

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MEME KANSERİ TEDAVİSİNE BAĞLI
LENFÖDEM GELİŞEN KADINLARDA EĞİTİM,
ÖZBAKIM UYGULAMALARI VE
DUYGUDURUMLARININ İNCELENMESİ**

ZEYNEP DEVECİ

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR- 2016

DEU.HSILMSc-2015970115

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MEME KANSERİ TEDAVİSİNE BAĞLI
LENFÖDEM GELİŞEN KADINLARDA EĞİTİM,
ÖZBAKIM UYGULAMALARI VE
DUYGUDURUMLARININ İNCELENMESİ**

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ZEYNEP DEVECİ

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ: PROF. DR. ÖZGÜL KARAYURT

DEU.HSL.MSc-2015970115

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Zeynep DEVECİ 'Meme Kanseri Tedavisine Bağlı Lenfödem Gelişen Kadınlarda Eğitim, Özbakım Uygulamaları ve Duygudurumlarının İncelenmesi' konulu Yüksek Lisans tezini 17.06.2016 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

Prof. Dr. Özgül KARAYURT

BAŞKAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Murat BEKTAŞ

ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Yard. Doç. Dr. Özlem BİLİK

ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA

YEDEK ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Yard. Doç. Dr. Fatma VURAL

YEDEK ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim süresince desteğini, bilgisini ve emeğini esirgemen *Sayın Hocam Prof. Dr. Özgül KARAYURT'a,*

Verilerimi toplama sürecinde desteğini ve güler yüzünü esirgemeyen *Sayın Prof. Dr. Sibel EYİĞÖR'e,*

Uzman görüşleri ile destek veren *Sayın Prof. Dr. Pınar BORMAN'a, Sayın Prof. Dr. Didem KARABİDAK'a, Sayın Doç. Dr. Ayla AKKAŐ GÜRSOY, Sayın Dr. Keramettin PEKEDİŐ'e, Sayın Hem. İlknur GÖKSU'ya,*

Eğitim hayatım boyunca bana olan güven ve sevgileri ile sürekli gelişmemi destekleyen annem *Habibe DEVECİ,* babam *Necip DEVECİ* ve *kardeşlerim'e* en derin saygı ve sevgilerimle teşekkür ederim.

Zeynep DEVECİ

İzmir-2016

İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ.....	v
ŞEKİL DİZİNİ.....	vi
KISALTMALAR.....	vii
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	6
1.3. Araştırmanın Soruları.....	6
2. GENEL BİLGİLER.....	8
2.1. Lenfatik Sistemin Anatomi ve Fizyolojisi.....	8
2.1.1. Lenf Damarları.....	9
2.1.2. Lenf Nodları.....	10
2.1.3. Lenfatik Sistem Organları.....	11
2.2. Memenin Lenfatik Yapısı.....	13
2.3. Lenfödem.....	14
2.3.1. Lenfödemin Sınıflandırılması.....	15
2.3.1.1. Lenfödemin Nedenine Göre Sınıflandırılması.....	15
2.3.1.2. Lenfödemin Klinik Evrelerine Göre Sınıflandırılması.....	16
2.3.2. Meme Kanseri Tedavisine Bağlı Lenfödem.....	16
2.3.3. Meme Kanseri Tedavisine Bağlı Lenfödem İnsidansı.....	17
2.3.4. Meme Kanseri Tedavisine Bağlı Lenfödemin Belirti ve Bulguları.....	17
2.3.5. Meme Kanseri Tedavisine Bağlı Lenfödemde Risk Faktörleri.....	18
2.3.5.1. Tedaviye Bağlı Risk Faktörleri.....	18
2.3.5.2. Hastalıkla İlişkili Risk Faktörleri.....	19

2.3.5.3. Hasta ve Klinik ile İlgili Risk Faktörleri	20
2.3.6. Meme Kanserine Bağlı Lenfödemde Tanılama Yöntemleri	22
2.3.6.1. Objektif Tanılama Yöntemleri	22
2.3.6.2. Subjektif Tanılama Yöntemleri	25
2.4. Lenfödem Tedavisi	25
2.4.1. Tam Boşaltıcı Tedavi	26
2.4.1.1. Yoğun Boşaltıcı Faz	26
2.4.1.1.1. Cilt Bakımı	26
2.4.1.1.2. Manuel Lenfatik Drenaj	27
2.4.1.1.3. Kompresyon Bandajı	28
2.4.1.1.4. Egzersiz	30
2.4.1.2. Koruma Fazı	30
2.4.1.2.1. Basınç Giysileri	30
2.4.1.2.2. Aralıklı Pnömotik Kompresyon	31
2.4.1.2.3. Özbakım Uygulamaları	32
2.4.2. Cerrahi Tedavi	33
2.4.3. Lazer Tedavisi	34
2.5. Lenfödemde Özbakım Kavramı ve Özbakım Eğitimi	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM	37
3.1. Araştırmanın Tipi	37
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	37
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	37
3.4. Çalışma Materyali	37
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	37
3.6. Veri Toplama Araçları	38
3.6.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu (EK 1)	38

3.6.2. Lenfödem Özbakım Anketi (EK 2).....	38
3.6.3. Duygudurum Profili Ölçeği (EK 3).....	39
3.7. Araştırmanın Planı ve Takvimi.....	40
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	41
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	41
3.10. Araştırmanın Etiği.....	41
4. BULGULAR	43
4.1. Lenfödem Olan Kadınların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.....	43
4.2. Lenfödem Özbakım Uygulamaları	46
4.3. Seçilmiş Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre Lenfödem Özbakım Uygulama Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	49
4.4. Duygudurum Profili Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	50
4.5. Lenfödem Özbakım Eğitimi	51
4.6. Evde Lenfödem Özbakımını Etkileyen Faktörler.....	52
4.7. Lenfödemde Özbakıma İlişkin Yarar, Engel ve Yük Algısı.....	54
5. TARTIŞMA.....	55
5.1. Lenfödem Özbakım Uygulamaları	55
5.2. Seçilmiş Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre Lenfödemde Özbakım.....	58
5.3. Duygudurum Profili Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Lenfödem Özbakım ile İlişkisi.....	59
5.4. Lenfödem Özbakım Eğitimi	59
5.5. Evde Lenfödem Özbakımını Etkileyen Faktörler.....	60
5.6. Lenfödemde Özbakıma İlişkin Yarar, Engel ve Yük Algısı.....	61
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	63
6.1. Sonuçlar	63
6.2. Öneriler	64

7. KAYNAKÇA	65
8. EKLER	77
EK 1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu	77
EK 2. Lenfödem Özbakım Anketi	78
EK 3. Duygudurum Profili Ölçeği	85
EK 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu	87
EK 5. Anket ve Ölçek İzin Belgesi	88
EK 6. Kurum İzni	89
EK 7. Etik Kurul İzni	90
EK 8. Özgeçmiş	91

TABLolar DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
Tablo 1. Lenfödemi Olan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	44
Tablo 2. Lenfödemi Olan Kadınların Klinik Özelliklerinin Dağılımı.....	45
Tablo 3. Lenfödemi Olan Kadınların Özbakım Uygulama Durumları ve Özbakım Anketi Puan Ortalaması.....	46
Tablo 4. Lenfödemi Olan Kadınların Özbakımı Düzenli Olarak Uygulamama Nedenlerinin Dağılımı.....	47
Tablo 5. Lenfödeme Yönelik Özbakım Uygulamaları ile İlgili Diğer Özelliklerin Dağılımı.....	48
Tablo 6. Seçilmiş Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre Lenfödeme Özbakım Uygulama Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 7. Duygudurum Profili Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	51
Tablo 8. Lenfödemi Olan Kadınların Özbakım Eğitim Alma Durumlarının Dağılımı.....	51
Tablo 9. Özbakım Eğitimi Alma Durumuna Göre Özbakım Uygulama Puan Ortalamasının Karşılaştırılması	52
Tablo 10. Lenfödemi Olan Kadınların Evde Özbakımını Etkileyen Faktörlerin Dağılımı.....	53
Tablo 11. Lenfödeme Özbakım Uygulamalarının Yarar, Engel, Yük Algılarının Dağılımı.....	54

ŞEKİL DİZİNİ

Şekiller	Sayfa No
Şekil 1. Lenfatik Sistemin Yapısı.....	8
Şekil 2. Memenin Lenf Nodları.....	14
Şekil 3. Kola MLD Uygulanmasının Şematik Görüntüsü.....	28
Şekil 4. Acemiden Uzmanla Lenfödemle Yaşamaya Uyum.....	36
Şekil 5. Araştırma Planı.....	40



KISALTMALAR

LÖ	Lenfödem
ACS	American Cancer Society
NCI	National Cancer Institute
BKİ	Beden Kitle İndeksi
TBT	Tam Boşaltıcı Tedavi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
MSMI	World Self Medication Industry
IgM	İmmüoglobulin M
IgD	İmmüoglobulin D
IL-1	İnterlökin 1
V	Ven
ILF	International Lymphoedema Framework
VEGF	Vasküler Endotelyal Büyüme Faktörü
ISL	International Society of Lymphology
ALND	Aksiller Lenf Nodu Diseksiyonu
SLNB	Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi
NAK	Neoadjuvan Kemoterapi
AK	Adjuvan Kemoterapi
ALA	Australian Lymphology Association
LNL	National Lymphedema Network
DDK	Doku Dielektrik Konstant
MLD	Manuel Lenfatik Drenaj
EWMA	European Wound Management Association
APK	Aralıklı Prömotik Kompresyon
DFLT	Düşük Frekanslı Lazer Terapi

MEME KANSERİ TEDAVİSİNE BAĞLI LENFÖDEM GELİŞEN KADINLARDA EĞİTİM, ÖZBAKIM UYGULAMALARI VE DUYGUDURUMLARININ İNCELENMESİ

Zeynep DEVECİ

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

devecizeynepzd@gmail.com

ÖZET

Amaç: Meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem gelişen kadınlarda eğitim, özbakım uygulamaları ve duygu durumlarını incelemektir.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte olup, örnekleme meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem gelişen ve en az bir kez lenfödem tedavisi alan 102 kadın oluşturmuştur. Veri toplamak için Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu, Lenfödem Öz Bakım Anketi ve Duygudurum Profili Ölçeği kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, bağımsız gruplarda t testi, Mann Withney U testi ve pearson korelasyon testi kullanılmıştır.

Bulgular ve Sonuç: Kadınların lenfödem özbakım uygulama puan ortalaması 9.90 ± 2.11 'dir. Kadınların %39.10'unun özbakımı düzenli olarak yaptığı bulunmuştur. Lenfödem özbakım yarar algısı puan ortalaması ve özbakım uygulaması puan ortalaması arasında orta düzeyde ve pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Lenfödemi olan kadınların yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, çalışma durumu ve kronik hastalık varlığına göre özbakım puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kadınların Duygudurum Profili Ölçeği puan ortalamasının normal olduğu bulunmuş ve özbakım anketi puan ortalaması ile arasında orta düzeyde, negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. Lenfödemi olan kadınların %90.20'sinin özbakıma yönelik eğitim aldığı, eğitimin çoğunlukla fizik tedavi uzmanı ve fizyoterapistten alındığı, eğitim alma durumuna göre özbakım uygulama puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, Lenfödem, Özbakım, Hemşirelik

EXPLORING EDUCATION, SELF-CARE ACTIVITIES AND MOOD STATES OF WOMEN WITH BREAST CANCER THERAPY RELATED LYMPHEDEMA

Zeynep DEVECİ

Dokuz Eylül University, Institute of Health Science

devecizeynepzd@gmail.com

ABSTRACT

Objective: To examine the education, self-care activities and mood states of women with breast cancer related lymphedema.

Method: This study was descriptive and cross sectional design. Study sample was composed of 102 women who developed breast cancer treatment related lymphedema and received at least once a lymphedema therapy. Data were collected by Sociodemographic and Clinical Characteristics Form, Lymphedema Self-Care Form, Profile of Mood States. Data were collected through face to face interview method. Data was analyzed by number, percentage, mean, t-test, Mann Whitney U test and Pearson correlation test.

Results and Conclusion: Women's lymphedema self-care activities average score is 9.90 ± 2.11 . It was found 39.10% of women regularly do self-care. Between lymphedema perceived benefits of self-care and self-care practices average scores was found to be moderate level and positive way statistically significant associated ($p < 0.05$). In terms of age, marriage status, having child, working status and chronic illness wasn't found statistically significant differences between self-care activities average score. Women's Profile of Mood State average score was found normal and determined relationship which is negative direction and medium-level between self-care practices average score. It was found 90.20% women had received self-care education, most of them received from physical therapist and physiotherapist. In terms of status of self-care education was found statistically significant differences between self-care activities average score ($p < 0.05$).

Key Words: Breast cancer, Lymphedema, Self-care, Nursing.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Meme kanseri dünyada ve ülkemizde kadınlarda en sık görülen kanserdir. Amerikan Kanser Birliği (American Cancer Society-ACS), 2016 yılında 246.660 yeni vaka öngörmektedir. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı 2014 verilerine göre kadınlarda meme kanseri insidansı 38.60/100000’dir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2014). Meme kanseri tedavisine bağlı hastalarda yaşam boyu; etkilenen kolda, elde ve meme bölgesinde lenfödem gelişme riski vardır (Fleysher 2010; Hamolsky 2014). Lenfödem (LÖ), proteinden zengin sıvının hücreler arası boşlukta birikmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu birikimi takiben başlayan enflamasyon, yağ dokusunda hipertrofi ve fibrozis sonucunda ödem gelişimi, artmış enfeksiyon riski, hareket ve fonksiyon kaybı ile karakterize, hayat boyu gelişme ihtimali olan kronik bir rahatsızlıktır (Shaitelman, Cromwell, Rasmussen, Stout ve ark. 2015).

Meme kanseri tedavisine bağlı LÖ gelişme insidansı cerrahi tedavi sonrası iki yıl içerisinde %8 ile %56 arasında değişmektedir (National Cancer Institute-NCI, 2014). Disipio, Rye, Newman ve Hayes, 2013 yılında 72 çalışmayı içeren metaanalizde (n:29.612), meme kanseri tedavisi sonrası iki yıl içinde LÖ gelişme insidansını %16.60 olarak bulmuşlardır. Belçika’da yapılan retrospektif çalışmada (n:168), meme kanseri cerrahi tedavisinden sonra LÖ gelişme insidansı üç ile altı ay arasında %18.50, altı ile 12 ay sonrasında %13.20, 12 ile 24 ay sonrası %14.20, 24 ile 60 ay arasında %13.30 olarak belirtilmiştir (Adriaenssens, Verbelen, Lievens ve Lamote 2012). Türkiye’de yapılan bir çalışmada (n:101), meme kanseri tedavisine bağlı LÖ insidansı %6.90, diğer bir çalışmada ise (n:132) LÖ prevelansı %34.80 olarak saptanmıştır (Şimşir Atalay, Taflan, Ercidoğan, Akaya ve ark. 2010; Soyder, Taştaban, Özbaş, Boylu ve ark. 2014).

Meme kanseri tedavisine bağlı LÖ gelişiminde rol oynayan risk faktörleri; tedavi, hastalık, hasta ve klinik ile ilgili faktörler olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır. *Tedaviye bağlı risk faktörleri*; cerrahi tipi, radyoterapi, kemoterapi ve kombine tedavilerdir. *Hastalığa bağlı risk faktörleri*; tanı aşamasında kanser evresinin yüksek olması, memede tümörün lokalizasyonu, çıkarılan lenf nodu sayısının fazla olması, patolojik lenf nodu durumudur (Soran, Wu, Dirican, Johnson ve ark. 2011; Bar Ad, Dutta, Solin, Hwang ve ark. 2012). *Hasta*

ve klinik ile ilgili risk faktörleri; hastanın kanser tanısı konulduğundaki yaşı, aşırı kilolu ya da obez olması (Beden Kitle İndeksi-BKİ \geq 25-30), enfeksiyon veya enflamasyon öyküsü, etkilenen taraftaki ekstremitenin fazla kullanılması, genetik faktörler ve zayıf omuz hareketliliği olarak belirtilmektedir (Golshan ve Smith 2006; Güler Demir 2008; Soyder ve ark. 2011; Soran ve ark. 2011; Newman, Lose, Kedda ve Francois 2012; Ugur, Arıcı, Yaprak, Mesci ve ark. 2013).

Lenfödemi olan kadınlar genellikle ağrı, basınç ve dolgunluk hissi, uyuşukluk, etkilenen kolda ısı artışı, kızarıklık, ödem, harekette kısıtlılık, cilt değişiklikleri, anormal tüy dökülmeleri gibi belirtiler deneyimlemektedirler (Smith, Barlett, Gleeson, Sullivan ve ark. 2008; Yıldız ve Karayurt 2011). Lenfödemi olan kadınların fiziksel olarak yaşadıkları rahatsızlıkların yanında, duygusal olarak geleceğe yönelik kaygı, rolünü yerine getirememeye, omuz hareketlerindeki kısıtlılık nedeniyle kendini engelli hissetme gibi duygular yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin azaltığı belirtilmektedir (Ridner, McMahon, Dietrich ve Hoy 2008; Şimşir Atalay ve ark. 2010; Ridner, Dietrich ve Kidd 2011; Lee, Min, Park ve Jung 2012; Müezzinerler ve Karayurt 2013).

Lenfödemin kesin bir tedavisi olamamakla birlikte, yönetilebilen bir durumdur (Lasinski, Thrift, Squire, Austin ve ark. 2012). Tam boşaltıcı tedavi (TBT) (Complex/Complete decongestive therapy), LÖ için primer kanıt temelli tedavi yöntemidir. TBT manuel ya da basit lenf drenajı, çok katlı kompresyon bandajları, basınç giysileri, egzersiz, cilt bakımı, özbakım uygulamaları olmak üzere altı bileşen; yoğun boşaltıcı ve hastanın kendi yönetimini içeren iki fazdan oluşmaktadır (Harmer 2009; Lasinski ve ark. 2012).

Volüm azaltıcı tedavilerin tipi ne olursa olsun, hastalar ömür boyu sürececek külfetli bir özbakım sorumluluğu almak zorundadırlar. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “özbakımı, sağlık personeli yardımı olsun veya olmasın sağlığı yükseltmek, sürdürmek, hastalık ve sakatlık ile başa çıkmak için kişilerin, ailelerin ve toplumların yaptıkları girişim ve uygulamaları” olarak tanımlamıştır (Webber, Guo ve Mann 2013). Sağlık bakım profesyonelleri tek başına toplumda sağlığı sağlama ve sürdürmeyi başaramaz. Ancak kişilere özbakım aktivitelerinde destek verildiğinde bu başarılabilir. Bu sebeple özbakım kavramı LÖ gibi kronik bir rahatsızlık varlığında çok önem kazanmaktadır (World Self-Medication Industry-MSMI 2010).

Lenfödem olan hastada özbakım, basit lenf drenajı, cilt bakımı, egzersiz, basınç giysilerini giyme gibi aktiviteleri içermektedir. Onaltı çalışmayı kapsayan sistematik incelemede özbakım aktivitelerinden bütün vücut egzersizleri, TBT'nin hastanın kendi yönetimini içeren ikinci fazının yararlı olabileceği belirtilmektedir. Ayrıca, aralıklı pnömatik kompresyon cihazı, basınç giysisi, enfeksiyon yönetimi, kendi kendine gözlem, cilt bakımı, basit lenfatik drenaj, kilo kontrolünün faydasının tam kanıtlanmadığını ve aromaterapinin faydalı olmadığı belirtilmiştir (Ridner, Fu, Wanchai, Steward ve ark. 2012). Kompresyon bandajları ve basit lenf drenajını uygulamak, LÖ nedeniyle azalmış kol ve omuz fonksiyonu ve eşlik eden obezite ya da artrit gibi kronik hastalıkları varsa hastalar için çok zorlayıcı olmaktadır (Ridner ve ark. 2011).

Meme kanseri tedavisine bağlı LÖ gelişen kadınlarda yapılan kalitatif çalışmada, özbakımın yararlı olduğuna inanmanın, özbakım sorumluluğunu almayı tercih etmenin, özbakımda yeterli bilgi düzeyine sahip olmanın, günlük hayat rutinine özbakımı entegre etmenin, problem çözme becerisinin gelişmiş olmasının özbakıma uyumu artırdığını bulunmuştur. Zaman yetersizliğinin ise özbakımı sınırladığı gösterilmiştir (Jeffs, Ream, Shewbridge, Cowan-Dickie ve ark. 2016). Özbakım, LÖ'ü olan hastalar için gün içerisinde en az bir saat süren stres verici bir durumdur (Ridner ve ark. 2008). Meme kanseri tedavisine bağlı LÖ gelişen kadınlarla yapılan bir başka kalitatif çalışmada kadınların özbakım uygulamalarını yapmak yerine, aile içindeki rolleri yerine getirmeyi tercih ettikleri ortaya konulmuştur (Radina, Armer ve Steward 2014).

Özbakım, LÖ deneyimleyen kadınları psikososyal yönden de etkilemektedir. Sağlık sigortasının kompresyon bandajı ya da giysisi gibi LÖ bakımında yer alan malzemeleri karşılamaması maddi problemleri de beraberinde getirmektedir (Ridner ve ark. 2008; Karki, Anttila, Tasmuth ve Rautakorpi 2009). Finlandiya'da meme kanseri tedavisine bağlı LÖ gelişen kadınlara uygulanan LÖ tedavi maliyetinin incelendiği sistematik incelemede, bir yılda 18,000 kadının LÖ tedavisi gördüğü ve toplamda 1.40 milyon € harcadığı bulunmuştur (Karki ve ark. 2009). Ridner ve arkadaşları (2011) yaptıkları çalışmada (n:51) kadınların LÖ tedavisi sırasında %94'ünün özbakım eğitimi aldığını, bunların %65'inin aldığı eğitimi yeterli, %29'u ise yetersiz bulduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmada eğitim kaynağı olarak %39'unun LÖ terapistini gösterdiği, LÖ'ü olan hiçbir kadının hemşireden eğitim almadığı saptanmıştır. Lenfödem yönetimi, fizik tedavi uzmanı, fizyoterapist, hemşire gibi LÖ eğitimi almış, bu alanda uzman multidisipliner ekip yaklaşımı gerektirmektedir (Ridner ve ark. 2011).

Bu ekip içinde, LÖ'ü olan kadınların özbakımı uygulamalarında ve sürdürmelerinde hemşirelerin görevi oldukça önemlidir. Hemşireler, özbakım eğitimini vermek, hastalara özgü tedavi hedefleri geliştirmek, hastaların motivasyonunu sağlamak, özbakımı uygulamaya cesaretlendirmek, özbakıma uyumu sağlamak, takip etmek, desteklemekle sorumludurlar (Richards 2006; Jeffs ve ark. 2016). Meme kanseri tedavisine bağlı LÖ'de özbakım, hem zaman ve emek açısından yorucu olması, hem de cinsiyetin kadına yüklediği rollerin ağırlığı bakımından oldukça zahmetli bir süreçtir (Ridner ve ark. 2011).

1.2. Araştırmanın Amacı

Türkiye'de LÖ'ü olan kadınlarda özbakımla ilgili çalışmalara ulaşılammıştır. Bu çalışmanın Türkiye'de bu alanda yapılacak çalışmalara öncülük edeceği ve yapılacak girişimsel çalışmalara temel oluşturacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı: meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem gelişen kadınların eğitim, LÖ özbakım uygulamaları ve duygudurumlarını incelemektir.

1.3. Araştırmanın Soruları

Bu araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranacaktır:

- 1- Meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem gelişen kadınların özbakıma yönelik eğitim alma durumu nedir?
- 2- Meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem gelişen kadınlarda eğitim alanlar ile almayanlar arasında özbakım uygulama puan ortalaması arasında fark var mıdır?
- 3- Meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem gelişen kadınların yaş gruplarına göre özbakım uygulama puan ortalaması arasında fark var mıdır?
- 4- Meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem gelişen kadınların medeni durumlarına göre özbakım uygulama puan ortalaması arasında fark var mıdır?
- 5- Meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem gelişen kadınların çocuk sahibi olma durumlarına göre özbakım uygulama puan ortalaması arasında fark var mıdır?
- 6- Meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem gelişen kadınların kronik hastalık durumlarına göre özbakım uygulama puan ortalaması arasında fark var mıdır?
- 7- Meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem gelişen kadınların çalışma durumlarına göre özbakım uygulama puan ortalaması arasında fark var mıdır?

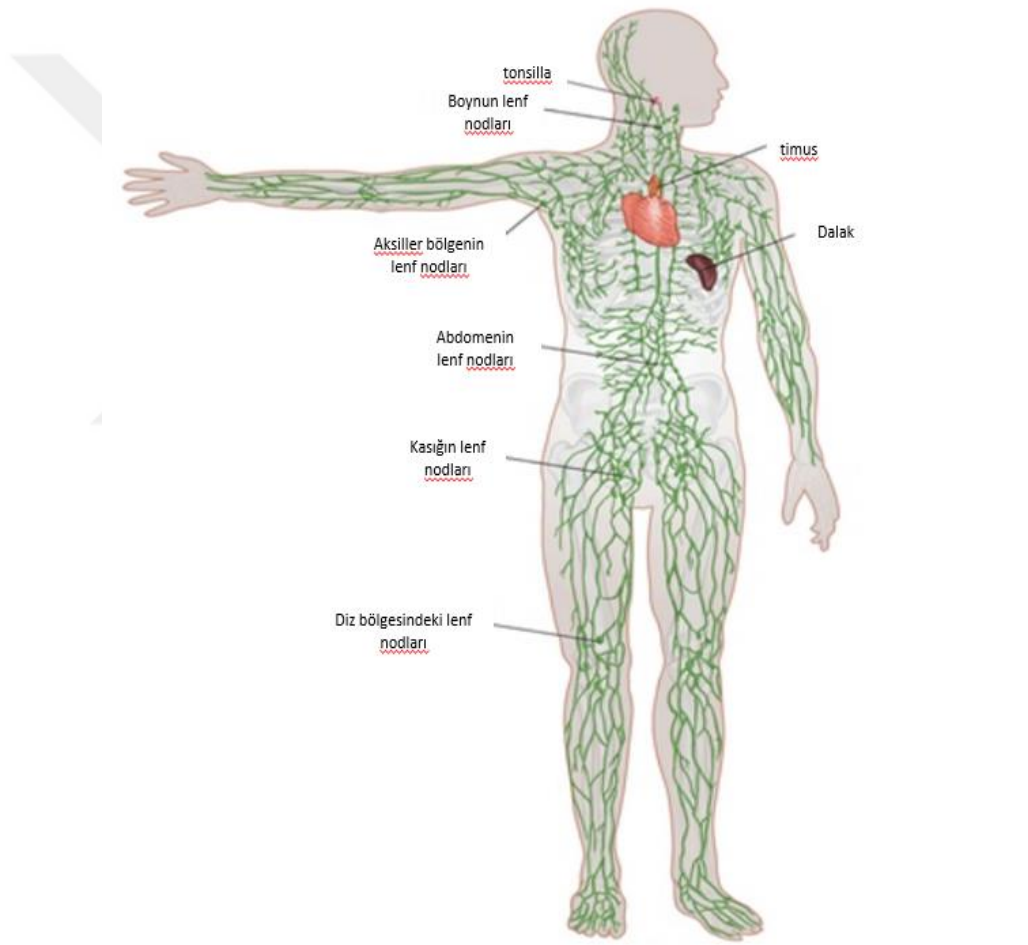
- 8- Meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem gelişen kadınların özbakım yarar algısı puan ortalaması ile özbakım uygulama puan ortalaması arasında bir ilişki var mıdır?
- 9- Meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem gelişen kadınlarda özbakım uygulama puan ortalaması ile duygudurum profili puan ortalaması arasında bir ilişki var mıdır?
- 10- Meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem gelişen kadınlarda özbakımın en önemli yararları nelerdir?
- 11- Meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem gelişen kadınlarda özbakımla ilgili en önemli engelleri nelerdir?
- 12- Meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem gelişen kadınlarda özbakımla ilgili en önemli yükleri nelerdir?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Lenfatik Sistemin Anatomi ve Fizyolojisi

Dokularda arteriyel kapillerden interstisiyel alana plazma proteinleri ile birlikte sıvı geçişi olmaktadır. İnterstisiyel alanda sıvı birikimi ve ödem gelişiminin engellenmesi için biriken sıvı lenfatik sistem ile dolaşıma geri dönmektedir. Lenfatik sistem, bir güvenlik kilidi olarak görev yapmaktadır (Waterhouse, Sawdon ve Kirkman 2013). Lenfatik sistem lenf damarları, lenf nodları ve lenf organlarından oluşan bir drenaj sistemidir (Şekil 1).



