

## MEME KANSERİ OLAN KADINLARDA ÜREME SAĞLIĞI DURUMUNUN İNCELENMESİ

### *THE REPRODUCTION HEALTH STUDY FOR PATIENTS WITH BREAST CANCER DIAGNOSIS*

Neriman SOĞUKPINAR<sup>1</sup>

Gül KARACAN<sup>2</sup>

Oya KAVLAK<sup>3</sup>

1 Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü Başkanı (Yard.Doç.Dr.)

2 E.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
(Araş.Gör.)

3 E.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
(Araş.Gör.)

**Anahtar Sözcükler:** Meme Kanseri, Laktasyon

**Key Words:** Breast Cancer, Lactation

### ÖZET

Bu araştırma. meme kanseri (Ca) olan kadınlarda, üreme sağlığı öyküsünün incelenmesi amacı ile tanımlayıcı planlanmıştır. Araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Meme Polikliniginde 1 Haziran- 31 ağustos 1998 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırma kapsamına 123 meme Ca'lı kadın alınmıştır. Araştırmanın verilen görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler dağılımları kullanılmıştır. Toplanan verilerin değerlendirilmesiyle şu sonuçlar elde edilmiştir. Kadınların %50,4'ünün 52 yaş ve üzerinde olduğu. %42'sinin ilköğretim mezunu olduğu. %21,1'nin 10-12 yaş grubunda menarş olduğu, %24,4'ünün postmenopozda. %24,4'ünün menopoz a girme yaşının 50 yaş ve üzeri olduğu. %20,4'ünün doğumdan 2-3 ay sonra menstrual siklusunun başladığı saptanmıştır.

Buna ilaveten kadınların %4,3'ünün 30 yaş ve üzerinde ilk gebeliklerini yaşadığı, %8,1'in hiç gebe kalmadığı. %5,4'ünün 5 ve üzerinde çocuğu olduğu, 0/058,5111'in laktasyon süresinin 0-1 yıl arasında olduğu, %75,6'sinin şişman olduğu ve %39'unun daha önce oral kontraseptif kullandığı belirlenmiştir.

İncelenen kadınların. meme Ca oluşumu açısından risk kabul edilen bütün durumlara uyan bir dağılım gösterdikleri saptanmıştır. korumada risk yaklaşımı önerilmiştir.

## SUMMARY

*This study was planned as a descriptive research to determine the reproductive health in women who have breast Ca. The study has been carried out at the Ege University Hospital Breast Clinic from June 1 to August 31, 1998.*

*The sample of the study was composed of 123 women who have breast Ca. The data was collected by interview technique.*

*For data analysis; percentage distributions were used. The analysis results have shown that; 50,4% of the women were at 52 age and over. of whom 42% had education in primary school level, 21,1% had their initial menses between in 10-12 ages of whom 24,4% were in post menopausal stage; and 24,4% of the women had their initial menopause at 50 age and over. of whom 20,4% had their menses 2 to 3 months after the delivery.*

*In addition. 4.3% of the women had their initial pregnancy, at 30 age and over, 8.1% of the women had no children. 5,4% of the women had children and over, 58,5% of the women had lactation periods between 0-1 year and 75,6% of the women were obese and 39,0% have used oral contraceptives.*

*It is maintained that the women who have been examined have exhibited a distribution that suits all conditions they are accepted as a risk in respect of Ca formation in breasts and the risk factor has been recommended.*

## GİRİŞ

Memeler kadın vücudunun estetik görünümü açısından önemli ve yeni doğan bebeğin beslenmesi için en uygun gıdayı sağlayan organlar olmasına rağmen meme kanseri (meme Ca) dünyada kadınlarda en sık görülen kanserler arasında ikinci, gelişmiş ülkelerde ise ilk sırada yer alarak kadınların yaşamını tehdit etmektedir. (Hall 1995. Schwarz 1990).

Kadınların %09-13'üncü görülen meme Ca, kadınlardaki tüm kanserlerin %30-32'sini oluşturmaktadır ve kadınlardaki kansere bağlı ölümlerin ise %19,29'unu sorumlu tutulmaktadır (Aksoy 1996). Dünyada da her 11 dk da 1 kadın meme Ca nedeni ile hayatını kaybetmekte ve her 3 dk da 1 kadına yeni meme Ca tanısı konulmaktadır (Abacıoğlu).

Meme kanserinde çeşitli risk faktörleri tanımlanmıştır. Bunlardan bazıları ilk gebelik yaşı, emzirme öyküsü ve beslenmedir (Page ve Dixon 1995). Ayrıca meme Ca'ya bağlı mortalite, sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlarda oldukça yüksektir (Tong 1993]. Üstün (1991)'de risk faktörünü taşıyan kadınların risk faktörü taşımayanlara göre meme kanserine daha sık rastlandığını belirtmiştir (Üstün 1991).

