

## KADINLARDA MEME KANSERİ RİSK DÜZEYİ

**Fatma Eti Aslan, Aysel Gürkan**

*M.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul, Türkiye*

**GİRİŞ:** Meme kanseri dünyada kadınlar arasında en sık görülen malign tümör olup, kadınlarda görülen tüm kanserlerin yaklaşık %30'unu oluşturmaktadır. Bu çalışmada kadınların yaş, ailesel ve kişisel meme kanseri öyküsü, çocuk doğurma yaşı, menstrual öykü ve menapoz sonrası obesite kriterlerine göre meme kanseri risk durumu değerlendirildi.

**MATERYAL VE METOD:** Araştırma evrenini İstanbul'daki kadınlar oluşturdu. Örnekleme 20 yaş ve üzerinde olan 1085 kadın alındı. Risk değerlendirmede Amerikan Kanser Birliği ve Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın meme kanseri riskini değerlendirmek amacıyla önerdiği "Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu" kullanıldı.

**BULGULAR:** Araştırma sonucunda kadınların %98.5 (n=1069)'inin meme kanseri yönünden düşük, %0.7 (n=8)'sinin orta, %0.8 (n=8)'sının yüksek riske sahip olduğu belirlendi.

**SONUÇ:** Bu sonuçlar araştırma kapsamına alınan kadınların meme kanseri gelişimi yönünden düşük riske sahip olduklarını gösterdi. Ancak yaşam süresinin giderek uzaması ve menapoz sonrası obesitenin Türk kadınları için gelecekte risk olabileceği düşünülmektedir.

### THE RISK OF BREAST CANCER AT THE WOMEN

#### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Breast cancer is one of the most common maligning tumour all over the world, and it accounts for about 30% of all cancer in women. This article discusses the breast cancer risks for the Turkish women, in relation to age, family and personal breast cancer history, childbearing age, menstrual history, and postmenopausal obesity criteria.

**MATERIAL AND METHOD:** The sample consisted of 1085 women of ages 20 or above. Quiz Lists, approved as for use in the assessment of breast cancer risk by American Cancer Society and Turkish Ministry of Health, were used in risk evaluation.

**RESULTS:** Of the subjects, 98.5% (n=1069) were found to be at low risk, 0.7% (n=8) at moderate risk, and 0.8% (n=6) at high risk risk of breast cancer.

**CONCLUSION:** The study's results have shown that women in Turkey are at low risk of developing breast cancer. However, increasing lifetime period and postmenopausal obesity are suggested to be factors that may pose risks for Turkish women in the future.

**M**eme kanseri dünyada kadınlar arasında en sık görülen malign tümör olup, kadınlarda görülen tüm kanserlerin yaklaşık %30'unu oluşturmaktadır. Avrupa'da yılda 180.000, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yılda 184.000 yeni olgu saptanmaktadır. Meme kanseri sıklığı dünya üzerinde ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Hawaii, Kaliforniya, Kanada yılda yüzbinde 80-90 görülme sıklığı ile ilk sıralarda yer alırken, aynı değer Japonya'da sadece yüzbinde 12-15 arasındadır. Bindokuzyüzyetmişten bu yana Japonya, Singapur ve Çin'de ekonomideki batı tarzı gelişim ve doğurganlığın batıya benzemesi nedeniyle meme kanseri görülme oranındaki fark giderek azalmaktadır. Avrupa ülkelerinde ise görülme sıklığı kuzey ülkelerden güneye ve batı ülkelerinden doğuya doğru gittikçe azalmaktadır. Görülme sıklığında en büyük artış Kanada, ABD, İspanya ve İsveç'te ortaya çıkmıştır (1).

Türkiye'de 1999 yılında 8.879 olan meme kanserli kadın sayısı, 2003 yılında 12.772'ye yükselmiştir. Ayrıca ülkemizde tüm kanserlerin %24.1'ini meme kanserlerinin oluşturduğu belirtilmektedir (2). Bu verilerden de anlaşıldığı gibi sağlık bilimlerinde ki ilerlemelere (3), erken tanı yöntemlerinin gelişmesine (3,4), toplumun bu konuda duyarlılığının artmasına (5-7) karşın, meme kanseri yaşa-

mı tehdit etmeye devam etmektedir. Bu tehditin azaltılmasında atılacak adımlardan birisinin de her toplumun kendi içinde meme kanseri risklerini ortaya koyması, risk gruplarını belirlemesi ve tarama programlarını yaygınlaştırmasıdır. Çünkü meme kanserinde tek bir etiyolojik faktörden söz etmek olası değildir. Ayrıca doğurganlık yaşı ve çocuk sayısı, beslenme alışkanlığı, sosyoekonomik durum, yaşam tarzı ve çevresel etkenlerin önemi de göz ardı edilmemelidir (1).

