



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**LARENJEKTOMİ SONRASI İLETİŞİM DENEYİMLERİ ÖZ
DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE' YE UYARLANMASI:
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Eda UZUNER

DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. S. Seyhun TOPBAŞ

İSTANBUL, 2021

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Dil ve Konuşma Terapisi
Tez Sahibi : Eda UZUNER
Tez Başlığı : Larenjektomi Sonrası İletişim Deneyimleri Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 01.07.2021
Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Prof.Dr. Saime Seyhun TOPBAŞ

Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri

Dr. Öğr. Üyesi Özlem Ü.LOGACEV İstanbul Medipol Üniversitesi

Doç. Dr. Elçin TADIHAN ÖZKAN Anadolu Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../ tarih ve/..... - sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Eda UZUNER



İTHAF

Taş Taşır Yine de Seni Okuturum Diyen Canım Babam ve Kanser ile Savaşmış,
Savaştan ve Savaşacak Herkese...



TEŞEKKÜR

Lisans öğrenimim sırasında kitaplarını okuduğum, kendisinden yüksek lisans eğitiminde ders dinleme şansım olan, mesleğimin öncüsü, her zaman çalışma hayatını, enerjisini, disiplinini gıpta ile izlediğim, yoğun çalışma temposunda dahil bütün tez sürecimde her türlü bilgi, tecrübe ve desteğini eksik etmeyen değerli hocam Prof. Dr. S. Seyhun TOPBAŞ'a,

Yüksek lisans hayatımda tanıştığım, sonrasında ne şanslıyım ki beraber çalışma fırsatı bulduğum aralarında olmaktan hep gurur duyduğum, çalıştığım her saniye yeni şeyler öğrendiğim, hayatımda çok değerli yerleri olan İstanbul'da ki ailem olan her biri birbirinden kıymetli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Özlem Ünal LOGACEV'e, Dr. Öğr. Üyesi R. Sertan ÖZDEMİR'e, Dr. Öğr. Üyesi N. Evra GÜNHAN ŞENOL'a, Dr. Öğr. Üyesi Talat Bulut'a ve Dr. Öğr. Üyesi Hatun BOLATKALE ZENGİN'e

Lisans eğitimim sürecinde kendisinden bir şey üstüne düşünmeyi, çıkarım yapmayı, araştırmayı ve mesleğime yönelik birçok şey öğrendiğim değerli hocam Prof. Dr. Ahmet KONROT'a Jüri üyeliğini kabul ederek değerli katkılarından dolayı Doçent Dr. Elçin TADIHAN ÖZKAN'a , tez sürecimde de destek ve görüşlerini esirgemeyen Prof. Dr. Gürsel DURSUN'a, bu zorlu ve yorucu tez sürecinde desteklerini ve zamanlarını benden esirgemeyen Doçent Dr. Ayşegül BATIOĞLU KARAALTIN' a, Doçent Dr. Ceki PALTURA'ya, öğrenciliğimden bu yana kendisinden birçok şey öğrendiğim ve her daim yardımlarını esirgemeyen Uzm. DKT Zehra YILMAZ EKSEN' e, lisans hayatımdan beri desteklerini ne zaman istesem, özenle ve ilgiyle karşılık veren Uzm. DKT Gayem KÖPRÜCÜ SÜZER'e, Dr. Öğr. Üyesi Özlem ÖĞE DAŞDÖĞEN'e ve Dr. Öğr. Üyesi Fatma Esen AYDINLI'ya, yine bu süreçte desteklerini esirgemeyen, Uzm. DKT Çağdaş KARSAN, Uzm. DKT Burak Eren ERASLAN, Uzm. DKT Samet TOSUN'a ve Uzm. DKT Fatma Nerse'ye

Aslında çok önceden tanıdığım ama üniversitede hayatıma dahil olan ev, oda, okul, tatil arkadaşım, onunla her yola gireceğim hayatımın perisi, EBA' nın ayrılmaz parçası

DKT Ayça BÖREKÇİ' ye, bir kek ile hayatıma giren, görüşlerine önem verdiğim, insan ilişkilerinde birçok şey öğrendiğim, nadiren anlaşılmazsak da beraber keyifli ve bir o kadar eğlenceli zaman geçirdiğim ve yemeklerine bayıldığım EBA' nın bir diğer ayrılmaz parçası DKT Beril AYRAN'a,

Hayatta birçok kez aynı zamanda aynı yerde karşılaştığımız ama evrenin bizi MEDKOM' da birleştirdiği, hayatına uzun boylu ve renkli gözlü olarak girdiğim, önce iş arkadaşı olduğum sonra komşun olduğum ve üstesinden gelmem gereken hem iş hem de kişisel sorunlarıma destekçi canım The Women'ım Uzm. DKT Merve BİÇER'e, enerjisine ve sorunlar ile başa çıkışına ve çözüm üretmesine hayran olduğum, en güzel dolma yapan, ani karar ve planlarına bayıldığım, yine beraber birçok sorunun üstesinden geldiğimiz, hayatım boyunca anlatacağım araba anılarına sahip olduğum dünya iyisi kankam Uzm. DKT Safiye TEKKELİ'ye ,

Zaman içerisinde birçok şey paylaştığımız, birçok kez beni olaylara karşı telkin eden, sonsuz sabırla beni her zaman dinleyen, işlerimde mutlak bana destek olan, güzel fotoğraflarımı çeken dünya tatlısı arkadaşım Fatma APAYDIN'a, aramıza yeni katılma da beni görmekten hep mutlu olan ve bunu hissettiren Uzm. DKT Gülkader TEMİZ'e,

Liseden sonra hayatıma tekrardan radikal bir giriş yapan artık ev arkadaşım olan, beraber güzel sohbet edebildiğimiz, düşük çeneme ve gerginliklerime maruz kalan, evimizin mühendisi Simge NALBANTOĞLU'na,

Tezim kapsamında uyarlamak istediğimiz ölçeği yanıtlamayı kabul edip, sorulara sabırla cevap veren değerli katılımcılara ve ailelerine,

Kilometrelerce uzakta olsa da tez sürecimin her anını benimle beraber yaşayan, bu sürece o kadar uzak olmasına rağmen, elinden gelen her şeyi yapmaya çalışan, beni sonsuz destekleyen canım babam başta olmak üzere canım annem ve ahlama

Ve tez sürecimde emeği olan herkese,

ÇOK TEŞEKKÜR EDERİM...

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

TEZ ONAYI	İ
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI.....	ii
İTHAF	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ	X
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER.....	6
4.1. Larenks Kanseri	6
4.1.1 Larenks kanseri tanılanması ve tedavisi.....	7
4.2. Cerrahi Müdahaleler.....	8
4.2.1. Parsiyel larenjektomi.....	9
4.2.2. Total larenjektomi	10
4.3. Larenjektomi Sonrası Ses Rehabilitasyonu.....	11
4.3.1. Özofageal konuşma.....	12
4.3.2. Trakeoözofageal protez ile konuşma / trakeoözofageal konuşma	12
4.3.3. Elektrolarenks	13
4.4. Yaşam Kalitesi	14
4.4.1. Larenjektomi Sonrası Yaşam Kalitesi.....	15
4.4.2. Larenjektomi Sonrası Yaşam Kalitesini Değerlendiren Ölçekler.....	16
4.5. Larenjektomi Sonrası Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler.....	19
4.5.1 Demografik bilgiler	19
4.5.2. Birincil iletişim aracı.....	20
4.5.3. Tedavi içeriği	22
4.5.4. Larenjektomi sonrası geçen süre.....	23

5. MATERYAL VE METOT	24
5.1 Araştırma Modeli	24
5.2 Araştırmanın Etik Yönü	24
5.3 Araştırmanın Katılımcıları	24
5.3.1 Katılımcıların dahil edilme kriterleri	25
5.3.2. Katılımcıların demografik özellikleri.....	25
5.4. Veri Toplama Ortamı	26
5.5. Veri Toplama Araçları	27
5.5.1. Demografik bilgi formu	27
5.5.2. Türkçe Larenjektomi Sonrası İletişim Öz Değerlendirme Ölçeği (TR-SECEL)	27
5.5.3. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Kuruluşu, Baş Boyun Kanselerinde Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği (EORTC QLQ H&N-35)	28
5.5.4. Sesle İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SİYKÖ)	29
5.6. Ölçeğin Uyarlanması Süreci	30
5.7. Geçerlik	31
5.7.1 Kapsam geçerliği.....	31
5.7.2 Benzer ölçüt (Convergent) geçerliği	32
5.7.3. Yapı geçerliği	32
5.8.Güvenirlik	33
5.8.1. İç tutarlılık.....	33
5.8.2. Test-tekrar test.....	34
5.9. Veri Analizi.....	34
6. BULGULAR	36
6.1. TR-SECEL Ölçeğinin Geçerliğinin İncelenmesi	36
6.1.1. Kapsam geçerliği.....	36
6.1.2. Benzer ölçüt geçerliği	36
6.1.3.Yapı geçerliği.....	40
6.1.3.2. Alt alan puanları ile ölçek toplam puan korelasyonu.....	44
6.2. TR-SECEL Ölçeğinin Güvenirliğinin İncelenmesi	44
6.2.1.İç tutarlılık.....	44

6.2.2. Test- Tekrar Test.....	45
6.3. Katılımcıların Elde Ettikleri Puanlara İlişkin Bulgular.....	46
6.4. Demografik Bilgiler Açısından TR- SECEL Puanlarının Karşılaştırılması ...	46
6.4.1. Yaş ile TR- SECEL sonuçlarının karşılaştırılması.....	47
6.4.2. Cinsiyet ile TR-SECEL sonuçlarının karşılaştırılması	47
6.4.3. Eğitim durumu ile TR- SECEL sonuçlarının karşılaştırılması	48
6.4.4. Medeni durum ile TR- SECEL sonuçlarının karşılaştırılması	49
6.5. Birincil İletişim Aracı ile TR- SECEL Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	49
6.6. Cerrahi Türü ile TR- SECEL Sonuçlarının Karşılaştırılması	51
6.7. Larenjektomi Sonrası Geçen Süre ile TR- SECEL Sonuçlarının Karşılaştırılması	53
7. TARTIŞMA	54
7.1. Geçerlik.....	54
7.2. Güvenirlik	56
7.3. Demografik Bilgiler ile TR- SECEL Puanları Arasındaki İlişki	57
7.4. Birincil İletişim Aracı	59
7.5. Cerrahi Türü.....	60
7.6. Larenjektomi Sonrası Geçen Süre.....	61
8. SONUÇ.....	63
9. KAYNAKLAR.....	65
10. EKLER.....	75
Ek-1: Ölçek Sahibinden İzin Belgesi	75
Ek-2: Gönüllü Olur Formu.....	76
Ek-3: Uzman Görüş Formu.....	78
Ek-4: TR-SECEL Ölçek Formu.....	81
11. ETİK KURUL ONAYI.....	84
12. ÖZGEÇMİŞ.....	88

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

BDI	: Beck Depression Inventory
CAPAL	: Communication Activity And Participation After Larygectomy
CPIB	: Communicative Participation Item Bank
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EORTC-QLQ H&N-35	: Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Kuruluşu Baş Boyun Yaşam Kalitesi Ölçeği / The European Organization For Research and Treatment Of Cancer Quality Of Life Core Questionnaire Head and Neck-35
EORTC-QLQ-30	: Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Kuruluşu Yaşam Kalitesi Ölçeği / The European Organization For Research And Treatment Of Cancer Quality Of Life Core Questionnaire-30
FACT-G	: Assesment Of Cancer Thearapy- General
FÖ	: Farengoözofageal Segment
GBD	: The Global Burden Of Disease
HNQOL	: Head And Neck Spesific Quality Of Life İnstrument
ICF	: International Classifications Of Functioning, Disability And Health
KGİ	: Kapsam Geçerliği İndeksi
PSS-HN	: Performans Status Scale For Head And Neck Cancer
SECEL	: Self-Evaluation Of Communication Experiences After Laryngectomy
SF-36	: Medical Outcomes Study Scale
SHE	: Ses Handikap Endeksi
SİYKÖ	: Ses ile İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği
UW-QOL	: Universty Of Washintong Quality Of Life Questionnaire
V-RQOL	: Voice Related Quality Of Life
VHI	: Voice Handicap Index
VoiSS	: Voice Symptom Scale
WOC-CV	: Ways Of Coping-Cancer Version Questionnaire

TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

Tablo 4.1 Parsiyel larenjektomi türleri.....	9
Tablo 4.2 Larenjektomi sonrası yaşanan sorunları değerlendirmek için kullanılan değerlendirme araçları (1).....	17
Tablo 4.2 Larenjektomi sonrası yaşanan sorunları değerlendirmek için kullanılan değerlendirme araçları (2).....	18
Tablo 5.1. Katılımcıların demografik özellikleri.....	26
Tablo 5.2 EORTC QLQ C30 version 3.0 semptom puanlama formülü.....	29
Tablo 5.3 SİYKÖ ölçek ve alt alan puanlarının hesaplanma formülleri.....	30
Tablo 5.4 TR-SECEL ve alt ölçekleri çarpıklık ve basıklık değerleri.....	35
Tablo 6.1 Kapsam Geçerliği İndeksi (KGI).....	36
Tablo.6.2 TR-SECEL ile EORTC QLQ H&N35 Arasındaki ilişkiye dair korelasyon analizi sonuçları.....	37
Tablo 6.3 TR-SECEL ve ile SİYKÖ arasındaki ilişkiye dair korelasyon analizi sonuçları.....	39
Tablo 6.4 TR-SECEL için KMO ve Bartlett Testi Sonuçları.....	40
Tablo 6.5 TR-SECEL Varimax Döndürmeli Temel Bileşen Analizi Sonuçları.....	41
Tablo 6.6 TR-SECEL Maddelerinin Faktörleşmesi.....	42
Tablo 6.7 TR- SECEL ve alt ölçekleri arasındaki korelasyon analizi sonuçları.....	43
Tablo 6.8 TR-SECEL ve Alt Ölçeklerine Ait Ortalama, Standart Sapma ve Cronbach Alfa (α) Değerleri.....	44
Tablo 6.9 TR-SECEL ve Alt ölçekleri test-tekrar test Korelasyon Analizi Sonuçları.....	44
Tablo 6.10 Katılımcıların TR-SECEL ve alt ölçeklerinden aldığı değerler	45
Tablo 6.11 Katılımcıların 35. Maddeye verdiği yanıtlar.....	45
Tablo 6.12 Yaş değişkenine göre TR-SECEL ve alt ölçekleri puan ortalamalarının farklılaşmasına ilişkin ANOVA sonuçları.....	46
Tablo 6.13 Cinsiyet değişkenine göre TR-SECEL ve alt ölçekleri puan ortalamalarının farklılaşmasına ilişkin bağımsız örneklem t-testi sonuçları.....	47
Tablo 6.14 Eğitim durumu değişkenine göre TR-SECEL ve alt ölçekleri puan ortalamalarının farklılaşmasına ilişkin ANOVA sonuçları.....	47

Tablo 6.15 Medeni durum değişkenine göre TR-SECEL ve alt ölçekleri puan ortalamalarının farklılaşmasına ilişkin t-testi sonuçları.....	48
Tablo 6.16 Birincil iletişim aracı değişkenine göre TR-SECEL ve alt ölçekleri puan ortalamalarının farklılaşmasına ilişkin ANOVA sonuçları.....	49
Tablo 6.17 Cerrahi türü değişkenine göre TR-SECEL ve alt ölçekleri puan ortalamalarının farklılaşmasına ilişkin ANOVA sonuçları.....	50
Tablo 6.18 Larenjektomi sonrası geçen süreye göre TR-SECEL ve alt ölçekleri puan ortalamalarının farklılaşmasına ilişkin ANOVA sonuçları.....	52
Şekil 4.1 Larenjektomi sonrası anatomik yapılar.....	10
Şekil 4.2 Özofageal konuşma.....	12
Şekil 4.3 Trakeoözofageal protez ile konuşma.....	13
Şekil 4.4 A: Boyun çevresine elektrolarenks B: Ağız içi elektrolarenks.....	14
Şekil 4.5 Total larenjektomi sonrası ICF sınıflaması.....	16

1. ÖZET

LARENJEKTOMİ SONRASI İLETİŞİM DENEYİMLERİ ÖZ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE'YE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Larenjektomi Sonrası İletişim Deneyimleri Öz Değerlendirme Ölçeği (Self-Evaluation of Communication Experiences after Laryngectomy - SECEL), yurtdışında larenjektomili hastalarda kullanılan bireyin kendi iletişim deneyimlerini kendi perspektifinden değerlendirdiği bir ölçektir. Bu çalışmanın amacı SECEL ölçeğini Türkçeye uyarlayarak geçerlik ve güvenilirliğini yapmaktır. Ölçeğin çeviri ve uyarlama süreci tamamlandıktan sonra TR-SECEL 104 larenjektomili bireye uygulanmıştır. Veriler yüz yüze, sesli ve görüntülü telefon görüşmesi veya online olarak toplanmıştır. Verilerin analizi SPSS v26 programı ile gerçekleştirilmiştir. İstatiksel analiz için normallik analizi, T testi, ANOVA, Pearson korelasyon katsayısı, kapsam geçerliği indeksi, Cronbach Alpha katsayısı ve faktör analizi yöntemleri kullanılmıştır. Geçerlik analizi sonucunda kapsam, aynılık ve yapı geçerliğini sağladığı ve güvenilirlik analizi sonucunda ise ölçeğin mükemmel derecede güvenilirlik katsayısına sahip olduğu ($\alpha=0.95$) bulunmuştur. Tekrar test korelasyonunun ($rtt=0,99$) oldukça yüksek olduğu ve faktör analizi sonucunda 3 faktörlü yapıdan oluştuğu saptanmıştır. TR- SECEL ölçeğinin Türkçe konuşan larenjektomili bireylerde iletişim değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu düşünülmektedir. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve larenjektomi sonrası geçen süre ile TR-SECEL ölçeğinden alınan puanlar arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Cerrahi türü ve birincil iletişim aracı ile TR-SECEL ölçeğinden alınan puanlar arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Geçerlik ve güvenilirlik, İletişim, Larenjektomi, Larenks kanseri, Öz değerlendirme

2. ABSTRACT

ADAPTATION OF SELF-EVALUATION OF COMMUNICATION EXPERIENCES AFTER LARYNGECTOMY SCALE INTO TURKISH: VALIDITY AND RELIABILITY STUDY

Self-Evaluation of Communication Experiences after Laryngectomy - SECEL is a scale used in patients with laryngectomy abroad to evaluate their own communication experiences from their own perspective. The aim of this study is to adapt the SECEL scale to Turkish and make its validity and reliability. After the translation and adaptation process of the scale was completed, TR-SECEL was administered to 104 individuals with laryngectomy. Data were collected face-to-face, via voice and video phone calls or online. The analysis of the data was carried out with the SPSS v26 program. Normality analysis, T test, ANOVA, Pearson correlation coefficient, content validity index, Cronbach Alpha coefficient and factor analysis methods were used for statistical analysis. As a result of the validity analysis, it was found that the scale provided content, sameness and construct validity, and as a result of the reliability analysis, the scale had an excellent reliability coefficient ($\alpha=0.95$). It was determined that the retest correlation ($r_{tt}=0.99$) was quite high and it consisted of a 3-factor structure as a result of factor analysis. The TR-SECEL scale is thought to be a valid and reliable tool for evaluating communication in Turkish-speaking individuals with laryngectomy. There was no statistically significant difference between age, gender, educational status, marital status, and the time passed after laryngectomy and the scores obtained from the TR-SECEL scale. A statistically significant difference was found between the type of surgery and the primary communication tool and the scores obtained from the TR-SECEL scale.

Key Words: Communication, Laryngectomy, Laryngeal cancer, Self-evaluation, Validity and reliability

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Küresel Hastalık Yüğü (The Global Burden of Disease - GBD) 1990 ve 2017 yılları arasında dünya çapında yapmış olduğu insidans araştırmasında, 890.000 yeni baş boyun kanseri (dudak ve ağız boşluğu, nazofarenks, hipofarenks ve larenks) olduğunu belirtmiştir. GBD'ye göre baş boyun kanserleri tüm kanser türlerinin (melanom cilt kanseri hariç) %5,3'nü oluşturmaktadır (1). Mortalite açısından bakıldığında ise bu hastaların 507,000'nin ölümü ile sonuçlandığı görülmüştür. Baş boyun kanserlerinde en sık dudak ve ağız boşluğu kanserleri gözlenmekte, bunları larenks kanseri takip etmektedir (2). Tüm kanserlerde olduğu gibi larenks kanserinde de mortalite ve nüks durumları tedavi başarısını etkilemektedir (3).

Cerrahi, radyasyon ve kemoterapi gibi çok yönlü bir yaklaşım içeren larenks kanseri tedavisinde hangi müdahalenin hastaya ne kadar zarar verdiğini (işlev kaybı veya toksisite) ayrı ayrı değerlendirmek oldukça zordur ancak, cerrahi bir tedavi yöntemi olan larenjektominin hastanın yaşamı üzerinde derin bir etkisi olduğu bilinmektedir. Özellikle kanserli yapının lokasyonuna bağlı olarak hastaların yutma, yemek yeme, konuşma ve hatta iletişim dahil olmak üzere temel fizyolojik işlevleri önemli ölçüde etkilenmekte, fiziksel görünümünde dahi değişiklikler gözlenebilmektedir. Sözü edilen iletişim sorunları hastanın sosyal etkileşim düzenini de bozabilmektedir (3-4). Bu nedenle, normal konuşmanın kaybolması sürecine uyum sağlama hastaların rehabilitasyonunda odak noktası olmuştur (5).

Larenks kanseri tanısı alan hastalar, konuşma kaybı dışında teşhisi kabul etme, tedaviyi sürdürme, ailevi sorumluluklar ve biyopsikososyal sorunların üstesinden gelme gibi birçok zorlu konu ile baş etmektedir (6). Ortaya çıkan tüm bu olumsuzluklar hastaların toplumdaki soyutlanmasına neden olabilmektedir. Toplumdan soyutlamadan kaynaklı sosyal kısıtlanmalar hastalarda ek olarak kaygı ve sinir gibi duyguların da ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (7).

Larenks kanseri ve tedavisi sonrası ortaya çıkan bu çok boyutlu sorunların değerlendirilmesi için bireylerin yaşadıkları problem ve zorlukları irdeleyen araçlara

ihtiyaç vardır. Bu amaçla geliştirilen ölçekler genellikle; genel yaşam kalitesi, kanser türüne bağlı yaşam kalitesi, spesifikleşen semptomlar, ses ile ilgili engellilik, iletişim ve sosyal katılım gibi konulara odaklanmaktadır.

