

Araştırma

Gönderim Tarihi: 02.11.2019

Kabul Tarihi: 04.01.2020

Afazili Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler¹

Özlem Oğuz², Bülent Toğram³,

Özet

Amaç: Afazi, beyinde meydana gelen bir hasarın dil dominant hemisferi etkilemesi sonucu ortaya çıkan, bireyin dili anlaması, üretmesi ve kullanmasında yetersizliğe neden olan bir iletişim bozukluğudur. Diğer zorluklara ek olarak, afazi sonrasında bireyin yaşam kalitesi de azalmaktadır. Yaşam kalitesi faktörünün de dikkate alınması afazi müdahalesinin etkililiğini arttırmaktadır ve bu nedenle müdahale planlama sürecine yaşam kalitesi değerlendirmeleri de dahil edilmelidir. Bu çalışmanın amacı afazili bireylerin yaşam kalitesini belirlemek ve bu bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelemektir. **Yöntem:** Çalışmaya katılan 50 afazili bireye ‘Afazi Dil Değerlendirme Testi (ADD), ‘Beck Depresyon Ölçeği’, ‘Short Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği’ (SF-36) ve ‘İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi Ölçeği-39-TR’ (SAQOL-39-TR) ölçeği uygulanmıştır. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 23 paket programı ile yapılmıştır. **Bulgular:** Araştırmanın sonucunda Short Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) ve Beck Depresyon Ölçeği ile İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi Ölçeği TR (SAQOL-39 TR) arasında anlamlı korelasyon bulunmuştur. SAQOL- 39 TR ile SF-36 arasında anlamlı pozitif bir korelasyon; SAQOL-39 TR ve Beck Depresyon Ölçeği arasında ise negatif bir korelasyon bulunmuştur. Katılımcıların SAQOL-39-TR ölçeğinden ve alt alanlarından aldıkları puanların yaş, cinsiyet ve inme üzerinden geçen süre gibi potansiyel belirleyici faktörlere göre farklılaşmadığı saptanmıştır. Eğitim düzeyi, okuma alışkanlıkları ve evde yaşayan kişi sayısı değişkenlerine göre katılımcı gruplar arasında SAQOL-39-TR ölçeğinin bazı alt alanlarından aldıkları puanların anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur. **Sonuç:** Afazili bireylerin yaşam kalitesi adına en çok zorluk yaşadıkları alanın ‘iletişim’ alanı olduğu görülmüştür ancak yaşanan dil bozukluğu sonrasında sadece dilsel sorunlarla değil eşlik eden diğer problemlerle de karşılaşmaktadır. Dil ve konuşma terapistlerinin afazili bireyleri sadece dil bozukluğu yaşayan bireyler olarak değil, bir bütün olarak değerlendirmeleri ve müdahalesini planlaması gerekmektedir. Kişinin iletişim ve yaşam kalitesi düzeyini yükseltme amaçlı bir terapi süreci yürütülmelidir.

¹Bu çalışma sorumlu yazarın Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalındaki yüksek lisans tezinden yararlanarak hazırlanmıştır ve 10. Ulusal Dil ve Konuşma Bozuklukları Kongresinde (28 Nisan-1 Mayıs 2019, İstanbul) sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

²Sorumlu yazar, Öğr. Gör., Üsküdar Üniversitesi, Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü, ozlem.oguz@uskudar.edu.tr

³Doçent Doktor., Anadolu Üniversitesi, Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü, btogram@anadolu.edu.tr

Anahtar sözcükler: afazi, yaşam kalitesi, yaşam kalitesi belirleyicileri, SAQOL -39, SF-36, Beck depresyon ölçeği

Quality of Life in Individuals with Aphasia and Predictors of Quality of Life

Summary

Introduction: Aphasia is an acquired communication disorder which affects language production and comprehension negatively resulting from a focal brain lesion in the language dominant hemisphere. Changes in quality of life (QOL) are observed after acquired aphasia following stroke besides other aphasia related difficulties. Taking the quality of life factor into consideration contributes aphasia intervention. Therefore, assessing the quality of life should be included the assessment procedures. The aim of this study was to determine QOL of Turkish speaking aphasic individuals and to analyze the factors that affect QOL. **Method:** Language Assessment Test for Aphasia, Short Form-36, and Beck Depression Scale and Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 TR (SAQOL-39-TR) were administered to a group of 50 post stroke participants who had been diagnosed with aphasia. SPSS 23 statistical package program was used to analyze obtained data. **Results:** Overall mean score of 50 participants on the Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 TR (SAQOL-39 TR) scale was 51 in physical domain ($SD = 21,37$), 19 in communication domain ($SD = 8,04$), 34 in psychosocial domain ($SD = 9,47$) and 11 in energy domain ($SD = 4,33$) while their overall score in general scale was 115 ($SD = 35,16$). The communication domain demonstrated a significant trend towards significance, and it was the most affected domain in all. Scores in Beck Depression Scale were between 7-16 while mean score was 12. Overall mean score of 50 participants on the Short Form-36 was 53,60 in physical functioning, 70,50 in social functioning, 53,00 in Role Limitations attributed to Physical Problems, 48,44 in Role Limitations attributed to Emotional Problems, 66,38 in Mental Health, 36,87 in Energy and Fatigue, 68,60 in Pain and 60,89 in Overall Health domains. A significant positive correlation was found between SAQOL-39 TR and Short Form-36 scores while negative correlation was found between SAQOL-39 TR and Beck Depression Scale scores. The habit of reading pre- and post-onset of stroke, education level and number of people living at home factors were significantly associated with higher scores in some SAQOL-39 TR domains. There was no correlation between the communication domain scores with age, gender and post-onset of stroke. **Conclusion:** Communication is the most affected domain in aphasia after stroke in terms of quality of life. Even if aphasia is defined as a language disorder, some other problems related to emotional status, occupation and marital life can be experienced as well. Speech and language therapists must be aware of these problems and they should see the person with aphasia as a whole, not just language side of him/her. Therefore, these people with aphasia should be assessed

and treated accordingly. The whole process of intervention should be better conducted with the aim of increasing levels of communication and quality of life.

