

Meme Kanseri Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı: Bir Derleme

Breast Cancer Surgery and Nursing Care: A Review

Alperhan ATEŞ¹, Burcu TOTUR DİKMEN²

ÖZET

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen bir kanser türüdür. Bu kanser türü için birçok risk faktör olduğu bilinmektedir. Kansere bağlı ölüm oranları açısından meme kanseri akciğer kanserinden sonra ikinci sırada görülmektedir. Kadın olmak, ileri yaş ta olmak, BRCA1 veya BRCA2 genlerinde mutasyon olması, ailede ve bireyde meme kanseri öyküsünün olması meme dokusu yoğunluğu, bazı iyi huylu meme hastalıkları, ırk ve etnik köken, bu risk faktörlerin en önemlileri arasındadır. Meme kanserine yönelik olarak erken dönemde tanının konulması önemlidir. Tanı koymada en önemli yöntemlerden biri ise mamografidir. Meme kanserinin cerrahi tedavisinde radikal, modifiye radikal, deri koruyucu ve meme dokusu koruyucu mastektomi gibi yöntemler kullanılmaktadır. Meme kanseri cerrahisinde, ameliyat öncesi ve sonrası hemşirelik bakımı, fiziksel ve destekleyici bakımdan oluşur. Kendi kendine meme muayenesi alışkanlığı kazandırılması ile meme kanserinin erken sürede önüne geçilmesi ve sağlığın korunarak sürdürülmesinde hemşirelere önemli roller düşmektedir.

Anahtar kelimeler: Meme kanseri, cerrahi, hemşirelik bakımı

ABSTRACT

Breast cancer is the most common type of cancer in women. It is known that there are many risk factors for this type of cancer. Breast cancer ranks second after lung cancer in terms of cancer-related death rates. Among the most important of these risk factors are being a woman, being in advanced age, having a mutation in the BRCA1 or BRCA2 genes, having a family and individual breast cancer history, breast tissue density, some benign breast diseases, race and ethnic origin. Early diagnosis of breast cancer is important. One of the most important methods of diagnosis is mammography. Methods such as radical, modified radical, skin sparing and breast tissue nipple-areola preserving mastectomy are used in the surgical treatment of breast cancer. In breast cancer surgery, preoperative and postoperative nursing care consists of physical and supportive care. Nurses have important roles in preventing breast cancer early and maintaining health by gaining the habit of breast self-examination.

Keywords: Breast cancer, surgery, nursing care

GİRİŞ

Meme kanseri kadınlarda en sık olarak görülen ve her yıl yaklaşık bir milyon üzerinde kadını etkilediği bilinen bir kanser türüdür. Meme kanseri kadınlar arasındaki tüm kanser vakalarının %33'ünden ve kanserle ilişkili ölümlerin %20'sinden sorumludur¹ Meme kanseri, kadınlar açısından yaygın bir hastalık olmasına rağmen, hastalığın erken dönemde ilerlemesinin önlenmesi, tedavi stratejileri ve mortalite oranında azalma sağlanması sonucunda hayatta kalma oranında artış görülmektedir. Meme kanseri ile analiz edilen bireylerin 5 yıllık hayatta kalma oranının ülke ve bölgeye göre değişmesine rağmen, gelişmiş ülkelerde bu oran %85 ve üzerindedir^{2,3}. Meme kanseri, kadınlarda

kansere bağlı ölüm nedenleri arasında akciğer kanserinden hemen sonra gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre, 2015 yılında 519 bin bayan meme kanserinden dolayı hayatını kaybetmiştir. Bu veri kadınlar arasında kansere bağlı ölümlerin %15'ini oluşturmaktadır. Meme kanseri nedeniyle ölümlerin yaklaşık %69'u, gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir^{4,5}

Uluslararası Kanser Ajansı (International Agency for Research on Cancer-IARC) tarafından yayınlanan Global Cancer Statistics 2012 verilerine göre meme kanseri Dünyada kadınlarda en sık rastlanan ilk beş kanser türü arasında ilk sırada yer almaktadır^{6,7}