Şekil 1. Lenfatik sistemin yapısı

Kaynak: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/command/detail?sid=7b17c355-6534-4dcd-93ac-bde02f418e9d%40sessionmgr4001&vid=7&hid=4208>'den alınmıştır. (Erişim tarihi: 15.02.2016)

2.1.1. Lenf Damarları

Lenf damarları; lenf sisteminin başlangıcı oluşturan lenf kapilleri, prekollektor ve kollektor kanallar, lenf sıvısının dolaşıma aktarılmasını sağlayan ductus thoracicus ve ductus lenfaticus dekster'den oluşur (Földi ve Strößenreuther 2005).

Lenfatik Kapiller

Lenf sisteminin başlangıcı oluşturan lenf kapillerleri, periferde kapalı uçlu, gözeneklere sahip, kapakçık içermeyen, 30-80 µm çapında tüpler şeklindedir. Kan kapillerlerinden farkı daha geniş ve daha düzensiz lümenli olmasıdır. Bu kapiller tek katlı endotelden oluşup birbirleri ile ağ oluşturacak şekilde birleşerek prekollektor kanallarla lenf sıvısını lenf nodüllerine iletir. Lenf kapilleri deride, müköz membranlarda, bezlerde, seröz membranlarda ve synovial membranlarda bol miktarda bulunurken, merkezi sinir sistemi, göz küresi, iç kulak, epidemis, kıkırdak ve kemik dokularda bulunmaz (Öztürk 2003; Alitalo 2011; Ulusoy, Acar ve Zararsız 2014).

Kan kapillerinden interstisiyel alana filtre olan sıvı ilk olarak lenfatik kapillerden sisteme giriş yapmaktadır. Lenfatik kapiller, endotel hücre tabakası, suya, proteinlere ve büyük moleküllü maddelere karşı geçirgen oldukça büyük gözeneklere sahip olmaları açısından kan damarlarına benzemektedir. Lenfatik kapillerini kan kapillerinden ayıran bir diğer özellik ise bazal membranın olmayışıdır. Bu sebeple çevredeki bağ doku fibrinleri endotel hücreleri ile direkt bağlanmaktadır. Ayrıca endotel hücreler birbirleri ile inter-endotel bağlar ile bağlıdır. İnter-endotel bağlar, lenfatik kapillerin drenaj fonksiyonunda çok önemli bir rol oynamaktadır. Lenfatik kapiller daha büyük prekollektor kanallar ile birleşerek ilerler (Rovenská ve Rovenský 2011; Waterhouse ve ark. 2013).

Prekollektorlar

Lenf kapillerinin açıldığı prekollektor kanallar, hem lenfatik kapiller gibi interstisiyel sıvıyı emer, hemde kollektor damarlar gibi lenf sıvısının iletiminden sorumludur (Földi ve Strößenreuther 2005).

Kollektorlar

Kollektor kanallar, esas lenf iletimini sağlayan kanallardır. Boyutları 0.1 ile 2 mm arasında değişmektedir. Kollektorlar, venler gibi üç tabakadan oluşmaktadır. Bu tabakalar

içten dışa sırasıyla; endotel hücreler ve bazal membrandan oluşan *Tunica İntima*, düz kas hücrelerinden oluşan *Tunica Media* ve elastik fibröz bağ dokudan oluşan *Tunica Externa* 'dır. Kollektorların içinde 0.6 ile 2 cm aralıklarla yerleşmiş, sıvının geriye akımını engelleyerek merkeze doğru ilerlemesini sağlayan kapaklar yer almaktadır. İki kapak arasında lenfanjiom olarak adlandırılan bölgedeki kasılmalar lenf sıvısının ilerlemesine yardımcı olur. Lenfanın ilerlemesine çevresindeki iskelet kasının kasılması ve solunumsal hareketler de yardım etmektedir. İnhalasyon sırasında torasik basınç düşer böylece lenfa küçük kollektörlerden büyük damarlara aktarılır (Földi ve Strößenreuther 2005; Martin ve Timmons 2006; Waterhouse ve ark. 2013).

Kollektorlar yerleşimine göre ikiye ayrılmaktadır; subkutanöz dokuda bulunup deri ve subkutan dokuyu drene eden *yüzeysel (superficial) kollektorlar*, extremiteler ve gövdede bulunup kasları, eklemleri, ligamentleri, iç organları drene eden *derin kollektorlar*. Kollektorların akış yönü derinden yüzeye doğrudur. Bu sebeple yüzeyleki lenf damarlarının boşaltılması, derin damarların boşalmasını sağlamaktadır (Földi ve Strößenreuther 2005). Bu lenf damarları yolları üzerindeki lenf nodüllerine girerek ilerler (Öztürk 2003).

Lenf Trunks

Lenf sisteminin en büyük damarlarıdır. Kollektor denilen daha küçük lenf damarlarından aldıkları lenfanın kan dolaşımına katılmasını sağlar. Vücudun sağ dörtte birlik kısmının lenfatik drenajı, *Ductus lymphaticus dexter* aracılığıyla sağ angulus sağ v. subclavia ve sağ v. jugularis interna'ya, diğer vücut kısımlarının drenajı ise *Ductus thracicus* aracılığı ile sol v. jugularis interna ve sol v. subclavia'ya dökülerek dolaşıma katılır (Öztürk 2003).

2.1.2. Lenf Nodları

Bir ağ sistemi gibi vücuda yayılmış olan lenf nodları; 2-30 mm boyutlarında, dışı sıkı bağ doku kapsülü ile sarılı bezelye ya da fasülye şeklinde yapılardır. Boyun, koltuk altı, kasık, mesenterium ve büyük damarların etrafında kümeler oluştururlar. Kan damarları ve sinüslerin, lenf noduna girdiği bölgeye hilus adı verilmektedir. İçinde, lenfanın ilerlediği sinüsler bulunmaktadır. Kollektordan (afferent lenf damarları) subkapsüler sinüse gelen lenfa, ilerlemesine sırayla dış korteks (outer cortex), deep cortex, medulla ile devam ederek efferent lenf damarları aracılığıyla hilustan lenf nodundan ayrılmaktadır. Subkapsüler korteks içinde

makrofaj ve dentrik hücreler bulunur. Dentrik hücreler, lenfadaki antijenleri toplayarak membranlarında sergiler ve T hücreleri bu antijenler ile karşılaşarak aktive olarak immün cevap başlatmaktadır. Aktive olan T lenfositler dış korteksteki B hücrelerine gider, B hücreleri etkin antikor üretimi için plazma hücrelerine dönüşür. Plazma hücreleri, CD4 ya da CD8 T hücreleri medullaya geçerek vücutta inflamasyon gelişen veya tehlike bulunan alana giderler. Kısaca, lenf nodlarının görevi; lenfanın iletimini sağlarken, antijenleri tarayarak gerek immün cevabın başlatılmasından, gerekse zararsız patojenlere karşı tolerans geliştirmektir (Öztürk 2003; Földi ve Strößenreuther 2005; Martin ve Timmons 2006; Buettner ve Bode 2012; Ulusoy, ve ark. 2014).

2.1.3. Lenfatik Sistem Organları

Lenfatik sistem organları primer lenfoid organlar (kemik iliği, tymus) ve sekonder lenfoid organlar (dalak, tonsilla) olmak üzere ikiye ayrılır (Öztürk 2003; Ulusoy ve ark. 2014).

Kemik İliği

Uzun kemiklerde *cavitas medullare* olarak adlandırılan boşluklarda *substantia spongiosa*'daki aralıklarda ve yassı kemiklerin diploe boşluklarının içinde kemik iliği-medulla ossium denilen madde bulunur. Yeni doğanda kemik iliği kırmızı renge sahip *medulla ossium rubra* cinsinden ilikle doludur. Bu cins kemik iliği eritrositer ve granülositer seri kan hücrelerinin yapıldığı yerdir. Yaş ilerledikçe kırmızı kemik iliği yerini sarı kemik iliği olan ve kan yapma özelliği bulunmayan *medulla ostium flava*'ya bırakır. Kemik iliği vücudun oksijenasyonunu, bağışıklık ve pıhtılaşma faktörü gereksinimini sağlayan hücreleri üretmesi nedeniyle yaşamsal öneme sahip bir organdır (Öztürk 2003). Kemik iliğinde bulunan kök hücreler, bazı sitokinlerin etkisi ile gelişerek lenfositleri kemik iğlinde, T lenfositleri ise timusa giderek timusta olgunlaşırlar (Beyaz 2004; Beyaz 2004).

Timus

Timus, maribnum sternumun arkasında, mediastinumun üst ön bölümünde yer almaktadır. Timusun boyutları ergelikte 30-40 gr ağırlığına ulaşmaktadır. Timus iki lobtan ve bu lobları oluşturan lobülüslerden oluşmaktadır. Puberte sonrası regresyona uğradığı için timusun biloblu yapısını ayırt etmek mümkün olmamakta, bunun yerine pembe veya kahverengi, yağlı irregüler alanlar gözlenmektedir (Çelik ve Kutlay 2011). Lobülüsler, yapı

olarak korteks ve medulla kısmından oluşmaktadır. Kortekste çok sayıda olgunlaşmamış T lenfosit vardır ve çoğu kortekste apoptozis ile yok edilirler. Bir kısmı medullaya göç edip, burada olgunlaşarak kan akımına katılır. Bu hücreler timus dışındaki lenfoid yapılara geçerek özel bölgelerde T lenfositler olarak yerleşirler (Elma 2015). Timus medullası lenfopoetin gibi hormonal faktörler salgılayarak lenfosit üretimini artırmaktadır. Dolayısıyla, lenfopoezi kontrol ederek dolaşımdaki hücreleri antijen uyarısına karşı yeterli tepki verecek hale getirmektedir (Öztürk 2003; Martin ve Timmons 2006) .

Dalak

Vücudumuzun en büyük lenfoid organı olan dalak, damardan zengin, koyu mor renkli ve yumuşak bir organdır. Dalak, karın boşluğunda diyafragmanın altında, sol böbrek ile flexura coli sinistranın üstünde, arkada ise 9-11. kostalar hizasındadır. Dalak kesitinde koyu ve soluk renkli kısımlar vardır. Bu koyu renkli kısımlara kırmızı pulpa, soluk renkli görünen kısımlara ise beyaz pulpa denir. Kırmızı pulpa içinde bol miktarda hasarlı eritrosit bulunan venöz sinüzoidlerden oluşur. Beyaz pulpa ise, arteria centralis çevresinde yer alan lenfoid dokudur. Bu dokuda arteriolün hemen çevresinde T lenfositler kümelenmiştir. Ayrıca beyaz pulpa içinde B lenfositlerin oluşturduğu foliküller bulunur. Beyaz pulpanın ara kısımlarında antijen sunucu hücreler ve fagositik makrofajlar olduğu için bağışıklık sisteminde önemli bir rolü vardır ve hücrel ve hümorale immün cevabın oluşmasını sağlar (Öztürk 2003; Ulusoy ve ark. 2014).

Tonsilla

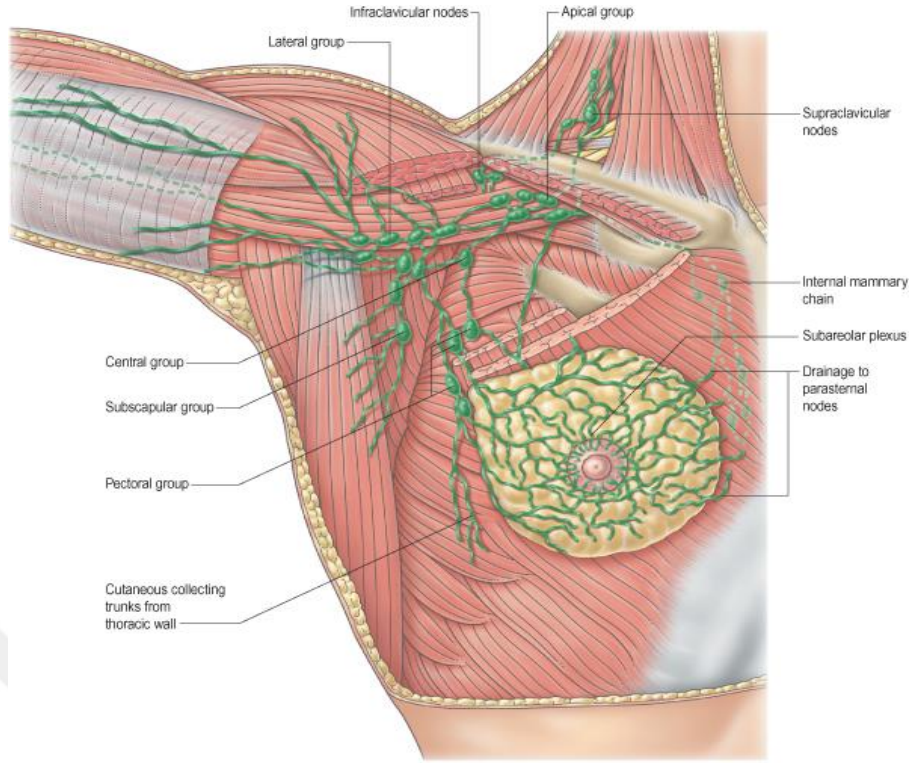
Bölgesel lenf nodlarının dışında sindirim, solunum ve genitoüriner sistem mukozalarının altında da lenfoid dokular bulunur. Mukoza altındaki bu lenfoid dokular mukozayı iterek makroskopik olarak görülebilen *tonsilla* denilen yapıları oluşturur. Tonsillalar burun ve ağızdan farenkse geçişte Waldeyer'in lenfatik halkası denilen bir yapı oluşturur. Bu yapı tonsilla pharyngea, tonsilla tubaria, tonsilla palatina ve tonsilla lingualisten oluşan bir savunma halkasıdır. Tonsillada bulunan lenfositler hava ve yiyecekler aracılığıyla vücuda giren patojenler ile savaşmaktadır (Öztürk 2003; Martin ve Timmons 2006; Ulusoy ve ark. 2014).

Peyer Plakları

Bağırsaklarda bulunan mukoza altı lenfoid dokular *peyer plakları* olarak adlandırılmaktadır. Peyer plakları; foliküler bölge, parafoliküler bölge ve folikül ilişkili epitel olmak üzere üç bölgeden oluşur. Foliküler bölge, ortada B lenfosit, foliküler dendritik hücre ve makrofaj içeren oluşum merkezi, bunu çevreleyen ve immüoglobulin M (IgM) ve IgD exprese eden küçük lenfositlerden oluşan korona bölgesi ve onun üzerinde uzanan T ve B lenfosit, dendritik hücre ve makrofaj içeren dom bölgesinden oluşur. Parafoliküler bölge foliküllerin tepe kısımları arasında kalan küçük lenfositler, dendritik hücreler ve plazma hücrelerini içeren bölgedir. Folikül ilişkili epitel ise bağırsak boşluğu ile bağırsak ilişkili lenfoid doku arasında bulunan, özelleşmiş epitel hücreleri olan M hücrelerden oluşan tek sıra halinde bir tabakadır. M hücresi, altında yer alan bağırsak dokuya antijen sunumunu sağlayarak hem mukozal hem de sistemik immün yanıt gelişimini başlatır. M hücresinin diğer bir görevi T ve B hücrelerini uyaran interlökin 1 (IL-1) gibi ek medyatörler salgımasıdır (Şimşek, Yılmaz ve Yüksel 2014).

2.2. Memenin Lenfatik Yapısı

Kadınlarda süt verme ve ikincil cinsiyet organı olan meme, hormon kontrolü altında görev yapan ileri derecede özelleşmiş bezlerden oluşmaktadır. Memenin lenf damarları, ductus lactiferi çevresi ve septum interlobulareda bulunan lenf ağından başlamaktadır. Memenin santral kısmından gelen damarlar, santral kısmını örten deri, aerola mammae ve papilla mammae'dan dallar alarak, aerola mammae altındaki karışık lenf ağına geçmektedirler. Bu damarların effrentleri birleşerek iki ayrı kök oluşturur ve pektoral nodüle açılırlar. Memenin lateral ve medial kısmının drenajı ise parasternales nodüle açılır. Memenin üst kısmından çıkan bir damar ise m. pectoralis major'dan geçerek, deltoido-pectoralis nodülüne açılır (Güven ve Özden 2008).



Şekil 2. Memenin lenf nodları

Kaynak: <https://community.breastcancer.org/forum/147/topics/831038>'dan alınmıştır (Erişim tarihi:27.11.2015).

Memenin lenf damarlarının %75'i aksiler lenf nodlarına açılırken, kalan kısmın büyük çoğunluğu ise parasternal lenf nodlarına açılmaktadır (Güven ve Özden 2008).

2.3. Lenfödem

Başlangıç lenf kapillerinde, kollektörlerde ve lenf nodlarında meydana gelen morfolojik ve fonksiyonel zararlar lenfatik yükün artmasına, dolayısıyla interstisyel dokuda protein, hyaluron, su ve hücre atıklarının birikmesine neden olur ve hala fonksiyonunu yapan lenf damarlarında hipertansiyona neden olur. Bu birikim ekstremitelerde, genital organlarda, nadir olarak gövdede, boyunda ya da vücudun distaldeki yapılarında şişmeye neden olur ve lenfödem (LÖ) olarak adlandırılır (Földi, Jünger ve Partsch 2005). Kısaca, LÖ proteinden zengin sıvının interstisyel alanda birikmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu birikimin hemen ardından başlayan enflamasyon, yağ dokusunda hipertrofi ve fibrozis sonucunda ödem gelişimi, artmış enfeksiyon riski, hareket ve fonksiyon kaybı ile, yaşam boyu gelişme riski

olan kronik bir rahatsızlıktır (International Lymphoedema Framework-ILF 2012; Shaitelman ve ark. 2015)

2.3.1. Lenfödemin Sınıflandırılması

LÖ, gelişmesine yol açan nedene ve klinik evresine göre sınıflandırılmaktadır.

2.3.1.1. Nedenine Göre Sınıflandırılması

LÖ gelişmesine yol açan nedene göre primer ve skonder LÖ olarak sınıflandırılmaktadır.

Primer lenfödem:

LÖ heterojenik nedenlerle ortaya çıkıyorsa primer LÖ olarak isimlendirilmektedir. Primer LÖ gelişim zamanına göre üçe ayrılır; iki yaşından önce gelişen **konjenital** (%10), 35 yaşına kadar gelişen **precox** (%80), 35 yaşından sonra gelişen **tarda** (%10). Bu alt gruplardaki LÖ vakaları da kendi içinde sebebine göre farklı isimlendirilmektedir. Örneğin; vasküler endotelyal büyüme faktörü (VEGF) reseptör-3 mutasyonu olan Milroy hastalığı gibi (Chiu 2014).

Sekonder lenfödem:

Lenf nodlarının çıkarılması, zarar görmesi, radyasyon sonucu fibrozis gelişmesi, enfeksiyon ya da travma nedeniyle gelişen LÖ'e sekonder LÖ denir. Sekonder LÖ'in gelişimine neden olan etkenler; travma ve doku hasarı (örneğin; yanık, lenf nodu çıkarılması, radyoterapi, varis cerrahisi), venöz hastalıklar (kronik venöz yetmezlik, venöz yaralar, intravenöz ilaç kullanımı), enfeksiyon (lenfadenit, selülit, flariazis, tüberküloz), inflamasyon (romatoid artrit, dermatit, psöriazis) endokrin hastalıklar (pretibial miksödem), immobilite (paralizi), yapay olarak meydana gelmiş nedenler (kendine zarar verme), malignan hastalıklar ve tedavisidir (lenf nodu metastazı ve çıkarılması, lenfoma, radyoterapi ve geniş tümörlerin basısı) (ILF 2012). Sekonder LÖ'in önemli bir kısmı kanser ve tedavisine bağlı nedenlerle gelişmektedir (Lawenda, Mondry ve Johnstone 2009). LÖ gelişimine neden olan kanserler: meme kanseri, melanoma, jinekolojik kanser, baş-boyun kanserleri, genitoüriner kanserler, sarkoma'dır. Bunlar içinde en dikkati çeken meme kanseri tedavisine bağlı LÖ'dir. Bunun nedeni ise meme kanseri insidansı ve tedavisi sonrası sağkalım oranının artmasıdır (Shaitelman ve ark. 2015).

2.3.1.2. Lenfödemin Klinik Evrelerine Göre Sınıflandırılması:

LÖ'in basitçe akut ve kronik ödem olarak sınıflandırılması yapılmaktadır;

Akut lenfödem: Cilt değişiklikleri olmadan basmakla gode bırakan, altı aydan kısa süren geçici bir LÖ'dir.

Kronik lenfödem: Cilt değişikliklerinin olduğu, inflamasyon ve fibrozisle seyreden, gode bırakmayan sürekli ve ilerleyici bir lenf birikimi olan LÖ'dir.

LÖ'in bir diğer sınıflaması Uluslararası Lenfoloji Birliği (International Society of Lymphology-ISL)'nin yaptığı sınıflamadır. LÖ, klinik olarak dört evreye ayrılmaktadır:

Evre 0: Bozulmuş lenf transportuna rağmen henüz şişmenin olmadığı, gizli, belirti vermeyen dönemdir. Dokuda fark edilmeyecek derecede küçük değişiklikler ve subjektif belirtiler olabilir. Ödem gelişmeden aylar ve yıllar öncesinde varolabilir.

Evre I: Görece proteinden zengin sıvının interstisyel aralıkta birikmesidir. Elevasyonla şişlik azalır ya da kaybolur. Basmakla gode oluşur. Geri dönüşümlüdür.

Evre II: Tek başına elevasyon ile düzelmez ve gode bırakabilir. Artmış adipoz doku ve fibrozis nedeniyle gode görülmeyebilir.

Evre III: Elefantiyazis olarak adlandırılan aşırı bir şişme vardır. Gode bırakmaz. Ciltte kalınlaşma ve belirgin cilt değişikliklerinin olduğu, fibroz birikimin arttığı, siğillerin olduğu evredir (ISL 2013).

2.3.2. Meme Kanseri Tedavisine Bağlı Lenfödem

Dünyada ve ülkemizde, kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseridir. Amerikan Kanser Birliği (American Cancer Society-ACS), 2016 yılında 246.660 yeni vaka öngörmektedir. Ferlay, Foucher, Tieulent, Rosso ve arkadaşları (2012) Avrupa'da 464.000 yeni meme kanseri vakası görüleceğini bildirmişlerdir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı 2014 verilerine göre kadınlarda meme kanseri insidansı 38.60/100000'dir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2014). Amerika'da 1989'dan beri meme kanserine bağlı ölümlerde azalma görülmektedir. Bu da meme kanserinden sonra sağkalım oranının arttığına işaret etmektedir. Sağkalım oranının artmasındaki neden ise tanı ve tedavi yöntemlerinde yaşanan gelişmelerdir (ACS 2014). Malvezzi, Bertuccio, Levi, La

Vecchia ve arkadaşları (2014), Avrupa’da kadınlarda meme kanserine bağlı ölüm oranlarının 1990’larda 20/100000 iken 2014 yılında 15/100000 olduğunu belirtmişlerdir.

Meme kanserinde sağkalım oranının artmasına rağmen alınması gereken önlemleri beraberinde getirmektedir. Meme kanseri tedavisine bağlı hastalarda hayat boyu; etkilenen kolda, elde ve meme bölgesinde lenfödem gelişme riski vardır (Fleisher 2010; Hamolsky 2014).

2.3.3. Meme Kanseri Tedavisine Bağlı Lenfödem İnsidansı

Meme kanseri tedavisine bağlı LÖ gelişme insidansı cerrahi tedavi sonrası iki yıl içerisinde %8 ile % 56 arasında değişmektedir (National Cancer Institute-NCI, 2014). Bir metaanalizde, meme kanseri tedavisi sonrası iki yıl içinde LÖ gelişme insidansı % 16.60 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada, aksiler lenf nodu diseksiyonu (ALND) uygulanan hastalarda (%28.20), sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB) uygulanan hastalara (%5.60) göre LÖ gelişme oranı dört kat fazla bulunmuştur (Disipio, Rye, Newman ve Hayes 2013). Belçika’ da yapılan retrospektif çalışmada (n:168), meme kanseri cerrahi tedavisinden sonra LÖ gelişme insidansı üç ile altı ay arasında %18.50, altı ile 12 ay sonrasında %13.20, 12 ile 24 ay sonrası %14.20, 24 ile 60 ay arasında %13.30 olarak belirtilmiştir (Adriaenssens ve ark. 2012). Türkiye’ de Soyder, Taştaban, Özbaş, Boylu ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında (n:101), meme kanseri tedavisine bağlı LÖ insidansı %6.90 olduğu saptanmıştır. Şimşir Atalay, Taflan, Ercidoğan, Akaya ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan bir çalışmada ise (n: 132) LÖ prevelansını %34.80 oranında saptamışlardır.

2.3.4. Meme Kanseri Tedavisine Bağlı Lenfödemin Belirti ve Bulguları

Meme kanserine tedavisine bağlı gelişen LÖ’de görülen belirti ve bulgular şu şekildedir;

- Etkilenen memede, göğüste, kolda, omuzda ve elde şişme,
- Etkilenen kolda ağırlık, gerginlik, sertlik, güçsüzlük, uyuşukluk ve karıncalanma hissi,
- Etkilenen kolda ağrı ve rahatsızlık,
- Etkilenen bölgede kızarıklık, soğukluk ya da sıcaklık,
- Etkilenen kolda hareket açıklığında azalma,
- Etkilenen kolda tüy kaybı, tırnakta değişiklikler,
- Normalde kullanılan kıyafet ve takıların dar gelmesi,

- Etkilen bölgede ciltte kalınlaşma, pütürlenme, kabarcıklanma gibi cilt değişiklikleri ve cilt bütünlüğünde bozulma ya da ülserasyon,
- Psikososyal değişiklikler görülebilmektedir (Ridner 2005; Hayes, Rye, Battistutta ve Newman 2010; Ridner ve ark. 2011; Hayes, DiSipio, Rye, Lopez ve ark. 2011; Degnim, Miller, Hoskin, Boughey ve ark. 2012; ILF 2012; Morris ve Wonders 2015; Kibar, Dalyan Aras ve Ünsal Delialioğlu 2016).

2.3.5. Meme Kanseri Tedavisine Bağlı Lenfödemde Risk Faktörleri

Meme kanseri tedavisine bağlı LÖ gelişiminde rol oynayan risk faktörleri; tedavi, hastalık, hasta ve klinik ile ilgili faktörler olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır.

2.3.5.1. Tedaviye Bağlı Risk Faktörleri

Ameliyatın Tipi: LÖ gelişme riski, radikal mastektomi uygulanan hastalarda alınan lenf nodu sayısı fazla olduğu için, modifiye radikal mastektomi ve meme koruyucu cerrahi uygulanan hastalara göre daha yüksektir (Ugur ve ark. 2013).

