

**TÜRKİYE'DE ÇALIŞAN DİL VE KONUŞMA TERAPİSTLERİNİN
AFAZİLİ BİREYLERE YÖNELİK
TERAPİ HİZMETLERİNİN
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

İrem ŞAHİN

Eskişehir 2021

**TÜRKİYE’DE ÇALIŞAN DİL VE KONUŞMA TERAPİSTLERİNİN AFAZILI
BİREYLERE YÖNELİK
TERAPİ HİZMETLERİNİN İNCELENMESİ**

İrem ŞAHİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Bülent TOĞRAM

Eskişehir

Anadolu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Haziran 2021

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

İrem ŞAHİN'nin "Türkiye'de Çalışan Dil ve Konuşma Terapistlerinin Afazili Bireylere Yönelik Terapi Hizmetlerinin İncelenmesi" başlıklı tezi .././.... 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.

	<u>Unvanı Adı Soyadı</u>	<u>İmza</u>
Üye (Tez Danışmanı)	:
Üye	:
Üye	:

.....

Enstitü Müdürü

FINAL APPROVAL FOR THESIS

This thesis titled “Investigation of the Therapy Services of Language and Speech Therapists Working in Turkey For Individuals with Aphasia” has been prepared and submitted by İrem ŞAHİN in partial fulfillment of the requirements in “Anadolu University Directive on Graduate Education and Examination” for the Degree of Master of Science Speech and Language Therapy Department has been examined and approved on .././....

	<u>Commite Members</u>	<u>Signature</u>
Member (Supervisor)	:
Member	:
Member	:

.....

Director

Graduate School of Health Sciences

ÖZET

TÜRKİYE’DE ÇALIŞAN DİL VE KONUŞMA TERAPİSTLERİNİN AFAZİLİ BİREYLERE YÖNELİK TERAPİ HİZMETLERİNİN İNCELENMESİ

İrem ŞAHİN

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mayıs 2021

Danışman: Doç. Dr. Bülent TOĞRAM

Bu araştırmada, Türkiye’de dil ve konuşma terapistlerinin afazili bireylere yönelik sunulan terapi hizmetlerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaca yönelik, dil ve konuşma terapistlerinin değerlendirme süreçleri, kültürel ve dilsel uyarlamaları, klinik yaklaşımları, vakalara yönelik danışmanlıkları, iyileşme süreçleri, amaç belirleme ve terapiyi sonlandırma alanlarındaki güncel uygulamalarını ve uygulama kapsamının incelenmesi hedeflenmiştir.

Bu çalışmada nicel yöntemlerden olan betimsel tarama deseni kullanılmıştır. Araştırmaya Dil ve Konuşma Terapisi alanından mezun olan ve alanda aktif çalışan 250 Dil ve Konuşma Terapisti (DKT) dahil edilmiştir. Türkiye’de hastanelerde, özel kliniklerde, özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde, üniversite kliniklerinde çalışan dil ve konuşma terapistlerine Türkçe ’ye uyarlanan “Dil ve Konuşma Terapistlerinin Afazili Bireylere Yönelik Terapi Hizmetleri Anketi” çevrimiçi anket aracılığıyla uygulanmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylere yönelik değerlendirme ve terapi seanslarının 30-45 dakika sürdüğü, afazili bireye bireysel müdahale yönteminin kullanıldığı, afazi müdahalesinin etkili olmasını engelleyen faktör olarak kaynakların sınırlı ve yetersiz olması, materyal çeşitliliğinin artırılması ve afazi terapilerinde aile bireylerinin desteğinin sağlanmasının sunulan terapi hizmetini kolaylaştıracağı bulunmuştur. Afazili bireylerde terapi sürecini sonlandırma kararı almasındaki en büyük nedenin afazili bireyin ilerleme kaydedememesi ve afazili bireyin motivasyon düşüklüğü ve koopere olamaması olduğu bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Afazi, Afazi terapisi, Dil ve konuşma terapisti.

ABSTRACT

EXAMINATION OF THERAPY SERVICES FOR INDIVIDUALS WITH APHASIA BY SPEECH AND LANGUAGE THERAPISTS WORKING IN TURKEY

İrem ŞAHİN

Department of Language and Speech Therapy

Anadolu University, Graduate School of Health Sciences, May 2021

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Bülent TOĞRAM

In this study, speech and language therapist in Turkey aimed to investigate the offered therapy services for the aphasic. For this purpose, it is aimed to examine the current practices and scope of application in the fields of assessment processes, cultural and linguistic adaptations, clinical approaches, counseling for cases, recovery processes, goal setting and termination of therapy of language and speech therapists.

In this study, descriptive scanning design, which is one of the quantitative methods, was used. 250 Speech and Language Therapists who graduated from the field of Language and Speech Therapy and who are active in the field were included in the study. hospitals in Turkey in private clinics, private education and rehabilitation centers, university clinics working in speech and language therapists adapted to Turkish "Therapy Services Survey Towards Aphasia of Speech and Language Therapists individual" was applied via an online survey.

According to the results obtained from the research, the evaluation and therapy sessions of Language and Speech Therapists for aphasic individuals last 30-45 minutes, individual intervention method is used for the aphasic individual, limited and insufficient resources are the factors that prevent the aphasia intervention from being effective, increasing the variety of materials and family in aphasia therapies. It has been found that providing the support of individuals will facilitate the therapy service offered. It was found that the main reason for the decision to terminate the therapy process in aphasic individuals was the inability of the aphasic individual to make progress and the low motivation and uncooperativeness of the aphasic individual.

Keywords: Aphasia, Aphasia therapy, Speech and language therapist.

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleőtirilmesinde, değerli bilgilerini benimle paylaőan, kendisine ne zaman danıősam bana kıymetli zamanını ayırıp sabırla ve büyük bir ilgiyle bana faydalı olabilmek için elinden gelenden fazlasını sunan kıymetli danışman hocam Doç. Dr. Bülent TOğRAM'a

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca yardım, bilgi ve tecrübeleri ile bana sürekli destek olan baőt Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi olmak üzere Dil ve Konuşma Terapisi Bölümündeki tüm hocalarıma,

Bin bir emek ve fedakarlıkla Şu an bulunduğum konuma ve bu yaőtıma gelmemde herkesten fazla emeği olan, benden hiçbir desteğini esirgemeyen Biricik Anneme ve sevgili kardeőt Eren'e, yaőtım boyunca varlıklarını hep yanımda hissettiğim Anneannem ve Dedeme,

Yoğun çalıőmalarım sırasında sabır gösterdiği ve bana katlandığı için eőt Ekrem'e,

TEŞEKKÜR EDERİM.

İrem ŞAHİN

.././.....

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.

.././....

STATEMENT OF COMPLIANCE WITH ETHICAL PRINCIPLES AND RULES

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

İÇİNDEKİLER

	<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.....	viii
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	xii
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xv
1. GİRİŞ	1
1.1. Giriş	1
1.2. Amaç	3
1.3. Önem	4
2. ALANYAZIN	5
2.1. Afazi	5
2.2. Afazi Tipleri	5
2.2.1. Akıcı afazi tipleri.....	6
2.2.2. Tutuk afazi tipleri	7
2.3. Afazi ve Dil ve Konuşma Terapisi	8
2.4. Afazili Birey ve Dil ve Konuşma Terapisti Arasındaki Terapi İlişkisi	11
2.5. Afazili Bireyin Psiko-Sosyal Durumu	12
2.6. Afazinin, Afazili Bireyin Ailesine Etkisi.....	14
2.7. Afazide Aile Katılımı	16
2.8. Afazide Grup Terapisi Hizmetleri	16
3. GEREÇ ve YÖNTEM	18
3.1. Araştırma Modeli	18
3.2. Katılımcılar	18
3.3. Verilerin Toplanması	20

	<u>Sayfa</u>
3.4. Veri Toplama Aracı.....	20
3.5. Veri Analizi	22
4. BULGULAR ve YORUM	23
4.1. Dil ve Konuşma Terapistlerinin Anketin “Değerlendirme ve Tarama” Bölümüne Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular	23
4.1.1. Dil ve konuşma terapistlerinin, afazili bireylerin değerlendirilmesinde kullandığı araçların incelenmesi	23
4.1.2. Dil ve konuşma terapistlerinin, afazili bireylere yönelik yapmış olduğu değerlendirme seans sürelerinin incelenmesi ...	24
4.1.3. Dil ve konuşma terapistlerinin, afazili bireylerin değerlendirilmesinde kullanılan araçların revize edilip edilmediği ve nasıl revize edildiğinin incelenmesi	24
4.2. Dil ve Konuşma Terapistlerinin Anketin “Hizmet/Terapi” Bölümüne Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular	26
4.2.1. Dil ve konuşma terapistlerinin, afazili bireylere yönelik yapmış olduğu terapi seanslarının süresi ve sıklığının incelenmesi	26
4.2.2. Dil ve konuşma terapistlerinin, afazili bireylere ne tür müdahale yöntemi sağladığının incelenmesi	27
4.2.3. Dil ve konuşma terapistlerinin, afazili bireylere yönelik Yapmış olduğu uygulamaları engelleyen ve kolaylaştıran faktörlerin incelenmesi	28
4.3. Dil ve Konuşma Terapistlerinin Anketin “Afazi Rehabilitasyonunda Klinik Yaklaşımlar” Bölümüne Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular Nasıldır?	32
4.3.1. Dil ve konuşma terapistlerinin, afazi rehabilitasyonunda kullanılan on bir farklı klinik yaklaşımla ilgili bilgi, güven ve kullanma sıklıklarının incelenmesi	32

	<u>Sayfa</u>
4.4. Dil ve Konuşma Terapistlerinin Anketin “Vaka Eğitimi ve Danışmanlık” Bölümüne Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular	34
4.4.1. Dil ve konuşma terapistlerinin, afazili bireyleri, afazili bireylerin ailesini ve afazi konusunda eğitip eğitmediği, eğitmede kullandığı yöntem ve sıklıkların incelenmesi	34
4.5. Dil ve Konuşma Terapistlerinin Anketin “Amaç Belirleme ve Terapiyi Sonlandırma” Bölümüne Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular	36
4.5.1. Dil ve konuşma terapistleri, afazili bireyler için amaç belirlemede afazili bireyler ve ailesiyle birlikte iş birliği yapıp yapmadığının incelenmesi	36
4.5.2. Dil ve konuşma terapistlerinin, afazili bireyin terapisini sonlandırmasındaki nedenlerinin incelenmesi	36
4.5.3. Dil ve konuşma terapistlerinin, afazili bireyin terapisini sonlandırdıktan sonra durumlarını yeniden gözden geçirmesinin, afazili bireyi ortalama ne kadar süre sonra yeniden değerlendirdiğinin ve yeniden gözden geçirme seansında neler yaptığının incelenmesi	38
4.5.4. Dil ve konuşma terapistlerinin, afazili bireyin terapisini sonlandırdıktan sonra ne tür tavsiyelerde bulunduğu incelenmesi	40
4.5.5. Dil ve konuşma terapistlerinin afazili bireylerde iletişim becerilerini geliştirmek için doğrudan toplum içinde çalışıp çalışmadığının ve afazili bireyler ile nasıl iletişim kurulacağı konusunda sağlık profesyonellerine eğitim verip vermediğinin incelenmesi	41
5. SONUÇ, TARTIŞMA, ÖNERİLER	45
5.1. Sonuç	45

	<u>Sayfa</u>
5.2. Tartışma	45
5.3. Öneriler	51
KAYNAKÇA	52
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

ÇİZELGELER DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Çizelge 3.1. Kişisel bilgiler	19
Çizelge 4.1. Dil ve konuşma Terapistlerinin afazili bireyler için kullandığı değerlendirme araçlarının sıklık ve yüzdeleri	23
Çizelge 4.2. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylere yönelik yaptığı değerlendirme seanslarının ortalama süresinin sıklık ve yüzdeleri.....	24
Çizelge 4.3. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazi değerlendirme araçlarını ne sıklıkta gözden geçirdiği ve/veya revize ettiğinin sıklık ve yüzdeleri	25
Çizelge 4.4. Dil ve Konuşma Terapistlerinin hangi tarama / değerlendirme araçlarını yeniden gözden geçirdiği ve / veya revize ettiğinin sıklık ve yüzdeleri	25
Çizelge 4.5. Dil ve Konuşma Terapistlerinin yeniden gözden geçirdiği ve/ veya revize ettiği değerlendirme araçlarında, hangi revizyonları yaptığına ilişkin sıklık ve yüzdeleri	26
Çizelge 4.6. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylere yönelik yapmış olduğu terapi seanslarının ortalama sıklıklarının sıklık ve yüzde değerleri	27
Çizelge 4.7. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylere yönelik yapmış olduğu terapi seanslarının ortalama süresinin sıklık ve yüzdeleri.	27
Çizelge 4.8. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylere yönelik seçmiş olduğu müdahale yöntemlerinin sıklık ve yüzdeleri	28
Çizelge 4.9. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazi müdahalesinde karşılaştığı ve müdahalenin etkililiğini engelleyen zorlukların sıklık ve yüzdeleri	29

	<u>Sayfa</u>
Çizelge 4.10. Dil ve Konuşma Terapistinin afazili bireylere yönelik sunduğu hizmeti kolaylaştırabilecek faktörlerin sıklık ve yüzdeleri	30
Çizelge 4.11. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylere sunulan mevcut hizmetten ne kadar memnun olduğunun sıklık ve yüzdeleri	31
Çizelge 4.12. Afazi hizmetine yönelik iyileştirilmesi gereken alanların sıklık ve yüzdeleri	32
Çizelge 4.13. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazi rehabilitasyonunda kullanılan klinik yaklaşımlar hakkındaki bilgilerinin sıklık ve yüzdeleri	33
Çizelge 4.14. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazi rehabilitasyonunda klinik yaklaşımları kullanırken kendine olan güvenin sıklık ve yüzdeleri	33
Çizelge 4.15. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazi rehabilitasyonunda kullandığı klinik yaklaşımları hangi sıklıkta kullandığının sıklık ve yüzdeleri	33
Çizelge 4.16. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylere, afazili bireylerin ailelerine ve sohbet ortağına afazi konusunda eğitim Vermesinin sıklık ve yüzdeleri	34
Çizelge 4.17. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireyleri, afazili bireylerin ailelerini ve sohbet ortağını afazi konusunda eğitmek için ne kullandığının sıklık ve yüzdeleri	35
Çizelge 4.18. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylere ve aile üyelerine afazi ile ortaya çıkabilecek duygusal ve sosyal değişiklikler konusunda danışmanlık vermesinin sıklık ve yüzdeleri	35

Çizelge 4.19. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireyler için amaç belirlemede afazili bireyin kendisi, afazili bireyin arkadaşları/aile üyeleri, multidisipliner ekip ile iş birliği yapmasının sıklık ve yüzdeleri	36
Çizelge 4.20. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylerde terapi sürecini sonlandırma kararının sıklık ve yüzdeleri	37
Çizelge 4.21. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireyler ile terapi sürecini sonlandırdıktan sonra da durumlarını yeniden gözden geçirmesinin sıklık ve yüzdeleri	39
Çizelge 4.22. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireyler ile terapi sürecini sonlandırdıktan ortalama ne kadar süre sonra onları yeniden değerlendirmesinin sıklık ve yüzdeleri	39
Çizelge 4.23. Dil ve Konuşma Terapistlerinin yeniden gözden geçirme (değerlendirme) seansında neler yaptığının sıklık ve yüzdeleri ..	40
Çizelge 4.24. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireyler ile terapi sürecini sonlandırdıktan sonra onlara genellikle ne tür tavsiyelerde bulunduğu sıklık ve yüzdeleri	41
Çizelge 4.25. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylerde iletişim becerilerini geliştirmek için doğrudan toplum içinde çalışıp çalışmamasının sıklık ve yüzdeleri	41
Çizelge 4.26. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireyler ile nasıl iletişim kurulacağı konusunda sağlık profesyonellerine eğitim verip vermediğinin sıklık ve yüzdeleri	42
Çizelge 4.27. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazi terapileri ile ilgili gelecekteki araştırmalarda ne görmek isteyeceklerinin sıklık ve yüzdeleri	43

SİMGE ve KISALTMALAR DİZİNİ

AAT	: Ankara Artikülasyon Testi
ADD	: Afazi Değerlendirme Testi
ADİS	: Alternatif ve Destekleyici İletişim Sistemleri
AIQ-21	: Aphasia Impact Questionnaire
ASHA	: Amerikan Konuşma, Dil ve İşitme Derneği
BDAE	: Boston Tanısal Afazi Değerlendirme Testi
CAT	: Kapsamlı Afazi Testi
DKT	: Dil ve Konuşma Terapisti
GAT-2	: Gülhane Afazi Testi
ICF	: İşlevsellik, Yeti yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması
MOCA	: Montreal Bilişsel Değerlendirme Testi
NMES	: Nöromusküler Elektrik Stimülasyonu
PPT	: Pyramids and Palm Tree Test
RCSLT	: Dil ve Konuşma Terapistleri Kraliyet Akademisi
SAQOL	: İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi Ölçeği
SST	: Türkçe Sesletim ve Sesbilgisi Testi
TRAT	: Trade Aptitude Test Battery
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization

1. GİRİŞ

1.1. Giriş

Serebrovasküler hastalıklar dünyada en fazla fonksiyon kaybına neden olan, yaşam kalitesini en fazla etkileyen ve ölüm nedeni olarak da ikinci sırada yer alan hastalık grubudur. Dünyada bir yılda 17 milyon kişi inme geçirmekte ve 6 milyon kişi inme nedeniyle hayatını kaybetmektedir. 2015-2018 yılları arasında açıklanan TÜİK raporlarına göre Türkiye’de serebrovasküler hastalıklar nedeniyle hayatını kaybeden kişilerin sayısı 35-40 bin arasında değişmekte ve yıllar içinde artış göstermektedir (http-1). Türkiye de her yıl 125.000 kişi beyin krizi yaşamaktadır. Türkiye’de beyin krizi vakalarının %71’i beyin enfarktüsü, %29 kadarı ise beyin kanamasıdır. Yaşayanların %60-65’inde kalıcı engellilik durumu saptanmıştır (Özdemir, 2000).

Beyin hasarının neden olduğu afazi, inmenin en yıkıcı ve en sık görülen bilişsel bozukluklarından biridir. İnmeden kurtulanların yaklaşık üçte birini etkilemektedir. Çoğu hasta dil işlevinin en azından bir kısmını geri kazanmasına rağmen, etkilenenlerin %30 ila %43’ü uzun vadede afazili olmaya devam etmektedir (Stegmayr ve Wester, 1994). Afazi, akut inme hastalarının %21-38’inde mevcuttur. Yapılan çalışmalar, inme sonrası afazinin hem kısa vade de hem de uzun vadede artmış ölüm ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Pedersen vd., 2004). İnme geçiren bireyler, aile üyeleri ve sağlık uzmanlarını içeren bir anket çalışmasında, afazi tedavisini inme araştırmalarında ilk 10 öncelik arasında üçüncü olarak yerleştirmiştir. Bu durum, afazinin iletişim ve yaşam kalitesi üzerindeki dramatik sonuçlarının altını çizmektedir (Pollock vd., 2014).

Afazi, dil işleme üzerindeki etkisinin yanı sıra, sonrasında oluşan durumun güçlü bir öngörü faktörüdür. Dolayısıyla, inme geçiren bireylerde sosyal durumun en önemli belirleyicisi olmaktadır (Gialanella, Bertolinelli, Lissi ve Prometti, 2011). Özellikle, inme geçirip afazisi olan bireylerin, inme geçirip afazisi olmayan bireylere kıyasla, daha az aktiviteye katıldıkları ve aynı zamanda daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları bilinmektedir (Hilari, 2011). Afazinin bu olumsuz etkileri göz önünde bulundurulduğunda, verilen hizmetlerin optimize edilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir. Mevcut değerlendirme ve müdahale uygulamaları, bu hizmetlerin planlanması için önemli olmaktadır (Doyle ve McNail, 2003).

İletişim partneri eğitimi (Simmons-Mackie, Raymer ve Armstrong, 2010) ve ailelere bilgi vermeye (Howe, Davidson ve Worrall, 2012) yönelik hizmetler afazi müdahalesinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Bununla birlikte DKT'ler, aile katılımının ve desteğinin (Brown, Worrall, Davidson, 2011) afazili bireylerin iyi bir yaşam sürmeleri için önemli faktör olduğunu savunmaktadırlar. Öte yandan, ailelerin bu fiili uygulamalara katılımı sınırlı olabilmektedir (Johansson, Carlsson ve Sonnander, 2011).

Afazi değerlendirmesi ve müdahalesi sırasında afazi uygulamalarına yönelik sunulan hizmetlerden çevresel faktörlerin ele alındığı bilinmektedir (RCSLT, 2009). Afazili bireyi etkileyebilecek olan en önemli çevresel faktör halkın bilinçlendirilmesidir. Açık biçimde ifade etmek gerekirse, afazili bireylerin iletişime olan erişiminin iyileştirilebilmesi için bu alanda daha fazla çalışmaya yer verilmesi gerekmektedir. Dolayısıyla, toplumsal ve mesleki farkındalığın eksikliği hem DKT'ler hem de afazili bireyler tarafından dile getirilen bir endişe nedeni olduğu bilinmektedir (Law, Huby ve Irving, 2010). Bunun yanı sıra, ele alınan çevresel faktörlerin, afazili bir bireyin psikolojik açıdan iyi olma hali gibi kişisel faktörlerinin de ele alınması gerekmektedir. Dolayısıyla, DKT'ler afazi terapileri esnasında bireyin psikososyal sorunlarının önemini kabul etmektedir (Brumfitt, 2006).

Yapılan çalışmalar, dil ve konuşma terapisi hizmetleri ile vakaların endişeleri arasındaki uyumsuzluklara da işaret etmektedir. Bu mevcut uyumsuzluklar uygulama şekli (Law, Huby ve Irving, 2010), amaç belirleme (Worrall, Brown ve Cruice, 2010) ve terapiyi sonlandırma (Hersh, 2009) gibi alanlarda olduğu bilinmektedir. Örneğin, vakalara sunulan afazi ile ilgili bilgilerin, vakaların kendi durumlarını anlamaları ve kendi rehabilitasyonlarına katılmaları için önemli bir hedef olduğu bilinmektedir. Öte yandan, DKT'ler tarafından vakalara sunulan bilginin eksik olduğu bildirilmiştir (Worrall, Brown ve Cruice, 2010). Bu sebeple, terapi sonlandırma sürecinde, afazili bireylerin belirsizlik ve kafa karışıklığı yaşadığı ve bu süreçle ilgili çok az bilgiye sahip olduğu görülmüştür (Hersh, 2009).

Afazili bireye yönelik sunulan müdahalenin etkililiğini engelleyen faktörlerin terapi sürelerinin sınırlandırılması (Johansson, Carlsson ve Sonnander, 2011), disfaji hizmetlerinin önceliklendirilmesi (Law, Huby ve Irving, 2010) ve afazili bireyin hastanede kalış süresinin kısıtlı olduğu (Verna, Davidson ve Rose, 2009) bildirilmiştir.

Buna ek olarak, DKT'lerin bilgi ve becerilerindeki kısıtlılık afazi terapileri için sağlanan hizmetin kalitesini etkileyebilmektedir (Johansson, Carlsson ve Sonnander, 2011).