¹ Uzm. Hemşire, Dr. Suat Günsel Girne Üniversitesi Hastanesi Ameliyathanesi, alperates05@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-8918-4795

² Yrd. Doç. Dr., Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, burcu.toturdikmen@neu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-4221-6112

Dünyadaki ortalama görülme oranı 100 binde 43,3'tür⁸. Dünya Kanseri Kongresi Raporu (2014)'na göre, 10 yıl içinde 19,7 milyon kadının meme kanseri ile analiz edileceği ve 5,8 milyon kadının meme kanserinden hayatını kaybedeceği tahmin edilmektedir⁸. Kadınlarda, tanısı konulmuş her dört kanserden birini meme kanseri oluşturmaktadır. Meme kanseri sıralamasına bakıldığında dünya genelinde her yıl 1.5 milyondan fazla kadını etkilemektedir. Erkek meme kanserinin nedeni tam olarak bilinmemek ile birlikte erkek meme kanseri, erkeklerde görülen tüm kanserlerin % 1'inden daha azını oluşturmaktadır⁹.

Türkiye'ye baktığımızda meme kanseri bireylerde en sık görülen kanserler arasında 45.9 /100.000 bulunmakta ve kadınlarda kanser oranının % 24.9'u oluşturmaktadır. 25-49 yaş aralığındaki bayanlar arasında % 33,7 olmasına rağmen, 50-69 yaşları ile 70 yaş üstü de en sık görülen kanser türü de meme kanseridir¹⁰. Kuzey Kıbrıs'ta 2012 yılında 531 kanser vakasının analiz edildiği görülmektedir. Vakalara göre En çok görülen kanser türünün % 37 oranında meme kanseri olduğu ve tüm kanser vakalarının % 21,3'ünü oluşturduğu görülmektedir¹¹. 2016 yılı verilerine göre ise 3 Bin 157 yeni vakanın 553'ünü meme kanseri tanısı konmuştur. Meme kanseri olan kadın vakaların %43'ünün 50-69 yaş aralığında olduğu belirtilmektedir¹².

Meme Kanseri Risk Faktörleri

Meme kanserinin nedeni artık tam olarak anlaşılamamasına rağmen, bazı risk faktörleri tanımlanmaktadır¹³. Bunlar, demografik özellikler (cinsiyet, yaş), ailesel ve genetik faktörler, çevresel faktörler, reproduktif öykü (ilk menarş yaşı, doğum aralığı, ilk hamile yaş, yoğun meme dokusu, bening meme hastalıkları) meme kanseri riskleri arasında yer almaktadır^{13,14,15}. Tüm bireylerde özellikle kadınlarda meme kanseri görülme riski vardır. Kadın cinsiyeti ve yaşlanma, meme kanseri için en önemli bileşenlerdir. Östrojen hormonu etiyolojide kritik rol oynamaktadır. Çok sayıda tehlike değişkeni östrojenin etkisine doğrudan veya dolaylı bir şekilde bağlıdır¹⁶. Meme kanseri 20 yaşından önce nadirdir, ancak 30 yaşından sonra ortaya görülme olasılığı 60 yaşında en yüksek seviyeye ulaşmaktadır¹⁴. Meme kanseri bireyde kanserin kalıtımına neden olan farklı genler BRCA-1 ve BRCA-2 genleri sıklıkla bulunur¹⁷. BRCA-1, ailesel meme kanserini etkileyen bir gendir. BRCA-2 erken meme kanserinden sorumludur. BRCA-2 taşıyanların meme kanseri olma riskinin % 90 olduğu belirtilmektedir¹⁸. Östrojen hormonuna maruz kalma süresindeki artış, meme kanseri gelişmesi riskinin artmasıyla ilişkilidir (12 yaşından önce erken menarş, 55 yaşından sonra geç menopoz). Östrojene maruz kalan süreyi azaltmanın koruyucu olduğu düşünülmektedir¹. Kadınlarda 35 yaşından sonra doğum yapanlar ile 18 yaşından önce doğum yapanlar daha fazla risk taşımaktadır^{1,15}. Menstrüasyonun başlangıcı 12 yaşından önce olan ve menapoz 55 yaşından sonra olan kadınlarda uzun süreli östrojen etkisi nedeniyle meme kanseri görülme riski artmaktadır^{13,15}. Daha önce, memede basit kist, adenoz, fibroz, yağ nekrozu vb. Sorunları tanımlamak kanser riskini arttırmaktadır^{13,19,20}.

