

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**KRONİK RUHSAL HASTALIĞI OLAN VE OLMAYAN
KADINLARIN MEME KANSERİNE İLİŞKİN BİLGİ,
TUTUM VE FARKINDALIKLARININ
KARŞILAŞTIRILMASI: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA**

MÜYESSER AŞGIN CİRİT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. SEVECEN ÇELİK İNCE

ZONGULDAK

2025

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**KRONİK RUHSAL HASTALIĞI OLAN VE OLMAYAN
KADINLARIN MEME KANSERİNE İLİŞKİN BİLGİ,
TUTUM VE FARKINDALIKLARININ
KARŞILAŞTIRILMASI: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA**

MÜYESSER AŞGIN CİRİT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. SEVECEN ÇELİK İNCE

ZONGULDAK

2025

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitim hayatımla başlayan yolculuğumda benden zamanını ve ilgisini hiç esirgemeyen, tez çalışmam boyunca her an desteğini hissettiren, bilgi ve deneyimleriyle bana kılavuz olan, yaşadığım zorluklarda beni aydınlatan ve her zaman motive edip destekleyen başarısına, iletişimine hayran olduğum danışmanım Doç. Dr. Sevecen ÇELİK İNCE'ye,

Yüksek lisans eğitim sürecimde bana kazandırdıkları ve kendi potansiyelimi keşfetmemi sağladığı için hocam Prof. Dr. Sibel ARGUVANLI ÇOBAN'a, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan hocam Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KUZU DURMAZ'a,

Hayatımın her anında beni destekleyen, şartları kolaylaştıran, sevgilerini eksik etmeyen biricik ailem; annem Zehra AŞGIN'a, babam Erkan AŞGIN'a, kardeşim Eren AŞGIN'a,

Beni her zaman destekleyen, devam etmeme güç verip bana süreci kolaylaştıran sevgili eşim Okan CİRİT'e,

Bana tecrübelerini aktarıp desteğini eksik etmeyen arkadaşım Arş. Gör. Yusuf Bahri ÖZÇELİK'e

Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara teşekkürlerimi sunuyorum.

Müyesser AŞGIN CİRİT

Ocak 2025, ZONGULDAK

ÖZET

Müyesser AŞGIN CİRİT, Kronik Ruhsal Hastalığı Olan ve Olmayan Kadınların Meme Kanseri İlişkin Bilgi, Tutum ve Farkındalıklarının Karşılaştırılması: Kesitsel Bir Çalışma, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Enstitü Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2025.

Bu araştırmada, kronik ruhsal hastalığı olan ve olmayan kadınların meme kanserine yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarının karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu araştırma karşılaştırmalı, tanımlayıcı ve kesitsel bir tiptedir. Araştırma Mart 2024 ve Aralık 2024 tarihleri arasında Zonguldak Kdz. Ereğli'deki Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde kayıtlı kronik ruhsal hastalığı olan 109 kadın ile, Aile Sağlığı Merkezi'nde kayıtlı kronik ruhsal hastalığı olmayan 109 kadının katılımı ile yürütülmüştür. Bu araştırmanın verileri toplanırken Kişisel Bilgi Formu ve Meme Kanseri Farkındalık Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizi için parametrik testlerden faydalanılmıştır. Meme Kanseri Farkındalık Ölçeği toplam puan ortalaması kronik ruhsal hastalığı olan kadınlarda 0.61 ± 0.67 iken kronik ruhsal hastalığı olmayan kadınlarda 1.05 ± 0.61 olarak belirlenmiştir. Kronik ruhsal hastalığı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeylerinin kronik ruhsal hastalığı olan kadınlardan daha yüksek olduğu ve aralarındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde meme kanseri bilgi, tutum ve farkındalıklarının düşük olmasına etki eden faktörlerin belirlenebilmesi için araştırmalar yapılmalıdır. Ayrıca kronik ruhsal hastalığı olan kadınların meme kanserine yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarını arttıracak girişimlerin yapılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Kronik ruhsal hastalık, kanser farkındalığı, meme kanseri

ABSTRACT

Müyesser AŞGIN CİRİT, Comparison of Knowledge, Attitudes and Awareness of Women with and without Severe Mental Illness Regarding Breast Cancer: A Cross-Sectional Study, Zonguldak Bulent Ecevit University, Institute of Health Sciences, Department of Nursing Institute, Mental Health and Disease Nursing, Master's Thesis, Zonguldak, 2025.

The aim of this study is to compare the knowledge, attitudes and awareness of women with and without severe mental illness towards breast cancer. This study is a comparative, descriptive and cross-sectional type. The study was conducted between March 2024 and December 2024 with the participation of 109 women with severe mental illnesses registered at the Karadeniz Ereğli State Hospital Community Mental Health Center affiliated to the Zonguldak Provincial Health Directorate and 109 women without severe mental illnesses registered at the Fikri Oğuz Family Health Center. This study data was collected using the 'Personal Information Form' and the 'Breast Cancer Awareness Scale'. Parametric tests were used to analyze the data. The total mean score of the Breast Cancer Awareness Scale was determined as 0.61 ± 0.67 in the Community Mental Health Center group and 1.05 ± 0.61 in the Family Health Center group. It was determined that the breast cancer awareness levels of women in the Family Health Center group were higher than those of women in the Community Mental Health Center group and this difference between them was statistically significant ($p < 0.001$). It is recommended that research be conducted to determine the factors affecting the low breast cancer knowledge, attitude and awareness in individuals with chronic mental illness, and that appropriate interventions be planned and implemented according to the results. Research should be conducted to determine the factors that affect the low knowledge, attitude and awareness of breast cancer in individuals with severe mental illness. In addition, it is recommended that initiatives be taken to increase the knowledge, attitude and awareness of women with severe mental illness towards breast cancer.

Keywords: Severe mental illness, awareness of cancer, breast cancer

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL ve ONAY:	iii
ÖNSÖZ	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	ix
TABLO DİZİNİ	x
1.GİRİŞ	1
1.1.Araştırmanın Amacı	3
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kanser ve Kanser Yaygınlığı	4
2.2. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	4
2.3. Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	6
2.4. Meme Kanserinin Tedavisi.....	7
2.5. Meme Kanserinde Korunma.....	7
2.6. Kronik Ruhsal Hastalıklar	9
2.6.1. Bipolar bozukluk.....	9
2.6.2. Şizofreni.....	10
2.6.3. Şizoaffektif bozukluk.....	11
2.7. Kronik Ruhsal Hastalıklar ve Fiziksel Sağlık Sorunları	12
2.8. Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Kadınlar ve Meme Kanseri	14
2.9. Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Kadınlarda Meme Kanserine Yönelik Psikiyatri Hemşireliği Uygulamaları/Rollerini	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1.Araştırmanın Tipi	19
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	19
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.4.Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri.....	20
3.5.Araştırmanın Değişkenleri	21
3.6.Veri Toplama Araçları.....	21
3.6.1.Kişisel bilgi formu	21
3.6.2.Meme kanseri farkındalık ölçeği	21
4. BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	46

6.1.Sonuçlar	46
6.2.Öneriler.....	46
6.3.Sınırlılıklar.....	48
7. KAYNAKLAR	49
8. EKLER.....	58
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu.....	58
Ek 2. Meme Kanseri Farkındalık Ölçeği.....	60
Ek 3. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni.....	61
Ek 4. Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Yazısı	62
Ek 5. Aydınlatılmış Gönüllü Katılım Formu.....	63
Ek 6. Ölçek İzin Yazısı.....	65
Ek 7. Kongre Bildiri Özeti	66
9. ÖZGEÇMİŞ	67

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASM	Aile Sağlığı Merkezi
APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
BB	Bipolar Bozukluk
BKİ	Beden Kitle İndeksi
DM	Diyabetes Mellitus
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HRT	Hormon Replasman Tedavisi
IDF	International Diabetes Federation (Uluslararası Diyabet Federasyonu)
IARC	International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı)
KMM	Klinik Meme Muayenesi
KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KRH	Kronik Ruhsal Hastalık
TRSM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

TABLO DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
1. Meme Kanserinin Değiştirilemeyen ve Değiştirilebilir Risk Faktörleri.....	5
2. Dahil Edilme ve Dışlama kriterleri	20
3. MKFÖ'ne İlişkin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri.....	23
4. KRH'1 Olan ve Olmayan Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı	26
5. KRH'1 Olan Kadınların Ruhsal Hastalıkla İlgili Özellikleri	27
6. KRH'1 Olan ve Olmayan Kadınların Kanser Bilgi ve Tutum Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı	29
7. MKFÖ Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	30
8. KRH'1 Olan ve Olmayan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin MKFÖ'ne Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	33,34
9. KRH'1 Olan ve Olmayan Kadınların Meme Kanserine Yönelik Tutumlarının MKFÖ'ne Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	36,37
10. KRH'1 Olan ve Olmayan Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyine Yönelik Özelliklerinin MKFÖ'ne Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	39
11. KRH'1 Olan Kadınların KRH Özelliklerine Göre MKFÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	40

1.GİRİŞ

Kronik ruhsal hastalığı (KRH) olan bireylerin morbidite ve mortalite oranlarının genel nüfusa göre daha yüksek ve yaşam beklentilerinin daha düşük olduğu belirtilmektedir (1). Şizofreni ve bipolar bozukluk da dahil olmak üzere KRH'ı olan bireylerin, olmayan bireylere göre iki üç kat daha yüksek ölüm oranlarıyla karşı karşıya olduğu belirtilmektedir (2). Kanser, dünyada 2020 yılında 10 milyon ölüme veya altı ölümden birine neden olmuş önde gelen ölüm nedenidir (3). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) alt kuruluşu Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (International Agency for Research on Cancer/ IARC) verilerine göre 2022 yılında dünyada tüm kanser türleri için 19.3 milyon yeni vaka ve 10 milyon ölüm bildirilmiştir (4). IARC'a bağlı GLOBOCAN veritabanı, dünyada en yaygın görülen kanser türünün meme kanseri olduğunu ve yeni vakaların %11.7'sini oluşturduğunu yayınlamıştır (4). Türkiye' de 2018 yılında toplam kanser insidansı 225.2/100.000' dir (5). GLOBOCAN verilerine göre Türkiye' de 2022 yılında 2540.013 yeni kanser vakası ve 129.672 ölüm bildirilmiştir (6). Türkiye' de meme kanserinin görülme oranının %10.5 oranıyla tüm kanser türleri arasında ikinci sırada yer aldığı belirtilmiştir (6). Kanserin genel nüfusta yaygın olmasının yanı sıra özellikle toplumlarda KRH'ı olan bireylerde yaygın olarak görüldüğü belirtilmektedir (7). Kanser, kronik psikiyatri hastalarında erken ölümlerin yaklaşık %20'sini oluşturmaktadır (8). KRH'a sahip olan bireylerde yaşam süresi ve yaşam kalitesini önemli derecede etkileyebilen kanserin yaygın olarak görülebildiği, kanser tarama ve teşhiste gecikmelerin olabildiği belirtilmektedir (2). Şizofreni hastalarında ölüm oranlarını azaltmak için son yıllarda birçok tedavi kılavuzunda kardiyovasküler ve metabolik sağlığın izlenmesi önerilirken, kanser taraması konusunda net bir öneri bulunmamaktadır (9,10). Literatürde yer alan çalışma sonuçları incelendiğinde KRH'ı olan kişilerde tüm kanser türleri için bilgi, tutum ve taramalarının sağlıklı popülasyona göre daha düşük olduğu görülmektedir (10).

Uluslararası literatürde yer alan çalışmalarda bazı spesifik kanser türlerine yönelik KRH'ı olan kişilerin tarama durumlarının ortaya koyulduğu görülmektedir (2-11). Araştırmalarda KRH'ı olan kadınların meme ve rahim ağzı kanseri taraması yaptırma oranlarının, KRH'ı olmayan benzer kadınlara göre daha düşük olduğu belirtilmektedir (2,11). Şizofreni hastalarında meme kanseri görülme oranı şizofreni olmayanlara veya genel popülasyona göre daha yüksektir (11). Hwong ve

arkadaşlarının (2019) şizofreni hastalığı olan kadınlarla olmayan kadınların meme kanseri taraması yaptıрма durumlarını inceledikleri sistematik derleme ve meta analiz çalışması sonucunda şizofrenisi olan kadınların şizofrenisi olmayan kadınlara göre mamografi taraması yaptıрма olasılığının daha düşük olduğunu saptamışlardır (12). Aggarwal ve arkadaşlarının (2013) ABD’de k KRH’ı ronik ruhsal hastalığı olan kadınlarda meme kanseri taramasındaki eşitsizlikleri belirlemek amacıyla yaptıkları sistematik derleme çalışması sonucunda KRH’ı olan kadınlarda kanser tarama oranlarının düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (13). Türkiye’de şizofreni hastalarında meme kanseri farkındalığı değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmanın sonucunda hasta grubunun meme kanseri konusunda farkındalığı şizofrenisi olmayan kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (10). Literatürde bu konuda sınırlı sayıda yapılmış çalışma bulunmakta olup Türkiye’de ise bu konuda yapılmış başka bir çalışmaya ulaşamamıştır.

KRH’ı olan kişilerin toplumdaki konumları, toplumda kabul edilmeleri ya da toplumdan soyutlanmaları, bu kişilerin başta yakınları dahil olmak üzere toplumun hastalığa karşı bakış açısı ile doğrudan alakalıdır (7). KRH’ı olan bireylerin sağlık hizmetlerinden yeterli düzeyde faydalanamaması ve olumsuz sağlık koşullarının varlığı erken ölümlerle ilişkili faktörlerdir (1). Kanser önleme ile ilişkili olumsuz sağlık koşullarının çoğu değiştirilebilir faktörlerdir (1). Bu konuda psikiyatri hemşireleri kanserden koruma ve erken teşhiste KRH’a sahip olan kişiler için anahtar role sahiptirler (1). Psikiyatri hemşireleri, KRH’ı olan bireylerin, farkındalıklarının artırılması, kansere karşı ilgili koruyucu önlemler alması ve erken tanı ve tarama programlarına katılımlarını sağlamada aktif rol alabilirler (14). KRH’ı olan kişilerin bakımında genellikle ruhsal yakınmalara odaklanılmaktadır ve bu durum fiziksel belirtilerin ihmal edilebilmesine neden olmaktadır. Bu nedenle KRH’ı olan bireylerde kanser bilgi düzeyinin ve kanser taramalarına ilişkin bilgi, tutum ve farkındalıklarının belirlenmesine gereksinim olduğu görülmektedir. Literatürde var olan sonuçlar bu konuda özellikle Türkiye’de KRH’ı olan bireylerin kansere yönelik farkındalık durumlarının ne düzeyde olduğunu yeterince ortaya koyamadığını düşündürmektedir. Bu nedenle bu çalışmada KRH’ı olan ve olmayan bireylerin kadınlarda sık görülen meme kanserine yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarının karşılaştırmalı olarak saptanması amaçlanmıştır. Bu çalışmadan elde edilecek sonuçların KRH’ı olan

bireylere meme kanserini önleme ve erken teşhise yönelik yapılacak hemşirelik girişimlerine ışık tutacağı düşünülmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, KRH'ı olan ve olmayan kadınların meme kanserine yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser ve Kanser Yaygınlığı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre kanser; anormal hücrelerin normal sınırlarının ötesinde vücudun bitişik kısımlarını istila edebilecek ve/veya diğer organlara yayılabilecek şekilde büyümesiyle, vücudun hemen hemen her organında veya dokusunda başlangıç gösterebilen bir hastalık grubudur (3). Vücudun herhangi bir yerinde ortaya çıkabilen ve zengin, fakir, kadın, çocuk, erkek, genç, yaşlı, herkesi etkileyebilen kanser; yalnızca hastalara değil, hastaların aileleri ve toplumlar üzerinde de büyük bir yük oluşturmaktadır (3).

Kanser, dünya üzerinde 2020'de tahminen 10 milyon ölüme veya altı ölümden birine neden olan, dünya çapında önde gelen ölüm nedenidir (3). DSÖ'nün verilerine göre dünyada her sene altı milyondan fazla insan kansere yakalanmakta bunlardan beş milyon insan hayatını kaybetmektedir (3). Türkiye'de 2018 yılında yaşa standardize kanser hızı kadınlarda ise 188/100.000, erkeklerde 262.4/100.000'dir. Toplamda kanser insidansı ise 225.2/100.000'dir. Türkiye'de 2018 yılında toplam 211.273 kişi kanser teşhisi almıştır. Türkiye'de kanser prevalansının kadın ve erkeklerde Amerika, Avrupa, Kanada, Avustralya gibi bölgelere göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (5).

Erkeklerde akciğer, mide, prostat, karaciğer ve kolorektal kanser en sık görülen kanserler iken kadınlarda meme, kolorektal, servikal ve tirod kanserleri en sık görülen kanserlerdir (15).

2.2. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Meme kanseri, meme bezlerinde oluşan bir dizi maligniteyi tanımlamaktadır (16). Meme kanserlerinin çoğunluğu adenokarsinomlardır ve adenokarsinom vakalarının %85'i meme kanallarından, %15'i ise lobüler epitelden kaynaklanır (17). Meme kanseri genellikle memede bir yumru olarak ortaya çıkar ve genellikle ağrısızdır (18). Ancak meme kitlelerinin %90'ı fibroadenomlar, kistler ve fibrokistik değişiklikler gibi iyi huylu yapıdadır (18). Meme kanserleri sert, hareketsiz, düzensiz veya sabit özelliklere sahip olabilen meme ve/veya koltuk altı kitlesi, memede şişme

veya şekil ve boyutta değişiklik, eritem, çukurlaşma, ülserasyon gibi cilt değişiklikleri ve meme ucunda içe doğru çökme, deri değişikliği veya akıntı gibi değişiklikler şeklinde ortaya çıkabilmektedir (19).

Meme kanseri risk faktörlerini değiştirilebilir ve değiştirilemeyen risk faktörleri oluşturmaktadır (20). Bu risk faktörleri Tablo 1’ de yer almaktadır.

Tablo 1. Meme Kanserinin Değiştirilemeyen ve Değiştirilebilir Risk Faktörleri

<u>Değiştirilemeyen faktörler</u>	<u>Değiştirilebilen faktörler</u>
Kadın cinsiyeti	Hormon replasman tedavisi
Yaşlılık	Dietilstilbestrol
Aile öyküsü	Fiziksel aktivite
Genetik mutasyonlar	Fazla kilo/ obezite
İrk / etnik köken	Alkol kullanımı
Hamilelik ve emzirme	Sigara içmek
Adet dönemi ve menopoz	Vitamin yetersizliği
Meme dokusunun yoğunluğu	Kimyasallara maruz kalma
Geçirilmiş meme kanseri öyküsü	İşlenmiş gıda tüketimi
Malignite olmayan meme hastalıkları	Diğer ilaçlar (antihipertansif ilaçlar (örneğin kalsiyum kanal blokerleri, anjiyotensin II dönüştürücü enzim inhibitörleri) ve NSAID'ler (aspirin, ibuprofen dahil), antibiyotikler, antidepresanlar, statinler,)

Meme kanseri gelişiminde ileri yaş, kadın olma, çocuk sahibi olmama, kısa emzirme süresi, fazla kilo gibi önemli risk faktörleri vardır (21). Özellikle memenin aktif olarak gelişim gösterdiği 10-14 yaş aralığında toraks bölgesine yapılan terapötik radyoterapi işlemi gibi radyasyona maruz kalma durumu meme kanseri riskini arttıran faktörler arasındadır (22).

Meme kanseri riski, menarş yaşının genç olması, menopoz yaşının ileri olması, daha az çocuk sahibi olmak ve emzirme süresinin kısa olması ile artabilmektedir (23). Obezite ve menopoz sonrası fazla kilo alan kadınlarda meme kanseri riskin iki katına

çıkmaktadır (19). Alkol tüketiminin 2020'de teşhis edilen yeni kanser vakalarının yaklaşık %4'üne etki ettiği belirtilmektedir (24).

Tüm meme kanseri vakalarının %5 ila %10'unu genetik faktörler, oluşturmaktadır (25). BRCA1 ve BRCA2 genleri, meme kanseri duyarlılığını artıran en önemli genlerdir (25). Ailede meme kanseri öyküsünün varlığı da önemli bir risk faktörüdür (25). Kişinin, birinci derece akrabasında meme kanseri varlığı, bireyde meme kanseri görülme riskini 1.80 kat artırabilmektedir (26).

Hormon Replasman Tedavisi (HRT) uygulanan kadınlarda ise uygulanan tedavinin şeklinden bağımsız, kişinin meme kanserine yakalanma riskini arttırabildiği belirtilmiştir (27).

2.3. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Meme kanseri önemli bir küresel sağlık sorunudur. 2020 yılında kaydedilen yaklaşık 2.26 milyon vaka ile dünyada en sık teşhis konulan kanser türüdür ve kadınlarda kansere bağlı ölüm nedenlerinden önde gelendir (28). Dünya üzerinde en sık görülen akciğer kanserinden sonra ikinci sıradaki kanser meme kanseridir. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan çoğu ülkede kadınlar için en sık görülen kanser türüdür (16). 14 Şubat 2021'de DSÖ, dünyada tüm yeni tanı konulmuş kanser çeşitlerinde %11.7 oranıyla meme kanserinin ilk sıraya yükseldiğini açıklamıştır (29). Türkiye'de kadınlarda kanser görülme oranlarında meme kanseri 41.6/100.000 oranı ile ilk sırada yer almakta ve meme kanserinin kadınlardaki görülme yaşı giderek düşmektedir (30). Türkiye'de mevcut verilere göre meme kanseri sıklığı oranları ülkenin doğusunda 20/100.000 ve batısında 40-50/100.000 şeklinde tahmin edilmektedir (31). Kadınlarda en sık görülen kanser türünün meme kanseri olması ve görülme sıklığındaki artışa bağlı olarak toplumda meme kanseri tarama programları ve meme kanseri farkındalığı ciddi önem taşımaktadır (32). Kadınlarda yaşam boyunca meme kanserine yakalanma riski erkeklere oranla neredeyse 100 kat yüksektir (33). Meme kanserinde en önemli risk faktörü artan yaştır (33). Otuz yaşında bir kadında ileriki zamanlarda 10 yıl boyunca meme kanserine yakalanma olasılığı 1/250 iken, 70 yaşındaki bir kadında bu oran 10 kat artıp 1/27'e yükselmektedir (33).

KRH'ı olan kişilerde meme kanseri insidansı, sağlıklı popülasyona göre daha yüksektir (34). Şizofreni hastalarında yapılmış meta analiz çalışmaları (İgley ve ark.

2017, Zhuo ve ark. 2018), KRH'ı olan kişilerde yüksek bir mortalite oranı bildirmiş olsa da bazı çalışmalar genel popülasyonla aynı insidans oranlarını göstermektedir (35,36).

2.4. Meme Kanserinin Tedavisi

Meme kanserinin tedavisi kanserin alt tipine ve meme dışında lenf nodlarına veya vücudun diğer bölgelerine ne kadar yayıldığıyla ilişkilidir (3). Tedavi yöntemleri arasında tümörü çıkarmak için cerrahi planlanması, meme ve çevre dokularda tekrarlama riskini azaltmak için radyoterapi tedavisi, kanser hücrelerini öldürmek ve yayılmasını engellemek için farmakolojik tedavi, hormonal tedaviler, kemoterapi tercih edilebilmektedir (3). Cerrahi yöntemle kanserli doku çıkarabilmekte (lumpektomi) veya tüm meme dokusu alınabilmektedir (mastektomi) (3). Cerrahide ayrıca kanserin yayılma potansiyelini değerlendirilerek lenf nodları da çıkarabilmektedir. Meme kanseri tedavilerinin etkinliği tedavinin tam ve etkili bir şekilde uygulanmasına bağlıdır (3).

2.5. Meme Kanserinde Korunma

DSÖ, 2021 yılında küresel sağlık sorunu olan meme kanserini kapsamlı bir şekilde ele alıp, sağkalım oranlarını iyileştirmeyi amaçlamak için Küresel Meme Kanseri Girişimi'ni başlatmıştır (37). DSÖ, küresel meme kanseri mortalitesini her yıl için %2,5 oranında azaltıp, 2020 ve 2040 yılları aralığında meme kanserine bağlı ölümleri küresel olarak 2,5 milyon oranında önlemeyi hedeflemektedir (37). Küresel meme kanseri mortalitesinin her yıl için %2,5 oranında azaltılması, 2030'a kadar 70 yaş altındaki kadınlar arasında meme kanserine bağlı ölümlerin %25'inin ve 2040 yılına kadar %40'ının önlenebileceği anlamına gelmektedir. DSÖ, bu hedeflere ulaşmak için erken tanı, kapsamlı meme kanseri yönetimi (3,37), sağlık hizmeti sunumu konusunda toplum temelli eğitime, kanser damgasını ele almaya ve obeziteyle mücadele gibi risk değiştirme stratejileri geliştirmeye odaklanmıştır (37).

Meme kanserini önlemede kesin bir yol bulunmamakla birlikte alınabilecek bazı önlem ve yapılabilecek uygulamalar ile meme kanseri riski azaltılabilir (38). Meme kanserinden korunmada değiştirilebilir risk faktörlerine ilişkin risk azaltıcı yaklaşımlar uygulamak sağ kalım avantajı sağlama ve yaşam kalitesini yükseltmek

için birincil koruma yöntemleri arasında uygulanabilmektedir (38). Bu kapsamda önce bireysel risk değerlendirilmesi yapmak, sonra sağlığı geliştirme, yaşam şekli değişiklikleri ve kemoprevansiyon (ilaçla önleme) uygulamalarını gerçekleştirmek yer alır (38).

Sağlığı geliştirme ve yaşam şekli değişiklikleri kapsamında; yaşam kalitesini yükseltmek ve sağlıklı bir yaşamın devamlılığına fayda sağlayabilecek davranışlar hakkında bilinçlendirme ve davranış değişikliği sağlamak amaçlanmaktadır (38). Düzenli egzersiz/spor yapmak, dengeli ve yeterli beslenmek, kilo kontrolü ve özellikle menopozdan sonra kilo takibi, emzirmeye teşvik, sağlığa zarar verebilecek davranışlardan kaçınmak (alkol, sigara, stres vb.) bu alanda yer almaktadır (39).

Kemoprevansiyon; kadınlarda orta ya da yüksek risk için koruyucu/önleyici tıbbi tedavi; yüksek risk için önleyici cerrahi yöntemleri içermektedir. (38). Risk azaltmak için ilaç tedavisi; kadınlarda orta ve yüksek risk için, östrojen antagonisti olarak etkisi olan raloksifen (Evista) ve tamoksifen (Nolvadex) tercih edilmektedir (40). İki ilacın memede antiöstrojen etkiyle epitel hücre proliferasyonunu önleyip, meme kanserinde riski azalttığı fakat raloksifenin daha düşük düzeyde endometriyal yan etkiye neden olduğu belirtilmektedir (40). Risk azaltmak için cerrahi tedavi; meme kanseri için yüksek riskli kadınlarda, koruyucu olarak mastektomi ve risk azaltmak için ooferektomi girişimleri yer alır (38).

Profilaktik/koruyucu mastektomi; bir meme dokusunda meme kanseri bulunan kişide tekrarlayan biyopsi işlemlerinde atipik hiperplazi olması ve BRCA1 ve BRCA2 gen mutasyonu bulunan kişilerde meme kanseri riskini azaltmak için tercih edilen birincil korunma yöntemidir (41). Bu yöntem %100 koruma sağlamayıp meme kanseri riskini %90 oranında azaltmaktadır (41).

Ooferektomi; risk altındaki over dokusunun çıkartılarak over kanseri riskinin azaltılmasıdır. Operasyon sonrası over hormonlarının salgılanmasının durmasıyla meme kanseri görülme riskinde önemli düzeyde azalma sağlanmaktadır (42).

İkincil korunma yöntemleri; meme kanserinin erken dönemde belirlenmesi ve tarama odaklıdır (38). Amaç, kişilerde iyileşme şansının arttırıp ölüm oranının düşürülmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesidir (38). Bunun için Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) ve Klinik Meme Muayenesi (KMM)'nden faydalanılabilir (41).

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu'nun hazırladığı Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları tarama amaçlı mamografinin yaşı 40-69 arası olan kadınlarda iki senede bir yapılmasını önerilmektedir (43,44).

Meme kanserinin erken dönemde belirlenebilmesi için KKMM ve KMM sıkça önerilen tarama yöntemleridir (45). Amerikan Kanseri Enstitüsü ve Amerikan Kanseri Birliği, kadınların 20-40 yaş aralığında her üç senede bir, 40 yaşın üstünde ise her sene sağlık profesyoneline KMM yaptırmaları gerektiğini önermektedir (45).

Birincil ve ikincil korunma yöntemlerine ek olarak meme kanserinden korunmada yaşam tarzı alışkanlıkları önem taşımaktadır (29). Diğer kanser türlerinde olduğu gibi; uygun şartlarda hazırlanmış gıdaların tercihi, sebze ve meyve ağırlıklı sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazanılması, spor/fiziksel aktivite, sağlıklı kiloda olmak, sigara ve alkolden uzak durmak fayda sağlayabilecektir (29,46). Ayrıca emzirme meme kanseri riskini azalttığı için annelere bebeklerini en az 2 yıl boyunca emzirmek önerilmektedir (29).

2.6. Kronik Ruhsal Hastalıklar

KRH'lar; şizofreni, bipolar affektif bozukluk, şizoaffektif bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, diğer psikotik bozukluklar, yineleyen majör depresyon ve madde bağımlılığı dahil olan ve kişinin iş ve sosyal hayatını, öz bakım becerilerini etkileyerek işlevselliğini bozup problemlere sebep olan hastalıklardır (47). Kişilerde uzun süreli tedavi gerektirip, bireyin topluma uyumunda sorunlara neden olabilmektedir (48). Bu kişiler toplumda bulunduğu yaşa ait uygun entelektüel becerilerini göstermekte ve toplumsal rollerini yerine getirmekte sorunlar yaşayabilmektedirler (47).

2.6.1. Bipolar bozukluk

Bipolar bozukluk (BB); duygudurumun iki ucunda belirli dönemlerde ortaya çıkıp ataklarla tekrarlayan bir hastalıktır (49). Belirli bir düzene bağlı olmadan yineleyen mani, hipomani, depresyon veya karma ataklar ile seyredip bu ataklar arasında bireyin tamamen sağlıklı duygudurumuna dönebildiği, kronik seyirli duygudurum bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (50).

Depresif durum tarihte sistematik şekilde ilk kez hipokrat tarafından melankoli şeklinde tanımlanmış, mani ve melankolinin yineleyen şekilde ortaya çıkmasıyla meydana gelen bu tablo Falret ve Baillarger tarafından 19. yüzyılda “döngüsel çılgınlık” olarak tanımlanmıştır (51). Kraepelin ise bu klinik tabloyu hastalık olarak belirtip “manik depresif çılgınlık” olarak tanımlamıştır (51). 1952 yılında psikiyatrik hastalıklarda standardizasyon için oluşturulan “Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırması I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM)” kitabında “manik depresif reaksiyon” olarak, DSM-II’de “manik depresif hastalık” adıyla “duygulanım bozuklukları” başlığı içinde, DSM-III’de ise atak kriterleri belirtilerek duygudurum bozuklukları bipolar ve unipolar isimleriyle iki farklı tip halinde, DSM-IV’de ise “duygudurum bozuklukları” başlığı içinde iki ayrı tür şeklinde değerlendirilip bipolar ve unipolar ismiyle yer almıştır (51). 2013 yılında DSM-V’te “Bipolar ve İlişkili Bozukluklar” başlığı altında ele alınmış, karma epizod kaldırılmış, karma özellik manik ya da depresif epizodlarda bir belirteç olarak kullanılarak yerini “karma özellikli mani/hipomani ya da depresif epizod”a bırakmıştır (52). DSM-V’e göre bipolar affektif bozukluk mani dönemi benlik saygısında artış, büyüklük düşünceleri, fazla konuşma, aşırı neşeli olma, fikir uçuşması, taşkın duygudurum, amaca yönelik etkinlikte artma, aşırı para harcama gibi belirtiler ile karakterize edilirken, depresif dönem uyku sorunları, ilgisizlik, zevk kaybı, çökkün duygudurum, bitkinlik, değersizlik yada aşırı suçluluk duyguları, yineleyici kendine zarar verme düşünceleri gibi belirtilerle karakterize edilmektedir (53).

2.6.2. Şizofreni

Şizofreni çoğunlukla genç yaşlarda başlayıp, ilerleyişi kişiden kişiye farklılık gösteren, duygudurumun tüm alanlarını etkileyerek semptomlar gösteren ve büyük oranda yeti yıkımıyla sonuçlanan bir hastalıktır (54). Bir başka tanımla şizofreni pozitif semptomlar; sanrı/varsanı gibi, negatif semptomlar; duygulanımda sığlaşma, sosyal izolasyon, konuşmada azalma/sessizleşme ve düşünce içeriğindeki değişiklikler, bilişsel belirtilerle; dikkat dağınıklığı, bellekte bozulma ile karakterize kişide duygu, düşünce süreçleri ve algılamayı etkileyip farklı tablolarla ortaya çıkıp, çoğunlukla 25 yaşından önce başlayıp, kişiler arası ilişkileri ve bireyde mesleki işlevselliği bozan ve yeti kaybına neden olan, çok yönlü ruhsal bir hastalıktır (55).

Şizofreni tanısı klinik belirtiler üzerinden değerlendirilmektedir (56). Hastalığın tanısında kullanılan sınıflama sistemi DSM'dir (57). İlk defa 1952'de yayınlanan DSM-I'de 'şizofrenik reaksiyon' olarak tanımlanıp, 1968'de DSM-II'de 'şizofreni' adı ile tanımlanmıştır. Daha sonra yayınlanmış olan DSM-III ve DSM-IV'de ise şizofreni tanı ölçütleri detaylandırılarak, hastalık belirtilerinin süresi ve ayırıcı tanısı üzerinde durulmuştur (58). DSM-V'te ise 'şizofreni spektrumu ve psikozla giden diğer bozukluklar' ana başlığı içinde yer almıştır (57).

2.6.3. Şizoaffektif bozukluk

Şizoafektif bozukluk şizofreni ve BB özelliklerini taşıyan bir ruhsal hastalıktır (59). Bu hastalık kişide hem psikotik belirtilerin hem de duygudurumda değişikliklerin eşlik ettiği atak dönemleri ile karakterize, uzun vadede genellikle işlevselliği önemli ölçüde etkileyen bir tablo çizer (60).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nce (APA) hazırlanan sınıflandırma kitapçığı DSM I'de şizoafektif bozukluk şizofreninin alt tipi olarak değerlendirilmiştir. DSM-II'de şizofreninin alt tipi olarak kabul edilmeye devam edilmiş fakat eksite ve deprese alt tipler olarak ikiye ayrılmıştır. DSM-III'de ise şizofreni, şizofreniform bozukluk ve majör duygulanım bozukluklarının tanı ölçütlerini karşılamayıp şizofreni ve duygulanım belirtileriyle birlikte görülen bir hastalık olarak tanımlanmıştır (59). DSM-IV 'ten itibaren şizoaffektif bozukluk 'şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar' başlığında yer alıp; DSM-IV ve DSM-IV-R'de şizofreni belirtilerinin 1 ay sürmesi olarak kesin bir süre sınırı eklenip ve şizofreni A tanı ölçütlerinin karşılandığı dönemle birlikte depresif, manik veya karma bir epizodun eşlik etmesi' olarak belirtilmiştir. DSM-V 'te duygudurum belirtilerinin yaşandığı sürenin hastalığın büyük kısmında olması gerektiği, aksi durumda tanının şizoaffektif bozukluk değil şizofreni olacağı tanımlanmıştır (61).

2.7. Kronik Ruhsal Hastalıklar ve Fiziksel Sağlık Sorunları

KRH'a sahip kişilerde ölüm oranları genel nüfusa göre daha fazla, yaşam beklentileri ise genel nüfusa oranla daha düşüktür (1). KRH'ı olan bireylerin bakımında yalnızca ruhsal yakınmalara odaklanılmakta ve bu sebeple fiziksel yakınmalar ihmal edilebilmektedir (62). Kullanılan psikiyatrik ilaçların yan etkileri, fiziksel sağlık sorunları ile ilgili belirtilerin ihmal ve tedaviye uyum eksikliği gibi hastalığa bağlı sebepler bu bireylerde fiziksel sağlık sorunlarını arttırabilmektedir (1). Bunların yanında KRH'ı olan bireylerde alkol, sigara ve madde kullanımı, sağlıklı beslenmemek, fiziksel aktivite/spor ve hijyen eksikliği gibi değiştirilebilir yaşam tarzı alışkanlıkları da fiziksel sağlığı olumsuz etkilemektedir (1). Metabolik komplikasyonlar veya kardiyovasküler hastalıklar, KRH'a sahip bireylerin birçoğunun yaşam süresini kısaltmaktadır (1, 63).

Bipolar bozukluk, şizofreni ve majör depresif bozukluk (MDB) gibi hastalığı olan kişilerde mevcut tanılara ek yaşam kalitesini azaltabilen diyabetis mellitus (DM), kardiyovasküler hastalık, bazı kanser çeşitleri gibi önemli fiziksel sağlık sorunları bu kişilerin yaşam beklentisini genel nüfusa oranla 8-32 yıla kadar azaltmaktadır (64). Ayrıca KRH'ı olan kişilerde genel nüfusa kıyasla; akut bozulmuş glikoz toleransı, metabolik komplikasyon, tip 2 diyabet ve insülin direnci gelişme ihtimalinin daha yüksek (65) diyabete bağlı mortalite ihtimalinin altı kat daha yüksek olduğu belirtilmektedir (64). Vinogradova ve arkadaşlarının 2010 yılında yapmış olduğu diyabet tanısının yanında BAB ve şizofreni gibi KRH'ı olan kişilerle, yalnızca diyabet tanısı olan kişilerin sağ kalım oranlarının incelendiği çalışmada hem KRH hem diyabeti olanların, sadece diyabetli hastalara oranla ölüm oranlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (66). Subashini ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı çalışmada şizofreni hastalığı olan bireylerde diyabet görülme sıklığının (%15.3) şizofreni hastalığı olmayan bireylere kıyasla (%7.3) daha yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir (67). KRH'a sahip olan kişilerin yaklaşık %10-15'i aynı zamanda tip 2 diyabet hastasıdır (63).

KRH'ı olan bireylerin tedavisinde kullanılan ilaçlar fiziksel sağlık problemlerine sebep olan başlıca nedenlerdendir (1). Özellikle yeni kuşak antipsikotiklerin tedavide kullanılması bu konunun önemini arttırmıştır (62). Yeni kuşak antipsikotikler, ekstrapiramidal sistem yan etkilerine ve hiperprolaktinemiye

daha az düzeyde neden olmakta fakat daha fazla metabolik soruna neden olmaktadır (62). Antipsikotik ilaç kullanan KRH'ı olan kişilerde görülen metabolik sendrom, literatürde ilgi çeken bir konudur (1). Avustralya'da yapılan bir çalışmada metabolik sendrom tarama aracı ile taranan 73 hastanın 45'inde (%61.6) metabolik sendrom olduğu tanımlanmıştır (68). İngiltere'de ile yapılan bir çalışmada; en az altı aydır tipik veya atipik antipsikotik kullanan 103 hastanın altısında bozulmuş glikoz dengesi, altısında diyabetis mellitus, sekizinde metabolik sendrom olduğu saptanmıştır (69). Straker ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada KRH'ı olan 89 kişinin 26'sında (%29.2) metabolik sendrom olduğu belirlenmiştir (70). Türkiye'de metabolik sendrom alanında sınırlı sayıda çalışma yapılmıştır. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde şizofreni hastalarında gerçekleştirilen çalışma sonucunda metabolik sendrom sıklığı IDF (Uluslararası Diyabet Federasyonu) tanı ölçütlerince %42.5 olarak tespit edilmiştir (71). Kocaeli Üniversitesi'nde gerçekleştirilen çalışmada ise IDF ölçütlerine göre metabolik sendrom %41 olarak tespit edilmiş ayrıca metabolik sendrom tanısı konulan şizofreni hastalarının hastalık ve tedavi süresinin ve yaş ortalamasının, metabolik sendrom tanısı konmayan şizofreni hastalarına oranla daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (72).

Kanser, KRH'ı olan bireylerde erken ölümlerin yaklaşık %20'sini oluşturmaktadır (8). KRH'ı olan kişiler, kötü yaşam tarzı, sigara içme, fiziksel aktivite yetersizliği, kötü beslenme ve düşük fiziksel sağlık bakımı gibi kanserle ilişkili çeşitli faktörlere maruz kaldıkları için kansere karşı savunmasız bir gruptur (73). Yapılan çalışmaların sonucunda, KRH'ı olan kişilerde genel nüfusa oranla daha yüksek düzeyde kanser riski ve kanser insidansı ve meme kanseri görülme oranı olduğu görülmektedir (11, 73). Sigara içmek, tedaviye sınırlı uyum, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi, işsizlik, bireysel yaşam tarzı faktörleri ve obezite, KRH'ı olan kişiler arasında kanser riski ve kanser tarama farkındalıklarını şekillendirmede oldukça önemli sorunlar olarak yer almaktadır (74). KRH'ı olan kişilerin yaşam süresini ve yaşam kalitesini önemli derecede etkileyebilen kanserin yaygın olarak görülebildiği, kanser tarama ve teşhiste gecikmelerin olabildiği belirtilmektedir (2). James ve arkadaşları tarafından 2017 yılında KRH'ı olan kadınlarda rahim ağzı kanseri tarama oranlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada KRH'ı olan kadınların %20,2'sinin bir yıllık dönemde rahim ağzı kanseri taramasından geçtiği ve tarama oranlarının yetersiz olduğu sonucuna ulaşılmıştır (75). Fujivera ve arkadaşlarının 2019 yılında

yapmış olduğu, şizofreni hastalarında kolorektal kanser tarama programlarına katılımların incelendiği çalışmada katılım oranlarının düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (76). Jessica ve arkadaşlarının 2018 yılında yapmış olduğu KRH'ı olan kadınlarda rahim ağzı kanseri tarama oranlarını belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmanın sonucunda KRH'a sahip olan kadınların tarama oranları genel nüfusa oranla daha düşük bulunmuştur (1).

Araştırmalarda KRH'ı olan kadınların meme ve rahim ağzı kanseri taraması yaptırma oranlarının, KRH'ı olmayan benzer kadınlara göre daha düşük olduğu belirtilmektedir (73,77,88). Şizofreni hastalarında meme kanseri görülme oranı şizofreni olmayanlara veya genel popülasyona göre daha yüksektir (11). Türkiye'de şizofreni hastalarında meme kanseri farkındalığı değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmanın sonucunda hasta grubunun meme kanseri konusunda farkındalığı şizofrenisi olmayan kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (10).

2.8. Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Kadınlar ve Meme Kanseri

Meme kanseri, kadınlarda kansere bağlı ölümlerinin önde gelen nedenleri arasındadır (79). KRH'ı olan kişilerde meme kanseri taramasına yönelik fiziksel sağlık hizmeti sunumunda yetersiz tıbbi bakım ve eşitsizliklerin varlığı söz konusudur (80). KRH tanısı alan kişiler özellikle meme kanseri için risk altındadır (80) ve KRH'ı olan kadınlarda, olmayanlara kıyasla %20-%30 oranında daha düşük meme kanseri tarama oranı olduğu bildirilmiştir (81). KRH'a sahip olan kadınların genel nüfusa oranla mamografi çekirme oranları daha düşüktür (82). Bu kadınlara kanser teşhisi koymak gecikeceğinden daha ileri evrede tespit edilebilmekte ve dolayısıyla erken tedavi alma olasılıkları daha düşük olabilmektedir (82). Hastadan kaynaklı, sağlık hizmeti sağlayıcısı ve sistemden kaynaklanan bazı faktörler meme kanseri tedavi ve sağ kalımda eşitsizliklere neden olabilmektedir (82). Biliş düzeyindeki değişiklikler gibi ciddi psikiyatrik semptomlar, kanser teşhisini anlamayı ve tedaviye başlamayı zorlaştırabilmekte veya gecikmelere yol açabilmektedir (82).

Literatürde KRH'larda meme kanseri riskinin artmasında ve buna bağlı ölüm gibi olumsuz sonuçların saptanmasında çeşitli faktörlerin rol oynadığı ileri sürülmektedir (83). Bu faktörler genetik faktörler, kanser taramaları gibi koruyucu

bakımın daha az kullanılması, sigara, alkol kullanmak gibi davranışsal faktörler, hastalığa bağlı özelliklerden kaynaklı bozulmuş uyum nedeniyle kanser tedavisini erteleme veya tedaviye uymama (83), antipsikotik ilaçların yan etkilerinden kaynaklanan obezite, yüksek prolaktin düzeyi, diyabet (71) kardiyovasküler komorbidite prevalansının yüksek olması, düşük emzirme sıklığı, yetersiz hasta-hekim etkileşimidir (83). KRH'ı olan bireylerde bu faktörlerin etkisini azaltmak için taramaların yapılması meme kanseri insidansının ve ölüm oranlarının etkili bir şekilde azaltması ve erken tanı-tedavi seçenekleri sağlamasıyla en iyi halk sağlığı politikalarından biridir (73). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar teşhisi konan hastaların kanser taramalarına katılma olasılığı daha düşüktür (84) ve çalışmalar meme kanseri için tarama olasılığının genel nüfusun yaklaşık yarısı olduğunu göstermektedir (11,82).

Fujivara ve arkadaşlarının (2017) Japonya'da şizofreni hastalarında kanser taramasına katılım amacıyla yapmış olduğu kesitsel çalışmanın sonucunda, şizofreni hastası olan kadınların mamografi taraması yaptıрма oranlarının düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (76). Mitchell ve arkadaşlarının (2014) KRH'a sahip olan ve olmayan kadınların mamografi taramasına katılma oranlarını belirlemek için yaptıkları meta-analiz çalışmasının sonucunda KRH'ı olan kadınların, olmayanlara göre mamografi taraması yaptıрма oranlarının daha düşük olduğu ve ruhsal hastalık nedeniyle tıbbi bakım almada eşitsizliklerin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (80). Aggarwal ve arkadaşlarının (2013) KRH'a sahip olan kadınlarda meme ve rahim ağzı kanseri taramasındaki eşitsizlikleri belirlemek amacıyla yaptıkları sistemik derleme çalışmasında KRH'ı olan kadınlarda kanser tarama oranlarının düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (85). Hwong ve arkadaşlarının (2020) yapmış olduğu şizofreni hastalarında meme kanseri taraması adlı sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında şizofreni ve diğer psikotik bozuklukları olan kadınların mamografi taraması yaptıрма oranlarının genel nüfusa göre yaklaşık yarı yarıya daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (84). Hong Kong'da KRH'ı olan kişiler arasında meme kanseri tarama davranışı ve bu davranışları etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmada; mamografi taramasına %20.8 oranında katılım olduğu ve klinik meme muayenesi (KMM)'ne katılım oranının %36.5 olduğu bildirilmiştir (86). Hastalar tarafından taramalara katılmada evli olmanın mamografi ve KMM için önemli bir faktör olduğu ayrıca kişinin semptom göstermeden kanser olabileceğine inanmanın,

ailesinde kanser olan birinin olması durumunda kişinin daha yüksek risk altında olacağına inanmanın ve öz yeterliliğin KMM için önemli bir faktör olduğu sonucuna ulaşılmıştır (86). Türkiye’de Gündoğmuş ve arkadaşlarının (2023) şizofreni tanısı almış kadın hastalarda meme kanseri farkındalığının değerlendirilmesi amacıyla yapmış olduğu 35 şizofreni hastası ve 47 sağlıklı bireyden oluşan çalışmada, şizofreni tanılı kadın grubunun meme kanserine ilişkin farkındalığının, erken tanı yöntemleri hakkında bilgi düzeyinin sağlıklı kadın grubuna göre daha düşük ve sağlıklı kadın grubunun düzenli meme muayenesi yapma oranının şizofreni tanılı kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmiştir (10). Bu çalışma Türkiye’de bu konuda yapılmış ve ulaşılan tek çalışmadır.

2.9. Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Kadınlarda Meme Kanseri Yönelik Psikiyatri Hemşireliği Uygulamaları/Rolleri

KRH’ı olan bireylerin sağlık hizmetlerinden yeterli düzeyde faydalanamamaları ve olumsuz sağlık şartları gibi faktörler erken ölümlerin yaşanmasına neden olabilmektedir (87). Bu faktörlerin çoğu değiştirilebilir faktörlerdir. Psikiyatri hemşireleri koruma ve erken müdahale konusunda bu alanda anahtar bir roldedir (87). Psikiyatri hemşireleri, KRH’ı olan kişilerde fiziksel sağlığın kötüleşmesini ve de hastalarının yaşadığı erken ölümlerin önlenmesinde iyileştirme stratejileriyle birlikte katkı sağlayabilirler (88). Fakat bu alanda gerçekleştirilen çalışmaların sonucu, hemşirelerin bu rolü uygulama konusunda kararsız kaldığı ve kendilerini bu konuda yetersiz algılayıp ve güven eksikliği hissettiklerini belirtmektedir (88,89).

Psikiyatri hemşirelerinin KRH’a sahip bireylerin fiziksel bakımı ile ilgili olarak sahip olduğu rolleri en az psikososyal bakımı için sahip olduğu roller kadar önemlidir (89). KRH’ı olan bireyler, ruhsal yakınmalarıyla baş etmeye çabalarırken, bir taraftan da fiziksel yakınmalarla karşı karşıyadır. Bu durum hastaların tedaviye uyumunu ve hastalığın gidişatını zorlaştırabilmektedir (1). Psikiyatri hemşireleri, hastaların daha belirtileri ortaya çıkmadan, gerekli önlemleri alıp, sağlıklı beslenme ve egzersiz programları ile birlikte sağlıklı yaşam davranışlarını kişilere kazandırıp fiziksel yakınmaların önüne geçebilirler (1).

İngiltere’de psikiyatri hemşiresinin, kronik psikiyatri hastalarında fiziksel sağlık ihtiyaçlarının karşılanması konusundaki rollerini belirlemek için yapılan bir literatür incelemesinin sonucunda psikiyatri hemşirelerinin, KRH’ı olan kişilerin fiziksel sağlık ihtiyaçlarının iyileştirilmesi için önemli bir noktada olduğu, doğru eğitimler ile olumlu sonuçlar alınabileceği belirtilmiştir (90). Ayrıca psikiyatri hemşirelerinin, çalıştığı kuruluşlardan destek alıp, sahip olduğu rollerde değişiklik yapmak ve fiziksel sağlığı geliştirmek için olumlu bir tutuma sahip olması gerektiği belirtilmiştir (90). Avusturalya’da psikiyatri hastalarının sağlık bakımı almalarını engelleyen faktörlerin incelendiği çalışmada, alanda çalışan sağlık çalışanları tarafından hastaların belirttiği fiziksel şikâyetlerin göz ardı edilmesi, bu şikâyetlerin psikosomatik olarak kabul edilip psikiyatri uzmanlığı olmayan doktorların psikiyatri hastalarına hizmet vermede isteksiz oluşu, ruh sağlığı hizmetlerinde genel tıbbi muayene için zaman ve kaynağın olmaması, hastaların yaşadığı tıbbi sorunları açıklama konusundaki yetersizliği, yaşam tarzı değişikliklerine ilişkin zorlukların yer aldığı belirtilmiştir (91). Literatürde KRH’a sahip olan bireyler için birçok izlem aracı geliştirilip, yapılan araştırmalar sonucunda fiziksel sağlığı iyileştirebilmek için sağlıklı yaşam davranışları kazandırma kapsamında (diyet ve egzersiz gibi) müdahale programları hazırlanmıştır (1). Türkiye’de bu tipteki çalışmalar az sayıda ve genelde tanımlayıcı tiptedir (10).

Hemşirelik bakımı sadece tıbbi tanıdan ibaret değildir. Psikiyatri hemşireleri, hastaları bir bütün olarak ele alıp hem sosyal hem biyolojik hem de manevi açıdan değerlendirmeli takip etmelidir (92). Psikiyatri hemşireleri, psikiyatri kliniklerinde hastaya ağırlıklı olarak psikiyatrik açıdan bakım vermektedir ve fiziksel sağlık sorunları sorumluluk alanlarında görülmemektedir (1). KRH’ı olan bireylerde ihmal edilebilen fiziksel sağlık sorunlarından biri de meme kanseridir (93).

Psikiyatri kliniklerinde görevli hemşireler, meme kanserine karşı hastalarda risk faktörlerini belirleme, koruyucu önlemler alma, erken tanılama için tarama programlarına katılım teşviği sağlama, kanser farkındalığı için eğitim verme ve diyet ve egzersiz gibi müdahale programlarıyla birlikte sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılmasından sorumludur (89). Psikiyatri hemşireleri eğitici rolünü kullanarak, kliniklerdeki hastalara anlaşılabilir şekilde meme kanseri belirtilerini, kendi kendine meme muayenesini ve tarama programlarını açıklayabilir ve bu sürecin yürütülmesine

ve KRH'ı olan kadınlarda meme kanseri farkındalığının artırılmasına katkı sağlayabilir (92).

KRH'ı olan bireylerde ihmal edilebilen fiziksel sağlık sorunlarından biri de meme kanseridir (93). Bu bireylerde meme kanseri farkındalığı ve tarama programlarına katılım oranları oldukça düşüktür (10). Literatürde yer alan çalışmalar genellikle retrospektif ve KRH'ı olan bireylerin meme kanseri taramalarına katılma durumlarını içermekte olup hastaların bilgi, tutum ve farkındalıklarını araştıran çalışmalar sınırlıdır. Türkiye'de ise her iki durumu araştıran çalışma oldukça az olup sadece Gündoğmuş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya ulaşılmıştır. Gün geçtikçe mortalite ve morbidite oranları artan meme kanserine yönelik risk altında olan KRH'ı olan kadınlarda meme kanseri bilgi, tutum ve davranışlarının ne durumda olduğu konusunda daha fazla farkındalığın ortaya koyulmasına gerek olduğu düşünülmektedir.

Psikiyatri hemşirelerinin KRH'ı olan bireylerde önemli ölçüde görülebilecek meme kanseri gibi fiziksel sağlık sorunlarını önlemede önemli rolleri bulunmaktadır (92). Bu konuda yapılacak girişimlere rehber olması için KRH'ı olan bireylerin meme kanseri farkındalıklarının, bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi ilk adım olacaktır. Bu nedenle bu çalışmada amaç; KRH'ı olan ve olmayan bireylerin kadınlarda sık görülen meme kanserine yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarının karşılaştırmalı olarak saptanmasıdır. Bu çalışmadan elde edilecek sonuçların KRH'ı olan bireylerde kanseri önleme ve erken teşhise yönelik yapılacak hemşirelik girişimlerine ışık tutacağı düşünülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma karşılaştırmalı, tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Mart 2024 ve Aralık 2024 tarihleri arasında Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkez (TRSM)'ine kayıtlı KRH'ı olan kadınlar ile, Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Karadeniz Ereğli'de yer alan Fikri Oğuz Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nde kayıtlı KRH'ı olmayan kadınlar ile yürütülmüştür.

Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi TRSM birimi tek katlı bir binadan oluşmaktadır. Binanın giriş kısmında bir bahçesi bulunmaktadır. Binanın içinde ise ilk girişte güvenlik ve bina içerisinde uzman doktor odası, hemşire odası, etkinlik odası, mutfak, kadın ve erkek tuvaletleri yer almaktadır. Hastalar gün içinde halk eğitimden gelen hocalar ile hemşire eşliğinde etkinlikler yapmakta, takip edilmekte ve uzman doktor ile görüşmeler sağlayabilmektedir. Kurumda bir hemşire, bir psikolog, bir sosyal hizmetler uzmanı ve bir uzman doktor görev yapmaktadır. Kurumda meme kanseri ve tarama programlarına yönelik eğitim hizmeti bulunmamaktadır.

Fikri Oğuz ASM birimi iki katlı bir binadan oluşmaktadır. ASM'de görevli üç doktor bulunmaktadır. Bina içerisinde üç adet doktor odası, bir hemşire odası, bir pansuman odası, tuvalet ve bekleme alanı bulunmaktadır. Kurumda üç doktor, beş hemşire görev yapmaktadır. Kurumda hemşireler tarafından meme kanseri ve tarama programlarına yönelik eğitim verilmekte olup mamografi çekimi için hastalar ilgili birimlere yönlendirilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi TRSM biriminde kayıtlı olan 18-65 yaş arasındaki 199 kadın ile Fikri Oğuz ASM'ye kayıtlı 18-65 yaş arasındaki 550 kadın oluşturmaktadır. TRSM'de toplam kayıtlı kadın hasta sayısı 199'dur. Bu çalışmada TRSM'de kayıtlı KRH'ı olan kadın hasta sayısı 199 olduğu

için örneklem büyüklüğü hesabına gidilmemiş olup Mart 2024 ve Aralık 2024 tarihleri arasında amaçlı örnekleme yöntemi ile seçilen ve araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyup çalışmaya katılmaya gönüllü olan Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi TRSM birimindeki KRH'a sahip 109 kadın hasta araştırmanın örneklemine dahil edilmiştir. Fikri Oğuz ASM'de kayıtlı KRH'ı olmayan aynı sayıdaki kadınlar da araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

KRH'ı olan ve KRH'ı olmayan kadınların araştırmaya dahil edilme ve araştırmadan dışlama kriterleri Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2. Araştırmaya dahil edilme ve dışlama kriterleri

KRH'ı olan kadınların dahil edilme kriterleri	KRH'ı olmayan kadınların dahil edilme kriterleri
Çalışmaya katılmaya istekli olmak 18-65 yaş arasında olmak Türkçe okuma- yazma bilmek KRH'ıa sahip olmak TRSM birimine kayıtlı olmak Kanser tanısı almamış olmak Araştırma sorularını anlama ve cevaplamaya engel oluşturacak bir bozukluğa sahip olmamak	Çalışmaya katılmaya istekli olmak 18-65 yaş arasında olmak Türkçe okuma- yazma bilmek KRH'a sahip olmamak Herhangi bir psikiyatrik tedavi almıyor olmak ASM'ye kayıtlı olmak Kanser tanısı almamış olmak Araştırma sorularını anlama ve cevaplamaya engel oluşturacak bir bozukluğa sahip olmamak
KRH'ı olan kadınların dışlama kriterleri	KRH'ı olmayan kadınların dışlama kriterleri
Çalışmaya katılmaya istekli olmamak 18 yaşından küçük, 65 yaştan büyük olmak Türkçe okuma-yazma bilmemek TRSM birimine kayıtlı olmamak Mevcut kanser tanısı varlığı olması Hastalığın akut atak döneminde veya acil tıbbi müdahale gerektirecek durumda olmak Araştırma sorularını anlama ve cevaplamaya engel oluşturacak bir bozukluğa sahip olmak (bilişsel bozukluk, mental retardasyon vb.)	Çalışmaya katılmaya istekli olmamak 18 yaşından küçük, 65 yaştan büyük olmak Türkçe okuma-yazma bilmemek KRH tanısına sahip olmak Herhangi bir psikiyatrik tedavi alıyor olmak Mevcut kanser tanısı varlığı olması ASM'ye kayıtlı olmamak Araştırma sorularını anlama ve cevaplamaya engel oluşturacak bir bozukluğa sahip olmak (bilişsel bozukluk, mental retardasyon vb.)

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bu araştırmanın bağımsız değişkenleri kişisel bilgi formundan elde edilen verilerdir. Araştırmanın bağımlı değişkeni ise meme kanseri farkındalık ölçeği puanıdır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmanın verileri ‘Kişisel Bilgi Formu’ ve ‘Meme Kanseri Farkındalık Ölçeği’ kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Kişisel bilgi formu

Araştırmacılar tarafından konuya ilişkin literatür bilgilerine dayanarak oluşturulan form üç bölümden oluşmaktadır (10,94). Birinci bölüm sosyodemografik verilerden (yaş, medeni durum, cinsiyet, çalışma durumu, eğitim durumu, gelir durumu vb), ikinci bölüm KRH’a ilişkin verilerden (KRH tanısı alma zamanı, ek bir kronik hastalığa sahip olma durumu, tedavisinin devam şekli, KRH tanısı alan yakını olma durumu) ve üçüncü bölüm ise kanser bilgi ve tutumlarını değerlendiren toplam 27 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

3.6.2. Meme kanseri farkındalık ölçeği (MKFÖ)

Linsell ve arkadaşları (2010) meme kanseri farkındalığını belirlemek amacıyla ölçeği geliştirilmiştir. Baş ve Ursavaş tarafından (2021) ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması gerçekleştirilmiştir (95). Ölçek meme kanseri farkındalığını belirlemek için belirtiler (11 madde), meme muayenesi sıklığı (1 madde) ve meme kanseri yaşını (1 madde) içeren toplam 13 maddeden oluşmakta olup ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Belirtilerden 5 tanesini doğru söylendiğinde 1 puan, en yaşlı kadın cevabı işaretlendiğinde 1 puan ve ayda bir kez meme muayenesi 1 puan olarak kodlanmaktadır. Yanlış cevaplar 0 puan olup toplam puan 0-3 arasındadır. Ölçekten alınan toplam puan 3’e yaklaştıkça farkındalık yüksek olarak yorumlanmaktadır. 11

maddeli meme kanseri belirtileri soruları iki alt boyuttan oluşmaktadır: kitle alt boyutu (madde 1,2,3,5,9,11), şekilsel değişiklikler ve ağrı alt boyutu (madde 4,6,7,8,10). Ölçek toplam puan cronbach alfa kat sayısı 0.89, kitle alt boyutu cronbach alfa kat sayısı 0.83, şekilsel değişiklikler ve ağrı alt boyutu kat sayısı 0.77 olarak bulunmuştur (95). Bu çalışmada alt boyutlara göre yorumlama yapılmamaktadır ve ölçek toplam puan cronbach alfa kat sayısı 0.86 bulunmuştur (Ek 2).

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi TRSM biriminde kayıtlı olan KRH'ı olan kadınlar ve Fikri Oğuz ASM'ye kayıtlı KRH'I olmayan kadınlar ile yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Araştırmacı ilk olarak TRSM birimindeki hemşire ile TRSM kayıtlarından toplam 199 kadın hasta sayısına ulaşmıştır. Araştırmaya katılma kriterlerini karşılamayan 11 hasta belirlenmiş ve dahil edilmemiştir. TRSM'ye gelmeyen KRH'ı olan hastalara kurum çalışanları tarafından telefonla arama yapılarak ulaşılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul edenlerle araştırmacı tarafından görüşme gerçekleştirilmiştir. Yapılan aramalar sırasında kayıtlı altı hastanın vefat ettiği öğrenilmiştir. 53 kişiye ulaşılamamıştır ve 20 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Araştırmacı her hafta çarşamba, perşembe ve cuma günleri TRSM'yi ziyaret ederek araştırmaya uygun hasta olup olmadığını birimdeki sorumlu hemşireden öğrenip görüşme odasında ilgili anketleri toplamıştır. KRH'ı olan kadınların verileri tamamlandıktan sonra aynı sayıda KRH'ı olmayan kadınların örneklemini için veri toplanmaya başlanmıştır. ASM'de kayıtlı toplam kadın sayısının 550 olduğuna ulaşılmıştır. Araştırmacı her hafta çarşamba, perşembe ve cuma günleri ASM'ye giderek araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan KRH'ı olmayan kadınlardan yüz yüze verileri toplamıştır. Çalışmaya başlarken araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü bireylere araştırma hakkında bilgilendirme yapılmış olup, araştırmada isimlerinin geçmeyeceği ve elde edilen bilgilerin yalnızca araştırma kapsamında kullanılacağı bilgisi verildikten sonra "Aydınlatılmış Gönüllü Onam Formu" imzalatılmıştır. Veri toplama süresi her birey için ortalama 5-10 dk'dır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlere ait veriler ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS) değerleri kullanılarak raporlanmıştır. Kategorik değişkenlere ait verilerde sayı (n) ve yüzde (%) kullanılmıştır.

Sürekli bağımlı değişkenlerin normallik dağılımı varsayımı için Kolmogorov-Smirnov normallik testinin anlamsız çıkması ($p>0,05$), çarpıklık ve basıklık değerleri için çarpıklık ve basıklık katsayılarının $\pm 1,0$ sınırları içinde 0'a yakın olması, histogram grafiğinde çan eğrisinin aranması ve Normal Q-Q Plot grafiğindeki noktaların 45 derecelik çizgi üzerinde veya yakınında olması ve aritmetik ortalama, mod ve medyanın birbirine eşit ya da yakın olması beklenmektedir (96,97). Sürekli değişkenler yukarıdaki özelliklerden büyük çoğunluğunu sağladığı için parametrik testlerden yararlanılmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. MKFÖ'ne İlişkin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Ölçek		Çarpıklık		Basıklık	
		İstatistik Değeri	Hata Değeri	İstatistik Değeri	Hata Değeri
Meme Kanseri Farkındalık Ölçeği	KRH'ı olan kadınlar	0.625	0.231	-0.635	0.459
	KRH'ı olmayan kadınlar	-0.025	0.231	-0.297	0.459
	Toplam	0.217	0.165	-0.810	0.328

Gruplar arasındaki homojenliğin dağılımını belirlemek amacıyla ki-kare analizi yapılmıştır. KRH'ı olan ve olmayan kadınların grup içi değerlendirmesinde, iki gruba sahip bağımsız değişkenlerde (örneğin; cinsiyet değişkeni: kadın ve erkek grupları) bağımsız örneklem t testi (Independent samples t test), en az üç ve üzeri grubu bulanan değişkenlerde (örneğin: gelir durumu değişkeni: az, eşit ve fazla) tek yönlü varyans analizi (one-way ANOVA) kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizinde normal dağılım sağlanmasına rağmen varyansların homojen dağılmadığı durumlarda Welch testi kullanılmıştır (98,99). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek için

post hoc çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni ve Games-Howell yöntemi tercih edilmiştir. Saptanan farklar “1-2-3-4-5” rakamları ve “>” büyüktür simgesi ile gösterilmiştir. KRH’ı olan ve olmayan kadınlar arasındaki değerlendirmede bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır.

Etki büyüklüğü, bir etkinin önemine ilişkin nesnel bir ölçüm sağladığı için önemlidir. Bu ölçüm, sonuçların değerlendirilmesinde dikkate alınması gereken bir istatistiksel parametre olup hipotez testlerinde, etki büyüklüğü değerlerinin hesaplanması ve yorumlanması faydalı olabilir (100). Normal dağılım sağlayan verilerde parametrik testlerde, “d” etki büyüklüğü yorumu; $0.2 \leq d < 0.5$ küçük etki, $0.5 \leq d < 0.8$ orta etki ve $0.8 \leq d$ büyük etki olarak yorumlanması önerilmektedir. Aynı şekilde, “ η^2 ” etki büyüklüğü yorumu; $0.01 \leq \eta^2 < 0.06$ küçük etki, $0.06 \leq \eta^2 < 0.14$ orta etki ve $0.14 \leq \eta^2$ büyük etki olarak yorumlanması önerilmektedir (Cohen, 1988). Çalışma sonucunda G*Power 3.1.9.7 programı kullanılarak yapılan güç analizi hesaplanmıştır ve çalışmanın gücünün 0.99 olduğu hesaplanmıştır (101). Yapılan tüm testlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan (sayı: 2023/23, tarih: 29.11.2023) onay alınmıştır (Ek 3). Araştırmanın yürütüleceği Fikri Oğuz ASM ve Kdz. Ereğli Devlet Hastanesi TRSM kurumlarının bağlı olduğu Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü’nden yazılı izinler (sayı: E-30707382-799-234317334, tarih: 16.01.2024) alınmıştır (Ek 4). Ayrıca araştırmaya katılmayı kabul edip KRH’ı olan ve olmayan kadınlardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır (Ek 5). Araştırmada kullanılan ölçek için kullanım izinleri alınmıştır (Ek 6).

4. BULGULAR

KRH'ı olan ve olmayan kadınların sosyo-demografik özelliklerinin gruplara göre dağılımı Tablo 4'te sunulmuştur.

KRH'ı olan kadınların ortalama yaşı 44.68 ± 10.88 (24-64) iken, KRH'ı olmayan kadınların ortalama yaşı 43.34 ± 10.30 (18-63) olarak bulunmuştur. KRH'ı olan kadınların %40.4'ünün evli, KRH'ı olmayan katılımcıların %77.1'inin evli olduğu belirlenmiştir.

KRH'ı olan kadınların %49.5'inin ilkokul eğitim seviyesinde olduğu, KRH'ı olmayan katılımcıların %47.7'sinin lise ve üzeri eğitim seviyesinde olduğu belirlenmiştir. KRH'ı olan kadınların %82.6'sının, KRH'ı olmayan kadınların %74.3'ünün çalışmıyor olduğu belirlenmiştir. KRH'ı olan kadınların %52.3'ünün geliri giderden az, KRH'ı olmayan kadınların %75.2'sinin geliri giderine eşit veya fazla olduğu belirlenmiştir. KRH'ı olan kadınların %96.3'ünün, KRH'ı olmayan kadınların %91.7'sinin sosyal güvenceye sahip olduğu belirlenmiştir. KRH'ı olan kadınların %59.6'sının, KRH'ı olmayan kadınların %73.4'ünün çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir.

KRH'ı olan kadınların %93.6'sının, KRH'ı olmayan kadınların %89.0'ının düzenli egzersiz yapmadığı belirlenmiştir.

KRH'ı olan kadınların %36.7'sinin obez ve üzeri olduğu belirlenmiştir. KRH'ı olmayan katılımcıların %38.5'inin normal kilolu, %38.5'inin fazla kilolu olduğu belirlenmiştir. KRH'ı olan kadınların %51.4'ünün, KRH'ı olmayan katılımcıların %67.0'ının sigara kullanmadığı belirlenmiştir. KRH'ı olan kadınların %82.6'sının, KRH'ı olmayan kadınların %88.1'inin alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

KRH'ı olan ve KRH'ı olmayan kadınların yaş dağılımının ($p=0.352$), çalışma durumu dağılımının ($p=0.188$), sosyal güvence durumu dağılımının ($p=0.253$), düzenli egzersiz yapma durumu dağılımının ($p=0.337$), beden kitle indeksinin ($p=0.085$), alkol kullanma durumu dağılımının ($p=0.339$) homojenlik gösterdiği saptanmıştır.

KRH'ı olan ve KRH'ı olmayan kadınların medeni durum dağılımının ($p<0.001$), eğitim durumu dağılımının ($p=0.013$), gelir durumu dağılımının ($p<0.001$),

çocuk durumu ($p=0.045$), beden kitle indeksi ($p=0.085$) ve sigara kullanma durumu dağılımının ($p=0.027$) homojenlik göstermediği saptanmıştır.

Tablo 4. KRH'ı Olan ve Olmayan Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı ($n=218$)

Nicel Değişkenler	KRH'ı Olan Kadınlar n=109	KRH'ı Olmayan Kadınlar n=109	İstatistiksel Değerlendirme	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	t	p
	(Min.-Maks.)	(Min.-Maks.)		
Yaş	44.68±10.88 (24-64)	43.34±10.30 (18-63)	0.933	0.352
Kategorik Değişkenler	n (%)	n (%)	χ^2	p
Medeni durum				
Evli	44 (40.4)	84 (77.1)	28.783 ²	<0.001
Bekâr	65 (59.6)	25 (22.9)		
Eğitim durumu				
İlkokul	54 (49.5)	33 (30.3)	8.754 ¹	0.013
Ortaokul	20 (18.3)	24 (22.0)		
Lise ve üzeri	35 (32.2)	52 (47.7)		
Çalışma durumu				
Çalışıyor	19 (17.4)	28 (25.7)	1.736 ²	0.188
Çalışmıyor	90 (82.6)	81 (74.3)		
Gelir durumu				
Geliri gıderden az	57 (52.3)	27 (24.8)	16.288 ²	<0.001
Geliri giderine eşit veya fazla	52 (47.7)	82 (75.2)		
Sosyal güvence				
Var	105 (96.3)	100 (91.7)	1.309 ²	0.253
Yok	4 (3.7)	9 (8.3)		
Çocuk durumu				
Var	65 (59.6)	80 (73.4)	4.037 ²	0.045
Yok	44 (40.4)	29 (26.6)		
Düzenli egzersiz yapma durumu				
Yapıyorum	7 (6.4)	12 (11.0)	0.923 ²	0.337
Yapmıyorum	102 (93.6)	97 (89.0)		
Beden kitle indeksi				
Normal kilolu (18.5-24.9)	35 (32.1)	42 (38.5)	4.940 ¹	0.085
Fazla kilolu (25-29.9)	34 (31.2)	42 (38.5)		
Obez ve üzeri (30-34.9)	40 (36.7)	25 (23.0)		
Sigara kullanma durumu				
Kullanıyorum	53 (48.6)	36 (33.0)	4.861 ²	0.027
Kullanmıyorum	56 (51.4)	73 (67.0)		
Alkol kullanma durumu				
Kullanıyorum	19 (17.4)	13 (11.9)	0.916 ²	0.339
Kullanmıyorum	90 (82.6)	96 (88.1)		

$\bar{x}$: Ortalama, SS: Standart sapma, n: Sayı, %: Yüzde, Min: Minimum değer, Maks: Maksimum değer
 χ^2 : Ki-kare testi, ¹: Pearson ki-kare test değeri, ²: Continuity correction test değeri, TRSM: Toplam ve Ruh Sağlığı Merkezi, ASM: Aile Sağlığı Merkezi.

KRH'ı olan kadınların hastalıkla ilgili özellikleri Tablo 5'de sunulmuştur. KRH'ı kadınların ortalama psikiyatrik hastalık süresi 12.54±7.57 yıl (1-40) olarak

bulunmuştur. KRH'ı olan kadınların %51.4'ü bipolar bozukluk tanısı almıştır. KRH'ı olan kadınların %78.9'u ailede KRH'ı olan kişi bulunmadığını belirtmiştir. KRH'ı olan kadınların %78.3'ünün 1. derece yakınlarında KRH sahibi kişi olduğu belirlenmiştir. KRH'ı olan kadınların %66.1'i antipsikotik kullanmaktadır.

Tablo 5. KRH'ı Olan Kadınların Ruhsal Hastalıkla İlgili Özellikleri (n=109)

Değişkenler	$\bar{x} \pm SS$	Min.- Maks.
KRH tanı süresi (yıl)	12.54 $\pm$ 7.57	1-40
Değişkenler ve Alt Grupları	Sayı (n)	Yüzde (%)
KRH tanısı		
Şizofreni	50	45.8
Bipolar bozukluk	56	51.4
Şizoaftif bozukluk	3	2.8
Aile bireylerinde KRH varlığı		
Var	23	21.1
Yok	86	78.9
Ailedeki KRH sahibi kişi ile yakınlık derecesi*		
1.derece	18	78.3
2.derece	5	21.7
KRH için farmakolojik tedavi şekli**		
Antipsikotik	72	66.1
Antidepresan	20	18.3
Anksiyolitik	1	0.9
Duygudurum düzenleyici	16	14.7

$\bar{x}$: Ortalama, SS: Standart sapma, n: Sayı, %: Yüzde, Min: Minimum değer, Maks: Maksimum değer

*ailede kronik hastalığı olan kişiye var diyenlerin cevabı, **birden fazla cevap verilmiştir.

KRH'ı olan ve olmayan kadınların kanser bilgi ve tutum özelliklerinin gruplara göre dağılımı Tablo 6'te sunulmuştur.

KRH'ı olan kadınların %100.0'nin, KRH'ı olmayan kadınların ise %99.1'inin tedavi edilmiş kanser öyküsünün olmadığı belirlenmiştir. KRH'ı olan kadınların %6.4'ünün birinci derece ailede meme kanseri tanısı olan yakınının olduğu, KRH'ı olmayan kadınların ise %3.7'sinin birinci derece ailede meme kanseri tanısı olan yakınının olduğu belirlenmiştir.

Hormonal kontraseptif kullanımı açısından her iki gruptaki kadınların %0.9'unun hormonal kontraseptif kullandığı belirlenmiştir. KRH'ı olan kadınların %1.8'inin, KRH'ı olmayan kadınların ise %13.8'inin geçmişte meme rahatsızlığı bulunduğu belirlenmiştir. KRH'ı olan kadınların %32.1'inin, KRH'ı olmayan kadınların ise %40.4'ünün meme cerrahisi tarafından muayene edildiği belirlenmiştir. KRH'ı olan kadınların %20.2'sinin, KRH'ı olmayan kadınların ise %52.3'ünün KKMM yaptığı belirlenmiştir. KRH'ı olan kadınların %36.4'ü haftada bir, KRH'ı

olmayan kadınların ise %52.6'sı ayda bir KKMM yaptığı belirlenmiştir. KRH'ı olan kadınların %54.5'inin 20-30 yaşları arasında, KRH'ı olmayan kadınların ise %49.1'inin 31-40 yaşları arasında KKMM yapmaya başladığı belirlenmiştir. KRH'ı olan kadınların %28.4'ünün, KRH'ı olmayan kadınların ise %55.0'ının meme ultrasonu yaptırdığı belirlenmiştir. KRH'ı olan kadınların %26.6'sının mamografi yaptırdığı, KRH'ı olmayan kadınların ise %54.1'inin mamografi yaptırdığı belirlenmiştir.

Meme kanseri erken teşhis ve tarama yapılabilen bir hastalıktır bilgisi açısından KRH'ı olan kadınların %71.6'sının doğru bildiği, KRH'ı olmayan kadınların ise %94.5'inin doğru bildiği belirlenmiştir. KRH'ı olan kadınların %78.9'unun meme kanserinin sadece kadınlarda görüldüğünü düşündüğü, KRH'ı olmayan kadınların ise %57.8'inin aynı düşünceye sahip olduğu belirlenmiştir. KRH'ı olan kadınların %89.9'unun, KRH'ı olmayan kadınların ise %100.0'ının meme kanserini duyduğu belirlenmiştir. KRH'ı olan kadınların %21.1'inin, KRH'ı olmayan kadınların ise %45.9'unun bilgi aldığı belirlenmiştir. Meme kanseri ve erken tanı eğitimi alma kaynağı açısından KRH'ı olan kadınların %56.5'inin KETEM'den, KRH'ı olmayan kadınların ise %62.0'ının ASM'den eğitim aldığı belirlenmiştir.

KRH'ı olan ve KRH'ı olmayan kadınların tedavi edilmiş kanser öyküsü durumu dağılımının ($p=1.000$), birinci derece ailede meme kanseri tanısı olan yakın varlığı durumu dağılımının ($p=0.536$), hormonal kontraseptif kullanımı durumu dağılımının ($p=1.000$), meme cerrahisi tarafından muayene edilme durumu dağılımının ($p=0.260$), KKMM yapma sıklığı durumu dağılımının ($p=0.249$), KKMM başlama yaşı durumu dağılımının ($p=0.059$), eğitim alma kaynağı durumu dağılımının ($p=0.096$) homojenlik gösterdiği saptanmıştır

KRH'ı olan ve KRH'ı olmayan kadınların geçmişte meme rahatsızlığı bulunma durumu dağılımının ($p=0.002$), KKMM yapma durumu dağılımının ($p<0.001$), meme ultrasonu yaptırma durumu dağılımının ($p<0.001$), mamografi yaptırma durumu dağılımının ($p<0.001$), 'meme kanseri erken teşhis ve tarama yapılabilen bir hastalıktır' bilgi durumu dağılımının ($p<0.001$), meme kanserinin sadece kadınlarda görülüp görülmediği düşüncesi durumu dağılımının ($p=0.001$), meme kanserini duyma durumu dağılımının ($p=0.002$), meme kanseri ve erken tanı hakkında bilgi alma durumu dağılımının ($p<0.001$) homojenlik göstermediği saptanmıştır.

Tablo 6. KRH'ı Olan ve Olmayan Kadınların Kansere Bilgi ve Tutum Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı (n=218)

Değişkenler ve Alt Grupları	KRH'ı olan kadınlar n=109	KRH'ı olmayan kadınlar n=109	χ^2	p
	n(%)	n(%)		
Ailede birinci derece yakınında meme kanseri tanısı olma durumu				
Var	7 (6.4)	4 (3.7)	0.383 ²	0.536
Yok	102 (93.6)	105 (96.3)		
Hormonal kontraseptif kullanım durumu				
Kullanıyorum	1 (0.9)	1 (0.9)	-	1.000 ³
Kullanmıyorum	108 (99.1)	108 (99.1)		
Meme cerrahisi tarafından muayene edilme durumu				
Muayene edildim	35 (32.1)	44 (40.4)	1.271 ²	0.260
Muayene edilmedim	74 (67.9)	65 (59.6)		
KKMM yapma durumu				
Yapıyorum	22 (20.2)	57 (52.3)	22.949 ²	<0.001
Yapmıyorum	87 (79.8)	52 (47.7)		
KKMM yapma sıklığı (n=22)\(n=57)				
Haftada bir	8 (36.4)	15 (26.3)	2.784 ¹	0.249
Ayda bir	7 (31.8)	30 (52.6)		
Altı ayda bir	7 (31.8)	12 (21.1)		
KKMM başlama yaşı (n=22)\(n=57)				
20-30	12 (54.5)	15 (26.3)	5.655 ¹	0.059
31-40	7 (31.9)	28 (49.1)		
41-50	3 (13.6)	14 (24.6)		
Meme ultrasonu yaptırma durumu				
Yaptırdım	31 (28.4)	60 (55.0)	14.789 ²	<0.001
Yaptırmadım	78 (71.6)	49 (45.0)		
Mamografi yaptırma durumu				
Yaptırdım	29 (26.6)	59 (54.1)	16.026 ²	<0.001
Yaptırmadım	80 (73.4)	50 (45.9)		
Meme kanseri erken teşhis ve tarama yapılabilen bir hastalıktır				
Doğru	78 (71.6)	103 (94.5)	18.750 ²	<0.001
Yanlış	31 (28.4)	6 (5.5)		
Meme kanserinin sadece kadınlarda görülüp görülmediği düşüncesi				
Evet	86 (78.9)	63 (57.8)	10.263 ²	0.001
Hayır	23 (21.1)	46 (42.2)		
Meme kanserini duyma durumu				
Duydum	98 (89.9)	109 (100.0)	9.574 ²	0.002
Duymadım	11 (10.1)	-		
Meme kanseri ve erken tanı hakkında bilgi alma durumu				
Bilgi aldım	23 (21.1)	50 (45.9)	13.922 ²	<0.001
Bilgi almadım	86 (78.9)	59 (54.1)		
Meme kanseri ve erken tanı eğitimi alma kaynağı (n=23) \ (n=50)				
KETEM	13 (56.5)	14 (28.0)	6.353 ¹	0.096
ASM	9 (39.1)	31 (62.0)		
Hastane	1 (4.3)	2 (4.0)		
Üniversite\Okul	-	3 (6.0)		

n: Sayı, %: Yüzde, H: hesaplanmadı. χ^2 : Ki-kare testi, ¹: Pearson ki-kare test değeri, ²: Continuity correction test değeri, ³: Fisher's Exact test değeri, TRSM: Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi, ASM: Aile Sağlığı Merkezi.

MKFÖ puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması Tablo 7'de sunulmuştur.

KRH'ı olan kadınlarda 0.61 ± 0.67 (0-2) iken KRH'ı olmayan 1.05 ± 0.61 (0-2) olarak belirlenmiştir (Tablo 7). KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeylerinin KRH'ı olan kadınlardan daha yüksek ve aralarındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($t=-4.971$; $p<0.001$). Yapılan etki büyüklüğü hesaplamasında, farkın “orta” düzeyde bir etkiye sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 7. MKFÖ Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

	KRH'ı Olan Kadınlar n=109		KRH'ı Olmayan Kadınlar n=109		t	p	d	Güç
	$\bar{x} \pm SS$	Min.-Maks.	$\bar{x} \pm SS$	Min.-Maks.				Power
MKFÖ	0.61 ± 0.67	0-2	1.05 ± 0.61	0-2	-4.971	<0.001	0.69	0.999

t: Bağımsız örneklem t testi değeri, d: Cohen's d etki büyüklüğü değeri

KRH'ı olan ve olmayan kadınların sosyodemografik özelliklerinin MKFÖ'ne göre puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 8'de sunulmuştur.

Medeni duruma göre KRH'ı olan ve KRH'ı olmayan kadınların MKFÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Evli KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi, evli KRH'ı olan kadınlara kıyasla daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($t=-3.738$, $p<0.001$, $d=0.70$). KRH'ı olmayan bekar kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan bekar kadınlara oranla daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($t=-3.424$, $p=0.001$, $d=0.69$). KRH'ı olan kadınların grup içi medeni durumlarına göre MKFÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t=-0.306$; $p=0.761$).

Eğitim durumuna göre KRH'ı olan ve KRH'ı olmayan kadınların MKFÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi her eğitim düzeyinde KRH'ı olan kadınlara kıyasla daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). KRH'ı olan kadınların grup içi eğitim durumuna göre MKFÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=0.785$; $p=0.459$).

Çalışma durumuna göre KRH'ı olan ve KRH'ı olmayan kadınların MKFÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Hem çalışma hem de çalışmıyor olma durumuna göre KRH'ı olmayan kadınların KRH'ı olan göre MKFÖ puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). KRH'ı olan kadınların grup içi çalışma durumuna göre MKFÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t=0.500$; $p=0.618$).

Gelir durumuna göre KRH'ı olan ve KRH'ı olmayan kadınların MKFÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Tüm gelir durumu düzeylerinde KRH'ı olmayan kadınların MKFÖ puan ortalamaları, KRH'ı olan göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). KRH'ı olan kadınların grup içi gelir durumuna göre MKFÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t=-0.298$; $p=0.767$).

Sosyal güvence durumuna göre sosyal güvencesi KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi, KRH'ı olan kadınlara oranla daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($t=-4.634$, $p<0.001$, $d=0.65$). Sosyal güvencesi olmayan KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu, ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır ($t=-1.716$, $p=0.114$, $d=1.03$). KRH'ı olan kadınların grup içi sosyal güvence durumuna göre MKFÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t=-0.413$; $p=0.681$).

Çocuk sahibi olanlarda KRH'ı olmayanların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara oranla daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($t=-3.964$, $p<0.001$, $d=0.67$). Çocuğu olmayan KRH'ı olmayanların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara kıyasla daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($t=-2.748$, $p=0.008$, $d=0.64$). KRH'ı olan kadınların grup içi çocuk durumuna göre MKFÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t=0.306$; $p=0.761$).

Düzenli egzersiz yapanlarda KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara oranla daha yüksek olduğu, ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır ($t=-0.071$, $p=0.944$, $d=0.04$). Düzenli egzersiz yapmayan KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara kıyasla daha yüksek ve

aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($t=-5.081$, $p<0.001$, $d=0.71$). KRH'ı olan kadınların grup içi düzenli egzersiz yapan kadınların, düzenli egzersiz yapmayanlara göre MKFÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($t=2.210$; $p=0.029$).

Beden kitle indeksine göre tüm düzeylerde KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara oranla daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). KRH'ı olan kadınların grup içi beden kitle indeksine göre MKFÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=0.262$; $p=0.770$).

Sigara kullanma durumuna göre kullanan ve kullanmayan KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara oranla daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). KRH'ı olan kadınların grup içi sigara kullanma durumuna göre MKFÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t=-0.166$; $p=0.869$).

Alkol kullanma durumuna göre alkol kullanan KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara oranla daha yüksek olduğu, ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır ($t=-0.695$, $p=0.492$, $d=0.24$). Alkol kullanmayan KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara kıyasla daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($t=-5.166$, $p<0.001$, $d=0.76$). KRH'ı olan kadınların grup içi alkol kullanma durumuna göre MKFÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t=0.880$; $p=0.381$).

Tablo 8. KRH'ı Olan ve Olmayan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin MKFÖ'ne Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=218)

Değişkenler	MKFÖ puanları		İstatistiksel Değerlendirme		
	KRH'ı Olan Kadınlar	KRH'ı Olmayan Kadınlar			
	n=109	n=109			
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	t	p	d
Medeni durum					
Evli	0.59±0.62	1.04±0.65	-3.738	<0.001	0.70
Bekâr	0.63±0.70	1.08±0.49	-3.424	0.001	0.69
t	-0.306	-0.315			
p	0.761	0.753			
d	0.03	0.03			
Eğitim durumu					
İlkokul	0.54±0.66	1.00±0.66	-3.162	<0.001	0.70
Ortaokul	0.65±0.75	1.00±0.72	-1.578	0.001	0.48
Lise ve üzeri	0.71±0.62	1.10±0.53	-2.971	0.004	0.69
F	0.785	0.329			
p	0.459	0.720			
η^2	0.01	0.01			
Post hoc	-	-			
Çalışma durumu					
Çalışıyor	0.68±0.67	1.14±0.59	-2.472	0.017	0.74
Çalışmıyor	0.60±0.67	1.01±0.62	-4.181	<0.001	0.63
t	0.500	0.969			
p	0.618	0.335			
d	0.05	0.09			
Gelir durumu					
Geliri giderden az	0.60±0.68	0.96±0.65	-2.382	0.021	0.54
Geliri giderine eşit veya fazla	0.63±0.66	1.07±0.60	-3.881	<0.001	0.71
t	-0.298	-0.807			
p	0.767	0.421			
d	0.03	0.08			
Sosyal güvence					
Var	0.61±0.67	1.03±0.63	-4.634	<0.001	0.65
Yok	0.75±0.50	1.22±0.44	-1.716	0.114	1.03
t	-0.413	-0.898			
p	0.681	0.371			
d	0.04	0.09			
Çocuk durumu					
Var	0.63±0.67	1.06±0.62	-3.964	<0.001	0.67
Yok	0.59±0.66	1.00±0.60	-2.748	0.008	0.64
t	0.306	0.468			
p	0.761	0.641			
d	0.03	0.04			
Düzenli egzersiz yapma					
Yapıyorum	1.14±0.90	1.17±0.58	-0.071	0.944	0.04
Yapmıyorum	0.58±0.64	1.03±0.62	-5.081	<0.001	0.71
t	2.210	0.720			
p	0.029	0.473			
d	0.21	0.07			

Tablo 8. Devam KRH'ı Olan ve Olmayan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin MKFÖ'ne Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=218)

Beden kitle indeksi					
Normal kilolu (18,5-24,9)	0.57±0.70	0.95±0.58	-2.568	0.012	0.60
Fazla kilolu (25-29,9)	0.59±0.61	1.10±0.62	-3.582	0.001	0.83
Obez ve üzeri (30-34,9)	0.68±0.69	1.12±0.67	-2.554	0.013	0.64
F	0.262	0.801			
p	0.770	0.452			
η^2	0.00	0.01			
Post hoc	-	-			
Sigara kullanma durumu					
Kullanıyorum	0.60±0.60	1.06±0.63	-3.419	0.001	0.75
Kullanmıyorum	0.63±0.73	1.04±0.61	-3.447	0.001	0.62
t	-0.166	0.115			
p	0.869	0.909			
d	0.02	0.01			
Alkol kullanma durumu					
Kullanıyorum	0.74±0.73	0.92±0.76	-0.695	0.492	0.24
Kullanmıyorum	0.59±0.65	1.06±0.59	-5.166	<0.001	0.76
t	0.880	-0.766			
p	0.381	0.445			
d	0.08	0.07			

$\bar{x}$: Ortalama, SS: Standart sapma, t: Bağımsız örneklem t testi değeri, F^a: Tek yönlü varyans analizi test değeri (ANOVA), W^b: Welch test değeri. ¹⁻²⁻³⁻⁴: Gruplar arasındaki farkın gösterimi, Post Hoc: Gruplar arası fark karşılaştırması (Bonferroni ve Games-Howell). d: Cohen's d etki büyüklüğü değeri, η^2 : Eta-kare etki büyüklüğü. ASM: Aile Sağlığı Merkezi, TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi. KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi.

KRH'ı olan ve olmayan kadınların meme kanserine yönelik tutumlarının MKFÖ'ne göre puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 9'de sunulmuştur.

Birinci derece akrabasında meme kanseri tanısı olanlarda KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara oranla daha yüksek olduğu, ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır (t=-0.084, p=0.935, d=0.06). Birinci derece akrabasında meme kanseri tanısı olmayan KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara oranla daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır (t=-5.044, p<0.001, d=0.70). KRH'ı olan kadınların grup içi birinci derece akrabasında meme kanseri tanısı olma durumuna göre MKFÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (t=0.408; p=0.684).

Hormonal kontraseptif kullanmayan KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara oranla daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($t=-4.875$, $p<0.001$, $d=0.67$).

Meme cerrahi tarafından muayene edilme durumuna göre muayene edilen KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara oranla daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($t=-2.826$, $p=0.006$, $d=0.65$). Muayene edilmeyen KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara oranla daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($t=-3.914$, $p<0.001$, $d=0.66$). KRH'ı olan kadınların grup içi meme cerrahi tarafından muayene edilme durumuna göre MKFÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t=1.389$; $p=0.168$).

KKMM yapma durumuna göre KKMM yapanlar KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara oranla daha yüksek olduğu, ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır ($t=-0.226$, $p=0.822$, $d=0.05$). KKMM yapmayan KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara oranla daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($t=-3.771$, $p<0.001$, $d=0.63$). KRH'ı olan kadınların grup içi KKMM yapanların, KKMM yapmayanlara göre MKFÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($t=5.435$; $p<0.001$).

KKMM yapma sıklığına göre haftada bir yapan KRH'ı olan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olmayan kadınlara oranla daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($t=2.582$, $p=0.018$, $d=1.03$). Ayda bir yapan KRH'ı olan meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olmayan kadınlara oranla daha yüksek olduğu, ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır ($t=1.137$, $p=0.280$, $d=0.41$). Altı ayda bir yapanlar KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu, ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır ($t=-1.338$, $p=0.199$, $d=0.64$). KRH'ı olan kadınların grup içi KKMM yapma sıklığı ayda 1 olan kadınların, diğer sıklıkla yapanlara göre MKFÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($F=14.135$; $p<0.001$).

Meme ultrasonu yaptıran KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara oranla daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($t=-3.255$, $p=0.002$, $d=0.72$). Meme ultrasonu yaptırmayan KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara oranla daha yüksek olduğu, ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır ($t=-2.968$, $p=0.592$, $d=0.52$). KRH'ı olan kadınların grup içi meme ultrasonu yaptırma durumlarına göre MKFÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t=0.619$; $p=0.537$).

Mamografi yaptıran KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara oranla daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($t=-2.950$, $p=0.004$, $d=0.67$). Mamografi yaptırmayan KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara oranla daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($t=-3.067$, $p=0.003$, $d=0.52$). KRH'ı olan kadınların grup içi mamografi yaptırma durumlarına göre MKFÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t=1.034$; $p=0.303$).

Tablo 9. KRH'ı Olan ve Olmayan Kadınların Meme Kanseri Yönelik Tutumlarının MKFÖ'ne Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=218)

Değişkenler	MKFÖ puanları		İstatistiksel Değerlendirme		
	KRH'ı Olan Kadınlar n=109	KRH'ı Olmayan Kadınlar n=109			
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	t	p	d
Birinci derece ailede meme kanseri tanısı olan yakın varlığı					
Var	0.71±0.76	0.75±0.50	-0.084	0.935	0.06
Yok	0.61±0.66	1.06±0.62	-5.044	<0.001	0.70
t	0.408	-0.981			
p	0.684	0.329			
d	0.04	0.09			
Hormonal kontraseptif kullanımı					
Kullanıyorum	-	1.00±0.00	-	-	-
Kullanmıyorum	0.62±0.67	1.05±0.62	-4.875	<0.001	0.67
t	-	-			
p	-	-			
d	-	-			
Geçmişte meme rahatsızlığı bulunma durumu (kitle, mastit vb)					
Evet	1.50±0.71	1.33±0.62	0.355	0.728	0.27
Hayır	0.60±0.66	1.00±0.60	-4.516	<0.001	0.63
t	1.923	1.977			
p	0.057	0.051			
d	0.18	0.19			

Tablo 9. Devam KRH'ı Olan ve Olmayan Kadınların Meme Kanseri Yönelik Tutumlarının MKFÖ'ne Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=218)

Meme cerrahi tarafından muayene edilme durumu					
Muayene edildim	0.74±0.66	1.16±0.64	-2.826	0.006	0.65
Muayene edilmedim	0.55±0.67	0.97±0.59	-3.914	<0.001	0.66
t	1.389	1.594			
p	0.168	0.114			
d	0.13	0.15			
KKMM yapma durumu					
Yapıyorum	1.23±0.61	1.26±0.64	-0.226	0.822	0.05
Yapmıyorum	0.46±0.59	0.81±0.49	-3.771	<0.001	0.63
t	5.435	4.197			
p	<0.001	<0.001			
d	0.52	0.40			
KKMM yapma sıklığı					
Haftada bir ¹	1.13±0.35	0.67±0.49	2.582	0.018	1.03
Ayda bir ²	1.86±0.38	1.67±0.48	1.137	0.280	0.41
Altı ayda bir ³	0.71±0.49	1.00±0.43	-1.338	0.199	0.64
F ^a W ^b	14.135^a	23.519^b			
p	<0.001	<0.001			
η ²	0.60	-			
Post hoc	2>1-3	2>1-3			
KKMM başlama yaşı					
20-30 ¹	1.42±0.51	1.47±0.52	-0.250	0.804	0.10
31-40 ²	1.29±0.49	1.14±0.65	0.542	0.592	0.24
41-50 ³	0.33±0.58	1.29±0.73	-2.114	0.052	1.35
F	5.405	1.267			
p	0.014	0.290			
η ²	0.36	0.04			
Post hoc	1-2>3	-			
Meme ultrasonu yaptırma durumu					
Yaptırdım	0.68±0.70	1.17±0.67	-3.255	0.002	0.72
Yaptırmadım	0.59±0.65	0.90±0.51	-2.968	0.592	0.52
t	0.619	2.380			
p	0.537	0.019			
d	0.06	0.23			
Mamografi yaptırma durumu					
Yaptırdım	0.72±0.70	1.17±0.65	-2.950	0.004	0.67
Yaptırmadım	0.58±0.65	0.90±0.54	-3.067	0.003	0.52
t	1.034	2.328			
p	0.303	0.022			
d	0.10	0.22			

̄: Ortalama, SS: Standart sapma, t: Bağımsız örneklem t testi değeri, F^a: Tek yönlü varyans analizi test değeri (ANOVA), W^b: Welch test değeri. ¹⁻²⁻³⁻⁴: Gruplar arasındaki farkın gösterimi, Post Hoc: Gruplar arası fark karşılaştırması (Bonferroni ve Games-Howell). d: Cohen's d etki büyüklüğü değeri, η²: Eta-kare etki büyüklüğü. ASM: Aile Sağlığı Merkezi, TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi. KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

KRH'ı olan ve olmayan kadınların meme kanseri bilgi düzeylerine yönelik özelliklerinin göre MKFÖ'ne göre puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 10'da sunulmuştur.

Meme kanserinin erken teşhis ve tarama yapılabilen bir hastalık olduğuna dair bilgi durumuna göre bu bilginin doğru olduğunu belirten KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara oranla daha yüksek olup aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($t=-3.665$, $p<0.001$, $d=0.55$). Bu bilginin yanlış olduğunu belirten KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara oranla daha yüksek olup, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır ($t=-1.571$, $p=0.125$, $d=0.69$). KRH'ı olan kadınların grup içi meme kanserinin erken teşhis ve tarama yapabilen hastalık olduğunu bilenlerin, bilmeyenlere göre MKFÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($t=2.295$; $p=0.024$).

Meme kanserinin sadece kadınlarda görüldüğünü düşünen KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara oranla daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($t=-2.754$, $p=0.007$, $d=0.44$). Meme kanserinin sadece kadınlarda görülmediğini düşünen KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara oranla daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($t=-3.663$, $p=0.001$, $d=1.01$). KRH'ı olan kadınların grup içi meme kanserinin sadece kadınlarda görülmesi düşüncesine göre MKFÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t=0.048$; $p=0.962$).

Meme kanserini duyan KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara oranla daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($t=-4.542$, $p<0.001$, $d=0.65$). KRH'ı olan kadınların grup içi meme kanserini duyma durumuna göre MKFÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t=1.324$; $p=0.188$).

Meme kanseri ve erken tanı hakkında bilgi alma durumuna göre bilgi alan KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara oranla daha yüksek olduğu, ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır ($t=-1.817$, $p=0.073$, $d=0.46$). Bilgi almayan KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık düzeyi KRH'ı olan kadınlara oranla daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($t=-3.348$, $p=0.001$, $d=0.55$). KRH'ı olan kadınların grup içi meme kanseri hakkında bilgi alanlarda bilgi almayanlara göre MKFÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($t=3.263$; $p=0.001$).

Tablo 10. KRH'ı Olan ve Olmayan Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyine Yönelik Özelliklerinin MKFÖ'ne Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=218)

Değişkenler	MKFÖ puanları		İstatistiksel Değerlendirme		
	KRH'ı Olan Kadınlar n=109	KRH'ı Olmayan Kadınlar n=109			
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	t	p	d
Meme kanseri erken teşhis ve tarama yapılabilen bir hastalıktır					
Doğru	0.71±0.67	1.06±0.61	-3.665	<0.001	0.55
Yanlış	0.39±0.62	0.83±0.75	-1.571	0.125	0.69
t	2.295	0.871			
p	0.024	0.386			
d	0.22	0.08			
Meme kanserinin sadece kadınlarda görülüp görülmediği düşüncesi					
Evet	0.62±0.65	0.90±0.61	-2.754	0.007	0.44
Hayır	0.61±0.72	1.24±0.57	-3.663	0.001	1.01
t	0.048	-2.901			
p	0.962	0.005			
d	0.01	0.28			
Meme kanserini duyma durumu					
Duydum	0.64±0.66	1.05±0.61	-4.542	<0.001	0.65
Duymadım	0.36±0.67	-	-	-	-
t	1.324	-			
p	0.188	-			
d	0.13	-			
Meme kanseri ve erken tanı hakkında bilgi alma durumu					
Bilgi aldım	1.00±0.74	1.30±0.61	-1.817	0.073	0.46
Bilgi almadım	0.51±0.61	0.83±0.53	-3.348	0.001	0.55
t	3.263	4.282			
p	0.001	<0.001			
d	0.31	0.41			
Meme kanseri ve erken tanı eğitimi alma kaynağı					
KETEM	0.77±0.73	1.21±0.70	-1.623	0.117	0.62
ASM	1.22±0.67	1.29±0.59	-0.297	0.768	0.12
Hastane	2.00±0.00	1.50±0.71	-	-	-
Üniversite\Okul	-	1.67±0.58	-	-	-
F	2.166	0.504			
p	0.141	0.681			
η^2	-	0.03			
Post hoc	-	-			

$\bar{x}$: Ortalama, SS: Standart sapma, t: Bağımsız örneklem t testi değeri, F^a : Tek yönlü varyans analizi test değeri (ANOVA), W^b : Welch test değeri. ¹⁻²⁻³⁻⁴: Gruplar arasındaki farkın gösterimi, Post Hoc: Gruplar arası fark karşılaştırması (Bonferroni ve Games-Howell). d: Cohen's d etki büyüklüğü değeri, η^2 : Eta-kare etki büyüklüğü. ASM: Aile Sağlığı Merkezi, TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi. KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

KRH'ı olan kadınların, ruhsal hastalık özelliklerine göre meme kanseri farkındalık ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 11'de verilmiştir.

KRH'ı olan kadınlarda BB tanısının diğer hastalıklara oranla daha fazla olduğu, ailede KRH'a sahip yakını olmayanların sayısının, KRH'ı olanlara oranlara daha fazla olduğu, KRH tedavi şeklinde anksiyolitik tedavi şeklinin diğerlerine oranla daha fazla olduğu bulunmuştur.

Tablo 11. KRH'ı Olan Kadınların KRH Özelliklerine Göre MKFÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=109)

Değişkenler	KRH'ı Olan Kadınlar n=109
	$\bar{x} \pm SS$
Psikiyatrik hastalık tanısı	
Şizofreni	0.52±0.65
Bipolar Bozukluk	0.71±0.68
Şizoaffektif	0.33±0.58
F	1.413
p	0.248
η^2	0.03
Post hoc	-
Ailede KRH'ı olan kişi varlığı	
Var	0.52±0.73
Yok	0.64±0.65
t	-0.753
p	0.453
d	0.07
Ailedeki KRH sahibi kişi ile yakınlık derecesi	
1.derece	0.50±0.71
t	-0.265
p	0.794
d	0.06
KRH tedavi şekli	
Antipsikotik	0.65±0.65
Antidepresan	0.45±0.69
Anksiyolitik	1.00±0.00
Duygudurum düzenleyici	0.63±0.72
F	0.593
p	0.621
η^2	0.02
Post hoc	-

$\bar{x}$: Ortalama, SS: Standart sapma, t: Bağımsız örneklem t testi değeri, F^a : Tek yönlü varyans analizi test değeri (ANOVA), W^b : Welch test değeri. ¹⁻²⁻³⁻⁴: Gruplar arasındaki farkın gösterimi, Post Hoc: Gruplar arası fark karşılaştırması (Bonferroni ve Games-Howell). d: Cohen's d etki büyüklüğü değeri, η^2 : Eta-kare etki büyüklüğü. ASM: Aile Sağlığı Merkezi, TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi. KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi.

5. TARTIŞMA

Kanseri önleme ile ilişkili olumsuz sağlık koşullarının birçoğu değiştirilebilir faktörlerdir. Psikiyatri hemşireleri, KRH'ı olan bireylerin, farkındalıklarının artırılması, kansere karşı koruyucu önlemler alınması ve erken tanı ve tarama programlarına katılım sağlanmasında anahtar rolde yer almaktadır (1). Bu çalışmada KRH'ı olan ve olmayan kadınların meme kanserine yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarının karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu konuda yapılacak olan çalışmalara katkı sağlamak amacıyla çalışmadan elde edilen bulgular ulusal ve uluslararası literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Bu araştırmanın sonucunda KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri bilgi, tutum ve farkındalık düzeyinin, KRH'ı olan kadınların bilgi tutum ve farkındalık düzeyinden yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra bu çalışmada KRH'ı olan kadınların meme kanserine yönelik koruyucu önlemler alma ve tarama programlarına katılma düzeylerinin, KRH'ı olmayan kadınlara oranla daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bu çalışmada KRH'ı olmayan kadınların MKFÖ toplam puan ortalaması KRH'ı kadınlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç KRH'ı olmayan kadınların, KRH tanısı olanlara göre meme kanseri açısından farkındalıklarının yüksek olduğunu göstermektedir. Literatürde bu yönde yapılan araştırma sonuçları sınırlı olup elde edilen bulgular bu çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir (6,93). Türkiye'de Gündoğmuş ve arkadaşlarının (2023), 35 şizofreni tanısı almış kadın ve 47 sağlıklı kadının meme kanseri farkındalığının değerlendirilmesi ve meme kanseri taramalarının sıklığının karşılaştırılması amacıyla yapmış olduğu çalışmada, şizofreni tanılı kadın grubunun meme kanserine ilişkin farkındalığının ve erken tanı yöntemleri hakkında bilgi düzeyinin sağlıklı kadın grubuna göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (6). KRH'ı olan kadınlarda meme kanseri farkındalığının sağlıklı kadınlara göre düşük olmasının yanı sıra bu hastalarda meme kanseri riskinin sağlıklı kadın popülasyonuna göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (86). Chou ve arkadaşlarının (2017) Tayvan'da yaptıkları bir kohort çalışmasının sonucunda kadın şizofreni hastalarının, şizofreni tanısı olmayan kadınlara göre meme kanseri riskinin daha yüksek olduğunu saptamıştır (5). Bu sonuçlar incelendiğinde hem klinisyenler hem de KRH'ı olan kadınlar arasında meme

kanseri taramasının önemi ve sağlıklı yaşam tarzı seçimlerinin teşviki konusunda farkındalık yaratacak girişimlerin yapılması oldukça önemlidir.

Bu çalışmada sosyodemografik değişkenlere göre KRH'ı olan ve KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalık ölçeği puanları karşılaştırılmıştır. Medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, sosyal güvence durumu, gelir durumu, çocuk sahibi olma durumu, beden kitle indeksi ve sigara kullanma durumuna göre her alt değişkende KRH'ı olmayan kadınların KRH'ı kadınlara göre meme kanseri farkındalık ölçeği puanı ortalamasının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kerrison ve arkadaşlarının (2023) İngiltere'de yapmış olduğu KRH'ı olan ve olmayan bireyler arasında kanser tarama katılımındaki eşitsizliklerin incelendiği kesitsel çalışmada KRH'ı olan ve olmayan bireylerde yaş, etnik köken, beden kitle indeksine göre anlamlı bir fark bulunmamış ancak sigara içme durumuna göre KRH'ı olanlarda KRH'ı olmayanlara göre meme kanseri taramalarına katılma oranları daha düşük bulunmuştur (63). Wang ve arkadaşlarının (2022) dünya çapında kadınların Çin ile diğer ülkeler arasında meme kanseri farkındalık farklılıklarını belirlemek amacıyla yapmış olduğu meta analiz çalışmasında kadınların çalışma hayatının olmasının meme kanseri farkındalık düzeyini arttırdığını; evli olmanın ise meme kanseri için düşük farkındalık düzeyleriyle ilişkili olduğunu belirtmiştir (97). Türkiye'de Gündoğmuş ve arkadaşlarının (2023), 35 şizofreni tanısı almış kadın ve 47 sağlıklı kadının meme kanseri farkındalığının değerlendirilmesi ve meme kanseri taramalarının sıklığının karşılaştırılması amacıyla yapmış olduğu çalışmada, hasta ve sağlıklı grup arasındaki yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ile ailede meme kanseri öyküsü faktörlerin gruplar arasında bulunan farkı etkilemediğini belirtmiştir (6). Literatürde KRH'ı olan bireylerin, sosyodemografik değişkenlerinin meme kanseri farkındalıklarını ne düzeyde etkilediğine dair farklı ve sınırlı sonuçlar vardır. Bu boyutta geniş ölçekli çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Bu çalışmada bir diğer elde edilen sonuç ise KRH'ı olmayan kadınların mamografi yaptıрма durumu KRH'ı olan kadınlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olmasıdır. Buna ek olarak bu çalışmada meme cerrahi hekimi tarafından muayene edilen, meme ultrasonu yaptıran, mamografi yaptıran KRH'ı olmayan kadınların, KRH'ı olan kadınlara göre meme kanseri farkındalık puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde uluslararası ve ulusal düzeyde yapılan çalışma sonuçları incelendiğinde benzer sonuçlar olduğu görülmektedir (77,73).

Hwong ve arkadaşlarının (2019) şizofreni hastalığı olan kadınlarla olmayan kadınların meme kanseri taraması yaptıрма durumlarını inceledikleri sistematik derleme ve meta analiz çalışması sonucunda şizofrenisi olan kadınların şizofrenisi olmayan kadınlara göre mamografi taraması yaptıрма olasılığının daha düşük olduğunu saptamışlardır (77). Mitchell ve arkadaşlarının (2014) KRH'ı olan ve olmayan kadınların mamografi taramasına katılma oranlarını belirlemek için yaptıkları meta-analiz çalışmasında KRH'ı olan kadınların, olmayanlara göre mamografi taraması yaptıрма oranlarının daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (73). Hong Kong'da (2014), KRH'ı olan kişiler arasında kanser tarama davranışının yaygınlığı ve faktörlerini belirlemek için yapılan bir çalışmada da 40 yaş üstü KRH'ı olan kadınların yalnızca beşte birinin mamografi taraması yaptırdıkları saptanmıştır (79). Fujivara ve arkadaşlarının (2017) Japonya'da şizofreni hastalarında kanser taramasına katılımı saptamak amacıyla yapmış olduğu kesitsel çalışmanın sonucunda, şizofreni hastası olan kadınların mamografi taraması yaptıрма oranlarının sağlıklı popülasyona oranla düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (71). Türkiye'de Gündoğmuş ve arkadaşlarının (2023) 35 şizofreni tanısı almış kadın ve 47 sağlıklı kadının meme kanseri farkındalığının değerlendirilmesi ve meme kanseri taramalarının sıklığının karşılaştırılması amacıyla yapmış olduğu çalışmada şizofreni tanısı olmayan ve mamografi yaptıran kadınların, şizofreni tanısı olan ve mamografi yaptıran kadınlara göre meme kanseri farkındalık düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada şizofreni tanısı olmayan kadınların mamografi yaptıрма oranları şizofreni tanısı olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (6). Bu sonuçlar incelendiğinde KRH'ı olan kadınların meme kanseri riski daha yüksek olmasına karşın mamografi taraması yaptıрма olasılığı genel nüfusa göre daha az olduğu görülmektedir (94). Inagaki ve arkadaşlarının (2018) Japonya'da yaptıkları kesitsel çalışmanın sonucunda şizofreni hastalarında kanser tarama oranlarının, şizofreni tanısı olmayanlara oranla önemli ölçüde düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (93). Aggarwal ve arkadaşlarının (2013) ABD'de KRH'ı olan kadınlarda meme ve rahim ağzı kanseri taramasındaki eşitsizlikleri belirlemek amacıyla yaptıkları sistematik derleme çalışması sonucunda KRH'ı olan kadınlarda kanser tarama oranlarının düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (78). Kerrison ve arkadaşlarının (2023) İngiltere'de yapmış olduğu KRH'ı olan ve olmayan bireyler arasında kanser tarama katılımındaki eşitsizliklerin incelendiği kesitsel çalışmada KRH'ı olan bireylerde meme kanseri taramasına katılım oranları, KRH'ı olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur (4). Jensen ve arkadaşlarının (2015) Danimarka'da yapmış olduğu kohort

çalışmasında KRH'ı olan kadınların meme kanseri taramalarına katılım oranlarının oldukça düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (95). Murphy ve arkadaşlarının (2021) ABD'de yapmış olduğu çalışmanın sonucunda KRH'ı olan kadınlarda, KRH'ı olmayanlara göre meme kanseri taramalarına katılma oranları daha düşük bulunmuştur (96). Woodhead ve arkadaşlarının (2016), Birleşik Krallık'ta yapmış olduğu çalışmanın sonucunda KRH'ı olan kadınların meme kanseri taramasına katılma oranı, KRH'ı olmayan kadınlara göre daha düşük bulunmuştur (68). Bu eşitsizliğin ve tarama oranlarının düşük olma nedenlerini belirlemek için daha fazla araştırmaya yapılabilir.

Bu çalışmanın sonucunda KKMM yapan, ayda bir KKMM yapan, 20-30 yaş aralığındaki bir yaşta KKMM yapmaya başlayan, meme kanserinin erken teşhis ve tarama yapılabilen bir hastalık olduğunu düşünen ve meme kanseri erken tanı hakkında bilgi alan KRH'ı olan kadınların, diğer KRH'ı olan kadınlara göre meme kanseri farkındalık puanları daha yüksek bulunmuştur. Türkiye'de Gündoğmuş ve arkadaşlarının (2023) 35 şizofreni tanısı almış kadın ve 47 sağlıklı kadının meme kanseri farkındalığının değerlendirilmesi ve meme kanseri taramalarının sıklığının karşılaştırılması amacıyla yapmış olduğu çalışmada şizofreni tanısı olmayan kadınların şizofreni tanısı olan kadınlara göre kendi kendine meme muayenesi yapma durumları daha yüksek saptanmıştır (6). Literatürde bu boyutta az sayıda çalışılmaya ulaşılmıştır. KRH'ı olan kadınların meme kanseri taramalarına katılımlarını teşvik edecek hemşire liderliğinde programlar yapılmalıdır.

Bu çalışmada medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvence, çocuk durumu, beden kitle indeksine, sigara ve alkol kullanma durumuna, psikiyatrik tanıya ve psikiyatrik öyküye göre KRH'ı olan kadınlar arasında meme kanseri farkındalık puanları açısından bir fark bulunmamıştır. Literatürde uluslararası ve ulusal düzeyde yapılan çalışma sonuçları incelendiğinde benzer sonuçlar olduğu görülmektedir (71,4). Fujivara ve arkadaşlarının (2017) Japonya'da şizofreni hastalarında kanser taramasına katılım amacıyla yapmış olduğu kesitsel çalışmanın sonucunda, meme kanseri taramalarına katılım oranları ve sosyodemografik değişkenler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yaş, çalışma durumu, eğitim durumu, medeni durum gibi değişkenlerin kişilerin farkındalıkları üzerinde etkisinin olmadığı belirtilmiştir (71). Bu boyutta geniş ölçekli daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir. KRH'ı olan kadınların sosyodemografik

değişkenlerinin ve ruhsal hastalık özelliklerinin meme kanseri tarama davranışını nasıl etkilediğinin anlaşılması yapılacak girişimlere yön verilmesi için önemlidir.

Bu çalışmanın sonucunda KRH'ı olan kadınların meme kanseri bilgi düzeyleri, koruyucu önlemler alma ve tarama programlarına katılma oranlarının KRH'ı olmayan kadınlara göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu eşitsizliğin ve tarama oranlarının düşük olma nedenlerinin belirlenebilmesi için daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir. KRH'ı olan kadınların meme kanseri taramalarına katılımlarını teşvik edecek hemşire liderliğinde programlar ile sağlık politikaları geliştirilmelidir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

KRH'ı olan ve olmayan kadınların meme kanserine ilişkin bilgi, tutum ve farkındalıklarının karşılaştırılması amacıyla yapılan bu araştırmanın sonucunda;

- KRH'ı olan kadınların meme kanserine yönelik tarama yapma (kendi kendine meme muayenesi yapma, meme ultrasonu yaptıрма, mamografi yaptıрма), KRH'ı olmayan kadınlara oranla daha düşük olduğu,
- KRH'ı olan kadınların meme kanserine yönelik bilgilerinin (meme kanserinin erken teşhis edilebilir hastalık olduğunu bilme, sadece kadınlarda görülmediğini bilme, meme kanseri erken tanılanma hakkında bilgi sahibi olma), KRH'ı olmayan kadınlara göre daha düşük olduğu,
- KRH'ı olmayan kadınların meme kanseri farkındalıklarının, KRH'ı olan kadınlardan yüksek olduğu, fakat her iki grubunda meme kanseri farkındalıklarının düşük olduğu,
- Medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, sosyal güvence durumu, gelir durumu, çocuk sahibi olma durumu, beden kitle indeksi ve sigara kullanma durumuna göre KRH'ı olmayan kadınların, KRH'ı olan kadınlara göre meme kanseri farkındalıklarının yüksek olduğu,
- KKMM yapan, meme kanserinin erken teşhis ve tarama yapılabilen bir hastalık olduğunu düşünen ve meme kanseri erken tanı hakkında bilgi alan KRH'ı olan kadınların, diğer KRH'ı olan kadınlara göre meme kanseri farkındalıklarının yüksek olduğu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda eğitime, uygulamaya ve araştırmaya yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Eğitime yönelik öneriler;

- KRH'ı olan ve olmayan kadınlara meme kanseri ve taramaları hakkında her hastaya özel ve onun anlayabileceği şekilde eğitim planlanmalı,

- KRH'ı olan bireylerin bakım verenlerine meme kanseri ve taramalarına yönelik eğitim planlanmalı,
- Hemşirelik lisans eğitim müfredatına KRH'ı olan hastaların fiziksel sağlık sorunlarını ele alan seçmeli dersler eklenmeli,
- Hemşirelik lisans eğitimi içerisinde yer alan derslerde KRH'ı olan kadınların meme kanseri riski ve taramaları açısından dezavantajlı gruplar arasında olduğu konusunda vurgu yapılarak öğrencilerin bu kadınlara müdahale edecek girişimlere yönlendirilmesi planlanmalıdır.

Uygulamaya yönelik öneriler;

- KRH'ı olan ve olmayan kadınlara meme kanseri ve taramaları hakkında her hastaya özel ve onun anlayabileceği şekilde eğitim planlanmalı ve uygulanmalı,
- KRH'ı olan ve olmayan kadınlar meme kanseri tarama programlarına katılım için teşvik edilmeli varsa uyguladığı tarama yöntemleri değerlendirilmeli, her hastaya uygulayabileceği şekilde KKMM anlatılmalı, hastayı motive edici ve destekleyici kanıta dayalı girişimler planlanmalı, uygulanmalı, izlemeli ve bireyler cesaretlendirmeli,
- KRH'ı olan bireylerin özellikle ruhsal hastalıktan kaynaklı meme kanseri taramalarına katılım ile ilgili yaşadıkları zorlukları, duygu, düşünce ve gereksinimlerini açıkça ifade edebilmelerini sağlamalı ve bütüncül yaklaşımda bulunmalı,
- KRH'ı olan bireylerin bakım verenlerine meme kanseri ve taramalarına yönelik eğitim planlanmalı, uygulanmalı,
- KRH'ı olan ve olmayan kadınlar meme kanseri ve taramalar konusunda cesaretlendirmeli, ilgili kurumlarla iş birliği ve katılımı kolaylaştıracak ortamların oluşturulması planlanmalıdır.

Araştırmaya yönelik öneriler;

- KRH'ı olan ve olmayan kadınların meme kanserine ilişkin bilgi, tutum ve farkındalıklarının karşılaştırıldığı çalışmaların farklı popülasyonlarda yapılması,
- KRH'ı olan ve olmayan kadınların meme kanserine ilişkin bilgi, tutum ve farkındalıklarını geliştirmeye ve desteklemeye yönelik kanıt düzeyi yüksek girişimsel araştırmalar yapılması,

- KRH'ı olan bireylerin ruhsal hastalık özelliklerinin meme kanseri taramalarını nasıl etkilediği, bu yöndeki engelleri ve kolaylaştırıcıları belirleyerek kalitatif araştırmalar yapılması önerilir.

6.3. Sınırlılıklar

Bu çalışmanın sınırlılığı tek bir merkezdeki KRH'olan kadınlarla yapılmış olmasıdır. Bunun yanı sıra KRH'ı olan ve KRH'ı olmayan kadınları karşılaştırırken bazı sosyodemografik değişkenler açısından homojen dağılmamış olmaları ve KRH'ı olmayan kadınların bağlı oldukları ASM'de meme kanseri ve tarama programlarına yönelik eğitim veriliyor olması çalışmanın sonuçları etkilemiş olabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Erginer DK, Günüşen NP. Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumu: ihmal edilen bir alan. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 6(3), 159-164, 2013.
2. Toender A, Munk Olsen T, Vestergaard M, Larsen JT, Suppli NP, Dalton SO, Laursen TM. Impact of severe mental illness on cancer stage at diagnosis and subsequent mortality: A population-based register study. *Schizophrenia Research*, 201, 62–69, 2018.
3. World Health Organization. Cancer 2022. Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1. Erişim tarihi: 11 Kasım 2024
4. Globocan 2022. Cancer incidence in world. Erişim adresi: <https://gco.iarc.who.int>. Erişim Tarihi: 31.01.2025
5. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye’de kanser prevelansı 2022. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/turkiye-kanser/prevelansi.html> Erişim tarihi: 11 Kasım 2024.
6. Globocan 2022. Türkiye kanser insidansı. Erişim adresi: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/792-turkiye-fact-sheet.pdf> Erişim Tarihi: 31.01.2025
7. Lök S, Lök N. Kronik psikiyatri hastalarına uygulanan fiziksel egzersiz programlarının etkinliği: sistematik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(4), 354-366, 2016.
8. Kerrison RS, Jones A, Peng J, Price G, Verne J, Barley EA, Lugton C. Inequalities in cancer screening participation between adults with and without severe mental illness: results from a cross-sectional analysis of primary care data on English Screening Programmes. *British Journal of Cancer*, 129(1), 81-93, 2023
9. Chou AIW, Wang YC, Lin CL, Kao CH. Female schizophrenia patients and risk of breast cancer: a population-based cohort study. *Schizophrenia Research*, 188, 165-171, 2017
10. Gündoğmuş AG, Koçyiğit Y, Nazlı ŞB. Evaluation of breast cancer awareness in female patients diagnosed with schizophrenia. *Turkish Journal of Surgery*, 39(3), 213, 2023.

11. Xiping Z, Shuai Z, Feijiang Y, Bo C, Shifeng Y, Qihui C. Meta-analysis of the correlation between schizophrenia and breast cancer. *Clinical Breast Cancer*, 19(1), e172-e185, 2019.
12. Hwong A, Wang K, Bent S, Mangurian C. Breast cancer screening in women with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Services*, 71(3), 263-268, 2020.
13. Aggarwal A, Pandurangi A, Smith W. Disparities in breast and cervical cancer screening in women with mental illness: a systematic literature review. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(4), 392-398, 2013
14. Happell B, Platania-Phung C, Scott D. Placing physical activity in mental health care: A leadership role for mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20 (5): 310-318, 2011
15. Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A. Cancer statistics, 2023. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, 73(1), 17-48, 2023.
16. Katsura C, Ogunmwonyi I, Kankam HK, Saha S. Breast cancer: presentation, investigation and management. *British Journal of Hospital Medicine*, 83(2), 1-7, 2022.
17. Feng Y, Spezia M, Huang S, Yuan C, Zeng Z, Zhang L, Ren G. Breast cancer development and progression: risk factors, cancer stem cells, signaling pathways, genomics, and molecular pathogenesis. *Genes & Diseases*, 5(2), 77-106, 2018.
18. World Health Organization. Breast cancer. 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>. Erişim tarihi: 10 Kasım 2024.
19. Mohallem Fonseca M, Lamb LR, Verma R, Ogunkinle O, Seely JM. Breast pain and cancer: should we continue to work-up isolated breast pain?. *Breast Cancer Research and Treatment*, 177, 619-627, 2019.
20. Łukasiewicz S, Czeczulewski M, Forma A, Baj J, Sitarz R, Stanisławek A. Breast cancer epidemiology, risk factors, classification, prognostic markers, and current treatment strategies an updated review. *Cancers*, 13(17), 4287, 2021.
21. Cancer Research UK. Breast cancer statistics. 2021. Erişim adresi: <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/breast-cancer>. Erişim tarihi: 10 Kasım 2024.
22. Tünel M, Vural A, Evlice YE, Tamam L. Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. *Arřiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(3), 189-219, 2012.

23. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Menarche, menopause, and breast cancer risk: individual participant meta-analysis, including 118 964 women with breast cancer from 117 epidemiological studies. *The Lancet Oncology*, 13(11), 1141-1151, 2012.
24. Rumgay H, Shield K, Charvat H, Ferrari P, Sornpaisarn B, Obot I, et al. Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study. *The Lancet Oncology*, 22: 1071–80, 2021.
25. Alkabban FM, Ferguson T. Breast Cancer. Continuing Education Activity, 2024.
26. Wilkinson L, Gathani T. Understanding breast cancer as a global health concern. *The British Journal of Radiology*, 95(1130), 20211033, 2022.
27. Chlebowski RT, Hendrix SL, Langer RD, Stefanick ML, Gass M, Lane D, Rodabough RJ, Gilligan MA, Cyr MG, Thomson CA, Khandekar J, Petrovitch H, WHI Investigators. Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: the women's health initiative randomized trial. *Jama Psychiatry*, 289: 3243-3253, 2003.
28. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, 71(3), 209-249, 2021.
29. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Meme kanseri farkındalık ayı. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-kanser/ekim-meme-kanseri-farkindalik-ayi.html> Erişim tarihi: 11 Kasım 2024.
30. TC Sağlık Bakanlığı sağlık istatistikleri yılı 2010;27-8. Erişim adresi: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglikistatistikleriyilligi2010.pdf>. Erişim tarihi: 11 Kasım 2024.
31. Ozmen V. Breast cancer in the world and Turkey. *J Breast Health*, 4(2), 6-12, 2008.
32. Kozan R, Tokgöz V. Türkiye’de meme kanseri farkındalığı ve tarama programı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(4), 185-188, 2016.
33. Açıkgöz A, Yıldız EA. Meme kanseri etiyojisi ve risk faktörleri. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 5(1), 45-56, 2017.
34. Walker J, Mulick A, Magill N, Symeonides S, Gourley C, Burke K, Sharpe M. Major depression and survival in people with cancer. *Psychosomatic Medicine*, 83(5), 410-416, 2021.

35. Iglay K, Santorelli ML, Hirshfield KM, Williams JM, Rhoads GG, Lin Y, Demissie K. Impact of preexisting mental illness on all-cause and breast cancer–specific mortality in elderly patients with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 35(36), 4012-4018, 2017.
36. Zhuo C, Triplett PT. Association of schizophrenia with the risk of breast cancer incidence: a meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 75(4), 363-369, 2018.
37. World Health Organisation. New global breast cancer initiative highlights renewed commitment to improve survival. 2021. Erişim adresi: <https://www.who.int/news/item/08-03-2021-new-global-breast-cancer-initiative-highlightsrenewed-commitment-to-improve-survival>. Erişim tarihi: 15 Kasım 2024.
38. Akyolcu N, Özhanlı Y, Kandemir D. Meme kanserinde güncel gelişmeler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(3), 583-594, 2019.
39. World Health Organization. Breast cancer: prevention and control. Erişim adresi: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index2.html>. Erişim tarihi: 22 Ağustos 2024.
40. Ersoy E, Saatçi E. Kanser taramaları: ihtilaflar. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 21(3): 96-100, 2017.
41. Hamolsky D. Nursing management breast disorders. *Medical Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems. 9th ed. Canada: Mosby*, 1238-60, 2014.
42. Öztürk R, Güner Ö, Sevil Ü. Is prophylactic oophorectomy necessary to reduce the risk of breast and ovarian cancer. *Journal of Education and Research in Nursing*, 13(2), 88-94, 2016.
43. Kanser Daire Başkanlığı. Meme kanseri ve mamografi. Erişim adresi: <http://kanser.gov.tr/Dosya/Bilgi-Dokumanlari/raporlar/mamografi.pdf>. Erişim tarihi: 22 Ağustos 2024.
44. Kayhan A, Arıbal E. Breast cancer screening: why are we doing it when problems experienced in evaluation. *ürk Radyoloji Seminerleri*, 2: 230-40, 2014.
45. Aksoy YE, Turfan EÇ, Sert E, Mermer G. Meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin engeller. *J Breast Health*, 11, 26-30, 2015.
46. Islami F, Goding Sauer A, Miller KD, Siegel RL, Fedewa SA, Jacobs EJ, Jemal A. Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially

- modifiable risk factors in the United States. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(1), 31-54, 2018.
47. Karaköse Ş, Özer BU, Aktürk İ, Yaman ÖM. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin yakınlarının tedavi ve hastaneye yatış sürecindeki deneyimleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11(1), 91-107, 2024.
48. Kızıl ETÖ, Özpolat AGY. Kronik psikiyatrik hastalığı bulunan hastaların bakım verenlerinde tükenmişlik sendromunun boyutları. *Kriz Dergisi*, 18(3), 1-7, 2010.
49. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *The Lancet*, 387(10027), 1561-1572, 2016.
50. Erten E, Uney AFK, Fıstıkcı N. Bipolar bozukluk ve çocukluk çağı travması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(2), 157-165, 2015.
51. Mason BL, Brown ES, Croarkin PE. Historical underpinnings of bipolar disorder diagnostic criteria. *Behavioral Sciences*, 6(3), 14, 2016.
52. Vahia VN. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance. *Indian journal of psychiatry*, 55(3), 220-223, 2013.
53. Kupfer DJ, First MB, Regier DA. (Eds.). A research agenda for DSM V, 2008.
54. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri (Çev. Ed. A Bozkurt). İstanbul, Güneş Tıp Kitapevleri, 2009.
55. Summakoglu D, Ertuğrul B. Şizofreni ve tedavisi. *Lectio Scientific*, 2(1), 43-61, 2018.
56. Nestsiarovich A, Obyedkov V, Kandratsenka H, Siniauskaya M, Goloenko I, Waszkiewicz N. Disorganization at the stage of schizophrenia clinical outcome: clinical–biological study. *European Psychiatry*, 42, 44-48, 2017.
57. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Am Psychiatric Assoc*, 21(21), 591-643, 2013.
58. Uyan TT, Köroğlu A, Hocaoglu C. Şizofreni: Etiyoloji, tanı ve tedavi yaklaşımlarında güncel durum. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 10(1), 19-35, 2013.
59. Padhy S, Hedge A. Schizoaffective disorder: evolution and current status of the concept. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26:131–7, 2015.
60. Parker G. How well does the DSM-5 capture schizoaffective disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(9), 607-610, 2019.
61. Danacı AE, Balıkcı K, Aydın O. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. 2. Ankara, 220–39, 2018.

62. Yüksel N, Sayın A. Antipsikotiklere bağlı metabolik yan etkiler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 9 (1):5-16, 2006.
63. Holt RI. Diabetes in psychiatric disease. *Medicine*, 47(2), 123-126, 2019.
64. İnce, SÇ, Günüşen N. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde diyabet yönetimi ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(3), 195-199, 2020.
65. Vancampfort D, Correlli CU, Gallin B, Probst M, De Hert M, Ward PB, et al. Diabetes mellitus in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and large scale meta- analysis. *World Psychiatry*, 15(2):166–74, 2016.
66. Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley Cox J, Whyte S, Penny C. Effects of severe mental illness on survival of people with diabetes. *The British Journal of Psychiatry*, 197(4):272–7, 2010.
67. Subashini R, Deepa M, Padmavati R, Thara R, Mohan V. Prevalence of diabetes, obesity, and metabolic syndrome in subjects with and without schizophrenia. *Journal of Postgraduate Medicine*, 57(4), 272-277, 2011.
68. Brunero S, Lamont S. Systematic screening for metabolic syndrome in consumers with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18 (2): 144-150, 2009.
69. Mackin P, Watkinson HM, Young AH. Prevalence of obesity, glucose homeostasis disorders and metabolic syndrome in psychiatric patients taking typical or atypical antipsychotic drugs: a crosssectional study. *Diabetologia*, 48 (2): 215–22, 2005.
70. Straker D, Correl CU, Kramer Ginsberg E, Abdulhamid N. Cost-effective screening for the metabolic syndrome in patientstreated with second-generation antipsychotic medications. *American Journal of Psychiatry*, 162 (6): 1217–1221, 2005.
71. Kaya MC, Vırit O, Altındağ A, Selek S, Bülbül F, Bulut M. Şizofrenide metabolik sendrom sıklığı, metabolik sendromun özellikleri ve kullanılan antipsikotiklerle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46 (1): 13-18, 2009.
72. Cerit C, Özten E, Yıldız M. Şizofreni hastalarında metabolik sendrom sıklığı ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19 (2): 124-132, 2008.
73. Woodhead C, Cunningham R, Ashworth M, Barley E, Stewart RJ, Henderson MJ. Cervical and breast cancer screening uptake among women with serious mental illness: a data linkage study. *BMC Cancer*, 16, 1-9, 2016.

74. Weinstein LC, Stefancic A, Cunningham AT, Hurley KE, Cabassa LJ, Wender, RC. Cancer screening, prevention, and treatment in people with mental illness. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, 66(2), 133-151, 2016.
75. James M, Thomas M, Frolov L, Riano NS, Vittinghoff E, Schillinger D, Mangurian C. Rates of cervical cancer screening among women with severe mental illness in the public health system. *Psychiatric Services*, 68(8), 839-842, 2017.
76. Fujiwara M, Inagaki M, Shimazu T, Kodama M, So R, Matsushita T, Yamada N. A randomised controlled trial of a case management approach to encourage participation in colorectal cancer screening for people with schizophrenia in psychiatric outpatient clinics: study protocol for the J-SUPPORT 1901 study. *BMJ Open*, 9(11), 2019.
77. Inagaki M, Fujiwara M, Nakaya N, Fujimori M, Higuchi Y, Hayashibara CN. Low cancer screening rates among Japanese people with schizophrenia: a cross-sectional study. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 244(3), 209-218, 2018.
78. Murphy KA, Stone EM, Presskreischer R, McGinty EE, Daumit GL, Pollack CE. Cancer screening among adults with and without serious mental illness: a mixed methods study. *Medical Care*, 59(4), 327-333, 2021.
79. Kisely S, Alotiby MKN, Protani MM, Soole R, Arnautovska U, Siskind D. Breast cancer treatment disparities in patients with severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 32(5), 651-662, 2023.
80. Mitchell AJ, Santo Pereira IE, Yadegarfar M, Pepereke S, Mugadza V, Stubbs, B. Breast cancer screening in women with mental illness: comparative meta-analysis of mammography uptake. *The British Journal of Psychiatry*, 205(6), 428-435, 2014.
81. Happell B, Scott D, Platania Phung C. Provision of preventive services for cancer and infectious diseases among individuals with serious mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing* 26: 192–201, 2012.
82. Irwin KE, Park ER, Shin JA, Fields LE, Jacobs JM, Greer JA, Pirl WF. Predictors of disruptions in breast cancer care for individuals with schizophrenia. *The Oncologist*, 22(11), 1374-1382, 2017.
83. Lawrence WR, Kuliszewski MG, Hosler AS, Leinung MC, Zhang X, Zhang W, et al. Association between preexisting mental illnesses and mortality among

- medicaid-insured women diagnosed with breast cancer. *Social Science & Medicine*, 270, 113643, 2021.
84. Hwong A, Wang K, Bent S, Mangurian C. Breast cancer screening in women with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Services*, 71(3), 263-268, 2020.
 85. Aggarwal A, Pandurangi A, Smith W. Disparities in breast and cervical cancer screening in women with mental illness: a systematic literature review. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(4), 392-398, 2013.
 86. Mo PKH, Mak WWS, Chong ESK, Shen H, Cheung RYM. The prevalence and factors for cancer screening behavior among people with severe mental illness in Hong Kong. *PLoS One*, 9(9), e107237, 2014.
 87. Happell B, Platania-Phung C, Scott D. Placing physical activity in mental health care: A leadership role for mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20 (5): 310-318, 2011.
 88. Hardy S, Thomas B. Mental and physical health comorbidity: Political imperatives and practice implications. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21 (3): 289-298, 2012.
 89. Bradshaw T, Pedley R. Evolving role of mental health nurses in the physical health care of people with serious mental health illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21 (3): 266–273, 2012.
 90. Blythe J, White J. Role of the mental health nurse towards physical health care in serious mental illness: An integrative review of 10 years of UK Literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21 (3): 193–201, 2012.
 91. Muir Cochrane E. Medical co-morbidity risk factors and barriers to care for people with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13 (4): 447-452, 2006.
 92. Edward K, Rasmussen B, Munro L. Nursing care of clients treated with atypical antipsychotics who have a risk of developing metabolic instability and/or type 2 diabetes. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24 (1): 46–53, 2010.
 93. Pettersson D, Gissler M, Hällgren J, Ösby U, Westman J, Bobo WV. The overall and sex- and age-group specific incidence rates of cancer in people with schizophrenia: a population-based cohort study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e132, 2020.

94. Johnstone, R., Nicol, K., Donaghy, M., & Lawrie, S. Barriers to uptake of physical activity in community-based patients with schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 2009; 18(6), 523–532.
95. Baş S, Ursavaş, FE. Transcultural adaptation and validation of the Turkish version of the breast cancer awareness measure (BCAM) Questionnaire. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*, 7(3), 85-94, 2021.
96. George D, Mallery P. IBM SPSS statistics 27 step by step: A simple guide and reference (17th ed.). Routledge, 2021.
97. Karagöz, Y. SPSS Amos Meta Uygulamalı: Nicel-Nitel-Karma Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Yayın Etiği (4th ed.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2023.
98. Harrison V, Kemp R, Brace N, Snelgar R. SPSS for psychologists (7. baskı), 2021.
99. Yılmaz İ, Özdemir F. Robust methods for comparing K independent groups. *Türkiye Klinikleri Journal of Biostatistics*, 8(2), 143–151, 2016.
100. Field A. Discovering statistics using IBM SPSS statistics (5th ed.). SAGE Publications Limited, 2018.
101. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191, 2007.

8. EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

A) Sosyo-Demografik Özellikler

1. Boyu () Kilosu ()
2. Cinsiyeti () Kadın () Erkek
3. Yaşı ()
4. Medeni durumu () Evli () Bekar
5. Çocuk durumu () Evet/var () Hayır/yok
6. Eğitim durumu
() Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Lisansüstü
7. Çalışma durumu
() Çalışıyor () Çalışmıyor () Emekli
8. Gelir durumu
() Gelir giderden az () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla
9. Sosyal Güvencesi
() Var () Yok
10. Sigara kullanımı
() Evet () Hayır
11. Düzenli egzersiz/spor yapma durumu
() Evet () Hayır
12. Alkol kullanımı
() Evet () Hayır () Bazen

B) Hastalıkla İlgili Özellikler (yalnızca kronik ruhsal hastalığı olan gruba sorulacaktır)

13. Psikiyatrik hastalık tanısı
() şizofreni () bipolar bozukluk () şizoaffectif bozukluk () diğer
14. Kronik ruhsal hastalık süresi (yıl)(.....)
15. Ailede kronik ruhsal hastalığı olan kişi varlığı () Evet () Hayır
16. 15.sorunun cevabı var ise yakınlık derecesi
() Birinci derecede yakını (anne, baba, kardeş)
() İkinci derecede yakını (hala, teyze vb.)
17. Kronik ruhsal hastalık tedavi şekli
() antipsikotik
() antidepresan
() anksiyolitik

- ☐ duygudurum düzenleyici
☐ diğer (psikosomatik tedaviler, EKT, psikoterapi vb.)

C)Kanser Bilgi ve Tutum

18. Birinci derece ailenizde meme kanseri varlığı
☐ Evet ☐ Hayır
19. Memeyle ilgili geçirilmiş rahatsızlık varlığı (kitle, mastit vb.)
☐ Evet ☐ Hayır
20. Daha önce meme cerrahı tarafından muayene edilme durumu
☐ Evet ☐ Hayır
21. Kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapma durumu
☐ Evet (sıklığı, başlangıç yaşı/.....)
☐ Hayır
22. Daha önce meme ultrasonu yaptırma durumu
☐ Evet ☐ Hayır
23. Daha önce mamografi yaptırma durumu
☐ Evet ☐ Hayır
24. Meme kanserinin erken teşhis ve tarama yapılabilen bir hastalık olduğunu düşünme durumu
☐ Evet ☐ Hayır
25. Meme kanseri sadece kadınlarda mı görülür?
☐ Evet ☐ Hayır
26. Meme kanserini duyma durumu
☐ Evet ☐ Hayır
27. Meme kanseri, erken tanı vb ile ilgili bilgi alma durumu
☐ Evet (eğitimin alındığı yer/.....)
☐ Hayır

Ek 2. Meme Kanseri Farkındalık Ölçeği

Aşağıdakilerden hangileri meme kanserinin belirtisidir?	Evet	Hayır	Bilmiyorum
1. Memenizde ele gelen bir kitle veya şişliğin meme kanseri belirtisi olabileceğini düşünüyor musunuz?			
2. Koltuk altınızda ele gelen bir kitle veya şişliğin meme kanseri belirtisi olabileceğini düşünüyor musunuz?			
3. Meme ucunuzdaki kanama veya akıntının meme kanseri belirtisi olabileceğini düşünüyor musunuz?			
4. Meme başındaki içe çökmenin meme kanseri belirtisi olabileceğini düşünüyor musunuz?			
5. Meme başındaki pozisyon değişikliğinin meme kanseri belirtisi olabileceğini düşünüyor musunuz?			
6. Meme başınızda veya çevresindeki derideki kızarıklık/döküntülerin meme kanseri belirtisi olabileceğini düşünüyor musunuz?			
7. Meme derisindeki kızarıklığın meme kanseri belirtisi olabileceğini düşünüyor musunuz?			
8. Meme veya meme başınızın boyutlarındaki değişiminin meme kanseri belirtisi olabileceğini düşünüyor musunuz?			
9. Memedeki veya meme başındaki şekil değişikliğinin meme kanseri belirtisi olabileceğini düşünüyor musunuz?			
10. Meme veya koltuk altınızdaki ağrının meme kanseri belirtisi olabileceğini düşünüyor musunuz?			
11. Meme derisindeki çukurlaşmanın meme kanseri belirtisi olabileceğini düşünüyor musunuz?			

2. Memelerinizi hangi sıklıkla kontrol ediyorsunuz?			
Nadiren veya Hiç	En az 6 ayda bir kez	En az ayda bir kez	En az haftada bir kez
(....)	(....)	(....)	(....)
3. Meme kanseri gelişme olasılığı en yüksek olan kimdir?			
30 yaşında bir kadın	(....)		
50 yaşında bir kadın	(....)		
70 yaşında bir kadın	(....)		
Herhangi bir yaştan kadın	(....)		

Ek 3. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni

 **T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ**
**Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanlığı**

TOPLANTI TARİHİ : 29/11/2023
TOPLANTI NO : 2023/23

KARARLAR :

2- Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Dr. Öğr. Üyesi Sevecen ÇELİK İNCE'nin sorumluluğunda yürütülecek olan "Kronik Ruhsal Hastalığı Olan ve Olmayan Kadınların Meme Kanseri İlişkin Bilgi, Tutum ve Farkındalıklarının Karşılaştırılması: Kesitsel Bir Çalışma" konulu çalışmanın Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

ASLI GİBİDİR

Prof. Dr. Günhan OZBAKİŞ DENGİZ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Zonguldak BÜÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, 67600 KOZLU/ ZONGULDAK,
Tel: 0 372 261 32 60 Fax: 0 372 261 02 65

Ek 4. Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Yazısı



T.C.
ZONGULDAK VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-30707382-799-234317334
Konu : Araştırma İzni
Müyesser AŞGIN

16.01.2024

DAĞITIM YERLERİNE

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği tezli yüksek lisans programı öğrencisi Müyesser AŞGIN'ın "Kronik Ruhsal Hastalığı Olan ve Olmayan Kadınların Meme Kanseri İlişkin Bilgi, Tutum ve Farkındalıklarının Karşılaştırılması: Kesitsel Bir Çalışma" konulu araştırma Müdürlüğümüze bağlı Kdz Ereğli Devlet Hastanesi bünyesinde bulunan Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde ve Fikri Oğuz Aile Sağlığı Merkezinde yürütebilmeyi talep etmektedir.

Planlanan çalışmalarda kişisel veri ya da başka bir deyişle kişilik mahremiyet haklarını ihlal edecek hiç bir bilginin kullanılmaması kaydıyla çalışmanın yapılması Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüştür. Ayrıca, bilimsel araştırma projesinin hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, çalışmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva edip etmediğinin tetkiki, araştırmanın amacı, yönetimi, kapsamı ve süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak yapılacak çalışmanın sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Ertuğrul GÜNER
İl Sağlık Müdürü

Ek: Bilimsel ve Eğitim Amaçlı (Müyesser Aşgın)

Dağıtım:

Gereği:

Zonguldak Kdz. Ereğli Devlet Hastanesi
Başhekimliğine

Bilgi:

Ereğli İlçe Sağlık Müdürlüğüne

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 30409327-C0F0-4403-AAE2-2453FAFF4961

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>



Ek 5. Aydınlatılmış Gönüllü Katılım Formu

Bu çalışma, *Kronik Ruhsal Hastalığı Olan ve Olmayan Kadınların Kansere Taramaya Yönelik Bilgi, Tutum ve Farkındalıklarının Karşılaştırılması* başlıklı bir araştırma çalışması olup kronik ruhsal hastalığı olan ve olmayan kadınların kanser taramasına yönelik bilgi ve tutumlarının karşılaştırılması amacını taşımaktadır. Çalışma Doç. Dr. Sevecen ÇELİK İNCE danışmanlığında Hemşire Müyesser AŞGIN tarafından yürütülecek olan yüksek lisans tez çalışmasıdır.

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde kanser taramalarına yönelik tutumun ve hastaların bu uygulamaları yapma durumunun araştırılması önemlidir. Bu araştırma sonuçlarından elde edilecek bulguların kronik psikiyatrik hastalık tanısı olan bireylerde kanser taramalarına katılıma yönelik yapılacak girişimlerde yol göstereceğine ve bu doğrultuda öz farkındalık davranışlarını geliştireceği düşünülmektedir.

- Bu çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır.
- Çalışmanın amacı doğrultusunda, tanımlayıcı, kesitsel ve karşılaştırmalı nitelikte anket yapılarak sizden veriler toplanacaktır.
- İsminizi yazmak ya da kimliğinizi açığa çıkaracak bir bilgi vermek zorunda değilsiniz/araştırmada katılımcıların isimleri gizli tutulacaktır.
- Araştırma kapsamında toplanan veriler, sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacak, araştırmanın amacı dışında ya da bir başka araştırmada kullanılmayacak ve gerekmesi halinde, sizin (yazılı) izniniz olmadan başkalarıyla paylaşılmayacaktır.
- İstemeniz halinde sizden toplanan verileri inceleme hakkınız bulunmaktadır.
- Sizden toplanan veriler bilimsel araştırma verilerinin saklanması yolu ile korunacak ve araştırma bitiminde arşivlenecek veya imha edilecektir.
- Veri toplama sürecinde/süreçlerinde size rahatsızlık verebilecek herhangi bir soru/talep olmayacaktır. Yine de katılımınız sırasında herhangi bir sebepten rahatsızlık hissederseniz çalışmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılmanız durumunda sizden toplanan veriler çalışmadan çıkarılacak ve imha edilecektir.

Gönüllü katılım formunu okumak ve değerlendirmek üzere ayırdığınız zaman için teşekkür ederim. Çalışma hakkındaki sorularınızı Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi olan Hemşire Müyesser AŞGIN'a (mail/tel) yöneltebilirsiniz

Araştırmacı Adı: Müyesser AşGIN

Adres:

Cep Tel: (

Bu çalışmaya tamamen kendi rızamla, istediğim takdirde çalışmadan ayrılabilceğimi bilerek verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum. (Lütfen bu formu doldurup imzaladıktan sonra veri toplayan kişiye veriniz.)

Katılımcı Ad ve Soyadı:

İmza:

Tarih:



Ek 6. Ölçek İzin Yazısı



Müyesser Aşgın

Alici: figenerolll

10 Kas 2023 Cum 13:30



Sayın Hocam

Yüksek lisansTez çalışmamda geliştirmiş olduğunuz ve geçerlik güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz " MEME KANSERİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ'ni kullanmak için ölçek kullanım izninizi almak isterim.İzniniz doğrultusunda ölçek maddeleri ve ölçek değerlendirilmesini tarafımızla paylaşmanızı rica ederim.

Çalışmanız için emeğinize teşekkür ederim.

Saygılarımla

Yüksek Lisans öğrencisi , hemşire Müyesser AŞGIN

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı



Figen EROL URSAVAŞ

Alici: ben

10 Kas 2023 15:06

Ölçeği kullanabilirsiniz

Ölçekle ilgili bilgiler ektedir. İyi çalışmalar

Doç. Dr. Figen EROL URSAVAŞ

Çankırı Karatekin Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Çankırı/TÜRKİYE

Assoc. Prof. Figen EROL URSAVAŞ

Çankırı Karatekin University

Faculty of Health Science

Department of Surgical Nursing

Çankırı/Turkey

Ek 7. Kongre Bildiri Özeti

KRONİK RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE MEME KANSERİ FARKINDALIĞINA YÖNELİK BİR DERLEME

Müeyesser AŞGIN¹, Sevecen ÇELİK İNCE²

¹Hemşire, Kdz. Ereğli Devlet Hastanesi, Genel Yoğun Bakım Ünitesi,

¹Yüksek Lisans Öğrencisi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği,

²Doç.Dr., Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği,

Özet

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde fiziksel sağlık sorunları genel nüfusa oranla yaşam süresini 8 ila 32 yıla kadar azaltmaktadır. Bu bireylerde görülen kanserler önemli fiziksel sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Bu derleme çalışmasının amacı kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde meme kanseri farkındalığına dikkat çekmektir. Bu çalışma, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde meme kanseri farkındalığı ile ilgili literatür incelenerek yapılmıştır. Google Scholar, Pubmed ve Cochrane veri tabanlarındaki çalışmalar incelenmiştir.

Meme kanseri tüm dünyada en sık görülen kanser türüdür. Tüm kanser nedenli ölümler arasında beşinci sırada yer almak, kadınlarda kanserle ilgili ölümlerin başta gelen nedenlerindendir. Meme kanserinde fiziksel aktivite azlığı, sigara ve alkol kullanmak, fazla kilo almak, obezite, doğum kontrol hapı kullanmak, çevresel kirlenici kimyasallara maruz kalmak değiştirilebilir risk faktörlerindendir.

Kanserin kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde yaygın olarak görüldüğü ve erken ölümlerin yaklaşık %20'sini oluşturduğu bilinmektedir. Bununla birlikte kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde kanser tarama ve teşhiste gecikmeler olabildiği belirtilmektedir. Literatürde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin meme kanserine yönelik tarama durumlarının incelendiği çalışmalarda meme kanseri farkındalığı ve tarama oranlarının düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunun nedeni olarak psikotik belirtilerin şiddeti, baş etme yöntemlerinin yetersizliği, koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanamama, tarama programlarına katılmama ve düşük sosyoekonomik düzey gibi faktörler belirtilmiştir. Literatürde var olan sonuçların bu konuda özellikle Türkiye'de kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin meme kanserine yönelik farkındalık durumlarının ne düzeyde olduğunu yeteri kadar yansıtmadığı düşünülmektedir. Bu nedenle kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde meme kanseri taramalarına ilişkin bilgi, tutum ve farkındalıklarının ne durumda olduğuna ışık tutulması gerektiği görülmektedir.

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde meme kanserini önleme ile ilişkili risk faktörlerinin birçoğu değiştirilebilirdir. Bu faktörler göz önüne alınarak hemşirelik bakımında düzenli egzersiz, yeterli ve dengeli beslenme, sigara, alkol kullanımını önleme ve azaltma gibi bireyde yaşam şekli değişikliği stratejileri yer almalıdır. Psikiyatri hemşirelerinin, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde meme kanserine karşı koruyucu önlemler almasında, farkındalıklarının artırılmasında, erken tanı ve tarama programlarına katılımlarının sağlanmasında etkin rol almaları faydalı olacaktır.

Anahtar kelimeler: Kronik ruhsal hastalık, kanser farkındalığı, meme kanseri

9. ÖZGEÇMİŞ

Müyesser AŞGIN CİRİT. İlköğretim ve liseyi aynı ilde tamamlamıştır. 2015-2019 yılları arasında Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü lisans eğitimini tamamlamıştır. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği alanında yüksek lisans yapmaktadır. Mezuniyetinden sonra Zonguldak Özel Level Hospital hastanesinde hemşire olarak çalışmıştır. 2020 yılından itibaren Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi Yoğun Bakım biriminde hemşire olarak çalışmaya devam etmektedir.

