

## AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES QUE REALIZARAM TRATAMENTO PARA TUMOR NA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WHO HAD UNDERGONE  
ONCOLOGIC TREATMENT IN THE HEAD AND NECK REGION

Larissa Tatiana Alves da Silva<sup>1</sup>  
Rafaela Giacomelli Tomazelli<sup>2</sup>  
José Luiz Bernardon Pretto<sup>3</sup>  
Sinval Adalberto Rodrigues Junior<sup>4</sup>  
Rodrigo Alberto Cenci<sup>5</sup>

**RESUMO:** Objetivo: Este estudo de caráter epidemiológico e corte transversal foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a Qualidade de Vida (QV) de pacientes submetidos a tratamento oncológico na região de cabeça e pescoço. Métodos: A amostra foi compreendida por 74 pacientes que receberam tratamento oncológico no Hospital Regional do Oeste, em Chapecó-SC, durante o período de 2013 a 2015 e que se encaixavam nos seguintes critérios de inclusão: diagnóstico de neoplasia de cabeça e pescoço; idade superior a 18 anos e ter realizado o tratamento a mais de 06 meses. Os dados foram coletados utilizando o questionário WHOQOL-Bref da OMS, validado para a língua portuguesa e um questionário sociodemográfico. Os dados do questionário de QV foram pontuados de acordo com os critérios próprios pré-definidos e com a sintaxe própria. Os dados coletados foram analisados através da forma descritiva juntamente com o teste de correlação de Spearman ( $\alpha=0,05$ ) e análise de Pearson. Resultados: Correlações significativas foram identificadas entre dados sociodemográficos e tipo de tumor ( $p<0,05$ ). O WHOQOL- Bref mostrou médias boas em todos os domínios, físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, com variação entre 60,4% e 72,4%. Conclusão: A avaliação da QV torna-se imprescindível, uma vez que não se pode pensar em aumentar a sobrevida dos pacientes, sem que o mesmo tenha um mínimo de QV.

2471

**Palavras- chave:** Qualidade de vida. tumor de cabeça e pescoço. tumor bucal.

<sup>1</sup>Acadêmica de Odontologia da Universidade Comunitária da região de Chapecó (UNOCHAPECÓ)

<sup>2</sup>Acadêmica de Odontologia da Universidade Comunitária da região de Chapecó (UNOCHAPECÓ)

<sup>3</sup>Cirurgião Dentista; Especialista e Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial; Professor Adjunto do Curso de Odontologia da UNOCHAPECÓ - Chapecó - SC.

<sup>4</sup> Cirurgião Dentista; Mestre e Doutor em Odontologia; professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UNOCHAPECÓ – Chapecó – SC.

<sup>5</sup>Cirurgião Dentista; Especialista; Mestre e Doutor em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial; Professor Adjunto do Curso de Odontologia da UNOCHAPECÓ - Chapecó - SC.

Universidade Comunitária da Região de Chapecó- UNOCHAPECÓ – Área de Ciências da Saúde

**ABSTRACT:** Objective: This epidemiological and cross-section study was developed to evaluate the quality of life (QOL) of patients that received cancer treatment in the head and neck. Methods: 74 patients participated in this study and all of those who had head and neck cancer treatment at the Regional do Oeste Hospital in Chapecó city, Santa Catarina State, during the period between 2013 and 2015 and that fit the following inclusion criteria: diagnosis of head and neck cancer; older than 18 years and have carried out the treatment over 06 months. Data were collected using the WHOQOL-Bref questionnaire, from OMS, validated for the Portuguese language and a sociodemographic questionnaire. The QOL questionnaire data were scored according to predefined own criteria, in accordance with its own syntax. The Descriptive statistics and Spearman correlation test ( $\alpha = 0.05$ ) and analysis Pearson were used to analyze the data. Results: Significant correlations were found between sociodemographic data and cancer ( $p < 0.05$ ). The WHOQOL Bref showed good average in all areas, physical, psychological, social relationships and environment, ranging between 60.4% and 72.4%. Conclusion: The evaluation of QOL is indispensable, since one can't think of increasing the survival of patients without that it has a minimum QOL.

**Keywords:** Life quality. Head and neck tumor. Oral tumor.

## INTRODUÇÃO

A categoria QV tem sido definida de várias formas por diferentes grupos. Ela foi originalmente descrita em 1947 pelo *WHOQOL Group* para se referir ao “bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”. Hoje em dia, estes conceitos foram redefinidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “a percepção do indivíduo da sua própria posição na vida, no contexto dentro dos sistemas de cultura e valor em sua vida, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”<sup>6</sup>.

