

T.C.
İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Ana Bilim Dalı
Yönetici: Prof.Dr. Metin Ünal

80512

KADINLARIN MEME KANSERİ VE
KENDİ-KENDİNE MEME MUAYENESİ HAKKINDAKİ
SAĞLIK BİLGİSİ DÜZEYLERİNİN ÖLÇÜLMESİ

(Doktora Tezi)

7 3-5-14

NERİMAN AKYOLCU

İstanbul-1985

T E Ş E K K Ü R

Çalışmanın planlanmasında ve yürütülmesinde büyük ilgi ve desteğini gördüğüm, Hocam Prof. Dr. Metin Ünal'a, konu ile ilgili bilgileriyle çalışmamda katkıda bulunan Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Ana Bilim Dalı Öğretim Üyelerinden Prof. Dr. Kemal Alemdaroğlu'na, manevi desteğini esirgemeyen Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürü Hocam Doç.Dr. Perihan Velioğlu'na, çalışmanın başlatılmasındaki katkılarından dolayı, Okulumuz eski Müdürü Hocam Prof. Dr. Özdem Anđ'a, Okulumuz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı Öğretim Görevlisi Dr. Güler Aksoy'a, tüm çalışma arkadaşlarıma, teşekkürü bir borç bilirim.

Verilerimin toplanmasında, uygun bir çalışma ortamı sağlayan S.S.K Okmeydanı Hastanesi Onkoloji Kliniđi Şefi Doç. Dr. Metin Aran'a ve tezimin istatistiksel aşamasında yardımlarını gördüğüm Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Biostatistik Bilim Dalı Öğretim Üyelerinden Doç. Dr. Mustafa Şenocak'a teşekkür ederim.

İ Ç İ N D E K İ L E R

	<u>Sayfa</u>
GİRİŞ -----	1
GENEL BİLGİLER -----	4
GEREÇ ve YÖNTEM -----	36
BULGULAR -----	38
TARTIŞMA -----	63
SONUÇ VE ÖNERİLER -----	74
ÖZET -----	78
SUMMARY -----	79
KAYNAKLAR -----	80
EK -----	85
ÖZGEÇMİŞ -----	92

G İ R İ Ő

Tıpta görölen bunca ilerlemelere karşı, kanser günümüzde insan yaşamını tehdit eden en tehlikeli hastalık olma özelliğini korumaktadır. Organizmanın her yerinde oluşabilir kanser türleri içinde meme kanseri, kadınlarda en sık göröleni ve en çok ölüme neden olanıdır (23,30,32,60,64).

Meme kanserinde, clonegenic hücrelerin kana karışıp, yıkılmanın başladığı primer klinik devreyi haber veren bir yöntem yoktur. Deneysel ve kliniksel çalışmalar kanser türlerinin birbirinden farklı (hetorejen) olduğunu göstermektedir. Örneğin bazı kanser tipleri, hastalığın hemen başlangıcından itibaren metastaz yaptıkları halde, bazıları yayılma yetenekleri çok az olduğundan lokal olarak kalır. Kanserın metastaz yapma gücü çok az olsa bile, tanı ve tedavisi gecikmiş vakalar ölüme sonuçlanabilir (6).

Her hastalıktan korunmanın en iyi yolu önlem almaktır. Meme kanserinde de durum farklı değildir. Ancak meme kanserinde risk faktörleri dışında, etyolojik ajanın belirlenememesi bu korunma işleminde yeterince başarılı olmayı önler(8).

Bu çeşitli nedenler araştırmacıları, klinisyenleri ve sağlık örgütlerini, meme kanserinden ölüme azaltmak için "erken" teşhis yöntemlerini araştırmaya yöneltmiştir. Sonuçta erken teşhis için iki yaklaşım üzerinde durulmuştur : Birincisi "riskli" grupları arayıp bulmak, ikincisi, kadınları kendi-kendine meme muayenesi konusunda eğitmek ve anormal bulguları hemen kaydetmelerini sağlamaktır (6,8)

Meme kanserini meydana çıkarmak için yapılan ana muayene yöntemleri mammografi, doktor tarafından yapılan fizik muayene ve kendi-kendine meme muayenesidir(32).

Tümörün palpe edilemediği durumlarda, meme kanserinde klinik belirleme mammografi ile yapılır. Mammografide tümör küçük çapta (0,25 cm) iken yani palpasyonla bulunması mümkün olan durumdan iki kat daha küçük iken meydana çıkarılabilir (6, 32,60).

Meme kanserinin erken teşhisine yardımcı olan ve doktor tarafından yapılan fizik muayenenin senede bir defa yapılması yeterli olur (60).

Meme kanserinin erken teşhis ve tedavisine yardımcı olduğu bilinen kendi-kendine meme muayenesi, meme kanserinden ölüm oranını azaltmada gösterilen geçerli bir yöntemdir (23,27). Kendi-kendine meme muayenesinin iki büyük yararı vardır: Birincisi ekonomiktir, ikincisi kolaylıkla herkes tarafından yapılabilmesidir (23,32,36,53,60,70). Başarılıyı sağlamak için, özellikle kişilerin kendi-kendine meme muayenesine istekli olması, sürekli ve düzenli aralıklarla yapması ve eğitimle kişilerin pratik (meme muayenesi) yapma sorumluluğunun geliştirilmesi gerekir (36, 52). Burada sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşireye, kadınları kendi-kendine meme muayenesi ile ilgili eğitmek konusunda önemli görev düşmektedir.

Greenwald, Foster ve arkadaşları 1978 de yaptıkları çalışmalarında tümörün erken klinik devrede ve küçük çapta bulunması ile kendi-kendine meme muayenesi arasında olumlu ilişki olduğunu belirtmişlerdir (30,31).

Uygulaması kolay ve herkesce bilinmesi gereken teşhise yardımcı yöntemler, meme kanserinin erken dönemde teşhis ve tedavisinde faydalı olduğu kadar, yaşam süresinin uzamasında da büyük ölçüde etkilidir. Meme kanserinin prognozunda, kanserin teşhis edilme devresi önemli bir faktördür. U.S.Ulusal Kanser Enstitüsünün 1976 da yaptığı açıklamaya göre, hastalık lokalize olduğu devrede bulunmuş ve tedavi edilmiş ise beş senelik yaşama süresi %85 oranındadır. Şayet kanser aksillar lenf nodüllerinede metastaz yapmışsa, bes senelik yaşam süresi %85'den %53'e düşer (32, 52).

Lord Kelwin'in "Gözlemlerinizi sayı ile belirtemiyor iseniz, bilginiz değersizdir" deyimini "ölçme"nin önemini yansıtan en değerli sözdür (28). Sağlık ve hastalık ile olguları ölçmek için çok çeşitli ölçütler kullanılır. Sağlık konusunda güvenilir bilgiler iki önemli kaynaktan elde edilir: Birincisi, herhangi bir sağlık örgütünde tutulan kayıtlar, ikincisi, durum saptama araştırmalarıdır. Durum saptama araştırmaları, genel sağlık düzeyini ölçmeye ve isteniyorsa belirli bazı konularda ayrıntılı bilgi toplamaya yararlar. Bu araştırmalar ya toplumun tümünde veya çoğu kez olduğu gibi toplumun durumunu yansıtan bir örnek üzerinde yapılır (28,33,65).

Durum saptama araştırmaları kapsamına giren çalışmamız, meme kanseri ameliyatı olmuş kadınların, kendi-kendine meme muayenesi yapıp yapmadıklarını, kanser kitlesinin kimin tarafından (doktor, hemşire, hastanın kendisi), nasıl (kendi-kendine meme muayenesi ile, tesadüfen) bulunduğunu belirlemek, meme kanseri ve kendi-kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi düzeylerini saptamak amacıyla planlanmıştır. Elde edilen veriler sağlıklı kadınlardan alınan yanıtlarla karşılaştırılmıştır. Bunun için İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Ana Bilim Dalında ve S.S.K. Okmeydanı Hastanesi Onkoloji Kliniğinde meme kanseri tanısıyla yatan hastalar ile sağlıklı kadınlara meme kanseri ve kendi-kendine meme muayenesi konusunda geliştirilen anket formu uygulanmış ve bilgi düzeyleri ölçülmeye çalışılmıştır.

GENEL BİLGİLER

EPİDEMİYOLOJİ

Kadınlar arasında yaygın olan meme kanseri, Kuzey Amerika ve Batı Avrupa Ülkelerinde çok sık görülmektedir. Amerika'da meme kanseri insidensi yüzbinde 72, mortalite yüzbinde 21,3 tür (68,79). Amerikan Kanser Derneği tarafından 1981 yılında yapılan çalışmada, kadınlar arasında 100.000 yeni meme kanseri vakası olduğu belirlenmiş, bunun 36.800 nün öldüğü açıklanmıştır (32). Aynı çalışmada kadınların meme kanserine yakalanma olasılığının 1/11 - yaklaşık %9 oranında olduğu ve meme kanserinin kadınlarda ölüme neden olan kanser türleri içinde birinci sırayı aldığı belirtilmiştir. Konu ile ilgili bir çok çalışma, bu bilgileri doğrulamaktadır (2,8,22,30,32,53,64,68,79).

İngiltere'de meme kanserinden yılda 12.000 kadının öldüğü bildirilmiştir (6).

Hollanda dünyada meme kanserinden ölüm oranının en yüksek olduğu ülkedir. Hollanda'da her 100.000 kadından 24,1'inin meme kanserinden öldüğü söylenmektedir (79).

Uzak Doğu Ülkelerinde, özellikle Japonya'da meme kanseri insidensi ve mortalitesinin çok düşük olduğu gözlenmiştir. Bu ülkede mortalite oranı 100.000 kişide 3,7'dir (2,8,32,68,79).

Yurdumuzda yeterli istatistikler bulunmamasına karşın, yapılan araştırmalarda, meme kanseri sıklığı, kadınlarda görülen diğer kanserler arasında %11,7 oranında görülerek birinci sırayı almaktadır. Kanser ölümlerinin ise 1/5'inin meme kanserinden olduğu bilinmektedir (64,68).

ETYOLOJİ

Bugüne kadar sürdürülen yoğun ve çoksayıdaki çalışmalara karşın meme kanserinin etyolojisi belirlenememiştir. Fakat bu çalışmalar, meme kanseriyle bazı etkenler arasında yakın ilişki olduğunu ortaya koymuştur (58,73,79).

Kanserle ilişkisi olduğu düşünülen ve hepsinde olmamakla birlikte önemli sayıdaki meme kanseri vakalarıyla ilişkili olduğu, deneysel ve istatistiksel çalışmalarla ortaya konan bu etkenleri şöyle sıralıyabiliriz:

Cinsiyet: Meme kanseri özellikle kadınların hastalığıdır. 100 meme kanserliden sadece biri erkektir (73).

Yaş : Hastalığın ortaya çıkışında hastanın yaşının önemli bir yeri vardır. Genellikle yaşın ilerlemesi ile birlikte meme kanseri insidensinde de bir artış izlenmektedir (2,56,70,79). 20 yaş öncesinde çok az görülen meme kanseri, 30 yaşından sonra giderek artar. Noyes ve arkadaşlarının 1982 yılında yaptıkları çalışmada, tüm meme kanserlilerinin sadece %2 sinin 30 yaşında veya daha genç yaşta olduğu gözlenmiştir (46). Meme kanseri 45-50 yaşlarında çok yüksek bir sıklığa erişmekte; menapoz döneminde, bu yükseliş ani bir duraklama göstermekte ve daha sonra 80 yaşa kadar kısmen daha düşük bir hızla ilerlemektedir (2,13,42,53,55,73,79).

Genetik (Kalıtsal) Faktörler: Etyolojide genetik faktörlerin rolü büyüktür. Özellikle yakın akraba evlilikleri meme kanseri riskini 2-3 defa daha arttırmaktadır (2,8,68,73). Annesinde meme kanseri olan bir kadının bu hastalığa yakalanma olasılığı, diğer kadınlara oranla beş misli daha fazladır (22,73). Bir memesi kanser nedeni ile tedavi edilmiş hastaların, diğer memelerinde kanserin ortaya çıkma olasılığı oldukça fazladır. Herediter faktörün ne olduğu konusunda kesin bir bilgi elde edilememiştir, ancak anneden çocuğa geçen bir genin varlığından söz edilmektedir (10,73).

Endökrin Faktörler : Meme kanserinin dişilerde daha sık görülmesi, normal meme gelişmesinin ve fonksiyonunun çeşitli hormonların etkisinde bulunması, meme kanseri oluşumunda hormonların rolünün araştırılmasına neden olmuştur (73). Bazı hormonların, özellikle Östrojen'in meme kanseri üzerindeki etkisi çok tartışılmıştır. Çoğu kez Östrojen ile meme kanseri arasında olumlu yönde bir bağlantı kurulmuştur. Ancak böyle bir ilginin bulunmadığı da öne sürülür (2,73). Bazı gözlemler hiperöstrojenemi ile meme kanseri arasında bir ilginin var olduğu düşüncesini destekler. Örneğin 30 yaşından önce ooforektomi yapılmış kadınlarda meme kanseri hemen hemen görülmez (2,10,73,79).

Farelere uzun süre ve yüksek dozda Östrojen verildiğinde, hormon verilen fareler, meme kanseri görülen soydansa, bunlarda meme kanseri daha erken yaşta görülür. Normalde meme kanseri görülmeyen soydan dışı farelerde Östrojen verilmekle meme kanseri oluşturulamaz (Haagensen 1971) (2).

İnsanlarda Östrojen verilmesiyle meme kanseri oluşması arasındaki ilişki, aydınlatılması güç bir konudur. Fakat bu konu büyük önem taşır, çünkü Östrojen ve progesteron kombinasyonu olan kontraseptif ilaçları kullanan kadınların sayısı çok fazladır (2).

Repredüktif Faktörler:

a- Çocuk Doğurma : Doğurmuş olmak meme kanseri riskini azaltır. İlk doğumun yapıldığı yaş da önemlidir. Örneğin, ilk doğumu 18 yaşından önce yapmış kadınlarda meme kanseri riski, genel sayıya göre %70 azalmaktadır (2,73,79). İlk kez 30 yaşından sonra gebe kalan kadınlarda, hiç doğum yapmamışlarda ve evlenmemişlerde, olasılık yükselmektedir (2,10,42,55,73,79,80).

b- Emzirme : Çocuk emzirme Japon ve Hintli kadınlar arasında Amerikan ve İngiliz kadınlarına oranla daha yaygındır ve bunu uzun süre sürdürürler. Bu gözlem emzirmenin meme kanserine karşı koruyucu etkisini ileri süren varsayımdan yanadır. Laktasyon, over fonksiyonunu inhibe ettiği ve meme kanseri riskini azalttığı için bu hipotez biyolojik olarak doğru gibi görünmektedir. Fakat son yılların gözlemleri emzirmenin meme kanserine karşı koruyucu etkisini kanıtlayamamıştır (Stoll, 1976) (2).

c- Menstrüel Aktivite: Menstrüel aktivite yıllarının sayısı ile meme kanseri riski arasında bir ilişki genellikle kabul edilmektedir. Bir kadının yaşamı içinde menstrüel aktivitenin uzunluğu, menstrüasyonun başladığı yaş ile menapoz yaşı arasındaki süre ile ölçülür. Burada menarj ve menapoz yaşı önem taşır; çünkü meme kanseri görülen kadınların büyük bir kısmı menapoza oldukça geç yaşta varmış olanlardır. Dolayısıyla erken menarj ve geç menapozun risk faktörü olduğu söylenmektedir (2,68,57).

Virüsler: 1936 da Bittner fareler üzerinde yaptığı çalışmada, meme kanserinin anne sütündeki bir faktörle yavrulara geçtiğini bulmuştur. Daha sonra Bittner'in süt faktörünün bir virüs olduğu ve fare sütünde bol miktarda bulunduğu belirtilmiştir (2).

Virüslerin sıçanlarda ve maymunlarda meme kanseri yapabileceği ile ilgili bazı gözlemler, insan memesinde kanser oluşmasında da rolü olabileceğini düşündürmüştü ancak sonuç alınamamıştır (2,19).

Yerel Etkenler : Değişik ülkelerde ve toplumlarda meme kanserinin görülme sıklığı farklılıklar göstermektedir. Bu ayrımı yaratan nedenlerin birinde yerel etkenler olduğu düşünülmektedir. Bu düşüncüyü etkileyen ilginç bir kanıt, Japonya'daki kadınlarda meme kanserine, batılı kadınlara oranla çok az rastlandığıdır. Ancak Amerika Birleşik Devletlerinde yaşayan Japon kadınlarında ise, meme kanserinin, Japonya'daki

soydaşlarındaki gibi düşük oranda olmadığı görülmüştür. Bu buluş kanserin yerel etkenlerden de etkileneceği görüşünü desteklemektedir (2,10,79).

Çeşitli Faktörler:

a- Sosyo-ekonomik Düzey: Meme kanserinin, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir. A.B.D'inde eğitim düzeyinin, İngiltere'de sosyal sınıfın yüksek olması, meme kanseri sıklığı ile orantılı görünmektedir. Sosyo-ekonomik düzeyle meme kanseri arasındaki ilgi, etyolojik önemi olan başka faktörlere dayanır. Örneğin, eğitim faktörü, emzirme, evlenme, doğurma ve ilk doğumda annenin yaşı gibi faktörlere doğrudan doğruya bağlıdır (2,18,35,42,73,79).

b- Beslenme ve Şişmanlık : Meme kanserinde aşırı beslenme ve şişmanlık risk faktörü olarak öne sürülmüş; beslenme ve özellikle yüksek miktarda yağlı gıdaların alınması ile meme kanseri arasında ilişki olduğu bildirilmiştir. Bu ilişki ülkeler arası farklılıklarda görüldüğü gibi, bir ülkenin çeşitli sosyo-ekonomik gurupları arasındaki farklılıklarda da görülmektedir (2,8,57,68,79).

Aşırı beslenme, hem şişmanlık yaparak hem de menarj yaşını küçülterek meme kanseri oranında rol oynayabilir. Menarj yaşı küçük, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan gruplarda ve iyi beslenen endüstriyalize memleketlerde meme kanserinin sık görülmesi bu görüşü desteklemektedir (2,8,57). Örneğin, zengin diyetli bir gıda alma sistemi olan Bombay'daki Parsis kabilesinde meme kanserinin, Hindistan'daki genel popülasyona göre iki kattan daha büyük sıklıkta görülmesi bunu kanıtlamaktadır (26).

Menapoz öncesi ve sonrası görülen şişmanlığın aşırı östrojen salgılanması ve menstrual sıklıkteki düzensizliklerle ilgili olduğu ve bu durumun meme kanseri riskini artırdığı belirtilmektedir (57).

c- Reserpine : Meme kanserinin etyolojisinde, hipertansiyonun tedavisinde kullanılan reserpine'nin prolaktin yapımını sitümüle ettiği, immünolojik mekanizmaya baskı yaptığı ve kimyasal bir karsinojene çevrildiği düşünülerek, risk faktörü olarak yer verilmiştir. Fakat bu konu kesin olarak kanıtlanamamış, çalışmalar sürdürülmektedir (2).

d- Radyasyon: İonizan radyasyonun meme kanserine neden olabileceği kanıtlanmıştır. Daha önceleri gerek teşhis, gerekse tedavi amacıyla uygulanan radyasyon, günümüzde daha az ve ölçülü bir şekilde verilmektedir. Özellikle akciğerlerin radyolojik incelemeleri ve mammografide verilen dozlar çok azdır (2,8,68).

KLİNİK BELİRTİLER

Kitle : Meme kanserinde en sık rastlanan ilk belirti, çoğu kez ağrısız ya da hafif ağrılı olan ve hastaların %80 inde bir rastlantı sonucu farkına varılan memeye ait bir kitledir. Kanser kitlesinin kenarları düzensiz, hareketi sınırlı ve serttir. Bu özellikleriyle memenin diğer hastalıklarına bağlı kitlelerden daha kolay bulunur; fakat önemli olan hastanın memesindeki anormalliği hissetmesidir. Kendi-kendine meme muayenesi yapan kadınlar, anormalliği hissetmede diğer kadınlara oranla daha şanslı durumdadırlar.

Tümörün normal büyüklükteki bir memede, palpasyonla ortaya konabilmesi için en az 1 cm büyüğüne ulaşması gerekir. Tümör, vakaların %47'sinde üst-dış, %14'ünde üst-iç, %7'sinde alt-dış, %2'sinde alt-iç kadranda, %22'sinde de subareolar bölgede yer alır (17,18,71,73,79).

Ağrı : Meme kanserinde sık görülen bir belirti değildir. Seyrek olarak tümör bölgesinde keskin, aralıklı ve hasta tarafından "bıçak saplanır gibi" diye tanımlanan bir ağrıdan

söz edilir. Genellikle hastalığın geç dönemlerinde görülür (2,17,18).

Memebaşı Akıntısı: Memebaşı akıntısı olan hastaların %12 sinde akıntı kansere bağlıdır. Bu bulgu selim meme hastalıklarında kanserden daha sık görülür.

Akıntı kanserle ilgili ise çoğu kez bir kitle palpe edilebilir ve bu kitlenin üzerine bastırmakla meme başından akıntı başlatılabilir (2).

Retraksiyon Belirtileri: Zamanla tümör büyümeğe ve etrafındaki dokulara yayılmağa başladığında deride retraksiyon belirtileri görülür.