Meme Kanseri Risk Değerlendirmesi

Riski değerlendirmek için en eski ve en yaygın kullanılan risk değerlendirme araçları Gail ve Claus modelidir¹⁴. Bu modeller kalıtsal olmayan meme kanseri riskinin yüksek olduğu düşünülen kadınlar için kullanılmaktadır^{13,15}.

Gail Modeli ve Bileşenleri: Gail modeli ile genel yaşam boyu ve beş yıl boyunca devam eden meme kanseritahmin edilmektedir. Bununla birlikte, bu model sadece güçlü aile öyküsü olan 35 yaşın üzerindeki kadınlarda kullanılması ve daha önce invaziv meme kanseri teşhisi konan bireylerde kullanılmaması gibi kısıtlamalara sahiptir¹³.

Claus Modeli ve Bileşenleri: Meme kanseri için yüksek geçişli genlerin prevalansını belirleyen bir modeldir. Genetik testler sonucunda BRCA 1 ve 2 genlerinde mutasyonları olmayan bireylerde meme kanseri gelişme riskini hesaplamak için kullanılır¹³.

Meme Kanseri Belirti ve Bulguları

Memede kitle, meme başı akıntısı, ağrı, üst kolda anormal şişlik, memede ödem, meme başında ve areolada anormallik meme kanserinin belirti ve bulgularını oluşturmaktadır²¹. Meme kanserinin %80'i ilk olarak memede kitle ile teşhis edilmektedir. Kitle palpe edildiğinde düzensiz kenarlı ve yüzeyi pürüzlü, sert eğilimli, hareketsiz, rahatsız edici olmayabilir. Kitle, etrafındaki meme dokusu ile birlikte hareket ederek glandüler dokunun yoğun olduğu memenin üst dış bölümünde daha yaygın şekilde bulunmaktadır. Meme kanseri, göğüs dokusunun koltuk altı uzantısı olan aksiller kuyrukta da bulunur. Areoladaki meme kütlesi% 18, üst iç kadranda% 15, alt dış kadranda% 11 ve alt iç kadranda% 6'dır^{21,22,23}.

Meme Kanseri Tarama Yöntemleri

Meme kanseri, önemli bir halk sağlığı sorunu olup, kadınlarda en sık rastlanan kanserdir. Meme kanserini erken evrede yakalayıp, meme kanserine bağlı mortaliteyi azalttığı düşünülen ve etkinliği kanıtlanmış tarama yöntemleri kullanılmaktadır. Bunlar mamografi ve kendi kendine meme muayenesidir²⁴.

Mamografi: Mortalite oranlarındaki düşüşün en önemli sebebi olduğu bildirilmektedir²⁵.

Diğer görüntülü tarama yöntemleri: Mamografi ile yapılan rutin taramalar ile birlikte, yüksek riskli kadınlarda ultrasonografi veya göğüs manyetik rezonans görüntüleme (MRI) gibi yardımcı görüntüleme yöntemlerinden de yararlanılabilir. Tarama için kullanılan diğer bir yöntem 3D mamografi olarak bilinen dijital meme tomosentezdır (DBT). DBT, kraniokaudal (CC) ve mediolateraloblik (MLO) görünimleri de dahil olmak üzere, çoklu doku projeksiyonlarının görüntülenmesini sağlamaktadır¹³.

Kendi kendine meme muayenesi (KKMM): Bir tarama yöntemi olarak önemli olduğu ancak sadece meme kanseri



mortalitesinin azaltılmasında sınırlı olduğu bildirilmektedir²⁶. Kendi kendine meme muayenesi 18 yaşından sonra ayda bir kez periyodik olarak yapılması önerilir¹. Her kadına KKMM'nin yararları ve sınırlılıkları anlatılmalı, Normal olmayan bir değişim gözlemlendiğinde sağlık personeline başvurulmasının önemi anlatılmalı, KKMM yapan kadınların muayene tekniği kontrol edilmeli ve düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırmanın önemi anlatılmalı, Kadınların KKMM'ni düzensiz yapmaları ya da hiç yapmamaları kabul edilebilir²⁷.

