



T.C.

BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

BESLENME VE DİYETETİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**COVID-19 PANDEMİSİ ESNASINDA KEMOTERAPİ TEDAVİSİ
GÖREN KANSER HASTALARINDA STRES VE BESLENME**

GÜLSÜM MERYEM GÜNGÖR

DANIŞMAN

Prof. Dr. Fatma Çelik

Mart, 2022



T.C.

BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

BESLENME VE DİYETETİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**COVID-19 PANDEMİSİ ESNASINDA KEMOTERAPİ TEDAVİSİ
GÖREN KANSER HASTALARINDA STRES VE BESLENME**

GÜLSÜM MERYEM GÜNGÖR

DANIŞMAN

Prof. Dr. Fatma Çelik

Mart, 2022

Anabilim Dalı : Beslenme ve Diyetetik
Program : Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans
Öğrencinin;
Adı ve Soyadı : Gülsüm Meryem GÜNGÖR
Öğrenci No : 190807004
Danışman : Prof. Dr. Fatma ÇELİK

Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalında Gülsüm Meryem GÜNGÖR tarafından hazırlanan "Covid-19 Sürecindeki Kemoterapi Tedavisi Gören Kanser Hastalarında Stres ve Beslenme Üzerindeki Etkisi" adlı tez çalışması jüri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 24 /03 /2022

Jüri Üyesinin Unvanı, Adı, Soyadı	Çalıştığı Kurum	İmza
Prof. Dr. Fatma ÇELİK	Biruni Üniversitesi	
Doç. Dr. Meltem SOYLU	Biruni Üniversitesi	
Dr. Öğr. Üyesi Birsen DEMİREL	İstanbul Bilgi Üniversitesi	

Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca bu tez jüri tarafından onaylanmış ve Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Leman ŞENTURAN
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin bana ait olduğunu, tüm aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, içinde yer alan bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, kullanmış olduğum bütün bilgilere kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin yürütülmesi ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Gölsüm Meryem Güngör

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren, insani ve ahlaki değerleri ile de örnek edindiğim, beraber çalışmaktan onur duyduğum ve ayrıca göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı değerli hocam, danışmanım, Sayın Prof. Dr. Fatma Çelik'e,

Tez sürecinde bilgi ve tecrübeleri ile çalışmamın istatistiksel analizler bölümünde değerli katkılar sağlayan kıymetli hocam, Sayın Prof. Dr. Yusuf Çelik'e,

COVID-19 pandemi sürecine rağmen kemoterapi tedavisi gören kanser hastaları ile iletişim kurmamıza yardımcı olan başta Prof. Dr. Davut Özbağ hocam olmak üzere Malatya Onkoloji Hastanesi çalışanlarına,

Çalışmam esnasında ve hayatımın bütün aşamalarında sevgi, merhamet, anlayış ve sabırla her zaman yanımda olan canım aileme,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Gülsüm Meryem GÜNGÖR

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	
BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
KISALTMALAR	viii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
ÖZET.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kanser Hücresinin Oluşumu ve Biyokimyasal Mekanizması	3
2.2. Kanser Çeşitleri ve Ülkemizde Görülme Sıklığı	7
2.3. Kanser Hastalıklarında Beslenme	9
2.3.1. Karbonhidratların Kanser İle İlişkisi	10
2.3.2. Proteinlerin Kanser İle ilişkisi	10
2.3.3. Yağ Asitlerinin Kanser İle İlişkisi	11
2.3.4. Katkı Maddelerinin Kanser İle İlişkisi.....	11
2.3.5. Kahvenin Kanser İle İlişkisi	12
2.3.6. Probiyotiklerin Kanser İle İlişkisi.....	12
2.3.7. Vitaminlerin Kanser İle İlişkisi.....	13
2.3.8. İzosiyanatların Kanser İle İlişkisi	14
2.3.9. Antosiyaninlerin Kanser İle İlişkisi	15
2.3.10. Pişirme Yöntemlerinin Kanser İle İlişkisi	15
2.3.11. Bisfenol A'nın Kanser İle İlişkisi	16
2.3.12. Doğal Olarak Oluşan Diyet Kanserojenleri	16

2.4. Kanser Hastalıklarında Malnütrisyon.....	17
2.5. Kanser Hastalarında Tıbbi Beslenme Tedavisi	18
2.6. Kanser Hastalıklarında Beslenme Durumunu Tarama ve Değerlendirme Yöntemleri.....	19
2.7. Kanser Hastalıklarında Kemoterapi Tedavisi.....	21
2.7.1. Kemoterapi Tedavisi ve Tanımı	21
2.7.2. Kemoterapik Ajanların Sınıflandırılması.....	22
2.7.3. Kemoterapiye Bağlı Görülen Yan Etkiler	22
2.7.4. Kemoterapi Tedavisine Bağlı Kanser Hastalarında Görülen Psikolojik Komplikasyonlar.....	24
2.7.5. Kemoterapi Tedavi Gören Kanser Hastalarının Tıbbi Beslenme Tedavisi ve Tıbbi Hikayesi.....	25
2.7.6. Kanser Hastalarında Fizik Muayene ve Antropometrik Ölçüm	26
2.7.7. Kanser Hastalarında Biyokimyasal Parametreler	27
2.8. Kanser Hastalıklarında Oral-Enteral Beslenme.....	27
2.9. Kanser Hastalıklarında Parenteral Beslenme	28
2.10. COVID-19 Döneminde Beslenme ve Kanser İle İlişkisi	29
3. GEREÇ-YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
3.3. Veri Toplama Araçları.....	32
3.3.1. Demografik Veri Formu (Ek-1).....	32
3.3.2. Nutrition Day Formu- Türkçe (Ek-2)	32
3.3.3. 24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı (Ek-3)	32
3.3.4. Besin Tüketim Sıklığı Veri Toplama Formu (Ek-4).....	33
3.3.5. Covid-19 Korkusu Ölçeği (Ek-5)	33
3.3.6. Algılanan Stres Ölçeği (Ek-6).....	33
3.3.7. Fiziksel Aktivite Formu (Ek-7).....	34
3.4. İstatistiksel Analiz	34

4. BULGULAR	35
5. TARTIşMA	103
6. SONUÇ- ÖNERİLER	121
KAYNAKLAR	128
EKLER.....	139
ÖZGEÇMİş	158
İNTİHAL RAPORU	159



KISALTMALAR

25-(OH) Vitamin D: 25-Hidroksi Kolekalsiferol

AICR: American Institute For Cancer Research (Amerikan Kanser Araştırma Enstitüsü)

ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği

ASPEN: American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (Amerikan Parenteral ve Enteral Nutrisyon)

BAD: BCL2 Associated Agonist Of Cell Death (BCL2 Hücre Ölümünün İlişkili Agonisti)

BÇ: Bel Çevresi

BIA: Bioelektrik İmpedans Analizi

BKİ: Beden Kütle İndeksi

BPA: Bisfenol A

BT: Bilgisayarlı Tomografi

CDK: Cyclin Dependent Kinase

CHO: Karbonhidrat

CLA: Konjuge Linoleik Asit

CRP: C-Reaktif Proteini

DEXA: Dual X-Ray Absorptiometry (Çift X-Işını Absorpsiyometrisi)

DNA: Deoksiribo Nükleik Asit

ESPEN: European Society for Parenteral and Enteral Nutrition (Avrupa Parenteral ve Enteral Nutrisyon)

GİS: Gastro İntestinal Sistem

GSK3: Glikojen Sentaz Kinaz 3

GSTP1: Glutathione-S-Transferase Gene Polymorphisms (Glutatyon-S-Transferaz Gen Polimorfizmleri)

H.plori: Helikobakter Pylori

MKH: Mide Karsinom Hastası

MNA-SF: Mini Nutritional Assessment- Short Form (Mini Nütrisyonel Değerlendirme- Kısa Form)

MST: Malnutrition Screening Tool (Malnütrisyon Tarama Aracı)

mTOR: Mammalian Target of Rapamisin

MUST: Malnütrisyon Universal Screening Tool (Malnütrisyon Universal Tarama Aracı)

NDMA: Nnitrosodimetilamin

NFKB: Nuclear Factor Kappa B

NRS-2002: Nütrisyonel Risk Tarama- 2002

NSAİİ: Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaçlar

P1-3K: Phosphatidylinositol-3 Kinase (Fosfatidilinositol-3 Kinaz)

P1P3: Phosphatidylinositol Trifosfat (Fosfatidilinositol trifosfat)

PB: Parenteral Beslenme

PKB: Protein Kinaz B

RNA: Ribonükleik Asit

SD: Standart Sapma

SGA: Subjektif Global Analiz

TP53: Tümör Protein 53

Ty: Tam Yağlı

ÜOKÇ: Üst Orta Kol Çevresi

WCRF: World Cancer Resarch Fund (Dünya Kanser Araştırma Fonu)

WHO: World Human Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Protein Kinazlardaki Onkolojik Değişimler ve Olası Kansere Türleri.....	7
Tablo 2. Sebze ve Meyvelerde Bulunan Fitokimyasalların Kanserden Koruyucu Özellikleri.....	14
Tablo 3. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri	35
Tablo 4. Besin Tüketim Değişkenlerin Cinsiyete Göre Dağılımı	39
Tablo 5. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Primer Kanser Tanısının Dağılımı	41
Tablo 6. Hastaların Cinsiyetlere Göre Kanser Tanısından Sonra Geçen Sürenin Dağılımı	42
Tablo 7. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Kanser Evrelerinin Dağılımı	43
Tablo 8. Hastaların Cinsiyetlerine Göre İlk Tedaviyi Uyguladıktan Sonra Geçen Sürenin Dağılımı	43
Tablo 9. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Tedavi Aşamasının Dağılımı	44
Tablo 10. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Ağırlık Kaybı Dağılımı	44
Tablo 11. Hastaların Ağırlık Kaybı ve Covid Korku Puanı Dağılımı.....	45
Tablo 12. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Geçen Haftadaki Ağrı, Dinlenme İhtiyacı, Kendini Güçsüz Hissetme ve Bunalıma Girme Durumlarının Dağılımı	46
Tablo 13. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Şu Andaki Ağrı, Dinlenme İhtiyacı, Kendini Güçsüz Hissetme ve Bunalıma Girme Durumlarının Dağılımı	48
Tablo 14. Nutrition Day Formuna Göre Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yapılabilen Aktivitelerin Dağılımı	50
Tablo 15. Nutrition Day Formuna Göre Hastaların Cinsiyetlerine Göre Reçetesiz Beslenme Desteği Kullanımlarının Dağılımı	51
Tablo 16. Nutrition Day Formuna Göre Hastaların Cinsiyetlerine Göre Aldıkları Destek Tedavilerin Dağılımı	51
Tablo 17. Nutrition Day Formuna Göre Hastaların Cinsiyetlerine Göre İştah ve Besin Alımındaki Nedenlerin Dağılımı.....	52
Tablo 18. Nutrition Day Formuna Göre Hastaların Cinsiyetlerine Göre Beslenme Desteğinin Kemoterapi Tedavisini Etkileme Durumunun Dağılımı.....	53
Tablo 19. Nutrition Day Formuna Göre Hastaların Cinsiyetlerine Göre Enfeksiyon Durumunun Dağılımı	53
Tablo 20. Nutrition Day Formuna Göre Hastaların Cinsiyetlerine Göre Nütrisyon Tedavilerinin Dağılımı	54

Tablo 21. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Ana ve Ara Öğün Alışkanlıklarının Dağılımı	55
Tablo 22. Hastaların Ana ve Ara Öğün Tüketme Durumu İle Covid Korku Puanı Dağılımı	56
Tablo 23. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Beslenme Alışkanlıklarının Dağılımı	57
Tablo 24. Hastaların Covid Korku Puanları İle Alternatif Yiyecek Tercihi, Yiyecek Alerjisi ve Dişlerden Kaynaklanan Bir Yara Probleminin Dağılımı	58
Tablo 25. Gastrointestinal Şikayet Varlığı ve İlaç Kullanımı İle Covid Korku Puanı Dağılımı	59
Tablo 26. Gastrointestinal Şikayet Varlığı ve İlaç Kullanımının Cinsiyete Göre Dağılımı	61
Tablo 27. Kadın Hastaların Covid-19 Korku Ölçeği Sorularının Dağılımı	86
Tablo 28. Erkek Hastaların Covid-19 Korku Ölçeği Sorularının Dağılımı	87
Tablo 29. Kadın Hastalara Yöneltilen Algılanan Stres Ölçeği Sorularının Dağılımı	89
Tablo 30. Erkek Hastalara Yöneltilen Algılanan Stres Ölçeği Sorularının Dağılımı	93
Tablo 31. Hastaların Cinsiyetleri İle Stres Düzeylerinin Dağılımı	97
Tablo 32. Hastaların Stres Düzeyi İle Covid Korku Puanı Dağılımı	98
Tablo 33. Hastaların Stres Düzeyi İle Covid Korku Puanı Arasındaki İlişkinin Dağılımı	98
Tablo 34. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Uluslararası Fiziksel Aktivite Formu Sorularının Dağılımı	99
Tablo 35. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Günlük Tükettikleri Su Miktarlarının Dağılımı	100
Tablo 36. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Dağılımı	100
Tablo 37. Covid Korku Puanlarına Göre Hastaların Günlük Enerji, Karbonhidrat, Yağ, Protein, A, C ve E Vitamini Tüketimlerinin Değerlendirmesi	101

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Hastaların Süt-Yoğurt Grubu Tüketim Sıklığının Dağılımı	63
Şekil 2. Hastaların Sebze Grubu Tüketim Sıklığının Dağılımı.....	65
Şekil 3. Hastaların Ekmek-Tatlı Grubu Tüketim Sıklığının Dağılımı	68
Şekil 4. Hastaların Et Grubu Tüketim Sıklığının Dağılımı.....	71
Şekil 5. Hastaların Yağ-Şeker Grubu Tüketim Sıklığının Dağılımı	74
Şekil 6. Hastaların Meyve Grubu Tüketim Sıklığının Dağılımı	76
Şekil 7. Hastaların Kurubaklagil Tüketim Sıklığının Dağılımı	78
Şekil 8. Hastaların İçecek Tüketim Sıklığının Dağılımı	80
Şekil 9. Hastaların Kuruyemiş Tüketim Sıklığının Dağılımı.....	82
Şekil 10. Hastaların Baharat Tüketim Sıklığının Dağılımı	84

ÖZET

Güngör, G. (2021) **Covid-19 Pandemisi Esnasında Kemoterapi Tedavisi Gören Kanser Hastalarında Stres ve Beslenme**. Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Covid-19'un görülmeye başlamasıyla birlikte kanser hastaların üzerindeki stres yükü daha çok artmış olup artan korku ve endişe gibi durumlara bağlı olarak kemoterapi tedavi süreci, hastaların beslenme düzeni ve stres yükü de olumsuz etkilenmiştir. Bu çalışma, Covid-19'un kanser hastaları üzerindeki psikolojik, fizyolojik etkilerini ve beslenme düzeyleri gibi olası etkileri ortaya koymak amacıyla planlanmıştır. Malatya Onkoloji Hastanesinde kriterlere uygun kemoterapi tedavisi gören 30 kadın ve 30 erkek hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya katılım sağlayan hastaların çoğu 3. ve 4. evredir. Bu hastalarının %43,3'ü meme kanseri, %30,0'u ise kolon-rektum kanseridir. Veri toplama araçları olarak; Covid-19 Korkusu Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği ile birlikte beslenme durumunun değerlendirildiği çeşitli araçlar kullanılmıştır. Sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma (SD) hesaplanmıştır. Kanserde kemoterapi alan tüm hastaların Covid-19 Korku Ölçeği puanları günlük tüketilen enerji ve besin ögeleri arasındaki ilişkiler değerlendirildiğinde hastaların Covid-19 korku puanlarının artması ile ortalama enerji tüketimi, karbonhidrat alımı ve vitamin A seviyelerinde düşüş görülürken, protein, yağ, C ve E vitamini tüketiminde ise artış tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bunlara ek olarak hastaların stres düzeyi ile covid korku puanları arasında önemli bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Hastalardan alınan soruşturma tekniği ile belirlenen bazı ifadelerle göre, güncel ve bir önceki haftaya ilişkin iştah kaybı, bunalıma girme ile cinsiyet değişkeni arasında önemli farklılıklar bulunmuştur ($p<0,05$). Kadın hastaların genellikle günde iki öğün beslendiği, belirlenen çalışmamızdaki ara öğünlerin yine kadın hastalar tarafından %80 daha çok tercih edildiği belirtilmiştir. Hastaların 24 saatlik besin tüketimlerinin analiz sonuçlarına göre hastaların cinsiyetlerine göre ise flor değişkeninde istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuş iken diğer değişkenler arasında önemli bir fark bulunamamıştır ($p<0,05$).

Anahtar Kelimeler: Kemoterapi, beslenme, Covid-19 korkusu, stres

ABSTRACT

Güngör, G. (2021) Stress and Nutrition in Cancer Patients Receiving Chemotherapy During the Covid-19 Pandemic. Master Thesis, Biruni University Graduate Education Institute, Istanbul.

With the onset of Covid-19, the stress load on cancer patients has increased more and due to increased fear and anxiety, the chemotherapy treatment process, the diet of the patients and the stress load have also been adversely affected. This study was planned to reveal the psychological and physiological effects of Covid-19 on cancer patients and possible effects such as nutritional levels. 30 female and 30 male patients who received chemotherapy treatment in accordance with the criteria in Malatya Oncology Hospital were included in the study. Most of the patients participating in the study are in stage 3 and 4. Of these patients, 43.3% had breast cancer and 30.0% had colon-rectum cancer. As data collection tools; Various tools were used to evaluate the nutritional status, together with the Covid-19 Fear Scale, the Perceived Stress Scale. Mean and standard deviation (SD) were calculated for continuous variables. When the Covid-19 fear scale scores of all patients who received chemotherapy in cancer were evaluated, and the relationships between daily consumed energy and nutrients were evaluated, it was observed that the average energy consumption, carbohydrate intake and vitamin A levels decreased with the increase in the covid-19 fear scores of the patients, while protein, fat, vitamin C and E vitamin levels were decreased. consumption was found to increase ($p>0.05$). In addition, a significant difference was found between the stress level of the patients and their covid fear scores ($p<0.05$). According to some statements determined by the investigation technique obtained from the patients, significant differences were found between the current and previous week's loss of appetite, depression, and gender ($p<0.05$). It was stated that female patients usually eat 2 meals a day, and the snacks in our study were 80% more preferred by female patients. When the 24-hour food consumption results of the patients were analyzed, a statistically significant difference was found in the fluorine variable according to the gender of the patients, but no significant difference was found between the other variables ($p<0.05$).

Keywords: Chemotherapy, nutrition, fear of Covid-19, stress

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kişilerde kalıtsal, çevresel faktörler ile birlikte beslenme ve stres de kanser gelişimini tetiklemektedir (Arı, Ögüt, & Kaçar Döğer, 2017). Dünya genelinde yaygın bir pandemi oluşturan Covid-19 salgını yaşamı ciddi anlamda tehdit etmeye başlamasıyla birlikte kanser hastaların üzerindeki stres yükü artmıştır. Covid-19 pandemisi sebebiyle dünya genelinde 3 Mart 2020 itibarıyla Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından tahmini ölüm oranının %3,4 olduğu, bu ölüm olgularının analizine bakıldığında ise; ağırlıklı olarak 2/3 oranında erkeklerde, 1/3 oranında kadınlarda görüldüğü, %80'den fazlasının 60 yaş üstü olduğu, %75'ten fazlasının ise solunum yolu yetmezliği, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kanser gibi kronik hastalıklara sahip olan bireylerde olduğu saptanmıştır (Üstün, 2020).

Kanser hastalarına uygulanan cerrahi ve kemoterapi gibi tedavi yöntemlerine bağlı olarak hastaların immun sistemleri baskılanmış olup enfeksiyona daha yatkın hala gelmiştir. Bu nedenle Covid-19 süreci kanser hastaları için oldukça fazla risk faktörü oluşturmaktadır (Eşbah, 2020). Liang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kanser hastalarında Covid-19 riskinin tek düze (eşit) popülasyona göre 3.5 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca kanser hastalarında yoğun bakım, ventilatör ihtiyacı kanser olmayan Covid-19 hastalarına göre daha fazla olup ölüm oranları diğer kronik hastalıkları olan bireylere göre daha fazladır (Turhal & Gümüş, 2020).

Yaşam kalitesi kavramı, bireyin kendi yaşamını değerlendirmesine dayanan öznel algı, duygu ve biliş süreçlerinin bir bütünü olarak tanımlanır ve yaşamın çeşitli yönlerine ilişkin öznel doyum ifadelerini kapsar. Yaşam kalitesi skalası psikolojik sağlık, genel sağlık ve yaşamdan memnuniyet, genel sağlık ve yaşam kalitesi, fiziksel sağlık, sosyal alan ve çevre alanı konularında bilgi verir(Çivi et al., 2011). Covid-19 salgını süresince kanser hastalarına çeşitli psikolojik müdahaleler artış göstermekte olup özellikle psikolojik problemlerden en yaygını depresyon ve anksiyete görüldüğü saptanmıştır. Bu gibi psikolojik problemlerin tetiklenmesi kanser hastalarının hayatta kalma süresini oldukça olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle, uygun ve kişiselleştirilmiş psikolojik müdahale acil ihtiyaç durumunda ve kanser hastaları için formüle edilmelidir (Güveli, Oflaz, Yenilmez, & Atagün, 2014).

Yapılan bir çalışmaya göre, Covid-19 salgının öncesinde kanser hastalarının %10'unda anksiyete ve %20'sinde depresyon görülmekteyken Covid-19 döneminde hastaların %28,8'inde anksiyete ve %16,5'inde depresyon görüldüğü tespit edilmiştir. Bunlara ilaveten Covid-19 sürecinde tedavide gecikme veya kesinti gibi durumların kanser hastaları üzerindeki psikolojik baskıyı arttırdığı ve beslenme şekillerini olumsuz etkilediği bulunmuştur (Ellis, 2020).

Beslenme şekli kanser tedavisinin en önemli bölümünü oluşturmaktadır. Kanser ve kanser tedavisinin yan etkileri nedeniyle iyi beslenmek oldukça zordur. Özellikle kemoterapi tedavisi gören kanser hastalarının kemoterapi öncesinde ve kemoterapi sonrasında beslenme şekli oldukça önemlidir. Yutma sırasında ağrı, ağız içi yaraları, konstipasyon, diyare, bulantı, kusma gibi bazı semptomlar kanser hastalarında yemek yemeyi engellemektedir. Malnutrisyon sonucunda hastada, kanser tedavisinde veya enfeksiyonlara karşı dirençsizlik, yorgunluk ve güçsüzlük gelişebilir. Protein ve kalori açısından fakir beslenme pek çok kanser hastasının karşılaştığı olduğu sık rastlanılan beslenme sorunudur. Doğru miktarda protein ve kalori iyileşme, enfeksiyonlarla savaşma ve enerji temini açısından önemlidir. Kanser tedavisi boyunca hastanın iyi beslenme alışkanlığının olması kanser ve kanser tedavisi ile baş etmede oldukça yararlıdır (Ertem, 2008).

Sonuç olarak kanser tedavisinde beslenmenin öneminin anlaşılması sonrasında yaşam kalitesi üzerindeki çalışmalarda artmaya başlamıştır. Beslenme ile destek sağlamak kanser hastalarının diğer tedavi sürecini etkileyeceğinden, önemle üstünde durulması gereken bir konudur. Ancak tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19'un görülmeye başlamasıyla birlikte kanser hastaların üzerindeki stres yükünde aşırı artış görülmüştür. Toplam bazda değerlendirildiğinde kanser tedavisi ve sürecin daha rahat atlatılabilmesi için kanser hastalarının beslenme düzeyi yeterli seviyede tutulmalı ve bu süreçte stres düzeyi kontrol altına alınmalıdır. Unutulmamalıdır ki beslenme ve psikoloji birbiriyle oldukça ilişkili olup bir bütün olarak ele alınmalıdır. Bu sürecin değişiklik göstermesi Covid-19'un kanser hastaları üzerindeki psikolojik, fizyolojik etkilerini ve beslenme düzeyleri gibi olası etkileri anlamak amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Kanser hastalığı ile ilgili bilinen en eski kayıtlar M.Ö 3000 yılına kadar uzamaktadır (Baykara, 2016). Kanser 183 ülkeden 134'ünde erken ölümlerin (yani 30-69 yaşları arasında) birinci veya ikinci önde gelen nedenidir ve 45 ülkede üçüncü veya dördüncü sırada yer almaktadır. 2016 yılında dünya genelinde bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan 15,2 milyon erken ölümün 4,5 milyonu (% 29,8) kanser kaynaklıdır (Wild, 2020). Kanser oluşumunda genetik yatkınlık, çevresel, yaşam tarzı, sosyoekonomik ve stres gibi faktörler karsinogenezis sürecinde etkili olduğu düşünülmektedir. Stresli bireylerde görülen daha fazla alkol-sigara tüketimi, egzersiz eksikliği, yeterli ve dengeli beslenememe, zayıf uyku ve tedaviye az yanıt gibi davranışlar kanseri tetikleyebilir(Sürme, 2019). Yapılan bir çalışmaya göre kanser hastalarının %87'sinde pandemi süresince güvenlik hissinde azalmalar, konsantrasyonda güçlük, bilişsel işlev bozukluğu ve günlük işlerinin önemli bir kısmında aksamalar olduğunu ifade edilmiştir (Ciężyńska, 2020). Kanser tedavisi ve süresi hastanın ihtiyaçlarına, yaşına, tümörün seviyesine, sosyo-kültürel faktörlere bağlı olarak kişiden kişiye değişiklik göstermektedir. Bunlara ek olarak, beslenme yetersizliği, yorgunluk, halsizlik, beden imajında bozulma, umutsuzluk, anksiyete, depresyon gibi psikolojik, beslenme problemleri ve sosyal sorunlar oluşabilmektedir. Bu durum tüm onkoloji hastalarının tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir (Çetinkaya, 2020). Bu gibi olumsuz etkenlerin üzerine Covid-19 pandemi süreci kanser hastaları üzerindeki stres yükünün oldukça arttırmış olup beslenme düzenini olumsuz etkilemiştir. Bu gibi etkenlere ek olarak Covid-19 pandemisi birçok ülkenin sağlık sisteminde problem oluşturmuştur özellikle günlük onkolojik pratikte değişiklikler yapılmış rutin kanser taramaları geçici olarak durdurulmuş, bazı koşullarda rutin takip aralıkları uzatılmıştır(Urakçı et al., n.d.).

Toplam bazda değerlendirildiğinde kanser tedavisi ve sürecin daha rahat atlatılabilmesi için kanser hastalarının beslenme düzeyi yeterli seviyede tutulmalı ve bu süreçte stres düzeyi kontrol altına alınmalıdır.

2.1. Kanser Hücresinin Oluşumu ve Biyokimyasal Mekanizması

Kanser, sık görülmesi ve ölüm oranının yüksek olması nedeniyle 21. yüzyılın temel sağlık sorunlarından birisidir. Kansere neden risk faktörlerini en iyi ölçüde tanımak ve ortadan kaldırmaya çalışmak en doğru yoldur (Gemelmaz, 2014).

Kanser, yüksek insidans ve mortalite oranına sahip bir hastalıkların başında gelen ve önlem alınması gereken bir halk sağlığı problemidir. Kanser, 30-69 yaşları arasında, 183 ülkeden 134'ünde birinci ve ikinci 45 ülkede ise üçüncü veya dördüncü ölüm nedeni arasında yer almaktadır. 2030 yılına kadar da bu artış devam edecek olup 1. sıraya yerleşeceği düşünülmektedir. 2016 yılında dünya çapında 4,5 milyon (% 29,8) insan kanser nedeni ile hayatını kaybetmiştir (Isabelle Soerjomataram, 2020). 2018 yılında dünya çapında tahmini 18,1 milyon yeni kanser vakası ve 9,6 milyon kansere bağlı ölüm meydana geldi ve 8 erkekten 1'i ve 10 kadından 1'inin yaşamları boyunca hastalığa yakalanma olasılığı yüksektir (Tatar, 2018).

Genetik yatkınlığın sorumlu tutulabileceği gibi bazı virüslerin de kanser oluşumuna yol açabileceği bildirilmektedir. Kansere neden olabileceği belirlenen pek çok iç ve dış etmenler bulunmaktadır. Yaş, cinsiyet, ırk, yanlış beslenme vb. etmenler iç etmeler arasında yer alırken coğrafik özellikler, toplumsal etkenler, kimyasal maddeler, meslek vb. etmenler ise dış etmenler arasında sayılmaktadır. Genel olarak kanser türlerinin yaşa bağlı görülme sıklığı değişkenlik gösterirken kanser riski yaşla birlikte artmaktadır. 2015 yılından itibaren kansere bağlı ölümler toplam ölümlerin %20'sini oluşturmaktadır. Türkiye'de erkeklerde en fazla görülen ve ölüme neden olan kanser akciğer kanseri, kadınlarda da meme kanseridir (Bayık, 1989).

Kanser hücresi, bir organizmanın kontrolsüzce çoğalması, birikmesi ve bölünmesi sonucu oluşur. Kanser hücreleri tek bir organı etkilemekle kalmaz bazen birçok organı da etkisi altına alabilir. Her insanın DNA'sı farklı olduğu için farklı yaklaşımlar ve farklı tedaviler uygulanmaktadır. Onkoloji tüm kanser türlerini kapsadığı için bu terimi kullanmak daha doğrudur (Baykara, 2016).

Kanser hücrelerinin çoğalması sonucu oluşan tümör enfeksiyon hastalıkları gibi bulaşıcı değildir. Bir organda oluşan tümör cerrahi müdahaleyle alınmaz ise diğer organlara metastaz yapabilir. Tümörün oluşumuna göre belirli evreler vardır.

- 1.Evre- Çok yavaş büyür teşhis edilmesi durumunda kolayca iyileşir.
2. Evre- Daha yavaş büyür, iyileşebilir.
3. Evre- Hızlı büyür, iyileşme zorlaşabilir.

4. Evre- Çok hızlı gelişir, iyileşme zordur.

5. Evre- Diğer organlara metastaz yapmıştır, iyileşmesi oldukça zor (Baysal, 2017).

Son zamanlarda yapılan araştırmalarda hücre siklusunun proteinler ve onko genesis ile birçok bağlantısı olduğu tespit edilmiştir. Hücre siklusunun kontrol noktalarında ve düzenlenmesinde görülen anormallikler kanser hücresinin gelişimine sebebiyet vermektedir. Hücrenin siklusu; S, G-2, G-1 ve M evresi olmak üzere dört evreden oluşmaktadır. Hücre siklusu siklin ve CDKs ile birbirine bağımlı mekanizmalardır. Bu mekanizmalar tümör baskılayıcı ve onko-genleri inhibe edici görevler üstlenmektedirler. Bu gen baskılayıcı faktörler birbirini takip eden G1, G2 ve S evrelerindeki mitoz bölünmeler ile tümör hücresinin oluşumunu engellemektedir. Ayrıca CDK kompleksini sona erdiren CDK inhibitörleri bulunmaktadır. Bu inhibitörler iki aileden oluşmaktadır. INK4 inhibitörleri olarak da adlandırılan p19, p18, p16, p15' ten oluşuyor iken, ikinci grup ise p21, p24 ve p57'den oluşmaktadır. Bu inhibitörler hücre bölünmesi evresinden önce DNA hasarını önlemek ve tamir etmek ile görevlidirler (Yokuş, 2012).

Bu evrelerde oluşan herhangi bir aksaklıkta tümör baskılayıcı genler olan siklin ve CDKs döngüyü hemen durdurmaktadır. G-1 evresinde gerçekleşen orta dereceli DNA hasarını tümör baskılayıcı gen olan p53 p21 proteinin sentezlenmesini sağlayarak hasarı inhibe ettirebilmektedir. Aksi takdirde eğer hasar çok büyük ise P53 geni kendisini apoptize etmektedir (Doğan, 2004).

Hücre büyümesinde görevli olan protoonkogenlerin onkogenelere dönüşümü hücrenin kontrolsüzce büyümesine neden olup kanser hücrelerinin oluşumunu sağlamaktadır. Protoonkogenelerde, proteinlerin önüne c (cellular) eki getirilerek, onkogenlerin önüne ise v (viral) eki getirilerek adlandırılmaktadır. Onkogenler ise hücrenin transplantasyonunda etkili olup hücrenin tek düze (eşit) seyrini bozmaktadır. İlk onkogen tanımlamalarına göre tümör oluşumuna neden olan virüsler olarak tanımlanmaktaydı. Yeni yapılan çalışmalara göre ise memelilerde bulunan genlerin mutasyona uğramış hali olduğu saptanmıştır. İnsan tümörleri arasında en yaygın myc geni hücrenin aşırı bölünmesine neden olup kanser hücrelerinin çoğalmasına neden olmaktadır. Yaşamsal fonksiyonunu bitiren genler apoptize uğrayarak kendisini yok etmektedir. Hücresel apoptize proteazlar ve Bcl-2

gen türleri etkili olmaktadır. Bu genlerin mutasyona uğraması da yine kanser hücrelerinin oluşumuna neden olmaktadır (Yokuş, 2012).

Fosfoinozotid-3 kinaz (PI-3K) hücrelerin büyümesini ve hücrelerin yaşamayı devam ettirmesini sağlayan sinyallerinin iletiminden sorumlu proteinlerdir. PI-3K, hücre membranında bulunan inozitol fosfolipidlerin fosforilasyonunu sağlar. Bu yolak ile lipid yapılı Fosfotidilinozitol trifosfat (PIP3) oluşur. PIP3 ve PIP3bağımlı kiznazlar (PKB)'nin aktive olmasında görev alırlar. Protein kinaz B hücre içinde çeşitli proteinlerin aktivitelerini uyarmakla görevlidir. Etkilediği önemli proteinlerden biride (mTOR)" proteinidir. NFKB, FKHR ve BAD'ın apoptozie uğramasında etkilidir. Ayrıca GSK3 ile birlikte glikoz metabolizması üzerinde etkilidir. (Doğan, 2004).

Hücre döngüsünün her basamağını siklin adı verilen proteinler devam ettirmekte ve bir grup siklin görevini tamamladıktan sonra diğer siklin grubuna devretmektedir. Hücrel mekanizmalar sayesinde bu mitoz bölünme devam etmektedir. Hücre bölünmelerini, hücrenin aktivitesini ve hücre döngülerini kontrol eden siklin-bağımlı kinazlar sayesinde olmaktadır. Siklin proteinleri arasında A,B,C,D formunda kinaz bulunurken, CDK proteinleri içerisinde ise CDK1, 2, 3, 4, 5, 6 bulunmaktadır. Hücre büyümesinden siklin D görev almaktadır. G-1 evresinde gerçekleşen bu olay esnasında D siklin salınımının bozulması ve mutasyon oluşumu hücreyi S fazına götürmek durumunda kalmaktadır. Buda neoplastik transformasyon geliştirmektedir. S evresinde gerçekleşen DNA sentezi ve salınımı hücre bölünmesi ve büyümesi için oldukça önemli bir evredir (Yokuş, 2012).

Tablo 1. Protein Kinazlardaki Onkolojik Değişimler ve Olası Kansere Türleri

Protein Kinaz	Onkojenik Değişim	En Sık Görülen Kansere Türleri
EGFR/erb1	Amplikasyon	Meme kanseri, over kanseri, glioblastoma multiforme
c-erbB	Delesyon	Küçük hücreli olmayan akciğer karsinomu(NSCC)
ErbB2/HER2/Neu	Amplifikasyon	Meme, over, NSCC, mide, kolon karsinomu
PDGF-β	Tel-PDGF-β translokasyon	t(5;12) Kronik miyeloid lösemi
EphB4	Ekspresyon Artışı	İnfiltratif duktal karsinom
Kit/ SCFR (c-kit)	'Gain of function' mutasyon delesyonu	Akut miyeloid lösemi, küçük hücreli akciğer karsinomu (SCLC), gastrointestinal sistem tümörleri
Src(c-src)	c- terminal ucunda kısalma	Kolon karsinomu

2.2. Kanser Çeşitleri ve Ülkemizde Görülme Sıklığı

Kanser birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en önemli mortalite nedenidir. Genellikle vakaların 1/3'ü beslenmede yapılan yanlışlıklardan kaynaklı oluşurken stres, genetik ve çevresel faktörlerde kanser hücrelerinin oluşumuna neden olmaktadır. Ülkemizde ise kanser kalp hastalıklarından sonra ikinci ölüm nedeni olarak bulunmuştur. En çok görülme sıklığı olan kanser türlerinin başında akciğer kanseri gelmektedir. İkinci sırada ise kadınlarda meme kanseri, erkeklerde ise ürogenital kanser türünden en çok prostat kanseri görülmektedir. Diğer kanser türleri ise, kolorektal, mide, pankreas gibi kanser türleri oluşturmaktadır (Açıkgöz, Çımrın, & Ergör, 2018).

Akciğer kanseri; Türkiye'de en çok görülme sıklığı olan kanser türleri arasında erkeklerde birinci, kadınlarda ise dördüncü sıradadır. Dünyada ise en fazla ABD'de görülmektedir. En büyük etkeni tütün ve tütün benzeri ürünlerin çokça tüketilmesidir. Bunların yanı sıra kimyasal maddelere maruziyet, hava kirliliği, aile öyküsü, çevresel etmenler, yaş gibi faktörlerde kanser oluşumunu tetiklemektedir (Açıkgöz, Çımrın, & Ergör, 2018)

Meme kanseri; kadınların 41,6/100.000 oranıyla ilk sıra yer almasıyla birlikte gün geçtikçe görülme yaşı ve sıklığı artmaktadır. Yapılan araştırmalara göre Türkiye’de doğu bölgelerinde yaşayan kadınların, batı bölgelerinde yaşayan kadınlardan daha fazla oranda meme kanseri olduğu tespit edilmiştir. Bu farkın daha batıda yaşayanların batılı yaşam tarzı ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Gelişmiş ülkeler geliştirmekte olan ülkelere kıyasla daha fazla meme kanseri farkındalığı, erken teşhis ve tarama yöntemleri ile bu olasılığın düşürülebildiğini kanıtlamıştır. Bu tarama yöntemleri ile 40 yaş ve üzere meme kanseri ölümlerinin %25-35 oranında azaldığı tespit edilmiştir (Kozan, 2016).

Prostat kanseri; Türkiye’de erkeklerde görülen en sık bir kanser türüdür. Dünyada ise en çok Amerika’da görülmektedir. Bu nedenle bazı tarama programları uygulanmaya çalışılsa da mortalite oranında bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Buda büyük bir tartışma konusu olup henüz netlik kazanamamıştır (Ekin, 2013).

Kolorektal kanseri; dünyada en çok teşhis edilen kanserlerde erkeklerde üçüncü kadınlarda ise ikinci sıradadır. Artan obezite ile birlikte vücutta biriken yağ hücrelerinin kolorektal kanser oluşumuna neden olmaktadır. Çevresel koşullar ve yaşam tarzı gibi diğer faktörlerde kolorektal kanser oluşumunu tetiklemektedir (Korkmaz, Kimyon, Ermiş, & Edgun, 2017).

Mide kanseri; dünyada en çok Çin ve Japonya’da görülür. Bu bölgelerde mide kanserinin görülmesinin en önemli sebepleri arasında tutsülü ürünlerin çok fazla tercih edilmesidir. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre yıllık ölümlerin 736.000 mide kanserinden olduğu saptanmıştır. Türkiye’de ise kadınlarda meme kanserinden, erkeklerde ise akciğer ve prostat kanserinden sonra görülen kanser türüdür. kadınlarda erkeklere göre görülme oranı daha düşüktür. Ülkemizde bölgesel olarak bakıldığında doğu bölgelerinde batı bölgelerine göre daha çok görüldüğü saptanmıştır. Bunun en önemli nedenleri arasında ise H.pylori, gastrit ve intestinal metaplazi gösterilmiştir. Son 50 yılda yapılan çalışmalara göre beslenme düzeninin değişimi, sebze ve meyve tüketiminin artması, yaşam tarzının iyileşmesi mide kanserinden ölüm oranları azaltmıştır. Türkiye’de sağlık bakanlığının yaptığı istatistiksel araştırmalara göre en sık görülen beşinci kanser türü olduğu tespit edilmiştir (Alacalı, 2012).

Serviks kanseri; dünyada kadınlarda meme kanserinden sonra görülen en sık kanser türüdür. Dünyada her yıl 400.000'nin üzerinde hasta sayısı görülürken bunun 250.000'i bu kanserden dolayı ölmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki kadınların %3,6 'sı, gelişmekte olan ülkelerdeki kadınların ise %15'i serviks kanseri olmaktadır. Genellikle 50-59 yaşları arasındaki kişilerde görülmektedir. Türkiye'de ise %65'i 40-60 yaşları arasındaki kişilerde görülmektedir (Gonca , Aydoğdu, & Özsoy, 2018).

2.3. Kanser Hastalıklarında Beslenme

Kanser son yıllarda en önemli halk sağlığı problemlerinden biridir. Kanser hastalıkları farklı kaynaklara göre değişiklik gösterse de ortalama olarak %35'i beslenme kaynaklı oluşmaktadır. Yetersiz ve dengesi beslenme, fiziksel aktivite azlığı, sedanter yaşam, kilo artışı gibi birçok etken kansere neden olabilmektedir. Kanser hücresinin oluşumunda ve gelişiminde beslenme şekli çok önemlidir. Kanser hastalıklarının önemli bir kısmı beslenme şeklinden ve hayat tarzından kaynaklandığı bilinmektedir. Örneğin kolorektal kanserinin %70'i yanlış beslenme şeklinde kaynaklandığı bilinmektedir (Daniel, 2015). Çalışma hayatının genişlemesiyle birlikte dışa bağımlılık artmış ve fast-food gibi hazır paketli gıdaların tüketimi artmaktadır. Buda kişilerin sindirim sistemini olumsuz etkileyip kanser ve sindirim sistemi hastalıklarına neden olmaktadır (Requejo, 2015).

Günümüzde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, ideal ağırlığı üstünde olan kişilerde meme, prostat, böbrek, yumurtalık, akciğer, kolon, rektum, böbrek gibi bazı kanser türlerine daha sıklıkla rastlandığı tespit edilmiştir. Bu kanserlerin önemli bir bölümünün beslenmeye ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Arı, 2017)

Diyet kanserojenleri arasında aflatoksin ve aristoloşik asit gibi tek spesifik ajanlar ve işlenmiş et gibi kompleks karışımlar bulunmaktadır. İşlenmiş et tüketimi son zamanlarda insanlar için grup 1 kanserojenleri olarak sınıflandırılıp, bununla birlikte bu kategoriye diyet kontaminasyonlarından aflatoksin ve aristoloşik asitlerde katılmıştır. Birçok kohort, vaka kontrolü ve diğer gözlemsel araştırmalar, diyetteki maruziyetleri meme, kolorektum, karaciğer, pankreas ve prostat kanserleri de dahil olmak üzere bir dizi insan kanseri tipine neden olmasıyla ilişkilendirilmiştir. Obezite pandemisinin hızlanması ve birçok popülasyonda tip 2 diyabet insidansının artması, diyet kanserojenlerinin potansiyel toksikolojik tehlikesini değiştirerek, çeşitli insan kanser türlerinin insidansını arttırmıştır (Wild, 2020).

2.3.1. Karbonhidratların Kansere İle İlişkisi

Günlük enerji ihtiyacının %55-60'ını karbonhidratlardan oluşmalıdır. Karbonhidratlar basit karbonhidrat ve kompleks karbonhidrat olmak üzere ikiye ayrılırlar. Basit karbonhidratlar daha hızlı kan glukozunu yükseltip hastalık yapıcı etkileri bulunduğundan basit karbonhidratlar yerine kompleks karbonhidratlar tercih edilmelidir. Farklı etnik kökenlerin bulunduğu bir kohort çalışmada diyetteki karbonhidrat miktarının ve glisemik yükün pankreas kanseri görülme riskini arttırdığı bildirilmiştir. Yapılan başka çalışmalara göre ise beyaz ekmek gibi rafine edilmiş karbonhidratların glisemik yükü, inülin, insüline benzer büyüme faktörü, arttırmaları prostat, kolon ve meme hücre proliferasyonunu stimüle ederek kanser riskini arttırmaktadır (Nöthlings & Kolonel, 2007).

Posa (lif) açısından zengin sebze, meyve, tahıllar ve kurubaklagiller bağırsak hareketliliğini arttırarak konstipasyon (kabızlık) 'u önleyip kolon-rektum kanserleri oluşumunu engelleyebilmektedir. Bu etkisi ile kolon bakteri florasındaki toksik metabolitlerin oluşumunu azaltıp temas sürelerini kısaltarak ve dışkı atımını hızlandırarak sağlar (Akal, Buran, & Albayrak , 2018).

2.3.2. Proteinlerin Kansere İle İlişkisi

Yüksek miktarda hayvansal protein alımı kanser ile ilişkilendirilmektedir. Bunun nedenlerinden biri hayvansal yağ tüketiminin fazla tüketilmesidir. Yapılan birçok çalışmaya göre doymuş yağ tüketiminin fazla olması pankreas, prostat, meme, kolon-rektum kanseri ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bunların yanında hayvansal kaynaklı yağ ve protein alımının yüksek olması obezite ve kalp damar hastalıkları gibi önemli kronik hastalıklara neden olmaktadır. Buda bireylerde kanser riskini arttırmaktadır (Aygün Çevik, 2017).

Kırmızı et tüketimi insanlar için muhtemelen kanserojen olarak sınıflandırılmış olup Grup 2A'da yer almaktadır. İnsanlar için işlenmiş et tüketimi Grup 1 kanserojen olarak sınıflandırılmıştır. Et tüketiminde yüksek olan diyetlerin, tip 2 diyabet gibi diğer kronik hastalıkların gelişimi üzerinde de etkileri vardır, bu da kanserlerin gelişimine katkıda bulunan çoklu kronik hastalıkların karmaşıklığını gösterir. Kırmızı et ve işlenmiş et tüketiminin, kolorektum, pankreas ve prostat kanserlerinin gelişiminde rol oynadığı bilinmektedir. Bu bulgular, özellikle kolorektal kanseri ve prostat kanseri için, tarama yöntemlerinin mevcut olduğu

yüksek ekonomik kalkınma düzeylerine sahip ülkelerde insidansının arttığını ve önleme fırsatlarının olduğu söylenebilir (Wild, 2020).

2.3.3. Yağ Asitlerinin Kansere İle İlişkisi

Yağ asitlerinin depresyon, migren türü baş ağrıları, kalp krizi, kalp ve damar hastalıkları, diyabet, eklem romatizmaları, yüksek kolesterol ve tansiyon, bazı alerji türleri ile bazı kanserler gibi birçok hastalıktan korunmada önemli etkileri olduğu bilinmektedir. Omega-3 yağ asitlerinin hastalığı tedavi etkisinden çok önleyici etkisi olduğu bilinmektedir (Aygün Çevik, 2017). Konjuge linoleik asit (CLA) ile ilgili yapılan çalışmalarda CLA'nın antikansorejen, antidiyabetik, antiobezite ve vücut yağını azaltıcı etkisi olduğu bilinmektedir. Kolon, meme ve prostat kanser oluşumunu azaltıcı, karaciğer triaçilgliserol birikimini düşürücü etkileri olduğu bilinmektedir. CLA ile ilgili hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalara göre ise kanser hücre proliferasyonunun inhibe ettiği, metastazı azalttığı, hayvanlarda anjiyogenezis inhibisyonu gibi etkilerinin olduğu bilinmektedir. Ayrıca CLA'nın izomerlerinden olan cis-9,trans-11 CLA'nın ise antikarsinojenik etki gösterirken, trans-10, cis-12 CLA'nın daha çok vücutta yağlanmayı azaltıcı etkiler gösterdiğine dair bilgiler mevcuttur (Y., 2004). Yüksek miktarda doymuş yağ alımının meme kanseri riskini arttırdığı bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada yüksek miktarlarda omega-6 yağ asidi (araşidonik aside dönüşebilen linoleik asit) tüketiminin meme kanserinde metastazı arttırdığı tümör gelişimine neden olduğu bulunmuştur (Aygün Çevik, 2017).

