

MEME KİTLELERİNİN ARAŞTIRILMASINDA BİRİNCİ BASAMAĞIN YERİ*

THE ROLE OF PRIMARY CARE IN THE INVESTIGATION OF BREAST MASSES

Aylin Gündoğmuş¹, Yenal Dünder², Süleyman Görpelioglu³

Özet

Birinci basamak tanı ve tedavi edici hizmetlerin kullanımında “güven” unsurunun önemli bir yeri vardır. Bu araştırmada “memede kitle” yakınması ile direkt olarak bir üniversite hastanesine başvurmuş 41 hastanın bu tercihlerinin nedenlerini prospektif olarak araştırdık. Araştırmamızda veri kaynağı olarak hazırladığımız anket formları ve hasta dosyalarını kullandık. Elde ettiğimiz sonuçlar araştırmaya alınan hastaların büyük bir kısmının personelin bilgi-beceri ve araç-gereç eksikliği önyargısı nedeniyle birinci basamak tanı ve tedavi edici hizmet sunan kuruluşları tercih etmediğini ortaya koydu. Bu önyargının düzeltilebilmesi için birinci basamak hizmet veren kuruluşların gerek personelin bilgi ve becerisi ve gerekse de araç-gereç yönünden desteklenmesi gerektiğini düşündürdü.

Anahtar sözcükler: Birinci basamak, eğitim, meme kitleleri, tanısal işlemler

Summary

“Trust” has a major role in the usage of primary medical care services. In this prospective study, we investigated the reasons of preference of 41 “mass in breast” patient who applied directly to a university hospital. We used a personal questionnaire and patient files as our data source. Our results put forward that, patients who joined the study did not prefer primary medical care services because of their prejudice about insufficiency of equipment and the inadequacy of knowledge and skills of the primary medical care staff. We conclude that, for the correction of this prejudice; primary medical care services must be supported not only by means of the personnels’ knowledge but in the way of equipment as well.

Key words: Primary medical care, education, breast mass, diagnostic procedures

Giriş

“Klasik Hekimlik” anlayışından “Çağdaş Hekimlik” anlayışına geçişin temellerinde hastalık tanımının “biyo-psikososyal” olarak yapılması kadar hastalık tanı ve ayaktan tedavilerinin daha pahalı olan hastane ortamından uzaklaştırılarak daha ucuza mal edilmesi felsefesi de yatmaktadır. Bu amaçla sistemi iyi kuran ve işleten ülkeler birinci basamak tanı ve tedavi edici hizmet yelpazesini hergün biraz daha genişletmeye çalışmaktadırlar. Birinci basamak tanı ve tedavi edici hizmetlerin toplum tarafından benimsenip verimli olarak kullanılması, özellikle ortamda hizmet alınabilecek çok daha derinlemesine uzmanlaşmış (!) kurumlar varken, hizmeti sunanla bunu kullanan arasındaki karşılıklı güvene dayanır.

Hasta ile hekimi arasındaki ilişkinin içeriği konusunda Hipokrat’tan bu yana birçok şey yazılıp çizilmiştir. Bugün gelinen noktada; karşılıklı güvene dayanması gereken bu ilişkinin gittikçe bozulduğunu her iki “taraf” da kabul etmektedir. Bu bozulmanın en büyük etkileri, hastaların sağlık sistemine ilk başvuru yeri olması nedeni-

le birinci basamak sağlık kuruluşlarında görülmekte, sevk zincirinin bozulması ve buna bağlı olarak da sağlık sisteminin zorlanması ve kaynakların dengesiz kullanımı sonuçlarını doğurmaktadır.