Keywords: aphasia, quality of life, predictors of quality of life, SAQOL-39, SF-36, Beck depression scale

Giriş

Afazi, ‘dil algılama ve üretim sürecinde dil için baskın olan sol hemisferde meydana gelen hasarlar sonrası gelişen ve bireyin ifade edici ve alıcı dil becerilerine ek olarak yazma ve okuma gibi becerilerini de etkileyen bir dil sorunu’ olarak tanımlanmaktadır (Ardila, 2014). Dil ve iletişim sorunlarına ek olarak, afazili 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 da yaşamaktadır. Bu ve benzeri sorunlar afazili bireylerin yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır. Yaşam kalitesi bireyin emosyonel, fiziksel, fizikososyal alanlarda subjektif olarak hissettiği iyilik durumudur (Aaronson, Bullinger ve Ahmedzai, 1988). 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 ve bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık seviyesi, sosyal ilişkileri ve dış dünyayla olan ilişkilerinden etkilenen; fiziksel, işlevsel, psikososyal ve sosyal alanlarını da kapsayan, birçok farklı uzanımı olan çok boyutlu bir kavramdır (Aaronson ve ark., 1988; Madden ve ark. 2006; Ware 1993’ten akt. Franzén-Dahlin, Karlsson, Mejhert ve Laska, 2010). Çiçek (2014)’e göre yaşam kalitesinin psikolojik ve emosyonel boyutu; yaşamdan tatmin olmayı, bireyin kendisini faydalı görüyor olmasını, benlik saygısını, beden imgesini, anksiyete, otonomi ile yaşama ve bireye yönelik sahip olunan olumlu/olumsuz duyguları içermektedir. Yaşam kalitesinin fiziksel ve bedensel boyutu ise işlevsel yeterlilik ve günlük yaşam aktivitelerini yürütebilme ölme, yeme, iştah, cinsellik, ağrı, dinlenme ve sağlıklı hissetme gibi kavramlardan oluşmaktadır. Sosyal boyutu sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme, mahremiyet ve

rollere yönelik 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).

Yaşam kalitesi kavramının sağlıklı ilişkilendirildiği ve sağlığın genel yaşam kalitesi alanlarının önde gelen boyutlarından biri olduğu görülmüştür. Sağlıkta yaşam kalitesi bireyin durumunun farkında olması ve bu durumdan memnuniyet duymasıdır. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi bireyin kendi sağlığı ile ilgili olarak kendini algılamasıdır (Birtane ve Taştekin, 2010) ve sağlığın bireylerin fonksiyonlarını yerine getirmedeki yeteneklerini ve bireylerin yaşamlarındaki algıladıkları fiziksel, mental ve sosyal alanı ifade eder (Fidan, Ünal ve Demiral, 2003; Çiçek, 2014).

Yaşam kalitesi afazili bireylerin rehabilitasyon süreçlerinin planlaması, öncelikli hedeflerin belirlenmesi ve terapi aşamalarında bireyin bir bütün olarak alınması ve müdahalesinin yine bir bütün adına gerçekleştirmesi açısından oldukça önemlidir. Afazili bireyin ‘İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (International Classification of Functioning, Disability and Health [ICF])’ çerçevesinde müdahale sürecine katılması, kişinin üretimi altında yatan durumlar, eşlik eden eksiklik ve bozukluklar ile hayata katılım ve aktivitelerde sınırlanma alanları tanımlanmalı ve sürecin devamı bu tanımlamalara göre şekillendirilmelidir (Hallowell, 2016). ICF çerçevesinde bir süreç yürütmek de yaşam kalitesi kavramının hem değerlendirme hem de müdahale aşamalarında dikkate alınmasını gerektirmektedir.

Afazili bireylerde dilsel ve iletişimsel sorunların yanında, azalmış memnuniyet, sosyal aktivitelere katılımda düşüş ve öz bakım becerilerini yerine getirmede ve temel ihtiyaçları

karşılımda zorluk gibi şikayetlerde bulunurken yaşam kalitesinde ciddi boyutlarda düşüş olduğu da bildirilmiştir (Cruice, Worrall ve Hickson., 2010; Cruice ve ark., 2009; Hilari, 2011). Hem afazili bireylerin hem de yakınlarının afazi sonrası dönemde bu durumdan medikal ve duygusal boyutlarda yıkıcı bir şekilde etkilendiği belirtilmiştir. Klinik gözlemler ve empirik araştırmalar afazi ve yaşam kalitesi arasında doğrudan güçlü bir bağ olduğunu göstermektedir (Cruice ve ark., 2003; Hilari 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 sınıflandırılan birçok yönden sosyal dışlanmışlık duygusunu deneyimlediği çalışmalar tarafından ortaya konmuştur. Ayrıca afazi sonrası çok az insan çalışmayı sürdürebilmektedir (Parr, 2007). Afazisi olmayan bireylerin işe alınma yüzdeleri %63 iken bu durumun afazili bireylerde %21 olması (Naess, Hammersvik ve Skeie, 2009), tekrar işe alınanların ise daha düşük pozisyonlarda çalıştırılıyor olması araştırma sonuçlarıyla ortaya konmuştur (Hinckley, 2002). Benzeri deneyimler sonrasında afazili birey sosyal hayattan kopmakta ve hâlihazırda yaşadığı yetersizlik ve yalnızlık duyguları artmaktadır. Afazili bireylerde afazi sonrasında bireylerin %62-70'inin depresyon ile tanılandığı (Hilari, 2011), arkadaşları ile olan iletişimlerinin sonlandığı (Hilari ve ark., 2006; Hilari, 2011), konuşmanın anlamlandırılmaması, planlananın ise ifade edilememesi sonucunda sosyal aktivite ve iletişimde bireyin kendini geri çektiği (Parr, 2007; Eklund ve Petterson, 2005, Dorze ve Brassard, 1995'ten akt. Blom Johansson, 2012), sosyal aktivitelere katılımın afazili olmayan bireylere göre daha az olduğu ve katılım olduğunda ise daha az memnuniyet olduğu (Cruice ve ark., 2009; Hilari, 2011) bulunmuştur.

