

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Hamdi Nezh DAĞDEVİREN

KOLOREKTAL KANSER HASTALARININ
TANI ALMADAN ÖNCEKİ
BESLENME ALIŞKANLIKLARININ İNCELENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Dyt. Bita MOTAMEDİAN

EDİRNE – 2017

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN

KOLOREKTAL KANSER HASTALARININ
TANI ALMADAN ÖNCEKİ
BESLENME ALIŞKANLIKLARININ İNCELENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Dyt. Bita MOTAMEDİAN

Destekleyen Kurum:

Tez No:

EDİRNE – 2017

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

O N A Y

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde ve Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN'nin danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Bitir MOTAMEDIAN tarafından tez başlığı **“Kolonorektal Kanser Hastalarının Tam Almadan Önceki Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi”** olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı/..../2017 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **“Yüksek Lisans Tezi”** olarak kabul edilmiştir.

	İmza	
	Unvanı Adı Soyadı	
	JÜRİ BAŞKANI	
İmza		İmza
Unvanı Adı Soyadı		Unvanı Adı Soyadı
ÜYE		ÜYE
İmza		İmza
Unvanı Adı Soyadı		Unvanı Adı Soyadı
ÜYE		ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü



TEŐEKKÖR

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı'nda gerçekleŐtirdiĐim yÖksek lisans eğitimim sÜresince bana emek veren ve beni yÖnlendiren ve tez çalıŐmamda çok değerli katkıları olan tez danıŐmanım Sayın Prof. Dr. Hamdi Neziğ DAĞDEVİREN baŐta olmak Üzere ve benden desteğini hiçbir zaman esirgemeyen aileme teŐekkÖr ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	4
KOLONUN ANATOMİSİ	4
KOLONUN FİZYOLOJİSİ	5
KOLOREKTAL KANSER EPİDEMİYOLOJİSİ	6
KOLOREKTAL KANSER ETİYOLOJİSİ	7
KOLOREKTAL KANSER TARAMASI	12
KOLOREKTAL KANSER BELİRTİLERİ	13
KOLOREKTAL KANSER TANISI	14
KOLOREKTAL KANSERDE EVRELEME	15
KOLOREKTAL KANSER TEDAVİSİ	15
KOLOREKTAL KANSERLERİN PSİKOLOJİK YÖNÜ	16
GEREÇ VE YÖNTEMLER	18
BULGULAR	20
TARTIŞMA	49
SONUÇLAR	59
ÖZET	62
SUMMARY	64
KAYNAKLAR	66
TABLoların LİSTESİ	77
ÖZGEÇMİŞ	78
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

IARC	:	International Cancer Research Institute
KRK	:	Kolo Rektal Kanser
HNPCC	:	Hereditör Non Polipoid Colorectal Cancer
FAP	:	Familyal Adenomatöz Polipozis
APC	:	Adenomatous Polyposis Coli
IBD	:	Inflammatory Bowel Disease
NOC	:	N-nitroso compounds
ABD	:	Amerikan Birleşik Devleti
DNA	:	Deoksiribo Nükleik Asit
BKİ	:	Beden Kitle İndeksi
SPSS	:	Statistical package for the social sciences

GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser tüm dünyada mortalite ve morbiditenin önde gelen nedenlerinden biridir. Kanser yüzyılım başlarında ölüme sebep olan hastalıklar sıralamasında yedinci sırada iken, bugün Türkiye dâhil birçok ülkede, ölüm nedeni olarak kalp ve damar hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (1).

Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu (IARC) 2014 yılı uluslararası verileri; 7,427,000 erkekte, 6,663,000 kadında olmak üzere toplam 14,1 milyon yeni kanser vakası olduğunu ve 8.2 milyon kanser vakası ölüme sonuçlandığını göstermektedir. 2025 yılına kadar 19,3 milyon yeni kanser vakası ve 11,4 milyon kanser ölümü gerçekleşeceği tahmin edilmektedir. Akciğer, prostat, meme ve kolorektal kanser (KRK) insidans yönünden en yaygın kanser türleri olup dünya genelinde KRK insidansı her yıl 1 milyonun üzerinde yeni vaka ile erkekler arasında 3. kadınlar arasında 2. sırada gelmektedir. KRK'I dünya genelinde tüm kanser vakalarının %10'ü ile gastrointestinal sistemin en sık karşılaşılan kanseridir. Erkek ve kadınlarda kolorektal kanseri için vaka sayıları benzer iken erkeklerde rektum kanserine daha sık rastlanmaktadır (2,3).

Türkiye’de 2013 yılında yaşa standardize kanser hızı erkeklerde yüzde 267,9 kadınlarda ise yüzde 186,5’dir. Toplamda kanser insidansı ise yüzde 227,2’dir. Türkiye’de toplam 174 bin kişiye yeni kanser teşhisi konulmuştur.

Türkiye kanser insidansı, dünya insidansının üzerinde seyrederken, Avrupa Birliği ülkeleri ve Amerika gibi gelişmiş olan ülkelere göre kanser açısından hem kadınlarda hem de erkeklerde daha düşük bir hızda olduğu görülmektedir.

Türkiye’de kolorektal kanser hem kadınlarda hem de erkeklerde üçüncü sırada yer almaktadır. Erkeklerde yüzde 24,4 ve kadınlarda ise yüzde 15.3 sıklıkta görülmektedir (4).

Kolorektal kanser insidansı geniş bir coğrafi dağılım göstermektedir. Yeni Zelanda, avustralya, Kuzey Amerika, Batı avrupa ve Japonya’da özellikle erkeklerde yüksek KRK insidansı belirtilirken Asya, Afrika ve Güney Amerika’da daha düşük KRK insidansı olduğu bildirilmektedir (5).

