

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İNME SONRASI İLETİŞİM ÇIKTILARI ÖLÇEĞİ'NİN
(*COMMUNICATION OUTCOME AFTER STROKE SCALE-COAST*)
VE İNME SONRASI İLETİŞİM ÇIKTILARI -BAKIM VEREN
ÖLÇEĞİ' NİN (*CARER COMMUNICATION OUTCOME AFTER
STROKE SCALE- CARER COAST*) TÜRKÇE VERSİYONU'NUN
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI**

Melike URAL

**Dil ve Konuşma Terapisi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA
2022**

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İNME SONRASI İLETİŞİM ÇIKTILARI ÖLÇEĞİ'NİN
(*COMMUNICATION OUTCOME AFTER STROKE SCALE-COAST*)
VE İNME SONRASI İLETİŞİM ÇIKTILARI -BAKIM VEREN
ÖLÇEĞİ'NİN (*CARER COMMUNICATION OUTCOME AFTER
STROKE SCALE- CARER COAST*) TÜRKÇE VERSİYONU'NUN
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI

Melike URAL

Dil ve Konuşma Terapisi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Ayşen KÖSE

ANKARA

2022

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İNME SONRASI İLETİŞİM ÇIKTILARI ÖLÇEĞİ'NİN (COMMUNICATION OUTCOME
AFTER STROKE SCALE-COAST) VE İNME SONRASI İLETİŞİM ÇIKTILARI -BAKIM
VEREN ÖLÇEĞİ' NİN (CARER COMMUNICATION OUTCOME AFTER STROKE SCALE-
CARER COAST) TÜRKÇE VERSİYONU'NUN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN
ARAŞTIRILMASI

Öğrenci: Melike URAL

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ayşen KÖSE

Bu tez çalışması 14.12.2022 tarihinde jürimiz tarafından "Dil ve Konuşma Terapisi Tezli Yüksek Lisans Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: *Dr. Öğr. Üyesi Güzide ATALIK*

Gazi Üniversitesi

Tez Danışmanı: *Dr. Öğr. Üyesi Ayşen KÖSE*

Hacettepe Üniversitesi

Üye: *Dr. Öğr. Üyesi Ayşın NOYAN ERE*

Hacettepe Üniversitesi

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur. 28 Aralık 2022

Prof. Dr. *Müge* YEMİŞCİ ÖZKAN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

...../...../.....

Melike URAL

1 “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü tezle ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Dr. Öğr. Üyesi Ayşen Köse danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Melike URAL

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans öğrenimim boyunca yanımda olan, beni her koşulda motive eden, samimiyetiyle bana yol gösteren çok değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ayşen Köse'ye;

Bilgileri ile bize ışık tutan, desteklerini eksik etmeyen kıymetli hocalarım Sayın Doç. Dr Fatma Esen Aydın, Sayın Prof. Dr Esra Özcebe, Sayın Prof. Dr. Maviş Emel Kulak Kayıkcı ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem Kirazlı'ya ;

Lisans ve yüksek lisans öğrenimim boyunca samimiyetini esirgemeyen, her zorlandığım zamanda yanımda olan hep daha iyi yerde olmam için bana yol gösteren çok kıymetli hocam Dr. Önal İncebay'a ve tez çalışmamın her aşamasında olan, üzerimden desteğini hiç eksik etmeyen, akademik gelişimimde bana ışık tutan Dr. Mariam Kavakcı'ya;

Çalışmamın adaptasyon sürecinde desteklerini esirgemeyen ve tezimi tamamlamada emekleri çok olan Halil Tayip Uysal ve Rojda Özalp'e ve veri toplamama yardımcı olan bana sürekli destek olan Ankara Şehir Hastanesi çalışanı tüm dil konuşma terapisti arkadaşlarıma;

Beni her koşulda destekleyen, üzerimde emeği çok olan, her zorluğa birlikte mücadele verdiğimiz biricik abim Alperen Tanrıverdi'ye;

Tezimin en stresli zamanlarında beni sakinleştiren, beni sürekli motive eden ve cesaretlendiren, bu süreçte uzakta olsak da desteği ile hep yanımda olan Emrah Ural'a;

Bugünlere gelmemi sağlayan, beni ben yapan, hayattaki idolüm olan, hayatta olmasa da benim en büyük yol göstericim olan her zaman kalbimin en değerli yerinde sakladığım canım anneme;

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım....

ÖZET

Ural, M., İnme Sonrası İletişim Çıktıları Ölçeği'nin (*Communication Outcome after Stroke Scale-COAST*) ve İnme Sonrası İletişim Çıktıları-Bakım Veren Ölçeği'nin (*Carer Communication Outcome after Stroke Scale-Carer COAST*) Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliğinin Araştırılması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dil ve Konuşma Terapisi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2022. Afazide güncel değerlendirme yaklaşımları, eksiklik temelli değerlendirmelerin yanında fonksiyonel yaklaşımları da önermektedir. Afazili bireyin fonksiyonel iletişim becerileri ve yaşam kalitesini değerlendiren öz değerlendirme ölçekleri bu kapsamda önem taşımaktadır. Ayrıca bakım veren görüşlerinin alınması bütüncül değerlendirme için gereklidir. Bu doğrultuda çalışma (*Communication Outcome after Stroke Scale-COAST*) ve (*Carer Communication Outcome after Stroke Scale-Carer COAST*) ölçeklerinin Türkçeye geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesini hedeflemiştir. Çalışmaya 101 afazili birey ve 101 bakım veren dahil edilmiştir. Çalışmamızda yapı, kapsam ve ölçüt geçerliği; iç tutarlık ve test-tekrar test güvenirligi incelenmiştir. Ölçüt geçerliği için SAQOL-39-TR ölçeği kullanılmıştır. COAST-Türkçe (COAST-TR) ve CARER COAST-Türkçe (COAST-TR-BV) için *Cronbach Alfa* değeri 0.898, 0.883 olarak, test-tekrar test güvenirliginde elde edilen değerler ise 0.948, 0.949 olarak bulunmuştur. COAST-TR ve COAST-TR-BV için ortalama madde toplam korelasyonları 0.594, 0.566 şeklinde yeterli düzeyde bulunmuştur. COAST-TR ve SAQOL-39-TR arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmuştur. Ayrıca COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeğinden alınan puanlar arasında orta ve yüksek düzeyde ilişki bulunmuştur. Bunun yanında farklı afazi şiddet gruplarında ve tutuk- tutuk olmayan afazili gruplar arasında birey ve bakım veren ölçeklerinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar meydana gelmiştir. Yapılan analizler sonrasında COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinin Türkçe için geçerli ve güvenilir olduğu kanıtlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Afazi, Bakım Veren, Fonksiyonel İletişim Becerileri, Yaşam Kalitesi, İşlevsellik, Engellilik ve Sağlıkın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF).

ABSTRACT

Ural, M., Investigation of the Validity and Reliability of the Turkish Version of the Communication Outcomes after Stroke Scale (COAST) and the Carer Communication Outcomes after Stroke Scale (Carer COAST), Hacettepe University Institute of Health Sciences Speech and Language Therapy Program Master Thesis, Ankara, 2022. Current assessment approaches in aphasia recommend functional approaches as well as impairment-based assessments. In this context, self-assessment scales that evaluate the functional communication skills and quality of life of aphasic individuals are of critical importance. Additionally, taking the opinions of caregivers is necessary for conducting a holistic evaluation. To this end, our work (*Communication Outcomes after Stroke Scale -COAST*) and (*Carer Communication Outcomes after Stroke Scale -Carer COAST*) aimed to examine the validity and reliability of these scales in Turkish. One hundred and one aphasic individuals and caregivers were included in the study. In our study, construct, content and criterion validity; internal consistency and test-retest reliability were examined. SAQOL-39-TR scale was used for criterion validity. *Cronbach's Alpha* values for COAST-Turkish (COAST-TR) and CARER COAST-Turkish (COAST-TR-BV) were found to be 0.898, 0.883, and the values for test-retest reliability were found to be 0.948, 0.949. The average item-total correlations for COAST-TR and COAST-TR-BV were found to be sufficient as 0.594, 0.566. A moderate positive correlation was found between COAST-TR and SAQOL-39-TR. Additionally, moderate and high correlations were found between the scores obtained from the COAST -TR and COAST-TR-BV scales. Furthermore, there were statistically significant differences between groups in the individual and caregiver scales between different aphasia severity groups and fluent/non-fluent groups. Moreover, COAST-TR and COAST-TR-BV scales were proven to be valid and reliable in Turkish.

Keywords: Aphasia, Caregiver, Functional Communication Skills, Life Quality, Functionality, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiv
TABLolar	xv
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. İnme	4
2.1.1. İnme: Genel Tanım ve Özellikler	4
2.1.2. İnmenin Sıklığı, Yaygınlığı ve Cinsiyet Faktörü	5
2.1.3. İnme Sonrası Görülen Dil ve Konuşma Bozuklukları	6
2.2. Afazi	7
2.2.1. Afazi: Genel Tanım ve Özellikler	7
2.2.2. Afazinin Sıklığı, Yaygınlığı ve Cinsiyet Faktörü	7
2.2.3. Afazi Sınıflandırması	8
2.2.4. Afazide Değerlendirme	10
2.2.5. Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması'na Göre Afazi Değerlendirmesi	13
2.2.6. Afazide Fonksiyonel İletişim	15
2.2.7. Afazili Bireylere Uygulanan Fonksiyonel İletişim Değerlendirme Araçları	16
2.2.8. Afazinin Bireyin Yaşam Kalitesine Etkisi	20
2.2.9. Afazili Bireylerin Yaşam Kalitesini Değerlendiren Ölçekler	21
2.2.10. Bakım Veren Yaşam Kalitesi	22

2.2.11. Bakım Verenin Yaşam Kalitesini Değerlendiren Ölçekler	23
2.2.12. <i>Communication Outcome after Stroke Scale (COAST)</i>	24
2.2.13. <i>Carer Communication Outcome after Stroke Scale (CARER COAST)</i>	25
3. BİREYLER VE YÖNTEM	26
3.1. Bireyler	26
3.2. Yöntem	28
3.3. Veri Toplama Araçları	33
3.3.1. Afazi Dil Değerlendirme Testi	33
3.3.2. Afazi Değerlendirme Formu	34
3.3.3. İnme Sonrası İletişim Çıktıları Ölçeği (COAST-TR)	34
3.3.4. İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi -39 Ölçeği (SAQOL-39-TR)	35
3.3.5. İnme Sonrası İletişim Çıktıları Ölçeği-Bakım Veren (COAST-TR-BV)	35
3.4. Verilerin Toplanma Süreci	36
3.5. Verilerin Analizi	36
3.5.1. Hipotez Testleri ve Betimsel İstatistikler	36
3.5.2. Geçerlik için Yapılan Analizler	37
3.5.3. Güvenirlik için Yapılan Analizler	40
4. BULGULAR	42
4.1. Afazili Bireylerin Demografik bilgileri	42
4.2. Bakım Verenlerin Demografik Bilgileri	45
4.3. COAST-TR ve COAST-TR-BV Ölçekleri için Betimsel İstatistikler	47
4.4. COAST-TR ve COAST-TR-BV Ölçekleri için Çeviri ve Uyarlama İşlemlerine İlişkin Bulgular	50
4.5. COAST-TR ve COAST-TR-BV Ölçekleri için Geçerlik Çalışmalarına İlişkin Bulgular	51
4.5.1. Kapsam Geçerliğine İlişkin Kanıtlar	51
4.5.2. Yapı Geçerliğine İlişkin Kanıtlar	53
4.5.3. Ölçüt Geçerliğine İlişkin Kanıtlar	67
4.6. COAST-TR ve COAST-TR-BV Ölçekleri için Güvenirlik Çalışmalarına İlişkin Bulgular	68

5. TARTIŞMA	72
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	85
7. KAYNAKÇA	86
8. EKLER	100
EK 1: Etik Kurul Onayı	
EK 2: Orijinallik Raporu	
EK 3: Dijital Makbuz	
EK 4: Onam Formları	
EK 5: İzin Belgesi	
EK 6: Afazi Değerlendirme Formu	
EK 7: COAST-TR Puanlama Ölçeği	
EK 8: SAQOL-39 Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanmış Puanlama Formu Örneği	
EK 9: COAST-TR-BV Puanlama Ölçeği	
EK 10: Bakım Veren Formu	
9.ÖZGEÇMİŞ	119

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACOM	<i>The Aphasia Communication Outcome Measure</i>
ADD	Afazi Değerlendirme Testi
ALA	<i>Assessment for Living with Aphasia</i>
ANELT	<i>Amsterdam–Nijmegen Everyday Language Test</i>
ASHA-FACS	<i>American Speech-Language-Hearing Association Functional Assessment of Communication Skills for Adults</i>
AIQ-21	<i>Aphasia Impact Questionere – 21</i>
BT	Bilgisayarlı Tomografi
CARER-COAST	<i>Carer Communication Outcome after Stroke Scale</i>
CDP	<i>Communication Disability Profile</i>
CETI	<i>Communication Effectiveness Index</i>
CFI	<i>Confirmatory Fit Index</i>
COAST	<i>Communication Outcome after Stroke Scale</i>
COAST-TR	<i>Communication Outcome after Stroke Scale - Türkçe Versiyon</i>
	<i>İnme Sonrası İletişim Çıktıları Ölçeği- Türkçe Versiyon</i>
COAST-TR-BV	<i>Carer Communication Outcome after Stroke Scale- Türkçe Versiyon</i>
	<i>İnme Sonrası İletişim Çıktıları-Bakım Veren – Türkçe Versiyon</i>
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
E.B	Etki Büyüklüğü
FCP	<i>Functional Communication Profile</i>
FOQ-A	<i>Functional Outcome Questionnaire for Aphasia</i>

GFI	Uyum iyiliği indeksi
ICF	<i>International Classification of Functionality, Disability and Health</i> Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması
İrr	<i>Inter-Rater Reliability</i>
JASP	<i>Jeffrey's Amazing Statistics Program</i>
KGİ	Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	Kapsam Geçerlik Oranı
Lisrel	<i>Linear Structural Relations</i>
MR	Manyetik Rezonans Görüntüleme
NFI	<i>Normed Fit Index</i> Normlaştırılmış Uyum İndeksi
NNFI	<i>Non-Normed Fit Index</i> Normlaştırılmamış Uyum İndeksi
PMÇKK	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı
R-EFCP	Revised Edinburgh Functional Communication Profile
RMK	<i>Relative Multivariate Kurtosis</i>
RMSEA	<i>The Root Mean Square Error of Approximation</i> Hata Karelerinin Ortalamasının Karekökü
SAQOL-39	<i>Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SRMR	Standartlaştırılmış Ortalama Hataların Karekökü
VIF	<i>Variance Inflation Factor</i> Varyans Genişlik Faktörü
χ^2/sd	Ki-Kare Serbestlik Derecesi Değeri

ŞEKİLLER

2.1. Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması	12
3.1. Çalışmaya katılan afazili bireylerin dahil edilme şeması	27
3.2. Dünya Sağlık Örgütü Çeviri ve Adaptasyon Süreci	29
3.3. COAST-TR için geçerlik yöntemleri	30
3.4. COAST-TR-BV için geçerlik yöntemleri	30
3.5. COAST-TR ve COAST-TR-BV için güvenirlik yöntemleri	30
4.1. COAST-TR Ölçeği'nin standartlaştırılmış faktör yükleri için yol diyagramı	53
4.2. COAST-TR-BV Ölçeği'nin standartlaştırılmış faktör yükleri için yol diyagramı	56

TABLOLAR

2.1. Akıcı ve akıcı olmayan afazi tipleri	8
2.2. Afazili bireyleri değerlendirmede kullanılan fonksiyonel değerlendirme ölçekleri	18
2.3. Afazili bireylerin yaşam kalitesini değerlendiren ölçekler	21
2.4. Bakım verenin yaşam kalitesini değerlendiren ölçekler	24
4.1. Afazili bireylerin demografik bilgileri açısından frekans ve yüzdeleri	42
4.2. Test-tekrar test uygulamasına katılan afazili bireylerin demografik bilgileri açısından frekans ve yüzdeleri	44
4.3. Bakım verenlerin demografik bilgileri açısından frekans ve yüzdeleri	46
4.4. Test-tekrar test uygulamasına katılan bakım verenlerin demografik bilgileri açısından frekans ve yüzdeleri	47
4.5. COAST-TR ölçeği için betimsel istatistikler	48
4.6. COAST-TR-BV ölçeği için betimsel istatistikler	48
4.7. Test- tekrar test uygulamasında COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçekleri için betimsel istatistikler	49
4.8. SAQOL-39-TR ölçeği için betimsel istatistikler	50
4.9. COAST-TR ölçeği için model veri uyumu indeksi sonuçları	55
4.10. COAST-TR-BV ölçeği için model veri uyumu indeksi sonuçları	57
4.11. COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerine ilişkin madde toplam korelasyonları	59
4.12. COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçekleri için afazi düzeyine göre ANOVA testi sonucu	61
4.13. COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçekleri için afazi tipine göre ANOVA testi sonucu	64
4.14. COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerine ilişkin korelasyonlar	66
4.15. COAST-TR ölçeği ile SAQOL-39-TR ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiler	67
4.16. COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçekleri ve alt boyutları için Cronbach Alfa katsayıları	69
4.17. COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçekleri ve alt boyutları için test-tekrar test güvenilirlik katsayıları	70

1. GİRİŞ

Afazi, en tipik olarak beynin sol yarım küresindeki hasara bağlı meydana gelen edinilmiş nörojenik dil bozukluğudur. Afazinin en yaygın nedeni inme olarak bilinmektedir. Dili anlama, ifade etme, yazma ve okuma becerileri temel olarak değişen derecelerde etkilenmektedir. Genel olarak afazili bireyin, dildeki güçlü ve zayıf yönlerini ve dil becerilerinin ne ölçüde güçlendirilebileceğini belirlemek için bir değerlendirme yapılmaktadır (1, 2). Bireyin yaşadığı dil bozukluğuna yönelik yapılan değerlendirmelerin yanında hayata katılımını, fonksiyonel iletişim becerilerini ve yaşam kalitesini de değerlendiren yaklaşımlar bulunmaktadır (3). Hayata katılım konusunda güncel değerlendirme şekli Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması (ICF) yaklaşımıdır (3-6). ICF'in değerlendirdiği alanlardan biri de bireyin iletişim becerileridir (7). Afazinin en önemli sonuçlarından biri bireyin günlük yaşamda iletişim becerilerini uzun dönem etkileyen iletişim kurma güçlükleridir (8). Bu sebeple birçok araştırma afazili bireyin fonksiyonel iletişim becerilerinin değerlendirilmesi gerektiğine vurgu yapmıştır (3, 9-12). Kapsamlı bir değerlendirmenin daha bütünsel bir yaklaşım benimsemesi gerektiğine dair artan bir fikir birliği olduğundan afazili bireyin fonksiyonel iletişim becerilerini değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir (13). Afazi ilk ve terapi süreci sonrası değerlendirmesinde, bireyin kendi görüşünün alındığı öz değerlendirme ölçeklerine verilen önem artmıştır (14, 15). Aynı zamanda kapsamlı değerlendirmek için bireyle iletişim halinde olan bakım veren kişilerin de görüşlerinin alınması gerektiği vurgulanmıştır (16). Afazili bireyin fonksiyonel iletişim becerilerini değerlendirmek ve zaman içerisindeki değişimi görmek için bireyle çok sık vakit geçiren bakım verenlerin değerlendirme sürecine dahil edilmelerinin önemli olduğu belirtilmektedir (17).

Fonksiyonel iletişimin değerlendirilmesiyle ilgili bir diğer önemli etken ise iletişimin yaşam kalitesi üzerindeki etkisidir (18). Afazili bireyin yaşadığı iletişim güçlükleri sosyal yaşamını etkileyen önemli bir faktördür (19). Afazili bireylerin daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu gösteren birçok araştırma yapılmıştır (20-23). Bu sebeple klinisyenler afazili bireyin yaşadığı iletişim güçlüklerinin bireyin günlük yaşamı üzerindeki etkisini değerlendirmelidir (24). Yaşam kalitesinin öznel bir kavram olduğunu, bu sebeple değerlendirirken öz değerlendirme araçlarının

kullanılması gerektiği hakkında artan bir fikir birliği vardır (24-27). Yaşam kalitesinin bireyin yaşamındaki etkisini belirlemek ve anlamlı hedefler oluşturabilmek için değerlendirme araçlarına ihtiyaç vardır (27, 28). Afazi sadece bireyi değil, aynı zamanda bakım verenin hayatını da etkilemektedir (29-32). Bu kapsamda aile merkezli bakım modelinin önemi belirtilerek terapinin tüm aşamasında bakım verenlerinin de güçlü yanlarının, ihtiyaçlarının, görüşlerinin hasta kadar önemli olduğu vurgulanmaktadır (33). Bakım verenin yaşam kalitesini ölçen genel değerlendirme araçları araştırmalarda kullanılsa da iletişime özgü sorular içermeyebileceğinden bireyin yaşadığı iletişim güçlüklerinin bakım verenin yaşamına etkisini de değerlendiren araçlara ihtiyaçlar vardır (16, 34). Bu amaçlar doğrultusunda *Communication Outcome After Stroke Scale (COAST)* ve *Carer Communication Outcome After Stroke Scale (CARER COAST)* ölçeklerinin geçerlik ve güvenilirlik araştırması yapılarak dilimize kazandırılması hedeflenmiştir.

COAST afazi ve/veya dizartri olan bireyin fonksiyonel iletişim becerileri yaşam kalitesini değerlendiren öz değerlendirme ölçeğidir. Yirmi maddeden oluşan 5 puanlı Likert tip ölçektir (35). COAST; ICF ile de uyumlu olup fonksiyonel iletişim becerileri, ICF'de değerlendirilen aktiviteler ve katılım başlığına girmektedir (35). Yaşam kalitesi alt boyutu ise ICF'in tüm parametreleriyle ilişkilidir (3). Araştırmalarda bireyin fonksiyonel iletişim becerilerini değerlendirmek aynı zamanda terapi etkililiğinin sonuç ölçümlerinde kullanılmaktadır (36-45). Resim içeriğinin olması sebebiyle afazi dostu bir değerlendirme aracıdır, bu sebeple farklı şiddetlerde bozukluğu olan afazili bireyi değerlendirme şansı sunmaktadır (14, 35). COAST ölçeğinin aynı zamanda İtalyanca çeviri ve adaptasyon süreçleri tamamlanmıştır (18). CARER COAST inme sonrası afazi ve/veya dizartri olan bireylerin fonksiyonel iletişim becerilerini bakım veren perspektifinden değerlendirmek için geliştirilmiştir. Aynı zamanda bireyin yaşadığı iletişim güçlüklerinin bakım verenin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmektedir (16). Araştırmalarda bakım veren perspektifinden bireyin fonksiyonel iletişim becerilerini ve bakım verenin yaşam kalitesini değerlendirmek (46, 47) ve terapi etkililiğini ölçmek için bakım veren görüşlerini de incelemek üzere kullanılmaktadır (36-38, 40-43). Yirmi maddeden oluşan beşli derecelendirmeli Likert tip ölçektir. CARER COAST ölçeğinin de İtalyanca çeviri ve adaptasyon süreçleri tamamlanmıştır (18). Dilimizde afazili bireyin yaşam kalitesini

değerlendiren çok sınırlı sayıda ölçek bulunmaktadır. Literatürde spesifik olarak bireyin fonksiyonel iletişim becerilerini değerlendiren ve bakım verenin afazili bireyin fonksiyonel iletişim becerilerini aynı ölçek ile değerlendirdiği bir araca rastlanmamıştır. Bu çalışmanın iki temel amacı bulunmaktadır. Birinci amacı; COAST ve CARER COAST ölçeklerinin Türkçeye uyarlanması ve tamamlanması, ikinci olarak ise bu ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışmasının gerçekleştirilmesidir.

Bu çalışmanın hipotezleri aşağıda belirtilmiştir:

1. H1.COAST ve CARER COAST Türkçe versiyonunun kültürel ve dil bilimsel özellikleri afazi olan yetişkin bireyler için uygun bir ölçektir.
2. H1.COAST ve CARER COAST Türkçe versiyonu afazili yetişkin bireyler için geçerli bir ölçektir.
3. H1.COAST ve CARER COAST Türkçe versiyonu afazili yetişkin bireyler için güvenilir bir ölçektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. İnme

2.1.1. İnme: Genel Tanım ve Özellikler

World Health Organization (WHO)- Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaptığı tanıma göre “İnme, vasküler kaynağa bağlı olarak 24 saatten fazla süren veya ölüme yol açan serebral fonksiyondaki meydana gelen bozukluğun hızla gelişmesiyle var olan klinik belirtilerdir” (48). İnme, beyne oksijen ve besin taşıyan bir kan damarındaki tıkanma veya kanamalarla meydana geldiği için beyin hücreleri oksijen ve besin eksikliği nedeniyle ölür (49).

İnme genel olarak iskemik ve hemorajik inme olarak 2 ana alt grupta incelenir. İskemik inmeye, beyni besleyen arterlerin aniden tıkanması neden olur. Doğrudan tıkanma yerinde oluşan bir trombüsten (pıhtı) dolayı kaynaklanıyorsa trombotik iskemik inme, dolaşımın başka bir bölümünde oluşan trombüsten kaynaklıyorsa embolik iskemik inme olarak adlandırılmaktadır (50). Hemorajik inme beyindeki kan damarı duvarındaki zayıflamaya bağlı olarak meydana gelir. Kanın serebruma sızmasına neden olarak oksijen ve besin iletimini durdurur (49). İntraserebral kanama ve subaraknoid kanama olarak 2'ye ayrılmaktadır. İntraserebral kanama, beynin arterlerinden birinden beyin dokusuna olan kanamadır. Subaraknoid kanama ise iki beyin zarı pia mater ve araknoid arasındaki boşlukta arteriyel kanama ile karakterizedir (50).

DSÖ verilerine göre 2016' da 9.5 milyondan fazla yeni iskemik inme vakası görülmüştür. Tüm yeni iskemik inme vakalarının neredeyse %60'ı 70 yaşın altındaki insanlarda görülürken %7'si 44 yaşın altındaki kişilerde görülmüştür. Her yıl 2,7 milyondan fazla insan iskemik inme olayından sonra yaşamını kaybetmektedir. 2016'da 4,1 milyon yeni hemorajik inme vakası görülmüştür. Hemorajik inmelerin %60'ı 70 yaşın altındaki insanlarda görülürken %10'u 44 yaşın altındaki kişilerde görülmüştür. İnmeden kaynaklanan tüm ölümlerin %51'i hemorajik inmeden kaynaklanmaktadır (51).

İnmeye birçok farklı etken sebep olmaktadır. Bu nedenle inme, birçok faktörün tanımladığı çok boyutlu bir hastalıktır. Bu etkenler veya risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemez olarak ikiye ayrılabilir (50). Yaş, cinsiyet, aile öyküsü, önceden geçirilen inme, trans iskemik atak ve kalp krizi inme için değiştirilemez risk faktörlerindedir (50, 52). Aksine, kontrol altına alınabilen risk faktörleri kalp hastalıkları yüksek tansiyon, diyabet, obezite, yüksek kan kolesterolü olabilmektedir (52). Bunların yanında tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik, diyet veya pasif sigara kullanımı da risk faktörlerine dahil edilmektedir (50).

İnme olayı gerçekleştiğinde bireyde birtakım değişkenlikler meydana gelmektedir. Amerikan İnme Kurumu (*American Stroke Assosication*) inme semptomlarını; aniden meydana gelen, özellikle vücudun bir tarafındaki ekstremitelerde uyuşma veya güçsüzlük, bilinç bulanıklığı, konuşma veya anlama güçlüğü, tek veya çift gözde görme güçlüğü, yürüme güçlüğü, baş dönmesi, denge veya koordinasyon kaybı ve nedeni bilinmeyen şiddetli baş ağrısı olarak belirtmektedir (52).

2.1.2. İnmenin Sıklığı, Yaygınlığı ve Cinsiyet Faktörü

İnme, dünya çapında ikinci büyük ölüm ve engellilik nedenidir. Her yıl 13 milyondan fazla birey inme geçirmektedir (53). DSÖ'nün verilerine göre yılda 5,5 milyon insan inme olayından sonra yaşamını kaybetmektedir. İnme kaynaklı tüm ölümlerin %39'u 70 yaşın altındaki insanlarda meydana gelirken %4'ü 44 yaşın altındaki kişilerde meydana gelmektedir. Ölümlerin %53'ünü erkekler oluştururken %47'sini kadınlar oluşturmaktadır. Küresel olarak, şu anda inme geçirmiş 80 milyondan fazla insan yaşamaktadır (51). Bu oranlar düşük- orta gelirli ve yüksek gelirli ülkelere göre farklılık gösterebilmektedir. Yüksek gelirli ülkelerde oranlar düşerken düşük- orta gelirli ülkelerde büyük risk faktörü olarak devam etmektedir. 1970-2008 yıllarını kapsayan bir sistematik derlemede yüksek gelirli ülkeler için inme insidansında %42 azalma ve düşük ile orta gelirli ülkelerde %100'den fazla artış olduğu bildirilmiştir (54). Amerika Birleşik Devletleri'nde ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer almakta ve engelliliğinin önde gelen nedenidir (52).

Ülkemizde ise inme sıklığı ve yaygınlığı ile yapılmış sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Yapılan araştırmalarda iskemik inme oranı daha yüksek bulunurken inme sıklığı farklılık göstermektedir (55-58). Şensöz ve ark. (2018) Karabük örneklemleri yaptıkları araştırmada, 44 yaş üzeri inme yaygınlık oranını %4.12, Köseoğlu ve ark. (2018) Akçakoca örneklemleri yaptıkları araştırmada, 44 yaş üzeri kişilerde inme sıklığını %2.2, Türk Börü ve ark. (2018) ise 18 yaş ve üzeri genel yaygınlık oranını %1.7 olarak belirtmişlerdir (55, 57, 58). Ülkemizde yapılan araştırmalarda kadınların erkeklere göre daha yüksek oranda inme geçirdiği bulunmuştur (56-58).

Kabakçı ve ark. (2006), 22 şehirdeki 44 merkezden aldıkları hipertansif hastalar için hastane tabanlı verilerle epidemiyolojik anket çalışması gerçekleştirmişlerdir. 6790 katılımcı ile gerçekleşen araştırma sonuçlarına göre, Karadeniz ve Güney Doğu bölgelerindeki inme oranı anlamlı oranda diğer bölgelerden daha yüksek bulunmuştur. Yaş arttıkça inme riski anlamlı olarak artarken 10 yıllık ortalama inme riski yüzdesi de erkek hastalarda anlamlı olarak kadın hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (59).

2.1.3. İnme Sonrası Görülen Dil ve Konuşma Bozuklukları

İnmenin akut fazında tıbbi durum ve bilinç düzeyi de dahil olmak üzere hastanın iletişim becerilerini çeşitli faktörler belirtilmiştir. Bu faktörlerin yanında beynin sol yarım küresinde özellikle orta serebral arter bölgesindeki meydana gelen hasar, dil ve konuşma bozukluklarına sebep olabilmektedir (60). Beyin hasarının yeri ve büyüklüğü, var olan dil konuşma bozukluklarının şiddeti ve iyileşme sürecindeki en önemli faktörleri oluşturmaktadır (61). Beynin konuşma ve dil bölgelerindeki hasar; afazi ,konuşma apraksisi ve/veya dizartri ile sonuçlanabilir (60).

Dizartri: Konuşma kas sisteminin güç, hız veya koordinasyonundaki bozulmanın neden olduğu motor konuşma bozukluğudur. Bu grupta solunum, fonasyon, rezonans, artikülasyon ve prozodi dahil olmak üzere motor konuşma üretiminin bir veya daha fazla temel alt sisteminde zorluk yaşar. Var olan patofizyoloji ve sinir sistemi içindeki lezyon lokalizasyonuna göre farklı paternlerde meydana gelebilmektedir (62).

Konuşma Apraksisi: Konuşma üretimi için gerekli hareket dizilerinin planlanması ve programlanmasındaki bozukluk ile karakterize motor konuşma bozukluğudur. Bu grupta tutarsız artikülasyon hataları, uygun fonemleri üretmek için arama davranışı, artan ifade uzunluğuna bağlı olarak düşen doğru üretim miktarı görülebilmektedir (63). Konuşma hızı azalmakla birlikte konuşma akıcı değildir ve çaba gerektirir (64).

2.2. Afazi

2.2.1. Afazi: Genel Tanım ve Özellikler

Afazi, en tipik olarak beynin sol yarım küresindeki hasara bağlı meydana gelen edinilmiş nörojenik dil bozukluğudur. Afazinin en yaygın nedeni inme olarak bilinmektedir. Buna ek olarak; kafa travması, beyin tümörü veya diğer nörolojik nedenlerden de kaynaklanabilmektedir (65). Dili anlama, ifade etme, yazma ve okuma becerileri temel olarak değişen derecelerde etkilenmektedir (66). Aynı zamanda afazili bireyin dikkat, bellek, yürütücü işlevler gibi kognitif becerileri önemli ölçüde etkilenen alanlardır (67). Var olan iletişim problemleri ile birlikte bireyin hayat kalitesi de olumsuz şekilde etkilenmektedir (68).

2.2.2. Afazinin Sıklığı, Yaygınlığı ve Cinsiyet Faktörü

Farklı insidans araştırmalarında inme geçiren bireylerde afazi oranının %18 ile %35 arasında değiştiği bildirilmiştir (69-74). İnme sonrası afazinin yaşlı bireylerde yetişkinlere göre daha fazla sıklıkta meydana geldiği belirtilmiştir (75). 65 yaş ve altı bireylerde inme sonrası afazi oranı %15 olarak belirtilirken, 85 yaş ve üzeri bireylerde bu oran %45'e çıkmaktadır (76).

Yapılan bazı araştırmalarda inme sonrası kadınların erkeklere göre daha yüksek oranda afaziye sahip oldukları belirtilirken (77-79); erkeklerin kadınlara göre daha yüksek oranda afaziye sahip olduklarını belirten araştırmalar da bulunmaktadır (80, 81). Erkeklerde ve kadınlarda afazi insidansında anlamlı bir fark bulunmayan araştırmalar da bulunmaktadır (73, 74). Her yıl yaklaşık 100.000 inme geçiren kişiye afazi tanısı konmaktadır (82). Ulusal Afazi Kurumu'nun (*National Aphasia*

Association) verilerine göre her yıl yaklaşık 180.000 Amerikalı birey inme olayını geçirmekteyken, afazi yaklaşık iki milyon Amerikalı bireyi etkilemektedir (18).

2.2.3. Afazi Sınıflandırması

Modern afazi kavramı, 1861'de Paul Broca'nın beyin patolojisi ile ilişkili dil kaybı yaşayan bir vakasını sunduğu zaman ortaya çıkmıştır. Vakasının, dili anlayabildiğini fakat konuşamadığını belirtmiştir. 1874 yılında Karl Wernicke, motor ve duysal afazi olmak üzere 2 farklı afazi türü önermiştir (83). On dokuzuncu yüzyıldan beri Wernicke ve Broca tipi afaziye karşılık gelen iki temel afazi türü bilinmektedir. Wernicke afazide işitsel anlama etkilenirken, Broca tipi afazide konuşma akıcılığı başlıca etkilenen alandır (84). Tarihsel olarak araştırmacılar farklı afazi tiplerini sınıflandırmak için birçok farklı yöntem geliştirse de en çok kullanılan sınıflandırma 1960'larda Norman Geschwind, Frank Benson, Harold Goodglass tarafından geliştirilen Edith Kaplan tarafından güncellenen Boston sınıflandırma sistemidir (85).

Boston Sınıflandırma Sistemi

Boston sınıflandırma sistemine göre akıcı ve akıcı olmayan afazi tipleri Tablo 2.1' de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Akıcı ve akıcı olmayan afazi tipleri (85) .

