

**AFAZİLİ BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİ
DÜZEYLERİNİN VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Özlem OĞUZ

Eskişehir, 2016

**AFAZİLİ BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNİN VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Özlem OĞUZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Danışman: DOÇ. DR. BÜLENT TOĞRAM

Eskişehir

Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Haziran, 2016

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Özlem Oğuz'un "Afazili Bireylerin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi " başlıklı tezi 20/06/2016 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.

Unvanı-Adı Soyadı

İmza

Üye (Tez Danışmanı)	Doç.Dr. Bülent Toğram
Üye	Prof. Dr. İlknur Maviş
Üye	Yrd. Doç. Dr. Demet İlhan Algın

Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 12.07.2016 tarih ve26..... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Dilek AK



ÖZET

AFAZİLİ BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNİN VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Özlem OĞUZ

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Haziran, 2016

Danışman: Doç. Dr. Bülent TOĞRAM

Afazi, beyinde meydana gelen bir hasarın dil dominant hemisferi etkilemesi sonucu ortaya çıkan, bireyin dili anlaması, üretmesi ve kullanmasında neden olan bir iletişim bozukluğudur. Afazi sonrasında bireyin yaşam kalitesi azalmaktadır. Yaşam kalitesinin iyi bir şekilde belirlenmesi afazi müdahalesinin etkililiğini arttırmaktadır. Türkiye’de afazili vakaların yaşam kalitesi düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle bu çalışmanın amacı afazili bireylerin yaşam kalitesini ve yaşam kalitesini olumlu ya da olumsuz etkileyen faktörleri belirlemektir.

Çalışmaya Anadolu Üniversitesi Dil ve Konuşma Bozuklukları Araştırma ve Uygulama Merkezi’ne (DİLKOM) ve Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü’ne başvuran 50 erişkin afazili birey dahil edilmiştir. Katılımcıların bilgilerini içeren katılımcı bilgi formu ve sağlık bilgilerini içeren sağlık bilgi formu doldurulmuştur. Çalışmaya katılan bireylere ‘Afazi Dil Değerlendirme Testi (ADD), ‘Beck Depresyon Ölçeği’ ve ‘SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği’ uygulanmıştır. Araştırmanın sonucunda SF-36 ve Beck Depresyon Ölçeği ile SAQOL-39-TR arasında korelasyon bulunmuştur. Katılımcıların SAQOL-39-TR ölçeğinden ve alt alanlarından aldıkları puanlarının yaş, cinsiyet ve inme üzerinden geçen süre gibi potansiyel belirleyici faktörlerine göre farklılaşmadığı saptanmıştır. Eğitim düzeyi, okuma alışkanlıkları ve evde yaşayan kişi sayısı değişkenler ile katılımcıların SAQOL-39-TR ölçeğinin bazı alt alanlarından aldıkları puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Afazi, Yaşam kalitesi, SF-36, SAQOL-39, Beck depresyon ölçeği.

ABSTRACT

ASSESSING QUALITY OF LIFE OF INDIVIDUALS WITH APHASIA AND DETERMINING PREDICTORS OF QUALITY OF LIFE

Özlem OĞUZ

Department of Language and Speech Therapy

Anadolu University, Graduate School of Health Sciences, June, 2016

Supervisor: Assoc. Prof. Bülent TOĞRAM

Aphasia is an acquired language impairment resulting from a focal brain lesion in the absence of other cognitive, motor or sensory impairments. Changes in quality of life are observed after acquired aphasia following stroke. Intervention and provision in aphasia become more effective by examining and understanding these changes. Although there are numerous studies which focus on QOL in some other countries, there is no study in Turkey which examine QOL and determining predictors. Therefore, the aim of this study was to determine QOL of Turkish people with aphasia and to analyze the factors which affect QOL.

Afazi Dil Değerlendirme Testi (ADD), Short Form-36, and Beck Depression Scale and SAQOL-39-TR were administered to a group of 50 post stroke participants taking therapy and treatment in Anadolu University Education, Research & Training Centre for Speech and Language Pathology (DİLKOM) and Eskişehir Osmangazi University Physical Therapy Department. By analyzing data, performances of people with aphasia in four domains of SAQOL-39-TR were determined and the relation between factors of age, gender, stroke onset, reading habits, inhabitant number at home, physical and social facilities, absence of care taker and QOL were investigated.

Key Words: Aphasia, Quality of life, SAQOL-39, Beck depression scala, SF-36.

TEŞEKKÜR

Bu alıőmanın baőlaması ile girilen zahmetli sűrete bilgisi ve deneyimi ile bana yol gűsteren, ilgisini ve vaktini hiçbir zaman esirgemeyen ve motivasyonumu artırma konusunda oldukça cűmert davranan sevgili hocam Doç. Dr. Bűlent Toėram'a,

Aldığım kararlarda ve attığım her adımda desteklerini esirgemeyen ve sevgilerini her daim hissettiren minnoőlarım annem, babam, kardeőlerim Őzge ve Adil'e,

Tanıőıklıėımız itibariyle beni her daim destekleyen ve daha ileriye gitmem için motive eden, karőılaőtıėım gűlűkleri aőmamda yardımcı olan, bilgi ve tecrűbelerinden sűrekli olarak faydalandıėım çok deėerli ve sevgili insan Serdan etin'e,

Destekleriyle ve ileri planlamacılığı ile bana hep yardımcı olan sevgili arkadaőım İmge Bora'ya

Bu çok zahmetli, stresli ve zorlu sűrete yanımda olarak destekleyen arkadaőlarıma onmilyonlarca teőekkűrler...

Özlem Oğuz

20/06/2016

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 aşamalardan bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Anadolu Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programı”yla 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 sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

.....

Özlem OĞUZ

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
BAŞLIK SAYFASI.....	i
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	ix
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Afazi.....	2
1.2. Yaşam Kalitesi	4
1.3. Sağlıkta Yaşam Kalitesi.....	5
1.4. Sağlıkta Yaygın olarak Kullanılan Yaşam Kalitesi Ölçekleri.....	6
1.4.1. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 (Short Form-36: SF-36).....	6
1.4.2. Manchester Kısa Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği (Manchester Short Assessment Of Quality Of Life: MANSA).....	6
1.4.3. Avrupa yaşam kalitesi ölçeği (EuroQol Quality of Life Scale: EQ-5D).....	7
1.4.4. WHO Quality Of Life-BREF (WHOQOL-BREF).....	7
1.4.5. Inmeye Spesifik Yaşam Kalitesi Ölçeği (Stroke Specific Quality Of Life Scale: SSQOL)	7
1.4.6. The Rand-36.....	8
1.4.7. Flanagan Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Flanagan Quality Of Life Scale: QOLS)	8
1.4.8. Nottingham Sağlık Profili Ölçeği (Nottingham Health	

Scale: NHP).....	9
1.5. Afazide Yaşam Kalitesi Ve Afazili Bireylerle İlgili Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi.....	10
1.6. Afazili Bireylerin Yaşam Kalitesini Değerlendirmede Yaygın Olarak Kullanılan Yaşam Kalitesi Ölçekleri.....	13
1.6.1. İnme Ve Afazi Yaşam Kalitesi Ölçeği-39 (Stroke And Aphasia Quality Of Life Scale: SAQOL-39)	13
1.6.2. ASHA İletişim Yaşamı Kalitesi Ölçeği (ASHA Quality Of Communication Life Scale: ASHA-QCL).....	14
1.7. Afazili Hastalarda Yaşam Kalitesi Çalışmaları.....	15
1.8. Çalışmanın Amacı Ve Önemi.....	28
1.9. Araştırma Soruları.....	29
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
2.1. Araştırma Modeli.....	31
2.2. Araştırmanın Katılımcıları.....	31
2.2.1. Katılımcı Ölçütleri.....	33
2.3. Veri Toplama Aracı.....	33
2.3.1. İnme Ve Afazi Yaşam Kalitesi-39 TR Ölçeği (SAQOL-39-TR).....	34
2.4. Veri Analizi.....	38
3. BULGULAR VE YORUM.....	39
3.1. Giriş.....	39
3.1.1. Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek Ve Alt Alan Puanlarına İlişkin Bulgular.....	37
3.1.2. Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek Toplam Puanı Ve Alt Alan Puanlarının Ortalamalarına İlişkin Bulgular...	41
3.1.3. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular.....	41
3.1.4. Katılımcıların SF-36'dan Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular.....	42
3.1.5. Afazili Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlar İle SF-36'dan Aldıkları Puanların Korelasyonuna İlişkin Bulgular.....	45

3.1.6.	Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlar İle Beck Depresyon Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Korelasyonuna İlişkin Bulgular.....	46
3.1.7.	Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılığına İlişkin Bulgular.....	47
3.1.8.	Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlarının Yaş Değişkenine Yönelik Bulguları.....	48
3.1.9.	Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Yönelik Bulguları.....	49
3.1.10.	Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlarının Okuma Alışkanlığı Değişkenine Yönelik Bulguları.....	50
3.1.11.	Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlarının İnme Üzerinden Geçen Süre Değişkenine Yönelik Bulguları.....	51
3.1.12.	Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlarının Evde Yaşayan Kişi Sayısı Değişkeniyle Korelasyonuna Yönelik Bulguları....	51
4.	SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER.....	53
4.1.	Sonuç	53
4.2.	Tartışma	54
4.3.	Öneriler.....	59
	KAYNAKÇA.....	61
	EKLER	
	ÖZGEÇMİŞ	

ÇİZELGELER DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Çizelge 2.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	31
Çizelge 2.2. Katılımcıların İnme Üzerinden Geçen Süre, ADD İşitsel Anlama Puanı ve Eğitim Düzeyi Ortalamaları.....	32
Çizelge 2.3. SAQOL-39-TR Alt Alanların ve Ölçek Genelinin Puanlanması.....	36
Çizelge 2.4. Uygulama Sonucunda Elde Edilen Puan Türleri.....	36
Çizelge 3.1. Afazili Bireylerin SAQOL-39-TR Ölçek ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlar.....	39
Çizelge 3.2. Afazili bireylerin SAQOL-39-TR Ölçek ve Alt Alanlarından Aldıkları Toplam Puan ve Ölçeğin Alt Alanlarından Aldıkları Puanlarının Ortalamaları.....	41
Çizelge 3.3. Afazili Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar.....	42
Çizelge 3.4. Afazili Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	42
Çizelge 3.5. Katılımcıların SF-36'dan Aldıkları Puanlar.....	43
Çizelge 3.6. Katılımcıların SF-36'dan ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Ortalamaları.....	44
Çizelge 3.7. Afazili Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlar ile SF-36'dan Aldıkları Puanların Korelasyonu.....	45
Çizelge 3.8. Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlar ile Beck Depresyon Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Korelasyonu.....	46
Çizelge 3.9. Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek Ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlarının Cinsiyet Değişkenine göre Farklılığa İlişkin Sonuçlar.....	47
Çizelge 3.10. Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek Ve Alt Alanlarından	

	Aldıkları Puanlarının Yaş Değişkenine göre Farklılığa İlişkin Sonuçlar.....	48
Çizelge 3.11.	Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine göre Farklılığına İlişkin Sonuçlar.....	49
Çizelge 3.12.	Katılımcıların SAQOL-39-TR Fiziksel Alt Alanlarından Aldıkları Puanlarının Eğitim Düzeyi Göre Sheffe Testi Sonuçlar.....	49
Çizelge 3.13.	Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlarının Okuma Alışkanlığı Değişkenine Göre Farklılığa İlişkin Sonuçlar.....	50
Çizelge 3.14.	Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek Ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlarının İnme Üzerinden Geçen Süre Değişkeniyle Korelasyon Sonuçları.....	51
Çizelge 3.15.	Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek Ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlarının Evde Yaşayan Kişi Sayısı Değişkeniyle Korelasyon Sonuçları.....	52

SİMGE ve KISALTMALAR DİZİNİ

ASHA	: Amerikan Konuşma, Dil ve İşitme Derneği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
ASHA-QCL	: ASHA İletişim Yaşamı Kalitesi Ölçeği
DİLKOM	: Anadolu Üniversitesi, Dil ve Konuşma Bozuklukları Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi
DKT	: Dil ve Konuşma Terapisti
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
MANSA	: Manchester Kısa Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği
SAQOL-39	: İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi-39 Ölçeği
SF-36	: Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36
SS	: Standart sapma
SSQOL	: İnmeye Spesifik Yaşam Kalitesi Ölçeği
t	: t testi değeri
p	: Önem düzeyi

1. GİRİŞ

Afazi beyinde dilden sorumlu alanlarındaki bir lezyon, serebro-vasküler olay, tümörler, travmatik beyin hasarı, anormal hücre büyümesi ve bazı hastalıklar nedeniyle gelişen, bireyin ifade ve alıcı dil becerilerine ek olarak yazma ve okuma gibi becerilerini de etkileyen bir dil sorunudur. Dil ve iletişim sorunlarına ek olarak bu bireylerde kısmi paralizi (hemipleji), görüş kaybı (hemianopsi), apraksi, disfaji, epilepsi ve bellek-dikkat-motor sorunları da ortaya çıkmaktadır. Bireyler afazi sonrasında negatif duygulanma (yalnızlık, depresyon, öz güven eksikliği, memnuniyetsizlik, umutsuzluk, çekimserlik), iletişim kurma, hobi edinme/ sürdürme ve sosyal aktivitelere katılım isteğinin azalması, iş sahibi olamama, diğer bireylerle olan ilişkilerde bozulma ve öz bakım becerilerinde azalma gibi sorunlar yaşamaktadır. Bu ve benzeri sorunlar afazili bireylerin yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır. Yaşam kalitesi bireyin emosyonel, fiziksel, fizikososyal alanlarda hissettiği iyilik durumudur. Yaşam kalitesi afazili bireylerin rehabilitasyon süreçlerinin planlaması, öncelikli hedeflerin belirlenmesi ve terapi aşamalarında önem arz etmektedir. Müdahale sürecinde afazili bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmek temel amaçtır. Bireylerin yaşamlarına dair var olan bakış açılarını anlamak uygun ve etkili müdahaleler için oldukça önemli bir adımdır. Yaşam kalitesini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından birçok ölçek geliştirilmiştir. Bu ölçeklerin bazıları bozukluğa özel olarak yapılandırılmıştır. Hilari ve ark. (2003) tarafından geliştirilmiş olan SAQOL-39 afazili bireylere özel olarak geliştirilmiş olan yaşam kalitesi ölçeklerinin başında gelmektedir. SAQOL-39 içerdiği maddelerde konuşmayı anlamada güçlükler, karar almada güçlük ve aile yaşamı ve sosyal yaşamda dil problemlerinin etkileri konularına odaklanmaktadır.

Bu çalışmanın amaçları afazili bireylerin yaşam kalitesini ve yaşam kalitesini olumlu ya da olumsuz etkileyen faktörleri belirlemek, yaşam kalitesi puanını etkileyeceği düşünülen yaş, cinsiyet, inme üzerinden geçen zaman, eğitim süresi, okuma alışkanlıkları ve evde yaşayan kişi sayısı değişkenlerinin elde edilen yaşam kalitesi puanı ile ilişkisi incelemek ve İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi-39 Ölçeği (SAQOL-39-TR) puanları ile Beck Depresyon Ölçeği'den ve Kısa Form-36'dan (SF-36) elde edilen puanlar arasında korelasyonun varlığı sorgulamak şeklinde belirlenmiştir.

1.1. Afazi

Afazi olgusunun bilinen haliyle dünyaya ilk tanıtımı 1861'de Paul Broca'nın Paris Antropoloji Topluluğu'na yaptığı beynindeki bir patoloji sebebiyle dil işlevleri kaybolan bir bireyin vaka sunumu ile gerçekleşmiştir. Ardila (2014) milattan önceki yıllardan başlamak üzere insanların afazi olgusunun farkında olduğu ve bununla ilgili Mısır ve Roma dönemlerine ait kayıtların varlığı bilgisine yer vermiştir. Broca'dan sonra Wernicke ve Geschwind de benzer çalışmalarla afazinin sınıflandırılması ve tanılanması adına araştırmalar yapmıştır.

Modern zamanlarda afazi dil algılama ve üretim sürecinde etkinliği kanıtlanmış dil için baskın olan sol hemisferde meydana gelen hasarlar sonrası gelişen ve bireyin ifade ve alıcı dil becerilerine ek olarak yazma ve okuma gibi becerilerini de etkileyen bir dil sorunudur (Ardila, 2014).

Afazi, dilin içeriği veya anlamında, dil yapısı veya biçiminde, dil kullanımı veya işlevinde ve dil için gerekli bilişsel yetilerde (tanıma, anlama, bellek ve düşünme) gerileme ve bozulmayla açıklanmakta; bu bozukluk, dinleme, konuşma, okuma ve yazma -her birindeki hasarın eşit olması gerekmeden- işlevlerinde ortaya çıkmaktadır (Chapey, 1994). Afazili bireylerde özellikle sözcük bulma ve adlandırma, sözel akıcılık, işitsel anlama, tekrarlama, dilbilgisi, okuma ve yazma gibi dil alanlarında çeşitli bozukluklar görülmektedir (Damasio, 1998).

Nörolojik bakış açısıyla ise afazi kognitif, motor ve duyuşsal bozuklukların varlığıyla gelişen fokal bir beyin lezyonundan kaynaklanan edinilmiş dil bozukluğudur (Papathanasiou ve ark., 2013). Afazi dilin fonoloji, morfoloji, sentaks, semantik ve pragmatik alanlarıyla birlikte dilin konuşma, yazma, okuma ve jest-mimik kullanımı gibi modalitelerinde de kendini gösterir (Papathanasiou ve ark., 2013). Ulusal Afazi Derneği (National Aphasia Association) afazide bireyin zeka durumunun etkilenmediğine dair bilgiler paylaşırken, Reuck ve O'conner (1964) kitaplarında afazinin sadece dil bozukluğu değil, zekayı da etkileyen bir bozukluk olduğuna dair bilgilere ve bu savı destekleyen araştırmacıların çalışmalarına yer vermişlerdir.

Beyinde dilden sorumlu alanlarındaki bir lezyon, serebro-vasküler olay (SVO; tromboz, emboli, kanama, anevrizma), tümörler, travmatik beyin hasarı, anormal hücre büyümesi ve bazı hastalıklar (menenjit, ensefalit gibi) afaziye neden olabilmektedir. Bunlara ek olarak Lapointe (2004) Alzheimer ve Parkinson gibi bazı nörodejeneratif

hastalıkların da beyin hasarına neden olarak yürütücü işlevlerde ve beyin fonksiyonlarında bozulmalara neden olduğunu dile getirmiştir. Afaziye sebep olan etiyojinin türü, etkilediği bölge ve semptomlarına göre bireylerde afazi farklı görünüm ve türlerde ortaya çıkmaktadır. 1996'da Luria'nın önderliğinde afaziye semptomlarına göre sınıflama çalışmaları başlamış, 1981'de Lecours ve ark. tarafından yapılan sınıflandırma günümüze ulaşmıştır. Sınıflandırma akıcı ve tutuk afaziler olmak üzere iki ana başlığa ayrılmıştır ve her başlık altında üçer afazi türü yer almaktadır. Sol hemisferin posteriyo frontal bölgelerindeki bir patoloji sonrasında konuşma apraksisinin eşlik ettiği agramatizmle karakterize olmuş tutuk afazi ortaya çıkarken, sol hemisferin temporal ve kısmen parietal loblarında oluşan bir patoloji ise dilin anlamlandırılmasında ve sözcük bulmada sorunlara ek olarak parafazi ile sonuçlanmaktadır (Ardila, 2014). Tutuk afazili bireyler konuşmayı başlatmada çok zorlanırlar. Bu bireylerde dilin alıcı dil boyutunda çok fazla etkilenmişlik gözlenmezken planlanan konuşmayı yapamama, sözcüğe benzer başka sözcükler seçme ya da aynı sesleri içeren başka sözcükler üretebilme gözlenebilir (Lapointe, 1997). Akıcı afazili bireylerde ise konuşma hızının değişmediği, bazı durumlarda arttığı, efor sarfetmeden melodik ve akıcı konuştukları görülmüştür. Prozodi fazla etkilenmemiştir ancak anlamsız bir konuşma söz konusudur ve uygunsuz kelime seçimleri olabilir (Lapointe, 1997). Wernicke, Kondüksiyon ve Trankortikal Sensoriyel Afazi türleri akıcı afazi türleri grubunda yer almaktayken; Broka, Trankortikal Motor ve Global Afazi ise tutuk afaziler grubunu oluşturmaktadır. Bu gruba Anomi afazi türü de dahil edilmektedir.

Afazi tanılması önceki zamanlarda oldukça zor olmasına rağmen günümüze ışık tutacak çalışmalar ve araştırmalar yapılmıştır. Ancak teknolojinin gelişmesiyle birlikte tanılama ve sınıflama daha güvenilir ve kolaylıkla uygulanır hale gelmiştir. Bilgisayarlı Tomografi (CT/BT), Bilgisayar Bağlantılı Eksenel Tomografi (Cat Scan/CAT), Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR), Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme (fMRI), Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) gibi beyin görüntüleme teknikleriyle afaziye yol açan lezyon hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak mümkün olmuştur. Tanılama için beyin görüntüleme tekniklerine ek olarak sınıflandırma için değerlendirme bataryaları ve ölçekleri geliştirilmiştir. Boston Afazi Tanılama Testi (BDAE) (Goodglass & Kaplan, 1972, 1983, 2001), Boston Adlandırma Testi (Kaplan, Goodglass, & Weintraub, 1983), Western Afazi Bataryası (Kertesz, 1982, 2006) ve Minnesota Afazi Ayrımsal Tanılama Testi (MTDDA) dünya genelinde afazi

sınıflandırması için öncelikle başvurulmuş testlerin başında gelirken, ülkemizde öncelikle Maviş ve Toğram (2009) tarafından geliştirilmiş olan Afazi Dil Değerlendirme Testi'ne (ADD) ek olarak Gülhane Afazi Test (GAT,2007) ve Ege Afazi Testleri (EAT, 2007) kullanılmaktadır.