Medikal ve iletişimsel boyutta negatif etkilere bireyin yaşadığı duygusal kırılmalar da eklenebilmektedir. Bireyin yaşadığı yetersizlik, yalnızlık ve yakınlarına yük olma duyguları sadece bireye yönelik sorunlara yol açmamakta, yakınlarını da etkilemektedir. Afazili

yakınları, afazili olan bireyle ilgilenmek adına kendi sosyal ve iş hayatlarından fedakârlık yapabilmektedirler. Bu durum yakınların yalnızlık, depresyon ve finansal zorluklara neden olmaktadır (Williams, 1993). Yakınlarının afazili bireyle nasıl iletişim kuracaklarına dair bilgi sahibi olmamaları sonucunda bazı sorunlar da ortaya çıkmaktadır (Parr, 2007).

Afazili bireylerin afazi 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 bu aktiviteleri yapmayı sonlandırmaktadır (Parr, 2007).

Afazili bireylerde yaşam kalitesini değerlendirmek birçok 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. Son yıllarda yapılan çalışmalar, afazi klinisyenlerinin sunduğu terapinin bireylerin günlük yaşamını da olumlu etkilediğini ortaya koymalarının önemini vurgulamaktadır (Worrall ve Holland, 2003). Yaşam kalitesini değerlendirme ve iyileştirmeyi afazili bireylerin rehabilitasyon sürecine dahil etmek amacıyla afazi sonrasında yaşam kalitesini belirlemek üzere 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 oluşturmaktadır (Cranfill ve Wright, 2010).

Afazide yaşam kalitesine yönelik 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). Afazili bireylerde yaşam kalitesi çalışmaları son yıllarda artış göstermiş ve bu araştırmalar sonucunda bilgilendirici sonuçlar elde edilmiştir. Williamson, Richman ve Reymond (2011) hafif afazili bireylerin de

şiddetli afazili bireyler gibi yaşam kalitesi ölçeğinden yüksek veya düşük puanlar elde edebileceği, afazinin şiddeti ile yaşam kalitesi puanları arasında bir ilişkinin bulunmadığını, aynı çıkarımın yaş ve inme sonrası geçen zaman için de geçerli olduğunu rapor etmişlerdir. Afazili bireylerde yaşam kalitesini inceleyen bir diğer çalışmada kalp yetmezliği sorunu yaşayan ve inme sonrası afazisi olan bireylerin yaşam kalitesi puanları karşılaştırılmıştır ve araştırma sonucunda kalp yetmezliği olan bireyler ile inme sonrası afazisi olan bireyler arasında yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumlarına ilişkin herhangi bir anlamlı farklılık bulunmamıştır. İnme sonrası afazisi olan bireylerde ise akut dönemde afazi şiddeti ile ağrı, mobilite, sosyal-emosyonel alan ve toplam puanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Franzen-Dahlin, Rydell Karlsson, Mejhert ve Laska, 2010). Bose ve ark. (2009) SAQOL-39 ve ASHA İletişim Yaşamı Kalitesi Ölçeği (ASHA Quality of Communication Life Scale, ASHA-QCL) ölçeklerinden elde edilen katılımcı performanslarını karşılaştırmış ve afazili bireylerin her iki yaşam kalitesi ölçeğinden de kontrol grubuna kıyasla daha düşük puanlar 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 puanlar elde etmişlerdir. Afazili bireyler sosyalleşme ve aktivite (en düşük puanlanan alanlar) alanlarında birbirlerinden oldukça farklı puanlar elde etmişlerdir.

Bir başka çalışmada afazili bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi dört alt alanının arasından en çok etkilenen alanın fiziksel alan olduğu ve afazi şiddeti arttıkça fiziksel alt alanın daha fazla etkilendiği belirtilmiştir. Afazi şiddetine göre oluşturulan gruplar arasında genel sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin puanlamasında farklılık bulunmamıştır. Yaş ve bilişsel durum diğer bağımsız değişkenlere göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi puanlanmasına daha fazla katkıda bulunmuştur. Bütün katılımcı grupların yanıtlarının değerlendirilmesine göre genel sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi puanlarında her iki ölçekte de katılımcılar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Dil ve konuşma terapistleri (DKT) ve afazili bireylerin

yakınlarının genel sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi değerlendirmeleri arasında bir fark bulunmamıştır, ancak bu iki grubun değerlendirmeleri ile afazili bireylerin değerlendirmeleri arasında bir fark bulunmuştur. Orta derecede afazisi olan bireylerin, ağır afazili bireylere göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerinde fiziksel alt alanın etkisinin daha fazla olduğu belirtilmiştir. Hafif dereceli afazililerin yakınlarının orta dereceli afazili birey yakınlarına göre fiziksel alt alanın sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerindeki etkisine daha fazla önem verdiği belirtilmiştir. Ayrıca DKT'ler afazi derecesinin arttıkça afazili bireylere göre fiziksel alanın sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerindeki etkisine verdikleri önemin arttığını belirtmişlerdir (Cranfill ve Wright, 2010).