Kemoterapi: Kemoterapi, LÖ gelişimi için bir risk faktörüdür. Kemoterapinin tipine bağlı olarak hücreler arası boşluğa kapillerden protein ve sıvı sızıntısı bilinen bir yan etkidir (Adriaenssens ve ark. 2012). Özellikle kemoterapi alan hastalar, hastalığın ileri evrelerinde olmalarına bağlı daha büyük cerrahi ve ameliyat sonrası radyoterapi uygulanma oranı daha fazla olduğu için lenfödem gelişme riski daha fazladır (Zhu, Xie, Liu, Guo ve ark. 2014). Neoadjuvan kemoterapi (NAK) uygulanan hastalarda (%58.10), adjuvan kemoterapi (AK) uygulanan hastalara (33.70) göre daha fazla LÖ gelişme riski olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi NAK ve AK arasında LÖ gelişimi açısından fark olmadığı gösteren çalışmalarda mevcuttur (Jung, Shin, Kim, Chung ve ark. 2014; Li, Zhang, Li, Wu ve ark. 2015). Kemoterapi ajanı olarak taksan kullanan hastalarda LÖ gelişme riski daha fazladır; nedeni taksanın vücutta genel ödeme neden olarak, etkilenen koldaki LÖ'yi artırması olduğu düşünülmektedir (Li ve ark. 2015). Taksanın LÖ gelişimi üzerindeki etkisi kesin olarak kanıtlanabilmiş değildir, LÖ riskini artırmadığını iddia eden çalışmalar da mevcuttur (Swaroop, Ferguson, Horick, Skolny ve ark. 2015)

Hormonoterapi: Özellikle tamoksifen kullanımının fazla kilolu ve obez kişilerde, uygulanan tedaviler ve evresine bakılmaksızın LÖ riskini artırdığı düşünülmektedir. Tamoksifen selektif östrojen reseptör modülatörüdür ve östrojen reseptörü pozitif olan meme

kanseri hastalarında terapatik amaçlı kullanılmaktadır. Tedavi edici etkisinin yanında ateş basmaları, depresyon, bulantı, baş ağrısı, endometriyal kanserler, derin ven trombozu gibi yan etkilerinin olmasının yanında, iç organlarda yağlanmayı, trigliseritlerin dolaşımını artırması gibi metabolik etkileryle obezite ve diyabet ile bağlantı kurulabilir. LÖ gelişimi üzerindeki etkisi net olarak bilinmemekle birlikte yağ ve glikoz metabolizması üzerindeki etkisi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Das, Baumgartner, Riley, Pinkston ve ark. 2015).

Radyoterapi: Radyasyon, uygulanan alanda venöz oklüzyon, lenfatik hasar, lenfatik ve venöz sıkışma sebebiyle lokal kas fibrozisine neden olarak LÖ geliştirdiği düşünülmektedir (Zhu ve ark. 2014; Soyder ve ark. 2014). Radyoterapi kısa dönemde, direk olarak lenfatik hasara neden olmasa da ciltte sclerozise sebep olarak lenf akışında daralmaya ve lenf damarlarının yenilenmesinde yavaşlamaya neden olur (Adriaenssens ve ark. 2012; Ugur ve ark. 2013). Radyoterapi, memeye ve supraclaviklar bölgeye ek olarak posteriyor aksillar bölgeye uygulandığında da LÖ gelişme riskini artırmaktadır (Bar Ad ve ark. 2012).

Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar: Ameliyat sonrası komplikasyonlardan özellikle enfeksiyonun LÖ gelişiminde bir risk faktörü olduğu bulunmuştur. Kötü yara iyileşmesi ya da uygun olmayan bakım sonucunda gelişen enfeksiyon, lenfatik damarlara zarar verir, lenfatiklerin onarımını ve kolorektal dolaşımı engellemektedir. Böylece üst ekstremitte LÖ'ne neden olur veya var olan LÖ'in artmasına neden olur (Zhu ve ark. 2014). Ameliyat sonrası yara enfeksiyonu gelişen hastalarda gelişmeyen hastalara göre LÖ gelişme riski 3.11 kat daha fazladır (Ugur ve ark. 2013).

2.3.5.2. Hastalıkla İlişkili Risk Faktörleri

Aksiller lenf nodu diseksiyonu (ALND): ALND uygulanan hastalarda sentinel lenf nodu biyopsi (SLNB) uygulanan hastalara göre daha fazla parestezi ve LÖ görülmektedir (Li ve ark. 2015). ALND uygulanan hastalarda uygulanmayan hastalara göre LÖ gelişme olasılığı 2.72 kat fazladır. Bunun nedeni; cerrahi olarak lenf nodlarının alınmasının üst ekstremitte ile boyun, meme dokusu ve özellikle sefalik ven hizasındaki lenfatik damarlar arasındaki lenfatik transpotun bozulması nedeniyle lokal lenfatik akımının azalması veya durmasıdır (Zhu ve ark. 2014; Soyder ve ark. 2014). Alınan aksiller lenf nodu sayısı 10'un üzerinde ise LÖ riski 2.16 kat, 20'nin üzerinde ise 3.52 kat artmaktadır (Meeske, Sullivan Halley ve Smith 2009; Ahmed, Schmitz, Prizment ve Folsom 2011).

Meme kanserini evresi: Tanı koyulduğundaki meme kanseri evresi LÖ gelişimi için bir risk faktörüdür. Meme kanserinin ileri evresinde (evre III) tanılanması LÖ riskini artırmaktadır (Ugur ve ark. 2013). Düşük evrelerde LÖ insidansı düşük bulunurken, ileri evrelerde uygulanan cerrahi de büyüyeceği için LÖ insidansı artmaktadır (Zhu ve ark. 2014).

Seroma: Seroma meme kanseri cerrahisi sonrası deri flepleri altında seröz sıvı birikimidir (Pogson, Adwani ve Ebbs 2003). Ameliyat sonrası seroma gelişen kadınlarda kolda, memede ve göğüste LÖ gelişme riski daha fazladır (Fu, Guth, Cleland, Lima ve ark. 2011).

2.3.5.3. Hasta ve Klinik ile İlgili Risk Faktörleri

Hipertansiyon: Hipertansiyonun LÖ gelişme riski oluşturması, artmış hidrostatik basınca bağlı kapiller filtrasyonun artması ile ilgilidir. Kapiller filtrasyon oranı yükselip, lenfatik drenaj yetersiz kaldığında, sıvının intraselüler aralıkta birikmesi sonucu kolda ödem gelişir (Togawa, Ma, Sullivan-Halley, Neuhausser ve ark. 2014).

Beden Kitle İndeksi (BKİ): BKİ değeri arttıkça, sıvı akışını kolaylaştırmak için vücudun daha fazla kan dolaşımına ve lenfatik sisteme ihtiyaç duymaktadır. Bu sebeple lenfatik sistem ve kan dolaşım kapasitesinde yetersizlik oluşur. Ayrıca obezitenin, yağ doku nekrozuna, kötü yara iyileşmesine ve enfeksiyona yol açarak LÖ'e neden olduğu düşünülmektedir. Obezitenin, meme kanseri tanısı almadan önce var olması, operasyon sırasında ve sonrasında alınmasının LÖ ile ilişkisini inceleyen çalışmalar mevcut olup, her dönemde ki obezitenin LÖ riskini artırdığı bulunmuştur (Schmitz 2009; Soran ve ark. 2011; Zhu ve ark. 2014; Togawa ve ark. 2014). BKİ'si 25 kg/m²'den yüksek olan kadınlarda LÖ gelişme riski daha fazladır (Adriaenssens ve ark. 2012).

Yaş: Genç yaşta meme kanseri gelişen kadınlarda, ileri yaşta meme kanseri gelişen kadınlara göre LÖ gelişme riski daha fazladır (Nielsen, Gordon ve Selby 2008; Togawa ve ark. 2014). Bunun sebebi kesin olarak bilinmemekle birlikte genç yaşta daha agresif meme kanseri türleri gelişmesi ve buna bağlı tedavinin daha agresif olmasıdır (Togowaa ve ark. 2014; Zhu ve ark. 2014). Sebebine yönelik bir diğer varsayım ise yaşlı bireylerde gelişen LÖ ve buna bağlı semptomların yaşlanma ile ilgili problemlerle ve diğer ek kronik hastalıklarla bağlantı kurulmasıdır. Genç hastalarda ise çalışma hayatında daha aktif olmalarının, eğlence ve ebeveyn rollerinin fazla olmasının, yaşadıkları LÖ semptomlarından, fonksiyonel

kısıtlılıktan daha fazla etkilenmelerine sebep olduğu için genç hastalar üzerindeki farkındalık daha fazladır (Nielsen ve ark. 2008).

Bazı çalışmalarda ileri yaşın, artan lenfavenöz anastomoz kaybına bağlı olarak LÖ için bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (Bar Ad ve ark. 2012; Myungsoo, Park, Lee, Ro ve ark. 2015)

Genetik: VEGFR3, VEGFR3 ve RORC reseptör genlerinin sekonder LÖ'in gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir. VEGFC ve VEGFD gibi birçok protein, VEGFR2 ve VEGFR3 reseptörler ile iletişime geçerek vasküler endotelial büyüme faktörü lenfanjiyogenez ve anjiyogenezde önemli bir rol oynar. VEGFC ve VEGFD farelerde sekonder LÖ'de lenfatik damar büyümesini uyardığı gözlemlenmiştir. VEGFC ve VEGFD'nin başlattığı lenfanjiyogenez, VEGFR2/3 kolaylaştırmaktadır. RORC geninin sekonder LÖ üzerine etkisi tam bilinmemekle birlikte, lenfoid organ gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir. Bu sebeplerle bu genlerin eksikliği ya da anormal çalışmasının sekonder LÖ üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir (Newman ve ark. 2012).

Çalışma durumu: Kadınların ev dışında çalışmaları ile LÖ gelişimi arasında bir bağlantı kurulmaktadır. Ev dışında çalışan kadınlar genellikle LÖ korunmak için yapılması gereken uygulamaları zamanlarının olmaması nedeniyle yerine getiremedikleri, darbe ve yaralanmalardan koruyamadıkları için LÖ gelişimine yatkınlıkları artmaktadır (Nielsen ve ark. 2008).

Etkilenen kolun fazla kullanımı: Litaretür etkilenen kolun fazla kullanılmamasını, korunmasını, ağır taşınmaması ve tekrarlı hareketlerde bulunmaması gerektiğini vurgulamaktadır (Güler Demir 2008; Hardy 2011; Çavdar, Kostanoğlu, Karayurt, Yıldız Fındık ve ark. 2015). Etkilenen tarafın dominant el olması, kolun çok fazla kullanımına neden olacak iş ve uğraşlar dokuya zarar vererek, lenf akışının artmasına ve interstisyel aralıkta lenfanın birikmesine ve LÖ gelişmesine neden olmaktadır. Etkilenen kol dominant taraf olduğunda, kol daha fazla kullanıldığı ve dominant tarafta daha fazla LÖ geliştiği bulunmuştur (Tahan, Johnson, Mager ve Soran 2010).

2.3.6. Meme Kanserine Bağlı Lenfödemde Tanılama Yöntemleri

Öykü: Hastanın öyküsü alınırken meme kanseri tanısı konulduğundaki evresi, ameliyatın tipi, çıkarılan lenf nodu sayısı, alınan tedaviler (kemoterapi, radyoterapi, hormonoterapi), LÖ gelişmesine neden olan tetikleyici, başlama zamanı, şişliğe eşlik eden şikayetler, LÖ için şimdiye kadar uygulanan tedaviler, tekrarlayan enfeksiyon durumları, kişinin LÖ'ü algılama şekli sorularak kayıt edilir (International Society of Lymphology-ILS 2013). LÖ ile ilgili öykünün yanında hastanın var olan kronik hastalıkları (hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, serebro vasküler hastalıklar) sorulmalıdır (ILS 2013).

Fiziki tanılama: Fizik tanılama inspeksiyon ve palpasyon yolu ile yapılır. İnspeksiyonda; ödemin yerleşimi (göğüs, kol ve el), cilt rengi (kızarıklık), cilt değişiklikleri (skar, lezyon, cilt katlanmaları, kesik ve yaralanmalar) olup olmadığı değerlendirilir. Palpasyonda; ödemin gode bırakıp bırakmadığı, stemmer belirtisi (el parmaklarının proksimal interfarangeal ve metatarsafarengal eklemleri arasındaki deri el ile kavrandığında katlanma oluşmuyor ise stemmer belirtisi pozitifdir), cilt ısısı, kas kuvveti, duyu ve nabzın alınıp alınmadığı ve lenf nodülleri palpe edilerek değerlendirilir (Campisi, Micheline ve Boccardo 2003).

2.3.6.1. Objektif Tanılama Yöntemleri:

Volümetrik ölçüm: Volümetrik ölçüm ekstremitelerdeki volümünü hesaplayabilmek için duyarlı bir yöntemdir (Shaitelman ve ark. 2015). Bu ölçümde hastanın kolu su dolu silindir şeklinde bir kaba daldırarak taşınan su miktarı milimetre cinsinden hesaplanır. Sağlam kol ile sağlam olmayan kol arasındaki volüm farkı ölçüm değerini verir (Sander, Hajer, Hemenway ve Miller 2002). Bu teknik uygulamasının zaman alması, kaptan taşınan suyun doldurulması ve boşaltılması, hijyenin sağlanması için kaptaki suyun boşaltılmasının zor olması nedeniyle uygulaması zor bir tekniktir (Akbarak, Kaya, Deligöz ve Yakut 2007; Shaitelman ve ark. 2015).

Çevre ölçümü: Çevresel ölçümler ekstremitelerin belirlenen anatomik noktalarından LÖ boyutunu belirlemek için kullanılmaktadır. Ölçüm sırasında kullanılacak olan mezura esnek, genleşmeyen özellikte olmalıdır (Shaitelman ve ark. 2015). Çevresel ölçümlerde en sık kullanılan iki yöntem Kuhnke'nin Disk Metodu ve Frustrum Metodudur. Kuhnke'nin disk metodunda, ekstremiteler distalden itibaren 4 cm aralıklarla proksimale kadar çevresel ölçüm

yapılarak bir formül ile hacim hesaplanır. Frustrum metodunda ise, ekstremitenin en kalın ve en ince yerlerinden ölçüm yapılarak, bu iki nokta arasındaki mesafe ölçümü formülde yerine koyularak hacim hesaplanır (Bakar, Berdici, Şahin ve Pala 2014). Kuhnke'nin disk metodu, frustrum disk metodu, volüm ölçümü ve perometri ölçümlerinin güvenilirliğini karşılaştıran bir çalışma, Kuhnke'nin disk metodu ve perometrik ölçümlerin daha güvenilir olduğunu, ancak Kuhnke'nin disk metodunun maliyet ve uygulama açısından daha kolay olması sebebiyle LÖ tanılanmasında tercih edilmesini önermiştir (Deltombe, Jamart, Recloux, Legrand ve ark. 2007).

Avusturalya Lenfoloji Birliği (Austrialian Lymphology Association-ALA) ekstremitte LÖ ölçümlerinde standart oluşturmak için yayınladığı rehberde, elin metakarpofarangeal eklemin orta noktası, bileğin ulnar steloid çıkıntısının orta noktası ve buradan itibaren 10 cm aralıklarla ölçülmesini önermektedir (Kolemeyer, Shanley, Reul-Hirche, Pille 2013). Ölçüm sonuçlarında aradaki fark 2 cm veya %10'dan fazla ise LÖ varlığı göstermektedir (Bakar ve ark. 2014).

Perometry: Ekstremitenin volümünü ölçmek için infrared ışınlar kullanılan, invaziv olmayan optoelektronik bir cihazdır. Cihazın zeminine monte edilmiş açık bir pencere, ekstremitte boyunca hareket ederken infrared ışınlar sayesinde bilgisayarda ekstremitenin görüntüsünü ve volümetrik ölçümünü çıktı olarak verir. Sadece ölçüm olarak değil ekstremitelerdeki belirgin anormal durumları da göstermesi açısından avantajlıdır. Etkili, kullanımı kolay ve hijyeniktir (Shaitelman ve ark. 2015).

Bioimpedans: Bioimpedans vücuttaki sıvı akışının elektrik akımına karşı koyma derecesini ölçer. Elektrokardiyografi elektrotuna benzer metaryeller ekstremitenin iki noktasına yerleştirilerek ölçüm yapılır. Bu ölçümde frekansın aralığına göre direnç sıfırdan sonsuz frekansa kadar olabilir. Elektriksel akımın dokuda geçtiği yol frekans bağımlıdır; direnç sıfırda ekstraselüler sıvı (lenf dahil) hesaba katılırken, sonsuzda toplam doku sıvısı hesaba katılmalıdır. Bu yol ile hacim ölçümü yapılmaktadır (Shaitelman ve ark. 2015). Bu teknik henüz rutin olarak uygulanmamaktadır ancak LÖ'in erken tanılanmasında ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanışlı olabilmektedir (Lymphedema Framework 2006; Choi ve Seo 2014).

Yumuşak Doku Görüntüleme Sistemeleri: Manyetik rezonans görüntüleme (MRG), bilgisayarlı tomografi (BT), ultrason görüntüleme (USG) dokuda ki ekstra sıvı varlığını tespit etmek için kullanılmaktadır. USG’de dermis ve subkutan dokunun kalınlığı ölçülebilmektedir (Lim, Seo, Kim, Chung ve ark. 2011; National Lymphedema Network- LNL 2011). Bu görüntüleme sistemleri dokudaki volüm fazlalığını ve dokudaki değişiklikleri gösterse de, nedenini göstermemektedir. Bu sebeple, bu görüntü sonuçlarının hastanın kalp yetmezliği, protein eksikliği gibi ödeme neden olabilecek diğer bulgularıyla birlikte yorumlanması gerekmektedir (National Lymphedema Network- LNL 2011).

Lenfosintigrafi: Lenfosintigrafi, lenf damarları ve nodlarını görüntülemek için kullanılan, cilt altına enjekte edilen radyoaktif moleküllerin görüntülenmesi esasına dayanan bir görüntüleme yöntemidir. Genellikle teknesyum işaretli sülfür kolloid kullanılır. Lenfosintigrafi ekstremitelerdeki lenf sistem anomalilerini sebepten bağımsız, doğru bir şekilde tespit eder. Lenfosintigrafi ile;

- Hızlı ya da yavaş lenf akımı ve geriye akış olan bölgelerin belirlenmesi,
- Lenf nodlarında lenf alımındaki anomalilerin tanımlanması,
- Bazı LÖ çeşitlerini tanımlanması,
- Tedaviye olan cevabın değerlendirilmesi,
- Başlıca büyük lenf nodu ve damarlarının görüntülenmesi,
- Periferik lenfatik sistemin temel yapısının gösterilmesi sağlanır.

Lenfosintigrafi, lenf sistemi anomalilerini geç dönemde tespit etmekte, LÖ geliştikten sonra tanı koyulabilmektedir. Lenfosintigrafi yaygın olarak kullanılmamaktadır. Sekonder LÖ de öykü, fiziksel muayene ve diğer görüntüleme yöntemlerine ek olarak kullanılması gereklilik arz etmemektedir. Ancak primer LÖ’de mutlaka kullanılması gerekmektedir (LNL 2011).

Doku Dielektrik Konstant (DDK) Metodu: DDK metodu, dokudaki su miktarını ölçmektedir. Bu yöntem biyolojik dokunun dielektrik (elektriğe karşı yalıtkan) özelliğini ölçmek için eş eksenli (coaxial) açık uçlu bir prop aracılığı ile yüksek frekanslı elektromanyetik (300 MHz) alan oluşturulma esasına dayanmaktadır. Bu cihaz cilde bir

noktadan elektrik akımı göndermekte ve geri yansıyan dalga ölçülmektedir. İnsan dokularında dielektrik özelliği ile dokudaki su varlığı arasında kuvvetli bir bağ vardır. Dokunun su miktarının fazla olması ve suyun dielektrik özelliğinin dokudaki büyük makromoleküller (protein ve proteoglikanlar)'de ve yağ dokuda fazla olması sebebiyle, ölçülen DDK değeri ciltteki suyun miktarı ile doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle dokudaki suyun ölçümü, LÖ'in ilk belirtilerinin görüldüğü cilt bölgesine odaklanmakta ve LÖ'in bulunduğu bölgeyi ortaya çıkarmaktadır. Meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem gelişen kadınlarda DDK tekniği ile biyoimpedans spektroskopisi ve ekstremitelere çevre ölçümü yöntemlerinin lenfödemi erken tanılama özelliğini incelemiş ve lenfödemi DDK'nın daha erken tanıladığı bulunmuştur. (Mayrovitz 2007; LNL 2011; Lahtinen, Seppala, Viren ve Johansson 2015). DDK metodu tekli veya çoklu ölçümlerin ortalaması alınarak yapılabilmektedir, ancak yapılan bir çalışma tek ölçümün yeterli olduğunu vurgulamıştır (Mayrovitz, Davey ve Shapiro 2008).

Tonometri: Basınca karşı doku direncini ölçerek ekstremitedeki fibrotik endurasyon miktarını ve dermisin kompliyansını yansıtmaktadır. Cildin sıkılaştırılabilirliği LÖ miktarı ile korelasyon göstermektedir (Başaran ve Kozanoğlu 2009; Bernars 2013).

Genetik testler: Primer LÖ'de tanı ve genetik danışmanlık için kullanılmaktadır. Örnek olarak, milroy hastalığı tanısında VEGFR-3 genetik testi yapılması verilebilir. Ailesel LÖ olan bireylerde genetik danışmanlık adına yapılmaktadır (LNL 2011).

2.3.6.2. Subjektif Tanılama Yöntemleri

Meme kanseri olan fakat LÖ tanısı almayan kadavralar üzerinde yapılan bir çalışmada, kolda çevre ölçüleri açısından fark olmasa da adipoz doku ve subkutan dokuda bir takım değişiklikler olduğu saptanmıştır (Lim ve ark. 2011). Bu bulgu, sadece objektif ölçümlerin değil subjektif değerlendirmenin de önemli olduğunu göstermektedir. Subjektif bulgular, objektif LÖ değerlendirmesi için öncü olabilmektedir. LÖ'li bireylerde subjektif ölçüm aracı olarak yaşam kalitesi ölçekleri kullanılabilir (Shaitelman ve ark. 2015).

2.4. Lenfödem Tedavisi

LÖ'in tedavisi yoktur ancak erken tanı ve uygun bakım ile yönetilebilen bir durumdur. LÖ yönetiminde, koldaki şişliğin azaltılmasını ya da engellenmesini ve etkilenen alanın hareketinin artırılması hedeflenmektedir (National Breast Cancer Centre 2007). LÖ erken

dönemde tanılanmaz ve tedavi edilmez ise hızlı bir şekilde kötüleşebilir ve yönetimi güç bir hal alabilir (Chiu 2014). Bu nedenle LÖ tedavisi sürekli dikkat gerektiren, kendi kendine bakımı içeren ve uzun süreli bir tedavidir (Finnane, Janda ve Hayes 2015). Tam boşaltıcı tedavi (TBT) (Complex/Complete decongestive therapy), LÖ için primer kanıt temelli tedavi yöntemidir. LÖ yönetiminde TBT'ye alternatif olarak cerrahi, medikal tedavi, lazer tedavisi yöntemleri uygulanmaktadır (Bakar ve ark. 2014).

2.4.1. Tam Boşaltıcı Tedavi

TBT, LÖ tedavisinde altın standart olarak kabul edilmektedir. TBT, manuel ya da basit lenf drenajı, çok katlı kompresyon bandajları, egzersiz, cilt bakımını içeren yoğun boşaltıcı faz ve basınç giysisi, aralıklı pnömotik kompresyon ve özbakım uygulamalarını içeren koruma fazından oluşmaktadır (Harmer 2009; Lasinski ve ark. 2012; Finnane ve ark. 2015). TBT'nin LÖ yönetiminde etkin olduğu, özellikle yoğun boşaltıcı fazın LÖ'deki şişliğin azalmasını sağladığı görülmüştür (Karadibak, Yıldırım, Kara ve Saydam 2009; Bayrakci Tunay, Akbayrak ve Kaya 2012; Finnane ve ark. 2015; Loh ve Musa 2015).

2.4.1.1. Yoğun Boşaltıcı Faz

Bu faz, cilt bakımı (1), manual lenfatik drenaj (2), çok katlı kompresyon bandajı (3) ve egzersiz (4) olmak üzere dört bileşenden oluşmaktadır. Bu fazda tedavi süresi, LÖ'in evresine bağlı olmakla birlikte ortalama haftanın beş günü ve 2-6 hafta sürmektedir (Chui 2014; Merchant ve Chen 2015).

2.4.1.1.1. Cilt Bakımı

LÖ gelişen bireylerde cilt sorunları ile çok sık karşılaşmaktadır. Deri hücrelerinde doğal nemlendirici faktörler 20'li yaşlardan sonra azalmaya başlar ve artan yaşla birlikte ciltte kuruluk gelişmektedir. LÖ gelişme riski olan bireylerde sağlıklı derinin korunması önemlidir. Deri altında olan lenfatikler, deri altında veya üstündeki enfeksiyona, alerjenlere veya zararlı biyolojik metaryellere karşı cildi korur. Gelişen ödem cilt katlanmalarına ve bakteriyel ve fungal enfeksiyonların gelişmesine neden olabilmektedir. Dokuda gelişen kronik inflamasyon fibrin ve kollejenlerin yapısını bozarak cildin incelmeye ve dokunun özelliğini yitirmesine neden olabilmektedir. Dokunun yapısının bozulması, yeterli olmayan lenf akışının daha da bozulmasına ve enfeksiyona yatkınlığın artmasına neden olmaktadır. Bu sebeplerle LÖ bireylerde cilt bakımı önem kazanmakta ve dikkatli bir şekilde yapılması gerekmektedir İyi

bir cilt bakımının LÖ'in önlenmesi ve yönetiminde önemli bir yeri vardır (Lymphedema Framework 2006; NLN 2011; Çavdar ve ark. 2015).

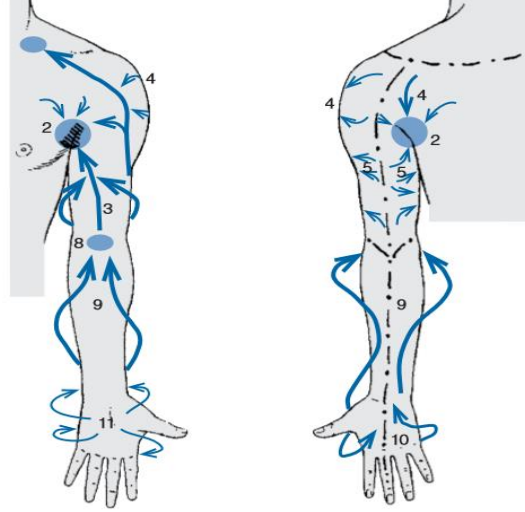
Cilt bakımında genel prensip; cildin bütünlüğünü ve bariyer özelliğini koruyarak kuruluk ve çatlakları önlemektir. Cildin temizliği ve nemlendirilmesi gerekmektedir. Cilt temizliği, gün içerisinde uygun olan bir zaman diliminde, doğal ya da pH'ı nötral olan sabunlar ile yıkanıp, kurulanmalıdır. Gliserin içermeyen, deterjan nitelikli sabunlar ciltte kurumaya neden olacağı için kullanılmamalıdır. Parfüm ve kozmetik ürün içeren sabunlar ise allerjen olabileceği düşüncesiyle kullanılmaması gerekmektedir. Mineral ve petrol ürünleri içeren sabunlar ise ciltteki porların genişlemesini ve ciltteki sebumu uzaklaştırarak cildin kurumasına neden olur. Nemlendiriciler cildin nem kazanmasını, enfeksiyon ve iritasyonlardan korunmasını ve ekstra sıvı kaybını önleyerek cildi korumaktadır. Genellikle çok az ya da hiç su içermeyen nemlendirici ürün tercih edilmelidir. Bu nemlendirici ürünlerin uygulanmasında en iyi yöntemin nasıl olduğu kesin olarak bilinmemekle birlikte, foliküllerin tıkanmasını önlemek ve folikülist oluşmasını engellemek için tüylerin çıkış yönünde uygulanması önerilmekle birlikte, lenf akışını kolaylaştırmak için periferden merkeze doğru uygulanması da önerilmektedir (Lymphedema Framework 2006; NLN 2011; Çavdar ve ark. 2015).

2.4.1.1.2. Manuel Lenfatik Drenaj

MLD, 1932 yılında Vodder tarafından geliştirilmiş özel bir masaj tekniğidir. Sürekli dairesel hareketler ya da spiral tarzda bası hareketleri ile dokuya uygulanan basıncın artırıp azaltılması esasına dayanan, yapay bir pompa görevi görmektedir (Wittlinger 2012). MLD etkinliğini lenf akımını ve geri emilimini artırması, kapillerin dolma ve boşalmasını kolaylaştırması, lenfanjiyomotor fonksiyonu desteklemesi, lenf damar oluşumunu artırması yolu ile gösterir (Földi ve Strößenreuther 2005).

MLD sürekli dairesel, dönme şeklinde, pompa, kaşık hareketi şeklinde dört basit hareketten ve basınç, gevşeme olmak üzere iki fazdan oluşur. Lenf akışı yönünde basınç ve gevşeme fazı art arda bir noktaya her hareket bir saniye olacak şekilde beş ila yedi kez uygulanmaktadır. Masaj sırasında dokuda milimetrik derinlik oluşturacak şekilde hafif bir basınç uygulanmalı ve nazik olunmalıdır. Aksi takdirde lenf kanallarının kapanmasına ve ödemin artmasına neden olunabilir.

