak Semptomların aniden görülmeye başlanması

GİA geçici-inme olarak da bilinir ve bazı insanlar bunu sadece bir baygınlık olarak algılar.

GİA Belirtileri

Konuşmada bozulma-kelimeleri bulmakta zorluk

Sarsaklık

Görme kaybı

Bacaklarda ve/veya kollarda uyuşma

Yüzde karıncalanma iğne batıyormuş hissi

GİA neden önemlidir?

Gia geçiren kişi. inme ya da kalp krizi için büyük risk taşır.

Belirtilerin başladığı an. aşağıdaki testi hızlıca yapıp en yakın sağlık kuruluşuna başvurmak gereklidir.

İNME BELİRTİLERİNİ TANIMAK

FAST TESTİ



Yüz ('Face'):

Kişi gülümseyebiliyor mu? Yüzde bir tarafa doğru kayma var mı?



Kollar ('Arms'):

Kişi Her iki kolunu kaldırıp öyle tutabiliyor mu?



Konuşma ('Speech'):

Kişi anlaşılır şekilde konuşabiliyor mu ve söylediklerinizi anlıyor mu? Konuşması düzgün mü?



Zaman ('Time'):

Eğer bu üç belirtiden herhangi birini gözlemlediyseniz, **112**'yi arama zamanıdır.

İnmenin sebepleri ve Neler yapabilirim?



HİPERTANSİYON: İlaç kullanımı düzenli kontrol mutlaka sağlanmalıdır. Özellikle hipertansiyona eşlik eden dolaşım problemleri ve diyabet var ise düzenli ilaç kullanımı sağlanmalıdır.

Hipertansiyon kan damarlarına zarar verdiği için bu zararın inme ile sonuçlanma ihtimaliyüksektir. Ancak hipertansiyon tek başına inme sebebi değildir.

Diğer sebepler;

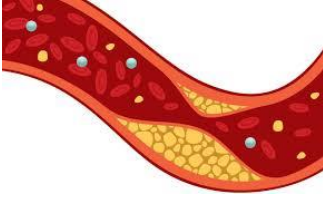


OBEZİTE: Obezite birçok hastalığı tetiklediği gibi inmeyi de tetiklemektedir. Kilo kontrolü ve sağlıklı beslenme olmazsa olmazdır



SİĞARA KULLANIMI: Sigara kullanımı sonlandırılmalıdır.

ALKOL Alkol için verilen limitler gözönünde bulundurulmalıdır



HİPERLİPİDEMİ. Aşırı tuz kullanımı, yağlı beslenme tarzı da inmeyi tetikler

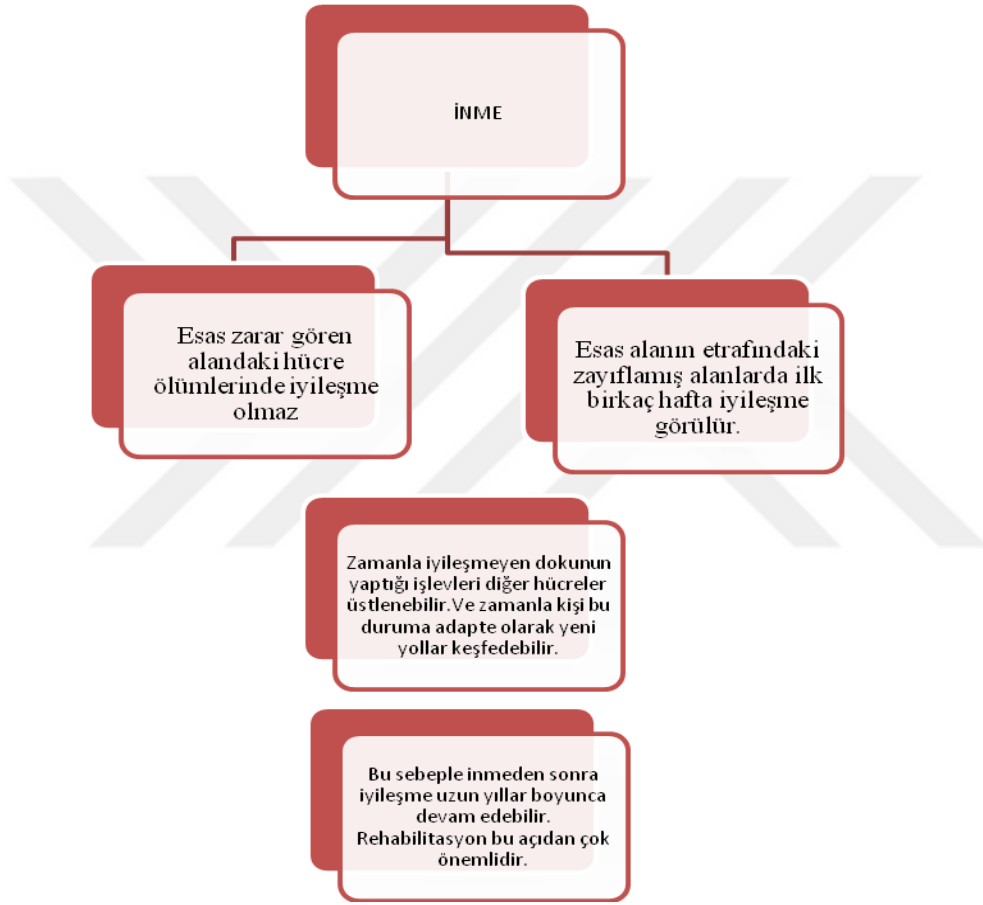


HAREKETSİZ YAŞAM: Kişi için gerekli hareket planı oluşturulmalıdır.