İnmeye bağlı afazi sorunu olan ve olmayan bireylerin günlük aktiviteler, sosyal destek, psikolojik stres ve yaşam kalitesi alanlarındaki performansları incelenmiştir. İnmeden hemen sonra yapılan uygulamada afazili bireylerin söz konusu alanlarda çok etkilendiği ancak zamanla iyileşme gösterdikleri, 6 ay sonra katılımcıların %32'sinin hala günlük aktivitelerde desteğe ihtiyaç duyduğu bulunmuştur. Katılımcıların psikolojik stresinin başlangıçta yüksek olduğu, 3. aydaki uygulamalarda azalma gösterdiği ancak 6. aydaki uygulamada aynı seviyede kaldığı rapor edilmiştir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi puanları zamanla artış göstermiştir. Afazili bireylerin günlük aktivitelerdeki işlevlerinin sınırlı olduğu ve yaşam kalitesinin düşük olduğu saptanmıştır. Afazisi olan ve olmayan katılımcılar arasında işlevsel, kalımsal, psikolojik stres ve yaşam kalitesi alanlarında afazili bireylerin daha düşük puanlar elde ettiğine değinilmiştir. Psikolojik stres açısından afazili bireyler zaman içinde iyileşme ve diğer katılımcı grupla arasındaki fark kapanmıştır. Bu durum afazili bireylerin ilk 6 aylık zaman diliminde yüksek ölçüde sosyal destek almalarıyla ilişkilendirilmiştir (Hilari, 2011).

Önceki çalışmalarda olduğu gibi afazili bireylerin yaşam kalitesiyle ilgili en çok etkilenen alanının fiziksel alt alan ve iletişim alt alanı olduğu ifade edilmiştir. Afazi tipi açısından; Broka afazili bireylerin anomik afazili bireylere göre; anomik afazili bireylerin de

tutuk afazili bireylere göre daha düşük puan elde ettikleri rapor edilmiştir. Tutuk afazili bireyler en düşük puanı alan grup olmuştur. Ayrıca, afazinin şiddeti ve iletişim sorununun derecesi arttıkça daha düşük yaşam kalitesi puanları elde edildiği belirtilmiştir (Sinanovic, Mrkonjic ve Zecic, 2012). Başka bir çalışmada ise afazili bireylerde en çok etkilenen alanın ‘psikososyal’, ikinci sırada ise ‘iletişim’ alanı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Lima ve ark., 2013). Afazide yaşam kalitesini etkileyen faktörleri inceleyen bir diğer çalışmada ise öncelikli ve önemli 4 faktör sırasıyla ‘Aktiviteler, Sözlü İletişim, İnsanlar ve Vücut Fonksiyonları’ iken, daha az önemli olan diğer faktörler ‘İnme, Hareket, Olumlu Dış Görünüş, Bağımlılık/Bağımsızlık, Ev ve Sağlık olarak belirlenmiştir (Cruice ve ark., 2010).

İnme sonrası kronik afazili bireylerde yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yürütülen bir çalışmada; yaş ilerledikçe, daha fazla komorbidite durumunda yüksek duygusal stres yaşayan, çok iletişim problemi olan, düşük biliş durumu ve aktivitelere katılımı oldukça sınırlı olan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin düştüğüne dair verilere ulaşılmıştır. Fiziksel problemlerin ve düşük aktivitede bulunmanın sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi puanının temel belirleyicileri olduğu tek başına bilişsel seviyenin etkisinin olmadığı belirtilmiştir (Hilari, Wiggins, Roy, Byng ve Smith, 2003).

Ülkemizde de afazili bireylerde yaşam kalitesi ile ilişkili yapılmış 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 yapılan çalışmada birincil bakıcıların, felcin getirdiği yükten dolayı kendilerine zaman ayıramadıkları, etkinliklerin kısıtlandığı, aile içi rol değişimlerinin yaşandığı ve sorumluluklarının arttığı raporlanmıştır. Ayrıca, birincil bakıcıların görüşlerine yaş ortalamaları, cinsiyet faktörü, eğitim düzeyi, kültürel özellikler, yetiştirilme tarzı ve dini inançların da etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yeşilkaya (2013) 1989-2012 yıllarını kapsayan 27 makaleyi derlediği çalışmasında inmeli bireylerin yaşam kalitelerinin inme sorunu yaşamayan bireylere göre düşük olduğu; artan yaş, cinsiyet, bekâr olmak, yalnız yaşamak, kötü fonksiyonel durum, depresyon ve anksiyete gibi faktörlerin inmeli bireylerde yaşam kalitesi 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.

Özmen (2014) ise afazili bireylerin inme sonrasında sosyal katılımlarının azaldığını ve yaşam kalitelerinin düştüğünü, afazili yakınlarının afazili bireylere sağladıkları desteğin türü ve düzeyinin afazili bireylerin sosyal katılımlarını artırmadığını ve yakınların bu alanda desteğe ihtiyaç duyduğunu bildirmiştir. Eyigün (2014) tarafından yapılan çalışmada ise afazili bireyler ve yakınlarının SAQOL-39-TR'ye verdikleri yanıtların uyuma düzeyleri incelenmiştir. Afazili bireyler ve yakınlarının yanıtlarının ölçek genelinde mükemmel; fiziksel, iletişim, psikososyal ve enerji alt alanlarında ise iyi derecede uyumlu olduğu neticesine ulaşılmıştır.

Bu çalışmanın amacı afazili bireylerin yaşam kalitesi düzeylerini ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemektir. Bu doğrultuda yaşam kalitesi puanlarının yaş, cinsiyet, inme üzerinden geçen zaman, eğitim süresi, okuma alışkanlıkları ve evde yaşayan kişi sayısı ile ilişkisi ve depresyonun etkisi incelenmiştir.

Yöntem

Araştırma Yöntemi

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.

