

**MEME KANSERLİ KADINLARIN CERRAHİ GİRİŞİM SONRASI
YAŞADIKLARI ÜST EKSTREMİTE SORUNLARININ YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SERAP RANDA

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK
ANABİLİM DALI**

**MERSİN
OCAK- 2018**

**MEME KANSERLİ KADINLARIN CERRAHİ GİRİŞİM SONRASI
YAŞADIKLARI ÜST EKSTREMİTE SORUNLARININ YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SERAP RANDA

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK
ANABİLİM DALI**

**Danışman
Yrd. Doç. Dr. Gülay ALTUN UĞRAŞ**

Bu tez, Mersin Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından
2016-1-TP2-1431 nolu proje olarak desteklenmiştir.

**MERSİN
OCAK- 2018**

ONAY

Serap RANDA tarafından Yrd. Doç. Dr. Gülay ALTUN UĞRAŞ danışmanlığında hazırlanan "Meme Kanseri Kadınların Cerrahi Girişim Sonrası Yaşadıkları Üst Ekstremité Sorunlarının Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı çalışma aşağıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından oy birliği ile Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Görevi	Ünvanı, Adı ve Soyadı	İmza
Başkan	Doç. Dr. Meral Altıok	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Gülay Altun Uğraş	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Serpil Yüksel	

Yukarıdaki Jüri kararı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 06/02/2018 tarih ve 2018/52 sayılı kararıyla onaylanmıştır.


Prof. Dr. Banu COŞKUN YILMAZ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü



Bu tezde kullanılan özgün bilgiler, şekil, tablo ve fotoğraflardan kaynak göstermeden alıntı yapmak 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu hükümlerine tabidir.

ETİK BEYAN

Mersin Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinde belirtilen kurallara uygun olarak hazırladığım bu tez araştırmasında,

- Tez içindeki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
 - Görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlâk kurallarına uygun olarak sunduğumu,
 - Başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu,
 - Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak kullandığımı,
 - Kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
 - Bu tezin herhangi bir bölümünü Mersin Üniversitesi veya başka bir üniversitede başka bir tez araştırması olarak sunmadığımı,
 - Tezin tüm telif haklarını Mersin Üniversitesi'ne devrettiğimi
- beyan ederim.

ETHICAL DECLARATION

This thesis is prepared in accordance with the rules specified in Mersin University Graduate Education Regulation and I declare to comply with the following conditions:

- I have obtained all the information and the documents of the thesis in accordance with the academic rules.
- I presented all the visual, auditory and written informations and results in accordance with scientific ethics.
- I refer in accordance with the norms of scientific works about the case of exploitation of others' works.
- I used all of the referred works as the references.
- I did not do any tampering in the used data.
- I did not present any part of this thesis as an another thesis at Mersin University or another university.
- I transfer all copyrights of this thesis to the Mersin University.

18 Ocak 2018 / 18 January 2018

İmza / Signature

Serap RANDA

ÖZET

MEME KANSERLİ KADINLARIN CERRAHİ GİRİŞİM SONRASI YAŞADIKLARI ÜST EKSTREMİTE SORUNLARININ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Araştırmada, meme kanseri cerrahisi uygulanan kadınların yaşadığı üst ekstremitte sorunlarını ve bu sorunların yaşam kalitesine etkisini belirlemek amaçlandı.

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın örneklemini, tek taraflı meme kanseri cerrahisi uygulanan ve cerrahi girişim sonrası 1.-24. aylar arasında bir üniversite hastanesinin onkoloji polikliniğine başvuran 81 kadın oluşturdu. Veriler, Kasım 2015- Ağustos 2016 tarihleri arasında toplandı. Araştırmada, Omuz Ağrı ve Özürlülük İndeksi (OAÖİ), Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Teşkilatı Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30) ve Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Teşkilatı Meme Kanseri Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ- BR23) kullanıldı. Omuz hareket açıklığı ölçüldü ve lenfödem değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, Ki-Kare Testi, iki oran karşılaştırması, bağımsız gruplarda t testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Pearson korelasyon katsayısı kullanıldı.

Araştırmaya katılan kadınların %37'sinde omuz eklem hareket kısıtlılığı; %19,8'inde lenfödem vardı. Omuz eklem hareket kısıtlılığı olan kadınların olmayanlara göre OAÖİ ölçeğinin ağrı, özürlülük ve toplam puanları arasında anlamlı fark saptandı. Omuz eklem hareket kısıtlılığı olan kadınların, EORTC QLQ-C30 ölçeğinin fiziksel işlev, ağrı; EORTC QLQ-BR23 ölçeğinin meme ve kola bağlı semptom puanlarında anlamlı fark bulundu. OAÖİ ile EORTC QLQ-C30 ölçeğinin ağrı, yorgunluk, dispne, uykusuzluk, iştah kaybı ve maddi zorluk puanlarında; EORTC QLQ-BR23 ölçeğinin sistemik tedavi yan etkileri, memeye ve kola bağlı semptom puanlarında pozitif yönlü, zayıf ve anlamlı ilişki saptandı. OAÖİ ile EORTC QLQ-C30 ölçeğinin fiziksel işlev, rol işlevi, zihinsel işlev, sosyal işlev ve genel sağlık; EORTC QLQ-BR23 ölçeğinin beden imajı puanlarında ise negatif yönlü; zayıf ve anlamlı ilişki bulundu. Lenfödem ile OAÖİ ve yaşam kalitesi ölçekleri arasında ise anlamlı ilişki bulunmadı.

Araştırma bulguları, kadınların meme kanseri cerrahisi sonrası üst ekstremitte sorunları yaşadığını ve bu sorunlarının yaşam kalitesini azalttığını, ağrı, yorgunluk, dispne, uykusuzluk gibi semptomların görülme sıklığını artırdığını ortaya koydu.

Anahtar kelimeler: Meme kanseri, cerrahi, üst ekstremitte sorunları, yaşam kalitesi

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gülay ALTUN UĞRAŞ, Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin

ABSTRACT

EFFECT OF UPPER EXTREMITY PROBLEMS OF WOMEN WITH BREAST CANCER AFTER SURGERY TO QUALITY OF LIFE

This study aims to identify upper extremity problems of women with breast cancer surgery and effects of these problems on quality of life.

Eighty-one women with single-sided breast cancer surgery and applying to oncology polyclinic of a university hospital between 1st-24th months after surgery made up the sample of this descriptive study. Data was collected between November 2015 – August 2016. Shoulder Pain and Disability Index (SPADI), European Organization for the Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30) and The EORTC breast cancer-specific quality of life questionnaire (EORTC QLQ-BR23) scales were used in study. Shoulder motion range was measured and lymphedema was evaluated. Frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, two ratio comparison, t test in independent groups, one way ANOVA, Pearson correlation coefficient were used in the evaluation of the data.

Out of 37% of women had restriction of shoulder motion; 19.8% had lymphedema. There was a significant difference between pain, disability and total score of SPADI at women with shoulder motion restriction compared to those not having. Meaningful difference was found in EORTC QLQ-C30 scale score of physical function and pain, and in EORTC QLQ-BR23 scale score of breast and arm symptoms at women with shoulder motion restriction. Positive, weak and meaningful relationship was detected in SPADI and EORTC QLQ-C30 scale score of pain, fatigue, dyspnea, insomnia, appetite loss and financial difficulties, and EORTC QLQ-BR23 scale score of side effects of systemic therapy, breast and arm symptoms. Negative, weak and significant relationship was found in SPADI and EORTC QLQ-C30 scale score of physical function, role function, cognitive function and global quality of life, and EORTC QLQ-BR23 scale score of body image. No meaningful relationship was found between lymphedema with SPADI and quality of life scales.

Research findings suggested that women experience upper extremity problems after breast surgery and that these problems decrease quality of life and increase frequency of symptoms like pain, fatigue, dyspnea and insomnia.

Keywords:Breast cancer, surgery, upper extremity problems, quality of life.

Advisor: Assist. Prof. Dr. Gülay Altun Uğraş, Mersin University, Department of Nursing, Mersin

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez araştırmam süresince, sabırlı ve anlayışlı yaklaşımlarıyla her türlü bilimsel desteği sunan, değerli danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Gülay Altun Uğraş'a emeklerinden dolayı çok teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim için teşvik edenve eğitimime katkı sağlayan hocalarım başta Prof. Dr. Sabire Yurtsever olmak üzere, Prof. Dr. Rana Yiğit, Doç. Dr. Meral Altıok ve Doç. Dr. Mualla Yılmaz'a,

Araştırmamın sürdürülmesinde destek ve yardımlarını esirgemeyen Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi PlastikRekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim dalı, Genel Cerrahi Anabilim Dalı ve Onkoloji Bilim dalı çalışanlarına, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörlüğü'ne,

“2016-1-TP2-1431” numaralı tez araştırmamı destekleyen Mersin Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi'ne,

Her zaman beni destekleyen ve yanımda olan eşime, oğullarım Umut ve Deniz Ali'ye teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇ KAPAK	i
ONAY	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ETİK BEYAN	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	ix
KISALTMALAR ve SİMGELER	x
1. GİRİŞ	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Soruları	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Meme Kanseri	3
2.1.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi	3
2.1.2. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	4
2.1.3. Meme Kanserin Belirti ve Bulguları	5
2.1.4. Meme Kanseri Tanı Yöntemleri	6
2.1.4.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi	6
2.1.4.2. Klinik Meme Muayenesi	7
2.1.4.3. Meme Kanseri Radyolojik Görüntüleme Yöntemleri	7
2.1.4.4. Meme Kanseri Biyopsi Yöntemleri	8
2.1.5. Meme Kanseri Evreleme	9
2.1.6. Meme Kanseri Tedavi	10
2.1.6.1. Radyoterapi	10
2.1.6.2. Kemoterapi	10
2.1.6.3. Hormon Tedavisi	10
2.1.6.4. Hedefe Yönelik Tedavi	11
2.1.6.5. Meme Kanseri Cerrahi Tedavi	11
2.1.6.5.1. Meme Kanseri Cerrahi Girişim Sonrası Görülen Komplikasyonlar	12
2.1.6.5.2. Meme Kanseri Cerrahi Girişim Sonrası Görülen Üst Ekstremitte Sorunları	12
2.1.6.5.3. Meme Kanseri Cerrahi Girişim Sonrası Üst Ekstremitte Sorunlarına Yönelik	
Hemşirelik Bakımı	13
2.2. Yaşam Kalitesi	14
2.2.1. Meme Kanseri Cerrahi Girişim Sonrası Yaşam Kalitesi	15
2.2.2. Meme Kanseri Cerrahi Girişim Sonrası Yaşanan Üst Ekstremitte Sorunlarının Yaşam	
Kalitesine Etkisi	16
3. MATERYAL ve YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Şekli	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	17
3.3. Araştırmanın Evreni	17
3.4. Araştırmanın Örneklemi	17
3.4.1. Araştırma Örneklemine Alma Kriterleri	17
3.4.2. Araştırma Örnekleminden Dışlama Kriterleri	18
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	18
3.6. Verilerin Toplanması	18
3.6.1. Veri Toplamada Kullanılan Formlar	18
3.6.2. Kişisel Bilgi ve Klinik Özellikler Formu	18
3.6.3. Üst Ekstremitte Sorunlarını Değerlendirme Formu	19

3.6.4. Omuz Ağrı ve Özürlülük İndeksi (OAÖİ)	19
3.6.5. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği	19
3.6.5.1. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Hesaplanması	20
3.6.6. EORTC QLQ- BR23 Meme Kanseri Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	21
3.6.7. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması	21
3.6.8. Veri Toplama Formlarının Uygulanması	21
3.6.9. Verilerin Değerlendirilmesi	22
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	22
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	48
6.1. Sonuçlar	48
6.2. Öneriler	49
KAYNAKLAR	50
EKLER	58
ÖZGEÇMİŞ	72

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 2.1.Kadınlarda Meme Kanseri Rölâtif Riskini Arttıran Faktörler	5
Tablo 2.2. Meme Kanseriinde Evreleme	9
Tablo 4.1. Kadınların Tanıtıcı ve Klinik Özellikleri	24
Tablo4.2.Kadınların Üst Ekstremitte Sorunları ile Omuz Ağrı ve Özürlülük İndeksi Puanları	25
Tablo 4.3.Kadınların Üst Ekstremitte Sorunları ile Omuz Ağrı ve Özürlülük İndeksi Puanlarının Karşılaştırılması	26
Tablo 4.4.Kadınların Üst Ekstremitte Sorunları ile EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki	27
Tablo 4.5.Kadınların Üst Ekstremitte Sorunları ile EORTC QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki	28
Tablo 4.6.Kadınların Omuz Ağrı ve Özürlülük İndeksi Puanı ile EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki	29
Tablo 4.7.Kadınların Omuz Ağrı ve Özürlülük İndeksi Puanları ile EORTC QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki	30
Tablo 4.8. Kadınların Tanıtıcı ve Klinik Özellikleri ile Üst Ekstremitte Sorunu Yaşama Durumunun Karşılaştırılması	32
Tablo 4.9. Kadınların Tanıtıcı ve Klinik Özellikleri ile Omuz Ağrı ve Özürlülük İndeksi Puanlarının Karşılaştırılması	34
Tablo 4.10. Kadınların Klinik Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	36
Tablo 4.11. Kadınların Klinik Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Semptom Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	38
Tablo 4.12. Kadınların Tanıtıcı ve Klinik Özellikleri ile EORTC QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması	40

KISALTMALAR ve SİMGELER

Kısaltma/Simge	Tanım
ALND	Aksiller Lenf Nodu Diseksiyonu
BRCA	Meme Kanseri Duyarlılık Geni (Breast Cancer Susceptibility)
DİP	Duygusal İşlev Puanı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EORTC QLQ-BR23	Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Teşkilatı Meme Kanseri Özgül Yaşam Kalitesi Ölçeği (European Organization for Research and Treatment of Cancer-Breast Module)
EORTC QLQ-C30	Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Teşkilatı Yaşam Kalitesi Ölçeği (European Organization for the Research and Treatment of Cancer)
FÖP	Fonksiyonel Ölçek Puanı
GSP	Genel Sağlık Puanı
HP	Ham Puan
IARC	Uluslararası Kanseri Araştırmaları Ajansı (International Agency for Research on Cancer)
KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	Klinik Meme Muayenesi
OAÖİ (SPADI)	Omuz Ağrı ve Özürlülük İndeksi (Shoulder Pain and Disability Index)
SF-36	Kısa Form (The Short Form 36)
SLNB	Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi
SÖP	Semptom Ölçek Puanı
TİS	Tümör İn Situ
TNM	Tümör, Nod/Lenf Nodu, Metastaz Sınıflandırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHOQOL	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu (World Health Organization Quality of Life Assessment)
WHOQOL-BREF	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Meme Kanseri Modülü (World Health Organization Quality of Life - BREF)
YP	Yorgunluk Puanı

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Meme kanseri, kadınlar arasında tüm dünyada en sık görülen kanser türü olup [1], kanser kaynaklı kadın ölümlerinin en yaygın nedenidir. Dünyada 2012 yılında 1,7 milyon kadına yeni meme kanseri tanısı konulurken, tüm yeni kadın kanserlerinin %25'ini meme kanseri oluşturmuştur [2]. Amerikan Kanser Birliği (American Cancer Society) 2015 yılı verilerine göre; meme kanserinin kadınlarda tüm kanserler arasında %29 görülme oranıyla ilk sırada, kanserden ölüm nedenleri arasında ise akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer alacağı tahmin edilmektedir [3]. Avrupa Birliği ülkelerinde de meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanserdir [4]. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de meme kanseri Sağlık Bakanlığı 2014 yılı verilerine göre, tüm kanserler arasında akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer alırken, %24,9'luk insidansla kadınlarda yaygın görülen dört kanserden birisi olmaya devam etmektedir [5].

Dünyada ve Türkiye'de yeni tarama programları ile birlikte, meme kanseri daha erken evrede yakalanabilmekte ve tedavideki gelişmeler hastaların sağ kalım oranlarını arttırmaktadır [6]. Meme kanseri tedavisinde uygulanan radikal cerrahi girişimler, kemoterapi, radyoterapi gibi yöntemler, hastaların yaşam sürelerini uzatırken, hastalarda fiziksel ve ruhsal sorunlara da neden olabilmektedir [7]. Özellikle meme cerrahisi geçiren kadınlarda, omuz ağrısı, omuz eklemi hareket kısıtlılığı ve lenfödem gibi üst ekstremiteye yönelik sorunlar hastaların günlük yaşam aktivitelerini engelleyerek, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir [7-11].

Son yıllarda, kanser tedavilerinin başarılı kabul edilebilmesi için yaşam kalitesinin de iyileştirilmesi gerektiği bildirilmektedir. Bu nedenle, kanser hastalarında yaşam kalitesini ve bunu etkileyen etkenleri araştıran araştırmaların sayısı her geçen gün artmaktadır [8,11,12]. Meme kanseri tanısı sonrası geçen beş yıllık izlem süresinde kadınların %38'inin kol sorunları yaşadığı [13] ve bu sorunların günlük yaşamlarını önemli derecede etkilediği ve yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmektedir [14].

Yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve cerrahi girişim sonrası görülen bu komplikasyonların azaltılması ya da önlenmesinde, hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir [15]. Hemşirelik aktivitelerinin en önemli amaçlarından birisi, etkilenmiş taraftaki kolun işlevini eski haline döndürmektir. Hareket kısıtlılığının kısa zamanda giderilmesi, omuz ve kolların normal işlevine dönebilmesi için cerrahi girişimden sonra hastaya egzersizler öğretilmektedir [16,17]. Mastektomi sonrası uygun hemşirelik girişimleri ve hastalara gereksinim duydukları eğitimin verilmesi ile lenfödem önlenebilir ya da azaltılabilir [7]. Meme kanseri nedeniyle cerrahi girişim geçiren hastalara lenfödem yönetiminin öğretilmesi, lenfödem görülme oranını azaltmakta ve hastaların yaşam kalitesini arttırmaktadır [18,19].

Mevcut literatürde, üst ekstremiteye ilişkin yaşanan sorunların yaşam kalitesi üzerine etkisini farklı ölçeklerle değerlendiren araştırmalar bulunmakla birlikte [9-11,17,20,21] Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Teşkilatı (European Organization for the Research and Treatment of Cancer- EORTC) tarafından geliştirilmiş Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30) ve Meme Kanseri Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin (EORTC QLQ- BR23) birlikte kullanıldığı araştırmaya rastlanmamıştır. Meme kanseri cerrahisi sonrası kadınların yaşadıkları üst ekstremita sorunlarının belirlenmesi ve bu sorunların yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi, hemşireler için bu hastalara özgü bireysel bakımı planlamaları ve geliştirmelerinde yol gösterici olacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, meme kanseri cerrahisi sonrası kadınların yaşadığı üst ekstremita sorunlarını saptamak ve bu sorunların yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

1.3. Araştırmanın Soruları

- Meme kanseri cerrahisi sonrası kadınlar üst ekstremita sorunları (omuz ağrısı, omzun fonksiyonel özürüllüğü, omuz eklemi hareket açıklığında sınırlılık, lenfödem) yaşıyor mu?
- Meme kanserli kadınların tanıtıcı ve klinik özellikleri, üst ekstremita sorunlarının gelişimini etkiliyor mu?
- Meme kanseri cerrahisi sonrası kadınların yaşadıkları üst ekstremita sorunları, yaşam kalitelerini etkiliyor mu?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanseri

Meme kanseri, memedeki süt bezleri (loblar) ve süt kanallarındaki (ductuslar) hücrelerin kontrolsüz çoğalması ile oluşan, farklı klinik tablolar ve seyirler gösteren heterojen bir hastalıktır [15,22].

2.1.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Dünyada giderek artan bir sağlık sorunu olan kanser, ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır [23,24]. Toplumlarda önemli bir sosyoekonomik yüke, bireylerde de maddi ve manevi kayıp ve zorluklara neden olmaktadır [25]. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2012 verilerine göre dünyada toplam 14,1 milyon yeni kanser vakası gelişmiş ve 8,2 milyon kansere bağlı ölüm olmuştur [26]. Kanserde benzer seyir devam ederse, nüfus artışı ve doğumda beklenen yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak 2030 yılında 21,7 milyon yeni kanser vakasının ortaya çıkması ve 13 milyon ölüm olması tahmin edilmektedir [27]. Türkiye'de ise, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 ölüm istatistiklerine göre; kansere bağlı ölümler %19,7 oranı ile dolaşım sistemi hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almıştır [28,29].

Dünyada kanser görülme oranları, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde farklılıklar göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde akciğer ve prostat kanseri erkeklerde en sık görülen kanser türleri iken, kadınlarda meme ve kolorektal kanserler daha sık görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise; akciğer, mide ve karaciğer kanseri erkeklerde, meme ve servikal kanserler ise kadınlarda daha sık görülmektedir [27,30].

Meme kanseri, kadınlar arasında tüm dünyada en sık görülen kanser türü olup [1], kadınlar arasında kanserden ölümlerin en yaygın nedenidir. Dünyada 2012 yılında 1,7 milyon kadına meme kanseri tanısı konulurken, tüm kadın kanserlerinin %25'ini meme kanseri oluşturmuştur. Tüm dünyada insidans oranı; bölgesel değişiklikler göstermektedir, örneğin Orta Afrika ve Doğu Asya'da 27/100.000 iken, Kuzey Amerika'da 92/100.000'dir. Kadınlarda meme kanseri prevalansı her 100.000'de Batı Avrupa'da 665, Kuzey Amerika'da 745; Doğu Asya'da 170'dir [2]. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de meme kanseri Sağlık Bakanlığı 2014 yılı verilerine göre, tüm kanserler arasında akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer alırken, her dört kadın kanserinden (%24,9) birisi olmaya devam etmektedir [25].

Meme kanseri, dünyada kadınlarda, tahmini 552.000 ölümlerle (%6,4) kansere bağlı ölümlerin en yaygın beş nedeni arasında yer almaktadır [2]. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (International Agency for Research on Cancer-IARC) 2012 verilerine göre, 28 Avrupa

Birliği ülkesinde kansere bağlı 1,26 milyon ölümün 91.500'ünü meme kanserinin oluşturduğu bildirilmiştir [4]. Türkiye'de ise meme kanserine bağlı ölüm; ilk beş ölüm nedeni arasında yer almaktadır [28,29].

2.1.2. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Meme kanserinin etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, gelişiminde birçok etken rol oynamaktadır [31].

Meme kanseri gelişimini etkileyen risk faktörlerinin bazıları, beslenme gibi bireylerin değiştirebileceği riskler iken, bazıları da aile öyküsü gibi değiştirilemez risk faktörleridir. Risk faktörleri meme kanseri gelişiminde çeşitli derecelerde etkilere sahiptir. Birkaç risk faktörüne sahip olmak bireyin meme kanseri riskini arttırmaktadır [22].

Meme kanseri riskini arttıran faktörler; ileri yaş, aile öyküsünde meme, over ya da kolon kanseri olanlar, yüksek kalorili besin alımı, alkol kullanımı, hormon replasman tedavisi, erken menarş ve geç menapoz ve ilk doğumun 30 yaş sonrası olmasıdır (Tablo 2.1) [3,32].

Tablo 2.1. Kadınlarda Meme Kanseri Rölatif Riskini Arttıran Faktörler

Rölatif risk ¹	Meme kanseri risk faktörleri
Yüksek risk (4 kat fazla)	Cinsiyet (meme kanseri %99 oranında kadınlarda görülür) Yaş (65 yaş ve üzerinde risk artar) Biyopsi ile doğrulanmış atipik hiperplazi BRCA-1 ve BRCA-2 gibi gen mutasyonları Lobüler karsinoma insitu Duktal karsinoma insitu Bireysel meme kanseri öyküsü (40 yaş öncesi) İki veya daha fazla birinci derece yakınında erken yaşta meme kanseri tanısı konulması
2.1- 4 kat	Mamografiye göre yoğun meme dokusu (%50 ve üzeri) olanlar, (%11- %25 olanlara göre) Postmenopozal dönemde yüksek endojen östrojen veya testesteron düzeyleri Göğüs duvarına yüksek doz radyasyon uygulaması Birinci derece yakınlarında meme kanseri olması
1.1- 2 kat	Alkol tüketimi Aşkenazi (Doğu Avrupa) Yahudileri Dietilstilbestrol (sentetik östrojen) ilacına maruz kalma Erken menarj (12 yaş öncesi) Geç menopoz (55 yaş sonrası) Boy uzunluğu (160 cm üzeri olanlar) Yüksek sosyoekonomik durum Geç gebelik (30 yaş sonrası doğum) Hiç çocuk emzirmeme Hiç gebe kalmama Mamografiye göre meme dokusu yoğunluğu %26-%50 olanlar (%11-%25 olanlara göre) Atipik olmayan duktal hiperplazi veya fibroadenom Obezite (postmenopozal dönemde kilo artışı) Kişisel meme kanseri öyküsü (40 yaş üzeri) Endometrium, over veya kolon kanseri öyküsü Uzun süreli östrojen ve progesteron içeren menopozal hormon tedavisi Oral kontraseptif kullanımı

Kaynak: American Cancer Society (2015). Factors That Increase the Relative Risk for Breast Cancer in Women. *Breast Cancer Facts & Figures 2015-2016* (s.12). Atlanta: American Cancer Society, Inc.