STRES Daha duragan ve dingin bir hayat sağlanmalıdır.

İLERİ YAŞ Bunun yapılacak bir şey olmamasına rağmen diğer maddeler uygulandığı takdirde sorun olmaktan çıkmaktadır :)

İnme sonrası iyileşme



AFADEP

Afazi Aile Destek Programı

2.hafta

- Afazi; iskemik veya hemorajik inme sonrasında beyinin konuşma ve işitsel anlamadan sorumlu bölgelerindeki işlev kaybına bağlı olarak görülen. kalıcı bir seyir izleyen. nörolojik bir rahatsızlıktır (Maviş. 2012).
- Disfazi olarak da adlandırılır.
- Dil ile ilgili tüm alanları etkiler

Bu alanlar;

Konuşma

Yazma

Jest-mimik

Sayıları kullanma

Okuma

İşitsel olarak dili anlama

- Afazi. dilin çoklu modalitelerini etkiler ve ortaya çıkan dil yetersizliklerinin demans. motor işlevsizlik. ya da bir duyuşsal kayıp ile ilgisi yoktur



Afazi - Akıcı afaziler işitsel anlamayı etkiler.

İşitsel anlama nedir ?

Afazili bireylerin işitme- duyma ile ilgili herhangi bir sorunları olmamasına rağmen konuşulan dili anlayamamalarıdır. Kelimelerin anlamı kaybolur. Bir şeyler söylenildiğini bilirler ancak anlamını anlayamazlar.

Afazinin şiddetine göre bazı vakalarda kısa cümleleri anlama görülür ancak bu kişiler uzun cümleleri anlayamazlar.

Dil onlar için yabancı dilden farklı değildir.

İşitsel anlama sorunu yaşayan kişilerin aynı zamanda yazma ile ilgili de sorunları görülür.

Jargon: Hiç anlamı olmayan heceleri yan yana getirerek bunlar bir kelimeymiş gibi söyleme

Perseverasyon verilmesi gereken yeni yanıt için, bir yanıt ya da davranışın uygunsuz ve amaçsız olarak yinelenmesi, geçmiş yanıtların araya girmesi ya da tekrarlılığı olarak tanımlanmaktadır (HelmEstabrooks ve diğ.. 1998: 689 – 698)



Tutuk Afaziler - İfade etme-konuşma

Bazı afazili vakalarda esas sorun; söylemek istedikleri kelimeyi bulma, ve cümle olarak ifade etmektir.

Karşılarındaki kişilerin ne dediklerini anlarlar, ancak zihinlerinde oluşan düşünceyi kelimeler aracılığıyla aktaramazlar.

Bazen söylemek istedikleri kelimeye anlam olarak ya da ses olarak yakın kelimeleri ifade ederler. Örneğin masa demek ister ancak sandalye ya da mantar vb ilgili ancak doğru olmayan bir kelimeyi ifade edebilir



Lütfen yanındaki kutucuğu işaretleyin..

- Benim yakınım herşeyi anlar.
- Benim yakınım. hasta olmadığında yorgun yada gergin olmadığında herşeyi anlar
- Benim yakınım yabancıları anlamakta zorluk çeker
- Benim yakınım arka planda gürültü olduğunda anlamakta güçlük çeker
- Benim yakınım grup içindeki konuşmalarda ve günlük hayat konuşmalarını anlamakta zorluk çeker.
- Benim yakınım konuşmanın bir kısmını takip edebiliyor. Daha sonra kafası karışıyor. endişeleniyor ve yanlış cevap veriyor.
- Bazı kelimeleri ortamdan anlıyor ya da bir kısmını anlıyor. Örneğin bardak istediğimizde tabak verebiliyor.
- Benim yakınım ile uzun bir cümle konuşurken cümlenin sonunda cümlenin başını unutabiliyor.
- Benim yakınım tek sözcükleri bile anlamakta zorluk çeker.
- Benim yakınıma objeyi göstermez ya da işaret etmezsem anlayamaz..

Yaşadığınız sorunları lütfen işaretleyiniz.