	AKICI AFAZİ TÜRLERİ	AKICI OLMAYAN AFAZİ TÜRLERİ
AFAZİ TİPİ	Wernicke afazisi	Broca afazisi
	Transkortikal duysal afazi	Transkortikal motor afazi
	İletim afazisi	Global afazi
	Anomik afazi	Miks Transkortikal afazi

Akıcı Olmayan Afazi Türleri

Broca Afazi: Broca afazisinde konuşma, duraklamalarla akıcı olmayan şekilde daha eforlu gerçekleşir. Konuşma entonansı bozulmuştur. Sözcük öbeği uzunluğu ve dakika başına düşen kelime sayısı azdır. Yazılı ve sözlü dil çıktıları agramatiktir. Tek kelimeler ve söz dizimsel olarak daha basit cümlelerin anlaşılması çoğu zaman korunurken söz dizimsel olarak karmaşık cümlelerin anlaşılmasında bozulmalar meydana gelebilir (85). Broca afazisi, Broca bölgesindeki hasarla ilişkilirken, hasar genellikle frontal lob çevresindeki alanlara, insulaya ve bazen de subkortikal yapılara uzanmaktadır (86, 87).

Transkortikal Motor Afazi: Broca afazisine benzemektedir ancak tekrarlama becerileri, anlama ve spontan konuşma becerilerinden beklenenden çok daha iyidir (88). Lezyon yeri medial frontal korteks ve ön süplemanter alanla ilişkilidir (89).

Global Afazi: Afazinin en şiddetli alt tipidir, çünkü isimlendirme, akıcılık, tekrarlama, işitsel anlama gibi dilin tüm alanlarında zorluk yaşanmaktadır. Anlama, tek kelime düzeyinde bile önemli ölçüde bozulur ve sözlü ifadeler çok sınırlıdır. Bununla birlikte, yüz ifadeleri ve jestler gibi konuşma dışı iletişim yolları, temel ihtiyaçları veya duyguları iletmek için kullanılabilir (90). Global afazi, Broca alanını ve Wernicke alanını etkileyen geniş sol hemisfer lezyonları ile ilişkilidir (87, 91).

Miks Transkortikal Afazi: Tekrarlama becerilerinin korunması dışında Global afaziye benzemektedir. Spontane dil kullanımı olmayan bu afazi türünde konuşma üretimi tekrarlarla sınırlıdır (85). Lezyonlar tipik olarak büyüktür ve Broca ile Wernicke bölgesi çevresindeki sulama alanlarını içerir (87, 92).

Akıcı Afazi Türleri

Wernicke Afazi: Akıcı afazi olarak da isimlendirilen bu türde önemli derecede anlama, adlandırma ve tekrarlama bozuklukları görülür. Konuşma akıcıdır fakat cümle yapılarının anlam içeriği düşük olmasıyla birlikte birçok parafazi kullanımı vardır (85). Lezyon tipik olarak komşu temporal ve parietal bölgelerle birlikte Wernicke bölgesinin hasarı ile ilişkilidir (87).

Transkortikal Duyusal Afazi: Wernicke afazisine benzemektedir ancak tekrarlama becerileri korunmuştur (85). Beynin orta serebral arter ve posterior serebral arter tarafından beslenen alanlar arasındaki Wernicke bölgesini çevreleyen lezyonlarla ilişkilidir (93).

İletim Afazisi: Bu afazi türünde fonemik bozulmalar ile akıcı konuşma görülür. İşitsel anlama becerileri nispeten iyi iken tekrarlama becerileri, anlama ve ifadeye göre yüksek oranda bozulmuştur (85). İletim afazisi klasik olarak Wernicke ve Broca alanlarını birbirine bağlayan beyaz cevher yolu olan sol arkuat fasikülusdaki hasarla ilişkilendirilmektedir (87).

Anomik Afazi: Diğer afazi türlerine göre en hafif derecede etkilenen afazi türüdür. Adlandırma becerilerindeki zorluk ile karakterizedir. Konuşma sırasında sözcük bulma problemlerinden kaynaklanan duraksamalar olabilmektedir. Lezyonlar subkortikal bölgeler de dahil olmak üzere sol hemisfer dil ağının herhangi bir yerinde olabilir (87).

Diğer Afazi Türleri

Çapraz Afazi: Dil için baskın olmayan sağ hemisferde meydana gelen hasara bağlı ortaya çıkan afazi türüdür. Bu bireyler baskın olarak sağ elini kullanmaktadırlar (94).

Subkortikal Afazi: Beynin talamus veya bazal ganglionlar gibi subkortikal bölgelerinin hasar görmesiyle meydana gelmektedir (95).

2.2.4. Afazide Değerlendirme

Dilin birbiriyle ilişkili bilişsel, dil ve pragmatik alanları bulunmaktadır. Bilişsel, dil ve pragmatik beceriler göz önünde bulundurularak, değerlendirme yapılabilmektedir (96). Bilişsel bileşende algı, anlama, bellek, yürütücü işlevler problem çözme becerileri; dil bileşeninde dilin anlamsal içeriğini oluşturan dilin semantik alanı, biçim ve yapısını oluşturan fonoloji, morfoloji, sentaks alanları bulunmaktadır. Pragmatik bileşende ise dilin sosyal ortamlarda kullanımına rehberlik eden kurallar değerlendirilmektedir (97). Farklı bağlamlarda farklı partnerlerle nasıl iletişim kurulacağı, sürdürüleceği ve sonlandırılacağı bilgisini içermektedir (98).

Afazili bireye genel olarak dildeki güçlü ve zayıf yönlerini ve dil becerilerinin ne ölçüde güçlendirilebileceğini belirlemek için bir değerlendirme yapılmaktadır (1, 2). Bireyin yaşadığı dil bozukluğuna yönelik yapılan değerlendirmelerin yanında hayata katılımını, fonksiyonel iletişim becerilerini ve yaşam kalitesini de değerlendiren yaklaşımlar bulunmaktadır (4). Bu doğrultuda bakıldığında farklı değerlendirme yaklaşımları belirtilmiştir.

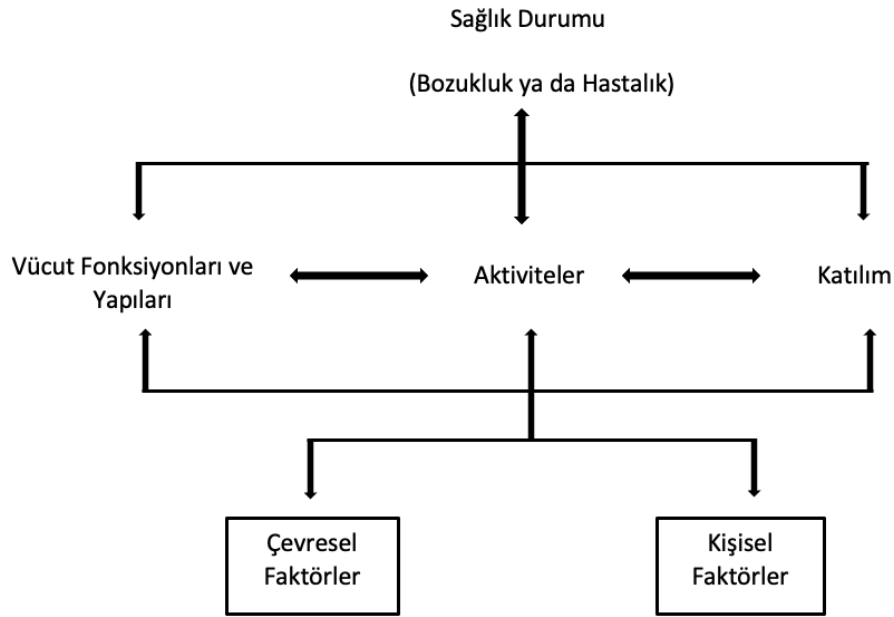
Afazide Eksiklik Temelli Değerlendirmeler (*Impairment Based Assessment*)

Bu yaklaşım kapsamında bireye yapılan dil değerlendirmeleriyle bireyin var olan dil becerileri tanımlanır ve bozulan alanları belirlenir (99). Bu doğrultuda belirli dil alanlarını geliştirmeye odaklanılmaktadır (99, 100). Bu değerlendirmeler ile afazili bireyin dil becerileri, bilişsel ve nöropsikolojik yönden de ele alınmaktadır (101). Bireyi bu kapsamda değerlendirmek ve çeşitli terapötik yaklaşımların sonuç ölçümleri için standardize testler kullanılmaktadır. Kapsamlı dil değerlendirme bataryaları afazinin genel olarak nasıl değerlendirildiğine dair farklı örnekler sunmaktadır (102). Bu değerlendirme araçları ile afazili bireyin genel olarak ifade edici dil, işitsel anlama, tekrarlama, isimlendirme, okuma ve yazma olmak üzere farklı alanlarda değerlendirme yapılmaktadır (103).

Afazide Hayata Katılım Yaklaşımı (*The Life Participation Approach to Aphasia*)

Chapey ve ark. (2000) tarafından oluşturulan katılım temelli veya sosyal odaklı bir yaklaşımdır. Afazide hayata katılım yaklaşımı, terapi süreci boyunca bireyin hayata yeniden katılımını teşvik eder, afazinin bireyin yaşam kalitesindeki olumsuz sonuçlarını azaltmaya çalışır. Bu yaklaşım ile afaziye yönelik fonksiyonel ve pragmatik temelli yaklaşımlardan da yararlanarak bireyin hayata katılım hedeflerine ve sosyal ilişkilerine odaklanarak işlevsel iletişim becerilerini de geliştirmeyi hedefler. Sadece afazili bireyi değil bireyin iletişim kurduğu aile ve çevresini de sürece dahil eder. Değerlendirme bu doğrultuda yapılmaktadır (104). Hayata katılım konusunda güncel değerlendirme şekli ICF yaklaşımıdır (3, 5, 6, 105). 2001 yılında DSÖ, ICF'i onaylamıştır. ICF, işlevsellik ve engellilik kavramları için bütüncül bir yaklaşım

önermektedir. Ayrıca bu kavramlara ek olarak bireyin sahip olduğu kişisel ve çevresel faktörleri de dahil etmiştir. İşlevsellik; bireyin vücut fonksiyonları ve yapılarındaki bütünlüğü, bulunduğu aktiviteler ve katılımı kapsamaktadır. Engellilik ise bireyin vücut fonksiyonları ve yapılarındaki eksikliği, aktivite ve katılım alanındaki sınırlılıklarını belirtmektedir. Bu doğrultuda ICF, var olan bozukluğu; vücut yapısı ve işlevi, aktiviteler ve katılım ile kişisel ve çevresel faktörler açısından tanımlamaktadır (4). Şekil 2.1 de ICF’de var olan parametreler gösterilmektedir.



Şekil 2.1. Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması (4).

Değerlendirilmesi gereken bir diğer önemli bileşen, bireyin yaşam kalitesidir. DSÖ; yaşam kalitesini “bireylerin, içinde yaşadıkları kültür ve değer sistemleri doğrultusunda bireyin amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleriyle ilgili olarak yaşamdaki konumuna ilişkin algısı” olarak tanımlamıştır (26). Oleson (1990), (106) ise bireyin yaşamındaki önemli alanlara ait mutluluk ve memnuniyet düzeylerine ilişkin bireyin algısına vurgu yapmıştır. DSÖ; yaşam kalitesini fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevresel alt boyutlarında incelenebileceğini öne sürmektedir (107). ICF işlevsellik ve engellilik modeline kişisel ve çevresel faktörleri de dahil ettiği için insan yaşamını oluşturan ve yaşam kalitesini etkileyebilecek tüm alanları

kapsamaktadır (108). Rosenbaum ve ark. (2005), bireyi değerlendirirken kapsamlı bir sonuç elde etmek için ICF modeline diğer parametreler ile sürekli etkileşim halinde olan yaşam kalitesini eklemeyi önermiştir (109). Kagan ve ark. (2008), ICF'de belirtilen bireyin yaşadığı bozukluklar, aktiviteler ve katılım, çevresel ve kişisel faktörlere yaşam kalitesini entegre ederek afaziye kavramsal bir çerçeve çizip sonuç değerlendirmelerinde yaşam kalitesinin olması gerektiğini vurgulamışlardır (3). Bu faktörlere bağlı olarak ICF'e göre var olan bozukluğu incelemek ve bu doğrultuda kapsamlı değerlendirme yapılması gerektiği çeşitli araştırmalarda vurgulanmıştır (5, 24, 110).

2.2.5. Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması'na Göre Afazi Değerlendirmesi

Vücut yapısı ve işlevi

ICF vücut yapısı ve işlevleri kısmında, afazili bireyin iletişim performansını etkileyecek sözlü ve yazılı dildeki eksiklikleri değerlendirir. Bu sebeple afazili bireyin dil değerlendirmesi dil ve konuşma terapisti tarafından ayrıntılı şekilde incelenmelidir (5). Bu kısımda bireye eksiklik temelli yaklaşım perspektifi uygulanmaktadır.

Bağlamsal faktörler

ICF sınıflandırmasına göre, bağlamsal faktörler çevresel ve kişisel olarak iki ana başlık altında incelenmektedir. Bu çerçevede kişisel faktörler bireyin yaşı, cinsiyeti, kişiliği gibi psikososyal yönleri içerirken çevresel faktörler kişinin çeşitli rollerde ve ilişkilerde iletişim kurduğu iletişimsel çevreye odaklanır (24). Afazili bireyin başarılı bir iletişim kurmasını ve hayata katılımını kolaylaştıran ve zorlaştıran çevresel ve kişisel faktörler ayrıntılı değerlendirilmelidir (111). Tami ve ark. (2008) 25 afazili birey ile yaptıkları nitel bir çalışmada, görüşme sonrasında afazili bireylere sosyalleşme fırsatları sağlayan bir toplumu iletişimi kolaylaştırıcı bir faktör olarak bildirmişlerdir. İletişimi zorlaştıran faktör olarak ise, afazili bireylerle iletişim sırasında karmaşık sözcük kullanımı olduğunu belirtmişlerdir (112). Çevresel faktörlerin yanında afazili bireyin hissettikleri, değişen duygu durumları da değerlendirilen parametreler arasındadır. İnme sonrası afazi olan ve olmayan iki

grubun karşılaştırıldığı bir araştırmada inme sonrası 3. ayda afazili bireylerin anlamlı olarak çok daha fazla bunalım yaşadıkları belirtilmiştir (113). Baker ve ark. (2020) 10 afazili bireyle yaptıkları görüşmede, bireylerin olumsuz duygu durumu değişikliği yaşadıklarını bu durumun rehabilitasyona katılımı azalttığını ve bu sebeple kişisel yönlerin değerlendirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (114). Bu nedenle afazili bireyin iletişimini ve terapiye katılımını etkileyen hem çevresel hem de kişisel faktörler dil ve konuşma terapistlerinin uyguladığı terapi programının önemli bir parçası olmalıdır (115).

Aktiviteler ve katılım

Aktiviteler ve katılım başlığı altında afazi incelendiğinde; bireyin yaşadığı iletişim güçlüklerine bağlı olarak sosyal, mesleki veya kişisel rol ve hedeflerini yerine getirmedeki kısıtlılıkları değerlendirilmelidir. Çoğu aktivite için iletişimin gerekli olduğu göz önüne alındığında, afazi günlük yaşamı etkilemektedir (5, 116). Benzer şekilde hayata katılımın yanında afazili bireyin sahip olduğu sosyal roller de olumsuz şekilde etkilenmektedir. Örneğin afazili bireylerde sosyal izolasyon, iş kaybı, boş zaman aktivitelerinde azalma olduğu belirtilmiştir (117). Darrigrand ve ark. (2011) kronik ve şiddetli afazili bireylerle yaptıkları araştırmada, sözel dildeki zorluğa bağlı olarak bireyin sosyal aktivitelerde zorluk çektiğini, özellikle afazili bireylerin telefon kullanmak, çek-kredi kartı kullanmak ve sosyal aktivitelerde iletişim kurmakta zorlandıklarını belirtmişlerdir (10). Bu zorluklara bağlı olarak özellikle arkadaş ilişkilerinde azalma olduğu bildirilmiştir (118, 119). Lee ve ark. (2015) 42 afazili ve kontrol grubu ile yaptıkları çalışmada, afazili bireylerin ev dışında geçirdikleri sosyal aktivitelerin çok daha az olduğunu, aktivite ve yaşam kalitelerindeki azalmaya bağlı olarak bu bireylerde depresyon meydana gelebileceğini ve rehabilitasyon hedeflerinden birinin de sosyal katılımı artırmaya yönelik olması gerektiğini belirtmişlerdir (120). Ayrıca toplumsal aktivitelere katılımdaki sınırlılığa ek olarak aile etkinliklerine katılmada da kısıtlılıklar yaşanmaktadır (121). Aktiviteler ve katılım alanı ICF'de farklı bölümlerde incelenmiştir. Bu bölümlerden birkaçı da iletişim, kişiler arası etkileşim ve ilişkiler alt başlığıdır. Dolayısıyla bireyin fonksiyonel iletişim becerileri aktiviteler ve katılım alt alanına girmektedir (7).

2.2.6. Afazide Fonksiyonel İletişim

İnmenin en önemli sonuçlarından biri bireyin günlük yaşamda iletişim becerilerini uzun dönem etkileyen iletişim kurma güçlükleridir (8). Wallace (2015) 40 kronik afazili bireyle yaptığı çalışmada, bireylerin sahip olduğu aktivite ve katılım alanlarında zorluk yaşamalarının en büyük etkeninin afazili bireyin yaşadığı iletişim becerilerindeki güçlük olduğunu belirtmiştir (122). Benzer şekilde Maxaux ve ark. (2013) 164 afazili birey ile yaptığı çalışmada, afazili bireyin yaşadığı dil bozukluğu ile iletişim becerileri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu ve iletişim kurma problemlerinin bireyin aktivitelerde zorluk yaşamasına sebep olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca afazi şiddeti arttıkça iletişim problemlerinin de arttığını bulmuşlardır (101). Benzer şekilde birçok araştırmada iletişim becerilerinin önemine değinilmiştir (3, 9-12). Bu sebeple fonksiyonel iletişim kavramı, değerlendirilmesi gereken önemli bir parametredir.

Fonksiyonel iletişimin literatürde farklı tanımları bulunmaktadır. Amerikan Dil, Konuşma ve İşitme Birliği (*The American Speech-Language-Hearing Association - ASHA*) fonksiyonel iletişimi; “bireyin doğal ortamda kurduğu iletişim şekline bakılmaksızın mesajı etkin ve bağımsız biçimde alması ve ifade etmesi” olarak tanımlamıştır (123). Sarno (1969), fonksiyonel iletişim profilini incelemek için ilk değerlendirme aracını geliştirmiştir (124). 1970'lerin sonlarında Audrey Holland iletişimin sadece konuşma yoluyla gerçekleşmediğini belirterek bireyin dil performansındaki doğru kullanım yerine fonksiyonel iletişimin önemini vurgulamıştır. Bu doğrultuda yaptığı çalışmada, fonksiyonel iletişimi dil bilgisel olarak doğru ifadelerin kullanımıyla sınırlamak yerine bireyin çeşitli yollarla iletişim kurabilmesi olarak değerlendirmiştir. İletişimin sadece sözel yolla değil sözel olmayan birçok yolla da mümkün olabileceğini vurgulamıştır (125). ICF aktivite ve katılım alt alanında bulunan iletişim aktivitelerini; mesajı anlama, herhangi bir iletişim yöntemiyle mesajı iletme, karşılıklı sohbet faaliyetleri ve iletişim araç ve tekniklerin kullanımı olarak belirterek iletişime fonksiyonel bir bakış açısıyla bakmaktadır (4). Worrall ve ark. (126) da bu doğrultuda fonksiyonel iletişimin sadece telefonda konuşmak ya da yemek sipariş etmek gibi bir eylem olmadığını, kişiler arası etkileşimi de kapsayarak aktiviteler içerisinde bireyin iletişim partnerinin iletişimsel mesajlarını anlaması ve

karşılık vermesi olduğunu da belirtmiştir. Blackstone ve ark. (127), fonksiyonel iletişimi bireyin iletişim ihtiyaçları ve yetenekleri doğrultusunda tanıdık ve tanıdık olmayan iletişimsel çevre üzerinde incelemişlerdir. Chapey ve ark. (104), afazide hayata katılım yaklaşımı ile afazili bireyin toplumla yeniden iletişim kurabilmesini amaçlayarak fonksiyonel iletişimin, değerlendirilmesi gereken önemli bir parametre olduğunu belirtmişlerdir. Maxaux ve ark. (2013), afazili bireyin iletişim becerilerinin değerlendirilmesinde dil ve konuşma terapistlerinin terapi planı için hedef belirlemede önemli olduğunu vurgulamışlardır (101). Bakheit ve ark. (2005) afazili bireylere uygulanan standardize dil değerlendirme bataryası ile fonksiyonel iletişim değerlendirme ölçeğini karşılaştırdıkları araştırmada, tek başına dil değerlendirme testlerinin bireyi değerlendirmede yetersiz olduğunu, bireyin sosyal ortamlarda etkili iletişim kurması için bağlamsal ipuçları ya da sözel olmayan iletişim yöntemlerini de kullandığı bu nedenle fonksiyonel iletişim değerlendirme ölçeklerinin önem taşıdığını vurgulamışlardır (9). 2019 yılında yayımlanan ve birçok araştırmacının katıldığı, afazi terapisinde sonuç ölçüm araçlarının belirlendiği panelde ölçüm aracının kullanılması gereken alanlardan birinin de afazili bireyin iletişim becerileri olduğu belirtilmiştir (128). Kapsamlı bir değerlendirmenin daha bütünsel bir yaklaşım benimsemesi gerektiğine dair artan bir fikir birliğinden dolayı afazili bireyin fonksiyonel iletişim becerilerini değerlendirmeye verilen önem artmaktadır (13). Afazi ile ilgili yapılan birçok randomize kontrollü güncel araştırmalarda, sonuç ölçüsü olarak fonksiyonel iletişim becerileri değerlendirilmiştir (41, 129-132). Bu doğrultuda afazi terapisinde bireyin sosyal hayatında iletişim becerilerini kapsamlı olarak incelemek için ekolojik olarak geçerli fonksiyonel iletişim ölçeklerinin gerektiği vurgulanmıştır (11). Bu ölçeklerin bir dizi iletişim amaçlarını sözel ve sözel olmayan birçok iletişim yöntemlerini kapsaması gerektiği belirtilmiştir (35).

2.2.7. Afazili Bireylere Uygulanan Fonksiyonel İletişim Değerlendirme Araçları

Afazili bireylerin fonksiyonel iletişim becerilerini değerlendirmek için klinisyenler yapılandırılmış ortamda standardize testlerle, daha çok günlük yaşam senaryoları üzerinden bireyin performansını değerlendirmişlerdir (11). Standardize testlerin güvenilir veri vermesi ve bireyin zaman içerisindeki değişiklikleri göstermesi açısından avantajları olsa da yapılandırılmış olması sebebiyle bireyin günlük iletişim

performanslarını değerlendirmede eksik kalabileceği düşünülmüştür (17, 133). Bu sebeple afazili bireyin fonksiyonel iletişim becerilerinin gözlemsel profillerle değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Afazili bireylerin fonksiyonel iletişim becerilerini değerlendirmek ve terapilerin bu iletişim becerileri üzerindeki etkilerini araştırmak için hem afazili birey hem bakım veren hem de klinisyenin bireyi değerlendirdiği çeşitli fonksiyonel iletişim değerlendirme araçları geliştirilmiştir (134). Lomas ve ark. (1989) (17), klinisyenin bireyin günlük hayattaki iletişim becerilerini değerlendirmek için sınırlı bilgiye sahip olduğunu bu sebeple değerlendirmenin sadece klinisyen perspektifinden olmaması gerektiğini vurgulamıştır. Afazi değerlendirme ve terapi sonuç ölçümlerinde bireyin kendi görüşünün alındığı öz değerlendirme ölçeklerine verilen önem artmıştır (14, 15). ABD Gıda ve İlaç Dairesi (*U.S. Food and Drug Administration*) değerlendirmelerde en iyi bilginin hastalar tarafından alınabileceğini belirtmiştir (135). İletişim problemleri yaşasa da uygun iletişim stratejisi ve yöntemleri kullanarak afazi dostu materyal ve değerlendirme araçlarıyla afazili bireyin değerlendirilebileceği araştırmalarda vurgulanmıştır (136, 137). Ayrıca bireyi kapsamlı değerlendirmek için bireyle iletişim halinde olan bakım veren görüşlerinin de alınması gerektiği vurgulanmıştır (16). Lomas ve ark.(1989), afazili bireyin fonksiyonel iletişim becerilerini değerlendirmek ve zaman içerisindeki değişimi görmek için bireyle çok sık vakit geçiren bakım veren görüşlerinin önemli olduğunu belirtmişlerdir (17). Hesketh ve ark. (2011), dil ve konuşma terapisti , afazili birey ve bakım veren perspektifinden farklı ölçeklerle afazili bireyi değerlendirdikleri araştırmada, işlevsel iletişimin farklı görüşler alınarak ve karşılaştırmalar yapılarak daha iyi değerlendirilebileceğini vurgulamışlardır (46). Tablo 2.2’de sıklıkla araştırmalarda kullanılan fonksiyonel değerlendirme ölçekleri özetlenmiştir. Literatürde yer alan standardize testler, klinisyen, afazili birey ve bakım veren perspektifinden fonksiyonel iletişim değerlendirme ölçekleri belirtilmiştir. Tabloda belirtilen araçların Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmamıştır. Çalışmamızda Türkçe geçerlik güvenilirliği yapılması amaçlanan COAST ölçeği de tabloda afazili birey perspektifinden fonksiyonel değerlendirme araçları arasında yer almaktadır. Türkçede afazili bireyin spesifik olarak fonksiyonel iletişim becerilerini değerlendiren bir ölçeğe rastlanmamıştır.

Tablo 2.2. Afazili bireyleri değerlendirmede kullanılan fonksiyonel iletişim değerlendirme ölçekleri.

	Standardize Testler	Değerlendirme Ölçekleri / Klinisyen Perspektifinden	Değerlendirme Ölçekleri / Birey Perspektifinden	Değerlendirme Ölçekleri / Bakım Veren Perspektifinden
Değerlendirme Aracı	<i>Communicative Abilities of Daily Living Test -2 (CADL-2)</i> (Holland ve ark., 1999)	<i>Functional Communication Profile (FCP)</i> (Sarno, 1965)	<i>Communication Outcome after Stroke Scale (COAST)</i> (Long ve ark., 2008)	<i>Communicative Effectiveness Index (CETI)</i> (Lomas ve ark., 1989)
	<i>Amsterdam–Nijmegen Everyday Language Test (ANELT)</i> (Blomert ve ark., 1995)	<i>Revised Edinburgh Functional Communication Profile (R-EFCP)</i> (Wirz ve ark., 1990)	<i>The Aphasia Communication Outcome Measure (ACOM)</i> (Hula ve ark., 2015)	<i>Functional Outcome Questionnaire for Aphasia (FOQ-A)</i> (Ketterson ark., 2008)
	<i>Scenario Test</i> (Van der Meulen ve ark., 2010)	<i>American Speech and Hearing Association Functional Assessment of Communication Skills for Adults (ASHA-FACS)</i> (Frattal ve ark., 1995)		<i>Carer Communication Outcome after Stroke Scale (CARER COAST)</i> (Long ve ark., 2009)
		<i>Therapy Outcome Measure, Activity Scale (TOM)</i> (Enderby ve ark., 2006)		

Amsterdam–Nijmegen Everyday Language Test (ANELT) (Blomert ve ark., 1995): Yapılandırılmış bir test olduğu için klinisyen tarafından değerlendirir. Bireylerin sözlü iletişim yeteneklerini değerlendirmek ve zaman içindeki değişimi tahmin etmek için tasarlanmıştır. On maddeden oluşur ve belirli iletişim senaryoları üzerinden birey değerlendirir (138).

Communicative Abilities of Daily Living Test-2 (CADL-2) (Holland ve ark., 1999): Yapılandırılmış bir testtir. CADL-2 bireylerin hem sözlü hem de yazılı dilde çeşitli konuşma eylemlerini, etkileşimleri tanıma ve ifade etme yeteneklerini inceler. İletişimsel başarının değerlendirilmesi hem sözlü hem de sözel olmayan tepkilere dayanır. Bireyi 50 madde ile değerlendirir (139).

Functional Communication Profile (FCP) (Sarno, 1965): İnme sonrası afazili olan bireylere uygulanan değerlendirme ölçeğidir. Klinisyen perspektifinden birey değerlendirilir. 45 maddeden oluşup bireyi hareket, konuşma, anlama, okuma ve hesaplama, yazma gibi çeşitli beceriler olmak üzere 5 alt boyutta değerlendirir (124).

American Speech and Hearing Association Functional Assessment of Communication Skills for Adults (ASHA-FACS) (Frattal ve ark., 1995): İnme sonrası afazisi olan ve iletişim bozukluğu yaşayan travmatik beyin hasarlı bireylere uygulanan değerlendirme ölçeğidir. Klinisyen perspektifinden birey değerlendirilir. 43 maddeden oluşup bireyi sosyal iletişim, temel ihtiyaçların iletişimi, okuma yazma ve sayı kavramları günlük planlama olmak üzere 4 alt boyutta değerlendirir (140).

Communicative Effectiveness Index (CETI) (Lomas ve ark., 1989): İnme sonrası afazili olan bireylere uygulanan değerlendirme ölçeğidir. Bakım veren perspektifinden birey değerlendirilir. 16 maddeden oluşup bireyi sosyal ihtiyaçlar, yaşam becerileri, temel ihtiyaçlar ve sağlık tehditi durumlarına göre 4 alt boyutta değerlendirir (17).

Functional Outcome Questionnaire for Aphasia (FOQ-A) (Ketterson ark., 2008): İnme sonrası afazi olan bireylere uygulanan değerlendirme ölçeğidir. Bakım veren perspektifinden birey değerlendirilir. 32 maddeden oluşup bireyi temel ihtiyaçlar sırasındaki iletişim becerileri, istekleri belirtme, yeni bilgilerin iletilmesi, dikkat ve diğer iletişim becerileri olmak üzere 4 alt boyutta değerlendirir (134).

Scenario Test (Van der Meulen ve ark., 2010): Şiddetli düzeyde afazi olan bireylerin günlük yaşam iletişimini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Bireyin sözel ve sözel olmayan iletişim becerilerinin yanında iletişim partneriyle etkileşimli bir ortamda nasıl iletişim kurduğunu değerlendirir. Bireyi 18 farklı maddede 6 gruplandırılmış senaryo üzerinden değerlendirir (141).

The Aphasia Communication Outcome Measure (ACOM) (Hulo ve ark., 2015): Afazili bireyi 59 madde ile değerlendirir. Afazili birey perspektifinden öz değerlendirme ölçeğidir. Afazili bireyin iletişimsel yeteneği ve işlevselliği değerlendirilir (142).

2.2.8. Afazinin Bireyin Yaşam Kalitesine Etkisi

Fonksiyonel iletişimin değerlendirilmesiyle ilgili bir diğer önemli etken iletişimin yaşam kalitesi üzerindeki etkisidir (18). Afazili bireyin yaşadığı iletişim güçlükleri sosyal yaşamını etkileyen önemli bir faktördür (19). Linda ve ark. (2010) 30 afazili birey ile yaptıkları nitel bir çalışmada, yaşam kalitesini etkileyen ana faktörlerin bireyin sahip olduğu aktiviteler, sözel iletişim becerileri ve vücut fonksiyonları olarak belirtmişlerdir (143). Hilari ve ark. (2012) afazide yaşam kalitesini etkileyen faktörleri araştırdıkları sistematik derlemede, 14 araştırma sonucuna göre yaşam kalitesini etkileyen faktörleri duygusal stres, afazi şiddeti, iletişim ve aktivite kısıtlılıkları, medikal ve sosyal faktörler olarak belirtmişlerdir. Çoğu araştırmada bireyin yaşadığı dil bozukluğu, iletişim güçlükleri ve afazi şiddeti yaşam kalitesinin yordayıcısı olmuştur (144). Cruice ve ark. (2003), ise afazili bireylerin iletişim becerilerinin bireyin psikolojik iyi olma halini ve sosyal sağlığını ön görmeye etkili olduğunu belirtmişlerdir (28). Kagan ve ark. (2008), ICF'de belirtilen bireyin yaşadığı bozukluklar, aktiviteler ve katılım, çevresel ve kişisel faktörlere yaşam kalitesini entegre ederek afaziye kavramsal bir çerçeve çizip, afazi değerlendirmelerinde yaşam kalitesinin olması gerektiğini vurgulamışlardır (3). Wallace ve ark. (2019)'da ICF basamaklarını kullanarak hasta, bakım veren ve klinisyen bakış açılarını karşılaştırdıkları araştırmada afazi sonuç ölçümlerinde değerlendirilmesi gereken parametrelerden birinin de yaşam kalitesi olduğunu belirtmişlerdir (110). Afazili bireylerin daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu gösteren araştırmalar yapılmıştır (20-23). Hilari ve ark. (2011) inme sonrası 6. ayda

afazi olan ve olmayan bireyleri inme ve afazi yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirerek afazili bireylerin yaşam kalitesinin anlamlı derecede daha düşük olduğunu bulmuşlardır (20). Bu sebeple klinisyenler afazili bireyin yaşadığı iletişim güçlüklerinin bireyin günlük yaşamı üzerindeki etkisini değerlendirmelidir (24). Yaşam kalitesinin öznel bir kavram olmasından dolayı değerlendirirken, birey perspektifinden öz değerlendirme araçlarının kullanılması gerektiği hakkında artan bir fikir birliği bulunmaktadır (24-27). Yaşam kalitesinin bireyin yaşamındaki etkisini belirlemek ve anlamlı hedefler oluşturabilmek için değerlendirme araçlarına ihtiyaç vardır (27, 28).

2.2.9. Afazili Bireylerin Yaşam Kalitesini Değerlendiren Ölçekler

Tablo 2.3’de araştırmalarda sıklıkla kullanılan afazide yaşam kalitesi ölçekleri gösterilmiştir İnme sonrası iletişim çıktıları ölçeği COAST ise iletişim güçlüklerinin yaşam kalitesine etkisini yaşam kalitesi alt boyutuyla değerlendirmektedir (35). Tabloda belirtilen ölçeklerden *Stroke and Aphasia Quality of Life (SAQOL-39)* ölçeği ve *Aphasia Impact Questionere - 21 (AIQ-21)* ölçeğinin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır (145, 146).

Tablo 2.3. Afazili bireylerin yaşam kalitesini değerlendiren ölçekler.

Ölçek Adı	Yazar ve Yıl
<i>ASHA Quality of Communication Life Scale (QCL)</i>	Paul ve ark., 2003
<i>Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39)</i>	Hilari ve ark., 2003
<i>Assessment for Living with Aphasia (ALA)</i>	Simmons-Mackie ve ark.,2014
<i>Quality of Life Questionnaire for Aphasia (QLQA)</i>	Spaccavento ve ark.,2014
<i>Communication Outcome after Stroke (COAST)</i>	Long ve ark.,2008
<i>Communication Disability Profile (CDP)</i>	Swinburn ve ark., 2006
<i>Aphasia Impact Questionere -21 (AIQ-21)</i>	Swinburn ve ark., 2018

ASHA Quality of Communication Life Scale (QCL) (Paul ve ark., 2003): Bu ölçek ile afazi, dizatri, kognitif iletişim bozukluğu gibi nörojenik iletişim bozukluğu olan bireyler değerlendirilir. Bireyin yaşadığı iletişim bozukluğunun bireyin ilişkilerine, sosyal, iş ve eğitim hayatındaki katılımına ve genel yaşam kalitesine etkisini değerlendiren öz değerlendirme aracıdır (147).

Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39) (Hilari ve ark., 2003): Bu ölçek; afazili bireyi fiziksel, iletişim, psikososyal ve enerji alt alanlarında değerlendiren öz değerlendirme aracıdır (27). Noyan ve Toğram tarafından 2013 yılında Türkçe' ye geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (146).

Assessment for Living with Aphasia (ALA) (Simmons-Mackie ve ark., 2014): ALA afazili bireyi dil, katılım, çevresel ve kişisel alt alanlarda değerlendiren bir öz değerlendirme aracıdır (24).

Quality of Life Questionnaire for Aphasia (QLQA) (Spaccavento ve ark., 2014): Bu ölçek afazili bireyi iletişim, özerklik ve psikolojik durum alt alanlarında değerlendiren bir öz değerlendirme aracıdır (148).