2.1.3. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları

Meme kanserinin en sık görülen belirti ve bulguları, memede ya da koltuk altında ele gelen şişlik ya da kitle, meme başında çekilme (retraksiyon), memede çukurlaşma, ağrı, portakal kabuğu görünümü ve lenf nodlarında büyümedir [15,22,31,32,33].

Memede Kitle: Meme kanserinde, memede ele gelen ya da tanı yöntemleriyle tespit edilen kitle, hareketsiz, kenarları düzensiz ve genellikle ağrısızdır. Meme kanserinde kitle, sıklıkla memenin üst dış kadranında görülmektedir [32,34].

¹ Rölatif risk, bir risk faktörüne sahip olanların, olmayanlara göre hastalığa yakalanma oranıdır

Meme Başı ve Cilt Retraksiyonu: Memedeki kitlenin büyümesiyle, tümörün etrafında fibrozis gelişir. Fibrozis nedeniyle ligamentler kısalır. Bu durum, meme kanserinde tipik bulgu olan ciltte ve meme başında içe doğru çökmeye neden olur. Özellikle pektoral kasın kasılmasıyla belirginleşir ve genellikle meme kanserinin ilerlediğini gösterir [22,35]. Meme başının kitleye doğru çekilmesine bağlı daha yüksekte olmasına forgue; memenin hareket yeteneğini kaybetmesine ise tillaux bulgusu denir [36].

Cilt Ödemi: Meme kanserinde cilt ödemi bulgusu “peau d’orange”, “portakal kabuğu görünümü” olarak adlandırılır. Cildin dermis tabakasında, tümör hücrelerinin lenf akımını yavaşlatması ve lenfatik kanalları tıkanması sonucunda cilt ve cilt altı dokuda kalınlaşma ve ödem ortaya çıkar. Bu durum, ciltte portakal kabuğu görünümüne neden olur [22,31].

Meme Cildinde Değişiklikler: Ciltte ödem, kızarıklık, hassasiyet, ülserasyon, nodüler yapılar, genişlemiş venler ve cilt retraksiyonu görülebilir. Bu değişiklikler genellikle, ilerlemiş meme kanserinin bulgularıdır [15,32].

Meme Başında Akıntı: Spontan ve genellikle seröz, seroanjinöz, pembe-kahverengi veya kanlı akıntı olabilir. Akıntı sıklıkla tek taraflıdır [31,33].

Meme Şekli ya da Konturlarında Değişiklikler: Memenin şeklinde ve büyüklüğünde sonradan değişiklik olabilir. Diğer meme ile asimetri ortaya çıkabilir [35,37].

Ayrıca memede ağrı, bölgesel lenf nodlarında şişme ve hassasiyet, meme başı ve areolada renk değişiklikleri, memede düzleşme, lenfödem ve metastaz ile ilgili belirti ve bulgular görülebilir [33,37].

2.1.4. Meme Kanserinde Tanı Yöntemleri

2.1.4.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi

Kendi kendine meme muayenesi (KKMM); düzenli aralıklarla belirli bir teknikle meme ve etrafındaki bölgenin muayenesidir. KKMM’nin amacı; kadınların kendi meme dokularını tanımaları ve oluşan farklılıkları erken tespit ederek, meme kanserinin erken tanılanabilmesini sağlamaktır [6,33]. Meme kanseri tanılanmasında önemli role sahip olan KKMM, kadınların kolayca yapabileceği ekonomik bir yöntemdir [15,32].

Günümüzde, KKMM’nin meme kanserinin erken tanı ve mortalite oranına etkisi tartışmalı olduğundan, tek başına erken tanı için kullanımı önerilmemektedir [38,39]. KKMM ile birlikte klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi, erken tanı için daha güvenilir yöntemlerdir. Ancak, 20 yaş ve üzeri kadınların kendi meme dokularını tanımaları ve meme kanseriyle ilgili farkındalığı arttırması nedeniyle önerilmektedir [22]. Sağlık bakım kuruluşlarına ulaşmakta güçlük çeken kadınlar için de erken tanı açısından yararlıdır [36]. Türkiye’de de Sağlık

Bakanlığı'nın Meme Kanseri Tarama Programı'nda toplumda farkındalık yaratmak amacıyla kadınların 20 yaş sonrası ayda bir KKMM yapmaları önerilmektedir [40].

Hemşireler, kadınlara KKMM ile ilgili farkındalık kazandırmalı ve muayene yöntemlerini öğretmelidir [22]. KKMM eğitimi verilirken, bu yöntemin yararları ve sınırlılıkları da belirtilmelidir [31].

2.1.4.2. Klinik Meme Muayenesi

Klinik meme muayenesi, sağlık bakım profesyonelleri tarafından yapılan fizik muayenedir [15,22]. Meme muayenesinde meme başı ve cildindeki değişiklikler, meme boyutundaki farklılıklar ve asimetri gözlenir. Palpasyonla, memede ve koltuk altında ele gelen kitle olup olmadığı değerlendirilir [22].

Amerikan Kanseri Derneği (American Cancer Society), memenin yalnızca KMM'si ile değerlendirilmesinin yeterli olmadığını bildirmektedir. Ancak KMM sırasında kadınlar, kendilerine sağlık bakımı veren bireylerle memelerindeki değişiklikleri tartışma, aile öyküsünü gözden geçirme ve meme kanseri hakkında sorularını sorma fırsatı yakaladığından, belirli aralıklarla yapılması önerilmektedir [3]. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın Meme Kanseri Tarama Programı'nda, mamografinin etkinliğini arttırmak amacıyla mamografik tarama öncesi KMM yapılması yer almaktadır [40].

2.1.4.3. Meme Kanseri Radyolojik Görüntüleme Yöntemleri

Günümüzde KMM'si sırasında kuşkuyla karşılaşılan durumlarda, tanı koymada kullanılan birkaç yöntem vardır. Yaygın olarak kullanılan, en etkin yöntem mamografidir. Mamografiye yardımcı en sık kullanılan yöntemler ise; ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntülemesidir [31,41].

Mamografi; meme dokusunun tarama ya da tanı amacıyla, düşük dozda x-ışını kullanılarak görüntülenmesidir. Mamografide, palpasyonla saptanamayan küçük kitleler görüntülenebildiğinden, meme kanserinin tarama ve tanısı için altın standart olarak kabul edilmektedir [15,41,42].

Mamografinin duyarlılığı, meme dokusunun yoğunluğuna göre %68-88 oranları arasında değişmektedir. Meme dokusu yoğun genç kadınlarda, yanlış sonuçlar verebildiğinden, bu hastalarda duyarlılığı düşüktür. Geleneksel mamografiye göre daha doğru sonuçlar verdiği ve meme yoğunluğu genç kadınlarda da duyarlılığı fazla olduğundan, günümüzde dijital mamografi yöntemi kullanılmaya başlanmıştır [31,33].

Amerikan Kanseri Derneği, ortalama risk taşıyan kadınların düzenli mamografiye başlama yaşını 45 olarak bildirmekte ve 55 yaşından sonra iki yılda/yılda bir mamografi yaptırmasını

önermektedir [3]. Türkiye’de ise, Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Tarama Programı’na göre, meme kanseri taraması için 40 yaşından itibaren kadınların 2 yılda bir mamografi yaptırmaları önerilmektedir [40].

Ultrasonografi; yüksek frekanslı ses dalgalarının, bedendeki dokulardan geçerken absorbe olması ya da yansması sonucunda görüntü elde edilmesidir. Radyasyon içermeyen bir yöntemdir. Memede, mamografi ile tespit edilen kitlelerin solid/kistik ayırımında mamografiye yardımcı olan en önemli tanı yöntemidir. Özellikle meme dokusu yoğun olan kadınlarda, memedeki kitle veya lezyonların ayırıcı tanısında ve biyopsi yerini saptamada kullanılmaktadır [15,31,43]. Ancak meme kanseri taraması için mamografi yerine ultrason kullanımı önerilmemektedir [3].

Manyetik rezonans görüntüleme; elektromanyetik radyo dalgaları kullanılarak bedenin ayrıntılı kesit görüntülerinin elde edilmesidir. Bu yöntem meme kanseri riski yüksek kadınlarda, mamografide görülen şüpheli alanların daha iyi değerlendirilmesinde kullanılır [22,36,41].

Meme kanseri nükleer tıp uygulamaları kapsamında sintimamografi, sentinel lenf nodu görüntülemesi (lenfosintigrafi ve intraoperatif gama prob uygulaması), monoklonal antikorlar ile tüm bedeni görüntüleme, pozitron emisyon tomografi yöntemleri yer almaktadır [44].

2.1.4.4. Meme Kanserinde Biyopsi Yöntemleri

İnce iğne aspirasyon biyopsisi; ultrason eşliğinde palpe edilebilen kitleleri değerlendirmek için lokal anestezi uygulanarak, uygun iğnelerle örnek alınması işlemidir. Hızlı ve kolay işlem olması nedeniyle avantajlıdır [33,45].

Kesici iğne (tru-cut) biyopsisi; memenin palpasyonla tespit edilen/edilemeyen ve derin yerleşimli lezyonlardan tru-cut iğnelerle örnek alınması işlemidir. Palpe edilebilen lezyonlarda doğrudan yapılabileceği gibi, küçük lezyonlarda görüntüleme yöntemleri eşliğinde uygulanır. İnce iğne biyopsisine göre daha avantajlı bir yöntemdir [31,45].

Sterotaksik iğne biyopsisi; memede mamografi ile tespit edilen ancak palpe edilemeyen lezyonları tanımlamak amacıyla, memenin üç boyutlu görüntülemesi sağlanarak, belirlenen lezyondan biyopsi örneklerinin alınması işlemidir [15,31]. Özellikle mikrokalsifikasyonları değerlendirebilmek ve erken evrede meme kanserini tanılayabilmede diğer biyopsi yöntemlerine göre daha az dokunun alınması ve daha avantajlı bir yöntem olması nedeniyle günümüzde sık kullanılmaktadır [15,31,46,47].

İnsizyonel biyopsi; memede saptanan şüpheli kitlenin tamamı çıkarılmadan, tanı için yeterli parçanın alınması işlemidir. Genellikle lokal anestezi ile yapılır [33,48].

Eksizyonel biyopsi; memedeki şüpheli kitlenin, çevresindeki bir miktar sağlam doku ile birlikte çıkarılmasıdır. Temel amaç tanı koymanın yanında kitlenin tamamının çıkarılmasıyla birlikte cerrahi tedavinin de sağlanmasıdır [36,48].

2.1.5. Meme Kanseri Evreleme

Evreleme, meme kanseri tanısı konulan hastanın, tümörün büyüklüğü, kanserin yaygınlığı ve derecesini belirlemede kullanılan sınıflamadır. Evrelemenin amacı, uygun tedavi seçimi ve prognozu değerlendirebilmektir. Meme kanserinin evresi, primer tümörün boyutuna ve yakındaki lenf nodlarına ya da bedenin diğer alanlarına yayılma durumuna göre belirlenir [3, 49, 50].

Kanseri sınıflandırmak için kullanılan farklı evreleme sistemleri vardır. Günümüzde Amerikan Birleşik Kanser Komitesi'nin(American Joint Committee on Cancer) geliştirdiği TNM sınıflandırması, en çok kullanılan evreleme sistemidir. Bu evreleme sisteminde T; primer tümörün büyüklüğünü, N; lenf nodlarına yayılma derecesini, M; metastaz durumunu ifade eder (Tablo 2.2) [3,49,50].

Tablo 2. 2. Meme Kanseri Evreleme

Evre	Tümör büyüklüğü	Lenf nodlarına yayılım	Metastaz
Evre 0	TİS	Yok	Yok
Evre I	<2	Yok	Yok
Evre II	A 5 cm'den küçük	Yok, ya da 1-3 aksiller lenf nodu ve/veya internal mamaryan lenf nodları	Yok
	B 2 ile >5 cm	Yok, ya da 1-3 aksiller lenf nodu ve/veya internal mamaryan lenf nodları	Yok
Evre III	A Tümörün büyüklüğü bilinmiyor, >5 cm	Var, 4-9 aksiller lenf nodu ve/veya internal mamaryan lenf nodları	Yok
	B Göğüs duvarı ya da cilde doğru büyüyen herhangi tümör	Var, 4-9 aksiller lenf nodu ve/veya internal mamaryan lenf nodları	Yok
	C Herhangi tümör	Var, ≥10 aksiller lenf nodu ve/veya internal mamaryan lenf nodları veya infraklavikular lenf nodları	Yok
Evre IV	Herhangi tümör	Herhangi nodal tutulumu	Var

Kaynak: Burbage, D. (2017). Breast disorders. Sharon L. Lewis, Linda Bucher, Margaret McLean Heitkemper and Mariann M. Harding (Ed.). *Medical Surgical Nursing, Assessment and Management of Clinical Problems* (10th ed.) içinde (s. 1214). St.Louis: Elsevier Saunders.

2.1.6. Meme Kanseri Tedavi

Meme kanseri tedavisinde; cerrahi tedavi, radyoterapi, kemoterapi, hormon ve hedefe yönelik (target) tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Bu tedavi yöntemleri, hastanın durumu ve hastalığın evresine göre tek bir yöntem ya da kombine tedaviler olarak uygulanmaktadır [32,47].

Meme kanserinin lokal tedavisinde, cerrahi tedavi ve radyoterapi; sistemik tedavisinde ise, kemoterapi, hormon terapi ve hedefe yönelik tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Meme kanserinde tedavinin amacı, kanserin bölgesel olarak kontrolünü sağlayarak nüksleri önlemek ve uzak metastazları engelleyebilmektir [15,22,51].

2.1.6.1. Radyoterapi

Radyoterapi, kanser hücrelerini yok etmek için internal ya da eksternal olarak, yüksek enerjili ışın ya da moleküllerin kullanımıdır. Genellikle cerrahi sonrası memede ya da aksiller bölgede kalan kanser hücrelerini yok ederek tümörün nüksetmesi ve yayılmasını önleme amacıyla uygulanır [15,22,32]. Özellikle erken evre meme kanserlerinde meme koruyucu cerrahi sonrası kullanımı yaygındır ve lokal metastazların önlenmesinde etkilidir [52].

2.1.6.2. Kemoterapi

Kemoterapi, hızla bölünen kanser hücrelerini yok etmek için intravenöz yolla sistematik ilaçlar kullanılarak uygulanan tedavidir. Meme kanserinin cerrahi tedavisinden sonra geride kalan tümör hücreleri ile uzak bölgelere taşınmış ve tespit edilmemiş kanser hücrelerini yok etmede kullanılır. Kemoterapi, cerrahi girişim öncesi uygulandığında neoadjuvan, cerrahi girişim sonrası uygulandığında adjuvan tedavi olarak adlandırılır. Neoadjuvan kemoterapi, cerrahi girişim öncesi tümör boyutunu küçültmek için uygulanır. Adjuvan kemoterapi ise, hastalığın tekrarlama riskini ve meme kanserine bağlı ölüm riskini azaltmada kullanılır [22,53].

2.1.6.3. Hormon Tedavisi

Meme kanserinde yeni tedavi yöntemlerinden birisi olan hormon tedavisinin amacı, östrojen düzeyini azaltarak meme kanseri hücrelerinin büyümesini durdurmaaktır. Meme kanseri hücreleri östrojene duyarlı olduğundan, hormon tedavisi ile meme kanserinin gelişimi önlenmeye çalışılmaktadır [31,54].

2.1.6.4. Hedefe Yönelik Tedavi

Hedefe yönelik tedavi (target terapi), kanser tedavisinde yeni kullanılmaya başlanan bir yöntemdir. Bu tedavi, kanser gelişiminde rol alan belirli moleküler ajanlara veya yollara etki etmekte; immün sistemi uyarma gibi olumlu beden yanıtlarını arttırma ya da olumsuz beden yanıtlarını azaltmada kullanılmaktadır [32].

2.1.6.5. Meme Kanserinde Cerrahi Tedavi

Meme koruyucu cerrahi; günümüzde kozmetik sonuçları ve mastektomi sonrası görülen lokal komplikasyonlar nedeniyle, daha çok tercih edilmektedir. Meme koruyucu cerrahi, erken evre (evre I ve II) meme kanserlerinde radyoterapi ile birlikte uygulanabilmektedir [33,47]. Nüks olasılığı yüksek ise, radyoterapi öncesi kemoterapi de uygulanmaktadır [31]. Meme koruyucu cerrahi yöntemleri; lumpektomi, geniş eksizyon, parsiyel mastektomi, segmental mastektomi, kadranektomidir [36]. Bu yöntemlerde, primer meme tümörü etrafındaki normal meme dokusuyla birlikte çıkartılır. Gerektiğinde aksiller lenf nodları da çıkarılabilir [22].

Radikal mastektomi; tüm meme dokusuyla birlikte, pektoralis majör ve minör kaslarının, ek olarak aynı taraf aksiller lenf nodlarının çıkarılmasıdır. Günümüzde radikal mastektomi; kötü görünüm, deformite ve kol-omuz işlevlerinde kayıplar gibi komplikasyonlara yol açması nedeniyle nadiren yapılmaktadır [3,36,55].

Modifiye radikal mastektomi; pektoralis majör ve minör kasları korunarak, tüm meme dokusunun üzerindeki cilt, meme başı, areola ve aynı taraf aksiller lenf nodlarının birlikte alınmasıdır. Modifiye radikal mastektomi sonrasında komplikasyonlar az görüldüğünden, günümüzde meme kanserinin cerrahi tedavisinde en sık uygulanan yöntemdir [51,56].

Basit mastektomi (total mastektomi); tüm meme dokusunun alınmasıdır [32].

Aksiller lenf nodu diseksiyonu (ALND); aksiller bölgedeki lenf nodlarının bir kısmının ya da tamamının cerrahi olarak çıkarılmasıdır. ALND'nun amacı, lenf nodu tutulumuna bakılarak tedaviye yön vermek ve prognoz hakkında bilgi sahibi olmaktır. Aksiller lenf nodu tutulumu, meme kanserinde en önemli prognostik faktördür [31,36,56].

Sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB); primer tümörün lenfatik kanallar aracılığıyla drene olduğu ilk lenf nodu ya da nodlarının alınması işlemidir. SLNB'nde radyoaktif madde ya da mavi boya enjeksiyonu ile işaretleme yapılır. Cerrahi girişim sırasında radyoaktif probalar kullanarak ya da boyanmış bölgelerin tespiti ile etkilenen sentinel lenf nodları belirlenerek çıkarılır. Patolojik inceleme sonrası sentinel lenf nodu/nodları negatif ise ALND, gerekli değildir. Ancak sentinel lenf nodu/nodları pozitif ise ALND yapılmalıdır. SLNB, günümüzde daha az invaziv yaklaşım gerektiren bir yöntem olması, gereksiz ALND yapılmasını ve aksiller diseksiyona bağlı

komplikasyonların önlenmesinde, çoğu cerrah tarafından lenf nodlarının analizi için tercih edilen ve uygulanan bir yöntemdir [22,31,33].

2.1.6.5.1. Meme Kanserinde Cerrahi Girişim Sonrası Görülen Komplikasyonlar

Meme kanseri cerrahisi sonrası en sık görülen komplikasyonlar yara [57] ve üst ekstremité ile ilgili sorunlardır [58-60]. Yara ile ilgili sorunlar, hematoma, seroma, yara enfeksiyonu ve cilt nekrozudur [57,61]. En sık görülen üst ekstremité sorunları ise, lenfödem, omuz ve üst ekstremité hareketlerinde sınırlılık ve ağrıdır [62,63].

Cerrahi girişim sonrası yara ile ilgili görülen sorunlar, erken dönemde ortaya çıkar ve tedavi edilirken [31], üst ekstremité sorunları erken/geç dönemde ortaya çıkabilir ve daha uzun süre devam eder. Hastaların omuz işlevinde sınırlılıklara yol açarak, günlük aktivitelerini ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkiler [9,14,64].

2.1.6.5.2. Meme Kanserinde Cerrahi Girişim Sonrası Görülen Üst Ekstremité Sorunları

Günümüzde meme kanserinin cerrahi tedavisindeki gelişmelere (SLNB gibi) karşın tedavi sonrasında lenfödem, omuz ve üst ekstremité hareketlerinde sınırlılık, sinir yaralanmalarına bağlı parestezi ve kuvvet kaybı ile ağrı gibi üst ekstremité sorunları görülmektedir [8,62,63,65,66]. En sık görülen üst ekstremité sorunları ise, lenfödem, omuz ve üst ekstremité hareketlerinde sınırlılık ve ağrıdır [62,63]. Cerrahi sonrası erken dönemde üst ekstremité sorunlarının değerlendirilmesi, bu sorunların kronikleşmeden tedavisi için önemlidir [67].

Lenfödem; mastektomi sonrası etkilenen ekstremitenin subkütanöz dokusunda protein sıvısının anormal birikimidir [22]. Meme kanserinin cerrahi tedavisinden sonra, hastanın yaşam kalitesini bozan [14,68] ve en çok korkulan komplikasyondur [57]. Lenfödem kozmetik sorunların yanında, fiziksel rahatsızlıklara ve işlevsel kayıplara da neden olmaktadır [19, 69]. Tedavisi zor olan bu komplikasyon, yaşam boyu önlemler alınmasını gerektirir [22]. Erken tedavi edilmediğinde, işlevsel yetersizliklere ve sosyal kısıtlamalara neden olabilir [70]. Lenfödem gelişme oranları literatürde ortalama %30 olarak bildirilse de, yapılan araştırmalar %2-83 gibi geniş bir aralıkta görülebildiğini ortaya koymuştur. Bu geniş farkın, lenfödem ölçüm tekniğine, tanımlamadaki farklılıklara ve değerlendirmenin zamanlamasına bağlı olduğu düşünülmektedir [65].

Lenfödem gelişiminde en etkili risk faktörleri; lenf nodu diseksiyonu içeren cerrahi girişimler, çıkarılan lenf nodu sayısı ve aksiller radyoterapi uygulamasıdır [66,68,71]. Yaş, obezite, cerrahi girişim uygulanan tarafın aktif kullanılan kol ile aynı taraf olması, lenfödem gelişimini önleyici girişimlerin yapılmaması, gecikmiş yara iyileşmesi ve enfeksiyon, lenfödem

gelişimine neden olan diğer risk faktörleridir [15,22,71]. Lenfödem, genellikle tedavi sonrası ilk 18 ay içinde gelişir, ancak haftalar ya da yıllar içinde de görülebilmektedir [65,72].

Omuz ve üst ekstremitte hareketlerinde sınırlılık; meme kanserinde cerrahi girişim sonrası birçok hasta omuz ve üst ekstremitte hareketlerinde sorunlar yaşamakta ve bu sorunlar hastaların günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir [9,11,73,74].

Omuz ve üst ekstremitte sorunlarının görülme sıklığı, cerrahi girişim şekli, değerlendirme zamanı ve ölçütlerine göre değişiklik göstermektedir [75,76]. Bu sorunlar %2-51 arasında değişen oranlarda görülmektedir [77]. Omuz ve üst ekstremitte hareket kısıtlılığının nedenleri, cerrahi girişim sonrasında insizyon bölgesinde ağrı, seroma, ödem gibi nedenlerle hastanın kolunu hareket ettirmekten sakınması ve kol egzersizlerine zamanında başlayamamasıdır [15,78]. Özellikle ALND ve aksiller radyoterapi uygulanan hastalarda, omuz ekleminin uzun süre hareketsiz kalmasına bağlı olarak donmuş omuz sendromu gelişebilir [15].

Omuz ve üst ekstremitte hareket kısıtlılığının gelişmemesi için erken dönemde egzersizlere başlanmalıdır. Egzersize başlama zamanı ve süresiyle ilgili tartışmalı bulgular olmasına karşın [77], egzersizlere başlama zamanını hastanın durumu değerlendirilerek cerrah, hemşire ve fizyoterapistin birlikte belirlemesi daha uygun görülmektedir [78]. Genellikle egzersizlere, cerrahi girişimden bir hafta sonra ya da dren/ler çıkarıldıktan sonra başlanması önerilmektedir. Hastalara egzersizlerin nasıl yapılacağı hastanede öğretilmelidir [22].

2.1.6.5.3. Meme Kanserinde Cerrahi Girişim Sonrası Üst Ekstremitte Sorunlarına Yönelik Hemşirelik Bakımı

Meme kanseri tanısı, hastaları fizyolojik ve psikolojik olarak etkilemektedir. Hemşireler, hastaların; hastalık süreci, tedavi seçenekleri, oluşabilecek sorunlar, yan etkiler ve kişisel bakım gibi konuların eğitiminde önemli rol oynamaktadır [79-81].

