



**HEMŞİRELERİN AFAZİ'YE YÖNELİK
FARKINDALIK VE TUTUMLARININ
BELİRLENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Feriha İLGEZEN

Eskişehir 2023

HEMŞİRELERİN AFAZİ'YE YÖNELİK FARKINDALIK VE TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

Feriha İLGEZEN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı
Danışman: Prof. Dr. Bülent TOĞRAM

Eskişehir
Anadolu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Mayıs 2023

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Feriha İLGEZEN'in “**Hemşirelerin Afazi’ye Yönelik Farkındalık ve Tutumlarının Belirlenmesi**” başlıklı çalışması 29/05/2023 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek “Anadolu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği”nin ilgili maddeleri uyarınca, Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Unvan Adı Soyadı

İmza

Üye (Tez Danışmanı) : Prof. Dr. Bülent TOĞRAM

Üye : Doç. Dr. Elçin TADIHAN ÖZKAN

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Şükriye KAYHAN AKTÜRK

.....

Enstitü Müdürü

ÖZET

HEMŞİRELERİN AFAZİ'YE YÖNELİK FARKINDALIK VE TUTUMLARININ BELİRLLENMESİ

Feriha İLGEZEN

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mayıs 2023

Danışman: Prof. Dr. Bülent TOĞRAM

Bu çalışmada, hemşirelerin afaziye yönelik farkındalık düzeylerini, bilgi düzeylerini ve tutumlarını belirlemek amaçlanmıştır. Bu amaca yönelik hemşirelerin afazi konusunda farkındalık düzeylerinin, bilgi düzeylerinin, iletişimi kolaylaştırmak amacıyla kullanılan iletişim stratejilerinin ve afazili bireylere yönelik tutumlarının ayrıntılı şekilde incelenmesi hedeflenmiştir.

Bu çalışmada, nicel yöntemlerden betimsel tarama deseni kullanılmıştır. Araştırmaya hemşirelik alanından mezun olan ve alanda aktif çalışan 150 hemşire dahil edilmiştir. Türkiye’de çeşitli kamu ve özel hastanelerde görev yapan hemşirelere yönelik bu çalışma dahilinde uyarlanan “Afaziye Yönelik Bilgi, Tutum ve Stratejiler Anketi” ve “Afazi Farkındalık Anketi” katılımcılara yüz yüze veya çevrimiçi anket aracılığıyla uygulanmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, hemşirelerin afazili bireylere yönelik farkındalık oranlarının yüksek olduğu ve afazinin bazı göze çarpan özelliklerini doğru bir şekilde anladıkları ancak bozukluğun tam bir tanımını veremedikleri, afazili bireylerden bilgi almakta zorluk yaşadıklarını, afazili birey ile iletişimi kolaylaştıracak çok az strateji hakkında bilgi sahibi oldukları ve hemşirelerin çoğunun afazili bireylerle iletişimi kolaylaştıracak stratejileri bilmediği, afazili bireylerle iletişim kurduklarında kendilerini rahat hissetmedikleri ve başarılı bir iletişim kurma konusunda emin olmadıkları bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Afazi, Hemşire, Farkındalık, Tutum.

ABSTRACT

DETERMINING THE AWARENESS AND ATTITUDES OF NURSES ABOUT APHASIA

Feriha İLGEZEN

Department of Speech and Language Therapy
Anadolu University, Graduate School of Health Sciences, May 2023

Supervisor: Prof. Dr. Bülent TOĞRAM

In this study, it was aimed to determine awareness levels, knowledge levels and attitudes of nurses towards aphasia. For this purpose, nurses were examined in detailed about their awareness levels about aphasia, their knowledge levels, communication strategies used to facilitate communication and their attitudes towards individuals with aphasia.

In this study, one of the quantitative methods, descriptive scanning design, was used. 150 nurses who graduated from the field of nursing and are working actively in the field were included in the study. The “Aphasia Attitudes, Strategies and Knowledge Survey” and “Aphasia Awareness Questionnaire” adapted within this study for nurses working in various public and private hospitals in Türkiye were administered to the participants via online or face-to face.

According to the findings of the study, nurses have high awareness of aphasic individuals and understand some salient features of aphasia correctly, but they cannot give a full definition of the disorder and they have difficulty in obtaining information from individuals with aphasia. They have little knowledge of strategies to facilitate communication with aphasic individuals. It was found that most of the nurses do not know the strategies to facilitate communication with aphasic individuals, they do not feel comfortable when communicating with aphasic individuals and they are not sure about establishing successful communication.

Keywords: Aphasia, Nurse, Awareness, Attitude.

ÖNSÖZ

Tez sürecinde değerli bilgilerini benimle paylaşan, öneriler veren, değerli zamanını ayıran ve bana yol gösteren ışık olan kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Bülent TOĞRAM'a çok teşekkür ederim.

Jürimde yer almayı kabul eden ve değerli katkılarını sunan hocalarım Doç.Dr. Elçin TADİHAN ÖZKAN'a ve Dr. Öğr. Üyesi Şükriye KAYHAN AKTÜRK'e çok teşekkür ederim.

Bin bir emek ve fedakarlıkla şu an bulunduğum konuma ve bu yaşıma gelmemde emekleri olan biricik annem Elif İLGEZEN'e ve babam İsmet İLGEZEN'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Sevgili kardeşim Ayşe İLGEZEN'e hep yanımda olduğu için teşekkür ederim.

Bu zorlu süreçlere hep onunla başladığım, hayaller kurarak bu yola devam ettiğim sevgili biricik arkadaşım ve meslektaşım Şerife GÖKTAŞ'a teşekkür ederim.

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 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 programıyla 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.

Feriha İLGEZEN

İÇİNDEKİLER

Sayfa

BAŞLIK SAYFASI	i
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR	vi
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ.....	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar DİZİNİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Sorun.....	2
1.2. Amaç	3
1.3. Önem.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Afazi	5
2.2. Afazi Tipleri	5
2.2.1. Akıcı afazi tipleri.....	6
2.2.2. Tutuk afazi tipleri	7
2.3. Afazinin Etkileri.....	8
2.3.1. Afazinin, afazili bireyler üzerindeki etkisi	8
2.3.2. Afazinin, afazili bireylerin etrafındaki bireylere etkisi.....	10
2.4. Afazi Hakkında Farkındalık ve Bilgi Düzeyleri	11
2.4.1. Genel topluma yönelik farkındalık ve bilgi düzeyleri araştırmaları	11

2.4.2. Belirli meslek gruplarının afaziye yönelik farkındalık ve bilgi düzeyleri.....	16
2.5. Hemşirelerin Afaziye Yönelik Tutumları.....	18
3. YÖNTEM	21
3.1. Araştırma Modeli.....	21
3.2. Araştırmanın Katılımcıları	21
3.3. Veri Toplama Süreci.....	23
3.4. Veri Toplama Araçları.....	23
3.4.1. Afaziye Yönelik Bilgi, Tutum ve Stratejiler Anketi (Aphasia, Attitudes, Strategies and Knowledge Survey (ASSK)).....	24
3.4.1.1. Anketin puanlanması	24
3.4.2. Afazi Farkındalık Anketi	25
3.5. İşlem.....	26
3.5.1. Birinci aşama: İleri Çeviri	26
3.5.2. İkinci aşama: Uzman paneli ve geri çeviri	26
3.5.3. Üçüncü aşama: Pilot çalışma ve bilişsel görüşme	26
3.5.4. Son versiyon ve belgeleme aşaması	26
3.6. Verilerin Analizi.....	27
4. BULGULAR VE YORUM.....	28
4.1. Katılımcıların Afaziye Yönelik Bilgi, Tutum ve Stratejiler Anketine Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular	28
4.2. Katılımcıların Afaziye Yönelik Bilgi, Tutum ve Stratejiler Anketi Puanlarına İlişkin Bulgular	31
4.3. Demografik Bilgiler Bazında Afaziye Yönelik Bilgi, Tutum ve Stratejiler Anketi Puan ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	32

4.4. Katılımcıların Farkındalık Anketi Bölümüne Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular	35
4.5. Katılımcıların Farkındalık Anketinde Yer Alan “Afaziye hiç duydunuz mu?” Sorunun AYBTS Anketinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	37
5. SONUÇ, TARTIŞMA, SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER	38
5.1. Sonuç	38
5.2. Tartışma	38
5.3. Sınırlılıklar	48
5.4. Öneriler	48
KAYNAKÇA	50

EKLER

ÖZGEÇMİŞ

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 3.1. Demografik bilgiler dağılımı	22
Tablo 3.2. İl dağılımı.....	23
Tablo 4.1. Afaziye Yönelik Bilgi, Tutum ve Stratejiler Anketi Bölümüne ait cevap dağılımı	29
Tablo 4.2. Afaziye Yönelik Bilgi, Tutum ve Stratejiler Anketi puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler.....	31
Tablo 4.3. Demografik Bilgiler bazında AYBTS Anketi puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	33
Tablo 4.4. İkili Karşılaştırmalar Testi	34
Tablo 4.5. Afazi Farkındalık Anketi sorularına verilen cevap dağılımı	35
Tablo 4.6. Çoktan seçmeli soruların cevap dağılımı.....	36
Tablo 4.7. İlgili soru bazında puanlar ve alt boyut puanları karşılaştırılması.....	37

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AASK	: Aphasia Attitudes, Strategies and Knowledge Survey
ANOVA	: Tek Yönlü Varyans Analizi
AYBTS	: Afaziye Yönelik Bilgi, Tutum ve Stratejiler Anketi
ÇAG	: Çeyreklikler Arası Genişlik
F	: Anova Değeri
FTR	: Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
Maks	: Maksimum Değer
Min	: Minimum Değer
n	: Katılımcı Sayısı
P	: Anlamlılık Değeri
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)
Ss	: Standart Sapma
SVO	: Serebrovasküler Olaylar
T	: t değeri
$\bar{x}$	: Ortalama
YB	: Yoğun Bakım

1. GİRİŞ

Serebrovasküler olaylar/ hastalıklar (SVO), beyin bölgelerinden bir veya birkaçının iskemi veya kanama sonucu kalıcı ya da geçici olarak etkilenmesi ve/veya beyni ilgilendiren bir ya da daha fazla kan damarının primer patolojik hasarı olarak tanımlanmaktadır (Silvestrelli ve ark., 2006). 2015-2018 yılları arasında açıklanan Türkiye İstatistik Kurumu raporlarına göre Türkiye’de SVO nedeniyle hayatını kaybeden kişilerin sayısı 35-40 bin arasında değişmekte ve yıllar içinde artış göstermektedir ([http-1](http://1)). Türkiye’de SVO her yıl 125.000 kişide görülmektedir (Dayapoğlu ve Mehtap, 2009). Yaşanan SVO vakalarının %71’i beyin enfarktüsü, %29 kadarı ise beyin kanamasıdır. SVO yaşayanların %60-65’inde kalıcı engellilik durumu tespit edilmiştir (Özdemir, 2000).

SVO, bireyde birçok nörolojik fonksiyon kayıplarına neden olur. Bundan dolayı gözlem, sürekli değerlendirme ve profesyonel bakım hizmetini gerektirir. SVO meydana gelen bir birey; kas iskelet sorunları, yutma güçlüğü, bağırsak ve mesane işlev bozukluğu, bireysel bakımını yerine getirememesi ve deri bütünlüğünde bozulma gibi riskler taşımaktadır (Karadakovan ve Aslan 2011). Ayrıca SVO meydana gelen bireyde afazi, inmenin en yıkıcı ve en sık görülen iletişim ve dil bozukluklarından biridir. İnme geçirenlerin üçte birini afazi etkilemektedir (Şahin, 2021). Çoğu birey dil becerilerinin en azından bir kısmını geri kazanmasına rağmen, etkilenenlerin %30 ila %43’ü uzun vadede afazili olmaya devam etmektedir (Stegmayr ve Wester, 1994). İnme geçiren bireylere, aile üyelerine ve sağlık uzmanlarına yönelik inme ile ilgili yapılan anket çalışmasında, afazi tedavisini inme araştırmalarında ilk 10 öncelik arasında üçüncü olarak belirtmişlerdir. Bu durum, afazinin iletişim ve yaşam kalitesi üzerindeki dramatik sonuçlarının önemini vurgulamaktadır (Pollock ve ark., 2014). Sağlık uzmanları içerisinde multidisipliner ekipten SVO sonrası akut dönemde ve günlük bakım sırasında, afazinin ilk belirtileri genellikle yakın aile üyeleri ve hemşireler tarafından fark edilir (Godecke ve ark., 2013).

Afazinin gözlemlendiği durum ve hastalıklara ilişkin yapılacak olan tarama, değerlendirme ve müdahalelerde ortak vaka popülasyonuna hizmet eden sağlık uzmanları birlikte hareket etmelidir. Multidisipliner ekip bilgi alışverişinde bulunarak değerlendirme ve müdahale sürecinde birlikte hareket eder. İnme ünitelerinde multidisipliner bir ekip (tıp, hemşirelik ve terapi personelleri) en etkili bakımı sunar (Langhorne ve Duncan 2001). Hemşireler inme rehabilitasyonunun ayrılmaz bir

parçasıdır. Hemşireler afazili birey ile rehabilitasyon hedefleri hakkında konuşma, terapötik ilişkiler geliştirmek, günlük yaşam aktiviteleriyle bağımsız işleve yardımcı olacak stratejiler sağlamak ve afazili bireyin inme ile uzlaşmasına yardımcı olmak için bilgi ve duygusal destek sağlamalıdır (Long ve ark., 2001). Bu destekler için hemşire ve hasta arasında etkili bir iletişim olmalıdır. İnme geçiren afazili bireyler sözlü veya yazılı bilgileri kavrayamayabilir, kendilerini ifade edemeyebilir ve bu da rehabilitasyon sırasında olağan iletişim yollarını olumsuz etkileyebilir. Hemşirelik personeli de dahil olmak üzere sağlık uzmanları, hastane rehabilitasyon ortamlarında anlamlı etkileşim için elverişli bir ortam sağlamada önemli bir role sahiptir (Gordon ve ark., 2009).

Hemşirelerin, afazili bireyin etkili bir rehabilitasyon hedefine ulaşabilmesi için ve yapacağı müdahalenin verimli olabilmesi adına afazi ile ilgili farkındalık düzeyi çok önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Uluslararası alanyazında çeşitli meslek gruplarının afazi ile ilgili farkındalık düzeylerini inceleyen çalışmalara rastlanmaktadır (Morrow-Odom ve Barnes 2019). Ancak ulusal alanyazında hemşirelere yönelik bu konuda yapılmış bir araştırma bulunmamaktadır. Bu sebeple Türkiye'deki hemşirelerin afaziye yönelik farkındalık ve tutumlarının ne düzeyde olduğunu araştıran bir çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmüştür. Bu çalışma, hemşirelerin farkındalık düzeylerini, bilgi düzeylerini ve tutumlarını incelemeyi amaçlamaktadır. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki bölümde afazi ile ilgili genel bilgilere, farkındalık çalışmalarına ve tutum kavramına değinilmiştir.

1.1. Sorun

Kaliteli bakım sağlamak günümüzde sağlık bakım hizmetlerinin en önemli hedefidir. Dolayısıyla, afazili bireylerin fonksiyonlarının iyileşmesi, günlük yaşam aktivitelerinin bağımsızlık düzeyinin arttırılabilmesi için hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Afazili bireylerin hemşirelik rehabilitasyonunda; afazi hakkında özel bilginin artması ve yaşam şekli değişikliğiyle baş etmede afazili bireye ve ailesine destek verilmesi amaçlanır (Karakurt ve Kaşıkçı 2008). Sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları, uygun tedavi ve iyi bir hemşire bakımıyla afazi daha iyi yönetilir, risk faktörleri elimine edilebilir, sekonder olgular engellenebilir veya azaltılabilir ve SVO sonrası gelişebilecek komplikasyonlar önlenir (Bilgili ve ark., 2014). Afazi müdahalesinde görev alan hemşirelerin afazi terapi ve tedavi sürecine hâkim olmalarının da önemli olduğu bilinmektedir. Uluslararası alanyazında çeşitli meslek gruplarının ve toplumun afazi ile ilgili farkındalık düzeylerini inceleyen pek çok çalışma mevcuttur,

ilgili araştırmalar bölümünde bu araştırmalara değinilmiştir. Ancak ulusal alanyazında hemşirelerin bu konuda görüş bildirdiği bir araştırma bulunmamaktadır. Çalışmanın ulusal ve uluslararası alanyazına katkı sağlayabileceği ve çalışma sonunda hemşirelerin farkındalık ve bilgi düzeyleri belirleneceği için sonrasında da düzenlenecek bilgilendirici danışmanlık sürecine ya da eğitime yol gösterebileceği düşünülmektedir.

1.2. Amaç

Bu çalışmanın amacı hemşirelerin afaziye yönelik farkındalık düzeylerini, bilgi düzeylerini ve tutumlarını belirlemektir.

Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Katılımcıların Afaziye Yönelik Bilgi, Tutum ve Stratejiler Anketine verdikleri yanıtlar nedir?
- Katılımcıların Afaziye Yönelik Bilgi, Tutum ve Stratejiler Anketi Bölümünden aldıkları puanlar nedir?
- Demografik Bilgiler bazında Afaziye Yönelik Bilgi, Tutum ve Stratejiler Anketi puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması nasıl?
- Katılımcıların Afazi Farkındalık Anketi Bölümüne verdikleri yanıtlar nedir?
- Afazi Farkındalık Anketinde yer alan “Afaziyi hiç duydunuz mu?” sorunun AYBTS anketinin alt boyut puanları karşılaştırılması nasıl?

1.3. Önem

Afazi, gerçek fonksiyonel yetersizliğe neden olur ve tedavi kararlarında belirgin bir şekilde yer alır (Cruice ve ark., 2010). Ailenin, arkadaşların, hizmet sağlayıcıların ve genel olarak toplumun tepkileri ve davranışları, afazinin bir kişinin yaşamı üzerindeki etkisinin boyutunu belirleyebilir (Parr, 2007). Afazili bireylere sunulan hizmetin ve hasta bakımının en iyi hale getirilebilmesi için, yapılan değerlendirmenin yanı sıra inme sonrası rehabilitasyon ve müdahale bilgisi sürecinde yer alan sağlık personellerinin farkındalık sahibi ve bilinçli olmaları gerekmektedir. Günümüz alanyazına baktığımızda, hemşirelerin Türkiye’de afazili bireylere yönelik farkındalık düzeylerinin, bilgi düzeylerinin ve tutumlarının belirlendiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma ile Türkiye’de, hemşirelerin Afazi’ye yönelik farkındalık düzeyleri, bilgi düzeyleri ve tutumları ilk kez incelenmiştir. Bu çalışmanın afazili bireylerin rehabilitasyon sürecinde yoğunluğu, hizmetlerin yeterliliği ve afazili bireylere sunulan

etkili uygulamaların önündeki engellerle ilgili bilgi vereceği, alanyazına katkı sağlayacağı düşünölmektedir.

Özetle araştırmanın, hemşirelik hizmetlerine ilişkin alanyazını zenginleştireceği, hemşirelerin afazi ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeylerini yükseltmeye ve afazili olan bireylere yönelik rehabilitasyon hizmetlerinde gerçekleşecek yeniliklere ve düzenlemelere ışık tutacağı düşünölmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Afazi

Beynin sol serebral hemisferi, insanların çoğunda dile hâkim olarak kabul edilir. Yapılan araştırmaların kanıtları sağ elini kullanan insanların %95' inden fazlasının ve sol elini kullananların yaklaşık %70'inin dil için sol hemisferik hakimiyete sahip olduğunu göstermektedir (Helm-Estabrooks ve Albert, 2004). Sol hemisferde öncelikle orta serebral arter tarafından vaskülarize edilen dilden sorumlu alan bulunur. Bu dil alanı Sylvian fissürünü ve frontal, parietal ve temporal loblardaki çevre alanları içerir. Bu alana dahil olan belirli alanlardan bazıları, Broca ve Wernicke alanlarıdır. Dil alanı ayrıca angular ve supramarjinal girusları içerir. Tüm bu alanlar sinir ağları yoluyla birlikte çalışır ve her biri dil için katkıda bulunur (Hagoort, 2014).

Dil bölgesindeki fokal lezyonlara çoğunlukla inme neden olur ve afazi olarak bilinen bir bozuklukla sonuçlanır. Her yıl yaklaşık 170000 yeni afazi vakası inme ile ilişkilidir (Cattaneo, 2017). Sol hemisfer bilişsel süreçleri de etkileyeceği için afazi sadece bir dil alanına özgü bozukluk olarak görülmemelidir (McNeil ve Pratt, 2001). Afazi, bir nörobilişsel yetersizliktir. Beynin kortikal veya sub-kortikal alanlarındaki fokal hasar sonucu oluşur (MacNeil ve Pratt, 2001). Özellikle afazide görülen dil bozuklukları dilin birçok alanını etkilemekte ve ortaya çıkan nörobilişsel yetersizlik demanstan, motor işlev bozukluklarından veya duysal kayıptan kaynaklanan dil bozukluklarından farklı olmaktadır. Afazi, duysal veya motor bir eksikliğin, konfüzyonun veya psikiyatrik bir bozukluğun sonucu değildir (Hallowell ve Chapey, 2008). Aynı zamanda afazi, konuşma, anlama, okuma ve yazma gibi dil biçimlerinde bozulma ile karakterize edinilmiş bir iletişim bozukluğu olarak tanımlanır. Okuma ve yazma ile ilgili eksiklikler sırasıyla alexia ve agraphia olarak adlandırılır (Hallowell ve Chapey, 2008).

2.2. Afazi Tipleri

Dil bozuklukları, farklı teorik çerçevelere dayalı olarak sınıflandırılmıştır. En tipik sınıflandırma, anatomik kopukluk modeline (Geschwind, 1967) dayanan neoassociationist sınıflandırmadır. Bu modele göre, belirli bir beyin alanındaki bir lezyon, bir afazik sendromla sonuçlanmaktadır. İki ana tip afazi vardır; tutuk afaziler ve akıcı afaziler.