1.2.Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, yaşam kalitesi bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi içinde kendi yaşamını nasıl algıladığıdır ve bireyin amaçları, umutları, standartları ve endişeleri ile ilişkili bir kavramdır. Yaşam kalitesi kapsamlı bir açıklamayla bireyin emosyonel, fiziksel, fizikososyal alanlarda subjektif olarak hissettiği iyilik durumudur (Aaronson,1988'dan akt. Bose, Mchugh, Schollenberger ve Buchanan 2009). Yaşam kalitesi sağlık, iş durumu, yaşam şartları gibi objektif faktörlerle birlikte her faktöre özel bireylerin ihtiyaç ve önceliklerine göre değişkenlik gösteren subjektif algıları da içermektedir. Yaşam kalitesi bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık seviyesi, sosyal ilişkileri ve dış dünyayla olan ilişkilerinden etkilenen karmaşık bir kavramdır (Madden S. ve ark. 2006 'dan akt. Birtane, M. ve Taştekin, N., 2010). Yaşam kalitesi fiziksel, işlevsel, psikososyal ve sosyal alanları da kapsayan, bir çok farklı uzanımı olan çok boyutlu bir kavramdır (Aaronson 1988; Ware 1993'dan akt. Franzen-Dahlin, Rydell Karlsson, Mejhert ve Laska, 2009). Argüden'e (2000) göre yaşam kalitesi tanımlanması ve ölçülmesi oldukça zor bir kavramdır. Bir çok boyut içermesi, zaman, mekan ve kişiye göre farklılıklar göstermesi yaşam kalitesi kavramını öznel bir kavram haline getirmektedir. Yaşam kalitesi kavramı oldukça karışık olmakla birlikte tanımsal olarak bir çok boyutu barındırmaktadır. Öncelikli olarak yaşam kalitesinin psikolojik ve emosyonel boyutu; yaşamdan tatmin olmayı, bireyin kendisini faydalı görüyor olmasını, benlik saygısını, beden imgesini, anksiyete, otonomi ve yaşama ve bireye yönelik sahip olunan olumlu/olumsuz duyguları içermektedir. Yaşam kalitesinin fiziksel ve bedensel boyutu ise işlevsel yeterlilik ve günlük yaşam aktivitelerini yürütebilme, yeme, iştah, cinsellik, ağrı, dinlenme ve sağlıklı hissetme gibi kavramlardan oluşmaktadır. Sosyal boyutu sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme, mahremiyet ve rolsal işlevler gibi kavramları içermektedir. Son olarak yaşam kalitesinin finansal, bağımsızlık ve maddi boyutu mevcut durumdaki geleceğe ilişkin güvenlik duygusu, çalışabilme gücü,

barınma durumu, sağlık sigortası, iş güvencesi ve barınma kavramlarını kapsamaktadır. Bunlara ek olarak çevre, güvenlik, ev ortamı, maddi kaynaklar, sağlık hizmetleri/sosyal yardım, ulaşılabilirlik/nitelik, yeni bilgi/beceri olanakları, ve boş zaman değerlendirme gibi etkenler de yaşam kalitesini etkilemektedir (Çiçek, 2014). Bireylerin yaşam standartları, kazançları, isteklerine ulaşabilmeleri, bağımsızlıkları, mutlulukları, güvenlikleri, eğitimleri, yaşadıkları çevre, sağlıklı olmaları, kültürleri, yöneticileri ve eğlenceleri gibi bir çok faktör yaşam kalitesini belirleyen faktörler içinde sayılmaktadır (Young, 2008'den akt. Yeşilkaya, 2013). Alanyazın incelemelerinde çoğunlukla yaşam kalitesinin sağlıkla ilişkilendirildiği ve sağlığın genel yaşam kalitesi alanlarının önde gelen boyutlarından biri olarak görülmüştür.

1.3.Sağlıkta Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi alanında yapılan değerlendirmelerin başında sağlık kavramıyla ilişkilendirilmiş olan yaşam kalitesi değerlendirmeleri gelmektedir. Sağlıkta yaşam kalitesi bireyin durumunun farkında olması ve bu durumdan memnuniyet duymasıdır. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi bireyin kendi sağlığı ile ilgili olarak kendini algılamasıdır (Mus ve ark.,2010; Birtane ve Taştekin, 2010'den akt. Yeşilkaya, 2013). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlığın bireylerin fonksiyonlarını yerine getirmedeki yeteneklerini ve bireylerin yaşamlarındaki algıladıkları fiziksel, mental ve sosyal alanı ifade eder (The WHOQOL Group, 1996; Fidan D. ve ark., 2003'den akt. Avcı ve Pala, 2004; Çiçek, 2014). Eser (2014) sağlıkta yaşam kalitesini yaşamın çeşitli boyutları açısından kendinden hoşnut olabilmek ya da kişinin yaşamdan beklentileri ile elde edebildikleri arasındaki fark olarak tanımlamıştır. Sağlıkta yaşam kalitesi ölçümündeki temel amaç kişilerin kendi fiziksel (mobilité, fizik aktivite derecesi, ağrı ve hastalık veya tedaviye bağlı diğer fiziksel semptomlar), psikolojik (bilişsel fonksiyonlar, emosyonel durum (anksiyete, depresyon vb.) genel sağlık anlayışı, kendini iyi hissetme hali) ve sosyal (diğer bireylerle olan ilişkiler, sosyal hayata katılım) işlevlerinden ne ölçüde memnun olduklarının ve yaşamlarının bu yönleri ile ilgili özelliklerin varlığı veya yokluğunun ne ölçüde onları rahatsız ettiğinin saptanmasıdır. Yaşam kalitesi ölçekleri genel yaşam kalitesi ve herhangi bir sağlık olgusuna yönelik geliştirilmiş yaşam kalitesi ölçekleri

olarak iki farklı grupta yer almaktadırlar. Sağlıkta yaşam kalitesini ölçmeye yönelik yaygın olarak kullanılan ölçekleri aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür.

1.4.Sağlıkta Yaygın Olarak Kullanılan Yaşam Kalitesi Ölçekleri

1.4.1. Yaşam kalitesi ölçeği Kısa Form-36 (Short Form-36: SF-36)

Kısa sürede uygulanabiliyor oluşuyla Kısa Form-36 (SF-36) sağlıkta yaşam kalitesi ölçme araştırmalarında çoklukla kullanılan ölçeklerden bir tanesidir. Rand Corporation(1987) tarafından sunulan iki formdan biri olan SF-36, 36 maddeyi içeren 8 alandan oluşur. Bu alanlar Fiziksel Fonksiyon, Sosyal Fonksiyon, Fiziksel ve Emosyonel Rol Kısıtlanmaları, Mental Sağlık, Vitalite-Enerji ve Genel Sağlık'tır. SF-36 aynı şirket tarafından sunulan bir diğeri yaşam kalitesi ölçeği RAND-36 ile benzerlik gösteriyor olsa da değerlendirme aşamasında ayrılır. Değerlendirme 4. ve 5. maddeler dışında Likert tipi (üçlü- altılı) yapılmaktadır; 4. ve 5. maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir. 0-100 arasında elde edilen puanlardan 100'e yaklaştıkça sonuç olumlu 100'den uzaklaştıkça olumsuzdur. SF-36'nın son 4 haftayı değerlendiren standart versiyonunun yanı sıra son 1 haftayı değerlendiren akut versiyonu da mevcuttur. SF-36'nın Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması Koçyiğit ve ark. tarafından 1999'da yapılmıştır.

1.4.2. Manchester kısa yaşam kalitesi değerlendirme ölçeği (Manchester Short Assessment of Quality of Life: MANSA)

Manchester Kısa Yaşam Kalitesi Ölçeği (MANSA), Priebe ve ark. (2000) tarafından Lancashire Yaşam Kalitesi Profili (LQLP) çalışmalarında ortaya çıkan tecrübeler ve deneysel kanıtlara odaklanılarak oluşturulan, yaşam kalitesini ölçmeye yarayan ve kişinin öznel yargısına dayanarak yanıtlamayı gerektiren bir yaşam kalitesi değerlendirme aracıdır. Manchester Kısa Yaşam Kalitesi Ölçeği (MANSA) yaşamdan elde edilen tatmine bütünsel bakış açısıyla odaklanarak, yaşam kalitesini ölçmeyi hedefleyen ve kişinin öznel yargısına dayanan bir ölçektir. Toplam 16 sorudan oluşur.

1.4.3. Avrupa yaşam kalitesi ölçeği (EuroQol Quality of Life Scale: EQ-5D)

Sağlıkta yaşam kalitesini ölçmede kullanılan bir diğer genel sağlık ölçeği, Avrupa Yaşam Kalitesi Çalışma Grubu (EUROQOL) tarafından 1987'de geliştirilmiş olan EQ-5D dünya üzerinde yaşam kalitesi araştırmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır. Ölçek ayrıca termometer adı verilen analog bir skalayla bireyin kendi sağlık durumunu 0-100 aralığında bir skorla puanlamasını sağlamaktadır. EQ-5D hareket (mobility), öz-bakım (self-care), olağan aktiviteler (usual activities), ağrı/rahatsızlık (pain/discomfort) ve endişe/depresyon (anxiety/depression) olmak üzere 5 alanda değerlendirme yapmaya olanak verir. Beş adet üç seçenekli sorudan oluşmaktadır. Uygulaması zahmetsiz ve kısa zamanda yapılabilmektedir. Ölçek 0 ve 1 olmak üzere iki adet skorlamayı mümkün kılmaktadır. Bir mükemmel sağlık durumunu sıfır ise ölüm halini temsil eder. Eksi değerler bilinç kapalılığı veya yatağa bağımlı yaşama durumlarını göstermektedir. EQ-5D'nin Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eser, Dinç, Özyurt ve Pala tarafından 1990'da yapılmıştır.

1.4.4. WHO yaşam kalitesi-BREF (WHOQOL-BREF)

Türkiye'nin de katıldığı Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeği geliştirme projesinin 1991 yılında ürettiği genel amaçlı bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Bireylerin kendi kültür ve değer sistem kavramlarını ve bireysel amaç, standart ve kaygı algılamalarını değerlendirmektedir. Yaygın olarak kullanılmakta olan WHOQOL-BREF-26 ölçeği fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alt alanlarından oluşmaktadır. Her bir alt alan 20 veya 100 puan üzerinden puanlanır. WHOQOL çoğunlukla nöroloji alanında yaşam kalitesini değerlendirme aracı olarak kullanılmaktadır.

1.4.5. Inmeye spesifik yaşam kalitesi ölçeği (Stroke Specific Quality of Life Scale: SSQOL)

SSQOL hasta merkezli, sonuç ölçme amaçlı inme hastalarına özel olarak oluşturulmuş, 49 madde ve 12 alandan oluşan, bireylerin önceki haftalarını referans olarak yanıtlanmasını gerektiren bir yaşam kalitesi değerlendirme ölçeğidir. Williams ve

ark. tarafından 1990 yılında geliştirilmiş, 1999'da güncellenmiştir. Ölçekte yer alan alt alanlar mobilite (6 madde), enerji (3 madde), üst ekstremité fonksiyonları (5 madde), iş/üretim (3 madde), ruhsal durum (5 madde), öz bakım (12 madde), sosyal roller (5 madde), aile rolleri (3 madde), görme (3 madde), dil (5 madde), düşünme (3 madde) ve kişilik (3 madde) dir. Bu maddeler 5-puanlı Likert skalasında değerlendirilir. Daha yüksek skorlar daha iyi fonksiyonu yansıtmaktadır. SSQOL'nin inme sonrası ilk üç aydaki değişikliklere orta derecede duyarlı olduğu, ağır inme geçiren kişilerdeki değişikliklere duyarlılığı sebebiyle çalışmalara ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (Williams ve ark., 1999). Türkçe'ye uyarlama ve standardizasyon çalışmaları Hakverdioğlu-Yönt ve Khorshid tarafından 2011 yılında yapılmıştır. Türkçeye uyarlanması ve standardizasyonunda küçük bir değişiklik yapılmış ve özbakım, iş, mobilite üst ekstremité fonksiyonları başlığı altına, sosyal roller ve aile rolleri sosyal roller ve aile rolleri başlığı altına, enerji durum alanı ise ruhsal durum alanının altına alınmıştır.

1.4.6. The Rand-36

Rand-36 sağlıkta yaşam kalitesi değerlendirmeleri araştırmalarında dünyada en çok kullanılan ölçeklerden birisidir. Sağlıkla ilgili sekiz alana dayalı 36 maddeden oluşur. Bu alanlar fiziksel kapasite, fiziksel kapasiteye bağlı roldeki kısıtlanma, bedensel ağrı, genel sağlık algısı, vital durum, sosyal fonksiyonellik, emosyonel fonksiyonlara bağlı rolün sınırları, mental sağlık ve fark edilir yaşam değişikliği. Her bir tanım kümesi 0 ila 100 arasında puanlandırılıp, daha yüksek puan daha iyi sağlığa işaret etmektedir. RAND-36 içerdiği maddeler bakımından SF-36 ile büyük benzerlik gösterir fakat genel sağlık puanlamasında ve ağrı ölçeğinde farklılık göstermektedirler.

1.4.7. Flanagan Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Flanagan Quality of Life Scale: QOLS)

Flanagan Yaşam Kalitesi Ölçeği (QOLS Scale) Amerikalı psikolog John Flanagan tarafından 1970'lerde oluşturulmuştur ve kronik rahatsızlığı olan bireylere uygulanmaktadır. QOLS, 16 maddeden ve 6 alt kategoriden oluşmaktadır. Ölçeğin alt

kategorilerini finansal ve fiziksel refah, ilişkiler, sosyal toplum, kişisel gelişim ve memnuniyet ve boş zaman etkinlikleri başlıkları oluşturmaktadır. Bireyler ölçeği 5 dakika gibi kısa bir süre içinde kendileri uygulayabilmektedir. Sağlıklı bireylerin ölçekten elde edebilecekleri en yüksek puan 90'dır. Ölçekten elde edilen yüksek skorlar daha yüksek yaşam kalitesini göstermektedir.

1.4.8. Nottingham sağlık profili ölçeği (Nottingham Health Scale: NHP)

Nottingham Sağlık Profili Ölçeği (NHP) Sonya ve ark. tarafından 1975 yılında Nottingham Üniversitesi Halk Sağlığı Bölümü'nde yapılan çalışmalar ile şekillenmiştir. 1978'de Birleşik Krallığın devlet destekli yedi büyük araştırma konsülünden biri olan Sosyal Bilimler Araştırma Konsülü tarafından alınan hibe ile NHP'nin geliştirilerek kolay okunur, kolay cevaplanır ve kolay anlaşılır hale getirilmesi sonrasında ölçek daha farklı uygulama alanlarında kullanılmaya başlanmıştır. Nottingham Sağlık Profili Ölçeği (NHP) bireylerden doğrudan yanıt almayı ve bireyin kendisi hakkındaki subjektif sağlık durumu bilgisini sunmasını gerektiren bir ölçektir. NHP özellikle bireylerin sağlık durumları hakkında öznel yargılarını ortaya çıkarmayı hedeflemektedir. NHP'nin birincil amacı bireyin görüş açısından hastalığın kişisel ve toplumsal olarak etkilerini kapsayan bir değerlendirme yapmaktır. NHP iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm sağlığa odaklanmaktadır ve 6 alan dahilinde 38 madde içermektedir. İlk bölümdeki alanlar uyku, hareketlilik, enerji, acı, duygusal tepkiler, sosyal izolasyon alanlarıdır. İkinci bölüm bir bütün olarak yaşamın etkilendiği alanlara odaklanmaktadır. Bu bölüm meslek, ev işleri, sosyal hayat, aile hayatı, cinsel işlevler, hobiler ve tatiller dahilinde 7 madde ile tamamlanır. İkinci bölüm opsiyonel olarak testin bütünlüğüne zarar verilmeden atlanabilir veya uygulanabilir. Testin uygulanması 6 ila 30 dakika arasında sürebilmektedir. Opsiyonel 7 madde ile birlikte toplam 45 maddeden oluşan test 18-64 yaş arası yetişkin bireylere uygulanabilir. Bütün sorulara verilmesi gereken cevaplar yalnızca evet/hayır şeklinde 2 seçenekten oluşmaktadır. Değerlendirme sonuçlarına ise her bir sorunun evet/hayır 'a göre puanlanması ile ulaşılır ve skor problem şiddetiyle doğru orantılıdır. En yüksek puan 100 (maksimum sorun), en düşük puan ise 0 (sorun yok) puandır. NHP ayrıca klinik araştırmalarda tedavinin etkisini ölçmek amacıyla da kullanılabilir. Ölçeğin uygulanması bireyin tedavi

öncesi ve tedavi sonrası skorları karşılaştırmaya olanak vererek tedavinin etkililiğini sorgulamaya fırsat tanımaktadır. NHP'nin Türkçe adaptasyonu ise 1997 yılında Küçükdeveci ve ark. tarafından yapılmıştır.

1.5. Afazide Yaşam Kalitesi ve Afazili Bireylerle İlgili Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi

Belirli etiyojilerin afaziye yol açması sonrasında bireylerin aile ve sosyal hayatlarında büyük veya küçük değişiklikler meydana gelmektedir. Dil ve iletişim sorunlarına ek olarak bu bireylerde tüm ya da kısmi paralizisi (hemipleji), görüş kaybı (hemianopsi), apraksi, disfaji, epilepsi ve bellek-dikkat-motor sorunları da ortaya çıkmaktadır. Afazi sınıflandırılmasına bağlı olarak afazili bireylerde konuşmada tutukluk, perseverasyon, ekolali, akıcı fakat anlaşılmayan konuşma, okuma ve yazma problemleri, artikülasyon bozuklukları, sözcük bulmada ya da üretmede zorluklar görülebilmektedir. Bu sorunlar bireyde iletişim kurma isteğinde azalma, yetersizlik ve yalnızlık hislerine yol açmaktadır. Dilsel ve iletişimsel bozukluklara ek olarak afazili bireyler azalmış memnuniyet, sosyal aktivitelere katılımı düşüş ve öz bakım becerilerini yerine getirmede ve temel ihtiyaçları karşılamada zorluk gibi şikayetlerde bulunurken yaşam kalitesinde ciddi boyutlarda düşüş olduğunu da bildirmişlerdir (Cruice ve ark., 2010; Cruice ve ark., 2006; Hilari, 2011; Parr, 2007; Ross ve Wertz, 2003). Klinik gözlemler ve empirik araştırmalar afazi ve yaşam kalitesi arasında doğrudan güçlü bir bağ olduğunu göstermektedir (Cruice ve ark., 2003; Hilary ve Byng, 2001; King, 1996; Lapointe, 1999'dan akt. Bose ve ark., 2009). Afazi sonrasında bütün katılımcıların altyapısal (kaynaklara sınırlı erişim, yetersiz gelir, sınırlı hizmet), kişilerarası (sınırlı grup etkileşimi ve özdeşim) ve kişisel (izolasyon, düşük özgüven ve umutsuzluk) olarak kategorilenen bir çok yönden sosyal dışlanmışlık duygusunu tecrübe ettiği çalışmalarca ortaya konmuştur (Parr, 2007). Ayrıca Parr ve ark. (1997) tarafından yapılan başka bir çalışmaya göre afazi sonrası çok az insan çalışmayı sürdürebilmektedir. Afazisi olmayan bireylerin işe alınma yüzdeleri %63 iken bu durumun afazili bireylerde %21 olması (Naess ve ark., 2009), tekrar işe alınanların ise daha düşük pozisyonlarda çalıştırılıyor olması araştırma sonuçlarıyla ortaya konmuştur (Hinckley, 2002). Bu ve benzeri durumlarda birey sosyal hayattan kopmakta ve

halihazırda tecrübe ettiği yetersizlik ve yalnızlık duyguları artmaktadır. Afazili bireylere yönelik yapılan araştırmalar sonrasında afazi sonrasında bireylerin %62-70'inin depresyon ile tanıldığı (Kauhanen ML. ve ark., 2000; Hilary, K., 2011), afazili bireylerin arkadaşları ile olan iletişimlerinin sonlandığı (Hilary K., ve ark., 2006; Hilary, K., 2011), afazili olmayan bireylere göre daha az sosyal aktivitelere katılımın olduğu ve katılım olduğunda ise daha az memnuniyet alındığı (Cruice, M. ve ark., 2006; Hilary, K., 2011) bulunmuştur.

Medikal ve iletişimsel boyutta negatif etkilere bireyin tecrübe ettiği duygusal kırılmalar da eklenebilmektedir. Bireyin yaşadığı yetersizlik, yalnızlık ve yakınlarına yük olma duyguları sadece bireye yönelik sorunlara yol açmamakta, yakınlarını da etkilemektedir. Afazili olan bireyle ilgilenmek adına yakınları kendi sosyal ve iş hayatlarından fedakarlık yapabilmektedir. Bu durum yakınların yalnızlık, depresyon ve finansal zorluk gibi sorunları tecrübe etmesine neden olmaktadır. Williams (1993) tarafından yapılmış olan çalışmada afazi öncesi ve sonrası dönemde birey ve eşi arasındaki ilişkide büyük farklılıklar ortaya çıktığı ve afazinin bazı durumlarda bireylerin evliliğini olumsuz olarak etkilediğini dile getirmiştir. Bireyin yakınlarının da kişiyle nasıl iletişim kuracaklarını bilememelerinden doğan sorunlar ortaya çıkmaktadır. Afazili bireylerin yakınlarının iletişim kurmakta zorlandıklarından ve iletişimi nasıl sürdüreceğini bilemediklerinden dolayı afazili bireyle iletişimi sonlandırdıkları belirtilmiştir (Parr, 2007). Konuşulunun anlamlandırılmaması, planlananın ise ifade edilememesi sosyal aktivite ve iletişimde bireyin kendini geri çekmesiyle sonlanmaktadır (Parr, 2004; Eklund ve Petterson, 2005; Dorze ve Brassard, 1995'den akt. Johansson, 2012).

Afazili birey aile ve sosyal hayatta, kognitif alanlarda davranışlarını ve becerilerini kısıtlayan ani ve beklenmedik bir değişikliklerle karşılaşmaktadır. Bu durum bireyin kendisinde ve yakınlarında depresyona kadar gidebilen olumsuz duygulanmalarla sonuçlanmaktadır. Depresyon afazinin bireyler üzerindeki en büyük olumsuz duygusal etkisiyken patolojik ağlama, paranoyak ve obsesif davranışlar da depresyona eşlik edebilmektedir (Andersen, 1997; Benson, 1979; Laplane, Baulac, Windlocher ve Dubois, 1984'den akt. Code ark., 1999). Yapılan bazı diğer çalışmalarda lezyonun yerine göre beklenmedik olumlu duygulanmalar da gözlenmektedir. Bunlar arasında

manik sendromlar (Starkstein ve ark., 1987; Robinson ve ark., 1987), deliryum (Mesulam ve ark., 1976) ve anosognozi (Heilman, 1979) yer almaktadır.

Afazinin gelişmesi sonrasında depresyonla yüzleşen birey iletişimsel ve sosyal izolasyon, mesleki öfke ve günlük-sosyal hayata katılımının azalması sorunlarıyla yüz yüze gelmektedir (Friedland ve McColl, 1987; Herrmann ve Wallesch, 1989; Code ve Muller, 1992; Taylor Sarno, 1993; Gainotti, 1997'den akt. Code ve ark., 1999). Birey bu sınırlanmalar sonrasında özgüven azalması, çekimserlik ve umutsuzluk gibi olumsuz duygulanmalara yönelebilmektedir. Bu durum afaziye yönelik müdahale sürecini etkilemektedir. Afazili bireylerin afazinin gelişmesi öncesinde sürdürdükleri hobi ve sosyal aktiviteleri devam ettirmelerinin veya yeni uğraşlar edinmelerinin oldukça zor olduğu görülmüştür. Daha önce yapılan kitap okuma, haber izleme ya da yakınlarla ziyaretler anlamsız ve zor gelmekte ve birey bunları terk edebilmektedir (Parr, 2007., Dorze & Brassard, 1995). Yapılan araştırma ve çalışmalar sonrasında hem afazili bireylerin hem de yakınlarının afazi sonrası dönemde bu durumdan medikal ve duygusal boyutlarda yıkıcı bir şekilde etkilendiği belirtilmiştir.