Afazili bireylere sunulan terapi hizmetinin en iyi hale getirilebilmesi için, yapılan değerlendirmenin yanı sıra inme sonrası rehabilitasyon ve müdahale bilgisi de gerekmektedir. Günümüz alanyazına baktığımızda DKT'lerin, Türkiye'de afazili bireylere yönelik sunulan terapi hizmetleri hakkında yapılan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. DKT'lerin afazili bireylerin rehabilitasyonunu iyileştirebilmek adına klinisyenlerin mevcut uygulamalarını daha net bir şekilde görebilmeleri gerektiği düşünülmektedir. Dolayısıyla, DKT'nin yapılan değerlendirme ve sunulan müdahale uygulamalarını değiştirip afazili bireylerin yaşam kalitesini iyileştirebileceği varsayılmaktadır. Bu nedenle, afazili bireylere yönelik uygulamaların içeriği ve yoğunluğu, hizmetlerin yeterliliği ve afazili bireylere sunulan etkili uygulamaların önündeki engellerin incelenmesi önem arz etmektedir.

1.2. Amaç

Bu araştırmanın amacı, Türkiye'de DKT'ler tarafından afazili bireylere yönelik sunulan terapi hizmetlerinin incelenmesidir. Bu amaca yönelik, DKT'lerin değerlendirme ve terapi süreçleri, klinik yaklaşımları, vakalara yönelik danışmanlıkları, amaç belirleme ve terapiyi sonlandırma alanlarındaki güncel uygulamaları ve uygulama kapsamının incelenmesi hedeflenmiştir. Ayrıca, DKT'lerin etkili uygulamaların önündeki engellerle ilgili algıları da araştırılmıştır. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. Dil ve Konuşma Terapistlerinin anketin “Değerlendirme ve Tarama” bölümüne verdikleri yanıtlar nedir?
2. Dil ve Konuşma Terapistlerinin anketin “Hizmet/terapi” bölümüne verdikleri yanıtlar nedir?
3. Dil ve Konuşma Terapistlerinin anketin “Afazi Rehabilitasyonunda Klinik Yaklaşımlar” bölümüne verdikleri yanıtlar nedir?
4. Dil ve Konuşma Terapistlerinin anketin “Vaka Eğitimi ve Danışmanlık” bölümüne verdikleri yanıtlar nedir?
5. Dil ve Konuşma Terapistlerinin anketin “Amaç Belirleme ve Terapiyi Sonlandırma” bölümüne verdikleri yanıtlar nedir?

1.3. Önem

Afazili bireylere sunulan hizmetin ve hasta bakımının en iyi hale getirilebilmesi için, yapılan değerlendirmenin yanı sıra inme sonrası rehabilitasyon ve müdahale bilgisi de gerekmektedir. Günümüz alanyazına baktığımızda DKT'lerin, Türkiye'de afazili bireylere yönelik sunulan terapi hizmetleri hakkında yapılan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma ile Türkiye'de, DKT'ler tarafından afazili bireylere sunulan terapi uygulamaları ilk kez incelenecektir. Bu çalışmanın afazili bireylere yönelik uygulamaların içeriği ve yoğunluğu, hizmetlerin yeterliliği ve afazili bireylere sunulan etkili uygulamaların önündeki engellerle ilgili bilgi vereceği, alanyazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. ALANYAZIN BİLGİSİ

2.1. Afazi

Dille ilgili beyin alanlarını etkileyen herhangi anormal bir durum afaziye neden olabilmektedir. Bununla birlikte, dil bozukluğunun spesifik semptomları, etkilenen belirli beyin alanına bağlıdır. Beynin ön bölümündeki hasar, dil üretiminde bozulmalara (muhtemelen bir Broca tipi afazi) yol açarken, arka bölümündeki hasar, fonolojik, sözcüksel ve anlamsal dil sistemlerindeki (genellikle Wernicke'nin afazi tipi) dili anlama zorlukları ve bozuklukları ile ilişkilidir. Çevreleyen bölgelerdeki hasar, sırasıyla ön ve arka bölgelerdeki perisylvian (transkortikal) afazilerle ilişkilidir (Ardila, 2014).

Afazi sıklıkla, vasküler bozukluklar ve travmatik beyin hasarı ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Ancak neoplazmalar (tümörler), enfeksiyonlar ve dejeneratif durumlar gibi afazi ile potansiyel olarak ilişkili başka anormal koşullar da vardır. Diğer beyin anomalileri (gelişimsel, metabolik ve beslenme hastalıkları; ilaçlara ve kimyasal ajanlara bağlı bozukluklar) dil ve konuşma anormallikleriyle ilişkilendirilebilmesine rağmen, spesifik afazi etiyojilerini temsil etmezler (Ardila, 2014).

Afazi, dil açısından baskın hemisferin kortikal ve subkortikal ağlarını yaygın biçimde etkileyen edinilmiş beyin hasarı sonucunda dil sembollerini formüle etme ve yorumlama sürecinde ki bir kayıp ya da hasarın olması olarak tanımlanmaktadır. Afazi işitsel anlamayı, okumayı, sözel ifade edici dili ve yazmayı etkileyen bir bozukluktur. Ancak dil işleme için gerekli olan diğer sol hemisfer bilişsel süreçleri de etkileyeceği için afazi sadece bir dil alanına özgü bozukluk olarak görülmemelidir (McNeil ve Pratt, 2001). Afazinin, beyin hasarı sonucunda ortaya çıkan dil bozukluğu olduğu ve etkilenen beyin bölgesine ve beyinde geçmiş yaşantılar sonucunda oluşan bireysel kortikal dil organizasyonuna bağlı olarak çeşitli dil işlevsizliklerini içerebileceği ifade edilmiştir (Benson, 1979). Tyrer ve Jordan (1971), afazinin, sözel ya da yazılı ya da her ikisinde anlama ve /veya anlamlı semboller olarak sözcükleri biçimlendirmede oluşan bir hasar ya da yeti kaybını ifade ettiğini belirtmiştir.

2.2. Afazi Tipleri

Dil bozuklukları, genellikle farklı teorik çerçevelere dayalı olarak birkaç farklı şekilde sınıflandırılmıştır. En tipik sınıflandırma, anatomik kopukluk modeline (Geschwind, 1967) dayanan neoassociationist sınıflandırmadır. Bu modele göre, belirli

bir beyin alanındaki bir lezyon, bir afazik sendromla sonuçlanmaktadır. İki ana tip afazi vardır; tutuk afaziler ve akıcı afaziler.

2.2.1. Akıcı afazi tipleri

Wernicke afazisinde hasta ciddi işitsel anlama sorunları yaşamaktadır. Anlama sorunlarının şiddeti hastadan hastaya değişebilir ve orta düzeyde anlama eksiklikleri nadir değildir (Basso, 2003). Sözel çıktı akıcıdır fakat neoloji ve boş konuşma ile karakterizedir. Aynı zamanda, zengin içerikli kelimelerin kullanımı çok azdır. Şiddetli olduğunda bu duruma jargon afazi denmektedir. Afazili bireyler, işitsel anlama yetersizliği nedeniyle kendi sözel çıktılarını izleyemedikleri için, genellikle dil bozukluklarının (yani anosognozi) farkında değildir ve bu, iletişim zorluklarını etkilemektedir. Dolayısıyla afazi rehabilitasyonunu engellemektedir. Tekrarlama, adlandırma, yüksek sesle okuma ve yazma engellenir. İdeomotor apraksi ve hemianopsi (Basso, 2003) veya üstün sağ kadrananopi (Adams, Victor ve Ropper, 1997) Wernicke afazisinde sık görülen motor bozukluklardır. Wernicke afazisi genellikle posterior sol perisylvian bölgenin lezyonları ile ilişkilidir, özellikle geleneksel olarak Wernicke bölgesi olarak adlandırılan superior temporal bölgenin arka kısmında lokalize olur ve bazen bitişik parietal ve temporal bölgelere uzanır.

Transkortikal duyuşal afazisinde konuşma akıcıdır, ancak çoğu zaman anlamsız veya anlaşılmaz olmaktadır. Sözlü ve yazılı dili anlama, adlandırma, okuma ve yazma ciddi şekilde bozulurken, en belirgin özellik hastanın kelime ve cümleleri tekrarlayabilme yeteneğidir. Bazı vakalarda ekolali mevcuttur. Bu afazi tipi, parietal-okcipital bölgede, perisylvian bölgenin arkasındaki lezyonlarla ilişkilidir (Adams vd., 1997).

Kondüksiyon (İletim) afazisinde, konuşma fonemik parafazi ve kelime bulma zorlukları ile karakterize olmasına rağmen, nispeten akıcı konuşma mevcuttur. Hastalar sözel ifadelerinin farkındadır ve kendilerini düzeltmeye çalışırken, genellikle hedef sözcüğün çeşitli fonemik varyasyonlarını üretirler (Alexander, 2000). Bazı hastalar karmaşık sözdizimsel yapıları anlamakta güçlük yaşamaktadır (Basso, 2003). Adlandırma ve yazmada eksiklikler yaygındır. Yüksek sesle okuma bozulmuştur ve anlamsal ve fonemik paraleksiler içermektedir. İdeomotor apraksi ve motor ve / veya duyuşal eksiklikler mevcut olabilir (Basso, 2003). Bu afazik sendromla ilişkili lezyon, tipik olarak sol temporal-parietal bileşkede bulunur. Ancak iletim afazisininin, insula,

birincil işitme korteksi ve supramarjinal girus gibi diğer yapıları içeren daha geniş bir lezyonun sonucu olduğu ileri sürülmüştür (Damasio, 1998).

Anomik afazi genellikle amnestik, amnezik veya nominal afazi olarak adlandırılır. Anomi, hastanın insanların veya nesnelerin adlarını bulamaması anlamına gelmektedir. Hasta, bir nesnenin doğasının farkında olmasına rağmen, talep üzerine ona isim veremez. Sözel çıktı akıcıdır, kelime bulma zorlukları, sık duraksamalar ve kısaltmalarla karakterize edilirken, fonemik ve semantik parafazi nadirdir. Tekrarlama, işitsel anlama ve yüksek sesle okuma korunmuştur. Anomik afazi, açısız girus (pariyetal lobda, temporal lobun üst kenarına yakın) veya orta temporal girus dahil olmak üzere posterior dil alanlarını etkileyen lezyonlarla ilişkili olabilir. Bununla birlikte, sıklıkla iyileşen birçok afazinin sonucu olarak görülmektedir (Basso, 2003).

2.2.2. Tutuk afazi tipleri

Broca afazisinde konuşma zahmetlidir, akıcı değildir, kısa ifadelerden veya tek sözcüklerden oluşmaktadır. Bununla birlikte, klinik tablo, tam bir konuşma kaybından, sadece kelime bulma güçlükleri ile karakterize edilen hafif bir eksikliğe kadar değişebileceğini göstermektedir. Örneğin, telgrafik konuşma (yani agramatizm) söz konusu olduğunda, tüm işlev sözcükleri (örneğin edatlar) yoktur ve birey isimler ve fiiller kullanarak iletişim kurmaktadır. Bu kalıp, yazı dilini de kapsayabilmektedir. İşitsel anlama, haftanın günleri, sayı sayma ve ara sıra küfür etme veya duygusal konuşma gibi otomatik sözlü diziler genellikle korunmaktadır. Bununla birlikte, karmaşık sözdizimsel yapılarla ilgili belirli anlama eksikliklerini ortaya çıkarmaktadır. Sözcüklerin veya cümlelerin tekrarı, yüksek sesle okuma, adlandırma ve yazma da etkilenmektedir. Fonemik parafazi nadiren görülmektedir. Genel olarak Broca afazili bireylerde ayrıca konuşma apraksisi (Basso, 2003), ideomotor apraksi (Benson, 1993) ve çeşitli derecelerde sağ hemiplejiden muzdariptirler. Broca afazisi klasik olarak inferior frontal girusun arka kısmında, insula ve frontal operkulumdaki bir lezyonla ilişkilidir (inferior frontal girusun en arka kısmı [yani Broca bölgesi] operkulumun bir parçasıdır). Korteksin premotor ve prefrontal bölgeleri, subkortikal bölgeler ve bazal gangliyonun bazı kısımları da etkilenebilmektedir.

Global afazi, dilin hem anlama hem de ifade etme bileşenlerinde ciddi eksiklikler içermektedir. Konuşma akıcı değildir ve genellikle basmakalıp ifadelerle sınırlıdır ("ta

to", "to-po"). Bununla birlikte, fazla öğrenilen, otomatikleştirilmiş diziler (örneğin, haftanın günlerini okuyarak) bazen korunur. Anlama, adlandırma, tekrar etme, okuma ve yazma ciddi şekilde bozulmuştur (Alexander, 2000). Böyle bir durum, genellikle sol orta serebral arterin tamamen tıkanmasından kaynaklanan, perisylvian alanının büyük bir bölümünü kaplayan bir lezyonun sonucudur, bu nedenle sözlü, ideomotor ve düşünsel apraksilerin yanı sıra vücudun sağ yarısını içeren ciddi motor ve duyu kusurlarına ve bazen görme alanı kusurlarına neden olmaktadır. (Cummings ve Mega, 2003).

Transkortikal motor afazili hastalar, akıcı olmayan konuşmayı, korunmuş kavrayış ve nispeten korunmuş adlandırma ile göstermektedirler. Yüksek sesle okuma ve yazma bozulmuş olup, bazı durumlarda fonemik parafazi görülmektedir. Tekrarlama kapasitesinin, "papağan benzeri" yankılanması (ekolali) biçimini alan çarpıcı bir korunması vardır. Lezyonun yerine ve kapsamına bağlı olarak, hafif dizartri ve duyuusal ve motor bozukluklar gibi eşlik eden nörolojik semptomlar mevcut olabilmektedir (Alexander, 2000).

Miks tip transkortikal afazi, motor ve duyuusal transkortikal afazilerin belirti ve semptomlarını birleştiren nadir bir sendromdur. Konuşma akıcı değildir. Anlama, adlandırma, yazma ve okuma ciddi şekilde bozulmuştur. Göze çarpan özelliği, genellikle ekolali şeklinde, sözcük ve cümlelerin korunmuş tekrarıdır (Alexander, 2000).

2.3. Afazi ve Dil ve Konuşma Terapisi

Afazisi şiddetli olan bireylerde bile iyileşme her zaman mümkündür (Pedersen vd., 2004). Afazi tipi ne olursa olsun, her zaman ilk yıl içerisinde afazi, şiddetli bir formdan daha az şiddetli bir forma dönüşmektedir (Laska vd., 2001). Spontane (kendiliğinden) iyileşme, birey inme geçirdikten sonraki ilk 2-3 ay içerisinde gerçekleşmektedir. Çalışmaların çoğu, afazili bireyin 1 yıl sonunda belirli bir noktaya ulaştığını göstermektedir (Rabkin vd., 2000).

Afazinin spontane iyileşmesini yaş, cinsiyet, eğitim, el tercihi, başlangıçtan itibaren geçen süre ve lezyon yeri gibi faktörlerin etkileyebileceği düşünülmektedir. Lezyon bölgesi ve boyutu, afazi tipi ve demografik faktörler arasındaki ilişki son derece karmaşıktır (Basso, 2003). Bu durum, bireysel faktörlerin iyileşmedeki rolünü belirsizleştirmektedir (Rabkin vd., 2000).

DKT, birey inme geçirdikten sonra sıklıkla ortaya çıkan iletişim sorunlarına odaklanan rehabilitasyon ekibinin bir üyesidir. DKT'lerin birincil sorumluluğu, dil bozukluğu olan bireylerin mümkün olduğunca dil becerilerini yeniden kazanmalarına yardımcı olmaktır. Bu durum özellikle, inme geçiren bireyin iletişim sorunlarına yönelik bireysel veya grup terapisi ile başarılabilir. Afazili bireyin ailesinin ve sohbet ortağının afazili birey ile en etkili şekilde iletişim kurmasına yardımcı olmaya odaklanmaktadır. Çoğu durumda, DKT'ler hem hastalarla hem ailelerle hem de rehabilitasyon ekibinin diğer üyeleriyle birlikte çalışmaktadırlar (Holland vd., 1996).

Yapılan çalışmalarda dil ve konuşma terapisinin, afazili bireylerde ortaya çıkan dil bozukluklarının iyileşmesinde etkili olduğuna dair kanıtlar mevcuttur (Albert, 2003). Dil ve konuşma terapisi neredeyse afazi tedavisinin temel dayanağı olarak kabul edilmektedir (Laska vd., 2001). Afazi terapisinden elde edilen sonuçların iyi olabilmesi için gerekli olan ideal terapi yoğunluğunun belirlenmesi gerekmektedir. Birçok çalışma, yoğun terapi sunan dil ve konuşma terapisinin etkili olduğunu göstermektedir (Code, Torney, Gildea-Howardine ve Willmes, 2010). Bunun aksine, daha az yoğun terapi sunan çalışmaların, sınırlı fayda gösterdiği bilinmektedir (Bowen vd., 2012).

Bhagal, Teasell ve Speechley (2003) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında afazide terapi yoğunluğu ile iyileşme arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Araştırmanın sonuçlarına bakıldığında, yoğun terapi sunulan çalışmalarda olumlu sonuç bildirdikleri bulunmuştur. Dolayısıyla, daha sık uygulanan terapinin tercih edilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Basso (2005), incelemiş olduğu 9 çalışmada, olumsuz sonuç bildirilen çalışmaların, olumlu sonuç bildirilen çalışmalardan daha az yoğunlukta terapi yaptıkları sonucuna ulaşmıştır.

2007 yılında yapılan bir çalışmada, afazili bireye sunulan dil ve konuşma terapisinin dil becerileri üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Sonuç olarak, birey inme geçirdikten hemen sonra sunulan dil ve konuşma terapisini, az sayıda hasta tolere edebilmiştir. Çoğu hasta, inme geçirdikten sonraki ilk birkaç hafta içerisinde haftada ortalama 2 saatten fazla dil ve konuşma terapisini tolere edemeyeceği sonucuna varılmıştır. Haftada yaklaşık 4 saat verilen terapinin, 2 saat verilen terapiye göre bir avantaj sağlamadığı bulunmuştur. (Bakheit vd., 2007).

Katz vd. (2000) Avustralya, Kanada, İngiltere ve ABD'de afazili bireylerle çalışan DKT'lerin klinik uygulamalarını karşılaştırmıştır. 37 maddelik bir anketi tamamlayan 175 klinisyenden elde edilen sonuçlar, araştırma literatüründe önerildiği gibi düzenli ve sürekli terapiye ihtiyaç duyulmasına rağmen, afazili bireylerin terapiyi reddedebileceğini ortaya koymuştur. Yatarak tedavi gören hastalar için ortalama tedavi seansı sayısı, Avustralya ve İngiltere için 1-3 seans, Kanada ve ABD için 16-20 seans olduğu bulunmuştur. Bir terapi seansının uzunluğu, akut yatan hastalar ve kronik ayakta hastalar için sırasıyla 30 ve 60 dk olduğu görülmüştür.

Hong Kong'da afazili bireylerde dil ve konuşma terapisi hizmetlerinin kalitesini araştıran bir anket çalışmasında, dil ve konuşma terapisi seanslarının afazinin akut aşamasında, haftada 30 dakika ve hasta hastaneden taburcu olduktan sonra ayda bir yapıldığını ortaya koymuştur (Kong, 2011). Basso'ya (2003) göre, afazili bireyler için yoğun terapinin genel dil becerilerinde iyileşme üzerinde büyük bir etkiye sahip olduğu bilinmektedir. Uzun süreli afazi terapisi gören bireylerin dil becerilerinde daha fazla iyileşme olduğu görülmektedir. Yatan ve ayakta terapi gören bireylerde, dil ve konuşma terapisi hizmetlerinden en büyük memnuniyetsizlik kaynağının, yetersiz terapi süresi olduğu bulunmuştur (Pound vd., 1999).

Genel olarak, inme alanında çalışan uzmanlar, dil ve konuşma terapisine erken başlanması gerektiğini savunmaktadırlar (Rohde vd., 2013). İnme alanı rehabilitasyonu ile ilgili, genellikle uzman temelli ifadeler, "Ne kadar erken, o kadar iyi" ve "Kullan ya da kaybet" şeklinde olmaktadır. Erken dönemde uygulanan terapi, spontane ve öğrenmeye bağlı sinirsel iyileşme süreçleri arasındaki etkileşim nedeniyle, daha sonraki dönemde başlatılan terapiden daha etkili olduğu düşünülmektedir (Langhorne vd., 2011). Ancak bu kavramları destekleyen kesin bir kanıt yoktur (Teasell vd., 2013).

Yapılan araştırmalarda, birey inme geçirdikten ne kadar süre sonra terapiye başlanması gerektiği konusunda, 2 gün ile 22 yıl arasında değişen geniş bir varyasyon bulunmuştur. Araştırmaların hiçbiri, erken başlatılan terapiyi daha sonra başlatılan terapi ile karşılaştırarak, zamanlamanın dil ve konuşma terapisinin etkililiği üzerindeki etkisini doğrudan incelememiştir (Brady vd., 2012). Bu nedenle DKT'ler, birey inme geçirdikten sonra mümkün olan en kısa sürede terapiyi başlatıp başlatmamaları gerektiği konusunda ikileme karşı karşıya kalmaktadırlar. Bazı hastalar, inmeden hemen sonra fiziksel olarak

zayıflar ve tedavi eden hekim, dil ve konuşma terapisinin bu aşamada uygun olmadığını, hatta tehlikeli olduğunu düşünebilmektedir (Bakheit vd., 2007).

Laska vd. (2011) yapmış olduğu randomize kontrollü bir çalışmada, bireylerin inme geçirdikten hemen sonraki 2 gün içerisinde terapiye başlanması gerektiğini savunmuştur. Diğer yandan Bowen vd. (2012), inmeden sonraki ilk 4 ayı erken olarak tanımlamışlardır. Çeşitli çalışmaların, inmeden sonraki ilk 3 ay ve özellikle ilk 6 haftanın iyileşme sürecindeki en dinamik dönem olduğunu gösterdiğinden yola çıkarak, inmeden sonraki ilk 3 ay akut faz olarak kabul edilmektedir. Dolayısıyla, bu rehabilitasyon hizmetlerinin 3 ay sonra sınırlandırılması gerektiği veya dil ve konuşma terapisinin başarısız olmasını beklediğimiz anlamına gelmemektedir. Daha yavaş bir hızda da olsa iyileşme muhtemelen devam etmektedir (Nouwens vd., 2014).

2.4. Afazili Birey ve Dil ve Konuşma Terapisti Arasındaki Terapi İlişkisi

Terapötik ilişki, terapötik müdahaleler sırasında işleyen etkileşimsel ve ilişkisel süreçleri ifade etmektedir. Psikoterapide tedavi etkililiğinin güçlü bir yordayıcısı olduğu gösterilmektedir (Lawton vd., 2018). Yapılan çalışmalarda ortaya çıkan veriler, olumlu terapötik ilişkinin gelişmesinin hem klinisyenler hem de afazili bireyler tarafından afazi rehabilitasyonunun merkezi olarak algılandığını göstermektedir (Tomkins vd., 2013). Dolayısıyla, afazili bireyler için terapötik ilişki, hedeflenen terapötik aktiviteler kadar önemli olarak algılanmaktadır (Worrall vd., 2010).

