T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

BAŞ BOYUN KANSERLİ HASTALARDA CERRAHİ SONRASI YAŞAM KALİTESİ VE SEMPTOMLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Feyza Nur PATAN

Hemşirelik Ana Bilim Dalı
Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Programı

ŞUBAT, 2025

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

BAŞ BOYUN KANSERLİ HASTALARDA CERRAHİ SONRASI YAŞAM KALİTESİ VE SEMPTOMLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Feyza Nur PATAN
(Y2216.006005)

Hemşirelik Ana Bilim Dalı
Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Programı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Aklime SARIKAYA

ŞUBAT, 2025

TEZ SINAV TUTANAĞI

İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun *23.01.2025* tarih ve 2025/01 sayılı toplantısında oluşturulan jüri üyeleri önünde, 17.02.2025 tarihinde tez savunma sınavı yapılan Feyza Nur PATAN'ın "Baş Boyun Kanserli Hastalarda Cerrahi Sonrası Yaşam Kalitesi ve Semptomların Değerlendirilmesi "isimli tezi hakkında OY BİRLİĞİ ile KABUL kararı verilmiştir.

JÜRİ

1. Üye (Tez Danışmanı) : Doç. Dr. Aklime SARIKAYA

2. Üye : Doç. Dr. Semra BÜLBÜLOĞLU

3. Üye : Prof. Dr. Serdar SARITAŞ

ONAY

İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 23.01.2025 tarih ve 2025/01 sayılı kararı

(*) Oybirliği/Oyçokluğu hâli yazı ile yazılacaktır.

(**) Kabul kararı hâli yazı ile yazılacaktır.

ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Baş Boyun Kanserli Hastalarda Cerrahi Sonrası Yaşam Kalitesi ve Semptomların Değerlendirilmesi” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim. (17.02.2025).

Feyza Nur PATAN

ÖNSÖZ

İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı'nın açılmasında ve yürütülmesinde önemli katkılarından dolayı Rektörlük, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı Başkanı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyeleri ve Programın Yürütülmesinde görev alan tüm Öğretim Üyelerine teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmamın tüm aşamalarında beni cesaretlendiren, her türlü akademik bilgi ve deneyimini benimle paylaşan, büyük bir ilgiyle yol gösteren çok değerli danışman hocam Doç. Dr. Aklime SARIKAYA'ya teşekkürlerimi sunarım.

Önemli katkılarından dolayı kıymetli jüri üyesi hocalarım Doç. Dr. Semra BÜLBÜLOĞLU'na ve Prof. Dr. Serdar SARITAŞ'a teşekkürlerimi sunarım.

T.C. Sağlık Bakanlığı, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniğinde Eğitim Sorumlusu Doç. Dr. Şahin ÖĞREDEN'e ve tüm doktorlarımıza destekleri için teşekkürlerimi sunarım. Tez çalışma sürecimde beni destekleyen yükümü hafifleten çok kıymetli arkadaşlarım Uz. Hem. Kübra Nur KURT, Hem. Pınar KARAMAN, Hem. Kübra KAN, Zeynep YILMAZ'a ve tüm meslektaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans tez çalışmamda görüşleri ve yaşam deneyimlerini paylaşarak bugün ve gelecekteki hastalarımıza katkı sağlayan, T.C. Sağlık Bakanlığı, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniğinde tedavi ve bakım alan çok kıymetli hastalar ve ailelerine sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Eğitim sürecimin her aşamasında her türlü maddi ve manevi destek veren ve her zaman yanımda olan kıymetli anneme ve kıymetli babama en derin teşekkürlerimi sunarım.

Şubat, 2025 Feyza Nur PATAN

BAŞ BOYUN KANSERLİ HASTALARIN CERRAHİ SONRASI YAŞAM KALİTESİ VE SEMPTOMLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

Giriş: Baş boyun kanserli (BBK) hastalar, cerrahi tedavi sonrası birçok semptom yaşamakta ve yaşam kaliteleri etkilenmektedir.

Amaç: Araştırmanın amacı, BBK'li hastaların cerrahi sonrası yaşam kalitesi ve semptomlarını değerlendirmektir.

Yöntem: Bu araştırma tanımlayıcı, kesitsel olup ve etik kurul tarafından onaylandı. Örnekleme dahil etme kriterlerine uyan, bilgilendirilmiş onamları alınan BBK'li hastalar alındı. Örneklem büyüklüğü G*power 3.1.9.1 programı ile n:80 olarak hesaplandı. Veriler, İstanbul'da bir şehir Hastanesi'nin Kulak Burun Boğaz kliniği/polikliniğinde, telefonla/yüz yüze toplandı. Verilerin toplanmasında, Bilgi Formu ve izin alınarak EORTC QLQ-$C30_{v3}$ ve QLQ-H&N43 kullanıldı. Veriler 0-100 puana dönüştürülerek SPSS/ 27v. IBM ile analiz edildi.

Bulgular: BBK'li hastaların yaş ortalaması 62,7±10,8; %77,5'i erkek ve %71,3'ü sigara kullanan; %60 larenks, %28,7'si (n:48) oral kavite kanseri (n:23); %56,3 (n:45)'ne cerrahi tedavi uygulandı. Hastaların QLQ-$C30_{v3}$ puan ortalamaları genel sağlık/QoL 40,5±20,7; fonksiyonel skala 68,9±24,6 ve78,6±22,9 arasında; semptomlardan 73,1±24,6 ile yorgunluk en düşük ve 98,1±7,0 ile bulantı kusma en yüksektir. Hastaların QLQ-H&N43 semptomlarında en düşük 11,3±16,1 duyular ve en yüksek 34,8±28,2 anksiyetedir. Hastaların 36-65 yaş grubunda bilişsel; kadınlarda rol; larenks kanseri olanlarda fiziksel; BKİ <18,5 ve cerrahi tedavi alanlarda duygusal fonksiyon anlamlı düzeyde farklıdır (p:<0,05). Çalışmayanlarda yorgunluk; BKİ <18,5 olanlarda bulantı kusma ve iştahsızlık farklı ve anlamlıdır (p:<0,05). Hastaların QLQ-H&N43 semptomlarında cerrahi tedavi alanlarda ağız içi ağrı, ağız kuruluğu, omuz, deri nörolojik sorunlar; BKİ <18,5 olanlarda ağız kuruluğu;

konuşma, sosyal yeme ve kilo kaybı; çalışmayanlarda konuşma, cinsellik, omuz, sosyal temas; larenks kanseri olanlarda konuşma ve sosyal yeme, ağız açma, öksürme; postoperatif 1-3 ay da cinsellik anlamlı düzeyde yüksektir (p:<0,05) ve diğer semptomlarda fark yoktur. QLQ-H&N43 semptomlarından yutma, sosyal yeme, QLQ-$C30_{v3}$ sosyal fonksiyon; QLQ-H&N43 semptomlarından anksiyete QLQ-$C30_{v3}$ duygusal semptomlar arasında, negatif yönde güçlü ilişki (p:<0,05) saptandı. Çoklu doğrusal regresyon analizinde; QLQ-H&N43 semptomlarından "anksiyete, ağız kuruluğu, konuşma, ağız açma ve nörolojik sorunlar" olarak beş semptom ile QLQ-$C30_{v3}$ "genel sağlık ve yaşam kalitesindeki" toplam varyansın %54,6'sını açıklanabildiği görüldü.

Sonuç ve öneriler: Bu araştırma sonucunda BBK'li hastaların cerrahi sonrası QLQ-$C30_{v3}$ 0-100 puana dönüştürüldüğünde, genel sağlık ve QoL orta düzeye yakın, fonksiyonel durumu orta düzeyin üzerinde ve genel kanser semptomları oldukça yüksektir. QLQ-H&N43 semptomlarından cinsellik orta düzeyin üzerinde, konuşma; konuşma, anksiyete ve sosyal temas orta düzeye yakın, diğerleri ise düşük düzeyde olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin ve sağlık çalışmalarının BBK'li hastaların tedavi ve bakımında ve semptomlara yönelik girişimlerde bulunması ve yaşam kalitesini izlemesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Baş Boyun Kanserleri, Cerrahi Tedavi, Yaşam Kalitesi, Semptomlar, QLQ-$C30_{v3,}$ QLQ-H&N43

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE AND SYMPTOMS AFTER SURGERY IN PATIENTS WITH HEAD AND NECK CANCER

ABSTRACT

Introduction: Patients with head and neck cancer (HNC) experience many symptoms after surgical treatment and their quality of life is affected.

Objective: The aim of the study is to evaluate the quality of life and symptoms of HNC patients after surgery.

Method: This study is descriptive, cross-sectional and approved by the ethics committee. HNC patients who met the inclusion criteria and gave informed consent were included in the sample. The sample size was calculated as n:80 with G*power 3.1.9.1 program. Data were collected by phone/face-to-face in the Ear, Nose and Throat clinic/polyclinic of a city hospital in Istanbul. In data collection, the Information Form, EORTC QLQ-C30v3 and QLQ-H&N43 were used. Data were converted to 0-100 points and analyzed with SPSS/ 27v. IBM.

Results: The mean age of HNC patients was 62.7±10.8; 77.5% were male and 71.3% were smokers; 60% had laryngeal, 28.7% (n:48) had oral cavity cancer (n:23); 56.3% (n:45) underwent surgical treatment. The patients' mean QLQ-$C30_{v3}$ scores were 40.5±20.7 for general health/QoL; functional scale was between 68.9±24.6 and 78.6±22.9; fatigue was the lowest with 73.1±24.6 and nausea and vomiting was the highest with 98.1±7.0. Among the patients' QLQ-H&N43 symptoms, the lowest was sensations with 11.3±16.1 and the highest was anxiety with 34.8±28.2. In the 36-65 age group of patients, cognitive; role in women; physical in those with laryngeal cancer; BMI <18.5 and emotional function in those who received surgical treatment were significantly different (p:<0.05). Fatigue in those who were unemployed; In patients with BMI <18.5, nausea, vomiting and loss of appetite are different and significant (p:<0.05). In the QLQ-H&N43 symptoms of patients, oral pain, dry mouth, shoulder, skin and neurological problems in those who received surgical treatment; dry mouth,

speech, social eating and weight loss in those with BMI <18.5; speech, sexuality, shoulder, social contact in those who did not work; speech and social eating, mouth opening, coughing in those with laryngeal cancer; sexuality in the postoperative 1-3 months was significantly higher (p:<0.05) and there was no difference in other symptoms. A strong negative correlation was found between QLQ-H&N43 symptoms of swallowing, social eating, QLQ-$C30_{v3}$ social function; QLQ-H&N43 symptoms of anxiety and QLQ-$C30_{v3}$ emotional symptoms (p:<0.05). In the multiple linear regression analysis; It was observed that 54.6% of the total variance in QLQ-$C30_{v3}$ "general health and quality of life" could be explained by five symptoms of QLQ-H&N43 symptoms as "anxiety, dry mouth, speech, mouth opening and neurological problems".

Conclusion and recommendations: As a result of this study, when the QLQ-$C30_{v3}$ scores of patients with HNC were converted to 0-100 points after surgery, general health and QoL were close to the moderate level, functional status was above the moderate level and general cancer symptoms were quite high. It can be said that sexuality was above the moderate level, speech; speech, anxiety and social contact were close to the moderate level and the others were at a low level from QLQ-H&N43 symptoms.

It is recommended that nurses and health studies should take initiatives regarding the treatment and care of HNC patients and monitor their quality of life.

Keywords: Nursing, Head and Neck Cancers, Surgical Treatment, Quality of Life, Symptoms, QLQ-C30v3, QLQ-H&N43

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ONUR SÖZÜ ..... **i**

ÖNSÖZ ..... **iii**

ÖZET ..... **v**

ABSTRACT ..... **vii**

İÇİNDEKİLER ..... **ix**

KISALTMALAR LİSTESİ ..... **xiii**

ÇİZELGELER LİSTESİ ..... **xv**

ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **xvii**

I. GİRİŞ **1**

A. Problemin Tanımı ve önemi 1

B. Araştırmanın Amacı: 2

C. Araştırma Soruları 3

II. GENEL BİLGİLER **5**

A. Baş Boyun Kanserleri 5

B. Baş Boyun Kanserlerinde Epidemiyoloji 6

C. Baş Boyun Kanserlerinde Etiyoloji 7

1. Genetik 8

2. Yaş 8

3. Sigara ve Alkol Kullanımı 9

4. Beslenme 9

5. Ağız Sağlığı 10

6. Epstein Barr Virüsü (EBV) 11
7. İnsan Papilloma Virüsü (HPV) 11
D. Baş Boyun Kanser Tipleri 12
1. Larenks Kanserleri 12
2. Oral Kavite Kanserleri 12
3. Nazofarenks Kanserleri 12
4. Orofarenks Kanserleri 13
5. Hipofarenks Kanserleri 13
E. Baş Boyun Kanserlerinde Semptomlar 13
F. Baş Boyun Kanserlerinde Tanı Yöntemleri 14
G. Baş Boyun Kanserlerinde Evreleme 14
H. Baş Boyun Kanserlerinde Tedavi 15
İ. Yaşam Kalitesi 16
1. Baş Boyun Kanseri ve Yaşam Kalitesi 17
2. Beden İmajı ve Yaşam Kalitesi 19
J. Ağrı ve Yaşam Kalitesi 20
1. Yutma güçlüğü ve Yaşam Kalitesi 21
2. Sosyal Temas, Sosyal Yeme ve Yaşam Kalitesi 22
3. Baş ve Boyun Kanserli Hastaların Yaşam Kalitesinin Yükseltilmesinde ve Hemşirelik Rolleri ve Önemi 23
III. YÖNTEM 25
A. Araştırmanın Tasarımı 25
1. Araştırma Yeri ve Özellikleri 25
B. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 25
1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri 26
2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri 26

C. Verilerin Toplanması 26

D. Veri Toplama Araçları 27

1. Baş Boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri Bilgi Formu 27

2. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu, Kanser hastaları için Yaşam Kalitesi Soru Formu (EORTC QLQ-C30) 27

3. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Baş Boyun Modülü Soru Formu (EORTC- QLQ-H&N 43) 31

E. Araştırma Etiği 33

F. Araştırmanın Sınırlılıkları 33

G. Verilerin İstatistiksel Analizi 33

IV. BULGULAR 35

A. Baş Boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin İncelenmesi 35

B. Baş Boyun Kanserli Hastaların EORTC-QLQ-C30v3 ve Baş Boyun Modülü QLQ-H&N43 Soru Formu Puan ortalamaların İncelenmesi 39

1. Baş Boyun Kanserli Hastaların QLQ-C30v3 Soru Puan Ortalamalarının İncelenmesi 39

2. Baş Boyun Kanserli Hastaların QLQ-$C30_{v3}$ Genel Sağlık ve Yaşam Kalitesi, Fonksiyonel Durumu ve Semptom Ortalamalarının İncelenmesi 40

3. Baş Boyun Kanserli Hastaların QLQ-H&N43 Soruları Puan Ortalamasının İncelenmesi 43

4. Baş Boyun Kanserli Hastaların Baş Boyun modülü QLQ-H&N43 Soru Formu Semptom Skala Ortalamalarının İncelenmesi 45

C. Baş Boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine Göre QLQ-C30 Genel Sağlık, Fonksiyonel Durum ve Semptom Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 50

D. Baş boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine Göre QLQ-H&N43 Semptom Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 67

E. Baş boyun Kanserli Hastaların QLQ-C30 ve Baş Boyun Modülü QLQ-H&N43 Semptom Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 90

F. Baş Boyun Kanserli Hastalarda QLQ-H&N43 Baş Boyun Modülü Semptomlarının QLQ-C30 Genel Sağlık ve Yaşam Kalitesinin Regresyon Analizi ile İncelenmesi..... 97

V. TARTIŞMA 101

A. Baş Boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Tartışılması..... 101

B. Baş Boyun Kanserli Hastaların QLQ-C30 Genel Sağlık / Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Durumu ve Semptomlar ve QlQ-H&N43 Semptom Sonuçlarının Tartışılması..... 102

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER..... 109

VII.KAYNAKÇA 113

EKLER 133

ÖZGEÇMİŞ..... 147

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

AKOK : Amerikan Kanser Ortak Komitesi

AJCC : American Joint Committee on Cancer

BBK : Baş Boyun Kanseri

HNC : Head and Neck Cancer

BT : Bilgisayarlı Tomografi

Ca : Kanser

DNA : Deoksiriboz Nükleik Asit

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

WHO : World Health Organization

EBV : Ebsstein Barr Virüs

EORTC QLQ: European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Questionnaire

AKATOYKÖ: Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği

HCV : Hepatit C Virüsü

HNSCC : Head And Neck Squamous Cell Carcinoma

BBSHK : Baş ve Boyun Skuamöz Hücreli Karsinomları

HPV : Human Papilloma Virus

İPV : İnsan Papilloma Virüsü

ICS-O-3 : International Classification of Diseases 3rd Edition

UHS-3 : Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 3. Sürüm

UBBKEK : Uluslararası Baş ve Boyun Kanseri Epidemiyolojisi Konsorsiyumu

UAKAA : Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı

IARC : The International Agency for Research on Cancer

INHANCE : İnternational Head And Neck Cancer Epidemiology Consortium

KT : Kemoterapi

MR : Manyetik Rezonans Görüntüleme

NPK : Nazofarenks Karsinomu

PET : Pozitron Emisyon Tomografisi

RT : Radyoterapi

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

UICC : Uluslararası Kanser Kontrol Birliği

USG : Ultrasonografi

SPSS : Statistical Packed for the Social Sciences

MWU : Mann Whitney U

KW : Kruskal Wallis

% : Yüzde

Maks. : Maksimum

Min. : Minumum

ort. : Ortalama

Ss : Standart Sapma

r_s : Spearman sıralı korelasyon katsayısı

ark. : arkadaşları

vd. : ve diğerleri

vs. : vesaire

ÇİZELGELER LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 1. EORTC-QLQ-C30v3 Soru Formunun Özellikleri **29**

Çizelge 2. EORTC-QLQ-H&N43 Soru Formunun Özellikleri **32**

Çizelge 3. Baş Boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Dağılımı **36**

Çizelge 4. Baş Boyun Kanserli Hastaların QOL-$C30_{v3}$ Her Bir Sorusuna Verdikleri Yanıtların Ortalaması (n=80) **39**

Çizelge 5. Baş Boyun Kanserli Hastaların QLQ-C30 Puan Ortalamaları **41**

Çizelge 6. Baş Boyun Kanserli Hastaların QLQ-H&N43 Her Bir Sorusuna Verdikleri Yanıtların Puan Ortalaması (n=80) **44**

Çizelge 7. Baş Boyun Kanserli Hastaların QLQ-H&N43 Puan Ortalamaları **46**

Çizelge 8. Baş boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre QLQ-$C30_{v3}$ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması **51**

Çizelge 9. Baş boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre QLQ-H&N43 Semptom Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması **68**

Çizelge 10. Baş boyun Kanserli Hastaların QLQ-C30 Genel Sağlık/QoL, Fonksiyonel Durum ve Semptom Puan Ortalamaları ile Baş Boyun Modülü QLQ-H&N43 Semptom Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi **91**

Çizelge 11. Baş Boyun Kanserli Hastalarda QLQ-H&N43 Baş Boyun Modülü Semptomlarının QLQ-C30 Genel Sağlık ve Yaşam Kalitesi üzerine Üzerine Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları **98**

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1. Baş Boyun Kanserli Hastaların Bazı Sosyodemografik ve Klinik Özellliklerinin Dağılımının Grafiksel Gösterimi **37**

Şekil 2. Şekil 2. Baş Boyun Kanserli Hastaların QOL-$C30_{v3}$ Yaşam Kalitesi, Fonksiyonel Durumu ve Semptom Puan Ortalamalarının Grafiksel Gösterimi..... **43**

Şekil 3. Şekil 3. Baş Boyun Kanserli Hastaların QOL-H&N3 Semptom Puan Ortalamalarının Grafiksel Gösterimi **49**

I. GİRİŞ

A. Problemin Tanımı ve önemi

Kanser, normal doku hücrelerinin kontrolsüz olarak bölünerek çoğalması sonucu oluşan bir hastalıktır. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı'nın (IARC) güncel tahminlerine göre 2022 yılında yaklaşık 20 milyon yeni kanser vakası tespit edilmiş ve kansere bağlı 9,7 milyon ölüm meydana gelmiştir. Tespit edilen 20 milyon kanser vakasının 946.456'sı BBK tanılı olmuş olup 389.485'i dudak ve oral kavite kanseri, 188.960 larenks kanseri, 120.416 nazofarenks kanseri, 106.316 orafarenks kanseri, 86.276 hipofarenks kanseri ve 55.003 tükrük bezi kanseri olarak belirlenmiş ve 482.001 BBK tanılı ölüm bildirilmiştir (Bray vd., 2024). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yayınlamış olduğu GLOBOCAN 2022 Türkiye verilerine bakıldığında ise son beş yılda toplam 679.335 kanser vakası görülmüş olup 2022 yılında ise 240.013 yeni vaka tespit edilmiştir ve bu kanserlerden ölüm sayısı ise 129.672 olarak bildirilmiştir. Erkeklerde ilk 3 ölüm sebebi sırasıyla akciğer, mide ve kolorektum kanserleri olup kadınlarda ise bu sıra meme, akciğer ve kolorektum kanseri olarak bildirilmiştir. GLOBOCAN 2022 Türkiye verilerine bakıldığında 8144 yeni BBK vakası tespit edilmiştir. Bunlardan 3972 larenks kanseri, 2246 dudak ve oral kavite kanseri, 857 nazofarenks kanseri, 572 tükrük bezi kanseri, 255 hipofarenks kanseri, 242 orofarenks kanseri vakası olarak bildirilmiştir (GLOBOCAN, 2022).

Dudak, ağız boşluğu, orofarenks, hipofarenks, tonsilla, tükürük bezleri, nazofarenks, burun paranazal sinüs ve orta kulak kanserleri baş ve boyun kanserlerini oluşturmaktadır. Skuamöz (yassı) hücreli karsinom en yaygın malignitesidir. Sigara ve alkol kullanımı baş ve boyun kanserlerinin en bilinen risk faktörlerindendir. Beslenme, genetik ve çevresel faktörler de diğer risk faktörleri arasında yer alır (Üçebakan ve Alim, 2021). Ancak BBK vakalarında larenks kanserleri erkeklerde görülen ilk 10 kanser türü arasındaki dağılımı %2,3 ile dokuzuncu sırada ve 100 bin kişide 6'dır. BBK'li hastalarda risk

faktörlerinden 2019 yılı itibari ile her gün alkol kullanımı toplam %14,9, her gün tütün kullanımı %28'dir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021).

DSÖ, yaşam kalitesini bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi çerçevesinde, hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleriyle bağlantılı olarak hayatındaki durumuna dair algısı olarak tanımlar (WHO, 2024).

Yaşam kalitesi terimi, 1939 yılında ilk kez Thorndike tarafından "sosyal çevrenin birey üzerindeki yansıyan etkisi" olarak tanımlanmış olup burada öne sürülen ana düşünce, "olumlu bir sosyal çevrenin (çoğunlukla ekonomik anlamda) bireysel kalite algılarının da olumlu olmasına yol açtığı" şeklindedir. Burçhardt ise, yaşam kalitesini "bireylerin yaşamdan tatmin olmaları, fiziksel ve ekonomik açıdan iyi durumda olmaları, sağlıklı sosyal ilişkiler kurmaları, toplumsal ve vatandaşlık sorumluluklarını yerine getirmeleri, sosyal güç yeterliliğine sahip olmaları, kişisel gelişimlerine önem vermeleri ve eğlenmeye zaman ayırmaları" olarak tanımlamıştır (Akyol, 1993).

Yaşam kalitesinin boyutları fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal katılım, kişiler arası ilişkiler, kendi potansiyelini gerçekleştirme, entelektüel gelişim ve spiritüel iyilik hali olarak tanımlanmıştır (Cella, 1992). Sağlık bakım profesyonellerinin tedaviyle ilgili sorunlarının değerlendirilmesinde, klinik karar verme sürecinde ve bireysel sağlığın tam iyilik halinde sürdürülmesinde yaşam kalitesinin sorgulanması büyük önem taşımaktadır.

Baş boyun kanserli hastalarda cerrahi sonrası yaşam kalitesini ve semptomları konu alan yeterli sayı ve nitelikte araştırma sonucuna rastlanmadı, bu açıdan bakıldığında BBK'li hastalarda yaşam kalitesinin ve semptom düzeylerinin belirlenmesini konu alan araştırmalara gereksinim vardır. Bu araştırma sonuçlarının BBK'li hastalara bakım vermede rehberlik edeceği düşünülmektedir.

B. Araştırmanın Amacı:

Bu çalışmanın amacı baş boyun kanserli hastalarda cerrahi sonrası yaşam kalitesi ve semptomları değerlendirmek; hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin yaşam kalitesi ve semptomlara etkisini incelemektir.

C. Araştırma Soruları

Bu araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. Baş boyun kanserli hastaların kişisel ve klinik özellikleri nelerdir?
2. Baş boyun kanserli hastaların kanser cerrahisi sonrası, Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği-30 (EORTC QLQ-$C30_{v3}$) göre genel sağlık/yaşam kalitesi, fonksiyonel durumu ve semptom düzeyleri nasıldır?
3. Baş boyun kanserli hastaların kanser cerrahisi sonrası, Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği-Baş ve Boyun Modülü (EORTC QLQ-H&N43) göre yaşadığı semptom düzeyleri nasıldır?
4. Baş boyun kanserli hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği-30 (EORTC QLQ-C30v3) yaşam kalitesi, fonksiyonel durumu ve semptom düzeyleri arasında fark var mıdır?
5. Baş boyun kanserli hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği-Baş ve Boyun Modülü (EORTC QLQ-H&N43) semptom düzeyleri arasında fark var mıdır?
6. Baş boyun kanserli hastaların Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği-30 (EORTC QLQ-C30v3) yaşam kalitesi, fonksiyonel durumu ve semptom düzeyleri ile Baş ve Boyun Modülü (EORTC QLQ-H&N43) semptom düzeyleri arasında ilişki nasıldır?
7. Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği-Baş ve Boyun Modülü (EORTC QLQ-H&N43) semptomları, genel sağlık/yaşam kalitesini (EORTC QLQ-C30v3) ne kadar yordamakta veya açıklamaktadır?

II. GENEL BİLGİLER

A. Baş Boyun Kanserleri

Kanser, hücrelerin kontrolsüz bir şekilde büyüyüp çoğalmasıyla ortaya çıkan ciddi bir hastalıktır. Normal koşullarda hücreler belirli bir düzen içinde bölünür ve belirli bir ömrü tamamladıktan sonra programlanmış hücre ölümü gerçekleşir. Ancak kanserli hücreler, bu düzeni kaybederek kontrolsüz şekilde çoğalır ve sağlıklı dokulara zarar verebilir. (T.C. Sağlık Bakanlığı 2020). DSÖ verilerine göre, 2018'de dünya genelinde yaklaşık 9,6 milyon insan kanser nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Bu durum, kanserin küresel ölçekte önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu ortaya koymaktadır (DSÖ, 2020).

Baş boyun kanserleri ağız, farenks ve larenks kanserlerini kapsayan ve dünyada sık görülen kanser türleri ele alındığında altıncı sırada yer tutmaktadır. Hücre yapısı bakımından incelendiğinde %95'inden fazlasını sküamoz hücreli karsinomların oluşturduğu bu kanser grubu, genel olarak, üst solunum ve sindirim yollarını döşeyen mukozalardan, yüz bölgesindeki sinonazal kaviteden veya tükürük bezlerinden köken alır. Baş boyun kanserleri topografik yerleşimlerine göre onkoloji için uluslararası hastalık sınıflandırmasının üçüncü sürümünde (ICS-O-3) dudak ve oral kavite, tükürük bezi, orofarenks, nazofarenks, hipofarenks ve larenks yerleşimli kanserler olarak sınıflandırılmışlardır (Önerci, 2021).

Baş boyun kanserlerinin gelişiminde çeşitli meslek grupları etkilidir. BBK'ler heterojen bir gruptur ve birçok farklı bölgenin kanserini kapsamaktadır. Sküamoz hücreli kanser oluşları BBK'lerini tek bir grup altında toplamaktadır. Histopatolojik olarak sküamoz hücreli olan bu kanser grubu biyolojik davranışları, klinik seyirleri, tedaviye verdikleri yanıtlar ele alındığında birbirlerinden oldukça farklıdırlar. BBK'ler deri, orbita, nazal kavite ve paranazalsinüsler, kafa tabanı, nazofarenks, dudak, oral kavite, orofarenks, larenks, hipofarenks ve servikalözofagus, servikal trakea, boyun, tiroid,

paratiroid, tükrük bezleri, parafarengeal boşluk, kulak ve temporal kemik tümörlerini gibi geniş bölgeyi kapsayan bir kanser grubudur. İnsanlarda görülen kanser türlerinin %9'u BBK'ye bağlı gelişmektedir. Görülme sıklığı ele alındığında BBK'leri erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülmektedir.

Baş boyun kanserlerinin etiyolojisinde alkol ve sigara en önemli faktörler olarak yer alır. Alkol ve sigaranın yanı sıra beslenme, hijyen, çevresel faktörler ve meslek grupları da etkileyen diğer faktörler arasında yer almaktadır. Sanayide kullanılan 20'ye yakın ajanın karsinojen olduğu ve bunlardan nikel bileşikleri, krom ve odun tozlarının nazal kavite kanserine, mustard gazının farenks kanserine sebep olduğu Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu (International Agency for Research on Cancer- IARC) tarafından raporlandırılmış ve formaldehitin nazofarenks kanserlerine neden olabileceği belirtilmiştir (Pınar ve Akdur, 1999).

Baş boyun kanseri bölgeleri larenks, oral kavite (dil, dudak, ağız tabanı, gingiva, yanak, sert damak, retromolar trigon) nazofarenks, orafarenks (dil kökü, tonsil, posterior farenks) hipofarenks (piriform sinus, postkrikoid bölge, posterior hipofarenks duvarı), tükürük bezleri (major ve minör), paranazal sinüsler, nazal kavite, kulak (dış kulak ve orta kulak) olarak tanımlanmıştır. Tiroid kanserleri baş boyun kanseridir fakat hem histolojik hem de biyolojik aktivite olarak ayrı sınıflandırılırlar. Ayrıca lenfoma, adenokanser, adenoid kistik kanser (ve diğer tükrük bezi kanserleri) sarkoma, melanoma gibi kanserlerde görülmektedir. Genel olarak BBK'leri dekat bir hastalıktır ve genetik olarak yatkınlık önemlidir. Buna karşın çevresel faktörler daha baskın rol oynar. Sigara ve alkol bağımlılığı, ağız içi hijyen, tütün ve ot çiğneme, viral enfeksiyonlar (HPV, EBV), cinsel alışkanlıklar, yiyecek alışkanlıkları (reflü gelişimine neden olan yiyecekler, tütsülenmiş yiyecek, sıcak içecekler) çevresel etkenler olarak sorumlu olabilir. İleri evre kanserlerde metastaz öncelikle boyun bölgesine olabilir. En sık uzak organ metastazı akciğere olabilir ve daha nadiren beyin, kemik ve karaciğer metastazları görülmektedir (Önerci, 2021).

B. Baş Boyun Kanserlerinde Epidemiyoloji

Baş boyun kanserleri dünya çapında sıklıkla görülen 6. kanser tipinin içinde yer alır (Sung vd., 2021). Her yıl dünya genelinde 550 bin kişiye BBK teşhisi

konulmakta ve yaklaşık olarak 380 bin kişi ölmektedir (Leemans vd., 2018). BBK 2020 yılında 870 binden fazla yeni vaka ve 440 bin ölüm ile dünya genelinde en sık görülen kanser türü olma özelliğini sahiptir. Türkiye'de ise 2018 yılında 7 bin 500 kişiye BBK tanısı konulmuş, 3 bin kadar vatandaşımız bu kanser türünden dolayı vefat etmiştir (Sung vd., 2021). Literatür incelemeleri doğrultusunda vaka sayısının 2030 yılına kadar yıllık 1,08 milyona yükseleceği tahmin edilmektedir (Ferlay vd., 2019). Larenks kanserinde tanı alan popülasyon çoğunlukla erkek ağırlıklıdır ve ortalama 60'lı yaşların başında tanı konulmaktadır (Akbay vd., 2013; Sung vd., 2021). Dünya genelinde BBK'nin %42'si oral kavite ve %25'i larenkste yerleşim göstermektedir. Bunun %15'i orofarenks ve hipofarenks, %7'si major tükrük bezleri, %4 nazofarenks, %4'ü burun ve paranazal sinüsler, %3'ü tiroid, deri ve konnektif doku yerleşimlidir (Şakalar, 2019). Dünya genelinde BBK'ler içinde en çok oral kavite kanserleri olduğu raporlandırılmıştır. Türkiye'de ise BBK türleri içinde en sık larenks kanserleri bilinmektedir (Sung vd., 2021).

C. Baş Boyun Kanserlerinde Etiyoloji

Baş boyun kanserleri riski ile ilişkilendirilen ana risk faktörleri arasında genetik, yaş, tütün kullanımı, alkol tüketimi, viral enfeksiyonlar, Epstein Barrvirüsü (EBV), İnsan Papilloma Virüsü (Human Papillomavirus-HPV), hepatit C virüsü (HCV), mesleki maruziyet (perkloretilen, asbest, pestisitler, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, plastik ve kauçuk ürünleri, etanol, formaldehit, çimento vb.), immün sistem yetersizliği, radyasyon, ağız hijyeni, beslenme şekli yer almaktadır (Üçebakan ve Alim, 2021). BBK gelişiminde etiyolojik faktörlerin tütün kullanımı, aşırı alkol tüketimi ve HPV bazı alt tiplerinin, genetik mutasyon ve epigenetik değişikliklerin etkin rol oynadığı bildirilmiştir (D'Souza vd., 2007).

Ağız boşluğu ve larenks kanserleri, genellikle sigara içme ile ilişkilendirilen ve HPV negatif baş ve boyun skuamöz hücreli karsinomları (HNSCC) olarak sınıflandırılan kanserlerdir. HPV'nin etkisi, sigara içmeyen bireylerde daha belirgin olabilir ancak sigara içme, bu kanserlerin gelişiminde temel risk faktörlerinden biridir. Epstein-Barr virüsü enfeksiyonu ise özellikle nazofarenks karsinomu (NPK) gibi BBK'nin karsinogenezinde önemli bir rol oynayabilir. Bu kanserler için etkili tarama stratejilerinin olmaması, hastaların genellikle ileri

evrelerde teşhis edilmesine yol açar. Erken teşhis tedavi başarısını artırabilir ancak mevcut tarama yöntemlerinin eksikliği erken evrede tespit edilmesini zorlaştırmaktadır (Chien vd., 2001; Johnson vd., 2020).

1. Genetik

Kanser, hücrelerin kontrolsüz şekilde çoğalmasına yol açan genetik ve epigenetik değişikliklerin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Genetik mutasyonlar, hücrelerin normal büyüme ve bölünme süreçlerini düzenleyen genlerdeki değişikliklerdir. Bu mutasyonlar, kanser hücrelerinin sürekli bölünmesine ve ölümsüzleşmesine yol açar. Kanserin gelişiminde özellikle tümör baskılayıcı genlerdeki kayıplar ya da onkogenlerdeki aktivasyon gibi değişiklikler önemlidir. Epigenetik mekanizmalar da kanserin oluşum ve ilerlemesinde kritik bir rol oynar.

Deoksiriboz Nükleik Asit (DNA) metilasyonu, histon modifikasyonları ve kromatin yapısındaki diğer değişiklikler, gen ekspresyonunun düzenlenmesinde etkilidir. Örneğin, tümör baskılayıcı genlerin promotor bölgelerindeki hipermetilasyon, bu genlerin işlevlerini kaybetmesine yol açabilir. Aynı zamanda, histon modifikasyonları, kromatinin açılıp kapanmasına etki ederek bazı genlerin aşırı veya yetersiz ifade edilmesine neden olabilir. Bu epigenetik anormallikler, kanser hücrelerinin genomik kararsızlığını artırır ve kanserin ilerlemesine katkıda bulunur (Choi ve Lee, 2013).

2. Yaş

Diğer kanser türlerinde olduğu gibi baş boyun kanseri riski de yaş ilerledikçe artar. Yaşlanma süreci hücrelerde kümülatif hasar birikimi ile ilişkilidir. Bu hasar, DNA mutasyonları ve hücresel işlevlerde bozulmalara yol açar. Kanserin oluşumunda bu biriken hasarlar hücrelerin normal işleyişini bozarak kontrolsüz hücre büyümesi ve tümör gelişimine neden olabilir. Bağışıklık sisteminin yaşla zayıflaması da bu riski artırır çünkü vücut anormal hücreleri tanıyıp yok etmekte zorlanır. Bu yüzden yaş ilerledikçe kanser taramaları ve düzenli sağlık kontrolleri önem kazanmaktadır (Muhandiramge vd., 2020).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nun 2016 yılı kanser verilerine göre ağız ve farenks kanseri, özellikle erkeklerde 50-54 yaş aralığında belirgin bir artış

göstermektedir. 45 ile 49 Yaş aralığındaki bireylere kıyasla bu yaş grubunda kanser insidansı yaklaşık iki katına çıkmaktadır. Hem kadınlarda hem de erkeklerde yaş ilerledikçe ağız ve farenks kanseri insidans hızında artış eğilimi gözlemlenmiştir. Bu durum, yaşlanmanın bu kanser türlerinin gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016).

3. Sigara ve Alkol Kullanımı

Sigaranın baş boyun kanseri riskini artırdığına dair pek çok kanıt bulunmaktadır. Nikotin ve polisiklik aromatik hidrokarbonlar gibi zararlı bileşikler tütün kullanımının önemli bir parçasıdır ve doğrudan kanserojen özellik gösterirler. Uluslararası Baş ve Boyun Kanseri Epidemiyolojisi Konsorsiyumu (INHANCE) gibi geniş çaplı araştırmalarda, sigara kullanan bireylerin kullanmayanlara kıyasla daha yüksek BBK riskine sahip oldukları görülmüştür. Ayrıca, sigara kullanım süresi ve sıklığı ile BBK riski arasında pozitif bir ilişki bulunur yani daha uzun süre ve daha sık sigara içmek bu kanser türüne yakalanma olasılığını daha da yükseltmektedir. Bu bulgular, tütün kullanımının azaltılması ya da bırakılmasının BBK riskini düşürmede önemli bir önlem olduğunu da destekler (Berthiller vd., 2016).

4. Beslenme

Beslenme kanser gelişiminde ve tedavi süreçlerinde önemli bir rol oynar. Besin alımı özellikle metabolik mekanizmalar ve inflamatuar süreçler üzerinden karsinojenezi yani kanserin oluşum sürecini etkileyebilir. Yetersiz veya aşırı beslenme kanser insidansını arttırabileceği gibi tedavi sürecinde de hastanın iyileşme kapasitesini ve bağışıklık sistemini etkileyebilir (Haskins vd., 2020). Örneğin yüksek şeker ve yağ içeren bir diyet inflamasyonu tetikleyebilirken antioksidanlar açısından zengin, sebze ve meyve ağırlıklı bir beslenme hücresel onarım mekanizmalarını destekleyebilir.

Ayrıca kanser tedavisinin yan etkileri arasında iştahsızlık, bulantı, kilo kaybı gibi durumlar sık görülür. Uygun bir beslenme desteği bu yan etkilerin azaltılmasına ve yaşam kalitesinin korunmasına yardımcı olabilir. Tedavi sonrası dönemde ise, kalp hastalığı, diyabet veya osteoporoz gibi komorbiditelerin gelişme riskini azaltmak için dengeli bir beslenme stratejisi izlemek önemlidir. Bu nedenle, kanser tedavisi süresince ve sonrasında beslenme desteği sağlamak

hem yaşam kalitesini artırabilir hem de mortalite oranlarını olumlu yönde etkileyebilir. Beslenme tarzı kanser riskini etkileyebilir. Basit karbonhidratlar, doymuş yağlar ve özellikle işlenmiş etler gibi besinler fazla tüketildiğinde vücutta inflamasyona yol açabilir ve kanser riskini artırabilir. Bu besinler vücutta yağ birikimini artırarak obeziteye yol açabilir. Obezite, insülin direncine katkıda bulunur ve insülin regülasyonunu bozarak vücudun enerji dengesi ve hormonların düzgün çalışması üzerinde olumsuz etkiler yaratır. Bu durum, hormonal homeostazın bozulmasına neden olur, bu da hücrelerin büyüme ve çoğalma süreçlerini etkileyebilir (Renehan vd., 2008). Aynı zamanda bu tür besinlerin vitamin, mineral ve lif yönünden zayıf olması da hücresel onarım mekanizmalarını olumsuz etkileyebilir. Tam tahıllar, meyve ve sebzeler gibi sağlıklı besinler ise lif, antioksidan, vitamin ve mineral açısından zengin olup, hücrelerin korunmasına katkıda bulunur ve kanser riskini azaltmaya yardımcı olabilir. Sağlıklı bir diyet antioksidanlardan, yüksek lif içeren gıdalardan ve sağlıklı yağlardan zengin olmalı, aynı zamanda da işlenmiş ürünlerden kaçınmayı hedeflemelidir.

Bosetti ve arkadaşlarının 2003 yılında gerçekleştirdiği çalışmada, Akdeniz diyetine daha fazla bağlılığın ağız boşluğu kanseri riskini %23 ve farenks kanseri riskini ise %29 oranında azalttığı gözlemlenmiştir (Bosetti vd., 2003). Ayrıca, Gupta ve arkadaşlarının Hindistan'da yaptığı 2017 tarihli çalışmada, sarı sebzeler, turpgiller (lahana, karnabahar) ve turunçgillerin (portakal, limon, greyfurt) haftada bir defadan fazla tüketilmesinin ağız kanseri üzerinde koruyucu bir etkisi olduğu bulunmuştur (Gupta vd., 2017).

5. Ağız Sağlığı

Ağız sağlığı ile baş boyun kanseri riski arasındaki ilişki, birçok çalışmada ele alınmıştır. Ağız hijyeninin kötü olması, ağız kanseri gibi sağlık problemlerinin riskini artırabilir. Diş fırçalama, düzenli diş hekimi kontrolleri, gargara ve diş ipi kullanımı gibi ağız bakım alışkanlıkları ağız sağlığını koruyarak kanser riskini azaltmada önemli bir rol oynayabilir. Ayrıca takma diş, eksik veya kırık dişler ve diş eti kanaması gibi durumlar da bu ilişkiyi etkileyebilecek faktörler olarak incelenmiştir (Chang vd., 2013; Javed ve Warnakulasuriya, 2016; Rosenquist vd., 2005)

Rosenquist ve arkadaşlarının yaptığı vaka-kontrol çalışmasında, kötü ağız hijyeni, eksik veya çürük diş sayısının, oral ve orofaringeal skuamöz hücreli karsinom (ağız kanseri) için bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (Rosenquist vd., 2005). Bu bulgular, ağız sağlığının korunmasının, baş ve boyun kanserlerinin önlenmesinde önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir.

6. Epstein Barr Virüsü (EBV)

Epstein-Barr virüsü (EBV), dünya çapında yetişkinlerin çoğunda ömür boyu ağız boşluğunda kalıcı enfeksiyonlara yol açan bir gama-herpes virüsüdür. Genellikle tükürük yoluyla bulaşan bu virüs, çocukluk veya gençlik döneminde enfekte olan kişilerde genellikle belirgin semptomlara neden olmaz ya da hafif seyredebilir. Bununla birlikte, bağışıklık sistemi zayıflamış kişilerde veya genç yetişkinlerde EBV'nin neden olduğu enfeksiyon mononükleoz gibi daha belirgin hastalıklara yol açabilir. EBV'nin uzun süreli enfeksiyonları, nazofarengeal karsinom gibi bazı kanser türleriyle ilişkilendirilmiştir. Özellikle keratinize olmayan nazofarengeal karsinomların neredeyse tamamında EBV'nin izine rastlanır. Bu kanser türü, baş ve boyun bölgesindeki dokularda ortaya çıkar ve virüsle ilişkili mekanizmalar sonucu kansere dönüşebilen hücresel değişikliklere neden olabilir (Cohen, 2000).

7. İnsan Papilloma Virüsü (HPV)

İnsan Papilloma Virüsü dünyada en yaygın cinsel yolla bulaşan enfeksiyondur. Onkojenik HPV türleri gizli kalabilir ve yıllar sonra kansere sebep olabilir. Dünya genelinde ve özellikle düşük gelirli ülkelerde HPV en çok serviks kanseri ile ilişkilendirilir fakat yüksek gelirli ülkelerde HPV ile ilişkili malignitelerde baş boyun kanseri serviks kanserinin önüne geçmiştir. Tütün ve alkol tüketimi tarihsel olarak baş boyun kanserlerinin başlıca etkenleri olsa da, son yıllarda HPV ile ilişkilendirilen baş ve boyun kanserlerinin oranı küresel olarak önemli ölçüde artış göstermiştir. HPV ile ilişkilendirilen baş ve boyun kanserinin en yaygın türü orofarenks kanserleridir. Düzensiz bademcik yüzeylerinin ve dil tabanındaki lenfoid dokunun HPV enfeksiyonunun devam etmesi için elverişli bir ortam oluşturduğu düşünülmektedir (Roman ve Aragones, 2021). Daha az yaygın olmakla birlikte, ağız boşluğu ve gırtlakta da HPV'ye atfedilebilen kanserlerde bir artışa rastlanılmıştır. Çoğunlukla Avrupa ve Güney

Amerika'da yapılan yakın tarihli çalışmada, orofaringeal kanserlerin %22,4'ünü, ağız boşluğu kanserlerinin %4,4'ünü ve laringeal kanserlerin %3,5'ini HPV ile ilişkilendirilmiştir (Sanjosé vd., 2018).

Yapılan bir çalışmada aşılama oranları hesaba katılarak 2045 yılına kadar HPV ile ilişkili orofarengeal kanserlerin beklenen görülme sıklığını incelenmiş ve görülme sıklığının aşılanmış veya sürü bağışıklığından faydalanmış genç bireylerde azalabileceğini, ancak 70-83 yaş aralığındaki yaşlı yetişkinlerde görülme sıklığının 100 bin kişide 16,8'den 29'a çıkmasının beklendiği bulunmuştur. Sonuç olarak önümüzdeki yıllarda görülme sıklığında bugüne kıyasla daha fazla artış görülecek ve yaşlı bir nüfusa doğru bir kayma olacak. Aşılamanın önemini vurgulayan bu bulgu, aynı zamanda ileri yaş grupları için de kanser tarama ve izleme stratejilerinin geliştirilmesinin önemini ortaya koyuyor (Zhang vd., 2021).

D. Baş Boyun Kanser Tipleri

1. Larenks Kanserleri

Larenks boynun ortasında bulunan, yutak ile trakea arasında yerleşmiş olan inspirasyon, ses üretimi ve beslenme esnasında aspirasyonu önlemede görevli olan organdır. Larenks anatomik olarak 3 alt bölüme ayrılır. Bunlar; supraglottis, glottis ve subglottis olarak isimlendirilir. Bu 3 alt bölgede ayrı ayrı kanser oluşabileceği gibi birden fazla bölgede de tümör hücresine rastlanılabilir (Doğan, 2023).

2. Oral Kavite Kanserleri

Oral kavite kanserleri dudak, dil, gingiva, ağız tabanı, retromolartrigon, bukkal mukoza ve sert damaktan kaynaklanmaktadır. Oral kavite kanserlerinin risk faktörleri tütün kullanımı, alkol tüketimi ve bunlara ek olarak HPV olarak belirtilmiştir (Doğan, 2023).

3. Nazofarenks Kanserleri

Nazofarenks burun boşluğu ve yutağın üst kısmını birleştiren burun boşluğunun arka kısmında yer alan bir geçiş alanıdır. Kafa tabanı, boyun omurları, sfenoid sinüs ve östaki tüpü gibi önemli yapılarla komşudur. En önemli

risk faktörü genetik iken Epstein BarrVirüs, tuzlanmış, gıda tüketimi, sigara ve alkol kullanımı çevresel risk faktörleridir (Doğan, 2023).

4. Orofarenks Kanserleri

Orofarenks, oral kavitenin gerisinde nazofarenks ve larenks arasında bulunan alandır. Orofarenks kanserleri yumuşak damak, uvula, dil kökü, palatintonsillar ve farenks arka duvarından kaynaklanır. Dünyada orofarenks kanserleri HPV enfeksiyonunun yaygınlaşması ile özellikle son yıllarda dramatik olarak artmaktadır (Doğan, 2023).

5. Hipofarenks Kanserleri

Hipofarenks, larenksi yanlardan ve arkadan çevreleyen alan olup temel fonksiyonu yutmanın sağlanmasıdır. Hipofarenks alt bölgelerini larenksin her iki yanında bulunan piriform sinüsler, postkrikoid alan ve posterior farengeal duvar oluşturur. Hipofarenks kanserleri en sık piriform sinüslerden kaynaklanır. Başlıca risk faktörleri tütün ve alkol kullanımıdır (Doğan, 2023).

