



**T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TOTAL LARENJEKTOMİLİ BİREYLERİN YAŞAM KALİTE DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ**

Gülsün ADSİZ

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Şevket ÖZDEMİR**

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Dil ve Konuşma Terapisi Programı

İSTANBUL, 2023



**T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TOTAL LARENJEKTOMİLİ BİREYLERİN YAŞAM KALİTE DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ**

Gülsün ADSİZ

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Şevket ÖZDEMİR**

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Dil ve Konuşma Terapisi Programı

İSTANBUL, 2023

T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
TEZ ONAY SAYFASI

ÖĞRENCİ ADI -SOYADI	GÜLSÜN ADSİZ	
ÖĞRENCİ NUMARASI	212102015	
PROGRAM ADI	Dil ve Konuşma Terapisi (YL) (Tezli)	
İstanbul Atlas Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalında Gülsün Adsiz tarafından hazırlanan “Total Larenjektomili Bireylerin Yaşam Kalite Düzeylerinin İncelenmesi ” adlı tez çalışması jüri tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.		
Tez Savunma Tarihi: 21 / 08 / 2023		
Jüri Üyesinin Unvanı, Adı, Soyadı	Çalıştığı Kurum	İmzası
Dr. Öğr. Üyesi Şevket ÖZDEMİR	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Nuri ELGÖRMÜŞ	İstanbul Atlas Üniversitesi	
Dr. Öğr. Üyesi Selim ÜNSAL	İzmir Tınaztepe Üniversitesi	

İstanbul Atlas Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca bu tez jüri tarafından onaylanmış ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hafize UZUN
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bulguların sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmamın İstanbul Atlas Üniversitesinde kullanılan “bilimsel intihal tespit programı” ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığını beyan ederim.

Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Gülsün ADSİZ

(İmza)

BÜTÇE DESTEKLERİ

Total Larenjektomili Bireylerin Yaşam Kalite Düzeylerinin İncelenmesi

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.



TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamda danıőmanlıęımı üstlenerek bana yol gösteren; bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen değerli hocam, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Şevket ÖZDEMİR'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca destekleri ve yardımları olan değerli hocam, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Selim ÜNSAL'a,

Tezimin gerçekleşmesinde büyük yardımları olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtasalan Ankara Onkoloji EAH'si KBB Anabilim dalı bölüm başkanı değerli hocam Sayın Doç.Dr. Caner KILIÇ'a ve Sayın Uz.Dr. Arzubetül DURAN'a

Tezimin süreçim boyunca destekleri esirgemeyen Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtasalan Ankara Onkoloji EAH'si KBB Anabilim dalı bölümü ve Odyoloji bölümü çalıőanlarına,

Bana her zaman sonsuz destek olan annem Gülay ADSİZ, babam Mehmet ADSİZ'a teşekkür ederim.

Ağustos 2023

Gülsün ADSİZ

İÇİNDEKİLER

	SAYFA NO
İÇ KAPAK.....	
ONAY SAYFASI	
BEYAN.....	iii
BÜTÇE DESTEKLERİ	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. LARENGEAL KANSER.....	4
2.1.1. Epidemiyoloji.....	4
2.1.2. Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	5
2.1.3. Değerlendirme ve Evreleme.....	5
2.1.4. Larenks Anatomi ve Fizyolojisi	6
2.1.5. Tedavi Seçenekleri	8
2.2. TOTAL LARENJEKTOMİ	8
2.2.1. Ses Restorasyonu... ..	9
2.3. YAŞAM KALİTESİ	10
2.3.1. TL Sonrası YK'yi Etkileyen Faktörler	14
2.3.2. Demografik Değişkenler, Alerengeal İletişim Aracı ve TL Sonrası Geçen Süre.....	16
2.3.3. TL Sonrası Dil ve Konuşma Terapistlerinin Rolü... ..	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. ARAŞTIRMA MODELİ.....	22
3.2. ETİK KURUL İZİNİ.....	22
3.3. KATILIMCI BİLGİLERİ	22
3.3.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	22
3.3.2. Veri Toplama Ortamı	24
	24

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	24
3.4.1. Demografik ve TL'ye İlişkin Bilgi Formu.	24
3.4.2. TR-SECEL	25
3.4.3. TR-UW-QOL	26
3.5. VERİ ANALİZİ.....	
4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA	45
5.1. TARTIŞMA	45
5.2. ÇALIŞMANIN SINIRLILIĞI.	55
5.3. SONUÇ... ..	56
5.4. ÖNERİLER.....	57
6.KAYNAKLAR.....	58
7.EKLER.....	68
EK 1: İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	68
EK 2: TR-SECEL FORMU	69
EK 3: TR-UW-QOL FORMU	72
EK 4: ETİK KURUL İZİNİ... ..	75
EK 5: KURUM İZİNİ.....	77
8.ÖZGEÇMİŞ.....	78

SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ

AJCC	American Joint Committee on Cancer
ASÖ	Algılanan Stres Ölçeği
AusTOMs	Australian Therapy Outcome Measures
BBK	Baş-boyun Kanseri
BT	Bilgisayarlı Tomografi
DASS-21	Depression, Anxiety, and Stress Scales
DKT	Dil ve Konuşma Terapisti
EL	Elektrolarinks
EORTC QLQ	European for Research and Treatment for Cancer Quality of Life Questionnaire
FACT-H&N	Functional Assessment of Cancer Therapy – Head & Neck
GSES	General Self-Efficacy Scale
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HPV	Human Papilloma Virüsü
KT	Kemoterapi
LK	Larengeal Kanser
MRI	Manyetik Rezonans Görüntüleme
Ort	Ortalama
ÖK	Özofageal Konuşma
PE	Faringoözofageal
PET	Pozitron Emisyon Tomografisi
PL	Parsiyel Larenjektomi
RLS	Rekürren Laringeal Sinir
RT	Radyoterapi
SECEL	Self-Evaluation of Communication Experiences after Laryngeal Cancer
SHİ	Ses Handikap Endeksi
SF-36	Short Form-36
SİYKÖ	Sesle ilgili Yaşam Kalitesi Ölçeği
SLP	Süperfisiyel Lamina Propria
SS	Standart Sapma
TEP	Tracheoesophageal Puncture
TK	Trakeözofageal Konuşma
TL	Total larenjektomi
TLM	Transoral Lazer Mikrocerrahisi

TNM	Tümör- lenf nodu- metastaz
TÖP	Trakeoözofageal Protez
UW-QOL	University of Washington Quality of Life Scale
VF	Vokal fold
VRQOL	Voice-Related Quality of Life Questionnaire
WHOQOL	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği
WHOQOL-100:	World Health Organization Quality of Life
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life Short Version
WOC-CV	Ways of Coping-Cancer Version
YK	Yaşam Kalitesi



TABLolar LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 3.1. Katılımcı özellikleri.....	23
Tablo 3.2. Çarpıklık ve basıklık katsayı değerleri.....	26
Tablo 4.1. Tüm katılımcılara ait TR-SECEL puanlarına ait betimsel istatistik değerleri.....	27
Tablo 4.2. Tüm katılımcılara ait TR-UW-QOL puanlarına ait betimsel istatistik değerleri....	28
Tablo 4.3. TR-SECEL puanlarının yaş gruplarına göre betimsel istatistik ve bağımsız örneklem t-testi sonuçları	29
Tablo 4.4. TR-UW-QOL puanlarının yaş gruplarına göre betimsel istatistik ve bağımsız örneklem t-testi sonuçları	30
Tablo 4.5. TR-SECEL puanlarının eğitim gruplarına göre betimsel istatistik ve bağımsız örneklem t-testi sonuçları	32
Tablo 4.6. TR-UW-QOL puanlarının eğitim gruplarına göre betimsel istatistik ve bağımsız örneklem t-testi sonuçları	33
Tablo 4.7. TR-SECEL puanlarının farklı alerengeal iletişim aracı kullanan gruplara göre betimsel istatistik ve bağımsız örneklem t-testi sonuçları	35
Tablo 4.8. TR-UW-QOL puanlarının farklı alerengeal iletişim aracı kullanan gruplara göre betimsel istatistik ve bağımsız örneklem t-testi sonuçları	36
Tablo 4.9. TL sonrası geçen süre açısından TR-SECEL'e ait betimsel istatistik sonuçları	38
Tablo 4.10. Ölçek puanlarındaki farklılıklara ait tek yönlü ANOVA sonuçları.....	39
Tablo 4.11. TL sonrası geçen süre açısından TR-UW-QOL'e ait betimsel istatistik sonuçları.	40
Tablo 4.12. Ölçek puanlarındaki farklılıklara ait tek yönlü ANOVA sonuçları.....	42
Tablo 4.13. Yaş, eğitim ve TL sonrası geçen süre değişkenleri ile TR-SECEL ve TR-UW-QOL skorlarının korelasyon analizi.....	44

ÖZET

TOTAL LARENJEKTOMİLİ BİREYLERİN YAŞAM KALİTE DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Adsız, G. (2023). Total Larenjektomili Bireylerin Yaşam Kalite Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Atlas Üniversitesi Lisansüstü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı, İstanbul.

Total larenjektomi (TL) tüm larengeal yapıların ve üst trakeanın bir bölümünün cerrahi olarak alınmasını içeren bir ameliyat olarak tanımlanmaktadır. TL’li bireyler için başarılı ses restorasyonu üç şekilde gerçekleşmektedir: Özofageal konuşma (ÖK), elektrolarinks ve trakeoözofageal konuşma (TK). TL ameliyatı sonrasında bireylerin “yeni” seslerine alışma süreçleri zaman alabilmektedir. İletişim becerilerine ek olarak TL’li bireyler farklı alanlarda birtakım sorunlar yaşabilmektedir. Bu sorunları ne şiddette yaşadıklarını incelemek için araştırmacılar TL’li bireylerin yaşam kalitesi (YK) düzeylerini değerlendirmek üzere birtakım ölçüm araçları kullanmaktadır. Bu çalışmada literatürde yaygın olarak kullanılan ve YK düzeylerini inceleyen iki araç (TR-SECEL ile TR-UW-QOL) 39 TL’li bireye uygulanmıştır. Demografik (yaş ve eğitim), alerengeal iletişim aracı (ÖK ve TK) ve TL sonrası geçen süre değişkenlerine göre TR-SECEL ve TR-UW-QOL puanları karşılaştırılmıştır. TR-SECEL puan ortalamaları değerlendirildiğinde yaş ve eğitim grupları arasında anlamlı farklılık olmadığını, alerengeal iletişim aracı açısından Genel alt alan puan ortalamalarının TK kullanan bireylerde anlamlı olarak daha yüksek gözlendiğini, TL sonrası geçen süre açısından farklı üç grup arasında TR-SECEL puanlarının farklılaşmadığını, yaş değişkeni ile Genel alt alan puan ortalamaları arasında pozitif ve orta düzey bir ilişki olduğunu göstermiştir. TR-UW-QOL puan ortalamaları incelendiğinde, yaş gruplarında 60 yaş ve üzerindeki katılımcıların Moral maddesine ait puan ortalamalarının diğer yaş grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğunu, eğitim gruplarında 9 yıl ve üzeri eğitim alan katılımcıların Endişe maddesine ait puan ortalamalarının diğer eğitim grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğunu, alerengeal iletişim aracı açısından Görünüş ve Omuz maddelerine ait puan ortalamalarının sırasıyla TK ve ÖK kullanan katılımcılar lehine yüksek gözlendiğini, TL sonrası geçen süre açısından Görünüş maddesinde TL sonrası 121 ay ve üzeri geçen katılımcılara ait puan ortalamalarının 8-63 ay aralığındaki katılımcılara ait değerlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğunu ortaya

koymuştur. Sonuç olarak, herhangi bir alerengeal iletişim aracının diğerinden daha öncelikli ya da avantajlı olduğunu ifade etmek çok mümkün görünmemektedir.

Anahtar kelimeler: Total Larenjektomi, Yaşam Kalitesi, TR-SECEL, TR-UW-QOL



ABSTRACT

EXAMINATION OF QUALITY OF LIFE LEVELS OF INDIVIDUALS WITH TOTAL LARYNGECTOMY

Adsiz, G. (2023). Examination of Quality of Life Levels of Individuals with Total Laryngectomy. Master's Thesis, Istanbul Atlas University Graduate Institute of Health Sciences, Department of Speech and Language Therapy, Istanbul.

Total laryngectomy (TL) is defined as an operation involving surgical removal of laryngeal structures and part of upper trachea. Oesophageal speech (OS), electrolarynx and tracheoesophageal speech (TS) are among options for voice restoration in TL. After TL surgery, it may take time for individuals with TL (IwTL) to adapt to their "new" voice. IwTL may experience problems in different areas including communication. Researchers use measurement tools to assess quality of life (QoL) levels of IwTL to examine the severity of these problems. In this study, two instruments (TR-SECEL and TR-UW-QOL), widely used in literature to examine QoL, were applied to 39 IwTL. The scores were compared according to demographic variables (age and education), medium of alaryngeal communication (SC and TC) and time after surgery. Findings of TR-SECEL showed there was no significant difference between age and education groups, General subdomain score means were significantly higher in IwTL who used TS, scores did not differ between three groups in terms of time after surgery, there was positive and moderate relationship between age and General subdomain scores. Regarding TR-UW-QOL, mean scores of Mood item among IwTL aged 60 years and over were significantly higher than other group, and those of Anxiety item of IwTL with 9 years of education or more in the education group were significantly higher than other group, the mean scores of the Appearance and Shoulder items were higher in favour of IwTL who used TS and OS, respectively, and in terms of time after surgery, mean scores of IwTL with a duration of 121 months or more after TL in Appearance item were significantly higher than values of those in the range of 8-63 months. In conclusion, it does not seem possible to state any alaryngeal communication medium is more prioritised or advantageous than the other.

Keywords: Total Laryngectomy, Quality of Life, TR-SECEL, TR-UW-QOL

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Larengeal kanser (LK) dünya çapında bireylerin önemli bir kısmını etkilemektedir. Solunum yollarının en sık görülen kanser türlerinden biri olmakla birlikte; akciğer kanserinden sonra en sık görülen ikinci solunum yolu kanseridir (Steuer ve diğ., 2017; Nocini, 2020). Türkiye’de LK’nin görülme sıklığı kadınlara oranla erkeklerde daha fazla olmaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı’nın 2017 yılı kanser istatistikleri sonuçlarına göre; erkeklerde en sık rastlanan kanser türleri arasında % 1,7 görülme oranı ile LK 9. sırada yer almaktadır (Kara ve Keskinlik, 2021). LK’nin belirtileri, primer tümörün yeri ve boyutu, larinks bölgelerindeki etkilenmenin şiddetine veya boyutuna bağlı olarak değişmektedir. Diğer kanser türlerinde olduğu gibi; LK’nin evrelemesi tümör-nod-metastas sistemine göre tümörün yeri, boyutu ve metastaz yapısı yapmamasına göre sonuçlanmaktadır.

LK’de birden fazla tedavi seçeneği bulunmaktadır. Uygun olan tedaviyi; bireyin sağlık durumu, tümörün boyutu, metastazı, yaş, bireyin sosyal durumu gibi faktörler belirlemektedir. Tedavide temel amaç, larengeal yapıyı ve temel fonksiyonlarını (fonasyon, solunum, yutma) koruyarak, LK’nin iyileşmesini sağlamaktır (Jenckel ve Knecht, 2013; Chu ve Kim, 2008; Jones ve diğ., 2016). LK’de ilgili yapıları ve çevreledikleri organları korumaya yönelik birtakım işlemlerin kullanımında artış görülmektedir. Bu işlemler cerrahi ve geleneksel olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Cerrahi yöntemler total larenjektomi (TL), parsiyel larenjektomi (PL), supraglottik larenjektomi, suprakrikoid parsiyel larenjektomi, endoskopik yaklaşım, transoral robotik cerrahi, transoral lazer cerrahisini kapsamaktadır. Geleneksel yollar ise kemoterapi (KT), radyoterapi (RT), eş zamanlı KT ve indüksiyon KT’yi kapsamaktadır (Li ve diğ., 2016).

TL tüm larengeal yapıların ve üst trakeanın bir bölümünün cerrahi olarak alınmasını veya kaldırılmasını içeren bir ameliyat olarak tanımlanmaktadır. Bu ameliyat, hava yolunun bağlantısının kesilmesine ve boyunda kalıcı bir solunum deliğine (trakeostoma/stoma) yol açmaktadır (Chotipanich, 2021). TL uygulanmış (veya alarengeal) bireyler için başarılı ses restorasyonu üç şekilde gerçekleşmektedir: Özofageal konuşma (ÖK), elektrolarinks (EL) ve trakeoözofageal konuşma (TK). Hangi yöntemin kullanılacağına ilişkin nihai karar tamamen TL’li bireye bağlı olmaktadır. TK, küçük bir cerrahi işlem ile trakeostomadan ulaşılabilecek seviyede trakeanın arka duvarında, trakea ile özefagus arasında oluşturulan yapay fistüle tek

yönlü valv işlevi olan bir protez yerleştirilmesi ile sağlanmaktadır. ÖK, özefagusa alınan havanın salınmasıyla üretilen alternatif titreşim seslerine karşılık gelmektedir. EL, alt çene veya yanak kısmından ağız boşluğuna iletilen ses kaynağı sinyallerini mekanik şekilde üreten tıbbi bir cihaz olarak tanımlanmaktadır (Doi ve diğ., 2011).

Ses restorasyon yöntemlerinin her birinin kendi içinde avantaj ve dezavantajları bulunmasına rağmen; TL ameliyatı sonrasında bireylerin “yeni” seslerine alışma süreçleri zaman alabilmektedir. İletişim becerilerine ek olarak farklı alanlarda TL’li bireyler birtakım sorunlar yaşayabilmektedir. Bu sorunları ne şiddette yaşadıklarını incelemek için araştırmacılar TL’li bireylerin YK düzeylerini değerlendirmek üzere birtakım ölçüm araçları kullanmaktadır. Bu araçlardan iki tanesinin literatürde yaygın olarak kullanıldığı gözlenmektedir: “Larenjektomi Sonrası İletişim Deneyimleri Öz Değerlendirme Ölçeği (ing. “*Self-Evaluation of Communication Experiences after Laryngectomy*”, TR-SECEL; Uzun, 2021) ile Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Anket Formu-Türkçe versiyonu (İng. “*University of Washington Quality of Life Questionnaire*”; TR-UW-QOL; Şenkal, 2009). Bu çalışma, TR-SECEL ve TR-UW-QOL ölçüm araçlarını kullanarak Türkçe konuşan TL’li bireylerin YK düzeylerini incelemeyi hedeflemektedir. Bu tez çalışmasında, aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranmıştır:

Araştırma soruları aşağıda verilmektedir:

- (1) Tüm katılımcılara ait TR-SECEL ve TR-UW-QOL kapsamındaki maddelere ve alt alanlara ait puanların betimsel istatistik değerleri (Ort. ve SS) nasıldır?
- (2) Yaş değişkeni dikkate alındığında, TR-SECEL puanları yaş grupları (40-59 ile 60 ve üzeri) arasında farklılık göstermekte midir?
- (3) Yaş değişkeni dikkate alındığında, TR-UW-QOL puanları yaş grupları (40-59 ile 60 ve üzeri) arasında farklılık göstermekte midir?
- (4) Eğitim değişkeni dikkate alındığında, TR-SECEL puanları eğitim grupları (1-8 yıl ile 9 yıl ve üzeri) arasında farklılık göstermekte midir?
- (5) Eğitim değişkeni dikkate alındığında, TR-UW-QOL puanları eğitim grupları (1-8 yıl ile 9 yıl ve üzeri) arasında farklılık göstermekte midir?
- (6) Alerengeal iletişim aracı değişkeni dikkate alındığında, TR-SECEL puanları TK ve ÖK kullanan bireyler arasında farklılık göstermekte midir?
- (7) Alerengeal iletişim aracı değişkeni dikkate alındığında, TR-UW-QOL puanları TK ve ÖK kullanan bireyler arasında farklılık göstermekte midir?

(8) TL sonrası geçen süre değişkeni dikkate alındığında, TR-SECEL puanları üç farklı katılımcı grubu (8-63 ay, 64-120 ay, 121 ay ve üzeri) arasında farklılık göstermekte midir?

(9) TL sonrası geçen süre değişkeni dikkate alındığında, TR-UW-QOL puanları üç farklı katılımcı grubu (8-63 ay, 64-120 ay, 121 ay ve üzeri) arasında farklılık göstermekte midir?

(10) TR-SECEL ve TR-UW-QOL puanları ile yaş, eğitim ve TL sonrası geçen süre arasında ilişki bulunmakta mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. LARENGEAL KANSER

2.1.1. Epidemiyoloji

LK; supraglottik bölge (epiglot, ventriküler fold, ventriküller, ariepiglottik kıvrımlar ve aritenoidler), glottis (vokal foldlar ile ön ve arka kommissürler) ve subglottik bölgede görülmektedir (Nocini ve ark., 2020). Solunum yollarının en sık görülen kanser türlerinden biridir (Steuer ve diğ., 2017). Akciğer kanserinden sonra en sık görülen ikinci solunum yolu kanseridir (Nocini ve ark., 2020).

Günümüzde LK prevalansı ve insidansı her yıl 100.000 kişide sırasıyla ortalama 2.76 ve 14.33 oranlarında görülmektedir. Yıllık ölüm (mortalite) oranı 100.000 kişide 1.67 şeklindedir. Son yıllarda insidans ve prevalans artarken, mortalite oranında azalma gözlenmektedir (Nocini ve ark., 2020). LK'nin en temel sebebinin alkol ve sigara kullanımı olduğu ifade edilmektedir. 40 yaş altındaki bireylerde nadir, 60 yaş üstü bireylerde yaşlanma ile birlikte görülme sıklığı artmaktadır (Jones ve diğ., 2016). Bununla birlikte, Steuer ve arkadaşları (2017) LK'nin prevalans ve insidans oranlarını bölgesel açıdan değerlendirmiştir. Bu noktada, Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan Afrika kökenli bireylerde Kafkas bölgesinden göç eden bireylere göre daha genç yaşlarda daha yüksek oranda LK'nin gözlemlendiği ifade edilmektedir. Farklı ülke ya da etnik köken geçmişinin LK prevalans ve insidans oranları üzerinde etkisi olabileceği savunulmaktadır. Ayrıca, başka bir çalışma Birleşik Krallık'taki LK istatistik oranlarını sunmakta ve ülke içinde sosyo-ekonomik durumu düşük olan bölgelerde tedavi gören LK'li bireylerde mortalite oranının sosyo-ekonomik durumu yüksek olanlara kıyasla iki kat daha fazla olduğunu göstermektedir (Jones ve diğ., 2016).

Türkiye'de LK'nin görülme sıklığı kadınlara oranla erkeklerde daha fazla olmaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2017 yılı kanser istatistikleri sonuçlarına göre; erkeklerde en sık rastlanan kanser türleri arasında %1,7 görülme oranı ile LK 9. sırada yer almaktadır (Kara ve Keskinkılıç, 2021). Sonraki alt bölümde LK'nin etiyolojisi ve risk faktörlerinden bahsedilecektir.

2.1.2. Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Literatürde sigara ve alkolün tek başına ve/ya sinerjik olarak LK'nin ana nedenleri arasında olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte, orofarenks kanserinde Human Papilloma Virüsü'nün (HPV) söz konusu kanser türünde önemli etkilere sahip olduğu ifade edilirken; LK'nin ortaya çıkışında sanıldığı aksine önemli bir nedeni olmadığı ifade edilmektedir (Jones ve diğ., 2016). Asbest, polisiklik aromatik hidrokarbonlar ve tekstil tozu gibi çevresel faktörlere maruz kalmanın LK riskini artırdığı düşünülmektedir. Kırmızı et tüketiminin LK riskini artırıcı etkisi olduğu, sebze-meyve ağırlıklı beslenmenin ise koruyucu etkisi olduğu rapor edilmektedir (Steuer ve diğ., 2017).

LK'nin belirtileri, primer tümörün yeri ve boyutu, larinks bölgelerindeki etkilenmenin şiddetine veya boyutuna bağlı olarak değişmektedir. Örneğin, ses kısıklığı glottis tümörlerinde erken evre belirtisi şeklinde gözlenmektedir. Supraglottis tümörlerinde de yaygın olarak ses kısıklığı belirtileri olduğu görülmektedir, ancak bu belirtilere boğaz ağrısı ve yutma güçlüğü (disfaji) de eşlik etmektedir. Subglottis tümörlerin erken evre belirtileri arasında nefes darlığı (dispne), sesli veya hırıltılı solunum (stridor) ve boğaz ağrısı yer almaktadır. Genellikle erken belirtilerin görüldüğü bireyler sağlık kuruluşlarına başvurmayı ertelemektedir. Ancak tanı ne kadar erken alınır, geleneksel ve yaygın yöntemler ile tedavi edilme şansı o kadar artmaktadır. İleri evre LK belirtileri arasında ses kısıklığı, disfaji, dispne, kulak ağrısı (otalji), ağırlı yutma (odinofaji) ve boyun bölgesinde kitle gözlenmektedir (Steuer ve diğ., 2017; Jones ve diğ., 2016).

2.1.3. Değerlendirme ve Evreleme

LK'nin değerlendirme aşamaları çok kapsamlı bir prosedür dizisinin uygulanmasını içermektedir. Bu doğrultuda, öncelikle ayrıntılı vaka öyküsü alınır. Sonrasında, poliklinik ortamında doğrudan laringo-endoskopik muayene gerçekleştirilir. Son olarak, birtakım beyin görüntüleme tekniklerinden faydalanılır (örn. Bilgisayarlı Tomografi (BT), Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI), Pozitron Emisyon Tomografisi (PET)). Bu prosedürlerin sağladığı bulguların değerlendirilmesi ve uygun şekilde yorumlanması sonucunda LK tanısı verilmektedir (Steuer ve diğ., 2017; Jones ve diğ., 2016). Tanı verildikten sonra, Amerikan Ortak Kanser Komitesi'nin (ing. *American Joint Committee on Cancer, AJCC*) 2022 yılında sunduğu LK evreleme sistemine göre LK'si olan bireyin evresi belirlenir.

Diğer kanser türlerinde olduğu gibi; LK'nin evrelemesi tümör-nod-metastaz sistemine göre tümörün yeri, boyutu ve metastaz yapıp yapmamasına göre sonuçlanmaktadır. Primer tümör (T) evresi; tümörün etkilediği anatomik bölgedeki yeri, bölgesel lenf nodu (N); lenf nodlarının boyutu ve yaygınlığı, uzak metastazı (M); metastaz uzaklığı ve yokluğunu belirler.

Supraglottis, glottis ve subglottis bölgede T evresi sırasıyla; T1, T2, T3, T4a, T4b olarak adlandırılır. Ayrıca TX, T0, Tis primer tümör sırasıyla; tümörün değerlendirilemediği, bulunamadığı ve yayılmadığını ifade eder. N sırasıyla NX, N0, N1, N2, N2a, N2b, N2c, N3 ve M sırasıyla MX, M0, M1 olarak adlandırılır (Jones ve diğ., 2016).

2.1.4. Larenks Anatomi ve Fizyolojisi

İnsan larenksi, hava yolu ve sindirim yollarının birleştiği yerde karmaşık bir kas-kıkırdak kapakçık olarak işlev görür (Born ve Rameau, 2021). Larenks içinden geçen hava solunum yoluyla ilişkiliyken, hemen arkasında yer alan farenks gıdaların ve sekresyonların daha aşağıya, sindirim sistemine ulaşmasını sağlar. Larenks fizyolojik olarak fonasyon, hava yolunun korunması, yutma, valsalva manevrası ve öksürük üretimi gibi temel işlevlerin merkezinde yer alır. Temel olarak üç bölümde incelenir: Epiglot ve ventriküler kıvrımlar (yalancı vokal foldlar) dahil olmak üzere supraglottis; vokal foldları (VF) içeren glottis ve krikoid kıkırdak tarafından sınırlanan alan olan subglottis. Hiyoid kemiği ile tiroid ve krikoid kıkırdakların oluşturduğu sabit bir çerçeveye sahiptir. Bu çerçeveye birlikte, yutkunma sırasında hava yolunun korunmasına yardımcı olan epiglot ile VF'lerin arka ucuna bağlanan ve hareketi kolaylaştıran aritenoid kıkırdaklar olmak üzere birkaç iç kıkırdak bulunmaktadır. Larinksin bir birim olarak hareketi, ansa cervicalis siniri tarafından inerve edilen ekstrensek laringeal kaslar tarafından kontrol edilmektedir. Bu kaslar hiyoide bağlanma konumlarına göre suprahiyoid ve infrahiyoid kaslar olarak adlandırılmaktadır (Noordzij ve Ossoff, 2006). Ekstrensek laringeal kaslar VF şeklini ve hareketini az da olsa etkilemektedir.

VF'nin addüksiyonu veya kapatma görevini yapan intrensek kaslar lateral krikoaritenoid, tiroaritenoid ve interaritenoid kasları içermektedir. Lateral krikoaritenoid kas, krikoid kıkırdağın lateral yüzünden kaynaklanmakta ve aritenoid kıkırdağın m. musküler prosesine yapışmaktadır. Tiroaritenoid kas, iç tiroid kıkırdağından doğmakta ve aritenoid kıkırdağın vokal prosesine yapışmaktadır. Posterior krikoaritenoid kas, VF'yi açan tek kas olmaktadır. Krikoid kıkırdağın arka yüzünden köken almakta ve aritenoidin m. musküler prosesine

yapışmaktadır. Krikotiroid kas, tiroid ve krikoid kıkırdaklar arasındaki boşluğu daraltarak VF'nin gerilmesini sağlamaktadır.

Larenksin intrinsek kasları, VF'nin üç boyutlu olarak motor hareketlerini kontrol etmektedir. VF fonasyon ve yutma sırasında addüksiyon yaparken nefes alma sırasında abdüksiyon yapmaktadır. Bu VF hareketi, vagus sinirinin bir dalı olan rekürren laringeal sinirin (RLS) hareketiyle kontrol edilmektedir. RLS, göğsün üst kısmındaki vagustan doğmakta ve solda aortik ark (ligamentum arteriyozum) ve sağda subklavian arter etrafında dönmektedir. Larenkste superior laringeal sinirle birleşmek için trakeoözofageal olukta boyuna geri yükselmektedir. Bu uzun, dolambaçlı yol, RLS'yi rotası boyunca herhangi bir yerde yaralanmaya veya travmaya duyarlı hale getirmektedir. Larenksin krikotiroid kası ve duyuşal inervasyonu, vagus sinirinden ayrılan superior laringeal sinir dalı tarafından kontrol edilmektedir. Diğer intrinsek kaslar RLS tarafından inerve edilmektedir.

VF, titreşimle ses üretimine (fonasyona) izin veren karmaşık bir anatomiye sahiptir. VF önde anterior komissür tendonuna (Broyles ligamanı) ve arkada aritenoidin vokal prosesine bağlanmaktadır. Üç katmandan oluşmaktadır: (1) Mukoza (epitel ve süperfisiyel lamina propria, SLP), (2) vokal ligaman (orta ve derin lamina propria) ve (3) vokalis kası (tiroaritenoid kas). Lamina propria, değişen yoğunluklarda elastik ve kollajen liflerden oluşan üçlü bir fibröz doku tabakasıdır. Bu histoloji, VF'nin yüzeyi boyunca sıvı benzeri titreşime izin vermektedir. Ses kısıklığının birçok nedeni, bu tabaka veya onu örten epitel ile ilgili sorunlara atfedilmektedir.

İnsan sesinin üretilmesi için, VF'nin addüksiyon yapabilmesi, subglottik basıncın oluşturulması ve VF dokusunu titretebilmesi gerekmektedir. Normal fonasyonda, bilateral RLS'lerden gelen koordineli bir sinyal, VF'nin addüktör intrinsek kaslarının kasılması ve aritenoid kıkırdakların hareketi yoluyla medial ve inferiora doğru hareket etmesine neden olmaktadır. Sonuçta VF simetrik olarak addüksiyona uğramaktadır. Daha sonra, akciğerlerden ekspirasyon ile glottisin altında basınç artmaktadır. Bu basınç belirli bir eşiğe ulaştığında, VF titreşime başladığı için hava halen addüksiyonu gerçekleştiren VF arasından yukarı doğru kaçmaktadır (Perrine ve diğ., 2020). Titreşim, SLP'nin ve üstteki epitelyumun esnekliği nedeniyle VF'nin üst kısmı boyunca yayılmaktadır. Bu işlemlerin herhangi birinde meydana gelebilecek bozulma, ses kalitesinde değişikliğe neden olabilmektedir. VF'nin uygun zamanlarda addüksiyon veya abdüksiyon yapamaması, ses kısıklığının nörojenik nedenlerinin birçoğunun temelini oluşturmaktadır. Fonasyon eşik basıncına ulaşmak için yeterli nefes

desteği gereklidir, ancak pulmoner bozukluklarda subglottik basınç yetersiz olabilir. VF'nin mukozal lezyonları titreşimi bozar ve bu nedenle ses kısıklığına neden olur.

2.1.5. Tedavi Seçenekleri

LK'de birden fazla tedavi seçeneği bulunmaktadır. Uygun olan tedaviyi; bireyin sağlık durumu, tümörün boyutu, metastazı, yaş, bireyin sosyal durumu gibi faktörler belirlemektedir. Tedavide temel amaç, larengeal yapıyı ve temel fonksiyonlarını (fonasyon, solunum, yutma) koruyarak, LK'nin iyileşmesini sağlamaktır (Jenckel ve Knecht, 2013; Chu ve Kim, 2008; Jones ve diğ., 2016). LK'de ilgili yapıları ve çevreledikleri organları korumaya yönelik birtakım işlemlerin kullanımında artış görülmektedir. Bu işlemler cerrahi ve geleneksel olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Cerrahi yöntemler total larenjektomi (TL), parsiyel larenjektomi (PL), supraglottik larenjektomi, suprakrikoid parsiyel larenjektomi, endoskopik yaklaşım, transoral robotik cerrahi, transoral lazer cerrahisini kapsamaktadır. Geleneksel yollar ise kemoterapi (KT), radyoterapi (RT), eş zamanlı KT ve indüksiyon KT'yi kapsamaktadır (Li ve diğ., 2016). Özellikle laringeal skuamöz hücreli karsinoma yönelik yapıların korunmasında son yıllarda yapılan çalışmalar TL işleminin uygulanmasında bir azalma olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte kurtarma (ing. "salvage") diye tanımlanan, RT ve KT'nin başarılı olmaması nedeniyle gerçekleştirilen TL ameliyatları göz önüne alındığında, TL'den etkilenen bireyler gözlenmeye devam edecektir. (Chotipanich, 2021).

Evreleme belirlendikten sonra uygulanan tedavi seçenekleri de yine evrelemenin kendisine göre şekillenmektedir. Bu kapsamda; T1-T2, N0, M0 Evre I kanserlerinde transoral lazer mikrocerrahisi (TLM), RT ve PL işlemleri uygulanmaktadır (Jones ve diğ., 2016). Bu evrelerde tedavinin başarı oranının oldukça yüksek olduğu ifade edilmektedir. T1-T2 supraglottik karsinomlarda RT, TLM ve transoral robotik cerrahi tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır. T2b-T3 glottik kanserlerinde öncelikli olarak geleneksel tedavi prosedürü uygulanmaktadır. T3 supraglottik kanserlerde de aynı tedavi prosedürü uygulanmaktadır. T4 LK'nin tedavi yaklaşımı TL'yi içermektedir (Jones ve diğ., 2016).

2.2. TOTAL LARENJEKTOMİ

TL tüm larengeal yapıların ve üst trakeanın bir bölümünün cerrahi olarak alınmasını veya kaldırılmasını içeren bir ameliyat olarak tanımlanmaktadır. Bu ameliyat, hava yolunun bağlantısının kesilmesine ve boyunda kalıcı bir solunum deliğine (trakeostoma/stoma) yol açmaktadır (Chotipanich, 2021). Bu prosedür hava yolunun üst kısmının alt kısımdan tam ve

kalıcı bir şekilde ayrılmasına neden olmakta; bu yüzden ses ve koku kaybı ile sonuçlanmaktadır (Ceachir ve diğ., 2014).

TL ya da laringofarenjektomi ileri evre laringeal / hipofaringeal karsinomda primer bir prosedür olarak klinik uygulamada kullanılmaktadır. Bununla birlikte, ileri evre LK tedavisinde KT ve RT sonrasında önemli bir morbidite gözleendiğinden; kemo-radyoterapi işlemlerinde başarı sağlanamaması sonrasında TL, LK'li bireyi kurtarma amacıyla kullanılan yaygın bir tedavi seçeneğidir (Kazi ve diğ., 2010; Souza ve diğ., 2020). TL müdahalesi öncesinde bireye ait ses sonrasında kaybolmaktadır. Buna ek olarak, başka önemli sonuçlar da gözlenmektedir: Nazal işlev kaybı, öksürme yeteneğinin zayıflaması, yutma güçlüğü, dil hareketlerinde kısıtlılık, depresyon ve anksiyete (Kazi ve diğ., 2010).

2.2.1. Ses Restorasyonu

TL uygulanmış (veya alerengeal) bireyler için başarılı ses restorasyonu üç şekilde gerçekleşmektedir: ÖK, EL ve TK. Hangi yöntemin kullanılacağına ilişkin nihai karar tamamen TL'li bireye bağlı olmaktadır. Ancak son yirmi yılda TK'nın, TL'li kişiler tarafından en çok tercih edilen ses restorasyon yöntemi olduğu belirtilmektedir (Kazi ve diğ., 2010). Aşağıda bu yöntemlere ilişkin bilgiler sunulmaktadır:

TK, küçük bir cerrahi işlem ile trakeostomadan ulaşılacak seviyede trakeanın arka duvarında, trakea ile özefagus arasında oluşturulan yapay fistüle tek yönlü valv işlevi olan bir protez yerleştirilmesi ile sağlanmaktadır. TÖP'e Uluslararası literatürde cerrahi ile oluşturulan bu açıklığa Trakeoözofageal Ponsiyon (ing. *Tracheoesophageal Puncture*, TEP) adı verilmekte ve yerleştirilen silikon protez (valf) ile oluşturulan yapay fistülün açık kalması sağlanmaktadır. Tek yönlü olan bu valf, yiyeceğin akciğere kaçmasını önlemektedir. Trekeastomayı kapatarak akciğerdeki hava neofarenkse doğru ilerlemektedir. Böylece, neoglottisin mukozal yüzeylerinin titreşmesiyle fonasyon gerçekleşmektedir. Üretilen ses boğuk veya kısık ancak kaliteli bir ses özelliği göstermektedir (Hurren, 2014) Fonasyon sürelerinin daha uzun olması ve daha hızlı bir konuşma örüntüsü sağlaması açısından TK tercih sebebi olmaktadır (Doi ve diğ., 2011).

ÖK, özefagusa alınan havanın salınmasıyla üretilen alternatif titreşim seslerine karşılık gelmektedir. Neoglottiste üretilen ÖK sesinin TK'ya göre daha düşük şiddette olduğu belirtilmiştir. Her iki yöntemde neoglottal titreşimin sonucunda ses üretilmektedir. Bu nedenle ÖK'nin rehabilitasyon sürecinde ses üretimi noktasında umut verici olduğu belirtilmektedir

(Hurren, 2014). ÖK ile herhangi bir cihaz olmadan ses üretilebilmektedir. TK'dan farklı olarak cihaz olmadan ses üretmesi en temel özelliğidir (Serrono ve diğ., 2019). ÖK, TK ile ilgili çalışmalar öncesinde tek başarılı alarengal konuşma yöntemi olarak bilinmekte ve kullanılmaktaydı. Buna rağmen, ÖK ile ses üretme becerisini öğrenmek TL'li bireyler için oldukça zor olabilmektedir (Doi ve diğ., 2011). Dil ve konuşma terapisti (DKT) tarafından yapılan müdahale ile ÖK'nin edinimi ve gösterilmesi sağlanmaktadır (Serrono ve diğ., 2019).

EL, alt çene veya yanak kısmından ağız boşluğuna iletilen ses kaynağı sinyallerini mekanik şekilde üreten tıbbi bir cihaz olarak tanımlanmaktadır (Doi ve diğ., 2011). Cihazın basit kullanımı tercih edilme nedenlerinden biridir. Bununla beraber sesin robotik çıkması, çevresel gürültüden etkilenmesi, bazı fonemlerin anlaşılabilmesi ve konuşmayı sağlayabilmek için cihazı tek elle tutmak zorunda olmak gibi sebeplerden ötürü tercih edilmeyebilmektedir. Tüm bunlara rağmen *EL*, konuşma kalitesini ve anlaşılabilirliği daha iyi bir hale getirmeye yardımcı olmaktadır. Bu durum, *EL* kullanan bireylerin yaşam kalite düzeyleri üzerinde önemli katkılar sağlamaktadır (Mathew ve Gopakumar, 2022).

2.3. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi (YK) bireye özgü olan ve bireyin yaşamına dair olumlu ve/veya olumsuz öz-bildirimleri içeren çok boyutlu bir kavram şeklinde tanımlanmaktadır. Bireyin fiziksel koşulları, duygusal durumu, psikososyal durumu ve ekonomik koşullarını etkileyebilmektedir (Maclean ve diğ., 2009).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen ve yaygın olarak kullanılan YK; bireyin yaşadığı kültür ve değer sistemleri içinde, bireyin amaçlarını, beklentilerini, standartları ve endişeleriyle ilişkili olarak yaşamındaki konumunu nasıl algıladığını ifade etmektedir (Souza ve diğ., 2020). Maclean ve diğ. (2009) YK'ni, bireyin algıladığı gerçeklik ile beklentileri veya isteklerinin arasındaki farkın yaşamının üzerine etkisi olduğunu ifade etmişlerdir. Bununla birlikte, genel olarak YK'ni değerlendirmek için ideal bir ölçüm olmadığı belirtilirken; YK'nin nesnel ve öznel özelliklerini içeren, farklı değişkenleri olan dinamik bir kavram olduğu vurgulanmaktadır (Da Silva ve diğ., 2015). Bireyin yaşamındaki olaylara karşı duygusal tepkilerini değerlendirmek, YK kavramının anlaşılmasına katkıda bulunmaktadır (Lazić ve diğ., 2022).

YK üzerinde etkili olabilecek değişkenler arasında işlevsellik, psikolojik iyi olma hali ve öz yeterlilik yer almaktadır. İşlevsellik; tüm vücut yapılarını, aktivitelerini ve sosyal katılımını içine alan kapsamlı bir terim olarak ifade edilirken, psikolojik iyi olma halinin; kişinin duyguları, üzüntüsü, endişe, kaygı ve sağlık durumundan memnuniyet düzeyi ile ilgili olduğu ifade edilmektedir. LK tanısı almış birey için psikolojik iyi olma hali hem tanı konulduğu anda hem de tedavi sonrasında olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Perry ve diğ., 2015).

Alanyazında YK'ni değerlendirmesinde kullanılan ölçekler, uygulanan tedavilerin TL'li bireylerin yaşamları üzerindeki etkisini ölçmekte ve TL sürecindeki deneyimlerini öz-bildirime dayalı bir şekilde sunmaktadır. Baş-boyun kanserli (BBK) ve TL'li bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmek için geliştirilmiş birtakım ölçüm araçları bulunmaktadır (Souza ve diğ., 2020), bu araçlar aşağıda sunulmaktadır:

(a) *Baş-Boyun Terapisi'nin İşlevsel Değerlendirmesi* (ing. "Functional Assessment of Therapy Head-Neck", *FACT-H&N*): Bu araç BBK'li bireylerin yaşam kalitesini çok boyutlu ve işlevsel yönden değerlendirmektedir. Genel sağlık durumuna ek olarak BBK'ya yönelik bireyin endişelerine yönelik maddeler içermektedir (List ve diğ., 1996). Dört alt bölüm içermektedir: Fiziksel, sosyal/aile, duygusal ve işlevsel. Ek olarak BBK'ya dair endişeleri barındıran 12 soru bulunmaktadır. *FACT-H&N*'yi birey kendisi uygulamaktadır. Kısa süren ve kolay uygulanabilir bir araçtır. Uygulanan tedavi ile birlikte BBK'nin erken ve geç evrelerinde bireyin durumunu değerlendirme noktasında duyarlı olduğu ifade edilmektedir (Souza ve diğ., 2020).

(b) *Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi* (ing. "European Organization for the Research and Treatment of Cancer, *Quality of Life*", *EORTC QLQ*) *Ölçeği*: EORTC tarafından geliştirilen *QLQ H&N35*, BBK ve TL'li bireylerin YK'sini değerlendirmede yaygın olarak kullanılan bir ölçüm aracıdır. Öncesinde, BBK ve TL'li bireylerin genel YK düzeylerinin değerlendirilmesi için EORTC *QLQ-C30* kullanılmaktadır. Devamında, *QLQ H&N35* üzerinden BBK'ya yönelik özgül değerlendirmeler gerçekleştirilmektedir. Bu doğrultuda; *H&N35* çeşitli belirti alanlarına yönelik puanlar sunmaktadır. Bu araç toplam 35 madde içermektedir: 11'i tek maddeden oluşan 11 alt ölçek içerirken (diş, ağız açmak, kuru ağız, yapışkan salya, öksürme, hasta hissetmek, ağrı kesiciler, besin takviyeler, beslenme tüpü, kilo alımı ve kilo kaybı); kalan 24'ü de 7 farklı alt ölçeğe

ayrılmaktadır. Bu alt ölçekler ağrı (4 madde), yutma (4 madde), duyu sorunları (2 madde), konuşma problemleri (3 madde), sosyal ortamda yemek yeme ile ilgili sorun (4 madde), sosyal iletişimle ilgili sorun (5 madde) ve cinsel isteğin azalması (2 madde). Her iki ölçüm aracı 0-100 arasında puanlanmaktadır. QLQ-C30’da puanın düşük olması yaşam kalitesinde şiddetli bir etkilenmenin varlığını gösterirken; H&N35’te alt ölçeklere verilen puanın yüksek olması belirtilerin belirgin derecede bireyin YK’sini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (Souza ve diğ., 2020; Singer ve diğ., 2014). EORTC QLQ-H&N35 Türkçe’ye Yüce-Sarı ve arkadaşları (2020) tarafından, QLQ-30 ise Cankurtaran ve arkadaşları (2007) tarafından uyarlanmıştır.

(c) *Sesle ilgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SİYKÖ; ing. “Voice Related Quality of Life”, VRQOL)*: Ses bozukluğu olan bireylerin psiko-sosyal ve fiziksel-işlevsel yönlerini basit, hızlı ve kolay uygulanabilir kılan bir değerlendirme aracıdır. Türkçe’ye Tezcaner ve Aksoy tarafından uyarlanmıştır (Tezcaner ve Aksoy, 2015).

(d) *Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği (ing. “the World Health Organization Quality of Life Scale”; WHOQOL)*: Hem uzun (WHOQOL-100) hem de kısa (WHOQOL-BREF) versiyonları mevcuttur. Uzun versiyonu fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevre ve maneviyat/din/kişisel inançlar olmak üzere 6 alan ve 100 sorudan; kısa versiyonu ise fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, çevre olmak üzere 4 alandan ve toplam 26 sorudan oluşmaktadır (Singh ve diğ., 2022).

(e) *Kısa Form-36 (ing. “Short Form-36”, SF-36)*: Amerika Birleşik Devletleri’nde 1970’lerde Rand Corporation tarafından geliştirilmiştir. SF-36 bireylerin genel sağlık durumlarına ilişkin algılarını sekiz alanda ve 36 soruda değerlendirmektedir: Fiziksel işlev, fiziksel rol, bedensel ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal işlev, duygusal rol ve ruh sağlığı. SF-36 0-100 arasında puanlanmaktadır ve herhangi bir alanda alınan puanın yüksek olması, o alana dair daha olumlu bir işlev sergilendiğine dair fikir vermektedir. Geçmiş çalışmalar farklı vaka gruplarında genel sağlık durumunun güvenilir, geçerli ve hassas bir şekilde ölçülebildiğine dair bulgular sunmaktadır (Blake ve diğ., 2000). Türkçe’ye Koçyiğit ve arkadaşları tarafından uyarlanmıştır (Koçyiğit ve diğ., 1999).

(f) *Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (ing. Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS)*: HADS psikiyatri dalı dışında farklı polikliniklerde tedavi gören bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerini değerlendiren ve ilişkili herhangi bir belirtinin varlığını değerlendirmek üzere 1983 yılında Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiştir (Zigmond &

Snaith, 1983; Fernández-de-Las-Peñas ve diğ., 2022). HADS'ı bireyin kendisi doldurmaktadır, her biri 0-3 arasında puanlanan 14 sorudan oluşmaktadır. Anksiyete ve depresyon yedişer soru üzerinden değerlendirilmektedir. Her ikisi için en düşük puan 0, en yüksek puan 21 şeklindedir. Puanın yüksek olması anksiyete ve/veya depresyon belirtilerinin varlığını göstermektedir. Türkçe konuşan bireyler için kesme puanları anksiyete için 7, depresyon için 10 olarak belirlenmiştir (Aydemir ve diğ., 1997; Özdin ve Bayrak-Özdin, 2020).

(g) *Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Anket Formu (UW-QOL)*: BBK'ya özgü, yüksek geçerlik ve güvenilirliğe sahip bir ölçüm aracıdır. İlk versiyonu Hassan ve Weymuller tarafından dokuz madde içerecek şekilde 1993 yılında oluşturulmuştur (Hassan ve Weymuller, 1993). Sonraki iki versiyonda ise gözlenen eksiklerden hareketle dördüncü versiyon oluşturulmuştur (Lowe ve Rogers, n.d.; Scott ve diğ., 2019). Bu çalışmada da UW-QOL'nin dördüncü versiyonunun Türkçe adaptasyonu kullanılmıştır (TR-UW-QOL; Şenkal, 2009; Şenkal ve diğ., 2012). UW-QOL bu zamana kadar Brezilya Portekizcesi (Vartanian ve diğ., 2006), İspanyolca (Nazar ve diğ., 2010), Korece (Chang ve diğ., 2012) dahil olmak üzere birtakım dillere adapte edilmiştir. UW-QOL, YK değerlendirmesinde BBK'li birey için uygun olduğu düşünülen 14 farklı YK ölçüm aracından biri olarak gösterilmektedir (Ringash ve Bezjak, 2001). Ayrıca, BBK'li birey ve sağlık personeli tarafından uzun ve anlaşılması güç olmayan, hem araştırma hem de uygulama amaçlı kullanılabilir, rutin uygulamalarda BBK'li bireyin kendi başına doldurabildiği (öz-bildirimine dayanan) kısa bir anket formu olarak UW-QOL öne çıkmaktadır (Gliklich ve diğ., 1997; Vartanian ve diğ., 2006). Hassan ve Weymuller (1993) UW-QOL'in sahip olduğu olumlu yönleri şu şekilde belirtmektedir: (i) Doldurulması kısa sürmekte ve BBK'li birey tarafından herhangi bir destek almadan doldurulabilmektedir. (ii) BBK'nin etkilediği farklı alanlara dair bilgi vermektedir, bu yüzden çok faktörlü bir yapıya sahiptir. Bu sebepten, aracın farklı zamanlarda doldurulması bireyin durumunda meydana gelebilecek değişikliklere hassas olmaktadır. (iii) BBK'ya özgü bilgiler sunmakla birlikte, YK'ya dair BBK ile ilgilenen sağlık uzmanlarının sağladığı bilgilerden ziyade doğrudan BBK'li bireyin sunduğu bilgilere odaklanmaktadır. Ölçüm aracının puanlamasına dair bilgiler Yöntem bölümünde sunulmuştur.

(h) *Larenjektomi Sonrası İletişim Deneyimleri Öz Değerlendirme Ölçeği* (ing. “*Self-Evaluation of Communication Experiences after Laryngectomy*”, *SECEL*): Amerika Birleşik Devletleri'nde İngilizce konuşan ve larenjektomi sonrasında bireylerin iletişime yönelik deneyimlerini değerlendirmede kullanılan öz-bildirim dayalı bir ölçektir (Blood, 1993). TR-

SECEL toplamda 35 maddeden oluşmaktadır: Genel, çevre ve tutum şeklinde üç alt alan barındırmaktadır. 2021 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır (TR-SECEL, Uzuner, 2021). SECEL aynı zamanda İspanyolca (Villanueva ve diğ., 2022), Brezilya Portekizcesi (Fahl ve Goulart, 2016), Malezyaca (Shakri ve diğ., 2021), Hırvatça (Laksar Klarić ve diğ., 2023) ve Avrupa Portekizcesi (Guimaraes ve diğ., 2020) olmak üzere farklı dillere uyarlanmıştır. Geçerlik ve güvenilirlik ölçümleri ile ilgili bulgular TR-SECEL'in orijinali ile paralellik gösterdiğini ortaya koymuştur. Bununla birlikte, Türkçe'ye adaptasyon sürecinde birtakım değişkenler ekseninde TR-SECEL puanları incelenmiştir. Öncelikle; demografik değişkenlerin etkisi ile ilgili olarak, katılımcılar üç yaş (40-55, 56-70, 70+) ve dört eğitim (ilkokul, ortaokul, lise, üniversite) grubuna ayrılmıştır. Yaş, cinsiyet, eğitim ve medeni durum değişkenleri ile ilgili olarak TR-SECEL ve alt alan puanları incelendiğinde, farklı grupların puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır. Birincil iletişim aracı ile ilgili yapılan analizlerde; ÖK, TK, EL ve kendi ses telini kullanan katılımcılar arasında ölçek toplam puanı ve genel alt alan puanı karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. ÖK kullanan bireylerin çevresel alt alan puan ortalaması (Ort.=20.82; SS= 9.89), TK kullanan bireylerden (Ort.= 12.82; SS= 12.87) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde, ÖK kullanan bireylerin tutumsal alt alan puan ortalaması (Ort= 13.92; SS= 9.61) TK kullanan bireylerden (Ort= 8.91; SS= 10.83) anlamlı olarak daha yüksek gözlenmiştir. Cerrahi türünde TL yanında PL, PL ve tek taraflı boyun diseksiyonu, PL ve çift taraflı boyun diseksiyonu olan katılımcılar dahil edilmiştir. Ölçek toplam puanları incelendiğinde; TL'li bireylerin ortalama puanları (Ort= 44.69; SS= 19.17), diğer gruplarda yer alana bireylerden anlamlı olarak daha yüksek gözlenmiştir. Benzer bulgu, TL lehine çevresel (Ort= 24.07; SS= 10.72) ve tutumsal (Ort= 17.00; SS= 9.68) alt alanlarda da gözlenmiştir. Ancak, genel alt alan puanları dikkate alındığında, farklı dört katılımcı gruplarının puanları arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Larenjektomi sonrası geçen süre dikkate alındığında, ölçek toplamı ve alt alan puan ortalamaları açısından 1-5 yıl, 6-10 yıl, 10 yıl ve üzerinde olan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Sonuç olarak, TR-SECEL'in Türkçe konuşan ve TL'li bireylerin YK düzeylerini incelemeye kültürel ve dilsel olarak uygun bir değerlendirme aracı olduğu ifade edilmiştir. Ölçeğin puanlamasına dair Yöntem bölümünde bilgi sunulmuştur.

2.3.1. TL Sonrası YK'yi Etkileyen Faktörler

LK'ye dair gelişmiş tedavi yöntemlerine rağmen; TL'li bireyler larengeal bölgedeki ses kaybının ötesinde (ve bu kayba ek olarak) ciddi sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar (Kazi

ve diğ., 2010). Bu sorunların başında, bireyin solunum ve yutma gibi temel işlevleri etkilenmektedir (Souza ve diğ., 2020). Ayrıca; nazal fonksiyon kaybı, öksürük, akciğer fonksiyon değişiklikleri, trakeostomal komplikasyonlar ve ömür boyu süren işlevsel ve psikolojik sorunlar gözlenmektedir (Perry ve diğ., 2015). LK ile ilişkili tedaviler, bireylerin sosyal yaşamını etkilediği kadar YK'yi de etkilemektedir (Souza ve diğ., 2020; Wulf ve diğ., 2022). Bu sebepten, cerrahi tedaviler yerine larengeal yapıyı koruyan tedavilerin LK sonrasında uygulanması önerilmektedir (Wulf ve diğ., 2022). Perry ve diğ. (2015) çalışmalarında yüksek seviyede gözlenen depresyon, anksiyete ve stres seviyelerini boyun bölgesindeki kalıcı stomadan dolayı TL'li bireylerin dış görünüşlerindeki değişiklik ve deneyimledikleri yutma güçlüğü gibi işlevsel sorunlara dayandırmaktadır. Ayrıca, bu sorunları TL'li bireylerin işe dönüş sağlayamamalarının sebebi olarak göstermektedir. Bu duruma bağlı olarak maddi kayıplar yaşanmakta, TL'li bireyler sosyal yaşamdan yalıtılmakta ve özsaygı düzeylerinde azalma gözlenmektedir. Dolayısıyla, YK düzeyleri olumsuz yönde etkilenmektedir (Perry ve diğ., 2015).

Singer ve diğ. (2014) LK'si olan bireylerin YK seviyesinin onkolojik tedavinin başlangıcından 2 ay sonra olumsuz etkilenmeye başladığını, ancak tedavinin bitiminden sonraki yıl boyunca bu etkinin kademeli olarak ortadan kaybolduğunu ifade etmektedir. Ağız kuruluğu, yapışkan tükürük, tat alma, cinsellik, dişler, ağzın açılması gibi fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunların devam ettiğini gözlemektedir. Ancak, TL ile tedavi edilen bireylerin sağlıkla ilgili YK tedavi sırasında düşme eğilimi gösterse de bu eğilim ameliyattan sonra yaklaşık 12 ay sonra stabilize olmaktadır. Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlara ek olarak yutma, konuşma gibi alanlarda TL'nin kalıcı etkileri olmasına rağmen, TL'li bireyler genellikle tedavi sonrasında uzun dönem sağlıkla ilgili iyi bir YK'ye sahip olmaktadır (Souza ve diğ., 2020).

Ancak; sözel ve sözel olmayan iletişim ile sosyal etkileşim büyük ölçüde baş ve boyun bölgesinin yapısal ve işlevselliğinin bütünlüğüne bağlı olarak gerçekleşmektedir. Tüm bunlar bireyin yakın çevresi ile birlikte toplumun diğer üyeleriyle sosyal bağ kurmasında ve sosyal açıdan toplumla bütünleşmesinde temel araçlar olmaktadır. TL ameliyatı sonrasında ortaya çıkan ses kaybı; TL'li bireylerin bu araçlardan yeterince faydalanmamasına neden olmaktadır. Yaş, cinsiyet, kullanılan larengeal konuşma tipi, uygulanan tedavi ve TNM evresi gibi TL sorasındaki YK'yi etkileyen faktörler ile ilgili alanyazında çok sayıda çalışma mevcuttur (Eadie ve Bowker, 2012). Buna rağmen, TL'li bireylerin YK düzeylerini ve/veya YK ile ilgili görüşlerini değerlendiren az sayıda çalışma bulunmaktadır (Çetinkaya, 2019; Mertl ve diğ.,

2018). İlgili çalışmaların sunduğu bulgular, TL'li bireylerin (1) sağlık durumundan ötürü sosyal etkileşimleri sırasında olumsuz duygular (endişe, gibi) deneyimledikleri, (2) aile ilişkileri ve iş yaşamlarının söz konusu olumsuz duygularla mücadele etmede önemli olduğunu (Mertl ve diğ., 2018); (3) YK'nin TL'li bireylerin ses müdahalesi ve rehabilitasyonunda mutlaka dikkate alınması gerektiğini göstermektedir (Çetinkaya, 2019).

Sonuç olarak, TL'li bireylere uygulanan tedaviler fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevler üzerinde etkiye sahip olmakla birlikte YK düzeylerini olumsuz yönde etkilemektedir. TL sonrası YK'yi etkileyen faktörleri incelemek, sadece TL'li bireylerin sağaltımını değil, aynı zamanda bu bireylerin tam iyilik halini sağlamayı amaçlayan klinisyenler ve araştırmacılar için büyük önem taşımaktadır (Rossi ve diğ., 2014). İlerleyen bölümde bu faktörler üzerinde yapılan çalışmalar yer almaktadır.

2.3.2. Demografik Değişkenler, Alerengeal İletişim Aracı ve TL Sonrası Geçen Süre

Souza ve diğ. (2020) Portekizce konuşan ve TL'li bireylerin YK'sini incelemek için 95 bireye UW-QOL aracını uygulamış, kesitsel bir çalışma gerçekleştirmiştir. Katılımcıların ortalama yaşı 57.7, ameliyat sonrasında ortalama geçen süre 47.5 ay ve ortalama bileşik UW-QOL skoru 80.4 olarak belirtilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin %90.5'inin erkek olduğu, %51.6'sının düşük eğitim düzeyine sahip olduğu, %64.2'sinin T4 evresinde olduğu, %87.4'ünün RT aldığı ifade edilmiştir. Ayrıca, katılımcıların ağırlıklı olarak TK (%43.2) ve ÖK (%23.2) kullandığı ifade edilmiştir. Katılımcılar iki yaş ve eğitim gruplarına ayrılmıştır: 60 yaş altı ve üstü; 1-7 yıl ile 8 yıl ve üzeri. Çalışmada sadece T3 ve T4 evrelerinde olan bireylerin yer aldığı gözlenmiştir. Katılımcılar TL sonrasında geçen süre açısından iki gruba ayrılmıştır: 2 yıl altı ve üzeri. Subjektif yanıtlar dikkate alındığında TL'li bireylerin çoğunluğu (%38.9) kanser tanısı almadan önceki aya kıyasla şu anda kendilerini çok daha iyi hissettiklerini bildirmiştir. Sağlıkla ilgili YK'yi nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda, iyi olduğunu düşünenlerin çoğunlukta olduğu (%43.2) ve bireysel iyi olma hali göz önünde bulundurulduğunda çoğunun iyi bir YK'ye sahip olduğu (%46.3) gözlenmiştir. Genel YK bireylerin %83.2'si tarafından iyi ile mükemmel olarak değerlendirilmiştir. Demografik değişkenler incelendiğinde; erkek TL'li bireylerin birçok alanda daha iyi puanlar sergilediği gözlenmiştir, ancak sadece ruh hali alanında erkek katılımcılar istatistiksel olarak kadın katılımcılardan daha yüksek puan sergilemiştir. Çalışmanın yazarları bu bulguyu temkinli bir şekilde değerlendirmek gerektiğini belirtmiştir, çünkü erkek katılımcıların sayısı 86 iken kadın katılımcılarda bu sayının dokuz olduğu ifade edilmiştir. Yaş grupları ve eğitim grupları açısından farklı alanlardan elde edilen puanlar

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Ameliyatın üzerinden iki yıl ve daha fazla geçen katılımcıların özellikle konuşma alanında istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha iyi YK'ye sahip olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca, TK kullanan bireylerin diğer yöntemleri kullanan bireylere kıyasla daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğu belirtilmiştir (Souza ve diğ., 2020).

Perry ve diğ. (2015) Avustralya'da yaşayan, yaşları 46-88 arasında değişen (Ort= 69.1; SS= 8.8), 70'inin erkek ve 56'sının lise mezunu olduğu 83 TL'li bireyi çalışmalarına dahil etmiştir. Çalışmada TL'li bireylerin YK, işlevsellik (konuşma, yutma), psikolojik iyi olma hali ve genel özyeterlik düzeylerini değerlendiren dört farklı ölçüm aracı kullanılmıştır. Bu ölçüm araçları şu şekildedir: (a) WHOQOL-Bref (Murphy ve diğ., 2000); (b) Konuşma ve yutma durumunu değerlendirmek için Avustralya Terapi Çıktıları Ölçümleri'nin (ing. "Australian Therapy Outcome Measures", AusTOMs, Perry ve Skeat, 2004) etkinlik alanı; (c) Psikolojik iyi olma hali için Depresyon, Endişe ve Stres Ölçekleri formu (ing. "Depression, Anxiety, and Stress Scales", DASS-21, Lovibond ve Lovibond, 1995); (d) Algılanan özyeterlik düzeyleri için Genel Özyeterlilik Ölçeği (ing. "General Self-Efficacy Scale", GSES, Schwarzer ve Jerusalem, 1995). Katılımcıların LK tanısı sonrasında geçen sürenin 6 ay-36 yıl arasında değiştiği, ortalama 9.5 yıl olduğu belirtilmiştir. Katılımcıların 74'ü (%89.2'si) TL ameliyatını geçireli 12 ay ve daha uzun süre olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, TL ameliyatı öncesinde katılımcıların 30'u (%50.8'i) RT almıştır. WHOQOL-Bref bulguları incelendiğinde; Avustralya popülasyonundan elde edilen normatif verilerle TL'li bireylerin puanları karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırma sonucunda; fiziksel sağlık ve sosyal ilişkilerde TL'li bireylerin Avustralya normlarından anlamlı olarak daha düşük puanlar aldığı gözlenmiştir. Ancak, bu anlamlı farklılıkları psikolojik veya çevresel alanlarda gözlenmemiştir. DASS-21 skorları incelendiğinde; depresyon ve endişe alanında alınan puanlar Birleşik Krallık'ta yaşayan bireylerden elde edilen normatif verilerle kıyaslandığında anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Depresyon, endişe ve stresin WHOQOL-Bref'in fiziksel sağlık alanıyla ilişkili olduğu; depresyon, stres ve özyeterliliğin psikolojik alanla ilişkili olduğu gözlenmiştir. Son olarak, yapılan regresyon analizleri sonucunda; yaş, cinsiyet ve tanı sonrasında geçen sürenin bir arada YK'deki değişkenliğin önemli bir kısmını açıklamadığı ifade edilmiştir. Fiziksel sağlığın yordayıcılarının tanı sonrasında geçen yıl, depresyon ve endişe olduğu belirtilmiştir. Depresyonun psikolojik alanla önemli şekilde ilişkili olan tek değişken olduğu ifade edilmiştir.

Sosyal ilişkiler alanında yaş ve depresyonun önemli yordayıcılar olduğu bulunmuştur. Yaş değişkeni ise çevresel alanın tek yordayıcısı olmuştur (Perry ve diğ., 2015).

Eadie ve Bowker (2012), yaş, cinsiyet, TL sonrası geçen süre, T evresi, RT alıp olmama, alerengeal konuşma yöntemi değişkenleri ile başa çıkmanın genel YK, BBK'ya özgü YK ve T1 sonrasında sesle ilişkili YK'yi yordayıp yordamadığını incelemek için bir çalışma gerçekleştirmiştir. Çalışmaya 67 TL'li birey dahil edilmiştir. TL sonrası geçen sürenin en az 9 ay olduğu belirtilmiştir. 44-89 yaş aralığındaki (ort. yaş= 63 yıl) katılımcıların 51'inin erkek olduğu, TL sonrası geçen sürenin 9-333 ay aralığında olduğu (Ort.= 84 ay) ifade edilmiştir. Çalışmada üç ölçüm aracı kullanılmıştır: (a) Başa Çıkma Yolları ölçeğinin kanser versiyonu (ing. "the Ways of Coping-Cancer Version", WOC-CV, Dunkel-Schetter ve diğ., 1992); (b) SİYKÖ ve (c) UW-QOL skorları. UW-QOL'de global YK puanı doğrudan son yedi gün içinde genel YK'yi değerlendirmeye yönelik sorulan soruya verilen yanıt karşılık gelmiştir. Bulgular; öncelikle bileşik UQ-QOL skor ortalamasının 76.62 (SS=13.53) olduğunu; UW-QOL global puanının daha düşük olduğunu göstermiştir (Ort.= 68.66, SS= 18.16). SİYKÖ puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu raporlanmıştır. Yukarıda belirtilen değişkenlerle YK arasında ilişkinin olup olmadığını anlamak için korelasyon analizleri kullanılmıştır. Bulgular, TL sonrası geçen süre ile YK arasında orta düzey ilişki göstermiştir; süre uzadıkça YK'nin daha iyi olduğu gözlenmiştir. Zayıf olsa da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yaş değişkeni ile bileşik UW-QOL skorları arasında bulunmuştur; daha yaşlı bireylerin daha yüksek YK puanlarına sahip olduğu gösterilmiştir. Farklı alerengeal konuşma yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (EL Or.=77.28, SS= 9.29; TK Ort.=66.45, SS= 19.31; ÖK Ort.= 72.94, SS= 24.33). Yapılan doğrusal regresyon analizi sonucunda; yaş, TL sonrası geçen süre, alerengeal konuşma yöntemleri global YK puanının sadece %5'ini açıklarken; aynı değişkenler bileşik UW-QOL ve SİYKÖ puanlarındaki varyansın %25-30'unu açıklamıştır. İlgili ölçeklere ait puanlarda gözlenen varyans incelendiğinde; TL sonrası geçen süre varyans miktarını en çok yordayan değişken olmuştur. Alerengeal konuşma yönteminin sesle ilişkili YK'nin en güçlü yordayıcısı olduğu ifade edilmiştir (Eadie ve Bowker, 2012).

Williamson ve diğ. (2011) LK'ye sahip 41 bireyin YK'sini UW-QOL ile değerlendirmiştir. Tedaviden sonra geçen sürenin medyan değerinin 18.5 ay (2-55 ay aralığında) olduğu ifade edilmiştir. Katılımcıların ortalama yaş değerinin 69.9 olduğu (52-90 aralığında); 32'sini erkek; 17'sinin T1 evresinde, sekizinin T2 evresinde, 10'unun T3 evresinde ve altısının T4 evresinde olduğu ifade edilmiştir. Katılımcıların 11'i birleşik müdahale

(ameliyat + KT ve/veya RT), 26'sı primer RT ve kalan dördü de kemoradyoterapi almıştır. Genel YK'nin tüm katılımcılarda ortalama 81.1 olduğu (51-100 aralığında) ifade edilmiştir. Bireylerden 30'u (%73'ü) YK düzeylerinin son yedi günde tedavi öncesine kıyasla "iyi" ya da daha iyi olduğunu; dokuzu (%22) "orta" YK ve ikisi (%5'i) "zayıf" (veya kötü) YK deneyimlediklerini belirtmiştir. "Çok kötü" (veya çok zayıf) YK düzeyi bildiren katılımcıya rastlanmamıştır. YK alanında en düşük puanın verildiği alanın tükürük üretimi olduğu; mükemmel YK ise mide bulantısı (nausea) alanında olduğu ifade edilmiştir. Katılımcılar ortalama yaş değeri olan 69.9 yılın altında ve üstünde olacak şekilde iki gruba ayrılmıştır. Genel ve özgül YK alan puanları incelendiğinde iki grup arasında herhangi bir anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Tedaviden sonra geçen süreye ait medyan değer olan 18.5 ayın altında ve üstünde olacak şekilde katılımcılar iki gruba ayrılmıştır. Benzer şekilde, iki grup arasında YK puanları açısından anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Global YK puanları T evresi 2 ve 2'den küçük olan bireylerde (medyan global YK puanı 100 üzerinden 90.1) diğer bireylere (T3 ve T4; medyan değer 71.6) göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Global YK puanları açısından primer RT alan bireyler, diğer iki grupta yer alan bireylere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek YK puanı bildirmiştir (medyan global YK puanı 90.0). Kemoradyoterapi ve birleşik müdahale uygulanan bireyler, primer RT alan bireylere kıyasla birçok alanda olumsuz düzeyde YK bildirmesine rağmen, bu bulgu özellikle sosyal yemek yeme, tat ve tükürük üretimi alanlarında daha çok belirgin olmuştur. Kemoradyoterapi ve birleşik müdahale alan gruplar arasındaki karşılaştırma tükürük üretiminin kemoradyoterapi alan bireylerde (medyan değer 16.5/100), diğer gruptaki bireylere kıyasla (medyan değer 67.0/100) anlamlı olarak daha düşük olduğunu göstermiştir. Birleşik müdahale alan bireyler kemoradyoterapi alan bireylere kıyasla konuşma, omuz fonksiyonu ve lenf ödem açısından daha kötü, ancak tat açısından daha iyi YK puanları bildirmelerine rağmen, bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir (Williamson ve diğ., 2011).

Oozeer ve diğ. (2010) Baş ve Boyun Kanseri için Performans Durumu Ölçeği (ing. "*Performance Status Scale for Head and Neck Cancer*", PSS-HN, List ve diğ., 1996) isimli ölçüm aracını kullanarak bir çalışma gerçekleştirmiştir. Çalışmaya ortalama yaş değeri 64 (37-96 aralığında) olan 79 TL'li birey dahil edilmiştir. TL sonrası geçen sürenin ortalama 22.6 ay olduğu ifade edilmiştir (1.2-219.5 ay aralığında). Ölçek içinde beslenmenin normal oluşu, toplum içinde yemek yeme ve konuşmanın anlaşılabilirliği için elde edilen ortalama puanlar sırasıyla 81.6 (SS= 29.2), 77.8 (SS=30.2) ve 65.2 (SS=23.5) olmuştur. Beslenmenin normal

oluşu kısmı TL sonrasında geçen altı ay içinde daha yüksek skorlar göstermiştir ve sonrasında durağan bir seyir izlemiştir. TL sonrası altı aydan daha kısa ve uzun süre geçen bireylerin puanları karşılaştırıldığında; konuşmanın anlaşılabilirliği ve toplum içinde yemek yeme alanlarına ilişkin puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Konuşma anlaşılabilirliği kısmında altı aydan kısa, 6-12 ay, 12 ay ve sonrasındaki süreler arasında da istatistiksel farklılık gözlenmiştir; bu farklılık konuşma anlaşılabilirliğine dair puanların zaman içinde yükseldiğini göstermiştir. Konuşma anlaşılabilirliği ve toplum içinde yemek yeme skorlarının TL sonrasında geçen zamana göre değişiklik göstermesinin; sosyal etkileşim durumlarında artan özgüveni ve cerrahi ses restorasyonuna yönelik uyumlanmayı yansıttığı ifade edilmiştir (Oozeer ve diğ., 2010).

Vilaseca ve diğ. (2006), SF-12 ve UW-QOL ölçeklerini kullanarak TL itibarıyla iki yıldan fazla süre geçen 49 bireyi dahil ederek kesitsel bir çalışma gerçekleştirmiştir. 2 yıldan daha az süre TL olan bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir. 49 bireyin yaş ortalaması 62.77 (SS= 8.4; 44-82 yaş aralığında); %54.2'si erkek; TL sonrası geçen süre ortalama 9.09 yıl (SS= 7.01; 2-29 yıl aralığında) şeklinde raporlanmıştır. TL 27 bireyde ilk tedavi olurken; 22 bireyde kurtarma ameliyatı işlevi görmüştür. Dokuz birey TL'yi tek bir işlem şeklinde alırken; 40 birey operasyon öncesi veya sonrası radyasyon almıştır; yedi birey kemoterapi almıştır. Katılımcılardan 31'i TK, dokuzu EL, yedisi de ÖK kullanmıştır. Bununla birlikte, 10 bireyin birden fazla alerjenal konuşma yöntemini düzenli şekilde kullandığı ifade edilmiştir. UW-QOL skorları incelendiğinde; en düşük puanların tat ve görünüm alanında olduğu gözlenmiştir. Erkek katılımcıların kadınlardan yutma alanında daha yüksek puan aldığı gözlenmiştir. TL olduktan sonra 5 yıl ve daha uzun süre geçen bireylerin etkinlik ve endişe alanlarında daha yüksek puan sergilediği gözlenmiştir. Bireyin TK kullanıp kullanmamasına bağlı olarak konuşma alanında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. TK kullanan bireyler ağrı alanında daha düşük; omuz ve tükürük alanlarında daha yüksek puanlar sergilemiştir. Konuşma alanı radyasyon almayan bireylerde anlamlı olarak daha yüksek olmuştur. Benzer şekilde, bu grupta daha düşük endişe ve ağrı puanları gözlenmiştir. Lojistik regresyon bulguları; yaş değişkeninin görünüm ve endişe alanındaki puanların yordayıcısı olduğu (daha genç bireyler daha fazla endişe ve görünümleri ile ilgili daha fazla tatminsizlik yaşarken); yutma sorunlarının kadınlarda erkeklere nazaran gözlenmesinin daha muhtemel olduğu; radyasyon alan bireylerin konuşma ve endişe alanlarında daha fazla zorluk yaşadığını göstermiştir (Vilaseca ve diğ., 2006).

2.3.3. TL Sonrası Dil ve Konuşma Terapistlerinin Rolü

Longobardi ve diğ. (2019); İtalyanca konuşan 32 TL'li bireye uyguladıkları ses rehabilitasyonunun birtakım ölçekler üzerinden etkilerini inceledikleri çalışmalarında INFV₀ (Moerman ve diğ., 2006) I-SECEL, WHOQOL-Bref ve Belirti Tarama Listesi-90-Revize (ing. “*Symptom Check List-90-Revised*”, Derogatis, 1994) kullanmıştır. Ses rehabilitasyonu sürecinde DKT ile psikolog birlikte yer almıştır. Sonuç olarak; duygusal durum, YK, konuşma çıktıları, alerengeal sesin kabulü, günlük yaşamda bireyin kendi sesine duyduğu güveni (örn. telefon kullanımı, gürültülü ortamlarda sesin kullanımı) üzerinde ses rehabilitasyonunun olumlu etkileri olduğu ifade edilmiştir. Rehabilitasyon öncesi ve sonrasında I-SECEL'in çevre alanında belirtilen puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilmiştir (Longobardi ve diğ., 2019).

Tuomi (2013), SECEL'in İsveççe versiyonunu (S-SECEL) kullanarak TL sonrası katılımcılara uygulanan ses rehabilitasyonunun katılımcılar tarafından algılanan etkisini incelemiştir. Çalışmaya 79 birey katılmıştır. Bulgular katılımcıların %81'inin ses ve iletişim işlevinde ilerleme (veya iyileşme) deneyimlediğini göstermiştir. Ses rehabilitasyonu alan bireylerin birçoğunda söz konusu iyileşmelerin gözlenmesi rehabilitasyonun bireyin üzerindeki olumlu etkilerine işaret etmiştir (Tuomi, 2013).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde çalışmaya ait araştırma modeli, etik kurul izni, katılımcı bilgileri, veri toplama araçları ve ortamı ile veri analizine dair kapsamlı bilgiler sunulmuştur.

3.1. ARAŞTIRMA MODELİ

TL’li bireylerin TR-SECEL ve TR-UW-QOL ölçüm araçları kullanılarak YK düzeylerinin değerlendirildiği bu çalışma karşılaştırmalı, ilişkisel, betimsel bir çalışmadır. Çalışmanın bağımlı değişkenleri TR-SECEL ve TR-UW-QOL skorları iken; bağımsız değişkenleri yaş, eğitim, alerengeal iletişim aracı, TL sonrası geçen süredir.

3.2. ETİK KURUL İZİNİ

Çalışmada kullanılan TR-SECEL ve TR-UW-QOL ölçüm araçlarının kullanılabilmesi için ölçüm araçlarına ait formlara Uzuner (2021) ve Şenkal ve diğerlerinden (2012) erişim sağlanmıştır. Çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve uygun görülmüştür (Tarih: 25.08.2022, No: 2022-08/84).

3.3. KATILIMCI BİLGİLERİ

Çalışmaya toplam 39 TL’li birey dahil edilmiştir. Katılımcıların çalışmaya dahil edilmesi için gerekli ölçütler şunlardır: (i) TL ameliyatı olmak, (ii) TL sonrasında ÖK, TK veya EL konuşma biçimlerinden birini aktif kullanıyor olmak, (iii) Ses üretimi için kullanılan cihaz ya da protezin sorunsuz çalışıyor olması, (iv) Halihazırda alerengeal konuşma biçimini en az altı aydır kullanıyor olmak, (v) Ana dili Türkçe olmak, (vi) En az okuma-yazma biliyor olmak (1 yıl eğitim almış olmak).

3.3.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Çalışmaya dahil edilen bireylerin yaş ortalaması 62.10 (SS= 9.81), yaş aralığı da 40-82 arasında gözlenmiştir. TL sonrası geçen süre ortalaması 103.59 ay (SS= 88.76; 8-342 ay aralığında) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların 38’i erkek, 1’i kadındır. Eğitim durumu

değerlendirildiğinde, katılımcıların 26'sı 1-8 yıl arasında ve 13'ü 9 ve üzeri yıl eğitim görmüştür (Eğitim Ort.= 7.79 yıl, SS= 4.42; 1-16 yıl aralığında). Çalışma durumu dikkate alındığında, 31 katılımcının emekli olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların 37'si evli veya nişanlıken, 2'si bekerdir. Katılımcıların demografik bilgileri Tablo 3.1'de sunulmuştur.

Tablo 3.1. Katılımcı özellikleri

Katılımcılar	<i>N</i>
Yaş	
40-59 yaş	16
60-82	23
<i>Ort. (SS)</i>	62.10 (9.81)
Cinsiyet	
Kadın	1
Erkek	38
Eğitim Durumu (Yıl)	
1-8 yıl	26
9 ve üzeri	13
<i>Ort. (SS)</i>	7.79 (4.42)
Çalışma Durumu	
Çalışıyor (Kendi işi, tam zamanlı, yarı zamanlı)	7
Çalışmıyor	1
Emekli	31
Medeni Durum	
Evli/Nişanlı	37
Bekar	2
Alergeal İletişim Aracı	
TK	22
ÖK	16
EL	1
TL Sonrası Geçen Süre (Ay)	
8-63 ay	16
64-120 ay	9
121 ve üzeri	14
<i>Ort. (SS)</i>	103.59 (88.76)
Adjüvan (Destekleyici) Müdahale	
RT	14
RT + KT	14
Almadı	4
Bilinmiyor	7
TL Öncesi ve/veya Sonrası RT Alma	
Öncesinde	1
Sonrasında	25
Öncesinde ve Sonrasında	2

3.3.2 Veri Toplama Ortamı

Çalışmanın verileri Eylül 2022-Mayıs 2023 tarihleri aralığında toplanmıştır. Çalışmanın verileri COVID-19 pandemisi sebebiyle fiziksel teması en aza indirmek amacıyla çevrimiçi ortamda Google forms kullanılarak toplanmıştır. Çalışmanın yazarı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde dil ve konuşma terapisti olarak çalışmakta ve neredeyse tamamen TL'li bireylere ses rehabilitasyonu sunmaktadır. Bu sebepten, çalışmanın katılımcıları belirtilen hastanede tedavi olan veya geçmişte olmuş TL'li bireylerden oluşmuştur. Google forms linki içinde ilk sayfada dahil etme kriterlerine uyan katılımcılara çalışma hakkında detaylı bilgi verilmiş ve bilgilendirilmiş gönüllü onam formuna yazılı bir şekilde onay vermeleri (onay kutucuğunu işaretlemeleri) beklenmiştir. Devamında katılımcılardan demografik bilgilerini, TR-SECEL maddelerini ve TR-UW-QOL maddelerine yanıt vermeleri beklenmiştir.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.4.1. Demografik ve TL'ye İlişkin Bilgi Formu

Bu form içinde katılımcının yaşı, cinsiyeti, doğum tarihi, eğitim düzeyi, çalışma durumu, medeni durumu, alerengeal iletişim aracı, TL sonrası geçen süre; adjüvan (destekleyici) müdahale alıp almadığına yönelik bilgiler sorgulanmıştır.

3.4.2. TR-SECEL

TR-SECEL toplamda 35 maddeden oluşmaktadır: Genel, çevre ve tutum şeklinde üç alt alan barındırmaktadır. TR-SECEL'i dolduran kişilerden ölçek maddelerinde belirtilen durumları şimdi veya son 30 günü dikkate alarak okumaları ve puanlamaları beklenmektedir. İlk 34 madde 0-3 arasında derecelendirilirken (0= hiçbir zaman; 1= bazen; 2= sık sık; 3= her zaman), puanlamasının oldukça kolay olduğu görülmektedir. Her bir maddeye verilen yanıtlara karşılık gelen puanların toplam skorları 0 ile 102 arasında değişmektedir (3 alandan her birinin toplamı 34 X 3). TR-SECEL'den alınan puan ne kadar yüksekse katılımcının sese uyum sağlamada daha fazla zorlandığı (veya daha düşük puan alınması durumunda tersinin söz konusu olduğu) anlaşılmaktadır (Uzuner, 2021).

Alt alanların hesaplanması sürecinde dikkat edilmesi gereken işlemler şu şekilde belirtilmektedir: (a) TR-SECEL'deki ilk beş madde genel alt alan ile ilişkilidir. Bu maddelerde ters puanlama yöntemi kullanılmaktadır. Bu beş madde içinde olumsuz tanımlama

gözlenmediğinden katılımcıların bu maddelere verdikleri puanlar 0 ise 3, 1 ise 2, 2, ise 1, 3 ise 0 şeklinde puanlanmıştır. Genel alt alanda birey ne kadar yüksek puan alırsa, bu durum iletişim deneyimlerine yönelik genel bir uyumda daha fazla problem yaşadığını göstermektedir. (b) 6-19 numaralar arasındaki 14 madde Çevresel alt alana karşılık gelmektedir. İlgili alt alandan alınabilecek toplam puan 0-42 aralığındadır (14 X 3). Bu alt alandan birey ne kadar yüksek puan alırsa, bu durum TL'li bireyin belirli ortam ya da durumlarda daha fazla sıkıntı yaşadığını göstermektedir (Blood, 1993; Uzuner, 2021). (c) 20-34 numaralar arasındaki 15 madde Tutumsal alt alana karşılık gelmektedir. İlgili alt alandan alınabilecek toplam puan 0-45 aralığındadır (15 X 3). Bu alt alandan birey ne kadar yüksek puan alırsa, bu durum TL'li bireyin iletişim deneyimleri ve bu deneyimlere genel bir uyumda bir o kadar fazla zorluk yaşadığını göstermektedir (Blood, 1993; Uzuner, 2021).

Ölçeğin orijinal çalışmasında bireylerin toplam skorunun 36 ve daha düşük olması (SS=12) TL sonrası sürece bireyin yeterli uyum sağladığını, destek veya terapiye gereksinimi olmadığını göstermektedir. Ölçek toplam skorunun 60 ve üstünde olması TL sonrası sürece uyum sağlamada sorun olduğunu, kesinlikle destek ve terapi alması gerektiğini göstermektedir (Uzuner, 2021).

3.4.3. TR-UW-QOL

TR-UW-QOL 12 alandan oluşmaktadır: Ağrı, dış görünüş, aktivite, eğlence, yutma, çiğneme, konuşma, omuz fonksiyonu, tat, tükürük, ruh hali ve endişe. Bu alanlar 3, 4 veya 5 seçeneklidir. En kötü cevap 0 olarak puanlanırken en iyi cevap 100 olarak puanlanmaktadır: 3 şıklı maddelerde skorlar 0, 50 ve 100; 4 şıklı maddelerde skorlar 0, 33, 67, 100; 5 şıklı maddelerde skorlar 0, 25, 50, 75, 100 şeklinde sıralanmaktadır. Bileşik skor bu 12 maddenin puanlarının aritmetik ortalaması alınarak elde edilmektedir. Daha yüksek bir puan, daha iyi bir YK'ye karşılık gelmektedir. Ayrıca; form içinde katılımcılara üç ayrı genel soru sorulmaktadır. Bu sorulardan ilki katılımcının kanser öncesindeki durumu ile karşılaştırıldığında şimdi nasıl hissettiği; ikincisi sağlıkla ilişkili YK hakkında; sonuncu ise genel YK ile ilgilidir. Bu üç genel soru bileşik skor hesaplamasına dâhil edilmemekte, kendi içinde analiz edilmektedir. Birey tarafından iki ya da daha fazla alana (veya madde) yanıt verilmediğinde bileşik skor hesaplanmamaktadır (Şencan ve diğ., 2012).

3.5. VERİ ANALİZİ

Veri analizinde SPSS v26 paket programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığını belirlemek için çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiştir. Değerler aşağıdaki tabloda sunulmaktadır.

Tablo 3.2. Çarpıklık ve basıklık katsayı değerleri

Ölçüm Araçları	Çarpıklık	Basıklık
TR-SECEL Genel Alt Alan	0.580	0.652
TR-SECEL Çevresel Alt Alan	0.352	-0.211
TR-SECEL Tutumsal Alt Alan	1.068	1.068
TR-SECEL Toplam	0.939	0.861
TR-UW-QOL Toplam	-0.588	-0.179

Toplam TR-SECEL ve TR-UW-QOL puanları -1 ve +1 aralığında olduğu için verilerin normal dağılım gösterdiği sonucuna varılmıştır. Yaş (60 yaş altı ve üstü), eğitim (1-8 yıl ile 9 ve üzeri yıl) ve alerengeal iletişim yöntemleri (TK ve ÖK) açısından ölçüm araçlarından alınan puanlar arasında farklılık olup olmadığını belirlemek üzere bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. EL kullanan kişi sayısı bir olduğundan EL kullanan bireyin doldurduğu ölçüm araçlarına dair puanlar dâhil edilmemiştir. TL sonrası geçen süre için üç farklı grup (8-63 ay; 64-120 ay; 121 ve üzeri ay) olduğundan tek yönlü varyans analizi testi kullanılmıştır, post hoc testi için Bonferroni kullanılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda eşit örneklem gerektirmediği için Bonferroni tercih edilmiştir (Field, 2018). Yaş, eğitim ve TL sonrası geçen süre ile ölçek puanları arasında korelasyon olup olmadığını gözlemlemek amacıyla Pearson momentler çarpım korelasyonu uygulanmıştır. Pearson korelasyon katsayısı değeri 0-0.30 arasında düşük, 0.30-0.70 arasında orta, 0.70-1.00 arasında yüksek olarak kabul edilmiştir. Bulgular %95 güven aralığında değerlendirilirken, istatistik anlamlılık seviyesi 0.05 düzeyinde kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Bu bölümde uygulanan analizler sonrasında elde edilen bulgular sunulacaktır.

(1) Tüm katılımcılara ait TR-SECEL ve TR-UW-QOL kapsamındaki maddelere ve alt alanlara ait puanların betimsel istatistik değerleri (Ort. ve SS) nasıldır?

Katılımcıların tümüne ait TR-SECEL alt alan puan ortalamaları 5.13 ile 18.82 aralığında gözlenmektedir. TR-SECEL toplam puan ortalamasının 36.82 olduğu görülmektedir (bkz. Tablo 4.1.). Genel alt alan puanları 1-11 aralığında; Çevresel alt alan puanları 1-39 aralığında; Tutumsal alt alan puanları 0-44 aralığında; TR-SECEL toplam puanları ise 6-89 aralığında gözlenmektedir.

Tablo 4.1. Tüm katılımcılara ait TR-SECEL puanlarına ait betimsel istatistik değerleri

Ölçüm Araçları	Ort.	SS
<i>TR-SECEL</i>		
Genel Alt Alan	5.13	2.04
Çevresel Alt Alan	18.82	9.48
Tutumsal Alt Alan	12.87	10.28
Toplam Puan	36.82	18.36

Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma

Katılımcıların tümüne ait TR-UW-QOL maddelerine verdikleri puan ortalamalarının 52.33 (Omuz) ile 89.10 (Ağrı) aralığında olduğu gözlenmektedir. TR-UW-QOL bileşik puan ortalamasının 925.54 olduğu gözlenmektedir (bkz. Tablo 4.2.). TR-UW-QOL'e ait bileşik skor ise 558-1167 aralığında gözlenmektedir.

Tablo 4.2. Tüm katılımcılara ait TR-UW-QOL puanlarına ait betimsel istatistik değerleri

Ölçüm Araçları	Ort.	SS
<i>TR-UW-QOL</i>		
Madde 1: Ağrı	89.10	17.95
Madde 2: Görünüş	83.97	20.26
Madde 3: Aktivite	82.05	17.15
Madde 4: Eğlence	78.21	27.01
Madde 5: Yutma	72.79	24.04
Madde 6: Çiğneme	82.05	24.29
Madde 7: Konuşma	72.64	30.56
Madde 8: Omuz	52.33	25.30
Madde 9: Tat	76.10	28.62
Madde 10: Tükürük	83.82	25.20
Madde 11: Moral	73.72	24.29
Madde 12: Endişe	78.74	24.74
Genel 1	59.62	30.68
Genel 2	60.00	18.35
Genel 3	65.13	20.37
Birleşik Skor	925.54	153.12

Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma

(2) Yaş değişkeni dikkate alındığında, TR-SECEL puanları yaş grupları (40-59 ile 60 ve üzeri) arasında farklılık göstermekte midir?

TL’li bireylerin TR-SECEL’e ait genel, çevresel ve tutumsal alt alan puanları ile toplam ölçek puanları yaş gruplarına göre incelenmiştir. 40-59 yaşları arasında yer alan grup ile 60 ve üzerinde olan gruba ait ölçek puanları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. İlgili puanlara ait betimsel istatistik (Ort. ve SS) ve bağımsız örneklem t-testi sonuçları Tablo 4.3’te verilmiştir.

Tablo 4.3. TR-SECEL puanlarının yaş gruplarına göre betimsel istatistik ve bağımsız örneklem t-testi sonuçları

TR-SECEL	Yaş	n	Ort.	SS	sd	t	p
Genel Alt Alan	40-59	16	4.50	1.75	37	-1.638	0.110
	60 ve üzeri	23	5.57	2.15			
Çevresel Alt Alan	40-59	16	20.94	8.67	37	1.168	0.250
	60 ve üzeri	23	17.35	9.93			
Tutumsal Alt Alan	40-59	16	14.75	8.95	37	0.950	0.348
	60 ve üzeri	23	11.57	11.12			
Toplam Puan	40-59	16	40.19	17.37	37	0.954	0.346
	60 ve üzeri	23	34.48	19.04			

n: Kişi sayısı, Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma, sd: Serbestlik derecesi, t: Bağımsız örneklem t-testi değeri, p: Anlamlılık değeri.

TR-SECEL alt alan ve toplam ölçek puanları incelendiğinde, yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı gözlenmiştir: Genel alt alan için $t_{(37)}=-1.638$, $p>0.05$; Çevresel alt alan için $t_{(37)}=1.168$, $p>0.05$; Tutumsal alt alan için $t_{(37)}=0.950$, $p>0.05$; Toplam puan için $t_{(37)}=0.954$, $p>0.05$.

(3) Yaş değişkeni dikkate alındığında, TR-UW-QOL puanları yaş grupları (40-59 ile 60 ve üzeri) arasında farklılık göstermekte midir?

TL'li bireylerin TR-UW-QOL'a ait her bir maddede gözlenen ortalama puanlar yaş gruplarına göre incelenmiştir. 40-59 yaşları arasında yer alan grup ile 60 ve üzerinde olan gruba ait puanlar arasında farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. İlgili puanlara ait betimsel istatistik (Ort. ve SS) ve bağımsız örneklem t-testi sonuçları Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4. TR-UW-QOL puanlarının yaş gruplarına göre betimsel istatistik ve bağımsız örneklem t-testi sonuçları

TR-UW-QOL	Yaş	n	Ort.	SS	sd	t	p
Madde 1: Ağrı	40-59	16	85.94	20.34	37	-0.916	0.365
	60 ve üzeri	23	91.30	16.18			
Madde 2: Görünüş	40-59	16	76.56	23.21	37	-1.976	0.056
	60 ve üzeri	23	89.13	16.55			
Madde 3: Aktivite	40-59	16	79.69	16.37	37	-0.713	0.480
	60 ve üzeri	23	83.70	17.85			
Madde 4: Eğlence	40-59	16	73.44	28.09	37	-0.917	0.365
	60 ve üzeri	23	81.52	26.34			
Madde 5: Yutma	40-59	16	77.19	23.48	37	0.951	0.348
	60 ve üzeri	23	69.74	24.46			
Madde 6: Çiğneme	40-59	16	87.50	22.36	37	1.174	0.248
	60 ve üzeri	23	78.26	25.34			
Madde 7: Konuşma	40-59	16	68.81	31.02	37	-0.647	0.521
	60 ve üzeri	23	75.30	30.64			
Madde 8: Omuz	40-59	16	58.63	22.88	37	1.307	0.199
	60 ve üzeri	23	47.96	26.45			
Madde 9: Tat	40-59	16	70.88	31.97	37	-0.950	0.348
	60 ve üzeri	23	79.74	26.15			
Madde 10: Tükürük	40-59	16	89.63	20.05	37	1.207	0.235
	60 ve üzeri	23	79.78	27.96			

Tablo 4.4. TR-UW-QOL puanlarının yaş gruplarına göre betimsel istatistik ve bağımsız örneklem t-testi sonuçları (devam)

Madde 11: Moral	40-59	16	60.94	25.76	37	-3.018	0.005*
	60 ve üzeri	23	82.61	19.12			
Madde 12: Endişe	40-59	16	77.19	29.09	37	-0.324	0.748
	60 ve üzeri	23	79.83	21.85			
Genel 1	40-59	16	64.06	31.58	37	0.751	0.458
	60 ve üzeri	23	56.52	30.35			
Genel 2	40-59	16	57.50	20.49	37	-0.705	0.485
	60 ve üzeri	23	61.74	16.96			
Genel 3	40-59	16	58.75	22.47	37	-1.668	0.104
	60 ve üzeri	23	69.57	17.95			
Bileşik skor	40-59	16	906.38	158.00	37	-0.647	0.522
	60 ve üzeri	23	938.87	151.74			

* $p < 0.01$, n: Kişi sayısı, Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma, sd: Serbestlik derecesi, t: Bağımsız örneklem t-testi değeri, p: Anlamlılık değeri.

TR-UW-QOL puanları incelendiğinde, Moral maddesinde yaş grupları arasında anlamlı farklılık gözlenmiştir. 60 ve üzeri grupta yer alan TL’li bireylerin moral maddesine verdikleri puanlar diğer gruptan elde edilen puanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Madde 11: Moral için $t_{(37)} = -3.018$, $p < 0.01$). Diğer maddelerde ve bileşik puan ortalamalarında yaş grupları arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

(4) Eğitim değişkeni dikkate alındığında, TR-SECEL puanları eğitim grupları (1-8 yıl ile 9 yıl ve üzeri) arasında farklılık göstermekte midir?

TL'li bireylerin TR-SECEL'e ait genel, çevresel ve tutumsal alt alan skorları ile toplam ölçek puanları eğitim gruplarına göre incelenmiştir. 1-8 yıl arasında eğitim alan grup ile 9 ve üzerinde yıl eğitim alan gruba ait ölçek puanları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. İlgili puanlara ait betimsel istatistik (Ort. ve SS) ve bağımsız örneklem t-testi sonuçları Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5. TR-SECEL puanlarının eğitim gruplarına göre betimsel istatistik ve bağımsız örneklem t-testi sonuçları

TR-SECEL	Eğitim	n	Ort.	SS	sd	t	p
Genel Alt Alan	1-8 yıl	26	5.04	2.02	37	-0.384	0.703
	9 ve üzeri	13	5.31	2.13			
Çevresel Alt Alan	1-8 yıl	26	18.50	10.33	37	-0.295	0.770
	9 ve üzeri	13	19.46	7.84			
Tutumsal Alt Alan	1-8 yıl	26	13.46	11.54	37	0.501	0.619
	9 ve üzeri	13	11.69	7.40			
Toplam Puan	1-8 yıl	26	37.00	20.53	37	0.085	0.933
	9 ve üzeri	13	36.46	13.77			

n: Kişi sayısı, Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma, sd: Serbestlik derecesi, t: Bağımsız örneklem t-testi değeri, p: Anlamlılık değeri.

TR-SECEL alt alan ve toplam ölçek puanları incelendiğinde, eğitim grupları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı gözlenmiştir: Genel alt alan için $t_{(37)}=-0.384$, $p>0.05$; Çevresel alt alan için $t_{(37)}=-0.295$, $p>0.05$; Tutumsal alt alan için $t_{(37)}=0.501$, $p>0.05$; Toplam puan için $t_{(37)}=0.085$, $p>0.05$.

(5) Eğitim değişkeni dikkate alındığında, TR-UW-QOL puanları eğitim grupları (1-8 yıl ile 9 yıl ve üzeri) arasında farklılık göstermekte midir?

TL'li bireylerin TR-UW-QOL'a ait her bir maddede ve bileşik skorda gözlenen ortalama puanlar eğitim gruplarına göre incelenmiştir. 1-8 arasında eğitim alan grup ile 9 ve üzerinde yıl eğitim alan gruba ait puanlar arasında farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. İlgili puanlara ait betimsel istatistik (Ort. ve SS) ve bağımsız örneklem t-testi sonuçları Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6. TR-UW-QOL puanlarının eğitim gruplarına göre betimsel istatistik ve bağımsız örneklem t-testi sonuçları

TR-UW-QOL	Eğitim	n	Ort.	SS	sd	t	p
Madde 1: Ağrı	1-8 yıl	26	89.42	17.56	37	0.156	0.877
	9 ve üzeri	13	88.46	19.40			
Madde 2: Görünüş	1-8 yıl	26	84.62	21.30	37	0.276	0.784
	9 ve üzeri	13	82.69	18.77			
Madde 3: Aktivite	1-8 yıl	26	82.69	18.39	37	0.326	0.746
	9 ve üzeri	13	80.77	14.97			
Madde 4: Eğlence	1-8 yıl	26	75.96	32.00	37	-0.729	0.471
	9 ve üzeri	13	82.69	12.01			
Madde 5: Yutma	1-8 yıl	26	68.08	25.85	37	-1.782	0.083
	9 ve üzeri	13	82.23	17.12			
Madde 6: Çiğneme	1-8 yıl	26	76.92	25.42	37	-1.930	0.061
	9 ve üzeri	13	92.31	18.77			
Madde 7: Konuşma	1-8 yıl	26	76.92	31.01	37	1.246	0.220
	9 ve üzeri	13	64.08	28.90			
Madde 8: Omuz	1-8 yıl	26	47.58	27.14	37	-1.701	0.097
	9 ve üzeri	13	61.85	18.58			
Madde 9: Tat	1-8 yıl	26	78.23	29.77	37	0.652	0.519
	9 ve üzeri	13	71.85	26.78			
Madde 10: Tükürük	1-8 yıl	26	83.38	27.08	37	-0.151	0.881
	9 ve üzeri	13	84.69	21.98			

Tablo 4.6. TR-UW-QOL puanlarının eğitim gruplarına göre betimsel istatistik ve bağımsız örneklem t-testi sonuçları (devam)

Madde 11: Moral	1-8 yıl	26	72.12	25.81	37	-0.577	0.567
	9 ve üzeri	13	76.92	21.55			
Madde 12: Endişe	1-8 yıl	26	73.19	26.72	37	-2.065	0.046*
	9 ve üzeri	13	89.85	15.85			
Genel 1	1-8 yıl	26	60.58	32.53	37	0.273	0.786
	9 ve üzeri	13	57.69	27.73			
Genel 2	1-8 yıl	26	56.92	19.34	37	-1.505	0.141
	9 ve üzeri	13	66.15	15.02			
Genel 3	1-8 yıl	26	62.31	20.65	37	-1.231	0.226
	9 ve üzeri	13	70.77	19.34			
Bileşik skor	1-8 yıl	26	909.12	173.61	37	-0.946	0.350
	9 ve üzeri	13	958.38	98.47			

* $p < 0.05$, n: Kişi sayısı, Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma, sd: Serbestlik derecesi, t: Bağımsız örneklem t-testi değeri, p: Anlamlılık değeri.

TR-UW-QOL puanları incelendiğinde, Endişe maddesinde eğitim grupları arasında anlamlı farklılık gözlenmiştir. 9 ve üzeri yıl eğitim alan grupta yer alan TL’li bireylerin endişe maddesine verdikleri puanlar diğer gruptan elde edilen puanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Madde 12: Endişe için $t_{(37)} = -2.065$, $p < 0.05$). Diğer maddelerde ve bileşik puan ortalamalarında eğitim grupları arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

(6) Alerengeal iletişim aracı değişkeni dikkate alındığında, TR-SECEL puanları TK ve ÖK kullanan bireyler arasında farklılık göstermekte midir?

TL’li bireylerin TR-SECEL’e ait genel, çevresel ve tutumsal alt alan puanları ile toplam ölçek puanları farklı alerengeal iletişim aracı kullanan gruplara göre incelenmiştir. TK ve ÖK kullanan katılımcılara ait ölçek puanları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. İlgili puanlara ait betimsel istatistik (Ort. ve SS) ve bağımsız örneklem t-testi sonuçları Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7. TR-SECEL puanlarının farklı alerengeal iletişim aracı kullanan gruplara göre betimsel istatistik ve bağımsız örneklem t-testi sonuçları

TR-SECEL	Alerengeal İletişim Aracı	n	Ort.	SS	sd	t	p
Genel Alt Alan	TK	22	6.14	1.98	36	3.929	<0.001
	ÖK	16	4.00	1.03			
Çevresel Alt Alan	TK	22	16.27	9.88	36	-1.667	0.104
	ÖK	16	21.13	7.18			
Tutumsal Alt Alan	TK	22	10.14	10.83	36	-1.642	0.109
	ÖK	16	15.31	7.52			
Toplam Puan	TK	22	32.55	19.44	36	-1.381	0.176
	ÖK	16	40.44	14.04			

n: Kişi sayısı, Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma, sd: Serbestlik derecesi, t: Bağımsız örneklem t-testi değeri, p: Anlamlılık değeri.

TR-SECEL Çevresel ve Tutumsal alt alan ile toplam ölçek puanları incelendiğinde, farklı alerengeal iletişim aracı kullanan gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadığı gözlenmiştir: Çevresel alt alan için $t_{(36)}=-1.667$, $p>0.05$; Tutumsal alt alan için $t_{(36)}=-1.642$, $p>0.05$; Toplam puan için $t_{(36)}=-1.381$, $p>0.05$. Genel alt alan puanları incelendiğinde, TK kullanan bireylerin puanları ÖK kullanan bireylerinkinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($t_{(36)}=3.929$, $p<0.001$).

(7) Alerengeal iletişim aracı değişkeni dikkate alındığında, TR-UW-QOL puanları TK ve ÖK kullanan bireyler arasında farklılık göstermekte midir?

TL'li bireylerin TR-UW-QOL'a ait her bir maddede gözlenen ortalama puanlar farklı alerengeal iletişim aracı kullanan gruplara göre incelenmiştir. TK ve ÖK kullanan katılımcılara ait puanlar arasında farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. İlgili puanlara ait betimsel istatistik (Ort. ve SS) ve bağımsız örneklem t-testi sonuçları Tablo 4.8'de verilmiştir.

Tablo 4.8. TR-UW-QOL puanlarının farklı alerengeal iletişim aracı kullanan gruplara göre betimsel istatistik ve bağımsız örneklem t-testi sonuçları

TR-UW-QOL	Alerengeal İletişim Aracı	n	Ort.	SS	sd	t	p
Madde 1: Ağrı	TK	22	92.05	16.15	36	1.031	0.309
	ÖK	16	85.94	20.34			
Madde 2: Görünüş	TK	22	93.18	15.77	36	3.467	0.001*
	ÖK	16	73.44	19.29			
Madde 3: Aktivite	TK	22	82.95	17.90	36	0.026	0.980
	ÖK	16	82.81	15.05			
Madde 4: Eğlence	TK	22	78.41	29.17	36	-0.142	0.888
	ÖK	16	79.69	24.52			
Madde 5: Yutma	TK	22	71.36	21.36	36	-0.213	0.832
	ÖK	16	73.06	27.79			
Madde 6: Çiğneme	TK	22	77.27	25.48	36	-1.285	0.207
	ÖK	16	87.50	22.36			
Madde 7: Konuşma	TK	22	81.77	32.17	36	2.010	0.052
	ÖK	16	62.56	24.12			
Madde 8: Omuz	TK	22	45.59	28.44	36	-2.620	0.013**
	ÖK	16	64.88	8.50			
Madde 9: Tat	TK	22	74.27	30.80	36	-0.758	0.453
	ÖK	16	81.31	24.27			
Madde 10: Tükürük	TK	22	84.86	28.62	36	-0.087	0.931
	ÖK	16	85.56	16.90			

Tablo 4.8. TR-UW-QOL puanlarının farklı alerjenal iletişim aracı kullanan gruplara göre betimsel istatistik ve bağımsız örneklem t-testi sonuçları (devam)

Madde 11: Moral	TK	22	75.00	26.72	36	0.193	0.848
	ÖK	16	73.44	21.34			
Madde 12: Endişe	TK	22	77.32	29.82	36	-0.496	0.623
	ÖK	16	81.44	16.90			
Genel 1	TK	22	62.50	28.60	36	0.319	0.752
	ÖK	16	59.38	31.45			
Genel 2	TK	22	58.18	19.42	36	-0.924	0.361
	ÖK	16	63.75	16.68			
Genel 3	TK	22	67.27	23.54	36	0.699	0.489
	ÖK	16	62.50	16.12			
Bileşik skor	TK	22	934.05	160.88	36	0.049	0.961
	ÖK	16	931.63	132.74			

*p<0.01, ** p<0.05, n: Kişi sayısı, Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma, sd: Serbestlik derecesi, t: Bağımsız örneklem t-testi değeri, p: Anlamlılık değeri.

TR-UW-QOL puanları incelendiğinde, Görünüş ve Omuz maddelerine ait puanlarda (Madde 2 ve 8) TK ve ÖK kullanan gruplar arasında anlamlı farklılık gözlenmiştir. Görünüş maddesinde TK kullanan bireylerden elde edilen puanlar diğer gruptan elde edilen puanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Madde 2: Görünüş için $t_{(36)}= 3.467$, $p<0.01$). Omuz maddesinde ÖK kullanan bireylerden elde edilen puanlar diğer gruptan elde edilen puanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Madde 8: Omuz için $t_{(36)}= -2.620$, $p<0.05$). Diğer maddelerde ve bileşik puan ortalamalarında TK ve ÖK kullanan TL’li bireyler arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

(8) TL sonrası geçen süre değişkeni dikkate alındığında, TR-SECEL puanları üç farklı katılımcı grubu (8-63 ay, 64-120 ay, 121 ay ve üzeri) arasında farklılık göstermekte midir?

TL sonrası geçen süre açısından katılımcılar üç gruba ayrılmıştır: 8-63 ay, 64-120 ay, 121 ay ve üzeri. Katılımcı gruplarına ait TR-SECEL alt alan ve toplam ölçek puanlarını karşılaştırmak için tek yönlü ANOVA kullanılmıştır. Öncelikle puanlara dair betimsel istatistik sonuçları (Ort., SS, Min ve Max değerleri) Tablo 4.9’da sunulmaktadır. Ölçek puanlarındaki farklılıkların hangi gruplar arasında gerçekleştiğini belirlemek üzere kullanılan tek yönlü ANOVA’da post-hoc testi Bonferroni seçilmiştir. Bulgular Tablo 4.10’da sunulmaktadır.

Tablo 4.9. TL sonrası geçen süre açısından TR-SECEL’e ait betimsel istatistik sonuçları

TR-SECEL	TL Sonrası Geçen Süre	n	Ort.	SS	Min	Max
Genel Alt Alan	8-63 ay	16	4.63	2.02	1	9
	64-120 ay	9	4.78	1.71	3	8
	121 ay ve üzeri	14	5.93	2.12	3	11
Çevresel Alt Alan	8-63 ay	16	22.50	8.76	8	39
	64-120 ay	9	16.33	5.65	8	25
	121 ay ve üzeri	14	16.21	11.24	1	38
Tutumsal Alt Alan	8-63 ay	16	15.63	10.34	0	34
	64-120 ay	9	12.11	8.17	2	26
	121 ay ve üzeri	14	10.21	11.28	0	44
Toplam Puan	8-63 ay	16	42.75	18.06	18	73
	64-120 ay	9	33.22	13.22	14	56
	121 ay ve üzeri	14	32.36	20.69	6	89

n: Kişi sayısı, Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maksimum

Tablo 4.10. Ölçek puanlarındaki farklılıklara ait tek yönlü ANOVA sonuçları

TR-SECEL	Grup	sd	Kare Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Genel Alt Alan	Gruplararası	2	7.062	1.763	0.186	Yok
	Gruplarıçi	36	4.007			
	Toplam	38				
Çevresel Alt Alan	Gruplararası	2	183.693	2.167	0.129	Yok
	Gruplarıçi	36	84.788			
	Toplam	38				
Tutumsal Alt Alan	Gruplararası	2	112.681	1.069	0.354	Yok
	Gruplarıçi	36	105.417			
	Toplam	38				
Toplam Puan	Gruplararası	2	478.987	1.454	0.247	Yok
	Gruplarıçi	36	329.438			
	Toplam	38				

sd: Serbestlik derecesi, F: Tek yönlü ANOVA değeri, p: Anlamlılık değeri.

TL sonrası geçen süre açısından farklı üç grubun TR-SECEL puanları incelendiğinde, hem alt alanlar hem de toplam ölçek puan ortalamalarının gruplar arasında anlamlı olarak farklı olmadığı görülmektedir (Genel alt alan için $F_{(2-36)}=1.763$, $p>0.05$; Çevresel alt alan için $F_{(2-36)}=2.167$, $p>0.05$; Tutumsal alt alan için $F_{(2-36)}=1.069$, $p>0.05$; Toplam puan için $F_{(2-36)}=1.454$, $p>0.05$).

(9) TL sonrası geçen süre değişkeni dikkate alındığında, TR-UW-QOL puanları üç farklı katılımcı grubu (8-63 ay, 64-120 ay, 121 ay ve üzeri) arasında farklılık göstermekte midir?

TL sonrası geçen süre açısından katılımcılar üç gruba ayrılmıştır: 8-63 ay, 64-120 ay, 121 ay ve üzeri. Katılımcı gruplarına ait TR-UW-QOL madde ve bileşik puanları karşılaştırmak için tek yönlü ANOVA kullanılmıştır. Öncelikle puanlara dair betimsel istatistik sonuçları (Ort., SS, Min ve Max değerleri) Tablo 4.11’de sunulmaktadır. Ölçek puanlarındaki farklılıkların hangi gruplar arasında gerçekleştiğini belirlemek üzere kullanılan tek yönlü ANOVA’da post-hoc testi Bonferroni seçilmiştir. Bulgular Tablo 4.12’de sunulmaktadır.

Tablo 4.11. TL sonrası geçen süre açısından TR-UW-QOL’e ait betimsel istatistik sonuçları

TR-UW-QOL	TL Sonrası Geçen Süre	n	Ort.	SS	Min	Max
Madde 1: Ağrı	8-63 ay	16	84.38	20.15	50	100
	64-120 ay	9	88.89	18.16	50	100
	121 ay ve üzeri	14	94.64	14.47	50	100
Madde 2: Görünüş	8-63 ay	16	73.44	23.21	50	100
	64-120 ay	9	88.89	13.17	75	100
	121 ay ve üzeri	14	92.86	15.28	50	100
Madde 3: Aktivite	8-63 ay	16	76.56	17.00	50	100
	64-120 ay	9	91.67	12.50	75	100
	121 ay ve üzeri	14	82.14	18.15	50	100
Madde 4: Eğlence	8-63 ay	16	71.88	23.93	0	100
	64-120 ay	9	91.67	12.50	75	100
	121 ay ve üzeri	14	76.79	34.61	0	100
Madde 5: Yutma	8-63 ay	16	79.31	20.58	33	100
	64-120 ay	9	70.56	30.90	0	100
	121 ay ve üzeri	14	66.79	22.76	33	100
Madde 6: Çiğneme	8-63 ay	16	87.50	22.36	50	100
	64-120 ay	9	88.89	22.04	50	100
	121 ay ve üzeri	14	71.43	25.67	50	100
Madde 7: Konuşma	8-63 ay	16	62.56	29.61	0	100

Tablo 4.11. TL sonrası geçen süre açısından TR-UW-QOL'e ait betimsel istatistik sonuçları (devam)

	64-120 ay	9	70.33	31.07	33	100
	121 ay ve üzeri	14	85.64	28.53	33	100
Madde 8: Omuz	8-63 ay	16	58.63	22.88	0	67
	64-120 ay	9	55.78	23.74	0	67
	121 ay ve üzeri	14	42.93	27.70	0	67
Madde 9: Tat	8-63 ay	16	72.94	27.90	33	100
	64-120 ay	9	77.78	28.96	33	100
	121 ay ve üzeri	14	78.64	30.95	0	100
Madde 10: Tükürük	8-63 ay	16	83.44	21.03	33	100
	64-120 ay	9	88.89	23.63	33	100
	121 ay ve üzeri	14	81.00	31.25	0	100
Madde 11: Moral	8-63 ay	16	67.19	23.66	25	100
	64-120 ay	9	77.78	23.19	25	100
	121 ay ve üzeri	14	78.57	25.67	25	100
Madde 12: Endişe	8-63 ay	16	81.38	20.91	33	100
	64-120 ay	9	74.22	32.35	0	100
	121 ay ve üzeri	14	78.64	24.86	33	100
Genel 1	8-63 ay	16	54.69	34.42	0	100
	64-120 ay	9	72.22	26.35	25	100
	121 ay ve üzeri	14	57.14	28.46	25	100
Genel 2	8-63 ay	16	55.00	17.12	20	80
	64-120 ay	9	68.89	17.63	40	100
	121 ay ve üzeri	14	60.00	19.21	40	100
Genel 3	8-63 ay	16	56.25	16.68	20	80
	64-120 ay	9	73.33	20.00	40	100
	121 ay ve üzeri	14	70.00	21.83	40	100
Bileşik skor	8-63 ay	16	899.19	148.14	641	1142
	64-120 ay	9	965.33	138.92	791	1167
	121 ay ve üzeri	14	930.07	171.36	558	1167

n: Kişi sayısı, Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maksimum

Tablo 4.12. Ölçek puanlarındaki farklılıklara ait tek yönlü ANOVA sonuçları

TR-UW-QOL	Grup	sd	Kare Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark	
Madde 1: Ağrı	Gruplararası	2	393.868	1.238	0.302	Yok	
	Gruplariçi	36	318.218				
	Toplam	38					
Madde 2: Görünüş	Gruplararası	2	1549.217	4.458	0.019*	121 ay ve üzeri > 8-63 ay	
	Gruplariçi	36	347.515				
	Toplam	38					
Madde 3: Aktivite	Gruplararası	2	657.123	2.396	0.105	Yok	
	Gruplariçi	36	274.213				
	Toplam	38					
Madde 4: Eğlence	Gruplararası	2	1150.126	1.629	0.210	Yok	
	Gruplariçi	36	706.225				
	Toplam	38					
Madde 5: Yutma	Gruplararası	2	615.171	1.068	0.354	Yok	
	Gruplariçi	36	575.834				
	Toplam	38					
Madde 6: Çiğneme	Gruplararası	2	1237.790	2.232	0.122	Yok	
	Gruplariçi	36	554.453				
	Toplam	38					
Madde 7: Konuşma	Gruplararası	2	2019.911	2.311	0.114	Yok	
	Gruplariçi	36	873.865				
	Toplam	38					
Madde 8: Omuz	Gruplararası	2	989.216	1.594	0.217	Yok	
	Gruplariçi	36	620.729				
	Toplam	38					
Madde 9: Tat	Gruplararası	2	137.941	0.161	0.852	Yok	
	Gruplariçi	36	857.047				
	Toplam	38					

Tablo 4.12. Ölçek puanlarındaki farklılıklara ait tek yönlü ANOVA sonuçları (devam)

Madde 10: Tükürük	Gruplararası	2	172.459	0.261	0.772	Yok
	Gruplariçi	36	661.190			
	Toplam	38				
Madde 11: Moral	Gruplararası	2	580.238	0.982	0.384	Yok
	Gruplariçi	36	590.984			
	Toplam	38				
Madde 12: Endişe	Gruplararası	2	147.458	0.231	0.795	Yok
	Gruplariçi	36	638.181			
	Toplam	38				
Genel 1	Gruplararası	2	952.262	1.012	0.373	Yok
	Gruplariçi	36	940.686			
	Toplam	38				
Genel 2	Gruplararası	2	555.556	1.711	0.195	Yok
	Gruplariçi	36	324.691			
	Toplam	38				
Genel 3	Gruplararası	2	1099.679	2.916	0.067	Yok
	Gruplariçi	36	377.083			
	Toplam	38				
Bileşik skor	Gruplararası	2	12825.163	0.534	0.591	Yok
	Gruplariçi	36	24037.149			
	Toplam	38				

* $p < 0.05$, sd: Serbestlik derecesi, F: Tek yönlü ANOVA değeri, p: Anlamlılık değeri.

TL sonrası geçen süre açısından farklı üç grubun TR-UW-QOL puanları incelendiğinde, Görünüş maddesi dışında kalan maddeler ve bileşik skor ortalamalarının gruplar arasında anlamlı olarak farklı olmadığı görülmektedir. Post-hoc analizi sonrasında Görünüş maddesindeki anlamlı farkın, birinci ve son grup arasında olduğu; 121 ay ve üzerinde olan katılımcıların 8-63 ay arasında olan katılımcıların puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Madde 2: Görünüş için $F_{(2-36)} = 4.458$, $p < 0.05$).

(10) TR-SECEL ve TR-UW-QOL puanları ile yaş, eğitim ve TL sonrası geçen süre arasında ilişki bulunmakta mıdır?

Yaş, eğitim ve TL sonrası geçen süre ile TR-SECEL alt alan puanları ve toplam ölçek puanları arasında korelasyon olup olmadığını incelemek amacıyla Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Her değişkene ait bulgular Tablo 4.13'te sunulmaktadır.

Tablo 4.13. Yaş, eğitim ve TL sonrası geçen süre değişkenleri ile TR-SECEL ve TR-UW-QOL skorlarının korelasyon analizi

Değişkenler		Genel Alt Alan	Çevresel Alt Alan	Tutumusal Alt Alan	Toplam TR-SECEL	Toplam TR-UW-QOL
Yaş	r	0.403	-0.106	-0.121	-0.078	0.100
	p	0.011*	0.520	0.462	0.637	0.543
Eğitim	r	0.105	0.157	0.046	0.119	0.045
	p	0.524	0.339	0.780	0.471	0.783
TL sonrası geçen süre	r	0.082	-0.205	-0.172	-0.193	0.163
	p	0.619	0.211	0.296	0.239	0.322

* $p < 0.05$, r: Pearson korelasyon, p: Anlamlılık değeri.

Analiz bulguları, yaş değişkeni ile TR-SECEL'e ait Genel alt alan puanları dışında herhangi bir bağımsız değişken ile TR-SECEL ve TR-UW-QOL puanları arasında korelasyon olmadığını göstermektedir. Yaş değişkeni ile TR-SECEL'e ait Genel alt alan puanları arasında pozitif ve orta düzey bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0.403$, $p < 0.05$).

5. TARTIŞMA

5.1. TARTIŞMA

YK duygusal, fiziksel, ruhsal, finansal ve sosyal refah dahil olmak üzere birçok yönü kapsamaktadır. Bireyin YK'sını nasıl algıladığı bireysel açıdan farklılaşmakta, bu sebepten çok boyutlu bir kavram olarak ele alınması gerekmektedir. BBK'nın tedavisi, konuşma ve yutma için hayati önem taşıyan yapıları etkileyebilir. Dolayısıyla, TL'li bireyin psikososyal adaptasyon düzeyi ve buna bağlı olarak YK'sı üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilir (Tang ve diğ., 2023; Saltürk ve diğ., 2016).

Alan yazında az sayıda çalışmaya erişilmesine rağmen, TL ameliyatı sonrası YK düzeyinin olumsuz etkilenebileceği belirtilmektedir. YK'nın hangi alanlarda ve ne şiddette etkilendiğini incelemek noktasında YK'nın TL'li bireylerin kendi bakış açıları üzerinden değerlendirilmesine özen gösterilmelidir. DSÖ tarafından "*kültür ve değer sistemleri bağlamında bireyin yaşamına dair hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleriyle ilişkili olarak yaşamdaki konumunu algılaması*" şeklinde sunulan bu YK tanımı, TL'li bireylerin bakış açısını anlamaya yönelik gereksinimi daha da vurgulamaktadır. Bununla birlikte, bireyin TL sonrası yeni iletişim yöntemlerini öğrenmek ve yeni sesine uyum sağlamak için zamana ihtiyacı olmaktadır. TL'li bireyler ameliyat sonrasında yeni seslerini kabul etmekte zorluk yaşayabilirler. TL ameliyatı sonrasında hızlı ve etkili bir ses restorasyonu TL'li bireyler için son derece önemlidir. Birçok birey TL ameliyatı sonrası yaşadıkları en büyük zorluğun eskiden olduğu gibi konuşamama ve hastanede ihtiyaçlarını iletememe olduğunu bildirmektedir. Kullandıkları alerengeal iletişim aracından bağımsız olarak, TL'li bireyler ameliyat sonrasında şu zorlukları yaşadıklarını bildirmektedir: Yeni sesleriyle özdeşleşme (ya da kimlikleşme) zorluğu, iletişim sırasında daha az spontan olma, başka bireylerin olumsuz algıları, iletişim partnerleri tarafından anlaşılama ve gürültülü ortamlarda iletişim zorlukları. Bu zorluklar bazı TL'li bireylerin sosyal durumlardan kaçınmasına yol açmaktadır (Tang ve diğ., 2023).

Alanyazında TL’li bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılan ölçekler, öz-değerlendirmeye dayalı ve uygulanan müdahale yöntemlerinin TL’li bireylerin yaşamları üzerindeki etkisini ölçmektedir (Souza ve diğ., 2020). Tüm bu nedenlerden dolayı, TL’li bireylerin yaşadıkları sorunları ortaya koymayı amaçladığımız bu çalışmada iki farklı ölçüm aracı kullanılmıştır (TR-SECEL ile TR-UW-QOL). Çalışmamıza 39 TL’li birey dahil edilmiştir. Bireylerden 38’i erkek, 1’i kadındır. 40-82 yaş aralığındaki bireylerin yaş ortalamasının 62.10 olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumu değerlendirildiğinde, katılımcıların 26’sı 1-8 yıl arasında ve 13’ü 9 ve üzeri yıl eğitim görmüştür. Çalışma durumu dikkate alındığında, 31 katılımcının emekli olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların 37’si evli veya nişanlıyken, 2’si bekarıdır. Çalışmamızdaki katılımcıların ağırlıklı olarak erkek ve 1-8 eğitim yıl aralığında olması cinsiyet ve eğitim değişkenleri bağlamında geçmiş çalışmaların dahil ettiği TL’li bireylerin demografik özellikleri ile örtüşmektedir (Souza ve diğ., 2020; Oozener ve diğ., 2010; Williamson ve diğ., 2011).

Çalışmamızda TL’li bireylerin TR-SECEL’e ait genel, çevresel ve tutumsal alt alan puanları ile toplam ölçek puanları yaş gruplarına göre incelenmiştir. 40-59 yaşları arasında yer alan grup ile 60 ve üzerinde olan gruba ait ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı gözlenmiştir. Uzuner (2021), SECEL’in Türkçe adaptasyon çalışmasında üç farklı yaş grubu arasındaki TR-SECEL puanlarını karşılaştırmıştır (40-55, 56-70 ve 70 ve üzeri). Çalışmanın sonuçları, farklı yaş gruplarına ait puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın bulunmadığını göstermiştir. Bununla birlikte; Rodrigues ve arkadaşları (2023) SECEL’in Portekizce versiyonunu 26 TL’li bireye uygulamış; yaş değişkeni ile SECEL puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı sonucuna varmıştır. Bu sonuçlar dikkate alındığında; SECEL’in Türkçe ve Portekizce versiyonu kullanılarak yapılan çalışmaların bulguları ile çalışmamızın sonuçları paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda TR-UW-QOL’a ait her bir maddede gözlenen ortalama puan değerleri yaş gruplarına göre incelenmiştir. 40-59 yaşları arasında yer alan grup ile 60 ve üzerinde olan yaş grubu incelendiğinde, “Moral” (ya da Ruh Hali) maddesinde iki grup arasında anlamlı farklılık gözlenmiştir. 60 ve üzeri grupta yer alan TL’li bireylerin Moral maddesine verdikleri puan ortalaması (82.61) diğer gruptan elde edilen puan ortalamasından (60.94) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu madde içinde var olan seçenekler şu şekildedir: “*Ruh halim mükemmel ve kanserden etkilenmedi, Ruh halim genellikle iyi ve sadece arasına kanserimden etkileniyor, Kanserden dolayı ruh halim ne iyi ne de kötü, Kanser ruh durumumu belli bir*

ölçüde bozuyor, Kanserimden dolayı ruh durumum aşırı derecede bozuk.” TR-UW-QOL’ye ait puanlama yönergesinde, maddeden alınan yüksek puanın daha iyi bir YK’ye karşılık geldiği ifade edilmektedir. Bu sebepten, 60 ve üzeri grupta yer alan TL’li bireylerin Moral ya da Ruh Hali maddesi ile ilgili olarak diğer yaş grubu katılımcılarına kıyasla daha yüksek bir YK’ye sahip olduğu düşünülebilir. Bununla birlikte, diğer maddelerde yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Geçmiş çalışmalar incelendiğinde; Eadie ve Bower (2012); yaş değişkeni ile bileşik (komposit) UW-QOL skorları arasında zayıf da olsa istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu; daha yaşlı bireylerin daha yüksek YK puanlarına sahip olduğunu ifade etmiştir. Benzer şekilde; Kazi ve arkadaşları (2007) 66 yaş medyan değer olarak medyanın üzerinde kalan bireylere (66-84 yaş) ait UW-QOL bileşke puan ortalamasının (84.5), medyan değerinin altında kalan bireylere ait ortalama bileşke puanından (78.1) anlamlı olarak daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, bu anlamlı farklılığın “omuz, eğlence ve konuşma” maddelerinde 66-84 yaş aralığındaki bireyler lehine gözlemlendiğini ifade etmiştir (Kazi ve diğ., 2007). Vilaseca ve arkadaşları (2006); UW-QOL ölçüm aracını kullanarak TL’li bireylerin YK’sini incelediği çalışmada yaş değişkeninin görünüş ve endişe maddelerinden alınan puanların yordayıcısı olduğunu; daha genç TL’li bireylerin bu iki alanda daha fazla tatminsizlik yaşayabileceğini ifade etmektedir. Bu üç çalışmanın bulgularından farklı olarak; Souza ve arkadaşları (2020) ile Williamson ve arkadaşları (2011) yaş değişkeninin YK puan ortalamaları üzerinde etkisinin olmadığını ifade etmektedir. Souza ve arkadaşları (2020) aynı ölçüm aracını kullanarak gerçekleştirdiği çalışmalarında, 60 yaşın üstü ve altında kalan iki farklı yaş grubuna ait puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığını belirtmektedir. Williamson ve arkadaşları (2011), LK’ye sahip 41 bireyin YK’sini UW-QOL aracı ile inceledikleri çalışmalarında yaş değişkeninin genel veya özel maddelerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığını göstermiştir. Çalışmamızda ise TR-UW-QOL bileşik skor ortalamaları 60 ve üzeri yaş grubu için 938.87 (SS= 151.74), diğer yaş grubu için 906.38 (SS=158.00) şeklinde raporlanmıştır. Moral ya da Ruh Hali maddesi dışındaki maddelere verilen puan ortalamaları dikkate alındığında; çalışmamızın bulguları Souza ve arkadaşları (2020) ile Williamson ve arkadaşlarının (2011) bulgularını destekler niteliktedir.

Eğitim değişkeni dikkate alındığında, iki eğitim grubuna ait (1-8 ile 9 yıl ve üzeri) TR-SECEL ile TR-UW-QOL puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. TR-SECEL alt alan ve toplam ölçek puanları incelendiğinde; eğitim grupları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı gözlemlenmiştir. Uzuner (2021) SECEL’in Türkçe adaptasyon çalışmasında dört farklı eğitim

grubu (ilkokul, ortaokul, lise, üniversite) arasındaki TR-SECEL puanlarını karşılaştırmıştır. Çalışmanın sonuçları TR-SECEL ve alt alan puan ortalamaları incelendiğinde, farklı eğitim gruplarına ait değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın bulunmadığını göstermiştir. Çalışmamızın bulgusu, Uzuner'in (2021) sunduğu sonuç ile paralellik göstermektedir.

Benzer şekilde; TR-UW-QOL puanları iki eğitim grubu arasında karşılaştırılmıştır. Bu doğrultuda, Endişe maddesinde eğitim grupları arasında anlamlı farklılık gözlenmiştir: 9 ve üzeri yıl eğitim alan grupta yer alan TL'li bireylerin "Endişe" maddesine ait puan ortalaması (89.85) diğer gruba ait puan ortalamasından (73.19) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu madde içinde var olan seçenekler şu şekildedir: "*Kanserimden dolayı endişelenmiyorum, bir miktar endişeliyim, endişeliyim, çok endişeliyim.*" TR-UW-QOL'ye ait puanlama yönergesinde, maddeden alınan yüksek puanın daha iyi bir YK'ye karşılık geldiği ifade edilmektedir. Bu sebepten, 9 ve üzeri yıl eğitim alan TL'li bireylerin Endişe maddesi ile ilgili olarak diğer eğitim grubu katılımcılarına kıyasla daha yüksek bir YK'ye sahip olduğu düşünülebilir. Bununla birlikte, diğer maddeler dikkate alındığında eğitim grupları arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Souza ve arkadaşları (2020) TL'li bireylere aynı ölçüm aracını uygulamış ve eğitim gruplarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmediğini belirtmiştir. Endişe maddesi dışında diğer maddelerden elde edilen puan ortalamaları açısından çalışmamızın bulguları Souza ve arkadaşlarının (2020) bulgusunu destekler niteliktedir.

Çalışmamızda; alerengeal iletişim aracı değişkeni dikkate alındığında, TR-SECEL ile TR-UW-QOL puanlarının TK ve ÖK kullanan bireyler arasında farklılık olup olmadığı incelenmiştir. TR-SECEL puanları incelendiğinde; Genel, çevresel ve tutumsal alt alanlar ile toplam ölçek puan ortalamaları TK kullanan bireylerde sırasıyla 6.14, 16.27, 10.14, 32.55 bulunmuştur. İlgili puan ortalamaları ÖK kullanan bireylerde ise sırasıyla 4.00, 21.13, 15.31, 40.44 bulunmuştur. Sadece Genel alt alan puan ortalamaları açısından TK kullanan bireylerin puanları ÖK kullanan bireylere ait ortalama değerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Genel alt alan TR-SECEL'in ilk beş sorusuna verilen yanıtları kapsamaktadır: "(1) Çevrenizde diğer insanlar var iken konuştuğunuzda rahat ve sakin misiniz? (2) Kendinizi uyumlu bir kişi olarak tanımlar mısınız? (3) Aktif, "dışa dönük" ve konuşkan biri misiniz? (4) Konuştuğunuz kişiye larenjektomi ameliyatı olduğunuzu söyler misiniz? (5) Sizce konuşmanız onu kullandığınız süre arttıkça gelişiyor mu?" TK ve ÖK kullanan bireylerin bu sorulara verdikleri

yanıt ortalamaları arasındaki fark yüksek olmasa da, bu fark ÖK kullanan bireyler lehine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bununla birlikte; toplam TR-SECEL puan ortalamaları incelendiğinde ÖK kullanan bireylere ait puan ortalaması (40.44), TK kullanan bireylere ait ortalama değerden (32.55) daha fazladır; ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Benzer şekilde; Çevresel ve Tutumsal alt alan puan ortalamaları TK ve ÖK kullanan bireyler arasında anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır.

Uzuner (2021), SECEL'in Türkçe adaptasyon çalışmasında TL ile birlikte PL olan katılımcıları da çalışmasına dahil etmiş ve dört farklı iletişim aracı (ÖK, TK, EL ve kendi ses telini) kullanan katılımcıların TR-SECEL puanlarını karşılaştırmıştır. ÖK kullanan bireylerin Çevresel ve Tutumsal alt alan puan ortalamaları TK kullanan bireylerden anlamlı olarak daha yüksek gözlenmiştir. Bu çalışmada ise, genel alt alan puanları arasındaki farklılık TK lehine gerçekleşmiştir. Ancak, buradaki en temel farklılık bu çalışmada sadece TL'li bireylerin yer almış olmasıdır. Uzuner'in (2021) çalışmasında TL'li bireylerin ölçek toplam puanları ile çevresel ve tutumsal alt alan puanlarının diğer cerrahi türünde operasyon geçiren katılımcıların (PL, PL ve tek taraflı boyun diseksiyonu, PL ve çift taraflı boyun diseksiyonu) anlamlı olarak daha yüksek olduğunun bildirilmesi, sadece TL'si olan bireylere ait bu çalışma tarafından gösterilen bulguyu destekler niteliktedir.

Geçmiş çalışmalar incelendiğinde; üç farklı çalışmanın bulguları göze çarpmaktadır. Birinci çalışma incelendiğinde, Rodrigues ve arkadaşları (2023) SECEL'in Portekizce versiyonunu 38-83 yaş aralığındaki 26 TL'li bireye uygulamıştır. Çalışmada, katılımcıların %38.5'i ÖK, %19.2'si EL, %30.8'i TK ve %11.5'i herhangi bir alerengeal iletişim aracı kullanmadığı (konuşma sesi üretmediği) belirtilmiştir. SECEL bulguları; ÖK kullanan bireylerin toplam SECEL puan ortalamasının (Ort.= 46.6; SS= 12.2) diğer alerengeal iletişim araçlarını kullanan bireylere ait değerlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ayrıca; alt alan puanları incelendiğinde, sadece Çevresel alt alanda ÖK kullanan bireylerin anlamlı olarak daha çok desteğe gereksinim duyduğu ifade edilmiştir (Çevresel alt alan Ort.=24.4; SS= 7.7). Diğer alerengeal iletişim biçimlerini kullanan bireyler ve SECEL puanları karşılaştırma bulgularına ilişkin herhangi bir anlamlı farklılık bulgusu rapor edilmemiştir.

İkinci çalışma dikkate alındığında; Mesolella ve arkadaşları (2023) TL'li bireylerin seslerine ilişkin öznel algı ve psikoakustik özelliklerinin YK üzerindeki etkisini incelemek amacıyla 89 TL'li bireyi çalışmalarına dahil etmiştir. Katılımcıların YK düzeylerini incelemek

için SİYKÖ ve SECEL'in İtalyanca versiyonlarını uygulamıştır. Dört farklı alerengeal iletişim grubuna ayrılan katılımcıların 55'inin TK, 13'ünün ÖK, 4'ünün EL, 17'sinin ise herhangi bir iletişim aracını kullanmadığını ifade etmiştir. Bulgular incelendiğinde; toplam SECEL puan ortalamalarının TK için 28.1, ÖK için 32.2, EL için 17.5, son grup için 40.9 olduğu belirtilmiştir. Bu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın gözlenmediği ifade edilmiştir.

Son çalışma incelendiğinde; Da Silva ve arkadaşları (2015) 37-78 yaş aralığında yer alan 34 TL'li bireye SECEL ve EORTC QLQ-C30'un Portekizce versiyonunu uygulamıştır. Katılımcıların 7'si ÖK; 15'i TK kullandığı; kalan 12'sinin ise herhangi bir alerengeal iletişim aracı kullanmadığı (konuşma sesi üretmediği) ifade edilmiştir. Çalışmanın bulguları; herhangi bir alerengeal iletişim aracı kullanmayan bireylerin SECEL'e ait Çevresel ve Tutumsal alt alan puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte; ÖK'nin SECEL'e ait genel, çevresel ve tutumsal alt alan puan ortalamalarının sırasıyla 10.71, 20.57 ve 9.86 olduğu; TK'nin ise sırasıyla 9.93, 14.13 ve 9.27 olduğu gözlenmiştir. Ancak, bu ortalamalar arasında kıyaslama yapmak yerine doğrudan konuşma terapisi alan ve almayan bireyler olmak üzere iki farklı katılımcı grubunun SECEL puanları karşılaştırılmıştır. Bu sebepten, ÖK ve TK'ye ait SECEL ortalamalarının sadece betimsel istatistik değerleri ile sınırlı olduğu gözlenmiştir. Ayrıca, EORTC QLQ-C30 bulguları; ÖK kullanan bireylerin Fiziksel İşlerlik alt bölümünden aldığı puanlar ÖK kullanan bireylerin fiziksel işlevsel kapasitesinin diğer iki katılımcı grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermiştir. Çalışmanın yazarları; ÖK kullanmanın herhangi bir protez, cihaz kullanmayı gerektirmediğini, bu sebepten herhangi bir ekonomik maliyet ve bakım masrafından muaf olma ile sonuçlandığını ifade etmiştir. Bu sebepten; TL sonrasında ÖK kullanımının TK veya EL öncesinde ilk seçenek olarak düşünülebileceğini savunmuştur (Da Silva ve diğ., 2015).

Bununla birlikte; TR-UW- QOL puanları incelendiğinde; Ağrı, görünüş, aktivite, eğlence, yutma, çiğneme, konuşma, omuz, tat, tükürük, moral, endişe ve bileşik skor ortalamaları TK kullanan bireylerde sırasıyla 92.05, 93.18, 82.95, 78.41, 71.36, 77.27, 81.77, 45.59, 74.27, 84.86, 75.00, 77.32, 93.05 bulunmuştur. İlgili puan ortalamaları ÖK kullanan bireylerde ise sırasıyla 85.94, 73.44, 82.81, 79.69, 73.06, 87.50, 62.56, 64.88, 81.31, 85.56, 73.44, 81.44, 93.63 bulunmuştur. Görünüş maddesinde TK kullanan bireylerden elde edilen puan (93.18) diğer grup katılımcılarından (73.44) anlamlı olarak daha yüksek; Omuz maddesinde ise ÖK kullanan bireylerden elde edilen puan (64.88) diğer grup katılımcılarından

(45.59) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Görünüş maddesi içinde var olan seçenekler şu şekildedir: “*Görünüşümde değişiklik yok, görünüşümdeki değişiklik önemsenmeyecek düzeydedir, görünüşüm beni üzüyor ama hala aktifim, ciddi şekil bozukluğu hissediyorum ve görünüşüm yüzünden aktivitelerimi kısıtladım, görünüşümden dolayı insanlarla birlikte olamıyorum.*” Omuz maddesi içinde var olan seçenekler şu şekildedir: “*Omzumla ilgili sorunum yok, omzum gergin fakat aktivitemi ve kuvvetimi etkilemiyor, omzumdaki ağrı ve zayıflık işimi değiştirmeme neden oldu, omzumdaki problemlerden dolayı çalışamıyorum.*”

Souza ve arkadaşları (2020); EL ve ÖK’ye kıyasla TK kullanan bireylerin Konuşma maddesinden anlamlı olarak daha yüksek puan aldığını göstermiştir. Yazarlar bu bulgunun, TK’nın diğer alerengeal iletişim aracı seçeneklerine nazaran konuşma ile ilişkili daha fazla tatmin sağlama durumuna işaret ettiğini belirtmektedir. Çalışmamızda; TK kullanan bireylerin Konuşma maddesine dair puanları (81.77) ÖK kullanan bireylere ait puan ortalamasından (62.56) daha yüksek olmasına rağmen, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı gözlenmektedir.

Eadie ve Bower (2012) farklı ölçüm araçları (UW-QOL, SİYKÖ, WOC-CV) kullanarak TL’li bireylerin YK düzeylerini inceledikleri çalışmalarında; katılımcılardan %42’si kanserden dolayı fiziksel becerileri, görünüm ve yaşam stiline sınırlılıkların TL ile ilişkili en stresli noktalar olduğunu belirtmektedir. Bununla birlikte; SİYKÖ puanlarının alerengeal iletişim yöntemi bağlamında anlamlı düzeyde farklılık oluşturmadığı ifade edilmektedir (EL Or.=77.28, SS= 9.29; TK Ort.=66.45, SS= 19.31; ÖK Ort.= 72.94, SS= 24.33). Bununla birlikte; alerengeal iletişim yöntemlerinin UW-QOL bileşik puanı ile korelasyon göstermediği belirtilmektedir (Eadie ve Bower, 2012).

Vilaseca ve arkadaşları (2006) SF-12 ve UW-QOL ölçüm araçlarını kullanarak TL’li bireylerin YK’sını değerlendirdikleri çalışmalarında; bireyin TK kullanıp kullanmadığına bağlı olmaksızın Konuşma maddesinde herhangi bir istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Bu bulgu, çalışmamızın bulgusuyla paralellik göstermektedir. Bununla birlikte, TK kullanan bireylerin daha az ağrı deneyimledikleri görülmekte; Omuz ve Tükürük alanlarında puanların anlamlı olarak daha yüksek olduğu ifade edilmektedir. Vilaseca ve arkadaşlarına ait çalışma (2006) içindeki 49 katılımcıdan 31’inin TK, dokuzunun EL, yedisinin ise ÖK kullandığı görülmektedir. Bununla birlikte, on bireyin birden fazla alerengeal konuşma yöntemini düzenli şekilde kullandığı ifade edilmektedir (Vilaseca ve diğ., 2006). Bu noktada

düşünüldüğünde, çalışmamızda Omuz alanında ÖK kullanan bireylerin anlamlı olarak daha yüksek puan sergilediği görülmektedir, ancak çalışmamızda iki alerengeal iletişim biçimi kullanan katılımcı grubunun puanları karşılaştırılmıştır. Bu noktada, çalışmamız Vilaseca ve arkadaşlarının (2006) çalışmasından farklılaşmaktadır.

Gill ve arkadaşları (2011) BBK'li bireyler, bakım verenleri (eş, akraba ya da yakın arkadaş) ve sağlık hizmetinde yer alan uzmanları dahil ettikleri çalışmada bu üç katılımcı grubunun tedaviye yönelik endişe ve önceliklerini belirlemeyi hedeflemiştir. Çalışmada dikkat çeken bulgu, görünüşün sadece uzmanların yer aldığı grup katılımcıları tarafından oldukça önemli görülmesi olmuştur; BBK'li birey ve bakım verenleri tarafından görünüme dair duydukları endişenin yeterince önemli olmadıkları belirtilmiştir. Bu bağlamda; çalışmamızın bulgusu ekseninde ÖK kullanan bireylerin görünüşlerine dair TK kullanan bireylerden daha fazla endişeye sahip olabileceği düşünülebilir.

TL sonrası ses restorasyonu sürecinde alerengeal iletişim biçimlerinden hangisinin kullanılacağına ya da kullanılması gerektiğine ilişkin net bir çerçeve bulunmamaktadır. TK kullanmanın son dönemlerde birçok açıdan avantajlı olduğuna ilişkin alanyazında hakim bir bakış açısı olduğu gözlenirse de; eleştirildiği ve/veya TL'li bireye uzun dönemde yarattığı komplikasyonlara ilişkin de bulguların olabileceği belirtilmektedir (Tang ve diğ., 2023). Hem TR-SECEL hem de TR-UW-QOL bulguları, ağırlıklı olarak birçok alan ve madde puan ortalamalarında iki grup arasında anlamlı farklılığın olmadığını göstermektedir. Bununla birlikte; TR-SECEL'de Genel alanda TK kullanan bireyin diğer gruptan daha fazla desteğe gereksinim duyduğu; TR-UW-QOL'de ise Görünüş maddesinde ÖK kullanan bireyin daha çok zorluk yaşadığı; Omuz maddesinde ise tam tersine TK kullanan bireye göre daha yüksek bir YK belirttiği gözlenmektedir. Son dönemde; Türkçe konuşan TL'li bireylerin psikolojik durumlarının incelendiği bir çalışmada (Saltürk ve diğ., 2016), üç farklı alerengeal iletişim aracını (TK, ÖK ve EL) kullanan 96 TL'li bireye ait Ses Handikap Endeksi (SHİ; Kılıç ve diğ., 2008), Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ; Eskin ve diğ., 2013) ve HADS ölçüm araçlarına ilişkin bulgular sunmuştur. Çalışmanın bulguları; ÖK kullanan gruptaki bireylerin SHİ puan ortalamalarının TK ve EL kullanan bireylerin ortalamalarından anlamlı olarak daha düşük olduğunu göstermiştir. Ayrıca; ASÖ bulguları ÖK kullanan bireylerde diğer grup katılımcılara nazaran anlamlı olarak daha düşük gözlenmiştir. HADS'a ait ortalamalar, üç katılımcı grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmamıştır. Bu bulgulardan hareketle, Saltürk ve arkadaşları (2016) ÖK kullanan bireylerin anlamlı olarak daha az SHİ puan

ortalamlarına sahip olmasını daha iyi bir YK ile ilişkilendirmiştir. Ayrıca; ASÖ’de ÖK lehine gözlenen düşük puan ortalamasını, ÖK kullanan bireyin iletişim kurması için herhangi bir cihaza ya da proteze gereksinim duymamasına, dolayısıyla bu cihaz ya da proteze ilişkin maddi tutar ve bakım yükünden muaf olmasına bağlamıştır. Bu sayede, ÖK kullanan bireyler daha az stres yaşamakta ve kendi seslerine ilişkin daha iyi bir algıya sahip olmaktadır (Saltürk ve diğ., 2016).

Son olarak, TL sonrası geçen süre açısından katılımcılar üç gruba ayrılmıştır: 8-63 ay, 64-120 ay, 121 ay ve üzeri. TR-SECEL ve TR-UW-QOL puanları üç farklı grup arasında karşılaştırıldığında; sadece Görünüş maddesinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark birinci ve son grup arasında gerçekleşmiştir; TL sonrasında 121 ay ve üzeri süre geçen katılımcıların Görünüş maddesine verdikleri yanıt ortalaması ilk grubun yanıt ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek gözlenmiştir. Bu madde içinde var olan seçenekler şu şekildedir: *“Görünüşümde değişiklik yok, görünüşümdeki değişiklik önemsenecek düzeydedir, görünüşüm beni üzüyor ama hala aktifim, ciddi şekil bozukluğu hissediyorum ve görünüşüm yüzünden aktivitelerimi kısıtladım, görünüşümden dolayı insanlarla birlikte olamıyorum.”* Bu bulgu; TL üzerinden 121 ay ve üzeri geçen bireylerin fiziksel olarak nasıl göründükleri ile ilişkili olarak kendilerini daha iyi hissettiklerini göstermektedir.

TR-SECEL’e ilişkin bulgu; Rodrigues ve arkadaşlarının (2023) raporladığı bulgu ile örtüşmemektedir. Rodrigues ve arkadaşları (2023) tanı sonrası geçen süre ile SECEL toplam puanı arasında anlamlı ve ters yönde bir korelasyonun olduğunu ifade etmiştir. Tanı sonrası geçen sürenin artması daha yüksek şekilde algılanan bir ses işlevi ile ilişkilendirilmiştir. Benzer şekilde; sürenin artması, SECEL’in Çevresel alanına dair daha az desteğe gereksinim duyma ile ilişkilendirilmiştir (Rodrigues ve diğ., 2023). Diğer yandan, bu iki bulgu TR-UW-QOL’de Görünüş maddesine yönelik verilen yanıt ortalamasının üçüncü grup lehine yüksek olmasını desteklemektedir.

Bu bağlamda; özellikle TL sonrasında sağlıkla ilişkili YK düzeyi düşme eğilimi gösterse de, bu eğilim TL sonrasında geçen 12 ay itibari ile sabitleşmektedir (Oozer ve diğ., 2010). UW-QOL ölçüm aracına ilişkin geçmiş bulgular incelendiğinde; Eadie ve Bowker (2012) TL sonrasında geçen sürenin bütün YK puanlarındaki varyans miktarını yordayabileceğini belirtmektedir. Souza ve arkadaşları (2020), TL sonrasında iki yıl ve daha fazla süre geçen

katılımcıların Konuşma alanından aldıkları puan ortalamasının TL sonrasında iki yıl ve daha az süre geçen katılımcıların puanlarına kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Williamson ve arkadaşları (2011), çalışmalarındaki TL’li katılımcıları tedaviden sonra geçen medyan süre değeri olan 18.5 ayın altında ve üstünde olacak şekilde iki gruba ayırmıştır ve grupların YK puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını belirtmiştir (Williamson ve diğ., 2011). Son olarak, başka bir çalışmada TL olduktan sonra 5 yıl ve daha uzun süre geçen bireylerin Aktivite ve Endişe maddelerinde daha yüksek puan sergilediği gözlenmiştir (Vilaseca ve diğ., 2006).

Demografik değişkenler (yaş ve eğitim) ile TL sonrası geçen süre ve çalışmada kullanılan ölçüm araçlarına ilişkin puan ortalamaları arasında korelasyon olup olmadığını incelemek amacıyla Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Bulgular, yaş değişkeni ile TR-SECEL’e ait Genel alt alan puan ortalamaları arasında pozitif ve orta düzey bir ilişki olduğunu göstermektedir. Geçmiş çalışma bulguları incelendiğinde; Eadie ve Bowker (2012) zayıf olsa da yaş ile birleşik UW-QOL skorları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Bununla birlikte, Rodrigues ve arkadaşları (2023) tanı sırasındaki yaş ile SECEL toplam ve alt alan puanları arasında bir ilişki bulunmadığını; SECEL’in doldurulduğu yaş ile SECEL toplam ve alt alan puanları arasında bir korelasyon gözlenmediğini ifade etmektedir. Yaş arttıkça TR-SECEL’in Genel alan puanının artması; bu alana dair daha fazla desteğe gereksinim duyulduğunu gösterebilir.

5.2. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI

Bu çalışmanın birtakım sınırlılıkları bulunmaktadır: (a) Çalışma 39 TL’li bireyden oluşmaktadır. TL’li bireylerin ses rehabilitasyonu süreci ve işleminde demografik değişkenler ile alerengeal iletişim araçlarının YK üzerindeki etkisini anlamak için daha büyük bir örneklem sayısına gereksinim duyulabilir. (b) Bireylerden sadece biri EL kullandığı için; TK ve ÖK kullanan bireylere ait ortalama puan değerleri arasında karşılaştırma yapılmıştır. (c) Benzer şekilde, katılımcılardan sadece biri kadın olduğu için cinsiyet değişkeni ile ilişkili bir analiz gerçekleştirilmemiştir.



5.3. SONUÇ

Bu çalışmada TL’li bireylerin YK düzeylerini incelemek amacıyla TR-SECEL ve TR-UW-QOL ölçüm araçları kullanılmıştır. Bu doğrultuda, demografik (yaş ve eğitim), alerengeal iletişim aracı ve TL sonrası geçen süre değişkenlerinin TR-SECEL ve TR-UW-QOL ölçüm araçları üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bulgular; (a) TR-SECEL puan ortalamaları değerlendirildiğinde yaş ve eğitim grupları arasında anlamlı farklılık olmadığını, alerengeal iletişim aracı açısından Genel alt alan puan ortalamalarının TK kullanan bireylerde anlamlı olarak daha yüksek gözlendiğini, TL sonrası geçen süre açısından farklı üç grup arasında TR-SECEL puanlarının farklılaşmadığını, yaş değişkeni ile Genel alt alan puan ortalamaları arasında pozitif ve orta düzey bir ilişki olduğunu göstermiştir. (b) TR-UW-QOL puan ortalamaları incelendiğinde, yaş gruplarında 60 yaş ve üzerindeki katılımcıların Moral maddesine ait puan ortalamalarının diğer yaş grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğunu, eğitim gruplarında 9 yıl ve üzeri eğitim alan katılımcıların Endişe maddesine ait puan ortalamalarının diğer eğitim grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğunu, alerengeal iletişim aracı açısından Görünüş ve Omuz maddelerine ait puan ortalamalarının sırasıyla TK ve ÖK kullanan katılımcılar lehine yüksek gözlendiğini, TL sonrası geçen süre açısından Görünüş maddesinde TL sonrası 121 ay ve üzeri geçen katılımcılara ait puan ortalamalarının 8-63 ay aralığındaki katılımcılara ait değerlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

5.4. ÖNERİLER

Günümüzde TL sonrası alerengeal iletişim aracı seçenekleri arasında TK, ÖK ve EL göze çarpmaktadır. Tang ve arkadaşları (2023) her üç yöntemin kendi içinde avantaj ve dezavantajlarını sunarken; özellikle TK kullanımının literatürdeki çalışmalar içinde çok daha belirgin şekilde öne çıkarıldığını ve “*altın standart*” şeklinde sunulduğunu belirtmektedir. Bununla birlikte, geçmiş çalışmalar ve bu tez çalışmasının ortaya koyduğu bulgularda da gözlemlendiği üzere, herhangi bir alerengeal iletişim aracının diğerinden daha öncelikli olduğu ya da uzun dönemde ses restorasyonunu sorunsuz bir şekilde yerine getirdiğini ifade etmek çok mümkün görünmemektedir. Ses restorasyonuna ek olarak, TL’li bireyler için yeterli pulmoner ve koku rehabilitasyonu da ön plana çıkmaktadır. Ses protezleri üzerinde biyofilm oluşumu hala önemli bir sorun teşkil etmektedir. Bu durum, her protezin ömrünü sınırlamaktadır. Biyofilm oluşumunu önlemek için TK ile birlikte ÖK kullanımının yaygınlaştırılması; mümkünse TL’li bireylerin farklı alerengeal iletişim aracı kullanımlarının desteklenmesi; TL operasyonu öncesinde gerekli konsültasyon ve rehberliğin sağlanması gerekmektedir. Gelecekte yapılacak çalışmalar, bu noktaları dikkate alarak TL’li bireylerin YK düzeylerini daha kapsamlı inceleyebilir. Ayrıca, bu çalışmada kullanılan ölçüm araçları nicel araştırma yöntemleri kullanılarak incelenmiştir. Bu sebepten, TL’li bireylerin YK’ye dair görüş ve deneyimlerini derinlemesine incelemek için nitel araştırma yöntemlerinden faydalanılabilir.

6. KAYNAKLAR

- Aydemir, Ö., Guvenir, T., Kuey, L., & Kultur, S. (1997). Validity and reliability of Turkish version of hospital anxiety and depression scale. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 280-7.
- Blake, C., Codd, M. B., O'Meara, Y. M. (2000). The short form 36 (SF-36) health survey: normative data for the Irish population. *Irish Journal of Medical Science*, 169(3), 195-200. <http://doi.org/10.1007/BF03167695>
- Blood, G. W. (1993). Development and assessment of a scale addressing communication needs of patients with laryngectomies. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2(3), 82-90. <https://doi.org/10.1044/1058-0360.0203.82>
- Born, H., & Rameau, A. (2021). Hoarseness. *Medical Clinics of North America*. 105, 917–938. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2021.05.012>
- Cankurtaran, E. S., Ozalp, E., Soygur, H., Ozer, S., Akbiyik, D. I., & Bottomley, A. (2008). Understanding the reliability and validity of the EORTC QLQ-C30 in Turkish cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 17(1), 98-104. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2007.00827.x>
- Ceachir, O., Hainarosie, R., & Zainea, V. (2014). Total laryngectomy—past, present, future. *Maedica*, 9(2), 210-216.
- Chang, M. Y., Rogers, S. N., Lowe, D., Jeong, W. J., Cha, W., Park, K. T., Kim, D. W., Chang, H., Sung, M. W., Kim, K. H., & Kwon, T. K. (2012). The Korean version of the University of Washington Quality of Life Questionnaire for Patients with head and neck cancer, and its use in an initial validation study of 56 patients. *International Journal of Oral and Maxillofacial surgery*, 41(10), 1201-1205. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2012.05.016>
- Chotipanich, A. (2021). Total laryngectomy: A review of surgical techniques. *Cureus*, 13(9), e18181. <https://doi.org/10.7759/cureus.18181>
- Chu, E. A., & Kim, Y. J. (2008). Laryngeal cancer: diagnosis and preoperative work-up. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 41(4), 673-695. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2008.01.016>

Çetinkaya, B. (2019). Total larenjektomi olan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Da Silva, A. P., Feliciano, T., Freitas, S. V., Esteves, S., & e Sousa, C. A. (2015). Quality of life in patients submitted to total laryngectomy. *Journal of Voice*, 29(3), 382-388. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2014.09.002>

Derogatis, L. R. (1994). Symptom check list-90-R: administration, scoring and procedures manual, Third ed. National computer systems, Minneapolis.

Doi, H., Nakamura, K., Toda, T., Saruwatari, H., & Shikano, K. (2011). An evaluation of alaryngeal speech enhancement methods based on voice conversion techniques. 2011 IEEE International Conference on Acoustics, Speech and Signal Processing (ICASSP), 5136-5139. <https://doi.org/10.1109/ICASSP.2011.5947513>

Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E., & Falke, R. L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11, 79-87.

Eadie, T. L., & Bowker, B. C. (2012). Coping and quality of life after total laryngectomy. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 146(6), 959-965. <https://doi.org/10.1177/0194599812437315>

Eskin, M., Harlak, H., Demirkıran, F., & Dereboy, Ç. (2013). Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlik analizi. *New/Yeni Symposium Journal* 51(3), 132-140.

Fahl, G. B., & Goulart, B. N. G. D. (2016). Transcultural adaptation of the Self-Evaluation of Communication Experiences After Laryngectomy (SECEL) instrument into Brazilian Portuguese. *Audiology-Communication Research*, 21, e1678. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2016-1678>

Fernández-de-las-Peñas, C., Rodríguez-Jiménez, J., Palacios-Ceña, M., de-la-Llave-Rincón, A. I., Fuensalida-Novo, S., Florencio, L. L., Ambite-Quesada, S., Ortega-Santiago, R., Arias-Buría, J. L., Liew, B. X. W., Hernández-Barrera, V., Cigarán-Méndez, M. (2022). Psychometric Properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in Previously Hospitalized

COVID-19 Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15):9273. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159273>

Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. SAGE edge.

Gill, S. S., Frew, J., Fry, A., Adam, J., Paleri, V., Dobrowsky, W., Chatterjee, S., & Kelly, C. G. (2011). Priorities for the head and neck cancer patient, their companion and members of the multidisciplinary team and decision regret. *Clinical Oncology*, 23(8), 518-524. <https://doi.org/10.1016/j.clon.2011.03.014>

Jenckel, F., & Knecht, R. (2013). State of the art in the treatment of laryngeal cancer. *Anticancer Research*, 33(11), 4701-4710.

Jones, T. M., De, M., Foran, B., Harrington, K., & Mortimore, S. (2016). Laryngeal cancer: United Kingdom National Multidisciplinary guidelines. *J Laryngol Otol.*, 130(S2): S75-S82. <https://doi.org/10.1017/s0022215116000487>

Gliklich, R. E., Goldsmith, T. A., Funk, G. F. (1997). Are head and neck specific quality of life measures necessary? *Head Neck*, 19(6), 474-80. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0347\(199709\)19:6%3C474::AID-HED3%3E3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0347(199709)19:6%3C474::AID-HED3%3E3.0.CO;2-W)

Guimaraes, I., Torrejano, G., Aires, R., Goncalves, F., Freitas, S. V., Correia, P., Romeiro, C., Silvestre, I., Bom, R., Martins, P., & Santos, A. R. (2020). Self-evaluation of communication experiences after laryngectomy (SECEL): translation and psychometric properties in European Portuguese. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 45(2), 66-72. <https://doi.org/10.1080/14015439.2019.1615544>

Hassan, S. J., & Weymuller, E. A. (1993). Assessment of quality of life in head and neck cancer patients. *Head Neck*, 15(6), 485-96. <https://doi.org/10.1002/hed.2880150603>

Hurren A. (2014) The development of a new rating scale for the perceptual assessment of tracheoesophageal voice quality outcome following total laryngectomy. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*, Newcastle Üniversitesi, Birleşik Krallık.

Kara, F., & Keskinçilic, B. (2021). *Türkiye kanser istatistikleri 2017*. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser->

db/Dokumanlar/Istatistikler/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017_OZETLI.pdf adresinden 11.05.2023 tarihinde erişilmiştir.

Kazi, R., De Cordova, J., Kanagalingam, J., Venkitaraman, R., Nutting, C. M., Clarke, P., Rhys-Evans, P., & Harrington, K. J. (2007). Quality of life following total laryngectomy: assessment using the UW-QOL scale. *ORL*, 69(2), 100-106. <https://doi.org/10.1159/000097792>

Kazi, R., Pawar, P., Sayed, S. I., & Dwivedi, R. C. (2010). Perspectives on voice rehabilitation following total laryngectomy. *European Journal of Cancer Care*, 19(6), 703-705. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2010.01193.x>

Kılıç, M. A., Okur, E., Yıldırım, İ., Ögüt, F., Denizoğlu, İ., Kızılay, A., Oğuz, H., Kandoğan, T., Doğan, M., Akdoğan, Ö., Bekiroğlu, N., Öztarakçı, H. (2008). Ses Handikap Endeksi (Voice Handicap Index) Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Kulak Burun Boğaz İhtisas Dergisi*, 18(3), 139-147.

Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N., & Memiş, A. (1999). Kısa Form-36 (SF36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12(12), 102-106.

Laksar Klarić, Ž., Danic Hadzibegovic, A., Včeva, A., Karadža Lapić, L., Babler, D., Kralik, K., Bonetti, A., & Benšić, A. (2023). Validation and Cross-Cultural Adaptation of Croatian Self-Evaluation of Communication Experiences after Laryngectomy Questionnaire. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 1-11. <https://doi.org/10.1159/000529771>

Lazic, M. P., Babac, S., & Savic, I. I. (2022). The Impact of the COVID-19 Pandemic on the quality of life of laryngectomized patients. *Acta Facultatis Medicae Naissensis*, 39(4), 294-309. <http://doi.org/10.5937/afmnai39-36517>

Li, P., Liu, H., Wang, Z., He, F., Wang, H., Shi, Z., Yang, A., & Ye, J. (2016). MicroRNAs in laryngeal cancer: implications for diagnosis, prognosis and therapy. *American Journal of Translational Research*, 8(5), 1935-1944.

List, M. A., D'Antonio, L. L., Cella, D. F., Siston, A., Mumby, P., Haraf, D., & Vokes, E. (1996). The performance status scale for head and neck cancer patients and the functional assessment of cancer therapy-head and neck scale: a study of utility and validity. *Cancer*:

Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society, 77(11), 2294-2301. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0142\(19960601\)77:11%3C2294::aid-cncr17%3E3.0.co;2-s](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0142(19960601)77:11%3C2294::aid-cncr17%3E3.0.co;2-s)

Longobardi, Y., Savoia, V., Bussu, F., Morra, L., Mari, G., Nesci, D. A., Parrilla, C., & D'Alatri, L. (2019). Integrated rehabilitation after total laryngectomy: a pilot trial study. *Supportive Care in Cancer*, 27, 3537-3544. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-4647-1>

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney, NSW: Psychology Foundation.

Lowe, D., & Rogers, S. N. University of Washington Quality of Life Questionnaire (UW-QOL v 4) Guidance for Scoring and Presentation (updated 23.01.2008).

Mathew, L. R., & Gopakumar, K. (2022). Improving the quality and intelligibility of electrolaryngeal speech during mobile communication with Landline Analogous Bandpass Filtering. *Journal of Voice*, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2022.02.026>

Maclean, J., Cotton, S., & Perry, A. (2009). Dysphagia following a total laryngectomy: the effect on quality of life, functioning, and psychological well-being. *Dysphagia*, 24(3), 314-321. <https://doi.org/10.1007/s00455-009-9209-0>

Mertl, J., Zackova, E., & Repova, B. (2018). Quality of life of patients after total laryngectomy: the struggle against stigmatization and social exclusion using speech synthesis. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 13(4), 342-352. <https://doi.org/10.1080/17483107.2017.1319428>

Mesolella, M., Allosso, S., D'aniello, R., Pappalardo, E., Catalano, V., Quaremba, G., Motta, G., & Salerno, G. (2023). Subjective Perception and Psychoacoustic Aspects of the Laryngectomee Voice: The Impact on Quality of Life. *Journal of Personalized Medicine*, 13(3), 570. <http://doi.org/10.3390/jpm13030570>

Moerman, M., Martens, J. P., Crevier-Buchman, L., de Haan, E., Grand, S., Tessier, C., Woisard, V., & Dejonckere, P. (2006). The INFVo perceptual rating scale for substitution voicing: development and reliability. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck*, 263, 435-439. <http://doi.org/10.1007/s00405-005-1033-z>

Murphy, B., Herrman, H., Hawthorne, G., Pinzone, T., & Evert, H. (2000). *The World Health Organization Quality of Life (WHOQoL) Study: Australian WHOWOL-100, WHOQOL-Bref, and CA-WHOQOL Instruments – User’s Manual and Interpretation Guide*. Melbourne, VIC: Department of Psychiatry, University of Melbourne.

Nazar, G., Garmendia, M. L., Royer, M., McDowell, J. A., Weymuller Jr, E. A., & Yuch, B. (2010). Spanish validation of the University of Washington Quality of Life questionnaire for head and neck cancer patients. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery*, 143(6), 801-807. <https://doi.org/10.1016/j.otohns.2010.08.008>

Nocini, N., Molteni, G., Mattiuzzi, C., Lippi, G. (2020). Updates on larynx cancer epidemiology. *Chinese Journal of Cancer Research*, 32(1), 18-25. <https://doi.org/10.21147/j.issn.1000-9604.2020.01.03>

Noordzij, J. P., & Ossoff, R. H. (2006). Anatomy and physiology of the larynx. *Otolaryngol. Clin. North Am.* 39, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2005.10.004>

Oozeer, N. B., Owen, S., Perez, B. Z., Jones, G., Welch, A. R., & Paleri, V. (2010). Functional status after total laryngectomy: cross-sectional survey of 79 laryngectomees using the Performance Status Scale for Head and Neck Cancer. *The Journal of Laryngology & Otology*, 124(4), 412-416. <https://doi.org/10.1017/S0022215109992192>

Özdin, S., & Bayrak Özdin, Ş. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(5), 504-511. <https://doi.org/10.1177/0020764020927051>

Perrine, B. L., Scherer, R. C., Fulcher, L. P., Zhai, G. (2020). Phonation threshold pressure using a 3-mass model of phonation with empirical pressure values. *J. Acoust. Soc. Am.* 147, 1727–1737. <https://doi.org/10.1121/10.0000854>

Perry, A., & Skeat, J. (2004). *AusTOMS for Speech Pathology*. Melbourne, VIC: La Trobe University.

Perry, A., Casey, E., & Cotton, S. (2015). Quality of life after total laryngectomy: functioning, psychological well-being and self-efficacy. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 50(4), 467-475. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12148>

Ringash, J., & Bezjak, A. A. (2001). A structured review of quality of life instruments for head and neck cancer patients. *Head Neck*, 23(3), 201-13. [https://doi.org/10.1002/1097-0347\(200103\)23:3%3C201::AID-HED1019%3E3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/1097-0347(200103)23:3%3C201::AID-HED1019%3E3.0.CO;2-M)

Rodrigues, A., de Sousa, F. A., Casanova, M. J., Silva, A., Feliciano, T., Freitas, S. V., Pinto, R., Lino, J., & Sousa, F. (2023). Laryngectomy: Phonation alternatives and their impact on the quality of life. *Cureus*, 15(5). <https://doi.org/10.7759/cureus.39093>

Rossi, V. C., Fernandes, F. L., Ferreira, M. A. A., Bento, L. R., Pereira, P. S. G., & Chone, C. T. (2014). Larynx cancer: quality of life and voice after treatment. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 80, 403-408. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.07.005>

Saltürk, Z., Arslanoğlu, A., Özdemir, E., Yıldırım, G., Aydoğdu, İ., Kumral, T. L., Berkiten G., Atar, Y., & Uyar, Y. (2016). How do voice restoration methods affect the psychological status of patients after total laryngectomy. *Hno*, 64(3), 163-168. <https://doi.org/10.1007/s00106-016-0134-x>

Scott, A. J., McGuire, J. K., Manning, K., Leach, L., & Fagan, J. J. (2019). Quality of life after total laryngectomy: evaluating the effect of socioeconomic status. *The Journal of Laryngology & Otology*, 133(2), 129-134. <https://doi.org/10.1017/S0022215119000215>

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. J. Weinman, S. Wright, ve M. Johnston (ed.) içinde, *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio* (ss. 35-37). Windsor: NFER-Nelson.

Serrano, L., Raman, S., Tavarez, D., Navas, E., & Hernaez, I. (2019). Parallel vs. Non-Parallel voice conversion for esophageal speech. *Proc. Interspeech*, 4549-4553. <https://doi.org/10.21437/Interspeech.2019-2194>

Shakri, N. M., Baki, M. M., Mohamed, A. S., & Azman, M. (2021). Adaptation and Validation of the Self-Evaluation of Communication Experiences after Laryngectomy (SECEL)

Questionnaire into Bahasa Malaysia. *Journal of Voice*, in press.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2021.04.020>

Singer, S., Danker, H., Guntinas-Lichius, O., Oeken, J., Pabst, F., Schock, J., Vogel, H. J., Meister, E. F., Wulke, C., & Dietz, A. (2014). Quality of life before and after total laryngectomy: results of a multicenter prospective cohort study. *Head Neck*, 36(3), 359-68.
<http://doi.org/10.1002/hed.23305>

Singh, A., Palaniyandi, S., Palaniyandi, A., & Gupta, V. (2022). Health related quality of life among rural elderly using WHOQOL-BREF in the most backward district of India. *Journal of family medicine and primary care*, 11(3), 1162–1168.
https://doi.org/10.4103/jfmmpc.jfmmpc_1073_21

Souza, F. G. R., Santos, I. C., Bergmann, A., Thuler, L. C. S., Freitas, A. S., Freitas, E. Q., & Dias, F. L. (2020). Quality of life after total laryngectomy: Impact of different vocal rehabilitation methods in a middle income country. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, 92. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-1281-z>

Steuer, C. E., El-Deiry, M., Parks, J. R., Higgins, K. A., & Saba, N. F. (2017). An update on larynx cancer. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, 67(1), 31-50.
<https://doi.org/10.3322/caac.21386>

Şenkal, H. A. (2009). Baş ve boyun kanserli hastalar için Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Anket Formu Türkçe Versiyonu'nun geçerliği ve güvenilirliğinin araştırılması. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi.

Şenkal, H. A., Hayran, M., Karakaya, E., Yueh, B., Weymuller Jr, E. A., & Hoşal, A. Ş. (2012). The validity and reliability of the Turkish version of the University of Washington Quality of Life Questionnaire for patients with head and neck cancer. *American Journal of Otolaryngology*, 33(4), 417-426. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2011.10.014>

Tang, J. A., McCarroll, L., & Schmalbach, C. E. (2023). Voice Restoration and Quality of Life in Larynx Cancer. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 56(2), 361-370.
<https://doi.org/10.1016/j.otc.2022.11.003>

Tezcaner, Z. Ç., & Aksoy, S. (2017). Reliability and validity of the Turkish Version of the Voice-Related Quality of Life Measure. *Journal of Voice*, 31(2), 262.e7-262.e11. <http://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.04.012>

Tuomi, L. (2013). Voice rehabilitation: Is it effective in the patient's point of view?. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*, 149(2suppl), P161-P161. <https://doi.org/10.1177/0194599813496044a60>

Uzuner, E. (2021). Larenjektomi Sonrası İletişim Deneyimleri Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Medipol Üniversitesi.

Vartanian, J. G., Carvalho, A. L., Yueh, B., Furia, C. L., Toyota, J., McDowell, J. A., Weymuller, E. A., Kowalski, L. P. (2006). Brazilian-Portuguese validation of the University of Washington Quality of Life Questionnaire for patients with head and neck cancer. *Head Neck*, 28(12), 1115-21. <https://doi.org/10.1002/hed.20464>

Vilaseca, I., Chen, A. Y., & Bakscheider, A. G. (2006). Long-term quality of life after total laryngectomy. *Head & Neck*, 28(4), 313-320. <https://doi.org/10.1002/hed.20268>

Villanueva, E., Fernández, M. P., Arena, G., Llorente, J. L., Rodrigo, J. P., López, F., & Álvarez-Marcos, C. (2022). Validation of “Self-Evaluation of Communication Experiences after Laryngectomy”(SECEL) Questionnaire for Spanish-Speaking Laryngectomized Patients. *Cancers*, 14(14), 3347. <https://doi.org/10.3390/cancers14143347>

Williamson, J. S., Ingrams, D., & Jones, H. (2011). Quality of life after treatment of laryngeal carcinoma: a single centre cross-sectional study. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 93(8), 591-595. <https://doi.org/10.1308/147870811X13137608455253>

Wulff, N. B., Dalton, S. O., Wessel, I., Arenaz Bua, B., Löfhede, H., Hammerlid, E., Kjaer, T. K., Godballe, C., Kjærgaard, T., & Homøe, P. (2022). Health-related quality of life, dysphagia, voice problems, depression, and anxiety after total laryngectomy. *The Laryngoscope*, 132(5), 980-988. <https://doi.org/10.1002/lary.29857>

Yüce-Sarı, S., Bedük-Esen, Ç. S., Yüce, D., Cengiz, M., Özyiğit, G., & Yazıcı, G. (2020). Validation of the EORTC-QLQ-HN35 questionnaire in Turkish head and neck cancer patients. *Türk Onkoloji Dergisi*, 35(2), 144-9. <https://doi.org/10.5505/tjo.2019.2195>

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.



7. EKLER

EK 1: İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

Yüksek lisans tezi			
ORJİNALLİK RAPORU			
%6	%6	%1	%2
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
1	earsiv.anadolu.edu.tr İnternet Kaynağı		%2
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı		%2
3	acikerisim.medipol.edu.tr İnternet Kaynağı		%2
4	cdn.iuc.edu.tr İnternet Kaynağı		%1
Alıntıları çıkart	üzerinde	Eşleşmeleri çıkar	< %1
Bibliyografyayı Çıkart	üzerinde		

EK 2: TR-SECEL FORMU

LARENJEKTOMİ SONRASI İLETİŞİM DENEYİMLERİ ÖZ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Adı- soyadı: _____ Doğum Tarihi: _____ Uyruk _____

Cinsiyet: Kadın ___ Erkek ___ Eğitim Düzeyi: İlkokul ___ Ortaokul ___ Lise ___ Üniversite ___
Lisansüstü (Yüksek lisans/ Doktora) _____

Birincil İletişim Aracı:

Özofageal Konuşma ___ Trakeaözofageal Konuşma ___ Yapay Larenks ___ Diğer _____

Çalışma Durumu: Yarı zamanlı ___ Tam zamanlı ___ Kendi işim ___ Çalışmıyorum ___
Emekli ___ Gönüllü Çalışma _____

Medeni Durum: Bekar ___ Evli ___ (Ne kadar süredir?) ___ Ayrı yaşıyor ___ (Ne Kadar süredir?) ___
Boşanmış ___ (Ne Kadar süredir?) ___ Dul ___ (Ne Kadar süredir?) _____

Meslek: _____ **Kanser Tanımın Tarihi:** _____

Cerrahi Türü: Total Larenjektomi ___ Parsiyel Larenjektomi ___ Alınan Kısım ___
Radikal Boyun Diseksiyonu ___ Sol ___ Sağ ___ Her ikisi de ___ Diğer _____

Burada larenjektomi sonrasındaki iletişim deneyimleriniz ile ilgili 35 ifade yer almaktadır. Bu maddeler, larenjektomi ameliyatı geçiren bireylerin deneyimlerine dayanmaktadır. Maddelerin her birini dikkatlice okuyunuz, **şimdi** veya son **30 gün** içerisindeki durumunuzu en iyi tanımlayan rakamı **YUVARLAK** içine alınız. Geçen sene veya daha önce ki senelerde var olan durumunuzu tanımlamayan maddeleri lütfen işaretlemeyiniz.

Aşağıda maddeleri nasıl işaretleyeceğinizi gösteren bir **ÖRNEK** yer almaktadır.

		Her Zaman	Sıklıkla	Nadiren	Hiç
1.	Aileniz ve arkadaşlarınızla konuşurken zorluk yaşıyor musunuz?	3	2	1	0
2.	İnsanların konuşmanız yüzünden sözünüzü kestiğini düşünüyor musunuz?	3	2	1	0

	Her Zaman	Sıklıkla	Nadiren	Hiç
1. Çevrenizde diğer insanlar var iken konuştuğunuzda rahat ve sakin misiniz?	3	2	1	0
2. Kendinizi uyumlu bir kişi olarak tanımlar mısınız?	3	2	1	0
3. Aktif, “dışa dönük” ve konuşkan biri misiniz?	3	2	1	0
4. Konuştuğunuz kişiye larenjektomi ameliyatı olduğunuzu söyler misiniz?	3	2	1	0
5. Sizde konuşmanız onu kullandığımız süre arttıkça geliyor mu?	3	2	1	0
6. Konuşmanız nedeniyle dernek, toplantı ya da ziyaret/ misafirlere daha az sıklıkta mı katılıyorsunuz?	3	2	1	0
7. Konuşurken insanların dikkatini çekmekte zorluk yaşıyor musunuz?	3	2	1	0
8. İnsanlara bağırmakta ya da seslenmekte zorluk yaşıyor musunuz?	3	2	1	0
9. İnsanların sizi anlayamadığını düşünüyor musunuz?	3	2	1	0
10. Sohbet esnasında söylediğiniz şeylerin anlaşılması için birkaç kez tekrar etmeniz gerektiğini düşünüyor musunuz?	3	2	1	0
11. Kalabalık bir grup içinde konuşmakta zorlanıyor musunuz?	3	2	1	0
12. Küçük bir grup içinde konuşmakta zorlanıyor musunuz?	3	2	1	0
13. Bir kişiyle konuşmakta zorlanıyor musunuz?	3	2	1	0
14. Evinizde farklı odalardaki biriyle konuşmakta zorlanıyor musunuz?	3	2	1	0
15. Yüksek sesli ya da gürültülü ortamlarda konuşmakta zorlanıyor musunuz?	3	2	1	0
16. Telefonda konuşmakta zorlanıyor musunuz?	3	2	1	0
17. Arabada, otobüste veya yolculuk sırasında konuşmakta zorlanıyor musunuz?	3	2	1	0
18. Konuşmanız parti/eğlence ortamı, toplantı ya da sosyal aktivitelere katılmakta sorun yaşamamıza neden oluyor mu?	3	2	1	0
19. Konuşmanız telefonu istediğinizden daha az kullanmamıza neden oluyor mu?	3	2	1	0
20. Konuşmanız bir grupla birlikteyken grubun dışında kalmış gibi hissetmenize neden oluyor mu?	3	2	1	0
21. Konuşmanız sosyal hayatınızı veya kişisel yaşamınızın sınırlanmasına neden oluyor mu?	3	2	1	0

	Her Zaman	Sıklıkla	Nadiren	Hiç
22.Konuşmanız depresif hissetmenize neden olur mu?	3	2	1	0
23.Konuşmanız aile ve arkadaşlarınızla konuşurken, sizi anlayamadıklarında hayal kırıklığına uğramış hissetmenize neden olur mu?	3	2	1	0
24.Konuşmanız farklı veya tuhaf hissetmenize neden olur mu?	3	2	1	0
25.Konuşmanız nedeniyle yeni insanlar ile tanışmaktan çekinir misiniz?	3	2	1	0
26.Konuşmanız nedeniyle sohbetin dışında kalır mısınız?	3	2	1	0
27.Konuşmanız nedeniyle başka insanlar ile konuşmaktan kaçınır mısınız?	3	2	1	0
28.İnsanlar sizin sözcüklerinizi veya cümlelerinizi tamamlama eğiliminde mi?	3	2	1	0
29.Siz konuşurken insanlar konuşmanızı böler mi?	3	2	1	0
30.İnsanlar sizi anlayamadıklarını söyler mi?	3	2	1	0
31.Konuştuğunuz insanlar, konuşmanız nedeniyle rahatsız olur mu?	3	2	1	0
32.Konuşmanız nedeniyle insanlar sizden kaçınır mı?	3	2	1	0
33.Konuşmanız nedeniyle insanlar sizinle farklı bir biçimde konuşur mu?	3	2	1	0
34.Aileniz ve arkadaşlarınız, bu tür bir konuşma biçimiyle iletişim kurmanın nasıl bir şey olduğunu anlayamıyorlar mı?	3	2	1	0
35.Şu anda larenjektomi ameliyatınızdan öncesinde konuştuğunuz kadar konuşuyor musunuz?	Evet	Kısmen	Daha Az	

Toplam Skor _____

Genel Alt Alan _____

Çevresel Alt Alan _____

Tutumusal Alt Alan _____

Uzman yorumu:

.....

.....

.....

.....

.....

EK 3: TR-UW-QOL FORMU

Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Anket Formu Türkçe Versiyonu

Bu anket geçtiğimiz son 7 gün içindeki sağlığını ve yaşam kalitenizle ilgili sorular sormaktadır. Lütfen tüm soruları her soru için bir kutuyu işaretleyerek cevaplayınız.

1. Ağrı. (Bir kutuyu işaretleyiniz:)
 - Ağrı yok.
 - İlaç gerektirmeyen hafif ağrı var.
 - Orta derecede ağrı var-düzenli ilaç gerektiriyor.
 - Sadece uyuşturucu ilaçlar ile kontrol edilebilen şiddetli ağrı var.
 - İlaçlarla kontrol edilemeyen şiddetli ağrı var.

2. Görünüş. (Bir kutuyu işaretleyiniz:)
 - Görünüşümdede değişiklik yok.
 - Görünüşümdeki değişiklik önemsenmeyecek düzeydedir.
 - Görünüşüm beni üzüyor ama hala aktifim.
 - Ciddi şekil bozukluğu hissediyorum ve görünüşüm yüzünden aktivitelerimi kısıtladım.
 - Görünüşümden dolayı insanlarla birlikte olamıyorum.

3. Aktivite. (Bir kutuyu işaretleyiniz:)
 - Her zaman olduğum kadar aktifim.
 - Eski tempomu koruyamadığım zamanlar var, ancak sık değil.
 - Hala dışarı çıkmama rağmen, çoğu zaman yorgunum ve aktivitelerimi yavaşlattım.
 - Dışarı çıkmıyorum çünkü gücüm yok.
 - Genellikle yatakta veya koltuktayım ve evden dışarı çıkmıyorum.

4. Eğlence. (Bir kutuyu işaretleyiniz:)
 - Evde veya evden dışarıda eğlence kısıtlaması yok.
 - Yapamadığım bazı şeyler var ancak hala dışarı çıkıyorum ve hayattan keyif alıyorum.
 - Daha fazla dışarı çıkmak istediğim zamanlar oluyor ama buna gücüm yok.
 - Yapabileceğim işlerde ciddi kısıtlamalar var, çoğunlukla evde oturuyorum.
 - Eğlenceli hiç bir şey yapamıyorum.

5. Yutma. (Bir kutuyu işaretleyiniz:)
- Her zaman olduğu gibi yutabiliyorum.
 - Bazı katı gıdaları yutamıyorum.
 - Sadece sıvı gıdaları yutabiliyorum.
 - Yutamıyorum çünkü gıdalar "yanlış yola iniyor" ve nefes alamıyorum.
6. Çiğneme. (Bir kutuyu işaretleyiniz:)
- Her zamanki kadar çiğneyebiliyorum.
 - Yumuşak gıdaları yiyebiliyorum fakat bazı yiyecekleri çiğneyemiyorum.
 - Yumuşak gıdaları bile çiğneyemiyorum.
7. Konuşma. (Bir kutuyu işaretleyiniz:)
- Konuşmamda bir değişiklik yok.
 - Bazı kelimeleri söylemede zorluğum var ama telefonda anlaşabiliyorum.
 - Sadece ailem ve arkadaşlarım beni anlayabiliyor.
 - Anlaşılamıyorum.
8. Omuz. (Bir kutuyu işaretleyiniz:)
- Omzumla ilgili sorunum yok.
 - Omzum gergin fakat aktivitemi ve kuvvetimi etkilemiyor.
 - Omzumdaki ağrı ve zayıflık işimi değiştirmeme neden oldu.
 - Omzumdaki problemlerden dolayı çalışmıyorum.
9. Tat. (Bir kutuyu işaretleyiniz:)
- Normal tat alabiliyorum.
 - Birçok yiyeceğin tadını normal alabiliyorum.
 - Bazı yiyeceklerin tadını alabiliyorum.
 - Hiçbir yiyeceğin tadını alamıyorum.
10. Tükrük. (Bir kutuyu işaretleyiniz:)
- Tükrüğüm normal kıvamında.
 - Normalden daha az tükrüğüm var, ama yeterli.
 - Çok az tükrüğüm var.
 - Tükrüğüm yok.
11. Ruh halı. (Bir kutuyu işaretleyiniz:)
- Ruh halim mükemmel ve kanserimden etkilenmedi.
 - Ruh halim genellikle iyi ve sadece arada kanserimden etkileniyor.
 - Kanserden dolayı ruh halim ne iyi ne de kötü.
 - Kanser ruh durumumu belli bir ölçüde bozuyor.
 - Kanserimden dolayı ruh durumum aşırı derecede bozuk.

12. Endişe. (Bir kutuyu işaretleyiniz.)

- Kanserimden dolayı endişelenmiyorum.
- Kanserimden dolayı bir miktar endişeliyim.
- Kanserimden dolayı endişeliyim.
- Kanserimden dolayı çok endişeliyim.

Son 7 gün içinde sizin için en önemli olan sorunlar hangileridir?

En fazla 3 kutuyu işaretleyiniz.

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ağrı | <input type="checkbox"/> Yutma | <input type="checkbox"/> Tat |
| <input type="checkbox"/> Görünüş | <input type="checkbox"/> Çiğneme | <input type="checkbox"/> Tükrük |
| <input type="checkbox"/> Aktivite | <input type="checkbox"/> Konuşma | <input type="checkbox"/> Moral |
| <input type="checkbox"/> Eğlence | <input type="checkbox"/> Omuz | <input type="checkbox"/> Endişe |

GENEL SORULAR

Kanser olmadan önceki ay ile karşılaştığınızda, sağlıkla ilgili yaşam kalitenizi nasıl değerlendirmektесiniz? (Bir kutuyu işaretleyiniz:)

- Çok daha iyi
- Biraz daha iyi
- Yaklaşık aynı
- Biraz daha kötü
- Çok daha kötü

Genel olarak, son 7 gün içinde sağlıkla ilgili yaşam kalitenizi tanımlarsanız:
(Bir kutuyu işaretleyiniz:)

- Mükemmel
- Çok iyi
- İyi
- Orta
- Kötü
- Çok kötü

Genel yaşam kalitesi yalnızca fiziksel ve zihinsel sağlığı değil, aynı zamanda hayattan zevk almanızda önemli olan aileniz, arkadaşlarınız, manevi değerleriniz, veya boş zamanlarınızda yaptığınız aktiviteler gibi birçok başka faktörleri de içerir. Kişisel mutluluğunuza katkıda bulunan hayatınızdaki her şeyi düşünerek, son 7 gün içindeki genel yaşam kalitenizi değerlendiriniz. (Bir kutuyu işaretleyiniz:)

- Mükemmel
- Çok iyi
- İyi
- Orta
- Kötü
- Çok kötü

Sorularımızda yeterli kadar vurgulanmayan ve sizin yaşam kaliteniz için önemli olan başka sorunlarınız varsa (tıbbi veya tıbbi olmayan) lütfen tanımlayınız. (Gerekirse ek sayfa ilave edebilirsiniz).

EK 4: ETİK KURUL İZİNİ

T.C.

SBÜ Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji SUAM

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar

Etik Kurulu

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Şevket ÖZDEMİR

Araştırmacı grubu Dr. Öğr. Üyesi Şevket ÖZDEMİR, Dil ve Konuşma Terapisti Gülsün ADSIZ'den oluşan "Total Larenjektomili Bireylerin Yaşam Kalite Düzeylerinin İncelenmesi" başlıklı araştırma öneriniz kurulumuzun 25/08/2022 tarihli toplantısında görüşülmüş olup,

Çalışmanızın, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Araştırma Kod No: 2022-08/84

Ek:1 Liste

EK 5: KURUM İZİNİ

T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

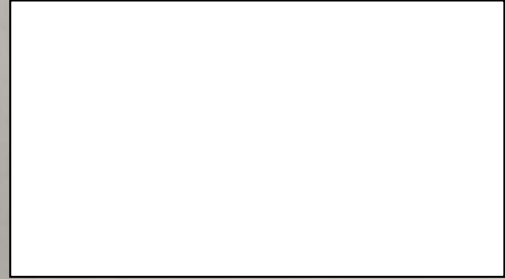
SBÜ Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji SUAM

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar

Etik Kurulu Başkanlığı'na

SBÜ Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Hastanesi Ses ve Yutma Biriminde görevli Dil ve Konuşma Terapisti olan Gülsün ADSİZ'in yardımcı araştırmacı olduğu ve Dr. Öğr. Üyesi Şevket ÖZDEMİR'in sorumlu araştırmacı (danışman) olduğu " **Total Larenjektomili Bireylerin Yaşam Kalite Düzeylerinin İncelenmesi** " isimli yüksek lisans tez çalışmasının akademik amaçla Ses ve Yutma birimimizde yapılmasına izin veriyorum.

Saygılarımla,



2
a
ol
B
izi

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Gülsün Adsız

Öğrenim Durumu: Lisans

Derece	Okul Adı ve Bölümü	Mezuniyet Yılı
Lisans	Hacettepe Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi	2021

İş Deneyimleri:

Unvan	Görev Yeri	Yıl
Dil ve Konuşma Terapisti	İz Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi	2021-22
Dil ve Konuşma Terapisti	Ankara Koza Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi	2022-Devam

Yayınları

Akinocal, F. C., Ramazan, O. C. A. L., **Adsız, G.**, & Belgin, E. (2017). Noise-related hearing loss in workers of a thermal reactor. *Iranian Journal of Public Health*, 46(6), 858.