Sağlık personeli ile hastalar arasındaki ilişki, danışman ve danışanlar arasındaki ilişkiye benzer şekilde, sorun merkezli bir ilişkidir. Böyle bir ilişki sürecinde 6 basamak yaşanır. Bunlar: Sorunu tanımlama, çözümler üretme, çözümleri değerlendirme, karşılıklı kabul edilebilecek çözümü belirleme, çözümü uygulama, çözümün sonuçlarını değerlendirme basamaklarıdır.¹

Sorunların çözümüne katkı sağlamak amacıyla; sağlık personelinin nasıl bir tutum içinde olması gerektiği konusunda birçok çalışma yapılmış; yapılan çalışmalarda sağlık personelinin hastalarla “ideal” ilişkide çok önemli olarak algıladıkları konuların

1- Soruna odaklanma yerine kişiye odaklanma;

2- Önce hekim sonra insan ya da önce insan sonra hekim tercihini kullanmak yerine insancıl profesyoneller olma;

* Bu araştırmanın bazı bulguları 3. Ulusal Aile Hekimliği Kongresinde poster olarak sunulmuştur. (23-25 Mayıs 1997, İzmir)

¹ Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi

² Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Yard. Doç. Dr.

³ Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı, Aile Hekimliği Uzmanı, Doç. Dr.

- 3- Hekim merkezli değil hasta merkezli ilişki;
- 4- Daha çok empati, daha çok saygı ve daha çok merhamet;
- 5- Hasta katılımını sağlama ve
- 6- Hastalara öğretmen olma gibi soyut kavramlar üzerinde odaklandığı gözlenmiştir.²

Peki hasta-hekim ilişkisinin “hasta” tarafında neler olmakta, hastalar hekimlerini seçerken ne gibi özellikler aramaktadırlar. Araştırmamız sırasında hekim bazında hastaların tercihlerini etkileyen konuları ortaya koyan bir araştırmaya rastlayamadık. Konu ile ilgili olabilecek bulabildiğimiz tek yayında ise hasta ya da yakınları “iyi” bir sağlık kuruluşunda olması gerekenleri şöyle sıralamışlardır.³ İlgili, güler yüz, hoşgörü ve saygı (%30.9), temizlik (%24.7), hızlı ve kaliteli hizmet (%18.2), teknik donanım yeterliliği (%8.8) ve bilgili hekimler (%5.2).

Hekim-hasta ilişkilerinde yaşanan sorunları incelemek için “memede kitle” bulgusu, ortaya çıkabilecek durumun tedavi ve/veya takibi için güvenilir bir kişi ya da kuruma ihtiyaç duyulması ve oluşabilecek sonuçları Türk halkı tarafından yeterince önemsenen bir bulgu olması nedeniyle oldukça elverişli bir durumdur.

“Memede kitle” yakınması olan hastaların çoğu hekime meme kanseri korku ve şüphesiyle başvurmaktadır. Meme kanseri kadınlarda en sık rastlanan kanser şeklidir ve yeni tanı konmuş kanser vakalarının yaklaşık %32’sini oluşturmaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda meme kanserlerinin kadınlarda gittikçe daha sık görüldüğü ortaya konmuştur.⁴ Meme kanserinin memelerde asimetrik büyüme, spontan meme başı akıntısı ya da meme başında içeri çekilme, meme dokusu üzerindeki deride kalınlaşma ya da eritem, memede lokal ağrı gibi belirgin fizik bulguları olmasına rağmen⁵ hastayı hekime getiren bulgular içinde en sık rastlanana hastanın kendisi tarafından tespit edilen meme kitlesidir.⁶ Her ne kadar son zamanlarda kadınların kendi kendilerine yaptıkları meme muayenelerinin etkili bir tarama yöntemi olmadığı ve bu taramaların mamografi ile yapılması gerektiği yönünde yayınlar yapılmaktaysa da³ Türkiye gibi ekonominin sağlıktan daha ağır bastığı ülkeler için kendi kendine meme muayenesinin halen çok önemli bir tarama testi olduğu görüşünderiz.

Meme kanseri tanısını tek başına anamnez ve klinik bulgularla koymak mümkün değildir. Bu nedenle özellikle memede kitle olması biyopsi yapılması için yeterli endikasyondur.⁷ Meme kitlelerinin kesin tanı ve takipleri birkaç değişik şekilde yapılabilmektedir.⁷

1. Sitolojik İnceleme: Özellikle meme başı akıntıları ve kistik oluşumların tanı ve takibinde kullanılır. Çok ucuz ve kolay bir yöntemdir. Bir iğne yoluyla alınan materyal temiz bir lama yayılarak yapılır.

2. İğne Aspirasyon Sitolojisi: Solid kitlelerin takibinde kullanılır. Kitlenin içine iğne sokulup aspire edilir.