2.2.1 Akıcı afazi tipleri

Akıcı afazi tipleri başlığı altında, Wernicke afazisi, Transkortikal Duyusal afazi, Kondüksiyon (İletim) afazisi ve Anomik afaziden bahsedilebilir. Wernicke afazisinde dil çıktısı normal bir hız ve tonlama ile akıcıdır. Parafazik hatalar (semantik-fonemik) görülmektedir. Semantik parafazi hataları bir kelimenin başka bir kelime ile yer değiştirmesidir. Fonetik parafazi hataları ise bir sesin veya hecenin bir diğerinin yerine geçtiği fonemik hatalardır. Bu hatalar neolojizmlere (yeni kelimeler) veya iletişimi neredeyse anlaşılmaz hale getiren kelime salatasına neden olabilir. Bu eksiklikler nedeniyle afazi birey, söylemek istedikleri kelimeyi söylemek yerine "şey" gibi genel bir kelime kullanmayı daha kolay bulabilirler. Okuma, yazılı sözcüklerin anlaşılmasını içerir ve bu nedenle Wernicke afazisinde okuma da sıklıkla bozulur. Wernicke afazisinde tekrarlama becerisinin de ciddi düzeyde etkilendiği bilinmektedir (Kurtaran ve ark., 2010). Wernicke afazisinde en yaygın neden, baskın hemisferin posterior temporal lobunu etkileyen iskemik inmedir (Fridriksson ve ark., 2018). Wernicke afazisinin insidansına ilişkin veriler sınırlıdır.

Transkortikal Duyusal afazide, Broca ve Wernicke bölgelerini koruyan, tipik olarak parietal-temporal-okspital bileşke çevresindeki bir lezyondan kaynaklanır. Bu afazili bireyin konuşması akıcıdır ancak fonolojik ve anlamsal olarak bozulmuştur. Ayrıca bazı vakalarda anlam bütünlüğünü bozan ekolali görülmektedir (Benson, 1996). Dil üretimi, anlamsal kavrama ve adlandırmada ciddi bozulmalar vardır. En önemlisi, tekrarlama becerisi korunmuştur (Dentella ve ark., 2022).

Kondüksiyon (İletim) afazisinde nispeten iyi korunmuş işitsel anlama, akıcı konuşma üretimi vardır. Okuma ve yazma korunmuştur ancak zayıf konuşma tekrarı olan bir afazili birey söz konusudur. Afazili birey, sorulan sorulara hedef kelimeye benzer iyi ifade edilmiş yanıtlar verebilir ve hatayı düzeltmek için kelimeleri veya cümleleri tekrar edebilir. Nörolojik muayenede kafatası sinirleri, motor, duyusal, refleksler, yürüyüş, koordinasyonu tipik olarak normaldir (Acharya ve Maani, 2022).

Anomik afazide, içerik sözcükleri üretmede kalıcı yetersizlik ile karakterizedir. Hafif bir afazi biçimi olarak düşünülebilir. Anominin, dil kaybından ziyade dil temsillerine erişimdeki zorluktan kaynaklandığı düşünülmektedir (Silkes, 2009) ve adlandırma yeteneğindeki tutarsızlık, anominin ayırt edici bir özelliğidir (Howard ve ark., 1984). Bununla birlikte, bu afazi türü sıklıkla iyileşen olarak görülmektedir (Basso, 2003).

2.2.2 Tutuk afazi tipleri

Tutuk afazi tipleri başlığı altında, Broca afazisi, Global afazi, Transkortikal motor afazi, Miks tip transkortikal afaziden bahsedilebilir.

Broca afazisi ve tutuk afazi tipleri, dil üretimindeki zorluklarla karakterize edilir. (Mesulam, 2001). Broca afazisinde daha kısa üretimler, yapısal olarak basit ifadeler, artikülasyon bozukluğu ve normal olmayan bir prozodi ile karakterizedir (Hillis, 2007). Sonuç olarak bu tür bir üretim genellikle “agrammatik”, yani gramersiz/eksik, telegrafik olarak tanımlanır (Hillis, 2007). Fiillerde isimlere göre daha fazla güçlük çekerler (Damasio ve Damasio, 2000). Broca afazisinde sözcüklerin veya cümlelerin tekrarı, yüksek sesle okuma, adlandırma ve yazma da etkilenmektedir. Fonemik parafazi nadiren görülmektedir. Genel olarak Broca afazili bireylerde ayrıca konuşma apraksisi (Basso, 2003), ideomotor apraksi (Benson, 1993) ve çeşitli derecelerde sağ hemipleji mevcuttur. Dominant hemisferin arteria cerebri media veya onun frontoparietal kortikal dalında etkilenme mevcuttur (Bakış, 2022).

Global afazi, Wernicke afazisinden ve Broca afazisinden farklıdır. Global afazi, iki afazinin bir kombinasyonu gibidir. Dolayısıyla hem kavramayı hem de üretimi etkileyen çok daha şiddetli bir afazi şeklidir. Global afazinin belirtileri, fiilleri anlama ve üretme güçlüğüdür (Willems ve Varley 2010). Global afazili bireyler genellikle kelime anlama ve kelime bulma konusunda zorluk yaşarlar. Aynı zamanda konuşma ve yazmada bozulmuş sözdizimsel yapılar ve cümle yapılarından semantik/tematik bilgi türetmede zorluk yaşanır. Bu yaşanan zorluklar Broca Afazisiyle karakterize edilir. Global afazili bireyler tipik olarak cümleler ve üretim hakkında gramer yargılarında bulunmada güçlük çekerler (Varley ve Siegal, 2000). Global afazili bireyler “Adam köpeği kovaladı / Köpek adamı kovaladı” gibi cümleler arasındaki farkı anlayamamaktadır (Varley 2014). Global afazi, genellikle sol orta serebral arterin tamamen tıkanmasından kaynaklanan, perisylvian alanının büyük bir bölümünü kaplayan bir lezyonun sonucu oluşur. Bu nedenle sözlü, ideomotor ve düşünsel apraksilerin yanı sıra vücudun sağ yarısını içeren ciddi motor ve duyu kusurlarına ve bazen görme alanı kusurlarına neden olmaktadır (Cummings ve Mega, 2003).

Transkortikal motor afazide, akıcı olmayan konuşma, korunmuş kavrama ve nispeten korunmuş adlandırma vardır. Ayrıca yüksek sesli okuma becerisi ve yazma bozulmuştur. Bazı durumlarda afazili bireyde fonemik parafazi görülmektedir. Tekrarlaması "papağan benzeri" yankılanma şeklindedir. Lezyonun yerine ve kapsamına

bağlı olarak, hafif dizatri, duyuşal ve motor bozukluklar eşlik edebilir (Alexander ve Loverso 2000).

Miks tip transkortikal afazide, motor ve duyuşal transkortikal afazilerin belirtilerini görmek mümkündür ve bu afazi tiplerinin semptomlarını birleştiren nadir bir durumdur. Miks tip transkortikal afazili bireyde konuşma akıcı değildir. Anlama, adlandırma, yazma ve okuma ciddi şekilde bozulmuştur. Göze çarpan özelliğı, genellikle ekolali şeklinde görülen, sözcük ve cümlelerin korunmuş tekrarıdır (Alexander ve Loverso 2000).

2.3. Afazinin Etkileri

Afazi, bireyin çeşitli iletişim biçimlerinde (dinleme, okuma, konuşma, yazma, jest, çizim ve hesaplama) anlama ve ifade etme becerilerini etkileyen edinilmiş bir dil bozukluğudur (Maas ve ark., 2012). Başka bir deyişle afazi; kişiyi, ailesini ve içinde bulunduğu toplumu etkileyen bir iletişim sorunudur (Maviş ve Özbabalık, 2006). Dil bozukluğu ne kadar şiddetli olursa olsun, engellilerin ve ailelerinin yaşamları üzerinde geniş kapsamlı etki bırakır.

İnmeden sonra depresyonun yaygın olduğu açık ve net şekilde belgelenmiştir (Bergersen ve ark., 2010). Bulgular, inme sonrası yaşanan depresyonun kalıcı olduğunu göstermektedir (Bergersen ve ark., 2010). Afazili bireyler ve yakınları afazinin birçok olumsuz sonucunu bildirmektedir (Cruice ve ark., 2010). Bu olumsuz sonuçlar; iletişimde güçlük, kişilerarası ilişkilerde değişiklikler, duyguları kontrol etmede güçlük, fiziksel bağımlılık, özerklik kaybı, kısıtlı faaliyetler, daha az sosyal temas, yalnızlık, değişen sosyal yaşam, damgalanma ve strestir (Le Dorze ve ark.,1995).

Afazili bireyler bir dizi duyuşal tepki ve zaman geçtikçe teslimiyet veya artan güven yaşarlar. Ayrıca afazinin yarattığı etkinin bir aile sorunu olduğu savunulmaktadır (Zemva, 1999). Afazinin ortaya çıkardığı etki; afazili bireyler üzerindeki etkisi ve afazili bireylerin etrafındaki bireylere etkisi başlıkları altında ele alınacaktır:

2.3.1 Afazinin, afazili bireyler üzerindeki etkisi

İnme, dünyada uzun vadeli engelliliğın en yaygın nedenidir. İnme 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 durumdur (Lock ve ark., 2001).

İnme geçiren insanların %50'sinden fazlası fiziksel engellerle karşılaşır (Wade, 1994). Sosyal ağların azaldığını bildiren bir dizi çalışmada afazinin, insanların yaşamları

üzerindeki etkisini araştırılmıştır (Aström ve ark., 1992). Afazili bireylerin çoğunluğu yaşamlarının ileri dönemlerinde iletişim yetersizliğiyle baş başa kalır. Yaşanan dil becerilerindeki değişikliğin olumsuz etkileri, afazili bireylerin iletişim becerilerinde değişiklikler, kişisel ilişkilerde değişiklikler, hislerin kontrolünde zorluk, fiziksel bağımlılık, otonomi kaybı, aktivitelerde kısıtlanma, sosyal iletişimin azalması, yalnızlık, sosyal hayatta değişiklikler, damgalanma ve negatif hisler (irritasyon, stres, sinirlilik, anksiyete) şeklinde rapor edilmiştir (Ross ve Wertz 2003).

Afazili bireylerde aktivitelere katılım (etrafta dolaşmak gibi) ve rollere (iş hayatı gibi) katılımın azaldığı bildirilmiştir (Chau ve ark., 2009). Ayrıca azalmış sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin de düştüğü bildirilmiştir (Patel ve ark., 2007). Mesleki ve sosyal katılımdaki bu sorunlar onlar için, sosyal izolasyonu, yalnız kalma isteğini ve yakın ilişkilerine mesafe koyma isteğini getirir (Murphy, 2006).

Afazili olan veya olmayan yaşlı bireylerde sosyal iletişimi inceleyen bir çalışmada, poststrok afazili 15 yaşlı hasta sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmış ve afazili bireylerin daha az arkadaşla iletişim kurduğunu ve sosyal ağlarının daha dar olduğu rapor edilmiştir (Davidson ve ark., 2008). Amerikan Ulusal Afazi Derneği anketine katılan afazili bireylerin %90' ı sosyal olarak izole olduklarını hissederlerken yaklaşık %70'i iletişim zorlukları nedeniyle insanların kendisiyle iletişim kurmaktan çekindiklerini ifade etmişlerdir. Hernandez, 2016 yılında yaptığı çalışmada özellikle etraflarındaki insanların afazili bireylerin durumları ile ilgili soru sormadığını, ihtiyaçlarının giderilmesi için yardımcı olmadığını ifade etmiştir.

Erden ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları araştırmalarında afazili bireyin telefonla ile konuşma, gazete okuma, televizyon izleme gibi günlük aktivitelerde sorun yaşadıklarını bulmuşlardır. Yaşanan bu zorluklar potansiyel iletişim aktivitelerinin kapsamını sınırlar. Afazili bireyde yaşanan bu değişimler bireyin psikososyal, mesleki ve sosyal katılımdaki durumunu etkiler (Vickers, 2010).

Afazili bireyler, 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, 2006 yılında yapmış olduğu çalışmasında afazik bireylerin %30'u iletişim bozuklukları başladıktan sonra hiç arkadaşları olmadığını belirtmiştir. Sjöqvist Nätterlund, 2010 yılında yapmış olduğu çalışmada afazili bireylerin

yaşadıkları iletişim sorunlarından dolayı işlerini, iş arkadaşlarını ve yakın arkadaşlarını kaybedebiliyor olduklarını ifade etmişlerdir.

2.3.2. Afazinin, afazili bireylerin etrafındaki bireylere etkisi

Afazinin yarattığı olumsuz değişiklikler iletişim ilişkilerde merkezi bir rol oynadığından, afazinin aile üyeleri üzerinde de etkisi vardır ve bazı durumlarda depresyona yol açmaktadır (Bakas ve ark., 2006). Afazili bireyin eşinin evlilikleri ile ilgili sorunlardan, çocuklarının ise aile ile ilgili sorunlarla yüzleşmekten etkilendikleri ifade edilmiştir (Zemva, 1999). Afazili bireyler yaşadıkları dil bozukluğundan dolayı dertlerini anlatamama veya başka birine muhtaç olma ile ilgili duygusal tepkiler verirken, afazili bireylerin eşlerinin onları koruma, kollama ve ihtiyaçlarını tam olarak karşılayamama ile ilgili endişeleri olduğu belirlenmiştir (Hilari, 2011).

Afazi sonrasında aile içinde rol değişimleri yaşandığını ve bu yaşanan rol değişimlerinin aile içi iletişimsel problemlerin olduğu bulunmuştur (Wells, 1999). Her iki cinsiyetteki eşlerin, afaziden kaynaklanan iletişim sorunlarından bir dereceye kadar etkilendikleri görülmektedir (Canlı ve Toğram, 2018). Afazili bireylerin eşlerinin yaşadığı değişimlerin, iletişim güçlükleri ile ve kısmen bakıcının hastayı ve aileyi desteklemesi, parasal konularda karar vermesi, evde otoritesini arttırması ve sorumluluk alması ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Zraick ve Boone (1991) afazili bireylerin eşlerini ve afazi olmayan bireylerin eşlerini iletişim becerilerini karşılaştırdıkları çalışmada afazili bireylerin yakınlarının daha endişeli, gergin ve negatif duygularla iletişim kurduğunu saptamıştır. Ayrıca eşlerin afazili partnerlerine karşı son derece dikkatli ve korumacı davrandıkları ve stresli ortamdan uzak tutmak için çaba gösterdikleri rapor edilmiştir (Cruice ve ark., 2006). Afazili bireylerin eşlerinin ya da yakınlarının, afazili bireylerin yerine konuştukları, iletişim için kendilerini aracı olarak kullandıkları görülmektedir (Burns ve ark., 2017).

Afazili bireylerin etrafındaki kişilerin hem sosyal hayatlarında hem de aile hayatlarında birçok düzenleme yapmaları gerekmektedir. Afazili bireylerin arkadaş çevresinin ve içerisinde bulundukları arkadaş ortamlarında geçirilen zamanın azaldığı bilinmektedir (Wells, 1999). Ayrıca birincil bakıcılarda, kendi sağlıklarını ikinci plana itme, ortaya çıkabilecek sorunların çözümünde negatif düşünme ve depresyon gibi sorunların olduğu bildirilmiştir (Grant ve ark., 2004). Yapılan bir araştırmada afazili bireyin yakınlarının inme ve afazi sürecinden sonraki 3. ve 5. yıllardaki stres düzeylerini

karşılaştırılmıştır. Araştırmanın sonunda 5 yıldır afazi olan vakaların ailelerinin stres düzeylerinin daha yüksek olduğunu rapor edilmiştir (Berg ve ark., 2005).

Afazili bireylerin akrabaları genelde arkadaşlık ilişkilerinin inme sonrası bittiğini, çünkü afazili aile üyeleri ile nasıl iletişim kurulacağını bilmediklerini ifade etmişlerdir (Parr, 2007). Arkadaşlık ilişkilerinin azalmasının afazik hastalar üzerindeki etkisinin yanı sıra sosyal ilişkilerin azalması ve sosyal izolasyondan eşler de olumsuz etkilenmektedir (Zemva, 1999).

2.4. Afazi Hakkında Farkındalık ve Bilgi Düzeyleri

Afazi dil kullanımını etkilemektedir ve günlük yaşam üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Kamu ve sağlık mesleklerinde afazi farkındalığı, afaziye göre daha düşük insidans ve prevalansa sahiptir (Lam ve Wodchis 2010).

2.4.1. Genel topluma yönelik farkındalık ve bilgi düzeyleri

Afazi farkındalığının neden bu kadar önemli olduğu düşünülebilir, sorgulanabilir. Toplum içinde afazi hakkındaki bilgi eksikliği, afazili bireyin toplumda tam olarak kabul görme durumunu engelleyebilir. Sınırlı bilgi, bu bozukluğun yanlış anlaşılmasına yol açabilir ve kişinin topluluğa katılma yeteneğini kısıtlayabilir. Afazili bireyler genellikle izolasyon içinde yaşadıklarını ve kendilerini toplumdan dışlanmış hissettiklerini bildirmişlerdir (Simmons Mackie ve Kagan, 2007).

Simmons Mackie ve Kagan (2007), afazi tanımlamak için Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırmasını kullanmışlardır. Hazırladıkları raporda Faaliyet Sınırlamaları ve Katılım Kısıtlamalarına ilişkin pek çok örnek vermişlerdir. Sosyal rollerin ve yaşama katılımın afaziden dolayı engellenebileceği bildirilmiştir (Simmons Mackie ve Kagan, 2007). Afazi ile yaşayan bir kişi, tercih ettiği boş zaman etkinliklerine katılamayacağını hissedebilir, önceki işini kaybetme durumuyla karşı karşıya kalabilir ve arkadaş edinmesi, arkadaşlığı sürdürmesi kısıtlanabilir. Ayrıca, toplumun afazili bireylere karşı tutumu gibi çevresel faktörlerin, onları topluma tam olarak katılmaktan alıkoyabileceğini ve karar vermede onları sınırlayabileceğini öne sürmüşlerdir (Simmons Mackie ve Kagan, 2007). Yazarlara göre, afazili bireyle ilişki halinde olanlara duyarlılık eğitimi ve afazi ile ilgili eğitim gibi müdahaleler, afazinin kişinin yaşam kalitesi üzerindeki etkileri için önemlidir. Bu tür bir müdahale aynı zamanda afazi konusundaki farkındalık düzeylerini de artırabilir.

Afazi konusunda farkındalık yaratmak, afazili bireylerin, afazili birey ile çalışan meslek gruplarının ve afazi organizasyonlarının önceliği olduğu bildirilmiştir. Birden fazla yayın, yazar ve okuyucu afazinin toplumda daha iyi tanınmasını amaçlamıştır (Code ve ark., 2016; Patterson ve ark., 2015; Simmons Mackie ve ark., 2002).

Afazi konusunda kamusal ve politik bilgi eksikliğinin önemli sonuçları bildirilmiştir. Bir engellilik veya bozukluk konusundaki farkındalık, sevk ve hizmetlerin erişilebilirliğini, halkın kabulünü ve toplulukla yeniden bir araya gelmenin kolaylığını etkilemektedir (Elman ve ark., 2000). Yetersiz farkındalık, afazili bireylerin sınırlı bilgi ve kaynaklara ulaşmasına neden olacağı ifade edilmiştir (Hinckley ve ark., 2013).

Uluslararası alanyazında toplumların afaziye yönelik farkındalık bilgi düzeylerini, ihtiyaçlarını ve düşüncelerini inceleyen araştırmalar yapılmıştır. Araştırma yapılan yerler arasında Amerika (Elman, 2000), Çin (Kent ve Wallace, 2006), Türkiye (Maviş 2007), İngiltere (Flynn ve ark., 2009), Yeni Zelanda (McCann ve ark., 2013), Kanada (Patterson ve ark., 2015), Balkan Devletleri (Vukovic' ve ark., 2017) ve İsveç (Henriksson ve ark., 2019) gibi birçok ülke bulunmaktadır. Aşağıda afaziye yönelik farkındalık araştırmalarına yer verilmektedir.

Speakability (2000), Birleşik Krallıkta afaziye yönelik farkındalık araştırmasını telefon aracılığıyla 1005 kişiye ulaşarak yürütmüştür. Araştırmasının sonucunda afazi farkındalığı oranını 3% olarak ifade etmiştir. Elman ve arkadaşları, 2000 yılında Amerika'da 50 tane gazetede yer alan 'afazi' kelimesinin sıklığını ve afaziden daha düşük insidans-prevalansa sahip olan diğer nörolojik hastalıklarla afaziye karşılaştırılmıştır. Araştırmacılar, 1994–1999 yılları arasında gerçekleşen bu çalışmada “afazi” terimini kullanan yalnızca 352 haber bildirmişlerdir. Fakat “Parkinson”, “kekemelik”, “multipl skleroz”, “otizm” veya “kas distrofisi” terimlerini kullanan 1000'den fazla haber olduğunu rapor etmişlerdir.

Code ve arkadaşları, 2001 yılında afaziye yönelik farkındalık ve temel bilgi düzeyini belirlemek için İngiltere, Louisiana ve Sidney'de toplam 929 kişiyle anket uygulaması gerçekleştirmiştir. Araştırmada en yüksek sonuçlar olarak Exeter'de %18'inin afazi duyduğu ve %7,67'sinin temel bilgiye sahip olduğu ve en düşük sonuçlar olarak da Louisiana'da %10,3'ünün afazi duyduğu ve yalnızca %1,5'inin temel bilgiye sahip olduğu ifade edilmiştir. Katılımcılar, farkındalıkların en çok olduğu kaynağın medya olduğunu belirtmişlerdir (Code ve ark., 2001).

Simmons Mackie ve arkadaşları, 2002’de İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri ve Avustralya’da kapsamlı uluslararası afaziye yönelik farkındalık araştırması sonuçlarını belgelemişlerdir. Genel olarak, katılımcıların yalnızca %13,6’sının "afazi" terimini duyduğunu ve %5,4’ünün durumla ilgili temel bilgiye sahip olduğunu ifade etmişlerdir. Kent ve Wallace (2006), Honolulu Çinli nüfusu arasında benzer bulguları bildirilmiştir. Yaptıkları çalışmalarında katılımcıların yalnızca %16,47’si afaziye duymuştur ve katılımcıların temel bilgiye sahip olamadığı rapor edilmiştir.