MLD primer ve sekonder LÖ varlığında endike, ciltte inflamasyon ve enfeksiyon durumunda, radyasyon nedeniyle cilt yaralanması olduğunda, uygulanacak bölgede ağrı varlığında kontraendikedir (Földi ve Strößenreuther 2005).



Şekil 3. Kola MLD uygulanmasının şematik görüntüsü

Kaynak: Földi M, Strößenreuther RHK. Treatment of the Axillary Lymph Nodes and Their Tributary Territories. In: Földi M, Editor, Foundations Of Manual Lymph Drainage. Third edition. Elsevier. United States of America 2005. p.75'dan alınmıştır.

MLD, meme kanseri tedavisine bağlı LÖ gelişen bireylerde kol hacimini azalttığı, hastalığa bağlı yaşam kalitesini artırdığı için ve özellikle kompresyon bandajı uygulanamayacak hastalarda önerilmektedir (kanıt düzeyi C=kişisel koşullara bağlı olarak uygulanması tavsiye edilir) (Greenlee, Balneaves, Carlson, Cohen ve ark. 2014). Aynı zamanda, MLD, LÖ'e bağlı ağrının azalmasına ve omuz ROM hareketlerinin artmasına yardımcı olmaktadır (Bayrakci Tunay ve ark. 2012). MLD'nin etkinliğinin değerlendirildiği bir metaanalizde ve MDL uygulanan ve uygulanmayan grup arasında LÖ insidansı açısından fark olmadığı bulunmuştur (Huang, Tseng, Lin ve Bai 2013).

2.4.1.1.3. Kompresyon Bandajı

LÖ yönetiminde kompresyon bandaj kullanımı oldukça yaygındır. Kompresyon bandajının LÖ yönetiminde, TBT'nin diğer bileşenleri ile uygulandığında önemli derecede volum azalmasını sağlamaktadır. Kompresyon tedavisi, LÖ'de volum azalmasını; kapiller filtrasyonda azalma, sıvının kompresyon yapılmayan bölgelere geçmesini, lenfatik

reabzorbsiyonu artırmaya, lenfatik transportu sağlamaya, fibrosklerotik dokunun yıkılmasına yardımcı olarak sağlamaktadır. Kompresyon intertisiyel alandaki basıncı artırarak, kapillerden intertisiyel alana su ve proteinin filtrasyonunu engellemektedir. Kompresyon ile proteinden daha çok su taşınır, dokudaki onkotik basınç artar, bu sebeple kompresyon uygulamasının sürekli olması gerekmektedir (Parsch ve Moffatt 2012; Chui 2014; Finnane ve ark. 2015).

Kompresyon bandajı için elastik olmayan, kısa germeli çok katlı (üç ya da dört) bandajların kullanılması gerekmektedir. Bu bandajlar hareket halindeyken yüksek basınç, dinlenme halindeyken düşük basınç sağlamaktadır. Kısa germeli çok katlı bandajlar genellikle cildin korunmasını sağlayan *tubuler bandaj*, parmakların şişmesini engelleyen 4-5 cm genişliğinde *parmak bandajı*, basıncın ciltte oluşturacağı zararı engelleyen dolgu katmanı olarak adlandırılan *alçı altı pamuğu* ya da *soft köpük bandajı*, asıl basıncı sağlayan *elastik olmayan bandaj* olmak üzere dört kat bandajdan oluşmaktadır.

Bandaj için uygulanacak basınç, uygulanan bölgeye göre farklılık göstermektedir. Meme kanseri tedavisine bağlı LÖ'in yönetiminde kullanılacak basınç ve uygulanması gereken zamanla ilgili standart bir protokol yoktur, ancak ortalama 20-30 mmHg basınç uygulanmasının ve bandajın 24 saat durmasının daha fazla volum azalması sağladığı düşünülmektedir. Kompresyon bandajı, TBT'nin yoğun boşaltıcı fazında uygulanmasına rağmen periferik nöropati, arteriyel yetmezlikte uygulanması konraendikedir. Kompresyon bandajı uygulama sırasında cildin ve kıvrımlarının gözlemlenmesi çok önemlidir, aynı zamanda uygun bir cilt bakımı ile birlikte sürdürülmelidir (European Wound Management Association-EWMA 2005; Woods 2011; Parsch ve Moffatt 2012; Shaitelman ve ark. 2015; Merchant ve Chen 2015).

Nörolojik ve ortopedik vakaların muskuloskeletal tedavisinde son yıllarda kullanılan tamamlayıcı tedavi tekniklerinden biri olan *kinezyo bantlama*, lenfatik dolaşım üzerindeki olumlu etkileri nedeniyle lenfödem hastalarında son dönemlerde kullanılmakta ve bandaj tedavisinin yerini tutup tutmayacağını değerlendirmek için çalışmalar yapılmaktadır (Vergili ve Oktaş 2015). Kinezyo bantlama, cildi hafifçe kaldırarak lenf damarlarını açmakta, kan damarlarındaki basıncı azaltmaktadır, bu yolla lenf drenajına yardım etmektedir. Lenf akış yönüne doğru yapılan kinezyo bantları 24 saat boyunca lenfatik drenajı uyarmaktadır. Yapılan çalışmalar kinezyo bantın, TBT'de kompresyon bandajına alternatif olarak kullanılabileceğini

ve güvenli olduğunu göstermektedir (Tsai, Hung, Yang, Huang ve ark. 2009; Vergili ve Oktaş 2015; Martins, Aguar, Fabro, Costa ve ark. 2016).

2.4.1.1.4. Egzersiz

İskelet kası, lenfatik dolaşımı pompalama aktivitesi ile desteklemektedir. Egzersiz kas gücünü, psikososyal iyilik halini, fonksiyonel kapasiteyi artırır. Zayıf dayanıklılık egzersizleri kas pompasını artırarak, solunum egzersizleri ise abdominal basıncı artırıp ductus torasicusu uyararak lenfatik pompalama sağlar. Bu sebeple egzersiz ve solunum egzersizleri, TBT’de hem ilk fazda hemde koruma fazında önemli bir yere sahiptir. Düşük ve orta yoğunlukta egzersizler ile başlanması, yürüme, yüzme, bisiklete binme ve düşük etkili aerobik egzersizler ile devam edilmesi önerilmektedir. Etkilenen ekstremitenin kalp hızında tutulması, kapiller basıncı ve lenf üretimini azaltarak ekstremitedeki şişliği önlediği düşünülmektedir (Lymphedema Framework 2006; Harmer 2009; Bakar ve ark. 2014). LÖ’i olan bireyler derin solunum egzersizi ve diğer egzersizleri 10 dakika boyunca uyguladıktan sonra hemen LÖ volümünde azalma olduğu ve bu azalmayı 30 dakika boyunca korunduğu, bir ay boyunca bu egzersizler uygulandığında kol volumünde ciddi azalma sağladığı bulunmuştur (Moseley, Piller ve Carati 2005). Son yıllarda egzersiz sırasında ağır kaldırma ve tekrarlı hareketlerden kaçınılması gerektiği bilgisi geçerliliğini yitirmiş ve meme kanseri tedavisine bağlı LÖ gelişen kadınların yoğun egzersiz sırasında ağırlık kaldırmanın güvenli olduğu, üst ekstremitayı kuvvetlendirdiği, yaşam kalitesini artırdığı ve var olan LÖ artırmadığı kanıtlanmıştır (Cormie, Pumpa, Galvao, Turner ve ark. 2013; Paramanandam ve Roberts 2014; Stuiver, Tusscher, Agasi-Idenburg, Lucas ve ark. 2015; Singh, Disipio, Peake ve Hayes 2015).

2.4.1.2. Koruma Fazı

Korunma fazı, yoğun boşaltıcı fazda azaltılan kol volümünü sürdürmek için kullanılan basınç giysilerini, aralıklı pnomotik kompresyonu ve özbakım uygulamalarını içermektedir.

2.4.1.2.1. Basınç Giysileri

Basınç giysileri, LÖ gelişen bireylerin TBT’nin yoğun boşaltıcı fazı sonrasında tekrar LÖ gelişmesini engellemek için birçok hastaya önerilmektedir. Bu giysilerin faydalarını şu şekilde sıralayabiliriz;

- Kan damarlarından interstisiyel alana drene olan sıvıyı azaltarak dolaşımdaki lenf yükünü azaltır,
- Kaslara sıkı bir şekilde dayanıklılık sağlayarak lenfatiklerin fonksiyonunu geliştirir ve lenfin doğru yolda ilerlemesini sağlar,
- Elastik olmayan dokulara destek sağlar, özellikle yoğun fazda fazla miktarda sıvı kaybeden doku gevşediği ve cilt sarktığı için bu dokulara destek sağlar,
- Egzersiz sırasında dokuya yaptığı masaj etkisi sayesinde fibroz dokunun yumuşamasına katkı sağlar (The Lymphoedema Support Network-LSN 2012).

Kompresyon giysileri düz veya dairesel örülmüş olarak ikiye ayrılmaktadır. Dairesel örülmüş kompresyon giysileri daha estetik ve giymeyi kolay hazır giyim ürünüdür. Düz örülmüş ürünler ise kişiye özel imal edilir, dairesel örülmüş kompresyon giysileri ihtiyacı karşılamadığında tercih edilir. Kompresyon bandajı kişinin koluna rahat uymalı, giymeyi kolay olmalı, kolda turnike etkisi yaparak dokuları kesmemeli, tırnaklar pembe, ılık olmalı, kişinin kol uzunluğuna uygun olmalıdır. Kompresyon giysileri her gün giyildiğinde ve özellikle kol aktifken giyildiğinde çok etkilidirler.

Kompresyon giysisi ekstremitte volümünün %20'den fazlası sıvı ise, ekstremitte şekli düzensiz ve cilt kıvrımları fazla ise, cilt zarar görmüş ve zarar görmeye yatkın ise, selülit gelişmişse, arteriyel ya da venöz yetmezlik varsa kullanılmamalıdır (Woods 2011).

2.4.1.2.2. Aralıklı Pnömotik Kompresyon

Pnömotik kompresyon cihazı, elektrikli basınç cihazı ile ekstremitteye geçirilen tekli ya da çoklu bölmeleri içeren manşondan oluşan bir cihazdır. Bu bölmeler sıra ile şişerek peristaltik masaj etkisi yapmaktadır. Aralıklı pnömotik kompresyon (APK), lenfatik geri dönüşü artırarak değil, kapiller filtrasyonu azaltıp lenf miktarını azaltarak etkisini göstermektedir (Lymphedema Framework 2006).

APK, tek başına uygulandığında istenilen etkiyi vermediği yapılan çalışmalar ile kanıtlanmıştır, bu sebeple MLD ile birlikte kullanılması önerilmektedir. APK uygulaması için en etkin basınç aralığı, süresi, kaç bölmeli manşon kullanılması gerektiğine dair kesin bir öneri olmamakla birlikte, 30-60 mmHg basınç ile 30 dakika iki saat arasında günlük olarak

uygulanmasını önerilmektedir. Çoklu bölmeli manşon kullanılması ve daha uzun şişirme süresinin APK'nın etkinliğini artırmaktadır. APK uygulamasının evde de güvenli bir şekilde uygulanabileceği vurgulanmaktadır. APK'nın ciltte basınç uygulamadığı bölgelerde fibrozise neden olabileceği ya da var olan fibrozisi artırabileceği belirtilmektedir (Lymphedema Framework 2006; Ridner ve ark. 2008; Pilch, Wozniowski ve Szuba 2009; Feldman, Stout, Wanchai, Stewart ve ark. 2012; Zaleska, Olszewski, Jain, Gogia ve ark. 2013).

APK'nın uygulanmaması gereken durumlar; tedavi edilmemiş kronik LÖ, tromboembolizm varlığı, cildin akut inflamasyonu, selülit, iskemik vasküler hastalıklar, kontrol edilemeyen kalp yetmezliği, ağır periferik nöropati, LÖ olan bölgede metastatik kanser varlığıdır (Lymphedema Framework 2006).

2.4.1.2.3. Özbakım Uygulamaları

Özbakım uygulamaları aşağıdaki uygulamaları içermektedir.

- Cilt bakımı (uygun temizlik ve nemlendirme),
- LÖ bileziği kullanılması,
- Bahçe ve ev işlerinde eldiven kullanılması,
- Etkilenen koldan enjeksiyon yaptırılmaması, tansiyon ölçtürülmemesi,
- Etkilenen kolun yanık ve travmalardan korunması,
- Aşırı ısıya maruz kalınmaması,
- Çok sıcak havalarda dışarıda durulmaması,
- İğne batmasını önlemek için dikiş dikerken yüksük kullanılması,
- Tırnak çevresindeki ölü dokuların koparılmaması,
- Profesyonel manükür istenirse yapılması, bu sırada hastanın kendine ait aletlerinin kullanılması,
- Ameliyat olan kol ile ağır çanta veya eşya taşınmaması,
- Ameliyat olan kol ile tekrarlı hareketler ve güç isteyen aktiviteler yapılmaması,
- Yüksek faktörlü güneş koruyucu krem (en az 25 SPF) kullanılması,
- Ameliyat olan kolu böcek sokmalarından koruyan solüsyonlar kullanılması ve kedi ve köpek gibi hayvanların ısırıklarından korunması,
- El ve kolda oluşabilecek çizikleri izlenmesi ve eğer gelişir ise yıkayarak, antiseptikli kremler ile bölgenin temizlenmesi,

- Koltuk altı tüylerin temizlenmesinde elektrikli traş makinası kullanılması,
- Enfeksiyon belirti bulguları (kızarıklık, lokal ısı artışı, şişme vb.) varlığında doktora haber verilmesi,
- Dolaşımı engelleyeceği için çok sıkı iç çamaşırı (telli sütyenler) ve kıyafetler (dar manşetli, lastikli) giyilmemesi,
- Ameliyat olan taraftaki kola mücevher takılmaması,
- Mümkün olduğunca ameliyat olan kolun kalp seviyesinin üstünde tutulması,
- Ağır meme protezi kullanılmaması,
- Düzenli tüm vücut (yüzmei tai chi, plates ve yoga vb) ve solunum egzersizleri yapılması,
- Uygun BKİ'ni korunması ve gerekiyorsa kilo verilmesi, düşük protein/tuz içeren diyetler LÖ engellemeye faydası olmadığından bu diyetlerden kaçınılması,
- Sigara ya da alkol kullanılmaması,
- Kendi kendine lenf drenajı yapılması,
- Önerildiği şekilde kompresyon giysisi giyilmesi,
- Uçak yolculuğunda mutlaka basınç giysisi giyilmesi, uçuş süresi uzun ise omuz silkme, yumruğu sıkma gibi küçük egzersizler yapılması,
- Gece ameliyat olan kolun tarafına yatılmaması uygulamalarını içermektedir (Güler Demir 2008; Hardy 2011; Ridner ve ark. 2012; Çavdar ve ark 2015).

2.4.2. Cerrahi Tedavi

Standart LÖ tedavisine yanıt vermeyen hastalarda tercih edilebilen cerrahi tedavi tekralayan selülitlerde, inatçı ağrı, etkilenen ekstremitenin fonksiyon ve hareketinde bozulmayı ve kozmetik iyileşmeyi sağlamak için tercih edilmektedir. Eksizyonel cerrahi, lenfatik rekonstrüksiyon, doku transfer prosedürleri olmak üzere üç tip cerrahi tedavi yapılmaktadır. Eksizyonel cerrahi; derinin, deri altı yağ dokunun ve fibrotik dokunun çıkarılması esasına dayanır, liposakşın, ampütasyon ve debulking türü cerrahi prosedürleri içerir. Lenfatik rekonstrüksiyon, lenfatik tıkanıklığı açmak için bypass yöntemi, mikrocerrahi, supramikrocerrahi, rekonstrüksiyon gibi cerrahi tekniklerin kullanıldığı, böylece lenfatik akımı iyileştirmeyi amaçlayan bir yöntemdir. Doku transfer prosedürleri ise; LÖ nedeniyle biriken faza interstisyel sıvıyı kan akımının daha iyi olduğu bir bölgeye aktarmayı sağlamak amacıyla yapılan lenf nodu transplantasyonu, kemik iliği stromal hücre transplantasyonu gibi prosedürleri içermektedir. Cerrahi işlemler LÖ'de kesin bir iyileşme sağlamamaktadır, bu sebeple ameliyat sonrasında hastaların ömür boyu kompresyon giysileri kullanmaları ve

komplifikasyonlar açısından dikkatle izlemlerinin yapılması gerekmektedir (Chang ve Cormier 2013). Bu komplifikasyonlar; cilt nekrozu, ülserasyon, fistül formasyonu, duyu kaybı, kutanöz lenfatiklerin zarar görmesi ve ekzofitik keratasyonlar ve cerrahi öncesine göre dem miktarında artmadır (Bakar ve ark. 2014)

2.4.3. Lazer Tedavisi

Low-laser therapy (düşük frekanslı lazer terapi–DFLT) (650-1000 nm dalga uzunluğu) koldaki L’nin tedavisinde etkili bir yöntem olarak Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (US Food and Drug Association-FDA) tarafından onaylanmıştır. Lazer tedavinin lenfatik dolaşımı, makrofaj aktivitesini ve yumuşak bağ dokuyu aktive ettiği, lenfatik damarlara eşlik eden dokunun kontraktilesini artırıp, fibrozisi azaltarak lenf akışını kolaylaştırdığı düşünülmektedir. Yapılan alışmalar DFLT’nin L geişimini engellemede ve tedavisinde etkin olduğunu ve yan etkisinin görülmediğini bildirmişlerdir (Kanıt düzeyi C) (Khalaf, Hassan ve Ibrahim 2013; Ridner, Poage-Hooper, Kanar, Doersam ve ark. 2013; Greenlee ve ark. 2014)


2.5. Lenfödemde zbakım Kavramı ve zbakım Eğitimi

DSÖ, özbakımı 1983 yılında tanımlamış ve 2013 yılında yapılan tanım üzerinde revize ederek “sağlık personeli yardımı olsun veya olmasın sağlığı yükseltmek, sürdürmek, hastalık ve sakatlık ile başa çıkmak için kişilerin, ailelerin ve toplumların becerileridir” şeklinde tanımlamıştır (Webber ve ark. 2013). L bir kez geliştikten sonra yaşam boyu zbakım uygulaması gerekmektedir, nk L’in kesin bir tedavisi yoktur. TBT ile azaltılan volümün artmasını engellemek, cilt problemlerini önlemek için L gelişen kadınlar hayat boyu zbakım uygulamalarını yerine getirmek zorundadırlar. Bu sebeple L gelişen bireylerde zbakım uygulamaları çok önemli bir rol oynamaktadır (Ridner ve ark. 2012).

L zbakım uygulamaları için standart bir eğitim yoktur. L’e yönelik özbakımda amaç etkilenen ekstemitedeki lenf akışını kolaylaştırmak için L’in yoğunluğuna bağlı olarak verilen birtakım zbakım uygulamalarını içermektedir. Özbakım uygulamaları hastalara eğitim yoluyla aktarılmaktadır. Her ne kadar eğitimin önemli olduğu vurgulansa da, L gelişen bireylerde özbakıma yönelik eğitim durumunu inceleyen çalışmalar genellikle özbakıma yönelik eğitimin yetersiz olduğunu göstermektedir (Ridner 2006; Dine, Austine ve Armer 2011; Armer, Brooks ve Stewert 2011; Ridner ve ark. 2011).

Hasta eğitimine meme kanseri cerrahisi veya radyoterapi/kemoterapi öncesinde başlanmalı ve tedavi süresince eğitime devam edilmelidir. Sağlık personeli eğitim sırasında hastayı desteklemeli ve bilginin anlaşılıp anlaşılmadığı değerlendirilmelidir. Özbakıma yönelik eğitim; LÖ belirti bulgularını, uçak seyahati, uygun giysileri, kolu korumak için yapılacak davranışları, kendi kendine lenf drenajını, egzersizleri ve beslenmeyi içermelidir (Collins ve Gilliam 2014; Çavdar ve ark 2015).

Özbakım uygulamalarında eğitimin yanında, hastaların uyumunda değerlendirilmesi gerekmektedir. Meme kanserine tedavisine bağlı LÖ gelişen kadınların toplam bir yıl süre üzerindeki özbakım uyumları %75'den azdır ve en fazla uyum cilt bakımında görülmüştür (Brown, Cheville, Tchou ve Harris 2014). Özbakıma engel olan etmenler; eğitimin yetersiz olması, zamanın az olması, görünür bir iyileşme yaşamamak, kompresyon giysisi gibi malzemelerin pahalı olması, cinsiyet nedeniyle fedakarlık duygusu ve kendini ön plana koyamamadır. Ayrıca, LÖ görünür bir problem olduğu için dışardaki insanlara basınç giysisi ve bandajını açıklamanın zor olması, ek hastalık varlığı, LÖ'e bağlı semptomların fazla olması özbakıma engel olan etmenlerdir (Ridner ve ark. 2011; Radina ve ark. 2014; Jeffs ve ark. 2016; Ostby ve Armer 2015). Özbakıma uyumlarını artıran etmenler ise; özbakımı yaşam rutini olarak kabul etmek, özbakımın yararını görmek, bu konudaki bilginin yeterli olması, destek grubu gibi aynı problemi olan kişilerle paylaşımda bulunmak, problem çözme becerisinin gelişmiş olmasıdır. Özbakımı yaşamın bir parçası haline getirmek zaman alan bir süreçtir (Şekil 4) (Jeffs ve ark. 2016).

	Yeni LÖ tanısı konulduğu dönem (Acemi)	Zaman 					LÖ'ü normal yaşantıya entegre etme dönemi (Uzman)
		Öfke/İnkar	Burukluk/Direnç	Boyun eğme	Kabul etme	Yeni hayatı benimseme/yeni hayat tarzı oluşturma	
Duygular	Şaşkına dönme	Öfke/İnkar	Burukluk/Direnç	Boyun eğme	Kabul etme	Yeni hayatı benimseme/yeni hayat tarzı oluşturma	Sahiplenme Yeni hayatı başarmak
	Kontrolden çıkmış hissetme	Kontrol için savaşıma-kontrol gitgelleri		Kontrol kazanma		Kontrolü korumak/sürdürmek	Kontrol sahibi hissetmek & herhangi bir değişiklik ile baş edebilme gücü
Davranışlar	Öz bakım yapmayı öğrenme, Talimatları izleme	Talimatları izlemeyi reddetme-öz bakım yapmayı reddetme, Öz bakımını tam yapma ya da aksatma gelgitleri		Öz bakımını yapmayı tercih etme, Pratik çözümler bulma	Başarı için rutin plan oluşturma	Tedavi programının ve kendi kendine gözlemin sorumluluğunu alma	Semptomlardaki değişikliklere göre tedaviyi uyarlayabilme ve kişisel amaçlarla eşleştirebilme
Lenfödem terapisti (LT)	LT'ne bağlı olma	LT, şişmeyi takip eder ve tedaviyi düzenler		LT katkısı azalır, kendi becerilerine güven ve bağımsızlık gelişir		Uygulamalar azaldıkça LT tarafından terkedilmişlik hissi	Kendine bağıllık-şişmeyi kendisi takip etme ve tedaviyi ayarlama
Bilgi düzeyi	LÖ & öz bakımını öğrenme; ne, nasıl, niçin, nerede, ne zaman	Problemleri çözümlenme, Tedaviye mantıklı açıklamalar getirme, Belirtilerdeki değişiklikleri tanılama		Tedavi nasıl işe yarar, Ben bunu nasıl daha iyi/kolay yapabilirim, Problemlere nasıl çözüm bulabilirim, Kendi ilerleyişini gözlemlemeyi öğrenme, Tedaviyi yapmamanın sonuçlarını öğrenme		Tedaviyi belirti ve durumlara nasıl uyarlayacağımı bilme	Uzman hasta olma

Şekil 4. Acemiden Uzmana Lenfödemle Yaşamaya Uyum

Kaynak: Jeffs E, Ream E, Shewbridge A, Cowan-Dickie S ve ark. Exploring patients perception of success and benefit in self-management of breast cancer related lymphedema. European Journal of Oncology Nursing 2016;20:173-186'den alınmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı kesitsel tasarımda bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Hastanesinde faaliyet gösteren Lenfödem Polikliniği'nde, Temmuz 2014-Mayıs 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Lenfödem Polikliniği her hafta Çarşamba günleri 08:30-12:00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Poliklinikte bir doktor ve bir teknisyen ve bir hemşire görev yapmaktadır. Bu polikliniğe primer ve sekonder LÖ gelişen bireyler başvurmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ege Üniversitesi Lenfödem Polikliniğine gelen meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem gelişen kadınlar oluşturmaktadır. Örneklem dahil edilme ölçütleri; meme kanseri tedavisine bağlı LÖ tanısı konulmuş olması, LÖ tedavisini en az bir kez almış olması, 20 yaş ve üzerinde olması, Türkçe okur yazar olması, araştırmaya katılmaya gönüllü olması, meme kanseri tedavisini en az altı ay önce tamamlamış olmasıdır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş ve örneklem ölçütlerini karşılayan, evrenden ulaşılabilen 102 hasta örneklemi oluşturmuştur. Çalışmanın gücü, MINITAB 15 programında, çalışma durumuna göre özbakım uygulama puan ortalamasını karşılaştıran bağımsız gruplarda t testi sonuçları kullanılarak test edilmiş ve çalışmanın gücü 0.89 olarak saptanmıştır.

3.4. Çalışma Meteryali

Çalışmada herhangi bir meteryal kullanılmamıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bu çalışmanın bağımlı değişkeni; meme kanseri tedavisine bağlı LÖ gelişen kadınların özbakım uygulamalarıdır. Bu çalışmanın bağımsız değişkenleri; yaş, medeni durum, bakımından sorumlu olunan çocuk varlığı, çalışma durumu, kronik hastalık varlığı, hastaların

özbakıma ilişkin aldıkları eğitim, özbakımla ilgili yarar algılası ve duygudurum profili puan ortalamasıdır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada, verilerin toplanmasında “Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu”, “Lenfödem Özbakım Anketi” ve “Duygudurum Profili Ölçeği” kullanılmıştır.

3.6.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu (EK 1)

Bu form araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup sosyodemografik özellikler; hastaların yaşı, eğitim durumu, mesleği, sağlık güvencesi, gelir düzeyi, medeni durumu, çocuk sayısı olmak üzere yedi sorudan oluşmaktadır. Klinik özellikler ise kronik hastalıkları, meme kanseri tanısındaki evre, uygulanan tedavi yöntemleri, ameliyatın tipi, LÖ tanısından sonra geçen zaman, LÖ olan vücut bölgesi olmak üzere sekiz sorudan oluşmaktadır. Form toplamda 15 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Lenfödem Özbakım Anketi (EK 2)

Amerika’da Sheila Ridner tarafından 2011 yılında geliştirilen “Lenfödem Özbakım Anketi” temel alınarak ve literatürden yararlanılarak oluşturulan LÖ özbakım anketi, bölüm A, bölüm B, bölüm C ve bölüm D olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır (Lymphedema Framework 2006; Güler Demir 2008; Mayrovitz 2009; Dine ve ark. 2011; Ridner ve ark. 2011; Radina ve ark. 2014; Collins ve Gilliam 2014).

Bölüm A; “LÖ özbakım uygulamalarını” içeren sekiz çoktan seçmeli ve bir açık uçlu sorudan oluşmaktadır. Bu bölümün ilk sorusu, son 24 saat içinde yapılan LÖ özbakım uygulamalarının neler olduğunu sorgulayan 15 madde içermektedir. Bu maddelere evet (1 puan) ve hayır (0 puan) şeklinde yanıt verilmektedir, 13. ve 15. maddeler ters puanlandırılmıştır. Lenfödem Özbakım uygulamalarını sorgulayan maddeler toplanarak sorunun toplam puanı elde edilmektedir. Hastalar LÖ özbakım uygulamalarından en yüksek 15 puan en düşük 0 puan alınmaktadır. Yüksek puan daha fazla özbakım uygulamasının yapıldığını göstermektedir. Üçüncü soruda ise LÖ özbakım yarar algısını ölçmeyi hedefleyen 0’dan (hiç yararlı değil) 10’a (çok yararlı) kadar puan verebilecekleri bir puanlama sorusu yer almaktadır, devamında ise LÖ özbakım uygulamalarının yararını nasıl gösterdiği incelemeyi hedefleyen maddeler yer almaktadır. Bölüm A’nın diğer soruları ise; LÖ özbakımı düzenli

uygulama durumları ve uygulamama nedenleri, LÖ özbakım uygulamalarında yardım alma durumu, yardım alınıyor ise nasıl yardım aldığı, LÖ özbakım uygulamalarına ayrılan zaman, LÖ özbakım uygulamalarında en zor ve en kolay uygulamalar, LÖ özbakımında kolaylaştırıcıları içeren çoktan seçmeli sorular yer almaktadır.