E. Baş Boyun Kanserlerinde Semptomlar

Baş boyun kanseri semptomları, tümörün yerleşim yerine ve evresine göre değişiklik gösterir. Oral kavite ve orofarenks kanserlerinde genellikle dil ve ağızda uzun süre iyileşmeyen yaralar, ağrı, yutma güçlüğü ve boyunda şişlik gibi belirtiler gözlemlenebilir. Glottik kanserlerde ses kısıklığı erken dönem belirtisi olarak öne çıkar, supraglottik kanserler ise boyun ağrısı, yutma güçlüğü ve kulağa yayılan ağrı gibi belirtiler mevcuttur. Hastalık ilerledikçe boyunda lenf nodu metastazına bağlı kitle oluşabilir, hatta uzak organ metastazına bağlı bulgular da ortaya çıkabilir. Subglottik tümörlerde ve ileri evre larenks kanserlerinde ise lezyonun büyümesiyle tümör solunum yolunu daraltabilir; bu da stridor (soluk alırken hırıltılı ses) ve solunum sıkıntısına yol açabilir (Kerawala vd., 2016).

Nazal kavite ve nazofarenks tümörlerinin belirtileri genellikle burun tıkanıklığı, burun kanaması ve koku kaybı gibi yaygın bening patolojilerle benzerlik gösterdiğinden kanser tanısı gözden kaçabilir. İleri evre kanserlerde, tümörün yayıldığı bölgeye bağlı olarak diplopi, görme kaybı, parestezi, proptozis,

epifora ve kranial sinir paralizisi gibi semptomlar da görülebilir (Lund vd., 2016; Simo vd., 2016).

F. Baş Boyun Kanserlerinde Tanı Yöntemleri

Tanı sürecinde, ayrıntılı bir endoskopik muayene ve fizik muayene önemli bir rol oynar. Bunların yanı sıra, radyolojik teknikler de kanserin yayılımını ve özelliklerini belirlemede faydalıdır. Ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MR) ve pozitron emisyon tomografisi (PET), baş boyun kanserinin evrelemesi ve tümörün yerinin tespiti için sıklıkla kullanılır. Kesin tanı ise genellikle tümör dokusundan alınan biyopsi örneği ile konur. Histopatolojik değerlendirme ve tümör belirteçlerinin analiz edilmesi, maligniteyi doğrulamak ve kanserin tipi hakkında bilgi vermek için gereklidir (Ünür ve Onur, 2003).

G. Baş Boyun Kanserlerinde Evreleme

Kanser evrelemesi, bir hastanın kanser hastalığının ne kadar ilerlemiş olduğunu belirlemek için kullanılan standart bir süreçtir ve genellikle tümör yükünün anatomik olarak değerlendirilmesine dayanır. Amerikan Kanser Ortak Komitesi (AJCC) ve Uluslararası Kanser Kontrol Birliği (UICC) tarafından geliştirilen evreleme kılavuzları, tüm kanser türlerinde yaygın olarak kullanılmaktadır ve hastalığın klinik ve patolojik özelliklerini sınıflandırmak için standart bir terminoloji sunar *(*Amin vd., 2017; Brierley vd., 2017). Bu sistemde evreleme üç ana başlık altında ele alınır:

- T (Primer Tümör)

T, tümörün boyutunu, lokal invazyon derecesini ve çevre dokulara yayılmasını ifade eder. T0, primer tümörün bulunmadığını belirtirken; T1-T4 arası, tümörün boyutu ve invazyon derecesine göre değişir.

- N (Nodal Hastalık)

N, kanserin bölgesel lenf düğümlerine yayılıp yayılmadığını ve yayıldıysa ne kadar olduğunu ifade eder. N0, lenf düğümlerinde hastalık olmadığını gösterirken; N1-N3, lenf düğümlerine yayılan hastalığın derecesini yansıtır.

- M (Uzak Metastaz)

M, kanserin vücudun diğer bölgelerine (uzak metastaz) yayılıp yayılmadığını belirler. M0 metastaz olmadığını, M1 uzak metastaz bulunduğunu gösterir. Bu sistem sayesinde, kanserin evresi doğru bir şekilde belirlenebilir, tedavi stratejileri buna göre şekillendirilebilir ve hastanın prognozu hakkında daha net bir fikir sahibi olunabilir. Ayrıca evreleme sistemleri tedavi sonuçlarının karşılaştırılmasını ve kanser araştırmalarında standartlaştırılmış veri toplanmasını kolaylaştırır (Amin vd., 2017; Brierley vd., 2017).

H. Baş Boyun Kanserlerinde Tedavi

Baş boyun kanserlerinde tedavi planlaması, tümörün yeri, evresi, biyolojik özellikleri ve hastanın genel durumu gibi birçok faktör göz önüne alınarak yapılır (Marur ve Forastiere, 2008). Bu kanser türlerinin yönetiminde kullanılan başlıca tedavi yöntemleri aşağıda yer almaktadır.

- Cerrahi Tedavi

Tümör dokusunun ve etkilenmiş lenf nodlarının çıkarılması, BBK tedavisinin temel taşlarından biridir. Cerrahi, genellikle primer tümörün kontrol altına alınması ve bölgesel lenf nodu metastazlarının temizlenmesi için uygulanır.

- Radyasyon Tedavisi (Radyoterapi)

Cerrahiye alternatif veya tamamlayıcı olarak kullanılan radyoterapi, tümör hücrelerini hedef alarak onları yok etmeyi amaçlar. Özellikle erken evre larenks kanserinde cerrahi ile radyoterapinin etkinliği benzerdir, bu nedenle tedavi seçimi genellikle hastanın tercihine ve klinik duruma bağlıdır.

- Kemoterapi

Daha ileri evrelerde, tümörün küçültülmesi veya metastazların kontrol altına alınması için kullanılır. Genellikle radyoterapiyle kombine edilerek kemoradyoterapi adı verilen bir yaklaşım uygulanır.

- İmmünoterapi

Son yıllarda, immünoterapi baş-boyun kanserlerinde umut vaat eden bir tedavi yöntemi haline gelmiştir. İmmünoterapiler, bağışıklık sisteminin kanser hücrelerini tanıma ve yok etme kapasitesini artırmayı hedefler.

- Kombinasyon Tedavileri

Birçok durumda, cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi bir arada veya ardışık olarak kullanılır. Örneğin, cerrahi sonrası adjuvan radyoterapi veya kemoterapi uygulanarak lokal kontrol ve metastaz önleme sağlanabilir (Cramer vd., 2019).

- Erken Evre Tedavisi (Evre 1 ve Evre 2)

Oral kavite, larenks ve hipofarenks gibi bölgelerde gelişen erken evre tümörlerde, genellikle tek bir tedavi yöntemi (monoterapi) yeterli olur. Larenks kanseri için, cerrahi müdahale ve radyoterapi benzer başarı oranlarına sahiptir. Tedavi seçimi, ses fonksiyonlarının korunması, hastanın genel durumu ve tercihi dikkate alınarak yapılır (Cramer vd., 2019).

- İleri Evre Tedavisi (Evre 3 ve Evre 4)

Daha ileri evrelerde, genellikle multidisipliner bir yaklaşım gereklidir. Bu evrelerde cerrahiye ek olarak radyoterapi ve/veya kemoterapi uygulanır. Metastatik hastalık durumunda, sistemik tedaviler (örneğin, kemoterapi ve immünoterapi) ana tedavi yöntemleridir. Bu nedenlerle, BBK tedavisi her hasta için kişiselleştirilmelidir. Tedavi başarısını artırmak ve hasta sonuçlarını iyileştirmek için cerrahi, onkoloji, radyasyon onkolojisi, patoloji ve psikoloji gibi farklı disiplinlerden uzmanların iş birliği içinde çalışması hayati önem taşır. Multidisipliner yaklaşımla, hem tümörün kontrolü hem de hastanın yaşam kalitesinin korunması hedeflenir (Koçal vd., 2021; Sürmen vd., 2020).

İ. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramı, bireyin genel esenlik durumunu ve yaşamından aldığı tatmini ifade eder. Bu kavram, tarihsel olarak farklı bilim dallarının ilgisini çekmiş ve her disiplinde kendi perspektifinden ele alınmıştır. 1960'lı yıllar öncesi Yaşam kalitesi, sosyoloji ve ekonomi bilimlerinde bireylerin maddi koşulları, sosyal sınıf ve toplumsal refah açısından değerlendirilmiştir. 1970 ile 1980'li yıllar tıp alanında, yaşam kalitesi kavramı, özellikle kronik hastalıklar ve uzun

süreli tedavilerle ilişkili olarak ele alınmaya başlanmıştır. 1980-1990'lı yıllar Hemşirelik alanında, bireylerin yaşamlarının sadece biyolojik değil, aynı zamanda psiko-sosyal ve sosyo-kültürel yönleriyle de ele alınması gerektiği vurgulanmıştır (Kızılcı, 1999).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1948'de sağlığı yalnızca hastalık yokluğu olarak değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlamasının ardından, sağlıkla ilgili genel iyilik halinin ölçülmesi giderek daha fazla önem kazandı. Bu dönüm noktası, yaşam kalitesi kavramının sağlık hizmetleri uygulamaları ve araştırmalarında önemli bir araç olarak kullanılmasına zemin hazırlamıştır (Testa ve Simonson, 1996).

Hemşirelik disiplini, yaşam kalitesine odaklanırken bireylerin fiziksel sağlık, psikolojik iyi oluş, sosyal ilişkiler ve çevresel faktörler gibi çok boyutlu ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlar. Bu yaklaşım, yalnızca hastalıkların tedavisini değil, bireylerin genel esenliğini artırmayı hedefler. Hemşirelikte yaşam kalitesi çalışmalarının temel ilkeleri biyolojik, psikolojik ve sosyal esenlik arasında bir denge sağlama, kültürel farklılıkları ve bireysel değerleri dikkate alarak bakım sunma, hasta memnuniyetini ve bağımsızlık düzeyini artırmadır. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, sunulan hizmetlerin iyileştirilmesine yönelik değerli bilgiler sağlayabileceği gibi, hemşirelik bakımına ve ihtiyaçların belirlenmesine dair önemli bir bakış açısı sunması açısından da büyük önem taşımaktadır (Yeşilbalkan vd., 2005; Kızılcı, 1999). Günümüzde yaşam kalitesini değerlendirmek için, hastalığa özgü, belirli bir konuya odaklanan ya da genel kapsamlı olarak sınıflandırılabilecek, geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış birçok ölçek bulunmaktadır. Bu ölçeklerin kullanımı son zamanlarda önemli ölçüde artmıştır. Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde, uygulanan tedavi ve bakımın hastalara sağladığı faydaların, onların kişisel algılarına dayalı olarak belirlenmesi yaygın bir yöntem haline gelmiştir (Tüzün ve Eker, 2003; Özyılkan, 2004).

1. Baş Boyun Kanseri ve Yaşam Kalitesi

Baş ve boyun kanseri, genetik olarak karmaşık, tedavisi güç ve kötü huylu bir kanser türüdür. En sık görülen altıncı kanser olan BBK'nin başlıca risk faktörleri arasında tütün, alkol kullanımı ve insan papilloma virüsü yer

almaktadır. Epigenetik veriler, BBK'nin oldukça heterojen bir yapıya sahip olduğunu ve tedavisinin hala zor olduğunu göstermektedir. BBK'li hastalarda sağ kalım oranları ve yaşam kalitesinde belirgin bir iyileşme kaydedilememiştir. Hastaların yarısından fazlasında mevcut geleneksel tedavi yöntemlerine ve immünoterapilere rağmen lokal bölgesel tekrarlamalar veya uzak metastazlar görülmektedir. Ayrıca, kemoterapi, radyoterapi ve bazı hedefe yönelik tedavilere karşı direnç yaygındır. Bu nedenle, HNC hastalarının tedavi sonuçlarını iyileştirecek daha etkili ve tolere edilebilir hedefli terapilerin geliştirilmesi acil bir gerekliliktir (Li vd., 2023).

Radyoterapi, baş boyun kanseri tedavisinde sıkça başvurulan bir yöntem olup, ağız kuruluğu, mukozit, tat değişiklikleri, ağız ve boğazda ağrı, yutma güçlüğü (yutma zorluğu), odinofaji (ağrılı yutkunma) ve iştahsızlık gibi yan etkilere yol açabilir. Bu etkiler, hastaların yaşam kalitesini büyük ölçüde bozabilmektedir. Baş ve boyun kanserlerinin yol açtığı bu tür problemler, genel sağlık durumunu ve tedaviye ya da bakıma verilen yanıtı değerlendirmenin en iyi yollarından birinin, hastanın yaşam kalitesini ölçmek olduğunu ortaya koymaktadır. Yaşam kalitesi, bireyin kültürel değerleri, kişisel hedefleri, normları, ilgileri ve yaşamına bakış açısıyla tanımlanır ve bu, kişinin fiziksel, emosyonel, fonksiyonel, sosyal, finansal ve ruhsal sağlığını içerir. Ayrıca yaşam kalitesi, tedavi kararları alırken ve planlama yaparken sağlık profesyonellerine rehberlik eden önemli bir ölçüt olarak kullanılmaktadır (Chaukar vd., 2009; Epstein vd., 2001; Larsson vd., 2005; 2007; Murphy vd., 2007; Ünsal vd., 2006).

Baş boyun kanseri cerrahisi sırasında, vücut imajında meydana gelen temel değişiklikler genellikle yüz deformasyonu ve işlev kaybından kaynaklanır. Bedenine duyulan memnuniyetsizlik, kişinin cinsel yaşamını da olumsuz yönde etkileyebilir (Anderson ve Johnson, 1994). BBK'ne bağlı ortaya çıkan şekil bozuklukları, toplumda sıklıkla damgalanır, çünkü güzellik, sosyal bir ideal, arzu ve standart olarak kabul edilmektedir. Bu tür deformasyonlar, bireyin kişisel kimliği, iletişim yetenekleri, sosyal ilişkileri, cinsel yaşamı ve depresyon ile anksiyete gibi klinik düzeydeki psikolojik durumlarla önemli ölçüde bağlantılıdır (Dropkin, 1999; Meningaud vd., 2003). Literatür, cerrahi tedavi gören BBK hastalarının %75'inin psikososyal sorunlar yaşadığını belirtmektedir (Meningaud

vd., 2003). Yaşanan psikososyal sorunlar bireylerin yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir.

2. Beden İmajı ve Yaşam Kalitesi

Beden imajı, bireyin kendi fiziksel görünümü hakkındaki öznel algılarını, düşüncelerini ve değerlendirmelerini içeren, karmaşık ve çok boyutlu bir kavram olarak tanımlanır (Falk Dahl vd., 2010; Rhoten vd., 2013; Paterson vd., 2016; Shunmuga Sundaram vd., 2019). Bu algı, hem bireyin kendisini nasıl gözlemlediği hem de çevresindeki insanların ona nasıl tepki verdiğini fark etmesiyle şekillenir (Falk Dahl vd., 2010; Rhoten vd., 2013; Shunmuga Sundaram vd., 2019). Bir kişinin bedenine yönelik tutumu, görünümün birey için taşıdığı önemin yanı sıra, fiziksel görünüme dair kültürel standartlara ilişkin kişisel değerlendirmelerden ve bu standartlar ile kendi algıladığı fiziksel görünüm arasındaki uyumsuzluktan etkilenir (Falk Dahl vd., 2010). Kanserle ilişkili beden imajı bozukluğu, kişinin dış görünümünde fark ettiği değişiklikler sonucunda yaşadığı memnuniyetsizlik ve psikolojik rahatsızlık olarak tanımlanır (White, 2000; Shunmuga Sundaram vd., 2019). White "kanser ve kanser tedavilerinin doğası gereği yıkıcı olduğunu" belirtir çünkü bu süreçler vücuttaki organların kaybı, yara izleri, saç dökülmesi, şekil bozuklukları, kilo değişiklikleri ve işlev kayıplarına neden olabilir. Tüm bu faktörler, bireyin kendilik algısını etkileyerek beden imajı bozukluklarına yol açabilir (Vani vd., 2021). Beden imajına dair kaygıların, pek çok kanser hasta grubunda, özellikle de teşhis alan ergenler ve genç yetişkinler arasında yaygın olduğu tespit edilmiştir (Barakat vd., 2016; Vani vd., 2021). Beden imajına yönelik kaygılar, farklı yaş gruplarındaki hastalarda yaygın olmakla birlikte, önceki araştırmalar baş ve boyun kanseri, kolorektal kanser, testis kanseri, jinekolojik kanserler ve meme kanseri gibi çeşitli kanser türlerine sahip bireylerin beden imajı sorunları yaşama riski taşıdığını da ortaya koymuştur (Latifi vd., 2020; Li ve Rew, 2010; Rossen vd., 2012; Sacerdoti vd., 2010; Song vd., 2021). Beden imajına dair kaygılar genellikle düşük özsaygıya, azalmış cinsel işlevselliğe, depresyona ve sosyal kaygıya sebep olabilir ve bu durum bireyin yaşam kalitesini benlik saygısını ve özgüvenini olumsuz yönde etkileyebilir (Cash, 2012; Juhl vd., 2017; Rhoten vd., 2013; Shunmuga Sundaram vd., 2019; White, 2000). Bu bağlamda, vücut imajını daha sağlıklı bir şekilde anlayan bireylerin kanser ve kanser tedavileriyle daha etkili başa çıkma

eğiliminde olmaları kesinlikle şaşırtıcı değildir. Çünkü gelişmiş psikolojik sağlık ve yaşam kalitesi, genellikle daha iyi tedavi ve hastalık sonuçlarına yol açtığı gösterilmiştir (Carlson ve Bultz, 2003; Han vd., 2009; Mausbach vd., 2020; Paterson vd., 2016).

Baş boyun kanserlerinin genellikle vücut imajı bozukluklarıyla ilişkilendirildiği bulunmuştur (Rhoten vd., 2013). Tedavi alanında kaydedilen ilerlemelere rağmen, bu kanser türleri çoğunlukla ileri evrelerde tespit edilmekte ve sıklıkla ağrı, yüz görünümünde değişiklikler (örneğin, yüzün belirli kısımlarının çıkarılması, trakeostomi uygulamaları ve yüz ile boyundaki görünür yara izleri gibi), yeme, konuşma ve solunum gibi hayati fonksiyonları etkileyen invaziv tedavi gereksinimleri ortaya çıkmaktadır (Melissant vd., 2020; Nakarada-Kordic vd., 2017; Rhoten vd., 2013; Shunmuga Sundaram vd., 2019; White, 2000). Baş ve boyun kanseri tedavisi gören hastalarda vücut imajı endişelerinin, tedavinin ardından 12 aya kadar devam edebileceği gösterilmiştir (Paterson vd., 2016; Vani ve ark., 2021).

J. Ağrı ve Yaşam Kalitesi

Kanserle ilişkili ağrı, kanserin kendisinin veya uygulanan tedavi yöntemlerinin neden olduğu ağrı olarak tanımlanır. Bu tür ağrı, hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde olumsuz etkileyen başlıca sorunlardan biridir ve kanser hastalarında en yaygın görülen semptomdur. Özellikle ileri evre kanser hastalarının yaklaşık %70'inde ağrı yakınmaları görülürken, bu oran terminal dönem hastalarında %90'a kadar çıkabilir. Kemik, serviks, baş ve boyun kanserlerinde ağrı daha yaygın olarak görülmektedir. (Kömürcü, 2004). Baş boyun kanseri hastalarında ağrı en ciddi semptomlardan biri olarak kabul edilir ve hem oral işlevi hem de kişilerarası ilişkileri olumsuz şekilde etkiler (Viet ve Schmidt, 2012). BBK kaynaklı ağrı, hastaların yeme, içme ve konuşma gibi temel fonksiyonlarını bozar, bu da yaşam kalitesinin ciddi şekilde azalmasına yol açar. Ayrıca kötü patolojik özellikler (örneğin perineuralinvazyon ve lenf nodu metastazı) ağrının şiddetini artırabilir (Ye vd., 2022). Baş boyun kanseri hastaları, kanserin kendisinden ve kanseri tedavi etmek için uygulanan tedavi yöntemlerinden kaynaklanan çeşitli ağrı türleriyle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu ağrı, tedavi sürecinin tamamlanmasının ardından yıllarca sürebilir ve iyileşme

döneminde bile hastalar için devam eden bir sorun haline gelebilir (Blasco vd., 2020). Kanser hastalarında ağrı sendromları, etiyolojilerine göre üç ana kategoride ele alınabilir: a) Tümör invazyonu ve kompresyonuna bağlı ağrılar: Hastaların %77'sinde görülür ve ağrı, kanserli dokuların ağrıya duyarlı yapıları işgal etmesi veya baskılaması sonucunda ortaya çıkar b) Tedaviye bağlı ağrılar: Hastaların %19'unda, cerrahi müdahaleler, kemoterapi, radyoterapi gibi tedavi yöntemleri sırasında veya sonrasında gelişen ağrılar olarak ortaya çıkar c) Kanser dışı sebeplerle oluşan ağrılar: Hastaların %14'ünde görülür ve doğrudan kanserle bağlantılı olmayan, başka etkenlerden kaynaklanan ağrılar olarak sınıflandırılır (Kömürcü, 2004).

Aplak vd.,'nin çalışmasında, baş boyun kanseri hastalarının yaşam kaliteleri değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, oral kavite kanserlerinde; ağrı, diş problemleri, ağız açmada güçlük, tat kaybı ve beslenme sorunları ön plandadır. Farenkss kanserinde; boğaz ağrısı ve salgı azalması, larenkss kanserinde ise nefes darlığı ve konuşmada zorluk gibi problemler en yüksek skorları almıştır (Aplak vd., 2007). Radyoterapi tedavisi gören baş boyun kanserli hastalarda boyun ve omuz ağrıları, yutkunma sırasında hissedilen ağrılar ve ağız içi ağrılar sıklıkla dile getirilmektedir. Radyoterapi sürecinin her bir aşamasında ağrının şiddeti ve sıklığı değişkenlik gösterebilmektedir (Özsaran vd., 2003).

1. Yutma güçlüğü ve Yaşam Kalitesi

Yutma, hidrasyon, beslenme, salgıların kontrolü ve ilaç alımı gibi temel fonksiyonlar, yaşamın sürdürülmesi için kritik öneme sahiptir. Güvenli ve etkili bir şekilde yutma, mukozal duyusal reseptörler, kranial sinirler, beyin sapı merkezleri ve daha üst düzey kortikal kontrol mekanizmaları tarafından düzenlenen karmaşık ve koordineli kas-iskelet hareketlerinin bir sonucudur. Bu süreçlerden herhangi birinin bozulması, yutma güçlüğü veya yutma güçlüğüne yol açabilir. Ve oluşan yutma güçlüğü bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Baş boyun kanseri hastalarında, tanı anında yutma güçlüğü, önemli ölçüde etkilenmiş olan üst aerodigestif dokularda tümör bulunmasından kaynaklanır ve bu durum HNC hastalarının %28'inde ve faringeal kanserli hastaların %50'sinde görülmektedir (Raber-Durlacher vd., 2012). Ayrıca cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi gibi tedavi yöntemlerinin üst aerodigestif yol üzerindeki yıkıcı

etkileri nedeniyle yutma güçlüğü hem akut hem de kronik bir yan etki olarak ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle yutma güçlüğü sıklığı hastalığın başlangıcından tedavi sürecine ve uzun dönem tedavi sonrası izlem sürecine kadar artış gösterir ve sonunda BBK sağ kalanlarının %45 ila %75'ini etkiler (Govender vd., 2017; Hutcheson vd., 2019). Baş boyun kanseri tedavisini tamamlayan bireyler için yutma, en önemli fonksiyonel önceliklerden biridir ve sağlıkla bağlantılı yaşam kalitesinin temel belirleyicilerinden biri olarak kabul edilmektedir (Roe vd., 2014).

2. Sosyal Temas, Sosyal Yeme ve Yaşam Kalitesi

Baş boyun kanseri tedavisi sonrası sağ kalanların yaklaşık beşte birinin sıklıkla yalnızlık hissettiği tespit edilmiştir (Korsten vd., 2019). Yalnızlık ve depresyon düşük yaşam kalitesi, zayıf fiziksel sağlık ve azalmış sağkalımla ilişkilendirilmektedir. BBK hastalarının deneyimlediği fiziksel semptomlar genellikle sosyal etkileşimlerini sınırlamakta ve yalnızlık ile sosyal izolasyonu artırmaktadır (Dahill vd., 2020). Sosyal işlevsellik bir kişinin etkili sosyal etkileşimlerde bulunma, kişiler arası ilişkileri sürdürme, çalışmaya katılma ve günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştirme kapasitesi olarak tanımlanır (Brissos vd., 2011). Genel popülasyonda zayıf sosyal işlevselliğin ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yarattığı gösterilmiştir (Singleton vd., 2003).

Baş boyun kanseri sonrası hastalarda konuşma ve yeme güçlükleri yaygındır ve bu sorunlar çoğunlukla kronik bir hal alarak zamanla kötüleşebilir (Patterson vd., 2018). İletişim bozuklukları, bireyin diğer insanlarla etkileşim biçimini etkileyerek sosyal ilişkilerde azalma, yalnızlık ve yalıtılmışlık hissini artırabilir (Palmer vd., 2019). Yeme ve içme ile ilgili sorunlar ise utanç, artan kaygı ve sosyal ortamlarda yemek yemekten kaçınma davranışlarını tetikleyebilir. Bu durum bireyin yemekleri paylaşmasını engelleyerek sosyalleşme fırsatlarını kısıtlar, özgüvenini düşürür ve yalnızlık hissini derinleştirir. Hem konuşma hem de yemek yeme ile ilgili zorluklar, sosyal etkileşimleri sınırlandırarak izolasyonu artırabilir ve sosyal işlevselliği olumsuz etkileyebilir (Lang vd., 2013; Nund vd., 2014).

3. Baş ve Boyun Kanserli Hastaların Yaşam Kalitesinin Yükseltilmesinde ve Hemşirelik Rolleri ve Önemi

Kanser bireyi fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutlarda çok yönlü olarak etkileyen ve bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşüren bir hastalıktır. Baş ve boyun kanseri hastalarında hem hastalık sürecinden hem de tedaviye bağlı yan etkilerden kaynaklanan sorunların önlenmesi ve yönetimi için multidisipliner bir yaklaşım büyük bir öneme sahiptir (Larsson vd., 2005 ve 2007; Ouwens vd., 2009). Bu tür hastaların bakımı tüm ekip üyelerinin uyum içinde çalışmasını gerektirir. Sağlık ekibi içerisinde hasta ile sürekli iletişim kurarak tedavi sürecinin sürekliliğini sağlayan ve ekip ile hasta arasında köprü görevi gören hemşirenin rolü kritik öneme sahiptir. Hemşireler, tedavinin başlangıcından itibaren süreç boyunca hastanın yanında oldukları ve onlarla birebir vakit geçirdikleri için tedavi sırasında ortaya çıkan sorunları erken fark etme olanağına sahiptir.

Literatür incelemelerinde tedavinin sona ermesinden sonra bile uzun bir süre boyunca çeşitli sorunlarla karşılaşmaya devam eden bu hastaların fiziksel ve psikososyal açıdan sürekli desteklenmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bu süreçte bütüncül bir yaklaşım ve güven veren bir hemşirelik bakımının hastaların yaşam kalitesini artırmada önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir (Larsson vd., 2005 ve 2007; Ouwens vd., 2009). Yapılan çeşitli çalışmalarda özellikle beslenmenin düzenlenmesi gibi genel destek yaklaşımlarının hastaların sağlık sonuçlarında olumlu değişiklikler sağladığı gösterilmiş, bu süreçte hemşirelerin kritik bir rol oynadığına dikkat çekilmiştir (Garg vd., 2009; Larsson vd., 2007; Ouwens vd., 2009).

III. YÖNTEM

A. Araştırmanın Tasarımı

Bu araştırma, BBK'li hastaların cerrahi tedavi sonrası yaşam kalitesi ve semptom düzeylerini belirlemek, sosyodemografik ve klinik özelliklerin etkisini incelemek amacıyla nicel, tanımlayıcı, analitik ve kesitsel olarak yapıldı.

1. Araştırma Yeri ve Özellikleri

Araştırma İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nin Kulak Burun Boğaz Kliniği ve Polikliniği'nde yapılmıştır. Bu kliniğe ait toplamda 24 yataklı bir yataklı servis ve elektif cerrahilerin hafta içi yapılmasının tercih edildiği dört adet ameliyathane odası bulunmaktadır. Klinik içerisinde esnek (fleksible) muayenenin yapılabilmesi için ayrı muayene odası, hemşire odası ve doktor odası bulunmaktadır. Servisler klinik ve eğitim şefleri, uzmanlar tarafından yönetilmektedir. Toplamda görev alan sağlık çalışanları 1 Profesör, 3 Doçent, 8 Uzman Doktorun yanı sıra, 28 Asistan doktor ve 1 sorumlu hemşire, 20 klinisyen hemşire olarak sıralanabilir. Hemşireler 08 ile 16, 16 ile 08 vardiyasında, 08 ile 16 arasında 1 sorumlu hemşirenin görev aldığı dikkate alınarak 4 hemşire gündüz, 2 hemşire gece bakım vermektedir. Bu araştırmanın örneklemine özellikleri tanımlanan Şehir Hastanesi'nin Kulak Burun Boğaz kliniğinde BBK tanısıyla ameliyat olan ve izlenen hastalar dahil edildi.

B. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu çalışmanın evrenini İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nin Kulak Burun Boğaz Kliniğinde BBK nedeniyle ameliyat olan, klinik/poliklinikte tedavi ve izlemi devam eden hastalar oluşturdu.

G*power 3.1.9.7 programı ile hesaplandı. Bu kapsamda etki büyüklüğü 0.5; yanılgı payı α:0,05; güven aralığı %95; güç 1-β=0.20 dikkate alınarak %.80

belirlenerek örneklem büyüklüğü n=102 olarak hesaplandı. Araştırmacının zaman sınırlılığı nedeniyle n:80 hastaya ulaşıldı ve örnekleme BBK'li n: 80 hasta alındı.

Araştırma verilerine dayalı yaş (yıl), cinsiyet, çalışma, BKİ, tıbbi tanı, tedavi ve postoperatif dönem (ay) dikkate alınarak iki grup, üç ve üzeri gruplara göre QLQ-$C30_{v3}$ "Genel Sağlık ve Yaşam Kalitesi (QoL)" puan ortalamaları ve standart sapmaları üzerinden G*power 3.1.9.7 ile hesaplandığında, güç analizi sonuçları 0.81 ile 0.28 arasında değişmektedir.

1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Bu çalışmaya dahil edilme kriterleri (a) 18 yaş ve üzeri, BBK nedeniyle kanser cerrahisi geçirmiş olmak, (b) Türkçe anlayabilir olmak, (c) Çalışmanın yapıldığı hastanede BBK tanısı nedeniyle kanser cerrahisi yapılmış olması, (d) Ameliyat sonrası en az 1 ay sürenin tamamlanmış olması ve çalışmaya katılmayı kabul etmesi olarak belirlendi.

2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Dahil edilme kriterlerinin tam tersi kriterlerin yanı sıra (a) Başka bir merkezde ve/veya BBK dışında bir nedenle ameliyat olmuş, (b) Eşlik eden travma veya BBK dışı bir cerrahinin eş zamanlı olarak var olması, (c) BBK tanısı almadan önce hekim tarafından tanılanmış bir psikiyatrik hastalığının olması, kriterleri birer dışlanma kriteri olarak kabul edildi.

C. Verilerin Toplanması

Bu araştırmanın verileri 1 Aralık 2023 ile 1 Ekim 2024 tarih aralığında İstanbul'da Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nde BBK nedeniyle kanser cerrahisi geçirmiş hastaların katılımı ile toplandı. Veri toplama BBK nedeniyle kanser cerrahisi geçirdikten sonra hastaların rutin poliklinik ziyaretleri sırasında yapıldı. Poliklinik ziyaretine gelmeyen bazı hastaların verileri telefon ile görüşme yöntemi ile yapıldı. Hastalara anket soruları yöneltilmeden önce çalışma hakkında bilgilendirilmiş yazılı ve sözlü onamları alındı ve örnekleme dahil edildiler.

D. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmanın verilerinin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür temel alınarak hazırlanmış "Baş Boyun Kanserli Hasta Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Bilgi Formu", ve "Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Soru Formu-C30 (European Organisation for Research and Treatment of Cancer-EORTC, Quality Life Questionare-QLQ-$C30_{v3}$) ve özelleştirilmiş ek olarak kullanılması önerilen, Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu, Baş Boyun Modülü-43 (EORTC QLQ-H&N43) kullanıldı. Veri toplama Araçlarına ilişkin bilgiler aşağıda verildi.

1. Baş Boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri Bilgi Formu

Baş Boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Bilgi Formu literatür dayalı araştırmacılar tarafından hazırlandı. Yaş, cinsiyet, Beden Kitle İndeksi (BKİ), meslek durumu, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, kimlerle yaşadığı, sigara ve alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı, tıbbi tanısı, tedavi yöntemi ve post-operatif dönem süresi" sorularının yer aldığı bir bilgi formudur (Ek. 1)

2. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu, Kanser hastaları için Yaşam Kalitesi Soru Formu (EORTC QLQ-C30)

Bu yaşam kalitesi soruları/ölçüm aracı; Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütünün (EORTC) çalışma ürünüdür. Bu örgüt (EORTC-1962) kar amacı gütmeyen uluslararası bir kuruluş olarak kurulmuştur. Bu ölçüm aracı da EORTC QLQ-$C30_{v3}$ Avrupa'da onkologlar ve temel bilim insanlarından oluşan çok disiplinli gruplar tarafından büyük, prospektif, randomize, çok merkezli, kanser klinik araştırmaların yürütülmesi yoluyla geliştirilmiştir ve iyileştirilmiştir. Bu araştırmada geliştirilen ve iyileştirilen yaygın kullanılan, EORTC tarafından kullanılması önerilen Kanser Hastaları için yaşam Kalitesi Soru formu -C30 versiyon 3 (EORTC QLQ-$C30_{v3}$) kullanıldı (Ek 2).

EORTC tarafından web sayfasında yayınlanan manuelde (Fayers, Aaronson, Bjordal, 2001) belirtildiği üzere EORTC QLQ-C30, Aaronson, Ahmedzai, Bergmanet.al. (1993) tarafından geliştirildi. Bjordal, De Graeff, Fayers, et.al.

(2000) tarafından 12 ülkede QLQ-C30$_{v3}$ yenilendi. QLQ-C30$_{v3}$ ve ek özel klinik modülleri ile ilgili en son bilgilere ve farklı dillerde versiyonlarına EORTC Yaşam Kalitesi web sayfalarından (http://www.eortc.be/home/qol) ulaşılabilir.

Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Soru Formu (EORTC QLQ-C30$_{v3}$) ile kanser hastalarının "genel sağlık durumunu, yaşam kalitesini, fonksiyonel durumunu ve sık yaşanan semptomları" belirlemek amacıyla geliştirildi. EORTC-QLQ-C30$_{v3}$ ölçme aracının Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları *Güzelant ve ark., 2004 ve* Cankurtaran ve ark. 2007 tarafından yapıldı.

QLQ-C30$_{v3}$ toplam 30 sorudan oluşmaktadır (Ek. 3). QLQ-C30 da **"Fonksiyonel skala** *(Functional scales)***"** "fiziksel *(Physical functioning),* rol *(Role functioning),* duygusal *(Emotional functioning),* bilişsel *(Cognitive functioning),* sosyal *(Social Functioning)* fonksiyonu/işlevselliği" ölçen maddeleri içermektedir. QLQ-C30$_{v3}$ de fiziksel ve rol fonksiyon maddeleri revize edilmiştir.

QLQ-C30$_{v3}$ da **"Semptom skalası** *(Symptom scales)***"** "yorgunluk *(Fatigue)* bulantı ve kusma *(Nausea and vomiting),* ağrı *(Pain),* dispne *(Dyspnoea),* uyku bozukluğu *(Insomnia-SL),* iştahsızlık *(Appetite loss),* konstipasyon *(Constipation),* diyare *(Diarrhoea)* ve finansal etkiyi *(Financial impact)*" ölçen maddelerden oluşmaktadır.

Bu ölçüm aracının Fonksiyonel skala ve semptom skalası hem "çok maddeli" hem de "tek maddeli" sorulardan oluşan toplam 28 maddesi dörtlü likert tipinde "1=Hiç; 2= Biraz; 3=Oldukça; 4=Çok" olarak değerlendirilmektedir ve madde aralığı 3'dür.

QLQ-C30$_{v3}$ de kanserli hastaların **"genel sağlık ve yaşam kaltesi",** başlığında genel sağlık durumu ve yaşam kalitesini değerlendiren (Global health status/QoL) revize edilen 2 maddeden oluşmaktadır ve bu maddeler "1 çok kötü ve 7 mükemmel" aralığında değerlendirilmektedir ve madde aralığı 6'dır. Böylece hastalar 29. madde ile "sağlığını"; 30. madde ile de "genel yaşam kalitesini" değerlendirmektedir.

QLQ-C30$_{v3}$ soru formunun **Özgün formunun** ***(****Aaronson et al, 1993)* **çok** maddeli skalalarda ve semptomlarda Cronbach's alfa değerleri 0,54-0,86; Türkçe

uyarlama çalışmalarında 0,76-0,94 (*Güzelant ve ark., 2004)*) ve 0.56-0.85) arasında (Cankurtaran ve ark. 2007) değişmektedir. QLQ-$C30_{v3}$ soru formunun Türkçe uyarlamasında yapı geçerliliği (ölçekler arası) ve eşzamanlı geçerlilik ile değerlendirildi ve Türk hasta grubu için kullanılması önerildi.

Bu araştırmada QLQ-$C30_{v3}$ soru formunun Cronbach Alfa değerleri 0.28-0,96 arasında değişmektedir. Ölçüm aracında "bilişsel fonksiyon" güvenirlik katsayısı özgün ve uyarlama çalışmalarında da kısmen düşük olmakla birlikte, bu çalışmada daha düşük saptandı ve gelecek çalışmalarda tekrar incelenmesi önerildi.

QLQ-C30v3 ilgili soru formu, adı, kısaltması, madde sayısı ve madde aralığı ve madde numaraları ve özgün İngilizce formu, Türkçe uyarlama çalışmaları ve bu çalışma için Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları aşağıda Çizelge 1'de sunulmuştur.

Çizelge 1. EORTC-QLQ-C30v3 Soru Formunun Özellikleri

EORTC- QLQ-$C30_{v3}$					Cronbach Alfa			
	** Skala Kısaltma	Madde sayısı	* Madde aralığı	Madde numarası	Özgün *(Aaronson et al, 1993)*	Türkçe uyarlama-1 *Güzelant ve ark., 2004)*	Türkçe uyarlama-2 *Cankurtaran veark.,2007)*	Bu Araştırma
Genel Sağlık / QoL								
Genel sağlık / QoL (revize)	QL	2	6	29,30	0.86	0.94	0.81	0.96
Fonksiyonel skala								
Fiziksel fonksiyon (revize)	PF	5	3	1,2,3,4,5	0.68	0.70	0.81	0.89
Rol fonksiyon (revize)	RF	2	3	6,7	0.54	0.89	0.83	0.83
Duygusal fonksiyon	EF	4	3	21,22,23, 24	0.73	0.84	0.85	0.86
Bilişsel fonksiyon	CF	2	3	20,25	0.56	0.71	0.56	0.28
Sosyal fonksiyon	SF	2	3	26,27	0.68	0.76	0.74	0.71
Semptom skalası / maddeler								
Yorgunluk	FA	3	3	10,12,18	0.80	0.84	0.84	0.85
Bulantı-kusma	NV	2	3	14, 15.	0.65	0.87	0.77	0.51
Ağrı	PA	2	3	9, 19.	0.82	0.76	0.74	0.83
Dispne	DY	1	3	8	-	-	-	-
Uykusuzluk	SL	1	3	11		-	-	-
İştahsızlık	AP	1	3	13		-	-	-
Konstipasyon	CO	1	3	16		-	-	-
Diyare	DI	1	3	17		-	-	-
Finansal etki	FI	1	3	28		-	-	-

**Madde aralığı, maddelere verilen olası maksimum ve minimum yanıt arasındaki farktır; maddelerin çoğu 1 ila 4 arasında değerler alır ve aralık = 3'dür.*

******QL****= Global health status / QoL (genel sağlık durumu/yaşam kalitesi);* ***PF****=****P****hysical* ***F****unctioning (fiziksel fonksiyon);* ***RF****=****R****ole* ***F****unctioning (rol fonksiyonu);* ***EF****=****E****motional* ***F****unctioning (duygusal fonksiyon);* ***CF****=****C****ognitive* ***F****unctioning (bilişsel fonksiyon)* ***SF****=****S****ocial* ***F****unctioning (sosyal fonksiyon)*

FA*=****Fa****tigue (yorgunluk);* ***NV****=****N****ousea and* ***V****omiting (bulantı-kusma)* ***DY****=****Di****spnoea (dispne);* ***SL****-İnsomnia/****Sl****eep disturbance (uykusuzluk)* ***AP****=****Ap****etite loss (iştahsızlık)* ***CO****=****Co****nstipation (konstipasyon)* ***DI****=****Di****arrhoea (diyare)* ***FI****=****Fi****nancial impact (finansal etki)*

QLQ-C30 soruları hem “çok maddeli” hem de “tek maddeli” ölçümlerden oluşmaktadır. QLQ-C30, çok maddeli 5 fonksiyonal skala, üç semptom skalası, bir genel sağlık durumu/yaşam kalitesi skalası ve altı tek ölçek maddesini içermektedir. Bu EORTC-QLQ-C30$_{v3\ soru}$ formunun puanlarının hesaplama ilkesi tüm ölçek ve ek modüllerde aynıdır.

(1) Soru formuna katkıda bulunan maddelerin ortalaması hesaplanır ve ham puanı bulunur.

(2) Ham puanı standartlaştırmak için doğrusal bir dönüşüm kullanılır ve böylece 0 ile 100 arasında değişen puanlar elde edilir. Sonuç olarak ölçüm aracının alt skalalarından ve tek maddeli sorudan alınan daha yüksek bir puan, daha yüksek ("daha iyi") bir fonksiyon seviyesini ve yaşam kalitesini veya daha yüksek ("daha kötü") bir semptom seviyesini gösterir. Puan hesaplama ve dönüştürme nasıl yapıldığı aşağıda açıklandı.

Tüm ölçekler için **ham puan** (RawScore-RS,) bileşen öğelerinin ortalamasıdır

Ham puan= RS=(1_1+1_2+1n…)/n

Ardından Fonksiyonel skalalar için:

$$\text{Puan} = 1 - \frac{(RS-1)}{\text{Aralık (range)}} \times 100$$

Semptom skalası /item and genel iyilik hali/QoL: Puan=

Score = {(RS-1)/ aralık (range)}x100

Örnek:

Duygusal fonksiyon: EF=Ham puan=(Soru21+Soru22+soru23+Soru24)/4

EF Puanı= {1- (ham puan-1)/3x}100

Yorgunluk: FA Puanı= ($Soru_{10}$+$Soru_{12}$+$Soru_{18}$)/3

FA Puanı= {(ham puan -1)/3} x100

3. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Baş Boyun Modülü Soru Formu (EORTC- QLQ-H&N 43)

EORTC QLQ-H&N43 baş boyun modülü soru formu ise baş boyun kanserli hastaların yaşam kalitesini semptomlarını değerlendirmek amacıyla QLQ-$C30_{v3}$'e ek soru formu olarak geliştirildi. QLQ-H&N43 modülü önceden geliştirilen QLQ-H&N35 modülünün revize edilerek iyileştirilmiş versiyonudur. EORTC-QLQ-H&N43 soru formu QLQ-H&N35 sonrasında faz III *(Singer et al. 2015a) ve faz IV (Singer et al. 2019b)* çalışmasında revize edilen versiyonu olarak geliştirildi. Türk toplumunda QLQ-H&N35 Türkçe uyarlama çalışması Yücesarı ve ark. (2020)'de yapıldı. QLQ-H&N43 soru formunun Türkçe uyarlamasına ulaşılmadı, ancak iki araştırma da kullanıldı (Aslan&Cicek, 2021; Yurtsever, 2022).

Bu araştırma da EORTC kurumundan QLQ-$C30_{v3}$ ile birlikte revize edilen QLQ-H&N43 baş boyun modülü soru formunun Türkçe dil versiyonu ve kullanım yönergeleri ile izin alınarak kullanılmıştır. QLQ-$C30_{v3}$ ve QLQ-H&N43 özgün soru formu, manuel ve Türkçe formuna EORTC linkinden (http://www.eortc.be/home/qol) ulaşılabilir. QLQ-H&N43 soru formu özellikleri Çizelge 2'de verildi (Ek. 3).

QLQ-H&N43 ölçme aracı 12 çok maddeli soru ve 7 tek maddeli sorudan oluşan semptomu içeren 43 sorudan oluşmaktadır. Soru numaraları QLQ-$C30_{v3}$ versiyonundan sonra başladığı için QLQ-H&N43 soruları 31-73 ile numaralandırılmıştır. QLQ-H&N43 12 çok maddeli semptomlar sırasıyla; "Ağız içinde ağrı *(Pain in the mouth),* Yutma *(Swallowing)* Diş sorunları *(Teeth Problems),* Ağız kuruluğu/yapışkan tükrük *(Dry mouth and sticky saliva)* Duyular *(Senses)* Konuşma, *(Speech)* Beden imajı *(Body Image),* Sosyal yeme *(Social Eating*), Cinsellik *(Sexuality)*, Omuz sorunları *(Shoulder Problems),* Deri sorunları *(Skin Problems)* Anksiyete *(Anxiety)*"dir. QLQ-H&N43 7 tek maddeli semptomlar sırasıyla; "Ağız açma *(Opening Mouth),* Öksürme **(**Coughing), Sosyal temas, *(Social Contact)* Boyunda şişlik *(Swelling in the Neck)*, Kilo kaybı *(Weight Loss),* Nörolojik sorunlar *(Neurological Problems)* ve Yara iyileşmesi *(Problems with Wound Healing)"*dir.

Baş Boyun modülü QLQ-H&N43 soru formunun değerlendirilmesi yukarda verilen QLQ-C30 soru formu puanlama ilkesi ve hesaplamalarına benzerdir. Her

çok maddeli ve tek maddeli semptomların her maddesi dörtlü likert tipinde "1=Hiç; 2=Biraz; 3= Oldukça; 4=Çok" olarak değerlendirilmektedir ve madde aralığı 3'dür. Önce QLQ-H&N43 katkıda bulunan maddelerin ortalaması hesaplanarak ham puanı bulunur. Ham puanı standartlaştırmak için doğrusal bir dönüşüm kullanılır ve böylece puanlar 0 ile 100 arasında değerler alır. Puanların yorumlanmasında baş boyun modülü soru formunun çok maddeli ve tek maddeli sorudan alınan daha yüksek bir puan, ("daha kötü") bir semptom seviyesini gösterir.

EORTC-QLQ-H&N43 soru formunun özgün İngilizce versiyonunda Cronbach alfa katsayısı ise 0.64 ile 0.89 arasında değişmektedir. Ölçme aracının faktör yükleri test 1'de 0.83-0.46 test 2'de 0.53-0.93 arasında değişmektedir. Tek maddeli semptomlarda hesaplanamamıştır. Bu çalışma da QLQ-H&N43 soru formunun septumlarından elde edilen Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları 0.45-0.98 arasında değiştiği görüldü ve Çizelge 2'de gösterildi.

Çizelge 2. EORTC-QLQ-H&N43 Soru Formunun Özellikleri

	EORTC-QLQ-H&N43				Cronbach Alfa	
	**Skala Kısaltma	Madde sayısı	*Madde aralığı	QLQ-H&N43 Madde Numarası	Özgün Araştırma *(Singer et al. 2015a) (Singer et al. 2019b)*	Bu Çalışma
Ağız içinde ağrı	PA	4	3	31,32,33,34	0.82	0.76
Yutma	SW	4	3	35,36,37,38	0.85	0.80
Diş sorunları	TE	3	3	39,40,73	0.68	0.74
Ağız kuruluğu/ yapışkan tükrük✱	DR	2	3	42,43	0.75	0.75
Duyular	SE	2	3	44,45	0.64	0.45
Konuşma	SP	5	3	47,55,56,57,58	0.89	0.93
Beden imajı ✱	BI	3	3	48,49,50	0.83	0.86
Sosyal yeme	SO	4	3	51,52,53,54	0.85	0.86
Cinsellik	SX	2	3	60,61	0.89	0.98
Omuz sorunları✱	SH	2	3	62,63	0.86	0.80
Deri sorunları	SK	3	3	65,66,67	0.74	0.81
Anksiyete ✱	AX	2	3	69,70	0.83	0.85
Ağız açma	OM	1	3	41	-	-
Öksürme	CO	1	3	46	-	-
Sosyal temas	SC	1	3	59	-	-
Boyunda şişlik✱	SN	1	3	64	-	-
Kilo kaybı	WL	1	3	68	-	-
Yara iyileşmesi	WO	1	3	71	-	-
Nörolojik sorunlar✱	NE	1	3	72	-	-

✱Bu semtomlar EORTC-QLQ-H&N43 soru formundaki bu maddeler EORTC-QLQ-H&N35 versiyonu ile benzerdir (Singer et al. 2019b).