- Benim yakınım kelimeyi bulmakta çok zorluk çeker ve konuşma aralarında sürekli hımmmm şeyyy gibi boşluklar bırakır
- Benim yakınım ses olarak yada anlam olarak yakın kelimeleri söyler..Eşim yerine annem der. yada kabak yerine tabak der.
- Kelimeyi çıkarmak için büyük bir efor harcar özellikle ilk sesi genellikle hatırlamakta zorluk çeker
- Benim yakınım kelimeleri tek tek söyler ancak onları cümle halinde kullanamaz.Köpek geziyor yerine dün köpek dışarı vb ifadeler kullanır.
- Benim yakınım konuşur ancak çok fazla gramer hatası yapar. Ben oyna top yarın vb cümle kullanabilir.
- Benim yakınım birçok ses söyler ancak bu kelimelerden daha çok jargon gibidir.
- Benim yakınım hiç konuşamaz yada çok az kelime çıktısı vardır

AFADEP

Afazi Aile Destek Programı

3.hafta

Akıcı afazilerde işitsel anlamaya yardımcı olabilecek stratejiler

Bu stratejileri DENEMELİSİNİZ

SORUN

- Benim yakınım herşeyi yada çok şeyi anlar.
- Benim yakınım. hasta olmadığında yorgun yada gergin olmadığında herşeyi anlar
- Benim yakınım yabancıları anlamakta zorluk çeker
- Benim yakınım arka planda gürültü olduğunda anlamakta güçlük çeker
- Benim yakınım grup içindeki konuşmalarda ve günlük hayat konuşmalarını anlamakta zorluk çeker.
- Benim yakınım konuşmanın bir kısmını takip edebiliyor. Daha sonra kafası karışıyor. endişeleniyor ve yanlış cevap veriyor
- Bazı kelimeleri ortamdan anlıyor ya da bir kısmını anlıyor. Örneğin bardak istediğimizde tabak verebiliyor.
- Benim yakınım ile uzun bir cümle konuşurken cümlenin sonunda cümlenin başını unutabiliyor.
- Benim yakınım tek sözcükleri bile

Nasıl yardımcı olabilirim?

- Gayet iyi bir durumdur. Sen konuşmaya başlamadan önce yakınının işitme cihazı ya da gözlüğünü taktığından emin ol. Yüzünü ve mimiklerini görebileceği pozisyonda olman önemli . Önce afazili bireyin dikkatinin sende olduğundan emin ol
- Doğallığını bozmadan normalden daha yavaş konuş. İletişim için yakınını zorlama ve ona dinlenmesi için zaman tanı..
- Yakınına yabancılar için açıklayıcı bir kart taşımasını önerebilirsin.
- Konuşurken tüm arka plan gürültülerini engelle.
- Grup içerisinde sadece 1 kişinin konuşması için durumu anlatabilirsin. Bir kişi konuşmaya başladığında yakınının bunu görmesini sağlayabilirsin
- Konudan konuya atlama. Konunun bittiğini anlaması için ona zaman tanı. Ve yeniden özetleyebilirsin ne dediğini..
- Konuşurken mümkünse hem kelimeyi söyle hem de bahsettiğin objeyi göster
- Uzun ve komplike cümleler kurma. Her cümlede sadece bir mesaj içersin ve sen o 1 mesajı erdikten sonra durakla. Örneğin dışarıda soğuk var. Yün hırkanı giymen iyi fikir olabilir yerine. Dışarısı soğuk. Yün hırkanı ister misin olabilir.
- Öncelikle bağırma. Sesin şiddeti durumu değiştirmez. Anlaması için kolay ve tanıdık

anlamakta zorluk çeker.

kelimeleri seç. Çizim jest mimik yazı hepsini kullanabilirsin

- Benim yakınım objeyi göstermez ya da işaret etmezsem anlayamaz..
 - Açık ve sadece 1 tane mimik yap.
 - Hakkında konuştuğun nesneyi göster.
 - Uygun ses tonu kullan
 - Yüz ifaden net olsun

Tutuk afazilerde işitsel anlamaya yardımcı olabilecek stratejiler

Bu stratejileri DENEMELİSİNİZ

SORUN

Nasıl yardımcı olabilirim?

- Benim yakınım kelimeyi bulmakta çok zorluk çeker ve konuşma aralarında sürekli hımmm şeyyy gibi boşluklar bırakır
 - Benim yakınım ses olarak yada anlam olarak yakın kelimeleri söyler..Eşim yerine annem der. yada kabak yerine tabak der.
 - Kelimeyi çıkarmak için büyük bir efor harcar özellikle ilk sesi genellikle hatırlamakta zorluk çeker
 - Benim yakınım kelimeleri tek tek söyler ancak onları cümle halinde kullanamaz.Köpek geziyor yerine dün köpek dışarı vb ifadeler kullanır.
 - Benim yakınım konuşur ancak çok fazla gramer hatası yapar. Ben oyna top yarın vb cümle kullanabilir..
 - Benim yakınım birçok ses söyler ancak bu kelimelerden daha çok jargon gibidir.
 - Benim yakınım hiç konuşamaz yada çok az kelime çıktısı vardır
- Öncelikle onun için zaman tanı
- Afazili bireyin söylemek istediğini biliyorsan kelimeyi söyleyebilirsin. Ancak dikkat et. senin söylemenden rahatsız olabilir. Öyle bir durumda ise. onu beklediğini göster ve isterse sözel ipucu ver.
- Eğer sen ne demek istediğini anladıysan düzeltmeyebilirsin. Eğer yakının yanlış söylediğini fark eder ve doğru söylemeye hevesliyse ona doğru kelimeyi söyleyebilirsin
- Ona zaman tanı ve tahmin etmeye çalış.Doğru veya yanlış olduğunu sana söylemesi için cesaretlendir..
- Bazı vakalarda isimler yada eylemler ifade edilemez. Sen o boşlukları uygun bir cümle ile tamamlayabilirsin
- Eğer anlayabilirsen düzeltme anlayamadıysan ise bunu mu demek istedin vb bir ifade ile cümleyi uygun şekilde tamaml..
- Öncelikle konunun ana hatlarını belirle. Doğru/yanlış sorularla genel olarak ne anlatılmak istediğini anlayabilirsin
- Yazma jest mimik vb tüm iletişim alternatifleri gözden geçirilmelidir.