Meme Kanseri Tanı ve Taramada Hemşirenin Rolü

Mamografi, meme kanserinde, tarama amaçlı olarak etkin şekilde kullanılan ve mortaliteyi azalttığı gösterilen önemli görüntüleme yöntemidir²⁵.

Mamografi ile yapılan rutin taramalara ek olarak, yüksek riskli kadınlarda ultrasonografi veya göğüs manyetik rezonans görüntüleme (MRI) gibi yardımcı görüntüleme yöntemlerinden de yararlanılabilir²⁸.

Meme Kanseri Taramasında Hemşirenin Rolü

Meme kanserinde erken tanı ve tedavi ile sağkalım süresinin artması, tedavilere bağlı komplikasyonların azalarak yaşam kalitesinin artırılmasını gündeme getirmiştir. Bu sebeple meme kanserinde hastaya verilecek olan bakım ile hastayı oluşacak olan yan etkilerinden korumaya ve yaşam kalitesinin geliştirilmesi sağlanmalıdır⁴³.

- Kadının kendi meme dokusunu tanımasını sağlamalı ve bireysel tarama yollarını öğretmeli,
- Meme kanseri risk değerlendirme çalışmalarını artırmalı,
- Meme sağlığı hizmetleri önündeki engelleri kaldırmalı,
- Kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirmeli,
- Ortalama meme kanseri riski olan kadınlara 45 yaşından itibaren düzenli tarama mamografisi yapılmalıdır (Güçlü Düzey),
- 45 ila 54 yaşlarındaki kadınlar yıllık olarak taranmalıdır (Orta Düzey),
- 55 yaş ve üstü kadınlar taramadan geçmeli veya her yıl taramaya devam etme fırsatına sahip olmalıdır (Orta Düzey),
- Kadınlar, 40-44 yaşları arasında yıllık taramaya başlama fırsatına sahip olmalıdır. (Orta Düzey),
- Kadınlar genel sağlıkları iyi olduğu ve 10 yıl veya daha uzun bir yaşam beklentisi olduğu sürece mamografiyi taramaya devam etmelidir (Orta Düzey),
- Her yaştaki ortalama riskli kadınlar arasında meme kanseri taraması için klinik meme muayenesini önermez^{13,29,43}.

Meme Kanseri Tedavisi

Meme kanseri, lokal ve sistemik tedavi yöntemleri ile tedavi edilmektedir. Bunlar cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, endokrin tedavisi, hedefli tedavilerdir³⁰. Her bireyin tedavisi, tümörün biyolojik özelliklerine, evresine ve genel sağlığına bağlı olarak değişkenlik göstermektedir¹⁰.

Meme Kanseri Tedavisinde Cerrahi Yöntemler

BRCA1 ve BRCA2 gen mutasyon analizlerinin hız kazanması ve risk azaltıcı stratejilerin geliştirilmesiyle bazı vakalarda meme kanserinin önlenilebilir olduğu netlik kazanmıştır. BRCA1 ve BRCA2 genlerinin mutasyona uğraması ile oluşabilecek kanser dokularının cerrahi tedavisi radikal, modifiye radikal, deri koruyucu ve meme dokusu koruyucu mastektomi gibi yöntemler ile yapılmaktadır^{31,42}.

Radikal mastektomi: Memenin altındaki göğüs duvarı kasları, lenf nodları ve memenin tamamının çıkarılmasıdır. Meme ve aksillar lenf nodları, bazı sinir ve damarlar korunarak kanser dokusu çıkarılmaktadır.

Modifiye radikal mastektomi: Meme ve meme dokusunun ilişkili olduğu aksilla lenf nodüllerinin tümünün total olarak çıkarılması işlemidir.