**Madde aralığı, maddelere verilen olası maksimum ve minimum yanıt arasındaki farktır; maddelerin çoğu 1 ila 4 arasında değerler alır ve aralık = 3'dür.*

*****Çok maddeli semptomlar; PA= Pain in the mouth (Ağız içinde ağrı); SW=Swallowing (Yutma); TE=Teeth Problems (Diş sorunları); DR=Dry Mouth and Sticky Saliva (Ağız Kuruluğu ve yapışkan tükürük); SE= Senses (Duyular); SP=Speech (Konuşma); BI=Body Image (Beden İmajı), SO=Social Eating (Sosyal Yeme); SX=Sexuality (Cinsellik); SH=Shoulder Problems (Omuz sorunları); SK=Skin Problems (Deri ssorunları); AX=Anxiety (Anksiyete);***

Tek maddli semptomlar; OM=Opening Mouth (Ağız Açma); CO=Coughing (Öksürme) SC=Social Contact (Sosyal Temas); SN=Swelling in the Neck (Boyunda Şişlik); WL=Weight Loss (Kilo Kaybı); NE=Neurological Problems (Nörolojik sorunlar); WO=problems with Wound Healing (Yara İyileşme sorunları).

E. Araştırma Etiği

Bu araştırmaya başlamadan önce İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü'nün Yönetim Kurulu onayı ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Onayı (Ek 5) Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nin İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul onayı (Tarih: 27.11.2023, Evrak No: E-96317027-514.10-229985635) alındı (Ek 4). Aynı hastanenin Başhekimliği ve Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı'ndan Akademik Kurul İzni (Institutional Review Board-IRB) alındı. Çalışmaya katılan her bir hastanın yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onamı alındı. (Ek 6). Araştırma basamakları izlenirken Helsinki Bildirgesi dikkate alındı. Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarını Türkçe'ye uyarlayan yazarlardan ölçek kullanım izni alındı.

F. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmada birkaç tane sınırlılık ilkesi bulunmaktadır. Bu araştırmada veriler hastaların ilgili hastanede tedavi alan hastaların kişisel bildirimiyle sınırlıdır. Bu çalışma tek merkezli olup, evrene göre belirlenmiş örneklem hacminin küçük olması verilerin genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Veri toplama araçlarına alınan yanıtlar hastaların subjektif yanıtları ile sınırlı olması objektifliği sınırlar. Yaşam kalitesi kişilerin bireysel beklentisi ile ilişkili olduğu için mevcut durumlarının optimalin altında veya üstünde olduğuna ilişkin yorum yapılabilirliği kısıtlamaktadır.

G. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırma verilerinin analizi Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı 27v (Statistical Packed For The Social Sciences -SPSS). IBM yazılım programı kullanılarak yapıldı. Örneklem sayısı n:80 olan çalışmada öncelikle hastaların QLQ-C30 ve QLQ-H&N43 sorularına verdikleri yanıtların tutarlılığı Cronbach's Alpha güvenirlik analizi ile incelendi. Daha sonra hastalardan elde edilen verilere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerden sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, median, minimal ve maksimal değerleri elde edildi. Veriler üzerinden Shapiro Wilk normallik testi ile verilerin normallik dağılımı test edildi. Normal dağılıma uygun olmayan değerler üzerinden Parametrik Olmayan testler (Mann-Whitney U testi,

Kruskal Wallis testi), normal dağılıma uygun olan değerler üzerinden Parametrik testler (Bağımsız t testi, Tek Yönlü ANOVA testi) kullanılarak karşılaştırmalar kullanılarak veriler analiz edildi. Uygulamada ölçekler arasındaki ilişki korelasyon (Spearman's (rho) ve regresyon analizi ile incelendi. Sonuçlar %95 ve %99 güven aralığında, $p<0,05$ ve $p<0,01$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

IV. BULGULAR

Bu araştırmada bulgular beş başlık altın da sunuldu. Bunlar sırasıyla;

(A) BBK'li Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin dağılımı verildi.

(B) Ardından kanserli hastalarda yaşam kalitesi EORTC-QLQ-$C30_{v3}$ soru formu ile elde edilen genel sağlık durumu ve yaşam kalitesi, fonksiyonel durum ve semptom skalası sonuçları ve baş boyun modülü QLQ-H&N43 soru formu ile elde edilen sonuçlar verildi.

(C) BBK'li hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinden etkileyeceği düşünülen bazı değişkenlerin EORTC-QLQ-$C30_{v3}$ ve QLQ-H&N43 puan ortalamalarına etkisi incelendi

(D) BBK'li Hastaların EORTC-QLQ-$C30_{v3}$ ve QLQ-H&N43 soru formu ile elde dilen veriler arasında ilişki incelendi.

(E) BBK'li Hastaların QLQ-H&N43 soru formu ile elde edilen semptomlarının EORTC-QLQ-$C30_{v3}$ soru formu "genel sağlık durumu ve yaşam kalitesi" üzerine etkisi doğrusal çoklu karşılaştırmalı regresyon analizi ile incelendi.

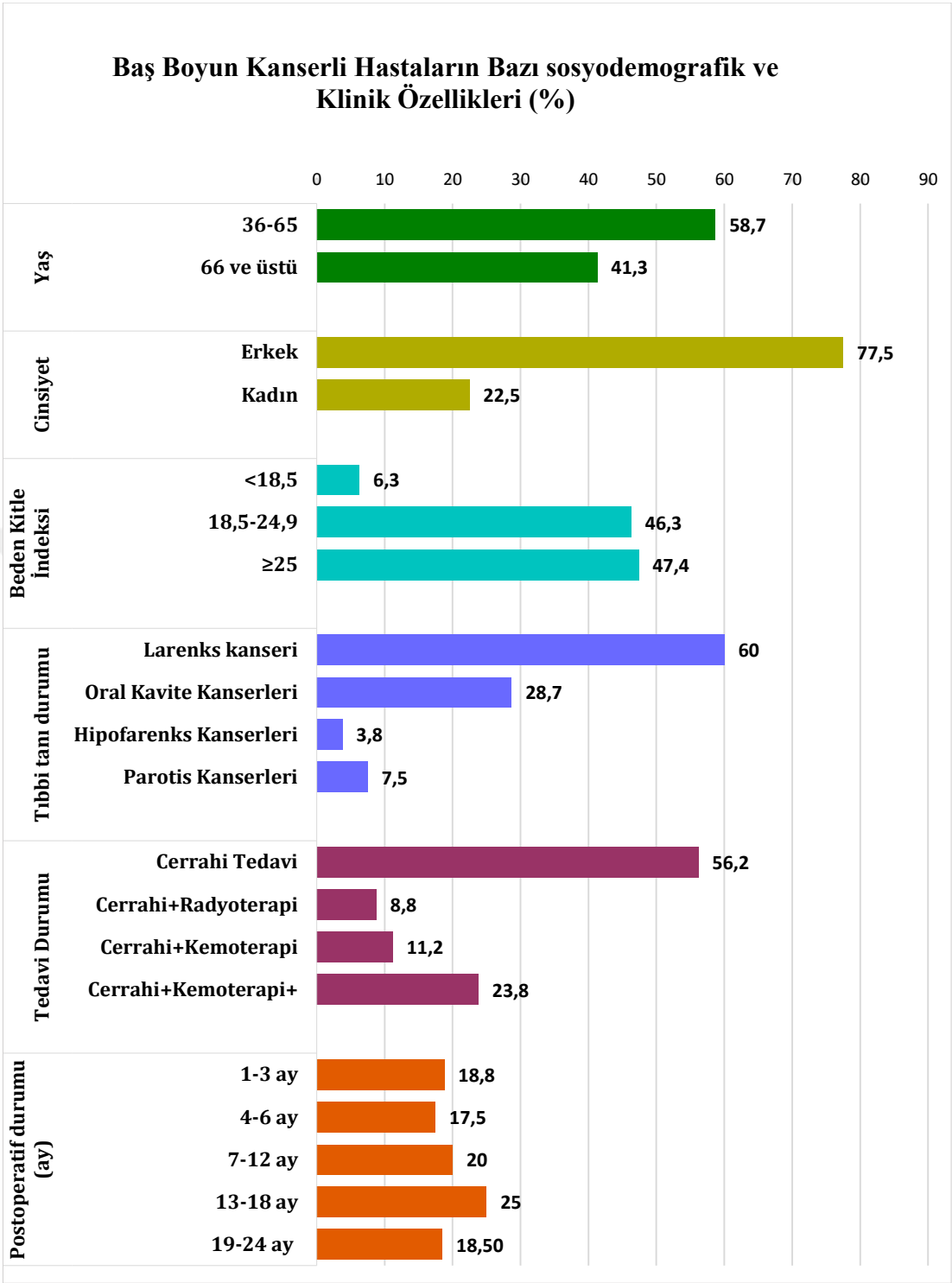
A. Baş Boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırmada yer alan Baş Boyun Kanserli hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri Çizelge 3 ve Şekil 1'de gösterilmiştir.

Çizelge 3. Baş Boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Dağılımı

Baş Boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri			
Değişkenler		Sayı	Yüzde
Yaş	36-65	47	58,7
	66 ve üstü	33	41,3
Cinsiyet	Erkek	62	77,5
	Kadın	18	22,5
Beden Kitle İndeksi	<18,5	5	6,3
	18,5-24,9	37	46,3
	≥25	38	47,4
Medeni Durumu	Bekâr	5	6,2
	Evli	75	93,8
Eğitim Durumu	Okur-Yazar Değil	3	3,8
	Okur-Yazar	4	5
	İlkokul	60	75
	Lise	11	13,8
	Lisans ve Üzeri	2	2,4
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	66	82,5
	Çalışıyor	14	17,5
Gelir Durumu	Gelir Giderden Fazla	2	2,5
	Gelir Gidere Denk	30	37,5
	Gider Gelirden Fazla	48	60
Yaşam koşulları	Yalnız	1	1,3
	Eş	32	40
	Eş ve Çocuklar	40	50
	Diğer	7	8,8
Alkol Kullanımı	Evet	18	22,5
	Hayır	62	77,5
Sigara Kullanımı	Evet	57	71,3
	Hayır	23	28,7
Kronik Hastalık Durumu	Evet	44	55
	Hayır	36	45
Ameliyat Olma Durumu	Evet	31	38,7
	Hayır	49	61,3
Tıbbi tanı durumu	Larenks kanseri	48	60
	Oral Kavite Kanserleri	23	28,7
	Hipofarenks Kanserleri	3	3,8
	Parotis Kanserleri	6	7,5
Tedavi Durumu	Cerrahi Tedavi	45	56,2
	Cerrahi+Radyoterapi	7	8,8
	Cerrahi+Kemoterapi	9	11,2
	Cerrahi+Kemoterapi+ Radyotrerapi	19	23,8
Postoperatif durumu (ay)	1-3 ay	15	18,8
	4-6 ay	14	17,5
	7-12 ay	16	20,0
	13-18 ay	20	25,0
	19-24 ay	15	18.7
Değişkenler		Ort. ± S.s.	Medyan (Min.-Maks.)
Yaş (yıl)		62,7±10,8	64 (23-93)
Boy (cm)		168,9±8,2	170(150-190)
Vücut ağırlığı		70,8 ±13,7	70(40-116)
Beden Kitle İndeksi		24,8 ±4,6	24,8 (14,2-40,1)
Tıbbi Tanı (gün)		61,9 ±203,3	28 (17-1800)

M=Medyan; Ss= Standart sapma (±); Min= minimal; Max= maksimal; BKİ= Beden Kitle İndeksi



Şekil 1. Baş Boyun Kanserli Hastaların Bazı Sosyodemografik ve Klinik Özellliklerinin Dağılımının Grafiksel Gösterimi

BBK'li hastaların sosyodemografik özelliklerinden "**yaş**" incelediğinde hastaların %58,7'i 36-65; %41,3'ü, ≥66 yaş grubundadır.

Hastaların yaş ortalaması 62,7±10,8 (M:64 (Min:23- max.93) olarak saptandı. Hastaların **"Cinsiyet"** durumu incelendiğinde %77,5 erkek, %22,5'i

kadındır. Hastaların ***boy uzunluğu*** ortalaması 168,9±8,2 (M:170(min:150-max.190); ***vücut ağırlığı*** ortalaması 70,8 ±13,7; M:70(40-116) bulundu. **"Beden Kitle İndeksi'ne (BKİ)"** bakıldığında %6,3'ü >18,5; %46,3'ü, 18,5-24,9 aralığında; %47,4'ü ≥25 üzerinde olduğu görüldü. BKİ ortalaması 24,8 ±4,6 (M:24,8, min.14,2-max.40,1) olarak saptandı.

Hastaların "**medeni durumu"** incelendiğinde %93,8 evli, %6,2'si bekardır. Hastaların **"eğitim durumu"** incelendiğinde %75'i ilkokul, %13,8'i lise, %5'i okur yazar, %3,8'i okur yazar değil, %2,4'ü lisans üzeri eğitim mezunu olarak saptandı. Hastaların **"çalışma durumu**" incelendiğinde %82,5'i çalışmıyor, %17,5'i çalışıyor olarak saptandı. Hastaların **"gelir durumu"** incelendiğinde %60'ının gideri gelirden fazla, %37,5'inin geliri gidere denk, %2,5'inin geliri giderinden fazla olarak saptandı.

Hastaların "**alkol kullanım"** durumu incelendiğinde %77,5'inin alkol kullanmadığı, %22,5'inin alkol kullandığı saptandı. Hastaların "**sigara kullanım"** durumu incelendiğinde %71,3'ünün sigara kullandığı, %28,7'inin sigara kullanmadığı saptandı. Hastaların "**kronik hastalık durumu"** incelendiğinde %55'inin kronik hastalığının olduğu, %45'inin kronik hastalığının olmadığı saptandı. Hastaların **"ameliyat olma durumu"** incelendiğinde %38,7'sinin daha önce ameliyat olduğu, %61,3'ünün daha önce ameliyat olmadığı saptandı.

Hastaların "**tıbbi tanı durumu"** incelendiğinde %60'ının larenks kanseri, %28,7'sinin oral kavite kanseri, %7,5'inin parotis kanseri, %3,8'inin hipofarenks kanserleri tanısı aldığı saptandı. Hastaların "**tedavi durumu"** incelendiğinde %56,2'sinin yalnızca cerrahi tedavi, %23,8'inin cerrahi tedavi + kemoterapi + radyoterapi, %11,8'inin cerrahi tedavi + kemoterapi, %8,8'inin cerrahi tedavi + radyoterapi tedavisi aldığı saptandı. Hastaların "**postoperatif durumu (ay)"** incelendiğinde %25'inin 13-18 ay, %20'sinin 7-12 ay, %18,8'inin 1-3 ay, %18,7'sinin 18-24 ay, %17,5 4-6 ay'lık postoperatif süreye sahip olduğu saptandı. Hastaların ***tıbbi tanı koyulma*** süre ortalaması gün olarak incelendiğinde 61,9 ±203,3; M:28 (17-1800) bulundu (Çizelge 3; Şekil 1).

B. Baş Boyun Kanserli Hastaların EORTC-QLQ-C30v3 ve Baş Boyun Modülü QLQ-H&N43 Soru Formu Puan ortalamaların İncelenmesi

1. Baş Boyun Kanserli Hastaların QLQ-C30v3 Soru Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Baş Boyun Kanserli Hastaların EORTC-QLQ-$C30_{v3}$ soru formunda yer alan genel sağlık ve yaşam kalitesi soruları 1-7; diğer her bir soru 1-4 arasında değerlendirildi ve ortalamaları Çizelge 4'de verildi.

Çizelge 4. Baş Boyun Kanserli Hastaların Her Bir QOL-$C30_{v3}$ Sorusuna Verdikleri Yanıtların Ortalaması (n=80)

EORTC-QLQ-30_{v3}		Sorular	Ort. Ss
Genel Sağlık/ QoL	Genel sağlık durumu/QoL	29. Geçen haftaki sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?	4,60±1,25
		30. geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?	4,54±1,27
Fonksiyonel Durum	Fiziksel fonksiyon	1. Ağır bir alış veriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	2,34±0,94
		2. Uzun bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	2,25±1,04
		3. Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1,64±0,76
		4. Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1,96±0,92
		5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti	1,48±0,69
	Rol fonksiyon	6. İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı ?	1,60±0,73
		7. Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı	1,57±0,68
	Duygusal fonksiyon	21. Gerginlik hissettiniz mi ?	1,69±0,82
		22. Endişelendiniz mi ?	1,58±0,80
		23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi ?	1,76±0,84
		24. Bunalıma girdiniz mi ?	1,54±0,81
	Bilişsel fonksiyon	20. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi ?	1,25±0,51
		25. Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi ?	1,30±0,60
	Sosyal fonksiyon	26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz aile yaşantınıza engel oluşturdu mu ?	1,55±0,77
		27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz sosyal aktivitelerinize engel oluşturdu mu ?	2,06±0,89
Semptom Skalası	Yorgunluk	10. Dinlenme ihtiyacınız oldu mu ?	1,91±0,87
		12. Kendinizi güçsüz hissettiniz mi ?	1,84±0,86
		18. Yoruldunuz mu ?	1,67±0,79
	Bulantı-kusma	14. Bulantınız oldu mu ?	1,08±0,30
		15. Kustunuz mu ?	1,04±0,19
	Ağrı	9. Ağrınız oldu mu ?	1,56±0,79
		19. Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi ?	1,51±0,69
	Dispne	8. Nefes darlığı çektiniz mi ?	1,59±0,85
	Uykusuzluk	11. Uyumada zorluk çektiniz mi ?	1,47±0,81
	İştah kaybı	13. İştahınız azaldı mı ?	1,33±0,67
	Konstipasyon	16. Kabız oldunuz mu ?	1,36±0,73
	Diyare	17. İshal oldunuz mu ?	1,15±0,50
	Finansal etki	28. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz maddi zorluğa düşmenize sebep oldu mu ?	1,80±0,89

BBK'li hastaların EORTC-QLQ-$C30_{v3}$ soru formunda **"genel sağlık durumu ve yaşam kalitesi (QoL)"** (29.madde-genel sağlık;30.madde) 1-7 likert derecelendirme ile değerlendirildi. Hastaların genel sağlık durumu ortalaması 4,60±1,25; yaşam kalitesi ortalaması ise 4,54±1,27'dir.

Hastaların QLQ-$C30_{v3}$ soru formu fonksiyonel skalaları ve semptomları 1-4 likert derecelendirme ile değerlendirildi. QLQ-$C30_{v3}$ soru formu **"fiziksel fonksiyon"** 1-5 madde ile değerlendirildi. Hastaların fiziksel fonksiyon maddeleri ortalaması incelendiğinde en düşük ortalama 1,48±0,69; en yüksek ortalama 2,34±0,94 bulundu. Hastaların **"rol fonksiyonu"** 6 ve 7. Maddeler ile değerlendirildi ve en düşük ortalama 1,57±0,68; en yüksek ortalama 1,60±0,73 arasında saptandı. Hastaların **"duygusal fonksiyonu"** 21-24. maddeler ile değerlendirildi ve en düşük ortalama 1,54±0,81; en yüksek ortalama 1,76±0,84 bulundu. Hastaların **"bilişsel fonksiyonu"** 20 ve 25. maddeler ile değerlendirildi ve en düşük ortalama 1,25±0,51; en yüksek ortalama 1,30±0,60 arasında saptandı.

Hastaların **"sosyal fonksiyonu"** 26 ve 27. maddeler ile değerlendirildi ve en düşük ortalama 1,55±0,77; en yüksek ortalama 2,06±0,89 bulundu.

Hastaların QLQ-$C30_{v3}$ **çok maddeli semptom skalalarına** göre; **"yorgunluk"** 10-12 ve 18. maddeler ile değerlendirildi ve en düşük ortalama 1,67±0,79; en yüksek ortalama 1,91±0,87 arasında bulundu. Hastaların **"bulantı-kusma"** 14 ve 15. maddeler ile değerlendirildi ve en düşük ortalama 1,04±0,19; en yüksek ortalama 1,08±0,30'dur. Hastaların **"ağrı"** 9 ve 19. maddeler ile değerlendirildi ve en düşük ortalama 1,51±0,69; en yüksek ortalama 1,56±0,79'dur.

Hastaların QLQ-$C30_{v3}$ **tek maddeli semptom skalaları** 8-11-13-16-17-28. maddeler ile değerlendirildi. Semptomların ortalaması sırasıyla **dispne** 1,59±0,85; **uykusuzluk** 1,47±0,81; **iştahsızlık** 1,33±0,67; **konstipasyon** 1,36±0,73; **diyare** 1,15±0,50; **finansal etki** 1,80±0,89 olarak bulundu.

2. Baş Boyun Kanserli Hastaların QLQ-$C30_{v3}$ Genel Sağlık ve Yaşam Kalitesi, Fonksiyonel Durumu ve Semptom Ortalamalarının İncelenmesi

Baş Boyun Kanserli Hastaların EORTC-QLQ-C30 soru formu genel sağlık ve yaşam kalitesi 1-7, fonksiyonel durum ve semptom skalaları 1-4 arasında değerlendirildiğinde ortalamaları, median, minimal-maksimal puanları ve 0-100

puana dönüştürüldüğünde ortalamaları, median, minimal-maksimal puanları Çizelge 5'de verildi

Çizelge 5. Baş Boyun Kanserli Hastaların QLQ-C30 Puan Ortalamaları

QLQ-C30 Puan Ortalamaları							
EORTC-QLQ-C30	** Skala İng. Kısalt.	Mad. Sayı	n	Ort. Ss (1-7 QoL /1-4)	Medyan (Min.Maks.) (1-7 QoL/14)	Ort. Ss (0-100 Dönüşt.)	Medyan Min. Maks. (0-100 Dönüşt.)
Genel Sağlık Durumu/ QoL							
Genel Sağlık / QoL (revize)	QL	2	80	4,6 ± 1,2	4,5 (1-7)	40,5 ± 20,7	41,7(0-100)
Fonksiyonel skala							
Fiziksel fonksiyon (revize)	PF	5	80	1,9 ± 0,7	1,8 (1-3,8)	68,9 ± 24,6	73,3 (0-100)
Rol fonksiyon (revize)	RF	2	80	1,6 ± 0,7	1,5 (1-3)	80,4 ± 22,0	83,3 (33,3-100)
Duygusal fonksiyon	EF	4	80	1,6 ± 0,7	1,5 (1-4)	78,6 ± 22,9	83,3 (0-100)
Bilişsel fonksiyon	CF	2	80	1,3 ± 0,4	1,0 (1-3)	90,8 ± 14,3	100,0(33,3-100)
Sosyal fonksiyon	SF	2	80	1,8 ± 0,7	1,8 (1-4)	73,1 ± 24,5	75,0 (0-100)
Semptom skalası							
Yorgunluk	FA	3	80	1,8 ± 0,7	1,7 (1-4)	73,1 ± 24,6	77,8 (0-100)
Bulantı, Kusma	NV	2	80	1,1 ± 0,2	1,0 (1-2)	98,1 ± 7,0	100,0(66,7-100)
Ağrı	PA	2	80	1,5 ± 0,7	1,5 (1-4)	82,1 ± 22,9	83,3 (0-100)
Dispne	DY	1	80	1,6 ± 0,9	1,0(1-4)	80,4 ± 28,4	100,0 (0-100)
Uykusuzluk	SL	1	80	1,5 ± 0,8	1,0 (1-4)	84,2 ± 27,0	100,0 (0-100)
İştahsızlık	AP	1	80	1,3 ± 0,7	1,0 (1-4)	89,2 ± 22,4	100,0 (0-100)
Konstipasyon	CO	1	80	1,4 ± 0,7	1,0 (1-4)	87,9 ± 24,4	100,0 (0-100)
Diyare	DI	1	80	1,2 ± 0,5	1,0 (1-4)	95,0 ± 16,9	100,0 (0-100)
Finansal etki	FI	1	80	1,8 ± 0,9	2,0 (1-4)	73,3 ± 29,7	66,7 (0-100)

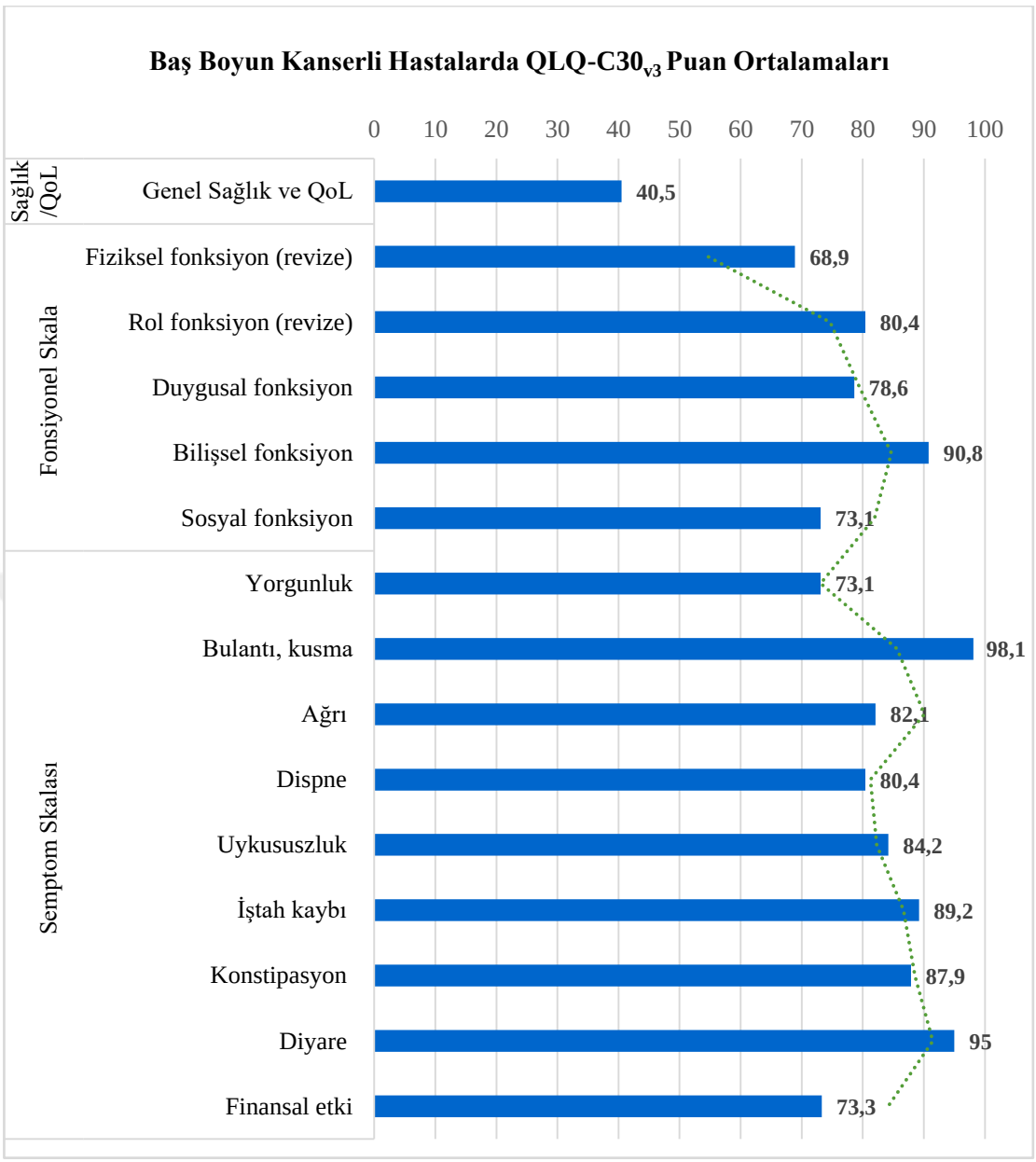
Hastaların QLQ-C30 soru formu, "**genel sağlık durumu /QoL"**, 1-7'li likert değerlendirmesine göre puan ortalaması 4,6±1,2; M:4,5(1-7); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalaması 40,5±20,7; M: 41,7(0-100) arasında bulundu.

Hastaların QLQ-C30 soru formu **fonksiyonel skalasında** yer alan **"fiziksel fonksiyon"** 1-4'lü likert değerlendirmesine göre puan ortalaması 1,9±0,7; M:1,8 (1-3,8); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalama 68,9±24,6; M:73,3 (0-100) olarak saptandı. Hastaların **"rol fonksiyon**" 1-4'lü likert değerlendirmesine göre puan ortalaması 1,6±0,7; M:1,5 (1-3); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalaması 80,4±22,0; M:83,3 (33,3-100) olarak saptandı. Hastaların **"duygusal fonksiyon"** 1-4'lü likert değerlendirmesine göre puan ortalaması 1,6±0,7; M: 1,5 (1-4); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalama 78,6±22,9; M:73,3 (0-100) olarak saptandı. Hastaların **"bilişsel fonksiyonu"** 1-4'lü likert değerlendirmesine göre puan ortalaması 1,3±0,4; M:1,0 (1-3); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalama

90,8±14,3; M: 100,0 (33,3-100) olarak saptandı. Hastaların **"sosyal fonksiyon"** 1-4'lü likert değerlendirmesine göre puan ortalaması 1,8±0,7; M: 1,8 (1-4); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalama 73,1±24,5; M:75 (0-100) olarak saptandı.

Hastaların QLQ-C30 soru formu **semptom skalasında** yer alan **"yorgunluk"** 1-4'lü likert değerlendirmesine göre puan ortalaması 1,8±0,7; M: 1,7 (1-4); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalama 73,1±24,6; M: 77,8 (0-100) olarak saptandı. Hastaların **"bulantı, kusma"** 1-4'lü likert değerlendirmesine göre puan ortalaması 1,1±0,2; M: 1,0 (1-2); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalama 98,1±7,0; M: 100,0 (66,7-100) olarak saptandı. Hastaların **"ağrı"** 1-4'lü likert değerlendirmesine göre puan ortalaması 1,5±0,7; M: 1,5 (1-4); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalama 82,1±22,9; M: 83,3 (0-100) olarak saptandı. Hastaların **"dispne"** 1-4'lü likert değerlendirmesine göre puan ortalaması 1,6±0,9; M: 1,0(1-4); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalama 80,4±28,4; M: 100,0 (0-100) olarak bulundu. Hastaların **"uykusuzluk"** 1-4'lü likert değerlendirmesine göre puan ortalaması 1,5±0,8; M: 1,0(1-4); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalama 84,2±27,0; M: 100,0 (0-100) olarak görüldü. Hastaların QLQ-C30 soru formu semptom skalasında yer alan **"iştahsızlık"** 1-4'lü likert değerlendirmesine göre puan ortalaması 1,3±0,7; M: 1,0(1-4); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalama 89,2±22,4; M: 100,0 (0-100)'dü. Hastaların **"konstipasyon"** 1-4'lü likert değerlendirmesine göre puan ortalaması 1,4±0,7; M: 1,0(1-4); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalama 87,9±24,4; M: 100,0 (0-100) olarak saptandı. Hastaların **"diyare"** 1-4'lü likert değerlendirmesine göre puan ortalaması 1,2±0,5; M: 1,0(1-4); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalama 95,0±16,9; M: 100,0 (0-100) olarak bulundu. Hastaların **"finansal etki"** 1-4'lü likert değerlendirmesine göre puan ortalaması 1,8±0,9; M: 2,0 (1-4); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalama 73,3±29,7; M: 66,7 (0-100) olarak saptandı (Çizelge5; Şekil 2).

Hastaların QLQ-C30 soru formu Genel sağlık durumu ve yaşam kalitesi fonksiyonel skalada yer alan fonksiyonlar ve semptom skalasında yer alan semptomları 0-100'e dönüştürülmüş puan ortalamaları Şekil 2' de görsel sunulmuştur.



Şekil 2. Baş Boyun Kanserli Hastaların QOL-C30$_{v3}$ Yaşam Kalitesi, Fonksiyonel Durumu ve Semptom Puan Ortalamalarının Grafiksel Gösterimi

3. Baş Boyun Kanserli Hastaların QLQ-H&N43 Soruları Puan Ortalamasının İncelenmesi

Baş Boyun Kanserli Hastaların QLQ-H&N43 soru formu semptomlarına yönelik her bir sorunun ortalaması 1-4 arasında değerlendirildi ve Çizelge 6'da sunuldu.

Çizelge 6. Baş Boyun Kanserli Hastaların QLQ-H&N43 Her Bir Sorusuna Verdikleri Yanıtların Puan Ortalaması (n=80)

QLQ-H&N43 Semptomlar	Sorular	Ort. Ss
Baş ve Boyun Ağrısı	31. Ağzınızın içerisinde ağrı hissettiniz mi?	1,38±0,70
	32. Çenenizde ağrı hissettiniz mi?	1,38±0,75
	33. Ağzınızın içerisinde tahriş oldu mu?	1,27±0,67
	34. Boğazınız ağrıdı mı?	1,50±0,72
Yutma	35. Sıvıları yutmakta sorun yaşadığınız oldu mu?	1,50±0,84
	36. Püre haline getirilmiş yiyecekleri yutmakta sorun yaşadığınız oldu mu?	1,58±0,88
	37. Katı yiyecekleri yutmakta sorun yaşadığınız oldu mu?	1,91±0,98
	38. Bir şeyi yutarken boğazınıza kaçtığı oldu mu?	1,45±0,77
Diş Sorunları	39. Dişlerinizle ilgili bir sorununuz oldu mu?	1,36±0,68
	40. Bazı dişlerinizi kaybettiğinizden dolayı sorun yasadınız mı?	1,25±0,58
	73. Çiğnemede sorun yaşadığınız oldu mu?	1,53±0,82
Ağız Kuruluğu ve	42. Ağzınızda kuruma oldu mu?	1,56±0,79
Yapışkan Tükürük	43. Tükürüğünüz, yapış, yapış, oldu mu?	1,56±0,82
Duyular	44. Koku alma duyunuzda bir sorun oldu mu?	1,40±0,64
	45. Tat alma duyunuzda sorun hissettiniz mi?	1,28±0,55
Konuşma	47. Ses kısıklığı ile ilgili sorun yaşadığınız oldu mu?	2,24±1,12
	55. Diğer kimselerle konuşmakta sorun yaşadığınız oldu mu?	2,21±1,04
	56. Telefonda konuşmada sorun yaşadığınız oldu mu?	2,25±1,16
	57. Gürültülü bir ortamda konuşmada sorun yaşadığınız oldu mu?	2,46±1,09
	58. Açık ve anlaşılır konuşmada sorun yaşadığınız oldu mu?	2,24±1,09
Beden İmajı	48. Dış görünüşünüzle ilgili sorun yaşadığınız oldu mu	1,88±0,84
	49. Hastalık veya tedaviniz nedeniyle kendinizi fiziksel olarak daha az çekici hissettiğiniz oldu mu?	1,91±0,84
	50. Vücudunuzdan memnuniyetsizlik duyduğunuz oldu mu?	1,86±0,88
Sosyal Yeme	51. Yemek yemede sorun yaşadığınız oldu mu?	1,66±0,85
	52. Ailenizin önünde yemek yemede sorun yaşadığınız oldu mu?	1,48±0,87
	53. Başka kimselerin önünde yemek yemede sorun yaşadığınız oldu mu?	2,03±1,10
	54.Yemeklerinizi beğenmede sorun yaşadığınız oldu mu?	1,36±0,83
Cinsellik	60. Cinsel ilişkiye ilginizin azaldığını hissettiğiniz oldu mu?	2,72±0,85
	61. Cinsel ilişkiden aldığınız zevk azaldı mı?	2,70±0,87
Omuz Sorunları	62. Kolunuzu kaldırmada veya yana doğru hareket ettirmede sorun yaşadığınız oldu mu?	1,66±0,85
	63. Omzunuzda ağrınız oldu mu?	1,64±0,73
Cilt Sorunları	65. Cilt sorunları (örnek: kaşıntı, kuruluk gibi) yaşadığını oldu mu?	1,33±0,70
	66. Döküntüleriniz oldu mu?	1,29±0,76
	67. Cildinizde renk değişikliği oldu mu?	1,21±0,49
Anksiyete	69. Muayene ve test sonuçları ile ilgili endişe duyduğunuz oldu mu ?	1,98±0,84
	70. Gelecekteki sağlık durumunuz hakkında endişelendiniz mi?	2,11±0,96
Ağız Açma	41. Ağzınızı geniş bir şekilde açmakta sorunlar yaşadınız mı?	1,43±0,67
Öksürük	46. Öksürükle ilgili sorun yaşadığınız oldu mu?	1,71±0,84
Sosyal Temas	59. Toplum içine çıkmada sorun yaşadığınız oldu mu?	1,93±1,00
Boyunda Şişlik	64. Boynunuzda şişlik oldu mu?	1,48±0,71
Kilo Kaybı	68. Kilonuzun çok düşük olduğu ile ilgili endişe duyduğunuz oldu mu?	1,44±0,74
Yara İyileşmesi	71. Yara iyileşmesi ile ilgili sorun yaşadığınız oldu mu?	1,42±0,72
Nörolojik Sorunlar	72. El ve ayaklarınızda karıncalanma veya uyuşukluk oldu mu	1,45±0,76

BBK'li hastaların QLQ-H&N43 soru formunda yer alan semptomlara yönelik soruların ortalaması 1-4 arasında değerlendirildi, sırasıyla en düşük ve en yüksek madde ortalamaları sırasıyla verildi.

BBK'li hastaların QLQ-H&N43 birden fazla soru maddesi içeren semptomlardan **"ağız içinde ağrı"** sorularının en düşük ortalaması 1,27±0,67 ve

en yüksek ortalması1,50±0,72'dir. "Y**utma"** sorularının en düşük ortalaması 1,45 ±0,77 ve en yüksek ortalaması 1,91±0,98 arasında bulundu. **"Diş sorunları"** sorularının en düşük ortalaması 1,25±0,58 ve en yüksek ortalaması1,53±0,82'dir. "A**ğız kuruluğu/yapışkan tükürük"** sorularının en düşük ortalaması 1,56±0,79 ve en yüksek ortalaması 1,56±0,82'dir. "D**uyular"** ile ilgili soruların en düşük ortalaması 1,28±0,55 ve en yüksek ortalaması 1,40±0,64 arasındadır. "K**onuşma"** semptom sorularının en düşük ortalaması 2,21 ±1,04 ve en yüksek ortalaması 2,46±1,09 arasında bulundu. **"Beden imajı"** sorularının en düşük ortalaması 1,86±0,88 ve en yüksek ortalaması 1,91±0,84; "S**osyal yeme"** sorularının en düşük ortalaması 1,36 ±0,83 ve en yüksek ortalaması 2,03±1,10 arasında bulundu. "C**insellik"** sorularının en düşük ortalaması 2,70±0,87 ve en yüksek ortalaması 2,72±0,85 arasında bulundu. **"Omuz sorunları"** sorularının en düşük ortalaması 1,64±0,73 ve en yüksek ortalaması 1,66±0,85; "C**ilt sorunları"** sorularının en düşük ortalaması 1,21 ±0,49 ve en yüksek ortalaması 1,33±0,70 arasında bulundu. "A**nksiyete"** sorularının en düşük ortalaması 1,98 ±0,84 ve en yüksek ortalaması 2,11±0,96 olarak görüldü.

BBK'li hastaların QLQ-H&N43 soru formunda, **tek soru maddesinden oluşan semptomlar** sırasıyla verildiğinde **"ağız açma"** soru maddesinin ortalaması 1,43±0,67; **"öksürük"** ortalaması 1,71±0,84; "**sosyal temas"** ortalaması 1,93±1,00; **"boyunda şişlik"** ortalaması 1,48±0,71; **"kilo kaybı"** ortalaması 1,44±0,74; **"yara iyileşmesi sorunları"** ortalaması 1,42±0,72; **"nörolojik sorunlar"** ortalaması 1,45±0,76 arasında bulundu.

4. Baş Boyun Kanserli Hastaların Baş Boyun modülü QLQ-H&N43 Soru Formu Semptom Skala Ortalamalarının İncelenmesi

Baş Boyun Kanserli Hastaların EORTC-QLQ-H&N43 soru formu semptom skalaları 1-4 arasında değerlendirildiğinde ortalamaları, median, minimal-maksimal puanları ve 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalamaları, median, minimal-maksimal puanları Çizelge 7'de verildi.

Çizelge 7. Baş Boyun Kanserli Hastaların QLQ-H&N43 Puan Ortalamaları

EORTC-QLQ-H&N43 Semptom Puan Ortalamaları							
EORTC-QLQ-H&N43	**Skala Kısaltma	Madde sayısı	n	Ortalama ± Ss (1-4)	Medyan Min. Maks. (1-4)	Ort. Ss (0-100 dönüşt.)	Medyan (Min. Maks.) (0-100 dönüşt.)
Ağız içinde ağrı	PA	4	80	1,4±0,5	1,3 (1-3,8)	12,7±18,1	8,3 (0-91,7)
Yutma	SW	4	80	1,6±0,7	1,3 (1-4)	20,3±23,0	8,3 (0-100)
Diş sorunları	TE	3	80	1,4±0,6	1,0 (1-3,3)	12,6±19,0	0,0 (0-77,8)
Ağız kuruması/ tükrükük yapışkanlığı	DR	2	80	1,6±0,7	1,5 (1-4)	18,8 ±24,1	16,7 (0-100)
Duyular	SE	2	80	1,3±0,5	1,0 (1-2,5)	11,3±16,1	0,0 (0-50)
Konuşma	SP	5	80	2,3±1,0	2,2 (1-4)	42,7±32,2	40,0 (0-100)
Beden imajı	BI	3	80	1,9±0,8	1,7 (1-4)	29,4±25,2	22,2 (0-100)
Sosyal yeme	SO	4	80	1,6±0,8	1,3 (1-3,8)	21,0±25,8	8,3 (0-91,7)
Cinsellik	SX	2	80	2,7±0,9	3,0 (1-4)	57,1±28,7	66,7 (0-100)
Omuz sorunları	SH	2	80	1,7±0,7	1,5 (1-4)	21,7±24,2	16,7 (0-100)
Deri sorunları	SK	3	80	1,3±0,6	1,0 (1-3,3)	9,2±18,9	0,0 (0-77,8)
Anksiyete	AX	2	80	2,0±0,8	2,0 (1-4)	34,8±28,2	33,3 (0-100)
Ağız açma	OM	1	80	1,4±0,7	1,0 (1-3)	14,2±22,4	0,0 (0-66,7)
Öksürme	CO	1	80	1,7±0,8	1,0 (1-4)	23,8±28,2	0,0 (0-100)
Sosyal temas	SC	1	80	1,9±1,0	2,0 (1-4)	30,8±33,4	33,3 (0-100)
Boyunda şişlik	SN	1	80	1,5±0,7	1,0 (1-3)	15,8±23,7	0,0 (0-66,7)
Kilo kaybı	WL	1	80	1,4±0,7	1,0 (1-4)	14,6±24,8	0,0 (0-100)
Yara iyileşmesi	WO	1	80	1,4±0,7	1,0 (1-4)	14,2±24,2	0,0 (0-100)
Nörolojik sorunlar	NE	1	80	1,5±0,8	1,0 (1-4)	15,0±25,4	0,0 (0-100)

BBK'li hastaların EORTC-QLQ-H&N43 soru formu semptomları 1-4 arasında değerlendirildiğinde ve 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalaması standart sapması, median, minimal-maksimal puan ortalamaları sırasıyla açıklandı.

Hastaların EORTC-QLQ-H&N43 soru formu semptomlarından "**ağız içinde ağrı"** 1-4 arasında değerlendirildiğinde ortalaması median, minimal-maksimal puanları sırasıyla 1,4±0,5; M:1,3 (1-3,8); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalaması 12,7±8,11; M:8,3 (0-91,7) olarak bulundu. Hastaların semptomlarında "**Yutma güçlüğü"** 1-4 arasında değerlendirildiğinde ortalaması median, minimal-maksimal puanları sırasıyla 1,6±0,7; M:1,3(1-4); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalaması 20,3±23,0; M:8,3 (0-100) olarak bulundu. Hastaların "**diş sorunları"** 1-4 arasında değerlendirildiğinde ortalaması median, minimal-maksimal puanları sırasıyla 1,4±0,6; M:1,0 (1-3,3); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalaması 12,6±19,0; M:0,0 (0-77,8) olarak saptandı. Hastaların **"Ağız kuruması/yapışkan tükrükük"** semptomu 1-4 arasında değerlendirildiğinde ortalaması median, minimal-maksimal puanları sırasıyla 1,6±0,7; M:1,5 (1-4); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalaması 18,8±24,1; M:16,7 (0-100) olarak saptandı. Hastaların "**duyular"** ile ilgili semptomu 1-4 arasında değerlendirildiğinde ortalaması median, minimal-maksimal puanları sırasıyla 1,3±0,5; M:1,0 (1-2,5);

0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalaması 11,3±16,1; M:0,0 (0-50) olarak bulundu.

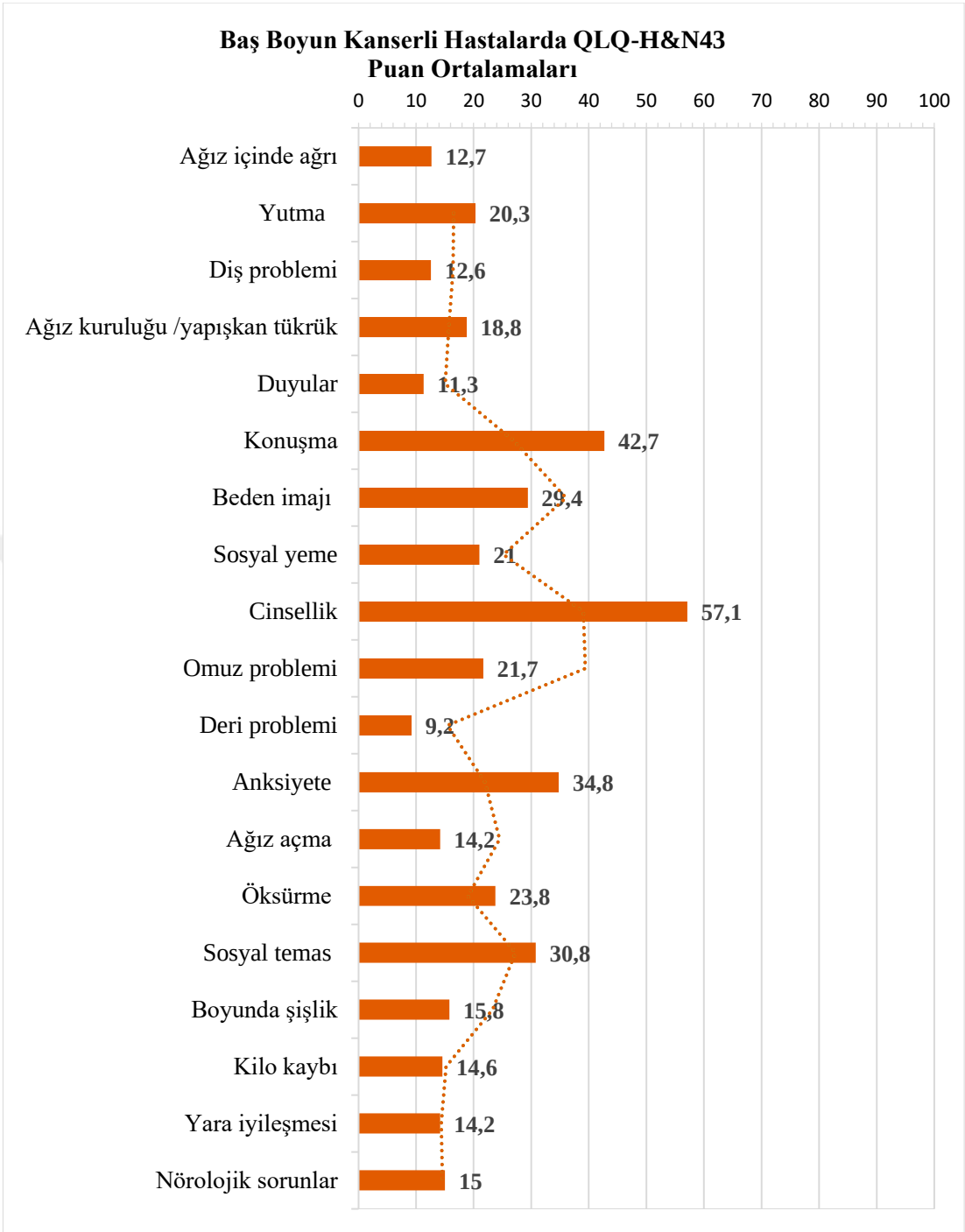
Hastaların "**konuşma"** ile ilgili semptomu 1-4 arasında değerlendirildiğinde ortalaması median, minimal-maksimal puanları sırasıyla 2,3±1,0; M:2,2 (1-4); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalaması 42,7±32,2; M:40,0 (0-100)'dır. Hastaların semptomlarından "**beden imajı"** 1-4 arasında değerlendirildiğinde ortalaması median, minimal-maksimal puanları sırasıyla 1,9±0,8; M:1,7 (1-4); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalaması 29,4±25,2; M:22,2 (0-100) olduğu görüldü. Hastaların semptomlarından "**sosyal yeme"** 1-4 arasında değerlendirildiğinde ortalaması median, minimal-maksimal puanları sırasıyla 1,6±0,8; M:1,3 (1-3,8); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalaması 11,3±16,1; M:0,0 (0-50) olarak bulundu. Hastaların "**cinsellik"** semptomu 1-4 arasında değerlendirildiğinde ortalaması median, minimal-maksimal puanları sırasıyla 2,7±0,9; M:3,0 (1-4); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalaması 57,1±28,7; M:66,7 (0-100) olarak bulundu.