Türkiyede, larenks kanseri sonrası meydana gelen çok yönlü sorunları değerlendirmek için; Avrupa Kanser Yaşam Kalitesi Araştırma ve Tedavi Kuruluş Ölçeği (EORTC-QLQ), Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Kuruluşu, Baş Boyun Kanserlerinde Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği (EORTC QLQ H&N 35), Türkçe Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi anketi (UW-QOL), Ses Handikap Endeksi (SHE) ve Ses ile İlgili Yaşam Kalitesi (SİYKÖ) ölçekleri kullanılmaktadır (8-9-10-11-12). Var olan bu ölçekler larenjektomi sonrası meydana gelen çoğu sorunu değerlendirebilmekteyken, iletişim ve sosyal katılım hakkında sadece fikir sahibi olmamızı sağlamaktadır.

Ülkemizde larenjektomi sonrası bireylerin iletişim deneyimlerini ve sosyal katılımlarını değerlendirebilecek, gözlenen sorunlar çerçevesinde gerekli uzmanlara yönlendirme yapılmasına olanak sağlayacak, geçerlik ve güvenilirliği yapılmış bir ölçek bulunmamaktadır. SECEL ölçeği bu ihtiyaçları karşılamak üzere geliştirilmiş larenjektomi sonrası hastaların iletişim deneyimlerini, bireylerin tedavi sonrası yaşamlarına uyumlarını, konuşmada yaşadıkları çevresel, tutumsal sorunları değerlendirebilmek için geliştirilmiştir (13). Bu çalışmanın amacı larenjektomili bireylerin iletişimlerinin değerlendirilmesi için oluşturulan SECEL ölçeğinin, anadili Türkçe olan larenjektomili bireyler ile Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmasıdır.

Araştırma Soruları

1- TR- SECEL geçerli bir ölçek midir?

1.1 TR-SECEL ölçeğinin kapsam geçerliği var mıdır?

1.2 TR-SECEL ölçeğinin benzer ölçüt (convergent) geçerliği var mıdır?

1.3 TR- SECEL ölçeğinin yapı geçerliği faktör analitik yöntemlerce desteklenmekte midir?

- 2- TR- SECEL güvenilir bir ölçek midir?
 - 2.1. TR- SECEL ölçeği iç tutarlılık analizlerince desteklenmekte midir?
 - 2.2. TR- SECEL ölçeği test- tekrar test güvenilirliği var mıdır?
- 3- TR- SECEL ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında katılımcıların ölçek toplam puanlarının ve alt bölüm puanlarının ortalamaları nasıldır?
- 4- Demografik bilgiler ile iletişim deneyimleri arasındaki ilişki nasıldır?
 - 4.1 Larenjektomi sonrası iletişim deneyimlerinde cinsiyetler, yaş, eğitim düzeyine, medeni durumuna, göre fark var mıdır?
- 5- Birincil iletişim araçlarına göre iletişim deneyimleri arasında fark var mıdır?
- 6- Cerrahi türüne göre iletişim deneyimleri arasında fark mıdır?
- 7- Larenjektomi sonrası geçen süre ile iletişim arasında bir ilişki var mıdır?

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Larenks Kanseri

Farley ve ark. yapmış olduğu çalışmada 2012 yılı için 157.000 bireyin larenks kanserine yakalanacağını ve bu bireylerin 138.000'nin erkek 19.000'nin ise kadın olacağını belirtmiştir. Yine aynı çalışmada 83.000 larenks kanserli bireyin hayatının (73.000 E, 10.000 K) ölüm ile sonuçlanacağı öngörülmüştür. Bu çalışmada larenks kanserinin görülme oranının erkeklerde kadınlara göre 7 kat daha fazla olduğu da bulunmuştur (14).

Baş boyun kanseri etiyolojisi 4 başlık altında incelenmektedir. Bu başlıklar şu şekildedir; madde kullanımı (tütün, sigara, betel cevizi, pasif içicilik, etanol, etanol ve tütün birlikte kullanımı), beslenme (A vitamini eksikliği, Plummer- Vinson sendromu ile ilişkili demir eksikliği), virüsler (papilloma tipleri 16/18/31, Epstein Barr) ve mesleki maruziyettir (asbest, nikel, krom radyum, hardal gazı, deri tabaklama ve ahşap işleme yan ürünleri) (15). Başlıklarda baş boyun kanserinin gelişiminde yer alan en güçlü iki risk faktörü tütün kullanımı ve alkol tüketimidir (16). Yoğun tütün kullanıcılarında sigara içmeyenlere göre baş boyun kanseri görülme riski 5 ila 25 kat daha fazladır. Tütün tüketimine ek olarak alkol tüketimi bu riski artırabilmektedir (15). Virüs ve kronik iritasyonların kanser ile ilişkisi, alkol ve sigara tüketimi kadar net olmasa da risk faktörleri içerisinde yer almaktadır. Etnik yapı ile baş ve boyun kanseri arasındaki ilişki net olmamakla birlikte bu ilişkiyi araştıran çalışmalar devam etmektedir (16).

Baş boyun kanserleri içerisinde yer alan bir kanser türü de larenks kanseridir. Larenksteki karsinomaların %95'i skuamöz hücreli geriye kalan %5'i ise epitel ve spindle hücreli karsinomalardır. Bu karsinomaların histolojik derecelendirilmesi Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan sınıflandırmaya dayanmaktadır. Karsinomalar tutulum bölgeleri ve sınıflamalarına göre değişik semptomlar göstermesine rağmen larenks kanserinin ana semptomu ses kısıklığıdır. Larenks tutulumlu karsinomalar için ses kısıklığı erken bir semptom iken supraglottik

karsinomalar için geç bir semptomdur. Ses kısıklığının ardından en sık görülen semptomlar yutma güçlüğü (disfaji), sık öksürük ve boğazda yabancı cisim varlığı hissidir (17).

4.1.1 Larenks kanseri tanınması ve tedavisi

Larenks kanserinin klinik değerlendirmesinde bireyler ilk olarak flexible/rijit laringoskop ile muayene edilir ve gerek görülür ise tanılama için bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MR), pozitron emisyon tomografi (PET), ultrason, direkt laringoskopi ve biyopsi gibi ileri tanılama yöntemleri de kullanılır (17-18).

Larenks kanseri malignitenin larengeal alt alanların yayılımına, ses teli hareketliliğine ve boyun tutulumuna göre sınıflanmaktadır. Evreleme sistemi, hastalığın tedavi öncesindeki ve sonrasındaki boyutu hakkında fikir vermektedir. Muayene ve palpasyonu desteklemek için tedaviden önce baş ve boyun BT veya MR yapılmalıdır. Karsinoma varlığı, histolojik olarak doğrulanmalı ve biyopsi ile elde edilen diğer patoloji sonuçları verilere dahil edilmelidir (18).

Larenks kanseri için tedavide amaç sadece kanserli yapıdan kurtulmak değil, aynı zamanda larenks işlevlerini korumak ve en iyi yaşam kalitesini sağlamaktır. Larenks kanserinde birincil tedavi olarak cerrahi ya da cerrahi olmayan bir yaklaşım seçmek için yaş, komorbidite, primer karsinomanın alt bölgesi, kapsamı ve hacmi, lenf nodu metastazlarının varlığı veya nod yerleşimi ve çevresinde metastaz olasılığı gibi bireysel hasta faktörleri dikkate alınmaktadır. Tedavi seçiminde diğer önemli faktörler arasında vokal kord hareketliliğinde bozulma veya fiksasyon, tedavi öncesi ses ve yutma fonksiyonu, tedavinin morbiditesi ile ilgili olarak hasta arzuları ve yaşam tarzı ihtiyaçları ve hasta uyumu da yer almaktadır. Cerrahi, radyasyon onkolojisi uzmanlığı ve yeterli rehabilitasyon hizmetleri tedavinin temel hususlarıdır (19-20).

Larenks kanserinde tedavi, radyoterapi, kemoradyoterapi, transoral lazer tedavilerinin yanı sıra total larenjektomi (larenksin tamamen çıkarılması) veya

parsiyel larenjektomi (larenksin kısmen çıkarılması) gibi farklı cerrahi teknik türleri de içermektedir (21). Erken evre (T1 ve T2) larenks kanserli hastalarda endoskopik rezeksiyon ve parsiyel larenjektomi larenksi korurken kanserli yapının tam rezeksiyonunu sağlamayı da amaçlamaktadır (22). İleri evre (T3 ve T4) larenks kanseri olan hastalarda radyoterapi ve cerrahi tedavisine ek olarak kemoradyasyon tedavisi de uygulanabilmektedir (20). Organ koruma cerrahisindeki muazzam ilerlemelere rağmen, total larenjektomi ilerlemiş larengeal ve hipofarengeal karsinomalar için hala tercih edilen tedavi seçeneğidir (21). Buna ek olarak, ilerlemiş hastalığı ve kötü işlevi olan veya kemoradyasyona kontrendikasyonları olan hastalar için de total larenjektomi birincil tedavi seçeneği olmaya devam etmektedir (20).

Larenks kanseri ile ilgili araştırmalar yapan ABD Gazi İşleri Bakanlığı (Veterans Affairs) yaptıkları çalışmalar sonucunda, ileri evre larenks kanserinde kemoterapi ve radyoterapi tedavi kombinasyonunu, cerrahi ve radyoterapi kombinasyonu ile karşılaştırdıklarında kemoterapi ve radyoterapi uygulamasının (3 hastadan 2'sinde başarılı) sağ kalımı önemli ölçüde tehlikeye atmadığını bildirmiştir (23). Larenksi korunan hastaların yaşam kalitesi daha yüksek gibi görünse de kemoradyasyondan kaynaklanan toksik etkiler ve tedavi sonrası larengeal skar, ödem, ses kısıklığı, yutma bozukluğu, aspirasyon, larenkste radyonekroza ya da ağrı gibi hayat kalitesini olumsuz etkileyecek durumlar yine de oluşmuştur (24).

Yapılan çalışmalar radyoterapi ve kemoterapi kombinasyonlarının uygulama protokollerinin, genel hayat kalitesinin yanı sıra konuşma, yutma, ağrı ve duyu durumlarının da üzerinde önemli etkisi olduğunu bildirmiştir (25-26).

4.2. Cerrahi Müdahaleler

Çok sayıda patolojik durumun sağaltımı için kullanılabilen cerrahi müdahaleler karsinomanın konumuna bağlı olarak larenks anatomisi ve fizyolojisini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Gerçekleştirilen cerrahi; yutma fonksiyonu, ses üretimi ve hava yolunun korunması üzerinde farklı etkiler oluşmaktadır (27). İzleyen bölümlerde farklı cerrahi müdahale yöntemleri kısaca anlatılacaktır.

4.2.1. Parsiyel larenjektomi

Parsiyel larenjektomi endolarengeal, vertikal ve horizontal olmak üzere (Tablo 4.1) üç başlık altında sınıflanmaktadır (28). İleri evre ve geniş tabanlı larengeal karsinomalarda genellikle bu üç başlık altında yer alan vertikal hemilarenjektomi, supraglottik larenjektomi veya suprakrikoid larenjektomi gibi daha agresif cerrahiler uygulanmaktadır (29). Bu üç cerrahi yöntem rezeksiyonun büyüklüğü ve cerrahi sonrası radyasyon tedavisine duyulan ihtiyaca göre anatomik ve fizyolojik yapılarda eksikliklere veya değişikliklere neden olabilmektedir (30).

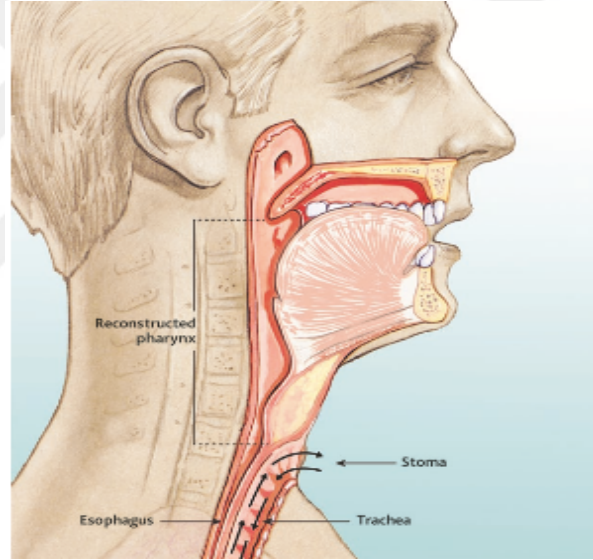
Tablo 4.1 Parsiyel larenjektomi türleri (28)

Endolarengeal	Vertikal	Horizontal
•Stripping	•Tirotoni, kordektomi	•Epiglottektomi
•Lazer ile eksizyon	•Tiroid pencere yolu ile kordektomi	•Supraglottik larenjektomi
•Kordektomi	•Anterolateral vertikal larenjektomi	•Genişletilmiş supraglottik larenjektomi
	•Anterior larenjektomi	•Parsiyel larengeofarenjektomi
	•Bilateral vertikal larenjektomi	•Suprakrikoid larenjektomi
	•Vertikal hemilarenjektomi	
	•Genişletilmiş vertikal parsiyel larenjektomi	
	•Totale yakın vertikal parsiyel larenjektomi	

Parsiyel larenjektomi sonrası ses üretimi genellikle korunurken, hava yolunun korunması etkilendiği için geçici aspirasyon yaygın olarak görülebilmektedir. Aspirasyonu azaltmak veya önlemek için egzersizler ve yutma manevralarını içeren yoğun bir rehabilitasyon sürecine ihtiyaç duyulmaktadır. Aynı zamanda hemilarenjektomi durumunda, kontralateral ses telinin ve rekonstrükte edilmiş hemilarenksin bozulmuş yaklaşması nedeniyle rehabilite edici çabalara rağmen kronik disfoni devam edebilmektedir (27,31-32).

4.2.2. Total larenjektomi

Total larenjektomi çoğunlukla tiroid, krikoid kartilajın, aritenoidlerin, epiglotun, hyoid kemiğin, prelarengeal kasların, tüm supraglottik, glottik ve subglottik yapıların çıkarılmasını kapsayan cerrahi işlemdir (21). Solunumun devam edebilmesi için trakeanın kesik ucunun boyun derisine dikilmesiyle bir açıklık oluşturulur. Bu açıklık trakeostoma/stoma olarak adlandırılır. Solunum, öksürme ve hapşırma artık stomadan gerçekleşmektedir. Larenksin çıkarılmasının hasta için ciddi sonuçları vardır. Hava yolunun ağız, burun ve özofagustan ayrılması sadece ses kaybına değil, aynı zamanda nazal ve farengeal segmentlerin alt solunum yollarından ayrılmasıyla solunum mekanizmasının değişmesine ve koku kaybına da neden olmaktadır (33-34).



Şekil 4.1 Larenjektomi sonrası anatomik yapılar (30)

Total larenjektomi sonrası bireyler geçici bir süre ses üretemezler. Alternatif olarak "ses üretim" yöntemleri mevcut olmasına rağmen, bu yöntemleri öğrenme süreci veya konuşma üretimine yardımcı prostetik cihaz kullanımı gerektirmektedir. Elde edilen ses kalitesi, kullanılan ses üretim yöntemine bağlı olarak değişmektedir. Henüz alternatif ses üretiminin sağlanmadığı süreçte jest-mimik, dudak okuma ve yazılı iletişim yöntemlerinden yararlanılmaktadır. Bu iletişim yolları genellikle sınırlı, yavaş ve can sıkıcıdır (35-36).

1.3. Larenjektomi Sonrası Ses Rehabilitasyonu

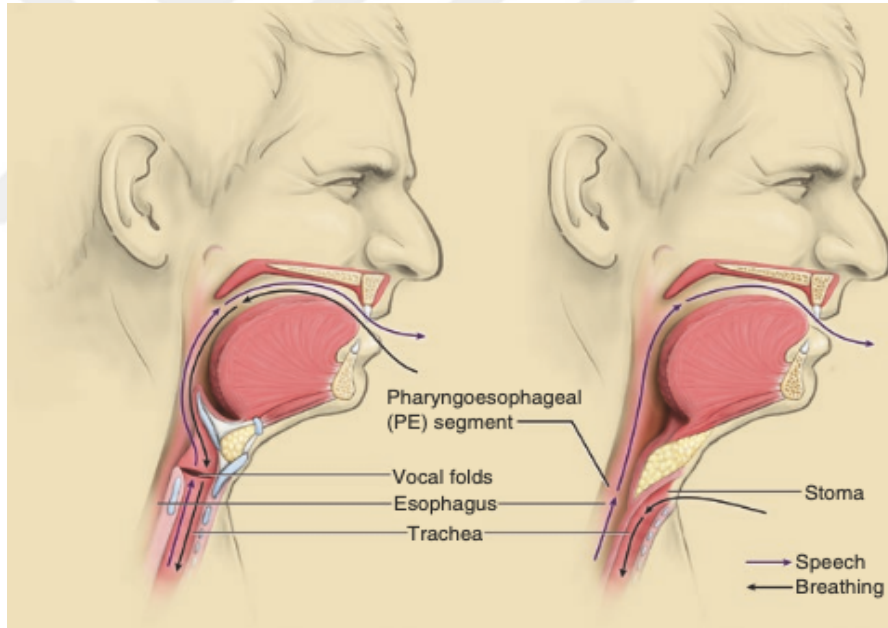
Ses rehabilitasyonuna geçmeden kısaca larenksin fizyolojisinden bahsetmek açıklayıcı olacaktır. Larenksin temel olarak 3 fonksiyonu vardır bunlar; hava yolunun korunması, solunum ve fonasyonudur. Larenks çeşitli mekanizmalar ile hava yolunu yutulan/içilen maddeden korurken, solunum ile de hava yolunu koordine ve optimize etmektedir. Larenks bu iki hayati işlevinin yanı sıra fonasyon oluşumunu gerçekleştirirken, farenks, oral kavite ve nazal kavite ile sözel iletişim için gerekli olan fonasyonun oluşmasını da sağlamaktadır (37).

Cerrahi sonrasında total larenjektomili bireyler cerrahi öncesi yapıların alınması nedeniyle ses üretememekte ve buna bağlı olarak konuşamamaktadırlar. Ses üretiminin sağlanması için ses tellerinin arasından geçen hava akımının titreşim oluşturması ve bu titreşim sonucu meydana gelen sesin, ses tellerinin üst bölgesinde yer alan rezonans boşluklarında şekillenmesi gerekir. Total larenjektomili bireylerde titreşimi sağlayan yapı alındığı için titreşim elde edeceğimiz başka yapılara yönelinmektedir (38-39).

Literatürde larenjektomi uygulanan bireyler için üç ana ses rehabilitasyonu yöntemi vardır bunlar; özofageal konuşma, elektrolarenks ve trakeoözofageal (ses protezi) konuşmadır. Total larenjektomi sonrası trakeoözofageal konuşmanın ses rehabilitasyonunda son yirmi yıldır altın standart olduğu belirtilmektedir (40-41). Xi (2010), tarafından yayınlanan sistematik derlemede, elektrolarenksin larenjektomiden sonra ses rehabilitasyonu için kullanılan en kolay yöntem olduğu bildirilmiş ancak, düşük ses kalitesi nedeniyle hasta memnuniyetinin düşük olduğu belirtilmiştir. Özofageal konuşma, öğrenmede düşük başarı oranı nedeniyle en zor rehabilitasyon yöntemi olarak bildirilirken, düşük maliyetli olması büyük bir avantajdır. Trakeoözofageal konuşma ise yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti açısından en iyi seçenek olarak kabul edilmekte ve şu anda gelişmiş ülkelerde en yaygın larenjektomi sonrası ses rehabilitasyonu yöntemi olarak kullanılmaktadır (42).

4.3.1. Özofageal konuşma

Özofageal konuşma, cerrahi sonrası değişen anatomik yapılar ile ses üretiminin sağlanması ve bu sesin şekillendirilmesine dayanmaktadır. Özofageal konuşmada ses üretimi için orta ve alt farengeal konstrüktör kas, özofagusun üst lifleri ve üst krikofarengal kas aktif rol almaktadır (38). Bu yapıların hepsi farengoözofageal (FÖ) veya FÖ segment olarak bilinmektedir. Ses üretmek için, FÖ segmentinin bir güç kaynağına ihtiyacı vardır. Bu kaynak, her zaman ağız ve burunda bulunan havadır. Terapi ile hastaya mevcut havayı üst özofagus içine alarak orayı hava kaynağı olarak kullanmayı ve sonrasında FÖ segmenti ve çevre dokuları titreştirerek havayı dışarı çıkarması öğretilmektedir. Hastalar bu sayede titreşim sonucu oluşan sesi şekillendirerek özofageal konuşmayı gerçekleştirmektedir (43).

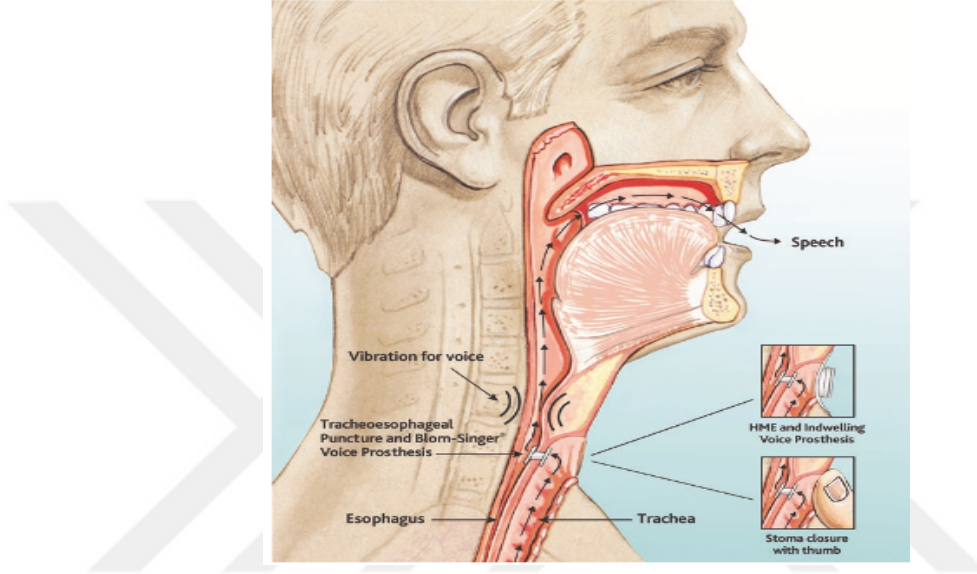


Şekil 4.2 Özofageal konuşma (30)

4.3.2. Trakeoözofageal protez ile konuşma / trakeoözofageal konuşma

1979 yılında Singer ve Blom tarafından valfli ses protezinin kullanılmaya başlanması ve trakeoözofageal delme tekniği kullanılmasıyla alarengal konuşma rehabilitasyonu için üçüncü bir konuşma rehabilitasyonu yöntemi gelişmiştir. Cerrahi

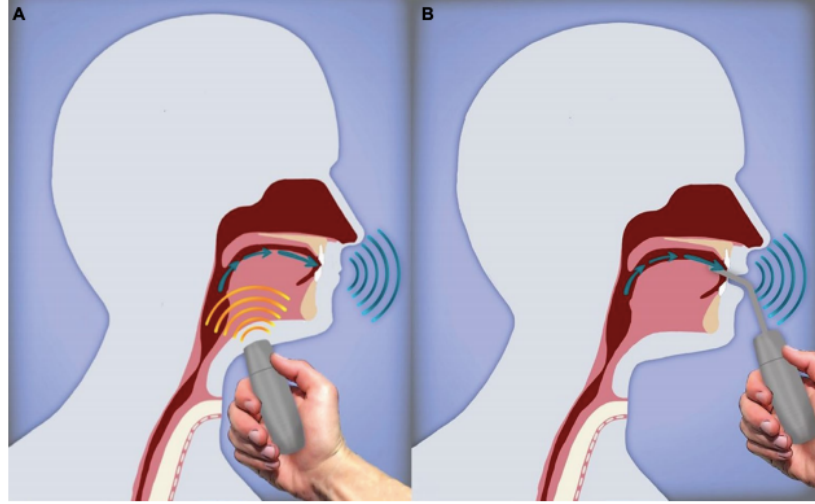
sırasında trakeanın posterior duvarından özofagusun ön duvarına kadar uzanan bir delik açılır ve protez daha sonra bu deliğe yerleştirilir. Ses üretmek için, birey trakeostoma yoluyla nefes alır, daha sonra trakeostomayı tıkar (el veya valf ile) ve nefes verir. Trakeostomanın bu şekilde tıkanması, ses protezinden havayı özofagusu iter, burada hava FÖ segmentinden geçer, dokuları titreşime sokarak trakeoözofageal sesi oluşturur (44-45).