A qualidade de vida (QV) só pode ser descrita e mensurada em termos individuais e depende do estilo de vida atual, experiências passadas, expectativas, sonhos e ambições. Deve incluir todas as áreas da vida e ter em mente o impacto da doença e do tratamento. Uma boa QV pode estar presente quando as esperanças do indivíduo são combinadas com as experiências vividas. Portanto, ela é expressa em termos de satisfação, contentamento, felicidade, realização e a capacidade de lidar com as situações<sup>1-6</sup>.

O WHOQOL-Bref é um questionário para avaliação de QV, uma versão abreviada do WHOQOL-100, que é mais facilmente aplicável em estudos

epidemiológicos e ensaios clínicos, conservando as características psicométricas válidas e confiáveis da versão completa. Tem uma versão validada em português, constituída por 26 questões, compreendendo quatro domínios de QV: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente <sup>2-3</sup>.

O tumor de cabeça e pescoço é o tipo que mais altera as funções humanas, como as habilidades de comunicação, ingestão de alimentos e a interação social. O impacto deste tipo de tumor é devastador. Progressos realizados no tratamento do tumor tornou possível reduzir a mortalidade pós-tratamento. No entanto, a longevidade da sobrevivência por si só é pouco satisfatória em medida de sucesso. Apesar dos grandes avanços na biologia e terapêutica, o tumor e seu tratamento, muitas vezes, ainda causam grande sofrimento, mesmo aos que superaram tal adversidade<sup>6</sup>. Esforços contínuos, tais como a conservação e procedimentos de reconstrução, técnicas protéticas e terapias para a fala, devem ser direcionadas para diminuir as sequelas graves causadas por essa doença e seus tratamentos <sup>4-5-6</sup>.

A QV dos pacientes pode ser profundamente afetada devido às conseqüências do tipo de tumor e tratamento utilizado. Eles podem ser mutiladores e interferir diretamente nas relações interpessoais, vida diária, autoimagem e funcionalidade. Outros fatores que estão relacionados são idade, desempenho, ocupação, complicações, estadiamento da doença, entre outros. Todos estes fatores podem fazer com que a QV do indivíduo afetado seja severamente reduzida.

2473

Embora a principal intenção do tratamento do tumor ainda seja a sobrevida do paciente livre de doença, QV é agora vista como um resultado secundário essencial. Portanto, a avaliação da QV no pré e pós-operatório em oncologia tornou-se um aspecto importante e até mesmo um objetivo da abordagem terapêutica<sup>8</sup>.

A partir do conhecimento dos efeitos deletérios da terapia oncológica de tumores de cabeça e pescoço, o presente trabalho tem como objetivo realizar uma análise da QV de pacientes que realizaram tratamento para tumor na região de cabeça e pescoço; descrever o perfil sociodemográfico desses pacientes; avaliar qual foi a percepção de saúde bucal deles e se houve encaminhamento para o atendimento odontológico.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo epidemiológico analítico de corte transversal obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) institucional pelo parecer número 1.266.370. Os participantes foram informados sobre os objetivos e riscos do estudo e concordaram em participar. Assinaram o Termo de Consentimento em duas vias, de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A identificação dos participantes foi feita através de pesquisa nos prontuários de pacientes submetidos ao tratamento para tumores de cabeça e pescoço no Hospital Regional do Oeste (HRO) de Chapecó - Santa Catarina, no período compreendido entre janeiro de 2013 e julho de 2015. Dados como sexo, idade, telefone para contato, diagnóstico e tratamento realizado também foram obtidos através dos prontuários.

Um total de 296 pacientes encaixava-se nos critérios de inclusão (diagnóstico de neoplasia de cabeça e pescoço; idade superior a 18 anos e ter realizado o tratamento a mais de 06 meses). Desses 296 pacientes, 74 foram encontrados e aceitaram participar da pesquisa.

Os dados foram tabulados em planilhas do Excel. Os pacientes foram contatados através de ligações telefônicas. Os dados foram coletados aplicando um questionário de dados sociodemográficos e o *World Health Organization Quality of Life-Bref* (WHOQOL-Bref), validado para a língua portuguesa, foi utilizado para avaliação da QV.