Afazi olgusunun sebeplerini ve bireyin kişiliğinde, diğer insanlarla olan ilişkilerinde ve yaşamında meydana getirdiği büyük çaplı değişiklikleri göz önünde bulundurarak afazi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesinin müdahaleyi planlamada ve etkililiğini artırmada önemli olduğu yapılan çalışmalarca ortaya konmuştur. Rehabilitasyon sürecindeki öncelikleri anlamak ve amaçları belirlemek amacıyla sağlıkta yaşam kalitesi alt alanlarının değerlendirilmesi oldukça önem arz etmektedir. Afazili bireylerin yaşam kalitesini artırmak amacıyla yapılabilecekler konusunda profesyonelleri sınırlandırabilecek limitlerden ve önyargılardan kurtulmak amacıyla değerlendirilen yaşam kalitesi alt alanlarını sadece iletişime odaklamamak ve daha fazla alan dahil etmek gerekmektedir (Cranfill ve Wright, 2010). Afazili bireylerde yaşam kalitesini değerlendirmek bir çok nedenden dolayı oldukça önemlidir. Öncelikli olarak afazili bireylerin rehabilitasyonunda yaşam kalitesini iyileştirmek temel amaçtır ve ayrıca bireylerin yaşamlarına dair var olan bakış açılarını anlamak uygun ve etkili müdahaleler için oldukça önemli bir adımdır. Ek olarak son zamanlarda afazili bireylerle çalışan klinisyenlerin yaptıkları müdahalenin bireylerin günlük yaşamını olumlu etkilediğini kanıtlayabilmeleri talep edilmektedir (Worrall L.E. ve Holland A.L., 2003'den akt. Sinanovic, O. ve ark., 2012). Yaşam kalitesini değerlendirme ve

iyileştirmeyi afazili bireylerin rehabilitasyon sürecine dahil etmek amacıyla afazi sonrasında yaşam kalitesini belirlemek amacıyla farklı testler ve ölçekler geliştirilmiştir. Afazili bireylere neyin önemli, neyin önemsiz olduğunu sormak bireyin rehabilitasyon sürecinde katılımını artıracaktır ve böyle bir katılım, bozukluk temelli değerlendirmelerin aksine bireylerin korku ve umutlarını ifade etmesi adına bir fırsat oluşturacaktır (Cranfill ve Wright, 2010). Afazide yaşam kalitesi adına yapılan çalışmalarda fiziksel, genel, mental, psikolojik ve duyuşal sağlık, günlük aktiviteler, iletişim, enerji, ağrı, çevre ve yaşam memnuniyeti gibi alt alanlar araştırılmıştır (Cruice ve ark., 2010). Yaşam kalitesini değerlendiren çoğu ölçek büyük ölçüde dil, anlama, okuma ve yazma odaklıdır ve bu durum afazili bireylerde yaşam kalitesini belirlemek amacıyla bu testleri kullanmayı oldukça zorlaştırmaktadır. Özellikle afazili bireyleri hedef alan yaşam kalitesi ölçekleri sayı olarak oldukça kısıtlıdır (Bose, Mchugh, Schollenberger ve Buchanan,2009). Sık kullanılan yaşam kalitesi ölçeklerinin Hilary ve ark. tarafından geliştirilmiş olan İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi Ölçeği-39 (Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39: SAQOL-39) ve American Speech Language Hearing Assosiation (ASHA) tarafından geliştirilmiş olan Quality of Communication Life Scale (ASHA-QCL: Paul ve ark.,2004) olduğu görülmektedir. Türkiye’de ise Noyan-Erbaş ve Toğram(2016) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış SAQOL-39 TR bu alanda kullanılan ölçeklerin başında gelmektedir.

1.6. Afazili Bireylerin Yaşam Kalitesini Değerlendirmede Yaygın Olarak Kullanılan Yaşam Kalitesi Ölçekleri

1.6.1. İnme ve afazi yaşam kalitesi ölçeği-39 (Stroke and Aphasia Quality of Life Scale: SAQOL-39)

İNme ve Afazi Yaşam Kalitesi Ölçeği-39 (SAQOL-39) özellikle inme ve sonrasında gelişen afazi gelişen bireylere uyarlanmış bir yaşam kalitesi ölçeğidir. SAQOL-39 afizili bireyler dahil birçok inme hastasında hem klinik aşamalarda hem de araştırmalarda yaşam kalitesi ölçmekte kullanılabilen güçlü bir ölçektir. Varolan ölçeklerin afazili bireylerde uygulanabilmesinin zorluğu neticesinde ihtiyaç dahilinde bu ölçek ortaya çıkmıştır. İnmeye Spesifik Yaşam Kalitesi Ölçeği (SSQOL) afazili

bireylerle iletişim kurulabilecek şekilde modifiye edilmesi ve ek olarak afazili bireylere özel uyarlanabilir 4 madde eklenmesi ile oluşturulmuştur. Bu ek 4 madde özellikle konuşmayı anlamada güçlükler, karar almada güçlük ve aile yaşamı ve sosyal yaşamda dil problemlerinin etkileri konularına odaklanmaktadır. Bu özelliği ile afazili bireylerde yaşam kalitesi araştırmalarının büyük çoğunluğunu domine etmektedir. Araştırmalar 39 madde içeren SAQOL-39'un uzun hali olan 53 maddelik ölçekten daha kısa olması ve uygulanan bireyi bedenen ve zihnen yormaması nedeniyle daha uygun sonuçlar çıkardığını göstermektedir. Ölçeğin yapısı 4 ana alan dahilindeki 39 maddeden oluşmaktadır. Bu alanlar Fiziksel, Psikososyal, İletişim ve Enerji' dir. İnme geçirmiş afazili ve afazili olmayan bireylerle yapılan çalışmalarda bu 4 alanın inme tarafından en çok etkilenen alan olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Hilary ve ark., 2003; Williams ve ark.,1999'dan akt. Bose ve ark., 2009). Türkçe'ye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Noyan-Erbaş ve Toğram (2016) tarafından yapılmıştır.

1.6.2. ASHA iletişim yaşamı kalitesi ölçeği (ASHA Quality of Communication Life Scale: ASHA-QCL)

ASHA İletişim Yaşamı Kalitesi Ölçeği (ASHA-QCL) iletişime dair sıkıntılar yaşamakta olan yetişkin bireylerde iletişim kalitesini ölçme ve değerlendirmede güvenilir ve geçerli bir ölçeğe duyulan ihtiyaç nedeniyle özellikle bu alan için geliştirilmiştir ve özellikle nörolojik iletişim bozuklukları olan hastalarda iletişim kalitesini ölçmeye yarayan geçerliği ve güvenilirliği olan bir ölçektir. ASHA İletişim Yaşamı Kalitesi Ölçeği iletişim problemlerinin yetişkin ilişkilerinde, iletişiminde, toplumsal hayata katılmasında, günlük hayatında, iş ve eğitim aktivitelerinde ve genel olarak yaşam kalitesi üzerinde ne gibi etkileri olduğunu belirlemeye yönelik etkinlik göstermektedir. ASHA İletişim Yaşamı Kalitesi Ölçeği'nin birincil amacı iletişim bozukluklarının psikososyal, mesleki ve eğitim üzerindeki etkileri hakkında bilgi toplamaktır. ASHA İletişim Yaşamı Kalitesi Ölçeği tedavi planı oluşturmada, öncelikli hedefler belirlemede ve çıktılarının belgelendirilmesinde kullanılabilir. Aynı zamanda ASHA İletişim Yaşamı Kalitesi Ölçeği iletişim sorunlarını ölçmede kullanılan diğer ölçekleri desteklemek için de kullanılabilir. ASHA İletişim Yaşamı Kalitesi Ölçeği yapısal olarak SAQOL-39'un 17 maddesinin iletişim odaklı olarak değiştirilmesi ile elde edilen özellikle iletişim sorunlarının çeşitli alanlardaki etkilerini

ölçmede kullanılabilen maddelerden oluşmaktadır. Bu alanlar kişisel ilişkiler, toplumsal hayat, otonomluk, iyi olmak ve toplumsal, mesleki ve eğitimsel aktivitelere katılımdır. ASHA İletişim Yaşamı Kalitesi Ölçeği iletişim sorunu olan bireyin hayatının toplumsallaşma, kendine güven, roller ve sorumluluklar olarak üç alana ayırabileceğimiz boyutları hakkında spesifik bilgi vermektedir.

1.7. Afazili Hastalarda Yaşam Kalitesi Çalışmaları

Dil ve konuşma terapistleri etkili ve kanıt temelli bir müdahale gerçekleştirebilmeleri için danışan bireylerin yaşam kalitesini göz önünde bulundurmalıdır (ASHA, 2005). Afazili bireylerde yaşam kalitesini değerlendiren ölçek ve testler sınırlı sayıda olmasına rağmen bu alanda yapılmış olan birçok çalışma alanyazında yer almaktadır. Çoğu çalışmada Hilari tarafından 2003 yılında geliştirilmiş olan SAQOL-39 kullanılmıştır.

R. Lima ve ark. tarafından 2013 yılında yaşam kalitesini etkileyen faktörler üzerine 50 afazili katılımcı ile yapılan bir çalışmada SAQOL-39 kullanılmış, faktörler iletişim bağlamında değerlendirilmiş ve değişkenlerin skorlarla bağlantılı olup olmadıkları araştırılmıştır. Katılımcılardan cinsiyet, yaş, medeni durum, başat el, genel sağlık durumu, inme sonrası geçen zaman, çiftkillik, ekonomik durum, okuma alışkanlıkları, fiziksel & sosyal aktiviteler, bakıcı varlığı ve evde yaşayan kişi sayısına ilişkin veriler toplanmıştır. Katılımcılar iletişim alanındaki skorlara göre en yüksek ve en düşük olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Inme öncesi ve okuma inme öncesi ve sonrası fiziksel aktivite, bakıcı varlığı, yaş < 70 >, evde yaşayan kişi sayısı <2>, ekonomik sınıf (ABC (yüksek), DE (düşük)), inme öncesi ve sonrası sosyal aktivite, cinsiyet faktörleri analiz sürecine dahil edilmiştir. Yapılan çalışma sonrasında en çok etkilenen alanın (en düşük ortalama) 'psikososyal', ikinci sırada ise iletişim alanı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sözcük bulmada zorluk iletişim alanı içinde en düşük ortalama puanlarla sonuçlanan alan olarak belirlenmiştir. İletişim alanında cinsiyet, fiziksel ya da sosyal aktivite, yaş, bakıcının varlığı, evde yaşayan kişi sayısı bakımından en yüksek ve en düşük dilim arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ölçeğin uygulanması ve analizi sonucunda yüksek skor alan afazili bireylerin çoğunun okuma alışkanlıkları olan ve yüksek ekonomik sınıfa ait bireyler olduğu bulunmuştur. Inme sonrası geçen zamanın da elde edilen skoru etkilediğine dair bulgulara çalışmada yer verilmiştir. Alanda yapılan diğer

çalışmalara nazaran bu çalışmada daha dūřuk ortalama skorlar elde edilmiştir. Çoęu çalışmaya dahil edilen bireylerin (gelişmiş ũlkelerde) rehabilitasyon hizmeti aldığına değinilmiş ve bu çalışmadaki katılımcıların nerdeyse hiç birinin herhangi bir rehabilitasyon hizmeti almadığı belirtilmiştir. Dięer çalışmalarda cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmada da cinsiyet, bakıcı varlığı ve evde yaşayan kiři sayısı ile yaşam kalitesi arasında bir farklılık bulunmamıştır. Yapılan bu çalışmada iletişim alanında en dūřuk skoru (en zor) sōzcük bulmada zorluk, en yũksek skoru ise (en kolay) aile hayatını etkileyen dil problemleri maddesi almıştır. İletişim ve fiziksel kabiliyet alanlarının skorları arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur. Çalışmanın sınırlılıkları olarak orta dũzeyde şiddetli afaziye sahip bireylerin seçilmiş olması ve konuşma apraksisi tanısının konulmamış olması gōsterilmiřtir.

Hilary, Needle ve Harrison tarafından 2012 yılında yapılmış olan alanyazın taraması ve değerlendirme temelli bir çalışmada ise seçilen çalışmaların incelenmesi sonrasında dūřuk yaşam kalitesi skorlarının gōstergesi olan faktōrlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Inme sonrası yaşam kalitesini belirlemede birçok çalışmanın yapılmış olduğu ancak afazi alanında hala yeterli çalışma olmadığı vurgulanmıştır. Inme sonrası yaşam kalitesi alanında yapılan çalışmalardan elde edilen verilerin afazili bireylere uyarlanabilir olmaması bu çalışmanın gerçekleştirilme gerekçesi olarak karşımıza çıkmaktadır. İnce sonrası afazili bireylerde yaşam kalitesinin gōstergesi veya ilişkili olan faktōrler ũzerine araştırma verileri sunan katılımcı ve sonuç kriterlerini karşılayan ingilizce kaynaklar çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmada yer alan katılımcıların inme sonrası afazi sahibi olan yetişkin bireyler olması (ōzellikle subaraknoid hemoraj sonrası gelişen afazili katılımcılara odaklananlar hariç) kriter olarak belirlenmiştir. Sonuç odaklı kriter belirleme de ise nicel veri sunan, nitel çalışmalar için belirlenmiş data analiz yōntemlerini kullanan ve eleştiri kısmında sistematik metodolojisi olan çalışmaların yer alması şartı konulmuştur. Bu alışmaları bulmak amacıyla sosyal ve medikal bilimsel çalışmaları içeren veri tabanları araştırılmıştır. Nicel alışmalar Counsell ve Dennis (1994) tarafından başlatılan eleştirel değerlendirme programıyla, nitel çalışmalar ise Eleřtirel Deęerlendirme Programı (Critical Appraisal Skills Program) ile incelenmiştir. Sadece 14 alışma seçilme kriterlerini karşılamıştır. Bu çalışmaların incelenmesi sonrasında alanyazında var olan çalışma verilerinin afazili bireylerde sağlıkla bağlantılı yaşam kalitesini belirleyen veya ũngōrũcũsũ olan faktōrleri saptamada yeterli olmadığı

ve daha fazla çalışma yapılmasının gerekliliği sonucuna ulaşılmıştır. İncelenen çoğu çalışmanın sınırlı veri sunduğu eleştirisi çalışmaya dahil edilmiştir. Sonuç kısmında birincil olarak duygusal stres/depresyonun, afazinin şiddetinin, iletişimsel yetersizlik ve ikinci derecede diğer sağlık sorunlarının varlığının, aktivite seviyelerinin, sosyal destek ve ilişkilerin boyutlarının yaşam kalitesini belirleyen faktörler arasında yer aldığı belirtilmiştir

Williamson, Richman ve Reymond (2011) tarafından afazide yaşam kalitesi üzerine yapılan 2011 başka bir çalışmada ise Western Afazi bataryasından elde edilen oranlar ile SAQOL-39'dan alınan skorlar karşılaştırılmış ve QOL skorları ve afazinin boyutu arasındaki ilişki araştırılmıştır. Yaşam katılımı yaklaşımını (Life Participation Approach to Aphasia: LPAA) benimseyen toplum temelli merkezlerdeki uzun dönemli iletişim programlarına nasıl dahil edildiği üzerine tartışmalar yürütülmüştür. Çalışmada afazide girişimci ve geleneksel olmayan müdahale yöntemlerinin gereksinimine, LPAA yaklaşımının ortaya çıkışına ve temel prensiplerine de yer verilmiştir. Bu yaklaşımda esas noktanın afazili bireylerin hayata aktif katılımının gerekliliği olduğu belirtilmiştir. İnme Destek gruplarına düzenli devam eden yaşları 22,5 ile 81,7 arasında değişiklik gösteren 13 erkek ve 11 kadın toplam 24 katılımcı araştırmaya dahil edilmiştir. İnme sonrası geçen zaman 11 ay ile 22 yıl 9 ay arasında değişkenlik göstermiştir. Yaş ortalaması 60, 4 iken inme sonrası geçen zaman 3,7 yıl olarak hesaplanmıştır. Bütün katılımcılara aynı hafta içinde afazi değerlendirmesi ve boyutunu belirlemek amacıyla Western Afazi Bataryası (WAB-R) ile yaşam kalitesi skorlarını elde etmek amacıyla ise SAQOL-39 uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda WAB-R skorları ile SAQOL-39 ortalama skorları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. ($R(24) = .098$, $P = .647$). Hafif afazili bireylerin de ağır afazili bireyler gibi yaşam kalitesi ölçeğinden yüksek veya alçak skorlar elde edebileceği rapor edilmiştir. Çalışmanın sonuç kısmında afazinin seviyesi ile yaşam kalitesi skorları arasında bir ilişkinin bulunmadığı belirtilmiş, aynı çıkarımın yaş ve inme sonrası geçen zaman için de geçerli olduğu bildirilmiştir. Çalışmanın yazarları sonuçların analizinden elde edilen verilerin afazili bireylerin müdahale ve rehabilitasyon sürecinde özellikle müdahale programlama ile aile üyelerine danışmanlık ve eğitim aşamalarında kullanılması gerekliliğinin üzerinde durmuşlardır.

2009 yılında Franzen-Dahlin, Rydell Karlsson, Mejhert ve Laska tarafından afazili bireylerde yaşam kalitesi adına yapılan bir diğer çalışmada kalp yetmezliği sorunu

yaşayan ve inme sonrası afazi sorunu olan bireylerin yaşam kalite skorları karşılaştırılmıştır. Inme ve kalp yetmezliği medikal durumlarının yaşam kalitesini etkileyen temel vasküler faktörlerden olması bu araştırmanın temelini oluşturmuştur. Çalışmaya 79 kalp yetmezliği sahibi ve 70 inme sonrası afazi sorunu olan katılımcı dahil edilmiştir. Kalp yetmezliği olan katılımcıların seçilme kriteri kalp yetmezliği tanısının yeni koyulmuş olması ya da tanıdan 6 ay geçmiş olması olarak belirlenmiştir. Ayrıca kalp yetmezliği olan bireylere Newyork Hearth Assosiation (NYHA) ile I (en iyi durum)-VI (en ağır durum) arası kalp krizi sınıflandırması yapılmıştır. Afazili bireylere de afazi türünü ve derecesini belirlemek amacıyla akıcılık, isimlendirme, okuma, yazma, anlama ve tekrar alanlarını değerlendiren Norsk Grunntest Afazi (NGA: Reinvang, 1985) uygulanmıştır. Çalışmacıların yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla katılımcılara hastane ortamında Nottingham Sağlık Profili Ölçeği uygulanmıştır. Her iki gruba da akut dönemde ve 6 ay sonra Nottingham Health Profile tekrar uygulanmıştır. Araştırma sonucunda kalp yetmezliği olan bireyler ile inme sonrası afazi sorunu olan bireyler arasında yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumlarına ilişkin olarak herhangi bir anlamlı farklılık bulunmamıştır. Kalp yetmezliği olan bireylerin akut dönemde ilk uygulanan NHYA ve NHP skorları arasında bir ilişki bulunmamıştır. Ancak 6 ay sonra yapılan NHYA sınıflandırmasına göre NHYA sınıf III olarak belirlenen bireylerin yaşam kalitesi ölçeğini skorlarına göre mobilite, enerji, sosyal, emosyonel alan ve toplam skorda negatif olarak en çok etkilenen bireyler olduğu belirlenmiştir ($p = 0.01$). Uyku ve ağrı alanlarında NHYA sınıf II olarak sınıflandırılan bireyler olumsuz olarak en çok etkilenenler olarak rapor edilmiştir. Inme sonrası afazi sorunu olan bireylerde ise akut dönemde afazinin derecesi ile ağrı, mobilite, sosyal-emosyonel alan ve toplam skorlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. 6 ay sonrasında ölçeklerin bu gruptakilere uygulanması neticesinde sosyal, emosyonel alan, mobilite ve toplam skor arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Afazili inme hastalarında akut dönem ve 6 aylık süre içinde mobilite alanında iyileşme olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Ayrıca bu bireylerde fonksiyonel durum ve afazi derecesinde de 6 ay sonrasında iyileşme görülmüştür ($p < 0.001$). Akut dönemde uyku ve enerji alanlarında inme sonrası afazi sorunu olan bireylere göre kalp yetmezliği olan bireylerin daha çok etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan analizler sonucunda cinsiyet faktörünün inme sonrası afazi sorunu olan bireylerin skorlarını etkilemediği bulunmuşken, kalp yetmezliği olan katılımcıların skorları ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu

görülmüştür. Her iki katılımcı grubunda sorunları nedeniyle yaşam kalitesi ölçeklerinde düşük skorlar elde etmiştir. Ayrıca kalp yetmezliği olan katılımcılar düşük enerji sorunlarından bahsetmişlerdir. Son olarak hastalığın derecesinde olan iyileşmenin daha mutlak iyi yaşam kalitesi skorları ile ilgili olmadığı belirlenmiştir.

Bose, Mchugh, Schollenberger ve Buchanan tarafından 2009 yılında afazili bireylerde yaşam kalitesini değerlendirmede sıklıkla kullanılan iki ölçeğin, Hilary (2003) tarafından geliştirilmiş olan SAQOL-39 ve Paul ve ark. (2004) tarafından geliştirilmiş olan ASHA İletişim Yaşamı Kalitesi Ölçeği (ASHA Quality of Communication Life Scale ASHA-QCL), değerlendirmesini yapma amacıyla bir çalışma yapılmıştır. Araştırmacılar çalışmaya yaş ortalaması 65.3 olan 19 (14 erkek, 5 kadın) afazili birey, kontrol grubuna ise yaş ortalaması 65.5 olan 19 birey dahil etmiştir. Afazili katılımcılarda inme üzerinden geçen zaman ortalama 42.21 ay olarak belirlenmiştir. Afazili katılımcılarda toplam eğitim süresi ortalama 13.8 yıl iken, kontrol grubunda bu ortalama 14.8'dir. Katılımcıları çalışmaya dahil ederken İngilizce konuşuyor olması, geçmişlerinde herhangi bir nörolojik ve psikiyatrik rahatsızlık olmaması ve madde kullanımının olmaması seçme kriterleri arasında yer almıştır. Afazili bireylerin seçiminde afazinin inme sonrası ya da sol hemisfer hasarı sonrası oluşması, inme sonrası 6 ay geçmiş olması ve herhangi bir kognitif gerilik /bozukluk olmaması şartları öne sürülmüştür. Kontrol grubu ve afazili bireylerin grubu arasında yaş ve eğitim seviyesi olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Uygulama sürecinde afazili bireylere afazi türünü ve derecesini belirlemek amacıyla Boston Tanısal Afazi Testi (Boston Diagnostic Aphasia Examination), adlandırma becerilerini değerlendirmek amacıyla Boston Adlandırma Testi (Boston Naming Test) ve duyuşal işleyiş değerlendirmesi amacıyla da İşitsel ve Görsel Algı değerlendirmesi yapılmıştır. Bütün katılımcılara İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi Ölçeği (SAQOL-39) ve ASHA İletişim Yaşamı Kalitesi Ölçeği (ASHA-QCL) uygulanmıştır. Uygulama katılımcıların evlerinde ve üniversitenin araştırma laboratuvarında gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda afazili bireylerin her iki yaşam kalitesi ölçeğinden de kontrol grubuna kıyasla daha düşük skorlar elde ettiği belirlenmiştir. SAQOL-39 analiz sonuçlarına göre en düşük puan elde edilen alanın iletişim alanı olduğu belirtilmiştir. ASHA-QCL sonuçlarında da afazili bireyler benzer skorlar elde etmişlerdir. Ancak kontrol grupları kendi içlerinde ASHA-QCL alanları arasında birbirlerine benzer skorlara alırken, bu durum afazili bireylerde farklılık göstermiştir. Afazili bireyler sosyalleşme ve aktivite

(en düşük skorlanan alanlar) alanlarında birbirlerinden oldukça farklı skorlar elde etmişlerdir. SAQOL-39 iletişim alt alanı, ASHA-QCL ortalaması ve iletişim/aktiviteler alt alanıyla benzerlikler göstermiştir. Dilbilimsel değişkenlerin yaşam kalitesinin psikososyal, iletişim ve sosyalleşme/aktiviteler alt alanlarıyla anlamlı düzeyde ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmanın verilerinin analizleri ve bulguların yorumlanması sonrasında yaşam kalitesini ASHA-QCL ve SAQOL-39 ile değerlendirmenin afazi bireyler ile olan deneyimlerin anlamlandırılmasına katkıda bulunacağı dile getirilmiş ve bu iki ölçeğin sonuçlarının birlikte yorumlanmasının afazide işleyiş adına bütüncül bir bakış açısına sahip olmada faydalı olacağı belirtilmiştir.