Maviş (2007), Türkiye’de bir nöroloji servisini ziyaret eden hastalarda ve aile üyelerinde bir dizi nörolojik duruma (inme ve afazi dahil) ilişkin farkındalığı incelemiştir. Araştırmacı afazi farkındalığı düzeylerinin düşük olduğunu (%34,2) ve bilgi düzeylerinin çok zayıf olduğunu (örneklerinin %40 kadarının soruyu yanıtlayamadığını) bildirmiştir. Afazi, Parkinson ve multipl skleroz gibi diğer nörolojik durumlara göre daha yüksek prevalansa sahiptir, ancak her iki duruma göre de farkındalık düzeyi daha düşüktür (Maviş, 2007).

Afazi Birliği (2008) Birleşik Krallık’ta 2000 kişiyle yapılan bir telefon anketi yoluyla afaziye yönelik farkındalık verileri toplamıştır. Araştırma katılımcıların %90’ının afaziye hiç duymadığını rapor etmiştir.

Flynn ve arkadaşları (2009) afazi farkındalığı ve bilgisi bulgularını Parkinson hastalığı ile karşılaştırmıştır. Parkinson’un seçilme nedeni nörolojik bir durum olması ve iletişim bozukluğuna neden olmasıdır. Araştırmanın sonucunda afazi farkındalığı ve Parkinson farkındalığının düşük olduğu ancak afazi farkındalığının ve bilgisinin Parkinson hastalığına kıyasla daha da düşük olduğu bildirilmiştir. Ayrıca halkın genel farkındalığına göre afazili bir arkadaş veya akrabası olan bireylerin afazi bilgileri önemli ölçüde daha yüksek olarak bildirilmiştir.

Chazhikat ve Olness, 2014’te Hindistan’ın Kerala Eyaleti’nde 114 katılımcı ile halkın afazi ve afazi ile ilgili hizmetlere erişim konusunda farkındalık düzeylerini araştırmışlardır. Araştırmada katılımcıların yalnızca %11,4’ü afaziye duyduğunu ve katılımcıların %8,7’si temel bilgiye sahip olduğu bildirilmiştir. Diğer çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada iki nörologla yapılan yarı yapılandırılmış görüşmeler bulunmaktadır. Bu görüşmelerin sonuçları anketin bulgularını desteklemekte ve ayrıca bölgede afazi ile ilgili hizmetlerin sınırlı olduğunu ifade etmektedir.

Sherratt, 2011’de farklı bir çalışma yaparak 1999 ve 2009 yılları arasında uluslararası, ulusal ve bölgesel gazetelerde afazi ile ilgili yayınlanan haberlerin sıklığını

araştırmıştır. Sonuçları, Parkinson ile ilgili haberlerle karşılaştırmalı olarak incelemiştir. Afazi ile ilgili öğelerin Parkinson ile ilgili öğelere oranının, benzer yaygınlık oranlarına rağmen sadece 1:27 olduğu bulunmuştur. Afazi referansı 1999-2009'dan 4 kat arttığını bildirmiştir. Fakat 2009 yılında afazi ile ilgili haberlerin %10,3 oranında açıklama veya tanım yapılmadan kullanıldığını ve haberlerin %24,1'inde afazi (veya disfazi) teriminin kullanıldığını bildirmiştir (Sherratt, 2011).

McCann ve arkadaşları, 2013'te Parkinson, inme ve afazinin yanı sıra afazinin nedenleri ve semptomları hakkında farkındalık ve bilgi sahibi olmak için 200'ü halktan ve 100'ü sağlık sektöründen olan katılımcılara ulaşmışlardır. Araştırmanın sonuçları; tüm örneklem için afazi farkındalığı %30 ve afazi bilgisi %8; genel halk için afazi farkındalığı %11 ve afazi bilgisi %1,5; sağlık sektörü için afazi farkındalığı %68 ve afazi bilgisi %21 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada olduğu gibi afazi farkındalığı seviyeleri, mesleki ve kişisel afazi deneyimiyle önemli ölçüde ilişkili olabilmektedir (Hill ve ark., 2018). İnme ve Parkinson hakkında bilgi ve farkındalıkla karşılaştırıldığında, bu rakamların çok zayıf olduğu bulunmuştur. Katılımcılar afaziye tanımlarken, bunun bir iletişim bozukluğundan çok bir deri hastalığı, uzun bir süre ya da bir meyve olarak tanımlamışlardır (McCann ve ark., 2013). Ayrıca McCann ve ark., (2013) Parkinson'a ilişkin halkın farkındalığının afaziden daha yüksek olmasının nedeni kamusal alanda Parkinson'lu çok sayıda insanın isminin duyulmasından kaynaklandığını (Muhammed Ali ve Michael J. Fox) ve bu durum Parkinson farkındalığını doğal olarak artırdığını rapor etmişlerdir. Patterson ve arkadaşları 2015'te Kanada Güney Ontario'da 831 katılımcı ile gerçekleştirdikleri araştırmada afazi farkındalığının %31,8 ve afazi bilgisinin %5,7 olduğunu bildirmişlerdir. Vukovic' ve arkadaşları (2016) Sırbistan ve Karadağ'daki afazi farkındalık ve afazi bilgisi anketlerinin sonuçlarını Hırvatistan ve Slovenya ile karşılaştırmışlardır. Sırbistan'da %12 ve Karadağ'da %11 oranında kişi afaziye duymuştur, temel bilgi sonuçları ise Sırbistan'da %4 ve Karadağ'da %3,2 bulunmuştur. Slovenya'da %16 ve Hırvatistan'da %60 oranında kişi afaziye duyduklarını belirtmiştir. Araştırma bulguları Balkanlar'da afazi farkındalığı seviyelerinin düşük olduğunu göstermiştir.

Wallace ve arkadaşları, (2017) Avustralya, Amerika Birleşik Devletleri, Birleşik Krallık, Danimarka, Güney Afrika ve Hong Kong'da afazili bireyler ile bir araştırma yapmışlardır. Araştırmada "İletişiminiz ve afazinin hayatınızı etkileme şekli hakkında en çok neyi değiştirmek isterdiniz?" sorusuna yanıt aramışlardır. Afazili bireyler yanıtlarında, afazi ve etkileri hakkında olan farkındalıkla ilgili sonuçlara öncelik

vermişlerdir. Afazili bireyler iş yeri gibi belirli bağlamlara ve ailelere, çocuklara, bakıcılara ve sağlık uzmanlarına atıfta bulunarak farkındalığın artması yönünde cevaplar verdiği bildirilmiştir. Toplumun afazi konusundaki farkındalığını artırmak için kaynaklar mevcutken dil ve konuşma terapistlerinin afazili bireyleri ve ailelerini afazi farkındalığını artırmak ve kendi kendini savunmak için donatıp donatmadığı ve nasıl donattığı hakkında çok az şey biliniyor (Worrall, 2018). Guo ve Lim (2018) Singapur'da 100 katılımcı ile gerçekleştirdikleri araştırmada afazi farkındalığının %14 ve afazi bilgisinin %78,6 olduğunu bildirmişlerdir. Zaman içinde halkın farkındalığına ilişkin fikir edinmek için tekrarlayan çalışmalar yapılmıştır. Birleşik Krallıkta 16 yıl sonra tekrarlanan anket çalışması yapılmıştır (Code ve ark., 2001; Hill ve ark., 2018). Çalışmanın sonucunda "afazi farkındalığı gelişirken halkın bilgi düzeyi hiç gelişmemiştir" sonucuna varılmıştır (Hill ve ark., 2018). Henriksson ve ark. (2019) İsveç'te 372 katılımcı ile gerçekleştirdikleri araştırmada afazi farkındalığının %66 ve afazi bilgisinin %17 olduğunu bildirmişlerdir.

Bu araştırmaların çoğunda afazi farkındalık ve temel bilgilerini ölçmek için benzer yöntemler kullanılmıştır. Birçok çalışmada afazi farkındalığı "afazi kelimesini duymuş olmak" olarak tanımlanmıştır (Simmons Mackie ve ark., 2002). Temel bilgi ise, 'afazi konuşma, dil veya iletişim problemlerini içerir' veya 'afazi beyin hasarından kaynaklanır' olarak tanımlanmıştır (Simmons Mackie ve ark., 2002). Afazi kelimesini duyan katılımcılar genellikle afaziye "bir tür cilt bozukluğu" (Simmons Mackie ve ark., 2002), "yarım yüz", "mistik bir varlık" (Afazi Enstitüsü, 2012), "saçın uzamasına izin vermeyen tıbbi bir durumdur" (Ulusal Afazi Derneği, 2016) veya "Asya'daki insanları etkileyen doğuya özgü bir böcek sorunu" (Simmons Mackie ve ark., 2002) gibi yanlış tanımlarda bulunabilmektedirler. Farkındalık tanımı ele alınması gereken ilk konudur. Yukarıda bahsedildiği gibi anketler isim tanımayı temel afazi bilgisinden ayırmaktadır. Yani sonuçlardan da anlaşılacağı üzere afazi ismini duymak afazi hakkında bilgi sahibi olmak demek değildir. Bu araştırmalar için özel bir motivasyon, sağlanan hizmetler, yatırılan klinik ve araştırma fonları ve bir durum hakkında halkın farkındalık düzeyleri arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir (Sherratt, 2011). Halkın afazi konusundaki farkındalığının ve bilgisinin eksikliği, medyada afazinin yetersiz yer almasıyla açıklanabilir. Araştırmacılar yüksek orandaki afazi farkındalığını ve bilgisini, araştırmanın yapıldığı bölgedeki çok sayıda bulunan afazi merkezine bağlıyor. Bu durum, yerel alan müdahalelerinin ve tanıtımının düşük farkındalık sorununu çözmeye nasıl

yardımcı olabileceğine dair yararlı bir içgörü sağlamaktadır (Hill ve ark., 2018). Bazı ülkeler, afazi hakkında temel bilgiye sahip daha fazla sayıda katılımcı bildirmesine rağmen, kişinin afaziye duyduğunu bildirmesi ile fiilen afazi hakkında biraz bilgi sahibi olması arasında hala büyük bir tutarsızlık vardır. Her ikisinin de dünya çapında eksik olduğu açıktır (Simmons Mackie ve ark., 2020).

2.4.2. Belirli meslek gruplarının afaziye yönelik farkındalık ve bilgi düzeyleri

Parr (2007), bazı bakım evi personellerinin afazili bireyin konuşma, anlama, okuma ve yazma güçlüğüyle ilgili olarak karşılaştığı engellerin farkında olmadığını tespit etmiştir ve toplumdaki afazi konusundaki bu farkındalık ve bilgi eksikliğinin afazili bireyin katılım becerisini etkilediğini belirtmiştir. Patterson ve arkadaşları 2015'te afaziye duyma ihtimalinin en düşük olduğu mesleklerin satış ve hizmet sektöründeki kişilerin olduğunu bulmuştur. Restoranlarda ve kafelerde hizmet sektörü çalışanları arasında afazi farkındalığının artırılması gerekir. Hizmet sektörü çalışanları, afazili bireyler için katılıma elverişli güvenli bir ortam sağlamaya, desteklemeye ve hoş karşılamaya teşvik edilmelidir (Ross ve ark., 2006).

Hizmet sektörü çalışanları iletişim tarzlarını değiştirerek, afazili kişiye daha fazla zaman vererek ve sözlü bilgiyle birlikte görsel destek sağlayarak ve afazi dostu stratejiler kullanarak afazili bireyin karşılaştığı bazı engellerle mücadele etmeye yardımcı olabilir (Parr, 2007).Code ve arkadaşları, 2015'te afazi ile düzenli teması olan belirli meslek gruplarının belirlenmesini ve afazi ile ilgili uygun eğitim ve bilgilerin verilmesini önermektedir.

Guinan ve Carroll (2019), İrlanda'da da 155 konaklama endüstrisi öğrencisi ile afaziye yönelik farkındalık, bilgi düzeyinin ve afazi farkındalığını artırmak için stratejileri belirlemek amacıyla araştırma yapmışlardır. Katılımcıların %9,68'i afazinin farkındayken, %3,23'ünün afazi hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu bildirilmiştir. Afazi farkındalığını artırmaya yönelik soruların cevapları; kampanyalar, üniversitede eğitim ve basılı, görsel ve sosyal medya kullanılarak yapılan reklamlardır.

Brown ve arkadaşları, 2006'da hizmet sektörü (Perakende satış, Konaklama, Kafeler ve Restoranlar, Taşıma ve Depolama, Finans ve Sigorta, Emlak, Sağlık ve Toplum, Kültürel Eğlence Hizmetleri, Kişisel ve Diğer) çalışanlarının bakış açısıyla afazili bireylerin topluma katılımının önündeki engelleri ve kolaylaştırıcıları belirlemek amaçlı araştırma yapmıştır. Araştırmada 24 hizmet sektörü çalışanı ile sekiz odak grup çalışması yapılmıştır. Araştırmanın sonuçları afazili kişilerin topluluğa katılımını;

insanların çevresel faktörleri, fiziksel çevresel faktörler ve iş veya organizasyonel çevre faktörle şeklinde gruplamışlardır. Hizmet sektörü çalışanları, afazili kişiler için engel ve kolaylaştırıcı görevi görecektir bir dizi faktörü tanımlayabilmışlardır. Diğer insanların afazi hakkında farkındalık düzeyleri eksik bulunmuştur. Bireysel düzeyde hizmet sektörü çalışanlarının afazili insanlara uyum sağlamaya istekli bulunmuştur ve organizasyonel düzeyde gerekli sistem, politika ve usul değişikliklerini yapma güçlüklerinin olduğunu bulmuşlardır.

Barnes (2016), ruh sağlığı uzmanlarının afazi hakkındaki bilgilerini ve anlayışlarını çevrimiçi bir anket kullanarak incelemeyi amaçlamıştır. Araştırmasının sonucunda katılımcıların çoğunluğunun afaziye duyduğunu ve onu bir dil bozukluğu olarak doğru bir şekilde tanımladığını ve klinik uygulamada daha ileri derecelerin ve daha uzun yılların, genellikle nüfusla artan deneyim olasılığı ve bu nüfusa hizmet sağlama konusunda güven ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Afaziye duyan katılımcıların çoğu, bozukluğu ilk olarak kendi alanlarına yönelik bir akademik programdayken öğrendiğini ancak çok azı konuyla ilgili bir eğitim kursuna katıldığını bildirmiştir.

Morrow-Odom ve Barnes (2019), ruh sağlığı uzmanlarının afazili bireylerle ilgili farkındalıklarını, onlarla olan deneyimlerini ve profesyonellerin afazili bireylerde depresyonu tedavi etme konusundaki güvenlerini incelemiştir. Araştırmada katılımcıların çoğunluğu afaziye aşına olmasına ve bunun bir tür iletişim bozukluğu olduğunu anlamasına rağmen, sadece yaklaşık yarısı afazili kişileri tedavi etme deneyiminde bulunduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların neredeyse yarısı bu nüfusa hizmet sağlamaya çok az güvendiğini veya hiç güvenmediğini bildirmiştir. Araştırmanın sonucunda katılımcıların eğitim seviyesi ve tecrübeleri daha fazla güvenle ilişkilendirilmiştir.

Afazi de dahil olmak üzere sağlık sorunları hakkında farkındalığı artırmak için kampanyalar geliştirmek karmaşık bir süreçtir. Sağlık bilgisi ve davranışı üzerinde küçük ila orta düzeyde bir etkiye sahip olmak için sağlık medya iletişim kampanyalarının hedeflenmesi ve iyi yürütülmesi gerekir (Noar, 2006). ABD medya iletişim kampanya literatürünün bir meta-sentezinde sağlık kampanyaları, nüfusun %8'inin davranışını olumlu yönde değiştirmiştir (Snyder ve Hamilton, 2002). Yeni davranışların benimsenmesi, olumsuz olanların bırakılmasından daha olumlu sonuçlara sahipti ve daha fazla erişim ve maruz kalma, daha iyi sonuçlara yol açtı (Snyder ve Hamilton, 2002).

2.5. Hemşirelerin Afaziye Yönelik Tutumları

Herhangi bir hastalığı tedavi ederken temel strateji, hasta olan kişinin tedavi için hiçbir şey yapılamayacağı korkusunu hafifletmek olduğu belirtilmektedir (Chang ve ark., 2005). Hasta kişiler sözlü ifade içeren tedavi davranışlarını olumlu karşılarsa da aletsel değerlendirme gerçekleştirirken yetkin olmak, güven duygusunu sağlamak için zorunlu olduğu ifade edilmiştir (Thompson ve McKeever 2014). Nystrom (2009), hemşirelerin yetkin olmasının güven duygusunun sağlanmış olmasının hastaların umudunu, motivasyonunu ve 'savaşma ruhunu' teşvik ettiğini bildirmiştir.

Finke ve arkadaşları (2008), hemşirelerin yetkin olmasını temel konuşma terapisi eğitimiyle, dil ve konuşma terapistleriyle düzenli konsültasyonlarla ve alternatif iletişimle (jest, resim tahtaları ve elektronik iletişim yardımcıları gibi) olması gerektiğini bildirmişlerdir. Fakat bahsettiğimiz bu gereklilikler için olan programlar yaygın olarak uygulanmamaktadır. Yapılan araştırmalar bunun nedeni olarak özel iletişim stratejilerinin hem çok zaman alıcı hem de hemşirelerin görev alanı dışında gören bireysel ve örgütsel tutum engellerinden kaynaklandığını ileri sürmektedir (Hemsley ve ark., 2001).

Finke ve arkadaşları (2008), hemşirelerin iletişim yeterliliğini artırmak için harcanan zaman ve kaynakların verimliliği de artırdığını ve etkisiz etkileşimlerin iletişimlerin, yanlış yorumlanma riskinin yüksek olduğunu ve hayal kırıklığı, korku ve umutsuzluğa neden olduğunu bildirmişlerdir.

Hemşirelerin afazili bireylerin önceki yeterliliklerinin farkındalığı konusunda yetkin olmaları gerekmektedir. Çünkü hemşirelerin afazili bireyin söylediklerini belli bir bağlamlara dayandırarak iletişimi kişiselleştirmesine olanak sağlar. Böylece hemşireler afazili bireylerin konuşulanları daha kolay kavramasına ve afazili bireyin "benlik" duygusunun korunmasına yardımcı olur ve rehabilitasyon hedeflerinin dayandırılacağı bir yapı sağlar. Fakat bunu yaparken afazili bireyin değişen koşullarını kabul etmeye ve farklı bir gelecek yaratmaya teşvik etmelidir (Moss ve ark., 2004)

Vickery ve arkadaşları (2009), hemşireler afazili bireyleri, hayal kırıklığı riskini azaltarak bireylerin sınırlarının farkına varmaları için nazik ama kesin bir şekilde yönlendirmeleri gerektiğini bildirmişlerdir. Bir başka çalışmada, Sundin ve arkadaşları, 2000 yılında yapmış oldukları çalışmada başarılı ilişkiler ve etkili iletişim, sözlü etkileşimin varlığı veya yokluğuna bakılmaksızın uyum ve şefkatle ilişkili olduğu bildirmiştir.

Stein Parbury (2009) dokunma, vücut duruşu, jest ve yüz ifadesi gibi sözel olmayan ifadelerin sözel dilden çok şefkatin daha dürüst aktarımları olduğuna inanmaktadır. Bu nedenle, ilişki kurma sürecinde konuşma için yeterli ikamelerden daha fazlası olduğu rapor edilmiştir. Bu nedenle, merhametin olduğu yerde, afazinin etkilerinin ortadan kalktığı ifade edilmiştir.

Sundin ve Jansson (2003), şefkatli iletişimin "sanatsal ve yaratıcı bir eylem" olduğunu ifade eder. Bu nedenle, kendi başına öğretilemez, ancak olumlu kavram analizi yoluyla geliştirilebilir. Aronson'a (2000) göre, patografi çalışması şefkatli bakım kavramının analizini destekler ve terapötik ilişki kurma becerilerini geliştirmek isteyen hemşireler için yararlı bir bilgi kaynağı ve yansıma sağlar.

Sundin ve arkadaşları (2002) ve Sundin ve Jansson (2003), afaziye bağlı yanlış anlama potansiyelinin hemşirelerin yetkinliğini baltalayarak kaçınmaya ve şefkatin azalmasına yol açtığını ileri sürmektedir. Hemşireler bir iletişimci olarak alçakgönüllülüğü ve kendi sınırlarını kabul etmesi gerektiğini ve böylece bu rahatsız edici çıkmazdan kurtulabileceklerini belirtmiştir.

Riley (2008), hemşirelerin şefkat ve ilişki kurma becerilerinin, öz farkındalık egzersizlerinin tamamlanmasıyla gerçekleşeceğini bildirmiştir. Benzer şekilde, Ross ve arkadaşları'nın 2009'da yapmış olduğu eğitim programı, eğitimi alan kişilerin afazi ile başa çıkmaya çalışırken hayal etmeleri için rehberli imgeleme oturumları içerir.

Rehabilitasyon stratejilerine baktığımızda, öncelikle bozukluğu azaltan ve bağımsızlığı destekleyen tıbbi model müdahaleleri görmekteyiz. Bireylerin ihtiyaçlarını göz önünde bulunduran bu model, bozukluğun kabul edilmesini teşvik eder ve değişen sosyal-tutumsal ortamlara önem verir. Bu model, mevzuata, sosyal politikaya ve mekânsal çevresel uyarılansa da iletişim bozukluğuna yeterince yer vermemektedir (Thompson ve McKeever 2014). Pound ve arkadaşları (2006), bunun hızlı hareket eden toplumumuzdan kaynaklanan engellerinden ve yaşanan iletişim sorunlarının yetersiz vurgulanmasından kaynaklandığına inanıyor. Hız, gürültü ve kendi kendine erişen bilgilerle tanımlanan bir ortamda, afazili insanlar kültürel ve sosyal olarak dışlanır. Bu nedenle hemşireler, afazili bireylerin iletişim ve sosyal uyum potansiyellerini artırmak için çevresel değişiklikleri düzenlemelidir. Horton'un (2005) literatür taraması, fiziksel ortamı uyarlayan bir dizi faydalı strateji önermektedir. Paterson ve Hughes (1999) geçici konuşma ortamları ile sosyal bütünleşme arasındaki bağlantının farkındalığının, anlayışa uyum sağlamanın temel anahtarı olduğuna inanır.

3. YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın modeli, katılımcıları, verilerin toplanması, veri toplama araçları ve veri analizi ile ilgili açıklamalar bulunmaktadır.

3.1. Araştırma Modeli

Bu çalışmada bilimsel araştırma yöntemlerinden olan nicel araştırma yöntemlerinden betimsel tarama deseni kullanılmıştır. Tarama modelleri geçmişte veya hala var olan bir durumun var olan haliyle betimlenmesini amaç eden bir araştırma yaklaşımıdır (Karasar, 2007). Betimsel tarama orta düzeyde nicel bir yöntem olarak ifade edilmiştir (Guzzo ve ark., 1987). Araştırmanın modeli betimsel tarama, geniş gruplar üzerinde yürütülen, grupta yer alan bireylerin bir olgu ve olayla ilgili görüşlerinin, tutumlarının, olgu ve olayların betimlenmeye çalışıldığı araştırmalardır (Karakaya, 2012). Bu çalışmada, hemşirelerin afazili bireylere yönelik farkındalık ve tutumları incelendiğinden betimsel tarama yöntemi kullanılmıştır. Çalışma Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurul Onay'ı alınarak gerçekleştirilmiştir (Protokol No:246511) (EK-1).

3.2. Araştırmanın Katılımcıları

Çalışmaya Hemşirelik mezunu 150 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcılardan yaş, cinsiyet gibi demografik bilgiler istenmiştir. Temel kriterler gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmanın katılımcıları, Türkiye sınırları içindeki görev yapanlar arasından seçilmiştir.

Çalışmanın katılımcılarına araştırma ile ilgili bilgilendirme yapılmış ve “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” çevrimiçi ve yüz yüze olarak sunulmuş ve onamları alınmıştır (EK-2). “Katılımcı Bilgi Formu” doldurularak, katılımcılara ilişkin bilgi alınmıştır (EK-3).

Çalışmanın katılımcılarının yaş ortalaması 33.67 ± 9.46 'dır. Katılımcıların %86'sı kadın, %14'ü erkektir. Katılımcıların mezuniyet bilgileri; katılımcıların 7'si ortaöğretim, 9'u ön lisans, 118'i lisans, 13'ü yüksek lisans ve 3'ü doktora mezunudur. Katılımcıların 133'ü kamu hastanesinde, 17'si özel hastanede çalışmaktadır. Çalışmanın katılımcılarının çoğunluğunun meslekte çalışma süresi 10 yıl ve üzeridir. Katılımcıların çalıştıkları bölümlerin çoğunluğunu nöroloji kliniği, fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniği ve yoğun bakım kliniği oluşturmaktadır (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. *Demografik bilgiler dağılımı*

Demografik Bilgiler	n (%) Ort ±SS
Cinsiyet	
Kadın	129 (86.0)
Erkek	21 (14.0)
Mezuniyet Bilgisi	
Ortaöğretim	7 (4.7)
Ön lisans	9 (6.0)
Lisans	118 (78.7)
Yüksek lisans	13 (8.7)
Doktora	3 (2.0)
Çalışma Süresi	
1 yıldan az	19 (12.7)
1-3 yıl	32 (21.3)
4-6 yıl	19 (12.7)
7-9 yıl	11 (7.3)
10 yıl ve üzeri	69 (46.0)
Görev Yeri	
Kamu	133 (88.7)
Özel	17 (11.3)
Yaş	33.67 ± 9.46
Çalıştığı Bölüm	
Acil	13 (8.7)
Ameliyathane	12 (8.0)
ASM	6 (4.0)
Dahiliye	5 (3.3)
FTR	26 (17.3)
Genel Cerrahi	3 (2.0)
Geriatri	1 (0.7)
Göz	1 (0.7)
Kardiyoloji	3 (2.0)
KBB	1 (0.7)
KHD	5 (3.3)
Nöroloji	30 (20.0)
Onkoloji	1 (0.7)
Ortopedi	1 (0.7)
Palyatif	4 (2.7)
Pediyatri	4 (2.7)
Poliklinik	6 (4.0)
Radyoloji	3 (2.0)
Revir	1 (0.7)
Yoğun Bakım	24 (16.0)

Çalışmada yer alan katılımcıların çoğunluğu Ankara, Eskişehir, Diyarbakır, İstanbul, İzmir ve Kahramanmaraş illerinden katılım sağlamıştır (Tablo3.2).

Tablo 3.2. İl dağılımı

İl	n (%)
Ankara	72 (48.2)
Antalya	1 (0.7)
Ardahan	1 (0.7)
Bolu	2 (1.3)
Denizli	1 (0.7)
Diyarbakır	17 (10.0)
Eskişehir	8 (5.3)
Hatay	5 (3.3)
Isparta	1 (0.7)
İstanbul	13 (8.7)
İzmir	8 (5.3)
Kahramanmaraş	14 (10.3)
Konya	3 (2.0)
Malatya	1 (0.7)
Mardin	1 (0.7)
Mersin	1 (0.7)
Ordu	1 (0.7)

3.3. Veri Toplama Süreci

Türkiye’de hastanelerde çalışan hemşirelere yönelik Türkçe’ye uyarlanan “Afaziye Yönelik Bilgi, Tutum ve Stratejiler Anketi” (Power ve ark., 2020) ve “Afazi Farkındalık Anketi (Simmons Mackie ve ark., 2002)” çevrimiçi anket aracılığıyla veya yüz yüze uygulanmıştır (Ek-4). Çevrimiçi anket aracılığıyla uygulanan anketler Google Forms’da oluşturulmuştur. Oluşturulan form sosyal medya ve mail aracılığıyla katılımcılara iletilmiştir. Anket, Türkiye’nin her yerine ulaşabilmek amacıyla ve Covid-19 salgınının olumsuz etkilerinden dolayı çevrim içi olarak iletilmiştir. Hazırlanan anket, katılımcılarla paylaşılmadan önce anketin işlevselliğini kontrol etmek amacıyla pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışma sonrasında ankete son hali verilmiştir. Sonrasında anket linki hemşirelere mail ve çeşitli sosyal medya uygulamaları yardımıyla paylaşarak duyurulmuştur. Veri toplama süreci yaklaşık altı ay sürmüştür.

3.4. Veri Toplama Araçları

Hemşirelerin afazili bireylere yönelik farkındalık ve tutumları incelemek amacıyla “Afaziye Yönelik Bilgi, Tutum ve Stratejiler Anketi” ve “Afazi Farkındalık Anketi” kullanılmıştır.

3.4.1. Afaziye Yönelik Bilgi, Tutum ve Stratejiler Anketi (Aphasia Attitudes, Strategies and Knowledge Survey (AASK))

Afaziye Yönelik Bilgi, Tutum ve Stratejiler Anketi, “Sağlık Hizmetleri Bağlamlarında Afazili Bireylerle İletişim Kurma” başlıklı Afazili Yetişkinler için Desteklenen Konuşma (Supported Conversation for adults with Aphasia) (Kagan, 1998) tabanlı bir İletişim Partneri Eğitimi (Communication Partner Training) programından öğrenmeyi değerlendirmek için tasarlanmış bir sonuç aracıdır (Power ve ark., 2021). Anketin test-tekrar test güvenilirliği, Sydney Üniversitesi'nde yapılmıştır. Anket İngilizcedir. Yüz yüze veya bilgisayar aracılığıyla uygulanabilir (Power ve ark., 2021).

Anket üç bölüme ayrılmıştır.

Bölüm 1 Afazi Bilgisi: Katılımcıların afazi hakkındaki bilgilerini ve bunun sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkisini ölçer.

Bölüm 2 İletişim Stratejileri: Katılımcıların afazili bir bireyle iletişim kurarken, yetkinliği kabul etme ve ortaya çıkarma gibi kolaylaştırıcı stratejiler hakkındaki bilgilerini ölçer.

Bölüm 3 Tutumlar: Katılımcıların afazi olmayan bireye (Kısım A) ve afazili bireye (Kısım B) yönelik tutum, rahatlık ve güven düzeylerini değerlendirir.

3.4.1.1. Anketin puanlanması

Açık uçlu yanıtlar gerektiren sorular (Soru 1.1, 2.1, 2.2 ve 2.3), söz konusu yapıyla ilgili temel bilgiler gerektirir.

Soru 1.1. : Afazi'nin temel özelliklerini

Soru 2.1. : Afazili bireyin yetkinliğini kabul etmek ve durumuna saygı göstermek amacıyla yapılan stratejileri

Soru 2.2. : Afazili bir bireyin ona ne söylediğinizi anlamasını sağlamak için yapılan stratejileri

Soru 2.3. : Afazili bir bireyin kendini yeterince ifade edebilmesini sağlamak için yapılan stratejileri sormaktadır.

Puanlama sırasında cevap anahtarında bulunan kavram ve ifadelerle verilen yanıt eşleştğinde puan alır. Yanıtlar özellikle afazili bireyler için uygun olmayan genel bir özellik ve iletişim stratejisi olmadığı sürece puan almıştır. Test iki deneyimli dil ve konuşma terapisti tarafından puanlanmıştır. Soru 1.1, 2.1, 2.2. ve 2.3 verilen tüm yanıtları derecelendirilecektir. Fikir birliği sağlanmıştır. Katılımcılar cevap yazmak yerine “emin

değilim” seçeneğini de seçebilmiş ve bu seçim herhangi bir puan almamıştır. Çoktan seçmeli sorularla ilgili olarak (Soru 1.2, 1.3, 1.4, 3.1., 3.2., 3.3. ve 3.4) yanıt olarak tek bir seçeneğe izin verilmiştir. Yanıtlar doğru veya yanlış olarak puanlanmıştır (sırasıyla 1 veya 0 puan verilecektir). Anketteki likert tipi sorular (Soru 3.1., 3.2., 3.3. ve 3.4) 4 üzerinden şu şekilde puanlanmıştır: yanıt 1. = 0, yanıt 2. = 1, yanıt 3. = 2, yanıt 4. = 3, yanıt 5. = 4.

3.4.2. Afazi Farkındalık Anketi

Afazi Farkındalık Anketi (Simmons Mackie ve ark., 2002) Toğram (2012) tarafından Türkçe’ye uyarlanmış ve uygulanmıştır. Anket yüz yüze görüşmeler veya online anket olarak kullanılabilir. Katılımcıların "afaziye duyup duymadıklarını” ve “afazi hakkında temel bilgilerini ortaya koyar.

Anketin ilk kısmı katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve meslek bilgilerini içerir. Eğitim durumu bilgileri beşe ayrılmıştır: okur-yazar değil, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite, lisansüstü. Bu kısımda anketin yapıldığı tarih bilgisi de yer almaktadır. Çalışmada bu anketin ilk kısmında yer alan soruları “Katılımcı Bilgi Formu”na eklendiğinden dolayı çıkartılmıştır.

Ankette toplam 7 soru bulunmaktadır. Bu sorulardan 1., 3., 5. ve 6. sorular çoktan seçmeli olurken diğer sorularda (2., 4. ve 7. soru) katılımcının açık uçlu olarak cevaplayacağı sorulardır.

3.5. İşlem

Bu çalışmanın amacı doğrultusunda veri toplamak için Afaziye Yönelik Bilgi, Tutum ve Stratejiler anketini ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanması gerçekleştirilmiştir. “Afaziye Yönelik Bilgi, Tutum ve Stratejiler Anketi” Power ve ark.’nın (2020) “The test–retest reliability of the Aphasia Attitudes, Strategies and Knowledge (AASK) survey with student health professionals” adlı çalışmasından yazarların izni ile alınmıştır (EK-5).

Anketin uyarlanmasında Dünya Sağlık Örgütü’nün ölçüm araçlarının çevirisi ve uyarlanma süreci için önerdiği prosedür uygulanmıştır. Bu prosedürün uygulanması için dört adım izlenmiştir: a) İleri çeviri, b) Uzman paneli ve geri çeviri, c) Pilot çalışma ve bilişsel görüşme, d) Son versiyon ve belgeleme (http-2).

3.5.1. Birinci aşama: İleri çeviri

Hemşirelere uygulanmış olan toplam 3 bölüm 11 maddelik bu anket, dil ve konuşma terapisi alanında yüksek lisansını tamamlamış olan 1 uzman dil ve konuşma

terapisti ve dil ve konuşma terapisi alanında yüksek lisans eğitimine devam eden 4 dil ve konuşma terapisti tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Çeviriyi yapanlar akademik eğitimleri boyunca İngilizce eğitimi almış, İngilizce'ye hâkim olan meslek elemanları arasından seçilmiştir.

3.5.2. İkinci aşama: Uzman paneli ve geri çeviri

İngilizce'den Türkçe'ye yapılan çeviriler, değerlendirilmesinin kolaylaştırılması için orijinal hali, 5 farklı çeviri ve öneriler sütununu içeren tablo formatına dönüştürülmüştür ve bu tablo 3 akademik üye tarafından incelenmiş ve çeviri uygunluğu değerlendirilmiştir. Her bir madde için en uygun çeviri seçilmiş, uzmanların önerileri dikkate alınmıştır. Bu şekilde her bir maddenin içeriği belirlenmiş, gerekli düzenlemeler yapılmıştır, çalışmada kullanılacak olan anketin son hali araştırmacılar tarafından ortaya çıkmıştır.

3.5.3. Üçüncü aşama: Pilot çalışma ve bilişsel görüşme

Anket maddelerinin içeriği ve puanlanmasının anlaşılabilirliğini kontrol etmek üzere pilot çalışmada 10 hemşire ile uygulama yapılmıştır. Katılımcılara ankette anlayamadıkları veya rahatsız edici bir sözcük/ ifadeyle karşılaşp karşılaşmadıkları sorulmuştur ve ankette yer alan maddelerle ilgili görüşleri alınmıştır. Soruların netliği, uzunluğu ve uygunluğuna ilişkin alınan geri bildirimle referansla ankette düzeltmeler yapılmamıştır.

3.5.4. Son versiyon ve belgeleme aşaması

Tüm bu aşamalardan sonra ankete son şekli verilmiştir ve belgelenmiştir. Çevrim içi iletmek için anket Google Forms'da oluşturulmuştur. Oluşturulan form yüz yüze, sosyal medya ve mail aracılığıyla katılımcılara iletilmiştir.

3.6. Verilerin Analizi

Çalışmada yer alan katılımcıların demografik bilgilerine (yaş, cinsiyet, mezuniyet bilgisi, çalışma yeri, çalışma bölümü gibi) ait sayı ve yüzde değerleri hesaplanmıştır. Afaziye Yönelik Bilgi, Tutum ve Stratejiler anketine verilen cevaplara ait sayı ve yüzde dağılımları hesaplanmıştır.

AYBTS anketi toplam ve alt boyut puanları hesaplanmıştır, hesaplanan ilgili puanlara ait tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum değerler) saptanmıştır.

Demografik Bilgiler bazında AYBTS anketi toplam puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması için puanların normal dağılım gösterip göstermediğine Shapiro Wilks normallik testi ile bakılmıştır, normal dağılan AYBTS anketinin toplam puanlarının demografik bilgiler bazında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğine Independent Sample t test, One Way Anova, Afazi Bilgisi, İletişim Stratejileri ve Tutumlar puanı değişkenleri normal dağılım göstermediğinden demografik bilgiler bazında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğine Mann Whitney U non parametrik testi ve Kruskal Wallis non parametrik test ile analiz edilmiştir. Anlamlı çıkan parametrelerde gruplarda farklılık gösteren parametreleri belirlemek için Bonferonni Düzeltmeli post hoc test kullanılmıştır.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanılmıştır.

$p < 0.05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR VE YORUM

Bu çalışma hemşirelerin afaziye yönelik farkındalık düzeylerini, bilgi düzeylerini ve tutumlarını incelemek amacıyla yapılmıştır. Bu bölümde çalışmanın amacı doğrultusunda araştırılan sorulara ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Katılımcıların Afaziye Yönelik Bilgi, Tutum ve Stratejiler Anketine Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular

Afazi Bilgisi Bölümünde;

Katılımcıların “Afazinin dört ana/belirgin özelliğini belirtin” sorusuna; “konuşma bozukluğu, iletişim bozukluğu, bellek problemleri, beyin hasarı ya da SVO sonucu meydana gelir, anlamada problem, adlandırmada problem, dikkat problemleri, denge problemleri, işitmede bozukluk, bilmiyorum, okuma-yazma problemleri, demans, bilişsel bozukluklar, motor problemler, algı bozukluğu” cevapları verilmiş olup, çoğunluğu yorumlarsak 21 katılımcının “konuşma bozukluğu”, 18 katılımcının da “bilmiyorum” cevabını verdiği saptanmıştır. Katılımcılara “Aşağıdakilerden hangisi afazinin karakteristik özelliklerinden biridir?” sorusu yönlendirildiğinde; %44’ü motor problemler, %22.7’si dikkat problemleri, %6’sı demans, %14’ü hiçbir ve %13.3’ü kararsızım cevabını vermiştir. “Aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?” sorusuna katılımcıların 53’ü Sağlık çalışanları, afazili bireylerden bilgi almakta zorluk çekebilir, 9’u Afazili bireyler sağlık hizmetleri ile ilgili kararları bağımsız olarak verebilme yetkinliğine sahiptirler, 13’ü Afazili bireyler aile fertlerinden biri olmadan sağlık hizmetleri ile ilgili karar verme yetkinliğine sahip değildirler, 9’u kararsızım ve 66’sı ise Yukarıdakilerden ikisi cevabını vermişlerdir. “Doktorlar, hemşireler, fizyoterapistler vb. sağlık hizmeti profesyonelleri afazili bireylerin sağlık hizmetlerine katılım sağlamasına şu şekilde yardımcı olabilirler” maddesine katılımcıların 11’i Çevirmen kullanarak, 52’si Bilginin “ulaşılabilir” şekilde sunulduğundan emin olarak, 73’ü Konsültasyon sırasında aile üyelerinin de bulunduğu emin olarak, 12’si kararsızım ve 2’si yukarıdakilerin hiçbir cevablarını vermişlerdir (Tablo 4.1).

İletişim Stratejileri Bölümünde;

Afazili bireyin yeterliliğini kabul ettiğinizi ve durumuna saygı duyduğunuzu gösterecek üç strateji sıralayınız. Emin değilseniz, “Kararsızım”ı işaretleyiniz” maddesine; 26 katılımcı “Afazili kişinin hayal kırıklıklarını kabul ederim, empati kurarım ve anlayışlı olurum”, 20 katılımcı “Bir iletişimci olarak kendi sınırlamalarımı kabul ederim ve iletişimimi değiştiririm”, 78’i ise bilmiyorum cevabını vermiştir. “Afazili bir

bireyin söylediklerinizi anladığından emin olmak için kullanabileceğiniz üç strateji sıralayınız. Emin değilseniz, “Kararsızım”ı işaretleyiniz” maddesine; 20’si “Konuşmama jestler, yazılı anahtar kelimeler ve/veya resimler eklerim”, 17’si “Anlayış belirtileri için yüz ifadesini, bakışları ve jestleri yakından gözlemlerim” ve 73’ü “bilmiyorum” cevabını vermiştir. “Afazili bir bireyin kendisini yeterince ifade edebilmesini sağlamak için kullanabileceğiniz dört strateji sıralayınız. Emin değilseniz, “Kararsızım”ı işaretleyiniz” maddesine; katılımcıların 13’ü “Afazili kişiye yanıt vermesi için zaman tanırım ve rahat bir ortam sağlarım”, 32’si “Afazili kişiden mimik, resim, yazı göstermesini isterim” ve 72’si “bilmiyorum” cevabını vermiştir (Tablo 4.1).