Kolorektal kanser gelişiminde etkili olduğu belirtilen yaş, aile, tıbbi öykü, yaşam biçimi, beslenme alışkanlıkları, çevresel faktörleri kapsayan risklerin büyük bir bölümünün bireyin kontrolünde olduğu açıktır. Araştırma sonuçlarında, özellikle kolorektal kanserlerin büyük çoğunluğunun beslenme alışkanlığı söz edilmekte, tütün, alkol kullanımı gibi yaşam biçimine ilişkin faktörlerin’de birey tarafından kontrol edilebileceğine işaret edilmektedir (6-8).

Kolorektal kanser gelişiminde yağ oranı ve kolesterol içeriği fazla olan besinlerin (özellikle hayvansal kaynaklılar) ve aşırı kırmızı et tüketiminin, vitamin ve minerallerden yoksun, posadan fakir besinlerden oluşan batı tipi beslenme biçiminin etkili olduğu üzerinde durulmaktadır (2,9).

Kolorektal kanser malign oluşumlar sonucu gerçekleşen ölümlerin ikinci nedeni olarak gösterilmektedir. Mortalitenin azaltılmasında erken tanı ve tedavi önemlidir. Ancak hastalığın insidansının azaltılmasındaki en etkili yaklaşımın korunma olduğu vurgulanmaktadır. Korunmada genel yaklaşım ise; yanlış beslenme alışkanlıklarının düzeltilmesi, fiziksel aktivitenin artırılması, obezitenin önlenmesi, sigara ve alkolden uzaklaşmaktır (10-12).

Bu araştırmanın amacı Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğine başvuran ve kolorektal kanser tanısı alan hastaların beslenme durumunun saptanmasını ve beslenme durumunun etkileyen bu faktörler yaşam kalitesi, fiziksel aktivite düzeyi, anksiyete ve depresyon durumu belirlenmesidir. Söz konusu değişkenler araştırmada kullanılacak anket ve ölçekler ile belirlenecek kolorektal kanser hastaların beslenme durumu ile ilişkilendirilecektir. Çalışmamız kolorektal hastaların beslenme alışkanlıklarının değişmesinde ve yaşam kalitesinin iyileştirmesinde yardımcı olacak, gerekli önlemlerin alınmasında yol gösterici olacaktır.

GENEL BİLGİLER

KOLONUN ANATOMİSİ

İleumun bitiminden itibaren anüse kadar uzanan ve ortalama 120-200 cm uzunluğunda olan kolon, tüm gastrointestinal sistem uzunluğunun yaklaşık olarak 1/5'ini oluşturur.

Kolon: çekum, çıkan kolon, transvers kolon, inen kolon, sigmoid kolon ve rektum dan oluşur. Periton içinde ve retroperitoneal alanda karaciğer, dalak, mide, duodenum, ince bağırsak, böbrekler, üreterler ve mesane gibi organlarla komşuluk gösterir.

Çekum

Kolonun en geniş ilk parçasıdır. Uzunluğu ortalama 4-8 cm, genişliği 7,5-8,5 cm' dir.

Çıkan Kolon

Çekumdan karaciğer sağ alt lobunun alt yüzüne kadar uzanan ve burada hepatik fleksurayı oluşturan, ön ve yan yüzleri peritonla örtülü, düz ve yaklaşık 15-20 cm uzunluğundadır.

Transvers Kolon

Hepatik fleksura ile splenik fleksura arasında uzanır. Yaklaşık 50 cm uzunluğundadır, Transvers kolonun sağ ucu duodenum ikinci parçasına ve pankreas başına tutunmuştur. Pankreas başından splenik fleksuraya kadar tamamı peritonla örtülüdür ve mezokolon ile karın arka duvarına tutunur.

İnen Kolon

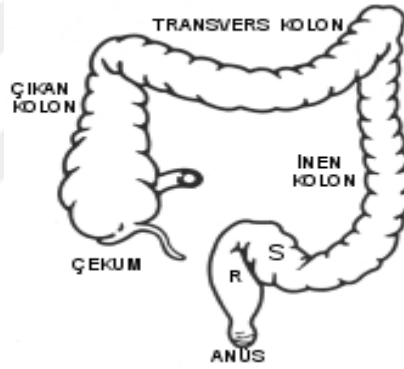
Ortalama 25 cm uzunluğunda ve kolonun en kalın kas tabakasına sahip bölümüdür.

Sigmoid Kolon

Kolonun en dar bölümünü oluşturan ortalama uzunluğu 40 cm, çapı 2,5 cm dir.

Rektum

Gastrointestinal sistemin son parçasını oluşturan 12-15 cm uzunluğundaki bölümdür, sigmoid kolon ile anal kanal üst sınırı arasında yer alır. Anatomik olarak 3 segmente ayrılır: alt, orta ve üst segment (13-15).



Şekil 1: Kalın Barsak Bölümleri (S: sigmoid kolon, R: rektum)

KOLONUN FİZYOLOJİSİ

Kolonun başlıca görevi salgılama, emilim, depolama ve taşımadır. Kolonların geniş lümeni, proksimalde ileoçekal kapak, distalde anal sfinkterler arasında kapalı tutularak önemli bir işlev olan emilim gerçekleştirilir, böylece ortam alkali (pH 8–8,4) olur. Her gün yaklaşık 600–1000 ml ileum içeriği, kolona geçer ve içeriğin % 90 kadarı sudan oluşur. Dışkı ile atılabilen günlük su miktarı ise 180 ml düzeyindedir. Su emiliminin tamamına yakını çekum ve çıkan kolonda meydana gelir. Kolonda itici ve itici olmayan hareketlerle kolon içeriğinin karışması, sıvı- elektrolit emilimi ve değişimi sağlanmış olur (14,16,17).

KOLOREKTAL KANSER EPİDEMİYOLOJİSİ

Her yıl dünyada yaklaşık bir milyon üzerinde yeni kolorektal kanser (KRK) vakası görülmektedir ve bu sayı tüm kanser vakalarının % 10'nun oluşturmaktadır. Dünyadaki kanser vakaları incelendiğinde KRK 3.sırada yer alırken, kanserden ölüm nedenlerinde dördüncü sırada yer almaktadır. kolorektal kanser insidans yönünden en yaygın kanser türleri olup dünya genelinde erkekler arasında 3. kadınlar arasında 2. sırada gelmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 2013 yılında Türkiye kanser istatistik verilerine göre kolorektal kanserler hem kadınlarda hem de erkeklerde üçüncü sırada yer almaktadır. Erkeklerde yüzde 24,4 ve kadınlarda ise yüzde 15,3 sıklıkta görülmektedir (3,4,18).

2014 Amerika Kanser verilerine göre hem erkeklerde hem de kadınlarda Kolorektal kanserleri 3.sırada yer almaktadır ve 136,830 kolorektal kanser (KRK) vakası olduğunu ve 50,310 vakanında kolorektal kanser (KRK) nedeniyle ölüme sonuçlandığını göstermektedir.

Sporadik KRK için yaş en büyük risk faktörüdür. 40 yaşın altında KRK nadirken, 40-50 yaştan sonra insidans artmaya başlamaktadır. KRK vakalarının % 90'ı 50 yaşından sonra ortaya çıkmakta en sık gözlenen yaş gurubunun 60-70'li yaşlar olduğu vurgulanmaktadır. 80 yaş üzerinde bu oran erkekler için % 10'a, bayanlar için % 15'e kadar yükselmektedir. KRK'in yaşam boyu görülme sıklığı % 2,4-5 civarındadır. Kişide var olan belli risk faktörleriyle bu oran yükselmektedir (19,20).

Kolorektal kanserin geniş bir coğrafik alanda gözleendiği, sıklıkla Batı Avrupa, Kuzey Amerika, Yeni Zelanda, Avustralya gibi endüstriyel ülkelerde insidans yüksek, Asya ve Afrika'da düşüktür. Ayrıca, ülke içinde de görülme sıklığı açısından farklı bölgelerin olduğu, örneğin ABD'de, endüstriyel açıdan gelişmiş kuzeydoğuda oran en fazla iken, kırsal güneydoğuda oranın oldukça azaldığı belirtilmektedir. Ayrıca Japonya, Polonya gibi düşük riskli bölgelerden, ABD, Avustralya gibi yüksek riskli bölgelere göç edenlerde, kolon kanser oranlarının hızlı bir artış gösterdiğinden söz edilmekte, gelişmişlik ve batılılaşmanın oran artışında etkili olduğu vurgulanmaktadır (21-23).

KOLOREKTAL KANSER ETİYOLOJİSİ

Kolorektal kanserlerin çoğunun kesin nedeni bilinmemekle birlikte, bazı bilinen risk faktörleri bulunmaktadır.

Genetik Risk Faktörleri

Bazı genlerdeki değişiklikler ve bozulmalar, kolon kanseri riskini artırmaktadır.

1- Kalıtsal polipozis olmayan kolon kanser [Hereditör nonpolipoid kolorektal kanser HNPCC]: Genetik olarak aktarılan KRK'lerin %2-6 oranında önemli bir grubu oluşturduğu bildirilmektedir. HNPCC, DNA tamir genlerinde germ-line gelişmiş mutasyonların otozomal dominant olarak geçiş gösterdiği erken yaşta KRK gelişmesindedir, çok sayıda organda da kanser gelişmesi ile karakterize bir sendrom olarak ele alınmaktadır.

2- Ailesel adenomatöz polipozis [Ailesel adenomatöz polipozis FAP]: Bu hastalık tablosunun genelde daha az görüldüğü belirtilmektedir. Genetik olarak geçen bu durumda, yüzlerce polipin tüm kalın bağırsağı doldurduğu gözlenmektedir. Bu sendroma APC (Adenomatöz polipozis koli) adı verilen özel bir gendeki bozulma ve değişimlerin neden olduğu ve FAP tedavi edilmediği sürece 40 yaşına kadar çoğunlukla kolorektal kansere yol açar. FAP bütün kolorektal kanser vakalarının yüzde 1'inden daha azına neden olmaktadır (24-27).

3- Ailesel risk faktörleri: kolorektal kanser vakalarının % 20'sinde aile öyküsü saptanmaktadır. En az bir, 1.derecede akrabasında (anne, baba ve kardeşler) kolorektal kanser bulunan insanlarda kolorektal kanser gelişme riskinin 2-3 kat daha fazla olduğu, iki veya daha fazla sayıda 1.derece akrabasında kolon kanseri bulunanlarda ise bu riskin 3-4 kat arttığı gösterilmiştir (28).

İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı

Ülseratif kolit ve Crohn hastalığı kolorektal kanser riskini artırdığı bilinen iki inflamatuvar barsak hastalığıdır.

Ülseratif kolit, kolon ve rektum mukozasının iltihaplanmasına neden olur. Crohn hastalığı, bağırsak duvarının tam kalınlığından ve sindirim sisteminin ağızdan anusa kadar iltihabına neden olur. Bu nedenle kişinin kolorektal kanser olma riski artar.

İnflamatuvar bağırsak hastalığı olan hastalarda kolorektal kanserin riski 4-20 kat arasında tahmin edilmektedir. Bu nedenle, IBD'li bireylerin yaşı ne olursa olsun, kolorektal kanser açısından daha sık taranmaları gerekiyor (26,29).

Kolon Kanseri Öyküsü

Kolorektal kanseri olan hastalarda genel toplumla karşılaştırıldığında yeni kolorektal kanser gelişme riski 3 kez daha fazladır (30).

Yaş

Yaş, KRK için önemli bir risk faktördür. İnsidans 50 yaşından sonra belirgin şekilde artmaya başlar. KRK olgularının % 90'ı bu yaştan sonra görülmektedir. KRK olgularının sadece %5'ine 40 yaş altında rastlanmaktadır (31,32).

Çevresel Risk Faktörleri

1- Beslenme

Hayvani yağ ve kırmızı etten zengin, liflerden fakir, yüksek kalorili diyetle beslenen gelişmiş toplumlarda, kolorektal kanserin daha sık görüldüğü üzerinde durulmaktadır.

Et ve et ürünleri: Kırmızı et, işlenmiş et ve aşırı derece pişmiş et tüketimi KRK kanser riskini arttırır. Kırmızı etin KRK oluşumunu, içerdiği demir, yağ, protein ve işlenmiş etler, N-nitroz bileşiklerinin (NOC) öncüsü olan nitrat ve nitrit içermektedir. Etin içindeki demir, DNA hasarına yol açabildiği konusunda ipuçları saptanmıştır. Bu bulgu kırmızı et tüketimi ile kanser arasındaki ilişkiyi açıklayabilir. Kırmızı etin yağlı elemanlarının, tümör büyümesini artırdığı, anormal kolon epitelyum proliferasyonuna neden olabilen karsinojenlere metabolize edilebildiği düşünülmektedir.

Piştirme yöntemlerine (kızartma, ızgara ve közleme gibi) bağlı olarak oluşan kanserojen maddeler ve saklama amaçlı kullanılan nitrit, nitrat ve benzeri bileşiklerin KKK riskini arttırabileceği öne sürölmektedir (19,27,33-35).

Yağ: Yağ ve yağlı besinlerin, kızartmaların fazla tüketilmesi, sıvı yağlar yerine katı yağların kullanılması, kansere karşı koruyucu olan yağların (zeytinyağı, balık, ketentohumu, ceviz, fındık gibi) az veya hiç tüketilmemesi kolorektal kanserin oluşum riskini artırır.

Kolorektal kanser açısından risk oluşturan diğer bir faktör, diyetteki yağ miktarının artıştır. Diyetteki yağ miktarının artışı ise, karaciğerde kolesterol ve safra asidi sentezini uyarmakta ve bu sterollerin kolona geçişi artmaktadır. Kolon bakterilerinin etkisi ile artan miktarlarda seconder safra asitleri ve diğer toksik metabolitleri ortaya çıkararak kolon mukozasına olumsuz etki yapmaktadırlar (27,35-37).

Diyet lifi, meyve ve sebze, tahıl: Epidemiyolojik alışmalar ve hayvan deneyleri diyetteki lifin kolon kanseri gelişimini önleyici etkisi olduğunu göstermiştir. Lifler özünen ve suda çözünmeyen olmak üzere temel olarak iki grup altında incelenmektedir. Çözünmeyen lifler: lignin, selöloz ve hemiselöloz da çözünen lifler; pektinleri, gamları içermektedir. Üst gastrointestinal sistemde sindirilmeden kolona ulaşır. Liflerin dışkı hacmini arttırmak ve dışkının transit süresini kısaltmak suretiyle karsinojen maddelerin dilüsyonuna ve mukoza ile temas süresinin azalmasına yol açarak etki gösterdiği düşünölmektedir. Lifler içindeki bazı bileşikler toksik ve karsinojen maddeleri bağlayarak onların kolon mukozası ile temasını azaltabilir. Lif aynı zamanda dışkıdaki sekonder safra asidi konsantrasyonunu da azaltmakta ve safra tuzlarını bağlayarak onların olası karsinojen etkilerini hafifletmektedir. Selöloz ve hemisellöloz betaglukoronidaz gibi bakteriyel enzim düzeylerini düşürmekte ve böylece karsinojen ve kokarsinojen maddelerin bu enzimler tarafından aktivasyonunu azaltmaktadır. Lifi oluşturan komponentler kolondaki bakteriler tarafından fermente edilerek kısa zincirli yağ asitleri oluşmakta ve bunu da kolon lümenindeki pH'yı düşürerek karsinojen maddelerin aktivasyonunda bir azalmaya yol açtığı düşünölmektedir.

Doğal besinlerden en yüksek lif içeren besin gurubu baklagillerdir. Kepeği ayrılmamış tahıl ürünleri, sebzeler ve meyveler ile yağlı tohumlarda yüksek oranda lif bulunmaktadır. Sebzeler içinde bezelye ve fasulye, lif içeriği en yüksek olanlardır. Kabuklu yenen meyveler kabuğu soyarak yenen meyvelere göre daha fazla lif içermektedir. Diyet lifi, tahıl lifi ve tam tahıl alınması, kolorektal kanser riskinin azalmasıyla ilişkilidir. Özellikle, her 10 gram günlük lif tüketimi kanser riskinde % 10'luk bir azalma vardır. 20 yaş üstü sağlıklı yetişkinler için günlük 25-30 g diyet lif alımı önerilmektedir.

Meyve ve sebzelerin sağlıklı bir beslenme düzeninin önemli bileşenleri olduğu ve bunların tüketim miktarları ile birçok hastalığın oluşumu arasında önemli ilişkiler olduğu kabul edilmektedir. İçerdikleri posa, antioksidan vitaminler, folik asit, selenyum gibi bazı mineraller ya da fitokimyasallar buna neden olabileceği vurgulanmaktadır (19,37-40).

Vitamin ve mineraller: A, C ve E vitaminleri, folik asit, selenyum gibi mikro bileşenlerinin antioksidan özellikleri nedeniyle toksik sebest radikalleri nötralize ederek, anti kanserojen etki gösterdikleri için KRK gelişim riskini azaltırlar.

Selenyum: En çok su ürünlerinde ve kepeği ayrılmamış tahıl ürünlerinde bulunur. Diyetle yeterli miktarda tüketimi kanserojenlere karşı koruyucudur.

Kalsiyum ve D vitamin: Süt, süt ürünleri ve kalsiyumdan zengin besinlerin daha fazla tüketimi, kolorektal kanser gelişme riskini azaltır. Kohort çalışmalarının sonucu, yüksek kalsiyum alan kişilerde kolorektal kanser riski % 22 daha düşüktür. Dünya kanser araştırma fonu, 800 mg/ gün kalsiyum alımı KRK için koruyucu olabileceğini rapor etmektedir.

Oral yolla alınan kalsiyumun, mukozal proliferasyonu uyaran iyonize yağ asitleri ve safra asitleri ile bağırsak lümeninde birleşerek, onları emilemeyen kalsiyumlu bileşikler haline getirdiği, ayrıca safra asitleri ve fosfatların kolonik atılımını artırdığı bildirilmektedir. D vitamininde yüksek kan düzeyi düşük kan düzeyine göre kolorektal kanser gelişme riski biraz daha düşüktür. D vitamin, metabolitleri ve analoglarının hücre çoğalması, farklılaşması ve apoptoz gibi bazı hücrel faaliyetler üzerinde düzenleyici rolü olduğu gösterilmiştir (27,35,37,38,41).

2- ay ve kahve

Siyah ve özellikle yeşil aydaki flavonoidlerden dolayı antioksidan, antimutajenik etkiye sahip olduğu bilinmektedir. aylarda bulunan polifenollerin kolorektal kanser mutagenezi yapabileceği bilinen heterosiklik aromatik aminlere karşı korucuyu özellikleri bilinmektedir. Gerek yeşil çay, gerekse siyah aydaki kateşinlerin ve theaflavinlerin normal hücre büyümesini engellemeden kanser hücrelerinin çoğalmasını engellediği gösterilmiştir. Bu nedenle kolorektal kanser gelişmesine karşı koruyucu olduğu bilinmektedir.

Kahvenin içinde bulunan karsinojenik bileşenler, safra asitlerini ve etkisiz sterollerini kolonun içine boşaltma kabiliyeti sayesinde KKK'e karşı koruyucu bir etkisi olduğu bilinmektedir. kalın bağırsak hareketliliğini arttırarak KKK riskini azaltabilirken, kafeinin kolon kanseri hücre gelişimini engellediği belirtilmektedir (42-44).

3- Obezite

Obezite, hem erkeklerde ve hem kadınlarda kolorektal kanser riskini artırır, fakat erkeklerde kadınlara göre risk daha yüksektir. Özellikle abdominal yağlanma ve artmış beden kitle indeksinin, hem kadınlarda hem de erkeklerde kolon kanseri riskinde artmaya yol açtığı bilinmektedir. Bel/kalça oranı veya bel çevresi ölçümü de kolon kanseri ile pozitif korelasyon göstermektedir. Kolon kanseri ile obezite arasındaki ilişkiyi irdeleyen en önemli hipotez; obez bireylerdeki yüksek insülin ve insüline bağlı büyüme faktörlerinin tümör gelişimini arttıracağına yöneliktir.

Kadınlarda strojen hormonunun kolon kanserine karşı koruyucu olduğu bildirilmiştir. Ancak, obezite ve östrojen arasındaki denge de kolon kanserini tetikleyebilir. BKİ değeri yüksek olan pre veya postmenapoz dönemindeki östrojen alan kadınlarda kolon kanseri riski artmaktadır. BKİ değeri 30 ve üstü olan 30-54 yaş arası bireylerde, kolon kanseri riskinin % 50 arttığı bildirilmiştir (45-48).

4- Fiziksel aktivite

Kolorektal kanserin davranışsal risk faktörlerinden biri fiziksel aktivitedir. Bilimsel literatürde yapılan yeni bir incelemede, fiziksel olarak aktif kişilerde, kolorektal kanser riski, az aktif olan kişilere göre % 25 daha düşüktür ve daha az aktif olan kolorektal kanserli hastalarda daha aktif olanlara göre kolorektal kanser ölümü riski yüksektir. Bir de, epidemiyolojik çalışmalar şunları bulmaktadır:

- Fiziksel olarak daha aktif olan kişilerde kolorektal kanser riski azalır.
- Rekreatif ve mesleki fiziksel aktivite, riski azaltır.
- Yaşamın ilerleyen döneminde aktif olan kişilerde, risk azaltabilir.

Bu bulgulara ve düzenli fiziksel aktivitenin diğer sağlık yararlarına göre, Amerikan Kanser Derneği ve Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri, her hafta en az 150 dakika orta şiddette aktivite veya 75 dakika şiddetli yoğunluk aktivitesine (veya bunların bir kombinasyonuna), tercihen hafta boyunca yayılmalarını önerir. Sürdürülebilir fiziksel aktivite metabolik hızı yükseltir ve maksimum oksijen alımını artırır, kan basıncını ve insülin direncini düşürür ve bağırsak motilitesini artırır (19,49-53).

5- Alkol

Kolorektal kanseri, orta ve ağır alkol kullanımıyla bağlantılıdır. Alkol tüketimi, daha genç yaşta kolorektal kanserin başlangıcında bir faktördür ve aynı zamanda kolondaki distal tümörlerin orantısız artışını sağlar. Ketaldehit gibi alkolün reaktif metabolitleri kanserojen olabilir. Alkol alımı, anormal DNA (Deoksiribonükleik asit) metilasyonu nedeniyle, kolon kanseri ve adenom görülme riskini artırıcı bir faktör olarak ele alınmaktadır (35,54-56).

6- Sigara

Kasım 2009'da Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı, tütün içilmesinin kolorektal kansere neden olduğuna karar verme konusunda yeterli kanıtın olduğunu bildirdi. Sigara içimi hem KRK için artmış riskle hem de KRK'den ölümle ilişkilendirilmiştir. Kolorektal kanser ölümlerinin % 12'sinin sigara içimine bağlı olduğu tahmin edilmektedir. Sigara içimi ayrıca adenomatöz polip ve yüksek riskli polip (büyük ve displazik özellikte) gelişimi için de risk

faktörüdür. Kullanım yaşının erken ve yıllık paket sayısının yüksek olmasının kanser riskinin artmasındaki önemi vurgulanmaktadır (35,57,58).

KOLOREKTAL KANSER TARAMASI

Risk gruplarına girmeyen hastalara 50 yaşından başlayarak gaitada gizli kan taraması, 50 yaşın üzerinde ise en azından 5 yılda bir sigmoidoskopi, 10 yılda bir kolonoskopi önerilmektedir. Risk grubunda olan hastalardan, daha önce polip çıkarılmış olan hastalar bu işlemde sonra 1-3 yıl içinde tekrar kolonoskopi yaptırmalıdır. Anne baba gibi yakın akrabalarında kalın bağırsak kanseri tanısı konmuş olanlar, 40 yaşından önce veya akrabasına tanı konulduğu yaştan en geç 8-10 yıl önce taramayı başlatmalıdır. Kalıtsal non-polipozis kolorektal kanser için genetik test yaptırılmalıdır. Ailesel adenomatoz polipozis (FAP) olarak adlandırılan hastalık olan kişiler genetik danışmanlık almalı ve 10-15 yaşından itibaren kolonoskopi ile takip edilmelidir. Meme, kadın genital organ kanseri olan kişiler 40 yaşından sonra, ülseratif koliti olan kişiler ise tanı aldıktan sonra periyodik olarak kolonoskopi yaptırmalıdır.

Ulusal kanser tarama programına göre kadın ve erkeklerde uygulanacak tarama; 50-70 yaş arası 2 yılda bir gaitada gizli kan testi ve 10 yılda bir kolonoskopi yapılmalıdır (59).

KOLOREKTAL KANSER BELİRTİLERİ

- Bağırsak alışkanlıklarında değişiklikler
- İshal, kabızlık, bağırsakta tam boşalmama hissi
- Dışkıda kan (parlak ya da koyu kırmızı)
- Normalde olduğundan daha ince dışkılama
- Genel abdominal rahatsızlık (gaz, kramplar, şişkinlik)
- Bilinen bir neden olmaksızın kilo kaybı
- Sürekli yorgunluk
- Bulantı , kusma

Kalın bağırsak kanserlerindeki bulgu ve belirtiler, tümörün evresine göre değişir. Tümör bağırsak içene doğru büyürken bulgu vermezken, tam tıkanığında oluşan, hastanın gazını ve dışkısını çıkaramadığı duruma kadar değişen belirtiler verebilir. Burada klinik açıdan önemli bir durum sağ taraftaki bağırsak çapının soldan daha geniş olması ve geçişle ilgili belirtilerin daha geç olmasıdır. Kalın bağırsağın sağ tarafındaki tümörlerde gözlenen belirtiler dışkı ile birlikte fark edilmeyen kan kaybı ve bu kanamaya bağlı kansızlık, halsizlik, nefes darlığı, çabuk yorulma, dışkılama alışkanlarında değişikliklerdir. Zaman zaman kabızlık ve ishal atakları, karın ağrısı, karında şişkinlik, kilo kaybı diğer bulgulardır. Kalın bağırsak tümörlerinin en sık yerleşim yeri sol taraftır, burası da kalın bağırsağın dar yerlerindedir. Bu yüzden sol taraf tümörlerinde bağırsak tıkanıkları karşımıza daha çok çıkmaktadır.

Rektum tarafında yani makata yakın kısımdaki tümörlerde en sık bulgu, dışkıya kan bulaşmasıdır. Burada dikkat edilecek durumlardan birisi hemoroid denen hastalıkta da dışkıda kan gözlenir ve kişi bu durumu karıştırarak teşhis ve tedaviyi geciktirebilir. Dışkılama alışkanlıklarında değişiklik, dışkı çapının incilmesi, kabızlık, dışkılama sonrası tam boşalamama, karında şişkinlik gözlenen diğer bulgulardır. Bu bulgulardan şüphelendiğinizde doktora başvurmalısınız. Geç dönemde kalın bağırsak kanserlerinin istenmeyen durumlarından biri barsağın tam tıkanmasıdır. Bundan başka oluşabilecek durumlar arasında büyük damarın duvarının yıkılması sonucu ciddi kanamalar, tümörün bağırsak duvarını delmesi, buna bağlı kalın bağırsaktaki mikropların karın zarına yayılması, karın boşluğunda sıvı toplanması şeklindedir. Çoğunlukla bu belirtiler kansere bağlı değildir. Diğer başka sağlık problemleri bu belirtilere yol açabilir. Ancak bunlardan herhangi birine sahip kişilerin, erken tanı ve tedavi için doktora başvurması önerilir. Genelde kanserin erken dönemlerinde ağrı olmaz. Ağrı olmasını beklemeden doktora başvurmak kanserin erken tanısında önemlidir (59-61).

KOLOREKTAL KANSER TANISI

Diğer kanserlerde olduğu gibi kolon kanserleri de iyice büyüyene kadar belirti vermezler. Bu nedenle amaç, daha kanserde belirti yokken tümörü ortaya koymak olmalıdır. Belirtiler gelişmeden önce bir kişinin kanser için taranması poliplerin ve kanserin erken tanınmasında

yardımcı olur. Poliplerin erkenden tanınıp çıkartılması, kolorektal kanseri önleyebilir. Erken tanı konulduğunda, kolorektal kanserin tedavisi daha etkin olabilir. Bu nedenle, 50 yaş üstündeki kişiler izlenmeli ve kolorektal kanser için artmış riski olan kişiler daha erken tarama programına alınmalıdır (59).

Erken Tanıda Kullanılan Tarama Testler:

Dışkıda gizli kan testi: Kanserler ve polipler kanadığından bu test ile dışkıda az miktarda kanı saptamak mümkündür. Ancak hemoroid gibi kanser dışı kanama nedenleri de bu testte pozitifliğe yol açabilir.

Sigmoidoskopi: Rektum ve sigmoid kolon denen bağırsağın son 60 cm'lik kısmı görüntülenir. Polip tespit edilirse polipektomi denilen bir işlemle çıkartılmasına olanak sağlar.

Kolonoskopi: Tüm kolonun iç duvarı görüntülenir, varsa polipler çıkartılabilir.

Rektumun parmakla muayenesi: Doktor vazelinle kayganlaştırarak eldivenli parmağı ile rektumu muayene eder.

Çift kontrastlı baryumlu kolon grafisi: Makattan beyaz opak madde verildikten sonra çekilen filmlerle tümörü göstermeyi sağlar. Büyük tümörleri göstermede faydalıdır ancak kolonoskopi kadar güvenilir değildir (31,61).

KOLOREKTAL KANSERDE EVRELEME

Biyopside kanser tespit edilirse doktor en iyi tedaviyi planlamak için hastalığın yayılımını (evresini) bilmek zorundadır. Evreleme tümörün yakın dokulara ve vücudun diğer bölgelerine yayılma derecesine göre yapılır.

Doktorlar kolorektal kanser evrelerini aşağıdaki gibi tanımlarlar:

- Evre 0: Kanser sadece kolon ya da rektumun en iç duvarındadır. (karsinoma in situ olarak da adlandırılır)

- Evre I: Kanser kolonun veya rektumun daha iç duvarından gelişir. Tümör kolonun daha dış duvarına ulaşmaz, kolon dışına yayılmaz.
- Evre II: Tümör kolon veya rektumun daha derin duvarına yayılmıştır ancak kanser hücreleri lenf nodlarına yayılmamıştır.
- Evre III: Kanser yakın lenf nodlarına yayılmış ancak vücudun diğer bölgelerine yayılmamıştır.
- Evre IV: Kanser akciğer ve karaciğer gibi vücudun diğer bölgelerine yayılmıştır.

KOLOREKTAL KANSER TEDAVİSİ

Kalın bağırsak kanserlerinin tedavisinde cerrahi, radyasyon ve kemoterapi başlıca kullanılan tedavi yöntemleridir. Tedavi, tümörün yerleşim yeri ve evresine göre değişmektedir.

Cerrahi

Cerrahi tedavi, kanserin tedavisinde ana basamağı oluşturur. Ama bunun için kanser uzak organlara (karaciğer, akciğer, beyin, kemik vb.) yayılmamış olmalıdır. Cerrahi yöntemde tümörlü kısım etraftaki sağlam dokuyla beraber çıkartılır. Bunun yanında bağırsağı vücuda bağlayan mezenter denilen doku ve lenf bezleri de çıkartılır. Rektum kanserlerinde tümör kalın bağırsağın sol tarafının bir kısmı ile birlikte alınır ve iki uç birbirine birleştirilir. Birleştirmenin mümkün olmadığı durumlarda cerrah, sağlam bağırsağın ucunu karın duvarına ağızlaştırır, diğer ucu kapatır. Buna kolostomi denir. Özel kolostomi torbaları vasıtasıyla dışkı dışarı alınır. Çoğu hastada bu durum geçicidir, cerrahi sonrası kolon veya rektum iyileşmesi tamamlanınca kapatılır. Rektum alt bölgelerinde makata çok yakın kısımlarda tümörü olan hastalarda kolostomi kalıcı olabilir. Son yıllarda özellikle karaciğere ve akciğere yayılan bağırsak tümörlerinde o bölgedeki tümörü tamamen çıkartıldığı durumlarda da artık cerrahi tedavi uygulanmakta ve sonuçlar çok yüz güldürücü olmaktadır.

Kemoterapi

İlaç kullanılarak kanser hücrelerinin tahrip edilmesi anlamına gelmektedir. Kanserli dokunun küçültülmesi, hastalık belirtilerinin azaltılması gibi nedenlerle kullanılmaktadır. Kemoterapi yalnızca tümör bölgesinde değil, tümör dışı bölgedeki kanserli hücrelerde de etkili olmaktadır. Sistemik bir tedavi yöntemidir.

Radyasyon Tedavisi

Yüksek enerjili ışınlar kullanılarak kanser hücrelerinin tahrip edilmesi için kullanılır. Bölgesel bir tedavi yöntemidir: Uygulandığı bölge üzerinde etkilidir. Kolorektal kanserlerde tümörün küçültülebilmesi için genellikle ameliyat öncesi dönemde de kullanılır. Ameliyat sonrasında da kalmış olabilecek kanserli hücrelerin ortadan kaldırılabilmesi için kullanılmaktadır. Radyoterapi ayrıca hastalık belirtilerinin giderilmesinde de kullanılabilir.