2.3.4. Katkı Maddelerinin Kansere İle İlişkisi

Bireylerin beslenme şekli ve yaşam tarzına bağlı olarak kanser riski artmaktadır. Gıda katkı maddeleri ise beslenmenin bir parçası haline gelmiştir. Her gıda katkı maddesi kanserojen olmadığı gibi bazı gıda maddeleri ve dozu kanserojen etki göstermektedir. Bu kanserojen etki gösteren katkı maddelerinin kullanılmasına izin verilmemektedir. Yapılan deneylerin sonucuna göre cinnamylanthranilate, thiourea ve dulcin gibi bazı sentetik katkı maddelerinin karaciğer kanserine neden olduğu bulunmuştur. Yapılan bir çalışmaya göre nitrit, nitrat ve Nnitrosodimetilamin (NDMA) alımı gastrointestinal kanserleri ve kolorektal kanseri ile ilişkisi olduğu bulunmuştur. Dişi fareler üzerinde yapılan bir çalışmaya göre sodyum nitratın doza bağlı olarak uzun süre kullanımı %0-10 arasında mide kanseri riskini geliştirdiği bilinmektedir (Aygün Çevik, 2017). Yapılan bir çalışmaya göre cam kavanozda otoklav yöntemi ile hazırlanan mamalarda yüksek miktarda uçucu bir bileşik olan

furan bulunmuştur (Knekt , Järvinen, Dich, & Hakulinen, 1999). İspanya’da yapılan başka bir çalışmada ise et ve sebze içeren bebek mamalarında furan maddesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hayvanlar üzerinde yapılan araştırmalarda furanın (bebek mamalarındaki katkı maddesi) özellikle karaciğer kanseri oluşumunda doza bağlı olarak arttırdığı bulunmuştur (Gökçay, Eren, & Devecioğlu, 2012).

2.3.5. Kahvenin Kanser İle İlişkisi

Kahve tüketiminin bazı kanser türlerini iyileştirici yönleri varken bazı kanser türlerinin ise oluşumuna neden olduğu bildiren çalışmalar bulunmaktadır. 671.080 bireyi (1496 kanser vakası) kapsayan ortalama takip süresinin 14.9 olduğu 14 çalışmadan oluşan kohort çalışmalarının değerlendirildiği meta analizde pankreas kanseri ve kahve tüketimi arasında nicel olarak bir ilişki bulunmuştur. Nadiren kahve içen ve hiç kahve içmeyen bireyler karşılaştırdığında düzenli olarak kahve içenlerin pankreas kanseri riski %18 daha az iken, düşük ve orta düzeyde kahve içen bireylerde pankreas kanseri riski %14 olarak bulunmuştur. Yapılan bu çalışmaya göre erkeklerde görülen pankreas kanseri riskinin kahve tüketimi ile önemli bir ilişkisi var iken kadınlarda bu ilişki görülmemiştir. Bazı kadınlarda ise kahve tüketimi fibrokistik meme hastalığına bağlı şikâyetleri arttırabilir iken meme kanseri riskini veya diğer kanser risklerini arttırdığına dair bir bilgi mevcut değildir (Aygün Çevik, 2017).

2.3.6. Probiyotiklerin Kanser İle İlişkisi

Probiyotikler bağışıklık sistemini güçlendirerek kanser gelişimine engel olmaktadır. Yapılan bazı deneysel çalışmalarla da probiyotiklerin kanser hücrelerinin gelişimini engellediği belirlenmiştir. Kolonun içerisinde bulunan probiyotikler prokarsinogenleri karsinogene çeviren enzimlerin çalışmasını azaltıp kolondaki mutajenleri bağlayarak gaita ile dışarı atımını sağlamaktadır. Nitroredüktaz, β -glukuronidaz, azoredüktaz gibi bağırsak florasında bulunan zararlı bakteriler 7- α -dehidro-siklaz, heterosiklikaminler tümör arttırıcı etki gösterip ikincil safra asitleri içeren kanserojen oluşumuna neden olmaktadır. Probiyotikler gibi yararlı bakteriler ise equol ve kısa zincirli yağ asitleri gibi kanserden korunmada etkili metabolitleri üretmektedir (Aygün Çevik, 2017). Japon bilim insanlarına göre Bifidobacteria’nın çok sayıda spesifik/nonspesifik immünolojik faktör ve antitümör oluşumunda etkili olduğu bilinmektedir. Bifidobacteria’nın çoğu laktülozu

metabolize edebilmesinden dolayı laktüloz prebiyotik olarak kullanılmaktadır. Bu yüzden probiyotikler ve prebiyotikler bir arada kullanılmalıdır (Coşkun, 2007).

2.3.7. Vitaminlerin Kansere İle İlişkisi

Birçok bitkinin yapısında bulunan karotenoid yapısında bulundurduğu konjuge çift bağlar sayesinde antioksidan özellik gösterir. Hücredeki serbest radikallerin oluşumunu engelleyerek hücreyi oksidatif hasara karşı korur. Yapılan başka bir çalışmada ise Beta karotenin kanserli hücrede apoptozisi tetiklediği ve hücre büyümesini hücre siklusuna bağımlı olarak inhibe ettiği bilinmektedir (Aygün Çevik, 2017). A,C,E vitaminlerinin antioksidan etki gösterdiği bilinmektedir. Yapılan bir çalışmaya göre C vitamininin yeterli oranda alınması mide kanseri insidansını azalttığı tespit edilmiştir. 2008 yılında Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'nın yayınladığı D vitamini ve kanser ilişkisiyle ilgili raporda; 25(OH)D düzeyiyle meme kanseri, kolorektal kanser, sporadik kolorektal adenom arasında ters ilişki olduğu bildirilmiştir (Dilek Çalışkan Özçelik, 2012). Yapılan çalışmalarda yüksek serum 25(OH)D vitamini bazı kanserlerin insidansında azalma ile ilişkilendirilmiş olup bazı çalışmalarda yüksek D vitamini düzeyleri ile kanserlerin riskinde artma olduğu bildirilmektedir. D vitamini suplemanlarının ise kanseri önleyebilme özelliği ile ilgili kesin bir bilgi olmayıp daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. (Açıkgöz, 2019)

Tablo 2. Sebze ve Meyvelerde Bulunan Fitokimyasalların Kanserden Koruyucu Özellikleri (Açıkgöz, 2019)

Renk	Fitokimyasal	Sebze ve Meyve
Kırmızı	Likopen	Domates ve domates ile yapılmış ürünler, pembe greyfurt, kavun
Kırmızı ve Mor	Antosiyanin, polifenoller	Çilek-böğürtlen gibi meyveler, üzüm kırmızı şarap, erik
Turuncu	Alfa ve Betakaroten	Kabak, havuç, mango
Turuncu ve Sarı	Kriptoksantin, flavanoidler	Portakal, papaya, nektarin, Fransız kavunu, şeftali
Sarı ve Yeşil	Lutein, zeaksantin	Kış kavunu, şalgam, kuşkonmaz, ıspanak, avokado
Yeşil	Sülforafanlar, indoller	Lahana, brokoli, karnabahar, brüksel lahanası
Beyaz ve Yeşil	Allil Sülfidler	Frenk soğanı, soğan, pırasa, sarımsak

2.3.8. İzosiyanatların Kansere İle İlişkisi

Cruciferae familyası, beyaz ve mor lahana, Savoy lahanası, karnabahar, brokoli ve brüksel lahanası, kolza gibi yağlı tohumları ve hardal gibi baharatları kapsamaktadır. Yapılan çalışmalarla, *Cruciferae* familyasında bulunan sebzelerin tüketiminin kolon, prostat, rektum, böbrek, idrar kesesi ve akciğer kanseri riskini azalttığı tespit edilmiştir (Aygün Çevik, 2017). Yapılan klinik bir çalışmada 250 g/gün brüksel lahanası ve 250 g/gün Brokoli tüketimi kanserojen madde olan 2-amino-1 metil-6-fenil imidazolün idrarda atımını önemli düzeyde artırdığı tespit edilmiştir (David G.Walters, 2004). Glutathione-S-transferase gene polymorphisms (GSTP1) Val/Valge-notipine sahip kadınların turp ve Çin lahanası gibi sebzeleri düşük düzeydeki tüketimie bağlı olarak Ile/Ile ya da Ile/Valgenotipine sahip kadınlardan daha yüksek meme kanser riski taşıdıkları ortaya konmuştur. Sonuç olarak kanser genetik yatkınlığın yanı sıra beslenme ile de oldukça ilişkili bulunmuştur (Lee, Fowke, Lu, Ye, & Zheng, 2008).

2.3.9. Antosiyaninlerin Kansere İle İlişkisi

Antosiyaninler çiçek, sebze ve meyvelerde yaygın olarak bulunan doğal bir pigmentlerdir. Vişnede bulunan antosiyaninlerinin ve siyanidinlerinin kolon kanseri hücrelerinin gelişmesini engelleme potansiyelinin belirlemek için bir çalışma yapılmıştır. Çalışmanın sonucuna göre Apcmin farelerin günlük diyetine vişneden izole edilen piranozil- 6-o- α -I- ramnopiranozil- β -d-glukopiranozit, 3-siyanidin-2-o- β -d'gluko ve 3- siyanidin-6-o- α -Lramno piranozil- β -d-gluko piranozi tantosiyaninleri ve siyanidina glikonu eklemiştir. Bu çalışma sonucuna göre antosiyaninler ve antosiyanidinlerin insan kolon kanseri hücrelerindeki büyümeyi engellediği rapor edilmiştir. Ratlarda yapılan iki çalışmada ise pros-tat kanseri PC-3 hücre soyu yerleştirilerek nar ekstrelerinin hücre büyümesini baskıladığı, düzenleyici proteinleri modüle ederek apoptozu uyardığı gösterilmiştir (Aygün Çevik, 2017).

2.3.10. Pişirme Yöntemlerinin Kanser İle İlişkisi

Tüketilen besinlerin türü önemli olduğu kadar pişirme tekniği de önemlidir. Pişirme yöntemine bağlı olarak besinlerdeki zararlı değişimler olduğu kadar yararlı değişimlerde olmaktadır. Bu yüzden daha sağlıklı pişirme yöntemleriyle yararlı değişimlerin oluşumunu sağlamaktır. Besinlerin yanlış pişirilmesi sonucu birçok zararlı bileşenler oluşmakta olup bazıları da kanserojen bileşiklerdir. Çevre kirliliğine bağlı olarak sebze ve meyveler ile birlikte deniz ürünlerinin de dumanlama ile dumanlanmış besinlerin pişirme şekilleri, kızartma ve kavurma gibi gıda işlemleri polisiklik aromatik hidrokarbonlar oluşur (Aygün Çevik, 2017). Oksidasyon işlemleri sonucunda aldehitler, hidrokarbonlar, ketonlar, alkoller, esterler, asitler ve aromatik bileşikler gibi uçucu bozulma bileşikleri oluşmaktadır. Bu yüzden termal ve oksidasyon reaksiyonları sonucunda kızartma yağlarının uzun süre kullanılmaması önerilmektedir (Fujisaki, Endo, & Fujimoto, 2002). Kızartma yağlarının üç defadan fazla kullanılması kanserojen madde oluşturur. Barbekü, kızartma gibi işlemler yerine fırında, buğulama veya haşlama gibi pişirme yöntemleri tercih edilmelidir. Yapılan çalışmalara göre tavada ve kızartma yöntemleri sonucunda heterosiklikaminlerin oluşmaktadır. Bu gibi maddelerin önüne geçmek için fırında, buğulama ve haşlama yöntemleri tercih edilmedi. Ayrıca antioksidan kapasitesi yüksek baharatların da heterosiklikaminlerin oluşumunu engellediğine dair çalışmalar bulunmaktadır (Aygün Çevik, 2017). Öz ve Kaya tarafından yapılan bir çalışmada %30 yağ içeren kıymadan yapılan köftelere karabiber takviyesi sonucunda

%48.8-65.8 arasında heterosiklikamin oluşumunu inhibe ettiğini rapor etmişlerdir (Kaya, 2011).

2.3.11. Bisfenol A'nın Kanser İle İlişkisi

Bazı plastik damacanalarda bulunan kimyasal bir maddedir. Bisfenol A belli bir dozda kanserojen madde içerip vücutta zararlı oksijen bileşiklerinin oluşumuna neden olmaktadır. Yapılan bazı çalışmalara göre Bisfenol A'ya maruz kalmanın meme ve yumurtalık kanserinin oluşumuna neden olduğu bulunmuştur. Östrojenik etkilendirme meme kanserinin en önemli nedenlerinden biridir. Bisfenol A'da meme dokusundaki belirgin olan iki tür ile etkileşime girerek kansere neden olabilmektedir. Ratlarda yapılan bir çalışma sonucuna göre BPA (Bisfenol A) ile etkileşimi sonucunda duktal komponentinde artma apoptozisde azalma görüldüğü rapor edilmiştir (Aygün Çevik, 2017).

2.3.12. Doğal Olarak Oluşan Diyet Kanserojenleri

Doğal olarak oluşan çeşitli diyet kanserojenlerinin gücü birçok araştırmaya teşvik etmiştir, çünkü bu kirleticiler yaşam boyunca bir tehlike oluşturmaktadır. Bu ajan kategorisine örnekler aflatoksin, aristoloşik asit ve fumonisindir. Bu kimyasallar, genel olarak dünya çapında tüketilen başlıca temel tahıllardan ve gıda maddeleriyle maruz kalma süresine bağlıdır. Bu nedenle, önleme stratejilerinde kaynak azaltma, birincil ve ikincil önleme ile ticaret ve ticarete uygun düzeyleri içermesi gerekecektir (Wild, 2020).

2.3.12.1. Aflatoksin

1970'lerin başından bu yana, aflatoksin tekrar tekrar bir insan kanserojeni olarak incelenmekte ve sonunda Monograflar Cilt 56'da insanlara (Grup 1) göre kanserojen olarak sınıflandırılmaktadır. Son zamanlarda, bir IARC Çalışma Grubu Raporu, düşük ve orta gelirli ülkelerde aflatoksine maruz kalma ve sağlık sonuçlarını özetlemiştir. Afrika ve Asya'daki klasik araştırmalar, aflatoksin ve hepatit B virüsü arasındaki ilişkinin karaciğer kanserinin gelişiminde çok büyük etkisi olduğu belgelemiştir. Daha yakın zamanlarda, aflatoksine özgü biyobelirteçlerin mevcudiyeti sonucunda, çok yüksek seviyede mısır ve mısır ürünleri tüketen popülasyonlardaki maruziyetleri bulmak için yeni araştırmalar yapılmıştır. Bazı popülasyonlar, özellikle Orta Amerika'dakiler günde 500 gram mısır tüketmektedir ve bu gıda kaynağındaki düşük aflatoksin konsantrasyonları bile günlük bazda önemli maruziyetlere yol açabilmektedir. Doğu Çin'de, 20 yıllık bir süre boyunca

toplanan serum örneklerinin mevcudiyeti, yukarıda açıklanan biyobelirteç stratejisini kullanarak değişen aflatoksin maruziyet modellerinin ölçülmesini sağlamıştır. Qidong, Çin'deki 1960'lardan 1980'lere kadar 35 yaşından küçükler için nüfusa dayalı kanser kaydı, doğum kohortlarından ilk olarak karaciğer kanseri ölüm oranlarında %50'den fazla bir azalma olduğunu belgelemiştir (Wild, 2020).

2.3.12.2. Aristoloşik asit

Epidemiyolojik araştırmaların bir birleşimi - Balkan endemik nefropatisinin etiyojisi, belirli kilo verme müdahalelerine katılan insanlarda nadir ürogenital kanserlerin araştırılması ve tümörlerde TP53'te benzersiz bir mutasyon imzası üzerine odaklanmış olup aristoloşik asitlerin insan kanserinde rolünün keşfedilmesine yol açmıştır. Aristoloşik asit, tarlalarda yetiştirilerek esas tanelerinin yanlışlıkla kontaminasyonu sonucu diyetel bir kanserojen olarak ortaya çıkmıştır. Bunun sebebi ise Aristoloşik bitkilerinin tarlalara girmesidir. Hasat sırasında, Aristolochia bitkisi gıda maddeleri (buğday gibi) ile birlikte hasat edilir. İnsanın bu kanserojene maruz kalma kaynakları, bu bileşikler grubuyla kontamine olduğu kanıtlanmış bitkisel ilaçlardır. Son 25 yıl boyunca, Aristoloşik asidin insanlara karsinojenik (Grup 1) olarak sınıflandırılmıştır. Aristoloşik asit-adenin eklentilerinin bir sonucu olan TP53 tümör baskılayıcı geninde bulunan spesifik mutasyonel biyobelirteçlerin bu kanserojeni birçok popülasyonda risk faktörü olarak keşfetmeleri için temel oluşturmuştur (Wild, 2020).

2.3.12.3. Fumonisin'in Kanser İle İlişkisi

1988'de Güney Afrika, Transkei sakinlerinde insan kanserinde fumonisinleri içeren ilk raporlar, yüksek özofagus kanseri oranları ile ilişkiliydi. Fumonisin, sfingolipid metabolizması için gerekli bir enzim olan seramid sentazın inhibisyonu yoluyla toksik etkilere neden olur. Hayvan yemindeki yüksek fumonisin seviyeleri, atlarda lökoensefalomalazi, pulmoner ödem, kilo alımında azalma ve domuzda karaciğer hasarı gibi hastalıklara neden olmuştur. Fumonisin'in, Dünya Kanser Raporu 2014'te özetlendiği gibi, sıçanlarda böbrek kanserine ve farelerde karaciğer kanserine neden olduğu gösterilmiştir (Wild, 2020).

2.4. Kanser Hastalıklarında Malnütrisyon

Malnütrisyon tanımı yetersiz besin alımından kaynaklanan azalmış yağsız vücut kütlesi ve azalmış vücut hücre kütlesine yol açan durumdur. Malnütrisyonun tanımı

pratikte yetersiz kaldığı için Avrupa Parenteral ve Enteral Nütrisyon (ESPEN) Kılavuzu, malnütrisyonun temel tanı kriterlerini belirlemiştir. Bu tanı kriterler;

- Beden kütle indeksinin (BKİ) 18.5 kg/m² 'den düşük olan
- Ağırlık kaybı, alışılmış ağırlığın %10'undan veya son 3 aydaki ağırlığın %5'inden fazla kaybı,
- 70 yaş altı kişilerde BKİ < 20 kg/m² 'nin; 70 yaş üstü kişilerde BKİ < 22 kg/m² olan
- Yağsız vücut kütlesi kadınlarda 15 kg/m² 'nin; erkeklerde ise 17 kg/m² 'nin altında olan kişiler malnütre kişiler olarak tanımlanmaktadır (Cederholm T, 2015).

Amerikan Parenteral ve Enteral Nütrisyon (ASPEN) Kılavuzuna göre ise;

- Düşük enerji alımı,
- Ağırlık kaybı,
- Kas kütlesi kaybı,
- Deri altı yağ kaybı,
- Sıvı birikimi ve el kavrama gücü değerlerinden en az iki kriterin bulunması malnütrisyon tanısı için yeterlidir (Peggi Guenter, 2012).

2.5. Kanser Hastalarında Tıbbi Beslenme Tedavisi

Kanser hastalıklarında beslenme seçimini hastanın tanısına, uygulanacak tedavinin dozuna, şekline ve beslenme durumuna göre belirlenir. Klinik kılavuzlara göre besin alımını öncelikli olarak tek düze (eşit) beslenme yoluyla başlanılmalı hasta eğer tolere edemiyorsa oral/enteral beslenmeye geçilmelidir. Enteral ürün seçerken hastanın tat algısına, takip eden kronik rahatsızlıklarına ve hastanın durumuna göre uygun görülen tüp tipi seçilerek beslenme tedavisine başlanılmalı. Eğer hasta enteral nütrisyonuda tolere edemiyorsa parenteral nütrisyon tercih edilmelidir. Kanser hastalarında az bir hafta boyunca yemek yiyemeyecekse veya besin alımında on günden fazla bir süre enerji ihtiyacının %60'ından az olduğu durumlarda parenteral nutrisyon tedavisi başlanmalıdır (Karpuzoğlu, 2019).

Kanser hastalarının enerji gereksinimleri, en doğru sonucu indirekt kalorimetre ile ölçülür. Klinik pratikte indirekt kalorimetre mevcut değilse ortalama enerji hesabı 25–30 kcal/kg/gün olarak düşünülmelidir. Bu ortalama enerji hastanın

inflamasyon durumuna ve kanserin türüne ve seviyesine göre değişiklik göstermektedir. Günlük alınması gereken protein miktarı 1.2-1.5 g/kg/gün arasında olması gerekirken katabolizma durumunda 2 g/kg/gün'e çıkılabilir. Böbrek hastalıklarında ise bu aralık 1-1.2g/kg/gün'ü geçmemelidir. Enerji harcaması ile azot ihtiyacı arasında 100-130 kcal/g N önerilmektedir. Ortalama olması gereken lipid/karbonhidrat oranı, her hastanın tedavisine veya klinik durumu göre değişiklik göstermektedir. Peritoneal karsinomatozis varlığında tıkanıklık veya asit varsa, su için 30 ml/kg/gün, sodyum için ise 1 mmol/kg/gün'ü aşmamalıdır. Özellikle vitaminler ve iz elementlerin özel olarak gerekli görülmediğinde önerilen günlük dozlardan daha yüksek miktarlarda takviye edilmemelidir (Jann Arends, 2017).

2.6. Kanser Hastalıklarında Beslenme Durumunu Tarama ve Değerlendirme Yöntemleri

Kanser hastalarında beslenme ve metabolik düzensizlikler sık görülür ve hastalığın prognozunda önemlidir. Beslenme riski taraması; erken tanı, tedavi ve farkındalığı arttırarak tedaviyi mümkün kılmayı amaçlar. Tarama yöntemlerinin etkili olabilmesi için, taramaların ucuz, kısa ve yüksek derecede duyarlı olması gerekmektedir. Beslenme Riski Taraması 2002 (NRS-2002), Malnütrisyon Evrensel Tarama Aracı (MUST), Mini Beslenme Değerlendirmesi Kısa Form (MNA-SF) ve Malnütrisyon Tarama Aracı (MST) ile hastanın değerlendirilmesi gerekmektedir (Jann Arends, 2017).

Tümörün yeri ve uygulanan tedavi, ağırlık kaybı, besin alımını ve emilimini engelleyen riskler (Anoreksi, depresyon, bulantı, kusma, ishal, asteni, azalmış fiziksel aktivite, steatore veya kabızlık, disjesi, ağrı veya yiyeceğe erişimi engelleyen sosyoekonomik problemler vb.) tespit edilmelidir (J. A. Virizuela, 2018). ESPEN kılavuzları, biyo-empedans analizi (BIA) veya çift X-ışını absorpsiyometrisi (DEXA) ile gerçekleştirilebilecek yağ ve kas oranının değerlendirmesini ve ayrıca Karnofsky, dinamomeri vb. çeşitli ölçekler kullanarak fiziksel performansın değerlendirilmesini önermektedir (Jann Arends, 2017). Beslenme durumuyla en fazla ilişkili olan biyokimyasal parametreler prealbumin ve albümindir. ESPEN kılavuzlarına göre sistematik enflamasyonu belirlemek için serum C-reaktif protein (CRP) ve albümine bakılması önerilmektedir. 5 Antropometrik parametrelerden; 6 ay boyunca %10 veya 3 ay boyunca %5 ağırlık kaybı hastalara uygulanacak beslenme tedavisinin şeklini ve türünü belirlemede etkilidir. Yaşlı kanser hastaları için uygun tarama araçları,

Malnütrisyon Tarama Aracı (MST), Mini Beslenme Değerlendirme Kısa Formu Gözden Geçirilmiş (MNA-SF) ve çoklu kullanım için geliştirilen Malnütrisyon Evrensel Tarama Aracı (MUST)'dur. Beslenme Riski Taraması 2002 (NRS-2002) yatan tüm hastalara uygulanmaktadır (Karpuzoğlu, 2019).

MUST, çeşitli hastalarda, birçok hastanede ve bakım evlerinde ilk tercih edilen tarama aracı olarak da önerilmiş olup kullanılmaktadır. Kanser hastalarına özel olarak doğruluğu kanıtlanmıştır. Mevcut BKİ'si ve son üç veya altı ayda içerisindeki ağırlık kaybını baz alarak değerlendirme yapılmaktadır. Ancak hastanede yatan hastalar söz konusu olduğunda ek bir bileşen vardır (Karpuzoğlu, 2019).

NRS-2002, Yatan hastalara uygulanan bir tarama aracı olup mevcut malnütrisyon ile hastalık ciddiyetini ölçmek için tasarlanmıştır. 0-6 arasında puanlandırma yapılmakta olup skoru ≥ 3 tespit edilenlerde beslenme değerlendirmesi ve müdahalesi gerektirmektedir (Karpuzoğlu, 2019).

MNA-SF 2001 yılında Rubenstein ve arkadaşları tarafında yaşlı hastalar için geliştirilmiş bir beslenme tarama aracıdır. 18 maddeden oluşan MNA'dan altı maddeli MNA-SF'yi geliştirmiştir. MNA-SF klinik pratikte doğru tedaviyi belirlemek için daha pratik ve uygulanabilirliği kolaydır. Hastanın son dönemlerde yetersiz besin alımı, BKİ, ağırlık kaybı, hareket durumunu, akut hastalık veya psikolojik stres ile nöropsikolojik problemleri belirlemek için kullanılmaktadır (Laurence Z. Rubenstein, 2001).

MST, son dönemlerde iştahsızlık ve ağırlık kaybını baz almaktadır. Eğer MST skoru ≥ 2 olursa hastanın malnütre olduğu veya malnütrisyon riski olduğu düşünülmelidir. MST, subjektif global göstergeler tarafından belirlenen beslenme durumuyla ilişkili minimum parametreleri kullanarak beslenme riski altındaki hastaları tanımlamak için geliştirilmiştir (Karpuzoğlu, 2019).

SGA değerlendirme azalmış fiziksel fonksiyonun yanı sıra yağ ve kas dokusundaki kaybı ölçer. Klinik pratikte zaman aldığı için uygulamada zorlanılmaktadır. Fizik muayene gerektirir. SGA hastanede yatan hastada morbidite ve mortalite oranını tespit etmede etkilidir. Genellikle klinisyenler tarafından kapsamlı bir beslenme değerlendirmesinin parçası olarak kullanılan SGA kanser hastalarında da kullanılmaktadır (Torre, 2017).

2.7. Kanser Hastalıklarında Kemoterapi Tedavisi

Kemoterapi tedavi hastanın yaşına, mevcut ağırlığına, tümörün lokasyonuna ve tipine, hastalığın evresi gibi birçok etkene bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Kanser hastalıklarının tedavisinde kullanılan yöntemler immünoterapi, cerrahi tedavi, kemoterapi ve radyoterapidir. Bu tedavilerin dışında hastalığın seyrine göre biyoterapi, hormon tedavisi gibi yöntemler de tercih edilebilmektedir (Houlston, 2008).

Kemoterapi tedavisi birçok farklı yolla uygulanmaktadır. Bu yollar tercih edilirken bazı kurallar çerçevesinde yapılmalıdır. Uygulama yolu belirlenirken hastanın konforu, kemoterapötik ajanın koruyarak güvenli bir şekilde hastaya verilmelidir. Kemoterapi uygulama yolları ise oral, intravenöz, subkutan, intratekal ve intramuskülerdir(Çanga, 2013).

2.7.1. Kemoterapi Tedavisi ve Tanımı

Kemoterapi tedavisi sağlıklı hücreleri etkilemeden, kanserin tipine ve evresine göre hücreyi tedavi etmek, tümörün gelişimini yavaşlatmak, yayılımını önlemek ve farklı bölgelere sıçramış olan kanser hücrelerini ortadan kaldırmak amacıyla uygulanan sitotoksik ilaçların kullanıldığı sistemik bir tedavi şeklidir (Aslan, Vural, Kömürcü, & Özet, 2006).

Kanserin türüne, hastanın durumuna ve evresine göre uygulanan kemoterapi protokolleri/şemaları farklılık gösterip bu etkenlere bağlı olarak kemoterapi ilaçları tek veya kombine kullanılabilir. Uygulanan her tedavi protokolü kür olarak adlandırılmaktadır. Kürler belirli aralıklarla yapılmaktadır. Bu aralıklar 2-3 gün üst üste olabilirken, 7 gün, 15 gün, 21 gün, 28 gün olarak da uygulanabilmektedir.

Kemoterapi tedavisinin dört ana klinik uygulaması;

1. Primer indüksiyon tedavisi; genellikle kanserin son evresi veya metastatik evredeki kanser türlerinde kullanılır.
2. Primer veya neoadjuvan kemoterapi; genellikle radyoterapi tedavisinden ve ameliyattan önce, lokal ileri evre hastalığı olan kişilere uygulanmaktadır.
3. Adjuvan kemoterapi; Radyoterapi tedavisinden ve ameliyattan sonra uygulanan sistematik tedavidir.
4. Kaviter veya organ perfüzyonu; vücudun kaviter boşluklarına veya dokularına uygulanan perfüzyon şeklindeki tedavidir (Ayvat, 2019).

2.7.2. Kemoterapik Ajanların Sınıflandırılması

Kemoterapötik ajanlar kimyasal yapılarına, biyolojik kaynaklarına veya hücre siklusundaki etkilerine göre sınıflandırılırlar. Etki mekanizmasına göre ise altı sınıfa ayrılmıştır. Bunlar; bitki alkaloidleri, antitümör antibiyotikleri, alkilleyici ajanlar, antimetabolitleri, topoizomeras inhibitörleri ve diğer çeşitli yapıdaki ajanlardır. Alkilleyici ajanlar, hücresel moleküllerde hidrojen atomlarının yerine geçerek DNA çapraz bağlarında ve zincirlerinde kırılmalara neden olan reaktif ajanlardır. Bu ajanlar DNA yapısını bozarak DNA, RNA ve protein sentezini inhibe edip hücre replikasyonunu önler. Bu gruptaki ilaçlar arasında, dacarbazin, ifosfamid, busulfan, karboplatin, lomustin, sisplatin, karmustin, klorambusil, siklofosfamid, melphalan, nitrojen mustard, procarbazin, thiotepa yer almaktadır. Antimetabolit ajanlar ise DNA ve RNA sentezinde gerekli esansiyel metabolitlere yapısal olarak benzerlikleri nedeniyle hücreler bu yapıları gerekli esansiyel metabolit olarak algılamaktadır. Bu grupta; sitarabin, fluourasil, methoterksat, 6-merkaptopurin, 6-thioguanin yer almaktadır. Bitki alkaloidlerinin ham maddesi Cezayir menekşesidir. Genellikle vinka alkaloidleri olarak adlandırılır. Bu ilaçlar mitoz bölünmeyi durdurup tek düze (eşit) mikrotübül formasyonu ve işlevine müdahale eder. Bu grupta ise; vinkristin, vinblastin, vindesin, etoposid, paklitaksel ve teniposid yer alır. Antitümör antibiyotikler ise DNA ve RNA transkripsiyonunu durdurur ve dokularda uzun süre kalmalarak DNA sentezinde hücre ölümün neden olarak etki gösterir. Aktinomisin D, adriamisin, bleomisin, doksorubisin, epirubisin, idarubisin bu grupta yer alan kemoterapötik ajanlardır. Topoizomeras enzimleri, hücre replikasyonu için gerekli olup DNA yapısındaki tahripleri kontrol etmektedir. İrinotekan ve topotekan bu grupta yer alan kemoterapötik ajanlardır. Bu gruplamaların dışında L-asparaginaz enzim ve kortikosteroidler gibi ajanlarda bulunmaktadır(Çanga, 2013).

2.7.3. Kemoterapiye Bağlı Görülen Yan Etkiler

Kemoterapötik ajanların sağlıklı hücreler üzerindeki etkileri, kemoterapinin yan etkileri olarak tanımlanmaktadır. Gastrointestinal mukoza, kemik iliği, gonadlar ve saç folikül hücreleri gibi hızlı bölünen hücreler kemoterapi tedavisinde oldukça fazla etkilenmektedir. Ayrıca bazı kemoterapi ajanları bazı organlara direkt etki göstererek, zaman içinde toksisiteye neden olabilmektedir. Kemoterapinin süresine ve dozuna bağlı olarak bu gibi ajanların toksisitesi artmaktadır. Kemoterapi tedavisi ile birlikte kısa sürede oluşan komplikasyonlar mukozit, bulantı ve kusma, tat duyusunda değişiklik, konstipasyon, diyare, stomatitis, sistit, göğüs ağrısı,

uykusuzluk, yorgunluk ve halsizliktir. Uzun süreli olarak görülen yan etkiler ise anksiyete, depresyon, kaşeksi, cinsel fonksiyon – infertilite, libido kaybı, konfüzyon, lenfödem, nörolojik problemler- nöropati, günlük yaşamda aktivite limitasyonları, katılım kısıtlılığı, cilt ve uyku problemleri görülmektedir (Aslan, Vural, Kömürcü, & Özet, 2006).

Kemoterapi tedavisinin yan etkileri, erken dönem, orta dönem ve geç dönem reaksiyonları olarak sınıflandırılmaktadır. Erken dönem reaksiyonlarında kemoterapötik ilaçlara karşı vücutta oluşan alerjik reaksiyonlardır. Bunlar; bulantı-kusma, deride döküntü, kızarıklık, ateş gibi yan etkilerdir. Orta dönem reaksiyonlarında oluşan en önemli yan etkiler ise kemik iliğinin baskılanmasıyla oluşan anemi, kanamaya yatkınlık, bulantı-kusma, konstipasyon, diyare, oral mukozitte artış, yorgunluk, saçlı deride alopesi, duyu durum değışikliğı ve üritikerdir. Geç dönem reaksiyonlarında ise kalp yetmezliğı ve kardiyomiyopati, mensturasyonda düzensizlik, infertilite ve sterilitte gelişimi, libidoda azalma, nörolojik problemler, nefrotoksisite, subakut meningeal iritasyonun oluşumu, hemorajik özellikli sistit gibi üriner sistem reaksiyonları görülmektedir (Çetinkaya, 2020).

Mukozit; bulunduğu yere göre adlandırılıp diğere hücrelere göre daha hızlı bölünebilme özelliğine sahip olup gastrointestinal sistem mukoz membranlarının inflamasyonu sonucu ortaya çıkar. Örneğın; ağız boşluğında görülen mukozito stomatit, ösefagusta görülen mukozito ise ösefagit denir. Genellikle kemoterapi tedavisinden 5-7 gün sonra epitel hücrelerin hasarı sonucu oluşur. Genel olarak kemoterapi tedavisi gören kanser hastaların %30-75'inde oral sorunlarla karşılaşılırken yüksek doz kemoterapi gören kanser hastalarının %85-95'inde, baş-boyun kanseri ve radyasyon ile birlikte kemoterapi alan kanser hastalarının %98'inde görülmektedir. Kanser hastalarında gelişen oral mukozit mukoza bariyerinde bozulma, epitel hücrelerde zayıflama, kanama, ödem, eritem, ses kısıklığı ve konuşma güçlüğü, sık ülserasyonlar, çiğneme ve yutma güçlüğü gibi yan etkileri bulunmaktadır. Oral mukozit oluşumunda etkili kemoterapi ilaçları; metotreksat, 5-florourasil gibi adriamisin, bleomisin, antimetabolitler, daktinomisin gibi antibiyotikler ve vinblastin gibi alkaloidlerdir. Genel olarak kemoterapi tedavisine başladıktan bir hafta sonra ortaya çıkar ve 21 gün sonra iyileşmeler görülmektedir (Çıtlak, 2015).

Tat değişimi; kemoterapötik ilaçların tükürük ile salgılanmaları ve tat reseptörleri tarafından hücre içine alınmaları nedeniyle tat duyusunda değişiklik oluşmaktadır. Tat değişimi kemoterapi tedavisi ile başlayıp tedavi boyunca hatta sonrasında da devam edebilmektedir. Yapılan bir çalışmada 30 kanser (meme, akciğer, prostat, multiple miyelom ve lenfoma) hastası ve 30 sağlıklı kontrol grubu incelenmiştir. Verilerden elde edilen sonuçlara göre tatlı ve acı tat eşik değerleri sağlıklı gruba göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Hastalarda gözlenen bu durumun hastanede kalış süresini %40 arttırdığı ve aynı zamanda hastada malnütrisyon gelişimine neden olduğu bildirilmiştir (Çanga, 2013).

Diyare ve konstipasyon; Kemoterapik ajanların alımına bağlı olarak villüs ve mikrovillüslerde kısalma, aşınma, atrofi ve inflamasyon görülür. Buda hastalarda diyareye neden olabilmektedir. Kanser hastalarında konstipasyon ise kemoterapötik ajanların oluşturduğu semptomları kontrol etmek amacıyla kullanılan ilaçlardan oluşmaktadır. Konstipasyona neden olan kemoterapötik ajanlar arasında thalidomid, vinka alkaloidleri, platin ajanları ve sisplatin sayılabilir(Çanga, 2013).

Kanser kaşeksisi (Hastalığa bağlı yetersiz beslenme); sistemik bir enflamasyonun altta yatan bir hastalık tarafından aktivasyonundan kaynaklanan durumdur. Enflamatuvar yanıt, anoreksiya gibi hastalıklara ve doku hasarına neden olur. Bu da vücut ağırlığının kaybedilmesine, vücuttaki bileşenlerle birlikte elektrolit dengesizliğine ve fiziksel fonksiyonda kayıplara neden olabilmektedir. Pre-kaşeksidede metabolik ve klinik belirtiler, istemsiz ağırlık ve kas kaybından önce fark edilir. Kaşeksi ve kaşeksinin ilerleme riski; kanserin türüne, yerine, evresine, sistemik enflamasyonun derecesine ve kanser tedavisine tepki gibi birçok faktöre bağlıdır (Karpuzoğlu, 2019).

Anoreksi; Tat değişimi, bulantı- kusma, mukozit ve/veya stomatit, diyare ve konstipasyon, enfeksiyonda artış, ağrı, yorgunluk ve metabolik bozukluklar anoreksi gelişiminde etkili olup besin alımını azalması ile oluşur (Çanga, 2013).

2.7.4. Kemoterapi Tedavisine Bağlı Kanser Hastalarında Görülen Psikolojik Komplikasyonlar

Kanser tedavisi ve süresi hastanın ihtiyaçlarına, yaşına, tümörün seviyesine, sosyo-kültürel faktörlere bağlı olarak kişiden kişiye değişiklik göstermektedir. Bunlara ek olarak, yorgunluk, halsizlik, beden imajında bozulma, umutsuzluk,

anksiyete, depresyon gibi psikolojik ve sosyal sorunlar oluşabilmektedir. Bu durum tüm onkoloji hastalarının tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir (Çetinkaya, 2020).

Kanser hastalarında sosyal ve duygusal değişimler gözlemlenebilmektedir. Sosyal olarak halsizlik, iş yaşamı ile ilgili kaygılar, finansal kaynaklarda azalma, aile üyeleri ve arkadaşlar ile olan iletişimde etkilenme, sağlık ekibindeki üyelerle iletişim sorunları, sosyal izolasyon görülür iken duygu durum ile ilişkili olarak korku, umutsuzluk, kızgınlık, mutsuzluk, gelecek kaygısı, ağrı ve yorgunluk, beden imajı değişimleri görülmektedir. Kemoterapi tedavi alan kanser hastalarında en sık yaşadığı psikolojik semptomların iştahta azalma, uyku, mental problemler, depresyon ve anksiyete semptomları olduğu bilinmektedir. Bu gibi yan etkilerin oluşturduğu psikososyal stresi en alt düzeye indirilmesi için hastalıkların sosyal destek alması gerekmektedir. Bu sosyal destek süreci hastadan hastaya değişiklik gösterip hastanın iyilik halini arttırdığı ve yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediği bilinmektedir(Çanga, 2013).

COVID-19 pandemisi esnasında kanser hastalarının tedavi ve bakımının aksamaması hastalığın seyri için oldukça önemlidir (Nayeri & Bakhshi, 2020). Virüsün bulaşma riski sağlık bakımının verilmesini zorlaştırmaktadır (Fauc, Lane, & Redfield, 2020). Birçok kemoterapi alan kanser hastası evde tedavisini devam ettirmek durumunda kalmaktadır. Bu nedenle hastaların rutin tedavisinin aksamasına neden olup anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilir. Ayrıca çoğu kanser hastasında stres ve belirsizliğe bağlı olarak yorgunluk hissetmektedir. Yapılan bir çalışmaya göre kanser hastalarının %87'sinde pandemi süresince güvenlik hissinde azalmalar, konsantrasyonda güçlük, bilişsel işlev bozukluğu ve günlük işlerinin önemli bir kısmında aksamalar olduğunu ifade edilmiştir (Ciężyńska, 2020).

2.7.5. Kemoterapi Tedavi Gören Kanser Hastalarının Tıbbi Beslenme Tedavisi ve Tıbbi Hikayesi

Kanser hastalarının geçmiş ve mevcut hastalıkları, beslenme öyküsü, besin ögesi gereksinimleri, beslenme durumunun değerlendirilmesi, antropometrik ölçümler, biyokimyasal parametrelerin değerlendirilmesi ve klinik izlemin belirlenmesinden oluşmaktadır. Kanser tedavisi gören her hasta için uygun yöntemin seçiminde dikkatli olmak ve her birey için doğru yöntemi seçmek gerekir.

Beslenme durumunun değerlendirilmesinde tıbbi hikayenin alınması gereklidir. Tıbbi hikaye ile hastalığın evresi, tümör tipi, beslenme durumunun değerlendirilmesi, planlanan tedavinin yoğunluğu ve hastalığın remisyon durumu takip edilmesi açısından önemlidir. Beslenme durumu değerlendirilirken;

1. Devam etmekte olan hastalığın ve tedavinin semptomlarını ortaya koyma, daha önceki antitümör tedavileri ve tedavinin beslenme durumuna etkileri ile besin ögesi alımında, dağılımında ve emilimindeki etkilerini belirleme,
2. Besin alerjisi ve intoleransını sorgulama
3. Tedavi esnasında kullanılan ilcaların ve buna bağlı oluşan yan etkilerin belirlenmesi Sosyo-kültürel hikayesinin ve alım gücünün belirlenmesi(Çanga, 2013).

2.7.6. Kanser Hastalarında Fizik Muayene ve Antropometrik Ölçüm

Kemoterapi tedavisi alan kanser hastalarında fizik muayene ve antropometrik ölçümler oldukça önemlidir. Kemoterapiye bağlı alopesi (saç dökülmeleri), gastrointestinal mukozal anomaliler ve besin ögesi yetersizlikleri (B vitamini yetersizliği nedeniyle stomatit vb.) görülebilir. Örneğin; kemoterapiye bağlı olarak oluşan hipotalbüminemiye bağlı ödem, fizik muayene sırasında kas kaybı ve yağsız vücut kütlesi kaybını maskeleyebilir (Hopancı, 2020).

Cinsiyet ve yaşa göre boy uzunluğu ve ağırlık, beslenme durumunun değerlendirilmesi ve izlenmesinde uzun yıllardır kullanılan ucuz ve zahmetsiz temel antropometrik verilerdir. Kanser hastalarında bunlarla birlikte baldır çevresi (BÇ, cm) ve üst orta kol çevresi (ÜOKÇ, cm) ölçümü de hastanın mevcut beslenme durumunu ortaya koymakta ve malnütrisyon tanısı için önemlidir. Baldır çevresi hasta ayakta dururken, sağ baldırın en kalın bölgesinden çok gevşek bırakmadan ve sıkmadan mezura ile maksimum çevre ölçümüdür. Baldır çevresi kas kütlesi ile ilişkili olup 31 cm'den küçük baldır çevresi sarkopeni olarak kabul edilmektedir. Üst orta kol çevresi ise kol dirsekten 90 derece bükülüp, omuzda akromial çıkıntı ile dirsekte olekranon çıkıntı arası orta nokta işaretlenerek kol çevresi ölçülür. Kadınlarda <23.2 cm, erkeklerde <26.4 cm malnütrisyon olarak tanımlanır (Hopancı, 2020).

Antropometrik ölçümler; hatalı ölçüm, hastalara bağlı oluşan sorunlar, yanlış ekipman kullanımı ve ağırlık ile protein-enerji depolarının dengesizliği gibi yanıltıcı sonuçlar ile karşılaşılabilir. Biyoelektrik impedans (BIA) vücut kompozisyonunun

değerlendirilmesinde kullanılan yaygın bir yöntemdir. Bu yöntem vücuttaki su ve iyondan oluşan yağsız vücut kütlelerinin yağ kütlelerine göre elektrik iletkenliğinin daha hızlı olması esasına dayanır (Wm. Cameron Chumlea, 1994). Diğer bir yöntem ise Dual-enerji X-rey absorbsiyometri (DEXA)'dir. DEXA ile yağ ve mineral kütlesi, yağsız vücut kütlesi, ölçülebilir. DEXA kemik mineral yoğunluğundaki herhangi bir anormalliği gösterir (Babette S. Zemel, 1997).

2.7.7. Kanser Hastalarında Biyokimyasal Parametreler

Kanser hastalıklarının tedavisinde serum elektrolit ve mineral konsantrasyonlarının yaygın olarak dengesi bozulur. Karaciğerde sentezlenen visseral proteinlerin düşüşleri aminoasit veya hepatik ile birlikte diğer visseral protein kütlelerinde azalmalar görülür. Bunun ile birlikte serum proteinleri enfeksiyon ve katabolik süreçlerden etkilenmektedir. Enfeksiyon veya diğer katabolik hastalıklarda pozitif akut faz proteinlerinin (C reaktif protein, ferritin, seruloplazmin vb.) konsantrasyonları artarken, negatif akut faz proteinlerinin (albümin, prealbümin, transferin ve retinol bağlayıcı protein vb.) konsantrasyonları düşer. Serumda en yaygın olarak bulunan protein albümin en ucuz ve en kolay ölçülen proteindir. Serum total proteinde 5-10 g/dL kadar bulunmaktadır. Fakat yarılanma ömrünün uzun olması beslenme durumunu değerlendirilmede duyarsız kılmaktadır. Bu yüzden her hipoalbüminemi durumu malnütrisyonun ile pozitif ilişkili değildir. Prealbümin ise visseral bir proteindir ve retinol bağlayıcı protein ile plazmada 1:1 oranında bulunmaktadır. Yüksek esansiyel aminoasit/non-esansiyel aminoasit oranına sahip olup kısa yarılanma ömrü nedeniyle mevcut visseral protein durumunun iyi bir göstergesidir. Bu yüzden prealbümin serum albümine göre daha duyarlıdır fakat karaciğer hastalıklarında veya akut faz proteinlerine yanıt olarak plazma konsantrasyonunda düşüşler gözlenebilir. Vitamin ve mineral düzeylerinin sürekli takibi, özellikle total enteral ve parenteral beslenme desteği yapılan kanser hastalarında faydalı olabilir. Ayrıca vitamin ve mineral seviyelerinin laboratuvar analizleri ile de tümör yükünün ve metabolik süreçlerin etkisi belirlenebilir(Çanga, 2013).

2.8. Kanser Hastalıklarında Oral-Enteral Beslenme

Oral beslenme hastanın ihtiyacı olan ve günlük hedeflenen enerjiye ve proteine ulaşmak için, hastaya ek olarak verilen özel ürün/desteklerdir. Oral yolu tolere edebilen, malnütrisyon gelişmiş ya da malnütrisyon gelişme riski olan hastalarda oral

destek ürünleri ile ağızdan beslenilmesi önerilir (Akıncı, 2011). Enteral beslenme ise gastrointestinal sistem (GİS)'i aktif olan kişilerde doğal mekanizmasının sürdürülmesi, septik komplikasyonların ve malnütrisyonun önlenmesi açısından önemlidir. Nöromusküler, kanser kardiyovasküler hastalıklar, gastrointestinal, travma ve yanık gibi nedenlerle oral yoldan beslenemeyen hastalarda sıklıkla tercih edilen bir yoldur (Topelli, 2001). Bu yöntem, doğrudan bir tüp ile cerrahi bir yöntemle veya peruktan girişimlerle uygulanabilir (Gürkan, 2013). Enteral Beslenme (EB) çoğunlukla protein enerji malnütrisyonu olan veya malnütrisyon gelişmesi riski olan hastalarda uygulanır. Bu hastalar;

- Yedi günden daha fazla bir süre yetersiz oral alım beklenen ve 10 gün içinde önerilen alımın $<60\%$ 'ı tolere edemeyen,
- Malnütrisyon veya malnütrisyonu girileceği ön görülen hastalarda,
- Yetişkinlerde $BMI < 18.5 \text{ kg/m}^2$ olan kişilerde
- Son üç ay içinde, $>5\%$ kilo kaybı
- 70 yaş altı geriatrik hastalarda $< 20 \text{ kg/m}^2$, 70 yaş üzeri geriatrik hastalarda $< 22 \text{ kg/m}^2$ ise, enteral beslenme tercih edilmelidir (Muscaritoli, Arends, Bachmann, & al., 2021).

Enteral beslenme yolu seçilirken; öncelikli mevcut hastalık durumu değerlendirilmeli, hastanın öyküsü iyi anamnez edilmeli (cerrahi veya kronik bir hastalık vb.), GİS'in anatomik yapısı ve motilite fonksiyonuna dikkat edilmelidir (Akıncı, 2011).

2.9. Kanser Hastalıklarında Parenteral Beslenme

Parenteral beslenme (PB) gastrointestinal sistemi çalışmayan veya absorpsiyon kapasitesi düşük olan ve oral alımı mümkün olmayan kişilere uygulanır. Uygun şekilde kullanıldığında hastanın iyileşmesini olumlu etkilemesine rağmen uygunsuz kullanımı enfeksiyöz komplikasyonların artmasına, metabolik anormalliklerin oluşmasına ve medikal maliyetlerin artışına neden olur. Parenteral beslenmeye başlamadan önce; şok, şiddetli elektrolit dengesizlikleri, dekompanse asit-baz dengesi bozuklukları ve aşırı hidrasyon düzeltilmelidir (Demirel, 2010).