Bölüm B: “LÖ özbakım eğitimi” alma durumlarını sorgulayan *bir soru*, özbakıma yönelik eğitimin kimden alındığını sorgulayan *bir soru* ve LÖ özbakımına yönelik alınan eğitimin içeriğini doğru ve yanlış seçeneklerle belirleyen 16 maddelik *bir soru* olmak üzere üç alandan oluşmaktadır.

Bölüm C; Evde özbakımı etkileyen faktörlerin dörtlü liket biçiminde (0-hiç problem değil, 1-çok az problem, 2-biraz problem, 3-büyük problem) değerlendirildiği 13 maddeden oluşmaktadır. Bu bölüm puanlandırılmayıp, yüzde ve sayı şeklinde verilmiştir.

Bölüm D; Özbakımın yarar, engel ve yük algısına yönelik çoktan seçmeli üç sorudan oluşmaktadır (Ridner ve ark. 2011).

Bu anket için lenfödem alanında uzman dört kişiden uzman görüşü alınmış ve uzmanların önerileri doğrultusunda gerekli değişiklikler yapılmıştır. Uzman görüşleri alındıktan sonra örneklem ölçütlerini karşılayan 10 kişiye pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulama sonrasında öneri gelmediği için ankette değişiklik yapılmamıştır. Pilot uygulamada yer alan hastalar, örnekleme dahil edilmemiştir.

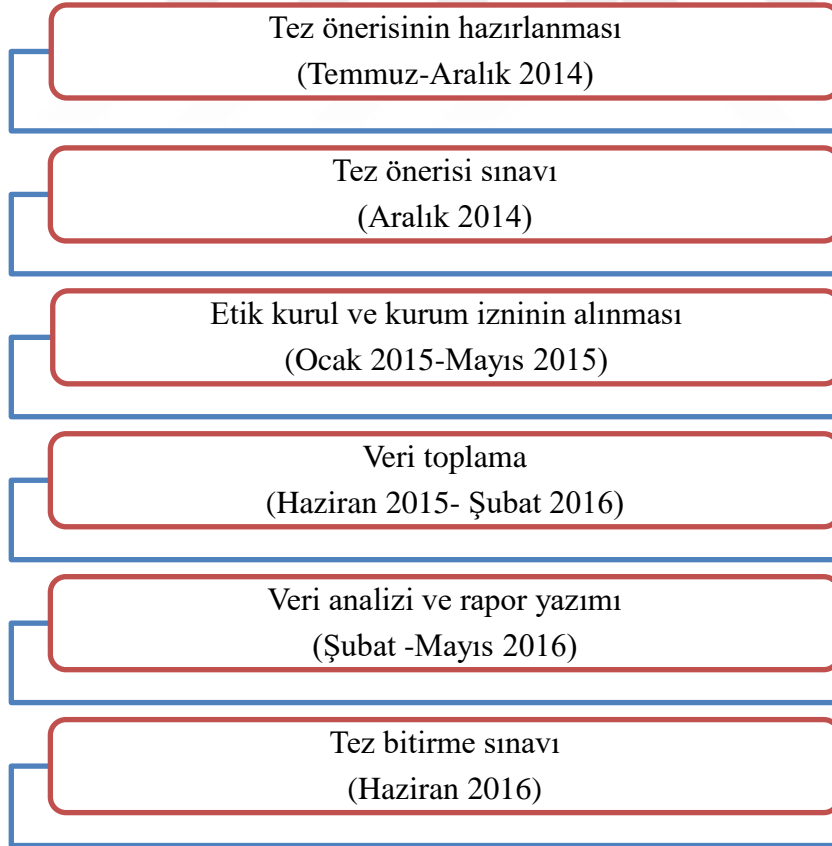
3.6.3. Duygudurum Profili Ölçeği (EK 3)

Duygudurum Profili Ölçeği (DDPÖ, Profile of Mood States) ölçeği ilk olarak McNair, Lorr ve Dropleman tarafından 1971 yılında geliştirilmiştir. DDPÖ, değişimleri ya da dalgalanmaları, durumsal ve kısa süreli değişiklikleri, hızlı ve güvenilir bir şekilde tanımlamak ve değerlendirmek kullanılmaktadır. Ölçeğin orijinali altı alt boyuttan ve 65 maddeden oluşmaktadır. Maddeler, duygudurumu tanımlayan bir sıfattan oluşmaktadır. Alt boyutlar; “çökkünlük-keyifsizlik” (15 madde), “gerginlik-sıkıntı” (9 madde), “öfke-saldırganlık” (12 madde), “şaşkılık-şaşırmışlık” (7 madde), “yorgunluk-durgunluk” (7 madde), “dinçlik-aktiflik” (8 madde)’dir. Ölçek beşli likert tipi olup, maddelerin cevapları; 0 (asla), 1 (çok az), 2 (orta derecede), 3 (oldukça fazla), 4 (aşırı) şeklinde derecelendirilmiştir. Tüm alt boyutlar için alt boyut puanı hesaplanmaktadır. Toplam ölçek puanı, çökkünlük-keyifsizlik, gerginlik-sıkıntı, öfke-saldırganlık, şaşkılık-şaşırmışlık, yorgunluk-durgunluk alt

boyutları puan toplamından, dinçlik aktiflik alt boyut puanı çıkarılarak hesaplanmaktadır. Ölçekten en az -32, en fazla 200 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puan artması, duygudurumda bozulmayı göstermektedir.

Selvi, Gülec, Aydın ve Besiroğlu tarafından 2011 yılında ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır. Selvi ve arkadaşları tarafından hiçbir faktöre girmeyen 7 madde çıkarılmış ve ölçek 58 maddeye indirgenmiştir, orjinalindeki gibi altı alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeği geçerliliği dil ve yapı geçerliliği ile sınıanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliği faktör analizi ile sınıanmış olup, tüm faktörlerin faktör yükü 0.40 üzerinde olduğu belirlenmiştir. Güvenirliliğin sınıanmasında Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı alt boyutlar için 0.81 ile 0.90 arasında değiştiği saptanmıştır (Selvi, Gülec, Aydın ve Besiroğlu 2011). Bu çalışmanın örnekleminde ölçeğin toplam Cronbach Alfa değeri 0.93 olup, alt boyut Cronbach Alfa değerleri 0.85 ile 0.55 arasında değişmektedir.

3.7. Araştırmanın Planı ve Takvimi



Şekil 5. Araştırma planı

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS) 20.0 programı kullanılmıştır. Sosyodemografik, klinik özelliklerin ve LÖ ilişkin verilerin değerlendirilmesinde *sayı, yüzde ve ortalama* kullanılmıştır. Verilerin analizinde anlamlılık düzeyi (p değeri) <0.05 olarak alınmıştır.

- ✓ Sosyodemografik özelliklerden yaş ve bakımından sorumlu olunan çocuk durumu ve çalışma durumuna göre özbakım anketi puan ortalaması arasındaki farkın değerlendirilmesinde *bağımsız gruplarda t testi*,
- ✓ Medeni duruma göre özbakım anketi puan ortalaması arasındaki farkın değerlendirilmesinde *Mann Withney U testi* kullanılmıştır.
- ✓ Klinik özelliklerden kronik hastalık varlığına göre özbakım anketi puan ortalaması arasındaki farkın değerlendirilmesinde *bağımsız gruplarda t testi* kullanılmıştır.
- ✓ LÖ özbakım yarar algısı puan ortalaması ile özbakım anketi puan ortalaması arasındaki ilişki için *pearson korelasyon testi* kullanılmıştır.
- ✓ Duygudurum Profili Ölçeği (DDPÖ) puan ortalaması ile özbakım uygulama puan ortalaması arasındaki ilişkinin incelenmesinde de *pearson korelasyon testi* kullanılmıştır.
- ✓ Özbakıma yönelik eğitim alma durumuna göre özbakım anketi puan ortalaması arasındaki farkın değerlendirilmesinde *Mann Withney U testi* kullanılmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın veri toplama sürecinde yaz döneminde, LÖ polikliniğinin iki ay hizmet vermemesi veri toplama sürecinin uzamasına neden olmuştur.

3.10. Araştırmanın Etiği

Araştırmanın yapılabilmesi için “Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu”ndan 01.06.2015 tarihli 1893-GOA protokol numaralı 2015/14-38 karar numarası ile izin alınmıştır (**EK 7**). Çalışanın yapıldığı Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Erişkin Onkoloji Bilim Dalı Lenfödem Polikliniği’nde yapılmasına ilişkin izin 30.04.2015 tarihinde ve 6931334-721-10182 sayısı ile alınmıştır (**EK 6**). Çalışmada kullanılan anketi geliştiren Sheila Ridner’den ve ölçeğin geçerlilik güvenilirliğini yapan Mustafa Güleç’ten e-

posta yolu ile izin alınmıştır (**EK 5**). Çalışmanın örnekleminde yer alan kadınlara çalışmanın amacı açıklanarak yazılı (**EK 4**) ve sözlü onamları alınmıştır.



4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları LÖ olan kadınların sosyodemografik ve klinik özellikleri, LÖ özbakım uygulamaları, seçilmiş sosyodemografik ve klinik özelliklere göre lenfödem özbakım puan ortalamasının karşılaştırılması, LÖ özbakım eğitimi, Duygudurum profili ölçeği ve alt boyut puan ortalaması, evde LÖ özbakımını etkileyen faktörler, LÖ'de özbakıma ilişkin yarar, engel ve yük algısı olmak üzere yedi bölüm halinde verilmiştir.

4.1. Lenfödem Olan Kadınların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Araştırma örnekleminde yer alan LÖ'ü olan bireylerin sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Örneklem grubuna alınan LÖ'ü olan kadınların yaşları 35 ile 80 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 57.72 ± 9.40 'dır. Kadınların %38'i üniversite mezunudur, %46.10'u ev hanımıdır, %73.50'si evlidir, %97.10'u sağlık güvencesine sahiptir ve %51.00'inin gelirini giderine eşit olarak tanımlamaktadır. Çalışmaya katılan kadınların %33.30'unun bakımından sorumlu olduğu çocuğu bulunmaktadır.

Tablo 1. Lenfödemi Olan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n:102)

Özellikler	$\bar{X}\pm SS$ (min-max)
Yaş (yıl)	57.72±9.40 (min:35-max:80)
Eğitim durumu	n (%)
Okuryazar	8 (7.80)
İlköğretim	36 (35.30)
Lise	19 (18.60)
Üniversite ve üzeri	39 (38.30)
Meslek	
Ev hanımı	47 (46.10)
Emekli	21 (20.60)
Memur	13 (12.70)
Diğer	21 (20.60)
Çalışma durumu	
Çalışıyor	34 (33.30)
Çalışmıyor	68 (66.70)
Medeni durumu	
Evli	75 (73.50)
Bekar	27 (26.50)
Sağlık güvence	
Var	99 (97.10)
Yok	3 (2.90)
Ortalama gelir düzeyi	
Gelir gidere eşit	52 (51.00)
Gelir giderden düşük	36 (35.30)
Gelir giderden yüksek	14 (13.70)
Bakımından sorumlu olunan çocuk durumu	
Hayır	68 (66.70)
Evet	34 (33.30)

Araştırma örnekleminde yer alan LÖ'ü olan bireylerin klinik özellikleri Tablo 2'te gösterilmiştir. Çalışmaya katılan LÖ'ü olan kadınların %43.10'unda bir kronik hastalık var olup, bunların %10.80'inde hipertansiyon, %10.80'inde ise hipotroidi bulunmaktadır, %49.00'una evre 2'de meme kanseri tanısı konulmuştur, %43.10'una cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi ve hormonoterapi uygulanmıştır, %36.30'una meme koruyucu cerrahi uygulanmıştır. LÖ'ü olan kadınların %66.70'inde bir kolda LÖ gelişmiştir, meme kanseri

tanısı konulduktan sonra geçen süre ortalama 5.81±4.07 yıldır, LÖ tanısı konulduktan sonra geçen süre ise ortalama 42.51±36.63 aydır.

Tablo 2. Lenfödem Olan Kadınların Klinik Özelliklerinin Dağılımı (n:102)

Özellikler	$\bar{X} \pm SS$ (min-max)
Meme kanseri tanı koyulduktan sonra geçen süre (yıl)	5.81±4.07 (min:1-max:22)
Lenfödem tanısı konulduktan sonra geçen süre (ay)	42.51±36.63 (min:5-max:180)
Meme kanseri dışında kronik hastalık	n (%)
Yok	58 (56.90)
Var	44 (43.10)
Kronik Hastalıklar	
Hipertansiyon	11 (10.80)
Hipotroidi	11 (10.80)
Diabetes Mellitus	6 (5.80)
Osteoporoz	6 (5.80)
Diğer	10 (9.90)
Meme kanseri tanısı konulduğundaki evre	
Evre 1	13 (12.70)
Evre 2	50 (49.00)
Evre 3	36 (35.40)
Evre 4	3 (2.90)
Meme kanseri tanısı konulduktan sonra uygulanan tedaviler	
Cerrahi, Kemoterapi, Radyoterapi, Hormonoterapi	44 (43.10)
Cerrahi, Kemoterapi, Radyoterapi	38 (37.30)
Cerrahi, Kemoterapi	7 (6.90)
Diğer	13 (12.70)
Uygulanan ameliyatın tipi	
Meme koruyucu cerrahi	37 (36.30)
Total mastektomi	33 (32.30)
Modifiye radikal mastektomi	32 (31.40)
Lenfödem bölgesi	
Bir kolda	68 (66.70)
Bir el ve kolda	22 (21.60)
Bir elde	9 (8.70)
İki kolda	2 (2.00)
İki elde	1 (1.00)

4.2. Lenfödem Özbakım Uygulamaları

LÖ'ü olan kadınların LÖ özbakım uygulama durumları Tablo 3'te verilmiştir. Kadınların %100'nün kolunu temiz tuttuğu, % 92.20'sinin kolunu kesiklerden koruduğu, %89.20'sinin ise kolunu yara ve değişiklikler açısından gözlemlediği bulunmuştur. LÖ'ü olan kadınların özbakım uygulama puan ortalaması 9.90 ± 2.11 'dir ve %39.20'si özbakımını düzenli olarak yaptığını belirtmiştir.

Tablo 3. Lenfödemi Olan Kadınların Özbakım Uygulama Durumları ve Özbakım Uygulama Puan Ortalaması (n:102)

	$\bar{X} \pm SS$ (min-max)	
Özbakım uygulama puan ortalaması	9.90 \pm 2.11 (5-14)	
	Evet n (%)	Hayır n (%)
Özbakımı düzenli olarak uygulama durumu	40 (39.20)	62 (60.80)
Lenfödem Özbakım Uygulamaları		
Kolu temiz tutma	102 (100.00)	0 (00.00)
Nemlendirici ürün (losyon, krem, sprej vb.) kullanma	59 (58.70)	43 (42.20)
Ev/bahçe işleri yaparken eldiven kullanma	39 (38.20)	63 (61.80)
Gün boyunca basınç giysisi giyme	42 (41.20)	60 (58.80)
Güneş koruyucu krem kullanma	32 (31.40)	70 (68.60)
Kesiklerden koruma	94 (92.20)	8 (7.80)
Ağır objeleri kaldırmama	81 (79.40)	21 (20.6)
Günlük kol egzersizleri	75 (73.50)	27 (26.50)
Kendi kendime boşaltıcı masaj	32 (31.40)	70 (68.60)
Lenfödemi olan kolda yara ve değişiklikleri izleme	91 (89.20)	11 (10.80)
Diyete dikkat etme	59 (58.70)	43 (42.20)
Sıkı giysiler giymeme	88 (86.30)	14 (13.70)
Bandajları gece kullanmama	99 (97.10)	3 (2.90)
Kol çevresini ölçme	15 (14.70)	87 (85.30)
Hiçbir uygulama yapmayan	0 (00.00)	102 (100.00)

Çalışmaya katılan bireylerin LÖ özbakım uygulamalarını düzenli olarak yapmama nedenleri Tablo 4'te verilmiştir. Kadınlar, LÖ'e ilişkin özbakımı %35.50'sinin yorgunluk, %30.60'ının yanında yardım edecek kimsesi olmaması, %27.40'ı ise bir şey yapmak istememe nedeniyle yapmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4. Lenfödemi Olan Kadınların Özbakımı Düzenli Olarak Uygulamama Nedenlerinin Dağılımı (n:62)

Maddeler	n	(%)
Yorgunluk	22	(35.50)
Yardım edecek kişi olmaması	19	(30.60)
Bir şey yapmak istememe	17	(27.40)
Zaman yetersizliği	12	(19.40)
Lenfödem olan koluma nasıl bakım verileceğini bilmeme	9	(14.50)
Özbakım uygulamalarının yararına inanmama	8	(12.90)
Lenfödemden dolayı yeterli hareket edememe	7	(11.30)
Unutma ve üşenme	5	(8.10)
Ek hastalık varlığı	2	(3.20)
Üşenme	1	(1.60)

Örnekleme dahil olan kadınların LÖ özbakım yarar algısı 0'dan 10'a kadar sayısal ölçek kullanılarak değerlendirilmiş, puan ortalaması 6.88 ± 2.24 olarak saptanmıştır. LÖ özbakım yarar algısı puan ortalaması ile LÖ özbakım uygulama puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönde, istatistiksel olarak çok anlamlı bir ilişki vardır ($r:0.408$; $p:0.00$).

LÖ'ü olan bireylerin LÖ uygulamaları ile ilgili diğer özellikleri Tablo 5'te belirtilmiştir. Kadınların %69.60'ı LÖ uygulamalarının koldaki şişliğin azalmasını sağlayarak, %54.90'ı LÖ'e ilişkin sıkıntıları azaltarak, %31.40'ı kendisine olan güvenini artırarak yardımcı olduğunu belirtmiştir. Kadınların %52.00'si LÖ uygulamaları sırasında yardım almadığını, yardım alanların %34.70'i egzersizlerin hatırlatılmasında, %18.40'ı basınç giysisini giymede, %12.20'si boşaltıcı masaj yapmada yardım almaktadır. LÖ özbakım uygulamalarında yardım almayan kadınların %52.80'i yardım edilse LÖ uygulamalarının daha kolay olacağını belirtmiştir. LÖ'ü olan kadınların gün içerisinde özbakıma ortalama 25.14 ± 16.74 dakika zaman ayırdığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin %41.20'si gece LÖ olan tarafına yatmamanın, %18.60'ı basınç giysisi giymenin, %17.60'ı kolu darbe ve yaralanmalardan korumanın LÖ özbakımında en zor uygulama olduğunu belirtirken, %62.70'i

cilt temizliğini, %19.60'ı cildi nemlendirmeyi, %11.80'i kol egzersizleri yapmayı LÖ özbakımında en kolay uygulama olduğunu vurgulamıştır. Örneklemeye dahil olan bireylerin %43.10'u ev işlerine yardım edecek birisinin olmasının, %17.60'ı özbakım eğitimi almanın, %16.70'i sürekli özbakım hatırlatacak birinin olmasının LÖ özbakımını kolaylaştıracağını belirtmiştir.

Tablo 5. Lenfödeme Yönelik Özbakım Uygulamaları ile İlgili Diğer Özelliklerin Dağılımı (n:102)

Özellikler	n (%)
Özbakım uygulamaları nasıl yardımcı oluyor	
Lenfödemi olan koldaki şişliğin azalmasını sağlıyor	71 (69.60)
Lenfödeme ilişkin yaşanan sıkıntılar azalıyor	56 (54.90)
Kendine olan güveni artırıyor	32 (31.40)
Mutlu ediyor	31 (30.40)
Hastalıkta kendi kontrolünü almayı sağlıyor	26 (25.50)
Geleceğe ümitle bakmayı sağlıyor	25 (24.50)
LÖ uygulamalarında yardım alma durumu	
Kimse yardım etmiyor	53 (52.00)
Bir aile üyesi yardım ediyor	27 (26.50)
Eşi yardım ediyor	22 (21.50)
Hangi özbakım uygulamalarında yardım alıyor (n:49)	
Egzersizleri hatırlatıyor	17 (34.70)
Basınç giysisini giymeye yardım ediyor	9 (18.40)
Boşaltıcı masaj yapmaya yardım ediyor	6 (12.20)
Basınç giysisini giymeye ve bandajı sarmaya yardım ediyor	5 (10.20)
Basınç giysisini giymeye yardım ediyor ve kolu temiz tutmayı hatırlatıyor	5 (10.20)
Ev işlerine yardım ediyor	4 (8.20)
Bandajları sarmaya yardım ediyor	3 (6.10)
Özbakım uygulamalarında yardım edilse daha kolay olur mu? (n:53)	
Evet	28 (52.80)
Hayır	25 (47.20)
Günlük lenfödeme bakımına ayrılan zaman (dakika) $\bar{X} \pm SS(\text{min-max})$	25.14 \pm 16.74 (min:5-max:60)
En zor özbakım uygulaması	
Gece lenfödeme olan kolun tarafına yatmama	42 (41.20)
Basınç giysisini giyme	19 (18.60)
Kolu darbe ve yaralanmalardan koruma	18 (17.60)
Kol egzersizleri yapma	12 (11.80)
Bandaj uygulama	5 (4.90)
Kendi kendine boşaltıcı masaj yapma	5 (4.90)
Cildi nemlendirme	1 (1.00)

Özellikler	n (%)
En kolay özbakım uygulaması	
Cilt temizliği	64 (62.70)
Cildi nemlendirme	20 (19.60)
Kol egzersizleri yapma	12 (11.80)
Kolumu darbe ve yaralanmalardan koruma	2 (2.00)
Basınç giysisini giyme	2 (2.00)
Gece lenfödem olan kolun tarafına yatmama	1 (1.00)
Kendi kendine boşaltıcı masaj yapma	1 (1.00)
Özbakım uygulaması kolaylaştırıcılar	
Ev işlerini yapacak başka birinin olması	44 (43.10)
Özbakım eğitimi alma	18 (17.60)
Sürekli özbakımı hatırlatacak birisinin olması	17 (16.70)
Ev işlerini yapacak başka biri ve özbakım eğitimi alma	10 (9.80)
Kolay olduğu için kolaylaştırıcıya gerek yok	5 (4.90)
Ev işlerini yapacak başka birinin olması, özbakım eğitimi alma, sürekli özbakımı hatırlatacak başka birisinin olması	3 (2.90)
Ev işlerini yapacak başka birinin ve sürekli özbakımı hatırlatacak birisinin olması	3 (2.90)
İkamet ettiği ilde lenfödem merkezi olması	1 (1.00)
Basınç giysisine uygun iş olması	1 (1.00)

4.3. Seçilmiş Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre Lenfödem Özbakım Uygulama Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Seçilmiş sosyodemografik ve klinik özelliklere göre lenfödem özbakım puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6'da verilmiştir. Yaş guruplarına, bakımından sorumlu olunan çocuk varlığına, kronik hastalık varlığına, çalışma durumuna ve medeni duruma göre, LÖ özbakım uygulama puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6. Seçilmiş Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre Lenfödem Özbakım Uygulama Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (n:102)

Özellikler	ÖB puan ort. $\bar{X}\pm SS$ (min-max)	t	p
Yaş (yıl)			
55< (n:61)	9.80±2.22 (5-14)	0.367	0.56
55≥ (n:41)	10.04±1.94 (6-14)		
Bakımından sorumlu olduğu çocuk			
Var (n:34)	10.23±1.81 (7-14)	1.128	0.26
Yok (n:68)	9.73±2.24 (5-14)		
Kronik hastalık varlığı			
Var (n:44)	9.63±2.17 (6-14)	-1.107	0.27
Yok (n:58)	10.10±2.05 (5-14)		
Çalışma durumu			
Çalışıyor (n:34)	9.94±1.82 (6-13)	-0.132	0.89
Çalışmıyor (n:68)	9.88±2.25 (6-14)		
Medeni durum			
Evli (n:75)	9.64±2.07 (5-14)	909.000	0.42
Bekar (n:27)	10.18±2.11(6-14)		
SS: Standart sapma	t: Bağımsız gruplarda t testi	U: Mann whithney U testi	p>0.05

4.4. Duygudurum Profili Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Çalışmaya katılan bireylerin DDPÖ, alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı Tablo 7'de verilmiştir. LÖ'i olan kadınların DDPÖ'den en az -11, en fazla 118 puan almış olup DDPÖ puan ortalaması 29.63±24.93'dir. DDPÖ puan ortalaması ile LÖ özbakım uygulama puan ortalaması arasında orta düzeyde negatif yönde bir ilişki olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (r:-0.56; p:0.54).

Tablo 7. Duygudurum Profili Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:102)

DDPÖ	$\bar{X}\pm SS$ (min-max)
DDPÖ	29.63±24.93 (-11-118)
Alt boyutlar	
Çökkünlük-keyifsizlik	9.76±8.89 (0-43)
Gerginlik-sıkıntı	12.12±6.01 (2-30)
Öfke-saldırganlık	6.89±7.17 (0-34)
Şaşkınlık-şaşırmışlık	6.93±3.84 (0-21)
Yorgunluk-durgunluk	5.85±4.04 (0-22)
Dinçlik-aktiflik	11.93±6.03 (0-28)

DDPÖ: Duygudurum Profili Ölçeği

SS: Standart sapma

4.5. Lenfödem Özbakım Eğitimi

LÖ'de özbakıma yönelik eğitim alma durumları ve eğitim kaynakları Tablo 8'de gösterilmiştir. LÖ'ü olan kadınların %90.20'sinin LÖ'de özbakıma yönelik eğitim aldığı, eğitim alanların %63.80'inin LÖ geliştikten sonra eğitim aldığı, kadınların %31.40'ının eğitimi fizik tedavi uzmanı ve fizyoterapistten, %21.60'ünün sadece fizik tedavi uzmanından, %8.80'ünün fiziktedavi uzmanı, fizyoterapist ve cerrahdan aldığı saptanmıştır.

Tablo 8. Lenfödemi Olan Kadınların Özbakım Eğitim Alma Durumlarının Dağılımı (n:102)

Özbakım eğitim alma durumları	n	(%)
Evet	92	(90.20)
Hayır	10	(9.80)
Özbakım eğitimi alma zamanı		
Lenfödem gelişmeden önce	27	(26.40)
Lenfödem geliştikten sonra	65	(63.80)
Eğitim kaynakları (Meme kanseri ameliyatından itibaren)		
Fizik tedavi uzmanı + Fizyoterapist	32	(31.50)
Fizik tedavi uzmanı	22	(21.60)
Fizik tedavi uzmanı + Fizyoterapist +Cerrah	9	(8.80)
Fizyoterapist	8	(7.80)
Fizik tedavi uzmanı + Fizyoterapist +Cerrah + Hemşire	6	(5.90)
Fizik tedavi uzmanı + Fizyoterapist + Medikal onkolog	5	(4.90)
Fizik tedavi uzmanı + Fizyoterapist + Hemşire	3	(2.90)
Fizik tedavi uzmanı + İnternet	3	(2.90)
Fizik tedavi uzmanı + Hemşire	3	(2.90)
Cerrah + Hemşire	1	(1.00)

LÖ'de özbakıma yönelik eğitim alma durumuna göre LÖ özbakım uygulamaları puan ortalaması Tablo 9'da gösterilmiştir. Özbakım eğitimi alma durumuna göre LÖ özbakım uygulama puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 9. Özbakım Eğitimi Alma Durumuna Göre Özbakım Uygulama Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (n:102)

Özbakım Eğitimi	Özbakım Uygulama $\bar{X}\pm SS$ (min-max)	U	*p
Alan (n:92)	10.05±2.07 (min:5-max:14)	270.500	0.031
Almayan (n:10)	8.50±2.01 (min:5-max:12)		

SS: Standart sapma U: Mann Whitney U testi *p<0.05

4.6. Evde Lenfödem Özbakımını Etkileyen Faktörler

Evde LÖ özbakımını etkileyen faktörlerin dağılımı Tablo 10'da gösterilmiştir. Evde LÖ bakımını etkileyen faktörler incelendiğinde çalışmaya katılan bireylerin %52.90'ı malzemelerin fiyatının pahalı olmasını, %45.10'u sosyal güvenlik kurumunun malzemeleri ödememesini, %23.50'si ise sürekli böcek ısırıkları, kesikler ve diğer şeyler hakkında tetikte olmaktan hoşlanmadığını, bu durumun onları zevk aldıkları aktivitelerden uzak tutmasını büyük problem olarak görmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin %85.30'unun kolun bakımı için yapılan uygulamaların zaman almasına, %83.30'u kolun bakımı için yapılan uygulamaların hiç faydasını görmediğine ve bandajı sararken zorlanmaya, %79.40'ı ne yaparsa yapsın LÖ'e bir faydası olmayacağını düşünmeye hiç problem değil yanıtı vermiştir.