Tutumlar Bölümünde;

“Bir hastanede çalışıyorsunuz. Süpervizörünüz sizden herhangi bir iletişim sorunu olmayan bir hastadan öykü almanızı istiyor. Bu görevi tamamlama konusunda ne kadar rahat hissedersiniz?” sorusuna 10’u Aşırı derecede rahatsız hissederim, 4’ü Rahatsız hissederim, 18’i Kararsızım, 62’si Rahat hissederim ve 56’sı ise Çok rahat hissederim cevabını vermişlerdir. “Aynı hastayla başarılı bir şekilde iletişim kurabileceğinizden ne kadar eminsiniz?” sorusu yöneltildiğinde; 8’i çok emin değilim, 12’si emin değilim, 27’si kararsızım, 75’i eminim ve 28’i çok eminim cevabını verdiği saptanmıştır (Tablo 4.1). “Bir hastanede çalışıyorsunuz. Süpervizörünüz sizden herhangi bir iletişim sorunu olan bir hastadan öykü almanızı istiyor. Bu görevi tamamlama konusunda ne kadar rahat hissedersiniz?” Sorusuna 17’si Aşırı derecede rahatsız hissederim, 55’i Rahatsız hissederim, 47’si Kararsızım, 26’sı Rahat hissederim ve 5’i ise Çok rahat hissederim cevabını vermişlerdir. “Aynı hastayla başarılı bir şekilde iletişim kurabileceğinizden ne kadar eminsiniz?” sorusu yöneltildiğinde; 21’i çok emin değilim, 48’i emin değilim, 57’si kararsızım, 15’i eminim ve 9’u çok eminim cevabını verdiği saptanmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4. 1. Afaziye Yönelik Bilgi, Tutum ve Stratejiler Anketi Bölümüne ait cevap dağılımı

AFAZİYE YÖNELİK BİLGİ, TUTUM VE STRATEJİLER ANKETİ		n (%)
<u>Bölüm Bir: Afazi Bilgisi</u>		
Lütfen afazinin DÖRT ANA/BELİRGİN ÖZELLİĞİNİ belirtin. Emin değilseniz, “Kararsızım”ı işaretleyiniz.		
Konuşma bozukluğu		*21 (20.6)
Bilmiyorum		*18 (17.6)
Aşağıdakilerden hangisi afazinin karakteristik özelliklerinden BİRİDİR?		
Motor problemler		66 (44.0)
Dikkat problemleri		34 (22.7)
Demans		9(6.0)

Tablo 4.1.(Devam) Afaziye Yönelik Bilgi, Tutum ve Stratejiler Anketi Bölümüne ait cevap dağılımı

Yukarıdakilerin hiçbiri	21 (14.0)
Kararsızım	20 (13.3)
Aşağıdaki ifadelerden hangisi DOĞRUDUR?	
Sağlık çalışanları, afazili bireylerden bilgi almakta zorluk çekebilir.	53 (35.3)
Afazili bireyler sağlık hizmetleri ile ilgili kararları bağımsız olarak verebilme yetkinliğine sahiptirler.	9 (6.0)
Afazili bireyler aile fertlerinden biri olmadan sağlık hizmetleri ile ilgili karar verme yetkinliğine sahip değildirler.	13 (8.7)
Yukarıdakilerden ikisi	66 (44.0)
Kararsızım	9 (6.0)
Doktorlar, hemşireler, fizyoterapistler vb. sağlık hizmeti profesyonelleri afazili bireylerin sağlık hizmetlerine katılım sağlamasına şu şekilde YARDIMCI olabilirler:	
Çevirmen kullanarak	11 (7.3)
Bilginin “ulaşılabilir” şekilde sunulduğundan emin olarak	52 (34.7)
Konsültasyon sırasında aile üyelerinin de bulunduğundan emin olarak	73 (48.7)
Yukarıdakilerin hiçbiri	2 (1.3)
Kararsızım	12 (8.0)
Bölüm İki: İletişim Stratejileri	
Lütfen afazinin DÖRT ANA/BELİRGİN ÖZELLİĞİNİ belirtin. Emin değilseniz, “Kararsızım”ı işaretleyiniz.	
Afazili kişinin hayal kırıklıklarını kabul ederim, empati kurarım ve anlayışlı olurum.	*26 (17.6)
Bir iletişimci olarak kendi sınırlamalarımı kabul ederim ve iletişimimi değiştiririm.	*20 (13.5)
Bilmiyorum	*78 (52.7)
Afazili bir bireyin söylediklerinizi ANLADIĞINDAN emin olmak için kullanabileceğiniz ÜÇ strateji sıralayınız. Emin değilseniz, “Kararsızım”ı işaretleyiniz.	
Konuşmama jestler, yazılı anahtar kelimeler ve/veya resimler eklerim.	*20 (13.4)
Anlayış belirtileri için yüz ifadesini, bakışları ve jestleri yakından gözlemlerim.	*17 (11.4)
Bilmiyorum	*73 (49.0)
Afazili bir bireyin kendisini yeterince İFADE edebilmesini sağlamak için kullanabileceğiniz DÖRT strateji sıralayınız. Emin değilseniz, “Kararsızım”ı işaretleyiniz.	
Afazili kişiye yanıt vermesi için zaman tanırım ve rahat bir ortam sağlarım	*13 (9.0)
Afazili kişiden size ipuçları vermesini isterim. (mimik, resim, yazı ile)	*32 (22.2)
Bilmiyorum.	*72 (50.0)
Bölüm 3 Tutumlar (Kısım A)	
Bir hastanede çalışıyorsunuz. Süpervizörünüz sizden herhangi bir iletişim sorunu olmayan bir hastadan öykü almanızı istiyor. Bu görevi tamamlama konusunda ne kadar rahat hissedersiniz?	
Aşırı derecede rahatsız hissedirim	10 (6.7)
Rahatsız hissedirim	4 (2.7)
Kararsızım	18 (12.0)
Rahat hissedirim	62 (41.3)
Çok rahat hissedirim	56 (37.3)
Aynı hastayla başarılı bir şekilde iletişim kurabileceğinizden ne kadar eminsiniz?	

Tablo 4.1.(Devam) Afaziye Yönelik Bilgi, Tutum ve Stratejiler Anketi Bölümüne ait cevap dağılımı

Çok emin değilim	8 (5.3)
Emin değilim	12 (8.0)
Kararsızım	27 (18.0)
Eminim	75 (50.0)
Çok eminim	28 (18.7)
Bölüm 3 Tutumlar (Kısım B)	
Bir hastanede çalışıyorsunuz. Süpervizörünüz sizden herhangi bir iletişim sorunu olmayan bir hastadan öykü almanızı istiyor. Bu görevi tamamlama konusunda ne kadar rahat hissedersiniz?	
Aşırı derecede rahatsız hissedirim	17 (11.3)
Rahatsız hissedirim	55 (36.7)
Kararsızım	47 (31.3)
Rahat hissedirim	26 (17.3)
Çok rahat hissedirim	5 (3.3)
Aynı hastayla başarılı bir şekilde iletişim kurabileceğinizden ne kadar eminsiniz?	
Çok emin değilim	21 (14.0)
Emin değilim	48 (32.0)
Kararsızım	57 (38.0)
Eminim	15 (10.0)
Çok eminim	9 (6.0)

*çoğunluk verilen cevaplar

4.2. Katılımcıların Afaziye Yönelik Bilgi, Tutum ve Stratejiler Anketi Puanlarına İlişkin Bulgular

Çalışmanın katılımcılarının Anketin afazi bilgisi alt boyut puan ortalaması 1.79 ± 1.36 , İletişim stratejileri alt boyut puan ortalaması 2.09 ± 1.99 , Tutumlar A bölüm alt boyut puan ortalaması 5.72 ± 1.78 , tutumlar B bölüm alt boyut puan ortalaması 3.25 ± 1.85 ve AYBTS anketi toplam puan ortalaması ise 12.91 ± 4.55 olarak saptanmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4. 2. Afaziye Yönelik Bilgi, Tutum ve Stratejiler Anketi puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler

AYBTS ANKETİ ALT BOYUTLAR VE TOPLAM PUANLAR	Ort $\pm$ SS	Min;Maks
Afazi Bilgisi	1.79 ± 1.36	0; 7
İletişim Stratejileri	2.09 ± 1.99	0; 7
Tutumlar A	5.72 ± 1.78	0; 8
Tutumlar B	3.25 ± 1.85	0; 8
AYBTS Toplam	12.91 ± 4.55	2; 24

4.3. Demografik Bilgiler Bazında Afaziye Yönelik Bilgi, Tutum ve Stratejiler Anketi Puan ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Çalışmada yer alan katılımcıların demografik bilgiler bazında AYBTS anketi puan ve alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır (Tablo 4.3).

Çalıştığı bölüm bazında Afaziye Yönelik Bilgi, Tutum ve Stratejiler Anketi puan ve alt boyut puanlarından, Afazi Bilgisi, İletişim Stratejileri, Tutumlar (A-B) ve AYBTS toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Afazi Bilgisinde; farklılığı yaratan grupların FTR-Nöroloji, FTR-YB, Diğer-Nöroloji ve Diğer-YB olduğu saptanmıştır. İletişim Stratejilerinde; farklılığı yaratan grupların FTR-Diğer, FTR-Nöroloji, YB-Nöroloji ve Diğer-Nöroloji olduğu saptanmıştır. Tutumlar A puanlarında ise farklılığı yaratan grupların FTR-Diğer, FTR-Nöroloji olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4).

FTR bölümünde çalışan katılımcıların Afazi Bilgisi puan ortancası 1.50 (ÇAG=2), Nöroloji biriminde çalışanların 2.00 (ÇAG=2), Yoğun Bakımda çalışanların 2.00 (ÇAG=3) ve diğer bölümlerde çalışanların Afazi Bilgisi puan ortancası 1.00 (ÇAG=1) olarak saptanmıştır. Afazi Bilgisi puanları YB ve nörolojide görev yapanların diğerlerine göre daha yüksek belirlenmiştir. FTR bölümünde çalışan katılımcıların İletişim Stratejileri puan ortancası 0 (ÇAG=2), nöroloji biriminde çalışanların 3.00 (ÇAG=4), Yoğun Bakımda çalışanların 1.50 (ÇAG=3) ve diğer bölümlerde çalışanların Afazi Bilgisi puan ortancası 1.50 (ÇAG=4) olarak saptanmıştır. İletişim stratejileri puanları nörolojide görev yapanların diğerlerine göre daha yüksek belirlenmiştir. FTR bölümünde çalışan katılımcıların Tutumlar A puan ortancası 5 (ÇAG=2), nöroloji biriminde çalışanların 6.00 (ÇAG=1), Yoğun Bakımda çalışanların 6 (ÇAG=2) ve diğer bölümlerde çalışanların Tutumlar A puan ortancası 6 (ÇAG=2) olarak saptanmıştır. Tutumlar A puanları FTR’de görev yapanların diğerlerine göre daha düşük belirlenmiştir. FTR bölümünde çalışan katılımcıların Tutumlar B puan ortancası 4 (ÇAG=2), nöroloji biriminde çalışanların 3.50 (ÇAG=1), Yoğun Bakımda çalışanların 3.50 (ÇAG=2) ve diğer bölümlerde çalışanların Tutumlar B puan ortancası 3.00 (ÇAG=3) olarak saptanmıştır. Tutumlar B puanları FTR’de görev yapanların diğerlerine göre daha yüksek belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4. 3. Demografik Bilgiler bazında AYBTS Anketi puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Demografik Bilgiler	Afazi Bilgisi Ortanca (ÇAG)	İletişim Stratejileri Ortanca (ÇAG)	Tutumlar A Ortanca (ÇAG)	Tutumlar B Ortanca (ÇAG)	Afazi Toplam Ort ±SS
Cinsiyet					
Kadın	2.00 (2)	2.00 (4)	6.00 (2)	3.00 (2)	12.99 ± 4.69
Erkek	1.00 (2)	1.00 (2)	6.00 (3)	4.00 (3)	12.38 ± 3.61
Test İstatistiği: t,Z;p	1.480;0.139	1.634;0.102	0.291;0.771	1.084;0.278	0.570; 0.570
Mezuniyet Bilgisi					
Ortaöğretim	3.00 (3)	3.00 (5)	6.00 (1)	2.00 (2)	12.14 ± 4.22
Ön lisans	2.00 (3)	1.00 (1)	5.00 (3)	3.00 (3)	10.33± 2.82
Lisans	2.00 (2)	2.00 (4)	6.00 (2)	3.00 (2)	13.17 ±4.80
Yüksek lisans	1.00 (2)	1.00 (2)	6.00 (2)	3.00 (2)	12.77 ± 2.86
Doktora	1.00 (-)	3.00 (-)	8.00 (-)	3.00 (-)	12.67 ± 4.72
Test İstatistiği: F, χ^2 ;;p	1.699; 0.791	3.030; 0.553	4.496; 0.293	6.832; 0.145	0.869; 0.484
Çalışma süresi					
1 yıldan az	2.00 (2)	1.00 (2)	5.00 (3)	3.00 (1)	12.00 ± 4.17
1-3 yıl	1.00 (1)	2.00 (5)	6.00 (3)	3.50 (3)	13.19 ± 4.68
4-6 yıl	2.00 (3)	3.00 (4)	6.00 (2)	3.00 (3)	15.26 ± 5.07
7-9 yıl	2.00 (2)	1.00 (5)	6.00 (2)	3.00 (3)	13.00 ± 4.07
10 yıl ve üzeri	1.00 (2)	2.00 (4)	6.00 (2)	3.00 (2)	12.36 ± 4.39
Test İstatistiği: F, χ^2 ;;p	1.980; 0.789	5.379; 0.251	3.862; 0.425	7.860; 0.097	1.778; 0.136
Görev Yeri					
Kamu	1.00 (2)	2.00 (4)	6.00 (3)	3.00 (2)	12.69 ± 4.47
Özel	2.00 (3)	2.00 (4)	6.00 (2)	3.00 (4)	14.59 ± 4.90
Test İstatistiği: t,Z;p	1.325; 0.185	0.785; 0.462	1.141; 0.254	0.827; 0.408	1.627; 0.106
Yaş Grup					
19-30	2.00 (2)	2.00 (4)	6.00 (3)	3.00 (2)	13.16 ±4.48
30+	1.00 (2)	1.00 (4)	6.00 (2)	3.00 (2)	12.65 ± 4.62
Test İstatistiği: t,Z;p	1.286; 0.198	0.144; 0.886	1.546; 0.122	1.652; 0.099	0.681; 0.497
Çalıştığı Bölüm					
FTR	1.50 (2)	0 (2)	5.00 (2)	4.00 (2)	10.77 ± 3.61
Nöroloji	2.00 (2)	3.00 (4)	6.00 (1)	3.50 (1)	15.40 ± 4.06
Yoğun Bakım	2.00 (3)	1.50 (3)	6.00 (2)	3.50 (2)	13.75 ± 4.16

Tablo 4.3.(Devam) Demografik Bilgiler bazında AYBTS Anketi puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Diğer	1.00 (1)	1.50 (4)	6.00 (2)	3.00 (3)	12.34 ± 4.71
Test İstatistiği; F, χ^2 ;;p	9.142; 0.027	12.722; 0.005	8.426; 0.038	6.614; 0.085	6.121; 0.001

*AYBTS toplam normal dağılım göstermektedir.

Tablo 4. 4. İkili Karşılaştırmalar Testi

Çalıştığı Bölüm	p
Afazi Bilgisi	
FTR-Nöroloji	0.033
FTR- YB	0.033
Diğer-Nöroloji	0.033
Diğer-YB	0.036
İletişim Stratejileri	
FTR-Diğer	0.046
FTR- Nöroloji	<0.001
YB-Nöroloji	0.044
Diğer-Nöroloji	0.025
Tutumlar A	
FTR-Diğer	0.012
FTR- Nöroloji	0.007

*Bonferonni Düzeltmeli posthoc test

4.4. Katılımcıların Afazi Farkındalık Anketine Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular

Çalışmada yer alan bireylere Afaziyi hiç duydunuz mu? Sorusunu yönelttiklerinde bireyleri 106'sı evet, 32'si hayır ve 12'si emin değilim cevabını vermiştir.

Bireylere Afazili bireylerin Sözcüklerin telaffuzuyla ya da konuşmayla ilgili zorlukları var mıdır? Sorusuna 11'ü evet, 1'i hayır ve 3'ü emin değilim cevabını vermiştir. Dil (düşüncelerini sözcüklerle aktarmada) zorlukları var mıdır? Sorusuna 109 birey evet, 5'i hayır ve 4'ü emin değilim diye cevaplamıştır. Başkalarının söylediklerini anlama sorunları var mıdır? Sorusuna 79 birey evet, 24'ü hayır ve 15'i emin değilim diye cevaplamıştır. Düşünme ya da zekâ ile ilgili sorunları var mıdır? Sorusuna 35 birey evet, 55'i hayır ve 28'i emin değilim diye cevaplamıştır. Zihinsel/mental sağlık sorunları var mıdır? Sorusuna 29 birey evet, 59'u hayır ve 30'u emin değilim diye cevaplamıştır. "Okuma sorunları var mıdır?" sorusuna 72 katılımcı evet, 22'si hayır ve 24'ü emin değilim diye cevaplamıştır. "Yazma sorunları var mıdır?" sorusuna 59 katılımcı evet, 29'u hayır ve 30'u emin değilim diye cevaplamıştır. "İletişim sorunları var mıdır?" Sorusuna 102 katılımcı evet, 7'si hayır ve 9'u emin değilim diye cevaplamıştır (Tablo 4.5).

Afazinin nedeni; "Beyin hasarı" maddesine 113 katılımcı evet, 3'ü hayır ve 2'si emin değilim; "Duygusal sorunlar" maddesine 43 katılımcı evet, 40'ı hayır ve 35'si emin değilim; "Zekanın hasar görmesi" maddesine 55 katılımcı evet, 40'ı hayır ve 23'ü emin değilim; "Zihinsel (akıl) sorunları" maddesine 55 katılımcı evet, 35'i hayır ve 28'i emin değilim; "Beyin krizi (İnme/felç)" maddesine 109 katılımcı evet, 4'ü hayır ve 5'i emin değilim diye cevaplamıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4. 5. Afazi Farkındalık Anketi sorularına verilen cevap dağılımı

AFAZİ FARKINDALIK ANKETİ	Evet (%)	n	Hayır (%)	n	Emin değilim n (%)
"Afazi"yi hiç duydunuz mu?	106 (70.7)		32 (21.3)		12 (8.0)
<u>Afazili bireylerin;</u>					
*(Size uygun olanı işaretleyin)					
a. Sözcüklerin telaffuzuyla ya da konuşmayla ilgili zorlukları var mıdır?	114 (96.6)		1 (0.8)		3 (2.5)
b.Dil (düşüncelerini sözcüklerle aktarmada) zorlukları var mıdır?	109 (92.4)		5 (4.2)		4 (3.4)
c.Başkalarının söylediklerini anlama sorunları var mıdır?	79 (66.9)		24 (20.3)		15 (12.7)
d.Düşünme ya da zeka ile ilgili sorunları var mıdır?	35 (29.7)		55 (46.6)		28 (23.7)
e."Zihinsel/mental" sağlık sorunları var mıdır?	29 (24.6)		59 (50.0)		30 (25.4)

Tablo 4.5. (Devam) Afazi Farkındalık Anketi sorularına verilen cevap dağılımı

f.Okuma sorunları var mıdır?	72 (61.0)	22 (18.6)	24 (20.3)
g.Yazma sorunları var mıdır?	59 (50.0)	29 (24.6)	30 (25.4)
h.İletişim sorunları var mıdır?	102 (86.4)	7 (5.9)	9 (7.6)
Afazinin nedeni;			
* (Size uygun olanı işaretleyin)			
a.Beyin hasarı	113 (95.8)	3 (2.5)	2 (1.7)
b.Duygusal sorunlar	43 (36.4)	40 (33.9)	35 (29.7)
c.Zekanın hasar görmesi	55 (46.6)	40 (33.9)	23 (19.5)
d.Zihinsel (akıl) sorunlar	55 (46.6)	35 (29.7)	28 (23.7)
e.Beyin krizi (İnme/felç)	109 (92.4)	4 (3.4)	5 (4.2)

Çalışmada yer alan katılımcıların “Afazi nedir? Kendi ifadenizle (sözcüklerinizle) yazın” sorusu sorulduğunda çoğunluğun, “konuşma bozukluğu” ve “konuşma bozukluğu ve beyin hasarı” cevaplarını verdiği, “Afazinin nedenleri nedir? Kendi ifadenizle yazın” sorusuna ise çoğunluğun “SVO”, “beyin hasarı” ve “travma” cevabı verdiği saptanmıştır. “Afaziye nereden duydunuz?” sorusuna araştırma katılımcılarının çoğunluğunun “işim nedeniyle” cevabı verdiği belirlenmiştir. Araştırma katılımcılarına “Afazili bireylere yardım etmek için neler yapılabilir?” sorusu yöneltildiğinde çoğunluğun; “gerekli terapiye yönlendirilebilir”, “iletişim stratejileri kullanılabilir” ve “farkındalık artırılabilir” cevapları verdiği belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4. 6. Çoktan seçmeli soruların cevap dağılımı

Afazi nedir? Kendi ifadenizle (sözcüklerinizle) yazın.	n (%)
Konuşma Bozukluğu	*26 (17.3)
Konuşma Bozukluğu ve Beyin Hasarı İnme	*24 (16.0)
Afazinin nedenleri nedir? Kendi ifadenizle yazın	
SVO	*26 (17.3)
Beyin Hasarı	*23 (15.3)
Travma	*16 (10.7)
Afaziye nereden duydunuz?	
İşim nedeniyle	*93 (80.9)
Afazili bireylere yardım etmek için neler yapılabilir?	
Gerekli terapiye yönlendirilebilir	*46 (30.7)
İletişim stratejileri kullanılabilir	*25 (16.7)
Farkındalık artırılabilir	*12 (8.0)

*çoğunluk verilen cevaplar

4.5. Afazi Farkındalık Anketinde Yer Alan “Afaziyi hiç duydunuz mu?” Sorunun AYBTS Anketinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Çalışmada yer alan katılımcılarda “Afaziyi hiç duydunuz mu?” sorusuna “hayır” cevabı verenlerin Afazi bilgisi puan ortancası 1.00 (ÇAG=1), “evet” cevabı verenlerin 2.00 (ÇAG=2), “emin değilim” cevabı verenlerin 2.00 (ÇAG=3) olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların ilgili soruya cevapları bazında afazi bilgisi puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.7).

Çalışmada yer alan katılımcılardan “Afaziyi hiç duydunuz mu?” sorusuna “hayır” cevabı verenlerin iletişim stratejileri puan ortancası 0.00 (ÇAG=2), “evet” cevabı verenlerin 2.00 (ÇAG=3), “emin değilim” cevabı verenlerin 0.50 (ÇAG=4) olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların ilgili soruya cevapları bazında iletişim stratejileri puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$) (Tablo 4.7).