Parenteral beslenme hastaya iki farklı şekilde uygulanmaktadır. Birinci yol periferik parenteral beslenme iken ikinci yol santral parenteral beslenmedir. Bu yollar seçilirken hastanın son durumu göz önünde bulundurulmalıdır. Eğer hastada

malnütrisyon yok ise amaç vücut kas kütleini korumaktır (Muscaritoli, Arends, Bachmann, & al., 2021). Kansere hastalarında parenteral beslenme;

- GİS'i az çalışan veya hiç çalışmayan kanser hastalarına,
- Teropatik gerekçelerle bağırsağın uzun süre dinlendirilmesi gereken durumlarda,
- Kemoterapi veya radyoterapi gibi tedaviler sonucunda vücut ağırlığının kaybedildiği veya kaybedileceğinin düşünüldüğü durumlarda,
- Oral alımla, enerji ve nitrojen gereksiniminin %50'sinden azının alındığı durumlarda,
- Oral alımın en az 7 – 10 gün kesileceği ön görüşünün bulunduğu durumlarda tercih edilmesi önerilmektedir. (Çekmen, 2014)

2.10. COVID-19 Döneminde Beslenme ve Kansere İle İlişkisi

Covid-19, SARS virüsüne benzeyen SARS-CoV-2 virüsünden kaynaklanmaktadır. Covid-19 enfeksiyonunun en yaygın semptomları ateş, öksürük ve nefes darlığıdır. Mevcut verilere göre, Covid-19 virüsünün insandan insana bulaş yolu solunum, damlacık ve temas yollarıdır. Bu virüs pnömoni dahil olmak üzere daha kötü solunum komplikasyonlarına kadar yol açabileceğinden kanser hastaları için oldukça risklidir. Özellikle radyoterapi, kemoterapi gibi tedavisi devam eden kanser hastalarının immün sistemleri baskılandığından beslenmelerine ve hijyen kuralları oldukça önem arz etmektedir (Bulent Citgez, 2020). Şu anda, Covid-19'a karşı kesin bir antiviral ajan veya spesifik bir aşı yoktur. Tedavi seçenekleri içerisinde remdesivir, hidroksiklorokin, azitromisin ve plazma tedavisi bulunmaktadır. Bu ilaçlara ek olarak, C vitamini, D vitamini, çinko ve melatonin gibi yardımcı tedaviler de Covid-19 hastaları için tedavi protokolüne içerisinde (Lisa Gibbs, 2020).

Covid-19 döneminde Çin'de yapılmış 11 çalışmayı içeren metaanaliz çalışmasına göre Corona virüs bulaşan tüm vakaların %2'sinde kanser tanısı olduğu bildirilmiştir. Corona virüse yakalanan kanser hastaları bu süreci oldukça ağır geçirdikleri tespit edilmiştir(Desai et al., 2020). Yine Çin'deki 14 merkezden 105 kanser hastası, kanser olmayan 536 hasta ile karşılaştırıldığında, kanser hastalarının, özellikle akciğer kanseri, hematolojik kanserler ve metastatik hastaların daha yüksek risk taşıdığı bildirilmiştir. ABD'nin New York eyaletinde bulunan Mount Sinai

Hastanesinde Covid-19 tanısı alan 5688 hastanın %6'sının (334) kanser tedavisi gördüğü bildirilmiştir (Dai et al., 2020). Bu hastaların tanıları prostat kanseri, meme kanseri, kolorektal kanser ve ürogenital kanser idi. Bu hasta grubunda özellikle 66-80 yaş aralığında entübasyon gereksinimi daha fazla olduğu bildirilmiştir. Ayrıca 50 yaş altı tüm hastalar incelendiğinde, kanser tanısı olanlarda mortalite oranı daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Miyashita et al., 2020).

Amerikan Kanser Araştırma Enstitüsü, kanserli hastalarda Covid-19 döneminde takviye edici besinlerin özellikle antioksidan takviyelerinin aşırı tüketiminden kaçınılmasını önermektedir (Lisa Gibbs, 2020). Aktif kemoterapi ve radyasyon alan hastalar için bitkisel, geleneksel ilaçlar, vitamin ve mineral takviyelerinin kullanımı tartışmalıdır. Birkaç randomize klinik çalışma, antioksidanların kemoterapi veya radyasyon tedavisi ile birlikte uygulanmasının tedaviye bağlı yan etkileri azalttığını göstermiştir. Bazı veriler, antioksidanların tümör hücrelerinin yanı sıra sağlıklı hücreleri radyasyon terapisi ve bazı kemoterapötik ajanların oluşturduğu oksidatif hasardan koruyabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte, diğer veriler, antioksidanların, tümör kontrolünü azaltmadan tek düze (eşit) dokuları kemoterapi veya radyasyon kaynaklı hasardan koruyabileceğini göstermektedir. Bazı durumlarda, bu tür takviyeler kemoterapi veya radyasyonu tedavisinin etkinliğini olumsuz etkileyebilir (Brian D Lawenda 1, 2008). Sepsisle ilişkili akut solunum sıkıntısı olan hastalarda yüksek doz intravenöz C vitamini ile ilgili daha önce yapılmış randomize kontrollü çalışmalardan elde edilen verilere dayanarak Covid-19 hastalarında da yüksek dozlarda C vitamini araştırılmaktadır (Alpha A Fowler, 2019). Bununla birlikte, yüksek -doz C vitamini, doksorubisin, mitomisin ve bleomisin kullananlar da dahil olmak üzere bazı antikanser tedavisinde kontrendike olabilir. Amerikan Kanser Derneği, onkologları kanser hastalarının tedavi esnasında antioksidan diyet takviyelerinin aşırısından kaçınılması gerektiği önermektedir. Kanser olmayan Covid-19 hastalarında yüksek dozlarda C vitamini denemek faydalı olabilirse de, Covid-19 döneminde kanser hastalarının tedavisini etkilemeyecek düzeyde C vitamini kullanımında sakınca olmadığını bildirmiştir (Lisa Gibbs, 2020). 34.887 sağlıklı erkekte ek selenyum ve vitamin E'nin prostat kanseri insidansı üzerindeki etkilerini araştırılmış olup E vitamini takviyesinin kanser riskini önemli ölçüde artırdığını bulunmuştur (Eric A Klein, 2011).

Enteral veya parenteral yolla beslenen kanser hastaların birçoğu Covid-19 esnasında oldukça zorluk çekmektedir. Acil durumlar dışında olası bir enfeksiyon durumundan ötürü cerrahi operasyon yapılması önerilmemektedir. Kanserli hastaların için besin güvenliği ve güvencesi konusunda her zaman tedirginlik duyulmaktadır. Özellikle bu tarz immün sistemi baskılanmış hastalıklarda COVID-19 döneminde yiyeceklerin daha uzun süre dayanmasını sağlamak için son kullanma tarihlerini göz ardı edilmemelidir. Yetersiz beslenme kanser hastalarının bağışıklık sistemini olumsuz etkileyeceğinden yeterli ve dengeli beslenme bu dönemde oldukça önemlidir (Lisa Gibbs, 2020).



3. GEREÇ-YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Tanımlayıcı – prospektif olan bu çalışma, 01.12.2020- 28.02.2020 tarihleri arasında Malatya Onkoloji Hastanesindeki kriterlere uygun ve çalışmaya katılmayı kabul eden kanser hastalarına uygulanmıştır. Bu çalışmaya 24-50 yaş aralığındaki kemoterapi tedavisi gören 30 kadın ve 30 erkek hasta dahil edilmiştir. 18 yaşından küçük ve 50 yaşından büyük kadın ve erkek hastalar, radyoterapi, radyoterapi ve kemoterapi tedavisini birlikte gören ve menopoza sürecinde ve menopoza sonrasındaki Kadınhastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Demografik Veri Formu (Ek-1)

Çalışmalar tarafından oluşturulan ve içerisinde katılımcıların yaş, cinsiyet, maddi durum gibi demografik bilgilerinin sorulduğu formdur.

3.3.2. Nutrition Day Formu- Türkçe (Ek-2)

Avrupa Konseyi'nin 2003 kararında belirtilen hedeflere göre uygun beslenme tedavisinin uygulanmasını teşvik etmek için yıllık anket yapma amacı ile geliştirilen ve Ocak 2006'da Prof. Dr. Michael Hiesmayr (Viyana Tıp Üniversitesi), Viyana Tıp Üniversitesi, Avusturya Klinik Beslenme Derneği (AKE) ve ESPEN'in desteğiyle geliştirilmiş olan 'Nutrition Day' formları kemoterapi tedavisi gören kanser hastalarının tedavi esnasında ve tedaviden sonraki bir hafta içerisinde hastaların beslenme durumunu değerlendirmek için uygulanmıştır. Bu formlar üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm onkoloji biriminin yapısını ve hastanın primer hekime yöneltilen soruları, ikinci bölüm hastanın hastalığı ile ilgili tıbbi ayrıntıları, üçüncü bölüm ise hastanın tıbbi bilgilerinin yer aldığı kısımlardan oluşmaktadır (<http://www.nutritiondayus.org/misc/icu-forms>, 2019).

3.3.3. 24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı (Ek-3)

Bireye son 24 saat içinde veya daha fazla gün içinde tükettiği tüm besinler ve içecekler sorulmuştur. Besinlerin porsiyon modelleri, ev ölçüleri (su bardağı, çay bardağı, kahve fincanı, kupa, yemek kaşığı (silme, tepeleme), kepçe, tatlı kaşığı, küçük, orta boy, büyük boy vb. ile bilinen net miktarları kullanılarak sağlanmıştır. Her besinin sağladığı enerji ve besin öğeleri miktarları Beslenme Bilgi Sistemi

(BeBİS-8) programı kullanılarak hesaplanmıştır. Tüm günlerin toplamı gün sayısına bölünerek ortalama bir günlük besin türlerinin ve besin öğelerinin miktarı bulunmuştur. Hesaplanan enerji ve besin öğelerinin karşılanma yüzdeleri Türkiye Beslenme Rehberi'ne (TÜBER-2015) göre değerlendirmiştir (Tablo 4) (Türkiye Beslenme Rehberi 2015 (TÜBER), 2016).

3.3.4. Besin Tüketim Sıklığı Veri Toplama Formu (Ek-4)

Süt ve süt ürünleri, kurubaklagiller, sebze ve meyveler, ekmek diğer tahıllar, et ve et ürünleri, yağlar, şeker, tatlılar, kuruyemişler, baharatlar, içecekler ve özel beslenme alışkanlıkları bölümleri bulunan bireylerin geriye dönük besin tüketim sıklığı ve tüketim miktarları sorgulanarak form doldurulmuştur (Pekcan, 2008).

3.3.5. Covid-19 Korkusu Ölçeği (Ek-5)

Bireylerin Covid-19 kaynaklı korku düzeylerinin ölçülmesi için Ahorsu ve arkadaşları (2020) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin öğeleri korku üzerindeki mevcut ölçeklerin kapsamlı bir şekilde gözden geçirilmesi, uzman değerlendirmeleri ve katılımcı görüşmeleri temel alınarak oluşturulmuştur. Ölçek tek faktörlü yapıdadır ve beşli Likert tipinde (1 = Kesinlikle katılmıyorum; 5 = Kesinlikle katılıyorum) yedi maddeden oluşmaktadır. Ölçekte test yönlü madde bulunmamaktadır. Ölçeğin iç tutarlılığı 0,82 ve test tekrar test güvenirliği 0,72 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan yüksek puan, covid-19 korkusunun yüksek olduğunu göstermektedir (Nefise Ladikli, 2019).

3.3.6. Algılanan Stres Ölçeği (Ek-6)

Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından geliştirilmiştir. Toplam 14 maddeden oluşan ASÖ kişinin hayatındaki birtakım durumların ne derece stresli algılandığını ölçmek için tasarlanmıştır. Katılımcılar her maddeyi “Hiçbir zaman (0)” ilâ “Çok sık (4)” arasında değişen 5’li Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmektedir. Maddelerden olumlu ifade içeren 7’si tersten puanlanmaktadır. ASÖ’nin üç formunun da yeterli düzeyde güvenirliğe sahip olduğuna işaret etmektedir. İç tutarlık katsayıları ASÖ-14 için 0.84, ASÖ-10 için 0.82, ASÖ-4 için ise 0.66 olarak bulunmuştur (Mehmet Eskin, 2013).

3.3.7. Fiziksel Aktivite Formu (Ek-7)

Fiziksel hareketsizlik, birçok kronik sağlık bozukluğuyla ilişkili küresel bir sorundur. Kùltürler arası karşılaştırmalara izin veren fiziksel aktivite ölçekleri geliştirilmiştir. 1.097 üniversite öğrencisi (721 kadın, 376 erkek; 18-32 yaş) gönüllü üzerinde uygulanmıştır. Caltrac ivme ölçer verileri, kısa ve uzun formlar için iyi uyuşan 80 katılımcıdaki IPAQ puanlarıyla karşılaştırılmıştır. IPAQ kısa ve uzun formlarının Türkçe versiyonları fiziksel aktivitenin değerlendirilmesinde güvenilir ve geçerli olduğu sonucuna varılmıştır (Melda Sağlam, s. 2012).

3.4. İstatistiksel Analiz

Sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma (SD) hesaplanmıştır. Değişkenlerin normalliği Shapiro-Wilk testi ile analiz edilmiştir. İki grup ortalama karşılaştırmasında iki grup için Mann-Whitney Testi kullanılmıştır. İki değişken arasında önemli bir farklılaşma olup olmadığının test edilmesi için Oneway ANOVA testi ve Pearson Chi-Square Testi uygulanmıştır.

Hipotezler çift yönlü olup, $p \leq 0.05$ ise istatistiksel olarak önemli farklılığın olduğu kabul edilerek, tüm istatistiksel analizler R yazılımı/programlama (sürüm 3.6.2 (2019-12-12) - CRAN) kullanılarak değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan bireylerden anket ve ölçekler aracılığıyla toplanan verilerin analiz edilmesi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Bu bulgulara dayanarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

Hastaların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

		Kadın (n=30)		Erkek (n=30)		χ^2 #	p
Değişkenler		Birey Sayısı	Oran(%)	Birey Sayısı	Oran(%)		
Yaş	20-30	4	13,3	5	16,7	50,468	0,008*
	31-40	5	16,7	10	33,3		
	41-50	21	70,0	15	50,0		
Yaşadığı Yer	Büyükşehir	23	76,7	18	60,0	7,953	0,047*
	Şehir	3	10,0	2	6,7		
	İlçe	4	13,3	3	10,0		
	Köy	-----	-----	7	23,3		
Sosyal Güvence	BAĞ-KUR	2	6,7	1	3,3	2,803	0,423
	SGK	26	86,7	23	76,7		
	Yeşil Kart	2	6,7	5	16,7		
	Yok	-----	-----	1	3,3		
Medeni Durumu	Evli	20	66,7	27	90,0	5,376	0,146
	Bekar	5	16,7	1	3,3		
	Eşi Vefat	4	13,3	2	6,7		
	Etmiş						
	Boşanmış	1	3	-----	-----		
Sigara Kullanımı	Hiç İçmemiş	23	76,7	18	60,0	2,701	0,259
	Bırakmış	5	16,7	6	20,0		
	Halen İçiyor	2	6,7	6	20,0		

Tablo 3.'ün devamı

		Kadın (n=30)		Erkek (n=30)			
Değişkenler		Birey Sayısı	Oran(%)	Birey Sayısı	Oran(%)	χ^2 #	p
Yaşadığı Ev	Apartman	26	86,7	18	60,0	5,545	0,02*
	Dairesi						
	Müstakil	4	13,3	12	40,0		
Kaldığı Ev	Kendisine Ait	17	56,7	24	80,0	5,786	0,055
	Ailesine Ait	7	23,3	1	3,3		
	Kira	6	20,0	5	16,7		
Yaşama Ortamı	Tek Başına	5	16,7	17	56,7	11,386	0,003*
	Eşi ile	6	20,0	13	43,3		
	Eşi ve Çocukları	19	63,3	----	----		
Eğitim Durumu	Okumamış	4	13,3	3	10,0	7,754	0,101
	İlkokul	9	30,0	15	50,0		
	Ortaokul	7	23,3	7	23,3		
	Lise	4	13,3	5	16,7		
	Üniversite	6	20,0	-----	-----		
İş	Çalışmıyor	24	80,0	6	20,0	30,362	0,000*
	Emekli	2	6,7	19	63,3		
	Masa-başı	4	13,3	1	3,3		
	Bedensel	----	-----	4	13,3		
Gelir Düzeyi (TL)	< 2.825	5	16,7	8	26,7	5,163	0,16
	2825	15	50,0	19	63,3		
	5.650	9	30,0	3	10,0		
	11.300	1	3,3	-----	-----		

Tablo 3.'ün devamı

		Kadın (n=30)		Erkek (n=30)		x ^{2#}	p
Değişkenler		Birey Sayısı	Oran (%)	Birey Sayısı	Oran (%)		
Kanser Dışında Bulunan Kronik Hastalık Durumu	Hipertansiyon	5	16,7	7	23,3	3,061	0,691
	Diyabet	2	6,7	1	3,3		
	Osteoartrit	2	6,6	1	3,3		
	Hiperlipidemi	2	6,7	1	3,3		
	Diğer	6	10,0	2	6,7		
	Yok	15	53,3	18	60,0		
Yürümeye Yardımcı Araç	Yok	29	96,7	26	86,7	1,964	0,161
	Baston	1	3,3	4	13,3		

Pearson Chi-Square Testi, *p<0,05 önemli

Tablo 3'te kadın ve erkek hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Kadın hastaların yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde %13,3'ü 20-30 yaş grubunda, %16,7'si 31-40 yaş grubunda ve %70'i 41-50 yaş grubunda yer almaktadır. Yaşadığı yere göre; %76,7 büyükşehirde, %10'u şehirde, %13,3'ü ise ilçede yaşadığını bildirmiştir. Sosyal güvenceye göre; %6,7'si BAĞ-KUR, %86,7'si SGK ve %6,7'si yeşil kartlıdır. Medeni durumuna göre; %66,7'si evli, %16,7'si bekar, %13,3'ünün eşi vefat etmiş, %3'ü ise boşanmış olduğunu bildirmiştir. Alkol kullanımına göre; %93,3'ü hayır, %6,7'si ise nadir olduğunu bildirmiştir. Sigara kullanımına göre; %76'sı kullanmıyor, %16,7'si bırakmış, %3,3'ü tek-tük, %3,3'ü ise günde 1 paket kullandığını bildirmiştir. Yaşadığı eve göre; %86,7'si apartman dairesinde, %13,3'ü müstakilde oturduğunu bildirmiştir. Kaldığı eve göre; %56,7'si kendisine ait, %23,3'ü ailesine ait ve %20'si ise kirada oturduğunu bildirmiştir. Yaşama ortamına göre; %16,7'si tek başına, %20'si eşi ile, %63,3'ü eşi ve çocukları ile yaşadığını bildirmiştir. Eğitim durumuna göre; %13,3'ü okumamış, %30'u ilkökul, %23,3'ü ortaokul, %13,3'ü lise ve %20'si üniversite mezunudur. İş durumuna göre; %80'i çalışmıyor, %6,7'si emekli, %13,3'ü masa-başı olduğunu

bildirmiştir. Gelir düzeyine göre; %16,7'si <2,825 tl, %50'si 2825 tl, %30'u 5,650 tl, %3,3'ü ise 11,300 tl'dir. Kanseri dışında bulunan kronik rahatsızlık durumuna göre; %16,7'si hipertansiyon, %6,7'si diyabet, %6,6'sı osteoartrit, %6,7'si hiperlipidemi, %10'u diğer ve %53,3'ünde ise yoktur. Yürümeye yardımcı araç kullanımına göre; %96,7'si yok, %3,3'ü baston kullanmaktadır. Erkek hastaların ise yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde %16,7'si 20-30 yaş grubunda, %33,3'ü 31-40 yaş grubunda ve %50'si 41-50 yaş grubunda yer almaktadır. Yaşadığı yere göre; %60'ı büyükşehirde, %6,7'si şehirde, %10'u ilçede %23,3'ü köyde yaşadığını bildirmiştir. Sosyal güvenceye göre; %3,3'ü BAĞ-KUR, %76,7'si SGK ve %16,7'si yeşil kartlı ve %3,3'ünün yoktur. Medeni durumuna göre; %90'nı evli, %3,3'ü bekar, %6,7'sinin eşi vefat etmiştir. Sigara kullanımına göre; %60'ı kullanmıyor, %20'si bırakmış, %3,3'ü tek-tük, %6,7'si haftada 1 paket, %10'u ise günde 1 paket kullandığını bildirmiştir. Yaşadığı eve göre; %60'ı apartman dairesinde, %40'ı müstakilde oturduğunu bildirmiştir. Kaldığı eve göre; %80'i kendisine ait, %3,3'ü ailesine ait ve %16,7'si ise kirada oturduğunu bildirmiştir. Yaşama ortamına göre; %56,7'si tek başına, %43,3'ü eşi ile yaşadığını bildirmiştir. Eğitim durumuna göre; %10'u okumamış, %50'si ilkokul, %23,3'ü ortaokul, %16,7'si lise mezunudur. İş durumuna göre; %20'si çalışmıyor, %63,3'ü emekli, %3,3'ü masa-başı ve %13,3'ü bedensel bir işte çalıştığını bildirmiştir. Gelir düzeyine göre; %26,7'si <2,825 tl, %63,3'ü 2825 tl, %10'u ise 5,650 tl'dir. Kanseri dışında bulunan kronik rahatsızlık durumuna göre; %23,3'ü hipertansiyon, %3,3'ü diyabet, %3,3'ü osteoartrit, %3,3'ü hiperlipidemi, %6,7'si diğer ve %60'ında ise yoktur. Yürümeye yardımcı araç kullanımına göre; %86,7'si yok, %13,3'ü baston kullanmaktadır. Yapılan analiz sonucuna göre hastaların cinsiyetleri ile yaşadığı yer ($p=0,047$), yaşadığı ev ($p=0,02$), yaşama ortamı ($p=0,003$), iş durumları ($p=0,000$) değişkenleri arasında önemli bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4. Besin Tüketim Değişkenlerin Cinsiyete Göre Dağılımı

Değişkenler	Kadın (n= 30)					Erkek (n=30)				
	$\bar{x}$	SD	Ref. Ar.	u [#]	p	$\bar{x}$	SD	Ref. Ar.	u [#]	p
Enerji (kcal)	1333.8	472.48	-----	0.742	0.496	1242.1	484.47	----	0.742	0.496
CHO (g)	135.73	68.27	130	0.779	0.554	122.89	59.13	130	0.779	0.554
Prot. (g)	55.41	23.57	49.8-62.7	-0.602	0.848	60.9	44.01	59.7-65.1	-0.602	0.848
Yağ (g)	61.93	20.34	55-65	-1.164	0.647	133.95	338.36	55-65	-1.164	0.647
Potasyum (mg)	1987.91	1408.02	4000	0.531	0.679	1823.71	940.39	4000	0.531	0.679
Sodyum (g)	3053.68	1107.37	1300	0.357	0.143	2902.07	2045.62	1300	0.357	0.143
Fosfor (mg)	1034.28	575.18	550	0.704	0.544	943.82	406.25	550	0.704	0.544
Kolesterol (mg/dL)	225.22	135.29	200	-0.591	0.589	244.46	115.84	200	-0.591	0.589
Lif (çözünbilir)	4.8	2.82	8.3	1.734	0.162	3.71	1.98	8.3	1.734	0.162
Lif (çözünmez)	12.1	8.72	16.7	-1.426	0.871	180.14	645.37	16.7	-1.426	0.871
Kalsiyum(mg)	685.48	251.21	950-1000	0.233	0.701	667.54	338.77	950-1000	0.233	0.701
Demir(mg)	7.8	5.15	11-16	1.222	0.186	6.47	3.03	11	1.222	0.186
Magnezyum(mg)	223.77	88.47	300	-0.33	0.442	235.09	165.5	350	-0.33	0.442
Çinko(mg)	8.38	3.52	7,5-12,7	0.538	0.336	7.86	4.04	9.4-16.3	0.538	0.336
Flor(mcg)	570.12	347.07	270-700	2.213	0.041	409.6	193.39	330-700	2.213	0.041*
Su (ml)	896.6	331.37	2000	0.53	0.506	852.99	305.36	2500	0.53	0.506
A Vit. (mcg)	1061.8	980.67	650-3000	1.253	0.174	799.63	593.75	750-3000	1.253	0.174
C Vit.(mg)	60.29	31.74	95	-1.394	0.267	193.67	523.06	110	-1.394	0.267
E Vit. (eşd.)(mg)	8.47	5.95	11	-0.855	0.496	15.16	42.41	13	-0.855	0.496
K Vit.(mcg)	88.84	98.4	90	1.721	0.137	54.83	45.19	120	1.721	0.137

B1 Vit/Tiamin	0.73	0.37	1.1	0.982	0.135	0.64	0.34	1.2	0.982	0.135
B2 Vit/Ribofl.	1.39	1.23	1.1	0.889	0.377	1.17	0.52	1.3	0.889	0.377
Niasin eşd.(mg/1000kcal)	24.53	21.92	6.7-35	0.985	0.387	20.24	9.43	6.7-35	0.985	0.387
B5 Vit/Pant.as(mg)	4.83	7.13	5	0.935	0.451	3.59	1.57	5	0.935	0.451
B6 Vit/Pirid.(mg)	0.98	0.41	1.3	0.984	0.148	0.87	0.48	1.3	0.984	0.148
Folat, topl.(mcg)	235.92	96.44	330	1.629	0.05	192.12	111.27	330	1.629	0.05
B12 Vit.(mg)	3.44	1.74	4	-0.555	0.965	3.76	2.63	4	-0.555	0.965
Fenilalanin	2518.19	914.86	38	0.491	0.375	2399.44	958.7	38	0.491	0.375
Triptofan	663	247.27	6	-0.08	0.657	668.85	315.41	6	-0.08	0.657
Tirozin	2032.88	747.59	38	0.18	0.574	1995.71	849.21	38	0.18	0.574
Valin	3096.84	1096.63	55	0.358	0.496	2986.22	1289.64	55	0.358	0.496
Lösin	4424.57	1594.48	59	0.264	0.515	4309.26	1789.33	59	0.264	0.515
İzolösin	2742.69	1084.29	30	-0.131	0.836	2782.84	1273.77	30	-0.131	0.836
Metiyonin	1141.59	410.72	22	-0.027	0.701	1144.68	482.88	22	-0.027	0.701
Sistin	689.09	249.94	22	0.517	0.367	656.92	232.06	22	0.517	0.367
Ürik as.	277.81	249.03	600	0.866	0.647	234.64	112.05	700-800	0.866	0.647

Mann-Whitney Testi

$\bar{x}$: Ortalama değer

SD: Standart sapma

u[#]: Mann-Whitney Testi

*****: p<0,005 önemli

Tablo 4'ün sonuçları incelendiğinde cinsiyete göre flor değişkenlerinin ortalama değerlerinin önemli farklılıklar gösterdiği bulunmuştur ($p = 0.041$). Diğer değişkenlerin ortalama değerleri arasında önemli bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Kanser hastaları için geliştirilmiş olan Nutrition Day 1 No'lu formuna göre derlenen hastaların detaylı verileri, Malatya Onkoloji Hastanesi bilgisayar otomasyon sistemine aktarılmaktadır. Kliniğin işleyişine yönelik ilk bölümün sonunda, hekimler çoğunlukla hastaların alımını izleyerek oral ONS tedavisi uyguladıklarını araştırmacıya beyan etmişlerdir. Hastaların vücut ağırlıkları düzenli aralıklar ile ölçülürken, bel çevresi, kalça çevresi, üst orta kol çevresi gibi ölçümlerin ise hiçbir zaman yapılmadığı görülmüştür. Onkoloji hastalarında BT (Bilgisayarlı Tomografi) düzenli aralıklar ile yapılırken, BIA ve DEXA gibi incelemelerin gerekli olduğunda tercih edildiği bildirilmiştir. Hastalara el kavrama testi, 6 dk yürüme testi ve nütrisyonel gereksinimlerinin belirlenmesi gibi detayların ihtiyaç duyulduğunda yapıldığı, hastaların beslenme alımının takibinin ise her öğünde yapıldığı belirlenmiştir. 24 saatlik besin tüketim kaydının ise hastalara hiçbir zaman uygulanmadığı beyan edilmiştir.

Tablo 5. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Primer Kanser Tanısının Dağılımı

Değişkenler	Kadın (n=30)		Erkek (n=30)		χ^2 #	p
	Birey sayısı	Oran (%)	Birey sayısı	Oran (%)		
Primer Kanser Tanısı	Meme	13	43.3	0	0	37.821 <0,05*
	Kolon-Rektum	2	6.7	9	30	
	Prostat	0	0	5	6.7	
	Akciğer	2	6.7	3	10	
	Mide-Özefagus	1	3.3	5	16.7	
	Pankreas	0	0	4	13.3	
	Lenfoma	4	13.3	0	0	
	Lösemi	1	3.3	0	0	
	Beyin	2	6.7	0	0	
	Testis	0	0	1	3.3	
	Diğer	5	16.7	3	10	

#Pearson Chi-Square Testi

* $p<0,05$ önemli

Tablo 5'te kadın ve erkek hastaların primer kanser tanısı dağılımları gösterilmektedir. Kadın hastaların %43,3'ünde meme kanseri, %6,7'sinde kolon-rektum kanseri, %6,7'sinde akciğer kanseri, %3,3'ünde mide/özefagus kanseri, %13,3'ünde lenfoma, %3,3'ünde lösemi, %6,7'sinde beyin kanseri ve %16,7'sinde diğer kanser türlerinin olduğu bildirilmiştir. Erkek hastaların %30'unda kolon-rektum kanseri, %16,7'sinde prostat kanseri, %10'unda akciğer kanseri, %16,7'sinde mide/özefagus kanseri, %13,3'ünde pankreas kanseri, %3,3'ünde testis kanseri ve %10'unda ise diğer kanser türleri olduğu bildirilmiştir. Yapılan analiz sonucunda hastaların cinsiyetleri ile primer kanser tanıları arasında önemli bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 6. Hastaların Cinsiyetlere Göre Kanser Tanısından Sonra Geçen Sürenin Dağılımı

Değişkenler		Kadın (n=30)		Erkek (n=30)		χ^2 #	p
		Birey sayısı	Oran (%)	Birey sayısı	Oran (%)		
Kanser Tanısından Sonra Geçen Süre	0-2 ay	0	0	2	6.7	16.153	0.006*
	3-5 ay	2	6.7	9	30		
	6-12 ay	3	10	8	26.7		
	1-2 yıl	7	23.3	6	20		
	2-4 yıl	7	23.3	2	6.7		
	>4 yıl	11	36.7	3	10		

#Pearson Chi-Square Testi

* $p<0,05$ önemli

Tablo 6'da erkek ve kadın hastaların kanser tanısından sonra geçen sürelerin dağılımı gösterilmektedir. Kadın hastaların %6,7'si 3-5 ay önce, %10'u 6-12 ay önce, %23,3'ü 1-2 yıl önce, %23,3, 2-4 yıl önce ve %36,7'si ise 4 ve daha önceki yıllar teşhis aldığını bildirmiştir. Erkek hastaların %6,7'si 0-2 ay önce, %30'u 3-5 ay önce, %26,7'si 6-12 ay önce, %20'si 1-2 yıl önce, %6,7'si 2-4 yıl önce ve %10'u 4 yıl ve daha önceki yıllar teşhis aldığını bildirmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre cinsiyet ile kanser tanısı aldıktan sonra geçen süre arasında önemli bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 7. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Kansere Evrelerinin Dağılımı

Değişkenler		Kadın (n=30)		Erkek (n=30)		x ^{2#}	p
		Birey Sayısı	Oran (%)	Birey sayısı	Oran (%)		
Kanser Evreleri	0	1	3.3	0	0	12.009	0.017*
	1	1	3.3	2	6.7		
	2	7	23.3	0	0		
	3	14	46.7	12	40		
	4	7	23.3	16	53.3		

#Pearson Chi-Square Testi

*p<0,05 önemli

Tablo 7’de kadın ve erkek hastaların kanser evrelerinin dağılımı gösterilmektedir. Kadın hastaların %3,3’ü 0. evre, %3,3’ü 1. evre, %23,3’ü 2. evre, %46,7’si 3. evre, %23,3’ü 4. evrede olduğu bildirilmiştir. Erkek hastaların ise %6,7’si 1. evre, %40’ı 3. evre, %53,3’ü 4. evrede olduğu bildirilmiştir. Yapılan analiz sonucunda kanser evreleri ile cinsiyet arasında önemli bir fark bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 8. Hastaların Cinsiyetlerine Göre İlk Tedaviyi Uygulandıktan Sonra Geçen Sürenin Dağılımı

Değişkenler		Kadın (n=30)		Erkek (n=30)		x ^{2#}	p
		Birey sayısı	Oran (%)	Birey sayısı	Oran (%)		
İlk Tedavi Uygulandıktan Sonra Geçen Süre	Hiç Tedavi Yok	1	3.3	0	0	11.115	0.134
	Tümör tanı/sınıflandırma aşamasında	0	0	1	3.3		
	0-2 ay	0	0	2	6.7		
	3-5 ay	2	6.7	9	30		
	6-12 ay	4	13.3	5	16.7		
	1-2 yıl	7	23.3	7	23.3		
	2-4 yıl	4	13.3	2	6.7		
	>4 yıl	12	40	5	16.7		

#Pearson Chi-Square Testi

Tablo 8’de hastaların cinsiyetlerine göre ilk tedavi uygulandıktan sonra geçen sürenin dağılımı verilmiştir. Kadın hastaların %3,3’ü hiç tanı yok, %6,7’si 3-5ay önce, %13,3’ü 6-12 ay önce, %23,3’ü 1-2 yıl önce, %13,3’ü 2-4 yıl önce ve %40’ı 4 ve daha önceki yıllar tanı almıştır. Erkek hastaların ise %3,3’ü tümör tanı sınıflandırması aşamasında, %6,7’si 0-2 ay önce, %30’u 3-5 ay önce, %16,7’si 6-12 ay önce %23,3’ü 1-2 yıl önce, %6,7’si 2-4 yıl önce ve %16,7’si 4 ve daha önceki

yıllar tanı almıştır. Yapılan analiz sonucuna göre cinsiyet ile ilk tedavi uygulandıktan sonra geçen süre arasında önemli bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 9. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Tedavi Aşamasının Dağılımı

Değişkenler		Kadın (n=30)		Erkek (n=30)		χ^2 [#]	p
		Birey sayısı	Oran (%)	Birey sayısı	Oran (%)		
Tedavinin Aşaması	Tanı	0	0	1	3.3	4.071	0.254
	Daha Sonraki Kemoterapiler	27	90	29	96.7		
	Tümör Hedefli Tedavi	2	6.7	0	0		
	Kansere Bağlı Komplikasyon	1	3.3	0	0		

[#]Pearson Chi-Square Testi

Tablo 9’da hastaların cinsiyetlerine göre tedavi aşamalarının dağılımı verilmiştir. Kadın hastaların %90’nı daha sonraki kemoterapiler, %6,7’si tümör hedefli tedavi ve %3,3’ü kansere bağlı komplikasyonlar olarak bildirmiştir. Erkek Hastaların ise %3,3’ü yeni tanı, %96,7’si daha sonraki kemoterapiler olarak bildirmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre cinsiyet ile tedavi aşaması arasında önemli bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 10. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Ağırlık Kaybı Dağılımı

Değişkenler		Kadın (n=30)		Erkek (n=30)		χ^2 [#]	p
		Birey sayısı	Oran (%)	Birey sayısı	Oran (%)		
Ağırlık Kaybı	İsteyerek	2	6.7	23	76.7	4.424	0.219
	İstemededen	21	70	5	16.7		
	Vücut ağırlığı değişmedi	7	23	2	6.7		

[#]Pearson Chi-Square Testi

Tablo 10’da kadın hastaların %6,7’si isteyerek, %70’i istemededen, %23’ü ise vücut ağırlığının değişmediğini bildirmiştir. Erkek hastaların ise %76,7’si isteyerek, %16,7’si istemededen ve %6,7’si ise vücut ağırlığının değişmediğini beyan etmiştir. Bu sonuçlara bağlı olarak ağırlık kaybı ile cinsiyet arasında önemli bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 11. Hastaların Ağırlık Kaybı ve Covid Korku Puanı Dağılımı

		Korku Puanı		x ^{2#}	p
		(7-21)	(22-35)		
Değişkenler					
Ağırlık Kaybı	İsteyerek	2	0	4.176	0.243
	İstemededen	23	21		
	Vücut ağırlığı değişmedi	7	5		

[#]Pearson Chi-Square Testi

Tablo 11’de covid korku puanı 7-21 arasında olan hastaların 2’si isteyerek ağırlık kaybettiğini, 23’ü istemededen ağırlık kaybettiğini, 7’si ise vücut ağırlığının değişmediğini bildirmiştir. Covid korku puanı 22-35 arasında olan hastaların 21’i istemededen ağırlık kaybettiğini 5’i ise vücut ağırlığının değişmediğini bildirmiştir. Bu sonuçlara göre ağırlık kaybı ile covid korku puanı arasında önemli bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 12. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Geçen Haftadaki Ağrı, Dinlenme İhtiyacı, Kendini Güçsüz Hissetme ve Bunalıma Girme Durumlarının Dağılımı

Geçen Hafta		Kadın (n= 30)		Erkek (n=30)		χ^2 #	p
		Birey sayısı	Oran (%)	Birey sayısı	Oran (%)		
Ağrı	Hayır	5	16.7	7	23.3	2.59	0.459
	Biraz	6	20	8	26.7		
	Oldukça	9	30	4	13.3		
	Çok Fazla	10	33.3	11	36.7		
Dinlenme İhtiyacı Hissetme	Hayır	2	6.7	3	10	3.157	0.368
	Biraz	2	6.7	4	13.3		
	Oldukça	12	40	6	20		
	Çok Fazla	14	46.7	17	56.7		
Kendini Güçsüz Hissetme	Hayır	3	10	4	13.3	2.31	0.511
	Biraz	3	10	3	10		
	Oldukça	10	33.3	5	16.7		
	Çok Fazla	14	46.7	18	60		
Bunalıma Girme	Hayır	11	36.7	20	66.7	11.057	0.011*
	Biraz	11	36.7	1	3.3		
	Oldukça	4	13.3	5	16.7		
	Çok Fazla	4	13.3	4	13.3		
Yorgun Hissetme	Hayır	2	6.7	5	16.7	3.423	0.331
	Biraz	2	6.7	4	13.3		
	Oldukça	11	36.7	6	20		
	Çok Fazla	15	50	15	50		
Ağrıların Günlük Aktiviteleri Etkilemesi	Hayır	2	6.7	7	23.3	4.028	0.258
	Biraz	6	20	3	10		
	Oldukça	9	30	7	23.3		
	Çok Fazla	13	43.3	13	43.3		
İştah Kaybı	Hayır	11	36.7	1	3.3	11.727	0.008*
	Biraz	9	30	9	30		
	Oldukça	4	13.3	9	30		
	Çok Fazla	6	20	11	36.7		

Pearson Chi-Square Testi

*p<0,05 önemli

Tablo 12’de kadın ve erkek hastaların geçen haftadaki ağrı, dinlenme ihtiyacı, kendini güçsüz hissetme ve bunalıma girme durumlarının dağılımı verilmiştir. Kadın hastaların ağrı durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %16,7’si hayır, %20’si biraz, %30’u oldukça ve %33,3’ü ise çok fazla olarak bildirmiştir. Dinlenme ihtiyacı hissetme durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %6,7’si hayır, %6,7’si biraz, %40’ı oldukça ve %46,7’si ise çok fazla olduğunu bildirmiştir. Kendini güçsüz hissetme durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; 10’u hayır, %10’u biraz, %33,3’ü oldukça ve %46,7’si ise çok fazla olduğunu bildirmiştir. Bunalıma girme durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %36,7’si hayır, %36,7’si biraz, %13,3’ü oldukça ve %13,3’ü ise çok fazla olduğunu bildirmiştir. Yorgun hissetme durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %6,7’si hayır, %6,7’si biraz, %36,7’si oldukça ve %50’si çok fazla olduğunu bildirmiştir. Ağrıların günlük aktiviteleri etkileme durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %6,7 hayır, %20’si biraz, %30’u oldukça ve %43,3’ü ise çok fazla olduğunu bildirmiştir. İştah kaybı durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %36,7’si hayır, %30’u biraz, %13,3’ü oldukça ve %20’si ise çok fazla olduğunu bildirmiştir. Erkek hastaların ise ağrı durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %23,3’ü hayır, %26,7’si biraz, %13,3’ü oldukça ve %36,7’si ise çok fazla olarak bildirmiştir. Dinlenme ihtiyacı hissetme durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %10’u hayır, %13,3’ü biraz, %20’si oldukça ve %56,7’si ise çok fazla olduğunu bildirmiştir. Kendini güçsüz hissetme durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; 13,3’si hayır, %10’u biraz, %16,7’si oldukça ve %60’ı ise çok fazla olduğunu bildirmiştir. Bunalıma girme durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %66,7’si hayır, %3,3’ü biraz, %16,7’si oldukça ve %13,3’ü ise çok fazla olduğunu bildirmiştir. Yorgun hissetme durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %16,7’si hayır, %13,3’ü biraz, %20’si oldukça ve %50’si çok fazla olduğunu bildirmiştir. Ağrıların günlük aktiviteleri etkileme durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %23,3’ü hayır, %10’u biraz, %23,3’ü oldukça ve %43,3’ü ise çok fazla olduğunu bildirmiştir. İştah kaybı durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %3,3’ü hayır, %30’u biraz, %30’u oldukça ve %36,7’si ise çok fazla olduğunu bildirmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre hastaların cinsiyetleri ile geçen haftadaki bunalıma girme ($p=0,001$) ve iştah kaybı ($p=0,008$) değişkenleri arasında önemli bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 13. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Şu Andaki Ağrı, Dinlenme İhtiyacı, Kendini Güçsüz Hissetme ve Bunalıma Girme Durumlarının Dağılımı

Şu An		Kadın (n= 30)		Erkek (n =30)		x ^{2#}	p
		Birey sayısı	Oran (%)	Birey sayısı	Oran (%)		
Ağrı	Hayır	8	26.7	13	43.3	3.726	0.293
	Biraz	10	33.3	6	20		
	Oldukça	5	16.7	2	6.7		
	Çok Fazla	7	23.3	9	30		
Dinlenme İhtiyacı Hissetme	Hayır	4	13.3	5	16.7	7.016	0.135
	Biraz	4	13.3	7	23.3		
	Oldukça	13	43.3	4	13.3		
	Çok Fazla	9	30	14	46.7		
Kendini Güçsüz Hissetme	Hayır	5	16.7	5	16.7	6.552	0.162
	Biraz	6	20	5	16.7		
	Oldukça	9	30	3	10		
	Çok Fazla	10	33.3	17	56.7		
Bunalıma Girme	Hayır	12	40	21	70	8.597	0.035*
	Biraz	9	30	5	16.7		
	Oldukça	5	16.7	0			
	Çok Fazla	4	13.3	4	13.3		
Yorgun Hissetme	Hayır	4	13.3	7	23.3	5.903	0.207
	Biraz	5	16.7	6	20		
	Oldukça	11	36.7	4	13.3		
	Çok Fazla	10	33.3	13	43.3		
Ağrıların Günlük Aktiviteleri Etkilemesi	Hayır	3	10	9	30	6.692	0.082
	Biraz	10	33.3	4	13.3		
	Oldukça	8	26.7	5	16.7		
	Çok Fazla	9	30	12	40		
İştah Kaybı	Hayır	13	43.3	1	3.3	15.722	0.001*
	Biraz	9	30	9	30		
	Oldukça	3	10	10	33.3		
	Çok Fazla	5	16.7	10	33.3		

#Pearson Chi-Square Testi

*p<0,05 önemli

Tablo 13'te kadın ve erkek hastaların şu andaki ağrı, dinlenme ihtiyacı, kendini güçsüz hissetme ve bunalıma girme durumlarının dağılımı verilmiştir. Kadın hastaların şu andaki ağrı durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %26,7'si hayır, %33,3'ü biraz, %16,7'si oldukça ve %23,3'ü ise çok fazla olarak bildirmiştir. Dinlenme ihtiyacı hissetme durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %13,3'ü hayır, %13,3'ü biraz, %43,3'ü oldukça ve %30'u ise çok fazla olduğunu bildirmiştir. Kendini güçsüz hissetme durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; 16,7'si hayır, %20'si biraz, %30'u oldukça ve %33,3'ü ise çok fazla olduğunu bildirmiştir. Bunalıma girme durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %40'ı hayır, %30'u biraz, %16,7'si oldukça ve %13,3'ü ise çok fazla olduğunu bildirmiştir. Yorgun hissetme durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %13,3'ü hayır, %16,7'si biraz, %36,7'si oldukça ve %33,3'ü çok fazla olduğunu bildirmiştir. Ağrılarının günlük aktiviteleri etkileme durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %10'u hayır, %33,3'ü biraz, %26,7'si oldukça ve %30'u ise çok fazla olduğunu bildirmiştir. İştah kaybı durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %43,3'ü hayır, %30'u biraz, %10'u oldukça ve %16,7'si ise çok fazla olduğunu bildirmiştir. Erkek hastaların ise şu andaki ağrı durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %43,3'ü hayır, %20'si biraz, %6,7'si oldukça ve %30'u ise çok fazla olarak bildirmiştir. Dinlenme ihtiyacı hissetme durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %16,7'si hayır, %23,3'ü biraz, %13,3'ü oldukça ve %46,7'si ise çok fazla olduğunu bildirmiştir. Kendini güçsüz hissetme durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; 16,7'si hayır, %16,7'si biraz, %10'u oldukça ve %56,7'si ise çok fazla olduğunu bildirmiştir. Bunalıma girme durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %70'ı hayır, %16,7'i biraz ve %13,3'ü ise çok fazla olduğunu bildirmiştir. Yorgun hissetme durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %23,3'ü hayır, %20'si biraz, %13,3'ü oldukça ve %43,3'ü çok fazla olduğunu bildirmiştir. Ağrılarının günlük aktiviteleri etkileme durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %30'u hayır, %13,3'ü biraz, %16,7'si oldukça ve %40'ı ise çok fazla olduğunu bildirmiştir. İştah kaybı durumuna verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %3,3'ü hayır, %30'u biraz, %33,3'ü oldukça ve %33,3'ü ise çok fazla olduğunu bildirmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre hastaların cinsiyetleri ile şu andaki bunalıma girme ($p=0,035$) ve iştah kaybı ($p=0,001$) değişkenleri arasında önemli bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 14. Nutrition Day Formuna Göre Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yapılabilen Aktivitelerin Dağılımı

Değişkenler	Kadın (n= 30)		Erkek (n = 30)		χ^2 [#]	p
	Birey sayısı	Oran (%)	Birey sayısı	Oran (%)		
Yapılabilen Aktiviteler	Spor	1	3.3	0	0	6.409 0.268
	Bütün Aktiviteler	4	13.3	2	6.7	
	Hafif Aktiviteler	18	60	12	40	
	Kişisel Bakım	4	13.3	9	30	
	Kısıtlı Kişisel Bakım	2	6.7	5	16.7	
	Yatak veya Koltuğa Bağlılık	1	3.3	2	6.7	

[#]Pearson Chi-Square Testi

Tablo 14’te hastaların cinsiyetlerine göre yapılabilen aktivitelerin dağılımı verilmiştir. Kadın hastaların %3,3 spor, %13,3 bütün aktiviteleri, %60’ı hafif aktiviteler, %13,3’ü kişisel bakım, %6,7’si kısıtlı kişisel bakım ve %3,3’ü ise yatak veya koltuğa bağlı olduğunu bildirmiştir. Erkek hastaların %6,7’si bütün aktiviteleri, %40’ı hafif aktiviteler, %30’u kişisel bakım, %16,7’si kısıtlı kişisel bakım ve %6,7’si ise yatak veya koltuğa bağlı olduğunu bildirmiştir. Yapılan analiz sonucu hastaların cinsiyetleri ile yapılabilen aktivite durumları arasında önemli bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15. Nutrition Day Formuna Göre Hastaların Cinsiyetlerine Göre Reçetesiz Beslenme Desteği Kullanımlarının Dağılımı

Değişkenler		Kadın (n=30)		Erkek (n=30)		x ^{2#}	p
		Birey sayısı	Oran (%)	Birey sayısı	Oran (%)		
Doktor Reçetesi	Alınmadı	25	83.3	27	90	7.019	0.03*
Haricinde Beslenme Desteği	Bitkisel Çay	4	13.3	3	9.9		
Kullanım	Multivitaminler	1	3.3	0	0		

#Pearson Chi-Square Testi

*p<0,05 önemli

Tablo 15’de hastaların cinsiyetlerine göre reçetesiz beslenme desteği kullanımlarının dağılımı verilmiştir. Kadın hastaların %3,3’ü multivitamin kullandığını, %13,3’ü bitkisel çay kullandığını, %83,3’ü ise doktor reçetesi dışında bir beslenme desteği almadığını bildirmiştir. Erkek hastaların ise %9,9’unun bitkisel çay kullandığını, %90’nı ise doktor reçetesi dışında bir beslenme desteği almadığını ve multivitamin kullanımının tercih edilmediği bildirmiştir. Yapılan analiz sonucu hastaların cinsiyetleri ile doktor reçetesi haricinde beslenme desteği kullanımları arasında önemli bir fark bulunmuştur (p=0,03).

Tablo 16. Nutrition Day Formuna Göre Hastaların Cinsiyetlerine Göre Aldıkları Destek Tedavilerinin Dağılımı

Değişkenler		Kadın (n=30)		Erkek (n=30)		x ^{2#}	p
		Birey sayısı	Oran (%)	Birey sayısı	Oran (%)		
Aldıkları Destek Tedavileri	Psikoterapi	6	20	1	3.5	7.851	0.097
	Meditasyon	1	3.3	0	0		
	Kas Gevşetici Egzersizler	1	3.3	0	0		
	Diğer	1	3.3	0	0		
	Hiçbiri	21	70	29	96.7		

#Pearson Chi-Square Testi

Tablo 16’da hastaların cinsiyetlerine göre aldıkları destek tedavilerinin dağılımı verilmiştir. Kadın hastaların %20’si psikoterapi, %3,3’ü yoga, %3,3’ü

meditasyon ve %70'i ise hiçbirini yapmadığını bildirmiştir. Erkek hastaların ise %3,3'ü psikoterapi %96,7'sinin ise hiçbirini yapmadığı bildirilmiştir. Hastaların verdikleri cevaplara göre cinsiyetleri ile tedavi süresince hastaların aldıkları destek tedavileri arasında önemli bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 17. Nutrition Day Formuna Göre Hastaların Cinsiyetlerine Göre İştah ve Besin Alımındaki Nedenlerin Dağılımı

		Kadın (n=30)		Erkek (n=30)		χ^2 #	p
Değişkenler		Birey Sayısı	Oran (%)	Birey Sayısı	Oran (%)		
İştah veya Besin Alımının Değişmesindeki Nedenler	1 Neden	4	13.3	7	23.3	2.247	0.814
	2 Neden	7	23.2	6	19.9		
	3 Neden	6	19.9	8	26.6		
	4 Neden	3	10	3	10		
	5 Neden	6	20	4	13.2		
	6 Neden	4	13.2	2	6.7		

#Pearson Chi-Square Testi

Tablo 17'de iştah veya beslenme alımının değişimindeki bildirilen nedenler verilmiştir. Kadın hastaların %13'ü 1 neden, %23,2'si 2 neden, %19,9'u 3 neden, %10'u 4 neden, %20'si 5 neden, %13,2'si ise 6 neden bildirmiştir. Erkek hastaların ise %23,3'ü 1 neden, %19,9'u 2 neden, %26,6'sı 3 neden, %10'u 4 neden, %13,2'si 5 neden, %6,7'si 6 neden bildirmiştir. Bu nedenler arasında hastalarda en çok bulantı/kusma, tat koku alamama, ağızda yara oluşumu, ağrı ve erken doyma hissi görülmüştür. Yapılan analiz sonucuna göre hastaların iştah veya besin alımının değişmesindeki nedenler ile cinsiyet arasında önemli bir fark bulunamamıştır($p>0,05$).

Tablo 18. Nutrition Day Formuna Göre Hastaların Cinsiyetlerine Göre Beslenme Desteğinin Kemoterapi Tedavisini Etkileme Durumunun Dağılımı

		Kadın (n=30)		Erkek (n=30)		x ^{2#}	p
Değişkenler		Birey sayısı	Oran (%)	Birey sayısı	Oran (%)		
Beslenme Desteğinin Tedavi Sürecini Etkilediğine İnanç	Evet	22	73.3	26	86.7	3	0.223
	Hayır	5	16.7	1	3.3		
	Bilmiyorum	3	10	3	10		

#Pearson Chi-Square Testi

Tablo 18’de hastaların cinsiyetlerine göre beslenme desteğinin kemoterapi tedavisini etkileyip etkilemediğinin dağılımı verilmiştir. Kadın hastaların %73’ü evet, %16,7’ si hayır, %10’u ise bilmiyorum cevabı vermiştir. Erkek hastaların ise %86,7’si evet, %3,3’ü hayır, %10 ise bilmiyorum cevabı vermiştir. Yapılan analiz sonucuna göre cinsiyet ile beslenme desteğinin tedavi sürecini etkilediğine inanç durumu arasında önemli bir fark bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 19. Nutrition Day Formuna Göre Hastaların Cinsiyetlerine Göre Enfeksiyon Durumunun Dağılımı

		Kadın (n=30)		Erkek (n=30)		x ^{2#}	p
Değişkenler		Birey sayısı	Oran (%)	Birey sayısı	Oran (%)		
Enfeksiyon	Yok	24	80	2	6.7	2.593	0.273
	Lokal	1	3.3	12	40		
	Jeneralize	5	16.7	16	53.3		

#Pearson Chi-Square Testi

Tablo 19’da hastaların cinsiyetlerine göre enfeksiyon durumlarının dağılımı verilmiştir. Kadın hastaların %80’inde enfeksiyon yok, %3,3’ünde lokal, %16,7’sinde ise jeneralize enfeksiyon görüldüğü bildirilmiştir. Erkek hastaların ise %6,7’sinde enfeksiyon yok, %40’ında lokal, %53,3’ünde ise jeneralize enfeksiyon görüldüğü bildirilmiştir. Yapılan analiz sonucu hastaların cinsiyetleri ile enfeksiyon durumları arasında önemli bir fark bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 20. Nutrition Day Formuna Göre Hastaların Cinsiyetlerine Göre Nütrisyon Tedavilerinin Dağılımı

		Kadın (n=30)		Erkek (n=30)		x ^{2#}	p
Değişkenler		Birey sayısı	Oran (%)	Birey sayısı	Oran (%)		
Nütrisyon Tedavisi	Özel Diyet Yok	22	73.3	26	86.7	2.333	0.675
	Bireysel Diyet Planı	2	6.7	1	3.3		
	Enteral Nütrisyon	1	3.3	1	3.3		
	Özel Nütriyentlerle Zenginleştirilmiş ON	1	3.3	0	0		
	Kişisel Tercihler	4	13.3	2	6.7		

#Pearson Chi-Square Testi

Tablo 20’de hastaların cinsiyetlerine göre nütrisyon tedavilerinin dağılımları verilmiştir. Kadın hastaların %73,3’ünde özel bir diyet yok, %6,7’sinde bireysel diyet planı, %3,3’ünde enteral nütrisyon, %3,3’ünde oral nütrisyon ve %13,3’ünde kişisel tercihler olarak bildirilmiştir. Erkek hastaların ise %86,7’sinde özel bir diyet yok, %3,3’ünde bireysel diyet planı, %3,3’ünde enteral nütrisyon ve %6,7’sinde kişisel tercihler olarak bildirilmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre hastaların cinsiyetleri ile nütrisyon tedavileri arasında önemli bir fark bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 21. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Ana ve Ara Öğün Alışkanlıklarının Dağılımı

Değişkenler		Kadın (n=30)		Erkek (n=30)		χ^2	p
		Birey sayısı	Oran (%)	Birey sayısı	Oran (%)		
Kahvaltı Yapma	Evet	28	93.3	29	96.7	0.351	0.554
	Hayır	2	6.7	1	3.3		
Öğle Yemeği Yeme	Evet	18	60	29	96.7	17.13	0.001*
	Hayır	12	40	1	3.3		
Akşam Yemeği Yeme	Evet	28	93.3	30	100	2.069	0.15
	Hayır	2	6.7	0	0		
Ara Öğün Yapma	Evet	24	80	20	66.7	3.475	0.324
	Hayır	2	6.7	2	6.7		
	Sıklıkla	0	0	3	10		
	Ara Sıra	4	13.3	1	3.3		

#Pearson Chi-Square Testi, *p<0,05 önemli

Tablo 21’de hastaların cinsiyetlerine göre ana ve ara öğün dağılımları verilmiştir. Kadın hastaların kahvaltı yapma durumuna verdikleri cevapların oranları; %93,3’si evet, %6,7’si hayır olarak bildirmiştir. Öğle yemeği yeme durumuna verdikleri cevapların oranları; %60’ı evet, %40’ı hayır olarak bildirmiştir. Akşam yemeği yeme durumuna verdikleri cevapların oranları; %93,3’ü evet, %6,7’si hayır olarak bildirmiştir. Ara öğün yapma durumuna verdikleri cevapların oranları; %80’i evet, %6,7’si hayır, %13,3’ü ise ara sıra yaptığını bildirmiştir. Erkek hastaların kahvaltı yapma durumuna verdikleri cevapların oranları; %96,7’si evet, %3,3’ü hayır olarak bildirmiştir. Öğle yemeği yeme durumuna verdikleri cevapların oranları; %96,7’si evet, %3,3’ü hayır olarak bildirmiştir. Akşam yemeği yeme durumuna verdikleri cevapların oranı; %100’ü evet olarak bildirmiştir. Ara öğün yapma durumuna verdikleri cevapların oranları; %66,7’si evet, %6,7’si hayır, %10’u sıklıkla ve %3,3’ü ise ara sıra yaptığını bildirmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre hastaların cinsiyetleri ile öğle yemeği yeme durumu arasında önemli bir fark bulunmuştur (p= 0,001).

Tablo 22. Hastaların Ana ve Ara Öğün Tüketme Durumu İle Covid Korku Puanı Dağılımı

Değişkenler		Covid Korku Puanı				χ^2 [#]	p
		7- 21	Oran (%)	22 - 35	Oran (%)		
Kahvaltı Yapma	Evet	31	96.9	26	92.9	0.508	0.476
	Hayır	1	3.1	2	7.1		
Öğle Yemeği Yeme	Evet	24	75	23	82.1	2.163	0.539
	Hayır	7	21.9	5	17.9		
Akşam Yemeği Yeme	Evet	31	96.9	27	96.4	0.009	0.923
	Hayır	1	3.1	1	3.6		
Ara Öğün Yapma	Evet	25	78.1	19	73.3	1	0.801
	Hayır	2	6.3	2	6.7		
	Sıklıkla	1	3.1	2	5		
	Ara Sıra	4	12.5	5	15		

[#] Pearson Chi-Square Testi

Tablo 22’de hastaların kahvaltı yapma durumu ile covid korku puanları incelendiğinde; 7-21 arası puan alan hastaların %96.9’u evet, %3.1’i hayır olarak, 22-35 puan alan hastaların %92.9’u evet, %7.1’i hayır olarak bildirmiştir. Öğle yemeği yeme durumu ile covid korku puanları incelendiğinde; 7-21 arası puan alan hastaların %75’i evet, %21.9’u hayır olarak, 22-35 puan alan hastaların %82.1’i evet, % 17.9’u hayır olarak bildirmiştir. Akşam yemeği yeme durumu ile covid korku puanları incelendiğinde; 7-21 arası puan alan hastaların %96.9’u evet, %3.1’i hayır olarak, 22-35 puan alan hastaların %96.4’ü evet, % 3.6’sı hayır olarak bildirmiştir. Ara öğün yapma durumu ile covid korku puanları incelendiğinde; 7-21 arası puan alan hastaların %78.1’i evet, %6.3’ü hayır, %3.1’i sıklıkla, %12.5’i ara sıra olarak, 22-35 puan alan hastaların %73.3’ü evet, % 6.7’si hayır, %5’i sıklıkla, %15’i ara sıra olarak bildirmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre hastaların ana ve ara öğün tüketim ile covid korku puanları arasında önemli bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 23. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Beslenme Alışkanlıklarının Dağılımı

Değişkenler		Kadın (n=30)		Erkek (n=30)		χ^2 #	p
		Birey sayısı	Oran (%)	Birey sayısı	Oran (%)		
Çay Tüketimi	Evet	29	96.7	26	86.7	2.497	0.476
	Hayır	1	3.3	4	13.3		
Şeker Kullanımı	Evet	13	43.3	21	70	4.344	0.037*
	Hayır	17	56.7	9	30		
Yemeklerde Tuz Kullanımı	Evet	26	86.7	27	90	1.176	0.278
	Hayır	4	13.3	3	10		
Aşırı Tuz Tüketimi	Evet	2	6.7	6	20	2.441	0.295
	Hayır	28	93.3	24	80		
Alkol Kullanımı	Evet	6	20	28	6.7	8.308	0.04*
	Hayır	24	80	2	93.3		
Kola Tüketimi	Evet	4	13.3	5	16.7	0.131	0.718
	Hayır	26	86.7	25	83.3		
Kahve Kullanımı	Evet	20	66.7	11	36.7	5.406	0.02*
	Hayır	10	33.3	19	63.3		
Maden Suyu Tüketimi	Evet	12	40	11	36.7	0.71	0.791
	Hayır	18	60	19	63.3		
Sebze Kızartması Tüketimi	Evet	12	40	13	43.3	0.069	0.793
	Hayır	18	60	17	56.7		

#Pearson Chi-Square Testi, *p<0,05 önemli

Tablo 23'te hastaların cinsiyetlerine göre özel beslenme alışkanlıklarının dağılımı verilmiştir. Kadın hastaların çay tüketimine verdikleri cevapların oranları; %96,7'si evet, %3,3'ü ise hayır. Şeker tüketimine verdikleri cevapların oranları; %43,3'ü evet, %56,7'si hayır. Yemekte tuz kullanımına verdikleri cevapların oranları; %86,7'si evet, %13,3'ü hayır. Aşırı tuz tüketimine verdikleri cevapların oranları; %6,7'si evet, %93,3'ü hayır. Alkol kullanımına verdikleri cevapların oranları; %20'si evet, %80'i hayır. Kola tüketimine verdikleri cevapların oranları; %13,3'ü evet, %86,7'si hayır. Kahve tüketimine verdikleri cevapların oranları; %66,7'si evet, %33,3'ü hayır. Maden suyu tüketimine verdikleri cevapların oranları; %40'ı evet, %60'ı hayır. Sebze kızartması tüketimine verdikleri cevapların oranları; %40 evet, %60'ı hayır olarak bildirmiştir. Erkek hastaların ise çay tüketimine verdikleri cevapların oranları; %86,7'si evet, %13,3'ü ise hayır. Bitkisel çay tüketimine verdikleri cevapların oranları; %20'si evet, %80'i hayır. Şeker tüketimine verdikleri cevapların oranları; %70'i evet, %30'u hayır. Yemekte tuz kullanımına verdikleri cevapların oranları; %90'ı evet, %10'u hayır. Aşırı tuz tüketimine verdikleri cevapların oranları; %20'si evet, %80'i hayır. Alkol kullanımına verdikleri cevapların oranları; %93,3'ü evet,

%6,7'si hayır. Kola tüketimine verdikleri cevapların oranları; %16,7'si evet, %83,3'ü hayır. Kahve tüketimine verdikleri cevapların oranları; %36,7'si evet, %63,3'ü hayır. Maden suyu tüketimine verdikleri cevapların oranları; %36,7'si evet, %63,3'ü hayır. Sebze kızartması tüketimine verdikleri cevapların oranları; %43,3'ü evet, %56,7'si hayır olarak bildirmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre hastaların cinsiyetleri ile kahve kullanımı ($p=0,037$), alkol kullanımı ($p=0,04$) ve şeker kullanımı ($p=0,02$) arasında önemli bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 24. Hastaların Covid Korku Puanları İle Alternatif Yiyecek Tercihi, Yiyecek Alerjisi ve Dişlerden Kaynaklanan Bir Yara Probleminin Dağılımı

Değişkenler		Covid Korku Puanı				χ^2	p
		7- 21	Oran (%)	22 - 35	Oran (%)		
Yöresel Yetişen Bitki veya Ot Tüketme	Evet	2	6.3	5	17.9	1.952	0.162
	Hayır	30	93.8	23	82.1		
Yiyecek Alerjisi	Evet	2	6.3	1	3.6	0.226	0.635
	Hayır	30	93.8	27	96.4		
Dişlerden Kaynaklanan Bir Yara Problemi Varlığı	Evet	9	28.1	7	25	1.011	0.603
	Hayır	22	68.8	21	75		

#Pearson Chi-Square Testi

Tablo 24'te hastaların covid korku puanları ile alternatif yiyecek tercihi, yiyecek alerjisi ve dişlerden kaynaklanan bir yara probleminin dağılımı verilmiştir. Covid korku puanı ile yöresel yetişen bitkilerin veya otların tüketimi incelendiğinde; 7-21 arasında %6.3'ü evet, %93.8'i hayır, 22-35 arasında %17.9'u evet, %82.1'i hayır olarak bildirmiştir. Covid korku puanı ile yiyecek alerjisi bulunma durumu incelendiğinde; 7-21 arasında %6.3'ü evet, %93.8'i hayır, 22-35 arasında %3.6,'sı evet, %96.4'ü hayır olarak bildirmiştir. Covid korku puanı ile dişlerden kaynaklanan bir yara probleminin varlığı incelendiğinde; 7-21 arasında %28.1'i evet, %68.8'i hayır, 22-35 arasında %25'i evet, %75'i hayır olarak bildirmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre hastaların covid korku puanları ile alternatif yiyecek tercihi, yiyecek alerjisi ve dişlerden kaynaklanan bir yara problemini arasında önemli bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 25. Gastrointestinal Şikayet Varlığı ve İlaç Kullanımı İle Covid Korku Puanı Dağılımı

Değişkenler	Covid Korku Puanı				χ^2 #	p
	7- 21	Oran (%)	22-35	Oran (%)		
Gastrointestinal Şikayet Varlığı	Kusma	1	3.1	-	-	19.357 0.309
	Bulantı	5	15.6	7	25	
	Diare	1	3.1	-	-	
	Kabızlık	1	3.1	1	3.6	
	Gaz	2	6.3	-	-	
	Yanma hissi	1	3.1	2	7.1	
	Şikayet yok	13	40.6	6	21.4	
	Yutma- gaz	2	6.3	-	-	
	Kusma-Bulantı	2	6.3	-	-	
	Bulantı-Kabızlık	2	6.3	5	17.9	
	Bulantı-Gaz	1	3.1	1	3.6	
	Kabızlık-Gaz	-	-	1	3.6	
	Kusma-Bulantı-Kabızlık	-	-	1	3.6	
	Bulantı-Kabızlık-Gaz	-	-	1	3.6	
	Kabızlık-Gaz-Yanma Hissi	1	3.1	-	-	
	Yutma-Kusma-Bulantı-Kabızlık	-	-	1	3.6	
	Bulantı-Kabızlık-Gaz-Yanma Hissi	-	-	1	3.6	
	Kusma-Bulantı-Kabızlık-Distansiyon-Gaz	-	-	1	3.6	
GİS Şikayetleri İle İlgili İlaç Kullanımı	Laksoltif	1	3.1	2	7.1	2.862 0.581
	Anti Asit	3	9.4	3	10.7	
	Laksoltif ve Anti Asit	1	3.1	3	10.7	
	Diğer	26	81.3	20	71.4	
	Yok	1	3.1	-	-	

#Pearson Chi-Square Testi

Tablo 25’te hastaların gastrointestinal şikayet varlığının ve ilaç kullanımının dağılımı verilmiştir. Covid korku puanı ile kusma şikayeti arasındaki ilişki incelendiğinde sadece bir kişi 7-21 arasında puan almıştır. Covid korku puanı ile bulantı şikayeti arasındaki ilişki incelendiğinde; 7-21 puan arasında alan 5 hasta, 22-35 arasında puan arasında alan 7 hasta olduğu bildirilmiştir. Covid korku puanı ile diare şikayeti arasındaki ilişki incelendiğinde sadece bir hasta 7-21 puan arasında aldığı bildirilmiştir. Covid korku puanı ile kabızlık şikayeti arasındaki ilişki incelendiğinde; 7-21 puan arasında alan bir hasta, 22-35 arasında puan arasında alan bir hasta olduğu bildirilmiştir. Covid korku puanı ile gaz şikayeti arasındaki ilişki

incelendiğinde 7-21 puan arasında alan iki hasta olduğu bildirilmiştir. Covid korku puanı ile yanma şikayeti arasındaki ilişki incelendiğinde; 7-21 puan arasında alan bir hasta, 22-35 arasında puan arasında alan iki hasta olduğu bildirilmiştir. Covid korku puanı ile gastrointestinal şikayeti olmayan hastalar arasındaki ilişki incelendiğinde; 7-21 puan arasında alan 13 hasta, 22-35 arasında puan arasında alan 6 hasta olduğu bildirilmiştir. Covid korku puanı ile yutma-gaz şikayeti arasındaki ilişki incelendiğinde sadece iki hasta 7-21 puan arasında aldığı bildirilmiştir. Covid korku puanı ile kusma-bulantı şikayeti arasındaki ilişki incelendiğinde sadece iki hasta 7-21 puan arasında aldığı bildirilmiştir. Covid korku puanı ile bulantı-kabızlık şikayeti arasındaki ilişki incelendiğinde; 7-21 puan arasında alan iki hasta, 22-35 arasında puan arasında alan 5 hasta olduğu bildirilmiştir. Covid korku puanı ile bulantı-gaz şikayeti arasındaki ilişki incelendiğinde; 7-21 puan arasında alan bir hasta, 22-35 arasında puan arasında alan bir hasta olduğu bildirilmiştir. Covid korku puanı ile kabızlık-gaz şikayeti arasındaki ilişki incelendiğinde bir hasta 22-35 puan arasında aldığı bildirilmiştir. Covid korku puanı ile kusma-bulantı-kabızlık şikayeti arasındaki ilişki incelendiğinde bir hasta 22-35 puan arasında aldığı bildirilmiştir. Covid korku puanı ile gaz-bulantı-kabızlık şikayeti arasındaki ilişki incelendiğinde bir hasta 22-35 puan arasında aldığı bildirilmiştir. Covid korku puanı ile gaz-yanma hissi-kabızlık şikayeti arasındaki ilişki incelendiğinde bir hasta 7-21 puan arasında aldığı bildirilmiştir. Covid korku puanı ile yutma-kusma-bulantı-kabızlık şikayeti arasındaki ilişki incelendiğinde bir hasta 22-35 puan arasında aldığı bildirilmiştir. Covid korku puanı ile gaz-yanma hissi-bulantı-kabızlık şikayeti arasındaki ilişki incelendiğinde bir hasta 22-35 puan arasında aldığı bildirilmiştir. Covid korku puanı ile kusma-bulantı-kabızlık-distansiyon-gaz şikayeti arasındaki ilişki incelendiğinde bir hasta 22-35 puan arasında aldığı bildirilmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre gastro intestinal şikayet varlığı ile covid korku puanı arasında önemli bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Hastaların covid korku puanı ile laksatif kullanımı arasındaki ilişki incelendiğinde; 7-21 puan arasında alan bir hasta, 22-35 arasında puan arasında alan iki hasta olduğu bildirilmiştir. Covid korku puanı ile anti-asit kullanımı arasındaki ilişki incelendiğinde; 7-21 puan arasında alan 3 hasta, 22-35 arasında puan arasında alan 3 hasta olduğu bildirilmiştir. Covid korku puanı ile anti-asit ve lalsoltif kullanımı arasındaki ilişki incelendiğinde; 7-21 puan arasında alan bir hasta, 22-35 arasında puan arasında alan 3 hasta olduğu bildirilmiştir. Covid korku puanı ile diğer ilaç kullanımı arasındaki ilişki incelendiğinde; 7-21 puan arasında

alan 26 hasta, 22-35 arasında puan arasında alan 20 hasta olduğu bildirilmiştir. Covid korku puanı ile ilaç kullanımı olmayan hastalar arasındaki ilişki incelendiğinde bir hasta 7-21 puan arasında aldığı bildirilmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre gastro intestinal şikayet ile ilgili ilaç kullanımı ile covid korku puanı arasında önemli bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 26. Gastrointestinal Şikayet Varlığı ve İlaç Kullanımının Cinsiyete Göre Dağılımı

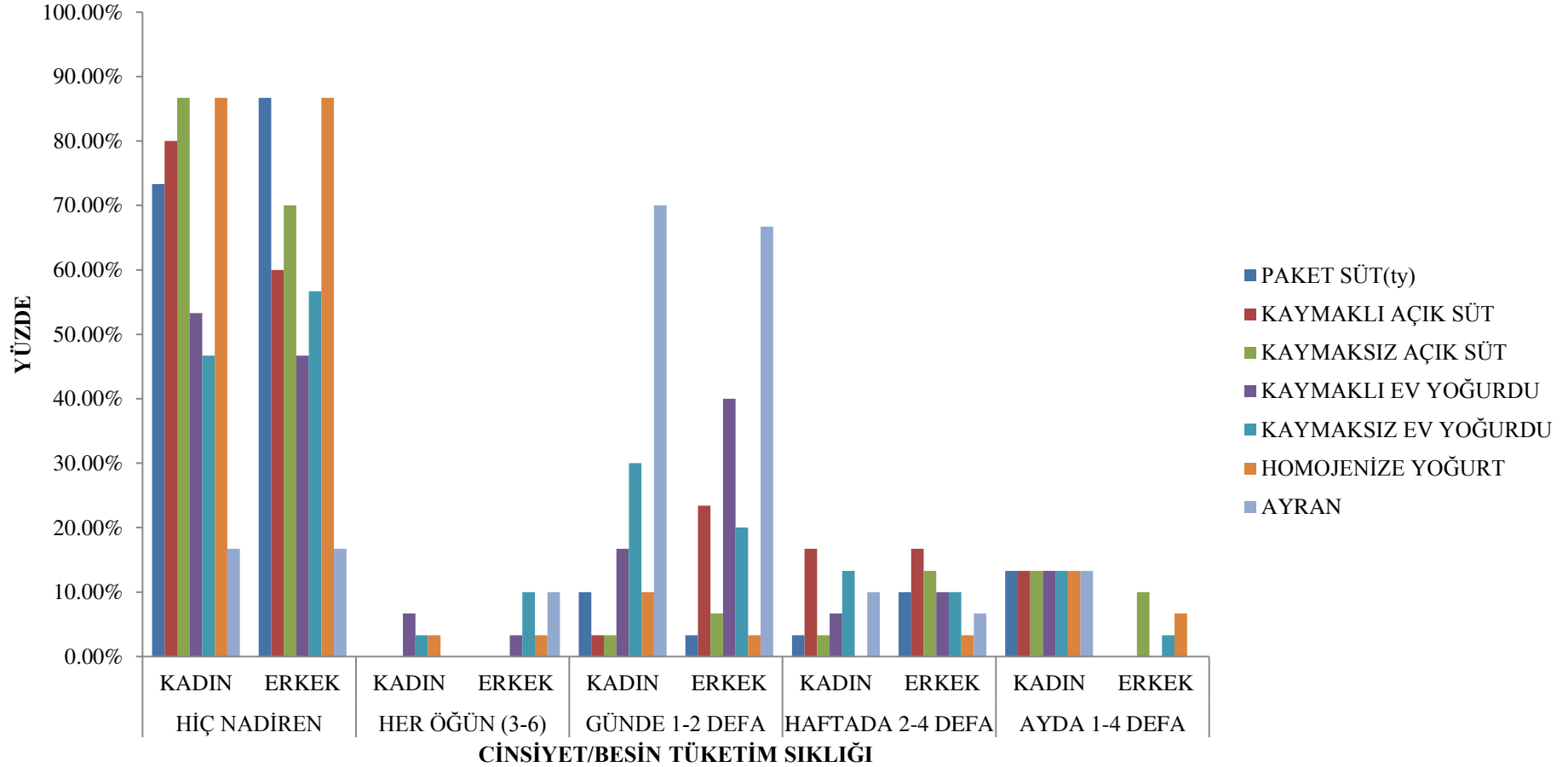
Değişkenler		Kadın (n=30)		Erkek (n=30)		x ^{2#}	p
		Birey Sayısı	Oran (%)	Birey Sayısı	Oran (%)		
Gastrointestinal Şikayet Varlığı	Kusma	1	3.3	-	-	16.529	0.487
	Bulantı	3	10	9	30		
	Diare	1	3.3	-	-		
	Kabızlık	1	3.3	1	3.3		
	Gaz	2	6.7	-	-		
	Yanma hissi	2	6.7	1	3.3		
	Şikayet yok	10	33.3	9	30		
	Yutma- gaz	1	3.3	1	3.3		
	Kusma-Bulantı	2	6.7	-	-		
	Bulantı-Kabızlık	4	13.3	3	10		
	Bulantı-Gaz	1	3.3	1	3.3		
	Kabızlık-Gaz	1	3.3	-	-		
	Kusma-Bulantı-Kabızlık	-	-	1	3.3		
	Bulantı-Kabızlık-Gaz	-	-	1	3.3		
	Kabızlık-Gaz-Yanma Hissi	-	-	1	3.3		
	Yutma-Kusma-Bulantı-Kabızlık	1	3.3	-	-		
	Bulantı-Kabızlık-Gaz-Yanma Hissi	-	-	1	3.3		
	Kusma-Bulantı-Kabızlık-Distansiyon-Gaz	-	-	1	3.3		
GİS Şikayetleri İle İlgili İlaç Kullanımı	Laksoltif	2	6.7	1	3.3	4.783	0.31
	Anti Asit	5	16.7	1	3.3		
	Laksoltif ve Anti Asit	2	6.7	1	3.3		
	Diğer	1	3.3	1	3.3		
	Yok	20	66.7	26	86.7		

#Pearson Chi-Square Testi

Tablo 26’da hastaların gastrointestinal şikayetlerinin varlığı ile ilaç kullanımının dağılımı verilmiştir. Kadın hastalarda kusma şikayeti olan bir hasta, bulantı şikayeti olan üç hasta, diare şikayeti olan bir hasta, kabızlık şikayeti olan bir hasta, gaz şikayeti olan iki hasta, yanma hissi olan iki hasta, hiç GİS şikayeti olmayan 10 hasta, yutma-gaz şikayeti olan bir hasta, kusma- bulantı şikayeti olan iki

hasta, bulantı-kabızlık şikayeti olan dört hasta, bulantı-gaz şikayeti olan bir hasta, kabızlık-gaz şikayeti olan bir hasta, kabızlık-gaz şikayeti olan bir hasta ve yutma-kusma-bulantı-kabızlık şikayeti olan bir hasta olduğu bildirilmiştir. Erkek hastaların ise bulantı şikayeti olan 9 hasta, kabızlık şikayeti olan bir hasta, yanma hissi olan bir hasta, hiç GİS şikayeti olmayan 9 hasta, yutma-gaz şikayeti olan bir hasta, kabızlık-bulantı şikayeti olan üç hasta, bulantı-gaz şikayeti olan bir hasta, kabızlık-kusma-bulantı şikayeti olan bir hasta, bulantı-kabızlık-gaz şikayeti olan bir hasta, kabızlık-gaz-yanma hissi şikayeti olan bir hasta, bulantı-kabızlık-gaz-yanma hissi olan bir hasta, kusma-bulantı-kabızlık şikayeti olan bir hasta olduğu bildirilmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre cinsiyet ile gastrointestinal şikayet varlığı arasında önemli bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Kadın hastalarda laksatif kullanan iki hasta, anti asit kullanan 5 hasta, laksatif ve anti asit birlikte kullanan iki hasta, diğer ilaç kullanan bir hasta ve ilaç kullanımının olmayan 20 hasta olduğu bildirilmiştir. Erkek hastalarda laksatif kullanan bir hasta, anti asit kullanan bir hasta laksatif ve anti asit birlikte kullanan bir hasta, diğer ilaç kullanan bir hasta ve ilaç kullanımı olmayan 20 hasta olduğu bildirilmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre cinsiyet ile gastrointestinal şikayetleri ile ilgili ilaç kullanımı arasında önemli bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

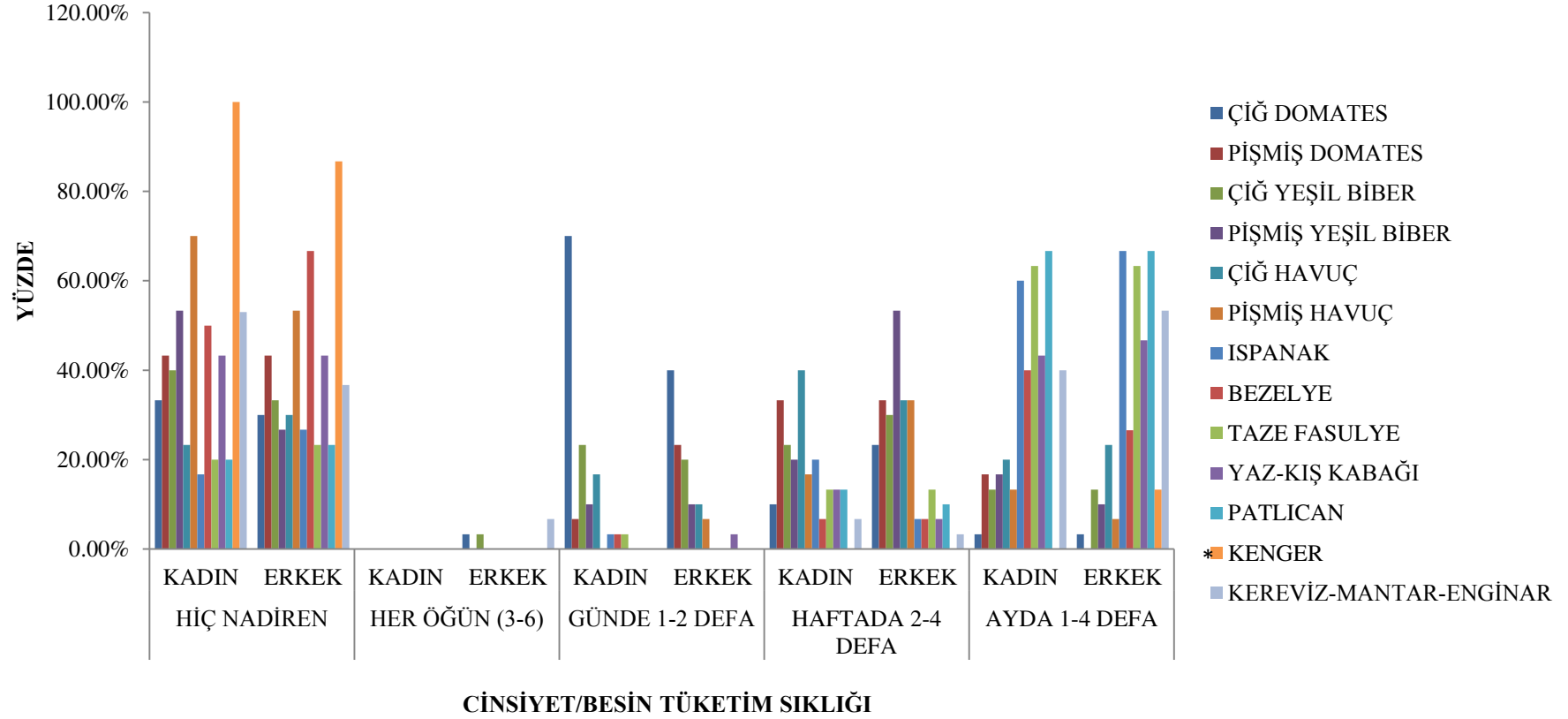
Şekil 1. Hastaların Süt-Yoğurt Grubu Tüketim Sıklığının Dağılımı



Pearson Chi-Square Testi, $p > 0,05$ önemli değil

Şekil 1’de kadın ve erkek hastaların süt-yoğurt grubu tüketim sıklığının dağılımı verilmiştir. Kadın hastaların %73’ü tam yağlı paket sütü, %80’i kaymaklı açık sütü, %86,7’si kaymaksız açık sütü ve %53,3’ü ise kaymaklı ev yoğurdunu hiç-nadiren tükettiğini bildirmiştir. Kaymaksız ev yoğurdu tüketimine verilen cevaplara göre; %46,7’si hiç-nadiren ve %30’u günde 1-2 defa olduğunu bildirmiştir. Kadın hastaların %86,7’si ise homojenize yoğurdu hiç-nadiren tükettiğini bildirmiştir. Yine kadın hastaların %70’i ise günde 1-2 defa ayran tükettiğini bildirmiştir. Erkek hastaların %86,7’si tam yağlı paket sütü hiç nadiren tükettiğini bildirmiştir. Kaymaklı açık süt tüketimine verilen cevaplara göre; %60’i hiç-nadiren, %23,4’ü günde 1-2 defa, %16,7’si haftada 2-4 defadır. Erkek hastaların %70’i kaymaksız açık sütü hiç-nadiren tükettiğini bildirmiştir. Kaymaklı ev yoğurdu tüketimine verilen cevaplara göre; %46,7’si hiç-nadiren, %40’ı günde 1-2 defa tükettiğini bildirmiştir. Kaymaksız ev yoğurdu tüketimine verilen cevaplara göre; %56,7’si hiç-nadiren, %20’si günde 1-2 defadır. %86,7’si ise homojenize yoğurdu hiç-nadiren tükettiğini bildirmiştir. Erkek hastaların %66,7’si ise günde 1-2 defa ayran tükettiğini bildirmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre cinsiyet ile süt-yoğurt grubu tüketim sıklığı arasında önemli bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Şekil 2. Hastaların Sebze Grubu Tüketim Sıklığının Dağılımı



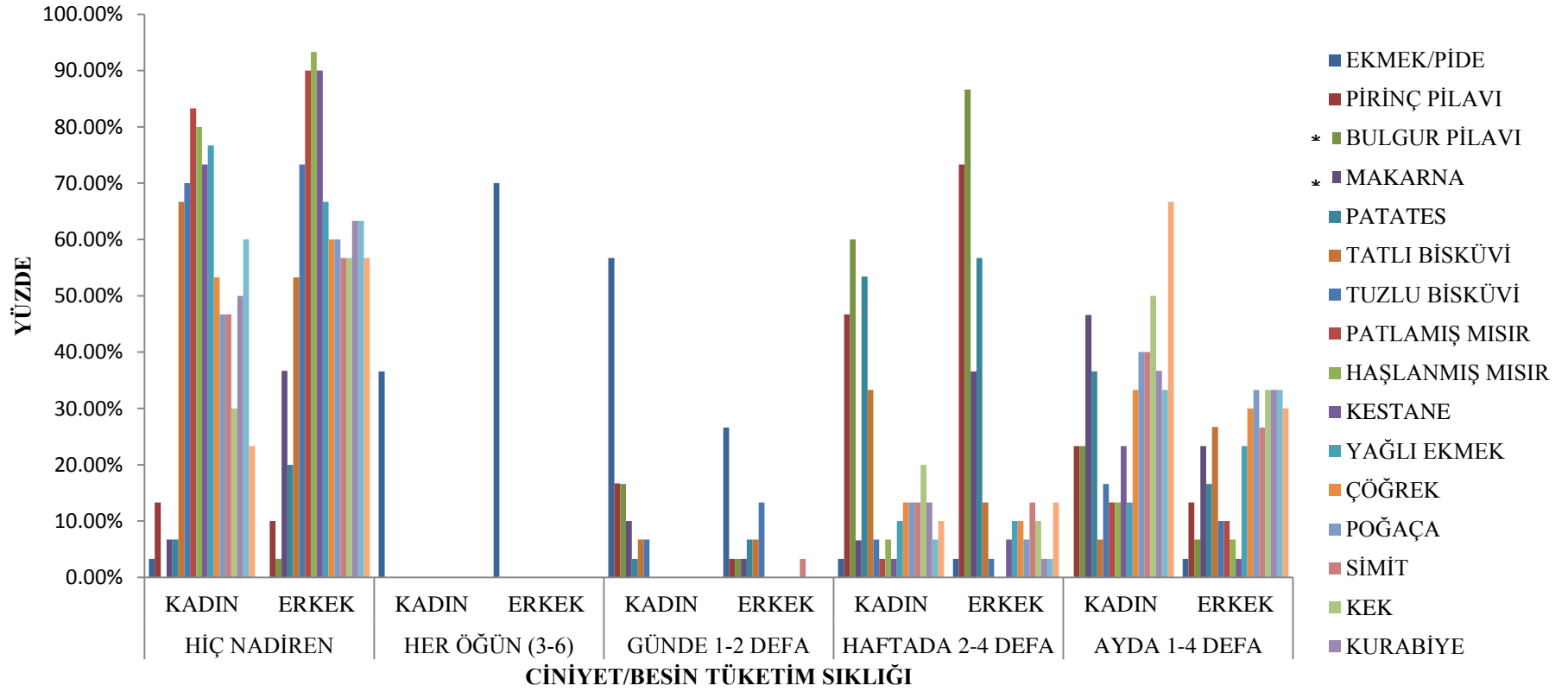
Pearson Chi-Square Testi, *p<0,05 önemli

Şekil 2’de kadın ve erkek hastaların sebze tüketim sıklığının dağılımı verilmiştir. Kadın hastaların çiğ domates tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %33,3’ü hiç-nadiren, %70’i günde 1-2defadır. Pişmiş domates tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %43,3’ü hiç- nadiren, %33,3’ü haftada 2-4 defa, %16,7’si ayda 1-4 defadır. Çiğ yeşil biber tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %40’ı hiç-nadiren, %23,3’ü günde 1-2 defa, %23,3’ü haftada 2-4 defa, %13,3’ü ayda 1-4 defadır. Pişmiş yeşil biber tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %53,3’ü hiç-nadiren, %20’si haftada 2-4 defadır. Çiğ havuç tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %23,3’ü hiç-nadiren, %40’ı haftada 2-4 defa, %20’si ayda 1-4 defadır. Kadın hastaların %70’i pişmiş havucu hiç-nadiren tükettiğini bildirmiştir. Ispanak tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %20’si haftada 2-4 defa, %60’ı ise ayda 1-4 defadır. Bezelye tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %50’si hiç-nadiren, %40’ı ayda 1-4 defadır. Taze fasulye tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %20’si hiç-nadiren, %63,3’ü ise ayda 1-4 defadır. Taze-yaz-kış kabağı tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %43,3’ü hiç-nadiren, %43,3’ü ise ayda 1-4 defadır. Patlıcan tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %20’si hiç-nadiren, %66,7’si ayda 1-4 defadır. Kadın hastaların hiçbiri kenger tüketmediğini bildirmiştir. Kereviz-mantar-enginar tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %53,3’ü hiç-nadiren ve %40’ı ise ayda 1-4 defadır. Erkek hastaların çiğ domates tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %30’u hiç-nadiren, %40’ı günde 1-2defa ve %23,3’ü haftada 2-4 defadır. Pişmiş domates tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %43,3’ü hiç- nadiren, %23,3’ü günde 1-2 defa, %33,3’ü haftada 2-4 defadır. Çiğ yeşil biber tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %33,3’ü hiç-nadiren, %20’si günde 1-2 defa, %30’u haftada 2-4 defa, %13,3’ü ayda 1-4 defadır. Pişmiş yeşil biber tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %26,7’si hiç-nadiren ve %53’ü ise haftada 2-4 defadır. Çiğ havuç tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %30’u hiç-nadiren, %33,3’ü haftada 2-4 defa, %23,3’ü ayda 1-4 defadır. Pişmiş havuç tüketimine verdikleri cevapların oranların sırasıyla; %53,3’ü hiç-nadiren ve %33,3’ü hafta 2-4 defadır. Ispanak tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %26,7’si hiç-nadiren, %66,7’si ise ayda 1-4 defadır. Bezelye tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %66,7’si hiç-nadiren ve %26,6’sı ise ayda 1-4 defadır. Taze fasulye tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %23,3’ü hiç-nadiren, %13,3’ü haftada 2-4 defa,

%63,3'ü ise ayda 1-4 defadır. Taze-yaz-kış kabağı tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %43,3'ü hiç-nadiren ve %46,7'si ise ayda 1-4 defadır. Patlıcan tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %23,3'ü hiç-nadiren ve %66,7'si ayda 1-4 defadır. Kenger tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %86,7'si hiç-nadiren, %13,3'ü ise ayda 1-4 defadır. Kereviz- mantar-enginar tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %36,7'si hiç-nadiren ve %53,3'ü ise ayda 1-4 defadır. Yapılan analiz sonucuna göre kenger tüketimi ile cinsiyet arasında önemli bir fark bulunmuştur ($p=0,038$).



Şekil 3. Hastaların Ekmek-Tatlı Grubu Tüketim Sıklığının Dağılımı

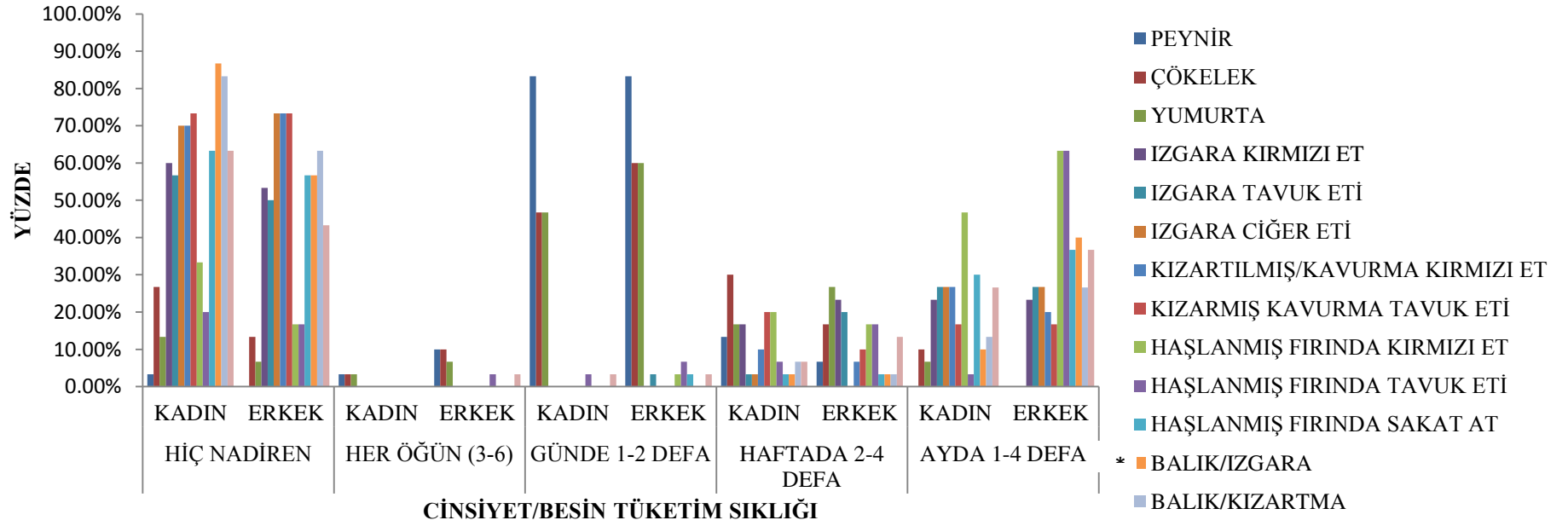


Pearson Chi-Square Testi, *p<0,05 önemli

Şekil 3'te kadın ve erkek hastaların ekmek- tatlı tüketimlerinin dağılımı verilmiştir. Kadın hastaların ekmek-pide tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %36,6'sı günde 1-2 defa, %56,7'si haftada 2-4 defadır. Pirinç pilavı tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %46,7'si haftada 2-4 defa ve %23,3'ü ayda 1-4 defadır. Bulgur pilavı tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %60'ı haftada 2-4 defa, %23,3'ü ise ayda 1-4 defadır. Makarna tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %36,6'sı haftada 2-4 defa, %46,6'sı ayda 1-4 defadır. Patates tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %53,3'ü hafta 2-4 defa, %36,6'sı ise ayda 1-4 defadır. Kadın hastaların %33,3'ü tatlı bisküviyi haftada 2-4 defa tükettiğini bildirmiştir. Hastaların %70'i ise tuzlu bisküviyi hiç-nadiren tükettiğini bildirmiştir. Kadın hastaların %83,3'ü patlamış mısırı hiç-nadiren tükettiğini bildirmiştir. Yine kadın hastalarının %80'i haşlanmış mısırı hiç-nadiren tükettiğini bildirmiştir. Kestane tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %73,3'ü hiç-nadiren ve %23,3'ü ayda 1-4 defadır. Yağlı ekmek tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %76,7'si hiç-nadiren ve %13,3'ü ayda 1-4 defadır. Çörek tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %53,3'ü hiç-nadiren ve %33,3'ü ayda 1-4 defadır. Poğaç tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %46,7'si hiç-nadiren ve %40'ı ise ayda 1-4 defadır. Simit tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %46,7'si hiç-nadiren ve %40'ı ise ayda 1-4 defadır. Kek tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %30'u hiç-nadiren, %20'si haftada 2-4 defa ve %50'si ayda 1-4 defadır. Kurabiye tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %50'si hiç-nadiren ve %36,7'si ise ayda 1-4 defadır. Pasta tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %60'ı hiç-nadiren ve %33,3'ü ayda 1-4 defadır. Erkek hastaların ekmek-pide tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %70'i her öğün, %26,6'sı günde 1-2 defadır. Erkek hastaların %73,3'ü pirinç pilavını haftada 2-4 defa tükettiğini bildirmiştir. Hastaların %86,7'si ise bulgur pilavını haftada 2-4 defa tükettiğini bildirmiştir. Makarna tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %36,7'si hiç-nadiren, %36,6'sı haftada 2-4 defa, %23,3'ü ayda 1-4 defadır. Patates tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %20'si hiç-nadiren ve %56,7'si hafta 2-4 defadır. Tatlı bisküvi tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %53,3'ü hiç-nadiren, %26,7'si ayda 1-4 defadır. Erkek hastaların %73,3'ü tuzlu bisküviyi hiç-nadiren tükettiğini bildirmiştir. Yine erkek hastaların %90'ı ise patlamış mısırı hiç-nadiren tükettiğini bildirmiştir. Haşlanmış mısır tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla;

%93'ü hiç-nadiren, %6,7'si ayda 1-4 defadır. Hastaların %90'nı keşaneyi hiç-nadiren tükettiğini bildirmiştir. Yağlı ekmek tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %66,7'si hiç-nadiren, %23,3'ü ayda 1-4 defadır. Çörek tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %60'ı hiç-nadiren, %30'u ayda 1-4 defadır. Poğça tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %60'ı hiç-nadiren, %33,3'ü ise ayda 1-4 defadır. Simit tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %56,7'si hiç-nadiren, %26,6'sı ise ayda 1-4 defadır. Kek tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %56,7'si hiç-nadiren, %33,3'ü ayda 1-4 defadır. Kurabiye tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %63,3'ü hiç-nadiren, %33,3'ü ise ayda 1-4 defadır. Pasta tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %63,3'ü hiç-nadiren, %33,3'ü ayda 1-4 defadır. Börek tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %56,7'si hiç-nadiren, %13,3'ü haftada 2-4 defa ve %30'u ise ayda 1-4 defadır. Yapılan analiz sonuçlarına göre bulgur pilavı ($p=0,048$) ile makarna ($p=0,023$) değişkenleri ile cinsiyet arasında önemli bir fark bulunmuş iken diğer değişkenler arasında önemli bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Şekil 4. Hastaların Et Grubu Tüketim Sıklığının Dağılımı



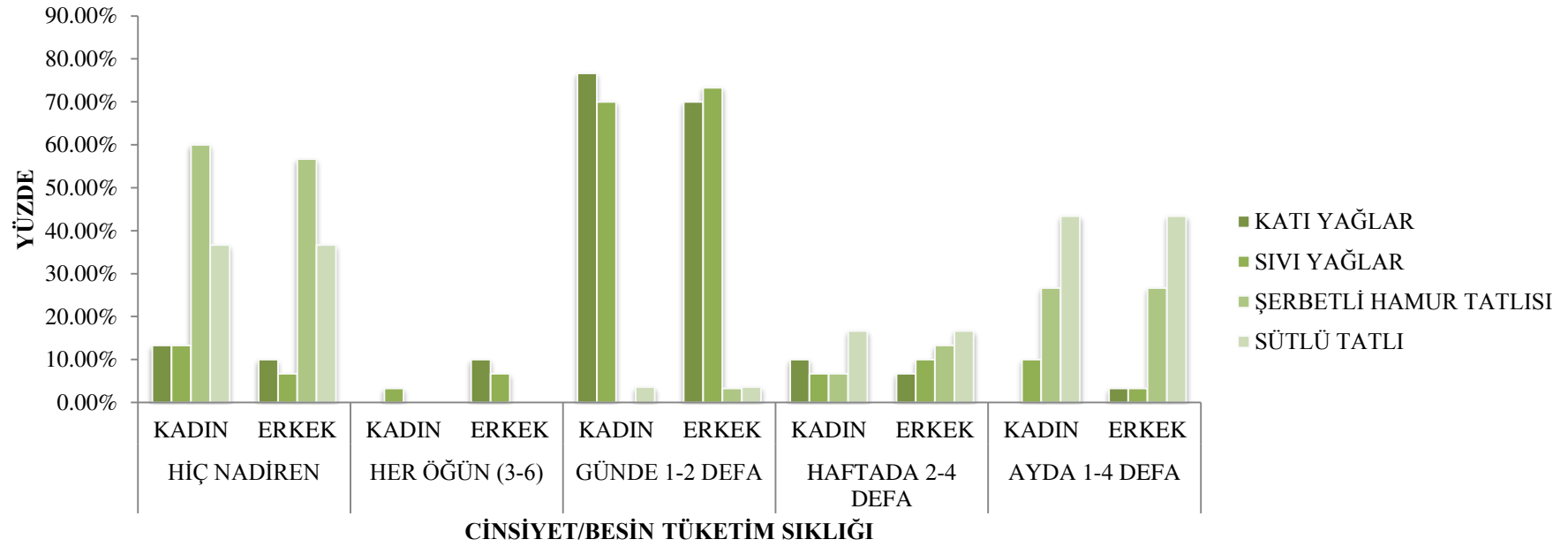
Pearson Chi-Square Testi, *p<0,05 önemli

Şekil 4'te kadın ve erkek hastaların et grubunun tüketim sıklığı verilmiştir. Kadın hastaların %83,3'ü peyniri günde 1-2 defa tükettiğini bildirmiştir. Çökelek tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %26,7'si hiç-nadiren, %46,7'si günde 1-2 defadır. Yumurta tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %13,3'ü hiç-nadiren, %46,7'si günde 1-2 defa, %30'u haftada 2-4 defadır. Izgara kırmızı et tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %60'ı hiç-nadiren, %16,7'si haftada 2-4 defa, %23,3'ü ayda 1-4 defadır. Izgara tavuk eti %56,7'si hiç-nadiren, %16,7'si haftada 2-4 defa, %26,7'si ayda 1-4 defadır. Izgara ciğer eti tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %70'i hiç-nadiren ve %26,7'si ayda 1-4 defadır. Kızartılmış/kavurma kırmızı et tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %70'i hiç-nadiren, %26,7'si ayda 1-4 defadır. Kadın hastaların %73,3'ü kızartılmış/kavurma tavuk eti hiç-nadiren tükettiğini bildirmiştir. Haşlanmış/fırında kırmızı et tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %33,3'ü hiç-nadiren, %20'si haftada 2-4 defa, %46,7'si ayda 1-4 defadır. Haşlanmış/fırında tavuk eti tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %20'si hiç-nadiren, %20'si haftada 2-4 defadır. Haşlanmış/fırında sakatat tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %63,3'ü hiç-nadiren ve %30'u ayda 1-4 defadır. Kadın hastaların %86,7'si ise balık/ızgarayı hiç-nadiren tükettiğini bildirmiştir. Balık/kızartma tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %83,3'ü hiç-nadiren ve %13,3'ü ayda 1-4 defadır. Balık/fırında tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %63,3'ü hiç-nadiren ve %26,7'si ise ayda 1-4 defadır. Erkek hastaların %83,3'ü peyniri günde 1-2 defa tükettiğini bildirmiştir. Erkek hastaların %60'ı ise çökeleği günde 1-2 defa tükettiğini bildirmiştir. Yumurta tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %60'ı günde 1-2 defa, %26,7'si haftada 2-4 defadır. Izgara kırmızı et tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %53,3'ü hiç-nadiren, %23,3'ü haftada 2-4 defa, %23,3'ü ayda 1-4 defadır. Izgara tavuk eti %50'si hiç-nadiren, %20'si haftada 2-4 defa, %26,7'si ayda 1-4 defadır. Izgara ciğer eti tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %73,3'ü hiç-nadiren, %26,7'si ayda 1-4 defadır. Kızartılmış/kavurma kırmızı et tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %73,3'ü hiç-nadiren ve %20'si ayda 1-4 defadır. Yine erkek hastaların %73,3'ü kızartılmış/kavurma tavuk etini hiç-nadiren tükettiğini bildirmiştir. Haşlanmış/fırında kırmızı et tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %16,7'si hiç-nadiren, %16,7'si haftada 2-4 defa, %63,3'ü ayda 1-4 defadır. Haşlanmış/fırında tavuk eti tüketimine verdikleri cevapların oranları

sırasıyla; %16,7'si hiç-nadiren, %16,7'si haftada 2-4 defa, %63,3'ü ayda 1-4 defadır. Haşlanmış/fırında sakatat tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %56,7'si hiç-nadiren ve %36,7'si ayda 1-4 defadır. Balık/ızgara tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %56,7'si hiç-nadiren ve %40'ı ayda 1-4 defadır. Balık/kızartma tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %63,3'ü hiç-nadiren, %26,6'sı ayda 1-4 defadır. Balık/fırında tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %43,3'ü hiç-nadiren ve %36,7'si ise ayda 1-4 defadır. Yapılan analiz sonucuna göre ızgara- balık tüketim sıklığı ($p=0,026$) ile cinsiyet arasında önemli bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer değişkenler arasında ise önemli bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).



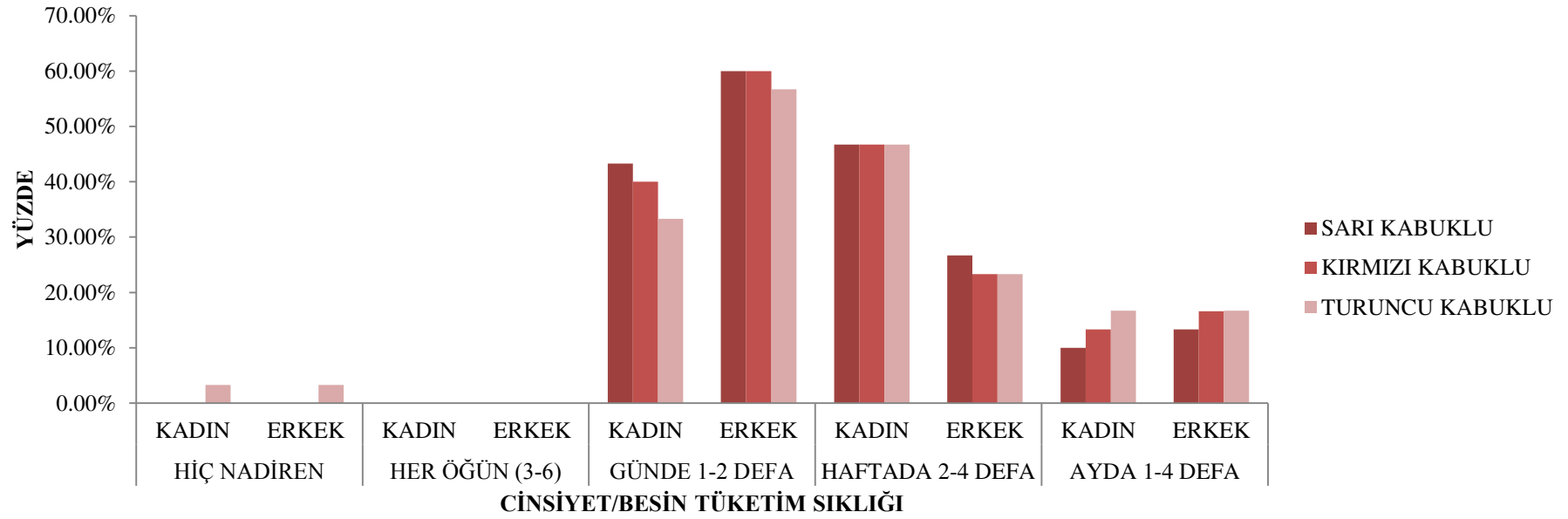
Şekil 5. Hastaların Yağ-Şeker Grubu Tüketim Sıklığının Dağılımı



Pearson Chi-Square Testi, $p > 0,05$ önemli değil

Şekil 5'te kadın ve erkek hastaların yağ-şeker grubu tüketim sıklığının dağılımı verilmiştir. Kadın hastaların katı yağları tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %13,3'ü hiç-nadiren, %76,7'si günde 1-2 defa, %10'u haftada 2-4 defadır. Sıvı yağları tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %13,3'ü hiç-nadiren, %3,3'ü her öğün, % 70'i günde 1-2 defa, %6,7'si haftada 2-4 defa, %10'u ise ayda 1-4 defadır. Şerbetli hamur tatlısı tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %60'ı hiç-nadiren, %6,7'si hafta 2-4 defa, %26,7'si ise ayda 1-4 defadır. Sütü tatlı tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %36,7'si hiç-nadiren, %3,6'sı günde 1-2 defa, %16,7'si haftada 2-4 defa, %43,4'ü ayda 1-4 defadır. Erkek hastaların katı yağları tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %10'u hiç-nadiren, %10'u her öğün, %70'i günde 1-2 defa, %6,7'si haftada 2-4 defa ve %3,3'ü ayda 1-4 defadır. Sıvı yağları tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %6,7'si hiç-nadiren, %6,7'si her öğün, % 73,3'ü günde 1-2 defa, %10'u haftada 2-4 defa, %3,3'ü ise ayda 1-4 defadır. Şerbetli hamur tatlısı tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %56,7'si hiç-nadiren, %3,3'ü günde 1-2 defa, %13,3'ü hafta 2-4 defa, %26,7'si ise ayda 1-4 defadır. Sütü tatlı tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %36,7'si hiç-nadiren, %3,6'sı günde 1-2 defa, %16,7'si haftada 2-4 defa, %43,4'ü ayda 1-4 defadır. Yapılan analiz sonucu cinsiyet ile yağ-şeker grubu arasında önemli bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

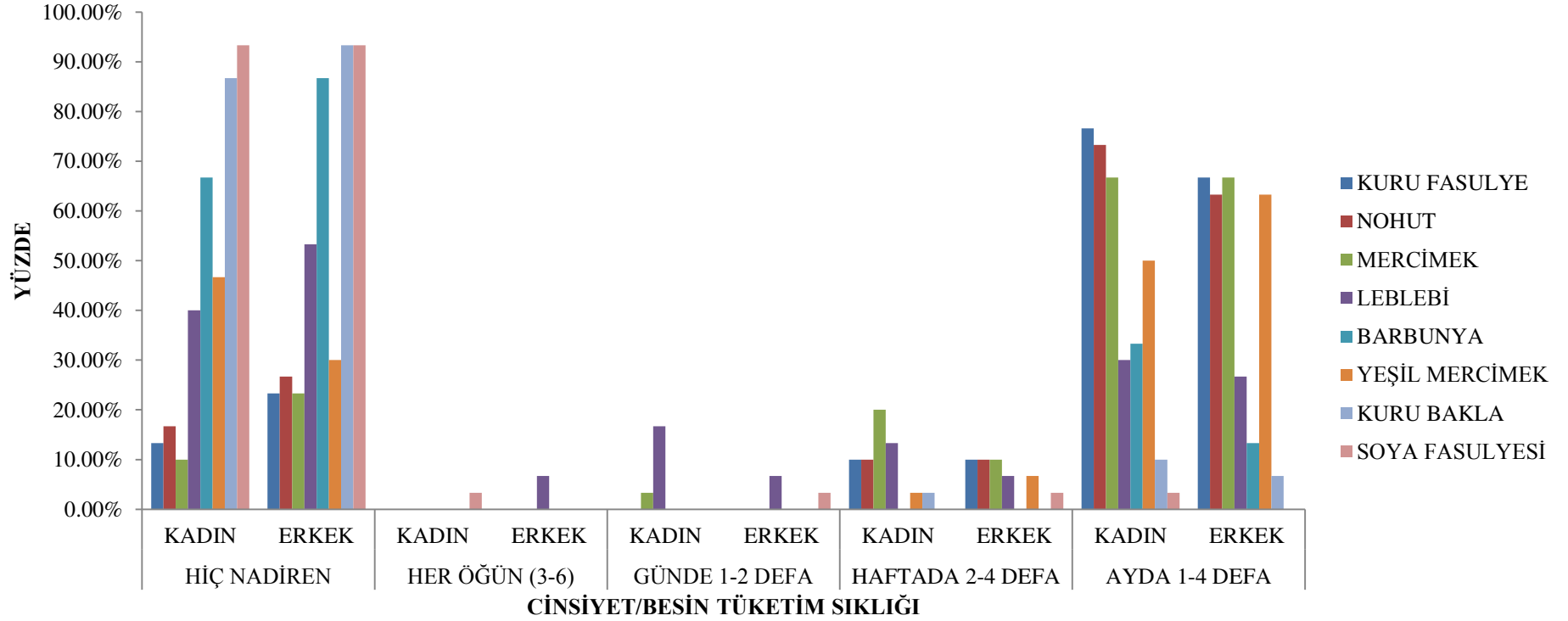
Şekil 6. Hastaların Meyve Grubu Tüketim Sıklığının Dağılımı



Pearson Chi-Square Testi, $p > 0,05$ önemli değil

Şekil 6'da kadın ve erkek hastaların meyve grubu tüketim sıklığı gösterilmektedir. Kadın hastaların sarı kabuklu meyve tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %43,3'ü günde 1-2 defa, %46,7'si haftada 2-4 defa, %10'u ayda 1-4 defadır. Kırmızı kabuklu meyve tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %40'ı günde 1-2 defa, %46,7'si haftada 2-4 defa, %13,3'ü ayda 1-4 defadır. Turuncu kabuklu meyvelerin tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %3,3'ü hiç-nadiren, %33,3'ü günde 1-2 defa, %46,7'si haftada 2-4 defa, %16,7'si ise ayda 1-4 defadır. Erkek hastaların sarı kabuklu meyve tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %60'ı günde 1-2 defa, %26,7'si haftada 2-4 defa, %13,3'ü ayda 1-4 defadır. Kırmızı kabuklu meyve tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %60'ı günde 1-2 defa, %23,3'ü haftada 2-4 defa, %16,6'sı ayda 1-4 defadır. Turuncu kabuklu meyvelerin tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %3,3'ü hiç-nadiren, %56,7'si günde 1-2 defa, %23,3'ü haftada 2-4 defa, %16,7'si ise ayda 1-4 defadır. Yapılan analiz sonucu cinsiyet ile meyve grubu tüketim sıklığı arasında önemli bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

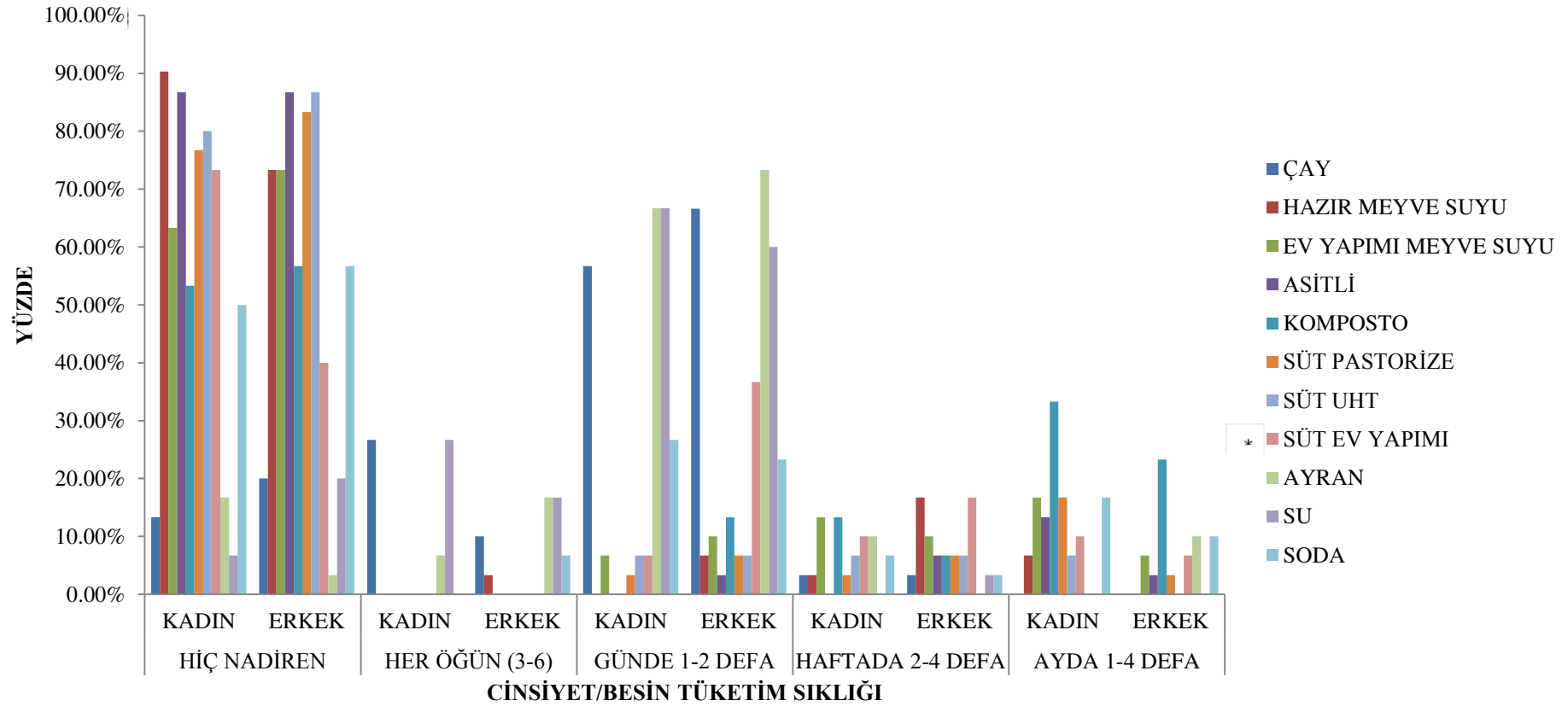
Şekil 7. Hastaların Kurubaklagil Tüketim Sıklığının Dağılımı



Pearson Chi-Square Testi, $p > 0,05$ önemli değil

Şekil 7’de kadın ve erkek hastaların kurubaklagil tüketim sıklığının dağılımı verilmiştir. Kadın hastaların %76,7’si kuru fasulyeyi, %73,3’ü nohudu, %66,7’si mercimeği ayda 1-4 defa tükettiğini bildirmiştir. Leblebi tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %40’ı hiç-nadiren, %16,7’si günde 1-2 defa, %13,3’ü haftada 2-4 defa, %30’u ayda 1-4 defadır. Barbunya tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %66,7’si hiç-nadiren, %33,3’ü ayda 1-4 defadır. Yeşil mercimek tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %46,7’si hiç-nadiren, %50’si ise ayda 1-4 defadır. Kadın hastaların %86,7’si Kurubaklayı, %93,3’ü soya fasulyesini hiç-nadiren tükettiğini bildirmiştir. Erkek hastaların %66,7’si kuru fasulyeyi, %63,3’ü nohudu, %66,7’si mercimeği ayda 1-4 defa tükettiğini bildirmiştir. Leblebi tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %53,3’ü hiç-nadiren, %26,7’si ayda 1-4 defadır. Erkek hastaların %86,7’sinin hiç-nadiren barbunya tükettiği bildirilmiştir. Yeşil mercimek tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %30’u hiç-nadiren, %63,3’ü ise ayda 1-4 defadır. Erkek hastaların %93,3’ü kurubaklayı yine %93,3’ü soya fasulyesini hiç-nadiren tükettiğini bildirmişlerdir. Yapılan analiz sonucunda kurubaklagil tüketim sıklığı ile cinsiyet arasında önemli bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

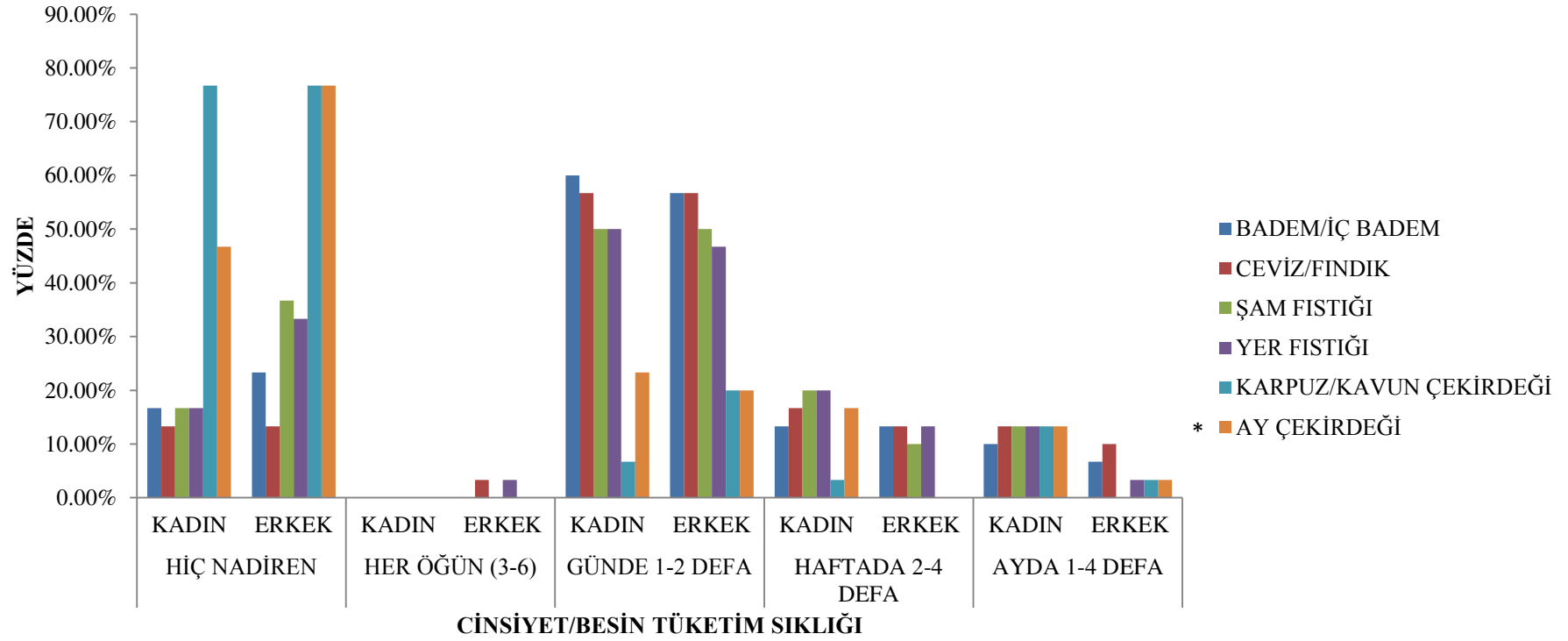
Şekil 8. Hastaların İçecek Tüketim Sıklığının Dağılımı



Pearson Chi-Square Testi, *p<0,05 önemli

Şekil 8’de kadın ve erkek hastaların içecek tüketim sıklığının dağılımı verilmiştir. Kadın hastaların %56,7’si günde 1-2 defa çay tükettiğini bildirmiştir. %90’ı ise hiç-nadiren meyve suyu tükettiğini bildirmiştir. Ev yapımı meyve suyu tüketiminin ise %63,3’ü hiç-nadiren olduğu bildirilmiştir. Asitli içecek tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %86,7’si hiç-nadiren, %13,3’ü ayda 1-4 defadır. Komposto tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %53,3’ü hiç-nadiren ve %33,3’ü ayda 1-4 defadır. Hastaların %76,7’si pastörize sütü, %80’ni ise UHT sütü,%73,3’ü ise ev yapımı hiç-nadiren tükettiğini bildirmiştir. Ayrar tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %16,7’si hiç-nadiren, %66,7’si haftada 2-4 defa ve %10’u ayda 1-4 defadır. Su tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %6,7’si hiç-nadiren, %26,7’si her öğün ve %66,7’si ise haftada 2-4 defadır. Soda tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %50’si hiç-nadiren, %26,7’si günde 1-2 defa, %6,7’si haftada2-4 defa ve %26,7’si ayda 1-4 defadır. Erkek hastaların %66,7’si günde 1-2 defa çay tükettiğini bildirmiştir. Erkek hastaların %73,3’ü hazır meyve suyunu, %73,3’ü ev yapımı meyve suyunu, %86,7’si ise asitli içecek tüketiminin hiç-nadiren olduğunu bildirmiştir. Komposto tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %56,7’si hiç-nadiren, %13,3’ü günde 1-2 defa, %6,7’si haftada 2-4 defa ve %23,3’ü ayda 1-4 defadır. Erkek hastaların %83,3’ü pastörize sütü, %86,7’si UHT sütü hiç-nadiren tükettiğini bildirmiştir. Ev yapımı süt tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %40’ı hiç-nadiren, %36,7’si günde 1-2 defa, %16,7’si haftada 2-4 defa ve %6,7’si ayda 1-4 defadır. %73,3’ü ise günde 1-2 defa ayrar tükettiklerini bildirmiştir. Su tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %20’si hiç-nadiren, %16,7’si günde 1-2 defa, %60’ı haftada 2-4 defa ve %3,3’ü ayda 1-4 defadır. Soda tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %56,7’si hiç-nadiren, %6,7’si her öğün, %23,3’ü günde 1-2 defa, %3,3’ü haftada 2-4 defa ve %10’u ise ayda 1-4 defadır. Yapılan analiz sonucuna göre ev yapımı süt($p=0,020$) ile cinsiyet arasında önemli bir fark bulunmuştur($p<0,05$). Diğer değişkenler ile cinsiyet arasında önemli bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

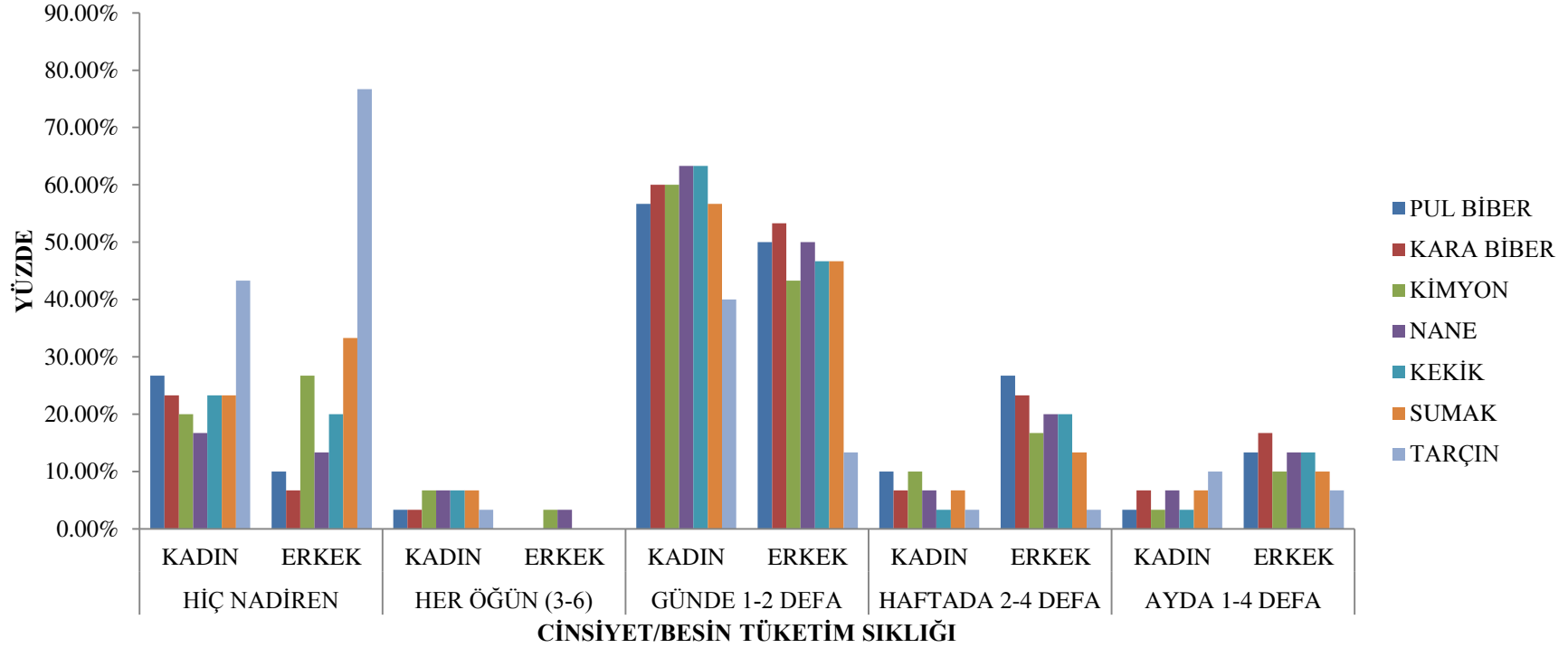
Şekil 9. Hastaların Kuruyemiş Tüketim Sıklığının Dağılımı



Pearson Chi-Square Testi, *p<0,05 önemli

Şekil 9’da kadın ve erkek hastaların kuruyemiş tüketim sıklığının dağılımı verilmiştir. Kadın hastaların %60’ı iç badem- bademi, %56,7’si ceviz-fındığı, %50’si şam fıstığını %50’si yer fıstığını günde 1-2 defa tükettiğini bildirmiştir. Kadın hastaların %76,7’si karpuz- kavun çekirdeğini hiç-nadiren tükettiğini bildirmiştir. Ay çekirdeği tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %46,7’si hiç-nadiren, %23,3’ü günde 1-2 defa, %16,7’si haftada 2-4 defa ve %13,3’ü ayda 1-4 defadır. Erkek hastaların %56,7’si iç badem- bademi, %56,7’si ceviz-fındığı, %50’si şam fıstığını %46,7’si ise yer fıstığını günde 1-2 defa tükettiğini bildirmiştir. Erkek hastaların %76,7’si karpuz- kavun çekirdeğini hiç-nadiren tükettiğini bildirmiştir. Ay çekirdeği tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %76,7’si hiç-nadiren, %20’si günde 1-2 defa, %3,3’ü ayda 1-4 defadır. Yapılan analiz sonucuna göre cinsiyet ile ay-çekirdeği tüketim sıklığı arasında önemli bir fark bulunmuştur ($p=0,028$).

Şekil 10. Hastaların Baharat Tüketim Sıklığının Dağılımı



Pearson Chi-Square Testi, $p > 0,05$ önemli değil

Şekil 10'da kadın ve erkek hastaların baharat tüketim sıklığının dağılımı gösterilmiştir. Kadın hastaların pulbiber tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %26,7'si hiç-nadiren, %56,7'si günde 1-2 defadır. Karabiber tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %23,3'ü hiç-nadiren, %60'ı günde 1-2 defadır. Kimyon tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %20'si hiç-nadiren, %60'ı günde 1-2 defadır. Nane tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %16,7'si hiç-nadiren, %63,3'ü günde 1-2 defadır. Kekik tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %23,3'ü hiç-nadiren, %63,3'ü günde 1-2 defadır. Sumak tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %23,3'ü hiç-nadiren, %56,7'si günde 1-2 defadır. Tarçın tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %43,3'ü hiç-nadiren, %40'ı günde 1-2 defadır. Erkek hastaların pul biber tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %10'u hiç-nadiren, %50'si günde 1-2 defa, %26,7'si haftada 2-4 defadır. Karabiber tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %53,3'ü günde 1-2 defa, %23,3'ü haftada 2-4 defa, %16,7'si ayda 1-4 defadır. Kimyon tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %26,7'si hiç-nadiren, %43,3'ü günde 1-2 defadır. Nane tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %50'si günde 1-2 defa, %20'si haftada 2-4 defadır. Kekik tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %20'si hiç-nadiren, %46,7'si günde 1-2 defa, %20'si haftada 2-4 defadır. Sumak tüketimine verdikleri cevapların oranları sırasıyla; %33,3'ü hiç-nadiren, %46,7'si günde 1-2 defadır. Erkek hastaları %76,7'si tarçını hiç-nadiren tükettiğini bildirmişlerdir. Yapılan analiz sonucuna göre cinsiyet ile baharat tüketimi arasında önemli bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 27. Kadın Hastaların Covid-19 Korku Ölçeği Sorularının Dağılımı

Değişkenler	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ^{2#}	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
1) Covid-19'dan Çok Korkarım	--	--	12	40,0	--	--	16	53,3	2	6,7	3,127	0,372
2) Covid-19'u Düşünmek Beni Rahatsız Eder	--	--	15	50,0	2	6,7	11	36,7	2	6,7	2,782	0,426
3) Covid-19'u Düşündüğümde Ellerim Titrer	1	3,3	2	83,3	--	--	3	10,0	1	3,3	4,283	0,369
4) Covid-19 Yüzünden Hayatımı Kaybetmekten Korkuyorum	--	--	19	63,3	--	--	9	30,0	2	6,7	9,499	0,05
5) Sosyal Medyada Covid-19 İle İlgili Haberleri ve Hikayeleri İzlediğimde Gergin ve Endişeli Olurum	--	--	10	33,3	3	10,0	15	50,0	2	6,7	1,468	0,69
6) Covid-19'a Yakalanmaktan Endişelendiğim İçin Uyuyamıyorum	3	10,0	21	73,3	--	--	5	16,7	1	3,3	5,309	0,257
7) Covid-19'a Yakalandığımı Düşündüğümde Kalbim Hızlanır veya Çarpıntı Yaşarım	2	6,7	25	83,3	--	--	3	10,0	--	--	3,591	0,464

#Pearson Chi-Square Testi

Tablo 27'de kadın hastaların Covid-19 Korku Ölçeğindeki 7 soruya verilen cevaplar verilmiştir. Bu sorulara “ kesinlikle katılmıyorum” cevabını verenlerin oranları sırasıyla; %3,3, %10, %6,7'dir. “ Katılmıyorum” cevabını verenlerin oranları sırasıyla; %40, %50, %83,3 %63,3, %33,3, %73,3, %83,3'tür.

“Kararsızım” cevabını verenlerin oranları sırasıyla; %6,7, %10’dur. “Katılıyorum” cevabını verenlerin oranları sırasıyla; %53,3, %36,7, %10, %30, %50, %16,7 %10’dur. “Kesinlikle katılıyorum” cevabını verenlerin oranları sırasıyla; %6,7, %6,7, %3,3, %6,7, %6,7, %3,3’tür. Yapılan analiz sonucuna göre kadın hastalar ile covid-19 korku ölçeği soruları arasında önemli bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 28. Erkek Hastaların Covid-19 Korku Ölçeği Sorularının Dağılımı

Değişkenler	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
1) Covid-19’dan Çok Korkarım	--	--	9	30,0	2	6,7	15	50,0	4	13,3	3,127	0,372
2) Covid-19’u Düşünmek Beni Rahatsız Eder	--	--	9	30,0	2	6,7	15	50,0	4	13,3	2,782	0,426
3) Covid-19’u Düşündüğümde Ellerim Titrer	3	10,0	23	76,7	2	6,7	2	6,7	--	--	4,283	0,369
4) Covid-19 Yüzünden Hayatımı Kaybetmekten Korkuyorum	1	3,3	9	30,0	4	13,3	13	43,3	3	10,0	9,499	0,05
5) Sosyal Medyada Covid-19 İle İlgili Haberleri ve Hikayeleri İzlediğimde Gergin ve Endişeli Olurum	--	--	6	20,0	4	13,3	17	56,7	3	10,0	1,468	0,69

Tablo 28'in devamı

Değişkenler	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		χ^2 #	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
6) Covid-19'a Yakalanmaktan Endişelendiğim İçin Uyuyamıyorum												
Yakalanmaktan Endişelendiğim İçin Uyuyamıyorum	3	10,0	22	73,3	3	10,0	2	6,7	--	--	5,309	0,257
7) Covid-19'a Yakalandığımı Düşündüğümde Kalbim Hızlanır veya Çarpıntı Yaşarım												
Yakalandığımı Düşündüğümde Kalbim Hızlanır veya Çarpıntı Yaşarım	3	10,0	22	73,3	2	6,7	2	6,7	1	3,3	3,591	0,464

#Pearson Chi-Square Testi

Tablo 28'de erkek hastaların Covid-19 Korku Ölçeğindeki 7 soruya verilen cevaplar verilmiştir. Bu sorulara “ kesinlikle katılmıyorum” cevabını verenlerin oranları sırasıyla; %10, %3,3, %10, %10'dur. “ Katılmıyorum” cevabını verenlerin oranları sırasıyla; %30, %30, %76,7 %30, %20, %73,3, %73,3'tür. “Kararsızım” cevabını verenlerin oranları sırasıyla; %6,7, %6,7, %6,7, %13,3, %13,3, %10, %6,7'dir. “Katılıyorum” cevabını verenlerin oranları sırasıyla; %50, %50, %6,7, %43,3, %56,7, %6,7 %6,7'dir. “Kesinlikle katılıyorum” cevabını verenlerin oranları sırasıyla; %13,3, %13,3, %10, %10, %3,3'tür. Yapılan analiz sonucuna göre erkek hastalar ile covid-19 korku ölçeği soruları arasında önemli bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 29. Kadın Hastalara Yöneltilen Algılanan Stres Ölçeği Sorularının Dağılımı

Değişkenler	Hiçbir Zaman		Neredeyse Hiçbir Zaman		Bazen		Oldukça Sık		Çok Sık		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
1. Beklenmedik Bir Şeylerin Olması												
Nedeniyle Ne Sıklıkla Rahatsızlık Duydunuz?	3	10,0	7	23,3	10	33,3	9	30,0	1	3,3	2,557	0,634
2. Hayatınızdaki Önemli Şeyleri Kontrol Edemediğinizi Ne Sıklıkla Hissettiniz?												
Kontrol Edemediğinizi Ne Sıklıkla Hissettiniz?	3	10,0	9	30,0	10	33,3	7	23,3	1	3,3	2,588	0,629
3. Kendinizi Ne Sıklıkla Sinirli ve Stresli Hissettiniz?												
Sıklıkla Sinirli ve Stresli Hissettiniz?	--	--	5	16,7	12	40,0	9	30,0	4	13,3	7,51	0,111
4. Ne Sıklıkla Gündelik Zorlukların Üstesinden Başarı İle Geldiniz?												
Zorlukların Üstesinden Başarı İle Geldiniz?	1	3,3	3	10,0	8	26,7	17	56,7	1	3,3	7,913	0,095

Tablo 29'un devamı

Değişkenler	Hiçbir Zaman		Neredeyse Hiçbir Zaman		Bazen		Oldukça Sık		Çok Sık		x ^{2#}	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
5. Hayatınızda Ortaya Çıkan Önemli Değişikliklerle Etkili Bir Şekilde Başa Çıktığınızı Ne Sıklıkla Hissettiniz?												
	1	3,3	4	13,3	6	20,0	18	60,0	1	3,3	6,104	0,192
6. Kişisel Sorunlarınızı Ele Alma Yeteneğinize Ne Sıklıkla Güven Duydunuz?												
	2	6,7	3	10,0	5	16,7	17	56,7	3	10,0	10,75	0,03*
7. Her Şeyin Yolunda Gittiğini Ne Sıklıkla Hissettiniz?												
	1	3,3	3	10,0	16	53,3	8	26,7	2	6,7	1,27	0,866
8. Ne Sıklıkta Yapmanız Gereken Şeylerle Başa Çıkamadığınızı Hissettiniz?												
	1	3,3	9	30,0	14	46,7	5	16,7	1	3,3	5,086	0,279

Tablo 29'un devamı

Değişkenler	Hiçbir Zaman		Neredeyse Hiçbir Zaman		Bazen		Oldukça Sık		Çok Sık		χ^2 #	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
9. Hayatınızdaki Zorlukları Ne Sıklıkla Kontrol Edebildiniz?												
Her Şeyin Üstesinden Geldiğinizi Hissettiniz?	1	3,3	3	10,0	10	33,3	16	53,3	--	--	8,413	0,078
10. Ne Sıklıkla Her Şeyin Üstesinden Geldiğinizi Hissettiniz?												
Dışında Gelişen Olaylar Yüzünden Öfkelenediniz?	1	3,3	2	6,7	9	30,0	15	50,0	1	3,3	7,85	0,097
11. Ne Sıklıkla Kontrolünüz Dışında Gelişen Olaylar Yüzünden Öfkelenediniz?												
Kendinizi Ne Sıklıkla Başarmak Zorunda Olduğunuz Şeyleri Düşünürken Buldunuz?	1	3,3	3	10,0	10	33,3	15	50,0	1	3,3	8,369	0,079
12. Kendinizi Ne Sıklıkla Başarmak Zorunda Olduğunuz Şeyleri Düşünürken Buldunuz?												
Ne Sıklıkta Zamanınızı Nasıl Kullanacağınızı Kontrol Edebildiniz?	2	6,7	4	13,3	8	26,7	16	53,3	--	--	6,778	0,148
13. Ne Sıklıkta Zamanınızı Nasıl Kullanacağınızı Kontrol Edebildiniz?												
Problemlerin Üstesinden Gelemeyeceğiniz Kadar Biriktiğini Hissettiniz?	3	10,0	10	33,3	9	30,0	5	16,7	3	10,0	4,615	0,329

#Pearson Chi-Square Testi, *p<0,05 önemli

Tablo 29'da kadın hastaların algılanan stres ölçeği sorularına verdikleri cevaplar gösterilmektedir. Kadın hastaların “geçen ay, beklenmedik bir şeylerin olması nedeniyle ne sıklıkla rahatsızlık duydunuz?” sorusuna %10'u hiçbir zaman,

%23,3'ü neredeyse hiçbir zaman, %33,3'ü bazen, %30'u oldukça sık ve %3,3'ü çok sık olduğunu bildirmiştir. “ Geçen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkla hissettiniz?” sorusuna %10'u hiçbir zaman, %30'u neredeyse hiçbir zaman, %33'ü bazen, %23,3'ü oldukça sık ve %3,3'ü çok sık olduğunu bildirmiştir. “Geçen ay, kendinizi ne sıklıkla sinirli ve stresli hissettiniz?” sorusuna %16,7'si neredeyse hiçbir zaman, %40'ı bazen, %30'u oldukça sık ve %13,3'ü çok sık olduğunu bildirmiştir. “Geçen ay, ne sıklıkla gündelik zorlukların üstesinden başarı ile geldiniz?” sorusuna %3,3'ü hiçbir zaman, %10'u neredeyse hiçbir zaman, %26,7'si bazen, %56,7'si oldukça sık, %3,3'ü çok sık olduğunu bildirmiştir. “ Geçen ay, hayatınızda çıkan önemli değişikliklerle etkili bir şekilde başa çıktığınızı ne sıklıkla hissettiniz?” %3,3'ü hiçbir zaman, %13,3'ü neredeyse hiçbir zaman, %20'si bazen, %60'ı oldukça sık ve %3,3'u çok sık olduğunu bildirmiştir. “ Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğine ne sıklıkla güven duydunuz?” sorusuna %6,7'si hiçbir zaman , %10'u neredeyse hiçbir zaman, %16,7'si bazen, %56,7'si oldukça sık ve %10'u çok sık olduğunu bildirmiştir. “ Geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkla hissettiniz?” sorusuna %3,3'ü hiçbir zaman, %10'u neredeyse hiçbir zaman, %53,3'ü bazen, %26,7'si oldukça sık ve %6,7'si çok sık olduğunu bildirmiştir. “ Geçen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?” sorusuna %3,3'ü hiçbir zaman, %30'u neredeyse hiçbir zaman, %46,7'si bazen, %16,7'si oldukça sık, %3,3'ü çok sık olduğunu bildirmiştir. “ Geçen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkla kontrol edebildiniz?” sorusuna %3,3'ü hiçbir zaman, %10'u neredeyse hiçbir zaman, %33,3'ü bazen, %53,3'ü oldukça sık olduğunu bildirmiştir. “ Geçen ay, ne sıklıkla her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?” sorusuna %3,3'ü hiçbir zaman, %6,7'si neredeyse hiçbir zaman, %30'u bazen, %50'si oldukça sık ve %3,3'ü çok sık olduğunu bildirmiştir. “ Geçen ay, ne sıklıkla kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkelenediniz?” sorusuna %3,3'ü hiçbir zaman, %20'si neredeyse hiçbir zaman, %46,7'si bazen, %20'si oldukça sık ve %10'u çok sık olduğunu bildirmiştir. “ Geçen ay, kendinizi ne sıklıkla başarmak zorunda olduğunuz şeyleri düşünürken buldunuz?” sorusuna %3,3'ü hiçbir zaman, %10'u neredeyse hiçbir zaman, %33,3'ü bazen, %50'si oldukça sık ve %3,3'ü çok sık olduğunu bildirmiştir. “ Geçen ay, ne sıklıkta zamanınızı nasıl kullanacağınızı kontrol edebildiniz?” sorusuna %6,7'si hiçbir zaman, %13,3'ü neredeyse hiçbir zaman, %26,7'si bazen, %53,3'ü oldukça sık olduğunu bildirmiştir. “ Geçen ay, ne sıklıkla problemlerin

üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğini hissettiniz?’’ sorusuna %10’u hiçbir zaman, %33,3’ü neredeyse hiçbir zaman, %30’u bazen, %16,7’si oldukça sık ve %10’u çok sık olduğunu bildirmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre kadın hasaların

‘‘ Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğine ne sıklıkla güven duydunuz?’’ sorusuna verdikleri cevap ile diğer sorulara verdikleri cevaplar arasında önemli bir fark bulunmuştur (p=0,03).

Tablo 30. Erkek Hastalara Yöneltilen Algılanan Stres Ölçeği Sorularının Dağılımı

Değişkenler	Hiçbir Zaman		Neredeyse Hiçbir Zaman		Bazen		Oldukça Sık		Çok Sık		x ^{2#}	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
1. Beklenmedik Bir Şeylerin Olması Nedeniyle Ne Sıklıkla Rahatsızlık Duydunuz?	4	13,3	3	10,0	9	30,0	12	40,0	2	6,7	2,557	0,634
2. Hayatınızdaki Önemli Şeyleri Kontrol Edemediğinizi Ne Sıklıkla Hissettiniz?	4	13,3	5	16,7	9	30,0	9	30,0	3	10,0	2,588	0,629
3. Kendinizi Ne Sıklıkla Sinirli ve Stresli Hissettiniz?	3	10,0	3	10,0	5	16,7	13	43,3	6	20,0	7,51	0,111
4. Ne Sıklıkla Gündelik Zorlukların Üstesinden Başarı İle Geldiniz?	1	3,3	8	26,7	11	36,7	7	23,3	3	10,0	7,913	0,095

Tablo 30'un devamı

Değişkenler	Hiçbir Zaman		Neredeyse Hiçbir Zaman		Bazen		Oldukça Sık		Çok Sık		x ^{2#}	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
5. Hayatınızda Ortaya Çıkan Önemli Değişikliklerle Etkili Bir Şekilde Başa Çıktığınızı Ne Sıklıkla Hissettiniz?												
	3	10,0	7	23,3	8	26,7	9	30,0	3	10,0	6,104	0,192
6. Kişisel Sorunlarınızı Ele Alma Yeteneğinize Ne Sıklıkla Güven Duydunuz?												
	1	3,3	7	23,3	13	43,3	6	20,0	3	10,0	10,75	0,03*
7. Her Şeyin Yolunda Gittiğini Ne Sıklıkla Hissettiniz?												
	2	6,7	4	13,3	12	40,0	10	33,3	2	6,7	1,27	0,866
8. Ne Sıklıkta Yapmanız Gereken Şeylerle Başa Çıkamadığınızı Hissettiniz?												
	4	13,3	5	16,7	10	33,3	9	30,0	2	6,7	5,086	0,279

Tablo 30'un devamı

Değişkenler	Hiçbir Zaman		Neredeyse Hiçbir Zaman		Bazen		Oldukça Sık		Çok Sık		X ^{2#}	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
9. Hayatınızdaki Zorlukları Ne Sıklıkla Kontrol Edebildiniz?												
Üstesinden Geldiğinizi Hissettiniz?	1	3,3	5	16,7	13	43,3	7	23,3	4	13,3	8,413	0,078
10. Ne Sıklıkla Her Şeyin Üstesinden Geldiğinizi Hissettiniz?												
Üstesinden Geldiğinizi Hissettiniz?	1	3,3	6	20,0	10	33,3	8	26,7	5	16,7	7,85	0,097
11. Ne Sıklıkla Kontrolünüz Dışında Gelişen Olaylar Yüzünden Öfkelenirsiniz?												
Dışında Gelişen Olaylar Yüzünden Öfkelenirsiniz?	3	10,0	4	13,3	9	30,0	11	36,7	3	10,0	3,958	0,412
12. Kendinizi Ne Sıklıkla Başarmak Zorunda Olduğunuz Şeyleri Düşünürken Buldunuz?												
Başarmak Zorunda Olduğunuz Şeyleri Düşünürken Buldunuz?	2	6,7	11	36,6	8	26,6	7	23,3	2	6,7	8,369	0,079
13. Ne Sıklıkta Zamanınızı Nasıl Kullanacağınızı Kontrol Edebildiniz?												
Zamanınızı Nasıl Kullanacağınızı Kontrol Edebildiniz?	2	6,7	7	23,3	8	26,7	9	30,0	4	13,3	6,778	0,148
14. Ne Sıklıkta Problemlerin Üstesinden Gelemeyeceğinizi Kadar Biriktiğini Hissettiniz?												
Problemlerin Üstesinden Gelemeyeceğinizi Kadar Biriktiğini Hissettiniz?	7	23,3	7	23,3	5	16,7	9	30,0	2	6,7	4,615	0,329

#Pearson Chi-Square Testi, *p<0,05 önemli

Tablo 30’da erkek hastaların algılanan stres ölçeği sorularına verdikleri cevaplar gösterilmektedir. Erkek hastaların “geçen ay, beklenmedik bir şeylerin olması nedeniyle ne sıklıklar rahatsızlık duydunuz?” sorusuna %13’ü hiçbir zaman, %10’ u neredeyse hiçbir zaman, %30’u bazen, %40’ı oldukça sık ve %6,7’si çok sık olduğunu bildirmiştir. “ Geçen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkla hissettiniz?” sorusuna %13’ü hiçbir zaman, %16,7’si neredeyse hiçbir zaman, %30’u bazen, %30’u oldukça sık ve %10’u çok sık olduğunu bildirmiştir. “ Geçen ay, kendinizi ne sıklıkla sinirli ve stresli hissettiniz?” sorusuna %10’u hiçbir zaman, %10 neredeyse hiçbir zaman, %16,7’si bazen, %43,3’ü oldukça sık ve %20’si çok sık olduğunu bildirmiştir. “Geçen ay, ne sıklıkla gündelik zorlukların üstesinden başarı ile geldiniz?” sorusuna %3’ü hiçbir zaman, %26,7’si neredeyse hiçbir zaman, %36,7’si bazen, %23,3’ü oldukça sık, %10’u çok sık olduğunu bildirmiştir. “ Geçen ay, hayatınızda çıkan önemli değişikliklerle etkili bir şekilde başa çıktığınızı ne sıklıkla hissettiniz?” %10’u hiçbir zaman, %23,3’ü neredeyse hiçbir zaman, %26,7’si bazen, %30’u oldukça sık ve %10’u çok sık olduğunu bildirmiştir. “ Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğine ne sıklıkla güven duydunuz?” sorusuna %3,3’ü hiçbir zaman , %23,3’ü neredeyse hiçbir zaman, %43,3’ü bazen, %20’si oldukça sık ve %10’u çok sık olduğunu bildirmiştir. “ Geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkla hissettiniz?” sorusuna %6,7’si hiçbir zaman, %13,3’ü neredeyse hiçbir zaman, %40’ı bazen, %33,3’ü oldukça sık ve %6,7’si çok sık olduğunu bildirmiştir. “ Geçen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?” sorusuna %13,3’ü hiçbir zaman, %16,7’si neredeyse hiçbir zaman, %33,3’ü bazen, %30’u oldukça sık, %6,7’si çok sık olduğunu bildirmiştir. “ Geçen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkla kontrol edebildiniz?” sorusuna %3,3’ü hiçbir zaman, %16,7’si neredeyse hiçbir zaman, %43,3’ü bazen, %23,3’ü oldukça sık ve %13,3’ü çok sık olduğunu bildirmiştir. “ Geçen ay, ne sıklıkla her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?” sorusuna %3,3’ü hiçbir zaman, %20’si neredeyse hiçbir zaman, %33,3’ü bazen, %26,7’si oldukça sık ve %16,7’si çok sık olduğunu bildirmiştir. “ Geçen ay, ne sıklıkla kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkelenediniz?” sorusuna %10’u hiçbir zaman, %13,3’ü neredeyse hiçbir zaman, %30’u bazen, %36,7’si oldukça sık ve %10’u çok sık olduğunu bildirmiştir. “ Geçen ay, kendinizi ne sıklıkla başarmak zorunda olduğunuz şeyleri düşünürken buldunuz?” sorusuna %6,7’si hiçbir zaman, %36,6’sı neredeyse hiçbir zaman, %26,6’sı bazen, %23,3’ü

oldukça sık ve %6,7'si çok sık olduğunu bildirmiştir. “ Geçen ay, ne sıklıkta zamanınızı nasıl kullanacağınızı kontrol edebildiniz?” sorusuna %6,7'si hiçbir zaman, %23,3'ü neredeyse hiçbir zaman, %26,7'si bazen, %30'u oldukça sık ve %13,3'ü çok sık olduğunu bildirmiştir. “ Geçen ay, ne sıklıkla problemlerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğinizi hissettiniz?” sorusuna %23,3'ü hiçbir zaman, %23,3'ü neredeyse hiçbir zaman, %16,7'si bazen, %30'u oldukça sık ve %6,7'si çok sık olduğunu bildirmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre erkek hasaların “ Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğine ne sıklıkla güven duyduunuz?” sorusuna verdikleri cevap ile diğer sorulara verdikleri cevaplar arasında önemli bir fark bulunmuştur (p=0,03).

Tablo 31. Hastaların Cinsiyetleri İle Stres Düzeylerinin Dağılımı

Değişkenler	Kadın (n=30)		Erkek (n=30)		x ^{2#}	p
	Birey sayısı	Oran (%)	Birey sayısı	Oran (%)		
Düşük Stres Düzeyi (0-17 puan)	5	16.7	5	16.7	0.166	0.92
Orta Stres Düzeyi (18-36 puan)	22	73.3	21	70		
Yüksek Stres Düzeyi (37-56 puan)	3	10	4	13.3		

#Pearson Chi-Square Testi

Tablo 31’de hastaların cinsiyetlerine ile stres düzeyleri arasındaki ilişkinin dağılımı verilmiştir. Kadın hastalarda 0-17 puan arasında alıp düşük stres düzeyine sahip hastaların oranı %16.7, 18-36 puan arasında alıp orta düzeyde strese sahip hastaların oranı %73.3, 37-56 arasında puan alıp yüksek düzeyde strese sahip hastaların oranı %10 olarak bildirilmiştir. Erkek hastalarda 0-17 puan arasında alıp düşük stres düzeyine sahip hastaların oranı %16.7, 18-36 puan arasında alıp orta düzeyde strese sahip hastaların oranı %70, 37-56 arasında puan alıp yüksek düzeyde strese sahip hastaların oranı %13.3 olarak bildirilmiştir. Yapılan analiz sonucu hastaların cinsiyetleri ile stres düzeyleri arasında önemli bir fark bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 32. Hastaların Stres Düzeyi İle Covid Korku Puanı Dağılımı

Değişkenler	Covid Korku Puanı				x ^{2#}	p
	7- 21	Oran (%)	22 - 35	Oran (%)		
Düşük Stres Düzeyi (0-17 puan)	9	28.1	1	3.6	13.402	0.001*
Orta Stres Düzeyi (18-36 puan)	23	71.9	20	71.4		
Yüksek Stres Düzeyi (37-56 puan)	0	0	7	25		

#Pearson Chi-Square Testi, *p<0,05 önemli

Tablo 32’de hastaların stres düzeyi ile covid korku puanlarının dağılımı verilmiştir. Düşük stres düzeyine sahip olup covid korkusu 7-21 puan aralığında olanların oranı %28.1, 22-35 arasında olanların ise %3.6 olduğu bildirilmiştir. Orta stres düzeyine sahip olup covid korkusu 7-21 puan aralığında olanların oranı %71.9, 22-35 arasında olanların ise % 71.4 olduğu bildirilmiştir. Orta stres düzeyine sahip olup covid korkusu 7-21 puan aralığında olanların oranı %0, 22-35 arasında olanların ise % 25 olduğu bildirilmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre hastaların stres düzeyi ile covid korku puanları arasında önemli bir fark bulunmuştur (p=0.001).

Tablo 33. Hastaların Stres Düzeyi İle Covid Korku Puanı Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Değişkenler	Stres Düzeyi	Covid Korku Puanı
Stres Düzeyi	1	0,467*
Covid Korku Puanı	0,467*	1

#Pearson Korelasyon Testi, *p<0,01 önemli

Tablo 33’de stres düzeyi ve covid korku puanı değişkenleri arasında önemli bir ilişki olup olmadığını tespit etmek üzere korelasyon testi yapılmıştır. Değişkenler arasındaki doğrusal ilişkinin ölçülmesinde kullanılan Pearson korelasyon katsayısı değerine göre (r=0,467) stres düzeyi ve covid korku puanı arasında pozitif yönlü önemli bir ilişki bulunmaktadır.

Tablo 34. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Uluslararası Fiziksel Aktivite Formu Sorularının Dağılımı

Değişkenler		Kadın (n=30)		Erkek (n=30)		χ^2	p
		Birey Sayısı	Oran (%)	Birey Sayısı	Oran (%)		
Ağır Fiziksel Aktivite Yapma	Haftada	-	-	1	3,3	1,017	0,313
	Birkaç Gün						
	Yapmadım	30	100,0	29	96,7		
Orta Dereceli Fiziksel Aktivite Yapma	Haftada	-	-	1	3,3	1,017	0,313
	Birkaç Gün						
	Yapmadım	.		29	96,7		
		30	100,0				
Haftada Bir Kez En Az 10dk. Yürüme	Haftada	25	83,3	26	86,7	0,111	0,739
	Birkaç Gün						
	Yürümedim	5	16,7	4	13,3		
Yürüyerek Geçirilen Süre	Bilmiyorum	13	43,3	20	66,7	3,445	0,179
	Günde 10-30 Dakika	16	53,3	9	30,0		
	Günde 1-2 saat	1	3,3	1	3,3		
	Bilmiyorum	23	76,7	26	86,7		
Oturarak Geçirilen Süre	Günde 10-30 Dakika	6	20,0	--	--	7,984	0,018*
	Günde 1-2 Saat	1	3,3	4	13,3		

#Pearson Chi-Square Testi, *p<0,05 önemli

Tablo 34'te hastaların cinsiyetlerine göre fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı gösterilmektedir. Kadın hastaların ağır ve orta dereceli fiziksel aktivite hiç yapmadığı bildirilmiştir. Kadın hastaların %83'ü haftada 1 kez en az 10 dakika yürüyüş yaptığını belirtmiştir. Kadın hastaların “yürüyerek geçirilen süreye” verdikleri cevaplar; %43'ü bilmiyorum, %53'ü 10-30 dakika/gün yürüdüğünü, %3'ü ise 1-2 saat/gün yürüdüğünü bildirmiştir. “Oturarak geçirilen süreye” verdikleri cevaplar ise %76'sı bilmiyorum, %20'si günde 10-30 dakika yürüdüğünü, %3'ü ise günde 1-2 saat yürüdüğünü bildirmiştir. Erkek hastaların %3'ü ağır ve orta dereceli fiziksel aktivite yaptığını bildirirken %96,7 ağır ve orta dereceli fiziksel aktivite

yapmadığını bildirmiştir. Erkek hastaların %87'si ise haftada 1 kez en az 10 dakika yürüdüğünü bildirmiştir. Erkek hastaların “yürüyerek geçirilen süreye” verdikleri cevaplar %66,7 si bilmiyorum, %30'u 10-30 dakika/gün yürüdüğünü, %3,3'ü ise günde 1-2 saat yürüdüğünü bildirmiştir. “Oturarak geçirilen süreye” verdikleri cevaplar ise %86,7'si bilmiyorum, %13,3'ü ise günde 1-2 saat yürüdüğünü bildirmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre hastaların cinsiyetleri ile oturarak geçirilen süre arasında önemli bir fark bulunmuştur (p=0,018).

Tablo 35. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Günlük Tükettikleri Su Miktarlarının Dağılımı

	Değişkenler	Kadın (n=30)		Erkek (n=30)		x ^{2#}	p
		Birey Sayısı	Oran (%)	Birey Sayısı	Oran (%)		
Tüketilen Su Miktarı	1-1,5 Litre	15	50,0	22	73,3	6,205	0,102
	1,5-2 Litre	4	13,3	5	16,7		
	2-2,5 Litre	10	33,3	3	10,0		
	Bilmiyorum	1	3,3	--	--		

#Pearson Chi-Square Testi

Tablo 35'te hastaların su miktarlarının cinsiyete göre dağılımı verilmiştir. Kadın hastaların %50'si 1-1,5 litre/gün su, %13,3'ü 1,5-2 litre/gün, %33'ü 2-2,5 litre/gün ve %3,3'ü ise günlük tükettiği su miktarını bilmediğini bildirmiştir. Erkek hastaların ise %73,3'ü 1-1,5 litre/gün, %16,7'si 1,5-2 litre/gün, %10'u ise 2-2,5 litre/gün su tükettiğini bildirmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre tüketilen su miktarı ile cinsiyet arasında önemli bir fark bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 36. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Dağılımı

Değişkenler		Kadın (n=30)		Erkek (n=30)		x ^{2#}	p
		Birey sayısı	Oran (%)	Birey sayısı	Oran (%)		
Fiziksel Aktivite Düzeyi	<600 İnaktif	24	80	26	86,7	2,08	0,353
	600-1500 Aktif	6	20	3	10		
	1500+ Çok Aktif	0	0	1	3,3		

#Pearson Chi-Square Testi

Tablo 36'da hastaların cinsiyetlerine göre fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı verilmiştir. Kadın hastaların fiziksel aktivite düzeyleri incelendiğinde; <600 inaktif oranı %80, 600-1500 aktif oranı %20, 1500 ve üzeri çok aktif oranı ise %0

olarak bildirilmiştir. Erkek hastaların fiziksel aktivite düzeyleri incelendiğinde; <600 inaktif oranı %86.7, 600-1500 aktif oranı %10, 1500 ve üzeri çok aktif oranı ise %3.3 olarak bildirilmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre fiziksel aktivite düzeyleri ile cinsiyet arasında önemli bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 37. Covid Korku Puanlarına Göre Hastaların Günlük Enerji, Karbonhidrat, Yağ, Protein, A, C ve E Vitamini Tüketimlerinin Değerlendirmesi

	Covid-19 Korku Puanları	n	Ortalama	SS	F	p
Günlük Tüketilen Toplam Enerji (kcal)	7-21	32	1326	478.7	0.44	0.5
	22-35	28	1244	479.2		
Günlük Tüketilen Karbonhidrat (g)	7-21	32	135.8	64.5	0.72	0.39
	22-35	28	121.8	62.9		
Günlük Tüketilen Protein (g)	7-21	32	54.7	19.7	0.64	0.42
	22-35	28	62	47.1		
Günlük Tüketilen Yağ (g)	7-21	32	76.5	77.6	0.53	0.46
	22-35	28	122.4	343.8		
Günlük Tüketilen A Vitamini (mg)	7-21	32	1042	923.3	1.28	0.26
	22-35	28	803.4	662.8		
Günlük Tüketilen C Vitamini (mg)	7-21	32	88.6	105.3	0.71	0.4
	22-35	28	170.7	536.9		
Günlük Tüketilen E Vitamini (mg)	7-21	32	9.2	5.1	0.49	0.48
	22-35	28	14.7	44.1		

Oneway Anova

SS: Standart Sapma

F: F testi

Tablo 37’de covid-19 korku puanlarına göre hastaların günlük enerji, karbonhidrat, yağ, protein, A, C ve E vitamini tüketimlerinin değerlendirilmesi gösterilmektedir. Bu tabloya göre; tüketilen toplam enerji ortalamalarının Covid-19 korku puanları 7-21 olanlarda 1326 kcal, 22-35 olanlarda 1244 kcal’dir. Günlük tüketilen karbonhidrat ortalamalarının Covid-19 korku puanları 7-21 olanlarda 135,8 g, 22-35 olanlarda ise 121,8 gramdır. Günlük tüketilen protein ortalamalarının Covid-19 korku puanları 7-21 olanlarda 54,7g, 22-35 olanlarda ise 62 gramdır. Günlük tüketilen yağ ortalamalarının Covid-19 korku puanları 7-21 olanlarda 77,6 g, 22-35 olanlarda 122,4 gramdır. Günlük tüketilen A vitamini ortalamalarının Covid-19 korku puanları

7-21 olanlarda 1042mg, 22-35 olanlarda 803,4 mikrogramdır. Günlük tüketilen C vitamini ortalamalarının Covid-19 korku puanları 7-21 olanlarda 88,6 mg, 22-35 olanlarda 170,7 mg'dır. Günlük tüketilen E vitamini ortalamalarının Covid-19 korku puanları 7-21 olanlarda 9,2 mg, 22-35 olanlarda 14,7 mg'dır. Covid-19 korku puanları ile günlük tüketilen toplam enerji, CHO, yağ, protein, A,C ve E vitamini arasında önemli bir fark bulunamamıştır ($p>0,005$).



5. TARTIŞMA

Kanser dünya genelinde oldukça fazla görülen kronik hastalıktır. Bu hastalığın ortaya çıkmasında demografik değişim mevcut kanser yüküne katkıda bulunmaktadır (Yılmaz & Bıçaklı Hopancı, 2018). Yapılan bu çalışmada, 20-30 yaş aralığında katılan hastaların %13,3'ü kadın, %16,7'si erkek, 31-40 yaş aralığında katılan hastaların %16,7'si kadın, %33,3'ü erkek, 41-50 yaş aralığında katılan hastaların %70'i kadın, %50'sinin ise erkek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3). Bu çalışmaya katılım sağlayan kadın hastaların çoğunluğunun orta yaşlı, erkek hastaların ise yarısının orta yaşlı olduğu bulunmuştur. Arzu Gemalmaz ve Gülçin Avşar 2014, kanser hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada demografik dağılıma göre çalışmaya katılan hastaların %72,2'sinin 18-29 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir (Gemalmaz, 2014). Selda Arslan ve ark. yaptığı çalışmaya göre; %85,4'ünün evli, %62,1'inin ise ailesi ile birlikte yaşadığı belirtmiştir (Arslan et al., 2008). Yapılan bu çalışmada ise kadın hastaların %66'sının evli, erkek hastaların ise %90'nın evli olduğu bildirilmiştir. Kadınların %63,3'ünün ise eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı bildirilmiştir. Kadın hastaların %76,7'sinin hiç sigara içmediği, %16,7'sinin ise bıraktığı bildirilmiştir. Erkek hastaların ise %60'ının hiç sigara içmediği, %20'sinin ise bıraktığı bildirilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise kemoterapi gören kanser hastalarının %50'sinin sigarayı bıraktığı saptanmıştır (Yılmaz & Bıçaklı Hopancı, 2018).

Kanser ve ergoterapi üzerine yapılan bir çalışmada kemoterapiye bağlı hastalarda yorgunluk, ağrı, bunalım gibi birçok yan etki görülebilir. Kanserli hastaların %70'inden fazlasında, terminal dönemdeki hastaların ise %90'nında ağrı görülmektedir. Bu gibi yan etkileri hastanın duygularını (mutluluk, memnuniyet, yaşamdan zevk alma), günlük yaşam aktivitelerini ve sosyal yaşamlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir.(Çetinkaya & Şahin, n.d.). Tablo 10'da kadın hastaların ağırlık kaybının %70'inde istemeden, erkek hastaların %76,7'sinde ise isteyerek olduğunu bildirilmiştir. Tablo 12'de hastaların geçen haftadaki durumlarını değerlendirmek için yöneltilen sorulara verdikleri cevaplara göre kadın hastaların erkek hastalardan oldukça fazla ağrıların olduğunu, kadın hastaların %46,7'sinin erkek hastaların ise %56,7'sinin dinlenme ihtiyacı hissetme ve güçsüz durumunun oldukça fazla olduğu bildirilmiştir. Geçen haftadaki, kadın hastaların erkek

hastalardan neredeyse 2 kat daha fazla bunalıma girdiği, hastaların %50'si oldukça fazla yorgun hissettiğini bildirmiştir. Yapılan bu çalışmada hastaların cinsiyetleri ile geçen haftadaki bunalıma girme ($p=0,001$) ve iştah kaybı ($p=0,008$) değişkenleri arasında önemli bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Bunlara ek olarak hastaların vücutlarında oluşan ağrıların ise fiziksel aktivitelerini oldukça fazla etkilediği sonucuna varılmıştır. Tablo 13'te ise hastaların şu andaki durumları incelendiğinde ağrı durumuna verilen cevapların en yüksek oranları kadın hastalar için %33,3 oranla biraz, erkek hastalar için ise %43,3 oranla ağrıların olmadığı cevabı verilmiştir. Dinlenme ihtiyacı için verilen cevapların en yüksek oranları kadın hastalar için %43,3 oranla oldukça, erkek hastalar için ise %46,7 oranla çok fazla olduğu görülmüştür. Güçsüz hissetme durumu incelendiğinde ise kadın ve erkek hastaların kendilerini çok fazla güçsüz hissettiği bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada hastaların cinsiyetleri ile şu andaki bunalıma girme ($p=0,035$) ve iştah kaybı ($p=0,001$) değişkenleri arasında önemli bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Bunlara ek olarak yorgun hissetme durumuna en yüksek oranların verildiği cevaplar kadın hastalar için %36,7 oranla oldukça, erkek hastalar için ise %43,3 oranla çok fazla cevabının olduğu görülmüştür. Ağrıların günlük aktiviteleri etkileme durumuna en yüksek oranların verildiği cevaplar kadın hastalar için %33,3 oranla biraz, erkek hastalar için ise %40 oranla çok fazla cevabının olduğu görülmüştür. Gastrointestinal ve akciğer kanser hastaları üzerinde yapılan randomize kontrollü çalışmanın sonucuna göre müdahale sonrası, küresel sağlık durumunda/yaşam kalitesinde (genel QoL) hiçbir fark gözlenmemiş. Bulantı, kusma ($p = 0.023$) ve protein alımı ($p = 0.01$) ile ilgili hasta tarafından derecelendirilen semptom ölçeği için müdahale ortalamasının üstünde bulunmuştur. Enerji alımı, beslenme durumu ve fiziksel performans için istatistiksel farklılıklar gözlenmemiştir (Uster et al., 2018). Yapılan bu çalışmada kadın hastaların %80'ni inaktif, %20'si aktif %10'u, erkek hastaların ise %86,7'si inaktif, %10'u aktif, %3,3'ü ise çok aktif fiziksel aktivite yaptığını bildirmiştir. Meme kanserli hastaların fiziksel aktivite düzeylerini inceleyen bir çalışmada ise hastaların %32,8'nin orta düzey, %35,9'unun düşük düzey ve %31,2'sinin yüksek düzey fiziksel aktivite yaptığı bulunmuştur (Dibekci, 2017). Literatürdeki verilerin yapılan bu çalışma ile benzerlik gösterdiği bulunmuş olup çalışmayı destekler niteliktedir.

Kemoterapi tedavisi alan kanser hastaları üzerinde yapılan bir çalışmaya göre kemoterapi sonrası ortaya çıkan yan etkiler sorulduğunda, hastaların tamamında bir

veya birkaç yan etkinin ortaya çıktığı, ve en çok bulantı - kusma (%82,3), halsizlik(%50), tat değişikliği (%41,9), iştahsızlık (%37,1), şikayetlerinin olduğu bulunmuştur(Taşcı et al., n.d.). Yapılan bu çalışmada ise kemoterapi tedavisi sonrasında hastaların iştah veya besin alımının değişmesi durumuna genellikle çoklu nedenler bildirildiği ve bu nedenler arasında hastalarda en çok bulantı/kusma, tat koku alamama, ağızda yara oluşumu, ağrı ve erken doyma hissi görülmüştür.

Akciğer kanserli hastalarda üzerinde yapılan iki ayrı çalışmada oral beslenme tedavisine ek olarak omega-3 yağ asidi ve eikosapentaenoik asidin eklenmesi, hastaların yaşam kalitesi ve fiziksel performansına olumlu etkisi olduğu bulunmuştur. Elde edilen bu sonuçlara rağmen halen ek çalışmalara ihtiyaç vardır (Yıldırım, 2021). Tablo 16’da görüldüğü üzere hastaların neredeyse tamamının doktor reçetesi dışında beslenme desteği almadığı buna ek olarak kadın hastaların %13,3’ünün bitkisel çay, %3,3’ü ise multivitamin kullandığı, erkek hastaların ise %9,9’unun bitkisel çay tükettiği bildirilmiş olup hastaların cinsiyetleri ile doktor reçetesi haricinde beslenme desteği kullanımları arasında önemli bir farklılık bulunmuştur (p=0,03).

Anksiyete ve depresyon gibi psikolojik problemlerin semptomları daha fazla arttırdığı ve buna bağlı olarak yaşam kalitesini olumsuz etkilediği söylenebilir. Bu gibi olumsuz etkiler sonucunda bireylerde anlama ve kavrama düzeylerinde bozukluk, duygularını anlama ve baş etme becerilerinde azalma, hastanede yatış süresinde uzama gibi birçok olumsuz etki görülmektedir. Doğar ve ark. yaptığı çalışmasında anksiyete oranı %23.3 olarak bulunmuştur. Ateşçi ve ark. yaptığı çalışmasında ise kanser hastalarının 28.7’sinde psikiyatrik bozukluklar görülmüştür(Psikiyatrisi & Ünüvar, n.d.). Yapılan bu çalışmada ise hastaların tedavi süresince aldıkları destek tedavileri incelendiğinde; kadın hastaların %23,3’ü erkek hastaların ise %3,3’ü psikoterapi aldığı, kadın hastaların %70’i, erkek hastaların ise %96,7’si tedavi süresince destek almadığını bildirmiştir. Bu sonuçlar neticesinde yapılan bu çalışmanın literatürdeki çalışmalara benzerlik gösterdiği bulunmuştur.

Tablo 18’de hastaların kanser tedavisine beslenme desteğinin eklenmesine yarar sağlanacağına inanç durumu incelendiğinde yüksek oranda beslenme desteğinin eklenmesinin yararlı olacağına inandıkları bulunmuştur. Buna ek olarak tablo 20’de ise hastaların %70’inden fazlasının özel bir diyet tedavisi uygulamadığı

bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada ise beslenme desteğinin kanser tedavisini etkilemesine inanma durumunun %43,2 evet, %31,3 hayır ve %25,5 emin değilim olarak bulunmuştur(Bıçaklı & Yılmaz, 2018). Literatürdeki bu çalışma ile yapılan bu çalışmanın oranları arasında ciddi anlamda fark olduğuna ve bu çalışmaya katılan hastaların beslenmeye daha fazla önem verdiğine fakat imkanlar dahilinde hastaların diyet tedavisi uygulayamadıkları yorumu yapılabilir.

Çalışmaya katılım sağlayan hastaların çoğunun evre 3-4 olduğu, kadın hastalarının kanser türü olarak %43,3 oranda meme kanseri, erkek hastaların ise %30,0'nın kolon-rektum kanseri olduğu bulunmuştur. Kanser ile ilgili yapılan bir çalışmada kadınlarda en çok görünen kanser türü meme kanseri iken erkeklerde akciğer kanseri, yine yapılan başka bir çalışmada ise hastaların % 38'i meme kanseri olduğu bulunmuştur(Psikiyatrisi & Ünüvar, n.d.).

Kanserli hastalarda sistemik enflamasyon meydana gelmesi besin alımını engellerken, katabolizmayı arttırmaktadır. Buda yağsız dokunun azalmasına neden olabilmektedir. Literatürde yapılan bazı çalışmalarda inflamasyon varlığında oral-enteral beslenme ürünlerinin içerisine esansiyel amino asit veya yüksek doz lösin ilave edildiğinde, kas protein sentezinde düzelmeler görülmüştür. Fakat bu konu ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu belirtilmiştir. Enflamasyonu azaltmada diğer bir ajan ise nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ)'dir. Kaşeksi tedavisinde enflamasyonun kaynağının baskılanmasının sağlanmaktadır. Örneğin iştah azalması üzerinde etkili interlökin-1 kas ve yağ katabolizmasını etkileyebilecek tümör nekro faktörü alfayı etkileyebilmektedir (Yıldırım, 2021). Tablo 19'da ise hastaların enfeksiyon durumları incelendiğinde kadın hastaların %80'inde erkek hastaların ise %6,7 'sinde enfeksiyon olmadığı, kadın hastaların %3,3'ünde, erkek hastaların ise %40'ında lokal enfeksiyon görüldüğü, kadın hastaların %16,7'sinde, erkek hastaların ise %53,3'ünde jeneralize enfeksiyon görüldüğü bulunmuştur. Bu sonuçlar neticesinde kanser hastalarında enfeksiyona bağlı oluşan kas kayıpları ve besin alımındaki azalmalar hastanın tedavi sürecini ve sosyal yaşamını olumsuz etkileyebilmektedir.

Yapılan bu çalışmada kemoterapi tedavisi gören kanser hastalarının 24 saatlik besin tüketim kaydının tablo 4'teki sonuçlarına göre hastaların cinsiyete göre flor değişkenlerinin ortalama değerlerinin önemli farklılıklar gösterdiği bulunmuştur (p =

0,031). Diğer değişkenlerin ortalama değerleri arasında ise önemli bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Ilgaz ve ark. 2016'da yaptığı bir çalışmaya göre kemoterapi tedavi gören kanser hastalarının vitamin ve mineral alımları incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda riboflavin ve fosfor alımlarının kemoterapi öncesine göre, kemoterapi sırasında önemli derecede azaldığı saptanmıştır. Özellikle süt ve süt ürünlerinde fazla miktarda bulunan riboflavin ve fosforun diyetle birlikte alımının kemoterapi tedavisi süresince düşmesi, bu besin grubunun tüketiminin azaldığına işaretler (Ilgaz et al., 2016). Flor ile ilgili yapılan bir çalışmada ise florun yaklaşık %80-90'nı gastrointestinal sistemden emilemediği ve florun ağızdan alınması ile emilim oranı ile emilim miktarı; midenin pH'ı, alınan doz miktarı, midede besin bulunma durumu, GİS içeriğinin durumu gibi birçok duruma bağlı değişiklik gösterdiği belirtilmiştir (Elbek & Sabah, n.d.). Bu çalışma sonucuna göre çalışmaya katılan kemoterapi tedavisi alan kanser hastaların GİS şikayet varlığı ile flor değişkeni arasında önemli bir ilişki olabileceği yorumu yapılabilir. Yapılan bu çalışmada ise kadın hastaların %73,3'ünün erkek hastaların ise %86,7'sinin paket sütü hiç-nadiren tükettiği bulunmuştur. Kaymaksız açık süt tüketiminin kaymaklı açık süt tüketiminden daha fazla tüketildiği bulunmuştur. Kadın hastaların %70'inin erkek hastaların ise %67,7'sinin günde 1-2 defa ayran tükettiği bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmaya göre hastaların tanı aldıktan sonra süt, yoğurt, ve ayran tüketimini arttırdığı tespit edilmiştir (Pekmezci & Başaran, 2021). Bıçaklı ve Yılmaz yaptığı bir çalışmaya göre ise süt tüketim sıklığının azaldığını ve istatistiksel olarak önemli olduğuna buna ek olarak yoğurt tüketimindeki değişimin istatistiksel olarak önemli olmadığı ifade edilmiştir (Yılmaz & Bıçaklı Hopancı, 2018).

Alkol tüketiminin birçok kanser türünün oluşum riskini arttırdığı bilinmektedir ((EFSA), 2015). Bu çalışmada kadın hastaların %93,3'ünün alkolü hiç tüketmediği, %6,7'sinin ise alkolü nadiren tükettiği bulunmuştur. Erkek hastaların ise hiçbirinin alkol tüketmediği bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada hastaların cinsiyetleri ile alkol kullanımı ($p=0,04$) arasında önemli bir fark bulunmuştur. Premalign ve invaziv meme kanserinin risk faktörleri arasında alkol tüketiminin olduğu bilinmektedir. Yapılan bir çalışmaya göre yaklaşık beş hastadan birisinin halen alkol kullandığı belirlenmiştir. Bu yönüyle hastalara alkolün kanser ile ilişkisi yönünde farkındalıkları arttırılarak, alkol bırakma terapilerine yönlendirmenin yararlı olacağı bilinmektedir (Pekmezci & Başaran, 2021). Şekil 8'de ise kadın hastaların

%56,7'sinin, erkek hastaların ise %66,7'sinin günde 1-2 defa çay tükettiği bulunmuştur. Yapılan bir çalışmaya göre çayın bileşiminde bulunan epigallokateşin (EGC) ve epigallokateşingallat (EGCG), gallokateşin (GC) gibi fitokimyasalların antikanser, antioksidan, oksidatif hasara karşı koruyucu olduğu bilinmektedir (A. Suha Yalçın, 2016). Kola vb. gazlı içeceklerin içerisinde yüksek oranda şeker ve katkı maddelerin bulunduğu bilinmektedir. Kemoterapi tedavisi gören kanser hastaların genel olarak asitli içeceklere yönelik tüketim sıklığında azalmalar olduğu bilinmektedir (Pekmezci & Başaran, 2021). Yapılan bu çalışmada ise kadın ve erkek hastaların %86,7'sinin asitli içecekleri hiç-nadiren tükettiği bulunmuştur.

Çalışmaya katılan kadın ve erkek hastaların %83,3'ünün günde 1-2 defa peynir tükettiği bulunmuştur. Anne sütünden sonra en yararlı protein kaynağı olarak bilinen yumurtanın sık tüketimi kanser tanısı sonrası bozulan beslenme alışkanlıklarına bağlı gelişen besin kayıplarını karşılamaya yardımcı olabilmektedir (Pekmezci & Başaran, 2021). Bu çalışmaya katılan kadın hastaların %46,7'sinin, erkek hastaların ise %60'ının günde 1-2 defa yumurta/çökelek tükettiği bulunmuştur. Her iki erkek hastandan birinin ızgara tavuk eti/kırmızı eti hiç-nadiren tükettiği bulunmuştur. Kadın hastaların ise yaklaşık %50'si ızgara tavuk eti/kırmızı eti hiç-nadiren tükettiği bulunmuştur. 181 mide karsinom hastası (MCH) üzerinde yapılan çalışmaya göre et ve et ürünlerinin günlük olarak tüketimi MCH'de %5,6, kontrol-1 grubunda %30,8 ve kontrol-2 grubunda ise %2,6 ($p<0,005$) olarak bulunmuştur (Kemeç & Işıkdogan, 2020). Yüksek sıcaklıkta kızartılan balık, tavuk eti ve protein içeren diğer besinlerde heterosiklik aminler ve polisiklik aromatik hidrokarbonlar olarak bilinen karsinojenik bileşikler oluşmaktadır. Kızartma yöntemi gibi yanlış beslenme alışkanlıklarının prostat, pankreas, akciğer, özafagus, oral/faringeal ve laringeal kanserlere neden olabileceği bilinmektedir (Stott-Miller M, 2013). Yapılan bu çalışmada kadın ve erkek hastaların %70'inden fazlasının kızarmış- kavrulmuş tavuk eti veya kırmızı eti hiç-nadiren tükettiği bulunmuştur. Erkek hastaların %63,3'ü ayda 1-4 defa haşlanmış/fırında kırmızı et ve tavuk eti tükettiğini bildirmiştir. Kadın hastaların ise haşlanmış/fırında kırmızı et tüketiminin %46,7 olduğu bulunmuştur. Ayrıca her 5 kişiden birinin haftada 2-4 defa haşlanmış/fırında tavuk eti tükettiği bulunmuştur. Kadın hastaların %63,3'ü haşlanmış/fırında sakatat hiç-nadiren tükettiğini bildirmiştir. Erkek hastaların ise %36,7'si ayda 1-4 defa sakatat tükettiğini bildirmiştir. Kadın hastaların balık

tüketiminin oldukça az olduğu bulunmuştur. Erkek hastaların ise %40'ının ayda 1-4 defa ızgara balık tükettiği bulunmuştur. %63,3'ü hiç kızarmış-kavrulmuş balık tüketmemekte %36,7'si ise ayda 1-4 defa fırında balık tükettiği bulunmuştur. Bu çalışmada hastaların ızgara- balık tüketim sıklığı ($p=0,026$) ile cinsiyet arasında önemli bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan bir çalışmada ise kanser hastaların tanı öncesi ve sonrası beyaz et tüketiminin azaldığı kırmızı et tüketim sıklığının ise değişmediği bulunmuştur(Bıçaklı & Yılmaz, 2018).

Şekil 2'de verilerin sonuçlarına göre sebze tüketimi sıklığı incelendiğinde erkek hastaların %30'unun domates, yeşil biber ve havuç tüketiminin ayda 1-4 defa olduğu bulunmuştur. Kadın hastaların %70'nin ise haftada 2-4 defa domates tükettiği bulunmuştur. Erkek hastaların %66,7'sinin bezelyeyi hiç tüketmediği, her 2 kadın hastadan birinin ise bezelyeyi hiç tüketmediği bulunmuştur. Erkek hastaların %50'sinden fazlasının taze fasulye, ıspanak, patlıcan, kereviz, mantar ve enginar tükettiği bulunmuş iken kadın hastaların ise %60'ından fazlasının taze fasulye ve ıspanak tükettiği, %40'ının ise kereviz, enginar ve mantar tükettiği bulunmuştur. Bunlara ek olarak hastaların kenger tüketimi ile cinsiyet arasında önemli bir farklılık bulunmuştur ($p=0,038$). Yapılan bir çalışmaya göre yeşil sebzeler, taze sebze suları arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmadığı ($p>0,05$) fakat tanılara göre değerlendirildiğinde yalnızca over-serviks kanseri tanılı hastaların tanı öncesi domates ($p<0,01$) sıklığı önemli derecede düşük olduğu bulunmuştur(Öztürk et al., 2019).

Türkiye'de, tahıllardan en çok kullanılanı buğday ve buğday ürünleridir. Ancak toplumda beyaz ekmek unu; tam tahıl unundan veya kepekli undan daha çok tüketilmektedir. Günlük enerjinin ihtiyacının ortalama %50'si ekmek ve tahıl ürünlerinden karşılanmaktadır. Tanenin tamamını içeren tam tahıllar, besleyicilik ve fitokimyasal bileşenler açısından oldukça zengin olup içerisinde tanenin bulunmaktadır. Birçok epidemiyolojik ve klinik çalışma, tam tahıl tüketimi ile kardiyovasküler hastalık, kanser, tip II diyabet ve obezite gibi birçok kronik hastalık riski arasında ters orantılı bir ilişki göstermektedir. Yapılan bu çalışmada ise hastaların ekmek- tatlı grubu tüketim sıklığı incelendiğinde kadın hastaların erkek hastalardan daha az ekmek tükettiği bulunmuştur. Besleyici değeri oldukça yüksek olan buğdayın öğütülme sırasında kepek ve öz kısmının ayrılması, birçok besin ögesinde önemli kayıplara neden olmaktadır.(Kalkan & Özarık, 2017). Kepekli ve

tam tahıllı besinlerin yüksek alımını öneren diyet modellerinin kanser riskini azalttığı bilinmektedir (Kerr J, 2017). Yapılan bu çalışmada hastaların pilav çeşitlerini tüketim sıklıkları genel olarak haftada 2-4 defa olup kadın ve erkek hastaların bulgur pilavı (%86,7-%60)'nı pirinç pilavı (%73,3-%46,7)'ndan daha fazla tükettiği bulgur pilavı ($p=0,048$) ile makarna ($p=0,023$) değişkenleri ile cinsiyet arasında önemli bir farklılık bulunmuş iken diğer değişkenler arasında önemli bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Kanser hastalarının beslenme alışkanlıkları üzerinde yapılan bir çalışmaya göre ise beyaz ekmek ve unlu mamüllerin tüketim sıklığı arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunamamıştır ($p<0,005$)(Öztürk et al., 2019). Erkek hastaların yağlı ekmek, çörek, poğaç, simit, kek, kurabiye, pasta ve böreği kadın hastalardan daha az tükettiği tespit edilmiştir. Ayrıca kadın ve erkek hastaların tatlı ve tuzlu bisküvi tüketiminin oldukça düşüktür. Afrika ve Asya'daki klasik araştırmalar, aflatoksin ve hepatit B virüsü arasındaki ilişkinin karaciğer kanserinin gelişiminde çok büyük etkisi olduğu belgelemiştir. Daha yakın zamanlarda, aflatoksine özgü biyobelirteçlerin mevcudiyeti sonucunda, çok yüksek seviyede mısır ve mısır ürünleri tüketen popülasyonlarda görüldüğü bilinmektedir (Wild, 2020). Yapılan bu çalışmada ise erkek hastaların %90'ından fazlasının haşlanmış mısır, patlamış mısır ve kestane tüketmediği bulunmuştur. Kadın hastaların ise %80'inden fazlasının haşlanmış mısır, patlamış mısır ve kestane tüketmediğini bildirmiştir. Her iki hastadan birinin haftada 2-4 defa patates tükettiği bulunmuştur.

Baklagiller Leguminosae ailesine mensup olup 3000 yıl önce yetiştirilmeye başlanmıştır. Yüksek besleyici değerlere sahip dünyada tahıl ürünlerinden sonra en önemli besin grubu arasında ikinci sırada yer almaktadır (Gedik, 2016). Yapılan bu çalışmada kurubaklagil tüketim sıklığı incelendiğinde kadın hastaların %70'i erkek hastaların ise %60'ının nohut, kuru fasulye, mercimek tüketimi ayda 1-4 defa olarak bulunmuştur. Mercimeklerde uzun zincirli çözünabilir polisakkaritler ve çözünmeyen polisakkaritler başta olmak üzere, galakto oligosakkaritler ve dirençli nişasta gibi birkaç farklı diyet lifi çeşidine, antioksidan aktivite ve fenolik bileşiklere rastlanmaktadır(Gedik, 2016). Kadın hastaların %50'si, erkek hastaların %63,3'ü yeşil mercimeği ayda 1-4 defa tükettiğini bildirmiştir. Kadınların %40'ı, erkeklerin ise %50'si hiç leblebi tüketmemektedir. Soya fasulyesi ile ilgili çeşitli kanser türleri ile ilgili çalışmaların sonucuna göre çelişkili sonuçlar elde edilmekle birlikte, özefagus, mide, kolon-rektum kanser türlerine karşı koruyucu etkisi olduğuna dair

çalışmalar mevcuttur(Nilüfer & Boyacıoğlu, 2008). Bu çalışmada kadın hastaların %85'inden fazlası, erkek hastaların ise %93,3'ü soya fasulyesi ve kuru baklayı hiç tüketmediğini bildirmiştir.

Meyveler, fenoller, karotenoidler ve flavonoidler gibi çeşitli fitokimyasallar içermektedir. Meyvelerin yapısında bulunan flavonoidler karsinogenez metabolizmasında rol alan sitokrom p450 enzim sisteminin olumlu yönde etkilemektedir (Alexandrov et al. 2002). 30 çalışmayı kapsan bir çalışmada doz yanıt metaanalizinde günde ortalama 100 g meyve tüketiminin akciğer kanserine yakalanma riskini %8 oranında (RR 0.92 (95% GA (0.88-0.95), p=0.001) düşürür iken ortalama 200 g/gün ve 300 g/gün meyve tüketimi ise akciğer kanserine yakalanma riskini %17- %18 oranında azalttığı bulunmuştur. 300 g/gün ve üstü tüketiminin ise akciğer kanseri riskini azalttığı gözlenmemiştir(Çavdar & Çavdar, n.d.). İçerisinde bulunan fenolik bileşiklere göre likopen (domates, pembe greyfurt, karpuz, kayısı), beta karoten (havuç, kavun, mango, kayısı), resveratrol (üzüm, yaban mersini, kıvılcık), elajik asit (nar, üzüm, kiraz, çilek)'te bulunmaktadır (Murat, 2017). Yapılan bu çalışmada ise hastaların sarı, kırmızı ve turuncu kabuklu meyve tüketimleri incelendiğinde kadın hastaların erkek hastalardan daha az meyve tükettiği bulunmuştur. Kadın hastaların %43,3'ü günde 1-2 defa sarı kabuklu meyve tüketirken %46,7'si ise haftada 2-4 defa tükettiği bulunmuştur. Erkek hastaların %60'ı günde 1-2 defa sarı kabuklu meyve tüketirken %26,7'si ise haftada 2-4 defa tükettiği bulunmuştur. Antosiyanin içeriği açısından zengin 1 porsiyon meyve tüketiminin günlük 400-500 mg/doza karşılık gelmektedir. Nar, çilek, şeftali, kiraz, üzüm ve erik gibi renkli meyveler antosiyanin bakımından zengindir(Afacan & Sönmezdağ, n.d.). Yapılan bu çalışmada ise hastaların kırmızı kabuklu meyve tüketimi incelendiğinde ise kadın hastaların %40'ının, erkek hastaların ise %60'ının günde 1-2 defa tükettiği bulunmuştur. C vitamini olarak bilinen askorbik asit antioksidan özelliği açısından oldukça önemlidir. Hem hücre içi, hem de hücre dışında suda çözünen bir antioksidan olarak görev yapmaktadır. Farklı hücresel mekanizmalar ile lipid oksidasyonunu önlemektedir. Turunçgiller, çilek, domates, biber, patates, kabak, lifli yeşil sebzeler ve lahanagiller en önemli C vitamini kaynaklarıdır. (Murat, 2017). Yapılan bu çalışmada turuncu kabuklu meyve tüketiminin kadın hastalarda (%33,3) oldukça düşük oranda olduğu bulunmuş iken erkek hastaların ise %56,7'sinin günde 1-2 defa tükettiği bulunmuştur. Diyet ile alınan C vitamini ile akciğer kanseri arasındaki ilişkinin incelendiği doz yanıt

metaanalizinde; diyetle alınan günlük 40 mg C vitamininin akciğer kanserine yakalanma riskini %8 oranında azalttığı (RR 0.92 (95% GA (0.88-0.96), p=0.002) bulunmuştur. Yine aynı çalışmada hastalar sigara içme durumlarına göre gruplandırılmış olup aynı dozdaki C vitamininin diyetle alımı sonucu sigara içen hastalarda akciğer kanseri riskinin %13 azaldığı (RR 0.87 (95% GA 0.79-0.96), sigara içmeyen veya bırakmış hastalarda ise akciğer kanseri riskinde önemli bir azalma görülmemiştir(Çavdar & Çavdar, n.d.). Bu çalışmada ise kadın hastaların sarı ve kırmızı kabuklu meyveleri tercih etme oranları yaklaşık olarak aynı bulunmuş olup turuncu kabuklu meyve tüketiminin ise daha tüketildiği bulunmuştur. Aynı şekilde erkek hastalarında sarı ve kırmızı kabuklu meyveleri tercih etme oranları yaklaşık olarak aynı bulunmuş olup turuncu kabuklu meyve tüketiminin ise daha tüketildiği bulunmuştur.

Küreselleşen dünyada beslenme alışkanlıkları sürekli değişiklik göstermektedir. Son zamanlarda özellikle doymuş yağlardan zengin yüksek yağ içerikli ve yüksek şekerli besin ve içeceklerin tüketiminde artış görülmektedir. Bu tarz beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzı ile kansere yakalanma sıklığı artabilmektedir(İşgüzar & Akbulut, 2016). Yapılan bu çalışmada kadın hastaların katı yağ tüketiminin sıvı yağ tüketiminden daha fazla olduğu bulunmuştur. Erkek hastalarda ise bu durum tam tersi olup sıvı yağ tüketimi katı yağ tüketiminden daha fazladır. Yapılan bir çalışmaya göre kemoterapi tedavi alan kanser hastaları tanı sonrası tereyağı, margarin ve ayçiçek yağı tüketim sıklığı tanı öncesine göre düştüğü bulunmuş olup zeytinyağı tüketim sıklığında ise kısmi bir artış görülmüştür. Ayçiçek yağı ve margarin tüketim sıklığındaki düşüş istatistiksel olarak önemli bulunmuştur(Pekmezci & Başaran, 2021). Kadın ve erkek hastaların yarısından fazlası şerbetli hamur tatlısını hiç tüketmediğini bildirmiş iken hastaların %36,7'sinin hiç-nadiren sütlü tatlı tükettiği, % 43,4'ünün ise ayda 1-4 defa tükettiği bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada diyetisyen kontrolünde olan ve olmayan kanser hastaların %75'ininde her gün şeker, bal ve tatlı tükettiği bulunmuştur (Özkazanç Akren, 2019).

Sert kabuklu kuruyemişler, tekli doymamış yağ asidi, lipid olmayan bileşenleri, bitkisel protein içermesi, çözünebilir posa kaynağı olması, potasyum, magnezyum, çinko, selenyum gibi minerallerden ve vitaminlerden zengindir. 1997 yılında, Dünya Kanser Araştırma Fonu (WCRF) ve Amerikan Kanser Araştırma Enstitüsü (AICR)'sü tarafından yayınlanan kaynağa göre sert kabuklu kuruyemiş ve

yağlı tohumlardan zengin bir diyetin kansere karşı koruyucu etkisi olduğuna dair birkaç teorik veri olduğunu belirtse de, bu veriler henüz kanıtlanmadığı şeklinde ortak bir görüş belirtmişlerdir. Amerikan’da geniş bir kohort çalışması olarak yapılan “Seventh-Day Adventist” çalışmasında haftada 1-4 defa ser kabuklu kuruyemiş tüketen bireylerin, tüketmeyen bireylere göre kolorektal kanserine yakalanma riski %33 daha düşüktür (Dikmen, 2015). Yapılan bu çalışmada ise kuruyemiş tüketimi incelendiğinde yaklaşık olarak her iki kadın ve erkek hastadan birinin günde 1-2 defa iç badem, badem, ceviz, fındık, şam ve yer fıstığı yediği bulunmuştur. Hastaların %76,7’sinin karpuz-kavun çekirdeğini hiç tüketmediğini bildirmiştir. Bu çalışmaya katılan hastaların cinsiyet ile ay-çekirdeği tüketim sıklığı arasında önemli bir farklılık bulunmuştur ($p=0,028$). Yöresel olarak karpuz-kavun çekirdeği tüketimi olmadığı için hastalar tercih etmemiş olarak yorumlanabilir.

Çay ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçlarına göre, antikanserojenik, antibakteriyel, antiinflamatuvar, antioksidatif, antimutajenik, antianjiyojenik, apoptotik, antiobezite, hipokolesterolemik, antiaterosklerotik, antidiabetik, aantiviral, anti aging gibi birçok etkisi olduğu bilinmektedir (Üstün & Demirci, 2013). Yapılan bu çalışmada hastaların içecek tüketimi incelendiğinde; her iki kadın hastadan birinin günde 1-2 defa çay tükettiği, erkek hastalarda ise bu oranın daha yüksek olduğu bulunmuştur. Fruktoz ve yüksek fruktozlu besin ve içeceklerin tüketimi çeşitli kronik hastalıkların oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Yüksek fruktoz ve yüksek fruktozlu mısır şurubu tüketimi bazı kanser türleri için risk olarak kabul edilmektedir. Yapılan çeşitli deneysel klinik ve epidemiyolojik çalışmalara göre yüksek miktarda fruktoz alımı bireylerde insülin direnci ve hiperinsülinemi bazı kanser türlerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. İnsülin düzeyindeki tek düze (eşit) artış vücutta inflamatuvar ajan artışını tetikleyerek tümör hücrelerinin büyümesine neden olmaktadır. Yüksek fruktoz tüketimi, çeşitli metabolik yolları tetikleyerek kansere neden olabilmektedir. Kanser hücreleri glikoz ile beslenen hücreler olsalar dahi fruktoz içeren ortamlarda da glikoz varlığı ile eşdeğer hızlarda büyümeye göstermektedir. Buda bazı kanser türlerinin oluşumuna ve ilerlemesinde alternatif bir substrat rolü üstlenmektedir (İşgüzar & Akbulut, 2016). Yapılan bu çalışmada ise hazır meyve suyu tüketiminin erkek hastalarda kadın hastalara göre daha çok tüketildiği, ev yapımı meyve suyu tüketiminin ise kadın hastalarda daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yine her iki hastadan birinin sodayı hiç tüketmediği bulunmuştur.

Hastaların baharat tüketimi incelendiğinde ise her iki kadın hastadan birinin pulbiber, karabiber, kimyon, nane, kekik ve sumacı günde 1-2 defa yemeklerde kullandığını bildirmiştir. Yapılan bazı çalışmalarla sumak ekstratlarının biyoaktivite özelliğinin oldukça fazla olduğu ve antioksidan seviyelerinin yüksek olduğu bilinmektedir. Sumak meyveleri ile yapılan bir çalışmada 180'den fazla fitokimyasal tespit edilmiştir (Pourahmad, 2010). Her iki erkek hastadan birinin pulbiber, karabiber ve naneyi yemeklerin içerisinde tükettiğini bildirmiştir. Kimyon, kekik ve sumacı ise çok daha az oranda tercih ettikleri bulunmuştur. Tarçın ile ilgili yapılan bilimsel çalışmalarda tarçının antioksidan, antiviral, antidiyabetik, antilipidemik, antimikrobiyal, antifungal, gastroprotektif ve antitümör etkisinin olduğu kanıtlanmıştır. Yapılan bir çalışmaya göre diyet ile 1-6 g tarçın alımının 40 gün sonra serum glikoz seviyelerinde düşüş sağladığı görülmüştür (Gürson & Özçelikay, 2005). Fakat yapılan bu çalışmada ise tarçının her iki grupta da oldukça az tercih edildiği bulunmuştur.

Tablo 23'te kadın hastaların erkek hastalardan daha fazla çayı tükettiği bulunmuştur. Çay (*Camellia Sinensis*) ile ilgili yapılan bir çalışmada yeşil çayın bileşiminde bulunan polifenollerin anjiogenezi engelleyebildiği ve antitümör etkisi gösterdiği bulunmuştur (Elmas & Gezer, 2019). Kahvede bulunan kafein miktarı; kahvenin kavrulma derecesine, türüne ve pişirme yöntemine göre farklılık gösterebilmektedir. Standart bir fincan kahvenin 100 mg kafein içerdiği bilinmektedir. Kahvenin DNA hasarını onarmada rol alması, enfeksiyonu azaltması, immün süreci modüle etmesi ve antioksidan gibi özellikleri bulunmaktadır. Kahvenin kansere karşı koruyucu etkisinin olduğunu savunan çalışmalar olsa da kanser ile ilişkili herhangi bir etkisinin olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (Sözlü et al., 2017). Yapılan bu çalışmada ise hastaların cinsiyetleri ile kahve kullanımı ($p=0,037$) arasında önemli bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Kemoterapi tedavisi alan kanser hastaları ile ilgili yapılan bir çalışmada hastaların %63,3'ünün kızartma tükettiği bulunmuştur. Yine aynı çalışmada hastaların %55,2'sinin şeker kullandığı, %68,4'ünün ise sofraya tuzu eklemediği bulunmuştur (Bıçaklı & Yılmaz, 2018). Bu çalışmada ise kadın ve erkek hastaların neredeyse %50'sinin sebze kızartması tükettiği bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada ise hastaların cinsiyetleri ile şeker kullanımı ($p=0,02$) arasında önemli bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Buna ek olarak hastaların aşırı tuz tüketiminden kaçınırken yemeklere tuz ilave ettiğini bildirmişlerdir.

Tablo 21'deki hastaların öğün alışkanlıkları incelendiğinde; kadın hastalar genellikle sabah ve akşam olmak üzere 2 öğün beslendikleri bulunmuştur. Öğle yemeğini atlama oranı ise %40 olarak bulunmuştur. Erkek hastalar ise yüksek oranda sabah, öğle ve akşam olmak üzere 3 öğün tükettiği bulunmuştur. Ara öğün alışkanlıklarına bakıldığında ise erkek hastaların 20'sinin, kadın hastaların ise 24'ünün ara öğün yaptığı, erkek hastaların 3'ünün sıklıkla ara öğün yaptığı, kadın hastaların 4'ünün, erkek hastaların ise 1'sinin ara sıra ara öğün yaptığı, erkek ve kadın hastaların 2'sinin ise hiç ara öğün yapmadığı bulunmuştur. Bu çalışmadaki hastaların cinsiyetleri ile öğle yemeği yeme durumu arasında önemli bir farklılık bulunmuştur ($p= 0,001$). Bu sonuca göre hastalığa ve uygulanan tedaviye bağlı oluşan yan etkiler ve cinsiyet gibi etkenlerin bireylerin günlük öğünlerini alışkanlıklarını etkilediği tahmin edilmektedir. Ko ve ark., kemoterapi tedavisi alan kanser hastaları üzerinde yaptığı çalışmada öğün sayısındaki artışın kansere yakalanma riskini önemli düzeyde arttırdığı, Kontou ve ark. yaptığı çalışmada ise öğün sayısındaki artışın kansere karşı koruyucu etkisi olduğunu bulunmuştur(Pekmezci & Başaran, 2021). Yapılan bir çalışmada hastaların %99,2'si sabah %52,2'si öğle ve %97,2'si akşam ana öğünlerini düzenli yapmakta, %85'i ikindi ve %92,5'i gece ara öğününü atladığı bulunmuştur.

Tablo 24'te yöresel yetişen bitkilerden veya otlardan hastaların neredeyse tamamının hiç tüketmediği gösterilmiştir. Hastalara anket esnasında nedeni sorulduğunda ise tedavi sürecini olumsuz etkilemesinden korkulması ve hekimi izin vermediği için tüketmedikleri belirtilmiştir. Kars - Ağrı - Van - Şanlıurfa, Diyarbakır ve Adıyaman ilindeki yapılan bir çalışmada köy halkının kanser tedavisinde bazı yöresel bitkileri kullandığı belirlenmiştir. Bu droglar değerlendirildiğinde antioksidan kapasitesinin yüksek olduğu bulunmuştur. Besinlerde bulunan bu tür doğal antikanserojenlerin belirlenmesi ve etki mekanizmalarının aydınlatılması çalışmaları halen devam etmekte olup net bir sonuç bulunamamıştır (Aksoy et al., 1988).

Tablo 24'te kadın hastaların %33,3'ünde, erkek hastaların ise %23,3'ünde dişlerden kaynaklanan bir yara problemi olduğu gösterilmektedir. Buda hastaların düzenli öğün tüketimini ve vücut için gerekli makro ve mikro besin öğelerinin eksik alınmasına neden olabilmektedir. Buna bağlı olarak tedavi sürecini olumsuz etkileyebilmektedir. Ayakta kemoterapi alan hastalar üzerinde yapılan çalışmada

kemoterapiye bağılı oluşan diş tahrifatını önleyebilmek için daha yumuşak bir diş fırçası kullanılması önerilmiştir(Bedük & Ökten, n.d.).

Tablo 25’te kadın hastaların genellikle tedaviye bağılı yutmada güçlük, bulantı, kusma, yanma hissi, diare, gaz ve kabızlık gibi yan etkiler görölürken distansiyonun hiç oluşmadığı bulunmuştur. Erkek hastalarda ise tedaviye bağılı yüksek oranda bulantı görölürken, yutma güçlüğü, kabızlık, distansiyon yanma hissi ve gaz daha az görölümüştür. Diare ise hiç görölmemiştir. Hastaların yaklaşık olarak %40’ında ise hiçbir yan etki görölmemiştir. Ayakta kemoterapi alan hastaları üzerinde yapılan çalışmada hastaların %50’sinde en çok diare görölürken %69,3’ünde ise iştahsızlık görölümüştür(Bedük & Ökten, n.d.).

Tablo 25’te anti asit, laksatif gibi gastro intestinal sistem (GİS) şikayetlere bağılı ilaç kullanımının oldukça düşük olduğu bulunmuştur. Kadın hastaların %66,7’si, erkek hastaların ise %86,7’si GİS kaynaklı ilaç kullanmadığını belirtmiştir. Kemoterapinin yan etkilerine bağılı olarak ilaç kullanımı artsa da bazı kanser türleri için bu durum değişiklik gösterebilir. Prostat kanseri hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada prostat radyoterapisi uygulanan hastalarda tedavi sırasında rektum hacmi ve aldığı radyasyon dozu, laksatif kullanımından bağımsız olarak arttığı bulunmuştur(Duman et al., n.d.).

Ölçekteki 7 maddenin dağılımı incelendiğinde kadın hastaların katılıyorum cevabının verildiği en yüksek oranların sırasıyla %53,3 oranla “koronavirüsten çok korkuyorum”, %50 oranla “sosyal medyada koronavirüsle ilgili hikayeleri ve haberleri gördüğümde gerilir veya endişelenirim”, %36,7 oranla ise “ koronavirüsü düşünmek beni rahatız eder” sorularının olduğu görölmemektedir. Yine kadın hastaların kesinlikle katılmıyorum/katılmıyorum cevabının verildiği en yüksek oranların ise %83,3 oranla “koronavirüsü düşündüğümde ellerim soğuk soğuk terliyor ve koronavirüse yakalanacağımı düşündüğümde kalbim hızla çarpmaya başlıyor ”, %73,3 oranla “koronavirüse yakalanacağım korkusundan dolayı uyuyamıyorum” sorularının olduğu görölümüştür. Erkek hastaların ise katılıyorum cevabının verildiği en yüksek oranların sırasıyla %50 oranla “koronavirüsten çok korkuyorum ve koronavirüsü düşünmek beni rahatsız ediyor”, %56,7 oranla “sosyal medyada koronavirüsle ilgili hikayeleri ve haberleri gördüğümde gerilir veya endişelenirim”, sorularının olduğu görölmemektedir. Yine erkek hastaların kesinlikle katılmıyorum/katılmıyorum cevabının verildiği en yüksek oranların ise %76,7 oranla

“koronavirüsü düşündüğümde ellerim soğuk soğuk terliyor”, %73,3 oranla “koronavirüse yakalanacağım korkusundan dolayı uyuyamıyorum ve koronavirüse yakalanacağımı düşündüğümde kalbim hızla çarpmaya başlıyor” sorularının olduğu görülmüştür.

Vallis ve ark. yaptığı çalışmada katılımcılara uygulanan COVID-19 Korku ölçeğindeki katılıyorum cevabına verilen en yüksek oranın %65,2 oranıyla “koronavirüsten çok korkuyorum” katılıyorum diyen bireylerden oluştuğu gözlenmiştir. Diğer maddelere verilen cevapların oranları sırasıyla: %38,2 oranla “koronavirüs hakkında düşünmek beni rahatsız ediyor”, %32,2’si ise “koronavirüs ile ilgili sosyal medyadaki hikayeleri ve haberleri gördüğümde gerilir veya endişelenirim” olarak bulunmuştur(Vallis & Glazer, 2021). Bu bilgiler doğrultusunda, yapılan bu çalışmadaki katılıyorum cevaplarının en yüksek oranda maddelerin aynı olması literatürdeki oranlarla bu çalışmaya benzerlik gösterip çalışmayı destekler niteliktedir.

Algılanan stres ölçeğindeki 14 maddenin dağılımı incelendiğinde kadın hastaların oldukça sık cevabının verildiği en yüksek oranların sırasıyla %60 oranla “geçen ay, hayatınızdaki ortaya çıkan önemli değişikliklerle etkili bir şekilde başa çıktığınızı ne sıklıkla hissettiniz”, %56,7 oranla “geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alırken kendinize ne kadar güven duydunuz”, %53,3 oranla “geçen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkta kontrol edebildiniz” sorularının olduğu görülmektedir. Bazen cevabının verildiği en yüksek oranların sırasıyla %53,3 oranla “geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkla hissettiniz”, %46,7 oranla “geçen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz ve ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkelenediniz” sorularının olduğu görülmektedir. Erkek hastaların oldukça sık cevabının verildiği en yüksek oran %43,3 oranla “geçen ay, kendinizi ne sıklıkta sinirli ve stresli hissettiniz” sorusu olduğu görülmektedir. Bazen cevabının verildiği en yüksek oran %43,3 oranla “geçen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkta kontrol edebildiniz” sorusu olduğu görülmektedir. Pakyüz ve ark. sitotoksik kanser hastaları üzerinde yaptığı çalışmada en fazla görülen stres belirtileri sırasıyla yorgunluk (%51,7), uyku bozuklukları (%43,1), sabahları erken uyanma (%35,3), sinirlilik ve kızgınlık duyguları (%25,9), sıkıntı veren düşünceler (%24,1) olarak bulunmuştur(Çınar Pakyüz et al., 2019). En yüksek orandaki bazı maddelerin aynı olması literatürdeki

oranlarla bu çalışmaya benzerlik gösterip çalışmayı destekler niteliktedir. Tablo 32’de de belirtildiği üzere hastaların stres düzeyi ile cinsiyetleri arasında önemli bir farklılık bulunmamış iken Tablo 33’te düşük stres düzeyine sahip olup covid korkusu 7-21 puan aralığında olanların oranı %28.1, 22-35 arasında olanların ise %3.6 olduğu bildirilmiştir. Orta stres düzeyine sahip olup covid korkusu 7-21 puan aralığında olanların oranı %71.9, 22-35 arasında olanların ise % 71.4 olduğu bildirilmiştir. Orta stres düzeyine sahip olup covid korkusu 7-21 puan aralığında olanların oranı %0, 22-35 arasında olanların ise % 25 olduğu bildirilmiştir. Yapılan bu çalışmada hastaların stres düzeyi ile covid korku puanları arasında önemli bir ilişki bulunmuştur ($p=0.001$). Bu sonuca göre hastaların covid dönemindeki stres düzeyleri kemoterapi tedavilerini olumsuz yönde etkileyebileceği yorumu yapılabilir.

Kanser tanısı aldıktan sonra ve tedavi sürecinde hastaların fiziksel aktivite düzeyleri genellikle düşme eğilimindedir (İlgaz et al., 2016). Tablo 34’te kanser hastalarının neredeyse tamamının ağır ve orta dereceli fiziksel aktivite yapmadığı gösterilmiştir. Kadın ve erkek hastaların %80’inden fazlasının haftada birkaç gün en az 10dk yürüdüğü bulunmuştur. Kadın hastaların %76,7’si, erkek hastaların ise %86,7’si gün içerisinde ne kadar süre oturarak zaman geçirdiğini “ bilmiyorum” olarak belirtmiştir. Yapılan bir çalışmada ise hastaların %50,9’unun hiç egzersiz yapmadığı, %23,9’unun ara sıra, %25,5’inin ise düzenli egzersiz yaptığı bulunmuştur (Bıçaklı & Yılmaz, 2018). Yine kemoterapi tedavisi alan kanser hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada tedavi sürecinde hem erkek, hem de kadın hastaların aktivite düzeylerinin önemli derecede azaldığı görülmüştür (İlgaz et al., 2016). Tedavi süresince hastaların neredeyse tamamında gözlenen yorgunluk, halsizlik ve bulantı gibi yan etkilerin görülmesi ve bunlara ek olarak, kanser tanısı almış olmanın ve tedavi sürecinin yarattığı psikolojik stres nedeniyle hastaların güç, dayanıklılık ve fiziksel aktivite düzeylerinin düşmesine yol açtığı söylenebilir. Literatürdeki çalışmalar bu çalışmaya benzerlik gösterip çalışmayı destekler niteliktedir.

Tablo 35’deki kadın ve erkek hastaların günlük tüketilen su miktarları incelendiğinde sırasıyla kadın hastaların %50’sinin erkek hastaların ise %73,3’ünün “1-1,5 litre” cevabının verdiği, kadın hastaların %13,3’ünün, erkek hastaların ise %16,7’sinin “1,5-2 litre ” cevabını verdiği, kadın hastaların %33,3’ünün, erkek hastaların ise %10’unun “2-2,5 litre” cevabını verdiği gösterilmektedir. Kanser tanısı alan kanser hastalarının %16,2’sinin günde >1,5 litreden fazla hiç su

tüketmediği, %73,8'inin ise haftada 3-4 kez tükettiği bulunmuştur. Bu oranların yapılan bu çalışma ile benzerlik gösterdiği ve kanser hastaların için su tüketim oranlarının yeterli olmadığı literatürdeki çalışmalarla desteklenmiştir(Bıçaklı & Yılmaz, 2018).

Son zamanlarda kanser hastalarının dinlenme ihtiyacının karşılanması için kullanılan en güvenilir yöntem indirekt kalorimetri yöntemidir. Fakat bazı durumlarda günlük harcanan enerji bu yöntem ile ölçülemiyorsa hastanın yağsız vücut ağırlığının korumak veya kaybın geri kazanımını sağlamak için 25-30 kcal/kg/gün enerji, 1.2-1.5 g/kg/gün protein hastanın alması gereken hedef enerji ve protein miktarı olarak düşünülmelidir. Ağırlık kaybının daha fazla olduğu durumlarda daha yüksek protein dozlarının gerekli olabileceği unutulmamalıdır. Kanser hastalarında kilo kaybı, kemoterapi tedavisinde aksamalara, uzamasına ve daha sık anemi görülmesine neden olduğu bulunmuştur. Tedavi esnasında ağırlık kaybı olmayan hastaların, ağırlık kaybı olan hastalara göre tedavilerinin daha düzenli ve genel sağkalım oranlarının ise önemli derecede iyi olduğu bulunmuştur. Guerdoux-Ninot ve ark. kemoterapi tedavisi alan kanser hastaları üzerinde yaptığı çalışmaya göre kemoterapinin yan etkilerine bağlı olarak hastaların %5-10 arasında ağırlık kaybı olan hastaların oranı %23,1, %10-20 arasında ağırlık kaybı olan hastaların oranı ise %20,8 olarak bulunmuştur(Guerdoux-Ninot et al., 2016). Özellikle akut solunum yoluna neden olan korana virüs bağışıklık sistemi düşük olan kanser hastaları için oldukça büyük risk faktörüdür ve kemoterapi tedavisini olumsuz etkilere neden olmaktadır(Özyer, n.d.). A vitamininin görme fonksiyonu başta olmak üzere üreme, bağışıklık sistemi ve hücreler arası etkileşim ve iletişim gibi birçok fizyolojik süreçte önemli görevleri bulunmaktadır. 19 yaş ve üstü kadın bireyler için önerilen A vitamini alım düzeyi 700 µg/ gün, erkeklerde 900 µg/gündür. İnsanlarda E vitamini eksikliği nadir görülür. Fizyolojik olarak vitamin E antioksidan kapasiteye sahip olup lökosit fagositik kapasitesini artırır. Askorbik asit olarak da bilinen C vitamini vücuttaki birçok biyokimyasal işlevde ve vücut fonksiyonlarının korunmasında etkili olan antioksidan bir vitamindir. Sağlıklı bir beslenme ile günlük olarak 100-200 mg/gün C vitamini alımı hastalıkların riskinin azalttığı ve vücudun günlük ihtiyacı için yeterli olduğu bilinmektedir(Tamer & Nalbant, n.d.). Covid-19 döneminde yapılan bu çalışmada hastaların günlük tüketilen A vitamini ortalamalarının Covid-19 korku puanları 7-21 arasında olan hastaların 1042 µg/gün iken 22-35 arasında

olanların ise 803,4 µg/gündür. Günlük tüketilen C vitamini ortalamalarının Covid-19 korku puanları 7-21 arasında olan hastaların 88,6mg/gün iken 22-35 arasında olanların 170,7mg/gün olarak bulunmuştur. Covid-19 korku ölçeği puanlarına göre günlük tüketilen enerji arasındaki ilişki değerlendirildiğinde hastaların covid-19 korku puanlarının artması ile ortalama enerji tüketimi, karbonhidrat alımı ve vitamin A arasında ters orantı olduğu bulunmuştur. Protein, yağ, C ve E vitamini tüketimi arasında ise doğru orantı bulunmuştur.



6. SONUÇ- ÖNERİLER

- Çalışmaya, 20-30 yaş aralığında katılan hastaların %13,3'ü kadın, %16,7'si erkek, 31-40 yaş aralığında katılan hastaların %16,7'si kadın, %33,3'ü erkek, 41-50 yaş aralığında katılan hastaların %70'i kadın, %50'sinin ise erkek olduğu tespit edilmiştir.
- Kadın hastaların %66'sının evli, erkek hastaların ise %90'nın evli olduğu bildirilmiştir.
- Kadınların %63,3'ünün ise eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı bildirilmiştir.
- Kadın hastaların %76,7'sinin hiç sigara içmediği, %16,7'sinin ise bıraktığı bildirilmiştir. Erkek hastaların ise %60'ının hiç sigara içmediği, %20'sinin ise bıraktığı bildirilmiştir.
- Hastaların cinsiyetleri ile yaşadığı yer ($p=0,047$), yaşadığı ev ($p=0,02$), yaşama ortamı ($p= 0,003$), iş durumları ($p= 0,000$) değişkenleri arasında önemli bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).
- Çalışmaya katılım sağlayan hastaların çoğunun evre 3-4 olduğu, kadın hastalarının kanser türü olarak %43,3 oranda meme kanseri, erkek hastaların ise %30'unun kolon-rektum kanseri olduğu bulunmuştur. Hastaların cinsiyetleri ile primer kanser tanıları arasında önemli farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmadaki hastaların cinsiyetlerine göre kanser tanısından sonra geçen sürelerin dağılımı cinsiyet ile kanser tanısı aldıktan sonra geçen süre arasında önemli bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).
- Çalışmadaki hastaların cinsiyetlerine göre ilk tedavi uygulandıktan sonra geçen sürenin dağılımı incelendiğinde cinsiyet ile kanser tanısı aldıktan sonra geçen süre arasında önemli bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).
- Tedavi süresince ağırlık kaybı kadın hastaların %70'inde istemeden, erkek hastaların %76,7'sinde ise isteyerek olduğu bulunmuştur.
- Geçen haftadaki, kadın hastaların erkek hastalardan oldukça fazla ağrılarının olduğu gösterilmiştir. Şu andaki ağrı durumuna verilen cevapların en yüksek oranları kadın hastalar için %33,3 oranla biraz, erkek hastalar için ise %43,3 oranla ağrılarının olmadığı cevabı verilmiştir.
- Geçen haftadaki, dinlenme ihtiyacına verilen cevapların oranları kadın hastalarda %46,7, erkek hastalarda ise %56,7 oranla oldukça fazla olduğunu

bildirmiştir. Şu andaki dinlenme ihtiyacı için verilen cevapların en yüksek oranları kadın hastalar için %43,3 oranla oldukça, erkek hastalar için ise %46,7 oranla çok fazla olduğu görülmüştür. Erkek ve kadın hastaların dinlenmeye daha az ihtiyaç duyulduğu sonucuna varılmıştır.

- Geçen haftadaki, güçsüz hissetme ihtiyaçlarına verilen cevapların oranları kadın hastalar %46,7, erkek hastalar %60 olarak bulunmuştur. Şu andaki güçsüz hissetme durumu incelendiğinde ise kadın ve erkek hastaların kendilerini çok fazla güçsüz hissettiği bulunmuştur.
- Hastaların cinsiyetleri ile geçen haftadaki bunalıma girme ($p=0,001$) ve iştah kaybı ($p=0,008$) değişkenleri arasında önemli bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hastaların cinsiyetleri ile şu andaki bunalıma girme ($p=0,035$) ve iştah kaybı ($p=0,001$) değişkenleri arasında önemli bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).
- Kadın hastaların fiziksel aktivite düzeyleri incelendiğinde; <600 inaktif oranı %80, 600-1500 aktif oranı %20, 1500 ve üzeri çok aktif oranı ise %0 olarak bildirilmiştir. Erkek hastaların fiziksel aktivite düzeyleri incelendiğinde; <600 inaktif oranı %86,7, 600-1500 aktif oranı %10, 1500 ve üzeri çok aktif oranı ise %3,3 olarak bildirilmiştir. Fiziksel aktivite düzeyleri ile cinsiyet arasında önemli bir ilişki bulunamamış ($p>0,05$) iken hastaların cinsiyetleri ile oturularak geçirilen süre arasında önemli bir ilişki bulunmuştur ($p=0,018$).
- Kadın hastaların %50'sinin erkek hastaların ise %73,3'ünün "1-1,5 litre", Kadın hastaların %13,3'ünün, erkek hastaların ise %16,7'sinin "1,5-2 litre " Kadın hastaların %33,3'ünün, erkek hastaların ise %10'unun "2-2,5 litre" günlük su tükettiği bulunmuştur.
- Hastaların iştah veya besin alımının değişmesi durumuna genellikle çoklu nedenler bildirildiği ve bu nedenler arasında hastalarda en çok bulantı/kusma, tat koku alamama, ağızda yara oluşumu, ağrı ve erken doyma hissi görülmüştür.
- Hastaların cinsiyetleri ile doktor reçetesi haricinde beslenme desteği kullanımları arasında önemli bir farklılık bulunmuştur ($p=0,03$).
- Hastaların tedavi süresince aldıkları destek tedavileri incelendiğinde kadın hastaların %23,3'ü erkek hastaların ise %3,3'ü psikoterapi aldığı, kadın

hastaların %70'i, erkek hastaların ise %96,7'si tedavi süresince destek almadığı bulunmuştur.

- Hastaların kanser tedavisine beslenme desteğinin eklenmesine yarar sağlanacağına inanç durumu incelendiğinde yüksek oranda beslenme desteğinin eklenmesinin yararlı olacağına inandıkları bulunmuştur. Buna ek olarak hastaların %70'inden fazlasının özel bir diyet tedavisi uygulamadığı bulunmuştur.
- Hastaların enfeksiyon durumları incelendiğinde kadın hastaların %80'inde erkek hastaların ise %6,7 'sinde enfeksiyon olmadığı, kadın hastaların %3,3'ünde, erkek hastaların ise %40'ında lokal enfeksiyon görüldüğü, kadın hastaların %16,7'sinde, erkek hastaların ise %53,3'ünde jeneralize enfeksiyon görüldüğü bulunmuştur.
- Hastaların 24 saatlik besin tüketim sonuçlarına göre kadın ve erkek hastaların cinsiyete göre flor değişkeninde istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuş iken diğer değişkenler arasında önemli bir fark bulunamamıştır ($p<0,005$).
- Ev yapımı süt($p=0,020$) ile cinsiyet arasında önemli bir farklılık bulunmuştur($p<0,05$). Diğer değişkenler ile cinsiyet arasında önemli bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).
- Gazlı içecek tüketiminin oldukça düşük olduğu bulunmuş olup bitki çayı ve siyah çay gibi antikanserojen içeceklerin tüketiminin ise oldukça fazla olduğu, hazır meyve suyu tüketiminin erkek hastalarda kadın hastalara göre daha çok tüketildiği, hastaların cinsiyetleri ile kahve kullanımı ($p=0,037$), alkol kullanımı ($p=0,04$) ve şeker kullanımı ($p=0,02$) arasında önemli bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).
- Et ve et grubu yiyecekleri fırında ve haşlama gibi pişirme yöntemleri tercih edildiği kızartma yönteminden uzak durulduğu bulunmuştur. Izgara- balık tüketim sıklığı ($p=0,026$) ile cinsiyet arasında önemli bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer değişkenler arasında ise önemli farklılıklar bulunamamıştır ($p>0,05$).
- Sebze grubu tüketiminin ise kadın ve erkek hastalarda yaklaşık olarak aynı oranlarda olduğu bulunmuştur. Kadın ve erkek hastaların neredeyse %50'sinin sebze kızartması tükettiği bulunmuştur. Hastalar aşırı tuz tüketiminden kaçınırken yemeklere ise tuz ilave ettiklerini bildirmişlerdir.

- Ekmek- tatlı grubu tüketim sıklığı incelendiğinde kadın hastaların erkek hastalardan daha az ekmek tükettiği bulunmuştur. Pilav çeşitlerini tüketim sıklıkları genel olarak haftada 2-4 defa olup bulgur pilavı ($p=0,048$) ile makarna ($p=0,023$) değişkenleri ile cinsiyet arasında önemli bir farklılık bulunmuş iken diğer değişkenler arasında önemli bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Ayrıca kadın ve erkek hastaların tatlı ve tuzlu bisküvi tüketiminin oldukça düşük olduğu hastaların %80'inden fazlasının haşlanmış mısır, patlamış mısır ve kestane tüketmediğini bulunmuştur.
- Çalışmadaki hastaların kurubaklagil tüketim sıklığı incelendiğinde kadın hastaların %70'inin erkek hastaların ise %60'ının nohut, kuru fasulye, mercimek tüketiminin ayda 1-4 defa olarak bulunmuştur.
- Sarı ve kırmızı kabuklu meyveleri tercih etme oranlarının yaklaşık olarak aynı bulunmuş olup turuncu kabuklu meyve tüketiminin ise daha fazla tüketildiği bulunmuştur.
- Kadın hastaların katı yağ tüketiminin sıvı yağ tüketiminden daha fazla olduğu bulunmuştur. Erkek hastalarda ise bu durum tam tersi olup sıvı yağ tüketimi katı yağ tüketiminden daha fazladır.
- Kadın ve erkek hastaların yarısından fazlasının şerbetli hamur tatlısını hiç tüketmediğini bildirmiş iken hastaların %36,7'sinin hiç-nadiren sütlü tatlı tükettiği, % 43,4'ünün ise ayda 1-4 defa tükettiği bulunmuştur.
- Çalışmadaki hastaların baharat tüketimi incelendiğinde ise her iki kadın hastadan birinin pulbiber, karabiber, kimyon, nane, kekik ve sumağı günde 1-2 defa yemeklerde kullandığını bildirmiştir. Her iki erkek hastadan birinin pulbiber, karabiber ve naneyi yemeklerin içerisinde tükettiğini bildirmiştir. Kimyon, kekik ve sumağı ise çok daha az oranda tercih ettikleri bulunmuştur.
- Hastaların kuruyemiş tüketimi incelendiğinde yaklaşık olarak her iki kadın ve erkek hastadan birinin günde 1-2 defa iç badem, badem, ceviz, fındık, şam ve yer fıstığı tükettiği bulunmuştur. Hastaların %76,7'sinin karpuz-kavun çekirdeğini hiç tüketmediğini bildirmiştir. Cinsiyet ile ay-çekirdeği tüketim sıklığı arasında önemli bir farklılık bulunmuştur ($p=0,028$). Yöresel olarak bulunan bölgede karpuz-kavun çekirdeği tüketilmediği için hastalar tercih etmemiş olarak yorumlanabilir.

- Kadın hastalar genellikle sabah ve akşam olmak üzere 2 öğün beslendikleri bulunmuştur. Öğle yemeğini atlama oranı ise %40 olarak bulunmuştur. Erkek hastalar ise yüksek oranda sabah, öğle ve akşam olmak üzere 3 öğün tükettiği bulunmuştur. Hastaların cinsiyetleri ile öğle yemeği yeme durumu arasında önemli bir farklılık bulunmuştur ($p=0,001$).
- Ara öğün alışkanlıklarına bakıldığında ise erkek hastaların 20'sinin, kadın hastaların ise 24'ünün ara öğün yaptığı, erkek hastaların 3'ünün sıklıkla ara öğün yaptığı, kadın hastaların 4'ünün, erkek hastaların ise 1'sinin ara sıra ara öğün yaptığı, erkek ve kadın hastaların 2'sinin ise hiç ara öğün yapmadığı bulunmuştur.
- Kadın hastaların %53,3'ünün "koronavirüsten çok korkuyorum", %50'si ise "sosyal medyada koronavirüsle ilgili hikayeleri ve haberleri gördüğümde gerilir veya endişelenirim", Kadın hastaların %36,7'si ise " koronavirüsü düşünmek beni rahatsız eder" sorularına katılıyorum/kesinlikle katılıyorum olduğu bulunmuştur. Erkek hastaların %50 oranla "koronavirüsten çok korkuyorum ve koronavirüsü düşünmek beni rahatsız ediyor", %56,7 oranla "sosyal medyada koronavirüsle ilgili hikayeleri ve haberleri gördüğümde gerilir veya endişelenirim", sorularına katılıyorum/kesinlikle katılıyorum olduğu bulunmuştur.
- Kadın hastaların %83,3 oranla "koronavirüsü düşündüğümde ellerim soğuk soğuk terliyor ve koronavirüse yakalanacağımı düşündüğümde kalbim hızla çarpmaya başlıyor", %73,3 oranla "koronavirüse yakalanacağım korkusundan dolayı uyuyamıyorum" sorularına kesinlikle katılmıyorum/katılmıyorum olduğu bulunmuştur. Erkek hastaların %76,7 oranla "koronavirüsü düşündüğümde ellerim soğuk soğuk terliyor", %73,3 oranla "koronavirüse yakalanacağım korkusundan dolayı uyuyamıyorum ve koronavirüse yakalanacağımı düşündüğümde kalbim hızla çarpmaya başlıyor" sorularına kesinlikle katılmıyorum/katılmıyorum olduğu bulunmuştur.
- Hastaların ile covid-19 korku ölçeği soruları arasında önemli bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).
- Hastaların ana ve ara öğün tüketim ile covid korku puanları arasında önemli bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

- Hastaların covid korku puanları ile alternatif yiyecek tercihi, yiyecek alerjisi ve dişlerden kaynaklanan bir yara problemini arasında önemli bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).
- Gastrointestinal şikayet varlığı ile covid korku puanı arasında önemli bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).
- Gastrointestinal şikayet ile ilgili ilaç kullanımı ile covid korku puanı arasında önemli bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).
- Ağırlık kaybı ile covid korku puanı arasında önemli bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).
- Hastaların stres düzeyi ile covid korku puanları arasında önemli bir ilişki bulunmuştur ($p=0.001$).
- Covid-19 korku ölçeği puanlarına göre günlük tüketilen enerji arasındaki ilişki değerlendirildiğinde hastaların covid-19 korku puanlarının artması ile ortalama enerji tüketimi, karbonhidrat alımı ve vitamin A arasında ters orantı olduğu bulunmuştur. Protein, yağ, C ve E vitamini tüketimi arasında ise doğru orantı bulunmuştur. Covid-19 korku puanları ile günlük tüketilen enerji, karbonhidrat, yağ, protein, A, C ve E vitaminleri arasında önemli bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,005$).
- Kadın hastaların %60 oranla geçen ay, hayatlarında ortaya çıkan önemli değişikliklerle oldukça sık etkili bir şekilde başa çıktığı, %56,7 oranla geçen ay, kişisel sorunları ele alırken kendilerine oldukça sık güven duydukları, %53,3 oranla geçen ay, hayatındaki zorlukları oldukça sık kontrol edebildikleri bulunmuştur. Erkek hastaların %43,3 oranla geçen ay, kendimi oldukça sık sinirli ve stresli hissettim sorusu olduğu bulunmuştur.
- Kadın hastaların %53,3 oranla geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini bazen hissettiği, %46,7 oranla geçen ay, bazen yapmam gereken şeylerle başa çıkamadığımı fark ettim ve kontrolüm dışında gelişen olaylar yüzünden öfkelenim sorularının olduğu görülmektedir. Erkek hastaların %43,3 oranla geçen ay, hayatımdaki zorlukları bazen kontrol edebildim sorusu olduğu bulunmuştur.
- Hastaların “ Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğine ne sıklıkla güven duyduunuz?” sorusuna verdikleri cevap ile diğer sorulara verdikleri cevaplar arasında önemli bir farklılık bulunmuştur ($p=0,03$).

Sonuç olarak kanser hastalarının sosyodemografik özellikleri, besin tüketim çeşitlilikleri ve sıklığı, fiziksek aktivite düzeyleri, sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları tedavi süreçlerinde büyük öneme sahiptir. Bunlara ek olarak COVID-19 pandemisi esnasında hastaların hem tedavilerinde aksamalar hem de stres düzeylerinde artışların görülmesi, hastaların büyük bir kısmının diyetisyen desteği almamış olması tedavi sürecini ve hastalığın sürecini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu yüzden tedavi süresince nütrisyon ekibi ile tüm kanser hastalarına onkolojik tedavileri esnasında paralel ilerleyen beslenme eğitimleri verilmeli ve düzenli aralıklarla takip edilmelidir. Kanseri nleme çalışmaları ile sedanter bir hayat tarzı, stres ve kötü beslenme alışkanlıklarının hastalığın oluşumunda etkili olduğu anlatılmalı, toplumda farkındalık oluşturulmalı ve kanser ile ilgili ülke politikaları geliştirilmelidir.



KAYNAKLAR

- A. Suha Yalçın, A. M. (2016, 10 11). Kurkumin, Kuersetin ve Çay Kateşinlerinin Anti-Kanser Etkileri. *Marmara Pharmaceutical Journal* 21:, s. 19-29.
- Açıkgöz, A. (2019). Kanserin Önlenmesi, Tedavisi ve Sağkalımda Tıbbi Beslenme Tedavisi . J. L. L. Kathleen Mahan içinde, *KRAUSE- Besin & Beslenme Bakım Süreci* (s. 729-735). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri .
- Açıkgöz, A., Çımrın, D., & Ergör, G. (2018). Meme, prostat, kolorektal ve akciğer kanserlerinde çevresel risk faktörleri ve risk düzeylerinin belirlenmesi: olgu-kontrol çalışması. *Cukurova Medical Journal*,43(2), 411-421.
- Afacan, F. Ö., & Sönmezdağ, A. S. (n.d.). Antosiyaninlerin Beslenmedeki Önemi ve Sağlık Üzerine Etkileri. *Karya Journal of Health Science*, 1(1), 19–24.
- Akal, C., Buran, İ., & Albayrak , R. (2018). Farklı Şeker Oranlarının Süt Reçelinin Kalite Özellikleri Üzerine Etkisi. *GIDA*,43(5), 865-75.
- Akıncı, S. B. (2011). Enteral Nutrisyon Uygulama Yöntemleri. *Klinik Gelişim*, 20-24.
- Aksoy, C., Yücecan, S., Çiftçi, N., Tayfur, M., Akgün, B., & Taşçı, N. (1988). Kanseri hastalığında tedavi amacıyla kullanılan yöresel bitkiler. *Beslenme Ve Diyet Dergisi*, 17(1), 111–120.
- Alacalı, M. (2012). Mide Kanseri, Mide Kanseri Taramaları ve Mide Kanserinden Korunma. *Ankara Medical Journal*.
- Alpha A Fowler, J. D. (2019). Effect of Vitamin C Infusion on Organ Failure and Biomarkers of Inflammation and Vascular Injury in Patients With Sepsis and Severe Acute Respiratory Failure: The CITRIS-ALI Randomized Clinical Trial. *JAMA*;322(11), 1261-1270.
- Anne-Françoise Rousseau, M.-R. L. (2013). ESPEN endorsed recommendations: Nutritional therapy in major. *Clinical Nutrition*, 497-503.
- Arı, M. (2017). Kanseri Önlenmesinde Antioksidanların Rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*,1(2), 67-74.

- Arı, M., Ögüt, S., & Kaçar Döğer, F. (2017). Kanserin Önlenmesinde Antioksidanların Rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(2), 67-74.
- Arslan, S. Y., Belgin, A., & Koçoğlu, D. (2008). Kemoterapi Alan Hastalarda Hastalık ve Tedaviye Bağlı Yaşanan Semptomların Sosyo-demonrafik Özellikler ve Algılanan Sosyal Destek İlişkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 10(1), 47-56.
- Aslan, Ö., Vural, H., Kömürcü, Ş., & Özet, A. (2006). Kemoterapi Alan Kanser Hastalarına Verilen Eğitimin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 15-28.
- Aygün Çevik, B. v. (2017). Beslenme ve Kanseri. *Fırat Tıp Dergisi*, 1-7.
- Ayvat, İ. (2019). Ayaktan Kemoterapi Alan Kanseri Hastalarının Karşılanmamış Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Yaş Bağlamında İncelenmesi. Ankara.
- Babette S. Zemel, E. M. (1997, July). Evaluation of Methodology For Nutritional Assessment in Children: Anthropometry, Body Composition, and Energy Expenditure. *Annual Review of Nutrition*, s. 211-235.
- Bayık, A. (1989). Kanseri Epidemiyolojisi. *Ege üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 5(3), 58-71.
- Baykara, O. (2016). Kanseri Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bil Derg*, 5 (3), 154-165.
- Baysal, A. (2017). Kanseri Korunma ve Kanseri Beslenme Tedavisi. E. T. Alphan içinde, *Hastalıklarda Beslenme Tedavisi* (s. 509-510). Ankara: Hatipoğlu Basım ve Yayım San. Tic. Ltd. Şti.
- Bedük, T. T. D., & Ökten, Ç. Y. (n.d.). *Ayaktan kemoterapi alan GİS kanserli hastaların evde karşılaştıkları sorunlar ve kullandıkları baş etme davranışları*. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.
- Bıçaklı, D. H., & Yılmaz, M. (2018). Kemoterapi Alan Onkoloji Hastalarında Yaşam Biçimi Davranışları, Besin Tüketim Sıklıkları ve Riskli Beslenme Alışkanlıkları. *Beslenme Ve Diyet Dergisi*, 46(3), 230-239.

- Brian D Lawenda 1, K. M. (2008). Should Supplemental Antioxidant Administration Be Avoided During Chemotherapy and Radiation Therapy? *J Natl Cancer Inst*;100(11), 773-783.
- Bulent Citgez, B. Y. (2020). Management of Breast Cancer during the COVID-19 Pandemic. *The Medical Bulletin Of Sıslı Etfal Hospital*;54(2), 132-135.
- Cederholm T, B. I. (2015). Diagnostic Criteria For Malnutrition -an ESPEN Consensus Statement. *Clinical Nutrition*, 335-40.
- Ciażyńska, M., Pabianek, M., Szczepaniak, K., Ułańska, M., Skibińska, M., & al., e. (2020, Jun 17). Quality Of Life Of Cancer Patients During Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. *Psychooncology*, s. 1-3.
- Coşkun, T. (2007). Pro-, Pre- ve Sinbiyotikler. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci*.,3(6), 82-98.
- Çanga, N. (2013). Solid Tümörlü Çocuklarda Kemoterapiye Bağlı Tat Değişimi ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi.
- Çavdar, M., & Çavdar, M. (n.d.). Besinler ve Bazı Besin Öğelerinin Akciğer Kanseriyle İlişkisi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1-2), 8-16.
- Çekmen, N. v. (2014). Yoğun Bakım Hastalarında Enteral ve Parenteral Nütrisyon. *Sağlık Bilimlerinde Teori ve Araştırmaları II*, 2, 187-196.
- Çetinkaya, M., & Şahin, S. (n.d.). Kanser ve Ergoterapi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 14-24.
- Çınar Pakyüz, S., Dedeli Çaydam, Ö., & Koşar Şahin, C. (2019). Sitotoksik Kemoterapi Alan Hastalarda Stres Belirtileri ve Düzeyi ile Baş Etme Yöntemleri Arasında İlişki Var mıdır? *Journal of Academic Research in Nursing*, 5(1), 1-9.
- Çıtlak, K. v. (2015). Kemoterapi Alan Hastalarda Görülen Oral Mukozitin Önlemesi ve Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar: Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 70-7.
- Çivi, S., Kutlu, R., & Çelik, H. (2011). Kanserli Hasta Yakınlarında Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Gülhane Tıp Derg*,53, 248-253.

- Daniel, M. a. (2015). Epigenetic Linkage Of Aging, Cancer and Nutrition. *J Exp Biol*, 218(1), 59-70.
- Dai, M., Liu, D., Liu, M., Zhou, F., Li, G., Chen, Z., Zhang, Z., You, H., Wu, M., & Zheng, Q. (2020). Patients with cancer appear more vulnerable to SARS-CoV-2: a multicenter study during the COVID-19 outbreak. *Cancer Discovery*, 10(6), 783–791.
- David G.Walters, P. J. (2004). Cruciferous Vegetable Consumption Alters the Metabolism Of the Dietary Carcinogen. *Carsinogenesis* , 1-11.
- Demirel, U. v. (2010). Enteral ve Parenteral Beslenmeye Klinik Yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*, 14(3), 149-150.
- Desai, A., Sachdeva, S., Parekh, T., & Desai, R. (2020). COVID-19 and Cancer: Lessons From a Pooled Meta-Analysis. *JCO Global Oncology*, 6.
- Dibekci, S. (2017). Meme Kanseri Hastalarında Fiziksel Aktivite Düzeyinin Semptomlar ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.
- Dikmen, D. (2015). Sert Kabuklu Kuruyemişler ve Sağlık Üzerine Etkileri. *Beslenme Ve Diyet Dergisi*, 43(2), 174–182.
- Dilek Çalışkan Özçelik, H. K. (2012). D Vitamini. 1-7.
- Doğan, A. L. (2004). Sinyal İletimi Mekanizmalar ve Kanseri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35(1), 34-42.
- Duman, E., Atabek, N., & Bilek, Y. (n.d.). The Effects of Laxative Use on Rectum Volume and Doses During Radiotherapy in Patients With Prostate Cancer *Radyoterapi Uygulanan Prostat Kanseri Hastalarında Tedavi Süresince Laksatif Kullanımının Rektum Hacim ve Dozlarına Etkisi*.
- (EFSA), E. F. (2015). Scientific Opinion on Acrylamide in Food. *EFSA Journal*;13(6), 4041.
- Ekin, R. G. (2013). Türkiye Verilerine Göre Porstat Kanseri Taranmalı Mı? *Üronkoloji Bülteni*, 12(2), 71-6.

- Ellis, W. E. (2020). Physically Isolated But Socially Connected: Psychological Adjustment and Stress Among Adolescents During the Initial COVID-19 Crisis. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 52(3), 177-87.
- Elmas, C., & Gezer, C. (2019). Çay Bitkisinin (Camellia sinensis) Bileşimi ve Sağlık Etkileri. *Akademik Gıda*, 17(3), 417-428.
- Eric A Klein, I. M. (2011). Vitamin E and the Risk of prostate Cancer: the Selenium and Vitamin E Cancer Prevention Trial (SELECT). *JAMA*;306(14), 1549-1556.
- Ertem, G. (2008). Kanser Hastalarında Beslenme ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Dirim Tıp Gazetesi*, 83, 56-63.
- Eşbah, O. (2020). Covid-19 Pandemisinde Düzce Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Pratiği. *Konuralp Tıp Dergisi*, 12(1), 381-382.
- Fauc, A., Lane, H., & Redfield, R. (2020). Covid-19 — Navigating The Uncharted. *The New England Journal Of Medicine*, 382, 1268-69.
- Fujisaki, M., Endo, Y., & Fujimoto, K. (2002, September). Retardation of Volatile Aldehyde Formation in the Exhaust of Frying Oil by Heating Under Low Oxygen Atmospheres. *JAOCs*, 79(9), 909-914.
- Gedik, S. K. (2016). Mercimek Diyet Liflerinin İzolasyonu, Karakterizasyonu Ve Fonksiyonel Özelliklerinin İncelenmesi. Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Gemalmaz, A. v. (2014). Kanser Tanısı ve Sonrası Yaşananlar: Kalitatif Bir Çalışma. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12 (2), 93-98.
- Genç, A. C. (2017). Mikrobiyota ve Kanser. *J Biotechnol and Strategic Health Res*, 1 (Special issue), 123-131.
- Gonca , S., Aydoğdu, M., & Özsoy, Ü. (2018, 12 08). Serviks Kanseri ve HPV. *Androl Bul*, 20, 25-9.
- Gökçay, G., Eren, T., & Devecioğlu, E. (2012). Bebek Mamalarındaki Katkı Maddeleri. *Çocuk Dergisi*, 12(2), 60-65.

- Guerdoux-Ninot, E., Kilgour, R. D., Janiszewski, C., Jarlier, M., Meuric, J., Poirée, B., Buzzo, S., Ninot, G., Courraud, J., & Wismer, W. (2016). Meal context and food preferences in cancer patients: results from a French self-report survey. *Springerplus*, 5(1), 1–10.
- Gültekin, M. v. (2014). *Türkiye Kanseri İstatistikleri*. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.
- Gürkan, A. v. (2013). Enteral Beslenme: Bakımda Güncel Yaklaşımlar. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 116-122.
- Gürson, O., & Özçelikay, G. (2005). Tarçın'ın Tarih Boyunca ve Günümüzdeki Kullanımı Use of Cinnamon throughout the History and Present. *Osmanlı Tarihi Araştırma Ve Uygulama Merkezi Dergisi OTAM*, 18(18), 171–183.
- Güveli, H., Oflaz, S., Yenilmez, D., & Atagün, M. (2014). Kanseri ve Psikiyatrik Komorbidite. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Special Topic*, 7(4), 11-8.
- H. Lochsa, S. A. (2006). Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, Definitions. *Clinical Nutrition*, 181-185.
- Hopancı, D. (2020). Kanseri Tedavisi İçin Yatan Hastalarda Malnütrisyonun Antropometrik Ölçümler ve Kas Fonksiyonlarına Etkisi. *Bes Diyet Derg.*, 48(2), 43-51.
- Houlston, A. (2008). Principles of Chemotherapy. F. v. Gibson içinde, *Cancer in Children and Young People: Acute Nursing Care* (s. 7-13).
- Ilgaz, F., Arslan, P., & Yalçın, Ş. (2016). Kemoterapinin Kolon Kanseri Hastalarının Beslenme Durumlarına Etkisi. *Beslenme Ve Diyet Dergisi*, 44(2), 122–131.
- Isabelle Soerjomataram, F. B. (2020). *World Cancer Report*. Lyon: International Agency for Research on Cancer.
- İşgüzar, Y., & Akbulut, G. (2016). Yüksek Fruktöz Tüketimi ve Kanseri. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(2), 35–40.

- J. A. Virizuela, M. C.-A.-P. (2018). Nutritional Support And Parenteral Nutrition İn Cancer Patients: An Expert Consensus Report. *Clin Transl Oncol*, 619-629.
- Jann Arends, P. B. (2017). ESPEN Guidelines On Nutrition in Cancer Patients. *Clinical Nutrition*, 11-48.
- Kalkan, İ., & Özarık, B. (2017). Tam Buğday Ekmeği ve Sağlık Üzerine Etkisi. *Aydın Gastronomy*, 1(1), 37-46.
- Karpuzoğlu, D. v. (2019). Onkolojide Tercih Edilen Beslenme Durumu Tarama ve Değerlendirme Yöntemleri. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 1(1), 37-46.
- Kaya, F. M. (2011). The İnhibitory Effect Of Black Pepper On Formation Of Heterocyclic aromatic amines İn High-Fat Meatball. *Food Control* , 596-600.
- Kemeç, Z., & IŞIKDOĞAN, A. (2020). Mide Kanseri ve Beslenme. *Dicle Tıp Dergisi*, 47(2), 455-468.
- Knekt , P., Järvinen, R., Dich, J., & Hakulinen, T. (1999). Risk of Colorectal and Other Gastrointestinal Cancer After Exposure To Nitrate, Nitrite and N-Nitroso Compounds: a Follow-up Study. *Int J Cancer*, 80(6), 852-6.
- Kerr J, A. C. (2017). Physical Activity, Sedentary Behaviour, Diet, and Cancer: an Update and Emerging New Evidence. . *Lancet Oncol*;18(8), 457-71.
- Korkmaz, N., Kimyon, A., Ermiş, E., & Edgun, T. (2017). Leptin ve Leptin Reseptörü Gen Varyantları ile Kolorektal Kanseri Arasındaki İlişki. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi*.4(1), 10-4.
- Kozan, R. v. (2016). Türkiye’de Meme Kanseri Farkındalığı ve Tarama Programları. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 185-88.
- Laurence Z. Rubenstein, J. O. (2001). Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini-Nutritional. *Journal of Gerontology*, 366-372.
- Lee, S.-A., Fowke, J. H., Lu, W., Ye, C., & Zheng, Y. e. (2008). Cruciferous Vegetables, the GSTP1 Ile105Val Genetic Polymorphism and Breast Cancer Risk. *Journal of Clinical Nutrition*, 753-60.

- Lisa Gibbs, N. M. (2020). Oncology Dietitians Sound Alarm in Key Nutrition Needs of Cancer Patients During COVID-19 Pandemic. *JCO Oncology Practice*;16(10), 621-623.
- M. Plauth, M. M. (1997). ESPEN Guidelines For Nutrition in Liver Disease and Transplantation. *Clinical Nutrition*, 43-52.
- Mathias Plauth, W. B. (2018). ESPEN Guideline on Clinical Nutrition in Liver Disease. *Clinical Nutrition*.
- Mehmet Eskin, H. H. (2013, 10). Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Güvenirlilik ve Geçerlik Analizi. *Yeni Symposium Journal*.
- Melda Sağlam, H. A.-I.-G. (2010). International Physical Activity Questionnaire: Reliability and Validity Of The Turkish Version. *Perceptual and Motor Skills*.
- Miyashita, H., Mikami, T., Chopra, N., Yamada, T., Chernyavsky, S., Rizk, D., & Cruz, C. (2020). Do patients with cancer have a poorer prognosis of COVID-19? An experience in New York City. *Annals of Oncology*.
- Muscaritoli, M., Arends, J., Bachmann, P., & al., e. (2021). ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in Cancer. *Clinical Nutrition*,40, 2898-2913.
- Murat, A. R. I. (2017). Kanserin Önlenmesinde Antioksidanların Rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(2), 67–74.
- N. Canoa, E. F. (2006). ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Adult Renal Failure. *Clinical Nutrition*, 296-308.
- N.J.M. Cano, M. A. (2009). ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Adult Renal Failure. *Clinical Nutrition*, 401-412.
- Nayeri, N., Bakhshi, F., Khosravi, A., & Najafi, Z. (2020). The Effect of Complementary and Alternative Medicines on Quality of Life in Patients with Breast Cancer: A Systematic Review. *Indian J Palliat Care*,26(1), 95-104.

- Nefise Ladikli, E. B. (2019). COVID-19 Korkusu Ölçeğinin Türkçe Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması . *Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi* .
- Neriman, İ. (2015). Nutrisyonun Tarihçesi. *Türkiye Klinikleri J Nutr Diet-Special Topics*,1(2), 1-2.
- Nilüfer, D., & Boyacıoğlu, D. (2008). Soya ve soya ürünlerinin fonksiyonel gıda bileşenleri. *Gıda*, 33(5), 241–250.
- Nöthlings, U., Murphy, S., Wilkens, L., Henderson, B., & Kolonel, L. (2007). Dietary Glycemic Load, Added Sugars and Carbohydrates As Risk Factors For Pancreatic Cancer: The Multiethnic Cohort Study. *Am J Clin Nutr*,86(5), 1495-501.
- Onkoloji Hasta Sayfası* . (2019). 2019 tarihinde <https://www.nutritionday.org/>.
- Özkazanç Akren, M. (2019). Diyet Polikliniğine Başvuran Kanseri Hastaların Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi.
- Öztürk, S. A., Özerson, Z., & Özkara, İ. Ö. (2019). Kanseri Hastalarında Tanı Öncesi ve Sonrası Beslenme Alışkanlıkları, Besin Tüketim Sıklıkları, Besin Takviyesi Kullanımı ve Kullanımı Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılması. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 182–194.
- Peggi Guenter, G. J. (2012). Characteristics Recommended for the Identification and Documentation of Adult Malnutrition (Undernutrition). *JPEN J Parenter Enteral Nutr*,36(3), 275-283.
- Pekcan, P. D. (2008). Beslenme Durumunun Saptanması. P. D. Baysal içinde, *Diyet El Kitabı* (s. 67-142). Ankara : Hatipoğlu Yayınevi.
- Pekmezci, H., & Başaran, B. (2021). Kanseri Hastalarının Beslenme Alışkanlıkları. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 13(2), 386–395.
- Pourahmad, J. E. (2010). A Search For Hepatoprotective Activity of Aqueous Extract of *Rhus coriaria* L. Against Oxidative Stress Cytotoxicity. *Food and Chemical Toxicology*;48(3), 854-8.
- Psikiyatrisi, K. L., & Ünüvar, E. (n.d.). Erken Evre Kanseri Hastalarında Psikoeğitim, Anksiyete ve Depresyon Üzerindeki Etkisi.

- Requejo, O. H. (2015). Nutrición Y Cáncer. *Nutr Hosp*,32(1), 5-72.
- Rosa Burgos a, I. B. (2017). ESPEN Guideline Clinical Nutrition In Neurology. *Clinical Nutrition*, 354.
- Saka, M. v. (1997). Enteral Beslenme. *Gastroenteroloji BD*, 94-95.
- Sözlü, S., Yılmaz, B., & Nilüfer, A. (2017). Kahve Tüketimi ve Bazı Hastalıklarla İlişkisi: Son Yıllarda Yapılan İnsan Temelli Araştırmaların İrdelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2), 33–39.
- Stott-Miller M, N. M. (2013). L. Consumption of Deep-Fried Foods And Risk of Prostate Cancer. *Prostate*;73(9), 960-9.
- Tamer, A., & Nalbant, A. (n.d.). Beslenme ve Bağışıklık Sistemi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 11(2), 458–466.
- Taşcı, S., Ünal, A., & Üstünbaş, H. B. (n.d.). Kemoterapi Alan Hastalara Yan Etkilere Yönelik Eğitim Verilmesi Training of patients about side effects of chemotherapy.
- Tatar, T. (2018). Onkolojik Hastalıklarda Tıbbi Beslenme Tedavisi. G. Akbulut içinde, *Tıbbi Beslenme Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar* (s. 546-567). Ankara : Ankara Nobel Tıp Kitapevileri.
- Topelli, A. (2001). Yoğun Bakım Ünitesinde Beslenme. *Yoğun Bakım Dergisi*, 11-21.
- Torre, M. J. (2017). Patient-Generated Subjective Global Assessment of Nutritional Status in Pediatric. *Nutr Hosp*,34(5), 1050-1058.
- Turhal , N., Çelik, İ., & Gümüş, M. (2020, 03 17). *Tıbbi Onkologlara Yönelik Güncellenmiş Önerileri*. Türk Tıbbi Onkoloji Derneği,131:
<https://www.kanser.org/saglik/haberler/turk-tibbi-onkoloji-dernegi-covid19-pandemisi-danisma-kurulunun-tibbi-onkologlara-yonelik-onerileri/2109>.
- Urakçı, Z., Kalkan, Z., & Ebinç, S. (n.d.). COVID-19 ve Kanser Yönetimi. *Dicle Tıp Dergisi*, 48, 55–64.

- Uster, A., Ruehlin, M., Mey, S., Gisi, D., Knols, R., Imoberdorf, R., Pless, M., & Ballmer, P. E. (2018). Effects of nutrition and physical exercise intervention in palliative cancer patients: a randomized controlled trial. *Clinical Nutrition*, 37(4), 1202–1209.
- Üstün, Ç. v. (2020). COVID-19 Pandemisinin Sosyal Yaşam ve Etik Düzlem Üzerine Etkileri: Bir Değerlendirme Çalışması. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 25, 142-153.
- Üstün, Ç., & Demirci, N. (2013). Çay Bitkisinin (*camellia sinensis* L.) Tarihsel Gelişimi ve Tıbbi Açıdan Değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi Ve Folklorik Tıp Dergisi*, 3(3), 5–12.
- (2020). Dietary Carcinogens A Continuing Concern In Various Contexts. C. P. Wild *World Cancer Report Cancer Research For Cancer Prevention* (s. 109-114). LYON: World Health Organization.
- Vallis, M., & Glazer, S. (2021). Protecting Individuals Living with Overweight and Obesity: Attitudes and Concerns Towards COVID-19 Vaccination in Canada. *Obesity*.
- Yıldırım, B. A. (2021). Kanser Hastalarının Günlük Besin İhtiyaçları. *Turkish Journal of Oncology*, 35(1).
- Yılmaz, M., & Bıçaklı Hopancı, D. (2018). Kemoterapi Alan Onkoloji Hastalarında Yaşam Biçimi Davranışları, Besin Tüketim Sıklıkları ve Riskli Beslenme Alışkanlıkları. *Beslenme ve Diyet Dergisi*; 46(3), 230-239
- Yokuş, B. v. (2012). Kanser Biyokimyası. *Dicle Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi Dergisi*, 7-18.
- Wm. Cameron Chumlea, P. D. (1994, April 01). Bioelectrical Impedance and Body Composition: Present Status and Future Directions. *Nutrition Reviews*, Volume 52, Issue 4, s. 123-131.

EKLER

Ek-1

Sosyo-Demografik Form

Hastanın Adı Soyadı:								
Yaş:	☐ 20-30	☐ 31-40	☐ 41-50	☐ 51-60	☐ 61-65	☐ 65-70	☐ 71-75	☐ >76
Cinsiyet	☐ Kadın	☐ Erkek	Telefon: 0 () - - - - -					
Adres: _____								
Yaşadığı Yer:	☐ Büyükşehir	☐ Şehir	☐ İlçe	☐ Köy				
Sosyal Güvence:	☐ Özel Sigorta	☐ SGK	☐ Yeşil Kart	☐ Yok				
Medeni Durum:	☐ Evli	☐ Bekar	☐ Eşi vefatetmiş	☐ Boşanmış				
Alkol Kullanımı:	☐ Yok	☐ Nadiren	☐ Haftada 1 kadeh	☐ Günde 1 kadeh				
Sigara Kullanımı:	☐ Yok	☐ Bırakmış	☐ Tek-tük	☐ Haftada 1 paket	☐ Günde 1 paket	paket/yıl		
Yaşadığı Ev:	☐ Apartman dairesi	☐ Müstakil	☐ Misafirhane -otel	☐ Bakım evi				
Kaldığı ev:	☐ Kendisine ait	☐ Ailesine ait	☐ Kira					
Yaşama ortamı:	☐ Tek başına	☐ Eşiyle	☐ Eşi ve çocuklarıyla	☐ Bakıcı ile				
Eğitim Durumu	☐ Okur-yazar değil	☐ İlkokul	☐ Ortaokul mezunu	☐ Lise mezunu	☐ Üniversite			
İşi:	☐ Çalışmıyor	☐ Emekli	☐ Masa-başı iş	☐ Bedensel iş				
Gelir Düzeyi	☐ Asgari Ücret Altı	☐ Asgari Ücret	☐ Asgari Ücretin 2 Katı	☐ Asgari Ücretin >3 Katı				
Kanser Dışında Kronik Hastalıklar								
☐ Hipertansiyon	☐ Diyabet	☐ Osteoartrit	☐ Hiperlipidemi					
Yürümeye yardımcı araç:	☐ Yok	☐ Baston	☐ Koltuk Değ.	☐ Walker	☐ Tekerlekli sandalye			

nutritionDay **Sayfa 1_onkoloji** Merkez-Kodu² Ünite-Kodu³

Hastanenizde bilgisayar dökümantasyon programı kullanılıyor mu?⁹ ☐ Evet ☐ Hayır

Onkoloji hastalarınız için nütrisyon tedavisi genel tedavi planının bir parçası mı?⁹ ☐ Evet ☐ Hayır

Cevabınız evet ise; uygulama yaklaşımınız nasıldır?³⁸

rutin olarak ☐

hasta talep ettiğinde ☐

ağırlık kaybı > % 10 ise ☐

palyatif devrede ☐

diğer; lütfen tanımlayınız ☐

Cevabınız hayır ise; neden...¹⁰

yeterli kanıt yok ☐

konuyla ilgili yeterli bilgin yok ☐

ürünler karşılanmıyor ☐

nütrisyon desteği ile tümör büyür ☐

diğer ☐

Onkoloji hastaları için hangi nütrisyon tedavisini uygulamaktasınız?¹⁰

nütrisyon planına bağlı olarak nütrisyon desteği ☐

enerji gereksinimleri hesaplanarak ☐

hastanın alımının izlenmesi ve gerektiğinde oral supleman desteği ☐

uygulanmamakta ☐

diğer ☐

Eğer uygulanmıyorsa temel nedenleri belirtiniz¹⁰

yeterli kanıt yok ☐

deneyimimiz yok ☐

ürünler karşılanmıyor ☐

diyetisyen yok ☐

konuyla ilgili diğer uzmanlar yok ☐

diğer ☐

Onkoloji hastalarında aşağıdaki parametreleri hangi sıklıkla değerlendiriyorsunuz ve hangi metodları kullanıyorsunuz?³⁹

	düzenli aralıklarla	her kemoterapi uygulamasında	gerekli olduğunda	hiçbir zaman	?
Antropometre/vücut kompozisyonu					
vücut ağırlığı	☐	☐	☐	☐	☐
Antropometre (çevre ölçümü)	☐	☐	☐	☐	☐
BIA	☐	☐	☐	☐	☐
BT	☐	☐	☐	☐	☐
DEXA	☐	☐	☐	☐	☐
diğer	☐	☐	☐	☐	☐
vücut fonksiyonları					
el sıkma	☐	☐	☐	☐	☐
6-dk yürüme testi	☐	☐	☐	☐	☐
diğer	☐	☐	☐	☐	☐
nütrisyonel gereksinimlerin hesaplanması	☐	☐	☐	☐	☐
nütrisyonel alımın takibi					
her öğünde	☐	☐	☐	☐	☐
günde 1 öğünde	☐	☐	☐	☐	☐
günde 2 öğünde	☐	☐	☐	☐	☐
24 saatlik değerlendirme	☐	☐	☐	☐	☐
diğer	☐	☐	☐	☐	☐

Bu anketi kim yanıtladı (Sayfa 1_onkoloji)?¹¹

☐ diyetisyen ☐ hemşire ☐ hekim ☐ nütrisyonel araştırmacı ☐ diğer

(Bu bölgeyi dokümanınızın açıldığında daireye tıklayarak izleyebilirsiniz)

© nutritionDay onkoloji grubu - dünya çapında nutritionDay için bir konsültasyon hizmeti

nutritionDay **Onkoloji Hasta Sayfası 3** Tarih ¹ / / Hasta Sayısı ⁵

Sayın hasta, bu ünitedeki beslenme desteğinin geliştirilebilmesi için bugün bu anketi doldurmanızı rica ediyoruz.

Lütfen işaretleyin ☒ veya doldurun Yardımanız için teşekkürler!

Ad-soyad harfleri ⁴ adınızın ilk iki harfi soyadınızın ilk iki harfi

Hastalık öncesi vücut ağırlığınız ⁵² kg ☐ Bilmiyorum

Şimdiki ağırlığınız ⁵² kg ☐ Bilmiyorum

Kilo kaybınız isteyerek mi, istemsiz mi oldu? ⁵⁴ ☐ İsteyerek ☐ İstemeden ☐ vücut ağırlığım değişmedi

Gectiğimiz hafta zarfında (size en uygun olanı işaretleyiniz): ⁵⁵

	hayır	biraz	oldukça	çok fazla
Ağnız oldu mu?	☐	☐	☐	☐
Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	☐	☐	☐	☐
Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐
Bunalıma girdiniz mi?	☐	☐	☐	☐
Yoruldunuz mu?	☐	☐	☐	☐
Ağnlarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	☐	☐	☐	☐
İştahınız azaldı mı?	☐	☐	☐	☐

Şu anda (size en uygun olanı işaretleyiniz): ⁵⁵

	hayır	biraz	oldukça	çok fazla
Ağnız var mı?	☐	☐	☐	☐
Dinlenme ihtiyacınız var mı?	☐	☐	☐	☐
Kendinizi güçsüz hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐
Bunalımda hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐
Yorgun musunuz?	☐	☐	☐	☐
Ağnlarınız günlük aktivitelerinizi etkiliyor mu?	☐	☐	☐	☐
İştahınız azaldı mı?	☐	☐	☐	☐

Eğer iştahınız veya gıda alımınız değiştiyse nedenini işaretleyiniz. ¹⁰

☐ bulantı / kusma ☐ kabızlık ☐ erken doyma hissi / iştah kaybı

☐ ağızda yaralar ☐ ishal ☐ tat / koku alamama ☐ diğer

Yapabildiğiniz en fazla aktiviteyi işaretleyiniz (yalnız bir tanesini): ⁵⁶

☐ spor ☐ kişisel bakım

☐ bütün aktiviteler ☐ kasıtlı kişisel bakım

☐ hafif aktiviteler ☐ yatak veya koltuğa bağımlıyım

Doktor reçetesi haricinde beslenme desteği aldınız mı? ¹⁰

☐ almadım ☐ multivitaminler

☐ bitkisel çay ☐ diğer ilaçlar

☐ beslenmeye destek ürünler ☐ diğer

Aşağıdakilerden hangisini yapıyorsunuz? ¹⁰

☐ hiçbirisi ☐ Meditasyon ☐ diğer

☐ Psikoterapi ☐ kas gevşetici egzersizler

☐ Yoga ☐ Qigong

Tedavinize uyum sağlamak zor mu? ⁹ ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

Anketi doldurmanıza kimse yardım etti mi? ⁹ ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

Kanser tedavinize beslenme desteği eldenmesinin yararlı olacağına inanıyor musunuz? ⁹ ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

Üst bilgilerdeki her rakam aşağıdaki rakamları ifade etmektedir.

Ek-3**24 Saatlik Yiyecek / İçecek Tüketim Kaydı**

ÖĞÜNLER	MİKTAR	BESİNLER	İÇİNDEKİLER
SABAH Saat:			
ARA Saat:			
ÖĞLE Saat:			
ARA Saat:			
AKŞAM Saat:			
ARA Saat:			

Ek-4**Genel Beslenme ve Durum Değerlendirme Formu****Besin tüketim Sıklığı:****Süt Yoğurt Grubu (Hiç ya da nadiren tükettiğiniz besini sadece birinci bölümde işaretleyiniz)**

Besinler		Hiç - Nadiren (yılda 1-4 defa)	Her öğün(3-6)	Günde 1-2 defa	Haftada 2-4 defa	Ayda 1-4 defa	Porsiyon Ölçüsü Küçük Orta Büyük		
Paket süt (tam yağlı)					Örnek:		☐	☐	☐
Açık süt	Kaymaklı						☐	☐	☐
	Kaymaksız						☐	☐	☐
Yoğurt Ev tipi	Kaymaklı						☐	☐	☐
	Kaymaksız						☐	☐	☐
Homojenize hazır yoğurt							☐	☐	☐
Ayran							☐	☐	☐

Sebze Grubu (Mevsiminde tüketimlerini dikkate alınız)

		Hiç- Nadiren (yılda 1-4 defa)	Her öğün (3-6)	Günde 1-2 defa	Haftada 2-4 defa	Ayda 1-4 defa	Porsiyon Ölçüsü Küçük Orta Büyük		
Domates	Çiğ						☐	☐	☐
	Pişmiş						☐	☐	☐
Yeşil Biber	Çiğ						☐	☐	☐
	Pişmiş						☐	☐	☐
Havuç	Çiğ						☐	☐	☐
	Pişmiş						☐	☐	☐
Ispanak							☐	☐	☐
Bezelye							☐	☐	☐
Taze fasulye							☐	☐	☐
Taze yaz- kış kabağı							☐	☐	☐
Patlıcan							☐	☐	☐
Kenger							☐	☐	☐
Kereviz,Mantar,Enginar							☐	☐	☐

Ekmek- Tatlı Grubu

Besinler		Hiç- Nadiren (yılda 1-4 defa)	Her öğün	Günde 1-2 defa	Haftada 2-4 defa	Ayda 1-4 defa	Porsiyon Ölçüsü		
							Küçük	Orta	Büyük
Ekmek –pide							☐	☐	☐
Pirinç pilavı							☐	☐	☐
Bulgur pilavı							☐	☐	☐
Makarna							☐	☐	☐
Patates							☐	☐	☐
Bisküvi	Tatlı						☐	☐	☐
	Tuzlu						☐	☐	☐
Mısır	Patlamış						☐	☐	☐
	Haşlanmış						☐	☐	☐
Kestane							☐	☐	☐
Yağlı ekmek							☐	☐	☐
Çörek							☐	☐	☐
Poğaç							☐	☐	☐
Simit							☐	☐	☐
Kek							☐	☐	☐
Kurabiye							☐	☐	☐
Pasta							☐	☐	☐
Börek							☐	☐	☐

Et –Sakatat- Peynir –Yumurta Grubu

Besinler		Hiç- Nadiren (yılda 1-4 defa)	Her öğün	Günde 1-2 defa	Haftada 2-4 defa	Ayda 1-4 defa	Porsiyon Ölçüsü		
							Küçük	Orta	Büyük
Peynir							☐	☐	☐
Çökelek-torak							☐	☐	☐
Yumurta							☐	☐	☐

Izgara	Kırmızı et						☐	☐	☐
	Tavuk eti						☐	☐	☐
	Ciğer eti						☐	☐	☐
Yağda kızartma kavurma	Kırmızı et(köfte veya parça)						☐	☐	☐
	Tavuk eti						☐	☐	☐
Haşlanmış ya da fırında	Tavuk eti						☐	☐	☐
	Kırmızı et						☐	☐	☐
	Sakatat						☐	☐	☐
Balık	Izgara						☐	☐	☐
	Kızartma						☐	☐	☐
	Buğulama						☐	☐	☐

YAĞ- ŞEKER GRUBU

Besinler	Hiç- Nadiren (yılda 1-4 defa)	Her öğün	Günde 1-2 defa	Haftada 2-4 defa	Ayda 1-4 defa	Porsiyon Ölçüsü		
						Küçük	Orta	Büyük
Katı yağlar						☐	☐	☐
Sıvı yağlar						☐	☐	☐
Şerbetli hamur tatlısı						☐	☐	☐
Sütlü tatlı						☐	☐	☐

MEYVELER

Besinler	Hiç- Nadiren (yılda 1-4 defa)	Her öğün	Günde 1-2 defa	Haftada 2-4 defa	Ayda 1-4 defa	Porsiyon Ölçüsü		
						Küçük	Orta	Büyük
Sarı kabuklu meyveler						☐	☐	☐
Kırmızı kabuklu meyveler						☐	☐	☐
Turuncu kabuklu meyveler						☐	☐	☐

KURUBAKLAGİLLER

Besinler	Hiç- Nadiren (yılda 1-4 defa)	Her öğün	Günde 1-2 defa	Haftada 2-4 defa	Ayda 1-4 defa	Porsiyon Ölçüsü		
						Küçük	Orta	Büyük
Kuru fasulye						☐	☐	☐
Nohut						☐	☐	☐
Mercimek						☐	☐	☐
Leblebi						☐	☐	☐
Barbunya						☐	☐	☐
Yeşil mercimek						☐	☐	☐
Kuru Bakla						☐	☐	☐
Soya Fasülyesi						☐	☐	☐

İÇECEKLER

Çay							☐	☐	☐
Meyve suyu	Hazır /Paketli						☐	☐	☐
	Ev Yapımı						☐	☐	☐
Asitli							☐	☐	☐
Komposto							☐	☐	☐
Süt	Pastorize						☐	☐	☐
	UHT						☐	☐	☐
	Ev Yapımı						☐	☐	☐
Ayran							☐	☐	☐
Su							☐	☐	☐
Soda							☐	☐	☐

KURUYEMİŞLER

İç badem-Badem						☐ ☐ ☐
Ceviz-fındık						☐ ☐ ☐
Şam fıstığı						☐ ☐ ☐
Yer fıstığı						☐ ☐ ☐
Karpuz, kavun çekirdeği						☐ ☐ ☐
Ay çekirdeği						☐ ☐ ☐

BAHARATLAR

Pulbiber						☐ ☐ ☐
Karabiber						☐ ☐ ☐
Kimyon						☐ ☐ ☐
Nane						☐ ☐ ☐
Kekik						☐ ☐ ☐
Sumak						☐ ☐ ☐
Tarçın						☐ ☐ ☐
Kimyon						☐ ☐ ☐

G - ÖZEL BESLENME ALIŞKANLIKLARI

1-ÇAY İÇER MİSİNİZ?

a) Evet b) Hayır Cevabınız evet ise / Ne sıklıkla : Ne kadar :

2- BİTKİ ÇAYI İÇER MİSİNİZ?

a) Evet b) Hayır Cevabınız evet ise / Ne sıklıkla : Ne kadar :

3- ŞEKER KULLANIYOR MUSUNUZ ? (çayla birlikte veya başka bir şekilde)

a) Evet b) Hayır Cevabınız evet ise / Ne sıklıkla : Ne kadar :

4- YEMEKLERDE TUZ VAR MIDIR ?

a) Evet b) Hayır

5- YEMEĞİ TATMADAN ÖNCE TUZ İLAVE EDER MİSİNİZ ?

a) Evet b) Hayır c) Sıklıkla d) Ara sıra / Nadiren

6- AŞIRI TUZLU ŞEYLERİ SIKLIKLA YER MİSİNİZ ? (Turşu , salamura tuzlu balık , tuzlu kavurma et , tuzlu kuru yemiş vs.)

- a) Evet
Her gün
- b) Hayır
Hiç
- c) Sıklıkla
- d) Ara sıra / Nadiren

7- ALKOL ALIYOR MUSUNUZ ?

- a) Evet
veya cinsler :
- b) Hayır Cevabınız Evet ise / Ne sıklıkla : Ne kadar : Ne cins
- Skor :

8- TÜRK KAHVESİ NESKAHVE İÇER MİSİNİZ ?

- a) Evet
- b) Hayır Cevabınız Evet ise / Ne sıklıkla : Ne kadar :

9- KOLA İÇER MİSİNİZ ?

- a) Evet
- b) Hayır Cevabınız evet ise / Ne sıklıkla : Ne kadar :

10- MADEN SUYU / SODA İÇER MİSİNİZ ?

- a) Evet
- b) Hayır Cevabınız Evet ise / Ne sıklıkla : Ne kadar :

11- YÖRESEL YETİŞEN BİTKİLERDEN YADA OTLARDAN (OKÇUR, YER ELMASI, ALUÇ VS.) SIK SIK
ÖZELLİKLE YEDİĞİNİZ YADA İÇTİĞİNİZ VAR MIDIR ?

CEVABINIZ EVET İSE Açıklayınız (isim / isimleri miktarı)

- a) Evet
- b) Hayır

12- YAĞDA SEBZE KIZARTMASI YERMİSİNİZ..?

- a) Evet
- b) Hayır Cevabınız Hayır dışında ise / Ne sıklıkla : Ne kadar :
- Skor :

H – ÖĞÜN ALIŞKANLIKLARI

1- KAHVALTI EDER MİSİNİZ ? (EVDE YADA İŞ YERİNDE)

- a) Evet
Her gün
- b) Hayır
Hiç
- c) Sıklıkla
Haftada 3 / daha fazla
- d) Ara sıra / Nadiren
Ayda 3 /daha az

2- ÖĞLE YEMEĞİ YER MİSİNİZ ?

- a) Evet
Her gün
- b) Hayır
Hiç
- c) Sıklıkla
Haftada 3 / daha fazla
- d) Ara sıra / Nadiren

3- AKŞAM YEMEĞİ YER MİSİNİZ ?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Sıklıkla
- d) Ara sıra / Nadiren

4- ÖĞÜN ARALARINDA BİR ŞEYLER YER MİSİNİZ? (Kuşluk , ikindi , akşam yemeğinden sonra)

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Sıklıkla
- d) Ara sıra / Nadiren

5- CEVABINIZ HAYIR DIŞINDA İSE GENEL OLARAK ÖĞÜN ARALARINDA EN SIK NE VEYA
NELER YERSİNİZ ? BELİRTİNİZ .

..... besini ankette bulup
kodlayınız.

2- YİYECEK ALLERJİSİ VAR MI?

- a) Evet
- b) Hayır

Evet ise hangi yiyecek / yiyeceklere :

3- DİŞLERİNDE KAYNAKLANAN YARA PROBLEMİ VAR MI?

- a) Evet
- b) Hayır

Evet ise problemi tanımlayın
(eksik protez , diş eti hast. Vs.)

4- GASTRO İNTESTİRAL ŞİKAYETLERİ VAR MI? (SIK SIK)

- Yutma :
- Kusma :
- Bulantı :

Diare :
Kabızlık :
Distansiyon:
Gaz :
Yanma hissi:

5- GİS SİKAYETLERİ İLE İLAÇ KULLANIYOR MU ? (SIK)

Laksoltif
Anti asit
Diğer (Tanımlayın)



Ek-5**COVID-19 Korku Ölçeği**

<i>Lütfen aşağıda yer alan durumlara katılma düzeyinize uygun seçeneği işaretleyiniz.</i>	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Covid-19'dan çok korkarım.					
2. Covid-19'u düşünmek beni rahatsız eder.					
3. Covid-19'u düşündüğümde ellerim terler.					
4. Covid 19 yüzünden hayatımı kaybetmekten korkuyorum.					
5. Sosyal medyada Covid-19 ile ilgili haberleri ve hikâyeleri izlediğimde gergin veya endişeli olurum.					
6. Covid-19'a yakalanmaktan endişelendiğim için uyuyamıyorum.					
7. Covid-19'ayakalandığımı düşündüğümde kalbim hızlanır veya çarpıntı yaşarım.					

EK-6

Algılanan Stres Ölçeği

Yönerge: Aşağıda geçtiğimiz ay içerisindeki kişisel deneyimleriniz hakkında bir dizi soru yöneltilmektedir. Her soruyu dikkatlice okuyarak size en uygun seçeneğin altındaki kutuya bir çarpı işareti koyarak cevaplayınız. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Önemli olan sizin duygu ve düşüncelerinizi yansıtan yanıtları vermenizdir.

	Hiçbir Zaman	Neredeyse Hiçbir Zaman	Bazen	Oldukça Sık	Çok sık
1. Geçen ay, beklenmedik bir şeylerin olması nedeniyle ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?					
2. Geçen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkta hissettiniz?					
3. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta sinirli ve stresli hissettiniz?					
4. Geçen ay, ne sıklıkta gündelik zorlukların üstesinden başarıyla geldiniz?					
5. Geçen ay, hayatınızda ortaya çıkan önemli değişikliklerle etkili bir şekilde başa çıktığınızı ne sıklıkta hissettiniz?					
6. Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?					
7. Geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?					
8. Geçen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?					
9. Geçen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
10. Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?					
11. Geçen ay, ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkeleniniz?					
12. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta başarmak zorunda olduğunuz şeyleri düşünürken buldunuz?					
13. Geçen ay, ne sıklıkta zamanınızı nasıl kullanacağınızı kontrol edebildiniz?					
14. Geçen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğini hissettiniz?					

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa)

Günlük yaşamış içerisinde yaptığımız aktiviteler hakkında bilgi edinmek istiyoruz. Aşağıda son 7 gün içerisinde fiziksel olarak harcanan zaman hakkında sorular bulunmaktadır. Lütfen kendimizi çok hareketli, bir kişi olarak görmesiniz dahi her soruyu cevaplayın. Ev ve bahçe işlerinizi, iş yerinde yaptığımız aktiviteleri, bir yerden bir yere gitmek için yaptıklarınızı, boş zamanlarımızda yaptığımız egzersiz veya spor gibi aktiviteleri düşünün.

Son 7 gün içerisinde 10 dakika veya üzerinde süren nefesini hızlandıran, kuvvet gerektiren tüm yoğun faaliyetleri göz önünde bulundurun.

1. Son bir hafta içinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız?

- ☐ Haftada.....gün
☐ Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. (Bu şıkkı işaretlediyseniz 3. Soruya geçiniz)

2. Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

- ☐ Bilmiyorum / Emin değilim
☐ Günde.....dakika
☐ Günde.....saat

Geçen bir hafta içinde yaptığımız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Bunlar 10 dakika veya daha uzun süren, orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir.

3. Son bir hafta içinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya tenis gibi orta dereceli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız? (Yürümehariç.)

- ☐ Haftada.....gün
☐ Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. (Bu şıkkı işaretlediyseniz 5. Soruya geçiniz)

4. Bugünlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

- ☐ Bilmiyorum / Emin değilim
☐ Günde.....dakika
☐ Günde.....saat

Geçen bir hafta içinde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu; işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

5. Geçen 7 gün içerisinde, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

- ☐ Haftada.....gün
☐ Yürümedim (Bu şıkla işaretlediyseniz 5.Soruya geçiniz)

-
6. Bugünlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

- ☐ Bilmiyorum / Emin değilim
☐ Günde.....dakika
☐ Günde.....saat

Son soru, son bir hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7. Son bir hafta içinde oturarak günde ne kadar zaman harcadınız?

- ☐ Bilmiyorum / Emin değilim
☐ Günde.....dakika
☐ Günde.....saat

Tüketilen Su Miktarı: su bardağı

EK-8

Nutrition Day 1 Nolu Formu'nun Primer Onkoloji Hekimine Yöneltilen Sorular ve Cevapları

1. Hastaninizde bilgisayar dökümanı kullanıyor musunuz?	Evet
2. Onkoloji hastaları için nütisyon tedavisi genel tedavinin bir parçası mı?	Evet
3. Onkoloji hastaları için hangi nutrisyon tedavisini uygulamaktasınız?	Hastanın alımının izlenmesi ve gerektiğinde oral supleman desteği
4. Onkoloji hastalarının vücut ağırlığını ne sıklıkla ölçüyorsunuz?	Düzenli aralıklarla
5. Onkoloji hastalarının antropometrik ölçümlerini ne sıklıkla yapıyorsunuz?	Hiçbir zaman
6. Onkoloji hastalarını BIA ile ne sıklıkla ölçersiniz?	Gerekli olduğunda
7. Onkoloji hastalarında BT'yi ne sıklıkla tercih edersiniz?	Düzenli aralıklarla
8. Onkoloji hastalarını DEXA ile ne sıklıkla ölçersiniz?	Gerekli olduğunda
9. Hastalarınıza el kavrama testini ne sıklıkla yaparsınız?	Gerekli olduğunda
10. Hastalarınıza 6 dk yürüme testini ne sıklıkla yaparsınız?	Gerekli olduğunda
11. Hastalarınızın nütisyonel gereksinimlerinin hesaplanmasını ne sıklıkla yaparsınız?	Gerekli olduğunda
12. Hastaların nütisyon alımının takibi ne sıklıkla yapılır?	Her öğün
13. Hastalarınızın 24 saatlik besin tüketim kaydı ne sıklıkla alınır?	Hiçbir zaman

EK-9

Evrak Tarih ve Sayısı: 30/04/2021-E.41406

 T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :E-14584264-300--41406
Konu :Öğr. Gülsüm Meryem GÜNGÖR

30/04/2021

İLGİLİ MAKAMA

190807004 nolu Biruni Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans öğrencisi 35323946612 TC Kimlik Numaralı Gülsüm Meryem GÜNGÖR "Covid-19 Pandemisi Esnasında Kemoterapi Tedavisi Gören Kanser Hastalarında Stres ve Beslenme" konulu Tezini Fakültemiz Tıbbi Onkoloji Bilim Dalında hazırlamaktadır.

İşbu belge ilgilinin isteği üzerine verilmiştir.

Prof.Dr. Mahmut DURMUŞ
Dekan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSMKM09PZ5 Pin Kodu :95172
Adres:Tıp Fakültesi Dekanlığı
Telefon:3410660 Faks:3416036
e-Posta:tip@inonu.edu.tr Web:https://www.inonu.edu.tr/tr/cms/tip
Kep Adresi:inonu.universitesi@hu01.kep.tr

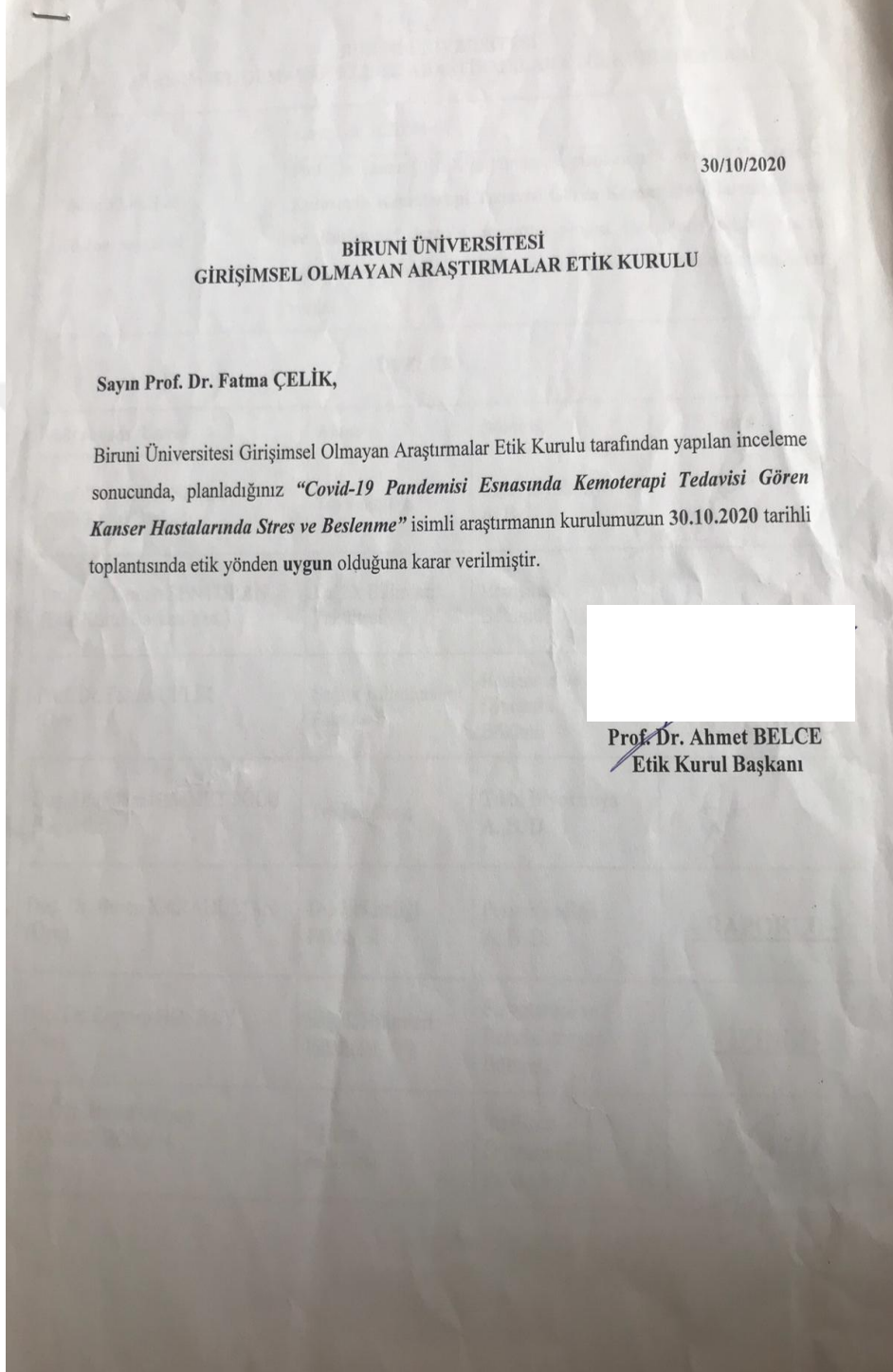
Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/inonu-universitesi-cbys>

Bilgi için: Seriya KOYUN
Unvanı: Memur
Tel No: 3410660 / 1221

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-10

Etik Kurul Raporu



ÖZGEÇMİŞ



İNTİHAL RAPORU

COVID-19 PANDEMİSİ ESNASINDA KEMOTERAPİ TEDAVİSİ GÖREN KANSER HASTALARINDA STRES VE BESLENME

ORJİNALLİK RAPORU

% 18	% 17	% 4	% 5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%4
2	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%2
3	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	%2
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
5	beslenmevediyetdergisi.org İnternet Kaynağı	%1
6	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	%1
7	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%1
8	www.firattipdergisi.com İnternet Kaynağı	<%1

polen.itu.edu.tr