Os dados do questionário de QV (WHOQOL – Bref) foram pontuados de acordo com critérios próprios pré-definidos, por soma; de acordo com sintaxe própria. Os dados foram avaliados estatisticamente através da análise de correlação de Pearson e Spearman ( $\alpha=0,05$ ). A análise foi realizada com o Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 20.0.

## RESULTADOS

Dos 74 participantes, 51 eram mulheres (68,9%) e 23 homens (31,1%), todos moradores da cidade de Chapecó-SC. A faixa etária variou de 19 a 91 anos, com média de idade de 55,2 ( $\pm 16,4$ ) anos. A faixa etária entre 60 e 69 anos predominou, representando 29,7% da população estudada.

A raça branca correspondeu a 75,7% dos casos. A maioria dos entrevistados recebe de um a cinco salários mínimos (67,6%). Quanto à ocupação, a maior parte dos entrevistados é aposentada (41,9%) e apenas 9 (12,2%) não trabalham. Com relação à escolaridade, 40,5% dos sujeitos apresenta baixo nível de instrução (1º grau incompleto), enquanto 8,1% possuem nível superior. Quanto aos hábitos no momento da entrevista, 87,8% afirmaram que não fumam e 68,9% negaram consumir bebidas alcoólicas.

Com relação à percepção de saúde bucal e demanda por atendimento odontológico, 46% dos pacientes classificaram sua saúde bucal como boa, 33,7% como nem ruim, nem boa e 74,3% relataram não sentir necessidade de atendimento odontológico após a conclusão do tratamento oncológico. 25,6% dos pacientes que relataram ter necessidade de tratamento disseram que o motivo principal é a prótese dentária (36,8%). Destes, 57,9 % receberam atendimento em serviços públicos e 41,1% em serviços particulares. Apenas 12 (16,2%) pacientes declararam ter recebido orientações, acompanhamento ou tratamento específico relacionado à saúde bucal, desde o término do tratamento para o tumor.

2475

A histopatologia das lesões teve como principal diagnóstico as neoplasias malignas (55,4%), sendo o mais prevalente o carcinoma papilífero (17,6%), com localização preferencial na tireoide (52,7%) e parótida (14,9%). O principal tratamento utilizado foi a cirurgia isolada (93,2%). A mutilação pós-tratamento foi baixa, com um total de 57 (77 %) pacientes não mutilados.

Os resultados descritivos do questionário de QV (WHOQOL-Bref) por domínios estão descritos na Tabela 1. Pode-se observar que os participantes do estudo apresentaram boas médias em todos os domínios. Nota-se que no domínio físico (60,4%) a média dos resultados encontrados foi boa, no psicológico foi de 65,2%, em relações sociais foi de 72,4% e no ambiental foi de 65,6% .

**Tabela 1-** Distribuição dos domínios do WHOQOL-Bref segundo média, desvio-padrão e números mínimos e máximos conforme as respostas.

Domínio	Média	Desvio- padrão	Mínimo	Máximo
Físico	60,4	10,76	39,3	82,1
Psicológico	65,2	9,36	37,5	83,3
Relações Sociais	72,4	14,52	16,7	100
Ambiente	65,6	10,88	43,8	93,8

Resultados em % de 0 a 100. Quanto maior a porcentagem (mais perto de 100%) melhor a QV.

A Tabela 2 apresenta os dados de QV dos pacientes do estudo separados em diferentes grupos, para comparação.

**Domínios do Questionário WHOQOL - Bref**

<b>Variável</b>	<b>n (%)</b>	<b>Físico</b>	<b>Psicológico</b>	<b>Relações Sociais</b>	<b>Ambiente</b>	
<b>Ano do tratamento</b>						
	2013	29 (39,1)	59,4	64,9	71,8	65,1
	2014	27 (36,4)	60,6	63,9	69,4	61,9
	2015	18 (24,3)	61,9	67,9	77,8	71,9
<b>Sexo</b>	Feminino	51 (68,9)	60,7	66,7	75	65,6
	Masculino	23 (31)	57,1	66,7	66,7	65,5
<b>Idade</b>	<40	15 (20,2)	58,6	65,6	73,9	61
	40-49	9 (12,1)	62,7	67,1	75	69,1
	50-59	15 (20,2)	65	66,7	83,3	66,5
	60-69	22 (29,7)	61,2	66,3	66,7	66,1
	>70	13 (17,6)	54,4	59,9	66	66,6
<b>Tipo de Tratamento</b>	Cirurgia	69 (93,2)	61,2	64,9	72,9	65,5
	Cirurgia e radioterapia	2 (2,7)	51,8	70,8	75	60,9
	Cirurgia e quimioterapia	1 (1,3)	42,9	70,8	66,7	59,4
	Cirurgia, quimioterapia e radioterapia	2 (2,7)	50	66,7	54,2	75
<b>Tipo de tumor</b>	Tumor Maligno	40 (54)	59,5	64,7	71,1	65,2
	Tumor Benigno	34 (46)	60,7	68,8	75	67,2
<b>Mutilação</b>	Sim	17(22,9)	57,1	66,7	75	65,6
	Não	57(77)	60,7	66,7	2477 75	65,6