Subareolar bölgedeki kanserlerde meme başı içeri çekilir (memebaşı retraksiyonu). Memenin üst-dış ve üst-iç kadranlarının kanserlerinde meme başı kitleye doğru çekilebilir. Önden bakıldığında hasta memebaşının daha yüksekte olduğu görülür (Forgue belirtisi) (73).

Tümörün derin fasyaya m.pektoralise ve göğüs duvarına infiltre olduğu vakalarda memenin hareket yeteneği ortadan kalkar; buna Tillaux belirtisi denir (17,18,73).

Portakal Kabuğu Görünümü (Peau d'orange): Büyüyen kitle cooper ligamentlerini gererek deride portakal kabuğu görünümünün ortaya çıkmasına neden olur. Bu durum bazı vakalarda açıkca görüldüğü halde, bazı vakalarda tümörün bulunduğu kısım parmaklarla sıkıştırıldığı zaman geçici olarak meydana gelir. Portakal kabuğu görünümü, vakaların oldukça gecikmiş olduğunu işaret eder (17,18,71,73).

Meme Derisinde Ülser, Ödem ve Eritem : Tümör hücreleri cooper ligamentlerindeki lenf damarlarında ilerleyerek, derinin yüzeysel lenf damarlarına ulaşır. Bu damarları tıkamaları sonucu lenf dolaşımı bozularak deride ödem meydana gelir, buna

lenfödem denir.

Tümör hücrelerinin daha sonra deriye doğru yayılmasıyla deride eritem ve sonrada ülserler meydana gelir (17,18,73).

Metastazlarla İlgili Belirtiler : Meme kanserlerinde metastaz, lenfatik yolla ve kan yoluyla olur.

Lenfatik Yol: Meme kanserleri metastazlarını daha çok lenfatik yayılma ile yaparlar. Klinikte ilk metastaz belirtileri, genellikle aksillada görülür. Aksillada ganglion bulunup, bulunmaması meme kanserinin klinik evrelemesinde önem taşır. Meme-deki tümörün ancak palpe edilebilecek büyüklüğe eriştiği vakaların % 20-30'unda aksillada metastaz bulunur. Tümörün çapının 3 cm'den büyük olduğu vakaların ise yarısından fazlasında aksillada metastaz bulunur. Memedeki primer tümörün büyüklüğü ile bölgesel lenf düğümlerine metastaz yapma kapasitesi arasında büyük bir ilişki vardır (55,71,73).

Aksilla lenf ganglionları içinde en geç metastaz, en yüksek grup olan subklavikular ganglionlarda görülür. Subklavikuler lenf ganglionlarında metastaz bulunması, meme kanserinin lenfatik yolla yayılmasında en son dönemdir ve ağır bir prognozun belirtisidir. Bu devrede yapılan cerrahi tedaviden olumlu sonuç alınamaz.

Memenin medial yarısında ve santral bölümündeki tümörlerin, mamma interna lenf ganglionlarında metastaz oranı daha yüksektir. Bu ganglionlarda metastaz çoğu kez aksilla lenf ganglionlarında metastaz oluştuktan sonra görülür; aksilladaki ganglionların sayısı ne kadar çoksa, mamma interna lenf ganglionlarında metastaz olasılığı o kadar artar (2,73).

Kan Yoluyla Uzak Metastazlar : Kan yoluyla metastazlar, primer kanser hücrelerinin venleri infiltre etmeleri ya da bölgesel ve uzak lenf ganglionları grubunu aşıp duktus torasik-kusta dökülmeleri sonucu, dolaşıma katılmalarıyla olur. Kan dolaşımındaki kanser hücrelerinin yerleşme bölgeleri sıklık sırasına göre, akciğer, karaciğer, kemik (kaburgalar, sternum, kafa kemikleri, klavikülalar, skapulalar, vertebralar, pelvis ve uzun kemiklerin proksimal uçları), beyin, overler, sürrenal ve hipofiz gibi organlardır. Ayrıca meme kanseri vücudun her yerinde seyrek de olsa metastaz yapabilir. Örneğin dil, mandibula, parotis, maksilla, vajen, uterus, vulva gibi organlarda da metastaz yaptığı görülmüştür (2,71,73).

TANI

KLİNİK TANI

Fizik Muayene : Fiziksel muayene ile meme kanserinin doğru bir şekilde teşhis edilebilme olasılığı, en tecrübeli ellerde bile %70 kadardır (79). Bu nedenle memede bulunan bir kitlenin kanser olabileceği düşünülerek gerekli işlemler yapılmalıdır.

Fizik Muayene Şu Evreleri İzler :

a- Anamnez : Meme muayenesi için gelen kadınların çoğu, memelerinde hastalık bulmuş olduklarını sanarak, bazıları ise akraba veya arkadaşlarında meme kanseri bulunmuş olduğu için korkarak gelmişlerdir. Dikkatli bir anamnez, memesinde gerçek hastalık olmayanların belirlenmesine yardımcı olabilir.

Hastanın soy ve öz geçmişinin bilinmesi, meme kanseri riskinin normalden az ya da çok olduğu konusunda bilgi verir. Ailede, meme kanseri olup, olmadığı, menarj yaşı, ilk doğum yaptığı yaş, menapoz yaşı, oral ya da parenteral hormon preparatları alıp almadığı sorulur (2,73).

b- İnspeksiyon : Meme muayenesinin başarılı olması için, işlemin planlı bir şekilde yapılması gerekir.

Belden üst kısmını soyunmuş ve kolları yanında olmak üzere dik oturtulan hastanın karşısına geçilir. Memelerin büyüklük ve simetrisine bakılır. Memelerin derisinde renk değişikliği, eritem, ülserasyon, retraksiyon, ödem, çukurluk, memelerin biçiminde deformite ya da meme başının retraksiyonu aranır. Bundan sonra hasta kollarını yukarıya kaldırır ve memeler bir daha gözden geçirilir.

Her iki memenin konturu gözle izlenir , herhangi bir girinti ya da çıkıntı lezyonun yerini belli ettiği için önemlidir.

Hasta öne doğru eğildiğinde bir meme geride kalır, diğeri sarkarsa bu, meme kanserinin pektoral adeleye infiltrasyonu olduğunu gösterir; buna Auchiclos belirtisi denir (2,63,73).

c- Palpasyon : Memeyi iyi palpe edebilmek için göğüs duvarı üzerinde dengeli bir biçimde yaygın olması gerekir. Bunu sağlamak için, hasta muayene masasına yatırıldığında, muayene olacak taraftaki omuzun altına küçük bir yastık konur.

Bu şekilde hazırlanmış hastada memenin bütün kadrantları, bir elin parmaklarının iç yüzleriyle sistematik olarak muayene edilir. Memenin medial bölümü muayene edilirken hastanın kolları başının üzerine kaldırılır, böylece meme daha düz bir yüzey üzerinde olur ve palpasyon kolaylaşır.

Palpasyon hastanın canını acıtmadan nazik bir şekilde yapılırsa daha çok bilgi verir. Meme dokusundaki tümörün mobilitesi ve fiksasyonu, tümörün karakteri hakkında bilgi verir. Tümör bazen o kadar mobil olur ve muayene edenin parmakları arasından kaçar ki selim olduğu hemen anlaşılır. Kanser olanlar ise meme dokusu içinde oldukça fikse durumdadırlar.

Aksilla ve supraklavikular ganglion bölgeleri hasta otururken muayene edilir. Aksillada ganglion palpe edilmesi, kanserin geç bir evrede olduğunun belirtisidir (12,63,73).

Laboratuar Muayene Yöntemleri:

a- Mammografi : Tümörün palpe edilemediği dönemde, meydana çıkmasını sağlamak amacıyla kullanılan bir röntgen tekniğidir. Filmde, meme kanseri için spesifik görüntü, içinde çok sayıda noktalar halinde kalsifiye odaklar bulunan, kenarları düzgün olmayan koyu gölgedir. Meme kanserlerinin %80-90 si bu yolla erken dönemde bulunmuştur (55,63,73,74,77).

b- Kserografi : X ışınları aracılığı ile memenin, elektrik- le yüklenmiş selenyumlu, aliminyum plaklarda görüntüsünü almaktır. Genellikle kseromammografi olarak bilinen bu yöntem, memesi büyük olanlarda, fiziksel muayene bulguları anlaşıl- lamayanlarda ve mastektomi olanlarda endikedir (55,73,74,77).

c- Termografi: Bütün cisimler yüzeylerinden kızılötesi ışın- lar yayar. Termografi derinin bu kızılötesi ışınlarının görün- tüsüdür. Bir optik sistem aracılığı ile kızılötesi ışınları yakalanır ve bunlar elektiriğe çevrildikten sonra osilloskopik bir ekranda görüntülenir ve fotoğrafı alınır. Habis urlar diğer dokulardan daha fazla kızılötesi ışın yaydığı için farklı gö- rüntü verir. Bu yöntemle kesin tanı konulamaz (55,73,74,77)

d- Pnomokistografi : Meme kistinın ponksiyonla içinin boşaltılmasından sonra hava ile doldurularak röntgeninin alın- ması işlemidir (2,63,77).

e- Transillüminasyon : Memenin karanlık bir odada bir tarafından verilen kuvvetli bir ışıktaki incelenmesidir. Memedeki kitle ışık altında koyu bir gölge olarak görüntü verir (55,73,77).

f- Sitolojik Muayene : Memedeki solid bir kitledeki sellüler materyalde, kist içindeki sıvıda ya da memebaşı akıntısında kanser hücresi aranmasıdır (71,73,77).

g- Ultrasonografi : Memenin kistik lezyonlarının ortaya konmasında faydalıdır; çok duyarlı bir yöntem değildir (73,77).

h- Lenfografi : Lenf kanalları ve lenf ganglionlarının durumlarını incelemek için kullanılan bir yöntemdir. Areola derisi içine %1 metilen mavisi ve lokal anestetik karışımından 0,2 cc enjekte edildikten bir kaç dakika sonra lenf kanalları derinin hemen altında mavi renkte görünür. Bunlardan biri enzisyonla açılarak kanüle edilir ve yarım saat içinde bu kanülden 2 cc kadar lipiodal verilir. Bundan sonra çeşitli pozisyonlarda radyografiler çekilerek, lenfatik kanallar ve lenf ganglionları görüntülenir. 24 saat sonra yeniden grafikler çekilerek değerlendirme yapılır (2).

i- Kompüterize Aksial Tomografi (CAT scan) : Memedeki lezyonları belirlemek için uygulanan CAT scanning ilkelerinin kullanıldığı deneysel bir tekniktir (77).

j- Biyopsi : Meme kanserinde kesin tanı biyopsi ile konur. Enzisyonel (kitlenin bir kısmının çıkarılıp incelenmesi), ekzisyonel (kitlenin tümünün çıkarılması) ve iğne biyopsisi (Drill) gibi çeşitleri vardır. Bunlardan hangisinin uygun olduğu, biyopsinin ameliyat anıandamı yoksa birkaç gün öncemi yapılması gerektiği konusunda karar verirken vakanın özellikleri göz önünde tutulur.

Genellikle iki yaklaşım söz konusudur:

1- Genel anestezi altında enzisyonel ya da ekzisyonel biyopsi yapılarak frozen ile birkaç dakika içinde konulan tanıya uyularak, gerekiyorsa hemen mastektomi yapılır.

2- Hastayı hastanede yatırmadan, lokal anestezi altında meme biyopsisini yaptıktan sonra evine gönderip, patoloji raporuna göre ne yapılması gerektiği düşünülür (63,73,74,77).

KENDİ-KENDİNE MEME MUAYENESİ

Kanserden ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer alan meme kanserinin erken tanısında kendi-kendine meme muayenesinin önemli yeri vardır. Kendi-kendine meme muayenesi, meme kanserinin erken tanı ve tedavisinde faydalı olduğu kadar, yaşam süresinin uzamasında da büyük ölçüde etkilidir (23,27,36,48,60).

1927 de, Auchincloss, kadınların kendi memelerini, basit yöntemlerle kendilerinin muayene etmeleri konusunda eğitilmelerini önermiştir. Auchincloss, bu adımın çok önemli olduğunu kavramış ve düşüncelerini şöyle açıklamıştır : "Büyük bir olasılıkla, kadınlar memelerindeki kitleleri doktor tarafından yapılan fizik muayeneden çok daha önce yapabilirler...Meme kanserinin korkutucu mortalitesinin azaltılmasında en önemli yol budur... 20 yaş ve üzerindeki her kadın, yaşamı boyunca her beş haftada bir, memesinde kitle olup olmadığını düşünerek kontrol etmelidir..." (1).

Araştırmalar, meme kanserinde kadınların kitleyi ilk bulan kişiler olduğunu belirtmektedir. 1975 de Amerikan Kanser Derneği'nin, 1978 de Foster, Greenwald ve arkadaşlarının çalışmalarında kanser erken dönemde bulma oranı, kendi-kendine meme muayenesi yapanlarda, yapmayanlardan anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (23,31,52,60,63).

Meme kanserinin tanısında amaç, primer lezyonun küçük ve aksilladaki lenf ganglionlarının negatif olduğu dönemde bulunmasıdır. Meme kanserinde tümör ne kadar erken dönemde

bulunmuşsa ve çapı ne kadar küçük ise metastaz yapma olasılığı o oranda azdır ve prognoz iyidir. Çapı 4 cm'den büyük tümörlerin dörtte üçünde ganglion metastazı vardır ve prognoz kötüdür (2,30).

Foster ve arkadaşları (1978), ilk teşhis konulduğunda, memekanserin klinik ve patolojik evresiyle, kendi-kendine meme muayenesi arasındaki ilişkiyi tanımlamak için yaptıkları çalışmada, hastaların 1/4 ünün ayda bir defa, kendi-kendine meme muayenesi yaptığı, 1/2 sinin ise hiç yapmadığını belirtmişler, ayrıca tümörün erken klinik devrede bulunması ve küçük çapta olması ile aksillalar lenf nodülü sayısı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır (30).

Gold (1964), kadınların memelerindeki kitlelere gerekli tıbbi önemi vermekte neden geciktiklerini araştırmış, bilgi eksikliği, fizyolojik faktörler ve davranış faktörlerinin (heyecan, korku, utanma) etken olduğunu bulmuştur. Ayrıca, kadınların elle muayene tekniğini bilmemelerinin, bu nedenlerin başında geldiğini vurgulamıştır (60).

Kendi-kendine meme muayenesinin başarılı olması için, sürekli, düzenli ve periyodik aralıklarla yapılması, kişilerin meme muayenesine istekli olması, muayene tekniğini iyi bilmesi ve kendilerinin pratik yapmada sorumlu hissetmeleri gereklidir (26,36,52).

Hobbs'un 1972 de yaptığı çalışmada, kadınların kendi-kendine meme muayenesini sürekli ve düzenli aralıklarla yapmalarının, meme dokusunun nodüllü bir yapısının olması nedeniyle, kitleyi hissetmede güçlük çekmeleri ve neyi aradıklarını tam olarak bilmemelerinden kaynaklandığı belirtilmektedir (60). Bu nedenle kadınlar kendi memelerinin palpasyonunu devamlı ve periyodik aralıklarla yapmayı alışkanlık haline getirirlerse,

kendi memelerinin özelliklerini çok iyi bileceklerinden, birgün ortaya çıkacak ufak bir tümörü kolaylıkla hissedebileceklerdir.

Kolaylıkla ve herkes tarafından yapılabilen, emin ve masrafsız bir tanı yöntemi olan kendi-kendine meme muayenesi, meme kanserini erken dönemde tanınmasında diğer tanı yöntemlerinden daha fazla yardım edici bir potansiyele sahiptir (23,26,32,36,53,60,70). Araştırmacılar riskli grupların yani ailesinde meme kanseri bulunanların, daha önce meme kanseri ameliyatı olanların (diğer memesinde kanser olasılığı fazla olduğu ve ameliyat bölgesinde lokal nüksler olabileceği için) ve 30 yaşın üstündeki her kadının ayda bir kez kendi-kendine meme muayenesi yapmasının şart olduğunu ileri sürmüşlerdir (37,36,39,55,61).

Kişilerin ekonomik ve kültür düzeyleri, yaş grupları, ilk semptom ile tıbbi danışmana başvurma süresinin gecikmesi gibi faktörler, kendi-kendine meme muayenesini olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir. 1978 de Foster ve arkadaşlarının, 1981 de Huguley ve arkadaşlarının çalışmalarında, eğitim seviyesi yükseldikçe, pratik yapma (kendi-kendine meme muayenesi) oranının yükseldiği, yaş ilerledikçe ise azaldığı belirtilmiştir (30,36).

Kanserin erken dönemde tanınması için en azından her üç ayda bir meme muayenesi gereklidir. Oysa kadınların bu kadar sık aralıklarla kontrole gitmeleri beklenemeyeceği gibi, bu kadar çok sayıda muayene için gerekli insan gücü de yoktur. Bu nedenle kadınların meme muayenelerini kendilerinin yapmasının çok daha akılcı olduğu gerçeği bir kere daha ortaya çıkmaktadır.

Meme kanserinin en sık görüldüğü yaşta olan her kadın, kendini çok sağlıklı hissetse bile, kişinin sadece on dakikasını alan, emin ve basit bir işlem olan kendi-kendine meme muayenesini yapmalıdır.

Kendi-Kendine Meme Muayenesi Ne Zaman Yapılır

Kendi-kendine meme muayenesi her ay düzenli olarak yapılmalıdır. En uygun zaman, menstruasyonun bitiminden bir hafta sonrasıdır. Bazı kadınlarda premenstrual dönemde memelerinde gerginlik, hassasiyet ve kitleye benzer sertlikler olabilir. Bu sertlikler, genellikle menstruasyon başladıktan sonra kaybolmasına rağmen, bazende menstruasyon süresince kalabilir. Bu tür sapmalar olabileceği için, menstrual siklusla ilgili olarak meme muayenesinin her ay aynı zamanda yapılması doğru olur.

Gebelikte kendi-kendine meme muayenesi pratiklerine kesinlikle ara verilmez. Gebe ve menapoz sonrası kadınlarda, kendi-kendine meme muayenesi düzenliliği ve sürekliliği sağlamak amacıyla, hatırlanması kolay bir tarih olan her ayın ilk günü yapılabilir.

Histerektomi ameliyatı geçirmiş kadınlar, meme muayenelerini, her ay doktorun (ameliyatı yapan) belirleyeceği günde yapmalıdırlar.

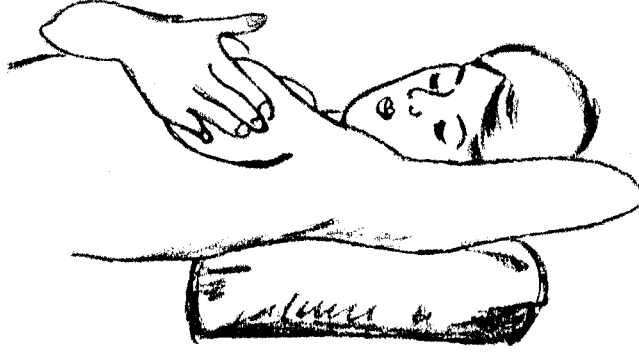
Kendi-Kendine Meme Muayenesi Nerede Yapılır

- Yatarak
- Duşta ya da Banyoda
- Ayna Önünde

Y a t a r a k :

Hazırlık: Yatağa uzanılır, hangi meme muayene edilecekse o taraf omuzun altına küçük bir yastık ya da katlanmış havlu konur ve aynı taraf kolla baş alttan desteklenir. Böylece meme koltukaltına kaymadan, göğüs üzerinde merkezleştirilerek omuz mümkün olduğunca göğüs seviyesine yükseltilir. Bu işlem, meme dokusunun yeterince göğüs duvarı üzerinde yayılmasını

sağlar (Şekil 1a). Eğer meme, göğüs duvarı üzerinde uygun bir şekilde yayılmamışsa, özellikle dokunun en kalın olduğu ve kanserin en çok ortaya çıktığı üst dış kadranda kitleyi hissetmek güç olur.



Şekil 1a

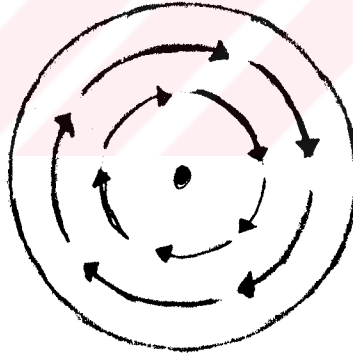
Uygulama: Memelerin dikkatli ve sistematik olarak muayene edilmesi, normal yapısı ve durumu hakkında bilgi verir. Sol memenin muayenesinde sağ el, sağ memenin muayenesinde de sol el kullanılır. Muayenede başparmak diğerlerinden ayrılmış olarak iki veya üç parmak kullanılır. Palpasyon, avuçiçi daima meme dokusunun üzerinde hissedilerek, parmakların iç yüzleriyle yapılır; parmak uçları daha az duyarlı olduğu için kullanılmaz. Varolmayan bir kitlenin hissedilmesine neden olabileceğinden meme hiçbir zaman başparmak ile diğer parmaklar arasında sıkıştırılmaz. Uzun tırnaklar muayeneyi engelleyeceği için, tırnaklar kısa kesilmiş olmalıdır.

Palpasyon, küçük dairevi hareketlerle, yavaşça fakat deri altı dokusundaki değişikliklerin hissedilmesine yardımcı olacak şekilde cilde çökerek yapılır. Parmak uçlarının cilt üzerinde, sadece kaydırılması, deri altındaki doku hakkında az açıklık getirir; oysa yavaşça bastırmak hem derinin hareketsizliğini sağlar hemde deri altı dokusu hakkında bilgi verir.