Katılımcılar

Çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan 21 kadın ve 29 erkek olmak üzere 50 yetişkin afazili birey dahil edilmiştir. Yedi katılımcı gerekli kriterleri karşılayamadığı için çalışmaya dâhil edilmemiştir. Aşağıda yer alan Tablo 1 ve 2’de çalışmaya katılmış olan afazili bireylere ait demografik bilgiler ve diğer ilişkili bilgiler detaylandırılmıştır.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

		n	%	Ort.
Cinsiyet	Kadın	21	42	
	Erkek	29	58	
Yaş	18-45	7	14	
	46-65	29	58	57,38
	66+	14	28	
İnme sonrası geçen zaman (yıl)	<2	15	30	
	3-4	23	46	3,56
	>4	12	24	
Medeni Durum	Bekar	2	4	
	Evli	47	94	
	Boşanmış	0		
	Dul	1	2	

Tablo 2. Katılımcıların İnme Üzerinden Geçen Süre, ADD İşitsel Anlama Puanı ve Eğitim Düzeyi Bilgileri

	Min.	Maks.	Ort.	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

Katılımcıların eğitim düzeyleri analiz sürecinde okuryazar değil, ilköğretim/ortaöğretim (8 yıl) ve lise (9 ve üzeri yıl) 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 (%54) okuma alışkanlığı olmadığını, 23'ü (%46) okuma alışkanlığı olduğunu dile getirmiştir. Okuma materyalleri dergi, gazete ve çok nadiren de kitap (çoğunlukla dini kitaplar) olarak belirtilmiştir.

Katılımcıları dahil etme ölçütleri

Afazili bireylerin çalışmaya dahil edilme ölçütleri aşağıda sıralanmıştır:

- Anadilin Türkçe olması,
- İnme üzerinden en az 6 aylık bir sürenin geçmiş olması,
- Afazi Dil Değerlendirme Testinin (ADD) alıcı dil bölümünden en az 33 puan almış olmak
- Beck Depresyon Ölçeğinden en az 16 puan almış olmak

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

Veri Toplama Araçları ve Uygulama

Çalışmada veri toplamak amacıyla İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi Ölçeği-39 TR (SAQOL-39-TR) (Noyan-Erbaş ve Toğram, 2016), Türkçeye geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Hisli (1988) tarafından yapılan Beck Depresyon Ölçeği ve Türkçeye 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 Hilari ve ark. (2003) tarafından geliştirilmiş olan SAQOL-39 dört alt alanı (Günlük Aktiviteler, İletişim, Psikososyal Fonksiyon ve Enerji) değerlendirmektedir ve 39 maddeden

oluşmaktadır. Bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Noyan-Erbaş ve Toğram (2016) tarafından yapılmıştır. Ölçek uygulama sürecinde; ‘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 işaretlemesi istenmektedir. Belirtildiği üzere dört alt alandan oluşmaktadır ve ilk alan olan ‘Günlük aktiviteler (Fiziksel)’ alt alanında öz bakım 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 yanıt formatı vardır. 5’li Likert tipi skalada:

1: Hiç yapamadım

5: Hiç zorluk yaşamadım

1: Kesinlikle evet.

5: Kesinlikle hayır seçenekleri mevcuttur.

Toplam ve alt test puanları 1’den 5’e değişkenlik göstermektedir. SAQOL-39 TR ölçek ve alt alan puanları madde puanlarının toplanması ve madde sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir.

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 ve Can, 2015). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik

çalışmaları Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. Yaşanılan bazı olaylardan dolayı ne derecede sıkıntı, üzüntü, heyecan gibi duyguların yaşanıp yaşanmadığı hakkında bilgi almak amacı ile bireyin durumuyla ilgili bazı semptomlar seçenek 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 birinin seçilmesi ile yanıtlanmaktadır. 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

Kısa Form-36 (SF-36) Rand Corporation tarafından 1987 yılında geliştirilmiş olan ve sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile inceleyen bir öz bildirim ölçeğidir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Koçyiğit ve ark. tarafından (1999) yapılmıştır. 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. Ölçekte verili alanlarda yer alan madde sayıları parantez içinde belirtilmiştir. 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 arasındadır ve elde edilen puan arttıkça bireyin sağlık durumunun iyi olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Ölçeklerin uygulanması, belirlenen gün ve saatlerde yürütülmüştür. 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. SAQOL-39-TR uygulanması öncesinde katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Katılımcıların sözel ya da işaretle verdikleri cevaplar kabul edilmiştir. Sözel çıktı sağlayamayan afazili katılımcılar için 1'den 5'e kadar puanlanmış kartlar hazırlanmış, katılımcıların bu kartları işaretle 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, örnek maddelerin ve alt alan ölçek sorularının yer aldığı kitapçık ve araştırmacı tarafından kullanılacak puanlama formu 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. 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.

Veri Analizi

Afazili katılımcılardan elde edilen verilerin dağılımı Kolmogorov- Smirnov testi ile incelenmiş ve bağımlı ve bağımsız değişkenlerin tüm düzeylerde normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir ve istatistiksel analizler parametrik testler kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Afazili bireylerden elde edilen verilerde SAQOL-39-TR ile SF-36 ve Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanların korelasyonu ve ayrıca evde yaşayan kişi sayısı, inme üzerinden geçen süre ile SAQOL-39 TR puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Katılımcıların SAQOL-39-TR puanlarının cinsiyete (kadın-erkek) ve okuma alışkanlığına (var-yok) göre farklılığı Bağımsız Örneklem t testi ile incelenmiştir. Katılımcıların SAQOL-39-TR puanlarının yaşa ve eğitim düzeyine (3 grup) göre farklılığı Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile gerçekleştirilmiştir. Varyans analizi sonucunda farklılık olması durumunda hangi gruplar arasında farklılığın olduğunu belirlemek için Scheffe post-hoc testi kullanılmıştır. 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.

Bulgular

SAQOL-39 TR ölçeği, SF-36 ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğinden Alınan Puanlar

Afazili bireylerin SAQOL-39-TR ölçeğinin genelinden ve alt alanlarından aldıkları puan ortalamaları ile ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum puanlar Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Afazili bireylerin SAQOL-39-TR'den Toplamda ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlar

	SAQOL-39 Min. Puan	SAQOL-39 Maks. Puan	Min	Maks.	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

Afazili bireylerin SAQOL-39-TR ölçeğinin fiziksel alt alanında en yüksek 85, en düşük 17 puan; iletişim alt alanında en yüksek 33, en düşük 7 puan; psikososyal alt alanında en yüksek 54, en düşük 16 puan; enerji alanında en yüksek 17, en düşük 4 puan ve ölçek toplamında en yüksek 179, en düşük 49 puan aldıkları görülmüştür. Katılımcıların SAQOL-39-TR sonuçlarına göre 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.

Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları en düşük puanın 7, en yüksek puanın ise 16 olduğu görülmektedir. Puanların ortalamasının ise 12 (SS = 2,65) olduğu saptanmıştır. Katılımcıların SF-36'dan aldıkları puanların ortalamaları Tablo 4'te görülebilmektedir. Ölçekten alınan puanların en düşüğü Enerji/Vitalite; en yükseği ise Fiziksel Fonksiyon alt testinden elde edilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların SF-36'dan ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Ortalamaları

	Maks. 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

Puan arttıkça bireylerin sağlık durumlarının iyi olduğu sonucuna ulaşıyor olduğu bilgisi afazili katılımcıların kendilerini Enerji/Vitalite açısından kötü hissediyor olduklarını göstermektedir.

Ölçeklerden Alınan Puanlar Arasındaki İlişki

Tablo 5’de afazili katılımcıların SAQOL-39-TR ölçek ve alt alanlarından aldıkları puanlar ile SF-36 ölçeğinden aldıkları puanların korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlar ile SF-36’dan Aldıkları Puanların Korelasyonu

SF-36	SAQOL- 39 TR							
	Fiziksel Puan		İletişim Puanı		Psikososyal Puan		Enerji Puanı	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Fiziksel Fonksiyon	,591**	,000	,025	,864	,311*	,028	,437**	,001
Sosyal Fonksiyon	,441**	,001	,093	,520	,361**	,010	,299*	,035
Fiziksel Rol Kısıtlanması	,559**	,000	,218	,128	,425**	,002	,484**	,000
Emosyonel Rol Kısıtlanması	-,002	,987	,337*	,017	,242	,091	,076	,599
Mental Sağlık	302*	,033	,408**	,003	,384**	,006	,317*	,025
Enerji/Vitalite	,067	,644	,000	1,000	-,186	,195	-,078	,591
Ağrı	,167	,247	,115	,428	,076	,599	,164	,255
Genel Sağlık	,316*	,026	-,009	,948	,306*	,030	,158	,272

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

SAQOL-39-TR ile SF-36 arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulgulanmıştır.

Tablo 6, afazili bireylerin Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları toplam puan ile SAQOL-39-TR alt alanlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasındaki ilişkiyi göstermektedir.

Tablo 6. Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlar ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanların Korelasyonu

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

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar ile SAQOL-39-TR ölçek ve alt alanlarından aldıkları puanlar arasında hesaplanan korelasyon kat sayısı bu iki değişken

arasında anlamlı ve negatif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeğinden 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 Ölçeğinden alınan puanlar azalmaktadır.

Yaş, Cinsiyet, Eğitim Düzeyi, İnme Üzerinden Geçen Süre, Okuma Alışkanlığı, Evde Yaşayan Kişi Sayısı Faktörlerine İlişkin Bulgular

SAQOL-39-TR ölçek ve alt alanlarından aldıkları puanların yaş, cinsiyet ve inme üzerinden geçen süreye göre farklılık göstermediği bulgulanmıştır.

SAQOL-39-TR alt alanlarından ve ölçek toplamından alınan puanlara göre eğitim grupları (3 grup; OYD: Okuryazar değil, 1-8 yıl ve 9+ yıl) arasındaki farklılığı test etmede kullanılan ANOVA bulguları Tablo 7’ da yer almaktadır.

Tablo 7. Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine göre Farklılığına İlişkin Sonuçlar

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

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

SAQOL-39-TR ölçek ve alt alanlarından aldıkları puanlar ile eğitim düzeyi açısından bir alt alan haricinde anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. SAQOL-39-TR’nin Fiziksel Alt Alanı puanları eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğunu göstermektedir. Sheffe testi sonrasında bu alt alanda Okuryazar 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 okuryazar olmayan gruba göre daha yüksek puanlar elde etmişlerdir.

Okuma alışkanlığı olan ve olmayan grup ile SAQOL-39-TR Fiziksel alt alanı arasında bir farklılık olduğu bulunmuştur. SAQOL-39-TR Fiziksel alt alanındaki analiz bulguları, afazi sonrasında okuma alışkanlığı olan katılımcıların okuma alışkanlığı olmayanlara göre daha yüksek puanlar elde ettiklerini göstermiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlarının Okuma Alışkanlığı Değişkenine Göre Farklılığa İlişkin Sonuçlar

	t	sd	p	Ortalamanın Farkı	Standart Hata Farkı	Farkın %95 Güven Aralığı	
						Alt	Üst
Fiziksel Alt Alan Puanı	2,19	48	,033*	13,33333	6,06355	1,14174	25,52492
İletişim Alt Alan Puanı	1,06	48	,292	2,52431	2,36809	-2,23706	7,28567
Psikososyal Alt Alan Puanı	,783	48	,437	2,19444	2,80234	-3,44003	7,82892
Enerji Alt Alan Puanı	1,21	48	,231	1,54167	1,27152	-1,01489	4,09822
SAQOL-39-TR Ölçek	1,94	48	,058	19,59375	10,07793	-,66929	39,85679

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

Afazili bireylerin SAQOL-39-TR alt alanlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlara ait istatistikler ve evde yaşayan kişi sayısı değişkeniyle korelasyon sonuçları Tablo 9’da görülebilmektedir. Evde yaşayan kişi sayısı toplanan veriler sonrasında en az 2 ve en fazla 6 olarak belirlenmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların SAQOL-39-TR Ölçek ve Alt Alanlarından Aldıkları Puanlarının Evde Yaşayan Kişi Sayısı Değişkeniyle Korelasyon Sonuçları

	SAQOL-39-TR									
	Toplam Puan		Fiziksel Alt Alan		İletişim Alt Alan		Psikososyal Alt Alan		Enerji Puanı	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	,293*	,039	,311*	,028	,160	,266	,149	,302	,220	,006

Evde yaşayan kişi sayısı ile SAQOL-39-TR toplam puanı ve SAQOL-39-TR Fiziksel alt alanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü ve düşük düzeyde 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.