Cerrahi girişim öncesi hastanın psikolojik hazırlığı ve bilgilendirilmesi, öncelikli hemşirelik girişimlerindendir. Cerrahi girişim öncesinde hastalar; insizyon bölgesi, dren varlığı, hareket kısıtlamaları, kolun elevasyonu, beklenen hastanede kalış süresi, ek tedaviler konularında bilgilendirilmelidir [22,31]. Omuz ve kol egzersizleri, derin solunum ve öksürük egzersizleri cerrahi girişim öncesinde hastaya öğretilmelidir [15].

Lenfödemin önlenbilmesinde, cerrahi girişim öncesi risk faktörlerinin değerlendirilmesi önemlidir. Cerrahi girişim sonrası lenfödemi değerlendirmede kullanılmak üzere, cerrahi girişim öncesi kol çevresi ölçümleri yapılmalı ve kaydedilmelidir [82].

Cerrahi girişim sonrası hasta yatağa alındığında cerrahi girişim uygulanan taraftaki kol, lenfatik drenajının sağlanması amacıyla, el bilekten ve bilek omuzdan hafif yüksekte olacak şekilde yastıkla desteklenerek 30° elevasyona alınmalıdır. Kol, şişme, gerginlik, ağırlık hissi,

sıcaklık artışı ve ağrı yönünden izlenmelidir. ALND uygulandı ise, etkilenen koldan kan basıncı ölçümü, enjeksiyon, kan alma gibi girişimlerin yapılmaması, sağlık bakım vericilerin ve hastanın bu konuda bilgilendirilmesi gereklidir [22,82,83].

Önlemlere karşın lenfödem geliştiğinde, lenfödem tanı ve tedavisi için bir uzmana başvurulmalıdır [72]. Lenfödem tedavisinde, dekonjestif tedavi uygulanır. Masaja benzer bu tedavide, kompresyon bandajı ya da aralıklı pnömotik kompresyon kullanımı ile subkutanöz dokuda biriken sıvının kalbe doğru drenajı sağlanır. Kolun kalp düzeyinde elevasyonu ve gün içinde kompresyon bandajlarının kullanımı da önerilmektedir [31].

Hastanın taburculuk eğitiminde, lenfödem erken belirti ve bulgularını (ağrı, şişlik, karıncalanma, uyuşma, ağırlık hissi) tanıma, önleyici egzersizler, lenfödem ölçümünün nasıl yapılacağı, sıkı kıyafetler ve aksesuarların kullanılmaması, ılık su ile banyo yapılması, kolun travmalardan korunması ve yaralanma halinde antibiyotikli ürünlerle yara temizliğinin yapılması, güç isteyen işlerin yapılmaması ve lenfödem geliştiğinde yapılması gerekenler gibi konular yer almalıdır [19,22,31,83,84].

Omuz ve üst ekstremitelerde hareket kısıtlılığının önlenmesi için, cerrahi girişim sonrası erken dönemde (24 saat sonra) parmak ve bilek hareketleri gibi sınırlı egzersizlere kademeli olarak başlanmalıdır [15,31,33]. Aktif omuz ve kol egzersizlerine, genellikle yara yerindeki dikişler alındıktan ve dren/ler çıkarıldıktan sonra başlanmalıdır [15,22]. Hastalar cerrahi girişim bölgesindeki ağrı nedeniyle egzersiz yapamayabilir. Bu nedenle egzersize başlamadan yarım saat önce analjezik ilaçlar verilebilir [31].

2.2. Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı "sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil; fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak tanımlamıştır. Yaşam kalitesi de bazı tanımlarda sağlıkla birlikte ele alınmış; daha çok mutluluk ve yaşamdan memnuniyet olarak vurgulanmıştır [85]. Yaşam kalitesi yaygın olarak kullanılan bir terimdir. Ancak yaşam kalitesi, sağlık olayları ve deneyimlere göre zamanla değişebilen, yanıtları, etkileşimli objektif ve öznel boyutları olan, tanımlanması ve ölçülmesi zor bir kavramdır [86].

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu (World Health Organization Quality of Life Assessment-WHOQOL) yaşam kalitesini, bireylerin yaşadıkları kültür ve değer sistemleri içerisinde amaçları, beklentileri, normları ve endişeleri ile ilgili olarak yaşamdaki konumlarının bireysel algılanışı olarak tanımlamıştır [87]. Sağlıkta yaşam kalitesi ise; hastanın algıladığı sağlık bakım tedavilerinin psikososyal, duygusal ve fiziksel sonuçlarını ifade etmektedir [88].

Günümüzde, hastalık yükünü daha iyi anlama, hastaları tedavi etmek için tarama ve gruplandırma, tedavi ve bakımın etkinliğini gösterme, hasta ve sağlık profesyonellerinin

farkındalığını arttırma ve klinik uygulamada bakım kalitesini yükseltme amacıyla sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik yapılan araştırmalar artmıştır [89].

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde, çeşitli ölçekler kullanılmaktadır [90]. Bu ölçekler; genel ve özel kullanım amaçlı olarak ikiye ayrılır. Genel kullanım amaçlı olan ölçekler; birçok hastalıkta ve toplumun tüm kesimlerinde kullanılabilir. Bu ölçeklere; Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (World Health Organization Quality of Life Questionnaire- WHOQOL), Kısa Form (The Short Form 36, SF-36), Nottingham Sağlık Profili, Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile), örnek olarak verilebilir. Özel kullanım amaçlı ölçekler ise belirli bir hastalık ya da durum için tasarlanmıştır. Bu ölçeklere; kanser hastaları için Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Teşkilatı Yaşam Kalitesi Ölçeği (European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire, EORTC QLQ-C30); meme kanserli hastalar için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Meme Kanseri Modülü (World Health Organization Quality of Life - BREF, WHOQOL-BREF), Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Teşkilatı Meme Kanseri Yaşam Kalitesi Ölçeği (European Organization for Research and Treatment of Cancer-Breast Module, EORTC QLQ-BR23),örnek olarak verilebilir [91,92].

2.2.1. Meme Kanseri Cerrahi Girişim Sonrası Yaşam Kalitesi

Meme kanseri, yaşamı tehdit edebilen, tanı ve tedavi yöntemleri ile hastaları; fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönleriyle önemli ölçüde etkileyebilen, bir sağlık sorunudur [88]. Son yıllarda meme kanseri görülme sıklığının artması, erken tanı ve tedavideki gelişmelerle birlikte hastaların yaşam sürelerinin uzaması ve meme kanseri kontrol altına alınmış hasta sayısının artması, hastalığın kadın ve aile üyeleri üzerindeki olumsuz psikososyal etkilerinin fazlalığı, mastektomi gibi hastanın yaşam kalitesini etkileyen tedavi yöntemlerinin varlığı, meme kanserinde yaşam kalitesini daha çok üzerinde durulan konulardan biri haline getirmiştir [21,93,94].

Meme kanserinin tedavisinde kullanılan yöntemler de hastaların yaşam kalitesini farklı şekillerde etkilemektedir. Cerrahi tedavi sonrası kadınlar, ağrı, yorgunluk, lenfödem ve üst ekstremitelerde hareketlerinde sınırlılık gibi fiziksel sorunlarla birlikte depresyon, kaygı, negatif düşünceler, kanserin tekrarlama ve ölüm korkusu, yalnızlık hissi, olumsuz beden imajı ve cinsel sorunlar gibi psikososyal sorunlar yaşarken, sistemik tedavilerde yorgunluk, kilo alma, ağrı ve menopoz semptomları, gibi sorunlar deneyimlemektedir [92,95,96]. Özellikle, kanser tedavisi nedeniyle memenin kaybı, yalnızca bir üreme organı olmasının yanı sıra kadınlığın temel sembollerinden biri olduğu içinde kadınları travmatik biçimde etkilemekte ve bu durum yaşam kalitesine olumsuz yönde yansımaktadır [97].

Meme kanserinin cerrahi tedavisinden sonra kadınlarda farklı zaman ve ölçekler ile yaşam kalitesinin değerlendirildiği araştırmalarda, yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bildirilmiştir [98-100]. Yaşam kalitesini; cerrahi girişimin şekli, cerrahi girişimden sonra uygulanan tedaviler, cerrahi girişimden sonra geçen süre gibi birçok faktör etkilemektedir [67,70,94,102].

2.2.2. Meme Kanseri Cerrahi Girişim Sonrası Yaşanan Üst Ekstremitte Sorunlarının Yaşam Kalitesine Etkisi

Meme kanserinde cerrahi girişim sonrası en yaygın görülen üst ekstremitte sorunları; omuz ve kolda hareket kısıtlılığı, ağrı, kavrama gücünde azalma, lenfödem, aksilla ve göğüs duvarında uyuşukluktur [10,63]. Üst ekstremitte, günlük aktiviteler için önemli olan hem ince hem de kaba motor becerilerinin temelini oluşturduğundan, üst ekstremitte sorunları, hastaların günlük yaşamını önemli derecede etkilemekte ve meme kanseri tedavisinin en ciddi komplikasyonlarından bir olmaya devam etmektedir [13,20,70,77].

Yapılan literatür taramasında, üst ekstremitteye ilişkin yaşanan sorunların yaşam kalitesi üzerine etkisini farklı ölçeklerle değerlendiren araştırmalarda üst ekstremitte sorunlarının hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği bildirilmiştir [9-11,17,20,21,70,103]. ALND uygulanan hastalarda üst ekstremitte sorunlarının daha sık görüldüğü ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir [8,104]. Farklı yaşam kalitesi ölçekleri kullanılarak yapılan araştırmalarda da üst ekstremitte sorunlarından biri olan lenfödemin, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ortaya konulmuştur [105,106].

Üst ekstremitte sorunları nedeniyle yaşam kalitesinin azalması, yalnızca kadınların fiziksel işlevselliğinin azalmasının değil; aynı zamanda fiziksel işlevin psikolojik ve sosyal alanlara olumsuz etkilerinden de kaynaklanmaktadır [107]. Örneğin, üst ekstremitte işlevleri azaldığında, giyinme, alışveriş poşetlerini taşıma, ev işlerini yapma gibi kendi bakımlarıyla ilgili işleri yapmakta zorlanmaları; kadınların bağımsızlığını ve otonomisini etkilemektedir [70,77]. Bu nedenle sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin çok boyutlu ölçeklerle ölçülmesi; sorunların belirlenmesi, tedavi sonuçlarının değerlendirilmesine katkı sağlayarak meme kanseri tedavisi uygulanan kadınların izlem ve bakımına rehberlik eder ve bakım kalitesini artırır [70,92,103].

3. MATERYAL ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, tanımlayıcı tipte yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırmanın, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Genel Cerrahi Polikliniği ile Onkoloji Polikliniği'nde yapılması planlandı. Ancak, veri toplama tarihleri arasında Genel Cerrahi Polikliniği'ne araştırma kriterlerine uyan hasta gelmediği için araştırma Onkoloji Polikliniği'nde tamamlandı.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Onkoloji Polikliniği'ne Kasım 2015- Ağustos 2016 tarihleri arasında gelen, meme kanseri nedeni ile tek taraflı cerrahi girişim uygulanan 129 hasta oluşturdu.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örnekleme, kullanılan EORTC QLQ-C30 ve EORTC QLQ-BR23 ölçek maddeleri gözönünde bulundurularak ve Akça ve ark. (2014) çalışması referans alınarak, %5 Tip I Hata ve %80 testin gücü ile 80 kadın olarak belirlendi. Araştırma, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Onkoloji Polikliniği'ne belirtilen tarihler arasında başvuran, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 81 hasta ile gerçekleştirildi.

3.4.1. Araştırma Örneklemine Alma Kriterleri

Araştırmaya, meme kanseri nedeniyle ilk kez ve tek taraflı cerrahi girişim uygulanan, cerrahi girişim sonrası birinci ayını tamamlamış olup 24. ayını tamamlamamış olan, 18 ile 65 yaş arasındaki kadın hastalar dahil edildi.

3.4.2. Araştırma Örnekleminden Dışlama Kriterleri

İki taraflı meme cerrahisi uygulanan, uzak metastazı olan, daha önce kanser nedeniyle cerrahi girişim geçiren, servikal veya kraniyal kökenli ya da cerrahi girişim öncesi herhangi bir omuz ve üst ekstremitte sorunu olan hastalar, cerrahi girişim sonrası kapsamlı bir rehabilitasyon programı uygulanmış hastalar, araştırmaya dahil edilmedi.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, medeni durum, beden kitle indeksi (BKİ), hastalığın evresi, cerrahi girişim şekli, cerrahi girişim sonrası geçen süre ve uygulanan tedaviler, cerrahi girişim uygulanan taraf/baskın el, cerrahi girişim sonrası etkilenen ekstremitayı korumaya yönelik bilgi alma ve evde egzersiz yapma durumuydu.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; cerrahi girişim sonrası meme kanserli kadınların yaşadıkları omuz ağrısı ve özürlülük indeksi, omuz eklem hareket açıklığı kısıtlılığı, lenfödem ve kadınların yaşam kalitesiydi.

3.6.Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri Toplamada Kullanılan Formlar

Araştırmada veriler, "Kişisel Bilgi ve Klinik Özellikler Formu"(Ek 1), "Üst Ekstremitte Sorunlarını Değerlendirme Formu" (Ek 2), "Omuz Ağrı ve Özürlülük İndeksi" (Ek 3), "EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği" (Ek 4) ve bu ölçekle birlikte kullanılması önerilen "EORTC QLQ-BR23 Meme Kanseri Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği" (Ek 5) ile toplandı.

3.6.2. Kişisel Bilgi ve Klinik Özellikler Formu (Ek 1)

Kişisel Bilgi ve Klinik Özellikler Formu, hastanın yaşı, medeni durumu, BKİ, hastalığın evresi, cerrahi girişim şekli, cerrahi girişim sonrası geçen süre, cerrahi girişim sonrası uygulanan tedavi/ler, cerrahi girişim uygulanan taraf/baskın el, cerrahi girişim sonrası etkilenen ekstremitayı korumaya yönelik bilgi alma ve evde egzersiz uygulama durumu gibi hastaların kişisel ve klinik özelliklerini tanımlayan 10 sorudan oluştu [11,15-17].

3.6.3. Üst Ekstremité Sorunlarını Değerlendirme Formu (Ek 2)

Üst Ekstremité Sorunlarını Değerlendirme Formu, hastaların omuz eklem hareket açıklığı ve lenfödem gibi üst ekstremité sorunlarını belirlemeye yönelik ölçümlerin kaydedildiği bir tablodan oluştu [17,21,65,84].

3.6.4. Omuz Ağrı ve Özürlülük İndeksi (OAÖİ) (Ek 3)

Omuz Ağrı ve Özürlülük İndeksi (OAÖİ), omuz ağrısı ile ilişkili ağrı ile özürlülüğü ölçmek için geliştirilen, iki bölümden oluşan ve toplam 13 soru içeren bir ankettir. Roach ve ark. (1991) tarafından geliştirilen ve Türkiye'de Biçer ve Ankaralı tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmış ve Cronbach alfa değeri 0,94 olarak bulunmuştur [108]. Meme kanseri cerrahisi sonrası üst ekstremité sorunlarının belirlenmesine yönelik çeşitli araştırmalarda da kullanılan bir ankettir [11,109]. Anketin, ağrıyı değerlendiren alt grubunda 5 soru bulunmaktadır ve hastanın son bir hafta içinde yaptığı farklı aktiviteler sırasında ağrısının şiddetini 0 (hiç ağrı yok) ile 10 (en şiddetli ağrı) arasında puan vererek ifade etmesi istenmektedir. Özürlülüğün değerlendirildiği alt grupta ise, 8 soru bulunmaktadır ve hastanın son bir hafta içinde yaptığı farklı aktiviteler sırasında ne kadar zorlandığını 0 (hiç zorluk yok) ile 10 (yardım alıyor) arasında puanlaması istenmektedir. Toplam puanda, 0 puan maksimum iyi hali, 130 puan maksimum hasta hali göstermektedir [11,109,110]. Bu araştırmada OAÖİ'nin Cronbach alfa değeri 0,86 bulundu.

3.6.5. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 4)

Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Teşkilatı tarafından geliştirilen, EORTC QLQ-C30 Version 3.0 Yaşam Kalitesi Ölçeği, kanserli hastalarda, tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır [88,102,111-113]. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Beser ve Öz (2003) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa değeri 0,90 olarak bulunmuştur [111]. Bu araştırmada EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0,81 bulundu.

Ölçek; genel sağlık, fonksiyonel ve semptom ölçekleri olmak üzere üç alt başlık ve 30 soru içermektedir [114-117].

Fonksiyonel ve semptom ölçeklerini gösteren ilk 28 soruda, her soru için hiç (1 puan), biraz (2 puan), oldukça (3 puan), çok (4 puan) şeklinde dördümlük likert seçenekleri vardır. Ölçeğin 29. sorusunda hastadan 1'den 7'ye kadar olan ölçek ile (1: çok kötü ve 7: mükemmel) sağlığını; 30. soruda ise genel yaşam kalitesini değerlendirmesi istenmektedir [112,114-117].

Ölçeğin tüm sorularından alınan puanlar minimum 0 - maksimum 100 puan arasında değerlendirilir. Yüksek ölçek puanları, fonksiyonel, genel sağlık ve yaşam kalitesi alt ölçekleri için

yüksek yaşam kalitesi/sağlığı gösterir. Semptom ölçeğinde ise yüksek ölçek puanları semptom ve sorunların yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir [112,114,115,117].

Fonksiyonel ölçek; fiziksel işlev (1-5. sorular), rol işlevi (6. ve 7. soru), zihinsel işlev (20. ve 25. soru), duygusal işlev (21-24. sorular), sosyal işlev (26. ve 27. soru), genel sağlık (29. ve 30. soru) olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır [114,115].

Semptom ölçeği; dispne (8. soru), ağrı (9. ve 19. soru), yorgunluk (10, 12. ve 18. sorular), uykusuzluk (11. soru), iştah kaybı (13. soru), bulantı ve kusma (14 ve 15. soru), kabızlık (16. soru), ishal (17. soru) ve maddi zorluk (28. soru) olmak üzere dokuz alt boyuttan oluşmaktadır [114,115].

3.6.5.1. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Hesaplanması

Araştırmada kullanılan, EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin, fonksiyonel ve semptom ölçeği ile genel sağlık puanı aşağıdaki formüllerle hesaplanmaktadır:

Fonksiyonel ölçek puanı (FÖP) hesaplanırken hastanın alt ölçeklerden aldığı toplam puan, soru sayısına bölünerek ham puan (HP) bulunur. Aralık değer, yanıtlara verilen en yüksek puan (4 puan) ve en düşük puan (1 puan) arasındaki fark (3 puan) hesaplanarak bulunur.

FÖP (Fonksiyonel Ölçek Puanı) = $\left\{1 - \frac{HP-1}{\text{Aralık değer}}\right\} \times 100$ formülü ile hesaplanır.

Örneğin fonksiyonel ölçeğin alt boyutu olan duygusal işlev puanı (DİP) hesaplanırken, hastanın 21, 22, 23 ve 24. sorulardan aldığı toplam puan, toplam soru sayısına (4'e) bölünerek HP bulunur. Aralık değer en yüksek puan (4 puan) ve en düşük puan (1 puan) arasındaki fark (3 puan) hesaplanarak bulunur. Bu değerler ile;

DİP (Duygusal İşlev Puanı) = $\left\{1 - \frac{HP-1}{3}\right\} \times 100$ formülü ile hesaplanır.

Semptom ölçek puanı hesaplanırken alt ölçeklerden aldığı toplam puan soru sayısına bölünerek ham puan (HP) bulunur.

SÖP (Semptom Ölçek Puanı) = $\left\{\frac{HP-1}{\text{Aralık değer}}\right\} \times 100$ formülü ile hesaplanır.

Örneğin semptom ölçeğinin alt boyutu olan yorgunluk puanı (YP) hesaplanırken, hastanın 10,12 ve 18. sorulardan aldığı toplam puan, toplam soru sayısına 3'e bölünerek HP bulunur. Aralık değer en yüksek puan (4 puan) ve en düşük puan (1 puan) arasındaki fark (3 puan) hesaplanarak bulunur. Bu değerler ile;

YP (Yorgunluk Puanı) = $\left\{\frac{HP-1}{3}\right\} \times 100$ formülü ile hesaplanır.

Genel Sağlık Puanı (GSP) hesaplanırken, son iki sorudan (29 ve 30. soru) alınan toplam puan, toplam soru sayısına (2'ye) bölünerek HP hesaplanır, bu iki sorudaki en yüksek puan (7 puan) ve en düşük puan (1 puan) arasındaki fark (6 puan) aralık değerini verir. Bu değerler ile;

GSP (Genel Sağlık Puanı) = $\left\{\frac{HP-1}{6}\right\} \times 100$ formülü ile hesaplanmaktadır [114, 115].

3.6.6. EORTC QLQ- BR23 Meme Kanseri Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 5)

Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Teşkilatı tarafından meme kanserine özgü geliştirilen EORTC QLQ-BR23 ölçeğinin, geçerlik ve güvenilirliği Demirci ve ark. (2011) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa değeri 0,90 olarak bulunmuştur. Bu ölçek, fonksiyonel ve semptom ölçeği olmak üzere iki alt gruba ayrılmıştır. Fonksiyonel ölçekte beden imajı (39-42. sorular), cinsel işlev (44-45. sorular), cinsel haz (46. soru), gelecek beklentisi (43. soru); semptom ölçeğinde ise, sistemik tedavi yan etkileri (31-34 ve 36-38. sorular), memeye bağlı sorunlar (50-53. sorular), kola bağlı sorunlar (47-49. sorular), saç dökülmesi (35. soru) ile ilgili duyulan rahatsızlık ölçülmektedir [11].

Ölçeğin puanı, EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin puan hesaplaması ve değerlendirilmesindeki ilkeler ile aynıdır [114,115].

Bu araştırmada EORTC QLQ-BR23 yaşam kalitesi ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0,83 bulundu.

3.6.7. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması

Veri toplama araçlarının anlaşılabilirliği ve işlevliliğini değerlendirmek amacıyla 8 hastada (örneklem %10) ön uygulama yapıldı. Veri toplama araçlarında herhangi bir değişiklik yapılmadığından bu hastalar örnekleme dahil edildi.

3.6.8. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Veri toplama formlarından, Kişisel Bilgi ve Klinik Özellikler Formu, hastadan ve hasta dosyasından elde edilen bilgiler ile dolduruldu.

Üst Ekstremité Sorunlarını Değerlendirme Formu, araştırmacı tarafından Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Onkoloji Polikliniği'nde yer alan boş bir poliklinik odasında hastanın mahremiyetine dikkat edilerek ölçümleri yapılarak dolduruldu. Omuz eklem hareket kısıtlılığını belirlemek için hasta otururken, gonyometre ile cerrahi girişim uygulanan ve uygulanmayan taraftaki omuz eklem açıklığı, hastanın aktif abduksiyon ve fleksiyonu sırasında, derece cinsinden ölçüldü [118]. İki omuz eklem hareket açıklığının farkı hesaplandı. Cerrahi girişim uygulanmayan taraf ile karşılaştırıldığında eklem hareket açıklığında 10-25° azalmanın hastaların günlük yaşamlarını etkilemediği gösterildiğinden [21], daha önce yapılan çalışmalar [17,21] göz önünde bulundurularak bu araştırmada cerrahi girişim

uygulanmayan taraftaki ekstremiteler ile 25° ve üzeri fark olan hastalarda, omuz eklem hareket kısıtlılığı var olarak değerlendirildi.

Hastada lenfödem varlığını belirlemek amacıyla hasta koltukta otururken, cerrahi girişim uygulanan ve uygulanmayan taraftaki lateral epikondilin 15 cm proksimali ve lateral epikondilin 10 cm distali, el bileği çevresi, metakarpofalangeal eklem çevresi mezura ile araştırmacı tarafından ölçüldü. Cerrahi girişim uygulanan ve uygulanmayan taraftaki ölçüm bölgeleri arasında 2cm fark olması, lenfödem olarak değerlendirildi [65,84,119]. Hastaların omuz eklem hareket açıklığı ve lenfödem ölçümü, yaklaşık 10 dakikada yapıldı.

Hastalardan, OAÖİ'ni, EORTC QLQ-C30 ve EORTC QLQ-BR23 yaşam kalitesi ölçeklerini doldurmaları istendi. Hastaların kendisinin doldurmadığı/dolduramadığı durumlarda, araştırmacı tarafından ölçekler hasta ile yüzyüze görüşme yöntemiyle dolduruldu. Hastaların, OAÖİ (3-4 dakika) ile EORTC QLQ-C30 ve EORTC QLQ-BR23 formlarını (20-30 dakika) yanıtlamaları yaklaşık 25-35 dakika sürdü.