Muayene bölgesi, klavikulanın tam altındaki memeler ve koltukaltından sternuma kadar olan bölgedeki lenf nodüllerini kapsar.

Uygulamada, ortak merkezli-dairesel yöntem ve "saat sayısı" yöntemi olmak üzere iki yöntem kullanılır.

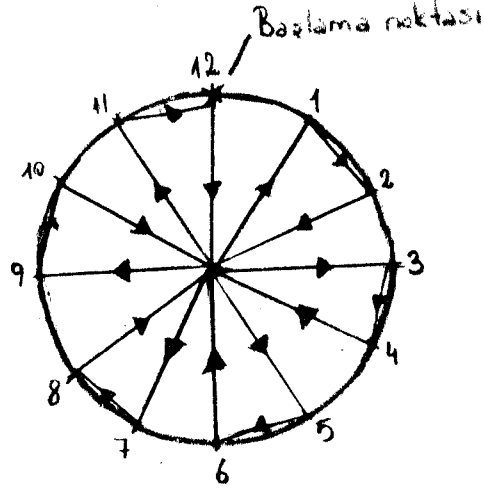
Ortak Merkezli-Dairesel Yöntem: Amerikan Kanser Derneği tarafından önerilen bir yöntemdir. Meme ortak merkezli bir daire olarak kabul edilir ve en üst-dış kadrandan küçük dairevi hareketlerle muayeneye başlanır. Saat yelkovanı yönünde ilerleyerek, memenin tüm dış kenarı çevrelenir; daha sonra başlama noktasına gelerek, meme başına doğru takriben iki parmak alttan başlanır ve aynı işlem tekrarlanır. Memenin her yeri, memebaşıda dahil tam olarak muayene edildiğinden emin olununcaya kadar yavaş, yavaş dairesel hareketlere devam edilir; genellikle en az dört kere, bu hareketler tekrarlanır (Şekil 1b).



Şekil 1b

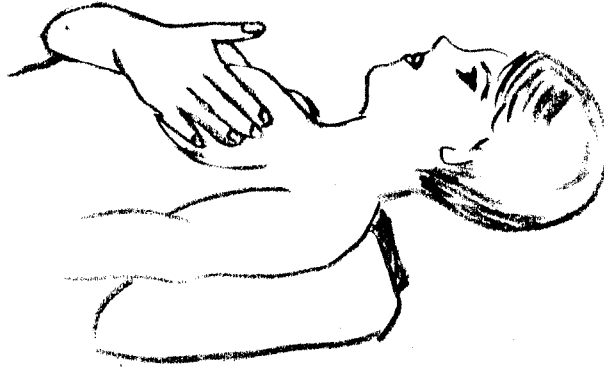
"Saat Sayısı" Yöntemi: Geçerli bir yöntemdir. Üst-dış kadranda, saatin 12 yi gösterdiği yer olarak kabul edilir. Muayeneye buradan başlanır ve palpasyon düz ve doğru bir çizgi halinde ilerleyerek meme başı içine kadar devam eder; sonra meme başının dış kısmından "saat 1" hizasına doğru düz bir çizgi halinde palpasyona devam edilir; "saat 1"den "saat2" hizasına geçilir ve memenin dış kenarından meme başına doğru

palpe edilir. Bu işlem, tekrar "saat 12" hizasına gelinceye kadar devam eder; böylece memenin her yeri muayene edilmiş olur (Şekil 1c).



Şekil 1c

Palpasyon bu şekilde tamamlandıktan sonra, muayene edilen memenin tarafındaki kol, başın altından alınarak rahat bir şekilde yan tarafa bırakılır ve muayene tümüyle tekrar edilir (Şekil 1d). Sonra yastık veya havlu diğer taraf omuz altına geçirilir ve tüm işlemler sırasıyla diğer meme için uygulanır



Şekil 1d

Palpasyonda Ne Aranır: Anormal durumları hissedebilmek için, meme dokusu muayene edilerek iyice tanınmalıdır. Kadınların çoğu, palpasyonda memesinin alt kısmındaki kalınlaşmış dokuyu ya da yuvarlak sertlikleri ve areolanın dış sınırındaki genişlemiş süt kanallarını yumrular şeklinde hissedebilir. Çok zayıf kadınlarda, göğüs duvarındaki kemiğe ait oluşumlar, tıbbi gelişmiş süt bezleri, yağ bezleri, lenf nodülleri veya selim kistlerde olduğu gibi, yanlış olarak meme tümörü izlenimi verebilirler.

Her ay yapılan kendi-kendine meme muayenesinde, tehlikeli değişiklikleri, normal durumlardan ayırt edebilmek için, meme dikkatlice palpe edilmelidir. Bir memede özellikle üst-dış kadranda herhangi bir kitle ya da değişiklik bulunduğunda çok ciddiye alınmalı ve diğer memede de değişiklik olup, olmadığına bakılmalıdır. Şayet anormal bir gelişmeden şüphe edilirse derhal doktora gidilmelidir.

D u ş t a Y a d a B a n y o d a :

Cilt ıslak ve kaygan olduğu için memelere dokunulduğunda kitleyi hissetmek çok kolay olur. Küçük memeli kadınlarda, muayene edilecek memenin tarafındaki kol başın üstüne konur ve diğer elle meme, yatarken yapılan palpasyon şekli ile muayene edilir. Büyük ve sarkık memeli kadınlarda meme, bir elle alttan desteklenerek sabit hale getirilir ve yukarıya doğru itilir; diğer elle önce üstten sonra alttan muayene edilir (Şekil 2).



A y n a Ö n ü n d e

Bazı meme hastalıklarını görülebilen belirgin değişikliklerle tanımak mümkün olabilir. Burada memelerin normal görünüşünün bilinmesi çok önemlidir. Her iki memesi de tamamiyle aynı olan kadın yoktur; birçok kadının memeleri birbirinden farklıdır.

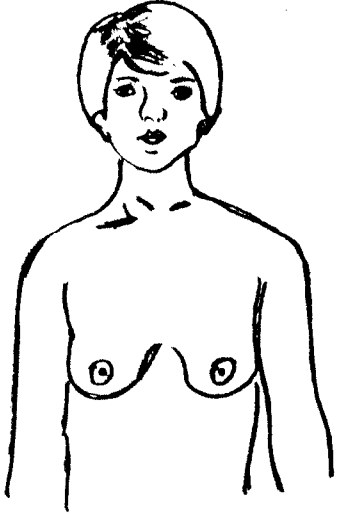
İnspeksiyonda önemli olan, her iki meme arasındaki normal farklılıklar değil, normal görünüşten farklı olan herhangi bir değişiklik, özellikle bir memede olup diğerinde olmayan farklılıklardır.

Hazırlık : Vücudun belden üstü soyunmuş bir halde büyük bir aynanın karşısında ayakta durulur, Ayna, odanın iyi aydınlatılmış bir bölümünde olmalı, ışık, ya direkt olarak yukarıdan ya da kişinin başının üstünden, ayna üzerine gelmelidir; yan taraftan aydınlatma doğru görmeyi engeller.

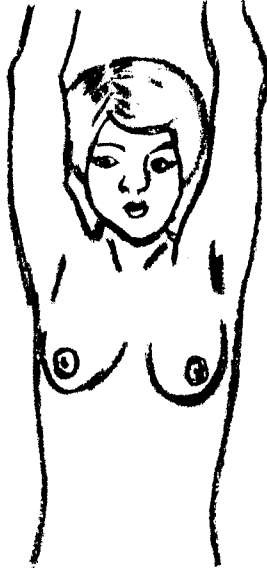
Uygulama : Memeler gözle muayene edilirken (İnspeksiyonda):

1. Kollar rahat bir şekilde yanda
2. Kollar yukarıda
3. Her iki el alında birleştirilir ve pektoral kasları kasmak için, parmaklar kuvvetlice sıkılır.
4. Eller krısta ilyakalar üzerine yerleştirilir ve aşağıya doğru bastırılır.
5. Eller uyduğun ön yüzüne veya sandalyeye konarak öne doğru eğilir.
6. Meme ucu, başparmakla işaret parmağı arasına alınarak yavaşça sıkılır.

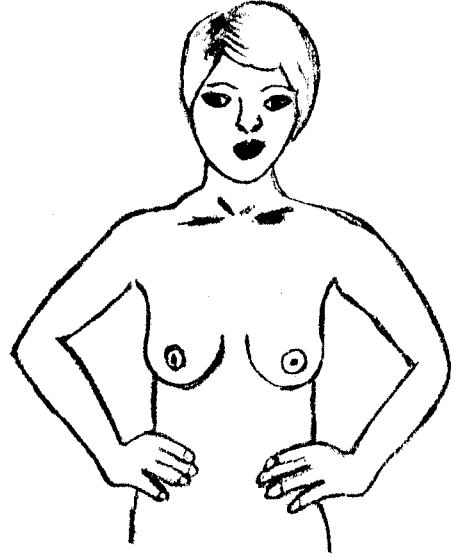
Ayna önünde, bu pozisyonların herbirinde memeler dikkatlice gözlenir (Şekil 3a,3b,3c,3d,3e).



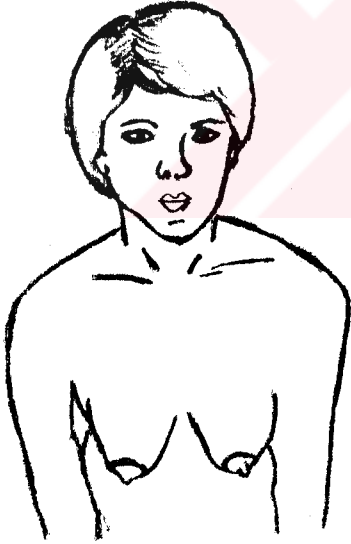
Şekil 3a



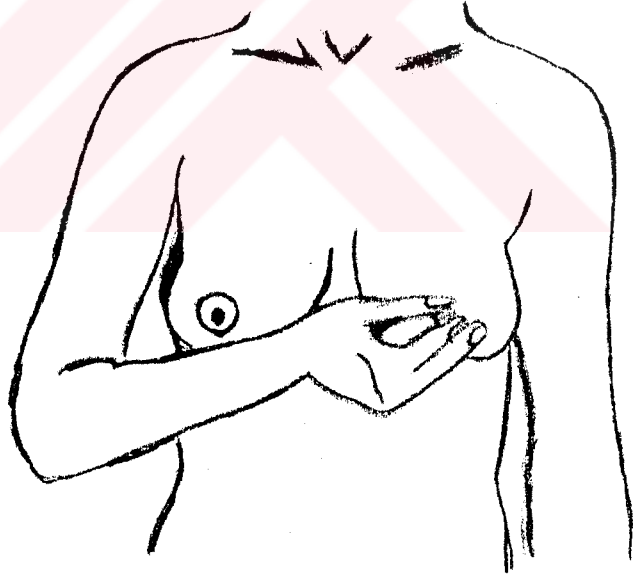
Şekil 3b



Şekil 3c



Şekil 3d



Şekil 3e

Ne Aranır:

- Memelerin yerleşimi ve konturu ile ilgili değişiklikler
- Derideki renk değişiklikleri (örn.kırmızılık)
- Derideki çökme, çekilme ve şişlik (bir tarafta olup da diğer tarafta olmayan)
- Meme başında ya da areoladaki ülserasyonlar veya döküntüler
- Meme başlarının asimetrik yönlerde olması ya da meme başının içe dönük olması
- Meme başından gelen berrak ya da kanlı akıntı
- Göğüs kaslarını hareket ettirirken memenin hareketi
- Deri gözeneklerindeki genişleme

Bu belirtiler gözlenirken, simetride değişiklik ya da farklılık yapan medikal faktörler (örn. yaralanma, ameliyat) veya aktiviteler (tek taraflı egzersiz, tenis, makine kullanma v.b) göz önünde bulundurulmalıdır.

Meme dokusunu tesbit eden ve koruyan Cooper ligamentlerine kanser kitlesinin infiltre olmasıyla memede çekilme, düzleşme şişme ve retraksiyon belirtileri görülür. 5.hareket bu belirtilerin görülmesine yardımcı olur. Öne eğilmiş pozisyonda normal meme yapısı bellidir ve cooper ligamentlerindeki herhangi bir kanserojen şekillenme etkilenen bölgede çekilme şeklinde görülür.

Cildin belirli durumları meme için tehlike sinyalleri verebilir.

Bunlar :

- Kan hacminin artmasıyla ilişkili, ciltte kızarıklık, irritasyon ve genişlemiş venler
- Meme başı ve areoladaki renksiz bir alan
- Kolaylıkla iyileşmeyen ülserler, yaralar ve yüzey erozyonları
- Memenin herhangi bir yerinde pigmente olmuş lekeler (siyah-kahverengi)

- Tümörün büyümesiyle gelişen lenf kanalı blokajı nedeniyle deride portakal kabuğu görünümü ve deri gözeneklerinde büyüme gibi belirtilerdir.

Memebaşı ve bölgesi, büyüklükte, şekilde, renkte ve lokasyonda değişiklik olup olmadığı için kontrol edilir. Memebaşındaki herhangi bir düzleşme, çekilme ya da içeri çökme kanser olabileceği endişesini vermelidir. Bu belirtili, muayenede ayakta dururken öne çıkmış memebaşının, öne doğru eğilince içe çekilmesi şeklinde görülür.

Memebaşı sıkılarak herhangi bir akıntı olup olmadığı gözlenir. Memebaşı akıntısı özellikle heriki memede ve aynı zamanda oluyorsa genellikle zararsızdır. Fakat pembe veya kanlı akıntı bir tek memede oluyorsa ve kendiliğinden (sıkmadan) meydana geliyorsa kanser olasılığı fazladır.

Bu belirtilerin bazıları, selim durumlarla da ilgili olabilirse de alışılmamış herhangi bir bulguya rastlanıldığında beklemeden doktora gidilmelidir.

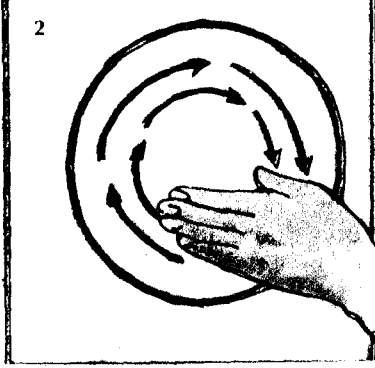
Kendi-Kendine Meme Muayenesinde İzlenecek 10 Adım:



Şekil 4.

- 1- Yatağa uzanılır, memeyi yükseltmek ve düzleştirmek için muayene edilecek memenin tarafındaki omuz altına küçük bir yastık ya da katlanmış havlu konur. Herbir memenin muayenesi için aksi taraftaki kol önce başın altına, sonra yan tarafa konur (Şekil 4).

- 2- Muayene, parmakların alt-iç yüzleri ile (uçları ile değil) dairevi hareketlerle yapılır (Şekil 5).



Şekil 5



Şekil 6

- 3- Meme küçülen dairelerle dıştan içe, meme başına doğru ilerleyerek palpe edilir. Düğümcükler, kitleler, kalınlaşmalar ve sertlikler hissedilir. Palpasyonda koltukaltı bölgesi unutulmamalıdır.
- 4- Banyoda ıslak ve sabunlu cilt, kitleleri hissetmeyi kolaylaştırır. Bir el başın arkasına konur, diğer el ile meme muayene edilir. Diğer memenin muayenesinde eller yer değiştirir. Eğer meme büyük, ağır ve sarkık ise, meme bir el ile alttan desteklenirken diğer elle muayene edilir (Şekil 6).

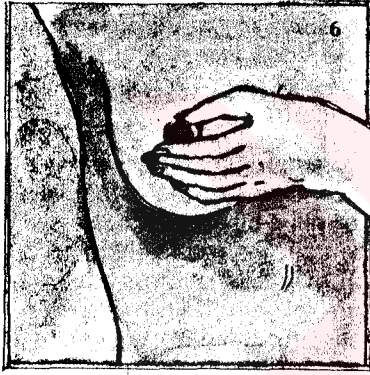


Şekil 7

- 5- Büyük bir aynanın önünde iki el serbestçe yanlara doğru bırakılır. Memede buruşma, irritasyon, çekilme kızarıklık ve pigmantasyon değişiklikleri gözlenir. Bu arada meme başındaki yapısal değişiklikler ve uygunsuzluklara da bakılır. Aynı gözlemler, eller başın arkasında birleştirilerek tekrarlanır (Şekil 7).



Şekil 8



Şekil 9

6- 5. adımdaki kontrol, göğüs kasları kasılırken de tekrarlanır. Önce eller başın önünde birleştirilir ve parmaklar sıkılarak göğüs kasları gerilir. Sonra eller krista ilyakalar üzerine yerleştirilerek aşağıya doğru bastırılarak göğüskasları kasılır. Memedeki kabarıklıklar ve çekilmeler büyüyen bir tümörün işareti olabilir (Şekil 8).

7- Eller uyluğun ön yüzüne ya da sandalyenin arkasına koyularak öne doğru eğilir. Memelerdeki normal düzensizlikler ile anormal değişiklikler gözlenir. Bu pozisyonda her iki durum da rahat bir şekilde görülür.

8- Meme başı sekresyon akımı olup olmadığını anlamak için sıkılır (Şekil 9)

9- Şüpheli bir durumda hemen doktora gidilmelidir.

10- Kendi-kendine meme muayenesi ile birlikte, doktor tarafından yapılan fizik muayene de ihmal edilmemelidir (2,5,19,21,39,48,61,70).

Sonuç olarak kendi-kendine meme muayenesi ile ilgili tüm anlatılanlar şöyle özetlenebilir:

Kendi-Kendine Meme Muayenesi Ne Zaman, Nerede, Nasıl ve Niçin Yapılır?

Ne Zaman

- Her ay menstruasyonun bitiminden bir hafta sonra
- Gebe iken, her ayın ilk günü
- Menapozda, her ayın ilk günü
- Histerektomiden sonra, her ayın doktorun belirleyeceği gününde

Nerede

- (1) Yatak Odasında (yatarken)
- (2) Duşta ya da Banyoda
- (3) Büyük bir aynanın önünde

Nasıl

- Devamlı olarak - Her ay, aynı teknik ve pozisyonu kullanarak
- Tam olarak - Tüm adımlar izlenir, tüm gözlemler yapılır, meme bölgesinin tümü muayene kapsamına alınır.
- İnanarak - Yaşam boyunca

Niçin

Yaşamın sağlıklı sürdürebilmesi için (39).

AYIRICI TANI

Memenin her hastalığı önce kanser şüphesi ile ele alınır. Meme hastalarının doğru tedavi edilebilmesi için, ayırıcı tanıdaki düşünüş biçiminin doğru olması ve selim meme hastalıklarının da kanser kadar iyi bilinmesi gereklidir.

Meme ile ilgili semptom ve belirtilerle başvuran hastaların ancak %20 sinden biraz fazlasında kanser vardır; %60 ında fibrokistik hastalık, %10 unda fibroadenoma, geri kalan %10 unda da diğer selim meme hastalıkları ve meme enfeksiyonları bulunur.

Fibrokistik hastalık, her iki memede de birden fazla odakta oluşur ve karmaşık bir patolojisi vardır. Tanı ve tedavisi aspirasyonla olur. Aspirasyon başarılı olmazsa biopsi yapılır ve gerekirse eksize edilir. Tekrarlayan bir hastalıktır; ileride her iki memede de yeniden kistler oluşabilir.ve bu olay menapoza kadar devam edebilir. Kistlerin kendileri zararsızdır, kansere dönüşmezler. Yalnız kistlerin varlığı, kanser eğiliminin biraz artmış olduğunun belirtisidir. Fakat bu tehlike çok büyük olmadığından sık sık yapılan muayenelerle hastaları izleme yeterlidir. Hastaya ayda bir kez kendini muayene etmesi söylenir ve bunu nasıl yapacağı gösterilir. Bu hastaların izlenmeleri sırasında kistlerden ayrı olarak oluşabilecek bir kanserin de farkına varılarak tedavisi gerçekleştirilebilir.

Sclerosing Adenozis fibrokistik hastalığın oldukça seyrek görülen bir tipidir. Özellikle frozen da kanserle karıştırılma olasılığı fazla olan selim lezyonlardan biridir. Genellikle üst dış kadranda görünmesi ve çevresindeki meme dokusundan kesin sınırlarla ayrılmayan sert bir kitle olması nedeniyle klinik olarak kanserden ayırt edilmesi çok güçtür. Makroskopik, mikroskopik tetkikler ve mammografi ile kesin tanı konur.

Meme kanallarının genişlemesi, klinik görünümü ile kansere çok benzemesi nedeniyle önemlidir. Biopside kanallar kesildiğinde içlerinden macun gibi bir materyal çıktığı için komedosarkomla karıştırılabilir. Kesin tanı Frozen ile konur.

Yağ nekrozu, belirti ve semptom vermeyen bir lezyondur. Lezyonun çevresinde görülen önemli derecede bağ dokusu proliferasyonu, kitlenin kanser sanılmasına yol açabilir. Memede ağrı ve aksillada ganglion genellikle görülmez. Klinik değerlendirme ile kanser sanılarak mastektomi yapılan vakalar olmuştur. Tanı ve tedavi lokal eksizyon ile yapılır.