**Tabela 2:** Médias dos domínios de QV de diferentes grupos.

As Tabelas 3, 4 e 5 apresentam os resultados da correlação entre as variáveis sociodemográficas e a percepção de saúde bucal.

**Tabela 3-** Correlações entre sexo e fumo, tipo do tumor e mutilação.

	Masculino	Feminino	r	p
<b>Fumo</b>			0,286	0,013
Sim	6 (26,1%)	3 (5,9%)		
Não	17 (73,9%)	48 (94,1%)		
<b>Tumor</b>			0,268	0,021
Maligno	17 (73,9%)	23 (45%)		
Benigno	6 (26%)	28 (54,9%)		
<b>Mutilação</b>			0,258	0,026
Sim	9 (39,1%)	8 (15,6%)		
Não	14 (60,8%)	43 (84,3%)		

**Tabela 4-** Correlações entre tratamento oncológico realizado e autopercepção de saúde oral, necessidade de tratamento odontológico e orientações recebidas para buscar tratamento odontológico.

	Tratamento oncológico realizado				r	p
	C	C/R	C/Q	C/R/Q		
<b>Autopercepção de Saúde Oral</b>					0,267	0,022
Muito boa	11(91,6%)	1 (8,3%)	0	0		
Boa	34 (100%)	0	0	0		
Nem ruim nem boa	22 (88%)	1(4%)	1 (4%)	1 (4%)		
Ruim	2 (66,6)	0	0	1(33,3%)		
<b>Necessidade de Tratamento Odontológico</b>					-0,34	0,003
Sim	15 (78,9%)	1(5,2%)	1 (5,2%)	2 (10,5%)		
Não	54 (98,1%)	1(1,8%)	0	0		
<b>Orientação para Tratamento Odontológico</b>					-0,306	0,008
Sim	10 (76,9%)	1 (7,7%)	0	2 (15,3%)		
Não	59 (96,7%)	1 (1,6%)	1 (1,6%)	0		

C: Cirurgia, R:Radioterapia, Q:Quimioterapia



**Tabela 5:** Correlações entre mutilação pós-tratamento oncológico, tipo de tumor e necessidade de tratamento odontológico.

	Mutilação pós-tratamento oncológico		r	p
	Não	Sim		
<b>Tipo de Tumor</b>			0,31	0,007
Maligno	26 (65%)	14 (35%)		
Benigno	31 (91,1%)	3 (8,8%)		
<b>Necessidade de Tratamento Odontológico</b>			-0,341	0,003
Sim	10 (52,6%)	9 (47,3%)		
Não	47 (85,4%)	8 (14,5%)		

## DISCUSSÃO

Estão surgindo avanços no tratamento de neoplasias e isso faz com que aumente a taxa de sobrevivência dos pacientes, além de contribuir para a melhoria do bem-estar físico, funcional e emocional dos pacientes <sup>6,12</sup>. Além disso, a sobrevivência a longo prazo está se tornando mais comum nesta população, mesmo em estádios mais avançados da doença <sup>13</sup>.

2479

Tendo em vista esse cenário, este estudo foi realizado para avaliar QV dos pacientes após o tratamento para tumor de cabeça e pescoço. Pôde-se observar uma prevalência maior do sexo feminino nesta amostra, com média de idade de 55,2 anos. Outros estudos apresentam resultados diferentes, nos quais a maior prevalência de tumor de cabeça e pescoço é no sexo masculino <sup>6-7</sup>. Este estudo foi realizado com amostra por conveniência, o que pode explicar a maior prevalência em mulheres. Já a média de idade está de acordo com as estatísticas que apontam a incidência de tumor predominantemente na faixa acima de 50 anos <sup>6-7-9</sup>.

Ainda que o tamanho reduzido da amostra, restrita a uma única instituição prestadora de cuidados oncológicos, dificulte a extrapolação dos resultados deste estudo, o perfil sociodemográfico mostrou-se semelhante ao perfil geral dos pacientes de outros estudos de tumor de cabeça e pescoço <sup>7-8</sup>.