Hastaların "**omuz sorunları"** 1-4 arasında değerlendirildiğinde ortalaması median, minimal-maksimal puanları sırasıyla 1,7±0,7; M:1,5 (1-4); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalaması 21,7±24,2; M:16,7 (0-100) olarak bulundu. Hastaların "**deri sorunları"** 1-4 arasında değerlendirildiğinde ortalaması median, minimal-maksimal puanları sırasıyla 1,3±0,6; M:1,0 (1-3,3); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalaması 9,2±18,9; M: 0,0 (0-77,8) olarak bulundu. Hastaların semptomlarından "**anksiyete"** 1-4 arasında değerlendirildiğinde ortalaması median, minimal-maksimal puanları sırasıyla 2,0±0,8; M: 2,0 (1-4); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalaması 34,8±28,2; M:33,3 (0-100) olarak bulundu. Hastaların "**ağız açma"** sorunları 1-4 arasında değerlendirildiğinde ortalaması median, minimal-maksimal puanları sırasıyla 1,4±0,7; M:1,0 (1-3); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalaması 14,2±22,4; M:0,0 (0-66,7) olarak bulundu. Hastaların semptomlarından "**öksürme"** 1-4 arasında değerlendirildiğinde ortalaması median, minimal-maksimal puanları sırasıyla 1,7±0,8; M:1,0 (1-4); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalaması 23,8 ± 28,2; M:0,0 (0-100) olarak bulundu. Hastaların semptomlarından "**sosyal temas"** 1-4 arasında değerlendirildiğinde ortalaması median, minimal-maksimal puanları

sırasıyla 1,9±1,0; M:2,0 (1-4); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalaması 30,8±33,4; M:33,3 (0-100) olarak bulundu.

Hastaların semptomlarından "**boyunda şişlik"** 1-4 arasında değerlendirildiğinde ortalaması median, minimal-maksimal puanları sırasıyla 1,5±0,7; M:1,0 (1-3); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalaması 15,8±23,7; M:0,0 (0-66,7) olarak bulundu. Hastaların semptomlarından "**kilo kaybı"** 1-4 arasında değerlendirildiğinde ortalaması median, minimal-maksimal puanları sırasıyla 1,4±0,7; M:1,0 (1-4); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalaması 14,6±24,8; M:0,0 (0-100) olarak bulundu. Hastaların "**Yara iyileşmesi"** güçlüğü 1-4 arasında değerlendirildiğinde ortalaması median, minimal-maksimal puanları sırasıyla 1,4±0,7; M:1,0 (1-4); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalaması 14,2±24,2; M:0,0 (0-100) olarak bulundu. Hastaların "**nörolojik sorunlar"** 1-4 arasında değerlendirildiğinde ortalaması median, minimal-maksimal puanları sırasıyla 1,5±0,8; M:1,0 (1-4); 0-100 puana dönüştürüldüğünde ortalaması 15,0±25,4; M:0,0 (0-100) olarak saptandı (Çizelge6; Şekil 3).

Hastaların QLQ-H&N43 soru formu semptomlarının 0-100'e dönüştürülmüş puan ortalamaları Şekil 2'de görsel sunulmuştur.



Şekil 3. Şekil 3. Baş Boyun Kanserli Hastaların QOL-H&N3 Semptom Puan Ortalamalarının Grafiksel Gösterimi

C. Baş Boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine Göre QLQ-C30 Genel Sağlık, Fonksiyonel Durum ve Semptom Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Baş boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine Göre QLQ-C30 "genel sağlık, fonksiyonel durum ve semptom" puan ortalamalarının karşılaştırılması Çizelge 8'de sunuldu.

Çizelge 8. Baş boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre QLQ-$C30_{v3}$ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

QLQ-$C30_{v3}$ Sosyo-demografik ve Klinik Özellikler		N	Genel Sağlık /QoL Ort.±S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p	Fiziksel Fonksiyon Ort.±S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p	Rol Fonksiyon Ort.±S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p	Duygusal Fonksiyon Ort.±S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p
Yaş (yıl)	36-65	47	39,7±23,5	41,7 (0-100)	0,516	70,8±25,7	80,0 (6,7-100)	0,252	83,7±21,3	100,0 (33,3-100)	0,106	77,7±26,1	83,3 (0-100)	0,842
	≥66	33	41,7±16,3	41,7 (8,3-66,7)		66,3±23,0	66,7 (33,3-100)		75,8±22,5	66,7 (33,3-100)		80,1±17,5	83,3 (33,3-100)	
Cinsiyet	Kadın	18	40,7±20,0	50,0 (8,3-75)	0,746	61,1±28,1	60,0 (13,3-100)	0,196	68,5±26,1	66,7 (33,3-100)	0,016	82,4±19,6	91,7 (41,7-100)	0,491
	Erkek	62	40,5 ±21,1	37,5 (0-100)		71,2±23,2	80,0 (6,7-100)		83,9±19,6	100,0 (33,3-100)	*	77,6±23,8	83,3 (0-100)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	66	43,1±19,3	45,8 (0-100)	0,044	65,2±24,1	60,0 (6,7-100)	0,002	77,8±21,7	75,0 (33,3-100)	0,009	77,4±23,6	83,3 (0-100)	0,313
	Çalışıyor	14	28,6±23,5	25,0 (0-66,7)		86,7±19,0	93,3 (33,3-100)		92,9±19,3	100,0 (33,3-100)		84,5±19,0	91,7 (33,3-100)	
BKİ	<18,5	5	45,0±16,2	50,0 (25-66,7)	0,100	56,0 ±24,3	66,7 (13,3-73,3)	0,101	73,3±19,0	66,7 (50-100)	0,340	75,0±27,6	75,0 (33,3-100)	0,035 *
	18,6-24,9	37	45,7±20,4	50,0 (0-100)		64,7±23,6	60,0(6,7-100)		78,4±22,2	83,3 (33,4-100)		72,7±23,0	75,0 (0-100)	
	>=25	38	34,9±20,5	33,3 (0-83,3)		74,7±24,7	86,7 (0-100)		83,3±22,3	100,0(033,3100)		84,9±21,0	91,7(0-100)	
Tıbbi Tanı Durumu	Larenks kanseri	48	42,9±18,7	45,8 (0-100)	0,042	65,3±22,8	60,0 (6,7-100)	0,030 *	80,9±20,0	83,3 (33,3-100)	0,080	77,1±24,9	83,3 (0-100)	0,154
	Oral kavite kanserleri	23	33,3±24,0	33,3 (0-83,3)		75,1±26,5	86,7 (20-100)		81,9±24,6	100,0 (33,3-100)		81,5±19,9	83,3 (33,3-100)	
	Hipofarenks kanserleri	3	61,1±4,8	58,3 (59,3-66,7)		46,7±17,6	40,0 (33,3-66,7)		44,4±19,2	33,3 (33,3-66,7)		61,1±4,8	58,3 (58,3-66,7)	
	Parotis kanserleri	6	38,9±20,2	41,7 (16,7-66,7)		85,6±22,5	93,3 (40-100)		88,9±13,6	91,7 (66,7-100)		88,9±18,0	100,0 (58,3-100)	
Tedavi Durumu	Cerrahi tedavi	45	36,3±19,6	33,3 (0-83,3)	0,262	74,7±22,4	80,0 (33,3-100)	0,129	85,2±19,5	100,0(33,3-100)	0,041 *	80,4±23,0	83,3 (0-100)	0,524
	Cerrahi+ Radyoterapi	7	48,8±23,8	50,0 (8,3-83,3)		59,0±25,9	60,0 (20-93,3)		66,7±19,2	66,7 (33,3-100)		69,0±25,8	66,7(33,3-100)	
	Cerrahi+ Kemoterapi	9	43,5±24,9	41,7 (16,7-100)		63,0±32,5	73,3 (6,7-100)		85,2±24,2	100,0(33,3-100)		76,9 ±31,7	83,3 (0-100)	
	Cerrahi+ Kemoterapi+ Radyotrerapi	19	46,1±19,1	50,0 (0-83,3)		61,8±23,2	60,0 (13,3-100)		71,9±24,2	66,7 (33,3-100)		78,9±17,0	75,0(41,7-100)	
PostoperatifDurumu (ay)	1-3	15	43,9±16,2	41,7 (16,7-83,3)	0,523	63,1±25,1	60,0 (20-93,3)	0,300	68,9±23,5	66,7 (33,3-100)	0,280	74,4±19,3	83,3(33,3-100)	0,326
	4-6	14	41,7±23,8	41,7 (8,3-83,3)		71,9±21,6	70,0 (40-100)		79,8 ±22,8	83,3(33,3-100)		81,5±16,7	83,3(50-100)	
	7-12	16	33,3±23,8	33,3 (0-83,3)		78,3±23,2	93,3 (33,3-100)		84,4±20,6	100,0(50-100)		85,9±20,3	100,0(41,7-100)	
	13-18	20	42,1±23,0	41,7 (0-100)		68,0±26,4	73,3(6,7-100)		83,3±22,9	100,0(33,3-100)		75,0±25,8	75,0(0-100)	
	19-24	15	41,7±15,1	50,0 (0-50)		63,1±25,4	60,0 (13,3-100)		84,4±18,3	100,0(50-100)		77,2±29,5	91,7(0-100)	

**p<0,01, *p<0,05

Çizelge 8. (devam) Baş boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre QLQ-C30$_{v3}$ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

QLQ-C30$_{v3}$			Bilişsel Fonksiyon			Sosyal Fonksiyon			Yorgunluk			Bulantı, Kusma		
Sosyodemografik ve Klinik Özellikler		N	Ort.±S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p	Ort.±S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p	Ort.±S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p	Ort.±S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p
Yaş (yıl)	36-65	47	94,0±10,7	100,0 (66,7-100)	0,034*	73,4±25,5	83,3 (0-100)	0,735	73,3±25,4	77,8(0-100)	0,769	97,9±7,5	100,0 (66,7-100)	0,684
	≥66	33	86,4±17,4	100,0 (33,3-100)		72,7±23,5	66,7 (0-100)		72,7±23,7	77,8 (22,2-100)		98,5±6,4	100,0 (66,7-100)	
Cinsiyet	Kadın	18	89,8±16,3	100,0 (50-100)	0,973	75,9±23,7	75,0 (0-100)	0,576	69,1±23,0	77,8 (33,3-100)	0,328	96,3±10,8	100,0 (66,7-100)	0,464
	Erkek	62	91,1±13,7	100,0 (33,3-100)		72,3±24,9	75,0 (0-100)		74,2±25,1	77,8 (0-100)		98,0±5,5	100,0 (66,7-100)	
Çalışma	Çalışmıyor	66	90,2±14,9	100,0 (33,3-100)	0,428	71,5±25,8	66,7 (0-100)	0,255	69,7±25,1	77,8 (0-100)	0,005	97,7±7,7	100,0 (66,7-100)	0,244
durumu	Çalışıyor	14	94,0±10,6	100,0 (66,7-100)		81,0±15,8	83,3 (50-100)		88,9±14,5	94,4 (56,6-100)	*	100,0±0,0	100,0 (100-100)	
BKİ	<18,5	5	86,7±29,8	100,0 (33,3-100)	0,771	46,7±43,1	66,7 (0-83,3)	0,118	60,0±20,2	66,7 (33,3-77,8)	0,324	86,7±18,3	100,0 (66,7-100)	0,013
	18,6-24,9	37	92,3±11,5	100,0(66,7-100)		70,3±25,2	66,7 (0-100)		74,2±23,0	77,8 (0-100)		99,1±3,8	100,0 (83,3-100)	*
	>=25	38	89,9±14,3	100,0 (50-100)		79,4±17,9	83,3 (33,3-100)		73,7±26,6	77,8 (11,1-100)		98,7±6,0	100,0 (66,7-100)	
Tıbbi Tanı	Larenks kanseri	48	89,9±16,0	100,0 (33,3-100)	0,161	70,5±26,7	66,7 (0-100)	0,118	70,8±25,2	77,8 (0-100)	0,327	97,6±7,7	100,0 (66,7-100)	0,668
	Oral kavite kanserleri	23	94,2±9,5	100,0 (66,7-100)		79,7±19,4	83,3 (33,3-100)		74,4±24,7	77,8 (33,3-100)		98,6±7,0	100,0 (66,7-100)	
	Hipofarenks kanserleri	3	77,8±9,6	83,3 (66,7-83,3)		50,0 ±16,7	50,0 (33,3-66,7)		66,7±29,4	77,8 (33,3-88,9)		100,0± 0,0	100,0 (100-100)	
	Parotis kanserleri	6	91,7±13,9	100,0 (66,7-100)		80,6±19,5	83,3(50-100)		88,9±14,1	94,4 (66,7-100)		100,0±0,0	100,0 (100-100)	
Tedavi	Cerrahi tedavi	45	91,1±13,1	100,0(50-100)	0,140	76,7±16,8	83,3 (33,3-100)	0,240	76,3±22,7	77,8 (11,1-100)	0,105	99,6±2,5	100,0 (83,3-100)	0,217
Durumu	Cerrahi+Radyoterapi	7	78,6±23,0	83,3(33,3-100)		50,0±33,3	66,7(0-83,3)		55,6±19,2	55,6 (33,3-77,8)		95,2±12,6	100,0 (66,7-100)	
	Cerrahi+Kemoterapi	9	90,7±14,7	100,0 (66,7-100)		72,2±36,3	83,3(0-100)		76,5±32,1	88,9(0-100)		98,1±5,6	100,0(83,3-100)	
	Cerrahi+Kemoterapi+ Radyotrerapi	19	94,7±11,2	100,0(66,7-100)		73,7±27,4	66,7 (0-100)		70,2±25,7	77,8(22,2-100)		95,6±10,9	100,0(66,7-100)	
Post-operatif-	1-3	15	91,1±8,6	83,3(83,3-100)	0,908	68,9±20,8	66,7(33,3-100)	0,232	76,3±22,2	77,8(33,3-100)	0,824	100,0±0,0	100,0(100-100)	0,599
Durumu (ay)	4-6	14	90,5±15,6	100,0(50-100)		76,2±14,2	75,0(50-100)		73,8±20,7	77,8(33,3-100)		98,8±4,5	100,0(83,3-100)	
	7-12	16	92,7±13,6	100,0(66,7-100)		82,3±17,7	83,3(50-100)		76,4±25,3	88,9(33,3-100)		97,9±8,3	100,0(66,7-100)	
	13-18	20	89,2±18,2	100,0(33,3-100)		74,2±31,3	83,3(0-100)		70,6±30,4	77,8(0-100)		96,7±8,7	100,0(66,7-100)	
	19-24	15	91,1±13,9	100,0(66,7-100)		63,3±29,7	66,7(0-100)		68,9±23,1	66,7(11,1-100)		97,8±8,6	100,0(66,7-100)	

**p<0,01, *p<0,05

Çizelge 8. (devam) Baş boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre QLQ-C30$_{v3}$ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

QLQ-C30$_{v3}$			Ağrı			Dispne			Uykusuzluk			İştah Kaybı		
Sosyodemografik ve Klinik Özellikler		n	Ort±S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p	Ort.±S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p	Ort.±S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p	Ort.±S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p
Yaş (yıl)	36-65	47	81,2±24,5	83,3 (0-100)	0,859	80,9±30,1	100,0(0-100)	0,569	84,4±27,7	100,0 (0-100)	0,859	87,9±22,4	100,0 (0-100)	0,364
	≥66	33	83,3±20,8	83,3 (33,3-100)		79,8±26,3	100,0 (0-100)		83,8±26,5	100,0 (0-100)		90,9±22,5	100,0 (0-100)	
Cinsiyet	Kadın	18	80,6±21,6	83,3 (16,7-100)	0,497	87,0±20,3	100,0 (33,3-100)	0,378	90,7±15,4	100,0(66,7-100)	0,451	83,3 ±30,8	100,0 (0-100)	0,490
	Erkek	62	82,5±23,5	100,0 (0-100)		78,5±30,2	100,0 (0-100)		82,3±29,4	100,0 (0-100)		90,9±19,2	100,0 (0-100)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	66	80,3±23,9	83,3 (0-100)	0,135	78,3±30,1	100,0 (0-100)	0,213	81,3±28,7	100,0 (0-100)	0,025	89,4±21,2	100,0 (0-100)	0,871
	Çalışıyor	14	90,5±15,6	100,0 (50-100)		90,5±15,6	100,0 (66,7-100)		97,6±8,9	100,0 (66,7-100)		88,1±28,1	100,0 (0-100)	
BKİ	<18,5	5	83,3±28,9	100,0 (33,3-100)	0,925	86,7±18,3	100,0 (66,7-100)	0,592	86,7±29,8	100,0 (33,3-100)	0,239	60,0±27,9	66,7 (33,3-100)	0,006
	18,5-24,9	37	81,1±25,2	83,3 (0-100)		83,8±25,6	100,0 (0-100)		88,3±25,1	100,0 (0-100)		91,0±20,3	100,0 (0-100)	*
	≥25	38	82,9±20,3	83,3 (33,3-100)		76,3±31,9	100,0 (0-100)		79,8±28,5	100,0 (0-100)		91,2±21,5	100,0 (0-100)	
Tıbbi tanı	Larenks kanseri	48	83,7±23,7	100,0 (0-100)	0,192	78,5±29,6	100,0 (0-100)	0,422	85,4±26,5	100,0 (0-100)	0,862	86,8±25,5	100,0 (0-100)	0,580
	Oral kavite kanserleri	23	83,3±21,3	83,3 (16,7-100)		85,5±29,9	100,0 (0-100)		84,1±26,3	100,0 (0-100)		92,8±17,3	100,0 (33,3-100)	
	Hipofarenks kanserleri	3	66,7±0,0	66,7 (66,7-66,7)		77,8±19,2	66,7 (66,7-100)		66,7±57,7	100,0 (0-100)		100,0±0,0	100,0 (100-100)	
	Parotis kanserleri	6	72,2±27,2	75,0 (33,3-100)		77,8±17,2	66,7(66,7-100)		83,3±18,3	83,3 (66,7-100)		88,9±17,2	100,0 (66,7-100)	
Tedavi	Cerrahi tedavi	45	85,6±17,3	83,3 (33,3-100)	0,108	80,7±26,1	100,0 (0-100)	0,123	86,7±22,9	100,0 (0-100)	0,285	94,8±12,2	100,0 (66,7-100)	0,099
	Cerrahi+ Radyoterapi	7	66,7±23,6	66,7 (33,3-100)		57,1±37,1	66,7 (0-100)		71,4±30,0	66,7 (33,3-100)		71,4±40,5	100,0 (0-100)	
	Cerrahi+ Kemoterapi	9	85,2±33,8	100,0 (0-100)		81,5±33,8	100,0 (0-100)		88,9±33,3	100,0(0-100)		92,6±14,7	100,0(66,7-100)	
	Cerrahi+ Kemoterapi+ Radyotrerapi	19	78,1±27,2	83,3 (16,7-100)		87,7±25,4	100,0 (0-100)		80,7±32,0	100,0 (0-100)		80,7±30,1	100,0(0-100)	
Postoperatif	1-3	15	91,1±13,9	100,0(66,7-100)	0,139	84,4±21,3	100,0(33,3-100)	0,149	93,3±18,7	100,0(33,3-100)	0,355	91,1±26,6	100,0(0-100)	0,779
Durum (Ay)	4-6	14	76,2±20,4	75,0(33,3-100)		78,6±21,1	66,7(33,3-100)		90,5±15,6	100,0(66,7-100)		88,1±16,6	100,0(66,7-100)	
	7-12	16	85,4±24,2	100,0(16,7-100)		83,3±34,4	100,0(0-100)		83,3±27,2	100,0(0-100)		89,6±20,1	100,0(33,3-100)	
	13-18	20	80,8±28,8	100,0(0-100)		86,7±27,4	100,0(0-100)		80,0±33,2	100,0(0-100)		91,7±18,3	100,0(33,3-100)	
	19-24	15	76,7±21,6	83,3(33,3-100)		66,7±33,3	66,7(0-100)		75,6±32,0	100,0(0-100)		84,4±30,5	100,0(0-100)	

**p<0,01, *p<0,05

Çizelge 8 (devam) Baş boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre QLQ-C30$_{v3}$ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

QLQ-C30$_{v3}$			Konstipasyon			Diyare			Finansal etki		
Sosyodemografik ve Klinik Özellikler		n	Ort. ± S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p	Ort. ± S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p	Ort. ± S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p
Yaş (yıl)	36-65	47	90,8 ±22,7	100,0 (0-100)	0,114	95,7 ± 16,5	100,0 (0-100)	0,586	72,3 ± 31,3	66,7 (0-100)	0,870
	≥66	33	83,8 ± 26,5	100,0 (0-100)		93,9 ± 17,6	100 (0 33,30-100)		74,7 ± 27,7	66,7 (0-100)	
Cinsiyet	Kadın	18	94,4 ± 12,8	100,0 (66,7-100)	0,329	98,1 ± 7,9	100,0 (66,7-100)	0,458	79,6 ± 23,3	83,3 (33,3-100)	0,423
	Erkek	62	86,0 ± 26,7	100,0 (0-100)		94,1 ± 18,6	100,0 (0-100)		71,5 ± 31,3	66,7 (0-100)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	66	87,9 ± 25,2	100,0 (0-100)	0,740	93,9 ± 18,4	100,0 (0-100)	0,173	71,7 ±30,0	66,7 (0-100)	0,235
	Çalışıyor	14	88,1 ± 21,1	100,0 (33,3-100)		100,0 ± 0,0	100,0 (100-100)		81,0 ±28,4	100,0 (33,3-100)	
BKİ	<18,5	5	73,3 ± 27,9	66,7 (33,3-100)	0,177	93,3 ± 14,9	100,0 (66,7-100)	0,747	33,3 ±23,6	33,3 (0-66,7)	0,006
	18,5-24,9	37	88,3 ± 26,3	100,0 (0-100)		96,4 ±10,5	100,0 (66,7-100)		79,3 ±28,7	100,0 (0-100)	
	≥25	38	89,5 ± 22,1	100,0 (0-100)		93,9 ± 21,7	100,0 (0-100)		72,8 ±27,8	66,7(0-100)	
Tıbbi Tanı	Larenks kanseri	48	86,8 ± 25,5	100,0 (0-100)	0,802	91,7 ± 21,2	100,0 (0-100)	0,120	68,1 ± 32,9	66,7 (0-100)	0,369
	Oral kavite kanserleri	23	91,3 ± 23,0	100,0(0-100)		100,0 ±0,0	100,0 (100-100)		82,6 ±22,2	100,0 (33,3-100)	
	Hipofarenks kanserleri	3	88,9 ± 19,2	100,0 (66,7-100)		100,0 ±0,0	100,0 (100-100)		77,8 ± 38,5	100,0 (33,3-100)	
	Parotis kanserleri	6	83,3 ±27,9	100,0 (33,3-100)		100,0 ±0,0	100,0 (100-100)		77,8 ± 17,2	66,7 (66,7-100)	
Tedavi	Cerrahi tedavi	45	89,6 ± 23,4	100,0 (0-100)	0,845	97,0 ± 11,9	100,0(33,3-100)	0,330	72,6 ± 28,7	66,7 (0-100)	0,331
	Cerrahi+Radyoterapi	7	81,0 ± 37,8	100,0 (0-100)		81,0 ± 37,8	100,0 (0-100)		52,4 ±42,4	66,7 (0-100)	
	Cerrahi+Kemoterapi	9	85,2 ±29,4	100,0(33,3-100)		96,3 ±11,1	100,0(66,7-100)		77,8 ±33,3	100,0 (0-100)	
	Cerrahi+Kemoterapi+ Radyotrerapi	19	87,7 ±19,9	100,0(33,3-100)		94,7 ± 16,7	100,0 (33,3-100)		80,7 ±23,1	100,0 (33,3-100)	
Postoperatif Durum (Ay)	1-3	15	84,4±35,3	100,0(0-100)	0,581	100,0±0,0	100,0(100-100)	0,204	71,1±30,5	66,7(0-100)	0,303
	4-6	14	88,1±24,8	100,0(33,3-100)		92,9±14,2	100,0(66,7-100)		81,0±21,5	83,3(33,3-100)	
	7-12	16	93,8±13,4	100,0(66,7-100)		100,0±0,0	100,0 (100-100)		72,9±25,0	66,7 (33,3-100)	
	13-18	20	91,7±18,3	100,0(33,3-100)		93,3±17,4	100,0(33,3-100)		80,0±31,3	100,0(0-100)	
	19-24	15	80,0±27,6	100,0(33,3-100)		88,9±30,0	100,0(0-100)		60,0±36,1	66,7(0-100)	

**p<0,01, *p<0,05

Baş Boyun Kanserli hastalardan QLQ-$C30_{v3}$ soru formu ile elde edilen verilerin değişkenlere göre analiz edilmeden önce normal dağılım gösterip göstermedikleri Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile analiz edilmiştir. Veriler normal dağılım göstermediği için ikili karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi; üç ve üstündeki grup karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Çizelge 8'de sunulan bulguların yazılmasında ortalama, standart sapma ve p değerleri verilmiş, median, minimal ve maksimal değerleri tabloda sunulmuştur.

Genel Sağlık/QoL

BBK'li hastaların sosyodemografik özelliklerinden "yaş gruplarına" göre sırasıyla; QLQ-$C30_{v3}$ soru formu *genel sağlık/QoL* puan ortalamaları 36-65 yaş grubunda 51,8±28,5; ≥66 yaş grubunda 64,6±27,6 olup daha yüksektir. Aralarındaki fark normal dağılıma uymadığı için Man Whitney U testi ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,516). Hastaların "cinsiyet grubuna" göre sırasıyla; *genel sağlık/QoL* puan ortalamaları kadınlarda 40,7±20,0; erkeklerde 40,5±21,1 olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,746). Hastaların "çalışma durumuna" göre sırasıyla; *genel sağlık durumu/QoL* puan ortalamaları çalışmayan grupta 43,1±19,3; çalışan grupta ise 28,6±23,5 olup daha düşüktür. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p: 0,044 <0,05). Hastaların "BKİ"ye göre sırasıyla; *genel sağlık durumu/QoL* puan ortalamaları <18,5 grubunda 45,0±16,2; 18,6-24,9 grubunda 45,7±20,4; ≥25 grubunda 34,9±20,5 bulundu. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,100>0,05). Hastaların "tıbbi tanısılarına" göre sırasıyla; g*enel sağlık durumu/QoL* puan ortalamaları larenks kanseri grubunda 42,9±18,7; oral kavite kanserleri grubunda 33,3±24,0; hipofarenks kanserleri grubunda 61,1±4,8; parotis kanserleri grubunda 38,9±20,2 bulundu. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,042<0,05). Hastaların "tedavi durumuna" göre sırasıyla; *genel sağlık durumu/QoL* puan ortalamaları cerrahi tedavi grubunda 36,3±19,6; cerrahi+ radyoterapi grubunda 48,8±23,8; cerrahi+ kemoterapi grubunda 43,5±24,9; cerrahi+ kemoterapi+ radyotrerapi grubunda ise 46,1±19,1 olarak bulundu. Cerrahi tedavi grubunun puan ortalaması daha düşük olmasına rağmen aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,262>0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre sırasıyla; *genel sağlık skoru/QoL*

puan ortalamaları 1-3 ay grubunda 43,9±16,2; 4-6 ay grubunda 41,7±23,8; 7-12 ay grubunda 33,3±23,8; 13-18 ay grubunda 42,1±23,0; 19-24 ay grubunda 41,7±15,1 olarak saptandı. Hastalardan 7-12 ay grubunda olanların puanı daha düşük görünse de aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p: 0,523>0,05).

- Fiziksel Fonksiyon

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre sırasıyla; *fiziksel fonksiyon* puan ortalamaları 36-65 yaş grubunda 70,8±25,7; ≥66 yaş grubunda 66,3±23,0 olup daha düşüktür. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p: 0,252>0,05). Hastaların "cinsiyet grubuna" göre sırasıyla; *fiziksel fonksiyon* puan ortalamaları kadın grubunda 61,1±28,1; erkek grubunda ise 71,2±23,2 olup daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:196>0,05). Hastaların "çalışma durumuna" göre sırasıyla; *fiziksel fonksiyon* puan ortalamaları çalışmayan grupta 65,2±24,1; çalışan grupta ise 86,7±19,0 olup daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,002<0,05).

Hastaların "BKİ"ye göre sırasıyla; *fiziksel fonksiyon* puan ortalamaları <18,5 grubunda 56,0 ±24,3; 18,6-24,9 grubunda 64,7±23,6; ≥25 grubunda 74,7±24,7 olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p: 0,101>0,05). Hastaların "tıbbi tanı durumuna" göre sırasıyla; *fiziksel fonksiyon* puan ortalamaları larenks kanseri grubunda 65,3±22,8; oral kavite kanserleri grubunda 75,1±26,5; hipofarenks kanserleri grubunda 46,7±17,6; parotis kanserleri grubunda 85,6±22,5 bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0,030<0,05). Hastaların "tedavi durumuna" göre sırasıyla; *fiziksel fonksiyon* puan ortalamaları cerrahi tedavi grubunda 74,7±22,4; cerrahi+ radyoterapi grubunda 59,0±25,9; cerrahi+kemoterapi grubunda 63,0±32,5; cerrahi+kemoterapi+radyotrerapi grubunda ise 61,8±23,2'dir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,101>0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay9 göre sırasıyla; *fiziksel fonksiyon* puan ortalamaları 1-3 ay grubunda 63,1±25,1; 4-6 ay grubunda 71,9±21,6; 7-12 ay grubunda 78,3±23,2; 13-18 ay grubunda 68,0±26,4; 19-24 ay grubunda 63,1±25,4 olarak saptandı. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,300>0,05).

- Rol Fonksiyon

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre sırasıyla; *rol fonksiyon* puan ortalamaları 36-65 yaş grubunda 83,7±21,3; ≥66 yaş grubunda 75,8±22,5 olup daha düşük olmasına rağmen olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,106>0,05). Hastaların "cinsiyet grubuna" göre sırasıyla; *rol Fonksiyon* puan ortalamaları kadın grubunda 68,5±26,1; erkek grubunda ise 83,9±19,6 olup daha yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0,016<0,05). Hastaların "çalışma durumuna" göre *rol fonksiyon* puan ortalamaları çalışmayan grupta 77,8±21,7; çalışan grupta ise 92,9±19,3 olup daha yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0,009<0,05). Hastaların "BKİ"ye göre sırasıyla; *rol fonksiyon* puan ortalamaları <18,5 grubunda 73,3±19,0; 18,6-24,9 grubunda 78,4±22,2; ≥25 grubunda 83,3±22,3 bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,340>0,05). Hastaların "tıbbi tanıya" göre sırasıyla; *rol fonksiyon* puan ortalamaları larenks kanseri grubunda 80,9±20,0; Oral kavite kanserleri grubunda 81,9±24,6; hipofarenks kanserleri grubunda 44,4±19,2; Parotis kanserleri grubunda 88,9±13,6 bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,080>0,05). Hastaların "tedavi durumu" göre sırasıyla; *rol fonksiyon* puan ortalamaları Cerrahi tedavi grubunda 85,2±19,5; Cerrahi+ Radyoterapi grubunda 66,7±19,2; Cerrahi + Kemoterapi grubunda 85,2±24,2; Cerrahi + Kemoterapi + Radyoterapi grubunda ise 71,9±24,2 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,041<0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre sırasıyla; *rol fonksiyon* puan ortalamaları 1-3 ay grubunda 68,9±23,5; 4-6 ay grubunda 79,8 ±22,8; 7-12 ay grubunda 84,4±20,6; 13-18 ay grubunda 83,3±22,9; 19-24 ay grubunda 84,4±18,3 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,280<0,05).

- Duygusal Fonksiyon

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre sırasıyla; *duygusal fonksiyon* puan ortalamaları 36-65 yaş grubunda 77,7±26,1; ≥66 yaş grubunda 80,1±17,5 olup daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,842>0,05). Hastaların "Cinsiyet grubuna" göre sırasıyla; *duygusal fonksiyon* puan ortalamaları kadın grubunda 82,4±19,6; erkek grubunda ise 77,6±23,8 olup daha düşüktür. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,491>0,05).

Hastaların "çalışma durumuna" göre sırasıyla; *duygusal fonksiyon* puan ortalamaları çalışmayan grupta 77,4±23,6; çalışan grupta ise 84,5±19,0 olup daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,313>0,05). Hastaların "BKİ"ye göre sırasıyla; d*uygusal fonksiyon* puan ortalamaları <18,5 grubunda 75,0±27,6; 18,6-24,9 grubunda 72,7±23,0; ≥25 grubunda 84,9±21,0 bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,035<0,05). Hastaların "tıbbi tanılarına" göre sırasıyla; *duygusal fonksiyon* puan ortalamaları larenks kanseri grubunda 77,1±24,9; Oral kavite kanserleri grubunda 81,5±19,9; hipofarenks kanserleri grubunda 61,1±4,8; Parotis kanserleri grubunda 88,9±18,0 bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p: 0,154>0,05). Hastaların "tedavi durumuna" göre sırasıyla; *duygusal fonksiyon* puan ortalamaları Cerrahi tedavi grubunda 80,4±23,0; Cerrahi+ Radyoterapi grubunda 69,0±25,8; Cerrahi + Kemoterapi grubunda 76,9±31,7; Cerrahi+ Kemoterapi + Radyoterapi grubunda ise 78,9±17,0olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p: 0,524>0,05). Baş Boyun Kanserli hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre sırasıyla; *duygusal fonksiyon* puan ortalamaları 1-3 ay grubunda 74,4±19,3; 4-6 ay grubunda 81,5±16,7; 7-12 ay grubunda 85,9±20,3; 13-18 ay grubunda 75,0±25,8; 19-24 ay grubunda 77,2±29,5 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,326>0,05).

- Bilişsel Fonksiyon

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre sırasıyla; *bilişsel fonksiyon* puan ortalamaları 36-65 yaş grubunda 94,0±10,7; ≥66 yaş grubunda 86,4±17,4 olup daha düşüktür. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p: 0,034<0,05). Hastaların "Cinsiyet grubuna" göre sırasıyla; *bilişsel fonksiyon* puan ortalamaları kadın grubunda 89,8±16,3; erkek grubunda ise 91,1±13,7 olup daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,973>0,05). Hastaların "çalışma durumuna" göre sırasıyla; *bilişsel fonksiyon* puan ortalamaları çalışmayan grupta 90,2±14,9; çalışan grupta ise 94,0±10,6 olup daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,428>0,05). Hastaların "BKİ"ye göre sırasıyla; *bilişsel fonksiyon* puan ortalamaları <18,5 grubunda 86,7±29,8; 18,6-24,9 grubunda 92,3±11,5; ≥25 grubunda 89,9±14,3 bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p: 0,771>0,05).

Hastaların "tıbbi tanı durumuna" göre sırasıyla; *bilişsel fonksiyon* puan ortalamaları larenks kanseri grubunda 89,9±16,0; oral kavite kanserleri grubunda 94,2±9,5; hipofarenks kanserleri grubunda 77,8±9,6; parotis kanserleri grubunda 91,7±13,9 bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,161>0,05). Hastaların "tedavi durumu grubuna" göre sırasıyla; *bilişsel fonksiyon* puan ortalamaları Cerrahi tedavi grubunda 91,1±13,1; Cerrahi+Radyoterapi grubunda 78,6±23,0; Cerrahi+Kemoterapi grubunda 90,7±14,7; Cerrahi+Kemoterapi+Radyoterapi grubunda ise 94,7±11,2 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p: 0,140>0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre sırasıyla; *bilişsel fonksiyon* puan ortalamaları 1-3 ay grubunda 91,1±8,6; 4-6 ay grubunda 90,5±15,6; 7-12 ay grubunda 92,7±13,6; 13-18 ay grubunda 89,2±18,2; 19-24 ay grubunda 91,1±13,9 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,908>0,05). Hastaların "yaş gruplarına" göre sırasıyla; *bilişsel fonksiyon* puan ortalamaları 36-65 yaş grubunda 73,4±25,5; ≥66 yaş grubunda 72,7±23,5 olup daha düşüktür. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır. (p:0,735>0,05).

- Sosyal Fonksiyon

BBK'li hastaların "Cinsiyet grubuna" göre sırasıyla; s*osyal fonksiyon* puan ortalamaları kadın grubunda 75,9±23,7; erkek grubunda ise 72,3±24,9 olup daha düşüktür. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,576>0,05). Hastaların "çalışma durumuna" göre sırasıyla; s*osyal fonksiyon* puan ortalamaları çalışmayan grupta 71,5±25,8; çalışan grupta ise 81,0±15,8 olup daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,255>0,05). Hastaların "BKİ"ye göre sırasıyla; s*osyal fonksiyon* puan ortalamaları <18,5 grubunda 46,7±43,1; 18,6-24,9 grubunda 70,3±25,2; ≥25 grubunda 79,4±17,9 bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,118>0,05). Hastaların "tıbbi tanılarına" göre sırasıyla; s*osyal fonksiyon* puan ortalamaları larenks kanseri grubunda 70,5±26,7; oral kavite kanserleri grubunda 79,7±19,4; hipofarenks kanserleri grubunda 50,0 ±16,7; parotis kanserleri grubunda 80,6±19,5 bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0, 118>0,05). Hastaların "tedavi durumuna" göre sırasıyla; s*osyal fonksiyon* puan ortalamaları Cerrahi tedavi grubunda 76,7±16,8; Cerrahi+ Radyoterapi grubunda 50,0±33,3; Cerrahi + Kemoterapi grubunda 72,2±36,3; Cerrahi + Kemoterapi + Radyoterapi

grubunda ise 73,7±27,4 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,240>0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre sırasıyla; s*osyal fonksiyon* puan ortalamaları 1-3 ay grubunda 68,9±20,8; 4-6 ay grubunda 76,2±14,2; 7-12 ay grubunda 82,3±17,7; 13-18 ay grubunda 74,2±31,3; 19-24 ay grubunda 63,3±29,7 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,232>0,05).

- Yorgunluk

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre sırasıyla; *yorgunluk* puan ortalamaları 36-65 yaş grubunda 73,3±25,4; ≥66 yaş grubunda 72,7±23,7 olup daha düşüktür. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,769>0,05). Hastaların "cinsiyet grubuna" göre sırasıyla; *yorgunluk* puan ortalamaları kadın grubunda 69,1±23,0; erkek grubunda ise 74,2±25,1 olup daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,328>0,05). Hastaların "çalışma durumu grubuna" göre sırasıyla; *yorgunluk* puan ortalamaları çalışmayan grupta 69,7±25,1; çalışan grupta ise 88,9±14,5 olup daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,005). Hastaların "BKİ"ye göre sırasıyla; *yorgunluk* puan ortalamaları <18,5 grubunda 60,0±20,2; 18,6-24,9 grubunda 74,2±23,0;>=25 grubunda 73,7±26,6 bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,324>0,05). Hastaların "tıbbi tanılarına" göre sırasıyla; *yorgunluk* puan ortalamaları larenks kanseri grubunda 70,8±25,2; Oral kavite kanserleri grubunda 74,4±24,7; hipofarenks kanserleri grubunda 66,7±29,4; Parotis kanserleri grubunda 88,9±14,1 bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0, 327>0,05). Hastaların "tedavi durumuna" göre sırasıyla; *yorgunluk* puan ortalamaları Cerrahi tedavi grubunda 76,3±22,7; Cerrahi+ Radyoterapi grubunda 55,6±19,2; Cerrahi + Kemoterapi grubunda 76,5±32,1; Cerrahi + Kemoterapi + Radyoterapi grubunda ise 70,2±25,7 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p: 0,105>0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre sırasıyla; y*orgunluk* puan ortalamaları 1-3 ay grubunda 76,3±22,2; 4-6 ay grubunda 73,8±20,7; 7-12 ay grubunda 76,4±25,3; 13-18 ay grubunda 70,6±30,4; 19-24 ay grubunda 68,9±23,1 olarak bulunmuştur. Aralarındaki istatistiksel olarak anlamsızdır (p: 0,824>0,05).

- Bulantı-Kusma

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre sırasıyla; *bulantı-kusma* puan ortalamaları 36-65 yaş grubunda 97,9±7,5; ≥66 yaş grubunda 98,5±6,4 olup daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,684>0,05). Hastaların "cinsiyet grubuna" göre sırasıyla; *bulantı-kusma* puan ortalamaları kadın grubunda 96,3±10,8; erkek grubunda ise 98,0±5,5 olup daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,464>0,05). Hastaların "çalışma durumuna" göre sırasıyla; *bulantı-kusma* puan ortalamaları çalışmayan grupta 97,7±7,7; çalışan grupta ise 100,0±0,0 olup daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,244>0,05). Hastaların "BKİ"ye göre sırasıyla; *bulantı-kusma* puan ortalamaları <18,5 grubunda 86,7±18,3; 18,6-24,9 grubunda 99,1±3,8;>=25 grubunda 98,7±6,0 bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,013<0,05). Hastaların "tıbbi tanılarına" göre sırasıyla; *bulantı-kusma* puan ortalamaları larenks kanseri grubunda 97,6±7,7; oral kavite kanserleri grubunda 98,6±7,0; hipofarenks kanserleri grubunda 100,0±0,0; Parotis kanserleri grubunda 100,0±0,0 bulunmuştur. Aralarındaki fark incelendiğinde istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,668>0,05). Hastaların "tedavi durumuna" göre sırasıyla; *bulantı-kusma* puan ortalamaları Cerrahi tedavi grubunda 99,6±2,5; Cerrahi + Radyoterapi grubunda 95,2±12,6; Cerrahi + Kemoterapi grubunda 98,1±5,6; Cerrahi + Kemoterapi + Radyoterapi grubunda ise 95,6±10,9 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,217>0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre sırasıyla; *bulantı-kusma* puan ortalamaları 1-3 ay grubunda 100,0±0,0; 4-6 ay grubunda 98,8±4,5; 7-12 ay grubunda 97,9±8,3; 13-18 ay grubunda 96,7±8,7; 19-24 ay grubunda 97,8±8,6 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,599>0,05).

- Ağrı

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre sırasıyla; *ağrı* puan ortalamaları 36-65 yaş grubunda 81,2±24,5; ≥66 yaş grubunda 83,3±20,8 olup daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,859>0,05). Hastaların "cinsiyet grubuna" göre sırasıyla; *ağrı* puan ortalamaları kadın grubunda 80,6±21,6; erkek grubunda ise 82,5±23,5 olup daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,497>0,05). Hastaların "çalışma durumuna"

göre sırasıyla; a*ğrı* puan ortalamaları çalışmayan grupta 80,3±23,9; çalışan grupta ise 90,5±15,6 olup daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,135>0,05). Hastaların "BKİ"ye göre sırasıyla; a*ğrı* puan ortalamaları <18,5 grubunda 83,3±28,9; 18,6-24,9 grubunda 81,1±25,2; ≥25 grubunda 82,9±20,3 bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,925>0,05). Hastaların "tıbbi tanılarına" göre sırasıyla; *ağrı* puan ortalamaları larenks kanseri grubunda 83,7±23,7; oral kavite kanserleri grubunda 83,3±21,3; hipofarenks kanserleri grubunda 66,7±0,0; Parotis kanserleri grubunda 72,2±27,2 bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,192>0,05). Hastaların "tedavi durumuna" göre sırasıyla; *ağrı* puan ortalamaları Cerrahi tedavi grubunda 85,6±17,3; Cerrahi+ Radyoterapi grubunda 66,7±23,6; Cerrahi + Kemoterapi grubunda 85,2±33,8; Cerrahi + Kemoterapi + Radyoterapi grubunda ise 78,1±27,2 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,108>0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre sırasıyla; *ağrı* puan ortalamaları 1-3 ay grubunda 91,1±13,9; 4-6 ay grubunda 76,2±20,4; 7-12 ay grubunda 85,4±24,2; 13-18 ay grubunda 80,8±28,8; 19-24 ay grubunda 76,7±21,6 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,139>0,05).

- Dispne

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre sırasıyla; *dispne* puan ortalamaları 36-65 yaş grubunda 80,9±30,1; ≥ 66 yaş grubunda 79,8±26,3 olup daha düşüktür. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,569>0,05). Hastaların "cinsiyet grubuna" göre sırasıyla; *dispne* puan ortalamaları kadın grubunda 87,0±20,3; erkek grubunda ise 78,5±30,2 olup daha düşüktür. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p: 0,497>0,05). Hastaların "çalışma durumu grubuna" göre sırasıyla; *dispne* puan ortalamaları çalışmayan grupta 78,3±30,1; çalışan grupta ise 90,5±15,6 olup daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,213>0,05). Hastaların "BKİ"ye göre sırasıyla; *dispne* puan ortalamaları <18,5 grubunda 86,7±18,3; 18,6-24,9 grubunda 83,8±25,6; ≥25 grubunda 76,3±31,9 bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,592>0,05). Hastaların "tıbbi tanılarına" göre sırasıyla; *dispne* puan ortalamaları larenks kanseri grubunda 78,5±29,6; oral kavite kanserleri grubunda 85,5±29,9; hipofarenks kanserleri grubunda 77,8±19,2; parotis

kanserleri grubunda 77,8±17,2 bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,422>0,05). Hastaların "tedavi durumuna" göre sırasıyla; *dispne* puan ortalamaları Cerrahi tedavi grubunda 80,7±26,1; Cerrahi+ Radyoterapi grubunda 57,1±37,1; Cerrahi + Kemoterapi grubunda 81,5±33,8; Cerrahi + Kemoterapi + Radyoterapi grubunda ise 87,7±25,4 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,123>0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre sırasıyla; *dispne* puan ortalamaları 1-3 ay grubunda 84,4±21,3; 4-6 ay grubunda 78,6±21,1; 7-12 ay grubunda 83,3±34,4; 13-18 ay grubunda 86,7±27,4; 19-24 ay grubunda 66,7±33,3 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,149>0,05).

- Uykusuzluk

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre sırasıyla; *uykusuzluk* puan ortalamaları 36-65 yaş grubunda 84,4±27,7; ≥ 66 yaş grubunda 83,8±26,5 olup daha düşüktür. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,859>0,05). Hastaların "cinsiyet grubuna" göre sırasıyla; *uykusuzluk* puan ortalamaları kadın grubunda 90,7±15,4; erkek grubunda ise 82,3±29,4 olup daha düşüktür. Aralarındaki istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,451>0,05). Hastaların "çalışma durumuna" göre sırasıyla; *uykusuzluk* puan ortalamaları çalışmayan grupta 81,3±28,7; çalışan grupta ise 97,6±8,9 olup daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,025<0,05). Hastaların "BKİ"ye göre sırasıyla; *uykusuzluk* puan ortalamaları <18,5 grubunda 86,7±29,8; 18,6-24,9 grubunda 88,3±25,1; ≥25 grubunda 79,8±28,5 bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p: 0,239>0,05). Hastaların "tıbbi tanılarına" göre sırasıyla; *uykusuzluk* puan ortalamaları larenks kanseri grubunda 85,4±26,5; oral kavite kanserleri grubunda 84,1±26,3; hipofarenks kanserleri grubunda 66,7±57,7; parotis kanserleri grubunda 83,3±18,3 bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p: 0, 862>0,05). Hastaların "tedavi durumu grubuna" göre sırasıyla; *uykusuzluk* puan ortalamaları Cerrahi tedavi grubunda 86,7±22,9; Cerrahi + Radyoterapi grubunda 71,4±30,0; Cerrahi + Kemoterapi grubunda 88,9±33,3; Cerrahi+ Kemoterapi+ Radyoterapi grubunda ise 80,7±32,0 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p: 0, 285>0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre sırasıyla; *uykusuzluk* puan ortalamaları 1-3 ay grubunda 93,3±18,7; 4-6 ay grubunda 90,5±15,6; 7-12

ay grubunda 83,3±27,2; 13-18 ay grubunda 80,0±33,2; 19-24 ay grubunda 75,6±32,0 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,355>0,05).

- İştahsızlık

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre sırasıyla; *iştahsızlık* puan ortalamaları 36-65 yaş grubunda 87,9±22,4; ≥66 yaş grubunda 90,9±22,5 olup daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,364>0,05). Hastaların "cinsiyet grubuna" göre sırasıyla; *iştahsızlık* puan ortalamaları kadın grubunda 83,3±30,8; erkek grubunda ise 90,9±19,2 olup daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,490>0,05). Hastaların "çalışma durumuna" göre sırasıyla; *iştahsızlık* puan ortalamaları çalışmayan grupta 89,4±21,2; çalışan grupta ise 88,1±28,1 olup daha düşüktür. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p: 0, 871>0,05). Hastaların "BKİ"ye göre sırasıyla; *iştahsızlık* puan ortalamaları <18,5 grubunda 60,0±27,9; 18,6-24,9 grubunda 91,0±20,3; ≥25 grubunda 91,2±21,5 bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,006<0,05). Hastaların "tıbbi tanılarına" göre sırasıyla; *iştahsızlık* puan ortalamaları larenks kanseri grubunda 86,8±25,5; oral kavite kanserleri grubunda 92,8±17,3; hipofarenks kanserleri grubunda 100,0±0,0; parotis kanserleri grubunda 88,9±17,2 bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,580>0,05). Hastaların "tedavi durumuna" göre sırasıyla; *iştahsızlık ı* puan ortalamaları Cerrahi tedavi grubunda 94,8±12,2; Cerrahi+ Radyoterapi grubunda 71,4±40,5; Cerrahi + Kemoterapi grubunda 92,6±14,7; Cerrahi + Kemoterapi + Radyoterapi grubunda ise 80,7±30,1 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,099>0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre sırasıyla; *iştahsızlık* puan ortalamaları 1-3 ay grubunda 91,1±26,6; 4-6 ay grubunda 88,1±16,6; 7-12 ay grubunda 89,6±20,1; 13-18 ay grubunda 91,7±18,3; 19-24 ay grubunda 84,4±30,5 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,779>0,05).