Yakınının bir yetişkin olduğunu işitme engelli olmadığını. zihinsel herhangi bir sorun yaşamadığını unutma

AFADEP
Afazi Aile Destek Programı

4.hafta

Disartri

Konuşma kaslarının zayıflığı ve hareketinin azalması sonucu görülen bir konuşma bozukluğudur.

Kaslarda kısmi felç ya da güçsüzlük vardır. Bu durum bazı kişilerde salyaya da neden olabilir.

Anlaşılabilirliği az olduğu için sarhoş konuşmasına benzetilir..

Nasıl yardımcı olabilirim

- Konuşması için zaman tanı
- Afazili birey konuşurken dudaklarını izle
- Jest mimik işaret yazma ve çizme ile ilgili destek ol..
- Eğer ne demek istediğini anlamadıysanız. tekrarlamasını isteyebilirsiniz
- Elbette yardımcı olacak dil ve konuşma terapistine başvurabilirsiniz



Apraksi

Afaziye eşlik edebilir

Konuşma seslerinin planlanmasında ve uygulanmasında zorluk yaşarlar.

Kişi aslında otomatik olarak esneyebilir ancak esnemesi istendiğinde hareketi planlayamaz.

Yemek yemek vb eylemlerde çiğneme için ağız dil kasları çok rahat kullanılırken kelimeyi söylerken o sıralı hareketi yapmakta zorlanır

Nasıl yardımcı olabilirim?

Dil ve konuşma terapistinin yardımına ihtiyacınız olacaktır

Hemiparezi

Vücüdün bir tarafında güçsüzlük hemiparezi

Felç ise hemiplejidir.

Ellerde ve veya bacaklarda güç kaybıdır.

Yürürken yemek yerken giyinirken zorluk yaşarlar.

Etkilenen taraftaki duyuda azalma vardır.

Hemiparezi veya hemipleji beynin sorumlu alanındaki etkilenmeden kaynaklı olmaktadır.

Eğer hemipleji sağda ise etkilenme beynin sol hemisferindedir..Dil alanı da sol yarım kürede olduğu için genelde afazi vakalarında sağ tutulumlu felç görülür.

Nasıl yardımcı olabilirim?

Hastane - nöroloji muayenesi sonrasında uygun fizyoterapist desteği sağlanmalıdır.

Evde egzersiz için uygun destek sağlanmalıdır.



Görme Sorunları

İnme sol ya da sağ alanda görme kaybına neden olabilir.

Kişi kör değildir. Her iki gözde de fizyolojik olarak sorun yoktur. Ancak beyin vücudun özellikle sağ taraftan aldığı uyarıyı işlemleyememektedir. Buna hemianopia denir.

Eğer kişi de böyle bir sorun var ise kişi sağ tarafında yer alan objeleri veya kişileri göremez.

Yüzünün o tarafını yıkamaz. yemeğin sadece diğer tarafını yiyebilir.

Nasıl yardımcı olabilirim?

Kişinin görmediği tarafa doğru dönmesi için cesaretlendirilir.



Epilepsi

İnmeden sonra bazı kişilerde epilepsi başladığı görülmüştür.

Meydana gelme sebebi beyindeki Zarar gören sinirlerin inmeden dolayı zarar görmesi olarak açıklanabilir. Beyin zarar gören sinirlerini onarmak için ekstra bir elektriksel aktivite üretir. Bu elektriksel aktivite de birçok beyin hücresinde epileptik nöbetlere neden olur.

Nasıl yardım edebilirsin?

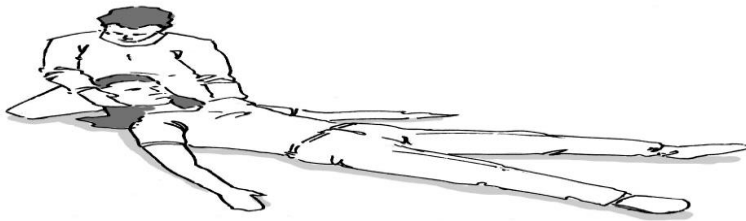
Uygun epileptik ilaçları kullanıp kullanmadığını bilmek için doktoru ile görüşülmeli.

Siz yanındayken epileptik atak geçiriliyor ise, sakın olmalı..

Gözlükleri çıkarılması, boynunda herhangi bir daraltan giysi varsa çıkarılmalı

Başını etrafa çarpmasını engellemeli

Nöbet bitince başı yan tarafa çevrilmeli



Yutma Problemleri

Disfaji inmeden sonra sık görülen bir durumdur.