Deri koruyucu mastektomi: Memenin üstünde bulunmakta olan derinin bir çoğu (meme ucu çevresi – areola - ve meme ucu da dahil) dokunulmadan bırakılmasıdır.

Meme koruyucu cerrahi: Geniş eksizyon, lumpektomi ve kadranektomi şeklinde yapılmaktadır^{15,31,42}.

Meme Kanseri Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı

Meme kanseri cerrahisinde perioperatif hemşirelik bakımı, fiziksel bakım ve destekleyici bakımdan oluşur. Destekleyici bakım bilgi ve eğitim sağlama, duygusal destek sağlama ve sosyal destek sağlama olarak sıralanabilir^{15,43}.

Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı

Bireylerin konuyla ilgili bilgi ve deneyimlerini öğrenmek gerekir. Bu şekilde bireyin yanlış ve eksik anlaşılması önlenilebilir. Birey için uygun bir eğitim planı hazırlanabilir. Hemşire, doktor ile iş birliği içinde olmalıdır. Verilen eğitimler bireyin kaygılarını azaltmakta ve sorularını cevaplamaktadır. Ameliyattan önce hemşire operasyonu bireye, ameliyatın nedenlerini ve risklerini açıklamalıdır. Bireye insizyonun şekli, yeri, drenajı ve ameliyat sonrası egzersizler hakkında bilgi verilmelidir. Yatakta dönme ve oturma, öksürük ve derin nefes egzersizleri, kol yüksekliği, omuz ve kol egzersizleri ameliyat sonrası öğretilmeli ve uygulanmalıdır. Bireye meme kaybı ile ilgili duygularını ifade etme fırsatı verilmelidir. Mümkünse, meme ameliyatı geçiren bir başka hasta ile iletişime geçmesi sağlanmalıdır^{33,34,35,43}.

Ameliyat Sonrası Bakım

Ameliyat sonrası bakımın ana hedefleri, homeostatik dengeyi düzenleyerek hızlı bir şekilde bireyin optimal işlevine ve güvenliğine geri dönmek ve bireyi mümkün olan en iyi duruma getirmektir. Göğüs cerrahisi sonrası bakım, bireyin fiziksel olarak rahatlatılması, doğru beslenmenin sağlanması ve komplikasyonların önlenmesi gibi konuları içermektedir. Ameliyattan sonra kişi semi fowler pozisyonunda hastaneye yatırılır. Yaşam belirtileri 15 dakikada bir dört kez, daha sonra yarım saatte iki, sonra dört saatte bir takip edilir. Pansumanlar kanama açısından kontrol edilmelidir. Bireyin kolu bir yastık üzerinde kaldırılmalı ve kol üzerinde dolaşım kontrolü yapılmalı ve parmaklarda güç kaybı, üst kolda duyu kaybı ve şişlik gibi belirtiler izlenmeli ve kaydedilmelidir^{32,33,35,43}.

Lenfödem gelişen hastanın hemşirelik bakımı

- Etkilenen kolla ağır kaldırmamak, zorlayıcı hareketlerden kaçınılması,
- Cildi temiz tutmak, uygun losyonların kullanımının sağlanması,
- Hastanın kolunun düzenli olarak ölçülmesi ve kaydedilmesi,
- Etkilenen kolun şişme, ağrı, uyuşma ve ısı artışı döküntü açısından izlenmesi gereklidir³⁶.

Meme Cerrahisi Sonrası Egzersiz Eğitimi

- **Saç Fırçalama Egzersizi:** Baş dik tutulur ve dirsek masaya konur, tüm saçlar bir tarafı fırçalayıp ardından yavaş yavaş artırarak taranır.
- **İp Çevirme Egzersizi:** Kapı tokmağına takılan halat veya hizası bir yönde 5-10 kez döndürülür ve daha sonra diğer yönde halat, tüm kolu hareket ettirerek dairenin boyutunu ve sayısını artırarak döndürülür.
- **Kol Sallandırma Egzersizi:** Etkilenmemiş taraf kolu sandalyenin arka kısmına koyulur ve alın kola yaslanır. Etkilenmiş taraf kolu gevşek ve rahat bir şekilde sarkıtılır. Kol omuzdan öne arkaya ve iki yana sallanır.
- **Top Sıkma Egzersizi:** Avuç içinde lastik bir top ve benzeri yumuşak bir nesne sıkılır ve gevşetilir.
- **Duvara Tırmanma Egzersizi:** Ayakları dengede olacak şekilde, ayrı tutulur, duvara bakacak şekilde Eller omuz seviyesinden hareket ettirilmeye başlanır ve duvarda kademeli olarak yukarı doğru ilerler.