O tumor é uma doença profundamente marcada pelas desigualdades, acometendo prioritariamente a população menos favorecida, podendo acarretar menores taxas de sobrevivência e uma pior QV <sup>9</sup>. Constatou-se que a maioria

(40,5%) dos pacientes entrevistados neste estudo possui baixa escolaridade e baixa renda familiar. Esse fato pode estar relacionado às características da origem da população atendida nos serviços de alta complexidade da rede pública de saúde, que são majoritariamente oriundos da rede básica de saúde. A renda familiar dos pacientes avaliados neste estudo mostrou que 67,5% ganhavam entre um e cinco salários mínimos.

Neste estudo, a maioria dos participantes (87,8%) não fumava após tratamento para o tumor de cabeça e pescoço. Este foi um achado importante, pois o tabagismo está normalmente associado a uma piora da QV. Atualmente ocorre uma mudança no perfil do fumante, com a proporção de homens fumantes reduzindo e a proporção de mulheres jovens fumantes aumentando<sup>10</sup>.

A cirurgia isolada (93,24%) foi a terapia prevalente. Segundo Djan e Penington<sup>11</sup> (2013), a cirurgia pode prolongar o tempo de sobrevida em pacientes com tumor de cabeça e pescoço. Porém, é cada vez mais reconhecida a possibilidade de uma diminuição substancial na QV, devido à deformidade e incapacidade que pode causar no indivíduo. A harmonia facial é um importante fator na autoestima. Sendo assim, os pacientes que foram submetidos a tratamentos mutiladores da face podem ter um impacto negativo na QV, de modo que os indivíduos afetados podem temer as sequelas faciais em decorrência da doença. A mutilação pós-tratamento, neste estudo, foi considerada baixa, com um total de 57 (77%) pacientes não mutilados.

Os resultados histopatológicos das lesões apontaram que 55,4% das neoplasias eram malignas, sendo a mais prevalente o carcinoma papilífero (17,6%), com localização preferencial na tireoide (52,7%) e parótida (14,9%). No estudo<sup>10</sup>, a maioria das neoplasias de cabeça e pescoço são carcinomas de células escamosas, que são tumores malignos e acometem cerca de 80% da população, em geral homens. A malignidade da neoplasia foi correlacionada significativamente com a mutilação ( $r=0,31$ ,  $p= 0,007$ ), com 35% dos pacientes mutilados, ao passo que apenas 8,8% dos que apresentaram neoplasias benignas sofreram mutilação.

Com relação ao paciente ter recebido algum tipo de encaminhamento, acompanhamento, orientação ou tratamento periódico voltado a sua saúde bucal após o fim do tratamento oncológico, 83,8% responderam “não”. Nesse sentido, é visível a importância de uma equipe multiprofissional, que forneça atendimento e

acompanhamento especializados voltados para o esclarecimento das consequências do tratamento. Simcok<sup>14</sup> (2016) observou que a participação do atendimento odontológico especializado ainda é restrita e que o efeito do tumor não pode ser acompanhado apenas em curto prazo, mas no pós-tratamento e ao longo da vida.

O tumor tem um impacto significativo na QV das pessoas acometidas por ele e é frequentemente associado com a diminuição da QV e o aumento de aflição psicológica<sup>15-16</sup>. Tanto o tratamento como a própria doença podem afetar a capacidade do paciente para retomar a uma vida cotidiana após o tratamento. Há um grande número de estudos que descrevem diferentes aspectos de como a doença e seu tratamento afetam pacientes com tumor, tanto físico como psicossocial<sup>15</sup>.

Segundo Isaksson et al.<sup>15</sup> (2016), os pacientes com tumor de cabeça e pescoço parecem retornar para a mesma QV pré-tratamento depois de aproximadamente um ano. Ao contrário, resultados deste trabalho (Tabela 2) revelaram que pacientes tratados em 2013 e 2014 obtiveram uma QV mais baixa, quando comparados aos pacientes de 2015. Observou-se também que homens têm índices mais baixos de QV, principalmente nos domínios físicos e relações sociais, o que pode ser explicado pela maior presença de tumores malignos e mutilações.