Alınan örneğin hemen fikse edilip hematoksilen-eozin boyasıyla boyanması gerekir. Testin duyarlılığı sitolojinin tecrübesine ve yaymanın hazırlanış şekline göre değişir; ancak her koşulda %50’nin üzerindedir. Yalancı pozitif tanı çok nadirdir.

3. İğne Biyopsisi: Özellikle solid kitlelerin takibi ve tanısında tercih edilen bir yöntemdir. Lokal anestezi altında Vim-Silverman, Menghini, Trucut vb. isimlerle anılan iğneler kullanılarak yapılır. Yalancı pozitif sonuçlar son derece nadir; duyarlılığı yaklaşık %80’dir. Özellikle poliklinik ortamında çok düşük bir maliyet ve neredeyse ihmal edilebilecek düzeyde bir hasta morbiditesi ile kolayca yapılabilir. 3 cm’den büyük kitlelerde de komşu dokulara disseminasyon riski çok az olduğu için tercih edilmektedir.

4. Açık Biyopsi: Meme kanserinin tanı ve takibinde “altın standart” kabul edilen tetkiktir. Eksizyonel ya da insizyonel olarak yapılabilir. Hastane koşullarında yapılmalıdır. Çevre dokulara disseminasyon olabileğinden; sonuç malign çıkarsa hemen ardından mastektomi yapılmalıdır.

Sevk zincirinin iyi işlediği ülkelerde meme kitlesi olan ya da meme kanseri tanısı almış ve tedavisi düzenlenmiş hastaların yaklaşık %80’i birinci basamak hekimleri tarafından takip edilmektedirler.⁸ ABD’de yapılan bir çalışmada 15-97 yaş kadınlarda aile hekimleri tarafından meme biyopsisi yapılma hızının yaklaşık 6/1000 olduğu ve bu biyopsiler içinde yaklaşık %27’sinin “pozitif biyopsi” olarak değerlendirildiği ortaya konmuştur.⁹ Meme biyopsilerinin birinci basamakta yapılması, tanıda gecikmeleri önleyecek, cerrahi kliniklerinin kaynaklarını tanısal cerrahi işlemlerden çok tedaviye yönelik hizmetlere ayırmasına olanak sağlayacak¹⁰ ve hastalara yükleyeceği sosyoekonomik maliyet azalacaktır.

Bu çalışmada memede kitle yakınması olan hastaların bu yakınma nedeniyle başvurmayı tercih ettikleri kurumları ve seçilme nedenlerini araştırdık.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma Kocaeli Üniversitesi (KOÜ) Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD tarafından yürütülmüştür. Çalışmaya KOÜ Uygulama ve Araştırma Hastanesine Ocak 1996-Aralık 1996 tarihleri arasında memede kitle tanısıyla başvurarak meme biyopsisi yapılmış toplam 69 hasta alınmış; bunlardan 58’ine telefonla ulaşılarak araştırmacılar tarafından hazırlanan 20 soruluk bir anketi yanıtlamak isteyip istemeyecekleri sorulmuş, anketi yanıtlamayı kabul eden 41 hasta araştırma grubunu oluşturmuştur.

Anketlere verilen yanıtlar Instat istatistik programına yüklenmiş ve istatistiksel hesaplamalar bu programla yapılmıştır.

Çalışma ile ilgili olarak Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan "Eğite Uygunluk Onayı" alınmıştır.

Bulgular

Çalışmaya alınan 41 hastanın %95.1'i kadın (n=39), %4.9'u erkekti (n=2). Yaşları 18 ile 67 arasında değişiyordu (Ortalama= 40.12±2.03). Hastaların %31.71'i (n=13) okur-yazar, %34.15'i ilkokul mezunu (n=14), %19.51'i (n=8) ortaokul-lise mezunu ve %14.63'ü (n=6) yüksekokul mezunu idi.

Hastaların %14.6'sının (n=6) herhangi bir sosyal güvencesi yoktu. Herhangi bir sosyal güvencesi olanların %2.4'ü medikosozyal (n=1), %46.3'ü Emekli Sandığı (n=19), %29.3'ü SSK (n=12) ve %7.3'ü Bağ-Kur (n=3) güvencesi altındaydı.

Memede kitlenin farkedilmesiyle biyopsi alınması arasında geçen süre 3 gün ile 15 yıl arasında değişiyordu (Ortalama= 474.32±164.18 gün). Hastaların %31.7'si memelerindeki kitleyi fark ettikten sonra 1 ay içinde; %75.6'sı ise 1 yıl içinde hekime başvurmuşlardır.

Biyopsi sonrası 8 hastada (%19.51) malignite bulguları saptanmış; 6 hastaya mastektomi yapılmıştı (%14.6). Patoloji sonuçlarına göre mastektomi yapılanların 5'inde tespit edilen karsinom duktal kökenli; 1'inde ise hem duktal hem de lobüler kökenli idi. Araştırmaya alınan hastaların patoloji sonuçlarına göre dağılımları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1

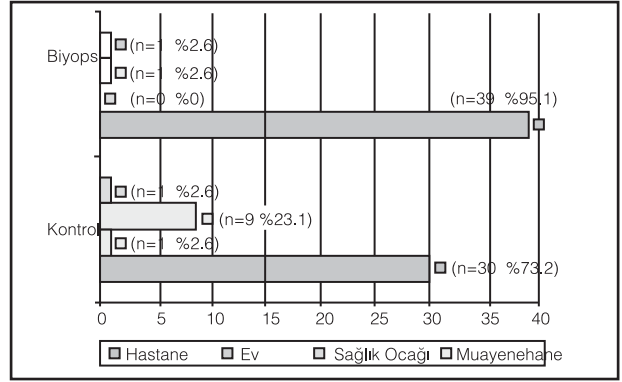
Çalışmaya alınan hastaların patoloji sonuçlarına göre dağılımları

Patoloji sonucu	Vaka sayısı (n)	Yüzde (%)
Fibroadenom	17	41.5
İnvazif Karsinom	5	12.2
Lipom	1	2.4
Yağ Dokusu	1	2.4
Kanamalı Meme Dokusu	1	2.4
Fibrodizplazi	2	4.9
Jinekoma	2	4.9
Mastit	4	9.8
Fibrokistik Adenom	3	7.3
Malign Hücreler	1	2.4
İnvazif Duktal ve Lobüler Karsinom	1	2.4
İnfiltratif Duktal Karsinom	1	2.4
Lichen Sclerosus	1	2.4
Nonkazeöz Granülomatöz Pannikülit	1	2.4
Toplam	n= 41	100 %

Hastalar memede kitle problemlerinden kurtulmak için 3-30 gün (ortalama=8.37±0.81) günlük işlerinden ayrı kalmışlardı. Bu sürede evde kalan eş ve çocukların problemleriyle en fazla babaanneler olmak üzere (%26.8, n=11) birçok yakın ve uzak akraba ile yaşça büyük çocuklar ilgilenmişlerdi.

Operasyonun kişilere maliyeti 9-30 milyon TL arasında değişiyordu (Ortalama=14.151.220 TL ± 694.605 TL).

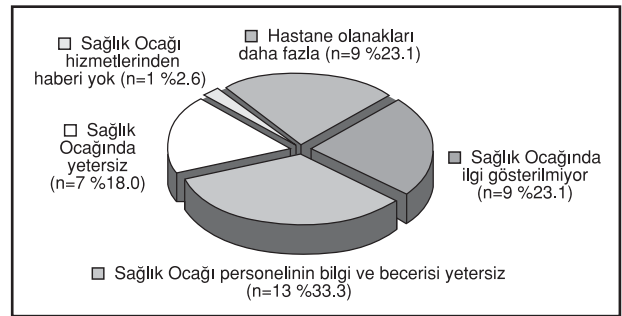
Hastaların %92.7'si (n=38) kontrol için tekrar hastaneye gelmişti. Kontrol sırasında yapılan işlemler arasında hastalar, en fazla %46.3 (n=19) oranıyla sütür aldırılmayı tercih ediyorlardı. Biyopsi alınan hastaların %95.1'i (n=39) tekrar biyopsi aldırması gerektiğinde hastaneyi tercih edeceğini söylerken; kontrol işlemleri için yeniden hastaneyi tercih edeceğini söyleyenlerin oranı %73.2 idi (n=30). Çalışmaya alınan hastaların biyopsi ve kontrol işlemleri için tercih edebilecekleri kuruluşa göre dağılımları Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1

Çalışmaya alınan hastaların kontrol ve biyopsi işlemleri için bundan sonra tercih edebilecekleri kurumlara göre dağılımları

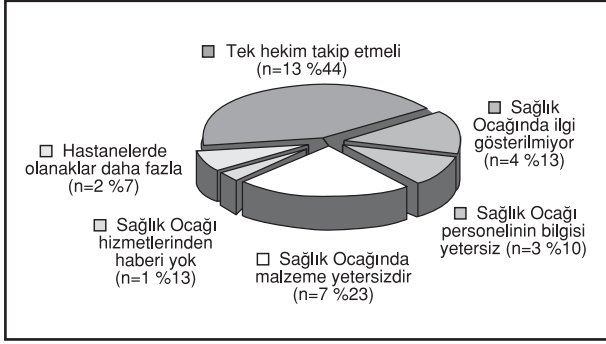
Biyopsi için hastaneyi tercih edeceğini söyleyenler en önemli neden olarak sağlık ocağı personelinin bilgi ve becerisine güvenemediklerini söylediler (%33.3, n=13). Çalışmaya alınan hastaların biyopsi işlemi için hastaneyi tercih nedenlerine göre dağılımları Şekil 2'de gösterilmiştir.



Şekil 2

Çalışmaya alınan hastaların biyopsi işlemleri için hastaneyi tercih nedenlerine göre dağılımları

Kontrol için hastaneyi tercih edenler ise bunun en önemli nedeninin işlemi yapan hekimin kontrolü de yapması gerektiğini düşünmeleri olduğunu söylediler (%43.4, n=13). Çalışmaya alınan hastaların kontrol işlemi için hastaneyi tercih nedenlerine göre dağılımları Şekil 3'de gösterilmiştir.



Şekil 3

Çalışmaya alınan hastaların kontrol işlemi için hastaneyi tercih nedenlerine göre dağılımları

Tartışma ve Sonuçlar

Birinci basamakta yapılması gerek ekonomik ve gerekse de sosyal yönden birçok faydalara sağlayabilecek olan meme biyopsisi işlemi bugüne kadar çeşitli nedenlerle birinci basamak hizmetleri içinde yaygınlaştırılmamıştır. Ancak bu yolla, meme kanserine geç tanı konması gibi günümüzde “malpractice” sayılan³ bir durumun ortadan kaldırılabileceği düşünüldüğünde konunun önemi de ortaya çıkmaktadır.³

Araştırmaya aldığımız hastalarda biyopsi sonucunun “pozitiflik” oranı %19.51’dir, ki bu oran birinci basamakta yapılmış daha önceki araştırmalarla da uygunluk göstermektedir.⁹

Sonuç olarak araştırma yaptığımız hasta grubunun meme hastalıkları konusunda duyarlı olduğu ve hem sosyal hem de ekonomik maliyetinin daha yüksek olmasına rağmen “önemli” saydıkları böyle bir yakınmaları için büyük hastanelere yönedikleri sonucuna vardık. Biyopsi sonrası tanının benign ya da malign olması ile hastanın eğitim düzeyi bu yönelimi istatistiksel açıdan anlamlı olarak etkilemiyordu (Tablo 2, 3, 4 ve 5).

Tablo 2

Araştırmaya alınan hastaların patolojik tanıların benign ya da malign olmasına göre biyopsi işlemi için kurum tercihleri*

Tanı	Tercih Edilen Kurum					
	Hastane		Hastane dışı		Toplam	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Malign	8	(20)	0	(0)	8	(20)
Benign	31	(76)	2	(5)	33	(80)
Toplam	39	(95)	2	(5)	41	(100)

p=0.0831 OR= 8.689

* İstatistik işlemlerinin yapılabilmesi amacıyla kurumlar hastane ve hastane dışı olmak üzere 2 grupta toplanmış ve bu işleme rağmen bir hücredeki vaka sayısı 0 olduğundan her hücrenin vaka sayılarına 0.5 eklenmiştir.

Biyopsi aldırmak için hastanenin tercih edilme nedenleri sağlık ocağında yeterli ilginin gösterilmeyeceği şüphesi, personelin bilgi/becerisine güvenmeme, sağ-

Tablo 3

Araştırmaya alınan hastaların patolojik tanıların benign ya da malign olmasına göre kontrol işlemi için kurum tercihleri*

Tanı	Tercih Edilen Kurum					
	Hastane		Hastane dışı		Toplam	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Malign	8	(20)	0	(0)	8	(20)
Benign	22	(54)	11	(27)	33	(80)
Toplam	30	(73)	11	(27)	41	(100)

p=1.0000 OR= 1.349

* İstatistik işlemlerinin yapılabilmesi amacıyla kurumlar hastane ve hastane dışı olmak üzere 2 grupta toplanmış ve bu işleme rağmen bir hücredeki vaka sayısı 0 olduğundan her hücrenin vaka sayılarına 0.5 eklenmiştir.

Tablo 4

Araştırmaya alınan hastaların eğitim düzeylerine göre biyopsi işlemi için kurum tercihleri*

Eğitim Düzeyi	Tercih Edilen Kurum					
	Hastane		Hastane dışı		Toplam	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Yüksekokul	5	(12)	1	(2)	6	(15)
Diğerleri	34	(83)	1	(2)	35	(85)
Toplam	39	(95)	2	(5)	41	(100)

p=0.2744 OR= 0.1471

* İstatistik işlemlerinin yapılabilmesi amacıyla kurumlar hastane ve hastane dışı; eğitim düzeyleri ise yüksekokul ve diğerleri (okuryazar, ilkököl, ortaokul, lise) olmak üzere ikişer grupta toplanmıştır.

Tablo 5

Araştırmaya alınan hastaların eğitim düzeylerine göre kontrol işlemi için kurum tercihleri*

Eğitim Düzeyi	Tercih Edilen Kurum					
	Hastane		Hastane dışı		Toplam	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Yüksekoku	3	(7)	3	(7)	6	(15)
Diğerleri	27	(66)	8	(20)	35	(85)
Toplam	30	(73)	11	(27)	41	(100)

p=0.3162 OR= 0.2963

* İstatistik işlemlerinin yapılabilmesi amacıyla kurumlar hastane ve hastane dışı; eğitim düzeyleri ise yüksekokul ve diğerleri (okuryazar, ilkököl, ortaokul, lise) olmak üzere ikişer grupta toplanmıştır.

lık ocağında yeterli/gerekli malzemenin olmadığı düşüncesi, hastanelerin olanaklarının daha fazla olması ve sağlık ocağı hizmetlerinin bilinmemesi olarak karşımıza çıktı. Kontrol muayenelerinde en çok yapılan işlem sütür aldırmaya olmasına rağmen bu işlem için de hastanelerin tercih edilmesi ilginçti. Bunun nedenleri olarak da sırasıyla işlemin yapan hekimin kontrolü de yapması gerektiğinin düşünülmesi, sağlık ocağında yeterli/gerekli malzemenin olmadığı düşüncesi, sağlık ocağında ilgi yokluğu/azlığı, sağlık ocağı personelinin bilgi/becerisine güvenmeme, hastanelerin olanaklarının daha fazla olması ve sağlık ocağı hizmetlerinin bilinmemesi gösterildi.

Tablo 6

Biyopsi / kontrol işlemleri için kurumların tercih dağılımları

		Biyopsi için Tercih Edilen Kurum		
		Hastane	Hastane Dışı	Toplam
Kontrol için Tercih Edilen Kurum	Hastane	30 (%73.17)	0 (%0)	30 (%73.17)
	Hastane Dışı	9 (%21.95)	2 (%4.88)	11 (%26.83)
	Toplam	39 (%95.12)	2 (%4.88)	41 (%100)

t=30.0004

Yapılacak işlemin kontrol ya da biyopsi olması çalışmaya alınan hastaların tercihlerini istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde etkiliyordu. (Tablo 6). Ancak hem biyopsi hem de kontrol işlemi için hastaneyi tercih edenlerin %73.2 oranında olması; istatistiksel açıdan biyopsi ve kontrol işlemleri arasında anlamlı bir fark olsa da; çalışmaya alınan hastaların tercihlerinin ağırlıklı olarak hastane yönünde olduğunu ortaya koyuyordu (Tablo 6).