Ülkemizde geleneksel aile modeli yaygın olup; ailenin en az iki çocuk sahibi olması, emzirmenin annenin önemli rollerinden biri olarak düşünülmesi, beslenmede karbonhidratlı besinlere ağırlık verilmesi, toplumsal ve dinsel nedenlerle özellikle kadınlar arasında alkol tüketiminin az olması meme kanserinden koruyucu yaklaşımlar olarak düşünülebilir. Bunun yanı sıra fiziksel aktivite ve egzersizlerin sınırlı yapılması ve sağlık olanaklarından yararlanmanın iyi olmaması nedeniyle meme kanseri tarama programı doğrultusunda tıbbi yardım alma olanaklarının az olması meme kanserinin önlenmesi, erken tanı ve tedavide başarı oranını düşürebilmektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerde risk belirleme çalışmaları yapılmasına (8-10) karşın, Türk kadınının yukarıda sözü edilen farklılıklarından dolayı meme kanseri yönünden ne kadar risk

**Tablo 1.** Meme kanseri risk değerlendirme formu\*

Risk Faktörü	Kategori	Puanlar	Sonuç
Yaş	30 Yaş Altı	10	.....
	30-40	30	.....
	41-50	75	.....
	51-60	100	.....
	60 Yaş Üstü	125	.....
Ailesel meme kanseri öyküsü	Yok	0	.....
	Bir hala/teyze ya da büyükanne	50	.....
	Anne ya da kız kardeş	100	.....
	Anne ve kız kardeş	150	.....
	Anne ve iki kız kardeş	200	.....
Kişisel meme kanseri öyküsü	Meme kanseri yok	0	.....
	Meme kanseri var	300	.....
Çocuk doğurma yaşı	Otuz yaş öncesi ilk doğum	0	.....
	Otuz yaş sonrası ilk doğum	25	.....
	Çocuk yok	50	.....
Menstrual öykü	Menstruasyon Başlama Yaşı 15 ve Üstü	15	.....
	Menstruasyon Başlama Yaşı 12-14	25	.....
	Menstruasyon Başlama yaşı 11 ve Altı	50	.....
		.....	.....
Beden yapısı	Zayıf	15	.....
	Orta	25	.....
	Şişman	50	.....
		Toplam puan.....	
Puan	Kategori		
200 Altı	Düşük risk		
201- 300	Orta Risk		
301- 400	Yüksek Risk		
400 ve Üstü	En yüksek risk		

\*Spence WR. Health EDCO. A Division of WRS Group, Inc., Waco, Texas, 2000, s.4.

\*Ulusal Aile Planlaması, Rehber , 3.Baskı Damla Matbaası, Volume 1, Ankara 2000, s.97

altında olduğu bilinmemektedir. Bu çalışma İstanbul da yaşayan kadınlar meme kanseri yönünden ne kadar risk altındadır sorusuna kısmen de olsa yanıt bulmak, benzer çalışmalara ışık tutmak amacıyla yapıldı.

### Materyal ve metod

**Araştırmanın tipi:** Araştırma kadınların meme kanseri risk düzeyini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

**Araştırmada yanıtlanması beklenen sorular:** Araştırmada kadınların meme kanseri risk durumu incelendi. Bu bağlamda araştırmada yanıtlanması beklenen sorular şunlardır:

1. Araştırma kapsamına alınan kadınların bireysel özellikleri (yaş, eğitim düzeyi, meslek, medeni durum, çocuk doğurma yaşı) nasıldır?
2. Kadınların yaş, ailesel ve kişisel meme kanseri öyküsü, menstrual öyküsü, çocuk doğurma yaşı ve beden yapısı nasıldır?
3. Türkiye de kadınların meme kanseri risk düzeyi nedir?

**Araştırmanın yapıldığı yer ve zaman:** Araştırma 13 Ocak 1 Nisan 2002'de İstanbul'da yapıldı.

**Evren ve örneklem seçimi:** Araştırma İstanbul ili Kadıköy İlçesi'ne bağlı Atatürk Mahallesi'nde yapıldı. Bu mahallenin seçilme nedeni sözü edilen bölgenin yerel yönetimi ile aileleri belirlemede işbirliği yapabileceği kolaylığıdır. Araştırma evrenini Atatürk mahallesi'nde oturan, 20 yaş üzeri kadınlar oluşturdu. 2000 yılı nüfus sayımlarına göre bu mahallede 17.189 kişinin yaşadığı, bunların 4872'sinin 20 yaş ve üzeri kadın olduğu belirlendi. Sistematik örnekleme yöntemi kullanılarak (11,12) örnekleme alınacak kadın sayısı (N=1085) belirlendi. Örnekleme yer alacak kadın/kadınlar evde bulunamadığında ya da araştırmaya katılmayı kabul etmediğinde (Toplam 56) bir sonraki aile örnekleme alınarak verilerin toplanmasına devam edildi.