Tablo 10. Lenfödemi Olan Kadınların Evde Özbakımını Etkileyen Faktörlerin Dağılımı (n:102)

Maddeler	Büyük problem n (%)	Biraz problem n (%)	Çok az problem n (%)	Hiç problem değil n (%)
Malzemelerin fiyatı çok pahalı	55 (52.90)	14 (13.70)	10 (9.80)	23 (22.50)
Sosyal güvenlik kurumu malzemeleri ödemiyor	46 (45.10)	17 (16.70)	15 (14.70)	24 (23.50)
Sürekli böcek ısırıkları, kesikler ve diğer şeyler hakkında tetikte olmaktan hoşlanmıyorum, bu durum beni zevk aldığım aktivitelerden uzak tutuyor	24 (23.50)	22 (21.60)	20 (19.60)	36 (35.30)
Güneş kremi sürmeyi unutuyorum	17 (16.70)	20 (19.60)	13 (12.70)	52 (51.00)
Kıyafetlerimi basınç giysilerine/ bandajlara engel olmayacak şekilde seçmek zorunda olmaktan hoşlanmıyorum	12 (11.80)	19 (18.60)	18 (17.60)	53 (52.00)
Basınç giysim beni sıcaklatıyor ve/ya da kaşındırıyor	11 (10.80)	21 (20.60)	28 (27.50)	42 (41.20)
Her şeyi yapacak yeterli zamana sahip değilim	7 (6.90)	10 (9.80)	18 (17.60)	67 (65.70)
Basınç giysimi giyerken zorlanıyorum	7 (6.90)	19 (18.60)	24 (23.50)	52 (51.00)
Bandajımı sararken zorlanıyorum	5 (4.90)	5 (4.90)	7 (6.90)	85 (83.30)
İnsanların benim basınç giysimi/bandajımı görmesini istemiyorum	4 (3.90)	14 (13.70)	12 (11.80)	72 (70.60)
Ne yaparsam yapayım lenfödemime bir faydası olacağını düşünmüyorum	3 (2.90)	4 (3.90)	14 (13.70)	81 (79.40)
Kolumun bakımı için bana söylenen her şeyi yaptım ve çok fazla zaman aldı	-	3 (2.90)	12 (11.80)	87 (85.30)
Kolumun bakımı için bana ne söyleniyorsa yaptım ve hiç faydasını görmedim	-	6 (5.90)	11 (10.80)	85 (83.30)

4.7. Lenfödemde Özbakıma İlişkin Yarar, Engel ve Yük Algısı

Çalışmaya katılan bireylerin LÖ uygulamasında yarar, engel, yük algıları Tablo 11’de verilmiştir. Kadınların %39.20’si kolun şişmesini engellemesi, %23.50’si LÖ’e ilişkin yaşanan sıkıntıların azalmasını, %15.70’i hastalıkta kendi kontrolünü almasını sağlamasını özbakımın en önemli yararı olduğunu belirtmiştir. Özbakımda en önemli engel olarak kadınların %19.60’ı ailesinde kendisinden önce ilgilenmesi gereken kişiler olduğunu, %16.70’i evde kendinden önce ilgilenmesi gereken işler olduğunu belirtirken, %18.60’ı ise özbakımda engel olmadığını ifade etmiştir. Özbakımda en önemli yük olarak kadınların %40.20’si ise sürekli tetikte olmanın yorucu olmasını, %30.40’ı basınç giysisinin çok sıkı ve rahatsız edici olmasını ifade ederken, %11.80’i özbakımda yük olmadığını belirtmiştir.

Tablo 11. Lenfödem Özbakım Uygulamalarının Yarar, Engel, Yük Algılarının Dağılımı (n:102)

Özbakımın en önemli yararı	n	(%)
Kolumun şişmesini engelliyor	40	(39.20)
Lenfödeme ilişkin yaşadığım sorunlar azalıyor	24	(23.50)
Hastalığımda kendi kontrolümü almamı sağlıyor	16	(15.70)
Beni mutlu ediyor	7	(6.90)
Kendime olan güvenimi artırıyor	5	(4.90)
Tedaviden daha ucuz	5	(4.90)
Geleceğe ümitle bakmamı sağlıyor	5	(4.90)
Özbakımda en önemli engel		
Ailemde kendimden önce düşüneceğim kişiler var	20	(19.60)
Engel yok	19	(18.60)
Evde kendimden önce ilgilenmem gereken işler var	17	(16.70)
Bakımda bana destek olacak kimse yok	15	(14.70)
Görünür bir iyileşme yaşamamak	9	(8.80)
Lenfödem bakımında bilgi eksikliğimin olması	8	(7.80)
İş yaşantım	5	(4.90)
İhmalkarlık	5	(4.90)
Zamanım olmaması	3	(2.90)
Diğer	1	(1.00)
Özbakımda en önemli yük		
Sürekli tetikte olmak beni yoruyor	41	(40.20)
Lenfödem basınç giysisi çok sıkı/beni rahatsız ediyor	31	(30.40)
Yük yok	12	(11.80)
Zamanımı alıyor	7	(6.90)
Koluma bandaj uygulamak çok zahmetli	5	(4.90)
Bakım esnasında canım acıyor	4	(3.90)
LÖ basınç giysisi abdest almama engel oluyor	1	(1.00)
LÖ ile iş yapmanın zor olması	1	(1.00)

5. TARTIŞMA

Araştırmada elde edilen bulgular, lenfödem özbakım uygulamaları, seçilmiş sosyodemografik ve klinik özelliklere göre lenfödemde özbakım, Duygudurum Profili Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları ve lenfödem özbakım ile ilişkisi, lenfödem özbakım eğitimi, evde lenfödem özbakımını etkileyen faktörler, lenfödemde özbakıma ilişkin yarar, engel ve yük algısı olmak üzere altı bölümde incelenmiştir.

5.1. Lenfödem Özbakım Uygulamaları

Çalışmamızda LÖ'ü olan kadınların %41.20'sinin basınç giysisi giydiği bulunurken, bir çalışmada kadınların %79'unun basınç giysisi giydiği (Brown ve ark. 2014), diğer bir çalışmada %76'sının basınç giysisi giydiği (Ridner ve ark. 2011) bulunmuştur. Çalışmamızda basınç giysisi giyen kadınların yüzdesinin düşük olması, verilerin yaz aylarında toplanması nedeniyle hava sıcaklığının basınç giysisi giymekten duyulan rahatsızlığı artırması ile açıklanabilir. Çalışmamızda kadınların %73.50'sinin egzersiz yaptığı saptanmış (Tablo 3), bir çalışmada %58'inin egzersiz yaptığı (Brown ve ark. 2014), başka bir çalışmada %60'ının egzersiz yaptığı (Ridner ve ark. 2011) saptanmıştır. Çalışmamızda egzersiz yapan kadınların fazla olması, lenf boşaltıcı aktivitelerden basınç giysisi kullanma oranının düşük olmasını nedeniyle benzer amaçla yapılan egzersiz yapmayı artırabileceği ile açıklanabilir. Ayrıca egzersiz yapılmasının yakınları tarafından hatırlatılmasına bağlanabilir. Çalışmamızda yakınları tarafından egzersiz yapılmasını hatırlatılması, yardım alınan aktivitelerde birinci sırada yer almaktadır. Bunun yanında, kadınların yarısından fazlasının bandaj giysisi gibi malzemeleri pahalı bulması ve malzemelerin sosyal güvence kapsamında olmaması çalışmamızın bu sonucunu etkilemiş olabilir. Çalışmamızda kadınların %31.40'ının kendi kendine boşaltıcı masaj yaptığı bulunurken, benzer olarak Brown ve arkadaşlarının çalışmasında %39'nun kendi kendine boşaltıcı masaj yaptığı bulunmuştur (2014). Kendi kendine boşaltıcı masaj yaparken yardım alma gereksinimi nedeniyle bu uygulamanın diğer uygulamalardan daha az yapıldığı düşünülmektedir. Çalışmamızda kadınların %100'ünün cilt temizliği, %92.20'sin kesiklerden koruma, %89.20'sinin kolu yara ve değişiklikler açısından izleme, %58.70'inin nemlendirici ürün kullanma uygulamaları gibi cilt bakım uygulamaları yaptığı bulunurken, bir çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak kadınların %33'ünün cilt bakımı yaptığı bulunmuştur. Çalışmamızdaki kadınların tamamının cilt bakımı yapması,

çalışmanın yaz aylarında yürütülmesi nedeniyle cilt temizliğine olan gereksinimin artması ile açıklanabilir.

LÖ'ü olan kadınların, LÖ özbakım uygulama puan ortalaması 9.90 ± 2.11 'dir (Tablo 3). Bu puan, kadınların özbakım uygulamalarından yaklaşık üçte ikisini yaptığını göstermektedir. Çalışmamızda, LÖ'ü olan kadınların %39.20'inin LÖ özbakımını düzenli olarak yaptığı bulunurken, bizim çalışmamıza benzer olarak bir çalışmada kadınların %69'unun düzenli olarak özbakım uygulamalarının yarısından fazlasını yaptığı saptanmıştır (Brown ve ark. 2014). Özbakım, uygulamaları düzenli olarak sürdürme, gözlem ve oluşan problemlerin çözümünü içeren karmaşık bir süreçtir. Uygulamaları düzenli olarak sürdürmek, özbakımın en önemli basamağını oluşturmaktadır. Ancak uygulaması güçtür ve kültür, alışkanlıklar, motivasyon, beceri gibi faktörlerden etkilenmektedir (Riegel, Jaarsma ve Strömberg 2012). Kadınların cinsiyet rolünün getirdiği annelik, eş olma ve ev işlerini yapma gibi sorumlulukları nedeniyle özbakımı düzenli olarak uygulama oranının düşük olabileceği belirtilmektedir (Radina ve ark. 2014).

Kadınların, LÖ özbakımı sırasıyla yorgunluk, yardım edecek kimsenin olmaması, bir şey yapmak istememe, zaman yetersizliği, nasıl bakım verileceğini bilmeme gibi nedenlerle düzenli olarak yapmadıkları saptanırken (Tablo 4), Amerika'da yapılan bir çalışmada ise zaman yetersizliği, bilgi eksikliği, yorgunluk, yeterince yararını görememe ve maddi yük nedenleriyle yapmadığı saptanmıştır (Ridner ve ark. 2011). Kalitatif bir çalışmada ise bizim çalışmamıza benzer olarak, yardım edecek birisinin olmamasının özbakımı düzenli yapmamaya neden olduğu bulunmuştur (Ridner, Rhoten, Radina, Adair ve ark. 2016). Özbakımı etkileyen faktörlerden biri de yardım edecek birisinin olmamasıdır (Riegel ve ark. 2012). Bu sonuç, kadınların çoğunluğunun çalışmaması nedeniyle gün içinde evde yalnız kalmaları ile açıklanabilir. Zaman yetersizliği, yorgunluk ve bir şey yapmak istememe nedeni literatür ile uyumlu olmakla birlikte, nedeninin iç motivasyon eksikliği ve zaman planlamasının uygun olmaması olduğu tahmin edilmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların LÖ özbakım yarar algısının (6.88 ± 2.24) yüksek olduğu ve LÖ özbakım yarar algısı ile özbakım uygulanması arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunurken, kalitatif bir çalışmada sonuçlarımıza benzer olarak özbakımın yararına inanmanın LÖ özbakımının başarılı olmasına etkili olduğu bulunmuştur (Jeffs ve ark.

2016). Bu sonuç, bireylerin özbakımın faydalı olduğuna inanmalarının özbakım uygulamalarını yapmaya motive etmesinin sonucu olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların yarısından fazlası LÖ özbakımı ile ilgili yardım almadıklarını, yardım alanların (%49.00) bir aile üyesinden ya da eşinden yardım aldığı saptanmıştır (Tablo 5). Yardım alanların sırasıyla %34.70'inin egzersizlerin hatırlatılmasında, %18.10'unun basınç giysisi giymede, %12.20'sinin boşaltıcı masaj yapmada yardım aldığı bulunmuştur. Bir çalışmada LÖ özbakımında LÖ'ü olan kadınların %35.00'inin yardım aldığı, yardım alanların %12'sinin masaj, %9'u özbakımı yapmayı hatırlatma ve emosyonel destek, %5.90'ı ise bandajları sarma gibi konularda destek aldığını belirtmişlerdir (Ridner ve ark. 2011). Çalışmamızda, özbakımda yardım alamayan kadınların %52.80'i yardım edilirse özbakımın daha kolay olacağını belirtirken, kalitatif bir çalışmada bizim sonuçlarımıza benzer olarak kadınların özbakımda destek eksikliği yaşadığı bulunmuştur (Ridner ve ark. 2016). Çalışmamızın bulguları literatür ile benzer şekilde LÖ'e yönelik özbakımda emosyonel ve sosyal desteğin önemli olduğunu ve yardım almanın özbakımı kolaylaştırdığını göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların özbakım uygulamalarına günlük 25.14 ± 16.74 (min:5-max:60) dakika ayırdığı bulunurken (Tablo 5), başka bir çalışmada kadınların %33'ünün 15 dk ve daha az, %31'inin 15-30 dk arasında, %26'sının 30-60 dk arasında, %10'unun ise bir saatin üzerinde zaman ayırdığı belirlenmiştir (Ridner ve ark. 2011). LÖ'de özbakım tam olarak uygulandığında yaklaşık bir saat süren uygulamalardır (Ridner ve ark 2008). Yapılan çalışmalarda kadınların yeterli zaman ayırmadığı ve zaman probleminin özbakım engellerinden biri olduğu vurgulanmıştır (Armer ve ark. 2011; Ridner ve ark. 2011; Radina ve ark. 2014; Jeff ve ark. 2015). Bizim çalışmamızda da kadınların özbakım uygulamalarına yeterli zaman ayırmadıkları, bunun nedenini ise ailede kendilerinden önce düşünecekleri kişiler, işler olması ve destek olacak kimsenin olmayışı şeklinde belirtmişlerdir (Tablo 11).

Lenfödeme yönelik özbakımda kadınlara en zor gelen öz bakım uygulamaları sırasıyla gece LÖ olan kolun tarafına yatmama, basınç giysisi giyme ve kolu darbe, yaralanmalardan koruma uygulamaları olduğu bulunmuştur (Tablo 5). LÖ olan kolun üzerine baskı uygulamak lenf akışını azaltmakta, LÖ gelişimine neden olmakta veya var olan LÖ'ü artırmaktadır. Özbakımda LÖ'ü olan kadınlar aldıkları özbakım eğitimine uygun olarak, LÖ olan kol üzerine yaslanmaktan, sıkı kıyafet giymekten, o kola takı takmaktan kaçınarak bu basıncı önlemeye

çalışırlar, ancak gece uyku sırasında bilinçsiz olarak kolun üzerine yatabilmektedirler (Güler Demir 2008; Hardy 2011; Ridner ve ark. 2012). Basınç giysisini giyme ve kolu darbe, yaralanmalardan korumayı zor bulmalarının nedeni ise LÖ özbakımını günlük hayata entegre etmekte zorlanma olduğu düşünülmektedir (Riegel ve ark. 2012). Sağlıklı bireylerin özbakımında da yer alan cilt temizliği ve cildi nemlendirmenin LÖ'e yönelik en kolay uygulama olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda ev işlerini yapacak başka birisinin olması (%43.10), LÖ özbakım eğitimi alma (%17.60) ve sürekli özbakımı hatırlatacak birisinin olmasının (%16.70) özbakım uygulamada kolaylaştırıcılar olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Ev işlerinde tekrarlı hareketler lenf akışını engellemektedir. Yapılan bir çalışma kadınların ev işleri ve ailedeki sorumlulukları nedeniyle özbakıma öncelik veremediklerini belirtmektedir (Radina ve ark. 2014). Bu sebeple kadınlar ev işlerini yapacak başka birisinin olmasının özbakım uygulamasını kolaylaştıracağını düşünmektedir. Sürekli özbakımı uygulamasını hatırlatacak birisinin olması ise literatür ile uyumludur (Ridner ve ark. 2011).

5.2. Seçilmiş Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre Lenfödemde Özbakım

Yaş, medeni durum, kronik hastalık varlığı, çalışma durumu ve bakımından sorumlu olunan çocuk varlığına göre LÖ özbakım uygulama puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6). Radina ve arkadaşlarının (2014) yaptığı kalitatif çalışmada, bizim sonuçlarımızdan farklı olarak kadınların kendilerini ilk sıraya koymakta zorlandığı, aile üyelerine ayırdıkları zaman nedeniyle kendilerine zaman ayıramadıkları ve bu sebeple evli olmanın ve çocuk sahibi olmanın LÖ'de öz bakımı etkilediğini belirlemişlerdir. Çalışmamızda sonucun, Türk tipi aile yapısında aile içi yardımlaşmanın ve dayanışmanın ön planda olmasından, kadınların hastalık durumunda eşleri ve aileleri tarafından desteklenmeleri ve sorumluluklarının hafifletilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Kronik hastalıklar ve yaşın ileri olması LÖ gelişimine ya da LÖ'in ilerlemesine neden olabilmektedir (Ridner ve Dietrich 2008). Obsty ve Armer'in yaptığı sistematik incelemede (2015), bizim sonuçlarımızdan farklı olarak, kronik hastalık varlığı ve yaşın ileri olmasının LÖ özbakım engellerinden biri olduğu vurgulanmaktadır. Çalışmamızda sonucun farklı olması, Türk kültüründe yaşlılara olan saygı ve bakım verme özelliği ile açıklanabilir. Örneğimizde yer alan kadınların hipertansiyon, hipotroidi, diabetes mellitus ve osteoporoz gibi bakım yükü

ağır olmayan hastalıklar olması nedeniyle özbakımı etkilememiş olabileceğini düşündürmektedir.

5.3. Duygudurum Profili Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Lenfödem Özbakım ile İlişkisi

Bizim çalışmamızda kadınların DDPÖ puan ortalaması 29.63 ± 24.93 (Tablo 7) olarak bulunurken, LÖ'ü olan kadınlarla yapılan bir çalışmada DDPÖ kısa formu puan ortalaması 20.00 bulunmuş (Vassard, Olsen, Zinckernagel, Vibe-Petersen ve ark. 2010), LÖ'ü olan kadınlarla yapılan diğer bir çalışmada 43.30 olarak bulunmuştur (Ridner ve ark. 2011). DDPÖ puan ortalaması arttıkça duygudurum bozukluğu da artmaktadır (Selvi ve ark. 2011). Lenfödemde duygudurum değişikliklerinin LÖ'ü olan koldaki belirtiler, beden imajında bozulma, tedavi yükü gibi nedenlerle ortaya çıktığı bilinmektedir (Ridner 2005). Sağlıklı bireylerle yapılan bir çalışmada, bizim çalışmamıza benzer olarak DDPÖ puan ortalaması 34.11 ± 31.46 olarak bulunmuştur (Yoshihara, Hiramoto, Sudo ve Kubo 2011). Çalışmamızın örnekleminde, hastaların tedavi yükü ve LÖ evresinin fazla olmaması nedeniyle duygudurum puan ortalamasının normal düzeyde olduğu düşünülmektedir. LÖ özbakım puan ortalaması ile DDPÖ puan ortalaması arasında orta düzeyde, negatif yönde bir ilişki saptanmasına rağmen bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir. Literatürde bizim çalışma sonuçlarımıza benzer bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu sonuç literatüre katkı sağlamaktadır. Duygudurum iyi olması kişilerin yaşam isteğini ve harekete geçme isteğini artıran bir etken olup (Hirt, Melton, McDonald ve Harackiewicz 1996) özbakımı artırması beklenmektedir.

5.4. Lenfödem Özbakım Eğitimi

Çalışmamızda kadınların çoğunluğunun (%90.20) LÖ özbakım eğitimi aldığı saptanmıştır (Tablo 8). Çalışmamıza benzer olarak bir çalışmada LÖ'ü olan kadınların %94'ünün eğitim aldığı belirlenmiştir (Ridner ve ark. 2011). Çalışmamızın örnekleminde ölçütlerinde en az bir kez LÖ tedavisi alması kriteri olduğu için eğitim oranı yüksek bulunmuştur, buna rağmen hastaların %10'unun eğitim almadığını ifade etmesi önem kazanmaktadır. Bir çalışmada meme kanseri cerrahi sonrası kadınların yalnızca %19.50'si eğitim aldığı, başka bir çalışmada %23'üne LÖ gelişme riskini azaltmak için bilgi verildiği, benzer olarak bizim çalışmamızda %26.40'ının LÖ gelişmeden eğitim aldığı bulunmuştur (Ridner 2006; Borman, Yaman, Yasrebi ve Özdemir 2016). Bu sonucun meme kanseri tedavi

sürecinde yer alan sağlık profesyonellerinin LÖ gelişmeden önce hastalara önlenmesine ilişkin yeterli eğitim vermemesinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların LÖ özbakım eğitim kaynakları incelendiğinde %31.40'ı fizik tedavi uzmanı ve fizyoterapistten, %20'sinin sadece fizik tedavi uzmanından eğitim aldığı, kadınların sadece %6.90'ının hemşireninde içinde bulunduğu sağlık ekibinden eğitim aldığı bulunmuştur (Tablo 8). Ridner ve arkadaşları (2011) hastaların %39'unu LÖ terapistinden, %22'sinin doktorlardan özbakım eğitimi aldığı, hiç kimsenin hemşireden eğitim almadığını saptamıştır. Tükiye'de yapılan bir çalışma ise (n:48) cerrahi kliniklerinde LÖ eğitimi %51.20 oranında hemşire ve doktorlar tarafından yapıldığı bulunmuştur (Gül ve Erdim 2009). Hemşirenin temel ve bağımsız rollerinden bir tanesi de bireyin ve toplumun sağlığını korumak, hasta olan bireyin ise sağlığını iyileştirmek amaçlı eğitici rolüdür (Taylan, Alan ve Kadioğlu 2012). Fu, Ryan ve Cleland 2012 yılında onkoloji hemşirelerinin LÖ bilgi düzeyini ölçmeyi amaçlayan çalışmasında onkoloji kılavuz hemşirelerin (oncology nurse navigators) diğer hemşirelerden daha fazla bilgi sahibi olduğu ancak genel olarak LÖ bilgi düzeyinin düşük olduğunu bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda çıkan sonucun hemşirelerin klinik yoğunluğu nedeniyle eğitici rolü yerine bakım verici rolünü yerine getirmesi ve LÖ konusundaki bilgi eksikliği nedeniyle olabileceğini düşündürmektedir. Hemşirelerin, meme kanseri tedavisi sonrasında LÖ'in önlenmesi ve yönetimine ilişkin eğitime öncelik vermesi LÖ'in önlenmesi ve yönetilmesine önemli katkı sağlayacaktır.

Lenfödem özbakım eğitimi alan hastaların LÖ özbakım uygulama puan ortalaması, eğitim almayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 9). Bizim sonucumuza benzer olarak özbakım uygulamalarına uyumu inceleyen çalışmalar özbakım hakkında bilgi düzeyinin yüksek olmasının özbakıma uyumu ve sürdürmeyi olumlu yönde etkilediğini ve kolaylaştırdığını göstermektedir (Armer ve ark. 2011; Sherman ve Koelmeyer 2013; Obsty ve Armer 2015; Jeff ve ark. 2015).

5.5. Evde Lenfödem Özbakımını Etkileyen Faktörler

Çalışmaya katılan kadınların evde LÖ bakımını etkileyen faktörler; malzemelerin fiyatının pahalı olması, sosyal güvenlik kurumunun malzemeleri ödememesi ve sürekli böcek ısırıkları, kesikler ve diğer şeyler hakkında tetikte olmanın onları zevk aldığı aktivitelerden uzak tutmasının büyük problem olduğu bulunmuştur. Ridner ve arkadaşlarının (2011)

çalışmasında meme kanserine bağlı LÖ gelişen kadınların %30'u bandaj ve basınç giysisine göre kıyafet seçmenin zor olmasını, % 30'u öz bakım uygulamalarının zaman almasını, %20'si sağlık sigortasının malzemeleri ödememesini, %20'si malzemelerin fiyatlarının yüksek olmasını LÖ özbakımı etkileyen faktör olarak belirtmiştir. Sağlık sigortası kompresyon bandajı ya da giysisi gibi LÖ bakımında yer alan malzemeleri ödememektedir (Ridner ve ark. 2008; Karki ve ark. 2009). Türkiye'de 2009'da Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yayınlanan genelgede LÖ basınç giysisini evre I, II ve III hastalar için bedeli ödenmektedir (T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü 2009) ancak tamamı ödenmemektedir. Çalışmamızda malzemelerin fiyatının pahalı olması ve sosyal güvenlik kurumunun malzemeleri ödememesi faktörlerinin yüksek olması, basınç giysisinin belirli bir kısmının ödenmesi ile açıklanabilir. Ayrıca çalışmamızdaki kadınların sadece %13.70'inin gelir düzeyinin yüksek olması da bu sonucu etkilemiş olabilir. Sürekli böcek ısırtıkları, kesikler ve diğer şeyler hakkında tetikte olmaktan hoşlanmamanın özbakımı etkilediğini düşüncelerinin nedeni ise onları zevk aldığı piknik, hobiler (örgü, dantel, yemek yapma vb.) gibi aktivitelerden uzaklaştırması olduğu tahmin edilmektedir.

5.6. Lenfödemde Özbakıma İlişkin Yarar, Engel ve Yük Algısı

Özbakımın en önemli yararlarının sırasıyla kolun şişmesini engellemesi, LÖ ilişkin yaşanan sorunların azalması, hastalığında kendi kontrolünü alma olduğu bulunmuştur. Amerika'da yapılan bir çalışmada LÖ özbakım yarar algısında ilk sırada hastalığında kendi tedavisini yapabilme yetisi, volüm ve semptom kontrolünü sağlaması, özbakım maliyetinin tedaviden düşük olması sonucuna ulaşılmıştır (Ridner ve ark. 2011). Çalışmamızın sonucunun, LÖ özbakımını uygulamada en önemli amacın LÖ volümünün azalmasını sağlamak ve LÖ de kolda şişlik ve ağırlık hissi, güçsüzlük gibi sıkıntıları engellemek olduğu için en önemli yararı olarak bu maddenin seçildiği düşünülmektedir. Kişinin LÖ özbakım aktiviteleri ile LÖ'e ilişkin yaşadığı sıkıntıların azalmasının bu sonuçları etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmanın bulgularından özbakımda en önemli engel, ailesinde kendisinden önce ilgilenmesi gereken kişiler ve işler olmasıdır. Radina ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2014) kadınların aile içindeki rolü nedeniyle diğer kişilerin kendi özbakımının önünde geldiğini göstermişlerdir. Çalışmamızın bu bulgusu literatür ile uyumludur. Ayrıca engel algısına kadınların %18.60'ı engel yok yanıtını vermiştir. Bu durum kişilerin iç görülerinin ve

iç motivasyonunun yüksek olmasının özbakımı uygulamalarını yapmada avantaj olduğunu göstermektedir.

Öz bakıma ilişkin yük algısı incelendiğinde en önemli yükün sürekli tetikte olmanın yorucu olması ve basınç giysisinin verdiği rahatsızlık olduğu bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada özbakım yükü olarak zaman alması, basınç giysisi ve pnömotik kompresyon cihazı gibi ek ekipmanlar olduğu bulunmuştur (Ridner ve ark. 2011).