- Konstipasyon

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre sırasıyla; *konstipasyon* puan ortalamaları 36-65 yaş grubunda 90,8±22,7; ≥ 66 yaş grubunda 83,8±26,5 olup

daha düşüktür. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,114>0,05). Hastaların "cinsiyet grubuna" göre sırasıyla; *konstipasyon* puan ortalamaları kadın grubunda 94,4±12,8; erkek grubunda ise 86,0±26,7 olup daha düşüktür. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,329>0,05). Hastaların "çalışma durumu grubuna" göre sırasıyla; *konstipasyon* puan ortalamaları çalışmayan grupta 87,9±25,2; çalışan grupta ise 88,1±21,1 olup daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,740>0,05). Hastaların "BKİ"ye göre sırasıyla; *konstipasyon* puan ortalamaları <18,5 grubunda 73,3±27,9; 18,6-24,9 grubunda 88,3±26,3; ≥25 grubunda 89,5±22,1 bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,177>0,05). Hastaların "tıbbi tanılarına" göre sırasıyla; *konstipasyon* puan ortalamaları larenks kanseri grubunda 86,8±25,5; oral kavite kanserleri grubunda 91,3±23,0; hipofarenks kanserleri grubunda 88,9±19,2; parotis kanserleri grubunda 83,3 ±27,9 bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0, 802>0,05). Hastaların "tedavi durumuna" göre sırasıyla; *konstipasyon* puan ortalamaları Cerrahi tedavi grubunda 89,6±23,4; Cerrahi + Radyoterapi grubunda 81,0±37,8; Cerrahi + Kemoterapi grubunda 85,2±29,4; Cerrahi + Kemoterapi + Radyoterapi grubunda ise 87,7±19,9 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,845>0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre sırasıyla; *konstipasyon* puan ortalamaları 1-3 ay grubunda 84,4±35,3; 4-6 ay grubunda 88,1±24,8; 7-12 ay grubunda 93,8±13,4; 13-18 ay grubunda 91,7±18,3; 19-24 ay grubunda 80,0±27,6 olarak bulunmuştur. Aralarındaki istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0, 81>0,05).

- Diyare

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre sırasıyla; *diyare* puan ortalamaları 36-65 yaş grubunda 95,7±16,5; ≥66 yaş grubunda 93,9±17,6 olup daha düşüktür. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,586>0,05). Hastaların "Cinsiyet grubuna" göre sırasıyla; *diyare* puan ortalamaları kadın grubunda 98,1±7,9; erkek grubunda ise 94,1±18,6 olup daha düşüktür. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,458>0,05). Hastaların "çalışma durumu grubuna" göre sırasıyla; *diyare* puan ortalamaları çalışmayan grupta 93,9±18,4; çalışan grupta ise 100,0±0,0 olup daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,173>0,05). Hastaların "BKİ"ye göre sırasıyla; *diyare*

puan ortalamaları <18,5 grubunda 93,3±14,9; 18,6-24,9 grubunda 96,4±10,5; ≥25 grubunda 93,9±21,7 bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,747>0,05). Hastaların "tıbbi tanılarına" göre sırasıyla; *diyare* puan ortalamaları larenks kanseri grubunda 91,7±21,2; oral kavite kanserleri grubunda 100,0±0,0; hipofarenks kanserleri grubunda 100,0±0,0; parotis kanserleri grubunda 100,0±0,0 bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,120>0,05). Hastaların "tedavi durumuna" göre sırasıyla; d*iyare* puan ortalamaları Cerrahi tedavi grubunda 97,0±11,9; Cerrahi + Radyoterapi grubunda 81,0±37,8; Cerrahi + Kemoterapi grubunda 96,3±11,1; Cerrahi + Kemoterapi + Radyoterapi grubunda ise 94,7±16,7 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,330>0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay) grubuna" göre sırasıyla; *diyare* puan ortalamaları 1-3 ay grubunda 100,0±0,0; 4-6 ay grubunda 92,9±14,2; 7-12 ay grubunda 100,0±0,0; 13-18 ay grubunda 93,3±17,4; 19-24 ay grubunda 88,9±30,0 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,204>0,05).

- Finansal Etki

Baş Boyun Kanserli hastaların "yaş gruplarına" göre sırasıyla; *finansal etki* puan ortalamaları 36-65 yaş grubunda 72,3±31,3; ≥66 yaş grubunda 74,7±27,7 olup daha düşüktür. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır. (p:0,870>0,05). Hastaların "cinsiyet grubuna" göre sırasıyla; *finansal etki* puan ortalamaları kadın grubunda 79,6±23,3; erkek grubunda ise 71,5±31,3 olup daha düşüktür. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p: 0, 423>0,05). Hastaların "çalışma durumu grubuna" göre sırasıyla; *finansal etki* puan ortalamaları çalışmayan grupta 71,7±30,0; çalışan grupta ise 81,0±28,4 olup daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,235>0,05). Hastaların "BKİ"ye göre sırasıyla; *finansal etki* puan ortalamaları <18,5 grubunda 33,3±23,6; 18,6-24,9 grubunda 79,3±28,7; ≥25 grubunda 72,8±27,8 bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,006<0,05). Hastaların "tıbbi tanılarına" göre sırasıyla; *finansal etki* puan ortalamaları larenks kanseri grubunda 68,1±32,9; oral kavite kanserleri grubunda 82,6±22,2; hipofarenks kanserleri grubunda 77,8 ±38,5; parotis kanserleri grubunda 77,8±17,2 bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,369>0,05). Hastaların "tedavi durumu grubuna" göre sırasıyla; *finansal etki*

puan ortalamaları Cerrahi tedavi grubunda 72,6±28,7; Cerrahi+ Radyoterapi grubunda 52,4±42,4; Cerrahi + Kemoterapi grubunda 77,8±33,3; Cerrahi + Kemoterapi + Radyoterapi grubunda ise 80,7±23,1 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p: 0, 331>0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre sırasıyla; *finansal etki* puan ortalamaları 1-3 ay grubunda 71,1±30,5; 4-6 ay grubunda 81,0±21,5; 7-12 ay grubunda 72,9±25,0; 13-18 ay grubunda 80,0±31,3; 19-24 ay grubunda 60,0±36,1 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,303>0,05).

D. Baş boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine Göre QLQ-H&N43 Semptom Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Baş boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine Göre QLQ-H&N43 "semptom" puan ortalamalarının karşılaştırılması Çizelge 9'da sunuldu.

Çizelge 9. Baş boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre QLQ-H&N43 Semptom Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

QLQ-H&N43			Ağız içinde ağrı			Yutma			Diş sorunları			Ağız kuruluğu/yapışkan tükrük		
Sosyodemografik ve Klinik Özellikler		n	Ort. ± S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p	Ort. ± S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p	Ort. ± S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p	Ort. ± S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p
Yaş (yıl)	36-65	47	15,2 ±20,4	8,3 (0-91,7)	0,247	19,5 ±23,5	8,3 (0-100)	0,628	14,4 ± 19,2	11,1 (0-77,8)	0,14	20,6 ±25,6	16,7 (0-100)	0,388
	≥66	33	9,1 ± 13,6	8,3(0-50)		21,5 ± 22,5	16,7 (0-75)		10,1 ± 18,7	0,0 (0-77,8)	7	16,2 ±21,8	0,0 (0-66,7)	
Cinsiyet	Kadın	18	15,3 ± 20,3	8,3 (0-75)	0,390	27,3 ± 27,1	20,8 (0-75)	0,266	13,0 ± 19,5	5,6 (0-77,8)	0,81	16,7 ± 27,4	0,0 (0-100)	0,441
	Erkek	62	12,0 ± 17,5	8,3 (0-91,7)		18,3 ± 21,5	8,3 (0-100)		12,5 ± 19,0	0,0 (0-77,8)	1	19,4 ±23,2	16,7 (0-83,3)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	66	13,4 ± 19,1	8,3 (0-91,7)	0,625	22,3±24,2	16,7 (0-100)	0,119	13,3 ± 20,3	0,0(0-77,8)	0,94	21,0 ±25,5	16,7 (0-100)	0,134
	Çalışıyor	14	9,5 ±12,6	4,2 (0-100)		10,7 ± 12,8	8,3(0-41,7)		9,5 ±11,4	5,6 (0-33,3)	5	8,3 ±10,8	0,0 (0-33,3)	
BKİ	<18,5	5	10,0 ± 22,4	0,0 (0-50)	0,542	31,7 ± 25,3	33,3 (0-66,7)	0,464	28,9 ± 24,3	22,2 (0-66,7)	0,12	50,0 ± 31,2	50,0 (16,7-100)	0,016
	18,5-24,9	37	14,6 ±21,5	8,3 (0-91,7)		21,2 ± 25,8	8,3 (0-100)		13,5 ±21,8	0,0 (0-77,8)	2	17,6 ±20,4	16,7(0-83,3)	
	≥25	38	11,2 ± 13,7	8,3 (0-50)		18,0 ± 19,7	8,3 (0-66,7)		9,6 ± 14,2	0,0 (0-66,7)		15,8 ± 24,2	0,0 (0-83,3)	
Tıbbi Tanı	Larenks kanseri	48	10,1 ± 18,2	0,0 (0-91,7)	0,086	21,2 ± 23,8	16,7 (0-100)	0,310	11,1 ±17,2	0,0 (0-66,7)	0,45	22,6 ± 25,1	16,7(0-100)	0,245
	Oral kavite kanserleri	23	15,9 ± 17,0	8,3 (0-75)		17,0 ±20,0	8,3 (0-66,7)		18,4 ± 24,3	11,1 (0-77,8)	9	11,6 ± 19,7	0,0(0-83,3)	
	Hipofarenks kanserleri	3	11,1 ±19,2	0,0 (0-33,3)		47,2 ± 34,7	58,3 (8,3-75)		7,4 ± 12,8	0,0 (0-22,2)		11,1 ± 19,2	0,0 (0-33,3)	
	Parotis kanserleri	6	22,2 ± 20,2	25,0 (-100)0		12,5 ± 14,7	8,3 (0-33,3)		5,6 ± 6,1	5,6(0-11,1)		19,4 ± 30,6	0,0 (0-66,7)	
Tedavi	Cerrahi tedavi	45	10,7 ± 17,2	8,3 (0-91,7)	0,028*	16,3 ± 18,2	8,3 (0-66,7)	0,372	7,4 ±10,6	0,0(0-33,3)	0,06	11,1 ±17,8	0,0 (0-66,7)	0,008*
	Cerrahi+Radyoterapi	7	29,8 ±17,3	33,3(0-50)		29,8 ±25,4	33,3 (0-66,7)		31,7 ±28,3	22,23 (0-66,7)	6	38,1 ± 28,4	50,03 (0-66,7)	
	Cerrahi+Kemoterapi	9	7,4 ±16,4	0,0 (0-50)		20,4 ±33,6	8,3 (0-100)		14,8 ±26,1	0,0(0-77,8)		22,2 ±28,9	16,7 (0-83,3)	
	Cerrahi+Kemoterapi+ Radyotrerapi	19	13,6 ± 18,9	8,3 (0-75)		26,3 ±26,1	25,0 (0-75)		17,0 ± 22,6	11,1 (0-77,8)		28,1 ±27,2	33,3 (0-100)	
Postoperatif	1-3	15	8,9±11,1	8,3(0-33,3)	0,830	15,6±17,2	8,3(0-50)	0,661	12,6±25,2	0,0(0-77,8)	0,76	13,3±21,1	0,0(0-66,7)	0,580
Durum (ay)	4-6	14	13,1±12,1	8,3(0-33,3)		24,4±25,6	20,8(0-75)		10,3±11,1	11,1(0-33,3)	0	11,9±13,8	8,3(0-33,3)	
	7-12	16	15,6±21,7	8,3 (0-75)		20,3±20,6	16,7 (0-66,7)		16,0±24,0	5,6 (0-77,8)		20,8±26,9	8,3 (0-83,3)	
	13-18	20	11,7±17,0	4,2(0-50)		18,8±29,0	8,3(0-100)		10,6±17,5	0,0(0-66,7)		18,3±22,2	16,7(0-83,3)	
	19-24	15	14,4±25,7	0,0(0-91,7)		23,3±20,7	16,7(0-66,7)		14,1±15,4	11,1(0-44,4)		28,9±31,8	16,7(0-100)	

**p<0,01, *p<0,05

Çizelge 9. (devam) Baş boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre QLQ-H&N43 Semptom Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

QLQ-H&N43			Duyular			Konuşma			Beden İmajı			Soyal yeme		
Sosyodemografik ve Klinik Özellikler		n	Ort. ± S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p	Ort. ± S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p	Ort. ± S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p	Ort. ± S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p
Yaş(yıl)	36-65	47	12,4 ±16,8	0,0(0-50)	0,430	39,9 ±29,6	33,3 (0-100)	0,385	31,9 ±26,6	33,3 (0-100)	0,341	22,5 ±27,0	8,3 (0-91,7)	0,790
	≥66	33	9,6 ±15,0	0,0 (0-50)		46,7 ± 35,7	40,0 (0-100)		25,9 ± 23,0	22,2 (0-77,8)		18,9 ± 24,2	8,3 (0-91,7)	
Cinsiyet	Kadın	18	9,3 ±15,4	0,0 (0-50)	0,552	30,4 ±26,1	26,7 (0-73,3)	0,077	34,6 ± 29,5	33,3 (0-100)	0,378	26,4 ± 33,9	8,3 (0-91,7)	0,953
	Erkek	62	11,8 ± 16,4	0,0 (0-50)		46,2 ± 33,1	40,0 (0-100)		28,0 ± 23,9	22,2 (0-88,9)		19,5 ± 23,0	8,3 (0-91,7)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	66	12,6 ± 16,3	0,0 (0-50)	0,054	46,8± 32,5	43,3 (0-100)	0,014	29,8± 25,6	22,2 (0-100)	0,913	22,1± 26,5	8,3(0-91,7)	0,335
	Çalışıyor	14	4,8 ±13,8	0,0 (0-50)		23,3 ± 22,9	23,3 (0-73,3)		27,8 ± 23,8	27,8 (0-77,8)		16,1 ±22,5	4,2 (0-66,7)	
BKİ	<18,5	5	13,3 ±21,7	0,0 (50-100)	0,098	54,7 ±21,8	46,7 (26,7-80)	0,002	37,8 ± 18,6	33,3 (22,2-66,7)	0,206	53,3 ± 28,0	58,3 (8,3-83,3)	0,013
	18,5-24,9	37	14,9 ± 17,0	16,7 (0-50)		54,1 ±31,4	53,3 (0-100)		33,6 ±27,4	22,2 (0-100)		21,6 ±24,4	16,7 (0-91,7)	
	≥25	38	7,5 ± 13,8	0,0 (0-50)		30,0 ±29,9	23,3(0-100)		24,3 ± 23,1	22,2 (0-77,8)		16,2 ± 24,3	4,2 (0-91,7)	
Tıbbi Tanı	Larenks kanseri	48	11,5 ±15,0	0,0 (0-50)	0,280	58,3 ± 27,1	66,7 (6,7-100)	0,000	29,2 ± 22,5	22,2 (0-88,9)	0,425	24,8 ± 25,8	16,7 (0-88,3)	0,014
	Oral kavite kanserleri	23	13,8 ±19,2	0,0(0-50)		17,1 ± 20,9	6,7 (0-66,7)		33,8 ± 28,9	33,3 (0-100)		13,8 ± 23,8	0,0 (0-91,7)	
	Hipofarenks kanserleri	3	11,1 ±19,2	0,0 (0-33,3)		46,7 ± 48,1	33,3 (6,7-100)		22,2 ± 38,5	0,0b(0-66,7)		47,2 ± 39,4	33,3(16,7-91,7)	
	Parotis kanserleri	6	0,0 ±0,0	0,0 (0-0)		13,3 ±15,2	10,0 (0-33,3)		18,5 ±26,9	5,6 (0-66,7)		5,6 ±6,8	4,2 (0-16,7)	
Tedavi	Cerrahi tedavi	45	7,4 ± 13,6	0,0(0-50)	0,058	39,3 ±33,2	33,3(0-100)	0,273	24,9 ±24,5	22,2 (0-88,9)	0,154	18,0 ±21,6	8,3 (0-83,3)	0,259
	Cerrahi+ Radyoterapi	7	23,8 ±23,3	33,3 3 (0-50)		49,5 ±34,4	66,7 (0-80)		42,9 ±26,8	44,4 (0-77,8)		32,1 ±31,0	33,3 (0-75)	
	Cerrahi+ Kemoterapi	9	11,1 ± 14,4	0,0 (0-33,3)		31,1 ±24,3	33,3(0-73,3)		25,9 ± 20,8	22,2 (0-66,7)		9,3 ±12,8	0,0 (0-33,3)	
	Cerrahi+Kemoterapi+ Radyotrerapi	19	15,8 ±17,1	16,7		53,7 ±31,1	60,0(0-100)		36,8 ±26,5	22,2 (0-100)		29,8 ±34,1	16,7	
Postoperatif Durum (ay)	1-3	15	15,6±17,2	16,7(0-50)	0,150	56,9±37,5	66,7(0-100)	0,140	43,0±26,2	44,4(0-77,8)	0,154	21,7±18,8	16,7(0-66,7)	0,193
	4-6	14	7,1±12,6	0,0(0-33,3)		37,6±35,5	30,0(0-100)		25,4±25,6	27,8(0-77,8)		20,8±24,6	12,5(0-75)	
	7-12	16	15,6±19,7	0,0(0-50)		30,0±30,1	23,3(0-100)		25,0±28,3	22,2(0-100)		16,1±28,3	0,0(0-91,7)	
	13-18	20	12,5±15,2	8,3(0-50)		50,7±31,6	53,3(0-100)		31,1±23,3	22,2(0-88,9)		16,7±25,2	8,3(0-91,7)	
	19-24	15	4,4±13,3	0,0(0-50)		36,0±19,6	33,3(6,7-73,3)		22,2±20,1	22,2(0-66,7)		31,7±30,6	16,7(0-83,3	

**p<0,01, *p<0,05

Çizelge 9. (devam) Baş boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre QLQ-H&N43 Semptom Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

QLQ-H&N43			Cinsellik			Omuz sorunları			Deri sorunları			Anksiyete		
Sosyodemografik ve Klinik Özellikler		n	Ort. ± S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p	Ort. ± S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p	Ort. ± S.s.	Medyan (Min.Maks.)	p	Ort. ± S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p
Yaş (yıl)	36-65	47	51,8 ± 28,5	66,7 (0-100)	0,039	20,9 ±24,7	16,7 (0-83,3)	0,587	11,8 ± 22,5	0,0 (0-77,8)	0,226	38,7 ± 30,5	33,3 (0-100)	0,192
	≥66	33	64,6 ± 27,6	66,7 (0-100)		22,7 ± 23,9	16,7 (0-100)		5,4 ± 11,5	0,0 (0-44,4)		29,3 ± 23,9	33,3 (0-100)	
Cinsiyet	Kadın	18	59,3 ± 31,4	66,7 (0-100)	0,649	25,0 ± 30,9	16,7 (0-100)	0,899	13,0 ± 22,6	0,0 (0-66,7)	0,387	37,0 ±23,3	33,3 (0-83,3)	0,561
	Erkek	62	56,5 ± 28,0	66,7 (0-100)		20,7 ± 22,1	16,7 (0-83,3)		8,1 ± 17,8	0,0 (0-77,8)		34,1 ± 29,6	33,3 (0-100)	
Çalışma	Çalışmıyor	66	60,6± 28,0	66,7 (0-100)	0,011	24,2 ± 25,0	16,7(0-100)	0,031*	10,4± 20,4	0,0 (0-77,8)	0,304	35,6 ± 27,6	33,3 (0-100)	0,477
durumu	Çalışıyor	14	40,5 ± 26,7	33,3 (0-100)	*	9,5 ±15,6	0,0 (0-100)		3,2 ±6,8	0,0 (0-50)		31,0 ± 31,9	25,0 (0-100)	
BKİ	<18,5	5	60,0 ± 27,9	66,7 (33,3-100)	0,892	26,7 ± 30,3	16,7 (0-66,7)	0,790	24,4 ±26,5	11,1 (0-66,7)	0,058	40,0 ±30,3	33,3(0-83,3)	0,132
	18,5-24,9	37	55,0 ±31,6	66,7 (0-100)		20,3 ± 24,6	16,7 (0-83,3)		7,8 ± 17,3	0,0(0-66,7		40,1 ± 27,1	33,3 (0-100)	
	≥25	38	58,8 ± 26,2	66,7 (0-100)		22,4 ± 23,7	16,7(0-100)		8,5 ±19,1	0,0 (0-77,8)		28,9 ± 28,7	16,7 (0-100)	
Tıbbi Tanı	Larenks kanseri	48	58,3 ± 25,3	66,7 (0-100)	0,366	24,7 ±26,0	16,7 (0-100)	0,399	9,0 ± 19,0	0,0 (0-77,8)	0,765	37,2 ±27,1	33,3 (0-100)	0,251
	Oral kavite kanserleri	23	56,5 ± 32,5	66,7 (0-100)		17,4 ±22,2	0,0 (0-66,7)		11,6 ± 21,8	0,0 (0-77,8)		31,2 ±30,3	33,3 (0-83,3)	
	Hipofarenks kanserleri	3	77,8 ± 38,5	100,0 (33,3-100)		5,6 ± 9,6	0,0 (0-16,7)		3,7 ±6,4	0,0 (0-11,1)		55,6 ± 38,5	33,3(33,3-100)	
	Parotis kanserleri	6	38,9 ± 32,8	50,0 (0-66,7)		22,2 ±20,2	25,0 (0-50)		3,7 ±9,1	0,0 (0-22,2)		19,4 ±19,5	16,7 (0-50)	
Tedavi	Cerrahi tedavi	45	53,3 ±29,6	66,7 (0-100)	0,464	18,5 ±23,4	16,7 (0-100)	0,045*	3,5 ±9,4	0,0 (0-44,4)	0,001*	30,4 ± 27,4	33,3(0-100)	0,285
	Cerrahi+ Radyoterapi	7	66,7 ± 0,0	66,7 (66,7-66,7)		42,9 ±18,9	33,3 (16,7-66,7)		27,0 ± 27,9	22,2 (0-77,8)		52,4 ± 36,6	66,7 (0-83,3)	
	Cerrahi+ Kemoterapi	9	55,6 ±33,3	66,7 (0-100)		18,5 ±28,2	0,0 (0-83,3)		8,6 ±22,1	0,0 (0-66,7)		35,2 ± 26,9	33,3(0-83,3)	
	Cerrahi+ Kemoterapi+ Radyotrerapi	19	63,2 ±29,2	66,7 (0-100)		22,8 ±23,7	66,7 (0-100)		16,4 ±24,9	11,1 (0-77,8)		38,6 ± 26,7	33,3 (0-100)	
Postoperatif	1-3	15	75,6±19,8	66,7(33,3-100)	0,038	17,8±19,4	16,7(0-66,7)	0,954	0,7±2,9	0,0(0-11,1)	0,213	40,0±25,0	33,3(0-66,7)	0,622
Durum (ay)	4-6	14	42,9±27,5	50,0(0-66,7)		22,6±31,1	8,3(0-100)		8,7±14,6	0,0(0-44,4)		26,2±19,3	33,3(0-66,7)	
	7-12	16	52,1±32,1	50,0(0-100)		19,8±22,9	16,7(0-66,7)		13,2±24,1	0,0(0-77,8)		31,3±34,4	25,0(0-100)	
	13-18	20	58,3±32,2	66,7(0-100)		23,3±24,4	16,7(0-83,3)		7,8±16,2	0,0(0-66,7)		36,7±	33,3(0-100)	
	19-24	15	55,6±20,6	66,7(33,3-100)		24,4±25,1	16,7(0-66,7)		15,6±26,5	0,0(0-77,8)		38,9±30,0	33,3(0-83,3)	

**p<0,01, *p<0,05

Çizelge 9. (devam) Baş boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre QLQ-H&N43 Semptom Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

QLQ-H&N43			Ağız açma			Öksürme			Sosyal temas			Boyunda şişlik		
Sosyodemografik ve Klinik Özellikler		n	Ort. ± S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p	Ort. ± S.s.	Medyan (Min.-aks.)	p	Ort. ± S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p	Ort. ± S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p
Yaş (yıl)	36-65	47	14,2 ±22,8	0,0 (0-66,7)	0,943	24,8 ± 29,0	0,0 (0-100)	0,727	29,8 ± 33,5	33,3 (0-100)	0,716	14,9 ± 24,9	0,0 (0-66,7)	0,418
	≥66	33	14,1 ± 22,1	0,0 (0-66,7)		22,2 ± 27,2	0,0 (0-66,7)		32,3 ±33,8	33,3(0-100)		17,2 ± 22,2	0,0 (0-66,7)	
Cinsiyet	Kadın	18	18,5 ± 23,5	0,0 (0-66,7)	0,264	9,3 ± 19,2	0,0 (0-66,7)	0,012*	33,3 ± 32,3	33,3 (0-100)	0,624	20,4± 25,9	0,0 (0-66,7)	0,339
	Erkek	62	12,9 ±22,1	0,0 (0-66,7)		28,0 ±29,1	33,3 (0-100)		30,1 ±34,0	33,3 (0-100)		14,5 ± 23,1	0,0 (0-66,7)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	66	13,1 ± 22,6	0,0 (0-66,7)	0,203	25,3 ± 28,7	16,7 (0-100)	0,304	33,8 ± 33,3	33,3 (0-100)	0,050	17,7 ± 25,0	0,0 (0-66,7)	0,172
	Çalışıyor	14	19,0 ±21,5	16,7 (0-66,7)		16,7 ± 25,3	0,0 (0-66,7)		16,7 ±31,4	0,0 (0-100)	*	7,1 ±14,2	0,0 (0-33,3)	
BKİ	<18,5	5	6,7 ± 14,9	0,0 (0-33,3)	0,783	20,0 ±29,8	0,0 (0-66,7)	0,261	53,3 ± 18,3	66,7 (33,3-66,7)	0,094	6,7 ± 14,9	0,0(0-33,3)	0,558
	18,5-24,9	37	15,3 ± 24,3	0,0 (0-66,7)		28,8 ±28,5	33,3(0-100)		33,3 ±34,2	33,3 (0-100)		14,4 ± 23,0	0,0(0-66,7)	
	≥25	38	14,0 ± 21,4	0,0(0-66,7)		19,3 ± 27,5	0,0(0-66,7)		25,4 ± 33,3	0,0(0-100)		18,4 ± 25,3	0,0 (0-66,7)	
Tıbbi Tanı	Larenks kanseri	48	8,3 ± 18,8	0,0 (0-66,7)	0,015*	32,6 ± 28,8	33,3 (0-100)	0,001*	34,7 ± 33,7	33,3 (0-100)	0,142	15,3 ± 23,8	0,0 (0-66,7)	0,932
	Oral kavite kanserleri	23	24,6 ± 25,1	33,3(0-66,7)		5,8 ± 16,4	0,0 (0-66,7)		24,6 ±	0,0 (0-100)		18,8 ± 26,3	0,0(0-66,7)	
	Hipofarenks kanserleri	3	11,1 ± 19,2	0,0 (0-33,3)		22,2 ±38,5	0,0 (0-66,7)		55,6 ± 38,5	33,3 (33,3-100)		11,1 ±19,2	0,0 (0-33,3)	
	Parotis kanserleri	6	22,2 ± 27,2	16,7 (0-66,7)		22,2 ± 27,2	16,7 (0-66,7)		11,1 ±17,2	0,0 (0-33,3)		11,1 ± 17,2	0,0 (0-33,3)	
Tedavi	Cerrahi tedavi	45	11,1 ±20,1	0,0 (0-66,7)	0,441	23,7 ± 28,1	0,0 (0-66,7)	0,941	29,6 ± 33,5	33,3(0-100)	0,598	12,6 ± 20,5	0,0 (0-66,7)	0,133
	Cerrahi+ Radyoterapi	7	9,5 ±16,3	0,0 (0-33,3)		33,3 ±43,0	0,0 (0-100)		38,1 ±35,6	66,7 (0-66,7)		28,6 ± 30,0	33,3(0-66,7)	
	Cerrahi+ Kemoterapi	9	22,2 ± 28,9	0,0 (0-66,7)		18,5 ± 24,2	0,0 (0-66,7)		22,2 ±37,3	0,0(0-100)		7,4 ±22,2	0,0 (0-66,7)	
	Cerrahi+ Kemoterapi+ Radyotrerapi	19	19,3 ±25,6	0,0(0-66,7)		22,8 ± 25,0	33,3(0-66,7)		35,1 ± 32,3	33,3 (0-100)		22,8 ± 27,3	0,0 (0-66,7)	
Postoperatif	1-3	15	13,3±21,1	0,0(0-66,7)	0,035*	17,8±30,5	0,0(0-66,7)	0,581	46,7±27,6	33,3(0-100)	0,074	13,3±21,1	0,0(0-66,7)	0,950
Durum (ay)	4-6	14	23,8±27,5	16,7(0-66,7)		23,8±30,5	0,0(0-66,7)		23,8±27,5	16,7(0-66,7)		14,3±21,5	0,0(0-66,7)	
	7-12	16	14,6±24,2	0,0(0-66,7)		20,8±26,9	0,0(0-66,7)		16,7±29,8	0,0(0-100)		14,6±24,2	0,0(0-66,7)	
	13-18	20	18,3±22,9	0,0(0-66,7)		23,3±24,4	33,3(0-66,7)		35,0±39,7	33,3(0-100)		18,3±22,9	0,0(0-66,7)	
	19-24	15	0,0±0,0	0,0(0-0)		33,3±30,9	33,3(0-66,7)		31,1±34,4	33,3(0-100)		17,8±30,5	0,0(0-66,7)	

**p<0,01, *p<0,05

Çizelge 9. (devam) Baş boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre QLQ-H&N43 Semptom Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

QLQ-H&N43 Sosyodemografik ve Klinik Özellikler		n	Kilo kaybı Ort. ± S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p	Yara iyileşmesi Ort. ± S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p	Nörolojik sorunlar Ort. ± S.s.	Medyan (Min.-Maks.)	p
Yaş (yıl)	36-65	47	18,4 ± 27,6	0,0 (0-100)	0,121	15,6 ± 25,9	0,0 (0-100)	0,611	14,9 ± 27,6	0,0 (0-100)	0,566
	≥66	33	9,1 ± 19,1	0,0 (0-66,7)		12,1 ± 21,8	0,0 (0-66,7)		15,2 ± 22,2	0,0 (0-66,7)	
Cinsiyet	Kadın	18	16,7 ± 23,6	0,0 (0-66,7)	0,458	5,6 ± 12,8	0,0 (0-33,3)	0,117	18,5 ± 28,5	0,0 (0-100)	0,472
	Erkek	62	14,0 ± 25,3	0,0 (0-100)		16,7 ±26,1	0,0 (0-100)		14,0 ± 24,6	0,0 (0-100)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	66	14,6 ± 25,6	0,0 (0-100)	0,771	15,7 ± 25,6	0,0 (0-100)	0,334	16,7 ± 27,0	0,0 (0-100)	0,288
	Çalışıyor	14	14,3 ± 21,5	0,0 (0-66,7)		7,1 ± 14,2	0,0 (0-33,3)		7,1 ± 14,2	0,0 (0-33,3)	
BKİ	<18,5	5	46,7 ± 29,8	66,7 (0-66,7)	0,003*	13,3 ± 29,8	0,0(0-66,7)	0,936	20,0 ± 29,8	0,0 (0-66,7)	0,535
	18,5-24,9	37	17,1 ± 25,6	0,0 (0-100)		13,5 ± 22,9	0,0 (0-66,7)		12,6 ±25,3	0,0 (0-100)	
	≥25	38	7,9 ± 19,7	0,0 (0-66,7)		14,9 ± 25,3	0,0 (0-100)		16,7 ± 25,4	0,0 (0-100)	
Tıbbi Tanı	Larenks kanseri	48	16,7 ± 26,6	0,0 (0-100)	0,787	14,6 ± 26,5	0,0 (0-100)	0,426	16,7 ± 26,6	0,0 (0-100)	0,932
	Oral kavite kanserleri	23	13,0 ± 24,1	0,0 (0-66,7)		13,0 ±19,4	0,0 (0-66,7)		13,0 ±26,1	0,0 (0-100)	
	Hipofarenks kanserleri	3	11,1 ±19,2	0,0 (0-33,3)		33,3 ± 33,3	33,3 (0-66,7)		11,1 ± 19,2	0,0 (0-33,3)	
	Parotis kanserleri	6	5,6 ± 13,6	0,0 (0-33,3)		5,6 ±13,6	0,0 (0-33,3)		11,1 ±17,2	0,0(0-33,3)	
Tedavi	Cerrahi tedavi	45	8,1 ±16,1	0,0 (0-66,7)	0,060	11,1 ± 21,3	0,0(0-100)	0,056	8,9 ± 18,0	0,0 (0-66,7)	0,018*
	Cerrahi+ Radyoterapi	7	38,1 ±35,6	66,7 (0-66,7)		38,1 ±30,0	33,3(0-66,7)		42,9 ±37,1	33,3 (0-100)	
	Cerrahi+ Kemoterapi	9	18,5 ± 37,7	0,0 (0-100)		14,8 ±24,2	0,0 (0-66,7)		11,1 ± 23,6	0,0 (0-66,7)	
	Cerrahi+ Kemoterapi+ adyotrerapi	19	19,3 ± 25,6	0,0 (0-66,7)		12,3 ±25,4	0,0 (0-66,7)		21,1 ± 29,8	0,0 (0-100)	
Postoperatif Durum	1-3	15	11,1±24,1	0,0(0-66,7)	0,722	11,1±16,3	0,0(0-33,3)	0,847	8,9±15,3	0,0(0-33,3)	0,563
(ay)	4-6	14	9,5±15,6	0,0(0-33,3)		11,9±16,6	0,0(0-33,3)		11,9±21,1	0,0(0-66,7)	
	7-12	16	12,5±24,0	0,0(0-66,7)		8,3±19,2	0,0(0-66,7)		14,6±29,7	0,0(0-100)	
	13-18	20	16,7±27,6	0,0(0-100)		18,3±29,6	0,0(0-66,7)		13,3±22,7	0,0 (0-66,7)	
	19-24	15	22,2±30,0	0,0(0-66,7)		20,0±32,9	0,0(0-100)		26,7±33,8	0,0 (0-100)	

**p<0,01, *p<0,05

BBK'li hastalardan QLQ-H&N43 soru formu ile elde edilen verilerin değişkelere göre analiz edilmeden önce normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri incelendi. Veriler normal dağılım göstermediği için ikili karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi; üç ve üstündeki grup karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis varyans analizi kullanıldı.

Çizelge 9'da sunulan bulguların yazılmasında ortalama, standart sapma ve p değerleri verilmiş, median, minimal ve maksimal değerleri tabloda sunulmuştur.

Ağız İçinde Ağrı

BBK'li hastaların sosyo-demografik özelliklerinden "yaşa" göre, QLQ-H&N43 semptomlarından *ağız içinde ağrı* puan ortalamaları sırasıyla, yaş 36-65 (n:47) olan hastaların 15,2 ±20,4; yaş ≥66 (n:33) olan hastaların 9,1±13,6 olarak saptandı. Aralarındaki fark istatistiksel olarak incelendiğinde anlamlı (p:0,247>0,05) olmadığı görüldü. Hastaların "cinsiyet durumuna" göre, *ağız içinde ağrı* puan ortalamaları sırasıyla, kadın (n:18) olan hastaların 15,3±20,3; erkek (n:62) olan hastaların 12,0±17,5 olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p:0,390>0,05). Hastaların "çalışma durumuna" göre, *ağız içinde ağrı* puan ortalamaları sırasıyla, çalışmayan (n:66) hastaların 13,4±19,1; çalışan (n:14) hastaların 9,5±12,6 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel incelendiğinde anlamsızdır (p:0,625>0,05).

Hastaların "BKİ"ye göre, a*ğız içinde ağrı* puan ortalamaları sırasıyla, BKİ <18,5 (n:5) olan hastaların 10,0±22,4; BKİ 18,5-24,9 (n:37) olan hastaların 14,6±21,5; BKİ ≥25 (n:38) olan hastaların 11,2±13,7 olup istatistiksel olarak incelendiğinde aralarındaki farkın anlamlı olmadığı görüldü (p:0,542>0,05). Hastaların "tıbbi tanılarına" göre, a*ğız içinde ağrı* puan ortalamaları sırasıyla, larenks kanseri (n:48) olan hastaların 10,1±18,2; oral kavite kanseri (n:23) olan hastaların 15,9±17,0; hipofarenks kanseri (n:3) olan hastaların 11,1±19,2; parotis kanseri (n:6) olan hastaların 22,2±20,2 olarak saptandı. Aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü (p:0,086>0,05). Hastaların "tedavi durumuna" göre a*ğız içinde ağrı* puan ortalamaları sırasıyla, cerrahi tedavi (n:45) olan hastaların 10,7±17,2; cerrahi + radyoterapi (n:7) olan hastaların 29,8±17,3; cerrahi + kemoterapi (n:9) olan hastaların 7,4±16,4; cerrahi+kemoterapi+radyoterapi (n:19) olan hastaların 13,6±18,9 olarak saptandı

ve istatistiksel olarak incelendiğinde aralarındaki farkın anlamlı olduğu ve cerrahi radyoterapi tedavi alan hastalardan (p:0,028<0,05) kaynaklandığı görüldü. Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre, a*ğız içinde ağrı* puan ortalamaları sırasıyla, 1-3ay (n:15) olan hastaların 8,9±11,1; 4-6ay (n:14) olan hastaların 13,1±12,1; 7-12ay (n:16) olan hastaların 15,6±21,7; 13-18ay (n:20) olan hastaların 11,7±17,0; 19-24ay (n:15) 14,4±25,7 olarak saptandı. Aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı (p:0,830>0,05) olmadığı görüldü.

- Yutma

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre, QLQ-H&N43 semptomlarından *yutma* puan ortalamaları sırasıyla, yaş 36-65 (n:47) olan hastaların 19,5±23,5; yaş ≥66 (n:33) olan hastaların 21,5±22,5 olarak saptandı ve istatistiksel olarak incelendiğinde aralarındaki farkın anlamlı (p:0,628>0,05) olmadığı görüldü. Hastaların "cinsiyet durumuna" göre, *yutma* puan ortalamaları sırasıyla, kadın (n:18) olan hastaların 27,3±27,1; erkek (n:62) olan hastaların 18,3±21,5 olarak saptandı. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdı (p:0,266>0,05). Hastaların "çalışma durumuna" göre, *yutma* puan ortalamaları sırasıyla, çalışmayan (n:66) hastaların 22,3±24 (n:14) çalışan hastaların 10,7±12,8 olarak saptandı ve istatistiksel olarak incelendiğinde aralarındaki farkın anlamlı (p:0,199>0,05) olmadığı görüldü. Hastaların "BKİ"ye göre, *yutma* puan ortalamaları sırasıyla, BKİ <18,5 (n:5) olan hastaların 31,7±25,3; BKİ 18,5-24,9 (n:37) olan hastaların 21,2±25,8; BKİ ≥25 (n:38) olan hastaların 18,0±19,7 olarak saptandı ve istatistiksel olarak incelendiğinde aralarındaki fark anlamsızdı (p:0,464>0,05). BBK'li hastaların "tıbbi tanılarına"a göre, *yutma* puan ortalamaları sırasıyla, larenks kanseri (n: 48) olan hastaların 21,2±23,8; oral kavite kanseri (n:23) olan hastaların 17,0±20,0; hipofarenks kanseri (n:3) olan hastaların 47,2±34,7; parotis kanseri (n:6) olan hastaların 12,5±14,7 olarak saptandı. Tanı gruplarına göre puan ortalamaları istatistiksel olarak incelendiğinde aralarındaki fark anlamsızdı (p:0, 310>0,05). Hastaların "tedavi durumuna" göre, *yutma* puan ortalamaları sırasıyla, cerrahi tedavi (n:45) olan hastaların 16,3±18,2; cerrahi+ radyoterapi (n:7) olan hastaların 29,8±25,4; cerrahi + kemoterapi (n:9) olan hastaların 20,4±33,6; cerrahi + kemoterapi + radyotrerapi (n:19) olan hastaların 26,3±26,1olarak saptandı. Tedavi grupları puan ortalamaları istatistiksel olarak incelendiğinde aralarındaki farkın (p:0, 372>0,05)

anlamsızdır. Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre, *yutma* puan ortalamaları sırasıyla, 1-3ay (n: 15) olan hastaların 15,6±17,2; 4-6ay (n: 14) olan hastaların 29,8±25,4; 7-12ay (n:16) olan hastaların 20,3±20,6; 13-18ay (n:20) olan hastaların 18,8±29,0; 19-24ay (n:15) 23,3±20,7 olarak saptandı. Hastaların postoperatif dönem durumuna göre istatistiksel olarak incelendiğinde aralarındaki farkın anlamlı olmadığı görüldü (p:0,661>0,05).

Diş Sorunları

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre, QLQ-H&N43 semptomlarından *diş sorunları* puan ortalamaları sırasıyla, yaş 36-65 (n:47) olan hastaların 14,4±19,2; yaş ≥66 (n: 33) olan hastaların 10,1±18,7olarak saptandı ve istatistiksel olarak incelendiğinde aralarındaki fark anlamsızdı (p:0,147>0,05). Hastaların "cinsiyet durumuna" göre, *diş sorunları* puan ortalamaları sırasıyla, kadın (n:18) hastaların 13,0±19,5; erkek (n:62) hastaların 12,5±19,0 olarak saptandı ve istatistiksel olarak incelendiğinde aralarındaki fark anlamsız bulundu (p:0,811>0,05). Hastaların "çalışma durumuna" göre, *diş sorunları* puan ortalamaları sırasıyla, çalışmayan (n:66) hastaların 13,3±20,3; çalışan (n:14) hastaların 9,5±11,4 olarak saptandı ve istatistiksel olarak incelendiğinde aralarındaki fark (p:0,945>0,05) anlamsız bulundu. Hastaların "BKİ"ye göre, *diş sorunları* puan ortalamaları sırasıyla, BKİ <18,5 (n:5) olan hastaların 28,9±24,3; BKİ 18,5-24,9 (n:37) olan hastaların 13,5 ±21,8; BKİ ≥25 (n:38) olan hastaların 9,6±14,2 olarak saptandı ve fark istatistiksel olarak anlamsızdı (p:0,122>0,05). Hastaların "tıbbi tanılarına" göre, *diş sorunları* puan ortalamaları sırasıyla, larenks kanseri (n:48) olan hastaların 11,1±17,2; oral kavite kanseri (n:23) olan hastaların 18,4±24,3; hipofarenks kanseri (n:3) olan hastaların 7,4±12,8; parotis kanseri (n:6) olan hastaların 5,6±6,1 olarak saptandı ve fark istatistiksel incelendiğinde anlamsız bulundu (p:0,459>0,05). Hastaların "tedavi durumuna" göre, *diş sorunları* puan ortalamaları sırasıyla, cerrahi tedavi (n:45) olan hastaların 7,4±10,6; cerrahi + radyoterapi (n:7) olan hastaların 31,7±28,3; cerrahi + kemoterapi (n:9) olan hastaların 14,8±26,1; cerrahi + kemoterapi + radyoterapi (n:19) olan hastaların 17,0±22,6 olarak saptandı. Aralarındaki fark istatistiksel incelendiğinde anlamsız bulundu (p:0,066>0,05). Hastaların "postoperatif duruma (ay)" göre, *diş sorunları* puan ortalamaları sırasıyla, 1-3ay (n:15) olan hastaların 12,6±25,2; 4-6ay (n:14) olan hastaların 10,3±11,1; 7-12ay (n:16) olan hastaların 16,0±24,0; 13-

18ay (n:20) olan hastaların 10,6±17,5; 19-24ay (n:15) 14,1±15,4 olarak saptandı. Hastaların postoperatif dönemine göre aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdı (p:0,760>0,05).

- Ağız Kuruluğu/Yapışkan Tükrük

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre, QLQ-H&N43 semptomlarından *ağız kuruluğu/yapışkan tükrük* puan ortalamaları sırasıyla, yaş 36-65 (n:47) olan hastaların 20,6±25,6; yaş ≥66 (n:33) olan hastaların 16,2±21,8 olarak saptandı ve istatistiksel olarak incelendiğinde aralarındaki farkın anlamlı (p:0,388>0,05) olmadığı görüldü. Hastaların "cinsiyet durumuna" göre, *ağız kuruluğu/yapışkan tükrük* puan ortalamaları sırasıyla, kadın (n: 18) olan hastaların 16,7 ± 27,4; erkek (n: 62) olan hastaların 19,4±23,2 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdı (p:0,441). Hastaların "çalışma durumuna" göre, *ağız kuruluğu/yapışkan tükrük* puan ortalamaları sırasıyla, çalışmayan (n:66) hastaların 21,0±25,5; çalışan (n:14) hastaların 8,3±10,8 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel anlamsız bulundu (p:0,134>0,05). Hastaların "BKİ"ye göre, *ağız kuruluğu/yapışkan tükrük* puan ortalamaları sırasıyla, BKİ <18,5 (n:5) olan hastalrın 50,0±31,2; BKİ 18,5-24,9 (n:37) olan hastaların 17,6±20,4; BKİ ≥25 (n:38) olan hastaların 15,8±24,2 olarak saptandı ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p:0,016<0,05). BBK'li hastaların "tıbbi tanılarına" göre, QLQ-H&N43 semptomlarından *ağız kuruluğu/yapışkan tükrük* puan ortalamaları sırasıyla, larenks kanseri (n:48) olan hastaların 22,6±25,1; oral kavite kanseri (n:23) olan hastaların 11,6±19,7; hipofarenks kanseri (n:3) olan hastaların 11,1±19,2; parotis kanseri (n:6) olan hastaların 19,4±30,6 olarak saptandı. Tıbbi tanı gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (p:0,245>0,05). Hastaların "tedavi durumuna" göre, *ağız kuruluğu/yapışkan tükrük* puan ortalamaları sırasıyla, cerrahi tedavi (n:45) olan hastaların 11,1±17,8; cerrahi + radyoterapi (n:7) olan hastaların 38,1±28,4; cerrahi + kemoterapi (n:9) olan hastaların 22,2±28,9; cerrahi + kemoterapi + radyoterapi (n:19) olan hastaların 28,1±27,2 olarak saptandı. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p:0,008>0,05) bulundu. Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre, *ağız kuruluğu/yapışkan tükrük* puan ortalamaları sırasıyla, 1-3ay (n:15) olan hastaların 13,3±21,1; 4-6ay (n:14) olan hastaların 11,9±13,8; 7-12ay (n:16) olan hastaların 20,8±26,9; 13-18ay (n:20) olan hastaların 18,3±22,2;

19-24ay (n:15) olan hastaların 28,9±31,8 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel anlamsızdı (p:0,580>0,05).

- Duyular

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre, QLQ-H&N43 semptomlarından *duyular* ile ilgili puan ortalamaları sırasıyla, yaş 36-65 (n: 47) olan hastaların 12,4 ±16,8; yaş ≥66 (n:33) olan hastaların 9,6±15,0 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdı (p:0,430>0,05). Hastaların "cinsiyet durumuna" göre, *duyular* puan ortalamaları sırasıyla, kadın (n:18) olan hastaların 9,3±15,4; erkek (n: 62) olan hastaların 11,8±16,4 olarak saptandı ve istatistiksel incelendiğinde fark anlamsızdı (p:0,552>0,05). Hastaların "çalışma durumuna" göre, *duyular* puan ortalamaları sırasıyla, çalışmayan (n:66) hastaların 12,6±16,3; çalışan (n:14) hastaların 4,8±13,8 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p:0, 054>0,05). Hastaların "BKİ"ye göre, *duyular* puan ortalamaları sırasıyla, BKİ <18,5 (n:5) olan hastaların 13,3±21,7; BKİ 18,5-24,9 (n:37) olan hastaların 14,9±17,0; BKİ ≥25 (n:38) olan hastaların 7,5±13,8 olarak saptandı ve istatistiksel olarak incelendiğinde aralarındaki farkın anlamlı (p:0,098>0,05) olmadığı görüldü.

BBK'li hastaların "tıbbi tanı durumuna" göre, QLQ-H&N43 semptomlarından *duyular* puan ortalamaları sırasıyla, larenks kanseri (n:48) olan hastaların 11,5±15,0; oral kavite kanseri (n:23) olan hastaların 13,8±19,2; hipofarenks kanseri (n:3) olan hastaların 11,1±19,2; parotis kanseri (n:6) olan hastaların 0,0±0,0 olarak saptandı ve istatistiksel olarak incelendiğinde aralarındaki farkın (p:0,280>0,05) anlamlı olmadığı görüldü. Hastaların "tedavi durumuna" göre, *duyular* puan ortalamaları sırasıyla, cerrahi tedavi (n:45) olan hastaların 7,4±13,6; cerrahi + radyoterapi (n:7) olan hastaların 23,8±23,3; cerrahi + kemoterapi (n:9) olan hastaların 11,1±14,4; cerrahi + kemoterapi + radyoterapi (n:19) olan hastaların 15,8±17,1 olarak saptandı. Aralarındaki fark istatistiksel olarak incelendiğinde anlamsızdı (p:0,058>0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre, *duyular* puan ortalamaları sırasıyla, 1-3ay (n:15) olan hastaların 15,6±17,2; 4-6ay (n:14) olan hastaların 7,1±12,6; 7-12ay (n:16) olan hastaların 15,6±19,7; 13-18ay (n:20) olan hastaların 12,5±15,2; 19-24ay (n:15) olan hastaların 4,4±13,3 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,150>0,05).