Stroke sonrası kaslarda güçsüzlük oluşabilir aynı zamanda mobilite az olduğu için risk artar. Hatta kişinin yutma ve öksürme refleksinde azalma görülür

Kaslardaki bu güçsüzlük sonucu yiyecek ve içecekler soluk borusuna kaçabilir. Bu kaçısa aspirasyon denir. Kişi öksürerek bunu gösterebilir. Bazı vakalarda bu aspirasyon öksürük ile kendinin göstermez ve uzun süre sonunda aspirasyon pnömonisi olarak kendini gösterebilir

Nasıl yardımcı olabiliriz?

Öksürme boğulma hissi. yemek yedikten hemen sonra görülüyorsa. ıslak ses olarak tabir ettiğimiz b.ir durum varsa konuşma terapistine başvurun. Yutma değerlendirmesi ile uygun beslenme programı çıkacaktır.



AFADEP

Afazi Aile Destek Programı

5.hafta

İnme sonrası Hissedilenler

Depresyon

Korku
Korku

Tükenmişlik Çaresizlik

Üzüntü

Yalnızlık

Öfke

Afazinin Değiştirdikleri

İletişim ile ilgili değişimler

Kelimeyi söyleyemediği zaman rahatsızlık hissi

İnsanlar onu anlamadığında öfke

Birisi onun yerine konuştuğunda hüsrana

Aynı şeyi sürekli tekrar ettiğinde kendini durduramama ve bundan utanma

İlişkiler ile ilgili yaşanan değişiklikler

Yakınının onu sürekli yanlış anlaması

Diğer aile bireyleri ile rollerinin değişmesi

Duygusal ve fiziksel ilişkilerde bozulma

Arkadaş kaybı

Yabancılarla karşılaşma korkusu

Gücüyle ilgili değişimler

Eski gücünden uzak olduğunu düşünme

İş kaybı ve beraberinde gelen ekonomik kayıplar

Aktivitelerde azalma

Bağımsız yaptığı aktivitelerde azalma hatta yalnız başına bu aktiviteleri yapamamak

Stigma- Dışlanma

Kişinin kendi algısında bozulma

Kişilerin onu demanslı yada ruh hastalığı var zannetmesi Alkolik olduğunu düşünmeleri

Konuşması yada nasıl görüldüğü ile ilgili utanç

Afazi ve Depresyon

Afazi kişinin hayatında birçok şeyi değiştirir

İletişim yeterliliği, çalışma durumu, sosyallik, ve hayata katılım tamamı etkilenmektedir.

Tüm bu değişimlere rağmen beyinde meydana gelen değişikliklerde depresyona neden olabilir. Bu depresyon psikolojik değil fizyolojik bir sonuçtur. Yapılan araştırmalara göre, beynin sol tarafını etkileyen inmelere sağ tarafını etkileyen inmelere göre daha fazla inme görülmektedir.

Depresyonun gelişimi ve şiddeti de aslında kişinin sorunu nasıl algıladığı ile değişiklik gösterir. bazı kişilerde inmeden çok sonra görülse de bazı kişilerde stroke önceki sosyallik durumların yaşa ve sosyal desteğine göre çok daha erken görülebilir.

Depresyon belirtileri: Uyku süresinin artması, enerjisinin düşük olması, iştahının azalması günlük modunun çok düşük olması

Nasıl yardımcı olabiliriz?

Kişinin duygularını ifade etmesine yardımcı olmalı.

Danışmanlık

Destek grupları

Anti depresan ilaçlarla bu sorun çözüm bulabiliriz.

Afaziden Sonra Değişenler

Afazili bireyde

Görülen Değişimler

Neden meydana gelir?

Nasıl yardımcı Olabiliriz?

Kişiliğinde değişiklik olması: Daha az konuşan daha agresif daha mutsuz birisine dönüşmüş olabilir. Motivasyonu düşmüş önceki enerjisinden çok farklı olabilir.

Bu elbette afazinin getirdiği bir sonuçtur. İnme ve afazi öncesi gibi iletişim kuramamak elbette bu tür kişilik değişimleri meydana getirebilir.

Ondaki bu değişimi karşılaştırmayı anlamaya çalış. Kendisi ile ilgili pozitif yeni imaj oluşturmada yardımcı ol. Psikologdan yardım alınabilir.

Sebepsiz yere ağlaması: Anlatmak istediği anlatamadığı, bazı duyguları vardır.

Eğer sebepsiz ağlaması ve gülmesi varsa; kendini ifade etme yetersizliği veya nörolojik kaynaklı da olabilir.

Eğleniyor veya şaka yapıyorsa ona katılmayı deneyebilirsin. Durumu hakkında konuşmayı dene. Eğer bu durum kontrol dışına çıktıysa nörologdan

randevu alabilirsin

Çok sık mood değişimi olması: Üzgün olması. durumundan rahatsız olmasını normal karşılamalı.

Öfke bu durumda görülebilen bir sorundur. Ancak anlık ruh değişimlerinin çok fazla olması fizyolojik bir neden olabileceğini düşündürmelidir.

Neye öfke duyduğu. ne zaman kendini iyi hissettiği vb onu rahatlatan durumlar üzerine konuşabilirsin.