3.6.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında analiz edildi [120]. Tanımlayıcı istatistikler; frekans, yüzde, ortalama, standart sapma ile ifade edildi. Kategorik değişkenler Ki-Kare Testi, ikiden fazla kategorik yapılarda tekli oranların karşılaştırmasında iki oran karşılaştırması testi ile analiz edildi. Veriler normal dağılım gösterdiğinden sürekli değişkenler için, iki bağımsız grup ortalaması karşılaştırmasında bağımsız gruplarda t testi; ikiden fazla bağımsız grup ortalaması karşılaştırmasında Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA); iki sürekli değişken arasındaki doğrusal ilişkiyi incelemek için Pearson korelasyon katsayısı kullanıldı. Korelasyondaki r değeri <0,20 ise, ilişkinin olmadığı/çok zayıf ilişki, 0,20-0,39 arasında ise zayıf ilişki, 0,40-0,59 orta düzey, 0,60-0,79 yüksek düzey ve 0,80-1,00 çok yüksek düzeyde ilişki olarak değerlendirilmiştir [121]. Verilerin analizinde, istatistik anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alındı.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Mersin Üniversitesi Rektörlüğü Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (08.10.2015 tarih ve 2015/316 sayılı Kurul Kararı) (Ek 7) ve Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan (10.09.2015 tarih ve 41993462-622.03/123-1452 sayılı izin yazısı) ve Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanlığı'ndan (07.10.2015 tarih ve 4242404609/110-3076 sayılı izin yazısı) (Ek 8) yazılı izinler alındı. Hastalardan sözlü ve yazılı onam (Ek 6) (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu) alındı.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Onkoloji Polikliniği'ne başvuran tek taraflı cerrahi girişim geçirmiş meme kanserli kadınlarla sınırlıdır. Araştırmaya cerrahi girişim sonrası birinci ayını tamamlamış olan ve 24. ayını tamamlamamış kadınlar alındı. Kadınların cerrahi girişim sonrası farklı zamanlarda olması, üst ekstremité sorunlarını ve yaşam kalitesini etkileyebilir. Araştırmanın diğér bir sınırlılığı ise, kadınların yaşam kalitelerinin sadece cerrahi girişim sonrası değérlendirilmiş olmasıdır.



4. BULGULAR

Meme kanseri cerrahisi sonrası kadınların yaşadıkları üst ekstremité sorunlarını saptamak ve bu sorunların yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmanın verileri, bu bölümde toplam 12 tablo ile sunuldu.

Tablo 4.1. Kadınların Tanıtıcı ve Klinik Özellikleri (n=81)

Özellikler	Ortalama	Standart Sapma
Yaş (Yıl)(Min:18 Max:65)	51,18	9,43
Medeni durum	Sayı	%
Evli	66	81,5
Evli değil	15	18,5
Beden kitle indeksi		
Normal (18.5-24.9 kg/m ²)	16	19,7
Fazla Kilolu (25-29.9 kg/m ²)	32	39,5
Obez (30 kg/m ² ve üzeri)	33	40,7
Hastalığın evresi		
Evre I	13	16,0
Evre II	38	46,9
Evre III	30	37,0
Cerrahi girişim şekli		
Meme koruyucu cerrahi	5	6,2
Basit mastektomi	21	23,5
Modifiye radikal mastektomi	49	60,5
Radikal mastektomi	6	7,4
Cerrahi girişim sonrası geçen süre		
< 6 ay	49	60,5
> 6 ay	32	39,5
Cerrahi girişim sonrası uygulanan tedavi/ler		
Kemoterapi	61	75,3
Kemoterapi+radyoterapi	20	24,7
Cerrahi girişim uygulanan taraf		
Baskın olan el	36	44,4
Baskın olmayan el	45	55,6
Cerrahi girişim sonrası etkilenen ekstremitéyi korumaya yönelik bilgi alma durumu		
Evet	78	96,3
Hayır	3	3,7
Cerrahi girişim sonrası etkilene ekstremitéye yönelik evde egzersiz uygulama durumu		
Evet	66	81,5
Düzenli	38	46,9
Düzensiz	28	34,6
Hayır	15	18,5

Tablo 4.1’de kadınların tanıtıcı ve klinik özellikleri yer almaktadır. Meme cerrahisi sonrası araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 51,18±9,43 yıl olup, %81,5’i (n=66) evli idi. Kadınların % 39,5 fazla kilolu; %40,7’si obezdi. Hastaların %46,9’u evre II, %37’si evre III meme kanseriydi. En sık uygulanan cerrahi girişim modifiye radikal mastektomi (%60,5; n=49); cerrahi

girişim sonrası en fazla uygulanan tedavi ise kemoterapi (%75,3; n=61) idi. Cerrahi girişim sonrası geçen süreler incelendiğinde, kadınların %60,5'i (n=49) cerrahi sonrası 6 aydan daha az süre geçirmişken, %39,5'i (n=32) cerrahi sonrası 6-24 ay içerisinde idi. Hastaların, %44,4'üne (n=36) baskın el tarafına cerrahi girişim uygulandığı belirlendi. Cerrahi girişim sonrası kadınların, %96,3'ü (n=78) etkilenen ekstremitayı korumaya yönelik bilgi aldığını, %81,5'i (n=66) evde egzersiz yaptığını, %46,9'u (n=38) düzenli egzersiz olarak uyguladıklarını ifade etti (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Kadınların Üst Ekstremitte Sorunları ile Omuz Ağrı ve Özürlülük İndeksi Puanları (n=81)

Üst ekstremitte sorunları	Sayı	%
Omuz eklem hareket açıklığı kısıtlılığı		
Var	30	37,0
Yok	51	63,0
Lenfödem		
Var	16	19,8
Yok	65	80,2
	Ortalama	Standart Sapma
Omuz Ağrı Puanı	16,90	11,63
Özürlülük İndeksi Puanı	21,56	16,80
Toplam Puan	38,46	26,92

Tablo 4.2'de kadınların üst ekstremitte sorunları ile OAÖİ puanları yer almaktadır. Kadınların %37'sinde omuz eklem hareket açıklığı kısıtlılığı; %19,8'inde lenfödem vardı. OAÖİ toplam puan ortalaması $38,46 \pm 26,92$ iken, omuz ağrı puanı $16,90 \pm 11,63$; özürlülük indeksi puanı ise $21,56 \pm 16,80$ idi (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Kadınların Üst Ekstremitte Sorunları ile Omuz Ağrı ve Özürlülük İndeksi Puanlarının Karşılaştırılması

Üst ekstremitte sorunları	Omuz Ağrı ve Özürlülük İndeksi Puanları								
	Ağrı Puanı			Özürlülük Puanı			Toplam Puan		
	$\bar{x} \pm SS$	Test (t)	P*	$\bar{x} \pm SS$	Test (t)	P*	$\bar{x} \pm SS$	Test (t)	P*
Omuz eklem hareket açıklığının kısıtlılığı									
Var	22,43±10,89	3,507	0,001	29,53±17,51	3,501	0,001	51,97±26,17	3,737	<0,001
Yok	13,65±10,89			16,86±14,60			30,51±24,26		
Lenfödem									
Var	20,63±11,67	1,439	0,154	24,94±15,72	0,898	0,372	45,56±23,35	1,182	0,241
Yok	15,98±11,53			20,72±17,07			36,71±27,61		

*Veri analizinde bağımsız gruplarda t testi kullanıldı.

Kadınların üst ekstremitte sorunları ile OAÖİ puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.3’de yer almaktadır. Omuz eklem hareket açıklığının kısıtlılık durumuna göre ağrı ($p=0,001$), özürlülük ($p=0,001$) ve toplam puan ortalamalarında ($p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Kadınların Üst Ekstremitte Sorunları ile EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması

EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puanı	Üst Ekstremitte Sorunları							
	Omuz eklem hareket açıklığının kısıtlılığı				Lenfödem			
	Var	Yok	Test (t)	p*	Var	Yok	Test (t)	p*
	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$			$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$		
Fonksiyonel ölçek puanı								
Fiziksel işlev	66,67±16,70	76,21±14,86	-2,665	0,009	69,17±17,19	73,54±15,90	-0,970	0,335
Rol işlevi	77,22±24,56	77,12±24,26	0,017	0,986	68,75±30,35	79,23±22,25	-1,565	0,122
Zihinsel işlev	71,11±22,71	80,39±23,50	-1,738	0,086	75,00±25,09	77,44±23,28	-0,369	0,713
Duygusal işlev	62,78±27,40	74,18±24,73	-1,925	0,058	60,94±24,67	72,18±26,24	-1,552	0,125
Sosyal işlev	76,67±20,81	71,90±23,21	0,927	0,357	68,75±23,47	74,87±22,07	-0,982	0,329
Genel sağlık	61,94±19,41	62,91±23,29	-0,191	0,849	50,52±30,04	65,51±18,39	-1,910	0,072
Semptom ölçek puanı								
Dispne	15,66±25,81	9,80±16,72	1,112	0,272	18,75±29,74	10,30±17,58	1,090	0,290
Ağrı	31,11±27,93	17,97±19,68	2,266	0,028	31,25±31,55	20,77±21,25	1,260	0,223
Yorgunluk	49,51±25,05	38,90±25,18	1,835	0,070	45,73±29,22	42,12±24,70	0,505	0,615
Uykusuzluk	32,22±35,54	29,41±31,02	0,373	0,710	31,25±33,26	30,26±32,66	0,109	0,914
İştah kaybı	18,89±24,26	16,34±24,38	0,455	0,650	18,75±29,74	16,92±22,91	0,269	0,789
Bulantı-kusma	22,22±26,02	13,40±21,86	1,634	0,106	15,63±18,73	16,92±24,91	-0,195	0,846
Kabızlık	16,67±28,70	15,69±27,77	0,151	0,880	18,75±29,74	15,38±27,69	0,429	0,669
İshal	6,67±16,14	6,54±14,94	0,037	0,971	12,50±16,67	5,13±14,71	1,621	0,120
Maddi zorluk	30,00±26,77	26,14±27,74	0,612	0,542	31,25±30,96	26,67±26,48	0,600	0,550

*Veri analizinde bağımsız gruplarda t testi kullanıldı.

Kadınların üst ekstremitte sorunları ile EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.4'te yer almaktadır. Omuz eklem hareket açıklığının kısıtlılık durumuna göre EORTC QLQ-C30'un fonksiyonel ölçek puanını oluşturan fiziksel işlev alt boyut puan ortalamasında ($p=0,009$); semptom ölçek puanını oluşturan ağrı alt boyut puan ortalamasında ($p=0,028$) istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi. Omuz eklem hareket kısıtlılığı olan kadınların, olmayanlara göre fiziksel işlev alt boyut puanlarının düştüğü; ağrı semptomlarının arttığı saptandı. Lenfödem oluşumu ile EORTC QLQ-C30 ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Kadınların Üst Ekstremitte Sorunları ile EORTC QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması

EORTC QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Puanı	Üst Ekstremitte Sorunları							
	Omuz eklem hareket açıklığının kısıtlılığı				Lenfödem			
	Var	Yok	Test (t)	p*	Var	Yok	Test (t)	p*
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$			$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Fonksiyonel ölçek puanı								
Beden imajı	73,33±26,75	72,88±27,12	0,074	0,942	65,10±35,52	75,00±24,16	-1,056	0,304
Cinsel işlev	83,89±20,29	87,26±17,19	-0,796	0,429	91,67±14,91	84,62±18,94	1,385	0,170
Cinsel haz	55,56±25,95	70,18±26,98	-1,491	0,147	66,67±0,00	64,29±28,59	0,142	0,888
Gelecek beklentisi	51,11±28,68	48,37±34,20	0,370	0,713	39,58±36,96	51,79±30,64	-1,370	0,175
Semptom ölçek puanı								
Sistemik tedavi yan etkileri	37,98±18,51	30,67±15,77	1,888	0,063	32,85±20,92	33,50±16,20	-0,135	0,893
Memeye bağlı sorunlar	27,50±17,11	17,81±16,07	2,558	0,012	25,52±22,04	20,38±15,59	1,082	0,282
Kola bağlı sorunlar	37,28±24,31	16,06±17,37	4,192	<0,001	27,67±23,61	22,99±22,39	0,740	0,462
Saç dökülmesi	50,00±33,33	54,29±37,12	-0,427	0,671	47,62±46,58	53,47±34,20	-0,404	0,688

*Veri analizinde bağımsız gruplarda t testi kullanıldı.

Kadınların üst ekstremitte sorunları ile EORTC QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.5'te yer almaktadır. Omuz eklem hareket açıklığının kısıtlılık durumuna göre ölçeğin semptom ölçek puanını oluşturan memeye ($p=0,012$) ve kola bağlı sorunlar alt boyut puan ortalamalarında ($p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi. Omuz eklem hareket kısıtlılığı olan kadınların, memeye ve kola bağlı sorunları daha fazla bildirdiği belirlendi. Lenfödem oluşumu ile EORTC QLQ-BR23 ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Kadınların Omuz Ağrı ve Özürlülük İndeksi Puanı ile EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki

EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puanı	Omuz Ağrı ve Özürlülük İndeksi Puanı					
	Ağrı Puanı		Özürlülük Puanı		Toplam Puan	
	r	p*	r	p*	r	p*
Fonksiyonel ölçek puanı						
Fiziksel işlev	-0,481	<0,001	-0,532	<0,001	-0,540	<0,001
Rol işlevi	-0,350	0,001	-0,164	0,145	-0,253	0,023
Zihinsel işlev	-0,335	0,002	-0,313	0,004	-0,340	0,002
Duygusal işlev	-0,233	0,036	-0,095	0,397	-0,160	0,153
Sosyal işlev	-0,344	0,002	-0,303	0,006	-0,338	0,002
Genel sağlık	-0,297	0,007	-0,187	0,094	-0,245	0,027
Semptom ölçek puanı						
Dispne	0,163	0,146	0,280	0,011	0,245	0,027
Ağrı	0,443	<0,001	0,376	0,001	0,426	<0,001
Yorgunluk	0,482	<0,001	0,403	<0,001	0,460	<0,001
Uykusuzluk	0,369	0,001	0,334	0,002	0,368	0,001
İştah kaybı	0,225	0,043	0,196	0,079	0,220	0,049
Bulantı-kusma	0,189	0,091	0,172	0,125	0,189	0,091
Kabızlık	-0,026	0,819	-0,174	0,121	-0,120	0,288
İshal	0,039	0,731	0,005	0,964	0,020	0,860
Maddi zorluk	0,266	0,016	0,254	0,022	0,274	0,013

*Veri analizinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Kadınların OAÖİ ile EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puanları arasındaki ilişki Tablo 4.6'da yer almaktadır.

Omuz Ağrı İndeksi ile EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fonksiyonel ölçek puanlarını oluşturan alt boyutlarından fiziksel işlev ($p<0,001$), rol işlevi ($p=0,001$), zihinsel işlev ($p=0,002$), duygusal işlev ($p=0,036$), sosyal işlev ($p=0,002$) ve genel sağlık puan ortalamaları ($p=0,007$) ile omuz ağrı indeksi arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak zayıf ve anlamlı bir ilişki saptandı. Omuz ağrı indeksi puanları arttıkça, fonksiyonel ölçek puanlarının düştüğü belirlendi (Tablo 4.6).

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin semptom ölçek puanlarını oluşturan alt boyutlarından ağrı ($p<0,001$), yorgunluk ($p<0,001$), uykusuzluk ($p=0,001$), iştah kaybı ($p=0,043$) ve maddi zorluk puan ortalamaları ($p=0,016$) ile omuz ağrı indeksi arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak zayıf ve anlamlı bir ilişki belirlendi. Omuz ağrı indeksi puanları arttıkça, ağrı, yorgunluk, uykusuzluk, iştah kaybı ve maddi zorluk semptomlarının daha fazla bildirildiği saptandı (Tablo 4.6).

Omuz Özürlülük İndeksi ile EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fonksiyonel ölçek puanlarını oluşturan alt boyutlarından fiziksel işlev ($p<0,001$), zihinsel işlev ($p=0,004$) ve sosyal işlev puan ortalamaları ($p=0,006$) ile özürlülük indeksi arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak zayıf ve anlamlı bir ilişki belirlendi. Omuz

özürlülük indeksi puanları arttıkça, fiziksel işlev, zihinsel işlev ve sosyal işlev puanlarının düştüğü saptandı (Tablo 4.6).

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin semptom ölçek puanlarını oluşturan alt boyutlarından dispne ($p=0,011$), ağrı ($p=0,001$), yorgunluk ($p<0,001$), uykusuzluk ($p=0,002$) ve maddi zorluk puan ortalamaları ($p=0,022$) ile özürlülük indeksi arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak zayıf ve anlamlı bir ilişki belirlendi. Omuz özürlülük indeksi puanları arttıkça, ağrı, yorgunluk, uykusuzluk ve maddi zorluk semptomlarının daha fazla bildirildiği saptandı (Tablo 4.6).

Omuz Ağrı ve Özürlülük İndeksi Toplam Puanı ile EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fonksiyonel ölçek puanlarını oluşturan alt boyutlarından rol işlevi ($p=0,023$), zihinsel işlev ($p=0,002$), sosyal işlev ($p=0,002$) ve genel sağlık puan ortalamaları ($p=0,027$) ile OAÖİ toplam puanı arasında negatif yönlü, zayıf ve anlamlı; fiziksel işlev puan ortalaması ($p<0,001$) ile negatif yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı. OAÖİ toplam puanları arttıkça, rol işlevi, zihinsel işlev, sosyal işlev ve genel sağlık puanlarının düştüğü belirlendi (Tablo 4.6).

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin semptom ölçek puanlarını oluşturan alt boyutlarından dispne ($p=0,027$), ağrı ($p<0,001$), yorgunluk ($p<0,001$), uykusuzluk ($p=0,001$), iştah kaybı ($p=0,049$) ve maddi zorluk puan ortalamaları ($p=0,013$) ile OAÖİ toplam puanı arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak zayıf ve anlamlı bir ilişki belirlendi. OAÖİ toplam puanları arttıkça, dispne, ağrı, yorgunluk, uykusuzluk, iştah kaybı ve maddi zorluk semptomlarının daha fazla bildirildiği saptandı (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Kadınların Omuz Ağrı ve Özürlülük İndeksi Puanları ile EORTC QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki

EORTC QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Puanı	Omuz Ağrı ve Özürlülük İndeksi Puanı					
	Ağrı Puanı		Özürlülük Puanı		Toplam Puan	
	r	p*	r	p*	r	p*
Fonksiyonel ölçek puanı						
Beden imajı	-0,267	0,016	-0,219	0,050	-0,252	0,023
Cinsel işlev	-0,057	0,611	-0,068	0,544	-0,067	0,550
Cinsel haz	-0,383	0,033	-0,306	0,094	-0,357	0,049
Gelecek beklentisi	-0,205	0,066	0,084	0,458	-0,037	0,746
Semptom ölçek puanı						
Sistemik tedavi yan etkileri	0,438	<0,001	0,348	0,001	0,406	<0,001
Memeye bağlı sorunlar	0,376	0,001	0,191	0,088	0,281	0,011
Kola bağlı sorunlar	0,476	<0,001	0,362	0,001	0,432	<0,001
Saç dökülmesi	-0,133	0,334	-0,056	0,686	-0,090	0,512

*Veri analizinde Pearson korelasyon azalizi kullanıldı.

Kadınların Omuz Ağrı ve Özürlülük İndeksi Puanı ile EORTC QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Puanları arasındaki ilişki Tablo 4.7'de yer almaktadır.

Omuz Ağrı İndeksi ile EORTC QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki

Meme kanserine özgü EORTC QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fonksiyonel ölçek puanlarını oluşturan alt boyutlarından beden imajı ($p=0,016$) ve cinsel haz puan ortalamaları ($p=0,033$) ile omuz ağrı indeksi arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak zayıf ve anlamlı bir ilişki saptandı. Omuz ağrı indeksi puanları arttıkça, beden imajı ve cinsel haz puanlarının düştüğü belirlendi (Tablo 4.7).

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin semptom ölçek puanlarını oluşturan alt boyutlarından sistemik tedavi yan etkileri ($p<0,001$), memeye bağlı sorunlar ($p=0,001$), kola bağlı sorunlar puan ortalamaları ($p<0,001$) ile omuz ağrı indeksi arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak zayıf ve anlamlı bir ilişki belirlendi. Omuz ağrı indeksi puanları arttıkça, sistemik tedavi yan etkileri, memeye bağlı sorunlar, kola bağlı sorunların daha fazla bildirildiği saptandı (Tablo 4.7).

Omuz Özürlülük İndeksi ile EORTC QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki

Omuz özürlülük indeksi ile EORTC QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fonksiyonel ölçek puanlarını oluşturan alt boyutlarından beden imajı puan ortalaması ($p=0,050$) arasında negatif yönlü; semptom ölçek puanlarını oluşturan alt boyutlarından sistemik tedavi yan etkileri ($p=0,001$) ve kola bağlı sorunlar puan ortalamaları ($p=0,001$) arasında ise pozitif yönlü, istatistiksel olarak zayıf ve anlamlı bir ilişki belirlendi. Omuz özürlülük indeksi puanları arttıkça, beden imajı puanının düştüğü; sistemik tedavi yan etkileri ve kola bağlı sorunların daha fazla bildirildiği saptandı (Tablo 4.7).

Omuz Ağrı ve Özürlülük İndeksi Toplam Puanı ile EORTC QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki

Omuz Ağrı ve Özürlülük İndeksi toplam puanı ile EORTC QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fonksiyonel ölçek puanlarını oluşturan alt boyutlarından beden imajı puan ortalaması ($p=0,023$) arasında negatif yönlü; semptom ölçek puanlarını oluşturan alt boyutlarından sistemik tedavi yan etkileri ($p<0,001$), memeye bağlı sorunlar ($p=0,011$) ve kola bağlı sorunlar puan ortalamaları ($p<0,001$) arasında ise pozitif yönlü, istatistiksel olarak zayıf ve anlamlı bir ilişki belirlendi. OAÖİ toplam puanları arttıkça, beden imajı puanının düştüğü; sistemik tedavi yan etkileri, memeye ve kola bağlı sorunların daha fazla bildirildiği saptandı (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Kadınların Tanıtıcı ve Klinik Özellikleri ile Üst Ekstremitte Sorunu Yaşama Durumunun Karşılaştırılması

Özellikler	Eklem hareket açıklığı kısıtlılığı				Lenfödem varlığı			
	Var		Yok		Var		Yok	
	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$	
Yaş (18-65 yaş)	49,33±10,74		52,27±8,50		53,81±7,70		50,54±9,76	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Medeni durum								
Evli	23	76,7	43	84,3	12	75,0	54	83,1
Evli değil	7	23,3	8	15,7	4	25,0	11	16,9
Beden kitle indeksi								
Normal	6	20,0	10	19,6	1	6,3	15	23,1
Fazla Kilolu	12	40,0	20	39,2	4	25,0	28	43,1
Obez	12	40,0	21	41,2	11	68,8 [¥]	22	33,8 [¥]
Hastalığın evresi								
Evre I	3	10,0	10	19,6	3	18,8	10	15,4
Evre II	12	40,0	26	51,0	3	18,8	35	53,8
Evre III	15	50,0	15	29,4	10	62,5 [¥]	20	39,8 [¥]
Cerrahi girişim şekli								
Basit mastektomi	4	13,3	17	33,3	3	18,8	18	27,7
Modifiye radikal mastektomi	22	73,3	27	52,9	12	75,0	37	56,9
Radikal mastektomi	3	10,0	3	5,9	1	6,3	5	7,7
Meme koruyucu cerrahi	1	3,3	4	7,8	0	0	5	7,7
Cerrahi girişim sonrası geçen süre								
< 6 ay	18	60,0	31	60,8	6	37,5	43	66,2
> 6 ay	12	40,0	20	39,2	10	62,5	22	33,8
Cerrahi girişim sonrası uygulanan tedavi/ler								
Kemoterapi	24	80,0	37	72,5	9	56,3	52	80,0
Kemoterapi+radyoterapi	6	20,0	14	27,5	7	43,8	13	20,0
Cerrahi girişim uygulanan taraf								
Baskın olan el	11	36,7	25	49,0	4	25,0	32	49,2
Baskın olmayan el	19	63,3	26	51,0	12	75,0	33	50,8
Cerrahi girişim sonrası etkilenen ekstremitayı korumaya yönelik bilgi alma durumu								
Evet	29	96,7	49	96,1	16	100	62	95,4
Hayır	1	3,3	2	3,9	0	0	3	4,6
Cerrahi girişim sonrası etkilenen ekstremiteye yönelik evde egzersiz uygulama durumu								
Evet Düzenli	10	33,3	28	54,9	8	50,0	30	46,2
Evet Düzensiz	15	50,0	13	25,5	6	37,5	22	33,8
Hayır	5	16,7	10	19,6	2	12,5	13	20,0

*Veri analizinde bağımsız gruplarda t testi kullanıldı. ** Veri analizinde ki-kare test kullanıldı. ¥ İki oran karşılaştırması yapıldı.