Ağır, orta ve hafif afazili katılımcılar için sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin 4 alt alanının (fiziksel, psikososyal, iletişim ve enerji) önemine göre derecelendirilmesinin ve genel yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark olup olmadığı sorusuna yanıt bulmak amacıyla Cranfill ve Wright (2010) tarafından bir çalışma yürütülmüştür. Çalışmada afazili bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin 4 alt alanına ilişkin değerlendirmeleri ile yakınlarının ve DKT'lerin değerlendirmeleri arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığı da araştırılmıştır. Çalışmaya kırsal ve kentsel kesimden ortalama yaş değeri 70 olan Western Afazi Bataryası (WAB; Kertesz,1982) ile tanılanmış, ortalama WAB skoru 67.4 olan, 10 afazili erkek ve 14 afazili kadın katılmıştır. Katılımcıları seçerken afazi ile tanılanmış olmak, medikal geçmişinde en son geçirilen inmenin çalışmadan en az bir ay önce gerçekleşmiş olması şartıyla bir ya da daha fazla inme olması, haftada en az bir defa olmak üzere dil ve konuşma terapisi alıyor olmak, Hearing Handicap Inventory for the Elderly tarama değerlendirmesi (HHIE-S; Ventr ve Weinstein, 1983) ile değerlendirme sonrasında normal işitme aralığında olmak ya da orta dereceli cihaz kullanımının olması, sol hemisfer hasarı, iletişim becerilerini etkileyebilecek herhangi bir hastalığın olmaması, görme becerilerinin iyi olması (Snellen göz tarama testinde en kötü 20/100 skor elde etmek), üst ekstremitelerden birinin işaretleme (gösterme) yapabilecek durumda olması ve son olarak katılımcının kendi evinde yaşıyor olması ya da rehabilitasyon merkezinde kalıyor olma şartları seçme kriterleri olarak belirlenmiştir. Katılımcılardan bilgiler görüşme, standart formlar, medikal raporlar incelenerek ve yakınlarla görüşme ile elde edilmiştir. Ortalama yaşları 64.8 olan 15 kadın, 9 erkek, bu kişilerden 14'ü afazili bireyin eşi; 8'i afazili bireyin çocuğu ve 2'si afazili bireyin partneri, afazi yakını olarak çalışmaya seçilmiştir. Bu grupta katılımcılar belirlenirken

cihazlandırılmış orta işitme kayıplı ve ya cihazsız olmak, Mini-Mental Durum Değerlendirme Skalası'ndan (MMS; Folstein ve ark.,1975) normal biliş seviyesine (>28) sahip olmak, herhangi bir psikolojik rahatsızlığa sahip olmamak, görme duyusuyla ilgili ileri derecede soruna sahip olmamak ve İngilizcenin ana dil olması şartları aranmıştır. Bütün katılımcılara SAQOL-39 ve ASHA-QCL uygulanmıştır. Yaşam kalitesi ölçeklerine ek olarak katılımcılara ölçekte yer alan her soruya ilişkin olarak 'Bu sizin için ne kadar önemli?' sorusu yöneltilmiştir. Katılımcılar SAQOL-39 ve ASHA-QOL haricinde Kısa Carroll Depresyon Ölçeği (B-CDS;Carroll,1998), Frenchay Aktivite İndeksi (FAI; Holbrook ve Skilbek, 1983) ve MOS Sosyal Destek Anketi'ni (MOS-SS; Sherbourne ve Steward, 1991) tamamlamışlardır. Katılımcılar ölçekleri aynı gün içinde doldurmuşlardır. Araştırma sonuçlarına göre afazili bireylerin tamamlamış olduğu ölçeklerin analizi sonrasında sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi dört alt alanının arasından en çok etkilenen alanın fiziksel alan olduğu ortaya konmuştur. Amaçlanan karşılaştırmaların yapılmasıyla hafif ve orta dereceli afazili grup ile orta ve ağır afazili grup arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur; afazi derecesi arttıkça fiziksel alt alana atfedilen önem artmıştır. Diğer sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi alt alanlarında istatistiksel olarak farklı sonuçlar elde edilmemiştir. Afazi derecesine belirlenen gruplar arasında yapılan karşılaştırmada genel sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin puanlamasında da farklılık bulunmamıştır. Yaş ve bilişsel durum diğer bağımsız değişkenlere göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi skorlanmasına daha fazla katkıda bulunmuştur. Bütün katılımcı grupların yanıtlarının değerlendirilmesine göre genel sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi skorlarında her iki ölçekte de katılımcılar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. DKT'ler ve afazili bireylerin yakınlarının genel sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi değerlendirmeleri arasında bir fark bulunmamıştır, ancak bu iki grubun değerlendirmeleri ile afazili bireylerin değerlendirmeleri arasında bulunmuştur. İstatistiksel olarak afazi şiddeti grubu dahilinde fiziksel alt alanının önemine ilişkin olarak üç katılımcı grup arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Orta derecede afazili bireyler, ağır afazili bireylere göre fiziksel alt alanın sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerindeki etkisine daha fazla önem atfetmişlerdir. Hafif ve orta dereceli afazili bireylerin yakınları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Hafif dereceli afazililerin yakınlarının orta dereceli afazili birey yakınlarına göre fiziksel alt alanın sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerindeki etkisine daha fazla önem verdiği belirtilmiştir. Hafif ve orta dereceli afazili grup, orta ve ağır afazili grup ve DKT'lerin fiziksel alt alan

değerlendirmeleri arasında anlamlı farklılıklar olduğu bulunmuştur. DKT'ler afazi derecesinin arttıkça afazili bireylere göre fiziksel alanın sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerindeki etkisine verdikleri önemin arttığını belirtmişlerdir. Afazili bireylerce fiziksel işlerlik, iletişim değil, bütüncül sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi skorlanmasında daha etkili olarak düşünülmüştür. Bütün gruplarca sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerinde en büyük etkinin fiziksel alt alan olduğu bulunmuştur.

Afazide yaşam kalitesi üzerinde yaptığı çokça çalışmayla adını duyuran Hilari'nin 2011 yılındaki bir çalışmasında ise inmeye bağlı afazi sorunu olan ve olmayan bireylerin arasında günlük faaliyetler (ADL: beslenme, giyinme, tuvalet kullanımı, hareket vb), geniş çaplı günlük faaliyetler, sosyal destek, psikolojik stres ve yaşam kalitesi (HRQO) alanlarında farklılık olup olmadığını incelenmiştir. Bu çalışma Hilary'nin (2009) SAQOL-39'un psikometrik özelliklerini araştırdığı bir çalışma ile inme ve afaziden 6 ay sonraki psikolojik stresin araştırdığı başka bir çalışmanın alt çalışmasıdır. Bu çalışmalarda yer alan katılımcılar bu çalışmaya dahil edilmiştir. Afazili ve afazili olmayan katılımcılarla farklı dönemlerde (ilk değerlendirme (başlama düzeyi) inmeden 3 ve 6 ay sonra) uygulamalar yapılmıştır. Çalışmaya 18 yaş üzeri 55 afazisiz, 32 afazili birey katılmıştır. Bireyler evde yaşamıyorsa, bilinen bir mental sahip problemine, ağır/terminal bir komorbiteye veya stroke sonrası bilişsel geriliğe sahipse, dili İngilizce değilse ve gönüllü katılım gösteremeyecek kadar iyi değilse katılımcı olarak çalışmaya dahil edilmemişlerdir. Katılımcıların 9'u ağır afazi ile tanılandığı için yakınları çalışmada yer almış ancak sonuçlar analizlere dahil edilmemiştir. Afazili bireylerin yaş ortalaması 69.5, afazili olmayanlarınkine ise 69.8 olarak bildirilmiştir. Katılımcılar hala hastanedeyken 3 farklı zamanda afazililerde iletişim alanında eğitim almış afazi uzmanı DKT'ler tarafından mülakat formatında değerlendirilmişlerdir. Sunum ve ölçekleri uygulama prosedürleri afazili bireyler için yazıları daha büyük fontlarda gösterme, bazı durumlarda önceden hazırlanan uygun resimleri kullanma gibi bazı kolaylaştırıcı yöntemlerle revize edilmiştir. İnme şiddetini belirlemek amacıyla National Institute for Health Stroke Scale (NIHSS) kullanılmıştır. Katılımcıların afazili olup olmadıkları Frenchay Afazi Tanılama Testi (FAST) ile tanılanmıştır. Günlük faaliyetler (activities of daily living) Barthel İndeksi (BI), geniş çaplı günlük faaliyetler (extended ADL) Frenchay Activities Index (FAI), psikolojik stres Genel Sağlık Anketi-12 (General Health Questionnaire-12 Item (GHQ-12)), yaşam kalitesi SAQOL-39 generic versiyonu, alınan sosyal destek ise Medical Outcomes Studies Social Support

Survey (SSS) ile değerlendirilmiştir. Başlama düzeyi değerlendirmesinde katılımcılar günlük aktiviteleri ve sosyal desteği (inmeden önceki ay) inme öncesi zamanlara göre değerlendirmişlerdir. Demografik veriler, genel sağlık, inme türü ve sınıflandırmasına göre afazili ve afazisiz bireyler arasında anlamlı farklılıklar bulunmamıştır. Ancak afazili bireylerin afazisiz olanlara göre daha şiddetli inmeler geçirdiği belirlenmiştir [$t(84)=-2.85, p<0.01$]. 76 katılımcı 3 ay, 71 katılımcı ise 6 ay sonraki uygulamalara katılmıştır. Altıncı ay yapılan uygulamalara göre demografik veriler, genel sağlık, inme türü ve sınıflandırması alanlarında afazili ve afazisiz katılımcılar arasında bir fark bulunmamıştır. Katılımcılar inmeden hemen sonra yapılan uygulama sonuçlarına göre ciddi boyutlarda ADL skorları elde etmişlerdir (skor arttıkça başkalarına bağımlılık artıyor: %67, BI skoru<90). Bu bireyler zamanla iyileşme göstermişlerdir. Ancak 6 ay sonrasındaki uygulamalarda %32'lik kısmın hala ADL alanında biraz desteğe ihtiyaç duyduğu sonucuna ulaşılmıştır. Başlama düzeyi uygulaması sonrasında psikolojik stresin oldukça yüksek olduğu (%66) bulunmuş ve bu yüzde 3.aydaki uygulamalarda azalma göstermiş ancak 6.aydaki uygulamalarda aynı seviyelerde kalmıştır. Alınan destekle ilgili olan hisler inme sonrasında stabil kalmıştır. Büyük (extended) çaplı ADL 3.ve 6.aylarda büyük ölçüde artmıştır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi skorları zamanla artış göstermiştir (başlama düzeyi verisi: %77, 3 ay: %62 ve 6 ay: %54). Afazili bireyler ADL alanında büyük ölçüde daha az işlev göstermişlerdir ve QOL alanında daha az skorlar elde etmişlerdir. Temel ADL ve alınan sosyal destek alanlarında karşılaştırılan gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunmamıştır. Afazili ve afazisiz katılımcılar arasında işlevsel, katılımsal, psikolojik stres ve yaşam kalitesi alanlarında farklılıklar bulunmuştur; bu alanlarda afazili bireylerin daha az skorlar elde ettiğine değinilmiştir. İlk uygulama sonrasında psikolojik stres alanında diğer katılımcı gruba göre yüksek skorlar alan afazili bireyler zaman içinde iyileşme göstermiş, diğer grupta değişim gözlenmemiş ve diğer katılımcı gruplarla aralarında olan fark kapanmıştır. Bu durum afazili bireylerin ilk 6 aylık zaman diliminde yüksek ölçüde sosyal destek almalarıyla ilişkilendirilmiştir.

Bosna-Hersek'de afazili bireylerde yaşam kalitelerine dair çalışmaların yapılmamış olması, alanda yapılmış olan çalışmalardan ise Bosna-Hersek'de kullanılan dillerin özellikleri göz önüne alındığında faydalanılamıyor olması nedeniyle Sinanovic, Mrkonjic ve Zecic 2012 yılında afazinin derecesinin ve türünün bir sene sonrasında yaşam kalitesine olan etkisini araştırmak amacıyla bir çalışma yapmışlardır.

Katılımcıları seçerken inmenin üzerinden en az bir yıl geçmiş olması, inme öncesinde herhangi bir beyin hasarı olmaması, inme öncesinde bireylerin evde yaşıyor olması ve Frenchay Afazi Testi'nin (FAST) alıcı dil alanından 7/15 puan elde etmeleri şartları aranmıştır. 41- 86 yaşları arasında 23 erkek ile 28 kadın toplam 51 katılımcı kriterleri karşılamıştır. Afazi türü ve derecesi Boston Afazi Bataryası'nın (BDAE: Boston Diasnostic Aphasia Examination) kısa formu kullanılarak tanılanmıştır. Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla SAQOL-39 uygulanmıştır. Katılımcılardan 20'si Anomik Afazi, 14'ü Broka Afazisi, 5'i Konduksiyon Afazi, 4'ü karışık Tutuk Afazi (mixed nonfluent), 4'ü ise Aleksis (okuma yitimi) ve Agrafi, 2'si Transkortikal Motor Afazi ve son 2'si ise Transkortikal Duyusal Afazi ile tanılanmıştır. SAQOL-39 analizleri sonuçları göstermiştir ki katılımcıların en çok etkilendikleri alan alanda yapılan bir çok çalışmada olduğu gibi yine fiziksel alt alan, ikinci olarak da iletişim alt alanı olmuştur. Afazi türünün yaşam kalitesini etkilediğine dair önemli bulgular elde edilmiştir. Broka afazili bireylerin anomik afazili bireylere göre ($p=0.030$), agrafilisaleksiye sahip bireylerle karşılaştırıldıklarında ($p=0.003$), anomik afazili bireylerin de tutuk afazili (mixed nonfluent aphasia) bireylere ($p=0.000$) göre daha düşük skorlar elde ettikleri rapor edilmiştir. Tutuk afazi bireyler afazi tipleri arasında yapılan karşılaştırmada en düşük skoru alan grup olmuştur. Tutuk afazili bireyler ile transkortikal duyusal afazili ($p=0.010$), aleksili ve agrafilisaleksiye sahip bireyler ($p=0.001$) arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Konduksiyon ve Transkortikal Afazili bireyler arasında bulunan farklılıklar diğer afazili bireylerle karşılaştırılmış ve tesadüfi olarak yorumlanmıştır ($p>0.05$). Tek yönlü ANOVA sonuçlarına göre afazi şiddetinin derecesine göre yaşam kalitesi skorlarında bütün katılımcılar arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0.05$). Spearman korelasyon analizine göre yaşam kalitesi ölçeğinin bütün alanları afazinin türü ve derecesinden etkilenmektedir. Afazinin şiddetinin ve iletişim sorununun derecesi arttıkça daha düşük yaşam kalitesi skorları elde edilmiştir.

Cruice ve Hill tarafından 2010 yılında afazi alanında yaşam kalitesi kavramını açıklayan, yaşam kalitesinin afazili bireylerin perspektifinden ne demek olduğuna dair yeterince araştırma ve data bulunmaması sebebiyle bu boşluğu kapatmak amacıyla toplum içinde yaşayan kronik afazili yaşlı insanların kendilerince güncel ve gelecek yaşamlarını dikkate alarak yaşam kalitesine katkıda bulunan, yaşam kalitesini düşüren kavramları ve durumları tanımlamalarını gerektiren bir çalışma yapılmıştır. Ağır, orta

ve hafif dereceli 30, 16 kadın ile 14 erkek, afazili birey çalışmada katılımcı olarak yer almıştır. Katılımcıları seçerken anadil olarak İngilizce konuşuyor olmak, inme sonrası afazi ile tanılanmış olmak, Western Afazi Bataryası (WAB) Evet/Hayır kısmından 16/20 skor elde etmek, WAB Anlama Alt Testi'nden 5/10 skor elde etmek, eşlik eden bir nörolojik sorunun olmaması, inme üzerinden 10 ay geçmiş olması ve bağımsız olarak toplum içinde yaşamı sürdürüyor olabilme şartları aranmıştır. Katılımcıların görüşme günü durumlarını belirlemek amacıyla Geriatrik Depresyon Skala (GDS: Sheikh ve Yesavage, 1986) uygulanmıştır. Katılımcılar ile kendi evlerinde 6 adet basit yapılandırılmış soru içeren mülakatvari görüşme yapılmıştır. Katılımcılardan yaşam kalitesini nasıl tanımladıkları, yaşam kalitesini artıran ve azaltan durumları güncel ve gelecek zamanlı olarak yanıtlamaları istenmiştir. İlk 5 soru Farquhar'ın 1995 de yaptığı bir araştırmadan alınmıştır. İletişimi amaçlayan son soru ise araştırmacılar tarafından eklenmiştir. Sorular katılımcılara hem sesli olarak okunmuş hem de yazılı olarak sunulmuştur. Cevaplar dinleme cihazı ile kaydedilmiş, katılımcıların rızası olmadığı ve ya cihazın arızalı olduğu durumlarda verbatim online ile transkript edilmiş sonrasında ise bütün katılımcıların yanıtları analiz için transkripte edilmiştir. İçerik analizi kullanılmış, veriler kodlar haline getirilerek belirli kavramlar ve faktörler altında sınıflandırılmıştır. Analiz sonrasında şimdiki ve gelecekteki yaşam kalitesini etkileyen 10 ana faktör belirlenmiştir. Öncelikli ve önemli 4 faktör sırasıyla 'Aktiviteler, Sözlü İletişim, İnsanlar ve Vücut Fonksiyonları'yken, daha az önemli olan diğer faktörler 'İnme, Hareket, Olumlu Dış Görünüş (positive personal outlook), Bağımlılık/Bağımsızlık, Ev ve Sağlık olarak açıklanmıştır.

İnme sonrası kronik afazili bireylerde yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla Hilari, Wiggins, Roy, Byng ve Smith 2003 yılında bir çalışma yürütmüşlerdir. Mülakat tarzında görüşmeler aracılığıyla, yaşam kalitesi ve potansiyel belirleyici faktörlerine dair bilgiler toplanmıştır. Potansiyel belirleyici faktörler grubuna demografik bilgiler (yaş, cinsiyet, etnik durum, sosyoekonomik durum, medeni durum ve çalışma durumu), inme ve diğer sağlık değişkenleri (inme türü, inme üzerinden geçen zaman, komorbidite) ve yaşam kalitesiyle ilişkili diğer faktörler (duygusal stres, depresyon, azalmış aktivite, bilişsel gerilik, afazi ve sosyal destek) alınmıştır. İnme nedeniyle afazi sahibi olan, geçirilen inme üzerinden en az bir yıl geçmiş olan, inme öncesi bilinen bilişsel gerilik ve mental saplık problemleri yaşamayan ve inme öncesi bir evde yaşıyor olan yaş ortalaması 61,67 olan toplam 83 katılımcı çalışmaya dahil

olmuştur. İnme üzerinden geçen zaman ortalaması 3,5 yıl olarak bulunmuştur. Bütün katılımcılar bütün ölçekleri uygulayan ve değerlendirmeleri yapan baş araştırmacı tarafından 2 kere görüşmeye alınmıştır. Demografik bilgiler ve inme/sağlıkla ilgili genel bilgiler DKT notlarından alınmıştır. Katılımcıların afazili olup olmadıkları Frenchay Afazi Tanılama Testi (FAST) ile tanılanmıştır. Aktivitelere katılım Frenchay Activities Index (FAI), psikolojik stres Genel Sağlık Anketi-12 (General Health Questionnaire-12 Item (GHQ-12)), yaşam kalitesi SAQOL-39, alınan sosyal destek ise Medical Outcomes Studies Social Support Survey (SSS: Sherbourne ve Steward,1991) ,biliş Raven Coloured Progressive Matrices (RCPM: Raven, 1962), iletişim yetersizliği ise ASHA Functional Assessment of Communication Skills for Adults (ASHA-FACS:Frattali ve ark, 1995) ile değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ile ilişkilendirilen tek demografik faktör yaş olmuştur. Yaş ilerledikçe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin düştüğüne dair verilere ulaşılmıştır. Cinsiyet, etnik köken, medeni, sosyoekonomik ve çalışma durumu gibi faktörler ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Komorbidite ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Daha fazla komorbidite durumunun sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi skorlarını düşürdüğü bulunmuştur. Yüksek duygusal stres yaşayan, yüksek iletişim problemleri ve yetersizlikleri olan, düşük biliş durumu ve aktivitelere katılımı oldukça sınırlı olan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi değerlendirme ölçeklerinden daha düşük skorlar elde ettiği görülmüştür. Fiziksel problemler/ yetersizlikler ve düşük aktivite sınırı sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi skorunun temel belirleyicileri olarak ifade edilmiştir. Yapılan araştırmada tek başına bilişsel seviyenin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi belirleyicisi olmadığı belirtilmiştir.

Ülkemizde de afazili bireylerde yaşam kalitesi ile ilişkili yapılmış olan çalışmalar bulunmaktadır. Maviş, Doğramacı ve Diken tarafından 2005 yılında birincil bakıcıların felçli ve afazili bireylere ve yaşamlarını değiştiren engellere karşı görüşlerini ve bunları etkileyen değişkenleri belirlemek amacıyla Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Servisi'nden afazi tanısı almış 22 kadın 18 erkek toplam 40 birincil bakıcı(hastaların çocukları veya çocuklarının eşleri) çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmada 39 maddelik 'Birincil bakıcının bakış açısıyla afazili hastanın sözel olmayan davranışlarının analizi' adlı anket tipi ön görüşme formu kullanılmıştır. Değerlendirme formuna bakıcının görüşlerini önem sırasına göre sıralamasını hedefleyen maddeler de eklenmiştir. Araştırmanın verileri birincil bakıcılarla bire-bir görüşmeler aracılığı ile

toplanmıştır. Araştırmada elde edilen veri analizleri sonrasında birincil bakıcıların, felcin getirdiği yükten dolayı kendilerine zaman ayıramadıkları, etkinliklerin kısıtlandığı, aile içi rol değişimlerinin yaşandığı ve sorumluluklarının arttığı raporlanmıştır. Bakıcıların felç sonrasında hasta bireye karşı daha korumacı oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Felçli ve afazili bireylere bakıcılık yapma konusunda cinsiyetler arası anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Kadınların bakıcı rolünü üstlenmeyi daha fazla yük olarak gördükleri ve rol değişimi, rahatsızlık duyma, sosyal hayatta değişiklik gibi ek maddelere ilişkin olarak daha olumsuz görüşler içinde oldukları bulunmuştur. Bakıma ve sosyal kaynaklara erişim konusunda da erkek bireylerin daha öncelikli olduğu saptanmıştır. Bakıcılık sorunlarıyla baş etmede eğitim faktörünün de etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Birincil bakıcıların görüşlerinin afazili bireylerin cinsiyetine ve medeni durumuna göre farklılık gösterip göstermediği araştırılmış, bakıcıların bakım konusunda kadın ve evli olmayan hastaları tercih etmedikleri görülmüştür. Ek olarak birincil bakıcılara kendilerinde afazili bireyin durumuna ilişkin rahatsızlık yaratan faktörler sorulduğunda yanıtlar ‘şahsi bakım, sağlık ve para konularında sorumluluk alma ve karar verme’ şeklinde olmuştur. Bireylerin felçli kalmalarındaki faktörün genel sağlık durumu ve stres olduğu yönündeki görüşler birincil bakıcıların kendilerini bu olaydan sorumlu görmediklerini göstermiştir. Bulgular yorumlandığında kısaca; birincil bakıcıların görüşlerine yaş ortalamaları, cinsiyet faktörü, eğitim düzeyi, kültürel özellikler, yetiştirilme tarzı ve dini inançların da etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yeşilkaya tarafından 2013 yılında yapılan bir çalışmada inmeli ve afazili bireylerin yaşam kalitelerini inceleyen araştırmalarla ilgili bir derleme çalışması yürütmüştür. Çalışmanın amacı inme ve afazi alanında yapılmış olan çalışmalarını inceleyip özetleyerek konu hakkında bilgi sahibi olmak isteyen araştırmacılara faydalı olabilecek bir metin oluşturmak ve inmeli ve afazili bireylerin yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışmaların incelenip bir metin oluşturularak bu konuda farkındalığın artırılmasıdır. Çalışmada hakemli dergilerde yayınlanmış olan 1989-2012 tarihleri arasında yayınlanmış 27 makaleye yer verilmiştir. Derleme çalışması sonucunda inmeli bireylerin yaşam kalitelerinin inme sorunu yaşamayan bireylere göre düşük olduğu; artan yaş, cinsiyet, bekar olmak, yalnız yaşamak, kötü fonksiyonel durum, depresyon ve anksiyete gibi faktörlerin inmeli bireylerde yaşam kalitesini üzerinde etkisinin olduğu; cinsiyet, eğitim, meslek ve yaş faktörlerinin yaşam kalitesini etkilemediği sonucuna

ulaşan çalışmaların sayıca az olduğu; birçok çalışmada inmeli kadın bireylerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu ve eğitim durumu, lezyon yeri, inme süresi faktörlerinin ise yaşam kalitesini etkilemediği ifade edilmiştir. Ayrıca afazili bireylerle yapılan çalışmalarda da artan yaş, cinsiyet, bekar olmak, yalnız yaşamak, kötü fonksiyonel durum, depresyon ve anksiyete yaşam kalitesini etkilediği ve afazili bireylerin bu sorunlara ek olarak yaşam kalitesini etkileyen iletişim problemi de yaşadığı rapor edilmiştir. Çalışmada inmeli ve afazili bireyler ile çalışan dil ve konuşma terapistlerinin inmeli ve afazili bireyler ile çalışmalar yaparken bireyi çevresi ile ele alması, kişisel faktörleri gözden geçirmesi gerektiğini önerilmiştir.