Afazi kaynaklı ortaya çıkan sonuçların, aşağılanma, yabancılaşma ve yalnızlık duygularına yol açtığı bilinmektedir. DKT'lerin afazili bireylerle olumlu iletişim ve etkileşim içinde olmaları halinde bu sonuçların azaltılabileceği savunulmaktadır. Dolayısıyla, afazi rehabilitasyonu bağlamında güçlü bir hasta-terapist ilişkisine duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır (Nyström, 2006).

Terapötik ilişkinin, inme geçiren bireylerle ilgisi bir çalışmada incelenmiştir (Lawton vd., 2016). Çalışmanın sonuçları, terapistlerin afazili bireyler ile ilişkilerini güçlendirmek ve sürdürürebilmek için oldukça karmaşık bir etkileşim kurduğunu göstermektedir. Deneyimli terapistlerin bile, afazili bireyleri nasıl motive edeceklerini veya bireylere yönelik nasıl sınır çizceklerini her zaman bilmedikleri saptanmıştır. Terapistlerin önyargılarının kendi davranışlarını nasıl etkileyebileceğinin farkında olmadıkları bildirilmiştir (Lawton vd., 2018).

Yapılan çalışmalarda, DKT'lere eğitim verilmesinin hem terapist-hasta arasındaki ilişkinin gelişimini teşvik etmek (Crits-Christoph vd., 2006) hem de ilişki kopuşlarını (Castonguay vd., 2004), etkili bir şekilde yöneteceği bulunmuştur. Dolayısıyla, hem lisans hem de lisansüstü düzeylerde eğitim verilmesi, DKT-afazili birey arasındaki terapötik ilişkinin gelişiminin iyileştirilebileceği düşünülmektedir (Lawton vd., 2018).

2.5. Afazili Bireyin Psiko-Sosyal Durumu

İnme alanındaki rehabilitasyon süreci, mümkün olan en yüksek yaşam kalitesi ile mümkün olan en yüksek işlevi ve katılımı sağlamayı amaçlayan bütünsel, kişi merkezli ve hedef odaklı bir süreçtir (Stroke Foundation, 2017). İnme sonrası psikolojik sorunlar yaygındır ve afazili bireyler özellikle risk altındadır (Mitchell vd., 2017). Psikolojik rahatsızlıklar, rehabilitasyon sürecine katılım, yaşam kalitesi ve ölüm dahil olmak üzere terapi sonuçlarını olumsuz etkilemektedir (Hilari vd., 2012). Psikolojik iyilik hali, genel biyopsikososyal sağlık için gereklidir. Dolayısıyla inme alanındaki rehabilitasyon süreci için öncelikli bir alandır (http-2).

İnme sonrası, bireylerin depresyon oranları %31 civarındadır (Ayerbe vd., 2013). Bu rakam, afazili bireyler için daha yüksek olup, inme sonrası uzun vadede yaklaşık %62 olarak tahmin edilirken (Kauhanen vd., 2000), inme sonrası 3. ayda afazili bireylerin psikolojik sorun yaşama olasılığı önemli ölçüde daha yüksektir (Hilari vd., 2010). İletişim bozukluğunun, inme sonrası 1. ve 6. aylarda depresyonun önemli bir belirleyicisi olduğu bulunmuştur (Thomas ve Lincoln, 2008).

Afazili bireyler, yaşamlarının geri kalanında iletişim yetersizliğiyle baş başa kalmaktadır. O zamana kadar önemsenmeyen dil becerilerindeki değişikliğin olumsuz etkileri, afazili bireyler ve aileleri tarafından iletişim durumlarında değişiklikler, kişisel ilişkilerde değişiklikler, hislerin kontrolünde zorluk, fiziksel bağımlılık, otonomi kaybı, aktivitelerde kısıtlılık, sosyal iletişimde azalma, yalnızlık, sosyal hayatta değişiklikler, damgalanma ve negatif hisler (irritasyon, stres, sinirlilik, anksiyete) şeklinde olduğu bilinmektedir. Ayrıca afazili bireyler, korku, anksiyete, şaşkınlık, umutsuzluk, öfke, komiklik, eziklik, izolasyon, şok, utanma, depresyon ve zaman ilerledikçe çekilme ve güven azalışı gibi çeşitli duygusal cevaplar da vermektedirler (Ross ve Wertz, 2003).

Worral vd. (2011), afazinin neden olabileceği hayal kırıklığı, kaygı ve umutsuzluk duygularını da belgelemektedir. Dil ve konuşma bozukluğuna sahip olmanın sosyal

sonuçları da derin olabilmektedir. Afazili bireyler daha az sosyal aktiviteye katılmakta ve meşgul oldukları şeylerden daha az memnun olmaktadır (Cruice vd., 2006). Ayrıca afazili bireylerin arkadaşlarıyla iletişimlerini kaybetme olasılıkları da vardır. Dolayısıyla küçük sosyal ortamlara sahip olmaktadır (Northcott vd., 2015).

Afazisi olan ve afazisi olmayan bireylerde sosyal iletişimi inceleyen bir çalışmada, inme sonrası afazi olan 15 yaşlı hasta, sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak, afazisi olan hastaların arkadaşlarıyla daha az iletişim kurduğunu ve daha az sosyal ortamlara sahip olduğu saptanmıştır (Davidson vd., 2008). Amerikan Ulusal Afazi Derneğinin yaptığı bir anket çalışmasında, afazili bireylerin %90'ının kendilerini sosyal olarak izole hissederek, yaklaşık %70'inin iletişim zorlukları nedeniyle insanların, kendisiyle iletişim kurmaktan kaçındıklarını ifade etmişlerdir (Ganzfried, 2018).

İngiltere'de, afazili bireylerle çalışan DKT'lerin "duygusal sağlığı ele alması ve bireyin sosyal bağlama katılımının sağlanması" gerektiğini belirtmektedir (RCSLT, 2005). Amerikan Dil ve Konuşma Derneği (ASHA), afazili bireylere iletişimle ilgili konularda danışmanlık sağlamanın, DKT'nin rolü kapsamında olduğunu belirtmektedir (ASHA, 2007). DKT'ler, inme sonrası afazi olan bireylerle çalışmak için yeterli danışmanlık eğitimi aldıklarını düşünmemektedir. Dolayısıyla, afazili bireylerle çalışan DKT'ler, danışmanlık uygulamalarında düşük bilgi, beceri ve güveni bildirmektedirler. Dahası, afazili bireylerin hayal kırıklığı, umutsuzluk ve depresyon duygularıyla uğraşırken, aynı zamanda prognoz sağlama, ümidi sürdürme ve kabulü kolaylaştırma gibi hassas konuşmalarda bu danışmanlık rolünde kişisel olarak zorlandıklarını bildirmektedirler. DKT'ler yaşadıkları bu zorlukları, danışmanlık eğitimi almamalarına bağlamaktadırlar. Bu nedenle DKT'lerin, afazili bireyler ile çalışırken kendinden emin ve yetkin bir şekilde psikolojik iyilik halini ele alabilmek için daha fazla danışmanlık eğitimi almaları gerektiği bulunmuştur (Rose vd., 2014; Brumfitt, 2006).

Shelagh Brumfitt (2006) tarafından yapılan bir çalışmada, DKT'lerin afazi terapisi yönetiminde psikososyal boyutların önemi araştırılmıştır. Sonuç olarak, katılımcıların çoğunun psikososyal etkilerle çalışmak için hazırlandıklarını, ancak bu alanda çalışmak için yeterli eğitim alınması gerektiğini savunmuştur. Yapılan bir anket çalışmasında (Northcott vd., 2017; Sekhon vd., 2015; Rose vd., 2014), DKT'lerin çoğunun psikolojik sorunları ele alma konusunda güven eksikliği yaşadığı bildirilmiştir. Sekhon vd. (2015), psikolojik danışmanlık eğitimine katılan DKT'ler ile afazili bireylerde psikolojik iyilik

halini yönetme konusundaki güven ve memnuniyet parametreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

23 DKT ile yapılan bir çalışmada, psikososyal iyilik halini ele almanın önündeki engellerin vaka yükü, zaman baskısı, üst düzey yöneticilerin ve müdürlerin tutumları, daha fazla psikososyal etkiyi ölçmek ve raporlaştırmadaki zorluklar, bazı hastaların psikososyal ihtiyaçlarının fazla olması sonucuna varılmıştır. Etkinleştiren faktörlerin ise sürekli uzman desteği almaları, meslektaşlarından akran desteği, deneyim, yönetim desteği ve kişisel inanç olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Uzmanlık eğitimi alan DKT'lerin, psikososyal etkilerle daha verimli olarak çalıştıkları görülmüştür. DKT'lerin, afazili bireyler ile ilişkilerini daha net bir şekilde görüp, değerlendirme ve hedef belirleme sürecinde afazili bireylerin duygularını kabul etmelerinin terapi sürecinin yönetiminde, DKT'lere daha fazla güven verdiği bulunmuştur (Northcott vd., 2017).

579 DKT ile yapılan uluslararası bir araştırmada, DKT'lerin %74'ünün, yaşam kalitesini afazi terapisinin temel amacı olarak gördüğünü ortaya koymuştur (Hilari vd., 2015). İngiltere'de Brumfitt (2006) tarafından yapılan bir çalışmada, DKT'lerin %97'sinin afazili bireylerin terapisinde psikososyal yönlerin önemli veya çok önemli olduğu bulunmuştur. Avustralya'da ise DKT'lerin %66'sının afazili bireylere sıklıkla veya çok sık psikososyal etkilerle ilgili danışmanlık hizmeti sağladıkları bildirilmiştir (Rose vd., 2014).

2.6. Afazinin, Afazili Bireyin Ailesine Etkisi

Afazi, iletişim bozukluğu olan bireylerin yanı sıra aile üyelerini de etkilemektedir. Afazinin en yaygın nedeni olan inme, aile üyelerinin yaşamları üzerinde büyük bir etkiye sahip olabilmektedir (Greenwood vd., 2008). Nitekim afazili bireylerin akrabaları, afazisi olmayan bireylerin akrabalarına göre inme sonrası daha olumsuz etkilenebilmektedir (Bakas vd., 2006). Afazili bireylerin aile üyelerinin kendi kişisel destek ihtiyaçları vardır. Çünkü onlar da iletişim ve ilişki değişiklikleri yaşamaktadırlar (Brown vd., 2012; Howe vd., 2012; Halle' vd., 2011; Dorze ve Signori, 2010).

Afazili bireyin aile üyelerine, psikososyal danışmanlık hizmeti kapsamında verilen eğitimin, afazili bireyin aile üyelerinin psikososyal refahında olumlu değişiklikler, afazili bireye yönelik iletişim ve davranışlarında iyileşmeler gözlemlenmektedir (Wilkinson ve Wielaert, 2012; Simmons-Mackie vd., 2010). Bununla birlikte, eğitimlerin rutin dil ve

konuşma terapisinin bir parçası olarak klinik ortamlarda da sunulup sunulmadığı bilinmemektedir. Ayrıca DKT'lerin afazi rehabilitasyonuna, afazili bireyin yakınlarını dahil etme deneyimi de bilinmemektedir (Robey vd., 2004).

DKT'lerin afazili bireyin aile üyelerine afazi, felç, genel olarak rehabilitasyon ve iletişim stratejileri hakkında bilgi sağladığını, afazili birey hakkında aile üyelerinden bilgi aldığını ve iletişim stratejilerinin kullanımında destek ve eğitim sunduğu bilinmektedir. (Johansson vd., 2011; Sherratt vd., 2011; Verna vd., 2009). Müdahalelerin çeşitliliği rehabilitasyon yeri, aşaması veya DKT'lerin deneyimiyle ilgili olabilmektedir. Dolayısıyla, afazili bireyin aile üyelerinin fiziksel ve duygusal erişilmezliği, DKT'lerin kişisel tercihleri ve bu tür müdahaleler için gerekli beceri eksikliği, aile üleriyle temasları sınırlayabilmektedir (Johansson vd., 2011; Sherratt vd., 2011).

Klinik uygulama hakkında daha geniş alanyazın, DKT'lerin afazi rehabilitasyonundaki klinik kararlarının belirleyici yönlerini ortaya çıkarma potansiyelini göstermektedir (Hersh vd., 2012; Hersh, 2010; Hinckley, 2005; Hersh, 2003;). Nitekim, hedef belirleme, terapiyi sonlandırma ve klinik paradigmalardaki değişikliklere odaklanan bu alanyazın, DKT'lerin inançları, meşguliyetleri, uygulamaları ve afazili bireylerle yaptıkları işlere ilişkin duyguları konusuna odaklanmamaktadır (Hersh vd., 2012; Hinckley, 2005).

Afazili olan 9 bireyin eşi ile yapılan görüşme çalışmasında (Denman, 1998) ve 11 eşi içeren bir grup görüşmesi araştırmasında (Le Dorze ve Signori, 2010) afazili bireylerin aile üyelerinin ihtiyaçları araştırılmıştır. Her iki çalışma da aile bireylerinin bilgi, destek ve mola ihtiyaçlarının olduğu bulunmuştur. Denman (1998), eğitim ve rol değişikliği ile aile üyelerinin ihtiyaçlarını belirlerken, Le Dorze ve Signori (2010) finansal desteğe, iletişimin iyileştirilmesine, gelişmiş kişilerarası ilişkilere ve kişiye bakmanın getirdiği zorlukların farkına varıldığını ortaya koymuştur. Şiddetli afazili bireylerin eşleri ile yapılan bir çalışmada, beş ihtiyaç kategorisi tanımlanmıştır. Bunlar, bilgi, destek, mola, afazili birey ile etkili iletişim ve daha iyi kişilerarası ilişkilere (Michallet vd., 2001).

Broca afazili 20 bireyin aile üyelerinin beklenti ve sınırlılıklarının yanı sıra istekleri de araştırılmıştır (Zemva, 1999). Bu araştırmadaki aile üyelerinin istekleri, kendileri yerine özellikle afazili bireyin konuşmasına odaklanma eğiliminde olmaktadır. Aile üyelerinin belirli bilgi ve eğitim alanlarındaki ihtiyaçları da araştırılmıştır. Bilgi

ihtiyaçları üzerine 16 aile üyesini içeren bir çalışmada (Avent vd., 2005), üç tema ortaya çıkarılmıştır. Bunlar; özel zamanlarla ilgili afazi bilgisi ihtiyacı, umutluluk ve psikososyal destektir. Başka bir araştırmada sekizi aile üyesi olan, dokuz afazili bireyin iletişim ortağının eğitim ihtiyaçları araştırılmıştır (Paul ve Sanders, 2010). Bu çalışmadaki sonuçlar, terapi seanslarına katılma ihtiyacı, çiftlerin ihtiyaçlarına uygun eğitim alma, çeşitli formatlarda eğitim verme, destek gruplarının mevcut olması, afazili bireyler ile nasıl iletişim kurulacağı konusunda eğitim alma ve bakım ortamları arasındaki geçişler sırasında eğitim desteği alınması konusunda ihtiyaçların olduğu bulunmuştur (Howe vd., 2012).

2.7. Afazide Aile Katılımı

Afazi yönetiminin en önemli bileşenlerinden biri aile katılımıdır. DKT'lerin, afazili bireylerin aile üyeleri için yaşama katılım hedefleri üzerinde çalışmaları önerilmektedir (Chapey vd., 2012). DKT'lerin sosyal katılımı dikkate almaları ve terapiye afazili bireylerin iletişim partnerlerini, özellikle aile üyelerini dahil etmeleri gerektiğine dair artan bir kabul vardır (Worrall vd., 2011; Holland, 2007). Afazili bireylerin aile üyelerine uygun hizmetlerin geliştirilmesi için rehabilitasyon hedeflerinin belirlenmesi gerekmektedir (Howe vd., 2012). Aile, afazide dil becerilerinin iyileşmesinde genellikle önemli rol oynamaktadır (Ointe, 2002). Evde aileler tarafından dil becerilerinin desteklenmesinin yararlı etkileri literatürde olumlu şekilde belgelenmiştir (Davis, 2007). Afazili bireyin rehabilitasyon sürecinde daha çok bakım veren kişiye eğitim verilmesi önerilmektedir (Shadden, 2007).

Afazili bireye yönelik olarak aile üyeleri tarafından verilen eğitimin kapsamı, DKT aracılığı ile yapılan dil terapisine kıyasla nispeten daha az olduğu ifade edilmiştir (Shadden, 2007). Holland (2007) afazili bireylerin ve ailelerinin yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde, yaşam koçluğu yaklaşımının benimsenmesi gerektiğini savunmaktadır. Özellikle, afazi hakkında yoğun bilgi danışmanlığı ve dil bozukluklarıyla yaşamayı öğrenme konusunda destek sağlayarak, DKT'leri kronik afazili bireylerin afazi ile daha başarılı yaşamalarına potansiyel olarak yardımcı olabilmektedir.

2.8. Afazide Grup Terapisi Hizmetleri

Afazili birey hastaneden taburcu olduktan sonra, iş, aile ve toplum yaşamına yeniden uyum sağlama gibi büyük zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır (Howe,

Rotherham, Tillard ve Wyles, 2011). Afazili birey için amaçlarına, yapılarına ve finansmanlarına göre değişen çok çeşitli grup tabanlı toplum hizmetleri mevcuttur. Afazili birey ve aileleri için iletişim ve psikososyal destek afazi grupları aracılığıyla edinilebilmektedir (Simmons-Mackie, 2008; Pound vd., 2000).

Grup terapisi ile ilgili 188 DKT'nin katıldığı bir çalışmada, DKT'lerin %20'sinin grup terapilerinin fiili kullanımı, hakkında çok zayıf bilgiye sahip oldukları bulunmuştur (Rose vd., 2014). Avustralya da yapılan çalışmada, 70 DKT'nin afazi gruplarının geliştirilmesindeki uygulamaları ve zorlukları anket yoluyla araştırılmıştır. Sonuç olarak, yanıt verenlerin %23,6'sı grupların özelliklerinden memnuniyetsizlik bildirmişlerdir. Grup terapisinin etkililiğini engelleyen zorlukların, sınırlı kaynak ve personel, yeterli sayıda grubu yönetememe ve bunları etkili bir şekilde uyarlayamama, büyük şehirlerin ötesine dağılmış nüfuslar, grup dinamikleri ve grup terapisine yönlendirmenin olmaması ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Grup terapisi hizmetini kolaylaştıracak faktörlerin ise, dil ve konuşma terapisinin iyileştirilmesi, finansman ve personel desteğinin sağlanması, özel kaynakların geliştirilmesi ve daha iyi iletişim kurulması olduğu bulunmuştur (Rose ve Attard, 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

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

3.1. Araştırma Modeli

Bu çalışmada nicel yöntemlerden olan betimsel tarama deseni kullanılmıştır. Betimsel tarama, geniş gruplar üzerinde yürütülen, gruptaki bireylerin bir olgu ve olayla ilgili görüşlerinin, tutumlarının alındığı, olgu ve olayların betimlenmeye çalışıldığı araştırmalardır (Karakaya, 2012). Bu araştırma yöntemi nesnelere, toplumların, kurumların yapısını ve olayların işleyişini tanımlamak amacıyla kullanılır (Cohen, Manion & Morrison, 2007). Bu çalışmada, DKT'lerin afazili bireylere yönelik terapi hizmetleri incelendiğinden betimsel tarama yöntemi kullanılmıştır. Çalışma Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurul Onay'ı alınarak gerçekleştirilmiştir (Protokol No:6823) (EK-1).

3.2. Katılımcılar

Çalışmaya Dil ve Konuşma Terapisi alanından mezun olan ve alanda aktif çalışan 250 DKT dahil edilmiştir. Araştırmaya katılan 250 DKT'nin, afazi ile ilgili klinik deneyim süresinin 1 ay ile 22 yıl arasında olduğu ve ortalamanın ise 2 yıl 7,8 ay (SS:33,76) olarak bulunmuştur. Aşağıda yer alan Çizelge 3.1.'de çalışmaya katılmış olan Dil ve Konuşma Terapistlerine ait kişisel bilgiler detaylandırılmıştır.

Çizelge 3.1. Kişisel bilgiler

	Sıklık	Yüzde (%)
Nerede çalıştıkları		
Hastane	65	26
Özel Klinik	65	26
Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi	128	51.2
Üniversite Kliniği	22	8.8
Belediye	2	0.8
Vaka profili		
Disfaji	20	8
Konuşma Apraksisi	64	25.6
Dizartri	28	11.2
Afazi	58	23.2
Bilişsel İletişim Bozuklukları	31	12.4
Akıcılık Bozuklukları	199	79.6
Konuşma Sesi Bozuklukları	202	80.8
Dil Bozuklukları	192	76.8
Rezonans Bozuklukları	25	10
Ses Bozuklukları	58	23.2
Vaka profilini yaklaşık olarak yüzde kaçını afazili bireyin oluşturduğu		
<%10	209	83.6
%10-25	26	10.4
%26-50	8	3.2
%51-75	2	0.8
>%75	5	2

Çizelge 3.1. incelendiğinde, katılımcılar çalıştıkları yerlere göre, hastane, özel klinik, özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi, üniversite kliniği ve belediye olmak üzere 5 gruba ayrılmıştır. Nerede çalıştıklarına göre katılımcı dağılımları incelenecek olursa; hastanede çalışan 65 (%26), özel klinikte çalışan 128 (%51.2), özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde çalışan 65 (%26), üniversite kliniğinde çalışan 22 (%8.8), belediyede çalışan 2 (%0.8) katılımcı bulunmaktadır. Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi ve özel kliniğin her ikisinde de çalışan 23, hastane ve özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde çalışan 2, hastane ve üniversitede kliniğinde çalışan 3, hastanede ve özel klinikte çalışan 1 katılımcı bulunmaktadır.

Katılımcıların çalıştıkları vaka profillerine göre, disfaji, konuşma apraksisi, dizartri, afazi, bilişsel iletişim bozuklukları, akıcılık bozuklukları, konuşma sesi bozuklukları, dil bozuklukları, rezonans bozuklukları ve ses bozuklukları olmak üzere 10 gruba ayrılmıştır. Vaka profilini en çok hangi grubun oluşturduğuna göre katılımcıların dağılımı incelenecek olursa; disfaji 20 (%8), konuşma apraksisi 64 (%25.6), dizartri 28 (%11.2), afazi 58 (%23.2), bilişsel iletişim bozuklukları 31 (%12.4), akıcılık bozuklukları 199

(%79.6), konuşma sesi bozuklukları 202 (%80.8), dil bozuklukları 192 (%76.8), rezonans bozuklukları 25 (%10), ses bozuklukları 58 (%23.2) katılımcı bulunmaktadır.

Vaka profilinin yaklaşık olarak yüzde kaçını afazili bireyin oluşturduğuna ilişkin dağılım incelenecek olursa; %10'dan daha az 209 (%83.6), %10-25 arası 26 (10.4), %26-50 arası 8 (%3.2), %51-75 arası 2 (%0.8), %75'ten fazla olan 5 (%2) katılımcı bulunmaktadır.

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

3.3. Verilerin Toplanması

Türkiye’de hastanelerde, özel kliniklerde, özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde, üniversite kliniklerinde çalışan DKT'lere Türkçe’ye uyarlanan “Dil ve Konuşma Terapistlerinin Afazili Bireylere Yönelik Terapi Hizmetleri Anketi” çevrimiçi anket aracılığıyla uygulanmıştır (Ek-4). Anket Google Forms’da oluşturulmuştur. Covid-19 pandemisi nedeniyle oluşturulan form sosyal medya ve mail aracılığıyla katılımcılara iletilmiştir.