Günde birkaç kez uygulanır, ulaşılan nokta işaretlenir, bir sonraki uygulama daha ileriye götürülmek için hedeflenir³⁷.

Meme Rekonstrüksiyonu

Dünyada son zamanlarda kabul edilen altın standart rekonstrüksiyon yöntemi, bölgesel flepler veya serbest doku

nakli yöntemleri ile yapılan otolog dokularla rekonstrüksiyondur. Profilaktik mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu arzusu giderek artmaktadır. Profilaktik mastektominin bilateral uygulandığı durumlarda meme kanseri gelişme riskini yaklaşık % 85-90 oranında azalttığı bildirilmektedir³⁸.

İmplant (slikon); kanserli meme dokusunun çıkarılmasından sonra meme dokusunun dışardan implant (slikon) konularak tekrar eski görünümünün kazandırılmasıdır.

Otolog doku rekonstrüksiyonu: Kanser görülen meme dokusunun çıkarılması sonrasında vücutun başka bir yerinden insizyon ile alınan dokunun meme dokusu olarak dikilmesi ve meme görünümünün kazandırılmasıdır³⁹.

Meme Kanserinden Korunma

Yüksek risk grubundaki kadınlar için risk azaltma yöntemlerinin kullanılmasındaki amaç Kanser önlenmesi, Yaşamın İyileştirmesi, Yaşam Kalitesini Geliştirmesi, Yaşam tarzındaki değişikliklerin korunması, Kimyasal korumanın sağlanması (Chemoprevent) şeklindedir. Önleyici cerrahi uygulamaların kullanılması ile (bilateral mastektomi ve bilateral salpingoofektomi) birey meme kanserinden koruna bilmektedir^{40,41}.

Sonuç

Meme kanseri yaşamı tehdit etmeye devam etmektedir. Meme kanserinin önlenmesi için farkındalık ve eğitimin düzeyinin artırılması önemlidir. Farklı toplumlar için meme kanseri riskleri tarama programlarının organize edilmesi ve uygulanması ile kanserin erken tanınması ve önlenmesinde etkili rol oynamaktadır. Riskli bireylerin erken teşhisi, hasta gruplarının değerlendirilmesi risk azaltıcı ajanların ve koruyucu cerrahi geçiren bireylerin eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesi sağlık uzmanlarının eşliğinde olmalıdır. Bu sebeple hemşirelerin meme kanseri önleme yöntemleri konusunda farkındalıklarının ve bilgi düzeylerinin artırması gerekmektedir. Buna ek olarak hemşirelerin farkındalık oluşturarak her kadına meme kanserinden korunma yöntemleri olarak iki yılda bir mamografi çektirmeleri ve düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yapmaları, konularında eğitim hizmeti verilmesi meme kanserinden korunmada önemli olabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Dizbay Sak, S, Tükün A, Yalçın B. Meme kanserinde riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu. J Breast Health. 2011;7(2):47-67.
2. Baykara O. Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;5(3):154-165.