- Konuşma

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre, QLQ-H&N43 semptomlarından *konuşma* puan ortalamaları sırasıyla, yaş 36-65 (n:47) olan hastaların 39,9±29,6; yaş ≥66 (n:33) olan hastaların 46,7±35,7 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,385>0,05). Hastaların "cinsiyet durumuna" göre *konuşma* puan ortalamaları sırasıyla, kadın (n:18) olan hastaların 30,4±26,1; erkek (n:62) olan hastaların 46,2±33,1 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,077>0,05). Hastaların "çalışma durumuna" göre *konuşma* puan ortalamaları sırasıyla, çalışmayan (n: 66) hastaların 46,8±32,5; çalışan (n:14) hastaların 23,3±22,9 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p:0,014<0,05). Hastaların "BKİ" ne göre *konuşma* puan ortalamaları sırasıyla, BKİ <18,5 (n:5) olan hastaların 54,7±21,8; BKİ 18,5-24,9 (n:37) olan hastaların 54,1±31,4; BKİ ≥25 (n:38) olan hastaların 30,0±29,9 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p:0,002<0,05). Hastaların "tıbbi tanılarına" göre *konuşma* puan ortalamaları sırasıyla, larenks kanseri (n:48) olan hastaların 58,3±27,1; oral kavite kanseri (n:23) olan hastaların 17,1±20,9; hipofarenks kanseri (n:3) olan hastaların 46,7±48,1; parotis kanseri (n:6) olan hastaların 13,3±15,2 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p:0, 000<0,05). Hastaların "tedavi durumuna" göre *konuşma* puan ortalamaları sırasıyla, cerrahi tedavi (n:45) olan hastaların 39,3±33,2; cerrahi + radyoterapi (n:7) olan hastaların 49,5±34,4; cerrahi + kemoterapi (n:9) olan hastaların 31,1±24,3; cerrahi + kemoterapi + radyoterapi (n:19) olan hastaların 53,7±31,1 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0, 273>0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre *konuşma* puan ortalamaları sırasıyla, 1-3ay (n:15) olan hastaların 56,9±37,5; 4-6ay (n:14) olan hastaların 37,6±35,5; 7-12ay (n:16) olan hastaların 30,0±30,1; 13-18ay (n:20) olan hastaların 50,7±31,6; 19-24ay (n:15) olan hastaların 36,0±19,6 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,140>0,05).

- Beden İmajı

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre, QLQ-H&N43 semptomlarından *beden imajı* puan ortalamaları sırasıyla, yaş 36-65 (n:47) olan hastaların 31,9±26,6; yaş ≥66 (n:33) olan hastaların 25,9±23,0 olarak saptandı ve

aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,341>0,05). Hastaların "cinsiyet durumuna" göre *beden imajı* puan ortalamaları sırasıyla, kadın (n: 18) olan hastaların 34,6±29,5; erkek (n:62) olan hastaların 28,0±23,9olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0, 378>0,05). Hastaların "çalışma durumuna" göre *beden imajı* puan ortalamaları sırasıyla, çalışmayan (n: 66) hastaların 29,8±25,6; çalışan (n:14) hastaların 27,8±23,8 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0, 913>0,05). Hastaların "BKİ"ye göre *beden imajı* puan ortalamaları sırasıyla, BKİ <18,5 (n:5) olan hastaların 37,8±18,6; BKİ 18,5-24,9 (n:37) olan hastaların 33,6±27,4; BKİ ≥25 (n:38) olan hastaların 24,3±23,1olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0, 206>0,05).

Hastaların "tıbbi tanılarına" göre *beden imajı* puan ortalamaları sırasıyla, larenks kanseri (n: 48) olan hastaların 29,2±22,5; oral kavite kanseri (n:23) olan hastaların 33,8±28,9; hipofarenks kanseri (n:3) olan hastaların 22,2±38,5; parotis kanseri (n:6) olan hastaların 18,5±26,9 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,425>0,05).

Hastaların "tedavi durumuna" göre *beden imajı* puan ortalamaları sırasıyla, cerrahi tedavi (n:45) olan hastaların 24,9±24,5; cerrahi + radyoterapi (n:7) olan hastaların 42,9±26,8; cerrahi + kemoterapi (n:9) olan hastaların 25,9±20,8; cerrahi + kemoterapi + radyoterapi (n:19) olan hastaların 36,8±26,5 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0, 154>0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre *beden imajı* puan ortalamaları sırasıyla, 1-3ay (n:15) olan hastaların 43,0±26,2; 4-6ay (n:14) olan hastaların 25,4±25,6; 7-12ay (n:16) olan hastaların 25,0±28,3; 13-18ay (n:20) olan hastaların 31,1±23,3; 19-24ay (n:15) olan hastaların 22,2±20,1 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,154>0,05).

- Sosyal Yeme

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre, QLQ-H&N43 semptomlarından *sosyal yeme* puan ortalamaları sırasıyla, yaş 36-65 (n:47) olan hastaların 22,5±27,0; yaş ≥66 (n:33) olan hastaların 18,9±24,2 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,790>0,05). Hastaların "cinsiyet durumuna" göre *sosyal yeme* puan ortalamaları sırasıyla, kadın (n:18)

olan hastaların 26,4±33,9; erkek (n:62) olan hastaların 19,5±23,0 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,953>0,05). Hastaların "çalışma durumuna" göre *sosyal yeme* puan ortalamaları sırasıyla, çalışmayan (n:66) hastaların 22,1±26,5; çalışan (n:14) hastaların 16,1±22,5 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,335>0,05). Hastaların "BKİ"ye göre *sosyal yeme* puan ortalamaları sırasıyla, BKİ <18,5 (n:5) olan hastaların 53,3±28,0; BKİ 18,5-24,9 (n:37) olan hastaların 21,6±24,4; BKİ ≥25 (n:38) olan hastaların 16,2±24,3 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu **(p:0,013<0,05).** Hastaların "tıbbi tanılarına" göre *sosyal yeme* puan ortalamaları sırasıyla, larenks kanseri (n:48) olan hastaların 24,8±25,8; oral kavite kanseri (n:23) olan hastaların 13,8±23,8; hipofarenks kanseri (n:3) olan hastaların 47,2±39,4; parotis kanseri (n:6) olan hastaların 5,6±6,8 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu **(p:0,014<0,05).** Hastaların "tedavi durumuna" göre *sosyal yeme* puan ortalamaları sırasıyla, cerrahi tedavi (n:45) olan hastaların 18,0±21,6; cerrahi + radyoterapi (n:7) olan hastaların 32,1±31,0; cerrahi + kemoterapi (n:9) olan hastaların 9,3±12,8; cerrahi + kemoterapi + radyoterapi (n:19) olan hastaların 29,8±34,1 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,259>0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre *sosyal yeme* puan ortalamaları sırasıyla, 1-3ay (n:15) olan hastaların 21,7±18,8; 4-6ay (n:14) olan hastaların 20,8±24,6; 7-12ay (n:16) olan hastaların 16,1±28,3; 13-18ay (n:20) olan hastaların 16,7±25,2; 19-24ay (n:15) olan hastaların 31,7±30,6 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,193>0,05).

- Cinsellik

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre, QLQ-H&N43 semptomlarından *cinsellik* puan ortalamaları sırasıyla, yaş 36-65 (n:47) olan hastaların 51,8±28,5; yaş ≥66 (n: 33) olan hastaların 64,6±27,6 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu **(p:0,039<0,05).** Hastaların "cinsiyet durumuna" göre *cinsellik* puan ortalamaları sırasıyla, kadın (n:18) olan hastaların 59,3±31,4; erkek (n:62) olan hastaların 56,5±28,0 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,649>0,05). Hastaların "çalışma durumuna" göre *cinsellik* puan ortalamaları sırasıyla, çalışmayan (n:66) hastaların

60,6±28,0; çalışan (n:14) hastaların 40,5±26,7 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p:0, 011<0,05). Hastaların "BKİ"ye göre *cinsellik* puan ortalamaları sırasıyla, BKİ <18,5 (n:5) olan hastaların 60,0±27,9; BKİ 18,5-24,9 (n:37) olan hastaların 55,0±31,6; BKİ ≥25 (n:38) olan hastaların 58,8±26,2 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,892>0,05). Hastaların "tıbbi tanılarına" göre *cinsellik* puan ortalamaları sırasıyla, larenks kanseri (n:48) olan hastaların 58,3±25,3; oral kavite kanseri (n:23) olan hastaların 56,5±32,5; hipofarenks kanseri (n:3) olan hastaların 77,8±38,5; parotis kanseri (n:6) olan hastaların 38,9±32,8 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,366>0,05). Hastaların "tedavi durumuna" göre *cinsellik* puan ortalamaları sırasıyla, cerrahi tedavi (n: 45) olan hastaların 53,3±29,6; cerrahi + radyoterapi (n:7) olan hastaların 66,7±0,0; cerrahi + kemoterapi (n:9) olan hastaların 55,6±33,3; cerrahi + kemoterapi + radyoterapi (n:19) olan hastaların 63,2±29,2 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,464>0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre, QLQ-H&N43 semptomlarından *cinsellik* puan ortalamaları sırasıyla, 1-3ay (n:15) olan hastaların 75,6±19,8; 4-6ay (n: 14) olan hastaların 42,9±27,5; 7-12ay (n:16) olan hastaların 52,1±32,1; 13-18ay (n:20) olan hastaların 58,3±32,2; 19-24ay (n:15) olan hastaların 55,6±20,6 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu **(p:0,038<0,05).**

- Omuz Sorunları

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre, QLQ-H&N43 semptomlarından *omuz sorunları* puan ortalamaları sırasıyla, yaş 36-65 (n:47) olan hastaların 20,9±24,7; yaş ≥66 (n:33) olan hastaların 22,7±23,9 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,587>0,05).Hastaların "cinsiyet durumuna" göre *omuz sorunları* puan ortalamaları sırasıyla, kadın (n: 18) olan hastaların 25,0±30,9; erkek (n:62) olan hastaların 20,7±22,1 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0, 899>0,05). Hastaların "çalışma durumuna" göre *omuz sorunları* puan ortalamaları sırasıyla, çalışmayan (n:66) hastaların 24,2±25,0; çalışan (n: 14) hastaların 9,5±15,6 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p:0, 031<0,05). Hastaların "BKİ"ye göre *omuz sorunları* puan ortalamaları sırasıyla, BKİ <18,5 (n:5) olan hastaların 26,7±30,3; BKİ 18,5-24,9 (n:37) olan

hastaların 20,3±24,6; BKİ ≥25 (n:38) olan hastaların 22,4 ± 23,7 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,790>0,05).

Hastaların "tıbbi tanılarına" göre *omuz sorunları* puan ortalamaları sırasıyla, larenks kanseri (n:48) olan hastaların 24,7 ±26,0; oral kavite kanseri (n:23) olan hastaların 17,4±22,2; hipofarenks kanseri (n:3) olan hastaların 5,6±9,6; parotis kanseri (n:6) olan hastaların 22,2 ±20,2 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,399>0,05). Hastaların "tedavi durumuna" göre *omuz sorunları* puan ortalamaları sırasıyla, cerrahi tedavi (n:45) olan hastaların 18,5±23,4; cerrahi + radyoterapi (n:7) olan hastaların 42,9±18,9; cerrahi + kemoterapi (n:9) olan hastaların 18,5±28,2; cerrahi + kemoterapi + radyoterapi (n:19) olan hastaların 22,8±23,7 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p:0,045<0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre, QLQ-H&N43 semptomlarından *omuz sorunları* puan ortalamaları sırasıyla, 1-3 ay (n: 15) olan hastaların 17,8±19,4; 4-6 ay (n:14) olan hastaların 22,6±31,1; 7-12 ay (n:16) olan hastaların 19,8±22,9; 13-18 ay (n:20) olan hastaların 23,3±24,4; 19-24 ay (n:15) olan hastaların 24,4±25,1 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,954>0,05).

- Deri Sorunları

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre, QLQ-H&N43 semptomlarından *deri sorunları* puan ortalamaları sırasıyla, yaş 36-65 (n:47) olan hastaların 11,8±22,5; yaş ≥66 (n:33) olan hastaların 5,4±11,5 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,226>0,05). Hastaların "cinsiyet durumuna" göre *deri sorunları* puan ortalamaları sırasıyla, kadın (n:18) olan hastaların 13,0±22,6; erkek (n: 62) olan hastaların 8,1±17,8 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0, 387>0,05). Hastaların "çalışma durumuna" göre *deri sorunları* puan ortalamaları sırasıyla, çalışmayan (n:66) hastaların 10,4±20,4; çalışan (n:14) hastaların 3,2±6,8 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,304>0,05). Hastaların "BKİ"ye göre *deri sorunları* puan ortalamaları sırasıyla, BKİ <18,5 (n:5) olan hastaların 24,4±26,5; BKİ 18,5-24,9 (n:37) olan hastaların 7,8±17,3; BKİ ≥25 (n:38) olan hastaların 8,5±19,1 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0, 058>0,05).Hastaların "tıbbi tanılarına" göre *deri*

sorunları puan ortalamaları sırasıyla, larenks kanseri (n:48) olan hastaların 9,0±19,0; oral kavite kanseri (n:23) olan hastaların 11,6±21,8; hipofarenks kanseri (n:3) olan hastaların 3,7±6,4; parotis kanseri (n:6) olan hastaların 3,7±9,1 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,765>0,05). Hastaların "tedavi durumuna" göre *deri sorunları* puan ortalamaları sırasıyla, cerrahi tedavi (n: 45) olan hastaların 3,5±9,4; cerrahi + radyoterapi (n:7) olan hastaların 27,0±27,9; cerrahi + kemoterapi (n:9) olan hastaların 8,6±22,1; cerrahi + kemoterapi + radyoterapi (n:19) olan hastaların 16,4 ±24,9 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p:0, 001<0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre *deri sorunları* puan ortalamaları sırasıyla, 1-3 ay (n:15) olan hastaların 0,7±2,9; 4-6 ay (n:14) olan hastaların 8,7±14,6; 7-12 ay (n:16) olan hastaların 13,2±24,1; 13-18 ay (n:20) olan hastaların 7,8±16,2; 19-24 ay (n:15) olan hastaların 15,6±26,5 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,213>0,05).

- Anksiyete

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre, QLQ-H&N43 semptomlarından *anksiyete* puan ortalamaları sırasıyla, yaş 36-65 (n:47) olan hastaların 38,7±30,5; yaş ≥66 (n: 33) olan hastaların 29,3±23,9 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,192>0,05). Hastaların "cinsiyet durumuna" göre *anksiyete* ortalamaları sırasıyla, kadın (n:18) olan hastaların 37,0±23,3; erkek (n:62) olan hastaların 34,1±29,6 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,561>0,05). Hastaların "çalışma durumuna" göre *anksiyete* puan ortalamaları sırasıyla, çalışmayan (n:66) hastaların 35,6±27,6; çalışan (n:14) hastaların 31,0±31,9 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,477>0,05). Hastaların "BKİ"ye göre *anksiyete* puan ortalamaları sırasıyla, BKİ <18,5 (n:5) olan hastaların 40,0±30,3; BKİ 18,5-24,9 (n:37) olan hastaların 40,1±27,1; BKİ ≥25 (n:38) olan hastaların 28,9±28,7 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,132>0,05). Hastaların "tıbbi tanılarına" göre *anksiyete* puan ortalamaları sırasıyla, larenks kanseri (n:48) olan hastaların 37,2±27,1; oral kavite kanseri (n:23) olan hastaların 31,2±30,3; hipofarenks kanseri (n:3) olan hastaların 55,6±38,5; parotis kanseri (n:6) olan hastaların

19,4±19,5 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,251>0,05). Hastaların "tedavi durumuna" göre *anksiyete* puan ortalamaları sırasıyla, cerrahi tedavi (n:45) olan hastaların 30,4±27,4; cerrahi + radyoterapi (n:7) olan hastaların 52,4±36,6; cerrahi + kemoterapi (n:9) olan hastaların 35,2±26,9; cerrahi + kemoterapi + radyoterapi (n:19) olan hastaların 38,6±26,7 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,285>0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre *anksiyete* puan ortalamaları sırasıyla, 1-3 ay (n:15) olan hastaların 40,0±25,0; 4-6 ay (n:14) olan hastaların 26,2±19,3; 7-12 ay (n:16) olan hastaların 31,3±34,4; 13-18 ay (n:20) olan hastaların 36,7±19-24 ay (n:15) olan hastaların 38,9±30,0 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,622>0,05).

- Ağız açma

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre, QLQ-H&N43 semptomlarından *ağız açma* puan ortalamaları sırasıyla, yaş 36-65 (n:47) olan hastaların 14,2±22,8; yaş ≥66 (n: 33) olan hastaların 14,1±22,1 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,943>0,05). Hastaların "cinsiyet durumuna" göre *ağız açma* puan ortalamaları sırasıyla, kadın (n:18) olan hastaların 18,5±23,5; erkek (n: 62) olan hastaların 12,9±22,1 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,264>0,05). Hastaların "çalışma durumuna" göre *ağız açma* puan ortalamaları sırasıyla, çalışmayan (n:66) hastaların 13,1±22,6; çalışan (n:14) hastaların 19,0±21,5 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,203>0,05). Hastaların "BKİ"ye göre *ağız açma* puan ortalamaları sırasıyla, BKİ <18,5 (n:5) olan hastaların 6,7±14,9; BKİ 18,5-24,9 (n:37) olan hastaların 15,3±24,3; BKİ ≥25 (n:38) olan hastaların 14,0±21,4 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,783>0,05).

Hastaların "tıbbi tanılarına" göre *ağız açma* puan ortalamaları sırasıyla, larenks kanseri (n:48) olan hastaların 8,3±18,8; oral kavite kanseri (n:23) olan hastaların 24,6±25,1; hipofarenks kanseri (n:3) olan hastaların 11,1±19,2; parotis kanseri (n:6) olan hastaların 22,2±27,2 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p:0,015<0,05). Hastaların "tedavi durumuna" göre *ağız açma* puan ortalamaları sırasıyla, cerrahi tedavi (n:45) olan hastaların 11,1±20,1; cerrahi + radyoterapi (n:7) olan hastaların 9,5±16,3; cerrahi +

kemoterapi (n:9) olan hastaların 22,2±28,9; cerrahi + kemoterapi + radyoterapi (n:19) olan hastaların 19,3±25,6 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0, 441>0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre *ağız açma* puan ortalamaları sırasıyla, 1-3 ay (n:15) olan hastaların 13,3±21,1; 4-6 ay (n:14) olan hastaların 23,8±27,5; 7-12 ay (n:16) olan hastaların 14,6±24,2; 13-18 ay (n:20) olan hastaların 18,3±22,9; 19-24 ay (n:15) olan hastaların 0,0±0,0 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p:0,035<0,05).

- Öksürme

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre, QLQ-H&N43 semptomlarından *öksürme* puan ortalamaları sırasıyla, yaş 36-65 (n:47) olan hastaların 24,8±29,0; yaş ≥66 (n:33) olan hastaların 22,2±27,2 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,727>0,05). Hastaların "cinsiyet durumuna" göre *öksürme* puan ortalamaları sırasıyla, kadın (n:18) olan hastaların 9,3±19,2; erkek (n:62) olan hastaların 28,0±29,1 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p:0,012<0,05). Hastaların "çalışma durumuna" göre *öksürme* puan ortalamaları sırasıyla, çalışmayan (n: 66) hastaların 25,3±28,7; çalışan (n:14) hastaların 16,7±25,3 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,304>0,05). Hastaların "BKİ"ye göre *öksürme* puan ortalamaları sırasıyla, BKİ <18,5 (n:5) olan hastaların 20,0±29,8; BKİ 18,5-24,9 (n:37) olan hastaların 28,8±28,5; BKİ ≥25 (n:38) olan hastaların 19,3±27,5 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,261>0,05). Hastaların "tıbbi tanılarına" göre *öksürme* puan ortalamaları sırasıyla, larenks kanseri (n:48) olan hastaların 32,6±28,8; oral kavite kanseri (n:23) olan hastaların 5,8±16,4; hipofarenks kanseri (n:3) olan hastaların 22,2±38,5; parotis kanseri (n:6) olan hastaların 22,2±27,2 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p:0,001<0,05). Hastaların "tedavi durumuna" göre *öksürme* puan ortalamaları sırasıyla, cerrahi tedavi (n:45) olan hastaların 23,7±28,1; cerrahi + radyoterapi (n:7) olan hastaların 33,3±43,0; cerrahi + kemoterapi (n:9) olan hastaların 18,5±24,2; cerrahi + kemoterapi + radyoterapi (n:19) olan hastaların 22,8±25,0 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0, 941>0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre *öksürme* puan

ortalamaları sırasıyla, 1-3 ay (n:15) olan hastaların 17,8±30,5; 4-6 ay (n:14) olan hastaların 23,8±30,5; 7-12 ay (n:16) olan hastaların 20,8±26,9; 13-18 ay (n:20) olan hastaların 23,3±24,4; 19-24 ay (n:15) olan hastaların 33,3±30,9 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,581>0,05).

- Sosyal Temas

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre, QLQ-H&N43 semptomlarından *sosyal temas* puan ortalamaları sırasıyla, yaş 36-65 (n:47) olan hastaların 29,8±33,5; yaş ≥66 (n:33) olan hastaların 32,3±33,8 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,716>0,05).

Hastaların "cinsiyet durumuna" göre, QLQ-H&N43 semptomlarından *sosyal temas* puan ortalamaları sırasıyla, kadın (n:18) olan hastaların 33,3±32,3; erkek (n:62) olan hastaların 30,1±34,0 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0, 624>0,05). Hastaların "çalışma durumuna" göre, QLQ-H&N43 semptomlarından *sosyal temas* puan ortalamaları sırasıyla, çalışmayan (n:66) hastaların 33,8±33,3; çalışan (n:14) hastaların 16,7±31,4 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p:0, 050<0,05). Hastaların "BKİ"ye göre *sosyal temas* puan ortalamaları sırasıyla, BKİ <18,5 (n:5) olan hastaların 53,3±18,3; BKİ 18,5-24,9 (n:37) olan hastaların 33,3 ±34,2; BKİ ≥25 (n:38) olan hastaların 25,4±33,3 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,094>0,05). Hastaların "tıbbi tanılarına" göre *sosyal temas* puan ortalamaları sırasıyla, larenks kanseri (n: 48) olan hastaların 34,7±33,7; oral kavite kanseri (n: 23) olan hastaların 24,6 ±; hipofarenks kanseri (n:3) olan hastaların 55,6±38,5; parotis kanseri (n:6) olan hastaların 11,1±17,2 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,142>0,05). Hastaların "tedavi durumu" göre *sosyal temas* puan ortalamaları sırasıyla, cerrahi tedavi (n:45) olan hastaların 29,6±33,5; cerrahi + radyoterapi (n:7) olan hastaların 38,1±35,6; cerrahi + kemoterapi (n:9) olan hastaların 22,2±37,3; cerrahi + kemoterapi + radyoterapi (n:19) olan hastaların 35,1±32,3 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,598>0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre *sosyal temas* puan ortalamaları sırasıyla, 1-3 ay (n:15) olan hastaların 46,7±27,6; 4-6 ay (n: 14) olan hastaların 23,8±27,5; 7-12 ay (n:16) olan hastaların 16,7±29,8; 13-18 ay (n:20) olan hastaların 35,0±39,7; 19-24 ay (n:15) olan

hastaların 31,1±34,4 olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,074>0,05).

- Boyunda Şişlik

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre, QLQ-H&N43 semptomlarından *boyunda şişlik* puan ortalamaları sırasıyla, yaş 36-65 (n:47) olan hastaların 14,9±24,9; yaş ≥66 (n:33) olan hastaların 17,2±22,2 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,418>0,05). Hastaların "cinsiyet durumuna" göre *boyunda şişlik* puan ortalamaları sırasıyla, kadın (n:18) olan hastaların 20,4±25,9; erkek (n:62) olan hastaların 14,5±23,1 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,339>0,05).

Hastaların "çalışma durumuna" göre *boyunda şişlik* puan ortalamaları sırasıyla, çalışmayan (n:66) hastaların 17,7±25,0; çalışan (n:14) hastaların 7,1±14,2 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0, 172>0,05). Hastaların "BKİ"ye göre *boyunda şişlik* puan ortalamaları sırasıyla, BKİ <18,5 (n:5) olan hastaların 6,7±14,9; BKİ 18,5-24,9 (n:37) olan hastaların 14,4±23,0; BKİ≥25 (n:38) olan hastaların 18,4±25,3 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,558>0,05). Hastaların "tıbbi tanılarına" göre *boyunda şişlik* puan ortalamaları sırasıyla, larenks kanseri (n:48) olan hastaların 15,3±23,8; oral kavite kanseri (n:23) olan hastaların 18,8±26,3; hipofarenks kanseri (n:3) olan hastaların 11,1±19,2; parotis kanseri (n:6) olan hastaların 11,1±17,2 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,932>0,05). Hastaların "tedavi durumuna" göre *boyunda şişlik* puan ortalamaları sırasıyla, cerrahi tedavi (n:45) olan hastaların 12,6±20,5; cerrahi + radyoterapi (n:7) olan hastaların 28,6±30,0; cerrahi + kemoterapi (*boyunda şişlik* n:9) olan hastaların 7,4±22,2; cerrahi + kemoterapi + radyoterapi (n:19) olan hastaların 22,8±27,3 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,133>0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre *boyunda şişlik* puan ortalamaları sırasıyla, 1-3 ay (n:15) olan hastaların 13,3±21,1; 4-6 ay (n:14) olan hastaların 14,3±21,5; 7-12 ay (n:16) olan hastaların 14,6±24,2; 13-18 ay (n:20) olan hastaların 18,3±22,9; 19-24 ay (n:15) olan hastaların 17,8±30,5 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,950>0,05).

- Kilo Kaybı

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre, QLQ-H&N43 semptomlarından *kilo kaybı* puan ortalamaları sırasıyla, yaş 36-65 (n:47) olan hastaların 18,4±27,6; yaş ≥66 (n:33) olan hastaların 9,1±19,1 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,121). Hastaların "cinsiyet durumuna" göre *kilo kaybı* puan ortalamaları sırasıyla, kadın (n:18) olan hastaların 16,7±23,6; erkek (n:62) olan hastaların 14,0±25,3 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,458>0,05). Hastaların "çalışma durumuna" göre *kilo kaybı* puan ortalamaları sırasıyla, çalışmayan (n:66) hastaların 14,6±25,6; çalışan (n:14) hastaların 14,3±21,5 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0, 771>0,05).

Hastaların "BKİ"ye göre *kilo kaybı* puan ortalamaları sırasıyla, BKİ<18,5 (n:5) olan hastaların 46,7±29,8; BKİ 18,5-24,9 (n:37) olan hastaların 17,1±25,6; BKİ ≥25 (n:38) olan hastaların 7,9±19,7 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p:0,003<0,05). Hastaların "tıbbi tanılarına" göre *kilo kaybı* puan ortalamaları sırasıyla, larenks kanseri (n:48) olan hastaların 16,7±26,6; oral kavite kanseri (n:23) olan hastaların 13,0±24,1; hipofarenks kanseri (n:3) olan hastaların 11,1 ±19,2; parotis kanseri (n:6) olan hastaların 5,6±13,6 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,787>0,05). Hastaların "tedavi durumuna" göre *kilo kaybı* puan ortalamaları sırasıyla, cerrahi tedavi (n:45) olan hastaların 8,1±16,1 cerrahi + radyoterapi (n:7) olan hastaların 38,1±35,6; cerrahi + kemoterapi (n:9) olan hastaların 18,5±37,7; cerrahi + kemoterapi + radyoterapi (n:19) olan hastaların 19,3±25,6 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,060>0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre *kilo kaybı* puan ortalamaları sırasıyla, 1-3 ay (n:15) olan hastaların 11,1±24,1; 4-6 ay (n:14) olan hastaların 9,5±15,6; 7-12 ay (n:16) olan hastaların 12,5±24,0; 13-18 ay (n:20) olan hastaların 16,7±27,6; 19-24 ay (n:15) olan hastaların 22,2±30,0 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,722>0,05).

- Yara iyileşmesi

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre, QLQ-H&N43 semptomlarından *yara iyileşmesi* puan ortalamaları sırasıyla, yaş 36-65 (n: 47) olan hastaların

15,6±25,9; yaş ≥66 (n:33) olan hastaların 12,1±21,8 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,611>0,05). Hastaların "cinsiyet durumuna" göre *yara iyileşmesi* puan ortalamaları sırasıyla, kadın (n: 18) lan hastaların 5,6±12,8; erkek (n:62) olan hastaların 16,7±26,1 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,117>0,05). Hastaların "çalışma durumu"na göre *yara iyileşmesi* puan ortalamaları sırasıyla, çalışmayan (n:66) hastaların 15,7±25,6 çalışan (n:14) hastaların 7,1±14,2 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,334>0,05). Hastaların "BKİ"ye göre *yara iyileşmesi* puan ortalamaları sırasıyla, BKİ <18,5 (n:5) olan hastaların 13,3±29,8; BKİ 18,5-24,9 (n:37) olan hastaların 13,5±22,9; BKİ≥25 (n:38) olan hastaların 14,9±25,3 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,936>0,05).

Hastaların "tıbbi tanılarına" göre *yara iyileşmesi* puan ortalamaları sırasıyla, larenks kanseri (n:48) olan hastaların 14,6±26,5; oral kavite kanseri (n:23) olan hastaların 13,0±19,4; hipofarenks kanseri (n:3) olan hastaların 33,3±33,3; parotis kanseri (n:6) olan hastaların 5,6±13,6 olarak saptandı aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,426>0,05). Hastaların "tedavi durumuna" göre *yara iyileşmesi* puan ortalamaları sırasıyla, cerrahi tedavi (n:45) olan hastaların 11,1±21,3; cerrahi + radyoterapi (n:7) olan hastaların 38,1±30,0; cerrahi + kemoterapi (n:9) olan hastaların 14,8±24,2; cerrahi + kemoterapi + radyoterapi (n:19) olan hastaların 12,3±25,4 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,056>0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre *yara iyileşmesi* puan ortalamaları sırasıyla, 1-3 ay (n:15) olan hastaların 11,1±16,3; 4-6 ay (n:14) olan hastaların 11,9±16,6; 7-12 ay (n:16) olan hastaların 8,3±19,2; 13-18 ay (n:20) olan hastaların 18,3±29,6; 19-24 ay (n:15) olan hastaların 20,0±32,9 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,847>0,05).

- Nörolojik sorunlar

BBK'li hastaların "yaş gruplarına" göre, QLQ-H&N43 semptomlarından *nörolojik sorunlar* puan ortalamaları sırasıyla, yaş 36-65 (n:47) olan hastaların 14,9±27,6; yaş ≥66 (n:33) olan hastaların 15,2±22,2 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,566>0,05). Hastaların "cinsiyet durumuna" göre *nörolojik sorunlar* puan ortalamaları sırasıyla, kadın

(n:18) olan hastaların 18,5±28,5; erkek (n:62) olan hastaların 14,0±24,6 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,472>0,05). Hastaların "çalışma durumu" göre *nörolojik sorunlar* puan ortalamaları sırasıyla, çalışmayan (n:66) hastaların 16,7±27,0 çalışan (n:14) hastaların 7,1±14,2 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0, 288>0,05).

Hastaların "BKİ"ye göre Nörolojik sorunlar puan ortalamaları sırasıyla, BKİ <18,5 (n:5) olan hastaların 20,0±29,8; BKİ 18,5-24,9 (n:37) olan hastaların 12,6±25,3; BKİ≥25 (n:38) olan hastaların 16,7±25,4 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,535>0,05). Hastaların "tıbbi tanılarına" göre *nörolojik sorunlar* puan ortalamaları sırasıyla, larenks kanseri (n: 48) olan hastaların 16,7±26,6; oral kavite kanseri (n: 23) olan hastaların 13,0±26,1; hipofarenks kanseri (n:3) olan hastaların 11,1±19,2; parotis kanseri (n:6) olan hastaların 11,1±17,2 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,932>0,05). Hastaların "tedavi durumuna" göre *nörolojik sorunlar* puan ortalamaları sırasıyla, cerrahi tedavi (n:45) olan hastaların 8,9±18,0; cerrahi + radyoterapi (n: 7) olan hastaların 42,9±37,1; cerrahi + kemoterapi (n:9) olan hastaların 11,1±23,6; cerrahi + kemoterapi + radyoterapi (n:19) olan hastaların 21,1±29,8 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p:0,018<0,05). Hastaların "postoperatif durumuna (ay)" göre *nörolojik sorunlar* puan ortalamaları sırasıyla, 1-3ay (n:15) olan hastaların 8,9±15,3; 4-6 ay (n: 14) olan hastaların 11,9±21,1; 7-12 ay (n:16) olan hastaların 14,6±29,7; 13-18ay (n:20) olan hastaların 13,3±22,7; 19-24 (n:15) olan hastaların 26,7±33,8 olarak saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p:0,563>0,05).

E. Baş boyun Kanserli Hastaların QLQ-C30 ve Baş Boyun Modülü QLQ-H&N43 Semptom Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Baş boyun Kanserli Hastaların QLQ-C30 soru formu "genel sağlık/QoL, fonksiyonel durum ve semptom skalası" puan ortalamaları ile baş boyun modülü QLQ-H&N43 "semptom" puan ortalamaları arasındaki ilişki Çizelge 10'da sunuldu.

Çizelge 10. Baş boyun Kanserli Hastaların QLQ-C30 Genel Sağlık/QoL, Fonksiyonel Durum ve Semptom Puan Ortalamaları ile Baş Boyun Modülü QLQ-H&N43 Semptom Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

EORTC- QLQ-C30 ➔ / EORTC-QLQ-H&N43 ➔	Sperman sıra Korelasyon rho (rs)	Genel sağlık/QoL	Fonksiyon Skalası					Semptom Skalası								
		Genel Sağlık/ QoL	Fiziksel	Rol	Duygusal	Bilişsel	Sosyal	Yorgunluk	Bulantı kusma	Ağrı	Dispne	Uykusuzluk	İştahsızlık	Konstipasyon	Diyare	Finansal etki
Ağız içinde ağrı	r_s	,390**	-0,195	-,256*	-,298**	-,372**	-,386**	-,422**	-,237*	-,621**	-,344**	-,529**	-,309**	-,232*	-0,187	-0,175
	p	0,000	0,083	0,022	0,007	0,001	0,000	0,000	0,034	0,000	0,002	0,000	0,005	0,039	0,096	0,120
Yutma	r_s	,555**	-,506**	-,397**	-,402**	-,379**	-,626**	-,591**	-,334**	-,454**	-,229*	-,398**	-,459**	-0,215	-,332**	-,362**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,002	0,000	0,041	0,000	0,000	0,055	0,003	0,001
Diş sorunları	r_s	,335**	-0,211	-,228*	-,230*	-0,132	-,355**	-,389**	-,373**	-,414**	-0,108	-,315**	-,457**	-0,187	-0,155	-0,212
	p	0,002	0,060	0,042	0,041	0,241	0,001	0,000	0,001	0,000	0,341	0,004	0,000	0,096	0,170	0,060
Ağız kuruması	r_s	,404**	-0,211	-0,085	-,275*	-,331**	-,304**	-,326**	-,346**	-,257*	-0,118	-,388**	-,338**	-,253*	-,265*	-,268*
	p	0,000	0,061	0,456	0,013	0,003	0,006	0,003	0,002	0,021	0,298	0,000	0,002	0,023	0,018	0,016
Duyular	r_s	,267*	-0,162	-0,131	-,386**	-0,069	-,262*	-0,160	-0,088	-0,060	0,070	0,040	-,295**	0,050	0,027	-0,017
	p	0,017	0,151	0,246	0,000	0,541	0,019	0,156	0,437	0,594	0,535	0,725	0,008	0,662	0,809	0,883
Konuşma	r_s	,396**	-,441**	-,336**	-,330**	-0,174	-,272*	-,326**	-0,131	0,010	-0,067	-0,059	-0,108	-0,067	-0,215	-0,153
	p	0,000	0,000	0,002	0,003	0,122	0,015	0,003	0,247	0,930	0,558	0,605	0,341	0,553	0,056	0,176
Beden imajı	r_s	,530**	-,423**	-,337**	-,428**	-,290**	-,544**	-,539**	-0,211	-,225*	0,035	-,248*	-,372**	-,284*	-0,081	-0,164
	p	0,000	0,000	0,002	0,000	0,009	0,000	0,000	0,061	0,045	0,759	0,027	0,001	0,011	0,473	0,146
Sosyal yeme	r_s	,597**	-,475**	-,355**	-,602**	-,300**	-,647**	-,569**	-,334**	-,309**	-,257*	-,277*	-,508**	-0,185	-,258*	-,316**
	p	0,000	0,000	0,001	0,000	0,007	0,000	0,000	0,002	0,005	0,021	0,013	0,000	0,101	0,021	0,004
Cinsellik	r_s	,373**	-,564**	-,529**	-,223*	-0,217	-,446**	-,463**	-0,200	-,324**	-0,023	-,237*	-0,130	-0,174	-0,111	-0,180
	p	0,001	0,000	0,000	0,046	0,053	0,000	0,000	0,075	0,003	0,841	0,034	0,250	0,124	0,329	0,110
Omuz sorunları	r_s	,361**	-,359**	-,303**	-,333**	-,278*	-,276*	-,588**	-,295**	-,439**	-,311**	-,400**	-,302**	-,266*	-0,092	-0,198
	p	0,001	0,001	0,006	0,003	0,013	0,013	0,000	0,008	0,000	0,005	0,000	0,006	0,017	0,416	0,079
Deri sorunları	r_s	,314**	-0,140	-0,173	-,254*	-0,158	-,251*	-,341**	-,362**	-,361**	-,270*	-,323**	-,364**	-0,074	-,273*	-,330**
	p	0,005	0,215	0,124	0,023	0,161	0,025	0,002	0,001	0,001	0,015	0,003	0,001	0,516	0,014	0,003
Anksiyete	r_s	,590**	-,394**	-,326**	-,600**	-,293**	-,567**	-,393**	-0,173	-,393**	-,319**	-0,172	-,294**	-0,102	-0,170	-0,196
	p	0,000	0,000	0,003	0,000	0,008	0,000	0,000	0,124	0,000	0,004	0,128	0,008	0,368	0,132	0,081
Ağız açma	r_s	,312**	-0,129	-0,135	-,232*	-0,114	-,329**	-,326**	-0,189	-,275*	-0,083	-0,217	-,259*	-0,205	-0,110	0,015
	p	0,005	0,254	0,232	0,038	0,312	0,003	0,003	0,094	0,014	0,463	0,053	0,020	0,068	0,332	0,893
Öksürme	r_s	,255*	-0,116	-0,017	-,232*	-0,180	-,246*	-,244*	-0,101	-,231*	-0,190	-0,211	-0,109	-0,156	-,241*	-0,130
	p	0,022	0,304	0,882	0,038	0,110	0,028	0,029	0,374	0,039	0,092	0,061	0,334	0,166	0,031	0,249
Sosyal temas	r_s	,533**	-,493**	-,462**	-,527**	-,232*	-,544**	-,609**	-0,172	-,313**	-0,211	-0,215	-,350**	-,277*	-0,059	-,273*
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,039	0,000	0,000	0,126	0,005	0,060	0,055	0,001	0,013	0,605	0,014
Boyunda şişlik	r_s	,324**	-,238*	-0,210	-,226*	-0,218	-0,193	-,482**	-0,081	-,461**	-,232*	-,383**	-0,217	-,294**	-0,012	-0,025
	p	0,003	0,033	0,061	0,044	0,052	0,087	0,000	0,477	0,000	0,038	0,000	0,053	0,008	0,916	0,825
Kilo kaybı	r_s	,328**	-,359**	-,439**	-,236*	-,244*	-,421**	-,359**	-,483**	-,362**	-0,176	-0,186	-,535**	-0,208	-,267*	-,269*
	p	0,003	0,001	0,000	0,035	0,029	0,000	0,001	0,000	0,001	0,119	0,099	0,000	0,064	0,017	0,016
Yara iyileşmesi	r_s	,358**	-,370**	-,276*	-,373**	-,311**	-,471**	-,511**	-,265*	-,462**	-,393**	-,375**	-,278*	-,282*	-,289**	-0,106
	p	0,001	0,001	0,013	0,001	0,005	0,000	0,000	0,017	0,000	0,000	0,001	0,013	0,011	0,009	0,349
Nörolojik sorunlar	r_s	,387**	-,263*	-,330**	-0,194	-,346**	-,351**	-,366**	-,347**	-,494**	-0,206	-,366**	-,260*	-,297**	-,263*	-0,206
	p	0,000	0,018	0,003	0,084	0,002	0,001	0,001	0,002	0,000	0,067	0,001	0,020	0,008	0,019	0,066

BBK'li hastaların QLQ-C30 genel sağlık/qol, fonksiyonel durum ve semptom puan ortalamaları ile baş boyun modülü QLQ-H&N43 semptom puan ortalamaları arasındaki ilişkinin yönü düzeyi Sperman Sıra Korelasyon (rho- rs) analizi ile değerlendirilmiştir. İlişkinin düzeyi ise hem negatif hem pozitif yönde "**0.00-0.19 "çok zayıf"; 0,20-0,39 "zayıf"; 0,40-0,59 "orta"; 0,60-0,79 "güçlü" 0,80-1,00 "çok güçlü"** ilişki olarak değerlendirilmiştir (Evans, 1996; www.statstutor.ac.uk).

Sonuçlar incelendiğinde; Baş Boyun kanserli hastaların QLQ-H&N43 **"ağız içinde ağrı"** semptomu ile QLQ-C30 Genel Sağlık/QoL, pozitif yönde anlamlı zayıf düzeyde ilişki (rs:0.390; p=0.000) bulundu. Ancak "ağız içinde ağrı" semptomu ile "rol, duygusal, bilişsel, sosyal fonksiyonlar ile bulantı kusma, dispne, iştahsızlık, konstipasyon" semptomları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki (p:<0.05) saptandı. Buna karşın "yorgunluk" (rs: -0,422; p:0.000) ile orta düzeyde ve "ağrı" arasında (rs:-0,621; p:000) güçlü düzeyde negatif yönde ilişki bulundu. "Ağız içinde ağrı" semptomu ile "fiziksel fonksiyon, diyare ve finansal güçlük" arasında ilişki anlamlı değildi (p>0.05).

Baş Boyun kanserli hastaların QLQ-H&N43 "**yutma**" semptomu ile QLQ-C30 Genel Sağlık/QoL, pozitif yönde anlamlı orta düzeyde ilişki (rs:0.555**; p=0.000) bulundu. Ancak "yutma" semptomu ile "rol, bilişsel, bulantı kusma, dispne, uykusuzluk, konstipasyon, diyare ve finansal etki " semptomları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki (p:>0.05) saptandı. Buna karşın "fiziksel, duygusal, ağrı, iştahsızlık" semptomları arasında negatif yönde orta düzeyde; sosyal fonksiyon ve yorgunluk arasında negatif yönde güçlü düzeyde ilişki saptandı (p:<0.05). "yutma" semptomu ile "konstipasyon" arasında ilişki anlamlı değildi (p>0.05).

Baş Boyun kanserli hastaların QLQ-H&N43 "**diş sorunları**" semptomu ile QLQ-C30 Genel Sağlık/QoL, pozitif yönde anlamlı zayıf düzeyde ilişki (rs:0.335; p=0.002) bulundu. Ancak "diş sorunları" semptomu ile "rol, duygusal, sosyal, yorgunluk, bulantı kusma, uykusuzluk" semptomları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki (p:<0.05) saptandı. Buna karşın "ağrı (rs:-,414; p:0,000) ve iştahsızlık (rs:-,457; p:0,000)" semptomları arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki (p:<0.05) saptandı. "diş sorunları" semptomu ile "fiziksel, bilişsel,

dispne, konstpiasyon, diyare, finansal etki ” semptomları arasında ilişki anlamlı değildi (p>0.05).

Baş Boyun kanserli hastaların QLQ-H&N43 “**ağız kuruluğu/yapışkan tükrük**” semptomu ile QLQ-C30 Genel Sağlık/QoL, pozitif yönde anlamlı orta düzeyde ilişki (rs:0,404; p=0.000) bulundu. Ancak ““ağız kuruluğu/yapışkan tükrük”” semptomu ile “fiziksel, rol, duygusal, bilişsel, sosyal, yorgunluk, bulantı kusma, ağrı, uykusuzluk, iştahsızlık, konstipasyon, diyare, finansal etki ” semptomları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki (p:<0.05) saptandı. “ağız kuruluğu/yapışkan tükrük” semptomu ile “dispne” semptomu arasında ilişki anlamlı değildi (p>0.05).

Baş Boyun kanserli hastaların QLQ-H&N43 “**duyular**” semptomu ile QLQ-C30 Genel Sağlık/QoL, pozitif yönde anlamlı zayıf düzeyde ilişki (rs:0,267; p=0.017) bulundu. Ancak “duyular” semptomu ile “duygusal (rs: -,386; p:0,000), sosyal (rs: -,262; p: 019), iştahsızlık (rs: -,295; p:008)” semptomları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki (p:<0.05) saptandı. “duyular” semptomu ile “fiziksel, rol, bilişsel, yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, dispne, uykusuzluk, konstipasyon, diyare, finansal etki ” semptomları arasında ilişki anlamlı değildi (p>0.05).

Baş Boyun kanserli hastaların QLQ-H&N43 “**konuşma**” semptomu ile QLQ-C30 Genel Sağlık/QoL, pozitif yönde anlamlı zayıf düzeyde ilişki (rs:0,396; p=0.002) bulundu. Ancak “konuşma” semptomu ile “rol, duygusal, sosyal, yorgunluk, iştahsızlık,” semptomları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki (p:<0.05) saptandı. Buna karşın “konuşma” semptomu ile “fiziksel” (rs:-,441; p:0,000) semptomu arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki (p:<0.05) saptandı. “konuşma” semptomu ile “bilişsel, bulantı- kusma, ağrı, dispne, uykusuzluk, iştahsızlık, konstipasyon, diyare, finansal etki ” semptomları arasındaki ilişki anlamlı değildi (p>0.05).

Baş Boyun kanserli hastaların QLQ-H&N43 “**beden imajı**” semptomu ile QLQ-C30 Genel Sağlık/QoL, pozitif yönde anlamlı orta düzeyde ilişki (rs:0,530; p=0.000) bulundu. Ancak “beden imajı” semptomu ile “rol, bilişsel, ağrı, uykusuzluk, iştahsızlık, konstipasyon” semptomları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki (p:<0.05) saptandı. Buna karşın “beden imajı” semptomu

ile “fiziksel, duygusal, sosyal, yorgunluk” semptomları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki (p:<0.05) saptandı. “beden imajı” semptomu ile “bulantı-kusma, dispne, diyare, finansal etki ” semptomları arasındaki ilişki anlamlı değildi (p>0.05).

Baş Boyun kanserli hastaların QLQ-H&N43 “**sosyal yeme**” semptomu ile QLQ-C30 Genel Sağlık/QoL, pozitif yönde anlamlı orta düzeyde ilişki (rs:0,597; p=0.000) bulundu. Ancak “sosyal yeme” semptomu ile “rol, bilişsel, bulantı-kusma, ağrı, dispne, uykusuzluk, diyare, finansal etki ” semptomları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki (p:<0.05) saptandı. Buna karşın “sosyal yeme” semptomu ile “fiziksel, duygusal, sosyal, yorgunluk, iştahsızlık”, semptomları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki (p:<0.05) saptandı. “sosyal yeme” semptomu ile “konstipasyon” semptomu ile arasındaki ilişki anlamlı değildi (p>0.05).

Baş Boyun kanserli hastaların QLQ-H&N43 “**cinsellik**” semptomu ile QLQ-C30 Genel Sağlık/QoL, pozitif yönde anlamlı zayıf düzeyde ilişki (rs:0,373; p=0.001) bulundu. Ancak “cinsellik” semptomu ile “duygusal, ağrı, uykusuzluk” semptomları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki (p:<0.05) saptandı. Buna karşın “cinsellik” semptomu ile “fiziksel, rol, sosyal, yorgunluk” semptomları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki (p:<0.05) saptandı. “cinsellik” semptomu ile “bilişsel, bulantı-kusma, dispne, iştahsızlık, konstipasyon, diyare, finansal etki ” semptomları ile arasındaki ilişki anlamlı değildi (p>0.05).

Baş Boyun kanserli hastaların QLQ-H&N43 “**omuz sorunları**” semptomu ile QLQ-C30 Genel Sağlık/QoL, pozitif yönde anlamlı zayıf düzeyde ilişki (rs:0,361; p=0.001) bulundu. Ancak “omuz sorunları” semptomu ile “fiziksel, rol, duygusal, sosyal, bulantı-kusma, dispne, iştahsızlık, konstipasyon” semptomları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki (p:<0.05) saptandı. Buna karşın “omuz sorunları” semptomu ile “yorgunluk, ağrı, uykusuzluk” semptomları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki (p:<0.05) saptandı. “omuz sorunları” semptomu ile “diyare ve finansal etki ” semptomları ile arasındaki ilişki anlamlı değildi (p>0.05).