3.4. Veri Toplama Aracı

DKT'lerin afazili bireylere yönelik sunulan terapi hizmetlerini incelemek amacıyla, The Education of Hong Kong Üniversitesinde ki beş dil ve konuşma terapisi öğrencileri tarafından oluşturulan “Questions in the Clinician Survey for Examining the Current Speech Pathology Practices for Persons with Aphasia in Hong Kong” anketi (Kong ve Tse, 2018) kullanılmıştır.

“Dil ve Konuşma Terapistlerinin Afazili Bireylere Yönelik Terapi Hizmetlerinin İncelenmesi” anketi

“Dil ve Konuşma Terapistlerinin Afazili Bireylere Yönelik Terapi Hizmetlerinin İncelenmesi” anketi aşağıdaki konuları kapsayan 6 alt alandan ve toplam 38 maddeden oluşmaktadır. “Kişisel bilgiler” alt alanında, ankete katılan DKT'lerin afazide çalışma ortamı ve klinik deneyimini değerlendirmektedir ve bu alanda toplam 5 soru bulunmaktadır. Değerlendirme ve Tarama” alt alanında, afazili bireyler için

değerlendirme araçları, sonuç ölçütleri ve değerlendirme seanslarının sıklığı ve süresini değerlendirmektedir ve bu alanda toplam 6 soru bulunmaktadır. “Hizmet ve Terapi” alt alanında, afazili bireyler için seans sıklığı, afazili birey başına düşen ortalama seans sayısı, ortalama terapi seansı süresi ve kullanılan müdahale içeriğini değerlendirmektedir ve bu alanda toplam 7 soru bulunmaktadır. “Afazi Rehabilitasyonunda Klinik Yaklaşımlar” alt alanında, klinisyenin farklı afazi terapi yaklaşımları hakkındaki bilgisi ve bu yaklaşımları kullanma güven düzeyi ve sıklığını değerlendirmektedir ve bu alanda toplam 3 soru bulunmaktadır. “Vaka eğitimi ve Danışmanlık” alt alanında, vaka eğitimi ve danışmanlığının sıklığı, vaka eğitimi sağlama yöntemleri ve toplum eğitimi etkinliklerinin sıklığını değerlendirmektedir ve bu alanda 5 soru bulunmaktadır. “Amaç Belirleme ve Terapiyi Sonlandırma” alt alanında, amaç belirlemede afazili birey ve ailesi ile iş birliği yapma sıklığı, terapiyi sonlandırma nedenleri ve gözden geçirme oturumlarının içeriğini değerlendirmektedir ve bu alanda toplam 12 soru bulunmaktadır. Evet/Hayır cevap formatlarını, derecelendirme ölçeklerini, kontrol listelerini ve açık uçlu metin kutularını içeren 38 sorunun detayları EK-4'te listelenmiştir.

İşlem

Dil ve Konuşma Terapistlerinin Afazili Bireylere Yönelik Terapi Hizmetlerinin İncelenmesi Anketi'nin Türkçeye Uyarlanması

“Dil ve Konuşma Terapistlerinin Afazili Bireylere Yönelik Terapi Hizmetlerinin İncelenmesi Anketi” Pak-Hin Kong'un (2018) “Clinician Survey on Speech Pathology Services for People with Aphasia in Hong Kong” adlı çalışmasından yazarın izni ile alınmıştır (EK-5).

Anketin orijinali dil ve konuşma terapisi alanında doktora eğitimine devam eden 1 ve yüksek lisans tez aşamasında bulunan 2 DKT tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir.

Türkçe'ye çevrilen anketler çok iyi derecede İngilizce bilgisine ve dil ve konuşma terapisi alanında doktora derecesine sahip 3 hakem tarafından değerlendirilmiştir. Hakemler her bir maddenin orijinalini değerlendirip, en uygun olan çeviriyi form üzerinden işaretlemişlerdir. Hakemler arası kappa uyuma katsayısı 0.97 olarak bulunmuştur. Daha sonra, araştırmacı ve tez danışmanı tarafından hakem değerlendirmeleri gözden geçirilmiş ve her bir maddede hangi çevirinin uygun olduğuna karar verilmiştir.

Anket Türkçeye uyarlandıktan sonra 13 DKT'nin dahil edildiği pilot çalışma yapılmıştır. Soruların netliği, uzunluğu ve uygunluğuna ilişkin alınan geri bildirimle referansla ankette düzeltmeler yapılmıştır. Ankette yapılan düzenlemeler şu şekildedir:

1. Anketin 32. Maddesindeki “yeniden gözden geçirme seansı” na ek olarak parantez içerisinde “değerlendirme” eklenmiştir.
2. Anketin 3. Maddesindeki vaka profilini oluşturan gruplar arasına “ses bozukluğu” grubu eklenmiştir.

Bu işlemlerden sonra ankete son hali verilmiştir.

3.5. Veri Analizi

Çevrimiçi anket aracılığıyla DKT'lerden elde edilen verilerin analizi için SPSS 24 istatistik paket programı kullanılmıştır. Çalışmanın amaçları doğrultusunda yüzde ve sıklık olmak üzere betimleyici istatistiksel analiz yöntemleri kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Dil Ve Konuşma Terapistlerinin Anketin “Değerlendirme Ve Tarama” Bölümüne Verdikleri Yanıtlar Nasıldır?

4.1.1. Dil ve konuşma terapistlerinin, afazili bireylerin değerlendirilmesinde kullandığı araçların incelenmesi

Katılımcılara afazili bireylerin değerlendirilmesinde kullandığı araçlar hakkında sorular sorulmuştur. Dil ve konuşma Terapistlerinin afazili bireyler için kullandığı değerlendirme araçlarının bulguları Çizelge 4.1.’ de gösterilmiştir.

Çizelge 4.1. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireyler için kullandığı değerlendirme araçlarının sıklık ve yüzdeleri

Değerlendirme araçları	Sıklık	Yüzde (%)
ADD	243	97.2
GAT-2	30	12
Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MOCA)	22	8.8
İşitsel Anlama Testi	13	5.2
Afazi Resim Adlandırma Testi	13	5.2
Dil-Biliş Değerlendirme Testi	12	4.8
Oral Motor Değerlendirme	6	2.4
Mini Mental Testi	5	2
İdiomotor Apraksi Testi	4	1.6
Ege Afazi Testi	4	1.6
Motor Konuşma Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği	3	1.2
Boston Tanısal Afazi Değerlendirmesi (BDAE)	2	0.8
SST	2	0.8
AIQ-21	2	0.8
Yutma Değerlendirme Formu	1	0.4
CAT	1	0.4
Saat Çizme Testi	1	0.4
Ankara Artikülasyon Testi (AAT)	1	0.4
Evet Hayır Testi	1	0.4
Kurabiye Testi	1	0.4
RAVEN Testi	1	0.4
Ranchos Kognitif Fonksiyon Testi	1	0.4
Afazili Bireylere Özgü Yaşam Kalitesi Testi	1	0.4
Disfaji Tarama Testi	1	0.4
SAQOL	1	0.4
TRAT	1	0.4
PPT	1	0.4
NMES	1	0.4

Çizelge 4.1.’e göre, katılımcıların afazili bireylere yönelik kullandığı değerlendirme araçlarından en fazla kullanılan 243 kişi (%97.2) ile ADD (Afazi Değerlendirme Testi) olmuştur. Daha sonrasında en çok kullanılan testlere bakıldığında GAT-2 Testini 30 kişi (%12), Montreal Bilişsel Değerlendirme Testini (MOCA) 22 kişi (%8.8), İşitsel Anlama Testini 13 kişi (5.2), Afazi Resim Adlandırma Testini 13 kişi

(%5.2), Dil Biliş Değerlendirme Testini 12 kişinin (%4.8) kullandığı görülmüştür. Daha nadir kullanılan testler arasında Oral Motor Değerlendirme 6 kişi (%2.4), Mini Mental Testi 5 kişi (%2), İdiomotor Apraksi Testi 4 kişi (%1.6), Ege Afazi Testi 4 kişi (%1.6), Motor Konuşma Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği 3 kişi (%1.2), Boston Tanısal Afazi Değerlendirme Testi (BDAE) 2 kişi (%0.8), SST 2 kişi (%0.8), AIQ-21 Testi 2 kişinin (%0.8) kullandığı saptanmıştır. Sadece birer kişinin (%0.4) daha nadir kullandığı testler şu şekildedir; Yutma Değerlendirme Formu, CAT, Saat Çizme Testi, Ankara Artikülasyon Testi (AAT), Evet Hayır Testi, Kurabiye Testi, RAVEN Testi, Ranchos Kognitif Fonksiyon Testi, Afazili Bireylere Özgü Yaşam Kalitesi Testi, Disfaji Tarama Testi, SAQOL, TRAT, PPT, NMES.

4.1.2. Dil ve konuşma terapistlerinin, afazili bireylere yönelik yapmış olduğu değerlendirme seans sürelerinin incelenmesi

Katılımcıların afazili bireylere yönelik yapmış olduğu değerlendirme seans süreleri hakkında sorular sorulmuştur.

Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylere yönelik yaptığı değerlendirme seanslarının ortalama süresi Çizelge 4.2.'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.2. *Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylere yönelik yaptığı değerlendirme seanslarının ortalama süresinin sıklık ve yüzdeleri*

Değerlendirme seansının süresi	Sıklık	Yüzde (%)
<30 dakika	15	6
30-45 dakika	98	39.2
1 saat	96	38.4
1.5 saat	34	13.6
>1.5 saat	7	2.8

Katılımcıların afazili bireylere yönelik değerlendirme süresinin Çizelge 4.2.'de ulaşılan sonuçlarına göre, yanıtların çoğunun seans başına ortalama “60 dakika” (%38.4) ve “30-45 dakika” (39.2) olduğu görülmüştür. Katılımcılardan “30 dakika ve daha az zamanda” değerlendirme yapan 15 kişi (%6), “1.5 saat” değerlendirme yapan 34 kişi (13.6) ve “1.5 saatten fazla” değerlendirme seansı yapan 7 kişi (%2.8) olduğu saptanmıştır.

4.1.3. Dil ve konuşma terapistlerinin, afazili bireylerin değerlendirilmesinde kullanılan araçların revize edilip edilmediği ve nasıl revize edildiğinin incelenmesi

Katılımcılara afazili bireylerin değerlendirilmesinde kullanılan araçların revize edilip edilmediği, hangi değerlendirme araçlarının revize edildiği ve hangi revizyonları yaptıklarına ilişkin sorular sorulmuştur.

Dil ve Konuşma Terapistleri, afazili bireyleri değerlendirmek için kullandığı araçları revize edip etmedikleri sorulmuştur. Yanıtlar incelendiğinde 250 katılımcının 51'i (%20.4) kullandığı değerlendirme araçlarını revize ettiği, 199'u (%79.6) ise kullandığı değerlendirme araçlarını revize etmediğini bildirmiştir.

Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazi değerlendirme araçlarını ne sıklıkta gözden geçirdiği ve/veya revize ettiğine ilişkin bulgular Çizelge 4.3.'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.3. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazi değerlendirme araçlarını ne sıklıkta gözden geçirdiği ve/veya revize ettiğinin sıklık ve yüzdeleri

Süre	Sıklık	Yüzde (%)
3 yılda birden daha az	6	8.6
3 yılda bir kez	7	10
Yılda bir	21	30
6 ayda bir	26	37.1
6 ayda birden sık	10	14.3

Katılımcıların afaziye yönelik değerlendirme araçlarını ne sıklıkta gözden geçirildiği incelendiğinde (Çizelge 4.3.), en yüksek oranın 26 kişi (%37.1) ile “6 ayda bir gözden geçirdiği”, en düşük oranla 6 kişinin (%8.6) “3 yılda birden daha az” gözden geçirdiği görülmektedir. Diğer sıklık oranlarına bakıldığında “Yılda bir kez” yanıtı veren 21 kişi (%30), “6 ayda birden daha sık” yanıtı veren 10 kişi (%14.3), “3 yılda bir kez” yanıtı veren 6 kişi (%8.6) olduğu saptanmıştır.

Dil ve Konuşma Terapistlerinin hangi tarama / değerlendirme araçlarını yeniden gözden geçirdiği ve / veya revize ettiğine ilişkin bulgular Çizelge 4.4'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.4. Dil ve Konuşma Terapistlerinin hangi tarama / değerlendirme araçlarını yeniden gözden geçirdiği ve / veya revize ettiğinin sıklık ve yüzdeleri

Değerlendirme araçları	Sıklık	Yüzde (%)
ADD	52	89.6
GAT-2	3	5.1
İşitsel Anlama Testi	2	3.4
Boston Tanısal Afazi Değerlendirmesi (BDAE)	1	1.7
Dil-Biliş Değerlendirme Testi	1	1.7
Ege Afazi Testi	1	1.7
Formal	1	1.7
Mülakat	1	1.7

Dil ve Konuşma Terapistlerinin hangi tarama ve değerlendirme araçlarını yeniden gözden geçirdiği/ revize ettiği incelendiğinde (Çizelge 4.4.), bu soruya yanıt veren toplam 58 kişiden en yüksek oranla 52 kişinin (%89.6) “ADD testini” yeniden revize ettiği saptanmıştır. Katılımcıların revize ettiği diğer testlere incelenecek olursa “GAT-2 testini” 3 kişi (%5.1), “İşitsel Anlama Testini” 2 kişi (%3.4), “Boston Tanısal Afazi Değerlendirmesi (BDAE) testini” 1 kişi (%1.7), “Dil-Biliş Değerlendirme Testini” 1 kişi (%1.7), “Ege Afazi Testini” 1 kişi (%1.7) revize etmiştir.

Dil ve Konuşma Terapistlerinin yeniden gözden geçirdiği ve/ veya revize ettiği değerlendirme araçlarında, hangi revizyonları yaptığna ilişkin bulgular Çizelge 4.5.’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.5. Dil ve Konuşma Terapistlerinin yeniden gözden geçirdiği ve/ veya revize ettiği değerlendirme araçlarında, hangi revizyonları yaptığna ilişkin sıklık ve yüzdeler

Yapılan revizyonlar	Sıklık	Yüzde (%)
Maddelerin çevirisi	11	17.2
Madde eksiltme	28	43.8
Madde ekleme	30	46.9
İpucu hiyerarşisi	38	59.4
Yönergeleri değiştirme	42	65.6
Resim değiştirme	1	1.6

Dil ve Konuşma Terapistlerinin yeniden gözden geçirdiği ve/ veya revize ettiği değerlendirme araçlarında hangi revizyonları yaptıkları incelendiğinde (Çizelge 4.5.), 11 kişi (%17.2) “Maddelerin çevirisi”, 28 kişi (%43.8) “Madde eksiltme”, 30 kişi (%46.9) “Madde ekleme”, 38 kişi (%59.4) “İpucu hiyerarşisi”, 42 kişi (%65.6) “Yönergeleri değiştirme”, 1 kişi (%1.6) ise “Resim değiştirme” revizyonlarını yaptığı görülmüştür.

4.2. Dil ve Konuşma Terapistlerinin Anketin “Hizmet/Terapi” Bölümüne Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular

4.2.1. Dil ve konuşma terapistlerinin, afazili bireylere yönelik yapmış olduğu terapi seanslarının süresi ve sıklığının incelenmesi

Katılımcılara, afazili bireylere yönelik yapılan terapi seanslarının süresi ve sıklığı ile ilgili sorular sorulmuştur.

Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylere yönelik yapmış olduğu terapi seanslarının ortalama sıklığına ilişkin bulgular Çizelge 4.6.'da gösterilmiştir.

Çizelge 4.6. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylere yönelik yapmış olduğu terapi seanslarının ortalama sıklıklarının sıklık ve yüzde değerleri

Terapi seans sıklığı	Sıklık	Yüzde (%)
Günlük	2	0.8
Haftada birden fazla	57	22.7
Haftada bir	158	62.9
İki haftada bir	24	9.6
Aylık	10	4

Çizelge 4.6.'ya göre, Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylere yönelik yapmış olduğu terapi seanslarının ortalama sıklığı en yüksek oranla 158 kişinin (%62.9) "Haftada bir" terapi seansı yaptığı, en düşük oranla 2 kişinin (%0.8) "Günlük" terapi seansı yaptığı saptanmıştır. Diğer katılımcıların yanıtları incelenecek olursa 57 kişi (%22.7) "Haftada birden fazla", 24 kişi (%9.6) "İki haftada bir", 10 kişi (%4) "Aylık" terapi seansı yaptığı görülmüştür.

Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylere yönelik yapmış olduğu terapi seanslarının ortalama süresine ilişkin bulgular Çizelge 4.7.'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.7. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylere yönelik yapmış olduğu terapi seanslarının ortalama süresinin sıklık ve yüzdeleri

Terapi seans süresi	Sıklık	Yüzde (%)
<30 dakika	21	8.4
30-45 dakika	195	78
1 saat	30	12
>1.5 saat	4	1.6

Çizelge 4.7.'de ulaşılan sonuçlara göre, yanıt verenlerin büyük çoğunluğunu oluşturan 195 kişi terapi seanslarının ortalama "30-45 dakika" sürdüğü, yanıt verenlerin en az yüzdesi olan 4 kişinin (%1.6) ise "1.5 saatten fazla" terapi seansı yaptığı görülmüştür. Diğer katılımcıların yanıtlarına bakıldığında, 21 kişi (%8.4) "30 dakikadan daha az", 30 kişi (%12) "1 saat" ortalama sürede terapi seansı yaptığı görülmüştür.

4.2.2. Dil ve konuşma terapistlerinin, afazili bireylere ne tür müdahale yöntemi sağladığının incelenmesi

Katılımcılara, afazili bireylere yönelik ne tür müdahale sağladıkları hakkında sorular sorulmuştur.

Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylere yönelik seçmiş olduğu müdahale yöntemlerine ilişkin bulgular Çizelge 4.8.'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.8. *Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylere yönelik seçmiş olduğu müdahale yöntemlerinin sıklık ve yüzdeleri*

Müdahale yöntemleri	Sayı	Yüzde (%)
Bireysel terapi	249	99.6
Grup terapisi	5	2
İletişim partneri eğitimi	73	29.2
Tele-terapi	24	9.6
Alternatif İletişim Sistemleri (ADİS)	1	0.4

Çizelge 4.8.'e göre, katılımcıların afazili bireylere yönelik uygulamış olduğu “Bireysel müdahale” yöntemini 249 kişi (%99.6), “İletişim partneri” eğitimini 73 kişi (%29.2), “Tele-terapi” yöntemini 24 kişi (%9.6), “Grup terapisini” 3 kişi (%2), “Alternatif iletişim sistemlerini” ise sadece 1 kişinin (0.4) seçtiği saptanmıştır.

4.2.3. Dil ve konuşma terapistlerinin, afazili bireylere yönelik yapmış olduğu uygulamaları engelleyen ve kolaylaştıran faktörlerin incelenmesi

Katılımcılara, afazili bireylere yönelik yapılan terapi uygulamalarını engelleyen ve bu uygulamaları kolaylaştırmaya yönelik faktörlerin neler olabileceği ile ilgili sorular sorulmuştur.

Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazi müdahalesinde karşılaştığı ve müdahalenin etkililiğini engelleyen zorluklara ilişkin bulgular Çizelge 4.9.'da gösterilmiştir.

Çizelge 4.9. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazi müdahalesinde karşılaştığı ve müdahalenin etkililiğini engelleyen zorlukların sıklık ve yüzdeleri

Müdahalenin etkililiğini engelleyen zorluklar	Sıklık	Yüzde (%)
Sınırlı kaynak	112	44.8
Erişilebilirlik	39	15.6
Finansman	36	14.4
Hastanın psikolojik durumu	27	10.8
Aile bireylerinin desteği olmaması (evde egzersizlerin yaptırılmaması)	20	8
Terapi süresinin sınırlı olması	14	5.6
Güçlü bilimsel kanıt eksikliği	14	5.6
Materyal çeşitliliğinin az olması	11	4.4
Afazili bireyin terapiye devamlılığının olmaması	8	3.2
Dil ve Konuşma Terapistine ulaşım zorluğu	8	3.2
Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazi müdahalesinde ki bilgi eksikliği	8	3.2
Seans sıklığının az olması	7	2.8
Afazili bireyin diğer sağlık problemleri	7	2.8
Terapiye dair beklentinin yüksek olması	6	2.4
Uygun ortamın olmaması	5	2
Afazili bireyin terapiye uyum sağlayamaması	5	2
Afazili bireylerin terapiye geç yönlendirilmesi	5	2
Sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel düzey düşüklüğü	4	1.6
Grup terapilerinin eksikliği	3	1.2
Afazi hakkında bilgi eksikliği	3	1.2
Aile farkındalığı	2	0.8
Terapistlerin hasta yoğunluğunun fazla olması	2	0.8
Afazili bireyin fiziksel engeli	2	0.8
Teknolojik imkanların yetersizliği	2	0.8
Ailenin vaka ile sağlıklı iletişim kuramaması	1	0.4
Psikoloğa ulaşamamak	1	0.4
Afazili bireye bakım veren kişinin eğitim düzeyi	1	0.4
Dil ve Konuşma Terapistinin afazi terapilerine karşı ilgisinin olmaması	1	0.4
Diğer uzmanlarla aynı ortamda çalışamama	1	0.4
Dil ve Konuşma Terapistlerinin az olması	1	0.4
Afazili bireyin yaşının terapistten fazla olması	1	0.4
Hastanın afaziden etkilenme şiddetinin fazla olması	1	0.4

Çizelge 4.9.'a göre, katılımcılar müdahalenin etkililiğini engelleyen zorluk olarak en yüksek oranda %44.8 (n=112) “Sınırlı kaynak” yanıtını vermiştir. Nispeten yüksek oranda sayılabilecek engeller arasında %15.6 (n=39) “Erişilebilirlik”, %14.4 (n=36) “Finansman”, %10.8 (n=27) “Hastanın psikolojik durumu”, %8 (n=20) “Aile bireylerinin desteği olmaması (evde egzersizlerin yaptırılmaması)”, %5.6 (n=14) “Terapi süresinin sınırlı olması”, %5.6 (n=14) “Güçlü bilimsel kanıt eksikliği”, %4.4 (n=11) “Materyal çeşitliliğinin az olması” olduğu saptanmıştır. Başka zorluklar incelenecek olursa; %3.2 (n=8) “Afazili bireyin terapiye devamlılığının olmaması”, %3.2 (n=8) “Dil ve Konuşma Terapistine ulaşım zorluğu”, %3.2 (n=8) “Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazi müdahalesinde ki bilgi eksikliği”, %2.8 (n=7) “Seans sıklığının az olması”, %2.8 (n=7)

“Afazili bireyin diğer sağlık problemleri”, %2.4 (n=6) “Terapiye dair beklentinin yüksek olması”, %2 (n=5) “Uygun ortamın olmaması”, %2 (n=5) “Afazili bireyin terapiye uyum sağlayamaması”, %2 (n=5) “Afazili bireylerin terapiye geç yönlendirilmesi”, %1.6 (n=4) “Sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel düzey düşüklüğü”, %1.2 (n=3) “Grup terapilerinin eksikliği”, %1.2 (n=3) “Afazi hakkında bilgi eksikliği”, %0.8 (n=2) “Aile farkındalığı”, %0.8 (n=2) “Terapistlerin hasta yoğunluğunun fazla olması”, %0.8 (n=2) “Afazili bireyin fiziksel engeli”, %0.8 (n=2) “Teknolojik imkanların yetersizliği” dir . Sadece birer kişinin (%0.4) daha nadir olarak belirttiği zorluklar şu şekildedir; “Ailenin vaka ile sağlıklı iletişim kuramaması”, “Psikoloğa ulaşamamak”, “Afazili bireye bakım veren kişinin eğitim düzeyi”, “Dil ve Konuşma Terapistinin afazi terapilerine karşı ilgisinin olmaması”, “Diğer uzmanlarla aynı ortamda çalışamama”, “Dil ve Konuşma Terapistlerinin az olması”, “Afazili bireyin yaşının terapistten fazla olması”, “Hastanın afaziden etkilenme şiddetinin fazla olması”.

DKT’lerin afazili bireylere yönelik sunduğu hizmeti kolaylaştırabilecek faktörlere ilişkin bulgular Çizelge 4.10.’da gösterilmiştir.

Çizelge 4.10. Dil ve Konuşma Terapistinin afazili bireylere yönelik sunduğu hizmeti kolaylaştırabilecek faktörlerin sıklık ve yüzdeleri

Sunulan hizmeti kolaylaştırabilecek faktörler	Sıklık	Yüzde (%)
Aile bireylerinin desteğinin sağlanması	49	19.6
Materyal çeşitliliğinin artırılması	48	19.2
Terapi yöntemlerine ilişkin daha fazla Türkçe kaynağın artırılması	35	14
Terapi sıklığının artırılması	24	9.6
Dil ve konuşma terapisi hizmetinin devlet tarafından karşılanması	19	7.6
Erişilebilirlik	18	7.2
Aile bilgilendirmesinin yapılması	16	6.4
Çevre düzenlemesi	13	5.2
Afazili bireyin motivasyonlu olması	12	4.8
Evde terapi	12	4.8
Terapi süresinin artırılması	11	4.4
Afazili bireyin terapiye daha erken yönlendirilmesi	10	4
Toplumun bilinçlendirilmesi	10	4
Birey afazi olduktan sonra psikolojik destek sağlama	8	3.2
Alternatif ve destekleyici iletişim sistemleri (ADİS) kullanılması	6	2.4
Terapilerde teknoloji kullanımının artırılması	6	2.4
Tele terapi	5	2
Grup terapisi	5	2
Terapistlere afazi terapisine yönelik eğitim verilmesi	4	1.6
Afazili bireyleri daha çok terapiye yönlendirmek	4	1.6
Sağlık çalışanlarıyla daha çok iş birliğinin sağlanması	3	1.2
Dil ve konuşma terapisti sayısının artması	3	1.2
Aileye psikolojik destek sağlama	2	0.8
Terapiye devamlılığın sağlanması	2	0.8

Çizelge 4.10.'a göre, katılımcılar afazili bireylere yönelik sunduğu hizmeti kolaylaştırabilecek en yüksek oranda %19.6 (n=49) “Aile bireylerinin desteğinin sağlanması” ve %48 (n=48) “Materyal çeşitliliğinin artırılması” yanıtını vermiştir. Nispeten yüksek oranda sayılabilecek engeller arasında %14 (n=35) “Terapi yöntemlerine ilişkin daha fazla Türkçe kaynağın artırılması”, %9.6 (n=24) “Terapi sıklığının artırılması”, %7.6 (n=19) “Dil ve konuşma terapisi hizmetinin devlet tarafından karşılanması”, %7.2 (n=18) “Erişilebilirlik “, %6.4 (n=16) “Aile bilgilendirmesinin yapılması”, %5.2 (n=13) “Çevre düzenlemesi”, %4.8 (n=11) “Terapi süresinin artırılması”, %4 (n=10) “Afazili bireyin terapiye daha erken yönlendirilmesi”, %4 (n=10) “Toplumun bilinçlendirilmesi” olduğu saptanmıştır. Başka zorluklar incelenecek olursa; %3.2 (n=8) “Birey afazi olduktan sonra psikolojik destek sağlama”, %2.4 (n=6) “Alternatif ve destekleyici iletişim sistemleri (ADİS) kullanılması”, %2.4 (n=6) “Terapilerde teknoloji kullanımının artırılması”, %2 (n=5) “Tele terapi”, %2 (n=5) “Grup terapisi”, %1.6 (n=4) “Terapistlere afazi terapisine yönelik eğitim verilmesi”, %1.6 (n=4) “Afazili bireyleri daha çok terapiye yönlendirmek”, %1.2 (n=3) “Sağlık çalışanlarıyla daha çok iş birliğinin sağlanması”, %1.2 (n=3) “Dil ve konuşma terapisti sayısının artması”dır. Sadece 2’şer kişinin (%0.8) daha nadir olarak belirttiği hizmeti kolaylaştırabilecek faktörler şu şekildedir; “Aileye psikolojik destek sağlama” ve “Terapiye devamlılığın sağlanması.

Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylere sunulan mevcut hizmetten ne kadar memnun olduğuna ilişkin bulgular Çizelge 4.11.’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.11. *Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylere sunulan mevcut hizmetten ne kadar memnun olduğunun sıklık ve yüzdeleri*

Derecelendirme ölçekleri	Sıklık	Yüzde (%)
Hiç memnun değilim	15	6
Memnun değilim	37	14.8
Nötr	98	39.2
Memnunum	99	39.6
Çok memnunum	1	0.4

Çizelge 4.11.’e göre, 99 katılımcının (%39.6) afazili bireylere sunulan mevcut hizmetten “Memnun” oldukları, 1 katılımcının (%0.4) “Çok memnun” olduğu, 98 katılımcının (%39.2) “Nötr” olduğu, 37 katılımcının (%14.8) “Memnun olmadığı”, 15 katılımcının (%6) ise “Hiç memnun olmadığı” görülmüştür.

Afazi hizmetine yönelik iyileştirilmesi gereken alanlara ilişkin bulgular Çizelge 4.12.'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.12. Afazi hizmetine yönelik iyileştirilmesi gereken alanların sıklık ve yüzdeleri

İyileştirilmesi gereken alanlar	Sıklık	Yüzde (%)
Seansların sıklığı	167	66.8
Seansların süresi	86	34.4
Toplum eğitimi	178	71.2
Toplam seans sayısı	98	39.2
İletişim partneri eğitimi	195	78
Grup eğitimleri	3	1.2
Terapiye başlama süreleri	1	0.4
Erişebilirlik /Erişilebilirlik	1	0.4

Çizelge 4.12.'ye göre, 195 katılımcı (%78) “iletişim partneri eğitiminin”, 178 katılımcı (%71.2) “Toplum eğitiminin”, 167 katılımcı (%66.8) ise “Seans sıklığının” iyileştirilmesi gerektiği yanıtını verdiği görülmüştür. Buna ek olarak, 98 kişi (%39.2) “Toplam seans sayısını”, 86 kişi (%34.4) ”Seansların süresini”, 3 kişi (%1.2) “Grup eğitimlerini”, 1'er kişi (%0.4) “Terapiye başlama sürelerini” ve “Erişebilirlik/Erişilebilirlik” alanlarında iyileştirilme yapılması gerektiği yanıtını vermişlerdir.

4.3. Dil ve Konuşma Terapistlerinin Anketin “Afazi Rehabilitasyonunda Klinik Yaklaşımlar” Bölümüne Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular

4.3.1. Dil ve konuşma terapistlerinin, afazi rehabilitasyonunda kullanılan on bir klinik yaklaşımla ilgili bilgi, güven ve kullanma sıklıklarının incelenmesi

Katılımcıların, afazi rehabilitasyonunda on bir farklı klinik yaklaşımla ilgili bilgileri, güvenleri ve kullanma sıklığı değerlendirilmiştir. Bu klinik yaklaşımlar; bilişsel nöropsikolojik yaklaşım, işlevsel yaklaşım, sosyal/hayata katılım, söylem temelli müdahale, teknoloji temelli müdahale, uyaran yaklaşımı, grup terapisi, nöroplastisite ilkesi, alternatif ve destekleyici iletişim, konuşma partneri eğitimi, afazili kültürel ve dilsel açıdan farklı kişiler için eğitimidir (Afazi rehabilitasyonunda kullanılan yaklaşımlar anketin D bölümündeki tabloda kısaca açıklanmıştır).

Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazi rehabilitasyonunda kullanılan klinik yaklaşımlar hakkındaki bilgilerine ilişkin bulgular Çizelge 4.13.'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.13. *Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazi rehabilitasyonunda kullanılan klinik yaklaşımlar hakkındaki bilgilerinin sıklık ve yüzdeleri*

Derecelendirme ölçekleri	Sıklık	Yüzde (%)
Çok iyi	6	2.4
İyi	56	22.3
Yeterli	107	42.6
Sınırlı	75	29.9
Çok sınırlı	7	2.8

Çizelge 4.13.'e göre, katılımcıların büyük bir yüzdesi 107 kişi (%42.9) “Yeterli”, az bir yüzdesi olan 6 kişi (2.4) “Çok iyi” yanıtını vermiştir. Geriye kalan katılımcılardan 56 kişi (%22.3) “İyi”, 75 kişi (%29.9) “Sınırlı”, 7 kişi (%2.8) ise “Çok sınırlı” yanıtını verdiği görülmüştür.

Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazi rehabilitasyonunda klinik yaklaşımları kullanırken kendine olan güvenine ilişkin bulgular Çizelge 4.14.'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.14. *Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazi rehabilitasyonunda klinik yaklaşımları kullanırken kendine olan güvenin sıklık ve yüzdeleri*

Güven derecesi	Sıklık	Yüzde (%)
Oldukça güvenli	15	6
Güvenli	117	46.8
Nötr	78	31.2
Güvensiz	38	15.2
Tamamen güvensiz	2	0.8

Çizelge 4.14'e göre, katılımcıların büyük bir yüzdesi 117 kişi (%46.8) “Güvenli”, az bir yüzdesi ise 2 kişi (%0.8) “Tamamen güvensiz” yanıtını vermiştir. Geriye kalan katılımcılardan 15 kişi (%6) “Oldukça güvenli”, 78 kişi (31.2) “Nötr”, 38 kişi (%15.2) “Güvensiz” yanıtını verdiği görülmüştür.

Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazi rehabilitasyonunda kullandığı klinik yaklaşımları hangi sıklıkta kullandığına ilişkin bulgular Çizelge 4.15.'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.15. *Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazi rehabilitasyonunda kullandığı klinik yaklaşımları hangi sıklıkta kullandığının sıklık ve yüzdeleri*

Derecelendirme ölçekleri	Sıklık	Yüzde (%)
Çok sık	11	%4.4
Sık	117	%46.8
Bazen	83	%33.2
Nadiren	24	%9.6
Çok nadiren	15	%6

Çizelge 4.15.'e göre, katılımcıların büyük bir yüzdesi 117 kişi (%46.8) “Sık”, az bir yüzdesi ise 11 kişi (%4.4) “Çok sık” yanıtını vermiştir. Geriye kalan katılımcılardan 83 kişi (%33.2) “Bazen”, 24 kişi (9.6) “Nadiren”, 15 kişi (%6) “Çok nadiren” yanıtını verdiği görülmüştür.

4.4. Dil ve Konuşma Terapistlerinin Anketin “Vaka Eğitimi ve Danışmanlık” Bölümüne Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular

4.4.1. Dil ve konuşma terapistlerinin, afazili bireyleri, afazili bireylerin ailesini ve afazi konusunda eğitip eğitmediği, eğitmede kullandığı yöntem ve sıklıkların incelenmesi

Katılımcılara, afazili bireyleri, afazili bireylerin ailesini afazi konusunda eğitip eğitmediği, eğitmede kullandığı yöntemi ve sıklıkları hakkında sorular sorulmuştur.

Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylere, afazili bireylerin ailelerine ve sohbet ortağına afazi konusunda eğitim vermesine ilişkin bulgular Çizelge 4.16.'da gösterilmiştir.

Çizelge 4.16. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylere, afazili bireylerin ailelerine ve sohbet ortağına afazi konusunda eğitim vermesinin sıklık ve yüzdeleri

	Afazili bireylere		Afazili bireyin aile üyeleri ve sohbet ortağı	
	Sıklık	Yüzde (%)	Sıklık	Yüzde (%)
Her zaman	47	18.8	113	45.2
Sık	65	26	96	38.4
Bazen	75	30	28	11.2
Nadiren	56	22.4	13	5.2
Asla	7	2.8	0	0

Çizelge 4.16.'ya göre, katılımcıların nispeten büyük bir yüzdesi %45.2 (n=113) afazili bireyin aile üyeleri ve sohbet ortağına “Her zaman” eğitim verdiği, %30 (n=75) oranında afazili bireye “Bazen” eğitim verdiği görülmüştür. Katılımcıların afazili bireyin aile üyeleri ve sohbet ortağına hiç eğitim vermediğinin görülmediği, fakat afazili bireye katılımcılardan 7 kişinin (%2.8) hiç eğitim vermediği saptanmıştır. Diğer katılımcıların yanıtları incelenecek olursa; afazili bireylere %18.8 (n=47) “Her zaman”, %26 (n=65) “Sık”, %22.4 (n=56) “Nadiren”; afazili bireyin aile üyeleri ve sohbet ortağına %38.4 (n=96) “Sık”, %11.2 (n=28) “Bazen”, %5.2 (n=13) “Nadiren” yanıtını vermişlerdir.

Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireyleri, afazili bireylerin ailelerini ve sohbet ortağını afazi konusunda eğitmek için ne kullandığına ilişkin bulgular Çizelge 4.17.'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.17. *Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireyleri, afazili bireylerin ailelerini ve sohbet ortağını afazi konusunda eğitmek için ne kullandığının sıklık ve yüzdeleri*

	Afazili bireyler		Afazili bireyin aile üyeleri ve sohbet ortağı	
	Sıklık	Yüzde (%)	Sıklık	Yüzde (%)
Sözlü açıklama	239	95.6	243	97.2
Yazılı bilgiler	180	72	172	68.8
Video kaynakları	68	27.2	67	26.8
Web tabanlı materyal	59	23.6	49	19.6
Görsel materyal	5	2	2	0.8

Çizelge 4.17.'ye göre, katılımcıların çok büyük bir yüzdesi %95.6 (n=239) afazili bireylere, %97.2 (n=243) afazili bireyin aile üyeleri ve sohbet ortağına “Sözlü açıklama” ile eğitim yaptığı görülmüştür. Daha sonraki büyük yüzde oranı incelenecek olursa, %72 (n=180) afazili bireylere, %68.8 (n=172) afazili bireyin aile üyeleri ve sohbet ortağına “Yazılı bilgiler” ile eğitim yaptığı görülmüştür. Katılımcılardan hem “Sözlü açıklama” ve “Yazılı bilgiler” in her ikisini de seçen 168 kişi (%67.2) olduğu görülmüştür. Afazili bireylere “Video kaynaklar” ile 68 kişi (%27.2), “Web tabanlı materyal” ile 59 kişi (%23.6), görsel materyal ile 5 kişi (%2) kişinin eğitim verdiği saptanmıştır. Afazili bireyin aile üyeleri ve sohbet ortağına “Video kaynaklar” ile 67 kişi (%26.8), “Web tabanlı materyal” ile 49 kişi (%19.6), “Görsel materyal” ile 2 kişi (%0.8) kişinin eğitim verdiği saptanmıştır.

Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylere ve aile üyelerine afazi ile ortaya çıkabilecek duygusal ve sosyal değişiklikler konusunda danışmanlık vermesine ilişkin bulgular Çizelge 4.18.'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.18. *Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylere ve aile üyelerine afazi ile ortaya çıkabilecek duygusal ve sosyal değişiklikler konusunda danışmanlık vermesinin sıklık ve yüzdeleri*

Derecelendirme ölçekleri	Sıklık	Yüzde (%)
Her zaman	53	21.2
Sıklıkla	72	28.8
Bazen	66	26.4
Nadiren	45	18
Hiçbir zaman	14	5.6

Çizelge 4.18.'e göre, katılımcıların afazili bireylere ve aile üyelerine afazi ile ortaya çıkabilecek duygusal ve sosyal değişiklikler konusunda danışmanlık hizmeti vermesine 53 kişi (%21.2) “Her zaman”, 72 kişi (%28.8) “Sıklıkla”, 66 kişi (%26.4) “Bazen”, 45 kişi (%18) “Nadiren”, 14 kişi (%5.6) “Hiçbir zaman” yanıtını vermiştir.

4.5. Dil ve Konuşma Terapistlerinin Anketin “Amaç Belirleme ve Terapiyi Sonlandırma” Bölümüne Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular

4.5.1. Dil ve konuşma terapistleri, afazili bireyler için amaç belirlemede afazili bireyler ve ailesiyle birlikte iş birliği yapıp yapmadığının incelenmesi

Katılımcılara, afazili bireyler için amaç belirlemede afazili bireyler ve ailesiyle birlikte iş birliği yapıp yapmadığına ilişkin sorular sorulmuştur.

Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireyler için amaç belirlemede afazili bireyin kendisi, afazili bireyin arkadaşları/aile üyeleri, multidisipliner ekip ile iş birliği yaptığına ilişkin bulgular Çizelge 4.19.'da gösterilmiştir.

Çizelge 4.19. *Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireyler için amaç belirlemede afazili bireyin kendisi, afazili bireyin arkadaşları/aile üyeleri, multidisipliner ekip ile iş birliği yapmasının sıklık ve yüzdeleri*

Derecelendirme ölçekleri	Sıklık	Yüzde (%)
Her zaman	80	32
Sıklıkla	113	45.2
Bazen	45	18
Nadiren	11	4.4
Hiçbir zaman	1	0.4

Çizelge 4.19.'a göre, katılımcılardan 113 kişi (%45.2) “Sıklıkla” amaç belirlemede afazili bireylerin kendileri, afazili bireylerin arkadaşları/aile üyeleri, multidisipliner ekip ile işbirliği yaptığı, 80 kişinin (%32) “Her zaman”, 45 kişinin (%18) “Bazen”, 11 kişinin (%4.4) “Nadiren” ve 1 kişinin (%0.4) ise “Hiçbir zaman” işbirliği yapmadığı saptanmıştır.

4.5.2. Dil ve konuşma terapistlerinin, afazili bireyin terapisini sonlandırmasındaki nedenlerinin incelenmesi

Katılımcılara, afazili bireyin terapisini sonlandırma kararı almadaki 3 temel neden hakkında soru sorulmuştur.

Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylerde terapi sürecini sonlandırma kararına ilişkin bulgular Çizelge 4.20.'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.20. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylerde terapi sürecini sonlandırma kararının sıklık ve yüzdeleri

Terapi sonlandırma nedenleri	Sıklık	Yüzde (%)
Afazili bireyin ilerleme kaydedememesi	67	26.8
Afazili bireyin motivasyon düşüklüğü, koopere olamaması	63	25.2
Afazili bireyin gündelik yaşamını idame ettirecek kadar iletişim kurması	56	22.4
Afazili bireyin terapiye devam sağlamaması	45	18
Afazili birey için hedeflenen becerileri edinmesi	37	14.8
Afazili bireyin terapiyi sonlandırmak istemesi	32	12.8
Afazili bireyin diğer sağlık sorunları	27	10.8
Ailenin terapi sürecine dahil olup destek vermesi	22	8.8
Afazili bireyin gelebilecek maksimum seviyeye gelmesi	22	8.8
Maddi yetersizlik	18	7.2
Verilen egzersizlerin yapılmaması	17	6.8
Afazili bireyin psikolojik durumu	17	6.8
Ailenin terapiyi sonlandırmak istemesi	14	5.6
Ailenin bilinçlenmesi, ev desteğinin sağlanması	10	4
Beklentiler	7	2.8
Aile isteği, görüşü	7	2.8
Ulaşım	6	2.4
Ses ve yutma sorunlarının giderilmesi	6	2.4
Afazili bireyin hastaneden taburcu olması	5	2
Tutumlar	5	2
Vakanın memnuniyeti	5	2
Terapiye geç başlamadan dolayı ilerleme olmaması	5	2
Afazili birey-terapist arasındaki terapötik ilişkinin bozulması	4	1.6
Terapi süresindeki yetersizlik	4	1.6
Hastanın COVID-19 geçirmesi	4	1.6
Terapi verimliliğinde düşüş	4	1.6
Vakanın daha verim alabileceği kurumlara yönlendirmek	4	1.6
Yaşam kalitesindeki artış	3	1.2
Terapistin bilgi eksikliği	3	1.2
Hastanın raporunun bitmesi	3	1.2
Aile isteksizliği	3	1.2
Sınırlı kaynak	2	0.8
Sosyal-kültürel düzeyin düşük olması	2	0.8
Terapi sıklığının az olması	1	0.4
Materyal eksikliği	1	0.4
Çevresel faktörler	1	0.4
Çift dillilik	1	0.4

Çizelge 4.20.'e göre, katılımcılar afazili bireylerde terapi sürecini sonlandırma kararı almadaki temel sebeplerde en yüksek oranda %26.8 (n=67) “Afazili bireyin ilerleme kaydedememesi”, %25.2 (n=63) “Afazili bireyin motivasyon düşüklüğü, koopere olamaması”, %22.4 (n=56) “Afazili bireyin gündelik yaşamını idame ettirecek kadar iletişim kurması” yanıtını vermiştir. Nispeten yüksek oranda sayılabilecek engeller

arasında %18 (n=45) “Afazili bireyin terapiye devam sağlamaması”, %14.8 (n=37) “Afazili birey için hedeflenen becerileri edinmesi”, %12.8 (n=32) “Afazili bireyin terapiyi sonlandırmak istemesi”, %10.8 (n=27) “Afazili bireyin diğer sağlık sorunları”, %8.8 (n=22) “Ailenin terapi sürecine dahil olup destek vermesi”, %8.8 (n=22) “Afazili bireyin gelebilecek maksimum seviyeye gelmesi”, %7.2 (n=18) “Maddi yetersizlik”, %6.8 (n=17) “Verilen egzersizlerin yapılmaması”, %6.8 (n=17) “Afazili bireyin psikolojik durumu”, %5.6 (n=14) “Ailenin terapiyi sonlandırmak istemesi”, %4 (n=10) “Ailenin bilinçlenmesi, ev desteğinin sağlanması” olduğu saptanmıştır. Başka zorluklar incelenecek olursa; %2.8 (n=7) “Beklentiler”, %2.8 (n=7) “Aile isteği, görüşü”, %2.4 (n=6) “Ulaşım”, %2.4 (n=6) “Ses ve yutma sorunlarının giderilmesi”, %2 (n=5) “Afazili bireyin hastaneden taburcu olması”, %2 (n=5) “Tutumlar”, %2 (n=5) “Vakanın memnuniyeti”, %2 (n=5) “Terapiye geç başlamadan dolayı ilerlememe olmaması”, %1.6 (n=4) “Afazili birey-terapist arasındaki terapötik ilişkinin bozulması”, %1.6 (n=4) “Terapi süresindeki yetersizlik”, %1.6 (n=4) “Hastanın Covid-19 geçirmesi”, %1.6 (n=4) “Terapi verimliliğinde düşüş”, %1.6 (n=4) “Vakanın daha verim alabileceği kurumlara yönlendirmek”, %1.2 (n=3) “Yaşam kalitesindeki artış, %1.2 (n=3) “Terapistin bilgi eksikliği”, %1.2 (n=3) “Hastanın raporunun bitmesi, %1.2 (n=3) “Aile isteksizliği”, %0.8 (n=2) “Sınırlı kaynak”, %0.8 (n=2) “Sosyal-kültürel düzeyin düşük olması” dır. Sadece 1’er kişinin (%0.4) daha nadir olarak terapiyi sonlandırma nedenleri şu şekildedir; “Terapi sıklığının az olması”, “Materyal eksikliği”, “Çevresel faktörler”, “Çift dillilik”.