Communication Disability Profile (CDP) (Swinburn ve ark., 2006): Bu ölçek afazili bireyi aktiviteler, katılım çevresel faktörler ve duygular alt alanlarında değerlendiren bir öz değerlendirme ölçeğidir (149).

Aphasia Impact Questionere - 21 (AIQ-21) (Swinburn ve ark., 2018): Bu ölçek afazili bireyi iletişim, katılım, emosyonel durum alt alanlarında değerlendiren öz değerlendirme aracıdır (150). Ülkemizde Yaşar ve ark. (2021) tarafından geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır (145).

2.2.10. Bakım Verenın Yaşam Kalitesi

Afazi sadece bireyi değil aynı zamanda bakım verenin de yaşamını etkilemektedir (29-32). Grawburg ve ark. (2013) yaptıkları sistematik derleme sonucuna göre, bakım verenin yaşadığı sorunları belirtmişlerdir. Araştırma sonucuna göre bakım verenin uyku bozukluğu, üzüntü, hayal kırıklığı, depresyon gibi sağlık ve duygusal olarak olumsuz etkilendiğini; aynı zamanda aktiviteler, sosyal ve arkadaş

ilişkilerinde azalmanın olduğunu; ev ve maddi işlerde artan sorumluluk ve kişisel bakımda azalma meydana geldiğini belirtmişlerdir (32). Bakas ve ark. (2006) inme sonrası afazi olan ve olmayan bireylerin bakım verenlerini karşılaştırdığı araştırmada bakım verenin inme sonrası olumsuz etkileniminin daha kötü olduğunu belirtmişlerdir (29). Benzer şekilde White ve ark. (2003) bakım veren görüşlerini 2 yıllık periyotta takip ettikleri araştırmada, inme sonrası iletişim güçlüğü yaşayan bireylere bakım verenlerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu bulmuşlardır (151). Forsberg-Wirleby ve ark. (2004) da inme sonrası 4. ve 12. ayda psikolojik iyi olma indeksi puanlarının afazili bireyin bakım vereninin olmayana göre anlamlı derecede düşük olduğunu belirtmişlerdir (152). Sherratt ve ark. (2011) dil ve konuşma terapistlerinin afazili bireylere terapi hedefi belirlerken bireye bütüncül bir yaklaşım gösterilmesinin önemine , bunun için de bakım veren görüşlerinin de alınmasına vurgu yapmışlardır (153). Bu kapsamda Visser – Meily ve ark. (2006), aile merkezli bakım modelinin önemini belirterek rehabilitasyonun tüm aşamasında bakım verenlerinin de güçlü yanlarının, ihtiyaçlarının, görüşlerinin birey kadar önemli olduğunu vurgulamışlardır (33). ICF’de afazili bireyin bakım vereni çevresel faktörler alt alanında incelenmektedir. Aynı zamanda ICF, bakım verenin de sağlık durumu etkilendiği için bakım vereni üçüncü şahıs engellilik kavramı adı altında değerlendirmiştir (4). Rombough ve ark. (2007), afazili bireye bakım verenin yaşam kalitesini ölçen spesifik değerlendirme araçları gerektiğini vurgulamıştır (154). Bakım verenin yaşam kalitesini ölçen genel değerlendirme araçları araştırmalarda kullanılsa da iletişime özgü sorular içermeyebileceğinden bireyin yaşadığı iletişim güçlüklerinin bakım verenin yaşamına etkisini de değerlendiren araçlara ihtiyaç duyulmaktadır (16, 34).

2.2.11. Bakım Vereninin Yaşam Kalitesini Değerlendiren Ölçekler

Bakım vereni çeşitli alanlarda değerlendiren bazı ölçekler bulunmaktadır. Örneğin; *Caregiver Strain Index* (155), *Carers of Older People in Europe Index* (156), *Oberst Caregiving Burden Scale* (157) değerlendirme araçları inmeye özgü değildir. Bu ölçeklerde genel anlamda bakım veren yükü, bakım verenin çeşitli alanlarda yaşadığı zorluklar değerlendirilmektedir. *Caregiver Burden Scale*, inme geçiren bireylerin bakım verenine uygulanır fakat iletişim güçlüğü yaşayan bireylerin bakım verenine özgü değildir (158). *The Family Aphasia Measure of Life Impact* (FAMLI)

ölçeği afazili bireylerin bakım verenine özgüdür. Bakım vereni sağlık-günlük yaşam, tutum- kişisel yaşam, afazili bireye yardım, iletişim-duygular, dış etkileşimler alanında değerlendirir (34). CARER COAST ölçeği ise yaşam kalitesi alt boyutu ile 5 maddede afazi ve/ veya dizartri olan bireyin bakım vereninin yaşam kalitesini değerlendirir. Tablo 2.4'de yukarıda belirtilen ölçekler gösterilmiştir. Veri toplama sırasında ülkemizde bireyin yaşadığı iletişim güçlüklerine bağlı olarak bakım verenin yaşam kalitesini değerlendiren spesifik bir ölçeğe rastlanmamıştır. FAMLİ ölçeği Tetik ve Toğram tarafından (2022) Türkçeye geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (159).

Tablo 2.4. Bakım verenin yaşam kalitesini değerlendiren ölçekler.

Ölçek Adı	Yazar ve Yıl
<i>Caregiver Strain Index</i>	Robinson ve ark., 1983
<i>Caregiver Burden Scale</i>	Elmstahl ve ark., 1996
<i>Carers of Older People in Europe Index</i> (COPE)	McKee ve ark., 2003
<i>Oberst Caregiving Burden Scale (OCBS)</i>	Bakas ve ark., 2004
<i>Carer Communication Outcome after Stroke Scale (CARER COAST)</i>	Long ve ark., 2009
<i>The Family Aphasia Measure of Life Impact: An assessment of third-party functioning and disability (FAMLİ)</i>	Grawburg ve ark., 2019

2.2.12. Communication Outcome after Stroke Scale (COAST)

Coast Long ve ark. (2008) tarafından, afazi ve/ veya dizartri olan bireylerin inme sonrası fonksiyonel iletişim becerilerini değerlendirmek ve çok merkezli randomize kontrollü yapılan pragmatik temelli iletişim terapisinin (*Assessing the Effectiveness of Communication Therapy in the North West – ACTNoW*) etkililiğini ölçmek için geliştirilen öz değerlendirme aracıdır (35). COAST inme sonrası afazi ve /veya dizarti olan bireylerin öncelikli olarak fonksiyonel iletişim becerilerini, bunun

yanında iletişim bozukluğunun bireyin yaşam kalitesine olan etkisini değerlendirmektedir. COAST, ICF ile de uyumlu olup fonksiyonel iletişim becerileri ICF’de değerlendirilen aktiviteler ve katılım başlığına girmektedir (35). Yaşam kalitesi alt boyutu ise ICF’nin tüm parametreleriyle ilişkilidir (3). Araştırmalarda bireyin fonksiyonel iletişim becerilerini değerlendirmek aynı zamanda terapi etkililiğini belirlemek amacıyla sonuç ölçümlerinde kullanılmaktadır (36-45). Resim içeriğinin olması sebebiyle afazi dostu bir değerlendirme aracıdır, bu sebeple farklı şiddetlerde bozukluğu olan afazili bireyi değerlendirme şansı sunar (14, 35). COAST ölçeğinin aynı zamanda İtalyanca çeviri ve adaptasyon süreçleri tamamlanmıştır (18).

2.2.13. Carer Communication Outcome after Stroke Scale (CARER COAST)

CARER COAST, Long ve ark. (2009) tarafından inme sonrası afazi ve/ veya dizartri olan bireylerin fonksiyonel iletişim becerilerini bakım veren perspektifinden değerlendirmek için geliştirilmiştir. Aynı zamanda bireyin yaşadığı iletişim güçlüklerinin bakım verenin yaşam kalitesine etkisini de değerlendirmektedir (16). Araştırmalarda bakım veren perspektifinden bireyin fonksiyonel iletişim becerilerini ve bakım verenin yaşam kalitesini değerlendirmek (46, 47), aynı zamanda terapi etkililiğini ölçmek için de bakım veren görüşlerini incelemek için kullanılmaktadır. (36-38, 40-43). CARER COAST ölçeğinin aynı zamanda İtalyanca çeviri ve adaptasyon süreçleri tamamlanmıştır (18).

3. BİREYLER ve YÖNTEM

Bu çalışma COAST ve CARER COAST İngilizce versiyonunun Türkçe'ye uyarlanmasını ve geçerlik ve güvenilirliğini araştıran metodolojik bir araştırmadır. Araştırmanın veri toplama süreci Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri-Dil ve Konuşma Terapisi Ünitesi ve Ankara Şehir Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi Kognitif İletişim Beceri Laboratuvarı'nda gerçekleştirilmiştir. Araştırmamız Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'nun 19.01.2021 tarih ve G0 21/ 102 kayıt numaralı kararı ile etik açıdan uygun bulunmuştur. [EK-1] Çalışmamızın orijinallik raporu ve dijital makbuzu alınmıştır. [EK-2, EK-3]

3.1.Bireyler

Araştırmaya Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri-Dil ve Konuşma Terapisi Ünitesi ve Ankara Şehir Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi Kognitif İletişim Beceri Laboratuvarı'nda değerlendirilen afazi olduğu tespit edilen bireyler dahil edilmiştir. Ölçek uyarlama araştırmalarında Likert tip ölçekler için örneklem hesaplamalarında, ölçekteki her bir madde için 5 ile 20 arasında bireyin katılması gerektiği önerilmektedir (160). Aynı zamanda ölçek uyarlama sürecinde yapı geçerliğini incelemek için önerilen Doğrulayıcı Faktör Analizi'nde (DFA) örneklem büyüklüğünün en az 100 kişi olması gerektiği vurgulanmıştır (161). Bu kriterler göz önüne alınarak madde sayısı 20 olan COAST ve CARER COAST ölçekleri için örneklem büyüklüğü 100 olarak belirlenmiştir. Şekil 3.1'de çalışmaya katılan afazili bireylerin dahil edilme şeması gösterilmiştir. Katılım şartlarını sağlayan 101 bireyden alınan verilerle yapılan analizler yeterli bulunarak veri toplama süreci sonlandırılmıştır. Araştırma için uygun şartları sağlayan afazili bireylerin bakım verenleri için veri kaybı olmamıştır. Test tekrar test güvenilirliği için ölçek maddeleri, 2 hafta arayla seçilen 32 afazili birey ve bakım verene tekrar uygulanmıştır (162). Araştırmamıza katılan bireylerden aydınlatılmış onam formu alınmıştır. [EK-4]

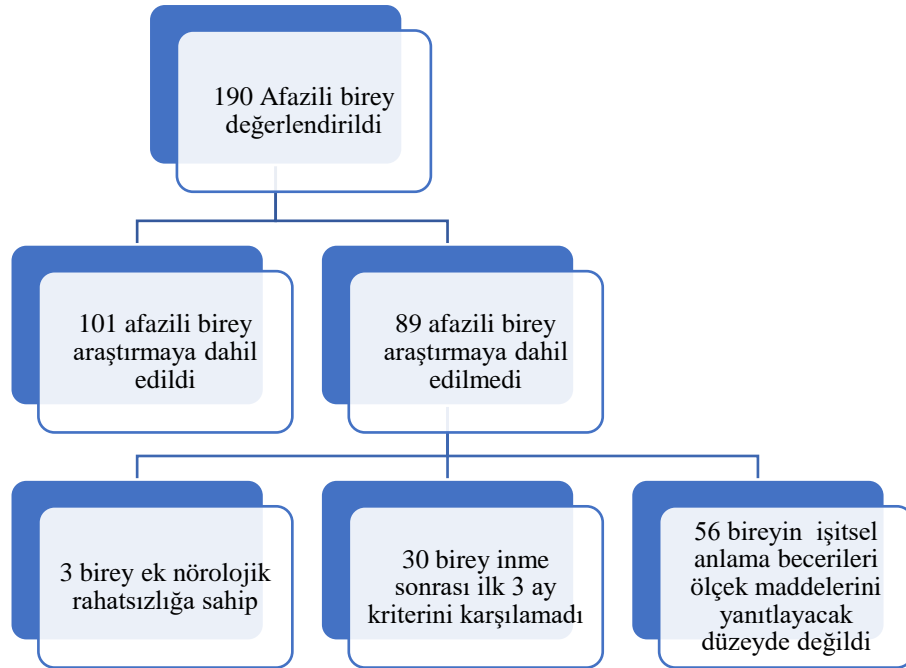
Afazili birey için araştırmaya katılma kriterleri aşağıda belirtilmiştir.

- Ana dili Türkçe olması

- 18 yaş ve üzeri olması
- İnme sonrasında afazi tanısı alması
- Dil ve konuşma terapisi almıyor olması
- İnmeden sonra en az 3 ay geçmiş olması
- Psikiyatrik hastalığa sahip olmaması
- Başka bir nörolojik probleme sahip olmaması
- İşitsel anlama becerisinin ölçek maddelerine yanıt verecek düzeyde olması
- En az ilk okul mezunu olması

Bakım veren için araştırmaya katılma kriterleri aşağıda verilmiştir.

- Ana dili Türkçe olması
- 18 yaş ve üzeri olması
- Primer bakım veren olması
- En az ilk okul mezunu olması
- Psikiyatrik ve/ veya nörolojik probleme sahip olmaması



Şekil 3.1. Çalışmaya katılan afazili bireylerin dahil edilme şeması.

3.2. Yöntem

Çalışmanın ilk aşamasında, İnme Sonrası İletişim Çıktıları Ölçeği-*Communication Outcome after Stroke Scale -COAST* ve İnme Sonrası İletişim Çıktıları-Bakım Veren Ölçeği'ni (*Carer Communication Outcome after Stroke Scale*) geliştiren ekibin başlıca yazarı Audrey Bowen'den ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmak üzere gerekli izin alınmıştır. [EK-5]

Çalışmada COAST ve CARER COAST ölçeğinin Türkçe'ye çeviri ve kültürel adaptasyonunun yapıldığı ikinci aşamada ise son hali verilen iki ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizleri tamamlanmıştır. Çeviri ve adaptasyon süreci Dünya Sağlık Örgütü'nün çeviri ve adaptasyon prosedürlerine uygun olarak gerçekleşmiştir. Ana dili Türkçe olan, aynı zamanda İngilizce dilinde yetkin ve alanda uzman dil ve konuşma terapisti tarafından ölçeğin ileri çevirisi yapılmıştır. Her iki dile de hakim üç uzman dil ve konuşma terapisti ve bir yüksek lisans öğrencisinin olduğu uzman panelinde ileri çeviri ayrıntılı olarak incelenip ölçeğin dilbilimsel ve kültürel açıdan uygun olması için gerekli önerilerde bulunulmuştur. Resimli içeriği de bulunan ölçeğin bazı maddelerindeki resimlerin Türk kültürüne uygun olmadığı düşünülerek değişiklikler yapılması gerektiği panelde kararlaştırılmış olup ölçek yazarından izin alınarak değişiklikler yapılmıştır. Örneğin; ölçeğin orijinal versiyonunda bulunan ev fotoğrafı Türk kültür ve mimarisini yansıtmadığı için hedef kitlenin anlayabileceği düzeyde ve Türk Kültürüne uygun bir fotoğrafla değişiklik yapılmıştır.

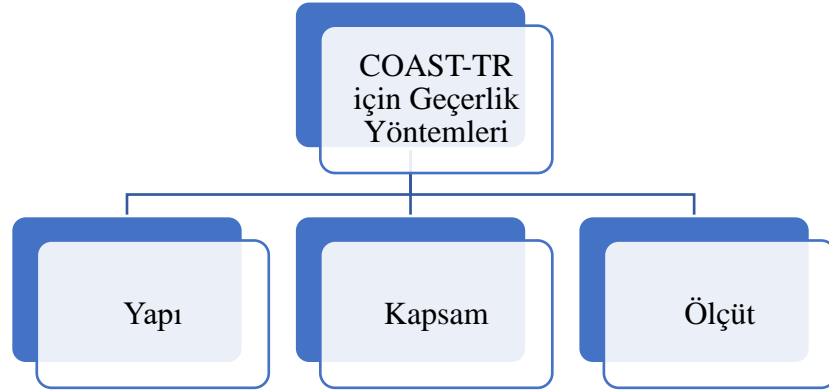
Diğer bir aşama olan geri çeviri basamağında ise adaptasyonu yapılması planlanan ölçek ve içeriği hakkında bilgisi olmayan, ana dili İngilizce olan bir uzman tarafından ölçeğin İngilizceye geri çevirisi tamamlanmıştır. Ön uygulama basamağında 20 afazili birey ve bakım verene ölçek maddeleri gösterilmiş olup, ölçek ile ilgili fikirleri alınmıştır. Aynı zamanda maddelerin hedef kitle tarafından ne kadar anlaşılır olup olmadığı incelenmiştir. Bu aşamalardan sonra ölçeğe son hali verilmiştir. Çeviri aşamasının son basamağını oluşturan raporlama kısmında yukarıda belirtilen tüm aşamalar kaydedilmiştir. Şekil 3.1'de DSÖ çeviri ve adaptasyon süreci adaptasyon prosedürleri gösterilmiştir (163).



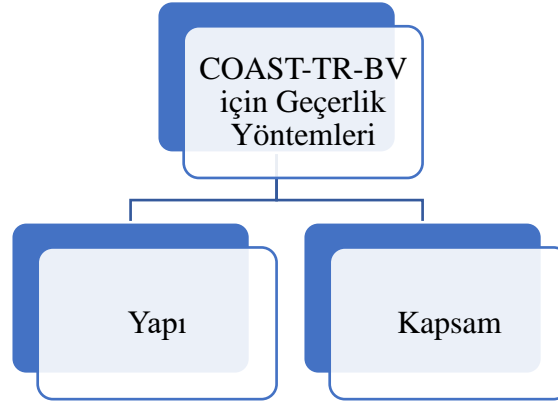
Şekil 3.2. Dünya Sağlık Örgütü Çeviri ve Adaptasyon Süreci.

Adaptasyon çalışmalarında çeviri tamamlandıktan sonra maddelerin orijinal haliyle uygunluğu hakkında uzmanlar tarafından geri dönüt almak önemlidir. Bu doğrultuda uzman görüşleri arasındaki uyumun hesaplanması önerilmektedir (164, 165). COAST Türkçe (COAST-TR) ve CARER COAST Türkçe (COAST-TR-BV) dil ve konuşma terapisi alanında 8 akademisyen tarafından her bir ölçek maddesi için uygun, uygun ancak düzeltilmeli ve uygun değil şeklinde işaretlemeler yaparak 0-5 arasında puan vermeleri istenmiştir.

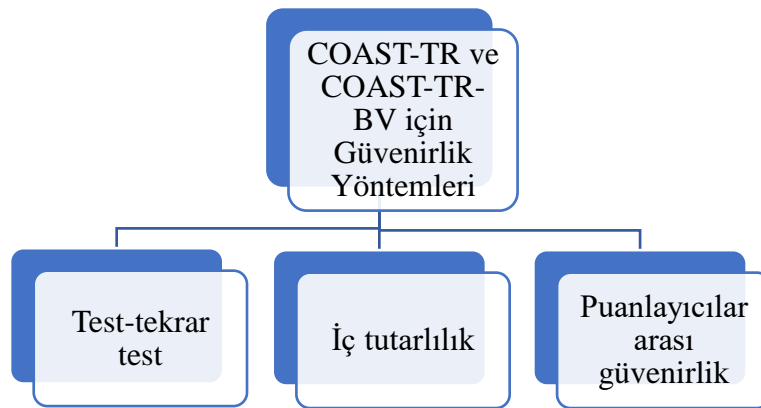
COAST ve CARER COAST'un Türkçeye çeviri ve kültürel adaptasyonu yapıldıktan sonra çalışmamızın ikinci aşaması olarak ölçeğin psikometrik özellikleri belirlenmiştir. Bu kapsamda adaptasyonu yapılan ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Şekil 3.3'de COAST-TR için geçerlik yöntemleri, Şekil 3.4'de COAST-TR-BV için geçerlik yöntemleri, Şekil 3.5'de COAST-TR ve COAST-TR-BV için güvenilirlik yöntemleri gösterilmiştir.



Şekil 3.3. COAST-TR için geçerlik yöntemleri.



Şekil 3.4. COAST-TR-BV için geçerlik yöntemleri.



Şekil 3.5. COAST-TR ve COAST-TR-BV için güvenirlilik yöntemleri.

Geçerlik, ölçeğin ölçmeyi amaçladığı özelliği doğru ölçebilme derecesi olarak tanımlanabilmektedir (166). Farklı geçerlik teknikleri kullanılsa da genel olarak bir ölçeğin geçerliği araştırılırken daha çok kapsam, ölçüt ve yapı geçerliğine bakılmaktadır (167, 168). Çalışmada COAST-TR ölçeği için geçerlik yöntemlerinde kapsam, yapı ve ölçüt geçerliği kullanılırken COAST-TR-BV için ise kapsam ve yapı geçerliği incelenmiştir.

Kapsam geçerliği ile ölçek maddelerinin hedeflenen özelliği yeterli ve uygun şekilde ölçüp ölçmediği incelenmektedir (167). Bu doğrultuda alanında uzman kişilerden ölçek maddelerinin içeriğinin hedeflenen özelliği ne kadar yansıttığına dair inceleme yapmaları istenmektedir (167, 169). Maddelerin içeriği ile ilgili uzmanlardan alınan nitel görüşler, Lawshe (169) tarafından geliştirilen Kapsam Geçerlik Oranı (KGO) ve Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) hesaplamaları ile nicel verilere dönüşebilmektedir (170). Çalışmamızda alanında uzman 8 akademisyenden ölçek maddelerinin hedeflenen özelliği ne kadar iyi yansıttığını belirlemek için görüş alınmıştır. Bu kapsamda madde “Ölçülecek özelliği temsil ediyor mu?”, “Madde hedef kitle tarafından kolayca anlaşılabilir mi?”, “Madde yeteri kadar açık şekilde ifade edilmiş mi?”, “Madde farklı bir alt boyutta yer alabilir mi?” soruları uzmanlara yönlendirilmiş olup her bir madde için bu soruları; “Uygun”, “Uygun ancak düzeltilmeli”, “Uygun değil” şeklinde 0-5 arasında puanlama yapmaları istenmiştir.

Çalışmada kullanılan bir diğer geçerlik yöntemi yapı geçerliğidir. Yapı geçerliği, ölçülmek istenilen soyut bir kavramın doğru şekilde ölçülebilme derecesini belirtmektedir (167, 171). Testin tamamı ve alt boyutlarıyla olan uyumlu olma derecesi yapı geçerliği kapsamında değerlendirilmektedir (172). Test gerçekten hedeflenen özelliği ölçüyor mu sorusunu kuramsal ve teorik olarak ortaya koyar. Bu doğrultuda yapı geçerliğini incelemek için farklı yöntemler kullanılabilir. Bunlardan biri COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeğinden elde edilen puanlar kullanılarak madde toplam korelasyonlarının incelenmesidir. Yapılan hesaplamalar sonucunda maddelerin geçerliğine yönelik kanıt oluşturulmak istenmiştir (173, 174). Yapı geçerliği için çalışmamızda kullanılan bir diğer yöntem DFA’dır. DFA’nın yapı geçerliği için literatürde genel bir görüş olarak yapılması gerektiği belirtilmektedir (175, 176). Bu

bağlamda COAST-TR ve COAST-TR-BV'nin uygulandığı grup için kuramsal olarak geçerli olup olmadığını ortaya koymak amacıyla DFA yapılmıştır (177).

Çalışmada kullanılan bir diğer geçerlik yöntemi ölçüt geçerliğidir. Ölçüt geçerliği; adaptasyonu yapılması hedeflenen ölçek ile aynı örnekleme benzer alt boyutları değerlendiren ve daha önce geçerli olduğu kanıtlanan bir ölçekten alınan ölçümler arasındaki korelasyon ile incelenir (171). Veri toplama sürecinde ülkemizde afazili bireylerin bakım veren perspektifinden fonksiyonel iletişim becerilerini ve bireyin yaşadığı iletişim güçlüklerinin bakım verenin yaşam kalitesine etkisini değerlendiren geçerliği yapılmış bir ölçeğe rastlanmamıştır. Bu sebeple ölçüt geçerliği sadece COAST-TR için gerçekleştirilmiştir. Afazili bireylerin yaşam kalitesini değerlendiren Noyan ve Toğram tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi -39 (SAQOL-39-TR) ölçeği çalışmamızda ölçüt geçerliği için kullanılmıştır (146). SAQOL-39-TR ölçeği afazili bireyi fiziksel, iletişim, psikososyal ve enerji alt boyutlarında değerlendirirken COAST-TR ölçeği bireyi etkileşimsel iletişim, iletişime genel bakış ve yaşam kalitesi alt boyutlarında değerlendirmektedir. İki ölçeğin alt boyutlarındaki benzer içerikteki maddelerle bireyi değerlendirdiği düşünülerek SAQOL-39-TR ölçeğindeki iletişim alt boyutu ile CAOST-TR ölçeğindeki etkileşimsel iletişim, iletişime genel bakış alt boyutu; aynı zamanda SAQOL-39-TR ölçeğindeki psikososyal alt boyutu ile COAST-TR ölçeğindeki yaşam kalitesi alt boyutu arasındaki korelasyonlar hesaplanmıştır. Yapılan analizler sonucunda elde edilecek yüksek korelasyon katsayısı, ölçme araçlarının aynı veya benzer yapıyı ölçtüğü ve bu doğrultuda da COAST-TR'nin geçerli bir ölçek olduğuna kanıt sağlayacaktır.

Ölçek adaptasyonu çalışmalarında diğer önemli bir basamak ölçeğin güvenilirliğidir ve ölçeğin geçerli olması için olması gereken bir özelliği de güvenilir olmasıdır (171). Bademci (2019), güvenilirliği ölçekten elde edilen sonuçların tutarlılığı ve tekrarlanabilirliği olarak ifade etmiştir (178). Farklı güvenilirlik teknikleri ile ölçeğin güvenilir olduğuna dair kanıtlar ortaya konulabilmektedir. Bunlardan bazıları test tekrar test güvenilirliği ve ölçeğin iç tutarlılığıdır (171, 174). Çalışmada COAST-TR ve COAST-TR-BV için bu iki yöntem ile güvenilirlik analizleri yapılmıştır.

Test-tekrar test güvenilirliği kapsamında belirli sayıda kişiye belirli aralıkla test tekrar uygulanmaktadır. İlk uygulama ve test tekrarı sonucundaki puanlar arasındaki korelasyon katsayıları incelenmektedir. Test-tekrar test uygulamasında bireyin soruları hatırlama ihtimali göz önünde bulundurularak iki test arası zamana dikkat edilmesi gerekmektedir (171). İki testten elde edilen puanlar arasında yüksek korelasyon, COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinin güvenilirliği için kanıt oluşturmuş olacaktır (164). Test-tekrar test güvenilirliği için araştırma kapsamında rastgele seçilmiş bireylere ve bakım verenlerden %32'sine (32 afazili birey 32 bakım veren) iki hafta sonra ölçek yeniden uygulanmıştır.

Çalışmamızda bir diğer güvenilirlik yöntemi için ölçek iç tutarlılığına bakılmıştır. *Cronbach Alfa* katsayısı ile hesaplanan iç tutarlılık; ölçek alt boyutları ve toplam puan için ayrı ayrı hesaplanmıştır (174). İç tutarlılığın yüksek olması aynı zamanda yapı geçerliği için de kanıt oluşturmaktadır (173, 178). Sonuç olarak güvenilirlik analizlerinde iki farklı yöntem ile COAST-TR ve COAST-TR-BV'nin güvenilirliğine yönelik kanıt ortaya konulmuştur.

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmamızda afazili bireyler için Afazi Dil Değerlendirme Testi (ADD) anemnez bilgilerinin olduğu afazi değerlendirme formu COAST-TR puanlama ölçeği SAQOL-39-TR ölçeği doldurulmuştur [EK- 6,7,8]. Bakım verenler için ise COAST-TR-BV puanlama ölçeği ve Bakım Veren Formu doldurulmuştur [EK-9,10].

3.3.1. Afazi Dil Değerlendirme Testi

Afazi Dil Değerlendirme Testi afazili bireyleri değerlendirmek için Maviş ve Toğram tarafından 2009 yılında geliştirilmiştir (179). Bireyi konuşma akıcılığı, işitsel anlama becerileri, tekrarlama, adlandırma, okuma, dilbilgisi, söz eylem ve yazma alanlarında değerlendirir. Farklı şiddet düzeylerindeki afazili bireylerde isimlendirme problemi ortak olarak görülebilmektedir (180). İnme sonrası dil bozukluğu şikayeti ile kliniğe başvuran bireylere afazi dil değerlendirme testi ve informal gözlem yapılarak dil ve konuşma terapisi tarafından afazi olduğu kararı verilmiştir.

3.3.2. Afazi Değerlendirme Formu

Afazili bireylerin anamnez bilgileri bu form ile elde edilmiştir. Bireyin yaşı, eğitim düzeyi, mesleği, yaşadığı şehir gibi genel bilgiler alınmıştır. Aynı zamanda inme başlangıç tarihi, Bilgisayarlı tomografi (BT), Manyetik rezonans görüntüleme (MR) sonuçları, yaşadığı ekstra tıbbi sağlık sorunları kaydedilmiştir. Motor beceriler kısmında olaydan sonra var olabilecek hemipleji durumu sorgulanmıştır. Formun geri kalan kısmı bireylerin iletişim becerileri ile ilgili olup iletişim düzeyi ve zorlandığı iletişim alanları kaydedilmiştir.

3.3.3. İnme Sonrası İletişim Çıktıları Ölçeği- (COAST-TR)

COAST ölçeği afazili bireyi etkileşimsel iletişim, genel iletişim, yaşam kalitesi alt boyutlarında değerlendiren Likert tipi ölçektir. Etkileşimsel iletişim alt boyutunda 12 madde, genel iletişim alt boyutunda 3 madde, yaşam kalitesi alt boyutunda ise 5 madde bulunmaktadır. COAST birey tarafından puanlanan öz değerlendirme ölçeğidir. Her madde 0-4 arasında puanlanmaktadır. Puan arttıkça afazili birey perspektifinden fonksiyonel iletişim becerileri ve yaşam kalitesi iyileşmektedir. COAST ölçeği 2 formdan oluşmaktadır. Resimli kitapçığı ile bireylere resimler yardımıyla sorular yönlendirilirken skorlama formunda bireyin gösterdiği cevabın puan karşılığı işaretlenmektedir. En yüksek 80 puan olarak kaydedilen COAST ölçeğinde aynı zamanda yüzdelik performans olarak da yüzde puanları kaydedilmektedir. Puan skorlanmasında en düşük puan olan 0'da üzgün yüz resmi en yüksek puan olan 4'de gülen yüz resmi bulunmaktadır. Bunun yanında puan arttıkça kutucukların büyüklüğü de artmaktadır. Bu kolaylaştırıcı faktörlerle birlikte resimli kitapçığı sayesinde afazili bireylerin ölçek maddelerini daha kolay yanıtlayabildiği, bu sebeple afazi dostu değerlendirme aracı olduğu düşünülmektedir. COAST-TR afazili bireyin fonksiyonel iletişim becerilerini ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmektedir. Aynı zamanda terapi sonrası değerlendirmelerinde de kullanılarak bireyin terapi sonrası ilk değerlendirme bulguları ile karşılaştırma fırsatı sunmaktadır ve yaşam kalitesinde nasıl bir değişiklik meydana geldiğini nicel olarak ortaya koyabilmektedir (35).

3.3.4. İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi -39 Ölçeği- Türkçe (SAQOL-39-TR)

Hilari ve ark. 2003 yılında SAQOL-39'u geliştirmiştir (27). Noyan ve Toğram ise (146) 2013 yılında Türkçe geçerlik ve güvenirlilik çalışmasını yapmıştır. Ölçeğin birçok farklı dile adaptasyon çalışmaları yapılmıştır (146, 181-184). Afazili bireylerin yaşam kalitesini ölçmeyi amaçlayan birey tarafından 1-5 arasında puanlanan Likert tip ölçektir. Afazili bireyi fiziksel, psikosoyal, iletişim ve enerji alt alanlarında değerlendirmektedir. Ölçeğin fiziksel alt boyutunda 17, iletişim alt boyutunda 7, psikososyal alt boyutunda 11 ve enerji alt boyutunda 4 madde bulunmaktadır. Puan arttıkça bireyin yaşam kalitesi puanları da artmaktadır. SAQOL-39-TR ölçeğindeki psikososyal alt boyutundaki maddelerin içeriği COAST ölçeğindeki yaşam kalitesi alt boyutundaki madde içerikleriyle; SAQOL-39-TR ölçeğindeki iletişim alt boyutundaki maddelerin içeriği ise COAST ölçeğindeki iletişim ile ilgili 2 alt boyutundaki maddelerin içeriği ile benzerlik göstermektedir. Aynı zamanda COAST ölçeğinin geliştirilme sürecinde, SAQOL-39-TR ölçeğindeki maddeler de incelenmiştir (35). Afazili bireyler ile yapılan birçok araştırmada (20, 185-187) değerlendirme ve terapi sonuç ölçümlerinde SAQOL-39-TR'nin kullanılması ve yukarıda anlatılan sebeplerden dolayı çalışmamızda ölçüt geğerliği için SAQOL-39-TR ölçeğinin kullanılması uygun görölmüştür.

3.3.5. İnme Sonrası İletişim ıktıları Ölçeği-Bakım Veren (COAST-TR-BV)

Çalışmada Türkçeye adaptasyonu yapılan diğer ölçek olan CARER COAST afazili bireylere bakım verenlere uygulanmıştır. COAST-TR-BV ölçeği ile afazili bireylerin fonksiyonel iletişim becerileri bakım veren perspektifinden değerlendirilir. Aynı zamanda afazili bireylerin yaşadığı iletişimsel zorlukların, bakım verenin yaşam kalitesine etkisini de değerlendirmektedir. Bakım veren afazili bireyi etkileşimsel iletişim, genel iletişim alt boyutlarında değerlendirmektedir. Etkileşimsel iletişim alt boyutunda 12, genel iletişim alt boyutunda 3 madde bulunmaktadır. Bakım verenin yaşam kalitesini değerlendiren yaşam kalitesi alt boyutunda ise 5 madde bulunmaktadır. 0-4 arasında puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Puan arttıkça bakım verenin perspektifinden bireyin iletişim becerileri ve bakım verenin yaşam kalitesi iyileşmektedir. COAST-TR-BV de COAST-TR ölçeği gibi 2 formdan oluşmaktadır.

Resimli kitapçığı ile bakım verene sorular yönlendirilirken skorlama formunda ise bakım verenin gösterdiği cevabın puan karşılığı işaretlenmektedir.

3.4. Verilerin Toplanma Süreci

Afazili bireyleri belirlemek için afazi değerlendirme testi öncelikli olarak uygulanmıştır. Afazi olduğu belirlenen bireylere afazi değerlendirme formu ardından COAST-TR ve SAQOL-39-TR ölçeği doldurtulmuştur. Yorulduğunu belirten değerlendirme ölçeklerini aynı seansta bitirmek istemeyen bireylerin değerlendirmeleri 2 seans olarak gerçekleştirilmiştir. Bakım verene ise COAST-TR-BV ve bakım veren formu doldurtulmuştur. Bireylere araştırma ayrıntılı şekilde anlatılmış olup aydınlatılmış onam formları hem afazili bireyden hem de bakım verenden alınmıştır. [EK 10-11]

3.5. Verilerin Analizi

Verilerin analiz aşamasında 101 kişiden toplanan veriler kullanılarak öncelikle betimsel istatistikler hesaplanmıştır. Sonrasında ise hipotez testleri gerçekleştirilmiş ve değişkenler arasında korelasyon katsayıları elde edilmiştir. Buna ek olarak COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinin yapı geçerliği ve ölçüt geçerliğinin sağlanıp sağlanmadığı belirlenmiştir. Güvenirlik anlamında ise iç tutarlılık, test-tekrar test ve puanlayıcılar arası güvenirlik katsayıları hesaplanmıştır. Yapılan bu araştırmanın istatistiksel analizleri *Jeffrey's Amazing Statistics Program* (JASP) 0.11.1.0, *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 24.0, *Linear Structural Relations* (Lisrel) 8.80 paket programları kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Ayrıca R yazılımının 3.6.1 versiyonunda yer alan *Inter-Rater Reliability* (irr) (188) paketindeki fonksiyonlardan yararlanılmıştır. Bu çalışmadaki bütün hipotez testleri için 0.05 anlamlılık düzeyi dikkate alınmıştır.