Meme Ca Risk Faktörleri:

- a) Yaş: kadının yaşı ilerledikçe meme Ca insidansının artması
- b) Birinci derecede akrabalarda premenopozal bilateral meme kanseri olması
- e) Erken menarş, geç menopozun görülmesi
- d) Hiç miad gebeliği olmaması ya da 30 yaşından sonra doğum yapılması (nulliparite riski arttırırken, multiparite riski azaltmaktadır) (Aydar 1985, Baran ve Walsh 1995, Hall 1995).

Genel olarak bir yaşam süresince, total olarak kadının yaşadığı menstrüel siklus sayısı azaldıkça meme Ca riskinin de azaldığı kabul edilmektedir. Menstrüel siklus sayısındaki değişiklikler de; gebelik, laktasyonla, geç menarşla ve erken menopozla değişmektedir yani azalmaktadır (Dinçtürk 1985, Kvale 1992).

Gebelik ve doğum sayısının artması ile meme Ca insidansı riskinin azaldığı birçok araştırmacı tarafından belirtilmiştir. Gebelik ve doğumun meme Ca'ya ilişkin koruyucu etkisi, ilk gebeliğin tanı olması, yani normal bir doğum yapılmış olması şartı ile geçerlidir (Dinçtürk 1985). Ayrıca yapılan bir çalışmada ise meme Ca riskinin genç yaşta (22 yaşın altında) emzirmeye başlayan kadınlarda belirgin olarak azaldığı saptanmıştır (Brinton 1995).

#### GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, meme kanseri olan kadınların üreme sağlığı öykülerinin incelenmesi amacıyla taramlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırmanın evrenini İzmir İli Ege üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Meme Polikliniğine 1/6/98-31/8/98 tarihleri arasında başvuran, daha önce HRT tedavisi kullanmayan tüm meme Ca'lı kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem seçiminde olasılıksız örnekleme seçim tekniği kullanılmış ve örnekleme alınacak birey sayısını hesaplamak için de olayın evrende görülüş sıklığı (%9) formülü kullanılarak toplam 123 meme Ca'lı olgu çalışmanın örneklemini oluşturmuştur (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 1989).

Veri toplama yöntemi olarak toplam 34 sorudan oluşan anket formu ilgili literatür ışığı altında hazırlanmıştır (Akçay 1996, Aydar 1985, Brinton 1995, Dinçtürk 1985, Kvale 1992). Kadınların sosyo-demografik, menstrüel öykü, obstetrik durum verileri ile kullanılan kontraseptif yöntemler ve bireyin özgeçmiş! ile ilgili anemnez, kullanılan anket formunun içeriğini oluşturmuştur. Ayrıca çalışma kapsamında yer alan kadınların beden

yapılarının (Body Mass İndex, BMI) belirlenebilmesi amacıyla boy ve kilo ölçümleri yapılmıştır. Beden yapılarının ölçünü (Normal beden yapısı-Şişman beden yapısı)

$$\frac{\text{Ağırlık (kilo)}}{\text{Boy (m)}} < 20 \text{ Formülüne göre hesaplanmıştır (Pekcan 1993).}$$

Araştırma yapılmadan önce Ege üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanından gerekli izin alınmıştır. Hazırlanan anket formu 15 Meme Calı hasta üzerinde uygulanmış ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Güvenilir yanıtlar alınabilmesi için uygulamadan önce araştırma konusunda genel bilgiler verilmiş ve daha sonra gönüllü olan meme Ca'll kadınlar araştırma kapsamına alınmıştır.

Verilerin analizi SPSS paket programı ile yapılmış ve sayı ve yüzde dağılımları kullanılmıştır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 1989).

## BULGULAR VE TARTIŞMA

Tablo 1. Çalışma Kapsamında Yer Alan Kadınların Sosyo-Demografik Verilerine Göre Dağılımları

DEĞİŞKENLER	SAY'	YÜZDE
<b>YAŞ GRUPLARI</b>		
27-32	2	1.6
33-38	4	3,3
39-44	13	10.6
45-53	42	34.1
52 ve	62	50.4
<b>EN UZUN YAŞANILAN BÖLGE</b>		
Ege Bölgesi	100	81.3
Marmara Bölgesi	8	6.5
ç Anadolu Bölgesi	7	5.7
G.Doğu Anadolu Bölgesi	1	0.8
D.Anadolıt Bölgesi	3	2.4
„ (Yurt dışı)	4	3.3
<b>EĞİTİM DURUMU</b>		
Okur-yazar değil	20	16.3
Okur yarar	3	2.4
ilkokul Mezunu	59	48.0
Ortaokul Mezunu	10	8.1
Lise Mezunu	18	14.6
Y. Okııl/Fakülle Mezunu	13	10.6
<b>TOPLAM</b>	<b>123</b>	<b>100.00I</b>