4.5.3. Dil ve konuşma terapistlerinin, afazili bireyin terapisini sonlandırdıktan sonra durumlarını yeniden gözden geçirmesinin, afazili bireyi ortalama ne kadar süre sonra yeniden değerlendirdiğinin ve yeniden gözden geçirme seansında neler yaptığının incelenmesi

Katılımcılara, afazili bireyin terapisini sonlandırdıktan sonra durumlarını yeniden gözden geçirip geçirmediğini, ne sıklıkla yeniden değerlendirdikleri ve gözden geçirme seansında neler yaptıklarına ilişkin sorular sorulmuştur.

Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireyler ile terapi sürecini sonlandırdıktan sonrada durumlarını yeniden gözden geçirmesine ilişkin bulgular Çizelge 4.21.’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.21. *Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireyler ile terapi sürecini sonlandırdıktan sonra da durumlarını yeniden gözden geçirmesinin sıklık ve yüzdeleri*

Derecelendirme ölçekleri	Sıklık	Yüzde (%)
Her zaman	17	6.8
Sıklıkla	79	31.6
Bazen	66	26.4
Nadiren	67	26.8
Hiçbir zaman	21	8.4

Çizelge 4.21.'e göre, katılımcılardan 17 kişi (%6.8) “Her zaman” terapi sürecini sonlandırdıktan sonra da afazili bireyin durumunu yeniden gözden geçirdiği, 79 kişinin (%31.6) “Sıklıkla”, 66 kişinin (%26.4) “Bazen”, 67 kişinin (%26.8) “Nadiren” ve 21 kişinin (%8.4) ise “Hiçbir zaman” işbirliği yapmadığı saptanmıştır.

Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireyler ile terapi sürecini sonlandırdıktan ortalama ne kadar süre sonra onları yeniden değerlendirmesine ilişkin bulgular Çizelge 4.22.'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.22. *Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireyler ile terapi sürecini sonlandırdıktan ortalama ne kadar süre sonra onları yeniden değerlendirmesinin sıklık ve yüzdeleri*

Yeniden değerlendirme süresi	Sıklık	Yüzde (%)
2 hafta- 1 ay	33 kişi	13.2
2-3 ay	84 kişi	33.6
6 ay	58 kişi	23.2
1 yıl	12 kişi	4.8
>1 yıl	63 kişi	25.2

Çizelge 4.22.'ye göre, katılımcılardan en yüksek oranla %33.6 (n=84) “2-3 ay sonra yeniden değerlendirildiği”, en düşük oranla “1 yıl” yanıtını veren %4.8 (n=12) katılımcı olduğu saptanmıştır. Diğer katılımcılardan, %13.2 (n=33) “2 hafta-1 ay” sonra, %23.2 (n=58) “6 ay” sonra, %25.2 (n=63) “1 yıldan fazla” bir süre sonra yeniden değerlendirdiği görülmüştür.

Dil ve Konuşma Terapistlerinin yeniden gözden geçirme (değerlendirme) seansında neler yaptığına ilişkin bulgular Çizelge 4.23.'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.23. Dil ve Konuşma Terapistlerinin yeniden gözden geçirme (değerlendirme) seansında neler yaptığının sıklık ve yüzdeleri

Gözden geçirme seansında yapılanlar	Sıklık	Yüzde (%)
Dil becerilerini gözden geçirme	241	96.4
Sohbet ortağının eğitimi	180	72
Günlük hayata katılım	3	1.2
Hiçbiri	3	1.2
Afazili bireyin psikolojik sorunları	3	1.2
Spontane konuşma	2	0.8

Çizelge 4.23.'de ulaşılan sonuçlara göre, katılımcıların yeniden gözden geçirme (değerlendirme) seansında neler yaptığına ilişkin 241 kişi (%96.4) “Dil becerilerini gözden geçirme”, 180 kişi (%72) “Sohbet ortağının eğitimi”, 3 kişi (%1.2) “Günlük hayata katılım”, 3 kişi (%1.2) “Hiçbiri”, 3 kişi (%1.2) “Afazili bireyin psikolojik sorunları”, 2 kişi (%0.8) “Spontane konuşma” yanıtını vermiştir.

Dil ve Konuşma Terapistlerine, afazili bireyler ile terapi sürecini sonlandırdıktan sonra da dil müdahalesine ihtiyaç duyup duymadıkları sorulmuştur. Verilen yanıtlara bakıldığında 250 terapistten 221'i (%88.4) “Afazili bireyler ile terapi süreci sonlandıktan sonra da dil müdahalesine ihtiyaç duyduğu”, 29'u (%11.6) ise “afazili bireyler ile terapi süreci sonlandıktan sonra dil müdahalesine ihtiyaç duymadığı” sonucuna varılmıştır.

4.5.4. Dil ve konuşma terapistlerinin, afazili bireyin terapisini sonlandırdıktan sonra ne tür tavsiyelerde bulunduğu incelenmesi

Katılımcılara, afazili bireyin terapisini sonlandırdıktan sonra onlara tavsiyelerde bulunup bulunmadığı, eğer tavsiyede bulunuluyorsa ne tür tavsiyelerde bulunulduğuna ilişkin sorular sorulmuştur.

Dil ve Konuşma Terapistlerine, afazili bireyler ile terapi sürecini sonlandırdıktan sonra onlara tavsiyelerde bulunup bulunmadığı sorulmuştur. Verilen yanıtlara bakıldığında 250 terapistten 207'si (%82.8) afazili bireyler ile terapi süreci sonlandıktan sonra onlara tavsiyede bulunduğunu, 43'ü (%17.2) ise afazili bireyler ile terapi süreci sonlandıktan sonra onlara tavsiyelerde bulunmadığı sonucuna varılmıştır.

Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireyler ile terapi sürecini sonlandırdıktan sonra onlara genellikle ne tür tavsiyelerde bulunduğu ilişkin bulgular Çizelge 4.24.'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.24. *Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireyler ile terapi sürecini sonlandırdıktan sonra onlara genellikle ne tür tavsiyelerde bulunduğu sıklık ve yüzdeleri*

Tavsiyeler	Sıklık	Yüzde (%)
Ev çalışmaları	210	99.5
Diğer özel hizmetler	85	40.3
Eğitim materyalleri	140	66.4
Destek grupları	71	33.6
Günlük yaşama katılım	2	0.9

Çizelge 4.24.'e göre, toplam 211 kişinin yanıtladığı soruda 1 kişi hariç 210 katılımcının (%99.5) afazili vakalarına “Ev çalışmalarını” tavsiye ettiği saptanmıştır. Daha sonra 140 katılımcı (%66.4) tarafından afazili bireye terapi sürecinden sonra kullanılması için “Eğitim materyalleri” önerildiği görülmüştür. “Diğer özel hizmetleri” 85 katılımcı (%40.3), “Destek gruplarını” 71 katılımcı (%33.6), “Günlük yaşama katılımı” ise 2 katılımcı (%0.9) afazili bireylere tavsiye ettiği görülmüştür.

4.5.5. Dil ve konuşma terapistlerinin afazili bireylerde iletişim becerilerini geliştirmek için doğrudan toplum içinde çalışıp çalışmadığının ve afazili bireyler ile nasıl iletişim kurulacağı konusunda sağlık profesyonellerine eğitim verip vermediğinin incelenmesi

Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylerde iletişim becerilerini geliştirmek için doğrudan toplum içinde çalışıp çalışmamasına ilişkin bulgular Çizelge 4.25.'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.25. *Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireylerde iletişim becerilerini geliştirmek için doğrudan toplum içinde çalışıp çalışmamasının sıklık ve yüzdeleri*

Derecelendirme ölçekleri	Sıklık	Yüzde (%)
Her zaman	8	3.2
Sıklıkla	16	6.4
Bazen	31	12.4
Nadiren	80	32
Hiçbir zaman	115	46

Çizelge 4.25.'e göre, katılımcıların büyük çoğunluğu 115 katılımcı (%46) afazili bireylerde iletişim becerilerini geliştirmek için doğrudan toplum içinde “Hiç” çalışmadığı saptanmıştır. Sadece 8 katılımcının (%3.2) “Her zaman” toplum içinde çalıştığı görülmektedir. 16 katılımcı (%6.4) “Sıklıkla”, 31 katılımcı (%12.4) “Bazen”, 80 katılımcı (%32) ise “Nadiren” toplum içinde çalıştığı görülmektedir.

Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireyler ile nasıl iletişim kurulacağı konusunda sağlık profesyonellerine eğitim verip vermediğine ilişkin bulgular Çizelge 4.26.'da gösterilmiştir.

Çizelge 4.26. *Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazili bireyler ile nasıl iletişim kurulacağı konusunda sağlık profesyonellerine eğitim verip vermediğinin sıklık ve yüzdeleri*

Derecelendirme ölçekleri	Sıklık	Yüzde (%)
Her zaman	11	4.4
Sıklıkla	37	14.7
Bazen	57	22.7
Nadiren	84	33.5
Hiçbir zaman	62	24.7

Çizelge 4.26.'ya göre, katılımcılardan 11 kişi (%4.4) “Her zaman” afazili bireyler ile nasıl iletişim kurulacağı konusunda sağlık profesyonellerine eğitim verdiği, 37 kişinin (%14.7) “Sıklıkla”, 57 kişinin (%22.7) “Bazen”, 84 kişinin (%33.5) “Nadiren” ve 62 kişinin (%24.7) ise “Hiçbir zaman” eğitim vermediği saptanmıştır.

Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazi terapileri ile ilgili gelecekteki araştırmalarda ne görmek isteyeceklerine ilişkin bulgular Çizelge 4.27.'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.27. Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazi terapileri ile ilgili gelecekteki araştırmalarda ne görmek isteyeceklerinin sıklık ve yüzdeleri

Araştırmalar	Sıklık	Yüzde (%)
Kanıta dayalı daha fazla terapi tekniği	52	20.8
Materyal çeşitliliği	26	10.4
Terapi etkililik çalışmaları	25	10
Terapi tekniklerinin Türkçe' ye çevrilmesi	20	8
Aile eğitimi ile ilgili yaklaşımlar	15	6
Afazili bireyin sosyal hayata uyum çalışmaları	13	5.2
Alternatif ve Destekleyici İletişim Sistemleri (ADİS) etkililiği	11	4.4
Grup terapileri	11	4.4
Web tabanlı materyaller	10	4
Yeni ve kapsamlı değerlendirme araçları	8	3.2
Afazili bireylerin psikolojik süreçleri	7	2.8
Tele terapi uygulamaları	6	2.4
Afazili bireyin terapi sonrasındaki süreci	5	2
Afazili bireyin bilişsel süreçleri	5	2
Toplum farkındalığı ile ilgili çalışma	4	1.6
Destek grupları	4	1.6
Deneyim ve kaynak paylaşılacak ortam	2	0.8
DKT- Nörolog iş birliğinin arttırılması	2	0.8
Afazi terapisini sonlandırma kriterleri	2	0.8
Terapi ortamının düzenlenmesi	2	0.8
Aile destek grubu	2	0.8
Plastisiteye yönelik araştırmalar	1	0.4
Terapötik ilişki	1	0.4
Terapiye devamsızlık nedenleri	1	0.4
İşitsel algılama	1	0.4
Diğer sağlık personellerinin eğitilmesi	1	0.4
Terapilerin devlet tarafından karşılanması	1	0.4
Genç afazililerde daha çok araştırma yapılması	1	0.4
Çift dilli afazili bireylerde müdahale yöntemleri	1	0.4

Çizelge 4.27.'ye göre, katılımcılar afazi terapileri ile ilgili gelecekteki araştırmalarda ne görmek isteyeceklerine ilişkin en yüksek oranda %20.8 (n=52) “Kanıta dayalı daha fazla terapi tekniği”, %10.4 (n=26) “Materyal çeşitliliği”, %10 (n=25) “Terapi etkililik çalışmaları” yanıtını vermiştir. Nispeten yüksek oranda sayılabilecek araştırmalar arasında %8 (n=20) “Terapi tekniklerinin Türkçe' ye çevrilmesi”, %6 (n=15) “Aile eğitimi ile ilgili yaklaşımlar”, %5.2 (n=13) “Afazili bireyin sosyal hayata uyum çalışmaları”, %4.4 (n=11) “Alternatif ve Destekleyici İletişim Sistemleri (ADİS) etkililiği”, %4.4 (n=11) “Grup terapileri”, %4 (n=10) “Web tabanlı materyaller”, %3.2 (n=8) “Yeni ve kapsamlı değerlendirme araçları”, %2.8 (n=7) “Afazili bireylerin psikolojik süreçleri”, %2.4 (n=6) “Tele terapi uygulamaları”, %2 (n=5) “Afazili bireyin bilişsel süreçleri”, %1.6 (n=4) “Toplum farkındalığı ile ilgili çalışma”, %1.6 (n=4) olduğu saptanmıştır. Başka zorluklar incelenecek olursa; %0.8 (n=2) “Deneyim ve

kaynak paylaşılacak ortam”, %0.8 (n=2) “DKT- Nörolog iş birliğinin arttırılması”, %0.8 (n=2) “Afazi terapisini sonlandırma kriterleri”, %0.8 (n=2) “Terapi ortamının düzenlenmesi”, %0.8 (n=2) “Aile destek grubu” dur. Sadece 1’şer kişinin (%0.4) daha nadir olarak belirttiği ileriki araştırmalarda görmek istenilenler şu şekildedir; “Terapötik ilişki”, “Terapiye devamsızlık nedenleri”, “İşitsel algılama”, “Diğer sağlık personellerinin eğitilmesi”, “Terapilerin devlet tarafından karşılanması”, “Genç afazililerde daha çok araştırma yapılması” ve “Çift dilli afazili bireylerde müdahale yöntemleri”.

5. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Bu çalışmanın Türkiye’de DKT’lerin, afazili bireylere yönelik sundukları terapi hizmetlerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu amaca yönelik, DKT’lerin değerlendirme ve terapi süreçleri, klinik yaklaşımları, vakalara yönelik danışmanlıkları, vakaların iyileşme süreçleri, amaç belirleme ve terapiyi sonlandırma alanlarındaki güncel uygulamalarını ve uygulama kapsamının incelenmesi hedeflenmiştir.

DKT’lerin afazili bireylere yönelik değerlendirme seanslarının 30-45 dakika ranjında sürdüğü, afazili bireyleri değerlendirmek için daha çok ADD (Afazi Dil Değerlendirme Testi) testinin kullanıldığı ve terapistlerin kullandıkları değerlendirme araçlarını revize etmedikleri görülmüştür. Ayrıca, afazili bireye haftada bir olmak üzere ortalama 30-45 dakika terapi hizmeti sunulduğu, afazili bireye bireysel müdahale yönteminin kullanıldığı, afazi müdahalesinin etkili olmasını engelleyen faktör olarak kaynakların sınırlı ve yetersiz olması, materyal çeşitliliğinin artırılması ve afazi terapilerinde aile bireylerinin desteğinin sağlanmasının sunulan terapi hizmetini kolaylaştıracağı bulunmuştur. DKT’lerin işlevsel ve sosyal hayata katılım yaklaşımları hakkında bilgilerinin yeterli olduğunu, bu yaklaşımları uygularken kendilerini güvenli hissettikleri ve bu yaklaşımları oldukça sık kullandıkları bulunmuştur. DKT’lerin afazili bireylere bazen afazi hakkında eğitim verdiği ve eğitim verirken sözlü açıklama ve yazılı bilgiler şeklinde sunduğu saptanmıştır. Afazili bireylerin aile üyeleri ve sohbet ortağına ise her zaman afazi hakkında eğitim verdiği ve eğitim verirken sözlü açıklama ve yazılı bilgiler şeklinde sunduğu bulunmuştur. Son olarak, DKT’lerin afazili bireylerde terapi sürecini sonlandırma kararı almasındaki en büyük nedenin afazili bireyin ilerleme kaydedememesi ve afazili bireyin motivasyon düşüklüğü ve koopere olamaması olduğu bulunmuştur. Afazili bireyler ile terapi sürecini sonlandırdıktan 2-3 ay sonra yeniden değerlendirdiği ve yapılan gözden geçirme seansında afazili bireyin dil becerilerini gözden geçirdiği bulunmuştur. DKT’lerin afazili bireyler ile terapi sürecini sonlandırdıktan sonrada onlara tavsiyelerde bulunduğu ve bu tavsiyelerin genellikle ev çalışmaları şeklinde olduğu görülmüştür.

5.2. Tartışma

Bu araştırmada, Türkiye’de çalışan DKT’ler tarafından afazili bireylere yönelik sundukları değerlendirme ve terapi süreçleri, klinik yaklaşımları, vakalara yönelik

danışmanlıkları, amaç belirleme ve terapiyi sonlandırma alanlarındaki güncel uygulamaları, uygulama kapsamı ve etkili uygulamaların önündeki engellerle ilgili algıları araştırılmıştır.

Afazili bireylere yönelik sunulan terapinin sıklığı ve süresi incelenecek olursa, afazi terapisinin, en iyi şekilde haftada beş gün veya afazili bireyin tolere edebildiği kadar yoğun olarak verilmesi önerilmektedir (Lindsay vd., 2008). İngiltere’de yapılan çalışmalarda, afazili bireylerin genellikle önerilenden daha az dil ve konuşma terapisi gördükleri bulunmuştur (Code, 2000). Asya bağlamı incelenecek olursa, Hong Kong’ta afazili bireylerin aileleri hem yatan hem de ayakta terapi hizmetlerinde terapi sürelerinin yetersizliği nedeniyle memnuniyetsizliklerini bildirmişlerdir (Kong, 2011). Araştırmadan elde edilen sonuçlarda, katılımcıların büyük çoğunluğunun, afazili bireylere haftada 1 seans olmak üzere terapi yaptığı sonucuna varılmıştır. Terapi seans sürelerine bakıldığında çoğu katılımcı, terapi seans sürelerinin 30-45 dakika sürdüğünü dile getirmiştir. Ayrıca uygulanan afazi terapi süresinin önerilen 45-60 dakika olan standardının altında olduğu bulunmuştur (Godecke vd., 2014). Mevcut çalışmanın bulguları, DKT’ler tarafından sunulan afazi terapisinin sıklığı ve süresi açısından açık bir yetersizlik olduğunu düşündürmektedir. Bu, Türkiye’de sunulan afazi terapisinin yoğunluğunun, hem akut (Godecke vd., 2012), hem de kronik (Bhagal vd., 2003) afazili bireylerde etkili olduğu bulunan yoğunluğa yakın olmadığını göstermektedir. Bu durumun, sunulan terapi hizmeti için DKT sayısının az olması nedeniyle iş yükünün fazla olmasına, DKT’lerin iş yükü fazlalığı nedeniyle de zaman sıkıntısının yaşanmasına bağlanmaktadır. Uluslararası standartlarla karşılaştırılabilir hizmet sunumuna olanak tanımak için afazili bireyin terapi sürecinde daha fazla insan gücü, kaynak ve finansman sağlanması gerektiği düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada, bireysel müdahale yöntemi katılımcılar tarafından sağlanan en yaygın müdahale yöntemi iken, iletişim partneri eğitimi, grup terapisi ve tele-terapi yöntemlerinin daha nadir olarak kullanıldığı görülmektedir. Alanyazına bakıldığında yapılan çalışmalar, elde edilen bulgular ile benzerlik göstermektedir (Kong, 2018; Rose, 2014; Gou vd., 2004). Diğer dil ve konuşma bozukluklarının terapisi gibi, afazi terapisinin de DKT’ler tarafından bireyselleştirildiği görülmektedir. Dolayısıyla, katılımcıların bu açıdan kısıtlayıcı olma eğiliminde oldukları ve terapi seanslarının çoğunun bireysel olarak gerçekleştirildiği görülmektedir (Kong, 2018). Araştırmacıda,

DKT'lerin afazide uygulanan bireysel müdahale yöntemini tercih etmesindeki en büyük nedenin, grup terapileri, iletişim partneri eğitimi ve tele-terapi müdahale yöntemleri ile ilgili üniversitelerde verilen eğitimin yetersiz olması ve bu müdahale yöntemleri ile ilgili standart Türkçe terapi protokollerinin olmamasının yansıması olabileceğini düşündürmektedir. Dolayısıyla, terapistlerin bu müdahale yöntemlerini uygularken kendilerine olan güvenin az olabileceği ve bu nedenle bireysel terapiyi tercih etmelerinin olası olabileceği düşünülmektedir. Bu durumun Rose vd. (2014) 188 DKT ile yaptığı bir araştırmada, katılımcıların %20'sinin grup terapi hizmetleri ile ilgili çok zayıf bilgiye sahip oldukları bulunmuştur. Öte yandan bir başka nedenin ise grup terapileri için uygun ortamın sağlanamaması, DKT'lerin iş yükünün fazla olması ve finansman alanlarında yaşanan sıkıntılardan ötürü DKT'ler tarafından bu müdahale yöntemlerinin tercih edilmediği düşünülmektedir. Benzer şekilde Rose ve Attard (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, katılımcıların grup terapisi ve iletişim partneri eğitimi müdahale yönteminin kullanılmasını kolaylaştıracak faktörlerin dil ve konuşma terapisinin iyileştirilmesi, finansman, personel desteğinin sağlanması, özel kaynakların geliştirilmesi ve daha iyi iletişim kurulması olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan DKT'lerin vaka yükü ile ilgili olarak, en çok çalıştıkları vaka profillerinin konuşma sesi bozuklukları, akıcılık bozuklukları ve dil bozuklukları olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, Rose vd. (2004) DKT'lerin, geriatrik vakalara kıyasla yüksek bir pediyatrik vaka yükü ile çalıştıkları sonucuya uyumlu bulunmuştur. Bu durumun, Türkiye nüfusunda özellikle inme alanında çalışan sağlık çalışanlarının afazi ile ilgili daha düşük farkındalığın ve hastanede çalışan DKT sayısının yetersiz olmasının yansıması olduğu düşünülmektedir. Bu yoruma benzer şekilde, Code (2020) yaptığı bir çalışmada, sağlık çalışanlarının afazi ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeylerinin düşük olduğunu bulmuştur.

Türkiye'deki DKT'ler tarafından, afazi terapisinde kullanılan işlevsel ve sosyal hayata katılım yaklaşımları hakkındaki yüksek bilgi ve güven oranları, Avustralya (Rose vd., 2014) ve Singapur'daki (Guo vd., 2014) çalışmaların bulgularıyla benzer sonuçların elde edildiği görülmüştür. Bu durum, DKT'lerin, WHO-ICF modeli altında yatan hayata katılımı ile ilgili düşüncelerini göstermektedir (WHO, 2011). Mevcut çalışmada yer alan ankette belirtilen terapi yaklaşımlarını kullanmadaki bilgi ve güven oranlarının yüksek olması, DKT'ler tarafından ilgili yaklaşımların sürekli araştırıldığı ve geliştirildiğinin bir

göstergesi olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla uygulanan mevcut terapinin içeriğini genişletme becerisini kolaylaştırabileceğini de yansıttığı varsayılmaktadır.