Baş Boyun kanserli hastaların QLQ-H&N43 "**deri sorunları**" semptomu ile QLQ-C30 Genel Sağlık/QoL, pozitif yönde anlamlı zayıf düzeyde ilişki (rs:0,314; p=0.005) bulundu. Ancak "deri sorunları" semptomu ile "fiziksel, rol, duygusal, sosyal, yorgunluk, bulantı-kusma, dispne, iştahsızlık, konstipasyon, ağrı, dispne, yorgunluk, iştahsızlık" semptomları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki (p:<0.05) saptandı. "deri sorunları" semptomu ile "fiziksel, rol, bilişsel, konstipasyon" semptomları ile arasındaki ilişki anlamlı değildi (p>0.05).

Baş Boyun kanserli hastaların QLQ-H&N43 "**anksiyete**" semptomu ile QLQ-C30 Genel Sağlık/QoL, pozitif yönde anlamlı orta düzeyde ilişki (rs:0,590; p=0.000) bulundu. Ancak "anksiyete" semptomu ile "fiziksel, rol, sosyal, bilişsel, yorgunluk, ağrı, dispne" semptomları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki (p:<0.05) saptandı. Buna karşın "anksiyete" semptomu ile "duygusal" semptomu arasında negatif yönde güçlü düzeyde anlamlı ilişki (p:<0.05) saptandı. "Anksiyete" semptomu ile "bulantı-kusma, uykusuzluk, konstipasyon, diyare ve finansal etki " semptomları ile arasındaki ilişki anlamlı değildi (p>0.05).

Baş Boyun kanserli hastaların QLQ-H&N43 "**ağız açma**" semptomu ile QLQ-C30 Genel Sağlık/QoL, pozitif yönde anlamlı zayıf düzeyde ilişki (rs:0,312; p=0.005) bulundu. Ancak "ağız açma" semptomu ile "duygusal, sosyal, yorgunluk, ağrı, iştahsızlık" semptomları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki (p:<0.05) saptandı. "Ağız açma" semptomu ile "fiziksel, rol, bilişsel, bulantı-kusma, dispne, uykusuzluk, konstipasyon, diyare ve finansal etki " semptomları ile arasındaki ilişki anlamlı değildi (p>0.05).

Baş Boyun kanserli hastaların QLQ-H&N43 "**sosyal temas**" semptomu ile QLQ-C30 Genel Sağlık/QoL, pozitif yönde anlamlı orta düzeyde ilişki (rs:0,533; p=0.000) bulundu. Ancak "sosyal temas" semptomu ile "bilişsel, ağrı, iştahsızlık, konstipasyon, finansal etki " semptomları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki (p:<0.05) saptandı. Buna karşın "sosyal temas" semptomu ile "fiziksel, rol, duygusal, sosyal, yorgunluk, duygusal", semptomları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki (p:<0.05) saptandı. "Sosyal temas" semptomu ile "bulantı-kusma, dispne, uykusuzluk, diyare" semptomları ile arasındaki ilişki anlamlı değildi (p>0.05).

Baş Boyun kanserli hastaların QLQ-H&N43 "**boyunda şişlik**" semptomu ile QLQ-C30 Genel Sağlık/QoL, pozitif yönde anlamlı zayıf düzeyde ilişki (rs:0,324; p=0.003) bulundu. Ancak "boyunda şişlik" semptomu ile "fiziksel, duygusal, dispne, uykusuzluk, konstipasyon" semptomları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki (p:<0.05) saptandı. Buna karşın "boyunda şişlik" semptomu ile "yorgunluk (rs: -,482; p:0,000) ve ağrı (rs: -,461; p:0,000) " semptomları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki (p:<0.05) saptandı. "Boyunda şişlik" semptomu ile "rol, bilişsel, sosyal, bulantı-kusma, iştahsızlık, diyare, finansal etki " semptomları ile arasındaki ilişki anlamlı değildi (p>0.05).

Baş Boyun kanserli hastaların QLQ-H&N43 "**kilo kaybı**" semptomu ile QLQ-C30 Genel Sağlık/QoL, pozitif yönde anlamlı zayıf düzeyde ilişki (rs:0,328; p=0.003) bulundu. Ancak "kilo kaybı" semptomu ile "fiziksel, duygusal , bilişsel, yorgunluk, ağrı diyare, finansal etki " semptomları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki (p:<0.05) saptandı. Buna karşın "kilo kaybı" semptomu ile "rol, sosyal, bulantı-kusma, iştahsızlık" semptomları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki (p:<0.05) saptandı. "Kilo kaybı" semptomu ile "dispne, uykusuzluk, konstipasyon" semptomları ile arasındaki ilişki anlamlı değildi (p>0.05).

Baş Boyun kanserli hastaların QLQ-H&N43 "**yara iyileşmesi**" semptomu ile QLQ-C30 Genel Sağlık/QoL, pozitif yönde anlamlı zayıf düzeyde ilişki (rs:0,358; p=0.001) bulundu. Ancak "yara iyileşmesi" semptomu ile "fiziksel, rol, duygusal, bilişsel, yorgunluk, ağrı, uykusuzluk, konstipasyon, iştahsızlık, diyare" semptomları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki (p:<0.05) saptandı. Buna karşın "yara iyileşmesi" semptomu ile "sosyal (rs:-,471; p:0,000), yorgunluk (rs:-,511; p:0,000), ağrı (rs:-,462; p:0,000)" semptomları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki (p:<0.05) saptandı. "Yara iyileşmesi" semptomu ile "finansal etki " semptomu ile arasındaki ilişki anlamlı değildi (p>0.05).

Baş Boyun kanserli hastaların QLQ-H&N43 "**nörolojik sorunlar**" semptomu ile QLQ-C30 Genel Sağlık/QoL, pozitif yönde anlamlı zayıf düzeyde ilişki (rs:0,387; p=0.000) bulundu. Ancak "nörolojik sorunlar" semptomu ile "fiziksel, rol, bilişsel, sosyal, yorgunluk, bulantı-kusma, uykusuzluk, iştahsızlık,

konstipasyon, diyare" semptomları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki (p:<0.05) saptandı. Buna karşın "nörolojik sorunlar" semptomu ile "ağrı" (rs:-,494; p:0,000) semptomu arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptandı. "Nörolojik sorunlar" semptomu ile "duygusal, dispne, finansal etki " semptomu ile arasındaki ilişki anlamlı değildi (p>0.05).

F. Baş Boyun Kanserli Hastalarda QLQ-H&N43 Baş Boyun Modülü Semptomlarının QLQ-C30 Genel Sağlık ve Yaşam Kalitesinin Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Baş-boyun kanserli, QLQ-H&N43 semptomlarının QLQ-C30 ile belirlenen **"genel sağlık durumu ve yaşam kalitesini"** üzerine etkisi korelasyon analizi dikkate alınarak "çoklu doğrusal regresyon" analizi incelenmiştir ve sonuçlar Çizelge 11'de verilmiştir.

Çizelge 11. Baş Boyun Kanserli Hastalarda QLQ-H&N43 Baş Boyun Modülü Semptomlarının QLQ-C30 Genel Sağlık ve Yaşam Kalitesi üzerine Üzerine Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Genel Sağlık ve Yaşam Kalitesi (QoL)[a]	Standartlaştırılmamış katsayılar		Standartlaştırılmış katsayılar			Çoklu doğrusal bağlantı istatistikleri			
	B	Std. Hata	Beta	t	p	Tolerance	VIF***	F	p
Sabit	16,968	3,166		5,360	0,000**			17,76	0,000**
DR[b]	0,186	0,077	0,217	2,407	0,019*	0,757	1,321	3	
SP[b]	0,125	0,055	0,194	2,291	0,025*	0,854	1,172		
AX[b]	0,256	0,063	0,348	4,026	0,000**	0,820	1,219		
OM[b]	0,221	0,076	0,239	2,910	0,005**	0,912	1,097		
NP[b]	0,180	0,072	0,221	2,506	0,014*	0,789	1,267		

***p<0,01; *p<0,05; R=0,739; R^2=0,546; Düzeltilmiş R^2=0,515; Durbin-Watson=2,027*

****VIF (Variance Inflation Factor yani Varyans Şişirme Faktörü)'dür.*

[b]*QLQ-C30; QL= Global health status / QoL (genel sağlık durumu/yaşam kalitesi);*

[a]*QLQ-H&N43;* ***DR****=****Dr****y Mouth and Sticky Saliva (Ağız Kuruluğu ve yapışkan tükürük);* ***SP****=****Sp****eech (Konuşma);* ***AX****=****An****xiety (Anksiyete);* ***OM****=****O****pening* ***M****outh (Ağız Açma);* ***NE=Ne****urological Problems (Nörolojik sorunlar);*

Bu araştırmada, baş-boyun kanserine sahip bireylerde QLQ-C30 ile ölçülen **"genel sağlık durumu ve yaşam kalitesini"**, QLQ-H&N ölçeği ile ölçülen yordayan semptomların belirlenmesi amacıyla sperman korelasyon analizi dikkate alınarak "çoklu doğrusal regresyon" analizi yapılmıştır. Bağımlı değişken olarak **"genel sağlık ve yaşam kalitesi (QoL)",** bağımsız değişkenler olarak ise **ağız kuruluğu konuşma problemleri**, **anksiyete**, **ağız açma güçlüğü** ve **nörolojik problemler** modele dahil edilmiştir.

Regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur **($F(5,N)=17.763$, $p<0.001$)** ve modelin açıklayıcılık düzeyi yüksektir (**$R^2=0.546$**, düzeltilmiş $R^2=0.515$). Bu sonuç, yaşam kalitesindeki toplam varyansın %54,6'sının bu beş semptom ile açıklanabildiğini göstermektedir. Durbin-Watson katsayısının 2.027 olması, artıklar arasında otokorelasyon bulunmadığını ve modelin bağımsızlık varsayımını sağladığını göstermektedir.

Modelde yer alan tüm bağımsız değişkenlerin yaşam kalitesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunmuştur. En yüksek standartlaştırılmış katsayıya sahip olan değişken anksiyetedir **($\beta = 0.348$, $p< 0.001$).** Bu bulgu, anksiyete düzeyindeki artışın yaşam kalitesinde anlamlı bir düşüşe yol açtığını göstermektedir. Ağız açma güçlüğü ($\beta=0.239$, $p= 0.005$) ve nörolojik problemler ($\beta = 0.221$, $p=0.014$) de yaşam kalitesi üzerinde orta düzeyde etkili bulunmuştur. Ağız kuruluğu (DR) ($\beta =0.217$, $p = 0.019$) ve konuşma problemleri (SP) ($\beta = 0.194$, $p = 0.025$) ise yaşam kalitesine daha düşük düzeyde ancak yine de anlamlı etkiler göstermiştir.

Modeldeki tüm VIF değerlerinin 1.3'ün altında olması ve tolerans değerlerinin 0.75'in üzerinde olması, bağımsız değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantı (multicollinearity) sorunu olmadığını göstermektedir.

Sonuç olarak, bu model baş-boyun kanserine sahip bireylerde yaşam kalitesini anlamlı düzeyde etkileyen psikolojik ve fiziksel semptomları ortaya koymaktadır. Özellikle anksiyete ve ağızla ilgili fonksiyonel sorunların yaşam kalitesine olan etkileri göz önünde bulundurularak, bütüncül ve multidisipliner müdahale planlarının oluşturulması önerilmektedir.

V.TARTIŞMA

Bu araştırma BBK'li hastaların cerrahi sonrası genel sağlık ve yaşam kalitesi Fonksiyonel durumu ve semptomları (QLQ-C30), baş boyun modülüne (QLQ-H&N43) yönelik semptomlarını değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Araştırmada tartışmada (A) BBK'li hastaların tartışmaya katkı sağlaması açısından özetle sosyodemografik ve klinik özellikleri verilecektir Ardından (B) BBK'li QLQ-$C30_{v3}$ genel sağlık ve yaşam kalitesi fonksiyonel durumu ve semptomları ve baş ve boyun modülüne özel QLQ-H&N43 semptom sonuçları tartışılacaktır.

A. Baş Boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmamızda, BBK'li hastaların sosyodemografik özelliklerinden yaş ortalaması 62,7±10,8'dir. Hastaların %58,7'ü 36-65 yaş grubunda; %41,3'ü ≥66 yaş grubundadır. Bharwaj'ın BBK'li 100 hasta ile yapmış olduğu araştırmada hastalarının %96'sının 30-78 yaş arasında olduğunu ve yaş ortalamasının 51,31±11,74 olduğunu saptamıştır (Bhardwaj, 2021). Hastaların 36-65 yaş grubunda, QLQ-C30v3 "bilişsel fonksiyon" puan düzeyde yüksek bulunmuştur (p:034).

Hastalarımızın cinsiyet durumuna bakıldığında %22,5'si kadın, %77,5'i erkektir. Hastalardan erkek grubunda olanların, QLQ-C30v3 "rol fonksiyon" puan düzeyde yüksek bulunmuştur (p:016). Zahid vd.,'nin BBK'li 250 hasta ile yapmış olduğu araştırmada hastaların %79.2'sinin (198) erkek, %20.8'inin (52) kadın olduğu bulunmuştur. Yapılan bir diğer araştırmada da araştırma grubunu %88'ini erkek ve %12'sini kadın hastalar oluşturmaktadır (Zahid vd., 2022; Bhardwaj, 2021). Hastaların BKİ 18.5-24,9 arasında olanlar %46,3'ü oluşturdu. Hastaların %75,0'i ilkokul mezunu; %93,8'i (n=75) evlidir. Hastaların gelir durumuna göre incelendiğinde %60'ının durumu "gider gelirden fazladır ve

%50'si eşi ve çocukları ile yaşamaktadır. Hastaların %82,5'i (n=66) çalışmıyor, %17,5'i (n=14) çalışıyor durumdadır. Hastaların %71,3'ü sigara, %22,5'i alkol kullanmakta, %55'inde kronik hastalık bulunmaktadır. Pınar ve arkadaşlarının Ankara'da bir devlet hastanesinde yapmış olduğu vaka kontrol çalışmasında vaka ve kontrol grupları arasında sigara içme yönünden anlamlı bir farklılık bulunmuş sigara içenlerin içmeyenlere oranla baş boyun kanserine yakalanma oranlarının 3.3 kat daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (Pınar vd., 2001).

Hastaların tıbbi tanısına göre incelendiğinde %60'ına Larenks Kanseri, %28,7'sine Oral Kavite kanserleri, %3,8'ine Hipofarenks kanserleri, %7,5'ine Parotis kanserleri tanısı konulmuştur. Victoria vd.,'nin yapmış olduğu çalışmada hipofarenks ve larenks kanserleri %25, nazofarengeal kanserler %12, oral kanserler %29, orofaregeal kanserler %29 olarak bulunmuştur (Victoria vd., 2019)

Hastaların tedavi durumuna bakıldığında %56,2'si cerrahi tedavi, %23,8'i Cerrahi+ Kemoterapi+ Radyoterapi tedavisi görmektedir. Hastaların postoperatif dönemde 1-3 ay içinde olanların oranı %18,8; 13-18 ay içinde olanlar %25,0 ile en yüksek orandadır. Hastaların tıbbi tanı koyulduğu (gün) ortalaması 61,9±203,3'tür.

B. Baş Boyun Kanserli Hastaların QLQ-C30 Genel Sağlık / Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Durumu ve Semptomlar ve QlQ-H&N43 Semptom Sonuçlarının Tartışılması

BBK'li hastaların QLQ-$C30_{v3}$ genel sağlık/QoL puan ortalaması 40,5±20,7 M:41,7(0-100) bulundu. Waghmare vd. (2024) çalışmalarında radyoterapi öncesi 53.74±24.715 radyoterapi sonrası genel sağlık/QoL puan ortalamasını 74.49±23.53 olarak bulmuşlardır. Bizim hasta sonuçlarımıza göre daya yüksek olduğu görülmektedir. Araştırmacılar hastaların genel sağlık durumu ve QoL düzeyi arttırmak için tedavi ve müdahale seçenekleri içinde fayda-risk oranına göz önünde bulundurmaları ve tedavi ile ilişkili müdahaleye ihtiyacı olan hastaların belirlenmesi önerilmiştir (Waghmare vd., 2024).

Bu araştırmada cerrahi tedavi uygulanan hastalar alınmış ve tüm konvensiyonel tedavi kombinasyonları kullanılan postoperatif 1-3 aydan 24 ay ve

üzeri tedavi gören hastalar bulunmaktadır ve olgulardan oluşmuştur. QLQ-C30 genel sağlık ve QoL puanları ve orta düzeyin altında M: 41,7(0-100) ve semptom puanları yüksektir. Johansson vd. (2008) larenks ve farenks kanserli radyoterapi sonrası (n:210) hastalarda gözlemsel çalışmalarında iletişim, anksiyete ölçekleri ile birlikte QLQ-C30 ve H&N35 versiyonu kullanmışlar ve hastaları tedavi öncesi 1, 2, 3, 6 ve 12. aylardaki takip etmişlerdir ve %76'sı(n:71) geri dönüş sağlamıştır. Araştırmacılar hastaların tedavi başlangıcında genel sağlık ve QoL M: 68.4 (64.1–72.6), 12. ayda M:77.9 *(73.0–82.9) anlamlı (p:0,007/etki büyüklüğü 0.31) bulunmuştur.* Araştırmacılar bir ay sonra Rol, Sosyal, Duygusal ve Global QLQ işlev ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı bozulma saptanmıştır. Özellikle semptom ölçekleri için, bir ayda tüm ölçümlerde bozulmayı gösteren ortalama puanlarda artış görülmüştür. Ancak sosyal fonksiyon hariç, 12 aylık takipte, tüm bu ölçekler için başlangıç düzeyine kıyasla klinik ve/veya istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler bildirilmiştir (Johansson et. al., 2008).

Bu çalışmada oral kavite kanserleri (n:23) genel sağlık ve QoL M:33,3 (0-83,3) ora-nazofarensk (n:3) M: 58,3 (59,3-66,7) bulundu. Ora ve nazofareks grubunda sayı sınırlı olup, genel sağlık ve yaşam kalitesinde ve semptomlarda farklılık bulunmadı, Cerrahi tedavi grubunda rol fonksiyonu anlamlı düzeyde etkilenmiştir. Cengiz vd. (2008) Türkiye'de 14 merkezde nazofarenks karsinomu tanısı almış 187 hastada konvansiyonel radyoterapi sonrası uzun dönem yaşam kalitesi durumunu EORTC QLQ-C30 ve H&N35 ile incelemişlerdir. Bu araştırma örneklem bakımından bu araştırmaya benzememekle birlikte, aynı kültürel popülasyonda olması bu araştırma hasta popülasyonun bir bölümünde olması bakımından önemlidir. Araştırmacılar hastaların yaş M:46 yıl (aralığı 16-79 yıl) takip süresi M: 3,4 yıl olan 187 hasta değerlendirilmiştir. Hastaların ortalama genel sağlık durumu M:73 olarak bulunmuş Genel sağlık durumunu artıran parametreler erkek cinsiyet, erken evre hastalık ve 4 yıldan az takip ($p <$ 0,05)anlamlı düzeyde arttırmıştır. Fonksiyonel skalalarda ise erkeklerde ve erken evre hastalıkta sonuçlar daha iyi bulunmuş. Tedaviden sonraki kısa sürede (10puan), erkek cinsiyet (7puan) ve daha düşük radyasyon dozu (6 puan) daha iyi semptom sonuçları verdiği belirtildi. Ayrıca kemoterapinin QoL üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı buna karşın buna karşın eş zamanlı kemoterapi 5

semptom puanını yükselttiği belirtildi. Bazı sonuçlar bakımından veriler benzer görünmektedir.

Bhardwaj'ın (2021), BBK'li 100 hasta üzerinde yaşam kalitesini ele aldığı bir çalışma yapmıştır. Yapmış olduğu çalışmada EORTC QLQ-H&N35 ölçeğinden elde edilen verilere bakıldığında ağız kuruluğu (63,9±41,5), yutma zorluğu (52,9±35), sosyal yeme (56,3±32,5), sosyal temas (54±34,8), yapışkan tükürük (49,9±46,3), hasta hissetme (65,9±39,1), beslenme tüpü kullanımı (75±43,5) ve kilo alımının (85±35,8) ortalama puanları yüksek bulunmuş olup araştırmada çıkan bu sonuç bu semptomların yaygın baş boyun kanseri endişeleri olduğunu göstermektedir (Bhardwaj, 2021). Bizim araştırmamızda ise QLQ-H&N-43 ölçeği semptom sonuçlarını incelediğimizde en yüksek puan ortalamasının cinsellik (57,1±28,7), konuşma (42,7±32,2), anksiyete (34,8±28,2) ve sosyal temas (30,8±33,4) değerlerinde olduğu saptandı.

Araştırmamızda hastaların %82,5'i (n=66) çalışmıyor, %17,5'i (n=14) çalışıyordur. Hastaların çalışma durumuna göre genel sağlık/QoL puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği söylenebilir (p:0,044;p<0,05). Bu durumda çalışmayanların genel sağlık/QoL puan ortalaması 43,1±19,3, çalışanların puan ortalaması ise 28,6±23,5 olarak bulundu.

Araştırmamızda genel sağlık skorunun tıbbi tanı durumuna göre oral kavite kanseri tanısı konulan hastaların genel sağlık skorunun en yüksek seviyede olduğu incelenmiştir. Ayrıca oral kavite kanseri tanısı konulan hastaların genel sağlık skorunun, hipofarenks kanseri tanısı konulan hastaların genel sağlık skorundan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu. Hassein ve arkadaşlarının araştırmasında, oral kavite kanseri teşhisi konulan kadın hastaların fonksiyonel durumlarının zayıf olduğu ve artan ölçüde sorunlar yaşadıkları ifade edildi (Hassein vd., 2001). Hastaların postoperatif durumu, %18,8 (n=15) 1-3 ay, %17,5 (n=14) 3-6 ay, %20 (n=16) 6-12 ay, %25 (n=20) 12-18 ay, %18,8 (n=15) 18-24 ay olarak belirlendi. Araştırmamızda cerrahi sonrası geçen süre ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Literatüre bakıldığında erkeklerin beden imajı bozukluklarından daha az etkilenirken kadınların bu durumdan daha fazla etkilendiği ve baş boyun kanseri ile yüz deformasyonu yaşayan kadınların psikososyal bozukluklar açısından en

riskli grup olduğunu işaret etmektedir (Dropkin, 1999; Mathıeson vd., 1996; Zıegler vd., 2004). Gilony vd., (2005) psikososyal olarak olumsuz yönden etkilenmeye en yakın olan grubun baş boyun kanserli ve yüz bütünlüğü bozulmuş olan kadınların oluşturduğunu ileri sürmektedir. Araştırmamızda beden imajı değerlerinin (6,1±2,7) cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği bulundu (p:0,378). Bu farklılığı, tıbbi tanı durumu oranındaki farklılıklar ve örneklem sayısındaki sınırlılıklar oluşturabilir. Aynı zamanda araştırmamızda sosyal yeme (7,2±4,1) ve sosyal temas (2,0±1,0) değerlerinin cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği söylenebilir (p>0,05).

Ramirez vd., larenks kanseri tanısı almış olan 62 hasta ile bir çalışma yapmışlar ve hastaların %87'sinin evli olduğunu, hastaların gördükleri desteğin büyük ailelerinden ve eşlerinden gördükleri bulunmuştur (2003). Yapılan bir başka çalışmada, evli olup ailesiyle birlikte yaşayan bireylerin daha yüksek bir yaşam kalitesine sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Long vd., 1996). Bizim araştırmamızda evli olup ailesiyle yaşayanların yaşam kalitesinde anlamlı bir fark bulunamadı. Douglas vd., yapmış oldukları çalışmada yaşam kalitesinin cinsiyet, tedavi şekli ve kanser türü arasında anlamlı bir fark olmadığını ileri sürmüşlerdir (Douglas vd., 2023). Bizim araştırmamızda da yaşam kalitesi ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunamadı (p>0,05).

Araştırmamızda hastaların %2,5'inin (n=2) geliri giderinden fazla, %37,5'sinin (n=30) geliri giderine denk, %60'ının (n=48) gideri gelirinden fazladır. Baş boyun modülünün gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği söylenebilir (p<0,05). Sonuçta, gideri fazla olan hastaların diğer hastalara oranla yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptandı.

Aktaş ve arkadaşlarının (2013) yapmış olduğu çalışmada komorbiditesi bulunmayan hastalar ile komorbiditesi olan baş boyun kanserli hastaları karşılaştırılmış ve komorbiditenin mortalite risk oranını 1,9 olarak tespit etmişlerdir. Aynı zamanda yapmış oldukları bu çalışmada komorbidite varlığının sağkalım üzerinde etkili olmadığını, ancak hipertansiyonun sağkalımı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediğini tespit etmişlerdir (Aktaş vd., 2013). Primer 1086 baş boyun kanseri olan hasta ile gerçekleştirilen prospektif bir araştırmada komorbiditenin cinsiyet, ırk, yaş ve evre gibi faktörlerden bağımsız olarak 2 yıllık

sağkalımı etkileyen prognostik faktör olduğu belirlenmiştir (Reid vd., 2001). Bizim araştırmamızda komorbidite varlığı kapsamlı olarak değerlendirilmemiştir, bu değişken daha da detaylandırılabilir.

Araştırmamızda semptom skalası ile baş ve boyun ağrısı (r_s=0,536; p<0,01), yutma güçlüğü (r_s=0,659; p<0,01), anksiyete (r_s=0,441; p<0,01), sosyal yeme (r_s=0,604; p<0,01), sosyal temas (r_s=0,557; p<0,01), beden imajı (r_s=0,445; p<0,01) değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olup semptom sayısı arttıkça bireyin benlik saygısında azalma, sosyalleşmekten kaçınma, toplum içerisinde yemek yemekten kaçınma davranışları sergilediği saptandı. Baş boyun kanserlerinin özellikle cerrahi sonrası yüz bütünlüğünü bozan türleri bireyin dış görünümünü etkilediklerinden dolayı hastalarda benlik saygısında azalma ve bundan dolayı da kendini çevresinden soyutlama davranışı gözlemlenebilmektedir ve bu durum bireylerde psikolojik çöküşe sebep olabilmektedir. De Boer ve arkadaşları (1999) baş boyun kanserli hastalarla gerçekleştirdikleri görüşmeler sonucunda, hastaların dış görünüşleriyle ilgili endişeleri nedeniyle kendilerini arkadaşları ve ailelerinden uzaklaştırdıklarını tespit etmişlerdir (De Boer vd., 1999).

Araştırmamızda baş boyun ağrısının yaşam kalitesi üzerinde etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Bu durumda, ağrıda 1 birimlik bir değişim yaşam kalitesinde 1,052 birimlik bir artışa neden olmaktadır. Araştırmamızda tedavi gruplarının baş ve boyun ağrısı değerlerine bakıldığında cerrahi tedavi ve radyoterapi tedavisini birlikte alan hastaların (7,6±2,1) diğer tedavi gruplarından daha çok baş ve boyun ağrısı semptomu gösterdiği saptandı. Koç vd.,'nin (2001) yapmış olduğu çalışmada baş boyun kanserli hastaların daha depresif, endişeli ve intihara meyilli oldukları bulunmuştur. Tıbbi tanı durumuna göre gruplandırdığımızda ise parotis kanser cerrahisi geçiren hastaların (6,7±2,4) diğer tanı gruplarına göre baş ve boyun ağrısı semptomunu daha çok gösterdiği saptandı.

Araştırmamızda EORTC QLQ-H&N43'e ait konuşma bozuklukları maddelerinin en yüksek ikinci değere sahip olduğu saptandı. Yapılan bir araştırmada, larenjektomi ameliyatı geçiren hastalarda en belirgin fonksiyonel bozukluğun iletişimle ilgili olduğu tespit edilmiştir, bu, bizim çalışmamızı destekler niteliktedir (Taş vd., 2004).

Kao ve arkadaşlarının 140 hasta ile yaptıkları yarı deneysel, tanımlayıcı çalışmada baş boyun kanserinden kurtulan hastaların tedavi sonrası erken dönemde yaşam kalitelerini değerlendirip hastaların endişelerini ele aldıkları araştırma sonucunda hastalarda yutma güçlüğü ve sosyal yeme birinci endişe olarak saptanmıştır (Kao vd., 2021). Yapılan bir başka çalışma ise Pezdirc ve arkadaşlarının Slovenya'da yapmış olduğu, bir grup baş boyun kanseri tedavisi gören hastada yutma güçlüğü prevalansını incelemek ve yutma güçlüğü gelişimine katkıda bulunan faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirdikleri "Baş Boyun Kanseri Tedavisi Sonrası Yutma Bozuklukları" adlı çalışmadır. Çalışmada 109 hasta değerlendirilmiş ve EORTC QLQ 35 ile Baş Boyun Kanseri Tedavisi Sonrası Yutma Bozuklukları anketleri kullanılmıştır. Hastaların %41,3'ünde yutma güçlüğü tespit edilmiş, bu durum sosyal yaşamlarını (%75,6) ve özellikle toplum içinde yemek yeme alışkanlıklarını (%80) olumsuz etkilemiştir (Pedrizec vd., 2019). Bizim araştırmamızda da Yutma güçlüğünün yaşam kalitesi üzerinde etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,01$). Bu durumda, yutma güçlüğünde 1 birimlik bir değişim yaşam kalitesinde 1,860 birimlik bir artışa neden olmaktadır. "**Yutma güçlüğü"** ile **anksiyete** ($r_s=0,423;p<0,01$), **sosyal yeme** ($r_s=0,685;p<0,01$), **sosyal temas** ($r_s=0,477;p<0,01$) değerleri arasında pozitif yönlü ilişki saptandı. Araştırmamızda tıbbı tanı durumuna göre **sosyal yeme** değerlerine bakıldığında Hipofarenks kanser cerrahisi geçiren hastaların sosyal yeme değerlerinin (9,7±4,7) diğer tıbbi tanı durumu gruplarına göre daha yüksek olduğu saptandı. Araştırmamızda ağrı ile yutma güçlüğü arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulundu ($r_s=0,320$; $p<0,01$). Aynı zamanda yutma güçlüğü ile sosyal yeme, sosyal temas arasında da anlamlı bir ilişki bulundu bu durum yutma güçlüğü çeken hastaların sosyal ortamda bulunmaktan ve toplum içerisinde yemek yemekten kaçınma davranışı göstermeleri, sosyal izolasyonu tercih etmeleri ile ilişkilendirilebilir. Bu durum hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Müller'in çalışmasında ise larenks kanserini atlatan hastaların büyük bir kısmı, hayatlarının değiştiğini ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğini dile getirmiştir (Müller vd., 2001).

Araştırmamızda postoperatif durum değişkenine bakıldığında 1-3 ay aralığındaki hastaların **sosyal temas** değerlerinin (2,4±0,8) diğer aralıktaki hastalara göre daha yüksek olduğu saptandı. Bu durum hastalığı kabullenme

süreci ile açıklanabilir. Yani ameliyat sonrasındaki ilk aylarda hastalığı ve hastalığın getirdiği deformiteleri kabullenme ve alışma süreci, hastanın sosyal temasta bulunma davranışından kaçındığını gösterebilir. Özellikle larenjektomi ameliyatı sonrası hastaların oluşan ses kısıklığı, ses kaybı sebebi ile kendilerini toplumdan soyutladıkları, sosyal temasta bulunmaktan kaçındıkları saptandı.

Cinsel sorunlar radyoterapi veya kemoradyoterapi uygulanan baş-boyun kanserli hastalarda yaygın olarak bildirilen bir problemdir. Baş boyun kanserine sahip hastalar üzerinde yapılan dokuz çalışmanın değerlendirildiği bir incelemede, bu hastaların %24 ila %100'ünde cinsellik üzerinde olumsuz etkiler görüldüğü ve bu durumun özellikle kadın hastalarda daha sık olduğu belirtilmiştir (Rhoten, 2016). Bizim araştırmamızda bu çalışma ile paralellik göstermektedir, çalışmamızın QLQ-H&N43 modülü değerlerine bakıldığında cinsellikle ilgili sorunların (2,72±0,8) en çok etkilenen sorunlardan olduğu saptanmıştır. Literatürde, baş boyun kanserli hastalarda tümörün yerinin cinsel işlevlerde farklılık yaratıp yaratmadığını değerlendiren çalışmalar incelendiğinde bu konunun tartışmalı olduğu ortaya çıkmıştır. Bazı araştırmalarda tümör yeri ile cinsel işlevler arasında bir ilişki bulunmazken, bir çalışmada oral veya orofaringeal kanserli hastaların, hipofaringeal ve laringeal kanserli hastalara kıyasla zaman içinde cinsel işlevlerde daha belirgin değişiklikler yaşadığı bildirilmiştir (Verdonck vd., 2014).

Sonuç olarak, bu araştırmada, BBK'li hastalar da QLQ-$C30_{v3}$ genel sağlık durumu yaşam kalitesi 1/2 düzeyine yakın, genel kanser semptomları ¾ düzeyinde yüksek, QLQ-H&N43 semptom sevileri ise 1/ 3 düzeyinde daha düşük gibi görünmektedir. Değişkenlerin bazılarının sınırlı sayıda semptomu anlamlı düzeyde etkilediği görülmüş, QLQ-H&N43 semptomlarından bazılarının QLQ-C30v3 "genel sağlık ve yaşam kalitesindeki" toplam varyansın %54,6'sını açıkladığı bulunmuştur. Hemşirelerin ve sağlık çalışanlarının BBK'li hastaların bakımında, genel sağlık/QoL düzeyini yükseltmek için semptomlara yönelik bakım girişimlerini bakıma entegre etmeleri önemli görünmektedir.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde önemli bulgular özetlenmiş ve klinik uygulama ve araştırma açısından bulgulara yönelik öneriler verilmiştir.

Bu araştırmada **BBK'li hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinden** yaş ortalaması 62,7±10,8; M:64 (23-93), BKİ: 24,8 ±4,6; M:24,8 (14,2-40,1); 77,5'şi erkek; %93,8'i evli; %75'şi ilkokul mezunu; %82,5'i çalışmıyor; %60,00'şı gideri gelirden fazla; %50'si eşi ve çocukları ile yaşıyor. Hastaların %22,5'şi alkol, %71,3'ü sigara kullanıyor. Hastaların %60,0 larenks, %28,7 oral kavite kanseri; %56,2'sine cerrahi tedavi uygulanmış, %25,0 13-18ay postoperatif dönemdedir.

BBK'li hastaların QOL-30v3 ilk 2 sorusu 1-7 likert değerlendirmesine göre genel sağlık 4,60±1,25 QoL 4,54±1,27; diğer 28 sorudan *(15.soru) Kustunuz mu?* sorunun en düşük ortalaması 1,04±0,19 en yüksek ortalaması fiziksel fonksiyon *"(1.soru) Ağır bir alış, veriş, torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?"* sorusu ortalaması 2,34±0,94'tür. **BBK'li hastaların QOL-30_{v3} 0-100 dönüştürüldüğünde** Genel Sağlık/QoL 40,5±20,7; M:41,7(0-100); fonksiyonel skalada; en düşük fiziksel fonksiyon 68,9±24,6; M:73,3 (0-100); en yüksek puan ortalaması bilişsel fonksiyon 90,8±14,3;M:100,0(33,3-100); semptomlarda en düşük ortalaması yorgunluk 73,1±24,6; M:77,8 (0-100); en yüksek ortalama diyare 95,0±16,9; M:100,0 (0-100)'dür.

BBK'li hastaların QLQ-H&N43 soru formu 1-4 likert derecelendirme ile değerlendirildiğinde; 43 semptom sorusundan (67.soru) *Cildinizde renk değişikliği oldu mu?* sorusunun ortalaması 1,21±0,49; (60.soru) *Cinsel ilişkiye ilginizin azaldığını hissettiğiniz oldu mu?* sorusunun ortalaması 2,72±0,85'dir. **BBK'li hastaların QLQ-H&N43 semptom puanları 0-100 dönüştürüldüğünde** en düşük Deri sorunları puan ortalaması 9,2±18,9; M:0,0 (0-77,8); en yüksek cinsellik puan ortalaması olup 57,1 ± 28,7;M:66,7 (0-100), konuşma semptomu puan ortalaması 42,7±32,2; M:40,0 (0-100) ile takip etti.

BBK'li hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin QLQ-C30$_{v3}$ puan ortalamalarına etkisi incelendiğinde; 36-65 yaş grubunda olan hastalarda bilişsel; kadınlarda rol; tıbbi tanısı larenks kanseri olan hastalarda fiziksel; BKİ <18,5 ve cerrahi tedavi alanlarda duygusal fonksiyon anlamlı düzeyde farklıdır (p:<0,05). Çalışmayan hastalarda yorgunluk; BKİ <18,5 olanlarda bulantı kusma ve iştahsızlık anlamlı düzeyde farklıdır (p:<0,05). Sosyodemografik ve klinik özelliklere göre **QLQ-C30v3 g**enel sağlık/QoL, fonksiyonel skala ve semptomlarda anlamlı bir etkissi görülmedi (p:>0,05).

BBK'li hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin QLQ-H&N43 puan ortalamalarına etkisi incelendiğinde; cerrahi tedavi alanlarda ağız içi ağrı, ağız kuruluğu, omuz, deri nörolojik sorunlar; BKİ <18,5 olanlarda ağız kuruluğu; konuşma, sosyal yeme ve kilo kaybı; çalışmayanlarda konuşma, cinsellik, omuz sorunları, sosyal temas; larenks kanseri olanlarda konuşma, sosyal yeme, ağız açma, öksürme; postoperatif 1-3 ay da olan hastalarda cinsellik semptomlarında anlamlı düzeyde yüksektir (p:<0,05). Ancak hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin diğer semptomlar üzerinde etkisi anlamlı değildir (p:>0,05).

BBK'li hastaların QLQ-H&N43 ile QLQ-C30v3 arasında ilişki incelendiğinde; QLQ-H&N43 semptomlarından yutma (r_s: -,626;p:0,000), sosyal yeme (r_s: -,647; p:0,000), QLQ-C30v3 sosyal fonksiyon; QLQ-H&N43 semptomlarından anksiyete (r_s: -,600; p:0,000) QLQ-C30v3 duygusal; QLQ-H&N43 sosyal temas ile (rs: -,609; p:0,000) QLQ-C30v3 yorgunluk semptomu arasında negatif yönde güçlü bir ilişki (p:<0,05) saptandı. Diğer QLQ-H&N43 semptomlar ile QLQ-C30v3 puan ortalamaları arasında orta düzeyde (p:<0,05) ve düşük düzeyde, çoğunlukla negatif yönde ilişki görüldü (Çizelge.17).

BBK'li hastaların QLQ-H&N43 semptomları ile QLQ-C30v3 genel sağlık ve yaşam kalitesini yordaması çoklu doğrusal regresyon analizinde incelendiğinde; QLQ-H&N43 semptomlarından "anksiyete, ağız kuruluğu, konuşma, ağız açma ve nörolojik sorunlar" olmak üzere beş semptom ile QLQ-C30v3 "genel sağlık ve yaşam kalitesindeki" toplam varyansın %54,6'sını açıklanabildiği görüldü.

Klinik uygulamada;

BBK'li hastaların tedavisinde fonksiyonel kapasiteyi maksimal düzeyde sürdürecek risk/yarar yaklaşımı ile gelişen tedavi yaklaşımları kullanılmasına rağmen; hastaların yeme, içme, yutma, konuşma, omuz hareketleri gibi temel fiziksel fonksiyonları etkilemektedir. Bunların sonucunda sosyal, bilişsel, duygusal benlik saygısı etkilenmekte ve anksiyeteyi artırmaktadır. Bunlara ek olarak genel kanser semptomları eşlik etmektedir. Bu araştırmada da puanlar 0-100'ze dönüştürüldüğünde 100 üzerinden genel sağlık ve yaşam kalitesi algısı %50'nin altında; fonksiyonel durum 1/3 ve genel kanser semptomları ¾ düzeyinde yüksek düzeydedir. Baş boyun modülüne özgü semptomlarının ise 1/3 düzeyinde olduğu söylenebilir. Bunun nedeni olarak BBK'li hasta grubumuzun tıbbi tanılarının farklılığı ve ameliyat sonrası farklı dönemde olmalarına farklı olabileceğini düşündürmektedir. Bu araştırmada oluşturulan temel verilerin sonuçları, BBK'li hastalara bakım verem hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının özel bir grup olan bu hastaların gereksinimlerini iyi belirlemesi, hasta özelinde yüksek düzeyde sonuçlara ulaşılan semptomlara yönelik girişimleri bakım tedaviye entegre etmesi önerilir.

Araştırmada;

BBK'li hastalarda alt tanı özel hasta gruplarına ve alt özel tedavi yaklaşımlarına yönelik çok merkezli kompleks veya mix araştırmaların yapılması; sık karşılaşılan semptomlara yönelik girişimlerin etkisini değerlendiren randomize çalışmaların yapılması, hastaların kısa ve uzun dönem deneyimlerinin kalitatif araştırmalarla açıklığa kavuşturulması önerilir.

VII. KAYNAKÇA

KİTAPLAR

BRIERLEY JD, GOSPODAROWICZ MK, WITTEKIIND C. (2017). "TNM Classification of Malignant Tumours. 8th ed. Chichester", **Wiley Blackwell**, England.

ERDOĞAN, S., NAHÇİVAN, N., & ESİN, M. N. (2020). "Hemşirelikte Araştırma" İstanbul: **Nobel Tıp Kitabevi.**

EORTC QLQ-C30 Scoring Manual.3. Edition. ISBN 2-9300 64-22-6. EORTC Data Center. Brussels, BELGIUM. https://www.eortc.org/app/uploads/sites/2/2018/02/SCmanual.pdf.

SINGER S, AMDAL CD, HAMMERLİD E, TOMASZEWSKA IM, CASTRO SİLVA J, MEHANNA H, SANTOS M, INHESTERN J, BRANNAN C, YAROM N, FULLERTON A, PİNTO M, ARRARAS JI, KİYOTA N, BONOMO P, SHERMAN AC, BAUMANN I, GALALAE R, FERNANDEZ GONZALEZ L, NİCOLATOU-GALİTİS O, ABDEL-HAFEEZ Z, RABER-DURLACHER J, SCHMALZ C, ZOTTİ P, BOEHM A, HOFMEİSTER D, KREJOVİC TRİVİC S, LOO S, CHİE WC, BJORDAL K, BROKSTAD HERLOFSON B, GRÉGOİRE V, LİCİTRA L; **EORTC QLQ- HN43Scoring Manual**. on behalf of the EORTC Quality of Life and the **EORTC Head and Neck Cancer Groups.** Head Neck. 2019, 41(6), 1725-1737.

KIROĞLU, M., YİĞİT, Ö., KELEŞ, E., & KARA, O. (2018). "Kulak Burun Boğaz Ve Baş Boyun Cerrahisi Uzmanlık Eğitimi, Kaynak Kitap- 1", **Türk Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Derneğ**i, ss. 666-675.

ÜNÜR M. & ONUR Ö. (2003). "Ağız Hastalıklarının Teşhis ve Tedavisi", **İstanbul: Quintessence Yayıncılık,** sayı 45, ss. 61-63, (kitap)

ÖNERCİ, M. (2021). “Türkiye'de Baş ve Boyun Kanserleri Epidemiyolojisi”, **Kulak Burun Boğaz Baş Boyun Cerrahisi,** ss. 1-19, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara.

ÖNERCİ, M. (2021). “Türkiye'de Baş ve Boyun Kanserleri Epidemiyolojisi”, **Kulak Burun Boğaz Baş Boyun Cerrahisi,** ss. 23-27, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara.

ŞAKALAR, E. (2019). “Baş Boyun Tümörlerinde Epidemiyoloji ve Etyopatogenez”, **Baş Boyun ve Santral Sinir Sistemleri Tümörleri**, s.(1-8). Akademisyen Kitabevi.

MAKALELER

AARONSON, N. K., AHMEDZAI, S., BERGMAN, B., BULLINGER, M., CULL, A., DUEZ, N. J., FILIBERTI, A., FLECHTNER, H., FLEISHMAN, S. B., & DE HAES, J. C. (1993). “The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology”, **Journal of the National Cancer Institute**, vol. 85, pp. 365-376.

AKKAŞ, E. A., YÜCEL, B., KILIÇKAP, S., BABACAN, N. A., & ALTUNTAŞ, E. (2013). “Baş boyun kanserli hastalarda tedavi sonuçları ve prognostik faktörler”, **Cumhuriyet Tıp Dergisi** cilt 35, ss. 66-75.

AKYOL, A. D. (1993). “Yaşam Kalitesi Ve Yaklaşımları”, **Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi**, sayı: 9, cilt: 2, ss: 75-80.

AMIN, M. B., GREENE, F. L., EDGE, S. B., COMPTON, C. C., GERSHENWALD, J. E., BROOKLAND, R. K., MEYER, L., GRESS, D. M., BYRD, D. R., & WİNCHESTER, D. P. (2017).” The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more "personalized" approach to cancer staging”, **CA: a cancer journal for clinicians**, vol 67, no 2, pp. 93–99.

ANDERSON, M. S., & JOHNSON, J. (1994). "Restoration of body image and self-esteem for women after cancer treatment: a rehabilitative strategy", **Cancer practice,** vol 2, no 5, pp. 345–349.

APLAK, B., MALKOC, M., GELECEK, N., & MEHMET, S., (2007). "Quality of life of Turkish patients with head and neck cancer", **Turkish Journal of Cancer**, vol 37, no.4, pp. 129-136.

ASLAN, M., & CİCEK, M. T. (2021). A comparative analysis of long-term life qualities of head and neck cancer (nasopharyngeal, hypopharyngeal and laryngeal cancers) patients who were treated with the intensity-modulated radiation therapy (IMRT): **Expectations and outcomes. Medicine**, 10(4), 1474-80.

BARAKAT, L. P., GALTIERI, L. R., SZALDA, D., AND SCHWARTZ, L. A. (2016). "Assessing the psychosocial needs and program preferences of adolescents and young adults with cancer", **Support Care Canc**. Vol 24, pp. 823-832.

BERTHILLER, J., STRAIF, K., AGUDO, A., AHRENS, W., BEZERRA DOS SANTOS, A., BOCCIA, S., ... LEE, Y.C.A. (2016). "Low frequency of cigarette smoking and the risk of head and neck cancer in the INHANCE consortium pooled analysis", **International journal of epidemiology,** vol 45 no 3, pp. 835-845

BESER N, ÖZ F. (2003). "Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon Düzeyleri ve yaşam kalitesi", **C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi** cilt 7, ss. 47-58.

BHARDWAJ T. (2021). "Quality of Life of Head and Neck Cancer Patients: Psychosocial Perspective using Mixed Method Approach", *Indian journal of palliative care*, vol: *27*(2), pp: 291–298.

BLASCO, M. A., CORDERO, J., & DUNDAR, Y. (2020). "Chronic Pain Management in Head and Neck Oncology", **Otolaryngologic clinics of North America**, vol 53, no 5, pp. 865–875.

BOSETTI, C., GALLUS, S., TRICHOPOULOU, A., TALAMINI, R., FRANCESCHİ, S., NEGRI, E., & LA VECCHİA, C. (2003).

"Influence of the Mediterranean diet on the risk of cancers of the upper aerodigestive tract", **Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers,** vol 12 no 10, pp. 1091-1094.

BRAY, F., LAVERSANNE, M., SUNG, H., FERLAY, J., SIEGEL, R.L. SOERJOMATARAM, I., & JEMAL, A. (2024). "Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", **CA: a cancer journal for clinicians**, vol *74*(3),pp: 229-263.

BRISSOS, S., MOLODYNSKI, A., DİAS, V. V., & FIGUEIRA, M. L. (2011). "The importance of measuring psychosocial functioning in schizophrenia", **Annals of general psychiatry,** vol10, no 18.

BJORDAL, K., DE GRAEFF, A., FAYERS, P. M., HAMMERLID, E., VAN POTTELSBERGHE, C., CURRAN, D., AHLNER-ELMQVIST, M., MAHER, E. J., MEYZA, J. W., BRÉDART, A., SODERHOLM, A. L., ARRARAS, J. J., FEINE, J. S., ABENDSTEIN, H., MORTON, R. P., PIGNON, T., HUGUENIN, P., BOTTOMLY, A., & KAASA, S. (2000). "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 of cancer (Oxford, England: 1990**), vol 36(14), pp 1796–1807.

CANKURTARAN, E. S., OZALP, E., SOYGUR, H., OZER, S., AKBIYIK, D. I., & BOTTOMLEY, A.,(2008). "Understandıng The Relıabılıty And Valıdıty Of The Eortc QLQ-C30 İn Turkısh Cancer Patıents", European **journal of cancer care,** vol.17, no.1, pp. 98-104.

CARLSON, L. E., AND BULTZ, B. D. (2003). "Benefits Of Psychosocial Oncology Care: Improved Quality Of Life And Medical Cost Offset**", Health Qual. Life Outcomes**, Vol 1(8).