3.5.1. Hipotez Testleri ve Betimsel İstatistikler

COAST ve CARER COAST ölçeklerinin Türk kültürü için uyarlama süreci tamamlandıktan sonra ölçekler uygulanmış ve afazili birey ve bakım verenlerinin demografik özellikleri yüzde ve frekanslar yardımıyla sunulmuştur. Ayrıca COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçekleri ve bu ölçeklerin alt boyutları için elde edilen

puanların tek değişkenli normallik varsayımını karşılayıp karşılamadığının tespit edilmesi amacıyla mod, medyan, aritmetik ortalama, çarpıklık ve basıklık katsayıları gibi betimsel istatistikler hesaplanmıştır (189, 190). Literatürdeki araştırmalarda analizlerde kullanılan birçok istatistiksel teknik için normal dağılımının sağlanması son derece önemli olduğu ifade edilmiştir (191). Bu bağlamda yapılan çalışma kapsamında öncelikle COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçekleri için toplam puan ve bu ölçeklerin alt boyutlarından elde edilen puanların dağılımları incelenmiştir.

Bu çalışmada bireyler kümeleme analizine dayalı olarak Afazi Değerlendirme Testine göre hafif, orta ve şiddetli afazili olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinden elde edilen puan dağılımlarının gruplardan her biri için normalden ciddi sapma göstermemesi nedeniyle parametrik bir teknik olan Tek Yönlü ANOVA (*One Way ANOVA*) kullanılarak analizler gerçekleştirilmiştir (164, 189). Yapılan ANOVA testi ile karşılaştırılan gruplar arasında fark olup olmadığı ortaya konulduktan sonra farkın hangi grup lehine olduğu belirlenmiş ve bu farkın büyüklüğü hakkında bilgi sahibi olmak amacıyla etki büyüklüğü katsayısı hesaplanmıştır (192-194). Hesaplanan etki büyüklüğü katsayıları Gray ve Kinnear (2012) tarafından tanımlanan üç farklı [$.01 \leq E.B. < .06$ (düşük), $.06 \leq E.B. < .14$ (orta) ve $E.B. \geq .14$ (yüksek)] değer aralığına göre yorumlanmıştır (195).

3.5.2. Geçerlik İçin Yapılan Analizler

Bu çalışma kapsamında COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinin yapı geçerliği hakkında kanıt ortaya konulurken farklı yöntemlere başvurulmuş ve bütün sonuçlar birlikte değerlendirilmiştir (164, 196-198). Kullanılan ölçeklerin kapsam ve yapı geçerliği için uzman görüşlerine başvurulmuş ve ölçeklerdeki maddelerin ölçülmek istenen özellik ile uyumlu olup olmadığı belirlenmiştir (170, 199). Ölçekteki maddelerin ölçülmek istenen özellik ile uyumu Lawshe (1975) tarafından ortaya konulan KGO ve KGİ yardımıyla hesaplanmıştır (199-201). Bu iki indekse dayalı yapılan incelemelerde sekiz alan uzmanının maddeler hakkındaki görüşleri alınarak, ölçeklerdeki her bir maddenin uzmanlar tarafından puanlanması istenilmiş ve hesaplanan KGO değeri literatürdeki ölçütlere göre değerlendirilmiştir. Elde edilen KGO değerlerinin ortalaması alınarak ölçeğin tamamı için KGİ elde edilmiştir (200).

Ölçeklerin yapı geçerlikleri için kanıt sunmak amacıyla uygulanan bir diğer işlem ise madde-toplam korelasyonlarının hesaplanmasıdır. COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerindeki maddeler ile elde edilen toplam puan arasındaki ilişki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı ile hesaplanmış ve böylelikle ölçeklerdeki maddelerin geçerliği için farklı bir kanıt daha sunulmuştur (177, 197, 202). Ölçme araçları için geçerlik anlamında sunulabilen başka bir kanıt ise, uyarlanan ölçekler ile ölçülmeye çalışılan özelliklere sahip olan ve sahip olmayan afazili bireylerin COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerindeki puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın tespit edilmesi sonucunda ortaya konulabilmektedir. COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinin yapı geçerliğini belirlemek amacıyla gruplar arası ayrışma yaklaşımına başvurulmuş ve ADD ölçeğini dolduran bireyler kümeleme analizi kullanılarak sadece bu veri grubuna için hafif, orta ve şiddetli olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Kümeleme analizi ile bireylerin benzer özelliklere dayalı olarak kümelendiği açıklanmış ve ölçeklerden elde edilen puanlar için kesme puanı hesaplanabileceği belirtilmiştir (203). Bu bilgiler doğrultusunda ADD ölçeğinden hafif, orta ve şiddetli düzeyde puan alan afazili birey ve bakım verenlerinin COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerindeki toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığı ANOVA ile test edilmiştir. Farklı gruplardaki bireylerin COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinden elde edilen ortalama puanları arasında beklenen grup lehine anlamlı bir fark çıkması, ölçeklerin geçerliliğini gösterdiği ifade edilmiştir (196, 197). Bu bağlamda üç grubun belirtilen ölçeklerden elde ettikleri puanların ortalamaları arasında anlamlı bir farkın bulunması yapı geçerliğine ilişkin bir kanıt olarak dikkate alınmıştır.

Yapılan bu ölçek uyarlama çalışmasında son olarak COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinin Türkiye'deki afazili bireyler için yapı geçerliği DFA ile incelenerek, ölçeklerin üç boyutlu yapısının uygulanan örneklem için geçerli olup olmadığı araştırılmıştır (176). Çok değişkenli istatistiksel tekniklerin tamamında olduğu gibi DFA için de analizlerin öncesinde de veri setinin incelenmesi gerektiği belirtilmiştir (204). Veriler bireysel olarak toplandığından, veri setinde eksik verinin yer alması söz konusu olmamıştır. Örneklem büyüklük açısından yeterliliği için literatürdeki öneriler dikkate alınmış ve 100 ile 200 arasındaki örneklem büyüklüğünün orta düzey olduğu (205) ve en az 100 bireyden oluşan veri setleri ile

faktör analizi yapılabileceği belirtilmiştir (161). Bu bilgiler doğrultusunda COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinin uygulandığı örneklem büyüklüğünün DFA için yeterli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca afazili bireylerden elde edilen veri setleri kullanılarak tek değişkenli uç değer, çok değişkenli uç değer, doğrusallık, normallik ve çoklu bağlantılılık gibi diğer varsayımlar test edilmiştir. Hesaplanan z standart puanları incelendiğinde hem COAST-TR hem de COAST-TR-BV ölçekleri için veri setlerinde tek değişkenli uç değerlerin bulunmadığı görülmüştür. Mahalonobis uzaklığı hesaplandığında ise örneklemin 0.001 düzeyinde çok değişkenli uç değer içermediği belirlenmiştir. COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinin her bir maddesi için hesaplanan *Variable Inflation Factors* (VIF) değerlerinin 10'dan küçük, öte yandan Tolerans değerlerinin ise .10'dan büyük olması nedeniyle veri setindeki maddeler arasında çoklu bağlantılılık probleminin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (189). Araştırmada tek değişkenli normalliğin sağlanıp sağlanmadığının belirlenmesi amacıyla aritmetik ortalama, mod, medyan, çarpıklık katsayısı ile basıklık katsayısı hesaplanmış ve betimsel istatistiklerin birbirlerine yakın olmasının yanı sıra çarpıklık ile basıklık katsayılarının da +1.5 ile -1.5 aralığında yer almasına bağlı olarak bu varsayımın karşılandığı belirlenmiştir (190). Bununla birlikte çok değişkenli normallik varsayımı kontrol edilmiş ve COAST-TR ile COAST-TR-BV ölçekleri için *Relative Multivariate Kurtosi* (RMK) değerlerinin 1.00'e yakın olması nedeniyle genel olarak çok değişkenli normallik varsayımının sağlandığı kabul edilmiştir (206). Bu bağlamda her iki ölçek için de 101 katılımcıdan toplanan verilerle DFA yapılmasında herhangi bir sorun olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. COAST-TR ile COAST-TR-BV ölçekleri için DFA gerçekleştirildikten sonra Ki-Kare Serbestlik Derecesi Değeri (χ^2/sd), *Confirmatory Fit Index* (CFI), Normlaştırılmış uyum indeksi (*Normed Fit Index*– NFI), Normlaştırılmamış uyum indeksi (*Non-Normed Fit Index*-NNFI), Hata karelerinin ortalamasının karekökü (*The Root Mean Square Error of Approximation*-RMSEA) ve Standartlaştırılmış ortalama hataların karekökü (SRMR) uyum indeksleri yorumlanarak ölçeklerin üç boyutlu kuramsal yapısı ile elde edilen verinin uyumu incelenmiştir. CFI, NFI ve NNFI indekslerinin 0.90 veya yüksek, RMSEA ve SRMR indekslerinin ise 0.08'den düşük olması, veri seti ile test edilen modelin uyumlu olduğu şeklinde yorumlanmıştır (176, 177). Böylece her iki ölçeğin de uygulandığı grup için geçerlik düzeyi ortaya konulmuştur.

COAST-TR ölçeğinin ölçüt geçerliğini incelemek amacıyla SAQOL-39-TR ölçeği kullanılmıştır. Ölçüt geçerliği için öncelikle SAQOL-39-TR ölçeğinin iletişim alt boyutu ile COAST-TR ölçeğinin etkileşim ve genel iletişim alt boyutları arasındaki korelasyonlar hesaplanmıştır. Benzer şekilde SAQOL-39-TR ölçeğinin psikososyal alt boyutu ile COAST-TR ölçeğinin yaşam kalitesi alt boyutu arasındaki korelasyon hesaplanmıştır (164). Bu süreçte her iki ölçeğe ilişkin araştırma kapsamında elde edilen puanların normal dağılmasına bağlı olarak Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı (PMÇKK) hesaplanmıştır. Genel olarak korelasyon katsayısının 0.30'dan küçük olması durumunda zayıf; 0.30 ile 0.70 aralığında olması durumunda orta ve 0.70'den büyük olması durumunda ise güçlü ilişkinin söz konusu olduğu şeklinde yorum yapılmıştır (207).

3.5.3. Güvenirlilik İçin Yapılan Analizler

Güvenirlilik için yapılan analizler için iç tutarlılık, test-tekrar test ve puanlayıcılar (uzmanlar) arası güvenirlilik hesaplanmıştır (208, 209). COAST-TR ile COAST-TR-BV ölçeklerinin ve bu ölçeklere ilişkin üç alt boyutun iç tutarlılığını belirlemek amacıyla Cronbach Alfa (α) güvenirlilik katsayısı hesaplanarak, Karagöz'ün (2016) çalışmasında ortaya koyduğu ölçütlere göre yorum yapılmıştır (177). Hesaplanan Cronbach Alfa (α) katsayısı 0.00-0.40 arasında güvenilir değil, 0.40-0.60 arasında düşük güvenilir, 0.60-0.80 arasında oldukça güvenilir ve 0.80 ile 1.00 arasında ise yüksek güvenilir şekilde değerlendirilmiştir.

COAST-TR ile COAST-TR-BV ölçeklerinden elde edilen puanların test-tekrar test anlamındaki güvenirliliğini belirlemek amacıyla araştırmaya katılım sağlayan afazili bireylerin yaklaşık %32'sine (32 kişiye) ölçekler ön-test ve son-test olmak üzere iki defa uygulanmıştır. Her iki ölçek için de 32 bireyden elde edilen verilerin normal dağılması sonucunda Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı hesaplanarak, ölçek puanlarının farklı zamanlardaki tutarlılığı tespit edilmiştir (209). Böylece COAST-TR ile COAST-TR-BV ölçekleri için ön-test ve son-test puanları arasındaki korelasyonun yüksek olması, ölçeklerin güvenilir olduğunu ortaya koymuştur.

Yapılan bu araştırma kapsamında ayrıca Türkçeye çevrilen soruların orijinal formla uygunluğunun ve gerçekleştirilen uyarlama işleminin doğruluğunun tespit edilmesi amacıyla uzman görüşüne başvurulmuştur (164). Alanında uzman olan sekiz kişilik grup ölçeklerdeki maddelerin çevirileri için görüş beyan etmişlerdir ve uzmanların görüşleri arasındaki uyum Krippendorff alfa katsayısı ile ortaya konulmuştur (165). İki'den fazla uzman ve veri yapısı sıralı olduğunda kullanılması mümkün olan Krippendorff alfa katsayısı R yazılımındaki “*irr*” paketi yardımıyla hesaplanmıştır. Elde edilen değerler 0.00 ile 0.66 arasında zayıf, 0.67 ile 0.79 arasında orta düzeyde, 0.80 ile 1.00 arasında olduğunda ise yüksek düzeyde uyumun varlığından söz edilebileceği belirtilmiştir (210). Böylelikle COAST-TR ile COAST-TR-BV ölçeklerinden elde edilen puanların güvenilirliği için çeşitli yaklaşımlara başvurularak farklı kanıtların ortaya konulması amaçlanmıştır.

4.BULGULAR

Bu bölümde katılımcılara ilişkin demografik bilgiler, betimsel istatistikler ve geçerlik-güvenirlik çalışmalarına dayalı olarak elde edilen bulgular yer almaktadır.

4.1.Afazili Bireylerin Demografik Bilgileri

Çalışmaya katılım sağlayan afazili bireylerin cinsiyet, yaş aralığı, eğitim düzeyi, inme sonrası geçen süre, afazi tipi, inme türü ve hemipleji değişkenlerine ilişkin dağılımları Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1.Afazili bireylerin demografik bilgileri açısından frekans ve yüzdeleri.

		n	%
Cinsiyet	Kadın	27	26.7
	Erkek	74	73.3
	Toplam	101	100.0
Yaş	21-44	13	12.9
	45-64	58	57.4
	65-74	28	27.7
	75+	2	2.0
	Toplam	101	100.0
	Eğitim Düzeyi	İlkokul	42
Ortaokul		15	14.9
Lise		17	16.8
Önlisans		3	3.0
Lisans		23	22.8
Lisansüstü		1	1.0
Toplam		101	100.0
İnme Sonrası Geçen Süre	3 ay	9	8.9
	3-6 ay	46	45.5
	6-9 ay	20	19.8
	9-12 ay	4	4.0
	12+ ay	22	21.8
	Toplam	101	100.0
Afazi Tipi	Anomik	41	40.6
	Broca	50	49.5
	Transkortikal motor	5	5.0
	Transkortikal sensör	1	1.0
	İletim	4	4.0
	Toplam	101	100.0
İnme Türü	İskemik	90	89.1
	Hemorajik	11	10.9
	Toplam	101	100.0
Hemipleji	Yok	41	40.6
	Sağ	59	58.4
	Sol	1	1.0
	Toplam	101	100.0

n: Katılımcı sayısı.

?: Yüzde

Tablo 4.1’de çalışmaya katılan 101 afazili bireyin demografik bilgileri verilmiştir. Bireylerden 74’ü (%73.3) erkek, 27’si (%26.7) ise kadındır. Yaş aralığı dikkate alındığında 13’ü (%12.9) 21-44, 58’i (%57.4) 45-64, 28’i (%27.7) 65-74 ve 2’si (%2) 75 veya üzeri yaşa sahiptir. Eğitim düzeyine göre 42’si (%41.6) ilkokul, 15’i (%14.9) ortaokul, 17’si (%16.8) lise, 3’ü (%3.0) ön lisans, 23’ü (%22.8) lisans ve 1’i (%1) lisansüstü mezunudur. İnme sonrası geçen süre incelendiğinde 9’u (%8.9) 3 ay, 46’sı (%45.5) 3-6 ay, 20’si (%19.8) 6-9 ay, 4’ü (%4.0) 9-12 ay ve 22’si (%21.8) 12 ay olarak belirlenmiştir. Afazi tipi incelendiğinde bireylerin 41’i (%40.6) anomik, 50’si (%49.5) Broca, 5’i (%5.0) transkortikal motor, 1’i (%1.0) transkortikal sensör ve 4’ü (%4.0) iletim afazi tipine sahip oldukları görülmüştür. Ayrıca bireylerin 90’ı (%89.1) iskemik, 11’i (%10.9) hemorajik inme türüne sahiptir. Son olarak bireylerin 41’inde (%40.6) hemiplejinin olmadığı, 59’unda (%58.4) sağda ve 1’inde (%1.0) solda hemipleji bulunduğu anlaşılmıştır. Afazili bireylerin testi bitirme süresi ortalama 15.41 dakikadır.

Test-tekrar test uygulamasına katılan afazili bireylerin demografik bilgileri açısından frekans ve yüzdeleri ise Tablo 4.2’ de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Test-tekrar test uygulamasına katılan afazili bireylerin demografik bilgileri açısından frekans ve yüzdeleri.

		n	%
Cinsiyet	Kadın	8	25.0
	Erkek	24	75.0
	Toplam	32	100.0
Yaş	21-44	5	15.6
	45-64	17	53.1
	65-74	10	31.3
	Toplam	32	100.0
Eğitim Düzeyi	İlkokul	14	43.8
	Ortaokul	5	15.6
	Lise	3	9.4
	Önlisans	1	3.1
	Lisans	9	28.1
	Toplam	32	100.0
İnme Sonrası Geçen Süre	3-6 ay	15	46.9
	6-9 ay	11	34.4
	9-12 ay	2	6.3
	12+ ay	4	12.5
	Toplam	32	100.0
Afazi Tipi	Anomik	10	31.3
	Broca	21	65.6
	Transkortikal motor	1	3.1
	Toplam	32	100.0
İnme Türü	İskemik	28	87.5
	Hemorajik	4	12.5
	Toplam	32	100.0
Hemipleji	Yok	4	12.5
	Sağ	28	87.5
	Toplam	32	100.0

n: Katılımcı sayısı

%: Yüzde

Tablo 4.2’de ikinci uygulamaya katılan 32 afazili bireyin demografik bilgileri verilmiştir. Bireylerden 24’ü (%75) erkek, 8’i (%25) ise kadındır. Yaş aralığı dikkate

alındığında 5'i (%15.6) 21-44, 17'si (%53.1) 45-64, 10'u (%31.3) 65-74 yaşa sahiptir. Eğitim düzeyine göre 14'ü (%43.8) ilkokul, 5'i (%15.6) ortaokul, 3'ü (%9.4) lise, 1'i (%3.1) ön lisans, 9'u (%28.1) lisans mezunudur. İnme sonrası geçen süre incelendiğinde 15'i (%46.9) 3-6 ay, 11'i (%34.4) 6-9 ay, 2'si (%6.3) 9-12 ay ve 4'ü (12.5) 12 veya üzerinde olarak belirlenmiştir. Bireylerin afazi tipi incelendiğinde 10'u (%31.3) anomik, 21'i (%65.6) Broca, 1'i (%3.1) transkortikal motor, afazi tipine sahip oldukları düşünülmektedir. Ayrıca bireylerin 28'i (%87.5) iskemik, 4'ü (%12.5) hemorajik inme türüne sahiptir. Son olarak 4'ünde (%12.5) hemipleji olmadığı, 28'inde (%87.5) sağda hemipleji bulunduğu anlaşılmıştır.

4.2. Bakım Verenlerin Demografik Bilgileri

Çalışmaya katılım sağlayan bakım verenlerin cinsiyet, yaş aralığı, eğitim düzeyi, değişkenlerine ilişkin dağılımları Tablo 4.3'de verilmiştir. Tablo 4.3'de çalışmaya katılan 101 bakım verenin demografik bilgileri verilmiştir. Bakım verenlerin 74'ü (%73.3) kadın, 27'si (%26.7) ise erkektir. Yaş aralığı dikkate alındığında 31'i (%30.7) 21-44, 53'ü (%52.5) 45-64, 16'sı (%15.8) 65-74 ve 1'i (%1) 75 veya üzeri yaşa sahiptir. Eğitim düzeyine göre 39'u (%38.6) ilkokul, 6'sı (%5.9) ortaokul, 25'i (%24.8) lise, 5'i (%5.0) ön lisans, 24'ü (%23.8) lisans ve 2'si (%2) lisansüstü mezunudur. Bakım verenlerin testi bitirme süresi ortalama 6.96 dakikadır.

Tablo 4.3. Bakım verenlerin demografik bilgileri açısından frekans ve yüzdeleri.

		n	%
Cinsiyet	Kadın	74	73.3
	Erkek	27	26.7
	Toplam	101	100.0
Yaş	21-44	31	30.7
	45-64	53	52.5
	65-74	16	15.8
	75+	1	1.0
	Toplam	101	100.0
	Eğitim Düzeyi	İlkokul	39
Ortaokul		6	5.9
Lise		25	24.8
Önlisans		5	5.0
Lisans		24	23.8
Lisansüstü		2	2.0
Toplam		101	100.0

n: Katılımcı sayısı

%: Yüzde

İkinci uygulamaya katılım sağlayan bakım verenlerin cinsiyet, yaş aralığı ve eğitim düzeyi değişkenlerine ilişkin dağılımları ise Tablo 4.4' de verilmiştir. Tablo 4.4'de ikinci uygulamaya katılan 32 bakım verenin demografik bilgileri verilmiştir. Bakım verenlerin 26'sı (%81.3) kadın, 6'si (%18.8) ise erkektir. Yaş aralığı dikkate alındığında 10'u (%31.3) 21-44, 15'i (%46.9) 45-64, 6'sı (%18.8) 65-74 ve 1'i (%1) 75 veya üzeri yaşa sahiptir. Eğitim düzeyine göre 15'i (%46.9) ilkokul, 1'i (%3.1) ortaokul, 8'i (%25.0) lise, 2'si (%6.3) ön lisans, 6'sı (%18.8) lisans mezunudur.

Tablo 4.4. Test- tekrar test uygulamasına katılan bakım verenlerin demografik bilgileri açısından frekans ve yüzdeleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	26	81.3
	Erkek	6	18.8
	Toplam	32	100.0
Yaş	21-44	10	31.3
	45-64	15	46.9
	65-74	6	18.8
	75+	1	3.1
	Toplam	32	100.0
	Eğitim Düzeyi	İlkokul	15
Ortaokul		1	3.1
Lise		8	25.0
Ön lisans		2	6.3
Lisans		6	18.8
Toplam		32	100.0

n: Katılımcı sayısı

#: Yüzde

4.3. COAST-TR ve COAST-TR-BV Ölçekleri için Betimsel İstatistikler

Araştırma kapsamında uyarlanan COAST-TR ile COAST-TR-BV ve çalışmada ölçüt geçerliğini belirlemek amacıyla kullanılan SAQOL-39-TR ölçeklerinden elde edilen puanların dağılımlarını incelemek amacıyla toplam puan ve ölçeklerin alt boyutları için mod, medyan, ortalama, standart sapma, çarpıklık ile basıklık katsayıları gibi betimsel istatistikler hesaplanmıştır.

COAST-TR ölçeği için toplam ve alt boyutlardaki dağılımlara ilişkin betimsel istatistikler Tablo 4.5' de verilmiştir.

Tablo 4.5. COAST-TR ölçeği için betimsel istatistikler.

COAST-TR	Toplam	Etkileşimli İletişim	Genel İletişim	Yaşam Kalitesi
N	101	101	101	101
Ortalama	39,168	23,910	6,455	8,802
Ortanca	40,000	24,000	7,000	10,000
Mod	42,000	28,000	8,000	10,000
Standart Sapma	10,190	6,909	1,873	2,963
Çarpıklık katsayısı	-,283	-,137	-,380	-,245
Basıklık katsayısı	-,279	-,596	-,441	1,101
Minimum Değer	13,000	9,000	2,000	,000
Maksimum Değer	64,000	40,000	10,000	18,000

N: Katılımcı sayısı

COAST-TR-BV ölçeği için toplam ve alt boyutlardaki dağılımlara ilişkin betimsel istatistikler Tablo 4.6 'da verilmiştir.

Tablo 4.6. COAST -TR-BV ölçeği için betimsel istatistikler.

COAST-TR-BV	Toplam	Etkileşimli İletişim	Genel İletişim	Yaşam Kalitesi
N	101	101	101	101
Ortalama	38,703	23,346	6,663	8,693
Ortanca	38,000	23,000	7,000	9,000
Mod	40,000	22,000	8,000	10,000
Standart Sapma	10,083	6,375	1,733	4,300
Çarpıklık katsayısı	0,88	-,129	-,475	-,471
Basıklık katsayısı	-,313	-,692	-,530	,276
Minimum Değer	16,000	11,000	3,000	,000
Maksimum Değer	62,000	37,000	10,000	20,000

N: Katılımcı sayısı

Tablo 4.5 ve 4.6 'da betimsel istatistikler dikkate alındığında; mod, medyan ve aritmetik ortalamaların birbirlerine oldukça yakın, çarpıklık-basıklık katsayılarının ise +1.5 ile -1.5 aralığında yer aldığı görülmüştür (190). Elde edilen bu sonuçlar COAST-

TR ve COAST-TR-BV ölçekleri için hem toplam puanların hem de alt boyutlar için elde edilen puanların normal dağıldığını ortaya koymuştur. Böylelikle araştırma kapsamında normal dağılım varsayımı gerektiren parametrik tekniklerin kullanılabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

COAST-TR ile COAST-TR-BV ölçeklerinin 32 afazili birey ve bakım verenine ikinci kez uygulanması sonucunda elde edilen toplam puan ve alt boyutlardaki puanların dağılımlarına ilişkin betimsel istatistikler Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7. Test -tekrar test uygulamasında COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçekleri için betimsel istatistikler.

COAST-TR	Toplam	Etkileşimli İletişim	Genel İletişim	Yaşam Kalitesi
N	32	32	32	32
Ortalama	42,343	26,781	6,375	9,187
Ortanca	42,500	26,000	6,000	10,000
Mod	45,000	26,000	6,000	10,000
Standart Sapma	8,844	6,474	1,791	1,749
Çarpıklık katsayısı	,037	,380	-,141	-1,000
Basıklık katsayısı	-,272	-,152	-,962	1,204
Minimum Değer	24,000	15,000	3,000	5,000
Maksimum Değer	61,000	42,000	9,000	13,000
N	32	32	32	32
Ortalama	42,593	26,906	7,156	8,531
Ortanca	41,500	26,000	7,000	9,000
Mod	41,000	25,000	7,000	10,000
Standart Sapma	6,647	4,874	1,628	2,015
Çarpıklık katsayısı	-,036	,214	-,507	-,464
Basıklık katsayısı	-,804	-,505	,308	-,814
Minimum Değer	30,000	17,000	3,000	5,000
Maksimum Değer	55,000	37,000	10,000	12,000

N: katılımcı sayısı

Tablo 4.7’deki betimsel istatistikler dikkate alındığında; mod, medyan ve aritmetik ortalamaların birbirlerine oldukça yakın, çarpıklık-basıklık katsayılarının ise +1.5 ile -1.5 aralığında yer aldığı görülmüştür (190). Elde edilen bu sonuçlar yapılan

ikinci uygulama sonucunda COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçekleri için hem toplam puanların hem de alt boyutlar için elde edilen puanların normal dağıldığını ortaya koymuştur. Böylelikle araştırma kapsamında ikinci uygulamaya dayalı analizlerde normal dağılım varsayımı gerektiren parametrik tekniklerin kullanılabilceği sonucuna ulaşılmıştır. SAQOL-39-TR ölçeği için toplam ve alt boyutlardaki dağılımlara ilişkin betimsel istatistikler ise Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8. SAQOL-39-TR ölçeği için betimsel istatistikler.

SAQOL-39-TR	Toplam	İletişim	Psikososyal
N	101	101	101
Ortalama	49,660	17,732	31,871
Ortanca	51,000	18,000	32,000
Mod	53,000	14,000	30,000
Standart Sapma	9,361	4,516	6,132
Çarpıklık katsayısı	-,199	,301	-,372
Basıklık katsayısı	,367	,201	1,097
Minimum Değer	25,000	7,000	13,000
Maksimum Değer	77,000	32,000	48,000

N: katılımcı sayısı

Tablo 4.8’deki betimsel istatistikler incelendiğinde; mod, medyan ve aritmetik ortalamaların birbirlerine oldukça yakın, çarpıklık-basıklık katsayılarının ise +1.5 ile -1.5 aralığında yer aldığı görülmüştür (190). Elde edilen bu sonuçlar SAQOL-39-TR ölçeği için hem toplam puanların hem de alt boyutlar için elde edilen puanların normal dağıldığını ortaya koymuştur. Böylelikle araştırma kapsamında normal dağılım varsayımı gerektiren parametrik tekniklerin kullanılabilceği sonucuna ulaşılmıştır.

4.4. COAST-TR ve COAST-TR-BV Ölçekleri için Çeviri ve Uyarlama İşlemlerine İlişkin Bulgular

COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinin Türkçeye çevrilmesi ve uyarlanması için dikkate alınan bütün aşamaları Dünya Sağlık Örgütü’nün çeviri ve adaptasyon prosedürlerine uygun olarak gerçekleştirmiştir. İlk olarak her iki ölçeği geliştiren araştırmacılardan izin alınmış, ardından çeviri işlemleri gerçekleştirilmiştir. Son olarak COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçekleri için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları kapsamında analizler yapılmıştır.

Ölçek maddelerinin çevrilmesi ve uyarlanması aşamasında yapılan çevirilerin uygunluğuna ilişkin yabancı dil becerisi iyi düzeyde olan sekiz alan uzmanının görüş ve değerlendirmelerine başvurulmuş, uzmanların görüş ve düşünceleri arasında uyum olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda yapılan çalışmada COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinde yer alan maddelerin çeviri ve uyarlama kalitesine ilişkin sekiz uzmanın görüşleri arasındaki uyumu tespit etmek amacıyla R yazılımından yararlanarak Krippendorff alfa katsayısı hesaplanmıştır (165). Uzmanların görüşleri sonucunda yapılan analizler bağlamında COAST-TR ölçeği için Krippendorff alfa katsayısı 0,71 olarak, COAST-TR-BV ölçeği için ise 0,73 olarak hesaplandığından her iki ölçek için de uzman görüşleri arasındaki uyumun orta düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4.5. COAST-TR ve COAST-TR-BV Ölçekleri için Geçerlik Çalışmalarına İlişkin Bulgular

Bir ölçme aracının geçerliğinin kanıtlanma süreci; genel anlamda belirlenen ölçeğin ölçmeyi amaçladığı kuramsal yapıyı başka özellikler karıştırmadan ölçebildiğinin kanıtlanması amacıyla, gerçekleştirilen bütün işlemleri kapsamı olarak açıklanmıştır. Bu bağlamda ölçme araçlarının geçerliğinin kapsam, yapı ve ölçüt geçerliği olmak üzere üç farklı yaklaşım ile kanıtlanması gerektiği ifade edilmiştir. Literatürdeki araştırmalarda ölçme araçlarının geçerliğine ilişkin daha doğru sonuçlar ortaya konulabilmesi amacıyla farklı geçerlik kanıtlarının birlikte değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir (164, 208, 209, 211). Yapılan bu araştırma kapsamında da sırasıyla kapsam, yapı ve ölçüt geçerliği için kanıt elde edilmiştir.

4.5.1. Kapsam Geçerliğine İlişkin Kanıtlar

COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerindeki maddelerin ölçmeyi amaçladığı niteliği uygun şekilde ölçüp ölçmediğini belirlemek amacıyla uzman görüşlerine başvurulmuş kapsam geçerliğine kanıt oluşturulmuştur. Bu bağlamda her iki ölçekteki maddelerin ölçülen özelliğin iyi birer temsilcisi olup olmadığı uzmanların niteliksel incelemelerine dayalı olarak ortaya konulduktan sonra KGO ve KGİ hesaplanarak sayısal değerler belirlenmiştir (170, 199, 201). Bu süreçte öncelikle uzmanlar COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerindeki maddeleri “Madde ölçülecek

özelliği temsil edebiliyor mu?”, “Madde hedef kitle tarafından kolayca anlaşılabilir mi?”, “Madde yeteri kadar açık ifade edilmiş mi?” ve “Madde önceden belirlenmiş faktörde yer alabilir mi?” sorularına dayalı olarak puanladıktan sonra KGO ve KGİ indeksleri *Excel* programı kullanılarak hesaplanmıştır. KGO hesaplanırken Lawshe'nin (1975) geliştirdiği formül ($KGO = \frac{N(Uygun)}{N/2} - 1$) kullanılmıştır. Bu formülden görüldüğü üzere maddelerin ölçülen özellik ile uygun olduğunu belirten uzman sayısı, gruptaki uzman sayısına bölünerek hesaplanan değer 1'den çıkarılmıştır. Ayre ve Scally (2014) yapmış oldukları çalışmada, KGO'nun istatistiksel anlamlılığı için ölçütler ortaya koyduğundan, belirtilen araştırmada sekiz uzmanın dikkate alındığı durum için açıklanan ölçüte göre (KGO=0.75) sonuçlar değerlendirilmiştir (200).

Sekiz alan uzmanının “Madde ölçülecek özelliği temsil edebiliyor mu?” sorusu için beyan ettikleri görüşlere bağlı olarak COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerindeki her bir madde için KGO'ların 0.75 ile 1.00 arasında değiştiği görülmüştür. Ölçeklerdeki 20 maddenin KGO'larının ortalaması alınarak hesaplanan KGİ değerlerinin (0.963) ise 0.75'ten büyük olması nedeniyle her iki ölçekteki maddelerin ölçülmesi amaçlanan özelliği istatistiksel olarak anlamlı düzeyde temsil ettiği sonucuna ulaşılmıştır.

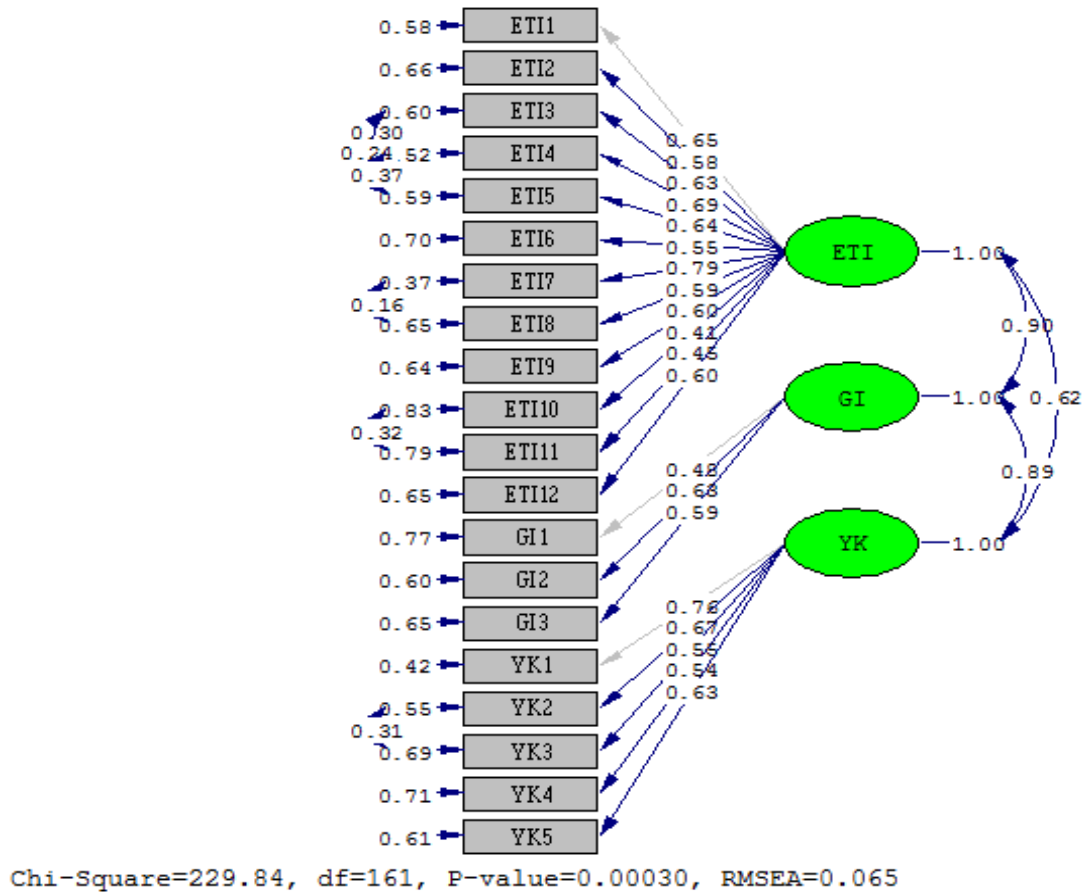
“Madde hedef kitle tarafından kolayca anlaşılabilir mi?” sorusu için uzmanların görüşlerine dayalı olarak COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerindeki her bir madde için KGO'ların 0.50 ile 1.00 arasında değiştiği görülmüştür. Hesaplanan KGİ değerlerinin (0.900) ise 0.75'ten büyük olması nedeniyle her iki ölçekteki maddelerin ölçülmesi amaçlanan özelliği istatistiksel olarak anlamlı düzeyde temsil ettiği belirlenmiştir.

“Madde yeteri kadar açık ifade edilmiş mi?” sorusu için uzmanların görüşlerine bağlı olarak COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerindeki her bir madde için KGO'ların 0.75 ile 1.00 arasında değiştiği görülmüştür. Hesaplanan KGİ değerlerinin (0.950) ise 0.75'ten büyük olması nedeniyle her iki ölçekteki maddelerin ölçülmesi amaçlanan özelliği istatistiksel olarak anlamlı düzeyde temsil ettiği sonucuna ulaşılmıştır.

“Madde önceden belirlenmiş faktörde yer alabilir mi?” sorusu için uzmanların görüşlerine dayalı olarak COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerindeki her bir madde için KGO’ların 0.50 ile 1.00 arasında değiştiği görülmüştür. Hesaplanan KGİ değerlerinin (0.975) ise 0.75’ten büyük olması nedeniyle her iki ölçekteki maddelerin ölçülmesi amaçlanan özelliği istatistiksel olarak anlamlı düzeyde temsil ettiği belirlenmiştir.

4.5.2. Yapı Geçerliğine İlişkin Kanıtlar

Yapılan bu çalışma kapsamında uyarlanan COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinin yapı geçerliğini tespit etmek amacıyla öncelikle DFA yapılmıştır. Üç alt boyuttan ve 20 maddeden oluşan COAST-TR ölçeği için gerçekleştirilen DFA’ya bağlı olarak elde edilen yol (*path*) diyagramı Şekil 4.1’de verilmiştir.



Şekil 4.1. COAST -TR ölçeğinin standartlaştırılmış faktör yükleri için yol diyagramı.

Şekil 4.1’de bu çalışmada uyarlanan COAST-TR ölçeğinin yapı geçerliğine kanıt sunmak amacıyla yapılan DFA sonucunda elde edilen yol diyagramı verilmiştir. Yol diyagramındaki standartlaştırılmış faktör yüklerine bakıldığında elde edilen değerlerin 0.41 ile 0.79 arasında değişmesi nedeniyle faktör yüklerinin literatürde kabul edilen 0.40 kritik değerinden yüksek oldukları anlaşılmıştır. Öte yandan hata varyanslarının 0.37 ile 0.83 arasında farklılaşması ise maddelerin içerdiği hata miktarının kabul edilebilir olduğunu göstermiştir. Son olarak hesaplanan t değerlerinin ise 3.88 ile 7.15 aralığında farklılaşması nedeniyle elde edilen değerlerin kritik t değerinden (2.58) yüksek oldukları belirlenmiştir (212, 213). COAST-TR ölçeğindeki maddelerin faktör yüklerinin yeterince yüksek olması nedeniyle, hesaplanan katsayılar ölçme aracının geçerliğine kanıt olarak sunulabilmektedir.

COAST-TR ölçeği için yapılan analizler sonucunda hata varyansları yüksek ilişki gösteren maddeler (ETI3-ETI4, ETI3-ETI5, ETI7-ETI8, ETI10-ETI11 ve YK2-YK3) için Lisrel tarafından önerilen modifikasyonlar yapılmıştır. Son olarak araştırma kapsamında yapılan DFA sonucunda elde edilen model-veri uyum indeksleri (RMSEA, SRMR, CFI, NFI, NNFI, GFI ve χ^2/sd) de dikkate alınıp, ulaşılan değerler literatürde farklı araştırmacılar tarafından önerilen referans aralıklarına bağlı olarak değerlendirilmiştir. Hesaplanan uyum indeksleri için elde edilen değerler Tablo 4.9’da verilmiştir.

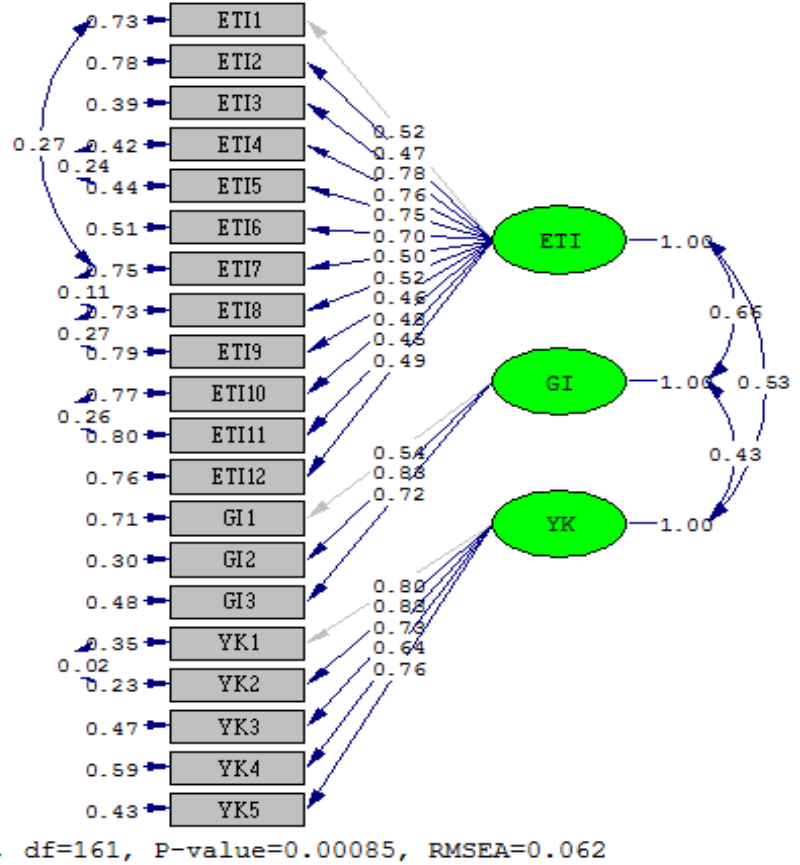
Tablo 4.9. COAST-TR ölçeği için model veri uyum indeksi sonuçları.

Uyum Ölçüsü	COAST-TR ölçeğine ait değerler	İyi düzey uyum	Kabul edilebilir düzey uyum	Yorum
χ^2 / sd	1.42	$0 \leq \chi^2 / sd \leq 2$	$2 < \chi^2 / sd \leq 5$	İyi
RMSEA	0.065	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 < RMSEA \leq 0.08$	Kabul Edilebilir
SRMR	0.079	$0 \leq SRMR \leq 0.05$	$0.05 < SRMR \leq 0.10$	Kabul
CFI	0.970	$0.97 \leq CFI \leq 1.00$	$0.95 \leq CFI < 0.97$	İyi
NFI	0.900	$0.95 \leq NFI \leq 1.00$	$0.90 \leq NFI < 0.95$	Kabul Edilebilir
NNFI	0.960	$0.97 \leq NNFI \leq 1.00$	$0.95 \leq NNFI < 0.97$	Kabul Edilebilir
GFI	0.780	$0.95 \leq GFI \leq 1.00$	$0.80 \leq GFI \leq 0.95$	Kabul Edilebilir

(χ^2 : Ki-kare, sd: Serbestlik derecesi χ^2/sd : Ki-kare serbestlik derecesi, RMSEA: Hata Karelerinin Ortalamasının Karekökü, SRMR: Standartlaştırılmış Ortalama Hataların Karekökü, CFI: Doğrulamalı Uyum İndeksi, NNFI: Normleştirilmemiş Uyum İndeksi, NFI: Normleştirilmiş Uyum İndeksi GFI: Uyum İyiliği İndeksi)

Şekil 4.1 ve Tablo 4.9’da görülebildiği gibi COAST-TR ölçeği için yapılan analizler sonucunda χ^2 / sd 1.42 olarak hesaplanmıştır. Elde edilen bu değer iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. RMSEA ve SRMR değerlerinin 0.05’den büyük ve 0.08’den küçük olması nedeniyle bu iki indeks için uyumun kabul edilebilir düzeyde olduğu anlaşılmıştır. Benzer şekilde NFI ve NNFI değerlerinin de kabul edilebilir düzeyde uyum ortaya koydukları tespit edilmiştir. Öte yandan CFI değerinin iyi düzeyde uyuma karşılık geldiği görülmüştür (214, 215). Son olarak GFI değerinin kabul edilebilir sınırın altında olmasına rağmen bu indeksin örneklem büyüklüğünden etkilenmesi nedeniyle ulaşılan sonucun çalışmadaki örneklem büyüklüğü için kabul edilebilir olarak dikkate alınabileceği kanaatine varılmıştır (216). Bütün sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde; COAST-TR ölçeğine ilişkin elde edilen değerlerin yeterli düzeyde olmasına bağlı olarak yapı geçerliğinin sağlandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Üç alt boyuttan ve 20 maddeden oluşan COAST-TR-BV ölçeği için gerçekleştirilen DFA'ya bağlı olarak elde edilen yol (*path*) diyagramı ise Şekil 4.2'de verilmiştir.



Şekil 4.2. COAST-TR-BV ölçeğinin standartlaştırılmış faktör yükleri için yol diyagramı.

Şekil 4.2'de bu çalışmada uyarlanan COAST-TR-BV ölçeğinin yapı geçerliğine kanıt sunmak amacıyla yapılan DFA sonucunda elde edilen yol diyagramı verilmiştir. Yol diyagramındaki standartlaştırılmış faktör yüklerine bakıldığında değerlerin 0.45 ile 0.88 arasında değişmesi nedeniyle faktör yüklerinin literatürde kabul edilen 0.40 kritik değerinden yüksek oldukları anlaşılmıştır. Öte yandan hata varyanslarının 0.23 ile 0.80 arasında farklılaşması ise maddelerin içerdiği hata miktarının kabul edilebilir olduğunu göstermiştir. Son olarak hesaplanan t değerlerinin ise 3.33 ile 9.85 aralığında farklılaşması nedeniyle elde edilen değerlerin kritik t değerinden (2.58) yüksek oldukları belirlenmiştir (212, 213). COAST-TR-BV

ölçeğindeki maddelerin faktör yüklerinin yeterince yüksek olması nedeniyle, hesaplanan katsayılar ölçme aracının geçerliğine kanıt olarak sunulabilmektedir. COAST-TR-BV ölçeği için yapılan analizler sonucunda hata varyansları yüksek ilişki gösteren maddeler (ETI1-ETI17, ETI4-ETI5, ETI7-ETI8, ETI8-ETI9, ETI10-ETI11 ve YK1-YK2) için Lisrel tarafından önerilen modifikasyonlar yapılmıştır. Son olarak araştırma kapsamında yapılan DFA sonucunda elde edilen model-veri uyum indeksleri (RMSEA, SRMR, CFI, NFI, NNFI, GFI ve χ^2/sd) de dikkate alınıp, ulaşılan değerler literatürde farklı araştırmacılar tarafından önerilen referans aralıklarına bağlı olarak değerlendirilmiştir. Hesaplanan uyum indeksleri için elde edilen değerler Tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4.10. COAST-TR-BV ölçeği için model veri uyum indeksi sonuçları.

Uyum Ölçüsü	COAST-TR-BV ölçeğine ait değerler	İyi düzey uyum	Kabul edilebilir düzey uyum	Yorum
χ^2 / sd	1.39	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$	$2 < \chi^2/sd \leq 5$	İyi
RMSEA	0.062	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 < RMSEA \leq 0.08$	Kabul Edilebilir
SRMR	0.077	$0 \leq SRMR \leq 0.05$	$0.05 < SRMR \leq 0.10$	Kabul Edilebilir
CFI	0.970	$0.97 \leq CFI \leq 1.00$	$0.95 \leq CFI < 0.97$	İyi
NFI	0.900	$0.95 \leq NFI \leq 1.00$	$0.90 \leq NFI < 0.95$	Kabul Edilebilir
NNFI	0.960	$0.97 \leq NNFI \leq 1.00$	$0.95 \leq NNFI < 0.97$	Kabul Edilebilir
GFI	0.820	$0.95 \leq GFI \leq 1.00$	$0.80 \leq GFI \leq 0.95$	Kabul Edilebilir

(χ^2 : Ki-kare, sd: Serbestlik derecesi χ^2/sd : Ki-kare serbestlik derecesi, RMSEA: Hata Karelerinin Ortalamasının Karekökü, SRMR: Standartlaştırılmış Ortalama Hataların Karekökü, CFI: Doğrulamalı Uyum İndeksi, NNFI: Normlaştırılmamış Uyum İndeksi, NFI: Normlaştırılmış Uyum İndeksi)

Şekil 4.2 ve Tablo 4.10'da görülebildiği gibi COAST-TR-BV ölçeği için yapılan analizler sonucunda χ^2 / sd 1.39 olarak hesaplanmıştır. Elde edilen bu değer iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. RMSEA ve SRMR değerlerinin 0.05'den büyük ve 0.08'den küçük olması nedeniyle bu iki indeks için uyumun kabul edilebilir düzeyde olduğu anlaşılmıştır. Benzer şekilde NFI ve NNFI değerlerinin de kabul edilebilir düzeyde uyum ortaya koydukları tespit edilmiştir. Öte yandan CFI değerinin iyi düzeyde uyuma karşılık geldiği görülmüştür (214, 215). Son olarak GFI değerinin örneklem büyüklüğünden etkilenmesi nedeniyle ulaşılan sonucun çalışmadaki örneklem büyüklüğü için kabul edilebilir olarak dikkate alınabileceği kanaatine varılmıştır (216). Bütün sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde; COAST-TR-BV ölçeğine ilişkin elde edilen değerlerin yeterli düzeyde olmasına bağlı olarak yapı geçerliğinin sağlandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Yapılan bu araştırmada yapı geçerliğine kanıt sunmak amacıyla DFA'nın yanı sıra madde-toplam korelasyonları da hesaplanmıştır. Katılımcıların COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerindeki her bir madde puanları ile ölçekler için hesaplanan toplam puanlar arasındaki ilişkilerin düzeyini belirlemek amacıyla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı hesaplanmıştır. Hesaplanan madde-toplam korelasyonları sonucunda maddelerin ayırt ediciliği hakkında kanıt elde edilmiştir. COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinin madde-toplam korelasyon değerleri Tablo 4.11'de verilmiştir.

Tablo 4.11. COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerine ilişkin madde toplam korelasyonları.

COAST-TR		COAST-TR-BV	
Madde No	r_{jx}	Madde No	r_{jx}
1	,575	1	,561
2	,563	2	,463
3	,703	3	,677
4	,775	4	,707
5	,719	5	,687
6	,597	6	,625
7	,732	7	,471
8	,563	8	,537
9	,575	9	,569
10	,502	10	,465
11	,530	11	,505
12	,566	12	,554
13	,507	13	,355
14	,639	14	,615
15	,605	15	,386
16	,633	16	,631
17	,599	17	,658
18	,531	18	,576
19	,466	19	,586
20	,508	20	,688

(r_{jx} : Madde-toplam korelasyon katsayısı)

Tablo 4.11’de her iki ölçekteki maddelere ilişkin madde-toplam korelasyon katsayıları verilmiştir. Madde-toplam korelasyonlarına göre COAST-TR ölçeği için elde edilen değerlerin 0,466 ile 0,775 aralığında değişiklik gösterdiği ve 20 maddenin ortalamasının 0,594 olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde COAST-TR-BV ölçeği için hesaplanan madde-toplam korelasyon katsayılarının ise 0,355 ile 0,707 aralığında farklılaştığı ve 20 maddenin ortalamasının 0,566 olduğu tespit edilmiştir. Korelasyon katsayısının 0,30 ile 0,70 arasında olması durumunda orta düzeyde ilişkiden söz edilebilmesi nedeniyle ölçekler için elde edilen bu sonuçlar hem madde düzeyindeki katsayıların hem de maddelerin ortalama katsayısının orta düzeyde ilişkinin varlığını göstermiştir. Böylece madde-toplam katsayılarına ilişkin sonuçlar COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerindeki maddelerin ayırt ediciliğinin yeterli olduğunu ortaya koymuş ve bu ölçeklerdeki maddelerin ölçülmesi amaçlanan özelliğin iyi birer temsilcisi oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinin yapı geçerliğine kanıt sunmak amacıyla gruplar arasında farklılaşma olup olmadığına odaklanan farklı bir yaklaşıma daha başvurulmuştur. Bu süreçte öncelikle ADD ölçeği kullanılarak toplam puan açısından hafif, orta ve şiddetli olmak üzere farklı gruplarda yer alan bireyler için kesme puanı belirlemek amacıyla kümeleme analizi yapılmıştır. Yapılan kümeleme analizi sonucunda ADD ölçeğinden 100 puan ve altında alan bireylerin şiddetli düzeyde afazi, 101 ile 220 puan aralığında alanların orta düzey afazili ve 221 puan ve üzerinde alan bireylerin ise hafif düzey afazili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hafif düzeyde olan afazili bireyler 22 kişi (%21.8), şiddetli düzeyde olan afazili bireyler 34 kişi (%33.7) ve orta şiddetli afazili bireylerin sayısı ise 45 kişi (% 44,6) olarak belirlenmiştir.

ADD ölçeğine göre hafif, orta ve şiddetli gruplarda yer alan afazili bireylerin COAST-TR ölçeğinin iletişim ile yaşam kalitesi alt boyutları ve bakım verenlerinin COAST-TR-BV ölçeğinin iletişim ile yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel bir farklılığın olup olmadığı Tek Yönlü ANOVA kullanılarak araştırılmıştır. Analizlerin öncesinde Tek Yönlü ANOVA varsayımları kontrol edilmiş ve normallik ile varyansların homojenliği varsayımlarının sağlandığı görülmüştür. Her iki ölçek için de Tek Yönlü ANOVA sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 4.12’de verilmiştir.

Tablo 4.12. COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçekleri için afazi düzeyine göre ANOVA testi sonucu.

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı farklılık
COAST-TR İletişim	Gruplar arası	2217,343	2	1108,672	24,005	,000	H-O
	Gruplar içi	4526,102	98	46,185			H-Ş O-Ş
	Toplam	6743,446	100				
COAST-TR Yaşam Kalitesi	Gruplar arası	208,806	2	104,403	15,288	,000	H-O
	Gruplar içi	669,233	98	6,829			H-Ş O-Ş
	Toplam	878,040	100				
COAST-TR-BV İletişim	Gruplar arası	2328,436	2	1164,218	37,376	,000	H-O
	Gruplar içi	3052,554	98	31,149			H-Ş O-Ş
	Toplam	5380,990	100				
COAST-TR-BV Yaşam Kalitesi	Gruplar arası	374,542	2	187,271	12,443	,000	H-O
	Gruplar içi	1474,943	98	15,050			H-Ş O-Ş
	Toplam	1849,485	100				

H=Hafif, O=Orta, Ş=Şiddetli sd: serbestlik derecesi $p < .001$

Tablo 4.12’de hafif, orta ve şiddetli düzeye sahip afazili bireylerin COAST-TR ölçeğinin iletişim ve yaşam kalitesi alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Tek Yönlü ANOVA sonuçları yer almıştır. Yapılan analizlerin sonuçlarına göre dil becerisi açısından farklı düzeylerde yer alan en az iki farklı afazi grubunun COAST-TR ölçeğinin iletişim ($F_{(2,100)} = 24.005$, $p < .001$, $\eta^2 = .329$) ve yaşam kalitesi ($F_{(2,100)} = 15.288$, $p < .001$, $\eta^2 = .238$) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın söz konusu olduğu belirlenmiştir. Hesaplanan yüksek etki büyüklüğü katsayıları ise gruplar arasındaki farklılaşmanın önemli olduğunu ortaya koymuştur. Hafif, orta ve şiddetli düzeyde afazi olduğu belirlenen

bireylerin COAST-TR ölçeğinin iletişim alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; hafif ($\bar{X}=36.81$), orta ($\bar{X}=31.73$) ve şiddetli ($\bar{X}=24.38$) düzeyde afazi tanısı alan bireyler için ADD ölçeği ile ortaya konulan afazi şiddeti arttıkça, bireylerin COAST-TR ölçeğinin iletişim alt boyutu puanlarının azalış gösterdiği tespit edilmiştir. Yapılan ikişerli karşılaştırma sonucunda ise afazili bireylerin COAST-TR ölçeğinin iletişim alt boyutu puanlarındaki artışın, bütün gruplar arasında (hafif-orta, hafif-şiddetli ve orta-şiddetli) istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya konulmuştur. Böylelikle hafif afazili olan bireylerin iletişim alt boyutu puanlarının yüksek, şiddetli düzeyde afazisi olan bireylerin puanlarının ise düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Hafif, orta ve şiddetli düzeyde afazisi olduğu belirlenen bireylerin COAST-TR ölçeğinin yaşam kalitesi alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; hafif ($\bar{X}=10.90$), orta ($\bar{X}=9.11$) ve şiddetli düzeyde ($\bar{X}=7.02$) afazi tanısı alan bireyler için ADD ölçeği ile ortaya konulan afazi şiddeti arttıkça, bireylerin COAST-TR ölçeğinin yaşam kalitesi alt boyutu puanlarının azalış gösterdiği tespit edilmiştir. Yapılan ikişerli karşılaştırma sonucunda ise bireylerin COAST-TR ölçeğinin yaşam kalitesi alt boyutu puanlarındaki artışın, bütün gruplar arasında (hafif-orta, hafif-şiddetli ve orta-şiddetli) istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya konulmuştur. Böylelikle hafif afazili olan bireylerin yaşam kalitesi alt boyutu puanlarının yüksek, şiddetli düzeyde afazisi olan bireylerin puanlarının ise düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Hafif, orta ve şiddetli düzeyde afazisi olan bireylere ilişkin bakım verenlerin COAST-TR-BV ölçeğinin iletişim ve yaşam kalitesi alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Tek Yönlü ANOVA sonuçlarına göre dil becerisi açısından farklı düzeylerde yer alan en az iki farklı bakım veren grubunun COAST-TR-BV ölçeğinin iletişim ($F_{(2,100)} = 37.376, p < .001, \eta^2 = .432$) ve yaşam kalitesi ($F_{(2,100)} = 12.443, p < .001, \eta^2 = .202$) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın söz konusu olduğu belirlenmiştir. Hesaplanan yüksek etki büyüklüğü katsayıları ise gruplar arasındaki farklılaşmanın önemli olduğunu ortaya koymuştur. Hafif, orta ve şiddetli düzeyde afazisi olduğu belirlenen bireylere bakım verenlerin COAST-TR-BV ölçeğinin iletişim alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; hafif ($\bar{X}=36.81$), orta ($\bar{X}=31.24$) ve şiddetli düzeyde ($\bar{X}=23.97$) afazi tanısı alan bireyler için

ADD ölçeği ile ortaya konulan afazi Şiddeti arttıkça, bakım verenlerin COAST-TR-BV ölçeğinin iletişim alt boyutu puanlarının azalış gösterdiği tespit edilmiştir. Yapılan ikişerli karşılaştırma sonucunda ise bakım verenlerin COAST-TR-BV ölçeğinin iletişim alt boyutu puanlarındaki artışın, bütün gruplar arasında (hafif-orta, hafif-Şiddetli ve orta-Şiddetli) istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya konulmuştur. Böylelikle hafif düzeyde afazisi olan bireylerin bakım verenlerinin iletişim alt boyutu puanlarının yüksek, Şiddetli düzeyde afazisi olan bireylere bakım verenler için elde edilen puanların ise düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Hafif, orta ve Şiddetli düzeyde afazisi olduğu belirlenen bireylere bakım verenlerin COAST-TR-BV ölçeğinin yaşam kalitesi alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; hafif ($\bar{X}=11.81$), orta ($\bar{X}=8.80$) ve Şiddetli düzeyde ($\bar{X}=6.52$) afazi tanısı alan bireyler için ADD ölçeği ile ortaya konulan afazi Şiddeti arttıkça, bakım verenlerinin COAST-TR-BV ölçeğinin yaşam kalitesi alt boyutu puanlarının azalış gösterdiği tespit edilmiştir. Yapılan ikişerli karşılaştırma sonucunda ise bakım verenlerin COAST-TR-BV ölçeğinin yaşam kalitesi alt boyutu puanlarındaki artışın, bütün gruplar arasında (hafif-orta, hafif-Şiddetli ve orta-Şiddetli) istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya konulmuştur. Böylelikle hafif düzeyde afazisi olan bireyler bakım verenlerin yaşam kalitesi alt boyutu puanlarının yüksek, Şiddetli afazisi olan bireylere bakım verenler için elde edilen puanların ise düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bağlamda COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinin iletişim ve yaşam kalitesi alt boyutları için Tek Yönlü ANOVA yapıldığında elde edilen istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar; hafif, orta ve Şiddetli afazili gruplardaki bireylerin bakım verenlerinin ölçek puanları arasında beklendiği yönde bir farklılaşmanın söz konusu olduğunu göstermiştir.

Araştırma kapsamında bireyler afazi tipine göre tutuk olmayan (Anomik-İletim ve Transkortikal sensör) ve tutuk (Broca ve Transkortikal motor) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Böylece farklı gruplarda yer alan bireylerin COAST-TR ve bakım verenlerinin COAST-TR-BV ölçeklerindeki iletişim ve yaşam kalitesi alt boyutlarındaki puan ortalamaları arasında istatistiksel bir farklılığın olup olmadığı Tek Yönlü ANOVA kullanılarak incelenmiştir. Analizlerin öncesinde Tek Yönlü ANOVA varsayımları kontrol edilmiş ve normallik ile varyansların homojenliği varsayımlarının

sağlandığı görülmüştür. Her iki ölçek için de Tek Yönlü ANOVA sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 4.13’de verilmiştir.

Tablo 4.13. COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçekleri için afazi tipine göre ANOVA testi sonucu.

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
COAST-TR İletişim	Gruplar arası	1115,336	1	1115,336	19,619	,000
	Gruplar içi	5628,109	99	56,850		
	Toplam	6743,446	100			
COAST-TR Yaşam Kalitesi	Gruplar arası	67,464	1	67,464	8,240	,000
	Gruplar içi	810,575	99	8,188		
	Toplam	878,040	100			
COAST-TR-BV	Gruplar arası	1286,902	1	1286,902	31,119	,000
	Gruplar içi	4094,089	99	41,354		
	Toplam	5380,990	100			
COAST-TR-BV Yaşam Kalitesi	Gruplar arası	164,124	1	164,124	9,641	,000
	Gruplar içi	1685,361	99	17,024		
	Toplam	1849,485	100			

Sd: serbestlik derecesi $p < .001$

Tablo 4.13’de tutuk ve tutuk olmayan afazili bireylerin COAST ölçeğinin iletişim ve yaşam kalitesi alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Tek Yönlü ANOVA sonuçları yer almıştır. Yapılan analizlerin sonuçlarına göre afazi tipi açısından farklı özelliklerde olan iki farklı afazi tipi grubunun COAST-TR ölçeğinin iletişim ($F_{(1,100)} = 19.619, p < .001, \eta^2 = .165$) ve yaşam kalitesi ($F_{(1,100)} = 8.240, p < .001, \eta^2 = .077$) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın söz konusu olduğu belirlenmiştir. Hesaplanan orta ve yüksek düzey etki büyüklüğü katsayıları ise tutuk ve tutuk olmayan afazili bireyler arasındaki farklılaşmanın önemli olduğunu ortaya koymuştur. Tutuk ve tutuk olmayan afazi olduğu belirlenen bireylerin COAST-TR ölçeğinin iletişim alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; tutuk olmayan afazi tipindeki bireylerin ($\bar{X}=34.00$) puan ortalamalarının, tutuk afazi tipindeki bireylerin ($\bar{X}=27.32$) puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tutuk ve tutuk olmayan afazili olduğu belirlenen bireylerin COAST-TR ölçeğinin yaşam

kalitesi alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde ise; tutuk olmayan afazi tipindeki bireylerin ($\bar{X}=9.69$) puan ortalamalarının, tutuk afazi tipindeki bireylerin ($\bar{X}=8.05$) puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tutuk ve tutuk olmayan afazili bireylere bakım verenlerin COAST-TR-BV ölçeğinin iletişim ve yaşam kalitesi alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Tek Yönlü ANOVA sonuçlarına göre afazi tipi açısından farklı özelliklerde olan iki farklı gruba bakım verenlerinin COAST-TR-BV ölçeğinin iletişim ($F_{(1,100)} = 31.119, p < .001, \eta^2 = .239$) ve yaşam kalitesi ($F_{(1,100)} = 9.641, p < .001, \eta^2 = .088$) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın söz konusu olduğu belirlenmiştir. Hesaplanan orta ve yüksek düzey etki büyüklüğü katsayıları ise tutuk ve tutuk olmayan afazili bireylere bakım verenlerinin puanları arasındaki farklılaşmanın önemli olduğunu ortaya koymuştur.

Tutuk ve tutuk olmayan afazili olduğu belirlenen bireylere bakım verenlerin COAST-TR-BV ölçeğinin iletişim alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; tutuk olmayan afazi tipindeki bireylerin ($\bar{X}=33.91$) puan ortalamalarının, tutuk afazi tipindeki bireylerin ($\bar{X}=26.74$) puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tutuk ve tutuk olmayan afazili olduğu belirlenen bireylere bakım verenlerin COAST-TR-BV ölçeğinin yaşam kalitesi alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde ise; tutuk olmayan afazi tipindeki bireylerin ($\bar{X}=10.08$) puan ortalamalarının, tutuk afazi tipindeki bireylerin ($\bar{X}=7.52$) puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir. COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinin iletişim ve yaşam kalitesi alt boyutları için Tek Yönlü ANOVA yapıldığında elde edilen anlamlı sonuçlar; tutuk ve tutuk olmayan afazili gruplardaki bireylerin ve bakım verenlerin ölçek puanları arasında beklendiği yönde bir farklılaşmanın söz konusu olduğunu göstermiştir.

Yapı geçerliği için başka bir kanıt sunmak amacıyla afazili bireylerin yanıtladıkları COAST-TR ölçeği ile bakım verenlerin yanıtladıkları COAST-TR-BV ölçeği ve bu ölçeklerin alt boyutları arasındaki korelasyon katsayıları Pearson

Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı (PMÇKK) kullanılarak incelenmiştir. Elde edilen korelasyon katsayıları Tablo 4.14' de sunulmuştur.

Tablo 4.14. COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerine ilişkin korelasyonlar.

	COAST- TR	COAST-TR Etkileşimli İletişim	COAST-TR Genel İletişim	COAST- TR Yaşam Kalitesi
COAST-TR-BV	0,773**	0,720**	0,624**	0,587**
COAST-TR-BV Etkileşimli İletişim	0,780**	0,788**	0,573**	0,482**
COAST-TR-BV Genel İletişim	0,527**	0,433**	0,648**	0,392**
COAST-TR-BV Yaşam Kalitesi	0,445**	0,344**	0,354**	0,504**

** p<.01

Tablo 4.14 incelendiğinde COAST-TR ile COAST-TR-BV ölçeklerinden elde edilen toplam puanlar arasındaki korelasyon katsayısının ($r=0,773$) yüksek ve 0,01 düzeyinde anlamlı olduğu görülmüştür. Bu bulguya dayalı olarak her iki ölçek arasında güçlü ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde COAST-TR ile COAST-TR-BV Etkileşimli İletişim ($r=0,780$), COAST-TR Etkileşimli İletişim ile COAST-TR-BV Etkileşimli İletişim ($r=0,788$) ve COAST-TR Etkileşimli İletişim ile COAST-TR-BV ($r=0,720$) arasında da 0.01 düzeyinde anlamlı ve güçlü ilişkilerin söz konusu olduğu anlaşılmıştır.

COAST-TR ile COAST-TR-BV Genel İletişim ($r=0,527$), COAST-TR ile COAST-TR-BV Yaşam Kalitesi ($r=0,445$), COAST-TR Etkileşimli İletişim ile COAST-TR-BV Genel İletişim ($r=0,433$), COAST-TR Etkileşimli İletişim ile COAST-TR-BV Yaşam Kalitesi ($r=0,344$), COAST-TR Genel İletişim ile COAST-TR-BV ($r=0,624$), COAST-TR Genel İletişim ile COAST-TR-BV Etkileşimli İletişim ($r=0,573$), COAST-TR Genel İletişim ile COAST-TR-BV Genel İletişim ($r=0,648$), COAST-TR Genel İletişim ile COAST-TR-BV Yaşam Kalitesi ($r=0,354$), COAST-

TR Yaşam Kalitesi ile COAST-TR-BV ($r=0,587$), COAST-TR Yaşam Kalitesi ile COAST-TR-BV Etkileşimli İletişim ($r=0,482$), COAST-TR Yaşam Kalitesi ile COAST-TR-BV Genel İletişim ($r=0,392$) ve COAST-TR Yaşam Kalitesi ile COAST-TR-BV Yaşam Kalitesi ($r=0,504$) arasında 0.01 düzeyinde anlamlı ve orta düzey bir ilişkinin var olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda afazili bireylerin COAST-TR ölçeğinden aldıkları puanlar ile bakım verenlerin COAST-TR-BV ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde ve genel olarak orta veya yüksek düzeyde ilişkilerin bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4.5.3. Ölçüt Geçerliğine İlişkin Kanıtlar

Araştırmada COAST-TR ölçeğine ilişkin ölçüt geçerliğini incelemek amacıyla SAQOL-39-TR ölçeği kullanılmıştır. Ölçüt geçerliği çalışması kapsamında COAST-TR ölçeğinin Etkileşimli İletişim ve Genel İletişim alt boyutları SAQOL-39-TR ölçeğinin İletişim alt boyutu; COAST-TR ölçeğinin Yaşam Kalitesi alt boyutu ile SAQOL-39-TR ölçeğinin Psikososyal alt boyutu arasındaki ilişki katsayıları hesaplanmıştır. Belirtilen alt boyutlara ilişkin ilişkiler Tablo 4.15’de verilmiştir.

Tablo 4.15. COAST-TR ölçeği ile SAQOL-39-TR ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiler.

	COAST-TR Etkileşimli İletişim	COAST-TR Genel İletişim	COAST-TR Yaşam Kalitesi
SAQOL-39-TR İletişim	0,668**	0,604**	
SAQOL-39-TR Psikososyal			0,635**

** $p < .01$

Tablo 4.15 incelendiğinde COAST-TR Etkileşimli İletişim ile SAQOL-39-TR İletişim ($r=0,668$), COAST-TR Genel İletişim ile SAQOL-39-TR İletişim ($r=0,604$) ve COAST-TR Yaşam Kalitesi ile SAQOL-39-TR Psikososyal ($r=0,635$) alt boyutları arasında 0.01 düzeyinde anlamlı ve orta düzeyde ilişkinin söz konusu olduğu anlaşılmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda afazili bireylerin COAST-TR ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar ile SAQOL-39-TR ölçeğinin alt boyutlarından

aldıkları puanlar arasında pozitif yönde ve genel olarak orta düzeyde ilişkinin bulunduğu belirlenmiştir. Böylelikle her iki ölçekten elde edilen puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzey ilişkilerin olması, benzer yapıları ölçmeyi amaçlayan ölçeklerin birbirleriyle ilişkili olduğunu göstermiş ve bu sonuç ise ölçüt geçerliğinin bir kanıtı olarak dikkate alınmıştır.

Yapılan bu çalışma kapsamında farklı amaçlara hizmet eden çeşitli geçerlik kanıtları sunulmuştur. Analizler sonucunda elde edilen bulgulara göre; COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerine ilişkin uyarlama çalışmasının uygun şekilde tamamlandığı ve bu ölçeğin Türkiye örneklemindeki geçerliğinin yeterli düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4.6. COAST-TR ve COAST-TR-BV Ölçekleri için Güvenirlik Çalışmalarına İlişkin Bulgular

Yapılan bu araştırmada iç tutarlık ve kararlılık anlamında iki farklı güvenirlik hesaplanmıştır. İç tutarlık anlamında dikkate alınan Cronbach Alfa (α) güvenirlik katsayısı COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerindeki bütün maddelerin yanı sıra üç alt boyut için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Öte yandan 32 afazili birey ve bakım veren için yapılan ikinci uygulamadan elde edilen veriler kullanılarak COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerindeki bütün maddeler ve üç alt boyut için Cronbach Alfa (α) katsayısı elde edilmiştir. Hesaplanan Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları Tablo 4.16'da sunulmuştur.

Tablo 4.16. COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçekleri ve alt boyutları için Cronbach Alfa katsayıları.

	COAST-TR Birinci Uygulama (N=101)	COAST-TR İkinci Uygulama (N=32)	COAST-TR- BV Birinci Uygulama (N=101)	COAST-TR- BV İkinci Uygulama (N=32)
	Cronbach Alfa	Cronbach Alfa	Cronbach Alfa	Cronbach Alfa
Toplam	.898	.881	.883	.777
Etkileşimli İletişim	.869	.835	.857	.722
Genel İletişim	.558	.596	.504	.525
Yaşam Kalitesi	.779	.837	.869	.692

N: Katılımcı sayısı

Tablo 4.16’da COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinin afazili birey ve bakım verenlerine iki kez uygulanması sonucunda hesaplanan toplam on altı Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı verilmiştir. Birinci uygulamada COAST-TR ölçeğinin geneli için hesaplanan güvenilirlik katsayısı 0.898 olarak elde edilmiştir. Öte yandan COAST-TR ölçeğinden elde edilen birinci uygulama verileri üzerinde yapılan analizler sonucunda üç alt boyut için Cronbach Alfa (α) güvenilirlik katsayılarının 0.558 ile 0.869 arasında değiştiği görülmüştür. İkinci uygulamada ise COAST ölçeğinin geneli için hesaplanan güvenilirlik katsayısının 0.881 olarak elde edildiği, üç alt boyut için hesaplanan Cronbach Alfa (α) güvenilirlik katsayılarının ise 0.596 ile 0.837 arasında farklılaştığı tespit edilmiştir. Hesaplanan katsayılar Karagöz’ün (2016) çalışmasında ortaya koyduğu ölçütlere göre değerlendirildiğinde (214); COAST-TR ölçeğinin tamamı ve Etkileşimli İletişim alt boyutunun her iki uygulamada da yüksek düzeyde güvenilir sonuçlar ortaya koydukları belirlenmiştir. Yaşam Kalitesi alt boyutu dikkate alındığında ise bu alt boyutun da birinci uygulamada oldukça güvenilir, ikinci uygulamada yüksek güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Son olarak Genel İletişim alt boyutunda ise madde sayısının az olması nedeniyle her iki uygulamada da düşük güvenilirlik değerleri elde edilmiştir (211).

COAST-TR-BV ölçeğinin geneli için birinci uygulamada hesaplanan güvenilirlik katsayısı 0.883 olarak elde edilmiştir. Öte yandan COAST-TR-BV ölçeğinden elde edilen birinci uygulama verileri üzerinde yapılan analizler sonucunda üç alt boyut için Cronbach Alfa (α) güvenilirlik katsayılarının 0.504 ile 0.869 arasında değiştiği görülmüştür. İkinci uygulamada ise COAST-TR-BV ölçeğinin geneli için hesaplanan güvenilirlik katsayısının 0.777 olarak elde edildiği, üç alt boyut için hesaplanan Cronbach Alfa (α) güvenilirlik katsayılarının ise 0.525 ile 0.722 arasında farklılaştığı tespit edilmiştir. Hesaplanan katsayılar Karagöz'ün (2016) çalışmasında ortaya koyduğu ölçütlere göre değerlendirildiğinde (214); COAST-TR-BV ölçeğinin tamamı ve Etkileşimli İletişim ile Yaşam Kalitesi alt boyutlarının birinci uygulamada yüksek düzeyde güvenilir, ikinci uygulamada ise oldukça güvenilir sonuçlar ortaya koydukları belirlenmiştir. Genel İletişim alt boyutu ele alındığında ise madde sayısının az olması nedeniyle her iki uygulamada da düşük güvenilirlik değerleri elde edilmiştir (211).

COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinin kararlılığını belirlemek amacıyla rastgele seçilmiş 32 kişiye (%32) her iki ölçek de iki kez uygulanarak test- tekrar test anlamındaki güvenilirlik hesaplanmıştır. COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerine ilişkin toplam puan ve üç alt boyut için hesaplanan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayıları Tablo 4.17'de verilmiştir.

Tablo 4.17. COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçekleri ve alt boyutları için test-tekrar test güvenilirlik katsayıları.

	COAST-TR Test-Tekrar Test (N=32)	COAST-TR-BV Test-Tekrar Test (N=32)
	r	r
Toplam	.948**	.949**
Etkileşimli İletişim	.907**	.939**
Genel İletişim	.874**	.890**
Yaşam Kalitesi	.845**	.890**

**p<.01

N: Katılımcı sayısı

Tablo 4.17’de COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçekleri ve bu ölçeklerin alt boyutları için kararlılık (test-tekrar test) anlamındaki güvenilirliğini belirlemek amacıyla 32 bireyden elde edilen veriler kullanılarak hesaplanan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayıları verilmiştir. COAST-TR ölçeği için birinci ve ikinci uygulama sonucundaki test-tekrar test güvenilirlik katsayılarının 0.01 düzeyinde anlamlı olduğu ve .845 ile .948 arasında farklılaştığı belirlenmiştir. Hem COAST-TR ölçeğinin tamamı hem de alt boyutları için hesaplanan güvenilirlik katsayılarının çok yüksek olması nedeniyle Reynolds, Livingston ve Wilson (2010) tarafından belirlenen ölçütlere göre iki uygulama arasındaki ilişkilerin güçlü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (207). Benzer şekilde COAST-TR-BV ölçeği için birinci ve ikinci uygulama sonucundaki test-tekrar test güvenilirlik katsayılarının 0.01 düzeyinde anlamlı olduğu ve 0.890 ile 0.949 arasında farklılaştığı belirlenmiştir. Böylece hem COAST-TR-BV ölçeğinin tamamı hem de alt boyutları için hesaplanan güvenilirlik katsayılarının çok yüksek olması nedeniyle iki uygulama arasındaki ilişkilerin güçlü olduğu tespit edilmiştir. Başka bir ifadeyle iki uygulamadan elde edilen puanlar arasında yüksek korelasyon bulunması, bireylerin her iki uygulamadaki puanlarının farklılaşmadığını ve buna bağlı olarak da güvenilirliğin yüksek olduğunu göstermiştir.

5.TARTIŞMA

Bu çalışma ile COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinin Türkçeye çeviri ve kültürel adaptasyonu yapılarak bu ölçeklerinin geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi hedeflenmiştir. Çeviri ve adaptasyon süreci DSÖ'nün çeviri ve adaptasyon prosedürlerine uygun olarak gerçekleşmiştir. Ölçek uyarlaması yapılırken dilden dile kültürel farklılıkların olabileceği, bu sebeple geçerlik güvenilirlik analizlerine geçmeden çeviri sürecinde kültürel faktörlere de dikkat edilmesi gerektiği bildirilmiştir (217). Çalışmamızda bu faktörlere dikkat edilip uzman görüşleri de alınarak çeviri işlemleri yapıp sonrasında COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinin geçerlik ve güvenilirliği incelenmiştir. Yapılan çeşitli analizler sonucunda her iki ölçeğin de Türkçe için geçerli ve güvenilir olduğu kanıtlanmıştır.

COAST-TR ölçeği afazili bireylerin fonksiyonel iletişim becerilerini ve yaşam kalitesini değerlendirir. COAST-TR-BV ölçeğinde ise bakım veren perspektifinden afazili bireyin fonksiyonel iletişim becerileri ve bakım verenin yaşam kalitesi değerlendirilir. COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinin orijinal versiyonu İngilizce dilinde olup aynı zamanda İtalyanca çeviri ve adaptasyon süreçleri tamamlanmıştır.

Çalışmamızda COAST-TR ve COAST-TR-BV versiyonları için toplam 101 birey dahil edilirken orijinal COAST çalışmasında 102 birey, CARER COAST da ise 58 bakım veren, İtalyanca versiyonunda ise 30 birey ve bakım veren dahil edilmiştir (16, 18, 35). COAST-TR, orijinal versiyonla katılımcı sayısı açısından uyumludur. COAST-TR-BV versiyonu ise orijinal versiyondan daha fazla katılımcı içermektedir. Çalışmamız, İtalyanca versiyonunda yapılan ölçek adaptasyonu sonucuna göre hem afazili birey hem de bakım veren sayısı açısından daha fazla katılımcı içermektedir. Örneklem büyüklüğünün araştırmalarda önemli bir faktör olması ayrıca geçerlik ve güvenilirlik analizlerinde çıkan sonuçları etkilemesi sebebiyle COAST-TR ve COAST-TR-BV versiyonunun daha kapsamlı sonuçlar ortaya çıkardığı düşünülmektedir.

Cinsiyet açısından bakıldığında orijinal çalışmada 61 erkek 41 kadın, İtalyanca versiyonda ise 13 erkek 11 kadın bulunmaktadır. COAST-TR' de ise 74 erkek 27 kadın bulunmaktadır. Diğer araştırmalarla benzer şekilde veri setinde kadın afazili bireyler

daha az sayıda yer almıştır. Literatürde de inme sonrası afazili bireyler arasında belirli bir oran belirtmeyen araştırmalarla birlikte (73, 74), yapılan bazı araştırmalarda inme sonrası kadınların erkeklere göre daha yüksek oranda afaziye sahip oldukları belirtilirken (77-79); erkeklerin kadınlara göre daha yüksek oranda afaziye sahip olduklarını belirten araştırmalar da bulunmaktadır (80, 81).

Ülkemizde afazili bireyler ile yapılan diğer ölçek çalışmalarına bakıldığında; ADD ölçeğinin standardizasyon çalışmasında katılımcıların % 41'inin (38 kadın-54 erkek) (179), Afazi Etki Ölçeği-21'in geçerlik güvenirlik çalışmasında katılımcıların % 34,9'unun (28 erkek 15 kadın) (145), İnmeye Bağlı Afazide Depresyon Ölçeği Hastane Versiyonu-10'un geçerlik güvenirlik çalışmasında katılımcıların %41,5'inin (27 kadın 38 erkek) (218), Başkent Afazi Testi'nin geçerlik güvenirlik çalışmasında katılımcıların %39,2'sinin (45 erkek 29 kadın) (219) kadın bireylerden oluştuğu görülmektedir. SAQOL-39-TR ölçeğinin geçerlik güvenirlik çalışmasında katılımcıların %60'ını (146) (18 kadın 12 erkek) kadın bireyler oluşturmaktadır. SAQOL-39 ölçeğinin Türkçeye geçerlik güvenirlik çalışması dışında bahsedilen tüm araştırmalarda kadın afazili bireyler daha düşük oranda bulunmaktadır. SAQOL-39-TR ölçeğindeki farklılığa daha az sayıda katılımcı içermesinin sebep olduğu düşünülmektedir. Literatürde, erkek ve kadın bireyler arasında görülen afazi oranında farklılıklar bulunmaktadır. Ayrıca ülkemizde kadın ve erkek bireyler arasında afazi oranını belirten bir araştırmaya rastlanmamıştır. Çalışmamız, katılımcı sayısı açısından dilimizde yapılan araştırmalardan daha fazla sayıda afazili birey içermesi sebebiyle diğer ölçek ve test araştırmalarından olumlu şekilde farklılaşmaktadır.

Çalışmamızda 90 iskemik ve 10 hemorajik inme olan afazili birey dahil edilmiştir. İnme türüne göre DSÖ'nün verilerine göre veri grubu literatürle uyumlu şekilde gerçekleşmiştir (51).

Çalışmamızın güçlü yanlarından birinin de çalışma grubunun homojen dağılımlı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Orijinal versiyonda inme sonrası afazili grup ile birlikte dizartri grubu da araştırmaya dahil edilirken İtalyanca versiyonda inme, travmatik beyin hasarı ve tümör grupları dahil edilmiştir (18, 35). Farklı tanı gruplarının klinik tablosu da değişkenlik göstermektedir. Buna bağlı olarak dil konuşma ve fonksiyonel iletişim becerileri de farklılaşabileceğinden bireyin yaşam

kalitesi de değişebilir. Bu faktörler göz önüne alınarak çalışmamıza sadece inme sonrası afazili bireyler ve bakım verenleri dahil edilmiştir.

Bir ölçeğin güvenilirliği ölçeğin tutarlılığı ve tekrarlanabilirliği olarak ifade edilmektedir (178). Çalışmamızda COAST-TR ve COAST-TR-BV için güvenilirlik yöntemlerinde iç tutarlık anlamında Cronbach Alfa (α) güvenilirlik katsayısı bütün maddelerin yanı sıra üç alt boyut için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Bunun yanında test tekrar-test güvenilirliği de çalışmamızda incelenmiştir. Orijinal COAST ve CARER COAST çalışmalarında (16, 35) ve İtalyanca versiyonunda da (18) güvenilirlik yöntemlerinde iç tutarlık ve test-tekrar test güvenilirliğine bakılmıştır. Araştırmamız güvenilirlik yöntemlerinde orijinal ve İtalyanca versiyonu ile uyumlu şekilde gerçekleşmiştir.

COAST-TR için Cronbach Alfa değeri ölçek geneli için 0.898 bulunurken orijinal versiyonda 0.92 (35) İtalyanca versiyonda (18) ise 0.94 bulunmuştur. Orijinal İtalyanca versiyoda Cronbach Alfa değeri daha yüksek bulunmuştur, ancak COAST-TR’de elde edilen 0.898 değeri de yüksek düzeyde güvenilir olarak değerlendirilmiştir (214). COAST-TR-BV için Cronbach Alfa değeri ölçek geneli için 0.883, orijinal İtalyanca versiyonda 0.94 olarak bulunmuştur (16, 18). Orijinal ve İtalyanca versiyonda Cronbach Alfa değeri daha yüksek bulunmuştur ancak COAST-TR-BV versiyonunda elde edilen 0.883 değeri de yüksek düzeyde güvenilir olarak değerlendirilmiştir (214).

Çalışmada bakılan diğer bir güvenilirlik yöntemi test-tekrar test güvenilirliği olmuştur. 32 bireye ölçek yeniden uygulanmıştır. COAST-TR için ölçek genelinde test-tekrar test güvenilirliği 0.948, etkileşimli iletişim alt boyutunda 0.907, genel iletişim alt boyutunda 0.874, yaşam kalitesi alt boyutunda ise 0.845 olarak bulunmuştur. Orijinal versiyonda ölçek genelinde 0.88, etkileşimli alt boyutunda 0.83, genel iletişim alt boyutunda 0.72, yaşam kalitesi alt boyutunda ise 0.80 olarak bulunmuştur (35). İtalyanca versiyonda ise ölçek genelinde 0.85, etkileşimli iletişim alt boyutunda 0.87, genel iletişim alt boyutunda 0.80, yaşam kalitesi alt boyutunda ise 0.76 olarak bulunmuştur (18). Orijinal ve İtalyanca versiyonla karşılaştırdığımızda COAST-TR ölçeğinde hem ölçek genelinde hem de tüm alt boyutlarda test-tekrar güvenilirliği kat sayılarında daha yüksek değerler elde edilmiştir. Bu bulgular COAST-TR ölçeğinin

tutarlılığını güçlendirerek test-tekrar test güvenilirliğinin çok yüksek olduğunu göstermektedir. (220).

COAST-TR-BV için ölçek genelinde test-tekrar test güvenilirliği 0.949, etkileşimli iletişim alt boyutunda 0.939, genel iletişim alt boyutunda 0.890, yaşam kalitesi alt boyutunda ise 0.890 olarak bulunmuştur. Orijinal versiyonda ise ölçek genelinde 0.91, iletişim alt boyutunda 0.75, genel iletişim alt boyutunda 0.79, yaşam kalitesi alt boyutunda ise 0.87 olarak bulunmuştur (16). İtalyanca versiyonda ölçek genelinde 0.88, etkileşimli iletişim alt boyutunda 0.94, genel iletişim alt boyutunda 0.80, yaşam kalitesi alt boyutunda ise 0.85 olarak bulunmuştur (18). Bu değerlere bakıldığında COAST-TR-BV ölçeğinin toplam ve alt boyutlardaki test-tekrar test güvenilirlik kat sayısı değerinin orijinal versiyondaki çalışmaya göre hem ölçek genelinde hem de alt boyutlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. İtalyanca versiyonla karşılaştırıldığında ise etkileşimli iletişim alt boyutunda uyumlu sonuçlar görülürken ölçek genelinde ve diğer alt boyutlarda COAST-TR-BV’de daha yüksek değerler bulunmuştur. Bu bulgular COAST-TR-BV ölçeğinin tutarlılığını güçlendirerek çok yüksek olduğunu göstermektedir (220).

Geçerlik, ölçeğin ölçmeyi amaçladığı özelliği doğru ölçebilme derecesi olarak tanımlanabilmektedir (166). Çalışmamızda COAST -TR için geçerlik yöntemlerinde kapsam, yapı ve ölçüt geçerliği incelenmiştir. Orijinal ve İtalyanca versiyonda ise sadece yapı geçerliği incelenmiştir (18, 35). COAST-TR geçerlik analizlerinde ise daha ayrıntılı kanıtlar sunmaktadır. COAST-TR-BV için ise geçerlik yöntemlerinde kapsam ve yapı geçerliği incelenirken orijinal versiyonda ölçüt ve yapı geçerliği incelenmiştir (16). COAST-TR-BV ölçeğinde kapsam geçerliği ile farklı bir geçerlik kanıtı daha sunulmuştur. Veri toplama süresi boyunca Türkçede bireyin yaşadığı iletişim güçlüklerini bakım verenin değerlendirdiği bir ölçeğe rastlanmadığı için ölçüt geçerliğine bakılamamıştır. İtalyanca versiyonda ise sadece yapı geçerliğine bakılmıştır (18).

Yapı geçerliği için önemli bir kanıt olarak bilinen DFA ve madde toplam korelasyonları orijinal versiyonlarda ve çalışmamızda yapılırken İtalyanca versiyonda bakılmamıştır. Bu bilgiler ışığında değerlendirildiğinde COAST-TR ve COAST-TR-

BV'nin yapı geçerliğinde İtalyanca versiyona göre daha ayrıntılı bilgiler verdiği görülmektedir.

COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinin Türkiye'deki afazili bireyler için yapı geçerliği DFA ile incelenerek, ölçeklerin üç boyutlu yapısının uygulanan örneklem için geçerli olup olmadığı araştırılmıştır (176). COAST-TR doğrulayıcı faktör analizinde standartlaştırılmış faktör yüklerine bakıldığında elde edilen değerlerin 0.41 ile 0.79 arasında değişmesi; COAST-TR-BV ölçeğinde ise bu değerlerin 0.45 ile 0.88 arasında değişmesi nedeniyle COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeğindeki faktör yüklerinin literatürde kabul edilen 0.40 kritik değerinden yüksek olduğu görülmüştür. Bu sebeple COAST -TR ve COAST-TR-BV ölçeğindeki faktör yüklerinin yeterince yüksek olması nedeniyle, hesaplanan katsayılar ölçme aracının geçerliğine kanıt oluşturmuştur (212, 213). Özetle faktör analizinde çalışmamız, orijinal versiyonlarla benzer (16, 35) sonuçlar ortaya çıkarmıştır.

Araştırmamızda ölçüt geçerliği için altın standart test olarak kabul edilen SAQOL-39-TR ölçeği kullanılmıştır. Bu kapsamda benzer içerikte olan alt boyutlar arasındaki korelasyonlar hesaplanmıştır. COAST-TR ölçeğinin etkileşimli iletişim ve genel iletişim alt boyutları ile SAQOL-39-TR ölçeğinin iletişim alt boyutu; COAST-TR ölçeğinin yaşam kalitesi alt boyutu ile SAQOL-39 -TR ölçeğinin psikososyal alt boyutu arasındaki ilişki katsayıları hesaplanmıştır. COAST-TR etkileşimli iletişim ile SAQOL-39-TR iletişim ($r=0,668$), COAST-TR genel iletişim ile SAQOL-39-TR iletişim ($r=0,604$) ve COAST-TR yaşam kalitesi ile SAQOL-39-TR psikososyal ($r=0,635$) alt boyutları arasında 0.01 düzeyinde anlamlı ve orta düzeyde ilişkilerin söz konusu olduğu anlaşılmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda afazili bireylerin COAST-TR ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar ile SAQOL-39-TR ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında pozitif yönde ve genel olarak orta düzeyde ilişkilerin bulunduğu belirlenmiştir. Böylelikle her iki ölçekten elde edilen puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzey ilişkilerin olması, benzer yapıları ölçmeyi amaçlayan ölçeklerin birbirleriyle ilişkili olduğunu göstermiş ve bu sonuç ise ölçüt geçerliğinin bir kanıtı olarak dikkate alınmıştır. Orijinal ve İtalyanca versiyon çalışmalarında altın standart bir ölçek kullanımına

rastlanmadığından COAST-TR'nin daha ayrıntılı geçerlik kanıtlarıyla desteklendiğini ve araştırmamıza istatistiksel olarak güç kattığı düşünülmektedir.

Afazili bireyleri belirlemek ve var olan dil performanslarını değerlendirmek için standardize dil değerlendirme testleri kullanılmaktadır. Orijinal versiyon çalışmalarında afazili bireyleri hafif -orta ve şiddetli afazi grubuna ayıran Frenchay Afazi Tarama Testi (*Frenchay Aphasia Screening Test-FAST*) kullanılmıştır (35). Bu test ile afazili bireyler sadece şiddet gruplarına ayrılmış olup afazi türleri belirtilmemiştir. Bu test tarama testi olup ayrıntılı değerlendirme için dil ve konuşma terapistine yönlendirme amacıyla geliştirilmiştir. Bireyi işitsel anlama, sözel ifade, okuma ve yazma alt alanlarında değerlendirmektedir (221). Orijinal versiyonda kullanılan bu testin skorları geçmişe dönük hastane kayıtlarından elde edilmiş olup katılımcılara ölçek formu uygulandığında güncel olarak uygulanmamıştır. İtalyanca versiyonda ise Aachaner Afazi Testi (*Aachener Aphasia Test-AAT*) uygulanmıştır. Aachaner Afazi Testi afazili bireyi spontan dil örneği, token test, tekrarlama, isimlendirme ve yazma alt alanlarında değerlendirmektedir (222). İtalyanca versiyonda da afazili bireyler geçmişe dönük kayıtlardan bulunup ölçek uygulandığında güncel olarak Aachaner Afazi Testi'nin sadece işitsel anlama alt alanı değerlendirilmiş olup bu alt alan skorlarına göre afazi tipleri Global, Wernice, Anomik, Broca olarak; afazi şiddeti ise hafif-orta ve şiddetli olarak ayrılmıştır.

COAST-TR çalışmasında ise afazili bireyleri belirlemek ve dil değerlendirmelerini yapmak için ADD testi uygulanmıştır. ADD testi; bireyi konuşma akıcılığı, işitsel anlama becerileri, tekrarlama, adlandırma, okuma, dilbilgisi, söz eylem ve yazma alt alanlarında değerlendirir (179). Ölçek formu uygulanırken güncel olarak ADD testi'nin tüm alt alanları katılımcılara uygulanmıştır. Afazili bireylerin alt boyutlardaki performanslarına göre katılımcılar Anomik, Broca, Transkortikal motor, Transkortikal sensör ve İletim afazi tiplerine ayrılmıştır. Çalışmamızda kullanılan ADD ölçeğinin tarama testi olmayıp ayrıntılı analiz yapma şansı vermesi aynı zamanda ADD ölçeğinin tüm alt boyutlarının bireyi değerlendirirken kullanılması çalışmamızın bireyi değerlendirme aşamasında hem orijinal hem de İtalyanca versiyona göre daha ayrıntılı bilgiler verdiğini göstermektedir.

Orijinal versiyonda ölçek toplam puanı ile dil testi korelasyonunda afazili bireyin dil puanı geçmişe dönük hastane kayıtlarından alınmıştır. Afazili bireyin zaman geçtikçe dil becerilerinde iyileşme olduğu araştırmalarda belirtilmiştir (223-226). Bu sebeple bireyin dil becerilerindeki gelişmeye bağlı olarak fonksiyonel iletişim becerileri ve yaşam kalitesi de değişeceğinden orijinal çalışmadan farklı olarak afazili bireylerin güncel dil testi puanları COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçekleri için yapılan korelasyonlarda kullanılmıştır. Çalışmamızda yapılan analizlerde güncel değerlendirme sonuçlarının kullanılması sebebiyle orijinal versiyondan olumlu anlamda farklılaştığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada farklı afazi şiddet gruplarının COAST-TR ve COAST-TR-BV iletişim ve yaşam kalitesi alt boyutlarıyla ADD toplam puanı arasındaki ilişki ANOVA Testi kullanılarak analiz edilmiştir. Bu şekilde gruplar arası ayrışma yaklaşımına başvurularak gruplar arasındaki anlamlı farklılık yapı geçerliği için kanıt oluşturmuştur. Çalışmamızda hafif şiddette afazi olan bireylerin fonksiyonel iletişim becerileri ve yaşam kalitesi puanlarının şiddetli afazi grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Aynı şekilde COAST-TR-BV ölçeğinde de hafif şiddette afazili bireylerin bakım veren perspektifinden fonksiyonel iletişim becerilerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha iyi olduğu görülmüştür. Aynı zamanda hafif şiddetli afazili grubun bakım verenlerinin yaşam kalitesinin de diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha iyi olduğu görülmüştür. Özetle; çalışmamızda afazili bireyin dil performansı arttıkça, fonksiyonel iletişim becerileri ile birlikte hem afazili bireyin hem de bakım verenin yaşam kalitesinde artış görülmüştür. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İtalyanca versiyon çalışmasında ise ölçek puanı ile afazili bireylerin dil değerlendirmesinde kullanılan AAT testinin işitsel anlama bölümü arasında orta ile zayıf ilişki bulunmuştur (18). AAT testinin sadece bir alt bölümünün kullanılması, örneklem büyüklüğünün sınırlı olması nedeniyle çalışmamızdan farklılaştığı düşünülmektedir. COAST orijinal çalışmasında ise ölçek puanı ile afazili bireylerin dil değerlendirmesinde kullanılan FAST testi arasında çalışmamızdan farklı olarak orta derecede ilişki görülmüştür (35). Orijinal çalışmada kullanılan FAST testi puanlarının güncel değerlendirme olmayıp geçmişe dönük kayıtlardan alınması sebebiyle bireylerin fonksiyonel iletişim

becerilerinde zamanla ilerleme görülebilmektedir. Bu faktörler sebebiyle çalışmamızdan farklılaştığı düşünülmektedir.

Bakheid ve ark. (2005), 68 afazili bireyi boylamsal olarak 4,8,12 ve 24. haftada değerlendirirken Western Afazi Bataryası'yla (*Western Aphasia Battery-WAB*) birlikte fonksiyonel iletişim ölçeği olarak CETİ testini kullanmışlardır. Tüm zaman aralıklarında dil testi ile CETİ arasında anlamlı korelasyonlar çıkmıştır. Sonuç olarak eksiklik temelli değerlendirmelerin yanında fonksiyonel iletişim ölçeklerinin de kullanılması gerektiği vurgulanarak iki testin birlikte yorumlanması önerilmiştir (9). Fucetola ve ark. (2006) ise 57 afazili birey ile yaptıkları çalışmada, eksiklik temelli değerlendirmeler ile fonksiyonel değerlendirme ölçeğini birlikte kullanmışlardır. Afazili bireylerin dil değerlendirmeleri için *Boston Diagnostic Aphasia Examination-3rd Edition* testi, bireyin fonksiyonel iletişim becerilerini değerlendirmek için ise CADL-2 testi uygulanmıştır. Çalışma belleği, işitsel anlama, depresyon ve fonksiyonel iletişim becerilerinin değerlendirildiği çalışmada afazi şiddetinde anlamlı derecede belirleyici etken bireyin fonksiyonel iletişim becerilerindeki performans skorları olmuştur (227). Meier ve ark. (2017) ise 72 afazili bireyi farklı testlerle kognitif-bilişsel değerlendirmenin yanında fonksiyonel iletişim becerilerini de değerlendirmek için ASHA-FACS kullanmışlardır. Kullanılan tüm testlerle ASHA-FACS arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki çıkmıştır (228). Çalışmamızda COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçekleriyle birlikte bireyi kapsamlı olarak değerlendirmek için ADD testi kullanılmış olup eksiklik temelli değerlendirme sonuçları ile fonksiyonel iletişim ölçek puanları arasında yukarıda belirtilen çalışmalarda olduğu gibi istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Sonuç olarak; çalışmamızda literatürle uyumlu korelasyonların çıktığı görülmektedir. Afazili bireylere değerlendirme yaparken bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşılması gerektiğinden standardize testlerin yanında bireylerin fonksiyonel iletişim becerilerini değerlendirmek terapi süreci için de klinisyenlere daha ayrıntılı bilgi verme olanağı sunmaktadır. Çalışmamızla COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinin afazili bireyleri değerlendirirken klinisyenlere hem değerlendirme hem de terapi sürecinde faydalı olacağı düşünülmektedir.

Afazili bireyleri değerlendirirken bir diğer önemli parametre bireyin ve bakım verenin yaşam kalitesidir. COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinde ikinci alt

boyut yaşam kalitesi olduğundan klinisyene; bireyin yaşadığı bozukluğun bireyin ve bakım verenin hayatına, psikolojik ruh haline, hobilerine nasıl etki ettiği hakkında bilgi vermektedir. Çalışmamızda afazi şiddeti arttıkça bireyin ve bakım verenin yaşam kalitesinde anlamlı derecede azalma görülmüştür. Hilari ve ark. (2009) yaptıkları araştırmada da afazi şiddetine bağlı olarak bireyin ve bakım verenin yaşam kalitesinde azalma görülmüştür (229). Bullier ve ark. (2020) 32 afazili bireyi boylamsal olarak 2 yıl boyunca takip ettikleri araştırmada, ilk ve takip seanslarındaki değerlendirmelerde afazi şiddetinin anlamlı derecede yaşam kalitesini etkileyen bir etken olduğunu belirtmişlerdir (230). Benzer şekilde 14 çalışma üzerinden yapılan sistematik derlemede de yaşam kalitesini etkileyen ana faktörlerden birinin afazi şiddeti olduğu bulunmuştur (144). Çalışmamız bu kapsamda değerlendirildiğinde, literatür ile uyumlu sonuçlar ortaya çıkardığı görülmektedir.

Bu çalışmada ayrıca afazili bireyler tutuk ve tutuk olmayan olarak iki guruba ayrılmıştır. Tutuk afazili bireylerin fonksiyonel iletişim becerileri ve yaşam kalitesi hem birey hem de bakım veren perspektifinden anlamlı derecede daha düşük çıkmıştır. Diğer versiyonlarda afazili bireyler tutuk ve tutuk olmayan olarak gruplara ayrılmadığından çalışmamız farklı bir sonuç daha ortaya koymuştur. Böylece COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinin geçerli olduğu istatistiksel olarak güçlendirilmiştir. Bahia ve ark. (2014) da yaptıkları araştırmada, tutuk afazili bireylerin yaşam kalitesini tutuk olmayan afazili bireylere göre daha düşük bulmuştur (231). Meulent ve ark (2009)'nın yaptıkları *Scenario Testi*'nin geçerlik güvenirlik çalışmasında da tutuk ve tutuk olmayan afazili bireylerin iletişim becerilerinde anlamlı derecede farklılıklar meydana gelmiştir (141). Tutuk olmayan afazili bireylerin sözcük kullanımını çok sınırlı olduğundan iletişim kurma şekilleri farklı yöntemler ile olabilmektedir. Kendilerini ifade etmek için sözel olmayan yolları daha çok kullandıkları düşünülmektedir. Bu sebeple farklı afazi gruplarının fonksiyonel iletişim becerileri değişiklik göstermektedir. Çalışmamızla bu durum istatistiksel olarak gösterilmiş olup ileriki araştırmalarda daha büyük örneklem sayısı ile iki grubun iletişim kurma şekillerinin ayrıntılı araştırılmasının afazili bireyleri daha iyi analiz etmek için büyük önem taşıyacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda ayrıca COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinin geçerliğini güçlendirmek için afazili birey ve bakım verenin test skorları karşılaştırılmıştır. Afazili birey ve bakım veren puanları arasında etkileşimli iletişim alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü, genel iletişim alt boyutunda ise istatistiksel olarak anlamlı ve orta derecede ilişki görülmüştür. Orijinal ve İtalyanca versiyon çalışmalarında yüksek korelasyon bulunmuştur (16, 18). Çalışmamızda da diğer versiyonlarla uyumlu şekilde sonuçlar ortaya çıkmıştır. Ignatiou ve ark. (2012), 23 afazili birey ve bakım verene SAQOL-39 ölçeğini uygulayarak birey ve bakım veren puanları arasındaki ilişkiye bakmışlardır. Toplam puanda bakım veren ve afazili bireyler arasında yüksek düzeyde korelasyon çıkarırken, iletişim alt boyutunda bakım verenlerin afazili bireylere göre anlamlı derecede daha düşük puan verdiklerini bulmuşlardır (232). Bowen ve ark. (2012), 170 inme hastası ile yaptıkları iletişim terapisinin etkililiğini ölçmede COAST ve CARER COAST kullanmışlardır. Periyodik değerlendirmelerde hasta ve bakım verenin puanlamaları benzer şekilde olmuştur (36). Hesketh ve ark. (2010) 98 inme hastası ile yaptıkları araştırmada; hasta, bakım veren ve dil ve konuşma terapisti perspektifinden hastanın fonksiyonel iletişim becerisini değerlendirmişlerdir. Fonksiyonel iletişim becerileri değerlendirilirken COAST ve CARER COAST ölçekleri kullanılmıştır. Hasta ve bakım verenin puanları uyumlu şekilde gerçekleşirken terapistin puanlamaları farklılaşmıştır (46). Hilari ve ark. (2007) da SAQOL-39 ölçeği ile 50 afazili birey ve bakım verenin verdiği puanları karşılaştırdıkları araştırmada, bakım verenlerin anlamlı ölçüde afazili bireylerden daha düşük puanlar verdiğini belirtmişlerdir (186). Özetle; literatür incelendiğinde çalışmamızla benzer araştırmaların yanında farklı sonuçların çıktığı çalışmalar da bulunmaktadır. Çalışmamızda bakım veren ve afazili birey yanıtları arasında anlamlı bir benzerlik olsa da sadece birey ya da bakım veren değil her iki perspektiften afazili bireyi değerlendirmenin öneminin büyük olduğu düşünülmektedir. Afazili birey ile çok sık vakit geçiren bakım veren görüşlerinin alınması bu bireyleri daha iyi değerlendirme fırsatı sunmaktadır. Çalışmamıza, işitsel anlama becerileri teste cevap veremeyecek kadar şiddetli düzeyde etkilenen afazili bireyler dahil edilmemiştir. Özellikle bu tarz afazi grubunda bakım veren görüşlerinin alınması faydalı olmaktadır. COAST-TR-BV ölçeğinin alanımızdaki eksikliği kapatmada büyük önem taşıdığı aynı

zamanda değerlendirme ve terapi sürecinde klinisyenlere yardımcı olacağı düşünülmektedir.

COAST ve CARER COAST hem değerlendirme hem de terapi etkililiğini ölçmede kullanılabilir. Palmer ve ark. (2015), 285 afazili bireyi randomize olarak ayırarak bilgisayarla yapılan bir müdahalenin sonuç ölçümlerinde COAST ve CARER COAST kullanmışlardır (40). Saldert ve ark. (2013), 3 afazili birey ve bakım verene uyguladıkları iletişim partner eğitimi terapi yöntemi sonrasında ve takip seanslarında ölçüm aracı olarak COAST ve CARER COAST kullanmışlardır (42). Benzer şekilde Eriksson ve ark. (2015) da 6 afazili birey ve bakım verenlerine aynı terapi yöntemini uygulamışlardır. Terapi sonrasında ve takip seanslarında COAST ve CARER COAST kullanmışlardır (37). Bowen ve ark. (2012), inme sonrası ilk 4 ayda afazi ve dizatri olan bireylere uyguladıkları iletişim terapisinin etkililiğini ölçmede COAST ve CARER COAST kullanmışlardır (36). Kristensson ve ark. (2015), afazili bireylere uyguladıkları semantik özellik analizi terapisinin iletişime etkisini ölçmek için hem ilk değerlendirme hem de terapi sonrasında COAST ve CARER COAST ölçeklerini kullanmışlardır (38). Sanders ve ark. (2017), kronik Broca afazili bireye uyguladıkları transkranyal direkt stimülasyon yönteminin bireyin isimlendirme becerilerine etkisini değerlendirmişlerdir. Sonuç ölçümlerinde; ilk olarak afazili bireyin isimlendirme becerileri formal olarak değerlendirilirken ikinci sonuç ölçümlerinde bireyin isimlendirme becerilerindeki ilerlemenin fonksiyonel iletişim becerilerine ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek için terapi öncesi ve terapi sonrası 1.ve 3. hafta ölçümlerinde hem COAST hem de CARER COAST ölçekleri kullanılmıştır (44). Knieppman ve ark. (2014) afazili bireylerin bakım verenleri ile yaptıkları araştırmada, afazi durumunun bakım verenin hayatına, sosyal yaşamına, hobilerine etkisini değerlendirmek için CARER COAST yaşam kalitesi alt boyutunu kullanmışlardır (47). Özetle; literatür incelendiğinde COAST ve CARER COAST'un eksiklik temelli müdahalelerin yanında daha çok fonksiyonel yaklaşımlarda, iletişim ve pragmatik temelli müdahalelerde kullanıldığı görülmektedir. Ülkemizde olan afazili bireylere de uygulanabilecek eksiklik temelli müdahale yaklaşımları ile birlikte fonksiyonel yaklaşımların da kullanılmasında ilk ve terapi sonrası ölçümlerde klinisyenlere yol göstereceği düşünülmektedir. Ayrıca yaşam kalitesi alt boyutuyla da değerlendirme ve terapi sürecinde bütüncül yaklaşıma katkıda bulunmaktadır.

Türkçede spesifik olarak aynı ölçek ile afazili bireyin fonksiyonel iletişim becerilerini birey ve bakım veren perspektifinden değerlendiren ölçeğe rastlanmadığından alanımıza katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda ayrıca ölçeklerin uygulama süresi de hesaplanmıştır. COAST-TR için ortalama testi bitirme süresi 15.41 dk iken COAST-TR-BV için 6.96 olarak hesaplanmıştır. Orijinal çalışmada ise bu süre COAST için 25 dk, CARER COAST için 16.4 dk olarak bulunmuştur. COAST ve CARER COAST süre olarak incelendiğinde klinisyenlere pratik olarak uygulama şansı sunmaktadır. Özellikle afazi grubunun kognitif becerilerinde de bozulma meydana gelebileceğinden dikkat, oryantasyon becerilerinde bozulma görülebilmektedir. Bu sebeple bu vaka grubunda kullanılan öz değerlendirme ölçeklerinin pratik ve kolay uygulanabilir olması önem taşımaktadır. Sadece süre olarak değil aynı zamanda test formunun yapısı da önemli bir faktördür. COAST ölçeğinin resimli kitapçığı ile afazili bireyin daha kolay anlamasına yardımcı olması ayrıca cevaplama seçeneklerindeki kutucukların puana göre büyüklüğünün değişmesi bunun yanında üzgün ve mutlu yüz ifadeleri ile afazili bireylerin yanıtları daha kolay işaretlemesi kullanımda büyük kolaylık sağlamaktadır. Bu sebeple, COAST ve CARER COAST'un afazi dostu değerlendirme aracı olarak farklı şiddette afazili bireyleri değerlendirmede kullanılabileceği belirtilmiştir (14).

Güncel yaklaşımlarda sıklıkla kullanılan ve hayata katılım noktasında afazili bireyin fonksiyonelliğine vurgu yapan ICF'e göre araştırmamız incelendiğinde COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeğindeki iletişim alt boyutları ICF'in aktiviteler ve katılım alt boyutunun bir parçasıdır. Bunun yanında yaşam kalitesi alt boyutu ise ICF'in tüm parametreleri ile ilgilidir. ICF'de hastaya bütüncül olarak yaklaşılması önerildiğinden çalışmamızda bu bakış açısına dikkat edilmiştir. Bozukluğu tanımlarken kullandığı vücut yapısı ve işlevi kısmında eksiklik temelli değerlendirmelere vurgu yapılmaktadır. Araştırmamızda bu kapsamda ADD ölçeği kullanılmıştır. Bağlamsal faktörler ile kişisel ve çevresel faktörler incelendiğinden; COAST-TR bakım veren ölçeği ile afazili bireyin çevresinde en yakın olduğu kişiden yanıtlar alınmıştır. Ayrıca bakım verenin ihtiyaçlarına, bireye yaklaşımına, hayat kalitesine de vurgu yapıldığından COAST-TR-BV'nin yaşam kalitesi alt boyutu ile klinisyenlere bu perspektiften de değerlendirme şansı sunduğu düşünülmektedir.

Özetle; çalışmamız literatürle uyumlu şekilde güncel yaklaşımlar göz önünde bulundurularak gerçekleştirilmiş olup değerlendirme süreci bütüncül şekilde gerçekleşmiştir.

Sonuç olarak COAST-TR ve COAST-TR-BV'nin farklı yöntemlerle geçerli ve güvenilir olduğu istatistiksel olarak kanıtlanmıştır. Bütüncül bir değerlendirmenin parçası olarak klinisyenlerin pratik olarak uygulayabileceği düşünülmektedir. Sadece değerlendirme değil farklı terapi yaklaşımlarının sonuç ölçümlerinde de kullanılabilir. Yalnızca afazili birey değil bakım verenin de görüşlerinin alınması; iletişim becerilerinin yanında yaşam kalitesinin de hem birey hem de bakım veren olarak değerlendirilmesi ile klinisyenlere değerlendirme ve terapi sürecinde ayrıntılı bilgi vereceği düşünülmektedir. Türkçede fonksiyonel iletişim becerilerini spesifik olarak afazili birey ve bakım veren perspektifinden değerlendiren bir ölçeğe rastlanmadığından COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerinin alanımızdaki bu eksikliği kapatmada önemli olduğu düşünülmektedir.

Gelecek çalışmalarda dil ve konuşma terapistleri değerlendirme sürecinde COAST-TR ve COAST-TR-BV'yi kullanarak afazili birey ve bakım vereni ayrıntılı değerlendirebilir. Ayrıca farklı terapi yaklaşımlarının fonksiyonel iletişim becerilerine ve yaşam kalitesine etkisini hem afazili birey hem de bakım veren perspektifinden nicel olarak karşılaştırabileceği önerilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. COAST-TR inme sonrası afazili bireylerin fonksiyonel iletişim becerilerini ve yaşam kalitesini değerlendiren geçerli ve güvenilir öz değerlendirme aracıdır. COAST-TR-BV ise; bakım veren perspektifinden afazili bireylerin fonksiyonel iletişim becerilerini ve bakım verenin yaşam kalitesini değerlendiren geçerli ve güvenilir öz değerlendirme ölçeğidir.
2. Dil ve konuşma terapistleri, COAST-TR ile terapi öncesi ilk değerlendirme ve terapi sonrası afazili bireyin iletişim becerilerini ve yaşam kalitesini nicel olarak kendi yorumuyla ölçebilir. Ayrıca COAST-TR-BV ile de elde edilen nicel verilere dayanarak afazili birey ve bakım veren arasında karşılaştırma yapabilir.
3. Dil ve konuşma terapistleri, terapi öncesi ilk değerlendirme ve terapi sonrası ölçümlerinde standardize dil değerlendirme testleri ile COAST-TR ve COAST-TR-BV ölçeklerini birlikte kullanabilirler. Böylece eksiklik temelli değerlendirme testleri ile fonksiyonel değerlendirme araçları arasında karşılaştırma yaparak bütüncül bir bakış açısıyla afazili bireyi değerlendirebilirler.
4. Dil ve konuşma terapistleri, afazili bireylere uyguladıkları farklı terapi yaklaşımlarının bireyin iletişim becerilerine etkisini COAST-TR ve COAST-TR BV ile ölçebilirler. Ayrıca uyguladıkları terapi yaklaşımlarının afazili birey ve bakım verenin yaşam kalitesinde meydana getirdiği değişiklikleri de nicel olarak değerlendirebilirler. Bu şekilde farklı terapi yaklaşımları arasında da karşılaştırma yapabilirler.
5. Gelecek çalışmalarda inme sonrası afazili bireylerin iletişim ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde cinsiyetler arasında karşılaştırma yapılabilir.
6. Dil ve konuşma terapistleri, tutuk ve tutuk olmayan afazi grubunun daha büyük örneklem ile fonksiyonel iletişim becerilerini ve yaşam kalitesini COAST-TR ile inceleyebilirler ve terapi etkililiğini değerlendirebilirler.
7. Gelecek çalışmalarda afazili bireylerin inme türüne göre yaşam kalitesi ve inme sonrası geçen sürenin bakım verenin yaşam kalitesine etkisi incelenebilir.

7. KAYNAKÇA

1. Lahey M, Bloom L. Language disorders and language development 1988.
2. Murray LL, Clark HM. Neurogenic disorders of language: Theory driven clinical practice: Singular Publishing Group; 2006.
3. Kagan A, Simmons-Mackie N, Rowland A, Huijbregts M, Shumway E, McEwen S, et al. Counting what counts: A framework for capturing real-life outcomes of aphasia intervention. *Aphasiology*. 2008;22(3):258-80.
4. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organization, 2001.
5. Simmons-Mackie N, Kagan A, editors. Application of the ICF in aphasia. *Seminars in speech and language*; 2007: © Thieme Medical Publishers.
6. Threats TT. Towards an international framework for communication disorders: Use of the ICF. *Journal of communication disorders*. 2006;39(4):251-65.
7. Organization WH. International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children & Youth Version: ICF-CY: World Health Organization; 2007.
8. Parr S, Byng S, Gilpin S. Talking about aphasia: Living with loss of language after stroke: McGraw-Hill Education (UK); 1997.
9. Bakheit A, Carrington S, Griffiths S, Searle K. High scores on the Western Aphasia Battery correlate with good functional communication skills (as measured with the Communicative Effectiveness Index) in aphasic stroke patients. *Disability and Rehabilitation*. 2005;27(6):287-91.
10. Darrigrand B, Dutheil S, Michelet V, Rereau S, Rousseaux M, Mazaux J-M. Communication impairment and activity limitation in stroke patients with severe aphasia. *Disability and rehabilitation*. 2011;33(13-14):1169-78.
11. Doedens W, Meteyard L. Measures of functional, real-world communication for aphasia: A critical review. *Aphasiology*. 2020;34(4):492-514.
12. Saldert C, Bergman M, Holstensson J, Jönsson S, Nygren K, Vennman F, et al. Combining methods in the assessment and analysis of communication in aphasia: Benefits and shortcomings of different approaches. *Journal of Interactional Research in Communication Disorders*. 2012;3(2):141.
13. Hilari K, Galante L, Huck A, Pritchard M, Allen L, Dipper L. Cultural adaptation and psychometric testing of The Scenario Test UK for people with aphasia. *International journal of language & communication disorders*. 2018;53(4):748-60.
14. Irwin B. Patient-reported outcome measures in aphasia. *Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders*. 2012;22(4):160-6.
15. Worrall L. Professionalism and functional outcomes. *Journal of Communication Disorders*. 2006;39(4):320-7.
16. Long A, Hesketh A, Bowen A. Communication outcome after stroke: a new measure of the carer's perspective. *Clinical Rehabilitation*. 2009;23(9):846-56.
17. Lomas J, Pickard L, Bester S, Elbard H, Finlayson A, Zoghaib C. The communicative effectiveness index: Development and psychometric evaluation of a functional communication measure for adult aphasia. *Journal of speech and hearing disorders*. 1989;54(1):113-24.

18. Bambini V, Arcara G, Aiachini B, Cattani B, Dichiarante ML, Moro A, et al. Assessing functional communication: validation of the Italian versions of the Communication Outcome after Stroke (COAST) scales for speakers and caregivers. *Aphasiology*. 2017;31(3):332-58.
19. Code C. The quantity of life for people with chronic aphasia. *Neuropsychological rehabilitation*. 2003;13(3):379-90.
20. Hilari K. The impact of stroke: are people with aphasia different to those without? *Disability and rehabilitation*. 2011;33(3):211-8.
21. Hilari K, Wiggins R, Roy P, Byng S, Smith S. Predictors of health-related quality of life (HRQL) in people with chronic aphasia. *Aphasiology*. 2003;17(4):365-81.
22. Manders E, Dammekens E, Leemans I, Michiels K. Evaluation of quality of life in people with aphasia using a Dutch version of the SAQOL-39. *Disability and rehabilitation*. 2010;32(3):173-82.
23. Ross K, Wertz R. Quality of life with and without aphasia. *Aphasiology*. 2003;17(4):355-64.
24. Simmons-Mackie N, Kagan A, Victor JC, Carling-Rowland A, Mok A, Hoch JS, et al. The assessment for living with aphasia: Reliability and construct validity. *International journal of speech-language pathology*. 2014;16(1):82-94.
25. Brown M, Gordon WA. Quality of life as a construct in health and disability research. *The Mount Sinai Journal of Medicine, New York*. 1999;66(3):160-9.
26. Group TW. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine*. 1998;46(12):1569-85.
27. Hilari K, Byng S, Lamping DL, Smith SC. Stroke and aphasia quality of life scale-39 (SAQOL-39) evaluation of acceptability, reliability, and validity. *Stroke*. 2003;34(8):1944-50.
28. Cruice M, Worrall L, Hickson L, Murison R. Finding a focus for quality of life with aphasia: Social and emotional health, and psychological well-being. *Aphasiology*. 2003;17(4):333-53.
29. Bakas T, Kroenke K, Plue LD, Perkins SM, Williams LS. Outcomes among family caregivers of aphasic versus nonaphasic stroke survivors. *Rehabilitation Nursing*. 2006;31(1):33-42.
30. Cruice M, Worrall L, Hickson L. Perspectives of quality of life by people with aphasia and their family: Suggestions for successful living. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2006;13(1):14-24.
31. Draper B, Bowring G, Thompson C, Van Heyst J, Conroy P, Thompson J. Stress in caregivers of aphasic stroke patients: a randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*. 2007;21(2):122-30.
32. Grawburg M, Howe T, Worrall L, Scarinci N. Third-party disability in family members of people with aphasia: A systematic review. *Disability and rehabilitation*. 2013;35(16):1324-41.
33. Visser-Meily A, Post M, Gorter JW, Berlekom SBV, Van Den Bos T, Lindeman E. Rehabilitation of stroke patients needs a family-centred approach. *Disability and Rehabilitation*. 2006;28(24):1557-61.

34. Grawburg M, Howe T, Worrall L, Scarinci N. Family-centered care in aphasia: Assessment of third-party disability in family members with the family aphasia measure of life impact. *Topics in Language Disorders*. 2019;39(1):29-54.
35. Long A, Hesketh A, Paszek G, Booth M, Bowen A. Development of a reliable self-report outcome measure for pragmatic trials of communication therapy following stroke: the Communication Outcome after Stroke (COAST) scale. *Clinical rehabilitation*. 2008;22(12):1083-94.
36. Bowen A, Hesketh A, Patchick E, Young A, Davies L, Vail A, et al. Effectiveness of enhanced communication therapy in the first four months after stroke for aphasia and dysarthria: a randomised controlled trial. *Bmj*. 2012;345:e4407.
37. Eriksson K, Hartelius L, Saldert C. On the diverse outcome of communication partner training of significant others of people with aphasia: an experimental study of six cases. *International journal of language & communication disorders*. 2016;51(4):402-14.
38. Kristensson J, Behrns I, Saldert C. Effects on communication from intensive treatment with semantic feature analysis in aphasia. *Aphasiology*. 2015;29(4):466-87.
39. Mitchell C, Bowen A, Tyson S, Conroy P. ReaDySpeech for people with dysarthria after stroke: protocol for a feasibility randomised controlled trial. *Pilot and feasibility studies*. 2018;4(1):1-7.
40. Palmer R, Cooper C, Enderby P, Brady M, Julious S, Bowen A, et al. Clinical and cost effectiveness of computer treatment for aphasia post stroke (Big CACTUS): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2015;16(1):1-12.
41. Palmer R, Dimairo M, Cooper C, Enderby P, Brady M, Bowen A, et al. Self-managed, computerised speech and language therapy for patients with chronic aphasia post-stroke compared with usual care or attention control (Big CACTUS): a multicentre, single-blinded, randomised controlled trial. *The Lancet Neurology*. 2019;18(9):821-33.
42. Saldert C, Backman E, Hartelius L. Conversation partner training with spouses of persons with aphasia: A pilot study using a protocol to trace relevant characteristics. *Aphasiology*. 2013;27(3):271-92.
43. Saldert C, Johansson C, Wilkinson R. An interaction-focused intervention approach to training everyday communication partners: A single case study. *Aphasiology*. 2015;29(3):378-99.
44. Sandars M, Cloutman L, Woollams AM. Manipulating laterality and polarity of transcranial direct current stimulation to optimise outcomes for anomia therapy in an individual with chronic Broca's aphasia. *Aphasiology*. 2018;32(7):814-38.
45. Young A, Gomersall T, Bowen A, Investigators AN. Trial participants' experiences of early enhanced speech and language therapy after stroke compared with employed visitor support: A qualitative study nested within a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*. 2013;27(2):174-82.
46. Hesketh A, Long A, Bowen A, Study obotAR. Agreement on outcome: Speaker, carer, and therapist perspectives on functional communication after stroke. *Aphasiology*. 2011;25(3):291-308.
47. Kniepmann K, Cupler MH. Occupational changes in caregivers for spouses with stroke and aphasia. *British Journal of Occupational Therapy*. 2014;77(1):10-8.
48. Aho K, Harmsen P, Hatano S, Marquardsen J, Smirnov VE, Strasser T. Cerebrovascular disease in the community: results of a WHO collaborative study. *Bulletin of the World Health Organization*. 1980;58(1):113.

49. Stroke Foundation. What is a Stroke [Internet]. [Erişim Tarihi 9 Haziran 2021]. Erişim Adresi: <https://strokefoundation.org.au/about-stroke/learn/what-is-a-stroke>
50. World Health Organization. STEPS-Stroke Manual (Version 1.2).
51. Lindsay MP, Norrving B, Sacco RL, Brainin M, Hacke W, Martins S, et al. World stroke organization (WSO): global stroke fact sheet 2019. SAGE Publications Sage UK: London, England; 2019.
52. American Stroke Association. About Stroke [Internet]. [Erişim Tarihi 9 Haziran 2021]. Erişim Adresi: <https://www.stroke.org/en/about-stroke>
53. Feigin VL, Nichols E, Alam T, Bannick MS, Beghi E, Blake N, et al. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*. 2019;18(5):459-80.
54. Feigin VL, Lawes CM, Bennett DA, Barker-Collo SL, Parag V. Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: a systematic review. *The Lancet Neurology*. 2009;8(4):355-69.
55. Köseoğlu Toksoy C, Bölük C, Türk Börü Ü, Akın S, Yılmaz AY, Coşkun Duman S, et al. Stroke prevalence in a coastal town on the Black Sea Coast in Turkey: community based study. *Neurology research international*. 2018;2018.
56. Öncel Ç, Tokgöz F, Bozkurt AI, Erdoğan Ç. Prevalence of cerebrovascular disease: a door-to-door survey in West Anatolia. *Neurological Sciences*. 2014;35(3):373-7.
57. Şensöz NP, Börü ÜT, Bölük C, Bilgiç A, Çakmak ÖÖ, Duman A, et al. Stroke epidemiology in Karabük city Turkey: Community based study. *Eneurologicalsci*. 2018;10:12-5.
58. Türk Börü Ü, Kulualp AŞ, Tarhan ÖF, Bölük C, Duman A, Zeytin Demiral G, et al. Stroke prevalence among the Turkish population in a rural area of Istanbul: A community-based study. *SAGE open medicine*. 2018;6:2050312118797565.
59. KABAĞCI G, ABACI A, Ertaş FS, ÖZERKAN ÇAKAN F, Erol Ç, Oto A. Türkiye’de hipertansif hastalarda inme riski ve inme riski açısından bölgesel farklılıkların belirlenmesi: Hastane tabanlı, kesitsel, epidemiyolojik anket (THİNK) çalışması. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 2006;34(7):395-405.
60. Basilakos A, editor Contemporary approaches to the management of post-stroke apraxia of speech. *Seminars in speech and language*; 2018: NIH Public Access.
61. Hope TM, Seghier ML, Leff AP, Price CJ. Predicting outcome and recovery after stroke with lesions extracted from MRI images. *NeuroImage: clinical*. 2013;2:424-33.
62. Duffy JR. Motor speech disorders: clues to neurologic diagnosis. *Parkinson’s Disease and Movement Disorders: Springer*; 2000. p. 35-53.
63. Duffy JR, Strand EA, Josephs KA. Motor speech disorders associated with primary progressive aphasia. *Aphasiology*. 2014;28(8-9):1004-17.
64. Ardila A. *Aphasia Handbook*. Miami2014. 143 p.
65. Association NA. Aphasia [internet] [Erişim Tarihi : 01.07.2021] Available from: <https://www.aphasia.org/aphasia-faqs/>.
66. ASHA. Aphasia [internet] [Erişim Tarihi:01.07.2021] [Available from: https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/aphasia/#collapse_2].
67. Murray LL. Attention and other cognitive deficits in aphasia: Presence and relation to language and communication measures. 2012.

68. Nicholas M, Hunsaker E, Guarino A. The relation between language, non-verbal cognition and quality of life in people with aphasia. *Aphasiology*. 2017;31(6):688-702.
69. Croquelois A, Bogousslavsky J. Stroke aphasia: 1,500 consecutive cases. *Cerebrovascular diseases*. 2011;31(4):392-9.
70. De Cock E, Batens K, Hemelsoet D, Boon P, Oostra K, De Herdt V. Dysphagia, dysarthria and aphasia following a first acute ischaemic stroke: incidence and associated factors. *European Journal of Neurology*. 2020;27(10):2014-21.
71. Dickey L, Kagan A, Lindsay MP, Fang J, Rowland A, Black S. Incidence and profile of inpatient stroke-induced aphasia in Ontario, Canada. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2010;91(2):196-202.
72. Vidović M, Sinanović O, Šabaškić L, Hatičić A, Brkić E. Incidence and types of speech disorders in stroke patients. *Acta Clinica Croatica*. 2011;50(4):491-3.
73. Lahiri D, Dubey S, Ardila A, Sawale VM, Roy BK, Sen S, et al. Incidence and types of aphasia after first-ever acute stroke in Bengali speakers: Age, gender, and educational effect on the type of aphasia. *Aphasiology*. 2020;34(6):709-22.
74. Pedersen PM, Stig Jørgensen H, Nakayama H, Raaschou HO, Olsen TS. Aphasia in acute stroke: incidence, determinants, and recovery. *Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society*. 1995;38(4):659-66.
75. Ellis C, Urban S. Age and aphasia: a review of presence, type, recovery and clinical outcomes. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2016;23(6):430-9.
76. Engelter ST, Gostynski M, Papa S, Frei M, Born C, Ajdacic-Gross V, et al. Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke: incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis. *Stroke*. 2006;37(6):1379-84.
77. Gall S, Donnan G, Dewey H, Macdonell R, Sturm J, Gilligan A, et al. Sex differences in presentation, severity, and management of stroke in a population-based study. *Neurology*. 2010;74(12):975-81.
78. Jerath NU, Reddy C, Freeman WD, Jerath AU, Brown RD. Gender differences in presenting signs and symptoms of acute ischemic stroke: a population-based study. *Gender Medicine*. 2011;8(5):312-9.
79. Roquer J, Campello AR, Gomis M. Sex differences in first-ever acute stroke. *Stroke*. 2003;34(7):1581-5.
80. Basso A, Capitani E, Moraschini S. Sex differences in recovery from aphasia. *Cortex*. 1982;18(3):469-75.
81. Kertesz A, Sheppard A. The epidemiology of aphasic and cognitive impairment in stroke: age, sex, aphasia type and laterality differences. *Brain: a journal of neurology*. 1981;104(Pt 1):117-28.
82. Ellis C, Dismuke C, Edwards KK. Longitudinal trends in aphasia in the United States. *NeuroRehabilitation*. 2010;27(4):327-33.
83. Ardila A. *Aphasia Handbook*. USA2014.
84. Ardila A. A proposed reinterpretation and reclassification of aphasic syndromes. *Aphasiology*. 2010;24(3):363-94.
85. Sheppard SM, Sebastian R. Diagnosing and managing post-stroke aphasia. *Expert review of neurotherapeutics*. 2021;21(2):221-34.

86. Kang EK, Sohn HM, Han M-K, Kim W, Han TR, Paik N-J. Severity of post-stroke aphasia according to aphasia type and lesion location in Koreans. *Journal of Korean medical science*. 2010;25(1):123-7.
87. Yang Z-H, Zhao X-Q, Wang C-X, Chen H-Y, Zhang Y-M. Neuroanatomic correlation of the post-stroke aphasias studied with imaging. *Neurological Research*. 2008;30(4):356-60.
88. Davis GA. *Aphasia and Related Cognitive-Communicative Disorders*. Pearson Education, Boston 2014
89. Freedman M, Alexander MP, Naeser MA. Anatomic basis of transcortical motor aphasia. *Neurology*. 1984;34(4):409-.
90. Davis GA. *Aphasiology: Disorders and clinical practice*: Pearson College Division; 2007.
91. Mazzocchi F, Vignolo LA. Localisation of lesions in aphasia: clinical-CT scan correlations in stroke patients. *Cortex*. 1979;15(4):627-53.
92. Rapcsak SZ, Krupp LB, Rubens AB, Reim J. Mixed transcortical aphasia without anatomic isolation of the speech area. *Stroke*. 1990;21(6):953-6.
93. Alexander MP, Hiltbrunner B, Fischer RS. Distributed anatomy of transcortical sensory aphasia. *Archives of Neurology*. 1989;46(8):885-92.
94. Mariën P, Paghèra B, De Deyn PP, Vignolo LA. Adult crossed aphasia in dextrals revisited. *Cortex*. 2004;40(1):41-74.
95. Nadeau SE, Crosson B. Subcortical aphasia. *Brain and language*. 1997;58(3):355-402.
96. Muma JR. *Language handbook: Concepts, assessment, intervention*. 1978.
97. Bates E. *Language and context: The acquisition of pragmatics*: Academic Press; 1976.
98. Craig H. Applications of pragmatic language models for intervention. *Pragmatic assessment and intervention issues in language*. 1983:101-27.
99. Hoover EL, Caplan D, Waters G, Budson A. Effects of impairment-based individual and socially oriented group therapies on verb production in aphasia. *Aphasiology*. 2015;29(7):781-98.
100. Basso A. "Natural" conversation: A treatment for severe aphasia. *Aphasiology*. 2010;24(4):466-79.
101. Mazaux J-M, Lagadec T, Panchoa De Sèze M, Zongo D, Asselineau J, Douce E, et al. Communication activity in stroke patients with aphasia. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2013;45(4):341-6.
102. Rohde A, Worrall L, Godecke E, O'Halloran R, Farrell A, Massey M. Diagnosis of aphasia in stroke populations: A systematic review of language tests. *PloS one*. 2018;13(3):e0194143.
103. Ardila A. ASSESSMENT AND REHABILITATION. *Aphasia Handbook*. Miami 2014. p. 172-5.
104. Chapey R, Duchan JF, Elman RJ, Garcia LJ, Kagan A, Lyon JG, et al. Life participation approach to aphasia: A statement of values for the future. *The ASHA Leader*. 2000;5(3):4-6.

105. Organization WH, Organization WH. International classification of functioning. Disability and Health. 2001;5.
106. Oleson M. Subjectively perceived quality of life. Image: the Journal of Nursing Scholarship. 1990;22(3):187-90.
107. Organization WH. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996. World Health Organization; 1996.
108. McDougall J, Wright V, Rosenbaum P. The ICF model of functioning and disability: incorporating quality of life and human development. Developmental neurorehabilitation. 2010;13(3):204-11.
109. Rosenbaum P, Jaffer S, Russell D, Law M, King S, Hanna S, et al. Measuring outcomes for children with complex needs and their families. McMaster University, Hamilton: CanChild–Centre for Childhood Disability Research. 2005.
110. Wallace SJ, Worrall L, Rose T, Le Dorze G. Using the International Classification of Functioning, Disability, and Health to identify outcome domains for a core outcome set for aphasia: a comparison of stakeholder perspectives. Disability and rehabilitation. 2019;41(5):564-73.
111. Threats T. Access for persons with neurogenic communication disorders: Influences of personal and environmental factors of the ICF. Aphasiology. 2007;21(1):67-80.
112. Howe TJ, Worrall LE, Hickson LM. Interviews with people with aphasia: Environmental factors that influence their community participation. Aphasiology. 2008;22(10):1092-120.
113. Hilari K, Northcott S, Roy P, Marshall J, Wiggins RD, Chataway J, et al. Psychological distress after stroke and aphasia: the first six months. Clinical rehabilitation. 2010;24(2):181-90.
114. Baker C, Worrall L, Rose M, Ryan B. ‘It was really dark’: the experiences and preferences of people with aphasia to manage mood changes and depression. Aphasiology. 2020;34(1):19-46.
115. Simmons-Mackie N. Social approaches to the management of aphasia. I Worrall, L- & Frattali, C. Neurogenic Communication Disorders: A Functional Approach. New York: Thieme, sid; 2000.
116. Davidson B, Howe T, Worrall L, Hickson L, Togher L. Social participation for older people with aphasia: The impact of communication disability on friendships. Topics in stroke rehabilitation. 2008;15(4):325-40.
117. Davidson B, Worrall LE. The assessment of activity limitation in functional communication: Challenges and choices. 2000.
118. Fotiadou D, Northcott S, Chatzidaki A, Hilari K. Aphasia blog talk: How does stroke and aphasia affect a person’s social relationships? Aphasiology. 2014;28(11):1281-300.
119. Winkler M, Bedford V, Northcott S, Hilari K. Aphasia blog talk: How does stroke and aphasia affect the carer and their relationship with the person with aphasia? Aphasiology. 2014;28(11):1301-19.
120. Lee H, Lee Y, Choi H, Pyun S-B. Community integration and quality of life in aphasia after stroke. Yonsei Medical Journal. 2015;56(6):1694-702.

121. Pommerehn J, Delboni MCC, Fedosse E, editors. International Classification of Functioning, Disability and Health, and aphasia: a study of social participation. CoDAS; 2016: SciELO Brasil.
122. Wallace GL. Profile of life participation after stroke and aphasia. *Topics in stroke rehabilitation*. 2010;17(6):432-50.
123. Rockville. Functional Communication Measures Project. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA); 1990.
124. Sarno MT. The functional communication profile. Manual of directions Institute of Rehabilitation Medicine. 1969.
125. Holland AL. Observing functional communication of aphasic adults. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 1982;47(1):50-6.
126. Worrall L, McCooey R, Davidson B, Larkins B, Hickson L. The validity of functional assessments of communication and the Activity/Participation components of the ICIDH-2: do they reflect what really happens in real-life? *Journal of communication disorders*. 2002;35(2):107-37.
127. Blackstone S, Hunt Berg M. *Social Networks: A communication inventory for individuals with complex communication needs and their communication partners*. Monterey, CA: Augmentative Communication: Inc; 2003.
128. Wallace SJ, Worrall L, Rose T, Le Dorze G, Breitenstein C, Hilari K, et al. A core outcome set for aphasia treatment research: The ROMA consensus statement. *International Journal of Stroke*. 2019;14(2):180-5.
129. Breitenstein C, Grewe T, Flöel A, Ziegler W, Springer L, Martus P, et al. Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke: a randomised, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting. *The Lancet*. 2017;389(10078):1528-38.
130. Efstratiadou E-A, Papathanasiou I, Holland R, Varlokosta S, Hilari K. Efficacy of elaborated semantic features analysis in aphasia: a quasi-randomised controlled trial. *Aphasiology*. 2019;33(12):1482-503.
131. Meltzer JA, Baird AJ, Steele RD, Harvey SJ. Computer-based treatment of poststroke language disorders: a non-inferiority study of telerehabilitation compared to in-person service delivery. *Aphasiology*. 2018;32(3):290-311.
132. Nouwens F, de Lau LM, Visch-Brink EG, Van de Sandt-Koenderman W, Lingsma HF, Goosen S, et al. Efficacy of early cognitive-linguistic treatment for aphasia due to stroke: a randomised controlled trial (Rotterdam Aphasia Therapy Study-3). *European stroke journal*. 2017;2(2):126-36.
133. Manochiopinig S, Sheard C, Reed VA. Pragmatic assessment in adult aphasia: A clinical review. *Aphasiology*. 1992;6(6):519-33.
134. Ketterson TU, Glueckauf RL, Blonder LX, Gustafson DJ, Donovan NJ, Rodriguez AD, et al. Reliability and validity of the Functional Outcome Questionnaire for Aphasia (FOQ-A). *Rehabilitation Psychology*. 2008;53(2):215.
135. U.S. Food and Drug Administration. (2010). Guidance for industry: Patient-reported outcome measures: Use in medical product development to support labeling claims. Retrieved June 20.

136. Dalemans R, Wade DT, Van den Heuvel WJ, De Witte LP. Facilitating the participation of people with aphasia in research: a description of strategies. *Clinical Rehabilitation*. 2009;23(10):948-59.
137. Rose TA, Worrall LE, Hickson LM, Hoffmann TC. Aphasia friendly written health information: Content and design characteristics. *International journal of speech-language pathology*. 2011;13(4):335-47.
138. Blomert L, Kean M, Koster C, Schokker J. Amsterdam—Nijmegen everyday language test: construction, reliability and validity. *Aphasiology*. 1994;8(4):381-407.
139. Holland AL, Frattali C, Fromm D. *CADL-2: Communication activities of daily living*: Pro-ed Austin, Texas; 1999.
140. Frattali C, Thompson CK, Holland AL, Wohl CB, Ferketic M. *Functional assessment of communication skills for adult*. 1995.
141. van der Meulen I, van de Sandt-Koenderman WME, Duivenvoorden HJ, Ribbers GM. Measuring verbal and non-verbal communication in aphasia: reliability, validity, and sensitivity to change of the Scenario Test. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2010;45(4):424-35.
142. Hula WD, Doyle PJ, Stone CA, Austermann Hula SN, Kellough S, Wambaugh JL, et al. The Aphasia Communication Outcome Measure (ACOM): Dimensionality, item bank calibration, and initial validation. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2015;58(3):906-19.
143. Cruice M, Hill R, Worrall L, Hickson L. Conceptualising quality of life for older people with aphasia. *Aphasiology*. 2010;24(3):327-47.
144. Hilari K, Needle JJ, Harrison KL. What are the important factors in health-related quality of life for people with aphasia? A systematic review. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2012;93(1):S86-S95. e4.
145. Yaşar E, Günhan Şenol NE, Ertürk Zararsız G, Birol NY. Adaptation of the Aphasia Impact Questionnaire-21 into Turkish: Reliability and validity study. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2021:1-26.
146. Noyan-Erbaş A, Toğram B. Stroke and aphasia quality-of-life scale-39: Reliability and validity of the Turkish version. *International journal of speech-language pathology*. 2016;18(5):432-8.
147. Paul D, Frattali C, Holland A, Thompson C, Caperton C, Slater S. *ASHA quality of communication life scale (QCL)*. Rockville, MD: American Speech-Language-Hearing Association. 2003.
148. Spaccavento S, Craca A, Del Prete M, Falcone R, Colucci A, Di Palma A, et al. Quality of life measurement and outcome in aphasia. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2014;10:27.
149. Chue WL, Rose ML, Swinburn K. The reliability of the Communication Disability Profile: A patient-reported outcome measure for aphasia. *Aphasiology*. 2010;24(6-8):940-56.
150. Swinburn K, Best W, Beeke S, Cruice M, Smith L, Pearce Willis E, et al. A concise patient reported outcome measure for people with aphasia: The aphasia impact questionnaire 21. *Aphasiology*. 2019;33(9):1035-60.
151. White CL, Mayo N, Hanley JA, Wood-Dauphinee S. Evolution of the caregiving experience in the initial 2 years following stroke. *Research in nursing & health*. 2003;26(3):177-89.

152. Forsberg-Wärleby G, Möller A, Blomstrand C. Psychological well-being of spouses of stroke patients during the first year after stroke. *Clinical rehabilitation*. 2004;18(4):430-7.
153. Sherratt S, Worrall L, Pearson C, Howe T, Hersh D, Davidson B. "Well it has to be language-related": Speech-language pathologists' goals for people with aphasia and their families. *International Journal of Speech-Language Pathology*. 2011;13(4):317-28.
154. Rombough RE, Howse EL, Bagg SD, Bartfay WJ. A comparison of studies on the quality of life of primary caregivers of stroke survivors: a systematic review of the literature. *Topics in stroke rehabilitation*. 2007;14(3):69-79.
155. Robinson BC. Validation of a caregiver strain index. *Journal of gerontology*. 1983;38(3):344-8.
156. McKee K, Philp I, Lamura G, Prouskas C, Öberg B, Krevers B, et al. The COPE index--a first stage assessment of negative impact, positive value and quality of support of caregiving in informal carers of older people. *Aging & mental health*. 2003;7(1):39-52.
157. Bakas T, Austin JK, Jessup SL, Williams LS, Oberst MT. Time and difficulty of tasks provided by family caregivers of stroke survivors. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2004;36(2):95.
158. Elmståhl S, Malmberg B, Annerstedt L. Caregiver's burden of patients 3 years after stroke assessed by a novel caregiver burden scale. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 1996;77(2):177-82.
159. Tetik E. Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması Anadolu Üniversitesi; 2022.
160. Stevens JP. *Applied multivariate statistics for the social sciences*: Routledge; 2012.
161. Streiner DL. Figuring out factors: the use and misuse of factor analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1994;39(3):135-40.
162. Alpar C. Spor Sağlık Ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle UYGULAMALI İSTATİSTİK VE GEÇERLİK GÜVENİRLİK. 2016.
163. Organization WH. Process of translation and adaptation of instruments 2017 [Available from: https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/].
164. Gliner JA, Morgan GA, Leech NL. *Research methods in applied settings: An integrated approach to design and analysis*: Routledge; 2016.
165. Krippendorff K. Measuring the reliability of qualitative text analysis data. *Quality and quantity*. 2004;38:787-800.
166. Halil T. *Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme*. Mars Matbaası, Ankara. 1977.
167. Büyüköztürk Ş. *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Pegem Atıf İndeksi*. 2018:001-214.
168. Güngör D. Psikolojide ölçme araçlarının geliştirilmesi ve uyarlanması kılavuzu. *Türk psikoloji yazıları*. 2016;19(38):104-12.
169. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*. 1975;28(4):563-75.
170. Yurdugöl H. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. XIV Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi. 2005;1:771-4.
171. Baştürk S, Dönmez G, Dicle A. Geçerlik ve güvenirlilik. *Bilimsel araştırma yöntemleri içinde*. 2013:161-96.

172. Ercan İ, İsmet K. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;30(3):211-6.
173. Çokluk Ö, Şekercioglu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve LISREL uygulamaları. Pegem Atıf İndeksi. 2018:001-414.
174. Erkuş A. Psikometri Üzerine Yazılar: ölçme ve psikometrinin tarihsel kökenleri, güvenilirlik, geçerlik, madde analizi, tutumlar: Türk Psikologlar Derneği; 2003.
175. Bayram N. Yapısal eşitlik modellemesine giriş amos uygulamaları: Ezgi Kitabevi. Baskı, İstanbul. 2010.
176. Brown TA. Confirmatory factor analysis for applied research: Guilford publications; 2015.
177. Karagöz Y. İstatistiksel Analizler. Ankara: Nobel Yayıncılık. 2016.
178. BADEMÇİ V. Geçerlik: Nedir? Ne Değildir? Eğitim ve Toplum Araştırmaları Dergisi. 2019;6(2):373-85.
179. Toğram B, Maviş İ. Afazi Dil Değerlendirme Testi'nin Geçerlik, Güvenirlik ve Standardizasyon Çalışması. Turkish Journal of Neurology/Turk Noroloji Dergisi. 2012;18(3).
180. Goodglass H, Wingfield A. Word-finding deficits in aphasia: Brain—behavior relations and clinical symptomatology. Anomia: Elsevier; 1997. p. 3-27.
181. Azizbeigi-Boukani J, Khatoonabadi AR, Maroufizadeh S, Abdi S. Validity and reliability of the Persian version of the Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39). Aphasiology. 2021;35(6):859-73.
182. Kamiya A, Kamiya K, Tatsumi H, Suzuki M, Horiguchi S. Japanese adaptation of the stroke and aphasia quality of life scale-39 (SAQOL-39): comparative study among different types of aphasia. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. 2015;24(11):2561-4.
183. Kariyawasam P, Pathirana K, Hewage D, Dissanayake R. Cultural Adaptation and Preliminary Validation of the Proxy-Rated Sinhala Version of the Stroke and Aphasia Quality of Life Generic Scale-39. Journal of Central Nervous System Disease. 2020;12:1179573520924953.
184. Lata-Caneda M, Pineiro-Temprano M, García-Fraga I, García-Armesto I, Barrueco-Egido J, Meijide-Failde R. Spanish adaptation of the stroke and aphasia quality of life scale-39 (SAQOL-39). European journal of physical and rehabilitation medicine. 2009;45(3):379-84.
185. Ahmadi A, Tohidast SA, Mansuri B, Kamali M, Krishnan G. Acceptability, reliability, and validity of the Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39) across languages: a systematic review. Clinical rehabilitation. 2017;31(9):1201-14.
186. Hilari K, Owen S, Farrelly SJ. Proxy and self-report agreement on the Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 2007;78(10):1072-5.
187. Van Der Gaag A, Smith L, Davis S, Moss B, Cornelius V, Laing S, et al. Therapy and support services for people with long-term stroke and aphasia and their relatives: a six-month follow-up study. Clinical rehabilitation. 2005;19(4):372-80.
188. Gamer M, Lemon J, Fellows I, Singh P. R-package Irr version 0.84. Various coefficients of interrater reliability and agreement. 2019.
189. Field A. Discovering statistics using IBM SPSS statistics: sage; 2013.

190. George D, Mallery P. IBM SPSS statistics 26 step by step: A simple guide and reference: Routledge; 2019.
191. Demir E, Saatçioğlu Ö, İmrol F. Uluslararası dergilerde yayımlanan eğitim araştırmalarının normallik varsayımları açısından incelenmesi. *Current Research in Education*. 2016;2(3):130-48.
192. Ellis PD. The essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results: Cambridge university press; 2010.
193. Green SB, Salkind NJ, Green SB. Using SPSS for Windows and Macintosh: Analyzing and understanding data. 2005.
194. Vacha-Haase T, Thompson B. How to estimate and interpret various effect sizes. *Journal of counseling psychology*. 2004;51(4):473.
195. Gray CD, Kinnear PR. IBM SPSS statistics 19 made simple: Psychology Press; 2012.
196. okluk Ö, Őekerciođlu G, Büyüköztürk Ő. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve LISREL uygulamaları: Pegem Akademi Ankara; 2012.
197. Erkus A. Psikometri zerine yazılar. *Turk Psikologlar Derneği Yayınları*. 2003;24:34-72.
198. Ger S. Yapı geçerliğini irdelemede kullanılan korelasyona, gruplararası farka ve faktör analizine dayalı yöntemlerin incelenmesi: Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2011.
199. Yurduğl H, Bayrak F. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerlik lleri: Kapsam geçerlik indeksi ve Kappa istatistiğinin karşılaştırılması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2012;2:264-71.
200. Ayre C, Scally AJ. Critical values for Lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. *Measurement and evaluation in counseling and development*. 2014;47(1):79-86.
201. Yeşilyurt S, apraz C. Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliği için bir yol haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2018;20(1):251-64.
202. Tezbaşaran A. Likert tipi ölçek geliştirme. *Psikologlar Derneği Yayınları: Ankara*. 1996.
203. Gndeğer C, DOĞAN N. A statistical approach to improve the standard setting process: Cluster analysis. *Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2018;8(2):387-97.
204. Mertler CA, Vannatta RA, LaVenja KN. Advanced and multivariate statistical methods: Practical application and interpretation: Routledge; 2021.
205. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling: Guilford publications; 2015.
206. Mardia KV. Measures of multivariate skewness and kurtosis with applications. *Biometrika*. 1970;57(3):519-30.
207. Reynolds C. Livingstone, RB & Wilson, V. 2010. Measurement and Assessment in Education.
208. Crocker L, Algina J. Introduction to classical and modern test theory: ERIC; 1986.
209. Őencan H. Güvenilirlik ve geerlilik: Hner Őencan; 2005.

210. Hayes AF, Krippendorff K. Answering the call for a standard reliability measure for coding data. *Communication methods and measures*. 2007;1(1):77-89.
211. Thorndike RM, Thorndike-Christ TM. *Measurement and evaluation in psychology and education*: Pearson Higher Ed; 2013.
212. Sümer N. *Yapısal Eşitlik Modelleri: Temel Kavramlar ve Örnek Uygulamalar*. Türk Psikoloji Yazıları. 2000.
213. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics: International edition*. Pearson2012. 2013;1.
214. Karagöz Y. *SPSS 23 ve AMOS 23 uygulamalı istatistiksel analizler*: Nobel Akademik Yayıncılık; 2016.
215. Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H. Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of psychological research online*. 2003;8(2):23-74.
216. Forza C, Filippini R. TQM impact on quality conformance and customer satisfaction: a causal model. *International journal of production economics*. 1998;55(1):1-20.
217. Akbaş G, Korkmaz L. Ölçek uyarlaması (adaptasyon). *Türk Psikoloji Bülteni*. 2007;13(40):15-6.
218. OĞUZ Ö, YILDIZ M. İnmeye Bağlı Afazide Depresyon Ölçeği Hastane Versiyonu-10'un Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Turkiye Klinikleri J Health Sci*. 2022;7(2):367-75.
219. Dokur U. *Başkent Afazi Testinin Geçerlik ve Güvenilirliği Pilot Çalışması* Başkent Üniversitesi 2013.
220. Büyüköztürk Ş. *Veri analizi el kitabı*. 2004.
221. Enderby PM, Wood VA, Wade DT, Hewer RL. The Frenchay Aphasia Screening Test: a short, simple test for aphasia appropriate for non-specialists. *International rehabilitation medicine*. 1986;8(4):166-70.
222. Miller N, Willmes K, De Bleser R. The psychometric properties of the English language version of the Aachen Aphasia Test (EAAT). *Aphasiology*. 2000;14(7):683-722.
223. Inatomi Y, Yonehara T, Omiya S, Hashimoto Y, Hirano T, Uchino M. Aphasia during the acute phase in ischemic stroke. *Cerebrovascular diseases*. 2008;25(4):316-23.
224. Kertesz A, Lesk D. Isotope localization of infarcts in aphasia. *Archives of Neurology*. 1977;34(10):590-601.
225. Lendrem W, Lincoln NB. Spontaneous recovery of language in patients with aphasia between 4 and 34 weeks after stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 1985;48(8):743-8.
226. Robey RR. A meta-analysis of clinical outcomes in the treatment of aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1998;41(1):172-87.
227. Fucetola R, Connor LT, Perry J, Leo P, Tucker FM, Corbetta M. Aphasia severity, semantics, and depression predict functional communication in acquired aphasia. *Aphasiology*. 2006;20(5):449-61.
228. Meier EL, Johnson JP, Villard S, Kiran S. Does naming therapy make ordering in a restaurant easier? Dynamics of co-occurring change in cognitive-linguistic and functional communication skills in aphasia. *American journal of speech-language pathology*. 2017;26(2):266-80.

229. Hilari K, Byng S. Health-related quality of life in people with severe aphasia. *International journal of language & communication disorders*. 2009;44(2):193-205.
230. Bullier B, Cassoudesalle H, Villain M, Cogné M, Mollo C, De Gabory I, et al. New factors that affect quality of life in patients with aphasia. *Annals of physical and rehabilitation medicine*. 2020;63(1):33-7.
231. Bahia MM, Chun RYS. Quality of life in aphasia: differences between fluent and non-fluent aphasic Augmentative and Alternative Communication users. *Audiology-Communication Research*. 2014;19:352-9.
232. Ignatiou M, Christaki V, Chelas EN, Efstratiadou EA, Hilari K. Agreement between people with aphasia and their proxies on health-related quality of life after stroke, using the Greek SAQOL-39g. *Psychology*. 2012;3(9):686-90.

8. EKLER

EK 1: Etik Kurul Onayı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-504

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 02 MART 2021 SALI
Toplantı No : 2021/05
Proje No : GO 21/102 (Değerlendirme Tarihi: 19.01.2021)
Karar No : 2021/05-44

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü öğretim üyelerinden Dr. Öğr. Üyesi Ayşen KÖSE'nin sorumlu araştırmacı olduğu, Arş. Gör. Önal İNCÉBAY, Dr. Dkt. Mariam KAVAKCI, Prof. Dr. Evren YAŞAR, Doç. Dr. Hesna BEKTAŞ ile birlikte çalışacakları ve Melike TANRIVERDİ'nin yüksek lisans tezi olan, GO 21/102 kayıt numaralı, "İnme Sonrası İletişim Çıktıları Ölçeği'nin (*Communication Outcome After Stroke Scale - COAST*) ve İnme Sonrası İletişim Çıktıları-Bakım Veren Ölçeği'nin (*Carer Communication Outcome After Stroke Scale -Carer COAST*) Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliliğinin Araştırılması" başlıklı proje önerisi araştırmannın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, 03 Mart 2021-03 Ekim 2023 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

- | | | | |
|------------------------------|----------|-----------------------------------|-------|
| 1. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN | (Başkan) | 7. Doç. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR | (Üye) |
| 2. Prof. Dr. G. Burça AYDIN | (Üye) | 8. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTIK | (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK | (Üye) | 9. Doç. Dr. Hande Güney DENİZ | (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER | (Üye) | 10. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR | (Üye) |
| 5. Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN | (Üye) | İZİNLI | |
| 6. Doç. Dr. Can Ebru KURT | (Üye) | 11. Av. Serap MORALIOĞLU | (Üye) |

EK 2: Orijinallik Raporu

İNME SONRASI İLETİŞİM ÇIKTILARI ÖLÇEĞİ'NİN (COMMUNICATION OUTCOME AFTER STROKE SCALE-COAST) VE İNME SONRASI İLETİŞİM ÇIKTILARI -BAKIM VEREN ÖLÇEĞİ' NİN (CARER COMMUNICATION OUTCOME AFTER STROKE SCALE-

ORIJINALLİK RAPORU

% 11	% 10	% 3	% 3
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 5
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
4	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<% 1
5	ktisis.cut.ac.cy İnternet Kaynağı	<% 1
6	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<% 1
7	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	<% 1

EK 3: Dijital Makbuz**Dijital Makbuz**

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Melike Ural
Ödev başlığı: İNME SONRASI İLETİŞİM ÇIKTILARI ÖLÇEĞİ'NİN (COMMUNICA...
Gönderi Başlığı: İNME SONRASI İLETİŞİM ÇIKTILARI ÖLÇEĞİ'NİN (COMMUNICA...
Dosya adı: TEZ_SON_-_orjinallik_raporu_ic_in.docx
Dosya boyutu: 478.66K
Sayfa sayısı: 88
Kelime sayısı: 20,164
Karakter sayısı: 141,562
Gönderim Tarihi: 28-Ara-2022 06:45ÖÖ (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1987016176

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İNME SONRASI İLETİŞİM ÇIKTILARI ÖLÇEĞİ'NİN
(COMMUNICATION OUTCOME AFTER STROKE SCALE-COAST)
VE İNME SONRASI İLETİŞİM ÇIKTILARI -BAKIM YEREN
ÖLÇEĞİ' NİN (CAREER COMMUNICATION OUTCOME AFTER
STROKE SCALE-CARER COAST) TÜRKÇE VERSİYONU'NUN
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI

Melike URAL

Dil ve Konuşma Terapisi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA
2022

EK 4: Onam Formları**ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

Dil-Konuşma Terapistinin Açıklaması;

Değerli Katılımcı;

Çalışmamız, afazili bireyin inme sonrası iletişim çıktılarını hem hasta hem de bakım verenin değerlendirdiği aynı zamanda hastanın yaşadığı durumun hasta ve bakım verenin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan bir ölçeğin Türkçe adaptasyonunun yapılmasını amaçlamaktadır. Araştırmanın ismi; İnme Sonrası İletişim Çıktıları Ölçeği'nin (*Communication Outcome after Stroke Scale -COAST*) ve İnme Sonrası İletişim Çıktıları-Bakım veren Ölçeği'nin (*Carer Communication Outcome after Stroke Scale -Carer COAST*) Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliğinin Araştırılması 'dır. Bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. İnmenin en önemli sonuçlarından biri, kişinin günlük yaşamını uzun vadeli etkileyen iletişim bozukluğudur. Bu sebeple inme sonrası iletişim çıktılarını değerlendirmek gerekmektedir. Aynı zamanda herhangi bir iletişim güçlüğü ve bunların günlük yaşam ve psikososyal etkileri üzerindeki sonuçlarına ilişkin hem bireyin hem de bakım verenin kendi görüşünü elde etmek önemlidir. İnme Sonrası İletişim Çıktıları Ölçeği (*Communication Outcome after Stroke Scale -COAST*) ve İnme Sonrası İletişim Çıktıları-Bakım veren Ölçeği (*Carer Communication Outcome after Stroke Scale -Carer COAST*) bu amaçla geliştirilmiştir. Ana dili İngilizce olan bu ölçeğin dilimizde kullanılması için gerekli çeviri ve adaptasyon çalışmaları yapılacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, Dil-Konuşma Terapisti Melike TANRIVERDİ tarafından İnme Sonrası İletişim Çıktıları Ölçeği (*Communication Outcome after Stroke Scale -COAST*) okunarak 20 maddenin her birine 0-4 arasında puan vermeniz istenecektir. Ölçeğin doldurulması yaklaşık 20-30 dakikanızı alacaktır. Bu formun yanında sizden bilgiler alınarak demografik bilgi formu doldurulacaktır. Sonrasında İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi-39 (SAQOL-39-TR) ölçeğinin 2 alt boyutu doldurulacaktır. Ölçeğin doldurulması yaklaşık 15 dakikanızı almaktadır. Ölçek güvenilirliğini test etmek için ölçek rastgele seçilen 30 kişiye ölçek yeniden uygulanacaktır ve ulaşım masrafları araştırmacılar tarafından karşılanacaktır. Bilgiler, kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanında öğrenim gören öğrencilerin eğitiminde veya

bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Değerlendirmeler sırasında oluşabilecek riskler: Çalışmamızda yer alan değerlendirme yöntemlerinin hiçbirinde herhangi bir risk bulunmamaktadır.

Yapılacak çalışmanın getireceği olası yararlar: Çalışmamız ile afazili bireyin inme sonrası iletişim çıktılarını hem hasta hem de bakım verenin değerlendirdiği aynı zamanda hastanın yaşadığı durumun hasta ve bakım verenin yaşam kalitesine etkisini değerlendirerek klinisyenlere değerlendirme ve terapi sürecinde yol gösterecek güvenilir bir araç geliştirilmiş olacaktır.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Ayşen Köse tarafından yürütülen ve DKT Melike Tanrıverdi, Arş. Gör. Önal İncebay, Dr. DKT Mariam Kavakçı, Doç Dr. Hesna Bektaş ve Prof Dr. Evren Yaşar'ın yardımcı araştırmacı olduğu afazili bireylerin iletişim performansını ve yaşadığı durumun yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla geliştirilmiş olan bir ölçeğin Türkçeye adaptasyonun yapılması amacıyla planlanmış bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "gönüllü" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam dil-konuşma terapisti ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırası ve sonrasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim*). Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaşıldığında; herhangi bir saatte, Dr. Öğr. Üyesi Ayşen KÖSE'yi [REDACTED] numaralı telefondan veya Melike TANRIVERDİ'yi

■■■■■■■■■■ numaralı telefondan ve H.Ü. Sağlık Bilimler Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü'nden ■■■■■■■■■■ numaralı telefondan arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada “gönüllü” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllü:

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme tanığı:

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Gönüllü ile görüşen Dil ve Konuşma Terapisti:

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Dil-Konuşma Terapistinin Açıklaması;

Değerli Katılımcı;

Çalışmamız, afazilili bireyin inme sonrası iletişim çıktılarını hem hasta hem de bakım verenin değerlendirdiği aynı zamanda hastanın yaşadığı durumun hasta ve bakım verenin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan bir ölçeğin Türkçe adaptasyonunun yapılmasını amaçlamaktadır. Araştırmanın ismi; İnme Sonrası İletişim Çıktıları Ölçeği'nin (*Communication Outcome after Stroke Scale -COAST*) ve İnme Sonrası İletişim Çıktıları-Bakım veren Ölçeği'nin (*Carer Communication Outcome after Stroke Scale -Carer COAST*) Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliğinin Araştırılması 'dır. Bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. İnmenin en önemli sonuçlarından biri, kişinin günlük yaşamını uzun vadeli etkileyen iletişim bozukluğudur. Bu sebeple inme sonrası iletişim çıktılarını değerlendirmek gerekmektedir Aynı zamanda herhangi bir iletişim güçlüğü ve bunların günlük yaşam ve psikososyal etkileri üzerindeki sonuçlarına ilişkin hem bireyin hem de bakım verenin kendi görüşünü elde etmek önemlidir. İnme Sonrası İletişim Çıktıları (*Communication Outcome after Stroke Scale -COAST*) ve İnme Sonrası İletişim Çıktıları-Bakım veren Ölçeği' (*Carer Communication Outcome after Stroke Scale -Carer COAST*) bu amaçla geliştirilmiştir. Ana dili İngilizce olan bu ölçeğin dilimizde kullanılması için gerekli çeviri ve adaptasyon çalışmaları yapılacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, Dil-Konuşma Terapisti Melike TANRIVERDİ tarafından İnme Sonrası İletişim Çıktıları-Bakım veren Ölçeği (*Carer Communication Outcome after Stroke Scale -Carer COAST*) okunarak 20 maddenin her birine 0-4 arasında puan vermeniz istenecektir. Ölçeğin doldurulması yaklaşık 15 dakikanızı alacaktır. Bu formun yanında sizden bilgiler alınarak demografik bilgi formu doldurulacaktır. Ölçek güvenilirliğini test etmek için ölçek rastgele seçilen 30 kişiye ölçek yeniden uygulanacaktır ve ulaşım masrafları araştırmacılar tarafından karşılanacaktır. Bilgiler, kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanında öğrenim gören öğrencilerin eğitiminde veya bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Değerlendirmeler sırasında oluşabilecek riskler: Çalışmamızda yer alan değerlendirme yöntemlerinin hiçbirinde herhangi bir risk bulunmamaktadır.

Yapılacak çalışmanın getireceği olası yararlar: Çalışmamız ile afazili bireyin inme sonrası iletişim çıktılarını hem hasta hem de bakım verenin değerlendirdiği aynı zamanda hastanın yaşadığı durumun hasta ve bakım verenin yaşam kalitesine etkisini değerlendirerek klinisyenlere değerlendirme ve terapi sürecinde yol gösterecek güvenilir bir araç geliştirilmiş olacaktır.

(Katılımcının/Bakım Veren Beyanı)

Sayın Ayşen Köse tarafından yürütülen ve DKT Melike Tanrıverdi, Arş. Gör. Önal İncebay, Dr. DKT Mariam Kavakçı, Doç Dr. Hesna Bektaş ve Prof Dr. Evren Yaşar'ın yardımcı araştırmacı olduğu afazili bireylerin iletişim performansını ve yaşadığı durumun yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla geliştirilmiş olan bir ölçeğin Türkçeye adaptasyonun yapılması amacıyla planlanmış bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “gönüllü” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam dil-konuşma terapisti ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırası ve sonrasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim*). Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaşıldığında; herhangi bir saatte, Dr. Öğr. Üyesi Ayşen KÖSE'yi [REDACTED] numaralı telefonda veya Melike TANRIVERDİ'yi [REDACTED] numaralı telefonda ve H.Ü. Sağlık Bilimler Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü'nden [REDACTED] numaralı telefonda arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada “gönüllü” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllü:

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme tanığı:

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Gönüllü ile görüşen Dil ve Konuşma Terapisti:

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

EK 5: İzin Belgesi

Melike Tanrıverdi

Alıcı: audrey.bowen ▾

3 Ekim Cmt 10:32 ☆ ↩ ⋮

Dear A. Bowen

I am a graduate student in Speech-Language Pathology at Hacettepe University working with Dr. Aysen Kose at Hacettepe University in Ankara, Turkey.

I would like to do a standardization, reliability, and validity study of the Carer Communication Outcome after Stroke (Carer COAST) scale in Turkish. I would like to request your permission to proceed with this study.

Thank you and I look forward to hearing from you soon.

Respectfully,

Melike Tanrıverdi

Audrey Bowen

Alıcı: Sonia, Emma, ben ▾

5 Eki 2020 11:15 ☆ ↩ ⋮

🗨️ Dili algıla ▾ > Türkçe ▾ [iletmeyi çevir](#)

[İngilizce için kapat](#) ✕

Dear Melike

We would welcome further cultural adaptations and translations including for a Turkish population. May I suggest you apply here https://www.click2go.umip.com/i/coa/carer_coast.html for a licence to use the Carer COAST. I would very much like to hear of your progress. With best wishes

Audrey

Melike Tanrıverdi

Alıcı: Audrey ▾

15 Ekim Per 23:30 ☆ ↩ ⋮

Dear A. Bowen

I am a graduate student in Speech-Language Pathology at Hacettepe University working with Dr. Aysen Kose at Hacettepe University in Ankara, Turkey.

I would like to do a standardization, reliability, and validity study of the Communication Outcome after Stroke (COAST) scale in Turkish. I would like to request your permission to proceed with this study.

Thank you and I look forward to hearing from you soon.

Respectfully,

Melike Tanrıverdi

Audrey Bowen

Alıcı: ben ▾

16 Ekim Cum 18:16 ☆ ↩ ⋮

🗨️ İngilizce ▾ > Türkçe ▾ [iletmeyi çevir](#)

[İngilizce için kapat](#) ✕

Dear Melike


I am truly sorry that you have had to email 4 times now and have not had a response from UMIP. There have been major changes at UMIP with click2go and I have emailed **Andrew Wilkinson** the Chief Executive (details below) for an update.

As I have said before I am happy for you to do this work on our COAST scale. But my understanding is that you need a free licence and that was always managed by UMIP, until end of August. What is your deadline for a licence?

With best wishes

Audrey

EK 6: Afazi Değerlendirme Formu

 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ ÜNİTESİ AFAZİ DEĞERLENDİRME FORMU		
<u>Değerlendirme Tarihi:</u>	<u>Yas:</u>	<u>Şehir:</u>
<u>Doğum Tarihi:</u>	<u>Ön Tanı:</u>	<u>DKT:</u>
<u>Hastanın Eğitim Düzeyi:</u>		
<u>Hastanın Mesleği:</u>		
1. Şikayet <u>Konuşma Problemi:</u> Ani başlangıçlı <input type="checkbox"/> <u>Yavaş İlerleyen</u> <input type="checkbox"/> <u>Başlangıç tarihi:</u> _____ <u>Bilinçsiz kalma süresi (varsa):</u> <u>Paralizi:</u> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> <u>Varsa Tanımlayın:</u> <u>Problemin Nedeni:</u> Kaza <input type="checkbox"/> İnme <input type="checkbox"/> Hastalık <input type="checkbox"/>		
<u>Radyolojik Değerlendirme</u>		
<u>BT/Tarih:</u> <u>Sonuç:</u> _____		
<u>MR/Tarih:</u> <u>Sonuç:</u> _____		
<u>Şikayetler:</u> <u>Bas Dönmesi</u> <input type="checkbox"/> <u>Bas Ağrısı</u> <input type="checkbox"/> <u>Diğer</u> <input type="checkbox"/> _____		
<u>Görme Problemi</u> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> <u>İşitme Kaybı</u> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>		
<u>Tıbbi Durum:</u>		
<u>Yutma problemi</u> _____	<u>Dis Problemi</u> _____	<u>Sigara Kullanımı</u> _____
<u>Hafıza Kaybı</u> _____	<u>Alerji</u> _____	<u>Kanser</u> _____
<u>Nörolojik Hastalık</u> _____	<u>Astım</u> _____	<u>Kronik Reflü</u> _____
<u>Konsantrasyon Bozukluğu</u> _____	<u>Artrit</u> _____	<u>Prnömoni</u> _____
<u>Uyku Problemi</u> _____	<u>Beslenme Problemi</u> _____	<u>Psikiatrik Problemler</u> _____
<u>İletişim bozukluğu ile ilişkili diğer sağlık problemleri:</u> _____		
2. Motor Beceriler:		

Olay Öncesi:			
El dominantlığı: Sağ el <input type="checkbox"/> Sol el <input type="checkbox"/> Her ikisi <input type="checkbox"/>			
Olay Sonrası:			
Hemiparezi: Sağ <input type="checkbox"/> Sol <input type="checkbox"/>			
Transfer: Yardımsız yürür <input type="checkbox"/> Yardımlı yürür <input type="checkbox"/> Tekerlekli sandal ve <input type="checkbox"/>			
3. İletişim düzeyi:			
Jest ile	<input type="checkbox"/>	Sadece Evet/Hayır ifadeleri ile	<input type="checkbox"/>
Yazı yazma ile	<input type="checkbox"/>	Bir veya birkaç sözcüğün tekrarlı kullanımı ile	<input type="checkbox"/>
Alternatif iletişim yöntemi/aracı ile	<input type="checkbox"/>	2-3 sözcüklü ifadeler ile	<input type="checkbox"/>
Basit Vokalizasyon ile	<input type="checkbox"/>	Cümleler ile	<input type="checkbox"/>
<u>Hastanın zorlandığı iletişim alanları:</u>			
İşaretleri anlama	<input type="checkbox"/>	Konuşma anlaşılabilirliği	<input type="checkbox"/>
Yönergeleri anlama	<input type="checkbox"/>	Gazete/dergi okuma	<input type="checkbox"/>
Konusulanları anlama	<input type="checkbox"/>	Yardımsız adını yazma	<input type="checkbox"/>
Radio konuşulanları anlama	<input type="checkbox"/>	Cümleler yazma	<input type="checkbox"/>
TV de konuşulanları anlama	<input type="checkbox"/>	Saat söyleme	<input type="checkbox"/>
Sözcükleri tekrar etme	<input type="checkbox"/>	Basit aritmetik	<input type="checkbox"/>
Spontan sözcük üretme	<input type="checkbox"/>	Para ve finansal işlemler	<input type="checkbox"/>

EK 7: COAST-TR Puanlama Ölçeği

The University of Manchester

MANCHESTER
1824

COAST-TR
Hasta Puanlama
Ölçeği

Hasta Kodu:

Puanlama Çizelgesi (araştırmacı tarafından tamamlanır)

Görüşen kişi _____ Tarih: _____

Başlangıç zamanı: _____ Bitiş zamanı: _____ Seans Süresi: _____

☹️ ☺️

Sorular	0	1	2	3	4	CY	B	UD
Madde 1: Evet/ Hayır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 2: Diğer yollar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 3:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 4:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 5:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 6:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 7: Konuşulan basit bilgiler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 8:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 9:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 10:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anahtar: CY=Cevap Yok, B= Belirsiz, UD: Uygulanabilir Değil

LÜTFEN NOT EDİN: Puanlama her zaman toplam ulaşılabilen puanın **yüzdesi** olarak rapor edilmiştir. (En fazla : 80)

Puanlama Çizelgesi Devamı (araştırmacı tarafından tamamlanır.)

Sorular	☹					☺					CY	B	UD
	0	1	2	3	4								
Madde 11:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 12:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 13:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 14:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 15:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 16:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 17:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 18: İlgili alanları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 19:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 20:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anahtar: CY=Cevap Yok, B= Belirsiz, UD: Uygulanabilir Değil

LÜTFEN NOT EDİN: Puanlama her zaman toplam ulaşılabilen puanın yüzdesi olarak rapor edilmiştir. (En yüksek : 80)

EK 8: SAQOL-39 Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanmış Puanlama Formu Örneği**SAQOL-39
(İnme ve afazi yaşam kalitesi ölçeği)**

Ad- Soyad: _____

Doğum Tarihi: _____

Uygulama Tarihi: _____

İnme veya felc sonrası kimi zaman kişilerin günlük aktiviteleri ve hissettiği bazı duygular etkilenebilir. Biz, bu ankette günlük aktivitelerinizin ve duygularınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Her bir soru, belli bir aktivite ya da duygu ile ilgilidir.

Sorulara yanıt verirken geçen hafta o aktivite sırasında ne kadar zorluk yaşadığınızı en iyi anlatan kutucuğu işaretleyin.

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

Örnek Maddeler

Madd e no.		Hic yapamadı m	Çok zorluk yaşadım	Biraz zorluk yaşadım	Çok az zorluk yaşadım	Hic zorluk yaşamadım
Ö1.	Yemek hazırlarken?	1	2	3	4	5
Ö4.	Givirirken?	1	2	3	4	5
Ö5.	Banyo yaparken ya da duş alırken?	1	2	3	4	5
H1.	Yürürken? (Eğer yürüyemiyorsanız, 1'i işaretlevin ve M7 maddesine gidin)	1	2	3	4	5
H4.	Eğilirken ya da birşeylere uzanırken dengenizi korumada?	1	2	3	4	5

GEÇEN HAFTA BOYUNCA

Aşağıdaki aktivitelerde ne kadar zorluk yaşadınız? Uygun kutucuğu işaretleyiniz.

Madd e no.		Hic yapamadı m	Çok zorluk yaşadım	Biraz zorluk yaşadım	Çok az zorluk yaşadım	Hic zorluk yaşamadım
D2.	Konusurken?	1	2	3	4	5
D3	Telefonla konuşurken anlaşılmakta?	1	2	3	4	5
D5.	Başkaları tarafından konuşmanızın anlaşılmasında?	1	2	3	4	5
D6.	Söylemek istediğiniz sözcüğü bulmakta?	1	2	3	4	5
D7.	Söylediğinizi tekrarladığınızda bile başkaları tarafından anlaşılmada?	1	2	3	4	5

Ek 9: COAST-TR-BV Puanlama Ölçeği

Çarar COAST-TR

Bakım veren Puanlama Ölçeği

Hasta Kodu:



MANCHESTER
1824

The University of Manchester

Puanlama çizelgesi (Bakım veren tarafından tamamlanır)

Görüşen Kişi: _____ Tarih: _____

Başlangıç zamanı: _____ Bitiş Zamanı: _____ Seans Süresi: _____



	0	1	2	3	4
Yakınınızın iletişimi ile ilgili sorular					
Madde 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 3:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 4: Tanımadığı biriyle sohbet etme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 5:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 6:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 7:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 8:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 9:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 10:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 11:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LÜTFEN NOT EDİN: Puanlama her zaman toplam ulaşılabilen puanın **yüzdesi** olarak rapor edilmiştir. (En fazla:80)

The University of Manchester

MANCHESTER
1824

Puanlama Çizelgesi Devamı (bakım veren tarafından tamamlanır.)

Yakınınızın iletişimi ile ilgili sorular	0	1	2	3	4
Madde 12:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 13: İletişim değişimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 14:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 15:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sizin yaşam kaliteniz ile ilgili sorular	0	1	2	3	4
Madde 16:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 17: Sosyal hayat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 18:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 19: Endişe/mutsuzluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madde 20:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LÜTFEN NOT EDİN: Puanlama her zaman toplam ulaşılabilen puanın **yüzdesi** olarak rapor [edilmiştir](#). (En fazla:80)

EK 10: Bakım veren Formu**BAKIM VEREN FORMU**

Değerlendirme Tarihi:

Doğum tarihi:

Yaş:

Meslek:

Eğitim Düzeyi:

Yakınlık Derecesi:

9. ÖZGEÇMİŞ