3. Allemani C, Weir HK, Carreira H, Harewood R, Spika D, Wang XS, et al. Global surveillance of cancer survival 1995–2009: Analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (Concord-2). *The Lancet*. 2015;385(9972):977-1010.
4. Talas MS, Kocaöz S, Kocaöz S. Kanseri erken teşhis, tarama ve eğitim merkezine başvuran kadınların meme kanseri tarama davranışlarıyla ilişkili sağlık inançları. *Taf Prev Med Bull*. 2015;14(3):265-271.
5. World Health Organization. 2010. Cancer control programme, department of chronic diseases and health promotion. breastcancer: prevention and control. Erişim Adresi: <http://www.who.int/Cancer/Detection/Breastcancer/En/İndex1.Html> Erişim Tarihi: 10.05.2020
6. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C., et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015;136(5):E359-86.
7. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, *Ca Cancer J Clin*. 2016;66(1):7-30.
8. McGuire S. World Cancer Report 2014. Geneva, Switzerland: World Health Organization, International Agency For Research On Cancer, Who Press, 2015. *Adv Nutr*. 2016;7:418-9.
9. Us breast cancer statistics. http://www.breastcancer.org/symptoms/understand_bc/statistics. Erişim Tarihi: 10.05.2020
10. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Ankara: 2016. S.38-9 Erişim Tarihi: 10.05.2020
11. KKTC 2012 yılı kanser istatistikleri raporu-[https://saglik.gov.ct.tr/portals/107/kkctc%20kanseri%20kay%20c4%b1t%202012%20raporu%20\(7%20haziran%202018\)%20son.pdf?ver=2018-11-02-125454-647](https://saglik.gov.ct.tr/portals/107/kkctc%20kanseri%20kay%20c4%b1t%202012%20raporu%20(7%20haziran%202018)%20son.pdf?ver=2018-11-02-125454-647) Erişim Tarihi: 18/04/2020
12. KKTC Sağlık Bakanlığı. [Http://Saglik.Gov.Ct.Tr/Haberler/Artmıd/31973/ArticleId/77663/Kanser-Kay%C4%B1t-Projesi-Sonucunda-Derlenen-2012-2016-Verileri-Bas%C4%B1n-Toplant%C4%B1s%C4%B1-İle-A231%C4%B1kand%C4%B1#](http://Saglik.Gov.Ct.Tr/Haberler/Artmıd/31973/ArticleId/77663/Kanser-Kay%C4%B1t-Projesi-Sonucunda-Derlenen-2012-2016-Verileri-Bas%C4%B1n-Toplant%C4%B1s%C4%B1-İle-A231%C4%B1kand%C4%B1#). Erişim Tarihi: 20/04/2020
13. Totur Dikmen B, Bayraktar N. Meme kanserinde risk faktörleri, erken tanı ve tarama programları. Uzun Ö, editör. *Meme Kanseri ve Hemşirelik Bakımı*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.1-7.
14. Advani P, Moreno-Aspitia A. Current strategies for the prevention of breast cancer. *Breast cancer: Targets and Therapy*, 2014;6:59-71.
15. Kankaya B, Büyükaşık S, Kapan S, Halil A. Meme kanseri tedavisinde güncel yaklaşım/Current Management İn Breast Cancer. *Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi*, 2019;2(1):7-10.
16. Jager DS, Davidson NE. Estrogen carcinogenesis in breast cancer. *N Engl J Med*. 2006;354(3):270-82.
17. Sauter ER. Breast cancer prevention: Current Approaches And Future Directions. *Eur J Breast Health*. 2018;14(2):64-71.
18. Tekbaş S, Dal Yılmaz Ü. Meme kanserinde radyoterapi uygulanan hastanın hemşirelik bakımı. Uzun Ö, editör. *Meme Kanseri ve Hemşirelik Bakımı*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.28-34.
19. Güllüoğlu BM. Meme hastalıklarına yaklaşım:“Meme kanseri için risk değerlendirmesi ve tarama stratejileri”. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2008;12(1):9-17.
20. Karayurt Ö, Zorukoş SN. Meme kanseri riski yüksek olan kadınların yaşadıkları duygular ve bilgi-destek gereksinimlerinin karşılanması. *J Breast Health*. 2008;4(2):56-61.
21. Zhang BN, Cao XC, Chen JY, Chen J, Fu L, Hu XC, Tao O. guidelines on the diagnosis and treatment of breast cancer (2011 Edition). *Gland Surgery*, 2012;1(1):39.
22. Sezer A. Meme kanserinde klinik bulgular. Tüm yönleriyle meme kanseri. Aydın S, Akça T, Ed. Adana Nobel Kitabevi; 2011.p.73-96.
23. Kaymakçı Ş. Meme hastalıkları. Karadakovan A, Aslan Fe, Editör. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. 4. Baskı. Cilt 2. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2017. P.917-943.
24. Çelik L, Çubuk R, Murzoğlu AK. Meme Kanseri Riski Normal veya Artmış Kadınlarda Tarama. *Türkiye Klinikleri J Radiol-Special Topics*. 2017;10(3):185-97.
25. Ersoy E, Saatçi E. Kanseri taramaları: İhtilaflar. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2017;21(3):96-100.
26. Akyolcu N, Uğraş GA. Kendi kendine meme muayenesi: Erken tanıda ne kadar önemli? *J Breast Health*. 2011;7(1):10-14.
27. Alteri R, Barnes C, Burke A, Gansler T, Gapstur S, Gaudet M ve ark. Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014. Atlanta: American Cancer Society. 2013.
28. Coleman C. Early detection and screening for breast cancer. *Semin Oncol Nurs*. 2017;33(2):141-155.
29. Breast cancer screening for women at average risk. Guideline Update From The American Cancer Society. *Jama*. 2015;314(15):1599-1614.
30. Uzun Ö, Totur Dikmen B. Meme kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Uzun Ö, editör. *Meme Kanseri ve Hemşirelik Bakımı*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.55-60..
31. Van Sprundel TC, Schmidt MK, Rookus MA, Brohet R, Van Asperen CJ, Rutgers ET, Tollenaar RAEM. Risk reduction of contralateral breast cancer and survival after contralateral prophylactic mastectomy in brca1 or brca2 mutation carriers. *Br J Cancer*. 2015;93(3):287-292.