Tablo 4. 7. İlgili soru bazında puanlar ve alt boyut puanları karşılaştırılması

AYBTS Puan ve alt boyut puanları	Afazi’yi hiç duydunuz mu?			Test İstatistiği	
	Hayır Ort ±SS Ortanca (ÇAG)	Evet Ort ±SS OrtancaÇAG)	EminDeğilim Ort ±SS Ortanca (ÇAG)	F, χ^2 ,	P
Afazi Bilgisi	1.00 (1)	2.00 (2)	2.00 (3)	19.966	<0.001
İletişim Stratejileri	0,00 (2)	2.00 (3)	0.50 (4)	13.350	0.001
Tutumlar A	6.00 (3)	6.00 (2)	6.00 (3)	0.520	0.771
Tutumlar B	4.00 (2)	3.00 (2)	4.00 (4)	2.122	0.346
AYBTS Toplam*	11.38±3.85	13.42±4.68	12.50 ± 4.40	*2.576	*0.079

*onewayANOVA

5. SONUÇ, TARTIŞMA, SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Mevcut çalışma, hemşirelerin afazi farkındalık, afazi hakkında bilgi düzeyleri yanı sıra afazili bireylerle iletişim konusundaki rahatlık düzeylerini, tutumlarını ve iletişimi daha kolay hale getirmek için kullanılan stratejileri yansıtmaktadır. Bulgular 4 önemli noktayı ortaya çıkarmıştır:

- Hemşireler, afazinin bazı göze çarpan özelliklerini doğru bir şekilde anlayabilmelerine karşın bozukluğun tanımını doğru bir şekilde yapamadıkları belirlenmiştir. Nöroloji bölümünde çalışan hemşireler diğer bölümlerde çalışan hemşirelere göre afazi hakkında daha çok bilgi vermektedir.
- Hemşireler afazili bireylerin sağlık hizmetleri ile ilgili kararları bağımsız olarak verebilme yetkinliğine sahip olmadığını, afazili bireylerden bilgi almakta zorluk çekebileceklerini ve afazili bireylerin konsültasyon sırasında aile üyelerinin de bulunduğundan emin olmak istediklerini ifade etmişlerdir. Bu durum hemşirelerin afazili bireylerin kendi bakımlarıyla ilgili kararlara dahil olma yeteneklerine ilişkin farkındalıklarının olmadığını göstermektedir.
- Hemşirelerin çok azı afazili birey ile iletişimi kolaylaştıracak çok az strateji hakkında bilgi sahibidir ve hemşirelerin çoğu afazili bireylerle iletişimi kolaylaştıracak stratejileri bilmiyor. Hastane ortamında iletişim arka planda kalıyor. Ayrıca Nöroloji bölümünde çalışan hemşireler diğer bölümlerde çalışan hemşirelere göre iletişim stratejileri hakkında bilgi sahibidir.
- Hemşireler afazili bireylerden öykü alma konusunda kendilerini çok rahat hissetmiyorlar ve başarılı bir iletişim kurma konusunda emin değildirlir.

5.2. Tartışma

Bu çalışmanın amacı, hemşirelerin afaziye yönelik farkındalık düzeylerini, bilgi düzeylerini ve tutumlarını belirlemektir. AYBTS anketinin afazi bilgisi bölümü, hem afazinin ana özelliklerini, karakteristik özelliklerini hem de afazili bireyin sağlık hizmetlerine katılım hakkında görüş sağlamıştır. AYBTS anketi aynı zamanda katılımcıların afazili bireylerle iletişimi kolaylaştırmak için en çok hangi stratejileri kullanacaklarını ya da strateji kullanıp kullanmadıklarını, stratejiler hakkında bilgi sahibi olup olmadıkları ortaya çıkarmıştır. Ek olarak, bu çalışma, hemşirelerin afazili bireylerle

iletişime geçerken hissettikleri rahatlık düzeyini bulmaya çalışmıştır. Anketten elde edilen bulgular, önerilen araştırma sorularının her birine cevap verecek bilgiler sağlar ve hemşireler ile afazili bireyler arasındaki etkileşimi iyileştirmek için bir dizi klinik çıkarım önerir.

Geçmiş araştırmalar, afazi tanımlarının doğru olabileceği gibi yetersiz veya yanlış olabileceğini de göstermiştir. McCauslin ve arkadaşları (1980), afazinin tanımını toplamak için 17 asistana verilen bir ankette açık uçlu soru kullanarak katılımcıların %18'inin konuşamamaktan, %24'ünün düşüncelerini söze dökememekten ve afazi türlerini tanımlama veya anlama güçlüğü gibi diğer yanıtlardan bahsettiğini rapor etmiştir. Barnes (2016), ruh sağlığı uzmanlarının afazi hakkındaki bilgilerini belirlemek amacıyla yaptığı araştırmada katılımcıların çoğunluğunun afaziye duyduğunu ve onu bir dil bozukluğu olarak doğru bir şekilde tanımladığını rapor etmiştir. Mortimer (2012), çalışmasında nörolojideki asistan doktorlara, ergoterapi terapisi öğrencilerine ve fizik tedavi öğrencilerine yönelik afazi bilgisini, afazinin iyileşme prognozunu, hayata katılım hakkındaki düşüncelerini ve iletişim için kullanılan stratejiler incelemiştir. Mortimer (2012)'in çalışmasında yanıt verenlerin afaziye, dil becerilerinin iyileşme süresini ve hayata katılım sonuçlarından etkilenen dil modalitelerini anlamada sorun yaşadıkları rapor edilmiştir. Ayrıca yanıt verenlerin afaziye bir tür dil bozukluğu olarak doğru tanımladıkları ancak bunun dilin tüm alanlarında zorluklar anlamına geldiğini ve dilin konuşmadan farklı olduğunu bilmediklerini rapor etmiştir. Mevcut çalışmada hemşireler afazinin dört ana özelliğini tanımlarken şu özellikleri belirtmişlerdir; konuşma bozukluğu, iletişim bozukluğu, bellek problemleri, beyin hasarı SVO sonucu meydana gelir, anlamada problem, adlandırmada problem, dikkat problemleri, denge problemleri, işitmede bozukluk, bilmiyorum, okuma-yazma problemleri, demans, bilişsel bozukluklar, motor problemler, algı bozukluğu cevapları verilmiş olup, çoğunluk yorumlanırsa katılımcıların konuşma bozukluğu ve bilmiyorum cevabını verdiği saptanmıştır. Genel olarak bu çalışmanın bulguları hemşirelerin doğru bir afaziye doğru tanımlayamadıklarını ve özelliklerine dair bilgi sahibi olmadığını göstermektedir. Hemşireler genellikle afazinin önemli özelliklerini göz ardı etmektedir. Hemşireler afazinin bir konuşma bozukluğu olduğunu söylerken dilin tüm biçimlerinde yaşanan (dil, işitsel anlama, okuma ve yazma) zorluklardan bahsetmemişlerdir. Çeşitli önemli tanımlayıcı modalitelerden söz edilmemesi, kısmen dil ve konuşma terimlerinin birbirinin yerine kullanılabileceğine dair yanlış bir düşünceden kaynaklanıyor olabilir, çünkü yanıt verenlerin büyük çoğunluğu

afaziye konuşma bozukluğu olarak tanımlamıştır. Yanıt verenler içerisinde sadece birkaç kişi afazinin bir iletişim bozukluğu olduğunu belirtmiştir. Dil, işaretler, jestler ve yazı gibi iletişimsel ifadeleri kullanabilen bir sistemdir. Konuşma eylemi doğası gereği daha motor beceri gerektirir. Konuşmaya göre dil daha kavramsaldır. Mevcut çalışmada yanıt verenlerin çoğu motor problemleri afazinin karakteristik özelliklerinden biri olarak ele almıştır. Bu bulgu nörojenik ve motor dil- konuşma bozuklukları arasındaki farkın bilinmediğini düşündürmektedir. Bu bozukluklar arasındaki farkların anlaşılması afazili bireyler için kullanılan iletişim stratejileri üzerinde önemlidir. Motor konuşma bozuklukları, konuşma ve bu becerilerin uygulanması için sıralı kas hareketlerini planlama ve programlama yeteneğinin bozulmasıdır. Motor konuşma bozuklukları, bireyin iletişim becerisini, anlama becerisini ve belleğini etkilemez. Ancak afazi, beyin hasarından kaynaklanan bir dil bozukluğudur. Afazili birey amaçlanan mesajı iletme için anlama ve ifade edici dil becerilerinde zorluk yaşar. Bu farklılıkları bilmek yapmak, bozuklukların değerlendirilmesi ve yönetimini önemli bir şekilde olumlu olarak değiştirecektir. Bu bulgu afazili bireylerle çalışan sağlık profesyonellerinin daha fazla eğitime ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Jensen ve arkadaşları (2015), çalışmalarında inme servisinde çalışan hemşirelere, afazili bireylerle daha iyi iletişim kurabilmeleri için eğitim programının etkililiğine bakmışlardır. Çalışmanın sonunda eğitim alan hemşireler afaziye önemli ölçüde daha iyi anladıklarını ve afazili hastalarla iletişim kurduktan sonra daha az hayal kırıklığı yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Sağlık ve rehabilitasyon bağlamında, afazili bireyler, iletişim güçlükleri nedeniyle günlük yaşam veya hastaneden taburcu olma kararlarının dışında tutulabilir (O'Halloran ve ark., 2011). Welsh ve Szabo (2011), hemşirelik öğrencilerinin afazili kişilerin kendi bakımlarıyla ilgili kararlara dahil olma yeteneklerine ilişkin farkındalıklarını incelemiştir ve yanıt verenlerin çoğu afazili kişiler sağlık hizmetleri ve diğer önemli yaşamları hakkında kararlar alabilirler düşüncesindedirler. Mevcut çalışmada yanıt verenlerin çoğunluğu afazili bireyler sağlık hizmetleri ile ilgili kararları bağımsız olarak verebilme yetkinliğine sahip olmadığını düşünmektedir. Ayrıca mevcut çalışmada yanıt verenlerin çoğunluğu afazili bireylerden bilgi almakta zorluk çekebileceklerini ve afazili bireylerin konsültasyon sırasında aile üyelerinin de bulunduğundan emin olmak istediklerini ifade etmişlerdir. Aile üyelerinin varlığı, başarılı iletişimi etkilemektedir (O'Halloran ve ark., 2012). Diğer bir yandan doğrudan afazili bireyle iletişime geçmek, ardından yeterliliklerini kabul etmek ve onlara tedavi sürecinde karar vermede veya hedef

belirlemede özerk olduğunu hissettirmek önemlidir. İletişim güçlüğü yaşayan bireylerin, özerkliği azaltıldığında, olumsuz güvenlik olayları artabilir ve bireylerin hastanede daha uzun kalış süresine neden olabilir (Burns ve ark., 2015).

Kaliteli bir sağlık hizmetinin temeli, sağlık profesyonellerinin hastalar ile kurduğu etkili iletişimidir (The Joint Commission, 2010). Etkili bir iletişim söz konusunda olmadığında bakım kalitesi düşebilir ve hasta memnuniyeti azalabilir. İletişim bozukluğu olan bireyleri, iletişim bozukluğu olmayan bireylerle karşılaştıran çalışmalar, iletişim bozukluğu olan bireylerin daha yüksek depresyon oranlarına sahip olduklarını ve düşük benlik saygısına büründükleri bildirmektedir (Andersson ve Fridlund, 2002; Hemsley ve Balandin, 2014; Hemsley ve ark., 2013; Parr, 2007; Pound ve Jensen, 2018). İletişim bozukluğu olan bireylerin sağlık hizmeti ortamlarında karşılaştıkları en önemli iletişim engellerinden biri, birçok sağlık profesyonelinin onlarla nasıl iletişim kuracağını bilmemesidir (Morris ve ark., 2013). O'Halloran ve arkadaşları (2012), sağlık profesyonellerinin iletişim bozuklukları hakkındaki bilgi düzeyinin, kullandıkları iletişim stratejilerinin, iletişim bozukluğu yaşayan bireylere yönelik tutumlarının ve iletişim becerilerinin öz farkındalığının etkili bir iletişimi etkilediğini bildirmiştir. Heard ve arkadaşları (2022), akut inme ünitesinde görev alan hemşirelerle afazili bireylerin iletişim deneyimlerini araştırmıştır. Hemşirelerin kullandıkları iletişim stratejilerini incelerken araştırmaya katılan afazili bireylerin yarısı hemşirelerin kendileriyle iletişim araçları kullanmadığını bildirmiştir. Afazili bireylerden biri hemşirelerin bazen işaret ve jestler kullandığını ve hastaneye yatış sürecinin ilk aşamalarında 'evet' ve 'hayır' ifadelerini iletişimsel olarak kullandıklarını bildirmiştir. Ayrıca afazili bireyler hemşirelerin bir iletişim stratejisi kullanmak yerine sözlü olarak iletişim kurmayı tercih ettiğini de belirtmiştir. Mortimer (2012), çalışmasında nörolojideki asistan doktorların, ergoterapi ve fizik tedavi öğrencilerinin afazili bireylerle iletişimi kolaylaştırmak için sakin bir şekilde dinleme, sabırlı olma, net konuşma ve basit dil kullanma gibi stratejiler kullandıklarını ayrıca iletişim panoları veya yazı gibi araçlara yer verdiklerini bildirmiştir. Mortimer (2012)'in çalışması katılımcıların afazili bireylerle iletişimi kolaylaştırmak için kullanılacak üç veya daha fazla uygun stratejiyi bildiğini göstermiştir. Ayrıca çalışmada nörolojideki asistan doktorlara göre ergoterapi ve fizik tedavi öğrencilerinin afazili bireyi dinlemek için zaman ayırmak, sabırlı olmak ve iletilen şeyi anladığını kabul etmek gibi stratejileri daha çok kullandıklarını rapor etmiştir. Mevcut çalışmada daha önce yapılan karşılaştırmalardan dolayı hemşirelerin bulundukları bölüm

bazında iletişim stratejileri puanları incelenmiştir. Bu çalışmada nörolojide görev yapan hemşirelerin iletişim stratejilerini daha çok kullandıkları görülmüştür. Jensen ve arkadaşları (2015), çalışmalarında afazili bireyler için destekli konuşmanın inme ünitesinde kullanılmak üzere uyarlandığı projede, hemşireler için eğitim programının etkililiğini araştırmışlardır ve hemşireler eğitim almadan önce beden dilini içeren birçok stratejiyi, kendi konuşmalarında veya kendilerini ifade etme biçimlerinde kullandıklarını ifade etmişlerdir. Mevcut çalışmada hemşirelerin yarısının afazili bireylerle iletişimi kolaylaştırmak için herhangi bir iletişim stratejisi kullanılmadığı görülmüştür. Mevcut çalışmada katılımcıların çok azı afazili bireyi kabul ettiğine dair kullandığı stratejiler olarak afazili bireyin hayal kırıklıklarını kabul ettiğini, empati kurduğunu ve anlayışlı olduğunu ayrıca kendi iletişimsel eksikliklerini kabul ederek iletişim şekillerini değiştirdiğini ifade etmiştir. Mevcut çalışmada afazili bireye yönelik anladığından emin olmak için yanıt verenlerin çok azı konuşmasına jestler, mimikler ve yazılı ya da resimli araçlar eklediğini ve afazili bireyin yüz ifadesini, bakışlarını gözlemlediğini belirtmiştir. Mevcut çalışmada afazili bireyin kendisini daha kolay ifade edebilmesini sağlamak amacıyla yanıt verenlerin çok azı afazili bireye yanıt vermesi için zaman tanıdığını, rahat bir ortam sağladığını ve afazili bireyden kendisini ifade etmesi için mimik, resim ve yazı gibi araçlar kullanması için yönlendirildiği görülmüştür. Hemşirelerin, iletişim bozukluğu yaşayan bireylerle doğru iletişim araçlarını, stratejilerini kullandıkları takdirde ve etkileşim koşulları sağlandığında oldukça etkili bir şekilde iletişim kurabildiklerini görmeleri gerekmektedir (Beukelman ve ark., 2007). Sağlık personellerinin kullandıkları stratejiler, afazili bireyle olan ilişkilerindeki algılanan rolle ilgili olabildiği düşünülebilir. Hemşireler ve hekimler rollerini afazili bireyle iletişim kurmak yerine, bireye bilgi vermek ve onu tedavi etmek olarak gördüğü düşünülebilir. Fakat rehabilitasyon sürecinde yer alan sağlık profesyonelleri (ergoterapistler, fizik tedavi uzmanları) bu konuda daha psikososyal süreçlere odaklanarak afazili bireye yönelik dinleme veya yanlış anlamaları açıklamaya yönelik davranışlar kullandıklarını görebiliriz. Afazili bireyler çeşitli iletişim stratejilerine ihtiyaç duymaktadır. Afazili bireylerin yeteneklerinden dolayı bu iletişim stratejileri için kullanılan araçlara verdikleri yanıtlar farklılaşabilir. Bu nedenle tüm sağlık profesyonellerinin hekimler, hemşireler de dahil bir veya iki stratejiden daha fazlası hakkında bilgi sahibi olması ve stratejileri kullanması iletişim bozukluğu yaşayan bireylerde daha etkili bir iletişim kurulmasını sağlayabileceği düşünülmektedir. Böylece afazili birey ve sağlık profesyonelleri arasında tek yönlü bir iletişim olmaz. Clancy ve

arkadaşları (2020), yoğun hastane servislerinin tümünde sürekli personel değişiminin ve tutarsız iletişim stratejileri kullanımının iletişim üzerinde nasıl bir etki yarattığı incelemiştir ve gürültülü ortam, mahremiyet eksikliği ve hemşirenin hastane çağrı ziline geç yanıt vermesi gibi çevresel sorunlar rapor edilmiştir. Bu çevresel sorunlar, hemşireler ve hastalar arasındaki iletişimin görev odaklı olmasına neden olmaktadır (Clancy ve ark., 2020). Sağlık profesyonellerinin, afazili bireylerle iletişimi kolaylaştırmak için kullanabilecekleri stratejiler konusunda eğitilmesi gerekir. Mevcut çalışmada yanıt verenlerin çok az bir kısmı, kullanılacak yalnızca bir veya iki strateji vermiştir. Hemşirelerin iletişim stratejilerini kullanmamalarının nedeni afazili bireylerle geçen konuşmanın konusunun tipik olarak fiziksel bakım görevlerine odaklanması ve afazili bireyin hedefleri veya bireysel kaygılarını sorgulamadıkları için olabilir. Aynı zamanda hastane ortamında işin yapılması için tasarlanmış görev odaklı çalışma sisteminden kaynaklanabileceği düşünülebilir. Bu durumda hemşireler ve afazili bireyler arasındaki etkileşim kişisellikten uzaklaşmış ve rutin odaklı hemşire-hasta etkileşimi şeklinde olabilmektedir. Kullanılacak çok fazla iletişim stratejisi vardır. Fakat mevcut çalışmada yanıt verenlerin çoğu iletişim stratejileri konusunda bilgi sahibi olamadığını belirtmiştir. Stratejilerin kullanılmaması, bilinmemesi sağlık profesyonellerinin afazili bireylerle doğrudan iletişim kurma becerisinin yanında rahatlık düzeyini, tutumlarını etkileyebilir.

Hemşirelerin tedavi sürecinde afazili bireylerle konuşurken hissettikleri kişisel duygular vardır. Bu duygular, afazili bireyleri ve ailesiyle olan iletişimini etkileyebilir. Ayrıca iletişimsel etkileşimlerin ve bu etkileşimlerin kalitesini olumsuz etkileyebilir. Araştırmalar, iletişim güçlüğü olan bireylerle çalışan sağlık profesyonellerinin olumlu tutumlarının, hastanedeki iletişim etkileşimlerinin başarısını etkilemede zorunlu olduğunu göstermektedir (Hemsley ve Balandin, 2014; O'Halloran ve ark., 2012). Ülkemizde sağlık personelinin psikiyatrik hastalık tanısı bulunan hastalara karşı olan tutumları araştırılmıştır. Üçok ve arkadaşları (2004), çalışmalarında sağlık profesyonellerinin şizofreni tanısı olan hastalara karşı olan tutumlarının toplumun tutumundan daha olumsuz olduğunu rapor etmiştir. Sağlık profesyonellerinin olumsuz tutumları hastaların tedavi sürecini zorlaştırabileceği gibi, hastaneye yatışlarını ve tanılarının konmasını geciktirebilir (Aydın ve ark., 2003). Mortimer (2012), çalışmasında yanıt verenlerin (nörolojideki asistan doktorların, ergoterapi öğrencileri ve fizik tedavi öğrencileri) afazili bireylerin ve yakınlarının afazi ile ilgili sorularını yanıtlarken tamamen rahat hissederek yanıt vermediklerini rapor etmiştir. Jensen ve ark., (2015),

çalışmalarında afazili bireyler için destekli konuşmanın inme ünitesinde kullanılmak üzere uyarlandığı projede, hemşireler için eğitim programının etkililiğini araştırmışlardır. Çalışmalarında hemşirelerin afazili bireylerle olan iletişim tutumlarında iletişim kurma becerilerine biraz güven duyduklarını ve afazili bireylerle iletişim kurmanın zor ve zaman alıcı olduğunu düşündüklerini rapor etmiştir. Ayrıca hemşirelerin “afazili bireylerle iletişim kurmayı faydalı buluyorum” ifadesiyle birlikte “afazili bireylerle kesinlikle gerekli olmadıkça iletişim kurmaktan kaçınıyorum” ifadesini saptamışlardır. Literatürde diğer çalışmalarda hemşireler ve hastalar arasındaki iletişimsel etkileşimlerin görev odaklı, hemşire kontrollü ve kısıtlı içeriğe sahip olsa da iletişime girdikleri görülmektedir (Finke ve ark., 2008; Gordon ve ark., 2009; Pound ve Ebrahim, 2000). Sağlık profesyonelleri, iletişim bozukluğu olan bireylere bakım sağlamanın, doğru tanı ve tedavi önerileri yapma konusunda kendilerine duydukları güvenin olumsuz etkilediğini ifade etmişlerdir (Skinder Meredith ve ark., 2007). Mevcut çalışmada iletişim bozukluğu olan ve olmayan bireylere yönelik tutumlar incelenmiştir. Bu çalışmada katılımcıların çoğu iletişim bozukluğu olmayan bireylerden öykü alma konusunda kendilerini çok iyi hissettiklerini ve bu bireyle başarılı bir iletişim kurma konusunda kendilerini emin hissettiklerini ifade etmişlerdir. Fakat katılımcıların çoğu iletişim bozukluğuna sahip bireylerden öykü alma konusunda kendilerini çok rahat hissetmediklerini ve başarılı bir iletişim kurma konusunda emin olamadıklarını ve kararsız hissettiklerini ifade etmişlerdir. Bartlett vd. (2008) iletişim bozukluğu olan bireylerin, sağlık hizmetlerinde olumsuz olaylar açısından daha yüksek risk altında olduğunu rapor etmişlerdir. Bu olumsuz olaylardan dolayı iletişim bozukluğu olan bireyler, iletişim bozukluğu olmayanlara göre sağlık hizmetlerinden daha az memnundurlar (Hoffman ve ark., 2005).

Bir hastalık veya bozukluk hakkında farkındalık eksikliği, o hastalığa yönelik hizmetlere genel erişimi etkileyebilir. Das ve Banerjee (2008), çalışmalarında inmenin uyarı semptomlarının farkında olmamanın, sağlık personeline erişimi ve hastaneye yatışta gecikmeye neden olduğunu ifade etmişlerdir. Neugebauer ve arkadaşları (2019), çalışmalarında orta serebral arter inme tedavisinde yer alan Alman inme hemşirelerinin, orta serebral arter inme olduğu varsayılan vakada uzun süreli sakatlık ve tedavi tercihlerine ilişkin tutumlarını rapor etmişlerdir. Çalışmalarının sonucunda hemşireler, afazinin varlığını vurgulamadan, orta serebral arter inmesi sonucunda orta derecede şiddetli sakatlığın çok ciddi olduğunu ifade etmişlerdir. Welsh ve arkadaşları (2009), araştırmalarında toplum temelli bir afazi merkezinde afazili bireylerden alınan anekdot

raporlarından bahsetmişlerdir. Afazili bireylerin dil bozukluğu olmayan kişilere göre tıp uzmanlarına erişim konusunda farklılık gösterildiği ifade edilmiştir. Raporlar, doktorların afazili bireylerle tıbbi durumları hakkında görüşme yapmadığını göstermektedir. Bireylerin birçoğuna afazi olduğu asla söylenmediği, afazinin hastanede onlara veya bakıcılarına asla açıklanmadığını, kaynaklar, hizmetler veya sonuçlar hakkında kendilerine bilgi verilmediğini ve son olarak, birçoğuna iyileşmelerinde bir düzlüğe ulaştıkları ve gelecekteki gelişmeleri dört gözle beklememeleri gerektiği söylendiği şeklinde ifade edilmiştir. Maviş (2007), çalışması afazi hakkında farkındalık eksikliğini, sağlık hizmeti sunucularının hasta ile yetersiz bir iş yaptığını göstermektedir. Bu çalışmada hemşirelerin yüksek farkındalık düzeyine sahip olduğu bulunmuştur.

McCauslin ve arkadaşları (1980), afazinin tanımını belirlemek için 17 asistan doktora verilen bir ankette açık uçlu bir soru kullanmıştır ve sonuçlar, %18'inin konuşamamaktan, %24'ünün düşüncelerini söze dökememekten ve afazi türlerini tanımlama veya anlama güçlüğü gibi diğer yanıtlardan bahsettiğini bildirmiştir. Mevcut çalışmada katılımcıların bir kısmı afaziye konuşamama ve beyin hasarına bağlı gerçekleşen bir durum olarak bildirmiştir. Konuşamama ifadesi düşünceleri söze dökememe ve konuşma güçlüğü olarak yorumlanabilir, bu nedenle bu çalışmayı McCauslin çalışmasıyla bu açıdan karşılaştırmak zordur.

McClenahan ve arkadaşları (1990), sağlık profesyonelleri ve afazili bireyin akrabalarının afazili bireyin işitsel anlama yeteneklerini nasıl algıladıklarını incelemiştir. Çalışmalarının sonucunda afazili bireyin işitsel anlama yeteneklerinin olduğundan daha iyi olarak derecelendirdiklerini ifade etmişlerdir. Mortimer (2012), çalışmasında nörolojideki asistan doktorların, ergoterapi öğrencilerinin ve fizik tedavi öğrencilerinin sadece bir kısmının afazi tanımı yaparken işitsel anlama yeteneklerinin bozulduğunu ifade ettiğini belirtmiştir. Mevcut çalışmada afaziye duyan katılımcıların çoğunluğu afazili bireylerin başkalarının söylediğini anlamada zorluk yaşadığını belirtmiştir. Afazi bilgisinde tüm dil modalitelerini içeren tam ve doğru afazi tanımları önemlidir. Afazili bireyin kendini sözel yollardan ifade edememesi, muhtemelen en göze çarpan özellik olduğu için en sık afazi ile ilişkilendirilen özellik konuşamamadır. İşitsel anlama, yazma ve okumadaki yetersizlikler, afazinin daha az çarpıcı özellikleri olduğundan, afazi bilgisini edinirken ihmal edilir. Afazili bireyin işitsel anlama yetenekleriyle ilgili yanlış düşünceler, karşılıklı iletişimin bozulmasına sebep olabilir. İşitsel anlamamanın ne derecede bozulduğunu anlamadan, sağlık profesyoneli ile afazili birey etkileşimli ve iletişimsel bir

konuşma gerçekleştiremeyebilir. Sağlık profesyonelleri tarafından işitsel anlama yetersizlikleri afazili bireyin ailesine ve çevresine doğru bir şekilde açıklanmazsa, iletişimde aksaklıklar yaşanabilir.

Afazili bireylerin korunmuş zekaya sahip olması, afazinin önemli bir özelliğidir. İnsanlar genellikle afazili bireylerin bilişsel ve sosyal yeterliliklerinin farkında değildir. Bu durum afazili bireylerin tıbbi yönetime ve rehabilitasyonlara dahil edilmesinin önünde önemli engeller oluşturmaktadır (Parr, 2007). Bireyin iletişim kurma becerisi ile zekası arasındaki ilişki konusunda yanlış anlama söz konusudur (Plowman ve ark., 2012). Mortimer (2012), çalışmasında nörolojideki asistan doktorların, ergoterapi öğrencilerinin ve fizik tedavi öğrencilerinin çok azı afazi bilgisinde korunmuş zeka ile afaziyi bir özellik olarak tanımlamıştır. Welsh ve Szabo (2011), çalışmalarında asistan hemşirelik öğrencilerinin afazi konusundaki bilgilerini ve destekli iletişim stratejileri konusundaki farkındalıklarını artırmayı ve aynı zamanda afazili katılımcıların deneyimlerini incelemeyi amaçlayan çalışmalarında yanıt verenlerin “Afazi kişinin zekasını etkiler” maddesini yanlış olarak değerlendirerek, zeka konusunda doğru düşündüklerini ifade etmişlerdir. Mevcut çalışmada afaziyi duyan katılımcıların bir kısmı, afazili bireylerin zeka sorunlarının olmadığını düşünmektedirler. Afazili bireylere ve yakınlarına korunmuş zeka açıklanmazsa, afazili bireylere yönelik küçümseyici davranışlar ortaya çıkabilir. Bu durum afazili bireyin hayata katılımını olumsuz etkileyebilir. İletişim bozukluğu yaşayan bireyler genellikle tedavi sürecine dair karar verme süreçlerinden dışlandıklarını, diğer insanların onlar adına iletişim kurmasına güvenmek zorunda kaldıklarını ve zihinsel/mental sorunlarının olmamasına rağmen sağlık profesyonelleri tarafından zihinsel sorunları varmış gibi muamele gördüklerini ifade etmişlerdir (Burns vd., 2015). Mevcut çalışmada afaziyi duyan katılımcıların yarısı, afazili bireylerin zihinsel/mental sorunlarının olmadığını düşünmektedirler

Welsh ve Szabo (2011), yaptıkları çalışmada hemşirelik öğrencilerinin yarısının “Afazi bir kişinin okuma ve yazma becerisini etkileyebilir” maddesine katıldıklarını rapor etmişlerdir, bu bulgu çalışmamızla paralellik göstermektedir. Mortimer (2012), çalışmasında nörolojideki asistan doktorların, ergoterapi öğrencilerinin ve fizik tedavi öğrencilerinin çok azı afazi bilgisinde okuma ve yazma becerilerinin afaziden dolayı bozulabileceğini bildirmişlerdir. Mevcut çalışmamızda afaziyi duyan hemşirelerin çoğu afazili bireylerde okuma sorunlarının olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca afaziyi duyan hemşirelerin yarısı afazili bireylerin yazma sorunlarının olduğunu belirtmişlerdir. Sağlık

profesyonelleri tarafından afazili bireylere ve afazili bireylerin ailelerine eksik veya yanlış bir afazi tanımı yapmak, afazinin özelliklerini yanlış anlatmak bireylerde kafa karışıklığına yol açabilir. Hatta bu kafa karışıklığı hüsrana yol açabilir. Örneğin, afazili bireye konuşma bozukluğunuz var dendiğinde okuyamadığı konusunda hemen endişelenebilir. Ya da afazinin anlama becerileri üzerindeki olumsuz etkisi yanlış anlaşılabilir ve bu durum afazili birey ve yakınları arasında iletişim kopukluğuna neden olabilir.

Literatürde afaziyle ilgili bilgi kaynaklarının analizleri tutarlı bulgular göstermektedir. Literatürde yer alan çalışmalarda yanıt verenlerin çoğunluğunun afazi farkındalık ve bilgilerini medyadan edindiklerini göstermektedir. Code ve arkadaşları (2016) çalışmalarında yanıt verenlerin bulunduğu altı ülkede afazi farkındalıklarını ve bilgilerini %36,5'i medya aracılığıyla, %20'si bulundukları meslek ve %14,6'sı afazili biri sayesinde edindiklerini bildirmişlerdir. Bilgi kaynaklarının analizleri, dünya çapında tutarlı bulgular göstermektedir. Simmons Mackie ve arkadaşları (2002) tarafından incelenen çalışmada İngilizce konuşulan ülkeler de dahil olmak üzere afazi farkındalık ve bilgi kaynakları incelenmiştir. Çalışmada özellikle Yunanistan için, medyada afazi ile çok büyük bir oranda karşılaşma olduğunu bildirmişlerdir. Mevcut çalışmada yanıt verenlerin büyük bir kısmı afazi farkındalık ve bilgi konusunda bilgi edinme kaynağı olarak yaptıkları işlerini, yani mesleklerini bildirmişlerdir.

Simmons Mackie ve arkadaşları (2002) yaptıkları çalışmalarında afaziye yönelik farkındalık oranlarının kadınlarda daha yüksek olduğunu fakat afazi bilgisi düzeylerinin cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık olmadığını rapor etmiştir. Code ve arkadaşları (2016) son yaptıkları uluslararası afazi farkındalık çalışmalarında, yanıt verenlerin çoğunun kadın olduğunu bildirmişlerdir. Mevcut çalışmada ise yanıt verenlerin çoğunun kadın olduğu görülmüştür. Fakat bu durumun ülkemizde hemşirelerin çoğunluğunun kadın olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Vuković ve arkadaşları (2017) Sırbistan Karadağ'da yaptıkları çalışmalarında kadınların erkeklere göre önemli ölçüde daha fazla farkındalığa sahip olduğunu bildirilmiştir. Ayrıca cinsiyet ve afazi bilgi düzeyleri arasındaki ilişki anlamlı değildi. Henriksson ve arkadaşları (2019) İsveç'te yaptıkları çalışmada cinsiyet ve farkındalık arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmiştir. Mevcut çalışmada ise cinsiyet ve afazi bilgisi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Yaş faktörünün farkındalık ve afazi bilgisi düzeyleri ile ilişkili önemli olabileceğini araştırmalar göstermiştir. Simmons Mackie ve arkadaşları (2002) yaptıkları

çalışmalarında daha genç yanıt verenlerin afaziye bilgi düzeyleri daha yüksek olarak bildirilmiştir. Fakat aynı çalışmada Yunan örnekleminde yaş arttıkça bilgi düzeyin arttığını bildirmişlerdir. Patterson ve arkadaşları (2015) çalışmalarında Kanada’da yaş arttıkça farkındalık oranın arttığını bildirmişlerdir. Mevcut çalışmada yaş ve farkındalık-bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Özetle, yaş, afazi farkındalık ve bilgi düzeylerinin önemli bir belirleyici gibi görünmektedir. Ancak farklı araştırmalarda ve mevcut araştırmada farklı popülasyonlarda yaş her zaman güvenilir bir belirleyici olarak bulunmamıştır.

Mevcut çalışmada katılımcıların “Afaziye hiç duydunuz mu?” sorusuna hayır, evet ve emin değilim cevapları bazında AYBTS anketinin afazi bilgisi bölümü ve iletişim stratejileri bölümü puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu bulgu bize her iki anketin birbirini desteklediğini göstermektedir. Fakat AYBTS anketinin tutumlar bölümüyle ilgili elde edilen bulgular arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu bulgu ise bize iletişim bozukluğu yaşayan bireye yönelik tutumların, afaziye duyup duymamakla değişmeyeceğini göstermiştir.

5.3. Sınırlılıklar

- Çalışma, anketi yanıtlayan 150 katılımcı hemşire ile sınırlıdır.
- Hemşirelerin farkındalık, bilgi düzeyleri ve tutumları incelenirken, afazili bireylerle karşılaşma olasılığı yüksek olan Nöroloji ve Fizik Tedavi bölümlerinde görev yapan hemşireler yerine diğer branşlardaki hemşirelerin de dahil edilmesi bu çalışmanın bir sınırlılığıdır.

5.4. Öneriler

- Bu çalışmanın hemşirelerin genel afazi bilgisini daha iyi anlamak için daha geniş bir katılımcı grubuyla tekrarlanması önerilmektedir.
- Hemşirelerin afazinin spesifik bilgisi ve afazili bireylerle iletişime girme konusundaki tutumları ve ayrıca afazili bireylerin karar verme yeteneğinin farkındalığı konusunda yapılacak çalışmaların alanyazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.
- Sonraki çalışmalarda daha derinlemesine incelemeler yapmak üzere yapılandırılmış ya da yarı yapılandırılmış soruların kullanıldığı nitel çalışmaların yapılmasının katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

- Hemşirelerin müfredatlarında dil ve konuşma bozuklukları ile ilgili dersin yer alması ya da ilişkili olabilecek alan derslerinde dil ve konuşma bozukluklarına da yer verilmesi önerilmektedir.



KAYNAKÇA

- Acharya, A. B., ve Maani, C. V. (2022). Conduction Aphasia. In StatPearls. *StatPearls Publishing*.
- Alexander, M. O. ve Loverso, F. (2000). A specific treatment of global aphasia. *Clinical Aphasiology*, 21(3), 277-288.
- Andersson, S., ve Fridlund, B. (2002). The aphasic person's views of the encounter with other people: a grounded theory analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(3), 285-292.
- Aström, M., Asplund, K., ve Aström, T. (1992). Psychosocial function and life satisfaction after stroke. *Stroke*, 23(4), 527-531.
- Aydin, N., Yigit, A., Inandi, T., ve Kirpınar, I. (2003). Attitudes of hospital staff toward mentally ill patients in a teaching hospital, Turkey. *International Journal of Social Psychiatry*, 49(1), 17-26.
- Bakas, T., Kroenke, K., Plue, L. D., Perkins, S. M., ve Williams, L. S. (2006). Outcomes among family caregivers of aphasic versus nonaphasic stroke survivors. *Rehabilitation Nursing*, 31(1), 33-42.
- Bakış, Y. G. B. (2022). Afazili hastaların klinik özelliklerine ve tedavi. 5. *Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi Burdur*, s. 199.
- Barnes, C. K. (2016). *Mental health professionals' knowledge of aphasia*. Western Carolina University.
- Bartlett, G., Blais, R., Tamblyn, R., Clermont, R. J. ve MacGibbon, B. (2008). Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings. *Cmaj*, 178(12), 1555-1562.
- Basso, A. (2003). *Aphasia and its therapy*. Oxford University Press.
- Benson, D. F., ve Ardila, A. (1996). *Aphasia: A clinical perspective*. Oxford University Press on Demand.
- Berg, A., Palomä ki, H., Lö nnqvist, J., Lehtihalmes, M. ve Kaste, M. (2005). Depression among caregivers of stroke survivors. *Stroke*, 36(3), 639-643.
- Bergersen, H., Frosli, K.F., Stibrant Sunnerhagen, K., Schanke, A.K. (2010). Anxiety, depression, and psychological well-being 2 to 5 years poststroke. *J. Stroke Cerebrovasc. Dis.* 19, 364–369.

- Beukelman D. R., Garrett K. L. ve Yorkston K.M (2007). Augmentative Communication Strategies for Adults With Acute or Chronic Medical Conditions. *Paul H. Brookes Publishing*, Baltimore, MD.
- Bilgili, N., ve Gözümlü, S. (2014). İmmeli hastaların evde bakımı: bakım verenler için rehber. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(2), 128-150.
- Brown, K., McGahan, L., Alkhaledi, M., Seah, D., Howe, T. ve Worrall, L. (2006). Environmental factors that influence the community participation of adults with aphasia: The perspective of service industry workers. *Aphasiology*, 20(7), 595-615.
- Burns, M., Baylor C., Dudgeon B. J., Starks H., ve Yorkston K. (2015). Asking the stakeholders: Perspectives of individuals with aphasia, their family caregivers, and physicians regarding communication during medical interactions. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24, 341–357.
- 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.
- Canlı, Ç. E., ve Toğram, B. (2018). Afazili Bireylerin ve Yakınlarının İletişime ve İlişkili Sorunlara Yönelik Algıları. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 142-161.
- Chang Y, Lin Y, Chang H ve Lin C (2005). Cancer patient and staff ratings of caring behaviours. *Cancer Nursing* 28, 331–339.
- Chau, J. P., Thompson, D. R., Twinn, S., Chang, A. M., ve Woo, J. (2009). Determinants of participation restriction among community dwelling stroke survivors: a path analysis. *BMC Neurology*, 9, 1-7.
- Chazhikat, E., ve Olness, G. S. (2014). Awareness of aphasia and aphasia services in south India: Public Health Implications.
- Clancy, L., Povey, R. ve Rodham, K. (2020). Living in a foreign country": experiences of staff-patient communication in inpatient stroke settings for people with post-stroke aphasia and those supporting them. *Disability and Rehabilitation*, 42(3), 324–334.
- Code, C., Mackie, N. S., Armstrong, E., Stiegler, L., Armstrong, J., Bushby, E., ... ve Webber, A. (2001). The public awareness of aphasia: An international

- survey. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 36(S1), 1-6.
- Code, C., Papathanasiou, I., Rubio-Bruno, S., de la Paz Cabana, M., Villanueva, M. M., HaalandJohansen, L., ve Robert, A. (2016). International patterns of the public awareness of aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 51, 276–284.
- 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., Hickson, L. (2010). Health-related quality of life in people with aphasia: implications for fluency disorders quality of life research. *J. Fluen. Disord.* 35, 173–189.
- Cummings, J. L., ve Mega, M. S. (2003). *Neuropsychiatry and behavioral neuroscience*. Oxford University Press.
- Das, S. K., ve Banerjee, T. K. (2008). Stroke: indian scenario. *Circulation*, 118(25), 2719-2724.
- Davidson, B., Howe, T., Worrall, L., Hickson, L., ve Togher, L. (2008). Social participation for older people with aphasia: The impact of communication disability on friendships. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 15(4), 325-340.
- Dayapoğlu, N. ve Mehtap, T. A. N. (2009). İnmeli hastaların aileden algıladıkları sosyal destek. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(4), 41-48.
- Dentella, V., Bertocci, D., ve Semenza, C. (2022). Corrective Repetition of Ungrammatical Gender Agreement Stimuli: A Transcortical Sensory Aphasia Single Case Study. *Aphasiology*, 1-14.
- Elman, R. J., Ogar, J., ve Elman, S. H. (2000). Aphasia: Awareness, advocacy, and activism. *Aphasiology*, 14, 455–459.
- Finke, E. H., Light, J. ve Kitko, L. (2008). A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *Journal of Clinical Nursing*, 17(16), 2102-2115.
- Flynn, L., Cumberland, A. ve Marshall, J. (2009). Public knowledge about aphasia: A survey with comparative data. *Aphasiology*, 23, 393–401.
- Fridriksson, J., den Ouden, D. B., Hillis, A. E., Hickok, G., Rorden, C., Basilakos, A., ve Bonilha, L. (2018). Anatomy of aphasia revisited. *Brain*, 141(3), 848-862.

- Geschwind, N. (1967). Wernicke's contribution to the study of aphasia. *Cortex*, 3, 449–463.
- Godecke, E., Armstrong, E., Hersh, D., Ciccone, N. ve Bernhardt, J. (2013). Learned communicative non-use is a reality in very early aphasia recovery: An observational study. In Biennial Conference of the British Aphasiology Society, Manchester, United Kingdom.
- Gordon, C., Ellis-Hill, C., ve Ashburn, A. (2009). The use of conversational analysis: nurse–patient interaction in communication disability after stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 544-553.
- 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.
- Guinan, N. ve Carroll, C. (2019). An investigation of hospitality industry students' awareness and knowledge of aphasia. *Aphasiology*, 33(3), 337-351.
- Guo, Y. E. ve Lim, M. S. (2018). Aphasia awareness in Singapore. *Aphasiology*, 32(sup1), 79-80.
- Guzzo, R.A., Jackson, S.E. ve Katzell R.A. (1987). Meta-Analysis Analysis. *Research in Organizational Behavior*, (9), 407-442.
- Hagoort, P. (2014). Nodes and networks in the neural architecture for language: Broca's region and beyond. *Current opinion in Neurobiology*, 28, 136-141.
- Heard, R., Anderson, H., ve Horsted, C. (2022). Exploring the communication experiences of stroke nurses and patients with aphasia in an acute stroke unit. *Speech, Language and Hearing*, 25(2), 177-191.
- Hemsley, B., ve Balandin, S. (2014). A metasynthesis of patient-provider communication in hospital for patients with severe communication disabilities: informing new translational research. *Augmentative and Alternative Communication*, 30(4), 329-343.
- Hemsley, B., Sigafoos, J., Balandin, S., Forbes, R., Taylor, C., Green, V. A. ve Parmenter, T. (2001). Nursing the patient with severe communication impairment. *Journal of Advanced Nursing*, 35(6), 827-835.
- Henriksson, I., Hjertén, A., Zackariasson, J., Davidsson, L., Damberg, A., Saldert, C. ve Müller, N. (2019). Public awareness of aphasia - results of a Swedish sample. *Aphasiology*, 33, 94–104.

- Hernandez, Nelson J. (2016). The Effect of Aphasia on Quality of Life, Coping Style, and Resilience. Honors Undergraduate Theses. 147. *University Central of Florida*.
- Hilari, K. (2011). The impact of stroke: are people with aphasia different to those without? *Disabil. Rehabil.*, 33(3), 211–225.
- 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.
- Hilari, K., ve Northcott, S. (2006). Social support in people with chronic aphasia. *Aphasiology*, 20(1), 17-36.
- Hill, A., Blevins, R., ve Code, C. (2018). Revisiting the public awareness of aphasia in Exeter: 16 years on. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 21(5), 504-512.
- Hillis, A. E. (2007). Aphasia: progress in the last quarter of a century. *Neurology*, 69(2), 200-213.
- Hinckley, J., Hasselkus, A. ve Ganzfried, E. (2013). What people living with aphasia think about the availability of aphasia resources. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 22, S 310–S317.
- Howard, D., Patterson, K., Franklin, S., Morton, J. ve Orchard-Lisle, V. (1984). Variability and consistency in picture naming by aphasic patients. *Advances in Neurology*, 42, 263-276.
- Jensen, L. R., Løvholt, A. P., Sørensen, I. R., Blüdnikow, A. M., Iversen, H. K., Hougaard, A. ve Forchhammer, H. B. (2015). Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia. *Aphasiology*, 29(1), 57-80.
- Johnstone, M. J. (2010). On the matter of human kindness. *Australian Nursing Journal* 17, 32.
- Karadakovan, A. ve Aslan, F. E. (2011). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. Nobel.
- Karakaya, İ. (2012). *Bilimsel araştırma yöntemleri*. Ankara: Anı.
- Karakurt, P. ve Kaşıkçı, M. (2008). İnmeli bir olgunun yaşam modeline göre incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 76-84.

- Karasar, N. (2007). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım. s.773.
- Kent, B. P. ve Wallace, G. L. (2006). Aphasia Awareness Among the Honolulu Chinese Population. *Hawaii Medical Journal*, 65(5).
- Kurtaran, H., Kızılbulut, G., Uğur, K. ve Ark, N. (2010). Ani işitme kaybı ile karışan Wernicke afazisi: Bir olgu sunumu. *Cumhuriyet Medical Journal*, 32(3), 334-337.
- Lam, J. M., & Wodchis, W. P. (2010). The relationship of 60 disease diagnoses and 15 conditions to preference-based health-related quality of life in Ontario hospital-based long-term care residents. *Medical care*, 380-387.
- Langhorne, P. ve Duncan, P. (2001). Does the organization of postacute stroke care really matter?. *Stroke*, 32(1), 268-274.
- Le Dorze, G., Lever, N., Ryalls, J. ve Brassard, C. (1995). Values of certain prosodic parameters obtain with French-speaking probands without communication problems. *Folia Phoniatr. Logop.* 47, 39–47.
- 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 and Communication Disorders*, 36(sup1), 25-30.
- Long A.F., Kneafsey R., Ryan J. ve Berry J. (2001) The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing* 37(1), 70–78
- Maas, M. B., Lev, M. H., Ay, H., Singhal, A. B., Greer, D. M., Smith, W. S., ... ve Furie, K. L. (2012). The prognosis for aphasia in stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 21(5), 350-357.
- Mavis, I. (2007). Perspectives on public awareness of stroke and aphasia among Turkish patients in a neurology unit. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 21, 55–70.
- Maviş, İ. ve Özbabalık Adapınar, B. D. (2006). Yaşlılıkta nörolojik temelli iletişim sorunları ve dil ve konuşma terapisi.
- McCann, C., Tunnicliffe, K., ve Anderson, R. (2013). Public awareness of aphasia in New Zealand. *Aphasiology*, 27, 568–580.

- McCauslin, L. S., Florance, C. L., & Rabidoux, P. C. (1980). Evaluation of physician understanding of aphasia and the role of the speech pathologist. In *Clinical Aphasiology: Proceedings of the Conference 1980*. (pp. 147-155).
- McNeil, M. R., ve Pratt, S. R. (2001). Defining aphasia: Some theoretical and clinical implications of operating from a formal definition. *Aphasiology*, 15(10-11), 901-911.
- Mesulam, M. M. (2001). Primary progressive aphasia. *Annals of Neurology*, 49(4), 425-432.
- Morris, M., Dudgeon B. J. ve Yorkston K. (2013). A qualitative study of adult AAC users' experiences communicating with medical providers. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 8(6), 472–481.
- Morrow-Odom, K. L. ve Barnes, C. K. (2019). Mental Health Professionals' Experiences with Aphasia. *Journal of Rehabilitation*, 85(1).
- Mortimer, K. T. (2012). Healthcare professionals' knowledge of aphasia: Conveying prognosis for language recovery and life participation to patients (Doctoral dissertation, The University of North Carolina at Chapel Hill).
- Moss, B., Parr, S., Byng, S. ve Petheram, B. (2004). ‘Pick me up and not a down down, up up’: how are the identities of people with aphasia represented in aphasia, stroke and disability websites?. *Disability and Society*, 19(7), 753-768.
- Neugebauer, H., Malakou, F., Uttner, I., Köpke, M., Jüttler, E. ve IGNITE Study Group (Initiative of German NeuroIntensive Trial Engagement). (2019). Attitudes of nurses toward disability and treatment in space-occupying middle cerebral artery stroke. *Neurocritical Care*, 30, 132-138.
- Nyström, M. (2009). Professional aphasia care trusting the patient’s competence while facing existential issues. *Journal of Clinical Nursing*, 18(17), 2503-2510.
- O’Halloran, R., Grohn, B. ve Worrall, L. (2012). Environmental factors that influence communication for patients with a communication disability in acute hospital stroke units: A qualitative metasynthesis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(Supp. 1), S77–S85.
- O’Halloran, R., Worrall L., Hickson L. 2011. Environmental factors that influence communication between patients and their healthcare providers in acute

- hospital stroke units: an observational study. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 46: 30–47.
- Özdemir, G. (2000). Beyin Krizi nedir? Hakkında bilmek istedikleriniz. Eskişehir: *Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği*, Yayın.
- Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. *Aphasiology*, 21(1), 98-123.
- Patel, M. D., McKevitt, C., Lawrence, E., Rudd, A. G. ve Wolfe, C. D. A. (2007). Clinical determinants of long-term quality of life after stroke. *Age and Ageing*, 36(3), 316-322.
- Patterson, R., Robert, A., Berry, R., Cain, M., Iqbal, M., Code, C., ... ve Leonard, C. (2015). Raising public awareness of aphasia in southern Ontario, Canada: A survey. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 17(2), 121-126.
- Pollock, A., St George, B., Fenton, M. ve Firkins, L. (2014). Top 10 research priorities relating to life after stroke consensus from stroke survivors, caregivers, and health professionals. *International Journal of Stroke*, 9(3), 313–320.
- Pound, P., ve Ebrahim, S. (2000). Rhetoric and reality in stroke patient care. *Social Science and Medicine*, 51(10), 1437-1446.
- Pound, C., ve Jensen, L. R. (2018). Humanising communication between nursing staff and patients with aphasia: potential contributions of the Humanisation Values Framework. *Aphasiology*, 32(10), 1225-1249.
- Power, E., Falkenberg, K., Barnes, S., Elbourn, E., Attard, M., Togher, L. (2020). A pilot randomized controlled trial comparing online versus face-to-face delivery of an aphasia communication partner training program for student healthcare professionals. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 55(6), 852-866.
- Riley, J. B. (2008). *Communication in Nursing*, 6th edn. Mosby Elsevier, St Louis, MO.
- Ross, K., ve Wertz R. (2003). Quality of life with and without aphasia. *Aphasiology*, 17(4):, 355–364.
- Ross, A., Winslow, I., Marchant, P. ve Brumfitt, S. (2006). Evaluation of communication, life participation and psychological well-being in chronic aphasia: The influence of group intervention. *Aphasiology*, 20, 427–448.

- Silkes, J. P. (2009). Parameters of implicit priming in anomia. University of Washington.
- Silvestrelli, G., Paciaroni, M., Caso, V., Milia, P., Palmerini, F., Venti, M. ve Parnetti, L. (2006). Risk factors and stroke subtypes: results of five consecutive years of the Perugia Stroke Registry. *Clinical and Experimental Hypertension*, 28(3-4), 279-286.
- Simmons Mackie, N., Code, C., Armstrong, E., Stiegler, L. ve Elman, R. J. (2002). What is aphasia? Results of an international survey. *Aphasiology*, 16, 837–848.
- Simmons Mackie, N., Kagan, A., O'Neill Christie, C., Huijbregts, M., McEwen, S. ve Willems, J. (2007). Communicative access and decision making for people with aphasia: Implementing sustainable healthcare systems change. *Aphasiology*, 21, 39–66.
- Simmons Mackie, N., Worrall, L., Shiggins, C., Isaksen, J., McMenamin, R., Rose, T., ve Wallace, S. J. (2020). Beyond the statistics: A research agenda in aphasia awareness. *Aphasiology*, 34(4), 458-471.
- Sjöqvist Nätterlund, B. (2010). A new life with aphasia: everyday activities and social support. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17(2), 117-129.
- Skinder Meredith, A., Bye L., Bulthuis K., ve Schueller A. (2007). Patient-centered communication survey of nursing homes and rehabilitation centers. *Care Management Journals*, 8(1), 8–15.
- Stegmayr, B. ve Wester, P. O. (1994). Trends in incidence, case-fatality rate, and severity of stroke in northern sweden. *Stroke*, 25(9), 1738–1745.
- Stein Parbury, J. (2009). *Patient and Person: Interpersonal Skills in Nursing*, 4 edn. Churchill Livingstone, Sydney.
- Sundin, K., ve Jansson, L. (2003). 'Understanding and being understood' as a creative caring phenomenon—in care of patients with stroke and aphasia. *Journal of Clinical Nursing*, 12(1), 107-116.
- Sundin, K., Jansson, L. ve Norberg, A. (2000). Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), 481-488.

- Sundin, K., Jansson, L. ve Norberg, A. (2002). Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry. *Nursing Inquiry*, 9(2), 93-103.
- The Joint Commission. (2010). Advancing effective communication, cultural competence, and patient and family centred care. Oakbrook TCE, IL: A roadmap for hospitals.
- Thompson, J., ve McKeever, M. (2014). The impact of stroke aphasia on health and well-being and appropriate nursing interventions: an exploration using the Theory of Human Scale Development. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3-4), 410-420.
- Toğram, B. (2012). Let Me Know “What Is Aphasia?”: Results of a Survey with Turkish People. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 61, 248-249.
- Toğram, B. ve Şahin, İ. (2021). *Türkiye’de Çalışan Dil ve Konuşma Terapistlerinin Afazili Bireylere Yönelik Terapi Hizmetlerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Üçok, A., Polat, A., Sartorius, N., Erkoc, S., ve Atakli, C. E. M. (2004). Attitudes of psychiatrists toward patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58(1), 89-91.
- Varley, R. (2014). Reason without much language, *Language Sciences*, 46, 232-244.
- Varley, R. ve Siegal, M. (2000). Evidence for cognition without grammar from causal reasoning and ‘theory of mind’ in an agrammatic aphasic patient, *Current Biology*, 10, 723-726.
- Vickers, C. P. (2010). Social networks after the onset of aphasia: The impact of aphasia group attendance. *Aphasiology*, 24(6-8), 902-913.
- Vickery, C. D., Evans, C. C., Lee, J. E., Sepehri, A. ve Jabeen, L. N. (2009). Multilevel modeling of self-esteem change during acute inpatient stroke rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 54(4), 372.
- Vuković, M., Matic, D., Kovac, A., Vuković, I. ve Code, C. (2017). Extending knowledge of the public awareness of aphasia in the Balkans: Serbia and Montenegro. *Disability and Rehabilitation*, 39, 2381–2386.
- Wallace, S. J., Worrall, L., Rose, T., Le Dorze, G., Cruice, M., Isaksen, J., . . . Gauvreau, C. (2017). Which outcomes are most important to people with

- aphasia and their families? An international nominal group technique study framed within the ICF. *Disability and Rehabilitation*, 39, 1363–1379.
- Wells, A. (1999). Family support systems: Their role in aphasia. *Aphasiology*, 13(12), 911-914.
- Welsh, J. D., ve Szabo, G. B. (2011). Teaching nursing assistant students about aphasia and communication. In *Seminars in Speech and Language* (Vol. 32, No. 03, pp. 243-255). © Thieme Medical Publishers.
- Welsh, J., Abbanat, G., ve Szabo, G. (2009). Development of an aphasia training program for medical residents.
- Willems, R. M., ve Varley, R. (2010). Neural insights into the relation between language and communication. *Frontiers in Human Neuroscience*, 4, 203.
- Worrall, L. (2018). The seven habits of highly effective aphasia therapists. *Aphasiology*, 32, 248.
- 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.
- http-1: <http://www.aphasiapathway.com.au/?name=community-awareness>
- http-2: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/

EKLER

EK-1. Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurul
Onay'ı



EK-2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bu tez çalışması İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Bülent TOĞRAM danışmanlığında, Yüksek Lisans öğrencisi Feriha İLGEZEN tarafından yürütülmektedir. Çalışma kapsamında Aphasia Attitudes, Strategies and Knowledge (AASK)' anketinin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik analizlerinin yapılması; sonrasında Türkçe'ye uyarlanan anket ve Afazi Farkındalık Anketi ile hemşirelerin afaziye yönelik farkındalık düzeylerinin, bilgi düzeylerinin ve tutumlarının incelenmesi amaçlanmaktadır.

Bu çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışma esnasında alınan bütün bilgiler gizli tutulacaktır. Veri toplama sürecinde/süreçlerinde size rahatsızlık verebilecek herhangi bir soru/talep olmayacaktır. Yine de katılımınız sırasında herhangi bir sebepten rahatsızlık hissederseniz çalışmadan istediğiniz zamanda ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılmanız durumunda sizden toplanan veriler çalışmadan çıkarılacak ve imha edilecektir.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Bu çalışma boyunca elde edilen verilerin isminin geçmediği yayınlarda kullanılabileceğini, sonuçların internet aracılığı ile veya basılı yayın aracılığıyla yayımlanmasını kabul ediyorum. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden vermek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

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

Katılımcının;

Araştırmacının;

Adı-Soyadı:

İletişim Tel:

Tarih:

İmza

Adı-Soyadı:

İletişim Tel:

Adres:

EK-3. Katılımcı Bilgi Formu

Katılımcı Bilgi Formu

Cinsiyetiz:

Kadın ()

Erkek ()

Yaşınız:

.....

Şu an bulunduğunuz il:

.....

En son mezuniyet dereceniz:

Önlisans

Lisans

Yüksek lisans

Doktora

Diğer

Hemşire olarak meslekteki çalışma süreniz:

1 yıldan az () 1-3 ()

4-6 ()

7-9 ()

10 yıl ve üzeri ()

Görev yeriniz:

Kamu Hastaneleri ()

Özel Hastaneler ()

Çalıştığınız bölüm:

.....

EK-4. Anketler

AFAZİYE YÖNELİK BİLGİ, TUTUM VE STRATEJİLER ANKETİ

Açıklama

Bu anket bize afazi ile ilgili bilgileriniz hakkında görüş sağlayacaktır. Anket üç bölümden oluşmaktadır. Lütfen her bölümdeki soruları eksiksiz yanıtlayın ve çoktan seçmeli sorular için yer alan kutucukları işaretleyiniz.

Bölüm Bir: Afazi Bilgisi

S 1.1. Lütfen afazinin DÖRT ANA/BELİRGİN ÖZELLİĞİNİ belirtin. Emin değilseniz, “Kararsızım”ı işaretleyiniz.

- | | |
|-------------------------------------|------------------|
| Kararsızım ☐ | Özellik 1: _____ |
| Kararsızım ☐ | Özellik 2: _____ |
| Kararsızım ☐ | Özellik 3: _____ |
| Kararsızım ☐ | Özellik 4: _____ |

S 1.2. Aşağıdakilerden hangisi afazinin karakteristik özelliklerinden BİRİDİR?

- a) Motor problemler
- b) Dikkat problemleri
- c) Demans
- d) Yukarıdakilerin hiçbiri
- e) Kararsızım

S 1.3. Aşağıdaki ifadelerden hangisi DOĞRUDUR?

- a) Sağlık çalışanları, afazili bireylerden bilgi almakta zorluk çekebilir.
- b) Afazili bireyler sağlık hizmetleri ile ilgili kararları bağımsız olarak verebilme yetkinliğine sahiptirler.
- c) Afazili bireyler aile fertlerinden biri olmadan sağlık hizmetleri ile ilgili karar verme yetkinliğine sahip değildirler.
- d) Yukarıdakilerden ikisi
- e) Kararsızım

S 1.4. Doktorlar, hemşireler, fizyoterapistler vb. sağlık hizmeti profesyonelleri afazili bireylerin sağlık hizmetlerine katılım sağlamasına şu şekilde YARDIMCI olabilirler:

- a) Çevirmen kullanarak
- b) Bilginin “ulaşılabilir” şekilde sunulduğundan emin olarak
- c) Konsültasyon sırasında aile üyelerinin de bulunduğundan emin olarak
- d) Yukarıdakilerin hiçbiri
- e) Kararsızım

Bölüm İki: İletişim Stratejileri

S 2.1. Afazili bireyin yeterliliğini KABUL ETTİĞİNİZİ ve durumuna saygı duyduğunuzu gösterecek ÜÇ strateji sıralayınız. Emin değilseniz, “Kararsızım”ı işaretleyiniz.

Kararsızım ☐	Strateji 1: _____
Kararsızım ☐	Strateji 2: _____
Kararsızım ☐	Strateji 3: _____

S 2.2. Afazili bir bireyin söylediklerinizi ANLADIĞINDAN emin olmak için kullanabileceğiniz ÜÇ strateji sıralayınız. Emin değilseniz, “Kararsızım”ı işaretleyiniz.

Kararsızım ☐	Strateji 1: _____
Kararsızım ☐	Strateji 2: _____
Kararsızım ☐	Strateji 3: _____

S 2.3. Afazili bir bireyin kendisini yeterince İFADE edebilmesini sağlamak için kullanabileceğiniz DÖRT strateji sıralayınız. Emin değilseniz, “Kararsızım”ı işaretleyiniz.

Kararsızım ☐	Strateji 1: _____
Kararsızım ☐	Strateji 2: _____
Kararsızım ☐	Strateji 3: _____
Kararsızım ☐	Strateji 4: _____

Bölüm 3: Tutumlar (Kısım A)

S 3.1. Bir hastanede çalışıyorsunuz. Süpervizörünüz sizden herhangi bir iletişim sorunu olmayan bir hastadan öykü almanızı istiyor. Bu görevi tamamlama konusunda ne kadar rahat hissedersiniz?

1. Aşırı derecede rahatsız hissederim
2. Rahatsız hissederim
3. Kararsızım
4. Rahat hissederim
5. Çok rahat hissederim

S 3.2. Aynı hastayla başarılı bir şekilde iletişim kurabileceğinizden ne kadar eminsiniz?

1. Çok emin değilim
2. Emin değilim
3. Kararsızım
4. Eminim
5. Çok eminim

Bölüm 3: Tutumlar (Kısım B)

S 3.3. Bir hastanede çalışıyorsunuz. Süpervizörünüz, konuşamayan ve sizi anlayamayan bir hastadan öykü almanızı istiyor. Bu görevi tamamlama konusunda ne kadar rahat hissedersiniz?

1. Aşırı derecede rahatsız hissedirim
2. Rahatsız hissedirim
3. Kararsızım
4. Rahat hissedirim
5. Çok rahat hissedirim

S 3.4. Aynı hastayla başarılı bir şekilde iletişim kurabileceğinizden ne kadar eminsiniz?

1. Çok emin değilim
2. Emin değilim
3. Kararsızım
4. Eminim
5. Çok eminim

AFAZİ FARKINDALIK ANKETİ

1. “Afazi”yi hiç duydunuz mu? * (Size uygun olanı işaretleyin)

Evet

Hayır

Emin Değilim

LÜTFEN DİKKAT 1. Soruya yanıtınız; **“Hayır”** ise anketi uygulamayı **BİTİRİN.**

“Evet” veya “Emin Değilim” ise anketi doldurmaya **DEVAM EDİN.**

2. Afazi nedir? Kendi ifadenizle (sözcüklerinizle) yazın.

3. Afazili bireylerin;* (Size uygun olanı işaretleyin)

	Evet	Hayır	Emin Değilim
a. Sözcüklerin telaffuzuyla ya da konuşmayla ilgili zorlukları var mıdır?	☐	☐	☐
b.Dil (düşüncelerini sözcüklerle aktarmada) zorlukları var mıdır?	☐	☐	☐
c.Başkalarının söylediklerini anlama sorunları var mıdır?	☐	☐	☐
d.Düşünme ya da zeka ile ilgili sorunları var mıdır?	☐	☐	☐
e.“Zihinsel/mental” sağlık sorunları var mıdır?	☐	☐	☐
f.Okuma sorunları var mıdır?	☐	☐	☐
g.Yazma sorunları var mıdır?	☐	☐	☐
h.İletişim sorunları var mıdır?	☐	☐	☐

4. Afazinin nedenleri nedir/nelerdir? Kendi ifadenizle (sözcüklerinizle) yazın.

5.Afazinin nedeni;* (Size uygun olanı işaretleyin)

	Evet	Hayır	Emin Değilim
a.Beyin hasarı	☐	☐	☐
b.Duygusal sorunlar	☐	☐	☐
c.Zekanın hasar görmesi	☐	☐	☐
d.Zihinsel (akıl) sorunlar	☐	☐	☐
e.Beyin krizi (İnme/felç)	☐	☐	☐

6.Afaziyi nereden duyduunuz?* (Size uygun olanı işaretleyin)

Akrabamın/arkadaşımın afazisi var/vardı
Televizyon/radyo
Gazete/dergi
İşim nedeniyle
Diğer

7.Afazili bireylere yardım etmek için neler yapılabilir?

EK-5. Yazarın Kullanım İzni



ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Feriha İLGEZEN