Tablo 1'de çalışma kapsamında yer alan kadınların sosyo-demografik verilerine göre dağılımları incelendiğinde, büyük çoğunluğunun (%50.4)'ünün 52 ve üzeri yaş gruplarında bulunduğu, %34.1'inin 45-51 yaş grubu arasında yer aldığı görülmektedir. Ayrıca kadınlarda yaşın küçülmesiyle meme Ca'lı olgu sayısının azalması da paralellik göstermektedir. Kadının yaşının ilerlemesiyle meme kanseri görülme olasılığının arttığı literatürlerde de gösterilmektedir (Baran ve Walsh 1995, Hall 1995).

Kadınların yaşamları süresince en uzun süre yaşadıkları bölge incelendiğinde %81.3'nün Ege Bölgesinde yaşadığı görülmektedir. Ayrıca eğitim durumlarına incelendiğinde %48.0'nın ilkökul mezunu olduğu görülmektedir. Elde edilen bu oran Türkiye genelindeki kadının eğitim durumunu yansıtmaktadır (Türkiye İstatistikleri Yıllığı 1994).

Tablo 2. Çalışma Kapsamında Yer Alan Kadınların Menstrüel Öykülerine İlişkin Verilerin Dağılımı

	Sayı	Yüzde
<b>Menarş Yaşı</b>		
10-12 yaş	26	21.1
13-15 yaş	85	69.1
16- /8 yaş	12	9.8
<b>Slidıs Düzenlen</b>		
Düzenli Olanlar	111	90.2
Düzensiz Olanlar	12	9.8
<b>Menopoz Durumları</b>		
Post men opozda Olanlar	86	69.9
Premenopozda Olanlar	37	30.
<b>Postmenopozda Olan Kadınların</b>		
<b>Menopoza Girme Yaşları</b>		
35-39 yaş	8	9.3
41-44 yaş	22	25.6
45-49 yaş	35	40.7
50 ve 5 yaş	21	24.4
TOPLAM	86	100.00
<b>Postpartum Dönemde Menstrüel</b>		
<b>Aldıkları Başlama Süresi</b>		
Doğumdan 40 gün sonra	70	61.9
Doğumdan 2-3 ay sonra	23	20.4
Doğumdan 4-6 ay sonra	12	10.6
Doğumdan 1 yıl sonra	8	7.1
TOPLAM	113	100,00

Tablo 2 incelendiğinde; kadınların %69.1'inin menarş yaşının 13-15, %21.1'inin 10-12. %9.8'nin ise 16-18 olduğu görülmektedir. Total menstrüel aktivitenin uzunluğunun, meme kanseri açısından bir risk faktörü olması nedeniyle menarş yaşı önemlidir. Çalışmamızda meme Ca açısından riskli kabul edilen menarş yaş grubu oranı %21.1'dir. Meme Ca için riskli kabul edilen menarş yaşı 12'nin altıdır (Hali 1995). Çalışma kapsamına alınan kadınların büyük bir çoğunluğunun menarş yaşı (13-15 yaş) literatür ile uygunluk içindedir (Önder 1987, Çanka ve Önder 1982).

Çalışma kapsamında bulunan kadınların %90.2'sinin menstrüel siklusları düzenli iken %9.8'nin siklusları düzensizdir. Çalışma kapsamında yer alan kadınların menopoza girme durumları incelendiğinde %69.9'nun postmenopozda. %30.1'inin premenopozda olduğu görülmektedir. Postmenopozal dönemde bulunan kadınların menopoza girme yaşları incelendiğinde; %40.7'nin 45-49, %25.6'sının 41-44, %24.4'ünün ise 50 yaş ve üzerinde menopoza girdiği görülmektedir. Kadında total menstrüel aktiviteyi belirleyen bir diğer faktör olarak bilinen geç menopoz oranı (50 yaş ve üzeri) çalışmamızda %24.4 olarak azımsanmıyacak bir orandadır. Konu ile ilgili yapılan bir diğer çalışmada 50 yaş üzerinde menopoza girme oranı %36.6 olarak saptanmıştır (Üstün 1991).

Kadınlara doğumlarından ortalama kaç ay sonra mensturasyonlarının başladığı sorulduğunda, büyük çoğunluğu %61.9'u doğumdan ortalama 40 gün sonra, %20.4'ü doğumdan 2-3 ay sonra menstrüel kanamalarının başladığını belirtmişlerdir. Doğumdan kısa bir süre sonra menstrüel siklusun geri dönmesi Meme Ca açısından olumlu bir olay

Literatürde de belirtildiği gibi kadının yaşadığı menstruel siklus sayısındaki artış meme Ca riskini de arttırmaktadır (Dinçtürk1985. Kvale 1992).