Kolayca kafası karışıyor veya yapacaklarını unutuyor olması : Bazen durumunun daha farkında olması bazen bu sorunun onu çok etkilememesi sonucu olabilir

Birçok sorunla baş ediyor. Hem yeni durumuyla baş etme çalışıyor. Bu durumun nedenini anlamaya çalışıyor. Hem eski günlerini dönmek istiyor. O yüzden biraz zaman tanımak önemli.

Yapabileceklerine odaklanarak o yönlerini daha da geliştirmek planlanmalı. Günlük yapılacak rutin hale getirilip zamansız ve mekansal karışıklığın engellenmesi önemlidir

Sürekli yorgun ve enerjisi düşük: Hem mevcut durumundan dolayı hem de aktiviteleri azaldığı için motivasyonu düşük olabilir

İnmeye bağlı bir yorgunluk olabileceği gibi. depresif duyguları da ona sebep oluyor olabilir.

İlk günlerde mutlaka dinlenmesi gerekir. Sonrasında evde yapacağı aktiviteler ile hem enerjinin yükselmesine faydası olur. hem de iletişim için sebep olmuş olabilir.

Cinsel değişimi: Eşinden uzak duruyor. Utandığını ifade ediyor.

Yorgunluk. fiziksel zorluklar. ilaçlar. stres anksiyete sex de istek azalmasına neden olabilir.

Özellikle cinsel birlikteliğin yeni bir inmeyi tetikleyeceğini düşünüyorsa. böyle bir şey olmayacağı anlatılmalıdır

Afazili Yakınında Görülen Değişimler

Neden meydana geldi?

Nasıl yardımcı Olabiliriz?



AFADEP

Afazi Aile Destek Programı

6.hafta

Kendimi zamanlarda kötü hissediyorum

Bugün.....hissediyorum

Bugün konusu hakkında konuşmak

Yakınım stroke geçirdiğinden beri

Yakınım için yaptığım.....beni mutlu eder

Bu hafta olması beni mutlu etti

.....olduğu zaman kendimi harika hissediyorum vb sorular hazırlamak

Afazili bireylerin yakınlarının hissettikleri

Depresyon

Korku

Tükenmişlik

Öfke

Acıma

Yardım edememe

Yalnızlık

Çaresizlik

Afazinin Aile Bireylerine Getirdiği Değişiklikler

Afazili bireyin yakınında Neden meydana gelir?
görülen değişiklikler

Nasıl yardımcı olabiliriz?

Suçluluk hissi: İnmeden sonra birçok kişi de görülür. Sürekli kendilerini suçlarlar. Ya da kendilerini cezalandırılmış hissederler. Neden benim başıma geldi ? Şimdi biz ne yapacağız ?

Erken dönemde bunu hissetmek çok normaldir. Süre geçtikçe kişilerdeki bu inkar ne yapabilirim noktasına evrilir. Zamanla bunu yaşayan yakınına karşı acıma hissetmeye başlar ve çözüm odaklı davranmaya çalışır

Bu suçlu aranacak utanılacak bir sorun değildir. Profesyonel destek sağlanabileceği gibi arkadaş ve bu durumda olan diğer bireylerle açıkça duygularını ifade etmesinin önemi anlatılır.

Stresli hissetme:Sürekli devam edecek olmasından dolayı birçok afazili bireyin yakınının stresli olması olağandır. Hatta birçoğunun günlük işlerinin yapacak enerjisi bile yoktur.

Aslında stres insanların hayatlarındaki olaylara verdikleri en doğal tepkilerden biridir. Çünkü hayatın getirdiği ekstra yükler yanında bu durum yeni sorumluluklar getirmektedir.

Böyle bir durumda arkadaşlarla zaman geçirme kendine dinleme zamanı ayırma.vb kısa aralarla kişinin kendini iyi hissetmesi sağlanır.

Rutindeki Değişimler

Afazili bireyin sorumluluklarını almak. afazili bireyin yakınına elbette ekstra sorumluluklar yükleyecektir.

Afazili birey artık eski sorumluluklarını yerine getiremez bu sebeple yeni düzene uyum sağlamak zorunda kalabiliriz. Elbette günlük hayattaki ve değişim rollerdeki bu değişim kişiyi mutsuz hissettirecektir

Afazili bireyin bağımsızlığını arttırmak ya da ailenin diğer üyelerinden destek almak birincil bakıcının yükünü hafifletecektir.

Yalnızlık ve izolasyon hissi:Bu süreçte bu duyguları yaşanılabilir. Kişi kendini sevdiği birisini kaybetmiş desteksiz kalmış vb hissedebilir.

Hem afazili birey için hem de yakını için zor bir durumdur. Mümkün olduğunca sosyal hayata devam edilmesi sağlanmalıdır.

Afazili bireyin iletişimle ilgili sorunları ne kadar azalırsa sorun o kadar daha az hissedilecektir.