Özmen tarafından 2014 yılında yapılmış olan çalışma da yakınlarının gözünden afazili kişilerin sosyal katılımları, dil kullanımları ve yakınlarının onlara sağladıkları destek düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla araştırmaya 62 afazili yakını dahil edilmiştir, katılımcılardan toplanan veriler frekans ve yüzdeler üzerinden değerlendirilmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre afazili bireylerin inme sonrasında sosyal katılımlarının azaldığının ve yaşam kalitelerinin düştüğü belirtilmiştir. Ayrıca afazili yakınlarının afazili bireylere sağladıkları desteğin türü ve düzeyinin afazili bireylerin sosyal katılımlarını artırmadığı ve yakınların bu alanda desteğe ihtiyaç duyduğu sonucuna ulaşılmıştır.

İyigün 2014 yılında gerçekleştirdiği çalışmasında ise afazili bireyler ve yakınlarının İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin (SAQOL-39) Türkçe versiyonundaki uyuma düzeylerinin incelenmiştir. Bu amaçla çalışmaya 32 afazili birey ve yakını dahil edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre afazili bireyler ve yakınlarının yanıtlarının ölçek genelinde mükemmel; fiziksel, iletişim, psikososyal ve enerji alt alanlarında ise iyi derecede uyumlu olduğu neticesine ulaşılmıştır.

Noyan-Erbaş ve Toğram (2016) tarafından İnme ve Sağlık Yaşam Kalitesi-39 Ölçeği (SAGOL-39)'nin Türkçe'ye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Çalışma sürecinde öncelikli olarak ölçeğin dilbilimsel uyarlanması tamamlanmış, sonrasında önceden belirlenmiş olan katılım ölçütlerini karşılayan 30 afazili birey geçerlik ve güvenilirlik aşaması için çalışmaya dahil edilmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizleri sonucunda ölçeğin yüksek geçerlik ve güvenilirliğe sahip olduğu ve afazili bireylerde yaşam kalitesi değerlendirmesinde kullanılabileceği görüşüne ulaşılmıştır.

Çalış ve ark. tarafından 2016'de yapılan bir çalışmada İnme ve Sağlık Yaşam Kalitesi-39 Ölçeği'nin (SAQOL-39) Türkçe'ye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin dilbilimsel uyarlanması yapılmış ve sonrasında ölçek 40 afazili bireye uygulanmıştır. Korelasyon analizi Ege Afazi Testi, Barthel İndeksi, Genel Sağlık Anketi-12 (GHQ) ve Brunnstrom Motor Evreleme Cetveli (BRS) ölçekleri ve testleri arasında yapılmıştır. Çalışma sonucunda SAQOL-39-TR'nin geçerlik ve güvenilirliğe sahip olduğuna ulaşılmıştır. Ölçek alt alanları ve diğer ölçekler arasındaki katsayı korelasyonlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. SAQOL-39-TR ve Brunnstrom Motor Evreleme Cetveli arasında yüksek korelasyon olduğu saptanmıştır. Bütün alt alanların, praksi dışında, Ege Afazi Testi ile uyumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

1.8. Çalışmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmanın amacı afazili bireylerin yaşam kalitesi düzeylerini ve yaşam kalitesini olumlu ya da olumsuz etkileyen faktörleri belirlemektir. Birincil amaca ek olarak yaşam kalitesi skorlarının yaş, cinsiyet, inme üzerinden geçen zaman, eğitim süresi, okuma alışkanlıkları ve evde yaşayan kişi sayısı ile ilişkisini incelemek de çalışmanın amaçları arasında yer almıştır. Ayrıca İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi-39 Ölçeği (SAQOL-39-TR) puanları ile Beck Depresyon Ölçeği'den ve Kısa Form-36'dan (SF-36) elde edilen puanlar arasında korelasyonun varlığı sorgulanmıştır. Bu amaçlar doğrultusunda yapılan çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1.9. Araştırma Soruları

1. Katılımcıların SAQOL-39-TR'den aldıkları puanlar nasıldır?
2. Katılımcıların SAQOL-39-TR toplam ve alt alan puanlarının ortalaması nasıldır?
3. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği'nden elde ettikleri puanlar nasıldır?
4. Katılımcıların SF-36'dan elde ettikleri puanlar nasıldır?
5. Katılımcıların SAQOL-39-TR'den aldıkları puanlar ile SF-36'dan aldıkları puanların korelasyonu nasıldır?

6. Katılımcıların SAQOL-39-TR'den aldıkları puanlar ile Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanların korelasyonu nasıldır?
7. Katılımcıların SAQOL-39-TR'den aldıkları puanlar cinsiyete göre farklılık göstermekte midir?
8. Katılımcıların SAQOL-39-TR'den aldıkları puanlar ile yaşa göre farklılık göstermekte midir ?
9. Katılımcıların SAQOL-39-TR'den aldıkları puanlar ile eğitim düzeyine göre farklılık göstermekte midir ?
10. Katılımcıların SAQOL-39-TR'den aldıkları puanlar ile okuma alışkanlığına göre farklılık göstermekte midir ?
11. Katılımcıların SAQOL-39-TR'den aldıkları puanlar ile inme üzerinden geçen süre arasında ilişki var mıdır?
12. Katılımcıların SAQOL-39-TR'den aldıkları puanlar ile evde yaşayan kişi sayısı arasında ilişki var mıdır?

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırma modeli, araştırmanın katılımcıları, verilerin toplanması, işlem ve veri analizi ile ilgili bilgiler bulunmaktadır.

2.1. Araştırma Modeli

İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi Ölçeği-39 TR (SAQOL-39-TR) ölçeği kullanılarak afazili bireylerin yaşam kalite düzeylerini belirleyen ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri inceleyen bu araştırma var olan durumu ortaya koyan betimsel yöntem kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

2.2. Araştırmanın Katılımcıları

Çalışmaya Anadolu Üniversitesi Dil ve Konuşma Bozuklukları Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne değerlendirme için başvurmuş, terapi almış veya almakta olan ve Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü'nde tedavi alan bireylerden seçilme kriterlerini sağlayan 21 kadın ve 29 erkek olmak üzere 50 erişkin afazili birey dahil edilmiştir. Yedi katılımcı gerekli kriterleri karşılayamadığı için çalışmaya dahil edilmemiştir. Aşağıda yer alan Çizelge 2.1.'de çalışmaya katılmış olan afazili bireylere ait demografik bilgiler detaylandırılmıştır.

Çizelge 2.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
<i>Kadın</i>	21	%42
<i>Erkek</i>	29	%58
Yaş		
<i>Ortalama</i>	57,38	
<i><21</i>	2	%4
<i>21-45</i>	5	%10
<i>46-65</i>	29	%58
<i>66+</i>	14	%28
İnme sonrası geçen zaman(yıl olarak)		
<i>Ortalama</i>	3,56	
<i>≤2</i>	15	%30

3-4	23	%46
>4	12	%24
Medeni Durum		
Bekar	2	%4
Evli	47	%94
Boşanmış	0	
Dul	1	%2

Çizelge 2.2. Katılımcıların İnme Üzerinden Geçen Süre, ADD İşitsel Anlama Puanı ve Eğitim Düzeyi Ortalamaları

	Min	Max.	Ortalama	SS
İnme Üzerinden Geçen Süre (ay)	12	120	42,72	24,50
İşitsel Anlama Puanı	33	66	50,82	12,76
Eğitim(Yıl)	0	12	6,70	4,08
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	2	6	3,14	1,08

Çizelge 2.2’de katılımcılara ait ölçeklerin uygulanması öncesinde amaca yönelik araştırılan değişkenlere ilişkin bilgiler yer almaktadır. Çizelge 2.2.’de görüldüğü üzere katılımcıların inmelerinin üzerinden geçen en az süre 12 ayken, en uzun süre 120 ay; ortalama 42,72 aydır. Uygulanan ADD İşitsel Anlama bölümü sonuçlarına göre katılımcıların bu bölümde aldıkları en düşük puan 33, en yüksek puan ise 66; ortalama 52’dir. Çizelge 2.2.’de yer alan eğitim bilgilerine göre katılımcıların aldıkları eğitimin süresi en az 0, en çok 12; ortalama 6,7 yıldır.

Katılımcıların eğitim düzeyleri analiz sürecinde Okuryazar değil, ilköğretim/ortaöğretim (8 yıl) ve Lise (9+) olarak 3 gruba ayrılmıştır.

Katılımcıların verdikleri bilgilere göre evde yaşayan kişi sayısı en az 2 ve en fazla 6 olarak belirlenmiştir. Kişilerin bakıcılığını üstlenenler genellikle bireylerin eşleri olmuştur. Evde yaşayan kişi sayısının 2 olduğu durumlarda kişilerin katılımcı ve eşi olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların 27’si okuma alışkanlıklarının olmadığını dile getirirken, 23 okuma alışkanlığı olduğunu dile getirmiştir. Okuma materyalleri dergi, gazete ve çok nadiren de kitap (çoğunlukla dini kitaplar) olarak belirtilmiştir.

2.2.1. Katılımcı ölçütleri

Afazili bireylerin çalışmaya katılabilmeleri için katılımcılarda

- anadilin Türkçe olması
- inme üzerinden en az 6 aylık bir sürenin geçmiş olması
- inme öncesi herhangi bir bilişsel ya da zihinsel sağlık sorununa sahip olmamak,
- Afazi Dil Değerlendirme Testinin (ADD) alıcı dil bölümünden en az 33 puan almış olmak
- Beck Depresyon Ölçeği'nden en az 16 puan almış olma şartlarını sağlamaları gerekliliği aranmıştır.

Katılımcı ölçütlerini karşılamayan afazili bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir. Kriterlere uygunluk göstermiş olan bireylerin çalışmaya dahil edilmeleri gönüllülük esasına dayandırılmıştır. Bu araştırmaya başlamadan önce Anadolu Üniversitesi Etik Kurulu onayı alınmıştır. Ayrıca katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilmiş, gönüllü katılımcı formu doldurulmuş ve çalışmaya katılım ve elde edilen verilerin kullanılabilmesi için onayları alınmıştır.

2.3. Veri Toplama Aracı

Çalışmada veri toplamak amacıyla İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi Ölçeği-39 TR (SAQOL-39-TR), Türkçe'ye geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Hisli (1988) tarafından yapılan Beck Depresyon Ölçeği ve Türkçe'ye geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Koçyiğit ve ark. tarafından 1999'da yapılan Kısa form-36 (SF-36) ölçekleri kullanılmıştır.

Afazili bireylere özel geliştirilmiş yaşam kalitesi ölçeklerinin başında gelen ve Hilari ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilmiş olan SAQOL-39-TR dört alt alanı (Günlük Aktiviteler, İletişim, Psikososyal Fonksiyon ve Enerji) değerlendirmektedir ve 39 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Noyan-Erbaş ve Toğram (2016) tarafından yapılmıştır. SAQOL-39-TR afazili bireylerde yaşam kalitesini belirlemek adına kullanılan ölçeklerin başında gelmekte ve bu alanda yapılan araştırmalar için uygun ve güvenilir olduğu bilinmektedir.

Beck Depresyon Ölçeği, Beck tarafından 1961 yılında bireyde duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel bileşenleri ve depresyon şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiş öz bildirim ölçeğidir (Kutlu, Demirbaş, Çivi & Can, 2015). Yaşanılan bazı olaylardan dolayı ne derecede sıkıntı, üzüntü, heyecan gibi duyguların yaşanıp yaşanmadığı hakkında bilgi almak amacı ile bireyin durumuyla ilgili bazı semptomlar seçenек olarak sunulmaktadır. Ölçek suçluluk duyguları, huzursuzluk, yorgunluk, iştah azalması, kararsızlık, uyku bozukluğu, sosyal çekilme gibi depresif belirtilere ilişkin 21 maddeden oluşmaktadır ve her soru dört dereceli kendini değerlendirme ifadelerinden birini seçilmesi ile yanıtlanmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Hisli (1988) tarafından yapılmıştır.

Kısa Form-36 (SF-36) Rand Corporation tarafından 1987 yılında geliştirilmiş olan ve sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile inceleyen bir öz bildirim ölçeğidir. Rand Corporation 1946 yılında ABD silahlı kuvvetleri için araştırma ve geliştirme yapması için kurulmuş bir şirkettir. 1948 yılında ana şirket bünyesinden ayrılarak kar amacı gütmeyen dünya çapında siyasi ve düşünce kuruluşu olarak yoluna devam etmiştir. Şirket eğitim, sağlık, hukuk ve bilim alanlarında da araştırmalar yapmaktadır. Kısa Form-36'da Fiziksel Fonksiyon (10), Sosyal Fonksiyon (2), Fiziksel Rol Kısıtlamaları (4) ve Emosyonel Rol Kısıtlamaları (3), Mental Sağlık (5), Vitalite/Enerji (5), Ağrı (2) ve Genel Sağlık (5) alanları incelenmektedir. Çok kısa sürede uygulanabilen bu form genel sağlık değerlendirmesi için kullanılan en yaygın ölçeklerden biridir. Değerlendirme 4. ve 5. maddeler dışında Likert tipi (üçlü- altılı) skala ile yapılmaktadır; 4. ve 5. maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir. Puanlar 0-100 skorları arasındadır ve elde edilen puan arttıkça bireyin sağlık durumunun iyi olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Koçyiğit ve ark. tarafından 1999 yılında yapılmıştır.

2.3.1. İnme ve afazi yaşam kalitesi-39 TR ölçeği (SAQOL-39-TR)

Hilari ve arkadaşları (2003) tarafından afazili bireylerin yaşam kalite düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiş olan SAQOL-39 dört alt alan (Fiziksel, İletişim, Psikososyal Fonksiyon ve Enerji) ve 39 maddeden (sorudan) oluşmaktadır. 'Hiç

yapamadım’, ‘Çok zorluk yaşadım’, ‘Biraz zorluk yaşadım’, ‘Çok az zorluk yaşadım’ ve ‘Hiç zorluk yaşamadım’ yanıtları her madde akabinde 5 kutucuk içerisinde yer almaktadır. Bireyden sorulara yanıt verirken geçen haftaki deneyimlerine uygun olan kutucuğu işaretlenmesi istenir. Belirtildiği üzere dört alt alandan oluşmaktadır ve ilk alan olan ‘Günlük aktiviteler (Fiziksel)’ alt alanında özbakım ve ince-kaba motor becerilerini (yürüme, merdiven çıkma, düğme ilikleme, yazı yazma vb.) kullanma durumuyla ilgili olan 17 soru afazinin bireyin sosyal yaşamındaki etkilerini değerlendirmektedir. Ölçeğin ikinci alt alanını ‘İletişim’ alanına yönelik 7 soru oluşturmaktadır. Bu sorular bireyin dil kullanımını ve tecrübe edinilen dil kullanım sorunlarının sosyal hayatı etkileme derecelerini değerlendirmektedir. ‘Psikososyal’ alt alanında ise bireyin kişilik, düşünme yetisi ve duygu durumlarını değerlendiren 11 soru yer almaktadır. Bireyin dil sorununun etkilerini, enerjisini ve yaptığı sosyal aktivitelerini değerlendiren Enerji alt alanında yer alan 4 soru ile ölçek sonlanmaktadır.

2.3.1.1. Ölçek alt alanlarında yer alan maddelerin yanıtlanma biçimi

Afazili bireylerden soruları bir önceki haftayı baz alarak soruların altında yer alan yanıt kutucuklarından uygun olanı seçmesiyle cevaplandırması beklenmektedir. Afazili bireyler tarafından soruların her birine verilecek olan yanıtlar, Likert tipi 1’den 5’e kadar ‘1: Hiç yapamadım’, ‘2: Çok zorluk yaşadım’, ‘3: Biraz zorluk yaşadım’, ‘4: Çok az zorluk yaşadım’, ‘5: Hiç zorluk yaşamadım’ şeklinde derecelendirilmiştir. Bu yanıtlar ölçeğin ilk iki alt alanında kullanılmaktadır. 3. ‘Psikososyal’ ve 4. ‘Enerji’ alt alanlarında sorulara verilen yanıtlar değişkenlik göstermektedir. Bu sorulara verilecek olan yanıtların derecelendirme biçimi ise şu şekildedir: ‘1: Kesinlikle evet’, ‘2: Çoğunlukla evet’, ‘3: Emin değilim’, ‘4: Çoğunlukla hayır’, ‘5: Kesinlikle hayır’.

2.3.1.2. Ölçeklerin puanlanması

İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi-39 Ölçeği, beşli derecelendirmeli Likert tipi bir ölçektir ve katılımcılar verdikleri yanıtlar ile her bir soru için 1-5 puan aralığında bir puan elde ederler. Ölçekte yer alan alt alanlara ait toplam puanlar, bu alanlara ait maddelere verilen puanlar toplamıdır. Ölçekten alınacak toplam puan, alt alanlardan

alınan puanlar toplamıdır. Aşağıda verilmiş olan çizelgede ölçeğin bütününde ve alt alanlardan ayrı ayrı alınabilecek toplam puanlar verilmiştir (Bkz. Çizelge 2.3.). Çizelge 2.3.'den sonra ise ölçeğin uygulanması sonrasında elde edilen puanların hesaplanma yöntemine yer verilmiştir (Bkz. Çizelge 2.4.).

Çizelge 2.3. SAQOL-39-TR Alt Alanların ve Ölçek Genelinin Puanlanması

	Min	Max.
Fiziksel Alt Alanı	17	85
İletişim Alt Alanı	7	35
Psikososyal Alt Alanı	11	55
Enerji Alt Alanı	4	20
Ölçek Toplamı	39	195

Çizelge 2.4. Uygulama Sonucunda Elde Edilen Puan Türleri

Puan Türleri	Hesaplama Yöntemi
Fiziksel puan	(H maddeleri+ O maddeleri+ İ maddeleri+ UE maddeleri+ SY7)/17
İletişim puanı	(D maddeleri+ A9+ SY8)/7
Psiko- sosyal puan	(DU5+ K maddeleri+ M maddeleri+ A7+ SY1+ SY4+ SY5)/11
Enerji puanı	(DU4+ E maddeleri)/4
Ölçek toplam puanı	Tüm maddelerin toplamı/39

Beck Depresyon ölçeğinin uygulanması esnasında katılımcıların kendine uygun olan yanıtı işaretlemesi gerekmektedir. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilmektedir; toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. 17 puanın üzerinde sonuç alan bireylerin depresyon riskinde olduğu kabul edilmektedir. Toplam puanlar aşağıdaki şekilde değerlendirilir, 17 ve üzeri puanlama tıbbi destek almayı gerektirmektedir.

1 - 10: arası puan normal

11 - 16: hafif ruhsal sıkıntı

17 - 20: sınırdaki klinik depresyon

21 - 30: orta depresyon

31 - 40: ciddi depresyon

40 üzeri: çok ciddi depresyon

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin uygulama sonrası toplam skoru için her alt ölçeğe yönelik ayrı ayrı puanlar elde edilir. Alt ölçeklerin puanları 0 ile 100 arasında değişmektedir ve yüksek puan sağlık durumunun iyi olduğunu göstermektedir.

2.3.1.3. Ölçeğin uygulanması

Ölçeğin uygulanması, belirlenen gün ve saatlerde Anadolu Üniversitesi Dil ve Konuşma Bozuklukları Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü'nde ve katılımcıların evlerinde yürütülmüştür. Bazı katılımcılar için önceden belirlenen gün ve saatlerde evde uygulama yapılmıştır. Uygulamalarda katılımcının isteği doğrultusunda katılımcı yakınının uygulama ortamında bulunmasına izin verilmiştir. Öncelikli olarak katılımcılara yapılmakta olan çalışmanın amacı ve önemi anlatılmış, katılım için gönüllülük ilkesinin önemine vurgu yapılmıştır. İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi Ölçeği-39'un (SAQOL-39-TR) uygulanması öncesinde katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği'ni doldurmaları istenmiştir. Gerekli kriterleri sağlamayan katılımcılar çalışmaya dahil edilmemiştir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği'nin uygulanması sonrasında bireylere SAQOL-39-TR sunulmuştur. SAQOL 39-TR katılımcılara yüzyüze uygulanmıştır. Katılımcıların sözel ya da işaretlerle verdikleri cevaplar kabul edilmiştir. Sözel çıktı sağlayamayan afazili katılımcılar için 1den 5e kadar puanlanmış kartlar hazırlanmış, katılımcıların bu kartları işaretlerle göstermesi ya da yanıt olarak seçeceği karta dokunması istenmiştir.(1: Bu aktiviteyi hiçbir şekilde yapamadım, 5: Hiç sorun yaşamadım). SAQOL-39-TR'nin uygulama sürecinde bu ölçeğe ait afazili katılımcı tarafından okunacak genel yönergelerin bulunduğu, örnek maddelerin & alt alan ölçek sorularının yer aldığı kitapçık ve araştırmacı tarafından kullanılacak puanlama form olmak üzere 2 adet ölçek materyali kullanılmıştır. Uygulama esnasında sorulara uygun yanıtlar için bir önceki haftanın esas alınması gerekliliği sürekli olarak yinelenmiştir. Afazili bireylerin alt alanlara ait madde içeriklerini ve yanıt biçimlerini anlamasını kolaylaştırmak için hazırlanmış olan örnek maddeler puanlamaya katılmamıştır. Ölçekte yer alan her bir madde ve derecelendirilmiş yanıtları afazili bireylere görsel ve işitsel yolla sunulmuştur.

Afazili katılımcıların soru içeriklerini anlamalarını kolaylaştırmak amacıyla sorular hem işitsel (araştırmacı) hem de görsel (kitapçık) yolla sunulmuştur. Katılımcıların içeriği anlamadıkları veya araştırmacının verilen yanıtın emin bir şekilde verildiğini düşünmediği durumlarda soru içeriği araştırmacı tarafından örneklerle açıklanmış ve katılımcılara maddeye ilişkin yanıtlar tekrar sunulmuştur.