Kadınların tanıtıcı ve klinik özellikleri ile üst ekstremité sorunu yaşama durumunun karşılaştırılması Tablo 4.8'de yer almaktadır. Kadınların tanıtıcı ve klinik özellikleri ile eklem hareket açıklığı kısıtlılığı sorunu yaşama durumu arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4.8).

Lenfödem varlığı ile BKİ, hastalığın evresi, cerrahi sonrası geçen süre ve uygulanan tedaviler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Obez kadınlarda ($p=0,034$), hastalığın 3. evresindeki kadınlarda ($p=0,031$), cerrahi sonrası 6 aydan daha uzun süre geçenlerde ($p=0,036$) ve sadece kemoterapi uygulananlarda ($p=0,048$) lenfödem gelişme oranı daha yüksek olarak saptandı (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Kadınların Tanıtıcı ve Klinik Özellikleri ile Omuz Ağrı ve Özürlülük İndeksi Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler	Omuz Ağrı ve Özürlülük İndeksi Puanı								
	Ağrı Puanı			Özürlülük Puanı			Toplam Puan		
	Test (r)	p***		Test (r)	p***		Test (r)	p***	
	Yaş	-0,260	0,019	-0,287	0,009	-0,291	0,008		
	$\bar{X} \pm SS$	Test	p	$\bar{X} \pm SS$	Test	p	$\bar{X} \pm SS$	Test	p
Medeni durum									
Evli	16,24±11,26			21,32±17,98			37,56±28,07		
Evli değil	19,80±13,15	1,070	0,288*	22,60±10,52	0,366	0,717*	42,40±21,50	0,626	0,533*
Beden kitle indeksi									
Normal	19,81±15,86			28,31±23,61			48,13±38,48		
Kilolu	15,75±10,89			19,16±13,28			34,91±22,91		
Obez	16,61±9,99	0,663	0,518**	20,61±15,61	1,703	0,189**	37,21±23,42	1,358	0,263**
Hastalığın evresi									
Evre I	12,31±12,49			14,77±14,24			27,08±25,60		
Evre II	17,03±10,50			20,71±13,05			37,74±22,25		
Evre III	18,73±12,46	1,402	0,252**	25,57±20,95	2,014	0,140**	44,30±31,65	1,926	0,153**
Cerrahi girişim şekli									
Basit mastektomi	16,19±13,48			20,38±17,45			36,57±30,05		
Modifiye radikal mastektomi	17,69±10,36			23,39±16,78			41,08±25,14		
Radikal mastektomi	22,00±13,83			24,33±16,01			46,33±29,76		
Meme koruyucu cerrahi	6,00±8,49	2,025	0,117**	5,20±5,22	1,928	0,132**	11,20±12,85	2,160	0,100**
Cerrahi girişim sonrası geçen süre									
< 6 ay	14,69±11,60			18,84±15,57	-1,829	0,071*	33,53±25,64		
> 6 ay	20,28±11,01	-2,161	0,034*	25,72±17,99			46,00±27,48	-2,080	0,041*
Cerrahi girişim uygulanan taraf									
Baskın olan el	18,36±11,70	1,010	0,315*	25,72±19,21	2,035	0,045*	44,08±29,61	1,702	0,093*
Baskın olmayan el	15,73±11,58			18,22±13,92			33,96±23,94		
Cerrahi girişim sonrası etkilenen ekstremitayı korumaya yönelik bilgi alma durumu									
Evet	16,99±11,73	0,337	0,737*	21,51±17,06	-0,116	0,908*	38,50±27,30	0,073	0,942*
Hayır	14,67±10,21			22,67±9,07			37,33±16,80		
Cerrahi girişim sonrası etkilene ekstremiteye yönelik evde egzersiz uygulama durumu									
Evet	17,13±13,33	-0,293	0,770*	19,68±16,02	-1,325	0,190*	36,82±28,10	-0,946	0,348*
Hayır	18,04±10,96			25,46±19,37			43,50±28,73		

*Veri analizinde bağımsız gruplarda t testi kullanıldı. ** Veri analizinde tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı.

*** Veri analizinde pearson korelasyon testi kullanıldı.

Kadınların tanıtıcı ve klinik özellikleri ile OAÖİ puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.9'da yer almaktadır. Yaş ile omuz ağrı indeksi, özürlülük indeksi ve toplam OAÖİ puan ortalamaları arasında negatif yönde, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Yaş arttıkça omuz ağrı, özürlülük ve toplam indeks puanlarının düştüğü saptandı. Cerrahi girişim sonrası geçen süre ile omuz ağrı indeksi ve toplam OAÖİ puan ortalamaları arasında; süre arttıkça ağrı indeksi ve OAÖİ toplam puanlarının düştüğü belirlendi. Cerrahi girişim uygulanan tarafı baskın el olan kadınların daha fazla özürlülük bildirdiği ve özürlülük indeks puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p < 0,05$) (Tablo 4. 9).



Tablo 4.10. Kadınların Klinik Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Klinik Özellikler	EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi- Fonksiyonel ölçek puanı					
	Fiziksel işlev	Rol işlevi	Zihinsel işlev	Duygusal işlev	Sosyal işlev	Genel sağlık
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Hastalığın evresi						
Evre I	76,92±18,18	88,46±19,70	70,51±27,35	57,05±33,65	70,51±22,72	66,66±31,55
Evre II	74,39±12,64	75,88±21,82	81,14±21,98	74,56±24,27	75,44±20,77	62,06±17,83
Evre III	68,67±18,70	73,89±27,92	74,44±23,46	69,72±23,82	72,78±24,56	61,39±22,05
Test	1,612	1,777	1,270	2,236	0,268	0,278
p**	0,206	0,176	0,287	0,114	0,766	0,758
Cerrahi girişim şekli						
Basit mastektomi	69,52±15,14	80,16±22,74	72,22±29,50	65,87±33,74	69,05±26,50	64,68±24,99
Modifiye radikal mastektomi	71,97±16,89	74,83±25,49	79,25±20,56	71,94±22,48	74,83±21,55	59,52±20,20
Radikal mastektomi	77,78±6,89	72,22±22,77	63,89±24,53	65,28±27,60	72,22±17,21	69,44±16,38
Meme koruyucu cerrahi	86,67±15,63	93,33±14,91	90,00±14,91	73,33±28,50	83,33±16,67	75,00±27,64
Test	1,802	1,089	1,607	0,347	0,655	1,129
p**	0,154	0,359	0,195	0,791	0,582	0,343
Cerrahi girişim sonrası geçen süre						
< 6 ay	73,47±17,66	81,97±19,20	78,91±21,18	69,05±26,52	75,85±19,85	63,61±22,48
> 6 ay	71,46±13,68	69,79±29,16	73,96±26,75	71,36±26,00	70,31±25,66	60,94±21,00
Test	0,545	2,086	0,926	-0,725	1,092	0,536
p*	0,587	0,042	0,357	0,471	0,278	0,594
Cerrahi girişim sonrası uygulanan tedavi/ler						
Kemoterapi	72,68±15,57	78,14±22,68	78,14±21,42	70,22±26,33	72,13±20,35	61,48±23,03
Kemoterapi+radıyoterapi	72,67±18,21	74,17±28,85	73,33±29,32	69,17±26,37	78,33±27,63	65,83±17,71
Test	0,003	0,635	0,792	0,155	-1,079	-0,773
p*	0,998	0,527	0,431	0,877	0,284	0,442

*Veri analizinde bağımsız gruplarda t testi kullanıldı. ** Veri analizinde tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı.

Kadınların klinik özellikleri ile EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi fonksiyonel ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.10'da yer almaktadır. Cerrahi girişim sonrası geçen süre gruplarına göre fonksiyonel ölçek puanlarını oluşturan alt boyutlarından rol işlevi puan ortalamalarında ($p=0,042$) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve cerrahi sonrası geçen süre arttıkça rol işlevi puanlarının düştüğü saptandı (Tablo 4.10).



Tablo 4.11. Kadınların Klinik Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Semptom Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Klinik Özellikler	EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi- Semptom ölçek puanı								
	Dispne	Ağrı	Yorgunluk	Uykusuzluk	İştah kaybı	Bulantı-kusma	Kabızlık	İshal	Maddi zorluk
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Hastalığın evresi									
Evre I	10,26±16,01	16,67±20,41	41,77±30,15	23,08±34,39	15,38±22,01	20,51±28,99	15,38±25,88	5,13±12,52	25,64±27,74
Evre II	8,85±16,74	19,30±17,98	39,94±20,90	29,82±28,78	14,91±18,50	16,23±20,31	12,28±27,31	8,77±18,48	25,44±23,80
Evre III	16,67±25,89	30,00±29,81	46,94±28,84	34,44±36,60	21,11±30,93	15,56±25,87	21,11±29,66	4,44±11,52	31,11±31,48
Test	1,269	2,291	0,639	0,559	0,591	0,206	0,838	0,736	0,395
p**	0,287	0,108	0,531	0,574	0,556	0,814	0,436	0,482	0,675
Cerrahi girişim şekli									
Basit mastektomi	17,46±17,06	22,22±19,24	50,70±28,03	22,22±32,20	23,81±30,08	21,43±33,81	14,29±29,01	7,94±17,97	25,40±29,64
Modifiye radikal mastektomi	11,63±23,10	23,47±24,28	41,15±24,10	32,65±31,54	17,69±22,67	13,95±17,13	16,33±28,15	6,80±15,18	29,93±26,57
Radikal mastektomi	5,56±13,61	27,78±38,97	42,50±25,77	33,33±42,16	0,00±0,00	19,45±26,70	16,67±27,89	5,56±13,61	27,78±32,77
Meme koruyucu cerrahi	0,00±0,00	13,33±18,26	26,60±24,28	40,00±36,52	6,67±14,91	20,00±29,82	20,00±29,82	0,00±0,00	13,33±18,26
Test	1,271	0,360	1,436	0,672	1,916	0,548	0,062	0,367	0,612
p**	0,290	0,782	0,239	0,572	0,134	0,651	0,980	0,777	0,609
Cerrahi girişim sonrası geçen süre									
< 6 ay	8,22±17,36	19,73±20,60	41,39±27,39	27,21±30,94	17,69±23,67	18,71±25,38	14,29±26,35	5,44±14,19	22,45±22,96
> 6 ay	17,71±23,92	27,60±27,63	45,03±22,55	35,42±34,85	16,67±25,40	13,54±20,93	18,75±30,45	8,33±16,93	35,42±31,61
Test	-2,066	-1,468	-0,625	-1,110	0,184	0,958	-0,701	-0,830	-2,138
p*	0,042	0,146	0,534	0,270	0,854	0,341	0,486	0,409	0,036
Cerrahi girişim sonrası uygulanan tedavi/ler									
Kemoterapi	13,16±22,15	22,95±22,60	42,88±25,54	27,32±29,51	18,03±23,23	19,40±24,19	18,58±30,14	7,10±16,23	26,23±26,61
Kemoterapi+ radyo terapi	8,33±14,81	22,50±27,72	42,68±26,05	40,00±39,88	15,00±27,52	8,33±20,59	8,33±18,34	5,00±12,21	31,67±29,57
Test	0,909	0,073	0,030	-1,309	0,484	1,837	1,820	0,531	-0,772
p*	0,366	0,942	0,976	0,202	0,630	0,070	0,074	0,597	0,443

*Veri analizinde bağımsız gruplarda t testi kullanıldı. ** Veri analizinde tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı.

Kadınların klinik özellikleri ile EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi semptom ölçek puanlarının karşılaştırması Tablo 4.11’de yer almaktadır. Cerrahi girişim sonrası geçen süre gruplarına göre semptom ölçek puanlarını oluşturan alt boyutlarından dispne ($p=0,042$) ve maddi zorluk puan ortalamalarında ($p=0,036$) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu; cerrahi sonrası geçen süre arttıkça dispne ve maddi zorlukla ilgili sorunların arttığı saptandı (Tablo 4.11).



Tablo 4.12. Kadınların Tanıtıcı ve Klinik Özellikleri ile EORTC QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler	EORTC QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği							
	Fonksiyonel ölçek puanı				Semptom ölçek puanı			
Yaş	Beden imajı	Cinsel işlev	Cinsel haz	Gelecek beklentisi	Sistemik tedavi yan etkileri	Memeye bağlı sorunlar	Kola bağlı sorunlar	Saç dökülmesi
Test	0,206	0,528	0,420	0,134	-0,239	-0,216	-0,233	-0,032
p***	0,066	<0,001	0,019	0,231	0,031	0,053	0,036	0,819
Medeni durum	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Evli	72,85±25,79	83,33±18,95	64,45±27,59	51,01±32,67	34,06±16,54	21,59±16,21	23,66±22,18	50,00±34,25
Evli değil	73,89±31,95	97,78±8,61	66,67±0,00	42,22±29,46	30,38±19,69	20,56±20,86	25,07±24,95	66,67±40,82
Test	-0,134	-4,484	-	0,956	0,750	0,211	-0,217	-1,295
p*	0,894	<0,001	-	0,342	0,455	0,833	0,829	0,201
Beden kitle indeksi								
Normal	71,35±29,65	82,29±23,15	50,00±40,83	58,33±41,28	42,44±22,35	27,08±18,88	27,71±24,99	57,14±37,96
Fazla Kilolu	70,57±28,71	84,90±17,64	64,45±15,26	40,62±27,74	31,56±14,13	19,53±15,93	20,40±20,35	52,17±35,99
Obez	76,26±23,86	88,89±16,49	73,34±30,63	53,54±29,98	30,74±15,86	20,45±17,06	25,49±23,60	50,00±34,77
Test	0,399	0,790	1,427	2,148	2,959	1,139	0,691	0,159
p**	0,672	0,457	0,257	0,124	0,058	0,325	0,504	0,854
Hastalığın evresi								
Evre I	66,67±38,34	93,59±12,80	50,00±70,71	38,46±35,61	34,28±18,95	19,23±22,15	15,36±23,34	77,78±33,33
Evre II	73,47±24,57	84,21±16,41	72,55±17,62	54,39±31,41	30,31±11,35	19,96±15,44	24,17±21,56	46,91±34,91
Evre III	75,28±24,12	85,00±22,04	55,56±29,59	47,78±31,18	36,87±21,63	24,17±16,72	27,30±23,27	49,12±34,01
Test	0,470	1,350	1,773	1,259	1,264	0,632	1,284	2,883
p**	0,627	0,265	0,188	0,290	0,288	0,534	0,283	0,065
Cerrahi girişim şekli								
Basit mastektomi	65,48±30,31	84,92±19,65	58,33±34,50	42,86±33,57	37,29±20,70	20,24±18,93	18,47±21,72	62,22±37,52
Modifiye radikal mastektomi	75,34±26,46	87,08±15,69	70,37±22,55	56,46±32,06	31,06±15,77	23,30±16,84	26,87±21,73	44,09±33,76
Radikal mastektomi	65,28±15,29	75,00±32,92	44,45±38,49	33,33±21,08	40,39±16,42	18,06±17,01	24,00±33,94	66,67±23,57
Meme koruyucu cerrahi	91,67±14,43	93,33±14,91	66,67±0,00	26,66±14,91	31,20±12,44	11,67±7,46	17,73±20,16	66,67±47,14
Test	1,691	1,069	0,966	2,559	1,031	0,853	0,806	1,466
p**	0,176	0,367	0,423	0,061	0,384	0,469	0,494	0,235

Tablo 4. 12. devamı

Özellikler	EORTC QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği							
	Fonksiyonel ölçek puanı				Semptom ölçek puanı			
	Beden imajı	Cinsel işlev	Cinsel haz	Gelecek beklentisi	Sistemik tedavi yan etkileri	Memeye bağlı sorunlar	Kola bağlı sorunlar	Saç dökülmesi
Cerrahi girişim sonrası geçen süre								
< 6 ay	73,81±27,38	86,39±15,84	72,22±26,20	52,38±31,92	32,43±15,35	20,92±16,33	22,14±21,60	57,58±34,63
> 6 ay	71,88±26,33	85,42±21,90	53,85±25,60	44,79±32,36	34,81±19,64	22,14±18,28	26,63±24,06	45,46±36,44
Test	0,316	0,233	1,945	1,041	-0,609	-0,313	-0,875	1,245
p*	0,753	0,816	0,061	0,301	0,544	0,755	0,384	0,218
Cerrahi girişim sonrası uygulanan tedavi/ler								
Kemoterapi	73,22±27,35	86,34±17,87	68,12±27,48	51,91±31,34	34,30±16,22	20,77±16,85	24,68±23,57	52,90±35,54
Kemoterapi+radyoterapi	72,50±25,81	85,00±20,16	54,17±24,80	41,67±33,99	30,55±19,70	23,33±17,85	21,60±19,56	51,85±37,68
Test	0,104	0,282	1,265	1,243	0,850	-0,583	0,527	0,080
p*	0,917	0,779	0,216	0,218	0,398	0,561	0,600	0,936

*Veri analizinde bağımsız gruplarda t testi kullanıldı. ** Veri analizinde tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı.

*** Veri analizinde Pearson Korelasyon testi kullanıldı.

Kadınların tanıtıcı ve klinik özellikleri ile EORTC QLQ-BR23 yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırması Tablo 4.12’de yer almaktadır. Yaş ile EORTC QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fonksiyonel ölçek puanlarını oluşturan alt boyutlarından cinsel işlev puan ortalaması ($p<0,001$) arasında pozitif yönlü, orta düzeyde; cinsel haz puan ortalaması ($p=0,019$) arasında ise pozitif yönlü, zayıf; semptom ölçek puanlarını oluşturan sistematik tedavi yan etkileri ($p=0,031$) ve kola bağlı sorunlar puan ortalamaları ($p=0,036$) arasında negatif yönlü, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4.12).

Medeni durum ile EORTC QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fonksiyonel ölçek puanını oluşturan alt boyutlarından cinsel işlev puan ortalaması ($p<0,001$) arasında anlamlı bir fark olduğu, evli olmayanların cinsel işlev puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,001$) (Tablo 4.12).

5. TARTIŞMA

Meme kanseri cerrahisi sonrası oluşan üst ekstremité sorunlarını saptamak ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları, bu bölümde üst ekstremité sorunları ve üst ekstremité sorunlarının yaşam kalitesine etkisi başlıkları altında literatür doğrultusunda tartışıldı.

Üst Ekstremité Sorunları

Meme kanseri cerrahisi sonrası üst ekstremité sorunları sık görülmektedir [62,73,75]. Bu araştırmada üst ekstremité sorunları; omuz eklem hareket açıklığı, lenfödem varlığı ve OAÖİ kullanılarak belirlendi.

Omuz Eklem Hareket Kısıtlılığı

Araştırmada, omuz eklem hareket kısıtlılığını değerlendirmek için yapılan ölçümlerde, abdüksiyon ya da fleksiyonda diğer ekstremitéye göre 25° ve üzeri fark, literatürde önerildiği gibi kısıtlılık olarak değerlendirilmiş olup [17,21]; kadınların yaklaşık üçte birinde (%37) omuz eklem hareket açıklığında kısıtlılık olduğu saptandı. Aynı ölçüm değerini kısıtlılık olarak kabul eden bazı araştırmalarda da benzer oranlara ulaşılırken [21,63]; 5° ve 10°'lik farkı da eklem kısıtlılığı kabul eden araştırmalara da literatürde rastlanmıştır [122,123].

Nesvold ve ark. (2010), meme kanserli hastalarda üst ekstremité sorunlarının yaşam kalitesine etkisini incelediği araştırmada, mastektomi yapılan hastalarda abdüksiyon bozukluğunu %36 bulurken, meme koruyucu cerrahi uygulanan hastalarda %16 olarak bildirmiştir [21]. Sözü edilen araştırmada uygulanan cerrahi girişim türü ekstremité kısıtlılığını etkilerken, bu araştırmada fark saptanmamıştır. Farklı bir araştırmada da meme kanseri cerrahisi ve radyoterapi sonrası kol ve omuz sorunları belirlenmiş ve omuz abdüksiyon bozukluğu %32 olarak belirtilmiştir [63]. Diğer bir araştırmada da üst ekstremité sorunlarının daha düşük oranda (%22) olduğu bildirilmiştir [17]. Ancak sözü edilen araştırmada kadınların omuz hareket kısıtlılığı ortalama 31,8±38,8 ayda ölçülürken, bu araştırmada kadınların yarıdan fazlası cerrahi girişim sonrası altı ay içerisindeydi. Bu nedenle iki araştırma arasındaki oran farkının, cerrahi girişim sonrası geçen süre ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Cerrahi sonrası geçen süre arttıkça üst ekstremité sorunlarının azaldığı da bildirilmektedir [124]. Bununla birlikte uzun dönemde radyoterapiye bağlı fibrozis oluşumu ya da pektoralis majör veya minör kası çevresinde yapılan cerrahi girişim sonrası iyileşmeyle birlikte ortaya çıkan fibrotik değişikliklerin, kadınlarda hareket sınırlılığı ve omuz sorunlarına neden olabileceği bildirilmiştir [125].

Omuz eklem hareket açıklığı ölçümlerinde 5° ve üzeri farkın kısıtlılık kabul edildiği bir araştırmada, cerrahi sonrası iki ayını tamamlamış hastaların %84'ünde fleksiyon; %60'ında ise omuz abdüksiyonunda kısıtlılık bildirilmiştir [122]. Eklem açıklığında 10° ve üzeri farkın kısıtlılık kabul edildiği başka bir araştırmada; cerrahiden 6-12 ay sonra yapılan değerlendirmelerde

abdüksiyonda %41 oranında kısıtlılık bildirilmiştir [123]. Literatürden farklı olarak bu araştırmada, kısıtlılığı olan kadınların oranının daha az (%37) olmasında, kısıtlılık olarak kabul edilen ölçüm derecelerinin farklı olmasının etkili olduğu söylenebilir. Çünkü meme kanseri cerrahisi sonrası omuz hareket kısıtlılığındaki farklılıklar, kısıtlılık kabul edilen ölçüm derecelerinin çeşitliliğinden ($5^0, 10^0, 25^0$) [17,21,122,123], ölçümün yapıldığı zamandan [17,123,124] ve uygulanan tedaviden (radyoterapi, cerrahi girişimin türü, diseke edilen lenf nodu sayısı vb.) etkilenebilmektedir [67,73,125].

Lenfödem

Meme kanseri nedeniyle cerrahi girişim geçiren kadınlarda lenfödem görülme sıklığı değişken olmakla birlikte hastaların %40'ından fazlasında çeşitli derecelerde lenfödem gelişebilmektedir [72]. Literatürde, lenfödem görülme sıklığının %6-80 arasında değiştiği bildirilmekte ve bu geniş aralığın farklı ölçüm teknikleri ile ölçüm zamanından kaynaklanabileceği üzerinde durulmaktadır [62].

Bu araştırmada kadınların yaklaşık beşte birinde (%19,8) lenfödem görülürken, obez kadınlarda diğer kadınlara göre daha fazla lenfödem geliştiği saptandı. Bu sonuç daha önce yapılmış ve benzer sonuca ulaşmış araştırmaları desteklemektedir. Soyder ve ark. (2014) cerrahi sonrası 12. ayda lenfödemi değerlendirdikleri araştırmada, kadınların %6,9'unda lenfödem geliştiğini ve bu kadınların %85,7'sinin BKİ'nin 25 ve üzerinde olduğunu bulmuştur [65]. Meme kanseri sonrası üç yıllık süre içerisinde lenfödem insidansı ve risklerinin araştırıldığı farklı bir araştırmada da BKİ 26 ve üzeri olan kadınlarda lenfödemin daha sık geliştiği bildirilmiştir [126]. Helyer ve ark. (2010) ise araştırmalarında lenfödem oranını %11,6 olarak bulmuş ve BKİ arttıkça lenfödem ölçümünün yapıldığı kol hacminde de artış olduğunu ortaya koymuştur. Obez hastalarda lenfödem gelişiminin etiyolojisi tam olarak açıklanamamakla birlikte cilt altı yağ dokusunun lenfatik sıvıyı tutması, cerrahi sonrası lenfatik anastomozların daha geç oluşması, beden ağırlığının artmasına bağlı fiziksel aktivitenin sınırlanması gibi nedenlerin etkili olduğu bildirilmektedir [127,128].

Araştırmada meme kanserinin 3. evresinde olan kadınlarda 1. ve 2. evreye göre daha fazla lenfödem geliştiği saptandı. Şimşir Atalay ve ark. (2011) cerrahi girişimden üç ay ve sonrasında kadınların %34,8'inde lenfödem geliştiğini belirlemiş ve bu araştırmaya benzer biçimde hastalığın evresinin lenfödem gelişimini etkilediğini saptamıştır [17]. Sözü edilen araştırmaya göre bu araştırmada daha az sayıda kadında lenfödem gelişmesi, lenfödem ölçüm zamanları ya da tekniklerinin farklı olmasından kaynaklanabilir. Bununla birlikte literatürde de erken dönemde cerrahinin etkilerine bağlı gelişen ödem ile lenfödemin ayırt edilmesinde güçlük yaşanabileceği bildirilmektedir [73]. Şimşir Atalay ve ark.'nın (2011) araştırmasında ölçüm, cerrahi girişimin üçüncü ayı ve sonrasında yapılırken, bu araştırmada kadınların yarısından fazlasında ölçüm cerrahi sonrası altı ay içinde yapılmıştır. İki araştırma arasındaki farklılıkta 3.

evredeki kadınlara uygulanan cerrahi girişim sırasında yapılan ALND ve diseke edilen lenf nodu sayısı da, lenfödem oranını arttırmış olabilir.

Literatürde cerrahi girişim sonrası geçen süre arttıkça kadınlarda lenfödem görülme sıklığının da arttığı bildirilmiştir [7,62,73]. Yıldız ve Karayurt (2011), meme kanserli kadınların lenfödem nedeniyle yaşadıkları güçlükleri belirlemeye yönelik gerçekleştirdikleri araştırmada, lenfödem en sık cerrahi sonrası 7-11. aylar içinde görüldüğünü (%38) bulmuşlardır [7]. Hayes ve ark. (2008) da cerrahi girişimden altı ay sonrasında lenfödem görülme sıklığının erken döneme göre daha fazla olduğunu bildirmiştir. Bunu da meme kanserinin tedavi sürecinin (cerrahi, kemoterapi, radyoterapi vb.) genellikle ortalama 3-6 ay içerisinde tamamlanması ve lenfödeminde bu tedavi sürecine bağlı gelişiminden dolayı altı aydan sonra daha belirgin hale gelmesi ile açıklamıştır [62]. Bu araştırmada da sözü edilen araştırmalara benzer biçimde cerrahi girişim sonrası altı ay ve daha fazla süre geçen kadınlarda lenfödem daha fazla görülmüştür.

Bu araştırmada lenfödem, literatürde bildirilen radyoterapinin aksine kemoterapi alan hastalarda daha fazla gelişti. Cerrahi girişim sonrası lenfödem gelişiminde uygulanan tedavi yöntemlerinden özellikle radyoterapi ve ALND'nun riski arttırdığı [72,73,119]; kemoterapinin ise riski arttırmadığı bildirilmiştir [68]. Ancak bazı araştırmalarda, adjuvan kemoterapide kullanılan bazı kemoterapi ajanlarının lenfödem gelişiminde etkili olduğu da belirtilmiştir [129, 130,131]. Bu araştırmada ise sonucu cerrahi girişimden sonra uygulanan tedavi yönteminden daha çok hastalığın evresine göre uygulanan cerrahi girişimin türü (ALND'nun yapıldığı modifiye radikal mastektomi (%60,5) ve radikal mastektomi (%7,4) uygulaması) etkilemiş olabilir.

Omuz Ağrı ve Özürlülük İndeksi

Omuz Ağrı ve Özürlülük İndeksi puanına göre araştırmada kadınların omuz ağrısı, özürlülüğü ve toplam OAÖİ puanı düşüktü. Büyükakıncak ve ark. (2014) araştırmasında cerrahi girişim sonrası 3 ile 24 ay arasındaki kadınların ağrı, dizabilite ve toplam OAÖİ puanları bu araştırma ile benzer bulunmuştur [11]. Araştırmada, kadınların yaşı arttıkça daha az ağrı ve özürlülük sorunu yaşadığı ve omuz işlevlerinin daha az etkilendiği (toplam OAÖİ puanında düşüş) saptandı. Omuz sorunu olan hastalarda OAÖİ'nin geçerliliğinin yapıldığı bir araştırmada ise, yaştan özürlülüğü etkilediği ancak ağrıyı etkilemediği bildirilmiştir [132]. Sözü edilen araştırmada farklı patolojilere sahip omuz sorunu yaşayan hastalar örnekleme oluşturmuştur. Bu araştırmada ise omuzun anatomik yapısı ile ilgili bir deformite söz konusu olmayıp, kadınların ALND yapılmasına bağlı omuz işlevleri etkilenebileceğinden, özürlülüğün kadınların koruyucu hareketlerinden kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte genç kadınların (<55) yaşlılardan daha fazla ağrı ve omuza yönelik yetersizlikler yaşadığını bildiren araştırmalar bulunmaktadır [133]. Liu ve ark. (2009) meme kanserinin tedavisi sonrası kadınlarda ağrı, eklem hareket açıklığı, ödem, kas gücü ve duyu bozuklukları gibi geç morbiditeleri değerlendirdiği sistematik

incelemesinde, kadınlarda ilk bir yıl ve sonrasında ağrının %8-36 oranında görüldüğünü, ikinci yılda ise %7,5-21 oranına düştüğünü bildirmiş, cerrahi sonrası geçen süre ile genç kadınlarda bu sorunların daha fazla yaşandığına dair güçlü kanıtlar olduğunu belirtmiştir [134]. Bu araştırmada da sözü edilen araştırmalara benzer biçimde yaş arttıkça kadınlar daha az ağrıdan yakınmışlardır. Hastalık, yaşın ilerlemesine bağlı iş yapmama ya da cerrahi girişim sonrası aşırı kollayıcı davranışların varlığı kadınların kolunu kullanmamasına ve dolayısıyla ağrıdan ya da özürlülüğten daha az yakınmasına neden olmuş olabilir. Ayrıca yaşlı kadınlar daha az hareketli olabildiklerinden bu sorunları cerrahi girişim yerine yaşlanmaya bağlı geliştiğini düşünmüş ve bildirmemiş olabilirler. Araştırmada semptomların hasta bildirimine dayalı bir ölçüm aracı ile subjektif olarak değerlendirilmiş olması da, varolan sorunların tam olarak belirlenmesini engellemiş olabilir.

Meme kanseri cerrahisi sonrası en sık görülen yakınmalardan birisi kol ve omuz ağrısıdır. Kadınlar, ağrı nedeniyle omuz ve kol hareketlerinde kısıtlılıklar yaşamakta ve günlük yaşam aktiviteleri olumsuz yönde etkilenmektedir [62,63,73]. Araştırmada, omuz eklem hareket kısıtlılığı olan hastalarda ağrı ve özürlülük ile OAÖİ toplam puanı daha yüksek saptanırken, lenfödem ağrı, özürlülük ve omuz işlevleri üzerinde etkili olmadığı belirlendi. Lauridsen ve ark. (2008) ve Devoogdt ve ark. (2009) araştırmalarında, bu çalışmaya benzer biçimde omuz eklem hareket kısıtlılığı olan hastaların, olmayan hastalara göre ağrı yakınmasının daha fazla olduğunu ortaya koymuşlardır [64,124]. Meme kanserli kadınlarda tedaviyle ilişkili kol ve omuz sorunlarının değerlendirildiği bir sistematik incelemede, ALND yapılan kadınlarda cerrahi girişimden 12 ay sonrasında omuz ağrısının %9-68 arasında değiştiği bildirilmiştir [73]. Bu araştırmada ise ağrı yakınmasının sözü edilen derlemedeki ile paralel olarak cerrahi girişimden altı ay ve sonrasında daha fazla olduğu ve toplam OAÖİ'ni etkilediği belirlendi. Meme kanseri tedavisine bağlı omuz kası boyutları ve aktivitesindeki değişimlerin incelendiği bir araştırmada, cerrahi girişim sonrası 4-6. yılları arasında OAÖİ'ne göre ağrının yüksek olduğu bildirilmiş ve bu sonucu cerrahi girişim sonrası oluşan skar dokusu veya radyoterapinin etkisi ile açıklamıştır [135]. Bu araştırmada da tüm hastalara cerrahi girişim uygulanırken, yarından fazlasına da ALND'nu içeren cerrahi girişim yapılmıştır.

Araştırmada, baskın el tarafından cerrahi girişim geçiren hastalarda, özürlülüğün geçirmeyenlere göre daha fazla olduğu saptandı. Beklenen bu sonuçta, baskın elini kullanan hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken zorluk yaşamalarının etkili olduğu düşünülmektedir.

Üst ekstremité sorunlarının yaşam kalitesine etkisi

Üst ekstremité sorunları ile yaşam kalitesini değerlendirmede, bu araştırmada kullanılandan farklı ölçekler (üst ekstremité sorunlarını belirlemede Kol, Omuz ve El Sorunları

Anketi; yaşam kalitesini belirlemede Kısa Form 36, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği vb.) kullanılmış ve bu araştırmalarda da benzer sonuçlara ulaşılarak üst ekstremitte sorunlarının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur [11,17,21,62,103,136].

Araştırmada, omuz eklem hareket açıklığında kısıtlılık olan kadınların, EORTC QLQ-C30 ölçeğinin fiziksel işlev puanlarının düştüğü; ağrı semptomlarının ise arttığı görüldü. Bu ölçeğin fiziksel işlev puanlarını oluşturan maddeleri, günlük yaşam aktiviteleriyle ilgili olduğundan, kadınların ağrı nedeniyle omuz hareket kısıtlılığı yaşadıkları ve bu nedenle fiziksel işlev puanlarının etkilendiğini düşündürmektedir. Sagen ve ark. (2009) etkilenen omuz işlevlerinin, fonksiyonel ölçek puanlarını anlamlı olarak etkilediğini bildirmiştir. Aynı araştırmada kadınların, tedavi sonrası erken döneme göre altı ay sonrasında daha iyi fonksiyonel yaşam kalitesi sonuçlarına ulaştığı belirtilmiştir [75]. Bu araştırmada ise kadınların yarısından fazlasının cerrahi girişim sonrası erken dönemde (<6 ay) olması, cerrahi girişim bölgesindeki ağrı nedeniyle hastaların hareketlerini kısıtlamalarına neden olmuş olabilir.

Araştırmada üst ekstremitte sorunlarını belirlemede kullanılan OAÖİ'ne göre kadınlarda ağrı ve özürllülük arttıkça, EORTC QLQ-C30 fiziksel işlev, rol işlev, zihinsel işlev, sosyal işlev, genel sağlık ve EORTC QLQ-BR23 puanlarından beden imajının azaldığı; ağrı, yorgunluk, dispne, uykusuzluk, iştah kaybı ve maddi zorluk gibi semptomların ise daha sık yaşandığı belirlendi. Assis ve ark. (2013), aynı ölçeği kullanarak yaşam kalitesini değerlendirdiği araştırmasında, omuzdaki özürllülüğün yaşam kalitesi ölçeğinin benzer alt boyutlarında düşüşe neden olduğunu bildirmiştir [70]. Büyükkıncak ve ark. (2014) OAÖİ ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeğini kullandıkları araştırmada, özürllülük arttıkça yaşam kalitesinin düştüğünü belirtmiştir [11]. Farklı bir araştırmada ise üst ekstremitte sorunlarının yaşam kalitesini etkilemediği bildirilmiştir ve bu araştırmadan daha yüksek yaşam kalitesi puanlarına ulaşılmıştır [137]. Ancak araştırmanın örneklemini SLNB yapılan kadınların oluşturması, bu araştırmadan farklı sonuçların ortaya çıkmasına neden olmuş olabilir. Rietman ve ark. (2006) SLNB ve ALND uygulanan hastalarda cerrahiden iki yıl sonra üst ekstremitte sorunlarının günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitelerini etkilediğini bildirmiş; ALND uygulanan hastaların yaşam kalitesi puanlarının daha olumsuz etkilendiğini belirtmiştir [101].

Omuz eklem hareket açıklığında kısıtlılık olan kadınların, EORTC QLQ-BR23 yaşam kalitesi ölçeğinin memeye ve kola bağlı sorunları daha fazla yaşadığı belirlenirken, lenfödemli yaşam kalitesini etkilemediği saptandı. Farklı bir araştırmada da bu araştırmaya benzer biçimde omuzdaki özürllülüğün bu sorunların daha fazla yaşanmasına neden olduğu saptanmıştır [70]. Meme kanserine özgü yaşam kalitesinin ölçüldüğü bu ölçekte üst ekstremitte sorunlarının kol ve memeye bağlı sorunlara neden olarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesi beklenen bir sonuçtur. Cerrahi girişimin doğal bir süreci olan insizyon bölgesinde yaşanan ağrı, hassasiyet, seroma ve cilt sorunları, hastaların üçte birinde omuz hareket kısıtlılığının varlığı, düşük olmakla

birlikte omuz ağrısı ve özürlülüğü, hastaların yarıdan fazlasının cerrahi girişim sonrası erken dönemde olması, ALND içeren cerrahi girişimlerin uygulanması gibi birçok faktör kadınların meme ve kola yönelik sorunlar yaşamasına neden olmuş olabilir.

Bu araştırmada lenfödem kadınların yaşam kalitesini etkilemediği saptandı. Daha önce yapılan bazı araştırmalarda [105,106] lenfödem yaşam kalitesini etkilediği bildirilirken, bu araştırmaya benzer biçimde etkisinin olmadığını gösteren araştırmalarda mevcuttur [134]. Lenfödem yaşam kalitesini etkilememesinde, lenfödem derecesinin etkili olabileceği üzerinde durulmuştur. Hafif lenfödem bireylerin işlevsel kapasitelerini ve yaşam kalitelerini etkilemezken, lenfödem ağırlaştıkça yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenebilmektedir [134]. Bu araştırmada ise lenfödem ölçümü yapılmış ancak lenfödem derecesi belirlenmemiştir. Bununla birlikte lenfödem gelişen hasta sayısının az olması, yaşam kalitesine etkisinin tam olarak değerlendirilememesine neden olmuş olabilir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Meme kanseri nedeniyle cerrahi girişim uygulanan kadınların yaşadığı üst ekstremité sorunları ve bu sorunların yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Kadınların yaş ortalamaları $51,18 \pm 9,43$ yıl olup, %81,5'u evliydi. Hastaların %40,7'si obez, %46,9'u evre II meme kanseriydi. En sık uygulanan cerrahi girişim modifiye radikal mastektomiydi (%60,5) ve kadınların yarısından fazlası (%60,5) cerrahi girişim sonrası ilk altı ay içerisindeydi.
- Kadınların %37'sinde omuz eklem hareket kısıtlılığı, %19,8'inde lenfödem saptandı. Obez, III. evre meme kanseri ve cerrahi sonrası geçen süre altı ay ve üzerinde olan kadınlarda, lenfödem daha fazla görüldü.
- Omuz Ağrı ve Özürölülük İndeksine göre kadınların omuz ağrısı, özürölülüğü ve toplam puanı düşüktü. Kadınların yaşı arttıkça daha az ağrı ve özürölülük sorunu bildirdiği ve omuz işlevlerinin daha az etkilendiği belirlendi. Cerrahi girişimden altı ay ve daha fazla süre geçen kadınlarda, OAÖİ'ine göre daha fazla ağrı yaşadığı saptandı. Baskın el tarafından cerrahi girişim geçiren kadınlarda, geçirmeyenlere göre özürölülüğün daha fazla olduğu saptandı.
- Omuz eklem hareket açıklığında kısıtlılık olan kadınların, EORTC QLQ-C30 ölçeğinin fiziksel işlev puanlarının düştüğü; ağrı semptomlarının ise arttığı; EORTC QLQ-BR23 yaşam kalitesi ölçeğinin memeye ve kola bağlı sorunlarını daha fazla yaşadığı belirlendi. Lenfödem'in ise kadınların yaşam kalitesini etkilemediği görüldü.
- Omuz Ağrı ve Özürölülük İndeksine göre kadınlarda ağrı ve özürölülük arttıkça, EORTC QLQ-C30 fiziksel işlev, rol işlev, zihinsel işlev, sosyal işlev, genel sağlık ve beden imajının azaldığı; ağrı, yorgunluk, dispne, uykusuzluk, iştah kaybı ve maddi zorluk gibi semptomların ise daha sık yaşandığı saptandı.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Meme kanseri nedeniyle cerrahi girişim geçiren tüm kadınlarda, omuz eklem hareket kısıtlılığı ve lenfödem gibi ortaya çıkabilecek sorunların önlenmesi ve erken tanılanabilmesi amacıyla üst ekstremitte sorunlarının belirli dönemlerde değerlendirilmesi,
- Meme cerrahisi sonrası üst ekstremitte sorunu yaşama açısından riskli hastaların (obez, III. evre meme kanseri, cerrahi girişimden altı ve daha fazla geçen hastalar, baskın el tarafından cerrahi girişim uygulananlar) belirlenmesi için kliniklerde protokol oluşturulması,
- Hemşirelerin cerrahi girişim sonrası üst ekstremitte sorunu yaşama riski yüksek kadınlara, bu sorunların önlenmesi amacıyla egzersiz eğitimi ile alınması gereken önlemlere yönelik eğitim vermeleri ve bu hastaları izlemeleri,
- Üst ekstremitte sorunu yaşayan kadınların yaşam kalitelerinin düştüğü göz önünde bulundurulduğunda; meme kanseri nedeniyle tedavi sürecinde olan kadınların fiziksel sağlıklarının yanı sıra, psikososyal olarak değerlendirilmesine olanak sağlayan, hasta bildirimlerine dayalı ölçüm araçlarının (yaşam kalitesi ölçeği vb.) kullanımının tedavi sürecinin bir parçası haline getirilmesi,
- Gelecekte cerrahi girişim sonrası geçen sürenin farklı olduğu hastalar yerine, aynı hastaların cerrahi girişim öncesi ve sonrası belirli aralıklarla üst ekstremitte sorunlarının belirlenmesi ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi, cerrahi girişim sonrası kadınlarda üst ekstremitte sorunu gelişme risklerini belirlemeye yönelik yeni araştırmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- [1]. World Cancer Research Fund International. *Breast cancer statistics*. 19.06.2017 tarihinde <http://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/data-specific-cancers/breast-cancer-statistics> adresinden erişildi.
- [2]. World Cancer Research Fund & American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project. (2017). Diet, nutrition, physical activity and breast cancer. Breast Cancer Report 2017. 07.06.2017 tarihinde http://www.wcrf.org/sites/default/files/CUP_BREAST_REPORT_2017_WEB.pdf adresinden erişildi.
- [3]. American Cancer Society (2015) *Breast Cancer Facts & Figures 2015-2016*. Atlanta: American Cancer Society, Inc. 15 Haziran 2017 tarihinde www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2015-2016.pdf adresinden erişildi.
- [4]. International Agency for Research on Cancer (2017) Cancer Screening in the European Union Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening 15 Haziran 2017 tarihinde https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/major_chronic_diseases/docs/2017_cancerscreening_2ndreportimplementation_en.pdf adresinden erişildi.
- [5]. Hacıkamiloğlu E, Gültekin M, Boztaş G, Dünder S, Utku EŞ, Ergün A, ve diğerleri. (2017). T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kanser İstatistikleri. Şencan İ, Keskinlikçi B, (Edt). Ankara, 2017: 1-57. 15 Haziran 2017 tarihinde http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014-RAPOR.pdf adresinden erişildi.
- [6]. Akyolcu N. ve Altun Uğraş G. (2011). Kendi kendine meme muayenesi: Erken tanıda ne kadar önemli? *Meme Sağlığı Dergisi*, 7(1), 10-14.
- [7]. Yıldız, A. ve Karayurt, Ö. (2011). Meme kanserli kadınların lenfödem nedeniyle yaşadıkları güçlükler. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 7(3).
- [8]. Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Sauer, H. ve Holzel, D. (2003). Axilla surgery severely affects quality of life: results of a 5-year prospective study in breast cancer patients. *Breast Cancer Research and Treatment*, 79(1), 47-57
- [9]. Rietman, J. S., Dijkstra, P. U., Debrecezen, R., Geertzen, J. H., Robinson, D. P. ve de Vries, J. (2004). Impairments, disabilities and health related quality of life after treatment for breast cancer: a follow-up study 2.7 years after surgery. *Disability and rehabilitation*, 26(2), 78-84.
- [10]. Kaya, T., Karatepe, A.G., Günaydin, R., Yetis H. ve Uslu, A. (2010). Disability and Health-Related Quality of Life after Breast Cancer Surgery: Relation to Impairments *Southern Medical Journal*, 103(1), 37-41
- [11]. Büyükkakıncak, Ö., Akyol, Y., Özen, N., Ulus, Y., Cantürk, F., Tander, B., Büyükkakıncak, S., Bilgici, A. ve Kuru, Ö. (2014). Meme kanseri olan hastalarda cerrahi sonrası erken dönemde yaşam kalitesi: omuz ağrısı, el kavrama gücü, dizabilite ve emosyonel durum ile ilişkisi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 60 (1), 1-6.
- [12]. Demirci, S., Eser, E., Ozsaran, Z., Tankisi, D., Aras, A. B., Ozaydemir, G. ve Anacak, Y. (2011). Validation of the Turkish versions of EORTC QLQ-C30 and BR23 modules in breast cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev*, 12(5), 1283-7.
- [13]. Kwan, W., Jackson, J., Weir, L. M., Dingee, C., McGregor, G. ve Olivotto, I. A. (2002). Chronic arm morbidity after curative breast cancer treatment: prevalence and impact on quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 20(20), 4242-4248.
- [14]. Dawes, D.J., Meterissian, S., Goldberg, M. ve Mayo, N.E. (2008). Impact of lymphoedema on arm function and health-related quality of life in women following breast cancer surgery. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(8), 651-658.
- [15]. Karayurt, Ö. (2015). Meme kanseri. Gülbeyaz Can. (Ed.). *Onkoloji hemşireliği içinde* (s. 619-657). İstanbul: Nobel Matbaacılık.

- [16]. Türk G, Atalay M. (2007). Mastektomi sonrası yaptırılan egzersizlerin kol ödeminin önlemeye etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 3(3):143-149.
- [17]. Şimşir Atalay, N., Taflan Selçuk, S., Ercidoğan, Ö., Akkaya, N., Sarsan, A., Yaren, A. ve Şahin, F. (2011). Meme Cerrahisi ve Aksiller Diseksiyon Uygulanan Meme Kanseri Hastalarında Üst Ekstremité Problemlerinin Sıklığı ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences/Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 57,186-192.
- [18]. Thomas-MacLean, R., Miedema, B. ve Tatemichi, S. R. (2005). Breast cancer-related lymphedema: women's experiences with an underestimated condition. *Canadian Family Physician*, 51(2), 246-247.
- [19]. Gül, A., Erdim, L. (2009). Meme kanseri ameliyatından sonra lenfödemin önlenmesinde hemşirelerin eğitim yaklaşımı. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(12), 82-86.
- [20]. Beaulac, S.M., McNair, L.A., Scott, T.E., LaMorte, W.W. ve Kavanah, M.T. (2002). Lymphedema and quality of life in survivors of early-stage breast cancer. *Archives of Surgery*, 137(11), 1253-1257.
- [21]. Nesvold, I. L., Fosså, S. D., Holm, I., Naume, B. ve Dahl, A. A. (2010). Arm/shoulder problems in breast cancer survivors are associated with reduced health and poorer physical quality of life. *Acta Oncologica*, 49(3), 347-353.
- [22]. Justice, M. (2016). Care of patients with breast disorders. Donna D. Ignatavicius, M. Linda Workman (Ed). *Medical-Surgical Nursing Patient-Centered Collaborative Care* (8th ed) içinde (s. 1461- 1481). St.Louis: Elsevier.
- [23]. Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D. M., Forman, D. ve Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, 136(5), E359-E386.
- [24]. Torre, L. A., Bray, F., Siegel, R.L., Ferlay, J., Lortet-Tieulent, J., Jemal, A. (2015). *Global Cancer Statistics, 2012, CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 65(2), 87-108.
- [25]. Şencan, İ., Keskinlik, B. (Ed.). (2017). *T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kanser İstatistikleri* Ankara. 07 Haziran 2017 tarihinde http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014-RAPOR.pdf adresinden erişildi.
- [26]. Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D.M., Forman, D. ve Bray, F. (2012). GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. 07 Haziran 2017 tarihinde <http://globocan.iarc.fr> adresinden erişildi.
- [27]. American Cancer Society (2015). Global Cancer Facts & Figures 3rd Edition. Atlanta: American Cancer Society. 15 Haziran 2017 tarihinde www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/global-cancer-facts-and-figures/global-cancer-facts-and-figures-3rd-edition.pdf adresinden erişildi.
- [28]. Türkiye İstatistik Kurumu (2017). *Ölüm nedeni istatistikleri, 2016*. 13.06.2017 tarihinde <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572> adresinden erişildi.
- [29]. Köse, M. R., Başara, B.B., Güler, C., Soytutan, İ., Aygün, A., Özdemir, T.A. (Ed.). (2016). *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü sağlık istatistikleri yıllık 2015*. Ankara: Sistem Ofset, 15.06.2017 tarihinde http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf adresinden erişildi.
- [30]. Özmen, V., Dağoğlu, N., Dede, İ., Akçakaya, A., Kerem, M., Göksel, F. ve diğerleri (2016). Turkish Ministry of Health, 2nd Turkish Medical General Assembly Clinical Oncology Study Group Report. *The Journal of Breast Health*, 12(1), 9-17
- [31]. Burbage, D. (2017). Breast disorders. Sharon L. Lewis, Linda Bucher, Margaret McLean Heitkemper and Mariann M. Harding (Ed.). *Medical Surgical Nursing, Assessment and Management of Clinical Problems* (10th ed.) içinde (s. 1204-1226). St.Louis: Elsevier Saunders.

- [32]. McCullyand, A., Perry- Philo, D. (2015). Nursing care of women with reproductive system disorders. Linda S. Williams, Paula D. Hopper (Ed.). *Understanding medical-surgical nursing* (5th ed.) içinde (s. 968- 976). Philadelphia: F.A. Davis Company
- [33]. Karayurt, Ö., Ursavaş, F.E., Çömez, S.(2017).Meme cerrahisinde bakım. Fatma Eti Aslan. (Ed.), *Cerrahi bakım* (2. baskı) içinde (s. 583-627). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- [34]. Taşdelen, İ. (2012). Meme hastalıklarında belirtiler. Vahit Özmen, Zafer Cantürk, Varol Çelik, Nilüfer Güler, Murat Kapkaç, Ayhan Koyuncu, Mahmut Müslümanoğlu ve Zafer Utkan (Ed.) *Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu (MHDF) Meme hastalıkları kitabı* içinde (s.33-38). Ankara: Güneş Tıp kitabevleri.
- [35]. Sezer, A. (2011). Meme kanserinde klinik bulgular. Süha Aydın ve Tamer Akça (Ed.). *Tüm yönleriyle meme kanseri* içinde (s.71-96). Adana: Nobel Kitabevi
- [36]. Güler Demir, S. (2016). Meme hastalıkları cerrahisi ve hemşirelik bakımı. Nalan Özhan Elbaş (Ed) *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Akıl notları* içinde (s. 81-101). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- [37]. Yeşilbakan, Ö.U. (2015). Hücresel bozukluklar (Onkoloji). Hogan, MA. (Ed.), Dahili ve cerrahi hastalıklar hemşireliği (S. Çelik ve Ö.U. Yeşilbakan, Çev.) içinde (s. 380-406). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- [38]. Morrison, C. (2016) Screening and early detection. Joanne K. Itano. (Ed.) *Core Curriculum for Onkology Nursing* (5th ed.) içinde (s. 11-23). St.Louis: Elsevier
- [39]. Oeffinger, K. C., Fontham, E. T., Etzioni, R., Herzig, A., Michaelson, J. S., Shih, Y. C. T. ve diğerleri (2015). Breast cancer screening for women at average risk: 2015 guideline update from the American Cancer Society. *Jama*, 314(15), 1599-1614.
- [40]. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. 07.06.2017 tarihinde <http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/meme.pdf> adresinden erişildi.
- [41]. Binokay, F., Soyupak, S. (2011). Meme kanserinde radyolojik görüntüleme. Süha Aydın ve Tamer Akça (Ed.). *Tüm yönleriyle meme kanseri* içinde (s.125-136). Adana: Nobel Kitabevi.
- [42]. Köşüş, N., Köşüş, A., Duran, M., Simavlı, S. ve Turhan, N. (2010). Comparison of standard mammography with digital mammography and digital infrared thermal imaging for breast cancer screening. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 11(3), 152-157.
- [43]. Acunaş, G., Salmaslıoğlu, A.(2012). Meme hastalıklarının tanısında ultrasonografi. Vahit Özmen, Zafer Cantürk, Varol Çelik, Nilüfer Güler, Murat Kapkaç, Ayhan Koyuncu, Mahmut Müslümanoğlu ve Zafer Utkan (Ed.) *Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu (MHDF) Meme hastalıkları kitabı* içinde (s.117-124). Ankara: Güneş Tıp kitabevleri.
- [44]. Özkan, E., Küçük, N. Ö. (2011). Meme kanserinde nükleer tıp uygulamaları. Aydın, S. Akça, T. (Ed.) *Tüm yönleriyle meme kanseri* içinde (s.139-149). Adana: Nobel Kitabevi
- [45]. Aksaz, E. (2012). İnce iğne Aspirasyon Biyopsisi (İİAB) - Kalın iğne Biyopsisi (Core Biyopsi) Vahit Özmen, Zafer Cantürk, Varol Çelik, Nilüfer Güler, Murat Kapkaç, Ayhan Koyuncu, Mahmut Müslümanoğlu ve Zafer Utkan (Ed.) *Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu (MHDF) Meme hastalıkları kitabı* içinde (s. 307-321). Ankara: Güneş Tıp kitabevleri.
- [46]. Yeniay, L. (2012). Stereotaktik Biyopsi. Vahit Özmen, Zafer Cantürk, Varol Çelik, Nilüfer Güler, Murat Kapkaç, Ayhan Koyuncu, Mahmut Müslümanoğlu ve Zafer Utkan (Ed.) *Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu (MHDF) Meme Hastalıkları Kitabı* içinde (s.323-327). Ankara: Güneş Tıp kitabevleri.
- [47]. Kaymakçı, Ş. (2014). Meme hastalıkları. Ayfer Karadakovan ve Fatma Eti Aslan (Ed.) *Dahili ve Cerrahi hastalıklarda bakım* içinde (s.917-945). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi
- [48]. Bozkurt, B. (2011). Cerrahi biyopsiler. Süha Aydın ve Tamer Akça (Ed.). *Tüm yönleriyle meme kanseri* içinde (s.151-161). Adana: Nobel Kitabevi

- [49]. Soyder, A. (2011). Meme kanserinde evreleme. Süha Aydın ve Tamer Akça (Ed.). *Tüm yönleriyle meme kanseri* içinde (s. 225-232). Adana: Nobel Kitabevi
- [50]. American Joint Committee on Cancer (2017). 7 Temmuz 2017 tarihinde <https://cancerstaging.org/references-tools/Pages/What-is-Cancer-Staging.aspx> adresinden erişildi.
- [51]. Akça, T., Aydın, S. (2011). Mastektomiler. Süha Aydın ve Tamer Akça (Ed.). *Tüm yönleriyle meme kanseri* içinde (s. 309-317). Adana: Nobel Kitabevi.
- [52]. Dincer, M., Beşe, N.(2012). Meme kanserinde radyoterapi. Vahit Özmen, Zafer Cantürk, Varol Çelik, Nilüfer Güler, Murat Kapkaç, Ayhan Koyuncu, Mahmut Müslümanoğlu ve Zafer Utan (Ed.)*Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu (MHDF) Meme hastalıkları kitabı* içinde (s.515-521). Ankara: Güneş Tıp kitabevleri.
- [53]. Arslan, Ç., Dizdar, Ö. ve Altundağ, K. (2011). Meme kanserinde kemoterapi seçenekleri. Süha Aydın ve Tamer Akça (Ed.). *Tüm yönleriyle meme kanseri* içinde (s. 345-359). Adana: Nobel Kitabevi.
- [54]. Sönmez, B. (2012). *Meme kanseri ve tedavi yöntemleri*. Eczacılık Temel Bilimleri Anabilim Dalı Bitirme Ödevi.Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi. Kayseri
- [55]. Özmen, V. (2012).Erken evre meme kanserinin cerrahi tedavisi.VahitÖzmen, Zafer Cantürk, Varol Çelik, Nilüfer Güler, Murat Kapkaç, Ayhan Koyuncu, Mahmut Müslümanoğlu ve Zafer Utan (Ed.)*Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu (MHDF) Meme hastalıkları kitabı* içinde (s.351-366). Ankara: Güneş Tıp kitabevleri.
- [56]. Petrek, J. A. (2007). Modifiye radikal mastektomi. King, T. A., Borgen, P. I. (Ed.), *Meme Kanseri cerrahi atlası* (S. Koçak & S. Özbaş çev.) içinde (s. 129-138).İstanbul: Turgut yayıncılık A.Ş.
- [57]. Kurt, Y. (2011). Meme cerrahisi sonrası görülen komplikasyonlar. Süha Aydın ve Tamer Akça (Ed.). *Tüm yönleriyle meme kanseri* içinde (s. 547-562). Adana: Nobel Kitabevi
- [58]. Nesvold, I. L., Reinertsen, K. V., Fosså, S. D. ve Dahl, A. A. (2011). The relation between arm/shoulder problems and quality of life in breast cancer survivors: a cross-sectional and longitudinal study. *Journal of cancer survivorship*, 5(1), 62-72.
- [59]. Sagen, Å., Kåresen, R., Sandvik, L. ve Risberg, M. A. (2009). Changes in arm morbidities and health-related quality of life after breast cancer surgery—a five-year follow-up study. *Acta oncologica*, 48(8), 1111-1118.
- [60]. Özçınar, B., Güler, S.A., Özmen, V., Güllüoğlu, B.M., Kocaman, N., Özkan, M., Sarıçam, G., Müslümanoğlu, M.E., İğci, A. ve Keçer M. (2010). Meme kanserinde lokal/bölgesel tedavi sonrası görülen komplikasyonlar ve bunların hasta yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*6(1), 9-16.
- [61]. Karakaya, M.,Karaman,N.,Özaslan, C., Kurukahvecioğlu, O., Bircan, H.Y. ve Altınok, M.(2006). Meme kanseri cerrahisi sonrası yara komplikasyonları. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(2), 85-88.
- [62]. Hayes, S. C., Johansson, K., Stout, N. L., Prosnitz, R., Armer, J.M., Gabram, S. ve Schmitz, K.H.(2012). Upper-body morbidity after breast cancer. incidence and evidence for evaluation, prevention, and management within a prospective surveillance model of care. *Cancer*,118(58), 2237-2249.
- [63]. Johansen, S., Fossa, K., Nesvold, I.L., Malinen, E. ve Fossa, S. D. (2014) Arm and shoulder morbidity following surgery and radiotherapy for breast cancer.*Acta Oncologica* 53(4), 521-529.
- [64]. Lauridsen, M.C., Overgaard, M., Overgaard, J., Hossav, I. B. ve Christiansen, P. (2008). Shoulder disability and late symptoms following surgery for early breast cancer. *Acta oncologica*, 47(4), 569-575.
- [65]. Soyder, A., Taştaban, E., Özbaş, S., Boylu, Ş. ve Özgün, H. (2014). Frequency of Early-Stage Lymphedema and Risk Factors in Postoperative Patients with Breast Cancer. *The Journal of Breast Health*, 10(2), 92.
- [66]. Petrek, J. A. (2007). Aksiller lenf nodu diseksiyonu. King, T. A., Borgen, P. I. (Ed.), *Meme Kanseri cerrahi atlası* (S. Koçak & S. Özbaş çev.) içinde (s. 129-138).İstanbul: Turgut yayıncılık A.Ş.

- [67]. Albert, U.S., Koller, M., Kopp, I., Lorenz, W., Schulz, K.D. ve Wagner, U.(2006). Early self-reported impairments in arm functioning of primary breast cancer patients predict late side effects of axillary lymph node dissection: results from a population-based cohort study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 100 (3), 285 - 292
- [68]. Rebegea, L., Firescu, D., Dumitru, M. ve Anghel, R. (2015). The incidence and risk factors for occurrence of arm lymphedema after treatment of breast cancer. *Chirurgia (Bucur)*, 110(1), 33-7.
- [69]. Nelson, N. L. (2016). Breast Cancer-Related Lymphedema and Resistance Exercise: A Systematic Review. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 30(9), 2656-2665.
- [70]. Assis, M.R., Marx, A.G., Magna, L.A. ve Ferringno, I.S.V. (2013).Late morbidity in upper limb function and quality of life in women after breast cancer surgery. *Brazilian Journal Physical Therapy*, 17(3), 236-243.
- [71]. MacLean, R., Miedema, B. ve Tatemichi, S. (2005). Women's experiences with breast cancer related lymphedema: an underestimated condition. *Can Fam Physician*, 51, 246-247.
- [72]. Runowicz, C.D., Leach, C.R., Henry, N. L., Henry, K.S., Mackey, H.T., Cowens-Alvarado, R.L., Cannady, R. S., Pratt-Chapman, M.L., Edge, S.B., Jacobs, L.A., Hurria, A., Marks, L.B., LaMonte, S.J., Warner, E., Lyman, G.H., ve Ganz, P.A. (2016). American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, 66(1), 43-73.
- [73]. Hidding, J.T., Beurskens, C.H.G., van der Wees, P.J., van Laarhoven, H.W.M. ve Nijhuis-van der Sanden, M.W.G. (2014) Treatment Related Impairments in Arm and Shoulder in Patients with Breast Cancer: A Systematic Review. *Plos One*, 9(5), e96748.
- [74]. Groef, A.D., Meeus, M., Vrieze, T.D., Vos, L., Kampen, M.V., Christiaens, M.R.,Neven, P., Geraerts, I. ve Devoogdt, N. (2017). Pain characteristics as important contributing factors to upper limb dysfunctions in breast cancer survivors at long term. *Musculoskeletal Science and Practice*29, 52-59.
- [75]. Sagen, A., Kaarsen, R., Sandvik, L., Thune, I. ve Risberg, M. A. (2014). Upper limb physical function and adverse effects after breast cancer surgery: a prospective 2.5-year follow-up study and preoperative measures. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 95(5), 875-881.
- [76]. Boquiren, V.M., Hack, T.F., Thomas, R.L., Towers, A., Kwan, W.B., Tilley, A., Quinlan, E. ve Miedema, B. (2016). A longitudinal analysis of chronic arm morbidity following breast cancer surgery. *Breast Cancer Research and Treatment*, 157(3), 413-425.
- [77]. Chan, D.N.S. , Lui, L.Y.Y. ve So, W.K.W. (2010). Effectiveness of exercise programmes on shoulder mobility and lymphoedema after axillary lymph node dissection for breast cancer: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 66(9), 1902-1914.
- [78]. Karamanoğlu, A.Y., Özer, F.G. (2008). Mastektomili hastalarda evde bakım.*Meme Sağlığı Dergisi*, 4(1), 3-8.
- [79]. Gümüş, A.B. (2006). Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler.*Meme Sağlığı Dergisi*, 2(3), 108-114.
- [80]. Petree, J. (2016) Breast cancer. Joanne K. Itano. (Ed.) *Core Curriculum for Onkology Nursing* (5th ed.) içinde (s.71-80). St.Louis: Elsevier.
- [81]. Wilson, D.J. (2017). Exercise for the patient after breast cancer surgery *Seminars in Oncology Nursing*, 33(1), 98-105.
- [82]. Şelimen, D., Baltacı, S. (2011).Meme kanserinde ameliyat sonrası hemşirelik bakımı.Süha Aydın ve Tamer Akça (Ed.). *Tüm yönleriyle meme kanseri* içinde (s. 309-317). Adana: Nobel Kitabevi
- [83]. Gürsoy, A. A. (2005). Meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem ve hemşirelik bakımı *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 18-25.
- [84]. Demir, S.G. (2008). Meme kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalarda kendi kendine lenfödem yönetimi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4 (2), 62-69

- [85]. Fayers, P.M., Machin, D.(2007).*Quality of Life- The assesment, analysis and interpretation of patient- reported outcomes* (second edition). West Sussex: John Wiley& Sons ltd.
- [86]. Kazer, M. W., Murphy, K. (2015). Quality of life. Meredith Wallace Kazer ve Kathy Murphy (Ed.).*Nursing case studies on improving Health-related quality of life in older adults* içinde (s. 5-16). New York: Springer Publishing Company.
- [87]. The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- [88]. El Fakir, S., El Rhazi, K., Zidouh, A. Bennani, M. Benider, A., Errihani, H., Mellass, N., Bekkali, R. ve Nejari, Ş. (2016).Health-Related Quality of Life among Breast Cancer Patients and Influencing Factors in Morocco.*Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17 (12), 5063-5069.
- [89]. Aaronson, N. K. (2010).*What have you done for me lately? The value added by health-related quality of life data in clinical trials*.25-27 Mart 2010. 3. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, Kongre Bildiri ve Sunum Kitabı içinde. s.26 İzmir.
- [90]. Perry, S., Kowalski, T. L. ve Chang, C. H. (2007). Quality of life assessment in women with breast cancer: benefits, acceptability and utilization. *Health and Quality of life Outcomes*, 5(1), 24.
- [91]. Eser, E. (2012).Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi. 04 Mayıs 2012 Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu Kitabı içinde (s.2-4).
- [92]. Chopra, I., Kamal, K.M. (2012). A systematic review of quality of life instruments in long-term breast cancer survivors. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 1-14.
- [93]. Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of experimental & clinical cancer research*, 27(1), 32.
- [94]. Yıldız, İ., Varol, U. ve Alacacioğlu, A. (2014). Assessment of the quality of life in Turkish breast cancer patients. *The Journal of Breast Health*, 10(4), 216-221
- [95]. Rietman, J. S., Dijkstra, P. U., Hoekstra, H. J., Eisma, W. H., Szabo, B. G., Groothoff, J. W. ve Geertzen, J. H. B. (2003). Late morbidity after treatment of breast cancer in relation to daily activities and quality of life: a systematic review. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 29(3), 229-238.
- [96]. Groenvold, M. (2010). Health-related quality of life in early breast cancer Methodological and clinical studies .*Danish Medical Bulletin*, 57(9), B4184
- [97]. Araújo Neto, E.A., Alves, B.C.A., Gehrke, F.S., . Azzalis , L. A., Junqueira, V.C.B., Sousa, L.V.A., Adami, F. ve Fonseca, F.L.A. (2017).Quality of Life of Post-Mastectomy Women Living in a Semi-Arid Region of Brazil. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14 (6), 601.
- [98]. Anderkova L., Elfmarkova N., Sverak T., Peterkova H., Brancikova D., Bendova M., Protivankova M., Benesova K., Dusek L., Jarkovsky J., Minar L. ve Skrivanova K. (2016). Change in Quality of Life Measured over Time in Czech Women with Breast Cancer. *Clinical Oncology*, 29(2), 113– 121
- [99]. Ganz, P.A., Kwan, L., Stanton, A.L., Krupnick, J.L., Rowland, J.H. Meyerowitz, B.E., Bower, J.E. ve Belin, T.R.(2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(5), 376-387.
- [100]. Akca, M., Ata, A., Nayır, E., Erdoğan, S. ve Arıcan, A. (2014). Impact of surgery type on quality of life in breast cancer patients. *The Journal of Breast Health*, 10(4), 222-228.
- [101]. Rietman, J. S., Geertzen, J. H. B., Hoekstra, H. J., Baas, P., Dolsma, W. V., Vries, J. de., Groothoff, J. W., Eisma, W. H., & Dijkstra, P. U., (2006). Long term treatment related upper limb morbidity and quality of life after sentinel lymph node biopsy for stage I or II breast cancer. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 32(2), 148-152

- [102]. Kokkonen, K., Saarto, T., Ma kinen, T., Pohjola, L., Kautio,H., Jarvenpaa, S. ve Puustjarvi-Sunabacka, K. (2017). The functional capacity and quality of life of women with advanced breast cancer. *Breast Cancer*, 24(1), 128-136
- [103]. Recchia, T. L., Prim, A. C. ve da Luz, C. M. (2017). Upper Limb Functionality and Quality of Life in Women with Five-Year Survival after Breast Cancer Surgery. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO Gynecology and Obstetrics*, 39(03), 115-122.
- [104]. Schijven, M. P., Vingerhoets, A. J. J. M., Rutten, H. J. T., Nieuwenhuijzen, G. A. P., Roumen, R. M. H., Van Bussel, M. E. ve Voogd, A. C. (2003). Comparison of morbidity between axillary lymph node dissection and sentinel node biopsy. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 29(4), 341-350.
- [105]. Ahmed, R. L., Prizment, A., Lazovich, DA., Schmitz, K. H. ve Folsom, A. R. (2008). Lymphedema and quality of life in breast cancer survivors: The Iowa Women's Health Study. *Journal of Clinical Oncology* 26(35),5689-5696.
- [106]. Park, J. E., Jang, H. J. ve Seo, K. S. (2012). Quality of life, upper extremity function and the effect of lymphedema treatment in breast cancer related lymphedema patients. *Annals of rehabilitation medicine*, 36(2), 240-247.
- [107]. Stubblefield, M. D. ve Keole, N. (2014). Upper body pain and functional disorders in patients with breast cancer. *Physical Medicine and Rehabilitation (PM&R)*, 6(2), 170-183.
- [108]. Bicer, A. ve Ankarali, H. (2010). Shoulder pain and disability index: a validation study in Turkish women. *Singapore Med J*, 51(11), 865-870.
- [109]. Dinçer, Ü., Kaya, E., Çakar, E., Kiralp, M. Z. ve Dursun, H. (2007). Mastektomiye bağlı orta ve geç dönem dizabilite tedavisinde kapsamlı rehabilitasyon ve ev egzersiz programlarının etkinliği. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 53(4).
- [110]. MacDermid, J. C., Solomon, P. ve Prkachin, K. (2006). The Shoulder Pain and Disability Index demonstrates factor, construct and longitudinal validity. *BMC musculoskeletal disorders*, 7(1), 12.
- [111]. Beşer, N. ve Öz, F. (2003). Kemoterapi alan lenfomalı hastaların hastane anksiyete depresyon düzeyi ve yaşam kalitesi. *Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(1), 47-56.
- [112]. Ertem, G., Kaklım, A., Bulut, S. ve Sevil, Ü. (2009).Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(2), 3-12.
- [113]. Alawadi, S. A.ve Ohaeri, J. U. (2009). Health-related quality of life of Kuwaiti women with breast cancer: a comparative study using the EORTC Quality of Life Questionnaire. *BMC cancer*, 9(1), 222.
- [114]. Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J. ve diğerleri. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376.
- [115]. Fayers, PM., Aaronson, NK., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D. ve Bottomley, A. (2001) on behalf of the EORTC Quality of Life Group. *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition)*. Brussels: Published by: European Organisation for Research and Treatment of Cancer.
- [116]. Pınar, G., Alger, L., Çolak, M. ve Ayhan, A. (2008).Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 3(18), 141-9.
- [117]. Altıparmak, S., Fadiloğlu, Ç., Gürsoy, Ş. T. ve Altıparmak, O. (2011).Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Ege Tıp Dergisi*, 50(2), 95-102.
- [118]. Umay, E., Ünlü, A. ve Çakıcı, E. (2010). Mastektomi Uygulanan Meme Kanserli Hastalarda Rehabilitasyona Başlama Zamanının Omuz Dizabilitesi ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences/Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 13(4), 132-139.

- [119]. Kebudi, A., Uludağ, M., Yetkin, G., Çitgez, B. ve İşgör, A. (2005). Meme kanseri tedavisinde modifiye radikal mastektomi sonrası lenfödem: insidans ve risk faktörleri. *Meme Sağlığı Dergisi*, 1(1), 1-5.
- [120]. www.e-picos.com
- [121]. Evans, J.D. (1996). *Straightforward statistics for the behavioral sciences*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing.
- [122]. Acet, N. (2016). *Meme kanseri tanılı hastalarda cerrahi sonrası omuz mobilitesi, omuz ağrısı ve omuz fonksiyonunun değerlendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- [123]. Thomas-MacLean, R. L., Hack, T., Kwan, W., Towers, A., Miedema, B. ve Tilley, A. (2008). Arm morbidity and disability after breast cancer: new directions for care. *Oncology Nursing Forum*, 35 (1), 65-71.
- [124]. Devoogdt, N., Van Kampen, M., Christiaens, M. R., Troosters, T., Piot, W., Beets, N. ve diğerleri (2011). Short-and long-term recovery of upper limb function after axillary lymph node dissection. *European journal of cancer care*, 20(1), 77-86.
- [125]. Levangie, P. K. ve Drouin, J. (2009). Magnitude of late effects of breast cancer treatments on shoulder function: a systematic review. *Breast cancer research and treatment*, 116(1), 1-15.
- [126]. Clark, B., Sitzia, J. ve Harlow, W. (2005). Incidence and risk of arm oedema following treatment for breast cancer: a three-year follow-up study. *Qjm*, 98(5), 343-348.
- [127]. Helyer, L. K., Varnic, M., Le, L. W., Leong, W. ve McCready, D. (2010). Obesity is a risk factor for developing postoperative lymphedema in breast cancer patients. *The breast journal*, 16(1), 48-54.
- [128]. Bakar, Y., Berdici, B., Şahin, N. ve Pala, Ö. O. (2014). Lymphedema after breast cancer and its treatment. *J BreastHealth*, 10, 6-14.
- [129]. Cariati, M., Bains, S. K., Grootendorst, M. R., Suyoi, A., Peters, A. M., Mortimer, P., ... ve Purushotham, A. D. (2015). Adjuvant taxanes and the development of breast cancer-related arm lymphoedema. *British Journal of Surgery*, 102(9), 1071-1078.
- [130]. Zhu, W., Li, D., Li, X., Ren, J., Chen, W., Gu, H., ... ve Wang, D. (2017). Association between adjuvant docetaxel-based chemotherapy and breast cancer-related lymphedema. *Anti-cancer drugs*, 28(3), 350-355.
- [131]. Hidding, J. T., Beurskens, C. H., van der Wees, P. J., Bos, W. C., Nijhuis-van der Sanden, M. W. ve van Laarhoven, H. W. (2017). Changes in volume and incidence of lymphedema during and after treatment with docetaxel, doxorubicin, and cyclophosphamide (TAC) in patients with breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, 1-10.
- [132]. Hill, C. L., Lester, S., Taylor, A. W., Shanahan, M. E. ve Gill, T. K. (2011). Factor structure and validity of the shoulder pain and disability index in a population-based study of people with shoulder symptoms. *BMC musculoskeletal disorders*, 12(1), 8.
- [133]. Husen, M., Paaschburg, B. ve Flyger, H. L. (2006). Two-step axillary operation increases risk of arm morbidity in breast cancer patients. *The Breast*, 15(5), 620-628.
- [134]. Liu, C. Q., Guo, Y., Shi, J. Y. ve Sheng, Y. (2009). Late morbidity associated with a tumour-negative sentinel lymph node biopsy in primary breast cancer patients: a systematic review. *European Journal of Cancer*, 45(9), 1560-1568.
- [135]. Shamley, D. R., Srinanaganathan, R., Weatherall, R., Oskrochi, R., Watson, M., Ostlere, S. ve Sugden, E. (2007). Changes in shoulder muscle size and activity following treatment for breast cancer. *Breast cancer research and treatment*, 106(1), 19-27.
- [136]. Martins da Silva, R. C. ve Rezende, L. F. (2014). Assessment of impact of late postoperative physical functional disabilities on quality of life in breast cancer survivors. *Tumori*, 100(1), 87-90.
- [137]. Velloso, F. S., Barra, A. A. ve Dias, R. C. (2011). Functional performance of upper limb and quality of life after sentinel lymph node biopsy of breast cancer. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 15(2), 146-153.

EKLER

EK 1 : KİŞİSEL BİLGİ VE KLİNİK ÖZELLİKLER FORMU

1. Hastanın Yaşı:.....

2. Hastanın medeni durumu:

(1) Evli (2) Evli değil

3. Hastanın beden kitle indeksi: /Boy(cm):.....Kilo (kg):

4. Hastalığın Evresi:

(1) Evre I (2) Evre II (3) Evre III

5. Cerrahi Girişim Şekli:

(1)Basit Mastektomi (2)Modifiye Radikal Mastektomi (3)Radikal Mastektomi

(4) Meme Koruyucu Cerrahi

6. Cerrahi Girişim Sonrası Geçen Süre:.....ay

7. Cerrahi Girişim Sonrası Uygulanan Tedavi:

(1) Kemoterapi (2) Radyoterapi (3) Kemoterapi + Radyoterapi

8. Cerrahi Girişim Uygulanan Taraf:

(1) Baskın olan el (2) Baskın olmayan el

9. Cerrahi Girişim Sonrası Etkilenen Ekstremitayı Korumaya Yönelik Bilgi Alma Durumu:

(1) Evet (2) Hayır

10. Cerrahi Girişim Sonrası Etkilenen Ekstremiteye Yönelik Evde Egzersiz Uygulama

Durumu: (1) Evet, düzenli (2) Evet, düzensiz (3) Hayır

EK 2: ÜST EKSTREMİTE SORUNLARINI DEĞERLENDİRME FORMU

Cerrahi girişim uygulanan taraf	Cerrahi girişim uygulanmayan taraf	İki ekstremitte arasındaki fark
Omuz Eklem Hareket Açıklığının Değerlendirilmesi		
Fleksiyon:derece	Fleksiyon:derece	
Abduksiyon:derece	Abduksiyon:derece	
Omuz eklem hareket kısıtlılığı: (1) Var (2) Yok		
Lenfödem Değerlendirilmesi		
Lateral epikondilin 15cm proksimali (ön kol):.....cm	Lateral epikondilin 15cm proksimali:.....cm	
Lateral epikondilin 10cm distali:.....cm	Lateral epikondilin 10cm distali:.....cm	
El bileği çevresi:cm	El bileği çevresi:cm	
Metakarpofalangeal eklem çevresi:.....cm	Metakarpofalangeal eklem çevresi:.....cm	
Lenfödem varlığı: (1) Var (2) Yok		

EK 3: OMUZ AĞRI VE ÖZÜRLÜLÜK İNDEKSİ

AĞRI SKALASI	
Ağrınızın şiddeti:	
1- En kötü durumda	Hiç Ağrı Yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 En Şiddetli Ağrı
2- Etkilenen taraf üzerinde yatarken	Hiç Ağrı Yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 En Şiddetli Ağrı
3-Yüksek raftaki bir şeye uzanırken	Hiç Ağrı Yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 En Şiddetli Ağrı
4- Boynumun arkasına dokunurken	Hiç Ağrı Yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 En Şiddetli Ağrı
5- Etkilenen kol ile iterken	Hiç Ağrı Yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 En Şiddetli Ağrı
ÖZÜRLÜLÜK SKALASI	
Ne kadar zorlandınız:	
1- Saçını yıkarken	Hiç Zorluk Yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Yardım Alıyor
2- Sırtını yıkarken	Hiç Zorluk Yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Yardım Alıyor
3- Bir atlet ya da kazak giyerken	Hiç Zorluk Yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Yardım Alıyor
4- Gömleğin alttaki düğmelerini iliklerken	Hiç Zorluk Yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Yardım Alıyor
5- Pantolon giyerken	Hiç Zorluk Yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Yardım Alıyor
6- Yüksek bir rafa bir obje yerleştirirken	Hiç Zorluk Yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Yardım Alıyor
7- 4,5 kilogramlık bir objeyi taşıırken	Hiç Zorluk Yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Yardım Alıyor
8-Arka cebinden bir şey çıkarırken	Hiç Zorluk Yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Yardım Alıyor

EK 4: EORTC QLQ-C30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Lütfen soruların tamamını size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların “doğru” veya “yanlış” yanıtları yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır.

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok					
1. Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	1	2	3	4					
2. Uzun bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	1	2	3	4					
3. Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4					
4. Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4					
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4					
Geçtiğimiz hafta zarfında:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok					
6. İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizialıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4					
7. Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4					
8. Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4					
9. Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4					
10. Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4					
11. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4					
12. Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4					
13. İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4					
14. Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4					
15. Kustunuz mu?	1	2	3	4					
16. Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4					
17. İshal oldunuz mu?									
18. Yoruldunuz mu?	1	2	3	4					
19. Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4					
20. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleriyaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4					
21. Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4					
22. Endişelendiniz mi?	1	2	3	4					
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4					
Geçtiğimiz hafta içinde:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok					
24. Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4					
25. Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4					
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz aile yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4					
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz sosyal aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4					
28. Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4					
Aşağıdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız									
29. Geçen haftaki sağlığınıza genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?	Çok kötü	1	2	3	4	5	6	7	Mükemmel
30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?	Çok kötü	1	2	3	4	5	6	7	Mükemmel

EK 5: EORTC QLQ-BR23 MEME KANSERİNE ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Hastalar bazen aşağıda sözü geçen belirti ve sorunlardan bahsederler. Lütfen geçen hafta süresince bu belirti ve sorunlardan hangilerini ne derecede yaşadığınızı belirtiniz.

Geçtiğimiz hafta içinde:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
31. Ağzınızda kuruma oldu mu?	1	2	3	4
32. Yediklerinizde ve içtiklerinizde her zamankinden farklı bir tat var mıydı?	1	2	3	4
33. Gözlerinizde batma, yanma veya sulanma oldu mu?	1	2	3	4
34. Saçınız döküldü mü?	1	2	3	4
35. (Bu soruyu yalnızca saçınız döküldü ise yanıtlayınız): Saçınızın dökülmesinden dolayı üzüldünüz mü?	1	2	3	4
36. Kendinizi hasta veya rahatsız hissettiniz mi?	1	2	3	4
37. Bu hastalıktan dolayı sıcak (ateş) basmaları oldu mu?	1	2	3	4
38. Başınızda ağrı oldu mu?	1	2	3	4
39. Hastalığınız veya tedaviniz nedeni ile kendinizi daha az çekici (cezbetici) hissettiniz mi?	1	2	3	4
40. Hastalığınız veya tedaviniz nedeni ile kendinizi daha az kadınsı hissediyor musunuz?	1	2	3	4
41. Kendinizi çıplak olarak görmekte zorlandığınız oldu mu?	1	2	3	4
42. Vücudunuzdan memnuniyetsizlik duyduğunuz oldu mu?	1	2	3	4
43. Gelecekteki sağlığınız için endişe duydunuz mu?	1	2	3	4
Geçen dört hafta boyunca:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
44. Cinsellikle ne derece ilgiliydiniz?	1	2	3	4
45. Cinsel birleşme olsun yada olmasın cinsel olarak ne kadar aktiftiniz?	1	2	3	4
46. (Bu soruyu geçen dört hafta boyunca cinsel faaliyetiniz olduysa yanıtlayınız): Cinsel hayatınız yada ilişkinizden ne derece zevk aldınız?	1	2	3	4
Geçtiğimiz hafta içinde:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
47. Kolunuzda veya omzunuzda ağrı oldu mu?	1	2	3	4
48. Kolunuzda veya elinizde şişme oldu mu?	1	2	3	4
49. Kolunuzu kaldırmakta veya hareket ettirmekte zorlandınız mı?	1	2	3	4
50. Hasta olan memenizin bulunduğu bölgede ağrı hissettiniz mi?	1	2	3	4
51. Hasta olan memenizin bulunduğu bölgede şişme oldu mu?	1	2	3	4
52. Hasta olan memenizin bulunduğu bölgede aşırı hassasiyet oldu mu?	1	2	3	4
53. Hastalanan meme bölgenizde cilt sorunlarınız oldu mu? (örn: kaşıntı, kuruma, döküntü, kızarıklık, yanma)	1	2	3	4

EK 6: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmanın Açık Adı: Meme Kanseri Kadınların Cerrahi Girişim Sonrası Yaşadıkları Üst Ekstremiteler Sorunlarının Yaşam Kalitesine Etkisi

Sorumlu Araştırmacı: Yrd. Doç. Dr. Gülay ALTUN UĞRAŞ

Merkezin Adı: Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi

Hemşirelik etkinliklerinin sınırları içerisinde yapılacak olan bu araştırmada, meme kanseri cerrahisi geçiren hastaların üst ekstremiteler sorunlarını belirlemek, yaşanan bu sorunların meme kanserine özgü geliştirilen ölçek kullanılarak yaşam kalitesi üzerine etkisini saptamak amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya 80 erişkin hasta katılacaktır.

Bu araştırmaya sizin de katılmanızı istiyoruz, ancak katılmaya karar vermeden önce bazı şeyleri bilmeniz ve anlamanız gerekiyor. Size öncelikle araştırma sırasında neler olacağı açıklanacaktır. Size söylenen her şeyi anladıktan sonra bu araştırmaya katılıp katılmayacağınıza karar vermelisiniz.

Araştırmacınız Hemşire Serap Randa, size bilgileri dikkatli bir şekilde okuyacaktır. Araştırmada neler olacağını anlatabilmek için anlayamayacağınız sözler kullanmamız gerekebilir. Eğer anlamadığınız bir şey olursa araştırmacıya istediğiniz kadar soru sorabilirsiniz.

Araştırmaya katılmaya "evet" dersanız ve isterseniz bu formu imzalayabilirsiniz. Araştırmaya katılmayı ya da katılmamayı seçebilirsiniz. İstemediğiniz zaman araştırmadan ayrılabilirsiniz.

Eğer araştırma sırasında size anlatıldığından farklı bir durum gelişirse size hemen haber verilecektir. O zaman da istediğinizde araştırmacıya araştırmadan ayrılmak istediğinizi söyleyebilirsiniz. Kimse sizi zorlayamaz.

Hastalığınız nedeniyle ameliyat olduğunuz için bu araştırmaya katılmanız istenmektedir.

Hastalığınız nedeniyle ameliyat oldunuz. Bu araştırmaya katılmanız durumunda sizin gibi hastalığı nedeniyle ameliyat olmuş diğer hastaların tedavi ve takiplerinde yardımcı olacak bilgiler edinmeyi umuyoruz.

Eğer bu araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, size farklı bir tedavi uygulanmayacaktır, her zamanki gibi tedaviniz sürdürülecektir. Ameliyat sonrası kontrol için başvurduğunuzda ameliyat bölgesi tarafındaki omuz, kol hareketleriniz, lenfödem (kolda şişlik) olup olmadığı değerlendirilecek ve ölçümler yapılacaktır. Kol açıklığının ölçülmesi gonyometre denilen bir cetvel yardımıyla ölçülecek; lenfödem (kolda şişkinlik) ölçümü için mezura kullanılacaktır. Ölçümleri; Cerrahi Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi ve hastanemizde hemşire olarak çalışan Hemşire Serap Randa yapacaktır. Ayrıca yaşam kalitenizi değerlendirmek için uluslararası standartlarda geçerli olan EORTCQ-30 ve EORTCQ-BR-23 anket formlarının Türkçe versiyonunu yanıtlamanız istenecektir. Anlamadığınız bir şey olursa tekrar tekrar araştırmacınıza sorabilirsiniz.

Araştırmada veriler yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanacak, ölçümler ve anket araştırması yaklaşık 35-45 dakika sürecektir.

Bu araştırmaya katılıp katılmamak isteğinize bağlıdır. Kararınızı vermeden önce, bu araştırmaya katıldığınız için size para veya hediye verilmeyeceğini bilmeniz gerekir. Şimdi "evet" desanız de,

istediğiniz zaman "istemiyorum" diyerek bu araştırmadan çıkabilirsiniz. Bunu yalnızca araştırmacınıza söylemeniz yeterlidir.

Sizin dışınızda yalnızca tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebilecek olan kişiler (araştırma ekibindeki kişiler dışında araştırmanın yapılmasına onay ve izin verecek olan Etik Kurul) bu araştırmaya katıldığınızı bilecektir. Ancak, araştırmanın her aşamasında olduğu gibi araştırmanın sonuçları yayınlanırken bile bütün bilgileriniz gizli tutulacaktır. Bu form sizin tarafınızdan imzaladığında sizinle ilgili bütün bilgilere ulaşabileceksiniz.

Bu araştırma için hastanemiz Genel Cerrahi Anabilim Dalı ve Onkoloji Bölümü bilgilendirilmiş ve gerekli izinler alınmıştır.

Size yapılacak herşeyi anladıysanız, şimdi sizden bu araştırmaya katılmak istediğinize ilişkin imza atmanız istenecektir. Bu size açıklandığı haliyle araştırmaya özgürce katıldığınızı gösterecektir. Bu imzaladığınız kağıdın birisi de sizde kalacaktır.

Herhangi bir sorun olduğunda mesai saatleri içinde 2410000-1977 numaralı telefondan Hemşire Serap Randa'yı arayabilir ve istediklerinizi sorabilirsiniz.

Toplam 2 sayfa olan bu formdaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama Serap Randa adlı hemşire tarafından yapıldı. Bu araştırmanın amacını ve ne yapılacağını anladım. Bu araştırmada bana ne olacağını, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi, kimlik bilgilerimin gizli tutulacağını ve imzaladığım bu formun bir kopyasının bana verileceğini biliyorum. Bu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katıldığımı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı Soyadı :
Tarih (Gün/Ay/Yıl) :
İmzası :
Adresi :
Telefon numarası :

Formdaki bilgileri vererek gerekli açıklamaları yapan ve olur alan araştırmacının

Adı Soyadı :
Tarih (Gün/Ay/Yıl) :
İmzası :
Adresi :
Telefon numarası :

EK 7 : Etik Kurul Onayı



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



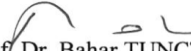
Sayı : 78017789/050.01.04/366
Konu : Etik Kurul

09/10/2015

Sayın. Yrd. Doç. Dr. Gülay ALTUN UĞRAŞ
Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

Sorumluluğunuzda yapılması tasarlanan "Meme Kanseri Kadınların Cerrahi Girişim Sonrası Yaşadıkları Üst Ekstremiteler Sorunlarının Yaşam Kalitesine Etkisi" adlı araştırmaya ilişkin 08/10/2015 tarihli ve 2015/316 sayılı Kurul Kararı ile Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi arz/rica ederim.


Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Kurul Başkanı

EKLER:

- 1- Kurulun 08/10/2015 tarihli ve 2015/316 sayılı kararı (1 sayfa)
- 2- Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu (2 sayfa)

Adres : MEÜ Çiftlikköy Kampüsü 33343 Yenişehir / MERSİN Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Tel : 03243610001-4417 Fax :
e-posta : Elektronik Ağ : www.mersin.edu.tr

MEÜ.ID.FR-001/03

Sayfa ../.

Yayın Tarihi : 22 / 11 / 2013



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
08/10/2015	18	316

Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Gülay ALTUN UĞRAŞ'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Meme Kanseri Kadınların Cerrahi Girişim Sonrası Yaşadıkları Üst Ekstremitte Sorunlarının Yaşam Kalitesine Etkisi" adlı araştırma için hazırlanmış olan ve 08/10/2015 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan

İmza
Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ
Başkan Yardımcısı

İmza
Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE
Raportör

İmza
Prof. Dr. Hasan Erdal DORUK
Üye

İmza
Prof. Dr. Fatma Özlem KANDEMİR
Üye

(Katılmadı)
Prof. Dr. Mehmet Sami SERİN
Üye

İmza
Prof. Dr. Bahar TAŞDELEN
Üye

İmza
Prof. Dr. Selma ÜNAL
Üye

İmza
Prof. Dr. Sabire YURTSEVER
Üye

İmza
Doç. Dr. Gamze ÖZÇÜRÜMEZ BİLGİLİ
Üye

İmza
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK
Üye

(Katılmadı)
Yrd. Doç. Dr. M. Türkan IŞIK ERER
Üye

İmza
Uzm. Dr. Özge KURMUŞ
Üye

İmza
Hürrem Betül LEVENT ERDAL
Üye

İmza
Lale DAĞLI
Üye


Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan
ASLI GİBİDİR

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Meme Kanseri Kadınların Cerrahi Girişim Sonrası Yaşadıkları Üst Ekstremitelerde Sorunlarının Yaşam Kalitesine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Mersin Üniversitesi Çiftlikköy Kampüsü Prof. Dr. Uğur ORAL Kültür Merkezi, 33343, Yenişehir/Mersin
	TELEFON	0 324 361 00 01 / 4417
	FAKS	---
	E-POSTA	meukaek@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Gülay ALTUN UĞRAŞ			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu			
VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	---			
DESTEKLEYİCİ	---			
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	---			
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---			
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
	FAZ 2	☐		
	FAZ 3	☐		
	FAZ 4	☐		
	Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
	İlaç dışı klinik araştırma	☐		
	Diğer ise belirtiniz- Anket çalışması - Hemşirelik etkinliklerinin sınırları içerisinde yapılacak araştırma - Antropometrik ölçümlere dayalı olarak yapılacak araştırma			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN

Etik Kurul Başkanı

İmza:



Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Meme Kanseri Kadınların Cerrahi Girişim Sonrası Yaşadıkları Üst Ekstremitelerde Sorunlarının Yaşam Kalitesine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	---

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	31/08/2015	---	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	☐					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒					
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐					
	İLAN	☐					
	YILLIK BİLDİRİM	☐					
	SONUÇ RAPORU	☐					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐					
	DİĞER: GİRİŞİMSİZ OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	☒					
	ARAŞTIRMACILARIN ÖZ GEÇMİŞİ	☒					
3 ADET LİTERATÜR	☒						
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 205-316	Tarih: 08/10/2015					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN	Farmakoloji	MEÜ Eczacılık Fakültesi Meslek Bilimleri Bölümü Farmakoloji ABD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE	Biyomühendislik	MEÜ Mühendislik Fakültesi Kimya Mühendisliği Bölümü	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Hasan Erdal DORUK	Üroloji	MEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Üroloji ABD	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Fatma Özlem KANDEMİR	Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Enfeksiyon Hastalıkları ABD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN

Etik Kurul Başkanı

İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Meme Kanserli Kadınların Cerrahi Girişim Sonrası Yaşadıkları Üst Ekstremitelerde Sorunlarının Yaşam Kalitesine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	---

Prof. Dr. Mehmet Sami SERİN	Mikrobiyoloji	MEÜ Eczacılık Fakültesi Farmasötik Mikrobiyoloji ABD	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof. Dr. Bahar TAŞDELEN	Biyoistatistik	MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Biyoistatistik ve Tıbbi Bilgi ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Bir
Prof. Dr. Selma ÜNAL	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Bir
Prof. Dr. Sabire YURTSEVER	İç Hastalıkları Hemşireliği	MEÜ Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Bir
Doç. Dr. Gamze ÖZÇÜRÜMEZ BİLGİLİ	Psikiyatri	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Psikiyatri ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Bir
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK	Farmakoloji	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Farmakoloji ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Bir
Yrd. Doç. Dr. M. Türkan IŞIK ERER	Tıp Tarihi ve Etik	MEÜ Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı
Uzm. Dr. Özge KURMUŞ	Kardiyoloji	Tarsus Devlet Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☒	Bir
Yüksek Şehir Plancısı Hürrem Betül LEVENT ERDAL	Şehir ve Bölge Planlama/Uluslararası Proje Yönetimi	Mersin Mezitli Belediyesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Bir
Avukat Lale DAĞLI	Hukuk	Serbest	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Bir

*:Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Etik Kurul Başkanı
İmza:



Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK 8: Kurum İzni



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 41993462-622.03/123-1452
Konu : Serap RANDA (araştırma izni)

Mersin, 10.09.2015

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

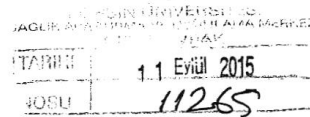
İLGİ: 03/09/2015 tarih ve 41993462-622.03/11231 sayılı yazınız.

İlgi yazıyla belirtilen Serap RANDA'nın "Meme Kanseri Kadınların Cerrahi Girişim Sonrası Yaşadıkları Üst Ekstremité Sorunların Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu anket çalışmasının yapılması Anabilim Dalımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. M. Musa DİRLİK
Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. M. Musa DİRLİK
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanı





T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 4242404609/ 110-3076
Konu :Serap RANDA (Araştırma İzni)

Mersin; ..02../10../2015

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İLGİ: 3/09/2015 tarih ve 41993462-622.03/11232 sayılı yazınız.

İlgi yazıda belirtilen, Serap RANDA'nın "Meme Kanserli Kadınların Cerrahi Girişim Sonrası Yaşadıkları Üst Ekstremitte Sorunların Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu anket çalışmasının yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Doç.Dr.Emel SEZER
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanı

Prof.Dr.Ahmet ALPER KIYKIM
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

Prof.Dr.Ahmet ALPER KIYKIM
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanı V.

MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
GELEN EVRAK

TARİHİ	09-10-2015
NOSU	12166

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı :Serap Randa
Doğum Tarihi :15.12.1972
E-mail :serapranda@mersin.edu.tr
Öğrenim Durumu :Lisans

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Ön Lisans	Hemşirelik	Uludağ Üniversitesi	1991-1994
Lisans	Hemşirelik	Atatürk Üniversitesi	2007-2011

Görevler :

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Bursa Yüksek İhtisas Hastanesi	1991-2000
Hemşire	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	2000-devam ediyor

ESERLER (Makaleler ve Bildiriler)

1. Sayar, S., Turgut, S., Doğan, H., Ekici, A., Yurtsever, S., Demirkan, F., ... & Taşdelen, B. (2009). Incidence of pressure ulcers in intensive care unit patients at risk according to the Waterlow scale and factors influencing the development of pressure ulcers. *Journal of Clinical Nursing*, 18(5), 765-774.
2. Yurtsever, S., Sayar, S., Demirkan, F., & Taşdelen, B. (2010). Response to Kottner, Commentary on Sayar S, Turgut S, Doğan H, Ekici A, Yurtsever S, Demirkan F, Doruk N & Taşdelen B (2009) Incidence of pressure ulcers in intensive care unit patients at risk according to the Waterlow Scale and factors influencing the development of pressure ulcers. *Journal of Clinical Nursing* 18, 765–774. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23-24), 3591-3592.
3. Altun Uğraş, G., Yüksel, S., Erer, M. T. I., Kettaş, E., & Randa, S. (2017). Are Nurses Willing to Provide Care to Obese Surgical Patients?. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*, 12(3), 116-122.