2481

Fazendo uma análise da QV comparada com as diferentes faixas etárias, podemos observar que os entrevistados com menos de 40 anos tiveram um melhor desempenho no domínio de relações sociais (73,9%), assim como os pacientes de 40 a 49 anos (75%), 50 a 59 anos (83,3%) e 60 a 69 (66,7%) anos; de 70 anos pra cima tiveram um melhor desempenho no domínio meio ambiente (66,6%).

Em comparação com os diferentes tipos de tratamentos, observa-se uma pior QV para os pacientes que realizaram cirurgia e quimioterapia, com pior escore no domínio físico (42,9%). No domínio psicológico, aparece a cirurgia como uma pior QV (64,9%). Em relações sociais, a combinação entre os três tratamentos, cirurgia, quimioterapia e radioterapia, se apresentam com 54,2%. No domínio meio ambiente, novamente, a cirurgia associada à quimioterapia teve o escore mais baixo (59,4).

Nas diferenças entre QV e tumor maligno e benigno, os dados demonstram que há pior QV nos pacientes que tiveram tumor maligno em três dos quatro domínios. A comparação de QV entre pacientes mutilados e não mutilados também é importante. A única diferença encontrada foi no domínio físico, que apresentou um

percentual de 57,1% dos participantes que sofreram mutilação e 60,7% dos que não sofreram mutilação.

## CONCLUSÃO

Sugere-se que a QV é influenciada negativamente pelo tipo de tratamento escolhido, pelo sexo, pela idade e pela mutilação pós-cirúrgica. É importante que esses pacientes tenham o apoio que necessitam para que sua QV seja melhor, principalmente aqueles que possuem incapacidade física ou sofreram mutilações, pois tendem a ter uma autoestima mais baixa quando comparados aos pacientes que não possuem nenhuma dessas alternativas.

A melhor opção é tomar as medidas preventivas adequadas para as complicações que possam vir a ocorrer decorrente do tratamento oncológico. Destaca-se aí a importância do trabalho multiprofissional, que é essencial para que o paciente acometido por neoplasias tenham o cuidado e suporte necessários.

## REFERÊNCIAS

- 1.CALMAN KC. Quality of life in cancer patients - an hypothesis. Journal of medical ethics 1984; 10(3): 124-127.
- 2.WORLD HEALTH ORGANIZATION. "WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996." (1996).
- 3.Group, The Whoqol. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Social science & medicine 1998; 46(12): 1569-1585.
- 4.GOTAY CC, MOORE TD. Assessing quality of life in head and neck cancer. Quality of Life Research 1992; 1(1): 5-17.
- 5.EPSTEIN JB, GÜNERI P, BARASCH A. Appropriate and necessary oral care for people with cancer: guidance to obtain the right oral and dental care at the right time. Supportive Care in Cancer 2014; 22(7): 1981-1988.
- 6.NAGY J, et al. Quality of life in head and neck cancer patients after tumor therapy and subsequent rehabilitation: an exploratory study. Quality of Life Research 2014; 23(1): 135-143.

7. RYLANDS J, LOWE D, ROGERS SN. Influence of deprivation on health-related quality of life of patients with cancer of the head and neck in Merseyside and Cheshire. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2016.
8. BECKER ST, et al. Quality of life in oral cancer patients—effects of mandible resection and socio-cultural aspects. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery* 2012. 40(1): 24-27.
9. RIGONI L, et al. Quality of life impairment in patients with head and neck cancer and their caregivers: a comparative study. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* 2016.
10. TANEJA MK. Life style management in head and neck cancer patients. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery* 2013; 65(4): 289-292.
11. DJAN AR, PENINGTON A. A systematic review of questionnaires to measure the impact of appearance on quality of life for head and neck cancer patients. *J Plastic Reconst Aesth Surg* 2013; 66: 647-659.
12. COUSINS N, et al. A systematic review of interventions for eating and drinking problems following treatment for head and neck cancer suggests a need to look beyond swallowing and trismus. *Oral oncology* 2013; 49(5): 387-400.
13. ABBOTT D, et al. Considering the survivorship care needs of head and neck cancer survivors. *Oral Oncology* 2016.
14. SIMCOCK R, SIMO R. Follow-up and Survivorship in Head and Neck Cancer. *Clinical Oncology* 2016.
15. SAKSSON J, et al. Living an everyday life with head and neck cancer 2–2.5 years post-diagnosis—A qualitative prospective study of 56 patients. *Social Science & Medicine* 2016; 154: 54-6.
16. DEVINS GM, et al. The burden of stress in head and neck cancer. *Psycho-Oncology* 2014; 22(3): 668-676.