2.4. Veri Analizi

Araştırmaya katılan toplam 50 adet katılımcıdan elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 23 (SPSS Inc., Chicago, IL. U.S.A.) istatistik paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Afazili katılımcılardan elde edilen verilerin dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiş ve verilerin normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. Dolayısıyla, istatistiksel analizler parametrik testler kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Afazili bireylerden elde edilen verilerde SAQOL-39-TR ile SF-36 ve Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanların korelasyonu ve ayrıca evde yaşayan kişi sayısı, inme üzerinden geçen süre ile SAQOL-39 TR skorları arasındaki korelasyonu belirlemek için Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Katılımcıların SAQOL-39-TR puanlarının cinsiyete ve okuma alışkanlığına göre farklılığı Bağımsız Örneklem t testi ile incelenmiştir. Katılımcıların SAQOL-39-TR puanlarının yaşa ve eğitim düzeyine göre farklılığı Tek Yönlü ANOVA analizi ile gerçekleştirilmiştir. Varyans analizi sonucunda farklılık olması durumunda hangi gruplar arasında farklılığın olduğunu belirlemek için Scheffe analizi kullanılmıştır. Sonuçlar çizelgeler halinde sunulmuştur.

3. BULGULAR VE YORUM

Bu bölümde çalışmanın temel amaçlarına uygun yöntem uygulanarak elde edilen verilerin istatistiksel analizlerine yönelik bulgulara ve tartışmaya yer verilmiştir.

3.1. Giriş

Bu çalışmanın amacı afazili bireylerin yaşam kalitesini ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemektir. Afazili bireylerin SAQOL-39-TR performansını etkileyebileceği düşünülen yaş, cinsiyet, inme üzerinden geçen zaman, eğitim süresi, okuma alışkanlıkları ve evde yaşayan kişi sayısı gibi değişkenlerin elde edilen ölçek puanı üzerine etkisi analiz edilmiştir. Ayrıca, SAQOL-39-TR ölçek ve alt alan puanları ile Beck Depresyon Ölçeği'nden ve SF-36'dan elde edilen puanlar arasındaki korelasyon sorgulanmıştır. Çalışmanın amaçlarına ulaşmak amacıyla yanıt aranan soruların bulgularına bu bölümde yer verilmiştir.

3.1.1. Katılımcıların SAQOL-39-TR ölçek ve alt alan puanlarına ilişkin bulgular

Afazili bireylerin SAQOL-39-TR ölçek ve alt alanlarından aldıkları puanlar Çizelge 3.1.'de gösterilmiştir.

Çizelge 3.1. Afazili Bireylerin SAQOL-39-TR Ölçek ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlar

Katılımcı No	Fiziksel	İletişim	Psikososyal	Enerji	SAQOL-39-TR
1	24	14	29	4	71
2	63	20	33	15	131
3	73	22	34	10	139
4	31	12	18	4	65
5	63	25	32	15	135
6	46	18	42	7	113
7	68	32	39	7	146
8	79	13	40	16	148
9	75	22	41	12	150
10	30	8	47	16	101
11	59	22	37	14	132
12	56	23	39	12	130

13	35	13	29	15	92
14	48	25	29	12	114
15	41	18	35	12	106
16	38	15	26	10	89
17	43	27	26	7	103
18	49	13	35	5	102
19	80	30	53	16	179
20	17	15	16	4	52
21	81	31	50	17	179
22	51	20	43	5	119
23	75	7	42	14	138
24	85	23	41	15	164
25	61	30	31	15	137
26	79	20	36	12	147
27	33	14	39	17	103
28	32	10	23	9	74
29	68	24	54	16	162
30	36	17	28	16	97
31	68	25	51	16	160
32	37	12	33	9	91
33	17	17	26	5	65
34	44	13	25	7	89
35	17	28	38	9	92
36	78	32	46	16	172
37	79	32	33	16	160
38	77	8	23	7	115
39	31	9	18	4	62
40	50	7	18	10	85
41	17	33	34	10	94
42	27	13	25	5	70
43	85	30	37	14	166
44	40	9	31	7	87
45	73	32	37	15	157
46	29	28	39	12	108
47	41	12	27	14	94
48	72	20	32	14	138
49	20	7	17	5	49
50	49	13	35	5	102

Çizelge 3.1. incelendiğinde, katılımcıların SAQOL-39-TR ölçeğinin Fiziksel alt alanından aldıkları en yüksek puanın 85, en düşük puanın 17; iletişim alt alanından alınan en yüksek puanın 33, en düşük puanın 7; psikososyal alt alanında alınan en yüksek puanın 54, en düşük puanın 16; enerji alanında en yüksek puanın 17, en düşük puanın 4 ve ölçek toplamından alınan en yüksek puanın 179, en düşük puanın ise 49 olduğu görülmüştür.

3.1.2. Katılımcıların SAQOL-39-TR ölçek toplam puanı ve alt alan puanlarının ortalamalarına ilişkin bulgular

Afazili bireylerin SAQOL-39-TR ölçeğinin genelinden ve alt alanlarından aldıkları puan ortalamaları Çizelge 3.2.'de verilmiştir. Çizelge 3.2.'de katılımcıların SAQOL-39 TR puanlarına ek olarak ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum puanlara da yer verilmiştir.

Çizelge 3.2. Afazili bireylerin SAQOL-39-TR Ölçek ve Alt Alanlarından Aldıkları Toplam Puan ve Ölçeğin Alt Alanlarından Aldıkları Puanlarının Ortalamaları

	SAQOL-39 Min. Puan	SAQOL-39 Max Puan	Min	Max.	Ort.	SS
Fiziksel alt alanı puanı	17	85	17	85	51,30	21,37
İletişim alt alanı puanı	7	35	7	33	19,44	8,04
Psikososyal alt alanı puanı	11	55	16	54	34,04	9,47
Enerji puanı	4	20	4	17	11,18	4,33
Ölçek Toplam Puanı	39	195	39	179	115,96	35,16

Çizelge 3.2. incelendiğinde, 50 afazili katılımcının fiziksel alt alan puan ortalamasının 51, iletişim alt alan puan ortalamasının 19, psikososyal alt alan puan ortalamasının 34, enerji puan ortalamasının 11 ve ölçek toplam puan ortalamasının 115 olduğu görülmektedir. Sonuçlara göre en çok etkilenen alan İletişim Alt Alanı'dır.

3.1.3. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği puanlarına ilişkin bulgular

Afazili katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanlar Çizelge 3.3.'de verilmiştir.

Çizelge 3.3. Afazili Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar

Kat No	BDÖ	Kat No	BDÖ	Kat No	BDÖ	Kat No	BDÖ
1	16	14	12	27	15	40	14
2	11	15	15	28	15	41	16
3	12	16	14	29	12	42	15
4	15	17	14	30	14	43	9
5	10	18	14	31	12	44	9
6	13	19	9	32	14	45	14
7	8	20	15	33	16	46	9
8	9	21	11	34	10	47	7
9	9	22	12	35	12	48	12
10	10	23	12	36	15	49	8
11	10	24	13	37	12	50	16
12	9	25	15	38	7		
13	15	26	14	39	15		

Afazili katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan minimum ve maximum puanlar ve puanların ortalaması Çizelge 3.4.'de yer almaktadır. Beck Depresyon Ölçeği'nden alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 63'dür.

Çizelge 3.4. Afazili Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamaları

	Min	Max.	Ortalama	SS
Beck	7	16	12	2,65

Çizelge 3.4. incelendiğinde, katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları en düşük puanın 7, en yüksek puanın ise 16 olduğu görülmektedir. Puanların ortalamasının ise 12 (SS:2,65) olduğu saptanmıştır.

3.1.4. Katılımcıların SF-36'dan aldıkları puanlara ilişkin bulgular

Çizelge 3.5.'de katılımcıların SF-36 ve alt alanlarından elde ettikleri puanlar yer almaktadır.

Çizelge 3.5. Katılımcıların SF-36'dan Aldıkları Puanlar

Katılımcı No	Fiziksel Fonks.	Sosyal Fonks.	Fizk. Rol Kısıt.	Emos. Rol Kısıt.	Mental sağlık	Enerji-Vitalite	Ağrı	Genel Sağlık
1	50	75	50	50	60	20	65	40
2	80	100	75	50	80	40	50	100
3	70	87,5	75	33	64	25	100	50
4	40	75	50	50	80	20	50	40
5	70	87,5	75	33	64	25	100	50
6	40	75	25	50	56	20	65	40
7	80	100	100	50	80	40	100	75
8	60	75	100	66	60	25	50	100
9	40	75	75	50	80	25	50	100
10	80	75	100	33	80	25	50	50
11	70	87,5	75	33	64	25	100	50
12	80	100	75	50	80	40	50	100
13	80	100	75	66	80	25	50	100
14	70	87,5	75	33	64	25	100	50
15	50	75	50	50	60	20	65	40
16	80	100	100	50	80	40	100	75
17	40	75	50	50	80	20	50	40
18	80	100	75	66	80	25	50	100
19	80	100	100	100	80	40	100	75
20	40	75	25	50	56	20	65	40
21	50	75	50	50	60	20	65	40
22	60	75	75	50	80	25	50	100
23	70	87,5	75	33	64	25	100	50
24	40	75	50	66	80	20	50	40
25	80	100	75	50	80	40	50	100
26	70	87,5	75	33	64	25	100	50
27	60	75	75	66	60	25	50	100
28	80	100	100	50	80	40	100	75
29	50	75	50	50	60	20	65	40
30	60	75	75	66	60	25	50	100
31	40	75	25	50	56	20	65	40
32	0	37,5	0	33	56	55	90	55
33	50	25	0	33	48	45	30	35
34	0	12,5	0	100	80	55	90	40
35	45	62,5	0	33	68	45	42,5	55
36	70	87,5	75	33	64	25	100	50
37	80	62,5	100	33	96	50	80	45
38	80	62,5	0	33	44	70	45	55
39	20	50	0	33	32	35	32,5	60
40	45	25	75	33	68	75	100	45

41	0	12,5	0	100	56	50	45	44,5
42	15	37,5	0	33	52	80	100	40
43	75	87,5	75	66,6	59	68,75	80	55
44	35	62,5	0	33	56	65	55	60
45	35	12,5	50	33	68	70	67,5	40
46	5	50	0	33	64	35	10	70
47	60	37,5	0	33	48	50	77,5	55
48	85	87,5	50	66,6	64	80	100	50
49	0	12,5	0	33	44	35	80	40
50	40	75	50	66	80	20	50	40

Çizelge 3.5. ayrıntılı olarak incelendiğinde katılımcıların Fiziksel Fonksiyon puanlarının en düşüğünün 0, en yüksekinin 85; Sosyal Fonksiyon puanlarının en düşüğünün 12,5, en yüksekinin 100; Fiziksel Rol Kısıtlanması puanlarının en düşüğünün 0, en yüksekinin 100, Emosyonel Rol Kısıtlanması puanlarının en düşüğünün 33, en yüksekinin 100; Mental Sağlık puanlarının en düşüğünün 32, en yüksekinin 80; Vitalite/ Enerji puanlarının en düşüğünün 20, en yüksekinin 80; Ağrı puanlarının en düşüğünün 10, en yüksekinin 100 ve Genel Sağlık puanlarının en düşüğünün 35, en yüksekinin ise 100 olduğu görülmektedir.

Katılımcıların SF-36'dan aldıkları puanların ortalamaları Çizelge 3.6.'da görülebilmektedir.

Çizelge 3.6. *Katılımcıların SF-36'dan ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Ortalamaları*

	SF-36 Max.		
	puan	Ortalama	SS
Fiziksel Fonksiyon	100	53,60	25,05
Sosyal Fonksiyon	100	70,50	25,84
Fiziksel Rol Kısıtlanması	100	53,00	35,22
Emosyonel Rol Kısıtlanması	100	48,44	17,80
Mental Sağlık	100	66,38	12,89
Enerji/Vitalite	100	36,87	17,87
Ağrı	100	68,60	24,19
Genel Sağlık	100	60,89	23,25

Çizelge 3.6.'da katılımcıların Fiziksel Fonksiyon alt alanında ortalama 53; Sosyal Fonksiyon alt alanında ortalama 70; Fiziksel Rol Kısıtlanması alt alanında ortalama 53; Emosyonel Rol Kısıtlanması alt alanında ortalama 48; Mental Sağlık alt alanında ortalama 66; Enerji/Vitalite alt alanında ortalama 36; Ağrı alt alanında ortalama 68 ve Genel Sağlık alt alanında ortalama 60 puan aldıkları belirlenmiştir.

3.1.5. Afazili katılımcıların SAQOL-39-TR ölçek ve alt alanlarından aldıkları puanlar ile SF-36'dan aldıkları puanların korelasyonuna ilişkin bulgular

Çizelge 3.7.'de afazili katılımcıların SAQOL-39-TR ölçek ve alt alanlarından aldıkları puanlar ile SF-36 ölçeğinden aldıkları puanların korelasyonu verilmiştir.

Çizelge 3.7. Afazili Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlar ile SF-36'dan Aldıkları Puanların Korelasyonu

		Fiziksel Puan	İletişim Puanı	Psikososyal Puan	Enerji Puanı
Fiziksel Fonksiyon	r	,591**	,025	,311*	,437**
	p	,000	,864	,028	,001
Sosyal Fonksiyon	r	,441**	,093	,361**	,299*
	p	,001	,520	,010	,035
Fiziksel Rol Kısıtlanması	r	,559**	,218	,425**	,484**
	p	,000	,128	,002	,000
Emosyonel Rol Kısıtlanması	r	-,002	,337*	,242	,076
	p	,987	,017	,091	,599
Mental Sağlık	r	,302*	,408**	,384**	,317*
	p	,033	,003	,006	,025
Enerji/Vitalite	r	,067	,000	-,186	-,078
	p	,644	1,000	,195	,591
Ağrı	r	,167	,115	,076	,164
	p	,247	,428	,599	,255
Genel sağlık	r	,316*	-,009	,306*	,158
	p	,026	,948	,030	,272

Çizelge 3.7. incelendiğinde SAQOL-39-TR ile SF-36 arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Buna göre SF-36 Fiziksel Fonksiyon-SAQOL-39-TR Fiziksel alt alan puanı arasında hesaplanan korelasyon katsayısı bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir ($r=0.591$). SF-36 Fiziksel Fonksiyon-SAQOL-

39-TR Enerji puanı arasında hesaplanan korelasyon katsayısının da bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişkiyi gösterdiği saptanmıştır ($r=0.437$). SF-36 Sosyal Fonksiyon ve SAQOL-39 Psikososyal alt alanı arasında ($r=0.361$), SF-36 Fiziksel Rol Kısıtlanması ile SAQOL-39 Fiziksel alt alan ($r=0.559$) ve SAQOL-39-TR Psikososyal alt alanı ($r=0.425$) arasında da anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. SF-36 Mental Sağlık ve SAQOL-36 Psikososyal alt alanı arasındaki ilişkinin de anlamlı ve pozitif olduğu saptanmıştır ($r=0.384$). SF-Enerji/Vitalite alanı ile SAQOL-39-TR Enerji puanı arasında hesaplanan korelasyon katsayısı da bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir ($r=0.78$).

Çizelgenin genel analizi sonrasında SF-36 ile SAQOL-39 TR ölçekleri arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur.

3.1.6. Katılımcıların SAQOL-39-TR ölçek ve alt alanlarından aldıkları puanlar ile Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanların korelasyonuna ilişkin bulgular

Çizelge 3.8. afazili bireylerin Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile SAQOL-39-TR alt alanlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasındaki ilişkiyi göstermektedir.

Çizelge 3.8. *Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlar İle Beck Depresyon Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Korelasyonu*

		Beck Depresyon Ölçeği
SAQOL-39 Toplam Puan	r	-,575**
	p	,000
Fiziksel Alt Alan Puanı	r	-,498**
	p	,000
İletişim Alt Alan Puanı	r	-,463**
	p	,001
Psikososyal Alt Alan Puanı	r	-,444**
	p	,001
Enerji Puanı	r	-,382**
	p	,006

Çizelge 3.8. incelendiğinde katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile SAQOL-39-TR ölçek ve alt alanlarından aldıkları puanlar arasında hesaplanan

kat sayısı bu iki değişken arasında anlamlı ve negatif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile SAQOL-39-TR ölçek toplam puanı, fiziksel alt alanı, iletişim alt alanı, psikososyal alt alanı ve enerji alt alanı puanları arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak ilişki bulunmuştur (Sırasıyla, $r=-0.575$; $r=-0.498$; $r=-0.463$; $r=-0.444$; $r=-0.382$, $p<0.001$) ve alt alanlarından alınan puanlar arasında ters orantı bulunmaktadır. Buna göre katılımcıların SAQOL-39-TR ölçek ve alt alanlarından aldıkları puanlar arttıkça Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puanlar azalmaktadır (Sırasıyla, $r=-0.575$; $r=-0.498$; $r=-0.463$; $r=-0.444$; $r=-0.382$, $p<0.001$).

3.1.7. Katılımcıların SAQOL-39-TR ölçek ve alt alanlarından aldıkları puanlarının cinsiyet değişkenine göre farklılığına ilişkin bulgular

Çizelge 3.9.'da afazili bireylerin SAQOL-39-TR alt alanlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar ile cinsiyet değişkeni açısından farklılığa ilişkin bulgular görülmektedir.

Çizelge 3.9. Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek Ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlarının Cinsiyet Değişkenine göre Farklılığa İlişkin Sonuçlar

	F	Sig.	Sig. (2 tailed)	Ortalamanın Farkı	Standart Hata Farkı	Farkın %95 Güven Aralığı	
						Alt	Üst
Fiziksel Alt Alan Puanı	1,086	,303	,830	-1,33826	6,18386	-13,77174	11,09522
İletişimAlt Alan Puanı	,696	,408	,129	3,51067	2,27437	-1,06226	8,08360
Psikososyal Alt Alan Puanı	,020	,888	,336	2,64039	2,71610	-2,82069	8,10148
Enerji Alt Alan Puanı	,454	,504	,908	-,14614	1,25520	-2,66990	2,37761
SAQOL-39-TR Ölçek	,425	,517	,648	4,66667	10,15738	-15,75611	25,08944
			,654	4,66667	10,34796	-16,24468	25,57801

Katılımcıların SAQOL-39-TR ölçek ve alt alanlarından aldıkları puanların cinsiyet değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir.

3.1.8. Katılımcıların SAQOL-39-TR ölçek ve alt alanlarından aldıkları puanlarının yaş değişkenine yönelik bulgular

Afazili bireylerin SAQOL-39-TR alt alanlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlara ait istatistikler ve yaş değişkenine göre farklılığa ilişkin analiz sonuçları Çizelge 3.10.'da görülmektedir.

Çizelge 3.10. *Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek Ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlarının Yaş Değişkenine göre Farklılığa İlişkin Sonuçlar*

		Kareler		Kareler		
		Toplamı	df	Ortalaması	F	Sig.
Fiziksel Alt Alan Puanı	Gruplar Arası	1886,629	2	943,315	2,164	,126
	Gruplariçi	20491,871	47	435,997		
	Toplam	22378,500	49			
İletişim Alt Alan Puanı	Gruplar Arası	89,016	2	44,508	,678	,513
	Gruplariçi	3085,304	47	65,645		
	Toplam	3174,320	49			
Psikosozyal Alt Alan Puanı	Gruplar Arası	129,578	2	64,789	,713	,495
	Gruplariçi	4268,342	47	90,816		
	Toplam	4397,920	49			
Enerji Puanı	Gruplar Arası	37,613	2	18,806	1,000	,376
	Gruplariçi	883,767	47	18,804		
	Toplam	921,380	49			
SAQOL-39 Toplam Puan	Gruplar Arası	2970,078	2	1485,039	1,211	,307
	Gruplariçi	57613,842	47	1225,826		
	Toplam	60583,920	49			

Çizelge 3.10. ayrıntılı olarak incelendiğinde katılımcıların SAQOL-39-TR ölçek ve alt alanlarından aldıkları puanların yaşa göre farklılık göstermediği anlaşılmaktadır.

3.1.9. Katılımcıların SAQOL-39-TR ölçek ve alt alanlarından aldıkları puanlarının eğitim düzeyi değişkenine yönelik bulguları

Afazili bireylerin SAQOL-39-TR alt alanlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlara ait istatistikler ve eğitim düzeyi değişkenine göre farklılığa ilişkin analiz sonuçları Çizelge 3.11.'de görülmektedir.

Çizelge 3.11. Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine göre Farklılığına İlişkin Sonuçlar

	Kareler Ortalaması	F	Sig.
Fiziksel Alt Alan Puanı	1657,828 405,592	4,087	,023
İletişim Alt Alan Puanı	124,558 62,238	2,001	,147
Psikososyal Alt Alan Puanı	115,930 88,640	1,308	,280
Enerji Alt Alan Puanı	18,752 18,806	,997	,377
SAQOL-39-TR Ölçek	2562,421 1179,980	2,172	,125

Çizelge 3.12. Katılımcıların SAQOL-39-TR Fiziksel Alt Alanlarından Aldıkları Puanlarının Eğitim Düzeyi Göre Sheffe Testi Sonuçları

Dependent Variable	(I) egtm	(J) egtm	Ortalama Fark	SS	Sig.
Fiziksel Alt Alan Puanı	OYD	1-8 yıl	-19,30500	8,18063	,072
		9+	-24,33088*	8,63466	,026
	1-8 yıl	OYD	19,30500	8,18063	,072
		9+	-5,02588	6,33104	,731
	9+	OYD	24,33088*	8,63466	,026
		1-8 yıl	5,02588	6,33104	,731

Çizelge 3.11. ve 3.12. incelendiğinde katılımcıların SAQOL-39-TR ölçek ve alt alanlarından aldıkları puanlar ile eğitim düzeyi açısından bir alt alan hariç anlamlı bir

ilişkinin olmadığı saptanmıştır. SAQOL-39-TR'nin Fiziksel Alt Alanı puanları eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğunu göstermektedir. Gerçekleştirilen Sheffe testi sonrasında bu alt alanda Okur yazar olmayan(OYD) katılımcı grubu ile 9 yıl ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireyler arasında istatistiksel farklılık ($p<.05$) olduğu saptanmıştır. 9+ eğitim alan grup SAQOL-39-TR Fiziksel alt alanından okur yazar olmayan gruba göre daha yüksek puanlar elde etmişlerdir.

3.1.10. Katılımcıların SAQOL-39-TR ölçek ve alt alanlarından aldıkları puanlarının okuma alışkanlığı değişkenine yönelik bulguları

Afazili bireylerin SAQOL-39-TR alt alanlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlara ait istatistikler ve okuma alışkanlığı değişkenine göre farklılığa ilişkin analiz sonuçları Çizelge 3.13.'de görülmektedir.