Çalışma kapsamında yer alan kadınların obstetrik anamnezlerine göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 3); meme kanserli kadınların %33.9'u ilk gebeliklerini 19 yaş ve altında, %47'si ise 20 yaşın üzerinde yaşamışlardır. Literatüre göre; gebeliğin erken yaşlarda olması meme Ca açısından önemli koruyucu bir faktördür. 30 yaş ve üzerinde ilk gebeliği yaşamak ise önemli oranda risk faktörüdür (Hall 1995). Çalışma sonucuna göre ilk gebelik yaşına göre risksiz kabul edilen kadın oranı %33.9'dur.

Tablo 3. Çalışma Kapsamında Yer Alan Kadınların Obstetrik Anaernezlerine Göre Dağılımları

DEĞİŞKENLER	Sayı	Yüzde
İlk Gebelik Yaşları		
15-49	39	33.9
20-24	54	47
25-29	17	14.8
30 ve üzeri	5	4.3
TOPLAM	115	100.00
İlk Doğum Yaşı		
16-20	40	35.3
21-25	53	47
26-30	16	14.2
31-35	4	3.5
TOPLAM	113	100.00
Gebelik Sayısı		
Nullipar Olanlar	8	6.5
1-2 gebeliği olanlar	32	26.0
3-4 gebeliği olanlar	36	29.3
5 ve üzeri gebeliği olanlar	47	38.2
TOPLAM	123	100.00
Doğum Sayısı		
Hiç doğum yapmamış Olmak	10	8.1
1-2 doğum yapanlar	59	48.0
3-4 doğum yapanlar	41	33.3
5 ve üzeri doğum yapanlar	13	10.6
TOPLAM	123	100.00
Doğunu/Doğumların Sonlanma Biçimleri		
Prenatur	7	6.2
Matur	105	92.9
Postmatur	1	0.9
TOPLAM	113	100.00
Canlı Çocuğa Sahip Olanların Çocuk Sayıları		
1-2	66	58.9
3-4	40	35.7
5 ve üzeri	6	5.4
TOPLAM	112	100.00
Ölü Doğum Yapma Durumları		
Ölü Doğum Yapınayanlar	96	78.0
Ölü Doğum Yapanlar	27	22.0
TOPLAM	123	100.00

Kadınların ilk doğum yaşlarına bakıldığında %47'sinin ilk doğum yaşlarının 21-25, %35.3'ünün ise ilk doğum yaşınının 16-20. °/014'ünün ise ilk doğum yaşınının 26-30 olduğu bildirilmektedir. İlk doğumunu geç yaşta yapmak meme Ca açısından bir risk faktörü olarak bildirilmektedir (Kvale 1992). Ancak çalışmada geç yaşta doğum yapan olgu sayısı Va3.5'dir. 13u nedenle çalışma sonucu literatürle uyumluluk göstermektedir.

Çalışma kapsamında yer alan kadınların gebelik sayıları incelendiğinde: %38.2'sinin 5 ve üzeri sayıda gebelik yaşadığı. %29.3Tınün 3-4 gebelliği bulunduğu. %26.0tının ise 1-2 gebeliği olduğu görülmektedir. Kadınların ise sadece %6.5'u nullipardır. Literatüre göre gebelik sırasında östrojenlerclen birisi olan östriolün protektif antineoplatik etkisi bulunmaktadır. Bu nedenle gebelik sayısının artması meme Ca insiclansını azaltmaktadır (Dinçtürk 1985). Ancak çalışmannıcla elde edilen sonuçlar literatürle tamamen zıtlık içindedir. Elde edilen bu sonuç doğurganlığm yüksek olduğu ülkemizde meme Cahın elyolojisinde gebelik sayısının dışında diğer bazı faktörlerin daha önemli bir yer tuttuğunu göstermektedir.

Doğum sayllanna bakıldığında 1-2 doğum yapan kadın oranı %48.0 iken, 3-4 doğum yapan kadın oranı %33.3. 5 ve üzeri doğum yapan kadın oranı %10.6'dır. Çalışmadan elde edilen bu sonuç doğum sayısının artması ile meme Ca'ya yakalanan olgu sayısının azaldığını göstermektedir. Çalışma sonucu literatürle uygunluk halindedir (Dinçtürk 1985. Hall 1995).

Çalışma kapsamında yer alan kadınların yaptıkları doğumların sonlanma biçimlerine bakıldığında, %92.9'unun nıatur (miad), %6.2'sinin prematur, %0.9'unu ise postmatür doğum yaptığı görülmektedir (Tablo 3). Meme Ca açısından koruyucu etkinin. gebeliğin tam olduğu olgular için geçerli olduğu, erken doğumlar ya da abortusların koruyucu rolü olmadığı bildirilmektedir (Dinçtürk 1985).

Canlı çocuğa sahip olan kadınların; sahip oldukları canlı çocuk sayısı incelendiğinde; %58.9'unun 1-2, %35.7'sinin 3-4. %5.4'ünün ise 5 ve üzeri sayıda canlı çocuğu olduğu gözlenmektedir.

Literatüre göre 2 den fazla canlı doğunu olan olgular; diğer kadınlara göre meme Ca açısından daha düşük bir risk altındadır (Yang 1993). Çalışmamızda da meme Calı olguların büyük çoğunluğunun sahip olduğu çocuk sayısı 1-2 dir. Elde edilen bu sonuç literatürle desteklenmektedir.

Ayrıca: kadınların %22.0'si doğulu yaptıklarını bildirmişlerdir. Emzirme açısından engelleyici bir faktör olan ölü doğum oranı meme Callı olguların yaklaşık 1/4'ni oluşturmaktadır (Tablo 3).



Tablo 4. Çalışma Kapsamında Yer Alan Kadınların Emzirme Durumlarına Göre Dağılımları

EMZİRME DURUMU	Sayı	Yüzde
Emziren	108	87.8
Emzirmeyen	15	12.2
TOPLAM	123	100.00
EMZİRME SÜRESİ ORTALAMASI		
Eruzinmeyen	15	12.2
1-6 ay	33	26.8
7-12 ay	24	19.5
13 ay ve üzeri	51	41.5
TOPLAM	123	100.00

Tablo 4'de meme Ca'lı kadınların emzirme durumları incelendiğinde %87.8'inin emzirme öyküsü olduğu saptanmıştır. Fakat araştırmaya alınan kadınların %58.5 gibi büyük çoğunluğunu 1 yıldan az emziren ve emzirmeyen kadınlar oluşturmaktadır. Üstün ve Memiş'in 414 meme Ca'lı ve 442 kontrol grubu üzerinde yaptıkları çalışmada meme Ca'lı hastaların laktasyon süresi ortalaması kontrol grubunu oluşturan hastaların laktasyon süresi ortalamasından 9 ay daha kısa olduğunu bulmuşlardır (Üstün 1991). Hall'a (1995) göre, meme Ca'dan korunmak için uzunca aylar hatta yıllar boyu emzirme gerekli görülmektedir. Buradan da kısa süreli ve düzensiz emzirmenin meme Ca'yı olumsuz yönde etkilediği düşünülebilir.

Tablo 5, Çalışma Kapsamında Yer Alan Kadınların Beden Yapıları ve Şişmanlık Durumlarına göre Dağılımları

BEDEN YAPILARI	Sayı	Yüzde
Normal (ideal vücut ağırlığı)	10	24.4
Şişman	93	75.6
ŞİŞMANLIK DURUMU		
1-Eafif Şişman	54	58.0
Orta Şişman	38	40.9
Ağır Şişman	1	1.1

Tablo 5 incelendiğinde: çalışma kapsamında yer alan kadınların %75.6'sının şişman, %24.4'nün ise normal bir beden yapısına sahip oldukları görülmektedir.

Konu ile ilgili olarak yapılan diğ er bir ç alışmada. meme Calı olguların %63'ü şişman bir vücut yapısına sahip bulunmaktadır (Aydar 1985). Kadınlarda şişmanlık durumu, (obesite) meme Ca açısından bir risk faktörüdür. Doymuş yağların fazla bulunduğu yağlı et gibi yemekler ve yağlı süt ürünlerinin fazla alınması bu riski arttırmaktadır. Ayrıca postmenopozal dönemdeki obes kadınlarda adrenal kortekste yapılan androstenedionun, yağ hücrelerinde östrojene metabolize edilmesi de meme Ca açısından bir risk kabul edilir. Buna ilaveten insan idrarında da tesbit edilen üç önemli östrojen fonksiyonu bulunmaktadır. Bunlardan özellikle östradiol karsinojeniktir ve şişman kadınlarda yüksek düzeyde bulunmaktadır (Abacıoğlu. Aydar 1985, Hall 1995).

Ayrıca kadınların şişmanlık durumları incelendiğinde %58.0'ının hafif, %40.9'unun orta, %1.1'inin ise ağır şişman olduğu görülmüştür. Bu sonuç meme Ca açısından bir risk faktörü olarak bilinen obesitenin olguların çoğunu önemli oranda etkilediğini göstermektedir.

Tablo 6. Çalışma Kapsamında Yer Alan Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntemlere Yönelik Bilgilerine Göre Dağılımları

EN UZUN SÜRE KULLANILAN KONTRASEPTİF YÖNTEM	Sayı	Yüzde
Tıbbi Yöntemler (RIA, O.K. Kondom]	34	27.7
Geleneksel Yöntemler	67	54.4
Yöntem Kullanmayanlar	22	17.9
Kadınların Yaşamları Süresince G.K. Kullanma Durunılan		
O.K. Kullananlar	48	30.0
O.K. Kullanmayanlar	65	53.0
Nati damayan lar (Yanıtsız]	10	8.0
O.K Kullanan Kadınların Kullanma Süreleri		
6 Ay ve altında süreyle kullananlar	21	43.7
6 Aydan daha uzun süre ile kullananlar	27	56.3

Çalışma kapsamında yer alan meme Calı olguların %54.4'ü gebelikten korunmak amacı ile en uzun süre ile tıbbi yöntemleri kullandıklarını bildirirken, %27.7'si geleneksel yöntemleri kullandıklarını. %17.9'u ise gebelikten korunmak için herhangi bir yöntem kullanmadıklarını bildirmişlerdir (Tablo 6).

Ayrıca Tablo 6'da kadınların yaşam süresince oral kontraseptif (OK) kullanma durumları incelendiğinde, %39.0'unun daha önceden

gebelikten korunma amacı ile OK kullandığını, %53.0'ünün ise kullanmadığını, %8.0'nın ise hatırlamadığı görülmektedir. TNSA (1993) sonuçlarında kadınların 1/3'nin yaşamlarının bir döneminde OK kullandıkları bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da yaşamı süresince OK kullanan kadın oranı toplam kadın sayısının 1/3'ü kadardır. Gebelikten korunma amacı ile OK kullanımı ise meme Ca açısından diğer bir risk faktörüdür (Aydar 1985, KAYNAK 1992, KAYNAK 1993).

Çalışma kapsamında yer alan kadınlar arasında yaşamları süresince OK kullanan kadınların kullanma sürelerine göre dağılımları incelendiğinde %56.3'ünün 6 aydan daha uzun süre ile, %43.7'sinin de 6 aydan daha kısa süre ile OK kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 6). OK'nin genç yaşta ve uzun süre kullanımının meme Ca riskini arttıracığı belirtilmektedir (KAYNAK 1992).

Ancak OK ile meme Ca arasındaki ilişkiyi inceleyen diğer bir çalışmada: kadının üretkenlik özelliklerine göre fmenarş yaşı, parite, ilk doğum yaşı, emzirme öyküsü) tanımlanan alt gruplar içinde sadece menarş yaşı ile anne ya da kız kardeşinde meme Ca bulunan kadınların OK kullanımına bağlı meme Ca riski hafifçe yüksektir (Chilver 1990). Buradan risk grubunda olan kişilerin kontraseptif seçimi yaparken bu açıdan dikkat etmeleri önerilebilir.

Tablo 7. Çalışma Kapsamında Yer Alan Meme Calı Olguların Hastalıklarına Yönelik Durumlarının Dağılımı

DEÖİSKENLER	Sayısı	Yüzde
<b>Meme Ca Tanısı Almadan Önce Meme Hastalığı Geçirme Durumu</b>		
Meme Hastalığı Geçirenler	14	11.4
Meme Hastalığı Geçirineyenler	109	88.6
<b>Meme Canın Tanılandığı Zamanı</b>		
1-2 Yıl Önce	55	44.8
3-4 Yıl Önce	27	21.9
5-8 Yıl Önce	22	17.9
Yeni Tanı Alanlar	19	15.4
<b>Meme Canın Tutulduğu Durumu</b>		
Tek Taraflı	116	94.3
Çift Taraflı	7	5.7
<b>Meme Calı Kadınların Tedavi Tiplerinin Dağılımı</b>		
Radikal Cerrahi Mastektomi	44	35.8
Mastektomi + R.T + K.T	44	35.8
Mastektomi + R.T	12	9.8
Mastektomi + K.T	12	9.8
	I	8.8

Tablo 7'de çalışma kapsamında yer alan kadınların meme Ca ile ilgili durumlarına yönelik özellikler bulunmaktadır. Meme Ca tanısı almadan önce meme hastalığı geçirme durumu incelendiğinde; kadınların %86.6'sının daha önceden herhangi bir meme hastalığı geçirmediği, %11.4'ünün daha önceden herhangi bir meme hastalığı geçirdiği görülmektedir. ilgili literatürde de daha önceden meme hastalığı bulunan kadınlarda (örn: multipl kist) meme kanseri gelişme riskini arttırdığı belirtilmektedir (Page 1995). Diğer bir kaynağa göre de memelerde gelişen fibrokistik meme hastalığı ise bir kadınlarda meme Ca gelişme riskini arttırmamaktadır (Baran ve Walsh 1995).

Meme Calı olguların tanı alma zamanlama bakıldığında büyük bir çoğunluğunun %44.8'inin 1-2 yıl önce tanılandığı, %21.9'unun 3-4 yıl önce, %17.9'nun 5-6 yıl önce, %15.4'nün ise henüz yeni tanı aldığı görülmüştür.

Meme Calı olguların %94.3'ü tek taraflı tutulum yaşarken, %5.7'si çift taraflı tutulum içindedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Meme Ca tanısı almış kadınlarda genel olarak üreme sağlığı öyküsünün araştırılması amaçlanan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Meme Calı olguların büyük bir çoğunluğunun (%50.4) 50 ve üzeri yaş gruplarında bulunduğu, %81.3'ünün yaşamları süresince en uzun süre yaşadıkları bölgenin Ege bölgesi olduğu, ayrıca büyük çoğunluğunun (%48.0'nin) ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Meme Canın etyolojisinde önemli bir yer tutan menstruel öykü verilerine bakıldığında ise meme Ca açısından risk kabul edilen erken menarş (12 yaş altı) oranı %21.1 olarak tesbit edilmiştir. Kadınların siklusları %90.2 oranı ile düzenlidir ve %69.9'u meme Ca açısından risk kabul edilen postmenopozal dönemindedirler. Meme Ca açısından diğer bir risk faktörü olan geç menopoz oranı (50 yaş üzeri) çalışmamızda %24.4 oranında elde edilmiştir. Kadınlarda menstrüel aktivitenin sayısını etkileyen bir diğer değişken olan doğum sonrası ilk adet kanamasına kadar geçen zamandır. Bu sürenin kısalması ile yaşam boyu olan menstrüel aktivite sayısı artar. Çalışmamızda yer alan kadınların büyük bir çoğunluğu (%61.9) doğumlarından ortalama 40 gün sonra adet görmüşlerdir (Tablo 2).

Kadınlarda mienstrüel aktivitenin sayısını belirleyen bir diğler faktör olan obstetrik anamnezler incelendiğinde: ilk gebelik yaşı kadınların %66. l'inde 20 yaşıın üzerindedir. İlk gebelik yaşına göre çalışma grubumuzun !i3'ü meme Ca riski kabul edilmeyen genç yaşıta gebe kalmışlardır. Tıpkı ilk gebelik yaşıında olduğu gibi ilk doğum yaşı da kadınların büyük çoğunluğuncla (%47) meme Ca aşıısından risk kabul edilmeyen 21-25 yaşıları arasındadır. Obsteirik anemnezler içinde yer alan gebelik sayılarına bakıldığında gebelik sayısı çalışmada yer alan kadınların %38.2'sinin 5 ve üzeri sayıda gebelik yaşıadığı görülmektedir. Çalışmada en düşük oran, gebelik sayısının 1-2 olduğu grupta toplanmıştır (%26.0).

Çalışmadan elde edilen diğler bir sonuca göre; doğum sayısının artması ile meme Catlı olgu sayısı azalırken doğum sayısının azalması ile olgu sayısı artmaktadır. Doğum sayısının fazla olması meme Ca aşıısından koruyucu bir faktör olmuştur. Ayrıca kadınların %58.9'unun 1-2 canlı çocuğu bulunmakta ve çocuk sayıları azaldılça da meme Caiz olgu oranı azaimakadır.

Emzirme aşıısından engelleyici bir faktör olan ölü doğum oranı %22 oranmdadır (Tablo 3).

Tablo 4'de çalışmada yer alan kadınların emzirme süresi ortalaması meme Ca aşıısından kabul edilen 1 yıldan az olan ve hiç emzirmeyenlerin oranı %58.5'dir. Özellikle postmenopozal dönemde meme Ca aşıısından risk oluşturan obesite durumu; %75.6 oranında elde edilmiştir. Bunlarında %58.'i hafif şişman grubundadır (Tablo 5).

Kadınların yaşamları süresince kullandıkları kontraseptif yöntemler incelendiğinde: %54.4'nün geleneksel yöntemleri kullandıkları, <sup>0</sup>/039<sup>4</sup>unun ise tıbbi bir yöntem olan ve meme Ca aşıısından da bir risk kabul edilen OK ile gebelikten korundukları elde edilmiştir. Bu kadınlarında %56.3'ü ise 6 aydan uzun süre ile OK kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 6).

Meme Ca aşıısından risk olarak değerlendirilmesi gereken, önceden bir meme hastalığı geçirme durumu incelendiğinde; %88.6'sı herhangi bir meme hastalığı geçirmediğini. %11.4'ünün ise, geçmişte bir meme problemi belirlenmemiştir. Meme Ca tanılama zamanı ise büyük çoğunluğunda 1-2 yıl önce iken. %94.3'ü tek taraflı meme tutulurnu söz konusudur. Kadınlann büyük çoğunluğunun tedavi biçimi de radikal cerrahi mastektomi + Radyoterapi + Kemoterapidir (Tablo 7).