Şekil 4.3 Trakeoözofageal protez ile konuşma (30)

4.3.3. Elektrolarenks

Elektrolarenks, genellikle sabit bir temel frekansta oral veya farengeal mukozanın titreşimini indükleyen harici bir cihazdır. İki tip elektrolarenks vardır bunlar; ağız içi ve boyun çevresi cihazlarıdır. Boyun çevresine yerleştirilen elektrolarenks, deri ile dolaylı olarak temas ederek farengeal titreşimlere neden olurken ağız içine yerleştirilen elektrolarenksler direkt ağız içi teması ile doğrudan ağız boşluğu titreşimlerine neden olmaktadır. Artikülasyon için gerekli olan kaslar genellikle total larenjektomiden sonra sağlamdır ve bu nedenle sağlanan titreşim ile sesin anlaşılır bir konuşmaya dönüştürülmesi mümkündür. Yerleştirme yeri hastanın tekniğine ve tercihine bağlıdır. Ağız içi cihazlar sesi doğrudan ağız içine yönlendirdiği için boyun çevresi cihazlara göre daha az enerji kaybı yaratır ve bu da daha yüksek ses ve daha iyi konuşma kalitesi sağlar (46-47).



Şekil 4.4 A: Boyun çevresine elektrolarenks B: Ağız içi elektrolarenks (46)

Elektrolarenks cihazları nispeten basit ve kullanımı kolay olduğundan, ameliyat sonrası erken dönemde kullanılabilmesinden kaynaklı olarak çoğu larenjektomili birey tarafından birincil, yedek veya acil konuşma yöntemi olarak seçilmektedir. (30).

İzleyen bölümde larenks kanseri tedavisi sonrasında yaşanan çok boyutlu sorunların bireylerin yaşam kalitelerine etkileri ve bunları değerlendiren ölçeklerden bahsedilecektir.

4.4. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, DSÖ tarafından “bireyin yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında, kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısı” olarak tanımlanmaktadır (48).

Öznel ve çok boyutlu olan sağlık ile ilgili yaşam kalitesi bir kişinin fiziksel, işlevsel, duygusal ve sosyal refahına ilişkin algısını ölçmeyi amaçlamaktadır (49). Yaşam kalitesi klinisyenin veya başka herhangi birinin yorumu olmaksızın, doğrudan hastanın kendini raporlaması/değerlendirmesi aracılığıyla belirlenmektedir. Bu raporlama/değerlendirme, bireyler ile görüşme yapılması veya anketler doldurulması

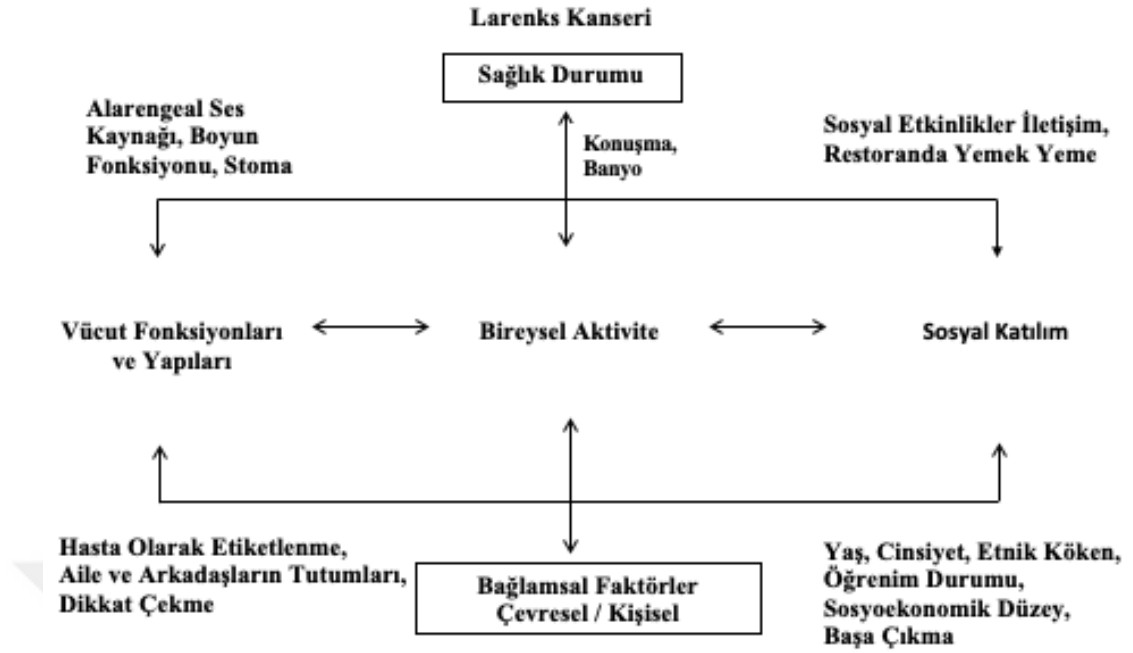
ile gerçekleŖebilmektedir. GrŖme yöntemi çok zaman aldığı için anketler daha yaygın kullanılmaktadır (50).

Hastanın kendini raporlaması/değerlendirmesi için kullandığı değerlendirme araçları aynı kavramı ölçen ölçekler veya alt alanlar halinde gruplandırılmıŖ birkaç soru/ögelerden oluŖmaktadır. Kullanılan değerlendirme araçları, genel özelliklere veya hastalığa yönelik olabilmektedir. Genel sağlığa ait olan özellikler kapsamında yetersizlikleri değerlendirmek, hasta ve norm popülasyon arasındaki farklılıkları saptamak ve yaŖam kalitesini ölçmek amaçlanmaktadır. Hastalığı tanılama amaçlı spesifik araçlar, söz konusu hastalıkla ilgili semptomları, bu hastalığın genel sağlığa ve iŖlevlere olan etkilerini ölçmektedir (51).

4.4.1. Larenjektomi Sonrası YaŖam Kalitesi

Larenks kanseri sonrası cerrahi veya kombine tedavi seçeneklerindeki ilerlemelere rağmen, yaŖam kalitesi total larenjektomili bireylerde önemli bir sorun olmaya devam etmektedir (52). Ses problemleri, yutma güçlükleri, ağrı, trakeostomi problemleri, tat ve koku bozukluklarının hepsi yaŖam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere sahiptir. Bireylerde tanı ve tedavi sonrası psikolojik sorun, depresyon, anksiyete ve iletiŖim sorunları da yaygın olarak görülmektedir (53).

Total larenjektomi, bireylerde konuŖma kaybı, sosyal iŖlevde kısıtlılık, solunan havayı ısıtma, nemlendirme, filtrelemede deđiŖiklik, koku kaybı ve stoma varlığının hasta veya toplum üzerindeki etkisi nedeniyle dramatik sonuçlar doğurmaktadır (54). Total larenjektominin sonucu olarak, birey yeni bir iletiŖim yolu öğrenmeli ve yaŖam boyu anatomik, fizyolojik deđiŖikliklerin potansiyel psiko-sosyal sonuçlarıyla baŖa çıkmayı öğrenmelidir (55). Ŗekil 4.5 total larenjektomi sonrası International Classifications of Functioning, Disability and Health (ICF) sınıflamasını göstermektedir.



Şekil 4.5. Total larenjektomi sonrası ICF sınıflaması (56)

4.4.2. Larenjektomi Sonrası Yaşam Kalitesini Değerlendiren Ölçekler

Araştırmacılar ve klinisyenler sağlıkla ilgili alanlarda, iki tür değerlendirme aracını yaygın olarak kullanmaktadır. Bu araçların ilki, bozukluğa özgü kapsam ve terminoloji kullanarak zorlukları/güçlükleri açıkça tanımlayan, bozukluğa özgü ölçütleri içeren araçlardır. Diğer araçlar ise belli bir bozukluğu ele almayan genel problemleri tanımlayan (ör: SF 36) spesifik olmayan ölçeklerdir (57-58-59).

ICF, total larenjektomi sonrası bireyin sesinin toplum tarafından daha az kabul edilebilirliğini, sosyal bağlamda başkalarıyla iletişim kurma isteğini, sesin tipik üretimindeki değişikliklerden kaynaklı aktivite ve katılımlarda yaşanabilecek bozulmaları değerlendirmek için bazı değerlendirme araçları bildirmiştir (56,60-61). Tablo 4.2’de larenjektomi sonrası yaşanan sorunları değerlendirmek için yaygın kullanılan değerlendirme araçları özetlenmiştir.

Tablo 4.2. Larenjektomi sonrası yaşanan sorunları değerlendirmek için kullanılan değerlendirme araçları (1)

Ölçek	Genel Bilgi	Alt alanları	Ölçek Yorumlama	Türkçe Versiyonu
Voice Handicap Index (VHI)	Jacobson ve ark. (1977) tarafından geliştirilen VHI, ses bozukluklarına bağlı yaşanan psikososyal sorunları değerlendirmek için geliştirilmiştir. (62). Daha sonra Rosen ve ark. (2004) tarafından VHI'nın 10 maddelik kısa versiyonu (VHI-10) oluşturulmuştur (63).	VHI, 30 maddeden oluşan bir indekstir. Fonksiyonel (F), fiziksel (Fi) ve emosyonel (E) şeklinde her biri 10'ar maddeden oluşan üç alt grubu vardır (62).	Maksimum toplam skor 120'dir. Toplam skor ne kadar yüksek ise sesle ilgili yaşanan sorunun şiddetinin de o kadar yüksek olduğunu gösterir (62).	VHI Türkçeye, Ses Handikap Endeksi (SHE) olarak uyarlanmış ve 2008 yılında geçerlik, güvenilirliği yapılmıştır (11).
Voice related quality of life (V-RQOL)	İlk olarak 1999 yılında Hogikyan ve Sethuromen'in geliştirdiği V-RQOL ile ses ile ilişkili yaşam kalitesi kavramı ortaya çıkmıştır (64). V-RQOL yaşam kalitesinin yanında terapi önce ve sonrası gelişimin gözlenmesi içinde kullanılmaktadır (65).	V-RQOL 10 maddeden oluşan bir ölçektir. Fiziksel işlev ve sosyo-duygusal alt alt alanından oluşmaktadır (65).	Bireyler ölçekten 0-100 arasında bir puan alabilmekte ve puanı yüksek olanın yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu söylenmektedir (65).	2015 yılında V-RQOL Türkçeye, Sesle İlgili Yaşam Kalitesi (SİYKÖ) olarak uyarlanmış ve geçerlik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır (65).
The european organization for research and treatment of cancer quality of life core questionnaire 30 (EORTC QLQ-C30)	EORTC QLQ-C30, Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü (EORTC) Yaşam Kalitesi Çalışma Grubu tarafından kansere özgü yaşam kalitesini değerlendirmek için geliştirilmiştir (66). Bu 30 maddelik temel anket, farklı kanser türleri ile ilgili alanları içermektedir (67).	EORTC QLQ-C30, 5 işlevsel alt alan (fiziksel, uğraş, bilişsel, duygusal ve sosyal), 3 semptom (yorgunluk, ağrı ve kusma) ve 6 ayrı maddeden (nefes darlığı, uykusuzluk, iştah kaybı, kabız, ishal ve mali zorluklar) oluşmaktadır (67-68).	Tüm alt alanlardan alınan puanlar hesaplama formülleri ile 0-100 arasında bir değer alır. Alt alana göre puan yorumlamalar değişmektedir (69).	2007 yılında EORTC-QLQ-C30 Türkçeye uyarlanmış ve geçerlik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır (69).

Tablo 4.2. Larenjektomi sonrası yaşanan sorunları değerlendirmek için kullanılan değerlendirme araçları (2)

Ölçek	Genel Bilgi	Alt alanları	Ölçek Yorumlama	Türkçe Versiyonu
Universty of washington quality of life questionnaire (UW-QOL)	Baş ve boyun kanserine özgü yaşam kalitesini değerlendirmek ve yaşam kalitelerindeki değişiklikleri tanımlamak için spesifik olarak UW-QOL oluşturulmuştur (70).	UW-QOL, 9 alt alandan (ağrı, dış görünüşte değişim, sosyal hayat, çevre, çalışma durumu, çiğneme, yutma, konuşma ve boyunda güçsüzlük) oluşmaktadır (71).	Her 9 alt alana 100 puan verilir. En yüksek düzey veya "normal" işleve 100 puan verilirken, en düşük düzey veya en büyük işlev bozukluğu 0 puanla değerlendirilmektedir (71).	2009 yılında UW-QOL ölçeği Türkçeye uyarlanmış ve geçerlik, güvenirlik çalışması yapılmıştır (10).
Head and neck spesific quality of life instrument (HNQOL)	HNQOL, baş boyun kanserli bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmek için tasarlanmıştır. HNQOL, bireylerin yaşam kalitelerini değerlendirmesinin yanı sıra, demografik özelliklerini, komorbiditelerini, klinik özelliklerini, tedavi verilerini, yetersizlik durumunu ve genel rahatsızlık durumlarını da değerlendirmektedir (72-73).	Ölçek 4 alt alanda (iletişim, ağrı, beslenme, duygu) toplam 20 baş boyun kanserine özgü maddeden oluşmaktadır (72-73).	Her bir alt alan 0 ila 100 arasında değer alabilmektedir. Alınan skor artıkça yaşam kalitesi de artmaktadır (73).	HNQOL ölçeğinin Türkçe versiyonu ile karşılaşılmamıştır.
Self-evaluation of communication experiences after laryngectomy (SECEL)	SECEL, 1993 yılında Gordon W. Blood tarafından larenjektomi sonrası iletişim deneyimlerini ve bireylerin yeni seslerine günlük hayattaki uyumlarını değerlendirmek için geliştirilmiştir (13).	Ölçek toplamda 35 maddeden oluşmaktadır. Maddeler genel, çevresel ve tutumsal olmak üzere 3 alt alanda sınıflanmıştır (13).	Ölçek toplamındaki yüksek skor iletişim deneyimlerinde daha fazla zorluk yaşadığını göstermektedir (13).	

Literatürde Tablo 4.2’de yer verilen değerlendirme araçlarının yanı sıra Assesment of Cancer Thearapy- General (FACT-G), Medical Outcomes Study Scale (MOS SF-36) ve Communication Activity and Participation After Laryngectomy (CAPAL) ölçekleri de larenjektomi sonrası yaşanan sorunları değerlendirmek için kullanılabilen araçlardır. (53,74-75).

4.5. Larenjektomi Sonrası Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Son 50 yılda, larenks kanserinin tıbbi yönetiminde birçok ilerleme ortaya çıkmış ve uzun vadeli sağ kalımda artışlar gözlenmiştir. Bununla birlikte, teşhis ve cerrahi tedavinin ötesine geçen yaşam kalitesi gibi konuların kabulü, son yıllarda sağlanabilmiştir (76). Larenks kanserinin yönetilme şeklindeki değişiklikler, hastalığın ilk teşhisi ve birincil tıbbi tedavisinden çok sonra fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevsellik konusunda artan farkındalık ile sağlanmıştır. Bu değişiklikler larenks kanserinin tıbbi olarak yönetilme şeklinin yanı sıra rehabilitasyon başarısının izlenme ve ölçülme şeklini de etkilemiştir (61).

Total larenjektomi sonrası yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında yaş, cinsiyet, kanser evresi, tedavi içeriği, (alınan/korunan anatomik yapı, radyoterapi, kemoterapi) larenjektomi sonrası geçen süre, ek kronik hastalıklar, birincil iletişim aracı, iş hayatı, davranışsal, duygusal, bilişsel durum, dışlanma, sosyal hayatta değişiklik pozitif olana odaklanma, sosyal destek almak/görmek, konuşma rehabilitasyonuna gitmek yer almaktadır (52,74,77-78-79-80).

4.5.1 Demografik bilgiler

Kazi ve ark. (2007), VHI ve V-RQOL ölçeklerini kullanarak larenjektomili bireylerin sese bağlı yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmada yaşın sese bağlı yaşam kalitesini ve yaşam kalitesinin fonksiyonel yönlerini önemli ölçüde etkilediğini belirtmiştir. Çalışmada genç katılımcıların daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu görülmüştür. Yine aynı çalışmada cinsiyet ve sese bağlı yaşam kalitesi arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur (81).

Eadie ve ark. (2012), UW-QOL, V-RQOL ve Ways of Coping-Cancer Version Questionnaire (WOC-CV) ölçeklerini kullanarak total larenjektomi sonrası yaşam kalitesini incelediği çalışmada yaş faktörü ve yaşam kalitesi arasında zayıf ama anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaşlı bireylerin hayat kalitelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (52).

Woordard ve ark. (2007) Head and Neck Inventory (HNI) ölçeği ile total larenjektomi sonrası yaşamı incelediği çalışmada yaş faktörü ve yaşam kalitesi arasında istatistiki olarak anlamlı sonuç bulunmuş ve 65 yaş üstü bireylerin istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu belirtilmiştir (77).

Palmer ve ark. (2004), Functional Assessment of Cancer Therapy and Neck Survey (FACT- HNS) ve FACT-G ölçeklerini kullanarak alarengeal konuşan bireylerin iletişim ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Yapılan çalışmada yaş ve eğitim seviyesi faktörleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı istatistiki ilişkili olmadığını belirtirken, yaş ve eğitim seviyesi ile yaşam kalitesi arasında düşük seviyede pozitif ilişki bulunduğu belirtilmiştir (80).

Robertson ve ark. (2010), Voices Symptom Scale (VoiSS) ve UW-QOL ölçeklerini kullanarak Batı İskoçya'da total larenjektomi sonrası ses, yutma ve yaşam kalitesini incelediği çalışmada konuşma türüne bakılmaksızın kadınların erkeklere göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu belirtilmiştir (82).

Vilaseca ve ark. (2005), UW-QOL ve SF-36'nın kısa formu olan SF-12 v2. Ölçeklerini kullanarak total larenjektomi sonrası uzun dönem yaşam kalitesini araştırdığı çalışmada cinsiyetin yaşam kalitesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur (74).

4.5.2. Birincil iletişim aracı

Eadie ve ark. (2012), UW-QOL, V-RQOL ve Ways of Coping-Cancer Version Questionnaire (WOC-CV) ölçeklerini kullanarak total larenjektomi sonrası yaşam

kalitesini incelediği çalışmada birincil iletişim aracının sese bağlı hayat kalitesini değerlendirmede zayıf ama anlamlı bir faktör olduğu bildirilmiştir (52).

Silva ve ark. (2015), SECEL, EORTC QOL ve Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ölçekleri ile total larenjektomi sonrası bireylerin yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmada larenjektomi sonrası sözel iletişim sağlamayan bireylerin, özofageal konuşan ve trakeoözofageal konuşan bireylerden iletişimdeki olumsuz etkilenimlerinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Yine aynı çalışmada özofageal konuşan bireylerin diğer konuşma türlerine göre fonksiyonel kapasitelerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (79).

Law ve ark. (2009) sadece CAPAL ölçeğini uygulayarak Çin'de yaşayan ve alarayngeal konuşan bireylerin konuşma anlaşılabilirliği, kabul edilebilirliği ve iletişim ile ilgili yaşam kalitesini araştırdığı çalışmada trakeoözofageal konuşmalı bireylerin, diğer konuşma türleri içinde iletişim ile ilgili yaşam kalitesi en yüksek olan grup olduğu belirtilmiştir. Trakeoözofageal konuşmalı bireyleri sırasıyla pnömomatik cihaz kullanan, özofageal konuşan ve elektrolarenks (en düşük iletişime bağlı hayat kalitesi) kullanan bireylerin takip ettiği bildirilmiştir (75).

Robertson ve ark. (2010), VoiSS ve UW-QOL ölçeklerini kullanarak Batı İskoçya'da total larenjektomi sonrası ses, yutma ve yaşam kalitesini incelemişlerdir. Çalışma sonunda, trakeaözofageal konuşan bireylerin sese bağlı yaşam kalitesi diğer gruplardan daha iyi bulunmuştur. Trakeaözofageal konuşmayı, elektrolarenks, sözel olmayan iletişim takip ederken en düşük sese bağlı hayat kalitesine sahip olan grubun ise özofageal konuşan bireyler olduğu bildirilmiştir (82).

Eadie ve ark. (2012), VHI ve UW-QOL ölçeklerini kullanarak total larenjektomi sonrası yaşam kalitesi ve konuşma türlerinin işitsel-algısal olarak değerlendirildiği çalışmada trakeaözofageal konuşan bireylerin en yüksek sese bağlı yaşam kalitesine sahip oldukları belirtilmiştir. Bu grubu elektrolarenks kullanan bireyler takip ederken, en düşük sese bağlı yaşam kalitesine sahip olan grup özofageal konuşan bireyler olmuştur (83).

Evans ve ark. (2009), sadece erkek katılımcılarla gerçekleştirdikleri çalışmada VHI ile larenjektomi sonrası trakeaözofageal konuşan bireyler ve diğer konuşma türleri arasında sese bağlı yaşam kalitelerinin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmadığı belirtilmiştir (84).

4.5.3. Tedavi içeriği

Terrel ve ark. (1998), SF-36, HnQOL ve Beck Depression Inventory (BDI) ölçeklerini kullanarak larenks kanseri tedavisi sonrası uzun dönem yaşam kalitesini değerlendirmişlerdir. Bu çalışmada ileri evrede, kemoterapi ve radyoterapi alan bireylerin, cerrahi ve radyoterapi alan bireylerden daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu bildirilmiştir. (24)

Major ve ark. (2001), SF-36 yaşam kalitesi ölçeğini kullanarak ileri evre larenks ve hipofarengeal kanser tedavisinden sonra yaşam kalitesini incelemişlerdir. Çalışma sonucunda cerrahiye ek olarak radyasyon tedavisinin uygulandığı hastalar ile kemoradyasyon grubu arasında farklılık gözlemlendi fakat tedavi türü, tümör yeri ve kanser evresinin somatik semptomlarının genel yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkisi olmadığını belirtmişlerdir (85).

Kazi ve ark. (2007), VHI ve V-RQOL ölçeklerini kullanarak larenjektomili bireylerin sese bağlı yaşam kalitesini değerlendirmişler ve radyoterapi ve kemoterapinin yaşam kalitesinin fonksiyonel yönlerini önemli ölçüde etkilediğini bildirmişlerdir (81).

Robertson ve ark. (2010), VoiSS ve UW-QOL ölçeklerini kullanarak Batı İskoçya'da total larenjektomi sonrası ses, yutma ve yaşam kalitesini incelemiş ve radyoterapi tedavisi alan bireylerin sese bağlı hayat kalitelerinin daha düşük olduğunu belirtmişlerdir (82).

Vilaseca ve ark. (2005), UW-QOL ve SF-36'nın kısa formu olan SF-12 v2. ölçeklerini kullanarak total larenjektomi sonrası uzun dönem yaşam kalitesini

araştırmışlar ve radyasyon tedavisi ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını savunmuşlardır (74).

Woordard ve ark. (2007) tarafından HNI ölçeği kullanılarak total larenjektomi sonrası dönemi incelediği çalışmada kemoterapi, radyoterapi veya boyun diseksiyonunun yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olmadığı bulunmuştur (77).

Iravani ve ark. (2018), EORTC QLQ ve FACT- G ölçeklerini kullanarak yaptıkları çalışmada farklı cerrahi müdahaleye ek radyoterapi alan bireylerin, radyoterapi almayan bireylere göre yaşam kalitelerinde istatistiksel bir fark gözlenmemiştir (53).

4.5.4. Larenjektomi sonrası geçen süre

Eadie ve ark. (2012), UW-QOL, V-RQOL ve WOC-CV ölçeklerini kullanarak total larenjektomi sonrası yaşam kalitesini inceledikleri çalışmalarında larenjektomi sonrası geçen süre ile yaşam kalitesi arasında çoğunlukla orta düzeyde ilişki olduğu belirtilmiştir. Larenjektomi sonrası geçen süre arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı görülmüştür (52).

Vilaseca ve ark. (2005), UW-QOL ve SF-36'nın kısa formu olan SF-12 v2. ölçeklerini kullanarak total larenjektomi sonrası uzun dönem yaşam kalitesini araştırdığı çalışmada larenjektomi üzerinden geçen sürenin 5 yıl ve üstü olan bireylerde yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olmadığı bulunmuştur (74).

Palmer ve ark. (2004), FACT- HNS ve FACT-G ölçeklerini kullanarak alarengal konuşan bireylerin iletişim ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek için yapmış olduğu çalışmada cerrahi sonrası geçen süre ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ilişki bulunmuştur (80).

5. MATERYAL VE METOT

Bu bölümde, araştırmanın modeli, etik kurul izni, veri toplanan katılımcılar, kullanılan veri toplama araçları, ölçeğin geçerlik, güvenirlik süreçleri ve veri analizi ile ilgili detaylı bilgiler yer almaktadır.

5.1 Araştırma Modeli

Bireylerin larenjektomi sonrası ses üretim mekanizmasında gerçekleşen değişime bağlı olarak konuşmada meydana gelen değişiklikler ya da konuşmanın yitimi sonrasında günlük hayatta yaşanan sorunlar ve iletişimi değerlendirmek için kullanılan SECEL ölçeği Türkçeye uyarlanmıştır. Bu çalışma SECEL ölçeğinin geçerlik ve güvenirliğinin yapılmasını amaçlayan prospektif, betimsel bir çalışmadır.

5.2 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmada kullanılan SECEL ölçeğinin orijinal formunun kullanılabilmesi için ölçeğin geliştiricisi Gordon W. Blood ile e-posta yoluyla iletişime geçilmiş ve ölçeğin uyarlanması için izin alınmıştır (EK-1). Araştırma Medipol Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve uygun bulunmuştur (Onay Kodu:10840098-772-E.43560). Araştırmaya katılım gösteren larenjektomili bireylerden bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ile araştırmaya katılmaları için sözlü ve yazılı onay alınmıştır (EK-2).

5.3 Araştırmanın Katılımcıları

Araştırma kapsamında 283 larenjektomili birey veya bu bireylerin yakını ile iletişim kurulmuştur. Ölüm, anadil farklılıkları ve çalışmaya katılmak istememeleri gibi sebeplerle çalışma 104 larenjektomili birey ile tamamlanmıştır. Araştırmaya katılım sağlayan bireylerin 94'ü erkek 10'nu ise kadındır. Katılımcılar 40-86 yaş aralığında dağılım göstermektedir.

5.3.1 Katılımcıların dahil edilme kriterleri

Bireylerin çalışmaya katılmasında aşağıdaki dahil etme kriterleri dikkate alınmıştır:

- a) Total/parsiyel larenjektomi ameliyatı olmak,
- b) En az 1 sene önce larenjektomi ameliyatı olmuş olmak,
- c) Larenjektomi sonrasında özofageal konuşma, trakeoözofageal konuşma, elektrolarenks veya yapay larenks gibi konuşma biçimlerinden birini aktif kullanıyor olmak,
- d) Ses üretimini sağlayan cihaz veya protezin sorunsuz çalışır durumda olması,
- e) Mevcut konuşma biçimini minimum 6 aydır kullanıyor olmak.
- f) Ana dili Türkçe olmak.

5.3.2. Katılımcıların demografik özellikleri

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların yaş ortalaması 63.65 (SS=±8.61) olarak hesaplanmıştır. Cerrahi sonrası geçen süre ortalaması 6.43 (SS=±4.11) yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların 10'u (%9.6) kadın ve 94'ü (%90.4) erkektir. Eğitim düzeyi açısından, katılımcıların 57'si (%54.8) ilkokul, 19'u (%18.3) ortaokul, 16'sı (%15.4) lise ve 12'sinin (%11.5) üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Çalışma durumuna göre katılımcıların çoğunun (%76) emekli olduğu gözlenmiştir. Ayrıca katılımcıların 92'si (%88.5) evliyken, 12'sinin (%11.5) ise bekar ve boşanmış olduğu görülmüştür. Katılımcıların demografik bilgileri Tablo 5.1'de sunulmuştur.

Tablo 5.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

	<i>Ort.</i>	<i>Ss.</i>
Yaş	63.65	8.61
Cerrahi Sonrası geçen süre (yıl)	6.43	4.11
	<i>n</i>	%
Cinsiyet		
Kadın	10	9.6
Erkek	94	90.4
Eğitim Durumu		
İlkokul	57	54.8
Ortaokul	19	18.3
Lise	16	15.4
Üniversite	12	11.5
Çalışma Durumu		
Yarı zamanlı çalışma	1	1.0
Tam zamanlı çalışma	10	9.6
Kendi işi	3	2.9
Çalışmıyorum	11	10.6
Emekli	79	76.0
Medeni Durum		
Evli	92	88.5
Bekar/Boşanmış	12	11.5
Birincil İletişim Aracı		
Özofageal konuşma	39	37.5
Protez	11	10.6
Elektrolarenks	11	10.6
Kendi ses teli	43	41.3
Cerrahi Türü		
Total larenjektomi	29	27.9
Total larenjektomi+Sol boyun diseksiyonu	3	2.9
Total larenjektomi+Sag boyun diseksiyonu	4	3.8
Parsiyel larenjektomi	13	12.5
Parsiyel larenjektomi+tek taraflı boyun diseksiyonu	29	27.9
Parsiyel larenjektomi+çift taraflı boyun diseksiyonu	26	25.0

5.4. Veri Toplama Ortamı

Araştırma katılımcılarına Ekim 2020 ile Nisan 2021 tarihleri aralığında İstanbul'da bulunan farklı özel dil ve konuşma terapisi merkezlerinden, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi-Cerrahpaşa hastanesi KBB kliniğinden ve Gırtlak Kanseri ve Sonrası sosyal medya sayfasından ulaşılmıştır. Veriler ise katılımcılar ile yapılan görüntülü veya sesli telefon görüşmesi, ölçeğin online format (Google forms) üstünden doldurulması ve yüz yüze görüşme yöntemleri ile toplanmıştır.

5.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak Demografik Bilgi Formu, TR-SECEL, EORTC-QLQ H&N-35 ve SİYKÖ ölçekleri kullanılmıştır.

5.5.1. Demografik bilgi formu

Geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin ön sayfasında yer alan demografik bilgi bölümü araştırmamızda demografik bilgi formu olarak kullanılmıştır. Ölçek içerisinde yer alan demografik bilgi kısmı ile katılımcının adı soyadı, yaş, cinsiyet, doğum tarihi, eğitim düzeyi, çalışma durumu, medeni durum, meslek, birincil iletişim aracı, cerrahi sonrası geçen süre ve türü sorgulanmıştır.

5.5.2. Türkçe Larenjektomi Sonrası İletişim Öz Değerlendirme Ölçeği (TR-SECEL)

SECEL ölçeği larenjektomi sonrası iletişim deneyimlerinin öz-değerlendirilmesi amacıyla 1993 yılında Gordon W. Blood tarafından geliştirilmiştir (13).

Ölçek toplamda 35 maddeden oluşmaktadır. Maddeler genel, çevre ve tutum olmak üzere 3 alt alanda sınıflanmıştır. Kişilerin ölçekte yer alan maddeleri, şimdi veya son 30 gün içerisindeki durumlarını dikkate alarak okumaları ve kendilerini puanlamaları istenmektedir. Ölçekte yer alan 34 madde 0 ila 3 puan arasında derecelendirilmiştir (0= hiçbir zaman, 1=bazen, 2=sık sık, 3 her zaman). Puanlama oldukça basittir. Kişilerin her bir maddeye verdiği sayısal değer toplandıktan sonra toplam skor elde edilmektedir. Kişilerin toplam skorları 0 ila 102 (34 x 3) puan arasındadır. Ölçek toplamındaki yüksek skor yeni sese uyum sağlamada daha fazla zorluk yaşadıklarını gösterirken daha düşük skor daha az zorluk yaşadıklarını göstermektedir (13).

Alt alanların hesaplanması, o alanda yer alan maddelerinin 0 ile 3 arasında puanlanması ile elde edilmektedir. Ölçekte yer alan ilk 5 madde genel alt alana aittir ve bu maddelerde ters puanlama tekniği uygulanmaktadır. İlk 5 maddenin içeriğine bakıldığında olumsuz tanımlama yapılmadığı için kişilerin bu maddelere vermiş olduğu puanlar 3 ise 0, 2 ise 1, 1 ise 2, 0 ise 3 şeklinde değiştirilmektedir. Kişiler genel alt alandan en düşük 0 en yüksek 15 (5 x 3) puan alabilmektedir. Genel alt alanda toplam skorun yüksekliği, kişilerin iletişim deneyimlerine genel uyumunda daha fazla sorun yaşadığına işaret etmektedir (13).

Ölçekte 6. ile 19. numaralar arasında yer alan 14 madde çevresel alt alanı oluşturmaktadır. Bu alt alandan katılımcıların alabileceği toplam skor 0 ile 42 (14 x 3) puan arasındadır. Çevresel alt alandan alınan yüksek skor larenjektomili bireylerin belirli ortamlarda veya durumlarda daha fazla zorluk yaşadığını göstermektedir. Son olarak ölçekte 20. ile 34. numaralar arasında yer alan 15 madde ise tutumsal alt alanı oluşturmaktadır. Tutumsal alt alandan kişilerin alabileceği toplam skor 0 ile 45 (15 x 3) arasındadır. Toplam skor ne kadar yüksek ise iletişim deneyimleri ve iletişim deneyimlerine genel uyumda o kadar fazla daha fazla sorun yaşadığı düşünülmektedir. Ölçeğin orijinal çalışmasında bireylerin toplam skorunun $36 \geq$ (Standart Sapma:12) olması larenjektomi sonrası sürece bireyin yeterli uyum sağladığını, destek veya terapiye ihtiyacı olmadığını göstermektedir. Ölçek toplam skorunun $60 \geq$ olması ise larenjektomi sonrası sürece uyum sağlamada sorun olduğunu, kesinlikle destek ve terapi alması gerektiğini belirtmektedir (13).

5.5.3. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Kuruluşu, Baş Boyun Kanserlerinde Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği (EORTC QLQ H&N-35)

Baş boyun kanserli bireylerin yaşam kalitesini ölçmek için en yaygın olarak kullanılan ölçek olan EORTC QLQ H&N-35, Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Kuruluşu tarafından geliştirilmiştir. Ölçek özellikle baş boyun bölgesi kanserlerinde gözlenebilecek çeşitli semptomları toplam 35 madde ile değerlendirmektedir (86).

Ölçekte yer alan alt alanlar ve bu alanları değerlendiren madde sayıları şu şekildedir; diş, ağız açıklığı, ağız kuruluğu, yapışkan tükürük, öksürük, hasta hissetme, ağrı kesici kullanımı, besin takviyeleri, beslenme tüpü, kilo alma ve kilo verme tek madde, ağrı (4 madde), yutma (4 madde), duyu problemleri (2 madde), konuşma problemleri (3 madde), sosyal yeme güçlüğü (4 madde), sosyal temas ile ilgili sorunlar (5 madde) ve azalmış cinselliktir (2 madde). Bireyler ölçeği bir haftalık iyilik durumlarını göz önüne alarak kendileri yanıtlamalıdır. EORTC QLQ-H&N-35 dörtlü likert tipi bir ölçektir. Bireylerden ölçekte yer alan ilk 30 maddeyi hiç (1), biraz (2), oldukça (3) ve çok (4) şeklinde, geriye kalan 5 maddeyi ise hayır (1) veya evet (2) seçeneklerinden kendisine uygun olanı seçmesi ile tamamlanır (9). Ölçekten alınan puanlar tablo 5.2' de gösterildiği gibi hesaplanmaktadır.

Semptom Skoru= (HS-1)/aralık)*100

Ham Skor (HS): Ölçmek istenilen alt ölçeğe ait tüm maddelere verilen puanlar madde sayısına bölünmesi ile bulunan skordur.

Aralık: Ölçmek istenilen alt ölçeğin maddelerine verilen en yüksek puandan en düşük puanın çıkarılması ile bulunan değerdir.

Tablo 5.2 EORTC QLQ C30 versiyon 3.0 semptom puanlama formülü

Gerekli formüllerin uygulanmasıyla elde edilen semptom skorunun yüksek olması bireyin daha kötü bir hayat kalitesine sahip olduğunu göstermektedir (87).

5.5.4. Sesle İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SİYKÖ)

SİYKÖ 2015 yılında, Hogikyan ve Sethuraman'nın geliştirdiği V-RQOL'den Türkçeye uyarlanmış ve geçerlik, güvenilirliği sağlanmış bir ölçektir. SİYKÖ'nün ses bozukluklarının çoğunluğunu kapsadığı ve ses bozukluklarının iyi bir yordayıcısı olduğu belirtilmiştir. SİYKÖ, ses bozukluğuna ilişkin yaşam kalitesini değerlendirmesinin yanı sıra; ses terapileri, cerrahi veya medikal işlemler sonrasında değerlendirme ölçeği olarak da kullanılabilir (64,65).

Toplam 10 sorudan oluşan SİYKÖ'nün iki alt alanı (fiziksel işlev ve sosyo-duygusal) bulunmaktadır. Bireylerden, her maddeyi 1 ile 5 (1:Hiçbir sorun yaratmıyor, 2:az miktarda, 3:orta derecede, 4:çok, 5:Sorun "son derece" kötü) arasında puanlaması istenmektedir. Yapılan puanlama sonucunda SİYKÖ'de 2 alt ölçek puanı ve toplam ölçek puanı elde edilmektedir. Bireyler her alt ölçekten 0 ila 100 arasında puan alabilmektedir. Fiziksel işlev alt alanının ham skoru için ölçekteki 1, 2, 3, 6, 7, 9 numaralı maddeler, sosyo-duygusal alt alanın ham skoru için 4,5,8,10 numaralı maddeler ve toplam ham skoru için ise ölçekte yer alan tüm maddeler puanlamaya dahil edilmektedir. Ölçekten alınan puanlar tablo 5.3'te görüldüğü gibi hesaplanmakta ve yüksek puan yüksek hayat kalitesi olarak yorumlanmaktadır (64, 65).

<p>SİYKÖ Toplam Puan Hesaplanması</p> $100 - \frac{(\text{Ham Skor} - 10)}{40} * 100$	<p>SİYKÖ Sosyo-Duygusal Alt Alan Hesaplanması</p> $100 - \frac{(\text{Ham Skor} - 4)}{16} * 100$
<p>SİYKÖ Fiziksel İşlev Alt Alan Hesaplanması</p> $100 - \frac{(\text{Ham Skor} - 10)}{24} * 100$	

Tablo 5.3 SİYKÖ ölçek ve alt alan puanlarının hesaplanma formülleri

5.6. Ölçeğin Uyarlanması Süreci

SECEL'in kullanılması ve Türkçe'ye çevrilmesi için ölçek yazarı olan Gordon W. Blood'dan e-posta yoluyla izin alınmıştır (EK-1). SECEL ölçeğini Türkçe diline uyarlamak için öncelikle ikisi uzman, üç Dil ve Konuşma Terapisti (DKT) birbirlerinden bağımsız olarak ölçeği çevirmişlerdir. Terapistlerin çeviri taslakları toplanmış, birbirleri ile karşılaştırılmış ve ortak bir çeviri taslağı hazırlanmıştır. Ardından çeviri taslağı uzman kişi tarafından incelenmiş, gerekli düzenlemeler yapılmış ve ölçeğin Türkçe versiyonunun son taslağı oluşturulmuştur. Sonrasında ileri

düzey İngilizce bilen bir Dil ve Konuşma Terapisti tarafından taslak İngilizceye geri çevrilmiştir. TR-SECEL son taslağı ile ölçeğin orijinal formu anlam ve format bakımından şu şekilde karşılaştırılmıştır: Oluşturulan TR-SECEL taslağı ve Uzman Görüşü Yönergesi Formu (EK-3), larenjektomi sonrası ses rehabilitasyonu ile ilgilenen altı uzman DKT'ye iletilmiş ve görüş alınmıştır. Uzmanlar ölçek taslağındaki her bir maddenin çeviri uygunluğunu değerlendirmiş ve görüşlerini açıklama bölümüne bildirmişlerdir.

Uzmanların yapmış olduğu değerlendirme ve görüşler sonucunda elde edilen veriler ile Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) hesaplanmıştır. Görüş formunda uzmanlardan her bir maddeyi “madde uygun değil”, “madde ciddi olarak gözden geçirilmeli”, “madde hafifçe gözden geçirilmeli” ve “uygun” gibi dört farklı görüş alanında değerlendirmesi istenmiştir. KGİ değeri, görüş alınan uzmanların her bir maddeye verdiği “uygun” ve “hafifçe gözden geçirilmeli” görüşlerinin sayısı ile formun iletildiği uzman sayısına bölünmesiyle elde edilmiştir. Her bir maddenin kapsam geçerliği için KGİ değerinin 0,80 ve üstü olması beklenmiştir. Alınan görüşler ve yapılan analiz sonucunda ölçek taslağına tüm maddelerinin beklenen yeterli puanın üzerinde bulunmasıyla herhangi bir maddenin çıkarılmasına gerek duyulmamış ve ölçeğin son hali (EK-4) oluşturulmuştur.

5.7. Geçerlik

Geçerlilik, ölçme aracının ölçmek için geliştirilmiş özelliğe uygunluğu, ölçme aracı ile toplanan verilerin ölçülecek özelliğin kalitesini tam olarak yansıtması, kısacası ölçmek istenemeyen özelliği doğru bir şekilde ölçebilme yeterliliğidir (88). Bu çalışmada TR-SECEL geçerliğini sınamak için kapsam geçerliği ve aynılık (convergent) geçerliği ve yapı (construct) geçerliği teknikleri kullanılmıştır.

5.7.1 Kapsam geçerliği

Kapsam geçerliği ölçeğin içerisinde yer alan tüm maddelerinin ve ölçeğin bütününe ölçmek istediği şeye ne kadar hizmet ettiğini değerlendirmektedir. Kapsam geçerliğini değerlendirmek için KGİ hesaplanmaktadır (89). KGİ değerini hesaplamak

için farklı yöntemler vardır. KGİ hesaplama yöntemi seçildikten sonra çalışılan konu ile ilgili uzmanlardan görüş alınır. Alınan görüşler sonrası KGİ değeri hesaplanır. Elde edilen değerin 0,80 olması o maddenin yeterli ve kabul edilebilir olduğu anlamına gelmektedir (90).

TR-SECEL kapsam geçerliği için Davis yöntemi kullanılarak KGİ değeri hesaplanmıştır.

5.7.2 Benzer ölçüt (Convergent) geçerliği

Bir ölçüm aracının benzer ölçüt geçerliği, aynı kavramsal yapıyı ölçen başka ölçüm araçlarıyla en az orta düzeyde ilişkiler göstermesini ifade etmektedir. Bunu ortaya koymak için benzer yapıları ölçen başka ölçme araçlarıyla arasındaki ilişkiler incelenir. Ölçme araçları arasındaki korelasyon katsayısı -1.00 ila +1.00 arasında değer alabilmektedir. Korelasyon katsayısının -1/+1'e yaklaşması, ölçmeyi hedeflediği duruma o kadar uygun olduğu anlaşılır. Orta veya yüksek düzeyde ilişkilerin tespit edilmesi uyarlanan ölçeğin aynılık (convergent) geçerliğinin olduğunu gösterir (88,91).

TR-SECEL'in benzer ölçüt (convergent) geçerliğini sınamak için tüm katılımcılar arasından rastgele seçilen 31 kişiye TR-SECEL ölçeğinin yanında EORTC QLQ H&N35 ve SİYKÖ ölçeklerini de yanıtlaması istenmiştir. TR-SECEL ile EORTC QLQ H&N35 ve SİYKÖ ölçekleri arasındaki ilişkilere bakılmıştır.

5.7.3. Yapı geçerliği

Yapı geçerliği ölçülmek istenilen maddelerin, ölçmesi hedeflenen faktör/ faktörler ile arasındaki ilişkiyi incelemesi ve faktörlerin ilişkilerinin de bir kurama uygun düşmesidir (88). TR-SECEL ve alt alanlarının yapı geçerliğini sınamak amacıyla Keşfedici Faktör Analizi (KFA) yapılmıştır. Öncelikle örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını belirlemek için Kaiser-Meyer- Olkin Measure (KMO) Örneklem Yeterliliği ve Barlett Küresellik analizleri yapılmıştır. KMO

değerinin 0.60 veya üzerinde olması ve Barlett Küresellik testi sonucunun anlamlı düzeyde olması örneklemin faktör analizi için yeterli olduğunu göstermektedir (92).

5.8.Güvenirlilik

Güvenirlilik, ölçüm sonuçlarının ölçülecek kavramı tutarlı bir şekilde ölçmesi ve aynı evrenden seçilen farklı örneklere farklı zamanlarda, farklı yerlerde uygulandığında benzer sonuçlar vermesidir. Yani aynı ölçme aracıyla farklı zamanlarda yapılan ölçüm sonuçları arasındaki tutarlılığı ifade etmektedir (89,93).

Kullanılan ölçüm aracının türüne bağlı olarak farklı güvenirlilik analizleri ortaya çıkabilmektedir. Ancak, sosyal bilimlerde yaygın olarak paralel formlar, test-tekrar test, iç tutarlılık ve değerlendirme arası tutarlılık güvenirliliği kullanılmaktadır (94). Sosyal bilimlerde güvenirlilik katsayıları 0.40 ve altındaki değerler düşük, 0.40-0.60 arasındaki değerler yeterli, 0.60-0.80 arasındaki değerler yüksek ve 0.80 üzerindeki değerler ise çok yüksek olarak değerlendirilmektedir (95).

Bu çalışmada, uyarlanacak olan TR-SECEL'in güvenirliliğini belirlemek için iç tutarlılık (Cronbach Alpha) ve test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Ölçek, öz değerlendirme ölçeği olması ve katılımcıların maddeleri kendilerinin yanıtlaması sebebiyle gözlemciler arası güvenirlilik hesaplanmamıştır.

5.8.1. İç tutarlılık

İç tutarlılık, ölçeğin maddelerinin belirli bir kavramsal yapıya sahip olması ve ölçeğin kavramsal yapıyı tutarlı bir şekilde tek bir ölçümle ölçüp ölçmediğini göstermektedir (94). İç tutarlılık analizleri, farklı hesaplama ve istatistiksel yöntemlerle yapılabilmektedir. Cronbach (1951) tarafından geliştirilen Cronbach alfa katsayısı, sıralama ölçeklerinde veya likert tipi ölçeklerde kullanılması uygun olan ve iç tutarlılık hesaplamalarında kullanılan en yaygın yöntemdir (96).

Sağlık alanı çalışmalarında kullanılan güvenirlilik katsayılarına bakıldığında $\alpha <$

0.50 için ölçek güvenilir değil, $0.50 \leq \alpha < 0.60$ için ölçek düşük derecede güvenilir, $0.60 \leq \alpha < 0.70$ için ölçek orta düzeyde güvenilir, $0.70 \leq \alpha < 0.80$ için ölçek genel kabul gören düzeyde güvenilir, $0.80 \leq \alpha < 0.90$ için ölçek yüksek derecede güvenilir, $\alpha \geq 0.90$ için ise ölçek mükemmel derecede güvenilir şeklinde yorumlanmaktadır (97).

TR-SECEL'in her bir alt alanı ve ölçeğin tamamı için Cronbach Alfa katsayısı hesaplanarak iç tutarlılık incelenmiştir.

5.8.2. Test-tekrar test

Aynı grup üzerinde farklı zamanlarda iki veya daha fazla uygulama yapılmasıyla elde edilen puanlar arasındaki ilişkiler bize bir ölçüm aracının test-tekrar test güvenilirliğini vermektedir. Bu ölçümler arasındaki ilişkilerin güçlü olması hem test puanlarının kararlılığını hem de ölçülen özellikte iki uygulama arasında fazla bir değişme olup olmadığını göstermektedir (92).

Bu çalışmada test-tekrar test güvenilirliğini sağlamak için test-tekrar test korelasyon analizi yapılmıştır. TR-SECEL ölçeğinin test-tekrar test güvenilirliğini belirlemek için 104 katılımcı arasından 45 katılımcı rastgele seçilmiş ve 1 hafta sonra ölçeği tekrar doldurmaları istenmiştir. Ancak 31 katılımcı ölçeği ikinci kez yanıtlamıştır. TR-SECEL ölçeğinin test-tekrar test süresi için bir haftalık sürenin seçilme sebebi orijinal formatında test-tekrar test süresinin bir hafta olmasıdır.

5.9. Veri Analizi

Temel analizlere başlamadan önce veri girişlerinin kontrolü ve kayıp veri analizinden sonra SPSS v26 programı ile analizler gerçekleştirilmiştir. Verilerin normal dağılıp dağılmadığını belirlemek için çarpıklık ve basıklık (skewness ve kurtosis) değerleri incelenmiştir. Veri gruplarında çarpıklık, basıklık değerlerinin -1 ile +1 aralığında olması normal dağılım için kabul edilebilir değerler olarak görülmektedir (98). Tablo 5.4'te verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1 ile +1

aralığında olduğu ve histogram ile beklenen olasılık grafiklerinin normal dağılıma yakın olduğu görüldüğünden veri setinin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir.

Tablo 5.4 TR-SECEL ve alt ölçekleri çarpıklık ve basıklık değerleri

	Skewness	Kurtosis
TR-SECEL ölçek toplamı	0.55	-0.66
Genel	0.58	-0.40
Çevresel	0.42	-0.95
Tutumsal	0.94	0.21

Normallik analizi sonuçları verilerin normal dağıldığını göstermiştir. Dolayısıyla bu çalışmada kategorik değişkenlerde grup sayısı 2 olduğu durumlarda bağımsız örneklem için t testi; grup sayısı 3 veya daha fazla olduğu durumlarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Ayrıca nicel değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek için Pearson korelasyon analizi ve TR-SECEL güvenilirliğini belirlemek için iç tutarlılık (Cronbach Alpha) ve test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin geçerliğini sınamak için ise kapsam geçerliği, aynılık (convergent) geçerliği ve yapı (construct) geçerliği teknikleri kullanılmıştır. Araştırmada, anlamlılık düzeyi ($p < 0,05$) olarak alınmıştır.

6. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamında toplanan verilerin, istatistiksel analizler sonucunda elde edilen bulguları yer almaktadır.

6.1. TR-SECEL Ölçeğinin Geçerliğinin İncelenmesi

6.1.1. Kapsam geçerliği

Tablo 6.1’de görüldüğü gibi 1.,4.,13.,18.,19.,20. ve 21. maddelerin KGİ değeri 0,83 bulunurken 2.,3.,5.,6.,7.,8.,9.,10.,11.,12.,14.,15.,16.,17.,22.,23.,24.,25.,26., 27.,28.,29.,31.,32.,33.,34., ve 35. maddelerin KGİ değeri 1 olarak hesaplanmıştır. TR-SECEL ölçeğinin tüm maddeleri için KGİ değeri 0,80’in üzerinde olduğu görülmüştür

Tablo 6.1 Kapsam Geçerliği İndeksi (KGİ)

Maddeler	Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ)	Maddeler	Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ)
1.Madde	0,83	19. Madde	0,83
2.Madde	1	20. Madde	0,83
3.Madde	1	21. Madde	0,83
4.Madde	0,83	22. Madde	1
5.Madde	1	23. Madde	1
6. Madde	1	24. Madde	1
7. Madde	1	25. Madde	1
8. Madde	1	26. Madde	1
9. Madde	1	27. Madde	1
10. Madde	1	28. Madde	1
11. Madde	1	29. Madde	1
12. Madde	1	30. Madde	1
13. Madde	0,83	31. Madde	1
14. Madde	1	32. Madde	1
15. Madde	1	33. Madde	1
16. Madde	1	34. Madde	1
17. Madde	1	35. Madde	1
18. Madde	0,83		

6.1.2. Benzer ölçüt geçerliği

TR-SECEL’in benzer ölçüt geçerliğini sınamak için TR-SECEL ölçeğinin ile

EORTC QLQ H&N35 ve SİYKÖ ölçekleri arasındaki ilişkilere bakılmıştır. Tablo 6.2 katılımcıların TR-SECEL ile EORTC QLQ H&N35 ölçekleri arasındaki ilişkiyi Pearson Korelasyon Analizi ile göstermektedir.



Tablo.6.2 TR-SECEL ile EORTC QLQ H&N35 Arasındaki ilişkiye dair korelasyon analizi sonuçları

	Ağrı	Yut. Prb.	Dysl . Prb.	Kon .Prb	S.O. Y. S	Sos. İliş.	Cin sellik	Diş Prb.	Ağz. Aç. Prb.	Ağz. Kuru.	Tük .Ypş .	Öks ürük	Hst. Hiss .	A.K .İ. K	Bes. Dest .	Bes. Tüpü	Kilo Kaybı	Kilo Alımı
Ölç. Top.	0.49 0**	0.42 0*	0.47 9**	0.77 6**	0.49 0**	0.75 7**	0.22 9	0.41 7*	0.53 5**	0.32 0	0.05 8	0.47 2**	0.54 1**	0.20 6	- 0.22 1	0.417 *	0.329	0.138
G. A. A	0.43 9*	0.54 8**	0.23 6	- 0.01 7	0.49 1**	0.28 1	0.12 6	0.32 2	0.20 0	0.44 0*	0.56 9**	0.37 9*	0.39 9*	0.32 7	0.09 8	0.364 *	0.389*	-0.122
Ç.A. A	0.36 3*	0.17 3	0.45 0*	0.80 9**	0.28 5	0.57 6**	0.12 9	0.36 4*	0.54 6**	0.20 0	- 0.06 0	0.26 9	0.39 3*	0.08 7	- 0.27 0	0.237	0.217	0.137
T. A. A	0.46 4**	0.50 5**	0.39 9*	0.67 0**	0.53 7**	0.81 1**	0.28 4	0.34 7	0.41 7*	0.30 0	0.02 7	0.55 0**	0.54 4**	0.22 8	- 0.17 2	0.479 **	0.315	0.161

Yut Prb: Yutma Problemleri, **Dysl Prb:** Duyusal Problemler, **Kon Prb:** Konuşma Problemleri, **S.O.Y.S:** Sosyal Ortamda Yeme Sıkıntısı, **Sos İliş:** Sosyal İlişki, **Diş Prb:** Diş Problemleri, **Ağz Aç. Prb:** Ağız Açma Problemleri, **Ağz Kuru:** Ağız Kuruluğu, **Tük Ypş:** Tükürük Yapışkanlığı, **Hst Hiss:** Hasta Hissetme, **A.K. İ. K:** Ağrı Kesici İlaç Kullanımı, **Bes Dest:** Beslenme Desteği, **Bes Tüp:** Beslenme Tüpü, **Ölç. Top:** TR- SECEL Ölçek Toplamı, **G.A.A:** Genel Alt Alan, **Ç. A. A:** Çevresel Alt Alan, **T.A.A :** Tutumsal Alt Alan

* p<0.05 ** p<0.01

TR-SECEL ölçek toplamı ile ağrı ($r = 0.49, p < 0.001$), yutma problemleri ($r = 0.42, p < 0.05$), duyuşsal problemler ($r = 0.48, p < 0.01$), konuşma problemleri ($r = 0.78, p < 0.001$), sosyal ortamda yeme sıkıntısı ($r = 0.49, p < 0.01$), sosyal ilişki ($r = 0.76, p < 0.001$), diş problemleri ($r = 0.42, p < 0.05$), ağız açma ($r = 0.54, p < 0.01$), öksürük ($r = 0.47, p < 0.01$), hasta hissetme ($r = 0.54, p < 0.01$) ve beslenme tüpü ($r = 0.42, p < 0.05$) alt alanları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkilere olduğu bulunmuştur.

Genel alt alan ile ağrı ($r = 0.44, p < 0.05$), yutma problemler ($r = 0.55, p < 0.01$), ağız kuruluğu ($r = 0.44, p < 0.05$), tükürük yapışkanlığı ($r = 0.57, p < 0.01$), sosyal ortamda yeme sıkıntısı ($r = 0.49, p < 0.01$), kilo kaybı ($r = 0.39, p < 0.05$), öksürük ($r = 0.38, p < 0.05$), hasta hissetme ($r = 0.40, p < 0.05$) ve beslenme tüpü ($r = 0.36, p < 0.05$) alt alanları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkilere olduğu gözlenmiştir. Çevresel alt alan ile ağrı ($r = 0.36, p < 0.05$), duyuşsal problemler ($r = 0.45, p < 0.05$), konuşma problemleri ($r = 0.81, p < 0.01$), sosyal ilişki ($r = 0.58, p < 0.01$), diş problemleri ($r = 0.36, p < 0.05$), ağız açma problemleri ($r = 0.55, p < 0.01$) ve hasta hissetme ($r = 0.39, p < 0.05$) arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkilere olduğu hesaplanmıştır. Tutumsal alt alan ile ağrı ($r = 0.46, p < 0.01$), duyuşsal problemler ($r = 0.51, p < 0.01$), konuşma problemleri ($r = 0.67, p < 0.01$), sosyal ilişki ($r = 0.81, p < 0.01$), yutma problemleri ($r = 0.51, p < 0.05$), ağız açma ($r = 0.42, p < 0.05$), hasta hissetme ($r = 0.54, p < 0.01$), sosyal ortamda yeme sıkıntısı ($r = 0.54, p < 0.01$), öksürük ($r = 0.55, p < 0.01$) ve beslenme tüpü ($r = 0.48, p < 0.01$) alt alanları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkilere olduğu görülmüştür.

Katılımcıların TR-SECEL ile SİYKÖ ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki ise Tablo 6.3'te verilmiştir. TR-SECEL ölçek toplamı ile SİYKÖ ölçek toplamı ($r = -0.86, p < 0.01$), fiziksel işlev alt alanı ($r = -0.84, p < 0.01$) ve sosyoduyuşsal alt alanı ($r = -0.80, p < 0.01$) arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı çok yüksek ilişki olduğu gözlenmiştir.

Genel alt alan ile sosyo-duygusal alt alan arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir ilişki ($r = -0.37, p < 0.05$) olduğu bulunmuştur. Genel alt alan ve SİYKÖ ölçek toplamı arasında istatistiksel olarak anlamsız zayıf ilişki bulunurken, genel alt alan ve fiziksel işlev alt alan arasında istatistiksel olarak ilişki bulunamamıştır.

Tablo 6.3 TR-SECEL ve ile SİYKÖ arasındaki ilişkiye dair korelasyon analizi sonuçları

	TR- SECEL Ölçek Toplamı	Genel alt alan	Çevresel alt alan	Tutumusal alt alan
SİYKÖ Ölçek Toplamı	-0.861**	-0.263	-0.768**	-0.809**
Sosyo-Duygusal alt alanı	-0.800**	-0.370*	-0.644**	-0.797**
Fiziksel İşlev alt alanı	-0.835**	-0.165	-0.796**	-0.752

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Çevresel alt alan ile SİYKÖ ölçek toplamı ($r = -0.77, p < 0.01$) arasında yüksek, fiziksel işlev alt alanında ($r = -0.80, p < 0.01$) çok yüksek ve sosyo-duygusal alt alanında arasında ($r = -0.64, p < 0.01$) yüksek, negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.

Tutumusal alt alanı ile SİYKÖ ölçek toplamı ($r = -0.81, p < 0.01$) ve sosyo-duygusal ($r = -0.80, p < 0.01$) arasında çok yüksek negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu bulunurken. Tutumsal alt alan ve fiziksel işlev alt alanı arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan negatif yönlü yüksek ilişki görülmüştür.

6.1.3.Yapı geçerliği

6.1.3.1.Faktör analizi

TR-SECEL ölçeğinin yapı geçerliğini sağlamak içinde Keşfedici KFA yapılmıştır. Örneklemin yeterli olup olmadığını belirlemek için ise KMO Örnekleme Yeterliliği ve Barlett Küresellik analizleri yapılmıştır.

Tablo 6.4. TR-SECEL için KMO ve Bartlett Testi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Uygunluğu Testi		0.887
Bartlett Küresellik Testi	Yaklaşık Ki Kare	2467.045
	Sd	561
	p	0.000

Tablo 6.4. incelendiğinde, KMO değerinin 0.89 olduğu bulunmuştur. Bu değer örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli olduğuna işaret etmektedir. Ayrıca, Bartlett Küresellik Testi sonucunun anlamlı olduğu bulunmuştur ($\chi^2_{(104)}=2467.05, p < 0.001$). Bu sonuç, maddeler arasındaki ilişkilerin faktör analizi için uygun olduğuna işaret etmektedir.

TR-SECEL Varimax Döndürmeli Temel Bileşen Analizi Sonuçları Tablo 6.5’de sunulmuştur.

Tablo 6.5. TR-SECEL Varimax Döndürmeli Temel Bileşen Analizi Sonuçları

Maddeler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3
Madde7	0.62		
Madde8	0.61		
Madde9	0.61		
Madde10	0.68		
Madde11	0.79		
Madde14	0.69		
Madde15	0.65		
Madde16	0.82		
Madde17	0.77		
Madde18	0.74		
Madde19	0.78		
Madde20	0.79		
Madde21	0.80		
Madde22	0.69		
Madde23	0.70		
Madde24	0.63		
Madde25	0.53		
Madde26	0.57		
Madde27	0.55		
Madde28	0.56		
Madde30	0.65		
Madde6		0.48	
Madde12		0.65	
Madde13		0.69	
Madde29		0.62	
Madde31		0.67	
Madde32		0.70	
Madde33		0.66	
Madde34		0.70	
Madde1			0.55
Madde2			0.47
Madde3			0.66
Madde4			0.66
Madde5			0.42
Özdeğerler (Eigenvalues)	13.590	2.363	2.198
Açıklanan Varyans yüzdesi %	39.971	6.949	6.464
Toplam Açıklanan Varyans yüzdesi %		53.384	

Tablo 6.5 incelendiğinde, TR-SECEL ve alt boyutlarının faktör yapısı, özdeğerlerin (eigenvalues) 1'den büyük olması koşulu ile keşfedici faktör analizi ile incelenmiştir. Yapılan temel bileşenler analizi sonucunda 3 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ayrıca, daha iyi bir faktör dağılımı elde edildiği için varimax eksen döndürme kullanılmıştır. Varimax eksen döndürme işleminden sonra faktör 1 %39.97, faktör 2 %6.95 ve faktör 3 %6.46 oranında varyansı açıkladığı görülmüştür. Ayrıca, faktörlerin toplam varyansın %53.38'ini açıkladığı tespit edilmiştir.

Tablo 6.6. TR-SECEL Maddelerinin Faktörleşmesi

	Maddeler	Faktör1	Faktör2	Faktör3
Genel Alt Alan	1			0.55
	2			0.47
	3			0.66
	4			0.66
	5			0.42
Çevresel Alt Alan	6		0,48	
	7	0.62		
	8	0.61		
	9	0.61		
	10	0.68		
	11	0.79		
	12		0,65	
	13		0,69	
	14	0.69		
	15	0,65		
	16	0,82		
	17	0,77		
	18	0,74		
	19	0,78		
Tutumsal Alt Alan	20	0,79		
	21	0,80		
	22	0,69		
	23	0,70		
	24	0,63		
	25	0,53		
	26	0,57		
	27	0,55		
	28	0,56		
	29		0,62	
	30	0,65		
	31		0,67	
	32		0,70	
	33		0,66	
	34		0,70	

Varimax eksen döndürme sonrası maddelerin hangi faktörler altında toplandığı Tablo 6.6’da gösterilmektedir. Faktör 3’te genel alt alana ait olan 5 madde yer almıştır. Faktör 2’de çevresel alt alana ait 6.,12. ve 13. maddeler ile tutumsal alt alana ait 29.,31.,32.,33. ve 34. maddeler yer alırken faktör 1’de ise çevresel alt alana ait 7.,8.,9.,10.,11.,14.,15.,16.,17.,18. ve 19 maddeleri ile tutumsal alt alana ait 20.,21.,22.,23.,24.,25.,26.,27.,28. ve 30. maddeler yer almıştır.

6.1.3.2. Alt alan puanları ile ölçek toplam puan korelasyonu

TR- SECEL ölçeğinin yapı geçerliliği analizlerinde alt alanlar ile TR- SECEL ölçek toplam korelasyonuna bakılmıştır.

Tablo 6.7. TR- SECEL ve alt ölçekleri arasındaki korelasyon analizi sonuçları

	TR- SECEL Ölçek Toplamı
Genel Alt Alan	0.230*
Çevresel Alt Alan	0.956**
Tutumsal Alt Alan	0.953**

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Tablo 6.7’de her bir alt alanın, ölçek toplam puanı ile olan ilişki derecesini belirleyen alt alan puanları ile ölçek toplam puan korelasyonu genel alt alan için ($r=0.230^*$, $p < 0.05$) istatikselsel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf ilişki bulunurken, çevresel alt alan ($r=0.956^{**}$ $p < 0.01$) ve tutumsal alt alan arasında ($r=0.953^{**}$ $p < 0.01$) istatistikselsel olarak anlamlı pozitif yönlü çok yüksek ilişki olduğu görülmüştür.

6.2. TR-SECEL Ölçeğinin Güvenirliğinin İncelenmesi

6.2.1.İç tutarlılık

Çalışmanın güvenirliliği için ilk olarak iç tutarlılık analizi yapılmıştır.

Tablo 6.8. TR-SECEL ve Alt Ölçeklerine Ait Ortalama, Standart Sapma ve Cronbach Alfa (α) Değerleri

	Madde Sayısı	Ort.	Ss.	α
TR-SECEL ölçek toplamı	34	31.09	19.07	0.95
Genel alt alan	5	3.35	2.23	0.61
Çevresel alt alan	14	17.05	10.49	0.93
Tutumusal alt alan	15	10.69	8.94	0.92

Tablo 6.8 incelendiğinde, TR-SECEL için iç tutarlılık katsayısının ($\alpha= 0.95$) mükemmel derecede güvenilir olduğu gözlenmiştir. TR-SECEL alt boyutlarından olan genel için iç tutarlılık katsayısının ($\alpha= 0.61$) orta düzeyde güvenilir, çevresel ($\alpha= 0.93$) ve tutumsal için iç tutarlılık katsayısının ($\alpha= 0.92$) mükemmel derecede güvenilir olarak hesaplanmıştır.

6.2.2. Test- Tekrar Test

TR-SECEL test-tekrar test güvenilirliğini ortaya koymak amacıyla yapılan test-tekrar test korelasyon analizi yapılmıştır.

Tablo 6.9. TR-SECEL ve Alt ölçekleri test-tekrar test Korelasyon Analizi Sonuçları

	Test (Ort.(Ss.))	Tekrar Test (Ort.(Ss.))	r_{tt} (n=31)
TR-SECEL ölçek toplamı	31.09 (19.07)	29.55 (17.85)	0.990**
Genel alt alan	3.35 (2.23)	3.81 (3.81)	0.745**
Çevresel alt alan	17.05 (10.49)	15.32 (15.32)	0.988**
Tutumusal alt alan	10.69 (8.94)	10.42 (10.42)	0.987**

r_{tt} : test tekrar test korelasyonu ** $p<0.001$

Tablo 6.9 incelendiğinde, TR-SECEL ve alt boyutlarından olan Genel, Çevresel ve Tutumsal ölçeklerinin test-tekrar test puanları arasındaki korelasyon katsayıları sırasıyla 0.99, 0.75, 0.99, 0.99 olduğu bulunmuştur. Test ve tekrar test sonuçları ile TR-SECEL ve alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı çok yüksek düzeyde ilişki olduğu görülmüştür ($p < 0.001$).

6.3. Katılımcıların Elde Ettikleri Puanlara İlişkin Bulgular

Tablo 6.10. Katılımcıların TR-SECEL ve alt ölçeklerinden aldığı değerler

	<i>Ort.</i>	<i>Ss</i>	Min.	Maks.	Alınabilecek Max Puan
TR- SECEL ölçek toplamı	31.09	19.07	4.00	76.00	102
Genel	3.35	2.23	0.00	9.00	15
Çevresel	17.05	10.49	1.00	39.00	42
Tutumusal	10.69	8.94	0.00	39.00	45

Larenjektomili bireylerin ölçek toplam puanı ve alt alanlarından aldıkları ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 6.10’da verilmiştir. Katılımcıların ölçek toplamında aldıkları puan ortalaması 31.09 ± 19.07 , genel alt alan ortalaması 3.35 ± 2.23 , çevresel alt alan ortalaması 17.05 ± 10.49 ve tutumsal alt alan ortalaması 10.69 ± 8.94 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 6.11. Katılımcıların 35. maddeye verdiği yanıtlar

	Evet	Kısmen	Daha Az
35. Madde	%26,9 (n:28)	%18,2 (n:2)	%54,8 (n:57)

Katılımcıların 35. maddede yer alan “Şu anda larenjektomi ameliyatınızdan öncesinde konuştuğunuz kadar konuşuyor musunuz?” sorusuna Tablo 6.11’de görüldüğü gibi, katılımcıların %54,8’i daha az, %26,9’u evet, %18,2’si kısmen olarak yanıtlamıştır.

6.4. Demografik Bilgiler Açısından TR- SECEL Puanlarının Karşılaştırılması

Yaş, eğitim durumu ile TR-SECEL ve alt alanlarından alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını tespit etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Cinsiyet, medeni durum ile TR-SECEL ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için ise bağımsız örneklem için t-testi uygulanmıştır.

6.4.1. Yaş ile TR- SECEL sonuçlarının karşılaştırılması

Tablo 6.12. incelendiğinde, yaş değişkenine göre katılımcıların TR-SECEL ölçek toplamı ($F(2, 101) = 0.32, p > 0.05$), genel ($F(2, 101) = 0.48, p > 0.05$), çevresel ($F(2, 101) = 0.05, p > 0.05$) ve tutumsal ($F(2, 101) = 0.73, p > 0.05$) alt puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.

Tablo 6.12. Yaş değişkenine göre TR-SECEL ve alt ölçekleri puan ortalamalarının farklılaşmasına ilişkin ANOVA sonuçları

Değişkenler	Yaş aralığı	<i>n</i>	<i>Ort.</i>	<i>Ss</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
TR-SECEL ölçek toplamı	40-55 yaş	15	34,66	19,53	0.318	0.728	0.00
	56-70 yaş	70	30,65	19,71			
	70+ yaş	19	29,84	16,77			
Genel alt alan	40-55 yaş	15	3,73	2,57	0.476	0.623	0.01
	56-70 yaş	70	3,20	2,21			
	70+ yaş	19	3,57	2,03			
Çevresel alt alan	40-55 yaş	15	17,86	9,06	0.053	0.949	0.01
	56-70 yaş	70	16,92	10,81			
	70+ yaş	19	16,84	10,84			
Tutumsal alt alan	40-55 yaş	15	13,06	10,18	0.730	0.485	0.02
	56-70 yaş	70	10,52	9,20			
	70+ yaş	19	9,42	6,67			

6.4.2. Cinsiyet ile TR-SECEL sonuçlarının karşılaştırılması

Tablo 6.13. incelendiğinde, cinsiyete göre TR-SECEL ölçek toplamı ($t_{(102)} = 1.16, p > 0.05, d = 0.37$), genel alt alan ($t_{(102)} = 0.53, p > 0.05, d = 0.17$), çevresel alt alan ($t_{(102)} = 1.26, p > 0.05, d = 0.42$) ve tutumsal alt alan ($t_{(102)} = 0.86, p > 0.05, d = 0.27$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.

Tablo 6.13. Cinsiyet değişkenine göre TR-SECEL ve alt ölçekleri puan ortalamalarının farklılaşmasına ilişkin bağımsız örneklem t-testi sonuçları

Değişkenler	Kadın (<i>n</i> = 10)		Erkek (<i>n</i> = 94)		<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>Ort.</i>	<i>Ss.</i>	<i>Ort.</i>	<i>Ss.</i>			
TR-SECEL ölçek toplamı	37.70	21.08	30.38	18.83	1.16	0.251	0.37
Genel alt alan	3.70	2.50	3.31	2.21	0.53	0.600	0.17
Çevresel alt alan	21.00	10.47	16.63	10.47	1.26	0.212	0.42
Tutumsal alt alan	13.00	9.80	10.45	8.86	0.86	0.393	0.27

6.4.3. Eğitim durumu ile TR- SECEL sonuçlarının karşılaştırılması

Tablo 6.14. incelendiğinde, eğitim durumuna göre TR-SECEL ölçek toplamı $F(3, 100) = 0.29, p > 0.05$, genel alt alan $F(3, 100) = 0.89, p > 0.05$, çevresel alt alan $F(3, 100) = 0.16, p > 0.05$ ve tutumsal alt alan $F(3, 100) = 0.31, p > 0.05$ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir.

Tablo 6.14. Eğitim durumu değişkenine göre TR-SECEL ve alt ölçekleri puan ortalamalarının farklılaşmasına ilişkin ANOVA sonuçları

Değişkenler	Eğitim	<i>n</i>	<i>Ort.</i>	<i>Ss</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
TR-SECEL ölçek toplamı	İlkokul	57	30.05	18.55	0.29	0.832	0.01
	Ortaokul	19	32.47	18.84			
	Lise	16	34.50	21.38			
	Üniversite	12	29.25	20.46			
Genel alt alan	İlkokul	57	3.14	2.13	0.89	0.451	0.03
	Ortaokul	19	3.47	2.46			
	Lise	16	4.12	2.13			
	Üniversite	12	3.08	2.50			
Çevresel alt alan	İlkokul	57	16.60	10.52	0.16	0.924	0.00
	Ortaokul	19	18.26	10.95			
	Lise	16	17.75	10.83			
	Üniversite	12	16.33	10.35			
Tutumsal alt alan	İlkokul	57	10.32	8.10	0.31	0.815	0.01
	Ortaokul	19	10.74	9.47			
	Lise	16	12.62	11.20			
	Üniversite	12	9.83	9.41			

6.4.4. Medeni durum ile TR- SECEL sonuçlarının karşılaştırılması

Tablo 6.15. incelendiğinde, medeni duruma göre TR-SECEL ölçek toplamı ($t_{(102)} = -0.29, p > 0.05, d = 0.08$), genel alt alan ($t_{(102)} = 0.77, p > .05, d = 0.09$), çevresel alt alan ($t_{(102)} = 0.76, p > .05, d = 0.09$) ve tutumsal alt alan ($t_{(102)} = 0.86, p > .05, d = 0.05$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.

Tablo 6.15. Medeni durum değişkenine göre TR-SECEL ve alt ölçekleri puan ortalamalarının farklılaşmasına ilişkin t-testi sonuçları

Değişkenler	Bekar/Boşanmış (<i>n</i> = 12)		Evli (<i>n</i> = 92)		<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>Ort.</i>	<i>Ss.</i>	<i>Ort.</i>	<i>Ss.</i>			
TR-SECEL ölçek toplamı	29.58	22.84	31.28	18.66	-0.29	0.773	0.08
Genel alt alan	3.17	2.33	3.37	2.23	-0.30	0.768	0.09
Çevresel alt alan	16.17	11.40	17.16	10.43	-0.31	0.759	0.09
Tutumsal alt alan	10.25	10.36	10.75	8.80	-0.18	0.856	0.05

6.5. Birincil İletişim Aracı ile TR- SECEL Sonuçlarının Karşılaştırılması

Birincil iletişim aracı değişkenine göre TR-SECEL ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını tespit etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Scheffe testi uygulanmıştır. Yapılan Analiz sonuçları Tablo 6.15'te verilmiştir.

Tablo 6.16. Birincil iletişim aracı değişkenine göre TR-SECEL ve alt ölçekleri puan ortalamalarının farklılaşmasına ilişkin ANOVA sonuçları

Değişkenler	İletişim	<i>n</i>	<i>Ort.</i>	<i>Ss</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	Fark
TR-SECEL ölçek toplamı	Özofageal konuşma ^a	39	37.56	19.20	3.70	0.14	0.10	a>b
	Trakeoözofageal ^b	11	26.09	24.53				
	Elektrolarenks ^c	11	36.36	19.03				
	Kendi ses teli ^d	43	25.14	15.48				
Genel	Özofageal konuşma	39	2.82	2.05	2.59	0.057	0.07	
	Trakeoözofageal	11	4.36	2.50				
	Elektrolarenks	11	2.55	2.34				
	Kendi ses teli	43	3.77	2.17				
Çevresel	Özofageal konuşma ^a	39	20.82	9.89	5.47	0.002	0.14	a>b
	Trakeoözofageal ^b	11	12.82	12.87				
	Elektrolarenks ^c	11	22.09	12.08				
	Kendi ses teli ^d	43	13.42	8.33				
Tutumusal	Özofageal konuşma ^a	39	13.92	9.61	3.47	0.019	0.09	a>b
	Trakeoözofageal ^b	11	8.91	10.83				
	Elektrolarenks ^c	11	11.73	8.21				
	Kendi ses teli ^d	43	7.95	7.05				

Tablo 6.16. incelendiğinde, birincil iletişim aracı ile TR-SECEL ölçek toplamı ($F(3, 100) = 3.70, p > 0.05$) ve genel ($F(3, 100) = 2.59, p > 0.05$) alt alanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.

Birincil iletişim aracı ile çevresel alt alan ($F(3, 100) = 5.47, p < 0.05$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan analiz sonucunda, özofageal konuşmalı bireylerin çevresel alt alan puan ortalaması ($Ort. = 20.82, Ss = 9.89$) trakeoözofageal konuşan bireylerden ($Ort. = 12.82, Ss = 12.87$) anlamlı olarak daha yüksektir.

Birincil iletişim aracı ile tutumsal alt alan ($F(3, 100) = 3.47, p < 0.05$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan analiz sonucunda, özofageal konuşan bireylerin tutumsal alt alan puan ortalaması ($Ort. = 13.92, Ss = 9.61$) trakeaözofageal konuşan bireylerden ($Ort. = 8.91, Ss = 10.83$) anlamlı olarak daha yüksek hesaplanmıştır.

6.6. Cerrahi Türü ile TR- SECEL Sonuçlarının Karşılaştırılması

Cerrahi türü değişkenine göre TR-SECEL ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını tespit etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Ölçek toplamı ve çevresel alt alanda farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Scheffe testi yapılırken tutumsal alt alanda için Tukey testi uygulanmıştır. Yapılan Analiz sonuçları Tablo 6.17’de verilmiştir.

Tablo 6.17. Cerrahi türü değişkenine göre TR-SECEL ve alt ölçekleri puan ortalamalarının farklılaşmasına ilişkin ANOVA sonuçları

Değişkenler	İletişim	<i>n</i>	<i>Ort.</i>	<i>Ss</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	Fark
TR-SECEL ölçek toplamı	Total larenjektomi ^a	29	44.69	19.17	9.01	<0.001	0.23	a>b,c,d
	Parsiyel larenjektomi ^b	13	29.54	13.56				
	PL+Tek taraflı boyun diseksiyonu ^c	29	22.38	15.66				
	TL+Çift taraflı boyun diseksiyonu ^d	26	27.27	17.94				
Genel	Total larenjektomi ^a	29	3.62	2.56	1.93	0.131	0.06	
	Parsiyel larenjektomi ^b	13	4.54	1.98				
	PL+Tek taraflı boyun diseksiyonu ^c	29	3.41	2.23				
	TL+Çift taraflı boyun diseksiyonu ^d	26	2.77	1.86				
Çevresel	Total larenjektomi ^a	29	24.07	10.72	8.20	<0.001	0.21	a>b,c,d
	Parsiyel larenjektomi ^b	13	15.54	7.38				
	PL+Tek taraflı boyun diseksiyonu ^c	29	12.00	8.37				
	TL+Çift taraflı boyun diseksiyonu ^d	26	15.65	10.33				
Tutumsal	Total larenjektomi ^a	29	17.00	9.68	8.34	<0.001	0.21	a>b,c,d
	Parsiyel larenjektomi ^b	13	9.46	6.68				
	PL+Tek taraflı boyun diseksiyonu ^c	29	6.97	7.10				
	TL+Çift taraflı boyun diseksiyonu ^d	26	8.85	8.03				

Not. TL: Total larenjektomi, PL: Parsiyel larenjektomi

Tablo 6.17. incelendiğinde, cerrahi türüne göre genel puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($F(3, 100) = 1.93$, $p > 0.05$).

Cerrahi türüne ile TR-SECEL ölçek toplamı ($F(3, 100) = 9.01$, $p < 0.05$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan analiz sonucunda, total larenjektomili bireylerin ($Ort. = 44.69$, $Ss = 19.17$), parsiyel larenjektomili ($Ort. = 29.54$, $Ss = 13.56$), PL+tek taraflı boyun diseksiyonu ($Ort. = 22.38$, $Ss = 15.66$) ve TL+Çift taraflı boyun diseksiyonu ($Ort. = 27.27$, $Ss = 17.94$) olan bireylerden TR-SECEL ölçek toplam puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür.

Cerrahi türüne göre çevresel alt alan ($F(3, 100) = 8.20$, $p < 0.05$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan analiz sonucunda, total larenjektomili bireylerin ($Ort. = 24.07$, $Ss = 10.72$), parsiyel larenjektomili ($Ort. = 15.54$, $Ss = 7.38$), PL+tek taraflı boyun diseksiyonu ($Ort. = 12.00$, $Ss = 8.37$) ve TL+Çift taraflı boyun diseksiyonu ($Ort. = 15.65$, $Ss = 10.33$) olan bireylerden çevresel alt alan puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksektir.

Cerrahi türüne ile tutumsal alt alan ($F(3, 100) = 8.34$, $p < 0.05$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan analiz sonucunda, total larenjektomi bireylerin ($Ort. = 17.00$, $Ss = 9.68$) tutumsal alt alan puan ortalaması parsiyel larenjektomili ($Ort. = 9.46$, $Ss = 6.68$), PL+tek taraflı boyun diseksiyonu ($Ort. = 6.97$, $Ss = 7.10$) ve TL+çift taraflı boyun diseksiyonu ($Ort. = 8.85$, $Ss = 8.03$) olan bireylerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

6.7. Larenjektomi Sonrası Geçen Süre ile TR- SECEL Sonuçlarının Karşılaştırılması

Larenjektomi sonrası geçen süreye göre TR-SECEL ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır.

Tablo 6.18. Larenjektomi sonrası geçen süreye göre TR-SECEL ve alt ölçekleri puan ortalamalarının farklılaşmasına ilişkin ANOVA sonuçları

Değişkenler	Süre	<i>n</i>	<i>Ort.</i>	<i>Ss</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
TR-SECEL ölçek toplamı	1-5 yıl	54	32.98	20.45	0.72	0.491	0.01
	6-10 yıl	35	30.06	17.46			
	10 yıl üzeri	15	26.67	17.73			
Genel alt alan	1-5 yıl	54	3.56	2.42	1.08	0.343	0.02
	6-10 yıl	35	3.34	2.06			
	10 yıl üzeri	15	2.60	1.80			
Çevresel alt alan	1-5 yıl	54	18.28	11.65	1.24	0.293	0.02
	6-10 yıl	35	16.66	9.51			
	10 yıl üzeri	15	13.53	7.58			
Tutumusal alt alan	1-5 yıl	54	11.15	9.11	0.16	0.854	0.00
	6-10 yıl	35	10.06	8.73			
	10 yıl üzeri	15	10.53	9.30			

Tablo 6.18. incelendiğinde, larenjektomi sonrası geçen süreye göre katılımcıların TR-SECEL ölçek toplamı ($F(2, 101) = 0.72, p > 0.05$), genel alt alan ($F(2, 101) = 1.08, p > 0.05$), çevresel alt alan ($F(2, 101) = 1.24, p > 0.05$) ve tutumsal alt alan ($F(2, 101) = 0.16, p > 0.05$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur.

7. TARTIŞMA

Bu çalışmada SECEL ölçeği Türkçeye uyarlanmış ve geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Aynı zamanda katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, kullanılan birincil iletişim aracı, geçirdikleri cerrahi türü ve larenjektomi sonrası geçen süre değişkenleri arasındaki farklılıklar incelenmiştir.

7.1. Geçerlik

Herhangi bir ölçeği başka bir dile uyarlarken ölçek maddelerinin, değerlendirmeyi veya ölçmeyi hedeflediği durumu ne kadar iyi ifade ettiğinin değerlendirilmesi ve o alanda uzman bireylerin görüşlerinin alınması gereklidir. Bu çalışmada TR-SECEL, uzmanlar tarafından bireylerin kendi iletişim deneyimlerini ölçebilen bir ölçek olarak değerlendirilmiştir.

TR-SECEL ölçeğinin değerlendirmek istediği şeyi ne kadar doğru ve iyi performans ile değerlendirdiğini, sınamak için benzer ölçekler ve/veya bu ölçeklerin alt alanları ile korelasyonuna bakılarak benzer ölçüt geçerliği sağlanmaktadır. Bu çalışmada TR-SECEL'in ölçüt geçerliği, Türkçeye uyarlanmış olan EORTC-QLQ H&N-35 ve SİYKÖ ölçeği kullanılarak sağlanmıştır. TR-SECEL ölçek toplamı ile EORTC-QLQ H&N-35 ölçeğinin iletişimi olumsuz etkileyeceği düşünülen ağrı, yutma problemleri, konuşma problemi, sosyal ilişki ve hasta hissetme alt alanları arasında ilişki beklenmiştir.

TR-SECEL ölçek toplamından alınan puanlar arttıkça EORTC-QLQ H&N-35 ölçeğinde ilişkili çıkması beklenen alt alanlarından da alınan puanların arttığı görülmüştür. Yapılan analizler sonucunda TR-SECEL ölçeğinden alınan puanlar artarken SİYKÖ'den alınan puanların ilişki olarak azaldığı gözlenmiştir. TR-SECEL ve SİYKÖ arasında negatif yönlü ilişki olması ölçeklerin puanlama sistemindeki farklılıktan kaynaklanmaktadır. Bu bulgular TR-SECEL'in EORTC-QLQ H&N-35 ve SİYKÖ ölçekleri ile uyumlu sonuçlar verdiğini göstermektedir.

TR-SECEL ölçek toplamı, EORTC QLQ H&N-35 ölçeğinin konuşma problemleri, sosyal ilişki, ağrı, yutma problemleri, hasta hissetme alt alanları ve SİYKÖ'nün tüm alt alanları ile benzer sonuçlar verdiği tespit edilmiştir. Bu durum TR-SECEL'in ölçüt geçerliliğini sağladığını göstermektedir.

TR-SECEL ölçeğinin yapı geçerliği için yapılan faktör analizi sonucunda ölçek maddeleri 3 faktörlü yapı altında toplanmıştır. SECEL orijinal ölçek çalışmasında da maddelerin 3 faktörlü yapı altında toplandığı görülmektedir (13). 3 faktör altında yer alan her bir maddelerin faktör yükü en az ± 40 olması gerektiği fakat bazı çalışmalarda ± 30 değerine kadarda düşebileceği belirtilmiştir (88). Bu çalışmada 3 faktörün altında yer alan tüm maddelerin ± 40 değerinin üstünde olduğu görülmüş ve herhangi bir madde çıkarılmamıştır. Bu yönüyle de literatürle uyumluluk göstermektedir. Orijinal ölçekte çevresel alt alan içerisinde yer alan 6., 12. ve 13. maddeler bizim çalışmamızda tutumsal alt alanın faktöründe yer almıştır. Bu durum katılımcıların 6.,12. ve 13. maddeleri çevresel faktör olarak tanımlamadıkları ve bu maddeleri kendi konuşmalarına karşı sergiledikleri tutumlara göre yanıtlamış olabileceklerinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Tutumsal alt alanda yer alan 20. ve 28. maddeler dahil bu aralıkta yer alan 9 madde ile 31. maddenin, çevresel alt alanın faktöründe yer alması, maddelerin katılımcılara konuşmaları ile ilgili sorunların çevresel alt alanın soru yapılarıyla benzer şekilde sorulmasından veya katılımcıların bu maddeleri kendilerine göre tutumsal bir sorun olarak görmediklerinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Çünkü veri toplama sırasında özellikle bu maddelere katılımcıların “o karşıdaki kişinin davranışına göre değişiyor” şeklinde diyerek yanıtladığı gözlemlenmiştir.

İyi bir faktöryel analiz sonucunda en az sayıda faktör ile en fazla varyans açıklanması ve analiz sonucunda ortaya çıkan faktörlerin, toplam varyansın %50-75'ini açıklayabilmesi gerekmektedir (88, 99). TR-SECEL faktör analizi sonucu oluşan 3 faktörlü yapı toplam varyansın %53,4'ünü açıklamaktadır.

Çalışmada yapı geçerliği için faktör analizinin yanında alt alan puanları ile ölçek toplam puan korelasyonu hesaplanarak da incelenmiştir. TR-SECEL ölçek

toplamı ile genel, çevresel ve tutumsal alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ilişki olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar TR-SECEL'in alt alanları ile anlamlı bir ilişkisi olduğunu ve ölçeğin yapı geçerliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

7.2. Güvenirlik

TR-SECEL ölçeğinin iç tutarlılık Cronbach Alfa değerleri ölçeğin orijinal versiyonunun değerleri ile karşılaştırıldığında ölçek toplamı, çevresel ve tutumsal alt alan değerleri orijinal ölçekten yüksek bulunurken genel alt alan değeri orijinal ölçekten düşük bulunmuştur (13). Bu çalışmada hesaplanan genel alt alan değeri ($\alpha=0.61$) literatürde orta düzeyde güvenilir bir katsayı değeridir (97). TR-SECEL ölçek toplamı için hesaplanan iç tutarlılık katsayısı ($\alpha=0.95$) mükemmel derecede güvenilir bulunmuş ve ölçeğin iç tutarlılık sağlanmıştır.

Ölçeğinin orijinal çalışmasında test-tekrar test güvenirliliği %81 oranında benzerlik gösterdiği ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı belirtilmiştir (13). Bizim çalışmamızda ise TR- SECEL ölçek toplamı test tekrar test korelasyon katsayısı $r_{tt}=0.99^{**}$, $p<0.001$ olarak hesaplanmıştır. Çapık ve ark. (2018), güvenirliliği incelenen bir ölçeğin korelasyon katsayısının en az 0,70 olması gerektiğini bildirmiştir (100). Elde edilen korelasyon katsayısı test-tekrar test uygulama sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı, çok yüksek düzeyde ilişki olduğunu görülmüş ve ölçek kararlılığı sağlanmıştır. Diğer bir deyişle, ölçeğin orijinal versiyonundaki gibi TR-SECEL de tutarlı şekilde benzer sonuçlar vermektedir (13).

TR-SECEL için yapılan analizler sonucunda elde edilen veriler, Türkçeye uyarlanan ölçeğin anadili Türkçe olan hastalarda larenjektomi sonrası iletişim değerlendirmek için geçerli ve güvenilir olduğunu göstermiştir.

1.4. Demografik Bilgiler ile TR- SECEL Puanları Arasındaki İlişki

1.4.1. Yaş

Yaş ve TR-SECEL puanları arasında yaş ilerledikçe ölçekten alınan puanların azaldığı (iletişim deneyimlerinde daha az sorun) fakat bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Literatüre bakıldığında Bolt ve ark. (2016) yapmış olduğu çalışmada yaş ile iletişim ve sosyal katılım arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (101). Palmer ve ark. (2004) FACT- HNS ve FACT- G ölçeklerini kullanarak iletişim ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada yaş ile yaşam kalitesi arasında yine istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı belirtilmiştir (80). İncelenen bu çalışmalar sonuçlarımız ile benzerlik göstermiştir.

Bizim sonuçlarımızdan farklı olarak Woordard ve ark. (2007) HNI ölçeği kullanılarak yaptığı çalışmada yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve 65 üstü bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir (77). Bu farklılık Woordard ve ark. yaptığı çalışmanın katılımcı sayısının bizim çalışmamızdan fazla olmasından kaynaklanabilmektedir. Eadie ve ark. (2012), UW-QOL, V-RQOL ve WOC-CV ölçeklerini kullanarak total larenjektomi sonrası yaşam kalitesi ve başa çıkmayı incelediği çalışmada yaş ile yaşam kalitesi arasında zayıf ama anlamlı bir ilişki bulunmuş ve yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu sonuç bizim çalışmamız ile örtüşmemektedir. Görülen farklılığın iki çalışmaya dahil edilen katılımcıların birincil iletişim aracı farklılıkları ve eğitim durumlarındaki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir (52).

7.3.2. Cinsiyet

Çalışmamızda TR-SECEL puanları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bizim sonuçlarımıza benzer olarak Vilaseca ve ark. (2005), UW-QOL ve SF-12 v2. ölçeklerini kullanarak total larenjektomi sonrası uzun dönem yaşam kalitesini incelediği çalışmada yaşam kalitesi ve cinsiyet arasında

anlamli bir farklılık olmadığını belirtmiştir (74). Yine, Long ve ark. tarafından FACT-HNS ve FACT-G ölçeklerini kullanarak, baş boyun kanseri sonrası yaşam kalitesini araştırdıkları çalışmada cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (102). Kazi ve ark. (2007) VHI ve V-RQOL ölçeklerini kullanarak larenjektomi sonrası sese bağı hayat kalitelerini değerlendirdiği çalışmada cinsiyet ile sese bağı yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (81).

İlgili çalışmalar incelenirken benzer sonuçların haricinde farklı bulgular olduğunu belirten bir araştırma ile karşılaşılmıştır. Robertson ve ark. (2010), VoiSS ve UW-QOL ölçeklerini kullanarak total larenjektomi sonrası ses, yutma ve yaşam kalitesini incelediği çalışmada kadınların, erkeklerden daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu belirtilmiştir (82). Çalışmadaki kadın katılımcı sayısının bizim çalışmamızinkinden fazla olması bu farklılığı yarattığı düşünölmektedir.

7.3.3. Eğitim Durumu

TR-SECEL'den alınan puanlar ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Eğitim durumu ile ilgili çalışmalar incelendiğinde Palmer ve ark. (2004), FACT-HNS ve FACT-G ölçeklerini kullanarak alarengal konuşan bireylerin iletişim ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada, eğitim düzeyi ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını bulunmuştur (80). Long ve ark. tarafından FACT-HNS, FACT-G ve UW-QOL ölçeklerini kullanarak, baş boyun kanseri sonrası yaşam kalitesini araştırdıkları çalışmada eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (102). Yine Bolt ve ark. (2016) yılında Communicative Participation Item Bank (CPIB) ölçeğini kullanarak yapmış olduğu çalışmada eğitim durumu ile iletişim ve sosyal katılım arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (101). Çalışmamızın sonuçları literatür ile uyumluluk göstermiştir.

7.3.4. Medeni Durum

Bu çalışmada medeni durum ile TR-SECEL puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bizim sonuçlarımıza benzer olarak Bolt ve ark. (2016) yılında CPIB ölçeğini kullanarak yapmış olduğu çalışmada yaşam durumu (yalnız, aile ile beraber, ev arkadaşı veya arkadaş ile yaşama) ile iletişim ve sosyal katılım arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmiştir (101).

Sonuçlarımızdan farklı olarak Long ve ark. (1996) yılında yaptığı çalışmada evli olunması durumu FACT-G ölçeği ve Performance Status Scale for Head and Neck Cancer (PSS-HN) ölçeğinin sosyal ortamda beslenme alt alanı için anlamlı bir değişken olduğu belirtilirken FACT-HNS ve UW-QOL ölçekleri için istatistiksel olarak anlamlı bir değişken olmadığı belirtilmiştir (102). Steward ve ark. (1998) yapmış olduğu çalışmada yalnız yaşayan bireylerin, sesin işlevsel kullanımında eş ya da aile ile yaşayan bireylerden daha az sorun yaşadığı görülürken duygusal ve fiziksel alt alanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (103). Bahsedilen çalışmalar ve bizim çalışmamızın sonuçlarının farklılaşma sebebinin değerlendirilmek istenilen alt alan ve kullanılan ölçeklerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

1.5. Birincil İletişim Aracı

Çalışmamızda birincil iletişim araçları ile TR-SECEL ölçek toplamı ve genel alt alanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, çevresel ve tutumsal alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Özofageal konuşan bireylerin çevresel ve tutumsal alt alanlardan almış olduğu puanlarının trakeoözofageal konuşan bireylerden anlamlı olarak daha yüksek (belirli ortam veya durumlarda iletişim deneyimlerinde daha fazla sorun) olduğu görülmüştür. İlgili literatüre bakıldığında Silva ve ark. (2015), SECEL, EORTC QLQ ve HADS ölçekleri ile total larenjektomili bireylerin yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmada özofageal konuşan bireyler ile trakeoözofageal konuşan bireylerin SECEL genel alt alan ve tutumsal alt alan puanlarının birbirine oldukça yakın değerlerde olduğu çevresel alt alanda özofageal konuşan bireylerin daha yüksek (daha düşük yaşam kalitesi ve

iletişim deneyimi) puan aldığı görülmüş ve tüm farklılıklar anlamlı bulunmamıştır (79). Robertson ve ark. (2010), VoiSS ve UW-QOL ölçeklerini kullanarak yaptıkları araştırmada trakeaözofageal konuşmalı bireylerin sese bağlı yaşam kalitesi en yüksek olan grup olduğu görülmüştür. Trakeaözofageal konuşmayı, elektrolarenks, sözel olmayan iletişim takip ederken en düşük sese bağlı hayat kalitesine sahip olan grubun ise özofageal konuşan bireyler olduğu görülmüştür (82).

Eadie ve ark. (2012), yapmış olduğu çalışmada sese bağlı yaşam kalitesi en yüksek olan grubun trakeaözofageal konuşan bireyler olduğu belirtilmiştir. Ardında ise elektrolarenks kullanan bireyler gelirken ve en düşük sese bağlı yaşam kalitesine sahip olan grubun ise özofageal konuşan bireyler olduğu bulunmuştur (83). Birincil iletişim araçları ile ilgili bu çalışmalar bizim bulgularımız ile benzerlik gösterirken Law ve ark. (2009) yapmış olduğu çalışma bizim sonuçlarımız ile farklılık göstermiştir. Law ve ark. (2009) sadece CAPAL ölçeğini uygulayarak alarengal konuşan Çin popülasyonunun konuşma anlaşılabilirliği, kabul edilebilirliği ve iletişim ile ilgili yaşam kalitesini araştırdığı çalışmada elektrolarenks kullanan bireylerin, diğer birincil iletişim araçları içinde en yüksek puan (iletişime bağlı düşük yaşam kalitesi) aldığı görülmüştür. En düşük puanı ise trakeaözofageal konuşmalı (iletişime bağlı yüksek yaşam kalitesi) bireylerin aldığı belirtilmiştir (75). Bu farklılığın Çin dilinin ses tonu farklılıklarının sözcüklerin anlamlarında değişiklikler yaratması ve elektrolarenks ile elde edilen mekanik sesin bu ses tonlarını oluşturamamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

7.5. Cerrahi Türü

Cerrahi türüne göre katılımcıların TR-SECEL' den aldıkları puanlar incelendiğinde total larenjektomili bireylerin genel alt alan hariç, ölçek toplamı, çevresel ve tutumsal alt alandan aldığı puanlar diğer cerrahi türlerinin aldığı puanlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Elde edilen bu sonuç total larenjektomili bireylerin farklı ortam, durum ve sosyal ilişkilerinde iletişim deneyimlerinde daha fazla zorluk yaşadığını göstermektedir. Evitts ve ark. (2011) yapmış SECEL ölçeğini kullanarak yapmış olduğu çalışmada daha fazla larengal

yapısı korunan cerrahiye sahip bireylerin total larenjektomili bireylerden daha düşük puan aldığı görülmüş ve ameliyat sonrası dönemde hem konuşma hem de iletişim anlamında daha olumlu sonuçlar elde ettikleri belirtilmiştir (104). Bolt'un (2016) yapmış olduğu çalışmada total larenjektomi, iletişim ve sosyal katılımı anlamlı olarak etkileyen faktörler arasında yer almış ve total larenjektomili bireylerin konuşma işlevselliği ve kalitesini olumsuz yönde etkilemesi sebebiyle diğer cerrahi yöntemle sahip bireylerden daha kötü iletişim ve sosyal katılıma sahip olduğu belirtilmiştir (101). Fung ve ark. (2005) yapmış olduğu çalışmada korunmuş larenks ve larenjektomi olmuş bireylerin sese bağlı yaşam kalitelerinin karşılaştırıldığında korunmuş larenkse sahip bireylerin sese bağlı yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (105). Steward ve ark. (1998) yapmış olduğu çalışmada larenjektomili bireylerin VHI ölçeğinin duygusal ve fiziksel alt alanında almış olduğu puanların larenjektomi olmayan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuş ve larenjektomili bireylerin ses ile ilgili yaşadıkları engellilik daha fazla olduğu belirtilmiştir (103). Sonuçlarımız incelenen çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

7.6. Larenjektomi Sonrası Geçen Süre

Çalışmamızda larenjektomi sonrası geçen süre ile TR-SECEL puanları incelendiğinde larenjektomi üstünden geçen süre arttıkça TR-SECEL puanlarının düştüğü (iletişim deneyimlerinde daha az sorun) gözlenmiş fakat istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. İlgili çalışmalara baktığımızda Long (1996) yapmış olduğu çalışmada larenjektomi sonrası geçen sürenin bireyin yaşam kalitesini ve işlevsellik durumunu etkileyen bir faktör olmadığı görülmüştür (102). Vilasece ve ark. (2005) yılında yaptığı çalışmada larenjektomi üstünden geçen sürenin 5 yıl olan bireylerde yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olmadığını belirtilmiştir (74). Yine Bolt ve ark. (2016) baş-boyun kanseri sonrası iletişimsel katılım ile ilişkili faktörleri araştırdığı çalışmada tanı sonrası geçen süre ile iletişimsel katılım arasındaki ilişkinin pozitif yönlü değer aldığı fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (101). Bu çalışmalar bizim sonuçlarımız ile benzerlik göstermiştir.

Palmer ve ark. (2002), alarengeal konuşan bireylerin iletişim ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek için yapmış olduğu çalışmada, cerrahi sonrası geçen süre ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki görülmüştür (80). Bu sonuç bizim çalışmamız ile farklılık göstermiştir. Palmer ve ark. yapmış olduğu çalışmadaki 10 yıl ve üstü (larenjektomi üstünden geçen süre) katılımcı sayısının bizim çalışmamızdakinden fazla olması nedeniyle farklılık gösterdiği düşünülmektedir. Eadie ve ark. (2012), yapmış olduğu çalışmada larenjektomi sonrası geçen süre ile yaşam kalitesi arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğu belirtilmiş ve bizim çalışmamız ile farklılık gösterdiği bulunmuştur. Görülen farklılığın, Eadie ve ark. (2012) yaptığı çalışmadaki katılımcıların bizim çalışmamızdan farklı birincil iletişim araçlarına sahip olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (52).

8. SONUÇ

TR- SECEL ölçeğinin Türkçeye uyarlanması ve geçerliğinin güvenilirliğinin, demografik bilgiler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum), birincil iletişim aracı, cerrahi türü ve larenjektomi sonrası geçen süre değişkenleri ile TR-SECEL puanları arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmanın sonucunda;

- 1- Gerekli istatistiksel analizler sonucunda elde edilen verilere göre TR- SECEL ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik analizi bulgularının yüksek olduğu görülmüştür.
- 2- TR-SECEL ölçeğinin larenjektomi sonrası iletişim deneyimlerini değerlendirme için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu düşünülmektedir.
- 3- Yaşın ilerlemesi iletişim deneyimlerinde olumlu yönde etkilediği gözlenmiş fakat bu etkinin istatistiksel olarak bir fark yaratmadığı görülmüştür.
- 4- Cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durum değişkenlerinin, larenjektomi sonrası iletişim deneyimlerinin değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmamıştır.
- 5- TR-SECEL ölçeğinin çevresel ve tutumsal alt alanlarında özofageal konuşan bireyler trakeoözofageal konuşan bireylerden istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha kötü iletişim deneyimlerine sahiptirler.
- 6- Birincil iletişim aracının larenjektomi sonrası iletişim deneyimlerinin üzerinde anlamlı etkisi olmadığı bulunmuştur.
- 7- Cerrahi türünün larenjektomi sonrası iletişim deneyimleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu görülmüştür.
- 8- TR-SECEL ölçeğinin genel alt alanı hariç diğer alt alanlarında total larenjektomili bireyler diğer tüm cerrahi türlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak en kötü iletişim deneyimlerine sahiptirler.
- 9- Larenjektomi üstünden geçen süre arttıkça iletişim deneyimlerinin olumlu yönde etkilendiği görülmüş fakat istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı bulunmuştur.

Sınırlılıklar

- 1- Katılımcı sayısı Covid-19 pandemi sebebiyle 104 kişiyle sınırlı kalmıştır.
- 2- Araştırma verileri Covid-19 pandemi dönemi sebebiyle yüz yüze görüşmenin yanı sıra telefon ile görüntülü veya sesli görüşme ve ölçek online versiyonu (Google forms) aracılığıyla toplanmıştır.
- 3- Bazı katılımcıların larenjektomi ameliyatlarına eşlik edebilen diğer cerrahi müdahaleleri (boyun diseksiyonu, vd.) bilmiyor olmaları ve/veya hatırlamıyor olmaları bu çalışmanın sınırlılığıdır.

Öneriler

- 1- Kadın katılımcı sayısının artırılması ile birlikte tüm örneklem sayısının arttırılarak çalışmanın tekrarlanması ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği açısından fayda sağlayabilir.
- 2- TR-SECEL ile birlikte baş boyun kanserine özgü yaşam kalitesi ölçeğinin uygulanması ve sonuçların karşılaştırılması literatüre katkıda bulunabilir.
- 3- Larenjektomi sonrası konuşma anlaşılabilirliğinin da değerlendirilmesi iletişim deneyimlerinin değerlendirilmesine katkı sağlayabilir.
- 4- Larenjektomi sonrası ses kalitelerinin sübjektif araçlar ile değerlendirilmesi iletişim deneyimlerinin değerlendirilmesine katkıda bulunabilir.
- 5- 65 yaş üstü bireylerin TR-SECEL ölçeğini uygulamadan önce okuma ve anlama becerilerinin yeterliliğinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

- 1- Fitzmaurice, C., Abate, D., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdel-Rahman, O., & Derakhshani, A. (2019). Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 29 cancer groups, 1990 to 2017: a systematic analysis for the global burden of disease study. *JAMA oncology*, 5(12), 1749-1768.
- 2- Aupérin, A. (2020). Epidemiology of head and neck cancers: An update. *Current opinion in oncology*, 32(3), 178-186.
- 3- Haribhakti, V. V. *Restoration, Reconstruction and Rehabilitation in Head and Neck Cancer*. Pp. 347- 350, Singapore, Springer,2019.
- 4- Brouwer, B., Snow, G. B., & Van Dam, F. S. A. M. (1979). Experiences of patients who undergo laryngectomy. *Clinical Otolaryngology & Allied Sciences*, 4(2), 109-118.
- 5- Pruyn, J. F. A., De Jong, P. C., Bosman, L. J., Van Poppel, J. W. M. J., van Den Borne, H. W., Ryckman, R. M., & De Meij, K. (1986). Psychosocial aspects of head and neck cancer—a review of the literature. *Clinical Otolaryngology & Allied Sciences*, 11(6), 469-474.
- 6- Öztürk, A., & Mollaoğlu, M. (2013). Determination of problems in patients with post-laryngectomy. *Scandinavian journal of psychology*, 54(2), 107-111.
- 7- Hilgers, F. J., Ackerstaff, A. H., Aaronson, N. K., Schouwenburg, P. F., & Van Zandwijk, N. I. C. O. (1990). Physical and psychosocial consequences of total laryngectomy. *Clinical Otolaryngology & Allied Sciences*, 15(5), 421-425.
- 8- 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.
- 9- Yüce Sarı, S., Esen, Ç. S. B., Yüce, D., Cengiz, M., Özyiğit, G., & Yazıcı, G. Validation of the EORTC-QLQ-HN35 Questionnaire in Turkish Head and Neck Cancer Patients. *Turkish Journal of Oncology*, 35(2).
- 10- Şenkal, H. A, Baş ve boyun kanserli hastalar için Washington Üniversitesi yaşam kalitesi anket formu Türkçe versiyonu'nun geçerliliği ve güvenilirliğinin

araştırılması.Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2009.

- 11- Kılıç, M. A., Okur, E., Yıldırım, İ., Öğüt, F., Denizoğlu, İ., Kızılay, A., ... & Öztarakçı, H. (2008). Ses Handikap Endeksi (Voice Handicap Index) Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg*, 18(3), 139-147.
- 12- Tezcaner, Z. Ç. (2015). Türkçe Sesle İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği.
- 13- 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.
- 14- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., ... & Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer*, 136(5), E359-E386.
- 15- Marur, S., & Forastiere, A. A. (2008, April). Head and neck cancer: changing epidemiology, diagnosis, and treatment. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 83, No. 4, pp. 489-501). Elsevier.
- 16- Goldenberg, D., Lee, J., Koch, W. M., Kim, M. M., Trink, B., Sidransky, D., & Moon, C. S. (2004). Habitual risk factors for head and neck cancer. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*, 131(6), 986-993.
- 17- Licitra, L., Bernier, J., Grandi, C., Locati, L., Merlano, M., Gatta, G., & Lefebvre, J. L. (2003). Cancer of the larynx. *Critical reviews in oncology/hematology*, 47(1), 65-80.
- 18- Marioni, G., Marchese-Ragona, R., Cartei, G., Marchese, F., & Staffieri, A. (2006). Current opinion in diagnosis and treatment of laryngeal carcinoma. *Cancer treatment reviews*, 32(7), 504-515.
- 19- Van der Putten, L. (2017). Diagnosis and salvage surgery of recurrent laryngeal carcinoma after radiotherapy.
- 20- Obid, R., Redlich, M., & Tomeh, C. (2019). The treatment of laryngeal cancer. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics*, 31(1), 1-11.

- 21- Lorenz, K. J. (2017). Rehabilitation after total laryngectomy—a tribute to the pioneers of voice restoration in the last two centuries. *Frontiers in medicine*, 4, 81.
- 22- Pfister, D. G., Laurie, S. A., Weinstein, G. S., Mendenhall, W. M., Adelstein, D. J., Ang, K. K., ... & Wolf, G. T. (2006). American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline for the use of larynx-preservation strategies in the treatment of laryngeal cancer. *Journal of clinical Oncology*, 24(22), 3693-3704.
- 23- Department of Veterans Affairs Laryngeal Cancer Study Group*. (1991). Induction chemotherapy plus radiation compared with surgery plus radiation in patients with advanced laryngeal cancer. *New England Journal of Medicine*, 324(24), 1685-1690.
- 24- Terrell, J. E., Fisher, S. G., Wolf, G. T., & Veterans Affairs Laryngeal Cancer Study Group. (1998). Long-term quality of life after treatment of laryngeal cancer. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 124(9), 964-971.
- 25- List, M. A., Mumby, P., Haraf, D., Siston, A., Mick, R., MacCracken, E., & Vokes, E. (1997). Performance and quality of life outcome in patients completing concomitant chemoradiotherapy protocols for head and neck cancer. *Quality of Life Research*, 6(3), 0-0.
- 26- Lazarus, C. L., Logemann, J. A., Pauloski, B. R., Colangelo, L. A., Kahrilas, P. J., Mittal, B. B., & Pierce, M. (1996). Swallowing disorders in head and neck cancer patients treated with radiotherapy and adjuvant chemotherapy. *The Laryngoscope*, 106(9), 1157-1166.
- 27- Hansen, K., Chenoweth, M., Thompson, H., Strauss, A. Role of the Speech-Language Pathologist (SLP) in the Head and Neck Cancer Team. pp.31-41. In: Maghami, E., & Ho, A. S. editors. *Multidisciplinary Care of the Head and Neck Cancer Patient*. Switzerland, Springer, 2018.
- 28- Tuncay, A., Titiz, A., Özcan M. (2007). Parsiyel larenjektomi sonrası yutma fizyolojisindeki değişimler. *Dirim Dergisi*. 82(1):322-327,2007.
- 29- Harris, B. N., Bhuskute, A. A., Rao, S., Farwell, D. G., & Bewley, A. F. (2016). Primary surgery for advanced-stage laryngeal cancer: a stage and subsite-specific survival analysis. *Head & neck*, 38(9), 1380-1386.

- 30- Starmer, M.H. Swallowing Disorders and Rehabilitation in Patients with Laryngeal Cancer. pp.299- 310. In: Doyle, P. C. editors. *Clinical Care and Rehabilitation in Head and Neck Cancer*. Switzerland, Springer, 2019.
- 31- Genden, E. M., Ferlito, A., Silver, C. E., Jacobson, A. S., Werner, J. A., Suarez, C., & Rinaldo, A. (2007). Evolution of the management of laryngeal cancer. *Oral oncology*, 43(5), 431-439.
- 32- Policarpo, M., Aluffi, P., Brovelli, F., Borello, G., & Pia, F. (2004). Oncological and functional results of CO. *Acta Otorhinolaryngol Ital*, 24, 267-274.
- 33- Jones, T. M., De, M., Foran, B., Harrington, K., & Mortimore, S. (2016). Laryngeal cancer: United Kingdom national multidisciplinary guidelines. *The Journal of Laryngology & Otology*, 130(S2), S75-S82.
- 34- Saltürk, Z., Arslanoğlu, A., Özdemir, E., Yıldırım, G., Aydoğdu, İ., Kumral, T. L., & Uyar, Y. (2016). How do voice restoration methods affect the psychological status of patients after total laryngectomy?. *Hno*, 64(3), 163-168.
- 35- Casper K. J, Colton H.R (1998). Clinical Manual for Laryngectomy and Head/Neck Cancer Rehabilitation. 2ndEd.Department of Otolaryngology and Communication Sciences Suny Health Science Center Syracuse,New York. p.: 11-34.
- 36- Chen, S. C., Yu, P. J., Hong, M. Y., Chen, M. H., Chu, P. Y., Chen, Y. J., ... & Lai, Y. H. (2015). Communication dysfunction, body image, and symptom severity in postoperative head and neck cancer patients: factors associated with the amount of speaking after treatment. *Supportive Care in Cancer*, 23(8), 2375-2382.
- 37- Sasaki, C. T., & Weaver, E. M. (1997). Physiology of the larynx. *The American journal of medicine*, 103(5), 9S-18S.
- 38- Köprücü G (2013).Total Larenjektomililerde Özofageal Konuşma Eğitimi. *Türkiye Klinikleri J E.N.T.Special Topics*.6(2):80-2
- 39- Damstéa, P. H. (1975). Methods of restoring the voice after laryngectomy. *The Laryngoscope*, 85(4), 649-655.
- 40- Kapila, M., Deore, N., Palav, R. S., Kazi, R. A., Shah, R. P., & Jagade, M. V. (2011). A brief review of voice restoration following total laryngectomy. *Indian Journal of Cancer*, 48(1), 99.

- 41- Vartanian, J. G., Carrara-de-Angelis, E., & Kowalski, L. P. (2013). Practice of laryngectomy rehabilitation interventions: a perspective from South America. *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*, 21(3), 212-217.
- 42- Xi, S. (2010). Effectiveness of voice rehabilitation on vocalisation in postlaryngectomy patients: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 8(4), 256-258.
- 43- Stemple C. J, Glaze L, Klaben G. B, (2000). Clinical Voice Pathology Theory and Management. 3rd Ed. Delmar Cengage Learning, New York. p.: 439-473.
- 44- Blom, E. D., Singer, M. I., & Hamaker, R. C. (1986). A prospective study of tracheoesophageal speech. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 112(4), 440-447.
- 45- Blom, E. D. (2000). Tracheoesophageal voice restoration: origin–evolution–state-of-the-art. *Folia phoniatrica et logopaedica*, 52(1-3), 14-23.
- 46- Kaye, R., Tang, C. G., & Sinclair, C. F. (2017). The electrolarynx: voice restoration after total laryngectomy. *Medical Devices (Auckland, NZ)*, 10, 133.
- 47- Liu, H., & Ng, M. L. (2007). Electrolarynx in voice rehabilitation. *Auris Nasus Larynx*, 34(3), 327-332.
- 48- Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558.
- 49- Wang, H. L., Keck, J. F., Weaver, M. T., Mikesky, A., Bunnell, K., Buelow, J. M., & Rawl, S. M. (2013). Shoulder pain, functional status, and health-related quality of life after head and neck cancer surgery. *Rehabilitation research and practice*, 2013.
- 50- Fallowfield, L. (2009). What is quality of life. *What is*, 2.
- 51- Ringash, J., & Bezjak, A. (2001). A structured review of quality of life instruments for head and neck cancer patients. *Head & Neck: Journal for the Sciences and Specialties of the Head and Neck*, 23(3), 201-213.
- 52- Eadie, T. L., & Bowker, B. C. (2012). Coping and quality of life after total laryngectomy. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery*, 146(6), 959-965.

- 53- Iravani, K., Jafari, P., Akhlaghi, A., & Khademi, B. (2018). Assessing whether EORTC QLQ-30 and FACT-G measure the same constructs of quality of life in patients with total laryngectomy. *Health and quality of life outcomes*, 16(1), 1-8.
- 54- Ceachir, O., Hainarosie, R., & Zainea, V. (2014). Total laryngectomy—past, present, future. *Maedica*, 9(2), 210.
- 55- Eadie, T. L. (2003). The ICF: A proposed framework for comprehensive rehabilitation of individuals who use alaryngeal speech. *American Journal of Speech Language Pathology*, 12(2), 189-197.
- 56- Eadie, T. L. (2007, November). Application of the ICF in communication after total laryngectomy. In *Seminars in Speech and Language* (Vol. 28, No. 04, pp. 291-300). © Thieme Medical Publishers.
- 57- World Health Organization (2001). ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health.
- 58- American Speech-Language-Hearing Association. (2016). Scope of practice in speech-language pathology.
- 59- Ware, J. E., Kosinski, M., & Gandek, B. (2000). SF-36 health survey: manual and interpretation guide Lincoln. RI: *QualityMetric Incorporated*.
- 60- Threats, T. T. (2006). Towards an international framework for communication disorders: Use of the ICF. *Journal of communication disorders*, 39(4), 251-265.
- 61- Eadie, T. L., Yorkston, K. M., Klasner, E. R., Dudgeon, B. J., Deitz, J. C., Baylor, C. R., ... & Amtmann, D. (2006). Measuring communicative participation: A review of self-report instruments in speech-language pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology*.
- 62- Jacobson, B. H., Johnson, A., Grywalski, C., Silbergleit, A., Jacobson, G., Benninger, M. S., & Newman, C. W. (1997). The voice handicap index (VHI) development and validation. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6(3), 66-70.
- 63- Rosen, C. A., Lee, A. S., Osborne, J., Zullo, T., & Murry, T. (2004). Development and validation of the voice handicap index-10. *The Laryngoscope*, 114(9), 1549-1556.

- 64- Hogikyan, N. D., & Sethuraman, G. (1999). Validation of an instrument to measure voice-related quality of life (V-RQOL). *Journal of voice*, 13(4), 557-569.
- 65- 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.
- 66- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., ... & Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376.
- 67- Bjordal, K., & Kaasa, S. (1992). Psychometric validation of the EORTC Core Quality of Life Questionnaire, 30-item version and a diagnosis-specific module for head and neck cancer patients. *Acta Oncologica*, 31(3), 311-320.
- 68- Bjordal, K., Ahlner-Elmqvist, M., Tolleson, E., Jensen, A. B., Razavi, D., Maher, E. J., & Kaasa, S. (1994). Development of a European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) questionnaire module to be used in quality of life assessments in head and neck cancer patients. *Acta Oncologica*, 33(8), 879-885.
- 69- 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.
- 70- Vartanian, J. G., Carvalho, A. L., Yueh, B., Furia, C. L. B., Toyota, J., McDowell, J. 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), 1115-1121.
- 71- Hassan, S. J., & Weymuller, E. A. (1993). Assessment of quality of life in head and neck cancer patients. *Head & neck*, 15(6), 485-496.
- 72- Terrell, J. E., Nanavati, K. A., Esclamado, R. M., Bishop, J. K., Bradford, C. R., & Wolf, G. T. (1997). Head and neck cancer—specific quality of life: instrument validation. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 123(10), 1125-1132.

- 73- Terrell, J. E., Nanavati, K., Esclamado, R. M., Bradford, C. R., & Wolf, G. T. (1999). Health impact of head and neck cancer. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, *120*(6), 852-859.
- 74- Vilaseca, I., Chen, A. Y., & Bakscheider, A. G. (2006). Long-term quality of life after total laryngectomy. *Head & neck*, *28*(4), 313-320.
- 75- Law, I. K. Y., Ma, E. P. M., & Yiu, E. M. L. (2009). Speech intelligibility, acceptability, and communication-related quality of life in Chinese alaryngeal speakers. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, *135*(7), 704-711.
- 76- Cokkinides, V., Albano, J., Samuels, A., Ward, M. E., & Thum, J. M. (2005). American cancer society: Cancer facts and figures. *Atlanta: American Cancer Society*.
- 77- Woodard, T. D., Oplatek, A., & Petruzzelli, G. J. (2007). Life after total laryngectomy: a measure of long-term survival, function, and quality of life. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, *133*(6), 526-532.
- 78- Mallis, A., Goumas, P. D., Mastronikolis, N. S., Panogeorgou, T., Stathas, T., Prodromaki, K., & Papadas, T. A. (2011). Factors influencing quality of life after total laryngectomy: a study of 92 patients. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, *15*(8), 937-942.
- 79- 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.
- 80- Palmer, A. D., & Graham, M. S. (2004). The relationship between communication and quality of life in alaryngeal speakers. *Journal of Speech Language Pathology and Audiology*, *28*(1), 6-24.
- 81- Kazi, R., De Cordova, J., Singh, A., Venkitaraman, R., Nutting, C. M., Clarke, P., ... & Harrington, K. J. (2007). Voice-related quality of life in laryngectomees: assessment using the VHI and V-RQOL symptom scales. *Journal of Voice*, *21*(6), 728-734.
- 82- Robertson, S. M., Yeo, J. C., Dunnet, C., Young, D., & MacKenzie, K. (2012). Voice, swallowing, and quality of life after total laryngectomy—results of the west of Scotland laryngectomy audit. *Head & neck*, *34*(1), 59-65.

- 83- Eadie, T. L., Day, A. M., Sawin, D. E., Lamvik, K., & Doyle, P. C. (2013). Auditory-perceptual speech outcomes and quality of life after total laryngectomy. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery*, 148(1), 82-88.
- 84- Evans, E., Carding, P., & Drinnan, M. (2009). The voice handicap index with post-laryngectomy male voices. *International journal of language & communication disorders*, 44(5), 575-586.
- 85- Major, M. S., Bumpous, J. M., Flynn, M. B., & Schill, K. (2001). Quality of life after treatment for advanced laryngeal and hypopharyngeal cancer. *The Laryngoscope*, 111(8), 1379-138
- 86- Bjordal, K., Hammerlid, E., Ahlner-Elmqvist, M., De Graeff, A., Boysen, M., Evensen, J. F., ... & Kaasa, S. (1999). Quality of life in head and neck cancer patients: validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-H&N35. *Journal of Clinical Oncology*, 17(3), 1008-1008.
- 87- Fayers, P., Aaronson, N., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D., & Bottomley, A. (2001). EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. ISBN 2-9300 64-22-6.
- 88- Şencan, H. *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve geçerlilik*. pp.231-409. Ankara, Seçkin,2005,
- 89- Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. Ankara: Nobel yayınevi, 1.baskı, 2002
- 90- Taşkın, Ç., Akat, Ö. Araştırma Yöntemlerinde Yapısal Eşitlik Modelleme. Bursa: Ekin Yayınevi, 2010, 2.bölüm:16-26.
- 91- Reis, H. T., and Judd, C. M. (2000). Handbook of research methods in social and personality psychology. New York: Cambridge University Press.
- 92- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., ve Demirel, F. (2008). Bilimsel araştırma yöntemleri. Ankara: Pegem Akademi.
- 93- Arıkan R. Araştırma Yöntem ve Teknikleri. Nobel yayınevi,2011,1. Basım, bölüm 6:93-7.
- 94- Gürbüz, S., ve Şahin, F. (2016). Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri: felsefe - yöntem –analiz(2.Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

- 95- Churchill, G. A., and Peter, J. P. (1984). Research Design Effects on the Reliability of Rating Scales: A Meta-Analysis. *Journal of Marketing Research*, 21(4), 360. DOI:10.2307/315146
- 96- Öncü, H. (1994). Eğitimde ölçme ve değerlendirme. Ankara: Master Basım.
- 97- Özdamar, K. (2017). Ölçek ve test geliştirme yapısal eşitlik modellemesi ibm spss ibm spss amos ve minitab uygulamalı. *Eskişehir: Nisan Kitabevi*.
- 98- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). Using multivariate statistics (6th ed.), Boston: Allyn and Bacon.
- 99- Büyüköztürk Ş, Faktör analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*. 2002;32:470-83.
- 100- Çapık C, Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası Ölçek Uyarlama Aşamaları, Dil ve Kültür Uyarlaması: Güncellenmiş Rehber. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 26 (3); 199–210, 2018.
- 101- Bolt, S., Eadie, T., Yorkston, K., Baylor, C., & Amtmann, D. (2016). Variables associated with communicative participation after head and neck cancer. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 142(12), 1145-1151.
- 102- Long, S. A., D'Antonio, L. L., Robinson, E. B., Zimmerman, G., Petti, G., & Chonkich, G. (1996). Factors related to quality of life and functional status in 50 patients with head and neck cancer. *The Laryngoscope*, 106(9), 1084-1088.
- 103- Stewart, M. G., Chen, A. Y., & Stach, C. B. (1998). Outcomes analysis of voice and quality of life in patients with laryngeal cancer. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 124(2), 143-148.
- 104- Evitts, P. M., Kasapoglu, F., Demirci, U., & Miller, J. S. (2011). Communication adjustment of patients with a laryngectomy in Turkey: analysis by type of surgery and mode of speech. *Psychology, health & medicine*, 16(6), 650-660.
- 105- Fung, K., Lyden, T. H., Lee, J., Urba, S. G., Worden, F., Eisbruch, A., ... & Wolf, G. T. (2005). Voice and swallowing outcomes of an organ-preservation trial for advanced laryngeal cancer. *International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics*, 63(5), 1395-1399.

Ek-2: Gönüllü Olur Formu

Gönüllü Katılım Formu

ÇALIŞMANIN ADI:

LARENJEKTOMİ SONRASİ İLETİŞİM DENEYİMLERİ ÖZ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

*Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu** 'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.*

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Larenjektomi sonrası bireyler ses üretim mekanizmalarının değişmesi nedeniyle farklı konuşma biçimlerini kullanarak iletişim kurabilmektedirler. Larenjektomi sonrası bireylerin edindiği konuşma biçimleri her zaman bu bireyler için en uygun konuşma biçimi olmayabilir. Buna ek olarak larenjektomili bireyler konuşma biçimleri nedeniyle günlük hayatta birçok durum, yer, kişi ve olay içinde iletişimsel bağlamda sorun yaşayabilmektedir. Bu çalışmanın amacı larenjektomili bireylerin yaşadığı sorunların değerlendirilmesi için oluşturulan Larenjektomi Sonrası İletişim Deneyimleri Öz Değerlendirme ölçeğinin, total larenjektomili olan bireylerde geçerlik ve güvenilirlik açısından incelenip, Türkçe standardizasyonunun sağlanmasıdır. Araştırma İstanbul Medipol Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. S. Seyhun TOPBAŞ ve yüksek lisans öğrencisi Eda UZUNER tarafından yürütülmektedir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu çalışmaya katıldığınız takdirde size doldurmanız gereken 3 adet form verilecektir. Bunlardan ilkinde Türkçeye uyarlanmak istenilen Larenjektomi Sonrası İletişim Deneyimleri Öz Değerlendirme Ölçeği yer alacaktır. İkinci doldurmanız istenilen ölçekler ise Türkçeye geçerlik ve güvenilirliği olan QLQ HN35 ve V-RQOL yaşam kalitesi ölçekleridir. İlk ölçek larenjektomi sonrası iletişim deneyimlerini sorgularken diğer ölçekler fiziksel, iletişim, kognitif, sosyal, emosyonel, genel sağlık ve ses ile ilgili alanlarında yaşam kaliteniz değerlendirilecektir. Tüm formları eksiksiz doldurmanız beklenmektedir.

Gönüllü olur formunu imzalamadan önce çalışmaya dair sorularınızı lütfen araştırmacıya sorunuz. Daha sonra danışmak istediğiniz hususlar olursa çalışma yürütücülerinden Eda UZUNER'e 05 41919 1929 nolu telefondan ulaşabilirsiniz.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılmanız durumunda literatüre bu konu hakkında destek sağlayarak veri eklememize yardımcı olacaksınız.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

İsim, soy isim veya şahsınızı deşifre edebilecek hiçbir bilgi kullanılmayacak ve açıklanmayacaktır. Veriler sadece bu proje kapsamında kullanılacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz.

Gönüllü Adı Soyadı:	
Telefon :	
Tarih ve İmza :	

Vasi (var ise) Adı Soyadı:	
Telefon :	
Tarih ve İmza :	

Araştırmacı Adı Soyadı:	
Telefon :	
Tarih ve İmza :	

Ek-3: Uzman Görüş Formu

Uzmanın Adı Soyadı:

UZMAN GÖRÜŞÜ YÖNERGE FORMU

	Uygun	Madde Hafifçe Gözden Geçirilmeli	Madde Ciddi Olarak Gözden Geçilmeli	Madde Uygun Değil
Yönerge				
1. Çevrenizdeki diğer insanlar ile konuşurken rahat mısınız?				
2. Kendinizi uyumlu, sakin 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 kullandığımız süre arttıkça geliyor mu?				
6. Dernek, toplantı ya da ziyaret/ misafirlere daha az katılmanızın nedeni konuşmanız olduğuna mı bağlıyorsunuz?				
7. Konuşmak için insanların dikkatini çekmekte zorluk yaşıyor musunuz?				
8. İnsanlara bağırmakta ya da seslenmekte zorluk yaşıyor musunuz?				
9. İnsanların sizi anlayamadığını düşünüyor musunuz?				
10. Konuşmanız sırasında söylediğiniz şeylerin anlaşılması için birkaç kez tekrar etmeniz gerektiğini düşünüyor musunuz?				
11. Kalabalık bir grupta konuşmakta zorlanıyor musunuz				

12. Küçük bir grupta konuşmakta zorlanıyor musunuz?				
13. Bir kişiyle konuşmakta zorlanıyor musunuz?				
14. Evinizde farklı oda ki biriyle konuşmakta zorlanıyor musunuz?				
15. Yüksek sesli ya da gürültülü ortamlarda konuşmakta zorlanıyor musunuz?				
16. Telefonda konuşmakta zorlanıyor musunuz?				
17. Arabada, otobüste veya yolculuk sırasında konuşmakta zorlanıyor musunuz?				
18. Parti/eğlence ortamı/toplantı ya da sosyal aktivitelere katılmakta sorun yaşıyor musunuz?				
19. Telefonu istediğinizden daha az kullanıyor musunuz?				
20. İnsanlarla birlikteyken grubun dışında kalmış gibi hissediyor musunuz?				
21. Sosyal hayatınızı veya kişisel yaşamınızı sınırlandırıyor musunuz?				
22. Konuşmanız depresif hissetmenize neden oluyor mu?				
23. Konuşmanız aile ve arkadaşlarınızın, sizi anlayamadıklarında hayal kırıklığına uğramış hissetmenize neden oluyor mu?				
24. Konuşmanız farklı veya tuhaf hissetmenize neden oluyor mu?				
25. Konuşmanız nedeniyle yeni insanlar ile tanışmaktan çekiniyor musunuz?				
26. Konuşmanız nedeniyle sohbetin dışında kalıyor musunuz?				

27. Konuşmanız nedeniyle başka insanlar ile konuşmaktan kaçınıyor musunuz?				
28. İnsanlar sizin sözcüklerinizi veya cümlelerinizi tamamlama eğiliminde mi?				
29. Siz konuşurken insanlar konuşmanızı böler mi?				
30. İnsanlar sizi anlayamadıklarını söyler mi?				
31. Konuştuğunuz insanlar, konuşmanız nedeniyle rahatsız oluyor mu?				
32. Konuşmanız nedeniyle insanlar sizden kaçınıyor mu?				
33. Konuşmanız nedeniyle insanlar sizinle farklı bir biçimde konuşur mu?				
34. Aileniz ve arkadaşlarınız, bu tür bir konuşma biçimiyle iletişim kurmanın nasıl bir şey olduğunu anlayamıyorlar mı?				
35. Şu anda larenjektomi ameliyatınızdan önceki kadar konuşuyor musunuz?				

Öneriler:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ek-4: TR-SECEL Ölçek 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 kullandığınız süre arttıkça geliyor mu?	3	2	1	0
6. Konuşmanız nedeniyle dernek, toplantı ya da ziyaret/ misafirliklere 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/eglence ortamı, toplantı ya da sosyal aktivitelere katılmakta sorun yaşamanıza neden oluyor mu?	3	2	1	0
19. Konuşmanız telefonu istediğinizden daha az kullanmanıza neden oluyor mu?	3	2	1	0
20. Konuşmanız bir grupta 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:

.....

.....

.....

.....

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-772.02-E.43560
Konu : Etik Kurulu Kararı

04/09/2020

Sayın Eda UZUNER

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Larenjektomi Sonrası İletişim Deneyimleri Öz Değerlendirme Ölçeği”nin Türkçe’ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 04.09.2020 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden F7E7BF67XE kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacık Kavşağı - Beykoz
34810 İstanbul

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Larenjektomi Sonrası İletişim Deneyimleri Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Eda UZUNER			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Dil ve Konuşma Terapisi Yüksek Lisans Öğrencisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dil
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce

Karar Bilgileri
Karar No: 668 **Tarih: 03/09/2020**
Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyasındaki belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Tıbbi Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Mehmet Kemal ÖZDEMİR	Elektrik ve Elektronik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr. Öğr. Üyesi Nezih HACHASANOĞLU ÇAKMAK	Biyokimya	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr. Öğr. Üyesi Neriman İpek KIRMIZI	Tıbbi Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>

* :Toplantıda Bulunma



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-772.02-E.60586
Konu : Etik Kurulu Kararı

10/11/2020

Sayın Eda UZUNER

Üniversitemizin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 04.09.2020 tarihli 10840098-772.02-E.43560 sayı ile onay verilen "Larenjektomi Sonrası İletişim Deneyimleri Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması" isimli çalışmanızın başlığını "Larenjektomi Sonrası İletişim Deneyimleri Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması" olarak değiştirilmesi isteğiniz uygun bulunmuş olup kayıt altına alınmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

- Etik kurul dosyasında Ek3 olarak gösterilen ölçeğin maddelerindeki değişim sebebiyle dilekçe ekinizdeki (Ek1) güncel formatıyla değiştirilmesi uygun bulunmuştur.

Dr. Öğr Üyesi Mahmut TOKAÇ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Dr. Öğr. Uye. Mahmut TOKAÇ tarafından 10.11.2020 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evragınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 26917EFB8 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacık Kavşağı - Beykoz
34810 İstanbul

Tel: 444 85 44

İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr