

**T. C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BESLENME VE DİYETETİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KEMOTERAPİNİN GASTRO İNTESTİNAL SİSTEM (GİS)
KANSERLİ HASTALARIN BESLENME DURUMLARINA
ETKİSİ**

Sedef AKSU

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Burcu YEŞİLKAYA**

İSTANBUL, 2019

**T. C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BESLENME VE DİYETETİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KEMOTERAPİNİN GASTRO İNTESTİNAL SİSTEM (GİS)
KANSERLİ HASTALARIN BESLENME DURUMLARINA
ETKİSİ**

**Sedef AKSU
164006021**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Burcu YEŞİLKAYA**

İSTANBUL, 2019

T.C
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

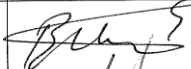


**Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I**

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Sedef Aksu Öğrenci No : 164006021
Anabilim/Bilim Dalı : Beslenme ve Diyetetik Tez Savunma Tarihi: 26.07.2019
Danışman : Dr.Öğr.Üyesi Burcu Yeşilkaya Tez Savunma Saati: 10.00

Tez Konusu : KEMOTERAPİNİN GASTRO İNTESTİNAL SİSTEM (GİS) KANSERLİ
HASTALARIN BESLENME DURUMLARINA ETKİSİ

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisanüstü Öğretim Yönetmeliği'nin **28.Maddesi** uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin Kabul ve OYBİRLİĞİ / ÖYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr.Öğr.Üyesi Burcu Yeşilkaya	Kabul	
Dr. Öğr.Üyesi Hande Öngün Yılmaz	Kabul	
Dr.Öğr.Üyesi Şule Şakar (Arel Ün.v.)	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr.Üyesi Aylin Seylam Küşümler		
Dr.Öğr.Üyesi Nihan Çakır Biçer (İst. Kültür Üniversitesi)		

ÖZET

Gastro intestinal sistem (GİS), çok sayıda organın bulunduğu, başlıca görevin sindirim olduğu sistemdir. Çiğneme, yutma, sindirim, emilim gibi pek çok işlem bu sistemde gerçekleşmektedir. GİS'te yaşanan değişimler beslenme bozukluklarına sebebiyet vermektedir. Çok sayıda organın yer aldığı bir sistem olması sebebiyle pek çok görevi bulunan bu sistemde buna paralel olarak birçok hastalıkta görülmektedir. GİS kanserleri, bu araştırmanın temel konusunu oluşturmaktadır.

Kemoterapi, kanserli hastalarda yaygın biçimde uygulanan bir tedavi türü olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı GİS kanserli hastalarda kemoterapi tedavisinin beslenmeye olan etkisini belirlemektedir. 2019 yılı Nisan-Mayıs aylarında yapılan araştırmada, GİS kanseri tanısı almış 57 kişiye anket uygulaması ile sorular sorularak yapılmıştır. GİS kanserli hastalarda Kemoterapi tedavisinin beslenme durumlarını olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Kemoterapi, GİS kanserli hastalarda sıklıkla bulantı, iştahsızlık, mide ağrısı, yutma güçlüğü, ağız sorunları gibi beslenme sorunlarına neden olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmada kanserli hastalarda beslenmenin yaşam süresini uzatma, yaşam kalitesini yükseltme, hastanın tedaviye güçlü yanıt vermesini sağlama gibi etkileri olduğu görülmüştür. Araştırma sonuçlarına göre GİS kanserli hastalarda kemoterapi öncesinde iştahsızlık sorunu olmamasına rağmen kemoterapi sonrasında %38,6 oranında iştahsızlık sorunu gözlenmeye başlamıştır. GİS kanserli hastalarda kemoterapi tedavisinin etkilerini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmada hastalarda kemoterapi tedavisinin başlaması ile birlikte ortaya çıkan GİS şikayetlerinin beslenme alışkanlıklarını değiştirdiği ya da etkilediği ortaya çıkmıştır. GİS kanserli hastalarda kemoterapi ile birlikte bulantı (%28,1), iştahsızlık (38,6), mide ağrısı (%1,8), yutma güçlüğü (%1,8), ağız sorunları (%1,8) gibi beslenme sorunlarının gözlemlendiği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kemoterapi, Beslenme, Gastro intestinal sistem kanserli hastalar.

ABSTRACT

THE EFFECT OF CHEMOTHERAPINE ON THE NUTRITION STATUS OF PATIENTS WITH GASTRO INTESTINAL SYSTEM (GIS) CANCER

Gastro-intestinal system (GIS) is a system in which a large number of organs are present and the main task is digestion. Many processes such as chewing, swallowing, digestion, absorption are performed in this system. Changes in GIS cause nutritional disorders. Due to the fact that it is a system that has many organs, it is seen in many diseases in parallel with this system, which has many tasks. GIS cancers present the main subject of this research.

Chemotherapy is a widely used method in the treatment of cancer. The aim of this study is to determine the effect of chemotherapy treatments in patients of GIS cancer. In the survey conducted in April-May 2019, 57 people diagnosed with GIS cancer were questioned by using questionnaire methods. Chemotherapy treatment in patients with GIS cancer seems to negatively affect their nutritional status. Chemotherapy has been found to cause nausea, anorexia, stomach pain, difficulty in swallowing and feeding problems in patients with GIS cancer.

In the study, it was found that nutrition in cancer patients had effects such as prolonging life expectancy, improving quality of life, and providing patient with strong response to treatment. According to the results of the study, although there was no anorexia problem in chemotherapy rooms, 38.6% anorexia problem was observed in the treatment of GIS cancer. To investigate the effects of chemotherapy in the treatment of GIS cancer, research in this area begins and researches are on the subject of GIS. Nutrition such as nausea (28.1%), loss of appetite (38.6%), moderate (1.8%), difficulty in swallowing (1.8%), feeding problems (1.8%) with chemotherapy in the treatment of GIS cancer problems were observed.

Key Words: Chemotherapy, Nutrition, Patients with gastro-intestinal system cancer.

ÖNSÖZ

Çalışmam süresince çalışmamın planlanmasında, yürütülmesinde ve sonuçlandırılmasında bana her zaman yol gösteren değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Burcu YEŞİLKAYA' ya,

Manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Hande ÖNGÜN YILMAZ'a

Desteğini ve bilgisini hiçbir zaman benden esirgemeyen, mesleki ve bilimsel gelişimime katkıda bulunan ve çalışmamın yürütülmesinde destek veren Prof. Dr. Nedret Taflan SALEPÇİ ve Doç. Dr. Alper CAN 'a

Çalışmama verdiği destekleri için Dr. Öğr. Üyesi Mustafa CANTÜRK'e

Çalışmam süresince her türlü emeğini ve desteğini benden esirgemeyen, bana moral veren sevgili arkadaşlarım Fatoş SOLMAZ, Ayla CAN ve Uzm. Kln. Psk Ayşe Sena SARIDOĞAN' a,

Hayatımın her döneminde sevgi, saygı ve sabırla hep yanımda olan maddi ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Babam İbrahim AKSU, Annem Şule AKSU ve Kardeşim Esra AKSU' ya,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Sedef AKSU

BEYAN

Bu çalışmanın kendi çalışmam olduğunu, bu çalışmada kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Sedef AKSU



İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ	v
BEYAN	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ	ix
KISALTMALAR	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Gastro İntestinal Sistem (GİS) Kanseri.....	4
2.1.1. Gastro İntestinal Sistem Kanseri Türleri	4
2.1.2. Gastro İntestinal Sistem Kanseri Hastalarda Yaşam Kalitesi	7
2.1.3. Gastro İntestinal Sistem Kanseri Tedavi.....	8
2.2. Kemoterapi Tedavisi	9
2.3. Kanseri Hastalarda Beslenme	14
2.3.1. Kanseri Hastaların Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi..	15
2.3.2. Kanseri Hastaların Beslenme Durumlarını Belirleme Araçları... 17	17
2.3.3. Kemoterapi Alan Hastalarda Beslenme	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	22
3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	22
3.3. Verilerin Toplanması	22

3.4. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi	24
4. BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA.....	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49
KAYNAKÇA.....	52
EKLER	58
EK 1. Araştırma İzin Formu	58
EK 2. Anket Formu	59
EK 3. Etik Kurul Onayı.....	66
EK 4. Onam Formu.....	67
ÖZGEÇMİŞ	68

TABLolar LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1. Kemoterapi tedavisi ve işleyişi.....	10
Tablo 2. Kemoterapi tedavisinde dikkat edilmesi gerekenler	13
Tablo 3. Kanser Hastalarında Beslenme Durumlarını Belirleme Yöntemleri.....	18
Tablo 4. Katılımcıların genel özellikleri	25
Tablo 5. Katılımcıların sağlık durumu, ilaç, besin desteği, sigara ve alkol kullanımları dağılımı	26
Tablo 6. GIS kanser durumları dağılımı	27
Tablo 7. Katılımcıların tanı öncesi ve sonrası beslenme alışkanlıkları dağılımı.....	28
Tablo 8. Öğün atlayan bireylerin öğün atlama nedenleri ve beslenme sorunları dağılımı	30
Tablo 9. Katılımcıların kemoterapi süresince bazı besinleri ve içecekleri tüketimlerinde oluşan değişiklikler	31
Tablo 10. Katılımcıların kemoterapi sırasında beslenme alışkanlıklarında oluşan değişiklikler	32
Tablo 11. Katılımcılarda kemoterapi öncesi ve sonrası görülen semptomlar	33
Tablo 12. Katılımcıların cinsiyetlerine göre kemoterapi öncesi ve sonrası antropometrik ölçümleri	35
Tablo 13. Katılımcıların cinsiyete göre günlük enerji ve makro besin öğeleri tüketim miktarları	37
Tablo 14. Katılımcıların cinsiyete göre günlük vitamin tüketimi	38
Tablo 15. Katılımcıların cinsiyetlerine göre günlük mineral tüketimi	39

KISALTMALAR

BKI	:	Beden Ktle İndeksi
EN	:	Enteral Beslenme
GİK	:	Gastro İntestinal Kanser
GİS	:	Gastro İntestinal Sistem
n	:	Birey (Gözlem) Sayısı
PN	:	Parenteral Beslenme
SLN	:	Sentinel Lenf Nodu
SD	:	Standart Sapma
SPSS	:	Statistical Package for the Social Sciences
TUBER	:	Türkiye Beslenme Rehberi
%	:	Yüzde
\bar{X}	:	Aritmetik Ortalama

1. GİRİŞ

Yemek borusu, mide, ince bağırsaklar, kalın bağırsaklar, anal kanal, anüs, karaciğer, safra yolları ve pankreas olarak Gastro intestinal sistem (GİS), çok sayıda organın bulunduğu, başlıca görevin sindirim olduğu sistemdir. Vücudun çiğneme, yutma, sindirim, emilim gibi pek çok işlem bu sistemde gerçekleşmektedir. GİS'te yaşanan değişimler beslenme bozukluklarına sebebiyet vermektedir (1). Gastro intestinal sistem normal yaşlanma ile ilişkili çeşitli fonksiyonel ve histolojik değişikliklere maruz kalır. GİS, pek çok organı kapsadığından vücuttaki görevleri oldukça fazladır. Buna bağlı olarak da farklı birçok hastalığın sebebi olabilmektedir.

GİS kanserleri, bu araştırmanın temel araştırma konusunu oluşturmaktadır (2).

Kanser uzun zamandan bu yana insan hayatında yer alan önemli bir sağlık problemidir. İnsan sağlığını ve yaşam süresini kısaltan büyük tehditler arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Kanser Türkiye'de ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Kansere dayalı ölümlerin önüne geçilebilmesi için erken tanı büyük önem taşır (3). Kanseri yenmek, erken tanı ve tedavi için bu alanda yoğun araştırmalar devam etmektedir. Bu çalışmada kanser türlerinden olan, GİS kanserine yönelik inceleme yapılmıştır. Gastro intestinal sistem kök hücreleri, araştırma yapmak için idealdir çünkü bol ve yüksek oranda proliferatifirler, bu da kolay tanımlanmasını mümkün kılar. GİS kanserleri konusunda yapılan araştırmalarda bu detay dikkate alınarak ilerleme sağlanması uygun olacaktır (4).

GİS kanserleri arasından mide, kolon, karaciğer, pankreas, özefagus, ince bağırsak, rektum ve safra kesesi kanseri araştırmada araştırılmaktadır. GİS kanserleri arasında yer alan kanser türlerinin açıklanması ile birlikte GİS kanserlerinin sahip olduğu içeriğin belirlenmesi hedeflenmektedir. Farklı GİS kanser türlerine yer verilmesi ile birlikte GİS kanserlerinin belirtileri ortaya koyulmaktadır. GİS kanserlerinin tedavisinde nasıl bir yol izlenmesi gerektiği, araştırmada dikkate alınacak konulardan bir tanesidir. GİS kanserlerinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin belirlenmesi, incelemenin odak noktaları arasındadır (1).

Beslenme kanser hastalarının değerlendirmesinde öne çıkan konulardan biridir. Bunun sebebi, kanser hastalığının gözlenmesi ile yorgunluk ve psikolojik yıpranma ortaya çıkmaktadır. Bunlar sonucunda da beslenme de ğit gide yetersiz kalmaktadır. Böyle bir durumda kanser tedavisi olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu nedenlerden dolayı kanser hastalarının beslenme durumlarının detaylı olarak ele alınması uygun olacaktır. Kişilerin beslenme alışkanlıkları kansere neden olabileceği gibi, kanser tedavisi sürecinde olumlu etkiler sağlayarak kansere karşı koruyucu faktörler arasında yer alabilmektedir (5).

Kanserin insan sağlığı için en büyük tehditlerden birisi olması ve her yıl milyonlarca insanın kanser nedeniyle ölmesi, kanser tedavileri büyük öneme sahiptir. Kanser dünyadaki ölümlerin yaklaşık %25'ini açıklamaktadır (6). Kanser tedavi sürecinde hastaların yakından takip edilmesi gerekmektedir. Kanser tedavisi türlerinden kemoterapi bu araştırmanın temel odak noktaları arasındadır. Kemoterapi tedavisinin GİS kanserli hastalar açısından incelenmesi, olası yan etkilerinin açıklanması, kemoterapi tedavisinde dikkat edilmesi gerekenler açısından açıklamalar getirilmektedir (7).

GİS kanserli hastalarda yorgunluk belirtileri yoğun bir şekilde gözlenmektedir. Kemoterapi tedavisinin hastalar üzerinde yorgunluk ve metabolik bozukluk gibi yan etkileri bulunmaktadır. Kanser hastalarında kemoterapi tedavisi kararı verilirken yan etkiler dikkate alınmalıdır (8). Araştırmada bu hususlar hastaların beslenme durumları açısından değerlendirmeye alınarak ilerleme kaydedilmektedir (7).

Bu araştırmanın temel amacı kemoterapinin GİS kanserli hastaların beslenme durumlarına olan etkilerini tespit etmek olarak belirlenmiştir. GİS kanserli hastalar üzerinde kemoterapinin ne şekilde etkileri olduğunun araştırılması araştırmanın amaçlarından birisidir. Kanser vakalarında yaygın bir biçimde uygulanan tedavi yöntemlerinden birisi olan kemoterapinin hastanın hayatına olan etkilerinin belirlenmesi, araştırmanın amacı kapsamında yer almaktadır. Araştırma kapsamında 'Kemoterapinin GİS kanserli hastaların beslenme durumuna etkileri' araştırılmaktadır.

GİS kanseri tanısı almış olan hastalara uygulanacak olan anket çalışması neticesinde toplanan verilerin SPSS (Statistical Package for Social Sciences) programı aracılığıyla analiz edilmesi, araştırmanın yöntemi olarak belirlenmiştir. Araştırma

kapsamında semptom takibi, antropometrik ölçümler gibi konuların yanı sıra kanser tanısıyla ilgili değerlendirmelere yer verilecektir. Anket formunun hastalara dağıtılması ve hastaların anket formunu doldurduktan sonra formların toplanması suretiyle veriler toplanmıştır. Hastaların besin tüketim kayıtlarının değerlendirilmesi de araştırmanın gereç ve yöntemi kapsamında kendisine yer edinmiştir. Hastalara anket formu teslim edilmesinin ardından formların doldurulması ve toplanması yoluyla veriler elde edilmiştir. Verilerin elde edilmesi, 1 aylık süreçte gerçekleşmiştir (8).

Beş bölümden oluşacak şekilde kurgulanan araştırmanın birinci bölümünde araştırmada izlenecek yol haritasına dair açıklama getirilmekte ve araştırma konusu tanıtılmaktadır. Kavramsal çerçeve bölümünde GİS kanserleri, kemoterapi ve kanserli hastaların beslenme durumları hakkında bilgi verilmektedir. Yöntem bölümünde GİS kanserlere yönelik anket uygulaması yapılarak veri toplanmaktadır. Toplanan veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) programı aracılığıyla analiz edilmektedir. Verilerin analizi neticesinde ulaşılan bulgular dördüncü bölümde açıklanmaktadır. Beşinci bölümde ise benzer çalışmalarda elde edilen sonuçlarla bu araştırmada elde edilen sonuçlar tartışma başlığı altında karşılaştırılmaktadır. Sonuçların tartışılması ve öneriler getirilmesi ile birlikte araştırmanın sonlandırılması tasarlanmıştır (8).

Bu araştırma ile GİS kanserli hastalarda kemoterapinin beslenme durumuna etkisinin saptanması amaçlanmış ve literatüre yeni bilgiler kazandırılması beklenmiştir. Benzer konuda çalışma hazırlayacak olan araştırmacıların faydalanabileceği nitelikte bilgiler elde edilmesi araştırmanın olası katkıları arasındadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gastro İntestinal Sistem (GİS) Kanseri

Gastro intestinal sistem, çeşitli gıda maddelerinin sindirimi ve asimile edilmesinden ve atılan atıkların atılmasından sorumlu olan bir sistemdir (9). Gastro intestinal sistemin (GİS) esas fonksiyonu sıvı ve gıdaların ağız yolu ile vücuda alımı, sindirimi ve emilimidir (1). Bu durum göz önüne alınarak araştırmanın bu kısmında GİS kanserli hastalar hakkında açıklamalar getirilmekte, GİS kanser türleri farklı başlıklar altında değerlendirilmektedir.

2.1.1. Gastro İntestinal Sistem Kanseri Türleri

GİS kanser türlerine yönelik araştırmada mide kanseri, kolon kanseri, karaciğer kanseri, pankreas kanseri, özefagus kanseri, ince bağırsak kanserleri, rektum kanserleri, safra kesesi kanserleri hakkında bilgi verilmektedir.

Mide Kanseri: Son yıllarda ciddi bir biçimde artış gösteren mide kanseri, yaşla ilişkili bir kanserdir. Mide kanserinin en sık görüldüğü ülkeler Japonya ve Çin'dir. Dünya genelinde yaklaşık 700 bin insanın mide kanserinden öldüğü Dünya Sağlık Örgütü tarafından açıklanmıştır. Yaşam koşullarının gelişmesiyle birlikte dünyada mide kanserine bağlı ölümlerde düşüş yaşandığı görülmektedir (3). Mide kanseri insidansı oranlarında sürekli bir düşüş eğilimi, birlikte birincil korumayı oluşturan artmış hijyen, bilinçli beslenme standartlarının etkisidir (10).

Mide kanseri üst gastro intestinal sistemden kaynaklanır. Bu kanser türü genellikle 40 yaşından önce görülür (11). Mide kanserindeki başlıca risk faktörleri; cinsiyet, yaş, genetik, aşırı alkol tüketimi, diyet, sigara kullanımı, antioksidan tüketimi, yetersiz sebze ve meyve tüketimi, gastrik metaplazi, gastrik adenomalar şeklinde sıralanmaktadır. Mide kanseri ile ilgili risk faktörlerinin genetik faktörler, çevresel faktörler ve diğer olmak üzere üçe ayrılmak suretiyle incelenmektedir (5).

Kolon Kanseri: Kolon kanserinde hastaların yakından takip edilmesi gerekir. Çünkü kolon kanserine yakalanan bir hastada risk durumu 5-7 yıl arasında aynı kalmaktadır. Hastalığın evresinin kolon kanseri açısından belirleyici konumda olduğu anlaşılmaktadır (7).

Kolon kanseri, gastrointestinal sistem hastalıkları sonucunda, en sık karşılaşılan kanser tipi olarak ölümlerin nedenlerinden biridir. Kolon adenokarsinomları, her yıl dünyada 1 milyon insanı etkilemektedir. Bu kanser tipi metastatik yayılma özelliği olduğundan, primer tümörün rezeksiyonu yanında vasküler anatomiye uygun olarak lenfatik drenajın olduğu lenfoareolar dokunun da rezeksiyonu gerekmektedir (8).

Karaciğer Kanseri: GİS kanserleri kapsamında yoğun olarak karşılaşılan kanser türlerinden birisi olarak karaciğer kanserinin belirtilerin hastalığın son evrelerinde daha belirgin bir biçimde olduğu kanser türüdür. Kilo kaybı, bulantı, kusma ve halsizlik gibi belirtiler, karaciğer kanseri kapsamında yer almaktadır. Karaciğer kanserlerinde primer ve sekonder şeklinde sınıflandırma vardır. Primer karaciğer kanseri karaciğerde başlayan kanserleri ifade etmekte iken sekonder karaciğer kanseri vücudun diğer bölümlerinden yayılan kanserler olarak bilinmektedir. Primer ve sekonder karaciğer kanseri, doğru tedavi seçimi açısından kritik öneme sahiptir (12).

Pankreas Kanseri: Pankreas kanseri, son 50 yıl içerisinde prevalansı artan bir GİS kanseridir. Mortalite oranlarının yüksek olması, pankreas kanserinin en kötü hastalıklardan birisi olarak kabul edilmesini beraberinde getirmektedir (13). Pankreas kanserinin risk faktörleri aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (14):

- i. Yaş (50 yaştan sonra risk artmaktadır),
- ii. Cinsiyet (erkeklerde pankreas kanseri riski yüksektir),
- iii. Sigara kullanımı (pankreas kanseri vakalarının yaklaşık üçte birinin nedenidir),
- iv. Diyet (meyve ve sebze tüketiminin azlığı ve yağlı ürün tüketiminin çokluğu risk faktörüdür),
- v. Kimyasal faktörler (metalürjik koku ve böcek ilaçları etkilidir),
- vi. Genetik faktörler (daha önce ailede pankreas kanseri tanısı alan birinin olması riski artırır),
- vii. Diyabet (diyabet hastalarında risk daha yüksektir),
- viii. Alkol tüketimi (pankreas kanseri riskini artırır) şeklindedir.

Özefagus Kanseri: Özefagus kanseri, yemek borusu kanseri olarak da literatürde yer alır. Dünyada tüm kanserler arasında altıncı sıradadır. Ülkeler ve coğrafi farklılıklara göre özefagus kanseri riski de artış göstermektedir. Özefagus kanseri tüm kanser vakaları arasında yaklaşık olarak %2 yoğunlukta iken GİS kanserlerinin ise yaklaşık %6'sını oluşturmaktadır (15).

GİS kanserlerinden özefagus kanseri geç belirti veren bir kanser olarak görünmektedir. Bu nedenle erken tanı koymanın güç olduğu bir kanser türüdür. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan kesimde özefagus kanseri riskinin görülmesi daha yüksek olması beklenmektedir. Özefagus kanseri kapsamında bölgesel farklılıklar, gıdasal karsinogenler, tütün ve alkol tüketimi, çinko gibi bazı minerallerin eksik alınması gibi risk faktörleri bulunmaktadır (16).

İnce Bağırsak Kanseri: “İnce bağırsak kanseri malign tümörleri seyrek görülen bir hastalık grubunu oluşturur ve tüm gastro intestinal sistem tümörlerinin %1-%3'ünden sorumludur. Adenokarsinomlar, lenfomalar ve karsinoid tümörler en sık görülen ince bağırsak tümörleridir. Adenokanserler ince bağırsak tümörlerinin yaklaşık olarak yarısından sorumludur (17) “.

Rektum Kanserleri: Rektum kanserleri, kalın bağırsak kaynaklı kanser vakalarının yaklaşık %30'unu oluşturmaktadır. Rektum kanserleri, tedavi konusunda son yıllarda önemli gelişmelerin yaşandığı bir kanser türüdür. Rektum kanserlerinin tedavisi çok yönlü hale gelmiştir ve cerrahi hekimler ile diğer hekimlerin koordine bir biçimde hastalık üzerinde çalışması gerekmektedir (18).

Safra Kesesi Kanserleri: Coğrafi faktörlere göre farklılık gösteren GİS kanserlerinden bir diğeri olan safra kesesi kanserleri, Avrupa ülkelerinde sık olarak gözlenir. Düşük sosyoekonomik seviye, safra kesesi kanseri için bir risk faktörüdür. Yaşa paralel olarak safra kesesi kanseri riskinin arttığı bilinmektedir. Hızlı yayılan bir kanser türü olarak safra kesesi kanseri, GİS kanserleri arasında en sık rastlanan beşinci kanser türü olarak görünmektedir (19).

2.1.2. Gastro İntestinal Sistem Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi

Kanser farklı yönleriyle hasta, hasta yakınları ve hasta bakımı yapan hemşirelerin hayatlarına etki ederken, dolaylı ve direkt olarak yaşam kalitelerini de olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşam kalitesi hayatın tüm evre ve bölümlerinde önemli olup, kemoterapi sürecinde önemini daha da arttırmaktadır (20).

Yaşam kalitesi için, her kanser türünün yapmış olduğu olumsuz etkiler başka başkadır. Bazı kanser türlerinde hayatta kalma zamanı arttırılmak için çalışılsa da, bazı kanser türleri içinse palyatif bakım dönemi önemli bir durum olarak karışımıza çıkmaktadır. GİS kanser türlerinde de uygulanan kemoterapi sonrası bu iki durumdan da bahsetmek uygundur. Bu iki durum için de hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesi gayet ciddi şekilde olumsuz yönde etkilenmektedir (20).

Belli bir işlevi yerine getirememe, belli bir eylemi gerçekleştirmede çekilen güçlük, bir eylemi yerine getirmede çekilen güçlüğü kişinin yaşamının niteliği için ölçülen etkisine yaşam kalitesi denilmektedir. Kanser tedavi süreci, dolayısıyla fiziksel

ruhsal durumsal bozuklukların ortaya çıkmasını tetikleyen durumlar olmasından dolayı, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (20).

GİS kanserli hastalar, diğer kanser hastaları gibi çoğunlukla süreçten olumsuz yönde etkilendikleri için yaşam kalitelerinde olumsuz bir seyrin ortaya çıkması olağan görünmektedir. GİS kanserli hastalarda yorgunluk belirtileri yoğun bir şekilde gözlenmektedir. GİS kanserli hastaların yorgunlukla ilgili şikayetlerinin yanında sosyal yaşamlarının olumsuz yönde etkilenmesi konusundan rahatsızlıkları bulunmaktadır (21). GİS kanserli hastaların karşılaştığı bu durumlara yönelik açıklamalar getirilmesi araştırmanın önemi kapsamında değerlendirilmektedir. Hastalar kanser döneminde psikolojik desteğe ihtiyaç duyar (22).

Genellikle GİS kanserli hastalarda en sık gözlenen semptomlar ağrı, bulantı-kusma ve yorgunluk olarak ortaya çıkmaktadır. Bu semptomlar doğrultusunda hastaların fonksiyonel yapılarının olumsuz etkilendiği görülmektedir. Kemoterapi alan hastaların fonksiyonel durumlarına bağlı olarak, yaşam kalitesi de olumsuz yönde etkilenmektedir. Uygun bakım hizmetlerinin de gelişen olumsuz semptomlar değerlendirilerek her hastaya göre uygulanması gerekliliği bulunmaktadır (23).

Kanser tedavisi gören kemoterapi alan hastalarda, kanser hastalığının adının vermiş olduğu korku, hastalığın seyrinde tedavi sürecinde yaşanan stres, geleceğe yönelik kaygılar, hastanın ve hasta yakınlarının hayatlarını, olumsuz yönde etkilemektedir. Kanser nedeniyle ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal değişiklikler hastaların ve beraberinde hasta yakınlarının da yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilemektedir. Kaygı ve ruhsal değişimlerle birlikte en sık gözlenen durumlardan biri depresyondur. Depresyona bağlı olarak da kişinin ruhsal aktivitelerinde, yaşam kalitesinde belirgin oranda düşüş görülmektedir (24).

2.1.3. Gastro İntestinal Sistem Kanserlerinde Tedavi

GİS kanseri kapsamında yer alan kanser türlerinin her birisi için farklı bir tedavi yolu izlenmektedir. Bu nedenle GİS kanserlerinin tedavisinde vakaya göre ilerleme kaydedilmesi gerekmektedir. GİS kanserlerinin tedavisi, yeniliklerin takip edilmesi

gereken bir yapıdadır. Bu durum Őu Şekilde rneklenmektedir: ‘‘Gastro intestinal kanser (GİK) tedavisinde, lenf nodu durumunun tam olarak değerlendirilmesi hastaların klinik sonuçlarını belirleyen en önemli faktördür. Cerrahi onkolojide sentinel lenf nodu (SLN) prosedürünün geliŐmesi GİK ameliyatında klinik uygulamaya bir pencere açmıŐtır’’ (26).

Hem yüksek riskli hem de düşük riskli bölgelerde, bu kanser 30 yaşından önce oldukça nadirdir. Kanser riski hem erkek hem de kadınlarda 65 yaş civarında daha yüksek düzeydedir (26). Bu nedenle GİS kanserlerinde erken tanı, tedavi için oldukça önemli bir yere sahiptir. GİS sistemleri yetersiz çiğneme ve diş problemleri gibi konularla zarar görebilir ve buna dayalı olarak GİS kanserleri ortaya çıkabilir. GİS kanserinin görülmesinin öncesinde çiğneme ve diş konusuna müdahale edilmesi, tedavi kapsamında değerlendirilmeye müsaittir (27).

2.2. Kemoterapi Tedavisi

Kanseri tedavi etmek için kemoterapinin kullanılması, 20. yüzyılın başında, kemirgenlerde transplantabl tümörleri kullanarak kimyasalları taramak için yöntemler geliŐtirerek hastalığı etkileyebilecek kimyasalların evrenini daraltma giriŐimleriyle baŐladı. Günümüzde, hedeflenen tedavilerin yanı sıra potansiyel yeni ilaçları taramak için önemli moleküler anormallikler kullanıldığından kemoterapi deęiŐmiŐtir (28).

Günümüz koşullarında hayatı en çok tehdit eden hastalıkların başında kanser gelmektedir. Kanseri hastaların tedavi sürecinde çok yönlü bir biçimde ilerleme kaydedilmesi gerekir (29). Kemoterapi, kanser tedavisinde yoğun biçimde kullanılan tedavi türüdür. Kanser hücrelerini etkisiz hale getirip, tümörün boyutunu klterek, kanserli hücreleri öldürerek etkisini göstermektedir. Kemoterapinin lösemi ve lenf kanseri gibi kanserlerde sonuç veren bir tedavi türü olduğu ifade edilmektedir. Bu nedenle kemoterapi kanser vakalarının zme kavuŐturulmasında sık sık faydalanılan bir tedavi türüdür (30).

Kemoterapi tedavisinin iŐleyiŐinde dikkate alınması gereken bazı faktörler aşağıdaki tabloda gösterildiği gibidir (1).

Tablo 1. Kemoterapi tedavisi ve işleyişi

Düzyey	Emezis Sıklığı	İlaç
5	>%90	Carmustine>250 mg/m ² , Cisplatin > 50 mg/m ² , Cyclophosphamide > 1.500 mg/m ² , Dacarbazine, Lomostine 60 mg/m ² , Mechlorethamine, Pentostatin, Streptozocin
4	%60- %90	Carboplatin, Carmustine < 250 mg/m ² , Cisplatin <50 mg/m ² , Cyclophosphamide > 750 mg/m ² , - < 1.500 mg/m ² , Cytarabine > 1 g/m ² , Dactinomycin, Doxorubicin > 60 mg/m ² , Methotrexate > 1.000 mg/m ² , Oxaliplatin, Procarbazine (Oral)
3	%30- %60	Cyclophosphamide > 750 mg/m ² , Cyclophosphamide (Oral), Doxorubicin 20-60 mg/m ² , Epirubicin > 90 mg/m ² , Hexamethylmelamine (Oral), Idarubicin, Ifosfamide, Irinotecan, Melphalan, Methotrexate 250-1.000 mg/m ² , Mitoxantrone
2	%10- %30	Docetaxel, Etoposide, 5-Fluorouracil < 1.000 mg/m ² , Gemcitabine Methotrexate > 50 mg/m ² , - <250 mg/m ² , Mitomycin, Paclitaxel, Topotecan
1	<%10	Bleomycin, Busulfan, Capecitabine Chlorambucil (Oral), Cladribine Fludarabine, Gefitinib, Hydoxyurea, Imitanib Methotrexate < 50 mg/m ² , L-phenylalanine mustard (Oral), Liposomal doxorubicin, Rituximab, Thioguanine (Oral), Trastuzumab, Vinblastine, Vincristine, Vinorelbine(1).

Kaynak 1'den alınmıştır.

“Kemoterapi kanserin ilaçla tedavi yöntemi olup; önemli tedavi yöntemlerinden biridir ve kanser tedavisinde hastalığın sürecini yavaşlatmak, geriletmek ya da

durdurmak amacıyla uygulanmaktadır” . Kanser vakalarının giderek arttığı günümüz koşullarında kemoterapi tedavisi ile ilgili olarak bu hususların bilinmesinde fayda vardır. Tedavinin amacı ve işleyişi bakımından bilgiler dikkate alınmalıdır (31).

İlaç toksisitesi, kemoterapi tedavilerinde dikkate alınması gereken konulardan birisidir. İlaç toksisitesi, hastalarda ek morbidite ve mortalite nedenleri arasında yer aldığı için kemoterapi tedavilerinde üzerinde önemle durulmasında yarar vardır (32). Kanser tedavisi gören hastalarda oral bakım yapılması sürecinde de ilaçla ilgili bu hususlara özen gösterilmelidir. Böyle bir durumda kanserli hastalarda yaşam kalitesinin olumlu yönde gelişmesine katkı sağlaması beklenmektedir (33).

Kanser hastalarında depresif belirtiler ve anksiyete yaygın biçimde gözlenmektedir. Bu durum tedavinin ilerleyişi bakımından kritik önem ifade etmektedir. Çünkü kanser vakalarında depresif belirtilerle anksiyetenin mortaliteyi artırdığı yönünde tahminler bulunmaktadır (26). Kemoterapi tedavisi için de geçerli olan bu durumlar aynı zamanda tedavide ortaya çıkabilecek yan etkiler açısından etkili olmaktadır. Ayrıca kemoterapinin neden olduğu kardiyotoksisite, çeşitli erken ve geç sunumlarıyla, potansiyel olarak iyileştirici veya palyatif tedavileri engelleyebilir (34).

Kemoterapi tedavisinin yan etkileri aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (35):

- i. Bulantı,
- ii. Kusma,
- iii. Diyare,
- iv. Metabolik değişiklikler,
- v. Mukozit,
- vi. Yorgunluk,
- vii. Kan hücreleri sayılarında azalma
- viii. Tat-koku değişikliği,
- ix. Karaciğer toksisitesi,
- x. Stomatik,
- xi. Saç dökülmesi şeklindedir.

Kemoterapi tedavisinde dikkat edilmesi gereken konular; ilaçların hazırlanması, ilaçların uygulanması, kullanılan malzemelerin imha edilmesi, hastanın bakımı,

personelin eğitimi, ilacın dökülmesi ya da etrafa saçılması gibi durumlarda ne yapılacağı şeklinde sıralanmaktadır (31). Kemoterapi tedavisinden istenen olumlu sonuçların elde edilebilmesi için yukarıda sıralanan yan etkiler gibi konuların bilincinde olmak gerekmektedir.

Genellikle kemoterapinin neden olduğu fiziksel yan etkiler iyi karakterize edilmiştir. Kemoterapinin neden olduğu en yaygın yan etkiler arasında kemik iliğinde bastırma, nöropatiler, gastro intestinal bozukluklar, saç dökülmesi, yorgunluk ve cilt hastalıkları yer almaktadır. Tedavi süresince bu yan etkiler dikkate alınarak ilerleme kaydedilmelidir (36).

Aşağıdaki tabloda kemoterapi tedavisinde dikkat edilmesi gerekenler yer almaktadır (1).

Tablo 2. Kemoterapi tedavisinde dikkat edilmesi gerekenler

KEMOTERAPİ ÖZELLİKLERİ
Emetojenik potansiyeli olan rejimler Doz Uygulamanın şemaları Verilim yolları İnfüzyon hızları
HASTA ÖZELLİKLERİ
Yaş Cinsiyet Alkol kullanım Önceki kemoterapi uygulamalarındaki emezis kontrolü Anksiyete Ciddi yan etkiler beklemek Oda arkadaşının bulantı veya kusmaları Motivasyon düzeyi Performans durumları Kemoterapi öncesi beslenme Kemoterapi öncesi uyku süreleri Gebelik esnasında ciddi emezis Hareket hastalıkları
ANTIEMETİKLER
Doz Uygulama şemaları Akut ve gecikmiş kombinasyon rejimleri Verilme yolları(1)

Kaynak 1'den alınmıştır.

Tablo 2’de görüldüğü üzere kemoterapi tedavisinde öncelikle kemoterapi özelliklerinin dikkate alınması gerekir. Uygulama şeması, ilaç dozu, verilim yolu, infüzyon hızı gibi konular kemoterapi özellikleri kapsamında dikkate alınmak durumundadır. Hastayla ilgili özellikler kemoterapi tedavisi gereğince dikkat edilmesi gereken konulardan bir tanesidir. Buna göre hastayla ilgili yaş, cinsiyet, alkol tüketimi, anksiyete, yan etki beklentileri, performans durumu, motivasyon, hareket hastalıkları, tedavi öncesi uyku süreleri, tedavi öncesi gıda alımı gibi hususlar değerlendirmeye alınmalı ve göz önünde bulundurulmalıdır (37).

Kemoterapi alan hastalarda fiziksel aktiviteye uzun yıllar şüpheyle yaklaşmış olsa da son yıllarda fiziksel aktivitenin azalmasının enerji ve fonksiyon kaybına neden olduğunun farkına varılmıştır. Son yıllarda kemoterapi alan hastalarda düşük ve orta yoğunlukta olacak şekilde egzersiz programlarına yer verildiği görülmektedir (37).

İlaç hataları, kemoterapi tedavilerinde istenmeyen ancak karşılaşılan bir durumdur. İlaç hatalarının önüne geçilebilmesi için nitelikli sağlık personeline ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca kemoterapi tedavilerinde hangi ilaç hatalarının yapıldığının belirlenmesi ve bu konuda önlemler alınması ile birlikte ilaç hatalarının önüne geçilmesi mümkün olabilir (38).

Kemoterapi tedavilerinde karşılaşılan yan etkilere karşı önlemler geliştirmek için çalışmalar yapılmaktadır. Çalışmalarda kemoterapinin istenmeyen yan etkilerinin engellenebilmesi için tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin kullanılması giderek yaygınlaşan bir uygulama olarak görünmektedir (39).

2.3. Kanserli Hastalarda Beslenme

Kanserin nedenlerine yönelik araştırmalarda beslenmeyle ilgili konuların sigaradan daha yüksek oranda kansere neden olduğu belirtilmektedir (40). Bu da kanserli hastalarda beslenmeyi yoğun bir şekilde araştırılan bir konu haline getirmektedir. Kanser vakalarının büyük çoğunluğunda hastalık seyrederken kilo kaybı gibi beslenmeye dayalı sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu durum kanserli hastalarda beslenme konusunu önemli bir hale getirmektedir (39). Çalışmanın bu kısmında kanserli

hastaların beslenme durumlarının değerlendirilmesi, kanserli hastaların beslenme durumlarını belirleme araçları, kemoterapi alan hastalarda beslenme konuları farklı başlıklar altında değerlendirilmektedir.

2.3.1. Kanserli Hastaların Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi

“Epidemiyolojik çalışmalarda, şişmanlarda meme, prostat, akciğer, yumurtalık, kolon, rektum, böbrek gibi bazı kanser türlerine daha sıklıkla rastlandığı dikkat çekmektedir” (40). Bu sebeple beslenme durumu kanser açısından belirleyici bir rol oynamaktadır (41). Kanser tanısı koyulduktan sonra hastaların beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi gerekmektedir (42). Kanser çeşidi, prognoz ve yaşanan değişimlere göre beslenme alışkanlıklarına yönelik düzenleme yapılmalıdır (43). Kanserli hastalarda beslenme konusunda yapılan değişikliklerle birlikte kilo kaybının önlenmesi ve beslenme yetersizliklerinin önüne geçilmesi beklenmektedir.

İnsanların kanser hastalığına yakalanmasına neden olan besinler olduğu gibi insanları kanserden koruyan besinlerin varlığı söz konusudur. Bu nedenle beslenme konusu, kanserle ilgili araştırmalarda son derece önemli bir yere sahiptir. Kanser beslenmeyle olan ilişkisinin % 10 ile % 70 arasında değiştiğini savunan araştırmalar bulunmaktadır (44).

Hastalara beslenme konusunda destek sağlanması, hastanın beslenme durumunun belirlenmesi için yapılan araştırmalar neticesinde olmaktadır (45). Kanserli hastaların beslenme konusunda yaşadıkları ya da yaşayacakları yetersizlikler, tedavi sürecinin etkinliğini doğrudan etkilemesi sebebiyle üzerinde durulması gereken bir konu olarak görünmektedir.

“Kanser hastalarının beslenme durumunu değerlendirmek, malnütrisyon varlığını saptamak ve sağlanan beslenme desteğinin etkinliğini değerlendirmek için doğru parametrelere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu nedenle öncelikli olarak beslenme durumunun izlenmesi yöntemlerinin bilinmesi çok önemlidir”. Görüldüğü üzere kanser hastalarında beslenme durumuna yönelik olarak yapılan değerlendirmelerde kapsamlı araştırmalar yapılmasına gerek duyulmaktadır. Kanser hastaları için beslenmenin

yüksek düzeyde önem ifade etmesi, beslenme durumunu değerlendirmek için yoğun çaba gösterilmesini beraberinde getirmektedir. Kanserli hastalarda beslenme durumuna dair değerlendirmeler hakkında ulaşılan bilgiler, kanser tanısının öncesinde de beslenmenin belirleyici rollerini işaret etmektedir (35).

Beslenmeye dayalı ölümler, kanser konusunda önemli bir yere sahiptir. Doğru bir beslenme programı ile birlikte kanser sıklığının % 30 oranında azaltılması mümkündür. Dengesiz beslenmenin kansere dayalı ölümlere neden olması, dengeli ve sağlıklı beslenmenin ise kanserden korunmayı sağlaması, kanserli hastalarda beslenme durumlarının değerlendirilmesinin önemini göstermektedir (46).

Kemoterapi tedavisi gören kanser hastalarında, hastalığa bağlı olarak gelişen yetersiz ve kötü beslenme sıklıkla karşılaşılan bir durum olup tedavi sürecini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu tip hastalarda, kronik olarak aşırı yağlanma ve kas zayıflamaları kendini göstermektedir. Bu durumun çözümü olarak gıda alımı ve beslenme programlarının geliştirilmesi, proteinden zengin, kalorisi yüksek yiyeceklerden oluşan diyet programları oluşturmak en uygun yöntem olarak uygulanmaktadır (47).

Kanser hastalarında malnütrisyon sıklıkla, dikkat edilmeyen gözden kaçırılan bir durumdur. Ancak hastalara uygulanacak özel danışmanlık ve özel beslenme programları sayesinde oral beslenme takviye besinleri ve tüp besleme içerikleri düzenlenerek bu durum düzeltilebilmektedir (48).

Kolorektal kanser hastalarında malnütrisyon ortak bir durumdur. Hastalık boyunca uygulanan kemoterapi ve tedavi yöntemleri nedeniyle yan etkiler ve yetersiz ve kötü beslenme durumları ortaya çıkmaktadır. Yetersiz beslenme nedeniyle, yetersiz gıda alımı ve bunun sonucunda da ortaya çıkan yetersiz besin Emilimi ile gün geçtikçe hastalığın seyri daha da kötü bir hal almaktadır. Bu nedenler yaşam kalitesinde düşüş, tıbbi komplikasyonlar, artan enfeksiyon riskine ve hayatta kalma oranında düşüşe de yol açabilmektedir (49).

Kanser hastalarının bakımında, malnütrisyonun engellenmesi ve yönetimi önemli tedavi süreci için önemli bir basamaktır. Malnütrisyonun kanser hastalarında %15 ile %40 sıklıkta görüldüğü, hastaların tedavilerini olumsuz yönde etkilediği gözlemlenmiştir.

Malnütrisyon durumunda, hızlı kilo kaybı, vücut yağ dokusu kaybı, doku dejenerasyonu, vücut yapısında olumsuz değişiklikler gibi unsurlara neden olabilmektedir. Malnütrisyon, diğer kanser tiplerine göre, gastrointestinal sistem kanser tiplerinde daha yüksek risk taşımaktadır. Bu durumlar göz önüne alınarak, kemoterapi gören kanser hastalarının beslenme gereksinimleri, beslenme yetersizlikleri hastanın metabolik yapısına ve hastanın tümör tipine göre belirlenerek uygun diyet programı belirlenmelidir (50).

2.3.2. Kanserli Hastaların Beslenme Durumlarını Belirleme Araçları

Kanserli hastaların tedavileri yapılırken beslenme durumları, yaşam süresini etkileme potansiyeline sahiptir. Çünkü kanser hastaları için beslenme yaşam kalitesini artırma, yaşam süresini uzatma, tedaviye güçlü yanıt verme gibi konularla ilişkilidir. Bu nedenle kanserli hastaların beslenme durumlarının doğru bir biçimde tespiti için farklı araçlardan faydalanılması olağandır (51).

Kanserli hastaların beslenme durumunu belirleme yöntemleri aşağıdaki tablo üzerinde gösterildiği gibidir (52).

Tablo 3. Kanser Hastalarında Beslenme Durumlarını Belirleme Yöntemleri

Yöntem	İçerik
Malnutrition Screening Tool	Ağırlık
	Kilo kaybı yüzdesi
	İştah
Malnutrition Universal Screening Tool	Beden kütle indeksi
	Kilo kaybı yüzdesi
	Akut hastalık etkisi
Patient Generated Subjective Global Assessment	Kilo kaybı hikayesi
	Belirtiler
	Gıda alımı
	Aktivite düzeyi
	Klinisyen değerlendirmeleri
Mini Nutritional Assessment	Gıda alımı-kilo kaybı-fiziksel aktivite-beden kütle indeksini içeren tarama bölümü
	Daha önce alınan tedaviler-yeme alışkanlıkları-antropometrik ölçümleri içeren değerlendirme bölümü(52)

Kaynak 52'den alınmıştır.

Tablo 3'te yer alan bilgiler kanserli hastaların beslenme durumlarını değerlendirmede objektif veriler aracılığıyla ilerleme kaydedilen yöntemleri ortaya

koymaktadır. Kanser hastalarının risk durumlarının değerlendirilmesi ve gerekli olan beslenme desteği kararı verilmesi için bu yöntemlerden yararlanılmaktadır. Hastaların beslenme durumlarının değişiklik göstermesine göre beslenme durumlarını belirleme yöntemlerinin kullanımı tekrarlanmaktadır (53).

Kanser hastalarında kilo kaybı çok sık gözlenen bir durumdur. Tümörün büyümeye başlaması ve tedavinin etkisiyle birlikte hastalarda beslenme eksiklikleri meydana gelir. Kanser tedavisi uygulanırken tedavinin etkisini ve yaşam kalitesini artırmak için beslenme durumuyla ilgili ayrıntılı araştırmalar yapılmalıdır (53).

2.3.3. Kemoterapi Alan Hastalarda Beslenme

Kemoterapi tedavisi süresince hastaların yaşam biçimlerinin yanı sıra beslenme alışkanlıkları ve beslenme durumu açısından da takip edilmesi gerekmektedir. Kemoterapi tedavisinde beslenme durumunun izlenmesi ile birlikte hastalara sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazandırılmasının yanında kemoterapi alan hastaların riskli tüketim ürünlerinden uzak durması sağlanmaktadır (54). Kemoterapi alan hastalarda beslenme durumu açısından yapılan değerlendirmelerde, hastaların psikolojik açıdan içinde buldukları durum göz önüne alınması gerekmektedir. Kanser hastalığının acı çekme ve ölümlerle bir arada anılması sebebiyle, hastalarda psikolojik bozukluklar meydana gelmektedir ve bu psikolojik bozukluklar kemoterapi tedavisinin ilerleyişini doğrudan etkilemektedir (55).

Bugün kanser tedavisinde kemoterapi denildiğinde pek çok kişi tedavi sürecinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini ve hastanın hayatının kötüye gidişini aklına getirmektedir. Ancak kemoterapinin hastaların yaşam kalitesine her zaman olumsuz yansıdığını söylemek güçtür. İlk üç kürde kemoterapinin hastaların yaşam kalitesi düzeyini olumlu yönde etkilediğini ortaya koyan araştırmalardan bahsedilmektedir (56).

Beslenmeye dayalı yan etkiler, kemoterapi tedavisinde göz önüne alınması gereken bir konudur. Kemoterapi alan hastalarda beslenmeye dayalı olarak gözlenen yan etkiler; bulantı, kusma, anoreksiya, oral/gastrointestinal mukozit, disfaji, diyare, konstipasyon, tat-koku değişiklikleri, kilo artışı ve kilo kaybı, halsizlik, yorgunluk

şeklinde sıralanmaktadır. Kemoterapi alan hastalarda değinilen beslenmeye dayalı yan etkilerin göz önünde bulundurulması ile birlikte kemoterapi tedavisinin olumlu yönde sonuç verme olasılığı artış gösterecektir (35).

Kötü beslenme genellikle kanserin bir sonucu veya kemoterapinin bir sonucu olabilir. Beslenme desteği, tanı sırasında görülen yetersiz beslenmeyi tersine çevirmeyi, tedavi ile ilişkili yetersiz beslenmeyi önlemeyi ve kilo alımını ve büyümeyi teşvik etmeyi amaçlar. Kanserli çocuklarda ve gençlerde en etkili ve güvenli beslenme desteği şekli belirsizdir (57).

Çocukların ve kanserli gençlerin kemoterapi tedavisini yönetmede beslenme desteği çok önemlidir. Teşhiste görülen yetersiz beslenme durumunun tersine dönmesine, kanser tedavisi ile ilişkili yetersiz beslenmenin önlenmesine ve kilo alımının ve büyümenin teşvik edilmesine yardımcı olması açısından önemlidir. Beslenme desteği için kullanılacak iki yöntem kullanılabilir. Bağırsakları atlayan merkezi veya periferik bir damar yoluyla verilen besin sıvıları (Parenteral Beslenme, PN); veya verme yöntemine bakılmaksızın (örneğin oral veya bir tüp yoluyla) bağırsakların herhangi bir bölümünden geçen besleyici sıvılar veya katı maddeler (Enteral Beslenme, EN) (57).

Parenteral beslenmenin, enteral beslenmeyle (normal besin alımı) karşılaştırıldığında kilo artışı, serum albümin seviyeleri ve kalori ve protein alımına neden olabileceğini gösteren bazı sonuçlar vardır. Bununla birlikte, diğer nütrisyon desteği sağlama yöntemlerine ilişkin kanıtlar belirsizliğini korumaktadır (57).

Kemoterapi alan hastalarda beslenmeye dayalı sorunların ortaya çıkması ile birlikte yeme alışkanlıklarının değişmesi yönünde adım atılması gerekir. Beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesinin yanı sıra dikkat dağıtıcı aktivitelere yönelmek kemoterapi tedavisinde beslenmeye dayalı sorunlarla mücadelede yardımcı olur (43).

Hastalarda kemoterapi sırasında meydana gelen gastro intestinal belirtiler, önemli ölçüde beslenme bozukluğuna neden olmaktadır. Bu durum kemoterapi tedavisi ve halsizlik ilişkisini araştıran çalışmalarda vurgulanmaktadır. Kemoterapi alan hastalarda beslenme durumları halsizlik, performans düşüklüğü, enerji kaybı gibi gelişmelerle ilgili bir biçimde ele alınabilir (58).

Kemoterapinin açlık süresine bağlı olarak yan etkilerinin büyük ölçüde azalabileceğine yönelik araştırmalar bulunmaktadır. Yani kemoterapi alan hastaların beslenme durumları incelenirken açlık durumu ve süresine odaklanılmasında yarar vardır. Bu da kemoterapi alan hastalarda beslenmenin ne denli önemli olduğunu ortaya koyan bir ayrıntı niteliği taşımaktadır (59).

Yetersiz beslenme ve neden olduğu kilo kaybı, sindirim sistemi kanserlerinde olduğu gibi, farklı kanser türleri için de, klinik seyri ve iyileşme sürecini olumsuz yönde etkilemektedir. Tedavinin tamamlanması, yaşam kalitesi, sağ kalım süresi, fiziksel işlevi ve sağlık bakım maliyetlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Radyoterapi evre III ve diğer akciğer kanseri hastalarında, kemoterapi ve yemek borusuna uygulanan radyoterapinin yüksek kilo kaybı riskine yol açtığını görülmüştür. Bu tür kanser hastalarının beslenmelerinde, balık yağları ve takviye besinler ile egzersiz müdahale modellerinden, iyi yönde sonuçlar alındığı görülmüştür (60).

Kanser ve kemoterapi tedavisi gören hastalarda sıklıkla yetersiz beslenme durumları gözlemlenmektedir. Yetersiz beslenme kimyasal olarak düzeltilebildiği gibi, bazı durumlarda ise neden olduğu morbidite ve mortalite durumları ortaya çıkmaktadır (61).

Sindirim sistemi kanseri olan ve kemoterapi alan hastalarda, yaşam kalitesi veya hastalık nedeniyle eksik olan Selenyum (Se), Çinko (Zn), tabletler halinde oral yolla alınması, kronik yorgunluğu ortadan kaldırarak iştah artışı sağladığı gözlenmiştir. Bunun yanında, bağırsak kanseri olan bazı hastalarda, Se ve Zn takviyesinin, hastalığın klinik seyrine olumlu yönde katkı sağladığı görülmüştür. Se ve Zn'nin kullanım şekli ve dozunun belirlenmesi için, hastaların metabolik testlerinin sonuçları göz önüne alınarak hareket edilmesi uygun olacaktır (62).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı araştırma tipinde olup, kanserli hastalara uygulanan tedavi yöntemlerinden birisi olan kemoterapi tedavisinin, GİS kanserli hastaların beslenme durumlarına etkisini araştırmak amacıyla yapılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre GİS kanserli hastaların kemoterapi ve beslenme durumları arasındaki ilişkiyi açıklamak ve beslenme durumlarını daha iyiye götürmek amacıyla neler yapılabileceğini hastaların beslenme durumlarına olan etkilerini incelemek hedeflenmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Araştırma İstanbul ilinde bulunan İstinye Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Gaziosmanpaşa hastanesinden alınan yazılı onaylı izinle yapılmış olup çalışma sonuna izin belgesi eklenmiştir (EK 1). Onkoloji servisine GİS kanseri sebebiyle başvuran hastaları içerecek şekilde yapılmıştır. Araştırma Nisan-Mayıs 2019 döneminde gerçekleşmiştir. Araştırmaya Nisan-Mayıs aylarında onkoloji servisine GIS Kanseri sebebiyle başvuran 57 hastanın tamamı örnekleme oluşturmuştur.

Onkoloji servisine GİS kanseri sebebiyle başvuran hastalardan onam formu alınarak, bu hastalara beslenme durumlarına yönelik anket uygulanmıştır (EK 2). Bu anket içeriği olarak, kişilerin sosyodemografik özellikleri, alerji, sigara ilaç kullanım durumları, beslenme içerikleri ve detayları ayrıntılı şekilde irdelenerek yöneltilen sorulara verilen cevaplarla gözlenmiştir.

3.3. Verilerin Toplanması

Araştırmada veri toplama aracı olarak, ilgili literatür doğrultusunda GİS kanserli hastalara yönelik literatür taranarak, hazırlanan anket formu kullanılmıştır (EK 2).

Uygulanan ankette çalışmasının birinci bölümünde kişilerin demografik bilgileri, anamnezi, allerji veya intolerans olduğu herhangi bir besin olup olmadığı, alkol, sigara kullanma durumu, GİS tanısının ne zaman alındığı, kanser türü, kanser tanısıyla ilgili bilgilerin yer aldığı sorular neticesinde ortaya çıkan bilgiler bulunmaktadır. Bu bölümde aynı zamanda kanser türü hakkında sorular sorulmaktadır. Kanser dışında hastalık tanısı olup olmadığına yönelik sorular da bu kısımda yer almaktadır.

Anket çalışmasının ikinci bölümünde hastaların beslenme alışkanlıklarıyla ilgili sorular yer almaktadır. Hastaların sağlıklı besinlerle beslenip beslenmedikleri, öğün atlama durumları, paketli hazır gıda tüketimleri, diş sağlığı konusunda gösterdikleri önem beslenme alışkanlıkları, tüketilen ürünler, sağlıklı beslenmeye dikkat edip etmeme gibi durumları, besin tüketim sıklığı ile beslenme durumları, beslenme alışkanlıkları bölümündeki Kemoterapinin Gastro İntestinal Sistem (GİS) Kanserli Hastaların Beslenme Durumlarına Etkisi anketinde bulunan detaylı sorular aracılığıyla belirlenmiştir. Kanser tanısı konduktan sonra hangi besin tüketiminin daha çok arttığı ya da azaldığı da bu araştırma kapsamında değerlendirilmiştir.

Araştırmanın üçüncü bölümü semptom takibinden oluşmaktadır. İştahsızlık, Mide Bulantısı, Kusma, Kabızlık, İshal, Tat almada değişiklik, Koku almada değişiklik, Çabuk doyma, Yutma güçlüğü, Ağız kuruluğu, Ağız yaraları, Ağrı, Halsizlik, Uykusuzluk durumları ile birlikte Kemoterapi öncesi ve sonrası dönem için incelemeler yer almaktadır. Dördüncü bölümde ise yine kemoterapi öncesi ve sonrası dönemde antropometrik ölçüm kayıtlarının yapılacağı özel kayıtlar yapılmıştır. 24 saatlik beslenme formu, gereç ve yöntem kapsamında yer alan hususlardan bir diğeridir.

Hastalara anket formu teslim edilmesinin ardından, formların doldurulması ve toplanması yoluyla veriler elde edilmiştir. Araştırma verilerinin elde edilmesi, verilerin toplanması 2019 yılı Nisan ayı içerisinde 1 aylık süreçte gerçekleştirilmiştir. İstanbul ilinde İstinye Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Gaziosmanpaşa Şubesi Onkoloji servisine GİS kanseri sebebiyle başvuran hastalara yapılacak olan uygulamayla veriler toplanmıştır. GİS kanserli hastalara yönelik olarak uygulanacak olan anket çalışmasının birinci bölümünde demografik bilgiler ve kanser tanısıyla ilgili bilgilerin yer aldığı genel bilgiler bulunmaktadır. Bu bölümde aynı zamanda kanser türü hakkında sorular yöneltmiştir. Kanser dışında hastalık tanısı olup olmadığına yönelik

sorular da bu kısımda yer almaktadır. Anket çalışmasının ikinci bölümünde beslenme alışkanlıklarıyla ilgili sorular bulunmaktadır. Hastaların beslenme alışkanlıkları, öğün atlama durumları, tüketilen ürünler, sağlıklı beslenmeye dikkat edip etmeme gibi durumları beslenme alışkanlıkları bölümündeki sorular aracılığıyla belirlenmiştir. Kanser tanısı konduktan sonra hangi besin tüketiminin arttığı ya da azaldığı da bu araştırma kapsamında değerlendirilmiştir. Araştırmanın üçüncü bölümü semptom takibinden oluşmaktadır. Kemoterapi öncesi ve sonrası dönem için incelemeler yer almaktadır. Dördüncü bölümde ise yine kemoterapi öncesi ve sonrası dönemde antropometrik ölçümler yapılmıştır. 24 saatlik beslenme formu, gereç ve yöntem kapsamında yer alan hususlardan bir diğeridir.

3.4. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 25.0 for Windows Evaluation versiyonu kullanılmıştır. Araştırmaya katılanların demografik özelliklerinin (cinsiyet, yaş grubu, vb.) belirlenmesinde frekans tabloları kullanılmıştır. Anketlerden elde edilen sürekli değişkenler ortalama (\bar{X}), standart sapma (SD), alt-üst ile kesikli değişkenler sayı (n) ve yüzde (%) olarak ifade edilmiştir. Kategorik değişkenlerde bağımlı gruplar arasındaki ilişki McNemar ve McNemar-Bowker testleri ile analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogov-Smirnov testi ile analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygun olan verilerde iki grup arasındaki anlamlılığın analizi için Student t testi, normal dağılıma uygun olmayan verilerde iki grup arasındaki anlamlılığın analizi için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Tekrarlı ölçümlerin analizinde normal dağılıma uygun olan veriler için Paired sample T testi, normal dağılıma uygun olmayan veriler için Wilcoxon Sun Rank testi kullanılmıştır. Testlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda geliştirilmiş olan anket formu ile elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular sunulmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin genel özellikleri ile ilgili bulgular Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların genel özellikleri

Özellik	N	%
Cinsiyet		
Kadın	27	47,4
Erkek	30	52,6
Medeni Durum		
Evli	41	71,9
Bekar	16	28,1
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	1	1,8
Okur yazar	6	10,5
İlkokul	13	22,8
Ortaokul	6	10,5
Lise	15	26,3
Üniversite	16	28,1
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	26	45,6
Çalışmıyor	31	54,4
Toplam	57	100,0

Araştırmaya katılan, 35 ve 83 yaş aralığındaki bireylerin yaş ortalaması $61,2 \pm 11,5$ yıl olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin %47,4'ü kadın, %52,6'sı erkektir. Yaş ortalaması $61,2 \pm 11,5$ yıl olarak bulunan katılımcıların %71,9'u evli, %26,3'ü lise, %28,1'i üniversite mezunudur. Katılımcıların %45,6'sı çalışmaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin sağlık durumu, ilaç, besin desteği, sigara ve alkol kullanımlarına ilişkin bulgular Tablo 5’te verilmiştir.

Tablo 5: Katılımcıların sağlık durumu, ilaç, besin desteği, sigara ve alkol kullanımları dağılımı

Özellik	N	%
Kanser dışında tanısı konulmuş sağlık sorunu		
Var	4	7,0
Yok	53	93,0
Besin alerjisi		
Var	4	7,0
Yok	53	93,0
Düzenli ilaç kullanımı (*Tedavide olmasına rağmen hasta tercihi)		
Kullanıyor	5	8,8
Kullanmıyor	52	91,2
Besin desteği kullanımı		
Kullanıyor	13	22,8
Kullanmıyor	44	77,2
Sigara		
İçiyor	19	33,3
Bazen içiyor	5	8,8
Bırakmış	17	29,8
İçmiyor	16	28,1
Alkol		
Tüketiyor	2	3,5
Bazen tüketiyor	4	7,0
Bırakmış	3	5,3
Tüketmiyor	48	84,2
Toplam	57	100,0

Araştırmaya katılan bireylerin %93,0’ünün GIS kanseri dışında sağlık sorununun ve besin alerjisinin olmadığı saptanmıştır. Katılımcıların %8,8’inin düzenli ilaç, %22,8’inin besin desteği, %33,3’ünün sigara, %3,5’inin alkol kullandığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin GIS kanser durumu ile ilgili bulgular Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6. GIS kanser durumları dağılımı

Kanser türü	n	%
Özefagus	1	1,8
Mide	12	21,1
İnce bağırsak	1	1,8
Kalın bağırsak	22	38,6
Rektum	11	19,3
Karaciğer	2	3,5
Pankreas	8	14,0
Ailede GIS kanser tanısı		
Var	31	54,4
Yok	26	45,6
Tanı öncesi GIS rahatsızlığı		
Var	25	43,9
Yok	32	56,1
Toplam	57	100,0

Araştırmaya katılan bireylerin %38,6’sının kalın bağırsak, %21,1’inin mide, %19,3’ünün rektum kanseri bulunmaktadır. Katılımcıların %54,4’ünün ailesinde GIS kanser tanısı alan birey olduğu, %43,9’unun tanı öncesi GIS rahatsızlığı bulunduğu saptanmıştır. Tanı öncesi GIS rahatsızlığı bulunanlar, ortalama 4,2+7,3 yıldır hastalıklarının olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların GIS kanser tanısı almalarının üzerinden ortalama 21,6±57,7 ay geçmiştir.

GIS kanser süresi (ay) ortalaması 21,6±57,7 ay olarak bulunmuş, GIS kanser süresi minimum 1 ay, maksimum 420 ay olarak değerlendirmeye alınmıştır. Tanı öncesi GIS rahatsızlık süresi (yıl) ortalaması 4,2+7,3 olarak bulunmuş minimum 0,1 yıl maksimum da 30 yıl olarak değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin %70,2'si (n=40) sağlıklı beslenmeye dikkat ettiğini, %29,8'i sağlıklı beslenmeye dikkat etmediğini ifade etmiştir. Katılımcıların tanı öncesi ve sonrası beslenme alışkanlıkları ile ilgili bulgular Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların tanı öncesi ve sonrası beslenme alışkanlıkları dağılımı

Beslenme alışkanlığı	Tanı öncesi		Tanı sonrası		P
	n	%	n	%	
Günlük ana öğün sayısı					
<3	17	29,8	26	45,6	0,078 ^a
≥3	40	70,2	31	54,4	
Günlük ara öğün sayısı					
<3	31	54,4	33	57,9	0,791 ^a
≥3	26	45,6	24	42,1	
Öğün atlama					
Evet	17	29,8	22	38,6	0,145 ^b
Hayır	25	43,9	18	31,6	
Bazen	15	26,3	17	29,8	
Toplam	57	100,0	57	100,0	
Atlanan öğün					
Sabah	13	22,8	22	38,6	0,024 ^b
Öğle	18	31,6	9	15,8	
Akşam	1	1,8	8	14,0	
Toplam	32	56,1	39	68,4	
Paketli/hazır gıda tüketme					
Evet	19	33,3	5	8,8	0,0001 ^b
Hayır	27	47,4	43	75,4	
Bazen	11	19,3	9	15,8	
Diş/Ağız sağlığı sorunu					
Evet	8	14,0	20	35,1	0,003 ^b
Hayır	33	57,9	22	38,6	
Bazen	16	28,1	15	26,3	
Beslenme sorunu yaşama					
Evet	5	8,8	20	35,1	0,0001 ^b
Hayır	37	64,9	16	28,1	
Bazen	15	26,3	21	36,8	
Toplam	57	100,0	57	100,0	

^aMcNemar Test, ^bMcNemar-Bowker Test

Katılımcıların tanı öncesi ve tanı sonrası beslenme alışkanlıkları incelendiğinde; tanı öncesi %70,2'sinin günde en az 3 öğün beslendiği, %54,4'ünün tanı sonrası günde en az 3 öğün beslendiği saptanmıştır. (p>0,05) olup, bu fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmamıştır. Tanı öncesi %54,4'ünün günlük ara öğün sayısı 3'ün altında iken, tanı sonrası %57,9'unun günlük ara öğün sayısının 3'ün altında olduğu bulunmuştur

($p>0,05$) olup, bu fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmamıştır. Tanı öncesi katılımcıların %43,9'u öğün atlamadığını ifade ederken, tanı sonrası bu oran %31,6 olarak bulunmuştur ($p>0,05$) olup, bu fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmamıştır. Tanı öncesi en sık atlanan öğün %31,6 ile öğle öğünü iken, tanı sonrası %38,6 ile sabah kahvaltısıdır ($p<0,05$) olup, bu fark istatistiksel bakımdan anlamlı olarak gözlenmiştir. Tanı öncesi katılımcıların %47,4'ü paketli/hazır gıda tüketmediğini ifade ederken, tanı sonrası bu oran %75,4 olarak bulunmuştur ($p<0,05$) olup, bu fark istatistiksel bakımdan anlamlı olarak gözlenmiştir. Tanı öncesi katılımcıların %14,0'ü dış/ağız sorunu, %8,8'i beslenme sorunu yaşarken, tanı sonrası bu oranlar %35,1 olarak bulunmuştur.



Öğün atlayan bireylerin öğün atlama nedenleri ve yaşanan beslenme sorunları ile ilgili bulgular Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Öğün atlayan bireylerin öğün atlama nedenleri ve beslenme sorunları dağılımı

Öğün atlama nedeni	n	%
Zaman yetersizliği	2	3,5
Canının istememesi	25	43,9
İştahsızlık	6	10,5
Hazırlanmaması	1	1,8
Alışkanlığının olmaması	7	12,3
Beslenme sorunu		
Bulantı	16	28,1
İştahsızlık	22	38,6
Mide ağrısı	1	1,8
Yutma güçlüğü	1	1,8
Ağız sorunları	1	1,8
Toplam	41	71,9

Katılımcıların %43,9’u canı istemediği için öğün atladığını ifade etmiştir. En sık yaşanan beslenme sorunu %38,6 ile iştahsızlık iken bunu %28,1 ile bulantı izlemektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin kemoterapi süresince bazı besinleri ve içecekleri tüketimlerinde oluşan değişiklikler ile ilgili bulgular Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların kemoterapi süresince bazı besinleri ve içecekleri tüketimlerinde oluşan değişiklikler

Besin/İçecek	Artma		Azalma		Değişiklik olmaması		Önceden tüketmeme		Toplam	
	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%
Süt	6	10,5	24	42,1	26	45,6	1	1,8	57	100,0
Yoğurt	18	31,6	7	12,3	32	56,1	-	-	57	100,0
Peynir	13	22,8	13	22,8	30	52,6	1	1,8	57	100,0
Kırmızı et	-	-	38	66,7	16	28,1	3	5,3	57	100,0
Şarküteri ürünleri	-	-	17	29,8	7	12,3	33	57,9	57	100,0
Tavuk eti	4	7,0	32	56,1	18	31,6	3	5,3	57	100,0
Hindi eti	-	-	9	15,8	7	12,3	41	71,9	57	100,0
Balık eti	4	7,0	28	49,1	20	35,1	5	8,8	57	100,0
Sakatatlar	-	-	23	40,4	5	8,8	29	50,9	57	100,0
Yumurta	-	-	26	45,6	31	54,4	-	-	57	100,0
Sebze	15	26,3	11	19,3	31	54,4	-	-	57	100,0
Meyve	10	17,5	25	43,9	22	38,6	-	-	57	100,0
Ekmek ve tahıl grubu	12	21,1	25	43,9	20	35,1	-	-	57	100,0
Kurubaklagiller	2	3,5	41	71,9	14	24,6	-	-	57	100,0
Yağlı tohumlar	8	14,0	26	45,6	23	40,4	-	-	57	100,0
Şeker ve şekerli besinler	-	-	34	59,6	7	12,3	16	28,1	57	100,0
Çay- kahve	2	3,5	35	61,4	9	15,8	11	19,3	57	100,0
Gazlı içecek	-	-	17	29,8	2	3,5	38	66,7	57	100,0
Alkol	-	-	8	14,0	-	-	49	86,0	57	100,0

Katılımcıların kemoterapi süresince bazı besinleri ve içecekleri tüketimlerinde oluşan değişiklikler incelendiğinde, %45,6’sının süt, %56,1’inin yoğurt, %52,6’sının peynir tüketiminde değişiklik olmadığı, %66,7’sinin kırmızı et, %29,8’inin şarküteri ürünleri, %56,1’inin tavuk eti, %49,1’inin balık eti, %40,4’ünün sakatat, %45,6’sının yumurta tüketiminde azalma olduğu, %54,4’ünün sebze tüketiminde değişiklik olmadığı, %43,9’unun meyve ve ekmek/tahıl, %71,9’unun kurubaklagil, %45,6’sının yağlı tohum, %59,6’sının şeker ve şekerli besinleri, %61,4’ünün çay-kahve tüketiminde azalma olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin kemoterapi sırasında besin tüketimlerinde oluşan değişiklikler ile ilgili bulgular Tablo 10’da verilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların kemoterapi sırasında beslenme alışkanlıklarında oluşan değişiklikler

Kemoterapide oluşan değişiklik	n	%
Kemoterapi sırasında tüketilemeyen besin		
Var	32	56,1
Et	6	10,5
Pide	2	3,5
Yumurta	7	12,3
Süt	3	5,3
Peynir	2	3,5
Kurubaklagil	3	5,3
Meyve	1	1,8
Tavuk	4	7,0
Balık	3	5,3
Çay	1	1,8
Yok	25	43,9
Kemoterapi sırasında günlük öğün sayısı		
Değişiklik yok	19	33,3
Artış	12	21,1
Azalma	26	45,6
Kemoterapi sonrasında günlük öğün sayısı		
Değişiklik olmaması	32	56,1
Artış	10	17,5
Azalma	15	26,3
Önceden tüketilmeyen kemoterapi sırasında tüketilebilen besin		
Var	7	12,3
Yok	50	87,7
Toplam	57	100,0

Katılımcıların kemoterapi sırasında besin tüketimlerinde oluşan değişiklikler incelendiğinde, %56,1’inin Kemoterapi sırasında besin tüketemediği, %12,3’ünün yumurta, %10,5’inin et tüketemediği bulunmuştur. Katılımcıların %45,6’sının kemoterapi sırasında günlük öğün sayısının azaldığı, %56,1’inin kemoterapi sonrasında öğün sayısında değişiklik olmadığı, %87,7’sinin ise önceden tüketemeyip kemoterapi sırasında tüketebildiği besin olmadığı bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerde kemoterapi öncesi ve sonrası görülen semptomları Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Katılımcılarda kemoterapi öncesi ve sonrası görülen semptomlar

Semptom	Kemoterapi öncesi		Kemoterapi sonrası		P
	n	%	n	%	
İştahsızlık					
Var	24	42,1	38	66,7	0,001^a
Yok	33	57,9	19	33,3	
Mide Bulantısı					
Var	18	31,6	47	82,5	0,0001^a
Yok	39	68,4	10	17,5	
Kusma					
Var	8	14,0	23	40,4	0,0001^a
Yok	49	86,0	34	59,6	
Konstipasyon					
Var	23	40,4	24	42,1	1,000 ^a
Yok	34	59,6	33	57,9	
Diyare					
Var	14	24,6	24	42,1	0,031^a
Yok	43	75,4	33	57,9	
Tat almada değişiklik					
Var	12	21,1	36	63,2	0,0001^a
Yok	45	78,9	21	36,8	
Koku almada değişiklik					
Var	9	15,8	30	52,6	0,0001^a
Yok	48	84,2	27	47,4	
Çabuk doyma					
Var	18	31,6	37	64,9	0,0001^a
Yok	39	68,4	20	35,1	
Yutma güçlüğü					
Var	6	10,5	26	45,6	0,0001^a
Yok	51	89,5	31	54,4	
Ağız kuruluğu					
Var	12	21,1	32	56,1	0,0001^a
Yok	45	78,9	25	43,9	
Ağız yaraları					
Var	7	12,3	26	45,6	0,0001^a
Yok	50	87,8	31	54,4	
Ağrı					
Var	36	63,2	46	80,7	0,052 ^a
Yok	21	36,8	11	19,3	
Halsizlik					
Var	35	61,4	51	89,5	0,0001^a
Yok	22	38,6	6	10,5	
Uykusuzluk					
Var	23	40,4	41	71,9	0,0001^a
Yok	34	59,6	16	28,1	
Toplam	57	100,0	57	100,0	

^aMcNemar Test

Katılımcıların kemoterapi öncesi ve kemoterapi sonrası semptomları incelendiğinde; kemoterapi öncesi %57,9’unda iştahsızlığı yokken, %66,7’sinin kemoterapi sonrası iştahsızlığının olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) olup, bu fark istatistiksel bakımdan anlamlı olarak gözlenmiştir. Kemoterapi öncesi katılımcıların %68,4’ünün mide bulantısı yokken, %82,5’inin kemoterapi sonrası mide bulantısının olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) olup, bu fark istatistiksel bakımdan anlamlı olarak gözlenmiştir. Kemoterapi öncesi katılımcıların %78,9’unda tat almada değişiklik yokken, %63,2’sinde kemoterapi sonrası tat almada değişiklik olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) olup, bu fark istatistiksel bakımdan anlamlı olarak gözlenmiştir. Kemoterapi öncesi katılımcıların %84,2’sinde koku almada değişiklik yokken, %52,6’sında kemoterapi sonrası koku almada değişiklik olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) olup, bu fark istatistiksel bakımdan anlamlı olarak gözlenmiştir. Kemoterapi öncesi katılımcıların %31,6’sı çabuk doyduğunu ifade ederken, kemoterapi sonrası bu oran %64,9 olarak bulunmuştur ($p<0,05$) olup, bu fark istatistiksel bakımdan anlamlı olarak gözlenmiştir. Kemoterapi öncesi katılımcıların %10,5’inde yutma güçlüğü varken, kemoterapi sonrası bu oran %45,6 olarak bulunmuştur ($p<0,05$) olup, bu fark istatistiksel bakımdan anlamlı olarak gözlenmiştir.. Kemoterapi öncesi ağız kuruluğu ve ağız yaraları sırasıyla %21,1 ve %12,3 olarak bulunurken, kemoterapi sonrası bu oranlar sırasıyla %56,1 ve %45,6 olarak bulunmuştur ($p<0,05$) olup, bu fark istatistiksel bakımdan anlamlı olarak gözlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre kemoterapi öncesi ve sonrası antropometrik ölçümleri ile ilgili bulgular Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların cinsiyetlerine göre kemoterapi öncesi ve sonrası antropometrik ölçümleri

Antropometrik ölçüm	n	Kemoterapi öncesi				P ¹	Kemoterapi sonrası				P ¹	P ²
		X	SD	Alt	Üst		X	SD	Alt	Üst		
Boy (cm)												
Kadın	27	158,6	8,8	148,0	178,0	0,0001^a	158,6	8,8	148,0	178,0	0,0001^a	-
Erkek	30	171,5	6,1	161,0	186,0		171,5	6,1	161,0	186,0		-
Ağırlık (kg)												
Kadın	27	73,2	13,8	52,0	109,0	0,614 ^b	69,2	13,3	48,0	95,0	0,428 ^a	0,0001^c
Erkek	30	75,4	12,9	55,0	110,0		72,1	13,8	48,0	109,0		0,0001^d
BKI (kg/m²)												
Kadın	27	28,9	4,8	18,8	39,0	0,002^a	27,2	4,8	17,7	38,0	0,011^a	0,0001^c
Erkek	30	25,2	3,8	18,9	35,0		24,1	4,0	17,0	33,0		0,0001^c

¹Cinsiyetler arası karşılaştırma, ²Kemoterapi öncesi ve sonrası değişikliğin karşılaştırılması

^aStudent t testi, ^bMann Whitney U testi, ^cPaired sample t test; ^dWilcoxon Sum Rank test

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre antropometrik ölçümleri incelendiğinde, boy, kemoterapi öncesi BKI ve kemoterapi sonrası BKI bakımından kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p < 0,05$) olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Kadınların ortalama boy uzunluğu ($158,6 \pm 8,8$ cm) erkeklerin ortalama boy uzunluğundan ($171,5 \pm 6,1$ cm) anlamlı derecede düşükken ($P = 0,0001$), kadınların kemoterapi öncesi ve sonrası ortalama BKI düzeyleri (sırasıyla $28,9 \pm 4,8$ ve $27,2 \pm 4,8$ kg/m^2) erkeklerin kemoterapi öncesi ve sonrası ortalama BKI düzeylerinden (sırasıyla $25,2 \pm 3,8$ ve $24,1 \pm 4,0$ kg/m^2) anlamlı derecede yüksek (sırasıyla $P = 0,002$ ve $P = 0,011$) bulunmuştur. Kemoterapi öncesi ve sonrası ağırlık ortalamaları bakımından cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

($p < 0,05$) olup, istatistiksel bakımdan anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Kemoterapi sonrası kadınların ve erkeklerin ağırlıklarında ve BKI düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüş (tümü için $P = 0,0001$) olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin bir günlük besin tüketim kayıtlarından hesaplanan enerji ve makro besin öğeleri tüketim miktarları ile cinsiyete göre önerilen alım düzeyleriyle karşılaştırılması Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13'e göre, araştırmaya katılan bireylerin bir günlük besin tüketim kayıtlarından hesaplanan enerji ve makro besin öğeleri tüketim miktarları incelendiğinde, kadınların günlük ortalama $923,9 \pm 232,4$ kcal, erkeklerin ise $991,9 \pm 296,9$ kcal enerji tükettiği bulunmuştur. Enerjinin karbonhidrattan karşılanan oranı kadınlarda ortalama $\%37,8 \pm 7,2$, erkeklerde $\%39,6 \pm 9,7$ olarak bulunmuştur. Enerjinin proteinden karşılanan oranı kadınlarda ortalama $\%21,5 \pm 3,2$, erkeklerde $\%20,9 \pm 3,9$ olarak bulunmuştur. Enerjinin yağdan karşılanan oranı ise kadınlarda ortalama $\%40,6 \pm 6,9$, erkeklerde $\%39,5 \pm 8,1$ olarak bulunmuştur. Günlük posa tüketimleri incelendiğinde kadınların önerilen alım düzeyinin $\%54,8$ 'ini, erkeklerin ise $\%46,8$ 'ini karşıladığı bulunmuştur. Kadınlar ve erkekler arasında enerji, karbonhidrat, protein, yağ, doymuş yağ, tekli doymamış yağ, çoklu doymamış yağ, omega 3, omega 6, kolesterol ve posa tüketim miktarları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 13. Katılımcıların cinsiyete göre günlük enerji ve makro besin öğeleri tüketim miktarları

Enerji (kcal)	n	X	SD	Min	Max	ÖAD*	ÖAD%	P
Kadın	27	923,9	232,4	482,5	1549,3	1502	61,5	0,415 ^b
Erkek	30	991,9	296,9	508,8	1582,2	1867	53,1	
Karbonhidrat (g)								
Kadın	27	85,9	30,5	38,2	184,3	130	66,1	0,207 ^b
Erkek	30	95,4	33,0	43,7	157,9	130	73,4	
Karbonhidrat (%)								
Kadın	27	37,8	7,2	24,0	51,0	-	-	0,435 ^a
Erkek	30	39,6	9,7	24,0	71,0	-	-	
Protein (g)								
Kadın	27	48,9	14,7	22,4	80,5	79,2	61,7	0,737 ^b
Erkek	30	51,1	20,2	26,4	121,3	79,9	63,9	
Protein (%)								
Kadın	27	21,5	3,2	17,0	27,0	-	-	0,356 ^b
Erkek	30	20,9	3,9	15,0	33,0	-	-	
Yağ (g)								
Kadın	27	41,9	11,9	25,9	66,2	-	-	0,560 ^b
Erkek	30	44,5	16,5	11,5	76,1	-	-	
Yağ (%)								
Kadın	27	40,6	6,9	28,0	52,0	-	-	0,585 ^a
Erkek	30	39,5	8,1	14,0	50,0	-	-	
Doymuş Yağ (g)								
Kadın	27	17,7	4,9	12,3	31,4	-	-	0,169 ^b
Erkek	30	19,7	7,1	3,7	35,8	-	-	
Tekli Doymamış Yağ (g)								
Kadın	27	15,1	5,7	8,7	28,5	-	-	0,701 ^b
Erkek	30	15,5	6,6	3,2	29,1	-	-	
Çoklu Doymamış Yağ (g)								
Kadın	27	6,1	3,1	2,3	15,0	-	-	0,968 ^b
Erkek	30	6,3	3,9	2,1	16,6	-	-	
Omega 3 (g)								
Kadın	27	0,9	0,4	0,4	2,1	-	-	0,654 ^b
Erkek	30	0,9	0,6	0,3	3,2	-	-	
Omega 6 (g)								
Kadın	27	5,1	2,8	1,9	12,7	-	-	0,743 ^b
Erkek	30	5,1	3,4	1,5	14,7	-	-	
Kolesterol (mg)								
Kadın	27	217,5	108,3	65,8	446,4	-	-	0,515 ^a
Erkek	30	239,8	142,9	50,1	638,5	-	-	
Posa (g)								
Kadın	27	13,7	9,7	3,6	53,3	25	54,8	0,322 ^b
Erkek	30	11,7	6,9	2,5	35,8	25	46,8	

^aStudent t testi, ^bMann Whitney U testi

*TÜBER 2015, 60-69 yaş az aktif 50. Persantil kadın ve erkekler için önerilen alım düzeylerine göre hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin bir günlük besin tüketim kayıtlarından hesaplanan vitamin tüketim miktarları ile cinsiyete göre önerilen alım düzeyleriyle karşılaştırılması Tablo 14’te verilmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların cinsiyete göre günlük vitamin tüketimi

Vit. A (µg)	n	X	SD	Min	Max	ÖAD*	ÖAD%	P
Kadın	27	551,2	241,3	147,2	1199,9	650	84,8	0,898 ^b
Erkek	30	540,9	238,0	89,0	1111,9	750	72,1	
Vit. E (mg)								
Kadın	27	7,4	4,3	2,2	16,3	11	67,3	0,172 ^b
Erkek	30	6,1	4,9	0,9	25,4	13	46,9	
Vit. K (µg)								
Kadın	27	78,2	109,7	2,9	503,2	90	86,9	0,761 ^b
Erkek	30	74,1	78,3	4,0	328,7	120	61,8	
Tiamin (mg)								
Kadın	27	0,6	0,2	0,2	1,2	1,1	54,5	0,668 ^a
Erkek	30	0,5	0,2	0,3	1,2	1,2	41,7	
Riboflavin (mg)								
Kadın	27	1,1	0,3	0,7	1,9	1,1	100,0	0,589 ^a
Erkek	30	1,2	0,5	0,3	2,5	1,3	92,3	
Niasin (mg)								
Kadın	27	16,2	5,3	6,3	25,9	6,7	241,8	0,743 ^b
Erkek	30	16,5	7,2	6,5	35,2	6,7	246,3	
Pantotenik asit (mg)								
Kadın	27	2,9	0,7	1,9	4,5	5	58,0	0,634 ^a
Erkek	30	3,1	1,2	1,0	5,7	5	62,0	
Vit. B₆ (mg)								
Kadın	27	0,8	0,3	0,2	1,5	1,5	53,3	0,672 ^b
Erkek	30	0,7	0,4	0,2	1,6	1,7	41,2	
Vit. B₁₂ (µg)								
Kadın	27	3,2	1,2	1,6	5,9	4	80,0	0,576 ^b
Erkek	30	3,9	2,4	0,4	13,2	4	97,5	
Folat (µg)								
Kadın	27	217,6	82,4	91,6	435,7	330	65,9	0,632 ^b
Erkek	30	204,7	87,8	49,5	454,1	330	62,0	
Vit. C (mg)								
Kadın	27	60,2	36,2	4,51	126,75	95	63,4	0,453 ^a
Erkek	30	52,4	41,0	7,0	212,3	110	47,6	

^aStudent t testi, ^bMann Whitney U testi

*TÜBER 2015 önerilen alım düzeylerine göre hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin bir günlük besin tüketim kayıtlarından hesaplanan vitamin tüketim miktarları incelendiğinde, E vitamini, tiamin, pantotenik asit, B₆

vitamini, folat ve C vitamini tüketimleri bakımından kadınların ve erkeklerin önerilen alım düzeylerini karşılayamadığı saptanmıştır. Kadınlar ve erkekler arasında vitamin tüketim miktarları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan bireylerin bir günlük besin tüketim kayıtlarından hesaplanan mineral tüketim miktarları ile cinsiyete göre önerilen alım düzeyleriyle karşılaştırılması Tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 15. Katılımcıların cinsiyetlerine göre günlük mineral tüketimi

Sodyum (mg)	n	X	SD	Min	Max	ÖAD*	ÖAD%	P
Kadın	27	1870,9	728,8	548,1	3988,5	1300	143,9	0,785 ^a
Erkek	30	1924,7	753,2	587,0	4286,0	1300	148,1	
Potasyum (mg)								
Kadın	27	1687,0	497,3	855,9	2973,9	4700	35,9	0,599 ^a
Erkek	30	1603,7	667,4	536,0	3342,2	4700	34,1	
Kalsiyum (mg)								
Kadın	27	658,7	211,2	319,5	1206,8	950	69,3	0,586 ^a
Erkek	30	695,4	284,7	279,0	1296,6	950	73,2	
Magnezyum (mg)								
Kadın	27	176,3	62,8	70,4	295,5	300	58,8	0,480 ^a
Erkek	30	163,8	68,8	71,0	339,4	350	46,8	
Fosfor (mg)								
Kadın	27	846,9	236,5	459,3	1379,7	550	153,9	0,939 ^a
Erkek	30	841,2	313,3	382,5	1739,9	550	152,9	
Demir (mg)								
Kadın	27	6,7	3,4	2,5	15,2	11	60,9	0,943 ^b
Erkek	30	6,5	2,9	3,4	13,2	11	59,1	
Çinko (mg)								
Kadın	27	6,7	2,4	2,7	11,9	7,5	89,3	0,570 ^b
Erkek	30	7,5	3,9	2,9	24,2	9,4	79,8	
Bakır (mg)								
Kadın	27	0,8	0,4	0,3	1,9	1,3	61,5	0,526 ^a
Erkek	30	0,7	0,3	0,3	1,6	1,6	43,8	
Selenyum (µg)								
Kadın	27	8,2	7,3	0,3	34,6	70	11,7	0,497 ^b
Erkek	30	9,2	7,6	0,9	39,5	70	13,1	

^aStudent t testi, ^bMann Whitney U testi

*TÜBER 2015 önerilen alım düzeylerine göre hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin bir günlük besin tüketim kayıtlarından hesaplanan mineral tüketim miktarları incelendiğinde, potasyum, magnezyum, demir, bakır ve

selenyum tüketimleri bakımından kadınların ve erkeklerin önerilen alım düzeylerini karşılayamadığı saptanmıştır. Kadınlar ve erkekler arasında mineral tüketim miktarları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p<0,05$).



5. TARTIŞMA

GİS kanserli hastalarda kemoterapinin beslenme durumlarına olan etkilerini açıklamak amacıyla hazırlanan araştırmada GİS kanserli hastaların kemoterapi tedavisi almaları durumunda yorgunluk ve metabolik bozukluk gibi yan etkilerle karşılaştığı yönünde sonuçlar elde edilmiştir. GİS, çok sayıda organın bulunduğu, başlıca görevin sindirim olduğu sistemdir. Çiğneme, yutma, sindirim, emilim gibi pek çok işlem bu sistemde gerçekleşmektedir. Bu nedenle GİS'te yaşanan değişimlerin beslenme bozukluklarını beraberinde getirdiği yönünde sonuçlar elde edilmiştir.

Kemoterapi tedavisinde dikkat edilmesi gereken hususlar ise ilaç hazırlama, ilaç uygulama, kullanılan malzemeleri imha etme, hastaya bakım verme, personeli eğitme, ilacın etrafa dökülmesi gibi beklenmedik anlarda neler yapılacağı gibi konuları içermektedir. Bu hususlara özen gösterilmesiyle birlikte kemoterapi tedavisinde başarı olasılığının artacağı yönünde sonuçlar elde edilmiştir.

Kanser hastalarının tedavisinde yaygın biçimde kullanılan yöntemlerden biri olarak kemoterapi; hastalığın sürecini yavaşlatma, geriletme, durdurma amaçlarıyla uygulanan bir ilaç tedavi yöntemidir. Çalışmada ulaşılan sonuçlara göre kemoterapi tedavisinde bulantı, kusma, anoreksiya, oral/gastrointestinal mukozit, disfaji, diyare, konstipasyon, tat-koku değişiklikleri, kilo artışı ve kilo kaybı, halsizlik, yorgunluk gibi yan etkiler saptanmıştır.

GİS kanserli hastaların katılımıyla gerçekleştirilen araştırmada hastaların büyük çoğunluğunun GİS kanseri dışında sağlık sorunu ya da besin alerjisinin olmadığı saptanmıştır.

Baykara yapmış olduğu çalışmada, kanserin ortaya çıkmasında düzensiz beslenme, kötü beslenme, obezite gibi beslenmeye dayalı faktörlerin etkisi olduğunu gösteren sonuçlara ulaşmıştır. Kanser hastalığının ortaya çıkmasında değinilen riskler, iki çalışmanın birbirine benzer olduğu noktalar arasında yer almaktadır (30).

Şendir yapmış olduğu çalışmada, mide kanserinde beslenme konusunu araştırdığı çalışmada kanserle beslenme arasında karmaşık bir etkileşim olduğunu vurgulamıştır. Araştırmacı mide kanserinde beslenme sorunlarının yaşanmasının tedavi

sürecini olumsuz yönde etkilediğini gösteren sonuçlar elde edilmiştir. Beslenme sorunları ve kanser tedavisinin sonuçları açısından ulaşılan sonuçlar iki çalışma için de benzer görünmektedir (51).

Muhsiroğlu yapmış olduğu çalışmada, kanser hastalarında tıbbi beslenme tedavisini araştırdığı, çalışmada hastaya özgü beslenme planı yapılması gerektiğini, böylece beslenmeye dayalı yan etkilerin önüne geçileceği sonucuna ulaşılmıştır. Beslenmenin yan etkilerinin önlenmesi konusunda araştırmalarda benzer sonuçlara dikkat çekilmiştir. Buna karşın tıbbi beslenme tedavisi açısından açıklamalar getirilmesi, araştırmacının ulaştığı sonuçları özgün hale getirmiştir (35).

Saka yapmış olduğu çalışmada, beslenme ve kanser konulu incelemede kanser hastalarının büyük kısmında kilo kaybının ortaya çıktığı yönünde sonuçlar ortaya koymuştur. Kilo kaybını önlemek ve kilo kaybının kanser tedavisinin seyrine olumsuz yönde etkilerini engellemek için hastalara beslenme destek tedavisi planlaması yapılması gerektiğini belirtmiştir. Bu sonuç iki çalışma arasındaki ortak noktalardan birisi olarak görünmektedir (41).

Ünsal yapmış olduğu çalışmada, kanserde beslenmeyi değerlendirdiği çalışmada kanserli hastaların beslenmeye her zaman önem vermesi gerektiğini ifade etmiştir. Araştırmacı beslenmenin her zaman önemli olduğunu, kanser vakalarından önce düzenli ve sağlıklı beslenmenin kanser riskini düşürdüğünü gösteren sonuçlar elde etmiştir. Araştırmacıya göre çok et, yağ ve süt mamüllerini yiyen ülkelerin insanlarında meme, bağırsak kanserleri ile koroner kalp hastalıkları riski daha yüksektir. Tüm bunlar beslenme ve kanser açısından ortak konuların vurgulandığını işaret etmektedir (43).

Hopancı Bıçaklı ve Yılmaz yapmış oldukları çalışmada, kemoterapi alan hastaları yaşam biçimi ve besin tüketimi açısından araştırmıştır. Araştırmaya kanser tanısı almış 259 hasta katılmıştır. Çalışmada elde edilen sonuçlara göre kanserli hastalara sağlıklı yaşam açısından beslenme düzeni getirilmeli ve riskli tüketim alışkanlıkları önlenmelidir. Araştırmacı aynı zamanda kanser tedavisi sona erdikten sonra da hastaların beslenme yönünden düzenli takip edilmesi gerektiğini belirtmiştir. Hastaların kemoterapi sonrasındaki süreçte de beslenme açısından yakından takip edilmesi gerektiği vurgusu, çalışmaların ortak noktası olarak görünmektedir (54).

Göl ve Aşlar yapmış oldukları çalışmada, kemoterapi alan hastalarda yaşam kalitesi açısından araştırma yapmış, 130 kanser hastasını içeren bir anket uygulaması yapmıştır. Araştırmacıların elde ettiği sonuçlar kanser vakalarının hastalarda yaşam kalitesini düşürdüğü ve depresyona neden olduğunu göstermektedir. Bu da hastaların beslenme durumlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Kemoterapinin beslenmeye olan etkilerinin çoğunlukla negatif yönde seyrettiği bu çalışmada da vurgulanan bir sonuçtur (29).

Subham yapmış olduğu çalışmasında, kanser yönetiminde yenilecek yiyeceklerin ve hastalara uygun olarak düzenlenmiş diyet programlarında bulunan fizyolojik ve fonksiyonel bileşenlerin hastaların beslenmesine olumlu yönde etkiler sağladığını belirtmiştir. Diyet ve beslenmenin sağlık üzerinde önemli etkileri olduğu çeşitli çalışmalarda belirtilmiştir. Kanser hastalarının tedavisi için oluşturulmuş çeşitli diyet programlarında bulunan karotenoidlerin mide kanserlerinde olumlu yönde etki sağladığı, bağışıklık sisteminin olumlu yönde etki geliştirdiği görülmüştür. Bu bilgiler beslenme ve kanser açısından ortak konuların vurgulandığını işaret etmektedir (63).

Virizuela ve ark. yapmış oldukları çalışmada, yetersiz beslenmenin kanser hastalarının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen sık görülen tıbbi bir problem olduğunu belirtmiştir. Kanserli hastaların genellikle yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen önemli beslenme eksiklikleri mevcuttur. Hastalara kanser tanısı koyulmasından itibaren %15 ile %40 arasında kilo kaybı yaşamaktadırlar. Hastalığı ilerlemesiyle birlikte hastalardaki yetersiz beslenme durumlarında aynı oranda arttığı görülmektedir. Kanser hastalarının, hastalıklarının seyri boyunca, yetersiz beslenme durumlarını ölçümleyebilmek için, besin değerlendirmeleri ve farklı tarama araçları ile yöntemler sayesinde, beslenme risklerinin ölçülerek hastaya ek takviye besin ve sıvıların verilmesi konusunda yol gösterici olduğunu ortaya koymuşlardır. Yetersiz beslenme veya kötü beslenme sadece kanserin metabolik ve fiziksel etkileriyle değil, antikanser tedavilerinin etkilerinden de kaynaklandığı belirtilmiştir. Beslenme etkilerinin çoğunlukla kanseri negatif yönde etkilediği bu çalışma sonucunda da ortaya çıkan bir sonuçtur (64).

Marcel yapmış olduğu çalışmada, hasta bazlı tasarlanan diyet programları ile kanser kaynaklı ölümlerin bir kısmının, önlenebileceğini savunmaktadır. Kişilere özgü düzenlenecek olan diyet programlarında, çeşitli meyveler, sebzeler, yağsız proteinler

diyet listesinde yer alarak hastaya uygulanmasının, özellikle mide ve kolorektal kanser türlerinin ilerleme hızını yavaşlattığını belirtmiştir. Diğer besin öğelerine göre, daha yüksek lif ve daha düşük yağ içerikleri olan, meyve ve sebzelerin düzenli şekilde tüketilmesi, yemek borusu, mide kolorektal kanserlere karşı koruyucu olacağını da vurgulamıştır. Kişiyeye özel hazırlanmış, uygulanacak diyet programları ile yeterli kalori ve besin alımı sayesinde, kemoterapi sonrası oluşacak, iştahsızlık, yiyeceklerin tadlarını değişik algılama, algılayamama, bulantı ve karın rahatsızlıkları gibi durumların azalmasında etkili olduğuna işaret etmektedir. Kemoterapinin beslenmeye olan etkilerinin çoğunlukla negatif yönde seyrettiği bu çalışmada da vurgulanan bir sonuçtur (65).

Tian ve ark. yapmış oldukları çalışmada, beslenme durumu ile hastaların prognozu arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Yemek borusu, mide, kolon kanserli hastalarda uygulanan özel beslenme programları uygulanmıştır. Kemoterapi sonrası toksisite ve olumsuz etkileri bazı hastalarda daha şiddetli olarak gözlemlenebilmektedir. Düzenli ve dengeli beslenme, protein ve lif kaynaklı yiyeceklerin belirli bir program dahilinde tüketilmesi hastaların kemoterapi sonrası iyileşme süreçlerinde önemli rol oynadığı gözlemlenmiştir. Yemek borusu, mide, kolon ve kolorektal kanserlere yönelik geçirilen operasyon sonrası kısa vadede 1 yıl hastaların durumunda değişiklik olmamasına rağmen, bu beslenme programları sayesinde sağ kalım süreleri ve taburcu olduktan 1 yıl sonrasında, hastaların yaşam kalitelerinde belirgin bir düzelme ve iyileşme olduğu görülmüştür. Kemoterapinin beslenmeye olan etkilerinin çoğunlukla negatif yönde seyrettiği bu çalışmada da vurgulanan bir sonuçtur (66).

Steenhagen yapmış olduğu çalışmada, GİS kanserleri operasyonları öncesinde, planlanmış iyi bir beslenme programının iyileşmeye katkı sağladığını savunmaktadır. Yemek borusu cerrahisi sonrasında beslenme durumlarında progressiv bir azalma, bir düşüş söz konusu olmaktadır. Bu durumlar operasyon öncesinde öngörülerek, optimal bir beslenme durumu sağlamak için hastanın tüm beslenme durumlarını değerlendirmek gerekmektedir. Özafagus kanserinin beslenme yönetimi gayet zor olduğu için hastalara beslenme tedavisi uygulanması en önemli basamak olacaktır. Tedavi basamaklarından biri olan beslenme durumları hastaların iyileşme evrelerinde önemli bir süreç olarak görülmektedir. Beslenme programları ve diyetin kanserin gelişmesini olumsuz yönde etkilediği çalışma sonucunda da ortaya koyulmuştur (67).

Song ve ark. yapmış oldukları çalışmada, kolorektal kanserin gelişimde diyetin önemli bir rol oynadığını belirtmişlerdir. Gıda ve besinlerin tüketimi kolorektal neoplazi ile ilişki kurulmaktadır. Kalsiyum, lif, süt, tahıl ürünlerinin tüketilmesi kolorektal kansere yakalanma riskini düşürmektedir. İşlenmiş et ve et ürünlerinde, kırmızı et tüketen kişilerde kolorektal kanserin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tüketilen gıdalar ve besinlerin, kolorektal kanser öncesi ve kanser sonrası beslenme programlarına göre, kişilerin kansere yakalanma ve kanser tedavisinde iyileştirici bir rol oynama durumu bulunmaktadır. Kişiye ve kansere bağlı olarak seçilen gıdaların çoğunlukla kanseri negatif yönde etkilediği çalışma sonucunda da ortaya çıkan bir sonuçtur (68).

GİS kanserli hastalarda kemoterapi öncesinde mide bulantısı nadiren görülmekte iken kemoterapi uygulanması ile birlikte mide bulantısının hastalarda %80 oranında gözlemlendiği görülmüştür.

Dilek'in 2010 yılında yapmış olduğu bir çalışmada araştırmada kemoterapi tedavisinde ilaç kullanımına dayalı olarak kusma ve bulantı gibi yan etkilerin yoğun olduğunu gösteren sonuçlar elde etmiştir. Kemoterapi tedavisinde mide bulantısı ve kusma yan etkilerinin yaygın biçimde görüldüğünü destekleyen bu sonuç literatürle uyumludur. Kemoterapi dozunun yan etkiler üzerinde etkili olmasına paralel olarak yüksek doz tedavi alan hastaların bu sorunları daha fazla yaşadıkları belirtilmektedir (32).

Kutlutürkan ve Karataş yapmış oldukları çalışmada, bulantı ve kusmanın kemoterapinin en ciddi yan etkileri arasında yer aldığını ortaya koymuş, kemoterapinin bu yöndeki yan etkilerini önlemek için tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin geliştirildiği yönünde sonuçlara ulaşılmıştır (32).

Araştırmacılara göre kemoterapinin yan etkisiyle kanser hastalarında görülen bulantı-kusma yan etkilerinin önüne geçilmesi adına alternatif tıp yöntemlerinin kullanımı sınırlı düzeydedir. Muhsiroğlu yapmış olduğu çalışmada, kemoterapi ve bulantı-kusma yan etkilerine yönelik olarak sağlıklı ve dengeli beslenme programlarının geliştirilmesinin önemine dikkat çekmiştir. Kanser hastalarının kemoterapi esnasında bulantı ve kusma durumlarının önüne geçilebilmesi için az yağlı ve sindirimi kolay besin tüketiminin tercih edilmesi gerektiği araştırmacı tarafından vurgulanmıştır (35).

GİS kanserli hastalarda kemoterapi öncesinde iştahsızlık sorunu olmamasına rağmen kemoterapi sonrasında iştahsızlık sorunu gözlenmeye başlamıştır. Güleç ve Büyükkınacı yapmış oldukları çalışmada, kanser hastalarının psikolojik açıdan kendilerini kötü hissetmelerinin sonucunda iştah kaybı yaşadıklarını gösteren sonuçlar elde etmiştir. Araştırmacılar, uyku bozukluğu ve enerji kaybı gibi hususların da kanser tedavisi için kemoterapi tedavisi alan hastalarda iştah kaybına neden olduğunu belirtmektedir. Kanser ve iştahsızlık ilişkisini ele alan araştırmalarda bu hususlar ortak bir biçimde vurgulanmaktadır. Muhsiroğlu'nun 2017'de yapmış olduğu bir çalışmada, kanser vakasının gözlenmesi ile birlikte tedavi sürecinde besin tüketiminin olumsuz yönde seyrinin söz konusu olduğunu belirtmiştir. Kanser hastalarında iştahsızlık konusunda yapılan araştırmalarda ortak bir biçimde fiziksel yorgunluk ve psikolojik çöküntü sebebiyle hastanın iştah kaybı yaşadığını gösteren bulgular elde edilmiş görülmektedir (35).

Kanser hastalarında beslenmenin yaşam süresini uzatma, yaşam kalitesini yükseltme, hastanın tedaviye güçlü yanıt vermesini sağlama gibi etkileri olduğunu ortaya koymaktadır. Göl ve Aşilar yapmış oldukları çalışmada, kanserin hastaların yaşam kalitesini tehdit eden bir hastalık olduğunu gösteren bir araştırma yapmışlardır. Araştırmacılara göre kanserli hastalarda yaşam kalitesi tanıdan başlayarak tedavi sürecinin seyrini içerecek şekilde değerlendirilmek durumundadır. Araştırmada kanser ve yaşam kalitesi ilişkisinde anksiyete ve depresif belirtilerdeki artışla ilişkili olduğu kadar, yoğun fiziksel, duygusal, sosyal, mesleki, ekonomik zorlanmaların etkisi olduğu ifade edilmektedir. Kanser ve yaşam kalitesi açısından araştırmacıların ulaştığı bu sonuçlar, bu çalışmadan ayrılan noktaların başında gelmektedir. Araştırmacıların ulaştığı sonuçlar kanserli hastalarda yaşam kalitesini artırmak için kanser tedavisinin yanında depresyon tedavisinin de uygulanması gerektiğini ortaya koymaktadır (29).

Şenışık yapmış olduğu çalışmada, kanser ve yaşam kalitesiyle ilgili olarak beslenme ve fiziksel aktivitenin önemine dikkat çekmektedir. Araştırmada fiziksel aktivitenin kanser tedavisinin bir parçası olarak görülmesi gerektiği, fiziksel aktivitenin yeterli düzeyde önemsenmesiyle birlikte kanser hastasının yaşam kalitesinin artacağı belirtilmektedir (37).

Güleç ve Büyükkınacı yapmış oldukları çalışmada, kanser tanısının koyulmasının ardından devam eden süreçte yaşam kalitesinin yeri ve önemine

değirmiştir. Araştırmacılara göre hastaların kanser tanısı sonrası yaşam kalitesini artırabilmek için yürütülen girişimler kanser tedavisinin sonuç vermesi bakımından kritik öneme sahiptir. Kanser tedavisi sürecinde hastanın psikolojik açıdan kendisini iyi hissetmesine duyulan ihtiyacın karşılanmasında yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik girişimlerin belirleyici olduğu görülmektedir. Bu husus, literatürde farklı çalışmalarda vurgulanan ortak noktalardan birisidir (55).

GİS, çok sayıda organın bulunduğu, başlıca görevin sindirim olduğu sistemdir. Çiğneme, yutma, sindirim, emilim gibi pek çok işlem bu sistemde gerçekleşmektedir. GİS kanserli hastalarda kemoterapinin beslenme durumlarına olan etkilerini açıklamak amacıyla hazırlanan araştırmada GİS kanserli hastaların kemoterapi tedavisi almaları durumunda yorgunluk ve metabolik bozukluk gibi yan etkilerle karşılaştığı yönünde sonuçlar elde edilmiştir. Hamilton ve Aaltonen yapmış oldukları çalışmada, kanser riskinde orta yaşın yüksek riskine değirmiştir ve 30 yaş altının riskinin düşük olduğunu, 65 yaş civarındaki bireylerde riskin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. GİS kanserlerinin ortaya çıkmasında yetersiz çiğneme ve diş problemlerinin etkili olduğunu ortaya koyan Kaya vd. yapmış olduğu çalışmada, çiğneme ve diş tedavisi konusunda atılacak olan adımların GİS kanserinin tedavisi kapsamında kabul edilebileceğini ifade etmektedir (26).

Kanser hastalarının tedavisinde yaygın biçimde kullanılan yöntemlerden biri olarak kemoterapi; hastalığın sürecini yavaşlatma, geriletme, durdurma amaçlarıyla uygulanan bir ilaç tedavi yöntemidir. Çalışmada ulaşılan sonuçlara göre kemoterapi tedavisinde bulantı, kusma, anoreksiya, oral/gastrointestinal mukozit, disfaji, diyare, konstipasyon, tat-koku değişiklikleri, kilo artışı ve kilo kaybı, halsizlik, yorgunluk gibi yan etkiler gözlenmektedir. Erdoğan ve Çiçin yapmış oldukları çalışmada, kemoterapi alan hastalarda beslenme yetersizliğinin sonucunda kilo kaybının sık sık gözlediğini belirtmiştir. Bu sonucun ortaya çıkmasında kemoterapinin iştahsızlık şeklinde yan etkisinin varlığı belirleyici olmaktadır. Kilo kaybı yaşanmasının yaşam kalitesinin düşmesine neden olduğunun vurgulandığı çalışmada literatürdeki çalışmalarla benzer sonuçlar elde edilmiş görünmektedir (53).

Chan ve İsmail yapmış oldukları çalışmada, kemoterapinin yan etkilerine yönelik olarak GİS sisteminin bozulması, saç dökülmesi, yorgunluk ve cilt hastalıklarının varlığına dikkat çekmektedir. Bu yan etkiler, pek çok farklı araştırmada

değinilen yan etkiler olmakla birlikte tedavi sürecinin tamamında dikkate alınmalıdır. Araştırmacıların vurguladığı noktalardan bir tanesi de kemoterapi tedavisi boyunca hastalara psikolojik açıdan destek sağlanması gerektiğidir. Böylece araştırmada literatürde değinilen benzer hususlara değinilmiş ve uyumlu sonuçlar elde edilmiştir değerlendirmesi yapılabilir (36).

Baykara yapmış olduğu çalışmada, kemoterapi tedavisinin kusma, sa kaybı, halsizlik, iştahsızlık gibi yan etkileri olduğunu belirtmiş, bu yan etkilerin hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini gösteren sonuçlar elde edilmiştir. Kemoterapinin yan etkileri konusunda literatürde çoğunlukla benzer, uyumlu sonuçların elde edildiği görülmektedir (30).

Olgun ve Şimşek yapmış oldukları çalışmada, kemoterapi tedavisiyle ilgili farklı olarak hemşirelerin tedavi sürecindeki hazırlıklarının yeri ve önemini ortaya koymuştur. Araştırmacılara göre kemoterapi tedavisinde olumlu bir sonuç elde edilmesi için hemşirelerin sorumluluklarını eksiksiz bir biçimde yerine getirmesi oldukça önemlidir (31).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada ulaşılan sonuçlar kanser hastalarında beslenmenin yaşam süresini uzatma, yaşam kalitesini yükseltme, hastanın tedaviye güçlü yanıt vermesini sağlama gibi etkileri olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle kanser tanısı koyulan hastaların beslenme durumları açısından ayrıntılı bir biçimde değerlendirilmesi gerektiği yönünde sonuçlar vurgulanmaktadır.

Katılımcıların ailesinde GİS kanser tanısı olma durumu ile tanı öncesi GİS rahatsızlığı durumu açısından birbirine yakın sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Yani hastaların yaklaşık yarısında ailede GİS tanısı ve tanı öncesi GİS rahatsızlığı vardır.

Hastaların GİS tanısı öncesinde ve sonrasında beslenme alışkanlıkları açısından yapılan değerlendirmede tanıdan önce hastaların yaklaşık yarısı öğün atlamazken tanı sonrası bu oran azalmıştır. GİS kanseri tanısından önce en çok atlanan öğün öğle yemeği iken GİS tanısı sonrasında sabah öğünü daha çok atlanmaktadır. Hastalar tanı sonrasında hazır gıda tüketmemeye özen göstermektedir. GİS kanseri tanısı öncesinde düşük oranda beslenme sorunu yaşandığı görülmekle birlikte GİS kanseri tanısının sonrasında bu oranın artış gösterdiği tespit edilmiştir. Bu da GİS kanserinin hastalarda beslenme alışkanlıklarını değiştirdiğini göstermektedir.

Beslenme sorunu ve öğün atlama açısından GİS kanserli hastaların incelenmesi ile birlikte hastaların canları istemediği için öğün atladıkları yönünde sonuçlar elde edilmiştir. Hastalar beslenme konusunda ise iştahsızlık ve bulantı sorunları ile karşı karşıya kalmaktadır. Katılımcıların verdiği yanıtlara göre kısıtlı da olsa mide ağrısı, yutma güçlüğü ve ağız sorunları gibi beslenme sorunlarının olduğu belirlenmiştir.

GİS kanseri tanısı sonrasında süt, yoğurt, peynir tüketiminde değişiklik olmadığı yönünde sonuçlara ulaşılmıştır. Buna karşın hastaların kırmızı et, beyaz et, yumurta ve şarküteri ürünleri tüketiminin azaldığı görülmüştür. Hastalarda sebze tüketiminin değişmemesine rağmen çay-kahve, ekmek ve baklagil tüketiminin azalma gösterdiği yönünde sonuçlar ortaya çıkmıştır.

Çalışmada elde edilen sonuçlara göre, Kemoterapi gören hastaların yaklaşık yarısında kemoterapi sonrasında öğün değişikliği olduğu anlaşılmıştır.

Çalışmada elde edilen sonuçlara göre GİS kanserli hastalarda kemoterapi öncesinde iştahsızlık sorunu olmamasına rağmen kemoterapi sonrasında iştahsızlık sorunu gözlenmeye başlamıştır.

GİS kanserli hastalarda kemoterapi öncesinde mide bulantısı nadiren görülmekte iken kemoterapi uygulanması ile birlikte mide bulantısının hastalarda %80 oranında gözleendiği yönünde sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonuç, kemoterapinin yan etkileriyle uyumlu bir sonuç olarak görünmektedir. Ulaşılan sonuçlara göre hastaların kemoterapi sonrasında daha çabuk doymaya başladıkları tespit edilmiştir. Yine GİS kanserli hastalarda kemoterapi sonrasında yutma güçlüklerinin artış gösterdiği görülmüştür. Ayrıca kemoterapi ile birlikte hastalarda koku alma hissinde değişiklikler meydana geldiği ortaya koyulmuştur.

Hastalarda antropometrik ölçüm verilerine göre beden kütle indeksi cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Kadınların ortalama boy uzunluğu erkeklerin ortalama boy uzunluğundan anlamlı derecede düşükken, kadınların kemoterapi öncesi ve sonrası ortalama beden kütle indeksi düzeyleri erkeklerin kemoterapi öncesi ve sonrası ortalama beden kütle indeksi düzeylerinden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Araştırma sonucunda hastaların günlük enerji ve makro besin öğeleri tüketim miktarlarının kemoterapi öncesi ve sonrasında farklılık göstermediği yönünde sonuçlar elde edilmiştir. GİS kanserli hastalarda vitamin ve mineral tüketim miktarlarının kadın ve erkekler açısından benzer düzeyde olduğu (istatistiki açıdan anlamlı farklılıklar içermediği) çalışmada ulaşılan sonuçlardan birisidir.

GİS kanserli hastalarda kemoterapi tedavisinin etkilerine yönelik yapılan araştırmada hastaların kemoterapi almaya başlaması ile birlikte beslenme alışkanlıklarının değiştiği yönünde sonuçlar ortaya çıkmıştır. GİS kanserli hastalarda kemoterapi ile birlikte bulantı, iştahsızlık, mide ağrısı, yutma güçlüğü, ağız sorunları gibi beslenme sorunlarının gözleendiği sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmada ulaşılan sonuçlar dikkate alınarak kanser tanısı ile birlikte hastaların beslenme durumları düzenli bir şekilde takip edilmesi önerilebilir.

Hastalara kemoterapi uygulanmasıyla birlikte hastaların beslenme durumlarının yakından izlenmesi önerilebilir. Kanser hastalarının beslenmede risk durumu ayrıntılı

bir biçimde takip edilmelidir. Kemoterapi uygulaması esnasında hastalara beslenme, doktor, diyetisyen ve hemşire desteği ile sağlanır.

Uygulama esnasında 24 saatlik besin tüketim kaydı alınmıştır ama hastanın cinsiyetine ve farklı saat aralıklarına göre düzenleme yapılması önerilir. Daha fazla kanserli hastanın katılımının sağlandığı bir şekilde uygulama yapmaları önerilebilir.



KAYNAKÇA

1. Topçuoğlu P, "Gastrointestinal sistem toksisitesi", Türk Hematoloji Derneği - Hematolojide Destek Tedavileri Ve İnfeksiyonlar Kursu, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı, Ankara, 2007.
2. Castelguione EL, Granata V, Carbone R, Iacobellis F, Setola SV, Petrillo A. "Gastrointestinal tumors", *Geriactr Imaging*, 2013; 817-851.
3. Alacalı M. "Mide kanseri, mide kanseri taramaları ve mide kanserinden korunma", *Ankara Medical Journal*, 2012, 12 (4); 195-198.
4. Colvin HS, Nishida N, Koseki J, Konno M, Kawamoto K, Tsunekuni K, Doki Y, Mori M, Ishil H. "Cancer stem cells of the digestive system", *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 2014, 44 (12); 1141-1149.
5. Göral V. "Mide kanserinde eytopatogenez", *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 2015, 19 (1); 48-56.
6. Herszenyi L, Tulassay Z. "Epidemiology of gastrointestinal and liver tumors", *Eurepoan Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 2010, 14; 249-258.
7. Uğur VI, Özdamar N, Kara ŞP, Küçükplakçı B, Özgen A, Sanrı E, Demirkasımoğlu T, Elgin Y, Mısırlıoğlu C, Yapıcı T. "Kolon kanseri", *Acto Oncologica Turcica*, 2008, 41; 62-64.
8. Özdemir Y, Sücüllü İ, Filiz Aİ, Yücel E, Karagöz B, Ersöz N, Demirbaş S, Akın ML. "Genç hastalarda kolokteral kanserlerin klinik ve patolojik özelliklerinin değerlendirilmesi", *Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi*, 2009, 19; 168-171.
9. Debbarma A, Bhaumik A, Chowdhury B, Chakraborty P, Ghatak S, Sarkar SR. "Prevelance of gastro intestinal tract cancer cases among population of tripura", *Journal of Pharmacy*, 2017, 7 (12); 20-23.
10. Sitarz R, Skierucha M, Mielko J, Offerhaus GJ, Maciejewski R, Polkowski WP. "Gastric cancer", *Cancer Management and Research*, 2018, 10; 239-248.
11. Cim N, Karaman E, Toktaş O, Güneş G, Elçi E, Andıç E, Ege S, Yıldızhan R. "Management of gastric cancer with liver metastasis in a prgegnant woman", *Eastern Journal of Medicine*, 2017, 22 (4); 204-207.

12. https://www.sirtex.com/media/163633/liver-and-liver-tumours_tr.pdf, Erişim tarihi: 20.04.2019.
13. Salman B, Ege B, Akyürek N, Tatlıcıoğlu E. “Pankreas kanserlerinde rezektabilitenin belirlenmesi ve evreleme laparoskopinin yeri”, *Göztepe Tıp Dergisi*, 2005, 20; 173-177.
14. Perek S. “Pankreas kanseri”, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 2002, 28; 215-230.
15. Meteroğlu F. “Özefagus kanserleri (yemek borusu kanserleri)”, <https://www.dicle.edu.tr/Contents/75766352-90e0-4601-9554-8edab40f3667.pdf>, Erişim tarihi: 21.04.2019.
16. Özçelik MF. “Özofagus kanseri: tanı ve cerrahi tedavi”, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 2001, 241-251.
17. Dobrucalı A. “İnce bağırsakların malign tümörleri”, <http://194.27.141.99/dosya-depo/ders-notlari/ahmet-dobrucali/ince-barsak-tumorleri.pdf>, Erişim tarihi: 21.04.2019.
18. Işık Ö, Öztürk E. “Rektal kanser tedavisinde uygulama ilkeleri”, *Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi*, 2014, 24; 50-69.
19. Yiğitbaşı R. “Safra kesesi kanserleri”, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 2002, 28; 195-204.
20. Eser E. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 2012, Manisa.
21. Özkan M, Akın S. “Kanserli hastalarda yorgunluğun fonksiyonel yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi”, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2017, 25 (3); 177-192.
22. Irmak MK, Bilgin MG, Sızlan A. “Hasta gözüyle kanser”, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2008, 7 (2); 167-172.
23. Satan H, *Kemoterapi alan hastaların fonksiyonel durumu ve kemoterapinin yaşam kalitesine etkisi*, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2017.
24. Demir Göl N, *Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Depresyon Ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi*, Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek lisans Tezi, Erzincan, 2014.

25. Birben B, Özkan E, Zülfikaroğlu B, Soydal Ç, Tez M, Küçük NÖ. “Gastro intestinal sistem kanserlerinde lenf nodu biyopsisi”, Nükleer Tıp Seminerleri, 2017, 3; 129-139.
26. Hamilton SR, Aaltonen LA. “Pathrology and genetics of tumors of the digestive system”, World Healt Organization Classification of Tumors, Lyon, 2000.
27. Kaya C, Demir U, Atun T, Bostancı Ö, Arısoy M, Okul Ş, Işıl G, Mihmanlı M. “Gastrointestinal sistem fitobezorları”, *Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni*, 2011, 45 (2); 39-43.
28. De Vita VT, Chu E. “A history of cancer chemotherapy”, American Association for Cancer, 2008, 68; 8643-8653.
29. Göl ND, Aşilar RH. “Kemoterapi alan kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesinin belirlenmesi”, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 6 (1); 29-39.
30. Baykara O. “Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar”, *Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 5 (3); 154-165.
31. Olgun N, Şimşek H. “Kemoterapi hazırlayan ve uygulayan hemşirelerin güvenlik önlemlerini kullanma durumlar ve önlem almalarını etkileyen faktörler”, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2010, 13-23.
32. Dilek İ. “Kemoterapide toksisite değerlendirmesi”, Ulusal Hematoloji Kongresi, 2010, 36; 63-70.
33. Yavaş Ö. “Onkoloji hastalarında oral komplikasyonlar ve dental yaklaşım”, *Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 2005, 29 (4); 58-67.
34. Miolo G, La Mura N, Nigri P, Murrone A, Da Ronch L, Viel E, Veronesi A, Lestuzzi C. “The cardiotoxicity of chemotherapy”, *Radiol Oncol*, 2006, 40 (3); 149-161.
35. Muhsiroğlu Ö. “Kanser hastalarında tıbbi beslenme tedavisi”, *Gülhane Tıp Dergisi*, 2017, 59; 79-88.
36. Chan HK, İsmail S. “Side effects of chemotherapy among career patients in a Malaysian general hospital”, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2014, 15; 5305-5309.
37. Şenışık S. “Kanser ve egzersiz”, *Spor Hekimliği Dergisi*, 2014, 49; 99-110.

38. Büyük ET, Güdek E, Güney Z, Yıldırım S, Akkoca S. “Pediatrik onkoloji birimlerinde çalışan hemşirelerin kemoterapi ilaçları ile ilgili deneyimledikleri ilaç uygulama hataları”, *The Journal of Pediatric Research*, 2014, 1 (4); 207-211.
39. Kutlutürkan S, Karataş T. “Kemoterapiye bağlı kusmada tamamlayıcı tıp”, *Bozok Tıp Dergisi*, 2014, 4 (3); 63-65.
40. Aydın A. “Kanser ve beslenme”, http://www.turkkanserderneği.org/img/_192571552018_.pdf, Erişim tarihi: 01.07.2019.
41. Saka B. “Beslenme ve kanser”, Ulusal Hematoloji Kongresi, 2011, 37: 82-85.
42. Arı M, Ögüt S, Döğner FK. “Kanserin önlenmesinde antioksidanların rolü”, *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2017, 1 (2); 67-74.
43. Ünsal A. “Kanserde beslenme”, *Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018, 2 (1); 8-15.
44. Çevik BA, Pirinççi E. “Beslenme ve kanser”, *Fırat Tıp Dergisi*, 2017, 22 (1); 1-7.
45. Kömürcü Ş. “Baş ve boyun kanserli hastalarda beslenme problemi”, *KBB ve BBC Dergisi*, 2004, 12 (2); 101-108.
46. Yıldız Ö, Demir G. “Kanser ve beslenme”, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 2004, 41; 45-57.
47. Sullivan E S, Bhuachalla E N, Cushen S, Power D G, Ryan A M, Daly L, “Malnutrition and body composition predict poor quality of life and reduced survival in ambulatory oncology patients receiving chemotherapy: a cross sectional study of 1015 patients”, *Proceedings of the Nutrition Society*, 2018, pp 77.
48. Lee C J L, Leong P L, Lim L S, “Nutrition intervention approaches to reduce malnutrition in oncology patients: a systematic review”, January 2016, Volume 24, Issue 1, pp 469–480.
49. Zaid Z A, Jackson K, Cobiac L, Kandiah M, “Relationship between Quality of Life and Nutritional Status in Colorectal Cancer Patients Undergoing Chemotherapy”, *Mal J Nutr*, 201723(3): 375 – 384.
50. Peñas R, Majem M, Perez A J, Virizuela J A, Cancer E, Diz P, Donnay O, Hurtado A, Jimenez F P, Ocon M, J, “SEOM clinical guidelines on nutrition in cancer patients (2018)”, *Clinical and Translational Oncology*, 2019, 21:87–93.

51. Şendir M. "Mide kanserinde beslenme", *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 9 (2); 76-84.
52. Yılmaz B, Erdem D, Kemal Y. "Kanser hastalarında beslenme", *İç Hastalıkları Dergisi*, 2011, 18; 133-143.
53. Erdoğan B, Çiçin İ. "Kanser hastasında beslenme", *Klinik Gelişim Dergisi*, 2011, 24; 25-29.
54. Hopancı Bıçaklı D, Yılmaz M. "Kemoterapi alan onkoloji hastalarında yaşam biçimi davranışları, besin tüketim sıklıkları ve riskli beslenme alışkanlıkları", *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 2018, 46 (3); 230-239.
55. Güleç G, Büyükkınacı A. "Kanser ve psikiyatrik bozukluklar", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 2011, 3 (2); 343-367.
56. Gürler MY, Demir G, Moueminoglou F, Apaydın S, Lüy N. "Kanser hastalarında kemoterapinin c reaktif protein düzeyine ve yaşam kalitesine olan etkileri", *Türk Onkoloji Dergisi*, 2014, 29 (1); 1-10.
57. Jones L, Watling R, M, Wilkins S, Pizer B, "Nutritional support in children and young people with cancer undergoing chemotherapy", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 24 August 2015, page. 28-35.
58. Bilgin AU. "Kanserle ilişkili halsizlik ve fiziksel egzersiz", *Genel Tıp Dergisi*, 2014, 24; 38-44.
59. Aslam MS, Naveed S, Ahmed A, Abbas Z, Gull I, Athar MA. "Side effects of chemotherapy in cancer patients evaluation of patients opinion about starvation based differential chemotherapy", *Journal of Cancer Therapy*, 2014, 5; 817-822.
60. Kiss N, "Nutrition support and dietary interventions for patients with lung cancer: current insights", *Lung Cancer: Targets and Therapy*, 2016;7 1-9.
61. Miyataa H, Yanob M, Yasuda T, Hamanoa R, Yamasakia M, Hou E, Motoori M, Shiraishi O, Tanaka K, Moria M, Dokia Y, "Randomized study of clinical effect of enteral nutrition support during neoadjuvant chemotherapy on chemotherapy-related toxicity in patients with esophageal cancer", *Clinical Nutrition*, Volume 31, Issue 3, June 2012, Pages: 330-336.
62. A Federico, P Iodice, P Federico, A Del Rio, MC Mellone, G Catalano & P Federico, "Effects of selenium and zinc supplementation on nutritional status in patients with cancer of digestive tract", *European Journal of Clinical Nutrition*, 200, volume 55, pages 293-297.

63. Subham G, Banerjee D P, Kumar A, “Dietary-induced cancer prevention: An expanding research arena of emerging diet related to healthcare system”, *Journal of Advanced Pharmaceutical Technology & Research*, Jan-Mar 2012, Vol 3, Issue 1.
64. Virizuela J A, Camblor M, lvarez A', L. Pe' rez M L, Grande E, lvarez J, Herna' ndez A', Sendro's M, Madron' o J, Jime' nez P, Fonseca M, Cervera P, Oco' n- Breto' n M J, “Nutritional support and parenteral nutrition in cancer patients: an expert consensus report”, *Clin Transl Oncol, Federacio' n de Sociedades Espan' olas de Oncologi' a* (FESEO), 2017, s.2.
65. Marcel C, “Cancer Patients: Malnutrition and Interventions, Evidence-based Care Sheet, Published by Cinahl Information Systems ”, *Nursing Executive Practice Council*, Glendale Adventist Medical Center, Glendale, California, 2012, s. 21.
66. Tian J, Chen Z C, Hang L F, “The Effects of Nutrition Status of Patients With Digestive System Cancers on Prognosis of the Disease, Cancer Nursing ”, *Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins*, 2008, Vol. 31, No. 6, Page: 462.
67. Steenhagen E, “Preoperative nutritional optimization of esophageal cancer patients, *Journal of Thoracic Disease*”, 2019;11(Suppl 5), Page: 645-653.
68. Song M, Garrett W S, Chan A T, “Nutrients, Foods, and Colorectal Cancer Prevention”, *Gastroenterology*, May 2015, 148(6): 1244–1260.

EKLER

EK 1. Araştırma İzin Formu



Gaziosmanpaşa

07./03/2019

Sayı: 2019/ 251

İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ GAZİOSMANPAŞA ŞUBESİ BAŞHEKİMLİĞİ'ne

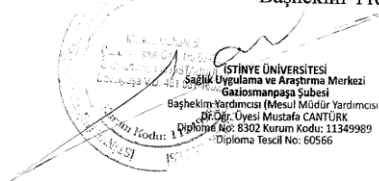
Öğrencisi olduğum İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik bölümü 'Tezli Yüksek Lisans' programı kapsamında '*Kemoterapinin GIS Kanserli Hastaların Beslenme Durumlarına Etkisi*' isimli tez çalışmamı halen çalışmakta olduğum İstinye Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Gaziosmanpaşa Şubesi Onkoloji servisine başvuran hastalar ile birlikte gerçekleştirmek istiyorum. İnvaziv olmayan bu tez çalışmasında hastalara sosyo-demografik veri formu, beslenme/aktivite alışkanlıkları anketi uygulanacak ve antropometrik ölçümler yapılacaktır.

Anket formu ek'de yer almaktadır.

Tez çalışmamın kurumunuzda uygulanması için sorumlu birim açısından bir sakıncası bulunup bulunmadığının tarafınızca değerlendirilip gerekli olan Etik Kurul onay isteği için gereğinin yapılmasını arz ederim.

Diyetisyen Sedef AKSU
İstinye Üniversitesi
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Gaziosmanpaşa Şubesi

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa CANTÜRK
Başhekim Yrd.



EK 2. Anket Formu

KEMOTERAPİNİN GASTRO İNTESTİNAL SİSTEM (GİS) KANSERLİ HASTALARIN BESLENME DURUMLARINA ETKİSİ

Anket No:

Tarih:...../...../.....

Adı-Soyadı:

Tanı:

I.Genel Bilgiler

1. Yaş:

2. Cinsiyet:

1-Erkek

2-Kadın

3. Eğitim Durumu:

1-Okur yazar değil

2-Okur yazar

3- İlkokul

4- Ortaokul

5- Lise

6-Yüksekokul

4. Çalışma durumu:

1-Çalışıyor

2- Çalışmıyor

5. Medeni Durum:

1-Evli

2-Bekar

6. Hekim tarafından tanısı konmuş kanser dışında tanısı konulmuş sağlık sorununuz var mı?

1-Evet

2-Hayır

7. Allerjinizin veya intoleransınızın olduğu herhangi bir besin var mı?

1-Evet

2-Hayır

8. Düzenli olarak kullandığınız herhangi bir ilaç var mı? (*Tedavide olmasına rağmen hasta tercihi)

1-Evet

2-Hayır

9. Düzenli olarak kullandığınız herhangi bir besin desteği (vitamin, mineral vb) var mı?

1-Evet

2-Hayır

10. Sigara içme durumunuz nedir?

1-Evet 2-Bazen 3-Bıraktım 4-Hiç içmedim

11. Alkol kullanma durumunuz nedir?

1-Evet 2-Bazen 3-Bıraktım 4-Hiç içmedim,

12. Ne zaman GİS kanser tanısı aldınız?(ay)

13. Kanser türünüz nedir?

1-Özefagus 2- Mide 3-İnce bağırsak 4-Kalın bağırsak

5-Rektum 6-Karaciğer 7-Safra kesesi 8-Pankreas

14. Ailenizde GİS kanseri tanısı almış başka birisi var mı?

1-Evet 2-Hayır

15. Tanı konmadan önce GİS ile ilişkili herhangi bir hastalığınız var mıydı?

1-Evet 2-Hayır

16. Cevabınız evet ise ne kadar süredir GİS rahatsızlığınız vardı?..... (yıl)

II. Beslenme Alışkanlıkları

17. Sağlıklı beslenmeye dikkat eder misiniz?

1-Evet 2-Hayır

18. Genellikle günde kaç öğün yemek yersiniz/yerdiniz?

Tanı almadan önce: Ana öğün Ara öğün

Tanı aldıktan sonra: Ana öğün Ara öğün

19. Öğün atlar mısınız/mıydınız?

Tanı almadan önce: 1-Evet 2-Hayır 3-Bazen

Tanı aldıktan sonra: 1-Evet 2-Hayır 3-Bazen

20. Cevabınız “evet” veya “bazen” ise genellikle hangi öğünü atlarsınız/atladınız?

Tanı almadan önce: 1-Sabah 2-Öğle 3-Akşam

Tanı aldıktan sonra: 1-Sabah 2-Öğle 3-Akşam

21. Öğün atlama nedeniniz?

1-Zaman yetersizliği

2-Canı istemiyor

3-İştahsız

4-Geç kalıyor

5-Hazırlanmadığı için

6-Kilo almak istemiyor

7-Alışkanlığı yok

8- Diğer.....

22. Paketli/Hazır gıdalar tüketir miydiniz / tüketir misiniz/?

Tanı almadan önce: 1-Evet 2-Hayır 3-Bazen

Tanı aldıktan sonra: 1-Evet 2-Hayır 3-Bazen

23. Diş ve ağız sağlığı probleminiz var mıydı/var mı?

Tanı almadan önce: 1-Evet 2-Hayır 3-Bazen

Tanı aldıktan sonra: 1-Evet 2-Hayır 3-Bazen

24. Beslenmenizle ilgili sorun yaşadınız mı / yaşıyor musunuz?

Tanı almadan önce: 1-Evet 2-Hayır 3-Bazen

Tanı aldıktan sonra: 1-Evet 2-Hayır 3-Bazen

25. Cevabınız evet ise hangi nedenlerden dolayı sorun yaşıyorsunuz?

26. Kemoterapi süresince aşağıdaki besinlerin tüketimini artırdınız mı, azalttınız mı ya da değişiklik yapmadınız mı?

Besinler	Arttı	Azaldı	Değişmedi	Tüketmiyordum
Süt	1	2	3	4
Yoğurt	1	2	3	4
Peynir	1	2	3	4
Kırmızı et	1	2	3	4
Şarküteri ürünleri (salam, sucuk vb.)	1	2	3	4
Tavuk eti	1	2	3	4
Hindi eti	1	2	3	4
Balık eti	1	2	3	4
Sakatatlar	1	2	3	4
Yumurta	1	2	3	4
Sebze	1	2	3	4
Meyve	1	2	3	4
Ekmek ve tahıl grubu	1	2	3	4
Kurubaklagiller	1	2	3	4
Yağlı tohumlar	1	2	3	4
Şeker ve şekerli besinler	1	2	3	4
Çay- kahve	1	2	3	4
Gazlı içecek	1	2	3	4
Alkol	1	2	3	4

27. Daha önceden tolere ettiğiniz, severek tükettiğiniz; ancak kemoterapisırasında tüketmekte zorlandığınız besin/besinler oldu mu? Varsa hangileri?

1-Evet/bazen (.....) 2- Hayır

28. Kemoterapi sırasında günlük tükettiğiniz ana öğün ve ara öğün sayısında değişiklik oldu mu?

Kemoterapi sırasında: 1-Değişmedi 2-Arttı 3-Azaldı

Kemoterapi sonunda: 1-Değişmedi 2-Arttı 3-Azaldı

29. Önceden tüketemediğiniz ama şuna da tüketebildiğiniz herhangi bir besin var mı?

1-Evet 2-Hayır

III: Semptom Takibi

Semptomlar	Kemoterapiye Başlamadan Önce		Kemoterapi Sırası Ve Sonrası	
	VAR	YOK	VAR	YOK
İştahsızlık				
Mide Bulantısı				
Kusma				
Kabızlık				
İshal				
Tat almada değişiklik				
Koku almada değişiklik				
Çabuk doyma				
Yutma güçlüğü				
Ağız kuruluğu				
Ağız yaraları				
Ağrı				
Halsizlik				
Uykusuzluk				

IV: Antropometrik Ölçümler

Ölçüm	Kemoterapiye Başlamadan Önce	Kemoterapi Sırası Ve Sonrası
Vücut Ağırlığı (kg)		
Boy Uzunluğu (cm)		
BKİ (kg/m ²)		



Adı Soyadı:

Yaş:

Cinsiyet:

Tarih:

24 SAATLİK BESİN TÜKETİM KAYIT FORMU

ÖĞÜNLER	BESİNLER	İÇİNDEKİLER	EV ÖLÇÜSÜ	NET MİKTAR
KAHVALTI				
KUŞLUK				
ÖĞLE				
İKİNDİ				
AKŞAM				
GECE				

EK 3. Etik Kurul Onayı

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 27.03.2019

Toplantı Sayısı: 105

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye) (Katılmadı)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye) (Katılmadı)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye) (Katılmadı)
Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Erdiñe Ünal	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özyayın	(Üye)


Okan Üniversitesi Etik Kurulu 27.03.2019 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda:

Karar 16. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Beslenme ve Diyetetik bölümünden Sedef AKSU'nun "Kemoterapinin Gastro İntestinal Sistem (GIS) Kanserli Hastaların Beslenme Durumlarına Etkisi" başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)

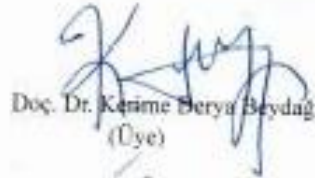


Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan
(Üye)

Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye) (Katılmadı)

Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye) (Katılmadı)


Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye) (Katılmadı)



Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Erdiñe Ünal
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Nermin Bölükbaşı
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özyayın
(Üye)

EK 4. Onam Formu

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sizi Dr. Öğr. Üyesi Burcu YEŞİLKAYA danışmanlığında Diyetisyen Sedef Aksu tarafından yürütülen “Kemoterapinin GİS kanserli hastaların beslenme durumlarına etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı Kemoterapi alan hastaların beslenme durumlarının incelenmesi’ dir. Araştırmada sizden tahminen 15 dakika kadar süre ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle vermenizdir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahibsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya dyt.sedefaksu@gmail.com e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Sedef Aksu
İmzası:
İletişim Bilgileri: e-posta:
dyt.sedefaksu@gmail.com

Katılımcının

Adı-Soyadı:.....
İmzası:
İletişim Bilgileri: e-posta:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı:	SEDEF	Soyadı:	AKSU
Doğum Yeri:	Silifke/MERSİN	Doğum Tarihi:	27.03.1991
Uyruğu:	T.C.	Tel:	
E-Mail:	dyt.sedefaksu@gmail.com		

Eğitim bilgileri

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Lise:	Silifke Lisesi	2008-2009
Lisans:	Yakın Doğu Üniversitesi	2016

İş bilgileri

Görevi	Kurum	Süre (Yıl – Yıl)
Diyetisyen	İstinye Üniversitesi Medicalpark Hastanesi / Gaziosmanpaşa	2 MAYIS 2018 (HALEN)

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	KPDS/ÜDS/ YDS Puanı	Diğer Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi	-	-

Çok iyi, iyi, orta ve zayıf olarak değerlendiriniz.