AFADEP

Afazi Aile Destek Programı

7.hafta

Başa çıkma Stratejileri

İnme geçirmiş bir kişi ile beraber yaşamak ya da o kişinin bakımını sağlamak elbette çok zordur. Afazili birey; yorgun. gergin. uyku sorunları yaşayan ve yeni durumuna uyum sağlamaya çabalayan biridir. Yeni durumuna uyum sağlamasını kolaylaştırmak için

Aile veya arkadaş desteğini geliştirmek: Problemlerini hissettiklerini arkadaşların ve ailen ile paylaşmak kendinin yalnız olmadığını düşündürür. Paylaşımlar sayesinde kendini daha iyi hissetmen mümkün olur.

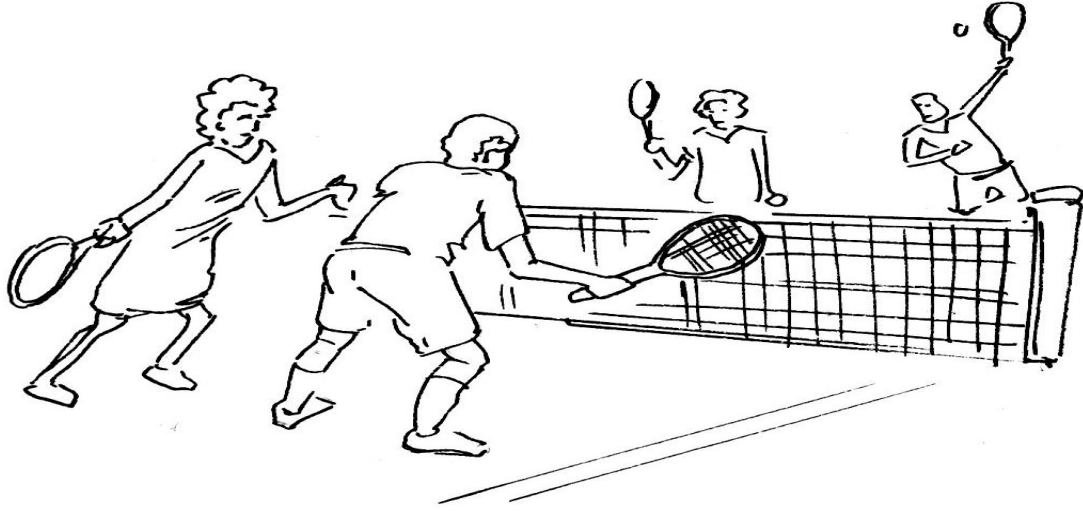
Ara vermek Gün içerisinde kısa zamansal aralar vermek . seni rahatlatılabilir.

Tatil Güvendiğin bir başka kişi ile sorumluluğu paylaşmak. ya da kısa süreli ortamdan uzaklaşmak kendini iyi hissettirecektir.

İlgi alanlarına devam etmek Özellikle ilgilendiğin ilgi alanların var ise. onlara devam etmen. çok önemlidir. Bu devamlılık deşarj olmana yardımcı olacaktır.

Dinlenmek için zaman ayırmak: Mutlaka kendine zaman ayırmalısın..Uyumak dinlenmek istediğin şeyle uğraşacak zamanın olması mutlaka toleransını arttıracaktır.

Afazili bireyin bağımsızlığı için yardımcı olmak:hem afazili bireyin ruh sağlığı için hem de bakım veren kişinin daha rahat ve konforlu bir hayat sürmesi için Afazili bireyin mümkün olduğunca bağımsız olması gerekmektedir



Diğer Kişilerin Gösterdiği Reaksiyonlarla Başa Çıkmak

Çocuklar aileler, diğer aile üyeleri ve arkadaşlar afazili bireyin iletişim sorunuyla başa çıkmakta zorluk çekebilirler. Nasıl konuşacaklarını, nasıl davranacaklarını kestiremezler. Bazen bir çocuğa davranır gibi koruyucu ya da işitme engeli varmış gibi sorun yaşayacak olabilirler.

Diğer kişilere aile üyelerine bu konuda yardım edebilirsiniz.

Afazinin ne olup ne olmadığını onlara anlatabilirsiniz..Buradaki stratejilerden onlara bahsedebilirsiniz..Örneğin kısa cümleler mimik kullanımı söylemek istediklerin arasında boşluk bırakma vb



Yabancılarla başetmek

Birçok kişinin elbette afazi ile ilgili deneyimi yoktur. Çoğu zaman afazili olan bireyleri demans işitme engeli ya da sarhoş zannedebilirler. Özellikle telefonda herhangi bir görsel

ipucu almadan konuşmak afazili bireyler için ok zordur. Afaziye açıklayan küçük bilgilendirme kartları bu durum için uygun olabilir. Daha önce gidilen marketlere gitmek, aynı ortamlarda aynı kişilerle muhatap olmak belki afazili bireyin yükünü biraz olsun hafifletebilir.



Nereden-Kimden Yardım Alabilirsiniz?

Ülkemizde dil ve konuşma terapistliği eğitimi, 2000 yılından itibaren başlamış olup, son dönemde birçok üniversite bünyesinde öğrenci kabul eden bir bölümdür..

Gecikmiş konuşma, akıcılık bozuklukları(kekemelik-hızlı bozuk konuşma) artikülasyon bozuklukları (harfleri yanlış söyleme), edinilmiş dil bozuklukları (afazi, apraksi, dizartri) ve herhangi bir soruna bağlı gelişen (otizm, işitme engeli, down sendromu vb) dil ve konuşma bozuklukları , yutma bozuklukları, disleksi, gibi birçok alanı içinde barındıran bir meslektir.