Intraduktal papilloma, papiller kanser ile karışabilir. Ayırıcı tanıda hücrelerin kendi sitolojileri yardımcı olur. Papillomada tümör hücreleri, normal duktus epitelinin hücrelerine benzerler. Şüpheli vakalarda nükleusların özellikleri belirleyici olur. Hiperkromatizm, anaplazi, büyük nükleuslar, kromatin ağının belirgin oluşu ve mitozların sıklığı papiller karsinoma tanısına götüren özelliklerdir.

Meme tüberkülozunun klinik görünümü, memenin ortasında palpabl, ağrısız, sert ve iyi sınırlanmamış bir kitle gibi olabilir. Bu bulgular retraksiyon belirtileriyle de birlikte olduğunda kanser sanılabilir. Tüberkülozun kesin tanısı, aspire edilen eksudada ya da memedeki lezyonda tüberküloz basillerinin görülmesi, kültürde ve kobay inokülasyonunda üremesi ile sağlanır.

Meme bölgesinde ağrılı bir kitle olarak klinik bulgu veren tietze sendromu, çoğu kez kanser sanılabilir. Bu kitle, kosta kondral kıkırdaklardan birinin büyümesi ile oluşur. Bazen künt, bazen de keskin olan ağrı çok şiddetlidir; bu özelliği ile kanserden ayırt edilir. Çünkü meme tümörü hiçbir zaman bu derece ağrıya neden olmaz (1,2,80).

PROGNOZ

Meme kanserinin prognozunda tedavinin önemli yeri vardır. Tedavi edilmeyen hastalarda prognoz kötü, tedavi edilenlerde ise daha iyidir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalar bu fikri

doğrulamaktadır. Örneğin, Bloom ve arkadaşları, meme kanseri tedavisi görmemiş 250 hasta üzerinde geriye dönük yaptıkları çalışmada (1805 ten 1933 e kadar), hastaların %18 inin 5 yıl %3,6 sının 10 yıl ve %0,8 inin ise 15 yıl kadar yaşadığını bulmuşlardır. Bu sonuçları daha sonra tedavi edilmiş hasta grubu ile karşılaştırdıklarında, yaşam sürelerinde kesin uzama olduğunu saptamışlardır (1).

Hastanın yaşı herhangibir prognostik değer taşımaz. Aynı büyüklükte tümör olan 30 yaşındaki bir kadınla, daha yaşlı bir kadının prognozu aynıdır (Moore ve Lewis)(4). Bununla beraber, Papandrianos ve arkadaşları, 65 yaşın üstündeki kadın grubunda prognozun daha iyi olduğunu belirtmişlerdir(4). Escher ve Koufman menstruasyon bitiminden sonra ilk 5 yıl içinde gelişen meme kanserlerinde prognozun kötü olduğunu bildirmişlerdir(4). Suni olarak, vaktinden önce menapoza giren kadınlarda, sonradan meme kanseri geliştiğinde prognoz kötüdür (Dargent, Ackerman)(1).

Meme kanserinde, tümörün çapı ne kadar küçükse, metastaz yapma olasılığı o kadar azdır ve dolayısıyla prognoz iyidir. Çapı 4 cm.den büyük tümörlerin dörtte üçünde, ganglion metastazları vardır ve prognoz kötüdür. Koltukaltının alt veya orta bölümünde sadece bir tane lenf nodülü olan hastalarda prognoz, lenfatik metastazı olmayan hastalarla hemen, hemen aynıdır (Kouchoukos ve arkadaşları)(4). Fitts ve arkadaşları sadece aksillar nodülü olan 11 meme kanserli hasta üzerinde çalışmışlar ve sonuçta bu hasta grubunda bir tek nodül olduğu için prognozun iyi olduğunu belirtmişlerdir(4). Harvey ve Auchincloss ise aksillada üç lenf nodülü olduğunda yaşam süresinde ani bir düşüş görüldüğünü gözlemlemişlerdir(4). Hulttborn ve Tonnberg, perinodüler gelişme olmayan hastalarda beş yıllık yaşama süresini- %52, olanlarda ise sadece %19 oranında olduğunu açıklamışlardır(4). Aksillada lenf nodülünün olmaması, memeye ilgili iç metastazların da olmadığı anlamına gelmez; böyle iç metastazların olduğu

durumlarda prognoz kötüdür (1).

Çok yaygın metastazı olan, özellikle karaciğer ya da yalnız santral sinir sisteminde metastaz bulunan hastaların prognozu çok kötüdür; yaşama süreleri ortalama 4-6 ay kadardır. Akciğer ve plevra metastazı olan hastaların prognozu ise karaciğer ve santral sinir sistemi metastazı olanlara oranla daha iyidir. Bu nedenle metastazların yeri ve metastazlı bölgelerin sayısı, tedaviye alınacak cevapta ve hastanın yaşama süresinde önemlidir.

Meme kanserinin histolojik tipi, prognozu olumlu ya da olumsuz yönde etkiler. Örneğin, medüller, tübüler, pürmisinoz, adenoid, kistik ve papiller kanserde prognoz iyi; invazif intraduktal kanser, invazif duktal kanser, invazif lobüler kanser ve epidermoid kanserde prognoz kötüdür.

Hastanın yaşı ve menapozal durumu da prognozu etkiler. Genellikle meme kanserinin genç hastalarda yaşlılara oranla daha ağır seyrettiği söylenirse de, henüz kanıtlanmamıştır.

Bazen, kanserin erken devrede tedavi edilmesinden sonra, çok uzun bir süre sağlıklı kalan bir hastada, hastalığın birdenbire yayıldığı ve kısa sürede ölüme götürdüğü görülebilir. Bu olayın, hastalığı baskı altında tutmakta olan biyolojik mekanizmaların çeşitli nedenlerle yıkılmış olmasına bağlı olduğu söylenmektedir (1,2,32,80).

TEDAVİ

Tanı konulduktan sonra hiç tedavi uygulanmayan meme kanserli hastaların yaşama sürelerinde çok büyük farklılıklar vardır. Bazılarında hastalık birkaç ay içinde ölüme götürürken, bazı hastalar çok uzun süre yaşayabilirse de meme kanserinin doğal gidişinin iyi oluşu, hastaların ancak pek azında görülür. Bu nedenle meme kanserinin mutlaka tedavi edilmesi gerekir.

Tedavi yönteminin seçiminde, hastalığın yayılma derecesi, hastanın genel durumu ve uygulanan tedaviden sonra uzak ve rezidiv metastazların ortaya çıkışı gözönüne alınır. Ayrıca meme kanserinin doğal gidişindeki farklılıklarının da, tedavi sonuçları üzerine etkisinin büyük olduğu bilinmelidir.

Meme kanserinde en etkili tedavi biçimi cerrahi tedavidir. Cerrahi girişimin başarılı olması için, hastalığın, ameliyatla çıkarılması mümkün olan dokulardan daha uzaklara yayılmamış olması gerekir (20). Ayrıca cerrahi tedavi uygulanmadan önce hastalığın hangi klinik evrede olduğu saptanmalı ve buna göre hastalara uygulanacak tedavi modeli seçilmelidir.

Halsted ve Meyer ile başlayan meme kanserinin cerrahi tedavisi günümüze kadar bazı değişiklikler geçirmiştir. Bu konuda uygulanan yöntemlerin başlıcaları:

- a- Tümörektomi (Lumpektomi)
- b- Parsiyal Mastektomi
- c- Kadrentektomi (Kuadrektomi)
- d- Superfisiyel Mastektomi
- e- Basit Mastektomi
- f- Radikal Mastektomi
- g- Modifiye Radikal Mastektomi
- h- Geniş Radikal Mastektomi ameliyatlardır (20).

Günümüzde, cerrahi tedavinin yanı sıra, radyoterapi, hormonoterapi, kemoterapi gibi yöntemler de, meme kanserinin tedavisinde kullanılmaktadır (1,73,80).

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, 1982-1983 yılları arasında, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Ana Bilim Dalı'nda ve S.S.K.Okmeydanı Hastanesi, Onkoloji Kliniğinde meme kanseri tanısıyla yatan 100 hasta ile basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen sağlıklı 100 kadın üzerinde yapılmıştır.

Çalışmaya alınan tüm olgular 20 yaşın üzerindeydi. Zaman unsurunu göz önünde tutarak görüşmede kolaylık sağlamak için anket formu geliştirilmiş ve uygulanmıştır (Ek :1). Kişilerin anket formundaki soruları yanıtlamalarını kolaylaştırmak için, soruların seçimine özen gösterilmiştir.

Anket formunu uygulamadan önce, araştırmacı tarafından olgulara araştırmanın amacı açıklanmış ve anketi yanıtlama şekli hakkında bilgi verilmiştir. Anket formu çalışmaya katılan hasta ve sağlıklı kişiler ile karşılıklı görüşme yapılarak doldurulmuştur.

Anket Formu 5 bölümden oluşuyordu.

- I. Bölüm ; meme kanseri hakkındaki gerçek bilgileri, kadınlarda süregelen yanlış kavramları, etkilenen yaş gruplarını ve muhtemel sebepleri içeriyordu. Ayrıca açık uçlu bir soruda, kanserli bir meme ile normal bir memenin nasıl ayırt edileceği soruldu.
- II. Bölüm ; dokuz ayrı konuyu kapsayan, kuvvetle inanıyorum, biraz inanıyorum ve hiç inanmıyorum şeklinde cevapların verilebileceği sorulardan oluşmakta idi. Bu sorular ek: 1 de gösterildiği gibi sağlık inanışları ile ilgili bilgilerin ölçümünü amaçlıyordu. Meme kanserinin tehlikesini azaltmada, kendi-kendine meme muayenesinin daha önceden bilinen faydaları tek

numaralı maddeler, kişilerin meme kanserine karşı varolan hassasiyetlerini yansıtacak düşünceler ise, çift numaralı maddeler halinde sıralanmakta idi.

III. ve IV. Bölüm; kendi-kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve davranışların değerlendirilmesini kapsıyordu. III. Bölümde kendi-kendine meme muayenesi yapanlar, IV. Bölümde ise pratik yapmayanlar bulunuyordu. Pratik yapanlara, bunu nereden öğrendikleri, ne kadar zaman aralıkları ile yaptıkları, işlemin doğruluğuna verdikleri önem ve memelerindeki anormal bir durumu hissedip, hissedemeyecekleri ile ilgili sorular soruldu; açık uçlu bir soruda da olguların muayenede ne aradıklarını tanımlamaları istendi. Pratik yapmayanlardan, kendi-kendine meme muayenesi ile ilgili herhangi bir şey duyup, duymadıklarını, bu konuda bilgileri olsun veya olmasın, neden pratik yapmadıklarını ve bilgi kaynaklarının ne olduğunu belirtmeleri istendi.

V. Bölüm ; olguların yaş, meslek, eğitim ve evlilik durumlarını içeren sorulardan oluşuyordu. Ayrıca, meme kisti ya da kanser ameliyatı olup olmadıkları, memelerindeki kitlenin kimin tarafından ve nasıl bulunduğu soruldu.

Elde edilen veriler χ^2 testi ile değerlendirilmiş , sonuçlar grafik ve tablolar halinde verilmiştir.

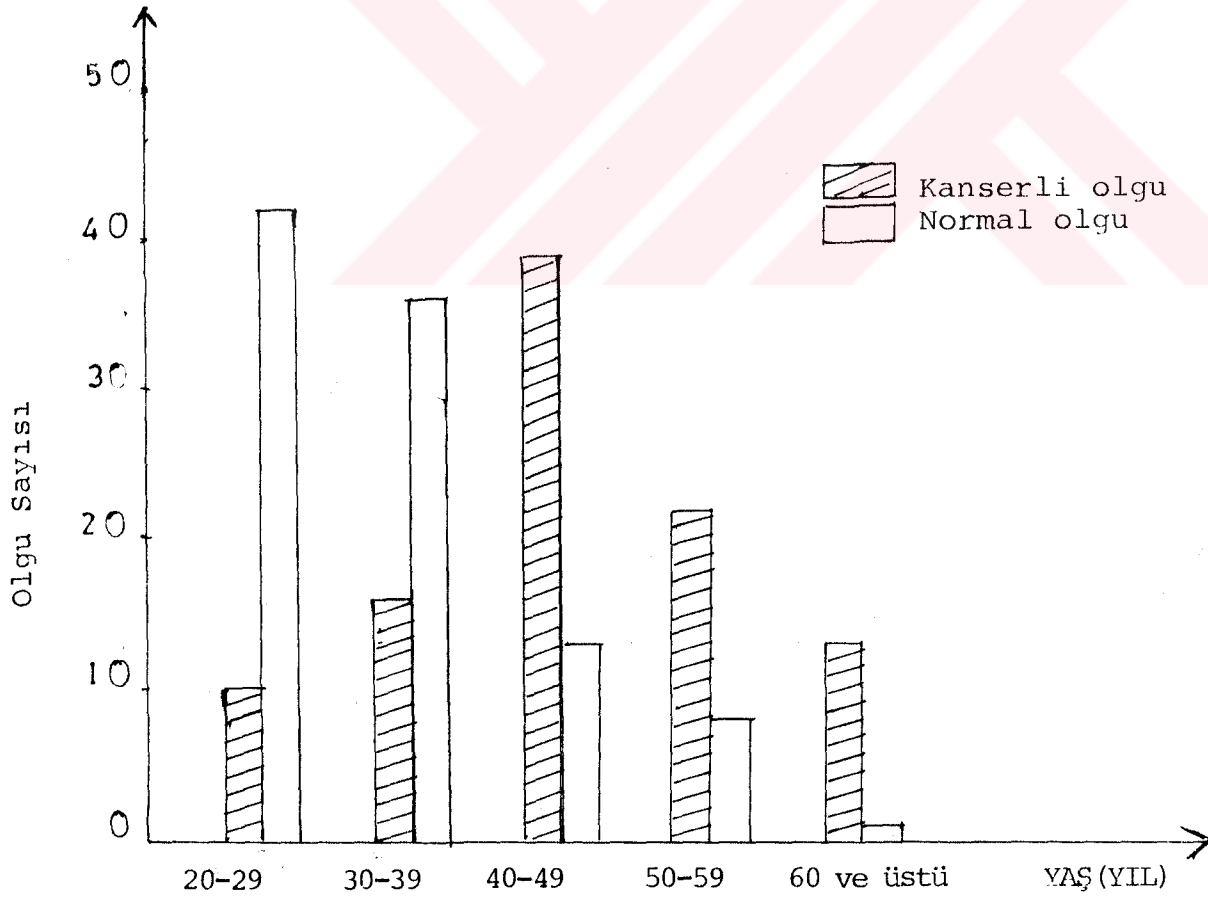
BULGULAR

OLGULARIN ÖZELLİKLERİ

YAŞ

Tüm olguların %50'si (100 kişi) meme kanserli, %50'si (100 kişi) normal olup, en küçüğü 20, en büyüğü 60 yaş ve üzerindedir.

Grafik 1'de görüldüğü gibi, en yüksek yaş dağılımı, kanserli olgularda 40-49 yaş, normal olgularda ise 20-29 yaş grupları arasına rastlamaktadır (Grafik 1).

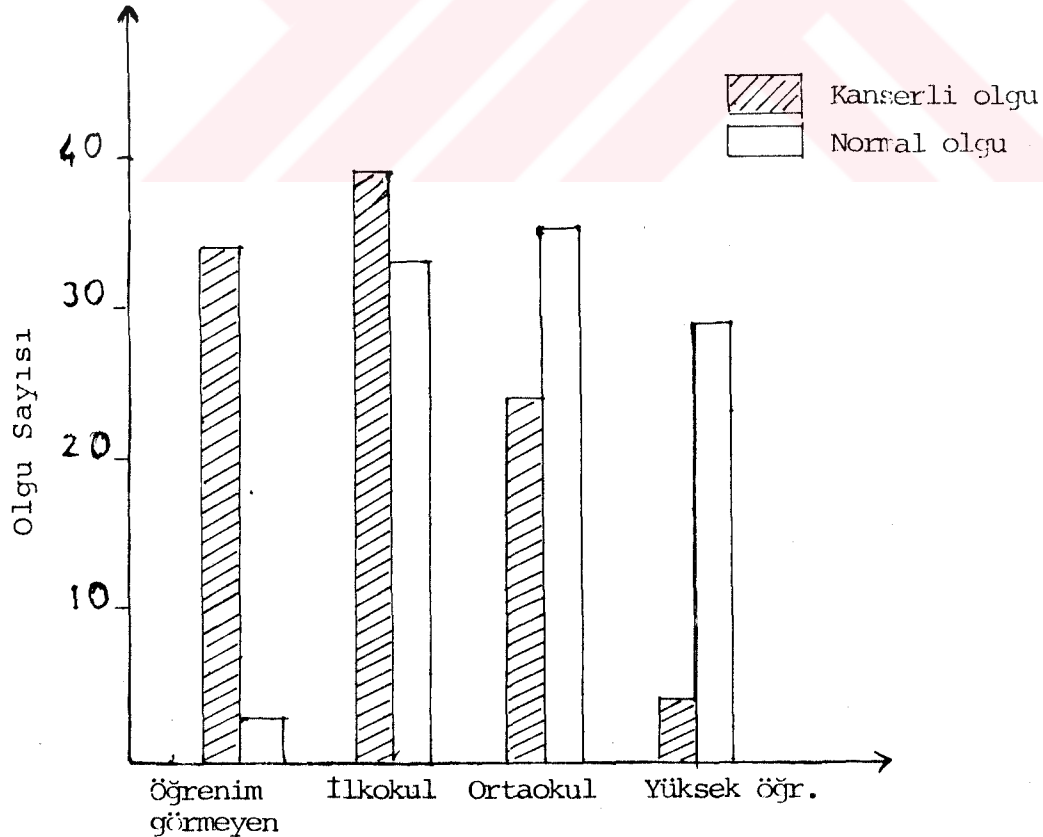


Grafik 1-Olguların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.

ÖĞRENİM DURUMU

Olguların öğrenim durumları incelendiğinde; kanserli grubun %34'ünün öğrenim görmedikleri, %38'inin ilk okul, %24'ünün orta-lise, %4'ünün yüksek öğrenim, gördükleri saptanmıştır. Normal grubun, %3'ü öğrenim görmemiş, %33'ü ilkokul, %35'i orta-lise, %29'u yüksek öğrenim görmüşlerdir (Grafik 2).

Öğrenim durumlarına göre, gruplar arasında istatistiki açıdan değerlendirme yapıldığında, kanserli olgularda öğrenim görmeyenlerin, normallere göre anlamlı derecede çok (K.S'a göre $p<0,05$), buna karşın, yüksek öğrenimlilerin anlamlı derecede az olduğu saptanmıştır (K.S'a göre $p<0,05$). Diğer öğrenim durumu seçeneklerine göre ise gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır.



Grafik 2-Olguların Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı.

MESLEK DURUMU

Olguların meslekleri ele alındığında; kanserli grubun %15'inin işçi-memur, %3'ünün serbest, %78'inin ev kadını, %4'ünün emekli, normallerde ise, %57 sinin işçi-memur, %5'i-nin serbest, %36'sının ev kadını, %2'sinin emekli oldukları görülmektedir (Tablo 1).

Olguların mesleki durumlarına göre dağılımı, istatistiksel olarak incelendiğinde, kanserli grupta işçi-memur kesiminden olanların, normallere göre anlamlı derecede az sayıda olduğu görülmektedir (K.S.'a göre $p<0,05$). Diğer meslek kesimlerine dağılımında ise gruplar arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır.

TABLO 1- OLGULARIN MESLEKLERE GÖRE DAĞILIMI

MESLEK	KANSERLİ		NORMAL		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İşçi-Memur	15	15	57	57	72	36
Serbest	3	3	5	5	8	4
Ev Kadını	78	78	36	36	114	57
Emekli	4	4	2	2	6	3
TOPLAM	100		100		200	
GENEL %		100		100		100

*K.S.'a göre $p<0,05$

MEDENİ DURUM

Tablo 3'de görüldüğü gibi olguların medeni durumlarının dağılımı incelendiğinde, kanserli olguların %9'unun bekar, %73'ünün evli, %1'inin boşanmış, %17'sinin dul; normal

* Kolmogorov Simirnov

olguların ise %27'sinin bekar, %76'sının evli, %1'inin boşanmış, %2'sinin dul oldukları görülmektedir. Her iki grupta çoğunluğu evli olanlar oluşturmaktadır (Tablo:2).

Kanserli ve normal olgu grupları, medeni durumlarına göre, istatistiki açıdan değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır (K.S'a göre $p>0,05$).

TABLO 2 - OLGULARIN MEDENİ DURUMA GÖRE DAĞILIMI

MEDENİ DURUM	KANSERLİ		NORMAL		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bekar	9	9	21	21	30	15
Evli	73	73	76	76	149	74,5
Boşanmış	1	1	1	1	2	1,5
Dul	17	17	2	2	19	9,5
TOPLAM	100		100		200	
GENEL %		100		100		100

K.S.'a göre $p>0,05$

OTURDUĞU YER

Olguların oturdukları yere göre dağılımı ele alındığında kanserli grubun %12'sinin köyde, %12'sinin kasabada, %76'sının şehirde; normal grubun ise %1'inin köyde, %20'sinin kasabada, %79'unun şehirde oturdukları görülmektedir. Her iki grupta da çoğunluğu şehirde oturanlar oluşturmaktadır (Tablo 3).

Olguların oturdukları yere göre dağılımı istatistiksel olarak incelendiğinde, her iki grup arasında (kanserli ve normal) anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (K.S.'a göre $p>0,05$).