Çizelge 3.13. Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlarının Okuma Alışkanlığı Değişkenine Göre Farklılığa İlişkin Sonuçlar

	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Ortalamanın Farkı	Standart Hata Farkı	Farkın %95 Güven Aralığı	
								Alt	Üst
Fiziksel Alt Alan Puanı	,967	,330	2,19	48	,033	13,33333	6,06355	1,14174	25,52492
			2,14	32,63	,040	13,33333	6,22940	,65413	26,01254
İletişim Alt Alan Puanı	3,072	,086	1,06	48	,292	2,52431	2,36809	-2,23706	7,28567
			1,00	30,03	,321	2,52431	2,50206	-2,58531	7,63392
Psikososyal Alt Alan Puanı	,134	,716	,783	48	,437	2,19444	2,80234	-3,44003	7,82892
			,767	33,25	,448	2,19444	2,86080	-3,62419	8,01307
Enerji Alt Alan Puanı	,427	,517	1,21	48	,231	1,54167	1,27152	-1,01489	4,09822
			1,19	33,67	,241	1,54167	1,29256	-1,08605	4,16938
SAQOL-39-TR Ölçek	3,265	,077	1,94	48	,058	19,59375	10,07793	-,66929	39,85679
			1,82	29,08	,079	19,59375	10,76703	-2,42454	41,61204

Analiz sonuçlarına göre okuma alışkanlığı ile SAQOL-39-TR Fiziksel alt alanı arasında bir farklılık olduğu saptanmıştır. Analiz sonuçları afazi sonrasında okuma alışkanlığı olan katılımcıların SAQOL-39-TR Fiziksel alt alanından okuma alışkanlığı olmayan bireylere göre daha yüksek puanlar elde ettiklerini göstermiştir.

3.1.11. Katılımcıların SAQOL-39-TR ölçek ve alt alanlarından aldıkları puanlarının inme üzerinden geçen süre değişkenine yönelik bulguları

Afazili bireylerin SAQOL-39-TR alt alanlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlara ait istatistikler ve inme üzerinden geçen zaman değişkenine yönelik korelasyon sonuçları Çizelge 3.14.'de görülmektedir.

Çizelge 3.14. *Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek Ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlarının İnme Üzerinden Geçen Süre Değişkeniyle Korelasyon Sonuçları*

		İnme Üzerinden Geçen Süre
SAQOL-39-TR Ölçek	r	,019
	p	,898
Fiziksel Alt Alan Puanı	r	,077
	p	,597
İletişim Alt Alan Puanı	r	-,064
	p	,660
Psikososyal Alt Alan Puanı	r	-,032
	p	,827
Enerji Puanı	r	-,039
	p	,787

Çizelge 3.14. incelendiğinde katılımcıların SAQOL-39-TR ölçek ve alt alanlarından aldıkları puanlar ile inme üzerinden geçen süre ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür.

3.1.12. Katılımcıların SAQOL-39-TR ölçek ve alt alanlarından aldıkları puanlarının evde yaşayan kişi sayısı değişkeniyle korelasyonuna yönelik bulgular

Afazili bireylerin SAQOL-39-TR alt alanlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlara ait istatistikler ve evde yaşayan kişi sayısı değişkeniyle korelasyon sonuçları Çizelge 3.15.'de görülmektedir. Evde yaşayan kişi sayısı toplanan veriler sonrasında en az 2 ve en fazla 6 olarak belirlenmiştir.

Çizelge 3.15. *Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek Ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlarının Evde Yaşayan Kişi Sayısı Değişkeniyle Korelasyon Sonuçları*

		Evde Yaşayan Kişi Sayısı
SAQOL-39-TR Ölçek	r	,293*
	p	,039
Fiziksel Alt Alan Puanı	r	,311*
	p	,028
İletişim Alt Alan Puanı	r	,160
	p	,266
Psikososyal Alt Alan Puanı	r	,149
	p	,302
Enerji Alt Alan Puanı	r	,220
	p	,125

Çizelge 3.15. incelendiğinde evde yaşayan kişi sayısı ile SAQOL-39-TR toplam puanı ve SAQOL-39-TR Fiziksel alt alanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki (Sırasıyla $r=0.233$; $r=0.311$; $p<.05$) olduğu bulunmuştur. Bulgulara göre evde yaşayan kişi sayısı arttıkça SAQOL-39-TR ölçeği toplam puanında ve SAQOL-39-TR Fiziksel alt alan puanlarında artış olduğu görülmüştür.

4. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

4.1. Sonuç

Afazili katılımcıların yaşam kaliteleri ile yaşam kalitesini etkileyebilecek olan faktörleri, SAQOL-39-TR ölçek ve alt alanlarının SF-36 ile Beck Depresyon Ölçeği'yle olan korelasyonunu belirlemek amacıyla yapılmış olan çalışmada alanyazında yer alan çalışmalara benzer sonuçlar elde edilmiştir.

SAQOL-39-TR sonuçlarına göre en çok etkilenen alanın iletişim alt alanı ve sırasıyla etkilenmenin ikinci olarak ölçek geneli sonrasında fiziksel alt alan ve en son psikososyal ile enerji alt alanlarında olduğu saptanmıştır.

SF-36 Fiziksel Fonksiyon-SAQOL-39-TR Fiziksel alt alan puanı arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Korelasyon alanizleri aynı alanları ölçtüğü düşünülen alt alanlar arasında yapılmıştır. Buna göre; SF-36 Fiziksel Fonksiyon ile SAQOL-39-TR Enerji puanı, SF-36 Sosyal Fonksiyon ile SAQOL-39 Psikososyal alt alanı arasında, SF-36 Fiziksel Rol Kısıtlanması ile SAQOL-39 Fiziksel alt alan ve SAQOL-39-TR Psikososyal alt alanları, SF-Mental Sağlık ile SAQOL-36 Psikososyal alt alanı ve son olarak SF-Enerji/Vitalite alanı ile SAQOL-39-TR Enerji alanları arasında da anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Daha düşük yaşam kalitesi skorlarına sahip afazili katılımcıların SF-36 puanlarının da düşük olduğu saptanmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puanlar ile SAQOL-39-TR ölçek toplam puanı, fiziksel alt alanı, iletişim alt alanı, psikososyal alt alanı ve enerji alt alanı puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur ve alt alanlarından alınan puanlar arasında ters orantı bulunmaktadır. Katılımcıların SAQOL-39-TR ölçek ve alt alanlarından aldıkları puanlar arttıkça Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puanların azalmakta olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların SAQOL-39-TR ölçeğinden ve alt alanlarından aldıkları puanların yaş, cinsiyet ve inme üzerinden geçen süre gibi potansiyel belirleyici faktörlerine göre farklılaşmadığı saptanmıştır.

Eğitim düzeyi, okuma alışkanlıkları ve evde yaşayan kişi sayısı değişkenleri ile katılımcıların SAQOL-39-TR ölçeğinin bazı alt alanlarından aldıkları puanlar arasında

anlamli bir farklılık bulunmuştur. SAQOL-39-TR'nin Fiziksel Alt Alanı puanları ile eğitim düzeyi faktörü arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık olduğu bulgulanmıştır. Fiziksel alt alanda okur yazar olmayan katılımcı grubu ile 9 yıl ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireyler arasında istatistiksel farklılık ($p<.05$) olduğu saptanmıştır. 9+ eğitim alan grup SAQOL-39-TR Fiziksel alt alanından okuryazar olmayan gruba göre daha yüksek puanlar elde etmişlerdir. Afazi öncesinde/sonrasında okuma alışkanlığı olan katılımcıların SAQOL-39-TR Fiziksel alt alanından okuma alışkanlığı olmayan bireylere göre daha yüksek puanlar elde ettikleri sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcılarla birlikte evde yaşayan kişi sayısı ile SAQOL-39-TR toplam puanı ve SAQOL-39-TR Fiziksel alt alanı arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık olduğu saptanmıştır. Bulgulara göre evde yaşayan kişi sayısı arttıkça SAQOL-39-TR ölçeği toplam puanında ve SAQOL-39-TR Fiziksel alt alan puanlarında artış olduğu bulunmuştur.

4.2. Tartışma

Bu çalışmanın amacı, afazili bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek, yaşam kalitesi puanını etkileyeceği düşünülen yaş, cinsiyet, inme üzerinden geçen zaman, eğitim düzeyi, okuma alışkanlıkları ve evde yaşayan kişi sayısı gibi değişkenlerin elde edilen yaşam kalitesi puanına etkisini incelemektir. Bu amaçlar doğrultusunda 50 afazili bireyin katıldığı çalışmanın bulguları ilgili alanyazın incelenerek bu bölümde tartışılmıştır.

Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre, SAQOL-39-TR ölçeğinin Fiziksel alt alanından alınan puanların 17-85 (alınabilecek maks. puan: 85) aralığında ve ortalamasının 51,30 (SS: 21,37) ; iletişim alt alanından alınan puanların 7-33 (alınabilecek maks. puan: 35) aralığında ve ortalamasının 19,44 (SS: 8,04) ; psikososyal alt alanından alınan puanların 16-54 (alınabilecek maks. puan: 55) ve ortalamasının 34,04 (SS: 9,47); enerji alanından alınan puanların 4-17 (alınabilecek maks. puan: 20) aralığında ve ortalamasının 11,18 (SS: 4,33); ölçek toplamından alınan puanların 49-179 (alınabilecek maks. puan: 195) aralığında ve ortalamasının 115,96 (SS:35,16) olduğu görülmüştür.

Katılımcıların SAQOL-39-TR sonuçlarına bakıldığında en çok etkilenen alanın iletişim alt alanı (%54) olduğu saptanmıştır. Etkilenme yüzdelerine göre iletişim alt

alanından sonra sırasıyla etkilenme ölçek geneli (%58), fiziksel alt alan (%60) ve psikososyal (%61) ile enerji alt alanları (%61) gelmektedir. Rima ve ark.(2013) tarafından yapılan çalışmada en çok etkilenen alanların psikososyal ve iletişim alt alanları olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bose ve ark. (2009) tarafından yürütülen çalışmada da SAQOL-39 analiz sonuçlarına göre en düşük puan elde edilen alanın iletişim alanı olduğu belirtilmiştir. Cranfill ve Wrigt'ın (2010) yaptığı araştırma sonuçlarına göre afazili bireylerin tamamlamış olduğu ölçeklerin analizi sonrasında sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi dört alt alanının arasından en çok etkilenen alanın fiziksel alan olduğu ortaya konmuştur. Sinanovic ve ark.(2012) tarafından yapılan çalışmanın analizleri sonuçları da göstermiştir ki katılımcıların en çok etkilendikleri alan alanda yapılan bir çok çalışmada olduğu gibi yine fiziksel alt alan, ikinci olarak da iletişim alt alanı olmuştur.

Çalışmada alanyazında yaşam kalitesini incelemek üzere sıklıkla kullanılan SF-36 ölçeği afazili katılımcılara uygulanmış ve SF-36 ölçeğinin SAQOL-39-TR ölçeği ile uyumuna bakılmıştır. SF-36 ölçeğinden elde edilen bulgulara göre Fiziksel Fonksiyon puanlarının 0-85 aralığında ve ortalamasının 53,60 (SS: 25,05); Sosyal Fonksiyon puanlarının 12,5-100 aralığında ve ortalamasının 70,50 (SS: 25,84); Fiziksel Rol Kısıtlanması puanlarının 0- 100 ve ortalamasının 53,00 (SS:35,22), Emosyonel Rol Kısıtlanması puanlarının 33-100 aralığında ve ortalamasının 48,44 (SS: 17,80); Mental Sağlık puanlarının 32-80 aralığında ve ortalamasının 66,38 (SS: 12,89); Vitalite/Enerji puanlarının 20-80 aralığında ve ortalamasının 36,87 (SS:17,87); Ağrı puanlarının 10-100 aralığında ve ortalamasının 68,60 (SS:24,19) ve Genel Sağlık puanlarının 35-100 aralığında ve ortalamasının 60,89 (SS:23,25) olduğu saptanmıştır. SF-36 ölçeğinin tüm alt alanlarında alınabilecek en yüksek puan 100 olarak bildirilmiştir. SF-36 ölçeğinin veri analizi sonuçlarına göre en çok etkilenen alanlar sırasıyla Vitalite/Enerji ve Emosyonel Rol Kısıtlanması alanlarıdır. Bu alanları sırasıyla Fiziksel Rol Kısıtlanması, Fiziksel Fonksiyon, Genel Sağlık, Mental Sağlık ve Ağrı alanları takip etmektedir. En az etkilenen alan ise Sosyal Fonksiyon alanıdır. Katılımcıların SAQOL-39 da fiziksel alt alanında orta düzeyde yaşam kalitesine sahip iken, SF-36 ölçeği fiziksel fonksiyon alanında da benzer bir yaşam kalitesi düzeyinde oldukları görülmüştür. Ancak SAQOL-39 Enerji alt alanından elde edilen puanlar ile SF-36 Enerji/Vitalite Alt alanı puanları arasında paralellik saptanmamıştır.

Katılımcıların SAQOL-39-TR ölçeğinden ve alt alanlarından aldıkları puanlar ile SF-36 ve Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanların korelasyon analizi sonrasında SAQOL-39-TR ölçek ve alt alanları ve SF-36 ölçeği arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur.

SF-36 Fiziksel Fonksiyon-SAQOL-39-TR Fiziksel alt alan puanı arasında hesaplanan korelasyon katsayısı bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir ($r=0.591$). SF-36 Fiziksel Fonksiyon-SAQOL-39-TR Enerji puanı arasında hesaplanan korelasyon katsayısının da bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişkiyi gösterdiği saptanmıştır ($r=0.437$). SF-36 Sosyal Fonksiyon ve SAQOL-39 Psikososyal alt alanı arasında ($r=0.361$), SF-36 Fiziksel Rol Kısıtlanması ile SAQOL-39 Fiziksel alt alan ($r=0.559$) ve SAQOL-39-TR Psikososyal alt alanı ($r=0.425$) arasında da anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. SF-36 Mental Sağlık ve SAQOL-39 Psikososyal alt alanı arasındaki ilişkinin de anlamlı ve pozitif olduğu saptanmıştır ($r=0.384$). SF-Enerji/Vitalite alanı ile SAQOL-39-TR Enerji puanı arasında hesaplanan korelasyon katsayısını da bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir ($r=0.78$). Katılımcılara uygulanan her iki yaşam kalitesi ölçeğinin benzer becerileri ölçen ortak alt alan performanslarının orta ve yüksek düzeyde uyum gösterdikleri söylenebilir. Bu çalışmanın bulguları, Hilary ve ark.(2003) tarafından yapılan ve yüksek emosyonel sorun, sağlık sorunları, düşük fiziksel aktivite faktörleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ve negatif bir ilişki olduğunu gösteren çalışmanın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Hilary ve ark. bu faktörlere sahip katılımcıların bu faktörlerde istatistiksel olarak daha zayıf sağlığa ilişkin yaşam kalitesi performanslarının olduğunu rapor etmiştir. Bu çalışmanın bu yöndeki bulgularını destekler nitelikte pozitif bakış açısı, bağımsızlık, sağlık durumları, aktivitelere katılım gibi faktörlerin afazili bireylerin yaşam kalitesini etkilediği bulunmuştur (Cruice ve ark., 2010).

Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puanlar incelendiğinde, katılımcıların puanlarının 7-16 aralığında olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği'nden elde ettikleri puanların ortalamasının 12 (SS:2,65) olduğu bulunmuştur. Bu veriler ışığında en düşük puana (7) sahip katılımcının psikolojik durumunun iyi olduğu, en yüksek (16) puanı alan katılımcının da hafif ruhsal sıkıntılar yaşamakta olduğu söylenebilir. Katılımcıların tümünün genel puan ortalamasının 12 (SS:2,65) olması, katılımcıların genel olarak hafif ruhsal sıkıntıda olduğu sonucunu

vermektedir ki bu da afazili bireylerin yaşam kalitesine doğrudan etkisi olan depresyon unsurunun kontrol altında tutulduğunun göstergesi olabilir. Dolayısıyla bu çalışmada depresyonun etkisi sınırlı düzeyde tutularak afazili bireylerin yaşam kalitesi düzeylerinin belirlendiği daha güçlü şekilde savunulmaktadır. Bu savı güçlendiren bir başka bulgu ise katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile SAQOL-39-TR ölçek toplam puanı, fiziksel alt alanı, iletişim alt alanı, psikososyal alt alanı ve enerji alt alanı puanları arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin varlığıdır (Sırasıyla, $r=-0.575$; $r=-0.498$; $r=-0.463$; $r=-0.444$; $r=-0.382$, $p<0.001$). Buna göre katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanlar azaldıkça SAQOL-39-TR ölçek ve alt alanlarından aldıkları puanlar artmaktadır. Beck Depresyon Ölçeği sonuçlarına göre depresyonda olmayan ya da hafif düzeyde depresyonda olan katılımcıların yaşam kalitelerinin de yüksek olduğu görülmektedir. Depresyon ve sıkıntı düzeyinin artmasıyla birlikte yaşam kalitesinde azalma meydana gelmektedir. Bu çalışmadaki bulgulara benzer şekilde Aydemir ve ark.(2009) tarafından yaşam kalitesinin depresyon durumuyla olan ilişkisini ortaya koymak amacıyla yapılan çalışmada, depresyon tanısı almış bireylerin sağlıklı bireylere göre yaşam kalitesi ölçeklerinden (SF-36 ve EQ-5D) daha düşük puanlar elde ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Angermeyer ve ark.(2002) ruhsal sıkıntı yaşayan katılımcıları farklı zamanlarda takip ederek depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmış ve yine benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Bulgulara göre depresyon seviyesi daha yüksek olan ve uzun süredir depresyon yaşayan bireylerde yaşam kalitesi puanları daha düşüktür ve farklı zamanlarda yapılan kontrollerde bu durumda değişiklik gözlenmediği rapor edilmiştir. Sivertsen ve ark. (2015) tarafından yürütülen bir araştırmada da paralel sonuçlar elde edilmiş ve düşük yaşam kalitesi skorları depresyonla ilişkilendirilmiştir. Farklı bakış açısıyla ve benzer sonuçlara, inme sonrasında işlevsel katılımın ve bireysel bağımsızlığın artmasıyla birlikte bireylerin yaşam kalitelerinin arttığı ve öncesinde yüksek seviyede olan depresyon düzeyinin azaldığı sonuçlarına da Robinson-Smith ve ark.(2000) tarafından yapılan çalışmada ulaşılmıştır. Bir başka çalışmada ise, inme sonrasında yaşanan depresyonun yaşam kalitesi, fonksiyonel iyileşme ve bilişsel iyileşme üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu belirtilmiştir (Carod-Artal ve Egido, 2009).

Bu çalışmada katılımcıların SAQOL-39-TR ölçeğinden ve alt alanlarından aldıkları puanları üzerinde yaş, cinsiyet ve inme üzerinden geçen süre gibi potansiyel

belirleyici faktörlerin büyük ölçüde etkisi olmadığı saptanmıştır. Ancak eğitim düzeyi, okuma alışkanlıkları ve evde yaşayan kişi sayısı değişkenlerinin katılımcıların SAQOL-39-TR ölçeğinin bazı alt alanlarına etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. SAQOL-39-TR'nin Fiziksel alt alanı puanlarına eğitim düzeyinin etkisi söz konusudur ve bu alt alanda okur-yazar olmayan katılımcı grubu ile 9 yıl ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan katılımcı grubu arasında anlamlı düzeyde farklılık ($p<.05$) olduğu saptanmıştır. Dokuz yıl ve üzeri eğitim alan grup, SAQOL-39-TR Fiziksel alt alanından, okur-yazar olmayan gruba göre daha yüksek puanlar elde etmişlerdir. Okuma alışkanlığı olan katılımcıların SAQOL-39-TR Fiziksel alt alanı performanslarının okuma alışkanlığı olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu söylenebilir. Bu bulguları destekler nitelikte Rima ve ark. da (2013) okuma alışkanlığının yaşam kalitesi üzerindeki etkisinden söz etmiştir. Yaşam kalitesine etkisi olan bir başka faktör ise, katılımcılarla birlikte evde yaşayan kişi sayısı olarak saptanmıştır ve evde yaşayan kişi sayısı ile SAQOL-39-TR toplam puanı ve SAQOL-39-TR Fiziksel alt alanı arasında pozitif bir ilişki (Sırasıyla $r=0.233$; $r=0.311$; $p<.05$) olduğu bulunmuştur. Afazili bireylerin evinde yaşayan kişi sayısı arttıkça SAQOL-39-TR ölçeği toplam puanında ve Fiziksel alt alan puanlarında artış olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Alanyazında bu çalışmanın bulgularının aksine Rima ve ark.(2013) evde yaşayan kişi sayısı değişkeninin yaşam kalitesi üzerinde etkisi olmadığı yönünde bulgular raporlamıştır. Söz konusu bu farklılığın çalışmaların yürütüldüğü ülkeler arasındaki kültürel ve ekonomik farklılıklardan kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Ancak çalışmamızın inme üzerinden geçen süreyle ilişkili sonuçlarından farklı olarak Manders ve ark. (2010) tarafından yapılan bir çalışmada inme üzerinden geçen sürenin yaşam kalitesi skorları üzerinde etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre inme geçirmeleri üzerinden 6 ay geçmiş bireylerin, yakın zamanda inme geçirmiş olanlara göre daha yüksek puanlar elde ettikleri görülmüştür. Bu çalışmanın bulgularından farklı olarak Hilari ve ark.(2003) ile Rima ve ark.(2012) tarafından yapılan iki çalışmada da inme üzerinden geçen süre değişkeninin yaşam kalitesine ilişkin farklılık oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmada inme üzerinden geçen zaman faktörüne ilişkin alanyazında yer alan çalışmalardan farklı sonuçların elde edilmesinin sebebi olarak çalışmada yer alan katılımcılara inme üzerinden geçen süreyle ilgili olarak bir seçme kriterinin uygulanmamış olması düşünülmüştür.

Yaş ve cinsiyet faktörlerinin SAQOL-39-TR ölçeği ve alt alanlarında elde edilen puanlar üzerinde bir farklılık yaratmadığı sonuçları alanyazında yer alan ilgili çalışmaların sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Rima ve ark.(2013) tarafından çalışmada da cinsiyet ve yaş faktörlerinin ilişkin SAQOL-39 puanları üzerinde herhangi bir farklılık yaratmadığı saptanmıştır. Benzer şekilde, Franzen-Dahlin ve ark. (2009) afazili bireylerin yaşam kalitesi puanlarında yaş faktörünün herhangi bir etkiye sahip olmadığını ifade etmiştir. Hilari ve ark. (2003) tarafından inme sonrası kronik afazili bireylerde yaşam kalitesini belirleyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada da yaş faktörünün yaşam kalitesi üzerinde bir etkisi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. İyigün de (2014) benzer sonuçlar elde etmiş ve yaş ve cinsiyet değişkenlerinin katılımcıların SAQOL-39 Ölçeği ve alt alanları performansını etkilemediğini raporlamıştır.

4.3. Öneriler

- Katılımcıların sahip olduğu afazi tipleri ile yaşam kalitesi puanları arasındaki farklılığın varlığını belirlemek adına çalışmalar yapılması önerilmektedir.
- Türkiye’de yaşayan afazili bireyler için yaşam kalitesi kavramı algısının ve hangi faktörlerin bu bireyler için önemli olduğunun belirlenmesi amacıyla bir çalışmanın yapılması önerilmektedir.
- Afazi tipi ile yaşam kalitesi skorları arasındaki ilişki üzerine çalışmalar yapılması önerilmektedir.
- Daha büyük örneklem grubuyla bu çalışmada araştırılmış olan belirleyici faktörler ve belirlenecek olan potansiyel faktörler ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki üzerine çalışmalar yapılması önerilmektedir.
- Katılımcıların sosyoekonomik durumları ile yaşam kalitesi puanları arasında farklılık bulunup bulunmadığı amacıyla çalışmalar yapılması önerilmektedir.
- Tükçe’ye uyarılama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan yaşam kalitesi ölçeklerinin karşılaştırılması amacıyla çalışmalar yapılması önerilmektedir.