CASH, T. F. (2012). "Body image a handbook of theory, research, and clinical Practice", NewYork, **NY: GuilfordPress.**

CELLA D. F. (1992). "Quality of life: the concept", **Journal of palliative care**, vol 8(3), pp. 8–13.

CENGIZ M, OZYAR E, ESASSOLAK M, ALTUN M, AKMANSU M, SEN M, UZEL O, YAVUZ A, DALMAZ G, UZAL C, HICSONMEZ A, SARIHAN S, KAPLAN B, ATASOY BM, ULUTıN C, ABACIOGLU U, DEMIRAL AN, HAYRAN M. (2005). " Assessment of quality of life of nasopharyngeal carcinoma patients with EORTC QLQ-C30 and H&N-35 modules". **Int J Radiat Oncol Biol Phys**. vol: 63(5), pp: 1347-53.

CHANG, J.S., LO, H.I., WONG, T.Y., HUANG, C.C., LEE, W.T., TSAI, S.T., YANG, M.W. (2013). "Investigating the association between oral hygiene and head and neck cancer", **Oral Oncology**, cilt 49 sayı 10, ss. 1010-1017.

CHAUKAR DA., WALVEKAR, RR., DAS, AK., DESHPANDE, MS., PAI, PS., CHATURVEDI, P., KAKADE, A., D'CRUZ, AK. (2009). "Quality of life in head and neck cancer survivors: across-sectional survey", **American Journal of Otolaryngology**, vol 30, no 3, pp. 176-80.

CHIEN, Y. C., CHEN, J. Y., LİU, M. Y., YANG, H. I., HSU, M. M., CHEN, C. J., & YANG, C. S. (2001). "Serologic markers of Epstein-Barr virus infection and nasopharyngeal carcinoma in Taiwanese men", **The New England journal of medicine,** vol345 no 26, pp. 1877–1882.

CHOI, J.D., & LEE, J.S. (2013). "Interplay between epigenetics and genetics in cancer", **Genomics & informatics**, vol 11, no 4, pp. 164.

COHEN, J.I. (2000). "Epstein–Barr virus infection", **New England Journal of Medicine**, vol 343, no 7, pp. 481-492.

CRAMER, J. D., BURTNESS, B., LE, Q. T., & FERRIS, R. L. (2019). "The changing therapeutic landscape of head and neck cancer", **Nature reviews. Clinical oncology, vol** 16, sno 11, pp. 669–683.

CALIBASI KOCAL, G., CAKICI, Ç., TOKSOZ, F., INANÇ SURER, S., ET AL. (2021). "Targeting the tumor metabolism by oxamate potentiates the impact of chemotherapeutics in colorectal cancer cells", **Journal of Basic and Clinical Health Sciences,** vol 5, no 3, pp. 205-212.

D'SOUZA, G., KREIMER, A. R., VISCIDI R., PAWLITA, M., FAKHRY, C., KOCH, W. M., WESTRA, W. H., & GILLISON, M. L. (2007). "Case-control study of human papillomavirus and oropharyngeal cancer", **The New England journal of medicine,** vol 356, no 19, pp. 1944–1956.

DAHILL, A., AL-NAKISHBANDI, H., CUNNINGHAM, K. B., HUMPHRIS, G. M., LOWE, D., & ROGERS, S. N. (2020). "Loneliness and quality of life after head and neck cancer", **The British journal of oral & maxillofacial surgery,** vol 58 no 8, pp. 959–965.

DE BOER MF, MCCORMICK LK, PRUYN JFA, RYCKMAN RM. (1999). "Physical and psychosocial correlates of head and neck cancer: Areview of the literatüre", **Otolaryngology--head and neck surgery: official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery,** vol 120, no 3, pp. 427–436.

DE SANJOSÉ, S., SERRANO, B., TOUS, S., ALEJO, M., LLOVERAS, B., QUIRÓS, B., CLAVERO, O., VIDAL, A., FERRÁNDIZ-PULIDO, C., PAVÓN, M. Á., HOLZINGER, D., HALEC, G., TOMMASINO, M., QUINT, W., PAWLITA, M., MUÑOZ, N., BOSCH, F. X., ALEMANY, L., & RIS HPV TT, VVAP AND HEAD AND NECK STUDY GROUPS (2019). "Burden of Human Papillomavirus (HPV)-Related Cancers Attributable to HPVs 6/11/16/18/31/33/45/52 and 58", **JNCI cancer spectrum**, vol 2, no 4, np 45.

DOUGLAS, C., HEWITT, L., YABE, T. E., MITCHELL, J., & ASHFORD, B. (2023). "Quality of Life Impacts Following Surgery for Advanced Head and Neck Cancer. **World journal of oncology**, vol 14, no 2, pp. 150–157.

DROPKIN M. J. (1999). "Body image and quality of life after head and neck cancer surgery", **Cancer practice**, vol 7, no 6, pp. 309–313.

EPSTEIN, J., ROBERTSON, M., EMERTON, S., PHILIPS, N., STEVENSEN, P. (2001). "Quality of life and oral function in patients treated with radiation therapy for head and neck cancer." **Head&Neck**, vol 23, no 5, pp. 389-398.

EVANS, J. D. (1996). “Straightforward statistics for the behavioral sciences”. **Brooks/Cole.**

FALK DAHL, C. A., REINERTSEN, K. V., NESVOLD, I.-L., FOSSÅ, S. D., AND DAHL, A. A. (2010). “A study of body image in long-term breast cancer survivors”, **Cancer** vol 116, pp. 3549–3557.

FAUL, F., ERDFELDER, E., LANG, A.-G., & BUCHNER, A. (2007). “G*Power3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences”, **Behavior Research Methods**, vol: 39, pp: 175-191.

FAUL, F., ERDFELDER, E., BUCHNER, A., & LANG, A.-G. (2009). “Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses”, **Behavior Research Methods**, vol: 41, pp: 1149-1160.

FERLAY, J., COLOMBET, M., SOERJOMATARAM, I., MATHERS, C., PARKIN, D. M., PIÑEROS, M., ZNAOR, A., & BRAY, F. (2019). “Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods”, **International journal of cancer,** vol 144, no 8, pp. 1941–1953.

FERLAY J, ERVIK M, LAM F, LAVERSANNE M, COLOMBET M, MERY L, PIÑEROS M, ZNAOR A, SOERJOMATARAM I, BRAY F (2024). “Global Cancer Observatory: Cancer Today”, **International Agency for Research on Cancer**.

GARG, S., YOO, J., & WINQUIST, E. (2010). “Nutritional support for head and neck cancer patients receiving radiotherapy: a systematic review”, **Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer**, vol 18 no 6, pp. 667–677.

GILONY D, GİLBOA D, BLUMSTEIN T, MURAD H, TALMI YP, KRONENBERG J, WOLF M. (2005). “Effects of Tracheostomy on Well-being and Body-İmage Perceptions”, **Otolaryngology-Head and Neck Surgery**, vol 133, pp. 366-371.

GOVENDER, R., SMITH, C. H., TAYLOR, S. A., BARRATT, H., & GARDNER, B. (2017). “Swallowing interventions for the treatment of dysphagia after head and neck cancer: a systematic review of behavioural strategies used to promote patient adherence to swallowing exercises”, **BMC cancer**, vol 17, no 1, pp. 43.

GUPTA, B., BRAY, F., KUMAR, N., & JOHNSON, N.W. (2017). “Associationsbetween oral hygiene habits, diet, tobacco and alcohol and risk of oral cancer: a case–control study from India”, **Cancer epidemiology**, vol 51, pp. 7-14

GUZELANT, A., GOKSEL, T., OZKOK, S., TASBAKAN, S., AYSAN, T., & BOTTOMLEY, A. (2004). “The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: an examination into the cultural validity and reliability of the Turkish version of the EORTC QLQ-C30”, ***European journal of cancer care***, vol 13, no 2, 135-144.

HAN, J., GROTHUESMANN, D., NEİSES, M., HİLLE, U., AND HİLLEMANNS, P. (2009). “Quality of life and satisfaction after breast cancer operation”, Arch. Gynecol. Obstetr. Vol 282, pp. 75–82.

HASKINS, C. P., CHAMP, C. E., MILLER, R., & VYFHUIS, M. A. L. (2020). “Nutrition in Cancer: Evidence and Equality”, **Advances in radiation oncology**, vol 5 no 5, pp. 817– 823.

HASSANEIN KA, MUSGROVE BT, BRADBURY E.(2001). “Functional status of patients with oral cancer and its relation to style of coping, social support and psychological status”, **The British journal of oral & maxillofacial surgery**, vol 39, no 5, pp. 340.

HUTCHESON, K. A., NURGALIEVA, Z., ZHAO, H., GUNN, G. B., GIORDANO, S. H., BHAYANI, M. K., LEWIN, J. S., & LEWIS, C. M. (2019). “Two-year prevalence of dysphagia and related outcomes in head and neck cancer survivors: An updated SEER-Medicare analysis”, **Head & neck**, vol 41, no 2, pp. 479–487.

JAVED, F., & WARNAKULASURIYA, S. (2016). “Is there a relationship between periodontal disease and oral cancer? A systematic review of

currently available evidence", **Critical reviews in oncology/hematology**, vol 97, pp. 197-205.

JOHNSON, D. E., BURTNESS, B., LEEMANS, C. R., LUI, V. W. Y., BAUMAN, J. E., & GRANDIS, J. R. (2020). "Head and neck squamous cell carcinoma", **Nature reviews. Disease primers,** vol 6, no 1, pp. 92.

JOHANSSON M, RYDÉN A, FINIZIA C. (2008). "Self evaluation of communication experiences after laryngeal cancer- a longitudinal questionnaire study in patients with laryngeal cancer", **BMC Cancer**, vol 8.

JUHL, A. A., DAMSGAARD, T. E., O'CONNOR, M., CHRİSTENSEN, S., AND ZACHARİAE, R. (2017). "Personality traits as predictors of quality of life and body image after breast reconstruction", Plastic Reconstruct. Surg. Glob. Vol 5 np. 1341

KAO, N. H., IYER, G., CHUA, A. F. S., & NAGADIA, R. H. (2021). "Early Quality of Life Outcomes In Head And Neck Cancer Survivors With EORTC QLQ-C30 And EORTC QLQ-HN35 In An Asian Tertiary Center", **Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer**, vol 30, no 5, pp. 4537–4546.

KERAWALA, C., ROQUES, T., JEANNON, J. P., & BISASE, B. (2016). "Oral cavity and lip cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines", **TheJournal of laryngology and otology,** vol 130, no 2, pp. 83–89.

KIRCA K, KUTLUTÜRKAN S. (2018) "Baş-Boyun Kanserlerinde Radyoterapiye Bağlı Gelişen Erken ve Geç Dönemdeki Semptomların Kontrolü", **Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,** sayı 2, ss.110–117.

KIZILCI S. (1999). "Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler", **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, cilt 3 sayı 2, ss. 18-26.

KOÇ, B. Ö., GÜLER, Ö., & YÜCENS, B. (2021). "Akciğer, Kolorektal Ve Baş Boyun Kanseri Olan Hastalarda Anksiyete, Depresyon Ve İntihar Olasılığı", **Kocatepe Tıp Dergisi**, cilt 22, sayı1, ss. 21-28.

KORSTEN, L. H. A., JANSEN, F., DE HAAN, B. J. F., SENT, D., CUIJPERS, P., LEEMANS, C. R., & VERDONCK-DE LEEUW, I. M. (2019). "Factors associated with depression over time in head and neck cancer patients: A systematic review", **Psycho-oncology**, vol 28, no 6, np 1159–1183.

KÖMÜRCÜ, S. (2004). "Baş ve Boyun Kanserli Hastalarda Ağrı Sorunu", **Journal of Ear Nose Throat and Head Neck Surgery,** cilt 12 sayı 2.

KYAW, J. Y. A., RENDALL, A., GİLLESPİE, E. F., ROQUES, T., COURT, L., LIEVENS, Y., TREE, A. C., FRAMPTON, C., & AGGARWAL, A. (2023). "Systematic Review and Meta-analysis of the Association Between Radiation Therapy Treatment Volume and Patient Outcomes", **International journal of radiation oncology, biology, physics,** vol 117, no 5, pp. 1063–1086.

LANG, H., FRANCE, E., WİLLİAMS, B., HUMPHRIS, G., & WELLS, M. (2013). "The psychological experience of living with head and neck cancer: a systematic review and meta-synthesis", **Psycho-oncology**, vol 22, no 12, pp. 2648–2663.

LARSSON, M., HEDELIN, B., ATHLIN, E. (2007). "A supportive nursing care clinic: conceptions of patients with head and neck cancer", **European Journal of Oncology Nursing,** vol 11, no 1, pp. 49-59.

LARSSON, M., HEDELIN, B., ATHLIN, E. (2007). "Needing a hand to hold: lived experiences during the trajectory of care for patients with head and neck cancer treated withradiotherapy", **Cancer Nursing,** vol 30, no 4, pp. 324-34.

LATIFI, Z., SOLTANI, M., & MOUSAVI, S. (2020). "Evaluation of the effectiveness of self healing training on self-compassion, body image concern, and recovery process in patients with skin cancer". **Complementary therapies in clinical practice**, vol 40.

LEEMANS, C. R., SNIJDERS, P. J. F., & BRAKENHOFF, R. H. (2018). “The molecular landscape of head and neck cancer. Nature reviews”, **Cancer,** vol 18, no 5, pp. 269–282.

LI, C. C., & REW, L. (2010). “A feminist perspective on sexuality and body image infemales with colorectal cancer: an integrative review”, **Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society,** vol 37, no 5, pp. 519–525.

LI, Q., TIE, Y., ALU, A., MA, X., & SHI, H. (2023). “Targeted therapy for head and neck cancer: signaling pathways and clinical studies”, **Signal transduction and targeted therapy,** vol 8, no 1, pp. 31.

LUND, V. J., CLARKE, P. M., SWIFT, A. C., MCGARRY, G. W., KERAWALA, C., CARNELL, D. (2016). “Nose and paranasal sinus tumours: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines”, **The Journal of laryngology and otology,** vol 130, no 2, pp. 111–118.

LONG SA, D’ANTONİO LL, ROBINSON EB, ZIMMERMAN G, PETTI G, CHONKICH G. (1996). “Factors related to quality of life and functional status in 50 patients with head and neck cancer”, **Laryngoscope** vol 106, no 9, pp. 1084-1088.

MARUR, S., & FORASTIERE, A. A. (2008). “Head and neck cancer: changing epidemiology, diagnosis, and treatment”, **Mayo Clinic proceedings**, vol 83, no 4, pp. 489–501.

MAUSBACH, B. T., DECASTRO, G., SCHWAB, R. B., TİAMSON-KASSAB, M., AND IRWıN, S. A. (2020). “Healthcare use and costs in adult cancer patients with anxiety and depression”, Depression Anxiety vol 37, pp. 908–915.

MATHIESON CM, LOGON-SMITH L, PHILLIPS J, MACPHEE M, ATTA E.L. (1996). “Caring for head and neck oncology patients. Does social support lead to better quality of life?”, **Canadian Family Physician** vol 42, pp. 1712-1720.

MELISSANT, H. C., JANSEN, F., EERENSTEIN, S. E., CUIJPERS, P., LAAN, E., LISSENBERG-WITTE, B. I., SCHUIT, A. S., SHERMAN, K. A., LEEMANS, C. R., VERDONCK-DE LEEUW, I. M. (2020). "Body image distress in head and neck cancer patients: what are we looking at", **Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer**, vol 29, no 4, pp. 2161–2169.

MENINGAUD, J. P., BENADIBA, L., SERVANT, J. M., HERVE, C., BERTRAND, J. C., &PELICIER, Y. (2003). "Depression, anxiety and quality of life: outcome 9 months after facial cosmetic surgery", **Journal of cranio-maxillo-facial surgery: official publication of the European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery,** vol 31, no1, pp. 46–50.

MUHANDIRAMGE, J., ORCHARD, S., HAYDON, A., & ZALCBERG, J. (2021). "The acceleration of ageing in older patients with cancer", **Journal of geriatric oncology**, vol 12, no3.

MULLER R, PANEFF J, KOLLNER V, KOCH R. (2001)." Qualityof life of patients with laryngeal carcinoma: a post-treatment study", **European archives of oto-rhino-laryngology: official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology-Head and Neck Surgery**, vol 258, no 6, pp. 276–280.

MURPHY, B. A., RIDNER, S., WELLS, N., & DIETRICH, M. (2007). "Quality of life research in head and neck cancer: a review of the current state of the science", **Critical reviews in oncology/hematology,** vol 62, no 3, pp. 251–267.

NAKARADA-KORDIC, I., PATTERSON, N., WRAPSON, J., & REAY, S. D. (2017). "A Systematic Review of Patient and Caregiver Experiences with a Tracheostomy", **The patient,** vol 11, no2, pp. 175–191.

NUND, R. L., WARD, E. C., SCARINCI, N. A., CARTMILL, B., KUPERS, P., & PORCEDDU, S. V. (2014). "The lived experience of dysphagia following non-surgical treatment for head and neck

cancer", **International journal of speech-language pathology,** vol 16, no 3, pp. 282–289.

OUWENS, M. M., HERMENS, R. R., HULSCHER, M. M., MERKX, M. A., VAN DEN HOOGEN, F. J., GROL, R. P., WOLLERSHEIM, H. C., & MARRES, H. A. (2009). "Impact of an integrated care program for patients with head and neck cancer on the quality of care", **Head & neck,** vol 31, no 7, pp. 902–910.

PALMER, A. D., CARDER, P. C., WHITE, D. L., SAUNDERS, G., WOO, H., GRAVILLE, D. J., & NEWSOM, J. T. (2019). "The Impact of Communication Impairments on the Social Relationships of Older Adults: Pathways to Psychological Well-Being", **Journal of speech, language, and hearing research: JSLHR**, vol 62, no 1, pp. 1–21.

PATERSON, C. L., LENGACHER, C. A., DONOVAN, K. A., KİP, K. E., & TOFTHAGEN, C. S. (2016). "Body image in younger breast cancer survivors**", Cancer Nursing**, vol 39, no 1, pp. 39-58.

PATTERSON, J. M., MCCOLL, E., CARDİNG, P. N., & WİLSON, J. A. (2018). "Swallowing beyond six years post (chemo)radiotherapy for head and neck cancer; a cohort study", **Oral oncology**, vol 83, pp. 53–58.

PEZDIREC, M., STROJAN, P., & BOLTEZAR, I. H. (2019). "Swallowing disorders after treatment for head and neck cancer", **Radiology and oncology,** vol 53, no 2, pp. 225–230.

PINAR, T., & AKDUR, R. (1999). "Baş-Boyun Tümörleri Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri", Türk **Hematoloji Onkoloji Dergisi,** cilt 9, sayı 1, ss. 46-54.

PINAR, T., AKDUR, R., & TUNÇBİLEK, A. (2001). "Sigaranın Baş Boyun Tümörleri Etyolojisindeki Rolü", **K.B.B. ve BBC Dergisi**, cilt 9, sayı 2, ss .88-92.

PINAR, G., ALGIER, L., ÇOLAK, M., & AYHAN, A. (2008). "Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi", **International Journal of Hematology & Oncology / UHOD: Uluslararasi Hematoloji Onkoloji Dergisi**, cilt *18*, sayı 3.

RABER-DURLACHER, J. E., BRENNAN, M. T., VERDONCK-DE LEEUW, I. M., GIBSON, R. J., EILERS, J. G., WALTIMO, T., BOTS, C. P., MICHELET, M., SOLLECITO, T. P., ROULEAU, T. S., SEWNAİK, A., BENSADOUN, R. J., FLIEDNER, M. C., SİLVERMAN, S., JR, & SPIJKERVET, F. K. (2012). "Swallowing dysfunction in cancer patients", **Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer,** vol 20, no 3, pp. 433–443.

RAMIREZ MJF, FERRIOL EE, DOMENECH FG, LLATAS MC, VARELA MMS, MARTİNEZ RL. (2003). "Psyhosocial adjustment in patients surgically treated for Laryngeal Cancer", Otolaryngology**--head and neck surgery: official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck**, vol 129, pp. 92-97.

REID BC, ALBERG AJ, KLASSEN AC, SAMET JM, ROZIER RG, GARCIA I, WİNN DM. (2001). "Comorbidity and survival of elderly head and neck carcinoma patients", **Cancer,** vol 92, no 8, pp. 2109–2116.

RENEHAN, A. G., TYSON, M., EGGER, M., HELLER, R. F., & ZWAHLEN, M. (2008). "Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies", **Lancet (London, England),** vol 371, no 9612, pp. 569–578.

RHOTEN, BA. (2016). "Head and Neck Cancer and Sexuality: A Review of the Literature", **Cancer Nursing**, vol 39, no 4, pp. 313–320.

RHOTEN, B. A., MURPHY, B., & RIDNER, S. H. (2013). "Body image in patients with head and neck cancer: a review of the literature", **Oral oncology**, vol 49, no 8, pp. 753-760.

ROE, J. W., DRINNAN, M. J., CARDING, P. N., HARRINGTON, K. J., & NUTTING, C. M. (2014). "Patient-reported outcomes following parotid-sparing intensity-modulated radiotherapy for head and neck cancer. How important is dysphagia?", **Oral oncology**, vol 50, no 12, pp. 1182–1187.

ROMAN, B. R., & ARAGONES, A. (2021). “Epidemiology and incidence of HPV-related cancers of the head and neck”, **Journal of surgical oncology**, vol 124, no 6, pp. 920- 922

ROSENQUIST, K., WENNERBERG, J., SCHILDT, E. B., BLADSTROM, A., GORAN HANSSON, B., & ANDERSSON, G. (2005). “Oral status, oral infections and some lifestyle factors as risk factors for oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma”, **A population-based case-control study in southern Sweden. Acta oto-laryngologica,** vol 125, no 12, pp. 1327–1336.

ROSSEN, P., PEDERSEN, A. F., ZACHARIAE, R., AND VON DER MAASE, H. (2012). “Sexuality and body image in long-term survivors of testicular cancer”, **Eur. J. Cancer,** vol 48, pp. 571–578.

SACERDOTI, R. C., LAGANA’, L., AND KOOPMAN, C. (2010).“Altered sexuality and body image after gynecological cancer treatment: how can psychologists help?”, **Profess. Psychol. Res. Pract.** Vol 41, pp. 533–540.

SHUNMUGA SUNDARAM, C., DHILLON, H. M., BUTOW, P. N., SUNDARESAN, P., & RUTHERFORD, C. (2019). “A systematic review of body image measures for people diagnosed with head and neck cancer (HNC)”. **Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer,** vol 27, no 10, pp. 3657–3666.

SIMO, R., ROBINSON, M., LEİ, M., SIBTAIN, A., & HICKEY, S. (2016). “Nasopharyngeal carcinoma: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines”, **The Journal of laryngology and otology,** vol 130, no 2, pp. 97–103.

SINGER, S., ARAÚJO, C., ARRARAS, J. I., BAUMANN, I., BOEHM, A., BROKSTAD HERLOFSON, B., ... & EORTC QUALİTY OF LİFE AND THE EORTC HEAD AND NECK CANCER GROUPS. (2015a). Measuring quality of life in patients with head and neck cancer: Update of the EORTC QLQ-H&N Module, Phase III. **Head & neck,** 37(9), 1358-1367.

SINGER S, AMDAL CS, HAMMERLİD E, TOMASZEWSKA IM, SILVA JC, MEHANNA H.S, SANTOS M, INHESTERN J, BRANNAN C, YAROM N, FULLERTON A, PİNTO M, ARRARAS J.I, KİYOTA N, BONOMO P, SHERMAN A.C, BAUMANN I, GALALE R, GONZALEZ L.F, NİCOLATUAN-GALITIS O, ABDEL-HAFEZ Z, RABER-DURLACHER J, SCHMALZ C, ZOTTİ P, BOEHM A, DİPL-PSYCH D.H, TRİVİC S.K, LOO S, CHIE W-C, BJORDAL K, HERLOFSON B.B, GREGOİRE V, LİCİTRA L. (2019b). "International validation of the revised European Organisation for Research and Treatment of Cancer Head and Neck Cancer Module, the EORTC QLQ-HN43: Phase IV", **Head & Neck,** vol 41, pp. 1725–1737.

SINGLETON, N., BUMPSTEAD, R., O'BRIEN, M., LEE, A., & MELTZER, H. (2003). "Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000", **International review of psychiatry (Abingdon, England),** vol 15, no 1-2, pp. 65–73.

SONG, L., PANG, Y., ZHANG, J., & TANG, L. (2021). "Body image in colorectal cancer patients: A longitudinal study." **Psycho-oncology**, vol 30, no 8, pp. 1339–1346.

SUNG, H., FERLAY, J., SİEGEL, R. L., LAVERSANNE, M., SOERJOMATARAM, I., JEMAL, A., & BRAY, F. (2021). "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries", **CA: a cancer journal for clinicians,** vol 71 no 3, pp. 209–249.

SURMEN, M. G., SURMEN, S., ALI, A., MUSHARRAF, S. G., & EMEKLI, N. (2020). "Phosphoproteomic strategies in cancer research: a minireview", **The Analyst,** vol 145 no 22, pp. 7125–7149.

TAS A, YAGIZ R, KARASALIHOĞLU AR, KOTEN M, ADALI MK, UZUN C. (2004). "Assessment of quality of life in patients with laryngeal cancer after surgical treatment", **Kulak Burun Bogaz Ihtisas Dergisi**, vol 12, no 2, np 84-90. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016.

TESTA, M. A., & SIMONSON, D. C. (1996). “Assessment of quality-of-life outcomes”, **The New England journal of medicine**, vol 334, no 13, pp. 835–840.

TUNALI AKBAY, T., YARAT, A., CELKAN, T., AKYUZ, S., ET AL. (2014). “Salivary Thromboplastic Activity in Children with Cancer”, **Marmara Dental Journal**, vol 1, no 2, pp. 67-70.

TÜZÜN, E. H., & EKER, L. (2003). “Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi”, **Sağlık ve Toplum**, cilt 13, sayı 2, ss. 3-8.

UNSAL, D., MENTEŞ, B., AKMANSU, M., UNER, A., OĞUZ, M., PAK, Y. (2006). “Evaluation of nutritional status in cancer patients receiving radiotherapy: A prospective study”, **American Journal of Clinical Oncology**, vol 29, no 2, pp. 183-188.

ÜÇEBAKAN, N. N., & ALİM, N. E. (2021). “Baş ve Boyun Kanserlerinde Risk Faktörleri ve Beslenme”, **Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, cilt 1, sayı 1, ss. 54-66.

VANI, M. F., LUCIBELLO, K. M., TRINH, L., SANTA MINA, D., AND SABISTON, C.M. (2021). “Body image among adolescents and young adults diagnosed with cancer: A scoping review”, **Psycho Oncology**, vol 30, pp. 1278–1293.

WAGHMARE, C.M., PAWAR, H.J., & BHALWAR, R. (2024). “Quality of Life before and after Radiotherapy in Head and Neck Squamous Cell Cancer Patients Measured Using an Updated Head-Neck Specific EORTC QLQ-H&N43 at a Rural Tertiary Cancer Care Center”, **South Asian Journal of Cancer.**

VERDONCK-DE LEEUW, I. M., BUFFART, L. M., HEYMANS, M. W., RIETVELD, D. H., DOORNAERT, P., DE BREE, R., BUTER, J., AARONSON, N. K., SLOTMAN, B. J., LEEMANS, C. R., & LANGENDİJK, J. A. (2014). “The course of health-related quality of life in head and neck cancer patients treated with chemoradiation: a prospective cohort study”, **Radiotherapy and oncology: journal of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology,** vol 110, no 3, pp. 422–428.

VICTORIA L. ALLGAR, STEVEN E. OLIVER, HONG CHEN, OSARETTIN OVIASU, MIRIAM J. JOHNSON & UNA MACLEOD (2019). “Time intervals from first symptom to diagnosis for head and neck cancers: An analysis of linked patient reports and medical record from the UK”, **Cancer Epidemiology,** vol. 59, pp. 37-45.

VIET CT, SCHMİDT BL. (2012). “Biologic mechanisms of oral cancer pain andcimplications for clinical therapy”, **Journal of dental research,** vol 91, no 5, pp. 447–453.

WHITE C. A. (2000). “Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioural model.” **Psycho-oncology**, vol 9, no 3, pp. 183–192

YE, Y., JENSEN, D. D., VIET, C. T., PAN, H. L., CAMPANA, W. M., AMIT, M., & BOADA, M. D. (2022). “Advances in Head and Neck Cancer Pain”, **Journal of dental research,** vol 101, no 9, pp.1025–1033.

YEŞİLBALKAN Ö.U, AKYOL A.D, ÇETİNKAYA, ALTIN T, ÜNLÜ D. (2005). “Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi”, **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,** sayı 21, ss. 13-31.

YUCESARI, S., BEDUK ESEN, Ç. S., YUCE, D., CENGIZ, M., OZYIGIT, G., & YAZICI, G., (2020). “Validation of the EORTC-QLQ-HN35 Questionnaire in Turkish Head and Neck Cancer Patients”, **Turk Onkolojı Dergısı-Turkısh Journal Of Oncology**, vol.35, no.2, 144-149.

ZHANG, Y., FAKHRY, C., & D'SOUZA, G. (2021). “Projected Association of Human Papillomavirus Vaccination With Oropharynx Cancer Incidence in the US, 2020 2045”, **JAMA oncology**, vol 7, no 10.

ZIEGLER L, NEWELL R, STAFFORD N, LEWIN R. (2004). “A literature review of head and neck cancer patients information needs. experiences and views regarding decision-making", **European Journal Of Cancer**, vol 13, no 119, pp. 126.

TEZLER

DOĞAN, E. (2023). "Baş, Boyun Kanserleri ve Tedavi Stratejilerinin HPV ile İlişkisinin in Vitro Araştırılması Yayımlanmamış doktora tezi", **Dokuz Eylül Üniversitesi**.

ÖZYILKAN, Ö. (2004). "Kanser hastalarında yaşam kalitesinin önemi", **Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Doktora** Tezi, Ankara.

YURTSEVER D. (2022). Radyoterapi Alan Bşm Boyun kanserli hastalara verilen eğtimin semptomlara ve yaşam kalitesine etkisi. **Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Hemşirelik Doktora Programı**. Doktorta Tezi. Gaziantep. YOK- Tez No: 720 850.

İNTERNET SİTELERİ

Spearman's correlation.pdf. www.statstutor.ac.uk

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2024). "WHOQOL: Measuring Quality of Life 2024", **Geneva: World Health Organization**

WORLD HEALTH ORGANIZATION, International Agency For Reearch on Cancer, Global Cancer Obzervotary, Cancer Today. **TÜRKIYE** Globocan 2022. https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/792-turkiye-fact-sheet.pdf

EKLER

Ek 1: Baş Boyun Kanserli Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Bilgi Formu

1. Yaşınız nedir ?
2. Boy ve kilonuz nedir? …….....BKI:……
3. Cinsiyetiniz nedir? a) Kadın b) Erkek
4. Medeni durumunuz nedir ? a) Bekar b) Evli
5. Eğitim durumunuz nedir ?

a) Okur yazar değil b) Okur yazar c) İlkokul d) Lise e)Lisans ve üzeri

6. Mesleğiniz nedir?

a) Çalışmıyor b) Çalışıyor (……)

7. Size göre gelir durumunuz nasıldır?

a) Gelir giderden fazla b) Gelir gidere denk c) Gider gelirden fazla

8. Kimlerle yaşıyorsunuz?

a. Yalnız b) Eş c) Eş ve çocuklar d) Diğer

9. Sigara kullanıyor musunuz?

a)Hayır b) Evet

10. Alkol kullanıyor musunuz?

a) Hayır b) Evet

11. Kronik rahatsızlığınız var mı?

Tıbbi Kayıtlarından Elde Edilecektir?

12. Tıbbi tanısı:
13. Tıbbi Tanı koyulma süresi:

14. Tedavi:

a) Cerrahi tedavi;

b) Radyoterapi

c) Kemoterapi

d) Cerrahi+Radyoterapi

e) Cerrahi+Kemoterapi

f) Cerrahi+Kemoterapi+Radyoterapi

15. Post-operatif dönem kaçını gün /ay.....

Ek 2: Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği-30 (EORTC QLQ-C30)

Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği-30 (EORTC QLQ-C30-*versiyon 3.0)*

Size aşağıda sağlığınız hakkında bazı sorular verilmiştir. Soruların "doğru" veya "yanlış" yanıtları yoktur. Lütfen soruların tamamını okuyunuz ve cevabınıza uygun olan rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Verdiğiniz cevaplar kesinlikle gizli kalacaktır. Teşekkür ederiz.

EORTC QLQ-C30 Ölçek Maddeleri		Değerlendirme			
		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1.	Ağır bir alış veriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	1	2	3	4
2.	Uzun bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	1	2	3	4
3.	Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4.	Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5.	Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
6.	İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7.	Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8.	Geçtiğimiz hafta boyunca	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
9.	Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
10.	Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
11.	Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
12.	Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
13.	Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
14.	İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
15.	Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
16.	Kustunuz mu?	1	2	3	4
17.	Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
18.	İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
19.	Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
20.	Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
21.	Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
22.	Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
23.	Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
24.	Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
25.	Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
26.	Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
27.	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz aile yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28.	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz sosyal aktivitelerinize engel	1	2	3	4

oluşturdu mu?				
Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular için 1 ila 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız

29. Geçen haftaki sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

Çok kötü 1 2 3 4 5 6 7 Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

Çok kötü 1 2 3 4 5 6 7 Mükemmel

Ek 3: Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Baş Boyun Modülü 43 (EORTC QLQ-H&N 43)

Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Baş Boyun Modülü 43 (EORTC QLQ-H&N 43)

Hastalar bazen aşağıdaki belirtilerin ya da sorunların olduğunu bildirirler. Lütfen geçtiğimiz hafta zarfında belirti ya da sorunları ne ölçüde yaşadığınızı belirtiniz. Size uyan en iyi cevabın numarasını yuvarlak içine alarak cevaplayınız.

EORTC QLQ-H&N43 Ölçek Maddeleri *		Değerlendirme			
Geçtiğimiz hafta boyunca…		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
31.	1. Ağzınızın içerisinde ağrı hissettiniz mi?	1	2	3	4
32.	2. Çenenizde ağrı hissettiniz mi?	1	2	3	4
33.	3. Ağzınızın içerisinde tahriş oldu mu?	1	2	3	4
34.	4. Boğazınız ağrıdı mı?	1	2	3	4
35.	5. Sıvıları yutmakta sorun yaşadığınız oldu mu?	1	2	3	4
36.	6. Püre haline getirilmiş yiyecekleri yutmakta sorun yaşadığınız oldu mu?	1	2	3	4
37.	7. Katı yiyecekleri yutmakta sorun yaşadığınız oldu mu?	1	2	3	4
38.	8. Bir şeyi yutarken boğazınıza kaçtığı oldu mu?	1	2	3	4
39.	9. Dişlerinizle ilgili bir sorununuz oldu mu?	1	2	3	4
40.	10. Bazı dişlerinizi kaybettiğinizden dolayı sorun yaşadınız mı?	1	2	3	4
41.	11. Ağzınızı geniş bir şekilde açmakta sorunlar yaşadınız mı?	1	2	3	4
42.	12. Ağzınızda kuruma oldu mu?	1	2	3	4
43.	13. Tükürüğünüz, yapış yapış oldu mu?	1	2	3	4
44.	14. Koku alma duyunuzda bir sorun oldu mu?	1	2	3	4
45.	15. Tat alma duyunuzda sorun hissettiniz mi?	1	2	3	4
46.	16. Öksürükle ilgili sorun yaşadığınız oldu mu?	1	2	3	4
47.	17. Ses kısıklığı ile ilgili sorun yaşadığınız oldu mu?	1	2	3	4
48.	18. Dış görünüşünüzle ilgili sorun yaşadığınız oldu mu?	1	2	3	4
49.	19. Hastalık veya tedaviniz nedeniyle kendinizi fiziksel olarak daha az çekici hissettiğiniz oldu mu?	1	2	3	4
50.	20. Vücudunuzdan memnuniyetsizlik duyduğunuz oldu mu?	1	2	3	4
51.	21. Yemek yemede sorun yaşadığınız oldu mu?	1	2	3	4
52.	22. Ailenizin önünde yemek yemede sorun yaşadığınız oldu mu?	1	2	3	4

53.	23. Başka kimselerin önünde yemek yemede sorun yaşadığınız oldu mu?	1	2	3	4
54.	24. Yemeklerinizi beğenmede sorun yaşadığınız oldu mu?	1	2	3	4
55.	25. Diğer kimselerle konuşmakta sorun yaşadığınız oldu mu?	1	2	3	4
56.	26. Telefonda konuşmada sorun yaşadığınız oldu mu?	1	2	3	4
57.	27. Gürültülü bir ortamda konuşmada sorun yaşadığınız oldu mu?	1	2	3	4
58.	28. Açık ve anlaşılır konuşmada sorun yaşadığınız oldu mu?	1	2	3	4
59.	29. Toplum içine çıkmada sorun yaşadığınız oldu mu?	1	2	3	4
60.	30. Cinsel ilişkiye ilginizin azaldığını hissettiğiniz oldu mu?	1	2	3	4
61.	31. Cinsel ilişkiden aldığınız zevk azaldı mı?	1	2	3	4
62.	32. Kolunuzu kaldırmada veya yana doğru hareket ettirmede sorun yaşadığınız oldu mu?	1	2	3	4
63.	33. Omzunuzda ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
64.	34. Boynunuzda şişlik oldu mu?	1	2	3	4
65.	35. Cilt sorunları (örnek: kaşıntı, kuruluk gibi) yaşadığını oldu mu?	1	2	3	4
66.	36. Döküntüleriniz oldu mu?	1	2	3	4
67.	37. Cildinizde renk değişikliği oldu mu?	1	2	3	4
68.	38. Kilonuzun çok düşük olduğu ile ilgili endişe duyduğunuz oldu mu?	1	2	3	4
69.	39. Muayene ve test sonuçları ile ilgili endişe duyduğunuz oldu mu?	1	2	3	4
70.	40. Gelecekteki sağlık durumunuz hakkında endişelendiniz mi?	1	2	3	4
71.	41. Yara iyileşmesi ile ilgili sorun yaşadığınız oldu mu?	1	2	3	4
72.	42. El ve ayaklarınızda karıncalanma veya uyuşukluk oldu mu?	1	2	3	4
73.	43. Çiğnemede sorun yaşadığınız oldu mu?	1	2	3	4

** EORTC QLQ-C30$_{v3}$ ile QLQ-H&N43, ile birlikte kullanıldığı için QLQ-H&N43 madde numaralarına devam edildiğinin gösterilmesi için "31-73" olarak verilmiştir ve toplam madde sayısı da 1-43 arasında birlikte gösterilmiştir.*

Ek 4: T.C. İstanbul Valiliği, İl Sağlık Müdürlüğü, Başakşehir Çam Sakura Şehir Hastanesi Etik Kurul Onayı



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Sayı : E-96317027-514.10-229985635 27.11.2023
Konu : KAEK/22.11.2023.598

Sayın Doç. Dr. Aklime SARIKAYA

Kurulumuz çoğunluğunun katılımı ile klinik araştırmalar etik kurulu toplantısı yapılmış olup; Yürütücüsü olduğunuz Hem.Feyza Nur PATAN'ın tezi olan 'Baş Boyun Kanserli Hastalarda Cerrahi Sonrası Yaşam Kalitesi Ve Semptomların Değerlendirilmesi' konulu araştırma dosyası klinik araştırmalar etik kurulunca görüşülüp oy birliği ile uygun olduğuna karar verilmiştir.

Gereği bilgilerinize sunulur.

Prof. Dr. Merih ÇETİNKAYA
Etik Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır
Belge doğrulama kodu: 71234133-6203-490F-8133-D48D862dBA6F Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

Başakşehir Mahallesi G-434 Caddesi No: 2L Başakşehir/İSTANBUL 34000
Telefon No. 000000000000
e-Posta: İnternet Adresi: saglik.gov.tr
Kep Adresi:

Bilgi için: Pelda TAŞ
Telefon No:

Ek 5: T.C. İstanbul Valiliği, İl Sağlık Müdürlüğü, Kurum Onayı

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-15916306-604.01-237263237 22.02.2024
Konu : Feyza Nur PATAN' ın Araştırma İzni Hk.

BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİNE

İlgi : 22.01.2024 tarihli ve E-96317027-604.01-234428564 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınız ile Hastaneniz hemşire kadrosunda görev yapmakta olan Feyza Nur PATAN' ın yardımcı araştırmacılığını yürüttüğü ***"Baş Boyun Kanserli Hastalarda Cerrahi Sonrası Yaşam Kalitesi ve Semptomların Değerlendirilmesi"*** başlıklı çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı kurumda yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu ***12.02.2024 tarih ve 2024/02*** sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun sağlanması ve çalışma bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr. Eray YAZ
Başkan V.

Ek 6: Baş Boyun Kanserli Hastalarda Bilgilendirilmiş Onam Formu

Baş Boyun Kanserli Hastalarda Bilgilendirilmiş Onam Formu

İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Öğrencisi Feyza Nur PATAN danışmanı Doç. Dr. Aklime SARIKAYA'nın rehberliğinde yürüttüğü "**Baş Boyun Kanserli Hastalarda Cerrahi Sonrası Yaşam Kalitesi ve Semptomların Değerlendirilmesi"** başlıklı tez çalışmasına katılmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı baş boyun kanser cerrahisi geçiren kanser hastalarında yaşam kalitesinin ve semptomların değerlendirilmesidir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır.** Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya feyzaptn28@gmail.com e-posta adresi ve 05545061061 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları yazılı ve sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri:

e-posta: Telefon:

Araştırmacının

Adı-

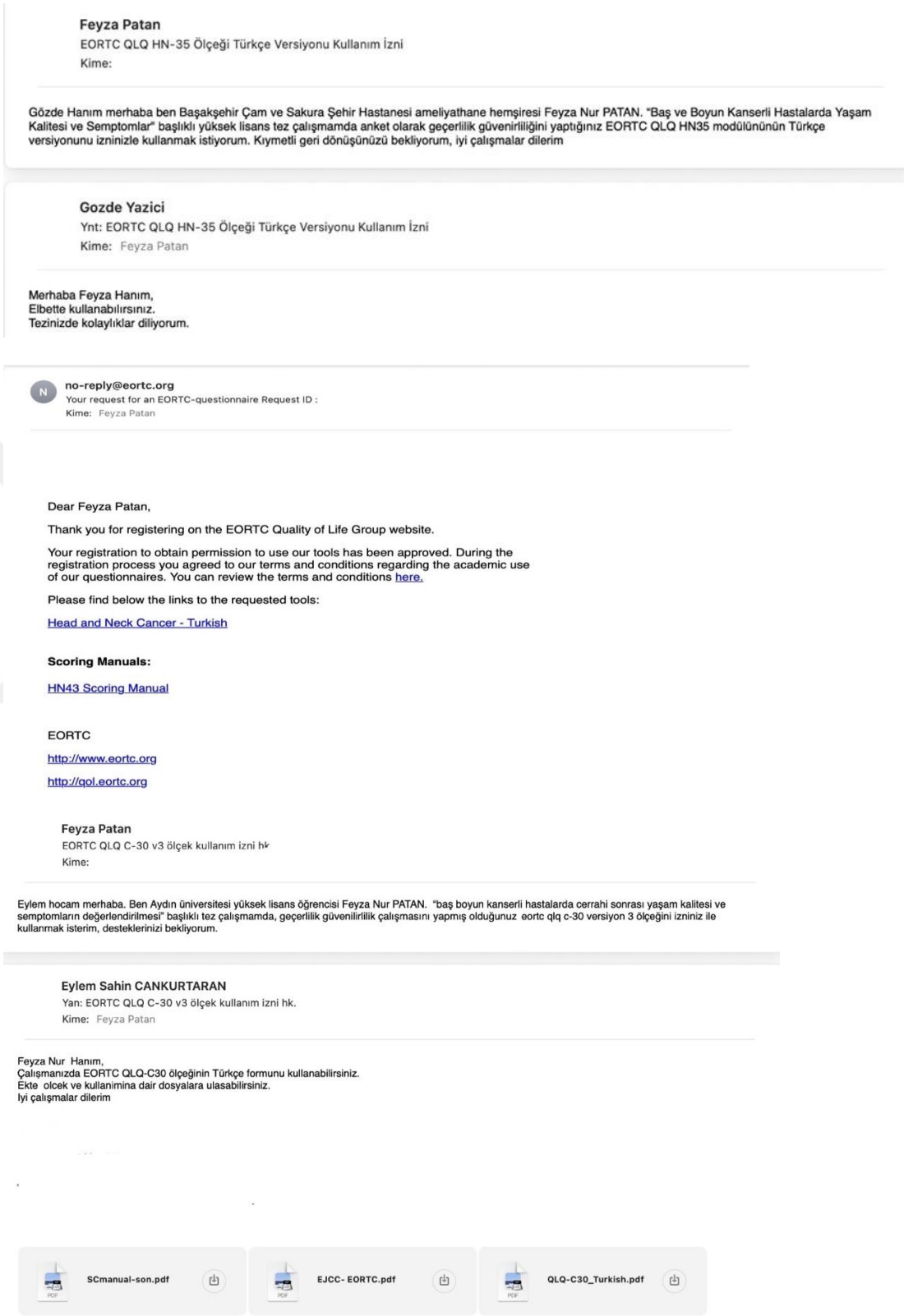
Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri:

e-posta: Telefon:

Ek 7. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Araştırma Grubu QLQ-C30 ve QLQ-H&N43 Soru Formu İzin Belgesi



Feyza Patan
EORTC QLQ HN-35 Ölçeği Türkçe Versiyonu Kullanım İzni
Kime:

Gözde Hanım merhaba ben Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi ameliyathane hemşiresi Feyza Nur PATAN. "Baş ve Boyun Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Semptomlar" başlıklı yüksek lisans tez çalışmamda anket olarak geçerlilik güvenirliliğini yaptığınız EORTC QLQ HN35 modülününün Türkçe versiyonunu izninizle kullanmak istiyorum. Kıymetli geri dönüşünüzü bekliyorum, iyi çalışmalar dilerim

Gozde Yazici
Ynt: EORTC QLQ HN-35 Ölçeği Türkçe Versiyonu Kullanım İzni
Kime: Feyza Patan

Merhaba Feyza Hanım,
Elbette kullanabılırsınız.
Tezinizde kolaylıklar diliyorum.

no-reply@eortc.org
Your request for an EORTC-questionnaire Request ID :
Kime: Feyza Patan

Dear Feyza Patan,

Thank you for registering on the EORTC Quality of Life Group website.

Your registration to obtain permission to use our tools has been approved. During the registration process you agreed to our terms and conditions regarding the academic use of our questionnaires. You can review the terms and conditions here.

Please find below the links to the requested tools:

Head and Neck Cancer - Turkish

Scoring Manuals:

HN43 Scoring Manual

EORTC

http://www.eortc.org

http://qol.eortc.org

Feyza Patan
EORTC QLQ C-30 v3 ölçek kullanım izni hk
Kime:

Eylem hocam merhaba. Ben Aydın üniversitesi yüksek lisans öğrencisi Feyza Nur PATAN. "baş boyun kanserli hastalarda cerrahi sonrası yaşam kalitesi ve semptomların değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmamda, geçerlilik güvenilirlilik çalışmasını yapmış olduğunuz eortc qlq c-30 versiyon 3 ölçeğini izniniz ile kullanmak isterim, desteklerinizi bekliyorum.

Eylem Sahin CANKURTARAN
Yan: EORTC QLQ C-30 v3 ölçek kullanım izni hk.
Kime: Feyza Patan

Feyza Nur Hanım,
Çalışmanızda EORTC QLQ-C30 ölçeğinin Türkçe formunu kullanabilirsiniz.
Ekte olcek ve kullanimina dair dosyalara ulasabilirsiniz.
Iyi çalışmalar dilerim

SCmanual-son.pdf
EJCC- EORTC.pdf
QLQ-C30_Turkish.pdf

ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyadı: Feyza Nur PATAN

A. EĞİTİM DURUMU

Yıl	Bölüm	Kurum	Derece
2015	Hemşirelik	T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Bakırköy 70. Yıl Anadolu Sağlık ve Meslek Lisesi	Lise
2019	Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü	Ordu Üniversitesi	Lisans
2022-2025	Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Yüksek Lisans Programı (Tezli)	İstanbul Aydın Üniversitesi	Yüksek Lisans

B. KATILDIĞI KURSLAR

Ameliyathane Hemşireliği, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mart 2023

C. MESLEKİ DENEYİM

Tarih	Kurum	Görev
2019-2020	Medipol Sağlık Grubu, Özel Nisa Hastanesi Yenibosna İstanbul	Ameliyathane Hemşiresi
2020 Mart- 2020 Ağustos	T.C. Sağlık Bakanlığı, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi	Genel Cerrahi Klinik Hemşiresi
2020 Ağustos-Halen	T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi	Ameliyathane Hemşiresi

D. YAYINLAR

D. Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan Sözel Bildiriler

Patan F.N., Sarıkaya A. (2023) "Quality of Life and Symptoms in Head and Neck Cancer Patients; A Systematic Review", Istanbul Aydın University 4th International Home Care Congress 7-10 December 2023 Istanbul / Turkiye Online. 8 December, 2023, Friday, 10.00-10.10. Oral Presentation. Abract Book. Ref No: 3304; Sayfa 27-28.