

**AFAZİDE SOHBET ORTAĞI
DESTEK EĞİTİM PROGRAMININ
GELİŞTİRİLMESİ VE ETKİLİLİĞİNİN İNCELENMESİ**

Doktora Tezi

Sevinç TÜYSÜZ

Eskişehir 2023

**AFAZİDE SOHBET ORTAĞI
DESTEK EĞİTİM PROGRAMININ
GELİŞTİRİLMESİ VE ETKİLİLİĞİNİN İNCELENMESİ**

Sevinç TÜYSÜZ

DOKTORA TEZİ

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

**Eskişehir
Anadolu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Haziran 2023**

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Sevinç TÜYSÜZ'ün "Afazide Sohbet Ortağı Destek Eğitim Programının Uygulanması ve Etkililiğinin İncelenmesi" başlıklı tezi .././2023 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Anadolu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddeleri uyarınca, Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim dalında Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

	<u>Unvanı-Adı Soyadı</u>	<u>İmza</u>
Üye (Tez Danışmanı)	: Prof. Dr. Bülent TOĞRAM	
Üye	: Prof. Dr. İlknur MAVİŞ	
Üye	: Doç. Dr. Ayşe AYDIN UYSAL	
Üye	: Doç. Dr. Elçin TADIHAN ÖZKAN	
Üye	: Dr. Öğr. Üye. Aylin Müge TUNÇER	

.....
Enstitü Müdürü

ÖZET

AFAZİDE SOHBET ORTAĞI DESTEK EĞİTİM PROGRAMININ GELİŞTİRİLMESİ VE ETKİLİLİĞİNİN İNCELENMESİ

Sevinç TÜYSÜZ

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Haziran 2023

Danışman: Prof. Dr. Bülent TOĞRAM

Araştırmada Afazide Sohbet Ortağı Destek Eğitim Programı (ASODEP) geliştirilmiş; programın afazili hasta ve sohbet ortakları üzerindeki etkilerinin incelenmesi ve sohbet ortaklarının programa ilişkin görüşlerinin alınması amaçlanmıştır. Karma araştırma yöntemlerinden çok aşamalı desen kullanılarak tasarlanan çalışmanın ilk aşaması, Taba-Tyler program geliştirme modeli çerçevesinde gerçekleştirilen ihtiyaç analizidir. İhtiyaç belirleme amacıyla fenomenolojik bir çalışma yürütülmüştür. Bu kapsamda ölçüt örneklem yöntemi kullanılarak belirlenen 10 sohbet ortağı ile yüz yüze yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Yapılan görüşme verilerinin analizinde belirlenen ihtiyaçlar temel alınarak ASODEP geliştirilmiştir. Çalışmanın ikinci aşamasında, ASODEP 8 sohbet ortağına yüzyüze ve grup halinde uygulanmış ve etkililiği değerlendirilmiştir. Programın etkililiğini değerlendirmek için nicel araştırma yöntemlerinden tek grup ön test-son test araştırma deseni kullanılmıştır. Veri analizleri sonucunda ASODEP'in sohbet ortaklarının bilgi düzeyi, psikososyal iyilik hali, yaşam kalitesi ve afazili hastaların yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Yapılan bireysel görüşmelerden elde edilen veriler bu sonuçları destekler niteliktedir. Çalışmanın sonuçları sohbet ortaklarının ihtiyaçlarından yola çıkarak geliştirilen ASODEP'in bu ihtiyaçları karşılamada etkili olduğunu ve sohbet ortaklarının programdan memnuniyet duyduklarını göstermiştir.

Anahtar Sözcükler: Afazi, Sosyal müdahale, Sohbet ortağı, Program geliştirme, Karma araştırma deseni.

ABSTRACT

THE DEVELOPMENT OF CONVERSATIONAL PARTNER TRAINING AND SUPPORT PROGRAM IN APHASIA AND INVESTIGATION OF ITS EFFECTIVENESS

Sevinç TÜYSÜZ

Department of Speech and Language Therapy
Anadolu University, Graduate School of Health Sciences, Month Year

Supervisor: Prof. Dr. Bülent TOĞRAM

Conversational Partner Training and Support Program in Aphasia (ASODEP) was developed in the study; It is aimed to examine the effects of the program on aphasic patients and their conversational partners and to get the opinions of the conversational partners about the program. The first stage of the study, which was designed using a multi-stage design, which is one of the mixed research methods, is the needs analysis carried out within the framework of the Taba-Tyler curriculum development model. A phenomenological study was carried out to identify needs. In this context, face-to-face semi-structured interviews were conducted with 10 conversational partners determined using the criterion sampling method. ASODEP was developed based on the needs determined in the analysis of the interview data. In the second phase of the study, ASODEP was applied to 8 conversational partners face-to-face and as a group, and its effectiveness was evaluated. In order to evaluate the effectiveness of the program, a single group pre-test-post-test research design, one of the quantitative research methods, was used. As a result of the data analysis, it was found that ASODEP was effective on the knowledge level of the conversational partners, psychosocial well-being, quality of life and quality of life of the patients with aphasia. The data obtained from individual interviews support these results. Results of the study showed that ASODEP, which was developed based on the needs of the chat partners, was effective in meeting these needs and that the chat partners were satisfied with the program.

Keywords: Aphasia, Social intervention, Conversation partner, Program development, Mixed research design.

ÖNSÖZ

Doktora çalışmamın tüm zor zamanlarında kolaylaştırıcı ve son derece yapıcı tavrıyla yanımda olan, kıymetli deneyimleri ve fikirleriyle bana yol gösteren değerli tez danışmanım Prof. Dr. Bülent TOĞRAM'a,

Tez İzleme Komitesinde yer alarak çalışmamın her aşamasını ilgiyle dinleyen ve verdikleri önerilerle çalışmamı zenginleştiren sevgili hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Aylin Müge TUNÇER'e ve Doç. Dr. Ayşe AYDIN UYSAL'a,

Tez Savunma Jürisinde yer almalarından heyecan duyduğum, öğrencilik sürecim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım kıymetli hocalarım Prof. Dr. İlknur MAVİŞ'e ve Doç. Dr. Elçin TADIHAN ÖZKAN'a,

Çalışmanın katılımcılarını bulmak konusundaki yardımları, uygulama sürecindeki misafirperverliği ve en çok da güler yüzü için sevgili DKT. Elif Sare BOLAT'a,

Çalışmanın tüm süreçlerinde hem manevi olarak destek veren hem de araştırma yükümü benimle paylaşan sevgili hocam Dr. Öğr. Üyesi Didem ÇEVİK'e ve biricik iş arkadaşlarım Dr. Öğr. Üyesi Işıl BAŞARAN'a, Dr. Öğr. Üyesi Cemil YILMAZ'a ve Öğr. Gör. Zehra SAVAŞ'a,

Bu süreçte desteğini ve paylaşımlarını benden esirgemeyen, uzaktan da olsa tanışma şansı bulduğum ve aynı alanda çalışmaktan keyif duyduğum sevgili meslektaşım Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem ERYILMAZ CANLI'ya,

Programı hazırlama sürecine katkı sunmayı içtenlikle kabul eden ve harika bir iş çıkaran sevgili öğrencilerim Muhammed Baver TOPRAK, Sema ERSOY, Nihal ÖZDEMİR, Tuğçe BİRİCİK'e ve uygulama sırasında destek veren Hale Nur TEKME'ne,

Tez yazım sürecinde hayatıma neşe ve ritim katan, dansın birleştirici gücüyle beni sarıp sarmalayan canım Lindyfam üyelerine,

Tez süreci de dahil olmak üzere hikayeme şahitlik eden ve sevgiyle eşlik eden Şevket ÖZDEMİR'e, Didem ERKAN'a, Asena Kamer USLUADAM'a, Filiz YİĞİT'e, Şükriye KAYHAN'a ve Beyza ÜNAL'a,

Çalışmaya büyük bir motivasyonla katılan ve dünyalarına girmeme izin veren sevgili katılımcılarıma,

Tez yazım sürecimi kolaylaştırmak için elinden geleni yapan ve bir armağan gibi hayatıma katılan ablam Gül'e, bana her konuda inanan ablam Behiye'ye ve varlığı için abim Ayhan'a, üzerimdeki emeklerine minnet duyduğum ve derin bir özlemle kalbimde taşıdığım anneme ve babama,

En içten teşekkürlerimi sunarım.

Bir ötekiyle temas kurmanın yollarını arayan herkese..

....../....../20....

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Anadolu Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programı”yla tarandığını ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI	iii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ	v
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ	viii
TABLolar DİZİNİ.....	xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xvi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problem	1
1.2. Amaç.....	4
1.3. Önem	5
2. ALANYAZIN	6
2.1. Afazide Üçüncü Şahıs Yetiştirimi	6
2.2. Afazinin Sohbet Ortakları Üzerindeki Etkileri	7
2.2.1. Uluslararası alanyazında yapılan çalışmalar	7
2.2.2. Ulusal alanyazında yapılan çalışmalar	12
2.3. Afazide Sosyal Yönelimli Müdahale: Sohbet Ortağı Eğitimi	12
3. YÖNTEM	19
3.1. Araştırma Deseni.....	19
3.2. Aşama I: Program Geliştirme.....	21
3.2.1. Afazide sohbet ortağı destek eğitim programının kuramsal temelleri .	22
3.2.1.1. Andragoji modeli	22
3.2.1.2. Sosyal öğrenme kuramı (Sosyal bilişsel kuram)	23
3.2.1.2.1. Karşılıklı belirleyicilik	24
3.2.1.2.2. Sembolleştirmek kapasitesi	24
3.2.1.2.3. Dolaylı öğrenme kapasitesi.....	25
3.2.1.2.4. Öngörü kapasitesi.....	25
3.2.1.2.5. Öz-düzenleme kapasitesi	25
3.2.1.2.6. Öz-yargılama kapasitesi	25

3.2.2. Program geliştirme modeli	26
3.2.2.1. İhtiyaç Belirleme	27
3.2.2.1.1. İhtiyaç belirleme çalışmasının yöntemi.....	27
İhtiyaç belirleme çalışmasının deseni	27
İhtiyaç belirleme çalışmasının örnekleme.....	28
İhtiyaç belirleme çalışmasının veri toplama araçları.....	29
İhtiyaç belirleme verilerinin toplanması	32
İhtiyaç belirleme çalışmasının geçerlik ve güvenirliği	33
Geçerlik	34
Güvenirlik	35
İhtiyaç belirleme çalışmasında araştırma etiği.....	35
İhtiyaç belirleme verilerinin analizi.....	36
Aşama 1: Araştırmacının veriye aşina olması	37
Aşama 2: Verilerin Kodlanması.....	37
Aşama 3: Temaların Bulunması.....	38
Aşama 4: Verilerin kodlara ve temalara göre düzenlenmesi, tanımlanması ve sunulması.....	39
Aşama 5: Bulguların yorumlanması.....	40
3.2.2.1.2. İhtiyaç belirleme çalışmasının bulguları.....	40
Tema 1: İnme sonrasındaki süreçte yaşanan sorunlar	41
Duygusal sorunlar	45
Tema 2: Çözümler ve kolaylaştırıcı faktörler.....	48
Tema 3: İhtiyaçlar	52
3.1.2.2. Programın amaçlarını belirleme	58
3.1.2.3. Programın içeriğini belirleme ve düzenleme.....	59
3.1.2.4. Programın öğrenme yaşantılarını belirleme ve düzenleme	62
3.3. Aşama II: Programı Uygulama ve Etkililiğini Değerlendirme.....	64
3.3.1. Etkililik çalışmasının yöntemi	64
3.3.1.1. Etkililik çalışmasının deseni.....	64
3.3.1.2. Etkililik çalışmasının örnekleme	64

3.3.1.3. Etkililik çalışmasının veri toplama araçları	66
3.3.1.4. Nicel veri toplama araçları.....	67
3.3.1.4.1. Başarı testi.....	67
3.3.1.4.2. Depresyon- Anksiyete- Stres Ölçeği (DASÖ-21)	68
3.3.1.4.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği – Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)	68
3.3.1.4.4. İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi Ölçeği-39-TR (SAQOL-39-TR) .	69
3.3.1.4.5. Memnuniyet Anketi	69
3.3.1.5. Nitel veri toplama araçları.....	69
3.3.1.6. Etkililik verilerinin toplanması.....	71
3.3.1.6.1. Pilot uygulama yapılması	71
3.3.1.6.2. Uygulama öncesi verilerin toplanması	72
3.3.1.6.3. Programın uygulanması	72
3.3.1.6.4. Uygulama sonrası verilerin toplanması	74
3.3.1.6.5. Etkililik çalışmasının geçerlik ve güvenirliği.....	74
Nicel verilerin geçerlik ve güvenirliği	75
Nitel verilerin geçerliği ve güvenirliği.....	76
3.3.1.6.6. Etkililik verilerinin analizi	78
Nicel verilerin istatistiksel analizi	78
Nitel verilerin istatistiksel analizi.....	79
4. BULGULAR.....	81
4.1. Etkililik Çalışmasının Nicel Bulguları.....	81
4.2. Etkililik Çalışmasının Nitel Bulguları	85
4.2.1. Tema 1: programın sohbet ortakları üzerindeki etkileri.....	85
4.2.1.1. Memnun kalma	86
4.2.1.2. Hastayla etkili iletişim kurmayı öğrenme.....	87
4.2.1.3. Afaziyi tanıma	87
4.2.1.4. Bilinçlenme	88
4.2.1.5. Grup etkileşimi kurma	88
4.2.2. Tema.2: sohbet ortaklarının programı gündelik yaşama taşıma deneyimleri.....	89

4.2.2.1. Etkili iletişim stratejilerini kullanma.....	90
4.2.2.2. Etkili iletişim stratejilerini kullanamama.....	91
4.2.2.3. Etkili baş etme stratejilerini kullanma	91
4.2.3. Tema.3: sohbet ortaklarının programa ilişkin önerileri.....	93
4.2.3.1. Başka hasta yakınlarına uygulansın	93
4.2.3.2. Devam etsin	93
4.2.3.3. Hastalarla birlikte uygulamalı olarak devam etsin	94
4.2.4. Modül 3'e ilişkin tematik analiz sonuçları	94
5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER.....	97
5.1. Tartışma	97
5.1.1. İhtiyaç Belirleme Çalışmasının Tartışılması.....	97
5.1.1.1. Tema 1: İnme sonrasındaki süreçte yaşanan sorunlar.....	97
5.1.1.2. Tema 2: Çözümler ve kolaylaştırıcı faktörler	101
5.1.1.3. Tema 3: İhtiyaçlar	103
5.1.2. Etkililik çalışmasının tartışılması.....	107
5.2. Sonuç	117
5.3. Sınırlılıklar	118
5.4. Öneriler	119

EKLER

ÖZGEÇMİŞ

TABLÖLER DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 3. 1. Afazili Hasta Katılımcıların demografik özellikleri	29
Tablo 3. 2. Hasta yakını katılımcıların demografik özellikleri	29
Tablo 3. 3. Pilot görüşmelere katılan hasta ve hasta yakını katılımcıların demografik özellikleri	31
Tablo 3. 4. Yüz yüze görüşmelere ilişkin özet bilgiler	33
Tablo 3. 5. Araştırmanın inandırıcılığı için kullanılan yöntemler	34
Tablo 3. 6. Programın içeriği	61
Tablo 3. 7. ASODEP videolarının hazırlanma sürecine ilişkin bilgiler	63
Tablo 3. 8. Afazili hasta katılımcıların demografik özellikleri	65
Tablo 3. 9. Sohbet ortağı katılımcıların demografik özellikleri	66
Tablo 3. 10. Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarına ilişkin özet bilgiler	67
Tablo 3. 11. Pilot uygulamaya katılan katılımcıların demografik özellikleri	71
Tablo 3. 12. ASODEP uygulama süreci	73
Tablo 3. 13. Normal dağılım kontrol testi sonuçları	78
Tablo 4. 1. Ölçme araçlarının yapılarına ilişkin bilgiler	81
Tablo 4. 2. Memnuniyet anketi betimleyici istatistikleri	82
Tablo 4. 3. Ölçüm puanlarının ön test-son test bağlamında betimleyici istatistikleri ..	83
Tablo 4. 4. Afazinin yol açtığı duygusal ve psikososyal sorunlarla etkili bir şekilde baş etme yollarına ilişkin tematik analiz sonuçları	95

Tablo 5. 1. Modül-1, Modül-2 ve Modül-3 değerlendirme sonuçlarını destekleyen sosyal geçerlik bulguları	111
Tablo 5. 2. DASÖ-21'e ait sonuçları destekleyen sosyal geçerlik bulguları	114
Tablo 5. 3. Memnuniyet Anketi ve bireysel görüşmelerden elde edilen sosyal geçerlik bulguları	116

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1.1. ICF bileşenleri arasındaki etkileşim	2
Şekil 2.1. A-FROM (Living with Aphasia: Framework for Outcome Measurement)	13
Şekil 2.2. Sohbet ortağı eğitim programlarında kullanılan temel yaklaşımlar (Saldert vd., 2015)	15
Şekil 3. 1. Çok aşamalı değerlendirme deseni	19
Şekil 3. 2. Araştırma Sürecinin Aşamaları	21
Şekil 3. 3. Taba-Tyler Program Geliştirme Modeli (Demirel, 2010)	27
Şekil 3. 4. Bireysel görüşmelere hazırlık süreci	30
Şekil 3. 5. Verilerin analizinde izlenen aşamalar	37
Şekil 3. 6. Afazili hastaların sohbet ortaklarının afazi deneyimlerine ilişkin temalar..	40
Şekil 3. 7. “İnme Sonrasındaki Süreçte Yaşanan Sorunlar” teması altında sınıflanan alt temaların frekans grafiği	41
Şekil 3. 8. “Çözümler ve kolaylaştırıcı faktörler” teması altında sınıflanan alt temaların frekans grafiği	48
Şekil 3. 9. “İhtiyaçlar” teması altında sınıflanan alt temaların frekans grafiği	53
Şekil 3. 10. Veri analiz sarmalı	79
Şekil 4. 1. Sohbet ortaklarının ASODEP’e ilişkin görüş ve deneyimlerine yönelik temalar	85
Şekil 4. 2. “Programın Sohbet Ortakları Üzerindeki Etkileri” temasına ait kod haritası	86
Şekil 4. 3. “Sohbet Ortaklarının Programı Gündelik Yaşama Taşıma Deneyimleri” temasına ait kod haritası	90
Şekil 4. 4. “Sohbet Ortaklarının Programa İlişkin Önerileri” temasına ait kod haritası.	93

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADD	: Afazi Dil Değerlendirme Testi
BCA	: Better Conversation With Aphasics
CA	: Conversation Analysis
DASÖ	: Depresyon Anksiyete Stress Ölçeği
Df	: Serbestlik derecesi
DİLKOM	: Anadolu Üniversitesi Dil ve Konuşma Bozuklukları Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICF	: International Classification of Functioning Disability and Health
LPAA	: Life Participation Approach in Aphasia
Max	: Maximum
Min	: Minimum
N	: Katılımcı sayısı
Ort.	: Ortalama
P	: Anlamlılık değeri
PACE	: Prompting Aphasics Communicative Effectiveness
SAQOL	: İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi Ölçeği
SCA	: Supported Conversation Adults with Aphasia
SPPARC	: Supporting Partners of People with Aphasia in Relationship and Conversation Program

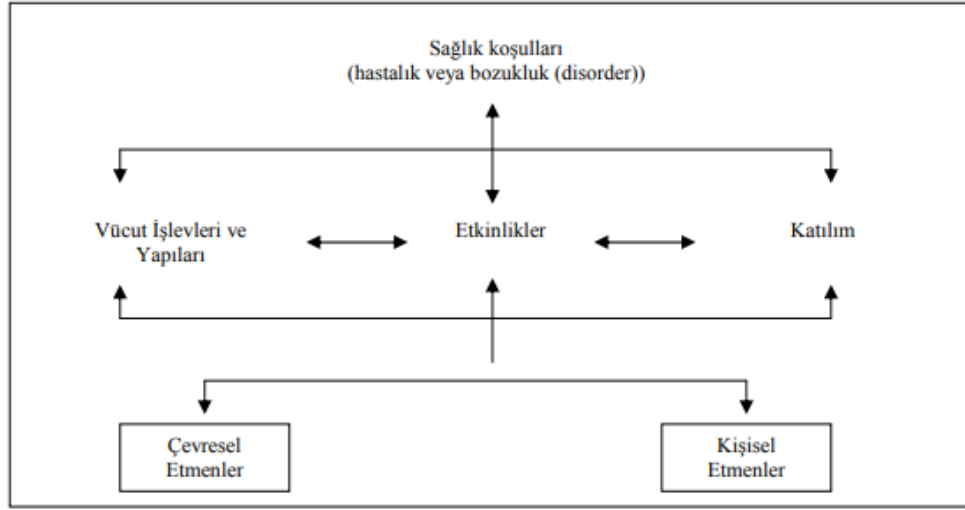
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
S.S.	: Standart sapma
TKM	: Transkortikal Motor Afazi
WHOQOL-BREEF	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği Kısa Formu
vd.	: ve diğerleri

1. GİRİŞ

1.1. Problem

Genellikle beyin hasarı sonrasında ortaya çıkan dil kaybı veya bozukluğu şeklinde tanımlanan afazi (Ardila, 2014), sözlü dili üretmede, anlamada ve diğer iletişim modaliteleri (işitsel, görsel, işaret vb.) üzerinde bozulmalara yol açmaktadır. Bu bozulmalar, dilin işlenmesi için gerekli bilişsel yetilerin hasarlanmasıyla açıklanmaktadır (Galletta ve Barrett, 2014). Dolayısıyla afazi müdahalesinde kullanılan geleneksel yaklaşımlar, afazinin ortaya çıkardığı dilsel ve bilişsel semptomlara odaklanmaktadır. Literatürde bildirilen bozukluk temelli terapi yöntemlerinin büyük bir kısmı, çalışılan uyaranlar üzerinde oldukça etkili bulunurken elde edilen becerilerin günlük hayata aktarılması konusunda ne yazık ki sınırlı kalmaktadır (Raymer vd., 2008; Kendall vd., 2013). Afazili hastaların ölçülen dil performansları ile günlük yaşamdaki işlevsel performansları arasındaki bu boşluk, birçok hastanın dilsel kazanımlara rağmen günlük yaşamını önemli ölçüde etkileyen süregelen iletişim sorunları yaşadığını göstermektedir. Öte yandan afazili hastaların dil ve iletişim sorunlarına sadece klinik düzeyde müdahale etmek, afazinin inatçı doğasına yeterli çözümü sunmamaktadır (Lyon ve ark., 1997). Afazi kronik seyreden bir bozukluk olduğu için uzun vadede sosyal izolasyon, yalnızlık, özerklik kaybı, rol değişiklikleri ve etiketlenme gibi istenmeyen psikososyal sonuçlar doğurmaktadır (Simmons-Mackie, 2008). Shadden (2005), afaziye bir tür kimlik kaybı olarak yorumlarken afazili bireylerin inme öncesindeki sosyal kimliklerini büyük oranda kaybettiklerini ifade etmektedir. Geleneksel afazi müdahalesinde yer verilmeyen ve çözüme kavuşmayan bu psikososyal sorunlar, hastanın tedavi sürecine verdiği yanıtı azaltmaktadır.

Bu noktada etkili bir müdahale yaklaşımının, ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) olarak bilinen İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırmasında yer alan başlıkları içermesi beklenmektedir (Simmons-Mackie, 2000). ICF sağlık ve sağlıkla ilgili durumları sınıflandıran uluslararası bir çerçevedir. Bu çerçevede sağlıkla ilgili bilgiler iki ayrı bölümde ele alınmaktadır: İşlevsellik ve Yetiyitimi (Vücut yapıları / Vücut işlevleri ve Etkinlikler / Katılım) ve Bağlamsal faktörler (Çevresel ve Kişisel Faktörler). Şekil 1.1’de gösterildiği gibi kişinin herhangi bir alandaki işlevselliği, sağlık koşulları ile bağlamsal faktörler arasındaki dinamik etkileşime bağlıdır. Bu alanlardan herhangi birine yapılacak bir müdahale, diğer alanları da etkileme ve değiştirme potansiyeli taşımaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2001).



Şekil 1.1. ICF bileşenleri arasındaki etkileşim

Afazi müdahalesinde kullanılan terapi yaklaşımlarına bakıldığında bozukluk temelli terapi yaklaşımlarının *Vücut İşlevleri ve Yapıları* üzerine odaklandığı görülmektedir. Sözcük bulma veya sözce uzunluğunu artırma gibi becerileri hedefleyen davranışsal müdahaleler bu yaklaşıma örnek oluşturmaktadır. *Etkinlik* temelli yaklaşımlar, afazinin günlük hayattaki etkinlikleri ne şekilde etkilediği ile ilgilenmektedir. Bu sebeple afazili bireylerin iletişim kurduğu bağlamlar ve çevresel koşullar müdahale sürecine dahil edilmektedir. *Katılım* temelli yaklaşımlar ise afazinin sosyal yaşam üzerindeki etkilerini önemsemektedir ve afazili bireyleri sosyal yaşama katılım konusunda cesaretlendirmeyi amaçlamaktadır (Galletta ve Barrett, 2014, s.115). ICF bileşenleri arasında *Çevresel Etmenlerin* müdahale sürecindeki önemi özellikle vurgulanmaktadır (DSÖ, 2001). Statik ve fiziksel çevre koşulları kadar dinamik ve sosyal çevre koşullarının, afazili bireylerin yaşamsal deneyimlerini olumlu ya da olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (Cruice vd., 2018). Dolayısıyla afazili bireylerin sosyal yaşama katılımlarını desteklemek için hasta dışındaki diğer kişilerin de tutumları, iletişim davranışları ve bilgi düzeyleri önem kazanmaktadır. Nihayetinde ideal bir müdahale programından, ICF modelindeki her bir bileşene çeşitli düzeylerde yer vermesi beklenmektedir (Galletta ve Barrett, 2014, s.119).

Afazinin doğurduğu psikososyal sorunlar uzun zaman önce ortaya konmuş olmasına rağmen, yakın döneme kadar dil ve iletişim sorunlarından ayrı tutularak müdahale sürecinin dışında bırakılmıştır. Dahası ortaya çıkan depresyon, sosyal

izolasyon ve yalnızlık gibi durumlar afazinin doğal birer sonucu olarak değerlendirilmiştir (Simmons-Mackie, 2008). Ancak yapılan çalışmalar iletişim bozukluğu ile yaşam kalitesi ve psiko-sosyal iyilik hali arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Afazili hastaların rehabilitasyonunda, özellikle klinik ortamda kazandıkları iletişim becerilerini desteklemede, birincil bakım verenlerin önemli bir rol üstlendiği bilinmektedir (Maviş vd., 2005). Bu noktada afazili hastalara çevresel destek ve iletişim erişimi sağlamak amacıyla uygulanan sohbet ortağı eğitimleri, etkili bir yöntem olarak öne çıkmaktadır.

Afazide sohbet ortağı eğitimlerine yönelik alanyazın incelendiğinde eğitsel programlar, danışmanlık programları, sohbet becerileri eğitimleri ve bu müdahalelerin farklı kombinasyonlarının uygulandığı çalışmalara rastlanmaktadır. Simmons-Mackie ve arkadaşları (2010; 2016) tarafından afazide sohbet ortağı eğitiminin etkilerini incelemek ve kanıta dayalı klinik öneriler sunmak amacıyla yapılan iki ayrı derleme çalışmasından elde edilen sonuçlar, uygulanan eğitimlerin sohbet ortaklarının afazili hastalara iletişimsel destek verme becerilerini geliştirmede etkili bir yöntem olduğunu ortaya koymuştur. Ek olarak, sohbet ortaklarına yönelik verilen eğitimlerin etkilerinin zaman içerisinde korunduğuna dair bulgular mevcuttur. Alanyazında ulusal düzeyde yürütülmüş çalışma sayısı ise oldukça kısıtlıdır (İnan, 2019; Eryılmaz Canlı, 2021).

Afazili hastalar ve aile üyeleri tarafından arzu edilen temel iyileşmenin ICF sınıflamasında etkinlik / katılım bileşenlerinde olduğu (Wallace vd., 2017) bilinmesine rağmen; afazili hastaların kendileri müdahale sürecine dahil olmasalar bile, eğitim alan bir sohbet ortağı eşliğinde iletişim aktivitelerinde ve/veya katılımında iyileşmeler olduğu (Simmons-Mackie vd., 2010; 2016) kanıtlanmasına rağmen, sohbet ortaklarına yönelik müdahalelerin yeterince yaygın kullanılmadığı görülmektedir. Bu durumu açıklamaya çalışan Croteau vd. (2020), buradaki boşluğun çiftlerin bakış açısını ve algısını daha derinden anlama gerekliliğine işaret ettiğini önemle belirtmiştir. Bu noktada, hasta yakınlarının yaygın deneyimlerini anlama ve bu deneyimleri hangi durum ve ortamların etkilediğini araştırma gerekliliği doğmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmaların kısıtlılığı, afazi alanında sohbet ortaklarının deneyimlerinden yola çıkarak, onların ihtiyaçlarına yönelik geliştirilen bir müdahale programına ilişkin önemli bir eksikliği işaret etmektedir. Sohbet ortaklarının gereksinimlerine dayalı, dile ve kültüre duyarlı olarak hazırlanacak bir programın bu eksikliği gidereceği düşünülmektedir.

1.2. Amaç

Mevcut çalışma, afazili hastaların yakınlarına (aile üyeleri, bakım verenler vb.) yönelik bir destek eğitim programı geliştirme ve etkililiğini inceleme amacı taşımaktadır. Bu doğrultuda çalışmanın ilk aşaması Afazide Sohbet Ortağı Destek Eğitim Programının (ASODEP) geliştirilmesidir. Program geliştirme sürecinin ön aşaması olarak sohbet ortaklarının yaşadıkları sorunlar ve inme sonrasındaki süreçte ortaya çıkan ihtiyaçları keşfedilecektir. İkinci aşama ise sohbet ortaklarının ihtiyaçlarına dayalı olarak geliştirilen programın uygulanması ve etkililiğinin incelenmesi şeklinde planlanmıştır.

Araştırmanın amacını gerçekleştirmek üzere aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranacaktır:

1. Afazili hastaların sohbet ortaklarının inme sonrasındaki süreçte yaşadığı güçlükler ve ortaya çıkan ihtiyaçları nelerdir?
2. Afazili hastaların sohbet ortaklarının ihtiyaçlarına dayalı olarak geliştirilen ASODEP'in afazili hasta ve sohbet ortakları üzerine etkileri nelerdir?
 - 2.1 ASODEP'e katılan sohbet ortaklarının Başarı Testi'nden aldıkları ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı farklılık var mıdır?
 - 2.2 ASODEP'e katılan sohbet ortaklarının Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği'nden aldıkları ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı farklılık var mıdır?
 - 2.3 ASODEP'e katılan sohbet ortaklarının Depresyon- Anksiyete- Stres Ölçeği'nden aldıkları ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı farklılık var mıdır?
 - 2.4 ASODEP'e katılan sohbet ortaklarının afazili yakınlarının İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi Ölçeği-39'a ilişkin ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı farklılık var mıdır?
 - 2.5 ASODEP'e katılan sohbet ortaklarının, afazinin yol açtığı duygusal ve psikososyal sorunlarla etkili bir şekilde baş etme yollarına ilişkin ön-görüşme ve son-görüşme şeklinde yapılan görüşmelerden elde edilen bilgi ve görüşleri nelerdir?
3. ASODEP'in sosyal geçerlilik düzeyi nedir?
4. Sohbet ortaklarından toplanan sosyal geçerlik verileri, ASODEP'in sohbet ortakları üzerinde ölçülen etkilerini ne şekilde desteklemektedir?

1.3. Önem

Sohbet ortaklarına verilen eğitimlerin afazili bireyler için iletişimi kolaylaştırdığı ve desteklediği; dolayısıyla afazi rehabilitasyonunda vazgeçilmez bir rol oynayan sohbet ortaklarına odaklanan araştırma veya uygulamaların büyük önem taşıdığı görülmektedir. Bu noktada afazili hastaların sohbet ortaklarını konu alan mevcut çalışmanın, afazide yaşanan sorunları derinlemesine anlamak ve akabinde çözüm üretebilmek açısından özgünlük taşıdığı düşünülmektedir.

Çalışmanın alanyazına katkıları ele alındığında, öncelikle sohbet ortaklarının inme sonrasındaki süreçte yaşadığı güçlükleri ve ortaya çıkan ihtiyaçlarını belirleme çalışmasının, konuyla ilgili yapılan ilk çalışma olması nedeniyle alanyazını zenginleştireceği düşünülmektedir. Ulusal alanyazında afazinin hasta yakınları üzerindeki etkilerini belirli yönleriyle ortaya koyan çalışmalar bulunsa da (Maviş, vd., 2005; Eren, 2017; Özgötürücü, 2021), mevcut çalışma yaşanan olumsuz etkilere yönelik çözüm önermek maksadıyla sohbet ortaklarının ihtiyaçlarına odaklanmaktadır. İhtiyaç analizi çalışmasıyla elde edilen bulguların, afazide sohbet ortaklarına odaklanan diğer araştırmacılara bilgi ve fikir verebileceği düşünülmektedir. Belirlenen ihtiyaçlar temelinde geliştirilmiş ve etkililiği saptanmış olan ASODEP, bundan sonra geliştirebilecek yeni programlara örnek teşkil edebilir.

Çalışmanın klinik uygulamalara yönelik katkıları ele alındığında, afazi alanında çalışan klinisyenlere geleneksel terapi yöntemlerinin verimliliğini artırabilecek ve kapsamını genişletebilecek bir sosyal müdahale programı sunmaktadır. Müdahale sürecine dahil edilen sohbet ortaklarının, hastanın klinik ortamda kazandığı iletişim becerilerini günlük yaşamda kullanma girişimlerini etkili bir şekilde destekleyebileceği öngörülmektedir. Bu noktada ASODEP afazili hastalara iletişim erişimi sağlama açısından ve geleneksel terapi yöntemlerinin tamamlayıcısı olarak önem teşkil etmektedir. Ayrıca modüler bir program olarak tasarlanan ASODEP ihtiyaç halinde parçalara ayrılabilir ve afazi rehabilitasyonunda yer alan, hasta yakınları dışındaki farklı katılımcılara da uygulanabilir. Bu anlamda programın sunduğu zengin içeriğin, klinik uygulamaları çeşitlendirmeye imkân sunacağı düşünülmektedir.

2. ALANYAZIN

2.1. Afazide Üçüncü Şahıs Yetiyitimi

Afazinin uzun vadedeki sonuçlarına yönelik farkındalığın artmasıyla beraber hastaların terapi süresince gösterdiği gelişmeler tek başına yeterli görülmemektedir. Nitekim bazı hastalar için dil ve konuşma terapisini sonlandırmak, gelişme umudunu da sonlandırmak anlamına gelmektedir. Terapi sonlandıktan sonra dahi terapötik etkilerin sürmesi ve hastanın günlük yaşamdaki işlevselliğini devam ettirebilmesi önem arz etmektedir. Müdahalenin bu yönde etkililiğini belirleyen faktörlerin başında hastanın çevresinden aldığı destek gelmektedir (Threats, 2010, s.451). Bu destek sistemindeki kişiler çoğunlukla hastanın eşi, çocukları veya kardeşleri gibi yakın aile üyelerinden oluşmaktadır. Ancak afazinin aile üyeleri üzerindeki etkileri göz önüne alındığında, rehabilitasyon sürecinde sadece hastaların destekçisi olarak değil aynı zamanda kendi ihtiyaçları olan bireyler olarak düşünülmesi gerekliliği doğmuştur (Visser-Maily, 2006). Dünya Sağlık Örgütü tarafından ‘üçüncü şahıs yetiyitimi’ kavramının İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflaması (ICF) kapsamına alınmasıyla birlikte, rehabilitasyon sürecinde hasta yakınlarının ilgiye, bakıma, müdahaleye ve çevresel düzenlemeye ihtiyacı olduğu fikri güçlenmiştir. Böylece aile üyelerindeki işlevsellik ve yetiyitiminin incelenmesi, kendi başına önemli bir klinik uygulama ve araştırma alanı olarak öne çıkmaya başlamıştır (Threats, 2010, s.452).

Afaziye bağlı gelişen üçüncü şahıs yetiyitimi, afazinin aile üyelerinin sağlık durumu üzerindeki yaygın etkilerini ifade etmektedir. *Vücut yapıları*, üçüncü şahıs yetiyitiminde bir kategori olarak uygulanmamaktadır çünkü afazili birisiyle yaşamak, vücut yapılarında değişikliğe sebep olacak koşullar arasında görülmemektedir. *Kişisel etmenler*, aile üyelerinin afaziden önce varolan ve hala mevcut olduğu varsayılan özelliklerini ifade etmektedir. Kişisel faktörler ICF çerçevesinin bir parçasıdır ancak çok çeşitlilik gösterdikleri için ICF sınıflandırma sisteminde kodlama şemasına dahil edilmemiştir. *Vücut işlevleri* başlığında, iletişim bozukluğu olan kişilerin yakınlarıyla yapılan son çalışmalar psikolojik ve zihinsel işlevler üzerinde odaklanmaktadır. Hasta yakınları tarafından yaşanan yoğun stresin bazı fiziksel işlevlerde aksamalara (iştah azalması, deri döküntüleri, kalp atışında veya solunumda hızlanma vb.), cinsel işlevsizliğe ve bağışıklık sisteminin güçsüzleşmesine yol açabileceği bildirilmektedir. Araştırmalar afazinin aile üyeleri üzerinde, depresyon ve hafif psikiyatrik bozuklukların gelişimi gibi yaygın etkileri olduğunu göstermiştir (Grawburg, Howe, Worrall ve

Scarinci, 2013; 2014). Afazili hasta yakınlarında, afazili olmayan inme hastalarının yakınlarına kıyasla yaşanan psikososyal sorunlarda, iletişim problemlerine bağlı gelişen depresyon belirtilerinde ve inmeye bağlı gelişen olumsuz sonuçlarda anlamlı bir artış olduğu ortaya konmaktadır (Bakas vd., 2006). Michallet, Tetreault, ve Le Dorze (2003) şiddetli afazisi olan hastaların eşlerinde gelişen psikososyal zorlukları inceledikleri çalışmada, eşlerin yaşadığı stresin arkasındaki temel faktörün iletişim bozukluğu olduğunu ortaya koymuştur. *Etkinlik ve Katılım* başlığı altında afaziye bağlı olarak gelişen üçüncü şahıs engellilikte en belirgin şekilde zorluk yaşanma potansiyeli olan alanlar: genel görevler ve talepler, iletişim, kişiler arası etkileşimler ve ilişkiler, temel yaşam alanları, toplum hayatı, sosyal hayat ve yurttaşlık alanları olarak bildirilmiştir. Son olarak *çevresel faktörler* düşünüldüğünde afazili hastaların aile bireylerini olumlu yada olumsuz yönde etkileyecek yakın çevresel faktörler (örn; sosyal destek) ve toplumsal faktörler (örn; kültür) sıralanmaktadır (Threats, 2010).

2.2. Afazinin Sohbet Ortakları Üzerindeki Etkileri

2.2.1. Uluslararası alanyazında yapılan çalışmalar

İnme ve afazinin aile üyeleri üzerindeki etkilerini keşfetmeyi amaçlayan birçok çalışma bulunmaktadır. İnme ve afazi deneyimi, tamamen nicel bir bakış açısıyla yeterince anlaşılamayacak kadar derin bir araştırma konusu olduğundan yapılan çalışmalara nitel araştırma yöntemlerini dahil etmenin oldukça önemli olduğu ileri sürülmüştür (Quinn, Murray ve Malone, 2014). Aşağıda bu amaçla gerçekleştirilen nitel çalışmalara yer verilmiştir.

Michallet, Tetreault ve Le Dorze (2003) şiddetli afazisi olan hastaların eşleri ile yaptıkları görüşmelerde, yaşanan sorunların afaziden etkilenen kişilerin algılarıyla şekillendiğini ortaya koymaktadır. Yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen baş etme ve uyum sağlama stratejilerinin bu algıyla bağlantılı olarak geliştiği görülmektedir. Elde edilen veriler İletişim, Kişilerarası ilişkiler, Sorumluluklar, Finansal konular ve Boş zaman aktiviteleri şeklinde sınıflanmıştır. Kişisel deneyimlerini aktaran eşler, etkili iletişim stratejilerini kullansalar bile uyum sağlama sürecinde yaşanan yorgunluk, üzüntü ve cesaretlerinin kırılmasından bahsetmektedir. İnsanların afaziye karşı farkındalığının az olmasından dolayı sosyal ilişkilerinde giderek azalma olduğu ifade edilmiştir. Bütün katılımcılar afazinin açık ve doğrudan bir sonucu olarak hem çift olarak hem de bireysel olarak yaptıkları boş zaman aktivitelerinde düşüş olduğunu ifade etmiştir. Birçok katılımcı sorumluluklarının arttığını, inmeden önce hastanın yerine getirdiği

sorumlulukların da kısmen ya da tamamen kendisine kaldığını ifade etmiştir. Bu sorumlulukların bir kısmı motor becerilerin kaybıyla bazıları da dil bozukluğundan etkilenmiştir. Öte yandan manevi sorumlulukların da arttığı ifade edilmiştir. Artan sorumlulukları yerine getirirken yaşanan zorluklar yönelik kullanılan bütün baş etme yollarına (yardım istemek, dua etmek, umut beslemek vb.) rağmen çoğu katılımcı yorgunluk ve bitkinlik hissetmektedir. Varlıklı ailelerin hizmet satın alabildikleri için uyum sağlamakta daha başarılı olduğu görülmüştür. Bu durum aile üyelerinin bu süreci nasıl deneyimlediğini belirleyen ve farklılaştıran şeyin bağlamsal faktörler olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla müdahale sürecinde ihtiyaçları belirlemek, bu doğrultuda terapi hedeflerini oluşturmak ve hedeflere ulaşma yollarını keşfetmek için aile üyeleriyle iş birliği yapmanın ve bağlamsal faktörleri hesaba katmanın gerekliliği vurgulanmıştır.

Grawburg ve diğerleri (2013), inme sonrasında afazili hastaların aile üyelerinin yaşadığı olumlu değişiklikleri (third-party functioning) ve olumsuz değişiklikleri (third-party disability) keşfetmeyi amaçladıkları çalışmada, çeşitli hasta yakınlarından oluşan katılımcılarla bireysel görüşmeler gerçekleştirmiştir. Yapılan bireysel görüşmelerde aile üyelerinin fiziksel, ruhsal ve duygusal sağlık, iletişim, ilişkiler, eğlence faaliyetleri ve sosyal yaşam, ücretli / gönüllü çalışma hayatı veya eğitim hayatı, ev ve bakım verme ile ilgili sorumluluklar ve malî durum konularında yaşadığı değişiklikler belirlenmiştir. Sonuçlar afazinin üçüncü şahıs yetiyitimi ile ilişkili olarak, ortaya çıkan yedi kategoride aile üyelerinin hayatları üzerinde yaygın olumsuz etkilere sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca sonuçlar afazili hastalara bakımveren aile üyelerinin, afazili olmayan inme hastalarına bakımveren aile üyeleriyle kıyaslandığında, daha şiddetli sorun yaşamalarına olası bir açıklama sağlamaktadır: afazili bir hastaya bakım vermek, tipik bakım verme ile ilgili görevlere ek olarak, hastanın sosyal yaşamının aktif bir parçası olarak iletişim kurmasına yardımcı olmayı, mali ve hukuki konularda yardımcı olmayı ve diğer insanları afazi hakkında eğitmeyi içermektedir. Bu durum afazili hastalara bakım veren aile üyeleri için, diğer sağlık sorunlarına yönelik bakım veren aile üyelerinden daha farklı terapi hedefleri belirlenmesi gerektiği anlamına gelmektedir. Çalışmadaki katılımcılar, kaygı bozukluğu, depresyon, ülser, baş dönmesi ve hipertansiyon dahil olmak üzere mevcut sağlık sorunlarının şiddetlendiğini bildirmiştir. Aile üyelerinin sağlık koşullarındaki değişikliklere çözüm olarak uygun erken müdahalenin önemi vurgulanmıştır.

Matos, Jesus & Cruice (2014) afazili hastaların, aile üyelerinin ve dil ve konuşma terapistlerinin, inme ve afazinin günlük yaşamdaki sonuçlarına dair bakış açılarını

keşfetmeyi amaçladığı bir çalışma yürütmüştür. Hastalar ve aile üyeleriyle yapılan bireysel görüşmelerde toplanan veriler, inmenin ve afazinin günlük yaşamlarına etkileri, yetiyitimi ve işlevsellik, sosyal katılımdan aldıkları tatmin düzeyi ve hayatlarına dahil etmek istedikleri değişiklikler bakımından incelenerek ICF kapsamındaki başlıklar altında sınıflanmıştır. İnme sonrasında sınırlılık yaşanan konulara bakıldığında sıklıkla çalışma ve istihdam alanları, eğlence ve boş zaman aktiviteleri, etkileşimler ve ilişkiler, iletişim ve yer değiştirme alanlarında olduğu bildirilmiştir. İnme ve afaziye bağlı olarak en çok kısıtlanan alanların boş zaman ve eğlence aktiviteleri olduğu ifade edilmektedir. İletişimsel sınırlılıkların ise katılımcılar açısından fiziksel ve duygusal zorluklardan daha sonra geldiği bildirilmiştir.

Croteau, McMahon-Morin, Le Dorze ve Baril (2020) tarafından yapılan güncel bir çalışmada, aile üyeleri tarafından çiftin iletişim rollerinin değiştiği ve hastaların daha az katılımcı olduğu ifade edilmiştir. Aile üyelerinin iletişim sırasındaki duygularını kontrol etmekte zorlandıkları bildirilmiştir. Hüsrana yaşadıkları ve temkinli davrandıkları; belli konularda sohbet açmaktan kaçındıkları ifade edilmiştir. Bu çalışma, hasta ve eşi arasındaki iletişimde yaşanan değişikliklere derinlemesine bakma imkânı sunmaktadır. Literatürdeki birçok çalışmada, bu değişiklikler Sohbet Analizi kullanılarak gözlem yoluyla değerlendirilmektedir ve analistin bakış açısı ile analiz edilmektedir. Ancak mevcut çalışma gösteriyor ki çiftler iletişimi mümkün kılmanın yollarını bulsalar da hala eğlenceli ve tatmin edici bir yol bulamamış olabilmektedir. İletişim sırasında yaşanan duygular çok yorucu olabilmekte ve onları iletişimden uzak durmaya itebilmektedir. Klinikte kullanılan Sohbet Analizi, iletişimde gözlemlenen davranışların duygusal temellerini ve bunun bir çiftin ilişkisini nasıl etkilediğini vermemektedir. Bu durumun Partner eğitiminin etkililiğini inceleyen çalışmaların sonuçlarında hayal kırıklığı yaratabileceği vurgulanmıştır. Öte yandan iletişime yönelik zor duyguların azalmasının bile kendi başına başarılı bir müdahalenin göstergesi olduğu bildirilmiştir. Ayrıca katılımcıların duygularını ele almanın ve müdahaleye dahil etmenin, müdahaleye olan bağlılıklarını artıracığı önerilmiştir.

Literatürde afazinin aile bireyleri üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalar kadar afazili hastalara bakımveren aile bireylerinin ihtiyaçlarını belirlemeyi hedefleyen çalışmalar da sayıca fazladır. Denman (1998), aile üyelerinin yaşadıkları zorlukların hafifletilmesine yardımcı olabileceğini düşündükleri çözüm önerilerini belirlemeyi amaçlamayan bir çalışma yürütmüştür. Yapılan görüşmelerde eşlerin kendi ihtiyaçlarına

dair algıları, mevcut hizmetlere ve yardıma dair bilgileri ve algıları, aldıkları hizmetlere dair memnuniyetleri ve isteyebilecekleri ya da geçmişe yönelik istemiş olabilecekleri hizmetler belirlenmiştir. Dökümler incelendiğinde Destek, Bilgi, Rol değişimi, Eğitim ve Gündüz bakım hizmeti olmak üzere toplamda 5 kategori oluşturulmuştur. Katılımcıların kendi deneyimleri hakkında konuşmaya ihtiyaçları olduğu ve doğru zamanda doğru desteği alırlarsa bakım vermenin kolaylaşacağı bildirilmiştir. Gerekli hizmetlere erişmek için doğru bilginin sağlanmasının çok önemli olduğu, kontrol hissini artırdığı ve stresi azalttığı ifade edilmiştir. Yaşadıkları sorunlara yönelik önerdikleri muhtemel çözümler: yol gösterici birine erişmek, düzenli değerlendirme yapılması, bakım verenlere yönelik destek gruplarına dahil olma, acil durumlarda yardım isteyecek birinin olması ve koordineli bilgiye erişmek şeklinde sıralanmaktadır.

Michallet, Le Dorze ve Tétreaul (2001), şiddetli düzeyde afazisi olan hastaların eşleri tarafından algılanan ihtiyaçları belirlemek üzere yaptıkları çalışmada 6 farklı ihtiyaç kategorisi ortaya çıkmıştır: bilgi ihtiyacı, afazili hasta ile etkili iletişim kurma ihtiyacı, daha iyi kişilerarası ilişki ihtiyacı, terapi sürecinin bir ortağı olarak kabul edilme ihtiyacı, duygusal ve pratik destek alma ihtiyacı ve mola verme ihtiyacı. Bu ihtiyaçların statik olmadığı ve birbiriyle etkileşim halinde oldukları vurgulanmıştır. Her biri zaman içinde değişebilmekte ve farklı zaman dilimlerinde ortaya çıkabilmektedir. Eşlerin bilgi edinme ihtiyacının tedavi sürecinin farklı aşamalarına göre değişiklik gösterdiği görülmektedir. Hasta henüz hastanedeyken eşler daha çok hastanın fiziksel durumu ile ilgili bilgi alma ihtiyacındayken rehabilitasyon aşamasında ise afazi hakkında ve hastanın iletişim becerileri üzerindeki etkileri hakkında bilgi talep etmektedir. Eşler tedavi sürecinin her aşamasında hem gerekli bilgi hem de duygusal destek alabilmek için uzmanlarla tatmin edici bir ilişki içinde olma ihtiyacını ifade etmiştir. Ayrıca deneyimlerini paylaşabilmek ve aynı zamanda duygusal destek alabilmek için başka hasta yakınlarıyla tanışmış olmayı istedikleri belirtilmiştir. Görüşmelerde toplanan bilgiler bu ihtiyaçları karşılamaya yönelik doğru zamanda yapılan müdahalelerin, eşlerin hissettiği yükü, endişeyi, üzüntüyü ve yalnızlığı azaltacağı yönündedir. Eşlerin rehabilitasyon sürecine dahil edilmesinin, orta ve uzun vadede hastanın, eşinin ve ailenin geri kalanının yaşam kalitesini artıracakları bildirilmiştir. Böylece eşlerin fiziksel ve / veya psikolojik bozukluk geliştirmesinin ve bakım veren rolünü sürdürememelerinin önüne geçilmiş olacağı belirtilmiştir.

İnmenin ve afazinin zaman içerisinde doğurduğu sonuçlara odaklanan bu çalışmalar göstermiştir ki sadece afazili hastanın düşüncelerine ve isteklerine değil aile üyelerinin fikirlerine ve ihtiyaçlarına da odaklanmak, bütün süreci anlamaya ve en iyi terapi hedeflerini belirlemeye yardımcı olacaktır. Ayrıca bahsedilen bulgular dil ve konuşma terapistlerinin tüm ICF alanlarını hesaba katmaları gerektiğine güçlü bir kanıt oluşturmaktadır. Leal'e (2009) göre, birçok terapist uygulamalarını daha sosyal bir müdahale modeline doğru yönlendirse de hala hastanın dilsel bozukluklarına odaklanmaktadır ve aile bireylerini doğrudan terapiye dahil etmemektedir. Hallé ve Le Dorze (2014), eşlerin rehabilitasyon sürecine nasıl dahil edilebileceklerini anlamayı hedefledikleri çalışmalarında, katılımcıların rehabilitasyon sürecini nasıl deneyimlediklerini araştırmıştır. Bakım verenler rehabilitasyon süreci ile ilgili memnuniyetlerini dile getiriyor olsalar da bu onların tüm ihtiyaçlarının karşılandığı anlamına gelmemektedir. Eşlerin üstlendikleri bakım veren rolünden doğan ihtiyaçlar (hastanın güvenli bir çevrede profesyonel bir hizmet aldığını bilme, bilgilendirilme, hastaya nasıl yardımcı olacağını bilme, umut etme ve rehabilitasyon sürecinde takımın bir üyesi gibi görülme vb.) açıkça ortaya konuyorken eş zamanlı olarak bakım verenlerin kişisel (destek alma) ve ilişkisel (afazili hasta ile iyi bir iletişim kurma) ihtiyaçları göz ardı edilmektedir. Bakım verenlerin kendi kişisel ve ilişkisel ihtiyaçlarını fark etmeleri bile bazen fiziksel ve psikolojik sorun yaşamaları sayesinde olmaktadır. Bu sebeple müdahale sürecinde bakım verenlerin hem hastaya yönelik hem de rehabilitasyon sürecine yönelik bakış açısını tekrar şekillendirmesine yardım edilmesinin altı çizilmiştir. Geleneksel yaklaşımla terapistlerin aile bireyleri ile etkileşimi daha çok bozukluk üzerine bilgi verme ve afazili hastaya verilen ev ödevlerine ilişkin gerçekleşmektedir. Ancak eşler afazinin gizli kurbanları olabilmektedir. Psikososyal uyum zorlukları hasta ile olan ilişkilerini ve iletişimlerini etkileyebilmektedir. Dolayısıyla eşlere uygun müdahaleyi ve destek hizmetini sunmak sadece eşlere değil hastalara da uzun vadeli yarar sağlayacaktır (Threats, 2010). Winkler, Bedford, Northcott ve Hilari (2014) tarafından yapılan çalışmada, bir forum sitesi üzerinden afazili hastaların bakım verenlerinin paylaştığı deneyimler incelendiğinde yaşanan ilişkisel problemler en doğal şekliyle görülmektedir. Bakım verenleri en zorlayan ilişkisel roller arasında karar verici olmak, ebeveyn gibi olmak ve her zaman makul taraf olmak sıralanmıştır. Özellikle iletişimsel kopukluk yaşandığında olumsuz duygular ve gerginlik hissetme; afazili hasta tarafından takdir ve teşekkür edilmediğinde darılma ve reddedilmiş hissetme; ev ödevleri sırasında hasta

isteksiz olduğuunda onu motive etmek için çabalarırken öfke hissetme şeklinde ifade edilmiştir. Bu durumda müdahale süreci, bakım verene ait bu duyguları da ele almayı ve bu duygularla birlikte etkili iletişim kurmanın yollarını keşfetmeyi gerektirmektedir.

2.2.2. Ulusal alanyazında yapılan çalışmalar

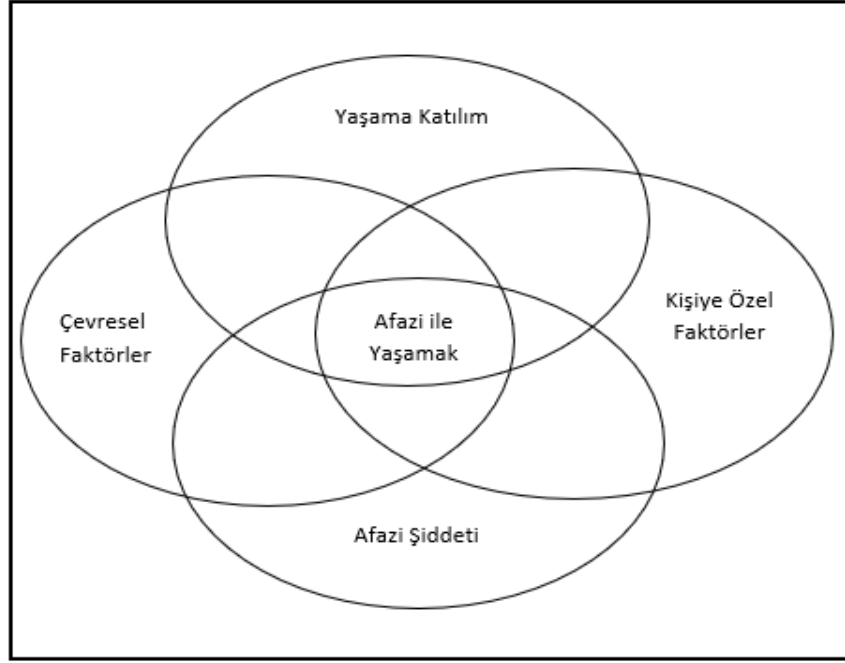
Ulusal alanyazında afazinin hasta yakınları üzerindeki etkilerini ele alan çalışmaların kısıtlı olduğu görölmektedir. Maviş ve diğçerleri (2005), afazinin hastalar üzerindeki sosyal ve kişisel etkilerini, hasta yakınlarının bakış açısıyla inceledikleri bir çalışma yürütmüştür. Çalışma kapsamında afazili hastaların durumunun hasta yakınlarını olumsuz yönde etkilediğı ve buna bağılı olarak olumsuz görüşler içinde oldukları bildirilmiştir. Hasta yakınlarında rahatsızlığa yol açan faktörler önem sırasıyla; hastanın bakımına ilişkin sorumluluk almak, hastanın sağığına ilişkin kararlar almak, hasta için para konusunda kararlar almak şeklindedir. İnme ve afazinin getirdiğı bu yüklerden dolayı hasta yakınlarının kendilerine zaman ayıramadıkları, etkinliklerinin kısıtlandığı, aile içi sosyal rollerinin değıştiğı ve sorumluluklarının oldukça arttığı bildirilmiştir. Hasta yakınlarının afazili hastaların durumundan genel olarak olumsuz şekilde etkilendiğı; ancak bu etkinin hastaya ve hasta yakınına ait birtakım değışkenlere göre farklılık gösterdiği ortaya konulmuştur. Hasta yakınlarının görüşlerinin yaş ortalaması, cinsiyet faktörü ve eğitim düzeyinin yanında kültürel özellikler, yetiştirilme tarzı ve dini inanışlar tarafından şekillendirildiğı ifade edilmiştir.

Ulusal alanyazında inme geçiren hastaların birincil bakım verenlerinin yaşam kalitelerini inceleyen, farklı disiplinlere ait çalışmalara rastlanmaktadır. Bu çalışmalarda inmeli hastaların bakım verenlerinin düşük düzeyde yaşam kalitesine sahip olduğu bildirilmiştir (Eren, 2017; Fertelli ve Tuncay, 2019). Hastaların fonksiyonel durumu kötüleştikçe bakım verenlerin yaşam kalitesinin azaldığı görölmüştür. Bu doğrultuda Özgötürücü (2021) tarafından yapılan çalışmada, afazinin eşlik ettiğı inmeli hastalara bakım verenlerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu ve bakım yükünün daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca afazinin eşlik ettiğı inmeli hastaya bakım verenlerin daha fazla ağırı yaşadıkları, daha az sosyal fonksiyon gösterdikleri ve bazı aktivite performanslarının daha düşük olduğu ortaya konmuştur.

2.3. Afazide Sosyal Yönelimli Müdahale: Sohbet Ortağı Eğitimi

Kagan (2011) afazi değıerlendirmesinde ve müdahalesinde dil ve konuşma terapistlerine rehberlik etmesi amacıyla ICF sınıflamasını kullanıcı dostu bir versiyona dönüştürmüştür. Afazili bireylerin yaşam deneyimlerini etkileyen bileşenler arasındaki

dinamik etkileşim, Şekil 2.1'deki gibi kesişen ve örtüşen daireler aracılığıyla gösterilmiştir.



Şekil 2.1. A-FROM (*Living with Aphasia: Framework for Outcome Measurement*)

Şekil 2.1 incelendiğinde işlevsel bir şekilde iletişim kurabilme becerisinin sadece afazi şiddetiyle ilişkili olmadığı; bireyin dilsel ve bilişsel becerileri kadar bireyin dışındaki faktörlerin etkileşiminin bir sonucu olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda afazi müdahalesinde kullanılan psikososyal ve işlevsel yaklaşımlar kendini göstermektedir. Bu yaklaşımlar spesifik birer terapi yöntemi olmamakla birlikte diğer terapi yöntemlerinin etkililiğini artıran ve kapsamını genişleten değerler sistemi olarak kabul görmektedir. Afazide Yaşama Katılım Yaklaşımı (Life Participation Approach to Aphasia-LPAA) afazili bireyleri ve afaziden etkilenen yakınlarını hem acil yaşamsal ihtiyaçlarını karşılama hem de uzun vadeli hedeflerine ulaşma konusunda destekleyen hasta merkezli bir müdahale yaklaşımıdır. Bu yaklaşım çerçevesinde klinik uygulama ve araştırmaların kapsamı afazinin uzun vadedeki sonuçlarını kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Müdahale sürecinin odağı bozukluktan ziyade yaşama yeniden katılıma çevrilmiştir (Chapey vd., 2008, s.279). Afazili bireylerin gerçek yaşam deneyimleri ile ilişkili iletişim etkinliklerine dahil olmaları hedeflenmektedir. Bu amaçla hastalık sürecinin farklı aşamalarında afazili bireylerin ihtiyaçlarına göre değişen farklı hedefler

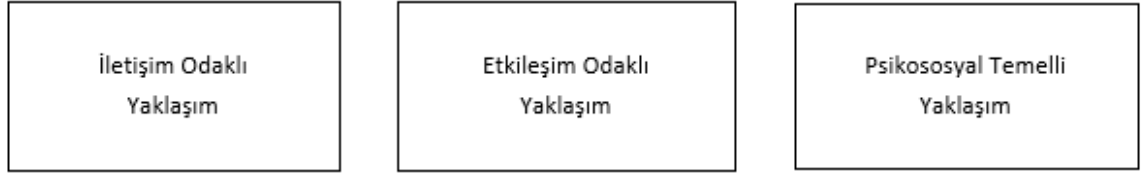
oluşturulmaktadır. Örneğin inme gerçekleşikten sonra hastanede geçen ilk evrede, taburcu olma sürecinde ya da evde devam eden kronik dönemde belirlenen müdahale hedefleri farklılaşmaktadır. Tüm bu aşamalarda gerçekleşen hedef belirleme ve karar alma süreçlerine afazili bireylerin kendisi de dahil edilmektedir (Galletta ve Barrett, 2014, s.118). Afazide Yaşama Katılım Yaklaşımı (LPAA) afazi alanında yapılan değerlendirmelere, müdahalelere ve bilimsel araştırmalara yön vermek üzere oluşturulmuş değerler sistemi olarak nitelendirilmektedir (Simmons-Mackie, 2008). Bu değerler Chapey ve diğerleri (2008) tarafından aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır:

1. Temel hedef yaşama katılımının artırılmasıdır.
2. Hastayla beraber afaziden etkilenen herkes hizmet alma hakkına sahiptir.
3. Müdahale sürecinin hedefleri arasında hem kişisel hem çevresel faktörler bulunmaktadır.
4. Müdahale sürecinin başarı ölçütleri arasında hastanın yaşam kalitesi yer almaktadır.
5. Hastalar, ihtiyaç duydukları hizmetlere afazinin tüm aşamalarında erişebilmelidir.

Afazide Yaşama Katılım Yaklaşımı (LPAA) ile paralellik gösteren bir diğer yaklaşım Sosyal Yaklaşımdır. Sosyal Yaklaşımın temel amacı afaziden etkilenen bireyleri, toplumsal hayatın bir parçası olmaya ve kişisel olarak ilgi duydukları sosyal etkinliklere katılmaya teşvik etmektir (Simmons-Mackie, 2008, s.290). Dolayısıyla müdahale sürecinde iletişimi güçlendirmek, etkinliklere katılımı artırmak, özgüveni ve olumlu benlik algısını desteklemek, afaziden etkilenen bireylere yönelik destek sistemleri ve grupları oluşturmak hedeflenmektedir. Sosyal Yaklaşımı benimseyen çeşitli müdahale yöntemlerinin öncelikli motivasyonu, yaşama tam anlamıyla katılım sağlayabilmesi için hastanın iletişim fırsatlarını artırmaktır. Bu iletişim fırsatları aracılığıyla hastalar sadece bilgi alışverişinde bulunmakla kalmayıp aynı zamanda sosyal bir kimlik geliştirmekte, duygusal ihtiyaçlarını karşılamakta ve diğer insanlarla bağ kurmaktadır. Buradan hareketle Sosyal Yaklaşım çerçevesinde geliştirilen sohbet odaklı terapi yöntemleri, afazili bireylerin ve/veya potansiyel sohbet ortaklarının sohbet becerilerini ve sohbele yönelik özgüvenlerini desteklemektedir (Simmons- Mackie, 2008, s.300). Afazi alanında sosyal yönelimli müdahale yöntemlerinin en yaygın biçimi Sohbet Ortağı Eğitimidir. Bilimsel çalışmalarda ve klinik uygulamalarda artan bir ilgiyle karşılanan Sohbet Ortağı Eğitimi afazili bireylerin dil, iletişim ve hayata katılım becerilerini iyileştirmek amacıyla hastanın çevresindeki kişilere yönelen çevresel bir müdahale yöntemidir (Simmons-Mackie vd., 2010, s.1814). Sohbet ortakları genellikle afazili bireylerin aile üyeleri ve

yakın arkadaşları olmakla birlikte sağlık çalışanları, gönüllüler, öğrenciler vb. şeklinde çeşitlilik göstermektedir (Saldert, Johansson ve Wilkinson 2015, s.379).

Alanyazındaki sohbet ortağı eğitim programları incelendiğinde programların hedef katılımcılarının, içeriklerinin, sürelerinin ve dayandıkları kuramsal yaklaşımların oldukça çeşitlilik gösterdiği görülmektedir. Ayrıca müdahale programlarının uygulanması aşamasında afazili hasta ve sohbet ortağıyla birlikte çalışma veya sadece sohbet ortağıyla çalışma; bireysel ve/veya grup halinde çalışma gibi farklılıklar bulunmaktadır. Şekil.2.2’de eğitim programları tarafından benimsenen temel yaklaşımlar Saldert ve diğerlerinin (2015) çalışmasından uyarlanarak sunulmuştur.



Şekil 2.2. *Sohbet ortağı eğitim programlarında kullanılan temel yaklaşımlar (Saldert vd., 2015)*

İletişim odaklı yaklaşımı benimseyen eğitim programlarının hedef katılımcıları afazili hastalar ve yakın aile üyelerinden oluşmaktadır. Afazili hasta ve sohbet ortağı arasındaki bilgi alışverişini sağlamak amacıyla çoklu dil modalitelerinin (yazı, çizim, jest ve mimik vb.) kullanımı desteklenmektedir. Terapistin kendi bilgi birikimi ve deneyimlerinden faydalanarak davranış değişikliği oluşturmayı hedeflediği Sohbet Koçluğu (Holland, 1991) ve Aile Eğitimi (Simmons-Mackie vd., 1987) programları, bu yaklaşıma örnek olarak gösterilmektedir.

Psikososyal temelli yaklaşımı benimseyen eğitim programlarının hedef katılımcıları sağlık çalışanları, toplum gönüllüleri ve öğrencilerden oluşmaktadır. Bu programların nihai hedefi, tıpkı toplumda yürüme engelli bireyler için fiziksel erişimi kolaylaştıran engelli rampası inşa etmek gibi, iletişim engeli olan afazili bireyler için topluma katılımı kolaylaştıran bir iletişim rampası oluşturmaktır (Kagan, 1998; Kagan vd., 2001). Afazili Bireyler için Desteklenmiş Sohbet Programı (Supported Conversation for Adults with Aphasia -SCA) ve Lyon’un iletişim ortakları programı (Lyon ve ark., 1997) psikososyal yaklaşımı benimseyen programlar arasında öne çıkmaktadır.

Etkileşim odaklı yaklaşımı benimseyen sohbet ortağı programlarının hedef katılımcıları ise afazili hastaların eşleri veya aile üyeleri gibi düzenli sohbet ortaklarından

oluşmaktadır (Saldert vd., 2015). Bu yaklaşım çerçevesinde, afazili hastaya ve/veya sohbet ortağına yönelik müdahaleyi planlamak, uygulamak ve değerlendirmek üzere sıklıkla Sohbet Analizi (Conversation Analysis-CA) yöntemi kullanılmaktadır. Sohbet Analizinin sağladığı veriler ışığında çiftin iletişim örüntüsünde ortaya çıkan başarılı ve başarısız iletişim davranışları ve iletişim sırasında benimsedikleri sosyal roller incelenmektedir. Etkileşim odaklı yaklaşımı benimseyen eğitim programlarının başında Lock ve arkadaşları tarafından (2001) geliştirilen Afazili Bireyler ile Yakınlarına İlişki ve İletişim Destek Programı (Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships and Conversation Program -SPPARC) ve Sorin-Peters (2003) tarafından afazili hastalara ve eşlerine yönelik bilgilendirme, sohbet eğitimi ve danışmanlık hizmetlerinin birleştirildiği kapsamlı müdahale programı gelmektedir.

Simmons-Mackie ve diğerleri (2010; 2016) tarafından afazide sohbet ortağı eğitiminin etkilerini incelemek amacıyla iki ayrı derleme çalışması yapılmıştır. Yapılan sistematik incelemeler kapsamında 1975 ile 2015 yılları arasında bu yönde yapılan 56 araştırma incelenmiştir. Sonuçlar uygulanan eğitimlerin, sohbet ortaklarının afazili hastalara iletişimsel destek verme becerilerini geliştirmede etkili bir yöntem olduğunu ortaya koymuştur. Afazili hastaların kendileri müdahale sürecine dahil olmasalar bile, eğitim alan bir sohbet ortağı eşliğinde iletişim etkinliklerinde ve/veya katılımında iyileşmeler olduğu kaydedilmiştir. Özetle eğitim almış bir sohbet ortağının, afazili bireyler için iletişimi kolaylaştırdığı ve desteklediği bildirilmiştir. Öte yandan sohbet ortağı eğitiminin hastaların dil bozukluğu, tarafların psikososyal uyumu ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerine ilişkin yeterli bulguya ulaşılamamıştır. Bu noktada değerlendirmelerde kullanılan ölçme araçlarının amaca uygunluğunun gözetilmesi gerektiği önemle vurgulanmıştır. Ayrıca sohbet ortağı eğitiminin akut dönemdeki hastalar üzerindeki etkilerini inceleyen yeterli sayıda çalışma bulunmadığı bildirilmiştir.

Söz konusu derleme çalışmalarında yer alan araştırmalar arasından özellikle grup halinde uygulanan eğitim programlarını konu alan araştırmalar incelenmiştir. Purdy ve diğerleri (2005) hem hastalara hem sohbet ortaklarına 12 hafta boyunca haftada 1 saat olmak üzere grup halinde uygulanan eğitim programının etkilerini araştırmıştır. Uygulanan eğitim programında, inme ve afazi ile ilgili bilgiler ve kolaylaştırıcı iletişim stratejileri didaktik bir formatta aktarılmıştır; sonrasında katılımcıların kolaylaştırıcı iletişim stratejilerini deneyimleyebilecekleri uygulamalara yer verilmiştir. Çalışmanın sonuçları sohbet ortaklarının afaziyi daha iyi anladıklarını ve iletişim stratejilerini

kullanmak konusunda daha özgüvenli olduklarını ortaya koymuştur. Sohbet ortaklarına ve hastalara yönelik gerçekleştirilen grup eğitimlerinin çiftin iletişim performansını artırdığı bildirilmiştir. Fox ve diğerleri (2004) tarafından yapılan çalışmada afazili hastalar ve sohbet ortaklarının katıldığı 2 günlük bir eğitim kampı düzenlenmiştir. Eğitim süresince sohbet ortaklarının afazi ile yaşama konusundaki kişisel deneyimlerini keşfetmeleri ve yeni baş etme stratejileri geliştirmeleri için fırsatlar sunulmuştur. Sohbet ortakları eğitim alırken afazili hastalar iletişim becerilerinin desteklendiği etkinliklere katılım sağlamıştır. Eğitimin etkilerine yönelik elde edilen nitel bulgular “tazelenmiş bir umut duygusu, sosyal destek kaynaklarına erişim becerilerinin artması, sohbet ortaklarının kendi refahına yönelik farkındalığının artması, aile içinde değişen durumları daha fazla kabullenme ve yeni bir sosyal destek ağının ortaya çıkışı” şeklinde temalanmıştır.

Draper ve diğerleri (2007) tarafından sohbet ortaklarına yönelik eğitim, destek ve iletişim unsurlarını içeren kapsamlı bir müdahale programı tasarlanmış ve sohbet ortaklarının bakım yükü, stres düzeyi ve hasta ile aralarındaki iletişim düzeyi üzerindeki etkileri incelenmiştir. Psikoeğitim vermek üzere bir klinik psikolog müdahale sürecine dahil edilmiştir. Eğitim haftada 2 saat süren oturumlar şeklinde toplam 4 hafta sürmüştür. Çalışmanın sonuçları, deney grubunda yer alan sohbet ortaklarının bakım yükünün azalmadığını ancak Genel Sağlık Anketi kullanılarak ölçülen stres düzeyinin önemli ölçüde azaldığını göstermiştir. Öte yandan hasta ve hasta yakını arasındaki iletişim düzeyi üzerinde beklenen yönde gelişme sağlanamamıştır. Bu durumun sebebi olarak, kullanılan ölçme araçlarının iletişim becerilerindeki değişiklikleri yeterince yansıtmaya elvermediği bildirilmiştir.

Rautakoski (2011) orta ve şiddetli düzeyde afazili hastalar ve sohbet ortaklarıyla yaptığı çalışmasında, afazili hastaların kendiliğinden sözel olmayan iletişim araçlarını kullanabildiğini ancak bazılarının bunu yapmak için rehberliğe ihtiyaç duyduğunu bildirmiştir. Bu iletişim araçları arasında işaret etme, el kol hareketleri, yüz ifadeleri, pandomim gibi spontane iletişim araçları ve aynı zamanda yazı, resimli tahtalar veya resimli kitaplar gibi düşük teknoloji araçların kullanımı yer almaktadır. Yapılan çalışmada, afazili hastaların bu yöntemleri kullanma konusunda eğitildiği ve sohbet ortaklarının bu yöntemlerin kullanımını kolaylaştırmak ve iletişimi desteklemek için yönlendirildiği bir müdahale programı uygulanmıştır. Katılımcıların görüşlerine dayalı gerçekleştirilen değerlendirmelerde, sohbet sırasında farklı iletişim yöntemlerinin

kullanımının arttığı belirtilmiştir. Sonuç olarak farklı sözsüz iletişim yöntemlerinin kullanımının, sohbet ortaklarının kullanımı kolaylaştırıcı ve destekleyici şekilde yönlendirilmesiyle ve eğitilmesiyle mümkün olduğu ortaya konulmuştur.

Johansson ve diğerleri (2013) orta ve şiddetli düzeyde afazili hastalar ve sohbet ortaklarına erken dönemde uygulanmak üzere aile merkezli bir müdahale programı geliştirmiş ve etkililiğini incelemiştir. Müdahale, her bir katılımcının ihtiyaçlarını karşılamak, sohbet ortaklarını duygusal olarak desteklemek, onlara ihtiyaç duyulan bilgileri sağlamak ve iletişim stratejilerini öğretmek için tasarlanmıştır. Çoklu olgu deseni kullanılarak tasarlanan çalışmaya 3 hasta ve sohbet ortakları dahil edilmiştir. Çalışmanın sonuçları, afazinin erken başlangıç evrelerinde sohbet ortaklarına duygusal destek ve bilgi sağlamanın faydalarını desteklemektedir.

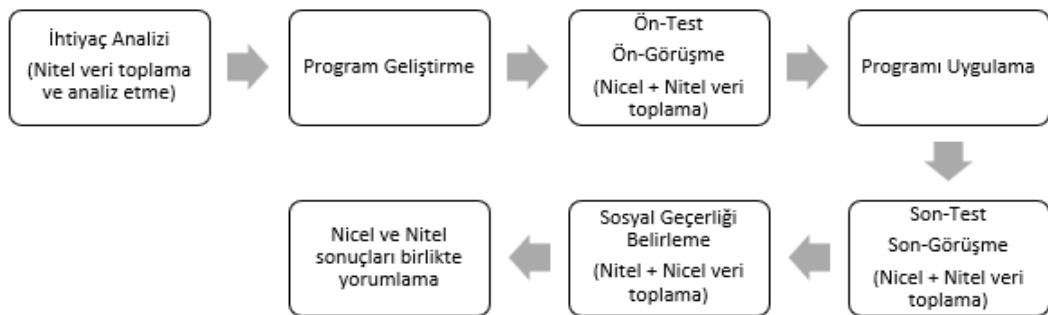
Ülkemizde ise afazili hastaların sohbet ortaklarına yönelik müdahale programlarının oldukça kısıtlı olduğu görülmektedir. İnan (2019) tarafından afazili hastaların birincil bakım verenlerine uygulanmak üzere 2 oturumluk bir psikoeğitim tasarlanmıştır. Söz konusu psikoeğitimin demanslı hastalar için kullanılan bakım modellerinden uyarlandığı bildirilmiştir. Araştırmanın sonuçları psikoeğitim alan bakım verenlerin stres puanlarının anlamlı düzeyde düştüğünü ortaya koymaktadır. Eryılmaz Canlı (2021) tarafından SPPARC Programı'nın ilk aşaması olan "Afazi Aile Destek Programı" Türkçe'ye kazandırılmıştır. 8 haftalık program kapsamında ele alınan konular arasında inme, afazide yaşanan zorluklar, afaziye eşlik eden sorunlar, afazili bireye yardımcı olma stratejileri, afazinin duygusal etkileri ve afaziyle yaşam yer almaktadır. Programın hasta yakınları üzerine etkilerine bakıldığında hasta yakınlarının psikososyal durumlarının olumlu yönde değiştiği, bakım verme yüklerinin azaldığı ve yaşam kalitelerinin arttığı görülmektedir.

3. YÖNTEM

Bu bölümde, ASODEP'in geliştirilmesi ve etkililiğinin incelenmesi amacıyla yürütülen araştırmanın deseni, evren ve örnekleme, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve analizine ilişkin bilgilere yer verilmektedir.

3.1. Araştırma Deseni

Bu çalışma çok sayıda aşama içermekte ve önceki aşamalarda elde edilen bulgular ve sonuçlar üzerine inşa edilerek ilerlemektedir. Araştırma sorularına cevap bulabilmek için sırasıyla programın geliştirilmesi ve etkililiğinin incelenmesi adımları izlenmiştir. Bu kapsamda mevcut çalışma, karma araştırma yöntemlerinden **çok aşamalı desen** kullanılarak tasarlanmıştır (Creswell ve Plano Clark, 2017). Sağlık bilimleri alanında sıklıkla kullanılan çok aşamalı desen, zamana yayılarak yürütülen ve ortak bir amaç doğrultusunda birbirine bağlanan aşamaları içermektedir. Bu aşamalar birbiriyle paralel ya da ardışık yürütülebilmekte ancak bir noktada birleşmektedir (Kettles, Creswell ve Zhang, 2011). Mevcut araştırma desenin farklı kaynaklarda **çok aşamalı değerlendirme deseni** olarak da isimlendirildiği görülmektedir (Creswell, 2019). Çok aşamalı değerlendirme desenin amacı bir ortamda uygulanan faaliyetler grubunun ya da bir programın zaman içerisindeki başarısını değerlendirmektir. İçerisinde barındırdığı her bir aşama kendi başına bir çalışmayı temsil edebileceğinden ötürü “çok aşamalı” olarak isimlendirildiği; genel amacı bir programın etkililiğini ölçmek olduğu durumlarda ise bu desenin değerlendirme desenine dönüştüğü bildirilmiştir. Araştırmacıların nicel, nitel ve karma yöntemleri metodolojik bir değerlendirme yaklaşımı içerisinde bütünleştirdiği bir araştırma yaklaşımı olarak ifade edilmektedir. Mevcut araştırmanın desenine ait görsel şema Şekil 3.1’de sunulmaktadır.



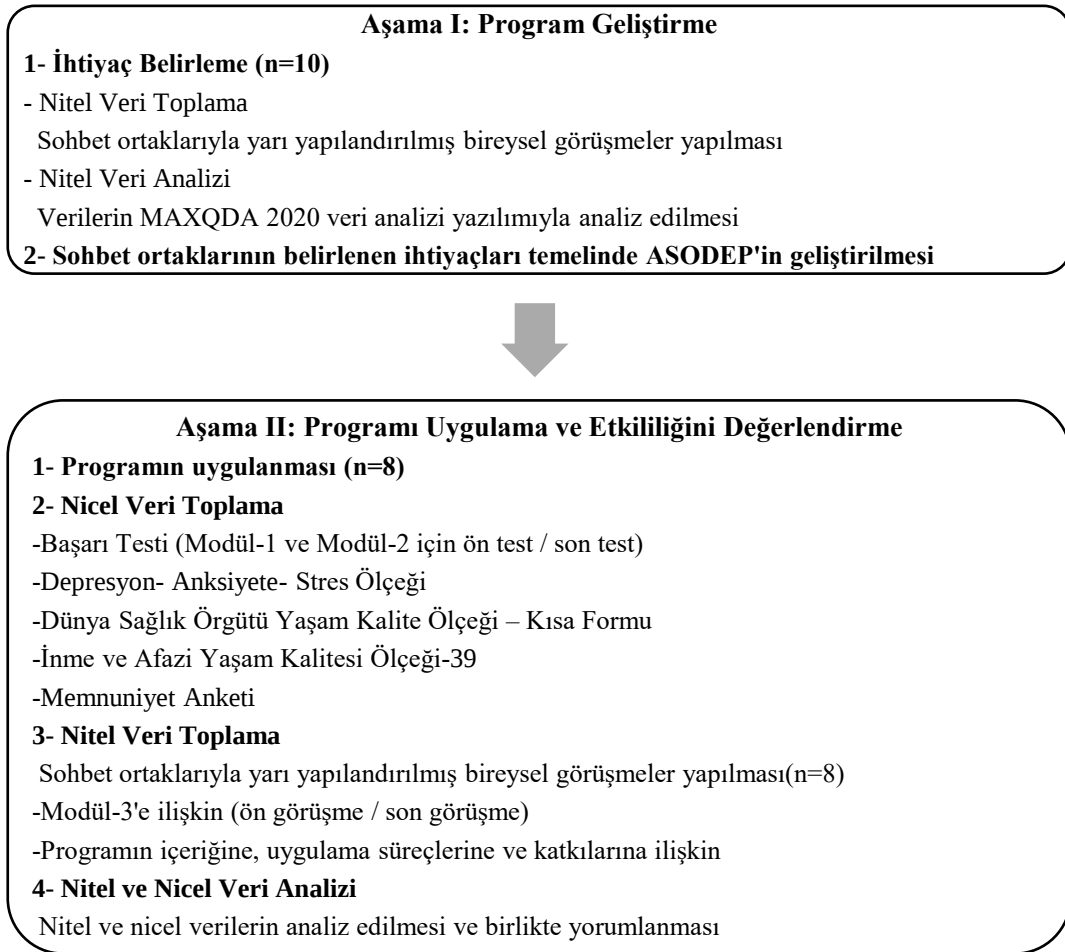
Şekil 3. 1. Çok aşamalı desen

Karma yöntem araştırmalarının temel felsefesi, pozitivizm paradigmasını temel alan nicel yöntemler ile yapılandırmacılık paradigmasını temel alan nitel yöntemlerin bir araya getirilmesi ve her iki yaklaşımdan elde edilen sonuçların birleştirilmesine dayanmaktadır (Fetters, 2020, s. 35-36). Bu nedenle karma yöntem araştırmacıları tarafından benimsenen felsefenin pragmatizm olduğu söylenebilir (Creswell, 2019, s.17). Alan yazında pek çok farklı tanımı olmakla birlikte; Creswell (2019, s.2) karma araştırma yöntemi, araştırmacının araştırma problemini anlamak amacıyla hem nicel hem nitel veriler topladığı, iki veri setini birbiriyle bütünleştirdiği ve bu durumun avantajlarını kullanarak sonuçlar çıkardığı bir araştırma yaklaşımı olarak tanımlamaktadır. Bu yaklaşımın temel varsayımı araştırma problemini daha iyi anlamak için nitel ve nicel verileri birleştirmenin, bu yöntemlerden herhangi birini yalnız başına kullanmaya kıyasla daha etkili olacağıdır. Fetters ve Freshwater (2015), bu duruma yönelik bakış açılarını “1+1=3” formülüyle ifade etmektedir ve karma araştırma yöntemiyle elde edilen sonuçların, nicel ve nitel yöntemlerin kullanılması sonucunda elde edilen bilgidен daha fazlası anlamına geldiğini savunmaktadır.

Mevcut çalışmada afazi müdahalesinde sosyal yaklaşımı benimseyen bir müdahale programının etkililiği incelenmektedir. Sosyal yaklaşım, bireylerin öznel afazi deneyimlerine erişmeyi ve afazının günlük iletişimdeki etkilerini tanımlamayı gerektirmektedir. Bu noktada öznel ve bağlamsal deneyimleri tanımlayabilmek için nicel olduğu kadar nitel yaklaşımlara da ihtiyaç duyulmaktadır (Simmons-Mackie, 2008, s.294). Verilen bilgiler ve felsefi alt yapıdan hareketle, ASODEP’in etkililiğinin incelendiği bu çalışmada araştırma sorularına yanıt bulabilmek için nitel veriler, nicel verileri tamamlamak, genişletmek, zengin ve ayrıntılı bir hale getirmek amacıyla kullanılmıştır. Bu durum karma yöntem araştırmalarının temel gerekçelerinden birisi olarak kabul edilen *tamamlayıcılık* kavramıyla ifade edilmektedir. Bu kapsamda nitel veriler, nicel bulgularının yorumlanabilirliğini ve anlamlılığını artırmaya hizmet etmektedir (Giannakaki, 2005, s.329).

Afazili hastaların sohbet ortaklarının ihtiyaçlarını belirlemek amacıyla yürütölen aşamada nitel araştırma yöntemlerinden fenomenoloji deseni kullanılmıştır. 10 katılımcıyla gerçekteştirilen ihtiyaç analizi çalışmasında, afazili hastaların sohbet ortaklarının öznel deneyimleri derinlemesine incelenmiştir. İhtiyaç analizi çalışmasından elde edilen bulgular ışığında, sohbet ortaklarının belirlenen ihtiyaçlarına dayalı olarak ASODEP geliştirilmiştir. ASODEP’in deneysel uygulama sürecine ise ihtiyaç analizi

çalışmasıyla aynı evrenden olan farklı bir örneklem grubu (n=8) dahil edilmiştir. Araştırmada programın etkililiğini değerlendirmeye yönelik farklı aşamalarda nicel ve nitel veriler toplanmıştır. Böylece araştırmacı her iki yöntemin güçlü yönlerini kullanarak araştırma sorularıyla ilgili güçlendirici kanıtlar ortaya koyabilmiştir. Araştırma sürecinin aşamaları Şekil 3.2’de özetlenmiş olup ilerleyen bölümlerde detaylı bir şekilde ele alınacaktır.



Şekil 3. 2. Araştırma Sürecinin Aşamaları

3.2. Aşama I: Program Geliştirme

Araştırmanın ilk aşaması, afazili bireylerin sohbet ortaklarına yönelik bir destek eğitim programı geliştirmektir. Eğitim programı, istenilen hedef ve davranışların kazandırılması için stratejilerin belirlendiği bir eylem planı olarak tanımlanmaktadır (Demirel, 2010, s.3). Eğitim programının hedef, içerik, öğrenme-öğretme süreci ve değerlendirme olmak üzere dört temel ögesi bulunmaktadır. Bir eğitim programının

tasarlanması, geliştirilmesi, uygulanması ve değerlendirilmesi süreçlerinde istenilen şekilde başarı sağlanabilmesi için programın teorik dayanaklarının sağlam olması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu noktada program geliştirme felsefe, psikoloji ve sosyoloji gibi farklı disiplinler tarafından desteklenen bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır (Adıgüzel, 2020, s. 176).

3.2.1. Afazide sohbet ortağı destek eğitim programının kuramsal temelleri

Afazide Sohbet Ortağı Destek Eğitim Programının hedef katılımcıları yetişkin bireylerden oluşacağı için program geliştirilmeden önce yetişkin eğitimi alanında ortaya koyulan kuram ve modeller incelenmiştir. En yaygın tanımıyla yetişkin eğitimi “yetişkin kişilerde değişimi amaçlayan kasıtlı ve profesyonel olarak yürütülen etkinlikler” şeklinde ifade edilmektedir (Knowles vd., 1998’den akt: Akın, 2014, s.285). Çocuklardan farklı olarak yetişkinler için planlanan ve uygulanan eğitimlerde dikkat edilmesi gereken birtakım hususlar bulunmaktadır. Yetişkinler öğrenme ortamına gelirken yaşamları boyunca edindikleri birçok deneyimle beraber gelmektedir. Bunun yanı sıra yetişkinlerin gereksinim ve ilgileri, cinsiyeti, yaşı, ekonomik durumu, mesleki ve kültürel yapısı, bilgi, beceri ve beklentileri önem taşımaktadır (Kılınç ve Yenen, 2020, s.67). Yetişkin eğitiminde öğrencinin özellikleri kadar eğitici tarafından inşa edilen fiziksel ve duygusal ortamın özellikleri de oldukça önemlidir. Yetişkin bireylerin öğrenmeye yönelik motivasyon sağlayabilmeleri için öğrendiklerinin bir anlamı olduğunu, kendi değerlerine ve bakış açılarına göre önemli olduğunu görebilmeleri gerekmektedir. Bu sebeple eğiticilerin özellikle motive edici ve kolaylaştırıcı rolü üzerinde durulmaktadır (Alper, 2004, s.3). Aşağıda Afazide Sohbet Ortağı Destek Eğitim Programı hazırlanırken temel alınan kuramlara yer verilmiştir.

3.2.1.1. Andragoji modeli

Bu modelin ortaya çıkış noktası pedagojik yaklaşımların yetişkin öğrenmesi için uygun olmadığı görüşüne dayanmaktadır. Knowles (1980) andragojiyi, yetişkinlerin öğrenmesine yönelik geliştirilen yeni bir bilim ve sanat olarak tanımlamaktadır. Yetişkinlerin bir şeyi öğrenmeye hazır olduklarında ve öğrenmeleri gereken şeye acil gereksinimleri olduğunda daha iyi öğrendikleri savunulmaktadır (Yalçın vd., 2005, s.36). Yetişkin öğrenmesinin dayandırıldığı temel varsayımlar aşağıdaki gibidir (Knowles 1996’dan aktaran Kılınç ve Yenen, 2020, ss.74-75):

- Öğrenenin bilme gereksinimi: Yetişkinler öğrenmeye başlamadan önce neleri, ne şekilde ve neden öğreneceklerini bilmeye ihtiyaç duyarlar.

- Öğrenenin benliği: Yetişkinler kendi öğrenmelerini yönlendirebilecek bağımsız bir benlik algısına sahiptir.
- Öğrenenin önceki deneyimleri: Yetişkinler kendi öğrenmelerine kaynaklık edebilecek yaşam deneyimlerine sahiptir.
- Öğrenmeye hazır olma: Yetişkinler yaşamları ile ilgili üstesinden gelmeleri gereken durumlar karşısında öğrenmeye hazır olurlar.
- Öğrenme yönelimi: Yetişkinler sorunların çözümüne odaklı ve yaşam merkezli bir yaklaşımla bilgiyi bir an önce uygulamaya dökmek isterler.
- Öğrenme motivasyonu: Yetişkinler daha ziyade içsel faktörler tarafından güdülenirler.

Bu varsayımlardan yola çıkarak katılımcıların ve uygulayıcıların birlikte tasarlayabilecekleri, uygulayabilecekleri ve değerlendirebilecekleri bir program modeli önerilmektedir. Yetişkin eğitiminin ve andragojinin önemli isimlerinden Knowles, geleneksel öğretim modelinden farklı olarak bir ‘süreç modeli’ ortaya koymuştur. Andragojik bir eğitim sürecinde, eğitici kişi otoriter, konuyla ilgili her şeyi bilen ve bunu katılımcılara aktaran bir konumda değildir. Bunun aksine, katılımcıların bilgi ve deneyim gücüne saygı gösteren, birlikte öğrenmeye açık ve katılımcıların gereksinim duyduğu konularda yeteneklerini geliştirmeyi amaçlayan bir konumdur. Katılımcılar ise aktif, keşfedici ve kendi kendine öğrenme becerisi kazanmayı amaçlayan bir konumdur. Ayrıca, katılımcıların kendi yaşamlarından gelen deneyimlere dayanarak yeni bilgileri eskilerle ilişkilendirebildikleri öğrenme yöntemleri kullanılmaktadır (Akın, 2014, s.292).

Andragojik ilkeler göz önüne alınarak tasarlanan eğitim programlarının çoğunlukla sorun temelli olduğu bilinmektedir. Yetişkinler bilmeye ve öğrenmeye ihtiyaç duyduğu bir sorunla gelmekte, sorunun çözülmesine yönelik destek aramakta ve benzer bir sorunla karşılaşınca kendi kendilerine başa çıkabilecekleri düzeye gelmek istemektedir. Bu noktada yetişkinlerin hazır bulunuşluk düzeyi göz önüne alınarak bazı pedagojik ilkelere de başvurulabilmektedir. Başka bir ifadeyle, yetişkinlere yönelik hazırlanacak eğitim programlarının niteliği hedef kitlenin özellikleri tarafından belirlenmektedir (Akın, 2014, s.295).

3.2.1.2. Sosyal öğrenme kuramı (Sosyal bilişsel kuram)

Sosyal öğrenme konusundaki kuramsal çerçeveyi çizen düşünür Albert Bandura, insanların etkileşim yoluyla; model alarak ve gözlemleyerek birbirinden bir şeyler

öğrenebileceğini savunmuştur (Tatlıoğlu, 2021, s.21). Sosyal öğrenme kuramı, insanların çevresindeki diğer kişilerin davranışlarını gözlemlediklerini, yaptıkları gözlemlerden birtakım sonuçlar çıkardıklarını ve gerekli gördükleri durumlarda gözlemledikleri bu davranışları sergilediklerini öne sürmektedir. Gözlem yoluyla öğrenme, gözlemlenen davranışın basitçe taklit edilmesinden ziyade belleğe kodlanması, üzerinde değişiklikler yapılabilmesi ve gerektiği zaman hatırlanması gibi bilişsel süreçleri kapsamaktadır (Bayrakçı, 2007, s.199). Bu sebeple sosyal öğrenme bilişsel, davranışsal ve çevresel tüm faktörlerin karşılıklı etkileşimi sonucunda ve sosyal bağlamda gerçekleşmektedir.

Bandura, gözlem yoluyla öğrenme sürecinde üç tür farklı modele dikkat çekmektedir (Bandura, 2006'dan aktaran Tatlıoğlu, 2021, s.23):

- Canlı model; davranışı sergileyen model gerçek bir kişidir.
- Sembolik model; davranışı sergileyen kurgusal bir karakter veya kişidir.
- Sözlü direktifler; canlı veya sembolik bir model gösterilmeden, davranışı yönlendirmek üzere yapılan açıklamalardır.

Sosyal öğrenme kuramının dayandığı temel ilkeler arasında karşılıklı belirleyicilik, sembolleştirme kapasitesi, dolaylı öğrenme kapasitesi, öngörü kapasitesi, öz düzenleme kapasitesi, öz yargılama kapasitesi ve öz yeterlik yer almaktadır (Bandura, 1989).

3.2.1.2.1. Karşılıklı belirleyicilik

Öğrenme “çevre, kişisel faktörler ve davranış” unsurlarının karşılıklı etkileşimiyle açıklamaktadır. İnsanlar içinde bulunduğu sosyal çevre ile etkileşim halindedir. Bandura'ya göre insanlar kendi çevrelerinin hem ürünü hem de üreticisi konumundadır. Kişinin düşünceleri, hisleri, inanışları, kişisel kabulleri ve istekleri davranışına yön vermektedir. Aynı zamanda sergilediği davranışlar da kişinin duygu ve düşüncelerini etkilemektedir. Bu karşılıklı belirleyicilik durumu, insanların deneyimlerini değerlendirebilmelerine ve yaşamlarını düzenlemelerine imkân sağlamaktadır (Bayrakçı, 2007, s.204).

3.2.1.2.2. Sembolleştirmek kapasitesi

İnsanlar çevresinde olup bitenleri ve deneyimlerini semboller aracılığıyla anlamlandırmaktadır. Semboller düşüncenin aracı olarak hizmet etmektedir. Kişinin sembolleştirme kapasitesi hangi çevresel olayların gözlemleneceğini, bunlara ne anlam yükleneceğini, kalıcı etkiler bırakıp bırakmayacağını, hangi duygusal etkiye ve motive edici güce sahip olacağını ve aktardıkları bilgilerin gelecekte kullanılmak üzere nasıl düzenleneceğini belirlemektedir (Bandura, 1989, s.11).

3.2.1.2.3. Dolaylı öğrenme kapasitesi

Sosyal öğrenme kuramında önemli ölçüde vurgulanan bir başka ilke insanların dolaylı öğrenme kapasitesidir. Çoğu sosyal öğrenme, kasıtlı veya kasıtsız olarak, başkalarının gerçek davranışlarını ve onlar için sonuçlarını gözlemleyerek gerçekleşir. Bunun yanında farklı davranış kalıplarına dair pek çok bilgi, sözel veya görsel yollarla oluşturulmuş sembolik modellerden elde edilmektedir. Bu modellenmiş düşünce veya davranış kalıplarından yararlanarak, gözlemciler yakın çevrelerinin sınırlarını aşabilmekte; kendi bilgi ve becerilerini geliştirebilmektedir (Bandura, 1989, s. 21-23).

3.2.1.2.4. Öngörü kapasitesi

İnsanlar ileriye dönük eylemlerinin olası sonuçlarını tahmin ederek arzu edilen sonuçları üretmesi muhtemel olan davranışları sergilemektedir. Bu noktada kendi deneyimlerinden olduğu kadar başkalarının başarılarından ve hatalarından yararlanmaktadır. Başkalarının davranışlarının sonuçlarını gözlemleyerek, benzer şekilde davranmanın benzer sonuçlar doğuracağını öngörebilmekte ve kendi davranışlarını bu doğrultuda planlamaktadır (Bandura, 1989, s.39).

3.2.1.2.5. Öz-düzenleme kapasitesi

İnsanların kendi davranışlarını inceleme, kendi kriterleriyle karşılaştırma, hükme varma ve gerekirse davranışlarını kriterlerine uygun hâle getirme kapasitesini ifade etmektedir. İnsan davranışları yalnızca dışsal ödül ve cezaların bir ürünü olarak ortaya çıkmamaktadır. İnsanların davranışlarına rehberlik eden dışsal yaptırımların kademeli olarak içsel yönetim mekanizmalarına devredildiği bildirilmektedir. Böylelikle kişinin kendi talepleri, motive edici ya da caydırıcı unsur haline gelmektedir. Psikososyal işlevselliğin içsel ve dışsal etki kaynaklarının etkileşimi tarafından düzenlendiği savunulmaktadır (Bandura, 1989, s.47).

3.2.1.2.6. Öz-yargılama kapasitesi

Öz yargılama, insanların kendi kapasitesi hakkında düşünmesi, deneyimlerini analiz etmesi, hislerini anlamlandırması, yargıda bulunması ve kendisini yansıtmaya yeteneği olarak ifade edilmektedir. İnsanlar yansıtmaya yoluyla kendileri ve çevrelerindeki dünya hakkında genel bir anlayış kazanmakla kalmayıp, düşüncelerini değerlendirebilmekte ve değiştirebilmektedir (Bandura, 1989, s.58). Bu noktada kişilerin yaşamını etkileyen olaylar üzerindeki kontrolüne ilişkin inanış düzeyi **öz-yeterlik** olarak adlandırılmaktadır. Öz-yeterlik düzeyi yüksek olan kişiler, karşılaştıkları zorluklara yönetilmesi ve başa çıkılması gereken durumlar olarak bakmaktadır. Bu bakış açısı,

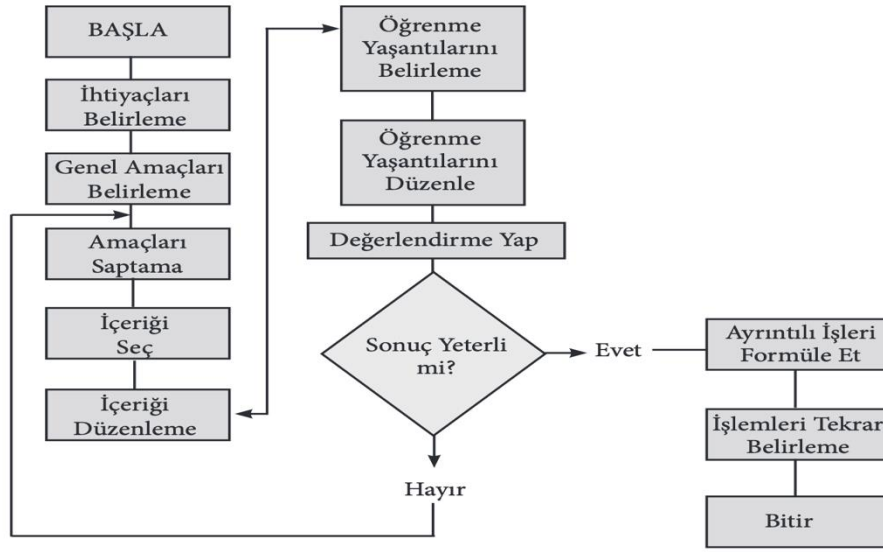
kişilerin etkinliklere gerçek bir ilgi ve derin bir konsantrasyon ile katılmasını sağlamaktadır. Öte yandan, öz-yeterlik düzeyi düşük olan kişiler ise zor durumlardan kaçınmakta ve uzaklaşmaktadır. Gerçekleştirmek istedikleri hedeflere karşı daha az istek ve azim gösterdikleri bildirilmektedir (Bayrakçı, 2007, s.206).

Bahsedilen bu ilkeler doğrultusunda, katılımcıların ihtiyaçlarına ve öğrenme özelliklerine uygun içerikler seçilmiştir. Sohbet ortaklarının afazili yakınlarıyla yaşadıkları iletişim sorunlarının kaynağını fark etmeleri, etkili iletişim stratejilerini öğrenmeleri ve en nihayetinde kendileri için uygun olan çözüm yollarını keşfetmeleri desteklenmiştir.

3.2.2. Program geliştirme modeli

Program geliştirme uzmanları, program geliştirme çalışmalarına başlamadan önce genel bir program tasarısı hazırlamayı önermektedir. Böylece geliştirilecek eğitim programının hangi öğelerden oluşacağı, hangi sorulara cevap vereceği, bireylere ne tür bilgi, beceri, tutum ve değerler kazandıracığı belirlenmektedir (Adıgüzel, 2020, s. 186). Andragojik ilkelerle hazırlanan eğitim programının her aşamasında katılımcılar ve eğitici yoluyla ortak planlamaya açık bir işleyiş izlenmiştir.

Bir sonraki adım olarak program geliştirme, hazırlanmış bir programın araştırmacı bir yaklaşımla uygulama esnasında geliştirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Varış, 1996, s.16). Program geliştirme sürecinde kılavuz bir model kullanmanın verimliliği artıracığı düşünülmektedir. Bu sebeple mevcut çalışmada bireysel ihtiyaçlara odaklanmaya imkân tanınması, sadece süreç sonunda değil sürecin başı ve akışı olmak üzere birçok defa değerlendirme yapmaya ve dönüşüme izin vermesi ve yetişkin eğitimi programlarındaki kullanışlılığı nedeniyle Taba-Tyler program geliştirme modeli (Bkz. Şekil 3.3) tercih edilmiştir.



Şekil 3. 3. Taba-Tyler Program Geliştirme Modeli (Demirel, 2010)

3.2.2.1. İhtiyaç Belirleme

İhtiyaçların belirlenmesi program geliştirme çalışmasının ilk basamağını oluşturmaktadır. Programın hazırlanması için bir program ihtiyacının ortaya çıkması; bu ihtiyacın uygun şekilde karşılanabilmesi için ise gerçek ihtiyacın ne olduğunun belirlenmesi gerekmektedir (Demirel, 2010, s.74). İhtiyaç analizi yoluyla toplanan verilere dayanarak uygun eğitim hedefleri oluşturulmaktadır. Bu doğrultuda afazili hastaların sohbet ortaklarının yaşadıkları sorunları belirlemek ve inme sonrasındaki süreçte ortaya çıkan ihtiyaçlarını bireysel deneyimleri üzerinden keşfetmek amacıyla kapsamlı bir ihtiyaç belirleme çalışması yürütülmüştür.

3.2.2.1.1. İhtiyaç belirleme çalışmasının yöntemi

İhtiyaç belirleme çalışmasının deseni

Bu çalışma nitel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik desen kullanılarak tasarlanmıştır. Fenomenolojik desen, tümüyle yabancı olmadığı aynı zamanda da tam anlamını kavrayamadığımız olguları araştırmak için uygun bir araştırma zemini oluşturmaktadır. Nitel araştırmanın doğası gereği kesin ve genellenebilir sonuçlar ortaya koymasa da bir olguyu daha iyi tanımamızı sağlayacak yaşantılar, açıklamalar ve örnekler sunmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Yapılan çalışmada afazili hastaların sohbet ortaklarının, yakınlarının afazili olması durumunu nasıl yaşadıkları ve bu süreçte nelere ihtiyaç duydukları kendi benzersiz deneyimleri üzerinden keşfedilmiştir.

İhtiyaç belirleme çalışmasının örnekleme

Nitel araştırmalarda örneklem seçimi, bir evrende olması muhtemel olası çeşitlilik, zenginlik, farklılık ve aykırılıkları dahil edecek bütüncül bir resim oluşturmaya hizmet etmektedir (Goetz ve LeCompte, 1993) Dolayısıyla seçilen örneklem üzerinden evrene genelleme yapmak yerine çalışılan konuyu derinlemesine ve tüm olası detaylarıyla incelemek amaçlanmaktadır. Nitel araştırma geleneği içinde amaçlı örnekleme yöntemleri kullanılmaktadır. Başlıca amaçlı örnekleme yöntemleri: maksimum çeşitlilik örnekleme, benzeşik örnekleme, tipik durum örnekleme, kritik durum örnekleme, aşırı veya aykırı durum örnekleme, kolay ulaşılabilir durum örnekleme, doğrulayıcı veya yanlışlayıcı örnekleme, kartopu örnekleme ve ölçüt örnekleme şeklinde sıralanmaktadır (Patton, 1987'den aktaran Yıldırım ve Şimşek, 2016, s.118). Yapılan çalışmada amaçlı örnekleme yöntemlerinden **'ölçüt örnekleme'** yöntemi kullanılmıştır. Bu örnekleme yöntemindeki temel anlayış, araştırmacı tarafından önceden belirlenmiş bir dizi kriteri karşılayan kişilerin ve durumların çalışılmasıdır. Bu sayede araştırılan fenomene yönelik deneyimlere sahip kişileri temsil eden bir örneklem oluşturulmaktadır.

Çalışmaya dahil etme kriterleri arasında hastaların tutuk afazi tanısı almış olması, inmenin üzerinden geçen sürenin en az 3 ay olması, Afazi Dil Değerlendirme (ADD) Testinin İşitsel alt testinden en az 33 puan almış olması ve anadilinin Türkçe olması bulunmaktadır. Hasta yakınlarının ise hastanın düzenli sohbet ortağı olması, 18 yaşından büyük olması, anadilinin Türkçe olması ve gönüllü olması beklenmektedir. Bu doğrultuda Eskişehir ilinde Anadolu Üniversitesi bünyesinde Dil ve Konuşma Bozuklukları Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi (DİLKOM) aracılığıyla hasta ve hasta yakınlarına ulaşılmıştır. Bunun yanında Eskişehir Şehir Hastanesi ve Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesinde görev yapan dil ve konuşma terapistleri ile görüşülmüştür. Bu kurumlar aracılığıyla gereken katılımcı sayısına ulaşılmıştır. Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğüne ilişkin Creswell (2013, s.159) gözden geçirdiği birçok nitel araştırmadan yola çıkarak fenomenoloji çalışmalarına 3 ile 10 arasında kişiyi dahil etmek gerektiğini bildirmiştir. Bunun yanında veri doygunluğuna ulaşıldığında ve yeni verilerin toplanmasıyla ilgili yeni bakış açıları ve özellikler ortaya çıkmadığında veri toplama süreci sonlandırılmıştır.

Belirlenen kriterler çerçevesinde çalışmaya dahil edilen afazili hastalara ilişkin betimleyici istatistikler Tablo 3.1'de sunulmuştur. Tablo 1 incelendiğinde 7 erkek ve 3 kadın olmak üzere toplamda 10 tane tutuk afazili hastaya ulaşılmıştır. Hastaların inne

geçirmelerinin üzerinden geçen süre 4 ile 48 ay arasında çeşitlilik göstermektedir. Hastaların toplam yaş ortalamasının 58 olduğu görülmektedir. Bunun yanında değişen sürelerle terapi almış veya almakta oldukları bildirilmiştir.

Tablo 3. 1. *Afazili Hasta Katılımcıların demografik özellikleri*

Hasta	Yaşı	Cinsiyeti	İnme Üzerinden Geçen Süre	Afazi Türü	ADD Testi İşitsel Anlama Puanı	Terapi Durumu
Hasta 1	48	Erkek	10 ay	Tutuk	66	5 aydır almakta
Hasta 2	61	Kadın	4 ay	Tutuk	34	2 seans aldı
Hasta 3	75	Kadın	6 ay	Tutuk	44	1 aydır almakta
Hasta 4	64	Erkek	18 ay	TKM	44	4 aydır almakta
Hasta 5	63	Erkek	17 ay	Tutuk	60	Almıyor (2 seans almış)
Hasta 6	63	Erkek	10 ay	Tutuk	38	Almıyor (4 seans almış)
Hasta 7	35	Kadın	5 ay	Tutuk	36	1 aydır almakta
Hasta 8	59	Erkek	6 ay	TKM	50	1 aydır almakta
Hasta 9	64	Erkek	8 ay	Tutuk	36	2 aydır almakta
Hasta 10	49	Erkek	48 ay	Tutuk	66	1 yıl süreyle almış

Çalışmaya dahil edilen hasta yakını katılımcılara ait betimleyici istatistiklere Tablo 3.2’de yer verilmiştir. Hasta sayısı ile paralel olarak toplamda 10 tane hasta yakınına ulaşılmıştır. Hasta ile aralarındaki yakınlık derecesi bakımından olabildiğince çeşitliliğe gidilmiştir. Bu sayede daha kapsamlı veri toplamak amaçlanmıştır. Hasta yakınlarının toplam yaş ortalamasının 48 olduğu ve eğitim düzeylerinin oldukça farklılaştığı görülmektedir.

Tablo 3. 2. *Hasta yakını katılımcıların demografik özellikleri*

Hasta Yakını	Yaşı	Cinsiyeti	Sohbet ortağı yakınlık derecesi	Eğitim Durumu
Katılımcı 1	42	Kadın	Eşi	Üniversite mezunu
Katılımcı 2	38	Kadın	Kızı	İlkokul mezunu
Katılımcı 3	24	Kadın	Torunu	Üniversite mezunu
Katılımcı 4	56	Kadın	Eşi	İlkokul mezunu
Katılımcı 5	56	Kadın	Eşi	Ortaokul mezunu
Katılımcı 6	54	Kadın	Eşi	İlkokul mezunu
Katılımcı 7	60	Kadın	Annesi	Okuma-yazma bilmiyor
Katılımcı 8	56	Kadın	Eşi	İlkokul mezunu
Katılımcı 9	56	Kadın	Eşi	Ortaokul mezunu
Katılımcı 10	46	Kadın	Eşi	Lise

İhtiyaç belirleme çalışmasının veri toplama araçları

Yapılan araştırmada katılımcıların inme sonrasındaki süreçte yaşadıkları zorlu deneyimleri ve gereksinimlerini belirlemek amacıyla afazili hastaların sohbet ortaklarıyla

yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bireysel görüşmeleri gerçekleştirmeden önce birtakım hazırlıklar yapmak gerekmektedir ve bu süreç belirli aşamalardan oluşmaktadır. Creswell (2013, s.166-168) veri toplama sürecinde takip edilen basamakları Şekil 3.4’te gösterildiği şekliyle derlemiştir.



Şekil 3. 4. *Bireysel görüşmelere hazırlık süreci*

Şekil 3.4’te görüldüğü gibi ilk aşamada bireysel görüşmelerde kullanılacak görüşme soruları yazılmıştır. Görüşme soruları hazırlanırken literatürde önerilen bazı bilimsel ilkeler göz önünde bulundurulmuştur. Creswell (2013) çalışılan fenomenin anlaşılmasına odaklanan 5 ile 7 arasında açık uçlu sorunun, görüşme yapılan bireylerin anlayacağı şekilde ifade edilmesi gerektiğini bildirmiştir. Sadece soyut fikirleri ortaya çıkaracak sorular yöneltmek yerine belirli olaylar, eylemler ve örnekler üzerine sorulan soruların epizodik hafızayı harekete geçireceği ve kişisel deneyimleri açığa çıkaracağı bildirilmiştir (Maxwell, 2018). Bu bağlamda görüşme sorularının açık ve anlaşılır bir dille yazılmasına ve sayısına dikkat edilmiştir. Afazili hastaların sohbet ortaklarının yaşadığı zorlukları anlamak ve bu süreçte doğan ihtiyaçlarını belirlemek için 3 temel ve 2 alt sorudan oluşan görüşme soruları yazılmıştır. Hazırlanan sorulara ilişkin iki alan uzmanından yüz yüze görüşler alınmış, sorular birlikte tartışılarak gerekli görülen yerler

yeniden düzenlenmiştir. Görüş alınan uzmanlar, nitel araştırma yürütme ve afazi konusunda bilgi ve deneyim sahibi öğretim üyeleridir.

Görüşme türü olarak yarı yapılandırılmış ve yüz yüze görüşmeler tercih edilmiştir. Farklı kaynaklarda (Patton, 1987’den aktaran Yıldırım ve Şimşek, 2016, s.132) standartlaştırılmış açık uçlu görüşme olarak adlandırılan bu yaklaşım, belirli bir sırada hazırlanmış bir dizi sorunun katılımcılara aynı tarzda ve sırada sorulmasını gerektirmektedir. Görüşmeler sırasında önceden hazırlanan sorulara sadık kalınarak daha ayrıntılı bilgi alma amacıyla zaman zaman ek sorular sorulmuştur. Görüşmeleri kayıt altına almak için ses kayıt özelliği olan 2 ayrı cep telefonu, kâğıt ve kalem kullanılmıştır. Yüz yüze görüşmeleri gerçekleştirmeden önce katılımcılara ait demografik bilgileri elde etmek için “Hasta ve Sohbet Ortağı Kişisel Bilgi Formu” (EK-1) ve onların görüşmeye katılım rızalarını alabilmek için “Gönüllü Katılım Formu” (EK-2) hazırlanmıştır.

Bireysel görüşmelerde kullanılacak görüşme sorularının istendiği gibi işe yarayıp yaramadığına karar vermek için görüşülmesi planlanan katılımcılara mümkün olduğunca benzeyen kişilerle pilot uygulama yapılması önerilmektedir (Maxwell, 2018, s.101). Bu doğrultuda ana araştırmanın öncesinde ön çalışma yapılarak araştırmacının görüşme becerilerinin geliştirilmesi, önyargı düzeyinin belirlenmesi ve görüşme sorularının netleştirilmesi hedeflenmiştir. Bu durum ana görüşmelerin sorunsuz bir şekilde yürütülmesine imkân sağlamıştır. Araştırmacı pilot görüşmeleri gerçekleştirebilmek için Ankara ili Başkent Hastanesi Dil ve Konuşma Terapisi Kliniğinde çalışan bir uzmanla görüşmüş ve sürece katılmaya gönüllü 6 hasta yakını belirlemiştir. Katılımcı seçiminde hastaların tutuk afazi tanısı almış olmalarına dikkat edilmiştir. Pilot görüşmelere katılan hasta ve hasta yakınlarına yönelik demografik bilgiler Tablo 3.3’te gösterilmiştir.

Tablo 3. 3. Pilot görüşmelere katılan hasta ve hasta yakını katılımcıların demografik özellikleri

Hasta				Hasta Yakını		
Cinsiyet	Yaş	İnme Üzerinden Geçen Süre		Cinsiyet	Yaş	Yakınlık Derecesi
1	Erkek	61	7 Ay	Kadın	50	Eşi
2	Erkek	57	6 Ay	Kadın	26	Kızı
3	Erkek	58	18 Ay	Kadın	54	Eşi
4	Erkek	59	15 Ay	Kadın	57	Eşi
5	Erkek	52	17 Ay	Kadın	76	Annesi
6	Erkek	57	21 Ay	Erkek	62	Kardeşi

Pilot görüşmeler, COVID-19 pandemi tedbirleri gereğince telefon görüşmesi şeklinde yapılmıştır ve arama kayıt programı (Cube ACR) kullanılarak kaydedilmiştir. Görüşme sorularına başlamadan önce, katılımcıların demografik bilgileri ve katılım onayları sözlü olarak alınmıştır. Araştırmanın amacı tekrar hatırlatılarak görüşmelerde ses kaydı alınacağı bilgisi verilmiştir. Her bir katılımcıyla ortalama 30 dakika süren görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı her görüşme sonunda tüm konuşulanları özetleyerek katılımcı tarafından teyit edilmesini sağlamıştır. Bu sayede anlaşılmayan noktalar açıklığa kavuşturulmuş ve katılımcıya deneyimini daha derinlemesine aktarma fırsatı sunulmuştur. Yapılan pilot görüşmelerin sonunda, katılımcıların afazinin ve eş zamanlı gerçekleşen inmenin yol açtığı sonuçları birbirinden ayıramadığı görülmüştür. Bu durum görüşme sorularının spesifik olarak afaziye ve iletişim ihtiyaçlarını vurgulaması gerektiği ile ilgili fikir vermiştir. Ayrıca hasta yakınlarının yaşadığı zorlukların hangi durum ve koşullara göre değiştiğini anlamak ve ihtiyaçlarını keşfetmek için görüşme soruları genişletilmiştir. “Bu süreci sizin için kolaylaştıran faktörler nelerdir?” ve “Bu süreci sizin için zorlaştıran faktörler nelerdir?” soruları eklenerek 5 temel ve 2 alt soru olacak şekilde toplamda 7 soru belirlenmiştir. Görüşme sorularının belirlenmesiyle beraber ana çalışmada kullanılmak üzere “*Görüşme Formu*” (EK-3) oluşturulmuştur. Formun giriş bölümünde katılımcıyı aydınlatmak amacıyla görüşmenin amacı, araştırma problemiyle ilişkili olarak açıklanmıştır. Bunun yanında görüşme sürecine ilişkin gerekli bilgilere ve görüşme sorularına yer verilmiştir. Böylece katılımcıların kendilerini rahat hissetmeleri ve görüşme sürecine ısınmaları amaçlanmıştır.

İhtiyaç belirleme verilerinin toplanması

Afazili hastaların sohbet ortaklarının yaşadıkları güçlükleri ve gereksinimleri belirleme amacıyla hasta yakınlarıyla yüz yüze yapılan bireysel görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmelere ilişkin özet bilgiler Tablo 3.4’te yer almaktadır. Tablo 3.4’te görüldüğü gibi toplamda 10 katılımcı ile ortalama 37 dakika süren bireysel görüşmeler gerçekleştirilmiş ve ses kayıtları tutulmuştur. Ortam olarak araştırmacı ile katılımcının baş başa kalabileceği, rahatsız edici durumlardan yalıtılmış sessiz yerler seçilmiştir. Görüşmelere başlamadan önce her bir katılımcıya araştırmanın amacı, görüşmenin yaklaşık olarak ne kadar sürebileceği, görüşmede kullanılan ses kayıt cihazının ne amaçla kullanılacağı, görüşmelerden elde edilen verilerin gizli tutulacağı hakkında bilgi verilmiştir. Nitelikli bir görüşme süreci gerçekleştirebilmek için Yıldırım

ve Şimşek (2016) tarafından önerilen görüşme prosedürleri dikkate alınmıştır. Bu kapsamda görüşme soruları sorulurken sorgulayıcı bir tutumdan ziyade katılımcıları bilgi vermeye davet eden yansız bir konuşma dili kullanmaya özen gösterilmiştir. Zaman zaman soruların akışında gerekli değişiklikler yapılmıştır. Ayrıca katılımcıları teşvik edici sözel ve sözel olmayan geri bildirimler kullanmaya özen gösterilmiştir. Kullanılan görüşme formu, araştırmacının görüşmeyi bilinçli bir şekilde kontrol etmesini ve amacına uygun sürdürmesini oldukça kolaylaştırmıştır. Araştırma sorularına yanıt olabilecek kavramlar tekrar etmeye başladığında veri doygunluğuna ulaşılmış ve görüşmeler herhangi bir aksaklık yaşanmadan sonlandırılmıştır.

Tablo 3. 4. *Yüz yüze görüşmelere ilişkin özet bilgiler*

Görüşme Yapılan Katılımcı	Tarih	Süre	Ortam	Araç - Gereçler
Katılımcı 1	10.12.2021	22 dakika	Hasta yakının ofisinde	
Katılımcı 2	11.03.2022	27 dakika	Hastanede dinlenme odasında	
Katılımcı 3	25.04.2022	32 dakika	Hastane bahçesinde	2 Ses
Katılımcı 4	27.12.2021	32 dakika	DİLKOM'da terapi odasında	Kayıt
Katılımcı 5	10.09.2021	79 dakika	Hastanın evinde	Cihazı
Katılımcı 6	19.09.2021	41 dakika	Hastane bahçesinde	Defter
Katılımcı 7	07.03.2022	35 dakika	Hastane bahçesinde	Kalem
Katılımcı 8	11.03.2022	25 dakika	Hastane dinlenme odasında	
Katılımcı 9	27.22.2021	50 dakika	Hastanın evinde	
Katılımcı 10	25.08.2021	27 dakika	Hastanın evinde	

İhtiyaç belirleme çalışmasının geçerlik ve güvenirliği

Nitel araştırmalarda geçerlik, bulguların doğruluğu açısından araştırmacının kontrolünü ifade ederken; nitel güvenirlik, araştırmacının yaklaşımının tutarlılığını işaret etmektedir (Creswell, 2019). Guba ve Lincoln nitel araştırmalarda geçerlik-güvenilirlikten ziyade inandırıcılık (trustworthiness) olması gerektiğine dikkat çekmiş ve bazı kriterler belirlemiştir. Guba ve Lincoln (1982) tarafından belirlenen kriterler inanılabilirlik (*credibility*), aktarılabilirlik (*transferability*), güvenilebilirlik (*dependability*) ve teyit edilebilirlik (*confirmability*) olmak üzere dört ana başlık altında toplanmıştır. Altın standart olarak literatürde yerini alan bu kriterler ve çalışmada kullanılan ilgili yöntemler Tablo 3.5'te sunulmuştur. Nitel çalışmaların 'inandırıcılığını' kanıtlamak adına bu yöntemlerin çoklu bir şekilde kullanılması tavsiye edilmektedir.

Tablo 3. 5. *Araştırmanın inandırıcılığı için kullanılan yöntemler (Başkale, 2016'dan uyarlanmıştır)*

Faktör	Nitel versiyon	Yöntemler
İç geçerlik	İnanılrlılık: Sonuçlar inandırıcı mı?	Uzun süreli etkileşim Araştırmacı önyargılarını azaltma Katılımcı teyidi Uzman incelemesi
Dış geçerlik	Aktarılabirlik: Sonuçlar diğer kişi ve durumlara aktarılabir mi?	Amaçlı örneklem Ayrıntılı betimleme Literatür
Güvenirlik	Güvenilebilirlik: Çalışma benzer koşullarda benzer katılımcılarla tekrarlandığında sonuçlar benzer mi?	Araştırma yöntemlerinin ayrıntılı tanıtımı Başka bir araştırmacının verilerin analiz sürecinde yer alması
Objektiflik	Teyit edilebilirlik: Önyargılar azaltılarak objektiflik artırıldı mı?	Teyit incelemesi

Geçerlik

Nitel araştırmalarda iç geçerlik kavramı, “inanılrlılık” olarak adlandırılmaktadır. Mevcut araştırmanın inanılrlılığını artırmada kullanılan yöntemlerden ilki uzun süreli etkileşimdir. Ayrıntılı ve derinlemesine bilgi toplamak amacıyla hasta yakınlarıyla yapılan yüz yüze görüşmelerin yanı sıra katılımcılar olabildiğince doğal ortamlarında ziyaret edilmiş ve gözlemlenmiştir. Gerekli durumlarda birden fazla ziyaret gerçekleştirilmiştir. Örneğin hastanede yatmakta olan bazı katılımcılar taburcu olduktan sonra evlerinde ziyaret edilmiş ve tekrarlı görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Böylece araştırmacı ve veri kaynağı arasındaki etkileşim mümkün olduğunca geniş bir zamana yayılmıştır. Çalışmanın inanılrlılığını artırmak için kullanılan bir diğer yöntem ise katılımcı teyididir. Görüşme sonunda araştırmacı tüm konuşulanları özetleyerek katılımcılar tarafından teyit edilmesini istemiştir. Bu sayede, katılımcılar deneyimlerine yönelik çıkarılan sonuçları onaylayabilmekte veya değiştirebilmektedir. Son olarak yapılan çalışmayı özellikle metodolojik boyutuyla incelemesi amacıyla nitel araştırma yöntemleri konusunda uzmanlaşmış bağımsız bir araştırmacı tarafından uzman incelemesi yapılmıştır. Eleştirel bir gözle bakılarak sağlanan geri dönütler ışığında araştırma süreçleri düzenlenmiştir.

Nitel araştırmalarda dış geçerlik kavramı ise “aktarılabirlik” olarak adlandırılmaktadır. Yapılan çalışmada aktarılabirliği sağlamak üzere alanyazında önerilen iki yöntem kullanılmıştır: amaçlı örnekleme ve ayrıntılı betimleme. Örnekleme meselesinin özellikle genellenebilirlikle ilgili olduğu ve genellenebilirlik eksikliğinin çalışma sonuçlarının geçerliğini ciddi bir şekilde bozduğu bilinmektedir (Maxwell, 2018). Bu sebeple çalışmada amaçlı örneklem seçimi yapılmıştır. Böylece seçilen

katılımcı grubunun tipikliği ve temsil edebilirliği temin edilmiştir. Örneklem seçimi ve veri toplama süreçleri ayrıntılı bir şekilde okuyucuya tanıtılmıştır. Verilerin aktarımında detaylı betimlemeler yapılarak sonuçlar daha gerçekçi ve zengin bir biçimde sunulmuştur.

Güvenirlilik

Çalışmada verilerin “güvenilebilirliğini” sağlamak adına, analiz sürecinde birden fazla araştırmacıya yer verilerek çeşitlemeye gidilmiştir. Veriler alan dışından başka bir bağımsız kodlayıcı tarafından eş zamanlı olarak kodlanmıştır. İki kodlayıcı arasındaki tutarlılık oranı %82 olarak belirlenmiştir. Sonrasında kodlayıcılar bir araya gelerek temalar yeniden düzenlenmiş ve total uzlaşma sağlanmıştır. Araştırmacı, nitel verileri toplama ve analiz etme süreçlerinde tutarlı bir yaklaşım sergilemek amacıyla görüşmeler sırasındaki tüm gözlemlerini ve sürecin detaylarını araştırmacı günlüğüne kaydetmiştir. Görüşmelerde ve saha notlarında birbirleriyle ilişkili olan tüm bulguları bütünleştirerek analiz etmiştir.

Araştırmacı Kütahya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından düzenlenen Nitel Araştırma Yöntemleri Kursu’na katılmıştır. Ayrıca sözel olarak aktarma ve yazılı dokümanları paylaşma yoluyla teyit incelemesi çalışmalarını gerçekleştirmiştir. Teyit incelemesini yapmak üzere nitel araştırma yöntemleri konusunda bilgi ve deneyime sahip bir alan uzmanına ve danışman öğretim üyesine tüm veri toplama araçları, ham veriler ve analiz aşamasında yapılan kodlamalar gönderilmiştir. Bu incelemenin amacı, araştırmacının ulaştığı sonuçların ham verilerle karşılaştırılarak dışarıdan bir uzman tarafından değerlendirilmesidir. Böylece ulaşılan sonuçların araştırmacıdan bağımsız olduğu, dolayısıyla başka bir araştırmacı tarafından tekrar edildiğinde benzer sonuçlara ulaşılacağı varsayılmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

İhtiyaç belirleme çalışmasında araştırma etiği

Araştırma etiği gereğince araştırmacının etik ilke ve değerlere saygı göstererek araştırmayı başlatması ve sürdürmesi beklenmektedir. Nitel araştırma geleneği içinde, etik kavramı bazı anlamsal farklılıklara uğramaktadır. Nitekim nitel araştırmacılar olay ve olguları yapay deneysel ortamlar yerine doğal ortamlarda keşfetmeye ve incelemeye odaklanmaktadır. Araştırmacının kendi başına veri toplama aracı olarak rol aldığı bu süreçte, katılımcılar ile kurduğu iletişim ve etkileşim önem kazanmaktadır (Orb, Eisenhauer ve Wynaden, 2000; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Yapılan çalışmada araştırmacı ve katılımcılar arasında eşit, şeffaf ve karşılıklı etkileşime dayalı bir ilişki kurulmaya çalışılmıştır. Nitel araştırma görüşmeleri insanın varoluşunu detaylı bir şekilde

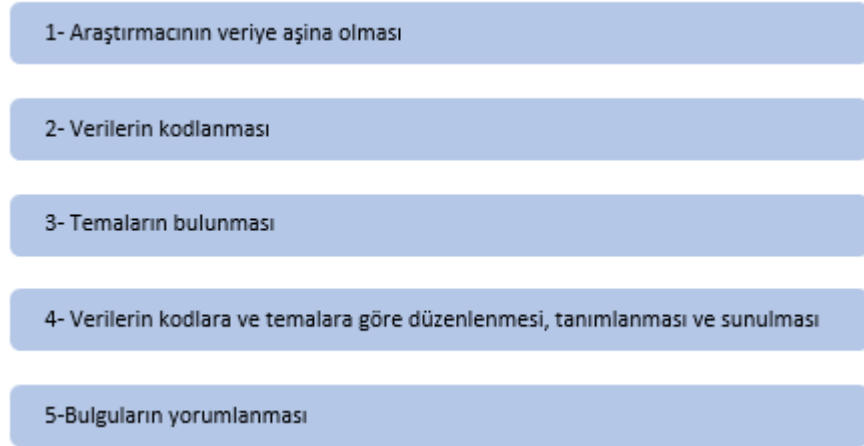
sorgulamaya, öznel deneyimlere erişim sağlamaya ve insan yaşamının mahrem yönlerini tanımlamaya olanak tanımaktadır (Brinkmann ve Kvale, 2005). Bu sebeple yapılan çalışmada verilerin özenle toplanmasına, sistematik bir şekilde analiz edilmesine ve sonuçlar yazılırken verilere sadık kalınmasına dikkat edilmiştir. Verileri raporlama sürecinde katılımcıları deşifre eden herhangi bir bilgiye yer verilmemiştir. Gizliliği korumak adına katılımcılara numara verilerek kod isim oluşturulmuştur.

Mevzuat etiği gereğince araştırmacı çalışmaya başlamadan önce üniversitesinin Etik Araştırma Komisyonu'na araştırma önerisi teslim etmiş ve çalışmanın gerçekleştirilebileceğine ilişkin gerekli izinleri almıştır. Alınan izin yazısı EK-4'te yer almaktadır. Araştırmacı çalışmasını gerçekleştireceği kurumlarda izleyeceği süreci yazılı ve sözlü olarak paylaşarak bu kurumlardan gereken izinleri almıştır. Ayrıca araştırmanın katılımcıları bilinçli ve gönüllü olarak bu araştırmada yer almayı kabul etmiştir.

İhtiyaç belirleme verilerinin analizi

Nitel verilerin analizi sürecinde titizlikle uyulması gereken birtakım yöntemler bulunmaktadır. Alanyazında kullanılan yöntemlerin belirli bir standardı olmamakla birlikte nitel veri analizinde bulunması gereken temel unsurlardan söz edilmektedir. Bunlar: verilerin hazırlanması, kodlanması, kodların geniş kategoriler veya temalar altında birleştirilmesi ve bir tartışma halinde okuyucuya sunulması şeklinde sıralanmaktadır (Creswell, 2013, s.182). Nitel analizle ilgili süreçler, temel unsurları barındırdığı sürece araştırma soruları ve verilerin gerektirdiği ölçüde esnetilebilmektedir. Ayrıca analiz, bir aşamanın tamamlanıp diğerine geçildiği doğrusal bir süreç olmaktan ziyade aşamalar arasında gerektiğinde ileri geri hareket edilen tekrarlı ve döngüsel bir süreçtir (Braun ve Clarke, 2019).

Yapılan araştırmada verilerin analizi için ***“içerik analizi”*** yöntemi kullanılmıştır. İçerik analizinde temel amaç toplanan verileri açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmaktır. Kavramlar bizim olguları anlamamıza ve bu olgular üzerinde etkili düşünebilmemize yardımcı olmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Bu doğrultuda bireysel görüşmeler yoluyla toplanan veriler üzerinde kavramsal kodlama yapılmış ve ortaya çıkan kodlara göre belirli temalara ve sonuçlara ulaşılmıştır. Verilerin kodlanması, temaların ortaya çıkarılması, nitel verilerin sayısal analizi ve bulguların görsel olarak sunulması süreçlerinde Microsoft Office Word programından ve MAXQDA 2020 veri analizi yazılımından faydalanılmıştır. Verilerin analizinde izlenen aşamalar Şekil 3.5'te gösterilmektedir.



Şekil 3. 5. *Verilerin analizinde izlenen aşamalar*

Aşama 1: Araştırmacının veriye aşına olması

İlk aşamada araştırmacının baştan sona içeriğe ve bağlama aşına olacak düzeyde veriye yoğunlaşması hayati önem taşımaktadır. Yoğunlaşma genellikle anlamları, örüntüleri vb. bulmak amacıyla verilerin etkin bir şekilde tekrar tekrar okunmasını gerektirmektedir (Braun ve Clarke, 2019). Yapılan çalışmada araştırmacı verileri bizzat kendisi topladığı için analize, verilere dair bazı ön bilgilerle ve fikirlerle başlamıştır. Sonrasında sözlü verileri ses kayıt cihazından dinleyerek yazıya dökmüştür. Tüm sözlü verileri titizlikle “kelimesi kelimesine” deşifre etmiştir. Bu aşamada kayıtlar ve yapılan dökümler tekrar tekrar dinlenerek ve okunarak verilere ilişkin daha kapsamlı bir anlayış geliştirilmiştir.

Aşama 2: Verilerin Kodlanması

Nitel veri analizi bağlamında kod, toplanan veriyi temsil etmek suretiyle ileride örüntüler saptamak, veriyi kategorize etmek, iddia ya da önerme geliştirmek amacıyla araştırmacının her bir veriye anlam vermek üzere ürettiği yapılardır (Saldana, 2022, s.4). Kodlama sırasında kullanılan kavramlar araştırmacının kendisinden, okuduğu alanyazından ya da verinin içinden doğrudan gelebilmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Mevcut çalışmada araştırmacı, verilerin analizine başlamadan önce alanyazında benzer konularda gerçekleştirilmiş bilimsel yayınları okumuş; yazdığı görüşme sorularını yeniden gözden geçirmiş ve genel bir kavramsal çerçeve oluşturmuştur. Bir yandan bu çerçeve içerik analizine yön verirken, öte yandan tümevarımcı bir anlayışla verilerin

incelenmesi sonucu yeni ve özgün kodlar ortaya çıkmıştır. Böylece geniş bir kod listesine ulaşılmıştır.

Çalışmanın güvenilirliğini sağlamak adına, veriler alan dışından başka bir bağımsız kodlayıcı tarafından eş zamanlı olarak kodlanmıştır. Öncelikle görüşmelerden elde edilen 60 sayfalık / 2175 satırlık yazılı ham veri eş kodlayıcıya gönderilmiştir. Eş kodlayıcının tüm veri setini birkaç defa okuyarak araştırmanın konusu ve amacı çerçevesinde verilere aşina olması sağlanmıştır. Sonrasında iki kodlayıcı arasında anlayış birliği oluşturabilmek için örnek bir veri seti birlikte kodlanmıştır. Araştırmacının alanyazın taramaları sonucunda elde ettiği kuramsal çerçeve göz önüne alınarak ve birlikte kodlanan veri setine dayanarak bir kod kitabı oluşturulmuştur (EK-5). Böylece kodlama sürecinde isabetli kararlar verebilmek için ortak bir dil geliştirilmiştir. Bu kod kitabı kullanılarak ikinci bir örnek veri seti daha birlikte kodlanmıştır. Kodların veriyi ne derece karşıladığına bakılarak gerekli durumlarda yeni kodlar oluşturulmuştur. Verilerin geri kalanı iki kodlayıcı tarafından bağımsız bir şekilde kodlanmıştır. Bağımsız kodlayıcılar tarafından kodlanan veri içeriklerinin uyumu dikkate alınarak, birbiriyle örtüşen ve örtüşmeyen kodlar oranlanmıştır. Sonuçta kodlayıcılar arası tutarlılık oranı %82 olarak hesaplanmıştır. Nitel araştırmacılar arasındaki bu tutarlılığın asgari bir yüzdesi olmamakla birlikte, Saldana (2022) tarafından uygun ölçüt olarak %80-90 arası tutarlılık sağlanması önerilmiştir. Kodlama güvenilirliğini artırmak adına, kodlayıcılar bir araya gelerek tüm kodlar üzerinde görüş birliği sağlamıştır.

Aşama 3: Temaların Bulunması

Nitel araştırmada temalar, ortak bir fikir oluşturmak için bir araya getirilmiş kodlardan oluşan geniş bilgi birimleridir. Analizin popüler bir biçimi olarak kodlanan verilerin 5 ile 7 tema altında sınıflandırılması önerilmektedir (Creswell, 2013, s.188). Temaların bulunması, kodları tekrar analiz ederek farklı kodların nasıl daha kapsayıcı bir tema oluşturabileceğine kafa yormayı (Braun ve Clarke, 2019) ve verileri ayıklayarak daha küçük ve yönetilebilir kümelerle indirgemeyi (Creswell, 2013) içermektedir. Bu süreç verilerin derinliğine ve kapsamına göre birkaç düzeyde kodlama yapmayı gerektirebilmektedir. Kodları bir araya getiren temalar bulunduktan sonra, bu temaların ortak ilişkilerinden yola çıkarak sınıflandırılabilmesi bir üst düzey kodlama daha yapmak gerekli olabilmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Öncelikle araştırmacı, elde etmiş olduğu kodları bir araya getirerek incelemiş; aralarındaki ortak yönleri ve ilişkileri bulmaya çalışmıştır. Bu aşamada kullanılan

MAXQDA 2020 veri analizi yazılımı sayesinde, ilgili veri dosyasındaki bölümleri kolaylıkla işaretleyebilmiş ve bu bölümleri yansıtan kodları sistematik bir biçimde gözden geçirmiştir. Gerekli durumlarda verileri kodlara göre yeniden düzenlemiştir. Bu aşamanın sonunda, aday temalar ve alt temalar ile bunlarla ilişkili olarak kodlanmış tüm verilerden oluşan bir ürün ortaya çıkmıştır.

Sonrasında temaların olduğu gibi kalıp kalmayacağına veya bazılarının birleştirilmesi, sadeleştirilmesi, ayrılması ya da atılması gerekip gerekmediğine karar verebilmek için kodlanmış veri içeriği ayrıntılı bir şekilde tekrar tekrar incelenmiştir. Bu aşamada temaların değerlendirilmesi için *iç tutarlılık (iç homojenlik)* ve *dış tutarlılık (dış heterojenlik)* olmak üzere alanyazında önerilen iki ölçütten faydalanılmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2016; Braun ve Clarke, 2019). Bu ölçütlere göre aynı temaya kodlanan verilerin anlamca birbirleriyle uyuşması, farklı temalar arasında ise açık ve belirgin farkların olması gerekmektedir. Bu doğrultuda iç tutarlılığı sağlamak üzere her bir temaya kodlanan veri içeriği okunarak birbiriyle tutarlı bir örüntü oluşturup oluşturmadığına bakılmıştır. İçeriğin, kodlandığı temayla tutarlı bir örüntü oluşturmadığı durumlarda ya yeni bir tema oluşturulmuş ya da uyuşmayan içerik analizden çıkarılmıştır. Dış tutarlılığı sağlamak adına ortaya çıkan temalar, araştırmadan elde edilen veri setini yeterince temsil ettiğinden emin oluncaya kadar gözden geçirilmiştir. Aynı zamanda ilk aşamalarda gözden kaçan veriler, ilave olarak kodlanmıştır. Kodlamanın nerede bitirilmesi gerektiğine dair kesin bir kural olmaması sebebiyle Braun ve Clarke (2019) tarafından belirtildiği gibi sadeleştirme çabaları artık çalışmaya önemli bir katkı sağlamamaya başladığında kodlama işlemi bitirilmiştir. Nitel çalışmalarda ulaşılması beklenen toplam kod sayısı çalışılan disipline ve çalışma konusuna göre değişmektedir ancak Lichtman (2013, s.248), yaklaşık 80-100 farklı kod üretilebileceğini, bu kodların 15-20 alt tema altında birleştirilebileceğini ve bunların da sonuçta 5-7 kavramla ifade edilebilecek şekilde sentezlenebileceğini öngörmektedir (aktaran Saldana 2020, s.25). Bu bilgiler ışığında kodlama süreci tamamlanmıştır.

Aşama 4: Verilerin kodlara ve temalara göre düzenlenmesi, tanımlanması ve sunulması

Bu aşamada her temanın özünde ne anlattığını tanımlamak ve kendi içinde tutarlı ve örgütlü bir şekilde okuyucuya sunmak amaçlanmıştır. Her bir temanın altında toplanmış olan veri içeriklerine geri dönülerek ayrıntılı bir analiz yapılmıştır. Böylelikle temalar arasında çok fazla binişiklik olmadığından emin olunmuş ve temaların kapsamı

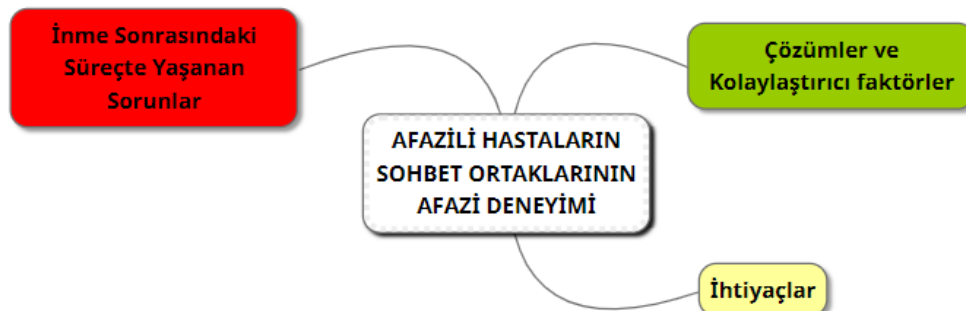
netleştirilmiştir. Ayrıca temalara verilecek isimlere nihai olarak bu aşamada karar verilmiştir. Temalar hem kendi başlarına hem de diğer temalarla bağlantılı bir şekilde ele alınarak “Bulgular” kısmında sunulmuştur. Bulgular yazılırken temaların geçerliliğini kanıtlamak amacıyla doğrudan alıntılara sıklıkla yer verilmiştir.

Aşama 5: Bulguların yorumlanması

Araştırmacının zihninde tema haritasına ilişkin net bir fikir oluşmasının ardından sıra elde edilen bulguların yorumlanmasına gelmiştir. Veri toplama sürecinin doğal bir parçası olan araştırmacı, toplanan verilerin açıklanmasına ve anlamlandırılmasına hizmet edecek görüşlerini bildirmiştir. Analizin son aşamasında araştırmacıya yön veren birtakım sorular olmuştur: “Bu tema ne anlama gelmektedir?”, “Bu temayı destekleyen varsayımlar nelerdir?”, “Bu temaya ilişkin çıkarımlar nelerdir?”, “Bu temanın ortaya çıkmasına yol açmış olabilecek koşullar nelerdir?”, “İnsanlar neden bu konuyla ilgili (farklı bir şekilde değil de) bu şekilde konuşmaktadır?” ve “Ulaşılan farklı temalar konuya ilişkin hikâyenin bütününe dair ne söylemektedir?” (Braun ve Clarke, 2019, s.891).

3.2.2.1.2. İhtiyaç belirleme çalışmasının bulguları

Bu bölümde, toplamda 10 katılımcı ile gerçekleştirilen görüşmelerden elde edilen bulgular yorumlanmadan açıklanmıştır. Nitel analiz sürecinde hasta yakınlarının sorulara verdikleri yanıtlardan elde edilen veriler önce 87 farklı koda indirgenmiş; sonrasında 28 alt tema (kategori) ve 3 ana tema altında sınıflandırılmıştır. Bu çalışmanın ana temaları hasta ve hasta yakınları tarafından “*İnme sonrasındaki süreçte yaşanan sorunlar*”, bu sorunlara yönelik fayda sağlayan “*Çözümler ve Kolaylaştırıcı Faktörler*” ve çözüm bulunamayan ve devam eden “*İhtiyaçlar*” olarak belirlenmiştir. Elde edilen temalar, Şekil 3.6’da gösterilmektedir.

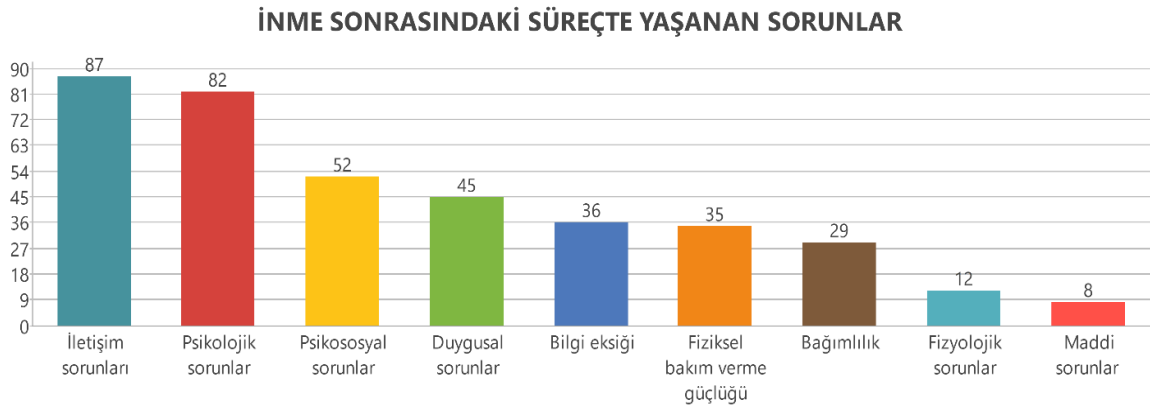


Şekil 3. 6. Afazili hastaların sohbet ortaklarının afazi deneyimlerine ilişkin temalar

Bu temalara ait alt temalar ve kodlardan oluşan kod sistemi EK’te yer almaktadır. Her bir temaya ait bulgular aşağıda detaylı bir şekilde sunulmaktadır.

Tema 1: İnme sonrasındaki süreçte yaşanan sorunlar

Hasta yakınlarının inme sonrası akut ve kronik dönemde yaşadıkları sorunlara ilişkin bulgu kümelerine ulaşılmıştır. Bu temaya ait alt temaların frekans istatistiği Şekil 3.7’de sunulmuştur.



Şekil 3. 7. “İnme Sonrasındaki Süreçte Yaşanan Sorunlar” teması altında sınıflanan alt temaların frekans grafiği

Şekil 3.7’de görüldüğü üzere “İletişim sorunları”, “Psikolojik sorunlar”, “Psikososyal sorunlar”, “Duygusal sorunlar”, “Fiziksel bakım verme güçlüğü”, “Bilgi eksiği”, “Bağımlılık”, “Fizyolojik sorunlar” ve “Maddi sorunlar” olmak üzere toplamda 9 farklı alt temaya ulaşılmıştır. İnme sonrasındaki süreçte yaşanan sorunlara dair veriler kodlanırken “Hastaya ilişkin sorunlar” ve “Hasta yakınına ilişkin sorunlar” olmak üzere 2 boyutuyla ele alınmıştır ancak ortak alt temaların altında sınıflandırılmıştır. Aşağıda alt temalara ait bulgular sıklık sırasıyla verilmiştir.

İletişim sorunları

Hasta yakınları tarafından en sıklıkla bildirilen sorunların, hastalarla aralarındaki iletişime dair olduğu görülmektedir. Özellikle akut dönemde hasta ve hasta yakını arasındaki iletişimsizlik, katılımcılar tarafından aşağıdaki şekilde ifade edilmiştir:

“Yazma yok, konuşma yok, iletişim hiç yok zaten. Bağıрма, çağırma..” (K.3)

“Zaten ilk 2-3 ay hiç sesi yoktu. Ağzı burnu çok kötü yaraydı zaten. O zaman konuşmuyordu. Sonradan biraz konuşmaya başladı. Biz saatinde mamasını verdik, suyunu verdik, sondasını kontrol ettik. Ama hiçbir şey demiyordu. İletişimimiz yoktu.” (K.9)

Kronik dönemde ise hasta ve hasta yakınları arasında yaşanan temel iletişim sorunu, hastaların kendilerini sözlü olarak anlatamaması şeklinde nitelendirilmiştir. Dolayısıyla hastalar kendilerini konuşarak ifade edemediği sürece sohbet ortağı tarafından anlaşılmadıkları ve uzlaşamadıkları belirtilmiştir.

“Telefonundan bana bir şeyler anlatmaya çalıştı ama anlayamadım. Ben de üzüldüm; o da üzüldü. Bayağı yarım saat uğraştık. Başka bir şeyler istiyor; gösteriyor ama anlatamıyor.” (K.9)

“Kafa zehir ama konuşamıyor. Seni dinliyor, anlatmaya çalışıyor, anlatamıyor işte.” (K.4)

“Anlamadık en sonunda dedik ‘Anlayamıyoruz biz hani yapacak bir şey yok’. ‘Öffff’ dedi o da arkasını döndü. Bir şekilde çözemedik. Anlayamayınca bıraktık. Sıkılıyor zaten biraz biz anlamadıktan sonra. ‘Öffff’ deyip arkasını dönüyor. Çözemedik ve kapattık sadece üzerini.” (K.2)

Afaziye eşlik eden tipik dil özelliklerinin hasta ve hasta yakını arasında iletişim sorunu olarak nitelendirildiği görülmektedir. Hastaların anlaşılmayan ifadeler kullanması, kısa ifadeleri çoğaltarak anlatması, küfredmesi, hastalarda perseverasyon ve parafazilerin görülmesi bu duruma örnektir. Katılımcıların bu şekilde kodlanan ifadeleri şöyledir:

“İşaretle de söyleyemediği şeyleri anlamadan bırakıyoruz artık. ‘Vedi vüdü vedi vüdü’ bu şekilde karmaşık şeyler söylüyor. O zaman biz anlamıyoruz yani. Öyle kalıyor yani artık yapacak bir şey yok.” (K.2)

“Kelimeler düzgün çıkmıyor. Hep ‘la la la ra ra ra’ öyle şeyler söylüyor, anlatamıyor”. (K.9)

“Sözlü olarak evet/hayır dedirtemedik hiç. Dese ona göre karar vereceğiz biz de. Diyebilse ama demiyor. Seçemiyor, diyemiyor.” (K.9)

“Benimle konuşmuyor. Bana küfrediyor. Ben de devamını getirmiyorum sohbetin napayım. ‘Bu istemiyor.’ diyorum. Yapacak bir şey yok.” (K.4)

Hastaların kendilerini anlatamadıklarında bağırarak, tepkisiz kalarak ya da küserek iletişim kurmayı reddettiği aktarılmıştır.

Psikolojik sorunlar

Hastaların inme geçirmeleri ve akabinde afazi olmaları, hasta yakınları için hiç beklenmeyen bir durum olarak deneyimlenmektedir. Katılımcıların inmenin ve afazinin sonuçlarına psikolojik olarak adaptasyon sağlamakta yaşadığı güçlük,

“Psikolojik olarak çok etkilendim, annem sapasağlamdı çünkü. Her işini kendisi gören; bir bardak suyunu bizden istemeyen bir insandı.” (K.2)

“Zaten şoktaydım hani hiç beklemediğimiz bir şey olduğu için. (K.1)

“Çok zor süreçten geçtik, çok zor adapte olduk. Biz de kabullenemedik başta.” (K.10)

şeklindeki ifade edilmiştir. Hasta yakınları arasında en sıklıkla görülen psikolojik sorun depresyondur. Yaşanan psikolojik ve duygusal sorunlara psikosomatik sorunlar eşlik etmektedir: uykusuzluk, kaşıntı, iştahsızlık vb. Ayrıca hasta yakınlarının, yaşadıkları sorunları özellikle hastalardan ve diğer aile üyelerinden gizleme eğiliminde oldukları belirtilmiştir. Bu duruma kendini ihmal etme davranışları eşlik etmektedir. Kendini gizlemeye ve kendini ihmal etmeye yönelik kodlanan ifadeler arasında:

“Zorlanıyorum. Kendim rahatsızım zaten. Karşımdaki eşime bunu bildirmemek için çabalıyorum. Hasta olsam da kendimi ifade etmeden, onu ayağa kaldırıya kadar, gücümün yettiği kadar dayanmaya çalışıyorum her şeye.” (K.6)

“Belimin ağrıdığını bir kere söyledim bir daha söylemem. Çok üzülüyor. Ben bir daha der miyim?” (K.7)

“Hissettirmiyorum artık. Lavaboya girip ağlıyorum. Biraz kendime gelince çıkıyorum.” (K.6)

bulunmaktadır. Hastaların yaşadığı psikolojik sorunlar arasında ise düşük motivasyon sıklıkla vurgulanmıştır. Bu durumun hasta yakınları üzerindeki zorlayıcı etkisine yönelik katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Onun moralinin çok yüksek olması gerekiyor. Onu da bizim sağlamamız gerekiyor. Bizim de moralimiz düşük aynı zamanda yani. Ona benim güler yüzlü görünmem gerekiyor ama ben de başka sorunlar yaşıyorum. Tek sorunum annem olmuyor, onun yaşadığı hastalık değil. Bir de ailem var. Düzenim değişmiş zaten. En çok beni zorlayan şey hastanın moralinin düşük olması.” (K.2)

“Beni zorlayan şeylerden birisi anneannemin isteksizliği oldu.” (K.3)

“Ona verdiğim emeğin karşılığını görmeye çalışıyorum. Bugün çalıştığımız şeyi mesela söylemesini istiyorum. Karşıdan bir cesaret, bir umut.. ama hiç gayreti yok.” (K.6)

Hasta yakınlarını zorlayan bir diğer psikolojik sorunun, hastalar tarafından sergilenen agresyon olduğu bildirilmiştir. Bazı hastaların yaşanan iletişim problemlerine ek olarak saldırganlık gösterdiği, kendisine veya yakınına zarar veren davranışlarda bulunduğu şu ifadelerle aktarılmıştır:

“Eğer benim anlayamadığım bir şey olursa çok büyük tepki gösteriyor. En sonda da kendi elini ısırtıyor.” (K.8)

“Bana bir sinirlendi bir gün aynı ilacı bir daha içmeye kalktı. Bazen ölsem de kurtulsam diyor kendi psikolojik olarak. Bir ara haplarını içmeye kalktı. Ölse daha iyiymiş..” (K.5)

Psikososyal sorunlar

İnme ve afazi gerçekleşikten sonra aile içindeki sosyal rollerin değiştiği ve hasta yakınları üzerindeki sorumlulukların oldukça arttığı görülmektedir. Hasta yakınları artan sorumluluklarını şu ifadelerle dile getirmiştir:

“Hatta ben markete gitmezdim, pazara gitmezdim, ekmeğin fiyatını bilmeyen bir insandım son 9 aya kadar. Kapımın önünden başka yere gidemezdim. Çarşı pazar bilmezdim. Şimdi ise yakınlarımız para yardımı yaptığında direk bana veriyor kullanmam için.” (K.5)

“Bütün kararları tek başıma ben veriyorum ve o kadarı ben etkiliyorum. Çok ağır bir şey.” (K.1)

“Mesela evde ben bir iş yaparken o gidiyordu bakkala her ihtiyacımızı alıp geliyordu. Arabayla bizi her yere götürüp getiriyordu. Ben kullanamıyorum arabayı. Çok zorlukları var.” (K.8)

Hasta yakınlarının, hasta dışındaki kişilerle ilişkisel ve iletişimsel sorunlar yaşadıkları aktarılmıştır. Diğer aile üyeleriyle eskisi gibi bir ilişkiye sahip olamadıkları ve onlara yeterince vakit ayıramadıkları şu şekilde ifade edilmiştir:

“Oğlumla ilişkim anlamında çok üzülüyorum çünkü biz iyi anlaşıyorduk ve birlikte çok vakit geçiriyorduk. Yalnız oğlumla bir şey yapamamanın sıkıntısını yaşıyorum çünkü eşim (hasta) de sıkılmış oluyor. Hafta sonu bir yerlere gitmek istiyor. ‘Sen dur, ben oğlumla baş başa çıkayım.’ diyemiyorum pek. O da gelmek istiyor. Orada sıkıntı yaşıyorum.” (K.1)

Hasta yakınları inmeden önceki sosyal yaşamlarını sürdüremediklerini aşağıdaki ifadelerle bildirmiştir.

“Sosyal olarak zaten çok zorlanıyorum çünkü dışarıda hiçbir hayatım kalmadı. Eve gidip onu çalıştırmam gerekiyor.” (K.1)

“Bütün ailem İstanbul’da. Her sene 2 kere giden gezen biriydim. Burada günlerim oluyordu. Gezerdik hafta sonları hep birlikte. Şehir dışı falan hep geziyordum. Şimdi diyorum ben bir yere gidemem bunu bırakıp. Bunu götürsem nasıl götüreyim?” (K.9)

“Ben çok sosyaldim böyle değildim. Facebook üzerinden bile birçok insanla irtibat kurdum. 2 yıldır internete girmiyorum.” (K.5)

Hastaların içine çekildiği sosyal izolasyonun hasta yakınlarını da etkilediği görülmektedir. Hastaların fiziksel ve iletişimsel olarak bağımlı halde olması ve afaziye ilişkin toplumsal farkındalığın düşük olması sosyal izolasyonu kaçınılmaz kılmaktadır.

“İnsanların bakmasından yani çevreden rahatsız oluyor. Çıktığında değişik bakışları ben bile fark ediyorum ki eşim daha fazla üstüne alınıyor. ‘Ay çok gençmiş, keşke böyle olmasaydı, neden oldu’ gibi sorulardan çok rahatsız oluyor, bakışlardan rahatsız oluyor. Onun için pek dışarıya çıkmak istemiyor. Hatta içine kapandı, kimseyle görüşmek istemiyor.” (K.10)

“Yani çıkıp geziyordu, mesela arkadaşlarıyla toplanıyordu, bir değişiyordu. Şimdi o yok. Arkadaşları gelse üzülmüyor. Eski halim yok diye bu halini gördükçe üzülmüyor. Onlara katılamıyorum diye.” (K.6)

Bunların yanında hasta yakınlarının ve diğer aile üyelerinin iş yaşamının olumsuz etkilendiği görülmektedir. Mevcut işten ayrılma veya yeni bir işe başlayamama gibi yaşantılar bu duruma örnektir.

Duygusal sorunlar

Hasta yakınlarına bu deneyim süresince eşlik eden duygulara baktığımızda en fazla dile getirilen duyguların üzüntü ve kaygı olduğu görülmektedir. Yaşadıkları kaygılar ise hastanın eski yaşantısına dönüp dönemeyeceği üzerinde yoğunlaşmaktadır.

“... biri dese ‘2 yıl sonra her şey şu noktada olacak’ diye gösterse, onu da bilemiyorsunuz. Nerede bu ilerleme duracak ya da ne kadar daha devam edecek? Dediğim gibi eşim işkolikti. İşe dönemezse ne yapacağız? Böyle kaygılara da düşüyorum.” (K.1)

“Ne olur? İleride ne yaparız? Ne kadar konuşabilir? Ne kadar yürüebilir? Hiçbir şeyi bilmiyorsun ama yine de düşünüyorsun. Yine de çok takıyorum işte elimde olan bir şey değil.” (K.9)

Yaşanan iletişim problemleri hasta yakınlarını üzmemekte ve suçlu hissettirmektedir. Bazen de bizzat hastalar tarafından anlamadıkları için suçlandıkları görülmektedir. Bu durumu K.6,

“Bir şeyi anlatmaya çalışıyor, anlatamıyor. Ama o anlık bir şey de geliyor bazen gözünün önüne. Ben bunu anlatmaya çalıştım ama sen anlamadın diyor bana (beden diliyle). Beni suçluyor.”

şeklinde ifade etmiştir. Aynı şekilde K.3 aşağıdaki ifadeleri kullanmıştır:

“Anlamıyorsun salak’ diyor bana. Sanki o anlatıyormuş da ben anlamıyormuşum gibi davranıyor.”

Hastaların sohbet ortağı dışında diğer aile üyelerinin de duygusal olarak sorunlar yaşadığı ifade edilmiştir. Ailede bulunan küçük çocuklar, inmenin hasta üzerindeki fiziksel ve iletişimsel sonuçlarından korku duyarak hastadan uzaklaşmaktadır. Öte yandan hastaların yaşadığı duygusal sorunların da hasta yakınlarını dolaylı olarak etkilediği görülmektedir. Hastaların inme ve afazi deneyimine ağırlıklı olarak üzüntünün eşlik ettiği belirtilmiştir. Hastaların kendilerini anlatamadıkça öfke duymaları ve arada duygu geçişleri yaşamaları, belirtilen duygusal zorluklar arasında yerini almaktadır.

Bilgi eksiği

Hasta yakınlarının hastanede bulundukları akut dönemde sağlık personelleri tarafından yeterince bilgilendirilmedikleri ifade edilmiştir. Hastalığın kronik dönemde

nasıl seyredeceği, hastaların almaları gereken sağlık hizmetleri ve bu hizmetlere nasıl ulaşacakları, kullanabilecekleri yasal hakları ve onları nelerin beklediği konusunda gerekli rehberliği alamadıkları belirtilmiştir.

“Bizi hiç bilgilendiren olmadı. Hastanede tamam eşim felç geçirdi, ameliyat oldu. Ama ben hani bir ay, iki ay, hadi üç ay zaman ilerledikçe normal eski halimize döneceğiz zannettim. Hep o ümitle yaşadık. Yani hiç kimse bize böyle bir açıklama da yapmadı açıkçası. Yani hep iyileşecek, yürüyerek çıkacak, yine eski halimize yine çalışacağız edeceğiz, çocuklarımızla mutlu bir şekilde yaşayacağız. Hep öyle hayal ettik..” (K.10)

Sağlık personellerinin afazili hastaların özellikle iletişimsel özellikleri konusunda yaptıkları bilgilendirmelerin, hasta yakınları için yeterince yol gösterici olmadığı görülmektedir.

“Bir iki doktor da kendi kendine geri geliyor deyince o (hasta) oraya takılmış. Kendi kendine geri gelmediğini ve çok yavaş ilerlediğini fark etmesi çok depresif olmasına neden oldu.” (K.1)

“Biraz da bize şey demişlerdi (hastaya) yüz vermeyin, alıştırmayın, her dediğini yapmayın. Bu yüzden bazen sinirlendiriyoruz” (K.5)

Bu sebeple yaşanan iletişim sorunlarının altında yatan ana faktörlerden birinin hasta yakınlarının bilgi eksiği olduğu belirlenmiştir. Afazinin doğasını yeterince bilmedikleri için yaşanan iletişim sorunlarına çözüm getiremedikleri görülmektedir. Bu sebeple aşağıdaki ifadelerde yer aldığı gibi hastaya sunmaya çalıştıkları iletişimsel destek işlevsiz kalmaktadır.

“Ben bilemiyorum ki nereden başlayacağımı. Harfleri mi öğreteyim? Kelimeleri mi öğreteyim? Neyi öğreteyim?” (K.3)

“Mesela konuştururken çok zorluyorum ‘su de’ diyorum, söyleyemiyor. Başka bir şeyler söylüyor. Onun dilince herhalde ‘su’ demek. Ben de gülüyorum bazen. ‘Sen dilini değiştirdin hasta olunca’ diyorum. Tamamen başka bir dile gitti dili.” (K.8)

“Sinirlenince bize küfrediyor. Sus diyorum ben, Allah de, içinden dua oku, tabi ki doktorlarımız var ama kendi elinde de diyorum. Böyle motive etmeye çalışıyorum.” (K.5)

Fiziksel bakım verme güçlüğü

Hasta yakınlarının fiziksel bakım verme konusunda yaşadıkları zor deneyimlerin çoğu, hastanede geçirilen akut dönemde gerçekleşmektedir. Hastaların özbakım ihtiyaçlarının giderilmesi, hareket ettirilmesi, nazogastrik sonda veya idrar sondası gibi daha önce bilinmeyen düzeneklerin kullanılması ve geceleri uykusuz kalınması bu güçlükler arasında sayılmaktadır. Fiziksel bakım verme güçlükleri akut dönemden sonra da devam etmektedir. Bu güçlükler aşağıdaki katılımcı ifadelerinde örneklendirilmiştir.

“Hepsi benim üstümde kızım. Yemesi, içmesi, giydirmesi, lavaboya götürmesi hepsi bana ait.” (K.4)

“Zorlanıyorum. Kaldır, indir yataktan. Bazen düşüreceğim diye korkuyorum.” (K.6)

Şiddetli hemiplejinin eşlik ettiği hastaların yaşadığı mobilite sorunu, dolaylı olarak hasta yakınları tarafından da yaşanmaktadır. Bu durumun günlük hayatı oldukça zorlaştırdığını K.2 şu şekilde ifade etmiştir:

“Bir doktora götüreceğiz mesela. Bizim için götürmek büyük bir sorun. Merdivenden nasıl indireceğiz, nasıl götüreceğiz? Benim hastam yatalak.”

Bağımlılık

Hastaların inme gerçekleşikten sonra özellikle fiziksel ve iletişimsel olarak hasta yakınlarına bağımlı hale geldikleri görülmektedir. Hasta yakınlarının hasta ile diğer insanlar arasında iletişimsel köprü görevi gördüğünü K.10,

“Ama çocuklar hep bana bakıyordu babaları bir şey demek istediği zaman ya da annem, babam, kayınvalidem. Bir şey demek istiyor ama ne demek istiyor. Herkes bana bakıyordu.”

şeklinde bildirmiştir. Bu durum neticesinde hasta yakınlarının sosyal hayatlarının kısıtlandığı, yaşamsal sorumluluklarının arttığı ve kendilerini ihmal etmek durumunda kaldıkları görülmektedir.

“Hiç özel alanım kalmadı. Bütün günüm bir şekilde onun işleriyle geçiyor.” (K.1)

“Tabi önceki gibi olmuyor. Devamlı onu gözetlemek istiyorum. ‘Acaba düşecek mi? Acaba bir şey mi olacak? Acaba hasta mı olacak?’ hep böyle. Bu benim için çok zor bir durum.” (K.8)

“Bende daha önce sinir sıkışması vardı çoğaldı gibi. Tedaviye de gidemiyorum şimdi amcanı bırakıp falan.” (K.5)

Ayrıca bu durumun hasta yakınlarının da bazı konularda (maddi, fiziksel, duygusal vb.) başka insanlara bağımlı hale gelmesine yol açtığı görülmektedir.

Fizyolojik sorunlar

Hasta yakınlarının bu süreçte genelde kas-iskelet hastalıkları yaşadıkları ifade edilmiştir. Özellikle hastaya fiziksel bakım verme neticesinde boyun fıtığı, bel fıtığı, bel kayması, kol ağrısı, sinir sıkışması gibi rahatsızlıklar görülmektedir. Hasta yakınlarının önceden sahip oldukları rahatsızlıkların da daha kötüye gittiği ifade edilmiştir. Bu duruma yönelik katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Ayaktan operasyon geçirdim bayramdan önce. Sürekli ayakta olduğum için bel fıtığı tabi ayağa vuruyor. Sıkıntım o yani kaldır indir. Problem işte orada.” (K.6)

“Sadece bu kolum ağrıyor işte yatırıp kaldırırken herhalde zorlanıyor.” (K.4)

Ayrıca hastalar tarafından yaşanan yeme-yutma sorunları da katılımcılar tarafından sıklıkla dile getirilmiştir. K.6’nın aşağıdaki ifadelerinde görülmektedir.

“Bazen sinirlendiği zaman yemeğini yemiyor. Arada yediği zaman hocam böyle sanki boğazında bir şey zorluyor yutkunmada.”

Maddi sorunlar

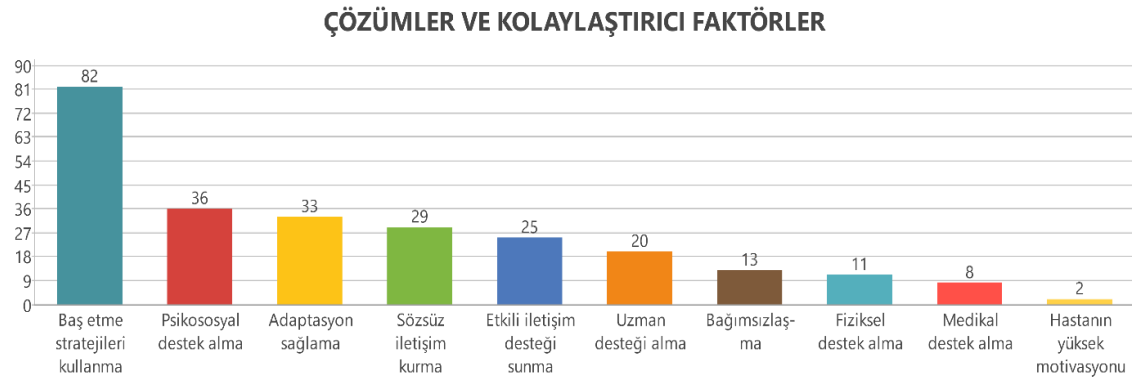
İnme ve afazi gerçekleşikten sonra hastanın ve/veya hasta yakınının işten ayrılması aile ekonomisini sarsmaktadır. Bu durum K.10’un aktardığı deneyim üzerinden açıkça görülmektedir.

“Yani işten çıktık hiçbir gelir yok, şey yok. Bunları da çok zor atlattık. Eşim rapor parası aldı. Birden çöküntüye düştük.”

Bunun yanında hastaya verilen rutin bakımın gerektirdiği medikal ihtiyaçlar maddi bir külfet doğurmaktadır. Özellikle mobilite sorunu yaşayan hastaların, gerekli sağlık hizmetlerini evde almaları oldukça masraflı hale gelmektedir.

Tema 2: Çözümler ve kolaylaştırıcı faktörler

Hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlara yönelik fayda sağlayan çözümler ve kolaylaştırıcı faktörler 10 farklı alt tema altında sınıflanmıştır. Elde edilen alt temalara ait frekans grafiği Şekil 3.8’de sunulmuştur.



Şekil 3. 8. “Çözümler ve kolaylaştırıcı faktörler” teması altında sınıflanan alt temaların frekans grafiği

Şekil 3.8’de görüldüğü üzere ulaşılan alt temalar frekans sıklığına göre “Baş etme stratejilerini kullanma”, “Psikososyal destek alma”, “Adaptasyon sağlama”, “Sözsüz iletişim kurma”, “Etkili iletişim desteği sunma”, “Uzman desteği alma”, “Bağımsızlaşma”, “Fiziksel destek alma”, “Medikal destek alma” ve “Hastanın yüksek motivasyonu” şeklinde sıralanmaktadır. Ulaşılan alt temalara yönelik bulgular, hasta ve hasta yakınları tarafından yaşanan sorunlarla ilişkilendirilerek sunulmuştur.

Hasta ve hasta yakınlarının afazi deneyimiyle ilk defa karşılaşmaları neticesinde yaşadıkları adaptasyon güçlüğü yerini zamanla doğal adaptasyon sürecine bırakmaktadır.

Yoğun bakım sonrasında hastanın nöroanatomik ve fizyolojik iyileşme sürecine girmesi ve hasar alan becerilerinin bir kısmını geri kazanması bu sürece hizmet etmektedir. Bunun dışında hasta ve hasta yakınları arasında yaşanan spesifik sorunlara yönelik geliştirilen çözümlere ve kolaylaştırıcı faktörlere ilişkin bulgular şu şekildedir:

İletişim sorunlarına yönelik çözümler ve kolaylaştırıcılar

Hasta yakınlarının iletişim sorunlarına yönelik geliştirdiği çözümler ve kolaylaştırıcı faktörler arasında “Sözsüz iletişim kurma”, “Etkili iletişim desteği sunma” ve “Uzman desteği alma” alt temaları yer almaktadır. Hasta ve hasta yakınları arasında yaşanan iletişim sorunlarının çözümünde uzman desteği almanın sağladığı katkı K.3’ün aşağıdaki ifadelerinde ortaya konmuştur.

“İlk 3 ay çok zordu bizim için. Yani konuşma anlamında da anlama anlamında da. Derdini anlatamıyordu. Sonra yavaş yavaş kendini toparlamaya başladı. İyileşme dönemine geçti artık. Daha sonra zaten burada da 5. ayında da konuşma terapisi almaya başladı. 1 aydır hemen hemen terapi alıyor. Bu terapi bizim gerçekten çok işimize yaradı. Söyleyemediği kelimeler vardı. Onları söylüyor. Sık sık tekrar etmeye çalışıyoruz.”

İletişim sorunlarının bir kısmının, hasta yakınları tarafından hastalara sunulan etkili iletişim desteği ile çözüldüğü bildirilmiştir. Bu amaçla hasta yakınları tarafından kullanılan etkili iletişim stratejilerinin içerisinde hastaya seçenek sunmak, görsel materyaller kullanmak, tek tek anlatmak, bolca tekrarlamak, hastaya yanıt için zaman vermek, yazı dili kullanmak ve türkülerden faydalanmak yer almaktadır. K.3 hastasıyla yaşadığı iletişim problemine yönelik geliştirdiği çözümü şu ifadelerle ortaya koymuştur:

“Mesela canı bir şey yemek istiyordu. Bana onu anlatıyordu. Anlamıyorum ki bir sürü yiyecek-içecek var. Sonra internetten yiyeceklerin fotoğrafını göstermeye başladım. Köfte mi, et mi, sarma mı istiyorsun? Tek tek açtım gösterdim. En sonunda köfte istiyormuş ama onu bile diyemiyor yani. O şekilde sorunu çözmüştük.”

Hasta yakınları tarafından sunulan etkili iletişim desteğine yönelik benzer katılımcı ifadeleri,

“Telefonunu alıyorum elinden ve televizyonu kapatıyorum. Oturuyorum yanına. Mesela birazcık türkü söyletmeye uğraşıyorum. Türkü söylüyoruz azıcık birlikte. Şunu söyle bunu söyle diye uğraşıyoruz.” (K.9)

“Şimdi biz artık şöyle iletişim kuruyoruz; onun söylediğini tekrarlaya tekrarlaya, yapa yapa, bir şeyleri göstere göstere anladık ne dediğini.” (K.2)

şeklinde. Hastaların temel yaşamsal ihtiyaçlarını çoğunlukla sözsüz iletişim yoluyla ifade ettikleri bildirilmiştir. Temel yaşamsal ihtiyaçların dışında kalan konularda yaşanan iletişim çıkmazları sırasında hasta yakınlarının kullandıkları baş etme mekanizmalarına

bakıldığında ortamı terk ettikleri, konuyu değiştirdikleri, anlıyor gibi yaptıkları veya şakalaşarak konuyu bertaraf ettikleri ifade edilmiştir. Bu duruma yönelik katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Evdeyken anlayamadık mı öbür odaya çıkıveriyordum ya da mutfığa gidiyordum” (K.8)

“Bir şey olmamış gibi değiştiriyorum konuyu. Çay içelim, şunu yapalım gibi. Neşeyi artırmaya çalışıyorum üzülmemesi için konuyu değiştiriyorum sürekli.” (K.6)

Duygusal sorunlara yönelik çözümler ve kolaylaştırıcılar

Afazi deneyiminde hem hastanın hem de hasta yakınlarının yaşadığı duygusal ve psikolojik sorunların çözümünde medikal destek aldıkları ifade edilmiştir. Hastalardan 5 tanesinin ve hasta yakınlarından 3 tanesinin antidepresan ilaç kullandığı bildirilmiştir. Bu ilaçlar yaşanan sorunları hafifletse de yan etkilerinden dolayı düzenli kullanılmadıkları ifade edilmiştir. Afazili hastaların sözel dili kullanmada yaşadıkları zorluklar, onlar için psikoterapiyi de imkânsız kılmaktadır. Bu durumda hastanın ve hasta yakınının bu süreçte yaşadığı duygusal ve psikolojik sorunların giderilmesinde psikososyal desteğin önemi ortaya çıkmaktadır. Aile içerisinde, yakın çevreden, arkadaşlardan ve zaman zaman sağlık personelinin alınan psikososyal desteğin süreci kolaylaştırdığı belirtilmiştir. Bu duruma örnek katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Yok çok şükür. Herkes destek oldu. Kendi kardeşleri, benim kardeşlerim maddi manevi hepsine destek oldular” (K.9)

“Bir komşum var. Komşumdan da Allah razı olsun. Kızlar gelene kadar onu (hastayı) dolaştırıp geliyor. Berbere götürüyor, dolaştırıyor.” (K.4)

Benzer afazili hastalarla ve yakınlarıyla karşılaşmanın hem hasta hem de hasta yakını üzerinde sağaltıcı bir etkisinin olduğu görülmektedir. Katılımcılar bu durumun içinde bulundukları afazi deneyimini nispeten normalleştirdiğini aşağıdaki ifadelerle bildirmiştir.

“Diğer hastaları görünce normalleşti. İlk etapta bir tek biz sanıyorduk.” (K.10)

“Onlarla karşılaşmak ona iyi geliyor ya da yalnız hissetmemesine neden oluyor belki. Yurt dışından çok benzer hikayesi olan afazili biriyle görüntülü konuşturuyorum bu arada. O iyi geliyor bize.” (K.1)

Hasta yakınları tarafından yaşanan duygusal sorunlarla baş etmede kullanılan mekanizmalar arasında sıklık sırasıyla umut etme, kaderci düşünme, dayanıklılık, kabullenme, şükretme, yok sayma ve normalize etme bulunmaktadır. Örnek katılımcı ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“Gececek hocam, her şeyi başaracağız işte ne bileyim zaman alacak biraz.” (K.6)

“Bu da bize Allaha armağan. Yapacak bir şey yok.” (K.4)

“Ama ona rağmen benim çocuklarım var diyorum, mücadele ediyorum. Kendimi böyle motive etmeye çalışıyorum.” (K.5)

“Yani zor şeylerle karşılaştık ama bugünümüze çok şükür, çok şükür.” (K.7)

Duygularını çevresi ile paylaşan ve çevresinden yardım isteyen hasta yakınlarının duygusal olarak daha az zorlandığı gözlenmiştir.

Psikososyal sorunlara yönelik bulunan çözümler ve kolaylaştırıcılar

Hasta ve hasta yakınlarının yaşadıkları psikososyal sorunların çözümünde çevreden aldıkları maddi ve manevi desteğin öne çıktığı görülmektedir. Yakın çevreden aldıkları desteklerle beraber artan sorumluluklarının hafiflediği saptanmıştır.

“Tabi ikimiz olsaydık daha zor olurdu. Bu kadar yol alamazdık. Allah razı olsun hepsinden damatlardan, torunlarımdan, komşularımdan. Bir komşum var. Komşumdan da Allah razı olsun. Kızlar gelene kadar onu dolaştırıp geliyor. Berbere götürüyor, dolaştırıyor.” (K.4)

Hasta yakını dışında birilerinin hastayla ilgilenmesi, hasta yakınına mola verme imkânı sunmaktadır. Bu sebeple hastaya sunulan yaşama katılım desteği dolaylı olarak hasta yakınına da desteklemektedir. Öte yandan doğrudan hasta yakınına yönelik verilen psikososyal desteğin önemi ise aşağıdaki ifadelerde açıkça görülmektedir.

“Şimdi şükür ki oğlum var. Oğlum olmasa ne yapardım hiç bilmiyorum. Çok zorlanırdım. Ama şu anda iyiyim. Durmadan vitaminler veriyor evin içinde geziyor. Bunu iç anne, şunu iç anne.” (K.9)

“Büyük kızım çok üzerime düşer. ‘Anne yavaş. Şu süreçten geçeceğiz bu süreçten geçeceğiz. Sabret anne’.” (K.7)

“Arkadaşlarım var konuşuyoruz işte. Açıyorlar telefon, konuşuyoruz arkadaşlarla. Biraz rahatlıyorum konuştuğumda onlarla.” (K.6)

Bilgi eksikliğine yönelik çözümler ve kolaylaştırıcılar

Hasta yakınlarının, hastalara gerekli destekleri sunabilmek için ihtiyaç duydukları bilgilere farklı kanallardan ulaşmaya çalıştıkları görülmektedir. İlgili uzmanlardan bilgi istemenin yanında internet üzerinden araştırma yaptıkları, ilgili yayınlar okudukları ve benzer durumda olan vakaların tecrübelerinden yararlandıkları bildirilmiştir. Konu ile ilgili olarak katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

“Ben biraz yabancı kaynaklardan kendime feyz alarak bir şeyler yapmaya çalıştım. Hatta Amerikalı bir afazi geçirmiş bireyin kendi yazdığı bir kitabı vardı. Onu bir şekilde yurtdışından getirttim. Ona bakarak biraz onun üzerinden gitmeye çalıştım çünkü boş umuda da kapılmak istemiyorum ama çok umutsuz konuşmalar da hoşuma gitmiyor.” (K.1)

“Yani okuduğum kadarıyla böyle makale tarzı şeyler okumaya çalıştım. Sonra Nöroloji doktorundan ve Fizik doktorundan fikir alarak ilerledim.” (K.3)

“Şimdi biz FİZYOMER’e de gidiyoruz ya. Orada da çok iletişim kuruyorum, soruyorum. Büyükmüş küçükmüş diye bakmıyorum, konumuna bakmıyorum. Öyle öğrenmem gerekeni öğrendim yani.” (K.5)

Bunların dışında bazı bilgilere deneyimsel olarak ulaştıklarını bildiren katılımcı ifadeleri ise şöyledir:

“Kendi kendime yaptım. Hiç kimse şöyle yap demedi. ‘Nasıl olur acaba? Böyle yaparsam böyle mi olur? Şöyle yaparsam şöyle mi olur?’ diye.” (K.8)

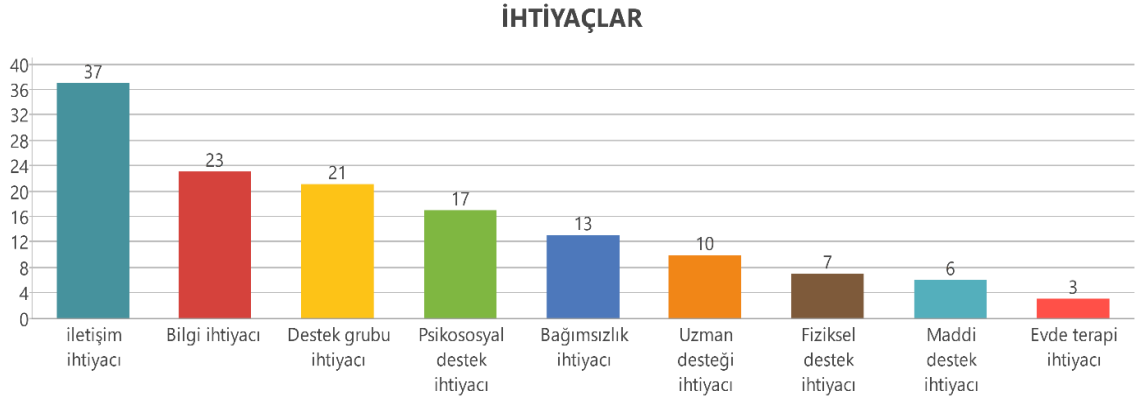
“2 ay sürecimizde biz kendimiz yutmayı getirdik. ‘Yut yut’ diyerek, karşısında yutarak öğrettik biz. Esnediği zaman yutkunuyordu. Hususi esnetiyorduk. Ağzımızı açıyorduk esnesin de yutkunsun diye. Çünkü yemek yeme yoktu, yutkunma yoktu. Bunu hiç kimseden destek almadan kendi çabamızla yaptık.”

Fiziksel bakım verme güçlüğüne yönelik çözümler ve kolaylaştırıcılar

Hasta yakınları tarafından deneyimlenen fiziksel bakım verme güçlüğüne çözüm olarak hasta bakıcı hizmetinden yararlandıkları ve yakın çevrelerinden fiziksel destek aldıkları bildirilmiştir. Bu durumda hasta yakınlarının yaşadıkları sağlık sorunlarının da hafiflediği ve kendi tedavi süreçlerini yürütebildikleri görülmüştür. Hastanın fiziksel bağımsızlığını yavaş yavaş kazanması da hasta yakınının yaşadığı zorlukları oldukça hafifletmektedir.

Tema 3: İhtiyaçlar

Hasta ve hasta yakınlarının sorunlarına yönelik çözümler ve kolaylaştırıcı faktörlerle birlikte yaşadıkları zorlukların hafiflediği görülmektedir. Ancak ulaştıkları çözümlere ve baş etme mekanizmalarına rağmen hala yardıma ihtiyaç duydukları konular bulunmaktadır. Yüz yüze yapılan görüşmelerde hasta yakınlarına bizzat sorularak ve anlattıkları sorunlardan yola çıkarak nelere ihtiyaç duydukları belirlenmiştir. Hasta yakınlarının ihtiyaçları 9 farklı alt tema altında sınıflanmıştır. Elde edilen alt temalara ait frekans grafiği Şekil 3.9’da sunulmuştur.



Şekil 3. 9. “İhtiyaçlar” teması altında sınıflanan alt temaların frekans grafiği

Şekil 3.9’da görüldüğü üzere ulaşılan alt temalar frekans sıklığına göre “İletişim ihtiyacı”, “Bilgi ihtiyacı”, “Destek grubu ihtiyacı”, “Psikososyal destek ihtiyacı”, “Bağımsızlık ihtiyacı”, “Uzman desteği ihtiyacı”, “Fiziksel destek ihtiyacı”, “Maddi destek ihtiyacı” ve “Evde terapi ihtiyacı” şeklinde sıralanmaktadır.

İletişim ihtiyacı

En sıklıkla bildirilen alt temanın iletişim ihtiyacı olduğu görülmektedir. Hasta yakınlarının tümü, hastanın temel ihtiyaçlarını ve sağlık problemlerini sözlü olarak ifade etmesine ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir. Bu ihtiyaç ortaya koyan katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Sadece konuşmasını istiyorum. Başkasını istemiyorum. Tek konuşsun, derdini anlatsın yetecek.” (K.4)

“Keşke cümle kurabilse. ‘Ben su istiyorum’ ya da ‘Acıktım’ diyebilse. Belki eskisi kadar güzel konuşamaz ama en azından derdini anlatabilecek kadar bize konuşabilse. En azından bir cümle kurabilse.” (K.3)

“Mesela bir bardak su isteyebilsin, hani işaretle değil de. İşaret dilini hiç anlamıyorum çünkü.” (K.5)

“Tabii ki ben de üzülüyorum ama çözüm de bulamıyoruz. En azından evet/hayır öğretmeye çok uğraşıyorum. İstemediği bir şey olursa hayır desin diye.” (K.9)

Hastaların temel ihtiyaçlarını aktarmalarının yanı sıra, hasta yakınlarının hasta ile sohbet kurmaya ihtiyaç duydukları aşağıdaki ifadelerde görülmektedir.

“Burada (hastanede) hiç sohbetimiz yok ya sohbet edemiyoruz ya çok bunaldım.” (K.8)

“Benim tek istediğim konuşsun. Hiç konuşamayınca, kendini ifade edemeyince evde ikimiz öyle oturuyoruz. İşte konuşamayınca koca bir suskunluk..” (K.4)

İletişimin çift yönlü doğası gereğince bazı hasta yakınları, hasta tarafından anlaşılmaya duydukları ihtiyacı şu ifadelerle ortaya koymuştur:

“‘Ben hasta olsam bana kim bakacak?’ diyorum. ‘Anlatamam derdimi sana’ diyorum.” (K.8)

“Hasta terapistlere verdiğimiz ücretleri bir türlü algılayamıyor ve ‘Bu paralar nereye gidiyor?’ gibi bir sorguya giriyor. Onu bir türlü ona anlatamıyorum.” (K.1)

Bilgi ihtiyacı

Hasta yakınlarının inmeden sonra hastaların eski haline dönecekleri beklentisiyle hareket ettikleri ve hastalığın kronik seyri ile ilgili bilgilendirilmeye ihtiyaç duydukları K.7’nin ifadelerinde kendini göstermektedir.

“Hani biz kızım hasta olunca hemen geçecek sandık. Bir iki ayda iyi olacak sandık. Ben konuştuğumda her şeye ‘tamam ben biliyorum’ diyor ama kendi anlatamıyor işte. Ne bileyim konuşur diyorlar ama çok uzun sürer mi, hiç kendini anlatamaz mı diye endişeleniyorum.”

Hastaya özellikle iletişimsel olarak nasıl destek vereceklerini bilmedikleri bildirilmiştir. Bu sebeple internet üzerinden ve benzer hasta yakınlarından bilgi edinmeye çalıştıkları belirtilmiştir.

“Ben internetten izlediğim kadarıyla konuşmasına yardım ediyordum. ‘Şunu söyle, bunu söyle’ diyordum ama yapmıyordu.” (K.3)

“Daha önce hiç gerek görmediğim şeyleri araştırmaya başladım. Bu tarz hastalar nasıl iyi olmuş? Nasıl yapmışlar? Nasıl atlatmışlar? Onları araştırırken duyduk. Komşudan falan araştırdım. İnternete baktım. Doğru mu yanlış mı o da tartışılır tabi.” (K.2)

Afazinin doğasını ve afaziye eşlik eden sorunları bilmedikleri için yaşanan iletişim sorunlarının da kaynağını doğru değerlendiremedikleri saptanmıştır. Dolayısıyla iletişim sorunlarına çözüm bulmakta oldukça zorlandıkları K.6’nın aşağıdaki ifadelerinde görülmektedir.

“Biz şimdi mesela bir şey soruyoruz. Babam birincisini söylüyor veya da söyleyemiyor. İkinciye hiç tekrar etmiyor. Bu normal mi? Bizi anlamıyor mu yoksa söyleyemeyeceğim diye çekiniyor mu ki acaba diye düşünüyoruz. Söylemek istemiyor. Söylemek istese de vazgeçiyor. Anlamıyor gibi de duruyor bazen. Bazen anlıyor gibi. Biz de desteklemeye çalışıyoruz ama bu konuda kafamız karışıyor.”

Bilgi eksiğinin farkında olan ve bunu gidermeye çalışan hasta yakınlarının ise bilgiye ulaşmakta zorlandığı görülmektedir.

“Enteresan şekilde bu kadar yaygın olan bir hastalıkta çok az kaynağa ulaşabildim ben. İnternet kaynağı zaten çok yetersiz. Bir hasta yakını için veri çok yetersiz. Hem fizik tedavi anlamında hem de afazi anlamında hem de tıbbi literatür olarak.” (K.1)

Hasta yakınlarının bu eksiği giderme yolu olarak başka hasta yakınlarına ulaşma çabası içinde oldukları aktarılmıştır.

Destek grubu ihtiyacı

İnme sonrasındaki süreçte hasta ve yakınları tarafından deneyimlenen birtakım zorlukların, çevreden alınan çeşitli desteklerle beraber hafiflediği belirtilmiştir. Buna karşın çoğu hasta yakını, yakın çevreleri tarafından bile tam anlamıyla anlaşılamadıklarını ve empatiye ihtiyaç duyduklarını bildirmiştir. Hasta yakınlarının anlaşılma ihtiyacı şu ifadelerde kendini göstermektedir:

“İlk önce beni bir dinleyin. Sen nasıl dinliyorsun şu an? Memnun oldum gerçekten duygularımı ilk defa bu kadar net anlattım. Şimdi kaçını anlattım bilmiyorum. Çok zor şeyler yaşadık.” (K.5)

“Seni anlayacak birisiyle konuşmak istiyorsun. Derdini açmak istiyorsun. Derdini dökmek istiyorsun. Yalnız kaldığın zaman daha zor oluyor.” (K.8)

“Böyle seninle ben gibi konuşmaya ihtiyacım var. ‘Düzelir’ demeye, sabır dilemeye ihtiyacım var.” (K.7)

Bunun yanı sıra, hasta yakınlarının aynı durumda olan başka hasta yakınlarıyla deneyimleri üzerine konuşmaya ihtiyaç duydukları görülmektedir. Hem birbirlerinin deneyimlerinden öğrenmeye hem de bu deneyim özelinde birbirlerini desteklemeye ihtiyaç duydukları bildirilmiştir. Bu yöndeki örnek katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Hani çok geçirmeyenin anlamayacağı bir şey. Benzer vakalarla görüşmek istiyorsun. Öyle bir ihtiyaç var. Bir iki hasta yakınıyla tanıştım ben. Birbirimize destek de olduk. ‘Ya ben şu doktora gittim. Bak şöyle bir tedavi uyguladı. Acaba siz de mi denesiniz?’ vs. Öyle bir desteğe de ihtiyacım oluyor çünkü zor bir hastalık.” (K.1)

“Ben de psikolojik yardım almadım. Belki de alamam gerekiyordu. İlaçlar uyutuyor diye. Hasta yakınlarıyla konuşuyorduk ama bir daha da karşılaşmıyorduk maalesef. Kendimi yalnız ve çaresiz hissettim. Ağlayarak sızlayarak baş ettim.” (K.10)

Hasta yakınlarının anlaşılmaya ve diğer hasta yakınlarıyla dayanışmaya ihtiyaç duyması, oluşturulabilecek bir destek grubuna gereksinim duyduklarını göstermektedir. Bu durumu K.1 şu şekilde ifade etmiştir:

“Bence hasta yakınlarının tüm süreçlerde onlara rehberlik edecek birilerine kesinlikle ihtiyacı var. Başka alanlarda çok yapıldı bunlar: hani benzer vakaların birbirine desteği, benzer ailelerin birbirine desteği, orda ona rehberlik edecek bir gönüllü çalışması.”

Psikososyal destek ihtiyacı

Hasta yakınlarının tüm süreç boyunca ortaya çıkan bir diğer ihtiyacı psikososyal destek almaktır. Buna yönelik sunulan katılımcı ifadelerinde özellikle yakın çevreden destek alma ihtiyaçları öne çıkmaktadır.

“Kesinlikle böyle hastalara ortak bakılması gerektiğini düşünüyorum. Yardımlaşarak, beraber bakılmalı. Hem duygusal olarak çok yıkılıyor insan. Hem manevi olarak” (K.2)

“Manevi olarak kardeşlerimin desteğini çok beklerdim mesela. Sadece soru sormak dışında, vicdan olarak kendilerini tatmin etmek dışında.” (K.5)

Hasta yakınlarının bu süreçte yaşadığı zorluklara ve çözüm arayışlarına eşlik edilmediği durumda, yaşadıkları fizyolojik ve psikolojik sorunların arttığı görülmektedir.

Bağımsızlık ihtiyacı

İnme gerçekleşikten sonra hastaların birçok konuda hasta yakınlarına bağımlı hale geldiği bilinmektedir. Bu durumda hasta yakınlarının çevreden gelecek maddi, manevi ve fiziksel desteklerin yanında bağımsızlaşmaya ve zaman zaman üstlendikleri bakım veren rolüne mola vermeye ihtiyaç duydukları bildirilmiştir.

Hastaların özellikle fiziksel anlamda kendi ihtiyaçlarını karşılayabilecek kadar özerkleşmelerine ihtiyaç duyulduğu, hasta yakınları tarafından şu ifadelerde ortaya konmuştur:

“Sadece kızımın iyi olmasını istiyorum. Çocuklarına ve kendine bakabilecek kadar. Birazcık kendi işini yapacak kadar olsa...” (K.7)

“Lavaboya çıksın ya da yeme sorunu halledilsin. Ben bir şey istemiyorum. Yürüse dünya benim olacak.” (K.6)

İnme ve afazi deneyimi neticesinde, hasta yakınlarının da belirli konularda (maddi, fiziksel, duygusal vb.) başka insanlara bağımlı hale geldikleri ve bu durumdan özgürleşmek istedikleri K.5’in ifadeleriyle aktarılmıştır:

“Şimdi benim en çok ihtiyacım olan kızlarımdan bağımsız olarak yaşamak. Onlardan biri 35 yaşına geldi. Evlilik yapabilecek yaşta, var erkek arkadaşı da. Diyor ki anne ben sizi bu halde bırakıp nasıl evleneceğim.” (K.5)

Hastaların birçok konuda yakınlarına bağımlı olmaya devam etmesi ve bağımsızlaşamaması sonucunda, hasta yakınlarının üstlendikleri bakım veren rolüne mola vermeye ihtiyaç duydukları ifade edilmiştir.

“Benim anneannemden uzaklaşarak ara vermeye ihtiyacım var. Her şeyi bırakıp uzun bir tatile gitmek istiyorum.” (K.3)

Uzman desteği ihtiyacı

Hasta yakınları hem hastanede geçen akut dönemde hem de evde geçen kronik dönemde dil ve konuşma terapisi alanında uzman desteğine ihtiyaç duyduklarını ifade etmiştir. Bu konudaki ihtiyacını K.2,

“Kesinlikle çok büyük bir ihtiyaç olduğunu düşünüyorum konuşma terapisinin. Yutma da yoktu mesela yutma terapisti bulamadık. Biz bunların hiçbirinde evde destek almadık.”

şeklinde dile getirmiştir. K.3 ise aldıkları terapisinin yetersiz geldiğini ve daha fazla uzman desteğine ihtiyaç duyduklarını ifade etmiştir:

“Hastanedeki terapi böyle yarım saatlik veya 45 dakikalık bir süreç olduğu için belki ona yetersiz geliyor. Bizim şu an süre olarak daha fazla terapiye ihtiyacımız var.”

Ayrıca hasta yakınları psikoloji alanında uzman desteğine ihtiyaç duyduklarını bildirmiştir:

“Ben psikolojik olarak çöküntüdeyim zaten. Benim de yardım almam gerekiyor aslına bakarsan.” (K.5)

“Bir de şu anda biraz psikolojik desteğe ihtiyacımız var.” (K.3)

Fiziksel destek ihtiyacı

Özellikle şiddetli hemiplejinin eşlik ettiği hastalarda, hastaya fiziksel bakım verme güçlüğüne arttığı ve dolayısıyla hasta yakınlarının fiziksel desteğe ihtiyaç duyduğu bildirilmiştir. Bu durumdaki hastalar ve hasta yakınları için ortaya çıkan mobilite ihtiyacı aşağıdaki katılımcı ifadeleriyle aktarılmıştır:

“Onu bir yere götürmek de sıkıntı. Tamam götüreceğim de ne ile götüreceğim? Ona erkek kuvveti lazım, araba lazım. Bir de düşünüyor, atıveriyor kendini. Sağ tarafını kullanamadığı için ağır geliyor galiba.” (K.5)

Maddi destek ihtiyacı

İnme ve afazi gerçekleşikten sonra ortaya çıkan maddi sorunlarla baş edebilmek için, hasta yakınları maddi desteğe ihtiyaç duyduklarını bildirmiştir. Özellikle hastaya evde sağlanması gereken rutin sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılamakta zorlandıkları ifade edilmiştir. Bu durumu ortaya koyan katılımcı ifadesi şu şekildedir:

“İlk zaman hastanenin yatak sorunu olduğu için evdeydik. Fizik tedaviye çok ihtiyacı olduğu zaman maddi bir şekilde zorlanmaması gerekiyor ailenin. İlk zamanların çok önemli olduğu söylendi. Eve uzman gelmezse asla kalkamaz dediler. Her gün geldi ve o da bizi çok yıprattı. Maddi ve manevi çok büyük bir destek gerekiyor.” (K.2)

Evde terapi ihtiyacı

Hemiplejinin eşlik ettiği hastalar yürüyemediği için ve mobilite sorunu yaşadığı için bazı sağlık hizmetlerini evde almaya ihtiyaç duydukları, hasta yakınları tarafından bildirilmiştir. Bu hizmetlerin başında dil ve konuşma terapisi gelmektedir. Bu duruma ilişkin ihtiyacı K.3,

“Bundan sonra bizim bol bol terapiye ihtiyacımız var. Hastanede kolay şimdi hemen götürebiliyoruz. Eve çıkınca da evde bir terapist ihtiyacımız var.”

şeklinde ifade etmiştir.

Elde edilen bulgular ışığında tüm katılımcıların afazi ve afazili yakınlarıyla nasıl iletişim kurabilecekleriyle ilgili önemli düzeyde bilgi eksiği olduğu ve bu konuda pratik bir şekilde uygulanabilecek bir eğitime duydukları ihtiyaç ortaya çıkmıştır. Bunun yanı

sıra, katılımcıların sosyal bir destek ağına da gereksinimleri olduğu bulunmuştur. Hasta yakınlarının belirlenen ihtiyaçları arasından “İletişim ihtiyacı”, “Bilgi ihtiyacı”, “Destek grubu ihtiyacı”, “Psikososyal destek ihtiyacı” ve “Uzman desteği ihtiyacı” program kapsamına dahil edilmiştir. Seçilen bu ihtiyaçlar, hasta yakınlarının hangi konularda yardıma ihtiyacı olduğunu belirlemeye çalışan farklı çalışmalarla örtüşmektedir (Avent ve diğerleri, 2005; Hinckley ve Packard, 2001).

3.1.2.2. Programın amaçlarını belirleme

Program geliştirme sürecinin ikinci aşamasında hedeflerin belirlenmesi gelmektedir. Programın hedeflerini belirlemeye çalışırken “Bireyleri niçin eğitiyoruz?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Demirel, 2010, s.106). Hedefler, katılımcıların eğitim sürecinde ve sonunda edindikleri bilgi, beceri, özellik ve tutumları ifade etmektedir. Mevcut çalışmada geliştirilen ASODEP, genel olarak hasta yakınlarını afazi konusunda bilgilendirmeyi, afazili hastalar ve hasta yakınları arasındaki iletişimsel iş birliğini geliştirmeyi, yaşanan psikososyal sorunları hafifletmeyi ve en nihayetinde yaşam kalitelerini artırmayı hedeflemektedir. Eğitim programının amaç ve hedefleri belirlenirken afazili hastaların yakınları tarafından aktarılan ihtiyaçlar temel alınmıştır. Ayrıca alanyazında yer alan güncel programlar incelenerek, 2001 yılında Sarah Lock ve diğerleri tarafından geliştirilen Afazili Bireyler ile Yakınlarına İlişki ve İletişim Destek Programı (Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships and Conversation Program -SPPARC) ve 2013 yılında Beeke ve diğerleri tarafından geliştirilen Afazide Sohbeti İyileştirme Terapi Programı (Better Conversations with Aphasia -BCA), hem program hedeflerinin belirlenmesine hem de belirlenen hedeflere yönelik sonraki süreçte hazırlanacak içeriğe ve eğitim materyallerine yol gösterici olmuştur. Belirlenen hedefler, program geliştirme ve değerlendirme süreçlerinin vazgeçilmez bir parçası niteliğindedir. Hem diğer program öğelerinin tasarlanmasında hem de programın etkililiğinin değerlendirilmesinde belirleyici ölçüt olarak işlev görmektedir (Yanpar Yelken ve Yavuz Konokman, 2020, s.275).

Program hedefleri yazılırken çeşitli yaklaşımların kullanıldığından söz edilmektedir. Demirel (2010) bu yaklaşımları üçe ayırmaktadır; aşamalı hedef yazma yaklaşımı, yeterliliğe dayalı hedef yazma yaklaşımı ve modüler hedef yazma yaklaşımı. Bu çalışmada modüler hedef yazma yaklaşımı tercih edilmiştir. Bu yaklaşımın, program içindeki ünitelerin aşamalılık göstermediği, bağımsız ünite ya da modüllerden oluştuğu durumlarda kullanılması önerilmektedir (Demirel, 2010, s.119). Hasta yakınları ile

gerçekleştirilen görüşmeler sonucunda programın gereksinimlerinin üç farklı modül altında toplandığı görülmektedir:

- Afazi hakkında bilgilendirme
- Afazide etkili iletişim kurma
- Afazide destek sağlama

Her modüle ilişkin genel hedefler ve genel hedeflere yönelik davranışsal amaçlar belirlenmiştir. Hedeflerin daha işlevsel ve amaca uygun hale gelmesi için davranışsal tanımlarının oluşturulması gerekmektedir. Davranışsal amaçların yazımında Bloom ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve yaygın olarak kabul gören “Bloom Taksonomisi” (Demirel, 2020, s.112) dikkate alınmıştır. Belirlenen tüm hedefler EK-6’daki Program Çizelgesinde yer almaktadır.

3.1.2.3. Programın içeriğini belirleme ve düzenlenme

Program geliştirme sürecinin üçüncü aşamasında afazili hastaların yakınlarına yönelik hazırlanacak sistematik bir grup programında hangi konuların yer alması gerektiğine karar verilmiştir. Programın içeriği, program geliştirilmeden önce gerçekleştirilen ihtiyaç analizi çalışmasına dayanmaktadır. Belirlenen hedeflere en ekonomik ve yararlı biçimde nasıl ulaşılabileceği göz önünde tutularak ve ilgili alanyazında yer alan güncel programlar incelenerek konular belirlenmiştir.

İçerik düzenlenirken farklı yaklaşımların ele alındığı görülmektedir (Demirel, 2010, s.143). Bu çalışmada modüler programlama yaklaşımı kullanılmıştır. Programa dahil edilecek konular, anlamlı bütünler halinde öbeklere ayrılmıştır. Konular arasında katı bir aşamalılık olmamakla birlikte sırası esnek tutulmuştur, ancak yine de program hedeflerine ulaşılması açısından kontrollü bir yaklaşım özelliği taşımaktadır. İçeriğin seçimi ve düzenlenişi sırasında temel alınan ölçütler; katılımcıların ilgi ve ihtiyaçlarına uygunluğu, belirlenen hedeflere uygunluğu, içeriğin kendi içinde tutarlılığı, somuttan soyuta, bilinenden bilinmeyene ve genelden özele bir dizilişi takip etmesidir (Dirik, 2015, s.58-60).

Hazırlanan içeriğin katılımcılara kaç oturumda sunulacağı belirlenirken, her bir modüle ait konular kendi içinde ünitelendirilmiştir. “Afazide Etkili İletişim Kurma” modülü çok sayıda etkili iletişim stratejisi ve yöntem bilgisi içermesi sebebiyle dört oturumda, “Afazi Hakkında Bilgilendirme” modülü bir oturumda ve “Afazide Destek Sağlama” modülü bir oturumda sunulacak şekilde, tüm programın toplamda beş oturumda sunulmasına karar verilmiştir. Oturumların sıklığı belirlenirken, katılımcılar

için etkili öğrenme koşulları oluşturmaya ve katılım kolaylığı sağlamaya dikkat edilmiştir. Bu sebeple oturumların arka arkaya altı günde gerçekleştirilmesine karar verilmiştir. Sözü edilen üç modüle ait üniteler ve ünitelerin içeriğinde yer alan tüm alt başlıklar Tablo 3.6’da gösterilmektedir.

Tablo 3. 6. Programın içeriği

Modül	Ünite	Konu Başlıkları
Afazi Hakkında Bilgilendirme	1- Afazi ve Afazinin Sohbet Becerileri Üzerindeki Etkileri	Afazi nedir? Afazinin nedenleri nelerdir? Afazinin anlama becerileri üzerindeki etkileri Afazinin ifade etme becerileri üzerindeki etkileri Sohbet etmenin işbirlikçi doğası Afazinin karşılıklı sohbet etme becerileri üzerindeki etkileri
Afazide Etkili İletişim Kurma	2- Sohbet Sırasında Gerçekleşen Sorun ve Onarım	Sohbet sırasında gerçekleşen sorun ve onarım kavramları Afazide görülen iletişim bozukluğuna yol açan sorun kaynakları Afazide iletişim bozukluğuna yol açan sorun kaynaklarına yönelik kullanılacak etkili onarım stratejileri Afazide sohbet sırasında ortaya çıkan sorun kaynaklarına yönelik alınabilecek önlemler
	3- Sohbet Sözlü Sıra Alma	Sohbette söz sırası almanın işlevleri Sohbette söz sırası alma yolları Afazide sohbet sırasında ortaya çıkan söz sırası alma sorunları Afazide sohbet sırasında kullanılacak etkili sıra alma stratejileri
	4- Sohbet Denge ve Katkı Sunma	Sohbet ortaklarının sohbete dengeli katkı sunmasının önemi Afazili bireylerin sohbete katılımlarını artırma yolları Afazili bireylerin sohbet sırasında hissettikleri ve sohbete katılmalarını engelleyen yoğun duygular Afazili bireylerin sohbet sırasında hissettikleri ve sohbete katılmalarını engelleyen yoğun duyguları sağaltma yolları
Afazide Destek Sağlama	5- Afazinin Duygusal ve Psikososyal Etkileri	Afazinin hastalar üzerindeki duygusal etkileri Afazinin hasta yakınları üzerindeki duygusal etkileri Afazinin yol açtığı duygusal sorunlarla etkili baş etme yolları Afazinin hastalar üzerinde yol açtığı psikososyal değişiklikler Afazinin hasta yakınları üzerinde yol açtığı psikososyal değişiklikler Afazinin uzun vadede yol açtığı psikososyal değişikliklerle etkili şekilde baş etme yolları

Tablo 3.6’da yer alan içeriğin düzenlenmesi aşamasında araştırmacı, programın belirlenen hedefleri ve içeriği konusunda iki alan uzmanı, bir hasta yakını ve bir afazili hastanın görüşlerine baş vurmuştur. Bu sürecin amacı hedeflerin ve içeriğin geçerliliğinin sağlanmasıdır. Görüş istenen uzmanlardan biri program geliştirme, diğeri ise afazi konusunda bilgi ve deneyim sahibi olan öğretim üyeleridir. Alınan uzman görüşleri neticesinde, programın hedefleri ve içeriği konusunda görüş birliğine varılmıştır. Görüş istenen bir diğer kişi, araştırmacının ilk aşamasında gerçekleştirilen ihtiyaç analizi çalışmasına katılan bir hasta yakınıdır. Hasta yakınıyla yapılan görüşme sonucunda, belirlenen hedeflerin hasta yakınının ihtiyaçlarını yeterince yansıttığına ve tüm içeriğin eğitim programı için uygun olduğuna karar verilmiştir. Bunlara ek olarak, tutuk afazi tanısı olan bir hastadan, sözlü dil becerileri el verdiği ölçüde, görüş istenmiştir. Hasta ile yapılan görüşme sırasında, programın içeriğine dahil edilen konu başlıklarının, hastanın kendi deneyimleriyle oldukça örtüştüğü ifade edilmiştir. Toplanan görüşlerden hareketle programın içeriğine son şekli verilmiştir.

3.1.2.4. Programın öğrenme yaşantılarını belirleme ve düzenleme

Program içeriğinin belirlenmesi ve düzenlenmesi aşamalarından sonra, bu içeriğin hangi öğretim stratejileri, yöntemleri, teknikleri ve materyalleri kullanılarak katılımcılara sunulacağına karar verilmesi gelmektedir. Katılımcıların hedeflenen kazanımlara ulaşabilmesi için öğrenme yaşantıları hedeflerle tutarlı bir biçimde seçilmiştir. Öğrenme etkinlikleri seçilirken yetişkin katılımcıların öğrenme özellikleri ve uygulayıcının rehberlik etme becerileri dikkate alınmıştır. Her bir ünite için birbirini takip eden giriş, gelişme ve sonuç etkinlikleri hazırlanmıştır.

Giriş Etkinlikleri: Bu etkinlikler, katılımcıları öğrenme sürecine hazırlayarak; yeni bilgileri kendi bilgi sistemleri içine yerleştirmelerine yardımcı olacak ön öğrenmeleri sağlamaktadır. Bu aşamada katılımcılar hedeften haberdar edilerek, ünitenin sonunda hangi bilgi, beceri ve tutumları kazanacakları konusunda önden bilgilendirilmektedir. Daha sonra ilgili hedeflere ulaşabilmek için hangi bilgi içeriklerini kullanacakları tanıtılmaktadır. Böylelikle katılımcıların hedef-içerik ilişkisi kurarak hem bilişsel hem de duyuşsal olarak öğrenmeye hazır hale gelmeleri amaçlanmaktadır. Giriş etkinlikleri genelde bilgilendirme amaçlı olduğu için, uygulayıcı sunuş yoluyla öğretim yaklaşımını ve buna uygun öğretme stratejisi, yöntem ve tekniklerini kullanmaktadır.

Gelişme etkinlikleri: Bu etkinlikler sırasında katılımcıların hem diğer grup üyeleriyle hem de uygulayıcıyla aralarındaki etkileşim düzeyinin artırılması amaçlanmaktadır. Seçilen etkinlikler, katılımcıların yeni gelen bilgileri mevcut bilgileriyle ilişkilendirerek, kendileri için daha anlamlı olacak biçimde yeniden yapılandırmalarına hizmet etmektedir. Bu aşamada daha çok buluş yoluyla öğretme yaklaşımına yer verilmiştir. Bilgi aktarımının yanında, katılımcıların kendi deneyimleri üzerinde farkındalık kazanmaları ve yaşadıkları sorunlara yönelik çözüm yollarını keşfetmeleri hedeflenmiştir. Bu amaca yönelik örnek olaylar, video modeller, analogiler, rol yapma ve yansıtıcı düşünme etkinlikleri hazırlanmıştır. Uygulayıcı bir rehber görevi üstlenerek sözlü anlatım, soru cevap ve tartışma etkinlikleriyle yönlendirici olmaktadır.

Sonuç etkinlikleri: Bu aşamada konuların genel hatlarıyla özetlenmesine ve tartışma sorularına yer verilmektedir. Böylelikle katılımcıların kendi öğrenmelerini gözden geçirmelerine, uygulayıcının da gerekli dönüt ve düzeltmeleri yapmasına imkân tanınmaktadır.

Program geliştirme sürecinin bir sonraki aşaması, hazırlanan içeriğe uygun öğretim materyallerine karar verilmesidir. İlk olarak, her üniteye ait içeriğin aynen yansıtıldığı

yazılı materyaller hazırlanmıştır. Yazılı materyallerin biçimsel ve dilsel özellikleri belirlenirken, hedeflerin belirlenmesi aşamasında gerçekleştirilen alanyazın taraması ve alınan uzman görüşleri yol gösterici olmuştur. Yazılı materyallerde kullanılan görsellerin bir kısmı telif hakkı bulunmayan fotoğraf sitelerinden (Freerange, Unsplash, Flickr), bir kısmı alanyazında yer alan güncel programlardan (SPPARC, 2001; BCA, 2013), bir kısmı ise araştırmacı tarafından çekilen fotoğraflardan elde edilmiştir. İkinci olarak, programda yer alan konulara yönelik videolar hazırlanmıştır. “Afazide Destek Sağlama” modülünde kullanılmak üzere, afazili bir hasta ile yapılan röportaj videosu çekilmiştir. Bu videonun hazırlanma amacı, katılımcılara afazide yaşanan duygusal ve psikososyal sorunları afazili bir hastanın gözünden yansıtmaktır. “Afazide Etkili İletişim Kurma” modülünde kullanılmak üzere, senaryoları araştırmacı tarafından yazılan örnek sohbet videoları çekilmiştir. Bu videoların hazırlanma amacı, katılımcılara afazide yaşanan iletişim sorunlarının doğasını keşfetme imkânı sağlamak ve etkili iletişim stratejilerinin kullanımına ilişkin çok sayıda örnek sunmaktır. Ayrıca öğrenme sürecinde yazılı materyalleri takip etmekte zorlanan katılımcıları görsel materyallerle desteklemektir. Sözü edilen örnek videoların hazırlanma sürecine ilişkin bilgiler Tablo 3.7’de sunulmuştur.

Tablo 3. 7. ASODEP videolarının hazırlanma sürecine ilişkin bilgiler

Kişi	Videolar, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümünde eğitim gören 3 öğrencinin iş birliğiyle hazırlanmıştır.
Ortam	Çekimler, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi bünyesinde Dil ve Konuşma Bozuklukları Uygulama ve Araştırma Merkezi’nde gerçekleştirilmiştir.
Materyal	Çekimler sırasında, battaniye, kumanda, bardak, ilaç kutusu, takvim, cep telefonu, meyve ve cüzdan kullanılmıştır.
Araç-Gereç	Çekimler sırasında, 1 kayıt cihazı (cep telefonu) ve 1 tripod kullanılmıştır.

Video çekimlerinin ön hazırlıkları sırasında Tablo.7’de yer alan kişiler belirlenmiş, video çekimlerinin yapılacağı ortam ve çekimler sırasında gerekli olan materyaller hazırlanmıştır. Videoların içeriği, bir afazili hasta ve hasta yakını arasında geçen sohbetlerden oluşmaktadır. Araştırmacı tarafından yazılan sohbet senaryolarının günlük yaşamdan olağan örnekleri yansıtmaya dikkat edilmiştir. “Afazide Etkili İletişim Kurma” modülünde kullanılmak üzere 12 örnek sohbet videosu ve değerlendirme aşamasında kullanılmak üzere 8 sohbet videosu olmak üzere toplamda 20 video çekimi

yapılmıştır. Hazırlanan videoların inandırıcılığı ve amaca uygunluğu konusunda görüş istenen alan uzmanlarıyla ve hasta yakınıyla bu konuda fikir birliği sağlanmıştır.

3.3. Aşama II: Programı Uygulama ve Etkililiğini Değerlendirme

Afazili hastaların sohbet ortaklarının ihtiyaçları temelinde geliştirilen ASODEP'in uygulanması ve değerlendirilmesi program geliştirme sürecinin son basamağını oluşturmaktadır. Yapılan değerlendirmeler ASODEP'in etkililiğinin ve sosyal geçerliğinin belirlenmesine hizmet etmektedir.

3.3.1. Etkililik çalışmasının yöntemi

3.3.1.1. Etkililik çalışmasının deseni

Karma yöntem araştırmaları, temel bir araştırma desenine dayandırılrsa da hem nicel hem nitel boyutu olması sebebiyle en az iki farklı araştırma modeli içermektedir (Creswell, 2009). Çok aşamalı karma desen ile tasarlanan bu araştırmanın deneysel sürecinde, nicel araştırma yöntemlerinden “tek grup ön test-son test” araştırma deseni kullanılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkeni, afazili hastaların sohbet ortaklarına uygulanmak üzere geliştirilen ASODEP'tir. Bağımlı değişkenler ise; sohbet ortaklarının afaziye ve afazide etkili iletişim kurmaya yönelik bilgi düzeyi, psikososyal iyilik hali, yaşam kalitesi ve afazili hastaların yaşam kalitesidir. Afazide sohbet ortağı eğitiminin etkililiğini incelemek amacıyla yapılan kapsamlı sistematik incelemeler (Simmons-Mackie vd., 2010; 2016) değerlendirmelerde kullanılan ölçme araçlarının amaca uygunluğunun gözetilmesi gerektiği önemle vurgulamaktadır. Bu sebeple yapılan ölçümlerin zayıf noktalarını dengeleyerek daha güçlü çıkarımlar sağlayabilmek ve elde edilecek nicel bulguları destekleyebilmek amacıyla karma araştırma yöntemi tercih edilmiştir. Böylece araştırmadan elde edilen nicel ve nitel veriler bütünleştirilerek, programın afazili hasta ve sohbet ortakları üzerindeki etkileri hakkında bütüncül bir resim elde edilmeye çalışılmıştır.

3.3.1.2. Etkililik çalışmasının örnekleme

ASODEP'in etkililik çalışması, araştırmanın ilk aşaması olan ihtiyaç belirleme çalışmasıyla aynı evrene ait farklı bir örneklem üzerinde gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar, amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemi kullanılarak araştırmacı tarafından önceden belirlenmiş bir dizi kriteri karşılayan kişilerden oluşmaktadır. Çalışmaya dahil etme kriterleri arasında hastaların tutuk afazi tanısı almış olması, inmenin üzerinden geçen sürenin en az 3 ay olması, Afazi Dil Değerlendirme (ADD)

Testinin İşitsel alt testinden en az 33 puan almış olması ve anadilinin Türkçe olması bulunmaktadır. Hasta yakınlarının ise hastanın düzenli sohbet ortağı olması, 18 yaşından büyük olması, anadilinin Türkçe olması ve gönüllü olması beklenmektedir. Bu doğrultuda Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi'ne bağlı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi bünyesinde yatmakta olan ve yakın geçmişte taburcu olan hastaların yakınlarına ulaşılmıştır. Bu süreçte hastane bünyesinde görev yapan dil ve konuşma terapistinin iş birliğiyle belirlenen kriterleri taşıyan hasta yakınlarına ulaşılsa da yüz yüze ve grup haline uygulanacak bir programa katılım sağlamak konusunda uygun olan hasta yakınlarının sayısının nispeten az olduğu görülmüştür. Bu noktada hasta yakınlarının günlük hayattaki sorumluluklarının fazla olması, hastaya bakım vermek durumunda olmaları ve hastayı emanet edecek kimselerinin olmayışı gibi gerekçeler sıralanmıştır.

Belirlenen kriterler çerçevesinde çalışmaya dahil edilen afazili hastalara ilişkin betimleyici istatistikler Tablo 3.8'de sunulmuştur. Tablo 3.8 incelendiğinde 3 erkek ve 5 kadın olmak üzere toplamda 8 tane tutuk afazili hastaya ulaşılmıştır. Hastaların inme geçirmelerinin üzerinden geçen süre 5 ile 38 ay arasında çeşitlilik göstermektedir. Hastaların toplam yaş ortalamasının 65 olduğu görülmektedir. Bunun yanında değişen sürelerle terapi almış veya almakta oldukları bildirilmiştir.

Tablo 3. 8. Afazili hasta katılımcıların demografik özellikleri

Hasta	Yaşı	Cinsiyeti	İnme Üzerinden Geçen Süre	Afazi türü	ADD Testi İşitsel Anlama Puanı	Terapi Durumu
Hasta 1	67	Kadın	5 ay	Tutuk	40	3 aydır almakta
Hasta 2	74	Kadın	7 ay	Tutuk	34	Almıyor (2 seans almış)
Hasta 3	60	Erkek	28 ay	Tutuk	42	Almıyor (8 ay almış)
Hasta 4	47	Erkek	10 ay	Tutuk	40	6 aydır almakta
Hasta 5	75	Kadın	38 ay	Tutuk	33	5 aydır almakta
Hasta 6	67	Kadın	34 ay	Tutuk	34	Almıyor (3,5 ay almış)
Hasta 7	72	Kadın	14 ay	Tutuk	40	Almıyor (6 ay almış)
Hasta 8	57	Erkek	11 ay	Tutuk	44	Almıyor (5 ay almış)

Çalışmaya dahil edilen sohbet ortağı katılımcılara ait betimleyici istatistiklere Tablo 3.9'da yer verilmiştir. Hasta sayısı ile paralel olarak toplamda 8 tane sohbet ortağına ulaşılmıştır. Hasta ile aralarındaki yakınlık derecesi bakımından olabildiğince çeşitliliğe gidilmiştir. Bu sayede daha kapsamlı veri toplamak amaçlanmıştır. Sohbet ortaklarının

toplam yaş ortalamasının 55 olduğu ve eğitim düzeylerinin benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Tablo 3. 9. *Sohbet ortağı katılımcıların demografik özellikleri*

Sohbet Ortağı	Yaşı	Cinsiyeti	Hasta ile yakınlık derecesi	Eğitim Durumu
Katılımcı 1	67	Erkek	Eşi	Üniversite mezunu
Katılımcı 2	50	Erkek	Oğlu	İlkokul mezunu
Katılımcı 3	58	Kadın	Eşi	İlkokul mezunu
Katılımcı 4	56	Erkek	Abi	Yükseklisans mezunu
Katılımcı 5	51	Kadın	Kızı	İlkokul mezunu
Katılımcı 6	67	Erkek	Eşi	İlkokul mezunu
Katılımcı 7	40	Kadın	Kızı	İlkokul mezunu
Katılımcı 8	53	Kadın	Eşi	İlkokul mezunu

3.3.1.3. Etkililik çalışmasının veri toplama araçları

Araştırmanın başında sohbet ortaklarının kendi rızaları ile araştırmaya katıldıklarını ve araştırma sürecine ilişkin bilgi sahibi olduklarını teyit edebilmek için “Gönüllü Katılım Formu” imzalatılmıştır (EK-7). Bu formda çalışmanın içeriğine ve amaçlarına yönelik bilgilendirme yapılmış; çalışma sürecinde toplanması planlanan verilerden, verilerin kayıt altına alınacağından ve sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacağından, kayıtların gizliliğinin gözetileceğinden ve katılımcıların istedikleri zaman çalışmadan çekilme hakkına sahip olduğundan bahsedilmiştir. Sonrasında katılımcılara ait demografik bilgileri elde etmek için “Hasta ve Sohbet Ortağı Kişisel Bilgi Formu” kullanılmıştır (EK-1). Hem katılımcıların katılım kriterlerini karşılayıp karşılamadığını görmek hem de hastaların dil becerilerini değerlendirmek amacıyla Afazi Dil Değerlendirme Testi (ADD) kullanılmıştır. Toğram ve Maviş (2012) tarafından geliştirilen ve geçerlik, güvenirlik ve standardizasyon çalışması yapılan ADD afazi tanısı koymak, afazi türünü belirlemek, afazili bireyin tüm dil alanlarındaki performansını ölçmek amacıyla kullanılan kapsamlı bir dil testidir.

Araştırma kapsamında birbirini destekleyen verilerin elde edilmesinde birçok nicel ve nitel veri toplama aracı birlikte kullanılmıştır. Bu veri toplama araçlarına ait özet bilgiler Tablo 3.10’da yer almaktadır.

Tablo 3. 10. *Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarına ilişkin özet bilgiler*

Aşama	Veri Türü	Veri Toplama Aracı	Kullanım Amacı
Ön-test Son-test Ölçümleri	Nicel	Başarı Testi Modül-1	*Afazi hakkında bilgi düzeyini belirleme
	Nicel	Başarı Testi Modül-2	*Afazide etkili iletişim yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyini belirleme
	Nicel	DASÖ-21	*Psikolojik durumunu belirleme
	Nicel	WHOQOL-BREF-TR	*Yaşam kalitesini belirleme
	Nicel	SAQOL-39-TR	*Hastaların yaşam kalitesini belirleme
Uygulama Aşaması	Nitel	Yarı Yapılandırılmış Bireysel Görüşme (Modül-3)	*Afazinin duygusal ve psikososyal sonuçlarıyla etkili şekilde baş etmeye ilişkin bilgi ve görüş toplama
	Nitel	Saha Notları	*Uygulama sürecine ilişkin bilgi toplama
Uygulama Sonrası	Nicel	Memnuniyet Anketi	*Programın sosyal geçerliliğini belirleme
	Nitel	Yarı Yapılandırılmış Bireysel Görüşme	*Programla ilgili görüş ve deneyimleri belirleme

3.3.1.4. Nicel veri toplama araçları

Tablo.10’da görüldüğü üzere araştırmanın nicel boyutunda; araştırmacı tarafından geliştirilmiş olan Başarı Testi (Modül-1 ve Modül-2) ve Memnuniyet Anketi; Depresyon-Anksiyete- Stres Ölçeği (DASÖ-21); Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği – Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR) ve İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi Ölçeği-39-TR (SAQOL-39-TR) olmak üzere beş farklı ölçme aracı kullanılmıştır.

3.3.1.4.1. Başarı testi

Modül-1 ve Modül-2’ye ait hedef davranışları yoklamak amacıyla araştırmacı tarafından başarı testleri geliştirilmiştir. Başarı testlerinin kapsamı, modüllerde yer alan temel konular ve alt başlıklarıyla paralel hazırlanmıştır. Başarı testlerinde farklı türden sorulara yer vermeye özen gösterilmiştir. Özellikle “Afazide Etkili İletişim Kurma” modülünde, örnek sohbet videoları üzerinden sorulan açık uçlu sorulara yer verilmiştir. ASODEP’in modüler bir program olması sebebiyle, her modüle ait başarı testinin kendi içinde puanlanması uygun görülmüştür. “Afazi Hakkında Bilgilendirme” modülü için 10 soruluk ve “Afazide Etkili İletişim Kurma” modülü için 10 soruluk başarı testleri hazırlanmıştır. Her bir başarı testinden alınacak en yüksek puan 100 olarak hesaplanmıştır. Başarı testlerinde yer alan tüm soruların hedeflerle uygunluğu, anlaşılabilirliği ve puanlaması konusunda Tez İzleme Komitesi üyeleri ile fikir birliğine

varılmış, yapılan pilot çalışmayla son şekli verilmiştir. Sözü edilen başarı testleri ve cevap anahtarları EK-8’de yer almaktadır.

3.3.1.4.2. Depresyon- Anksiyete- Stres Ölçeği (DASÖ-21)

Depresyon Anksiyete Stres-42 Ölçeğinin kısaltılmış şekli olan DASÖ-21, Lovibond ve Lovibond tarafından (1995) geliştirilmiştir. Ölçekte depresyon, anksiyete ve stres alt boyutlarının her biri için 7şer madde olmak üzere toplam 21 madde yer almaktadır (EK-9). Maddelere verilen yanıtlar 4’lü derecelendirme sistemiyle puanlanmaktadır. 0 “hiçbir zaman”, 1 “bazen ve ara sıra”, 2 “oldukça sık” ve 3 “her zaman” şeklinde kodlanmıştır. Depresyon, stres ve anksiyete boyutlarından alınan toplam puanlara göre değerlendirme yapılmaktadır. Ölçeğin herhangi bir boyutundan alınan puanların yüksek olması, kişinin ilgili probleme sahip olduğunu göstermektedir (Akın ve Çetin, 2007). Bu çalışmada sohbet ortaklarının depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini belirlemek ve ASODEP uygulamasından sonra bu düzeylerde herhangi bir değişiklik olup olmadığını değerlendirmek amacıyla DASÖ-21’in geçerli ve güvenilir olan Türkçe uyarlaması kullanılmıştır (Sarıçam, 2018).

3.3.1.4.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği – Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Formu (WHOQOL-BREF) DSÖ Yaşam Kalitesi Grubu tarafından geliştirilmiştir (1998) ve WHOQOL-100’ün kısaltılmış hali olarak kullanılmaktadır. Ölçekte bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel iyilik hallerini ölçmeye yönelik 26 soru bulunmaktadır. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan ölçekte, Türk toplumuna özgü “sosyal baskı” boyutu oluşturulmuştur ve diğer boyutlarla korele olamayan bağımsız bir soru eklenmiştir (27.soru). Maddelere verilen yanıtlar 5’li derecelendirme sistemiyle puanlanmaktadır. Her bir boyuttan alınan puan, diğer boyutlardan bağımsız olarak kendi içindeki yaşam kalitesini ifade etmektedir ve 4-20 arasında hesaplanmaktadır. Kişilerin ölçekten aldığı puanların yüksek olması, yüksek yaşam kalitesini işaret etmektedir. Sağlık alanında kronik rahatsızlığa sahip hasta yakınları üzerinde sıklıkla kullanılan WHOQOL-BREF-TR, bu çalışmada yer alan afazili hastaların sohbet ortaklarına ASODEP öncesinde ve sonrasında uygulanması uygun görülmüştür (EK-10).

3.3.1.4.4. *İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi Ölçeği-39-TR (SAQOL-39-TR)*

Hilari ve ark. (2003) tarafından geliştirilen SAQOL-39 testi, klinik araştırmalarda terapi etkililiğinin değerlendirilmesinde ve tedavi sürecinin önceliklendirilmesinde sıklıkla kullanılmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Noyan-Erbaş ve Toğram (2016) tarafından yapılan ölçek günlük aktiviteler, iletişim, psikososyal fonksiyon ve enerji olmak üzere dört alt boyuttan ve toplam 39 maddeden oluşmaktadır. Maddelere verilen yanıtlar 5’li derecelendirme sistemiyle puanlanmaktadır ve 2 farklı yanıt formatı bulunmaktadır. İlki; 1 “hiç yapmadım”, 2 “çok zorluk yaşadım”, 3 “biraz zorluk yaşadım”, 4 “çok az zorluk yaşadım” ve 5 “hiç zorluk yaşamadım” şeklinde kodlanmıştır. İkicisi ise; 1 “kesinlikle evet”, 2 “çoğunlukla evet”, 3 “emin değilim”, 4 “çoğunlukla hayır” ve 5 “kesinlikle hayır” şeklinde kodlanmıştır. Afazili bireylerden maddeleri yanıtlarken geçen hafta yaşadıkları deneyimlere uygun olan seçeneği işaretlemeleri beklenmektedir. Ölçekten alınan puanların yüksek olması, yüksek yaşam kalitesini işaret etmektedir. Bu çalışmada yer alan afazili hastaların ASODEP öncesinde yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve ASODEP sonrasında yaşam kalitelerinde herhangi bir değişiklik olup olmadığının belirlenmesinde SAQOL-39-TR testi kullanılmıştır (EK-11).

3.3.1.4.5. *Memnuniyet Anketi*

Uygulama sonrasında sohbet ortaklarının ASODEP’e ilişkin memnuniyet düzeylerini ve ASODEP’in sosyal geçerliğini belirlemek amacıyla kullanılan Memnuniyet Anketi, incelenen farklı çalışmalarda aynı amaçla kullanılmak üzere geliştirilen anketlerden yola çıkarak oluşturulmuştur (Cankuvvet, 2015; Eryılmaz Canlı 2021). Memnuniyet anketinde programın hedefleri ve içeriği hakkında 13, programın sunumu hakkında 7 ve programın uygulayıcısı hakkında 5 olmak üzere toplam 25 madde bulunmaktadır. Maddelere verilen yanıtlar 4’lü derecelendirme sistemiyle puanlanmaktadır. 1 “hiç katılmıyorum”, 2 “kısmen katılıyorum”, 3 “çoğunlukla katılıyorum” ve 4 “tamamen katılıyorum” şeklinde kodlanmıştır. Dolayısıyla anketten alınabilecek minimum puan 25, maksimum puan 100 şeklinde belirlenmiştir (EK-12).

3.3.1.5. *Nitel veri toplama araçları*

Tablo 3.10’da görüldüğü üzere araştırmanın nitel boyutunda kullanılan veri toplama araçları, sohbet ortaklarıyla yapılan yarı yapılandırılmış bireysel görüşmeler ve araştırmacının saha notlarından oluşmaktadır.

Nitel ölçümler kapsamında yapılan görüşmelerin ikisi “Afazide Destek Sağlama” modülüne yönelik olup, uygulama öncesi ve uygulama sonrası şeklinde gerçekleştirilmiştir. “Afazide Destek Sağlama” modülü yoğun bilgi ve beceri öğretimi yapmaktan ziyade, sohbet ortaklarının yaşadıkları duygusal ve psikososyal sorunları paylaşmaları ve bu sorunların çözümlerine ilişkin yeni bakış açıları kazanmalarını hedeflemektedir. Bu sebeple katılımcılara bir başarı testi uygulamaktan ziyade, inme sonrasında oluşan dil bozukluğunun yol açtığı duygusal ve psikososyal sorunlarla etkili bir şekilde baş etme yollarının neler olduğu sorularak alınan cevapların niteliksel olarak değerlendirilmesi uygun görülmüştür.

Sohbet ortaklarıyla yapılan bir diğer görüşme ise ASODEP’e ilişkin görüş ve deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu amaca yönelik 7 açık uçlu görüşme sorusu hazırlanmıştır (EK-13). Bu sorular ASODEP’e yönelik seçilen amaçların sosyal geçerliği, uygulama sürecinin sosyal geçerliği ve müdahale sonrasında ortaya çıkan etkinin sosyal geçerliğini değerlendirme amacı taşımaktadır. Alanyazında sosyal geçerlik kavramı önemle vurgulanmakta ve bir öğretim yöntemi seçilirken etkili ve verimli olmasının yanı sıra sosyal geçerliğinin de yüksek olması gerektiği bildirilmektedir (Atbaşı ve Karasu, 2019). Sosyal geçerliğe ilişkin veriler farklı kaynaklardan ve farklı yöntemler kullanılarak toplanabilmektedir (Kennedy, 1992). Bu doğrultuda yapılan bireysel görüşmeler, Memnuniyet Anketi ile paralel olarak programın sosyal geçerliğini ortaya koymaya yöneliktir. Müdahaleden doğrudan etkilenen kişilerden farklı yöntemler kullanarak veri toplamanın araştırmanın geçerliğinin çeşitli açılardan değerlendirilmesine olanak sağlayacağı düşünülmektedir.

Nitel veri toplama kaynaklarından bir diğeri olan saha notları, ihtiyaç duyulan bağlamsal bilgileri belgelemenin bir yolu olarak tavsiye edilmektedir. Araştırmacının özel ve kişisel düşüncelerini ve yapılan görüşmelere ve uygulamalara dair sorgulamalarını içermektedir. Araştırmacıların görüşme sırasında dikkat çekmeden küçük notlar alabilmesinin yanında, görüşme bittikten kısa bir süre sonra, henüz hafızası tazeyken, kapsamlı bir alan notu oluşturmanın ideal olduğu belirtilmiştir (Phillippi ve Lauderdale, 2017). Bu çalışmada da araştırmacı hem ASODEP uygulamasını yürüten hem de yüz yüze görüşmeleri gerçekleştiren kişi olduğu için süreç içerisinde saha notlarını anahtar sözcükler şeklinde kaydetmiştir ve analiz sürecinde diğer verileri genişletmek amacıyla kullanmıştır.

3.3.1.6. Etkililik verilerinin toplanması

3.3.1.6.1. Pilot uygulama yapılması

Program geliştirme sürecinin tamamlanabilmesi için sohbet ortaklarının ihtiyaçlarından yola çıkarak geliştirilen ASODEP'in denenmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda ana uygulama yapılmadan önce, hazırlanan programın uygunluğunun değerlendirilmesi, belirlenen veri toplama araçlarının gözden geçirilmesi ve son şeklinin verilmesi amacıyla pilot uygulama yapılmıştır. Bu durum ana uygulamanın sorunsuz bir şekilde yürütülmesine yardımcı olmuştur. Araştırmacı pilot uygulamayı gerçekleştirebilmek için Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ek binasında yatmakta olan gönüllü bir hasta ve hasta yakınına ulaşmıştır. Katılımcı seçiminde etkililik çalışması için belirlenen katılımcı kriterleri göz önünde bulundurulmuştur. Pilot uygulamaya katılan hasta ve hasta yakınına yönelik demografik bilgiler Tablo 3.11'de gösterilmiştir.

Tablo 3. 11. *Pilot uygulamaya katılan katılımcıların demografik özellikleri*

Hasta			Hasta Yakını		
Cinsiyet	Yaş	İnme Üzerinden Geçen Süre	Cinsiyet	Yaş	Yakınlık Derecesi
Kadın	46	12 Ay	Kadın	21	Kızı

Pilot uygulama sürecinin başında hastaya ADD uygulanarak afazi tanısı teyit edilmiş ve afazi türü tutuk afazi olarak belirlenmiştir. Pilot uygulama öncesinde hasta yakınına ön testler uygulanarak veri toplama araçlarının uygunluğu kontrol edilmiştir. SAQOL-39-TR testinin uygulanması sürecinde afazili hastanın sözlü dil becerilerinin yetersiz olması sebebiyle hasta yakının görüşüne dayalı bir ölçüm gerçekleştirilmiştir. İyigün ve Toğram (2021) tarafından afazili hastaların ve onlara vekalet eden yakınlarının SAQOL-39-TR testinin tamamına yönelik uyumlu yanıtlar verdiğinin ortaya konmasından hareketle ana uygulamada yapılacak ölçümlerin hasta yakınlarının görüşüne dayalı gerçekleştirilmesine karar verilmiştir.

Pilot uygulama, hastane bünyesindeki bir terapi odasında 5 gün süreyle ortalama 1 saat süren oturumlar şeklinde gerçekleştirilmiştir. Pilot uygulama süresince araştırmacı ASODEP'in içeriğini, hazırlanan yazılı ve görsel materyallerin uygunluğunu değerlendirme olanağı bulmuştur. Bunun yanında hazırlanan ünite planlarının uygulanabilirliğini test etmiştir. 5.oturumun sonunda hasta yakınına son testler

uygulanarak pilot uygulama sonlandırılmıştır. Hasta yakınının süreç boyunca katılım motivasyonunun oldukça yüksek olduğu gözlemlenmiştir. ASODEP sonrasında hasta yakını ve hasta üzerinde beklenen yönde etkilerin ortaya çıktığı görülmüştür.

Hasta yakınından alınan geri dönüşler ışığında Başarı Testlerinde yer alan bazı sorularda ve kullanılan videolarda düzenlemelere gidilmiştir. Program geliştirme aşamasında “Afazide Etkili İletişim Kurma” modülünde kullanılmak üzere hazırlanan 12 sohbet videosundan 4 tanesi, zaman tasarrufu sağlamak amacıyla programdan çıkarılmıştır. Onların yerine hastaların ADD değerlendirmelerinde kaydedilen video kesitlerinin kullanılmasının daha etkili olacağı düşünülmüştür. Ayrıca “Afazide Etkili İletişim Kurma” modülü kapsamında sohbet ortağının etkili iletişim stratejilerinin kullanımına yönelik karar vermekte zorlandığı ve hastanın da dahil edileceği bir uygulama oturumuna ihtiyaç olduğu kanaatine varılmıştır. Program, 3 modül ve 6 oturum şeklinde uygulanmak üzere revize edilmiştir.

3.3.1.6.2. Uygulama öncesi verilerin toplanması

Uygulama öncesi verilerin toplanması 31 Ocak 2023-04 Şubat 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu aşamada katılımcılara ön testler uygulanmıştır. Araştırma sürecinde hastanede yatmakta olan 3 hasta ve sohbet ortağına hastane odasında uygulanan ön-testler, diğer katılımcılara ev ziyareti yapılarak uygulanmıştır. Bu sayede araştırmacı, hastaları ve sohbet ortaklarını doğal bir bağlam içerisinde gözlemlene şansı bulmuştur.

Öncelikle hastalara ADD uygulanarak veri toplama sürecine başlanmıştır. Sonrasında hasta yakınlarına sırasıyla Başarı Testleri, DASÖ-21, WHOQOL-BREF-TR ve hasta adına SAQOL-39-TR uygulanmıştır. Katılımcıların bir kısmı ileri yaşı ve düşük eğitim düzeyinde olduğu için ölçekleri okuyarak yanıtlamakta zorlanacağını ifade etmiştir. Bu durumda uygulanan tüm ölçekler araştırmacı tarafından sesli olarak okunmuş ve sohbet ortaklarının sözlü olarak yanıt vermesi sağlanmıştır. Veri toplama sürecinde Başarı Testlerinde yer alan videoları izletmek için bir bilgisayar ve ses yükselticisi; ölçümleri kayıt altına almak için bir kamera ve tripod kullanılmıştır.

3.3.1.6.3. Programın uygulanması

Katılım kriterlerini karşılayan 8 katılımcının ön-test ölçümleri gerçekleştirildikten sonra vakit kaybetmeden uygulama süreci için gerekli planlamalar (ortam, zaman, kullanılacak destek araçlar) yapılmıştır. 8 katılımcıya, 6 oturumda sunulan programın uygulanma sürecine ilişkin özet bilgiler Tablo 3.12’de yer almaktadır.

Tablo 3. 12. *ASODEP uygulama süreci*

Oturum	Tarih	Yer	Süre	Katılımcı sayısı
1.Oturum	06.02.2023	Kütahya Evliya Çelebi Eğitim	75 dakika	8
2.Oturum	07.02.2023	Araştırma Hastanesi'ne bağlı Fizik	60 dakika	7
3.Oturum	08.02.2023	Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR)	60 dakika	8
4.Oturum	09.02.2023	Ek Hizmet Binası-Toplantı Salonu	50 dakika	8
5.Oturum	10.02.2023		50 dakika	8
6.Oturum	11.02.2023		75 dakika	8

Tablo 3.12’de görüldüğü üzere uygulama arka arkaya gerçekleşen altı oturum şeklinde, hastane bünyesindeki toplantı salonunda gerçekleştirilmiştir. Böylece hastane bünyesinde yatmakta olan hastalara refakat eden sohbet ortaklarının programa kolaylıkla katılım sağlamasına imkân verilmiştir. Programa dışarıdan katılacak sohbet ortaklarının belirlenen gün ve saatte toplanmalarını kolaylaştırmak için servis taşımacılığı hizmetinden faydalanılmıştır. Bu sayede grup halinde gerçekleşen uygulamada çıkabilecek aksamaların önüne geçilmiştir. Ayrıca aynı servisle ulaşım sağlayan sohbet ortaklarının doğal bir bağlamda tanışmalarına ve vakit geçirmelerine fırsat sunulmuştur. Oturumlara başlama saati hastane koşullarının uygunluğu ve yatan hastaların devam eden tedavi prosedürleri gözetilerek 15.30 olarak belirlenmiştir.

Program içeriğinin tüm sunumu araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Geleneksel yerleşim düzenindeki toplantı odasında gerçekleşen sunumlar sırasında projeksiyon cihazı, ses yükseltici, kamera ve tripod kullanılmıştır. Uygulama kayıt altına alınırken yardımcı olması için Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümünde eğitim gören bir öğrenci, tüm sürece eşlik etmiştir. 2.oturum haricindeki tüm oturumlar katılımcıların eksiksiz katılımıyla tamamlanmıştır. 2.oturuma katılım sağlayamayan sohbet ortağı ile telafi oturumu gerçekleştirilmiştir.

1.oturumda “Afazi hakkında bilgilendirme” modülü; sırasıyla 2,3,4, ve 5.oturumlarda “Afazide Etkili İletişim Kurma” modülü; son oturum olan 6.oturumda ise “Afazide Destek Sağlama” modülünün uygulaması gerçekleştirilmiştir. Oturumların başında sohbet ortaklarının toplanmaları beklenirken yiyecek ve içecek ikramları sunularak doğal bir iletişim ortamı oluşturulmuştur. Sohbet ortakları için formal bir eğitim atmosferinden ziyade rahat hissedebilecekleri bir atmosfer yaratılmıştır. Oturumlar, yazılı materyaller ve görsel sunular üzerinden etkileşimli bir şekilde gerçekleştirilmiştir. Diğer oturumlardan farklı olarak “Afazide Etkili İletişim Kurma” modülü kapsamında gerçekleştirilen uygulama oturumuna (5.oturum) sohbet ortaklarının

yanında hastalar da katılmıştır. Araştırmacı, hastaların kişisel öykülerinden ve ADD testindeki dil performanslarından yola çıkarak her çift için ayrı iletişim etkinlikleri hazırlamıştır. Etkinlikler hazırlanırken Davis ve Wilcox tarafından (1980) geliştirilen Afazili Bireylerin İletişimsel Etkinliğini Destekleme (Promoting Aphasics Communicative Effectives- PACE) terapi yönteminin ilkelerinden yararlanılmıştır. Örneğin inme geçirmeden önce avcılıkla uğraştığı bilinen hastanın, “av” sözcüğünü sohbet ortağına anlatması; sohbet ortağının ise uygun stratejileri kullanarak hastaya iletişim desteği sağlaması beklenmiştir. Tarafların sohbete ne düzeyde katkı sunduğu ve sohbet ortağının hastaya sunduğu geri dönütlerin işlevselliği hep birlikte tartışılmıştır. Etkinlikler sırasında uygulama yapan sohbet ortaklarına araştırmacı ve diğer grup üyeleri tarafından yapıcı geri dönütler sağlanmıştır. Sohbet ortaklarının kullandıkları etkili iletişim stratejileri vurgulanarak farkındalık yaratılmış; etkisiz stratejilere yönelik öneriler sunulmuştur. Programın tüm oturumlarına ait ünite planları EK-14’te sunulmuştur. Son oturum tamamlandıktan sonra sohbet ortaklarına ASODEP Katılım Sertifikası dağıtılmıştır (EK-15).

3.3.1.6.4. Uygulama sonrası verilerin toplanması

Uygulama sonrası verilerin toplanması 14 Şubat 2023-17 Şubat 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Hastanede yatmakta olan 3 hastanın sohbet ortağına hastane odasında uygulanan son-testler, diğer katılımcılara ev ziyareti yapılarak uygulanmıştır. Sohbet ortaklarına sırasıyla Başarı Testleri, DASÖ-21, WHOQOL-BREF-TR ve hasta adına SAQOL-39-TR uygulanmıştır. Bunlara ek olarak ASODEP’in sosyal geçerliğini belirlemek amacıyla Memnuniyet Anketi uygulanmış; sohbet ortaklarının programa ilişkin görüş ve deneyimleri yarı yapılandırılmış bireysel görüşmeler yapılarak toplanmıştır. Veri toplama sürecindeki tüm ölçümler araştırmacı tarafından kayıt altına alınmıştır.

3.3.1.6.5. Etkililik çalışmasının geçerlik ve güvenirliği

Bilimsel araştırmanın en önemli ölçütlerinden bir tanesi sonuçların ne kadar inandırıcı olduğudur. Araştırmacıların ulaştığı bulguların gerçekliğine, benzer ortamlarda sonuçların geçerliğine, süreçlerin birbiri ile tutarlı olmasına ve verilerin nesnel bir yaklaşımla toplandığına ilişkin kanıtlar sunması beklenmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Araştırma tasarımlarını etkileyen çok sayıda potansiyel hata kaynağı bulunmaktadır ve araştırmacıdan hata kaynaklarını kontrol etmesi ve en aza indirmesi

istenmektedir (Karaca, 2021). Geçerlik ve güvenilirlik bu açıdan araştırmalarda en yaygın şekilde kullanılan iki ölçüttür.

Nicel verilerin geçerlik ve güvenilirliği

Uygulama Güvenirliği

Bilimsel dayanaklı uygulamaların sonunda elde edilen değişikliklerin katılımcı, uygulamacı veya ortam gibi faktörlerden etkilenmeden yalnızca uygulanacak programdan kaynaklanması beklenir. Araştırmacı tarafından hazırlanan programın bağımlı değişkenler üzerinde istenen etkileri ortaya çıkarabilmesi için eksiksiz bir şekilde uygulanması gerekmektedir. Bir programın hazırlanan plana ne kadar uygun şekilde uygulandığının belirlenmesi ise uygulama güvenirligi olarak tanımlanmaktadır (Gresham, 1989). Uygulama güvenirligini değerlendirmek için, gerçekleşen uygulamacı davranışlarının planlanan uygulamacı davranışlarıyla ne düzeyde örtüştüğü hesaplanmaktadır.

Uygulama güvenirligi verilerini toplamak amacıyla tüm ASODEP uygulamaları kayıt altına alınmıştır. Alanda 8 yıllık deneyime sahip bir uzman tarafından tüm uygulama kayıtları izlenerek, “Afazide Sohbet Ortağı Destek Eğitim Programı Uygulama Güvenirligi Kontrol Listesi” üzerinde puanlanmıştır (EK-16). 4’lü derecelendirme sistemiyle yapılan puanlamada; 1 “hiç”, 2 “kısmen”, 3 “oğunlukla”, 4 “tamamen” şeklinde kodlanan 25 madde yer almaktadır. Uygulama güvenirligi hesaplamasında (Gözlenen Uygulamacı Davranışı/Planlanan Uygulamacı Davranışı) x 100 formülü kullanılmıştır (Tekin-İftar ve Kırcaali-İftar, 2012). Hesaplama sonunda uygulayıcı güvenirligi %96 olarak hesaplanmıştır.

Puanlayıcı Güvenirligi

Puanlayıcılar arası güvenirlilik, farklı puanlayıcılar tarafından yapılan ölçümlerin birbiriyle tutarlılığını nitelendirmektedir (Bıkmaz Bilgen ve Doğan, 2017). Bu amaçla araştırmacı tarafından yapılan değerlendirmelerin %25’i rastgele seçilerek, alanda 5 yıllık deneyime sahip başka bir uzman tarafından video kayıtları izlenmiş ve puanlanmıştır. Puanlayıcılar arası uyum yüzdesi %96 olarak hesaplanmıştır.

Uygulama Geçerliği

Deneysel araştırmalarda en önemli sorunlardan biri, deneysel koşulların sağlandığı bir ortamda deney dışı etkilerin kontrol altına alınması olarak gösterilmektedir. Bağımlı değişkenlerde meydana gelen değişimin, doğrudan müdahale programıyla ilgili olması; başka bir ifadeyle deney dışı başka bir değişkendeki kaynaklanmaması beklenmektedir.

Birçok araştırmacı deneysel çalışmalarda iç geçerliği incelemek amacıyla farklı ölçütler sıralamaktadır. Kılıç ve Tonga (2022) tarafından yapılan derlemede bu ölçütlerden bazıları; katılımcıların özellikleri, seçim yanlılığı, denek kaybı, deney ortamı, ölçme yöntemi, test etkisi, zaman etkisi, katılımcıların tutumları şeklinde sıralanmaktadır.

Mevcut çalışmada göz önünde bulundurulmuş iç geçerlik tehditleri arasında deney ortamı bulunmaktadır. Verilerin toplandığı veya müdahalenin gerçekleştirildiği koşullar olabildiğince kontrol altına alınarak iç geçerliliği düşürmesi engellenmiştir. Ön-test ve son-testlerin aynı koşullar altında gerçekleştirilmesine dikkat edilmiştir. Ayrıca ölçme yönteminin de iç geçerliği tehdit edebileceği bilinmektedir. Katılımcılar arasında değerlendirme araçlarını okuyarak yanıtlamakta zorluk çekenler olması sebebiyle, tüm ölçümler araştırmacının okuyup katılımcıların sözel olarak yanıtladığı sabit bir formatta gerçekleştirilmiştir.

Deneysel süreçten bağımsız olarak müdahaleyi etkileyen başka bir faktör de zaman etkisidir. Uzun süren çalışmalarda ölçülmek istenen değişkenlere ilişkin katılımcıları etkileyebilecek farklı olaylar gelişebilir. Bu sebeple mevcut çalışmada toplanan veriler uygulamanın hemen öncesinde ve hemen akabinde toplanmıştır. Ayrıca denek kaybının önüne geçebilmek adına ASODEP programı arka arkaya 6 gün sürecek şekilde uygulanmıştır. Aksi takdirde hastanede yatan hastaların taburcu olacak olmaları ve uygulama yapılan ilin dışında ikamet edecek olmalarının denek kaybına yol açabileceği ön görülmüştür.

Nitel verilerin geçerliği ve güvenilirliği

Nitel araştırmalarda sıklıkla görülen geçerlilik tehditlerinin iki kapsamlı türü bulunmaktadır: Birincisi araştırmacı yanlılığı, diğeri de sıklıkla tepkisellik olarak adlandırılan çalışılan bireyler üzerindeki araştırmacı etkisidir. Nitel çalışmada amaç, bu tepkiyi yok etmek değil, bunu anlamak ve verimli bir şekilde kullanmaktır. Post-pozitivist paradigma içinde, araştırmacının tamamen objektif olmadığı, kendi deneyimlerini ve önyargılarını araştırmaya yansıtarak sonuçları etkileyebileceği kabul edilmiştir. Önemli olan husus, araştırmacının bilgi kaynağının söylediklerini ne şekilde etkilediğini ve bu etkinin görüşmeden çıkarılan anlamı ne şekilde etkilediğini anlamasıdır (Maxwell, 2018). Nitel çalışmalarda okuyucuyu çalışmanın inandırıcılığına ikna edebilmek için çoklu yöntemlerin bir arada kullanılması önerilmektedir (bkz. Tablo 3.5). Mevcut çalışmada kullanılan yöntemler aşağıda açıklanmaktadır.

Nitel araştırmalarda “inanılrlık” olarak adlandırılan i geçerliğin sağlanması amacıyla katılımcılarla uzun süreli etkileşim kurulmuştur. Araştırmanın tüm süreçleri araştırmacı tarafından bizzat yürütölmüştür ve özellikle veri toplama süreçlerinde yapılan ev ziyaretleri katılımcılarla doğal ortamda etkileşim kurma fırsatı sunmuştur. Ayrıca yapılan bireysel görüşmelerden elde edilen verilerin içerik analizi gerçekleştirildikten sonra, ulaşılan bulgular katılımcılarla paylaşılmış ve her birinden katılımcı teyidi alınmıştır. Böylece araştırmacının özne varsayımlarının önüne geçilerek verileri yanlış anlama olasılığı azaltılmıştır.

Nitel araştırmalarda “aktarılabirlik” olarak adlandırılan dış geçerlik, sonuçların benzer ortamlara ve durumlara genellenebilirliğine ilişkindir. Bu doğrultuda amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yoluyla seçilen katılımcıların hem önceden belirlenen bir dizi ölçüte uyması hem de hastalarla yakınlık derecelerine göre çeşitlenmesi sağlanmıştır. Ancak olay ve olguların içinde bulundukları ortamdaki etkilendikleri düşünölürse sonuçların benzer diğer örneklemlere doğrudan genellenmesi mümkün görünmemektedir. Dolayısıyla nitel araştırmaların amacı elde edilen sonuçları başka ortam ve durumlara genellemek yerine elde edilen sonuçları benzer ortamlara olabildiğince aktarabilmek (Yıldırım ve şimşek, 2016). Bu doğrultuda araştırmacı yaptığı araştırmanın her aşamasını olabildiğince detaylı bir şekilde betimleyerek okuyucuya aktarmıştır. Bulgular sunulurken ham verinin doğasına olabildiğince sadık kalınarak doğrudan alıntılara sıklıkla yer verilmiştir. Böylelikle okuyucuların verilerin elde edildiği ortamı zihinlerinde daha iyi canlandırabilecekleri ve kendi yorumlarını yapabilecekleri düşünölmektedir (Yıldırım ve şimşek, 2016). Ayrıca Creswell ve Creswell (2018) tarafından önerilen şekilde temalarda yer alan olumsuz ve tutarsız bilgiler de okuyucuyla paylaşılarak sohbet ortaklarının deneyimleri tüm gerçekliğiyle okuyucuya sunulmuştur.

Nitel verilerin güvenilirliğini sağlama yolu olarak başka bir araştırmacının verilerin analiz sürecinde “eş kodlayıcı” olarak yer alması sağlanmıştır. Ham veri seti alanda uzman başka bir araştırmacıya daha gönderilerek hem yapılan transkriptleri kontrol etmesi hem de eş zamanlı kodlama yapması istenmiştir. Alınan uzman görüşü doğrultusunda, dökümlerin %99’unun doğru olduğu sonucuna ulaşılmış ve gerekli düzeltmeler yapılarak verilerin tamamının doğruluğu sağlanmıştır. Sonrasında kodlama sürecine geçilmiştir ve iki kodlayıcı arasında anlayış birliği oluşturabilmek için örnek bir veri seti birlikte kodlanmıştır. Birlikte kodlanan verilerden yola çıkarak bir kod listesi

oluşturulmuştur (EK-17). Verilerin geri kalanı iki kodlayıcı tarafından bağımsız bir şekilde kodlanmıştır. Kodlama sürecinin sonunda kodlayıcılar arası tutarlılık oranı %92 olarak hesaplanmıştır. Kodlama güvenilirliğini artırmak adına, iki kodlayıcı arasında örtüşmeyen kodlar üzerinde tartışılarak fikir birliği sağlanmıştır. Son olarak danışman öğretim üyesine tüm veri toplama araçları, ham veriler ve analiz aşamasında yapılan kodlamalar gönderilerek teyit etmesi sağlanmıştır.

3.3.1.6.6. Etkililik verilerinin analizi

Nicel verilerin istatistiksel analizi

Araştırmanın istatistiksel analizlerine başlanılmadan önce veri seti uç değerler ve kayıp değerler çerçevesinde incelenmiştir. Veri setinde kayıp ya da uç değer verisi olmadığı belirlenmiştir. Ölçek puanlarına ilişkin karşılaştırma analizlerinden öncelikle veri setinin analiz varsayımlarını karşılayıp karşılamadığı test edilmiştir. Bu bağlamda değerlendirilen veri seti; Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk değerleri, çarpıklık basıklık, histogramlar, Q-Q grafikler, P-P- grafikleri incelenmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 3.13'te sunulmuştur.

Tablo 3. 13. Normal dağılım kontrol testi sonuçları

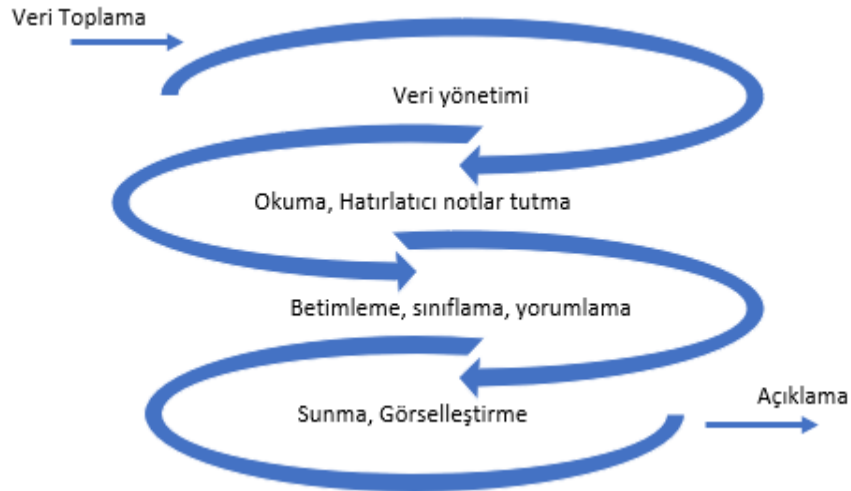
Ölçümler	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Çarpıklık	Basıklık
	İstatistik	df	Sig.	İstatistik	df	Sig.		
Modül 1	0,185	8	.200	0,939	8	.603	1,002	1,087
Modül 2	0,249	8	.154	0,862	8	.126	-,816	-,984
Başarı Testi Toplam	0,139	8	.200	0,937	8	.585	-,355	-1,216
Depresyon	0,235	8	.200	0,849	8	.093	-,398	-1,917
Anksiyete	0,268	8	.093	0,820	8	.046	-,078	-2,438
Stres	0,255	8	.135	0,879	8	.182	-,740	-,562
DASÖ-21 Toplam	0,235	8	.200	0,849	8	.093	-,398	-1,917
Genel Sağlık	0,300	8	.032	0,872	8	.156	-,862	,840
Fiziksel Sağlık	0,189	8	.200	0,921	8	.439	-,017	-1,555
Psikolojik	0,194	8	.200	0,919	8	.425	-,697	-,102
Sosyal İlişki	0,318	8	.017	0,845	8	.085	-,292	1,575
Çevre	0,215	8	.200	0,887	8	.221	,453	-1,307
WHOQOL-BREF Toplam	0,197	8	.200	0,922	8	.446	,283	-1,155
Fiziksel	0,152	8	.200	0,944	8	.651	-,287	-1,030
İletişim	0,234	8	.200	0,864	8	.133	,312	-1,900
Psiko-sosyal	0,212	8	.200	0,918	8	.414	,125	-1,753
Enerji	0,230	8	.200	0,926	8	.483	-,959	1,685
SAQOL-39 Toplam	0,195	8	.200	0,916	8	.398	-,251	-1,350

Tablo 3.13’te sunulan çarpıklık ve basıklık değerlerinin büyük çoğunluğunun + 1,5 ile -1,5 arasında olması (Akbulut. Y. 2010; Tabachnick ve Fidell, 2013), tamamının +2 ile -2 arasında olması (George ve Mallery, 2010) verinin normale yakın dağılım gösterdiğini göstermektedir. Ayrıca katılımcı sayısından dolayı dikkate alınması gereken Shapiro-Wilk normallik test sonuçlarının anlamlı çıkmaması ($p > .05$) veri setinin normal dağılım sergilediğini göstermektedir. Dolayısıyla analizlerde parametrik tekniği olan bağımlı (ilişkili) gruplar t testi (Paired Samples T-Test) kullanılmıştır.

Analizlerde I. tip hata olasılığının maksimum değeri olarak %5, yani $p \leq .05$ kabul edilmiştir daha küçük hata olasılıklarına duyarlılık açısından raporlaştırmalarda $p \leq .01$ ve $p \leq .001$ anlamlılık düzeyleri de dikkate alınmıştır p değerleri belirtilmiştir.

Nitel verilerin istatistiksel analizi

Yapılan araştırmada nitel verilerin analizi için “içerik analizi” yöntemi kullanılmıştır. Araştırmacı nitel verileri analiz etmek için sabit doğrusal bir yaklaşım kullanmak yerine analitik bir döngüde hareket etmiştir. Bu süreçte Creswell (2013, s.185) tarafından öne sürülen veri analiz sarmalından faydalanılmıştır.



Şekil 3. 10. Veri analiz sarmalı

Şekil 3.10’da sunulan sarmaldaki ilk halkayı veri yönetimi oluşturmaktadır. Bu aşamada tüm görüşme kayıtları araştırmacı tarafından izlenerek yazıya dökülmüştür. Verilerin düzenlenmesini takiben görüşme kayıtları ve dökümleri tekrarlı bir şekilde incelenmiştir. Bu şekilde hem verilere aşinalık sağlanmış hem de verilerin doğruluğu kontrol edilmiştir. Sonrasında transkriptler bir bütün olarak tekrarlı bir şekilde okunmuş ve belgelerin kenarına gerekli hatırlatma notları alınmıştır.

Sarmaldaki okuma ve kısa hatırlatma notlarından hareket edildiğinde bir sonraki aşama veriyi tanımlama, sınıflama ve yorumlamadır. Bu noktada araştırmacı, aşına olduğu veri seti üzerinde anlamlı veri birimlerini saptayarak kodlama yapmaya başlamıştır. Parçadan bütüne doğru giden bir yaklaşımla, elde edilen kodlardan yola çıkarak belirli temalara ve sonuçlara ulaşılmıştır. Verilerin kodlanması, temaların ortaya çıkarılması ve bulguların görsel olarak sunulması süreçlerinde MAXQDA 2020 nitel veri analiz yazılımından faydalanılmıştır.

4. BULGULAR

Programın etkililiğine ilişkin elde edilen nicel ve nitel veriler neticesinde ulaşılan bulgular iki ana başlık altında sunulacaktır.

4.1. Etkililik Çalışmasının Nicel Bulguları

Araştırma kapsamında uygulanan ASODEP'in etkililiğinin belirlenmesi amacıyla katılımcılardan program öncesi ve sonrasında veri toplanmıştır. Elde edilen veriler 8 katılımcıya aittir. Araştırma kapsamında; araştırmacı tarafından geliştirilmiş olan başarı testi ve memnuniyet anketi; Depresyon- Anksiyete- Stres Ölçeği (DASÖ-21); Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği – Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR) ve İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi Ölçeği-39 (SAQOL-39-TR) olmak üzere beş farklı ölçme aracı kullanılmıştır. Ölçme araçlarına ilişkin faktör yapıları ve isimleri Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4. 1. Ölçme araçlarının yapılarına ilişkin bilgiler

Ölçme Araçları	Alt Boyutlar				
	1. Boyut	2. Boyut	3. Boyut	4. Boyut	5. Boyut
Başarı Testi	Modül-1	Modül-2	--	--	--
Memnuniyet Anketi	Program İçeriği	Program Sunumu	Uygulayıcı	--	--
DASÖ-21	Depresyon	Anksiyete	Stres	--	--
WHOQOL-BREF-TR	Genel Sağlık Durumu	Fiziksel Sağlık	Psikolojik	Sosyal İlişkiler	Çevre
SAQOL-39-TR	Fiziksel	İletişim	Psiko-sosyal	Enerji	

Tablo 4.1'de yer alan ölçme araçlarına ilişkin yapılar incelendiğinde araştırma kapsamında toplam 17 alt boyut puanı ve 5 ölçme araçları toplam puanları olmak üzere 22 ölçüm sonucu ile çalışıldığı görülmektedir. Memnuniyet anketi dışında tüm puanlar hem ön test hem son test şeklinde uygulanmıştır. Memnuniyet ölçeğine ilişkin elde edilen puanların betimleyici istatistikler Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4. 2. *Memnuniyet anketi betimleyici istatistikleri*

Memnuniyet Anketi	Ort.	SS.	Min.	Max.
Program İçeriği	46,88	2,47	41,00	48,00
Program Sunumu	27,63	0,74	26,00	28,00
Uygulayıcı	23,88	0,35	23,00	24,00
Toplam	98,38	3,54	90,00	100,0

Tablo 4.2’de sunulan ve araştırma kapsamında sadece son test olarak ele alınan memnuniyet ölçeğine ilişkin bulgular incelendiğinde 12 maddeden oluşan ve 12-48 puan ranjına sahip olan program içeriği alt boyutu ortalamasının 46,88; 7 maddeden oluşan ve 7-28 puan ranjına sahip olan program sunumu ortalamasının 27,63; 6 maddeden oluşan ve 5-24 puan ranjına sahip olan uygulayıcı ortalamasının 23,88 ve 25-100 puan ranjına sahip toplam puan bağlamında ise ortalamanın 98,38 olduğu belirlenmiştir. En dūřuk yūzdelięi ifade eden program içeriği alt boyutunda dahi katılımcıların %97,67 [(46,88/48)*100] oranında memnuniyet bildirdikleri gōr÷lmektedir.

Tablo 4. 3. Ölçüm puanlarının ön test-son test bağlamında betimleyici istatistikleri

Ölçekler	Alt Ölçekler		Ort.	SS	Df	t	p
Başarı Testi	Modül 1	Ön Test	42,50	10,35			
		Son Test	78,50	8,60	7	-7,626	.000***
	Modül 2	Ön Test	22,50	13,51			
		Son Test	63,50	8,93	7	-11,129	.000***
	Toplam Puan	Ön Test	65,00	21,41			
		Son Test	142,00	11,26	7	-15,489	.000***
DASÖ-21	Depresyon	Ön Test	9,75	5,68			
		Son Test	2,25	2,12	7	3,949	.006**
	Anksiyete	Ön Test	6,25	5,75			
		Son Test	1,25	1,16	7	2,594	.036*
	Stres	Ön Test	9,13	6,47			
		Son Test	3,38	2,50	7	2,363	.050*
	Toplam Puan	Ön Test	25,13	16,28			
		Son Test	6,88	5,06	7	3,093	.017*
WHOQOL-BREF-TR	Genel Sağlık	Ön Test	7,63	1,60			
		Son Test	7,50	1,51	7	0,357	.732
	Fiziksel Sağlık	Ön Test	28,13	5,74			
		Son Test	29,38	5,66	7	-0,842	.428
	Psikolojik	Ön Test	23,00	4,54			
		Son Test	24,13	3,27	7	-1,843	.108
	Sosyal İlişkiler	Ön Test	10,00	2,33			
		Son Test	10,25	1,98	7	-0,403	.699
	Çevre	Ön Test	27,75	5,78			
		Son Test	32,50	3,85	7	-4,860	.002*
SAQOL-39-TR	Fiziksel	Ön Test	96,50	15,62			
		Son Test	103,75	12,86	7	-2,815	.026*
		Ön Test	1,82	0,66			
		Son Test	2,07	0,62	7	-1,863	.105
	İletişim	Ön Test	1,98	0,30			
		Son Test	2,64	0,59	7	-3,161	.016*
	Psiko-sosyal	Ön Test	2,28	0,53			
		Son Test	2,37	0,54	7	-0,935	.381
	Enerji	Ön Test	2,47	0,96			
		Son Test	2,81	0,61	7	-1,051	.328
	Toplam Puan	Ön Test	2,04	0,44			
		Son Test	2,33	0,43	7	-6,052	.001***

Not: * = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; *** = $p \leq .001$

Tablo 4.3'te sunulan betimleyici istatistikler incelendiğinde araştırma amacı kapsamında artış olması beklenen puanları ifade eden; başarı testi ve alt boyutları, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR) ve İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi Ölçeği-39 (SAQOL-39-TR) puanlarında WHOQOL-BREF-TR

“Genel Sağlık” alt puanı dışında tüm puanların son test ortalamalarının ön test puan ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Son test ölçümünde azalma yaşanması beklenen DASÖ-21 alt puanları ve toplam puanında ise beklendik şekilde son test ortalamalarının ön test ortalamalarından düşük olduğu görülmektedir.

Sunulan karşılaştırma analizleri incelendiğinde ise başarı testi bağlamında; modül 1 ($t=-7,626$; $p<,05$), modül 2 ($t=-11,129$; $p<,05$) ve başarı testi toplam puanı bağlamında ($z=-15,489$; $p<,05$) ön ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmiştir. Puan ortalamaları incelendiğinde ön test son test puan ortalamalarındaki değişim; modül 1 ($\bar{X} = 42,50/78,50$), modül 2 ($\bar{X} = 22,50/63,50$) ve toplam başarı testi ($\bar{X} = 65,00/142,00$) şeklinde yansımaktadır.

DASÖ-21 puanları bağlamında yapılan incelemede de depresyon ($t=3,949$; $p<,05$), anksiyete ($t=2,594$; $p<,05$), stres ($t=2,363$; $p<,05$) ve DASÖ-21 toplam puanı ($t=3,093$; $p<,05$) bağlamında anlamlı farklılık belirlenmiştir. Anlamlı farklılıklara ilişkin puan ortalamalarındaki değişimler depresyon için ($\bar{X} = 9,75/5,68$), anksiyete için ($\bar{X} = 6,25/5,75$), stres için ($\bar{X} = 9,13/3,38$) ve toplam puan için ($\bar{X} = 25,13/6,88$) şeklindedir.

WHOQOL-BREF-TR ve SAQOL-39-TR puanlarına ilişkin karşılaştırma analizleri incelendiğinde; WHOQOL-BREF-TR bağlamında genel sağlık ($t=-,357$; $p>,05$), fiziksel sağlık ($t=-0,842$; $p>,05$), psikolojik ($t=-1,843$; $p>,05$) ve sosyal ilişki ($t=-,403$; $p>,05$) alt puanlarında ön test ve son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Çevre ($t=-4,860$; $p<,05$) ve WHOQOL-BREF-TR toplam puanında ($t=-2,815$; $p<,05$) ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Sunulan puan ortalamaları incelendiğinde ön test son test puan ortalamaları değişimleri çevre ($\bar{X} = 27,75/32,50$) ve toplam puan için ($\bar{X} = 96,5/103,8$) şeklindedir.

SAQOL-39-TR bağlamında ise fiziksel ($t=-1,863$; $p>,05$), psiko-sosyal ($t=-,935$; $p>,05$) ve enerji ($t=-1,051$; $p>,05$) alt puanlarında ön test ve son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. SAQOL-39-TR iletişim alt boyutunda ($z=-3,161$; $p<,05$) ve toplam puanında ($t=-6,052$; $p<,05$) ön test son test karşılaştırma sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Ön test son test puan ortalamaları değişimleri iletişim ($\bar{X} = 1,98/2,64$) ve toplam puan için ($\bar{X} = 2,04/2,33$) şeklindedir.

4.2. Etkililik Çalışmasının Nitel Bulguları

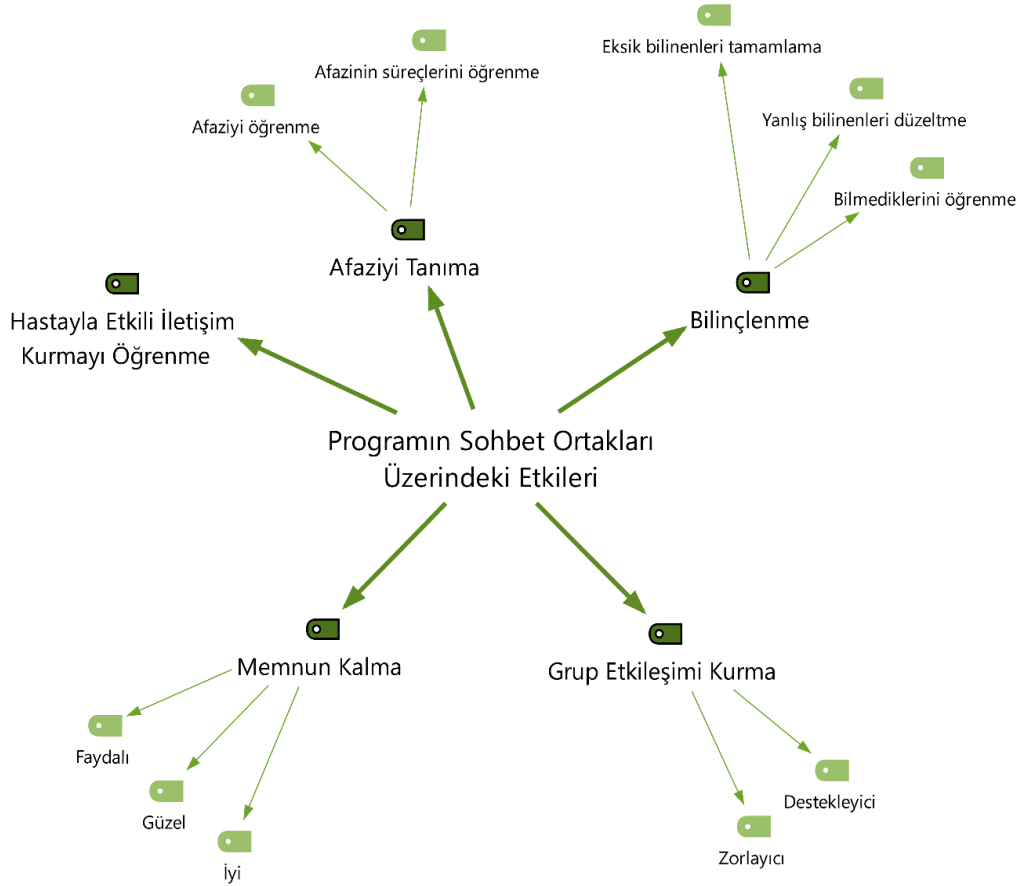
Bu bölümde, ASODEP’e katılan toplam sekiz katılımcı ile gerçekleştirilen bireysel görüşmelerden elde edilen bulgular sunulmaktadır. ASODEP’in uygulama süreci tamamlandıktan sonra katılımcıların programın içeriğine, uygulama süreçlerine ve katkılarına ilişkin görüşlerini almak amacıyla yarı yapılandırılmış bireysel görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bireysel görüşmelerden elde edilen veriler analiz edilerek “Programın Sohbet Ortakları Üzerindeki Etkileri”, “Sohbet Ortaklarının Programı Gündelik Yaşama Taşıma Deneyimleri” ve “Sohbet Ortaklarının Programa İlişkin Önerileri” olmak üzere üç ana temaya ulaşılmıştır ve ortaya çıkan temalar Şekil 4.1’de gösterilmektedir. Bu temalara ait alt temalar ve kodlar aşağıda detaylı bir şekilde sunulmaktadır.



Şekil 4. 1. Sohbet ortaklarının ASODEP’e ilişkin görüş ve deneyimlerine yönelik temalar

4.2.1. Tema 1: programın sohbet ortakları üzerindeki etkileri

Sekiz katılımcıya uygulanan ASODEP’in sohbet ortakları üzerindeki etkilerine ilişkin bulgu kümeleri Şekil 4.2’de gösterilmektedir. Şekil 4.2’de görüldüğü üzere “Memnun kalma”, “Hastayla etkili iletişim kurmayı öğrenme”, “Afaziye tanıma”, “Bilinçlenme” ve “Grup etkileşimi kurma” olmak üzere toplam 5 alt temaya ulaşılmıştır. Aşağıda alt temalara ait bulgulara yer verilmiştir.



Şekil 4. 2. “Programın Sohbet Ortakları Üzerindeki Etkileri” temasına ait kod haritası

4.2.1.1. Memnun kalma

ASODEP’e katılan sohbet ortaklarına programa dair görüşleri sorulduğunda, tüm katılımcılar programın faydalı olduğu yönünde ortak görüş bildirmiştir. Katılımcılara ait memnuniyet ifadelerinin bazıları şu şekildedir:

“Şimdi hem geçirdiğimiz rahatsızlıkla hem de bu hastamız ve hastalıkla ilgili eğitimle ilk kez karşılaştık. Afaziye ben hiç duymamıştım. Bu bizim özelimize bu anlamda çok faydalı oldu. Özel hayatımız adına; hastamızı, hastalığımızı, hastalık ortamını bilme adına çok faydalı olduğu kanaatindeyim. Şimdi ben bu kadar hassasım ve bana faydası olduysa iyi niyetli, hastasını tedavi etme niyetinde olan herkes için faydalı olduğunu düşünüyorum.” (K.1)

“Benim için ve hastam için çok yararlı olduğunu düşünüyorum.” (K.7)

“Güzeldi bence; çok faydalandık. Her şeyinden her türlü faydalandık. Sizin gösterdiklerinizden, dağıttığımız kağıtlarından, birbirimizden..” (K.5)

Katılımcılara programın içeriğinde gereksiz gördükleri kısımlar olup olmadığı sorulduğunda ise yine tüm katılımcılar olmadığı yönünde görüş bildirmiştir.

“Sistemleri bir bütün olarak değerlendirmek lazım. Burada afazi eğitim sistemini bir bütün olarak değerlendirecek olursak kolun yanında parmağın gereksiz olduğunu söylemek manasız olur. Hepsi gerekliydi ve faydalıydı.” (K.1)

“Hemen hemen verdiğiniz bütün bilgiler yararlıydı” (K.4)

“Hep hastalarla ilgili hep konuyla ilgiliydi.” (K.7)

4.2.1.2. Hastayla etkili iletişim kurmayı öğrenme

Sohbet ortaklarının programın etkilerine yönelik sıklıkla bildirdikleri görüşler arasında, hastaya iletişim sırasında nasıl davranılması gerektiğini öğrenmeleri gelmektedir. Buna yönelik katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Programdaki en yararlı bilgi bence hastaya konuşması için zaman tanıma, mesafeyi tanıma şekliydi. Hani biz hastaya daha çabuk müdahale ediyorduk şimdi onun derdini anlatabilmesi için zaman vermeyi öğrendim ben kendim adıma.” (K.4)

“Ben karşı tarafa konuşurken hem vücut diliyle hem kelimeyle anlatmayı öğrendim. Normalde ben soruyordum: “Ahmet bu böyle mi olacak?”, “Bunun adı ne?” diyordum. Sadece soruyordum ama şimdi vücut diliyle konuşmayı, resimlerle desteklemeyi öğrendim.” (K.8)

“Yani böyle karşısına geçip de mesela hastayla konuşuyorduk ama anlamaya çalışmıyorduk. Biraz daha sabırlı olmayı, dinlemeyi, göz göze gelerek aktarmayı daha iyi anladık.” (K.5)

“Programın hastayla diyalogumuz adına çok büyük katkısı oldu. Gerçekten hastaya nasıl davranılacağını çok iyi öğrendik. Onun bizden istediklerine mesela daha sabırlı ve ılımlı cevap vermeye başladık. Hastayla diyalog ihtiyacımızı çok güzel bir şekilde karşıladı.” (K.6)

4.2.1.3. Afaziye tanıma

Sohbet ortaklarının çoğu, afaziye ilk defa program kapsamında duymuş olduğunu ve afazinin doğasına ilişkin bilgileri yine program sayesinde edinmiş olduğunu şu ifadelerle aktarmıştır:

“Ben ismini bile bilmiyordum mesela afazi olduğunu bilmiyordum. İnme diye biliyordum. Onu bile öğrenmiş olduk yani çok faydası oldu tabi.” (K.5)

“Annemin hastalığının afazi olduğunu bilmiyordum. Mesela doktora götürdüğümüz zaman işte inme indi diyorduk, A’dan Z’ye her şeyini açıklıyorduk ama afazi dediğin zaman o tamamladı hepsini yani. Ben onu öğrendim.” (K.7)

“Afazinin ne olduğunu bilmiyordum. Adını dahi ben o gün duydum.” (K.8)

Bir katılımcı afaziye daha önce duymuş olsa bile afazinin doğasını detaylı bir şekilde bilmediğini bildirmiştir. Katılımcının bu yönde kodlanan ifadeleri şöyledir:

“Aslında hastamızın afazi olduğunu biliyorduk ama böyle detaylı açıklamalar yapılmamıştı. Bu hastalıkta neler yapmamız gerektiği ile alakalı, nasıl davranmamız gerektiği ile alakalı pek bilimiz yoktu.” (K.4)

Hastası akut dönemi yeni tamamlamış olan katılımcılar ise afaziye öğrenmenin beraberinde afazinin kronik süreçlerine dair fikir edindiklerini şu şekilde ifade etmiştir:

“Süreci de öğrenmiş olduk. Kimisi bizden daha kısa süreli, kimisi on aylık, kimisi iki buçuk- üç küsür senelik. Bu durum, zaman içerisinde hastamızın alacağı sağlık kademesiyle ilgili bir süreç kanaati oluşturmuş oldu bende. Önceden bize “İlk altı ay önemlidir, bir sene devam eder, iki sene devam eder, dört seneye kadar faydalananları gördük” diyorlardı. Şimdi biz kendimiz şahit olarkten o süreç içerisindeki insanların aldıkları yolu fark etmiş olduk.” (K.1)

“Yani eğitimde ders olarak da gördük, diğer hastaları da gördük. Bizden daha iyileri var, bizden daha kötöleri var. Onlara bakarak kendi hastamızı değerlendirdik.” (K.5)

4.2.1.4. Bilinçlenme

Afazinin doğasını ve hastaya nasıl davranılması gerektiğini öğrenmeye ek olarak, katılımcıların görüş bildirdiği konulardan bir diğeri de programın genel anlamda bilinçlenmeye hizmet ettiğidir. Uygulanan programın bilinmeyenleri öğrenmeye, eksik bilinenleri tamamlamaya ve yanlış bilinenleri düzeltmeye imkân sunduğu bildirilmiştir.

“...sizin bir hafta içinde bize verdiğiniz eğitimler sayesinde hastaya yaklaşımımızın nasıl olması gerektiği hakkında, yanlışlarımızın neler olduğu ve kendimizce onların düzeltilmesi hakkında bilgi sahibi olduk.” (K.4)

“Fikir aldık, fikir verdik, bilmediğimizi öğrendik, sorduk. Yani çok güzeldi.” (K.3)

“Eksik yanlarımı tamamladım. Hem hasta için hem hasta yakını için çok faydalı çünkü bilmediğimiz konular vardı. Bildiğimizi düşündüğümüz bazı yanlış konularda bilinçlendik.” (K.7)

“Bilmediğim şeyleri öğrendim.” (K.8)

Tüm bunlara ek olarak K.1, hastasına yönelik halihazırda sergilediği tutum ve davranışların uygunluğunu, programla birlikte teyit ettiğini bildirmiştir. Bu konudaki görüşlerini şöyle aktarmıştır:

“Özellikle uyguladığım şeylerin bilimsel tanımlarını görmüş oldum ben burada. Ben genelde uyguluyordum ama bunun doğru olup olmadığını bilmiyor iken şimdi onun bilimsel, psikolojik, sosyolojik tanımlarını öğrenmiş oldum.”

4.2.1.5. Grup etkileşimi kurma

Katılımcılara ASODEP’in yüz yüze ve grup halinde uygulanmasına yönelik görüşleri sorulduğunda, çoğunlukla destekleyici bir grup etkileşimi yarattığından bahsedildiği görölmüştür. Bu durumu K.1,

“Hem kendimizi anlattık hem de başkalarını anlamaya çalıştık. Başkalarını da tanımış olduk. Damdan düşenler birbirlerini daha iyi anlarlar ve böylece kısa süreliğine de olsa küçük bir sosyolojik afazi grubuyla tanışmış olduk.”

şeklinde ifade etmiştir. Aynı şekilde K.6 ve K.4 sırasıyla aşağıdaki ifadeleri kullanmıştır:

“Gayet güzel geldi ya. Yani hiçbir sıkıntımız olmadı çok şükür. Diğer kişiler de aynı bizim gibiydi. Onların da çok istifade ettiklerini tahmin ediyorum.” (K.6)

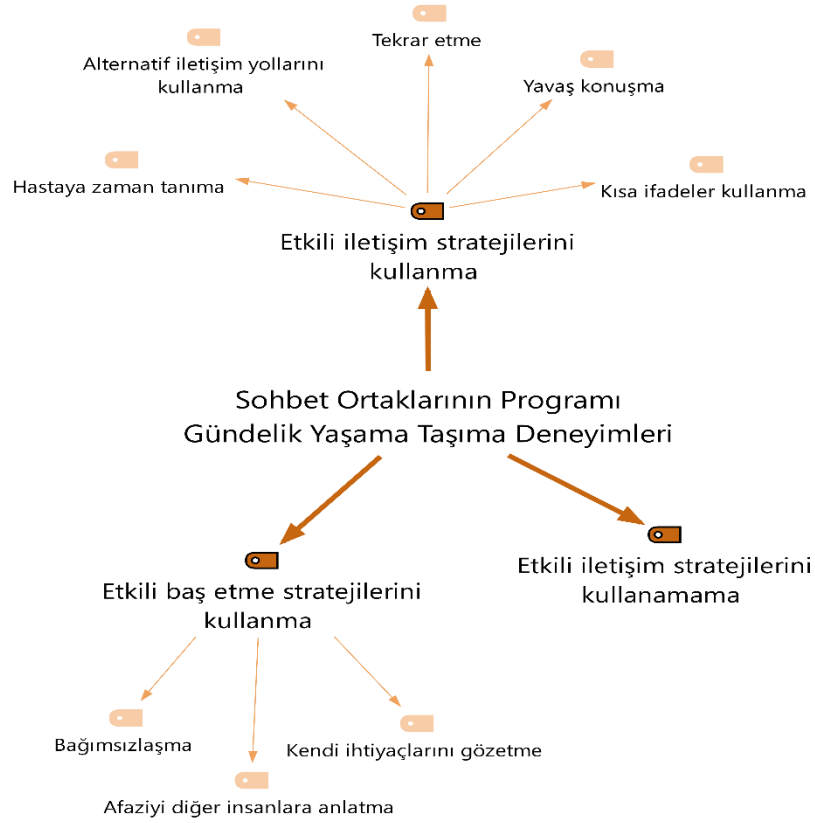
“Bu insanlar yavaş yavaş birbiriyle kaynaşp herkes birbirine yardım etme konusunda istekli oldu yani öyle gördüm ben. Güzel bir ortam oluştu.” (K.4)

“İyiymi hocam herkes iyiydi. Herkesin hastalığı aynıydı. Grupla çalışmak güzeldi.” (K.7)

Grup etkileşiminin destekleyici tarafları olmakla birlikte zorlayıcı tarafları olduğunu bildiren katılımcılar da olmuştur. Örneğin K.5, “*Grup içinde iyi hissettim aslında ama kendimi anlatamamışumdur.*” sözleriyle yaşadığı zorluğu ifade etmiştir. Bu durumun grupla ilgisi olup olmadığı sorulduğunda, “*Yok normalde de çekingenimdir böyle. Grup olunca daha bir geri çekiyorum kendimi.*” şeklinde açıklamada bulunmuştur. K.3 ise grup içerisinde paylaşım yapmakta zorlandığını şu ifadelerle aktarmıştır: “*Evin içindeki her şey anlatılmıyor ki orada. Evinde kalıyor. Tabi ki orada da konuşuyordum ama genelde deneyimlerimin iyi taraflarını anlatıyordum.*”

4.2.2. Tema.2: sohbet ortaklarının programı gündelik yaşama taşıma deneyimleri

ASODEP uygulandıktan sonra katılımcıların öğrendiklerini gündelik yaşama taşıma deneyimlerine ilişkin bulgu kümeleri şekil 4.3’te gösterilmiştir. Şekil 4.3’te görüldüğü üzere “Etkili iletişim stratejilerini kullanma”, “Etkili baş etme stratejilerini kullanma” ve “Etkili iletişim stratejilerini kullanamama” olmak üzere toplam 3 alt temaya ulaşılmıştır. Aşağıda alt temalara ait bulgulara yer verilmiştir.



Şekil 4. 3. “Sohbet Ortaklarının Programı Gündelik Yaşama Taşıma Deneyimleri” temasına ait kod haritası

4.2.2.1. Etkili iletişim stratejilerini kullanma

Yapılan görüşmeler sırasında katılımcıların birçoğunun programdan öğrendikleri iletişim stratejilerini hastayla kurdukları doğal iletişime taşıyabildikleri bildirilmiştir. Gündelik yaşam pratiğine taşıyabildikleri stratejiler arasında; “Hastaya zaman tanıma”, “Alternatif iletişim yollarını kullanma”, “Tekrar etme”, “Yavaş konuşma” ve “Kısa ifadelerle konuşma” yer almaktadır. Bu yönde kodlanan ifade örnekleri arasından “Hastaya zaman tanıma” kodu altında toplanan katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Eskiden mesela ben hastaya icabında bağırıveriyordum, sinirleniveriyordum. Şimdi sizin öğrettiklerinizle gayet sakin, sinirlenmeden bekliyorum. Mesela bir şey soruyorum; bekliyorum. Eskiden “Hadi!” deyip bağırıyordum, hemen cevabını istiyordum. Ama şimdi istemiyorum; bekliyorum. O verdiği zaman cevabını alıyorum. Karşılıklı daha güzel anlaşıyoruz; dille anlaşılmadık mı işaretle bir şeyler yapmaya başlıyoruz.” (K.6)

“Önceden hastaya hemen müdahale edip kendimiz söylüyorduk ama şimdi ona zaman vermemiz gerektiğini anladık. Efendime söyleyeyim onun düşünmesini sağlamaya çalıştık zamanla. Onu dinlediğimizi, o konuşurken onu dinlediğimizi ifade etmeye çalıştık. Dokunarak, göstererek, müdahale ederek onun yanında olduğumuzu hissettirdik.” (K.4)

“Ahmet Abinin (hasta) söylediklerini bazen anlamıyorum. Bende panik atak olduğundan hemen “O mu, bu mu, şu mu?” diye panikliyordum. Önceden çok acele ediyordum ama şimdi ağır ağır olsun diyorum. Ağırлаştırmaya başladı beni, bayağı ağır ağır anlaşıyoruz. Bir yere gidecek değilim, acelem yok.” (K.8)

Katılımcıların afazili hastalarla sohbet ederken kullanmaya başladıkları diğer stratejilere yönelik kodlanan ifade örnekleri ise şöyledir:

“...Biraz önce hastaya soru sorarken iki üç defa söyleyip de beklemem, o seminerin bir sonucudur.” (K.1)

“Mesela önceden hızlı hızlı konuşurdum annemle. Şimdi yavaş yavaş, tane tane, onu anlayarak ve o beni anlayarak birbirimizi tamamlıyoruz.” (K.7)

“Böyle söylerken göz hizasına gelip ağzımı görmesini sağlıyorum, dokunuyorum.. Öyle şeyleri yapmaya gayret ediyorum. Önceden söyleyip geçiyordum ama şimdi daha duyarlı yapıyorum artık. Bilerek, bilinçli yapıyorum diyeyim.” (K.5)

4.2.2.2. Etkili iletişim stratejilerini kullanamama

Katılımcılardan bazıları program kapsamında öğretilen etkili iletişim stratejilerini, hastayla kurdukları doğal sohbete taşımakta zorlandığını ifade etmiştir. Bu durumu gerekçesiyle birlikte ortaya koymaya çalışan K.3,

“Öğrendiklerimi fazla kullanamıyorum. Ev işi, alışverişi, çarşısı, pazarı, çamaşırı, bulaştığı, temizliği.. Yani olmuyor fazla yapamıyorum fazla ilgilenemiyorum.”

şeklinde açıklama yapmıştır. Benzer şekilde K.2 de ASODEP kapsamında öğrendiklerini hastayla birlikte uygulamakta zorluk yaşadığını şu ifadelerle aktarmıştır:

“Yapabildiğim kadar yaptım. Ancak bizim hastanın durumu biraz farklı. Yakın zamanda tekerlekli sandalyeden düşürüp bacağını kırdığımız için sürekli tedirgin, canı yanıyor. Annem hiçbir şey yapmak istemiyor. Her şeye karşı çok isteksiz. Yani o yüzden öğrendiklerimizin hepsini uygulayamıyorum.”

4.2.2.3. Etkili baş etme stratejilerini kullanma

Uzun vadede afazinin yol açtığı duygusal ve psikososyal sorunlarla baş etmeye yönelik ASODEP kapsamında ele alınan etkili baş etme stratejilerinin katılımcılar tarafından benimsendiği ve kullanıldığı bildirilmiştir. Sohbet ortaklarının bu konuya yönelik görüşlerinin “Kendi ihtiyaçlarını gözetme”, “Afaziyi diğer insanlarla anlatma” ve “Bağımsızlaşma” kodları altında toplandığı görülmektedir. K.5’in “Kendi ihtiyaçlarını gözetme” koduna yönelik ifadeleri şöyledir:

“Eğitim sayesinde bize de değer verildiğini anladım. Ben biliyordum bir şeyler de biz kendimiz değersizdik yani. Hani hastayla ilgilenmek daha iyiydi. Biz kendimizle ilgilenmiyorduk. Bizim duygularımız falan hiç önemli değildi, sadece hasta önemliydi.

Kendimiz için hiç düşüncemiz yoktu yani bir değerimiz yoktu. Kendimle ilgili onu fark ettim. Ben hep “Hasta iyi olsun da ben nasıl olursam olayım. Ben hasta olsam da olur, bir tek o hasta olmasın.” derdim. Devamlı onu düşünüyordum. Şimdi ben kendim iyi olursam hastaya da faydam olacağını düşünüyorum. Ben kötü olursam ona hiçbir faydam olmayacak diyerek kendime bakıyorum” (K.5)

Katılımcıların “Afaziye diğer insanlarla anlatma” koduna yönelik örnek ifadeleri ise şöyledir:

“Etrafımdakilere de söylüyorum, özellikle de valideye söylüyorum. Diyorum ki “Bak daha dikkatli davran, zaman harca, bekle”. İşte Ömer (hasta) mesela kendisiyle ilgilenildiği zaman başka şeylerle de ilgilenilirse; başka birileri anlayamadığı başka şeyler konuşursa dikkati dağılıyor ve sinirleniyor. En azından diğer insanlara müdahale edip “Ya işte böyle yapmayalım önce onunla ilgilenelim. Sohbeti ona göre ayarlayalım.” tarzında uyarıyoruz. (K.4)

“Eve gelen misafirlerime de söylüyorum. “Bak bu afazi geçirmiş, afazi hastalığıymış” diyorum. “Neymiş o?” diyorlar. Sonra anlatıyorum onlara ne olduğunu, nasıl davranmaları gerektiğini.” (K.9)

Hem yapılan görüşmelerde hem de araştırmacı tarafından tutulan saha notlarında, ASODEP sonrasında sohbet ortaklarının ve hastaların birbirlerinden bağımsızlaşmaya başladığından söz edilmiştir. Bu durum K.8 tarafından şu ifadelerle ortaya konmuştur:

“Tabi ilk zamanlarda eve (hastanın yanına) başkasını koyup da hastaneye eğitime gelmem kafamda takıntı oldu biraz ama yararlı oldu. Sonra Ahmet Abin kendisi de “Git” demeye başladı bana.”

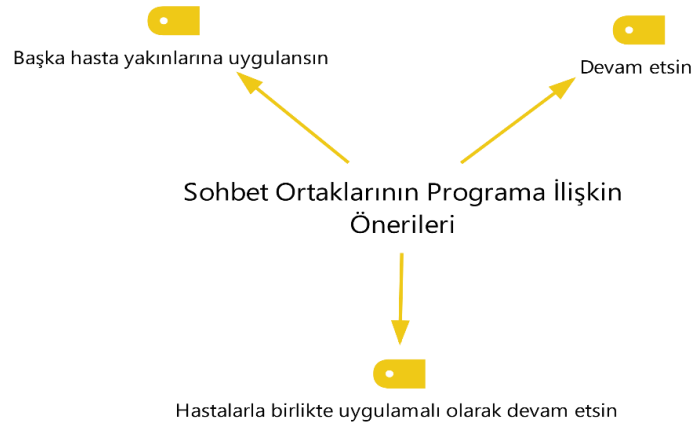
Ayrıca sözü edilen konu bağlamında farklı oturumlarda yazılan saha notları, sohbet ortaklarının ve hastaların birbirinden bağımsızlaşma deneyimi yaşadığını şu şekilde ortaya koymaktadır:

“Bazı katılımcıların hastasını başkasının refakatine ya da yalnız başına bırakma konusunda zorlandığını görüyorum. Aynı şekilde hastalar da sohbet ortaklarından ayrı kalma konusunda tedirginlik yaşıyor. K.1’in hastası sohbet ortağında ayrı kaldığı süre zarfında ağlama krizi geçiriyor. Benzer şekilde K.6’nın aktarımıyla, hastası sohbet ortağının yanından ayrılmasını kesinlikle istemiyor. Oturumun sonunda sözü edilen sohbet ortakları hızlıca hastasının yanına dönmek için sabırsızlanıyor.” (06.02.2023)

“Sohbet ortaklarıyla eğitimde olduğumuz süre zarfında, hastaların kendi başına kalabilme kapasiteleri her geçen gün artıyor. Katılımcıların da hastasından ayrı vakit geçirme konusunda artık daha rahat olduğunu gözlemliyorum. Bu oturumun başında K.6, hastasının başka refakatçi bile istemediğini ve artık tek başına kalmak istediğini; K.1 ise hastasının ayrı kaldıkları zamanlarda yaşadığı ağlama krizlerinin bittiğini aktardı.” (10.02.2023)

4.2.3. Tema.3: sohbet ortaklarının programa ilişkin önerileri

Yapılan görüşmelerden elden edilen son tema, ASODEP’e katılan sohbet ortaklarının programa ilişkin önerilerinden oluşmaktadır. Katılımcılara programı geliştirmeye yönelik önerileri sorulduğunda, program kapsamında verilen eğitim “Başka hasta yakınlarına uygulansın”, “Devam etsin” ve “Hastalarla birlikte uygulamalı olarak devam etsin” şeklinde üç alt temaya ulaşılmıştır (Şekil 4.4).



Şekil 4. 4. “Sohbet Ortaklarının Programa İlişkin Önerileri” temasına ait kod haritası

4.2.3.1. Başka hasta yakınlarına uygulansın

Katılımcıların çoğu, ASODEP kapsamında kendilerine uygulanan eğitimin başka afazili hastaların yakınlarına da uygulanmasını önermektedir. Bu yönde kodlanan katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Şuraya geldiniz mesela bizlere fikir veriyorsunuz. Başka hastalara da aynısını yapmanız iyi olur. Hasta yakınının hastayla nasıl ilgileceğini anlatmanız iyi olur. Herkese tavsiye etmeniz iyi olur.” (K.3)

“Bu eğitim hastasını tedavi etme ve hastalığını tanıma anlamında niyetli olanlar için çok faydalı olacaktır ama öbür türlü istemeyen kimselere yapacak bir şey yok.” (K.1)

“Böyle herkese daha faydalı olması için başka görüşler de alınsa, başka hastalarla da değerlendirilse, onların da bilgileri alınsa güzel olur. Belki bizimki farklı, onlarınki daha bir farklı olur.” (K.5)

“Bence afazili hastası olan herkesin katılması iyi olur.” (K.7)

“Herkese katılmasını öneririm. İyi oluyor tabi yararlı oluyor.” (K.8)

4.2.3.2. Devam etsin

Yapılan görüşmelerde katılımcıların verilen eğitimin devam etmesi yönünde fikir sunduğu görülmüştür. Bu duruma yönelik katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Eğitim biraz daha devamlı olursa, geri gelirse çok iyi olur.” (K.5)

“Öneri olarak bizim için de hasta için de eğitimin devamı olmasını isterim.” (K.7)

“Daha sonra yine olabilir. Güzel bir şey yani. Az da olsa çok da olsa bir şeyler öğreniliyor.

Öneri yani bu daha sonra yine olabilir.” (K.2)

4.2.3.3. Hastalarla birlikte uygulamalı olarak devam etsin

ASODEP kapsamında verilen eğitimin devam etmesini isteyen katılımcıların bir kısmı, devamında hastaların da eğitime dahil edilmesini ve uygulamalı bir şekilde ilerlemesini önermektedir. Bu yönde aktarılan katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Son yaptığımız uygulamalı eğitim çok verimliydi. Mümkün olsa hastaların da katılımıyla devam ederse daha verimli olabilir” (K.1)

“Sonda hastalarla beraber yaptığımız çalışma belki birkaç güne çıkarılabilir. Hastalarla böyle alıştırma şeklinde bütün öğrenilenler tek tek yapılabilir. Biraz daha zaman ayrılabilir. Hani bir gün değil de iki gün şeklinde hastalarla yapılabilir diye düşünüyorum.” (K.4)

“Hastalarla beraber olsa belki o da güzel olur. Yani bir yerlerde toplanılsa, böyle aktivite gibi olsa da olur. Onlar için de birbirlerini görmek daha farklı oluyor.” (K.5)

4.2.4. Modül 3’e ilişkin tematik analiz sonuçları

Modüler bir program olan ASODEP’in “Afazide Destek Sağlama” modülünün değerlendirilmesi amacıyla katılımcılardan afazinin yol açtığı duygusal ve psikososyal sorunlarla etkili bir şekilde baş etme yollarını sıralamaları istenmiş; uygulama öncesinde ve uygulama sonrasında alınan yanıtlar niteliksel olarak karşılaştırılmıştır. Katılımcıların verdiği yanıtlardan elde edilen bulgular Tablo 4.4’te sunulmuştur.

Tablo 4. 4. Afazinin yol açtığı duygusal ve psikososyal sorunlarla etkili bir şekilde baş etme yollarına ilişkin tematik analiz sonuçları

Ön Görüşme Temaları (n=34)	n	Son Görüşme Temaları (n=65)	n
Ağlama	2	Ağlama	1
Kadercilik	4	Kadercilik	3
Mola Verme	2	Mola Verme	5
Sabır Gösterme	5	Sabır Gösterme	7
Yakın Çevreden Yardım Alma	3	Yakın Çevreden Yardım Alma	9
Hasta merkezli baş etme yolları kullanma	9	Kendi ihtiyaçlarını gözetme	10
Kendini ihmal etme	5	Afazi konusunda bilinçlenme	7
Kabullenme	3	Sosyalleşme	7
Küsme	1	Duygularını paylaşma	4
		Empati Yapma	3
		Hobi edinme	3
		Uzman yardımı alma	3
		Bağımsızlaşma	2
		Olumlu düşünme	1
		Dayanıklılık	1

Tablo 4.4’te görüldüğü üzere ASODEP uygulamasından sonra katılımcıların sıraladığı baş etme yöntemleri hem niteliksel olarak farklılaşmakta hem de sayısal olarak artmaktadır. ASODEP öncesinde sıralanan “Ağlama”, “Kadercilik”, “Mola verme”, “Sabır gösterme” ve “Yakın çevreden destek alma” baş etme yöntemlerinin ASODEP sonrasında kod frekansının değiştiği görülmektedir. “Ağlama” ve “Kadercilik” kodlarının frekansı azalırken “Mola verme”, “Sabır gösterme” ve “Yakın çevreden destek alma” kodlarının frekansı artmıştır.

ASODEP öncesinde, katılımcıların ağırlıklı olarak hasta merkezli baş etme yollarını sıraladıkları görülmektedir. Bu kod altında toplanan katılımcı cevapları arasında:

- Hastanın ihtiyaçlarını karşılama
- Hastanın sorunlarına çözüm üretme
- Hastayı ön planda tutma
- Her şeyi hastaya göre düzenleme
- Hastayı motive etme
- Hastanın psikolojisini anlama
- Hastayla birlikte sosyalleşme

• Dil ve konuşma konusunda hastayı destekleme
yer almaktadır. “Kendini ihmal etme” kodu altında toplanan katılımcı ifadeleri ise şöyledir:

- Kendisi hasta olmasına rağmen hastaya yardımsız bakım verme
- Hastaya aralıksız bakım verme
- Sosyal faaliyette bulunmama

“Kabullenme” ve “Küsme” de ASODEP öncesinde sıralanan baş etme yolları arasındadır. ASODEP sonrasında ise sıralanan baş etme yollarının oldukça çeşitlendiği görülmektedir. “Kendi ihtiyaçlarını gözetme” en sık ifade edilen kodlar arasındadır. Bu kod altında toplanan katılımcı cevapları şöyledir:

- Kendine zaman ayırma
- Kendi hayatını ve sorumluluklarını aksatmama
- Kendine öncelik tanıma
- Kendi sağlığını düşünme

Bunun yanında “Afazi konusunda bilinçlenme” katılımcıların sıklıkla ifade ettiği bir diğer baş etme yolu olarak ortaya çıkmaktadır. Bu kod altında toplanan katılımcı cevapları şöyle sıralanmaktadır:

- Afaziyi öğrenme
- Afazi hakkında çevreyi bilgilendirme

Yukarıda bahsedilen kodları, sırasıyla “Sosyalleşme”, “Duygularını paylaşma”, “Empati Yapma”, “Hobi edinme”, “Uzman yardımı alma”, “Bağımsızlaşma”, “Olumlu düşünme” ve “Dayanıklılık” kodları takip etmektedir.

5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Tartışma

Bu bölümde araştırmanın bulguları doğrultusunda elde edilen sonuçlar birbirleriyle ve benzer araştırma sonuçlarıyla ilişkilendirilerek tartışılmış, veri toplama ve uygulama süreçlerinde karşılaşılan durumlar araştırmanın kendi iç dinamiği içinde irdelenmiştir. Araştırmanın tartışma kısmı, yöntem ve bulgular bölümünde olduğu gibi araştırma sorularıyla paralel olarak iki aşama temelinde sunulmuştur.

5.1.1. İhtiyaç Belirleme Çalışmasının Tartışılması

Bu araştırmanın temel amacı, afazili hastaların sohbet ortaklarının ihtiyaçlarına dayalı bir program geliştirmek ve etkililiğini incelemektir. Program geliştirme doğası gereği aşamalı bir süreçtir ve ihtiyaçların belirlenmesi, programın geliştirilmesi, uygulanması ve değerlendirilmesi aşamalarının sırasıyla yürütülmesini gerektirmektedir. Bu gereklilik temelinde ilk olarak afazili hastaların sohbet ortaklarının yaşadıkları sorunlar ve inme sonrasındaki süreçte ortaya çıkan ihtiyaçları belirlenmiştir. İhtiyaç analizi çalışmasıyla elde edilen verilerin analizi sonucunda ulaşılan temalar; hasta ve hasta yakınları tarafından “*İnme sonrasındaki süreçte yaşanan sorunlar*”, bu sorunlara yönelik fayda sağlayan “*Çözümler ve Kolaylaştırıcı Faktörler*” ve çözüm bulunamayan ve devam eden “*İhtiyaçlar*” olarak belirlenmiştir.

5.1.1.1. Tema 1: *İnme sonrasındaki süreçte yaşanan sorunlar*

Bu tema kendi içinde “İletişim sorunları”, “Psikolojik sorunlar”, “Psikososyal sorunlar”, “Duygusal sorunlar”, “Fiziksel bakım verme güçlüğü”, “Bilgi eksiği”, “Bağımlılık”, “Fizyolojik sorunlar” ve “Maddi sorunlar” olmak üzere toplamda 9 alt temadan oluşmaktadır.

Çalışmadan elde edilen bulgular, afazili hastaların ve onlara bakım veren hasta yakınlarının sağlık durumlarının birçok boyutuyla birbirinden etkilendiğini ortaya koymaktadır. Hasta yakınlarının aktardığı deneyimler, inme sonrasındaki süreçte yaşanan sorunların ‘hastaya ilişkin’ ve ‘hasta yakınına ilişkin’ olmak üzere iki ayrı boyutu olduğunu; ancak hastaya ilişkin herhangi bir sorunun bizzat veya dolaylı olarak hasta yakınına da etkilediğini bildirmiştir. Bu durumun tersi de geçerlidir. Dolayısıyla taraflardan birine sunulacak desteğin, kaçınılmaz olarak diğerini de etkilemesi söz konusudur. Bu durum, Sosyal Yaklaşım çerçevesinde yapılması planlanan afazi müdahalesiyle hastanın çevresindeki kişilerin müdahale sürecine dahil edilmesi fikrini

desteklemektedir (Chapey vd., 2008; Simmons- Mackie, 2008; Threats, 2010; Kagan, 2011).

“İnme sonrasındaki süreçte yaşanan sorunlar” temasına ait bulguların çoğu diğer araştırmacılar tarafından da doğrudan veya dolaylı olarak çeşitli biçimlerde dile getirilmiştir. Mevcut çalışmada hasta yakınları tarafından en sıklıkla bildirilen sorunların, hastalarla aralarındaki iletişime dair olduğu görülmektedir. Afazinin bir dil ve iletişim bozukluğu olduğu düşünülürse *“İletişim sorunları”* temasının birçok çalışmada ortak olması kaçınılmazdır (örn., Michallet, Tetreault ve Le Dorze, 2001; 2003; Grawburg vd., 2013; Matos, Jesus ve Cruice, 2014; Winkler vd., 2014; Croteau vd., 2020). Hasta yakınlarıyla yapılan görüşmelerde, afazili hastalarla yaşanan iletişim problemlerinin çoğunlukla ‘hastanın ihtiyaçlarını sözlü olarak anlatamaması’ şeklinde nitelendirildiği görülmektedir. K.2’nin *“İşaretle söyleyemediği şeyleri anlamadan bırakıyoruz artık. ‘Vedi vüdü vedi vüdü’ bu şekilde karmaşık şeyler söylüyor. O zaman biz anlamıyoruz yani”* ifadesinde görüldüğü gibi, temel yaşamsal ihtiyaçların dışında kalan konularda afazili hastalarla sohbet etmek oldukça zorlaşmaktadır. Hasta yakınlarının aktarımıyla hastaların kendilerini anlatamadıklarında verdikleri duygusal ve psikolojik tepkiler, iletişim sırasında ne kadar çaresiz kaldıklarını ve çevreden ne denli anlaşılmayı beklediklerini göstermektedir. K.8’in *“Eğer benim anlayamadığım bir şey olursa çok büyük tepki gösteriyor. En sonunda da kendi elini ısırtıyor.”* ifadeleri bu durumun belirgin örneklerinden biridir. Croteau vd. (2020), iletişimde gösterilen davranışların duygusal temellerine dikkat çekerek, hasta yakınlarının afazili hastalarla sohbet ederken çok yorucu duygular yaşadıklarını ve bu durumun onları hastalarla sohbet etmekten uzak tuttuğunu bildirmiştir. Benzer şekilde, bu çalışmada elde edilen *“Duygusal sorunlar”* alt teması kapsamında hasta yakınlarının sohbet sırasında yaşadığı suçluluk, öfke ve üzüntü yer almaktadır. Michallet, Tetreault, ve Le Dorze (2003) şiddetli afazisi olan hastaların yakınlarının yaşadığı stresin arkasındaki temel faktörün iletişim bozukluğu olduğunu ortaya koymuştur. İletişime yönelik bu zor duyguların hafiflemesinin bile kendi başına başarılı bir müdahalenin göstergesi olabileceği düşünülmektedir (Croteau vd., 2020). Hasta yakınları tarafından sıklıkla deneyimlenen bir diğer duygusal sorunun ise kaygı olduğu ifade edilmiştir. Hasta yakınlarının yaşadığı kaygının temelinde, hastalığın akut döneminden itibaren nasıl seyredeceği konusunda yeterli bilgiye ve öngörüye sahip olamamaları yatmaktadır. K.9’un *“Ne olur? İleride ne yaparız? Ne kadar konuşabilir? Ne kadar yürüyebilir? Hiçbir şeyi bilmiyorsun ama yine de düşünüyorsun. Yine de çok*

takıyorum işte elimde olan bir şey değil.” ifadelerinden anlaşılabacağı üzere hasta yakınlarının beklentilerini organize edebilecek yeterince bilgiye sahip olmadıkları görülmektedir. Bu noktada “Bilgi eksiği” hasta yakınlarının deneyimlerini daha da zorlaştıran ve yaşanan diğer sorunların şiddetini daha da artıran bir alt tema olarak ortaya çıkmaktadır. Özellikle hasta yakınlarının afazinin doğası hakkında bilgi eksiğinin olması, yaşanan iletişim sorunlarına çözüm getirememelerine veya hastaya sundukları iletişim desteğinin işlevsiz kalmasına yol açmaktadır. K.8’in eşiyle yaşadığı iletişim sorununa anlam verme çabası “Mesela konuşurken çok zorluyorum ‘su de’ diyorum, söyleyemiyorum. Başka bir şeyler söylüyor. Onun dilince herhalde ‘su’ demek. Ben de gülüyorum bazen. ‘Sen dilini değiştirdin hasta olunca’ diyorum. Tamamen başka bir dile gitti dili.” ifadelerinde kendini göstermektedir. Yaşanan sorunlara yeterince anlam verememek, çözüm bulmayı da bir o kadar zorlaştırmaktadır.

Çalışmadan elde edilen bulgular incelendiğinde, yaşanan sorunların döngüsel bir doğası olduğu keşfedilmiştir. Örneğin hasta yakınlarının afazi konusundaki bilgi eksikliği, hastalarla aralarında yaşanan iletişim sorunlarını daha da şiddetlendirmektedir. Yaşanan iletişim sorunları ise uzun vadede psikolojik ve psikososyal sorunlara yol açmaktadır. “Psikolojik sorunlar” alt teması altında akut dönemde hem hasta hem hasta yakını tarafından yaşanan adaptasyon zorluğu dikkati çekmektedir. İnme ani gelişen bir rahatsızlık olduğu için sonuçlarına alışmanın her iki taraf için de zaman gerektirdiği düşünülmektedir. Hastalığın kronik evreye geçmesiyle birlikte hasta yakınları tarafından yaşanan psikolojik sorunlar kendini göstermektedir; bu sorunların başında depresyon gelmektedir. Bu durum katılımcılar tarafından “ruhsal çöküntü, bunalım, yıkım” gibi farklı ifadelerle ortaya konmuştur. Ayrıca birtakım psikosomatik sorunların bahsedilen psikolojik sorunlara eşlik ettiği bildirilmiştir. Bu sonuçlar afazinin hasta yakınları üzerinde depresyon ve hafif psikiyatrik bozuklukların gelişimi gibi yaygın etkileri olduğunu gösteren diğer çalışmalarla örtüşmektedir (Bakas vd., 2006; Grawburg vd., 2013; 2014).

Afazinin hasta yakınları üzerine olumsuz etkilerini inceleyen birçok çalışmada değinilen “Psikososyal sorunlar”, mevcut çalışmada da öne çıkmaktadır. Alanyazındaki diğer çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu olarak hasta yakınlarının kendilerine zaman ayıramadıkları, sosyal etkinliklerinin kısıtlandığı, aile içi sosyal rollerinin değiştiği, kişiler arası ilişkilerinin bozulduğu ve iş yaşamlarının olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (Michallet vd., 2003; Maviş vd., 2005; Grawburg vd., 2013; Matos, vd., 2014). Birbiriyle

iç içe geçen bu sorunların çoğunu K.1'in şu ifadelerinde görmek mümkündür: *“Sosyal olarak çok zorlanıyorum çünkü dışarıda hiçbir hayatım kalmadı. Eve gidip onunla (eşiyle) ilgilenmem gerekiyor. Oğlumla ilişkim anlamında çok üzüldüğüm çünkü biz iyi anlaşıyorduk ve birlikte çok vakit geçiriyorduk. Oğlumla baş başa bir şey yapamamanın sıkıntısını yaşıyorum çünkü eşim de gelmek istiyor. Hiç özel alanım kalmadı. Bütün günüm bir şekilde onların işleriyle geçiyor.”* Yaşanan bu psikososyal sorunların, hasta yakınlarının sorumluluklarının artmış olmasından ve hastaların birçok konuda hasta yakınlarına bağımlı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Hasta yakınları bir yandan hastaya bakım verirken, diğer yandan hastanın inme öncesindeki sorumluluklarını kısmen ya da tamamen üstlenmek durumunda kalmaktadır. Bu durum K.5'in *“Ben markete gitmezdim, pazara gitmezdim, ekmeğin fiyatını bilmeyen bir insandım son 9 aya kadar. Kapımın önünden başka yere gidemezdim. Çarşı pazar bilmezdim. Şimdi ise yakınlarımız para yardımı yaptığında direk bana veriyor kullanmam için.”* ifadelerinde görülmektedir. Hasta yakınlarının üstlendiği sorumluluklara hastanın sosyal yaşamının aktif bir parçası olarak iletişim kurmasına yardımcı olmak; mali, hukuki ve sağlıkla ilgili konularda karar almak da eklenmektedir (Maviş vd., 2005; Grawburg vd., 2013). K.1'in *“Bütün kararları tek başıma ben veriyorum ve o kadarı ben etkiliyorum. Çok ağır bir şey.”* ifadeleri bu durumun oluşturduğu rahatsızlığı ve duygusal yükü apaçık ortaya koymaktadır. Hasta yakınlarının üzerine yüklenen bu sorumlulukların bir kısmı hastanın motor becerilerini kaybetmesi ve fiziksel olarak hasta yakınına bağımlı olmasıyla; bir kısmı ise hastanın dil becerilerini kaybetmesi ve iletişimsel olarak hasta yakınına bağımlı olmasıyla ilişkilidir. Bu noktada ortaya çıkan “Bağımlılık” alt teması, hasta yakınının sosyal yaşamının kısıtlanmasıyla sonuçlanmaktadır. Dahası toplumun afazi hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeyinin oldukça düşük olması hasta için ve beraberinde hasta yakını için sosyal izolasyonu kaçınılmaz kılmaktadır. Bu durumu K.6'nın *“Çok konuşan arkadaşlarını sevmiyor. Sürekli gelen olursa onu böyle görmesinler diye gelmelerini istemiyor. Ama karşıdakine anlatamazsın, gelme diyemezsin ki. Eskisi gibi sanıyorlar. Oysa şimdi çok duygusal olduğu için algılayamıyor insanlar bunu.”* ifadelerinde görmek mümkündür.

Çalışma, tutuk ve hemiplejik afazili hastaların yakınlarıyla yürütüldüğü için “Fiziksel bakım verme güçlüğü” inme sonrasında yaşanan sorunlar arasında yerini almaktadır. Akut dönemde tam bağımlı halde olan hastaların tüm özbakımını hasta yakınlarının üstlendiği; kronik dönemde ise hastanın devam eden mobilite sorunları

sebebiyle hasta yakınına bağımlılığının sürdüğü bildirilmiştir. Hastaya fiziksel bakım verme neticesinde, hasta yakınlarının birtakım kas iskelet sorunları yaşadıkları ve önceden sahip oldukları rahatsızlıkların da daha kötüye gittiği ifade edilmiştir. Bu durumun hasta yakınlarının kendi tedavi süreçlerine vakit ayıramamalarına ve öz ihmalde bulunmalarına bağlı geliştiği düşünülmektedir. İnme sonrasında afazili hastaların fiziksel ve iletişimsel olarak hasta yakınlarına bağımlı halde olması, hasta yakınlarının çeşitli yaşam alanlarını kısıtlanmasıyla sonuçlanmaktadır. Bazı hasta yakınlarının işinden ayrılmak zorunda kaldığı, eğitimine ara verdiği veya kişisel yaşam planlarını ertelediği bildirilmiştir. Özellikle iş yaşamının olumsuz etkilenmesinin beraberinde maddi sorunları doğurduğu görülmektedir. İnme sonrasında hastaların çalışma hayatına devam edememesi ve hasta yakınlarının “bakım veren” rolünü üstlenerek işten ayrılması sonucunda maddi sorunlar yaşadıkları bildirilmiştir.

5.1.1.2. Tema 2: Çözümler ve kolaylaştırıcı faktörler

Bu tema kendi içinde “Baş etme stratejilerini kullanma”, “Psikososyal destek alma”, “Adaptasyon sağlama”, “Sözsüz iletişim kurma”, “Etkili iletişim desteği sunma”, “Uzman desteği alma”, “Bağımsızlaşma”, “Fiziksel destek alma”, “Medikal destek alma” ve “Hastanın yüksek motivasyonu” olmak üzere toplam 10 alt temadan oluşmaktadır. Ulaşılan alt temalar, hasta ve hasta yakınları tarafından yaşanan sorunlarla ilişkilendirilerek tartışılmıştır.

Hasta yakınlarının inme ve afazi deneyimiyle ilk defa karşılaşmaları neticesinde yaşadıkları adaptasyon güçlüğü, zaman içerisinde hastanın nöroanatomik ve fizyolojik iyileşme sürecine girmesiyle ve hasar alan becerilerinin bir kısmını geri kazanmasıyla birlikte hafiflemektedir. Öte yandan zaman ilerledikçe hasta ve hasta yakınlarının afazinin uzun vadede yol açtığı sorunlarla karşı karşıya kalması söz konusudur. Yaşanan bu sorunların nispeten afaziden etkilenen kişilerin algılarıyla şekillendiği; dolayısıyla bu sorunlara yönelik geliştirilen çözümlerin de bu algıyla bağlantılı olarak geliştirildiği görülmektedir (Michallet vd., 2003). Başka bir deyişle, ICF çerçevesinde üçüncü şahıs yetiyitimi ile ilişkili olarak afazinin hasta yakınları üzerinde yol açtığı olumsuz etkileri belirleyen ve farklılaştıran etmenlerin bağlamsal faktörler olduğu düşünülmektedir (Threats, 2010). Dolayısıyla hasta yakınlarının inme sonrasındaki deneyimleri kişisel, çevresel ve kültürel faktörlerden etkilenmektedir (Maviş vd., 2005).

Hasta ve hasta yakınları arasında yaşanan iletişim sorunlarının çözümünde uzman desteği öne çıkmaktadır. Hastaların dil ve konuşma terapisine erişimi, yaşanan iletişim

sorunlarını ve hasta yakınlarının bilgi eksikliğini azaltmaktadır. Hasta ve hasta yakınları arasında sıklıkla sözsüz iletişim kurulduğu ve fakat zaman içerisinde etkili iletişim stratejilerinden bazılarının hasta yakınları tarafından keşfedildiği görülmüştür. Özellikle “hastaya zaman tanıma, tekrar etme, teker teker anlatma, görsellerle destekleme ve seçenek sunma” stratejileri iletişimi desteklemek amacıyla kullanılan stratejiler arasındadır. Öte yandan yaşanan iletişim sorunlarına yönelik “ortamı terk etme, anlamış gibi yapma, konuyu değiştirme ve şakaya vurma” gibi baş etme yöntemlerinin de zaman zaman kullanıldığı ifade edilmiştir. Bu noktada hasta yakınlarının iletişim sorunlarını ne şekilde çözeceği kişisel özelliklerine ve iletişimsel tercihlerine göre değişmektedir. Örneğin etkili iletişim stratejilerini kullanmak hem hasta yakınının sabrını hem de hastanın iş birliği ve iletişim motivasyonunu gerektirmektedir.

Hasta ve hasta yakınları tarafından yaşanan duygusal ve psikolojik sorunların çözümünde, medikal desteğin yanı sıra yakın çevreden alınan psikososyal desteğin ön plana çıktığı görülmektedir. Yakın çevreden alınan herhangi bir konudaki en ufak destek, hasta yakınlarının duygusal olarak daha güçlü hissetmesine yardımcı olmaktadır. Hasta yakınlarının uzun vadede kullandığı baş etme yolları arasında “umut etme, kaderci düşünme, dayanıklılık, kabullenme, şükretme ve yok sayma” bulunmaktadır. Bu baş etme yollarının, hasta yakınına ait kişisel özellikler, kültürel özellikler, yetiştirilme tarzı ve dini inanışlar tarafından şekillendiği düşünülmektedir. K.4’ün “*Bu da bize Allahtan armağan. Yapacak bir şey yok.*” ifadesi dini inancının yansımalarını taşımaktadır. Buna karşın K.1’in “*Allah verdi.*” deyip geçen de var ama biz öyle değiliz. Bir şekilde bir yolunu bulalım, çalışalım, halledelim noktasındayız.” ifadeleri seçilen çözüm yollarının ne kadar kişiye özgü olduğunu yansıtmaktadır. K.6’nın “*Zorlanıyorum. Kendim rahatsızım zaten. Karşımdaki eşime bunu bildirmemek için çabalıyorum. Hasta olsam da kendimi ifade etmeden, onu ayağa kaldırasına kadar, gücümün yettiği kadar dayanmaya çalışıyorum her şeye.*” ifadeleri ise içinde bulunduğumuz kültürdeki “bakım veren” rolünün izlerini taşımaktadır ve hasta yakınlarını öz ihmale varacak kadar dayanıklı olmaya ittiği görülmektedir.

Hasta yakınları tarafından yaşanan psikososyal sorunların çözümünde yine yakın çevreden alınan desteğin etkili olduğu görülmektedir. Yakın çevreden alınan desteklerin çoğunlukla hasta özelinde olduğu; ancak bu durumun dolaylı olarak hasta yakınlarının yükünü hafiflettiği düşünülmektedir. K.4’ün “*Tabi ikimiz olsaydık daha zor olurdu. Bu kadar yol alamazdık. Allah razı olsun hepsinden damatlardan, torunlarımdan,*

komşularımdan. Bir komşum var. Komşumdan da Allah razı olsun. Onu dolaştırıp geliyor; berbere götürüyor.” ifadeleri bu duruma örnek oluşturmaktadır. Hasta yakınlarının sorumlulukları paylaşıldıkça ve hafifledikçe kendilerine zaman ayırabildikleri ve sosyal yaşama katılım fırsatı bulabildikleri bildirilmiştir. Hasta yakınlarının özellikle fiziksel bakım verme konusunda destek alması ve hasta bakıcı hizmetinden faydalanması işlevsel çözümler arasındadır. Hasta bakıcı tutmanın akut dönemde işlevsel olduğu ancak sürdürülebilir bir çözüm yolu olmadığı görülmektedir. Kültürel olarak birincil bakımveren rolünü çoğunlukla hastanın aile üyelerinin üstlenmeyi tercih ettiği; hastaların tercihlerinin de bu yönde olduğu bildirilmiştir.

5.1.1.3. Tema 3: İhtiyaçlar

Hasta yakınlarının ihtiyaç duyduğu konular “İletişim ihtiyacı”, “Bilgi ihtiyacı”, “Destek grubu ihtiyacı”, “Psikososyal destek ihtiyacı”, “Bağımsızlık ihtiyacı”, “Uzman desteği ihtiyacı”, “Fiziksel destek ihtiyacı”, “Maddi destek ihtiyacı” ve “Evde terapi ihtiyacı” olmak üzere yaşadıkları sorunlarla paralellik göstermektedir. Yaşanan sorunlara yönelik ulaşılan çözümlere ve baş etme mekanizmalarına rağmen hala birçok konudaki ihtiyaçlarının devam ettiği görülmektedir.

Hasta yakınları tarafından en yoğun şekilde yaşanan sorunun iletişim alanında olması, en yoğun hissedilen ihtiyacın da iletişim alanında olmasıyla sonuçlanmaktadır. Afazili hastalar sözsüz iletişim yöntemlerini kullanıyor olmalarına rağmen, sözsüz iletişimin bazı iletişim niyetlerini aktarmada yetersiz kaldığı ve çelişki doğurduğu ifade edilmiştir. Bu durumu K.9 “*Sözlü olarak evet/hayır dedirtemedik hiç. Dese ona göre karar vereceğiz biz de. Diyebilse ama demiyor. Seçemiyor, diyemiyor.*” şeklinde ifade etmiştir. Hasta yakınları tarafından aktarılan iletişim ihtiyaçları, hastanın temel ihtiyaçlarını anlatabilmesinden ibaret değildir. Hasta yakınlarının hastalar tarafından anlaşılma ve hastayla sohbet etme ihtiyacı içinde oldukları görülmüştür. K.4’ün “*Benim tek istediğim konuşsun. Hiç konuşamayınca, kendini ifade edemeyince evde ikimiz öyle oturuyoruz. İşte konuşamayınca koca bir suskunluk...*” ifadeleri hasta yakınlarının sadece bilgi alışverişi yapmaya değil, hastalarla paylaşım içinde olmaya da ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Afazili hastalarla paylaşımında bulunmanın zorlaştığı konular arasında finansal konulara değinilmiştir. Michallet ve diğerleri (2003) afazili hastalarla maddi konular üzerinde konuşmanın ve uzlaşmanın, hasta yakınları için kendi başına bir stres kaynağı olduğunu bildirmiştir. Mevcut çalışmada hasta yakınlarının yaşadığı bu zorluk K.1’in “*(Hasta) terapistlere verdiğimiz ücretleri bir türlü algılayamıyor ve ‘Bu paralar*

nereye gidiyor?’ gibi bir sorguya giriyor. Onu bir türlü ona anlatamıyorum.” ifadesinde görülmektedir. Bir iletişim ortağı olarak hasta yakınlarının, afazi dostu iletişim yöntemlerini bilmeye ve kullanmaya ihtiyacı olduğu görülmektedir. Gerekli bilgiler sağlandığı takdirde, hasta yakınlarının hastalara daha etkili iletişim desteği sunabilecekleri düşünülmektedir.

Hasta yakınları tarafından çoğunlukla dile getirilen iletişimsel ihtiyaç, hastanın kendisini sözlü olarak anlatabilmesi yönündedir. İletişimin doğasının çift yönlü olduğu düşünülürse, çözümün sadece hastanın sözlü iletişim becerilerinde aranması eksik bir yaklaşımdır. Yaşanan iletişim problemlerinin bir ayağı hastaların hasarlı dil becerilerine dayanırken diğer ayağı hasta yakınlarının bilgi eksikliğine dayanmaktadır. Bu sebeple hasta yakınlarının iletişimin iş birlikçi doğası hakkında mutlaka bilgilendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Öte yandan hasta yakınlarıyla yapılan görüşmelerde birçok katılımcının afaziye dair yeterli bilgiye sahip olmadığı belirlenmiştir. K.3’ün “*(Hasta) okuyamıyorum diyor ama sanki okuyabiliyor da bilmiyorum ben de anlamadım. Bizi mi kandırıyor ne yapıyor? Bazen söylüyor bunun sandalye olduğunu mesela bir daha söylemiyor. Tutarsızlıklar var. Hastaneden çıktıktan sonra nasıl yapalım diye terapistine danışacağım. Yani tek başına olacak bir süreç değil. Konuşma terapistine ihtiyaç var. Ben bilemiyorum ki nereden başlayacağımı. Harfleri mi öğreteyim? Kelimeleri mi öğreteyim? Neyi öğreteyim?*” ifadelerinde görüldüğü gibi hasta yakınları iletişim sorunlarına yönelik uzman desteği almaya ihtiyaç duymaktadır; ancak bozukluk temelli dil ve konuşma müdahaleleri kapsamında hasta yakınlarına afazinin doğası hakkında yeterince bilgilendirme yapılmadığı görülmektedir. Terapi süreci sonlandıktan sonra dahi terapötik etkilerin sürdürülebilmesi için hasta yakınlarının müdahale sürecine işlevsel bir şekilde dahil edilmesi gerekmektedir (Threats, 2010).

Bilgi eksiğinin farkında olan hasta yakınlarının doğru bilgi kaynaklarına ulaşmakta çok zorlandığı; uzmanlar aracılığıyla, internet kanalıyla veya deneyimsel olarak birtakım bilgilere erişebildikleri ifade edilmiştir. K.1’in “*Enteresan şekilde bu kadar yaygın olan bir hastalıkta çok az kaynağa ulaşabildim ben. İnternet kaynağı zaten çok yetersiz. Bir hasta yakını için veri çok yetersiz. Bence hasta yakınlarının tüm süreçlerde onlara rehberlik edecek birilerine kesinlikle ihtiyacı var. Başka alanlarda çok yapıldı bunlar: hani benzer vakaların birbirine desteği, benzer ailelerin birbirine desteği, orda ona rehberlik edecek bir gönüllü çalışması.”* ifadeleri hasta yakınlarının koordineli bilgiye ve yol gösterici birine ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Hasta yakınlarının

deneyimlerini paylaşabilmek için bir arada olabileceği bir destek grubuna ihtiyaç duyduğu düşünülmektedir. K.1'in bu ihtiyaca ortaya koyan ifadeleri şöyle devam etmektedir: *“Üstelik başvurabileceğiniz, benzer hastalarla görüşebileceğiniz bir dernek de yok. Bir iki hasta yakınıyla tanıştım ben. Birbirimize destek de olduk. ‘Ya ben şu doktora gittim. Bak şöyle bir tedavi uyguladı. Acaba siz de mi denesiniz?’ vs. Öyle bir desteğe de ihtiyacım oluyor çünkü zor bir hastalık. Geçirmeyenin anlamayacağı bir şey. Benzer vakalarla görüşmek istiyorsun. Öyle bir ihtiyaç var.”* Farklı çalışmalarda da benzer ihtiyaçlara vurgu yapıldığı görülmektedir (Denman, 1998; Michallet vd., 2001).

Hasta yakınları tarafından dile getirilen ihtiyaçların durağan olmadığı ve hastalığın evrelerine göre değişiklik gösterdiği görülmektedir. Dolayısıyla hasta yakınlarına gerekli bilgilerin doğru zamanda sunulması, süreci daha kolay deneyimleyebilmelerine imkân sunacaktır. Hasta yakınlarına gerekli bilgilerin sağlanmasının kontrol hissini artırdığı ve stresi azalttığı bildirilmiştir (Denmann, 1998). Özellikle akut dönemde, hasta yakınlarının hastalığın kronik seyri hakkında bilgilendirilmeye ihtiyaç duydukları görülmüştür. K.7'nin *“Hani biz kızım hasta olunca hemen geçecek sandık. Bir iki ayda iyi olacak sandık. Ama iş öyle değilmiş. Ne bileyim konuşur diyorlar ama çok uzun sürer mi, hiç kendini anlatamaz mı diye endişeleniyorum.”* şeklinde aktardığı endişesini hafifletmek için, ilerleyen süreçlerde hangi konularda sorun yaşayacağına ilişkin bilgilendirilmesi gerekmektedir. Böylece hasta yakınının hastaya ilişkin daha gerçekçi beklentiler geliştireceği düşünülmektedir. Kronik döneme gelindiğinde ise hasta yakınlarının psikososyal ihtiyaçlarının ön plana çıktığı görülmektedir. Hasta yakınlarının deneyimlediği bu zorlu süreçlerde, çevreden aldıkları duygusal ve psikososyal desteklerin önemi vurgulanmaktadır. Ancak bu destekler çoğunlukla hasta özelinde olduğu için hasta yakınlarının kendilerini anlatma ve anlaşılma ihtiyaçları devam etmektedir. Bir yandan anlaşılmaya ihtiyaç duyarken diğer yandan yaşadıkları zorlayıcı duyguları hastalardan ve yakın çevrelerinden gizleme eğilimi içinde oldukları görülmüştür. Ayrıca birçok konuda kendi ihtiyaçlarını ihmal ettikleri ifade edilmiştir. Bu durumun, hasta yakınlarının üstlendikleri ‘bakım veren’ rolünün bir gereği olarak algılandığı ve üstlendikleri bakım yükünün bir sonucu olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bu sebeple hasta yakınlarının duygusal açıklık sergileyebileceği ve anlaşıldığını hissedebileceği bir dayanışma ortamına ihtiyaç duyduğu görülmektedir. Hasta yakınlarının benzer durumda olan başka hasta yakınlarıyla deneyimleri üzerine konuşmaya ve kendi deneyimlerini paylaşmaya ihtiyaç duydukları ifade edilmiştir. K.8 tarafından aktarılan *“Seni anlayacak birisiyle*

konuşmak istiyorsun. Derdini açmak istiyorsun. Derdini dökmek istiyorsun. Yalnız kaldığın zaman daha zor oluyor.” ifadeleriyle hasta yakınlarından oluşacak bir destek grubuna olan ihtiyacın tekrar altı çizilmektedir. Böyle bir destek grubunun hasta yakınlarına rehberlik edebileceği, bilgi alışverişine imkân sunabileceği, ayrıca kendi deneyimlerini normalleştirmelerine hizmet edebileceği düşünülmektedir.

Hasta yakınlarının bakım verme sorumluluklarının süreklilik arz etmesi fakat çevreden aldıkları desteklerin sürekli olmaması sebebiyle, pek çok konuda ihtiyaçlarının devam ettiği görülmektedir. Özellikle psikososyal desteğe ve hastanın bakım yükünü hafifletecek yardımlara olan ihtiyaçları tüm süreç boyunca devam etmektedir. Yapılan farklı çalışmalarda, bakımveren rolüne mola vermeye ve hastalar için gündüz bakım evlerinden faydalanmaya olan ihtiyaç ortaya konmuştur (Denman, 1998; Michallet vd., 2001). Ancak mevcut çalışmada bakım yükünün aile bireyleri arasında paylaşılması önerilmiş ve yakın çevrenin desteğine ihtiyaç duyulduğu ifade edilmiştir. Bu durumun, hastayı yabancı birisine emanet etmenin ve birincil bakımını yabancı birisine devretmenin kültürel olarak kabul görmemesiyle ilgili olduğu düşünülmektedir. Bakıcı hizmetinden faydalanan az sayıda katılımcının bakım yükünün hafıflediği ancak duygusal yükünün arttığı görülmektedir. Bu durum K.3’ ün *“Keşke bize destek olabilecek daha fazla kişi olabilseydi. Maddi olarak falan her şeyi geçtik. Bakıcı bulduk çünkü çok zor. Çözüm olarak bakıcıyı düşündük. Yine desteği kesmedik. Bakıcıya bırakıp gitmedik ama en azından bir süre rahatlatabilecek birini bulduk. Eve kamera yerleştirdik. Ona da tam güvenemiyoruz. Kendi de konuşmıyor. Bir şey olsa anlatamaz.”* ifadesinde görülmektedir. Öte yandan bakıcılık hizmetinden faydalanmak maddi bir külfeti de beraberinde getirmektedir. Afazili hastaların tedavi ve rehabilitasyon sürecindeki ihtiyaçlarını karşılayabilmek için hasta yakınlarının maddi desteğe de ihtiyaç duyduğu görülmektedir. Bu noktada hastanın ve hasta yakınlarının deneyimleri üzerinde bağlamsal faktörlerin etkisi tekrardan fark edilmektedir.

Hasta yakınlarının hastalar üzerinden ifade ettiği ihtiyaçlar arasında; fiziksel destek ihtiyacı, fiziksel erişim ihtiyacı ve evde terapi ihtiyacı yer almaktadır. Hastaların fiziksel olarak bağımlı halde olmaları ve mobilite güçlüğü yaşamaları, onlara bakım veren hasta yakınları için sürekli bir fiziksel destek ihtiyacını doğurmaktadır. Hastalar sosyal yaşama katılım sağlayabilmek için fiziksel erişime ihtiyaç duymaktadır. Ancak afazili hastaların sosyal yaşama katılımlarının önündeki tek engelin fiziksel erişim güçlüğü olmadığı; toplumsal tutumların ve farkındalık düzeyinin de son derece belirleyici olduğu K.10’un

şu ifadelerinde yerini almaktadır: *“Onun dışarıya çıkabilmesi için insanların bilinçlenmesi lazım. Bütün halkın, çevrenin, eşin dostun. Yani onlara normal bir insan gibi davranmaları lazım. Yani öyle olursa biraz daha kolay olur hayat gibi geliyor. Yani dış bakış mı desek ne desek daha farklı olması lazım.”* Dolayısıyla hastaların yaşama katılım sağlayabilmeleri için toplumun afazi konusundaki bilgi ve farkındalık düzeyinin artması gerekmektedir. Bu noktada hasta yakınlarını bilinçlendirmenin iyi bir başlangıç olacağı düşünülmektedir. Nitekim hastanın çevresindeki insanları bilinçlendirme görevi yine hasta yakınlarına düşmektedir. Ayrıca mobilite sorunu yüzünden evde terapi hizmetine ihtiyaç duyan afazili hastalara, yakınları üzerinden destek sağlamanın işlevsel bir çözüm olabileceği düşünülmektedir.

5.1.2. Etkililik çalışmasının tartışılması

İhtiyaç belirleme çalışmasıyla inme ve afazinin hasta yakınları üzerindeki olumsuz etkileri ve hasta yakınlarının bu süreçte gelişen ihtiyaçları belirlenmiştir. Belirlenen ihtiyaçlar arasından “İletişim ihtiyacı”, “Bilgi ihtiyacı”, “Destek grubu ihtiyacı”, “Psikososyal destek ihtiyacı” ve “Uzman desteği ihtiyacı” programa dahil edilmeye uygun bulunmuştur. Belirlenen ihtiyaçlar temelinde geliştirilen ASODEP, Sosyal Öğrenme Kuramı çerçevesinde yetişkin bireylerin öğrenme özellikleri gözetilerek tasarlanmıştır. Yetişkinlerin bilmeye ve öğrenmeye ihtiyaç duydukları bir sorunla geldikleri, sorunun çözülmesine yönelik destek aradıkları ve benzer bir sorunla karşılaşınca kendi kendilerine başa çıkabilecekleri düzeye gelmek istedikleri bildirilmiştir (Akın, 2014). Bu doğrultuda yetişkinlere yönelik uygulanan eğitim programlarında didaktik yaklaşımların kullanışlı olduğu fakat yansıtıcı öğrenme yöntemlerine ve akran öğrenimine de yer verilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Fox vd., 2004). Afazide aile merkezli müdahale programlarının olmazsa olmaz unsurları arasında akran öğrenimine yer verildiği görülmektedir. Özellikle afazi başlangıç süresi birbirinden farklı olan ailelerin, birbirlerinin deneyimlerinden öğrenmelerine imkân sunulması gerektiği bildirilmiştir (Fox vd., 2004). Bu doğrultuda sohbet ortaklarının birbirlerinden öğrenebildiği bir grup ortamında, afazili hastalarla yaşadıkları iletişim sorunlarının kaynağını fark etmeleri, etkili iletişim stratejilerini öğrenmeleri ve en nihayetinde kendileri için uygun olan çözüm yollarını keşfetmeleri desteklenmiştir. Buna ek olarak yapılan grup etkinliklerinin sohbet ortakları arasında yeni ilişkiler kurmaya ve birliktelik geliştirmeye hizmet etmesi beklenmiştir.

Araştırma kapsamında 8 sohbet ortağına grup halinde uygulanan ASODEP'in etkililiğinin belirlenmesi amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen Başarı Testi, Depresyon- Anksiyete- Stres Ölçeği (DASÖ-21), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği – Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR) ve İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi Ölçeği-39 (SAQOL-39-TR) olmak üzere dört farklı ölçme aracı kullanılmıştır. Eğitim programlarını değerlendirmek için kullanılan standart ölçüm araçlarının sohbet ortaklarının deneyim çeşitliliğini yansıtmaya yeterli olmayacağı ve nitel ölçümlere de ihtiyaç olduğu bilinmektedir (Fox vd. 2004). Bu noktada ASODEP'in sosyal geçerlilik düzeyini belirlemek amacıyla uygulanan Memnuniyet anketinin yanında yarı yapılandırılmış bireysel görüşmeler de gerçekleştirilmiştir. Elde edilen nicel ve nitel bulgular bütünleştirilerek tartışılmıştır.

Araştırmanın betimsel verileri incelendiğinde, Başarı Testi kapsamında Modül-1'den (Afazi Hakkında Bilgilendirme) elde edilen son test puanlarının ön test puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X} = 78,50 / 42,50$). Bu bulgu sohbet ortaklarının başlangıçtaki bilgi düzeyinin, uygulamadan sonra anlamlı düzeyde arttığını göstermektedir. Benzer şekilde Modül-2'den (Afazide Etkili İletişim Kurma) elde edilen son test puanları ön test puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($\bar{X} = 63,50 / 22,50$). Dolayısıyla programın, sohbet ortaklarının hastalarla sohbet ederken dikkat etmeleri gereken hususlar ve kullanabilecekleri etkili iletişim stratejileri hakkındaki bilgi düzeyleri üzerinde belirgin bir fark yarattığı görülmektedir. Gelişmekte olan araştırmalar, benzer formatta verilen afazi ve afazide etkili iletişim kurmaya yönelik eğitimlerin, katılımcıların bilgi düzeyleri ve öğrenme çıktıları üzerinde etkili olduğunu desteklemektedir (Sorin-Peters vd., 2010; McGilton vd., 2011; Welsh ve Szabo, 2011; Johansson vd., 2013).

Modül-3 (Afazide Destek Sağlama) kapsamında sohbet ortaklarının afazinin yol açtığı duygusal ve psikososyal sorunlarla etkili şekilde baş etme yollarına ilişkin bilgi ve görüşleri toplanmıştır. Uygulamadan önce yapılan ön görüşmelerde, sohbet ortaklarının ağırlıklı olarak hasta merkezli baş etme yollarını sıraladıkları görülmektedir. Sohbet ortaklarının tüm yaşam içeriğini hastaya göre planladıkları ve hastanın ihtiyaçlarını ön planda tuttukları ifade edilmiştir. Bu durumun sohbet ortakları açısından “Kendini ihmal etme” kodunu doğurduğu ve kendi sağlık koşullarını ihmal etmelerine yol açtığı görülmüştür. Bunun yanında “Kadercilik” ve “Sabır gösterme” kodları sıklıkla ifade edilirken “Yakın çevreden yardım alma” ve “Mola verme” gibi etkili baş etme yollarının

kod frekansının nispeten düşük olduğu görülmektedir. Uygulamadan sonra yapılan son görüşmelerde ise sohbet ortaklarının sıraladığı baş etme yollarının hem niteliksel olarak farklılaştığı hem de sayısal olarak arttığı görülmüştür. “Mola verme”, “Sabır gösterme”, “Yakın çevreden yardım alma” kod frekanslarının arttığı görülmüştür; sabır gösterme davranışının altında yatan temel motivasyonun sohbet ortaklarının afaziye tanımaları ve iletişim sırasında hastaya zaman vererek beklemleri gerektiğini öğrenmeleri olduğu bildirilmiştir. “Kendini ihmal etme” kodunun yerini “Kendi ihtiyaçlarını gözetme” kodunun aldığı görülmektedir. Bunlara ek olarak K.1’in *“Afaziye bilmeliyiz; 5NİK’sını bilmeliyiz. Afaziye öğrenip hastanın şartlarına uygun bir iletişim tarzı geliştirmeliyiz ve öğrendiklerimizi uygulamaya aktarmalıyız”* ifadeleri afazi konusunda bilinçlenmenin etkili bir baş etme yolu olarak görüldüğünü göstermektedir. Ayrıca sohbet ortaklarının grup etkileşimi vasıtasıyla birbirlerinde gördükleri ve etkili buldukları baş etme yollarını da sıraladıkları görülmüştür. Psikososyal sorunların sağaltımına ilişkin ön görüşmelerde yer almayan fakat son görüşmelerde ortaya çıkan kodlar arasında; “Sosyalleşme”, “Duygularını paylaşma”, “Empati Yapma”, “Hobi edinme”, “Uzman yardımı alma”, “Bağımsızlaşma” gibi etkili baş etme yollarının ifade edildiği görülmüştür. Bu durumda programın, sohbet ortaklarına uzun vadede kullanabilecekleri yeni baş etme yolları sunduğu ve yeni bir anlayış kazandırdığı düşünülmektedir.

ASODEP’in her bir modülüne ilişkin yapılan değerlendirme sonuçları, programın sohbet ortaklarının bilgi ihtiyaçlarını karşılamada etkili olduğunu ortaya koymuştur. Uygulama sonrasında sohbet ortaklarının bilgi düzeyinde anlamlı ölçüde bir artış tespit edilmiştir. Tespit edilen bu artışın sosyal açıdan önemi ve sosyal faydası, sohbet ortaklarından bireysel görüşmelerle toplanan sosyal geçerlik verileriyle desteklenmiştir. Sosyal geçerlikten elde edilen veriler, sohbet ortaklarının ve afazili hastaların yaşamlarında müdahaleyle birlikte ortaya çıkan veya çıkması muhtemel değişiklikleri belirleyerek, nesnel yollarla elde edilen bulguları desteklemek amacıyla kullanılmıştır (Atbaş ve Karasu, 2019). Sosyal geçerlik verilerinden elde edilen nitel bulguların *“Programın Sohbet Ortakları Üzerindeki Etkileri”*, *“Sohbet Ortaklarının Programı Gündelik Yaşama Taşıma Deneyimleri”* ve *“Sohbet Ortaklarının Programa İlişkin Önerileri”* olmak üzere üç tema altında toplandığı görülmektedir. Programın sohbet ortakları üzerindeki etkileri incelendiğinde “Memnun kalma”, “Hastayla etkili iletişim kurmayı öğrenme”, “Afaziye tanıma”, “Bilinçlenme” ve “Grup etkileşimi kurma” olmak üzere toplam 5 alt temaya ulaşıldığı görülmektedir. Bu alt temaların Modül-1, Modül-2 ve

Modül-3'e yönelik elde edilen değerlendirme sonuçlarıyla son derece bağdaşık olduğu göze çarpmaktadır (bkz. Tablo 5.1). Sohbet ortaklarının programdan öğrendiklerini gündelik yaşama taşıma deneyimleri arasında “Etkili iletişim stratejilerini kullanma” ve “Etkili baş etme stratejilerini kullanma” alt temaları yer almaktadır. Katılımcıların çoğu afazili hasta ile sohbet ederken etkili iletişim stratejilerini kullanmaya başladığını ifade etmiştir; bunun yanında afazinin yol açtığı duygusal ve psikososyal sonuçlarla etkili şekilde baş etme yollarını benimsediğini ortaya koyan ifadeler paylaşmıştır. Katılımcıların her birinin kendi öznel deneyimi içerisinde en işlevsel bulduğu yöntemleri öncelikli olarak seçtiği ve gündelik hayata taşıdığı görülmektedir.

Tablo 5. 1. Modül-1, Modül-2 ve Modül-3 değerlendirme sonuçlarını destekleyen sosyal geçerlik bulguları

Modül	Ölçme Araçları	Ön/Son Test Fark	İlgili Kategoriler ve Örnek Katılımcı İfadeleri
1. Afazi Hakkında Bilgilendirme	Başarı Testi	$p < .001$	Afazi Tanıma, Bilinçlenme “Afazinin ne olduğunu bilmiyordum. Adını dahi ben o gün duydum.” (K.8) “Annemin hastalığının afazi olduğunu bilmiyordum. Mesela doktora götürdüğümüz zaman inme indi diyorduk, A’dan Z’ye her şeyini açıklıyorduk ama afazi dediğin zaman o tamamladı hepsini yani. Ben onu öğrendim.” (K.7) “Aslında hastamızın afazi olduğunu biliyorduk ama böyle detaylı açıklamalar yapılmamıştı. Bu hastalıkta neler yapmamız gerektiği ile alakalı, nasıl davranmamız gerektiği ile alakalı pek bilgimiz yoktu.” (K.4)
2. Afazide Etkili İletişim Kurma	Başarı Testi	$p < .001$	Hastayla Etkili İletişim Kurmayı Öğrenme, Etkili İletişim Stratejilerini Kullanma “Programdaki en yararlı bilgi bence hastaya konuşması için zaman tanıma, mesafeyi tanıma şekliydi. Hani biz hastaya daha çabuk müdahale ediyorduk şimdi onun derdini anlatabilmesi için zaman vermeyi öğrendim ben kendim adıma.” (K.4) “Mesela önceden hızlı hızlı konuşurdum annemle. Şimdi yavaş yavaş, tane tane, onu anlayarak ve o da beni anlayarak birbirimizi tamamlıyoruz.” (K.7) “Ben karşı tarafa konuşurken hem vücut diliyle hem kelimeyle anlatmayı öğrendim. Normalde ben soruyordum: “Ahmet bu böyle mi olacak?” diyordum. Sadece soruyordum ama şimdi vücut diliyle konuşmayı, resimlerle desteklemeyi öğrendim.” (K.8)
3. Afazide Destek Sağlama	Bireysel Görüşme	—	Bilinçlenme, Grup Etkileşimi Kurma, Etkili Baş Etme Stratejilerini Kullanma “Eğitim boyunca hem kendimizi anlattık hem de başkalarını anlamaya çalıştık. Başkalarını da tanımış olduk. Damdan düşenler birbirlerini daha iyi anlarlar ve böylece kısa süreliğine de olsa küçük bir sosyolojik afazi grubuyla tanışmış olduk.” (K.1) “Eğitim sayesinde bize de değer verildiğini anladım. Ben biliyordum bir şeyler de biz kendimiz değersizdik. Biz kendimizle ilgilenmiyorduk. Bizim duygularımız falan hiç önemli değildi, sadece hasta önemliydi. Kendimiz için hiç düşüncemiz yoktu yani bir değerimiz yoktu. Kendimle ilgili onu fark ettim. Ben hep “Hasta iyi olsun da ben nasıl olursam olayım.” derdim. Şimdi ben kendim iyi olursam hastaya da faydam olacağını düşünüyorum. Ben kötü olursam ona hiçbir faydam olmayacak diyerek kendime bakıyorum.” (K.5)

Tablo 5.1.'de görüldüğü üzere, sohbet ortaklarının çoğu uygulama öncesinde afazinin adını dahi duymadıklarını tekrarlı bir biçimde ifade etmiştir. K.4, afaziye aşına olmasına rağmen afazinin doğasını tam anlamıyla bilmediğini aktarmıştır. Sohbet ortaklarına afaziye kapsamlı bir şekilde tanıtmak amacıyla hazırlanan Modül-1 uygulandıktan sonra, katılımcıların afazi hakkındaki bilgi düzeylerinin arttığı ifade edilmiştir. Buna ek olarak sohbet ortakları arasındaki grup etkileşiminin de bir tür bilgi kaynağına dönüştüğü görülmüştür. Afazili hastası akut dönemi henüz tamamlamış olan K.1, diğer katılımcıları gözlemleyerek hastalığın kronik süreçlerine dair fikir edindiğini şu ifadelerle ortaya koymuştur: *“Süreci de öğrenmiş olduk. Kimisi bizden daha kısa süreli, kimisi on aylık, kimisi iki buçuk-üç küsur senelik. Bu durum, zaman içerisinde hastamızın alacağı sağlık kademesiyle ilgili bir süreç kanaati oluşturmuş oldu bende.”* K.1'in bu ifadeleri, afazi başlangıç süresi birbirinden farklı olan hastaların ve ailelerinin birbirlerinin deneyimlerinden çok şey öğrenebilecekleri fikrini desteklemektedir (Fox vd., 2004).

Afazili hastalarla etkili iletişim kurmaya ilişkin konuların ele alındığı Modül-2 uygulandıktan sonra, sohbet ortaklarının afazide yaşanan iletişim sorunlarına yönelik bilinç düzeyinin ve etkili iletişim stratejilerine yönelik bilgi düzeyinin arttığı görülmektedir. Çoğu katılımcı, uygulamadan sonra afazili hastayla sohbet ederken sergilediği iletişim davranışlarını değiştirdiğini ifade etmiştir; sohbet sırasında afazi dostu bir iletişim dili kullandığını ve sohbeti alternatif iletişim yollarıyla zenginleştirdiğini bildirmiştir. Bunun yanında sohbet ortakları, afazili hastaların sohbete katılımını desteklemeye yönelik tutum ve davranışlar sergilediklerini belirtmiştir. K.6'nın *“Programın hastayla diyalogumuz adına çok büyük katkısı oldu. Gerçekten hastaya nasıl davranılacağını çok iyi öğrendik. Onun bizden istediklerine mesela daha sabırlı ve ılımlı cevap vermeye başladık. Hastayla diyalog ihtiyacımızı çok güzel bir şekilde karşıladı.”* ifadeleri bu duruma örnektir. ASODEP'in hastaların yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla SAQOL-39-TR kapsamında uygulanan “İletişim” alt testinden elde edilen sonuçlar da bu durumu destekler niteliktedir. İletişim alt testinde elde edilen son test puanlarının ön test puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($\bar{X} = 2,64 / 1,98$). Bu sonuçlar, uygulama sonrasında afazili hastaların iletişimsel motivasyonlarının ve katılımlarının arttığını ortaya koymaktadır. Ayrıca Modül-2 kapsamında hastaların katılımıyla gerçekleştirilen uygulama oturumunda, sohbet ortakları ile hastalar arasında iletişimsel bir iş birliği inşa edildiği

gözlemlenmiştir. Sohbet ortaklarının hastalara etkili iletişim desteği sunması, hastaların iletişimsel kapasitesini açığa çıkararak sohbete katkı sunabilmelerine imkân tanımıştır. Bu sonuçlar, alanyazında yer alan çalışmaların sunduğu sonuçlarla paralellik göstermektedir. Afazili hastaların kendileri müdahale sürecine dahil olmasalar bile, eğitim alan bir sohbet ortağı eşliğinde iletişim etkinliklerinde ve/veya katılımında iyileşmeler olduğu görülmektedir (Simmons-Mackie vd., 2010; 2016).

Sohbet ortaklarının yaşadıkları duygusal ve psikososyal sorunları grup ortamında paylaşmaları ve bu sorunların çözümlerine ilişkin yeni bakış açıları kazanmaları amacıyla hazırlanan Modül-3'ün değerlendirme sonuçları nitel yöntemler kullanılarak elde edilmiştir. Modül-3 uygulandıktan sonra sohbet ortaklarıyla yapılan görüşmelerde, afazinin yol açtığı duygusal ve psikososyal sorunlara yönelik farkındalık düzeylerinin arttığı ve bu sorunlara ilişkin sundukları etkili baş etme yollarının oldukça çeşitlendiği görülmüştür. Program sonunda toplanan sosyal geçerlik verileri bu sonuçları desteklemektedir. Tablo 5.1.'de görüldüğü üzere, program sohbet ortaklarına deneyimlerini paylaştıkları ve anlaşıldıklarını hissettikleri bir grup ortamı sunmuştur. Grup eğitimlerinin destekleyici atmosferi, afazinin doğurduğu sonuçlarla başa çıkabilmek için psikososyal destek oluşturmaktadır (Purdy, 2005). Sohbet ortakları, hastalara uzun vadede destek sağlayabilmek için kendi mevcut ihtiyaçlarını ve kendi sağlık koşullarını gözetmeleri gerektiği konusunda belirgin bir farkındalık kazanmıştır. Katılımcıların çoğu, halihazırda yaşıyor oldukları ve yaşamaları muhtemel sorunlara karşı etkili baş etme yöntemlerini kullanmaya başladıklarını ifade etmiştir. Özellikle yaşanan psikososyal sorunlara yönelik hastayı bağımsızlaşması konusunda destekledikleri ve çevredeki diğer insanları afazi konusunda bilgilendirdikleri belirtilmiştir. K.9'un *"Eve gelen misafirlerime de söylüyorum. "Bak bu afazi geçirmiş, afazi hastalığıymış" diyorum. "Neymiş o?" diyorlar. Sonra anlatıyorum onlara ne olduğunu, ona nasıl davranmaları gerektiğini."* ifadeleri hastanın ve sohbet ortağının yaşadığı sosyal izolasyona karşı etkili bir çözümün başlangıcı niteliğindedir. Ayrıca uygulama sürecinin kendisi, sohbet ortakları ve afazili hastalar için bağımsızlaşma fikrine zemin hazırlamıştır. İlk oturumlarda sohbet ortaklarının, hastayı yalnız başına ya da bir başkasının refakatine bırakarak grup eğitimine katılması her iki taraf için de zorlayıcı bir deneyimken, zamanla kolaylaştığı görülmüştür. Hastaları fiziksel veya iletişimsel olarak bağımsızlaşmaları konusunda desteklemenin önemi, grup tartışmalarında da öne çıkan konular arasında yerini almıştır.

Uygulama sonrasında sohbet ortaklarının psikolojik durumunun değişkenlik gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla kullanılan DASÖ-21’den elde edilen son test puanlarının, ön test puanlarından anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir. Bir diğer ifadeyle, uygulamadan sonra sohbet ortaklarının yaşadığı depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri anlamlı ölçüde azalmıştır. Alanyazına bakıldığında hasta yakınlarına uygulanan çeşitli müdahale programlarının benzer sonuçlar doğurduğu görülmektedir (Draper, 2007; Wielaert vd., 2015; İnan, 2019; Eryılmaz Canlı, 2021). Sohbet ortaklarının psikolojik durumundaki bu değişimin uygulamadan kaynaklanıp kaynaklanmadığını belirleyebilmek için sosyal geçerlik verileri kanıt oluşturmaktadır. Sohbet ortakları destekleyici bir grup ortamında vakit geçirdikçe, afazi konusunda bilgilendikçe ve hasta ile etkili iletişim kurma yollarını öğrendikçe yaşadıkları zorlayıcı duyguların azaldığını ifade etmiştir (bkz. Tablo 5.2.).

Tablo 5. 2. *DASÖ-21’e ait sonuçları destekleyen sosyal geçerlik bulguları*

Alt Ölçekler	Ön/Son Test Fark	İlgili Kategoriler ve Örnek Katılımcı İfadeleri
Depresyon	p <.01	Afaziye Tanıma, Bilinçlenme, Grup Etkileşimi Kurma Hastayla Etkili İletişim Kurmayı Öğrenme Etkili İletişim Stratejilerini Kullanma Etkili Baş Etme Yollarını kullanma
Anksiyete	p <.05	
Stres	p <.05	<i>“Eşimin bu halinin devam edeceği meselesi bende sıkıntı oluşturunuyordu, karamsarlığa düşüyordum ama artık öyle bir durum söz konusu değil. Onunla şakalaştığım zaman beni anlıyor, dünyalar benim oluyor.” K.1</i>
Toplam Puan	p <.05	<i>“Eskiden mesela ben hastaya icabında bağırıveriyordum, sinirleniveriyordum. Şimdi sizin öğrettiklerinizle gayet sakin, sinirlenmeden bekliyorum. Mesela bir şey soruyorum; bekliyorum. Eskiden “Hadi!” deyip bağırıyordum, hemen cevabını istiyordum. Ama şimdi istemiyorum; bekliyorum. O verdiği zaman cevabını alıyorum. Karşılıklı daha güzel anlaşıyoruz; dille anlaşılmadık mı işaretle bir şeyler yapmaya başlıyoruz.” K.6</i> <i>“Ahmet’in (hasta) söylediklerini bazen anlamıyorum. Bende panik atak olduğundan hemen “O mu, bu mu, şu mu?” diye panikliyorum. Önceden çok acele ediyordum ama şimdi ağır ağır olsun diyorum. Ağırlandırmaya başladı beni, bayağı ağır ağır anlaşıyoruz. Bir yere gidecek değilim, acelem yok.” K.8</i>

Tablo 5.2.’de yer alan bulgular, hasta yakınları tarafından yaşanan stresin kaynağının iletişim bozukluğu olduğunu ve hasta yakınlarının afazili hastalarla sohbet ederken zorlayıcı duygular yaşadığını bildiren çalışmalarla tutarlılık göstermektedir (Michallet

vd., 2003; Croteau vd., 2020). Uygulama sonrasında, sohbet ortakları tarafından yaşanan sinir, stres, panik gibi zorlayıcı duyguların azalarak yerini sakinliğe bıraktığı ifade edilmiştir. Ayrıca afazinin kronik ve inatçı doğasını anlamaları ve kabullenmelerinin de yaşanan olumsuz duyguları hafiflettiği görülmüştür.

Sohbet ortakları tarafından hissedilen yaşam kalitesi düzeyini belirlemek ve programın belirlenen yaşam kalitesi üzerinde herhangi bir değişiklik oluşturup oluşturmadığını tespit etmek amacıyla WHOQOL-BREF-TR kullanılmıştır. Yapılan incelemede WHOQOL-BREF-TR toplam puanında ve “Çevre” alt alanında istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu görülmüştür. Eryılmaz Canlı (2021) tarafından hasta yakınlarına uygulanan eğitim sonrasında, aynı ölçme aracı kullanılarak yapılan değerlendirmede benzer sonuçlar elde edilmiştir. Aynı şekilde hastaların yaşam kalitesini belirlemek ve uygulanan programın hastaların yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla sohbet ortaklarının görüşüne dayalı olarak SAQOL-39-TR kullanılmıştır. SAQOL-39-TR toplam puanında ve “İletişim” alt boyutunda anlamlı düzeyde artış olduğu belirlenmiştir. Alanyazın incelendiğinde, sohbet ortaklarına yönelik verilen eğitimlerin iletişimi iyileştirmede etkili olduğu tekrarlı bir şekilde ortaya konmuştur (Sorin-Peters vd., 2010; Rautakoski, 2011; Hagge, 2014; Nykanen, 2013; Simmons-Mackie vd., 2016) ve bu durumun hem afazili birey hem de sohbet ortağı için yaşam kalitesini artırma potansiyeline sahip olduğu bildirilmiştir. Dolayısıyla ASODEP kapsamında sohbet ortaklarının ihtiyaç duydukları konularda bilgilendirilmesi, iletişimi destekleyici stratejiler öğrenmeleri ve danışmanlık ihtiyaçlarının giderilmesi neticesinde her iki tarafın da yaşam kalitesinde genel bir artış olduğu tespit edilmiştir. Ancak spesifik alt alanların çoğunda anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Bu durum yaşam kalitesinin çok boyutlu ve karmaşık bir alan olmasıyla ve bu alanda duyarlı ölçümler gerçekleştirmenin zor olmasıyla açıklanmaktadır (Simmons-Mackie vd., 2010). Alanyazında sohbet ortaklarına yönelik verilen eğitimlerin, tarafların yaşam kalitesi üzerindeki etkilerine ve psikososyal sonuçlarına ilişkin tutarlı sonuçlar bulunmadığı görülmektedir. Bu noktada afazinin psikososyal yönlerine ilişkin “içeriden” bir bakış açısı sunan nitel değerlendirmelerin avantajı öne sürülmektedir (Parr, 2001). Mevcut çalışmada afaziden etkilenen kişilerle yapılan bireysel görüşmeler, afaziye içeriden bir bakış açısı sunarak hastalığın öznel ve değişen yönlerini keşfetme imkânı sunmuştur.

Son olarak sohbet ortaklarının programından memnun kalma düzeylerini belirlemek amacıyla Memnuniyet Anketi kullanılmıştır. Programın içeriğine, sunumuna

ve uygulayıcısına ilişkin soruların yer aldığı anketten elde edilen toplam memnuniyet yüzdesi %98 olarak hesaplanmıştır. Programın sohbet ortakları tarafından kabul edilebilirliğini ve uygunluğunu ortaya koyan bu sonuç, bireysel görüşmelerden elde edilen sosyal geçerlik verileriyle son derece tutarlıdır (bkz. Tablo 5.3).

Tablo 5. 3. Memnuniyet Anketi ve bireysel görüşmelerden elde edilen sosyal geçerlik bulguları

Ölçek	Memnuniyet Oranı	İlgili Kategoriler ve Örnek Katılımcı İfadeleri
Memnuniyet Anketi	%98	Memnun kalma, Program devam etsin, Hastalarla birlikte uygulamalı olarak devam etsin, Başka hasta yakınlarına uygulansın <i>“Şimdi hem geçirdiğimiz rahatsızlıkla hem de bu hastamız ve hastalıkla ilgili eğitimle ilk kez karşılaştık. Afaziye ben hiç duymamıştım. Bu bizim özelimize bu anlamda çok faydalı oldu. Özel hayatımız adına; hastamızı, hastalığımızı, hastalık ortamını bilme adına ben faydalı olduğu kanaatindeyim. Şimdi ben bu kadar hassasım ve bana faydası olduysa iyi niyetli, hastasını tedavi etme niyetinde olan herkes için faydalı olduğunu düşünüyorum.” (K.1)</i> <i>“Benim için ve hastam için çok yararlı olduğunu düşünüyorum.” (K.7)</i> <i>“Bence afazili hastası olan herkesin katılması iyi olur.” (K.7)</i> <i>“Eğitim biraz daha devamlı olursa, geri gelirse çok iyi olur.” (K.5)</i> <i>“Hemen hemen verdiğiniz bütün bilgiler yararlıydı” (K.4)</i> <i>“Şuraya geldiniz mesela bizlere fikir veriyorsunuz. Başka hastalara da aynısını yapmanız iyi olur. Hasta yakınının hastayla nasıl ilgileneceğini anlatmanız iyi olur. Herkese tavsiye etmeniz iyi olur.” (K.3)</i> <i>“Son yaptığımız uygulamalı eğitim çok verimliydi. Mümkün olsa hastaların da katılımıyla devam ederse daha verimli olabilir” (K.6)</i> <i>“Güzeldi bence; çok faydalandık. Her şeyinden her türlü faydalandık. Sizin gösterdiklerinizden, dağıttığınız kağıtlarından, birbirimizden...” (K.5)</i>

Tablo 5.3 incelendiğinde sohbet ortaklarının ASODEP’in içeriğinden ve uygulama süreçlerinden oldukça memnun kaldığı görülmektedir. Tüm katılımcılar programın faydalı olduğu yönünde ortak görüş bildirmiştir. Katılımcıların programın devam etmesi yönünde önerilerde bulunması, bir yandan ASODEP’in ihtiyaçlara cevap verdiğini kanıtlarken diğer yandan sohbet ortaklarına sunulan desteklerin devamlılık göstermesi gerektiği fikrini desteklemektedir (Pound vd., 2001).

Tüm katılımcılar programdan memnun kaldığını ve fayda sağladığını bildirmesine rağmen iki katılımcının “Etkili iletişim stratejilerini kullanamama” alt teması altında

toplanan deneyimleri dikkat çekmektedir. Katılımcılar ASODEP kapsamında öğrendiklerini günlük hayata taşımak konusunda zorluk çektiklerini ifade etmiştir. Bu durumu gerekçesiyle birlikte ortaya koymaya çalışan K.3, *“Öğrendiklerimi fazla kullanamıyorum. Ev işi, alışverişi, çarşısı, pazarı, çamaşırı, bulaşığı, temizliği... Yani olmuyor fazla yapamıyorum, fazla ilgilenemiyorum.”* ifadelerini kullanmıştır. K.3’ün taşıdığı sorumluluklar ve bakım yükü sebebiyle hasta ile etkili iletişim kurma gayreti gösteremediği görülmektedir. K.2 ise programdan öğrendiği etkili iletişim stratejilerini kullanma imkânı bulamadığını şu ifadelerle bildirmiştir: *“Annem (hasta) hiçbir şey yapmak istemiyor. Her şeye karşı çok isteksiz. Yani o yüzden öğrendiklerimizin hepsini uygulayamıyorum.”*. Her iki katılımcının sunduğu gerekçeler iletişimin işbirlikçi ve iki yönlü bir eylem olduğunu; dolayısıyla hem hastanın hem de sohbet ortağının gayretini gerektirdiğini bir kez daha ortaya koymaktadır. Bir başka katılımcı (K.5) uygulama süresince dahil olduğu grup ortamında paylaşım yapmakta zorlandığını *“Grup içinde iyi hissettim aslında ama kendimi anlatamamışımdır. Normalde de çekingenimdir böyle. Grup olunca daha bir geri çekiyorum kendimi.”* şeklinde ifade etmiştir. Bu noktada sohbet ortağı eğitimlerinin başarısını belirleyen faktörler arasında katılımcıların psikososyal özellikleri, iletişime yönelik tutumları, değişime ve öğrenmeye yönelik içsel motivasyonları öne çıkmaktadır (Turner ve Withworth, 2006; Wielaert vd., 2015). İletişime yönelik olumlu tutum içerisinde olan katılımcıların, sohbet ortağı eğitimlerinden fayda sağlama potansiyelinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

5.2. Sonuç

Mevcut çalışmada, afazili hastaların yakınlarına yönelik Afazide Sohbet Ortağı Destek Eğitim Programı geliştirilmiş ve etkililiği incelenmiştir. İlk aşamada yapılan ihtiyaç analizi çalışmasıyla, afaziye bağlı üçüncü şahıs yetiyeğine yol açan sorunların ağırlıklı olarak ICF sınıflamasının etkinlik ve katılım alanlarında yaşandığı tespit edilmiştir. Sosyal Yaklaşım çerçevesinde uygulanacak olan müdahale programlarının bu alanları kapsayacak nitelikte olması beklenmektedir.

Hasta yakınlarının ihtiyaçları temel alınarak geliştirilen programın, bu ihtiyaçları karşılamada etkili olduğu ortaya konmuştur. Programa katılan sohbet ortaklarının afazinin doğası hakkında ve afazide yaşanan iletişimsel, duygusal ve psikososyal sorunlara yönelik etkili çözümler konusunda bilgi düzeyinin ve farkındalığının anlamlı ölçüde arttığı görülmüştür. Programın etkileşim yoluyla, model olarak ve gözlemleyerek öğrenme imkânı sunan bir grup ortamında gerçekleşmesi bu durumu desteklemiştir.

Sohbet ortaklarının bilgi ihtiyaçlarının karşılanması sonucunda hastalara sundukları etkili iletişim desteğinin arttığı; aralarında yaşanan iletişim sorunlarının hafiflediği görülmüştür. Bağlantılı olarak sohbet ortaklarının yaşadığı depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin anlamlı ölçüde azaldığı; tarafların yaşam kalitesinde genel bir artış olduğu saptanmıştır. Bireysel görüşmeler yoluyla toplanan sosyal geçerlik verileri, saptanan bu etkilerin afazili hastaların ve sohbet ortaklarının yaşamlarında işlevsel bir karşılığı olduğunu göstermiştir. Ayrıca sohbet ortaklarının programdan memnuniyet düzeyinin oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bu araştırma sonucunda etkililiği ve sosyal geçerliği ortaya konan programın, dil ve konuşma terapistleri tarafından kullanılan müdahalelerin kapsamını genişleteceği ve etkililiğini artıracakları düşünülmektedir. Afazide psikososyal sorunların ve ihtiyaçların, dil ve konuşma müdahalesinin kapsamına alınıp alınmayacağı alanyazında kendisine cevap arayan sorulardan birisi olmuştur. Bu noktada iletişimin sadece bilgi alışverişi yapmaya değil aynı zamanda sosyal ihtiyaçları gidermeye hizmet ettiği düşünülmektedir. Toplumda bir sosyal kimlik kurmanın ve sürdürmenin; diğerleriyle ilişki içinde olabilmenin yolu iletişim kurmaktır. Bu sebeple dil ve konuşma terapistlerinin afazili hastaların yaşadığı sosyal izolasyon konusunda duyarlı olması ve iletişimin sosyal yönünü destekleme konusunda sorumluluk alması önerilmektedir (Simmons-Mackie, 1998). Hastalar için iletişimsel destek sistemi kurmanın oldukça pratik ve etkili yolu, hasta yakınlarını ve ihtiyaçlarını müdahale sürecine dahil etmektir.

5.3. Sınırlılıklar

Araştırmanın taşıdığı sınırlılıkların ilki örneklem büyüklüğü ile ilgilidir. Araştırmanın ilk aşamasında yürütülen ihtiyaç belirleme çalışmasında amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak, seçilen örneklemin evreni temsil etme gücü kontrol edilmiştir. Ancak nitel araştırmanın doğası gereği ve toplanan verilerin kontrolünü sağlayabilmek adına, çalışma Eskişehir ilindeki 10 katılımcıyla sınırlıdır. Çalışmanın temel amacı, afazinin hasta yakınları üzerinde yarattığı etkileri ve doğurduğu ihtiyaçları belirlemek olsa da inme ve afazinin eş zamanlı gerçekleşmesi sebebiyle, hasta yakınları inme ve afaziyi birbirinden ayrı tutmadan deneyimlerini bir bütün olarak aktarmıştır. Bu durum yapılan görüşmeleri ve elde edilen bulguları bu yönde şekillendirmiştir.

Araştırma kapsamında geliştirilen program, tutuk afazili hastaların sohbet ortaklarının ihtiyaçlarından yola çıkarak tasarlanmıştır. Bu sebeple programın hedef kitlesi tutuk türde afazili hastalar ve onların sohbet ortaklarıyla sınırlıdır. Programın

etkililik çalışması, yüz yüze ve grup halinde gerçekleştirilen uygulamaya gönüllü olarak katılımı kabul eden Kütahya ilindeki 8 katılımcıyla sınırlıdır. Katılımcı seçiminde belirli ölçütlerin aranması ve gönüllülüğün önemli olması, araştırmanın nicel kısmında zayıf deneysel desenden yararlanılmasıyla sonuçlanmıştır. Ayrıca hastaların sözel iletişim becerilerinin kısıtlı olması sebebiyle etkililik çalışması kapsamında yapılan yaşam kalitesi ölçümleri, sohbet ortaklarının görüşleriyle sınırlıdır.

Araştırmanın tüm uygulama ve veri toplama süreçleri araştırmacı tarafından yürütülmüştür ve bu durumun yapılan bireysel görüşmelerde sohbet ortaklarının olumlu tutum geliştirmesine yol açabileceği bilinmelidir. Sohbet ortaklarının programa dair fikirlerinin alındığı bireysel görüşmelerde, doğrudan sorulmasına rağmen programa ilişkin herhangi bir eleştiri yapılmamıştır. Bu durumun, sohbet ortaklarının böyle bir sağlık hizmetiyle ilk defa karşılaşmış olmalarından etkilenebileceği ve eleştirel bakabilecek referans noktalarının olmamasıyla ilgili olabileceği düşünülmektedir. Öte yandan araştırmacının tüm süreçleri kendisinin yürütmesi ve sohbet ortaklarıyla etkileşim içinde olmasının, sohbet ortaklarının duygusal açıklık sergileyebilmelerine ortam hazırladığı düşünülmektedir.

5.4. Öneriler

Mevcut çalışmada tutuk afazili hastaların yakınlarının ihtiyaçlarını temel alan bir sosyal müdahale programı geliştirilmiştir. İleride yapılacak ihtiyaç belirleme çalışmalarında akıcı türde afazili hastaların yakınlarına da yer verilerek geniş kapsamlı ihtiyaçlar belirlenebilir. Bu doğrultuda 3 modülden oluşan ASODEP'e afazi türüne duyarlı yeni modüller eklenebilir.

ASODEP'in sosyal geçerlilik verileri doğrultusunda uygulama süresi uzatılabilir; hastalar da dahil edilerek gerçekleştirilecek uygulama oturumlarının sayısı artırılabilir. Bu sayede hasta yakınları, öğrendikleri ve kullanmaya karar verdikleri iletişim stratejilerini uzman eşliğinde deneyimleme şansı bulabilir. Ayrıca hastalar da iletişimsel iş birliğine katkı sunmak konusunda yönlendirilebilir. Bu doğrultuda ASODEP'in etkililiğini değerlendirmek amacıyla kullanılan standart testlerin yanında hasta ve sohbet ortakları arasında geçen sohbet örnekleri üzerinden sohbet analizi yöntemi kullanılabilir.

ASODEP kullanılarak ileride yapılacak çalışmalarda örneklemin el vermesi halinde kontrol gruplu deneysel desen kullanılabilir ve böylece sonuçların geçerliliği artırılabilir. Programın web tabanlı versiyonunun geliştirilmesi halinde daha fazla katılımcı için

erişilebilirlik artırılabilir. Ek olarak online yapılacak uygulamaların grup etkileşimi ve programın çıktıları üzerindeki etkileri değerlendirilebilir.

KAYNAKÇA

- Adıgüzel, A. (2020). Program geliştirme teorisi ve tasarım modelleri. B. Oral ve T. Yazar (Ed), *Eğitimde program geliştirme ve değerlendirme* içinde (176-186). Ankara: Pegem Akademi.
- Akbulut, Y. (2010). *Sosyal bilimlerde SPSS uygulamaları*. İstanbul: İdeal Kültür Yayıncılık.
- Akın, A. ve Çetin, B. (2007). Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ): Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 7(1): 241-268.
- Akın, G. (2014). Andragoji Kavramı ve Andragoji ile Pedagoji Arasındaki Fark. *Ankara University, Journal of Faculty of Educational Sciences*, 47 (1), s.285.
- Ardila, A. (2014). *Aphasia handbook*. Miami, FL: Florida International University, 102–135.
- Atbaşı, Z. ve Karasu, N. (2019). Uygulama örneği üzerinden sosyal geçerlik kavramının anlamı ve değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 34(1), 283-303. doi: 10.16986/HUJE.2018037421.
- Avent, J., Glista, S., Wallace, S., Jackson, J., Nishioka, J., Yip, W. (2005). Family information needs about aphasia. *Aphasiology*, 19:3-5, 365-375. DOI: 10.1080/02687030444000813
- Bakas, T., Kroenke, K., Plue, L.D., Perkins, S.M., Williams, L.S. (2006). Outcomes Among Family Caregivers of Aphasic Versus Nonaphasic Stroke Survivors. *Rehabilitation Nursing*, 31(1), 33-42.
- Bandura, A. (1989). Social Cognitive Theory in *Annals of Child Development*, (6), 1-60. Greenwich, CT: Jai Press LTD.
- Başkale, H. (2016). Nitel Araştırmalarda Geçerlik, Güvenirlik ve Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(1), 23-28.
- Bayrakçı, M. (2007). Sosyal Öğrenme Kuramı ve Eğitimde Uygulanması. *SAÜ Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14, s.198-209.
- Beeke S, Sirman N, Beckley F, Maxim J, Edwards S, Swinburn K, Best W. (2013). Better Conversations with Aphasia: an e-learning resource. Available at: <https://extend.ucl.ac.uk/>

- Bırakmaz Bilgen, Ö. ve Doğan N. (2017). Puanlayıcılar Arası Güvenirlik Belirleme Tekniklerinin Karşılaştırılması. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, 8(1);63-78. DOI: 10.21031/epod.294847.
- Bradley, M. ve Douglas, J., (2008). Conversation Partner Training – Its Role in Aphasia A review of the literature. *Acquiring Knowledge in Speech, Language and Hearing*, 10 (1), 18-21.
- Braun, V. ve Clarke, V. (2019). Psikolojide tematik analizin kullanımı. (Çev: Nihat Şad, Niyazi Özer ve Abdullah Atlı.) *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi – Journal of Qualitative Research in Education*, 7(2), 873-898. doi: 10.14689/issn.2148-2624.1.7c.2s.17m.
- Brinkmann, S. ve Kvale, S. (2005). Confronting the ethics of qualitative research. *Journal of Constructivist Psychology*, 18, 157–181. DOI: 10.1080/10720530590914789.
- Cankuvvet, N. (2015). *Çocuğu koklear implant adayı ebeveynlerin gereksinimlerine dayalı bilgilendirme programı geliştirilmesi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Chapey, R., Duchan, J.F., Elman, R.J., Garcia, L.J., Kagan, A., Lyon, J.G., ve Simmons-Mackie, N. (2008). Life-participation approach to aphasia: a statement of values for the future. R. Chapey (Ed.), *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* içinde (279–289). Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Creswell, J. W. ve Creswell, J. D. (2018). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. (5th edition). Los Angeles: SAGE.
- Creswell, J. W. ve Plano Clark, V. L. (2017). *Designing and conducting mixed methods research*. (3rd ed.). Los Angeles, UK: Sage.
- Creswell, J.W. (2013). *Nitel araştırma yöntemleri: Beş yaklaşıma göre nitel araştırma ve araştırma deseni*. (Çev: S.B. Demir ve M. Bütün). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Creswell, J.W. (2019). *Karma yöntem araştırmalarına giriş*. (Çev: M. Sözbilir). Ankara: Pegem Akademi.
- Croteau, C., McMahon-Morin, P., Le Dorze, G., Baril, G., (2020). Impact of aphasia on communication in couples. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 55 (4), 547–557. DOI: 10.1111/1460-6984.12537.

- Cruice M., Johansson M.B., Isaksen J. ve Horton S., (2018). Reporting interventions in communication partner training: a critical review and narrative synthesis of the literature. *Aphasiology*, 32:10. 1135-1166 DOI: 10.1080/02687038.2018.1482406.
- Davis, G.A. (1989). A critical look at PACE therapy. In R. H. Brookshire (Ed.), *Clinical aphasiology conference proceedings*. Minneapolis, MN: BRK.
- Demirel, Ö. (2010). *Eğitimde program geliştirme: Kuramdan uygulamaya*. (13.baskı). Ankara: Pegem Akademi.
- Denman, A., (1998). Determining the needs of spouses caring for aphasic partners. *Disability and Rehabilitation*, 20:11, 411-423. DOI: 10.3109/09638289809166103.
- Dirik, M.Z. (2015). *Öğretim İlke ve Yöntemleri*. Pegem Akademi, Ankara.
- Draper, B., Bowring, G., Thompson, C., Van Heyst, J., Conroy, P. ve Thompson, J. (2007). Stress in caregivers of aphasic stroke patients: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 21(2), 122-130.
- Duchan J.F., Elman R.J., Garcia L.J. ve Kagan A., (2000). Life Participation Approach to Aphasia: A Statement of Values for the Future. *Article in ASHA Leader*. DOI: 10.1044/leader.FTR.05032000.4.
- Eren, F. (2017). *Hemipleji Hastalarının Bakımını Üstelenen Yakınlarının Hayat Kalitesinin Ölçülmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Eser, E., Fidaner, H., Fidaner, C., Eser, S. Y., Elbi, H. ve Göker, E. (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 7(2), 23-40.
- Fertelli T.K. ve Tuncay F.Ö. (2019). İnmeli bireye bakım verenlerde bakım yükü, sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Jaren*, 5(2):107-15.
- Fetters, M. D. (2020). *The mixed methods research workbook: Activities for designing, implementing, and publishing projects*. Sage. (35-36).
- Fetters, M. D. ve Freshwater, D. (2015). The 1 + 1 = 3 integration challenge [Editorial]. *Journal of Mixed Methods Research*, 9(2), 115-117. <https://doi.org/10.1177/1558689815581222>
- Fox, L., Poulsen, S., Bawden, K.C., Packard, D. (2004). Critical elements and outcomes of a residential family-based intervention for aphasia caregivers. *Aphasiology*, 18:12, 1177-1199. DOI: 10.1080/02687030444000525

- Galletta, E. ve Barrett, A.M., (2014). Impairment and Functional Interventions for Aphasia: Having it All, *Curr Phys Med Rehabil Rep.*, 1; 2(2): 114-120. doi:10.1007/s40141-014-00505.
- George, D., ve Mallery, P. (2010). SPSS for Windows step by step. A simple study guide and reference (10. Baskı). *GEN, Boston, MA: Pearson Education, Inc, 10*, 152-165.
- Giannakaki, M. S. (2005). "Using Mixed-Methods to Examine Teachers' Attitudes to Educational Change: The case of the Skills for Life Strategy for Improving Adult Literacy and Numeracy Skills in England". *Educational Research and Evaluation*, 11(4): 323- 348.
- Goetz, J.P. ve Le Compte, V.M.D. (1993). *Ethnography and qualitative design in educational research*. San Diego: Academic Press.
- Goldberg D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University Press.
- Grawburg M, Howe T, Worrall L, Scarinci N., (2013). A qualitative investigation into third-party functioning and third-party disability in aphasia: positive and negative experiences of family members of people with aphasia. *Aphasiology*. doi: 10.1080/02687038.2013.768330.
- Grawburg M, Howe T, Worrall L, Scarinci N., (2014). Describing the impact of aphasia on close family members using the ICF framework. *Disability and Rehabilitation*, 36:14, 1184-1195. DOI: 10.3109/09638288.2013.834984.
- Gresham, F. M. (1989). Assessment of treatment integrity in school consultation and pre-referral intervention. *School Psychology Review*, 18, 37-50.
- Guba, E. G., ve Lincoln, Y. S. (1982). Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. *Educational Communication and Technology Journal*, 30 (4), 233-252.
- Hagge, D. (2014). Alternative Service Delivery Model: A Group Communication Training Series for Partners of Persons with Aphasia. *Perspectives on Neurophysiology & Neurogenic Speech & Language Disorders*, 24(3): 114-117.
- Hallé, M. ve Le Dorze, G. (2014). Understanding significant others' experience of aphasia and rehabilitation following stroke. *Disability and Rehabilitation*, 36:21, 1774-1782. DOI: 10.3109/09638288.2013.870608.

- Hilari, K., Byng, S., Lamping, D. L. ve Smith, S. C. (2003). Stroke and aphasia quality of life scale-39 (SAQOL39) evaluation of acceptability, reliability, and validity. *Stroke*, 34(8), 1944-1950.
- Hinckley, J. J. ve Packard, M. E. (2001). Family education seminars and social functioning of adults with chronic aphasia. *Journal of Communication Disorders*, 34(3), 241-254.
- Howe, T. J., Worrall, L. E., ve Hickson, L. M. (2008). Interviews with people with aphasia: Environmental factors that influence their community participation. *Aphasiology*, 22, 1–29. doi:10.1080/02687030701640941.
- İnan, Z. (2019). *Afazik Hastalar ile Yakın Bakıcı Arasındaki İletişim, Sorumluluk ve Stres Üzerinde Psikoeğitimin Etkisini İncelemek*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Johansson, M.B., Carlsson, M., Östberg, P., Sonnander, K. (2013). A multiple-case study of a family-oriented intervention practice in the early rehabilitation phase of persons with aphasia. *Aphasiology*, 27:2, 201-226. DOI: 10.1080/02687038.2012.744808.
- Kagan A, Black S, Duchan J, Simmons-Mackie N, Square P., (2001). Training volunteers as conversation partners using “Supported Conversation for Adults with Aphasia” (SCA): a controlled trial. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 44:624-38.
- Kagan, A. (2011). A-FROM in action at the aphasia institute. *Seminars in Speech and Language*. 32(3), 216-228. doi:10.1055/s-0031-1286176.
- Kagan, A., (1998). Supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, 12, 816–830.
- Kendall, D.L., Pompon, R.H., Brookshire, C.E., Minkina, I., Bislick, L. (2013). An analysis of aphasic naming errors as an indicator of improved linguistic processing following phonomotor treatment. *American Journal of Speech Language Pathology*, 22(2), 240–249.
- Kennedy, C. H. (1992). Trends in the measurement of social validity. *The Behavior Analyst*, 15(2), 147.
- Kettles, A. M., Creswell, J. W., ve Zhang, W. (2011). Mixed methods research in mental health nursing. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18(6), 535-542.

- Kılıç, C. ve Tonga, Z. (2022). Deneyisel araştırmalarda iç geçerlik: Psikolojik danışma ve rehberlik alanındaki doktora tezlerinin incelenmesi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakóltesi Dergisi*, 42(3), 2631-2661.
- Le Dorze, G. ve Brassard, C. (1995). A description of the consequences of aphasia on aphasic persons and their relatives and friends, based on the WHO model of chronic diseases, *Aphasiology*, 9(3), 239-255.
- Le Dorze G., Signori, F.H. (2010). Needs, barriers and facilitators experienced by spouses of people with aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 32: 1073–87.
- Leal, A. (2009). *Avaliação da Afasia pelos Terapeutas da Fala em Portugal [Aphasia assessment by Portuguese speech and language therapists]*. Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi. Aveiro: University of Aveiro.
- Lock, S., Wilkinson, R. ve Bryan, K. (2001). SPPARC: Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships and Conversations.
- Lock, S., Wilkinson, R., Bryan, K., Maxim, J., Edmundson, A., Bruce, C. ve Moir, D. (2001). Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships and Conversation (SPPARC). *International Journal of Language and Communication Disorder*, 36(1), 25-30. doi: 10.3109/13682820109177853.
- Lovibond, P. F. ve Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Lyon, J. G., Cariski, D., Keisler, L., Rosenbek, J., Levine, R., Kumpula, J., Ryff, C., Coyne, S. ve Blanc, M. (1997). Communication partners: Enhancing participation in life and communication for adults with aphasia in natural settings. *Aphasiology*, 11(7), 693-708, DOI: 10.1080/02687039708249416.
- Matos, M.A.C., Jesus, L.M.T. ve Cruice, M. (2014). Consequences of stroke and aphasia according to the ICF domains: Views of Portuguese people with aphasia, family members and professionals. *Aphasiology*, 28(7), 771-796. DOI: 10.1080/02687038.2014.906561.
- Maviş, İ., Doğramacı, Ö. ve Diken, İ. H. (2005). Birincil bakıcıların felçli ve afazili bireylerin sözel olmayan davranışlarına ilişkin görüşleri. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, 11(3), 97-106.

- Maxwell, J.A. (2012). *Nitel araştırma tasarımı: Etkileşimli bir yaklaşım*. (Çev: M. Çevikbaş). Ankara: Nobel.
- McGilton, K., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Rochon, R. & Boscart, V. ve Fox, M. (2011). Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions. *International Journal of Older People Nursing*, 6, 13–24.
- Michallet B., Le Dorze G. ve Tétreault S. (2001). The needs of spouses caring for severely aphasic persons, *Aphasiology*, 15(8), 731-747. DOI: 10.1080/02687040143000087.
- Michallet B., Tétreault S. ve Le Dorze G. (2003). The consequences of severe aphasia on the spouses of aphasic people: a description of the adaptation process. *Aphasiology*, 17(9), 835–859.
- Noyan-Erbaş, A. and Toğram, B. (2016). Stroke and aphasia quality-of-life scale-39: Reliability and validity of the Turkish version. *International Journal of Speech-Language Pathology*. 18(5), 432-438.
- Nykänen, A., Nyrkkö, H., Nykänen, M., Brunou R., Rautakoski P. (2013) Communication therapy for people with aphasia and their partners (APPUTE). *Aphasiology*. (27)10, 1159-1179. DOI: 10.1080/02687038.2013.802284
- Orb, A., Eisenhauer, L., Wynaden, D. (2002). Ethics in Qualitative Research. *Journal of Nursing Scholarship*. 33(1), 93-96.
- Özgötürücü, S. (2021). *Afazi olan ve olmayan inmeli bireylerin primer bakım verenlerinin bakıcı yükü, yaşam kalitesi ve aktivite performanslarının incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Parr, S. (2001). Psychosocial Aspects of Aphasia: Whose Perspectives?. *Folia Phoniatrica Logopaedica*. 53, 266–288.
- Phillippi, J., Lauderdale, J. (2017). A Guide to Field Notes for Qualitative Research: Context and Conversation. *Qualitative Health Research*. 1–8. DOI: 10.1177/1049732317697102
- Plano Clark, V. L. ve Ivankova, N. V. (2016). *Mixed methods research: a guide to the field*. USA: SAGE Publications.
- Pound, C., Parr, S., Duchan, J. (2001). Using partners' autobiographical reports to develop, deliver, and evaluate services in aphasia. *Aphasiology*. 15(5), 477-493. DOI: 10.1080/02687040143000159

- Purdy, M., Hindenlang, J. (2005). Educating and training caregivers of persons with Aphasia. *Aphasiology*, 19 (3-5), 377-388. DOI: 10.1080/02687030444000822
- Quinn, K., Murray, C. ve Malone, C. (2014). Spousal experiences of coping with and adapting to caregiving for a partner who has a stroke: a meta-synthesis of qualitative research. *Disability and Rehabilitation*, 36:3, 185-198. DOI: 10.3109/09638288.2013.783630.
- Rautakoski, P., (2011). Training total communication. *Aphasiology*, 25(3), 344-365. DOI: 10.1080/02687038.2010.530671
- Raymer A, Beeson P, Holland A, Kendall, D., Maher, L.M., Martin, N., Gonzalez Rothi, L.J. (2008). Translational research in aphasia: from neuroscience to neurorehabilitation. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 51(1), S259–S275.
- Robinson, B. (1983). Validation of a Caregiver Strain Index. *Journal of Gerontology*, 38, 344-348.
- Saldana. J. (2022). *Nitel araştırmacılar için kodlama el kitabı*. (Çev: A. Tüfekçi ve S.N. Şad). Ankara: Pegem Akademi.
- Saldert, C., Johansson, C. ve Wilkinson, R. (2015). An interactionfocused intervention approach to training everyday communication partners: a single case study. *Aphasiology*, 29:3, 378-399. DOI: 10.1080/02687038.2014.948803.
- Sarıçam, H. (2018). The psychometric properties of Turkish version of Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in health control and clinical samples. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 7(1), 19-30. <https://doi.org/10.5455/JCBPR.274847>
- Shadden, B. (2005). Aphasia as identity theft: Theory and practice. *Aphasiology*, 19, 211–223.
- Simmons-Mackie, N. (1998). A solution to the discharge dilemma in aphasia: Social approaches to aphasia management. *Aphasiology*, 12(3), 231-239, DOI: 10.1080/02687039808249451
- Simmons-Mackie, N., (2000), Life Participation Approach to Aphasia: An Overview, *ASHA Convention*, Washington D.C.

- Simmons-Mackie, N., 2008, Social approaches to aphasia intervention. In R. Chapey (ed.), *Language Intervention Strategies in Adult Aphasia and Related Disorders*, 5th edn (Baltimore, MD: Williams & Wilkins), pp. 162–187.
- Simmons-Mackie N., Raymer A., Armstrong E, Holland A., Cherney L.R. (2010). Communication partner training in aphasia: a systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91, 1814-1837.
- Simmons-Mackie N., Raymer A. ve Cherney L.R. (2016). Communication partner training in aphasia: An updated systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97(12), 2201-2221. doi: 10.1016/j.apmr.2016.03.023.
- Simmons-Mackie N., Savage M.C. ve Worrall L. (2014). Conversation therapy for aphasia: a qualitative review of the literature. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(5), 511–526.
- Sorin-Peters, R. (2003). Viewing couples living with aphasia as adult learners: Implications for promoting quality of life. *Aphasiology*, 17(4), 405-416. DOI: 10.1080/02687030244000752.
- Sorin-Peters, R., McGilton, K. ve Rochon, E. (2010). The development and evaluation of a training programme for nurses working with persons with communication disorders in a complex continuing care facility. *Aphasiology*, 24(12), 1511-1536.
- Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*. Northridge: Pearson.
- Tatlıoğlu, S.S. (2021). Öğrenmeye Sosyal-Bilişsel bir bakış: Albert Bandura, *Sosyoloji Notları*, 5(1), 15-30.
- Tekin-Iftar, E., Kircaali-Iftar, G., Birkan, B., Uysal, A., Yildirim, S. ve Kurt, O. (2001). Using a constant delay to teach leisure skills to children with developmental disabilities. *Mexican Journal of Behavior Analysis*, 27(3), 337-362.
- Threats, T. (2010). The ICF Framework and Third Party Disability: Application to the Spouses of Persons With Aphasia, *Topics in Stroke Rehabilitation*, 17(6):451–457 doi: 10.1310/tsr1706-451.
- Toğram B. ve Maviş, İ. (2012). Afazi Dil Değerlendirme Testi'nin Geçerlik, Güvenirlik ve Standardizasyon Çalışması. *Turkish Journal of Neurology/Turk Noroloji Dergisi*. 18(3).

- Turner, S. ve Whitworth, A. (2006). Clinicians' perceptions of candidacy for conversation partner training in aphasia: how do we select candidates for therapy and do we get it right?. *Aphasiology*, 20, 616-643. doi:10.1080/02687030600687860
- Variş, F. (1996). *Eğitimde program geliştirme: Teoriler-Teknikler*. Ankara: Alkım.
- Wallace, S. J., Worrall, L., Rose, T., Le Dorze, G., Cruice, M., Isaken, J., Pak Hin Kong, A., Simmons-Mackie, N., Scarinci, N., Alary Gauvreau, C. (2017). Which outcomes are most important to people with aphasia and their families? An international nominal group technique study framed within the ICF. *Disability and Rehabilitation*, 39(14), 1364–1379.
- Welsh, J. ve Szabo, G. (2011). Teaching nursing assistant students about aphasia and communication. *Seminars in Speech and Language*. 32(3), 243-255.
- Whoqol Group, (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*. 28(3):551-58.
- Wielaelert, S.M., Sage, K., Heijenbroek-kal, M.H., Van de Sandt-Koenderman, W.M. (2015). Candidacy for conversation partner training in aphasia: findings from a Dutch implementation study. *Aphasiology*, 30 (6), 699-718.
- Wilkinson, R. (2010). Interaction-focused intervention: a conversation analytic approach to aphasia therapy. *Journal of Interactional Research in Communication Disorders*, 1, 45–68.
- Wilkinson, R. (2014). Intervening With Conversation Analysis in Speech and Language Therapy: Improving Aphasic Conversation, *Research on Language and Social Interaction*, 47(3), 219–238.
- Winkler, M., Bedford, V., Northcott, S., ve Hilari, K. (2014). Aphasia blog talk: How does stroke and aphasia affect the carer and their relationship with the person with aphasia?. *Aphasiology*, 28(11), 1301-1319. DOI: 10.1080/02687038.2014.928665
- World Health Organization, (2001). *ICF: International Classification of Functioning, Disability, and Health*. Geneva.
- Yalçın, B. M., Dikici, M. F., Yalçın, E. ve Bek, D. (2005). Malcolm sheperd knowles ve erişkin eğitimi. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 19(19), 34-40.
- Yanpar Yelken, T. ve Yavuz Konokman, G. (2020). Program geliştirmede hedefler. B. Oral ve T. Yazar (Ed), *Eğitimde program geliştirme ve değerlendirme içinde* (275). Ankara: Pegem Akademi.

Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2016). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri* (10. bs.).
Ankara: Seçkin Yayıncılık.

EKLER

EK-1. Hasta ve Sohbet Ortağı Kişisel Bilgi Formu

Aşağıdaki soruları kendiniz ile ilgili olarak doldurunuz.

Adınız ve Soyadınız	
Cinsiyetiniz	
Yaşınız	
Hasta ile yakınlık dereceniz	
Hastayla birlikte yaşadığınız süre	
Ana Diliniz	
Öğrenim Durumunuz	
Mesleğiniz	
Gelir Düzeyiniz	Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek ☐
Uygulama Tarihi	

Aşağıdaki soruları hasta ile ilgili olarak doldurunuz.

Adı-Soyadı	
Cinsiyet	
Yaş	
Ana Dili	
Öğrenim Durumu	
Mesleği	
İnme üzerinden geçen zaman	
Felç durumu	
Eşlik eden şikayetler	

EK-2. Gönüllü Katılım Formu

Bu çalışma Anadolu Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü bünyesinde Doç. Dr. Bülent TOĞRAM danışmanlığında Sevinç TÜYSÜZ tarafından doktora tezi olarak yürütülmektedir. Afazili hastaların ve yakınlarının inme sonrasındaki süreçte yaşadıkları güçlükleri anlama, bilgi ve iletişim ihtiyaçlarını belirleme amacı taşımaktadır. Bu amaçla hasta yakınlarıyla bireysel görüşmeler gerçekleştirilecektir. Görüşmeler öncesinde hastaya Afazi Dil Değerlendirme (ADD) Testi uygulanacaktır.

- Bu çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır.
- Çalışmanın amacı doğrultusunda, bireysel görüşmeler yapılarak sizden veriler toplanacaktır.
- İsminizi ya da kimliğinizi açığa çıkaracak bir bilgi vermek zorunda değilsiniz/araştırmada katılımcıların isimleri gizli tutulacaktır.
- Araştırma kapsamında toplanan veriler, sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacak, araştırmanın amacı dışında ya da bir başka araştırmada kullanılmayacak ve gerekmesi halinde, sizin izniniz olmadan başkalarıyla paylaşılmayacaktır.
- Görüşmeler sırasında ses kaydı tutulacaktır. İstemeniz halinde sizden toplanan verileri inceleme hakkınız bulunmaktadır.
- Veri toplama sürecinde/süreçlerinde size rahatsızlık verebilecek herhangi bir soru/talep olmayacaktır. Yine de katılımınız sırasında herhangi bir sebepten rahatsızlık hissederseniz çalışmadan istediğiniz zamanda ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılmanız durumunda sizden toplanan veriler çalışmadan çıkarılacak ve imha edilecektir.

Gönüllü katılım formunu okumak ve değerlendirmek üzere ayırdığınız zaman için teşekkür ederim. Çalışma hakkındaki sorularınız için araştırmacı ile iletişim kurabilirsiniz.

DİLKOM
Yunus Emre Kampüsü, ESKİŞEHİR

Araştırmacı Adı : Sevinç TÜYSÜZ
Adres : Anadolu Üniversitesi
Telefon : 0505 897 39**

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

Katılımcı Ad ve Soyadı:
İmza:
Tarih:

EK-3.Görüşme Formu

Araştırma sorusu: Afazili hastaların sohbet ortaklarının yaşadıkları güçlükler ve bu güçlükleri gidermek için doğan gereksinimler nelerdir?

Tarih ve saat:

Yer:

Katılımcı:

GİRİŞ

Merhaba, benim adım Sevinç TÜYSÜZ ve Anadolu Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü bünyesinde doktora öğrencisiyim. Afazili hastaların ve yakınlarının inme sonrasındaki süreçte yaşadıkları güçlükleri anlama, bilgi ve iletişim ihtiyaçlarını belirleme amacıyla bir çalışma yapıyorum ve sizinle kendi deneyimleriniz hakkında konuşmak istiyorum. Bu görüşmede amacım, yakınınız afazi olduktan sonra yaşadığınız sorunları ortaya çıkarmak ve bu süreçte nelere ihtiyaç duyduğunuzu belirlemektir. Bu çalışmada ortaya çıkan sonuçların bundan sonra yapılacak afazi müdahalelerinin etkililiğini artıracakını ümit ediyorum. Bu nedenle sizin deneyimlerinizi ve fikirlerinizi öğrenmek istiyorum.

- Görüşme sürecinde söyleyeceklerinizin tümü gizlidir. Araştırma kapsamında toplanan veriler, sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacak, araştırmanın amacı dışında ya da bir başka araştırmada kullanılmayacak ve gerekmesi halinde, sizin izniniz olmadan başkalarıyla paylaşılmayacaktır.
- Araştırmada katılımcıların isimleri gizli tutulacaktır.
- Görüşmeler sırasında ses kaydı tutulacaktır. Bunun sizce bir sakıncası var mı?
- Bu görüşmenin yaklaşık olarak 30-45 dakika süreceğini tahmin ediyorum. Başlamadan önce, bu söylediklerimle ilgili belirtmek istediğiniz bir düşünce ya da sormak istediğiniz bir soru var mı?
- İzin verirsiniz sorulara başlamak istiyorum.

GÖRÜŞME SORULARI

- 1- İnme gerçekleştikten bu yana bir hasta yakını olarak ne tür zorluklar yaşadınız?
- 2- Afazinin hasta ile iletişiminiz üzerinde yol açtığı sorunlar nelerdir?
Örneklendirir misiniz?
- 3- Bu sorunlar karşısında nelere ihtiyaç duyuyorsunuz?
Ne olsa yaşadığınız bu sorunlara çözüm olurdu?
Ne bilmek size yardımcı olurdu?
- 4- Bu süreci sizin için kolaylaştıran faktörler nelerdir?
- 5- Bu süreci sizin için zorlaştıran faktörler nelerdir?

EK-4. Etik Kurul İzni

Ana.Üni.: 10.06.2021-79486



T.C.
ANADOLU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-38943838-050.99-79486
Konu : Etik Kurulu Kararı Hk.

10.06.2021

DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi Sevinç TÜYSÜZ'ün Doç. Dr. Bülent TOĞRAM danışmanlığında yürütülen "Afazili Bireylere Yönelik Sohbet Ortağı Eğitim Programının Etkililiğinin İncelenmesi" başlıklı çalışması hakkında alınan Etik Kurulu kararının "Olumlu" olduğu bildirilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Nalan GÜNDOĞDU
KARABURUN
Müdür V.

Ek:Etik Kurulu Kararı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSENENZ7JL

Belge Doğrulama Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/anadolu-universitesi-ebys>

Yunus Emre Kampüsü Tepebaşı/Eskişehir

Telefon No: +90 222 335 05 80/3620 Faks No: +90 222 320 76 51

e-Posta: sagens@anadolu.edu.tr İnternet Adresi: <http://sbe.anadolu.edu.tr/tr>

Kep Adresi: anadolu.universitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Hanifi MUTLUKAYA

Büro Personeli



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

EK-5. Afazili Hastaların Sohbet Ortaklarının Afazi Deneyimine İlişkin Kod Sistemi

TEMA	ALT TEMA	KOD	
İnme Sonrasındaki Süreçte Yaşanan Sorunlar	İletişim Sorunları	Hasta Yakını	Kendini hastaya anlatamama
			Hastayı anlamama
		Hasta	Akut dönem iletişimsizlik
			Kendini sözlü olarak anlatamama
			Küfretme
			Diyeceklerini seçememe
			Perseverasyon
			Parafazi
			Çoğaltarak anlatma
			Anlaşılmayan ifadeler kullanma
			Bağırma
			Tepki vermeme
			Küsme
	Psikolojik Sorunlar	Hasta Yakını	Depresyon
			Panik atak
			Psikosomatik sorunlar
			Adaptasyon güçlüğü
			Kendini ihmal etme
			Kendini gizleme
		Hasta	Düşük motivasyon
			Depresyon
			Agresyon
			Stres
	Psikososyal Sorunlar	Hasta Yakını	Sosyal yaşama ilişkin sorunlar
			Kişilerarası etkileşim ve ilişkilere ilişkin sorunlar
			İş yaşamına ilişkin sorunlar
			Artan sorumluluklar
		Hasta	Sosyal yaşama ilişkin sorunlar
			İş yaşamına ilişkin sorunlar
			Afaziye ilişkin düşük toplumsal farkındalık düzeyi
	Duygusal Sorunlar	Hasta yakını	Kaygı duyma
			Üzüntü duyma
			Suçluluk duyma
			Öfke duyma
			Korku duyma
		Hasta	Üzüntü duyma
			Öfke duyma
			Kaygı duyma
			Duygu geçişleri yaşama
	Fizyolojik Sorunlar		Kas iskelet sorunları

		Hasta yakını	Sinir sıkışması
		Hasta	Yeme-yutma sorunları
	Bağımlılık	Fiziksel bağımlılık	
		İletişimsel bağımlılık	
		Duygusal bağımlılık	
	Fiziksel Bakım Verme Güçlüğü	Akut dönem fiziksel bakım verme güçlüğü	
		Kronik dönem fiziksel bakım verme güçlüğü	
		Mobilité güçlüğü	
	Bilgi Eksiği	Bilgi eksikliği	
	Maddi Sorunlar	Maddi sorunlar	
Çözümler ve Kolaylaştırıcı Faktörler	Baş Etme Stratejileri Kullanma	Umut etme	
		Kaderci düşünme	
		Dayanıklılık gösterme	
		Şükretme	
		Şakalaşma	
		Ortamı terk etme	
		Anlıyor gibi yapma	
		Konuyu değiştirme	
		Yok sayma	
		Kabullenme	
		Normalleştirme	
		Duygularını paylaşma	
		Hobi edinme	
	Etkili İletişim Desteği Sunma	Hastaya etkili iletişim desteği sunma	
	Sözsüz İletişim Kurma	Hastayla sözsüz iletişim kurma	
	Bağımsızlaşma	Hastanın bağımsızlaşması	
	Hastanın Yüksek Motivasyonu	Hastanın yüksek motivasyonu	
	Psikososyal Destek Alma	Hasta yakınına sunulan psikososyal destek	
		Hastaya sunulan psikososyal destek	
	Adaptasyon Sağlama	Hasta yakınının adaptasyon sağlaması	
		Hastanın adaptasyon sağlaması	
	Uzman Desteği Alma	Hasta yakınına sunulan uzman desteği	
		Hastaya sunulan uzman desteği	
	Fiziksel Destek Alma	Hasta yakınına sunulan fiziksel destek	
		Hastaya sunulan fiziksel destek	
	Medikal Destek Alma	Hasta yakınına sunulan medikal destek	
		Hastaya sunulan medikal destek	
İhtiyaçlar	İletişim İhtiyacı	Hasta ile iletişim kurma ihtiyacı	
	Bilgi İhtiyacı	Bilgi alma ihtiyacı	
	Destek Grubu İhtiyacı	Benzer hasta yakınlarıyla görüşme ihtiyacı	
		Anlaşılma ihtiyacı	
	Psikososyal Destek İhtiyacı	Psikososyal destek alma ihtiyacı	
	Bağımsızlık İhtiyacı	Bağımsızlaşma ihtiyacı	
		Mola verme ihtiyacı	
	Uzman Desteği İhtiyacı	Uzman desteği alma ihtiyacı	
	Fiziksel Destek İhtiyacı	Fiziksel destek alma ihtiyacı	

	Maddi Destek İhtiyacı	Maddi destek alma ihtiyacı
	Evde Terapi İhtiyacı	Evde terapi alma ihtiyacı

EK-6. Afazide Sohbet Ortağı Destek Eğitim Programı (ASODEP)

Modül	Üniteler	Hedefler	Hedef Davranışlar	Öğretim Yöntem, Teknik ve Materyalleri	Ölçme ve Değerlendirme Yöntem ve Araçları
1.MODÜL: AFAZİ HAKKINDA BİLGİLENDİRME	1.1. Afazi ve afazinin sohbet becerileri üzerindeki etkileri	1.1.1.Afaziyi tanımlar.	1.1.1.1. Afazinin nedenlerini söyler. 1.1.1.2. Afazinin anlama becerileri üzerindeki etkilerini sıralar. 1.1.1.3. Afazinin ifade etme becerileri üzerindeki etkilerini sıralar.	Öğretim yöntem ve teknikleri: Sunuş yoluyla öğrenme, düz anlatım, soru-cevap, buluş yoluyla öğrenme, tartışma, örnek olay, rol yapma Materyaller: Powerpoint sunu, konu başlıklarının bulunduğu yazılı materyal, görseller, videomodel Süre: 75 dk	Başarı testi
		1.1.2.Afazinin sohbet becerileri üzerindeki etkilerini açıklar.	1.1.2.1. Karşılıklı sohbet etmenin işbirlikçi doğasını açıklar. 1.1.2.2. Afazinin karşılıklı sohbeti ne şekilde etkilediğini kendi deneyimi üzerinden örnekendirir.		
Modül	Üniteler	Hedefler	Hedef Davranışlar	Öğretim Yöntem, Teknik ve Materyalleri	Ölçme ve Değerlendirme Yöntem ve Araçları
2. M MODÜL: AFAZİDE ETKİLİ İLETİŞİM KURMA	2.1. Sohbet sırasında gerçekleşen sorun ve onarım	2.1.1. Afazili yakınıyla sohbet ederken yaşanan sorunlara yönelik farkındalık kazanır.	2.1.1.1. Karşılıklı sohbet sırasında ortaya çıkan sorun ve onarım kavramlarını tanımlar. 2.1.1.2. Afazili bireylerle sohbet ederken ortaya çıkabilecek sorun kaynaklarını sıralar. 2.1.1.3. Afazili yakınıyla sohbet ederken kendi yaşadığı sorun kaynaklarını ayırt eder.	Öğretim yöntem ve teknikleri: Sunuş yoluyla öğrenme, soru-cevap, düz anlatım, buluş yoluyla öğrenme, analogi, örnek olay, tartışma Materyaller: Powerpoint sunu, konu başlıklarının bulunduğu yazılı	Başarı testi

		2.1.2. Afazili yakınıyla sohbet ederken aralarında yaşanan sorunlara yönelik uygulayabileceği etkili onarım stratejilerine karar verir.	2.1.2.1. Afazili bireylerle sohbet ederken kullanılan etkili onarım stratejilerini sıralar. 2.1.2.2. Afazili yakınıyla sohbet ederken kendi kullandığı onarım stratejilerini ayırt eder. 2.1.2.3. Afazili yakınıyla sohbet ederken kullandığı onarım stratejilerinin hangilerini değiştireceğine karar verir. 2.1.2.4. Afazili bireylerle sohbet ederken ortaya çıkabilecek sorunlara yönelik ne gibi önlemler alınması gerektiğini özetler.	materyal, videomodel Süre: 60 dk	
	2.2. Sohbet sırasında sıra alma	2.2.1. Afazili yakınıyla sohbet sırasında yaşadıkları sıra alma örüntüsü hakkında farkındalık kazanır.	2.2.1.1. Sohbet sırasında sıra alma davranışının işlevini açıklar. 2.2.1.2. Afazili bireylerle sohbet ederken ortaya çıkan sıra alma sorunlarını sıralar. 2.2.1.3. Afazili yakınıyla sohbet ederken aralarında yaşanan sıra alma sorunlarını saptar.	Öğretim yöntem ve teknikleri: Sunuş yoluyla öğrenme, soru-cevap, düz anlatım, buluş yoluyla öğrenme, analogi, örnek olay, tartışma. Materyaller: Powerpoint sunu, konu	Başarı testi

		2.2.2. Afazili yakınıyla sohbet ederken uygulayabileceği etkili sıra alma stratejilerine karar verir.	2.2.2.1. Afazili bireylerle sohbet ederken kullanılan etkili sıra alma stratejilerini sıralar. 2.2.2.2. Afazili yakınıyla sohbet ederken kendi kullandığı sıra alma stratejilerini ayırt eder. 2.2.2.3. Afazili yakınıyla sohbet ederken yaşanan sorunlar ile kullandığı stratejiler arasında ilişki kurar. 2.2.2.4. Kullandığı sıra alma stratejilerinin hangilerini değiştireceğine karar verir.	başlıklarının bulunduğu yazılı materyal, videomodel Süre: 60 dk	
	2.3. Sohbet dengeli katkı sunma	2.3.1. Afazili yakınıyla aralarındaki sohbet örüntüsü hakkında farkındalık kazanır.	2.3.1.1. Sohbet ortaklarının sohbete dengeli katkı sunmasının önemini açıklar. 2.3.1.2. Afazili yakınıyla sohbet ederken sohbete kimin ne kadar katkı sunduğunu ayırt eder.	Öğretim yöntem ve teknikleri: Sunuş yoluyla öğrenme, soru-cevap, düz anlatım, buluş yoluyla öğrenme, örnek olay, tartışma.	
		2.3.2. Afazili yakınının sohbete katılımını nasıl etkin bir şekilde destekleyebileceğini açıklar.	2.3.2.1. Afazili bireylerin sohbete katılımlarını artırma yollarını sıralar. 2.3.2.2. Sohbet sırasında tarafların yaşayabilecekleri duyguları isimlendirir.	Materyaller: Powerpoint sunu, konu başlıklarının bulunduğu yazılı materyal, videomodel Süre: 50 dk	
	2.4. Uygulama Oturumu	2.4.1. Afazili yakınıyla sohbet ederken kullanacağı etkili iletişim	2.4.1.1. Afazili yakınıyla sohbet ederken hangi onarım stratejilerini	Öğretim yöntem ve teknikleri:	

		stratejilerine karar verir.	kullanacağına karar verir.	Buluş yoluyla öğrenme, yansıtıcı düşünme, tartışma, rol yapma.	
			2.4.1.2. Afazili yakınıyla sohbet ederken hangi sıra alma stratejilerini kullanacağına karar verir.	Materyaller: Kavram kartları, resimler, kâğıt, kalem.	
			2.4.1.3. Afazili yakınının sohbete katılımını desteklemeye yönelik kullanacağı etkili stratejilere karar verir.	Süre: 50 dk	
Modül	Üniteler	Hedefler	Hedef Davranışlar	Öğretim Yöntem, Teknik ve Materyalleri	Ölçme ve Değerlendirme Yöntem ve Araçları
3. MODÜL: DESTEK SAĞLAMA	3.1. Afazinin duygusal ve psikososyal etkileri	3.1.1. Afazinin uzun vadedeki sonuçlarına yönelik farkındalık kazanır.	3.1.1.1. Afazinin hastalar üzerindeki duygusal etkilerini sıralar. 3.1.1.2. Afazinin kendisi üzerindeki duygusal etkilerini paylaşır. 3.1.1.3. Afazinin hastalar üzerinde yol açtığı psikososyal değişiklikleri sıralar. 3.1.1.4. Afazinin kendisi üzerinde yol açtığı psikososyal sonuçları paylaşır.	Öğretim yöntem ve teknikleri: Sunuş yoluyla öğrenme, soru-cevap, düz anlatım, buluş yoluyla öğrenme, örnek olay, tartışma. Materyaller: Powerpoint sunu, konu başlıklarının bulunduğu yazılı materyal, videomodel.	Başarı testi
		3.1.2. Afaziyle etkili bir şekilde baş etme yollarını açıklar.	3.2.1.1. Bir sohbet ortağı olarak afaziyle etkili bir şekilde baş etme yollarını özetler.	Süre: 75 dk	

EK-7. Gönüllü Katılım Formu

Bu çalışma Anadolu Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü bünyesinde Prof. Dr. Bülent TOĞRAM danışmanlığında Sevinç TÜYSÜZ tarafından doktora tezi olarak yürütülmektedir. **Afazide Sohbet Ortağı Destek Eğitim Programının Geliştirilmesi ve Etkililiğinin İncelenmesi** başlıklı çalışma kapsamında hasta yakınlarına yönelik **afazi hakkında bilgilendirme, afazide etkili iletişim kurma ve afazide destek sağlama** konulu eğitimler gerçekleştirilecektir. Bu çalışma afazili hastaların ve yakınlarının inme sonrasındaki süreçte yaşadıkları iletişim güçlüklerini azaltmayı ve bilgi ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlamaktadır. Bu doğrultuda hasta yakınlarına 6 oturumdan oluşan bir eğitim sunulacaktır.

- Bu çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır.
- Çalışmanın amacı doğrultusunda, verilecek anketler/ölçekler ile sizden veriler toplanacaktır.
- İsminizi ya da kimliğinizi açığa çıkaracak bir bilgi vermek zorunda değilsiniz/araştırmada katılımcıların isimleri gizli tutulacaktır.
- Araştırma kapsamında toplanan veriler, sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacak, araştırmanın amacı dışında ya da bir başka araştırmada kullanılmayacak ve gerekmesi halinde, sizin izniniz olmadan başkalarıyla paylaşılmayacaktır.
- Eğitimler sırasında görüntü ve ses kaydı tutulacaktır. İstemeniz halinde sizden toplanan verileri inceleme hakkınız bulunmaktadır.
- Veri toplama sürecinde/süreçlerinde size rahatsızlık verebilecek herhangi bir soru/talep olmayacaktır. Yine de katılımınız sırasında herhangi bir sebepten rahatsızlık hissederseniz çalışmadan istediğiniz zamanda ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılmanız durumunda sizden toplanan veriler çalışmadan çıkarılacak ve imha edilecektir.

Gönüllü katılım formunu okumak ve değerlendirmek üzere ayırdığınız zaman için teşekkür ederim. Çalışma hakkındaki sorularınız için araştırmacı ile iletişim kurabilirsiniz.

DİLKOM

ESKİŞEHİR

Araştırmacı Adı : Sevinç TÜYSÜZ
Adres : Anadolu Üniversitesi

Yunus Emre Kampüsü,

Tel : 0505 897 39 43

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

Katılımcı Ad ve Soyadı:
İmza:
Tarih:

1. ÜNİTE DEĞERLENDİRME SORULARI

1. İnme sonrasında, hastaların söylenenleri anlama ve düşüncelerini ifade etme becerilerini etkileyen dil bozukluğunun adı nedir?

Afazi

2. İnme sonrasında görülen dil bozukluğu, çoğunlukla beynin hangi kısmında gerçekleşen hasar sonucunda oluşmaktadır.

a) Sağ tarafında b) Sol tarafında c) Her iki tarafında d) Orta hattında

3. Hastaların söylenenleri anlama ve düşüncelerini ifade etme becerilerinin yanında başka hangi becerilerinin etkilenmesi beklenir?

- **Okuma**
- **Okuduğunu anlama**
- **Yazma**
- **İşaretle anlatma**
- **Sayıları kullanma**

4. Videodaki (1) hasta konuşma organları ve kasları güçsüz olduğu için tam konuşamıyor. **Doğru / Yanlış**

5. Videodaki (1) hasta ne istediğini bilmediği için ifade edemiyor. **Doğru / Yanlış**

6. Videodaki (1) hastanın zekâ düzeyi etkilendiği için kendisine söylenenleri anlayamıyor. **Doğru / Yanlış**

7. Videodaki (1) hasta kendisine söylenenleri tam duyamadığı için anlamakta güçlük çekiyor. **Doğru / Yanlış**

8. Videodaki hasta (1) kendisine söylenenler uzun ve karmaşık olduğu için anlamakta güçlük çekiyor. **Doğru / Yanlış**

9. Videodaki (2) hastanın ürettiği otomatik konuşma ifadesi nedir?

- **“Bir, iki, üç, dört, beş, altı, yedi, on”**

10. Videodaki (2) hastanın perseverasyon yaşadığı ifade hangisidir?

a) “Ben” b) “Yok” c) “Tuttum” d) “Saat”

2.ÜNİTE DEĞERLENDİRME SORULARI

- 1- Videodaki (3) çift arasında etkili bir sohbet gerçekleşti mi? Neden?
 - Hayır. Sohbet ortağı hastanın ne söylemek istediğini anladığı halde, hastanın üretim hatalarını öne çıkararak düzeltmeye çalışıyor.
- 2- Videodaki (4) çift arasında yaşanan iletişim problemini çözmek adına hasta yakını neler yapabilirdi?
 - Hastaya daha fazla zaman verebilirdi.
 - Hastanın ne anlatmaya çalıştığı konusunda tahminde bulunabilirdi.
 - Hastayı, alternatif başka bir yolla anlatması konusunda yüreklendirebilirdi.
(Yazı, resim, el işareti, gösterme)
- 3- Videodaki (5) çift arasında etkili bir iletişim gerçekleşebilmesi için hasta yakını, sohbet sırasında ne gibi önlemler alabilirdi?
 - Televizyonu kapatabilirdi.
 - Sohbet öncesinde hastanın dikkatini çekerek sohbete hazırlayabilirdi.
(Adını söyleme, kendisine yöneltme, karşısına geçme)
 - Daha yavaş konuşabilirdi, cümleleri arasında duraklar verebilirdi.
 - Kısa ve basit cümlelerle konuşabilirdi.
 - Konuşmasını sözel olmayan ipuçlarıyla destekleyebilirdi
(Beden dili, resimler, nesneler)
 - Ani konu değişikliği yapmamalıydı.

3.ÜNİTE DEĞERLENDİRME SORULARI

- 1- Sohbet sırasında hastaya sorulan “Akşam ne yiyelim?” sorusunun türü nedir?
a) Kapalı soru b) Deneme sorusu c) Açık soru d) Evet / Hayır sorusu
- 2- Sohbet sırasında hastaya sorulan “Senin en sevdiğin lahmacuncunun adı neydi ya?” sorusunun türü nedir?
a) Kapalı soru b) Deneme sorusu c) Açık soru d) Evet / Hayır sorusu
- 3- Hastaya sorulan soru türlerinden hangisi iletişime hizmet etmez?
a) Kapalı soru b) Deneme sorusu c) Açık soru d) Evet / Hayır sorusu
- 4- İnme sonrasında dil bozukluğu yaşayan hastalar hangi soruları yanıtlamakta daha fazla zorlanır?
a) Kapalı soru b) Deneme sorusu c) Açık soru d) Evet / Hayır sorusu
- 5- Videodaki (6) hasta yakını, hasta söz sırası alabilsin diye neler yapmaktadır?
 - Hastaya soru soruyor.
 - Hastaya yeterince süre veriyor.
 - Hastanın sözünü bitirmesini bekliyor.
 - Hastanın yanıtlarına yorum yaparak onu yüreklendiriyor. (sürekli soru sormak yerine)
- 6- Videodaki (7) hasta yakını, sohbet sırasında konuşurken nelere dikkat etmektedir?
 - Yavaş konuşuyor.
 - Söylediklerini tekrarlıyor.
 - Basit bir dil kullanıyor (kısa cümleler).
 - Söylediklerini sözel olmayan yollarla destekliyor (beden dili, vurgu ve entonasyon)

4.ÜNİTE DEĞERLENDİRME SORULARI

1- Videodaki (8) hasta yakınının hangi iletişim davranışları, hastanın sohbete katılmasını zorlaştırıyor?

- Hastanın yerine söz alıyor.
- Hastaya yeterli zaman tanımıyor.
- Hastanın hatalarıyla dalga geçiyor.

5.ÜNİTE DEĞERLENDİRME SORULARI

1- Bir hasta yakını olarak inme sonrasında oluşan dil bozukluğunun yol açtığı duygusal ve psikososyal sorunlarla etkili bir şekilde baş etme yollarını sıralayınız.
(Niteliksel değerlendirme yapılmıştır.)

EK-9. Depresyon - Anksiyete - Stres Ölçeği (DASÖ-21)

Lütfen her bir ifadeyi okuyup 0, 1, 2 ya da 3'ten size GEÇEN HAFTA BOYUNCA en uygun olan rakamı yuvarlak içine alınız.

NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	Hiçbir zaman	Bazen ve ara sıra	Oldukça sık	Her zaman
1 S	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim.	0	1	2	3
2 A	Ağızmda kuruluk olduğunu fark ettim.	0	1	2	3
3 D	Hiç olumlu duygu yaşamadığımı fark ettim.	0	1	2	3
4 A	Soluk almada zorluk çektim (<i>örneğin fiziksel egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi</i>).	0	1	2	3
5 D	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım.	0	1	2	3
6 S	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim.	0	1	2	3
7 A	Vücudumda (<i>örneğin ellerimde</i>) titremeler oldu.	0	1	2	3
8 S	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim.	0	1	2	3
9 A	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim.	0	1	2	3
10 D	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım	0	1	2	3
11 S	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim	0	1	2	3
12 S	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi	0	1	2	3
13 D	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim	0	1	2	3
14 S	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum	0	1	2	3
15 A	Panik haline yakın olduğumu hissettim	0	1	2	3
16 D	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu	0	1	2	3
17 D	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
18 S	Alıngan olduğumu hissettim	0	1	2	3
19 A	Fiziksel egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (<i>kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim</i>)	0	1	2	3
20 A	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	0	1	2	3
21 D	Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım	0	1	2	3

EK-10. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği- Kısa Formu
(WHOQOL-BREF-TR)

WHOQOL-BREF

(Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtlara işaret koyun ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir?	☐ Erkek	☐ Kadın	Doğum tarihiniz nedir?	
Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?	Medeni durumunuz nedir?			
☐ Hiç Eğitim Almadım	☐ İlkokul-Ortaokul	☐ Hiç Evlenmemiş	☐ Evli Gibi Yaşıyor	☐ Evli
☐ Lise Veya Eşdeğeri	☐ Üniversite	☐ Boşanmış	☐ Ayrılmış	☐ Eşli Yaşamıyor
Şu anda bir hastalığınız var mı?	☐ Evet	☐ Hayır	Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa;	
Sizce bu nedir? _____ (hastalık/sorun)				

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınıza ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü ☐ 1	Biraz kötü ☐ 2	Ne iyi, ne kötü ☐ 3	Oldukça iyi ☐ 4	Çok iyi ☐ 5
2 G4	Sağlığınıza ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil ☐ 1	Çok az hoşnut ☐ 2	Ne hoşnut, ne de değil ☐ 3	Epeyce hoşnut ☐ 4	Çok hoşnut ☐ 5
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	Hiç ☐ 5	Çok az ☐ 4	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 2	Aşırı derecede ☐ 1
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	Hiç ☐ 1	Çok az ☐ 2	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 4	Son derecede ☐ 5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç ☐ 1	Çok az ☐ 2	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 4	Tamamen ☐ 5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13 F20.1	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

EK-11. İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi Ölçeği (SAQOL-39-TR)

SAQOL-39
(İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi Ölçeği)

Ad- Soyad: _____

Doğum Tarihi: _____

Uygulama Tarihi: _____

İnme veya felç sonrası kimi zaman kişilerİN günlük aktiviteleri ve hissettiği bazı duygular etkilenebilir. Biz, bu ölçekte 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.

GEÇEN HAFTA BOYUNCA aşağıda yer alan aktiviteleri yaparken ne kadar zorluk yaşadınız?
Uygun kutucuğu işaretleyiniz.

Madde no.		Hiç yapamadım	Çok zorluk yaşadım	Biraz zorluk yaşadım	Çok az zorluk yaşadım	Hiç zorluk yaşamadım
Ö1.	Yemek hazırlarken?	1	2	3	4	5
Ö4.	Giyinirken?	1	2	3	4	5
Ö5.	Banyo yaparken ya da duş alırken?	1	2	3	4	5
H1.	Yürürken? (Eğer yürüyemiyorsanız, 1'i işaretleyin ve M7 maddesine gidin)	1	2	3	4	5
H4.	Eğilirken ya da birşeylere uzanırken dengenizi korumada?	1	2	3	4	5
H6.	Merdiven çıkarken?	1	2	3	4	5
H7.	Durup dinlenmeden yürürken ya da durup dinlenmeden tekerlekli sandalye kullanırken?	1	2	3	4	5
H8.	Ayakta dururken?	1	2	3	4	5
H9.	Sandalyeden kalkarken?	1	2	3	4	5
İ1.	Evdeki günlük işleri yaparken?	1	2	3	4	5
İ2.	Başladığınız işleri bitirirken?	1	2	3	4	5
ÜE1.	Elinizi kullanarak yazı yazarken?	1	2	3	4	5
ÜE2.	Çorap giyerken?	1	2	3	4	5
ÜE4.	Düğme iliklerken ya da açarken?	1	2	3	4	5
ÜE5.	Fermuar açıp kapatırken?	1	2	3	4	5
ÜE6.	Kavanoz açarken?	1	2	3	4	5

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

GEÇEN HAFTA BOYUNCA aşağıdaki aktivitelerde ne kadar zorluk yaşadınız? Uygun kutucuğu işaretleyiniz.

Madde no.		Hiç yapamadım	Çok zorluk yaşadım	Biraz zorluk yaşadım	Çok az zorluk yaşadım	Hiç zorluk yaşamadım
D2.	Konuşurken?	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

Aşağıda yer alan bölüm; inme sonrasında bazı insanların yaşadığı sorunlar ve hissettikleri ile ilgili bir bölümdür.

GEÇEN HAFTA BOYUNCA

Madde no.		Kesinlikle Evet	Çoğunlukla Evet	Emin değilim	Çoğunlukla hayır	Kesinlikle Hayır
DÜ4.	Birşeyleri hatırlamak için not almak zorunda kaldınız mı? <i>Eğer yazamıyorsanız: Hatırlayabilmek için başka birisinden not almasını istediniz mi?</i>	1	2	3	4	5
DÜ5.	Karar vermekte zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
K1.	Kendinizi huzursuz hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
K3.	Kişiliğinizin değiştiğini düşündünüz mü?	1	2	3	4	5

Madde no.		Kesinlikle Evet	Çoğunlukla Evet	Emin değilim	Çoğunlukla hayır	Kesinlikle Hayır
M2.	Geleceğiniz hakkında umutsuzluğa kapıldınız mı?	1	2	3	4	5
M3.	Başkalarına ya da olaylara karşı ilgisiz kaldınız mı?	1	2	3	4	5
M6.	Başkalarına karşı çekingen olduğunuzu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
M7.	Kendinize olan güveniniz az mıydı?	1	2	3	4	5
E2.	Çoğu zaman kendinizi yorgun mu hissettiniz?	1	2	3	4	5
E3	Gün içinde sık sık durup dinlenme ihtiyacı duyduunuz mu ?	1	2	3	4	5
E4	Yapmak istediğiniz bir şey için kendinizi yorgun hissettiniz mi?	1	2	3	4	5

Aşağıda yer alan sorular; aile ve sosyal yaşam ile ilgili sorulardır.

GEÇEN HAFTA BOYUNCA

Madde no.		Kesinlikle Evet	Çoğunlukla Evet	Emin değilim	Çoğunlukla hayır	Kesinlikle hayır
A7.	Ailenize yük olduğunuzu düşündünüz mü?	1	2	3	4	5
A9.	Dil sorununuzun aile yaşamınızı etkilediğini hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
SY1.	İstedikinizden daha az mı dışarı çıktınız?	1	2	3	4	5
SY4.	Hobilerinizi istedikinizden daha az mı yaptınız?	1	2	3	4	5

SY5.	Arkadaşlarınızla istediğinizden daha az mı görüştünüz?	1	2	3	4	5
SY7.	Fiziksel durumunuzun sosyal yaşamınızı etkilediğini hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
SY8.	Dil sorununuzun sosyal yaşamınızı etkilediğini hissettiniz mi?	1	2	3	4	5

Soruları cevapladığınız için teşekkür ederiz.

EK-12. Memnuniyet Anketi

Adı- Soyadı:

Tarih:

MEMNUNİYET ANKETİ

Değerli katılımcı; bu anketin amacı katıldığınız destek eğitim programı hakkındaki görüşlerinizi değerlendirmektir. Lütfen aşağıda ilgili alanları doldurunuz.

İfade edilen görüşe tamamen katılıyorsanız “4” seçeneğini işaretleyiniz.

İfade edilen görüşe çoğunlukla katılıyorsanız “3” seçeneğini işaretleyiniz.

İfade edilen görüşe kısmen katılıyorsanız “2” seçeneğini işaretleyiniz.

İfade edilen görüşe hiç katılmıyorsanız “1” seçeneğini işaretleyiniz.

PROGRAMIN İÇERİĞİ HAKKINDA	Hiç Katılmıyor	Kısmen Katılıyor	Çoğunlukla Katılıyor	Tamamen Katılıyor
1- Program afazi hakkında bilgi gereksinimlerimi karşıladı.	1	2	3	4
2- Program afazinin anlama ve ifade etme becerileri üzerindeki etkileri hakkında bilgi gereksinimlerimi karşıladı.	1	2	3	4
3- Program afazinin sohbet sırasında yol açabileceği sorunlar hakkında bilgi gereksinimlerimi karşıladı.	1	2	3	4
4- Program afazili yakınımınla sohbet sırasında yaşadığımız sorunlara yönelik kullanabileceğim etkili onarım stratejileri hakkında bilgi gereksinimlerimi karşıladı.	1	2	3	4
5- Program afazinin sohbet sırasında yol açabileceği sıra alma sorunları hakkında bilgi gereksinimlerimi karşıladı	1	2	3	4
6- Program afazili yakınımınla sohbet sırasında yaşadığımız sıra alma sorunlarına yönelik kullanabileceğim etkili sıra alma stratejileri hakkında bilgi gereksinimlerimi karşıladı.	1	2	3	4
7- Program afazili yakınımın sohbet katılımını nasıl artırabileceğim konusunda bilgi gereksinimlerimi karşıladı.	1	2	3	4
8- Program afazili yakınımın sohbet sırasında yaşayabileceği duygular hakkında bilgi gereksinimlerimi karşıladı.	1	2	3	4
9- Program afazili yakınımızla sohbet ederken bizlerin yaşayabileceği duygular hakkında (suçluluk hissi, öfke, stres. vb) bilgi gereksinimlerimi karşıladı.	1	2	3	4

10- Program afazili yakınımla sohbet ederken kullandığım iletişim davranışlarının hangilerini değiştirmem gerektiği konusunda karar vermemi sağladı.	1	2	3	4
11- Program, uzun vadede afazinin yakınımla üzerindeki etkileri (duygusal, psikolojik, sosyal vb.) hakkında bilgi gereksinimlerimi karşıladı.	1	2	3	4
12- Program, uzun vadede afazinin bizler üzerindeki etkileri (duygusal, psikolojik, sosyal vb.) hakkında bilgi gereksinimlerimi karşıladı.	1	2	3	4
13- Program, afazi ile başa çıkabilme konusunda bilgi gereksinimimi karşıladı.	1	2	3	4
PROGRAMIN SUNUMU HAKKINDA				
14- Programının yüz yüze olması katılımımı kolaylaştırdı.	1	2	3	4
15- Programının grup halinde olması katılımımı kolaylaştırdı.	1	2	3	4
16- Programının anlaşılır bir dille sunulması konuyu takip etmemi kolaylaştırdı.	1	2	3	4
17- Programda örnek videolara yer verilmesi konuyu anlamamı kolaylaştırdı.	1	2	3	4
18- Programının önceden dağıtılan kitapçık ve görsellerle desteklenmesi konuyu takip etmemi kolaylaştırdı.	1	2	3	4
19- Programının oturum süresi uygundu.	1	2	3	4
20- Programının oturum sıklığı uygundu.	1	2	3	4
UYGULAYICI HAKKINDA				
21- Uygulayıcı programı sunarken bizlerle etkili bir iletişim kurdu.	1	2	3	4
22- Uygulayıcı konulara hâkimdi.	1	2	3	4
23- Uygulayıcı katılımı teşvik etti.	1	2	3	4
24- Uygulayıcı soru sormayı teşvik etti.	1	2	3	4
25- Anlatıcı sorulara açık ve yeterli cevaplar verdi.	1	2	3	4

EK-13. Görüşme Soruları

Program Değerlendirme Soruları

- 1- Verilen eğitim hakkında ne düşünüyorsunuz?
- 2- Bu program hangi ihtiyaçlarınızı karşıladı?
- 3- Sizin için destek eğitim programında yer alan en yararlı bilgi hangisidir?
- 4- Sizin için destek eğitim programında yer alan gereksiz diyebileceğiniz bilgi hangisidir?
- 5- Öğrendiğiniz iletişim stratejilerini günlük hayata taşıyabildiniz mi?
- 6- Bu grup içerisinde eğitim almak nasıldı?
- 7- Bu programı geliştirmek için önerileriniz nelerdir?

AFAZİDE SOHBET ORTAĞI DESTEK EĞİTİM PROGRAMI	
1. MODÜL PLANI	
Modülün Adı : Afazi hakkında bilgilendirme	
Tarih	: 06.02.2023
Ünite	: Afazi ve afazinin sohbet becerileri üzerindeki etkileri
Süresi	: 75 dakika
Katılımcı Kazanımları	
Afaziyi tanımlar.	
▪ Afazinin nedenlerini söyler. ▪ Afazinin anlama becerileri üzerindeki etkilerini sıralar. ▪ Afazinin ifade etme becerileri üzerindeki etkilerini sıralar.	
Afazinin sohbet becerileri üzerindeki etkilerini açıklar.	
▪ Karşılıklı sohbet etmenin işbirlikçi doğasını açıklar. ▪ Afazinin karşılıklı sohbeti ne şekilde etkilediğini kendi deneyimi üzerinden örneklendirir.	
Öğretme-Öğrenme Strateji, Yöntem ve Teknikleri: Sunuş yoluyla öğrenme, düz anlatım, soru-cevap, buluş yoluyla öğrenme, tartışma, örnek olay, rol yapma	
Araçlar: Powerpoint sunu, konu başlıklarının bulunduğu yazılı materyal, görseller, videomodel	
Öğretme-Öğrenme Etkinlikleri:	
<u>Giriş Etkinlikleri</u>	
<i>Dikkat çekme:</i> Uygulayıcı kendini tanıtır. Grup üyelerinin birbirleriyle ve grup ortamıyla tanışmalarını kolaylaştırmak için her bir katılımcıya isimlik dağıtır. Katılımcılardan isimlikleri görünür bir şekilde takmalarını ve sırayla kendilerini tanıtmalarını ister. Bu noktada afazili yakınlarının isimlerini, yakınlık derecelerini ve	

ne kadar süre önce inme geçirdiklerini belirtmelerini ister. Program süresince uyulması gereken kurallara dikkat çekerek kuralların yazılı olduğu (EK-1) ve haftalık program çizelgesinin (EK-2) bulunduğu materyalleri dağıtır. Katılımcılara dağıtılan materyalleri saklayabilecekleri ve kolaylıkla taşıyabilecekleri birer dosya dağıtır.

Güdüleme: İnme sonrasında gelişen afazinin ortaya çıkardığı bilgi ihtiyaçlarının altını çizer. Afazinin doğası hakkında bilgi sahibi olmanın önemini vurgular, bilgilendirme modülünün amacını açıklayarak katılımcıları güdüler.

Öğrenme Ürünlerinden Haberdar Etme: Uygulayıcı “Bugün ilk olarak afazinin ne olduğu, nasıl gerçekleştiği, hastalarımızın anlama, ifade etme ve karşılıklı sohbet etme becerilerini nasıl etkilediği hakkında konuşacağız.” diyerek katılımcıları modülün amaçlarından haberdar eder.

Konuya Geçiş: Katılımcılara öncesinde konunun özetinin dağıtıldığını hatırlatır. Sunumun powerpoint şeklinde yapılacağını ve katılımcıların sunum sırasında soru sorabileceğini belirtir.

Gelişme Etkinlikleri:

Etkinlik: Uygulayıcı afazinin gerçekleşme nedenlerini beyin görseli (EK-3) üzerinden ayrıntılı bir şekilde betimler. Beyindeki dil ve konuşma merkezlerini tanıtarak bu bölgelerde gerçekleşen iskemik veya hemorajik inme, tümör ya da lezyonların afazi ile sonuçlandığından bahseder. Afazide sadece dil üretiminin değil, dil ile ilgili tüm alanların etkilendiğini EK-4 üzerinden anlatır. Afazide görülen dil yetersizliklerinin herhangi bir zekâ, işitme, kişilik bozukluğu veya kaybı olmadığını altını çizerek afaziye eşlik edebilecek ek sorunlar hakkında bilgileri aktarır.

Katılımcılara, afazili bir hasta ve sohbet ortağı arasında geçen örnek bir sohbet videosu (Video-1) izletir. “Videodaki hasta kendisini nasıl ifade ediyordu? Nasıl ifadeler gözlemlediniz?” gibi yönlendirici sorularla katılımcıları düşünmeye sevk eder. Afazinin ifade etme becerileri üzerindeki etkilerini (EK-5) ve anlama becerileri üzerindeki etkilerini (EK-6) videodaki örnekleri odağa alarak açıklar. Yaşanan bu sorunlarla birlikte karşılıklı sohbet etmenin ne ölçüde mümkün olduğu tartışılır.

Başlatılan her sohbetin bir iletişim amacı taşıdığını vurgular. Katılımcılardan, günlük hayatta ne amaçla sohbet ettiklerine ve ne üzerine sohbet ettiklerine örnekler vermelerini ister. Sohbetin iletişimsel mesajı gönderen kişi ve mesajı alan kişi olmak üzere her iki tarafın sıralı katkısıyla gerçekleştiğini EK-7'yi kullanarak anlatır. Afazinin yol açtığı anlama ve ifade etme sorunlarının hem afazili bireyi hem de sohbet ortağını ne şekilde zorlayabileceğini EK-8 üzerinden anlatır. Grup üyelerinin karşılıklı sohbet sırasında afazili bireyleri daha iyi anlamalarına yönelik “Sözcükler Olmadan Konuşmak” (EK-9) etkinliği yapılır. Katılımcılardan kendilerine dağıtılan iletişim mesajını sözcük kullanmadan diğer grup üyelerine anlatmaları istenir. Etkinliğin sonunda sözcükler olmadan konuşmanın zorluğu üzerine tartışılır.

Sonuç Etkinlikleri:

Özetleme: Uygulayıcı, konu başlıklarını özetler. Bir sonraki etkinliğin konusunun sohbet sırasında sorun ve onarım olduğundan katılımcıları haberdar eder.

Gözden Geçirme: Uygulayıcı katılımcılara soruları olup olmadığını sorar.

Ölçme Değerlendirme

Oturumun hedefleri Başarı Testi kullanılarak değerlendirilir.

AFAZİDE SOHBET ORTAĞI DESTEK EĞİTİM PROGRAMI	
2.MODÜL PLANI	
Modülün Adı : Afazide etkili iletişim	
Ünite : Sohbet sırasında gerçekleşen sorun ve onarım	
Tarih : 07.02.2023	
Süresi : 60 dakika	
Katılımcı Kazanımları	
Afazili yakınıyla sohbet ederken yaşanan sorunlara yönelik farkındalık kazanır.	
▪ Karşılıklı sohbet sırasında ortaya çıkan sorun ve onarım kavramlarını tanımlar. ▪ Afazili bireylerle sohbet ederken ortaya çıkabilecek sorun kaynaklarını sıralar. ▪ Afazili yakınıyla sohbet ederken kendi yaşadığı sorun kaynaklarını ayırt eder.	
Afazili yakınıyla sohbet ederken aralarında yaşanan sorunlara yönelik uygulayabileceği etkili onarım stratejilerine karar verir.	
▪ Afazili bireylerle sohbet ederken kullanılan etkili onarım stratejilerini sıralar. ▪ Afazili yakınıyla sohbet ederken kendi kullandığı onarım stratejilerini ayırt eder. ▪ Afazili yakınıyla sohbet ederken kullandığı onarım stratejilerinin hangilerini değiştireceğine karar verir. ▪ Afazili bireylerle sohbet ederken ortaya çıkabilecek sorunlara yönelik ne gibi önlemler alınması gerektiğini özetler.	
Öğretme-Öğrenme Strateji, Yöntem ve Teknikleri: Sunuş yoluyla öğrenme, soru-cevap, düz anlatım, buluş yoluyla öğrenme, analogi, örnek olay, tartışma	
Araçlar: Powerpoint sunu, konu başlıklarının bulunduğu yazılı materyal, videomodel	
Öğretme-Öğrenme Etkinlikleri:	
<u>Giriş Etkinlikleri</u>	
<i>Dikkat çekme:</i> Uygulayıcı grubu selamlar. Geçen oturumda ele alınan afazinin sohbet becerileri üzerindeki etkilerini hatırlatır ve afazili bireylerle sohbet etmenin karşılıklı çaba gerektirdiğine dikkat çeker.	
<i>Güdüleme:</i> Afazili bireylerle sohbet ederken karşılaşılan sorunlara yönelik çözüm ihtiyacının altını çizer. Sohbet ortaklarının sorunlara etkili çözümler üretebilmesinin	

önemini vurgular, “Sohbet sırasında gerçekleşen sorun ve onarım” ünitesinin amacını açıklayarak sohbet ortaklarını güdüler.

Öğrenme Ürünlerinden Haberdar Etme: Uygulayıcı “Bugün ilk olarak afazili bireylerle sohbet ederken ortaya çıkabilecek sorun kaynakları, bu sorunlara yönelik kullanılabilecek etkili onarım stratejileri, sorunlar henüz oluşmadan alınabilecek önlemler ve sizlerin bu konulardaki deneyimleri hakkında konuşacağız” diyerek katılımcıları ünitenin amaçlarından haberdar eder.

Konuya Geçiş: Katılımcılara birtakım videolar izleyeceklerini ve üzerine konuşacaklarını belirtir. Ayrıca katılımcılara konuya ilişkin özet bilgilerin dağıtıldığını ve oradan takip edebileceklerini hatırlatır.

Gelişme Etkinlikleri:

Etkinlik: Uygulayıcı sohbet sırasında gerçekleşen sorun ve onarım kavramlarını açıklamak için “su ısıtıcısı” analogisini kullanır. “Kendinize sıcak bir içecek yapmak istediğinizi hayal edin. Ne yapmanız gerekir? Önce su ısıtıcısında bir miktar su ısıtarak işe başlamanız gerekir. Su ısıtıcısına suyu koyduğunuzu ve düğmesine bastığınızı, ancak su ısıtıcısının suyu ısıtmadığını farz edin. Isıtıcıyı tamir edene kadar sıcak bir içecek hazırlamanız mümkün olur mu?” şeklinde sorarak katılımcıları sorun kavramı üzerinde düşünmeye davet eder. “İlk yapmanız gereken şey sorunun kaynağını bulmak olur. Elektrik kesildi mi diye kontrol edersiniz, ısıtıcının fişini kontrol edersiniz, fişi çıkarıp tekrar takarsınız. Sonra ısıtıcının fiş kısmındaki vidaların gevşediğini fark ettiğinizi düşünelim. Gevşeyen kısmı yerine yerleştirip fişi tekrar prize taktığınızda ısıtıcı çalışmaya başlar. Artık sıcak bir içecek alabilirsiniz.” Benzer durumun sohbet sırasında da gerçekleştiğini belirtir. Ek-10’u kullanarak sohbet sırasında bir şeyler yolunda gitmediğinde sohbetin kesildiğini ve sohbet eden kişilerin sohbete devam edebilmeleri için sorunu bulup çözmeleri gerektiğini açıklar. Ardından günlük sohbetler sırasında yaşanan sorun ve onarım örnekleriyle katılımcılar için sorun ve onarım kavramlarını öne çıkarır.

Uygulayıcı EK-11’i kullanarak afazili bireylerle sohbet ederken ortaya çıkan sorun kaynaklarının üzerinden geçer. Katılımcılara afazili yakınlarıyla sohbet ederken en sık hangi sorunları yaşadıklarını işaretlemelerini ister. Sohbeti sürdürmenin yolunun bu sorunları etkili bir şekilde çözmek olduğunu vurgular. “Su ısıtıcısı” analogisine geri dönerek ısıtıcının gevşemiş fiş başlığını onarmanın bir strateji olduğunu belirtir. Afazili

bireylerle sohbet ederken ortaya çıkan sorunları çözmek için birtakım onarım stratejileri kullanmamız gerektiğinden bahseder. Afazili bireylerle sohbet ederken ortaya çıkan sorunlara yönelik kullanılabilecek etkili onarım stratejilerini örnek olaylar üzerinden açıklar (EK-12). Bazı iletişim sorunlarının kolayca onarılabileceğini fakat bazılarının ise uzun zaman alabileceğini belirtir. Uzun süren onarım sürecinin sebeplerini ve bu durumda ne yapılması gerektiğini EK-13 üzerinden açıklar. Katılımcılara uzun süren onarıma ilişkin deneyimlerini sorar. Afazili bireylerin hatalarını öne çıkarmanın ve düzeltmeye çalışmanın iletişime hizmet etmeyeceğini ve sohbeti zedeleyeceğini vurgular. Bu durumda hastaların nasıl hissedeceğine dikkat çeker. Sohbet ortaklarının gerçekten anlamadıkları ifadelerle yönelik düzeltme isteyebileceklerinin ancak sohbet sırasında hastalardan kusursuz bir üretim beklememeleri gerektiğinin altını çizer. Grup üyelerine Video-2'yi izletir ve videoda gerçekleşen sohbette gözlemledikleri sorun kaynaklarını tartışmalarını ister. Sohbet etmenin işbirlikçi doğasına vurgu yaparak hem afazili birey hem de sohbet ortağı tarafından kullanılan stratejileri sorar. Etkili bir onarım için iki tarafın da çabasının gerektiğini tekrardan vurgular. Katılımcıların, EK-12 önerilen onarım stratejilerinden hangilerini daha önce kullandıklarını ve hangilerini kullanmayı denemek istediklerini işaretlemelerini ister.

Son olarak afazili bireylerle sohbet ederken ortaya çıkan sorunların etkili bir şekilde onarılması kadar sorunlar henüz ortaya çıkmadan önlem alınmasının öneminden bahseder. Katılımcılara bir sohbet videosu izleyeceklerini ve videodaki sohbet ortağının sohbeti olumsuz etkileyecek sorun kaynaklarına yönelik ne gibi önlemler aldığını bulmalarını söyler. Video-3'ü izletir ve katılımcıların fikirlerini alır. EK-14 üzerinden sohbet ortaklarının sohbet öncesinde ve sırasında alabileceği önlemleri sıralar.

Sonuç Etkinlikleri:

Özetleme: Uygulayıcı afazili bireylerle sohbet ederken ortaya çıkan sorunlara yönelik uygulanabilecek etkili onarım stratejilerini özetler. Bir sonraki ünitenin konusunun sohbet sırasında sıra alma olduğundan katılımcıları haberdar eder.

Gözden Geçirme: Uygulayıcı katılımcılara herhangi bir soruları olup olmadığını sorar.

Ölçme Değerlendirme

Oturumun hedefleri Başarı Testi kullanılarak değerlendirilir.

AFAZİDE SOHBET ORTAĞI DESTEK EĞİTİM PROGRAMI	
2.MODÜL PLANI	
Modülün Adı : Afazide etkili iletişim	
Ünite	: Sohbet sırasında sıra alma
Tarih	:08.02.2023
Süresi	: 60 dakika
Katılımcı Kazanımları	
Afazili yakınıyla sohbet sırasında yaşadıkları sıra alma örüntüsü hakkında farkındalık kazanır.	
▪ Sohbet sırasında sıra alma davranışının işlevini açıklar. ▪ Afazili bireylerle sohbet ederken ortaya çıkan sıra alma sorunlarını sıralar. ▪ Afazili yakınıyla sohbet ederken aralarında yaşanan sıra alma sorunlarını saptar.	
Afazili yakınıyla sohbet ederken uygulayabileceği etkili sıra alma stratejilerine karar verir.	
▪ Afazili bireylerle sohbet ederken kullanılan etkili sıra alma stratejilerini sıralar. ▪ Afazili yakınıyla sohbet ederken kendi kullandığı sıra alma stratejilerini ayırt eder. ▪ Afazili yakınıyla sohbet ederken yaşanan sorunlar ile kullandığı stratejiler arasında ilişki kurar. ▪ Kullandığı sıra alma stratejilerinin hangilerini değiştireceğine karar verir.	
Öğretme-Öğrenme Strateji, Yöntem ve Teknikleri: Sunuş yoluyla öğrenme, soru-cevap, düz anlatım, buluş yoluyla öğrenme, analogi, örnek olay, tartışma.	
Araçlar: Powerpoint sunu, konu başlıklarının bulunduğu yazılı materyal, videomodel.	

Öğretme-Öğrenme Etkinlikleri:

Giriş Etkinlikleri

Dikkat çekme: Uygulayıcı grubu selamlar. Geçen oturumda ele alınan etkili onarım stratejilerini hatırlatarak değiştirmeye veya yeni denemeye karar verdikleri iletişim davranışlarına yönelik deneyimlerini sorar. Afazili bireylerle sohbet ederken kullanılan etkili iletişim stratejilerinin, afazili bireyleri anlamaya ve onları sohbe dahil etmeye imkân vermesinin yanı sıra sohbetten karşılıklı keyif almaya hizmet ettiğine dikkat çeker.

Güdüleme: Her insanın keyifli ve doyumlu bir şekilde sohbet etme ihtiyacının altını çizerek, sohbe sıra almanın önemini vurgular. Sohbet ederken bir türlü söz sırası alınamadığında ya da karşıdaki kişi sadece homurdanmalarla sohbe eşlik ettiğinde ortaya çıkan keyifsiz durumu betimler. “Sohbet sırasında sıra alma” ünitesinin amacını açıklayarak sohbet ortaklarını güdüler.

Öğrenme Ürünlerinden Haberdar Etme: Uygulayıcı “Bugün ilk olarak sohbet sırasında sıra almanın nasıl gerçekleştiği ve işlevi hakkında konuşacağız. Sonrasında, afazili bireylerin sıra alma becerileri nasıl etkilendir, afazili bireylerle sohbet ederken ortaya çıkabilecek sıra alma sorunları, bu sorunlara yönelik kullanılabilecek etkili sıra alma stratejileri ve sizin bu konudaki deneyimleriniz üzerine konuşacağız” diyerek katılımcıları ünitenin amaçlarından haberdar eder.

Konuya Geçiş: Katılımcılara konuya ilişkin özet bilgilerin dağıtıldığını ve oradan takip edebileceklerini hatırlatır.

Gelişme Etkinlikleri:

Etkinlik: Uygulayıcı, sohbet etmenin iş birliği gerektirdiğini hatırlatarak, sohbet sırasında sıra almanın işlevlerini EK-15 üzerinden anlatır. “Peki konuşmadan sıra almamız mümkün mü?” diye sorarak katılımcıları konu üzerinde düşünmeye sevk eder. EK-16 üzerinden sıra almak için kullanılan farklı yöntemleri sıralar. Sohbet sırasında taraflar aynı anda konuşmadığında, tek seferde bir kişi konuştuğunda, karşıdaki kişi onu dinlediğinde ve konuşmacılar sık sık söz sırası değiştirdiğinde iki tarafın da

sohbete katkı sunabileceğini açıklar. Tıpkı bir teraziyi dengede tutmak gibi iki tarafın da söz alması gerektiği ve katkı sunması gerektiğini betimler.

Taraflardan birisinin afazili olduğu durumlarda sohbete eşit katkı sunmanın ne kadar zorlaştığından bahseder. Katılımcılara afazili bir birey ve sohbet ortağı arasında geçen bir sohbet örneği (Video-4) izleterek ne tür zorluklar gözlemlediklerini sorar. Özellikle tutuk afazili bireylerin söz sırası almakta zorlandıklarını ve bu durumun sohbette uzun boşluklara yol açtığını ifade eder. Afazi neticesinde, sohbet ortaklarının sıra alma davranışlarının nasıl etkilenebileceğini Video-5 üzerinden örnekler. Sohbet ortaklarının sohbet sırasında daha fazla sıra almak durumunda kaldıklarını ve hatta bazen afazili bireylerin yerine söz aldıklarını belirtir. İzledikleri videoda afazili bireyin sözü kesildiğinde nasıl hissetmiş olabileceğini sorar. Videodaki sohbet ortağının, sohbet sırasında nasıl hissediyor olabileceğini sorar. Ardından sohbet ortağının, afazili bireye yardımcı olabilmek ve onunla daha dengeli bir sohbet kurabilmek neler yapabileceğini sorar. “Siz olsaydınız neler yapardınız?” diye sorar. Verilen yanıtları değerlendirerek “terazi” analojisine döner ve sohbet ortaklarının kesesindeki iletişim yükünün arttığından bahseder. Teraziyi tekrardan dengeye getirebilmek için birtakım stratejiler kullanmak gerektiğini ifade eder.

Afazili bireylerle sohbet ederken ortaya çıkan sıra alma sorunlarına yönelik kullanılabilecek etkili sıra alma stratejilerini örnek olaylar üzerinden açıklar (EK-17). Bir kişiyi sohbete dahil etmenin etkili yollarından birisinin o kişiye soru sormak olduğunu bildirir. Ancak sohbete dahil etmek isteyeceğimiz kişi afazili bir birey olduğunda, sorularımızı iyi seçmemiz gerektiğini vurgulayarak sohbet sırasında kullanılabilecek farklı soru tipleri bulunduğunu ve her birinin farklı cevaplar gerektirdiğini açıklar. Sohbet sırasında sorduğumuz soruların, iletişim kurmaya hizmet edebilmesi için öncelikle doğal ve gerçek olmaları gerektiğini söyler. Bu noktada afazili bireylere “deneme” sorusu sormanın sakıncalarından bahseder. Afazili bireylerin sohbet etmesine yardımcı olacağını düşünerek sorduğumuz bu soruların hastalara nasıl hissettirebileceğini örnekler. Deneme sorularının haricinde sohbet sırasında sorulabilecek soru türlerini EK-18 üzerinden tanıtır. Afazili bireyin evet ve hayır kavramlarını tutarlı bir biçimde kullanması durumunda “Evet /Hayır” sorularının yanıtlaması en kolay sorular olduklarını belirtir. Buna karşın “kapalı” soruların genelde

belirli tek bir yanıt olduğu için afazili bireyleri kısıtladığını ve zorladığını açıklar. “Açık” soruların yanıtının ise kişiden kişiye değiştiğini ve birçok farklı şekilde yanıtlanabileceğini bildirir. Ancak özellikle karmaşık cevaplar gerektiren açık soruların da afazili bireyleri oldukça zorlayabileceğini belirtir. Son olarak katılımcılardan, afazili yakınlarıyla sohbet ederken kendi kullandıkları soru türleri üzerine düşünmelerini ister. Hangi tür sorular kullandıkları, afazili yakınlarının nasıl yanıtlar verdiği, hangi soru türlerini kullanmaya devam edecekleri ve hangi soru türlerini değiştirecekleri üzerine tartışılır.

Sonuç Etkinlikleri:

Özetleme: Uygulayıcı afazili bireylerle sohbet ederken ortaya çıkan sıra alma sorunlarına yönelik kullanılabilecek etkili sıra alma stratejilerini özetler. Bir sonraki ünitenin konusunun sohbete dengeli katkı sunma olduğundan katılımcıları haberdar eder.

Gözden Geçirme: Uygulayıcı katılımcılara herhangi bir soruları olup olmadığını sorar.

Ölçme Değerlendirme

Oturumun hedefleri Başarı Testi kullanılarak değerlendirilir.

AFAZİDE SOHBET ORTAĞI DESTEK EĞİTİM PROGRAMI	
2.MODÜL PLANI	
Modülün Adı : Afazide etkili iletişim	
Ünite	: Sohbeta dengeli katkı sunma
Tarih	: 09.02.2023
Süresi	: 50 dakika
Katılımcı Kazanımları	
Afazili yakınıyla aralarındaki sohbet örüntüsü hakkında farkındalık kazanır.	
▪ Sohbet ortaklarının sohbeti dengeli katkı sunmasının önemini açıklar. ▪ Afazili yakınıyla sohbet ederken sohbeta kimin ne kadar katkı sunduğunu ayırt eder.	
Afazili yakınının sohbeta katılımını nasıl etkin bir şekilde destekleyebileceğini açıklar.	
▪ Afazili bireylerin sohbeta katılımlarını artırma yollarını sıralar. ▪ Sohbet sırasında tarafların yaşayabilecekleri duyguları isimlendirir.	
Öğretme-Öğrenme Strateji, Yöntem ve Teknikleri: Sunuş yoluyla öğrenme, soru-cevap, düz anlatım, buluş yoluyla öğrenme, örnek olay, tartışma.	
Araçlar: Powerpoint sunu, konu başlıklarının bulunduğu yazılı materyal, videomodel	
Öğretme-Öğrenme Etkinlikleri:	
<u>Giriş Etkinlikleri</u>	
<i>Dikkat çekme:</i> Uygulayıcı grubu selamlar. Geçen oturumda ele alınan etkili sıra alma stratejilerini hatırlatarak değiştirmeye veya yeni denemeye karar verdikleri sıra alma stratejilerine yönelik deneyimlerini sorar. Afazili bireylerle sohbet ederken hem onun hem sohbet ortağının keyif alabilmesi için etkili sıra alma stratejilerini kullanmanın yanında, sohbet konusunun da önemli bir rol oynadığına dikkat çeker.	

Güdüleme: Gündelik sohbetlerde taraflar dengeli bir şekilde söz sırası aldığında ve sohbet konusu iki taraf için de ilgi çekici olduğunda sohbetin keyifle aktığını belirtir. Ancak sohbet konusu insanları sıktığında ya da anlaşılmayacak kadar karmaşık geldiğinde, sohbetin tıklandığını anlatır. Sonrasında “Sohbete dengeli katkı sunma” ünitesinin amacını açıklayarak ebeveynleri güdüler.

Öğrenme Ürünlerinden Haberdar Etme: Uygulayıcı “Bugün ilk olarak sohbete dengeli katkı sunmanın önemini konuşacağız. Sonrasında, afazili bireylerin sohbete ne şekilde katkı sunduklarını, afazili bireylerle sohbet ederken tarafların nasıl hissedebileceklerini, afazili bireylerin sohbete katılımlarını artırma yollarını ve sizin bu konudaki deneyimlerinizi ele alacağız” diyerek katılımcıları ünitenin amaçlarından haberdar eder.

Konuya Geçiş: Katılımcılara konuya ilişkin özet bilgilerin dağıtıldığını ve oradan takip edebileceklerini hatırlatır.

Gelişme Etkinlikleri:

Etkinlik: Uygulayıcı, sohbete dengeli katkı sunma konusuna ilişkin Video-6’yı izleterek başlar. Videodaki iki kişi arasında geçen sohbette, taraflardan birinin sohbet konusuyla ilgilenmediği ve sıkıldığı ele alınır. Katılımcılara izledikleri örnek sohbetin dengeli olup olmadığını sorar. Sohbetin dengeli bir şekilde gerçekleşebilmesi için iki tarafın da eşit şekilde söz alması ve sohbet konusuna ilgi duyması gerektiğini vurgular. Katılımcılara kendi çevrelerinde sohbet etmekten çok keyif aldıkları kimseleri ve sohbet etmekten hiç keyif almadıkları kimseleri düşünmelerini ister. Bu iki grup arasındaki temel ayrımın ne olabileceğini sorar. Verilen cevapları değerlendirerek katkı sunduğumuz ve ilgi duyduğumuz sohbetlerin bize keyif verdiğini vurgular.

Afazili bireylerin sohbet konusu açmakta zorlandıklarını ve başkaları tarafından açılan konulara eşlik etmekte zorlandıklarını belirtir. Bu durumda sohbet sırasında pasif bir rol aldıklarının altını çizer. Çevredeki kişiler hangi konuyu açıyorsa, sohbetin o konu üzerinde devam ettiğini işaret eder. Afazili bireylerin çok istemelerine rağmen çevrelerindeki sohbete dahil olamadıklarında sinirlenebileceklerini belirtir. Afazi sebebiyle iletişim güçlüğü yaşayan bireylerde özellikle kızgınlık ve öfke gözlemlendiğini ifade eder. Katılımcıların, kendi afazili yakınlarıyla kurdukları sohbet üzerine

düşünmelerini ister. “Afazili yakınınız sohbet konusu açıyor mu, sohbete katkı sunuyor mu, sohbet sırasında sinirleniyor mu?” diye sorarak onları düşünmeye sevk eder. Verilen yanıtları değerlendirir ve “Afaziden önce yakınınızla aranızdaki sohbet nasıldı?” diye sorarak karşılaştırmalarını ister. Böylece afazinin çiftin sohbet dengesi üzerindeki etkilerini öne çıkarır. Afazi gerçekleşikten sonra yakınlarıyla sohbet ettikleri konuların azalmış olabileceğini, birlikte edilen sohbet süresinin kısalmış olabileceğini ve eskiden üzerine sohbet edebildikleri konuların artık afazili yakınları için çok karmaşık gelebileceğini belirtir.

Afazili bireylerin sohbete katılımlarını desteklemek için neler yapılabileceğini EK-19 üzerinden açıklar. Katılımcılara afazili bir birey ve sohbet ortağı arasında geçen örnek videoyu (Video-7) izletir ve videodaki sohbet ortağının afazili bireye yardımcı olmak için neler yapabileceğini sorar. “Siz olsaydınız ne yapardınız?” diye sorarak hangi stratejileri kullandıklarını veya kullanmak istediklerini belirlemelerine yardımcı olur.

Afazili bireylerle sohbet ederken her iki tarafın da birtakım duygular yaşadığından söz eder. Video-7’deki afazili bireyin ve sohbet ortağının nasıl hissediyor olduğunu sorar. Hangi duyguların deneyimlendiği konusunda bir beyin fırtınası başlatır. Katılımcılardan gelen yanıtları tahtaya yazar. Hem afazili bireylerin hem de sohbet ortaklarının deneyimledikleri tüm duyguların afazinin doğal bir sonucu olduğunu belirtir. Ancak bu duygular ile kullandığımız iletişim yolları arasında bir ilişki olduğuna dikkat çeker. Bu ilişkiyi fark etmenin ve kullanılan iletişim yollarını değiştirmenin, bu duyguları hafifleteceğini vurgular. Afazili bireylerin sohbet sırasında en sık yaşadığı duyguları EK-20 üzerinden tanıtır. Bu duyguların altında yatan sebepleri açıklar ve bu duyguların ortaya çıkışını azaltacak iletişim stratejilerini sıralar. Katılımcılardan bu stratejilerden hangilerini zaten kullanıyor olduklarını ve hangilerini kullanmak isteyebileceklerini işaretlemelerini ister. Diğer oturumda deneyimleri üzerine konuşacaklarını belirtir.

Sonuç Etkinlikleri:

Özetleme: Uygulayıcı afazili bireylerin sohbete katkı sunma konusunda yaşayabilecekleri sorunlara ve duygulara yönelik sohbet ortakları tarafından

kullanılabilecek etkili stratejileri özetler. Bir sonraki oturuma hastaların da dahil olacağı ve etkili iletişim stratejileri üzerine çalışılacağı konusunda bilgilendirme yapar.

Gözden Geçirme: Uygulayıcı katılımcılara herhangi bir soruları olup olmadığını sorar.

Ölçme Değerlendirme

Oturumun hedefleri Başarı Testi kullanılarak değerlendirilir.

AFAZİDE SOHBET ORTAĞI DESTEK EĞİTİM PROGRAMI	
2.MODÜL PLANI	
Modülün Adı : Afazide Etkili İletişim Kurma	
Ünite	: Uygulama Oturumu
Tarih	: 10.02.2023
Süresi	: 50 dakika
Katılımcı Kazanımları	
Afazili yakınıyla sohbet ederken kullanacağı etkili iletişim stratejilerine karar verir.	
- Afazili yakınıyla sohbet ederken hangi onarım stratejilerini kullanacağına karar verir. - Afazili yakınıyla sohbet ederken hangi sıra alma stratejilerini kullanacağına karar verir. - Afazili yakınının sohbete katılımını desteklemeye yönelik kullanacağı etkili stratejilere karar verir.	
Öğretme-Öğrenme Strateji, Yöntem ve Teknikleri: Buluş yoluyla öğrenme, yansıtıcı düşünme, tartışma, rol yapma.	
Araçlar: Kavram kartları, resimler, kâğıt, kalem.	
Öğretme-Öğrenme Etkinlikleri:	
<u>Giriş Etkinlikleri</u>	
<i>Dikkat Çekme ve Güdüleme:</i> Uygulayıcı grubu selamlar. Gruba ilk kez katılan afazili hastaları isimleriyle ve sohbet ortaklarıyla olan yakınlık dereceleriyle tanıtır. “Bugün birbirimizle kısa sohbetler edeceğiz” diyerek oturumun amacına dikkat çeker. Bilgilendirme yaparken afazili hastalara uygun dil özelliklerini kullanarak, farklı iletişim modalitelerini birleştirerek ve hastalardan kendisini anladıklarına dair teyit alarak afazi dostu bir iletişim şekline model olur.	
<u>Gelişme Etkinlikleri:</u>	

Etkinlik: Uygulayıcı etkinlikleri hazırlarken Davis ve Wilcox tarafından (1980) geliştirilen Afazili Bireylerin İletişimsel Etkinliğini Destekleme (Promoting Aphasics Communicative Effectives- PACE) terapi yönteminin ilkelerinden yararlanır. Öncelikle afazide yaşanan anlama ve ifade etme sorunlarına yönelik hazırladığı etkinlikleri katılımcılara tanıtır. Her katılımcı çiftten (hastalar ve sohbet ortakları) kendilerine kartlar aracılığıyla sunulan iletişim mesajını karşı tarafa iletmesi istenir. Hastalardan tek sözcük düzeyinde mesajlar iletmesi beklenirken, sohbet ortaklarının iletişim mesajları hastaların dil performansına göre belirlenir. Söz sırası hastadayken, sohbet ortaklarının verdiği geri dönütlerle hastaların kendini ifade edebilme becerisinin desteklenmesi beklenir. Geri dönütlerin işlevsel ve genelden özele olmasına dikkat edilir. Söz sırası sohbet ortaklarındayken hastaların iletilen mesajı doğru aldığını teyit etmek için, mesaja ilişkin sunulan resimlerden doğru olanı seçmesi beklenir.

Etkinlikler sırasında sohbet ortaklarının hastaya ne şekilde iletişim desteği sunacağını ve hastanın sohbete katılımını ne şekilde destekleyeceğini düşünmesi istenir. Önceki oturumlardan elde ettiği bilgilerden yola çıkarak tercih ettiği etkili iletişim stratejilerini kullanması ve sonuçları üzerinde akıl yürütmesi sağlanır. Hem uygulayıcı hem de diğer grup üyeleri tarafından sağlanan geri dönütlerle birlikte kurulan iletişimin etkililiği üzerine tartışılır.

Sonuç Etkinlikleri:

Özetleme: Uygulayıcı tüm katılımcıların iletişim etkinliklerinde ortaya çıkan güçlü taraflarını özetler. Afazide yaşanan temel sorunları yönelik alternatif stratejiler arasından uygun olanı seçmenin önemine vurgu yapar. Hatırlatıcı olması adına kullanmaya karar verdikleri temel stratejiler için bir akronim oluşturmalarını önerir. Ayrıca sohbet ortaklarının iletişime katkı sunmayan ve iletişimi zorlaştıran davranışlara yönelik özeleştirici yapmalarını ister.

Gözden Geçirme: Son olarak katılımcılardan gelen soruları yanıtlayarak oturumu sonlandırır. Bir sonraki ünitenin konusunun afazinin duygusal ve psikosoyal etkileri olduğundan katılımcıları haberdar eder.

AFAZİDE SOHBET ORTAĞI DESTEK EĞİTİM PROGRAMI	
3.MODÜL PLANI	
Modülün Adı : Afazide destek sağlama	
Ünite	: Afazinin duygusal ve psikososyal etkileri
Tarih	: 11.02.2023
Süresi	: 75 dakika
Katılımcı Kazanımları	
Afazinin uzun vadedeki sonuçlarına yönelik farkındalık kazanır.	
- Afazinin hastalar üzerindeki duygusal etkilerini sıralar. - Afazinin kendisi üzerindeki duygusal etkilerini paylaşır. - Afazinin hastalar üzerinde yol açtığı psikososyal değişiklikleri sıralar. - Afazinin kendisi üzerinde yol açtığı psikososyal sonuçları paylaşır.	
Afaziyle etkili bir şekilde baş etme yollarını açıklar.	
Bir sohbet ortağı olarak afaziyle etkili bir şekilde baş etme yollarını özetler.	
Öğretme-Öğrenme Strateji, Yöntem ve Teknikleri: Sunuş yoluyla öğrenme, soru-cevap, düz anlatım, buluş yoluyla öğrenme, örnek olay, tartışma.	
Araçlar: Powerpoint sunu, konu başlıklarının bulunduğu yazılı materyal, videomodel.	
Öğretme-Öğrenme Etkinlikleri:	
<u>Giriş Etkinlikleri</u>	
<i>Dikkat çekme:</i> Uygulayıcı grubu selamlar. Öncelikle geçen oturumda kullanmaya karar verdikleri destekleyici stratejilere yönelik deneyimlerini sorar. Sonrasında her inme hastasında görülen birtakım iletişimsel, fiziksel ve duygusal değişiklikler olduğundan bahseder. Ancak sohbet ortaklarının bu değişikliklere anlam vermekte zorlanabileceğine dikkat çeker.	

Güdüleme: Bu oturumun amacı bilgi aktarımı yapmaktan ziyade, katılımcıların kendi deneyimlerini paylaşmalarına fırsat vererek grup desteğinden faydalanmalarını sağlamaktır. Bu sebeple uygulayıcı kendi hayatından örnek vererek katılımcıları kendi deneyimlerini paylaşmak konusunda motive eder.

Öğrenme Ürünlerinden Haberdar Etme: Uygulayıcı “Daha önceki oturumlarda afazinin yol açtığı iletişimsel zorluklardan sıkça bahsettik. Bugün afazinin yaşamınıza getirdiği duygusal, ilişkisel ve sosyal değişiklikler üzerine konuşacağız” diyerek katılımcıları ünitenin amaçlarından haberdar eder.

Konuya Geçiş: Katılımcılara konuya ilişkin özet bilgilerin dağıtıldığını ve oradan takip edebileceklerini hatırlatır. Afazi olduktan sonra yaşadıkları üzerine konuşan bir hastanın videosunu izleyeceklerini belirterek konuya geçer.

Gelişme Etkinlikleri:

Etkinlik: Uygulayıcı, katılımcılara afazili bir bireyin kendi deneyimlerini anlattığı bir video (Video-8) izletir. “Videodaki hastanın anlattıklarına ilişkin en çok dikkatinizi çeken noktalar nelerdi?” diye sorarak katılımcıları, afazinin hastalar üzerindeki duygusal ve sosyal etkilerini düşünmeye sevk eder. “Şimdi kendi yakınlarınızı düşünün. Duyguları, karakteri, kişiliği, davranışları vs. nasıl değişti?” diye sorar. Sınıftaki yazı tahtasını ikiye bölerek sağ tarafı kullanacaklarını belirtir. Her bir katılımcının sırayla gelerek yanıtını tek sözcük halinde yazmasını ister. Yanıtlar tükeninceye kadar devam edilir. Uygulayıcı tahtadaki yanıtların hangilerinin tüm katılımcılar için ortak olduğuna dair bir tartışma başlatır. Afazili hastaların yaşadığı bu duyguların ve sergiledikleri bu davranışların ortak ve doğal olduğunu vurgular. Afazinin getirdiği bu değişiklikler üzerine daha detaylı konuşabilmek için EK-21’yi dağıtır. Afazinin yol açtığı değişikliklerden hangilerinin kendi afazili yakınları tarafından deneyimlendiğini işaretlemelerini ister. Afazinin, hastaların yaşamında birtakım değişikliklere yol açmasının kaçınılmaz olduğunu belirtir. Ancak bu değişikliklerin kalıcı hale gelmesinin, afazili bireylerde depresyona sebep olabileceğine dikkat çeker. İnmenin beyinde yol açtığı hasarların, yapısal ve kimyasal değişikliklerin de depresyona sebep olabileceğinden bahseder. Afazili bireylerde görülen depresyon şiddetinin ise kişinin farkındalığına, yaşına ve çevresinden aldığı sosyal desteğin düzeyine göre değişebileceğini ifade eder. En bilindik depresyon

belirtilerini sıralar (düşük motivasyon, uyku sorunları, kilo ve iştah kaybı, mutsuz bir ruh hali vb.) ve eklemek istedikleri deneyimleri olup olmadığını sorar. Afazinin hasta üzerinde yol açtığı bu değişikliklere yönelik neler yapılabileceği hakkında bir tartışma başlatır. Katılımcılardan gelen yanıtlarla birlikte EK-22’teki örnek durumlar üzerinden sohbet ortaklarına yardımcı olabilecek etkili stratejileri tanıtır. Katılımcılardan kendi deneyimleri üzerinden zaten kullanıyor oldukları ve kullanmayı denemek istedikleri stratejileri işaretlemelerini ister. Eklemek istedikleri başka strateji olup olmadığını sorar ve gelen cevaplar üzerinde etkili olup olmadıklarını açıklar.

Uygulayıcı bahsedilen duygusal ve sosyal değişikliklerin sadece afazili bireyleri değil sohbet ortaklarını ve diğer aile bireylerini de etkileyebileceğinden bahseder. Bu durumun kaçınılmaz olduğuna dikkat çeker ve EK-23’te yer alan eksiltili cümleleri her bir katılımcının sırayla tamamlamasını ister. Böylece sohbet ortaklarının, afaziden sonra gelişen duygularını açığa çıkarmalarına imkân tanır. Uygulayıcı daha önce ikiye böldüğü tahtanın diğer tarafına sohbet ortaklarının duygularını sırayla yazmalarını ister. Yanıtlar tükeninceye kadar yazmaya devam edilir. Tahtanın bir tarafında afazili bireylerin duyguları ve diğer tarafında sohbet ortaklarının duyguları bulunur. Böylelikle afazinin yol açtığı duygular geniş çerçevede ele alınır. Katılımcılara bu duygularla baş etmek için neler yaptıklarını sorar. EK-24’teki örnek durumlar üzerinden kullanabilecekleri işlevsel stratejileri açıklar. Afazili yakınlarına bakım verebilmek için işten ayrılmış olabileceklerinden, sevilen etkinliklere vakit ayıramıyor olabileceklerinden, ek sorumluluklar almaları gerektiğinden ve taşıdıkları sosyal rollerin değişmiş olabileceğinden bahseder. Bu noktada hissettikleri tüm duyguların doğal olduğunu ve bu konuda yalnız olmadıklarını vurgular. Uzun vadede daha büyük sorunlara dönüşmemesi için bu duyguları açıklıkla konuşmanın ve diğer insanlardan yardım talep etmenin önemini açıklar. Son olarak bir sohbet ortağı olarak kullanabilecekleri baş etme stratejilerini özetler (EK-25). Katılımcılardan kendi baş etme stratejilerinden bahsetmelerini ve denemek istedikleri stratejileri işaretlemelerini ister.

Sonuç Etkinlikleri:

Özetleme: Uygulayıcı afazili bireylerin ve sohbet ortaklarının yaşayabilecekleri duygusal ve psikososyal sorunların kaynaklarını ve bu sorunlara yönelik kullanılabilecek etkili stratejileri özetler.

Gözden Geçirme: Uygulayıcı katılımcılara herhangi bir soruları olup olmadığını sorar.

Ölçme Değerlendirme

Konu katılımcılara sorulan şu soruyla değerlendirilir:

Bir hasta yakını olarak inme sonrasında oluşan dil bozukluğunun yol açtığı duygusal ve psikososyal sorunlarla etkili bir şekilde baş etme yolları nelerdir?

EK-15. ASODEP Katılım Sertifikası



EK-16. Uygulama Güvenirliği Formu

Sayın Uzman,

Bu alışma Anadolu Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü bünyesinde Prof. Dr. Bülent TOĞRAM danışmanlığında Sevinç TÜYSÜZ tarafından doktora tezi olarak yürütülmektedir. “Afazide Sohbet Ortağı Destek Eğitim Programının Geliştirilmesi ve Etkililiğinin İncelenmesi” başlıklı çalışma kapsamında hasta yakınlarına yönelik afazi hakkında bilgilendirme, afazide etkili iletişim kurma ve afazide destek sağlama konulu eğitimler gerçekleştirilmiştir. Bu alışma afazili hastaların ve yakınlarının inme sonrasındaki süreçte yaşadıkları iletişim güçlüklerini azaltmayı ve bilgi ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlamaktadır. Hazırlanan programın uygulama güvenirliliğinin sağlanması sizlerin görüşlerine ihtiyaç duymaktayız. Uygulamanın içeriğine dair size verilmiş bilgiler dhilinde çalışmanın uygulama süreçlerini değerlendirmenizi rica ediyoruz.

Uygulama Güvenilirliği

“Afazide Sohbet Ortağı Destek Eğitim Programı”

1. Uygulayıcı 1.oturuma başlamadan önce kendisini tanıtır.

Tamamen 4 ☐ oğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

2. Uygulayıcı 1.oturuma başlamadan önce programın amacı ve seyri hakkında detaylı bilgilendirme yapar.

Tamamen 4 ☐ oğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

3. Uygulayıcı 1.oturuma başlamadan önce katılımcıların kendilerini tanıtımalarını sağlar.

Tamamen 4 ☐ oğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

4. Uygulayıcı 1.oturuma başlamadan önce grup kuralları hakkında bilgi verir.

Tamamen 4 ☐ oğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

5. Uygulayıcı 1.oturumun başında, katılımcıları oturumun amaçlarından haberdar eder.

Tamamen 4 ☐ oğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

6. Uygulayıcı 1.oturumda sunumunu yaparken afazinin sebeplerini açıklar.

Tamamen 4 ☐ oğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

7. Uygulayıcı 1.oturum kapsamında afazinin tanımını yapar.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

8. Uygulayıcı 1.oturum kapsamında afazinin doğasını anlatır.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

9. Uygulayıcı 1.oturum sırasında afazinin “ifade etme” becerileri üzerindeki etkilerini açıklar.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

10. Uygulayıcı 1.oturum sırasında iletişimin işbirlikçi doğasından bahseder.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

11. Uygulayıcı 1.oturum sırasında afazinin “anlama” becerileri üzerindeki etkilerini açıklar.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

12. Uygulayıcı 1.oturum sırasında afazinin sohbet becerilerini nasıl etkilediğini açıklar.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

13. Uygulayıcı 1.oturumun konularına ilişkin genel bir tekrar yapar.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

14. Uygulayıcı 2.oturuma başlamadan önce, bir önceki oturumun konularını kısaca hatırlatır.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

15. Uygulayıcı 2.oturumun başında, katılımcıları oturumun amaçlarından haberdar eder.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

16. Uygulayıcı 2.oturum kapsamında, karşılıklı sohbet sırasında gözlenen sorun ve onarım kavramlarını açıklar.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

17. Uygulayıcı afazili hastalarla sohbet ederken ortaya çıkan sorun kaynaklarını açıklar.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

18. Uygulayıcı, katılımcıların kendi hastalarıyla sohbet ederken yaşadıkları sorunları saptamalarını sağlar.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

19. Uygulayıcı, katılımcıların afazili hastalarla sohbet ederken yaşadıkları sorunlara yönelik kullanabilecekleri onarım stratejileri hakkında bilgi verir.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

20. Uygulayıcı, sohbet sırasında afaziden kaynaklanan sorunlar henüz ortaya çıkmadan alınabilecek önlemler konusunda bilgi verir.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

21. Uygulayıcı, katılımcıların afazili hastalarla sohbet ederken yaşadıkları sorunlara yönelik hangi onarım stratejilerini kullanacaklarına karar vermelerini sağlar.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

22. Uygulayıcı, 2.oturumun konularına ilişkin genel bir tekrar yapar.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

23. Uygulayıcı 3.oturuma başlamadan önce, bir önceki oturumun konularını kısaca hatırlatır.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

24. Uygulayıcı 3.oturumun başında, katılımcıları oturumun amaçlarından haberdar eder.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

25. Uygulayıcı 3.oturum kapsamında, sohbet sırasında söz sırası almanın işlevlerini açıklar.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

26. Uygulayıcı 3.oturum kapsamında, sohbet sırasında söz sırası alma yolları hakkında bilgi verir.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

27. Uygulayıcı 3.oturum kapsamında, afazili hastalarla sohbet ederken ortaya çıkan söz sırası alma sorunlarına ilişkin bilgi verir.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

28. Uygulayıcı 3.oturum kapsamında, katılımcıların afazili hastalarla sohbet ederken ortaya çıkan söz sırası alma sorunlarına yönelik kullanabilecekleri etkili sıra alma stratejileri hakkında bilgi verir.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

29. Uygulayıcı 3.oturum kapsamında, sohbet sırasında afazili hastaların söz sırası almalarını desteklemek amacıyla kullanılacak soru türleri hakkında bilgi verir.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

30. Uygulayıcı 3.oturum kapsamında, katılımcıların sohbet sırasında afazili hastaların söz sırası almalarını desteklemek amacıyla hangi sıra alma stratejilerini kullanacaklarına karar vermelerini sağlar.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

31. Uygulayıcı 3.oturumun konularına ilişkin genel bir tekrar yapar.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

32. Uygulayıcı 4.oturuma geçmeden önce, bir önceki oturumun konularını kısaca hatırlatır.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

33. Uygulayıcı 4.oturumun başında, katılımcıları oturumun amaçlarından haberdar eder.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

34. Uygulayıcı 4.oturum kapsamında sohbete dengeli katkı sunmanın önemini açıklar.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

35. Uygulayıcı 4.oturum kapsamında, afazinin sohbet dengesi üzerindeki etkileri hakkında bilgi verir.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

36. Uygulayıcı 4.oturum kapsamında, afazili hastaların sohbete katılımlarını artırmaya yönelik kullanılabilecek stratejiler hakkında bilgi verir.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

37. Uygulayıcı 4.oturum kapsamında, çoklu sohbet ortamlarında afazili hastaların sohbete katılımlarının ne şekilde desteklenebileceği konusunda bilgi verir.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

38. Uygulayıcı 4.oturum sırasında, afazili hastaların sohbet sırasında hissettikleri ve sohbete katılmalarını engelleyen yoğun duygular hakkında bilgi verir.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

39. Uygulayıcı katılımcılara, afazili hastaların sohbet sırasında hissettikleri ve sohbete katılmalarını engelleyen yoğun duyguları sağaltma stratejileri hakkında bilgi verir.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

40. Uygulayıcı 4.oturumun konularına ilişkin genel bir tekrar yapar.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

41. Uygulayıcı 5.oturuma başlamadan önce, bir önceki oturumun konularını kısaca hatırlatır.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

42. Uygulayıcı 5.oturumun başında, katılımcıları oturumun amaçlarından haberdar eder.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

43. Uygulayıcı, 5.oturum sırasında afazinin hastalar üzerinde yol açtığı psikososyal değişiklikler hakkında bilgi verir.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

44. Uygulayıcı katılımcılara, afazinin hastalar üzerinde yol açtığı psikososyal değişikliklerle nasıl baş edebilecekleri hakkında bilgi verir.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

45. Uygulayıcı, 5.oturum kapsamında afazinin hastalar üzerinde yol açtığı duygusal değişiklikler hakkında bilgi verir.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

46. Uygulayıcı katılımcılara, afazinin hastalar üzerinde yol açtığı duygusal değişikliklerle nasıl baş edebilecekleri hakkında bilgi verir.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

47. Uygulayıcı 5.oturum kapsamında, afazinin hasta yakınları üzerinde yol açtığı psikososyal sorunları grup ortamında paylaşımlarını sağlar.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

48. Uygulayıcı 5.oturum kapsamında, afazinin hasta yakınları üzerinde yol açtığı duygusal değişiklikler hakkında bilgi verir.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

49. Uygulayıcı 5.oturum sırasında, afazinin hasta yakınları üzerinde yol açtığı duygusal değişikliklere yönelik kullanılabilecek baş etme stratejileri hakkında bilgi verir.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

50. Uygulayıcı 5.oturum kapsamında, afazinin uzun vadede hasta yakınları üzerinde yol açtığı psikososyal sorunlarla etkili bir şekilde baş etme yolları hakkında bilgi verir.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

51. Uygulayıcı 5.oturum kapsamında, katılımcıların yaşadığı psikososyal sorunlara yönelik hangi baş etme yöntemlerini kullanacaklarına karar vermelerini sağlar.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

52. Uygulayıcı 5.oturumun konularına yönelik genel bir tekrar yapar.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

53. Uygulayıcı 6.oturumun başında, gruba yeni katılan hastaları tanıtır.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

54. Uygulayıcı 6.oturumun başında, katılımcıları oturumun amaçlarından haberdar eder.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

55. Uygulayıcı 6.oturum sırasında, hasta yakınlarının destekleyici iletişim stratejilerini kullanabilecekleri örnek sohbet konuları sunar.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

56. Uygulayıcı 6.oturum sırasında, hasta ve hasta yakınları arasında gerçekleşen sohbetlere yönelik geri dönütler sağlar.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

57. Uygulayıcı 6.oturum sırasında hasta ve hasta yakınları arasında gerçekleşen sohbetlere yönelik, katılımcıların birbirlerine geri dönüt vermelerine olanak sağlar.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

58. Uygulayıcı programı sonlandırırken, katılımcılara sonraki dönemlerde yapacakları görüşmelere ilişkin bilgi verir.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

59. Uygulayıcı tüm oturumlar sırasında, katılımcıların kendilerini özgürce ifade etmelerine imkân tanır.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

60. Uygulayıcı tüm oturumlar sırasında, katılımcıları soru sormaya teşvik eder.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

61. Uygulayıcı tüm oturumlar sırasında, katılımcılar tarafından sorulan soruları yeterli düzeyde yanıtlar.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

62. Uygulayıcı tüm oturumlar sırasında, katılımcılarla karşılıklı etkileşim kurar.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

63. Uygulayıcı tüm oturumlar sırasında kullandığı dil ve anlatım özelliklerini, katılımcılara göre uyarlar.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

64. Uygulayıcı tüm oturumlar sırasında anlattığı içeriği görsellerle, videolarla ve analogilerle destekler.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

65. Uygulayıcı oturumlar sırasında süreyi etkili bir şekilde yönetir.

Tamamen 4 ☐ Çoğunlukla 3 ☐ Kısmen 2 ☐ Hiç 1 ☐

“Afazide Sohbet Ortağı Destek Eğitim Programının Geliştirilmesi ve Etkililiğinin İncelenmesi” doktora tezine ait olan programın içeriğine, programın sunumuna ve programın uygulayıcısına ilişkin yukarıda belirtilmemiş görüşleriniz var mı? Varsa lütfen belirtiniz.

EK-17. Etkililik Çalışması Kod Listesi

TEMA	ALT TEMA	KOD
Programın Hasta Yakınları Üzerindeki Etkileri	Memnun Kalma	Faydalı, Güzel, İyi
	Afaziye Tanıma	Afaziye öğrenme Afazinin süreçlerini öğrenme
	Hastayla Etkili İletişim Kurmayı Öğrenme	
	Grup Etkileşimi Kurma	Destekleyici
		Zorlayıcı
	Bilinçlenme	Yanlış bilinenleri düzeltme
		Eksik bilinenleri tamamlama
		Bilmediklerini öğrenme
Hasta yakınlarının programı gündelik yaşama taşıma deneyimleri	Etkili iletişim stratejilerini kullanma	Alternatif iletişim yollarını kullanma (dokunma, işaret vs)
		Söylediklerini tekrar etme
		Yavaş konuşma
		Kısa ifadeler kullanma (tane tane)
		Hastaya zaman tanıma
	Etkili baş etme stratejilerini kullanma	Afaziye diğer insanlara anlatma
		Bağımsızlaşma
		Kendi ihtiyaçlarını gözetme
	Etkili iletişim stratejilerini kullanamama	
Hasta Yakınlarının Programa İlişkin Önerileri		Eğitim devam etsin
		Hastalarla birlikte uygulamalı olarak devam etsin
		Başka hasta yakınlarına uygulansın