- Belirli bir süre terapi almış afazili bireyler ile hiç terapi almamış afazili bireylerin yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılmasının amaçlandığı bir çalışma önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Matschinger, H., and Stengler-Wenzke, K. (2002). Depression and quality of life: results of a follow-up study. *Int. J. Soc. Psychiatry.*, 48(3), 189-199.
- Ardila, A. (2014). *Aphasia handbook*. Florida: Florida International University.
- Avcı, K. ve Pala, K. (2004). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludag Univ. Tıp Fak. Derg.*, 30 (2), 81-85
- Aydemir, O., Ergun, H., Kesebir, S., Soygur, H., ve Tulunay, C. (2009). Major depresif bozuklukta yaşam kalitesi: kesitsel bir çalışma. *Türk Psikiyatri Derg.* 20(3):205-212.
- Becker, M., Shaw, B. R., and Reib, L. M. *Quality of life assessment manual*. University of South Florida.
- Birtane, M. ve Taştekin, N. (2010) Quality of life after stroke. *Trakya Üniv. Tıp Fak. Derg.*, 27 (1), 63-68
- Blom Johansson, M. (2012). Aphasia and communication in everyday life: Experience of persons with aphasia, significant others, and speech-language pathologists. *Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine*, 776, 110.
- Bose, A., Mchugh, T., Schollenberger, H., and Buchanan, L. (2009). Measuring quality of life in aphasia: Results from two scales. *Aphasiology*, 23(7-8), 797-808.
- Buck, D., Jacoby, A., Massey, A., and Ford, G. (2000). Evaluation of measures used to assess quality of life after stroke. *Stroke*, 31(8), 2004-2010.

- Burckhardt, C. S., & Anderson, K. L. (2003). The quality of life scale (QOLS): reliability, validity, and utilization. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 60.
- Carod-Artal, F. J., and Egido, J. A. (2009). Quality of life after stroke: the importance of a good recovery. *Cerebrovasc Dis.*, 27(1), 204-214.
- Chapey, R. (1994). *Language intervention strategies in adult aphasia*. Baltimore: Williams & Wilkins. 80-83.
- Code, C., Hemsley, G., and Herrmann, M. (1999). The emotional impact of aphasia. *Semin. Speech Lang.*, 20(01), 19-31.
- Cranfill, T. B., and Wright, H. H. (2010). Importance of health-related quality of life for persons with aphasia, their significant others, and SLPs: Who do we ask? *Aphasiology*, 24(6-8), 957-968.
- Cruice, M., Hill, R., Worrall, L., and Hickson, L. (2009). Conceptualising quality of life for older people with aphasia. *Aphasiology*, 24(3), 327-347.
- Cruice, M., Worrall, L., and Hickson, L. (2010). Health-related quality of life in people with aphasia: Implications for fluency disorders quality of life research. *J. Fluency Disord.*, 35(3), 173-189.
- Çalış, F. A., Celik, S., Demir, O., Aykanat, D., ve On, A. Y. (2016). The psychometric properties of the Turkish Stroke and Aphasia Quality Of Life Scale-39. *Int. J. Rehab. Res.*, 39(2), 140-144.
- Çiçek, S. (2014). Diyaliz tedavisi ve yaşam kalitesi. 24. *Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi*. Antalya.
- Damasio, A.R. (1998). Signs of aphasia. In Sarno, M.T. (Ed.). *Acquired Aphasia*. Third edition. San Diego: Academic Press.

- Din, C.D., Ahamat, M.H., Muhakar, R., and Basri, H. (2008). Health-related quality of life in stroke patients. *Prosiding Seminar Sebumi*. Jakarta.
- Dorman, P. J., Waddell, F., Slattery, J., Dennis, M., and Sandercock, P. (1997). Is the euroqol a valid measure of health-related quality of life after stroke? *Stroke*, 28(10), 1876-1882.
- Eser, E. (2014). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. *Türk Nörol. Derg.*, 20 (1), 1-4
- Essink-Bot, M., Krabbe, P. F., Bonsel, G. J., and Aaronson, N. K. (1997). An empirical comparison of four generic health status measures. *Medical Care*, 35(5), 522-537.
- Franzén-Dahlin, Å, Karlsson, M. R., Mejhert, M., and Laska, A. (2010). Quality of life in chronic disease: A comparison between patients with heart failure and patients with aphasia after stroke. *J. Clin. Nurs.*, 19(13-14), 1855-1860.
- Garcia, P. (1996). *Measuring health: A step in the development of city health profiles*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- González-Fernández, M., Davis, C., Molitoris, J. J., Newhart, M., Leigh, R., and Hillis, A. E. (2011). Formal education, socioeconomic status, and the severity of aphasia after stroke. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 92(11), 1809-1813.
- Grube, M. M., Koennecke, H., Walter, G., Thummler, J., Meisel, A., Wellwood, I., and Heuschmann, P. U. (2012). Association between socioeconomic status and functional impairment 3 months after ischemic stroke: The Berlin Stroke Register. *Stroke*, 43(12), 3325-3330.

- Haan, R. D., Limburg, M., Meulen, J. V., Jacobs, H., and Aaronson, N. (1995). Quality of life after stroke : impact of stroke type and lesion location. *Stroke*, 26(3), 402-408.
- Hilari, K. (2011). The impact of stroke: Are people with aphasia different to those without? *Disabil. Rehabil.*, 33(3), 211-218.
- Hilari, K., Needle, J. J., and Harrison, K. L. (2012). What are the important factors in health-related quality of life for people with aphasia? A Systematic Review. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 93(1), 86-95.
- Hilari, K., Wiggins, R., Roy, P., Byng, S., and Smith, S. (2003). Predictors of health-related quality of life (HRQL) in people with chronic aphasia. *Aphasiology*, 17(4), 365-381.
- Hisli, N. (1988). Validation of the BDI with a group of turkish psychiatric outpatients. *Turk Psikiyatı Derg*, 22(6), 118-126
- İyigün, E. (2014) *Afazili bireyler ve yakınlarının Türkçe inme ve afazi yaşam kalitesi ölçeği SAQOL-39 TR' nin Türkçe versiyonundaki uyuşma düzeylerinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Projesi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi
- King, R. B. (1996). Quality of life after stroke. *Stroke*, 27(9), 1467-1472.
- Kocuyigit, H., Aydemir, O., Olmez, N., & Memis, A. (1999). Reliability and validity of the Turkish version of Short-Form-36 (SF-36). *Turkish J Drugs Therap*, 12, 102-6.
- Kutlu, R. (2015). Evaluation of depression and quality of life with short form 36 of inpatients at the thoracic surgery service. *Turkish J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 23(3), 524-531.

- Lapointe, L. (1999). Quality of life with aphasia. *Semin. Speech Lang. Seminars*, 20(01), 5-17.
- Lima, R. R., Massi, G. A., Guarinello, A. C., Ana P. B. Vieira Da Silva, Moro, C. H., and Lima, H. D. (2013). Factors related to the quality of life in the context of communication in people with aphasia in southern Brazil. *Aphasiology*, 28(1), 116-127.
- Lopez-Espuela, F., Zamorano, J. D., Ramirez-Moreno, J. M., Jimenez-Caballero, P. E., Portilla-Cuenca, J. C., Lavado-Garcia, J. M., and Casado-Naranjo, I. (2014). Determinants of quality of life in stroke survivors after 6 months, from a comprehensive stroke unit: A longitudinal study. *Biol. Res. Nurs.*, 17(5), 461-468.
- Manders, E., Dammekens, E., Leemans, I., and Michiels, K. (2009). Evaluation of quality of life in people with aphasia using a Dutch version of the SAQOL-39. *Disabil. Rehabil.*, 32(3), 173-182.
- Maviş, İ., Doğramacı, Ö., ve Diken İ. H. (2005). Birincil bakıcıların 'felçli ve afazili bireylerin' sözel olmayan davranışlarına ilişkin görüşleri. *Turk Serebrovaskuler Hast. Derg.*, 11(3), 97-106
- Maviş, İ. ve Topbaş, S. (2007). Afazi, apraksi, dizatri dil ve konuşma terapisi alıştırma kitabı. Ankara: Detay Yayıncılık.
- McDowell, I. (2006). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. Oxford: Oxford University Press.
- National clinical guideline for stroke*. (2008). London: Royal College of Physicians of London.

- Nichols-Larsen, D. S., Clark, P., Zeringue, A., Greenspan, A., and Blanton, S. (2005). Factors influencing stroke survivors' quality of life during subacute recovery. *Stroke*, 36(7), 1480-1484.
- Noyan, A. (2013). *İnme ve afazi yaşam kalitesi-39 ölçeği: Türkçeye uyarlama geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Özmen, İ. A. (2014) *Yakınlarının gözünden afazili kişilerin sosyal katılımının ve dil kullanımının belirlenmesi*. Yüksek Lisans Projesi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi
- Papathanasiou, I., Coppens, P., and Potagas, C. (2013). *Aphasia and related neurogenic communication disorders*. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning.
- Priebe, S., Roeder-Wanner, U., and Kaiser, W. (2000). Quality of life in first-admitted schizophrenia patients: A follow-up study. *Psych Psychol. Med.*, 30(1), 225-230.
- Reuck, A.V.S., and O'Connor, M. (1964). *Disorders of language*. London: J. and A. Churchill.
- Robinson-Smith, G., Johnston, M. V., and Allen, J. (2000). Self-care self-efficacy, quality of life, and depression after stroke. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 81(4), 460-464.
- Sinanovic, O., Mrkonjic, Z., and Zecic, S. (2012). Quality of life and post-stroke aphasic syndromes. *Period. Biol.*, 114(3), 435-440.
- Sivertsen, H., Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., and Helvik, A. (2015). Depression and quality of life in older persons: a review. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.*, 40(5-6), 311-339.

Williams, L. S., Weinberger, M., Harris, L. E., Clark, D. O., and Biller, J. (1999). Development of a Stroke-Specific Quality of Life Scale. *Stroke*, 30(7), 1362-1369.

Williamson, D. S., Richman, M., and Redmond, S. C. (2011). Applying the correlation between aphasia severity and quality of life measures to a life participation approach to aphasia. *Top. Stroke Rehabil.*, 18(2), 101-105.

Yeşilkaya, A. (2013) *İnmeli ve afazili bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi: Alanyazın İncelemesi*. Yüksek Lisans Projesi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.

EKLER

EK 1 Gönüllü Katılım Formu

ANADOLU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ
Gönüllü Katılım Formu

Bu tez çalışması, Yrd. Doç. Dr. Bülent TOĞRAM danışmanlığında Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Özlem Oğuz tarafından yürütülen bir çalışmadır. Çalışmada, Afazili bireylerde SAQOL-39-TR kullanarak, bireylerin fiziksel, psikolojik, iletişim ve enerji alanlarındaki yaşam kalitesinin incelenmesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Çalışmaya katılım tamamıyla gönüllülük esası içermektedir. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Kişisel bilgi formunda dolduracağınız bilgiler tamamen gizli tutulacaktır. Çalışma sırasında alınacak görüntü kayıtları sadece araştırmacı tarafından değerlendirmeye tabi tutulacaktır. Elde edilen görüntüler hiçbir şekilde yayınlanmayacaktır. Çalışma boyunca elde edilen verilerde çalışma içinde isminiz geçmeyecektir.

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 belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İletişim Tel:

İmzası

EK 2 Katılımcı Bilgi Formu

Katılımcı No:

KATILIMCI BİLGİ FORMU

Adı-Soyadı :

Meslek :

Uygulama Tarihi :

Ana Dil/Dilleri:

Doğum Tarihi :

Telefon :

Yaş :

Medeni Durum:

Cinsiyet : K E

Bekar

Doğum Yeri :

Evli

Yerleşim Yeri :

Boşanmış

Kaç senedir burada yaşıyor:

Dul

Eğitim:

Yok (okuma yazma bilmiyor)

Yok (okuma yazma biliyor)

1-5 yıl (İlkokul)

6-8 yıl (orta)

9-12 yıl (lise)

12+ (yüksek)

Okuma Alışkanlığı

Evet Hayır

Evet ise açıklayınız: (okuma sıklığı ve okunan materyalin türü)

Sosyal ve Fiziksel Aktiviteler

Evet Hayır

Evet ise Açıklayınız:

Evde yaşayan kişi sayısı:

Bakıcının varlığı(varsa bireyle ilgilenen kişi):

EK 3 Sağlık Durumu Bilgi Formu

Katılımcı No:

Sağlık Durumu Bilgi Formu

1. Aşağıda belirtilen hastalıklardan hangilerine sahipsiniz?

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hiçbiri | <input type="checkbox"/> AIDS | <input type="checkbox"/> Hipertiroid |
| <input type="checkbox"/> Depresyon | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> B12 eksikliği |
| <input type="checkbox"/> MS | <input type="checkbox"/> Diabet | <input type="checkbox"/> Anemi |
| <input type="checkbox"/> Epilepsi/nöbetler | <input type="checkbox"/> Şizofreni | <input type="checkbox"/> Ensafalit |
| <input type="checkbox"/> Kanser | <input type="checkbox"/> Hipotiroid | <input type="checkbox"/> İnme |
- Felç

2. İnme /Felç geçirilmişse geçirilen tarih : _____

3. İnme başlangıcından bu zamana geçen süre

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 0-6 ay | <input type="checkbox"/> 1 yıl |
| <input type="checkbox"/> 6-12 ay | <input type="checkbox"/> 1 yıldan fazla _____ |

4. İnme sonrasında fizik tedavi aldınız mı? / Ne kadar süre ile aldınız?

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet-_____ |
|--------------------------------|-------------------------------------|

5. İşitme ile ilgili herhangi bir probleminiz var mı?

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet |
|--------------------------------|-------------------------------|

6. Görme ile ilgili bir sorun yaşadınız mı?

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet |
|--------------------------------|-------------------------------|

7. Bugüne kadar bir nörolog ya da psikiyatriste gitmenizi gerektirecek bir sorun yaşadınız mı?

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Hayır |
| <input type="checkbox"/> Evet _____, _____, _____ |

8. Bugüne kadar ciddi bir kafa travması geçirdiniz mi?

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet |
|--------------------------------|-------------------------------|

9. Bugüne kadar herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi?

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Hayır |
| <input type="checkbox"/> Evet _____, _____, _____ |

10. Düzenli kullandığınız ilaçlar var mı?

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Hayır |
| <input type="checkbox"/> Evet _____, _____, _____ |

(İnme ve afazi yaşam kalitesi ölçeği-39-TR)
(Noyan&Toğram, 2016)

Ad- Soyad:

Kimlik Numarası.:

Tar

İnme veya felç sonrası kimi zaman kişilerin günlük aktiviteleri ve hissettiği bazı

bilir. Bi

günlük aktivitelerinizin ve duygularınızın nasıl

olduğunu öğrenmek istiyoruz.

dir.

geçen hafta nasıl olduğu hakkında

düşünün.

Sorulara yanıt verirken geçen hafta o aktivite sırasında ne kadar sorun

yaşadığınızı en iyi anlatan kutucuğu işaretleyin.

İlk soru grubu, günlük aktivitelerde ne kadar sorun yaşadığınızı sormaktadır.

Aşağıda yer alan aktivitelerde **ne kadar sorun** yaşadınız? Uygun kutucuğu işaretleyiniz.

Ma o.		Bu aktiviteyi içbi şekilde yapamadı	Çok sorun	sorun	iraz sorun	iç sorun yaşamadı
SC1.	Yemek hazırlamada?					
C4.						
SC5.	Banyo yapmada veya duş					
M1.	<u>(Eğer yürüyemiyorsanız, 1'i işaretleyin ve M7 maddesine _____</u>					
M4.	<i>Eğilirken veya uzanırken dengenizi korumada?</i>					
M	<i>Merdivenleri çıkmada?</i>					
M7.						
M8.						
M9.						
1.	Evin etrafındaki günlük işleri p					
2.	aşladığınız işleri bitirmede?					

Ma o.		Bu aktiviteyi içbi şekilde yapamadı	Çok sorun	sorun	iraz sorun	iç sorun yaşamadı
E1.	Yazı yazmada veya klavye kullanmada, örnek: yazı kullanırken elini kullanmada?					
E2.	Çorap g					
E4.	Düğme iliklemede?					
E5.	r kap					

Aşağıda yer alan sorular; diğer insanlarla **iletişimde ne kadar sorun** yaşadığınız hakkındadır.

Aşağıdaki aktivitelerde **ne kadar sorun** yaşadınız? Uygun kutucuğu işaretleyiniz.

		Bu aktiviteyi içbi şekilde yapamadı	Çok sorun	sorun	iraz sorun	iç sorun yaşamadı
L2.	Konuşmada?					
L3	Telefonla konuşmaya yetecek kadar anlaşılır biçimde konuşmada?					
L5.	aşka insanlar tarafından anlaşılma?					

L	Söylemek istediğiniz kelimeyi					
L7.	Tekrarladığınızda bile başka insanlar tarafından anlaşılma?					

Aşağıda yer alan bölüm; inme sonrasında bazı insanların yaşadığı **problemler**
duygular r.

		Kesinlikle evet	Çoğunlukla Evet	in değilim	Çoğunlukla hayır	Kesinlikle hayır
T4.	Birşeyleri hatırlamak için yazmak zorunda kaldınız mı? <i>Eğer yazamıyorsanız: Hatırlamak istediğiniz şeyleri birisinden, sizin için yazmasını istediniz mi?</i>					
T5.	Karar vermekte zorlandınız mı?					
P1.						
P3.	işiliğinizin değiştiğini üşündünüz mü?					
MD	Geleceğiniz hakkında					
MD	Diğer insanlara veya aktivitelere karşı ilgisiz					
MD	Diğer insanlara karşı kendinizi içe kapanmış hissettiniz mi?					

		Kesinlikle evet	Çoğunlukla Evet	in değilim	Çoğunlukla hayır	Kesinlikle hayır
MD	mıydı?					
2.	Çoğu zaman kendinizi yorgun					
3.	Durup gün zorunda kaldınız mı?					
4.	Yapmak istediğiniz bir şey için					

Aşağıda yer alan sorular; **ail**e ve **sosyal yaşam** ile ilgili sorulardır.

		Kesinlikle evet	Çoğunlukla Evet	in değilim	Çoğunlukla hayır	Kesinlikle hayır
R7.						
R9.	l pro yaşamınızı etkil işini					
R1.	Aslında istediğiniz en daha az mı dışarı çıktınız?					
R4.	obilerinizi aslında istediğinizden daha az mı yaptınız?					
R5.	Arkadaşlarınızla aslında istediğinizden daha az mı görüştünüz?					
R7.	yaşamınızı etkil işini					

R8.	l pro yaşamınızı etkil iğini					

Bu ankete, zaman ayırıp doldurduğunuz için teşekkür ederim

-36 (Short Form 36)

Adınız Soyadınız: _____

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Her hangi bir sorunun yanıtı hakkında emin değilseniz bile size en uygun yanıtı verin. Ayrıca 10 uncu sorudan sonraki boşluğa yorumlarınızı yazabilirsiniz.

1-Genel sağlık durumunuz hakkında aşağıdaki tanımlardan hangisi doğrudur? Lütfen tek bir yanıt veriniz

Mükemmel

İyi

Orta (fena değil)

Kötü

2-Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi

Bir yıl öncesinden biraz iyi

Hemen hemen aynı

Bir yıl öncesinden biraz daha kötü

Bir yıl öncesinden çok daha kötü

SAGLIK VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

3-Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir.

Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

- | | | | |
|--|---------|---------|--------------------------|
| a)Zorlu aktiviteler; örneğin koşma, ağır eşyaları kaldırma, zor sporlara katılma vb | kısıtlı | kısıtlı | Hayır, hiç kısıtlı değil |
| b)Orta derecede aktiviteler; örneğin masayı kaldırma, elektrikli süpürgeyi itme, hafif sporlara katılma vb | | | |
| c)Ağır kaldırma ve yük taşıma | | | |
| d)Çok sayıda merdiven basamağını çıkma | | | |
| e)Tek bir merdiven basamağını çıkma | | | |
| f)Öne eğime, çömelme veya diz çökme | | | |
| g)İki kilometreden çok yürüme | | | |
| h)Bir kilometre yürüme | | | |
| i)100 metre yürüme | | | |
| j)Kendi başına banyo yapma ve giyinme | | | |

4-Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.

Evet Hayır

- a)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?
- b)Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?
- c)Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?
- d)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (aşırı efor gösterdiniz mi?)

5-Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında duygusal sorunlar nedeniyle (depresyon veya sıkıntı gibi nedenlerle) aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.

Evet Hayır

- a)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?
- b)Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?
- c)Çalışma veya diğer aktivitelerinizi her zamanki gibi dikkatlice ildiniz mi?

6-Son 4 hafta içinde fizik sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sizin ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla olan sosyal ilişkilerinizi ne ölçüde etkiledi?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

kilemedi

a derecede

7-Son 4 hafta içinde ne kadar ağrınız oldu?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

Hiç olmadı

Az

a derecede

8-Son 4 hafta içinde ağrınız sizin normal çalışmanızı ne kadar etkiledi (hem ev dışında, hem de ev işi olarak)?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

kilemedi

kiledi

a derecede etkiledi

etkiledi

di

GENEL SAĞLIK

9-Aşağıdaki cümlelerin sizin için ne kadar doğru veya yanlış olduğunu belirtiniz.

Her bir soruya tek bir yanıt veriniz.

inlikle doğru	Çoğunluk la doğru	Emin değilim	Çoğunluk la yanlış	inlikle yanlış
------------------	----------------------	-----------------	-----------------------	-------------------

- a)Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum
- b)Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım
- c)Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum
- d)Sağlığım mükemmel

DUYGULARINIZ

-Aşağıdaki sorular duygularınızı ve son bir ay içinde nasıl olduğunuzu anlamak için düzenlenmiştir. Her bir soru için lütfen size en uygun tek bir yanıtı işaretleyin.

Sürekli Çoğu Bazen Ara
zaman zaman sıra zaman

a)Kendinizi yaşam dolu olarak mı hissediyorsunuz?

)Çok sinirli biri mi oldunuz?

c)Kendinizi lağım çukuruna düşmüş gibi hissettiğiniz ve hiçbir şeyin moralinizi düzeltemeyeceğini düşündüğünüz oldu mu?

d)Kendinizi sakin ve barışçı hissettiniz mi?

ok enerjik oldunuz mu

f)Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?

g)Kendinizi yıpranmış hissettiniz mi?

ir insan oldunuz mu

gunluk hissettiniz mi?

j)Sağlığınız sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?

(arkadaşları veya yakın akrabaları ziyaret etmek gibi)

Yorum:

EK 6 Beck Depresyon Ölçeği

Hasta Soyadı, Adı:

Tarih:

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.

- (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

- (1) Gelecek için karamsarım.
- (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.

- (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
- (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

- (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
- (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (3) Herşeyden sıkılıyorum

5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.

- (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6 (0) Kendimden memnunum.

(1) Kendimden pek memnun değilim.

(2) Kendime kızgınım.

(3) Kendimden nefrete ediyorum.

7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.

(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.

(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum

8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.

(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.

(2) Kendimi öldürmek isterdim.

(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm

9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.

(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

(2) Çoğu zaman ağlıyorum.

(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.

(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.

(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.

(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.

11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.

(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.

(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.

(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum

12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.

(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.

(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum

13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.

(1) Aynada kendime her zamanklinden kötü görünüyorum.

(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.

(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.

(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.

(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.

(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum

15 (0) Uykum her zamanki gibi.

(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.

(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.

(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.

(1) Eskkiye oranla daha çabuk yoruluyorum.

(2) Her şey beni yoruyor.

(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum

17 (0) İştahım her zamanki gibi.

(1) Eskisinden daha iştahsızım.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.

(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.

(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.

(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim

19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.

- (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
- (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
- (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünmüyorum

20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

- (1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
- (2) Cinsel isteğim çok azaldı.
- (3) Hiç cinsel istek duymuyorum

21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.

- (1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
- (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
- (3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor

TOPLAM BECK-D SKORU: