

"ADI SOYADI"

← Adınızı soyadınızı giriniz

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak
Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya
(sol yandaki gibi) olacak .

YÜKSEK LİSANS DOKTORA
TEZİ

← Tez, Yüksek Lisans'sa, YÜKSEK LİSANS TEZİ;
Doktora ise DOKTORA TEZİ ifadesi kalacak

İSTANBUL-2006

← Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız

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

DOKTORA TEZİ

**ORAL KANSERLİ HASTALARDA PROTETİK
TEDAVİNİN HAYAT KALİTESİ VE DEPRESYONA
ETKİSİNİN PSİKİYATRİK BULGULAR İLE
İNCELENMESİ**

İBRAHİM DOĞAN

**DANIŞMAN
PROF. DR. BİLGE GÖKÇEN RÖHLİĞ**

**PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ PROGRAMI**

İSTANBUL-2017

DOKTORA TEZİ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü . Diş Hekimliği Fakültesi, Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı, Protetik Diş Tedavisi Programında Doktora öğrencisi İbrahim Doğan tarafından Prof.Dr.Bilge Gökçen Röhlig'in danışmanlığında hazırlanan" Oral Kanserli Hastalarda Maksillofasiyal Rehabilitasyonda Hayat Kalitesi ve Başa Çıkabilme Mekanizmasının Psikiyatrik Bulgular ile İncelenmesi" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 26/12/2017 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Prof.Dr.Zühtü Haluk Keskin
İ.Ü Diş Hekimliği Fakültesi
/Protetik Diş Tedavisi A.D

Jüri-Danışman

Prof.Dr.Bilge Gökçen Röhlig
İ.Ü.Diş Hekimliği Fakültesi
Protetik Diş Tedavisi A.D

Jüri

Prof.Dr.Gülümser Evlioğlu
İ.Ü Diş Hekimliği Fakültesi
Protetik Diş Tedavisi A.D

Jüri

Prof.Dr.Erman Tuncer
Aydın Üni. Diş Hekimliği Fakültesi
Protetik Diş Tedavisi A.D

Jüri

Prof.Dr.Banu Karayazgan Saraçoğlu
Okan Üni. Diş Hekimliği Fakültesi
Protetik Diş Tedavisi A.D

BEYAN

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

İbrahim DOĞAN



İTHAF

Oğulları olmaktan gurur duyduğum sevgili Annem'e ve Babam'a ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Bu zamana kadar gerek bilgisi, gerek sevgisiyle yanımda olan, doktora eğitimim boyunca her zaman arkamda olduğumu bildiğim, bana bu zamana kadar tahammül eden ve buna rağmen en sevdiği asistanı olduğum sevgili hocam ve ablam Prof. Dr. Bilge Gökçen Röhlig'e;

Doktora hayatım boyunca yardım, bilgi ve tecrübeleri ile bana sürekli destek olan sevgili hocalarım Prof. Dr. Haluk Keskin ve Prof. Dr. Gülümser Evlioğlu'na;

Ne zaman başım sıkışsa koşarak yanlarına gittiğimde bana yardım eden; bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, sevgili ablalarım Doç. Dr. Meltem Özdemir Karataş ve Dr. Ebru Demet Çifter'e ve sevgili abilerim Doç. Dr. Erkan Sancaklı, Doç. Dr. Ali Balık ve Dr. Tamer Çelakıl'a;

Doktoraya girdiğim ilk günden bu yana bana abilik yapan, hayatta ne zaman ihtiyacım olsa her zaman yanımda bulduğum ve bugünlere gelmemde çok fazla emeği olan abim Dr. Emrah Baca'ya;

Klinikte çalışmaktan her zaman zevk aldığım, sevgili arkadaşlarım Yrd. Doç. Dr. Demet Bereket Ayvalıoğlu, Dr. Nuray İskefli, Dr. Ceren Saruhanoğlu, Dt. Mahmut Ömer, Dt. Almina Muric, Dt. Azize Demir, Dt. Merve Doğan, Dt. Mehmet Açıkgöz, Dt. Nazlı Güleç, Dt. İlayda Karaman'a;

Çalıştığım zaman boyunca kliniği ve hayatımı eğlenceli hale getiren dostum Erce Ayradinoğlu'na;

Klinikte birlikte çalışmaktan her zaman multu olduğum Tuğba Tahmaz ve Elvide Altun'a,

Her zaman yanımda olan ve desteklerini her zaman hissettiğim Ailem'e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	ii
BEYAN.....	iii
İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
RESİM LİSTESİ.....	ix
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 KANER.....	3
2.1.1 BAŞ VE BOYUN KANSERLERİ.....	4
2.2. TEDAVİ YÖNTEMLERİ.....	8
2.2.1.1 MAKSİLLEKTOMİ.....	11
2.2.1.2. MANDİBULEKTOMİ.....	15
2.2.2 RADYOTEAPİ.....	18
2.2.3 KEMOTERAPİ.....	20
2.2.4 DİĞER TEDAVİLER.....	22
2.2.4.1 TERMOTERAPİ.....	22
2.2.4.2 İMMUNOTERAPİ.....	22
2.2.5. PROTETİK TEDAVİ.....	23

2.3. KANSERİN PSİKOLOJİK ETKİLERİ	28
2.4. YAŞAM KALİTESİ	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM	35
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ	35
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE HASTA GRUBU	35
3.3. ETİK YAKLAŞIM	36
3.4. PROTETİK TEDAVİLERİN GERÇEKLEŞTİRİLMESİ	37
3.5. VERİLERİN TOPLANMASI	37
3.5.1. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	37
3.5.1.1. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLEĞİ KISA FORMU TÜRKÇE VERSİYONU (WHOQOL-BREF TR)	37
3.5.1.2. HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAD)	38
3.5.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI	39
4. BULGULAR	40
4.1 İSTATİSTİKSEL YÖNTEM	40
4.2 HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMI	40
4.3 WHOQOL-BREF ve HAD ÖLÇEKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	41
5. TARTIŞMA	48
KAYNAKLAR	61
FORMLAR	74
ETİK KURUL KARARI	81
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	82
ÖZGEÇMİŞ	83

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. Baş ve Boyun Kanserlerinin Dünyadaki Durumu.....	6
Tablo 2. Oral Kavite Kanserleri.....	7
Tablo 3. Maksillektomi Sınıflandırmaları.....	12
Tablo 4. Çalışmaya Dahil Edilen Hastalara Ait Sosyo-Demografik Veriler.....	41
Tablo 5. WHOQOL-BREF ve HAD Ölçeklerinin Tedavi Öncesi ve Tedavi Sonrası İstatistiksel Analizleri.....	42
Tablo 6. Kadın ve Erkek Hastalar Arasında Tedavi Öncesi ve Sonrası WHOQOL-BREF TR ve HAD Ölçekleri İstatistiksel Analizleri.....	43
Tablo 7. Evli ve Bekar Hastalar Arasında Tedavi Öncesi ve Sonrası WHOQOL-BREF TR ve HAD Ölçekleri İstatistiksel Analizleri.....	44
Tablo 8. Kentte ve Kırsalda Yaşayan Hastalar Arasında Tedavi Öncesi ve Sonrası WHOQOL-BREF TR ve HAD Ölçekleri İstatistiksel Analizleri.....	45
Tablo 9. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Tedavi Öncesi ve Sonrası WHOQOL-BREF TR ve HAD Ölçekleri İstatistiksel Analizleri.....	46
Tablo 10. Radyoterapi Alan ve Radyoterapi Almayan Hastalar Arasında Tedavi Öncesi ve Sonrası WHOQOL-BREF TR ve HAD Ölçekleri İstatistiksel Analizleri.....	47

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil-1 Aramany maksiller rezeksiyon sınıflaması.....13

Şekil-2 Brown maksiller rezeksiyon sınıflaması.....14



RESİM LİSTESİ

Resim-1 Maksillektomi yapılmış hasta.....	11
Resim-2 Mandinbulektomi yapılmış hasta.....	16
Resim-3 Protetik tedavi uygulanmış hasta.....	24



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**WHOQOL-BREF TR**

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu

HAD

Hastane ve Anksiyete Depresyon Ölçeği



ÖZET

Dogan I, Tuncer E, Kayhan KB, Rohlig BG.(2017) Oral Kanserli Hastalarda Protetik Tedavinin Hayat Kalitesi ve Depresyona Etkisinin Psikiyatrik Bulgular ile İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Prote

Soyadı, A.B. (2006). Tezin Adı. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, ABD. Yüksek Lisans/Doktora Tezi. İstanbul.

Anahtar Kelimeler : Maksillofasiyal protez, Obturatör, Yaşam kalitesi

Araştırma, oral kanser sebebiyle operasyon geçirmiş ve protetik tedavi gereksinimi oluşan hastalarda, protetik tedavinin hastanın yaşam kalitesine ve hastalık ile başa çıkabilme düzeylerini ne seviyede etkilediğini tespit etmek amacıyla yapıldı. Bu çalışma, 01/07/2014 ile 01/07/2016 tarihleri arasında, İstanbul Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Protetik Dış Tedavisi Ana Bilim Dalı Çene Yüz Protezleri Kliniği'ne başvuran protetik tedaviye ihtiyacı olan 43 oral kanserli hasta ile yapılmıştır. Veriler Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ile toplanılmıştır. Ölçekler hastalara protetik tedavi öncesinde ve protetik tedaviden 3 ay sonra uygulanmış ve sonuçlar değerlendirilmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar, Kolmogorov Simirnov Testi, Mann-Whitey U testi, Wilconox Testi kullanılmıştır.

Çalışma sonunda, hastaların sosyo-demografik özelliklerin (cinsiyet, yaşanılan yer, medeni durum ve eğitim durumu) yaşam kalitesinin bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan skorlarında ve hastalıkla başa çıkabilme düzeylerinde tek başlarına anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Radyoterapi ise yaşam kalitesinin çevresel alan skorunda etkisini olmadığı görülüp, bedensel alan, ruhsal alan ve sosyal alan skorlarını anlamlı bir şekilde etkilediği tespit edilmiştir. Bunun yanında radyoterapinin hastalıkla başa çıkabilme düzeyini tek başına etkileyemediği ortaya konulmuştur. Araştırmamızda protetik tedavinin oral kanser sebebiyle operasyon geçirmiş ve protetik tedavi uygulan hastalarda, yaşam kalitesini ve hastalıkla başa çıkabilme düzeylerini arttırdığı tespit edilmiştir.

ABSTRACT

Dogan I, Tuncer E, Kayhan KB, Rohlig BG. Examination of the effect of prosthetic treatment with psychiatric findings, quality of life and depression on patients with oral cancer. Istanbul University, Institute of Health Science, Department of Prosthetic Dentistry, Doctoral Thesis. Istanbul. 2017.

Key words: Maxillofacial defects, obturator, quality of life

The study was carried out to determine the extent to which prosthetic treatment affects the quality of life and the ability of the patient to cope with the disease in patients who require surgery due to oral cancer and require prosthetic treatment. This study was carried out with 43 patients with oral cancer who needed prosthetic treatment between 01/07/2014 and 01/07/2016, Istanbul University, Faculty of Dentistry, Department of Prosthodontics, Department of Oral Maxillofacial Surgery. Data were collected with the World Health Organization Life Long Life Scale (WHOQOL-BREF TR) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). The scales were applied before the disease prosthetic treatment and 3 months after the prosthetic treatment and the results were evaluated. Descriptive statistical methods, Kolmogorov Simirnov test, Mann-Whitey test, Wilconox test were used.

As a result of the study, it was determined that the socio-demographic characteristics of the patients (sex, place of residence, marital status and educational status), did not have any significant effect on the physical, mental, social and environmental field scores and disease coping levels of the patients. Radiotherapy, on the other hand, was found to have no effect on the environmental field score and significantly affected the physical, mental and social field scores. Besides, the radiation therapy alone have been demonstrated not to affect the level to cope with the disease. In our study, it was found that prosthetic treatment was operated due to oral cancer and increased the quality of life and the ability to cope with the disease in patients with prosthetic treatment.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Oral bölge kanserlerinin görülme sıklığı, diğer kanserlerden çok daha az olsada, teşhis ve tedavi döneminde hastalar üzerinde olumsuz yönde çok büyük etkilere sahiptirler. Hastalar fonksiyonel, estetik ve psikolojik yönden birçok problemlerle karşılaşır. (1, 13, 24, 105)

Oral kanser sebebiyle, cerrahi operasyon geçiren hastalar fonksiyonel, estetik ve psikolojik bir çok sorunla karşılaşmaktadırlar. (1, 105)

Cerrahi tedavi, hastalığın önlenmesinde, tanısında, evrenmesinde, tedavisinde, tedaviye bağlı olan veya olmayan komplikasyonların düzeltilmesinde ve kanserli hastalardaki özel problemlerin çözümünde önemli bir role sahiptir. Cerrahi tedavi ile oluşan doku kayıplarının düzenlenmesi ilk olarak cerrahi rekonstrüksiyon yöntemleri ile düzeltilmeye çalışılmaktadır (137).

Cerrahi rekonstrüksiyon yöntemleri, baş ve boyun kanseri hastaları için yaşam kalitesi açısından en uygun yöntemlerdir. Ancak bazı durumlarda cerrahi rekonstrüksiyon yöntemleri kontrendikedir. Böyle durumlarda protetik tedavi devreye girmekte ve oluşan doku kayıplarını protezler ile rehabilite edilmeye çalışılmaktadır. (124)

Çene ve yüz protezi yapımı endike olan hastalarda, defekt sahasının konumu, büyüklüğü ve defekt sahası içindeki sert ve yumuşak dokuların yapısı ve meydana gelen duysal yitim; yutkunma, çiğneme gibi birçok fonksiyonun gerçekleşmesini etkiler (37).

Baş ve boyun kanserli hastaların, cerrahi tedavi sonrasında çene ve yüz bölgelerinde oluşan defektlerin protetik tedavisinde amaç, hastaların cerrahi tedavi öncesi kaybettikleri çiğneme, yutma ve konuşma gibi fonksiyonları, bunun yanında da kaybetileri estetiği geri vermektir. Ayrıca protezler hastada meydana gelen psikolojik ve sosyal sorunları da tedavi etmeye yardım ederler (40).

Araştırmamızda; İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Ana Bilim Dalı Çene Yüz Protezleri Kliniği'ne başvurmuş; oral kanser teşhisi konulup cerrahi tedavi uygulanmış ve cerrahi tedavi sonrası protetik rehabilitasyona ihtiyacı olan hastalarda, protetik tedavinin hastaların yaşam kalitesini ne düzeyde arttırdığını ve hastalıkla başa çıkabilme düzeylerini ne seviyede değiştirdiğini tespit etmeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KANSER

Kanser (Cancer) kelimesi, ilk defa Yunan fizikçi Hippocrates (MÖ 460 - 370) tarafından ortaya konulmuştur. Hippocrates, ülser oluşturan ve ülser oluşturmeyen tümörler için, carcinos ve carcinoma terimlerini kullanmaya başlamıştır (74). Kanser terimi, vücudun herhangi bir bölümünü etkileyebilen 100'den fazla hastalığın yer aldığı grup için kullanılan, jenerik bir isimdir (7).

Kanser, genlerde meydana gelen, somatik ve kalıtsal mutasyonlardan ve biriken genetik değişikliklerden dolayı ortaya çıkan karmaşık ve uzun süreli bir olgudur (132). Vücuttaki hücrelerin farklı türde herhangi bir anormal proliferasyonundan dolayı kanser meydana gelebilir. Bu yüzden, 100 den fazla farklı kanser tipi vardır. Bütün kanser tiplerinin davranış şekilleri ve tedavilere yanıtları, birbirlerine göre çok değişkenlik gösterebilir (35).

Tek tek hücrelerin büyümesini ve metabolizmasını yöneten biyolojik mekanizmalara ve canlı organizmanın bütününe kapsayan hücre etkileşimlerine tam olarak uymadığı için, tümör ya da neoplazmalar nispeten özerk diye tanımlanırlar. Tümörler yalnız çok hücreli organizmalarda görülürler. Tek hücreli organizmalarda görülmezler (125). Kanser patolojisinde, benign ve malign tümör ayrımı en önemli konulardandır. Benign ve malign olması fark etmeksizin herhangi bir tümörde; anormal hücre çoğalması görülebilir (35).

Benign tümörler, diğer dokulara yayılmadan sadece sınırlı bir alanda kalırlar. Malign (habis) tümörler ise; vücutta bütün dokuları çevreleyen lenfatik ve dolaşım sistemi ile yayılma (metastaz) özelliğine sahiptir. Malign tümörler, kanser olarak isimlendirilirler. Malign tümörlerin işgal ve metastaz özellikleri kanserleri tehlikeli hale getirir. Benign tümörler genellikle ameliyatla buldukları dokudan uzaklaştırılabilirler. Ancak malign tümörler, vücudun uzak bölgelerine yayıldıklarından, lokal tedaviler bu tümörlere karşı tek başlarına etkili değildir (35).

Benign ve malign tümörler ortaya çıktıkları hücrelerin tipine göre sınıflandırılmaktadır. Kanser genellikle üç ana grupta incelenirler:

1-Karsinom: Epitelyal hücre kaynaklı olan karsinomlar, insanlarda görülen kanserlerin yaklaşık %90'ını oluştururlar.

2-Sarkom: Kas, kıkırdak ve fibröz dokular gibi sert dokularda görülürler. Sarkomlar insanlarda nadir görülürler.

3-Lösemi veya Lenfomalar: Kan yapıcı hücrelerde ortaya çıkanlara Lösemi, bağışıklık sistemi hücrelerinde ortaya çıkanlara ise Lenfoma denilir. İnsanlarda görülen tümörlerin yaklaşık %8'ini oluştururlar (35).

Kanser, toplum içerisinde sosyoekonomik yüke neden olan, bireylerde maddi ve manevi kayıp yaratan; bireylere ciddi zorluklar çıkaran ve dünya genelinde hızla artan bir sağlık problemidir. En son açıklanan Dünya Kanser İstatistiklerine göre; dünyadaki ölüm sebepleri arasında birinci sırada bulunmaktadır. Dünya genelinde 14.1 milyon yeni kanser vakası açıklanmış olup; 8,2 milyon kişinin de ölümüne neden olmuştur. Ülkemizde ise Kanser; sebebi bilinene ölümler arasında kardiyovasküler rahatsızlıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır. Kanser dünya genelinde aynı hızla ilerlemeye devam ederse, 2030 yılında 22 milyon yeni vaka ortaya çıkması öngörülmektedir. Bu da 2008 verilerine oranla yeni kanser vakalarında %75 artış olması anlamına gelmektedir. Bu öngörülen kanser vakası artışları ise özellikle az gelişmiş ülkelerde olması beklenmektedir (134).

Epidemiyolojik olarak, bütün kanserlerin insandan insana, toplumdaki topluma zaman içerisinde değiştiği; bu değişikliğin ise bireysel, genetik, çevresel faktörlerle beraber sosyal alışkanlıklara bağlı olduğu ortaya konulmuştur. Coğrafi dağılım, cinsiyet, yaş, sosyoekonomik durum ve meslek ise kanserin epidemiyolojisini belirleyen önemli özelliklerdendir (61).

2.1.1. BAŞ ve BOYUN KANSERLERİ

Baş ve Boyun Kanserleri, buldukları yerlere göre sınıflandırılırlar;

1-Ağız Boşluğu Kanseri: Dudakta, yanakta, dilin 2/3'lük ön kısmında, gingivada, ağız tabanında, sert damak ve retromolar bölgede ortaya çıkan kanserleridir.

2-Tükürük Bezleri Kanseri

3- Paranasal Sinüsler ve Burun Boşluğu Kanseri

4-Farenks Kanseri

-Nazofarenks; farenksin burnun arkasında kalan üst kısmı;

-Orofarenks; farenksin orta kısmı, yumuşak damak, dilin arka bölümü ve tonsiller

-Hipofarenks; farenksin alt kısmı

5- Larenks Kanseri

6- Boyun Üst Kısımındaki Lenf Nodüllerinde Bulunan Kanseler (24)

Baş ve boyun kanseri, farklı bölgelerdeki birçok kanseri içine alan, heterojen bir grup tarafından oluşturulmaktadır. Ancak histopatolojik olarak, epidermoid (squamoz) hücreli kanserler oldukları için, ortak bir grup altında incelenmektedirler. Yine de baş ve boyun kanserlerinin biyolojik davranışları, klinik seyirleri ve tedaviye cevapları birbirlerinden çok farklıdır (105).

Diğer kanserler ile karşılaştırıldıklarında; baş ve boyun kanserlerinin görülme sıklıkları ve mortalite oranları daha düşüktür. Ancak bu bölgedeki organların, yaşamsal önem taşıyan organlar ile komşu bir konumda bulunmaları; solunum ve beslenme gibi önemli fonksiyonel işlevlerde bulunmaları, kişinin çevre ile iletişimi ve estetiği açısından psikolojik bir öneme sahip olması yüzünden; bu kanser grubu morbidite bakımından çok önemli bir yere sahiptir (137).

Baş ve boyun kanseri, dünya genelinde yaygın olarak görülen ve ciddi sorunlar teşkil eden bir sağlık problemidir. Hastalık çoğunlukla, ileri evrelerde teşhis edilmektedir. İleri evrede teşhis edildiğinde ise agresif tedavi gerektirmektedir. Bu sebepten gelişmekte olan ülkelerde bu hastalık daha belirgin olarak gözükmekte ve hastalığın prognozu kötü sonuçlanmaktadır. Kanserin ortaya çıktığı bölge sebebiyle,

tedavisi sırasında hastada estetik sorunlara ve konuşma, yutkunma, solunum gibi önemli fonksiyon kayıplarına neden olmaktadır (127). Hastalıkta ortaya çıkan bu etkiler gerek hastalık sürecinde gerekse tedavi sırasında ortaya çıkabilmektedir. Bu yüzden baş ve boyun kanserlerinin hastaya etkileri açısından, en zorlayıcı kanser türleri arasında yer almaktadırlar (105).

Amerika Birleşik Devletleri'nde baş ve boyun kanserleri diğer kanser tipleri arasında %3,2 lik bir dilim teşkil ederken; kanser sebebiyle oluşan ölümlerin %2,2'sini oluşturmaktadır. Özellikle ileri yaşlarda (50 yaş ve sonrası) görülme sıklığı daha da artmaktadır (105). Baş ve boyun kanserlerinin dünyadaki durumu Tablo-1' de gösterilmiştir.

Tablo 1: Baş ve Boyun Kanserlerinin Dünyadaki Durumu

Cinsiyet	Baş- Boyun Kanseri Türü	Olgu Sayısı	Morbidite Hızı* 100000'de	Ölüm Sayısı	Mortalite Hızı* 100000'de
Erkek	Oral Kavite	198975	5,5	97919	2,7
	Nazofarenks	60896	1,7	35753	1,0
	Diğer Farenks	115131	3,2	77585	2,2
	Larenks	138102	3,9	73261	2,0
Kadın	Oral Kavite	101398	2,5	47409	1,2
	Nazofarenks	25795	0,7	15075	0,4
	Diğer Farenks	27256	0,7	18505	0,5
	Larenks	18775	0,5	10115	0,2

*Morbidite ve Mortalite hızları yaşa göre standartize edilmiştir. (IARC Section of Cancer Information, 2012) (73)

Oral kanserler, bütün dünyada genelinde en sık karşılaşılan altıncı kanser türüdür. Bununla birlikte tüm kanserlerin yaklaşık %2-4'ünü oluşturmaktadır. Baş ve boyun kanserleri arasında en sık görülen kanserler, oral kanserlerdir. Oral kanserler arasında en sık görülenler ise epidermoid karsinomlardır ve oral kanserlerin %90'ını oluşturmaktadır. Oral kanserlerin %5-10'unun ise minör tükürük bezi karsinomları olan adenokarsinoma, adenokistik karsinoma, mukoepidermoid karsinoma oluşturmaktadır. Geri kalan az miktardaki kısım ise malign melanoma, yumuşak doku sarkomları, Hodgkin dışı lenfomalar ve diğer habis tümörler oluştururlar. Kaynaklandıkları dokulara göre oral kanserlerin sınıflaması Tablo-2 de gösterilmiştir (17).

Tablo-2

Oral Kanserler	Alt Gruplar
Epidermoid Karsinom	Skuamoz Hücreli Karsinom Verrüköz Karsinom Spindle Hücreli Karsinom Bazaloid Karsinom Adenoskuamoz Hücreli Karsinom Bazoskuamoz Hücreli Karsinom
Tükürük Bezi Karsinomları	Polimorfoz Gradlı Adenokarsinom Mukoepidermoid Karsinom Adenokistik Karsinom
Lenfomalar	Hodgkin Dışı Lenfomalar Hodgkin Lenfomalar Burkitt Lenfoma
*Sarkomlar	Rhabdomiyosarkom Osteosarkom Fibrosarkom Kondrosarkom Liposarkom Fibro Histiyositom

Oral Kanserler	Alt Gruplar
	Nörofibrosarkom Anjiyosarkom Kaposi Sarkom
*Metastatik Tümörler	
*Melanomlar	Malign Melanom
*Multipl Miyelom	

*Oral kavite kanserleri (17)

2.2 TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Bir kişiye, kanser tanısı konulup, daha sonra hastalığın evrenmesi aşamasına geçilir. En sonunda da kanserin tipi, lokasyonu ve evresine göre en uygun tedavi yöntemi seçilir (137).

Başlıca 3 tedavi yöntemi vardır:

1-Cerrahi Tedavi (Bölgesel Tedavi)

2-Radyoterapi (Bölgesel Tedavi)

3-İlaç Tedavisi (Kemoterapi, Hormon tedavisi, İmmünoterapi ve diğer tedaviler)

Bu üç tedavi yönteminde de Küratif ve Palyatif tedavi amacı bulunmaktadır (137).

Cerrahi tedavi ve radyoterapi, baş ve boyun kanserlerinde tek başlarına kullanıldığında etkili olduğu, birçok çalışma ile kanıtlanmıştır. Ancak kemoterapi son yıllarda cerrahi tedavi ve radyoterapiye yardımcı tedavi olarak sık bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır (120).

Baş ve boyun kanserlerinin tedavisinde multidisipliner bir ekip ile çalışmak gerekmektedir. Bu ekipte Kulak Burun Boğaz Uzmanı, Baş ve Boyun Cerrahisi, Radyasyon Onkoloğu, Patolog, Radyolog ve Diş Hekimi yer almalıdır. Bu ekip ile tamamlanan tedavi sonrasında, hastanın özellikle 2 yıl boyunca yakın takibi önem taşımaktadır(137).

2.2.1. CERRAHİ TEDAVİ

Kanser tedavisinde kullanılan bütün tedavi yöntemleri arasında cerrahi tedavi, diğer tedavi şekillerine oranla, kanserli dokuyu ortadan kaldırmak için en fazla kullanılan yöntemdir (125). Cerrahi tedavi, kanserin tanısında, önlenmesinde, evrelendirilmesinde, tedavi sırasında ortaya çıkan komplikasyonların düzeltilmesinde ve hastaların özel problemlerinin ortadan kaldırılmasında önemli role sahiptir(137).

Kanser vücutta yayılmamış ise; cerrahi tedavi tek başına yeterlidir. Ancak kanser vücutta yayılmışsa, cerrahi tedavi sadece büyük kanser dokularını ortadan kaldırır. Geri kalan kanser hücrelerinin yok edilmesi için radyoterapi ve kemoterapi kullanılmaktadır. Bazı durumlarda, kanserin çevre bölgedeki dokulara yayılmış olma ihtimaline karşın, çevre bölgedeki dokularda çıkarılmaktadır(125).

Cerrahi tedavi sırasında, tümör bölgesinin rezeksiyonu yapılırken, fonksiyon ve kozmetik sorunlar dikkate alınarak, cerrahi sınırlar sağlam dokulara ulaşacak kadar geniş olmalıdır. Ancak fonksiyon ve kozmetik göz önünde bulundurularak defekt oluşturulurken; onkolojik prensiplerden ödün vermek söz konusu değildir. Cerrahi sınırların negatif olması, hastalığın prognozuna etkisi çok önemlidir. Geniş yumuşak doku, epitel ve kemik defeklerinin rekonstrüktif ve/veya rehabilitasyon ile onarımı ile fonksiyon ve kozmetik sorunların ortadan kaldırılabilir (137).

Oral tümörler genellikle, dil, ağız tabanı, mandibula gingivası, yanak mukozası, sert damak ve maksiller gingivada oraya çıkarlar. Oral tümörlerin rezeksiyonundan sonra rekonstrüksiyon şu şekilde yapılır:

1-Direkt suture ile primer onarım

2-Deri Grefti ile onarım

3-Flep ile onarım

a.Küçük defektler için kullanılan flepler

1-Nazolabial flep

2-Dil flepleri

3-Yanak mukozasından kaldırılan lokal flep

b.Büyük defektler için kullanılan flepler

1-Alın flebi

2-Sternokleidomastoid kas deri flebi

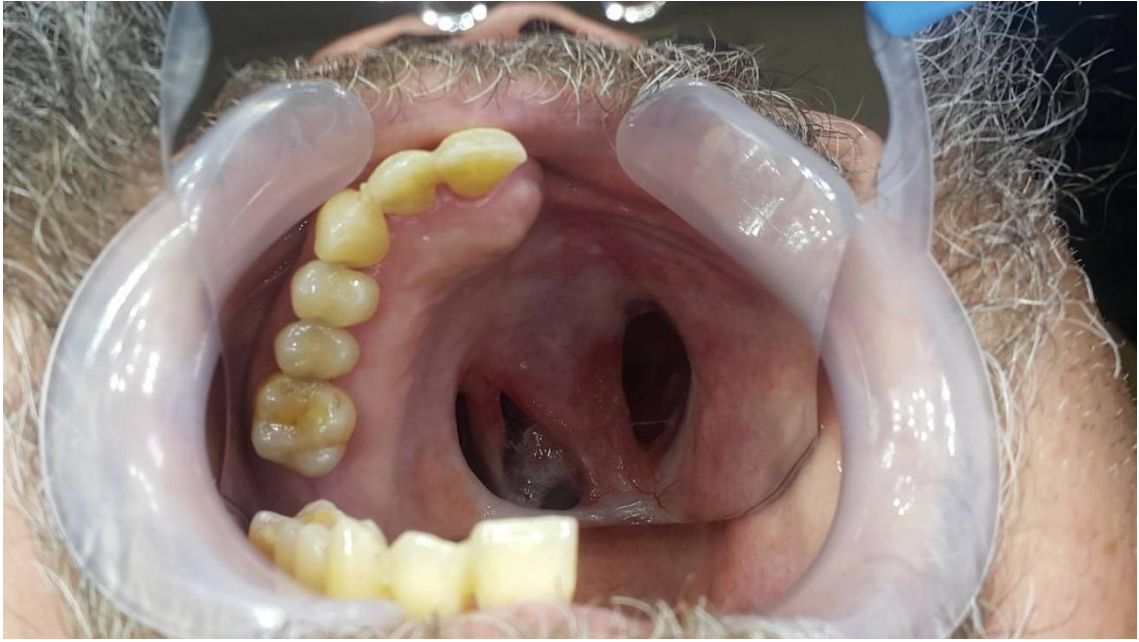
3-Pektoral major kas deri flebi

4-Trapezius kas deri flebi

5-Serbest flep (2)

2.2.1.1. MAKSİLLEKTOMİ

Üst çenede bulunan tümörlerin, cerrahi tedavi ile çıkarılması sıklıkla kullanılan operatif bir işlemdir ve bir çok farklı yöntem ile uygulanabilir. Bu farklı yöntemler, tümörün maksillada bulunduğu bölge, tümörün büyüklüğü ve tümörün yayılımına göre değişiklik gösterir. Tümörün çıkarılmasında kullanılan bu farklı yöntem ve uygulamalara, “Maksillektomi” ya da “Maksiller Rezeksiyon” denilir (40). (Resim-1)



Resim-1

Tanısı genellikle ileri evrede ortaya çıkan maksiller sinüs tümörleri, çok nadir ortaya çıkarlar. Bu tümörler tüm vücut kanserlerinin %0.2 - 0.8'inin oluşturduğu gibi; baş ve boyun kanserlerinin %3'ünü kapsarlar. Maksiller sinüs kanserlerinden, %77'si kökenlerini maksiller sinüslerden alırlar. Bu kanserlerin %80'i yassı epitel hücreli karsinom, %10-15'i adenokarsinom ve adenokistik karsinom ve kalan %4-6'sı ise melanom, lenfoma, esteziyonöroblastoma ve sarkomlardan oluşur (13,135,145).

Maksillada bulunan kanserler, kadınlarda daha sık görüldüğü gibi (1/2 ile 1/1.15 arasında), 50-70 yaşlar arasında da daha sık ortaya çıkarlar. Bu tümörlerin

semptomları; burun akıntısı, burun tıkanılığı, burun kanaması gibi nonspesifik semptomlardır. Ancak bu semptomlar, tümör büyüyüp sinüs dışına çıkmadan ortaya çıkmazlar. Bu durumda, tümörün teşhisini 6-18 ay arasında bir süre geciktirir (13,135,145). Eğer tümör nazal kavite ve paranasal sinüsü içine almış ve malign bir yapıdaysa, maksillektomi düşünülmelidir (18).

İlk parsiyel maksillektomi 1824 yılında Rogers tarafından; ilk total maksillektomi ise 1826 yılında Genusal ve Lizars tarafından yapılmıştır. Günümüzde kullanılan maksillektomi şekli ise 1848 yılında Ferguson tarafından belirtilmiştir (40).

Protetik tedavinin başarısını etkileyen en önemli etken, cerrahi tedavi sonucunda oluşan defektlerin genişliğidir. Birçok farklı yazar, maksiller rezeksiyon sonucunda oluşan defektin ve yaşanan doku kayıplarına bağlı olarak sınıflandırma yapmışlardır. Ancak bu sınıflandırmalar birbirlerine çok benzemektedir (79). Tablo-3 (14)

Tablo-3

Sınıflama Sistemleri (Yıl)	Dental Durum	Oroantral/ Nazal Bağlantı	Komşu Yapılarla İlişkisi	Superior/ İnferior Uzanim	Anterior/ Posterior Uzanim	Medial/ Lateral Uzanim
Aramany (1978)	√	√			√	√
Wels ve ark. (1995)		√	√*	√		
Spiro ve ark. (1996)		√	√	√		
Umino ve ark. (1998)		√	√^		√	√
Davison ve ark. (1998)		√		√		
Brown ve ark. (2000)		√	√*	√		√
Triana ve ark. (2000)		√	√*	√	√	
Cordeiro ve ark. (2000)		√	√*	√	√	
Okay ve ark. (2001)	√	√	√*		√	√
Yamamoto ve ark. (2004)		√	√*	√		
Carrillo ve ark. (2005)		√	√*	√		
Futron ve ark. (2006)	√	√	√*	√		
Rodriguez ve ark. (2007)		√	√*	√		√
Brown ve ark. (2010)		√	√*	√	√	√

* Yumuşak damak katılımından bahsedilmiş ama bazı komşu yapılardan bahsedilmemiş.

^ Yumuşak damak hariç, diğer komşu yapıların katılımından bahsedilmemiş.

Aramany, maksiller rezeksiyon olgularını 6 sınıfa ayırmıştır:

Sınıf I: Cerrahi tedavi uygulanmayan tarafta maksilla ve dişler korunarak, rezeksiyon sınırı tam ortadan geçer. En çok karşılaşılan defekt tipidir. Diğer bir ismi de “klasik hemimaksillektomi” dir.

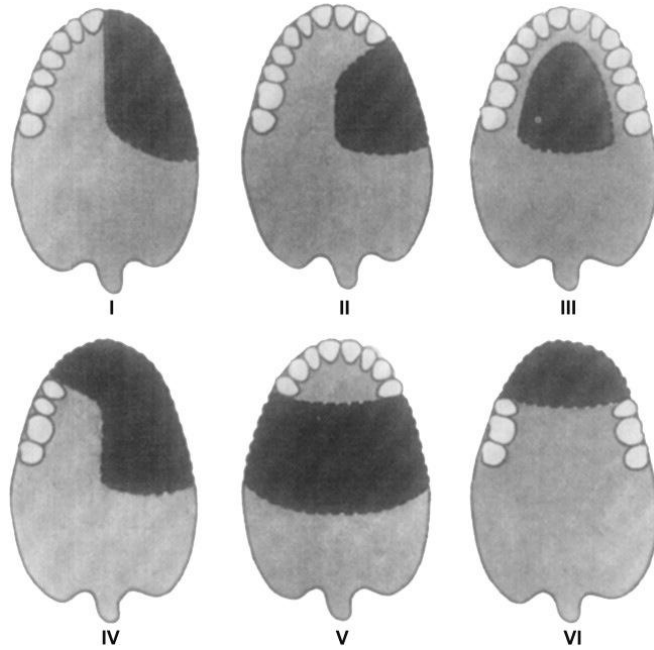
Sınıf II: Üst çenede tek tarafta bulunan tümörün cerrahisinde, kontralateral ve anterior maksilla korunur.

Sınıf III: Defekt maksillanın ortasındadır. Alveol kretler ve dişler korunmuştur.

Sınıf IV: Maksillanın tek tarafı ve anterior maksilla birlikte çıkarılmışlardır. Kontralateral taraf korunmuştur.

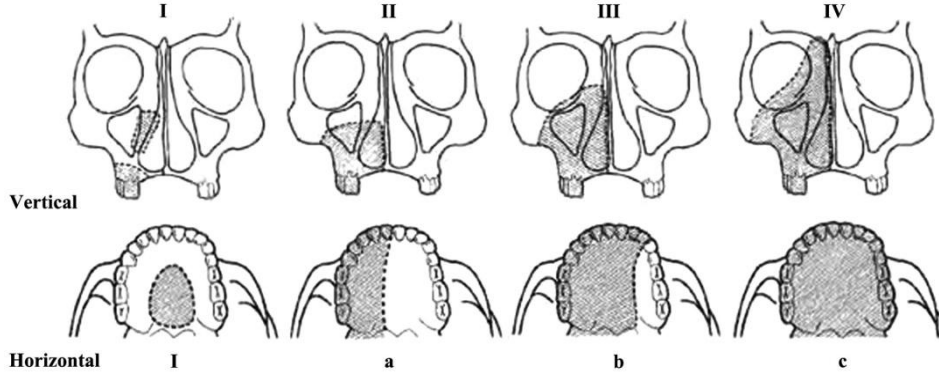
Sınıf V: Sadece anterior maksilla korunmuş, maksillanın geri kalan kısmı rezeke edilmiştir.

Sınıf VI: Anterior maksillanın rezeksiyonu yapılmıştır. Posterior alanlar ve dişler korunmuştur (40) (Şekil-1)



Şekil-1

Brown ve ark. (2000) 'nın geliştirdiği sınıflamada ise rezeksiyon yapılan alanların, vertikal ve horizontal komponentlerine göre sınıflama yapılır (1). (Şekil-2)



Şekil-2

Keskin ve Özdemir ise; maksiller rezeksiyonu yedi sınıfa ayırmışlardır. Buna göre:

1. Orta hat rezeksiyonu: Aramany Sınıflaması Sınıf I ile benzer.
2. Tek taraflı rezeksiyon: Aramany Sınıflaması Sınıf II ile benzer.
3. Çift taraflı rezeksiyon: Aramany Sınıflaması Sınıf IV ile benzer.
4. Merkezi rezeksiyon: Aramany Sınıflaması Sınıf III ile benzer.
5. Arka kısım rezeksiyonu: Aramany Sınıflaması Sınıf V ile benzer.
6. Ön kısım rezeksiyonu: Aramany Sınıflaması Sınıf VI ile benzer.
7. Total rezeksiyon: Yumuşak damağın kalıp kalmadığına bakılmaksızın, üst çenede sert dokuları oluşturan bütün dokuların rezeksiyon edildiği rezeksiyon tipidir (79).

Maksillada bulunan tümörün cerrahi tedavisinden sonra, maksillada önemli değişiklikler oluşur. Bu değişikliklerin temel sebepleri şunlardır:

1. Neoplazmik oluşumların çıkarılması sonucu oluşan defektler
2. Doku fonksiyon kaybı

3. Sert dokuların cerrahi olarak çıkarılması sonucu, yumuşak dokularda meydana gelen destek kaybı

4. Skar oluşumu (40)

Maksillada oluşan defektlerin rekonstrüksiyonu ya serbest doku greftlerinin transferleri ile ya da protetik tedavi ile yapılır. Takip edilen hastalarda yapılan araştırmalarda, bu iki tedavi seçeneği arasında, hasta bakımından belirgin bir fark görülmemiştir. Ancak serbest yumuşak doku greftlerinin transferi ile yapılan rekonstrüksiyonlar sonucunda, yaşam kalitesindeki artış, protetik tedaviye göre daha fazladır (8).

Maksiller rezeksiyon sonucu meydana gelen defektlerin, onarımları genelde şu şekilde yapılır;

1. Kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım + maksiller protez kullanımı
2. Primer flep ile onarımı + sekonder olarak kemik defektin onarımı
3. Serbest flep ile onarım (2)

2.2.1.2 MANDİBULEKTOMİ

Mandibulada birçok değişik patolojiler meydana gelebilir ve bu patolojiler arasında en önemlileri, osteomyelitis ve çeşitli neoplazilerdir. Mandibulada ortaya çıkan patolojilerin cerrahi tedavisinden sonra, mandibulada çeşitli şekillerde defektler ortaya çıkar (40).

Mandibular rezeksiyon geçirmiş hastaların karşılaştığı en büyük sorunlar, alt çene kapanırken rezeksiyon tarafına doğru hareket etmesi ve dişler kapanırken eksentrik pozisyonda kapanmasıdır. Ayrıca rezeksiyon sonrasında defektin kapatılması için dilin lateral kenarı kullanılırsa, hastalarda konuşma problemleri meydana gelebilir (16). Cerrahi tedavi sonucunda mandibuladan geniş bir rezeksiyon yapılması ve rezeksiyonla

birlikte yanında da kas deplasmanı meydana gelmesi ile; mandibular kemik kesiliğine ve oral bölgede yüz deformitelerini ortaya çıkaracak kas ve yumuşak doku kayıpları meydana gelebilir (146). Bütün bunların yanında da, rezeksiyon yapılan bölge desteklilik ve innervasyon açısından yeterli olmadığından, hastada tükürük ile ilgili sorunlar da meydana gelebilir (16). (Resim-2)



Resim-2

Mandibulada herhangi bir patoloji için uygulanan rezeksiyon tipleri, rezeksiyonun yapılış şekline göre ikiye ayrılır;

- 1) Marginal Rezeksiyon: Rezeksiyon sonucunda sadece mandibulanın marginal kısmı çıkartılır ve mandibula kemiğinin devamlılığına zarar gelmez.
- 2) Segmental Rezeksiyon: Mandibulanın kondyloid kısmı dahil edilmeden, segmental bir rezeksiyon yapılır. Cerrahi operasyon sırasında, mandibulanın devamlığı bozulduğundan, gerekli onarım için kemik greftleri veya splintlerden yararlanır (16).

Mandibular rezeksiyon sonrasında meydana gelen küçük defektler, kemik greftleri kullanılarak onarılır. Defektler daha büyük ise rezorpsiyon oranı az olan kemik fleplerinin kullanımı düşünülmektedir (79).

Keskin ve Özdemir, tümörün büyüklük ve yerine göre yapılacak olan cerrahi operasyonları 3 grup olarak sınıflandırmışlardır;

1-Geniş Alveolektomi (Alveolectomy)

2-Ön Rezeksiyon

3-Yan Rezeksiyon (79)

Mandibular rekonstrüksiyonu;

1.Kemik Grefti ile Onarım: Blok kemik greftleri (iliyum, kalvariyum ve kemik kostadan alınan) tam kat onarım yapılır.

2.Kemik Flepleri ile Onarım

3.Rekonstrüksiyon Plakları ile Onarım: Genelde ileri yaştaki hastalarda ya da kemik flebi ile tedavi edilemeyecek hastalarda kemik desteği yaratmak için kullanılır. Kullanılan plaklar, defektin iki ucundaki kemiklere fikse edilerek, kaybedilen kemik bütünlüğünü korunmaya çalışılır (2).

Mandibulektomi operasyonundan sonra hastalarda psikolojik sorunlar ve yaşam kalitesinde düşüş görülebilir. Bunun nedeni operasyon sonrası yetersiz kemik rekonstrüksiyonu ve rehabilitasyon nedeni ile çene hareketlerinin kontrol edilememesi ve yetersiz çiğneme gibi fonksiyonel sorunların ortaya çıkmasıdır (146).

Kanser sebebiyle maksilla ve mandibulada rezeksiyon geçiren hastalarda, fonksiyon, fonasyon ve görünen organlarda eksiklikler sebebiyle estetik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Ortaya çıkan bu sorunlar da hastalarda ciddi psikolojik sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Bütün bunlardan dolayı defektlerin cerrahi rekonstrüksiyonu çok

önemlidir. Bu yüzden cerrahi tedavi uygulanabiliyorsa, defektlerin düzeltilmesi için öncelikli tedavi seçeneği cerrahi rekonstrüksiyondur. Ancak cerrahi tedavi her zaman başarılı sonuç vermediği gibi, bazı durumlarda da uygulanamamaktadır (104). Cerrahi tedavinin uygulanamadığı durumlarda ise; hastalara radyoterapi ve kemoterapi uygulanabilmektedir (3).

2.2.2. RADYOTERAPİ

Radyoterapi, iyonizan ışının ya da atom partiküllerinin, kanser tedavisinde kullanıldığı bir tedavi yöntemidir. Hedefe ulaşmak için iyonlaştırıcı radyasyon kullanılır. Kanser hastalarında uygulanan radyoterapinin primer amacı tam tedavi yanıtı sağlamaktır. Eğer radyoterapi ile tam tedavi yanıtı sağlanamıyorsa, bu sefer hastada palyatif amaçla kullanılması hedeflenir (132).

İyonlaştırıcı radyasyon, kanserli dokuyu hedef alıp kanser hücresi ile çevresindeki sağlıklı hücreleri ayırt etmeksizin öldürür yada sterilize eder. Radyoterapinin sağlıklı dokularda, kanser hücreleri ile aynı zararı vermesinden dolayı; tedavi planlamasının, tedavi volümünün belirlenmesinin ve tedavi tekniğinin seçiminin önceden belirlenmesi gerekmektedir. Şayet bu şekilde tümöre ve tümörün bulunduğu alana iyonlaştırıcı radyasyonun verilmesi, ancak çevredeki sağlıklı dokuların çok az miktarda ışın alması sağlanabilir (132).

Kanser tedavisinde radyasyon iki şekilde kullanılır:

1- Dış Işın Tedavisi (External Beam Therapy): Radyasyon ışınının yoğun bir şekilde, birkaç dakikalığına kanser dokusuna uygulandığı tedavi şeklidir. Hekimler tarafından en çok bilinen tedavi şekli olduğundan dolayı, en sık kullanılan yöntemdir. Bu tedavi şekli, genellikle haftada birkaç kez uygulanır ve onkoloğun uygun gördüğü süre boyunca devam eder (125).

2- İç Radyasyon Tedavisi (Internal Radiation Therapy): Bu tedavi şeklinde hastanın vücuduna (tümöre yakın bir yere ya da tümörün içine) radyoaktif bir madde enjekte edilir ya da ameliyat ile yerleştirilir (125).

Radyoterapi, kanser tedavisinde primer tedavi (ana tedavi), kombine tedavi modalitesi (diğer tedavi yöntemleri ile beraber), adjuvan tedavi (yardımcı tedavi) ve palyatif tedavi yöntemleri şeklinde tek başına ya da cerrahi ve kemoterapi gibi diğer tedavi yöntemleriyle beraber kullanılır (132). Baş ve boyun kanserlerinde ise, genellikle diğer tedavi seçenekleri ile birlik kullanılmaktadır (105).

Radyoterapinin amacı, kanserli dokuya, ölçülmüş ve ayarlanmış radyasyon dozunu vermektir. Bunu yaparken çevre bölgedeki sağlam dokuya mümkün olduğunca az zarar verilmelidir. Radyoterapinin kullanımında iki ana hedef vardır. Birinci hedef, hastalığı tedavi etmek için küratif olarak kullanılmasıdır. Radyoterapi küratif tedavi olarak, hastalığın tamamen yok olabileceği durumlarda kullanılır. Amaç var olan bütün kanser hücrelerinin ortadan kaldırılmasıdır. Ayrıca, nüks olmaması için önlem amacıyla, cerrahi tedaviye uygun olmayan tümörlerin, radyoterapi uygulanarak cerrahi tedaviye uygun hale getirmek için preoperatuvar olarak, cerrahi tedaviden sonra operasyon alanında kalan mikroskopik kanser parçalarını yok etmek için postoperatuvar olarak, küçük boyuttaki tümörlerin ve cerrahi tedaviye uygun olmayan tümörler için primer tedavi olarak kullanılabilir. İkinci hedef, tamamen yok etmenin mümkün olmadığı ve kanserin yayılmış olduğu durumlarda, var olan semptomları azaltıp, hastanın yaşam kalitesinde artış sağlamak amacıyla palyatif olarak kullanılır (105). Günümüzde ise baş ve boyun kanserlerinde radyoterapinin en etkili kullanım tipi, operasyon öncesi ya da sonrasında kullanılmasıdır (145).

Baş ve boyun kanserlerinin tedavisinde, bölgenin anatomik durumu, fizyolojisi, fonksiyonel ve estetik nedenlerinden dolayı, radyoterapi çok yaygın bir şekilde kullanılır (132).

Radyoterapi ağrı verici bir tedavi şekil değildir; ancak tedavinin uygulanma şekline ve tipine göre hastada yan etkiler ortaya çıkabilmektedir (125). Hastada ortaya

ıkan bu yan etkiler, radyasyonun dozuna, süresine, tipine ve etki alanına bağlı olabildiği gibi; hastanın yaşı ve sistemik durumuna da bağlı olabilir (38).

Baş ve boyun kanserlerinde uygulanan radyoterapi sebebiyle, hastada ortaya çıkan yan etkilerinden oral bölgede oluşanlar hastalara ciddi sorunlar yaratırlar. Bu yan etkiler:

- 1.Mukozit
- 2.Enfeksiyonlar
- 3.Tat duyusu değişiklikleri
- 4.Ağız kuruluğu (Kserostomi)
- 5.Radyasyon rkleri
- 6.Trismus
- 7.Osteoradyonekroz'dur (38).

2.2.3. KEMOTERAPİ

Kemoterapi, hızlı ortaya çıkan ve üreyen kanser hücrelerini yok etmek için, vücudun heryerini dolaşan kemoterapik ilaçların, hastalara ağız veya enjeksiyon yoluyla verilme tekniğidir. Burada ilacın hedefi hızla çoğalan kanser hücreleridir. Ancak ilaçlar kanser hücrelerini etkilediği gibi, vücutta hızla çoğalan kemik iliği, oral bölge dokularını, sa foliküllerini de etkilemekte ve bu hücreleri yok etmektedir (125).

Kemoterapinin dört temel ilkesi vardır:

- 1) Tedavi Etmek (Tam Cevap)
- 2) Kontrolü Sağlamak (Tedavi sağlanamadığı zaman hastanın yaşam süresini uzatmak)

3) Semptomları hafifletmek

-Hastalığın tedavisi veya kontrolü tam sağlanamadığında hastanın rahatlığını sağlamak,

-Kanserden dolayı ortaya çıkan ağrıyı azaltmak, kanserden etkilenen alanın kan akış hızını arttırmak ve hastanın düşen hayat kalitesini arttırmak gibi etkileri ortadan kaldırmak.

4) Profilaksi

-Adjuvan Tedavi (Cerrahi tedavi ve radyoterapi uygulandıktan sonra, takiben uygulanan kemoterapi şeklindedir.) (39)

-Neoadjuvan Tedavi (Cerrahi tedavi öncesinde uygulanan kemoterapi şeklindedir. Amaç kanser dokusunu organ koruyucu cerrahi tedaviye uygun hale getirmektir.) (39)

Baş ve boyun kanserlerinde, hekimler uzun yıllar boyunca cerrahi tedavi ve radyoterapiyi öncelikli olarak kullanmışlardır. Fakat ileri aşamadaki baş ve boyun kanserlerinde, bu iki tedavinin yeterli olmadığı durumlar ortaya çıkmış ve kemoterapide kullanılmaya başlanmıştır. (92).

Kemoterapinin oral bölgede birçok yan etkisi ortaya çıkabilir. Bu yan etkiler akut ve kronik olabildiği gibi, oral mukozada, periodonsiyumda, dişin pulpa dokusunda ve tükürük bezlerinde ortaya çıkabilir. Oral bölgede genellikle mukozit, hemoroji, enfeksiyon ve ağız kuruluğu gibi yan etkiler ortaya çıkabilir. Ayrıca hastalarda nörolojik ve beslenme bozuklukları gibi sistemik rahatsızlıklar da meydana getirebilir. Ortaya çıkan bu yan etkilerin şiddeti ve devamlılığı, hastaya (yaş, cinsiyet, oral hijyen ve kanserin türü) ve kemoterapi uygulamasının şekline (kullanılan ilaç, kullanılan ilacın dozu ve uygulama süresi) bağlıdır (38).

2.2.4. DİĞER TEDAVİLER

2.2.4.1 TERMOTERAPİ

Termal ısı uygulması, kanser tedavisinde, son zamanlarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Genelde lazer kullanılarak termal ısı edilir. Bu elde edilen termal ısı, kanser hücrelerinin yayılmasını engellemek amacıyla kullanılır. Bu yöntem, invaziv bir yöntem değildir. Amaç kanser hücresi içinde denatürasyonu meydana getirip, kanser hücrelerinin protein veya membran bozulmasını sağlamaktır (30).

Bu yöntemin, konvansiyonel yöntemler göre daha az yan etki oluşturmaktadır. Ayrıca bu tedavi yöntemi, hücre içi direnç mekanizmasını geliştirmekten kaçındığı gibi, bazı malign tümör hücreleri ile mücadelede yarar sağlamaktadır (30).

2.2.4.2. İMMUNOTERAPİ

İmmün sistemin farklı yöntemlerle aktif hale getirilip, kanser hastlarında kullanılmasında İmmunoterapi denir. Bu tedavi türü, immün sistem hücrelerinin kanser hücrelerini hedef almalarını amaçlamaktadır. Bu, 3 farklı metolla sağlanmaya çalışılır;

- 1) Kanser hücrelerinden üretilen proteinlerin hastalara aşı yolu ile verilmesi.
- 2) Spesifik antikorların hastalara verilmesi.
- 3) Hastalara, immün sistem hücrelerinin (Sitotoksik T, dendritik hücreler gibi) transfer edilmesi (30).

2.2.5. PROTETİK TEDAVİ

Baş ve boyun kanserlerinden dolayı, hastalarda ilgili bölgelerde doku ve organ kayıpları meydana gelebilir. Bu kayıplardan dolayı ortaya çıkan estetik ve fonksiyonel sorunların çözülmesi için multidisipliner bir tedavi yolu izlenmelidir. Multidisipliner ekibin içinde cerrah, onkolog ve protez uzmanı mutlaka bulunmalıdır. Meydana gelen defektler cerrahi yöntemler ile ortadan kaldırılamayacak kadar büyük ise devreye protez uzmanları girmelidir (132).

Maksillofasial protez uygulamalarında ana hedef, çene ve yüz bölgesinde ortaya çıkan defektlerden dolayı bozulan fonksiyonu yeniden sağlamaktır. Ayrıca açıkta kalan dokuların korunmasında önem taşımaktadır (132). Cerrahi tedavide, hastanın vücudundan alınan kendi dokularından ya da plastik cerrahi yöntemlerinden yararlanılmaktadır. Cerrahi rekonstrüktif tedavi, tedavi sonrasında hasta, hastalıktan önceki sağlıklı haline çok yalcaştığından, hastanın konforunun ciddi şekilde yükselmesinden ve sosyal çevreye uyumunun daha fazla arttığından dolayı tercih edilmektedir. Ancak tedavinin kontrendike olduğu durumlar vardır (16). Bu durumlarda protetik tedaviden yararlanılmaktadır. Protetik rehabilitasyon; kanser bölgesinin cerrahi rezeksiyonu sonrasında oluşan büyük defektleri kapatmada kullanılan yöntemdir (124).

Çene-yüz bölgesindeki oluşan defektler protetik olarak rehabilite edilirken ana kural, dokuların korunması ve tedavi edilmesidir. Protezler, hastanın cerrahi tedavi ile kaybettiği estetiği ve fonksiyonu onarmaya çalışırlar. Bunun yanında da hastada meydana gelen psikolojik ve sosyal sorunları da tedavi etmeye yardımcı olurlar (40). (Resim-3)



Resim-3

Hastalara uygulanan protezlerin özellikleri şunlar olmalıdır:

- Yitirilmiş fonksiyonu onarmalıdır,
- Görünümü doğala yakın olmalıdır,
- Kolayca takılıp çıkarılabilmelidir,
- Temizliği kolay olmalıdır,
- Uzun ömürlü ve dayanıklı olmalıdır,
- Hafif ve yapımı kolay olmalıdır,
- Boyutsal değişime uğramamalıdır (40).

Çene ve yüz protezi gereken hastalarda bulunan defekt, bulunduğu alan, genişliği ve defekt bölgesindeki sert ve yumuşak dokuların durumu; konuşma, yutkunma, çiğneme gibi fonksiyonları önemli şekilde etkiler (37).

Birçok sebeple maksilla ve mandibulada meydana gelebilen defektler, hastaların fonksiyon bozukluklarıyla birlikte, dış görüntüyü sağlayan organların eksiklikleri, hastalarda ciddi psikolojik sorunlar meydana getirmektedir. Bu yüzden, defektlerin gerek cerrahi gerekse protetik olarak kapatılması çok önemlidir. Böyle durumlarda protetik tedavi seçeneği ele alınmaktadır (103).

Maksillada ortaya çıkan defektler iki şekilde rekonstrükte edilirler. Bunlardan birincisi yumuşak doku pedikleri veya serbest flepler kullanılarak cerrahi olarak rekonstrükte etmektir. İkincisi ise obturatör protezler ile rekonstrükte etmektir. (25, 33, 56, 80, 122)

Çene ve yüz bölgesindeki defeklerin çok eski tarihlerde bile tedavi edilmeye çalışıldığı, birçok literatürde belirtilmiştir. Eski tarihlerde Mısırlılar, Çinliler ve Arapların bu konuda çeşitli çalışmalar yaptıkları bilinmektedir. Ancak 16. yy'a geldiğimizde, insan anatomisi hakkında daha fazla bilgi sahibi olunmuştur. Bu ilerleme sayesinde çene ve yüz protezlerinin gelişiminde önemli gelişmeler ortaya çıkmaya başlamıştır. "Obturatör" kelimesi ilk defa 1563 yılında Ambroise Pare (1510-1590) tarafından, yayınladığı kitapta kullanılmıştır. Ambrosie Pare palatinal bölgedeki bir defekti protetik tedavi ile kapatmıştır (1).

Obturatör protezler, hastaların çiğneme ve yutma gibi fonksiyonlarını geri kazandırdığı gibi, orbita tabanını da desteklerler. Hastanın telafuzzunu düzeltirler; hatta bazı durumlarda ise telafuzu mümkün hale bile getirebilirler. Ayrıca hastaları cerrahi operasyondan sonra kullanılan obturatörler; desteksiz kalmış yanak ve dudak gibi yumuşak dokuları destekleyip, estetiğe katkıda bulunurlar. Ağız içinin defekt ile arasında seperasyonu sağladığından, ağız içine eksuda akşını engellerler. Tüm bunlarla beraber hastaların psiko-sosyal durumunun düzeltilmesini sağlarlar (83).

Tasarımı, üretimi, kullanılış şekli, kullanılış süresi ve amaçları birbirinden farklı olan 3 tip obtutatör protezi bulunmaktadır (40):

1. Cerrahi "İmmediat, Surgical" Obturatör: Cerrahi operasyon sırasında, kanser kitlesi çıkarıldıktan sonra, aynı anda uygulanan obturatör tipidir.. Bu obturatörler postoperatif 1. hafta sonuna kadar kullanılırlar.

Cerrahi obturatörler hastaların cerrahi operasyondan sonra oral beslenmesini ve konuşma gibi fonksiyonlarını yapmasını sağlarlar. Operasyon sonrasında, desteksiz kalan yumuşak dokularda meydana gelen kontraktürleri engellerler. Operasyondan sonra kavite ile oral bölgede seperasyonun sağladıklarından; kavite alanı kirlenmez,

kontamine olamaz ve çevre etkilerden uzak olduğu için enfeksiyon riski düşer. Ayrıca operasyon sonrası hastada meydana gelecek psikolojik çöküntüyü engellerler (38).

2. Tedavi “Interim” Obturatörü: Postoperatif dönemin 2. haftasında cerrahi obturatörlerden sonra uygulanırlar ve 12. haftaya kadar kullanılırlar. Tedavi edici ve yara iyileşmesini düzenleyici, yönlendirici bir fonksiyonu olduğundan “terapötik” yani “tedavi” obturatörü olarak bilinir. Cerrahi obturatörler ile kalıcı obturatörler arasında geçiş protezi olarak kullanıldığından “interim” yada “transitional” olarakta isimlendirilirler (38).

Tedavi obturatörleri, doku düzenleyici “tissue conditioner” kullanılarak hastaya uygulanırlar. Doku düzenleyiciler, operasyon sonrası oluşan defektin iyileşme sırasında yumuşak dokuların kontraksiyonuna uyum gösterirler. Ayrıca bu materyaller, doku iyileşmesi üzerinde olumlu etkiye sahiptirler (38).

3. Kalıcı Obturatör: Postoperatif dönemin 12. haftasında, tedavi obturatöründen sonra uygulanan ve hastanın ömür boyunca kullanacağı obturatörlerdir. Maksiller rezeksiyonlardan sonra, genelde 12. haftadan sonra daimi obturatörler kullanımına geçilir. Ancak hastanın genel durumunda meydana gelebilecek durumlarda, ağız açıklığının yeterli seviyede olmadığı durumlarda, defekt bölgesinin iyileşmesinin yeterli olmadığı ve oral hijyenin kötü olduğu durumlarda daimi obturatörün uygulanması geciktirilebilir (40).

Mandibulada lokalize patolojilerin cerrahi tedavisi sonrası oluşan defektlerin protetik tedavi planları;

-Alt Çene Devamlılığının Bozulmadığı Olgular

-Alt Çene Devamlılığının Bozulduğu Olgular

sınıflamalarına göre planlanırlar (38).

Alt Çene Devamlılığının Bozulmadığı Olgular: Pars alveolaris'ten geniş bir bölüm ve bu bölümle ilgili çok sayıda dişin çevre dokuları ile birlikte çıkarıldığı olgulardır. Protetik tedavisi en basit olgulardır. Bu olgularda en önemli sorun ise defekte komşu olan dişlerin çeşitli yönlere doğru eğilerek erken temas alanları yaratmasıdır. Bu erken temas alanları sonucunda da kapanışta bozulmalar meydana gelir. Olguda eğer dişler yoksa, protezin retansiyonu ve stabilitesi etkilenir. Bu etki olumsuz yönde olacağı için protetik tedavinin başarısını kötü şekilde etkiler ve hasta konforunu düşürür. Ayrıca yanak, dudak yada dilin de operasyonda cerrahi alana girmesi ve cerrahi müdahaleden etkilenmeleri, dilin hareketinin kısıtlanması ve oluşabilecek lokalize parastezi de başarıyı ciddi yönde etkiler (38).

Alt Çene Devamlılığının Bozulduğu Olgular: Cerrahi rezeksiyon sonrası bazı olgularda alt çene devamlılığı bozulur ve alt çene hareketleri değişerek mandibula mediyale doğru kayar. Devamlılığın ve alt çene hareketinin bozulması sonucunda da alt ve üst çene ilişkilerini değiştirir ve bu değişiklik oklüzyonun bozulmasına neden olur. Açma ve kapama hareketleri; net bir başlangıç ya da bitiş noktası bulunmayan, sagittal düzleme paralel olmayan, diyagonal ve düzensiz bir harekete dönüşür ve çizgisel özelliğini yitirirler. Operasyon sonrasında hastalar genellikle, operasyon öncesi oklüzyonu yakalayamazlar (38).

Mandibula rezeksiyonu sonrasında, dişli hastalara hemen erken dönem protezleri uygulanabilir. Bu protezler mandibulanın deviasyonunu kontrol edip önleyebilir ve kaybedilen oklüzyonu kısmende olsa geri verebilir. Dişsiz hastalar da ise bu durumu sağlamak çok zordur. Çünkü mandibula rezeksiyonuyla beraber farklı miktarlarda yumuşak doku da rezeke edilmiştir. Dil ile yanağın protezle birebir uyumu bu tarz olgularda stabiliteyi arttırmasında çok önemli rol oynar. Ancak dil ve yanak, ağız tabanında açılacak defektlerin kapanmasında kullanılırsa, protezin uyumu ve stabilitesinde ciddi sorunlara neden olabilir (38).

Bir protetik tedavinin başarısı; protezi destekleyen dokuların (yumuşak ve sert dokular) durumuna, protezin stabilizasyonuna ve retansiyonuna bağlıdır. Oral

kavitedeki malign oluşumlar cerrahi olarak tedavi edildiğinde dil, ağız tabanı, alveolar kemik, bukkal sulkus ve orofarinks gibi anatomik oluşumlarda meydana gelen kayıplar, protetik tedavinin başarısını etkiler. Bu yüzden protetik tedavinin planlaması yapılırken, cerrahi operasyon sonrası kalan dişler, sert ve yumuşak dokular ile birlikte, defekt alanında göz önüne alınmalıdır (16).

2.3. KANSERİN PSİKOLOJİK ETKİLERİ

Kanser hastalarında, fiziksel hastalığın yanında, ruhsal hastalık durumunda görülür. Kanser ve tedavisinin hastalara yarattığı zorluklarla beraber, hastalar maddi ve manevi kayıplarla da karşılaşabilirler. Genellikle hastalıktan kaynaklanan sağlığın kaybolması, fiziksel bütünlüğün bozulması, rahatsızlık ve fiziki şekil bozukluğu, en sık karşılaşılan kayıplardır. Meydana gelen bu kayıplar, hastaların tedavi sürecinde hastalığa verdikleri yanı sıra olumsuz şekilde etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda kanserli hastalarda, hastalıkla meydana gelen psikiyatrik bozuklukların oranı %29 ile %47 arasında olduğu görülmüştür (39).

Kanser, milyonlarca insanı hayatını kaybetmesine neden olmakla beraber, hastalarda psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasına neden olan hastalıklar arasında da üst sıralardadır. Kanser hastalarında en sık ortaya çıkan psikiyatrik hastalıklar ise uyum bozukluğu ve majör depresyondur. Majör depresyon, kanser hastalarında dikkate alınması gereken önemli bir psikiyatrik bozukluk olup, hastanın yaşam kalitesini, kendine bakışını, tedaviye uyumunu ve zamanla kanserin şiddetini, gidişini ve hastanın tedaviye yanıtını etkilemektedir (85).

Hastanın, kanser ile başa çıkabilmesinde bir çok etken vardır. Bu etkenleri şöyle sıralayabiliriz;

-Hastanın kişisel özellikleri (yaş, medeni hal, eğitim durumu, ekonomik durumu vb.)

-Hastalıkla ilgili özellikler (kanserin yeri, ağrı, tedavi yöntemleri vb.)

-Çevresel özellikler (hastanın ailesi, sosyal çevresi, çevresinde bulunan kanser hastaları) (85)

Kanser tanısı konulan hastalar, hastalıkları sebebiyle aşırı stres altında kalabilirler. Hastaların verdikleri ilk tepki; şok ve hastalığa inanmamadır. Hastaların, kanser tanısını yadsıması, var olan bu rahatsızlığın meydana getirdiği kaygı ve çaresizlik duygularına karşı kişinin oluşturduğu savunma mekanizmasının sonucudur. Bu durumun ardından, kişide kızgınlık ve depresyon riski ön plana çıkmaktadır. Ardından kişi hastalığını kabul ettiği, hayatını bu yönde değiştirdiği ve duruma uyum sağladığı uyum sürecine geçilir. Kanser tedavisine başlanması, tedavi şeklinin planlanması ve hastaya sunulması, hastanın kanseri kabullenmesini daha da kolaylaştırılabilir. Her kanser hastasının, hastalığına yüklediği anlam ve kanseri algılama şekli farklıdır. Bu da her kanser hastasının hastalığa verdiği yanıtı farklılaştırmaktadır. Bunun yanında da kişinin tıbbi, ruhsal ve sosyal etkenleri, hastalığa verilen yanıt üzerinde belirleyici etkileri vardır. Kanserin evresi, tedavinin yan etkileri, ruhsal olgunluk, aile-arkadaş desteği, ekonomik durum gibi değişkenler bu etmenler arasında yer almaktadır (12).

Kanser, aslında bir kriz durumu olarak da algılanabilir. Çünkü kişinin sağlıklı bir hayattan, ölüm tehdidi içeren bir hayata geçiş sebebidir. Eğer kişi, hastalığını ve tedavinin oluşturduğu etkileri kabul eder ve kendine özgü hastalıkla başa çıkabilme yöntemleri geliştirirse, tedavisine uyumu da artacak, bu da tedavinin başarısını arttıracaktır (77).

Yapılan çalışmalarda özellikle sosyoekonomik durum, sosyal destek, performans kapasitesi, son dönemde yaşanan kayıplar, kanser tanısı ile ilgili bilgi düzeyi gibi etmenlerin psikiyatrik bozuklukların oranına etki ettiği saptanmıştır (12).

Kişinin, kanser tedavisi sırasında fizyolojik durumunun değişmesi veya bozulması, görülür bölgedeki estetik kayıpları, hastanın çevresinden yeterli desteği alamaması, hastalık ve tedavi sürecinde ihtiyaçlarının zamanında karşılanmaması, geçmiş dönemlerde yaşanan olumsuz deneyimler, kansere karşı meydana çıkmış olan olumsuz düşünceler, hastalıktan dolayı kişinin kendini dış dünyadan soyutlaması, tedavi süresinin uzun olması ve kişinin sosyal hayattan uzak kalması, kişinin kendi içinde umutsuzluğa kapılmasında baş roledir. Bu durumda ortaya çıkan umutsuzluk içeren düşünceler, hastayı depresyona sokmakta ve hastada öz kıyım davranışları oluşturmaktadır. Yapılan araştırmalar sonucunda, umutsuzluk düzeyi yüksek olan hastaların, umutsuzluk düzeyi düşük olan hastalarda daha uzun yaşadığı bilinmektedir. Bu durum, kişinin hastalığa ve tedavi sürecine yüklediği anlamın olumlu olması ile yakından ilgilidir (77).

Anksiyete ve depresyonun, kanser tedavisi gören hastalarda önemli etkileri vardır. Bu etkiler hastalığı ve tedaviyi olumsuz yönde etkilemektedir. Kanser hastalığının sürecinde, bilinen ve bilinmeyen durumlardan dolayı hastanın yaşayacağı endişe, tedavinin olumlu sonuçlanmayacağı korkusu, aile ve çevre desteğinin az olması, gelecek ile ilgili belirsizlik, hastanın kişilik özellikleri, sosyo-ekonomik durumu ve hayat tarzı, hastada anksiyete ve depresyon durumlarının oluşmasında önemli faktörlerdir (39).

Baş ve boyun kanserli hastalarda, özellikle cerrahi operasyon sonrasında ortaya çıkan dış görüntü bozuklukları, kişinin kendisini tanımladığı bölgeler olan ve vücudun karşıdaki insanlar tarafından görülen ve gizlenemeyen bölgelerinde oluşmaktadır. Ortaya çıkan bu bozukluklar, kişinin çevre ile iletişim düzeyinin etkilenmesinde hastaların, diğer kanser hastalarından daha farklı bir grup oluşmasına neden olur (128).

Bir insanın vücudunda görsel ve önemli bir bölgeye yapılan cerrahi bir operasyon sonrası, kişi operasyon bölgesine bakmaktan kaçınıyorsa, kişide duygu durum bozukluğu ortaya çıkma riski yüksektir. Bu durumda, üç tür beden görüntüsü sorunu tek başına ya da beraber görülebilmektedir. Birinci sorun; kişinin eski fiziksel bütünlüğünü

kaybettiğine inanmamasıdır. Kişi, fiziksel bütünlüğünü kaybettiği için psikolojik açıdan çok kırılmıştır. Ayrıca kanser ile ilgisi olmayan stres durumlarına karşıda uyum sağlamakta zorlanabilir. İkinci sorun; beden ile ilgili görünüş sorunudur. Bu sorunda kişi, çevredeki diğer insanların sadece operasyon olan bölgelerine baktığını düşünür. Üçüncü sorun ise; daha az çekici oluşunu düşünmesidir (128).

Baş ve boyun kanserli hastalar, yaşadıkları birçok durumdan dolayı, psikolojik sorunlar yaşamaktadırlar. Konuşma, çiğneme ve yutma gibi fonksiyon kayıpları, yaşadıkları estetik sorunlar, cinsel sorunlar, yaşadıkları ağrı, hastalıkla başa çıkabilme sorunları ve hastalığa karşı tepki, yaşadıkları bu psikolojik sorunlardan bazılarıdır (128).

2.4. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi kavramı 70'li yıllarda sağlık alanında kullanılmaya başlanan bir kavramdır. Kalite, hayatın her yerinde karşımıza çıkan, kişisel özelliklerden dolayı, her bireyde farklı sonuçlar çıkaran ya da bireyin hayatının netilksel olarak değerlendiren subjektif bir kavramdır (45).

Yaşam kalitesi çok yönlü olduğundan, soyut ve dinamik bir kavram olduğundan, belli bir tanıma sokulması çok zordur. Bu yüzden birden fazla yorumu bulunmaktadır. Yaşam kalitesi tanımı, insan yaşamının birçok ve önemli boyutlarını içermelidir. Kişinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik durumu, bu boyutlardan önemli olanlar arasındadır (125).

1948 yılında, Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesini tanımlamıştır. Bu tanıma göre yaşam kalitesi kişide yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun bulunmaması değil, bunun yanında da fiziki, metal ve sosyal bir iyilik halinin bulunması gerektiğini belirtmişlerdir (146).

Tüm insanlık için evrensel bir kavram olan yaşam kalitesi, bireyin içinde yaşadığı kültür ve değer sistemlerinin aile, iş yaşamı ve sosyoekonomik koşulları içermekle birlikte, bireyin hedefleri, beklentileri, umutları ve düşleri ile gerçekler arasındaki farklılığın yani bireyin günlük yaşamından aldığı doyum ve iyilik algısının ı içeren, bireysel iyilik halinin anlatımıdır (45).

Yaşam kalitesinin, dört temel özelliği bulunur;

- a) Dinamik özelliği (Zaman içinde değişim gösterebilmesi)
- b) Çok boyutluluk
- c) İnteraktif olması (Bireyler ve çevre ile olan etkileşiminden etkilenilmesi)
- d) Bireyin beklentileri ve yaşamındaki olaylara uyum göstermesi (125)

Yaşam kalitesini, çok sayıda faktör olumlu veya olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşam kalitesini azaltan ve arttıran durumlar aşağıda sıralanmıştır:

Azaltan durumlar:

- a.Kronik yorgunluk ve bitkinlik
- b.Bireyin kendi geleceği ile ilgili kaygıları
- c.Bireyin ailesi ile ilgili kaygıları
- d.Kronik sağlık sorunları
- e.Temel ihtiyaçların karşılanmasındaki güçlükler
- f.Sosyal destek konusundaki yetersizlikler
- g.Beden imgesinin değişmesi
- h.Cinsel fonksiyonlardaki bozulma
- i.Yaşam tarzındaki değişiklikler
- j.Kişisel bakım ve hijyen sorunları

Arttıran durumlar:

- a.Akraba ve aile desteği
- b.Ekonomik güvence
- c.Sağlık hizmetlerinden yararlanabilir olma
- d.Vücut fonksiyonlarındaki yeterlilik
- e.Yaşanılan çevrenin konforu
- f.Aktif bir sosyal yaşam
- g.Kendine güven duygusu
- h.Sosyal çevreden itibar ve saygınlık görmesi
- i.Hekim ve diğer sağlık personeline olan güven
- j.Tedavi ve iyileşme konusundaki inanç (81)

Tıp alanında yaşam kalitesi kavramı, hastaların fiziksel, emosyonel, fonksiyonel ve sosyal durumlarındaki subjektif iyilik hallerinin çok boyutlu olarak değerlendirilmesidir (45).

Bir kişinin yaşam kalitesi belirlenirken, belli ölçekler kullanılmaktadır. Bu ölçekler, kişinin yaşamına hangi tedavi yöntemlerinin ne düzeyde etkilediğini belirlemede, doğal olarakta hangi tedavi yönteminin daha başarılı olacağına karar vermekte yardımcı olmaktadır. Bu ölçekler tedavi sonunda da, ortaya çıkan sonuçları değerlendirmede kullanılırlar (127).

Kanser teşhisi konulan bir kişi, hayatı boyunca bu hastalık ile yaşayacaktır. Bu hastalığın getirdiği olumsuz etkiler sadece hastanın değil, hastanın ailesinin ve çevresinin de yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyecektir (76).

Kanser, hastanın yaşamı üzerinden önemli olumsuz etkiler yaratmaktadır. Bu hastaların, durumlarını değerlendirmek ve tedaviye verilen cevapları izlemek için, yaşam kalitesi ölçümleri çok önemli bir yerdedir (105). Kanser hastalarında tedavi seçenekleri değerlendirilirken, yaşam kalitesi değerlendirmelerinden yararlanarak, hastanın normal günlük hayatını en az etkileyecek tedavilerin seçilmeside önemlidir (146).

Kanser hastalarında yaşam kalitesinin ölçümünün amaçları şunlardır;

- 1- Değişik tedavi yöntemlerinin birbirleri ile karşılaştırılması,
- 2- Farklı tedavi rejimlerinin karşılaştırılması,
- 3- Hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi,
- 4- Maliyet çözümlenmeleri,
- 5- Psikolojik sorunların tespit edilmesi (81)

Baş ve boyun kanserli hastalarda yaşam kalitesi ölçümleri gittikçe artmaktadır. Özellikle kemoterapinin sık kullanımı ile birlikte, tanı ve tedavi yöntemlerindeki ilerlemelerle birlikte, baş ve boyun kanserli hastaların sağ kalım oranlarında ciddi bir değişiklik olmamıştır. Bu sebepten dolayı, hayatta kalan hastaların fonksiyonel durumlarının ve yaşam kalitesinin değerlendirilmeleri, hastalık açısından önemli bilgiler edinilmesinde baş roledir (139).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Araştırma, oral kanser teşhisi konulmuş, cerrahi tedavi görmüş ve cerrahi tedavi sonrasında protetik tedavi yapılmış hastalardaki; protetik tedavinin, hastanın kaybettiği yaşam kalitesini ne düzeyde artırdığı ve hastanın protetik tedavi ile birlikte bu hastalık ile ne kadar başa çıkabildiğini öğrenmek ve protetik tedavi aşamasını bu sonuçlar eşliğinde geliştirmek amacıyla yapılmıştır.

3.2 ARAŞTIRMANIN YERİ VE HASTA GRUBU

Çalışma İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Ana Bilim Dalı Çene Yüz Protezleri Kliniği'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın yapıldığı klinikte, oral kanser teşhisi konulmuş ve protetik tedavi gerektirecek hastaların, cerrahi tedavi öncesinden başlayıp, protetik tedavi tamamlandığı ana kadar ki tedavileri ve takipleri yapılmaktadır.

Çalışmanın hasta grubunu, İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Ana Bilim Dalı Çene Yüz Protezleri Kliniği'ne başvuran, oral kanser teşhisi konulmuş ve cerrahi tedavi uygulanmış 43 adet hasta oluşturmaktadır. İlgili kliniğe başvuran, çalışmayı kabul eden ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan hastalar, çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

-Farinks veya oral kavitede kanser tanısı konulmuş olan (Tükürük bezi ve dudak kanserleri hariç)

-18 yaşından büyük, 80 yaşından küçük olan

- Sjögren sendromu olmayan
- Sarkoidoz olmayan
- Kanser cerrahisine bağlı ağız içi defekti olan
- Çalışmaya alınmayı kabul etmiş ve “Bilgilendirilmiş Onay Formu” imzalanmış olan
- Ağzında diş olma yada olmama.

Çalışmaya dahil edilmeme kriterler:

- 18 yaşın altında ve 80 yaşın üzerinde olma,
- Trisiklik antidepresan kullanıyor olma,
- Alkol ya da madde bağımlısı olma
- Mental yetersizliği bulunması.

3.3 ETİK YAKLAŞIM

Araştırmanın yürütülebilmesi için, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulunun 15/08/2014 tarihindeki 1248 sayılı kararıyla onay alınmış olup, çalışma İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Ana Bilim Dalı'nın bilgisi dahilinde yapılmıştır.

Çalışmaya katılan hastalara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiştir ve araştırmaya katılan hastalardan, çalışmayı kabul ettiklerine dair yazılı onam belgesi alınmıştır.

3.4. PROTETİK TEDAVİLERİN GERÇEKLEŞTİRİLMESİ

İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Ana Bilim Dalı Çene Yüz Protezleri Kliniği'ne başvuran, oral kanser teşhisi konulmuş, cerrahi tedavi uygulanmış ve çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan 43 hastanın bütün tedavileri, ilgili klinikte tamamlanmıştır. Hastaların tedavilerine başlanılmadan önce, hastayı takip eden onkolog ve hastanın ameliyatını gerçekleştirmiş doktorlardan izin alınmıştır. Protetik tedavi için öncelikle hastanın oral hijyeni uygun hale getirilmiştir. Ayrıca ağızda diş varsa ve bu dişler arasında cerrahi, konservatif ve endodontik tedavi gerektiren dişlerin tedavileri tamamlanmıştır. Protetik tedavi öncesi gerekli tedaviler tamamlandıktan sonra, protetik tedavi için uygun planlamalar ile birlikte tedavilere başlanılmıştır. Protetik tedaviler tamamlandıktan sonra, protezler hastalara teslim edilmiş ve rutin kontrol programına dahil edilerek değerlendirmeleri yapılmıştır

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

3.5.1. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu aşamada veri toplama aracı olarak Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) kullanılmıştır.

3.5.1.1. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORMU TÜRKÇE VERSİYONU (WHOQOL-BREF TR)

Hastaların yaşam kaliteleri WHOQOL yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe kısa formu (WHOQOL-BREF TR) kullanılarak değerlendirilir. WHOQOL yaşam kalitesi ölçeği WHOQOL grubu tarafından geliştirilmiştir. 100 maddeden oluşan bu testin aynı grup tarafından kısa formu olan WHOQOL-BREF geliştirilmiştir. (The WHOQOL

group 1998). Orjinal versiyonu 26 maddeden oluşan ölçeğin, Türkçe versiyonu 27 maddeden oluşmaktadır. Fidaner ve arkadaşları (1999) tarafından türkçeye uyarlanmıştır (52). Sorulara verilen cevaplar 5 şıklıdır. Yaşam kalitesi toplam puanı minimum 27, maksimum 135 arasında değişebilir. Ölçek bedensel (7 madde), ruhsal (6 madde), sosyal (3 madde), çevresel (8 madde) alanlarını içermektedir. Ölçek yaşam kalitesi ve genel sağlık maddelerinden oluşan iki genel maddeyi de içermektedir. Alan puanları 4-20 arasında değişmektedir. Yapılan çalışmada ölçeğin Türkçe versiyonunun iç tutarlılığı oldukça yüksek düzeyde bulunmuştur.

3.5.1.2. HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAD)

Zigmond ve Snaith (1983) tarafından hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyin ve şiddetin değişimini ölçmek için geliştirilmiştir (147). Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve ark. (1997) tarafından yapılmıştır (15). Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlar için tanı koymak amaçlı değil anksiyete ve depresyonu kısa sürede tanılayıp risk grubunu belirlemek için kullanılır. Toplam 14 sorudan yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Yanıtlar dördümlü Likert biçiminde ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekte her madde puanlaması farklıdır. 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11., 13., maddeler giderek azalan şiddeti gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan 2., 4., 7., 9., 12., 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3. 5., 7., 9., 11., 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddelerin puanları toplanır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21’dir.

3.5.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI

Ölçeklerin belirlenen hasta grubuna uygulamasına 01/07/2014 tarihinde başlanmış, 01/07/2016 tarihinde sonlandırılmıştır. Araştırmada, ölçekler iki aşamada hastalara uygulanmıştır.

İlk aşamada; WHOQOL-BREF TR ve HAD Ölçekler İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Ana Bilim Dalı Çene Yüz Protezleri Kliniği'ne başvuran, oral kanser sebebiyle cerrahi tedavi görmüş ve ağız içinde defekt oluşan ve araştırmaya dahil olma kriterlerini taşıyan hastalara, protetik tedavi aşamasının başlangıcında uygulanmıştır.

Hastalar ölçekleri doldurmadan önce, ölçeklerin sorularına cevap verirken herhangi bir sorunla karşılaşmamaları için ölçekler ile ilgili bilgilendirilmiştir. Daha sonra hastalar ölçeklerin doldurulacağı ve yalnız başlarına kalacakları alana alınmıştır. Hastalar ölçekleri doldurdukları sürede gerek hekim, gereksede hasta yakınları hiçbir şekilde hastaya yönlendirme yapmamışlardır.

Hastaların protetik tedavi aşamaları sonucunda daimi protezleri hastalara teslim edildikten 3 ay sonra hastalara aynı ölçekler aynı şartlarda yeniden uygulanmıştır ve ölçeklerden çıkan sonuçlar istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır.

4. BULGULAR

4.1 İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

Verilerin tamamlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov Simirnov Testi ile ölçülmüştür. Nicel bağımsız verilerin analizinde Mann-Whitey U testi kullanılmıştır. Bağımlı verilerin analizinde Wilconox Testi kullanılmıştır. Analizlerde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır.

4.2. HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMI

Araştırma kapsamına, İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Ana Bilim Dalı Çene Yüz Protezleri Kliniği'nde, oral kanser teşhisi konulmuş, cerrahi tedavi görmüş ve cerrahi tedavi sonrasında protetik tedavileri yapılacak 43 hasta (16 erkek, 23 kadın) dahil edilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen hastalara ilişkin demografik veriler Tablo-4'te görülmektedir.

Tablo-4 Çalışmaya Dahil Edilen Hastalara Ait Sosyo-Demografik Veriler

		Min-Mak	Medyan	Ort.±s.s./n-%
Yaş		34 - 82	57	56.9 ± 12.1
Cinsiyet	Kadın			16 37.2%
	Erkek			27 62.8%
Eğitim Durumu	İlkokul			11 25.6%
	Ortaokul			4 9.3%
	Lise			18 41.9%
	Yüksekokul			2 4.7%
	Üniversite			8 18.6%
Medeni Hali	Evli			34 79.1%
	Bekar			9 20.9%
Sigara	Kullanıyor			20 46.5%
	Kullanmıyor			23 53.5%
Alkol	Kullanıyor			10 23.3%
	Kullanmıyor			33 76.7%
Gelir Getiren İş	Var			10 23.3%
	Yok			33 76.7%
Aylık Gelir	0-1000			9 20.9%
	1000-1500			8 18.6%
	≥1500			26 60.5%
Kiminle Yaşıyor	Yalnız			4 9.3%
	Anne-Baba-Kardeş			4 9.3%
	Eş-Çocuk			36 81.4%
Yaşamın Geçtiği Yer	Kırsal Alan			7 16.3%
	Kentsel Alan			36 83.7%
Ailerde Kanser Varlığı	Var			10 23.3%
	Yok			33 76.7%
Radyoterapi	Uygulandı			36 83.7%
	Uygulanmadı			7 16.3%
Kemoterapi	Uygulandı			25 58.1%
	Uygulanmadı			18 41.9%

4.3. WHOQOL-BREF ve HAD ÖLÇEKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

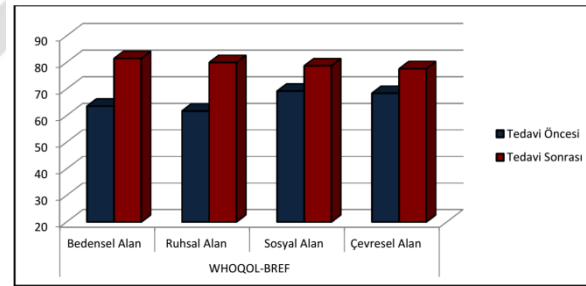
Tablo-5'te WHOQOL-BREF ve HAD ölçeklerinin tedavi öncesi ve tedavi sonrası istatistiksel analizleri gösterilmiştir. WHOQOL-BREF ölçeğinin tedavi sonrası Bedensel Alan, Ruhsal Alan, Sosyal Alan ve Çevresel Alan skorları, tedavi öncesine göre anlamlı ($p < 0.05$) artış göstermiştir (Şekil-3). HAD ölçeğinin tedavi sonrası HAD-Ansiyete ve HAD-Depresyon skorları tedavi öncesine göre anlamlı ($p < 0.05$) bir düşüş göstermiştir (Şekil-4).

Tablo-5. WHOQOL-BREF ve HAD Ölçeklerinin Tedavi Öncesi ve Tedavi Sonrası İstatistiksel Analizleri

	Tedavi Öncesi		Tedavi Sonrası		p
	Ort.±s.s.	Medyan	Ort.±s.s.	Medyan	
WHOQOL-BREF					
Bedensel Alan	63.5 ± 20.9	64.3	81.5 ± 15.1	82.1	0.000 ^w
Ruhsal Alan	61.7 ± 20.3	62.5	79.9 ± 15.4	83.3	0.000 ^w
Sosyal Alan	69.2 ± 17.3	66.7	78.7 ± 16.9	83.3	0.000 ^w
Çevresel Alan	68.4 ± 14.4	69.4	77.6 ± 13.3	77.8	0.000 ^w
Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği					
HAD-Anksiyete	8.3 ± 3.8	8.0	5.5 ± 2.7	5.0	0.000 ^w
HAD-Depresyon	8.4 ± 3.8	8.0	5.5 ± 2.7	5.0	0.000 ^w

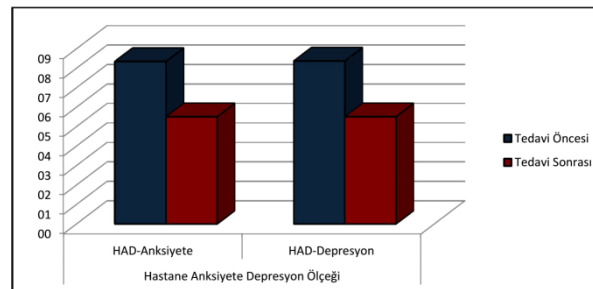
^w Wilcoxon test

Şekil-3



WHOQOL-BREF ölçeğinin tedavi öncesi ve sonrası Bedensel Alan, Ruhsal Alan, Sosyal Alan ve Çevresel Alan skorları

Şekil-4



HAD ölçeğinin tedavi öncesi ve sonrası HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon skorları

Kadın ve erkek hastalarda tedavi öncesi ve tedavi sonrasında WHOQOL-BREF TR bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Kadın ve erkek hastalarda tedavi öncesi ve tedavi sonrasında HAD-Anksiyete , HAD-Depresyon skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo-6).

Tablo-6. Kadın ve Erkek Hastalar Arasında Tedavi Öncesi ve Sonrası WHOQOL-BREF TR ve HAD Ölçekleri İstatistiksel Analizleri

	Kadın		Erkek		p
	Ort.±s.s.	Medyan	Ort.±s.s.	Medyan	
WHOQOL-BREF					
Bedensel Alan					
Tedavi Öncesi	54.9 ± 21.7	57.1	68.7 ± 19.1	67.9	0.054 ^m
Tedavi Sonrası	76.3 ± 16.3	76.8	84.5 ± 13.7	85.7	0.120 ^m
Ruhsal Alan					
Tedavi Öncesi	54.7 ± 22.5	58.3	65.9 ± 18.0	70.8	0.112 ^m
Tedavi Sonrası	73.7 ± 19.1	79.2	83.6 ± 11.7	83.3	0.092 ^m
Sosyal Alan					
Tedavi Öncesi	64.6 ± 20.5	66.7	71.9 ± 14.8	66.7	0.412 ^m
Tedavi Sonrası	73.4 ± 21.8	79.2	81.8 ± 12.7	83.3	0.253 ^m
Çevresel Alan					
Tedavi Öncesi	64.8 ± 16.7	68.1	70.6 ± 12.6	69.4	0.344 ^m
Tedavi Sonrası	74.3 ± 15.0	77.8	79.5 ± 12.1	77.8	0.325 ^m
Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği					
HAD-Anksiyete					
Tedavi Öncesi	8.6 ± 4.4	8.0	8.2 ± 3.5	7.0	0.686 ^m
Tedavi Sonrası	6.0 ± 3.5	5.0	5.2 ± 2.2	5.0	0.675 ^m
HAD-Depresyon					
Tedavi Öncesi	8.6 ± 4.4	8.0	8.2 ± 3.5	7.0	0.724 ^m
Tedavi Sonrası	6.0 ± 3.5	5.0	5.2 ± 2.2	5.0	0.675 ^m

^mMann-whitney u test

Evli ve bekar olan grupta tedavi öncesi ve sonrasında WHOQOL-BREF TR bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Evli ve bekar olan grupta tedavi öncesi ve tedavi sonrasında HAD-Anksiyete, HAD-Depresyon skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo-7)

Tablo-7. Evli ve Bekar Hastalar Arasında Tedavi Öncesi ve Sonrası WHOQOL-BREF TR ve HAD Ölçekleri İstatistiksel Analizleri

	Evli		Bekar		p
	Ort.±s.s.	Medyan	Ort.±s.s.	Medyan	
WHOQOL-BREF					
Bedensel Alan					
Tedavi Öncesi	62.9 ± 20.3	64.3	65.9 ± 24.4	57.1	0.857 ^m
Tedavi Sonrası	80.5 ± 15.9	80.4	85.3 ± 11.2	85.7	0.480 ^m
Ruhsal Alan					
Tedavi Öncesi	61.9 ± 22.0	62.5	61.1 ± 13.2	62.5	0.686 ^m
Tedavi Sonrası	79.3 ± 16.5	81.3	82.4 ± 11.0	83.3	0.752 ^m
Sosyal Alan					
Tedavi Öncesi	68.4 ± 18.6	66.7	72.2 ± 11.8	66.7	0.726 ^m
Tedavi Sonrası	78.2 ± 18.0	83.3	80.6 ± 12.5	83.3	0.926 ^m
Çevresel Alan					
Tedavi Öncesi	67.0 ± 15.4	66.7	73.8 ± 8.0	72.2	0.075 ^m
Tedavi Sonrası	76.1 ± 14.2	77.8	83.0 ± 7.8	77.8	0.197 ^m
Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği					
HAD-Anksiyete					
Tedavi Öncesi	8.6 ± 3.7	8.0	7.3 ± 4.3	7.0	0.337 ^m
Tedavi Sonrası	5.9 ± 2.9	5.0	3.9 ± 1.3	4.0	0.057 ^m
HAD-Depresyon					
Tedavi Öncesi	8.6 ± 3.7	8.0	7.3 ± 4.3	7.0	0.330 ^m
Tedavi Sonrası	5.9 ± 2.9	5.0	3.9 ± 1.3	4.0	0.057 ^m

^mMann-whitney u test

Kentte ve kırsalda yaşayan grupta tedavi öncesi ve tedavi sonrasında WHOQOL-BREF TR bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Kentte ve kırsalda yaşayan grupta tedavi öncesi ve tedavi sonrasında HAD-Anksiyete, HAD-Depresyon skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo-8)

Tablo-8. Kentte ve Kırsalda Yaşayan Hastalar Arasında Tedavi Öncesi ve Sonrası WHOQOL-BREF TR ve HAD Ölçekleri İstatistiksel Analizleri

	Kırsalda Yaşıyor		Şehirde Yaşıyor		p
	Ort.±s.s.	Medyan	Ort.±s.s.	Medyan	
WHOQOL-BREF					
Bedensel Alan					
Tedavi Öncesi	69.4 ± 14.6	64.3	62.4 ± 22.0	62.5	0.429 ^m
Tedavi Sonrası	82.1 ± 11.3	78.6	81.3 ± 15.8	82.1	0.947 ^m
Ruhsal Alan					
Tedavi Öncesi	69.0 ± 13.4	66.7	60.3 ± 21.2	58.3	0.298 ^m
Tedavi Sonrası	82.7 ± 8.1	79.2	79.4 ± 16.5	83.3	0.855 ^m
Sosyal Alan					
Tedavi Öncesi	70.2 ± 9.4	75.0	69.0 ± 18.5	66.7	0.947 ^m
Tedavi Sonrası	77.4 ± 12.5	75.0	78.9 ± 17.8	83.3	0.508 ^m
Çevresel Alan					
Tedavi Öncesi	69.4 ± 16.4	69.4	68.2 ± 14.2	68.1	0.908 ^m
Tedavi Sonrası	77.8 ± 13.4	80.6	77.5 ± 13.5	77.8	0.960 ^m
Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği					
HAD-Anksiyete					
Tedavi Öncesi	7.0 ± 1.2	7.0	8.6 ± 4.1	8.0	0.541 ^m
Tedavi Sonrası	5.6 ± 0.8	5.0	5.5 ± 3.0	4.0	0.279 ^m
HAD-Depresyon					
Tedavi Öncesi	7.0 ± 1.2	7.0	8.6 ± 4.1	8.0	0.509 ^m
Tedavi Sonrası	5.6 ± 0.8	5.0	5.5 ± 3.0	4.0	0.279 ^m

^mMann-whitney u test

Eğitim durumuna göre tedavi öncesi ve tedavi sonrasında WHOQOL-BREF TR bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Eğitim durumuna göre tedavi öncesi ve tedavi sonrasında HAD-Anksiyete, HAD-Depresyon skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo-9)

Tablo-9. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Tedavi ncesi ve Sonrası WHOQOL-BREF TR ve HAD lekleri İstatistiksel Analizleri

	İlk-Ortaöğretim		Lise-Universite		p
	Ort.±s.s.	Medyan	Ort.±s.s.	Medyan	
WHOQOL-BREF					
Bedensel Alan					
Tedavi ncesi	61.4 ± 26.0	64.3	64.7 ± 18.1	62.5	0.868 ^m
Tedavi Sonrası	81.2 ± 18.0	82.1	81.6 ± 13.6	82.1	0.758 ^m
Ruhsal Alan					
Tedavi ncesi	61.7 ± 21.5	62.5	61.8 ± 20.0	60.4	0.939 ^m
Tedavi Sonrası	78.3 ± 19.4	83.3	80.8 ± 13.1	81.3	0.888 ^m
Sosyal Alan					
Tedavi ncesi	68.9 ± 17.4	75.0	69.3 ± 17.6	66.7	0.736 ^m
Tedavi Sonrası	78.9 ± 20.1	83.3	78.6 ± 15.3	79.2	0.712 ^m
Çevresel Alan					
Tedavi ncesi	63.1 ± 17.4	63.9	71.2 ± 11.9	70.8	0.054 ^m
Tedavi Sonrası	75.0 ± 15.5	75.0	79.0 ± 12.1	77.8	0.443 ^m
Hastane Anksiyete Depresyon leği					
HAD-Anksiyete					
Tedavi ncesi	9.7 ± 3.2	8.0	7.6 ± 4.0	6.5	0.052 ^m
Tedavi Sonrası	6.3 ± 2.8	5.0	5.1 ± 2.6	4.0	0.065 ^m
HAD-Depresyon					
Tedavi ncesi	9.7 ± 3.2	9.0	7.6 ± 4.0	6.5	0.063 ^m
Tedavi Sonrası	6.3 ± 2.8	5.0	5.1 ± 2.6	4.0	0.065 ^m

^mMann-whitney u test

Radyoterapi alan ve radyoterapi almayan hastalarda tedavi öncesi ve tedavi sonrasında WHOQOL-BREF TR çevresel alan skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Radyoterapi alan grupta WHOQOL-BREF TR bedensel alan, ruhsal alan ve sosyal alan skoru anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha düşüktür. Radyoterapi alan ve radyoterapi almayan hastalarda tedavi öncesi ve tedavi sonrasında HAD-Anksiyete, HAD-Depresyon skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo-10)

Tablo-10 Radyoterapi Alan ve Radyoterapi Almayan Hastalar Arasında Tedavi Öncesi ve Sonrası WHOQOL-BREF TR ve HAD Ölçekleri İstatistiksel Analizleri

	Radyoterapi (+)		Radyoterapi (-)		p
	Ort.±s.s.	Medyan	Ort.±s.s.	Medyan	
WHOQOL-BREF					
Bedensel Alan					
Tedavi Öncesi	60.5 ± 20.4	60.7	79.1 ± 17.8	71.4	0.033 ^m
Tedavi Sonrası	79.5 ± 14.9	80.4	91.8 ± 11.8	100.0	0.031 ^m
Ruhsal Alan					
Tedavi Öncesi	59.0 ± 20.0	58.3	75.6 ± 16.9	79.2	0.029 ^m
Tedavi Sonrası	77.3 ± 15.2	79.2	93.5 ± 8.6	95.8	0.003 ^m
Sosyal Alan					
Tedavi Öncesi	65.7 ± 16.4	66.7	86.9 ± 9.4	91.7	0.001 ^m
Tedavi Sonrası	76.2 ± 17.0	79.2	91.7 ± 8.3	91.7	0.006 ^m
Çevresel Alan					
Tedavi Öncesi	67.1 ± 13.0	69.4	75.0 ± 20.2	66.7	0.530 ^m
Tedavi Sonrası	76.0 ± 12.5	77.8	85.7 ± 15.3	86.1	0.080 ^m
Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği					
HAD-Anksiyete					
Tedavi Öncesi	8.6 ± 3.9	8.0	7.0 ± 3.3	6.0	0.268 ^m
Tedavi Sonrası	5.8 ± 2.9	5.0	4.0 ± 0.8	4.0	0.122 ^m
HAD-Depresyon					
Tedavi Öncesi	8.6 ± 3.9	8.0	7.0 ± 3.3	6.0	0.268 ^m
Tedavi Sonrası	5.8 ± 2.9	5.0	4.0 ± 0.8	4.0	0.122 ^m

^mMann-whitney u test

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza, oral kanser teşhisi konulmuş, cerrahi tedavi görmüş ve cerrahi tedavi sonrasında protetik tedavi uygulanmış 43 hasta dahil edilmiştir. Bu çalışmada Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Tükçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ölçekleri kullanılarak; protetik tedavinin yaşam kalitesini ne düzeyde değiştirdiğini ve deneklerin hastalık ile başa çıkabilme düzeylerine etkisi araştırılmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulunun 15/08/2014 tarihindeki 1248 sayılı kararıyla onay alınmıştır.

Kanser, erken tanı konulup tedavi edilmediği takdirde çoğunlukla ölüme yol açan ciddi bir sağlık sorunudur. Özellikle gelişmiş ülkelerde ölümlerin %25'ini oluşturmakta ve tüm ölüm nedenleri arasında 2010 yılı itibari ile ABD verilerine göre 85 yaş altında birinci sırada yer almaktadır (85). Baş ve boyun kanserleri, tüm kanserlerin %4-5'ini, kanserlerden ölümlerin ise %2'sini oluşturmaktadır (3).

Baş ve boyun kanserleri terimi, dudak, ağız boşluğu, farinks, burun boşluğu, paranazal sinüsler, iç kulak ve larenks kanserleridir (142). Baş ve boyun kanserleri, yapısal açıdan karmaşık; işlevsel açıdan önemli alanlarda ortaya çıkar (44). Genel olarak baş ve boyun kanserli hastalar, diğer kanser hastalarına kıyasla yaşam standartları en fazla etkilenen hastalardır (47). Bu alanların hem hastalıktan hemde tedaviden etkilenmesi, yemek ve konuşma gibi temel fonksiyonları etkileyebilir; sosyal etkileşimler ve psikolojik durum üzerinde derin etkilere yol açabilir (44). Ağrı, mukoza iltihabı, mukozal duyarlılık, ağız kuruluğu, tat almada azalma, mukoza nekrozu, kemik nekrozu, diş çürüğü riski artışı, protez fonksiyonuyla ilgili zorluk, dış görünüm değişikliği, dil, dudak ve çene hareketliliğinin azalması ile çiğneme ve yutma sınırlandırılması, baş ve boyun kanserlerinin tedavisinde görülen akut ve kronik komplikasyonlardır. Bu komplikasyonların hepsi yaşam kalitesi üzerinde belirgin etkilere sahip olabilir (50).

Orta yüz neoplazmalarının tedavisinde uygulanan rezeksiyon, rekonstrüksiyon ve postoperatif radyoterapi, hastaların yaşam kalitesini belirgin olarak olumsuz yönde etkiler (75,116). Özellikle radyoterapinin neden olduğu ağız kuruluğu, tat değişikliği, mukozit, disfaji, odinofaji ve iştahsızlık gibi sorunlar da hastanın yaşam kalitesinin

düşmesinde rol oynayan önemli etkenlerdedir (27,50,87,98,136). Fonksiyonel bozuklukların yanı sıra, ortaya çıkan estetik problemler hastalarda bazı psikolojik sorunlara neden olabilir. Yüz görünümü toplumda önemli bir yer tutar; bu nedenle konjenital veya edinsel deformiteleri olan insanlar sosyal olarak toplum içerisinde belirgin bir şekilde belli olurlar (124). Murphy ve ark. (98) baş ve boyun kanserli hastalarda cerrahi tedavinin, hastanın iletişim, beslenme, solunum ve fiziksel görünüş gibi pek çok yaşamsal niteliklerinde değişikliklere neden olduğunu belirtmişlerdir. Gamba ve ark. (57) ise baş ve boyun kanseri sebebiyle cerrahi tedavi görmüş hastalarda psikososyal durumu inceledikleri çalışmada, hastaların %45'inden fazlasında kendi durumlarını kabul etme konusunda sorun yaşadıklarını ortaya koymuşlardır.

Cerrahi tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan maksiller ve/veya yumuşak damak kusurları, oronazal ve/veya oroantral açıklıkları oluştururlar; bu da çiğneme, hipernazal konuşma, sıvı sızıntısı ve çeşitli derecede kozmetik deformite gibi zorluklara neden olabilir. Bu etkiler, hastanın yaşam kalitesinin ve benlik saygısını düşürür (124). Tümörlerin tedavisinde birincil hedef, sadece tümörün ortadan kaldırılması değil; aynı zamanda da yaşam kalitesinin geliştirilmesidir. Protetik tedavi, cerrahi tedaviyi desteklemek, hastayı radyoterapinin etkilerinden korumak ve yaşam kalitesini arttırmak için rehabilitasyon tedavisinin bir parçası olarak uygulanır. Sorunlu nöromusküler palatofarengial yapıların eğitimi ve uyarılması gibi çeşitli nedenlerden dolayı gereklidir. Bununla birlikte, daimi protetik tedavi, hastayı normal durumuna ya da normal seviyeye yakın bir duruma getirir (124). Bizde çalışmamıza oral kanser sebebiyle cerrahi tedavi görmüş, rekonstrükte edilemeyen fonksiyonel ve estetik kayıplar yaşayan, sonuç olarak da protetik tedaviye ihtiyaç duyan hastaları dahil ettik.

Kanser hastalarının tedavisinde ulaşılmak istenen hedef son 30 yıla kadar, objektif olarak tümör yanıtı, sağ kalım ve/veya hastalıksız sağ kalım süresi ile ifade edilmekteydi. Ancak günümüzde kanser tedavisinde elde edilen başarılı sonuçlar hastalığın sadece medikal boyutunun değil, aynı zamanda psikososyal boyutunun da değerlendirilmesini gerekli kılmıştır (7).

Kanser hastalarına uygulanan tedaviler, hastanın sadece sağ kalım süresinin etkilemekle kalmaz; aynı zamanda yaşam kalitesini de etkiler. Kanserden sağ kalım oranlarındaki bu artışa paralel olarak, hastaların uygulanan tedavi seçeneğine bağlı; fiziksel ve fonksiyonel yeteneklerinde, sosyal yaşantılarında, aile ilişkilerinde ve psikolojik durumlarında meydana gelecek değişiklikler konusunda endişeleri arttırmaktadır (7).

Oral kavitede, orofarinks, hipofarinks ve larenk kanseri bulunan hastalarda, tedavinin başlangıcında depresif belirtilerin prevalansı yüksek; işlevsel ve psikolojik düzey ise düşüktür. Bu durum semptomların şiddetinin arttığını ve tedavi sonrası durumun kötüye gitmeye başladığının göstergesi olabilir (72).

Yaşam kalitesi kavramı, bireyin kendi yaşamının değerlendirilişine dayanan özel algı, duygu ve biliş süreçlerinin bir bütünü olarak tanımlanırken, bireysel iyilik durumunun bir anlatımıdır (85). Yaşam kalitesi, subjektif ve çok boyutlu bir yapı olup fonksiyonel durum, psikososyal iyilik hali, sağlık algısı ve hastalık/tedavi ile ilgili semptomları yansıtır (146). Baş ve boyun kanserli hastalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve sağkalım arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan sistematik bir derlemede, fiziksel işlevsellik ile sağkalım arasında ve ayrıca tedavi öncesi ve tedaviden sonraki altı aydaki sağlıkla ilgili yaşam kalitesi arasında pozitif ilişki bulunmuştur (47).

Ağız kanseri vakalarının sayısı ve hastalığa özgül hayatta kalma oranının artması nedeniyle, geçmişe oranla daha fazla hasta, tedavinin sonrasında hayatta kalabilmektedir. Ağız kanseri ve yönetimi, fiziksel, duygusal ve psikososyal bozulmayla ilişkilidir. Bu, sadece hastaların yaşam kalitelerini değil, bakıcılarını ve çevresindekilerini de etkiler (114). Protetik tedavinin en önemli amaçlarından biri, sosyal rehabilitasyonu da destekleyen işlev ve estetiği iyilştirerek, yaşam kalitesini arttırmaktır (99). Çalışmamızda da oral kanser sebebiyle tedavi görmüş ve yaşam kalitesi düşmüş hastaların, protetik tedavi ile yaşam kalitesinde ne kadar bir iyileştirme gerçekleştirebildiğimizi araştırmayı hedefledik.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, kişinin sağlık açısından özgül, fiziksel, psikolojik ve sosyal durumunu ifade eder (125). Kişinin sağlıkla ilgili yaşam kalitesini; kişinin bedensel durumu, ruhsal durumu, sosyal durumu ve çevresel alanı etkiler (54). Bundan dolayı çalışmamızda, hastaların bedensel, ruhsal sosyal ve çevresel iyilik hali alanlarını inceleyen Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL - BREF TR) kullanılmıştır.

WHOQOL-BREF TR, çeşitli alanlarda yaygın olarak test edilmiştir (101). Ölçek farklı ülkeler ve kültürlerde, gençlerde, erişkinlerde, yaşlılar da dahil olmak üzere, kanser, depresyon gibi rahatsızlıklara sahip hasta gruplarında da kullanılmıştır. (55,88,93,133,140) Sadura ve ark. yaşam kalitesi ölçeklerinin hızlı ve basit doldurulabilir ve ölçeğin 10 dakikadan kısa sürede doldurulabilmesinin gerekliliğini belirtmişlerdir (118). WHOQOL -BREF TR ölçeğinde bu özellikleri taşımaktadır.

Honorato ve ark. 2016 yılında, yeni teşhis koyulan 110 sindirim sisteminde kanser bulunan hastalarda yapmış oldukları çalışmada, kanser hastalarının yaşam kalitesini etkileyen etkenleri incelemek için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL - BREF TR) kullanmışlardır (72). Rabin ve ark 2008 yılında meme kanseri bulunan hastalarda, yaşam kalitesinin belirleyici özelliklerini araştırdıkları çalışmada Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL - BREF TR) kullanmışlardır (109).

Bedensel hastalıkla birlikte en sık görünen psikiyatrik bozukluklar, depresyon ve anksiyetedir. Çoğu zaman bu iki bozukluk birlikte bulunur (33). Kanserin ölümcül olarak algılanması, tedavinin uzun, zor ve sıkıntı verici olması, huzursuzluk, kötü sonuç beklentisi, hastaların anksiyete yaşamasına neden olur. Bu durumun uzun sürmesiyle de hasta depresyona girebilir (76). Güren ve ark. (64) kanserli hastalardaki anksiyete ve depresyon ile ilgili yaptıkları çalışmada, çalışmaya katılan hastaların %25'inde anksiyete, %36'sında depresyon olduğunu saptamışlardır. Bu sebepten ötürü çalışmamızda, kanser sebebiyle oluşan, anksiyete ve depresyon yönündeki riski belirlemek, anksiyete ve depresyonun düzeyini ve şiddetini ölçmek için Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) kullanılmıştır.

Hastane Anskiyete Depresyon Ölçeği, tıbbi polikliniklere başvuran hastalarda depresyon ve kaygı belirtilerini saptamak için tasarlanmış; kansere ve tedaviye atfedilebilecek somatik semptomları dışlayan 14 maddelik bir ölçektir (141).

Honorato ve ark (72) 2016 yılında, yeni teşhis koyulan 110 sindirim sistemi kasnerli hastalarda, anskiyete ve depresyon belirtilerini belirlemek için HAD ölçeğini kullanmışlardır. Li ve ark. (89) 2016 yılında yayınlamış oldukları yayında, 708 kanser hastası üzerinde yapmış oldukları çalışmada HAD ölçeğini kullanmışlardır. Walker ve ark. (141) 2007 yılında 635 kanser hastası üzerinde yapmış oldukları çalışmada, kanser haastalarında major depresif bozukluk için bir tarama aracı olarak HAD ölçeğinin kullanılmasının uygun olduğunu belirtmişlerdir.

Baş ve boyun kanseri hastalarında, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin estrümanlarındaki skorlar, genellikle tedaviden sonra daha düşük olmakla birlikte, 6-12 aylık dönem boyunca giderek düzelir. Tedaviden 1 yıl sonra önemli kazançlar elde edilir (34). Rogers ve ark. (115) yaptığı çalışmada, oral kanser sebebiyle ameliyat olmuş hastalarda, ameliyat sonrasında yaşam kalitelerinin düştüğünü, ancak 1. yılın içerisinde hastaların yaşam kalitesinde yükselme olduğunu tespit etmişlerdir. Gitz ve ark. (62) 1999 yılında yapmış oldukları çalışmada, baş ve boyun kanserli hastalarda, tedaviden sonraki birinci yılın içerisinde hastaların yaşam kalitelerini incelemişler ve hastaların yaşam kalitelerindeki değişimin, ilk 1 yıl olduğunu ve olumsuzlukların birinci yılın sonunda en düşük seviyede bulunduğunu bildirmişlerdir. Hammerlid ve ark. (65) 1999 yılında yapmış oldukları çalışmada, baş ve boyun kanserli hastalarda, cerrahi operasyondan sonra ortaya çıkan sorunların, hastalığın teşhisinden en çok 2 yıl içinde gerekli ölçümler yapılarak, yaşam kalitesinin belirlenmesi gerektiğini bildirmişlerdir. 2 yıl sonrasında yapılacak ölçümlerin, hastanın kansere bağlı sağlık durumundaki değişimlerin belirlenemeyeceğini söylemişlerdir. Hammerlid ve Taft (116) aynı bilgiye 2001 yılında yapmış oldukları çalışmada da ulaşmışlardır.

De Graeff ve ark. (42) 2000 yılında baş ve boyun kanserli hastalar üzerinde yapmış oldukları çalışmada, hastalarda tedavi sonrasında ortaya çokça fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyonlara bağlı değerlerin 6. ve 12. aylarda azaldığını tespit etmişlerdir. Epstein ve ark. (50) da 2001 yılında baş ve boyun kanserli hastalarda benzer bir çalışma yapmış ve hastaların tedavi sonasındaki yaşam kalitelerinin, tedavi öncesine göre yarıya düştüğünü; ancak tedaviden 6. aydan sonra yaşam kalitelerinde belirgin bir düzelme görüldüğünü bildirmişlerdir. Bu durumu destekleyici birçok çalışmada bulunmaktadır. (20,106,121)

Bizde çalışmamızda kanser hastalarının iyileşme dönemlerini göz önüne alarak, hastalarımızın yaşam kalitesindeki değişimleri en iyi şekilde belirleyebilmek için, ölçeklerimizi cerrahi tedaviden hemen sonra ve ortalama 1. yılın sonuna doğru daimi protez uygulandıktan 3 ay sonra tekrar doldurttuk.

Baş ve boyun kanserlerinin erkeklerde görülme sıklığı, kadınlara göre 2-4 kat daha fazladır (73). Bir çok çalışmada da çalışmaya katılan hasta sayısının çoğunluğunu erkek hastalar oluşturmaktadır (9,21,26,111). Hjermstad ve ark. (70) yaşam kalitesi üzerinde yapmış oldukları çalışmada, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümü yapılırken, yaş ve cinsiyet etkisinin yaşam kalitesinin ölçümde çok önemli bir etken olduğunu bildirmişlerdir. Morton ve ark. (96) baş ve boyun kanserli hastalar üzerinde yaptıkları çalışma sonucunda, kadın ve erkek hastalar arasında yaşam kalitesinde anlamlı bir fark tespit edememişlerdir. Kanser hastaları üzerinde yapılan bazı çalışmalarda Morton ve ark destekleyici sonuçlar elde edilmiştir(60,61,82,108,125,144). Ancak Linzer ve ark (90) ve Rustoen ve ark. (117) yapmış olduğu çalışmalarda, kadın hastalardaki yaşam kalitesi düzeyinin, erkek hastalardaki yaşam kalitesi düzeyine oranla daha düşük olduğunu belirmişlerdir.

Baş ve boyun kanserlerinin, ileri yaşlarda ortaya çıkma sıklığı yüksektir. Baş ve boyun kanseri tanısı konulan hastaların çoğunluğunun 50-64 yaş arasında olduğu bilinmektedir. Yaş artışı ile kanser görülme sıklığı arasında doğru orantı vardır (106). Bjordal, baş ve boyun kanseri tedavisi gören 204 hastanın üzerinde yapmış oldukları

çalışmada, ileri yaşın fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerinde etki yapabileceğini belirtmişlerdir. Doss ve ark. (47) ise 2017 yılında yayınladıkları çalışmada, tedavi edilen 300 oral kanserli hastada yapmış oldukları çalışmada, tedavi öncesi ve sonrasında yaşın yaşam kalitesine etkisinin olmadığını bildirmişlerdir. De Graeff ve ark. (42) ise baş ve boyun kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada yaş ve cinsiyetin, yaşam kalitesine etkisinin çok az olduğunu söylemişlerdir. Hassanein ve ark. (66) yaptıkları çalışma sonunda, oral kanserli hastalarda yaş ve cinsiyetin, yaşam kalitesine ve fonksiyona etkisiyle ilgili daha fazla çalışma yapılması gerektiğini söylemişlerdir.

Ciaramella ve Poli (32) 2001 yılında 100 kanser hastası ile yapmış oldukları çalışmada, cinsiyetin depresyon üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını tespit etmişlerdir. Tavoli ve ark. (129) 2007 yılında 142 kanserli hastada yaptıkları çalışmada aynı sonuca ulaşmışlardır. Ayrıca yapılan bazı çalışmalarda bu sonucu desteklemektedir (4,78,131).

Bizim çalışmamızda da yaş ortalaması 56.9 ± 12.1 (aralık 34-82) olan 43 hastanın %62,8' i erkek olup, %37,2'si kadınlardan oluşmaktadır. Çalışmaya katılan hastaların yaş aralığı, diğer çalışmalar ile paralel bir sonuç ortaya sunmuştur. Ancak bizim çalışmamızda, kadın ve erkek hastalarda tedavi öncesi ve sonrasında yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon açısından anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. ($p > 0.05$)

Ganz ve ark. (58) kanser hastaları üzerinde yaptığı çalışmada, evliliğin kanser üzerinde olumlu etkileri olduğunu; bekar hastaların hastalığı kabullenme, uygulanan tedaviye uyum sağlaması ve sağ kalım oranının evli hastalara göre daha düşük olduğunu belirtmişlerdir. Rustoen ve ark (117) kanser hastalarında yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada medeni durum ve aile desteğinin yaşam kalitesini olumlu yönden etkilediğini belirtmişler. Ayrıca tek başına yaşayan hastaların yaşam kalitesi skorunun daha düşük olduğunu belirtmişlerdir. Kanser hastaları üzerinde yapılan bazı çalışmalarda da, Rustoen ve ark. ile benzer sonuçlar bulunmuştur.(51,82,107,144). Ardahan ve Temel (10) 2009 yılında yapmış oldukları çalışmada ise bekarların, evli ve

dullardan daha yüksek bir yaşam kalitesi seviyesine sahip olduklarını bildirir; Savcı (119) 2006 yılında yapmış olduğu çalışmada, istatistiksel olarak anlamlı olmasada Ardahan ve Temel'i destekleyici bir sonuç elde etmiştir. De Graeff ve ark. baş ve boyun kanserli hastaların prognozunda sosyodemografik faktörleri araştırmışlardır. Çalışmada evli veya birlikte yaşayan insanların, yalnız yaşayanlardan daha iyi prognoza sahip olduklarını belirtmişlerdir (43).

Birçok çalışmada medeni durumun depresyon üzerinde etkili olmadığı belirtilmiştir. (4,78,128,131) Ancak Arslan ve ark. (11) 2008 yılında yaptığı çalışmada, kanser hastalarından evli olan hastaların, bekar ve dul/boşanmış olan hastalara oranla depresyonun daha düşük olduğunu belirtmişlerdir. Yapmış olduğumuz çalışmada, medeni halin tedavi öncesi ve sonrasında yaşam kalitesi ve depresyon açısından anlamlı bir farklılık göstermemiştir. ($p > 0.05$)

Kanser hastaları üzerinde yapılan bazı çalışmalarda, hastaların yaşadıkları yerlerin yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkisi olmadığı belirlenmiştir (102,119,125). Başka bir çalışmada ise şehir merkezinde yaşayan hastaların yaşam kalitesini arttığı tespit edilmiştir (63). Kanser hastaları üzerinde yapılan çalışmalarda yaşanılan yerin depresyona etkisinin önemli düzeyde olmadığı belirtilmiştir. (11,131) Bizim çalışmamızda da kırsal ve kentte yaşayan grupta tedavi öncesi ve tedavi sonrasında yaşam kalitesi ve depresyon açısından anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. ($p>0.05$)

Rustoen ve ark. (117) 131 kanserli hastada yapmış oldukları çalışmada, eğitim düzeyi seviyesinin, yaşam kalitesi anlamlı bir şekilde etkilemediğini tespit etmişlerdir. Rustoen ve ark. destekleyen çalışmalar vardır (6,119, 144). Ancak Gritz ve ark. (63) yaptıkları çalışmada, Rustoen ve ark. tam aksine, kanserli hastalarda eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesinin belirgin bir şekilde arttığını tespit etmişlerdir. Gritz ve ark. budıkları sonucu destekleyen çalışmalarda mevcuttur (82,107).

Arslan ve ark. (11), Kelleci ve ark.(78) ve Tokgöz ve ark.(131) kanser hastaları üzerinde yaptıkları çalışmalarda eğitim düzeyinin yüksek olması ile depresyon arasında

istatistiksel önemli bir fark olmadığı belirtmişlerdir. Ancak Çapar ve ark. (39) 2010 yılında yaptıkları çalışmada, eğitim düzeyinin arttıkça depresyon ortalamasının düştüğünü belirtmişlerdir. Hoffmn ve ark. (71) 1998 yılında yaptığı araştırmada,baş ve boyun kanserlerinin en düşük gelir ve en düşük eğitim düzeyine sahip olanları orantısız bir şekilde etkilediğini belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise eğitim düzeyinin baş boyun kanserli hastalarda yaşam kalitesi ve depresyona etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. ($p > 0.05$)

İyonize radyasyon, baş-boyun kanseri hastalarının yaklaşık üçte ikisinin tedavisinde kullanılır ve organ koruma çabaları genellikle yaklaşık 7 haftalık bir günde bir veya iki kez yoğun radyasyon rejimleri gerektirir. Tedavi genellikle primer tümörü ve üst servikal lenf bölgesini kapsar. Bu yöntem mükemmel bir hedef dozajlamaya izin verse de, tümörün normal dokulara yakın olması nedeniyle komşu dokuların (tükrük bezlerinin, iç kulak, ağız boşluğu, farenks, larinks, omurilik, baş ve boyun içindeki kritik yapılar) radyasyondan gereksiz şekilde etiklenmesine neden olur (34). Radyoterapinin yan etkileri, oral bölgede akut fazda mukozit ve cilt reaksiyonunu, fibroz, kserostomi, dişlerde çürükler (radyasyon çürükleri), trismus ve bazen kemik (osteoradyonekroz) ve yumuşak dokuların nekrozu gibi geç sekelleri içerir. (19,38,59)

Radyoterapiden sonra, özellikle kserostomi ve disfaji sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (SİYK). Bu nedenle, tedaviden sonra sağkalım süresi sağ kalım düzeyine göre (sağ kalım süresindeki yaşam kalitesi) tartılmalıdır. Sonuç olarak, SİYK kalitesi ve SİYK'yi etkileyen faktörler (tedavi ile ilgili toksisite gibi), baş ve boyun kanserinde önemli tedavi sonuçları olarak giderek daha fazla kabul edilmektedir (110).

Radyoterapinin yaşam kalitesine etkisi üzerine yapılan bir çok çalışmada, radyoterapi sonrası yaşam kalitesinin, tedavi öncesi seviyesine ulaşamadığı belirtilmiştir(67). Johanssen ve ark. (86) 2008 yılında 425 baş ve boyun kanserli hasta üzerinde yapmış oldukları çalışmada, radyoterapinin yaşam kalitesi üzerine istatistiksel olarak anlamlı negatif bir etkisinin olduğunu bulmuşlardır. Movsas ve ark. (97) 2006 yılında yayınladıkları çalışmada da 1139 baş ve boyun kanserli hastadan alınan sonuçlara göre radyoterapinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini

bildirmişlerdir. Epstein ve ark. (49) 1998 yılında yaptıkları çalışmada, radyoterapinin baş ve boyun kanserli hastaların oral fonksiyonlarını etkilediğini, bununda hastaların yaşam kalitesini düşürme yönünde etkilediğini bildirmişlerdir. Chigurupati ve ark. (31) 2013 yılında yaptıkları çalışmada , maksillektomi ve obturator uygulaması sonrası, hastalarda postoperatif radyoterapinin yaşam kalitesini etkileyen en güçlü faktör olduğuna karar vermişlerdir.

Bjoridal ve Kaasa (22) 1995 yılında 204 baş ve boyun kanserli hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, baş ve boyun kanserli hastalar için tedavi sonrası 7 ila 11 yıl psikolojik rahatsızlıkları yüksek oranda bulmuşlardır. Cheng Chen ve ark. (29) çalışmalarında, radyoterapi alan hastaların fiziksel ve sosyal-duygusal işlev skorları radyoterapi almayanlardan anlamlı olarak daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir.

Neilsen ve ark. (100) 2013 yılında 101 baş ve boyun kanserli hastanın 18 aylık takibinde radyoterapinin etkisini araştırmışlardır. Kanser ve tedavisiyle ilişkili fiziksel semptomların artması ile depresyon semptomlarının arttığını belirtmişler ve radyoterapinin baş ve boyun kanserli hastalarda depresyonu arttırdığını bildirmişlerdir. Ayrıca baş ve boyun kanserli hastaların, radyoterapi sonrasında diğer onkoloji hastalarına ve genel nüfusa göre daha fazla depresyon belirtileri yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Chen ve ark. (28) radyoterapinin, baş ve boyun kanserli hastalar üzerinde depresyon düzeyini arttırdığını belirtmişlerdir.

Cordes ve ark. (36) beyin kanserli hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, radyoterapinin hastaların anksiyete seviyesini arttırdığını tespit etmişlerdir. Nailsen ve ark. (100) radyoterapinin baş ve boyun kanserli hastalarda anksiyeteyi arttırmadığı, düşükte olsa anksiyetenin düştüğünü belirtmişlerdir. D'haese ve ark. (48) radyoterapi alan kanserli hastalar üzerinde yapmış oldukları çalışmada da Nailsen ve ark. destekleyici bir sonuç bulunmuşlardır. Ancak D'haese ve ark. anksiyetenin düşmesinde hastanın tedavi ile ilgili bilgilendirilmesinin etkisi olduğunu söylemişlerdir. Chen ve ark. (28) ise radyoterapinin etkisinin baş ve boyun kanserli hastalarda anksiyete üzerinde anlamlı bir değişiklik tespit etmemişlerdir.

Bizim çalışmamızda da radyoterapi alan hastalar ile radyoterapi almayan hastalar arasında tedavi öncesi ve sonrasında yaşam kalitesi açısından anlamlı ($p<0.05$) bir farklılık tespit edilmiş, radyoterapi alan grubun yaşam kalitesi, radyoterapi almayan gruptaki hastalardan daha düşük bulunmuştur.. Radyoterapi alan ve almayan hastalarda tedavi öncesi ve sonrasında ise depresyon ve anksiyete açısından anlamlı ($p>0.05$) bir farklılık bulunamamıştır.

Protetik tedavide amaç, yitirilmiş olan estetik olan görünüm ve fonksiyonu onarmaktır. Uygulanan protez, hastanın fonksiyon ve estetik handikaplara bağlı olarak ortaya çıkan psikolojik ve sosyal hasarları onarmalıdır (40). Maksiller kanserli hastalarda, yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörler; kanserin semptomlarının ortadan kaldırılması ve kaybedilen fonksiyonların yerine konmasıdır (130). Anatomik olarak karmaşık olan maksillanın rehabilitasyonu için protezler, oronazal ve oroantral açıklığı ortadan kaldırmak, normal konuşma ve dentisyonu düzeltmek için sıklıkla kullanılır (29).

Allison ve ark (5), kanser hastalarının yaşam kalitesi üzerinde yapmış oldukları çalışmada, dental tedavilerin sağlık ile ilgili yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği sonucuna varmışlardır. Çalışma sonucunda da kanser hastalarında dental durum ile genel sağlık durumu arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılması için çalışmalar yapılması gerektiğini ve bu çalışmaların sonucu ile birlikte hedeflenen rehabilitasyonların, sağlık ile ilgili yaşam kalitesine önemli bir katkısı olacağını bildirmişlerdir. Bjordal tedavinin yan etkilerindeki azalmanın, uzun vadede hayatta kalanlarda psikososyal morbiditeyi azaltmanın en iyi yolu olabileceği sonucuna varmıştır (23). Morton, baş ve boyun kanseri hastalarında ağrı, iletişim becerileri ve yutma problemlerine dikkat etmenin önem taşıdığını, eğer bu durumlar iyileştirilirse, hastaların yaşam kalitelerinin de artacağını belirtmiştir (95).

Kornblith ve ark. (84), maksillektomi geçirmiş hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, maksillektomi operasyonunda sonraki dönemde hastanın adaptasyonunu

sağlayan en önemli etken olarak, fonksiyon görebildiği uyumlu bir obturatör protez olduğunu belirtmişlerdir. Birçok çalışma da fonksiyonel olarak etkili iyi bir obturatörün, yaşam kalitesini önemli şekilde attırdığını rapor edilmiş ve Kornblith ve ark. ulaştığı sonucu doğrulanmıştır. (69,75,84,116)

List ve ark. (91) yaptıkları çalışmada cerrahi tipi ile konuşma, diyet ve yemek yemenin performans derecesi arasında önemli bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Bu, hastaların fark ettiği fiziksel işlevdeki değişimdir ve onların bakış açısından muhtemelen işlem değil, yaşam biçimi üzerinde algılanan etki önemlidir. Bu durumda da, yutma ve konuşmanın rehabilitasyonu açısından ameliyat sonrası hastaya verilen önlemler ve genel desteğin önem kazandığını söylemişlerdir.

Irish ve ark. (75) ve Kornblith ve ark. (84), obtüratör fonksiyonu ile güçlük çeken hastalarda hastalıkta artış, depresyon, davranış kaybı veya duygusal kontrol artışı ve azalmış pozitif etki bildirilmişlerdir.

Sullivan ve ark (126) maksillektomi geçirmiş ve obturatör kullanan hastalarda yapmış oldukları çalışmada, obturatör kullanıldığında hastaların %94'ünün konuşmasının anlaşılabilirliğini, obturatör çıkarıldığında ise bu oranın %61'e düştüğünü belirtmişlerdir. Wedel ve ark (142) maksillektomi geçirmiş ve obturatör kullanan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların %65'inde konuşmalarında belirgin bir düzelme gördüklerini, hastaların %25'inde düşük bir düzelme miktarı olduğunu, %10'unda ise herhangi bir değişiklik olmadığını belirtmişlerdir. Shipman (123), obturatör kullanan hastalar için; obturatörün sağladığı fonksiyonun, estetiğin ve oral bölge ile nazal bölge arasındaki seperasyonun sağlanmasının başarı sayılması gerektiğini bildirmiştir. Reigel ve ark. (113) 2002 yılında maksillektomi geçirdikten sonra obturatör kullanan ve obturatör kullanmayan hastalar arasında yaptıkları çalışmada, obturatör kullanan hastaların maksillektomi öncesindeki fonksiyon düzeyine çok yakın bir seviyede bulunduğunu; ancak obturatör kullanmayan hastaların ise fonksiyon seviyesinde çok büyük bir düşüş olduğunu belirtmişlerdir.

Uyar ve ark. (138) 2006-2013 yılları arasında maksilla tümörü nedeniyle ameliyat edilen 17 hasta üzerinde yapmış oldukları çalışmada, hastalarına uyguladıkları obturatör protezlerin hastaların mental açıdan yaşam kalitesini yükselttiğini gözlemlemişlerdir. Buna rağmen Morimata ve ark.(94) ve Depprich ve ark. (46) maksillektomi olmuş hastalara ameliyat sırasında uygulanan obturatör protezlerin, hastaların yaşam kalitesini değiştirmediğini bildirmişlerdir.

Bizim çalışmamızda da daimi protetik tedavinin baş ve boyun kanserli hastalarda yaşam kalitesini anlamlı bir şekilde arttırdığı; anskiyete ve depresyonu ise belirli şekilde düşürdüğünü tespit edilmiştir.

Sonuç olarak yaptığımız çalışmanın verilerine dayanarak,

-Oral kanser sebebiyle cerrahi operasyon geçirmiş hastalarda protetik tedavi hastaların yaşam kalitelerini ve hastalık ile başa çıkabilme düzeylerini belirgin bir şekilde arttırdığı tespit edilmiştir.

-Sosyo-demografik özelliklerinin, tek başlarına yaşam kalitesi ve hastalık ile başa çıkabilme düzeylerine ciddi bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.

- Radyoterapi alan hastaların, protetik tedaviden sonra yaşam kalitelerinde anlamlı bir artış görülürken, hastalık ile başa çıkabilme düzeylerinde bir değişik saptanamamıştır.

KAYNAKLAR

1. Acar OT. Obtüratör protez kullanan orta hat maksiller rezeksiyonlu hastalarda yaşam kalitesinin araştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Birimleri Enstitüsü Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı, Dotor Tezi, İstanbul, 2004
2. Akın S. (2003). Baş-boyun kanserlerinde rekonstrüksiyon. İçinde Engin K. Erişen L. (Ed) Baş-Boyun Kanserleri. İstanbul. Nobel Kitapevi.
3. Akkaş EA, Yücel B, Babacan NA, Altuntaş EE. Baş boyun kanserli hastalarda tedavi sonuçları ve prognostik faktörler. Cumhuriyet Medical Journal 2013; 35: 66-67.
4. Alacacioğlu A. Kanser Hastaları ve hasta yakınlarının depresyon, umutsuzluk ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıbbi Onkoloji Uzmanlık Tez, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2007.
5. Allison PJ, Locker D, Feine JS. The relationship between dental status and health-related quality of life in upper aerodigestive tract cancer patients. Oral Oncol 1999; 35(2): 138-43.
6. Altıparmak S, Fadiloğlu Ç, Gürsoy ŞT, Altıparmak O. Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi. Ege Tıp Dergisi 2011; 50(2): 95-101.
7. Altuntaş EE. Baş boyun kanserlerinde cerrahinin yaşam süresi ve kalitesine katkısı. İçinde Cingi(Ed.), Kulak Burun Boğazda Kanıta Dayalı Tanı Ve Tedavi. İstanbul, 2004.
8. Andersson L, Kahnberg KE, Pogrel MA. Oral and maxillofacial surgery. Wiley-Blackwell, 2010.
9. Aplaç B, Malkoç M, Gelecek N, Şen M. Quality of life of Turkish patients with head and neck cancer. Turkish Journal Of Cancer 2007; 37(4): 129-135.
10. Ardahan M, Temel AB. Prostat kanserli hastalarda yaşam kalitesi ile sağlık yaşam biçimi davranışı ilişkisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 22(2), 1-14.
11. Arslan S, Çelebioğlu A, Tezel A. Kemoterapi alan kanserli hastalarda depresyon ve yaşam doyumunun belirlenmesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008; 28: 628-634.

12. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoglu NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatrik Dergisi* 2003; 14(2): 145-52.
13. Atıcı SS, Çağlak F, Uyar Y. Maksiller sinüs tümörleri. *KBB Forum* 2012; 11(3).
14. Avinash S, Rohanda F, Thomas D. Classification of maxillectomy defects: systematic review and criteria necessary of a universal description. *The Journal Of Prosthetic Dentistry* 2012; 107(4): 261-270.
15. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997; 8(4): 280-7.
16. Bankoğlu M, Karakoca S. İntraoral implant destekli çene-yüz protezleri. *A.D.O. Klinik Bilimleri Dergisi* 2010; 3(4): 466-73.
17. Bektaş-Kayhan K, Ünür M. Ağız boşluğunda görülen kanserler ve sınıflandırılması. *İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2011; 45(1): 55-63.
18. Beumer III J, Curtis TA, Marunick MT. *Maxillofacial Rehabilitation*. St Louis: Ishiyaku EuroAmerica Inc, 1996.
19. Bhide SA, Newbold KL, Harrington KJ, Nutting CM. Clinical evaluation of intensity-modulated radiotherapy for head and neck cancers. *Br J Radiol* 2012; 85(1013): 487-94.
20. Bjordal K, Ahlner-Elmqvist M, Hammerlid E, Boysen M, Evensen JF, Biörklund A, Jannert M, Westin T, Kasa S. A prospective study of quality of life in head and neck cancer patients. Part II: Longitudinal data. *Laryngoscope* 2001; 111(8): 1440-1452.
21. Bjordal K, Graeff A, Fayers PM, Hammerlied E, van Pottelsberghe C, Curran D, Ahlner-Elmqvist M, Maher EJ, Meyza JW, Bredart A, Soderholm AL, Arraras JJ, Feine JS, Abendstein H, Morton RP, Pignon T, Huguenin P, Bottomly A, Kaasa S. A 12 country field study of the EORTC QLQ-C30 (version 3.0) and the head and neck cancer specific module (EORTC QLQ-H&N35) in head and neck patients. EORTC Quality of Life Group. *European Journal Cancer* 2000; 36(14): 1796-1807.
22. Bjordal K, Kaasa S. Psychological distress in head and neck cancer patients 7–11 years after curative treatment. *Br J Cancer* 1995; 71(3): 592–597.

23. Bjordal K, Mastekaasa A, Kaasa S. Self-reported satisfaction with life and physical health in long-term cancer survivors and a matched control group. *Oral Oncol Eur J Cancer* 1995; 31B(5): 340–345.
24. Bilgel N (2003). Baş-boyun kanserlerinin epidemiyolojisi. İçinde Engin K. Erişen L. (Ed) Baş-Boyun Kanserleri. İstanbul. Nobel Kitapevi.
25. Brown JS, Shaw RJ. Reconstruction of the maxilla and midface: Introducing a new classification. *The Lancet Oncology* 2010; 11: 1001-1008.
26. Capuano G, Gentile PC, Bianciardi F, Tosti M, Palladino A, Di Palma M. Prevalence and influence of malnutrition on quality of life and performance status in patients with locally advanced head and neck cancer before treatment. *Support Care Cancer* 2010; 18(4), 433-437.
27. Chaukar DA, Walvekar RR, Das AK, Deshpande MS, Pai PS, Chaturvendi P, Kakade A, D’Cruz AK. Quality of life in head and neck cancer survivors: A cross-sectional survey. *Am J Otolaryngol* 2009; 30(3): 176-80.
28. Chen AM, Jennelle RL, Grady V, Tovar A, Bowen K, Simonin P, Tracy J, McCrudden D, Stella JR, Vijayakumar S. Prospective study of psychosocial distress among patients undergoing radiotherapy for head and neck cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2009; 73(1): 187-93.
29. Chen C, Ren WH, Huang RZ, Gao L, Hu ZP, Zhang LM, Li SM, Dong K, Qi H, Zhi KQ. Quality of life in patients after maxillectomy and placement of prosthetic obturator. *The International Journal of Prosthodontics* 2016; 29(4): 363-368.
30. Chen CL, Kuo LR, Lee SY, Hwu YK, Chou SW, Chen CC, Chang FH, Lin KH, Tsai DH, Chen YY. Photothermal cancer therapy via femtosecond-laser-excited FePt nanoparticles. *Biomaterials* 2013; 34: 1128-1134.
31. Chingurupati R, Aloor N, Salas R, Schimidt BL. Quality of life after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. *J Oral Maxillofac Surg.* 2013; 71(8): 1471-1478
32. Ciameralla A, Poli P. Assessment of Depression among cancer patients: The role of pain, cancer type and treatment. *Psychooncology* 2001; 10(2), 156-65.
33. Colmenero C, Martorell V, Colmenero B, Sierra I. Temporalis myofascial flap for maxillofacial reconstruction. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery* 1991; 49(10): 1067-1073.

34. Connor NP, Cohen SB, Kammer RE, Sullivan PA, Brewer KA, Hong TS, Chappell RJ, Harari PM. Impact of conventional radiotherapy on health-related quality of life and critical functions of the head and neck. *Int J Radial Oncol Biol Phys* 2006; 65(4): 1051-1062.
35. Cooper GM. *The Cell, A Molecular Approach*, 2. Edition. Sinauer Associates, 2000.
36. [Cordes](#) MC, Scherwath A, Ahmad T, Cole AM, Ernst G, Oppitz K, Lanfermann H, Bremer M, Steinmann D. Distress, anxiety and depression in patients with brain metastases before and after radiotherapy. *BMC Cancer* 2014; 14: 731.
37. Coşkun A, Bolayır G, Yılmaz C, Yaluğ S, Korkmaz T. Yumuşak damak obturatörleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2003; 6(2).
38. Çankaya H. (2003). Baş-boyun kanserlerinde destek tedavisi. İçinde Engin K. Erişen L. (Ed) *Baş-Boyun Kanserleri*. İstanbul. Nobel Kitapevi.
39. Çapar SG. Kemoterapi gören kanserli hastalarda ağrı ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, Edirne, 2010.
40. Çötert S (2003). *Çene-Yüz Protezleri*. İzmir. Ege Üniversitesi Basımevi.
41. Davies L, Welch G. Epidemiology of head and neck cancer in the United States. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery* 2006; 135(3): 452-457.
42. De Graeff A, de Leeuw RJ, Ros WJG, Hordijk GJ, Blijham GH, Winnubst JAM. Long-term quality of life patients with head and neck cancer. *Laryngoscope* 2000; 110(1): 98-106.
43. De Graeff A, de Leeuw RJ, Ros WJG, Hordijk GJ, Blijham GH, Winnubst JAM. Sociodemographic Factors and Quality of Life as Prognostic Indicators in Head and Neck Cancer. *European Journal of Cancer* 2001; 37: 332-339.
44. De Melo Filho MR, Rocha BA, Pires MB, Fonseca ES, Fresitas EM, Junior HM, Santos FBG. Quality of life of patients with head and neck cancer. *Braz J Otorhinolaryngol* 2013; 79: 82-88.
45. Demirtaş G. Multipl myelomlu hastalarda yaşam kalitesi ve stresle başa çıkma tutumları. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2013.
46. Depprich R, Naujoks C, Lind D, Ommerborn M, Meyer U, Kübler NR, Handschel J. Evaluation of quality of life of patients with maxillofacial defects after

- prosthodontic therapy with obturator prosthesis. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2011; 40(1): 71-79.
47. Doss JG, Ghani WMN, Razak IA, Yang YH, Rogers SN, Zain RB. Changes in health-related quality of life of oral cancer patients treated with curative intent: experience of a developing country. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2017; 46(6): 687-698.
48. D'haese S, Vinh-Hung V, Bijdekerke P, Spinnoy M, de Beukeleer M, Lochie N, De Roober P, Strome G. The effect of timing of the provision of information on anxiety and satisfaction of cancer patients receiving radiotherapy. *J Cancer Educ* 2000; 15(4): 223-7.
49. Epstein JB, Emertson S, Kolbinson DA, Le ND, Philips N, Stevenson-Moore P, Osaba D. Quality of life and oral function following radiotherapy for head and neck cancer. *Head Neck* 1999; 21(1): 1-11.
50. Epstein JB, Robertson M., Emerton S., Philips N., Stevensen-Moorr P. Quality of life and oral function in patients treated with radiation therapy for head and neck cancer. *Head Neck* 2001; 23(5): 389-398.
51. Ertem G, Kalkım A, Bulut S, Sevil Ü. (2009). Radyoterapi alan hastaları evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi* 2009; 2(9): 4-12.
52. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser SY, Eser E, Göker E. Türkler İçin Sağlık ve Sosyal Bilim Araştırmalarında Kullanılan Likert Tipi Yanıt Ölçekleri: WHOQOL Türkçe Versiyonu Yanıt Skalaları Sonuçları. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 1999; 7(Ek 2):41-47.
53. Fierz J, Bürgin W, Mericske-Stern R. Patients with oral tumors Part 2: Quality of life after treatments with resection prostheses. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 2012; 123: 180-5.
54. Fitzsimmons D, George S, Payne S, Johnson CD. Differences in perception of quality of life issues between health professionals and patients with pancreatic cancer. *PsychoOncology* 1999; 8(2): 135-43.
55. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E., Vieira G, Santos L, Pinzon V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality of life WHOQOL-Bref. *Revista Saúde Pública* 2000; 34(2): 178–183.

56. Futran ND. Primary reconstruction of the maxilla following maxillectomy with or without sacrifice of the orbit. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery* 2005; 63(12):1765-1769.
57. Gamba A, Romano M, Grosso IM, Tamburini M, Cantu G, Molinari R, Vehtafridda V. Psychosocial adjustment of patients surgically treated for head and neck cancer. *Head Neck* 1992; 14(3): 218-23.
58. Ganz PA. Quality of life and the patient with cancer. Individual and Policy Implications. *Cancer Supplement* 1994; 74: 1445-1451.
59. Gerlach NL, Barkhuysen R, Kaanders JH, Janssens GO, Sterk W, Merckx MA. The effect of hyperbaric oxygen therapy on quality of life in oral and oropharyngeal cancer patients treated with radiotherapy. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2008; 37(3): 255-9.
60. Given CW, Given BA, Stommel M. The impact of age, treatment and symptom on the physical and mental health of cancer patients. *Cancer* 1994; 74(7): 2128-2138.
61. Göl ND. Kemoterapi alan hastalarda depresyon ve yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzincan, 2014.*
62. Gritz ER, Carmack CL, dr Moor C, Coscarelli A, Schacherer CW, Meyers EG, Abedmayor E. First year after head and neck cancer: Quality of life. *Journal of Clinical Oncology*;1999; 17: 352-360.
63. Gürel DK. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Onkoloji, Hematoloji Klinikleri'nde kemoterapi uygulanan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana 2007.*
64. Güren E, Tekgül S, Bilaçeroğlu S, Arslan S, Çimen P, Taşdoğan N. Akciğer kanserli hastalarda anskiyete ve depresyon düzeyindeki değişimler. *İzmir Göğüs Hastalıkları Dergisi* 2005; 19(3): 83-91.
65. Hammerlid E, Ahlner-Elmqvist M, Björkdal K, Biörklund A, Evensen J, Boysen M, Jannert M, Kaasa S, Sullivan M, Westin T. A prospective multicenter study in Sweden and Norway of mental distress and psychiatric morbidity in head and neck cancer patients. *Br J Cancer* 1999; 80(5-6): 766-774.

66. Hammerlid E, Taft C. Health-related quality of life in long-term head and neck survivors: A comparison with general population norms. *Br J Cancer* 2001; 84(2): 149-156.
67. Hassanein KA, Musgrove BT, Bradbury E. Functional status of patients with oral cancer and its relation to style of coping, social support and psychological status. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2001; 39(5): 340-5.
68. Hecker DM, Wiens JP, Cowper TR, Eckert SE, Gitto CA, Jacob RF, Mahanna GK, Turner GE, Potts A, Logan H, Wiens RL. Can we assess quality of life in patients with head and neck cancer: A preliminary report from the American Academy of Maxillofacial Prosthodontics. *J Prosthet Dent* 2002; 88(3): 344-5.
69. Hertrampf K, Wenz HJ, Lehmann KM, Lorenz W, Koller M. Quality of life of patients with maxillofacial defects after treatment for malignancy. *Int J Prosthodont* 2004; 17(6): 657–665.
70. Hjernstad MJ, Fayers PM, Björdal K, Kaasa S. Using reference data on quality of life - importance on adjusting for age and gender, exemplified by the EORTC QLQ-C30(+3). *Eur J Cancer* 1998; 34(9): 1381-9.
71. Hoffman HT, Karnell LH, Funk GF. The national cancer data base report on cancer of the head and neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1998;124(9): 951-962.
72. Honorato NP, Abumusse LVM, Coqueiro DP, Citero VA. Personality traits, anger and psychiatric symptoms related to quality of life in patients with newly diagnosed digestive system cancer. *Arq Gastroenterol* 2017; 54(2): 156-162.
73. http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx
73. <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-nedir/4-kanser-nedir.html>
74. Irish J, Sandhu N, Simpson C, Woods R, Gilbert R, Gullane P, Brown D, Goldstein D, Devins G, Bareker E. Quality of life in patients with maxillectomy prostheses. *Head Neck* 2009; 31(6): 813-821.
75. Karakaş SA. Kanser hastalarının hastalığı değerlendirme biçimlerinin anksiyete depresyon ve yaşam kalitesine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2007.
76. Kayış A. Kanser hastalarının hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyleri. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.

77. Kelleci M, Aydın D, Sabancıoğulları S, Doğan S. Hastanede yatan hastaların bazı tanı gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Klinik Psikiyatri* 2009; 12(2): 90-98.
78. Keskin H. Özdemir T. (1995). Çene-Yüz Protezleri. İstanbul. Özel Basım.
79. Keyf F. Obturator prosthesis for hemimaxillectomy patients. *Journal of Oral Rehabilitation* 2001; 28(10): 821-829.
80. Kılıçalp S. Kanser hastalarında yaşam kalitesi ile hastalığın klinikopatolojik özellikleri arasında ilişkinin değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kanser Epidemiyolojisi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2009.
81. Kızılcı S. Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranış ilişkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 1999; 22(2), 1-14.
82. Korkmaz FM, Kocacıklı M, Korkmaz T. Maksiller obturatörlerde dental ve zigomatik implant seçimi. *A.D.O. Klinik Bilimleri Dergisi* 2009; 3(1): 295-9.
83. Kornblith AB, Zlotolow IM, Gooen J, Hury JM, Lerner T, Strong EW, Shah JP, Spiro RH, Holland JC. Quality of life of maxillectomy patients using an obturator prosthesis. *Head Neck* 1996; 18(4): 323-334.
84. Kutlu R, Çivi S, Börüban MC, Demir A. Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Selçuk Üniv Tıp Derg* 2011; 27(3): 149-53.
85. Langendijk JA, Doornaert P, Verconk-deLeeuw IM, Leemans CR, Aaronson NK, Slotman BJ. Impact of late treatment-related toxicity on quality of life among patients with head and neck cancer treated with radiotherapy. *J Clin Oncol* 2008; 26(22): 3770-6.
86. Larsson M., Hedelin B., Johansson I., Athlin E. Eating problems and weight loss for patients with head and neck cancer: A chart review from diagnosis until one year after treatment. *Cancer Nurs* 2005; 28(6): 425-35.
87. Li K, Kay NS, Nokkaew N. The performance of the World Health Organizations WHOQOL-Bref in assessing the quality of life of Thai college students. *Socials Indicator Research* 2009; 90(3): 489-501.
88. Li Q, Lin Y, Hu C, Xu Y, Zhou H, Yang L, Xu Y. The Chinese version of hospital anxiety and depression scale: Psychometric properties in Chinese cancer patients and their family caregivers. *Eur J Oncol Nurs* 2016; 25: 16-23.

89. Linzer M, Spitzer R, Kroenke K, Williams JB, Hahn S, Brody D, deGruy F. Gender, Quality of Life and Mental Disorders in Primary Care: Result From The PRIME-MD 1000 Study. *Am J Med* 2006; 101(5) 526-533.
90. List MA, Ritter-Ster C, Lansky SB. A performance status scale for head and neck cancer patients. *Cancer* 1990; 66(3), 564-569.
91. Manavoğlu O, Kurt E. (2003). Tedavi prensipleri. İçinde Engin K. Erişen L. (Ed) Baş-Boyun Kanserleri. İstanbul. Nobel Kitapevi.
92. Michelone AP, Santos VL. Quality of life of cancer patients with and without an ostomy. *Rev. Lat. Am. De. Enferm* 2004; 12(6): 875–883.
93. Morimata J, Otomaru T, Murase M, Haraguchi M, Sumita Y, Taniguchi H. Investigation of Factor Affecting Health-Related Quality of Life in Head and Neck Cancer. *Gerodontology* 2013; 30(3): 194-200.
94. Morton RP. Life-satisfaction in patients with head and neck cancer. *Clin Otolaryngol Allied* 1995; 20(6): 499-503.
95. Morton RP. Studies in the quality of life of head and neck cancer patients: Result of a two-year longitudinal study and a comparative cross-sectional cross-cultural survey. *Laryngoscope* 2003; 113(7): 1091-103.
96. Movsas B, Scott C, Watkins-Bruner D. Pretreatment factors significantly influence quality of life in cancer patients: a Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2006; 65(3): 830-5.
97. Murphy BA, Ridner S, Well N, Dietrich M. Quality of life in head and neck cancer: a review of the current state of science. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2006; 62(3): 251-267.
98. Müller F, Schädler M, Wahlmann U, Newton J P. The Use of implant-supported prostheses in the functional and psychosocial rehabilitation of tumor patients. *Internatioanl Journal of Prosthodontics* 2004; 17(5): 512– 517.
99. Neilson K, Pollard A, Boonzaier A, Corry J, Castle D, Smith D, Trauer T, Couper J. A longitudinal study of distress (depression and anxiety) up to 18 months after radiotherapy for head and neck cancer. *Psychooncology* 2013; 22(8): 1843-8.
100. Oliveira SEH, Carvalho H, Esteves F. Toward an understanding of the quality of life construct: Validity and reliability of the WHOQOL-Bref in a psychiatric sample. *Psychiatry Research* 2016; 244: 37-44.

101. Öz ZS. Kemoterapi Alan Hematolojik Malignansili Hastalarda Yaşam Kalitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul 2006.
102. Özdemir AK, Coşkun A. Kongenital damak yarıklarında protetik tedavi. Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2001; 4(1).
103. Özdemir AK, Tunalı A, Coşkun A, Yaluğ S. Maksiller rezeksiyonların protetik obtürasyonu. Cumhuriyet Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dergisi 1998; 1(2).
104. Öztürk E. Radyoterapi alan baş ve boyun kanserli hastalarda yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011.
105. Peterson KM, Silander EM, Hammerlid EB. Effects of psychosocial intervention on quality of life in patients with head and neck cancer. Head Neck 2003; 25(7): 576-584.
106. Pınar G, Algier L, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. Uluslararası Hematoloji - Onkoloji Dergisi 2008; 3(18), 141-149.
107. Pınar R, Salepci T, Afşar F. Assessment of quality of life in Turkish Patients with cancer. Turkish Journal of Cancer 2003, 33(2), 96-101.
108. Rabin EG, Heldt E, Hirakata VN, Fleck MP. Quality of life predictors in breast cancer women. Eur J Oncol Nurs 2008; 12(1): 53-7.
109. Raöaekers BL, Joore MA, Grutters JP, van den Ende P, Jong JD, Houben R, Lambin P, Christianen M, Beetz I, Pijls-Johannesma M, Langendijk JA. The impact of late treatment-toxicity on generic health-related quality of life in head and neck cancer patients after radiotherapy. Oral Oncol 2011; 47(8): 768-74.
110. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Marques Vidal P, Camilo ME. (2005) Impact of nutrition on outcome; a prospective randomized controlled trial in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. Head Neck 2005; 27(8): 659-68.
111. Rieger JM, Wolfaardt JF, Jha N, Seikaly H. Maxillary obturators: the relationship between patient satisfaction and speech outcome. Head Neck 2003; 25(11): 895-903.
112. Reiger JM, Wolfaardt JF, Seikaly H, Jha N. Speech outcomes in patients rehabilitated with maxillary obturator prostheses after maxillectomy: A prospective study. Int J Prosthodont 2002; 15(2): 139-44.

113. Rogers SN. Quality of life perspectives in patients with oral cancer. *Oral Oncology* 2010; 46: 445-447.
114. Rogers SN, Humphris G, Lowe D, Brown JS, Vaughan ED. The impact of surgery for oral cancer on quality of life as measured by the Medical Outcomes Short Form 36. *Oral Oncol* 1998; 34(3): 171-9.
115. Rogers SN, Lowe D, McNally D, Brown JS, Vaughan ED. Health-Related Quality of Life After Maxillectomy: A Comparison Between Prosthetic Obturation and Free Flap. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2003; 61(2): 174-181.
116. Rustoen T, Moum T, Wiklund I, Hanestad BR. Quality of life in newly diagnosed cancer patients. *J Adv Nurs* 1999; 29(2): 490-498.
117. Sadura A, Pater J, Osoba D, Levine M, Palmer M, Bennett K. Quality-of-life assessment : Patient compliance with questionnaire completion. *J Natl Cancer Inst* 1992; 84(13): 1023-6.
118. Savcı AB. Kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum 2006.
119. Serin M, Erkal HŞ.(2003) Radyoterapi prensipleri. İçinde Engin K. Erişen L. (Ed) Baş-Boyun Kanseri. İstanbul. Nobel Kitapevi.
120. Shah S, Har-el G, Rosenfeld RM. Short-term and long-term quality of life after neck dissection. *Head Neck* 2001; 23: 954-961.
121. Sharma AB, Beumer J III. Reconstruction of maxillary defects: The case for prosthetic rehabilitation. *Journal of Oral Maxillofac Surgery* 2005; 63(12): 1770-1773.
122. Shipman B. Evaluation of occlusal force in patients with obturator defects. *J Prosthet Dent* 1987; 57(1): 81-84.
123. Srithhavaj T, Santawisuk W, Reddy SK. Rehabilitation using definitive obturators prosthesis following maxillectomy for ameloblastoma: A case report. *Mahidol Dent J* 2006; 26: 354-50.
124. Subaşı D. Kanser ağrısı deneyimleyen hastaların yaşam kalitesi ve başa çıkabilme tutumlarının değerlendirilmesi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2010.
125. Sullivan M, Gaebler C, Beukelman D, Mahanna G, Marshall J, Lydiatt D, Lydiatt WM. Impact of palatal prosthodontic intervention on communication

- performance of patients' maxillectomy defects: A multilevel outcome study. *Head Neck* 2002; 24(6): 530-538.
126. Şenkal HA. Baş ve boyun kanserli hastalar için Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Anket Formu Türkçe Versiyonu'nun geçerliliği ve güvenilirliğinin araştırılması, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2009.
127. Taneli S, Taneli Y. (2003). Baş-boyun kanserlerinin psikososyal boyutu. İçinde Engin K. Erişen L. (Ed) Baş-Boyun Kanseri. İstanbul. Nobel Kitapevi.
128. Tavoli A, Mohagheghi MA, Montazeri A, Roshan R, Tavoli Z, Omidvar S. Anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: does knowledge of cancer diagnosis matter? *BMC Gastroenterology* 2007; 7(28).
129. Terada N, Numata T, Kobayashi N, Gorio S, Kobayashi T, Ono K, Konno A. State of mastication affects quality of life in patients with maxillary sinus cancer. *Laryngoscope* 2003; 113(4): 729-36.
130. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9: 59-66.
131. Topuz E. Aydınar A ve Karadeniz AN, Klinik Onkoloji, İstanbul, 2000.
132. Trompenaars FJ, Masthoff ED, Van Heck GL, Hodiament PP, De Vries J. Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOL-Bref in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Qual. Life Res* 2005; 14(1): 151-160.
133. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara, 2017.
134. Tüz M, Turhan N, Turalı M, Çetin O, Taşel M. Maksiller sinüs tümörlerinde cerrahi ve kombine edilmiş tedavi yöntemleri. *S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 1999; 6(2): 23-6.
135. Unsal D, Menten B, Akmansu M, Uner A, Oguz M, Pak Y. Evaluation of nutritional status in cancer patients receiving radiotherapy: A prospective study. *Am J Clin Oncol* 2006; 29(2): 183-188.
136. Uslu R, Bilgen C, Essolak M (2006). Baş ve Boyun Kanseri. İçinde Topuz E. Aydınar A. (Ed) Onkoloji El Kitabı. İstanbul: Turgut Yayıncılık.
137. Vartanian JG, Carvalho AL, Yueh B, Pirante AVM, de Melo RL, Correia LM, Köhler HF, Toyota J, Kowalski ISG, Kowalski LG. Long-term quality-of-life

- evaluation after head and neck cancer treatment in a developing country. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2004;130(10): 1209-1213.
138. Von Steinbuchel N, Lischetzke T, Gurny M, Eid M. Assessing quality of life in older people: Psychometric properties of the WHOQOL-Bref. European Journal of Ageing 2006; 3(2): 116–122.
139. Walker J, Postma K, McHugh GS, Rush R, Coyle B, Strong V, Sharpe M. Performance of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool for major depressive disorder in cancer patients. Journal of Psychosomatic Research 2007; 63(1): 83-91.
140. Walter J, Aguilar ML. Head and neck cancer radiation therapy with and without chemotherapy may result in decreased health-related quality of life followed by a return to baseline over a 1 year period. Journal of Evidence Based Dental Practice 2015; 15: 25-27.
141. Wedel A, Yontchev E, Carlsson GE, Ow R. Masticatory function in patients with congenital and acquired maxillofacial defects. J Prosthet Dent 1994; 72(3): 303-8.
142. Yeşilbakan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 21(1): 13-31.
143. Yıldırım G, Kumral TL, Uyar Y, Berkiten G, Saltürk Z, Doğan MÖ, İnan M. Maksillektomi uygulanan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Kulak Burun Boğaz Uygulamaları 2014; 2(1): 28-32.
144. Yumi M, Ken O, Hiroyuki H, Eriko M, Hiroaki S, Hirofumi T. Functional outcomes with dental prosthesis following simultaneous mandibulectomy and mandibular bone reconstruction. Journal of Prosthodontics Research 2014; 58: 259-266.
145. Yüce D. Kanserli hastalarda yaşam kalitesi belirleyicileri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kanser Epidemiyolojisi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2012.
146. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67(6): 361-70 .

FORMLAR

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ ANA BİLİM DALI

HASTA BİLGİ FORMU

Ad Soyad:.....

Cinsiyeti: Kadın Erkek

Doğum Yeri:..... Doğum Tarihi:...../...../.....

Mesleği:.....

Adres:.....

.....

Telefon: (Ev).....(Cep).....

Şu anda gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

Evet..... Hayır

Medeni Hali: Evlili Bekar Dul Boşanmış

Kiminle Yaşıyorsunuz: Yalnız yaşıyorum Anne/Baba/Kardeşlerimle yaşıyorum

Eşimle/Çocuklarımla yaşıyorum Diğer:.....

Eğitim Durumu: (En son mezun olduğunuz okul) İlkokul Ortaokul Lise

Yüksek Okul Üniversite Üniversite

Sonrası

Yaşamın Geçtiği Yer: Köy/Kırsal Şehir/Kentsel

Aylık Gelir: 0-500 TL 500-1000 TL 1000 TL üzeri

Sigara Kullanıyor musunuz: Evet Hayır

Alkol Kullanıyor musunuz: Evet Hayır

Hastalığınıza Ne Teşhis Konuldu:.....

Hastalığınıza Ne Zaman Teşhis Konuldu:.....

Hastalığınızla İlgili Operasyon Geçirdiniz mi:.....

Operasyon Tarihi:.....

Ailenizde Kanser Vakası Var mı: Evet Hayır

Radyoterapi Gördünüz mü / Görecek misiniz: Evet Hayır

Kemoterapi Gördünüz mü / Görecek misiniz: Evet Hayır

Operasyon Sonrası Ağız İçi Durum:

Planlanan Protetik Tedavi:

HAD ÖLÇEĞİ

Hasta Adı Soyadı

Tarih

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendiriyor
- Hayır, hiç de öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebilirim
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alıyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek

WHOQOL-BREF (TR)

SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? Erkek Kadın

Doğum tarihiniz nedir? / / GÜN / AY / YIL

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir? Hiç eğitim almadım
İlkokul-ortaokul
Lise veya eşdeğeri
Yüksek

Medeni durumunuz nedir?

hiç evlenmemiş
evli
evli gibi yaşıyor
ayrılmış
boşanmış
eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı? evet hayır

Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

_____ hastalık / sorun

Açıklama

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınıza ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak gözönüne alınız. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınizi yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafa dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F13.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasına	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

ETİK KURUL KARARI

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 1248

Tarih : 15.08.2014

Konu : Doç.Dr.Bilge Gökçen RÖHLİĞ

Doç.Dr.Bilge Gökçen RÖHLİĞ
Diş Hekimliği Fakültesi

İlgi :Diş Hekimliği Fakültesinin 22/07/2014 gün ve 135080 sayılı yazısı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Dt.İbrahim DOĞAN'ın yürüteceği 2014/1178 dosya numaralı "Oral Kanserli Hastalarda Protetik Tedavinin Hayat Kalitesi Ve Depresyona Etkisinin Psikiyatrik Bulgular İle İncelenmesi" başlıklı çalışma kurulumuzun 08/08/2014 tarih ve 13 sayılı sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. A. Yağız ÜRESİN
İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

ORAL KANSERLİ HASTALARDA PROTETİK TEDAVİNİN HAYAT KALİTESİ VE DEPRESYONA ETKİSİNİN PSİKIYATRİK BULGULAR İLE İNCELENMESİ

ORIJINALLIK RAPORU

% 10	% 8	% 7	% 5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	% 1
2	www.klinikpsikiyatri.org İnternet Kaynağı	% 1
3	B Karayazgan, Y Gunay, G Evlioğlu. "Improved edge strength in a facial prosthesis by incorporation of tulle: a clinical report", The Journal of Prosthetic Dentistry, 2003 Yayın	% 1
4	www.arastirmax.com İnternet Kaynağı	% 1
5	drsertac.com İnternet Kaynağı	% 1
6	acikerisim.istanbulbilim.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
7	dspace.baskent.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1