32. Karayurt Ö, Erol Ursavaş F, Çömez S. Endokrin cerrahisi: Meme cerrahisinde bakım. In: Eti Aslan F, Ed. Cerrahi Bakım Vaka Analizleri ile Birlikte. Ankara: Akademisyen Kitabevi.2016. p.583-628.
33. Karayurt Ö, Andıç S. Meme bakım hemşireliği. J Breast Health. 2011;7(4):196-202.
34. Foxon SB, Lattimer JG, Felder B. Breast cancer. In: Yarbrow HC, Wujcik D, Gobel HB, eds. Cancer Nursing: Principles and Practice. 7th ed. Canada: Jones and Bartlett Publishers. 2011. p.1091-137
35. Hamolsky B. Nursing management breast disorders. Medical-Surgical Nursing Assessment And Management Of Clinical Problems. 9th Ed. St. Louis: Elsevier Mosby, 2014:1239-60.
36. Gül A, Erdim L. Meme kanseri ameliyatından sonra lenfödem önlenmesinde hemşirelerin eğitim yaklaşımı. J Breast Health. 2009;5:82-8 6.
37. Baron RH, assesment and management of patients with breast disorders. In: Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. Smeltzer SC, Hinkle JL, Bare Bg, Cheever Kh, Eds. 12th Ed. China: Linpincott Williams & Wilkins; 2010. p.1471-503.
38. Çelik S, Taşdemir N. Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi; 2018.
39. Serel S, Alpat SE, Çerkez C, Can Z, Gültan S. Profilaktik mastektomide meme rekonstrüksiyonu. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2013;66 (3):119-123.
40. Alhan D, Şahin İ, Özer F, Zor F, Nişancı M, Öztürk S ve ark. Meme Rekonstrüksiyonundaki 10 Yıllık Deneyimimiz. Turk J Plast Surg. 2012;20(1):1-6.
41. Uzun Ö, Karaman Özlü Z. Meme kanserinden korunma yöntemleri. Uzun Ö, editor. Meme Kanseri ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.8-14.
42. Candan Dönmez Y, Yavuz van Giersbergen M. Meme kanserinde belirti/bulgular ve evreleme sistemi. Uzun Ö, editör. Meme Kanseri ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.15-9.
43. Karayurt Ö. Meme kanseri cerrahisinde ameliyat öncesi ve sonrası hemşirelik bakımı. Uzun Ö, editör. Meme Kanseri ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.35-42.