İngiltere Sağlık Bakanlığı'na göre, DKT'lerin afazili bireyler ile terapi sürecini sonlandırdıktan 6 hafta sonra yeniden değerlendirilmesi gerektiği önerilmektedir (http-3). Mevcut çalışma sonuçlarının, bu durumun Türkiye'de olağan uygulama olmadığını göstermiştir. Çalışma sonuçlarına göre, katılımcıların %33.6'sı 2-3 ay sonra, %25.2 si ise 1 yıldan sonra afazili bireyleri yeniden değerlendirdiği bulunmuştur. Afazili bireyler terapide edindikleri dil yapılarının etkilerinin sürdürülmesi ve unutulmaması konusunda kısıtlı olduğu varsayılmaktadır. Dolayısıyla DKT'ler terapiyi sonlandırdıktan sonrada afazili bireyin dil becerilerinin ne düzeyde olduğunu değerlendirmesi gerekmekte ve gerekli önerilerde bulunması gerektiği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalar, mevcut dil ve konuşma terapisi hizmetleri ile afazili bireylerin endişeleri arasındaki uyumsuzluklara işaret etmektedir. Bu mevcut uyumsuzluklar uygulama şekli (Law, Huby ve Irving, 2010), amaç belirleme (Worral, Brown ve Cruice, 2010) ve terapiyi sonlandırma (Hersh, 2009) gibi alanlarda olduğu bilinmektedir. Terapi sonlandırma sürecinde, afazili bireyin belirsizlik ve kafa karışıklığı yaşadığı ve bu süreçle ilgili çok az bilgiye sahip olduğu görülmektedir (Hersh, 2009). Özellikle DKT'ler, afazi hakkında yoğun bilgi danışmanlığı sağlayarak ve ortaya çıkan dil bozuklukları konusunda destek sağlayarak, kronik afazili bireylerin afazi ile daha başarılı yaşamlarına potansiyel olarak yardımcı olabilmektedir (Holland, 2007). Dolayısıyla, afazili bireylere sunulan afazi ile ilgili bilgilerin, afazili bireyin kendi durumunu anlamaları ve kendi rehabilitasyonuna katılmaları için önemli bir hedef olduğu bilinmektedir. Çalışmada elde edilen sonuçlara göre, katılımcıların afazili bireye afazi konusunda "Bazen" eğitim verdiği sonucuna ulaşılmıştır. Worral vd. (2010) tarafından yapılan çalışmada DKT'ler tarafından vakalara sunulan bilginin eksik olduğu bildirilmiştir. Bu durumun, afazili bireyin inme sonrasında oluşan işitsel anlama sorunları nedeniyle verilen bilgiyi anlayamaması, mezun DKT'lerin sayılarının az olmasından ötürü iş yüklerinin fazla olması ve terapi sürelerinin yetersiz olması nedeniyle afazili bireyin sadece dil becerilerinin iyileştirilmesi ile ilgili çalışmaların yapılmasından dolayı olduğu düşünülmektedir.

Mevcut araştırmada afazili bireye yönelik sunulan müdahalenin etkililiğini engelleyen faktörlerin sınırlı kaynak, erişilebilirlik ve finansman olduğu sonucuna

varılmıştır. Alanyazına bakıldığında yapılan çalışmalarda, afazili bireylere yönelik sunulan müdahalenin etkililiğini engelleyen faktörlerin terapi sürelerinin sınırlandırılması (Johansson, Carlsson ve Sonnander, 2011), disfaji hizmetlerinin önceliklendirilmesi (Law, Huby ve Irving, 2010) ve afazili bireyin hastanede kalış süresinin kısıtlı olduğu (Verna, Davidson ve Rose, 2009) bildirilmiştir. Buna ek olarak, DKT'nin bilgi ve becerilerindeki kısıtlılık afazi terapileri için sağlanan hizmetin kalitesini etkileyebilmektedir (Johansson, Carlsson ve Sonnander, 2011). Fakat alanyazında bahsi geçen engellerden terapi sürelerinin sınırlandırılması, disfaji hizmetlerinin önceliklendirilmesi ve DKT'nin bilgi ve becerilerindeki kısıtlılık gibi engellerin yine bu araştırmada daha düşük oranlı engeller arasında olduğu saptanmıştır. Bu aşamada afazi terapisi yapılması yerine disfaji hizmetlerinin önceliklendirilmesinin, afazili bireyin, dil becerilerindeki iyileşme için önemli ve kritik olan sürenin gecikmesine neden olabileceğini düşündürmektedir. Bu durumun, afazi alanında çalışan sağlık çalışanlarının, afazili bireylerde afazi terapisi ile ilgili düşük farkındalığın olduğu ve afazili bireyi afazi terapisine geç veya hiç yönlendirilmemesinin neden olduğu varsayılmaktadır. Benzer şekilde Godecke vd. (2013) yaptığı araştırmada, afazili bireyin tedavi sürecinin yönetiminde erken müdahalenin önemini vurgulamaktadır. Ayrıca afazili bireyin en erken dönemde terapiye başlaması, inme sonrasındaki 4. ve 5. haftalarda iletişim ve dil becerilerindeki sonuçları önemli ölçüde etkileyebileceğini ifade etmiştir. Afazili bireylere yönelik uygulanan terapi sürelerinin sınırlandırılması ve erişilebilirlik alanlarında yaşanan sıkıntıların nedeninin ülkemizde dil ve konuşma terapisinin henüz gelişmekte olan bir alan olmasıyla birlikte mezun DKT sayısının sınırlı olmasının ve mezun DKT'lerin belirli coğrafi bölgelerde toplanmasının yansımaları olduğu düşünülmektedir. Bu yorum ışığında, Toğram vd. (2019) yaptığı çalışmada, çeşitli nedenlerle belirli şehirlere yığılma gerçekleştiren terapistlere ulaşmak isteyen vaka ve vakanın aileleri bu şehirlere ya da yakın bölgelerde ikamet ettikleri takdirde şanslı sayılırken bu şehirlere uzakta yaşayan bozukluğu olan bireyler ve aileleri terapi hizmeti almak için yaşadıkları şehri değiştirmek zorunda kalmakta, ya belirlenen terapi saatlerinde terapistlerinin buldukları şehre gitmek durumunda kalmakta ya da şartların zorluğundan dolayı terapi hizmeti almaktan vazgeçtiğini ifade etmiştir.

İletişimin paylaşılan bir aktivite olduğu göz önüne alındığında, afazili bireyin yakınlarının, afazili bireyin sosyal bağlamda konuşmaya katılımını etkilemektedir

(Croteau ve Le Dorze 2006). Afazili bireyin aile üyelerinin, afazili bireyin iletişimlerini destekleyerek yaşama daha fazla katılımını sağlamaktadır (Kağan, 1998). Bununla birlikte DKT'lerin, aile katılımının ve desteğinin (Brown, Worrall ve Davidson, 2011) afazili bireylerin iyi bir yaşam sürmeleri için önemli faktörler olduğunu savunurlar. DKT'lerin sosyal katılımı dikkate almaları ve terapiye afazili bireylerin iletişim partnerlerini ve aile üyelerini dahil etmeleri gerektiğine dair artan bir kabul vardır (Holland, 2007; Worrall vd., 2011). Bu çalışmada DKT'lerin afazili bireyin aile üyeleri ile sıklıkla (%45.2) işbirliği yapıp, terapi sürecine aile üyelerini de dahil ettiği görülmüştür. Ayrıca afazi rehabilitasyonunda aile katılımı bu kadar önemli iken, bulgularda afazi müdahalesini engelleyen faktörler arasında aile katılımında sınırlılıklar olduğu saptanmıştır. Johansson vd. (2011), ailelerin afazi terapisi ile ilgili uygulamalara katılımının sınırlı olabileceğini belirtmektedir. DKT'lerin afazili bireyin aile üyeleri ile afazili bireyin terapi sürecinde her zaman iş birliği yapmamasının, DKT'lerin bilgi ve becerilerindeki eksiklik ve bu konudaki deneyimiyle ilgili olduğu düşünülmektedir. Benzer şekilde Noguchi (2017) tarafından gerçekleştirilen araştırmada da klinik bilgi düzeyinin yüksek olmasında deneyim yılının önemli olduğu ifade edilmiştir. Johansson (2011), tarafından gerçekleştirilen araştırmada, DKT'lerin kişisel tercihleri ve bu tür müdahaleler için gerekli beceri eksikliği, aile üyeleriyle temaslarını sınırlayabileceğini ifade etmiştir. Ayrıca afazili bireyin ailesinin, inme kaynaklı ortaya çıkan sağlık sorunları, afazili bireye bakmanın getirdiği zorluk ve afazili bireyle yaşadığı iletişim sorunları nedeniyle yükünün artması afazili bireyin terapi sürecine katılımının sınırlı olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

İngiltere'de, afazili bireylerle çalışan DKT'lerin "duygusal sağlığı ele alması ve bireyin sosyal bağlama katılımının sağlanması" gerektiğini belirtmektedir (RCSLT, 2005). Amerikan Konuşma-Dil-İşitme Derneği (ASHA), afazili bireylere iletişimle ilgili konularda danışmanlık sağlamanın, DKT'nin rolü kapsamında olduğunu belirtmektedir (ASHA, 2007). Shelagh Brumfitt (2006) tarafından yapılan bir çalışmada, DKT'lerin afazi terapisi yönetiminde psikososyal boyutların önemi araştırılmıştır. Sonuç olarak, katılımcıların çoğunun psikososyal etkilerle çalışmak için hazırlandıklarını, ancak bu alanda çalışmak için yeterli eğitim alınması gerektiğini savunmuştur. Bu çalışmada elde edilen sonuçlarda, afazili bireylere ve aile üyelerine afazi ile ortaya çıkabilecek duygusal ve sosyal değişiklikler konusunda "sıklıkla" danışmanlık hizmeti verildiği görülmüştür.

Elde edilen bu bulguyla benzer şekilde, DKT'lerin ne sıklıkla psikolojik destek sağladığına ilişkin olarak, Avustralyalı DKT'lerin %66'sı sıklıkla veya çok sık danışmanlık sağladıklarını bildirmiştir (Rose vd., 2014). Bu durumun DKT'lerin afazili bireye ve afazili bireyin aile üyelerine danışmanlık hizmeti sağlaması konusunda lisans ve lisansüstü DKT programlarında yer alan ders içeriklerinin terapi sürecine daha fazla odaklandığı, bireylerde ortaya çıkabilecek sosyal ve duygusal değişiklikler konusunu göz ardı edildiği düşünülmektedir. Dolayısıyla, DKT'lerin bu alanda kendilerine olan güvenin az olabileceği düşünülmektedir. Bununla ilgili olarak Northcott (2017) yaptığı çalışmada benzer şekilde, DKT'lerin çoğunun psikolojik sorunları ele alma konusunda güven eksikliği yaşadığını bildirmiştir.

5.3. Öneriler

- Afazi rehabilitasyonunda klinik yaklaşımları kullanarak afazili bireylere hizmet sağlama konusundaki mevcut güven/bilgi ile afazi terapisinde yaklaşımların uygulama sıklığı arasındaki korelasyonun incelenmesini içeren çalışmalar yapılması önerilmektedir.
- Afazili bireylerin sosyal yaşamını ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesini sağlayacak çalışmalar yapılması önerilmektedir.
- Afazili bireylere yönelik sunulan terapi hizmetlerinde, grup terapilerinin tercih edilmeme sebeplerini içeren çalışmalar yapılması önerilmektedir.
- Sağlık çalışanlarının afazi ile ilgili farkındalık düzeylerini içeren çalışmalar yapılması önerilmektedir.
- Türkiye'de her popülasyon ve meslek grubundaki kişilerin afazi farkındalıklarını içeren çalışmalar yapılması önerilmektedir.
- Afazili bireyin aile üyelerinin ihtiyaç, beklenti, sınırlılık ve isteklerini içeren çalışmalar yapılması önerilmektedir.
- DKT'lerin afazi ile ortaya çıkabilecek duygusal ve sosyal değişikliklere nasıl danışmanlık hizmeti verdiğini içeren çalışmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Absher, J. R. ve Benson, D. F. (1993). Disconnection syndromes: An overview of Geschwind's contributions. *Neurology*, 43(5), 862–867.
- Adams, R. ve Victor, M. (1997). *Principles of Neurology*. Sixth Edition.
- Albert, M. L. (2003). Aphasia therapy works! *Stroke*, 34(4), 987-995.
- Alexander, M. O. ve Loverso, F. (2000). A specific treatment of global aphasia. *Clinical Aphasiology*, 21(3), 277-288.
- Ardila, A. (2014). *Aphasia handbook*. Florida: Florida International University.
- Avent, J., Glista, S., Wallace, S., Jackson, J., Nishioka, J. ve Yip, W. (2005). Family information needs about aphasia. *Aphasiology*, 19(3–5), 365–375.
- Ayerbe, L., Ayis, S., Wolfe, C. D. ve Rudd, A. G. (2013). Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 202(1), 14–21.
- Bakheit, A. M. O., Shaw, S., Barrett, L., Wood, J., Carrington, S., Griffiths, S., Searle, K. ve Koutsi, F. (2007). A prospective, randomized, parallel group, controlled study of the effect of intensity of speech and language therapy on early recovery from poststroke aphasia. *Clinical Rehabilitation*, 21(10), 885–894.
- Basso, A. (2003). *Aphasia and its therapy*. New York: Oxford Helm-Estabrooks.
- Basso, A. (2005). How intensive/prolonged should an intensive/prolonged treatment be? *Aphasiology*, 19(10–11), 975–984.
- Benson, D. F. (1979). *Aphasia Alexia and Agraphia*. Edinburg: Churchill-Livingstone.
- Bhagal, S. K., Teasell, R. ve Speechley, M. (2003). Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke*, 34(4), 987–992.
- Bowen, A., Hesketh, A., Patchick, E., Young, A., Davies, L., Vail, A., Long, A. F., Watkins, C., Wilkinson, M., Pearl, G., Ralph, M. A. L. ve Tyrrell, P. (2012). Effectiveness of enhanced communication therapy in the first four months after stroke for aphasia and dysarthria: A randomised controlled trial. *BMJ (Online)*, 345-4407.
- Brady, M. C., Kelly, H., Godwin, J. ve Enderby, P. (2012). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 16(5), 425-448.
- Brown, K., Worrall, L. Davidson, B., Howe, T. (2011). Exploring speech–language pathologists’ perspectives about living successfully with aphasia. *Int. J. Lang. Commun. Disord.*, 46, 300–332.

- Brumfitt, S. (2006). Psychosocial aspects of aphasia: Speech and language therapists' views on professional practice. *Disability and Rehabilitation*, 28(8), 523–534.
- Castonguay, L., Schut, A., Aikins, D., Constantino, M., Laurenceau, J., Bologh, L. ve Burns, D. (2004). Repairing alliance ruptures in cognitive therapy: a preliminary investigation of an integrative therapy for depression. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14, 4–20.
- Chapey, R., Duchan, J. F., Elman, R. J., Garcia, L. J., Kagan, A., Lyon, J. G. ve Simmons-Mackie, N. (2012). Life-participation approach to aphasia: A statement of values for the future. *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*, 36(2), 279–289.
- Code, C. ve Heron, C. (2000). Services for aphasia, other acquired adult neurogenic communication and swallowing disorders in the United Kingdom. *Disabil. Rehabilitation*, 25, 1231–1249.
- Code, Chris. (2001). Multifactorial processes in recovery from aphasia: Developing the foundations for a multileveled framework. *Brain and Language*, 77(1), 25–44.
- Code, C., Torney, A., Gildea-Howardine, E. ve Willmes, K. (2010). Outcome of a one-month therapy intensive for chronic aphasia: Variable individual responses. *Seminars in Speech & Language*, 31, 21–33.
- Cohen, L., Manion, L., ve Morrison, K. (2012). *Research Methods in Education*. London: Routledge.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, K., Narducci, J., Schamberger, M. ve Andgallo, R. (2006). Can therapists be trained to improve their alliances? A preliminary study of alliance-fostering psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 16, 268–281.
- Croteau, C. ve Le Dorze, G. (2001). Spouses' perceptions of persons with aphasia. *Aphasiology*, 15(9), 811–825.
- Cruice, M., Worrall, L. ve Hickson, L. (2006). Quantifying aphasia people's social lives in the context of non-aphasic peers. *Aphasiology*, 17(4), 333–353.
- Cummings, J. L. ve Mega, M. S. (2003). *Neuropsychiatry and behavioral neuroscience*. USA: Oxford University Press
- Damasio, A. R. (1998). Signs of aphasia. *Acquired Aphasia*. San Diego: Academic Press.
- Davidson, B., Howe, T., Worrall, L., Hickson, L. ve Togher, L. (2008). Social participation for older people with aphasia: The impact of communication disability

- on friendships. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 15(4), 325–340.
- Davis, G. A. (2007). *Aphasiology: disorders and clinical practice*. Boston; Pearson Education.
- Denman, A. (1998). Determining the needs of spouses caring for aphasic partners. *Disability and Rehabilitation*, 20(11), 411–423.
- Doyle, P., McNeil, M. ve Hula, W. (2003). The Burden of Stroke Scale (BOSS): validating patient-reported communication difficulty and associated psychological distress in stroke survivors. *Aphasiology*, 17, 291–304.
- Ganzfried, E. S. (2018). Living with aphasia: realities, challenges, and opportunities. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 3(2), 68-82.
- Geschwind, N. (1967). Wernicke's contribution to the study of aphasia. *Cortex*, 3, 449–463.
- Gialanella, B., Bertolinelli, M., Lissi, M. ve Prometti, P. (2011). Predicting outcome after stroke: the role of aphasia. *Disabil. Rehabil.*, 33, 122–145.
- Godecke, E., Ciccone, NA., Granger, A. S., Rai, T., West, D. ve Cream, A., (2014) A comparison of aphasia therapy outcomes before and after a Very Early Rehabilitation programme following stroke. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49, 149-161.
- Greenwood, N., Mackenzie, A., Cloud, G. ve Wilson, N. (2008). Informal carers of stroke survivors—factors influencing carers: a systematic review of quantitative studies. *Disability and Rehabilitation*, 30(18), 1329–1349.
- Guo, Y. E., Togher, L. ve Power, E. (2004). Speech pathology services for people with aphasia: what is the current practice in Singapore? *Disability and Rehabilitation*, 36, 691-704.
- Hersh, D. (2003). 'Weaning' clients from aphasia therapy: speech pathologists' strategies for discharge. *Aphasiology*, 17, 1007–1029.
- Hersh, D. (2009). How do people with aphasia view their discharge from therapy? *Aphasiology*, 23, 331–348.
- Hersh, D. (2010). Aphasia therapists' stories of ending the therapeutic relationship. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 17, 30–38.
- Hersh, D., Sherratt, S., Howe, T., Worrall, L., Davidson, B. ve Ferguson, A. (2012). An analysis of the 'goal' in aphasia rehabilitation. *Aphasiology*, 26, 971–984.

- Hilari, K., Northcott, S., Roy, P., Marshall, J., Wiggins, R. D., Chataway, J. ve Ames, D. (2010). Psychological distress after stroke and aphasia: the first six months. *Clinical Rehabilitation*, 24(2), 181–190.
- Hilari, K. (2011). The impact of stroke: are people with aphasia different to those without? *Disabil. Rehabil.*, 33(3), 211–225.
- Hilari, K., Klippi, A., Constantinidou, F., Horton, S., Penn, C., Raymer, A. ve Worrall, L. (2015). An international perspective on quality of life in aphasia: a survey of clinician views and practices from sixteen countries. *Folia Phoniatica et Logopaedia*, 67(3), 119–130.
- Hinckley, J. (2005). The piano lesson: an autoethnography about changing clinical paradigms in aphasia practice. *Aphasiology*, 19, 765–779.
- Holland, A. L., Fromm, D. S., DeRuyter, F. ve Stein, M. (1996). Treatment Efficacy. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 39(5), 27–36.
- Howe, T., Davidson, B., Worrall, L., Hersh, D., Ferguson, A., Sherratt, S. ve Gilbert, J. (2012). “You needed to rehab ... families as well”: Family members’ own goals for aphasia rehabilitation. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 47(5), 511–521.
- Johansson, M. B., Carlsson, M. ve Sonnander, K. (2011). Working with families of persons with aphasia: a survey of Swedish speech and language pathologists. *Disability and Rehabilitation*, 33, 51–62.
- Kagan, A. (1998). Supported conversation for adults with aphasia: Methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, 12(9), 816-830.
- Karakaya, İ. (2012). *Bilimsel araştırma yöntemleri*. Ankara: Anı.
- Katz, R. C., Hallowell, B., Code, C., Armstrong, E., Roberts, P., Pound, C. ve Katz, L. (2000). A multinational comparison of aphasia management practices. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 35(2), 303–314.
- Kauhanen, M. L., Korpelainen, J. T., Hiltunen, P., Maatta, R., Mononen, H., Brusin, E., Sotaniemi, K.A. ve Myllyla, V. V. (2000). Aphasia, depression, and non-verbal cognitive impairment in ischaemic stroke. *Cerebrovascular Disease*, 10(6), 455–461.
- Kong, A. P. H. (2011). Family members’ report on speech-language pathology and community services for persons with aphasia in Hong Kong. *Disability and Rehabilitation*, 33(25–26), 2633–2645.
- Kong, A. P. H. ve Tse, C. W. K. (2018). Clinician Survey on Speech Pathology Services

- for People with Aphasia in Hong Kong. *Clinical Archives of Communication Disorders*, 3, 201-212.
- Langhorne, P., Bernhardt, J. ve Kwakkel, G. (2011). Stroke rehabilitation. *The Lancet*, 377(9778), 1693–1702.
- Laska, A. C., Hellblom, A., Murray, V., Kahan, T. ve Von Arbin, M. (2001). Aphasia in acute stroke and relation to outcome. *Journal of Internal Medicine*, 249(5), 413–422.
- Law, J., Huby, G., Irving, A. M., Pringle, A. M., Conochie, D., Haworth, C. ve Burston, A. (2010). Reconciling the perspective of practitioner and service user: Findings from the Aphasia in Scotland study. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 45(5), 551–560.
- Lawton, H. M., Haddock, G., Conroy, P. ve Sage, K. (2016). Therapeutic alliances in stroke rehabilitation: a metaethnography. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97, 1979–1993.
- Lawton, M., Sage, K., Haddock, G., Conroy, P. ve Serrant, L. (2018). *Speech and language therapists' perspectives of therapeutic alliance construction and maintenance in aphasia rehabilitation post-stroke*. 32(12), 550–563.
- Lindsay, P., Bayley, M., Hellings, C., Hill, M., Woodbury, E. ve Phillips, S. (2008) Canadian best practice recommendations for stroke care. *Canadian Medical Association Journal*, 179, 1-25.
- McNeil, M. R. ve Pratt, S. R. (2001). Defining aphasia: Some theoretical and clinical implications of operating from a formal definition. *Aphasiology*, 15, 901-911.
- Michallet, B., Le Dorze, G. ve Tetreault, S. (2001). The needs of spouses caring for Severely Aphasic Persons. *Aphasiology*, 15(8), 731–747.
- Mitchell, A. J., Sheth, B., Gill, J., Yadegarfar, M., Stubbs, B., Yadegarfar, M. ve Meader, N. (2017). Prevalence and predictors of post-stroke mood disorders: a meta-analysis and meta-regression of depression, anxiety and adjustment disorder. *General Hospital Psychiatry*, 47, 48–60.
- Northcott, S., Burns, K., Simpson, A. ve Hilari, K. (2015). ‘Living with aphasia the best way I can’: a feasibility study exploring Solution-Focused Brief Therapy for people with aphasia. *Folia Phoniatrica et Logopaedia*, 67(3), 156–167.
- Northcott, S., Simpson, A., Moss, B., Ahmed, N. ve Hilari, K. (2017). How do speech-and-language therapists address the psychosocial well-being of people with aphasia? Results of a UK online survey. *International Journal of Language and*

Communication Disorders, 52(3), 356–373.

- Nouwens, F., De Jong-Hagelstein, M., De Lau, L. M. L., Dippel, D. W. J., Koudstaal, P. J., Van de Sandt-Koenderman, W. M. E. ve Visch-Brink, E. G. (2014). Severity of aphasia and recovery after treatment in patients with stroke. *Aphasiology*, 28(10), 1168–1177.
- Nyström, M. (2006). Aphasia—an existential loneliness: a study on the loss of the world of symbols. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 1, 38–49.
- Ointe, L. E. L. L. A. P. (2002). Foundations: Adaptation, Accommodation. *Aphasia and Related Neurogenic Language Disorders*. 15, 1-18.
- Özdemir, G. (2000). *Beyin Krizi nedir? Hakkında bilmek istedikleriniz*. Eskişehir: Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği, Yayın.
- Paul, N. A. ve Sanders, G. F. (2010). Applying an ecological framework to education needs of communication partners of individuals with aphasia. *Aphasiology*, 24(9), 1095-1112
- Pedersen, P. M., Vinter, K. ve Olsen, T. S. (2004). Aphasia after stroke: Type, severity and prognosis: The Copenhagen aphasia study. *Cerebrovascular Diseases*, 17(1), 35–43.
- Pollock, A., St George, B., Fenton, M. ve Firkins, L. (2014). Top 10 research priorities relating to life after stroke - consensus from stroke survivors, caregivers, and health professionals. *International Journal of Stroke*, 9(3), 313–320.
- Pound, P., Tilling, K., Rudd, A. G. ve Wolfe, C. D. A. (1999). Does patient satisfaction reflect differences in care received after stroke? *Stroke*, 30(1), 49–55.
- Pound, C., Lindsay, J. ve Woolf, C. (2000). *Beyond aphasia: Therapies for living with communication disability*. UK: Speechmark.
- Rabkin, J. G., Ph, D., Ferrando, S. J., Gorp, W. Van Rieppi, R., Mcelhiney, M. ve Sewell, M. (2000). Relationships among apathy, depression, and cognitive impairment in HIV/AIDS. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 12(4), 451–457.
- Rohde, A., Worrall, L. ve Le Dorze, G. (2013). Systematic review of the quality of clinical guidelines for aphasia in stroke management. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19(6), 994–1003.
- Rose, M. L., Ferguson, A., Power, E., Togher, L. ve Worrall, L. E. (2014). Aphasia rehabilitation in Australia: Current practices, challenges and future directions.

- International Journal of Speech-Language Pathology*, 16, 169 – 180
- Ross, K. B. ve Wertz, R. T. (2003). Quality of life with and without aphasia. *Aphasiology*, 17(4), 355–364.
- Sekhon, J. K., Douglas, J. ve Rose, M. L. (2015). Current Australian speech–language pathology practice in addressing psychological well-being in people with aphasia after stroke. *International Journal of Speech and Language Pathology*, 17(3), 252–262.
- Shadden, B. (2007). *Rebuilding identity through stroke support groups: embracing the person with aphasia and significant others*. San Diego: Plural Publishers.
- Simmons-Mackie, N., Raymer, A., Armstrong, E., Holland, A. ve Cherney, L. R. (2010). Communication partner training in aphasia: a systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91, 1814–1837.
- Stegmayr, B. ve Wester, P. O. (1994). Trends in incidence, case-fatality rate, and severity of stroke in northern sweden. *Stroke*, 25(9), 1738–1745.
- Thomas, S. A. ve Lincoln, N. B. (2008). Predictors of emotional distress after stroke. *Stroke*, 39(4), 1240–1245.
- Tomkins, B., Siyambalapıtiya, S. ve Worrall, L. (2013). What do people with aphasia think about their health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction. *Aphasiology*, 27, 972–991.
- Toğram, B., Güneri, Y. ve Van Zonderen, E. Y. (2019). Türkiye’de Dil ve Konuşma Terapistlerinin Klinik Uygulama ve Deneyimlerinin İncelenmesi. *Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi (DKYAD)*, 2(3), 315-347.
- Tyrer, M. ve Jordan, B. A. (1971). Rationale And Short Description Of The Queensland University Aphasia Test (Q.U.A.T.). *National Health and Medical Research Council of Australia*. 6(2), 164-172.
- Verna, A., Davidson, B. ve Rose, T. (2009). Speech-language pathology services for people with aphasia: A survey of current practice in Australia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(3), 191–205.
- Zemva, N. (1999). Aphasic patients and their families: wishes and limits. *Aphasiology*, 13(3), 219–224.
- Worrall, L., Davidson, B., Hersh, D., Ferguson, A., Howe, T. ve Sherratt, S. (2010). The evidence for relationship-centred practice in aphasia rehabilitation. *Journal of Interactional Research in Communication Disorders*, 1, 277–300.

Worrall, L., Sherratt, S., Rogers, P., Howe, T., Hersh, D., Ferguson, A. ve Davidson, B. (2011). What people with aphasia want: their goals according to the ICF. *Aphasiology*, 25, 309–322.

http-1: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kronikhastaliklar-haberler/29-eki-m-dunya-i-nme-gunu-2019.html> (Erişim Tarihi: 12.02.2021)

http-2: <https://informme.org.au/Guidelines/Clinical-Guidelines-for-Stroke-Management> (Erişim Tarihi: 10.03.2021)

http-3:

http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Longtermconditions/Vascular/Stroke/DH_099065 (Erişim Tarihi: 18.03.2021)

EKLER

EK-2 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Bu tez çalışması, Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi bölümü öğretim üyelerinden Doç. Dr. Bülent TOĞRAM danışmanlığında, Yüksek lisans öğrencisi İrem ŞAHİN tarafından yürütülmektedir. Çalışma kapsamında 38 maddeden oluşan ‘Questions in the clinician survey for examining the current speech pathology practices for persons with aphasia in Hong Kong’ ölçeğinin Türkçe ’ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik analizlerinin yapılması; sonrasında ise Türkçe’ye uyarlanan anket ile Dil ve Konuşma Terapistlerinin afazi uygulamalarına yönelik görüşlerinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Anket 250 DKT’ye çevrim içi anket uygulaması yoluyla uygulanması hedeflenmektedir.

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

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Bu çalışma boyunca elde edilen verilerin ismimin 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 çalışmaya tamamen kendi rızamla, istediğim takdirde çalışmadan ayrılabileceğimi bilerek verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.

Katılımcının;

Adı-Soyadı:

İletişim Tel:

Araştırmacının;

Adı-Soyadı: İrem ŞAHİN

İletişim Tel: 05448811262

EK-3 Katılımcı Bilgi Formu

Tarih:

Katılımcının Adı Soyadı:

Cinsiyeti:

Doğum Tarihi:

1. DKT alanında kaç yıllık deneyime sahipsiniz? (Kaçınıcı yılın içinde olduğunuzu belirtiniz.)

2. Dil ve Konuşma Terapisi eğitiminizi hangi üniversitede tamamladınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- Anadolu Üniversitesi
 Hacettepe Üniversitesi
 Üsküdar Üniversitesi
 Biruni Üniversitesi
 Diğer: _____

3. Dil ve konuşma Terapisi alanından hangi mezuniyet derecesi ile mezun olduğunuzu işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- Lisans
 Yüksek Lisans
 Doktora

4. (Varsa) Akademik ünvanınızı belirtiniz.

5. Çalışma şeklinizi işaretleyiniz. (Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.)

- Tam zamanlı (full time)
 Yarı zamanlı (part time)

6. Haftada kaç gün çalışıyorsunuz? (Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.)

- 1-3
 4-5
 6-7

7. Kaç kurumda/ofiste/merkezde çalışıyorsunuz? (Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.)

- 1
- 2
- 3
- 4
- Fazla

8. Hangi şehirde/şehirlerde çalışıyorsunuz?

9. Aşağıda yer alan gruplardan hangileriyle çalışıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- Çocuk
- Yetişkin
- Yaşlı

10. İşvereniniz kim? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- Kamu
- Özel sektör
- Kendi işyerim
- Diğer: _____

11. Çalışma yerinizi işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi
- Özel Dil ve Konuşma Merkezi/Ofisi
- Hastane(kamu)
- Hastane(özel)
- Okul
- Üniversite
- Ev
- Diğer: _____

12. Çalıştığınız her bir vaka grubuna zamanınızın ne kadarını harcadığınızı

	Hiç	%1-25	%26-50	%51-75	%76-100
Konuşma Sesi Bozuklukları (Sesletim ve Sesbilgisi Bozuklukları)					
Dil/ Özgül Dil Bozukluğu (SLI)					
Motor Konuşma Bozuklukları					
Konuşmada akıcılık Bozuklukları (Kekemelik, HBK)					

işaretleyiniz.

EK-4 Dil ve Konuşma Terapistlerinin Afazili Bireylere Yönelik Terapi Hizmetlerinin İncelenmesi

A. Kişisel bilgiler

1. Şu anda dil ve konuşma terapisi alanında mı çalışmaktasınız? [Evet/Hayır]
2. Nerede çalışmaktasınız? [Hastane/Özel klinik/Kamu kuruluşu/Bakımevi/Üniversite kliniği/Diğer (Lütfen belirtiniz)]
3. Çalışma yerinizde, vaka profilinizi en çok hangi grup oluşturmaktadır? [Disfaji/Konuşma apraksisi/Dizartri/Afazi/Bilişsel iletişim bozuklukları/Diğer (Lütfen belirtiniz)]
4. Vaka profilinizin yaklaşık olarak yüzde kaçını afazili bireyler oluşturmaktadır? [<%10/%10-25/%26-50/%51-75/>%75]
5. Afazi ile ilgili klinik deneyim süreniz ne kadardır? (___ ay/___ yıl]

B. Değerlendirme ve Tarama

6. Lütfen afazili bireyler için kullandığınız tarama/değerlendirme araçlarını belirtiniz.
7. Afazili bireyler için sağladığınız değerlendirme seanslarınızın ortalama süresi nedir? [<30 dakika/ 3-45 dakika/ 1 saat/ 1.5 saat/ >1.5 saat]
8. Afazi için kullandığınız tarama/değerlendirme araçlarında hiç revizyon (yeniden düzenleme) yaptınız mı? [Evet/ Hayır (Soru 12'ye gidiniz)]
9. Afazi tarama / değerlendirme araçlarını ne sıklıkta yeniden gözden geçirme ve/veya revize etmeniz gerekiyor? [3 yılda bir kereden daha az/ 3 yılda 1 kez/ Yıllık/ 6 ayda bir/ 6 ayda birden daha sık]
10. Afazi için hangi tarama / değerlendirme araçlarını yeniden gözden geçirdiniz ve / veya revize ettiniz?
11. Hangi revizyonları yaptınız (uygun olan tüm seçenekleri işaretleyin)? [Maddelerin çevirisi/ Madde eksiltme/ Madde ekleme/ İpucu hiyerarşisi/ Yönergeleri değiştirme/Diğer (Lütfen belirtiniz)]

C. Hizmet/ Terapi

12. Afazili bireylere sağladığınız terapi seanslarının ortalama sıklığı nedir? [Günlük/ Haftada birden fazla/ Haftada bir/ İki haftada bir/ Aylık]
13. Afazili bireyler ile yaptığınız bir terapi seansının ortalama süresi nedir? [<30 dakika/ 30-45 dakika/ 1 saat/ 1.5 saat/ 1.5 saat]
14. Afazili bireylere ne tür bir müdahale sağlıyorsunuz (uygun olanları işaretleyin)? [Bireysel terapi/ Grup terapisi/ İletişim partneri eğitimi/ Tele-rehabilitasyon/ Sosyal topluluk eğitimi/ Diğer (lütfen belirtiniz)]
15. Lütfen etkili bir afazi müdahalesi sağlanmasında karşılaştığınız zorlukları belirtin. (örneğin, sınırlı kaynaklar/ finansman/ erişilebilirlik/ güçlü bilimsel kanıt eksikliği, vb.)

16. Lütfen afazili bireylere hizmet sunmanızı kolaylaştırabilecek faktörleri belirtin.
17. Afazili bireylere sunulan mevcut hizmetten ne kadar memnunsunuz? [Hiç Memnun değilim/ Memnun Değilim/ Nötr/ Memnunum/ Çok Memnunum]
18. Afazi hizmeti için aşağıdaki alanlardan hangisi iyileştirilmelidir (uygun olan tüm seçenekleri işaretleyin)? [Seansların sıklığı/ Seansların süresi /Toplum eğitimi/ Blok halinde seansların sayısı/ İletişim partneri eğitimi/Diğer (lütfen belirtin)]

D. Afazi Rehabilitasyonunda Klinik Yaklaşımlar

Afazi rehabilitasyonunda farklı klinik yaklaşımların özellikleri aşağıda verilmiştir:

1.	Bilişsel Nöropsikolojik yaklaşım	Dili üretme ve anlamının bilgi işleme modellerine göre dil bozukluğunun ele alınması; ör. Semantik ve fonolojik yaklaşım
2.	İşlevsel yaklaşım	Yemek sipariş etmek, yardım istemek gibi günlük iletişimsel görevlerde performansını artırmaya odaklanmak; ör. Script eğitimi
3.	Sosyal / hayata katılım	Afazili kişileri hedef belirleme ve belirli sosyal ilişkilere odaklanma, afazili kişilerin topluma katılımını kolaylaştırma; örneğin, seçim faaliyetlerine günlük katılımı güçlendirmek
4.	Söylem temelli müdahale	Anlatı, anlatım ve konuşma söyleminin kullanımı; örneğin; Ana konsept analizi; T-units
5.	Teknoloji temelli müdahale	Telerehabilitasyon, videolar, kayıtlar, bilgisayar programları veya uygulamalarının kullanımı; ör. AphasiaScripts, ORLA
6.	Uyaran yaklaşımı	Dil yöntemlerini teşvik etmek ve yanıtları ortaya çıkarmak için yoğun işitsel ve görsel uyarımla görev hiyerarşilerini kullanma; ör. Schuell'in Stimülasyon Yaklaşımı, MIT
7.	Grup terapisi	Afazili küçük gruplarla terapi yapmak
8.	Nöroplastisite ilkesi	Nöroplastisite prensiplerini göz önünde bulundurarak ve tedavi yoğunluğu, uyaranların belirginliği, geri bildirim / uygulama programı

		dikkate alınarak; ör. Constraint induced language treatment
9.	Alternatif ve destekleyici iletişim	İşlevsel iletişimi en üst düzeye çıkarmak için kendi başına mesajları anlayamayan / üretemeyen afazili kişilere dış destek sağlamak; ör. iletişim panoları / cihazları, el hareketi, yazı
10.	Konuşma partneri eğitimi	Afazili kişilerin iletişim katılımını ve etkinliğini artırmak için tasarlanmış stratejilerle afazilinin iletişim partneri olan kişileri eğitmek; ör. Konuşma koçluğu, SPPARC training
11.	Afazili kültürel ve dilsel açıdan farklı kişiler için eğitim	Türkçe dışındaki dilleri konuşan veya farklı geçmişlerden gelen afazili kişilerin iletişimini ele almak

19. Yukarıdaki afazi rehabilitasyonunda klinik yaklaşımlarının her biri hakkındaki bilginizi nasıl değerlendirirsiniz? [Çok iyi / İyi / Yeterli / Sınırlı / Çok sınırlı]
20. Afazi rehabilitasyonunda yukarıdaki klinik yaklaşımları kullanarak afazili bireylere hizmet sağlama konusundaki mevcut güven düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz? [Oldukça güvenli/ Güvenli/ Nötr/ Güvensiz/ Tamamen güvensiz]
21. Yukarıdaki afazi rehabilitasyonunda klinik yaklaşımları ne sıklıkla kullanıyorsunuz? [Çok sık / Sık / Bazen /Nadiren / Çok nadiren]

E. Vaka Eğitimi ve Danışmanlık

22. Afazili bireylere afazi konusunda eğitim veriyor musunuz? [Her zaman/ Sık/ Bazen/ Nadiren/ Asla]
23. Afazili bireylerin eğitimi (terapisi) için ne kullanıyorsunuz? (uygun olan tüm seçenekleri işaretleyin) [Sözlü açıklama/ Yazılı bilgiler/ Video kaynakları/ Web tabanlı materyal/ Diğer (lütfen belirtin)]
24. Afazili bireyin aile üyelerine ve iletişim partneri olan kişilere afazi hakkında eğitim veriyor musunuz? [Her zaman/ Sıklıkla/ Bazen/ Nadiren/ Asla]
25. Afazili bireyleri ve iletişim partnerlerini afazi konusunda eğitmek için ne kullanıyorsunuz? (uygun olan tüm seçenekleri işaretleyin) [Sözlü açıklama/ Yazılı bilgiler/ Video kaynakları/ Web tabanlı materyal/ Diğer (lütfen belirtin)]
26. Afazili bireylere ve afazili bireyin aile üyelerine afazi ile ortaya çıkabilecek duygusal ve sosyal değişiklikler konusunda danışmanlık veriyor musunuz? [Her zaman/ Sıklıkla/ Bazen/ Nadiren/ Hiçbir zaman]

27. Kendinizi bu tür bir danışma hizmeti verme konusunda yetkin/yeterli olarak görüyor musunuz? [Evet/ Hayır]

F. Amaç Belirleme ve Terapiyi Sonlandırma

28. Afazili bireyler için amaç belirlemede aşağıda belirtilen kişiler ile işbirliği yapmakta mısınız? (i) afazili bireylerin kendileri, (ii) afazili bireylerin arkadaşları/aile üyeleri, (iii) multidisipliner ekip [Her zaman, sıklıkla, bazen, nadiren, hiçbir zaman]
29. Afazili bireyler ile terapi sürecini sonlandırmanızda en yaygın 3 sebebiniz nedir?
30. Afazili bireyler ile terapi sürecini sonlandırdıktan sonra da durumlarını yeniden kontrol etmekte misiniz / gözden geçirmekte misiniz? [Her zaman/ Sıklıkla/ Bazen/ Nadiren/ Hiçbir zaman]
31. Afazili bireyler ile terapi sürecini sonlandırdıktan ortalama ne kadar süre sonra onları yeniden değerlendiriyorsunuz? [2 hafta-1 ay/ 2-3 ay/ 6 ay/ 1 yıl/ >1 yıl]
32. Yeniden gözden geçirme/değerlendirme/kontrol etme seansında neler yapılmaktadır? (Uygun olan tüm seçenekleri işaretleyin) [Dil becerilerini gözden geçirme/ İletişim partnerinin eğitimi/ Diğer (Lütfen belirtiniz)]
33. Afazili bireyler ile terapi sürecini sonlandırdıktan sonra hala dil müdahalesine ihtiyaç duyduklarını düşünüyor musunuz? [Evet/ Hayır]
34. Afazili bireyler ile terapi sürecini sonlandırdıktan sonra onlara tavsiye hizmeti verilmekte midir? [Evet/ Hayır (36. Soruya gidin)]
35. Afazili bireyler ile terapi sürecini sonlandırdıktan sonra onlara genellikle ne tür tavsiyelerde bulunursunuz? (Uygun olan tüm seçenekleri işaretleyin) [Ev çalışmaları/ Diğer özel hizmetler/ Eğitim materyalleri/ Öz yardım grupları/ Destek grupları/ Diğer (Lütfen belirtiniz)]
36. Afazili bireylerde iletişim becerilerini geliştirmek için doğrudan toplum içinde çalışır mısınız? (Ör; afazili bireyler ile iletişim için kafe veya banka personeline eğitim verilmesi gibi) [Her zaman/ Sıklıkla/ Bazen/ Nadiren/ Hiçbir zaman]
37. Afazili bireyler ile nasıl iletişim kurulacağı konusunda sağlık profesyonellerine eğitim veriyor musunuz? [Her zaman / Sıklıkla / Bazen / Nadiren / Asla]
38. Afazi terapileri ile ilgili gelecekteki araştırmalarda ne görmek istersiniz?

EK-5 Yazarın Kullanım İzni

From: Bülent TOĞRAM <btogram@anadolu.edu.tr>
Sent: Monday, November 16, 2020 4:15 AM
To: Anthony Pak Hin Kong <antkong@ucf.edu>
Subject: about permission to use the your survey instrument

I am forwarding my thesis student's e-mail to you.
Sincerely,

"Dear Mr. Pak-Hin Kong

I am İrem POYRAZ from Turkey. I am a graduate student in Anadolu University Speech and Language Therapy. My thesis advisor is associate professor Bülent TOĞRAM. We kindly ask your permission to use the "the clinician survey for examining the current speech pathology practices for persons with aphasia in Hong Kong" that you developed to investigate aphasia practices by speech-language pathologists for my master's thesis. If you allow us to use the scale you have developed, we plan to adapt the survey to the Turkish language and use the our study of the adapted version."

Thank you for your support in advance.

Best Regards,
İrem POYRAZ

Doç. Dr. Bülent TOĞRAM
Anadolu Üniversitesi
Dil ve Konuşma Bozuklukları Eğitim Araştırma ve Uygulama Merkezi (DİLKOM)
DILKOM 26470 Eskişehir - Türkiye
Tel: +90 222 335 05 80 - 2170
Fax: +90 222 335 23 37
btogram@anadolu.edu.tr
<http://academy.anadolu.edu.tr/xdisplay.asp?kod=0&acc=btogram>

Gönderen: Anthony Pak Hin Kong <antkong@ucf.edu>
Gönderildi: 16 Kasım 2020 Pazartesi 19:27
Kime: Bülent TOĞRAM
Konu: Re: about permission to use the your survey instrument

Hello Dr. Toğram,

Thank you for your interest in the survey study we conducted in Hong Kong. Yes, it is ok for your graduate student İrem to adapt this survey for thesis work.

My only request is that, if appropriate, I will be added to any future publications and/or conference presentations associated to this research project.

If I can provide additional details about our original study, please let me know.

ant

Anthony Pak-Hin Kong, Ph.D.
Associate Professor
School of Communication Sciences and Disorders
University of Central Florida

Room 106, Health Sciences II Building
Orlando, FL 32816-2215

Office: 407.823.4791
antkong@ucf.edu

+++++
Analysis of neurogenic disordered discourse production: From theory to practice
<https://www.routledge.com/products/9781138853591>

Routledge & CRC Press - World leading book publisher in STEM, social sciences and the humanities

www.routledge.com

Routledge & CRC Press are imprints of Taylor & Francis. Together they are the global leader in academic book publishing for the humanities, social sciences, and STEM