Biyopsiyi alan hekimin kontrolü de yapması gerektiğini düşünmeleri araştırmaya katılan kişilerin hastalıklarının takibi için "tanıdık" bir doktoru tercih ettiklerini ortaya koyuyordu. Bu durum, topluma genellenememekle birlikte, aile hekimliği felsefesinin toplum tarafından kabul edilebilir olduğunu düşündürdü.

Araştırmamız sonuçlarının düşündürdüğü bir başka konu halkın gerek malzeme ve gerekse personelin bilgi ve becerisi açısından sağlık ocaklarına olan güveninin fazla olmadığıdır. Bu güvensizliğin temelinde kişilere bağlı birçok nedenin bulunduğu, ancak sistemden kaynaklanan aksaklıkların da rol oynadığı artık herkes tarafından kabul edilmektedir. Bu durumun birinci basamakta çalışacak hekimlerin teorik bilgiler yanında

pratik bilgilerle de donanımlı olarak mezun edilmelerinin yanında, ancak yeterli lojistik destekle de desteklenmeleri koşuluyla aşılabileceğini düşünüyoruz.

İncelenen hasta sayısının az olması, hastalarla bağlantının telefonla kurulmuş olması ve verilerin hastaların beyanlarına dayandırılması araştırmamızın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Bununla birlikte birinci basamak hekimliğinin tıp çevreleri ve halk arasında hak ettiği değeri kazanabilmesi için uygun ve gerçekçi eğitim programlarının hazırlanması yönünde böyle çalışmalara gereksinim olduğuna inanıyoruz.

Kaynaklar

1. **Gordon T, Edwards WS.** İşbirliğine dayanan bir model. Doktor Hasta İşbirliği'nde. Çev. Aksay E. İstanbul, Sistem Yayıncılık, 1997; 26-58.
2. **Gordon T, Edwards WS.** Doktor/Hasta ilişkilerindeki hoşnutsuzluk. Doktor Hasta İşbirliği'nde. Çev. Aksay E. İstanbul, Sistem Yayıncılık, 1997; 3-25.
3. **Beşer E, Şeref B, Malat G ve ark.** Kocaeli il merkezinde bulunan büyük hastanelerin yatak verimleri ve hastaların hastaneleri tercih etme nedenleri ile beklentilerinin değerlendirilmesi. Araştırma Raporu. Kocaeli, 1996.
4. **Kelsey JL, Bernstein L.** Epidemiology and prevention of breast cancer. *Annu Rev Public Health* 1996; 17: 47-67.
5. **Göksel HA.** Meme muayenesi. Temel Cerrahi'de. Ed. Sayek İ. 2. Baskı. Cilt 1. Ankara, Güneş kitabevi, 1993; 498-513.
6. **Osuch JR, Bonham VL.** The timely diagnosis of breast cancer: principles of risk management for primary care providers and surgeons. *Cancer* 1994; 74 (1) suppl: 271-8.
7. **Copeland EM III, Bland KI.** The breast. Sabiston Essentials of Surgery'de. Ed. Sabiston D.C.Jr. Philadelphia, WB Saunders Company, 1994; 288-326.
8. **McFall, Warnecke RB, Kaluzny Ad, Aitken M, Ford L.** Physician and practice characteristics associated with judgements about breast cancer treatment. *Medical Care* 1994; 32(2): 106-17.
9. **Richards MS, Feldman J, Smith R, De Buono BA.** Breast biopsy rate and positivity in Rhode Island. *Am J Public Health* 1994; 84: 1310-2.
10. **Zitarella J, Burkhardt L.** Weiss SM. False negative breast biopsy for palpable mass. *J Surg Oncol* 1993; 52: 61-3.

Geliş tarihi: 12.06.1997

Kabul tarihi: 25.08.1997

İletişim adresi:

Doç. Dr. Süleyman Görpelioğlu
KOÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Derince-Sopah 41900 KOCAELİ
Tel: 0262 239 52 06 / 188