Tartışma

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 analizleri 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 puanlarına sahip afazili katılımcıların SF-36 puanlarının da düşük olduğu bulunmuştur.

Beck Depresyon Ölçeğinden 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 Ölçeğinden 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 faktörlerin etkili olmadığı sonucuna erişilmiştir. Afazili katılımcıların SAQOL-39-TR ölçeğinden elde ettikleri puanlar üzerinde bazı alt alanlarda eğitim düzeyi, okuma alışkanlıkları ve evde yaşayan kişi sayısı

değişkenleri açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur. 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 anlamlı 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.

Katılımcıların SAQOL-39-TR sonuçlarına göre 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. Alan yazında bu bulguyu destekler nitelikte birkaç araştırma mevcuttur. Benzer şekilde, en çok etkilenen alanların fiziksel; psikososyal ve iletişim olduğu (Lima ve ark., 2013; Bose ve ark., 2009; Cranfill ve Wrigt, 2010; Sinanovic ve ark., 2012) rapor edilmiştir.

Çalışmada alan yazında 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 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 Ölçeğinden 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. SF-36 Fiziksel Fonksiyon-SAQOL-39-TR Enerji puanı arasında hesaplanan korelasyon katsayısının da bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişkiyi gösterdiği saptanmıştır. SF-36 Sosyal Fonksiyon ve SAQOL-39 Psikososyal alt alanı arasında, SF-36 Fiziksel Rol Kısıtlanması ile SAQOL-39 Fiziksel alt alan ve SAQOL-39-TR Psikososyal alt alanı 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. SF-Enerji/Vitalite alanı ile SAQOL-39-TR Enerji puanı arasında hesaplanan korelasyon katsayısını da bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Katılımcılara uygulanan her iki yaşam kalitesi ölçeğinin benzer becerileri ölçen ortak alt alan performanslarının orta ve yüksek düzeyde uyum gösterdikleri söylenebilir. Bu çalışmanın bulguları, Hilari 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. Hilari ve ark. (2003) bu faktörlere sahip katılımcıların 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 de afazili bireylerin yaşam kalitesini etkilediği bulunmuştur (Cruice ve ark., 2010).

Beck Depresyon Ölçeğinden alınan puanlar incelendiğinde, katılımcıların puanlarının 7-16 aralığında olduğu sonucuna ulaşılmıştır. 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 olması, katılımcıların genel olarak hafif ruhsal sıkıntıda olduğu sonucunu vermektedir. Bu durum, 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 Ölçeğinden 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. Buna göre katılımcıların Beck Depresyon Ölçeğinden 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. Araştırmalar depresyon ve sıkıntı düzeyinin artmasıyla birlikte yaşam kalitesinde azalma meydana geldiğini göstermektedir. Aydemir ve ark. (2009) da yaşam kalitesinin depresyon durumuyla olan ilişkisini ortaya koymak amacıyla yürüttükleri araştırmada depresyon tanısı almış bireylerin sağlıklı bireylere göre yaşam kalitesi ölçeklerinden (SF-36 ve EQ-5D) daha düşük puanlar elde ettiği sonucuna ulaşmıştır. 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) var olan güncel araştırma bulgusuna benzer sonuçlar elde etmiş ve düşük yaşam kalitesi puanları ile depresyonu ilişkilendirmişlerdir. 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 Egado, 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 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. Lima ve ark. (2013) da 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 olduğu bulunmuştur. Afazili bireylerin evinde yaşayan kişi sayısı arttıkça SAQOL-39-TR ölçeği toplam puanında ve Fiziksel alt alan puanlarında artış olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Alan yazında bu çalışmanın bulgularının aksine Lima 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 çalışmanın inme üzerinden geçen süreyle ilişkili

sonuçlarından farklı olarak Manders ve ark. (2010) tarafından yapılan bir çalışmada inme üzerinden geçen sürenin yaşam kalitesi puanları 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. Benzer şekilde Hilari ve ark., (2003) ile Lima 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 alan yazında 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 alan yazında yer alan ilgili çalışmaların sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Lima ve ark. (2013) cinsiyet ve yaş faktörlerine ilişkin SAQOL-39 puanları üzerinde herhangi bir farklılık yaratmadığını saptamıştır. Franzen-Dahlin ve ark. (2010) da afazili bireylerin yaşam kalitesi puanlarında yaş faktörünün herhangi bir etkiye sahip olmadığını ifade etmiştir. Hilari ve ark. (2003) da inme sonrası kronik afazili bireylerde yaşam kalitesini belirleyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada da yaş faktörünün yaşam kalitesi üzerinde bir etkisi olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Türkiye’de de İyigün (2014) benzer sonuçlar elde etmiş ve yaş ve cinsiyet değişkenlerinin katılımcıların SAQOL-39 Ölçeği ve alt alanları performansını etkilemediğini raporlamıştır.

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 önemlidir. 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 dâhil etmek gerekmektedir.