Sizler, üniversite bünyelerinde yer alan dil konuşma bozuklukları uygulama merkezlerinden, kamu ve özel hastanelerde yer alan dil- konuşma polikliniklerinden, özel kliniklerden ve sağlık ve eğitim raporu ile beraber ücretin devlet tarafından ödendiği rehabilitasyon merkezlerinden eğitim alabilirsiniz.

İlgili internet siteleri

İlinde olan terapistlerin isimleri ve çalışma adresleri <https://www.dktd.org/>

Alan ile ilgili bilgi almak için 1999 yılında Türkiye'de ilk defa Eskişehir- Anadolu Üniversitesi bünyesinde kurulan ve bizlerin yetiştiği merkez olan <https://dilkom.anadolu.edu.tr/>

AFADEP

Afazi Aile Destek Programı

8.hafta

İsim:

Tarih

1.Bu program ihtiyaçlarınızı karşıladı mı?

Tamamen Evet

Kısmen evet

Kısmen hayır

Tamamen hayır

Yorum :

2.Süresi.sıklığı. oturum sayısı sizin için uygun muydu?

Tamamen Evet

Kısmen evet

Kısmen hayır

Tamamen hayır

Yorum

3.Destek programının sizin için en yararlı bilgi hangisidir?

4.Destek programının sizin için en az yararlı bilgisi hangisidir.

5.Verilen eğitimi nasıl buldunuz?

Çok basit

Anlaşılması çok zor

Anlaması kolay

6. Verilen eğitimi nasıl buldunuz?

Yeterli değil

Çok fazla

Yeterli-Gayet iyi

7.Senin durumun ve koşullarınla ilgili yeterli şans tanındı mı?

8.Bu grup içerisinde kendinizi ve/veya durumunuzu yeteri kadar iyi ifade ettiğinizi düşünüyor musunuz?

9.Bu programdan memnun kaldınız mı?

10. Bu programı geliştirmek için herhangi bir öneriniz var mı?

ÖZ GEÇMİŞ

Adı Soyadı : Çiğdem ERYILMAZ CANLI

Yabancı Dil : İngilizce

Eğitim Geçmişi:

Doktora 2021. Anadolu Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Dil ve Konuşma Terapisi A. B. D.. Doktora Programı

Y. Lisans 2014. Anadolu Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Dil ve Konuşma Terapistliği A. B. D.

Lisans 2011. Doğu Üniversitesi. Psikoloji

MESLEKİ GEÇMİŞ DENEYİMLERİ

2020- halen Diyalog Dil Konuşma ve Gelişim Akademisi

2015 - 2020 Andikom Dil ve Konuşma Bozuklukları Merkezi

2014-2015 Özel Bursa Romatem Fizik tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi

KONGRELER

VIII. Uluslararası Katılımlı Dil ve Konuşma Bozuklukları Kongresi (2015-İstanbul)
(Afazili Bireylerin ve Afazili Bireylerin Yakınlarının İletişim Sorunlarına Bakış Açısı-Sözlü bildiri)

II. Uluslararası Yutma Bozuklukları Kongresi (2014-Ankara)

VII. Uluslararası Katılımlı Dil ve Konuşma Bozuklukları Kongresi (2013-Kocaeli)

EĞİTİM VE SEMİNERLER

DIR 201 Temel Fonksiyonel Duygusal Gelişim Kapasitelerini Desteklemek Ocak 2019

DIR 201 Floortime Giriş Kasım 2019

Palin Parent-Child Interaction Therapy For Childeren Under Seven Who Stammer - The Michael Palin Centre -İstanbul 2019

Vitalstim Terapisi Uygulayıcısı Sertifikası-VitalStim Therapy Provider Karin Mitchell M.A CCC-SLP John Kelly MPT (Anadolu Üniversitesi 2014)

İşitme engelli çocuklarda Koklear implantın Dil gelişimi üzerine etkileri-Impact of Cochlear Implants on Spoken Language Development for Children Who are Deaf (Dr David J. Ertmer Purdue University Anadolu Üniversitesi-2014)

Avrupada Kullanılan Kekemeliği Önleyici Modern Terapi Metodlarının İncelenmesi
(Examining The Modern Therapy Methods To Prevent Stuttering Applied Of Europe 27 Mayıs – 08 Haziran 2013. Thomas More University- Belgium)

Çocukluk Çağı Konuşma Apraksisi Ölçme, Değerlendirme ve Terapisi (Prof. Dr.Rebecca McCauley, Ohio State University, Anadolu Üniversitesi -2013)

Lidcombe Erken Dönem Kekemelik Kursu (Ahmet Konrot, Anadolu Üniversitesi, 2013)

Kekemelikte Değerlendirme ve Terapi, Prof. Dr. Kenneth Louis, West Virginia University
Anadolu Üniversitesi-2012)

DERNEK ÜYELİKLERİ

Dil ve Konuşma Bozuklukları Uzmanları Derneği

Ses Konuşma Yutma Bozuklukları Uzmanları Derneği

