



**MEME KANSERLİ KADINLARIN PSİKOLOJİK
SAĞLAMLIĞI, BESLENME DURUMU VE DİYET
KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Melek GÖĞEBAKAN
Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Safinur ÇELİK
İkinci Danışman
Doç. Dr. Feridun KAYA

Yüksek Lisans Tezi-2024



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

**MEME KANSERLİ KADINLARIN PSİKOLOJİK
SAĞLAMLIĞI, BESLENME DURUMU VE DİYET
KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Melek GÖĞEBAKAN

**Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Safinur ÇELİK
İkinci Danışman
Doç. Dr. Feridun KAYA**

ERZURUM

2024

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSRTACT.....	VI
TABLolar DİZİNİ	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Meme Anatomisi ve Dokusu	4
2.2. Meme Kanseri.....	4
2.3. Meme Kanserinin Sınıflandırılması.....	5
2.4. Meme Kanseri Epidemiyolojisi	5
2.5. Meme Kanseri Belirtileri	6
2.6. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	7
2.6.1. Meme Kanserinin Değiştirilebilir Genetik Olmayan Risk Faktörleri.....	7
2.6.1.1. Sosyoekonomik Durum ve Eğitim.....	7
2.6.1.2. Doğurganlık Modelleri	8
2.6.1.3. Menopozal Hormon Kullanımı	8
2.6.1.4. Tütün ve Alkol	9
2.6.1.5. Fiziksel Aktivite ve Beslenme	9
2.6.2. Meme Kanserinin Değiştirilemez Genetik Olmayan Risk Faktörleri.....	10
2.6.2.1. Yaş	10
2.6.2.2. Irk.....	10
2.6.2.3. Menarş ve Menopoz Yaşı	11
2.6.2.4. Meme Özellikleri	11

2.6.3. Meme Kanserinin Genetik Risk Faktörleri	11
2.6.3.1. BRCA 1 ve BRCA 2 Gen Mutasyonu	11
2.7. Meme Kanseri ve Beslenme	12
2.7.1. Meme Kanseri ile Meyve ve Sebze Tüketimi Arasındaki İlişki	13
2.7.2. Meme Kanseri ile Et ve Et Ürünleri Arasındaki İlişki.....	13
2.7.3. Meme Kanseri ile Yağlar Arasındaki İlişki	14
2.7.4. Meme Kanseri ile Süt Ürünleri Arasındaki İlişki	15
2.7.5. Meme Kanseri ile Tam Tahıllar Arasındaki İlişki	16
2.7.6. Meme Kanseri ile Alkol Arasındaki İlişki.....	16
2.8. Meme Kanseri ve Obezite.....	17
2.9. Diyet Kalitesi	18
2.10. Sağlıklı Yeme İndeksi.....	19
2.11. Diyet Kalitesi ve Meme kanseri.....	20
2.12. Psikolojik Sağlamlık Kavramı	21
2.12.1. Psikolojik Sağlamlığın Koruyucu Faktörleri ve Risk Faktörleri	22
2.12.1.1. Bireysel Faktörler	22
2.12.1.2. Ailesel Faktörler	22
2.12.1.3. Çevresel Faktörler.....	23
2.13. Psikolojik Sağlamlık Kuramları.....	23
2.14. Psikolojik Sağlamlık ile Meme Kanseri Arasındaki İlişki.....	34
2.15. Psikolojik Sağlamlık ile Beslenme Arasındaki İlişki	35
3. MATERYAL VE METOT.....	37
3.1. Araştırmanın Türü.....	37
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	37
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	37

3.4. Verilerin Toplanması	37
3.4.1. Araştırma Kriterleri.....	38
3.4.2. Kişisel Anket Formu	38
3.4.3. 24 Saatlik Geriye Dönük Besin Tüketim Kaydı Formu	38
3.4.4. Besin Tüketim Sıklığı Formu	39
3.4.5. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	39
3.5. Sağlıklı Yeme İndeksi Puanının Hesaplanması	39
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	41
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	41
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	42
3.9. Araştırmanın Sınırlılığı	42
4. BULGULAR.....	43
5. TARTIŞMA.....	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	72
KAYNAKLAR	74
EKLER	104
EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU.....	104
EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU	105
EK-3. KURUM İZİN YAZILARI	106
EK-4. KİŞİSEL ANKET FORMU	108
EK-5. KISA PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ.....	110
EK-6. 24 SAATLİK BESİN TÜKETİM KAYDI FORMU.....	111
EK-7. BESİN TÜKETİM SIKLIĞI FORMU	112

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve önerileri ile bana ışık tutan danışman hocam Sayın Doç. Dr. Safinur ÇELİK'e beni motive eden ve çalışmamda yardımlarını eksik etmeyen ikinci danışman hocam Sayın Doç. Dr. Feridun KAYA'ya en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Bu çalışma TYL-2023-13356 Numaralı proje ile BAP Koordinasyon birimi tarafından desteklenmiştir. Çalışmaya verdiği katkılardan dolayı Atatürk Üniversitesi BAP Koordinasyon birimine çok teşekkür ederim.

Tez kapsamında verilerimin toplanmasında yardımlarını esirgemeyen Erzurum Şehir Hastanesi ve Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi yönetimine, araştırmaya katılan hastalara, hayatımın her adımında olduğu gibi yüksek lisans eğitimim boyunca da her zaman yanımda olan, varlıklarını her an hissettiren, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen canım aileme, değerli zamanını ve manevi desteklerini benden hiçbir koşulda esirgemeyen, düştüğümde kaldıran, üzüldüğümde güldüren, bu süreçte yaşadığım sorunlarda bana sabrı ile destek olan en yakın arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi iletiyor, saygı ve şükranlarımı sunuyorum.

Melek GÖĞEBAKAN

ÖZET

Meme Kanserli Kadınların Psikolojik Sağlamlığı, Beslenme Durumu ve Diyet Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Amaç: Bu araştırma meme kanserli kadınların psikolojik sağlamlığı, diyet kalitesi ve beslenme durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde bir araştırmadır. Araştırma Temmuz 2023-Ekim 2023 tarihleri arasında Erzurum ilinde bulunan Şehir Hastanesi ve Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinde polikliniğe başvuran ve kemoterapi alan 104 meme kanserli kadın ile yürütülmüştür. Veriler kişisel bilgi formu, 24 saatlik geriye dönük besin tüketim kaydı formu, besin tüketim sıklığı formu, Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ) kullanılarak yüz yüze toplanmıştır. 24 saatlik geriye dönük besin tüketim kaydından ise diyet kalite indeksi puanı hesaplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde bağımsız gruplar için t testi, Kruskal Wallis H testi, Pearson ve Spearman korelasyon analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Yürütülen korelasyon analizi sonucunda diyet kalitesi ile psikolojik sağlamlık ($r = .235$, $p = .017$), enerji ($r = .214$, $p = .029$), protein ($r = .277$, $p = .004$), yağ ($r = .291$, $p = .003$), tekli doymamış yağ ($r = .323$, $p = .001$) ve çoklu doymamış yağ asitleri ($r = .417$, $p < .001$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Buna karşın diyet kalitesi ile karbonhidrat ($r = .109$, $p = .273$) ve doymuş yağ asitleri ($r = -.033$, $p = .737$) arasında ise anlamlı ilişkiler tespit edilememiştir.

Sonuç: Diyet kalitesi ile psikoloji sağlamlık, enerji, protein, yağ, tekli doymamış yağ asitleri ve çoklu doymamış yağ asitleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle psikolojik sağlamlık, enerji, protein, yağ, tekli doymamış yağ asit tüketimi ve çoklu doymamış yağ asit tüketimi arttıkça bireylerin diyet kalitesi artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Beslenme durumu, diyet kalitesi, meme kanseri, psikolojik sağlamlık

ABSRTACT

Examination of the Relationship Between Psychological Resilience, Nutritional Status and Diet Quality of Women with Breast Cancer

Aim: This research was conducted to investigate the relationship between psychological resilience, diet quality and nutritional status of women with breast cancer.

Material and Method: The research is descriptive and relational in nature. The research was carried out with 104 women with breast cancer who applied to the polyclinic and received chemotherapy at the City Hospital and Atatürk University Research Hospital in Erzurum province between July 2023 and October 2023. Data were collected face to face using personal information form, 24-hour retrospective food consumption record form, food consumption frequency form, Short Psychological Resilience Scale (SPRS). Diet quality index score was calculated from the 24-hour retrospective food consumption record. In the evaluation of the data, t test, Kruskal Wallis H test, Pearson and Spearman correlation analyzes were used for independent groups.

Results: As a result of the correlation analysis, significant positive relationships were found between diet quality and psychological resilience ($r = .235$, $p = .017$), energy ($r = .214$, $p = .029$), protein ($r = .277$, $p = .004$), fat ($r = .291$, $p = .003$), monounsaturated fat ($r = .323$, $p = .001$) and polyunsaturated fatty acids ($r = .417$, $p < .001$). On the other hand, there was no significant relationship between diet quality and carbohydrate ($r = .109$, $p = .273$) and saturated fatty acids ($r = -.033$, $p = .737$)

Conclusion: Significant positive relationships were found between diet quality and psychological soundness, energy, protein, fat, monounsaturated fatty acids and polyunsaturated fatty acids. In other words, as psychological resilience, energy, protein, fat, monounsaturated fatty acid consumption and polyunsaturated fatty acid consumption increase, the diet quality of individuals increases.

Key Words: Breast cancer, diet quality, nutritional status, psychological resilience

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Sağlıklı yeme indeksi hesabı.....	40
Tablo 4.1. Araştırmaya katılan bireylerin karakteristik özellikleri	43
Tablo 4.2. Araştırmaya katılan bireylerin besin tüketim sıklığı	44
Tablo 4.3. Araştırmaya dahil edilenlerin tükettikleri enerji, makro ve mikro besin öğesi miktarları.....	47
Tablo 4.4. Araştırmaya dahil edilenlerin diyet kalitesi puanının grup ortalamaları	48
Tablo 4.5. Araştırmaya katılan bireylerin ana öğün sayısının diyet kalitesi ile ilişkisi .	49
Tablo 4.6. Araştırmaya katılan bireylerin ara öğün sayılarının diyet kalitesi ile ilişkisi	50
Tablo 4.7. Araştırmaya katılan bireylerin tanı sonrası vücut kütle indeksi düzeylerinin diyet kalitesi ile ilişkisi	51
Tablo 4.8. Araştırmaya katılan bireylerin diyetisyen takibinin diyet kalitesi ile ilişkisi	52
Tablo 4.9. Araştırmaya katılan bireylerin spor yapma durumunun diyet kalitesi ile ilişkisi.....	53
Tablo 4.10. Araştırmaya katılan bireylerin medeni durumunun diyet kalitesi ile ilişkisi	54
Tablo 4.11. Araştırmaya katılan bireylerin çalışma durumunun diyet kalitesi ile ilişkisi	54
Tablo 4.12. Araştırmaya katılan bireylerin gelir düzeylerinin diyet kalitesi ile ilişkisi.	55
Tablo 4.13. Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumunun diyet kalitesi ile ilişkisi	56
Tablo 4.14. Araştırmaya katılan bireylerin sosyal destek düzeyinin diyet kalitesi ile ilişkisi.....	56

Tablo 4.15. Araştırmaya katılan bireylerin diyet kalitesi puanları, psikolojik sağlımlıkları ve beslenme durumları arasındaki korelasyon analizi sonuçları	57
---	----



1. GİRİŞ

Meme kanseri Dünyada ve ülkemizde görülen başlıca ölüm nedenlerinden biridir. Meme kanseri kadınlarda görülen kanserlerin %43.8'ini oluşturmaktadır (Gözüyeşil ve ark., 2019). Bu kanser kadınlarda kanser kaynaklı ölümlerin %15'ini oluşturmaktadır (Gürel Köksal, 2022). Hayatı tehdit eden kanser hastalığı, psikolojik sıkıntıya ve travmaya neden olmaktadır. Kanser hastalarında görülen duygusal sıkıntılar hastaların yaşam kalitelerini ve tedaviye uyum sürecini etkilemektedir (Min ve ark., 2013). Psikolojik sıkıntının yüksek olması sağlıksız beslenme, aşırı alkol tüketimi ve sigara içme gibi sağlıksız yaşam tarzı davranışlarıyla ilişkilendirilmektedir (Whatnall ve ark., 2019). Psikolojik sağlamlık, depresyon ve psikolojik sıkıntı gibi durumlardan korunmayı sağlayan önemli bir faktördür (Balcı ve Balcı Şener, 2022; Ristevska-Dimitrovska ve ark., 2015). Psikolojik sağlamlığı yüksek olan hastaların daha az stres tepkisi yaşaması ve tanıyı takip eden yaşamsal tehdide ve zorlu tedaviye daha iyi uyum sağlaması ve bunları yönetmesi muhtemeldir (Axelsson ve ark., 2018). Meme kanseri gibi olumsuz bir yaşam deneyimi bireylerin psikolojik sağlamlığını etkileyebilmektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde psikolojik sağlamlığın sağlıklı beslenme ile ilişkili olduğu görülmüştür (Mohlin ve ark., 2021; Williamson ve ark., 2021; Yin ve ark., 2019). Lutz ve ark. (2017) yaptığı bir çalışmaya göre diyet kalitesi ve psikolojik sağlamlık arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Meyve ve sebze tüketiminin sağlıklı davranışla ilişkili olduğu sınırlı sayıda çalışmalara rastlanılsa da Akdeniz tipi beslenmenin yüksek zihinsel yaşam kalitesi ve psikolojik sağlamlığın bir ölçüsü olarak değerlendirilen dışadönüklük ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir (Bonaccio ve ark., 2018; Mistry ve ark., 2009; Perna ve ark., 2012; Tiainen ve ark., 2013).

Beslenme, kanser hastaları tanı aldıkları andan itibaren terminal döneme kadar gerek tedavi süreci gerek yaşam kalitesi gibi faktörleri etkileyen önemli bir etkindir

(Çömlekçi ve Can, 2021). Diyetin kanser gelişimindeki rolü Doktor Galen tarafından M.Ö. 168 gibi erken bir tarihte fark edilmiştir. Bu dönemde beslenme birçok hastalığın ortak nedeni sayılmaktaydı. Amerika Kanseri Derneği'nin kurucu ortağı olan Frederick L. Hoffman geniş bir literatür taramasından sonra beslenmenin kanser için ana neden değil birinci dereceden katkıda bulunan neden olduğu bir sonucuna ulaşmıştır. Yirmi birinci yüzyılın ikinci yarısından sonra diyetin bazı kanserlerin belirleyicileri olduğu kanıtlanmıştır (Mayne ve ark., 2016).

Kanser fizyolojik bozukluklara neden olarak beslenme yetersizliği ve malnütrisyona neden olmaktadır. Kanser hastalarında ölümlerin %10-20'sinin tümör kaynaklı değil malnütrisyon kaynaklı olduğu tahmin edilmektedir (Çömlekçi ve Can, 2021). Beslenmede meydana gelebilecek bir bozulma metabolizmayı etkileyen çok faktörlü bir sonuçtur. Beslenmenin doğru şekilde yapılması kanserin tedavi sürecinde sağlığı iyileştirebilmekte, kanser semptom yükünü hafifletebilmekte, kanserden kurtulmayı destekleyebilmekte ve en önemlisi de kanser tedavisinin başarılı olmasını sağlayabilmektedir (Ravasco, 2019). Besin alımındaki enerji dengesi meme kanserini etkileyen önemli bir faktör olarak bilinmektedir (Chajès ve Romieu, 2014). Beslenme kurallarına uygun olarak meyve, sebze, tam tahıl, kümes hayvanları ve balık tüketiminin yüksek olduğu; kırmızı et, rafine edilmiş besinler ve tatlı tüketiminin düşük olduğu bir beslenme modelinin benimsenmesi evre 1, evre 2, evre 3 meme kanseri tanısı almış kadınların genel prognozunun ve sağkalımı iyileştirebilmektedir (Kwan ve ark., 2009). Son kanıtlara göre lif açısından zengin beslenmek, doymuş yağ alımını sınırlandırmak meme kanseri tanısından sonra genel sağkalımı iyileştirebilmektedir. Bu doğrultuda düşünüldüğünde modern onkolojik tedavilerde beslenme önemli bir rol almaktadır (De Cicco ve ark., 2019).

Bir kişilik özelliği olarak da sayılabilen psikolojik sağlamlığın yüksek olması bireylerin sağlık bilincine sahip bir beslenme modeli benimsemesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Tiainen ve ark., 2013). Shonkoff ve arkadaşları psikolojik sağlamlığın biyolojisinin beslenme yetersizlikleri gibi sağlıkla bağlantılı işlevler üzerinde uzun süreli etkilere neden olabileceğini göstermiştir (Shonkoff ve ark., 2013). Psikolojik sağlamlık ile diyet arasındaki ilişkinin olumlu duygulanıma sahip bireylerin daha iyi sağlık davranışı gösterildiği görülmüştür (Lutz ve ark., 2017). Dolayısıyla psikolojik sağlamlık ile diyet arasındaki ilişkinin biyolojik yönünün olabileceği düşünülmektedir. Doymuş yağlar, rafine şekerler ve hayvansal besinlerin yüksek miktarda; meyve ve sebzelerin ise düşük miktarda tüketilmesi başta kortizol olmak üzere glukokortikoid salgısını etkilediği gösterilmiştir (Lutz ve ark., 2017). Bu nedenle prognozu iyileştirmede etkili olabilmek için bireyin beslenme durumunun ve psikolojik durumunun kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi zorunludur (Ravasco, 2019).

Çalışmamızın amacı meme kanserli kadınların psikolojik sağlamlığı, beslenme durumu ve diyet kalitesi arasındaki ilişkiyi incelenmektir. Söz konusu çalışmada aşağıdaki araştırma sorularına cevap aranmaktadır.

Araştırma sorusu 1: Meme kanserli kadınların psikolojik sağlamlığı ile diyet kalitesi arasında ilişki var mıdır?

Araştırma sorusu 2: Meme kanserli kadınların diyet kalitesi ile karbonhidrat, protein ve yağ tüketimi arasında ilişki var mıdır?

Araştırma sorusu 3: Diyet kalitesi ile beslenme alışkanlıkları arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Anatomisi ve Dokusu

Meme çeşitli dokulardan oluşan bir bezdir. Bu dokular yağlı doku, lenf dokusu, süt üretiminde etkisi olan bezler ve kanallardır (Winters ve ark., 2017). Meme bezinin iç yapısı temelde iki bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenler sütün üretildiği yapılar (lobüller) ve sütün meme ucuna gelmesini sağlayan kanallardır. Lobüller ve kanallar, memenin ana kütesini oluşturan arka plandaki fibröz doku ve yağ dokusu boyunca yerleşmekte ve yayılmaktadır (Farhadieh ve ark., 2015). Meme dokusunun gelişimi ergenlik dönemine kadar durağandır. Ergenlik dönemine girilmesiyle beraber over kaynaklı hormonların etkisiyle (progesteron ve östrojen) epitel doku ve bağ dokuda proliferasyon oluşmaktadır. Bu oluşum sayesinde meme dokusu gelişmeye başlar ve gebelik dönemine kadar bu gelişim devam etmektedir. Memenin fonksiyonel olarak gelişimi ise çeşitli hormonlar yoluyla olmaktadır. Bu hormonlar, progesteron, prolaktin, tiroid hormonu, adrenal hormonlar ve östrojendir (Yemez 2023, s. 41).

Erkek memesinin yapısı ile kadın memesinin yapısı hemen hemen aynıdır. Aradaki tek fark erkek memesinde süt üretimi fizyolojik ihtiyaç olmadığından özelleşmiş lobüllerin olmamasıdır (Farhadieh ve ark., 2015).

2.2. Meme Kanseri

İnsan organizması büyüyen, gerektiğinde bölünen trilyonlarca hücreden oluşmaktadır. Zamanla hücreler anormal hale gelmekte veya yaşlanmaktadır. Bundan dolayı da hücre ölmektedir. Kanseri ise bu sürecin ters gitmesinden kaynaklı oluşmaktadır. Hücrelerimiz yenilenirken işlevini yitirmiş hücreler ölmesi gerektiği vakitte ölmez. Hücreler kontrolden çıktıkça normal hücreleri geride bırakarak vücudumuzun olması gerektiği gibi çalışmasını zorlaştırmaktadır (American Cancer Society, 2021). Birçok türü olan kanser çeşitli dokularda oluşabilmektedir. Kanseri hangi dokuda başlamışsa adını

başladığı dokudan almaktadır. Örneğin kolon kanseri kolonda başladığı için kolon kanseri adını almaktadır. Başka bir dokuya metastaz (yayılma) da yapsa o dokuda başladığı için yine meme kanseri olarak adlandırılmaktadır (American Cancer Society, 2021)

Bir kanser türü olan meme kanseri ise çoğunlukla kadınlar arasında görülen ve farklı prezentasyonlara sahip bir kanser türüdür (Barzaman ve ark., 2020). Meme kanserleri, gen ekspresyon profillerindeki benzerliklere ve moleküler sınıflandırmaya göre farklı alt gruplara ayrılabilir (Makki, 2015).

2.3. Meme Kanserinin Sınıflandırılması

Meme karsinomu histolojik (tümörlerin büyüme şekline göre) ve moleküler olarak ikiye ayrılmaktadır. Histolojik olarak bakıldığında temelde invazif ve non invaziv olarak ikiye ayrılmaktadır (Makki, 2015). İnvaziv duktal karsinom (İDK) invaziv meme kanserini oluşturmaktadır. Aynı zamanda İDK invaziv meme kanserinin en yaygın şeklidir. Duktal karsinoma in-situ ve lobüler karsinoma in-situ ise non invaziv meme kanserlerini oluşturmaktadır (Weigelt ve ark., 2010).

Moleküler sınıflandırma gen ekspresyonundaki benzerliği temel alarak meme kanserini alt gruplara ayırmaktadır. Moleküler olarak sınıflandırılan kanserler İmmünoprofil, Luminal A, Lüminal B, Her2/ Neu ve Bazal Like' tan oluşmaktadır (Makki, 2015).

2.4. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Kadınlarda en sık görülen malign tümörün meme kanseri olduğu düşünülmektedir (Nardin ve ark., 2020). Meme kanseri onkolojik kanserlerin yüzde otuz altısını oluşturmaktadır (Smolarz ve ark., 2022). Dünya Sağlık Örgütü bölgeleri arasında en yüksek meme kanseri görülme oranı Amerika Bölgesi' yken en düşük meme kanseri görülme oranı Güney Doğu Asya Bölgesi' dir (Ghoncheh ve ark., 2016). 2018 yılında Amerika Birleşik Devletleri' nde 234.087, Birleşik Krallık' ta 55.439, Fransa' da 56.162,

Almanya’da 71.888 ve Japonya’da 66.101 meme kanseri vakası görülmüştür (Smolarz ve ark., 2022). Meme kanserinin en yüksek insidans oranlarının görüldüğü beş ülke sırasıyla Belçika, Danimarka, Bahamalar ve Hollanda'dır (Ghoncheh ve ark., 2016). Dünyada sık görülen meme kanseri bizim ülkemizde de kadınlar arasında sık görülen bir kanser türüdür. Globocan 2020 verilerine göre Türkiye’de birinci sırada görülen kanser türü meme kanseridir. 2014’ten beri meme kanseri insidansının arttığı ülkemizde her dört kanserli kadından birinin meme kanseri olduğu bildirilmiştir (Baran Deniz, 2022). Ayrıca 2023 verilerine göre ülkemizdeki kadınlarda görülen kanserlerin yüzde yirmi beşinin meme kanseri olduğu belirtilmektedir (Genç, 2023).

2.5. Meme Kanseri Belirtileri

Meme kanseri belirtileri çoğunlukla fark edilebilmektedir. Meme dokusunda ya da koltuk altında kitle saptamak, meme dokusunda ağrı hissedilmesi, memenin başında çekilme ve akıntı görülmesi, memenin derisinde kaşıntı, eritem ve ülser görülmesi, memenin portakal görünümünde olması belirtilere örnek olarak verilebilmektedir (Parlar ve ark., 2005). Yapılan bir çalışmada kadınların bazı gözle görülebilir belirtileri fark ettiği fakat bunun meme kanseri belirtisi olduğunu bilmediğini saptanmıştır. Risk faktörlerini taşıyan kadınlarda meme kanseri tanısı için etkili bir yöntem olan kendi kendine elle muayene yapmanın düşük olduğu görülmüştür (Sohbet ve Karasu, 2017). Meme kanserinde erken tanı hastalığın mortalitesini düşürmekte aynı zamanda sağ kalımı da artırmaktadır (Güzel ve Bayraktar, 2019). Erken tanı yöntemleri meme muayenesi (kendi kendine ve klinik) ve mamografiden oluşmaktadır. Kendi kendine yapılan muayeneler mamografiye göre nispeten daha ucuzdur. Bundan dolayı meme taramalarının yetersiz yapıldığı yerlerde kendi kendine elle muayenenin memede olası bir kitleyi saptamada önemli olduğu bulunmuştur (Açıkgöz ve ark., 2015). Bu nedenle kadınların memedeki değişiklikleri saptayabilmeleri için kendi kendine elle muayeneyi yapmaları gerekmekte

ayrıca bunu yapabilmek için memeyi tanımak ve olası değişikliklerin farkında olunması gerekmektedir (Parlar ve ark., 2005).

2.6. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Biyolojik ve moleküler olarak heterojen olan meme karsinomunun çeşitli etiyolojik faktörleri olduğu belirtilmektedir (Swaminathan ve ark., 2023). Dünya çapında kadınlar arasında ikinci ölüm nedeni olarak belirtilen meme kanserinin kesin nedeni bilinmemektedir. Fakat bazı risk faktörlerinin olduğu bilinmektedir. Bu risk faktörlerine kadının yaşı, genetik faktörler, aile geçmişi, kişisel sağlık geçmişi ve diyetin tümü örnek olabilmektedir. Meme kanseri risk faktörlerinin daha kolay anlaşılması için risk faktörleri genetik, değiştirilebilir genetik olmayan risk faktörleri ve değiştirilemez genetik olmayan risk faktörleri şeklinde ayrılmaktadır (Singh ve Sain, 2023; Winters ve ark., 2017).

2.6.1. Meme Kanserinin Değiştirilebilir Genetik Olmayan Risk Faktörleri

2.6.1.1. Sosyoekonomik Durum ve Eğitim

Dünya çapında meme kanseri kadınların hayatta kalma oranlarında farklılıklar (eşitsizlikler) bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmaya göre bu farklılık sosyoekonomik durum ve eğitim durumu ile ilişkili olarak bulunmuştur. Sosyoekonomik seviyesi yüksek olan meme kanserli kadınların sağ kalım oranlarının daha yüksek olduğu ve eğitim seviyesi ile meme kanseri sonuçlarının ters orantılı olduğu bildirilmiştir (Winters ve ark., 2017). Yapılan başka bir çalışmada ise düşük sosyoekonomik seviyeye sahip kadınların daha yüksek sosyoekonomik seviyeye sahip kadınlara göre meme kanseri alt türlerinin daha sık görüldüğü bulunmuştur (Aoki ve ark., 2021). Benzer sonuçlara sahip bir çalışmada ise sosyoekonomik durumun postmenopoz dönemindeki kadınlarda meme kanseri için risk faktörü olduğu bulunmuştur (Alsolami ve ark., 2019). Dolayısıyla meme kanserli kadınlarda sosyoekonomik eşitsizlikleri azaltmak olumlu sağlık sonuçları için uygun müdahaleler olarak görülmektedir (Lundqvist ve ark., 2016).

2.6.1.2. Doğurganlık Modelleri

Meme dokusu parite durumuna göre farklılık (morfolojik ve fonksiyonel) gösterebilmektedir. Doğum yapmış kadınların meme dokusundaki gen ekspresyonu ile hiç doğum yapmamış kadının meme dokusundaki gen ekspresyonu farklılık göstermektedir. İnsan koryonik gonadotropin hormonu gebe kadınların ilk trimesterinde salgılanmakta ve korpus luteum oluşmasını sağlamaktadır. Korpus luteum yüksek oranda progesteron salgılanmasına neden olmaktadır. Salgılanan yüksek orandaki progesteron (kadınlarda menstrüasyon döngüsü ve gebelikte rolü olan bir hormon) hormonu ise meme dokusundaki gen ekspresyonunu indükleyerek tümör oluşumunu baskılamaktadır (Kobayashi ve ark., 2012). Yapılan bir çalışmaya göre kanında daha yüksek düzeyde insan koryonik gonadotropin hormonu bulunan elli yaş üstü gebe kadınların meme kanseri riskinin yüzde otuz üç daha az olduğu görülmüştür (Siwko ve ark., 2008). Geç yaşta çocuk doğurma, hormonal kontraseptifler ve emzirme süresinin az olması gibi faktörler meme kanseri riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir. Benzer şekilde kadınların genç yaşta ilk çocuk sahibi olması ve daha fazla sayıda çocuk sahibi olması daha düşük meme kanseri riskiyle ilişkilendirilmiştir (Winters ve ark., 2017). Yapılan bir çalışmada menapoz öncesi meme kanseri riskinin ilk çocuk doğurma yaşının geciktiği her yıl için yüzde 5 arttığı gösterilmiştir (Cuzick ve ark., 2008).

2.6.1.3. Menopozal Hormon Kullanımı

Menopoz dönemindeki kadınlarda menopoz semptomları görülebilmektedir. Dolayısıyla menopoz dönemindeki kadınlarda bu semptomları kontrol etmek için menopozal hormon replasman tedavisi kullanılmaktadır. Menopoz semptomlarını kontrol etmek için temel olarak kullanılan bu hormonal tedavinin iki genel formülasyonu kullanılmaktadır. Bunlar kombine östrojen tedavisi ve progestin tedavisine karşı sadece östrojen tedavisinden oluşmaktadır. Bu tedavilerin meme kanseri riskini artırdığı

bildirilmiştir (Çubukçu ve ark., 2023; Winters ve ark., 2017). Hormon replasman tedavisi alan kadınlar ile hormon replasman tedavisi almayan kadınların kıyaslandığı bir meta-analiz çalışmasında hormon replasman tedavisi alan kadınların meme kanseri geliştirme riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2019). Benzer sonuçlara sahip başka bir çalışmada ise meme kanseri olan hastaların yüzde doksanının menopoz döneminde hormon replasman tedavisi aldığı bildirmiştir (Çubukçu ve ark., 2023).

2.6.1.4. Tütün ve Alkol

Meme kanserinin yaşam tarzını ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmaya göre alkol tüketiminin kısıtlanması ile premenopoz ve postmenopoz döneminde meme kanseri geliştirme riskinin daha az olduğu, günlük 5-6 bardak şarap tüketiminin yüzde ona varan artan risk ile ilişkilendirildiği ve yeni verilere göre ergenlik döneminde sigara kullanmanın bu bireylerde yaşamlarının daha sonraki aşamalarında meme kanseri gelişimine sebep olabileceği gösterilmiştir (Öztürk Topçu, 2016; Winters ve ark., 2017). Başka bir çalışmanın sonuca göre ise meme kanseri tanısı konulduğunda sigara kullanan bireylerin sağkalımının daha düşük olduğu görülmüştür (Canbakan, 2017). Benzer şekilde aktif sigara kullanımının yanı sıra pasif içiciliğinde meme kanseri etiyolojisinde yer aldığını söyleyen kanıtlar artmaktadır (Hecht, 2002).

2.6.1.5. Fiziksel Aktivite ve Beslenme

Beslenmenin kötü olması, yetersiz fiziksel aktivite ve obezite gibi yaşam tarzlarında meme kanseri riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Deniz Güneş ve Acar Tek, 2021). Beslenme tarzlarından ise Akdeniz Diyetine yüksek bağlılığın daha düşük meme kanseri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Turati ve ark., 2018). Daniel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada tüm dünyada meme kanserinden meydana gelen ölümlerin yüzde yirmi birinin alkol tüketimi, yetersiz fiziksel aktivite ve şişmanlıktan

kaynaklandığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada bu oranın yüksek gelirli ülkelerde yüzde 27 daha fazla olduğu ve bu etkinin kilonun aşırı olmasından kaynaklandığı belirtilmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelere bakıldığında ise şişmanlık ve yetersiz fiziksel aktivitenin sebep olduğu risk faktörlerinin yüze 18 oranında daha fazla olduğu görülmüştür. Bu oranın yüzde 10'unun yetersiz fiziksel aktiviteden kaynaklı olduğu gösterilmiştir (Daniel ve ark., 2020).

2.6.2. Meme Kanserinin Değiştirilemez Genetik Olmayan Risk Faktörleri

2.6.2.1. Yaş

Her yaş grubunda görülebilen meme kanserinde yaşın artması meme kanseri riski artıran önemli bir etken olarak belirlenmiştir (Esen ve Gelmez Taş, 2020). Benzer sonuçlara sahip başka bir çalışmada ise yaş artışının meme kanseri riskini artırdığı ve 60 yaş üstü kadınların risk puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Mermer ve Güzekin, 2021). Meme kanserli kadınların yüzde kırkıdan fazlasının 65 yaşın üzerinde olduğu ve meme kanserinden ölenlerin yüzde altmışından fazlasının 65 yaşının üzerinde olduğu görülmektedir. Kadınların meme kanseri riski incelendiğinde yaşamları boyunca meme kanserine yakalanma riskinin 1/8, kırk dokuz yaşından önce meme kanserine yakalanma riskinin 1/53, elli-elli dokuz yaş aralığında meme kanserine yakalanma riskinin 1/43 60-69 yaş aralığında meme kanserine yakalanma riskinin 1/23 olduğu bildirilmiştir (McGuire ve ark., 2015).

2.6.2.2. Irk

Kadınlarda görülen meme kanseri insidansı ve ölüm oranları ırk ve etnik kökene göre değişiklik göstermektedir. Hispanik olmayan beyaz ve siyah kadınlarda görülen vaka sayısı (meme kanseri) ve bu vakaların ölüm oranları diğer ırk ve etnik kökenden gelen kadınlara kıyasla daha fazla olduğu belirtilmektedir. Tarihsel olarak bakıldığında ise beyaz kadınlarda görülen meme kanseri vakalarının siyah kadınlara göre daha fazla

olduğu görülmüştür. Beyazlarda görülen meme kanseri vakalarının fazla olmasına karşın siyahlarda görülen ölüm oranlarının beyazlara göre yüzde 42 daha fazla olduğu tespit edilmiştir (DeSantis ve ark., 2016).

2.6.2.3. Menarş ve Menopoz Yaşı

İlk menstrüasyonu daha küçük yaşta olan kadınlar yaşamları boyunca daha çok östrojen hormonuna maruz kalacaklarından dolayı erken menarş (12 yaşından önce) meme kanseri riskini artırmaktadır (Utkan 2018, s. 301). Menarş ve Meme kanserli hastalarda risk faktörlerinin belirlenmesi ile ilgili yapılan bir çalışmada erken menarşın (12 yaşından önce) ve geç menopozun (55 yaşından sonra) meme kanseri riskini artırdığı belirtilmişken yapılan başka bir çalışmada menarş ve menopoz yaşının meme kanseri riski ile ilişkili olmadığı yani menarş ve menopoz yaşının meme kanseri ile ilişkisinin tutarsız olduğu bulunmuştur (Karakayalı ve ark., 2007; Tuna ve ark., 2022).

2.6.2.4. Meme Özellikleri

Premenopoz ve postmenopoz dönemlerinde meme yoğunlukları (mamografide) değişmektedir. Meme yoğunluğunda fazlalık olması meme kanseri için önemli bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır (Ziv ve ark., 2004). Meme kanseri tanısı almış kadınlarda yapılan bir çalışmaya göre ise meme yoğunluğu fazla olan kadınların prognozunun daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Nulliparite (hiç doğum yapmamış kadın), ilk doğumun geç yaşta yapılması, menarşın erken menopozun geç yaşta olması mamografik yoğunluğu ve serum östrojen seviyesini artırarak meme kanseri geliştirme riskinin yükseltmektedir (Ünal ve Korukluoğlu, 2020).

2.6.3. Meme Kanserinin Genetik Risk Faktörleri

2.6.3.1. BRCA 1 ve BRCA 2 Gen Mutasyonu

Meme kanserinin yüzde 5-10'unun kalıtsal kaynaklı olduğu ve kalıtsal kaynaklı meme kanserinin yüzde 50-60 'ının Breast cancer 1 ve breast cancer 2 genlerden

kaynaklandığı belirtilmektedir (Olgun, 2018). Breast cancer 1 ve breast cancer 2 genleri 17 numaralı kromozomda bulunan tümör baskılayan genlerdir. Bu genler hücrelerin normal olmayan şekilde büyümelerini engellemektedir. Tümörün oluşumu ise BRCA 1 ve BRCA 2 genlerinin ya aktive olmamasından ya da bu genlerin mutasyonundan kaynaklanmaktadır (Olgun, 2018; Olgun, 2021). Bu genlerinde mutasyon olan bireyler yüksek riske sahip olmaktadır (Olgun, 2018).

2.7. Meme Kanseri ve Beslenme

Meme kanseri beslenme ile ilişkili olan bir kanser türüdür. Beslenme ile meme kanseri arasındaki ilişki beslenmenin inflamasyon, DNA hasarı ve onarımı, oksidatif stres ve genetik modifikasyonlar üzerindeki etkilerine atfedilmektedir (Shaikh ve ark., 2019). Beslenme, kanserin önlenmesinde katkıda bulunan değiştirilebilir önemli bir faktördür. Yapılan çalışmalara göre tahılların yüksek miktarda rafine edilmemesi, meyve, sebze, yağlı tohumlar, kısa ve orta zincirli yağ asitleri, kırmızı et tüketimi ile oluşturulmuş sağlıklı beslenme modelinin meme kanseri tanısı sonrasında genel sağkalımı iyileştirilebileceği gösterilmiştir (De Cicco ve ark., 2019; Prentice ve ark., 2006; Skouroliahou ve ark., 2018). Maumy ve ark. (2019) yaptığı bir çalışmada ise meme kanseri kadınların sağlıklı bir beslenme modelini benimsemesinin sağ kalımla ilişkili olduğunu belirtmiştir. Bazı diyet modelleri ise meme kanseri riskini artırmaktadır. Örneğin yüksek fruktoz alımı, düşük deniz ürünleri ve düşük sebze tüketimi, doymuş yağ asitleri ile kırmızı ve işlenmiş et içeren inflamatuvar bir diyet gibi bazı diyet kalıpları riskin artmasıyla ilişkilidir (Vahid ve ark., 2023). Yapılan epidemiyolojik bir çalışmada bazı besin (kırmızı ve işlenmiş et gibi) ve besin öğelerinin (karbonhidrat ve doymuş yağ gibi) endojen östrojen ve insülin benzeri büyüme faktörünün (meme kanseri risk faktörü) dolaşımdaki seviyelerini artırdığı görülmüştür (Skouroliahou ve ark., 2018).

2.7.1. Meme Kanseri ile Meyve ve Sebze Tüketimi Arasındaki İlişki

Meyve ve sebzelerin polifenol, posa, karotenoid gibi zengin içerikleri bulunmaktadır. Aynı zamanda meyve ve sebzeler enterohepatik dolaşım sırasında östrojenleri bağlayabilen lifler, DNA hasarını önleyebilen antioksidanlar ve çeşitli vitaminler içermektedir. Bunlar sayesinde meyve ve sebzelerin vücutta oksidatif stres üzerinde etki göstererek, uzun süreli inflamasyonu azaltarak meme kanseri üzerinde koruyucu bir role sahip olduğu belirtilmektedir (Aune ve ark., 2012; Ersoy ve Yardimci, 2022; Skouroliaou ve ark., 2018). Ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde meyve ve sebze tüketiminin meme kanseri ile ilişkisini inceleyen bir kohort çalışmada ergenlik döneminde daha fazla meyve tüketmenin daha düşük meme kanser riski ile ilişkili olduğu bulunmuşken erken yetişkinlikte alfa karoten açısından zengin meyve ve sebze tüketiminin daha fazla olduğu kadınlarda menopoza öncesi daha düşük meme kanseri riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Yine aynı çalışmada ergenlik döneminde elma, muz ve üzümün erken yetişkinlikte ise portakal ve lahananın daha fazla tüketilmesinin meme kanseri riskinin azalmasıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Farvid ve ark., 2016).

2.7.2. Meme Kanseri ile Et ve Et Ürünleri Arasındaki İlişki

Et ve et ürünleri çeşitli besin öğelerini içeren (makro ve mikro) zengin besinlerdir (Ersoy ve Yardimci, 2022). Et tüketimi ile meme kanseri arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Farvid ve ark., 2018; Kotepui, 2016). Bu çalışmaların birinde işlenmemiş et ürünlerinin tüketimi yüzde 6 oranda daha yüksek meme kanseri riski ile ilişkilendirilirken işlenmiş et ürünlerinin tüketimi yüzde 9 oranda daha yüksek meme kanseri riski ile ilişkilendirilmiştir (Farvid ve ark., 2018). Meme kanseri ve et ürünleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir meta-analizde de benzer sonuç çıkmıştır. Meta-analiz bulgusuna göre işlenmiş ve işlenmemiş et tüketmenin meme kanseri riskinin artmasıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Guo ve ark., 2015). Yapılan bir vaka kontrol

çalışmasında kırmızı etin haftada 8-10 kez tüketilmesi meme kanseri ile pozitif olarak ilişkilendirilmiştir. İşlenmiş etin haftada bir ya da iki kez tüketilmesi meme kanseri riskini 2,2 kat artırırken işlenmiş et ürünlerinin günlük tüketiminin meme kanseri riskini 2,5 kat artırdığı gözlemlenmiştir. Aynı çalışmada beyaz ve ızgara et tüketmenin meme kanseri ile ilişkisinin olmadığı gözlemlenmiştir (Guo ve ark., 2015). Et ile meme kanseri ilişkisini inceleyen bir kohortta ise meme kanserinin kırmızı et tüketimi ile ilişkili olmadığı pişirme yöntemleri ile ilişkili olduğunu aynı zamanda işlenmiş et ürünleri tüketiminin meme kanseri riskini artırdığını ortaya çıkarmıştır. Diğer bir ifadeyle kırmızı eti tüketiminin değil işlenmiş et tüketiminin meme kanseri riskini artırdığını ortaya koymuştur (Anderson ve ark., 2018).

2.7.3. Meme Kanseri ile Yağlar Arasındaki İlişki

Xin ve ark. (2015) diyetteki toplam yağ alımının meme kanseri riskinin artmasıyla ilişkili olabileceğini aynı zamanda yüksek kalori ve yağ içeren diyetin meme kanseri etiyolojisinde rol oynayabileceğini öne sürmektedir. Diyetteki yağ türü ile meme kanseri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada diyetteki yağ türünün menopoza öncesi kadınlardaki meme kanseri riski ile menopoza sonrası kadınlardaki meme kanseri riski arasında fark olduğu bulunmuştur. Toplam yağ tüketiminin fazla olması menopoza sonrası kadınlarda daha yüksek meme kanseri riski ile ilişkilendirilmiştir. Çalışmanın sonucuna göre aşırı yağ tüketiminin östrojen düzeylerini yükselterek meme kanseri riskini artırdığı fikri desteklenmektedir (Turner, 2011). Meme kanseri ve kolesterol alımı ile ilgili yapılan bir meta-analizde ise yüksek kolesterol alımının artan meme kanseri riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Li ve ark., 2016). Yapılan literatür inceleme sonuçlarına göre yüksek yağlı diyetin artan meme kanseri riski ile ilişkili olmasına rağmen kanıtlar yetersiz olarak bulunmaktadır (De Cicco ve ark., 2019).

2.7.4. Meme Kanseri ile Süt Ürünleri Arasındaki İlişki

Süt ürünleri birçok biyoaktif bileşen içermektedir. Bunlardan bazıları kanseri olumlu etkilemekteyken bazıları olumsuz etkilemektedir. Olumlu etkiler laktoferrin, kalsiyum ve fermente ürünlerin içeriği ile ilişkili olabilirken olumsuz etkiler insülin benzeri büyüme faktörü ile ilişkili olabilmektedir (Thorning ve ark., 2016). Süt ürünlerinin tüketiminin meme kanseri ile ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmada süt ürünleri meme kanseri riskini artıran bir etmen olarak tanımlanmaktadır. Çalışmaya göre süt ürünleri tüketiminin menopoz öncesi kadınlar ile menopoz sonrası kadınlar arasında farklılıkların olduğu bildirilmektedir. Aynı çalışmada menopoz öncesi kadınlarda süt ürünleri tüketimi azalan meme kanseri riski ile ilişkilendirilirken menopoz sonrası kadınlarda süt ürünleri tüketimi artan meme kanseri riski ile ilişkilendirilmektedir (Wajszczyk ve ark., 2021). Besin çeşitleri ile meme kanseri arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir meta-analizde sütün günlük 200 grama kadar tüketilmesinin hem menopoz sonrası hem de menopoz öncesi kadınlarda meme kanseri ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı bulunmuştur. Günlük 450 grama kadar süt tüketiminin meme kanseri ile ilişkisi bulunamamışken; günlük süt tüketiminin 450 gramdan 1300 grama kadar tüketilmesinin meme kanseri riskini yüzde 30 artırdığı görülmüştür. Aynı çalışmada yoğurt tüketiminin günlük 100 grama kadar artırmanın meme kanser riskini yüzde 7,5 azalttığı sonucuna varılmıştır (Kazemi ve ark., 2021). Süt ürünlerinin meme kanseri riskini düşürmesi süt ürünlerinde bulunan kalsiyum, D vitamini seviyeleri ve sütte bulunan bileşenlerin apoptozisi düzenleme yeteneği ile ilişkilendirilmiştir. Fakat bunun tersini söyleyen çalışmalarda bulunmaktadır. Diğer bir ifadeyle süt ürünlerindeki bileşenler ile meme kanser riski arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalarda mevcuttur (Chen ve ark., 2019; Ersoy ve Yardimci, 2022; Qin ve ark., 2020).

2.7.5. Meme Kanseri ile Tam Tahıllar Arasındaki İlişki

Tam tahıllar önemli fitokimyasallar içermektedir. Bu fitokimyasalların meme karsinomu yönetiminde olumlu etkisi olan görevleri bulunmaktadır. Tam tahıllar içerdikleri diyet lifinden dolayı östrojen emilimini azaltarak dışkıda östrojen atılımını artırmaktadır. Östrojen konsantrasyonunun azalması meme karsinomu oluşturma riskini düşürmede katkıda bulunmaktadır. Meme kanseri ve tahıllar arasındaki ilişkiyi inceleyen epidemiyolojik bir çalışmanın sonucuna göre tam tahıllar ile meme kanseri arasında ters bir ilişki bulunmaktadır. Diğer bir ifadeyle tam tahıllar meme kanser riskini düşürmektedir (Xie ve ark., 2019). Yapılan bir vaka kontrol çalışmasında da benzer sonuçlar görülmüştür. Tam tahıl tüketiminin haftada yedi defadan fazla olması 0,49 kat daha düşük meme kanseri riski ile ilişkilendirilmiştir (Mourouti ve ark., 2016).

2.7.6. Meme Kanseri ile Alkol Arasındaki İlişki

Meme kanseri ile alkol tüketimi arasında ilişki olduğu düşünülmektedir. Mekanizma tam olarak anlaşılmassa da çeşitli hipotezler öne sürülmüştür. Hipoteze göre kadınlarda alkol tüketimi östrojen gibi hormonların üretimini ve biyolojik yolları (tek karbon yollarını inhibe etmek gibi) değiştirmektedir. Östrojen seviyelerindeki artış ve bu yollarındaki değişiklikler meme kanseri riskini artırmaktadır (Scoccianti ve ark., 2014; Shield ve ark., 2016; Wang ve ark., 2017). Meme diğer organlara göre karsinomlara daha hassas olduğundan dolayı az miktarlarda tüketilen alkol dahi (≤ 1 içecek/gün veya $\leq 12,5$ g/gün) meme kanseri riskini artırmaktadır. Kadınların günlük olarak tükettiği her on gramlık alkol tüketimi meme kanseri riskini yüzde 7-10 artırmaktadır (Liu ve ark., 2015). Yapılan bir kohort çalışmada ise günlük on gram alkol tüketiminin meme kanseri riskini yüzde 8-9 oranında artırdığı bildirilmiştir (Wang ve ark., 2017). Japonya’da yapılan bir çalışma Asya toplumunda yüksek miktar ve sıklıkta tüketilen alkolün

menopoz öncesi kadınlarda meme kanseri riskini anlamlı şekilde artırdığını ortaya çıkarmıştır (Iwase ve ark., 2021).

2.8. Meme Kanseri ve Obezite

Komplike ve çok faktörlü bir hastalık olan obezite Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre vücut kütle indeksinin (vücut ağırlığının kilogram cinsinden boyun metre cinsinden karesi ile oranı) 30 kg/m^2 den fazla olması durumudur (Argolo ve ark., 2018). Aşırı kiloluluk da vücut kütle indeksinin $25\text{-}30 \text{ kg/m}^2$ arasında olma durumu olarak tanımlanmaktadır (Chooi ve ark., 2019; Tremmel ve ark., 2017). 1980'lerden günümüze kadar obezite ve aşırı kilolu olma durumu neredeyse iki katına çıkmıştır (Chooi ve ark., 2019). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2016 verilerine göre 18 yaş ve üzeri bireylerin yüzde 39'u aşırı kilolu, yüzde 14'ü ise obez sınıfindadır (Demiray ve Yorulmaz, 2023). Kadın ve erkek oransal olarak incelendiğinde küresel olarak erkeklerin yüzde 11'inde kadınların yüzde 15'inde obezite görülmektedir (Cooper ve ark., 2021). Obezitenin ülkemizdeki durumu incelendiğinde obezitenin kadınlarda daha fazla olduğu ve sıklığının da arttığı görülmektedir. Ülkemizdeki yetişkin nüfusun obezite sıklığının yüzde 30'un üzerine çıktığı bildirilmiştir. 2022 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün obezite raporuna göre ülkemizdeki yetişkin bireylerin yüzde 66,8'i aşırı kilolu ve yüzde 32,1'i obez olarak belirlenmiş olup ülkemiz Dünya Sağlık Örgütünün Avrupa Bölgesi için obezite sıklığının en fazla görüldüğü ülke olarak belirtilmiştir (Demiray ve Yorulmaz, 2023). Obezitenin prevalansının artması obeziteyi önemli bir sağlık sorunu haline getirmektedir (Sarma ve ark., 2021). Obezitenin artış hızının bu şekilde devam etmesi durumunda 2030 yılına kadar hemen hemen dünyadaki yetişkin nüfusunun yarısının obezite veya aşırı kilolu olacağı öngörülmektedir (Tremmel ve ark., 2017). Çeşitli çalışmalar vücut ağırlığındaki artışın meme kanseri insidansını önemli ölçüde artırdığını göstermiştir (Argolo ve ark., 2018; Zhao ve ark., 2021). Aynı zamanda obez olan meme kanseri kadınların obez

olmayan meme kanseri kadınlara göre ölüm riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan bir çalışmaya göre obez olmayan meme kanseri kadınlara kıyasla obez olan meme kanseri kadınların nüks veya ölüm oranı yüzde 30 daha fazla olduğu belirtilmiştir (Argolo ve ark., 2018). Obezite çeşitli mekanizmalar ile kadınlarda meme kanseri gelişimine katkıda bulunmaktadır. Bu mekanizmalar obezitenin yağ dokusunda meydana getirdiği bozukluklar ve bu bozukluklara bağlı olarak meydana gelen değişikliklerdir. Bahsedilen değişiklikler proinflamatuvar sitokin, büyüme faktörü ve hormonların salgılanmasına yol açarak tümör ortamının oluşmasına ve meme dokusunda karsinomun ilerlemesine katkı sağlamaktadır. Obezite aynı zamanda kronik bir inflamasyon durumu olarak da kabul edilmektedir. Ve proinflamatuvar (C-reaktif protein ve interlökin-6) araçlar yolu ile kanser ve artan kanser riski ile ilişkilendirilmektedir (Argolo ve ark., 2018; Engin, 2017; Kang ve ark., 2018; Zhao ve ark., 2021). Yapılan epidemiyolojik bir çalışmaya göre meme kanseri için risk faktörü olduğu kanıtlanan obezite aynı zamanda meme kanseri kadınlarda prognozun kötü olmasıyla ve hayatta kalma oranının azalmasıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Zhao ve ark., 2021).

2.9. Diyet Kalitesi

Diyet kalitesi, bireyin diyet örüntüsündeki bileşenlere dayalı olarak kişinin diyet modelinin sağlıklılık miktarının değerlendirildiği bir kavramdır (Gil ve ark., 2015). Diyet kalitesinin değerlendirilmesi bir popülasyondaki diyetle ilişkilendirilebilecek hastalıklara sahip bireylerin beslenme modeli hakkında bir özet sağlamaktadır. Örneğin yapılan bir çalışmada daha yüksek diyet kalitesinin yüzde 14-29 daha düşük kardiyovasküler hastalık riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Petersen ve Kris-Etherton, 2021). Diyet kalitesinin hesaplanması için çeşitli değerlendirme yöntemleri kullanılmaktadır. En çok kullanılan yöntemler “Sağlıklı Yeme İndeksi”, “Diyet Kalitesi İndeksi”, “Sağlıklı Diyet Göstergesi ve Akdeniz Diyeti Skoru”dur (Gil ve ark., 2015; Petersen ve Kris-Etherton, 2021).

2.10. Sağlıklı Yeme İndeksi

Sağlıklı Yeme İndeksi (HEİ) ilk olarak Amerika’da iki yaş ve üzeri olan Amerikalı bireylerin beslenme durumlarını değerlendirmek için geliştirilmiştir (Guenther ve ark., 2008). Bu indeks ilk kez 1889-1990 yılları arasında Birleşmiş Milletler Tarım Bakanlığı öncülüğünde oluşturulmuştur (Işık ve ark., 2023). Sağlıklı Yeme İndeksi’nin 1995 yılındaki ilk formu on bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenlerin ilk beşi besin gruplarından sebzeler, meyveler, tahıllar, süt ve etten oluşurken diğer dört bileşen toplam yağ, kolesterol, doymuş yağ ve sodyumdan oluşmaktadır. Kalan son bileşen ise bireyin beslenmesindeki çeşitlilik esas alınarak değerlendirilip puanlanmaktadır. Bu on bileşen en az sıfır en fazla on puan alabilmektedir. Bu indeksten maksimum yüz puan alınmaktadır (Kenneddy ve ark., 1995). Amerika Birleşik Devletleri Tarım Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı’nın iş birliği çalışmaları sonucunda Amerikan Beslenme Kılavuzları güncellenmektedir. Diyet kalitesinin bir ölçüsü olan Sağlıklı Yeme İndeksi’ de bu güncelleme doğrultusunda her beş yılda bir revize edilmektedir (Guenther ve ark., 2008; Schap ve ark., 2017). 1995 yılında ilk kez oluşturulmuş olan Sağlıklı Yeme İndeksi 2005 yılında bir revizasyona giderek HEİ-2005 formu oluşturulmuştur. Diyet yönergelerine göre hazırlanmış olan HEİ-2005’te besinlerin miktarından ziyade 1000 kalori başına düşen besin yoğunluğu puanlanmaktadır (Schap ve ark., 2017). HEİ-2005 on iki bileşenden oluşmaktadır. On iki bileşenin dokuz tanesi yeterli bileşenden üç tanesi ise ılımlı bileşenden oluşmaktadır. Yeterli bileşenler toplam meyve, tam meyve, et ve fasulye, toplam sebze, koyu yeşil yapraklı-turuncu sebzeler ve baklagiller, toplam tahıllar, tam tahıllar, süt ve yağlardan oluşmaktadır. Toplam meyve, tam meyve, toplam sebze, koyu yeşil yapraklı-turuncu sebzeler ve baklagiller, toplam tahıllar ve tam tahıllardan en fazla 5 puan alınırken et-fasulye, süt ve yağlardan en fazla 10 puan alınmaktadır. Ilımlı bileşenler ise doymuş ve katı yağlar, alkol ve ilave şeker, sodyumdan oluşmaktadır.

Doymuş-katı yağlar ve sodyumdan en fazla 10 puan, alkol-ilave şekerden en fazla 20 puan alınmaktadır (Drewnowski ve ark., 2016; Guenther ve ark., 2013).

Amerikalılar İçin Beslenme Kılavuzu (2010) ve Amerika Birleşik Devletleri Tarım Bakanlığı'nın Gıda Modellerinin yayınlanması, deniz ürünlerinin beslenme modelindeki öneri miktarının belirlenmesi ve rafine tahılların kısıtlandırılması gibi çeşitli faktörler için HEİ-2005'te bir revizasyona gidilmesi gerektiği kararına varılarak HEİ-2005'in temel özellikleri korunarak HEİ-2010 geliştirilmiştir. HEİ-2010'da önceki versiyona göre on iki tane bileşenden oluşmaktadır (Guenther ve ark., 2013). HEİ-2010 dokuz tane yeterlilik bileşeninden (tam meyve, toplam meyve, tam tahıl, toplam sebze, yeşillikler ve fasulye, süt, toplam proteinli gıdalar, deniz ürünleri ve bitkisel proteinler, çoklu ve tekli doymamış yağ asitleri) üç tane ılımlı bileşenden (rafine tahıl, sodyum ve katı yağ, alkol ve ilave şeker) oluşmaktadır. HEİ-2010'un puanlaması da HEİ-2005'tekine benzer şekilde yapılmaktadır (Drewnowski ve ark., 2016). HEİ-2010 güncellenerek HEİ-2015 oluşturulmuştur. HEİ-2015 önceki versiyona göre bir bileşen fazladır. Diğer bir ifadeyle HEİ-2015 on üç bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenlerin dokuz tanesi diyetle olması gereken yeterlilik bileşeni kalan dört bileşeni ise diyetle dikkat edilmesi gereken denetleme bileşeninden meydana gelmektedir. Yeterlilik bileşenleri (yeterli tüketilmesi gereken bileşen) tam meyve (meyve ve meyve suları), toplam meyve, yağ asitleri, toplam sebze, koyu yeşil yapraklı sebzeler ve kurubaklagiller, süt ürünleri, tam tahıllar, deniz ürünleri ve bitkisel proteinlerden oluşmaktayken; denetleme bileşenleri (sınırlı tüketilmesi gereken) ilave şeker, doymuş yağlar, işlenmiş tahıl ve sodyumdan oluşmaktadır (Krebs-Smith ve ark., 2018).

2.11. Diyet Kalitesi ve Meme kanseri

Yapılan çalışmalar incelendiğinde diyet kalitesi ile bazı kanser türleri arasında ilişki olduğu görülmüştür. Diyet kalitesi ve meme kanseri arasındaki ilişkinin incelendiği

bir kohort çalışmada HEİ-2015 puanının yüksek olması ile meme kanseri riskinin anlamlı derecede azalmasıyla ilişki olduğu gözlemlenmiş ve yapılan bir metaanaliz çalışmasında da benzer sonuçlar görülmüştür (Kord-Varkaneh ve ark., 2020; Onvani ve ark., 2017). Kanser teşhisi konulduktan sonra yüksek HEİ puanlarının kanserden kurtulan bireylerde ölüm oranı ile ters ilişki olduğu, sağlıklı yeme indeksinde belirtilen diyetle uyulduğunda bunun kanser için koruyucu bir etmen olduğu ortaya konmaktadır. Fakat altta yatan mekanizmalar belirsizliğini koruduğu için bu konuda daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (Karavasiloglou ve ark., 2019). Yapılan çalışmalar diyet kalitesi ile meme kanserine bağlı ölüm riski arasında ilişki olduğunu gösterse de meme kanserine bağlı ölüm riski ile diyet kalite indeksleri arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmayan çalışmalar mevcuttur. Meme kanseri ve diyet kalitesi arasındaki ilişki tutarsızdır ve daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır (De Cicco ve ark., 2019; Pourmasoumi ve ark., 2016).

2.12. Psikolojik Sağlamlık Kavramı

Anlamını temel olarak matematik ve fizikten alan psikolojik sağlamlık kavramı Latince “resiliens” kökünden gelmektedir (Hoşoğlu ve ark., 2018). Bir maddenin değiştikten sonra temel haline kolaylıkla dönebilmesini (esnekliği) ifade eder. Psikolojik sağlamlığın, dayanıklılık, sağlamlık, dirençlilik, hızlı iyileşme gücü, zorlu durumların üzerinden gelebilme gücü gibi çeşitli anlamları da vardır (Balcı ve Balcı Şener, 2022). Psikolojik sağlamlık aynı zamanda kişilerin stres gibi durumlarda başarı gücünü, sağlığını ve ruh halini pozitif yönde etkileyen bir kişilik özelliğidir. Tanımdan da anlaşılacağı üzere psikolojik sağlamlığı yüksek olan bireyler hayatı anlamlı görmeli ve hayattaki değişimlere ve mücadelelere açık olmalıdır (Oral ve Karakurt, 2022). En genel anlamıyla psikolojik sağlamlık kişinin sıkıntıya dayanabilme yeteneğidir (Bozdağ, 2020). Psikolojik sağlamlığı açıklamak için farklı tanımlamalar kullanılsa da temelde risk faktörleri, koruyucu faktörler ve güçlüğe rağmen olumlu yaşam çıktıları gibi 3 öge

arasındaki dinamik ilişkiden oluşmaktadır (Doğan ve Yavuz, 2020). Psikolojik sağlamlığın gelişimine bakıldığında ise iki unsurun önemli olduğu görülüyor. Bunlar karşı karşıya kalınan riskler ve koruyucu unsurlardır. Risk, psikolojik sağlamlığın gelişebilmesi için gerekli bir koşuldur ve olumsuz bir netice görülme ihtimalini artıran deneyim anlamına gelmektedir. Koruyucu unsurlar ise bu risk faktörlerinin olumlu olmayan etkilerinin hafifletilmesi veya tamamen kaldırılmasında etkili olmaktadır. Risk faktörleri ve koruyucu faktörler bireysel, ailesel ve çevresel olmak üzere üç grupta toplanmıştır (Öz ve Bahadır Yılmaz, 2009).

2.12.1. Psikolojik Sağlamlığın Koruyucu Faktörleri ve Risk Faktörleri

2.12.1.1. Bireysel Faktörler

Geçimsiz veya utangaç bir kişilik, ergen gebeliği, gebelik döneminde alkol /ilaç kullanımı, IQ'nun düşük olma durumu, kronik veya ruhsal hastalıklar, uyuşturucu madde kullanımı, akademik başarıda düşüklük, farklı bir etnik gruba ait olma gibi faktörler bireysel risk faktörleridir. Bu risk faktörlerine karşı stresle karşılaşma durumunda koruma faktörü ise bilişsel yeteneğin ve zekanın iyi düzeyde olması, akademik durumun yeterli olması, benlik saygısının yüksek olması, geleceğe yönelik plan yapma ve iyimser olma, bireysel hayatında kendisinin söz sahibi olması, problemleri çözmede etkili becerilere sahip olma, empati, sorumluluk, yardım severlik duygusudur (Gizir, 2007; Öz ve Bahadır Yılmaz, 2009).

2.12.1.2. Ailesel Faktörler

Kalabalık (en az 4 çocuk) aileye sahip olma, iki doğum arasındaki zamanın iki yıldan az olması, kronik hastalığı veya ruhsal hastalığı olan ebeveynlere sahip olma, madde kullanan/suç işleyen anne/babaya sahip olma, evlatlık olma, anne/babanın boşanmış olması, tek ebeveyne sahip olma, şiddete maruz kalma gibi faktörler ailesel risk faktörleridir. Bu risk faktörlerine karşı koruma faktörü ise anne–çocuk arasındaki ilişkinin

olumlu olması, ailelerin çocuklarının geleceği hakkında pozitif beklentiler içinde olması, aileyle beraber yaşamını devam ettirmeye, eğitimi iyi olan ebeveynlere sahip olma gibi özelliklerdir (Caffo ve Belaise, 2003; Öz ve Bahadır Yılmaz, 2009)

2.12.1.3. Çevresel Faktörler

Yetersiz sosyo-ekonomik durum, çeşitli yönlerden suistimal (fiziksel ve cinsel), çocuk ihmal, beslenmenin yetersiz olması, arkadaşların negatif destekleri ve şiddete (toplumsal) maruz kalma gibi faktörler çevresel risk faktörleridir. Çevresel koruyucu faktörler ise bir erişkinle pozitif bir ilişkiye sahip olma, pozitif destek (toplumsal), arkadaş desteklerinin olumlu olması, okul ilişkilerinin olumlu olması, sahip olduğu rol modelinin olumlu olması gibi özelliklerdir (Gizir, 2007; Snyder ve ark., 2007).

2.13. Psikolojik Sağlamlık Kuramları

Tarihsel olarak bakıldığında psikolojik sağlamlık çalışmaları ilk olarak stres yaşayıp bu duruma uyum sağlayan bireyler ile bu duruma (stres durumu) uyum sağlamayan bireyler arasındaki farkı ortaya koymak amacıyla yapılmıştır (Fletcher ve Sarkar, 2013; Jacelon, 1997). Dolayısıyla psikolojik sağlamlık kavramı için çeşitli tanımlar belirtilmiştir. Bu kavramın açıklanmasında farklı perspektifler kullanıldığından psikolojik sağlamlık kavramı için net olmayan tanımlar ortaya çıkmış olup tanım konusunda fikir birliğine varılamamıştır (Doğan ve Yavuz, 2020; Gizir, 2007). Psikolojik sağlamlık kavramı için literatürde bahsedilen perspektifler şu şekilde belirtilmektedir: “gelişimsel psikoloji”, “bağlam-yaşam süreci”, “çevresel bakış açıları”, “biyoloji ve psikiyatri”, “kişisel özellikler” ve “psikolojik sağlamlığın süreç olarak incelenmesi” (Windle, 2011).

Psikolojik sağlamlık teorik olarak incelendiğinde çalışma sonuçlarına göre psikolojik sağlamlık teorilerinin fazla olduğu fakat temelde psikolojik sağlamlığın süreç

olarak (dinamik bir yapıda olması durumu) alındığı görülmektedir. Psikolojik sağlamlık kuramları kısaca şöyle açıklanmaktadır.

Aile Uyumu Tepki Modeli/Teorisi: Bu model 1988 yılında Patterson tarafından öne atılmıştır. Bu tepki modeline göre ailenin bir stresöre neden olacak bir durumla karşılaşması durumunda ailenin yeteneği ile dengeye geldiğini ve zorlukla başa çıktığını belirtmektedir (Fletcher ve Sarkar, 2013; Lin ve ark., 2016). Bir aile stres modeli olan Aile Uyum Tepki Modeli stres modelleriyle bağlantılar içermektedir. Bu model 3 sisteme odaklanmaktadır. Bunlar birey, aile ve topluluktur. Bu modele göre Aile sistemi stres ve etkenlerini bu üç sistemin dengeli işleyişi ile sürdürülmektedir (Patterson, 1988). Aile sisteminde meydana gelecek küçük bir aile uyumu stres tepkisini öngörülebilir bir aşamaya getirmektedir. Aile uyum tepki modeli birey, aile ve toplumun bu dinamik süreçlerini izole etmekte ve açıklamaktadır (Fletcher ve Sarkar, 2013; Patterson, 1988).

Dayanıklılık Modeli/Teorisi: Bu model Richardson ve ark. (2013) tarafından öne atılmıştır. Bireyin olumsuz yaşam olayı deneyimlemesi ile koruyucu faktörlerden etkilenme durumunu tanımlamaktadır. Bundan dolayı psikolojik sağlamlık risk azaltmak için koruyucu bir faktör olarak düşünülmektedir (Richardson ve ark., 1990). Psikolojik sağlamlığı yüksek olan bireylerde çeşitli kişilik özellikleri tanımlanmaktadır. Bu özellikler arasında içgörü ve özsaygı, mizah duygusu, problem çözme becerileri, umut, kişisel disiplin, olumlu ilişkiler yer almaktadır. Psikolojik sağlamlık ile ilgili yapılan ilk çalışmalarda psikolojik sağlamlığın durağan olduğu, bazı bireylerde mevcut olduğu bazı bireylerde mevcut olmadığı belirtilmektedir. Fakat daha sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda bireylerdeki psikolojik sağlamlığın statik olmadığı travma sonrasında psikolojik sağlamlığın değişebileceği ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda düşünüldüğünde psikolojik sağlamlık kavramının çeşitli yollarla gelişebileceği ortaya çıkmıştır. Bu bulgu

daha sonrasında travma sonrasında büyüme gibi bir kavramında ortaya çıkmasına katkıda bulunmuştur (Jacelon, 1997; Kalergis ve Anderson, 2020).

Dayanıklılığın Hemşirelik Modeli/Teorisi: Hemşirelik mesleğinin zorlu bir meslek grubu olduğu bilinmektedir. Bu açıdan düşünüldüğünde karşılaşılan stres etkenlerinden dolayı hemşirelik mesleğinin stresli bir meslek grubu olduğu söylenebilmektedir. Çeşitli etmenler hemşirelerin zorluklarını daha da artırarak dolaylı olarak hemşirelerin stres seviyesini daha da yükseltmektedir. Bu teori bağlamında düşünüldüğünde psikolojik sağlamlık hemşirelerin bu zorlu durumların üstesinden gelmelerine katkıda bulunabilmektedir (Gillespie ve ark., 2007). Polk adlı bilim adamı (1997 yılında) tarafından öne atılan bu model temelinde ilişkisel, eğilimsel, durumsal ve felsefik ilişkiden oluşan ortak etki olarak tanımlanmaktadır (Fletcher ve Sarkar, 2013; Polk, 1997). Psikolojik sağlamlık hemşirelerin yaşadığı strese rağmen onların işyerinde zorlu durumlara uyum sağlamalarına olanak sağlamaktadır. Psikolojik sağlamlığı artıran faktörlerle hemşirelerin psikolojik sağlamlığının artırılmasına fırsat verilmesi gerekmektedir (Gillespie ve ark., 2007). Hemşireler için psikolojik sağlamlığı artıran stratejilere bakılmıştır. Günlük tutma, düşünme ve zorlukların gözden geçirilmesi gibi stratejilerin hemşireler için psikolojik sağlamlığı artırabileceği belirtilmiştir. psikolojik sağlamlığın artmasıyla hemşirelerde depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gibi faktörlerin semptomlarının azaldığı görülmüştür. Dolayısıyla Thomas ve arkadaşları psikolojik sağlamlığın artırılmasını hemşirelik eğitimine dahil edilmesi gerektiği yönünde tavsiyelerde bulunmuştur (Thomas ve ark., 2018)

Kurumsal (bilgi sistemleri alanında) Dayanıklılık Modeli/Teorisi: Bu model Riolli and Savicki adlı bilim adamlarının 2003 yılında ortaya attığı modeldir. Bu modele göre dirençli kurumların yeni ve belirsiz durum karşısında daha iyi baş etme yeteneğine sahip olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda dirençli kurumlarda çalışan bireylerin daha iyi baş

etme stratejileri kullanılması beklenmektedir (Fletcher ve Sarkar, 2013; Mallak, 1998). Diğer bir deyişle kurumlar bireylerin psikolojik sağlamlığını artırdığı gibi bireylerde kurumların dayanıklılığını artırabilmektedir. Bu model profesyonel, organizasyonel ve kişisel alanda beş temel ögeyi birleştirmektedir. Bu beş öge sağlıklı bir şekilde başa çıkma, kişisel bilgi ve farkındalık, umut (duygu), sağlam ilişkiler, bireysel perspektif ve anlamdan oluşmaktadır (Kalergis ve Anderson, 2020). Aynı zamanda bu model çeşitli stratejiler geliştirerek sadece bireylerin değil kurumlarında dayanıklı olması yönünde stratejiler geliştirmiştir. Bu stratejilere politika, eğitim ve denetim örnek olarak verilebilmektedir (Neff ve Knox, 2017). Bu model geliştirildiğinden itibaren yapılan çalışmalar psikolojik sağlamlığın geliştirilmesi için birey ve kurum arasındaki faktörler arasındaki etkileşime odaklanılması gerektiğini desteklemektedir (Kalergis ve Anderson, 2020).

Adölesan Dirençlilik Modeli/Teorisi: Bu teori 2004 yılında Haase adlı bilim adamı tarafından ortaya atılan bir modeldir. Bu model temelde koruyucu faktörler, risk faktörleri ve sonuç faktörleri gibi üç faktörün etkileşimi sonucunda oluştuğu belirtilmektedir (Fletcher ve Sarkar, 2013; Haase, 2004). Bu dayanıklılık teorisi ergenlikte maruz kalınan risklerle ilgilense de temelde eksikliklerden ziyade bireylerin güçlü yönlerine odaklanmaktadır. Diğer bir ifadeyle maruz kalınan riske rağmen sağlıklı gelişimi anlamaya odaklanmaktadır (Fergus ve Zimmerman, 2005). Araştırmalar gençlerin maruz kalınan risklerin etkisinden kurtulmaları için teşvik edici faktörlerin olduğunu belirtmektedir. Bu faktörler yeterlilik, başa çıkma stratejileri ve öz yeterlilik gibi olumlu faktörlerden oluşmaktadır (Beauvais ve Oetting, 2022; Fergus ve Zimmerman, 2005). Aynı zamanda bu teşvik edici faktörlerin riskle karşılaşıldığı zaman olumsuz yöne gidecek bir gidişatı nasıl değiştirdiğini açıklayan modeller de ortaya atılmıştır. Bu modeller üç başlıkta toplanmaktadır. Bu başlıklar telafi edici, koruyucu ve meydan

okumaktan oluşmaktadır. Telafi edici faktör teşvik edici faktör üzerinde risk faktörünü doğrudan etkileyen bir etmendir ve risk faktöründen bağımsızdır. Örneğin yoksul olan bir gencin şiddet içeren bir davranışta bulunma olasılığı yoksul olmayan bir gençten daha fazladır. Ancak genç birey yetişkin davranışlarını izleyerek bu durumu telafi etmeye yardımcı olabilmektedir. Teşvik edici faktörlerden bir diğeri olan koruyucu faktör ise sonuçları etkilemek için farklı şekillerde kendini gösterebilmektedir. Bu modele sahip bireyler riskin olumsuz sonuç üzerindeki etkilerini hafifletmektedir. Örneğin yüksek düzeyde ebeveyn desteğine sahip yoksul ailesi olan bir gencin şiddet içeren davranışlara yönelmesine engel olarak bir koruyucu faktör bulunmaktadır. Bu faktör ise ebeveyn desteğidir. Ancak koruyucu faktörler olmadığında daha yüksek risk seviyeleri daha olumsuz sonuçlar ile ilişkili olabilmektedir (Anteghini ve ark., 2001; Beam ve ark., 2002; Fergus ve Zimmerman, 2005). Teşvik edici modelin üçüncü olan faktörü ise meydan okumadır (Author ve ark., 1984). Bu modele göre risk faktörü ile sonuç arasında doğrusal bir ilişki bulunmamaktadır. Riskin az ya da fazla olması olumlu ya da olumsuz sonuç durabilmektedir. Bundan dolayı orta seviyede bir riskin daha az olumsuz ya da olumlu sonuçları olabilmektedir. Bu durum ergenin meydan okuyabileceği ölçüde riskle karşılaşması riskin üzerinden gelebilmesini sağlamaktadır (Fergus ve Zimmerman, 2005).

Genel Dayanıklılık (Psikolojik travmaya yönelik olarak) Modeli/Teorisi: Agaibi ve Wilson adlı bilim adamlarının 2005 yılında ortaya attığı bir modeldir. Bu model kişilik, duygulanım modülasyonu, ego savunmaları, başa çıkma tarzı (harekete geçme) ve koruyucu faktörlerin etkileşimine dikkat çeken birey-çevre modeli olarak tanımlanmaktadır (Fletcher ve Sarkar, 2013). Travma literatüründe psikolojik sağlamlık yaygın olarak bulunmaktadır. Bonanno adlı bilim adamı ise psikolojik sağlamlığı son derece yıkıcı bir olay ya da yakın bir akrabanın ölümü gibi travmatik bir olay sonrası yetişkinlerin gösterdiği psikolojik sağlamlık olarak tanımlamaktadır (Bonanno ve

Mancini, 2012). Psikolojik sağlamlık ilk başta doğuştan getirilen bir özellik olarak değerlendirilmiştir. Daha sonraki çalışmalarda ise psikolojik sağlamlığın renilebilen ve geliştirilebilen bir özellik olduğu vurgulanmıştır. Dolayısıyla psikolojik sağlamlık tedavilerde bir strateji (müdahaleci) olarak kullanılmaya başlanıştır. Bu bağlamda travmatik yaşam olayları deneyimlendikten sonra psikolojik sağlamlık bir problem çözme stratejisi olarak kullanılmasına olanak sağlayabilmektedir. Deprem sonrası travma stres bozukluğu yaşayan bireyler ile psikolojik sağlamlık ilişkisinin incelendiği bir araştırmada psikolojik sağlamlığın travma sonrası stres bozukluğu için bir koruyucu faktör olduğu ortaya çıkmıştır (Friborg ve ark., 2003; Sakarya ve Güneş, 2013).

Kavramsal (gençlik ve topluluk için) Dayanıklılık Modeli/Teorisi: Bu model Brennan adlı bilim adamı tarafından ortaya atılan modeldir. Bu modele göre gençlerin ve toplulukların kırınlıklar ile karşılaşma ihtimallerinin yüksek olduğu ve bu durumunda sosyal desteği gerektiren bir durumun oluşumuna sebebiyet verdiği belirtilmektedir. Bu bağlamda düşünüldüğünde toplu şekilde harekette bulunmanın psikolojik sağlamlığı geliştiren temel bir durum olduğu ifade edilmektedir (Fletcher ve Sarkar, 2013). Bireysel düzeyde (gençlik) psikolojik sağlamlık incelendiğinde bireylerin sosyal destek düzeyi, öz düzenleme davranışı ve bilişsel yetenekleri psikolojik sağlamlığın yansımasını oluşurmaktadır. Psikolojik sağlamlık daha geniş kitlede (toplum bazında) incelendiğinde ise bu geniş kitlenin uyum kapasitesine kadar çeşitli koşullarda şekillenebilmektedir. Toplum ve gençlik bağlamında düşünüldüğünde gençliğin ve toplulukların maruz kaldıkları engeller ile baş edebilmeleri ve genel refahı artırmak için gösterdikleri çabalar psikolojik sağlamlık açısından önemli olmaktadır (Brennan, 2008). Kavramsal model aynı zamanda psikolojik sağlamlığı ve gençliğin pozitif gelişimini kültürel ve ekolojik çerçevede birleştirmektedir. Bundan dolayı kişi, okul, aile, toplum ve kültürel etmenler bu modele eklenmiş olup tüm sistemi etkilediği düşünülmektedir. Kültürel ve ekolojik bir

çevrenin bütünlüğü ergenin sağlığını anlamada önem teşkil etmektedir (Kia-Keating ve ark., 2011).

Temelli Bir Kişisel Dayanıklılık Modeli/Teorisi: Bu model 2008 yılında Denz-Penhey ve Murdoch adlı bilim adamları tarafından öne atılan bir teoridir. Bu teori ciddi bir hastalık geçirdikten sonra hayatta kalan bireylerin oluşturduğu psikolojik sağlamlık olarak tanımlanmaktadır. Buradaki psikolojik sağlamlık kişinin ailesi, sosyal çevresi, kişinin deneyimsel ve iç bilgeliği, sağlam psikolojik benliği ve fiziksel çevresine bağlılığı olmak üzere beş boyuttan oluşmaktadır (Fletcher ve Sarkar, 2013). Geçirilen hastalıklar ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmaya göre kalp hastaları ve diyabet hastalarının uyumlarının (psikososyal olarak) diğer hastalıklara kıyasla daha iyi olduğu bulunmuştur. Bazı çalışmalara göre ise hastaların uyumları arasında bir fark olmadığı, kanser hastalarının lupuslu (vücutta pek çok organı tutan deri hastalığı) hastalara göre uyumlarının daha iyi olduğu bildirilmiştir (Katz ve ark., 2001; Stewart ve ark., 2011). Bir çalışmada bazı hastalıklara sahip bireyler yaşadıkları fiziksel hastalığı kişisel gelişim açısından faydalı bulduğunu ifade etmiştir. Fayda bulma ile ilişkili olan travma sonrası büyümenin yaşam kalitesi ve sağlığın yordayıcısı olduğu belirtilmiştir (Milam, 2006).

Başa Çıkma Rezervuarı (tıp öğrencilerinin refahına ilişkin) Modeli/Teorisi: Dunn ve ark. tarafından 2008 yılında öne atılan bir teoridir. Bilim adamları tıp öğrencileri için “başa çıkma rezervuarı” adında bir başa çıkma modeli geliştirmiştir (Dunn ve ark., 2014). Bu teoriye göre mizaç ve kişilik özelliği olan rezervuarın iç yapısı kişiyi psikolojik sağlamlık gibi olumlu ve tükenmişlik gibi olumsuz sonuçlara götürebilmektedir (Fletcher ve Sarkar, 2013). Yapılan çalışmalara göre hekimlerin yaşam kalitesinin düşük olduğu, depresyon ve tükenmişliğin fazla olduğu ve bu durumun intihar düşüncesi ya da intihar olayları ile sonuçlandığı belirtilmektedir (Kjeldstadli ve ark., 2006; Kötter ve ark., 2016).

Kanıtlar hekimlerin kötü sağlık koşullarının tıp fakültelerinden kaynaklandığını göstermektedir. Tıp fakültesinde okuyan öğrencilerin (öğrenim süresi boyunca) refahlarının önemli ölçüde kötüleştiği bulunmuştur (Burger ve ark., 2014; Kjeldstadli ve ark., 2006; MacArthur ve Sikorski, 2020). Dolayısıyla birinci sınıf tıp öğrencileri akademik taleplere uyum sağladıkça refahı etkileyen stresli olaylara karşı baş etme becerisi artmaktadır (Howe ve ark., 2012). Yapılan çalışmalar tıp fakültesine giren öğrencilerin olumlu psikososyal özelliklerinin refahlarıyla ilişkili olduğunu fakat daha sonra tıp fakültesine girdikleri zamanki refahlarını birinci sınıftan sonra sürdüremediklerini ortaya koymuştur. Bu model tıp öğrencilerinin refahının olumlu ya da olumsuz etkilenmesinin sonucu olarak ortaya çıkan bir model olarak düşünülmektedir (Ludwig ve ark., 2015; MacArthur ve Sikorski, 2020; McLuckie ve ark., 2018).

Sporda Dayanıklılığın Kavramsal Modeli/Teorisi: Bu model Galli ve Vealey adlı bilim adamları tarafından 2008 yılında öne atılan bir teoridir. Sporcular yaralanma ve başarısızlık gibi zorlu durumlar ile karşılaşmaktadır. Bu teoriye göre psikolojik sağlık sporcuların bu zorlu durumların üstesinden gelebilme yeteneğini ifade etmektedir (Fletcher ve Sarkar, 2013; Galli ve Gonzalez, 2015). Sporcular devamlı başarısızlık ve zorluklar ile karşı karşıya kalabilmektedirler. Bundan dolayı stres yaşadıkları belirtilmektedir. Literatür ise sporcu bireyler ile sporcu olmayan bireyler arasında stres etkenlerinin farklı olduğunu açıklamaktadır. Sporcular işlerinin doğası gereği devamlı olumlu ya da olumsuz değerlendirmelerin olduğu bir ortamda yaşamaktadırlar. Bundan dolayı yaralanma ve zihinsel sağlık problemleri gibi engeller ile karşılaşmaktadırlar. Bu bağlamda değerlendirildiğinde psikolojik sağlamlığın sporda başarı için gerekli olan bir faktör olduğu belirtilmektedir. Çalışmalar sporda psikolojik sağlamlığın olumlu bir dengeyi devam ettirebilmek ve sporla ilgili farklı olumsuzluklar karşısında başarılı bir şekilde uyum sağlayabilmek için sporcunun kapasitelerini (bilişsel, davranışsal,

duygusal) kapsayan dinamik bir süreç çerçevesinde meydana geldiğini ifade etmektedir (Papathomas ve Lavalley, 2012; Podlog ve Eklund, 2006; M. J. Turner ve ark., 2022). Voleybolcularda başa çıkma stratejileri ile psikolojik sağlık arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada müsabaka sırasında sorunların üstesinden gelmek için baş etme stratejisi kullanan sporcularda daha dirençli bir profil olduğu görülmüştür (Belem ve ark., 2014).

Asker Ailelerinde Dayanıklılık Modeli/Teorisi: Bu teori 2008 yılında Palmer adlı bilim adamının ortaya attığı bir modeldir. Askeri yaşamda hem ebeveyn hem de çocuk çeşitli alanlarda zorlanabilmektedir. Bu model zorlu faktörlerin olumsuz çıktısından ziyade psikolojik sağlamlığın stresi azaltarak olumsuz çıktılara karşı koruduğunu belirtmektedir (Fletcher ve Sarkar, 2013; Palmer, 2008). Yapılan çalışmalar askeri yaşamın asker çocukları üzerinde etkisi olduğunu benzer şekilde ebeveyn üzerinde de patolojiye dolaylı olarak götürebilecek bir etkisinin olduğu belirtilmektedir. Bundan dolayı bu teori kapsamında çocuk-ebeveyn etkileşimlerinin önemli olduğu ileri sürülmektedir (Bartone, 1999; Fletcher ve Sarkar, 2012; Graham Weber ve ark., 2005; Palmer, 2008). Bu bağlamda askeri yaşam incelendiğinde askeri stresin ebeveyni etkilediği dolaylı olarak çocuğunda etkilendiği gözlenmiştir. Bu teori kapsamında psikolojik sağlık askeri risk ve direnç faktörlerini etkilemektedir (Palmer, 2008). Basra körfezi savaşında ordu subaylarında psikolojik sağlamlığın koruyucu faktör olarak etki ettiği belirtilmiştir. Aynı zamanda askeri personelin psikolojik sağlamlığı savaşla ilgili stres ve stresli yaşam olaylarıyla etkileşim içinde olduğundan psikolojik sağlık askeri personelde psikiyatrik semptomları öngörmektedir (Bartone, 1999).

Dayanıklılığın Stres Kalkanı Modeli/Teorisi: Bu teori 2008 yılında Paton ve ark. ortaya attığı bir modeldir. Psikolojik sağlık çeşitli koruyucu faktörler içermektedir. Bu faktörlerin çeşitli katmanlarda kümelenmesi dayanıklılığın stres kalkan modelini

oluşturmaktadır. Modele göre katmanlar ne kadar güçlü olursa risk faktörlerine karşı koruması da o kadar güçlü olmaktadır (Fletcher ve Sarkar, 2013; Notebaert ve ark., 2022). Psikolojik sağlıkla zorlu durumlara uyum sağlayabilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Psikolojik sağlamlığın daha fazla olması olumlu sağlık özellikleri ile ilişkili olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalar artan psikolojik sağlamlığın psikopatolojik durumlara karşı koruyucu faktör olduğunu bulmuştur (Arnetz ve ark., 2013; Haddadi ve Ali Besharat, 2010; Onyedire ve ark., 2017). Bundan dolayı araştırmacılar psikolojik sağlamlığı artırmaya yönelik çalışmalarda bulunmaktadır. Artan sayıdaki çalışmalar psikolojik sağlamlığı açıklamaya yönelik bir kavramların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Dayanıklılık Stres Kalkanı Modeli ise bu bağlamda önerilen bir model olarak ortaya atılmıştır. Dolayısıyla bu modelin kişinin psikolojik sağlamlığına katkıda bulunan bir model olduğu ve psikolojik sağlamlığı tanımlamak için yararlı bir platform olduğu belirtilmektedir (Arnetz ve ark., 2013; McCann ve ark., 2013; Notebaert ve ark., 2022)

Yetişkinlikte Utanç ve Dayanıklılıkla İlgili Temellendirilmiş Model/Teori: Bu teori 2008 yılında Van Vliet tarafından öne atılan bir modeldir. Çalışmalar utancın depresyon, travma sonrası stres bozukluğu gibi ruh sağlığını etkileyen bir durum olduğunu göstermektedir. Ancak bu teoriye göre utanç verici bir durumdan sonra benliği yeniden inşa etme ve kendini yapılandırma süreci bulunmaktadır (Fletcher ve Sarkar, 2013; Van Vliet, 2008). Diğer bir ifadeyle bu modele göre bireyin öz benliğiyle bağlantı kurarak ve sosyal çevrede bulunan başka kişilerle anlamlı ilişkiler geliştirerek utanç duygusuna karşı psikolojik sağlıkla oluşturabileceği temeline dayanmaktadır. Bu teori kapsamında psikolojik sağlıkla incelendiğinde psikolojik sağlamlığın bireyin kırılganlık döneminde utanç duygusuna karşı geliştirilebileceği belirtilmektedir. Geliştirilen psikolojik sağlıkla ise bireyin utanç duygusuna karşı daha güçlü ve daha donanımlı olarak zorlu durumlarda yapıcı bir şekilde cevap verebileceğine olanak

sağlamaktadır. Yetişkinlikte Utanç ve Dayanıklılıkla ilgili modele bakıldığında dört adımda incelendiği görülmektedir. Bunların ilki utanma duygusunun bireysel kırılmalardan dolayı olduğunun farkına varmaktır. İkincisi bireyde utanma duygusuna sebep olan faktörlerin dışsal faktörler olduğunun farkına varmaktır. Üçüncüsü karşılıklı empatik ilişki için başka kişilerle iletişimde bulunmaktır. Dördüncüsü ise utanma duygusunu tartışmak ve keşfetmektir. Ayrıca dayanıklılığın sağlanması için utancı sona erdirmek ve empatik bağlantılar kurmanın Yetişkinlikte Utanç ve Dayanıklılıkla İlgili Temellendirilmiş Model'e göre önemli olduğu belirtilmektedir (Ryan-DeDominicis, 2021).

Dayanıklılığın Varsayılan Modeli /Teorisi: Bu model 2009 yılında Mancini ve Bonanno adlı bilim adamları tarafından öne atılmıştır. Bu modele göre bireyin bir durumu değerlendirme süreci ve sosyal destek psikolojik sağlık için kritik bir önem arz etmektedir (Fletcher ve Sarkar, 2013). Sosyal destek insanların güvendikleri bireyler arasındaki ilişki yoluyla sosyal kaynaklardan yararlanma seviyesi olarak tanımlanmaktadır. Sosyal destek kaynağını bireyin yaşamında önemli yer alan kişiler oluşturmaktadır. İnsanlar stresli durum yaşadıkları zaman sosyal çevre, iş-aile ortamı gibi yaşam alanlarına olan bağlılıkları gözlemlenmektedir. Bireyin bu bağlılığı yaşadığı stresin üstesinden gelmesine yardımcı olmakta ve bireyin motivasyonunu artırmaktadır. Stresli yaşam olayları bireyin sahip olduğu sosyal destek kaynakları ile engellenmektedir. Bundan dolayı fiziksel ve psikolojik hastalık riski yok olmaktadır. Bireyler stresli bir yaşam olayı ile karşılaştığı zaman sevgi, teselli, bir topluluğa ait olma gibi temel sosyal gereksinimlere sahip olabilmektedir. Bu sosyal temel gereksiniminin karşılanması ruh sağlığını doğrudan etkileyebilmektedir. Dolayısıyla sosyal destek stresle başa çıkmak için önemli bir unsur haline gelmektedir (Karadag ve ark., 2019). Benzer şekilde sosyal destek ve psikolojik sağlık arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada sosyal destek ve

stresle başa çıkma durumunun psikolojik sağlık ile arasında kısmi aracı rolünün olduğu sonucuna varılmıştır (Malkoç ve Yalçın, 2015).

2.14. Psikolojik Sağlık ile Meme Kanseri Arasındaki İlişki

Kanser yaşamı tehdit eden travmatik bir hastalıktır. Yaygın şekilde görülen bu hastalık bireyleri çeşitli yönlerden (duygusal, fiziksel, bilişsel, sosyal) etkileyebilmektedir (Öcalan ve Üzar Özçetin, 2020; Seiler ve Jenewein, 2019). Kanser olan bireylerin hastalık sürecinin her aşaması psikolojik sıkıntıyla ilişkili olabilmektedir. Gelecek hakkındaki belirsizlik, acı çekme, ölüm korkusu gibi çeşitli faktörler psikolojik sıkıntının artmasında katkıda bulunmaktadır. Kanser hastalarının psikolojik sıkıntılarıyla ilişkili en önemli faktör olumsuz bir yaşam deneyimi sonucunda kişinin ruh sağlığını koruyabilme yeteneği olan psikolojik sağlamlıktır (Mohlin ve ark., 2021; Ristevska-Dimitrovska ve ark., 2015). Bireysel hastalıklara özgü psikolojik sağlamlığın belirlenmesi hastalığın seyri ve hastalık ile baş etmek için önem teşkil etmektedir. Dolayısıyla psikolojik sağlamlığı daha fazla olan bireyler travmatik olaylar ile daha erken başa çıkabilir ve depresyon ya da kaygı geliştirme ihtimalini düşürebilmektedir (Bokailo ve ark., 2021; Southwick ve ark., 2005). Yapılan bir çalışmada psikolojik sağlamlığın bulantı, kusma gibi meme kanseri semptomları ile negatif korelasyon gösterdiği ve daha düşük psikolojik sağlamlık gösteren kadınların daha kötü bir vücut imajına sahip olduğu görülmüştür (Ristevska-Dimitrovska ve ark., 2015). Meme kanserinden dolayı ameliyat olan kadınlarla ilgili yapılan bir araştırmaya göre postoperatif kadınların psikolojik sağlamlıkları daha düşük bulunmuştur. Sosyal destek ve hafif derecede fiziksel aktivite gibi psikolojik sağlamlığı artıran uygulamalar yapıldığında postoperatif hastaların yaşam kalitesinin arttığı görülmüştür (Huang ve ark., 2019). Yunanistan'da 144 meme kanseri kadından oluşan bir örnekleme kadınların orta derecede psikolojik sağlamlığa sahip olduğu ve psikolojik sağlamlık ile depresyon arasında negatif bir ilişki olduğu

bulunmuştur (Fradelos ve ark., 2017). Meme kanseri kadınlarda ağrı deneyimi ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada ise daha yüksek psikolojik sağlamlığın daha düşük ağrı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Yine aynı çalışmada kaygı düzeyi daha düşük olan bireylerde psikolojik sağlamlığın daha etkili olduğu görülmüştür. Diğer bir ifadeyle yüksek kaygı psikolojik sağlamlığın koruyucu etkisini kaldırabilmektedir (Liesto ve ark., 2020). İsveç'te 418 meme kadınından oluşan boylamsal bir çalışmada kadınların tanı anından bir yıl sonrasına kadarki psikolojik sağlamlıkları incelenmiş (Connor-Davidson Dayanıklılık Ölçeği ile) ve teşhisten bir yıl sonraki psikolojik sağlamlık ile sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ile pozitif olarak ilişkili bulunmuştur. Bu psikolojik sağlamlığın sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini korumada önemli bir faktör olduğunu göstermektedir (Mohlin ve ark., 2021). Psikolojik sağlamlık ve ağrı arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir çalışmada ise meme kanserli kadınlarda kemoterapi sırasında oluşan ağrının büyük bir kısmı psikolojik bileşenlerle (depresyon, stres, dayanıklılık ve farkındalık gibi) açıklanabilmektedir (Arefian ve ark., 2023). Bu bağlamda düşünüldüğünde kanser hastalarına psikolojik sağlamlık için psikososyal desteklerin gelişmesine katkıda bulunmak önem teşkil edebilmektedir (Ristevska-Dimitrovska ve ark., 2015).

2.15. Psikolojik Sağlamlık ile Beslenme Arasındaki İlişki

Zorluklara uyum becerisinin beslenme üzerine etkisi olabilmektedir. Bu etki çift yönlü olabilmektedir. Diğer bir ifadeyle psikolojik sağlamlık diyet faktörlerinden diyet faktörleri ise psikolojik sağlamlıktan etkilenebilmektedir (Tiainen ve ark., 2013; Yin ve ark., 2019). Yapılan bir çalışmada diyet kalitesindeki küçük iyileştirmelerin daha iyi psikolojik sağlamlıkla ilişkilendirilebileceği gösterilmektedir (Lutz ve ark., 2017). Başka bir çalışma ise bir kişilik özelliği olarak da sayılabilen psikolojik sağlamlığın (dirençlilik) yüksek olmasının, sağlık bilincine sahip bir beslenme modelini benimseme ve daha

yüksek sebze-meyve tüketimi ile ilişkili olduğunu bulmuştur (Mistry ve ark., 2009). 1681 deneğin katıldığı ve gıda alımı ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada psikolojik sağlamlığı yüksek olan bireylerin daha sağlıklı bir diyet alımına sahip olduğu görülmüştür (Tiainen ve ark., 2013). Yaşlı insanlarda beslenme çeşitliliği ile psikolojik sağlamlık arasında yapılan bir çalışmada da Çinli yaşlılarda besin çeşitliliğinin az olması düşük psikolojik sağlamlık ile ilişkilendirilmiştir (Yin ve ark., 2019). Ayrıca Akdeniz Diyetine bağlılık, psikolojik sağlamlık ile pozitif yönde ilişkili olarak bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle daha sağlıklı bir beslenme daha yüksek bir psikolojik sağlamlığa sahip olma ihtimalini artırabilmektedir (Lutz ve ark., 2017; Yin ve ark., 2019). Yetersiz beslenme yüksek düzeyde oksidatif stres ile ilişkilidir. Sinir sistemimizdeki mitokondri ve yağlardaki hasar duygusal davranışlarla ilişkili olduğundan besin çeşitliliğinin düşük olması psikolojik sağlamlılığın daha düşük olma riskini beraberinde getirebilmektedir (Du ve ark., 2016; Narmaki ve ark., 2015). Diyet kalitesinde yapılan çok az değişikliklerin bile psikolojik sağlamlığı geliştirmekle ilişkili olduğu bulunmuştur. Dolayısıyla beslenme uzmanlarının diyetle küçük değişiklikleri teşvik etmesi yönünde çalışmalar yapılmalıdır (Lutz ve ark., 2017).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

‘Meme Kanserli Kadınların Psikolojik Sağlamlığı, Beslenme Durumu ve Diyet Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’ adlı araştırmamız tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte yapılan bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Erzurum Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi ve Erzurum Şehir Hastanesi’nde Temmuz 2023-Ekim 2023 tarihleri arasında anket formu (yüz yüze) doldurtularak toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu çalışmanın evreni tanı almış ve kemoterapi gören meme kanserli kadınlardır. Çalışmanın örnekleme ise uygun örnekleme yöntemine göre seçilerek Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi ve Erzurum Şehir Hastanesine başvuran kemoterapi tedavisi alan meme kanserli kadınlardan oluşmaktadır. G. power programıyla yapılan 0,80 güç oranında 0,5 hata payında 0,3 korelasyon düzeyi göz önüne alındığında 67 kişiye ulaşılması gerekliliği tespit edilmiş ve çalışmanın katılımcılarının belirlenmesinde bu durum göz önüne alınmıştır (Büyüköztürk ve ark. 2017, s. 25).

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi ve Erzurum Şehir Hastanesine başvuran kemoterapi tedavisi alan meme kanserli kadınlar ile yüz yüze görüşme ile anket şeklinde toplanmıştır. Araştırmada kişisel bilgi formu (EK-4), besin tüketim kaydı (24 saatlik geriye dönük) (EK-6), besin tüketim sıklığı formu (EK-7) olmak üzere 3 adet form; ‘‘Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ)’’(EK-5) olmak üzere 1 adet ölçek kullanılmıştır. 24 saatlik geriye dönük besin tüketim kaydından ise diyet kalite

indeksi puanı (Sağlıklı Yeme İndeksi Puanı) hesaplanmıştır. Araştırma kriterlerine uyan toplam 104 hastayla araştırma tamamlanmıştır.

3.4.1. Araştırma Kriterleri

Meme kanserinde farklı tedaviler kullanılabilmektedir. Bu farklılığın çalışma bulgularını etkileyebilme ihtimaline karşı çalışmaya sadece kemoterapi alan meme kanserli hastalar dahil edilmiştir.

Cinsiyetin çalışma üzerindeki etkisini ortadan kaldırmak amacıyla çalışmaya sadece kadın cinsiyetinde olanlar dahil edilmiştir.

Çalışmada psikolojik sağlamlık ölçüldüğü için daha sağlıklı veri almak için çalışmaya ciddi psikolojik bozukluğu olan bireyler dahil edilmemiştir.

3.4.2. Kişisel Anket Formu (EK-4)

Bu form araştırmacı tarafından meme kanserli kadınların yaş, ikamet yeri, meslek, sosyoekonomik durum ve eğitim durumu gibi demografik yapıları hakkında bilgi edinmek ve meme kanserli kadınların fiziksel aktivite durumları ile beslenme alışkanlıklarını belirlemeye yönelik oluşturulmuştur.

3.4.3. 24 Saatlik Geriye Dönük Besin Tüketim Kaydı Formu (EK-6)

Bu form meme kanserli kadınların besin tüketim kayıtlarını (geçmişe dönük 24 saatlik) alarak meme kanserli kadınların tükettikleri besin ögesi miktarlarını (enerji, karbonhidrat, protein ve yağ) belirlemeye yönelik hazırlanmıştır. Bireylerden alınan besin tüketim kaydı ise kemoterapi alma zamanından bir gün önce tüketilen besinleri kapsamaktadır. Bireylerin tükettikleri besinlerden sağlanan besin öğeleri miktarlarının (enerji, karbonhidrat, protein ve yağ) hesaplanması amacıyla Bilgisayar Destekli Beslenme Programı, Beslenme Bilgi Sistemi (BEBİS Programı) kullanılmıştır.

3.4.4. Besin Tüketim Sıklığı Formu (EK-7)

Bu form meme kanserli kadınların süt, yoğurt, peynir, kırmızı et, beyaz et, yumurta, kuru baklagil, taze sebze, taze meyve, ekmek, tahıllar, sıvı yağ, katı yağ gibi besinleri ne sıklıkla (hiç, ayda bir, 15 günde bir, haftada bir veya iki, haftada üç veya dört, haftada beş veya altı, her gün) tükettiğini belirlemeye yönelik hazırlanmıştır.

3.4.5. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ) (EK-5)

Kısa Psikolojik Sağlamlık ölçeği 2008 yılında Smith ve arkadaşları tarafından psikolojik sağlamlığı ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Psikolojik sağlamlığın çeşitli anlamları bulunmaktadır bundan dolayı psikolojik sağlamlığı ölçmek için çeşitli ölçekler geliştirilmiştir (Doğan, 2015). Bu geliştirilen ölçeklere Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)” ve “Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (YPSÖ) örnek verilebilmektedir. Psikolojik sağlamlığın ölçülmesinde hangi ölçüm aracının daha iyi olduğuna yönelik fikir birliği görülmemektedir (Arslan, 2015). Smith ve arkadaşları tarafından geliştirilen KPSÖ diğer ölçeklerden farklı olarak tekrar iyileşme, önceki işlevsel yaşama dönme ve tekrardan adaptasyon (uyum) sağlama özelliklerini ölçmeye yoğunlaşmıştır. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik analizi 2015 yılında yapılmıştır (Doğan, 2015). Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Likert tarzı bir ölçektir. Hiç uygun değil =1, Uygun Değil =2, Biraz Uygun= 3, Uygun= 4, Tamamen Uygun= 5 şeklinde bir puanlamaya sahiptir. Ölçekte bulunan 2, 4, ve 6. maddeler tersten puanlanmaktadır. Tersten puanlanan maddelerin çevrilmesinin ardından alınan puanların yüksek olması psikolojik sağlamlığında yüksek olduğuna işaret etmektedir (Doğan, 2015).

3.5. Sağlıklı Yeme İndeksi Puanının Hesaplanması

Sağlıklı Yeme İndeksi 2015 yılında güncellenmiş ve ilk kez ABD Tarım Bakanlığınca (1995 yılında) diyet kalitesini tayin etmek için geliştirilmiştir. Bu indeksin toplam 13 bileşeni vardır. Bu bileşenin dokuz tanesi diyetle olması gereken yeterlilik

bileşeni iken dört bileşeni ise diyetle dikkat edilmesi gereken denetleme bileşenidir. Yeterlilik bileşenleri; tam meyve, toplam meyve, yağ asitleri, toplam sebze, koyu yeşil yapraklı sebzeler (kyys) ve kurubaklagiller, süt ürünleri, tam tahıllar, deniz ürünleri ve bitkisel proteinlerdir. Denetleme bileşenleri ise ilave şeker, doymuş yağlar, işlenmiş tahıl ve sodyum kısıtlı tüketilmesi gereken bileşenlerdir. Sağlıklı yeme indeksi yüz puan üzerinden hesaplanır (Tablo 3.1). Alınan puan 80 ve üzeri ise “iyi kaliteli” diyet, alınan puan 51-80 arasında ise “geliştirilmesi gereken” diyet, alınan puan 51 ve altında ise “kötü kaliteli” diyet olarak sınıflandırılmaktadır (Krebs-Smith ve ark., 2018).

Tablo 3.1. Sağlıklı yeme indeksi hesabı

Yeterli Tüketilmesi Gereken Bileşenler	Bileşen	Alınabilecek En Fazla Puan	Alınabilecek En Fazla Puan İçin Standart Miktar	Alınabilecek En Az Puan
	Meyve (Toplam)	5	$\geq 189,3$ g/1000 kkal	0 (meyve)
	Meyve (Tam)	5	$\geq 94,6$ g/1000 kkal	0 (meyve)
	Sebze (Toplam)	5	$\geq 260,2$ g/1000 kkal	0 (toplam sebze)
	Sebzeler (kkys) ve Kurubaklagiller	5	$\geq 47,3$ g/1000 kkal	0 (kyys ve kurubaklagiller)
	Tam Tahıllar	10	$\geq 42,5$ g/1000 kkal	0 (tam tahıllar)
	Süt ve Grubu	10	$\geq 307,5$ g/1000 kkal	0 (süt grubu)
	Proteinli Yiyecekler (Toplam)	5	$\geq 70,9$ g/1000 kkal	0 (toplam proteinli yiyecekler)
	Deniz Ürünleri + Bitkisel Proteinler	5	$\geq 22,7$ g/1000 kkal	0 (deniz ürünleri ve bitkisel proteinler)
	Yağ Asitleri	10	$(\text{ÇDYA}^* + \text{TDYA}^*) / \text{Doymuş Yağ Asitleri} \geq 2,5$	$(\text{ÇDYA} + \text{TDYA}) / \text{Doymuş Yağ Asitleri} \leq 1,2$

Tablo 3.1 (devamı)

Sınırlı Tüketilmesi Gereken Bileşenler	Rafine Tahıl Ürünleri	10	≤ 51 g/1000 kkal	$\geq 121,9$ g/1000 kkal
	Sodyum	10	$\leq 1,1$ g/1000 kkal	$\geq 121,9$ g/1000 kkal
	Eklenti Şeker	10	$\leq \%6,5$ (Toplam Enerji)	$\leq \%26$ (Toplam Enerji)
	Yağ (Doymuş)	10	$\leq \%8$ (Toplam Enerji)	Enerjinin $\geq \%16$ 'sı

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Beslenme alışkanlıkları, medeni durum, çalışma durumu, diyetisyen takibi, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, sosyal destek düzeyi, diyet kalitesi, fiziksel aktivite durumu, psikolojik sağlamlık.

Bağımlı Değişkenler: Diyet kalitesi.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında elde edilen verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 23.00 paket programı kullanılmıştır. Analizde bağımsız gruplar için t testi, Kruskal Wallis H testi, Pearson ve Spearman korelasyon analizleri yapılmıştır. Parametrik analizlerde iki grubun karşılaştırması sonucunda etki büyüklüğü hesaplamaları hesaplanmış ve bu değerler Cohen (1988) önerisi doğrultusunda yorumlanmıştır. Cohen (1988) göre etki büyüklük değerleri $n^2 = 0.01$ düşük, $n^2 = 0.06$ orta, $n^2 = 0.138$ büyük etki olarak hesaplanabilmektedir. Araştırma kapsamında elde edilen değişkenlerin normallikleri test etmek amacıyla çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Literatür incelendiğinde çarpıklık ve basıklık değerlerinin 2 ile -2 aralığında olmasının normal dağılıma kanıt olarak ifade edildiği belirlenmiştir (George ve Mallery, 2019). Çalışmadan elde edilen

değişkenlerin homojenliği için Levene istatistik değerleri incelenmiştir (Field 2005, s. 915).

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Yapılan çalışmanın etik kurul onayı (22.08.2024 tarih ve 2023/05/19 sayılı onay) Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından verilmiştir (EK-2). Araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi ve Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı onay alınmıştır (EK-8, EK-9). Çalışmaya katılmak isteyen kişiler bilgilendirildikten ve hastaların rızası alındıktan sonra çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmanın tüm aşaması İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu'na riayet edilerek yapılmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırmanın sınırlılıklarından biri, çalışmaya il dışından başvuran hastaların olması nedeniyle hastalardan yalnızca bir günlük besin tüketim kaydının alınmasıdır. Bir günlük kayıt, hastaların genel beslenme profilini tam olarak yansıtamayabilir. Diğer bir sınırlılık ise araştırma verilerinin yalnızca Erzurum Şehir Hastanesi ve Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'ne başvuran ve Doğu Anadolu'da ikamet eden kadınlardan elde edilmiş olmasıdır, bu durum örneklemin evreni tam anlamıyla temsil etmemesine neden olabilir. Ayrıca, çalışmanın başka bir sınırlılığı, yalnızca kemoterapi gören meme kanserli kadınların araştırmaya dahil edilmesidir. Bireylerin sahip olduğu diğer kronik hastalıklar da diyet kalitesini ve psikolojik dayanıklılığı etkileyebileceğinden, kronik hastalıkları olan bireylerin dışlanması da çalışmanın sınırlılıklarından biri olarak değerlendirilebilir.

4. BULGULAR

Meme kanserli kadınların psikolojik sağlamlığı diyet kalitesi ve beslenme durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları bu kısımda sunulmuştur.

4.1. Araştırmaya Dahil Edilenlerin Karakteristik Özellikleri

Tablo 4.1. Araştırmaya katılan bireylerin karakteristik özellikleri (n=104)

Değişken	N	%
Tanı Öncesi Vücut kütle İndeksi		
Normal	20	19.2
Hafif Şişman	32	30.8
Obez	52	50.0
Tanı Sonrası Vücut kütle İndeksi		
Normal	18	17.3
Hafif Şişman	42	40.4
Obez	44	42.3
Öğrenim Düzeyleri		
Okuryazar olmayan	22	21.2
Okuryazar	10	9.6
İlkokul	40	38.5
Ortaokul	5	4.8
Lise	14	13.5
Fakülte/Yüksekokul	6	5.8
Lisansüstü	7	6.7
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	9	8.7
Çalışmıyor	95	91.8
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	10	9.6
Gelir gidere eşit	91	87.5
Gelir giderden fazla	3	2.9
Medeni Durum		
Evli	82	78.8
Bekâr	22	21.2

Tablo 4.1. (Devamı)

Değişken	N	%
Nüks Etme Durumu		
Var	5	4.8
Yok	99	95.2
Sosyal Destek Düzeyi		
Destegim yok	7	6.7
Az desteğim var	8	7.7
Yeterli desteğim var	53	51.0
Çok fazla desteğim var	36	34.6
Diyetisyen Takibi		
Var	22	21.2
Yok	82	78.8
Meme Ameliyatı Geçirme Durumu		
Evet	65	62.5
Hayır	39	37.5
Ameliyat Tipi		
Ameliyat Olmayan	39	37.5
Mastektomi	53	51.0
Lumpektomi	12	11.5

4.2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Besin Tüketim Sıklığı

Tablo 4.2. Araştırmaya katılan bireylerin besin tüketim sıklığı (n=104)

Değişken	N	%
Süt Tüketimi		
Hiç	57	54.8
Ayda bir	14	13.5
15 günde bir	9	8.7
Haftada 1 ya da 2	11	10.6
Haftada 3 ya da 4	4	3.8
Haftada 5 ya da 6	2	1.9
Hergün	7	6.7

Tablo 4.2. (Devamı)

Değişken	N	%
Yoğurt Tüketimi		
Hiç	2	1.9
Ayda bir	1	1.0
15 günde bir	3	2.9
Haftada 1 ya da 2	9	8.7
Haftada 3 ya da 4	19	18.3
Haftada 5 ya da 6	24	23.1
Hergün	46	44.2
Kırmızı Et Tüketimi		
Hiç	5	4.8
Ayda bir	4	3.8
15 günde bir	9	8.7
Haftada 1 ya da 2	40	38.5
Haftada 3 ya da 4	20	19.2
Haftada 5 ya da 6	15	14.4
Hergün	11	10.6
Beyaz Et Tüketimi		
Hiç	8	7.7
Ayda bir	3	2.9
15 günde bir	11	10.6
Haftada 1 ya da 2	56	53.8
Haftada 3 ya da 4	23	22.1
Haftada 5 ya da 6	2	1.9
Hergün	1	1.0
Sıvıyağ Tüketimi		
Hiç	6	5.8
Ayda bir	7	6.7
15 günde bir	7	6.7
Haftada 1 ya da 2	6	5.8
Haftada 3 ya da 4	4	3.8
Haftada 5 ya da 6	3	2.9
Hergün	71	68.3

Tablo 4.2. (Devamı)

Değişken	n	%
Katıyağ Tüketimi		
Hiç	8	7.7
Ayda bir	2	1.9
Haftada 1 ya da 2	9	8.7
Haftada 3 ya da 4	7	6.7
Hergün	78	75.0
Tahıl Tüketimi		
15 günde bir	3	2.9
Haftada 1 ya da 2	37	35.6
Haftada 3 ya da 4	40	38.5
Haftada 5 ya da 6	10	9.6
Hergün	14	13.5
Taze Sebze Tüketimi		
Hiç	1	1.0
Ayda bir	2	1.9
15 günde bir	3	2.9
Haftada 1 ya da 2	32	30.8
Haftada 3 ya da 4	26	25.0
Haftada 5 ya da 6	13	12.5
Hergün	27	26.0
Taze Meyve Tüketimi		
Ayda bir	1	1.0
15 günde bir	4	3.8
Haftada 1 ya da 2	10	9.6
Haftada 3 ya da 4	14	13.5
Haftada 5 ya da 6	9	8.7
Hergün	66	63.5
Kuru Bakla Tüketimi		
Hiç	15	14.4
Ayda bir	17	16.3
15 günde bir	31	29.8
Haftada 1 ya da 2	40	38.5
Hergün	1	1.0

Tablo 4.2. (Devamı)

Değişken	n	%
Yumurta Tüketimi		
Hiç	4	3.8
Ayda bir	3	2.9
Haftada 1 ya da 2	11	10.6
Haftada 3 ya da 4	27	26.0
Haftada 5 ya da 6	6	5.8
Hergün	53	51.0
Peynir Tüketimi		
Hiç	1	1.0
Haftada 1 ya da 2	2	1.9
Haftada 3 ya da 4	4	3.8
Haftada 5 ya da 6	7	6.7
Hergün	90	86.5

4.3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Besin Tüketim Kayıtlarından Elde Edilen Makro ve Mikro Besin Öğesi Dağılımları

Araştırmaya dahil edilen bireylerin cevapladıkları 24 saatlik geriye dönük besin tüketim kayıtları sonucundan elde edilen ve bireylerin tükettikleri ortalama enerji miktarı, makro ve mikro besin öğeleri miktarları Tablo 4.3' te verilmiştir.

Tablo 4.3. Araştırmaya dahil edilenlerin tükettikleri enerji, makro ve mikro besin öğesi miktarları

Tüketilen Enerji, Makro ve Mikro Besin Öğeleri	$\bar{X} \pm SS$
Enerji (kkal)	1652,04±588,65
Karbonhidrat (g)	208,36±84,04
Protein (g)	61,73±24,74
Yağ (g)	61,99± 27,14
Çözünebilir Lif (g)	6,02± 3,62
Çözünmeyen Lif (g)	11,98± 6,54
Tekli Doymamış Yağ Asidi (g)	21,42± 11,28

Tablo 4.3. (Devamı)

Tüketilen Enerji, Makro ve Mikro Besin Öğeleri	$\bar{X} \pm SS$
Çoklu Doymamış Yağ Asidi (g)	25,1 $\pm$ 136,59
Doymuş Yağ Asidi (g)	22,5 $\pm$ 9,93
Kolesterol (mg)	273,8 $\pm$ 260,62
A vitamini (mcg)	961,74 $\pm$ 1066,63
D vitamini (mcg)	2,55 $\pm$ 5,39
B1 vitamini (mg)	0,697 $\pm$ 0,34
B2 vitamini (mg)	1,05 $\pm$ 0,45
Niasin (mg)	10,3 $\pm$ 5,65
C vitamini (mg)	109,20 $\pm$ 236,06
Fe (mg)	8,7 $\pm$ 4,03
K (mg)	2247,37 $\pm$ 1149,94
Na (mg)	3244,90 $\pm$ 1291,85
Zn (mg)	9,06 $\pm$ 3,91
Ca (mg)	735,09 $\pm$ 301,49

4.4 Araştırmaya Dahil Edilenlerin Diyet Kalitesi Puanları

Araştırmaya dahil edilen bireylerin cevapladıkları 24 saatlik geriye dönük besin tüketim kayıtlarından yapılan hesaplama sonucunda bireylerin ortalama 43,78 diyet kalitesi puanına sahip olduğu görülmüştür. Bireylerden alınan besin tüketim kayıtlarından hesaplanan diyet kalite puanının grup değerlendirilmesinin yüzdeleri Tablo 4.4’ te verilmiştir.

Tablo 4.4. Araştırmaya dahil edilenlerin diyet kalitesi puanının grup ortalamaları

Diyet Kalitesi Grubu	N	%
Kötü Kaliteli Diyet	76	73,1
Geliştirilmesi Gereken Diyet	25	24
İyi Kaliteli Diyet	3	2,9

Bireylerin diyet kalitesi puanlarının ana öğün durumlarına göre değişip değişmediğini (anlamli bir şekilde) test etmeden önce, diyet kalitesi puanlarının hem iki ana öğün yapan hem de üç ana öğün yapan gruplar açısından normal dağılımı incelenmiştir. Yürütölen normallik analizleri sonucunda iki ana öğün ve üç ana öğün yapan bireylerin diyet kalitesi puanlarının çarpıklık değlerlerinin .41 ve .90 oldukları, basıklık değlerlerinin ise -.51 ve .55 oldukları görölmüştür. Daha sonrasında bireylerin diyet kalitesi puanlarının spor yapma durumları açısından homojenliğı incelenmiş ve verilerin homojen dağılım sergilediğı belirlenmiştir ($F=.22$, $p=.639$). Bireylerin diyet kalitesi puanlarının ana öğün sayısına göre anlamli bir şekilde farklılaşp farklılaşmadığını saptamak amacıyla t testi analizi (bağımsız gruplar için) yapılmıştır. Yapılan bağımsız gruplar için t testi analiz sonuçları Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5. Araştırmaya katılan bireylerin ana öğün sayısının diyet kalitesi ile ilişkisi

Ana öğün sayısı	n	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	P
İki ana öğün	45	42.97	15.81			
Üç ana öğün	59	44.40	13.43	102	-.497	.620

Meme kanserli kadınların ana öğün sayısı açısından diyet kalitesi puanları arasındaki fark incelenmiş ve bu farklılığın anlamli (istatistiksel olarak) olmadığı tespit edilmiştir ($t_{(102)} = -.497$, $p = .620$). Bu bulgudan yola çıkarak ana öğün sayısının diyet kalitesi üzerinde herhangi bir anlamli etkisinin olmadığı söylenebilir.

Bireylerin diyet kalitesi puanlarının ara öğün durumlarına göre değişip değişmediğini (anlamli bir şekilde) test etmeden önce, diyet kalitesi puanlarının bütün gruplar açısından normal dağılımı incelenmiştir. Yürütölen normallik analizleri sonucunda bireylerin diyet kalitesi puanlarının çarpıklık değlerlerinin .25 ve .91 arasında oldukları, basıklık değlerlerinin ise -1.80 ve .20 arasında oldukları görölmüştür. Daha sonrasında bireylerin diyet kalitesi puanlarının ara öğün durumları açısından homojenliğı incelenmiş ve verilerin homojen dağılım sergilediğı belirlenmiştir ($F=1.80$, $p=.170$).

Bireylerin ara öğün durumlarına göre diyet kalitesi puanları ortalamaları arasında farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla tek yönlü anova analizi uygulanmıştır. Uygulanan analiz sonuçları (tek yönlü anova) Tablo 4.6’da verilmiştir.

Tablo 4.6. Araştırmaya katılan bireylerin ara öğün sayılarının diyet kalitesi ile ilişkisi

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	P
Gruplar arası	1006.13	3	335.38	1.64	.186
Grup içi	20506.56	100	205.07		
Toplam	21512.69	103			

Meme kanserli kadınların ara öğün sayılarına göre diyet kalitesi puanları arasında fark olup olmadığı incelenmiş (tek yönlü anova analizi ile) ve farklılığın anlamlı olmadığı (istatistiksel olarak) belirlenmiştir ($F_{(3, 100)} = 1.64, p = .186$). Sonuç olarak ara öğün sayısının kadınların diyet kalitesi puanları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür.

Bireylerin diyet kalitesi puanlarının tanı sonrası vücut kütle indeksi düzeylerine (Zayıf, Normal, Hafif Şişman ve Obez) göre diyet kalitesi puanları ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığını (anlamlı bir şekilde) test etmeden önce, diyet kalitesi puanlarının bütün gruplar açısından normal dağılımı incelenmiştir. Yürütülen normallik analizleri sonucunda bireylerin diyet kalitesi puanlarının çarpıklık değerlerinin -.03 ve 1.07 arasında oldukları, basıklık değerlerinin ise -.81 ve .42 arasında oldukları görülmüştür. Daha sonrasında bireylerin diyet kalitesi puanlarının tanı sonrası vücut kütle indeksi düzeyleri açısından (Zayıf, Normal, Hafif Şişman ve Obez) homojenliği incelenmiş ve verilerin homojen dağılım sergilediği belirlenmiştir ($F=.505, p=.605$). Yapılan analiz (tek yönlü anova testi) sonuçları Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7. Araştırmaya katılan bireylerin tanı sonrası vücut kütle indeksi düzeylerinin diyet kalitesi ile ilişkisi

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	P
Gruplar arası	57.90	2	28.95	.136	.873
Grup içi	21454.79	101	212.42		
Toplam	21512.69	103			

Meme kanserli kadınların tanı sonrası vücut kütle indeksi düzeylerine (Zayıf, Normal, Hafif Şişman ve Obez) göre diyet kalitesi puanları arasında farklılık olup olmadığı incelenmiş (tek yönlü anova analizi ile) ve farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($F_{(2, 101)} = .136, p = .873$). Sonuç olarak tanı sonrası vücut kütle indeksi düzeylerine düzeylerinin kadınların diyet kalitesi puanları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür.

Bireylerin diyet kalitesi puanlarının diyetisyen takibi durumlarına göre değişip değişmediğini (anlamlı bir şekilde) test etmeden önce, diyet kalitesi puanlarının hem diyetisyen takibinde bulunan hem de diyetisyen takibinde bulunmayan gruplar açısından normal dağılımı incelenmiştir. Yürütülen normallik analizleri sonucunda diyetisyen takibinde bulunan ve diyetisyen takibinde bulunmayan bireylerin diyet kalitesi puanlarının çarpıklık değerlerinin -.02 ve .83 oldukları, basıklık değerlerinin ise -.44 ve .55 oldukları görülmüştür. Daha sonrasında bireylerin diyet kalitesi puanlarının diyetisyen takibi durumları açısından homojenliği incelenmiş ve verilerin homojen dağılım sergilediği belirlenmiştir ($F=1.47, p=.228$). Bireylerin diyet kalitesi puanlarının diyetisyen takibi durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını (anlamlı bir şekilde) saptamak amacıyla t testi analizi (bağımsız gruplar için) yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları (bağımsız gruplar için t testi) Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8. Araştırmaya katılan bireylerin diyetisyen takibinin diyet kalitesi ile ilişkisi

Diyetisyen takibi	n	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	P
Evet	22	49.37	16.14			
Hayır	82	42.28	13.69	102	2.08	.040*

*p<.05

Meme kanserli kadınların diyetisyen takibinde bulunma durumları açısından diyet kalitesi puanları arasındaki fark incelenmiş ve bu farklılığın anlamlı olduğu (istatistiksel olarak) tespit edilmiştir ($t_{(102)} = 2.08, p = .040$). Bu farklılığa bakıldığında zaman diyetisyen takibinde bulunan kadınların diyet kalitesi aritmetik puan ortalamalarının ($\bar{X} = 49.37, Ss = 16.14$), diyetisyen takibinde bulunmayan kadınların diyet kalitesi aritmetik puan ortalamalarından ($\bar{X} = 42.28, Ss = 13.69$) anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgudan yola çıkarak diyetisyen takibinde bulunan kadınların diyetisyen takibinde bulunmayan kadınlara göre daha fazla diyet kalitesi yaptıkları söylenebilir. Diyetisyen takibinde bulunma durumlarının diyet kalitesi üzerindeki etki büyüklüğünün ($n^2 = .04$) düşük düzeyde görüldüğü ifade edilebilir. Diğer bir ifade ile diyetisyen takibinde bulunma değişkeninin kadınların diyet kalitesi üzerindeki değişkenliğin %4'ünü açıkladığı söylenebilir.

Bireylerin diyet kalitesi puanlarının spor yapma durumları açısından değişip değişmediğini (anlamlı bir şekilde) test etmeden önce, diyet kalitesi puanlarının hem spor yapan hem de spor yapmayan gruplar açısından normal dağılımı incelenmiştir. Yürütülen normallik analizleri sonucunda spor yapan ve spor yapmayan bireylerin diyet kalitesi puanlarının çarpıklık değerlerinin .20 ve .64 oldukları, basıklık değerlerinin ise -.19 ve -.52 oldukları görülmüştür. Daha sonrasında bireylerin diyet kalitesi puanlarının spor yapma durumları açısından homojenliği incelenmiş ve verilerin homojen dağılım sergilediği belirlenmiştir ($F=1.75, p=.180$). Bireylerin diyet kalitesi puanlarının spor yapma durumları açısından değişip değişmediğini (anlamlı bir şekilde) belirlemek

amacıyla bağımsız gruplar için t testi uygulanmıştır. Uygulanan bağımsız gruplar için t testi analiz sonuçları Tablo 4.9’da verilmiştir.

Tablo 4.9. Araştırmaya katılan bireylerin spor yapma durumunun diyet kalitesi ile ilişkisi

Spor yapma durumu	n	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	P
Evet	31	49.19	17.76			
Hayır	73	41.49	12.23	102	2.55	.012*

* $p < .05$

Meme kanserli kadınların spor yapma durumları açısından diyet kalitesi puanları arasındaki fark incelenmiş ve bu farklılığın anlamlı olduğu (istatistiksel olarak) tespit edilmiştir ($t_{(102)} = 2.55, p = .012$). Bu farklılığa bakıldığında spor yapan kadınların diyet kalitesi aritmetik puan ortalamalarının ($\bar{X} = 49.19, Ss = 17.76$), spor yapmayan kadınların diyet kalitesi aritmetik puan ortalamalarından ($\bar{X} = 41.49, Ss = 12.23$) anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgudan yola çıkarak spor yapan kadınların yapmayan kadınlara göre daha fazla diyet kalitesi yaptıkları söylenebilir. Spor yapma durumlarının diyet kalitesi üzerindeki etki büyüklüğünün ($n^2 = .06$) orta düzeyde görüldüğü ifade edilebilir. Diğer bir ifade ile spor yapma değişkeninin kadınların diyet kalitesi üzerindeki değişkenliğin %6’sını açıkladığı söylenebilir.

Bireylerin diyet kalitesi puanlarının medeni durumlarına göre değişip değişmediğini (anlamlı bir şekilde) test etmeden önce, diyet kalitesi puanlarının hem evli hem de bekâr gruplar açısından normal dağılımı incelenmiştir. Yürütülen normallik analizleri sonucunda evli ve bekâr bireylerin diyet kalitesi puanlarının çarpıklık değerlerinin .62 ve .77 oldukları, basıklık değerlerinin ise -.02 ve .39 oldukları görülmüştür. Daha sonrasında bireylerin diyet kalitesi puanlarının medeni durumlar açısından homojen olup olmaması incelenmiş ve homojen dağılım sergilediği belirlenmiştir ($F = .04, p = .847$). Bireylerin diyet kalitesi puanlarının medeni durumları açısından anlamlı bir şekilde değişip değişmediğini saptamak için bağımsız gruplar t testi

analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları (bağımsız gruplar t testi) Tablo 4.10’da verilmiştir.

Tablo 4.10. Araştırmaya katılan bireylerin medeni durumunun diyet kalitesi ile ilişkisi

Medeni durumu	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	P
Evli	82	45.58	14.34			
Bekâr	22	44.54	15.19	102	-.28	.782

Meme kanserli kadınların medeni durumlarına göre diyet kalitesi puanları arasındaki fark incelenmiş ve bu farklılığın anlamlı olmadığı (istatistiksel olarak) tespit edilmiştir ($t_{(102)} = -.28, p = .782$). Bu bulgudan yola çıkarak medeni durumun diyet kalitesi üzerinde herhangi bir anlamlı etkisinin olmadığı söylenebilir.

Bireylerin diyet kalitesi puanlarının çalışma durumları açısından anlamlı olacak şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını ölçmeden önce, diyet kalitesi puanlarının hem çalışan hem de çalışmayan gruplar açısından normal dağılımı incelenmiştir. Yürütülen normallik analizleri sonucunda çalışan ve çalışmayan bireylerin diyet kalitesi puanlarının çarpıklık değerlerinin .62 ve 1.05 oldukları, basıklık değerlerinin ise -.06 ve 1.71 oldukları görülmüştür. Daha sonrasında bireylerin diyet kalitesi puanlarının çalışma durumları açısından homojenliği incelenmiş ve verilerin homojen dağılım sergilediği belirlenmiştir ($F=1.63, p=.205$). Bireylerin diyet kalitesi puanlarının çalışma durumları açısından anlamlı bir şekilde değişip değişmediğini tespit etmek amacıyla bağımsız gruplar t testi yapılmıştır. Yapılan testin (bağımsız gruplar t testi) sonuçları Tablo 4.11’de verilmiştir.

Tablo 4.11. Araştırmaya katılan bireylerin çalışma durumunun diyet kalitesi ile ilişkisi

Çalışma durumu	n	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	P
Çalışıyor	9	42.49	11.13			
Çalışmıyor	95	43.90	14.77	102	-.28	.780

Meme kanserli kadınların çalışma durumları açısından diyet kalitesi puanları arasında bir fark olup olmadığı incelenmiş (bağımsız gruplar için t testi ile) ve farklılığın

istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($t_{(102)} = -.28, p = .780$). Bir başka ifade ile çalışma durumunun meme kanserli kadınların diyet kalite puanları üzerinde herhangi bir anlamlı etkisi söz konusu olmamıştır.

Bireylerin diyet kalitesi puanlarının gelir düzeylerine göre değişip değişmediğini (anlamlı bir şekilde) test etmeden önce, diyet kalitesi puanlarının bütün gruplar açısından normal dağılımı incelenmiştir. Yürütülen normallik analizleri sonucunda bireylerin diyet kalitesi puanlarının çarpıklık değerlerinin 3.25 ve -1.20 arasında oldukları, basıklık değerlerinin ise -2.80 ve .20 arasında oldukları görülmüştür. Diyet kalitesi puan ortalamalarının normal dağılım sergilemediği tespit edilmiştir. Bireylerin gelir durumlarına göre diyet kalitesi puanları ortalamaları arasında değişiklik olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H testi yapılmıştır. Yapılan testin (Kruskal Wallis H) sonuçları Tablo 4.12’de verilmiştir.

Tablo 4.12. Araştırmaya katılan bireylerin gelir düzeylerinin diyet kalitesi ile ilişkisi

Gelir düzeyi	n	Medyan	Sd	X^2	P
Gelir giderden az	10	40.15			
Gelir gidere eşit	91	54.26	2	2.473	.290
Gelir giderden fazla	3	40.33			

Meme kanserli kadınların gelir düzeylerine göre diyet kalitesi puanları arasında farklılık olup olmadığı incelenmiş (Kruskal Wallis H testi ile) ve farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($\chi^2 = 2.473, p = .290$). Sonuç olarak gelir düzeyinin kadınların diyet kalitesi puanları üzerinde anlamlı bir etki oluşturmadığı söylenebilir.

Bireylerin diyet kalitesi puanlarının eğitim durumlarına göre farklılaşp farklılaşmadığını (anlamlı bir şekilde) test etmeden önce, diyet kalitesi puanlarının bütün gruplar açısından normal dağılımı incelenmiştir. Yürütülen normallik analizleri sonucunda diyet kalitesi puan ortalamalarının normal dağılım sergilemediği tespit

edilmiştir. Bireylerin eğitim durumlarına göre diyet kalitesi puanları ortalamaları arasında fark olup olmadığını saptamak için Kruskal Wallis H testi yapılmıştır. Yapılan bu testin (Kruskal Wallis H testi) sonuçları Tablo 4.13’de verilmiştir

Tablo 4.13. Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumunun diyet kalitesi ile ilişkisi

Eğitim düzeyi	n	Medyan	Sd	X^2	P
Okuryazar olmayan	22	51.05	6	5.524	.479
Okuryazar	10	48.05			
İlkokul	40	56.73			
Ortaokul	5	54.80			
Lise	14	47.36			
Fakülte/Yüksek okul	6	32.03			
Lisansüstü	7	65.43			

Meme kanserli kadınların eğitim durumlarına göre diyet kalitesi puanları arasında fark olup olmadığı incelenmiş (Kruskal Wallis H testi ile) ve farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($x^2 = 5.524$, $p = .479$). Sonuç olarak eğitim durumlarının kadınların diyet kalitesi puanları üzerinde anlamlı bir etki oluşturmadığı belirlenmiştir.

Bireylerin diyet kalitesi puanlarının sosyal destek durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmeden önce, diyet kalitesi puanlarının bütün gruplar açısından normal dağılımı incelenmiştir. Diyet kalitesi puan ortalamalarının normal dağılım sergilemediği tespit edilmiştir. Bireylerin sosyal destek düzeylerine göre diyet kalitesi puanları ortalamaları arasında fark olup olmadığını saptamak amacıyla Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. Uygulanan bu testin sonuçları Tablo 4.14’te verilmiştir.

Tablo 4.14. Araştırmaya katılan bireylerin sosyal destek düzeyinin diyet kalitesi ile ilişkisi

Sosyal destek düzeyi	n	Medyan	Sd	X^2	P
Desteğim yok	7	43.36	3	1.796	.616
Az desteğim var	8	44.06			
Yeterli desteğim var	53	55.45			
Çok fazla desteğim var	36	51.81			

Meme kanserli kadınların sosyal destek düzeylerine göre diyet kalitesi puanları arasında farklılık olup olmadığı (Kruskal Wallis H testi ile) incelenmiş ve farklılığın anlamlı olmadığı (istatistiksel olarak) belirlenmiştir ($\chi^2 = 1.796, p = .616$). Sonuç olarak sosyal destek düzeylerinin kadınların diyet kalitesi puanları üzerinde anlamlı bir etki oluşturmadığı belirlenmiştir.

Bireylerin diyet kalitesi puanları, psikolojik sağlamlıkları ve beslenme durumlarının normallikleri çarpıklık ve basıklık katsayıları göz önüne alınarak incelenmiştir. Diyet kalitesi, psikolojik sağlamlık, enerji, protein, yağ, tekli doymamış yağ, doymuş yağ asitleri ve karbonhidrat değerlerinin çarpıklık değerlerinin -.09 ile 1.15 arasında oldukları, basıklık değerlerinin ise -.25 ile 1.80 arasında oldukları saptanmıştır. Öte yandan çoklu doymamış yağ asitlerinin çarpıklık değerinin değerlerinin 10.14, basıklık değerinin ise 103.14 olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak normal dağılım sergilemediği ortaya çıkmıştır. Bundan dolayı diyet kalitesi ile psikolojik sağlamlık, enerji, protein, yağ, tekli doymamış yağ, doymuş yağ asitleri, karbonhidrat ve yaşadığı kişi sayısı arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Diğer taraftan çoklu doymamış yağ asitleri ile diğer değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson ve Spearman korelasyon analizi ile incelenmiş sonuçlar Tablo 4.15'te verilmiştir.

Tablo 4.15. Araştırmaya katılan bireylerin diyet kalitesi puanları, psikolojik sağlamlıkları ve beslenme durumları arasındaki korelasyon analizi sonuçları

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Diyet kalitesi	1									
2.Psikolojik sağlamlık	.235*	1								
3.Enerji	.214*	.214**	1							
4.Protein	.277**	.145	.803***	1						
5.Yağ	.291**	.235*	.826***	.780***	1					
6.Tekli doy. yağ asitleri	.323**	.208*	.703***	.712***	.933***	1				
7.Çoklu doy. yağ asitleri	.417***	.154	.625***	.493***	.726***	.605***	1			
8.Doymuş yağ asitleri	-.033	.149	.706***	.752***	.808***	.718***	.240*	1		
9. Karbonhidrat	.109	.163	.871***	.522***	.467***	.319**	.386**	.394***	1	

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Yapılan inceleme sonucunda bireylerin ortalama 19,31 psikolojik sağamlık sağamlık puanına sahip olduğu görölmüştür. Yürütölen korelasyon analizi sonucunda ise diyet kalitesi ile psikolojik sağamlık ($r = .235, p = .017$), tüketilen enerji ($r = .214, p = .029$), protein ($r = .277, p = .004$), yağ ($r = .291, p = .003$), tekli doymamış yağ ($r = .323, p = .001$) ve çoklu doymamış yağ asitleri ($r = .414, p < .001$) arasında anlamlı ilişkiler (pozitif yönde) bulunmuştur. Buna karşın diyet kalitesi ile karbonhidrat ($r = .109, p = .273$) ve doymuş yağ asitleri ($r = -.033, p = .737$) arasında ise anlamlı ilişkiler bulunamamıştır. Diğer bir ifade ile psikoloji sağamlık, enerji, protein, yağ, tekli doymamış yağ ve çoklu doymamış yağ tüketimi arttıkça diyet kalitesi artmaktadır. Buna ek olarak karbonhidrat tüketimi ve doymuş yağ asitleri ile diyet kalitesi arasında nötr bir ilişki bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Araştırmada meme kanserli kadınların diyet kalitesi ile çeşitli değişkenlerin ilişkisi incelenmiş olup araştırmadan elde edilen bulgular ilgili literatür ışığında tartışılmıştır.

Yapılan araştırmanın sonucunda diyet kalitesi ile psikolojik sağlamlık arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle psikolojik sağlamlık arttıkça diyet kalitesi artmaktadır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde farklı psikolojik sağlamlığa sahip bireylerin beslenmelerinde de farklılıklar görülmüştür (Möttus ve ark., 2012, 2013; Tiainen ve ark., 2013). Yapılan bir çalışmada daha dayanıklı bireylerin daha fazla sebze, meyve, balık ve lif tükettikleri dolayısıyla bu bireylerin daha sağlıklı bir beslenme modeline sahip olduğu görülmüştür (Tiainen ve ark., 2013). Örneklem sayısının yaklaşık olarak 1259 kişiden oluştuğu bir çalışmaya göre psikolojik sağlamlık ile diyet kalitesi arasında mevcut çalışmaya benzer şekilde pozitif yönde bir korelasyon görülmüştür (Lutz ve ark., 2017). Bonaccio ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre ise psikolojik sağlamlığın diyet kalitesi puanlarıyla pozitif yönde ilişkili olduğu benzer şekilde daha yüksek oranda sebze ve meyve tüketimi ile de ilişkili bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle daha iyi bir beslenme kalitesine sahip olmakla psikolojik sağlamlık pozitif yönde ilişkili olarak belirtilmektedir (Bonaccio ve ark., 2018). Yapılan literatür incelemesi sonucunda bulgular çalışma sonuçlarını desteklemektedir. Bu bağlamda düşündüğümüzde meme kanseri olan hastaların daha sağlıklı bir beslenme modeline sahip olabilmesi için bir uzman tarafından hastaların dayanıklılığını artırmaya yönelik çalışmalarda bulunmanın tedavi sürecinde meme kanserli hastaların daha iyi bir prognoza sahip olmasını ayrıca sağkalımı artırabileceğini düşünmekteyiz.

Ayrıca kanser hastalarında kötü beslenmenin kanserin fizyolojik etkisinden ve kanser tedavisinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Ravasco, 2019). Bu düşünce kanser

hastalığına sahip bireylerin düşük psikolojik sağlamlığın etkisini maskeleyebilmektedir. Dolayısıyla hastalara enerji ve besin ögesi ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla enteral ürünler verilebilmektedir. Daha doğru bir beslenme tedavisi ve daha iyi bir diyet kalitesi için hastaların psikolojik sağlamlıklarının beslenme üzerine etkisi göz ardı edilmemelidir. Multidisipliner yaklaşım kapsamında hastalar psikologlara yönlendirilerek hastaların psikolojik sağlamlıkları değerlendirilmelidir. Onkolojide multidisipliner yaklaşımın hedefe yönelik beslenme için hayati önemde olduğu söylenebilir.

Yapılan çalışmanın bulgularında diyet kalitesi ile enerji tüketimi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Amerika'da Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Araştırması'ndan elde edilen veriler ile yapılan çalışma bulgularına göre enerji yoğunluğu ile diyet kalitesi arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır (Zhu ve Hollis, 2016). Ledikwe ve arkadaşlarının 7.500 kişi ile yürüttüğü bir çalışmada önceki çalışma sonuçlarını destekleyecek şekilde bulgulara rastlanmıştır. Bahsi geçen çalışmada enerji yoğunluğu yüksek olan diyet tüketiminin daha düşük diyet kalitesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Ledikwe ve ark., 2006). Avustralyalı genç yetişkinlerde diyet kalitesi ve enerji yoğunluğu arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada da önceki çalışma sonuçlarına benzer fakat mevcut çalışma sonuçları ile tutarsız bulgular elde edilmiştir. Diğer bir ifade ile çalışmada enerji miktarı fazla olan diyetlerin daha düşük diyet kalitesiyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Grech ve ark., 2017). Çalışma bulgularımızın literatürden farklı olmasında çalışma örneklemimizin diyet kalitesi puanlarını artıracak besinleri daha fazla tüketmeleri etkili olmuş olabileceğini düşünmekteyiz. Daha kaliteli bir diyet için daha düşük enerji yoğunluğuna sahip besinler (meyve, sebze ve tam tahıllı besinler gibi) tüketilmelidir. Daha sağlıklı bir beslenme modeline sahip olmak hastalık risklerinden korumakta ayrıca mortaliteyi de azaltmaktadır (Grech ve ark., 2017). Dolayısıyla meme

kanseri hastalarının tedavi süreçlerinin daha iyi ilerlemesi için besin seçimlerini enerji yoğunluğunu azaltacak şekilde tercih etmelerini sağlayacak etkinlikler planlanmalıdır.

Yapılan çalışmada diyet kalitesi ile karbonhidrat, protein ve yağ tüketimi arasındaki ilişki incelenmiştir. Bulgulara göre diyet kalitesi ile protein ve yağ tüketimi arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmışken diyet kalitesi ile karbonhidrat tüketimi arasında nötr bir ilişkiye rastlanılmıştır. Diyet kalitesi ile insan vücudunun enerji ihtiyacı temel olarak üç makro besin ögesinden (karbonhidratlar, proteinler ve yağlar) karşılanmaktadır. Beslenme ile alınan bu makro besin öğeleri diyet kalitesini etkileyebilmektedir (Shan ve ark., 2019). Ancak çalışma sonucuna göre diyet kalitesi ile karbonhidrat tüketim miktarı arasında ilişki bulunamamıştır. Karbonhidratlı besinler çok boyutludur. Bundan dolayı sağlıklı bir beslenme için karbonhidrat oranının yüksek olması sağlıklı bir diyetin oluşturulması için yeterli olamayacaktır. Yüksek karbonhidrat alımı bazı beslenme modellerinde enerji alımını azaltırken bazı beslenme modellerinde enerji alımını artırmaktadır. Örneğin tam tahıllı glisemik indeksi düşük besinler tüketmek enerji alımını azaltırken ilave şeker gibi besinleri tüketmek enerji alımını artıracaktır. Dolayısıyla yüksek karbonhidratlı gıdaların hepsinin yüksek lifli, şekersiz veya düşük glisemik indekse sahip olduğu bilinmediğinden yüksek karbonhidrat tüketimi sağlıklı bir diyet oluşturmak için gereken karbonhidratlı gıdaları yeterince karakterize etmeyecektir (Kim ve ark., 2003; Marinangeli ve ark., 2020; Nicholls, 2022). Meme kanserli hastaların diyet kalitelerinin karbonhidrat içeriği değerlendirilirken karbonhidrat miktarından ziyade tüketilecek karbonhidratın türünün belirlenmesinin daha çok katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Dolayısıyla hastalara daha çok diyet lifi, tam tahıllı besinler, meyve ve sebze tüketimi önerilmeli ayrıca hastalar basit karbonhidrat, rafine tahıl gibi glisemik indeksi yüksek besinlerin tüketiminden uzak durmaları gerektiği konusunda uyarılmalıdır.

Protein içeren besinler kendilerini meydana getiren aminoasitlerden daha fazlasını içermektedir. Mikro besin içeriklerinin fazla olmasından dolayı besin açısından yoğun olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla proteinden zengin beslenmek diyet kalitesini artırabilmektedir. Yaşları 17-42 arasında olan 890 (276 erkek, 254 kadın) kişi ile yapılmış bir çalışmada diyetin protein yoğunluğu ile diyet kalitesi arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmada kadınların protein alımı ile diyet kalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür. Diğer bir ifadeyle daha yüksek protein tüketiminin ve daha iyi bir diyet kalitesine sahip olduğu sonucuna varılmıştır (Gwin ve ark., 2019). Camilleri ve arkadaşlarının bitkisel ve hayvansal kaynaklı protein ile diyet kalitesi arasındaki ilişkiyi incelediği bir çalışmada ise kadınlar ve erkekler arasında farklılıklara rastlanmıştır. Bitkisel kaynaklı protein hem kadın hem erkek grubunda diyet kalitesi ile pozitif bir ilişkiye sahipken hayvansal kaynaklı protein kadınların diyet kalitesi ile pozitif ilişkiliyken erkeklerde böyle bir ilişkiye rastlanmamıştır (Camilleri ve ark., 2013). Diyabetli bireyler ile yapılan bir çalışmada da araştırma sonuçlarını destekleyen bulgulara rastlanılmıştır. Diyabetli bireylerde yapılan bu çalışmada düşük protein alan yetişkin bireylerin diyet kalitesinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Fanelli ve ark., 2021). Yapılan çalışmalar incelendiğinde çalışma sonuçlarının mevcut çalışmanın bulgularını desteklediği görülmüştür. Protein tüketiminin diyet kalitesi ile pozitif bir ilişkiye sahip olması protein alımının önemini ortaya koymaktadır. Bundan dolayı daha iyi bir beslenme modeline sahip olmak için bireyler protein tüketimi konusunda bilinçlendirilmedir. Bu bilinçlendirmelerin diyet kalitesini geliştirerek meme kanserli bireylerin sağkalımını olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Araştırma bulgularında diyet kalitesi ile yağ tüketimi arasında pozitif bir ilişkiye rastlanılmıştır. Diyet kalitesi ile yağların türlerine göre incelendiğinde ise diyet kalitesi ile tekli doymamış yağ asitleri ve çoklu doymamış yağ asitleri arasında pozitif yönde bir

ilişki bulunmuşken diyet kalitesi ile ve doymuş yağ asitleri arasında bir ilişki tespit edilememiştir. Yapılan bir çalışmada yapılan araştırmanın bulgularının tersine çoklu doymamış yağ asitlerinin diyet kalitesini artırmada etkisi olduğu bulunmuştur (Shan ve ark., 2019). Bu araştırma çalışma sonuçlarını desteklememektedir. Mevcut çalışma ülkemizin doğu bölgesinde yapılmıştır. Dolayısıyla yağ tüketimindeki kültürel farklılıklardan dolayı önceki çalışma ile bulguların desteklenmediğini düşünmekteyiz. Doymuş yağlar ile sağlıklı yeme indeksi ile abdominal obezite arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada daha yüksek diyet kalitesi puanına sahip bireylerin daha düşük doymuş yağ skorunun olduğu görülmüştür (Tande ve ark., 2010). İran toplumunda yapılan bir çalışmada ise daha yüksek diyet kalitesi puanlarının daha düşük doymuş yağ ile ilişkili olduğu görülmüştür (Haghighatdoost ve ark., 2013). Çalışmalar incelendiğinde yağ türlerinin diyet kalitesiyle ilişkisi çelişkili olarak bulunmuştur. Daha iyi sonuçlar için yağ türlerinin diyet kalitesiyle ilişkisinin değerlendirileceği çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmadan elde edilen bulgular, meme kanserli kadınların tükettikleri öğün sayısının diyet kaliteleri üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir. Ancak, literatürde yapılan diğer araştırmalar, öğün sayısının diyet kalitesi üzerinde etkili olabileceğini öne sürmektedir. Bunun yanı sıra çalışmalar öğün sayısındaki azalmanın meme kanserli kadınlarda sistemik inflamasyonun biyobelirteçlerinin artmasıyla ilişkili olabileceğini bulmuştur (Lima ve ark., 2020; Marinac ve ark., 2015). Zeballos ve arkadaşlarının 23.488 kişi ile yaptığı bir çalışmada öğün atlamanın besin alımında farklılığa yol açtığı sonucuna varılmıştır. Kahvaltıyı atlayan yetişkinlerin öğle yemeğinde 193 kJ, akşam yemeğinde ise 114 kJ daha fazla tükettikleri görülmüştür. Yalnızca öğle yemeğini atlayan bireylerin akşam yemeğinde 369 kJ, hem kahvaltı hem öğle yemeğini atlayan bireylerin ise akşam yemeğinde 783 kJ daha fazla tükettikleri görülmüştür. Aynı çalışmada öğün atlamanın bireylerin diyet kalitelerinin farklılaştırdığı ve beslenme kalitesini düşürdüğü görülmüştür (Zeballos ve ark.,

2020). Meme kanserinden kurtulmuş kadınlar ile yapılan bir çalışma öğün sayısının diyet kalitesiyle pozitif yönde anlamlı ilişkisi olduğu görülmüştür (Lima ve ark., 2022). Deshmukh-Taskar ve arkadaşlarının 2615 genç bir popülasyonda yaptığı bir araştırmaya göre hazır kahvaltılık tahıl tüketen bireylerin kahvaltıyı atlayanlara göre sağlıklı yeme indeksi puanları anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Deshmukh-Taskar ve ark., 2010). Dolayısıyla hazır kahvaltılık tahıl tüketen bireylerin hiç kahvaltı tüketmeyen ve diğer kahvaltı ürünleri tüketen bireylere göre daha olumlu besin alımına ve daha iyi diyet kalitesine sahip olduğu söylenebilmektedir. İncelenen literatür sonuçları araştırma sonuçlarını desteklememektedir. Öğün sayısı enerji alımı ile ilişkili olduğundan çalışma örneklemimizde bireylerin öğün sıklığı ile diyet kalitesinin literatürü destekleyecek şekilde olması bekleniyordu. Fakat bulgular çalışma sonuçlarınızı desteklememektedir. Bu durumun mevcut çalışma grubundaki bireylerin tükettikleri öğünlerdeki besin çeşitliliğinden kaynaklı olabileceği düşünülmüştür. Dolayısıyla bu durumda meme kanserli kadınlara öğün sıklığı konusunda ve ana-ara öğünlerde tüketilebilecek besinler konusunda beslenme eğitimi verilmelidir. Bu, hastalığın prognozu ve sağkalım için önem arz etmektedir.

Araştırmadan elde edilen sonuca göre diyetisyen takibi yapılan meme kanserli kadınların diyet kalitesi düzeyleri, diyetisyen takibi yapılmayan meme kanserli kadınların diyet kalitesi düzeylerine göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle diyetisyen takibinin meme kanserli kadınlarda diyet kalitesi puanlarının yüksek olmasına katkı sağlamıştır denilebilir. Sağlıksız beslenme, Amerika Birleşik Devletleri Sağlık ve İnsani Hizmetler Departmanı tarafından kronik hastalıklar için morbidite ve mortaliteyi artıran bir risk faktörü olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı beslenmenin ise bazı hastalıklarda medikal tedaviye göre üstün olduğu gösterilmiştir. Buna rağmen diyet danışmanlığı ve diyetisyene yönlendirmelerin sınırlı olduğu görülmektedir. Bir hastanın beslenme düzeni hakkında yönlendirici tavsiyede bulunmak hasta sonuçlarını

iyileştirebilmekte ve diyetle bağı kronik hastalık riskini düşürebilmektedir (Beasley ve ark., 2020; Digital ve ark., 2002). Prostat ve meme kanserli hastaların oluşturduğu randomize kontrollü bir çalışmada hastalara fiziksel aktivite ve diyet alımı hakkında bilgilendirme ve yönlendirme yapılmıştır. Çalışma sonucuna göre diyetle müdahale edilen grupta diyet kalitelerinin önemli ölçüde değiştiği görülmüştür (Clutter Snyder ve ark., 2007). Doğum yapmış kadınlarda diyet müdahalesinin yapıldığı başka bir çalışmada ise önceki çalışmaları desteklemeyen sonuçlar bulunmuştur. Bahsi geçen çalışmada diyet müdahalesinin diyet kalitesi puanları üzerinde anlamlı sonuçlar bulunamamıştır (Wiltheiss ve ark., 2013). Literatürde çalışma bulgularını desteklemeyen sonuçlara rastlanılmıştır. Bu durumun nedeninin yapılan müdahalenin içeriğinden kaynaklı olabileceğini düşünmekteyiz. Diyetisyen takibinde yapılan beslenme müdahaleleri diyet kalitesi indeksi puanını artırmaya katkı sağlamaktadır. Çünkü sağlıklı beslenme ile diyet kalitesinin alt puanları (toplam meyve, tam meyve, et ve fasulye, toplam sebze, koyu yeşil yapraklı-turuncu sebzeler ve baklagiller, toplam tahıllar, tam tahıllar, süt ve yağlar) yükselmektedir. Dolayısıyla sağlıklı beslenme diyet kalitesi puanlarını artırarak daha yüksek puanlara sahip olmaya olanak sağlamaktadır. Bu sebeple meme kanserli kadınların tedavi süresince daha iyi bir diyet kalitesine sahip olabilmesi için tedavi süreci boyunca diyetisyen takibinin olduğu yaklaşımlar geliştirilmelidir. Böyle yaklaşımların geliştirilmesinin meme kanserli kadınların sağkalımlarını artırabileceğini düşünmekteyiz.

Araştırma sonuçları incelendiğinde meme kanserli kadınların tanı öncesi ve tanı sonrası beden kitle indekslerinin bireylerin diyet kalitelerini farklılaştırmadığı tespit edilmiştir. Tande ve arkadaşları sağlıklı yeme indeksi puanı ile abdominal obezite arasındaki korelasyonun incelendiği bir çalışmada abdominal obezite ile diyet kalite puanları arasında negatif bir ilişki tespit edilmiştir (Tande ve ark., 2010). Drewnowski ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise erkeklerdeki sağlıklı yeme indeksi puanı ile beden kitle indeksi arasında

negatif yönde anlamlı bir korelasyon olduğu görülmüştür (Drewnowski ve ark., 2016). Guo ve arkadaşları yaptığı çalışma bulgularında ise kadınlarda sağlıklı yeme indeksinin puanlarındaki düşüklüğün obezite riskini yüzde 70 oranında artırdığı ancak kilolu kadınlarda artırmadığı görülmüştür (Guo ve ark., 2015). Beden kitle indekslerinin 17,5-24,9 kg/m² aralığında olan bir vaka kontrol çalışmasında sağlıklı yeme indeksi puanlarının beden kitle indeksi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle sağlıklı yeme indeksi puanının yüksek olması daha düşük beden kitle indeksi olma ihtimali ile ilişkilidir (Vahid ve ark., 2022). Diyabetli bireylerle yapılan bir çalışmada da önceki çalışmaya benzer bir sonuç bulunmuştur. Beden kitle indeksi ve diyet kaliteleri incelenen diyabetli bireylerin sağlıklı yeme puanlarının artması ile beden kitle indekslerinde anlamlı bir düşüş olduğu görülmüştür (Al-Ibrahim ve Jackson, 2019). Tural'ın beden kitle indeksi ve diyet kalitesi arasındaki ilişkiyi incelediği bir çalışmada ise mevcut çalışma bulgularını destekleyecek sonuçlar bulunmuştur. Çalışmanın sonucuna göre beden kitle indeksi ile sağlıklı yeme indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (Tural, 2018). Yapılan literatür incelemesi sonucunda diyet kalitesi ile beden kitle indeksi arasındaki ilişkinin çelişkili olduğu bulunmuştur. Araştırma sonuçlarını destekleyen bulgular olduğu gibi desteklemeyen bulgularda bulunmaktadır. Bu farklılığın cinsiyet, hastalık durumu, örneklem sayısı, bireylerin yaşadığı kültür gibi durumlardan kaynaklanıyor olabileceğini düşünmekteyiz. Daha iyi sonuçlar için daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç olduğu fikrindeyiz.

Yapılan çalışma sonucuna göre spor yapan meme kanserli kadınlar ile spor yapmayan meme kanserli kadınların diyet kalitesi arasında farklılık bulunmuştur. Spor yapan meme kanserli kadınların diyet kalitelerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Diğer bir ifadeyle spor yapma bireylerin diyet kalitesi puanlarının yüksek olmasına katkı sağlamıştır. Helvacı ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yapılan araştırmanın bulgularını destekleyecek sonuçlar bulunmuştur. Bahsi geçen çalışmada yüzde 34,2 oranında düzenli aktivite yapan bireylerin

düzenli aktivite yapmayan bireylere göre diyet kalitelerinin daha yüksek olduğu ve benzer şekilde normal vücut ağırlığına sahip olup düzenli egzersiz yapan bireylerinde diyet kalitelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Helvacı ve ark., 2021). Yaşları 20 ile ≥ 70 arasında olan 7675 katılımcı ile yapılan bir çalışmada orta ile yüksek şiddette fiziksel aktivite yapan bireylerin diyet kalitelerinin anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu görülmüştür (Pate ve ark., 2015). Loprinzi ve arkadaşlarının ABD’li yetişkinlerde yaptığı bir çalışmada da önceki çalışma sonuçlarına ve mevcut çalışma sonuçlarına benzer bulgular elde edilmiştir. Çalışma bulgularına göre fiziksel aktivite yapan bireylerin yüzde 32 oranında daha sağlıklı diyet tükettikleri görülmüştür (Loprinzi ve ark., 2014). Literatür incelemesi sonucunda çalışmaların araştırma bulgularını desteklediği görülmüştür. Bu bulgular doğrultusunda fiziksel aktivitenin daha sağlıklı bir beslenme ihtimalini artırdığını düşünmekteyiz. Bundan dolayı fiziksel aktivitenin bir uzman kontrolünde meme kanserli kadınların tedavi sürecine dahil edilmesinin daha iyi bir prognoz ve hastalık sonrası artmış bir sağ kalım için önemli olabileceği fikrindeyiz.

Araştırma bulguları incelendiğinde meme kanserli kadınların diyet kalitelerinin sosyal destek düzeylerine göre farklılaşmadığı belirlenmiştir. Diğer bir ifade ile meme kanserli kadınların sosyal destekleri onların diyet kalite düzeyleri üzerinde anlamlı bir etki oluşturmamıştır. Alan yazın incelendiğinde sosyal destek ile diyet kalitesi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda farklı bulgulara rastlanmaktadır (Ferranti ve ark., 2013; Fong ve ark., 2017). Söz konusu çalışmalardan birinde sosyal desteğin daha iyi bir diyet kalitesi ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Ferranti ve ark., 2013). Adölesanlar ile yapılan bir çalışmada sağlıklı beslenme için aile ve arkadaş desteği alan ergenlerin sağlıklı yeme indek skoru ile aldıkları destek arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır. Steeves ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadan edilen sonuçlar bu araştırmanın bulgularını desteklemektedir (Steeves ve ark., 2016). Çalışmalardaki

bulgular arasında farklılıkların bulunmasının araştırmalardaki örneklem grupların farklı olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan meme kanserli kadınların medeni durum özelliklerinin diyet kalitesi düzeyini farklılaştırmadığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde bireylerin medeni durumuna göre sağlıklı yeme indeksi puanları arasındaki ilişkiler tutarlılık göstermemektedir. Türkiye’de üniversite öğrencilerinde yapılmış bir çalışmaya göre evli ya da bekar bireyler arasında sağlıklı yeme indeksi puanları farklılaşmamaktadır. Edirne ilinde yapılmış bir çalışmada araştırma bulgularımızı ve önceki çalışma bulgularını destekleyen sonuçlar elde edilmiştir. Bulgularda medeni durum ile diyet kalitesi arasında bir ilişki bulunamamıştır (Erçim 2014, s.152; Şahin 2014, s.45). Fransa’da yapılan bir çalışma incelendiğinde çalışma bulgularımızı ve önceki bulgularını desteklemeyecek sonuçlar bulunmuştur. Çalışmada partneri olmayan kadınların partneri olan kadınlara göre daha düşük diyet kalitesi puanına sahip olabileceği ve çift olarak yaşayan erkeklerin ise daha fazla sağlık avantajı elde edebileceği belirtilmiştir. Partneri olmayan kadınların diyet kalitesi puanlarının düşük olması sağlıklı beslenmeye ulaşmak için yeterli bir mali güce sahip olunamamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Malon ve ark., 2010). Türkiye doksanlardan itibaren bireyciliğin yükseldiği bir toplum olsa da toplulukçu kültürün baskın olduğu bir ülkedir. Toplulukçu kültürlerde bireyler arasındaki ilişkiler daha ön planda olmaktadır (Çiftçi, 2017; Dinn ve Sunar, 2017). Dolayısıyla partner yerine yakın ilişkilerin daha ön planda olduğu ülkemizde bu durumun araştırmadaki meme kanserli kadınların diyet kalitelerinin medeni durumlarına göre farklılaşmamasına neden olmuş olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmadan elde edilen bulgulara bakıldığında meme kanserli kadınların gelir düzeylerinin diyet kaliteleri düzeylerini farklılaştırmadığı tespit edilmiştir. Hiza ve arkadaşalarının gelir düzeyi ve diyet kalitesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada

diyet kalitesinin gelir düzeyine göre farklılaşmadığını gözlemiştir. Çalışmada gelir düzeyi düşük yetişkinlerin gelir düzeyi yüksek yetişkinlere göre daha düşük diyet kalitesine sahip olduğu görülmüştür (Hiza ve ark., 2013). Kanada’da bu çalışmaya benzer bir çalışma yapılmıştır. Çalışma sonucuna göre diyet kalitesinin gelir düzeyi ile pozitif anlamda bir ilişkisi bulunmuştur (McCabe-Sellers ve ark., 2007). Gelir düzeyinin çocuk popülasyonunda incelendiği bir araştırmaya göre ise yüksek gelire sahip çocukların düşük gelirli çocuklara göre önerilen et ve sebze miktarlarını daha çok karşıladığı görülmüştür. Diğer bir ifadeyle yüksek gelir çoğu gıda grubuna yönelik tavsiyelere daha fazla bağlılık göstermekle ilişkilendirilmiştir (Kirkpatrick ve ark., 2012). Diyetle ilgili eşitsizlikler (beslenme davranışları ve diyet kalıplarındaki farklılıklar gibi) kötü sağlık sonuçlarına yol açabilmekte, morbidite ve mortalitede artış sağlayabilmektedir. Diyetteki bu eşitsizlik genellikle yüksek oranda doymuş yağ, meyve, sebze ve tam tahılların düşük olduğu diyetler olarak tanımlanmaktadır. Yapılan çalışmalar bu eşitsizliğin sosyoekonomik statüyle ilişkili olabileceğini ortaya koymuştur (Ramirez ve ark., 2004; Satia, 2009). İncelenen çalışmalara bakıldığında araştırmadan elde edilen sonuçları destekleyen bulgulara rastlanılmamıştır. Bu durumun beslenme bilgi düzeylerinin yetersizliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bundan dolayı bireylerin beslenme bilgi düzeylerinin artırılmasına yönelik politikalar geliştirilmelidir.

Bu araştırmanın bulgularına göre, meme kanserli kadınların eğitim düzeylerinin diyet kalitesi üzerinde bir fark yaratmadığı tespit edilmiştir. Başka bir deyişle, kadınların eğitim seviyeleri diyet kalitelerini anlamlı şekilde etkilememektedir. Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde, eğitimin sağlık üzerindeki sosyal belirleyicilerden biri olduğu ve meme kanserinin insidansı, teşhis evresi, sağkalımı ile diyet kalitesi arasında ilişkiler bulunduğu görülmektedir. (Coughlin, 2019; Morimoto ve ark., 2008). Genel olarak daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin diğer bireylere göre daha fazla sağlıklı beslenme

alışkanlığına sahip olabilecekleri düşünülmektedir. Bu bağlamda Avusturyalı yetişkinlerde yapılan kesitsel bir çalışma incelendiğinde bu düşüncüyü destekler biçimde sonuçlara ulaşılmıştır. Daha yüksek eğitim ve sosyoekonomik statüye sahip bireylerin diyet kalitesi puanlarının da daha yüksek olduğu görülmüştür. Fakat yaş bazında incelendiğinde 55 yaş üstü bireylerde bu farklılığın olmadığı, 55 yaş altındaki bireylerde ise eğitim düzeyi ile diyet kalitesi puanları arasında pozitif yönde bir ilişki saptandığı görülmüştür (Backholer ve ark., 2016; Malon ve ark., 2010). Vogel ve arkadaşlarının 839 anne ile yürüttüğü bir çalışmada önceki çalışmalara benzer sonuçlar çıkmıştır. Çalışmada diplomalı annelerin daha az sağlıklı ortamlara maruz kaldıkları fakat diyet kalitelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Vogel ve ark., 2017). Çok sayıda çalışma düşük eğitim seviyesi ile sağlıksız besin tüketimi arasında ilişki olduğunu göstermiştir (Backholer ve ark., 2016; Malon ve ark., 2010; Vogel ve ark., 2017). İncelenen literatür sonuçlarına göre yapılan çalışmadan elde edilen bulguları destekleyen sonuçlara rastlanılmamıştır. Bu durumun mevcut araştırmanın örneklem sayısının yeterli olmaması ile ilişkili olabileceği ya da sağlıklı gıda tüketme önerilerine zayıf bağlılığın göstergesi olabileceği düşünülmektedir. Böyle bir durumda bireylerin sağlıklı beslenme davranışını sürdürebilmeleri için davranış değişikliğine yönelik psikoeğitimler verilmelidir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar, meme kanserli kadınların çalışma durumlarının diyet kaliteleri üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığını ortaya koymaktadır. Başka bir deyişle, kadınların çalışma durumu diyet kalitesini etkilememektedir. Literatürde ise bireylerin çalışma durumunun yemek tercihlerini etkileyebileceği düşünülse de, Kanadalı 767 ebeveyni kapsayan bir çalışma bu varsayımı desteklememektedir; tam zamanlı çalışan bireyler ile diğerleri arasında beslenme açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmaya göre tam zamanlı çalışan bireylerin diğer bireylere göre beslenme durumlarında anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir (Fernandez ve ark., 2019;

Raza ve ark., 2017). Raza ve arkadaşlarının bir çalışmasında eğitimli ev hanımları ile çalışan kadınların beslenme durumları incelenmiştir. Çalışma sonucuna göre çalışan kadınların beslenme durumlarının ev hanımlarına göre anlamlı derecede daha iyi olduğu gözlemlenmiştir (Raza ve ark., 2017). Benzer şekilde çalışan kadınların süt tüketimi, meyve ve sebze tüketiminin de ev hanımlarına göre anlamlı düzeyde daha iyi olduğu görülmüştür. Kore’de yüksek eğitimli çalışan ve çalışmayan kadınların diyet kalitelerinin kıyaslandığı bir çalışmada çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınlar arasında farklılıklar olduğu görülmüştür. Çalışan kadınlar daha fazla demir, vitamin ve vitamin tüketirken çalışmayan kadınların daha çok yağ, kolesterol, sodyum, C vitamini ve folik asit tükettikleri görülmüştür (Young-Jin ve Jihyun, 2006). Doğum yapmış kadınlarda yapılan bir çalışmada ise çalışma durumunun diyet kalitesi ile arasında bir ilişki olmadığı görülmüştür (Wiltheiss ve ark., 2013). Yapılan çalışmalar incelendiğinde çalışma durumu ile diyet kalitesi arasındaki ilişkinin tutarsız olduğu görülmüştür. Literatür incelemesinde çalışma bulgularını destekleyen sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Sonuçlardaki bu farklılığın örneklem gruplarının farklı olmasından ya da örneklem sayısının ve çalışan kadın sayısının az olmasından kaynaklanıyor olabileceğini düşünmekteyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Meme kanserli kadınların psikolojik sağlamlığı, beslenme durumu ve diyet kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Medeni durum açısından hastaların diyet kaliteleri düzeylerinin farklılaşmadığı sonucu bulunmuştur.
- Çalışma durumları açısından hastaların diyet kaliteleri düzeylerinin farklılaşmadığı sonucu bulunmuştur.
- Diyetisyen takibi yapan bireylerin diyet kalitesi düzeyleri, diyetisyen takibi yapmayan bireylerin diyet kalitesi düzeylerine göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
- Spor yapan bireylerin diyet kalitesi düzeyleri, spor yapmayan bireylerin diyet kalitesi düzeylerine göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
- Ana öğünü iki ve ana öğünü üç olarak belirten bireylerin diyet kaliteleri düzeylerinin farklılaşmadığı sonucu ortaya çıkmıştır.
- Gelir düzeyleri açısından bireylerin diyet kaliteleri düzeylerinin farklılaşmadığı sonucu bulunmuştur.
- Eğitim düzeyleri açısından bireylerin diyet kaliteleri düzeylerinin farklılaşmadığı sonucu bulunmuştur.
- Sosyal destek düzeyleri açısından bireylerin diyet kaliteleri düzeylerinin farklılaşmadığı sonucu bulunmuştur.
- Vücut kütle indeksi düzeyleri açısından bireylerin diyet kaliteleri düzeylerinin farklılaşmadığı sonucu bulunmuştur.
- Çalışma sonucumuzda diyet kalitesi ile enerji, protein, yağ, tekli doymamış yağ asitleri ve çoklu doymamış yağ asitleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna karşın diyet kalitesi ile karbonhidrat ve doymuş yağ asitleri

arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Diğer bir ifade ile enerji, protein, yağ, tekli doymamış yağ ve çoklu doymamış yağ asitleri arttıkça diyet kalitesi artmaktadır.

- Bu sonuçlar doğrultusunda;
- Meme kanseri hastaları için beslenme planı oluştururken hastaların tedavi sürecinde ihtiyaçları olan makro besin öğeleri ve enerji miktarının karşılanması hastaların yeterli ve dengeli beslenmesine olanak sağlayacaktır. Dolayısıyla meme kanseri hastaları diyetisyene yönlendirilmesi,
- Hastaların psikolojik sağlamlığını artıracak müdahale çalışmalarının yapılması,
- Hastaların mevcut besinlerden en iyi şekilde yararlanabilmesi için hastalara beslenme eğitimi verilip beslenme bilgi düzeyleri artırılması,
- Hastaların fiziksel aktivite yapmaya teşvik edilmesi, meme kanserli kadınların daha iyi bir beslenme modeline sahip olabilmesi ve sağkalım için önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Açıkgöz, A., Çehreli, R., Ellidokuz, H., (2015). Determination of knowledge and behavior of women working at a hospital on breast cancer early detection methods, and investigation of efficiency of planned education. *The Journal of Breast Health*, 11 (1), 31–38.
- Al-Ibrahim, A. A., Jackson, R. T., (2019). Healthy eating index versus alternate healthy index in relation to diabetes status and health markers in U.S. adults: nhanes 2007-2010. *Nutrition Journal*, 18 (1), 1-18.
- Alsolami, F. J., Azzeh, F. S., Ghafouri, K. J., Ghaith, M. M., Almainani, R. A., Almasmoum, H. A., Abdulal, R. H., Abdulaal, W. H., Jazar, A. S., Tashtoush, S. H., (2019). Determinants of breast cancer in saudi women from Makkah region: a case-control study (breast cancer risk factors among Saudi women). *BMC Public Health*, 19 (1), 1-8.
- American Cancer Society, (2021). What Is Breast Cancer? 19: 1-51.
- Anderson, C., Harrigan, M., George, S. M., Ferrucci, L. M., Sanft, T., Irwin, M. L., Cartmel, B., (2016). Changes in diet quality in a randomized weight loss trial in breast cancer survivors: the lifestyle, exercise, and nutrition (LEAN) study. *NPJ Breast Cancer*, 2 (1), 1–5.
- Anderson, J. J., Darwis, N. D. M., Mackay, D. F., Celis-Morales, C. A., Lyall, D. M., Sattar, N., Gill, J. M. R., Pell, J. P., (2018). Red and processed meat consumption and breast cancer: UK biobank cohort study and meta-analysis. *European Journal of Cancer*, 90, 73–82.
- Anteghini, M., Fonseca, H., Ireland, M., Blum, R. W., (2001). Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil. *Journal of Adolescent Health*, 28 (4), 295-302.

- Aoki, R. L. F., Uong, S. P., Gomez, S. L., Alexeeff, S. E., Caan, B. J., Kushi, L. H., Torres, J. M., Guan, A., Canchola, A. J., Morey, B. N., Lin, K., Kroenke, C. H., (2021). Individual- and neighborhood-level socioeconomic status and risk of aggressive breast cancer subtypes in a pooled cohort of women from Kaiser Permanente northern California. *Cancer*, 127 (24), 4602–4612.
- Arefian, M., Asgari-Mobarake, K., Fazilatpour, M., Zanguri, V., Akrami, M., (2023). Proposing and evaluating a model of depression, stress, resilience and spirituality in relation to pain in women with breast cancer: investigating the mediating role of mindfulness. *European Journal of Oncology Nursing*, 62, 1-7.
- Argolo, D. F., Hudis, C. A., Iyengar, N. M., (2018). The impact of obesity on breast cancer. *Current Oncology Reports*, 20 (47), 1-18.
- Arnetz, J., Rofa, Y., Arnetz, B., Ventimiglia, M., Jamil, H., (2013). Resilience as a protective factor against the development of psychopathology among refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201 (3), 167–172.
- Arslan, G., (2015). Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'nin (YPSÖ) psikometrik özellikleri: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Ege Eğitim Dergisi*, 2 (16), 344–357.
- Aune, D., Chan, D. S. M., Vieira, A. R., Navarro Rosenblatt, D. A., Vieira, R., Greenwood, D. C., Norat, T., (2012). Fruits, vegetables and breast cancer risk: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Breast Cancer Research and Treatment*, 134 (2), 479–493.
- Author, P., Garmezy, N., Masten, A. S., Tellegen, A., (1984). The study of stress and competence in children: a building block for developmental psychopathology. *Society for Research in Child Development*, 55 (1), 97–111.
- Axelsson, U., Rydén, L., Johnsson, P., Edén, P., Månsson, J., Hallberg, I. R., Borrebaeck, C. A. K., (2018). A multicenter study investigating the molecular fingerprint of

- psychological resilience in breast cancer patients: study protocol of the scan-b resilience study. *BMC Cancer*, 18 (1). 1-7.
- Backholer, K., Spencer, E., Gearon, E., Magliano, D. J., Mcnaughton, S. A., Shaw, J. E., Peeters, A., (2016). The association between socio-economic position and diet quality in Australian adults. *Public Health Nutrition*, 19 (3), 477–485.
- Balcı, H., Balcı Şener, Ş., (2022). Resilience in women who underwent breast cancer surgery. *Akdeniz Medical Journal*, 8 (3), 347–353.
- Baran Deniz, E., (2022). Kanser epidemiyolojisi. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 3 (2), 102-111.
- Bartone, P. T., (1999). Hardiness protects against war-related stress in army reserve forces. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 51 (2), 72–82.
- Barzaman, K., Karami, J., Zarei, Z., Hosseinzadeh, A., Kazemi, M. H., Moradi-Kalbolandi, S., Safari, E., Farahmand, L. (2020). Breast cancer: biology, biomarkers, and treatments. *International Immunopharmacology*, 84, 1-10.
- Beam, M. R., Gil-Rivas, V., Greenberger, E., Chen, C., (2002). Adolescent problem behavior and depressed mood: risk and protection within and across social contexts. *Journal of Youth and Adolescence*, 31 (5), 343-357.
- Beasley, J., Sardina, P., Johnston, E., Ganguzza, L., Padikkala, J., Bagheri, A., Jones, S., Gianos, E., (2020). Integrating a diet quality screener into a cardiology practice: assessment of nutrition counseling, cardiometabolic risk factors and patient/provider satisfaction. *BMJ Nutrition, Prevention Health*, 3 (1), 24–30.
- Beauvais, F., Oetting, E. R., (2002). Drug use, resilience and the myth of the golden child. *Resilience and Development*, 101–107.
- Belem, I. C., Caruzzo, N. M., do Nascimento Junior, J. R. A., Vieira, J. L. L., Vieira, L. F., (2014). Impact of coping strategies on resilience of elite beach volleyball

- athletes. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 16 (4), 447–455.
- Bistoni, G., Farhadi, J., (2015). Breast. Plastic and reconstructive surgery: approaches and techniques, Farhadieh R., Bulstrode N., Cugno S. Wiley Blackwell, UK, 479-785.
- Bokailo, E., Franjic, D., Juric, I., Kiseljakovic, E., Marijanovic, I., Babic, D., (2021). Resilience and quality of life of patients with breast cancer. *Psychiatria Danubina*, 33 (4), 572-579.
- Bonaccio, M., Di Castelnuovo, A., Costanzo, S., Pounis, G., Persichillo, M., Cerletti, C., Donati, M. B., De Gaetano, G., Iacoviello, L., (2018). Mediterranean-type diet is associated with higher psychological resilience in a general adult population: findings from the moli-sani study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 72 (1), 154–160.
- Bonanno, G. A., Mancini, A. D., (2012). Beyond resilience and ptsd: mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4 (1), 74–83.
- Bozdağ, F., (2020). Pandemi sürecinde psikolojik sağlamlık. *Journal of Turkish Studies*, 15 (6), 247–257.
- Brennan, M. A., (2008). Conceptualizing resiliency: an interactional perspective for community and youth development. *Child Care in Practice*, 14 (1), 55–64.
- Burger, P. H. M., Tektas, O. Y., Paulsen, F., Scholz, M., (2014). Vom studienstart bis zum ersten staatsexamen-zunahme von depressivität bei gleichzeitigem verlust des kohärenzgefühls und der psychischen lebensqualität in höheren semestern humanmedizin. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 64 (8), 322–327.

- Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Erkan Akgün, Ö., Karadeniz, Ş., Demirel, F., (2017). Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Pegem Akademi, 368 s, Ankara, Türkiye.
- Caffo, E., Belaise, C., (2003). Psychological aspects of traumatic injury in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12 (3), 493-535.
- Camilleri, G. M., Verger, E. O., Huneau, J. F., Carpentier, F., Dubuisson, C., Mariotti, F., (2013). Plant and animal protein intakes are differently associated with nutrient adequacy of the diet of french adults. *Journal of Nutrition*, 143 (9), 1466–1473.
- Canbakan, S., (2017). Tobacco or health? harmful effects of tobacco on the human body. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 4 (1), 44–55.
- Canbakan, S., (2017). Tütün mü? Sağlık mı? Tütünün insan vücuduna zararlı etkileri. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 4 (1), 44-55.
- Chajès, V., Romieu, I., (2014). Nutrition and breast cancer. *Maturitas*, 77 (1), 7–11.
- Chen, L., Li, M., Li, H., (2019). Milk and yogurt intake and breast cancer risk. *Medicine*, 98 (12). 1-3.
- Chooi, Y. C., Ding, C., Magkos, F., (2019). The epidemiology of obesity. *Metabolism: Clinical and Experimental*, 92, 6–10.
- Clutter Snyder, D., Sloane, R., Haines, P. S., Miller, P., Clipp, E. C., Morey, M. C., Pieper, C., Cohen, H., Demark-Wahnefried, W., (2007). The diet quality index-revised: a tool to promote and evaluate dietary change among older cancer survivors enrolled in a home-based intervention trial. *Journal of the American Dietetic Association*, 107 (9), 1519–1529.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer., (2019). Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-

- analysis of the worldwide epidemiological evidence. *The Lancet*, 394 (10204), 1159–1168.
- Cooper, A. J., Gupta, S. R., Moustafa, A. F., Chao, A. M., (2021). Sex/gender differences in obesity prevalence, comorbidities, and treatment. *Current Obesity Reports*, 10 (4), 458–466.
- Coughlin, S. S., (2019). Social determinants of breast cancer risk, stage, and survival. *Breast Cancer Research and Treatment*, 177 (3), 537–548.
- Cuzick, J., Szarewski, A., Mesher, D., Cadman, L., Austin, J., Perryman, K., Ho, L., Terry, G., Sasieni, P., Dina, R., Soutter, W. P., (2008). Long-term follow-up of cervical abnormalities among women screened by hpv testing and cytology-results from the hammersmith study. *International Journal of Cancer*, 122 (10), 2294–2300.
- Çiftçi, B., (2017). Türkiye’de toplumsal kültürün örgütlerde ihbarcılık üzerine etkisi: Hofstede’in kültürel boyutlar teorisi bağlamında bir değerlendirme. *International Journal of Academic Value Studies*, 3 (10), 147–166.
- Çolakoğlu, F. F., Şenel, Ö., (2003). Sekiz haftalık aerobik egzersiz programının sedanter orta yaşlı bayanların vücut kompozisyonu ve kan lipidleri üzerindeki etkileri. *Spor Metre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 1 (1), 57–61.
- Çömlekçi, N., Can, G., (2021). Onkoloji hastalarında beslenme sorunlarının yönetimi ve hemşirenin rolü. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15, 681–691.
- Çubukçu, B., Tayhan, F., Ede, G., (2023). Menopoz-sonrası dönemde meme kanseri gelişiminde beslenme alışkanlıkları ve yaşam kalitesi etkili mi? *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Araştırma Makalesi GUJHS*, 12 (3), 1301–1312.

- De Cicco, P., Catani, M. V., Gasperi, V., Sibilano, M., Quaglietta, M., Savini, I., (2019). Nutrition and breast cancer: a literature review on prevention, treatment and recurrence. *Nutrients*, 11 (7), 1-28.
- Demiray, G., Yorulmaz, F., (2023). Halk sağlığı bakışıyla obezite yönetimi. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 13 (1), 147–155.
- Deniz Güneş, B., Acar Tek, N., (2021). Meme kanserinden korunmada ve meme kanseri tedavisinde Akdeniz Diyetinin etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Dergisi*, 5 (2), 442–454.
- DeSantis, C. E., Fedewa, S. A., Goding Sauer, A., Kramer, J. L., Smith, R. A., Jemal, A., (2016). Breast cancer statistics, 2015: convergence of incidence rates between black and white women. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 66 (1), 31–42.
- Deshmukh-Taskar, P. R., Radcliffe, J. D., Liu, Y., Nicklas, T. A., (2010). Do breakfast skipping and breakfast type affect energy intake, nutrient intake, nutrient adequacy, and diet quality in young adults? nhanes 1999–2002. *Journal of the American College of Nutrition*, 29 (4), 407–418.
- Dinn, A. A., Sunar, D., (2017). Çocuk yetiştirme tutumları ve bağıntılarının kültür içi ve kültürlerarası karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 32 (79), 95–110.
- Doğan, T., (2015). Kısa psikolojik sağamlık ölçeği'nin türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenirlik çalışması adaptation of the brief resilience scale into turkish: a validity and reliability study. *The Journal of Happiness Well-Being*, 3 (1), 93–102.
- Doğan, T., Yavuz, K. E., (2020). Yetişkinlerde psikolojik sağamlık, olumlu çocukluk deneyimleri ve algılanan mutluluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12, 312–330.
- Drewnowski, A., Aggarwal, A., Cook, A., Stewart, O., Moudon, A. V., (2016). Geographic disparities in healthy eating index scores (hei-2005 and 2010) by

- residential property values: findings from Seattle obesity study (sos). *Preventive Medicine*, 83, 46–55.
- Du, J., Zhu, M., Bao, H., Li, B., Dong, Y., Xiao, C., Zhang, G. Y., Henter, I., Rudorfer, M., Vitiello, B., (2016). The role of nutrients in protecting mitochondrial function and neurotransmitter signaling: implications for the treatment of depression, PTSD, and suicidal behaviors. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 56 (15), 2560–2578.
- Dunn, L. B., Iglewicz, A., Moutier, C., (2014). A conceptual model of medical student well-being: promoting resilience and preventing burnout. *Academic Psychiatry*, 32 (1), 44–53.
- Engin, A., (2017). Obesity-associated breast cancer: analysis of risk factors. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 960, 571–606.
- Erçim, R. E., (2014). Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi ve Sağlıklı Yeme İndekslerinin Saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Diyetetik Programı, Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Ersoy, N., Yardimci, H., (2022). Besin gruplarının meme kanseri geliştirme riski üzerine etkileri var mıdır? *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7 (2), 339–343.
- Esen, E. S., Gelmez Taş, B., (2020). Determination of breast cancer risk level in women 18 years of age or older. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 24 (1), 32–40.
- Fanelli, S. M., Kelly, O. J., Krok-Schoen, J. L., Taylor, C. A., (2021). Low protein intakes and poor diet quality associate with functional limitations in us adults with diabetes: a 2005–2016 nhanes analysis. *Nutrients*, 13 (8), 1–12.

- Farvid, M. S., Chen, W. Y., Michels, K. B., Cho, E., Willett, W. C., Eliassen, A. H., (2016). Fruit and vegetable consumption in adolescence and early adulthood and risk of breast cancer: population based cohort study. *BMJ*, 353,1-12.
- Farvid, M. S., Stern, M. C., Norat, T., Sasazuki, S., Vineis, P., Weijenberg, M. P., Wolk, A., Wu, K., Stewart, B. W., Cho, E., (2018). Consumption of red and processed meat and breast cancer incidence: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *International Journal of Cancer*, 143 (11), 2787–2799.
- Fergus, S., Zimmerman, M. A., (2005). Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399–419.
- Fernandez, M. A., Marquis, M., Desroches, S., Turcotte, M., Provencher, V., (2019). Full-time employment, diet quality, and food skills of canadian parents. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 80 (2), 63–71.
- Ferranti, E. P., Dunbar, S. B., Higgins, M., Dai, J., Ziegler, T. R., Frediani, J. K., Reilly, C., Brigham, K. L., (2013). Psychosocial factors associated with diet quality in a working adult population. *Research in Nursing and Health*, 36 (3), 242–256.
- Field, A. P., (2005). *Discovering statistics using SPSS IBM statistics*. Sage Publications Ltd., 915 p, Los Angeles, California.
- Fletcher, D., Sarkar, M., (2012). A grounded theory of psychological resilience in olympic champions. *Psychology of Sport and Exercise*, 13 (5), 669–678.
- Fletcher, D., Sarkar, M., (2013). Psychological resilience: a review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18 (1), 12–23.
- Fong, A. J., Scarapicchia, T. M. F., McDonough, M. H., Wrosch, C., Sabiston, C. M., (2017). Changes in social support predict emotional well-being in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 26 (5), 664–671.

- Fradelos, E. C., Papathanasiou, I. V., Veneti, A., Daglas, A., Christodoulou, E., Zyga, S., Kourakos, M., (2017). Psychological distress and resilience in women diagnosed with breast cancer in Greece. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 18 (9), 2545–2550.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12 (2), 65–76.
- Galli, N., Gonzalez, S. P., (2015). Psychological resilience in sport: a review of the literature and implications for research and practice. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 13 (3), 243–257.
- George, D., Mallery, P., (2019). Ibm spss statistics 26 step by step. Roudledge, 202 p, New York, ABD.
- Genç, MF., (2023). Kanserlere halk sağlığı bakışı. *Turkiye Klinikleri Public Health-Special Topic*, 9(2), 1-5.
- Ghoncheh, M., Pournamdar, Z., Salehiniya, H., (2016). Incidence and mortality and epidemiology of breast cancer in the world. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17, 43–46.
- Gil, Á., de Victoria, E. M., Olza, J., (2015). Indicadores de evaluación de la calidad de la dieta. *Nutricion Hospitalaria*, 31, 128–144.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Wallis, M., Grimbeek, P., (2007). Resilience in the operating room: developing and testing of a resilience model. *Journal of Advanced Nursing*, 59 (4), 427–438.

- Gizir, C. A., (2007). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3 (8), 113–128.
- Gözüyeşil, E., Taş, F., Arıöz Düzgün, A., (2019). 15-49 yaş arası kadınlarda meme kanseri endişesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. *Cukurova Medical Journal*, 44 (4), 1215–1225.
- Graham Weber, E., David Kevin Weber, L., Usn, M., (2005). Geographic relocation frequency, resilience, and military adolescent behavior. *Military Medicine*, 170 (7), 638-642.
- Grech, A., Rangan, A., Allman-Farinelli, M., (2017). Social determinants and poor diet quality of energy-dense diets of australian young adults. *Healthcare (Switzerland)*, 5 (4), 1–13.
- Guenther, P. M., Casavale, K. O., Reedy, J., Kirkpatrick, S. I., Hiza, H. A. B., Kuczynski, K. J., Kahle, L. L., Krebs-Smith, S. M., (2013). Update of the healthy eating index: hei-2010. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113 (4), 569–580.
- Guenther, P. M., Reedy, J., Krebs-Smith, S. M., (2008). Development of the healthy eating index-2005. *Journal of the American Dietetic Association*, 108 (11), 1896–1901.
- Guo, J., Wei, W., Zhan, L., (2015). Red and processed meat intake and risk of breast cancer: a meta-analysis of prospective studies. *Breast Cancer Research and Treatment*, 151 (1), 191–198.
- Gürel Köksal, N., (2022). Meme kanserinde tarama ve erken tanı. *Doğu Karadeniz Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1 (2), 50–56.

- Güzel, N., Bayraktar, N., (2019). Kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik farkındalıklarının ve uygulamalarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6 (2), 101–110.
- Gwin, J. A., Karl, J. P., Lutz, L. J., Gaffney-Stomberg, E., McClung, J. P., Pasiakos, S. M., (2019). Higher protein density diets are associated with greater diet quality and micronutrient intake in healthy young adults. *Frontiers in Nutrition*, 6, 1–9.
- Haase, J. E., (2004). The adolescent resilience model as a guide to interventions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21 (5), 289–299.
- Haddadi, P., Ali Besharat, M., (2010). Resilience, vulnerability and mental health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 639–642.
- Haghighatdoost, F., Sarrafzadegan, N., Mohammadifard, N., Sajjadi, F., Maghroon, M., Boshtam, M., Alikhasi, H., Azadbakht, L., (2013). Healthy eating index and cardiovascular risk factors among Iranians. *Journal of the American College of Nutrition*, 32 (2), 111–121.
- Hecht, S. S., (2002). Tobacco smoke carcinogens and breast cancer. *Environmental and Molecular Mutagenesis*, 39 (2–3), 119–126.
- Helvacı, G., Kartal, F. T., Ayhan, N. Y., (2021). Healthy eating index (hei-2015) of female college students according to obesity and exercise participation. *Journal of Obesity and Metabolic Syndrome*, 30 (3), 296–303.
- Hiza, H. A. B., Casavale, K. O., Guenther, P. M., Davis, C. A., (2013). Diet quality of americans differs by age, sex, race/ethnicity, income, and education level. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113 (2), 297–306.
- Hoşoğlu, R., Fırıncı Kodaz, A., Yılmaz Bingöl, T., Vural Batık, M., (2018). Öğretmen adaylarında psikolojik sağlamlık. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 8 (14), 217-239.

- Howe, A., Smajdor, A., Stöckl, A., (2012). Towards an understanding of resilience and its relevance to medical training. *Medical Education*, 46 (4), 349–356.
- Huang, Y., Huang, Y., Bao, M., Zheng, S., Du, T., Wu, K., (2019). Psychological resilience of women after breast cancer surgery: a cross-sectional study of associated influencing factors. *Psychology, Health and Medicine*, 24 (7), 866-878.
- Iwase, M., Matsuo, K., Koyanagi, Y. N. Y., Ito, H., Tamakoshi, A., Wang, C., Utada, M., Ozasa, K., Sugawara, Y., Tsuji, I., Sawada, N., Tanaka, S., Nagata, C., Kitamura, Y., Shimazu, T., Mizoue, T., Naito, M., Tanaka, K., Inoue, M., (2021). Alcohol consumption and breast cancer risk in Japan: a pooled analysis of eight population-based cohort studies. *International Journal of Cancer*, 148 (11), 2736–2747.
- Işık, Y., Erdem, N. Z., Seven Avuk, H., Demirel, B., (2023). Bariatrik cerrahi hastalarının sağlıklı yeme indeksi ile diyet kalitelerinin değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 13 (3), 481–490.
- Jacelon, C. S., (1997). The trait and process of resilience. *Journal of Advanced Nursing*, 25 (1), 123-129.
- Kalergis, K. I., Anderson, D., (2020). Lessons from the field: an evidence-informed resiliency model for child abuse organizations. *Child Abuse and Neglect*, 110, 1-10.
- Kang, C., LeRoith, D., Gallagher, E. J., (2018). Diabetes, obesity, and breast cancer. *Endocrinology*, 159 (11), 3801–3812.
- Karadag, E., Ugur, O., Mert, H., Erunal, M., (2019). The relationship between psychological resilience and social support levels in hemodialysis patients. *The Journal of Basic and Clinical Health Sciences*, 3 (1), 9-15.

- Karakayalı, F., Ekici, Y., Sevmiş, Ş., Pehlivan, S., Arat, Z., Moray, G., (2007). Meme kanseri için risk belirlenmesinde gail modeli. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 23 (4), 129–135.
- Karavasiloglou, N., Pestoni, G., Faeh, D., Rohrmann, S., (2019). Post-diagnostic diet quality and mortality in females with self-reported history of breast or gynecological cancers: results from the third national health and nutrition examination survey (nhanes iii). *Nutrients*, 11 (11), 1-11.
- Katz, R. C., Flasher, L., Cacciapaglia, H., Nelson, S., (2001). The psychosocial impact of cancer and lupus: a cross validation study that extends the generality of “benefit-finding” in patients with chronic disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 24 (6), 561-571.
- Kazemi, A., Barati-Boldaji, R., Soltani, S., Mohammadipoor, N., Esmailinezhad, Z., Clark, C. C. T., Babajafari, S., Akbarzadeh, M., (2021). Intake of various food groups and risk of breast cancer: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Advances in Nutrition*, 12 (3), 809–849.
- Kenneddy, E. T., Ohls, J., Carlson, S., Fleming, K., (1995). The healthy eating indeks: design and applications. *Journal Of The American Dietetics Association*, 95 (10), 1103–1108.
- Kia-Keating, M., Dowdy, E., Morgan, M. L., Noam, G. G., (2011). Protecting and promoting: an integrative conceptual model for healthy development of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 48 (3), 220–228.
- Kim, S., Haines, P. S., Maria Siega-Riz, A., Popkin, B. M., (2003). Community and international nutrition the diet quality index-international (DQI-I) provides an effective tool for cross-national comparison of diet quality as illustrated by china and the united states. *The Journal of Nutrition*, 133 (11), 3476–3484.

- Kirkpatrick, S. I., Dodd, K. W., Reedy, J., Krebs-Smith, S. M., (2012). Income and race/ethnicity are associated with adherence to food-based dietary guidance among US adults and children. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112 (5), 624-635.
- Kjeldstadli, K., Tyssen, R., Finset, A., Hem, E., Gude, T., Gronvold, N. T., Ekeberg, O., Vaglum, P., (2006). Life satisfaction and resilience in medical school a six-year longitudinal, nationwide and comparative study. *BMC Medical Education*, 6 (48), 1-8.
- Knowler, W. C., Barrett-Connor, E., Fowler, S. E., Hamman, R. F., Lachin, J. M., Walker, E. A., Nathan, D. M., Watson, P. G., Mendoza J.T., Smith, K. A., Caro, J., Goldstein, B., Lark, C., Menefee, L., Murphy, L., Pepe, C., Spandorfer, J. M., (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *The New England Journal of Medicine*, 346 (6), 393-403.
- Kobayashi, S., Sugiura, H., Ando, Y., Shiraki, N., Yanagi, T., Yamashita, H., Toyama, T., (2012). Reproductive history and breast cancer risk. *Breast Cancer*, 19 (4), 302–308.
- Kord-Varkaneh, H., Salehi-Sahlabadi, A., Zarezadeh, M., Rahmani, J., Tan, S. C., Hekmatdoost, A., Rashidkhani, B., (2020). Association between healthy eating index-2015 and breast cancer risk: a case-control study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 21 (5), 1363–1367.
- Kotepui, M., (2016). Diet and risk of breast cancer. *Wspolczesna Onkologia*, 20 (1), 13–19.

- Kötter, T., Tautphäus, Y., Obst, K. U., Voltmer, E., Scherer, M., (2016). Health-promoting factors in the freshman year of medical school: a longitudinal study. *Medical Education*, 50 (6), 646–656.
- Krebs-Smith, S. M., Pannucci, T. R. E., Subar, A. F., Kirkpatrick, S. I., Lerman, J. L., Tooze, J. A., Wilson, M. M., Reedy, J., (2018). Update of the healthy eating index: hei-2015. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 118 (9), 1591–1602.
- Kwan, M. L., Weltzien, E., Kushi, L. H., Castillo, A., Slattery, M. L., Caan, B. J., (2009). Dietary patterns and breast cancer recurrence and survival among women with early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 27 (6), 919–926.
- Ledikwe, J. H., Blanck, H. M., Khan, L. K., Serdula, M. K., Seymour, J. D., Tohill, B. C., Rolls, B. J., (2006). Low-energy-density diets are associated with high diet quality in adults in the United States. *Journal of the American Dietetic Association*, 106 (8), 1172–1180.
- Li, C., Yang, L., Zhang, D., Jiang, W., (2016). Systematic review and meta-analysis suggest that dietary cholesterol intake increases risk of breast cancer. *Nutrition Research*, 36 (7), 627–635.
- Liesto, S., Sipilä, R., Aho, T., Harno, H., Hietanen, M., Kalso, E., (2020). Psychological resilience associates with pain experience in women treated for breast cancer. *Scandinavian Journal of Pain*, 20 (3), 545–553.
- Lima, M. T. M., Maruyama, T. C., Custódio, I. D. Di., Marinho, E. D. C., Ferreira, I. B., Crispim, C. A., Paiva, C. E., Maia, Y. C. D. P., (2020). The impact of a higher eating frequency on the diet quality and nutritional status of women with breast cancer undergoing chemotherapy. *British Journal of Nutrition*, 123 (4), 410–418.

- Lima, M. T. M., Nunes, F. S. M., Custódio, I. D. D., Carvalho, K. P., Canto, P. P. L., Paiva, C. E., Crispim, C. A., Paiva Maia, Y. C., (2022). Eating earlier and more frequently is associated with better diet quality in female Brazilian breast cancer survivors using tamoxifen. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 122 (9), 1688-1702.
- Lin, M., Lo, L. Y., Lui, P. Y., Wong, Y. K., (2016). The relationship between family resilience and family crisis: an empirical study of chinese families using family adjustment and adaptation response model with the family strength index. *Journal of Family Psychotherapy*, 27 (3), 200–214.
- Liu, Y., Nguyen, N., Colditz, G. A., (2015). Links between alcohol consumption and breast cancer: a look at the evidence. *Women's Health*, 11 (1), 65–77.
- Loprinzi, P. D., Smit, E., Mahoney, S., (2014). physical activity and dietary behavior in US adults and their combined influence on health. *Mayo Clinic Proceedings*, 89 (2), 190–198.
- Louise, M., Guillaume, H., Pauline, D., Ahmed, A., Claire, B., Roman, R., Antoine, E., Eliès, A., (2019). Impact Des Régimes Alimentaires Sur la Mortalité et le Risque de Récidive de Cancer Du Sein:Revue de la Littérature Impact of Nutrition on Breast Cancer Mortality and Risk of Recurrence, a Review of The Evidence. *Bulletin du Cancer*, 107 (1), 61-71.
- Ludwig, A. B., Burton, W., Weingarten, J., Milan, F., Myers, D. C., Kligler, B., (2015). Depression and stress amongst undergraduate medical students. *BMC Medical Education*, 15 (141). 1-5.
- Lundqvist, A., Andersson, E., Ahlberg, I., Nilbert, M., Gerdtham, U., (2016). Socioeconomic inequalities in breast cancer incidence and mortality in Europe-a

- systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 26 (5), 804–813.
- Lutz, L. J., Gaffney-Stomberg, E., Williams, K. W., McGraw, S. M., Niro, P. J., Karl, J. P., Cable, S. J., Cropper, T. L., McClung, J. P., (2017). Adherence to the dietary guidelines for americans is associated with psychological resilience in young adults: a cross-sectional study. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117 (3), 396–403.
- MacArthur, K. R., Sikorski, J., (2020). A qualitative analysis of the coping reservoir model of pre-clinical medical student well-being: human connection as making it “worth it.” *BMC Medical Education*, 20 (1), 1-11.
- Makki, J., (2015). Diversity of breast carcinoma: histological subtypes and clinical relevance. *Clinical Medicine Insights: Pathology*, 8 (1), 23–31.
- Malkoç, A., Yalçın, İ., (2015). Üniversite öğrencilerinde psikolojik dayanıklılık, sosyal destek, başa çıkma ve iyi-oluş arasındaki ilişkiler. *Turkish Psychological Counseling and Guidance*, 5 (43), 35–43.
- Mallak, L., (1998). Putting organizational resilience to work. *Industrial Management*, 1–9.
- Malon, A., Deschamps, V., Salanave, B., Vernay, M., Szego, E., Estaquio, C., Kesse-Guyot, E., Hercberg, S., Castetbon, K., (2010). Compliance with french nutrition and health program recommendations is strongly associated with socioeconomic characteristics in the general adult population. *Journal of the American Dietetic Association*, 110 (6), 848–856.
- Marinac, C. R., Sears, D. D., Natarajan, L., Gallo, L. C., Breen, C. I., Patterson, R. E., (2015). Frequency and circadian timing of eating may influence biomarkers of

- inflammation and insulin resistance associated with breast cancer risk. *Plos One*, 10 (8), 1-11.
- Marinangeli, C. P. F., Harding, S. V., Glenn, A. J., Chiavaroli, L., Zurbau, A., Jenkins, D. J. A., Kendall, C. W. C., Miller, K. B., Sievenpiper, J. L., (2020). Destigmatizing carbohydrate with food labeling: the use of non-mandatory labelling to highlight quality carbohydrate foods. *Nutrients*, 12 (6), 1–29.
- Mayne, S. T., Playdon, M. C., Rock, C. L., (2016). Diet, nutrition, and cancer: past, present and future. *Nature Reviews Clinical Oncology*, 13 (8), 504-515.
- McCabe-Sellers, B. J., Bowman, S., Stuff, J. E., Champagne, C. M., Simpson, P. M., Bogle, M. L., (2007). Assessment of the diet quality of US adults in the lower mississippi delta. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 86 (3), 697–706.
- McCann, C. M., Beddoe, E., McCormick, K., Huggard, P., Kedge, S., Adamson, C., Huggard, J., (2013). Resilience in health professions: a review of recent literature. *International Journal of Wellbeing*, 3 (1), 60–81.
- McGuire, A., Brown, J. A. L., Malone, C., McLaughlin, R., Kerin, M. J., (2015). Effects of age on the detection and management of breast cancer. *Cancers*, 7 (2), 908–929.
- McLuckie, A., Matheson, K. M., Landers, A. L., Landine, J., Novick, J., Barrett, T., Dimitropoulos, G., (2018). The relationship between psychological distress and perception of emotional support in medical students and residents and implications for educational institutions. *Academic Psychiatry*, 42 (1), 41–47.
- Mermer, G., Güzekin, Ö., (2021). Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi ve tarama yöntemlerini kullanma durumu. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14 (1), 50–62.
- Milam, J., (2006). Posttraumatic growth and hiv disease progression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (5), 817–827.

- Min, J. A., Yoon, S., Lee, C. U., Chae, J. H., Lee, C., Song, K. Y., Kim, T. S., (2013). Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 21 (9), 2469–2476.
- Mistry, R., McCarthy, W. J., Yancey, A. K., Lu, Y., Patel, M., (2009). Resilience and patterns of health risk behaviors in California adolescents. *Preventive Medicine*, 48 (3), 291–297.
- Mohlin, Å., Bendahl, P. O., Hegardt, C., Richter, C., Hallberg, I. R., Rydén, L., (2021). Psychological resilience and health-related quality of life in 418 Swedish women with primary breast cancer: results from a prospective longitudinal study. *Cancers*, 13 (9), 1-14.
- Morimoto, J. M., Latorre, M. do R. D. de O., César, C. L. G., Carandina, L., Barros, M. B. de A., Goldbaum, M., Fisberg, R. M., (2008). Factors associated with dietary quality among adults in greater metropolitan São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, 24 (1), 169–178.
- Möttus, R., McNeill, G., Jia, X., Craig, L. C. A., Starr, J. M., Deary, I. J., (2013). The associations between personality, diet and body mass index in older people. *Health Psychology*, 32 (4), 353–360.
- Möttus, R., Realo, A., Allik, J., Deary, I. J., Esko, T., Metspalu, A., (2012). Personality traits and eating habits in a large sample of Estonians. *Health Psychology*, 31 (6), 806–814.
- Mourouti, N., Kontogianni, M. D., Papavagelis, C., Psaltopoulou, T., Kapetanstrataki, M. G., Plytzanopoulou, P., Vassilakou, T., Malamos, N., Linos, A., Panagiotakos, D. B., (2016). Whole grain consumption and breast cancer: a case-control study in women. *Journal of the American College of Nutrition*, 35 (2), 143–149.

- Nardin, S., Mora, E., Varughese, F., D'Avanzo, F., Vachanaram, A., Rossi, V., Chiara, S., Gennari, A., (2020). Breast cancer survivorship, quality of life, and late toxicities. *Frontiers in Oncology*, 10, 1-6.
- Narmaki, E., Siassi, F., Fariba Koohdani, Qorbani, M., Shiraseb, F., Ataie-Jafari, A., Sotoudeh, G., (2015). Dietary diversity as a proxy measure of blood antioxidant status in women. *Nutrition*, 31 (5), 722–726.
- Neff, K. D., Knox, M. C., (2017). Self-Compassion. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, 4663-4670.
- Nicholls, J., (2022). Perspective: the glycemic index falls short as a carbohydrate food quality indicator to improve diet quality. *Frontiers in Nutrition*, 9, 1–7.
- Notebaert, L., Abdul Razak, H., Masschelein, S., (2022). An empirical evaluation of the resilience shield model. *BMC Psychology*, 10 (181), 1-17.
- Öcalan, S., Üzar Özçetin, Y. S., (2020). Kanser deneyiminde ruminasyon, tükenmişlik ve psikolojik sağlamlık. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12 (3), 421–433.
- Olgun, Ş., (201)8. Meme kanserini önlemede ihmal edilen bir grup: birinci derece yakın akrabalar. *Journal of Awareness*, 3, 209–216.
- Olgun, Ş., (2021). Meme kanserinde genetik risk: brca-1 ve brca-2 genleri genetik risk. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8 (1), 23-25.
- Onvani, S., Haghighatdoost, F., Surkan, P. J., Larijani, B., Azadbakht, L., (2017). Adherence to the healthy eating index and alternative healthy eating index dietary patterns and mortality from all causes, cardiovascular disease and cancer: a meta-analysis of observational studies. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 30 (2), 216–226.
- Onyedire, N. G., Ekoh, A. T., Chukwuorji, J. B. C., Ifeagwazi, C. M., (2017). Posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms among firefighters: roles of

- resilience and locus of control. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 32 (4), 227–248.
- Oral, M., Karakurt, N., (2022). The impact of psychological hardiness on intolerance of uncertainty in university students during the covid-19 pandemic. *Journal of Community Psychology*, 50 (8), 3574–3589.
- Öz, F., Bahadır Yılmaz, E., (2009). Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: psikolojik sağlamlık. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşireliği Dergisi*, 16 (3), 82–89.
- Öztürk Topçu, T., (2016). Meme kanserinin diyet ve yaşam tarzı ile ilişkisi nedir? *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 8 (4), 29-32.
- Palmer, C., (2008). A theory of risk and resilience factors in military families. *Military Psychology*, 20 (3), 205–217.
- Papathomas, A., Lavalley, D., (2012). Narrative constructions of anorexia and abuse: an athlete's search for meaning in trauma. *Journal of Loss and Trauma*, 17 (4), 293–318.
- Parlar, S., Kaydul, N., Ovayolu, N., (2005). *Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesinin Önemi*, 8 (1), 72-83.
- Pate, R. R., Taverno Ross, S. E., Liese, A. D., Dowda, M., (2015). Associations among physical activity, diet quality, and weight status in US adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 47 (4), 743–750.
- Patterson, J. M., (1988). Families experiencing stress. *Family Systems Medicine*, 6 (2), 202–137.
- Perna, L., Mielck, A., Lacruz, M. E., Emeny, R. T., Holle, R., Breitfelder, A., Ladwig, K. H., (2012). Socioeconomic position, resilience, and health behaviour among elderly people. *International Journal of Public Health*, 57 (2), 341–349.

- Petersen, K. S., Kris-Etherton, P. M., (2021). Diet quality assessment and the relationship between diet quality and cardiovascular disease risk. *Nutrients*, 13 (12), 1-12.
- Podlog, L., Eklund, R. C., (2006). A longitudinal investigation of competitive athletes' return to sport following serious injury. *Journal of Applied Sport Psychology*, 18 (1), 44–68.
- Polk, L. V., (1997). Toward a middle range theory of resilience. *Advances In Nursing Sciences*, 19 (3), 1–13.
- Pourmasoumi, M., Karimbeiki, R., Vosoughi, N., Feizi, A., Ghiasvand, R., Barak, F., Miraghajani, M., (2016). Healthy eating index/alternative healthy eating index and breast cancer mortality and survival: a systematic review and meta-analysis. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3 (3), 297–305.
- Prentice, R. L., Caan, B., Rowan, D., Chlebowski, T., Patterson, R., Kuller, H.L., Ockene, J. K., Limacher, M. C., ... Henderson, M. M., (2006). Low-fat dietary pattern and risk of invasive breast cancer the women's health initiative randomized controlled dietary modification trial. *Jama*, 295 (6), 629-642.
- Qin, B., Xu, B., Ji, N., Yao, S., Pawlish, K., Llanos, A. A. M., Lin, Y., Demissie, K., Ambrosone, C. B., Hong, C. C., Bandera, E. V., (2020). Intake of vitamin d and calcium, sun exposure, and risk of breast cancer subtypes among black women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 111 (2), 396–405.
- Ramirez, A. G., Suarez, L., Chalela, P., Talavera, G. A., Marti, J., Trapido, E. J., Villarreal, R., Pérez-Stable, E. J., (2004). Cancer risk factors among men of diverse Hispanic or Latino origins. *Preventive Medicine*, 39 (2), 263–269.
- Ravasco, P., (2019). Nutrition in cancer patients. *Journal of Clinical Medicine*, 8 (8). 1-13.

- Raza, L., Ali, T. M., Hasnain, A., (2017). Comparison of dietary practices and body mass index among educated housewives and working women in Karachi. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 29 (2), 293–300.
- Richardson, G. E., Neiger, B. L., Jensen, S., Kumpfer, K. L., (1990). The resiliency model. *Health Education*, 21 (6), 33–39.
- Ristevska-Dimitrovska, G., Stefanovski, P., Smichkoska, S., Raleva, M., Dejanova, B., (2015). Depression and resilience in breast cancer patients. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 3 (4), 661–665.
- Ristevska-Dimitrovska, G., Filov, I., Rajchanovska, D., Stefanovski, P., Dejanova, B., (2015). Resilience and quality of life in breast cancer patients. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 3 (4), 727–731.
- Ryan-DeDominicis, T., (2021). A case study using shame resilience theory: walking each other home. *Clinical Social Work Journal*, 49 (3), 405–415.
- Şahin, M. A., (2014). Yetişkin Bireylerde Diyet Kalitesi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı: Ankara.
- Sakarya, D., Güneş, C., (2013). Van depremi sonrasında travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin psikolojik dayanıklılık ile ilişkisi. *Kriz*, 21 (1), 25–32.
- Sarma, S., Sockalingam, S., Dash, S., (2021). Obesity as a multisystem disease: trends in obesity rates and obesity-related complications. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 23 (1), 3–16.
- Satia, J. A., (2009). Diet-related disparities: understanding the problem and accelerating solutions. *Journal of the American Dietetic Association*, 109 (4), 610–615.
- Schap, T. R., Kuczynski, K., Hiza, H., (2017). Healthy eating index—beyond the score. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117 (4), 519–521.

- Scoccianti, C., Lauby-Secretan, B., Bello, P. Y., Chajes, V., Romieu, I., (2014). Female breast cancer and alcohol consumption: a review of the literature. *American Journal of Preventive Medicine*, 46 (1), 16-25.
- Seiler, A., Jenewein, J., (2019). Resilience in cancer patients. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1-35.
- Shaikh, A. Al, Braakhuis, A. J., Bishop, K. S., (2019). the mediterranean diet and breast cancer: a personalised approach. *Healthcare*, 7 (3), 1-20.
- Shan, Z., Rehm, C. D., Rogers, G., Ruan, M., Wang, D. D., Hu, F. B., Mozaffarian, D., Zhang, F. F., Bhupathiraju, S. N., (2019). Trends in dietary carbohydrate, protein, and fat intake and diet quality among US adults, 1999-2016. *Journal of the American Medical Association*, 322 (12), 1178-1187.
- Shield, K. D., Soerjomataram, I., Rehm, J., (2016). Alcohol use and breast cancer: a critical review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 40 (6), 1166–1181.
- Yemez, K., (2023). Bening Meme Hastalıkları. Tıp ve Sağlık Bilimlerinde Multidisipliner Bakış II, Şimşek A., İksad Yayınevi, Ankara, Türkiye, 39-54.
- Singh, R., Sain, N.K., (2023). Etiology of breast cancer. *Journal of Pharmaceutical Negative Results*, 14 (3), 1427-1434.
- Siwko, S. K., Dong, J., Lewis, M. T., Liu, H., Hilsenbeck, S. G., Li, Y., (2008). Evidence that an early pregnancy causes a persistent decrease in the number of functional mammary epithelial stem cells—implications for pregnancy-induced protection against breast cancer. *Stem Cells*, 26 (12), 3205–3209.
- Skouroliaou, M., Grosomanidis, D., Massara, P., Kostara, C., Papandreou, P., Ntountaniotis, D., Xepapadakis, G., (2018). Serum antioxidant capacity, biochemical profile and body composition of breast cancer survivors in a

- randomized mediterranean dietary intervention study. *European Journal of Nutrition*, 57 (6), 2133–2145.
- Smolarz, B., Zadrożna Nowak, A., Romanowicz, H., (2022). Breast cancer epidemiology, classification, pathogenesis and treatment. *Cancers*, 14 (10), 1-27.
- Sohbet, R., Karasu, F., (2017). Kadınların meme kanserine yönelik bilgi, davranış ve uygulamalarının incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (4), 113–121.
- Southwick, S. M., Vythilingam, M., Charney, D. S., (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 255-291.
- Steeves, E. A., Smith, J. J., Hopkins, L., Gittelson, J., (2016). Perceived social support from friends and parents for eating behavior and diet quality among low-income, urban, minority youth. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 48 (5), 304–310.
- Stewart, D. E., Yuen, T., (2011). A systematic review of resilience in the physically III. *Psychosomatics*, 53 (3), 199-209.
- Swaminathan, H., Saravanamurali, K., Yadav, S. A., (2023). Extensive review on breast cancer its etiology, progression, prognostic markers, and treatment. *Medical Oncology*, 40 (238), 1-26.
- Tande, D. L., Magel, R., Strand, B. N., (2010). Healthy eating index and abdominal obesity. *Public Health Nutrition*, 13 (2), 208–214.
- Thomas, L. J., Asselin, M., (2018). Promoting resilience among nursing students in clinical education. *Nurse Education in Practice*, 28, 231–234.

- Thorning, T. K., Raben, A., Tholstrup, T., Soedamah-Muthu, S. S., Givens, I., Astrup, A., (2016). Milk and dairy products: good or bad for human health? An assessment of the totality of scientific evidence. *Food and Nutrition Research*, 60 (1), 1-11.
- Tiainen, A. M. K., Männistö, S., Lahti, M., Blomstedt, P. A., Lahti, J., Perälä, M. M., Rääkkönen, K., Kajantie, E., Eriksson, J. G., (2013). Personality and dietary intake - findings in the Helsinki birth cohort study. *Plos One*, 8 (7), 1–8.
- Tremmel, M., Gerdtham, U. G., Nilsson, P. M., Saha, S., (2017). Economic burden of obesity: a systematic literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14 (4), 1-18.
- Tuna, A., Vural, G., Karaaslan, E., (2022). Meme kanserli hastalarda risk faktörlerinin belirlenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6 (2), 180–192.
- Tural, İ. A., (2018). Adolesanlarda Farklı İki Günde Belirlenen Besin Ögesi Alımları ile Sağlıklı Yeme İndeksi ve Diyet Kalite İndeksi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi.
- Turati, F., Carioli, G., Bravi, F., Ferraroni, M., Serraino, D., Montella, M., Giacosa, A., Toffolutti, F., Negri, E., Levi, F., La Vecchia, C., (2018). Mediterranean Diet and breast cancer risk. *Nutrients*, 10 (3), 1-11.
- Turner, L. B., (2011). A meta-analysis of fat intake, reproduction, and breast cancer risk: an evolutionary perspective. *American Journal of Human Biology*, 23 (5), 601–608.
- Turner, M. J., Walker, L., Morris-Binelli, K., Gupta, S., Mccarthy, P. J., (2022). The sporting resilience model: a systematic review of resilience in sport performers

- the sporting resilience model: a systematic review of resilience in sport performers. *Frontiers in Psychology*, 13, 1–18.
- Utkan, N.Z., (2018). Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları. Meme Kanseri, Özçelik, M.F. Türk Cerrahi Derneği Yayınları, Ankara, Türkiye, 298-313.
- Ünal, Ö., Korukluoğlu, B., (2020). Meme kanseri tanısı almış kadınlarda sosyodemografik veriler, meme yoğunluğu, menopoz varlığı ile hematolojik ve histopatolojik bulguların değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 20 (1), 23–34.
- Vahid, F., Hajizadeghan, K., Khodabakhshi, A., (2023). Nutritional metabolomics in diet–breast cancer relations: current research, challenges, and future directions— a review. *Biomedicines*, 11 (7), 1-21.
- Vahid, F., Jalili, M., Rahmani, W., Nasiri, Z., Bohn, T., (2022). A higher healthy eating index is associated with decreased markers of inflammation and lower odds for being overweight/obese based on a case-control study. *Nutrients*, 14 (23), 1-17.
- Van Vliet, K. J., (2008). Shame and resilience in adulthood: a grounded theory study. *Journal of Counseling Psychology*, 55 (2), 233–245.
- Vogel, C., Lewis, D., Ntani, G., Cummins, S., Cooper, C., Moon, G., Baird, J., (2017). The relationship between dietary quality and the local food environment differs according to level of educational attainment: a cross-sectional study. *Plos One*, 12 (8), 1-16.
- Wajszczyk, B., Charzewska, J., Godlewski, D., Zemła, B., Nowakowska, E., Kozaczka, M., Chilimoniuk, M., Pathak, D. R., (2021). Consumption of dairy products and the risk of developing breast cancer in polish women. *Nutrients*, 13 (12), 1-18.

- Wang, J., Heng, Y. J., Eliassen, A. H., Tamimi, R. M., Hazra, A., Carey, V. J., Ambrosone, C. B., de Andrade, V. P., Brufsky, A., Couch, F. J., King, T. A., Modugno, F., Vachon, C. M., Hunter, D. J., Beck, A. H., Hankinson, S. E., (2017). Alcohol consumption and breast tumor gene expression. *Breast Cancer Research*, 19 (1), 1-15.
- Weigelt, B., Geyer, F. C., Reis-Filho, J. S., (2010). Histological types of breast cancer: how special are they? *Molecular Oncology*, 4 (3), 192–208.
- Whatnall, M. C., Patterson, A. J., Siew, Y. Y., Kay-Lambkin, F., Hutchesson, M. J., (2019). Are psychological distress and resilience associated with dietary intake among australian university students? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (21), 1-15.
- Williamson, V. G., Lee, A. M., Miller, D., Huo, T., Maner, J. K., Cardel, M., (2021). Psychological resilience, experimentally manipulated social status, and dietary intake among adolescents. *Nutrients*, 13 (3), 1–16.
- Wiltheiss, G. A., Lovelady, C. A., West, D. G., Brouwer, R. J. N., Krause, K. M., Østbye, T., (2013). Diet quality and weight change among overweight and obese postpartum women enrolled in a behavioral intervention program. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113 (1), 54–62.
- Windle, G., (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21 (2), 152–169.
- Winters, S., Martin, C., Murphy, D., Shokar, N. K., (2017). Breast cancer epidemiology, prevention, and screening. *Progress in Molecular Biology and Translational Science*, 151, 1-32.
- Xie, M., Liu, J., Tsao, R., Wang, Z., Sun, B., Wang, J., (2019). Whole grain consumption for the prevention and treatment of breast cancer. *Nutrients*, 11 (8), 1-21.

- Xin, Y., Li, X. Y., Sun, S. R., Wang, L. X., Huang, T. (2015). Vegetable oil intake and breast cancer risk: a meta-analysis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16 (12), 5125–5135.
- Yin, Z., Brasher, M. S., Kraus, V. B., Lv, Y., Shi, X., Zeng, Y., (2019). Dietary diversity was positively associated with psychological resilience among elders: A population-based study. *Nutrients*, 11 (3), 1-11.
- Young-Jin, C., Jihyun, C., (2006). Evaluation of diet quality according to nutrient intake between highly educated, married, unemployed and employed women. *Journal of Nutrition and Health*, 39 (2), 106–170.
- Yousafzai, A. K., Rasheed, M. A., Bhutta, Z. A., (2013). Annual research review: improved nutrition – a pathway to resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 54 (4), 367–377.
- Zeballos, E., Todd, J. E., (2020). The effects of skipping a meal on daily energy intake and diet quality. *Public Health Nutrition*, 23 (18), 3346–3355.
- Zhao, C., Hu, W., Xu, Y., Wang, D., Wang, Y., Lv, W., Xiong, M., Yi, Y., Wang, H., Zhang, Q., Wu, Y., (2021). Current landscape: the mechanism and therapeutic impact of obesity for breast cancer. *Frontiers in Oncology*, 11, 1-20.
- Zhu, Y., Hollis, J. H., (2016). Associations between eating frequency and energy intake, energy density, diet quality and body weight status in adults from the USA. *British Journal of Nutrition*, 115 (12), 2138–2144.
- Ziv, E., Tice, J., Smith-Bindman, R., Shepherd, J., Cummings, S., Kerlikowske, K., (2004). Mammographic Density and Estrogen Receptor Status of Breast Cancer. *Cancer Epidemiology, Biomarkers Prevention*, 13 (2), 2090-2095.

EKLER

EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences	
ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹		
Öğrencinin Adı ve Soyadı	Melek GÖĞEBAKAN	
Öğrencinin Numarası		
Ana Bilim Dalı	Beslenme ve Diyetetik	
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans	
Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.		
Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	%3	%15
II. Genel Bilgiler	%7	% 35
III. Materyal ve Metod	%25	% 35
IV. Bulgular	%13	% 15
V. Tartışma	%4	% 20
<i>Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5 'den büyük olmaması gerekir.</i>		

EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU

Sayı: 2023/05/19

Tarih:22.06.2023

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu Melek GÖĞEBAKAN, Safinur ÇELİK isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan *"Meme Kanserli Kadınların Psikolojik Sağlamlığı, Beslenme Durumu ve Diyet Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi"* başlıklı araştırmayı etik açıdan **uygun bulmuştur.**

EK-3. KURUM İZİN YAZILARI



T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-76614443-799-221069668
Konu : Bilimsel Araştırma İzinleri/Melek
GÖĞEBAKAN

31.07.2023

ERZURUM ŞEHİR HASTANESİNE

İlgi : 28.07.2023 tarihli dilekçe.

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Melek GÖĞEBAKAN'ın İlgide kayıtlı dilekçe ile "Meme Kanseri Kadınların Psikolojik Sağlamlığı, Beslenme Durumu ve diyet kalitesi arasındaki ilişki " konulu tez çalışmanın yapılabilmesi için tarafımızdan izin talebinde bulunulmuştur.

Yapılan değerlendirme neticesinde araştırmanın yapılan hizmeti aksatmayacak şekilde Hastanenizde gerçekleştirilmesi tarafımızca uygun bulunmuştur.

Gereğini rica ederim.



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

Sayı : E-45361945-000-2300255806
Konu : Uygulama İzni (Melek
GÖĞEBAKAN)

21.08.2023

İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 21.08.2023 tarihli ve E-45361945-000-2300252786 sayılı belge.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Melek GÖĞEBAKAN'ın "Meme Kanseri Kadınların Psikolojik Sağlamlığı, Beslenme Durumu ve Diyet Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışması uygulamasını Anabilim Dalı Başkanlığımız Yan Dalı Medikal Onkoloji Polikliniğine başvuran hastalar ile Temmuz 2023-Şubat 2024 tarihleri arasında yapmasında bir sakınca yoktur.

Bilgilerinizi arz ederim.

EK-4. KİŞİSEL ANKET FORMU

1.Yaş (yıl):

2.Boy:

3.Kilo; Tanıdan önce: Şuan:

4.İkamet Yeri (İL):

5.Eğitim Durumu

A) Okuryazar değil B) Okur-yazar C) İlkokul D) Ortaokul E) Lise F)

Fakülte/Yüksekokul G) Lisansüstü

6.Çalışma durumu ne iş yapıyor?

A) Çalışıyor B) Çalışmıyor

7.Gelir düzeyi

A) Düşük B) Orta C) Yüksek

8.Medeni Durum

A) Evli B) Bekar

9.Birlikte yaşadığınız kişi sayısı kaçtır?.....

10.Hekim tarafından tanısı konulmuş kronik hastalık var mı? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

A) Hayır, yok B) Diyabet C) Kalp-damar has. D) Hipertansiyon E) Psikiyatrik hastalık

F) Diğer (yazınız):

11.Tanı alma tarihiniz

12.Daha önce bu hastalığı geçirdiniz mi?

A) Evet B) Hayır

13.Bu hastalıkla daha erken başa çıkabilmek için neler yapıyorsunuz?

.....

14.Hastalığınız hakkında çevrenizden rahatlamanızı sağlayacak destek alıyor musunuz?

A)Hiç almıyorum B) Az alıyorum C)Yeterli alıyorum D)Çok fazla alıyorum

15.Tanı aldıktan sonra diyetisyen tarafından takibiniz yapıldı mı?

A) Evet B) Hayır

16.Tanı aldıktan sonra psikolog tarafından takibiniz yapıldı mı?

A) Evet B) Hayır

17.Aşağıdaki tedavilerden almış olduklarınızı işaretleyiniz.

Kemoterapi () Radyoterapi () Hormon tedavisi () Cerrahi tedavi () Diğer () _____
(belirtiniz)

18.Meme dokusunda herhangi bir cerrahi operasyon geçirdiniz mi?

A) Evet B) Hayır

19. 18. Soruya verdiğiniz yanıt evet ise, geçirdiğiniz operasyonu

yazınız.....

20. Kanser nedeniyle farklı bir cerrahi operasyon geçirdiniz mi?

A) Evet B) Hayır

21. 20. Soruya verdiğiniz yanıt evet ise; geçirdiğiniz operasyonu

yazınız.....

22.Tedavinin sindirim sistemi üzerindeki yan etkisi neler oldu?

A) Kusma/Bulantı B) İshal C) Ağızda tat değişikliği D) Yutma zorluğu E) Yemek yemede ağrı

Hastanın dosyasından/doktorundan alınacak Bilgiler (Ca evresi) :

Fiziksel Aktivite Durumu

Haftada toplamda 150 dakika ve üzeri spor veya egzersiz yapıyor musunuz?

A) Evet B) Hayır

Cevabınız “Evet” ise, hangi spor veya egzersizi yapıyorsunuz? Belirtiniz

.....

Haftada defadk süre ile yapıyorum.

Beslenme Alışkanlıkları

1)Günde kaç öğün yemek yersiniz?

A) Ana öğün:.....B) Ara öğün:.....

2)Genellikle ana öğünü atlar mısınız? (Yanıtınız “Hayır” ise 4. soruya geçiniz)

A) Hayır B) Evet

3)Yanıtınız “Evet” ise genellikle hangi öğünü atlarsınız?

A) Kahvaltı B) Öğle C) Akşam

4)Yanıtınız “Evet” ise; öğün atlama nedeniniz nedir?

A) Uyku düzensizliği B) Zayıflamak, kilo kontrolü C) Alışkanlığı yok D) Hazırlayan yok E) Canı istemiyor, iştahsız F) Zaman yetersizliği G) Diğer (yazınız):

.....

5) Akşam yemeğinden yatana kadar aşırı yeme veya atıştırma isteğiniz olur mu?

A) Evet B) Hayır

6) Gece uykudan uyanıp, kalkıp yemek yeme alışkanlığınız var mıdır?

A) Evet B) Hayır

EK-5. KISA PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ

*Bu maddeler tersten kodlanmaktadır.

	Maddeler	Hiç uygun Değil	Uygun Değil	Biraz Uygun	Uygun	Tamamen Uygun
1	Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim.					
2	Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim.*					
3	Stresli durumlardan sonra kendime gelmem uzun zaman almaz.					
4	Kötü bir şeyler olduğunda bunu atlatmak benim için zordur.*					
5	Zor zamanları çok az sıkıntıyla atlatırım.					
6	Hayatımdaki olumsuzlukların etkisinden kurtulmam uzun zaman alır.*					

EK-6. 24 SAATLİK BESİN TÜKETİM KAYDI FORMU

Öğünler	Besinler	Miktar	İçindekiler
SABAHA Saat:			
ARA Saat:			
ÖĞLE Saat:			
ARA Saat:			
AKŞAM Saat:			
ARA Saat:			

Tüketilen su miktarı:..... su bardağı

EK-7. BESİN TÜKETİM SIKLIĞI FORMU

Besinler	Tüketim Sıklığı(kez)				15 günde bir	Ayda Bir	Hiç	Miktar	
	HerGün	Haftada 5-6	Haftada 3-4	Haftada 1-2				Ev Ölçü	Net Miktar
Süt									
Yoğurt									
Peynir									
Kırmızı Et									
Beyaz Et									
Yumurta									
K. Baklagil									
Taze Sebze									
Taze Meyve									
Ekmek									
Tahıllar									
Sıvı yağ									
Katı yağ									
Diğer									