Bu çalışmadan elde edilen veriler ışığında:

- 1) Özellikle meme Ca açısından bir risk olarak kabul edilen 40 yaş ve üzeri kadınların yılda bir kez mammografi v.b erken tanı yöntemleri açısından izlemlerinin yapılması.
- 2) Ayrıca 12 yaş altında menarş olanlar ile 50 yaş üzerinde menopoza girenlerin (kadınların) meme Ca açısından daha dikkatli olmaları.
- 3) Meme Ca açısından 1. derecede yakınlarında meme Ca öyküsü olanların gebelikten korunmak amacıyla olanaklı ise Oral Kontraseptiften başka bir yöntemle korunmaları,
- 4) Meme kanserinden korunmadan emzirmenin önemini vurgulayacak programların sözlü ve yazılı basında yayınlanması, özellikle doğurganlık yaşamları boyunca hiç emzirmeyenler ile 1 yıldan az bir süre emzirenlerin meme Ca açısından daha dikkatli olmaları,
- 5) Postmenopozal dönemdeki kadınların eğitimleri sırasında meme Ca açısından dikkatli olmaları. kendi kendine meme muayenesi yapmaları. ayrıca aşırı kalorili beslenmeden (kilo) kaçınmaları, gerektiği önerilebilir.

#### KAYNAKLAR

- 1, Abacıoğlu Kadın Sağlığı Aile Planlaması Kısırlık Merkezi W ✓B Sayfası. Meme kanseri. <http://www.kadinsagliği.com/ser.leesimeine.html>
2. Akçay MN ve ark. (1996): Meme kanseri olgularımızın retrospektif analizi (10 yıllık). Ulusal Cerrahi Dergisi. 12:3. 225-230.
3. Aydar N (1985): Meme kanseri ile şişmanlık arasındaki ilişki. 1. Ulusal Eierşirelik Kongresi Kitabı. İzmir. 167-169.
4. Baran 1-1R, Walsh A (1995): 9 facts everyone know about breast cancer. ALEN, July, 29-33.
5. Brinson LA ve ark. (1995): Breastfeeding and breast cancer risk. Cancer-Causes-Control. May. 6:3. 199-208.
6. Chilver CED (1990): Genç kadınlarda oral kontraseptif kullanımı ve meme Ca riski. Literatür. Ağustos. 12, 492-494.
7. Çanga S. Önder I(1982): Kadın hastalıklarına. 6. Basım, istanbul, Ar Basım Yayın A.Ş.
8. Dinçtürk C (1985): Meme kanserinin etyolojisinde endokrin faktörler. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Araştırma Dergisi, 3:4, 367-372.

9. Hali GM (1995): Meme kanseri nedenleri ve önleme. Literatür. Aralık, 22. 727-732.
10. KAYNAK (1992): Oral kontraseptifler ve sağlık, insan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayınları]. Şubat, 1:2. 2,
11. KAYNAK (1993): Geç doğum meme kanseri riskini arttırır. insan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayınları, Nisan. 2:8. 3.
12. Krause K (1987): Responding to breast cancer. Nursing Times. M.;\_rch, 11, 63-66.
13. Kvale G (1992): Reproductive factors in breast cancer epidemiology, Acta-Oncol.. 31:2, 187-194.
14. Leslie NS (1995): Role of the nurse practitioner in breast and cervical cancer prevention. Cancer Nursing, 18:4. 251-257.
15. Long E (1993): Breast cancer in African-American, Cancer Nursing. 16:1. 1-7.
16. Önder I (1987): Kadın doğum propedöng. 8. Baskı. Ankara. Yargıçop,lu Matbaası. 59-63.
17. Page CM, Dixon JM (1995): İnstitü karsinom ve meme kanseri riski yüksek olan hastalar, Literatür. Mayıs. 21, 297-301.
18. Pekcan G (1993): şişmanlık ve sap<anı yöntemler. Sendrom. 4. 75-81,
19. Sellwarz T (1990): Bottle or breast the first big deelsion. Nursing Times. 86:35. 63-65.
- 20, Sümbüloğlu K. SümlüCıloğlu V (1989): Biyolstalltk. 2. Baskı. Hatipoğlu Yayımevi,
21. TNSA (1993): Sağlık Bakanlığı (Türkiye] Bacetlepe Üniversitesi Nüfııs Etüdları Enstitüsü ve Macro İrdernational Inc. 1994. Türkiye, Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. Ankara, Türkiye.
22. Türkiye İstatistik Yıllığı (1994): T.C. Başbakanlık Enstitüsü. Yayın No:1720, DiE Matbaası. 1995.
23. "üstün E (1991): Meme kanseri ile laktasyonun ilişkisi. Ege Tıp Dergisi. 30:3. 352-355.
24. Yarıg CP ve ark. (1993): History lactatlon and breast cancer risk. American Journal of Epid CID DIOLsr, 138:12, 1050-1056.