TABLO 3 - OLGULARIN OTURDUĞU YERE GÖRE DAĞILIMI

OTURDUĞU YER	KANSERLİ		NORMAL		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Köy	12	12	1	1	13	6,5
Kasaba	12	12	20	20	32	16
Şehir	76	76	79	79	155	77,5
TOPLAM	100		100		200	
GENEL %		100		100		100

K.S.'a göre $p>0,05$

Kanserli olguların %16'sı ailesinde meme kanseri olduğunu, %84'ü olmadığını belirtmiştir. Normal olguların ise %10'u ailesinde meme kanseri olduğunu, %9'u olmadığını ifade etmişlerdir (Tablo 4).

Olguların ailede meme kanseri olma özellikleri istatistiksel olarak incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($\chi^2=1,10$, $p>0,05$).

TABLO 4- AİLESİNDE MEME KANSERİ OLMA ÖZELLİKLERİNE
GÖRE DAĞILIMI

AİLEDE MEME KANSERİ	KANSERLİ		NORMAL		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	16	16	10	10	26	13
Yok	84	84	90	90	174	87
TOPLAM	100		100		200	
GENEL %		100		100		100

$$\chi^2=1,10; P > 0.05$$

Ailesinde meme kanseri bulunan olgulara, akrabalık durumlarının ne olduğu sorulduğunda, kanserli olguların %3,5 u anne, %18,9'u kızkardeş, %25'i teyze, %6,2'si hala, %6,2'si kız çocuğu, %6,2'si teyze, kuzen ve hala olarak belirtmişler. Normal olguların ise %30'u, anne, %10'u teyze, %10'u hala, %4'ü kuzen, %10'u anne ve kuzen olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 5).

TABLO 5AİLESİNDE MEME KANSERİ OLAN OLGULARIN AKRABALIK
DURUMLARININ DAĞILIMI

AKRABALIK DURUMU	KANSERLİ n =16		NORMAL n=10		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Anne	6	37,5	3	30	9	34,6
Kızkardeş	3	18,9	-		3	11,5
Teyze	4	25	1	10	5	19,2
Hala	1	6,2	1	10	2	7,7
Kuzen	-		4	40	4	15,4
Kızı	1	6,2	-		1	3,9
Diğer	1	6,2	1	10	2	7,7
TOPLAM	16		10		26	
GENEL %		100		100		100

Daha önce memenizden, kitle alındımı (biyopsinin dışında) diye sorulduğunda, kanserli olguların %44'ü alındığını, %56'sı alınmadığını belirtmişlerdir. Normal olguların ise hiç birinden kitle alınmadığı gözlenmiştir (Tablo 6).

TABLO 6 - MEMESİNDEN KİTLE ALINAN OLGULARIN DAĞILIMI

MEMENİZDEN KİTLE ALINDIMI	KANSERLİ		NORMAL		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Alındı	44	44	-	-	44	22
Alınmadı	56	56	100	100	156	78
TOPLAM	100		100		200	
GENEL %		100		100		100

Kanserli olgulara, kitleyi kimin bulduğu sorulduğunda, olguların %15'i memesindeki kitlenin doktor, %5'i hemşire tarafından bulunduğunu, %80'i ise kitleyi kendilerinin bulduğunu belirtmişlerdir. Kitleyi kendisi saptayanların %35'i kendi-kendine meme muayenesi ile %45'i ise bir rastlantı sonucu kitleyi bulduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 7).

TABLO 7-KANSERLİ OLGULARDA KİTLEYİ BULAN KİŞİLERİN DAĞILIMI

GRUP	KİTLEYİ BULAN KİŞİ	DOKTOR		HEMŞİRE		HASTA				TOPLAM	
						K.K.Meme mua. Rast.Sonu					
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
KANSERLİ		15	10	5	5	35	35	45	45	100	100

OLGULARIN MEME KANSERİ VE KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ
İLE BİLGİ DÜZEYLERİ VE İNANIŞLARI

A. MEME KANSERİ KONUSUNDA

Memede görülen şişlik, genellikle kansere dönüşebilirmi sorusunu, kanserli olguların %39'u evet, %11'i hayır, %50'si bilmiyorum, normal olguların, %51'i evet, %37'si hayır, %12'si bilmiyorum, şeklinde yanıtlamışlardır (Tablo 8).

Memedeki şişliğin kansere dönüşmesi ile ilgili yanıtların dağılımı istatistiksel olarak ele alındığında, gruplar arasında farklılıklar bulunmuş, kanserli olgularda hayır diye yanıt verenlerin, normallere göre anlamlı derecede az sayıda olmasına karşın ($\chi^2=4.79$ $p \leq 0.05$), bu konuda bilgisi olmayanların anlamlı derecede çok olduğu saptanmıştır ($\chi^2=38.96$; $p < 0.001$).

TABLO 8 - MEMEDEKİ ŞİŞLİĞİN KANSERE DÖNÜŞMESİ İLE İLGİLİ
YANITLARIN DAĞILIMI

YANITLAR	KANSERLİ		NORMAL		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	39	39	51	51	90	45
Hayır	11	11	37	37	48	24
Bilmiyorum	50	50	12	12	62	31
TOPLAM	100		100		200	
GENEL %		100		100		100

$$\chi^2 = 4,79 ; P < 0,05$$

$$\chi^2 = 38,96 ; P < 0,001$$

Olgulara kadınların meme kanserine yakalanma riskinin, ortalama olarak hangi yaştan sonra arttığı sorulduğunda; kanserli olguların %10'u 30 yaş, %41'i 40 yaş, %12'si 50 yaş,

%37'si bilmiyorum, normal olguların ise %1'i 20 yaş, %29'u 30 yaş %60'ı 40 yaş, %2'si 50 yaş, %8'i bilmiyorum şeklinde yanıt vermişlerdir (Tablo 9) .

Olguların, meme kanserine yakalanma riskinin ortalama olarak hangi yaştan sonra arttığı ile ilgili yanıtların dağılımı istatistiksel olarak incelendiğinde kanserli olgularda bilginin yok şeklinde yanıt verenlerin, normallere göre anlamlı derecede çok olduğu görülmüştür. (K.S.'a göre $p < 0,05$). Diğer yanıtların dağılımında ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır.

TABLO 9- OLGULARA GÖRE MEME KANSERİNİN KADINLARDA EN SIK GÖRÜLDÜĞÜ YAŞ GRUPLARININ DAĞILIMI

KANSER RİSKİ YAŞI	KANSERLİ		NORMAL		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
20 Yaş	-	-	1	1	1	0,5
30 Yaş	10	10	29	29	39	19,5
40 Yaş	41	41	60	60	101	50,5
50 Yaş	12	12	2	2	14	7
60 Yaş	-	-	-	-	-	-
Bilmiyorum	37	37	8	8	45	22,5
TOPLAM	100		100		200	
GENEL %		100		100		100

K.S.'a göre $p < 0,05$

100 kanserli ve normal olguya meme kanseri riskini arttıran faktörler sorulduğunda; kanserli olguların %2,1'i bekarlığın, %2,1 'i evli ve çocuksuz olmanın, %6,4'ü evli ve çocuklu olmanın %6,4'ü emzirmenin, %15'i emzirmemenin, %1,5'i histerektomi olmanın %10'u ailede meme kanseri olmanın, %25'i menapozun, %6,5'i oral kontraseptif kullanmanın, %7'si meme travmasının risk faktörü olduğunu belirtmiş, %29,3'ü bu konuyla ilgili bilgileri olmadığını

söylemiştir. Normal olguların ise, %8'i bekarlığın, %14,5'i evli ve çocuksuz olmanın, %5'i evli ve çocuklu olmanın, %2'si emzirmenin, %22,5'u emzirmemenin, %4,5'i histerektomi olmanın, %12'si ailede meme kanseri olmasının, %15'i menapozun, %6'sı oral kontraseptif kullanmanın, %4'ü meme travmasının risk faktörü olduğunu söylemiş, %6,5'i bu konuda bilgileri olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 10).

TABLO 10_ OLGULARA GÖRE MEME KANSERİ RİSKİNİ ARTTIRAN FAKTÖRLERİN DAĞILIMI

RİSK FAKTÖRLERİ	KANSERLİ n=100		NORMAL n=100		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bekar	3	2,1	16	8	19	5,7
Evli-Çocuksuz	3	2,1	29	14,5	32	9,4
Evli-Çocuklu	9	6,4	10	5	19	5,7
Emzirme	9	6,4	4	2	13	3,9
Emzirmeme	21	15	45	22,5	66	19,4
Histerektomi	2	1,5	9	4,5	11	3,2
Ailede Meme Kanseri	14	10	24	12	38	11,1
Menapoz	25	17,9	30	15	55	16,1
Oral Kontro-septifler	6	4,3	12	6	18	5,2
Meme Travması	7	5	8	4	15	4,4
Bilmiyorum	41	29,3	13	6,5	54	15,9
TOPLAM YANIT	140		200		340	
GENEL %		100		100		100

100 kanserli ve normal olguya, meme kanserinin belirtilerinin neler olduğu sorulduğunda, kanserli olguların %45,6'sı kitle, %11,7'si ağrı, %9,4'ü meme başında çekilme (içe yada kitleye doğru), %11,7'si meme başı akıntısı, %2,9'u deride

portakal kabuğu görünümü,%10,6'sı meme hacminde büyüme, %5,3'ü deride renk değişikliği (kızarıklık ve morarma), %1'i deride ya da meme başında yara, %2,3'ü memede şekil bozuklukları-asimetrik görüntü, %0,6 koltuk altında lenf nodülü olarak belirtmiş, %8,8'i bu konuda bilgisi olmadığını söylemiştir. Normal olguların ise, %40,3 kitle, %9,6 sı ağrı, %8'i meme başında çekilme (içe ya da kitleye doğru), %8'i meme başı akıntısı, %7'si deride portakal kabuğu görünümü,%9,6'sı meme hacminde büyüme, %3,6'sı deride renk değişikliği (kızarıklık ve morarma), %1,9'u deride veya meme başında yara, %4'ü memede şekil bozuklukları-asimetrik görüntü, %1'i koltuk altında lenf nodülü olarak belirtmiş, %15,9'u bu konuda bilgileri olmadığını söylemiştir (Tablo 11).

TABLO 11 OLGULARA GÖRE MEME KANSERİ BELİRTİLERİNİN DAĞILIMI

MEME KANSERİNİN BELİRTİLERİ	KANSERLİ n=100		NORMAL n=100		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kitle	78	45,6	81	40,3	159	42
Ağrı	20	11,7	20	9,6	40	10,5
Meme Başında çekilme (içe-kitleye doğru)	16	19,4	17	8	33	8,8
Meme Başında akıntı	20	11,7	17	8	37	9,8
Deride portakal kabuğu görünümü	5	2,9	12	7	17	4,5
Meme hacminde genişleme	1	10,6	20	9,6	21	5,5
Deride renk değişikliği (kızarıklık, morarma)	9	5,3	8	3,6	17	4,5
Deride veya meme ucunda yanma	2	1,1	4	1,9	6	1,6
Memede şekil bozukluğu asimetrik durum	4	2,3	9	4	13	3,5
Koltukaltı lenf nodülü	1	0,6	3	1	4	1
Bilmiyorum	15	8,8	16	7	31	8,3
TOPLAM YANIT	171		207		378	
GENEL %		100		100		

B. MEME KANSERİ VE KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ İLE
İLGİLİ İNANIŞLARI

Kendi kendine meme muayenesinin daha önceden bilinen faydalarının tek numaralı maddeler, kişilerin meme kanserine karşı var olan hassasiyetlerini yansıtacak düşüncelerin ise çift numaralı maddeler halinde sıralandığı bu bölümde kanserli ve normal olgulardan alınan yanıtlar ayrı tablolar halinde verilmiştir (Tablo 12 ve Tablo 13).

TABLO 12 - 100 KANSERLİ OLGUNUN İNANIŞ ÇİZELGESİ ÜZERİNDEKİ
HER BİR MADDENİN SEÇİMİNİN DAĞILIMI

MADDELER	KUVVETLE İNANANLAR	BİRAZ İNANANLAR	HİÇ İNANMAYANLAR
İnanişları anlamak (K.K.M.M ilgili)			
1	<u>91</u>	7	2
3	16	14	<u>70</u>
5	<u>70</u>	16	14
7	6	10	<u>84</u>
9	8	10	<u>82</u>
Hassasiyeti anlamak (Kanserle ilgili)			
2	24	<u>51</u>	25
4	<u>41</u>	40	19
6	14	7	<u>79</u>
8	22	<u>44</u>	34
10	33 (Ortalama)	<u>64</u> (Ort.Üst)	3 (Ortalama)

Altı çizilen sayılar en yüksek inanişları göstermektedir.

TABLO :13 100 NORMAL OLGUNUN İNANIŞ ÇİZELGESİ ÜZERİNDEKİ
HERBİR MADDENİN SEÇİMİNİN DAĞILIMI

MADDELER	KUVVETLE İNANANLAR	BİRAZ İNANANLAR	HİÇ İNANMAYANLAR
İnanışları anlamak (K.K. M.M. ilgili)			
1	<u>84</u>	10	6
3	5	10	<u>85</u>
5	<u>61</u>	28	11
7	4	4	<u>92</u>
9	14	20	36
Hassasiyeti anlamak kanserle ilgili)			
2	<u>69</u>	28	3
4	32	33	<u>35</u>
6	21	23	<u>56</u>
8	22	31	<u>47</u>
10	37 (Ortalama)	9 (Ort.üstü)	<u>54</u> (Ortalama altı)

Altı çizilen sayılar en yüksek inanışları göstermektedir.

C. KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ PRATİĞİ

Kanserli olguların %60'ı kendi-kendine meme muayenesi yaptıklarını, %40'ı yapmadıklarını, normal olguların ise %71'i meme muayenesi yaptıklarını, %29'u yapmadıklarını belirtmişlerdir. Her iki grupta da kendi-kendine meme muayenesi yapanlar çoğunlukta idi (Tablo 14).

Olguların kendi-kendine meme muayenesi yapıp, yapmadıkları-na göre dağılımı, istatistiki açıdan değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($\chi^2=2,67$; $p>0,05$).

TABLO 14_KENDİ-KENDİNE MEME MUAYENESİ YAPAN VE YAPMAYA OLGULARIN DAĞILIMI

KENDİ-KENDİNE MEME MUAYENESİ	KANSERLİ		NORMAL		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yapan	60	60	71	71	131	65,5
Yapmayan	40	40	29	29	69	34,5
TOPLAM	100		100		200	
GENEL %		100		100		100

$$\chi^2=2,67; P > 0,05$$

Kendi-kendine meme muayenesini, meme kanserli olguların %71,7'si ayda bir defadan fazla, %18,4'ü ayda bir defa, %6,6'sı senede iki-üç defa, %3,3'ü senede bir defa, normal olguların ise %30,9'u ayda bir defadan fazla, %32,5'i ayda bir defa, %23,9'u senede iki-üç defa, %4,3'ü senede bir defa, %8,4'ü senede bir defadan az yaptıklarını belirtmişlerdir (Tablo 15).

Olguların, kendi-kendine meme muayenesi yapma sıklığına göre dağılımı istatistiksel olarak ele alındığında, ayda bir defadan fazla muayene yapanların kanserli olgularda normal-lere göre anlamlı derecede çok sayıda olduğu görülmektedir (K.S.'a göre $p<0,005$). Diğer frekansların dağılımında, grup-lar arasında farklılık saptanamamıştır.

TABLO 15 - OLGULARIN KENDİ-KENDİNE MEME MUAYENESİ YAPMA SIKLIĞINA GÖRE DAĞILIMI

ZAMAN ARALIKLARI	KANSERLİ n=60		NORMAL n=71		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ayda bir defa- dan fazla	43	71,7	22	30,9	65	49,7
Ayda bir defa	11	18,4	23	32,5	34	25,9
Senede iki-üç defa	4	6,6	17	23,9	21	16
Senede bir defa	2	3,3	3	4,3	5	3,9
Senede bir defadan az	-	-	6	8,4	6	4,5
TOPLAM	60		71		131	
GENEL %		100		100		100

K.S.'a göre $p < 0,05$

Tüm olgularda yaş grubuna göre kendi-kendine meme muayenesi yapma durumunun dağılımı incelendiğinde 20-29 yaş arasında kendi-kendine meme muayenesi yapanların oranı %28,3 iken, yaş ilerledikçe giderek azaldığı, 50-59 yaşları arasında %13,7 60 yaş ve üzerindekilerde ise %3,8 olduğu saptanmıştır (Tablo 16).

Sonuç istatistiksel olarak incelendiğinde, kendi-kendine meme muayenesi yapanların genç yaşlarda, ileri yaşlara oranla anlamlı derecede fazla olduğu sonucu elde edilmiştir (K.S.'a göre $p < 0,001$).

TABLO 16 _ OLGULARIN YAŞ GRUPLARINA GÖRE KENDİ-KENDİNE MEME MUAYENESİ YAPMA DURUMUNUN DAĞILIMI

YAŞ GRUPLARI	K.K.M. MUAYENESİ YAPAN-YAPMAYAN	YAPAN		YAPMAYAN		TOPLAM	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
20-29		37	28,3	15	21,8	52	26
30-59		36	27,5	16	23,1	52	26
40-49		35	26,7	17	24,7	52	26
50-59		18	13,7	12	17,4	30	15
60 ve yukarı		5	3,8	9	13	14	7
TOPLAM		131		69		200	
GENEL %			100		100		100

K.S'a göre $p \leq 0,001$

Olguların eğitim düzeylerine göre kendi-kendine meme muayenesi yapma durumlarının dağılımı incelendiğinde, öğrenim düzeyleri düşük olan grupta, kendi-kendine meme muayenesi yapanların sayısı az olduğu halde, bu sayının eğitim düzeyi yükseldikçe arttığı görülmüştür. Hiç öğrenim görmeyen 37 olgudan 14'ünün ilkokul öğrenimi gören 71 olgudan 39'unun orta-lise öğrenimi gören 59 olgudan 50'sinin, yüksek öğrenim görmüş 33 olgudan 28'inin kendi-kendine meme muayenesi yaptığı belirlenmiştir (Tablo 17).

Sonuç istatistiksel olarak değerlendirildiğinde, kendi-kendine meme muayenesi yapanların eğitim düzeyi yüksek olanlarda, eğitim düzeyi düşük olanlara oranla, anlamlı derecede fazla olduğu saptanmıştır ($\chi^2=31,20$; $p<0,001$).

TABLO 17- OLGULARIN EĞİTİM DÜZEYLERİNE GÖRE KENDİ-KENDİNE MEME MUAYENESİ YAPMA DURUMLARININ DAĞILIMI

EĞİTİM DURUMU	K.K.MEME MUAYENESİ YAPAN YAPMAYAN	YAPAN		YAPMAYAN		TOPLAM	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Öğrenimi yok		14	10,7	23	33,3	37	18,5
İlk-Okur-Yazar		39	29,7	32	46,5	71	35,5
Orta-Lise		50	38,2	9	1,3	59	29,5
Yüksek		28	21,4	5	7,2	33	16,5
TOPLAM		131		69		200	
GENEL %			100		100		100

$$\chi^2=31,20; P < 0,001$$

Olgular kendi-kendine meme muayenesini ayın hangi döneminde yaptıkları sorulduğunda, kanserli olguların %78,3'ü aklına geldiği her zaman, %8,3'ü menstruasyondan önce, %1,7'si menstruasyon devam ederken, %8,3'ü menstruasyondan hemen sonra, %3,3'ü menstruasyonun bitiminden 1 hafta sonra yaptıklarını belirtmişlerdir. Normal olguların ise %64,8'i her aklına gelişt, % 8,5'i menstruasyondan önce, %1,5'i menstruasyon devam ederken, %9,9'u menstruasyondan hemen sonra, %15,4'ü menstruasyonun bitiminden 1 hafta sonra yaptıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 18).

Olguların meme muayenesini ayın hangi döneminde yaptıkları ile ilgili yanıtların dağılımı istatistiksel olarak incelendiğinde, kanserli ve normal olgu grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (K.S'a göre $p>0,05$).

TABLO 18 _ OLGULARIN KENDİ-KENDİNE MEME MUAYENESİNİ AYIN
HANGİ DÖNEMİNDE YAPTIKLARININ DAĞILIMI

K.K.M.M. AYIN HANGİ DÖNEMİNDE YAPIYORDUNUZ	KANSERLİ		NORMAL		TOPLAM	
	n=60		n=71			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ne zaman aklıma gelirse	47	78,3	46	64,8	93	70,9
Menstruasyon öncesinde	5	8,3	6	8,5	11	8,4
Menstruasyon de- vam ederken	1	1,7	1	1,5	2	1,6
Menstruasyondan hemen sonra	5	8,3	7	9,9	12	9,2
Mastruasyon biti- minden 1 hafta sonra	2	3,3	11	15,4	13	9,9
TOPLAM	60		71		131	
GENEL %		100		100		100

K.S.'a göre $p>0,05$

Olgulara, kendi kendine meme muayenesini nereden öğren-
dikleri sorulduğunda, kanserli olguların %5,2'si arkadaş ya da
akrabadan, %12, 'u doktordan, %5,2'si hemşireden, %29,9' T.V
programından, %25,9'u dergi-gazete v.b.den, %2,6'sı Kanser
Derneği broşürlerinden öğrendiklerini belirtmiş, %18,3'ü ise
kendi düşünceleri olduğunu ifade etmişlerdir. Normal olguların
%3,5'i arkadaş ya da akrabadan, %18,1'i doktordan, %19,9'u
hemşireden, %19, 'u T.V. programından, %25,8'i dergi gazete
v.b. den, %4'ü Kanser Derneği broşürlerinden öğrendiklerini
belirtmişler, %11,1'i kendi düşünceleri olduğunu ifade etmiş-
lerdir (Tablo 19). T.V programı-radyo ile dergi, gazete v.b.
kaynaklardan öğrenenler çoğunlukta idi.

TABLO 19 _ OLGULARA GÖRE KENDİ-KENDİNE MEME MUAYENESİNİN
ÖĞRENİLDİĞİ KAYNAKLARIN DAĞILIMI

K.K.MEME MUAYENESİNİ ÖĞRENME KAYNAKLARI	KANSERLİ n=60		NORMAL n=71		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Arkadaş-Akraba	4	5,2	4	3,5	8	4,1
Doktor	10	12,9	21	18,1	31	16
Hemşire	4	5,2	23	19,9	27	14
T.V. Programı Radyo	23	29,9	23	19,9	46	23,9
Magazin Dergi Gazete	20	25,9	30	25,8	50	25,9
Kanser Derneği Broşürleri	2	2,6	2	1,7	4	2,1
Kendi düşüncem	14	18,3	13	11,1	27	14
TOPLAM YANIT	77		116		193	
GENEL %		100		100		100

Memenizdeki herhangi bir değişikliği (kitleyi) kendi-kendine meme muayenesi ile bulacağınızdan eminmisiniz sorusunu, kanserli olguların %60'ı evet, %40'ı kararsızım, normal olguların ise, %66,2'si evet, %7'si hayır, %26,8'i kararsızım şeklinde yanıtlamışlardır. Her iki grupta da kendi-kendine meme muayenesi ile kitle oluşumunu tanıyabilenler çoğunluğu oluşturmakta idi (Tablo 20).

Olguların verdikleri yanıtların dağılımı, istatistiksel olarak incelendiğinde her iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (K.S.'a göre $p>0,05$).

TABLO 20- OLGULARIN KENDİ-KENDİNE MEME MUAYENESİ İLE KİTLE OLUŞUMUNU TANIYABİLME DURUMLARININ DAĞILIMI

KİTLE OLUŞUMUNU TANIYABİLME	KANSERLİ n=60		NORMAL n=71		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	36	60	47	66,2	83	63,4
Hayır	-	-	5	7	5	3,8
Kararsız	24	40	19	26,8	43	32,8
TOPLAM	60		71		131	
GENEL %		100		100		100

K.S.'a göre $p>0,05$

Olgulara kendi-kendine meme muayenesinde ne aradıkları sorulduğunda, kanserli olguların %79,8'i kitle, %4,1'i ağrı, %5,4'ü meme başı akıntısı, %1,3'ü meme başında çekilme, %2,7'si meme hacminde büyüme, %2,7'si memede şekil bozukluğu-asimetri, %1,3'ü deride renk değişikliği, %2,7'si deride yara-portakal kabuğu görünümü gibi özellikleri aradıklarını belirtmişlerdir. Normal olguların ise %65,4 kitle, %10'u ağrız, %2,7'si meme başı akıntısı, %7,3'ü meme başında çekilme, %5,5'i meme hacminde büyüme, %4,5'i memede şekil bozukluğu-asimetri, yara-, %2,7'si deride renk değişikliği, %1,5'i deride portakal kabuğu görünümü, %0,8'i koiltuk altı lenf nodülü gibi belirtileri aradıklarını ifade etmişlerdir. Her iki grupta da en yüksek dağılımı, muayenede kitle arayanlar oluşturmakta idi (Tablo 21).

TABLO 21 _ OLGULARIN KENDİ-KENDİNE MEME MUAYENESİNDE
ARADIKLARI ÖZELLİKLERİN DAĞILIMI

K.K. MEME MUAYENESİNDE ARANILAN ÖZELLİKLER	KANSERLİ n 60		NORMAL n 71		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kitle	59	79,8	70	65	129	79,5
Ağrı	3	4,1	11	10	14	7,7
Meme Başı Akıntısı	4	5,4	3	2,7	7	3,9
Meme Başında Çekilme	1	1,3	8	7,3	9	4,9
Memenin hacminde Büyüme	2	2,7	6	5,5	8	4,3
Memede şekil bozukluğu asimetri	2	2,7	5	4,5	7	3,9
Deride renk değişikliği	1	1,3	3	2,7	4	2,1
Deride yara por- takal kabuğu görünümü	2	2,7	2	1,5	4	2,1
Koltuk altı lenf Nodülü	-	-	1	0,8	1	0,6
TOPLAM YANIT	74		109		183	
GENEL %		100		100		100

Kendi-kendinize meme muayenesi yaptığınızda, kendinizden ne derece emin oluyorsunuz, sorusunu kanserli olguların %6,6'sı çok eminim, %46,6'sı eminim, %45'i çok emin değilim, %1,6'sı hiç emin değilim, normal olguların ise, %12,8'sı çok eminim, %47,8'i eminim, %33,8'i çok emin değilim. %5,6'sıda hiç emin değilim şeklinde yanıtlamışlardır. Her iki grupta da eminim ve çok emin değilim şeklinde yanıt verenler çoğunlukta idi (Tablo 22).

Sonuç istatistiksel olarak değerlendirildiğinde, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (K.S'a göre $p>0,05$).

TABLO 22_KENDİ-KENDİNE MEME MUAYENESİ YAPAN OLGULARIN KENDİLERİNE GÜVEN DERECELERİNİN DAĞILIMI

KENDİNE GÜVEN DERECEST	KANSERLİ		NORMAL		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çok Eminim	4	6,6	9	12,8	13	9,9
Eminim	27	45	24	33,8	62	38,9
Çok Emin Değilim	28	46,6	34	47,8	51	47,4
Hiç Emin Değilim	1	1,6	4	5,6	5	3,8
TOPLAM	60		71		131	
GENEL %		100		100		100

K.S.'a göre $p>0,05$

Kendi-kendine meme muayenesi yapmayan olgulara, kendi-kendine meme muayenesi ile ilgili bilgilerinin olup, olmadığı sorulduğunda, kanserli olguların %25'i bilgisinin olduğunu, %75'i bilgisinin olmadığını, normal olguların ise %51,7'si bilgisinin olduğunu %48,3'ü ise bilgisinin olmadığını belirtmiştir (Tablo 24).

Sonuç, istatistiksel olarak değerlendirildiğinde, kanserli olgularda kendi-kendine meme muayenesi konusunda bilgisi olmayanların, normallere göre anlamlı derecede çok olduğu saptanmıştır ($\chi^2=4,10$; $p<0,05$).

TABLO 23_ KENDİ-KENDİNE MEME MUAYENESİ YAPMAYAN OLGULARIN BU KONU İLE İLGİLİ BİLGİ DAĞILIMI

K.K.MEME MUAYENESİ KONUSUNDA BİLGİ	KANSERLİ n=40		NORMAL n=29		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	10	25	15	51,7	25	36,2
Yok	30	75	14	48,3	44	63,8
TOPLAM	40		29		69	
GENEL %		100		100		100

$$\chi^2=4,10; \quad p<0,05$$

Olgulara, kendi-kendine meme muayenesini neden yapmadıkları sorulduğunda; kanserli olguların %7'si, çok meşgul olduğu ve unuttuğu için, %1,8'i utandığı için, %33,4'ü meme kanserini düşünmediğim için, %19,'u nasıl yapılacağını ve ne aranacağını bilmediği için, %2'si yardımcı olacağına inanmadığı için, yapmadıklarını belirtmiş. Normal olguların ise %11,1'i çok meşgul olduğu ve unuttuğu için, %2,2'si utandığı için, %40'ı meme kanserini düşünmediği için, %42,2 nasıl yapılacağını ne aranacağını bilmediği için, %4,5'i yardımcı olacağına inanmadığı için kendi-kendine meme muayenesini yapmadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 24). Meme kanserini düşünmediği ve yardımcı olacağına inanmadığı için yapmayanlar çoğunluğu oluşturmakta idi.

TABLO 24 - OLGULARIN KENDİ-KENDİNE MEME MUAYENESİ YAPMAMALARININ NEDENLERİNİN DAĞILIMI

K.K.MEME MUAYENESİ YAPMAMANIN NEDENİ	KANSERLİ n=40		NORMAL n=29		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çok meşgulüm unutuyorum	4	7	5	11,1	9	8,9
Çok utanıyorum	1	1,8	1	2,2	2	1,9
Meme kanserini düşünmediğim için	19	33,4	18	40	37	36,8
Nasıl Yapılacak ne Arancak	29	50,8	19	42,2	48	47
Yardımcı olacağıma inanmadığım için	4	7	2	4,5	6	5,9
TOPLAM YANIT	57		45		102	
GENEL %		100		100		100

Kendi-kendine meme muayenesi yapmak için uygun yol gösterilir ve gerekli bilgi verilirse, onu muntazam aralıklarla yapmayı düşünürmüsünüz sorusunu, kendi-kendine meme muayenesi yapmayan kanserli olguların (n=40) %87,5'i evet, %12,5'u hayır şeklinde yanıtlamışlardır. Hayır diye yanıt verenlerin %7,5'u çok meşgul oldukları ya da unuttukları için %5'i ise kendi-kendilerinden şüphe etmek istemedikleri için yapamayacaklarını ifade etmişlerdir. Normal olguların (n=29) %79,3'ü evet, %20,7'si hayır şeklinde yanıtlamışlardır. Hayır diye yanıt verenlerin %10,3'ü çok meşgul oldukları, ya da unuttukları için, %3,5'i kendilerinden şüphe etmek istemedikleri için, %2'si ise meme kanserini düşünmedikleri için yapamayacaklarını belirtmişlerdir (Tablo 25).

TABLO 25- KENDİ-KENDİNE MEME MUAYENESİ YAPMAYAN OLGULARIN BU KONUDA EĞİTİM YAPILIRSA MUAYENEYİ YAPMA DURUMLARININ DAĞILIMI

Eğitim Yapılırsa K.K. meme muayenesini sürekli yaparmısınız		KANSERLİ n=40		NORMAL n=29		TOPLAM	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
EVET		35	87,5	23	79,3	58	84
HAYIR							
NEDENLERİ	-Çok meşgulüm, unuturum	3	7,5	3	10,3	6	8,7
	-Kendimi düşünmediğim için	2	5	1	3,5	3	4,4
	-Meme kanserini düşünmediğim için			2	6,9	2	2,9
TOPLAM YANIT		40		29		69	
GENEL %			100		100		100

TARTIŞMA

Kadınlar arasında sık görülen ve kanserden ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer alan meme kanserinde, erken tanı ve tedavinin önemi büyüktür. Çünkü hastalık ne kadar erken dönemde tanınırsa, prognoz o ölçüde iyi olmaktadır. Bu nedenle, toplumlara, erken tanı yöntemlerinin önemi kavratılmalı, risk faktörleri açıklanmalı ve kendi-kendine meme muayenesi konusunda eğitim yapılmalıdır.

Kendi-kendine meme muayenesinin, meme kanserinin erken tanı ve tedavisinde önemli olduğu kadar, yaşam süresinin uzamasında da büyük ölçüde etkili olduğu, birçok araştırmacı tarafından vurgulanmıştır. Ayrıca, bilinçli, düzenli ve periyodik aralıklarla yapılan, meme muayenesi ile olumlu sonuçlar alındığı saptanmıştır (23,27,36,48).

Bu çalışma, meme kanseri ameliyatı olmuş kadınların, kendi-kendine meme muayenesi yapıp, yapmadıklarını, kanser kitlesinin kimin tarafından ve nasıl bulunduğunu belirlemek, meme kanseri ve kendi-kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi düzeylerini saptamak amacıyla planlanmıştır. Elde edilen veriler, sağlıklı kadınlardan alınan yanıtlarla karşılaştırılmıştır. Bunun için İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Ana Bilim Dalında ve S.S.K. Okmeydanı Hastanesi Onkoloji Kliniğinde meme kanseri tanısıyla yatan 100 hasta ile, sağlıklı 100 kadına, meme kanseri ve kendi-kendine meme muayenesi konusunda geliştirilen anket formu uygulanmıştır. Elde edilen bulgular, literatür bilgisinin ışığında tartışılmıştır.

Meme kanserinde yaşın önemli bir etken olduğu ve yaşın ilerlemesi ile birlikte meme kanseri insidansında da bir artış olduğu bilinmektedir. 20 yaş öncesinde çok az görülen meme kanserinin, 30 yaşından sonra giderek arttığı, 45-49 yaşları arasında en fazla sıklığa ulaştığı ve menapozdan sonra 80 yaşa kadar

kısmen daha düşük bir hızla ilerlediğine ilişkin yayınlar bulunmaktadır. (13,42,52,53,55,69,79) . Turnbull ve arkadaşlarının 1978'de yaptıkları çalışmada, meme kanserli hastalarda en yüksek dağılımın 45-55 yaşları arasında rastlandığı belirtilmiştir. (69). Çalışmamızda, kanserli olguların yaş dağılımı, bu bilgileri doğrulayıcı özellikte olup, en yüksek dağılım %61 oranında, 40-59 yaş grupları arasına rastlamaktadır (Grafik 1).

Olgularımızın öğrenim durumları değerlendirildiğinde, kanserli olguların %38'i ilkokul, %24'ü orta-lise, %4'ü yüksek okul öğretimlerini tamamlamış %34'ü ise hiç öğrenim görmemişlerdi. Normal olguların ise %33'ü ilkokul, %35'i orta-lise, %29'u yüksek okul öğretimlerini tamamlamış, %3'ü hiç öğrenim görmemişlerdi (Grafik 2). Sonuç istatistiksel olarak ele alındığında, kanserli grupta hiç öğrenim görmeyenlerin sayısının normallere göre anlamlı derecede fazla olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Hiç evlenmemiş olmanın, meme kanserinde risk faktörü olduğu söyleniyorsa da (1,2,10,73) , henüz kesinlik kazanmış bir görüş değildir. Çalışmamızda da kanserli olgularımız arasında hiç evlenmeyenler %9 oranında olup bu görüşü desteklemektedir (Tablo 2).

Epidemiyolojik çalışmalarda, çevresel farklılıklar risk faktörü olarak tanımlanmıştır (1,2,10) . Meme kanserinin şehirde yaşayanlarda, kırsal kesimde yaşayanlara oranla daha sık görüldüğü belirtilmektedir (2). Her ne kadar çalışmamız tarama sonuçları değilse de, olgularımızın oturdukları yere göre dağılımı incelendiğinde, meme kanserli grubun %76'sı gibi büyük çoğunluğunun şehirde, %12'sinin kasabada, %12'sinin ise köyde oturdukları görülmüştür (Tablo 3). Bu sonuç, literatür bilgisi ile benzerlik göstermektedir.

Meme kanserinin etyolojisinde, genetik faktörlerin önemli bir yeri olduğu bilinmektedir. Birinci derecede akrabasında meme kanseri olan bir kadının, bu hastalığa yakalanma olasılığının,

diğer kadınlara oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir (1, 10, 72,73). Bucalossi ve Veronessi'nin, yaptıkları çalışmada meme kanserli kadınların, kızlarında meme kanseri görülme sıklığının genel popölasyona oranla 15 misli daha fazla olduğu belirtilmiştir (1). Ackerman ve arkadaşlarının 1970'de geriye dönük yaptıkları bir çalışmada ise, beş kız çocuğu olan ve 47 yaşında meme kanserine yakalanan bir kadının, kızlarının üçünde 40,43 ve 47 yaşlarında meme kanseri görüldüğu, dördüncü kızında over kanseri geliştiği beşinci kızının ise sağlıklı olduğu fakat beşinci kızının, kızında da over kanseri görüldüğu saptanmıştır (1). Çalışmamızda kanserli olguların %16'sının ailesinde (anne-teyze-kardeş-hala-kuzen gibi akrabaları kapsamına alan ve bunlar arasından sadece birisinin teyze-hala ve kuzeninde) meme kanseri olduğu gözlenmiştir (Tablo 4-5).

Daha önce memeden kitle alınması ile meme kanseri arasında olumlu bir ilişkinin varlığından söz edilmektedir (1,2,10,22,73). Foote ve Stewart'ın çalışmalarında daha önce memesinden her hangi bir nedenle kitle alınan hastalar da meme kanseri görülme oranının yüksek olduğunu belirtmişlerdir (1). Çalışmamızda meme kanserli olguların %46'sının memesinden daha önce kitle alındığı gözlenmiştir (Tablo 6). Bu durum, benzer çalışma sonuçlarını kanıtlayıcı niteliktedir.

Bir çok araştırmada meme kanserinde kitleyi ilk bulan kişilerin, hastaların kendileri olduğu vurgulanmıştır (27,31,36 37,52) . Greenwald ve arkadaşları çalışmalarında (31), hastaların %69'unun, çalışmamızda ise hastaların %80'inin memelerindeki kitleyi ilk bulan kişilerin kendileri olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

Toplumdaki ner kadın memede görülen herhangi bir yapısal değişikliğin kanser olabileceğini düşünerek gerekli girişimlerde bulunmalıdır. Ancak, olgularımızın %24'ü memedeki herhangi bir şişliğin kansere dönüşmeyeceğini, %31'i ise bu konuda bilgileri olmadığını söylemişler, hatta kanserli olgularımızın geçirdikleri

kötü deneyimleri olmasına ve yüksek riskli grupta bulunmalarına karşın %11'i şişliğin kansere dönüşmeyeceğini, %50'isi ise bu konuda bilgileri olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 8). Farklılık istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Bu sonuç, çalışmamızda kanserli olgularda da belirlendiği gibi, eğitim düzeyleri düşük olan kişilerin, kendi sağlıkları tehlikede olduğu durumlarda bile konuya gereken önemi vermekte, yeterince hassas davranmadıklarını göstermektedir. Aynı sonuç, kanserli olgularımızda, meme kanserinde risk yaşı ve risk faktörleri ile ilgili sorulara alınan yanıtlarda da görülmüştür. Nitekim, meme kanseri riskinin hangi yaştan sonra arttığı ile ilgili soruya, kanserli olgularımızın %37'sinden, normal olgularımızın ise sadece %8'inden bilmiyorum şeklinde yanıt alınmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede her iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Sadece tüm olgularımızın %50,5'i, meme kanseri riskinin 40 yaşından sonra arttığını belirterek, benzer çalışma sonuçlarına uyum göstermiştir (1,12,46,57 60,69).

Kanserli olgularımızın eğitim düzeylerinin yetersiz olmasının etkisi, meme kanserinde risk faktörlerinin neler olduğu sorusuna verdikleri yanıtlarda da görülmüş ve %22,3 oranı ile en yüksek dağılımı, risk faktörü konusunda bilgisi olmayanlar oluşturmuştur. Daha sonra sırasıyla %17,9'u menapozu, %15'i emzirmemeyi, %10'u, ailede, meme kanseri olmasını risk faktörü olarak tanımlamışlardır. Normal olgularda ise bu konuda bilgisi olmayanlar %6,5 gibi düşük bir oranda olup, emzirmemeyi risk faktörü olarak tanımlayanlar %22,5 oranında en yüksek dağılımı oluşturmuştur. Daha sonra sırasıyla %15 oranında menapozu, %12,5'u da evli ve çocuksuz olmayı risk faktörü olarak ifade etmişlerdir. Ayrıca her iki grupta da, hiç evlenmemiş olmak, evli-çocuklu olmak, emzirme, oral kontraseptif kullanma, histerektomi ameliyatı olma ve meme travması gibi etkenlerin risk faktörü olabileceğini söyleyenler bulunmuştur (Tablo 10). Bir çok çalışmada, aynı etkenler risk faktörü olarak tanımlanmıştır

(1,10,22,45,57). Sherman ve arkadaşlarının 1980'de yaptıkları çalışmalarında, erken menarjin, geç menapozun menapoz öncesi ve sonrası görülen şişmanlığın aşırı östrojen salgılanması ve menstrual siklüsteki düzensizliklerle ilgili olduğu ve bununda meme kanseri riskini arttırdığı bildirilmiştir (57). Son zamanlarda yapılan araştırmalar kontraseptif kullanma ile meme kanseri arasında kesin bir ilgi ortaya koyabilmiş değildir. Örneğin Amerika Birleşik Devletlerinde "Centers for Diseases Control"un 1983'te yaptığı araştırmada, oral kontraseptifler ile meme kanseri arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir (29). Ancak, bu sonuçların son söz olarak kabul edilemeyeceği, daha çok sayıda kişinin, uzun bir süre incelenmesi gerektiği vurgulanmıştır (2).

Olgularımızın %42'si, meme kanseri belirtisi olarak kitle tanımlamışlardır. Daha sonraki sıralamada %10,5 oranında ağrı %9,8 oranında memebaşı akıntısı, %8,8 oranında meme başında çekilme (içe-kitleye doğru) olarak tanımlayanların yer aldığı görülmüştür. Memede büyüme, deride renk değişikliği, deride portakal kabuğu görünümü, memede şekil bozukluğu-asimetri ve koltuk altında lenf nodülü gibi durumları meme kanseri belirtisi olarak tanımlayanlar düşük orandadır. Olgularımızın %8,3'ünde ise meme kanserinin belirtileri konusunda bilgileri olmadığı görülmüştür (Tablo 11). Bu konuda bilgisi olmayanların kanserli ve normal olgularda aynı oranda olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, eğitim düzeyleri daha yüksek olan normal olgularda kanserle ilgili diğer yanıtlarda da görüldüğü gibi, yanıtlamaya yatkın olmalarına, kanserli olgularda ise, eğitim düzeyleri düşük olmasına karşın, meme kanseri belirtilerini yaşadıkları için, tanımlamada güçlük çekmediklerine bağlanmıştır.

Meme kanserinin erken tanı ve tedavisindeki önemi, birçok araştırmacı tarafından vurgulanan kendi-kendine meme muayenesi, basit, kolaylıkla herkes tarafından yapılabilen, özel araç-gereç gerektirmeyen, ekonomik, kişilerin ayda sadece on dakikasını alan ve sağlıkla ilgili davranışlarını kapsayan bir erken tanı yöntemidir (6,27,36). Feldman, Cole ve Austin (1981), Miller

(1982) çalışmalarında, kendi-kendine meme muayenesi yapan kadınlarda, yapmayanlara oranla meme kanserinin daha erken dönem de tanındığını saptamışlardır (23, 45).

Stillman (1977), eğitim ve gelir düzeyleri yüksek 122 kadın üzerinde yaptığı araştırmada, kadınların kendi-kendine meme muayenesi hakkındaki inançlarını incelemiş, olguların %20'sinden fazlasının inançları yüksek olduğu halde, kendi-kendine meme muayenesi yapmadıklarını, %40'nın bu uygulamayı düzensiz aralıklarla, %40'nın ise düzenli aralıklarla yaptıklarını saptamıştır (60). 207 kadında yapılan benzer bir çalışmada, kadınların %80'inin kendi-kendine meme muayenesi yaptığı, %20'sinin ise hiç yapmadığı sonucu elde edilmiş; kendi-kendine meme muayenesi yapanların %44'ünün düzensiz aralarla (ortalama yılda 5 kez), %25'inin ise düzenli ve periyodik olarak her ay bu uygulamayı yaptıkları belirlenmiştir (32).

Çalışmamızda 200 olgunun %65'5'nin, kendi-kendine meme muayenesi yaptığı, %34,5'inin ise yapmadığı saptanmıştır. Kendi-kendine meme muayenesi yapanlar arasında (n=131) %49;7'sinin ayda bir defadan fazla, %25,9'unun ayda bir defa, %16'sının senede iki üç defa, daha düşük oranlarda senede bir defa ve senede bir defadan daha az meme muayenesi yaptıkları saptanmıştır (Tablo 14-15). Bu sonuç, Stillman ve Hallal'ın çalışmalarına (32,60) uygunluk göstermektedir. Kanserli ve normal olgularımızda, kendi-kendine meme muayenesi yapan ve yapmayanların dağılımı istatistiksel olarak incelendiğinde anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Buna karşın olgularımızın kendi-kendine meme muayenesini yapma sıklığına göre dağılımı istatistiksel olarak ele alındığında ayda bir defadan fazla muayene yapanların, kanserli olgularda, normallere göre anlamlı derecede çok sayıda olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 15). Bu farklılık, meme kanseri konusundaki bilgilerinin yetersiz olmasına rağmen, her an kanser riski ile yaşayan 60 kanserli olgudan 43'ünün (%71,7), geçirdikleri deneyimlerine bağlı olarak, daha sık aralıklarla memelerini muayene etmelerine bağlanmıştır.

Kendi-kendine meme muayenesinin bilinçli bir şekilde yapılması ve meme kanseri belirtilerinin zamanında değerlendirilmesi ile kişilerin eğitim düzeyleri arasında yakın ilişki olduğu yapılan araştırmalar ile kanıtlanmıştır (30,32,36,60).

1978'de Foster ve arkadaşları 1981'de Huguley ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada eğitim seviyesi yükseldikçe kendi-kendine meme muayenesi yapma oranının da arttığı belirtilmiştir (30,36). Aynı çalışmada yaş ile kendi-kendine meme muayenesi arasında ters orantıda bir ilişki olduğu, genç yaşlarda kendi-kendine meme muayenesi yapanların sayısının fazla ileri yaşlarda ise az olduğu sonucu elde edilmiştir (30,36).

Çalışmamızda, olgularımızın yaş gruplarına göre, kendi-kendine meme muayenesi yapma durumlarının dağılımını incelediğimizde, genç yaşlarda uygulama yapanların sayısının fazla, ileri yaşlarda ise daha az olduğu saptanmıştır. Sonuç istatistiki açıdan ele alındığında genç yaş grubu ile, ileri yaş grubunda uygulama yapanlar arasındaki fark ileri derecede anlamlı bulunmuş (K.S'a göre $p < 0,001$) (Tablo:16) ve literatür bilgisi ile (30,36) aynı paralelde olduğu görülmüştür.

Olgularımızın eğitim düzeylerine göre kendi-kendine meme muayenesi yapma durumlarının dağılımını değerlendirdiğimizde, kendi-kendine meme muayenesi yapma oranının eğitim düzeyi düşük olanlarda az, yüksek olanlarda ise fazla olduğu saptanmıştır. Sonuç, Foster ve Huguley'in çalışma sonuçları ile aynı (30,36). doğrultuda olup, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$) (Tablo 17).

Kendi-kendine meme muayenesi için en uygun zamanın menstruasyonun bitiminden 1 hafta sonrası olduğunu vurgulayan bir çok yayın bulunmaktadır (30,31, 32, 44, 60,70). Stillman çalışmasında, periyodik olarak ayda bir kez meme muayenesi yapan kadınların büyük bir çoğunluğunun, bu muayeneyi menstruasyondan 1 hafta sonra yaptıklarını gözlemiştir (60). Çalışmamızda ise olgularımızın %70,9'unun ayın herhangi bir gününde, çok düşük oranlarda olmak üzere, menstruasyon öncesinde, menstruasyon

anında ya da menstruasyyondan hemen sonra kendi-kendine meme muayenesi yaptıkları saptanmıştır. Sadece %9,2 oranında olgu, bu muayeneyi menstruasyyonun bitiminden 1 hafta sonra yaptıklarını belirterek doğru yanıt vermişlerdir (Tablo 18). Olgularımızın kültürel düzeylerinin düşük olması ve kendi-kendine meme muayenesi ilgili ciddi bir eğitim görmemeleri, bu sonucu ortaya çıkarmaktadır.

Nitekim çalışmamızda, kendi-kendine meme muayenesini öğreten kaynaklar arasında yapılan sıralamada, %25,9'luk bir oranda basın (dergi, gazete vb), %23,9'luk bir oranla T.V. radyo programı ilk sırada, %16'lık bir oranla doktor, %14'lük bir oranla hemşire, %14'lük bir oranla kendi düşünceleri olanlar ikinci sırada, daha düşük oranlarda, olmak üzere, arkadaş-akraba ve Kanseri Derneği broşürleri de üçüncü sırada yer almaktadır (Tablo 19). Babadağ'ın Hemşirelik Yüksek Okulu Birinci ve Son Sınıf Öğrencilerinin kişisel sağlıkları ile ilgili uygulamalarını saptamak için yaptığı karşılaştırmalı bir çalışmada, kendi-kendine meme muayenesi konusunda bilgisi olan fakat bu konu ile ilgili henüz ders almamış 12 Birinci Sınıf öğrencisinin bilgi kaynakları arasında %75 lik bir oranla TV, basın/yayının ilk sırada, %16,16'lık bir oranla annelerin ikinci sırada, %8,34'lük bir oranla arkadaşlarını üçüncü sırada yer aldığı belirtilmiştir. (4). Çalışmamızda olduğu gibi, burada da basın ve yayının ilk sırada yer aldığı görülmüştür.

Kendi-kendine meme muayenesi yapan olgularımızın %63,4'ünün memelerindeki herhangi bir değişikliği (kitleyi) hissedecekleri, %5'inin hissedemeyecekleri, %3'ünün ise kararsız kaldığı gözlenmiştir (Tablo 20).

Kendi-kendine meme muayenesinde, olgularımızın ne aradıkları ile ilgili yanıtlarda en yüksek dağılım, %70,5 oranında kitle arayanlardan oluşmaktadır. Çok düşük oranlarda, ağrı, meme başı akıntısı, meme başında çekilme, memede büyüme, asimetri-şekil bozukluğu, deride renk değişikliği, portakal kabuğu

görünümü, koltuk altında lenf nodülü gibi belirtileri de gözleyenlere rastlanmıştır (Tablo 21). Sonuçta olgularımızın büyük bir çoğunluğunun muayenede kitle aradıkları saptanmıştır. Oysa, kendi-kendine meme muayenesinde, palpasyonla kitleyi hissetmenin dışında, inspeksiyonla da, meme derisindeki değişiklikler, meme başında çekilme, bir memenin diğerinden büyük olması v.b. belirtiler görülerek, meme kanserini ortaya çıkarmak mümkün olabilir. Olgularımızın kendi-kendine meme muayenesini uygulamalarına karşın, bu konuda ciddi bir eğitim görmemeleri, büyük bir çoğunluğunun muayeneyi, T.V. Radyo, dergi, gazete v.b. kaynaklardan, öğrenmeleri, onları bu konuda yetersiz kılmakta ve sağlıklı bir şekilde kendi-kendine meme muayenesini yapmalarını engellemektedir. Nitekim, olgularımızın %47,4'ü kendi-kendine meme muayenesi yaptıklarında, kendilerinden çok emin olmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 22).

Kendi-kendine meme muayenesi yapmayan, 69 olgunun 25'i (%36,2'si) bu konuda bilgileri olduğunu, 66'ü (%63,8) ise bilgileri olmadığını belirtmişlerdir. Sonuç istatistiksel olarak ele alındığında, kendi-kendine meme muayenesi konusunda bilgisi olmayanların kanserli olgularda normallere göre anlamlı derecede çok olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 23).

Olgularımıza, kendi-kendine meme muayenesini neden yapmadıkları sorulduğunda, %47'si nasıl yapılacağını ve ne aranacağını bilmedikleri, %36,3'ü ise meme kanserini düşünmedikleri için yapmadıklarını açıklamışlardır. Hatta, özellikle, kanserli olgular yüksek riskli grupta bulunmalarına karşın %33,4'ü, meme kanserini düşünmediklerini belirterek, bu konudaki bilgilerinin yetersiz olduğunu bir kere daha ortaya koymuşlardır (Tablo 24). Stillman'ın çalışmasında da, benzer sonuçlar elde edilmiş kendi-kendine meme muayenesini yapmayanlar arasında, nasıl yapılacağını bilmediği ve meme kanserini düşünmediği için, muayene yapmayanların çoğunluğu oluşturduğu gözlenmiştir (60).

Kendi-kendine meme muayenesi yapmayan olgularımızın %84'ü bu konuda eğitim yapılırsa, uygulamayı yapacaklarını ifade etmişlerdir (Tablo 25).

Bu sonuçlar, meme kanserinin erken tanısında önemli yeri olan kendi-kendine meme muayenesinde başarıyı sağlamak için eğitimin zorunlu olduğunu göstermiştir. Sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşirenin, hastanelerde, okullarda, polikliniklerde, kanser derneklerinde, muayehanelerde ve evlerde kadınlarla daha fazla ilişki halinde olması nedeniyle, kendi-kendine meme muayenesi yöntemini öğretmesi ve yaygınlaştırması açısından ideal bir yere sahip olduğu açıktır (4).

Öğretim işlevinde hemşire, öncelikle, kadınların meme kanserini nasıl algıladıklarını, meme kanserinin onlar için ne ifade ettiğini belirlemeli ve kadınların bu konuyla ilgili endişelerini açığa çıkarmalıdır. Çünkü bilgi vermek için, kişilerin gereksinimleri kaynak alınmalıdır. Bu nedenle önce eğitim yapılacak kişilerin meme kanseri ve kendi-kendine meme muayenesi konusunda neyi bildikleri, neyi bilmedikleri, neyi bilmek istedikleri ve kişiler için bunun ne denli gerekli olduğunu saptamak zorunludur. Sonraki aşamada, bu bilgilerin ışığında eğitim programı uygulanmalıdır.

Eğitim, kişinin kendi yaşantısı yoluyla ve kasıtlı olarak davranışında değişiklik meydana getirme sürecidir. Davranış değişikliği meydana getirebilmenin en etkili yolu kişinin o işi bizzat yapmasını sağlamaktır (50). Meme kanserinin erken tanısında önemli katkısı olan kendi-kendine meme muayenesi ile ilgili, kişilerde davranış değişikliğini meydana getirebilmek için, kadınlara muayenenin önemi kavratılmalı, düzenli ve periyodik aralıklarla pratik yapma sorumluluğu yerleştirilmelidir. Bu arada eğitimin etkinliğini arttıracak görsel-işitsel araçlar kullanılmalı, broşür dergi ve resimlerden faydalanılmalıdır.

Çalışmamızda, belirlendiği gibi, kendi-kendine meme muayenesini öğreten kaynaklar arasında ülke çapında etkili olan basın yayın ilk sıralarda yer almaktadır. Meme kanseri ve kendi-kendine meme muayenesi konusundaki eğitim programlarının, basın-yayın aracılığıyla sadece kanser haftası gibi özel günlerde değil, sürekli ve düzenli aralıklarla sürdürülmesinin büyük yarar sağlayacağı, inancındayız.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadınların meme kanseri ve kendi-kendine meme muayenesi hakkındaki sağlık bilgisi düzeylerini saptamak amacıyla yapılan bu çalışma sonuçlarına göre;

Olgularımızın meme kanseri ve kendi-kendine meme muayenesi konusundaki bilgilerinin yetersiz olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyleri düşük olan meme kanserli olguların normallere göre daha az bilgili oldukları saptanmıştır.

Çalışmamızda, olgularımızın %24'ünün memedeki yapısal bir değişikliğin kanser olamayacağını, %31'inin ise bu konuda bilgilerin olmadığını belirttikleri gözlenmiştir. Hatta kanserli olgularımızın, geçirdikleri kötü deneyimlerine rağmen %50'sinin bu konuda bilgileri olmadığı görülmüş, farklılık istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Risk faktörlerinin neler olabileceği konusunda alınan yanıtlarda çoğunluğu kanserli olgularda %29,3 oranında, bu konuda bilgisi olmayanlar, normal olgularda ise %19,4 oranında emzirmeyi risk faktörü olarak tanımlayanların oluşturduğu belirlenmiştir.

Olgularımızın %42'si gibi büyük bir çoğunluğu meme kanseri belirtisi olarak kitle tanımlamışlardır. Daha sonraki sıralamada, düşük oranlarda, ağrı, memebaşı akıntısı, meme başında çekilme gibi belirtileri tanımlayanların yer aldığı saptanmıştır.

Birçok araştırmacı tarafından meme kanserinin erken tanısındaki önemi vurgulanan kendi-kendine meme muayenesini kanserli olgularımızın %60'ının, normal olgularımızın %71'inin yaptığı gözlenmiştir. Her iki grupta da çoğunluğu, kendi-kendine meme muayenesi yapanların oluşturduğu görülmüştür.

Kendi-kendine meme muayenesi yapan olgularımız çoğunlukta olmasına rağmen, meme muayenesini ayın hangi döneminde yapıyorsunuz, muayenede ne arıyorsunuz, muayeneyi kimden öğrendiniz, ne kadar zaman aralıkları ile yapıyorsunuz v.b gibi sorulan sorulardan alınan yanıtlara göre, olgularımızın kendi-kendine meme muayenesini sağlıklı ve bilinçli bir şekilde yapmadıkları sonucu elde edilmiştir.

Kendi-kendine meme muayenesi için en uygun zaman menstruasyonun bitiminden 1 hafta sonrasıdır. Bu konu ile ilgili sorulan soruya, meme muayenesi yapan olgularımızın sadece %9,9'undan doğru yanıt alındığı gözlenmiştir.

Olgularımızın kendi-kendine meme muayenesini öğrendiği kaynaklar arasında basın ve yayının ilk sıralarda doktor ve hemşirenin ise ikinci sırada yer aldığı görülmüştür.

Kendi-kendine meme muayenesinde, olgularımızın %70,5'i gibi büyük bir çoğunluğunun, kitle aradıkları belirlenmiştir. %47,4'ünün ise kendi-kendine meme muayenesi yaptıklarında, kendilerinden çok emin olmadıklarını belirttikleri saptanmıştır.

Olgularımızın yaş grupları ve eğitim düzeylerine göre kendi-kendine meme muayenesi yapma durumlarının dağılımını incelediğimizde, genç yaşlarda pratik yapanların sayısının fazla, ileri yaşlarda ise az olduğu saptanmıştır. Farklılık istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Eğitim düzeyi düşük olanlarda kendi-kendine meme muayenesi yapma oranının az, yüksek olanlarda ise fazla olduğu görülmüş, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p < 0,001$).

Olgularımızın %47'sinin nasıl yapılacağını ve ne arayacağını bilmediği, %36'sının ise meme kanserini düşünmediği için, kendi-kendine meme muayenesi yapmadıkları görülmüştür.

Kendi-kendine meme muayenesi yapmayan olgularımızın %84'ü gibi büyük bir çoğunluğunun, bu konuda eğitim yapılırsa, pratik yapacaklarını belirttikleri gözlenmiştir.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre beliren sorunlara çözüm getirmek için öneriler şöyle sıralanabilir:

- 1- Toplumu meme kanseri ve kendi-kendine meme muayenesi konusunda bilinçlendirmek için, konu ile ilgili ülke çapında eğitim programları hazırlanmalı ve uygulanmalıdır.
- 2- Eğitim programları, S.S.Y.B., Üniversite Hastaneleri ve Kanser Derneklerinin ortak yükümlülüğünde olmalı, basın, yayın ve TRT kanalı ile yaygınlaştırılmalıdır.
- 3- Hemşirelik ve Tıp eğitiminde, öğrencilere, bilgili olmanın sağlık alışkanlıklarına olumlu etkisi üzerinde durulmalı ve hastalıklardan korunmanın önemi vurgulanmalıdır.
- 4- Eğitim programları, meme kanseri ve kendi-kendine meme muayenesi konusunda eğitim görmüş sağlık personeli (hemşire-doktor) tarafından yürütülmelidir.
- 5- Eğitim programı şunları içermelidir.
 - . Meme kanserinde erken tanı ve tedavinin, yaşam süresinin uzamasındaki olumlu etkisi ve bunun için toplumdaki 20 yaşın üzerindeki her kadının kendi-kendine meme muayenesi yapmasının zorunlu olduğu vurgulanmalıdır.
 - . Kadınlara kendi-kendine meme muayenesinin düzenli ve periyodik aralıklarla yapılmasının önemi kavratılmalı ve kişilere muayene yapma sorumluluğu yerleştirilmelidir.
 - . Eğitsel yöntemlerden faydalanmalı, görsel-işitsel araçlar kullanılmalıdır. Kendi-kendine meme muayenesinin tanıtımı yapılırken meme dokusunun doğal hali gösterilerek anlatılmalı ve bu işlem mümkünse model üzerinde veya kişilerin bizzat kendisi üzerinde yapılmalıdır.

- . Kadınların, en az senede bir kez doktor tarafından yapılan fizik muayeneden geçmeleri ve bu arada memelerin durumunu da değerlendirilmesinin gerekliliği üzerinde durulmalıdır.
- . Meme kanseri ve kendi-kendine meme muayenesini tanıtıcı broşür ve el kitapçıkları hazırlanıp halka ücretsiz dağıtılmalıdır.



Ö Z E T

Çalışmamız, kadınların meme kanseri ve kendi-kendine meme muayenesi hakkındaki sağlık bilgisi düzeylerini saptamak amacıyla planlanmıştır.

Araştırma grubunu oluşturan, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Ana Bilim Dalında ve SSK Okmeydanı Hastanesi Onkoloji Kliniğinde yatan meme kanserli 100 hasta ile, basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 100 sağlıklı kadına, meme kanseri ve kendi-kendine meme muayenesi konusunda geliştirilen anket formu uygulanmıştır.

Olgularımızın özellikleri, meme kanseri ve kendi-kendine meme muayenesi hakkındaki bilgileri ile ilgili veriler değerlendirilerek, sonuçlar, literatürdeki sonuçlarla karşılaştırılmıştır.

Çalışmamızda olgularımızın meme kanseri ve kendi-kendine meme muayenesi konusundaki bilgilerinin yetersizliği gözlenmiş, kişilerin sağlık ve hastalık ile ilgili bilgi ve tutumlarında eğitim düzeylerinin etkili olduğu saptanmıştır.

SUMMARY

This study was planned to determine the knowledge level of women on breast cancer and breast self-examination.

In this study, the subjects were divided into two groups. The control group was consisted of 100 women which were selected randomly between healthy women. The other group were 100 breast cancer patients in Istanbul University, Faculty of Medicine Department of General Surgery and in SSK Okmeydanı Hospital Department of Oncology. A questionnaire form was applied on each subject which prepared on breast cancer and breast self-examination.

The data on the specifications of subjects and their beliefs on breast cancer and breast self-examination were worked out and the results were matched with literature results.

As a result of this study, insufficiency of the knowledge on breast cancer and breast self-examination was observed and the effects of education level on the health and illness knowledge of individuals was detected.

KAYNAKLAR

- 1- Ackerman, V.L.: Cancer Diagnosis, Treatment and Prognosis. 4th ed., The C.V.Mosby Company, St.Louis (1970).
- 2- Alican, F.: Meme Kanseri. İstanbul (1981).
- 3- Anstice, E. : The emotional operation 1, Nursing Times, 66:837 (1970).
- 4- Babadağ, K.: Hemşirelik Yüksek Okulu Lisans Programı, Birinci ve son sınıf öğrencilerinin kişisel sağlıkları ile ilgili uygulamalarının karşılaştırılması. Doktora Tezi. İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul (1984).
- 5- Bates, B., Hoekelman, A.R.: Physical Examination. J.B. Lippincott Company, Philadelphia (1974).
- 6- Baum, M.: Will breast-self-examination save lives? Br. Med. J., 284:1422 (1982).
- 7- Bayar, H.: Kadınlarda meme kanseri ve tedavi yöntemleri, Tıp Dünyası, 3:121 (1984).
- 8- Berk, A.Ö.: Meme kanserinin günümüzde kontrol yöntemi, Gata Bülteni, 21:671 (1979).
- 9- Berkow, R., Talbott, J.H.: The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. 13th ed., Merck and Co.Inc., Rahway, N.J. (1977).
- 10- Bernstein, T.C.: What are my chances of getting breast cancer?, Jama, 238:345 (1977).
- 11- Beyers, M., Dudas, S.: The Clinical Practice of Medical Surgical Nursing. Little, Brown and Company, Boston (1977).
- 12- Black, M.M., Leis, H.P., Kwon, S.: The breast cancer controversy, Jama, 237:970 (1977).
- 13- Bland, K.L., Buchanan, B.J., Mills, D.L., Kuhns, J.G., Spratt J.S., Polk, H.C.: Analysis of breast cancer screening in women younger than 50 years, Jama, 245:1037 (1981).
- 14- Bombeck, T., Cooksey, J.: Examination of the female breast, Instructional Guide, Office of Educational Resources, University of Illinois, Chicago, Illinois, P.1 (1972).
- 15- Bouchard, R., Owens, N.F.: Nursing care of the patient with breast cancer, Nursing Care of The Cancer Patient, p.138 (1972).
- 16- Brakl, M.J., Prilook, M.E.: Nursing guide to breast cancer prevention-Treating the woman with breast cancer, Nursing Update, 6:1 (1975).
- 17- Brunner, L.S., Suddarth, D.S.: Textbook of Medical Surgical Nursing. J.B. Lippincott Company, Philadelphia (1975).
- 18- Brunner, L.S., Emerson, C.P., Ferguson, K.L., Suddarth, D.S.: Textbook of Medical Surgical Nursing. 2th ed., J.B.Lippincott Company, New York (1970).

- 19- Brunner, L.S., Suddarth, D.S.: The Lippincott Manual of Nursing Practice, J.B. Lippincott Company, Philadelphia (1970).
- 20- Butler, A.: Breast cancer, The Canadian Nurse, 72:17 (1976).
- 21- Büyükkaradağ, N.: Breast Self-Examination. Booklet, Chicago, Illinois (1978).
- 22- Charlie, T.: Breast cancer detection, Cancer, 47:1164 (1981).
- 23- Cole, P., Austin, H.: Breast self-examination an adjuvant to early cancer detection, Am.J. Public Health, 71:572 (1981).
- 24- Editorial: Early diagnosis and survival in breast cancer, Lancet, 2(8250): 785 (1981).
- 25- Editorial: Screening for breast cancer, Lancet, 1(8281): 1109 (1982).
- 26- Emerson, K. Jr., Çev.: Kaptanoğlu, K.: Meme hastalıkları, Harrison İç Hastalıklarında Temel Bilgiler. Çev. Ed.: N.K. Menteş, Menteş Matbaası, İzmir, s.733 (1976) kitabından.
- 27- Feldman, J.G., Carter, A.C., Nicastrì, A.D., Hosat, S.T.: Breast self-examination relationship to stage of breast cancer at diagnosis, Cancer, 47:2740 (1981).
- 28- Fişek, N.H.: Türkiye'de sağlık düzeyi, Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, 1:1 (1983).
- 29- Fişek, N.H.: Kanseri ve hormonal kontraseptifler, Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, 4:8 (1983).
- 30- Foster, R.S., Lang, S.P., Costanza, M.C., Worden, Y.K., Haines, C.R., Yates, J.W.: Breast self-examination practices and breast-cancer stage, New England Journal of Medicine, 6:265 (1978).
- 31- Greenwald, P., Nasca, P.C., Lawrence, C.E., Horton, J., Garrah, P.R., Garriale, T., Carlton, K.: Estimated of breast self-examination and routine physician examinations on breast-cancer mortality, New England Journal of Medicine, 6:271 (1978).
- 32- Hallal, J.C.: The relationship of health beliefs, health locus of control and self-examination in adult women, Nursing Research, 31:3 (1981).
- 33- Hayran, O.: Oral kontraseptifler ve kanseri riski, Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, 1:8 (1983).
- 34- Henderson, V., Nite, G.: Principle of Nursing, 6th ed., Macmillan Publishing Co. Inc., New York (1978).

- 35- Howe, H.L.: Social factors associated with breast self-examination among high risk women, Am.J.Public Health, 71:251 (1981).
- 36- Huguley, M.C., Brown, R.L.: The value of breast self-examination, Cancer, 47:989 (1981).
- 37- Kegels, S.S., Grady, K.E.: BSE versus dogmatizm, Am.J. Public Health, 72:4 (1982).
- 38- Kennerly, S.L.: Breast cancer, American Journal of Nursing, 77:1430 (1977).
- 39- Keswani, S.G., Lobsitz, C.: How to Examine Your Breasts. Bokklett, Milex Products, Inc. (1981).
- 40- Kum, N.: Hemşire-hasta ilişkisi ve iletişim kavramı, Hacettepe Tıp/Cerrahi Bülteni, 3:211 (1977).
- 41- Levene, M.B.: A new role for radiation therapy, American Journal of Nursing, 77:1443 (1977).
- 42- Luckmann, J., Sorensen, K.C.: Medical Surgical Nursing. W.B. Saunders Company, Philadelphia (1974).
- 43- Marszalek, J.E., Solomon, J.S.: A breast counseling service, American Journal of Nursing, 81:1658 (1981).
- 44- Mason, M.: Basic Medical-Surgical Nursing. 4th ed., Macmillan Publishing Co. Inc., New York (1978).
- 45- Miller, A.B., Bulbrook, R.D.: Screening detection and diagnosis of breast cancer, Lancet, 1 (8281):1109 (1982).
- 46- Noyes, R.D., Spanos, J.W., Montague, E.D.: Breast cancer in women aged 30 and under, Cancer, 49:1302 (1982).
- 47- Okumuş, H., Bayık, A.: Türkiyede sağlık sorunları ve hemşirelik eğitimi, Türk Hemşireler Dergisi, 4:52 (1980).
- 48- Olenn, M.B.: Motivating BSE, American Journal of Nursing, 81:1656 (1981).
- 49- Özcan, A.: Hastaların bilgi gereksinimleri ve hemşirenin öğretim işlevi, Türk Hemşireler Dergisi, 3:50 (1979).
- 50- Peker, G.: Hasta eğitimi, Türk Hemşireler Dergisi, 3 1:39 (1979).
- 51- Photostory: Through a through office breast exam, Patient care, p.59 (1975).
- 52- Ruby, T.S., Rosen, P.D., Lesser, M.L., Kinne, D.W.: Breast self-examination and medical examination related to breast cancer stage, Am.J.Public Health, 6:583 (1981).
- 53- Schlueter, L.A.: Knowledge and beliefs about breast cancer and breast self-examination among athletic and nonathletic women, Nursing Research, 31:348 (1980).
- 54- Schwartz, M.K.: Hormon receptor assay, American Journal of Nursing, 77:1445 (1977).

- 55- Shafer,N.K., Sawyer,J.R., Cluskey,A.M., Beck,E.L., Phipps,W.J.: Medical surgical Nursing. 6th ed., The C.V.Mosby Company, Saint Louis (1975).
- 56- Shapird,S.: Evidence on screening for breast cancer from a randomized trial, Cancer, 39:2772 (1977).
- 57- Sherman, B., Wallace,R., Bean,J., Schlabaugh,L.: Relationship of body weight to menarcheal and menopausal age: implications for breast cancer risk, Journal of Clinical Endocrinology and Metabolizm, 52:488 (1981).
- 58- Spittle,M.F.: Breast cancer, British Medical Journal, 281:941 (1980).
- 59- Stevens,P., Conkling,V.: We teach breast self-examination to hospital patients,R.N., p.25 (1977).
- 60- Stillman,M.J.: Women's health beliefs about breast cancer and breast self-examination, Nursing research, 26:121 (1977).
- 61- Stromborg,M.: Screening for early detection, American Journal of Nursing, 81:1652 (1981).
- 62- Sumbüloğlu,K.: Sağlık Bilimlerinde Araştırma Teknikleri ve İstatistik. Çağ Matbaası, Ankara (1978).
- 63- Şaşmaz,O.: Meme hastalıkları, İ.Ü.İst.Tıp Fak. 4. dönem ders notları (1982).
- 64- Tartan,A., Tufan,T., Tatkan,Y., Kaya,M., Akdeniz,A.: 100 meme kanseri vakamızın klinik değerlendirilmesi, Gata Bülteni, 25:989 (1983).
- 65- Tezcan,S.: Durum saptama araştırmaları, Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, 3:9 (1983).
- 66- Thomas,S.G., Yates,M.M., : Breast reconstruction after mastectomy, American Journal of Nursing, 81:1438 (1977).
- 67- Todd,A.: Prophylactic mastectomy, American Journal of Nursing, 77:1447 (1977).
- 68- Töre,H.F., Berk,A.Ö.: Meme kanserinde kemoimmunoterapi ile alınan sonuçlar, Gata Bülteni, 25:441 (1983).
- 69- Turnbull,A.R., et al.: Treatment of early breast cancer, The Lancet, 2(8079):7 (1978),
- 70- Turnbull,E.: Breast examination practices, American Journal of Nursing, 77:1450 (1977).
- 71- Uğur,D.A.: Meme hastalıkları, Cerrahi.Eds: O. Akata ve arkadaşları, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, s.83 (1975) kitabından.
- 72- Unzeitig,G.W., Frankl,G., Ackerman,M., O'connell, T.X.: Analysis of the prognosis of minimal and occult breast cancer, Arch Surg, 118:1403 (1983).

- 73- Ünal,M.: Meme hastalıkları, Genel Cerrahi.Ed.: Ü . De-
ğerli, Fatih Gençlik Matbaası, İstanbul, s.217 (1983)
kitabından.
- 74- Ünal,M.: Meme hastalıkları, Genel Cerrahi.Ed.: Ş.,Tuncel,
Cilt II, Sermet Matbaası, İstanbul,s.153 (1975)
kitabından.
- 75- Veronesi,U., et al,: Risk of internal mammary lymph node
metastases and its relavance on prognosis of breast
cancer patient, Annals of Surgery. 198:681 (1983).
- 76- Watson,J.E.: Medical Surgical Nursing and Related
Physiolgy.W.B.Saunders Company, Philedelphia (1972).
- 77- Wilcox,P.M., Ettinger,D.S., Kramer,B.N.: Diagnostic
procedures in breast evalution, American Journal of Nur-
Nursing, 81:1546 (1981).
- 78- Wiley,K.R.: Postbiopsy care, American Journal of Nursing,
81:1660 (1981).
- 79- Wilson,R.E., Çev.: Ünal,A.: Meme, Davis-Christopher,
Temel Cerrahi.Çev.Ed.: A.Kazancıgil, Sanem Matbaası,
Ankara, s.71 (1977) kitabından.
- 80- Wilson,J.: Cerrahi El Kitabı.Çev.Ed.: S.Demirtaş, Güven
Kitabevi Yayınları, Ankara (1969).
- 81- Wolf,E.S.: Nursing care of patients with breast cancer,
The Nursing Clinics of North American, 2:587 (1977).

EK

ANKET FORMU

SIRA NO :

UYGULAMA YERİ:

TARİH:

I. Bölüm - Lütfen aşağıdaki soruları okuyun ve meme kanseri hakkında doğru olduğuna inandığınız düşünceyi belirten maddeyi işaretleyiniz.

- 1- Ülkemizde, kadınların yaşamları boyunca meme kanserine yakalanma şansı, genellikle % (yüzde) kaçtır?
 - a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Bilmiyorum
- 2- Memede görülen şişlik genellikle kansere dönüşebilir.
 - a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Bilmiyorum
- 3- Ortalama olarak, kadınlarda meme kanserine yakalanma şansı hangi yaştan sonra artar?
 - a) 20 yaş
 - b) 30 yaş
 - c) 40 yaş
 - d) 50 yaş
 - e) 60 yaş
 - f) Bilmiyorum
- 4- Bir kadında meme kanserine yakalanma şansı aşağıdakilerden hangisinde daha fazladır? (Sizin için doğru olan düşünceyi işaretleyin)
 - a) Bekârlarda
 - b) Evli fakat çocuksuz olanlarda.
 - c) Evli ve çocuklu olanlarda.
 - d) Çocuklarını emzirenlerde.
 - e) Histerektomi ameliyatı olanlarda.
 - f) Çocuklarını emzirmeyenlerde.
 - g) Aksarabasında meme kanseri olanlarda.
 - h) Menapozdan sonra.
 - i) Doğum kontrol hapı kullananlarda.
 - j) Meme travması (darbe) geçirenlerde.
 - k) Bilmiyorum.
- 5- Kanserli memeyi, diğer (sağlam) memeden nasıl ayırt edersiniz?

II. Bölüm - Lütfen aşağıdaki maddeleri okuyun ve kuvvetle inandığınız, biraz inandığınız, ya da hiç inanmadığınız şeklindeki bölümlerin altını, sizce uygun olan hangisi ise işaretleyiniz.

- | | Kuvvetle
İnanıyorum | Biraz
İnanıyorum | Hiç
İnanmıyorum |
|---|------------------------|---------------------|--------------------|
| 1. Şayet kadınlar, _____
meme muayenesini düzenli olarak yaparlarsa, meme kanserinden ölüm daha az olur. | _____ | _____ | _____ |
| 2. Meme kanseri olabileceğimi düşünsem bile, şimdi sağlıklı olduğuma inanıyorum. | _____ | _____ | _____ |
| 3. Memede bir kitle bulduğumda, benim için gerçekten önemli değildir, zaten o zaman her halukârda fazla geç kalınmıştır. | _____ | _____ | _____ |
| 4. Bir arkadaşımın ya da bir akrabamın ya da halktan birisinin meme kanseri olduğunu duyduğumda benim de olabileceğim aklıma gelir. | _____ | _____ | _____ |

- | | Kuvvetle
İnanıyorum | Biraz
İnanıyorum | Hiç
İnanmıyorum |
|--|------------------------|---------------------|--------------------|
|--|------------------------|---------------------|--------------------|
5. Kontrol için dokto-
ro gitmektense, dü-
zenli olarak meme
muayenesi yaparsam,
kitleyi daha kısa
sürede bulurum.
6. Başıma o kadar çok
şey gelebilir ki,
bunlar arasında
meme kanseri ola-
cağımı düşünmek
saçma olur.
7. İyi bir fikir olsa
bile, meme muaye-
nesi yapmak utanç
verici bir şeydir.
8. Yaşlandıkça meme
kanseri olabileceğim
ihtimalini daha fazla
düşünürüm.
9. Sık, sık meme muaye-
nesi yapmak, meme
kanseri hakkında
lüzumsuz endişe
verir.
10. Birgün meme kanseri olabileceğim olasılığını düşünsem bile,
diğer kadınlarla olan şans hızını şöyle karşılaştırırım :
- a) Ortalama b) Ortalamanın üstünde c) Ortalamanın altında
(Meme kanseri olacağımı) (Meme kanseri ola-
daha çok düşünürüm çağımı daha az
düşünürüm.)

III. Bölüm - Hiç kendi kendinize meme muayenesi yaptınız mı?

a) Evet (Şayet devam ediyorsanız) b) Hayır

1. Kendi kendinize meme muayenesini ne kadar zamanda bir yapardınız?

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| a) Ayda bir defadan fazla | d) Senede bir defa |
| b) Ayda bir defa | e) Senede bir defadan az |
| c) Senede iki-üç defa | |

2. Kendi kendinize meme muayenesini nereden öğrendiniz?

(Birden fazla cevabı işaretleyebilirsiniz).

- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| a) Arkadaş ya da akraba | e) Magazin (Dergi, gazete v.b) |
| b) Doktor | f) Reklam, ilan |
| c) Hemşire | g) Kanser Derneği broşürleri |
| d) TV. programı | h) Kendi düşüncem |

3. Genellikle kendi kendinize meme muayenesi ayın hangi döneminde yapardınız?

- a) Ne zaman aklıma gelirse
b) Adet kanamasından önce
c) Adet kanaması esnasında
d) Adet kanamasından hemen sonra
e) Adet kanamasından 1 hafta sonra
f) Her ayın birinci gününde

4. Adet kanamanız hala devam ediyor mu?

- a) Evet b) Hayır

5. Kendi kendinize meme muayenesi yaptığınıza ne derece emin oluyorsunuz? (Doğru cevabı işaretleyin).

- | | |
|---------------|---------------------|
| a) Çok eminim | c) Çok emin değilim |
| b) Eminim | d) Hiç emin değilim |

6. Meme muayenesi yaptığınızda ne arıyorsunuz? _____

7. Eğer, memenizde bir değişiklik varsa, muayenenizde bunu bulacağınıza emin misiniz?

- a) Evet b) Hayır c) Emin değilim

Şayet bu bölümdeki soruları doldurduysanız, 4. bölümü atlayıp, 5. bölümdeki soruları cevaplandırın. Şayet bu bölümdeki soruları doldurmadıysanız, kendi kendinize meme muayenesi yapmıyorsunuz, o zaman lütfen 4.bölümdeki soruları cevaplandırın.

IV. BÖLÜM -

1. Kendi kendinize meme muayenesi hakkında herhangi bir şey duydunuz mu?

- a) Evet b) Hayır

2. Kendi kendinize meme muayenesi ile ilgili haberi nereden duydunuz? (Birden fazla cevabı işaretleyebilirsiniz).

- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| a) Arkadaş ya da akraba | e) Magazin (Dergi, gazete vb.) |
| b) Doktor | f) Reklam |
| c) Hemşire | g) Kanser derneği broşürleri |
| d) TV. Programı | h) Hatırlamıyorum. |

3. Size herhangi biri tarafından meme muayenesinin nasıl yapılacağı gösterildi mi?

- a) Evet b) Hayır

4. Sorumuzun cevabı evet ise, kim gösterdi belirtin. (İkinci sorudaki maddelerden hangisi uygunsa).

5. Neden kendi kendinize meme muayenesi yapmıyorsunuz, belirtin. (Birden fazla cevap işaretleyebilirsiniz).

- a) Çok meşgulüm - unutuyorum
- b) Çok utanıyorum - mememe dokunmaktan utanıyorum
- c) Meme kanserini düşünmediğim için
- d) Nasıl yapılacağı gösterilmediği için - ne aranacağını bilmediğim için
- e) Yardımcı olacağına inanmadığım için

6. Kendi kendinize meme muayenesi yapmak için uygun yol gösterilir ve gerekli bilgi verilirse, onu muntazam aralıklarla yapacağınızı düşünüyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır (Şayet hayırsa niçin)

V. Bölüm

1- Adı, soyadı :

2- Doğum yeri :

3- Yaşı

- a) 20-29 b) 30-39 c) 40-49 d) 50-59 e) 60 ve daha yukarısı

4- Mesleğiniz:

- a) İşçi-memur b) Serbest c) Ev kadını d) Emekli

5- Medeni haliniz:

- a) Bekar b) Evli c) Boşanmış d) Dul

6- Eğitim düzeyiniz:

- a) Tahsilsiz b) İlk-okur-yazar c) Orta-Lise d) Yüksek

7- Babanızın işi-mesleği:

- a) Vasıfsız işçi b) Vasıflı işçi c) Memur
d) Serbest e) Emekli

8- Annenizin işi-mesleği:

- a) Vasıfsız işçi b) Vasıflı işçi c) Ev kadını
d) Emekli e) Memur

9- Oturduğunuz yer:

- a) Köy b) Kasaba c) Şehir

10- Daha önce memenizden kitle alındı mı?

- a) Evet b) Hayır

11- Herhangi bir kanser ameliyatı oldunuz mu?

- a) Evet b) Hayır

12- Meme kanseri ameliyatı oldunuz mu?

- a) Evet b) Hayır

13- Ailenizde meme kanseri ameliyatı olan var mı?

- a) Evet (Şayet evetse akrabalık derecesi b) Hayır

14- Memenizdeki kitleyi kim nasıl buldu?

- a) Doktor b) Hemşire c) Kendim (Rastlantı sonucu

*K.K. M. M



* Kendi-kendine meme muayenesi

Ö Z G E Ç M İ Ş

1949 yılında Kdz. Ereğli'de doğdu. İlk ve Orta öğrenimini Kdz.Ereğli'de tamamlayarak 1968 yılında Ankara Cebeci Sağlık Kolej'inden mezun oldu. 1969-1974 yılları arasında Kdz. Ereğli Devlet Hastanesi'nde başhemşire olarak çalıştı.

1977 yılında Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu'ndan mezun oldu ve 1978 yılında Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu'nun açmış olduğu asistanlık sınavını kazanarak, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği dersi asistanı olarak görev aldı. Halen aynı okulda araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.

Evli ve iki çocuk annesi olup İngilizce bilmektedir.