Kaynaklar

- Aaronson, N. K., Bullinger, M., & Ahmedzai, S. (1988). A modular approach to quality-of-life assessment in cancer clinical trials. *In Cancer Clinical Trials* (pp. 231-249). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Matschinger, H., & Stengler-Wenzke, K. (2002). Depression and quality of life: results of a follow-up study. *International Journal of Social Psychiatry*, 48(3), 189-199.
- Ardila, A. (2014). *Aphasia handbook*. Florida: Florida International University.
- Aydemir, O., Ergun, H., Kesebir, S., Soygur, H., & Tulunay, C. (2009). Major depresif bozuklukta yaşam kalitesi: kesitsel bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(3):205-212.
- Becker, M., Shaw, B. R., & Reib, L. M. *Quality of life assessment manual*. University of South Florida.
- Birtane, M., & Taştekin, N. (2010). Quality of life after stroke. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 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., & Buchanan, L. (2009). Measuring quality of life in aphasia: Results from two scales. *Aphasiology*, 23(7-8), 797-808.
- Carod-Artal, F. J., & Egido, J. A. (2009). Quality of life after stroke: the importance of a good recovery. *Cerebrovascular Diseases*, 27(Suppl. 1), 204-214.
- Cranfill, T. B., & Wright, H. H. (2010). Importance of health-related quality of life for persons with aphasia, their significant others, and SLPs: Who do we ask? *Aphasiology*, 24(6-8), 957-968.
- Cruice, M., Hill, R., Worrall, L., & Hickson, L. (2009). Conceptualising quality of life for older people with aphasia. *Aphasiology*, 24(3), 327-347.
- Cruice, M., Worrall, L., & Hickson, L. (2010). Health-related quality of life in people with aphasia: Implications for fluency disorders quality of life research. *Journal Fluency Disorder*, 35(3), 173-189.
- Çiçek, S. (2014). Diyaliz tedavisi ve yaşam kalitesi. 24. *Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi*. Antalya.
- Fidan, D., Ünal, B., & Demiral, Y. (2003). Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi kavramı ve ölçüm yöntemleri. *Sağlık ve Toplum*, 13(3), 3-8.

- Franzén-Dahlin, Å, Karlsson, M. R., Mejhert, M., & Laska, A. (2010). Quality of life in chronic disease: A comparison between patients with heart failure and patients with aphasia after stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 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.
- Hallowell, B. (2016). *Aphasia and other acquired neurogenic language disorders: A guide for clinical excellence*. Plural Publishing.
- Hilari, K. (2011). The impact of stroke: Are people with aphasia different to those without? *Disability and Rehabilitation*, 33(3), 211-218.
- Hilari, K., Needle, J. J., & Harrison, K. L. (2012). What are the important factors in health-related quality of life for people with aphasia? A Systematic Review. *Archives of Physical Medicine. Rehabilitation*, 93(1), 86-95.
- Hilari, K., Wiggins, R., Roy, P., Byng, S., & Smith, S. (2003). Predictors of health-related quality of life (HRQL) in people with chronic aphasia. *Aphasiology*, 17(4), 365-381.
- Hinckley J.J. (2002). Vocational and social outcomes of adults with chronic aphasia. *Journal Communication Disorder*, 35 (2), 543-560
- Hisli, N. (1988). Validation of the BDI with a group of turkish psychiatric outpatients. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 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. Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Koçyiğit, H., Aydemir, O., Ölmez, N., & Memiş, A. (1999). Reliability and validity of the Turkish version of Short-Form-36 (SF-36). *Turkish Journal Drugs Therapy*, 12, 102-6.
- Kutlu, R., Demirbaş, N., Çivi, S., & Can, A. (2015). Evaluation of depression and quality of life with short form 36 of inpatients at the thoracic surgery service. *Turkish Journal Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 23(3), 524-531.
- Lima, R. R., Massi, G. A., Guarinello, A. C., Ana P. B., Vieira Da Silva, Moro, C. H., & 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.

- Madden, S., Hopman, W. M., Bagg, S., Verner, J., & O'Callaghan, C. J. (2006). Functional status and health-related quality of life during inpatient stroke rehabilitation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 85(10), 831-838.
- Manders, E., Dammekens, E., Leemans, I., & Michiels, K. (2009). Evaluation of quality of life in people with aphasia using a Dutch version of the SAQOL-39. *Disability and Rehabilitation*, 32(3), 173-182.
- Maviş, İ., Doğramacı, Ö., & Diken İ. H. (2005). Birincil bakıcıların 'felçli ve afazili bireylerin' sözel olmayan davranışlarına ilişkin görüşleri. *Türk Serebrovasküler Hastalıkları Dergisi*, 11(3), 97-106.
- Naess, H., Hammersvik, L., & Skeie, G. O. (2009). Aphasia among young patients with ischemic stroke on long-term followup. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 18(4), 247-250
- Noyan, A. (2013). *İnme ve afazi yaşam kalitesi-39 ölçeği: Türkçeye uyarlama geçerlik ve güvenirlik çalışması*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Noyan-Erbaş, A., & Toğram, B. (2016). Stroke and aphasia quality-of-life scale-39: Reliability and validity of the Turkish version. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 18(5), 432-438.
- Özmen, İ. A. (2014) *Yakınlarının gözünden afazili kişilerin sosyal katılımının ve dil kullanımının belirlenmesi*. Yüksek Lisans Projesi. Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. *Aphasiology*, 21(1), 98-123.
- Robinson-Smith, G., Johnston, M. V., & Allen, J. (2000). Self-care self-efficacy, quality of life, and depression after stroke. *The Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(4), 460-464.
- Sinanovic, O., Mrkonjic, Z., & Zecic, S. (2012). Quality of life and post-stroke aphasic syndromes. *Periodicum Biologorum*, 114(3), 435-440.
- Sivertsen, H., Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., & Helvik, A. (2015). Depression and quality of life in older persons: a review. *Dementia Geriatric Cognitive Disorders*, 40(5-6), 311-339.
- Williams, L. S., (1993). The impact of aphasia on marital satisfaction. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 74, 361-367.
- Williams, L. S., Weinberger, M., Harris, L. E., Clark, D. O., & Biller, J. (1999). Development of a Stroke-Specific Quality of Life Scale. *Stroke*, 30(7), 1362-1369.
- Williamson, D. S., Richman, M., & Redmond, S. C. (2011). Applying the correlation between aphasia severity and quality of life measures to a life participation approach to aphasia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(2), 101-105.
- Worrall, L., & Holland, A. (2003). Quality of life in aphasia. *Aphasiology*, 17(4), 329-332.

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