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Meme kanseri tedavisine bağlı LÖ gelişen kadınlarda eğitim, özbakım ve duygudurumunun incelendiği çalışmamızda;

- Kadınların LÖ özbakım uygulamalarını en çok kolu temiz tutma, kesiklerden koruma, kolu yara ve değişiklikler açısından izleme uygulamalarını yaptığı,
- Kadınların çoğunluğunun yorgun olma, yardım edecek kimsenin olmaması ve bir şey yapmak istememe gibi nedenlerle özbakımı düzenli uygulamadığı,
- Özbakım yarar algısı yüksek olanların özbakım uygulamalarını yerine daha fazla getirdiği,
- Kadınların DDPÖ puan ortalamasının iyi olduğu, DDPÖ puan ortalaması ile özbakım uygulama puanı arasında ilişki olmadığı,
- Özbakım uygulamalarında kadınların çoğunluğunun yardım almadığı, özbakımda yardım alsalar daha kolay olacağı,
- Özbakımda kolaylaştırıcıların ev işlerini yapacak başkasının olması ve özbakımı yapmasını hatırlacak birisinin olması olduğu,
- Lenfödem özbakım uygulama puan ortalamasını yaşın, bakımından sorumlu olunan çocuk varlığının, medeni durumun, çalışma durumunun, kronik hastalık varlığının etkilemediği,
- Lenfödem gelişen kadınların tamamına yakınının LÖ'de özbakıma yönelik eğitim aldığı ve eğitim alanların eğitim almayanlara göre LÖ özbakım uygulama puan ortalamasının daha yüksek olduğu,
- Lenfödem özbakım eğitim kaynağı çoğunlukla fizik tedavi uzmanı ve fizyoterapist olduğu, kadınların çok az bir kısmının hemşireden eğitim aldığı,
- Evde LÖ özbakımını etkileyen faktörlerde en çok sosyal sigorta kurumunun malzemeleri ödememesi, malzeme maliyetlerinin yüksek olması ve sürekli tetikte olmaktan hoşlanmadığı bu durumun onları zevk aldığımız aktivitelerden uzak tutmasını büyük problem olarak gördükleri,
- Lenfödemde özbakımın en önemli yararları kolun şişmesini engellemesi, LÖ'e ilişkin yaşanan sıkıntıların azalması, hastalıkta kendi kontrolünü alma olduğu,

- Lenfödemde en önemli engelin ailede kendinden önce düşüneceği kişilerin, işlerin varlığı olduğu,
- Lenfödemde en önemli yükün ise sürekli tetikte olmanın yorucu olması, LÖ basınç giysisinin verdiği rahatsızlık olduğu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Çalışma sonuçlarımıza dayanarak aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

Uygulamaya yönelik öneriler

- Hemşirelerin meme kanseri tanısı koyulan hastalara ameliyat sonrası dönemden başlayarak LÖ gelişme riski ve özbakıma yönelik eğitim vermesi,
- Lenfödemin önlenmesinde ve yönetilmesinde uygulanacak özbakım aktivitelerine ilişkin yarar algısını artıracak, engel ve yük algısını azaltacak girişimlerin uygulanması,
- Özbakım uygulanmasını artıracak eğitim ve girişimlerin uzun dönem izlemde, LÖ polikliniklerinde belirli aralıklarla tekrarlanması önerilmektedir.

Araştırmacılara yönelik öneriler

- Çalışmada LÖ özbakıma uyumu etkileyen faktörlerin kalitatif çalışmalarla incelenmesi,
- Hemşirelerin LÖ özbakım konusundaki bilgi düzeylerinin ve eğitim verilmesine yönelik engellerin belirlenmesi,
- Lenfödemi olan kadınların DDPÖ puanları ile sağlıklı kadınların DDPÖ puanlarının karşılaştırılması önerilmektedir.

7. KAYNAKÇA

1. Adriaenssens N, Verbelen H, Lievens P, Lamote J. Lymphedema of the operated and irradiated breast cancer patient following breast conserving surgery and radiotherapy. *Lymphology* 2012;45:154-164.
2. Ahmed RL, Schmitz KH, Prizment AE, Folsom AR. Risk factors for lymphedema in breast cancer survivors, the Iowa Women's Health Study. *Breast Cancer Res Treat* 2011;130(3):981-91.
3. Alitalo K. The lymphatic vasculature in disease. *Nature Medicine* 2011;17(11):1371-1380.
4. American Cancer Society (ACS). Cancer Facts and Figures 2016. <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-047079.pdf> Erişim Tarihi: 02.04.2016.
5. Armer JM, Brooks CW, Stewart BR. Limitations of self-care in reducing the risk of lymphedema: supportive educative systems. *Nurs Sci Q* 2011;24(1):57-63.
6. Bakar Y, Berdici B, şahin N, Pala ÖÖ. Lymphedema after breast cancer and its treatment. *J Breast Health* 2014;10:6-14.
7. Bar Ad V, Dutta PR, Solin LJ, Cheville A et al. Time-course of arm lymphedema and potential risk factors for progression of lymphedema after breast conservation treatment for early stage breast cancer. *Breast J* 2012;18(3):219-225.
8. Başaran S, Kozanoğlu E. Meme kanseri ile ilişkili lenfödem ve tedavisi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2009;55:30-35.
9. Bayrakci Tunay V, Akbayrak T, Kaya S. The effect of multidimensional physiotherapy program on shoulder function, pain, and lymphedema after surgery in elderly breast cancer patients. *Top Geriatr Rehabil* 2012;28(4):281-286.
10. Bernars M. Assesment and risk reduction in lymphedema. *Semin Oncol Nurs* 2013;29(1):12-19.
11. Beyaz F. B lenfositlerinin gelişimi, fonksiyonları ve histokimyasal özellikleri. *Erciyes Üniv Vet Fak Derg* 2004;1(1):67-72.
12. Beyaz F. T lenfositlerinin gelişimi, fonksiyonları ve histokimyasal özellikleri. *Erciyes Üniv Vet Fak Derg* 2004;1(1):61-66.
13. Brown JC, Cheville AL, Tchou JC, Harris SR, Schmitz KH. Prescription and adherence to lymphedema self-care modalities among women with breast cancer-related lymphedema. *Support Care Cancer* 2014;22:135-143.

14. Buettner M, Bode U. Lymph node dissection-understanding the immunological function of lymph nodes. *Clin Exp Immunol* 2012;169:205-212.
15. Campisi C, Michelini S, Boccardo F. EBM Guidelines on the diagnosis and treatment of lymphedema. *Lymphology* 2003;1-11.
16. Chang CJ, Cormier JN. Lymphedema interventions: exercise, surgery and compression devices. *Semin Oncol Nurs* 2013;29(1):28-40.
17. Chiu TW. Management of secondary lymphoedema. *Hong Kong Med J* 2014;20(6):519-528.
18. Choi YH, Seo KS. Correlatation among bioimpedance analysis, sonographic and circumferential measurement in assesment of breast cancer-related arm lymphedema. *Lymphology* 2014;47:123-133.
19. Collins VW, Gilliam T. Lymphedema a selfcare guide. UNC Health Care-UNC Cancer Care 2014; http://unclineberger.org/files/ccsp/CCSP_Lymphedema_ASelfCareGuideC.pdf Erişim Tarihi: 18.11.2014.
20. Concise review on the safety of exercise on symptoms of lymphedema. *World J Clin Oncol* 2015;6(4):43-44.
21. Cormie P, Pumpa K, Galvao DA, Turner E et al. Is it safe and efficacious for women with lymphedema secondary to breast cancer to lift heavy weights during exercise: a randomised controlled trial. *J Cancer Surviv* 2013;7:413-424.
22. Çavdar İ, Kostanoğlu A, Karayurt Ö, Fındık ÜY, Turan A, Kanan N, Akyolcu N, Karanlık H. Lenfödem. İç: Can G, Editör, Onkoloji Hemşireliğinde Kanıttan Uygulamaya Konsensus 2014. İstanbul. Nobel Tıp Kitapevleri; 2015: sf. 25-34.
23. elik A, Kutlay H. Timusun cerrahi hastalıkları. 2011. <http://toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/36201117292-91102.pdf> Erişim Tarihi: 05.10.2015.
24. Das N, Baumgartner RN, Riley EC, PinkstonYang D, CM, Baumgartner KB. Treatment related risk factors for arm lymphedema among long-term breast cancer survivors. *J Cancer Surviv* 2015;9:422-430.
25. Degnim AC, Miller J, Hoskin TL, Boughey JC et al. A prospective study of breast lymphedema: frequency, symptoms and quality of life. *Breast Cancer Res Treat* 2012;134:915-922.

26. Deltombe T, Jamart J, Recloux S, Legrand C et al. Reability and limits of agreement of circumferencial, water displasement, and optoelectronic volumetry in the measurement of upper limp lymphedema. *Lymphyology* 2007;40:26-34.
27. Dine JL, Schneider Austin MK, Armer JM. Nursing education on lymphedema self-management and self-monitoring in a Aouth African oncology clinic. *J Cult Divers* 2011;18(4):126-128.
28. DiSipio T, Rye S, Newman B, Hayes S. Incidence of unilateral arm lymphoedema after breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Oncol*, 2013;14(6): 500-515.
29. Elma B. Timus anatomisi. İç: Balcı AE, Editor, *Mediyasten Hastalıkları ve Cerrahisi*. TÜSAD | Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği. 2015; sf. 15-21 <http://solunum.org.tr/TusadData/Book/374/258201514583-3Mediyasten-Hastaliklari-ve-Cerrahisi-Kitabi-1--Kopya.pdf> Erişim tarihi: 05.10.2015.
30. European Wound Management Association-EWMA. Focus Document: Lymphedema bandaging in practice. London: MEP Ltd, 2005.
31. Feldman JL, Stout NL, Wanchai A, Stewart BR, Cormier JN, Armer JM. Intermittent pneumatic compresion therapy: a systematic review. *Lymphyology* 2012;45:13-25.
32. Ferlay J, Foucher ES, Tieulent JL, Rosso S ve ark. Cancer incidence and mortality patterns in europe: estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer* 2013;49:1374–1403.
33. Finnane A, Janda M, Hayes SC. Review of the lymphedema treatment effect. *Am J Phys Med Rehabil* 2015;94(6):483-489.
34. Fleysher LA. Keeping breast cancer survivors lymphedema free. *Br J Nurs* 2010;19(13): 826-830.
35. Földi E, Jünger M, Partsch H. Lymphoedema bandaging in practice. European Wound Management Association (EWMA). London: MEP Ltd, 2005.
36. Földi M, Strößenreuther RHK. Anatomy of the Lymph Vessel System. In: Földi M, editors. *Foundations of Manual Lymph Drainage*. Third edition. United States of America: Elsevier; 2005. p. 1-15.
37. Földi M, Strößenreuther RHK. Basic Principles of Manual Lymph Drainage. In: Földi M, editors. *Foundations of Manual Lymph Drainage*. Third edition. United States of America: Elsevier; 2005. p. 44-50.

38. Földi M, Strößenreuther RHK. Effect of Massage on Lymph Formation and Lymphangiomotor Function. In: Földi M, editors. Foundations of Manual Lymph Drainage. Third edition. United States of America: Elsevier; 2005. p. 42-43.
39. Földi M, Strößenreuther RHK. Treatment of the Axillary Lymph Nodes and Their Tributary Territories. In: Földi M, editors. Foundations of Manual Lymph Drainage. Third edition. United States of America: Elsevier; 2005. p. 65-77.
40. Fu MR, Guth AA, Cleland CM, Lima EDRP et al. The effects of symptomatic seroma on lymphedema symptoms following breast cancer treatment. *Lymphology* 2011;44:134-143.
41. Fu MR, Ryan JC, Cleland CM. Lymphedema knowledge and practice patterns among oncology nurse navigators. *J Oncol Navig Surviv* 2012;3(4):8-14.
42. Golshan M, Smith B. Prevention and management of arm lymphedema in the patient with breast cancer. *Journal Supportive Oncology*, 2006;4: 381-386.
43. Greenlee H, Balneaves L, Carlson LE, Cohen M et al. Clinical practice guidelines on the use of integrative therapies as supportive care in patients treated for breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2014;50:346–358.
44. Gül A, Erdim L. Meme kanseri ameliyatından sonra lenfödemin önlenmesinde hemşirelerin eğitim yaklaşımı. *Meme Sağlığı Dergisi* 2009;5(2):82-86.
45. Güler Demir S. Meme kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalarda kendi kendine lenfödem yönetimi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2008;4(2):62-69.
46. Güven G, Özden H. Meme lenfatiklerinin anatomik yapısı ve klinik önemi. *Dirim Tıp Dergisi* 2008;82:7-12.
47. Hamolsky D. Nursing Management Breast Disorders. In: Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L, Harding MM, editors. *Medical Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical problems*. Ninth Edition. Canada: Mosby; 2014. p. 1238-1260.
48. Hardy D. Reducing the risk of upper limb lymphedema. Royal Collage of Nursing. London, 2011. https://www2.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0003/403716/004138.p Erişim Tarihi:15.02.2016.
49. Harmer V. Breast-cancer related lymphedema: implications for primary care. *Br J Community Nurs* 2009;14(10):15-19.

50. Hayes S, Di Sipio T, Rye S, Lopez A et al. Prevalence and prognostic significance of secondary lymphedema following breast cancer. *Lymphat Res Biol* 2011;9(3):135-141.
51. Hayes SC, Rye S, Battistutta D, Newman B. Prevalence of upper-body symptoms following breast cancer and its relationship with upper-body function and lymphoedema. *Lymphology* 2010;43:178-187.
52. Hirt ER, Melton JR, McDonald HE, Harackiewicz JM. Processing goals, task interest, and the mood–performance relationship: a mediational analysis. *Journal of Personality and Social Psychology* 1996;71(2):245-26.
53. Huang TW, Tseng SH, Lin CC, Bai CH et al. Effects of manual lymphatic drainage on breast cancer-related lymphedema: a systemic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *World J Surg Oncol* 2013;11(15):2-8.
54. International Society of Lymphology-ILS. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2013 consensus document of the international society of lymphology. *Lymphology* 2013;46:1-11.
55. Jeffs E, Ream E, Shewbridge A, Cowan-Dickie S et al. Exploring patient perception of success and benefit in self-management of breast cancer-related lymphedema. *Eur J Oncol Nurs* 2016;20:173-183.
56. Jung SY, Shin KH, Kim M, Chung SH et al. Treatment factors affecting breast cancer-related lymphedema after systemic chemotherapy and radiotherapy in stage II/III breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat* 2014;148:91-98.
57. Karadibak D, Yıldırım Y, Kara B, Saydam S. Effect of complex decongestive therapy on upper extremity lymphedema. *Fizyoter Rehabil.* 2009;20(1):03-08.
58. Karki A, Anttila H, Tasmuth T, Rautakorpi UM. Lymphedema therapy in breast cancer patients: a systematic review on effectiveness and a survey of current practices and cost in Finland. *Anta Oncologia*, 2009;48: 850-859.
59. Khalaf MM, Hassan MA, Ibrahim ZM. Helium neon laser therapy for post mastectomy lymphedema and shoulder mobility. *The Egyptian Journal of Medical Human Genetics* 2013;14:195-199.
60. Kibar S, Dalyan Aras M, Ünsal Delialioğlu S. The risk factors and prevalence of upper extremity impairments and an analysis of effects of lymphoedema and other impairments on the quality of life of breast cancer patients. *Eur J Cancer Care* 2016;13:1-10.

61. Kolemeyer L, Shanley K, Reul-Hirche H, Pille NB. Guideline for a national standard technique of measurement of lymphoedematous limbs. Australasian Lymphology Association (ALA) 2013. http://www.lymphoedema.org.au/public/7/files/Comms/ALA_Measuring_Standards.pdf Erişim Tarihi: 15.02.2016.
62. Lahtinen T, Seppala J, Viren T, Johansson K. Experimental and analytical comparisons of tissue dielectric constant (TDC) and bioimpedance spectroscopy (BIS) in assessment of early arm lymphedema in breast cancer patients after axillary surgery and radiotherapy. *Lymphat Res Biol* 2015;13(3):176-185.
63. Lasinski BB, Thrift KM, Squire D, Austin MA ve ark. A systematic review of the evidence for complete decongestive therapy in the treatment of lymphedema from 2004 to 2011. *The American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation* 2012;4(8): 580-601.
64. Lawenda BD, Mondry TE, Johnstone PAS. Lymphedema: a primer on the identification and management of a chronic condition in oncologic treatment. *CA Cancer J Clin* 2009;59:8-24.
65. Lee SH, Min Y, Park HY, Jung T. Health related quality of life in breast cancer patients with lymphedema who survived more than one year after surgery. *J Breast Cancer* 2012;15(4); 449-453.
66. Li CZ, Zhang P, Li RW, Wu CT, Zhang XP, Zhu HC. Axillary Lymph node dissection versus sentinel lymph node biopsy alone for early breast cancer with sentinel node metastasis: a meta-analysis. *EJSO* 2015;41:958-966.
67. Loh SY, Musa AN. Methods to improve rehabilitation of patients following breast cancer surgery: a review of systematic reviews. *Breast Cancer (Dove Med Press)* 2015;7:81–98.
68. Lymphedema Framework. Best Practice for the Management of Lymphedema. International Consensus. London: MEP Ltd, 2006. http://www.woundsinternational.com/media/issues/210/files/content_175.pdf Erişim Tarihi:13.05.2016.
69. Malvezzi M, Bertuccio P, Levi F, La Vecchia C ve ark. European cancer mortality predictions for the year 2014. *Ann Oncol* 2014;00(9):1-7.
70. Martini FH, Timmons MJ, Tallitsch RB. Human Anatomy; Chapter 23: the Lymphatic System. Fifth Edition. San Francisco; Pearson Education. 2006. p. 602-619.

71. Martins JC, Aguar SS, Fabro EAN, Costa RM et al. Safety and tolerability of Kinesio(®) Taping in patients with arm lymphedema: medical device clinical study. *Support Care Cancer* 2016;24:1119-1124.
72. Mayrovitz HN, Davey S, Shapiro E. Local tissue water changes assessed by tissue dielectric constant: single measurements versus averaging of multiple measurements. *Lymphology* 2008;41:186-188.
73. Mayrovitz HN. Assessing local tissue edema in postmastectomy lymphedema. *Lymphology* 2007;40:87-94.
74. Mayrovitz HN. The standard of care for lymphedema: current concepts and physiological considerations. *Lymphat Res Biol* 2009;7(2):101-108.
75. Meeske KA, Sullivan Halley J, Smith AW, McTiernan A et al. Risk factors for arm lymphedema following breast cancer diagnosis in black women and white women. *Breast Cancer Res Treat* 2009;113(2):383-391.
76. Merchant SJ, Chen SL. Prevention and management of lymphedema after breast cancer treatment. *Breast J* 2015;21(3):276-284.
77. Morris C, Wonders KY. Concise review on the safety of exercise on symptoms of lymphedema. *World J Clin Oncol* 2015;6(4):43-44.
78. Moseley AL, Piller NB, Carati CJ. The effect of gentle arm exercise and deep breathing on secondary arm lymphedema. *Lymphology* 2005;38:136-145.
79. Müezziner NE, Karayurt Ö. Meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem gelişen kadınların deneyimlerinin incelenmesi. *Journal of Breast Health* 2013;10: 23-29.
80. Myungsoo K, Park IH, Lee KS, Ro J et al. Breast cancer-related lymphedema after neoadjuvant chemotherapy. *Cancer Res Treat.* 2015;47(3):416-423.
81. National Cancer Institute (NCI). Lymphedema overview 2014. http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/lymphedema/healthprofessional/page1#Section_20 (ET: 18.11.2014)
82. National Breast Cancer Centre. Information about lymphoedema following treatment for breast cancer. Australia 2007. https://canceraustralia.gov.au/sites/default/files/publications/lftc-lymphoedema-following-breast-cancer-treatment_504af03098b47.pdf Erişim Tarihi:13.05.2016.
83. Newman B, Lose F, Kedda MA, Francois M et al. Possible genetic predisposition to lymphedema after breast cancer. *Lymphat Res Biol* 2012;10(1):2-13.

84. Nielsen I, Gordon S, Selby A. Breast cancer-related lymphoedema risk reduction advice: a challenge for health professionals. *Cancer Treat Rev* 2008;34:621-628.
85. Ostby PL, Armer JM. Complexities of adherence and post-cancer lymphoedema management. *J Pers Med*. 2015;5(4):370-388.
86. Öztürk H. Lenfatik Sistem. İç: Gökmen FG, editör, Sistemik Anatomi. First edition. İzmir: İzmir Güven Kitapevi; 2003. s. 373-402.
87. Paramanandam VS, Roberts D. Weight training is not harmful for women with breast cancer-related lymphoedema: a systematic review. *J Physiother* 2014;60:136-143.
88. Partsch H, Moffatt C. An overview of the science behind compression bandaging for lymphoedema and chronic oedema. In: Glover D, editor, Best Practice for the Management of Lymphoedema. Second edition. The international Lymphoedema Framework-World Alliance for Wound and Lymphoedema Care. Imprimerie Reboul, France 2012.
89. Pilch U, Wozniowski M, Szuba A. Influence of compression cycle time and number of sleeve chambers on upper extremity lymphedema volume reduction during intermittent pneumatic compression. *Lymphology* 2009;42:26-35.
90. Pogson CJ, Adwani A, Ebbs SR: Seroma following breast cancer surgery. *Eur J Surg Oncol* 2003;29:711-717.
91. National Lymphedema Network-LNL. Position Statement of the National Lymphedema Network. The diagnosis and treatment of lymphedema. San Francisco 2011. <http://www.lymphnet.org/pdfDocs/nlntreatment.pdf> Erişim Tarihi:13.05.2016
92. Radina ME, Armer JM, Steward BR. Making self care a priority for women at risk of breast cancer related lymphedema. *J Fam Nurs* 2014;20: 226-249.
93. Richards S. What is self-care and why is it of interest to the nursing profession? In: Responsible Self-Medication: Nursing Perspectives. International Council of Nurses. Switzerland, 2006, p:7-12.
94. Ridner S. Pretreatment lymphedema education and identified educational resources in breast cancer patients. *Patient Educ Couns* 2006;61:72-79.
95. Ridner SH, Dietrich MS, Kidd N. Breast cancer treatment-related lymphedema self-care: education, practices, symptoms and quality of life. *Support Care Cancer* 2011;19:631-637.
96. Ridner SH, Dietrich MS. Self-reported comorbid conditions and medication usage in breast cancer survivors with and without lymphedema. *Oncol Nurs Forum* 2008;35(1):57-63.

97. Ridner SH, Fu MR, Wanchai A, Stewart BR, Armer JM, Cormier JN. Self-management of lymphedema: a systematic review of the literature from 2004-2011. *Nurs Res* 2012;61(4):291-299.
98. Ridner SH, McMahon E, Dietrich MS, Hoy S. Home-based lymphedema treatment in patients with cancer-related lymphedema or noncancer-related lymphedema. *Oncol Nurs Forum* 2008;35:4:671-680.
99. Ridner SH, Poage-Hooper E, Kanar C, Doersam JK, Bond SM, Dietrich MS. A pilot randomized trial evaluating low-level laser therapy as an alternative treatment to manual lymphatic drainage for breast cancer-related lymphedema. *Oncol Nurs Forum* 2013;40(4):383-393.
100. Ridner SH, Rhoten BA, Radina ME, Adair M, Bush-Foster S, Sinclair V. Breast cancer survivors' perspective of critical lymphedema self-care support needs. *Support Care Cancer* 2016;24:2743-2750.
101. Ridner SH. Quality of life and symptom cluster associated with breast cancer treatment related lymphedema. *Support Care Cancer* 2005;13:904-911.
102. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science* 2012;35(3):194-204.
103. Rovenskà E, Rovenský J. Lymphatic vessels: structure and function. *IMAJ* 2011;13:762-768.
104. Sander AP, Hajer NM, Hemenway K, Miller AC. Upper-extremity volume measurements in women with lymphedema: a comparison of measurements obtained via water displacement with geometrically determined volume. *Physical Therapy* 2002;82(12):1202-1212.
105. Schmitz KH. Balancing lymphedema risk: exercise versus deconditioning for breast cancer survivors. *Exerc Sport Sci Rev* 2009;38(1):17-24.
106. Selvi Y, Güleç M, Aydın A, Beşiroğlu L. Psychometric evaluation of the turkish language version of the Profile of Mood States (POMS). *JMOOD* 2011;1(4):152-161.
107. Shaitelman SF, Cromwell KD, Rasmussen JC, Stout NL ve ark. Recent progress in the treatment and prevention of cancer-related lymphedema. *CA Cancer J Clin* 2015;65:55-81.
108. Sherman KA, Koelmeyer L. Psychosocial predictors of adherence to lymphedema risk minimization guidelines among women with breast cancer. *Psychooncology* 2013;22:1120-1124.

- 109.Singh B, Disipio T, Peake J, Hayes SC. Systematic review and meta-analysis of the effects of exercise for those with cancer-related lymphedema. *Arch Phys Med Rehabil* 2016;97(2):302-315.
- 110.Smith SL, Barlett WP, Gleeson P, Sullivan NT ve ark. Quality of life tools and their relevance for females with genital lymphedema. *Journal of Women Health Physical Therapy* 2008;32(3): 13-19.
- 111.Soran A, Wu WC, Dirican A, Johnson R, Andacoğlu O, Wilson J. Estimating probability of lymphedema after breast cancer surgery. *Am J Clin Oncol* 2011;34(5):506-510.
- 112.Soyder A, Taşbatan E, Özbaş S, Boylu Ş, Özgün H. Frequency of early-stage lymphedema and risk factors in postoperative patients with breast cancer. *J Breast Health* 2014;10:92-97.
- 113.Stuiver MM, Tusscher MR, Agasi-Idenburg CS, Lucas C, Aaronson NK, Bossuyt PMM. Conservative interventions for preventing clinically detectable upper-limb lymphoedema in patients who are at risk of developing lymphoedema after breast cancer therapy. *The Cochrane Collaboration* 2015:1-75.
- 114.Surgical Intervention a Position Dokument on Surgery for Lymphoedema. In *Best Practice for the Management of Lymphoedema*. Ed. Glover D. 2012. Second edition. The international Lymphoedema Framework in association with the World Alliance for Wound and Lymphoedema Care.
http://www.lympho.org/mod_turbolead/upload/file/Resources/Compression%20bandaging%20-%20final.pdf Erişim Tarihi:13.05.2016.
- 115.Swaroop MN, Ferguson CM, Horick NK, Skolny MN et al. Impact of adjuvant taxane-based chemotherapy on development of breast cancer-related lymphedema: result from a large prospective cohort. *Breast Cancer Res Treat* 2015;151:393-403.
- 116.Şimşek Y, Yılmaz Ö, Yüksel H. Mukozal bağışıklığın anahtar hücresi: M hücresi. *Türk J Immunol* 2014;2(3):52-56.
- 117.Şimşir Atalay N, Taflan Selçuk S, Ercidoğan Ö, Akaya N ve ark. Meme cerrahisi ve aksiller diseksiyon uygulanan meme kanserli hastalarda üst ekstremitte problemlerinin sıklığı ve yaşam kalitesine etkisi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2010;57: 186-192.
- 118.Türkiye Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü. Genelge 2009/148-Lenf ödem bası giysileri. 2009.
<http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/5dbdc0ec-04db-488c-9316>

[60b231e93969/06_2009_148.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=5dbdc0ec-04db-488c-9316-60b231e93969](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC299148/pdf/60b231e93969/06_2009_148.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=5dbdc0ec-04db-488c-9316-60b231e93969) Erişim Tarihi:13.05.2016.

- 119.Tahan G, Johnson R, Mager L, Soran A. The role of occupational upper extremity use in breast cancer related upper extremity lymphedema. *J Cancer Surviv* 2010;4:15-19.
- 120.Taylan S, Alan S, Kadioğlu S. Hemşirelik rolleri ve özerklik. *HEMARGE* 2012;2:66-74.
- 121.The Lymhoedema Support Network-LSN. The use of compression garments in lymphoedema management. 2012
[http://www.nhs.uk/ipgmedia/National/Lymphoedema%20Support%20Network/assets/Compressiongarments\(LSN\).pdf](http://www.nhs.uk/ipgmedia/National/Lymphoedema%20Support%20Network/assets/Compressiongarments(LSN).pdf) Erişim Tarihi: 18.11.2015
- 122.Togawa K, Ma H, Sullivan-Haley J, Neuhouser ML et al. Risk factors for self reported arm lymphedema among female breast cancer survivors: a prospective cohort study. *Breast Cancer Res* 2014;16:414.
- 123.Tsai HJ, Hung HC, Yang JL, Huang CS, Tsau JY. Could knesio tape replace the bandage in decongestive lymphatic therapy for breast cancer related lymphedema? A pilot study. *Support Cancer Care* 2009;17:1353-1360.
- 124.Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Ed: Bora Başara B, Güler C, Yentür GK. Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık, Ankara 2015. <http://saglik.gov.tr/TR/dosya/1-101702/h/yilliktr.pdf> Erişim Tarihi: 15.02.2016.
- 125.Ugur S, Arıcı C, Yaprak M, Mesci A et al. Risk factors of breast cancer-related lymphedema. *Lymphat Res Biol* 2013;11(2):72-75.
- 126.Ulusoy M, Acar M, Zararsız İ. Lenfatik sistem ve klinik önemi. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2014;15(3):365-70.
- 127.Vassard D, Olsen MH, Zinckernagel L, Vibe-Petersen J, Dalton SO, Johansen C. Psychological consequences of lymphoedema associated with breast cancer: A prospective cohort study. *Eur J Cancer* 2010;46(18):3211–3218.
- 128.Vergili Ö, Oktaş B. Sekonder lenfödem tedavisinde kinezyo bantlama tedavisinin yeri. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal* 2015;1(1).
- 129.Waterhouse J, Sawdon M, Kirkman E. Capillary dynamics and the interstitial fluid-lymphatic system. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine* 2013;14(2):72-78.
- 130.Webber D, Guo Z, Mann S. Self-care in health: we can define it, but should we also measure it. *SelfCare* 2013;4(5):101-106.

131. Wittlinger D. Information about dr. Vodder's method of manual lymph drainage. Wittlinger Lymphedema Clinic, 2012.
http://www.lymphedemaclinic.com/fileadmin/pdf/pdf_english/Information_ManualLymph_Drainage-2.6.3.3-NA-JW.pdf Erişim Tarihi: 18.11.2014.
132. Woods M. Lymphoedema and Breast Cancer. İn: Breast Cancer Nursing Care and Management. Editor: Harmer V. 2nd edition. Malasia 2011, 215-232.
133. World Self-Medication Industry-WSMI. The story of self-care and self-medication 40 years of progress, 1970-2010. France 2010 http://www.wsmi.org/wp-content/data/pdf/storyofselfcare_bdpape.pdf Erişim Tarihi: 15.02.2016.
134. Yıldız A, Karayurt Ö. Meme kanserli kadınların lenfödem nedeniyle yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. Meme Sağlığı Dergisi 2011; 7 (3): 154- 162.
135. Yoshihara K, Hiramoto T, Sudo N, Kubo C. Profile of mood states and stress-related biochemical indices in long-term yoga practitioners. BioPsychoSocial Medicine 2011;5(6):1-7.
136. Zaleska M, Olszewski WL, Jain P, Gogia S et al. Pressures and timing of intermittent pneumatic compression devices for efficient tissue fluid and lymph flow in limbs with lymphedema. Lymphat Res Biol 2013; 11(4):227-232.
137. Zhu YQ, Xie YH, Liu FH, Guo Q, Shen PP, Tian Y. Systemic analysis on risk factors for breast cancer related lymphedema. Asian Pac J Cancer Prev 2014;15:6535-6541.

8. EKLER

EK 1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu

1- Yaşınız :	3- Eğitim durumunuz: <i>a.</i> Okuryazar <i>b.</i> İlk ve Orta okul <i>c.</i> Lise <i>d.</i> Üniversite ve üzeri	4- Mesleğiniz: <i>a.</i> Ev hanımı <i>b.</i> Memur <i>c.</i> İşçi <i>d.</i> Emekli <i>e.</i> Diğer (açıklayınız.....)	5- Aylık ortalama gelir düzeyiniz nedir? <i>a.</i> Gelir giderden yüksek <i>b.</i> Gelir gidere eşit <i>c.</i> Gelir giderden düşük
2- Sağlık güvenceniz: <i>a.</i> Var <i>b.</i> Yok			
6- Medeni durumunuz nedir? <i>a.</i> Evli <i>b.</i> Bekar	7- Bakımından sorumlu olduğunuz çocuğunuz var mı? <i>a.</i> Var (çocuk sayısı:) <i>b.</i> Yok		9- Ameliyatın tipi: <i>a.</i> Total mastektomi <i>b.</i> Modifiye radikal mastektomi <i>c.</i> Meme koruyucu cerrahi <i>1.</i> Kadranektomi <i>2.</i> Lumpektomi
	8- Meme kanseri dışında herhangi bir hastalığınız var mı? <i>a.</i> Var (ise açıklayınız.....) <i>b.</i> Yok		
10- Meme kanseri tanı zamanı:	12- Meme kanseri tanısı konulduğundaki evre: <i>a.</i> Evre 1 <i>b.</i> Evre 2 <i>c.</i> Evre 3 <i>d.</i> Evre 4	13- Meme kanseri tanısı konulduktan sonra uygulanan tedaviler: <i>a.</i> Cerrahi tedavi <i>b.</i> Radyoterapi <i>c.</i> Kemoterapi <i>d.</i> Hormonoterapi <i>e.</i> Hedefe yönelik tedavi	14- Lenfödem hangi bölgede: Sağ/sol extremité <i>a.</i> Bir elde <i>b.</i> İki elde <i>c.</i> Bir kolda <i>d.</i> İki kolda
11- Lenfödem tanı zamanı:			15- Lenfödem tanısı konulduktan sonra geçen zaman: yıl ay

EK 2. Lenfödem Özbakım Anketi

Katılımcı no:

Bu anket meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem gelişen kadınlarda lenfödemde özbakımı incelemek amacıyla geliştirilmiştir. A, B, C, D olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır. Doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Sizin için doğru olan seçeneği işaretleyiniz.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Bölüm A: LENFÖDEM ÖZBAKIM UYGULAMALARI: Bu bölümde lenfödem/şişme olan kolunuz ile ilgili soruları ve lenfödeminizin bakımı ile ilgili neler yaptığınızı yanıtlayınız.

(1) Lütfen son 24 saat içinde lenfödemi olan kolunuzun bakımı için neler yaptığınızı işaretleyiniz.

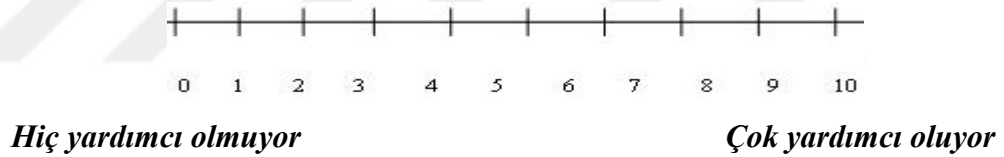
Özbakım uygulamaları	Evet(1)	Hayır(0)
Kolumu temiz tuttum.		
Nemlendirici ürün (losyon, krem, sprej vb.) kullandım.		
Ev/bahçe işleri yaparken eldiven kullandım.		
Gün boyunca basınç giysimi giydim.		
Güneş koruyucu krem kullandım.		
Kesiklerden korudum.		
Ağır objeleri kaldırmadım.		
Günlük kol egzersizlerimi yaptım.		
Kendi kendime boşaltıcı masaj yaptım.		
Lenfödem olan kolu yara ve değişiklikler açısından gözlemledim.		
Diyetime dikkat ettim.		
Sıkı giysiler giymedim.		
Bandajlarımı gece kullandım.		
Kol çevremi ölçtüm.		
Hiçbir şey yapmadım.		

- (2) Son 24 saat içinde yaptığınız lenfödem bakımını her gün düzenli olarak yapıyor musunuz?
- a.** Evet **b.** Hayır

Cevabınız hayır ise nedenini aşağıdaki seçenekler üzerinde işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a.** Lenfödem olan koluma nasıl bakım verileceğini bilmiyordum.
b. Zamanım yoktu.
c. Yanımda yardım edecek kimse yoktu.
d. Lenfödemden dolayı yeterli hareket edemiyordum.
e. Yorgundum.
f. Bir şey yapmak istemiyordum.
g. Yapacaklarımın bir yararı olacağına inanmıyordum.
h. Diğer(açıklayınız).....

- (3) Lenfödem için yaptığınız uygulamaların lenfödeminize ne kadar yardımcı olduğunu düşünüyorsunuz? Lütfen işaretleyiniz.



Yardımcı olduğunu düşünüyorsanız, nasıl yardımcı olduğunu işaretleyiniz (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz).

- a.** Lenfödemi olan koldaki şişliğin azalmasını sağlıyor.
b. Lenfödeme ilişkin yaşadığım sıkıntılar azalıyor.
c. Hastalığımda kendi kontrolümü almamı sağlıyor.
d. Kendime olan güvenimi artırıyor.
e. Beni mutlu ediyor.
f. Geleceğe ümitle bakmamı sağlıyor.
g. Diğer(açıklayınız).....

(4) Lenfödem olan kolunuzun bakımı için herhangi bir kişi yardımcı oluyor mu? (uygun olanların hepsini işaretleyiniz)

- a.* Kimse yardım etmiyor.
- b.* Eşim yardım ediyor.
- c.* Bir aile üyesi yardım ediyor.
- d.* Bir arkadaşım yardım ediyor.
- e.* Diğer(açıklayınız).....

(5) Eğer birisi yardım ediyor ise, size yardım eden kişi, sizin için ne yapıyor? (uygun olanların hepsini işaretleyiniz)

- a.* Basınç giysisini giymeme yardım ediyor.
- b.* Bandajlarımı sarmama yardım ediyor.
- c.* Egzersizlerimi yapmamı hatırlatıyor.
- d.* Lenfödem olan kolu temiz tutmamı hatırlatıyor.
- e.* Diğer (açıklayınız).....

(6) Lenfödem bakımında kimse size yardım etmiyor ise, yardım edilse lenfödem bakımınızın daha kolay olabileceğini düşünüyor musunuz?

- a.* Evet
- b.* Hayır

(7) Günlük lenf ödem bakımınız yaklaşık ne kadar zamanınızı alıyor?

_____saat ve/ya da _____dakika

(8) Lenfödem bakımınızla ilgili yaptığımız size göre en kolay ve en zor olan **bir uygulamayı** işaretleyiniz.

En kolay uygulama	Lenfödem bakım uygulamalarınız	En zor uygulama
	Cilt temizliği	
	Cildi nemlendirmek	
	Gece lenfödem olan kolun tarafına yatmamak	
	Kolumu darbe ve yaralanmalardan korumak	
	Bandaj uygulamak	
	Basınç giysisini giymek	
	Kol egzersizleri yapmak	
	Kendi kendine boşaltıcı masaj yapmak	

(9) Lenfödem bakımınızı neler kolaylaştırırdı? Lütfen size uygun olan seçeneği işaretleyiniz?

- Sürekli bana bunu hatırlatacak birisinin olması.
- Lenfödemde özbakım ile ilgili eğitim almak.
- Ev işlerini yapacak başka birinin olması.
- Diğer (açıklayınız).....

Bölüm B: LENFÖDEM ÖZBAKIM EĞİTİMİ: Size uygun olan yanıtı işaretleyiniz.

(1) Lenfödemin evde bakımına yönelik eğitim aldınız mı?

a. Evet

b. Hayır

(2) Yanıtınız evet ise eğitimi kimden aldığınızı işaretleyiniz.

a. Fizik tedavi uzmanı

b. Fizyoterapistim

c. Cerrahımdan

d. Hemşire

e. Radyasyon onkoloğu

f. Medikal onkolog

g. İnternet

h. Lenfödemi olan birisi

i. Diğer (açıklayınız.....)

j. Arkadaşım

(3) Lenfödem bakımınızla ilgili size verilen eğitime göre doğru yanıtı işaretleyiniz:

Kolu temiz tutunuz.	<i>a.</i> evet	<i>b.</i> hayır
Günlük nemlendirici losyon kullanınız.	<i>a.</i> evet	<i>b.</i> hayır
Geceleri kolu bandajlayınız.	<i>a.</i> evet	<i>b.</i> hayır
Gün boyunca basınç giysisi giyiniz.	<i>a.</i> evet	<i>b.</i> hayır
Basınç giysisini gece giyiniz.	<i>a.</i> evet	<i>b.</i> hayır
Güneş yanıklarından kaçınınız.	<i>a.</i> evet	<i>b.</i> hayır
Kesiklerden kaçınınız.	<i>a.</i> evet	<i>b.</i> hayır
Ağır objeleri kaldırmayınız.	<i>a.</i> evet	<i>b.</i> hayır
Günlük kol hareketleri yapınız.	<i>a.</i> evet	<i>b.</i> hayır
Kendi kendinize boşaltıcı masaj yapınız.	<i>a.</i> evet	<i>b.</i> hayır
Enfeksiyon belirtileri (kolunuzda sıcaklık, kızarıklık, ağrı) gelişirse doktorunuzu arayınız.	<i>a.</i> evet	<i>b.</i> hayır
Kızarıklık için gözlemleyiniz.	<i>a.</i> evet	<i>b.</i> hayır
Size uygun olan kilonuzu koruyunuz.	<i>a.</i> evet	<i>b.</i> hayır
Zayıflayınız.	<i>a.</i> evet	<i>b.</i> hayır
Kol çevre ölçümlerini yapınız.	<i>a.</i> evet	<i>b.</i> hayır
Lenfödem olan kolunuza takı takmayınız.	<i>a.</i> evet	<i>b.</i> hayır

BÖLÜM C: EVDE ÖZBAKIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLER: Lenfödem olan kolunuzun evde bakımını aşağıdaki faktörlerin ne ölçüde etkilediğini işaretleyiniz.

	Maddeler	Hiç problem değil	Çok az problem	Biraz problem	Büyük problem
1.	Sosyal güvenlik kurumu malzemeleri ödemiyor.				
2.	Her şeyi yapacak yeterli zamana sahip değilim.				
3.	İnsanların benim basınç giysimi/bandajımı görmesini istemiyorum.				
4.	Basınç giysim beni sıcaklatıyor ve/ya da kaşıntırıyor.				
5.	Ne yaparsam yapayım lenfödemime bir faydası olacağını düşünmüyorum.				
6.	Basınç giysimi giyerken zorlanıyorum.				
7.	Bandajımı sararken zorlanıyorum.				
8.	Kolumun bakımı için bana ne söyleniyorsa yaptım ve hiç faydasını görmedim.				
9.	Kolumun bakımı için bana söylenen her şeyi yaptım ve çok fazla zaman aldı.				
10.	Malzemelerin fiyatı çok pahalı.				
11.	Güneş kremi sürmeyi unutuyorum.				
12.	Sürekli böcek ısırıkları, kesikler ve diğer şeyler hakkında tetikte olmaktan hoşlanmıyorum, bu durum beni zevk aldığım aktivitelerden uzak tutuyor.				
13.	Kıyafetlerimi basınç giysilerine/bandajlara engel olmayacak şekilde seçmek zorunda olmaktan hoşlanmıyorum.				

BÖLÜM D: ÖZBAKIMA İLİŞKİN YARAR, ENGEL ve YÜK ALGISI: Bu bölümde, lenfödem bakımı ile ilgili soruları yanıtlayınız.

(1) Sizce evde lenfödem bakımını yapıyor olmanın **en önemli yararı** nedir? İşaretleyiniz.

- a. Hastalığımda kendi kontrolümü almamı sağlıyor.
- b. Kolumun şişmesini engelliyor.
- c. Kendime olan güvenimi artırıyor.
- d. Beni mutlu ediyor.
- e. Geleceğe ümitle bakmamı sağlıyor.
- f. Tedaviden daha ucuz.
- g. Lenfödeme ilişkin yaşadığım sorunlar azalıyor.
- h. Diğer (açıklayınız):.....

(2) Sizce evde lenfödem bakımını yapmada **en önemli engel** nedir? İşaretleyiniz.

- a. Bakımda bana destek olacak kimse yok.
- b. Evde kendimden önce ilgilenmem gereken işler var.
- c. Ailemde kendimden önce düşünemediğim kişiler var.
- d. İş yaşantım.
- e. Lenfödem bakımında bilgi eksikliğimin olması.
- f. Zamanım olmaması.
- g. Görünür bir iyileşme yaşamamak.
- h. Diğer (açıklayınız):.....

(3) Sizce evde lenfödem bakımını yapmada **en önemli yük** nedir? İşaretleyiniz.

- a. Zamanımı alıyor.
- b. Koluma bandaj uygulamak çok zahmetli.
- c. Sürekli tetikte olmak beni yoruyor.
- d. Lenfödem bası giysisi çok sıkı/beni rahatsız ediyor.
- e. Bakım esnasında canım acıyor.
- f. Diğer (açıklayınız):.....

Çalışmaya katılımınız için teşekkür ederiz.

EK 3. Duygudurum Profili Ölçeği

Aşağıda insanların sahip oldukları duygu ya da hisleri tanımlayan 58 kelimelik bir liste yer almaktadır. Lütfen bunların her birini dikkatle okuyunuz. Daha sonra, bu günde dâhil olmak üzere **geçtiğimiz hafta içinde** sizin bu duyguları ne derecede hissediyor olduğunuzu tanımlayan en uygun yanıtı işaretleyiniz.

Duygu /hisler	0=Asla	1=Çok az	2=Orta derecede	3=Oldukça fazla	4=Aşırı
1.Gergin					
2.Öfkeli					
3.Yıpranmış					
4.Mutsuz					
5.Hayat dolu					
6.Şaşkın					
7.Yaptıklarına üzgün					
8.Keyifsiz					
9.Olanlara kaygısız					
10.Hırçın					
11.Mahzun					
12.Aktif					
13.Sabırsız					
14.Suratı asık					
15.Hüzünlü					
16.Çalışkan					
17.Panik yapan					
18.Umutsuz					
19.Rahat					
20.Bir şeye değmeyen					
21.Kinci					
22.Huzursuz					
23.Hareketsiz duramayan					
24.Konsantre olamama					
25.Yorgun					
26.Usanmış					
27.Cesaretsiz					
28.Gücenmiş					
29.Sinirli					
30.Yalnız					
31.Zavallı					
32.Sersem					
33.Neşe saçan					
34.Acı duyan					
35.Tükenmiş					
36.Sıkıntılı					
37.Kavgacı					
38.Kasvetli					

Duygu /hisler	0=Asla	1=Çok az	2=Orta derecede	3=Oldukça fazla	4=Aşırı
39.Çaresiz					
40.Tembel					
41.İsyankar					
42.Yardımsız					
43.Bezgin					
44.Şaşırılmış					
45.Tetikte					
46.Aldatılmış					
47.Kızgın					
48.Becerikli					
49.Enerji dolu					
50.Aksi huylu					
51.Değersiz					
52.Unutkan					
53.Dikkatsiz					
54.Çok korkmuş					
55.Suçlu					
56.Dinç					
57.Herşeyle ilgili şüpheli					
58.Ne yapacağımı bilemeyen					

Çalışmaya katılımınız için teşekkür ederiz.

EK 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Bayan

Bu çalışmanın amacı meme kanseri tedavisi sonrası lenfödem gelişen kadınların lenfödeme yönelik aldıkları eğitimleri belirlemek, deneyimledikleri belirtileri ve özbakım aktivitelerini saptamaktır. Bu çalışmanın, sizin yaşadığınız sorunları saptamada ve buna yönelik girişimler geliştirmede yararlı olacağı düşünülmektedir. Bu çalışma kapsamında sizlere hiçbir girişim yapılmayacaktır. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken, bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılmayacaktır.

Katılmam istenen çalışmanın kapsamı ve amacında gönüllü olarak üzerime düşen sorumluluğu anladım. Söz konusu araştırmayı kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

Bireyin Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi (Telefon No):.....

Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (Telefon No):.....

EK 5. Anket ve Ölçek İzin Belgesi

01.12.2014

LSCS and LSIDS forms request from Turkey - deveci.zeynep.zd@gmail.com - Gmail

Ridner, Sheila <sheila.ridner@vanderbilt.edu>
Alıcı: bana

16 Eki

İngilizce Türkçe İletiyi çevir

İngilizce için kapat

Here is the final version of the instrument for the LSIDS-a. The manuscript is under review right now.

The self-care survey is also attached.

Thank you for contacting me.

Sheila H. Ridner, PhD, RN, FAAN

Martha Rivers Ingram Professor- Vanderbilt University School of Nursing

525 Godchaux Hall, 461 21st Ave. South

Nashville, TN 37240

Office: 615-322-0831 Fax: 615-343-7788

Confidentiality Notice: Information contained in this message and any attachments is intended only for the addressee(s). This information is confidential and may be privileged. If you believe you have received this in error, please notify the sender immediately by return email, and please delete it without further review, disclosure, or copying.

From: zeynep deveci [mailto:deveci.zeynep.zd@gmail.com]

Sent: Thursday, October 16, 2014 6:20 AM

To: Ridner, Sheila

Subject: Fwd: LSCS and LSIDS forms request from Turkey

Dear Ridner,

I am a master degree student and working as a research asistant at Dokuz Eylül University in Turkey. I am going to write my thesis about lymphedema.

I have readed your research paper titled " Breast Cancer Treatment- Related Lymphedema Self- Care: Education, Practices, Symptoms, and Quality of Life" and I really liked it. I and my supervisor wanted to benefit " Lymphedema Self- Care Survey (LSCS)" and "The Lymphedema Symptom Intensity and Distress Survey- Arm (LSIDS-A) developed by you.

At the same time, i ask for your permission to use them. I would really happy if you answer to this mail.

Your Sincerely,

29.12.2014

Gmail - ROMS-SF türkçe versiyonu DP



zeynep deveci <deveci.zeynep.zd@gmail.com>

ROMS-SF türkçe versiyonu DP

Mustafa Güleç <mustafagulec78@yahoo.com>
Alıcı: zeynep deveci <deveci.zeynep.zd@gmail.com>

26 Ekim 2014 21:55

Sayın Deveci,

Kaynak göstermek şartı ile kullanabilirsiniz.

Ölçeğe ait Türkçe soruları çalışmanın sonundaki Ek 1 Bölümünde bulabilirsiniz.

Saygı ve selamlarımla,

Doç. Dr. Mustafa Güleç
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri AD Öğretim Üyesi
Çiğli, İZMİR
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği Kapalı Kadın Servisi Sorumlu Uzmanı
Karabağlar, İZMİR

İlgili link:
<http://www.scopemed.org/fulltextpdf.php?mno=14416>

iPhone'umdan gönderildi

26 Eki 2014 tarihinde 17:13 saatinde, zeynep deveci <deveci.zeynep.zd@gmail.com> şunları yazdı:

[Alıntılanan metin gizlendi]

EK 6. Kurum İzni



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi

SAYI : 69631334 - 721 - 10/82
KONU: Çalışma Hk.

30.04/2015

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İLGİ: 564 sayılı ve 07.04.2015 tarihli yazınız.

Fakülteniz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Doç.Dr.Özgül KARAYURT ve Arş.Gör.Zeynep DEVECİ'nin birlikte yapmayı planladıkları "Meme Kanseri Tedavisine Bağlı Lenfödem Gelişen Kadınlarda Eğitim, Özbakım Uygulamaları ve Duygulandırmalarının İncelenmesi" konulu çalışmayı İç Hastalıkları Anabilim Dalına bağlı Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Erişkin Onkoloji Bilim Dalı Lenfödem Polikliniğinde yapmaları Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.
Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

Prof.Dr.Mehmet ÖZKAHYA
Başhekim

EK 7. Etik Kurul İzni

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/14-38	Tarih: 28.05.2015				
	Doç.Dr.Özgül KARAYURT'un sorumlusu olduğu "Meme Kanseri Tedavisine Bağlı Lenfödem Gelişen Kadınlarda Eğitim, Özbakım Uygulamaları ve Duygudurumlarının İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait sorumlu araştırmacı tarafından gönderilen dilekçeye ilişkin olarak; -Kurum izin belgesi incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Banu</i>
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Reyhan</i>
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Nejat</i>
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Ece</i>
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Vesile</i>
Prof.Dr.Ahmet Turan IŞIK	Geriyatri	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>katılmadı</i>
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>katılmadı</i>
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Ayşe</i>
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Nihal</i>
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Müge</i>
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>katılmadı</i>
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Sefa</i>
Doç.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>katılmadı</i>
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>katılmadı</i>
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Mehmet</i>

EK 8. Özgeçmiş

ZEYNEP DEVECİ

TC Kimlik No / Pasaport No:	46948239522
Doğum Yılı:	1988
Yazışma Adresi :	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi 5. Kat No:519 Balçova-İZMİR
Telefon :	02324126971
Faks :	0232 4124798
e-posta :	devecizeynezpd@gmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Mezuniyet Yılı
Türkiye	Hacettepe Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Hemşirelik Bölümü	2009

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Hacettepe Üniversitesi Yetişkin Hastanesi	Türkiye	Ankara	Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi	Hemşire	2009
Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Türkiye	Ankara	KVC Yoğun bakım Ünitesi	Hemşire	2010
Gazi Üniversitesi Hastanesi	Türkiye	Ankara	Acil Servis	Hemşire	2010-2012
Pamukkale Üniversitesi	Türkiye	Denizli	Denizli Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü	Araştırma Görevlisi	2012-2013
Dokuz Eylül Üniversitesi	Türkiye	İzmir	Hemşirelik Fakültesi	Araştırma Görevlisi	2013-...

UZMANLIK ALANLARI

Uzmanlık Alanları
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Meme Kanseri, Lenfödem

KATILDIĞI BİLİMSEL ETKİNLİKLER/KURSLAR

Kongre/Toplantı	Ülke	Şehir	Program/ Kurs	Yıl
Acil Tıp Hemşireliği Sempozyumu, Acil Servis Hemşireliğinde Temel İlkeler ve Klinik Uygulamalar	Türkiye	İzmir	Sempozyum	Mart 2014
3. Evde Bakım Hemşireliği Kursu (Katılımcı)	Türkiye	İzmir	Kurs	Haziran 2014
International Istanbul Breast Cancer Conference	Türkiye	İstanbul	Konferans	Ekim 2014
Cerrahi Enfeksiyon Buluşması	Türkiye	İstanbul	Bilimsel Toplantı	Mart 2015
III. Göğüs Hastalıkları Hemşireliği Sempozyumu	Türkiye	İzmir	Sempozyum	Nisan 2015
1. Ulusal Omurga Cerrahisi Hemşireliği Sempozyumu	Türkiye	Çeşme	Sempozyum	Mayıs 2015
Hepatobiliary Program For Nurses Sempozyum (Düzenleme Kurulu Üyesi)	Türkiye	İzmir	Sempozyum	Mayıs 2015
V. Meme Kanseri Hemşireliği Kursu	Türkiye	Ankara	Kurs	Haziran 2015
Qualitative Research Course-Niteliksel Araştırma Kursu (Katılımcı)	Türkiye	İstanbul	Kurs	Haziran 2015
Orpheus Çalıştayı-II (Katılımcı)	Türkiye	İzmir	Çalıştay	Haziran 2015
9. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi (Katılımcı)	Türkiye	Muğla	Kongre	Kasım 2015
İzmir Kuzey Hemşirelik Günleri (Davetli Konuşmacı Olma)	Türkiye	İzmir	Sempozyum	Nisan 2016
15. Cerrahi Hemşireliği Kongresi (Katılımcı-Sözel bildiri)	Türkiye	Antalya	Kongre	Nisan 2016
Cerrahi Hastada Normoterminin Sağlanması Kursu	Türkiye	Antalya	Kurs	Nisan 2016

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar

Bilik Ö, Sarıgöl Ordin Y, **Deveci Z**, Çelik B, Sütsünbüloğlu E, Karayurt Ö,"Ameliyat Öncesi Açlık Süresinin Anksiyete Düzeyine Etkisinin İncelenmesi",15. Ulusal Cerrahi Hemşireliği Kongresi, SERİK, Nisan 2016.

Vural F, **Deveci Z**, Yasak K, Çelik B. "Ameliyat Olan Hastalarda İstenmeyen Hipotermi İnsidansı ve Risk Faktörlerinin İncelenmesi",15. Ulusal Cerrahi Hemşireliği Kongresi, SERİK, Nisan 2016.