**Veri toplama araçları:** Veriler Literatür incelemesi ve araştırmacıların gözlem ve deneyimlerinden yararlanılarak hazırlanan "Bi-

**Tablo 2.** Kadınlarda meme kanseri risk puanı dağılımı (N=1085)

Risk faktörleri	Kategori	N	%	Ortalama risk puanı	SD
Yaş	Otuz yaş altı	419	38.6	77.66	33.63
	30-40	364	33.6	76.05	40.39
	41-50	177	16.3	121.36	51.22
	51-60	66	6.1	138.88	26.12
	60 yaş üstü	59	5.4	174.14	61.73
Ailesel meme kanseri öyküsü	Yok	995	91.7	-	-
	Bir hala/teyze ya da büyükanne	58	5.4	134.69	32.30
	Anne ya da kız kardeş	26	2.5	202.27	32.02
	Anne ve kız kardeş	4	0.4	185.00	46.19
	Anne ve iki kız kardeş	-	-	-	-
Kişisel meme kanseri öyküsü	Meme kanseri yok	1083	99.8	153.52	41.52
	Meme kanseri var	2	0.2	395.00	0.00
Çocuk doğurma yaşı	Otuz yaş öncesi ilk doğum	661	60.9	100.46	29.84
	Otuz yaş sonrası ilk doğum	41	3.8	87.86	57.73
	Çocuk yok	383	35.3	105.17	40.53
Menstrual öykü	Menstruasyon başlama yaşı 15 ve üstü	78	7.2	119.23	35.98
	Menstruasyon başlama Yaşı 12-14	804	74.1	94.37	49.66
	Menstruasyon başlama yaşı 11 ve altı	203	18.7	78.74	47.04
Menapoz sonrası obezite	Var	100	60.4	137.80	30.45
	Yok	65	39.6	149.70	69.89

reysel Özellikler Formu" ve " Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu" aracılığı ile toplandı.

Meme kanseri riskini belirlemek amacıyla birçok yöntemden yararlanılabilir. Ancak kullanılacak bu yöntem/yöntemlerin o toplum için uygun olması gerekir. Bu çalışmada, Amerikan Kanseri Birliği tarafından geliştirilen (13), Türkiye'de Sağlık Bakanlığının kabul ettiği ve kullanımını önerdiği (14) " Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu " kullanıldı. Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu aşağıda belirtildiği gibi altı bölüm ve 20 maddeden oluşmaktadır (Tablo 1)

- 1. Yaş:** "30 yaş altı", "30-40 yaş", "41-50 yaş", "51-60 yaş" ve "60 yaş üstü" olmak üzere beş kategori ve bu kategorilere yönelik risk düzeyleri bulunmaktadır.
- 2. Ailesel Meme Kanseri Öyküsü:** "Yok", "bir hala/teyze ya da büyükanne", "anne ya da kız kardeş", "anne ve kız kardeş", "anne ve iki kız kardeş" olmak üzere beş kategori ve bu kategorilere yönelik risk düzeylerini içermektedir.
- 3. Kişisel meme kanseri öyküsü:** Bu bölümde "meme kanseri yok" ve "önceden meme kanseri var" olmak üzere iki kategori ve bunlara yönelik risk düzeyleri bulunmaktadır.
- 4. Çocuk doğurma yaşı:** "İlk doğum 30 yaşından önce", "ilk doğum 30 yaşından sonra" ve "çocuğu yok" olmak üzere üç kategori bulunmaktadır.

**5. Menstruel öykü:** Bu bölüm "menstruasyon başlama yaşı 15 ve üstü", "menstruasyon başlama yaşı 12-14", "menstruasyon başlama yaşı 11 ve altı" olmak üzere üç kategori ve bunlara yönelik risk düzeylerini içermektedir.

**6. Beden yapısı:** "zayıf", "orta", "şişman" olmak üzere üç kategoriden oluşmaktadır. Beden yapısı "Beden Kitle İndeksi"ne' e göre belirlendi. Biz risk belirlemede beden yapısını anlamlı (15-23) bulmadığımız için bu bölümü menopoz sonrası kilo alan ve almayan olarak değiştirdik.

**Veri Toplama araçlarının sınanması:** Veri toplama formlarının kullanılabilirliğini belirlemek amacıyla 30 kadına ön uygulama yapıldı. Anlaşılmayan sorular tekrar düzenlenerek formlara son şekli verildi. Ön uygulama yapılan kadınlar araştırma kapsamına alınmadı. Kullanılan veri toplama formu için Kuder Richardson iç tutarlılık katsayısı KR20=0.8394 olarak bulundu.

**Verilerin toplanması:** Katılımı artırmak amacıyla veriler Cumartesi ve Pazar günleri yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Her bir formun doldurulması yaklaşık altı dakika sürdü.

**Değerlendirme:** Araştırma kapsamına alınan 1085 kadına ilişkin verilerin değerlendirilmesi; İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Biyoistatistik Bilim Dalı'nda SPSS (Statistical Package for Social Science) paket programı kullanılarak yapıldı. Araştırmaya katılan kadınların bireysel özelliklerine ilişkin veriler sayı, yüzdelik

ve ortalama ile değerlendirildi. Risk durumunu belirlemeye ilişkin verilerin değerlendirilmesinde ise sayı, yüzdelik, ortalama ve Adımsal Logistik Regresyon Analizi kullanıldı.

## Bulgular

Meme kanseri risk düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada; araştırma kapsamında yer alan kadınların yaş ortalaması 34.81 (SD, 13.43) olup, %38.6 (n=419)'sının 30 yaşın altında, %33.6 (n=364)'sının da 30-40 arasında olduğu belirlendi. Kadınların %37.1 (n=403)'inin ilköğretim, %25.7 (n=278)'sinin ortaöğretim ve %37.2 (n=404)'sinin üniversite mezunu; %49.1 (n=533)'inin ev hanımı, %18.1 (n=196)'inin serbest meslek, %17.5 (n=190)'inin memur, %15.3 (n=166)'ünün öğrenci; %63 (n=684)'ünün evli olduğu; %64.7 (n=702)'sinin çocuğu bulunduğu ve bunların %95.1'inin çocuğunu en az 12 ay emzirdiği belirlendi. Kadınların %15.2 (n=165)'sinin menapozda olduğu, ortalama menapoz yaşının 45.21 (SD 6.12) olduğu ve %60.4 (n=100)'ünün menapoz sonrası kilo aldığını belirlendi.

Örnekleme oluşturan ve 30 yaşın altında olan kadınların Ortalama Risk Puanı (ORP)  $77.66 \pm 33.63$ ; 30-40 yaş arasındakilerin  $76.05 \pm 40.39$ ; 41-50 yaş arasındakilerin  $121.36 \pm 51.22$ ; 51-60 yaş arasındakilerin  $138.88 \pm 26.12$ ; 60 yaş ve üzerindeki olanların ise  $174.14 \pm 61.73$  olarak bulundu (Tablo 2).

Kadınların %91.7 (n=995)'sinde ailesel meme kanseri öyküsü olmadığı, %5.4 (n=58) 'ünün hala/teyze ya da büyükannesinde meme kanseri bulunduğu ve ORP'nın  $134.69 \pm 32.30$  olduğu; %2.5 (n=26)'inin anne ya da kız kardeşine meme kanseri tanısı konduğu, ORP'nın  $202.27 \pm 32.02$  olduğu; %0.4 (n=4) 'ünün anne ve kız kardeşinde meme kanseri olduğu ORP'ının  $185.00 \pm 46.19$  olduğu belirlendi (Tablo 2).

Kişisel meme kanseri öyküsü bulunmayan kadınların ORP'nı  $153.52 \pm 41.52$  olarak belirlenirken kişisel meme kanseri öyküsü bulunan kadınların ORP'nı  $395.00 \pm 0.00$  olarak belirlendi. İlk çocuğunu 30 yaşından önce doğuran kadınların oranı %60.9 (n=661) olup, ORP'nı  $100.46 \pm 29.84$  iken doğum yapmamış kadınların oranı %35.8 (n=383), ORP'nı  $105.17 \pm 40.53$  (Tablo 2) olarak belirlendi. Doğum yapan toplam 702 kadının ilk doğum yaş ortalaması  $22.57 \pm 4.58$  olarak bulundu.

Kadınların ortalama menarş yaşı  $13.29 \pm 1.41$  olup, menstruasyan başlama yaşı 15 ve üstü olanların ORP'ı  $119.23 \pm 35.98$ 'tir. Menapozda ki kadınların oranı ise %15.25 (n=165) olup, ortalama menapoz yaşı  $45.21 \pm 6.12$ 'dir. Menapozda ki kadınların %60.4 (n=100)'ünün menapoz sonrası kilo aldığı, ORP'ının  $137.80 \pm 30.45$  olduğu belirlendi (Tablo 2).

Kadınların %98.5 (n=1069)'inin meme kanseri risk düzeyi düşük bulundu (Tablo 3).

## Tartışma

Araştırmada 1085 kadın meme kanseri riski yönünden değerlendirildi. Kadınların %38.6 (n=419)'sının 30 yaşın altında ve %37.1 (n=403)'inin ilk öğretim mezunu, %49.1 (n=533)'inin ev hanımı olduğu belirlendi. Türkiye'nin genç bir nüfusa sahip olması, özellikle kadınlar arasında eğitim düzeyinin düşük olmasının sonuçlara yansıdığı düşünülmektedir. Çünkü Türkiye genelinde kadınların %48.8'inin ilköğretim mezunu, %27.1'inin ise eğitimsiz olduğu belirtilmektedir (24).

Türkiye'de 15 yaş ve üstü kadınların %96.1 evlidir (24). Araştırmada kadınların %63 (n=684)'ünün evli, %64.7 (n=702)'sinin çocuk sahibi olduğu ve bunların %95.1 (n=668)'inin çocuğunu emzirdiği belirlendi. Bu sonuçlar Türkiye genelini yansıtan demografik verilerle uyumlu olup, ülkemizde kadınların çoğunun çocuklarını emzirdiği belirtilmektedir (24). Dünyada emzirme durumu dağılımına bakıldığında Norveç'te emzirme oranının %99, Danimarka'da %98, İsveç'te %97, İspanya'da %91 Almanya'da %86, İtalya'da %85 olduğu görülmektedir (15,20,22,25,26-32). Bu verilere göre Avrupa ülkelerinde emzirme oranının oldukça yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Anne sütünün yararları ve emzirmenin meme kanseri riskini azaltıcı rolünden dolayı bu trendin giderek artacağı düşünülmektedir.

Emzirmenin meme kanseri riskini azalttığı bilinmektedir (32). Ayrıca emzirmeyen kadınlarda meme kanseri riskinin yüksek olduğu da bilinmektedir (27,31,33).

Lee ve arkadaşları 20 yaş ve üzeri 110.604 kadın ile yaptıkları çalışmada, %51.9'unun çocuklarını emzirdiğini; emziren kadınlarda meme kanseri riskinin düştüğünü belirlemişlerdir (27).

Romieu ve arkadaşlarının Meksikalı kadınlarda emzirme ve meme kanseri ilişkisini araştırdıkları çalışmalarında, 12-24 ay arası emziren kadınlarda meme kanseri riskinin azaldığını (30); Almanya da Brinton ve arkadaşları 22 yaşın altında emzirmeye başlayan kadınlarda meme kanseri riskinin daha düşük olduğunu (31) bulmuşlardır.

Bu çalışma sonuçlarından da anlaşıldığı gibi çocuk emzirme meme kanseri riskini azaltmaktadır. Bizim ülkemizde meme kanseri riskini azaltmada emzirmenin etkisini belirlemeye ilişkin bir çalışmaya rastlanmadı. Ancak emzirmenin meme kanseri riskini azaltmadaki etkisi düşünüldüğünde, çocuk sahibi olan kadınların %95'sinin emzirmesi (24) ülkemiz kadınları için bir avantaj olarak düşünülebilir.

Meme kanserinde yaş önemli bir risk faktörüdür (2,4,34-37). Buna karşın Türkiye genç bir nüfusa sahip olup, kadın nüfusunun %47.3'ü 0-19 yaş, %45.6'sı 20-54 yaş grubundadır (24). Araştırmada kadınların yaş ortalamasının  $34.81 \pm 13.43$  olması, %38.6 (n=419)'sının 30 yaşın altında bulunması, bu yaş grubunda ORP'nın  $77.66 \pm 33.63$  olması, buna karşın, 30-40 yaş grubunda (%33.6; n=364) ORP'nın  $76.05 \pm 40.39$ ; 41-50 yaş grubunda (%16.3; n=177)  $121.36 \pm 51.22$ ; 51-60 yaş grubunda (%6.1; n=66)  $138.88 \pm 26.12$  ve 60 yaş üzerinde ise (%5.4; n=59)  $174.14 \pm 61.73$  bulunması meme kanseri riskinin yaşa paralel olarak arttığının iyi bir göstergesidir.

**Tablo 3.** Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi (N=1085)

Risk düzeyi*	Sıklık	(%)
Düşük	1069	98.5
Orta	8	0.7
Yüksek	6	0.6
Çok Yüksek	2	0.2

Meme kanserinin yaşa paralel bir artış göstermesine karşın Türkiye de genç kadın oranının fazla olması (24) nedeniyle kadınlarımızın en azından şimdilik yaş açısından düşük risk grubunda yer aldığı düşünülebilir. Çünkü 20 yaşında bir kadının meme kanseri riski %0.05 iken, bu oran 40 yaşında %1.49'a, 60 yaşında ise %3.45'e yükselmektedir (4,34,35).

Ancak Türkiye de yaşam kalitesinin giderek yükselmesi ve sağlık bakım olanaklardan yararlanma durumunun iyileşmesiyle birlikte şu an 65 olan ortalama yaşam süresinin artacağı ve ülkemiz kadınları için de yaşın meme kanseri açısından risk olabileceği unutulmamalıdır (2,24).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda meme kanserinde %5-10 oranında kalıtımın rolü olduğu gösterilmiştir (4-7,37-42). Örneklemeye alınan kadınların %91.7 (n=995)'sinin aile öyküsünde meme kanseri olmadığı, anne ya da kız kardeşinde meme kanseri bulunanların ORP'larının (202.27 ± 32.02) yüksek olduğu belirlendi (Tablo 2). Araştırmada yer alan kadınların büyük çoğunluğunda ailesel meme kanseri öyküsü bulunmaması nedeniyle meme kanseri gelişmesi açısından düşük risk grubunda yer aldıkları söylenebilir. Ülkemizde herediter meme kanserleri oranına ilişkin bir veriye rastlanmadı. Ancak Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre kadınlarda görülen kanserler arasında meme kanserinin %24.1 oranı ile birinci sırada yer aldığı ve görülme sıklığının yüz binde 7.32 olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca Türkiye de kanser vakalarının en fazla görüldüğü iller arasında İstanbul'un %39.23 oranı ile ikinci sırada yer aldığı belirtilmektedir (2).

Meme kanserinde diğer memede kanser gelişme oranı meme kanseri olmayanlara göre beş kez fazladır (25). Araştırmada kadınların %99.8 (n=1083)'inin önceden meme kanseri öyküsü olmadığı ve bunların ORP'ının 153.52 ± 41.52 olduğu belirlendi. Kadınların % 0.2 (n=2)'sinde ise önceden meme kanseri vardı ve bunların ORP'ının 395.00 ± 0.00 olduğu belirlendi. Bu verilere göre araştırma kapsamında yer alan kadınların %0.2'sinin kişisel meme kanseri öyküsüne göre yüksek risk grubunda yer aldığı söylenebilir. Ancak, daha önce meme kanseri tanısı konmuş ve tedavi olmuş kadınların diğer memesinde kanser gelişme olasılığının beş kat fazla olduğu düşünüldüğünde (25,43-45) elde ettiğimiz 0.2%'lik oranın beşe katlanarak artacağı düşünülmelidir.

Hormonların özellikle de östrojenlerin meme dokusunu uzun süre etkilemesinin meme kanseri riskini artırdığı bilinmektedir. Erken menarş, geç menapoz, doğum yapmama ya da ilk doğumu 30 yaşından sonra yapma östrojenlerin meme dokusunu etkileme

sürecini uzatır (20,25,27,31,34,41). Bu nedenle geç menarş, 30 yaş öncesi doğum, emzirme ve erken menapozun meme kanseri riskini azalttığı düşünülmektedir (5,25). Mc Credie ve arkadaşları 30 yaşından önce doğum yapmanın meme kanseri rölaf riskini RR=1.8 arasında azalttığını belirlemişlerdir (40).

Türkiye 1998 demografik verilerine göre, kadınların %9.3'ünün 15-17, %13.9'unun 18-19, %16.4'ünün ise 20-21 yaşında ilk doğumunu yaptığı anlaşılmaktadır (24). Ayrıca Türkiye de en yüksek doğurganlığın 20-24 yaş grubunda olduğu ve bu yaş grubunda ki kadınların %26.6'sının bir, %14.5'inin iki, %4.3'ünün ise üç çocuğu olduğu belirtilmektedir (24). Araştırmada ilk doğum yaşı ortalaması 22.57 ± 4.58 olarak belirlenmiş olup, kadınların %60.9 (n=661)'unun 30 yaşından önce doğum yaptığı ve ORP'nın 100.46 ± 29.84 olduğu belirlendi (Tablo 2). Bu verilere göre araştırma kapsamında yer alan kadınların %60.9'unun meme kanseri açısından düşük risk grubunda yer aldığı söylenebilir.

Araştırmada kadınların çoğunluğunun (%74.1) menstrüasyonlarının 12-14 yaş arasında başladığı ve menstrüel öykü açısından ortalama risk puanlarının düşük olduğu belirlendi (Tablo 2). Bu bulgu Türkiye de Vicdan ve arkadaşlarının belirlediği menarş yaşı (13.28 + 1.09) ile uyumlu (17) olup, bu yönüyle araştırma kapsamında yer alan kadınların menstrüel öyküleri açısından düşük risk grubunda yer aldığı söylenebilir.

Menapoz sonrası kilo alma meme kanseri açısından diğer bir risk faktörüdür (4,21,22,46-48). Wasserman ve arkadaşları erken yaşta (<12 years) menarş'ın menopoz sonrası kilo artışına neden olduğunu (38), Adderley-Kelly ve arkadaşları şişmanlığın meme kanseri riskini artırdığını (46) belirlemişlerdir. Örneklemimizi oluşturan kadınların %88.5 (n=960)'ünün 50 yaşın altında olması ve yaş ortalamasının 34.81 ± 13.43 bulunması nedeniyle menapoza giren kadın sayısı sadece %15.2 (n=165) olmakla birlikte, bunların da %60.4 (n=100)'ünün menopoz sonrası kilo aldığı belirlendi (Tablo 2).

Ülkemizin belki de önemli sağlık sorunlarından birisi de şişmanlıktır (24). Kadınların çoğunluğunun ev hanımı olması, geleneksel olarak spor yapma alışkanlığımızın bulunmaması, beslenmemizin karbonhidrat ağırlıklı olmasının (24) menopoz sonrası kilo almaya katkı sağlayacağı ve özellikle menopoz sonrası meme kanseri açısından risk oluşturacağını düşündürmektedir.

Kadınların %98.5 (n=1069)'inde meme kanseri risk düzeyinin düşük, %0.7(n=8)'sinin orta ve %0.8 (n=8)'inin yüksek olduğu belirlendi (Tablo 3). Bu veriler Sağlık Bakanlığının verileri ile uyumlu değildir (2). Ancak ülkemizde sağlık istatistiklerinin iyi tutulmadığı da bilinmektedir (24).

Bu sonuçlara göre araştırma kapsamına alınan kadınların sadece %1.5 (n=16)'inin meme kanseri riskine sahip olduğu söylenebilir.

#### **Araştırmanın sınırlılıkları**

Bu araştırmada kadınların büyük çoğunluğunun 40 yaşın altında olması sınırlılık kabul edildi. Bu nedenle elde edilen sonuçlar sadece örneklemeye alınan kadınlara genellenebilir.

## Kaynaklar

1. Topuz E, Aydinler A, Dinçer M. Meme Kanseri. Nobel Tıp Kitapevi, 2003.
2. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, organlara göre kanser sıklığının dağılımı ve kadınlarda en sık görülen 10 kanser, <http://www.saglik.gov.tr>. 2001.
3. Weber ES. Questions & answers about breast cancer diagnosis. *AJN* 1997; 97:34-38.
4. Vogel V. Assessing risk of breast cancer. *Postgraduate Medicine* 1999; 105:63-69.
5. Mincey BA. Genetics and the management in women at high risk for breast cancer. *Oncologist* 2003; 8(5): 466-473.
6. Hulka BS, Stark AT. Breast cancer: cause and prevention. *Lancet* 1995; 346:883-887.
7. Burke W, Daly M, Garber J, Botkin J, Ellis Kahn MJ. Recommendations for follow-up care of individuals with an inherited predisposition to cancer. II. BRCA1 and BRCA2. *JAMA* 1997; 277:997-1003.
8. Whittemore AS, Gong G, Itnyre J. Prevalence and contribution of BRCA1 mutations in breast cancer and ovarian cancer: results from three U.S. population – based case- control studies of ovarian cancer. *American Journal of Human Genetics* 1997; 50:496-504.
9. Egan KM, Stampfer MJ, Rosner BA, Trichopoulos D, Newcomb PA, Trentham- Dietz A, Longnecker MP, Mittendorf R, Greenberg ER, Willett WC. Risk factors for breast cancer in women with a breast cancer family history. *Cancer Epidemiology Biomarkers Prev* 1998; 7(5): 359- 364.
10. Miller BA, Fever EJ, Hankey BF. The increasing incidence of breast cancer since 1982: relevance of early detection. *Cancer Causes Control* 1991; 2: 67-74.
11. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. Ozdemir Yayıncılık, 6. Baskı, Ankara, 1995.
12. Şenocak M. Biyoistatistik. I.U. Cerrahpasa Tıp Fakültesi Yayın NO: 214, İstanbul, 1997.
13. Spence WR. Health EDCO. A Division of WRS Group, Inc, Waco, Texas, 2000.
14. Ulusal Aile Planlaması, Hizmet Rehberi. 3. Baskı, Damla Matbaası, Volum I, Ankara, 2000.
15. Epstein SA, Lin TH, Audrain J, Stefanek M, Rimer B, Lerman C. High-risk breast cancer consortium. *Psychosomatics* 1997; 38: 253-261.
16. Rees M. The age of menarche. *OR GYN* 1995; 4:2-4.
17. Vicdan K, Kukner S, Dabakoğlu T, Ergin T, Keleş G, Gökmen O. Demographic and epidemiologic features of female adolescent in Turkey. *J Adolesc Health* 1996; 18(1): 54- 58.
18. Cleary MP, Maihle NJ. The role of body mass index in the relative risk of developing premenopausal versus postmenopausal breast cancer. *Proc Soc Exp Bio med* 1997; 216:28-43.
19. Health, United States, 1998. National Center for Health Statistics. Hyattsville, M.D. 1998.
20. Wrensch M, Chew T, Farren G, Barlow FB, Clarke C, Erdmann CA, Lee M, Maghadassi M, Peskin – Mentzer R, Quesenberg CP, Saunders- Mason V, Spence L, Suzuki M, Gould M. Risk factors for breast cancer in a population with high incidence rates. *Breast Cancer Res* 2003;5(4): 88-102.
21. Hankin JH. Role of nutrition in women's health. *Diet and breast cancer. J Am Diet Assoc* 1994; 93: 994.
22. McTierman A, Kooperberg C, White E, Wilcox S, Coates R, Adams Campbell LL, Woods N, Ockene J. Recreational physical activity and the risk of breast cancer in postmenopausal women, *JAWA* 2003; 290 (10): 1331-1336.
23. Overfield T. Biologic variation in health and illness: Race, age and sex differences. 2 nd ed., Philadelphia : Boca Raton 1995.
24. Demographic and Health Survey 1998. Hacettepe University Institute of Population Studies, Ankara Turkey, 1999.
25. Weber J, Kelley J. Health Assessment in Nursing, Lippincott- Raven Publishers, Philadelphia, 1998.
26. McCredie MR, Dite GS, Giles GG, Hopper JL. Breast cancer in Australian women under the age of 40. *Cancer Causes Control* 1998; 9(2); 189-198.
27. Lee SY, Kim MT, Kim SW, Song MS, Yoon SJ. Effect of lifetime lactation on breast cancer risk: a Korean women's cohort study. *Int J Cancer* 2003; 105 (3): 390- 393.
28. Chang – Claude J, Eby N, Kiechle M, Bastert G, Becher H. Breastfeeding and breast cancer risk by age 50 among women in Germany, *Cancer Causes Control* 2000; 11(8): 687- 695.
29. Pollan M, Gustavsson P. High-risk occupations for breast cancer in the Swedish female working population. *Am J Public Health* 1999; 89: 875-881.
30. Romieu I, Hernandez- Avila M, Lazcano E, Lopez L, Romero- Jaime R. Breast cancer and lactation history in Mexican women, *Am J Epidemiol* 1996; 143 (6): 543- 552.
31. Brinton LA, Potischman NA, Swanson CA, Schoenberg JB, Coates R, Gammon MD, Malone KE, Stanford JL, Dailing JR. Breast- feeding and breast cancer risk. *Cancer Causes Control* 1995; 6 (3):199- 208.
32. Lipworth L, Bailey LR, Trichopoulos D. History of breast- feeding in relation to breast cancer risk: a review of the epidemiologic literature 2000; 92 (4) : 302- 312.
33. Newcomb PA. Lactation and breast cancer risk. *J Mammary Gland Biol Neoplasia*, 1997; 2 (3): 311-318.
34. Baron RH, Walsh A. Facts everyone should know about breast. *AJN* 1995; July:29-33.
35. Henderson IC. Risk factors for breast cancer. *Cancer* 1993; 71: 2127-2140.
36. Abraham CL, Seremetis S. Breast health at midlife. Guidelines for screening and patient evaluation. *Geriatrics* 1997; 52: 58-60.
37. Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL, Hankey BF, Miller BA, Clegg L, Edwards, BK (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1973-1998, National Cancer Institute, Bethesda, MD. 2001.
38. Weber B, Garber J. Familial Breast Cancer. In: Harris J, Lippman M, Morrow M, Hellman S (eds.), *Diseases of the Breast*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996.
39. Istihabi M, Miyoshi Y, Hasegawa S, Egawa C, Tamaki Y, Monden M. Noquchis. Mutational analysis of BARD1 in familial breast cancer patients in Japan. *Cancer Lett.* 2003; 200 (1): 1-7.
40. McCredie M, Paul C, Skegg DC, Williams S. Family history and risk of breast cancer in New Zealand. *Int J Cancer* 1997; 73(4): 503- 507.
41. Hirose K, Tajimo K, Hamajima N, Takezaki T, Inoue M, Kuroishi T, Miura S, Tokudomc S. Association of family history and other risk factors with breast cancer risk among Japanese premenopausal and postmenopausal women. *Cancer Causes Control* 2001; 12 (4): 349- 358.
42. Magnusson C, Colditz G, Rosner B, Bergstrom R, Persson I. Association of family history and other risk factors with breast cancer risk. *Cancer Causes Control* 1998; 9(3)259-267.
43. Miller AB. Causes of breast cancer and high-risk groups: Incidence and demographics: radiation risk. In: Harris JR, Hellman S, Henderson IC, Kinne DW (eds.), *Breast Diseases*, Philadelphia: JB Lippincott Company, 1991.
44. Greenlee RT, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics 2000, *CA-A Cancer J Clin* 50(1); 7-32.
45. Azevedo G, Mendonca S. Cancer in the female population in Brazil. *Rev Saude Publica* 1994; 27 (1): 68-75.
46. Adderley–Kelly B, Williams-Stephens E. The relationship between obesity and breast cancer. *ABNF* 2003; 14 (3): 61- 65.
47. Cleary MP, Maihle NJ. The role of body mass index in the relative risk of developing premenopausal versus postmenopausal breast cancer. *Proc Soc Exp Bio Med.* 1997; 216:28-43.
48. Wasserman L, Flatt SW, Natarajan L, Laughlin G, Matusalem M, Faerber S, Rock CL, Barrett- Connor E, Pierce JP. Correlates of obesity postmenopausal women with breast cancer: comparison of genetic, demographic, disease-related, life history and dietary factors. *Int J obes Relat Metab Disord* 2003; Oct 14.

## İletişim

Aysel Gürkan  
Tel : 0216 330 20 70  
E-Posta : [agurkan@marmara.edu.tr](mailto:agurkan@marmara.edu.tr)