Biyolojik Tedavi

İmmünoterapi olarak da bilinen bu yöntemde bedenin bağışıklık sistemi kansere karşı güçlendirilmektedir. Bağışıklık sistemi normalde kanserli hücreleri bulmakta ve tahrip etmektedir. Bu yöntemde bu sistemin doğal antikanser özelliği uyarılmakta ve desteklenmektedir. Bu tedavi yöntemi ameliyatlardan sonra tek başına ya da kemoterapi ile birlikte verilebilir (19,31,59-61).

KOLOREKTAL KANSERLERİN PSİKOLOJİK YÖNÜ

Kanserli hastalarda en sık görülen ruhsal bozukluk olan depresyonun görülme oranı % 4.5-58 gibi çok geniş bir aralıkta değişmektedir. Anksiyete bozuklukları ise depresyondan sonra kanser hastalarında en sık görülen ruhsal bozukluklardır (62,63).

Tanı ve tedavi sürecinde yaşanan anksiyete ve depresyonun, fiziksel ve diğer psikolojik semptomları arttırarak, kanser hastalarının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ve tedaviye uyumu azalttığı belirtilmektedir (64). Kolorektal kanserlerinin psikolojik etkileri hem kanserin kendisinden hem de sosyal ve cinsel yaşama etkisinden kaynaklanır. Özellikle cerrahi tedavilerin

neden olabildiği sonuç ve zorlanmalar hem fiziksel olarak hem de psikolojik olarak kişileri etkilemekte ve çeşitli psikososyal sorunlara yol açmaktadır. Rektal kanserlerle yapılan çalışmalar, bu hastaların kendilerini stigmatize edilmiş ve farklı hissettiklerini özellikle daha genç yaşın ve kolostominin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermektedir. Stoma açılması, bireyin yaşam tarzını ve kanserle başa çıkma yeteneğini önemli lde etkilemektedir. Beden imajında değişiklik; suçluluk, utanma ya da nefret gibi duygulara yol açabilmektedir. Geçici ya da kalıcı ostomi açılan hastalarda beden algısının değiştiği, benlik saygısının azaldığı bulunmuş ve cinsel işlevlerde bozulma ve başta depresyon olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozuklukların yer aldığı gösterilmiştir (65).

GEREÇ ve YÖNTEMLER

Çalışmamız için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu onayı alınmıştır (EK-1).

Araştırmanın Amacı

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğine başvuran ve kolorektal kanser tanısı alan hastaların beslenme durumunun saptanmasını ve beslenme durumunun etkileyen faktörlerin belirlenmesinin amaçlamaktadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yeri, Zamanı ve Örneklemi

Bu araştırma, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğinde 15.03.2016 – 15.06.2016 tarihleri arasında kolorektal kanser tanısı alan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastaların tamamına (83) ulaşılmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden 70 hasta ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

Kolorektal kanser tanısı olmak

18 yaş ve üzeri olmak

Konuşabilecek durumda olmak

Nörolojik engeli olmamak

Araştırma Verilerin Toplanması:

Araştırmacı tarafından ilgili literatür (66-70) doğrultusunda, hazırlanan anket formu yardımı ile karşılıklı görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

Anket formu, hastaların sosyo-demografik özellikleri, hastalık açısından risk faktörleri, beslenme alışkanlıkları, antropometrik ölçümleri, fiziksel aktivite, besin tüketim sıklığı, yaşam kalite formu, anksiyete ve depresyon ölçęinden oluşmuşdur (EK-2,3).

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 20 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken sayı, yüzdeler, ortalama, standart sapma, gruplar arasındaki farklılıklar için Ki-Kare testi kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Araştırmada elde edilen bulgular dört bölümde verildi.

- Birinci bölümde hastaların sosyo-demografik özelliklerine (Tablo 1), bazı alışkanlıklarına (Tablo 2), BKİ ve kilo değişimine (Tablo 3) ve sağlık öyküsü (Tablo 4) ilişkin bulgular,
- İkinci bölümde; hastaların beslenme alışkanlıkları (Tablo 5) ve besin tüketimine ilişkin (Tablo 6,7,8,9,10) bulgular,
- Üçüncü bölümde hastaların sosyo-demografik özellikleri ile BKİ (Tablo 11), bazı alışkanlıkları (Tablo 12), son beş yılda tarama/test yaptırma durumu arasındaki ilişki (Tablo 13), ailede kolorektal kanser öyküsü ile BKİ (Tablo 14), bazı alışkanlıkları (Tablo 15) arasındaki ilişki, hastaların yaşı ile besin tüketimi (Tablo 16) arasındaki ilişki, hastaların yaşadığı yer ile besin tüketimi arasındaki ilişki (Tablo 17), hastaların ailede kolorektal kanser öyküsü ile besin tüketimi (Tablo18) arasındaki ilişkiye yönelik bulgulara yer verildi.
- Dördüncü bölümde hastaların depresyon (Tablo 19), anksiyete (Tablo 20), yaşam kalite (Tablo 21) durumları ile ilişkin bulgulara yer verildi.

BÖLÜM I

Araştırmaya alınan hastaların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de, sağlık öyküsü Tablo 2’de, bazı alışkanlıkları Tablo 3’te ve BKİ Tablo 4’te belirtilmiştir.

Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik özellikleri

Özellikler	N	%
Yaş		
25-45	6	8,5
46-65	47	67
66-85	17	24,5
Cinsiyet		
Kadın	20	28,6
Erkek	50	71,4
Medeni durum		
Evli	60	86
Evli olmayan	10	14
Eğitim durumu		
İlkokul +ortaokul	43	61,5
Lise	15	21,5
Üniversite	12	17
Yaşadığı yeri		
Kentsel (il +ilçe)	51	73
Kırsal (köy/kasaba)	19	27
Meslek		
Çalışmıyor	20	29
Emekli	35	50
Çalışıyor (memur +serbest)	15	21
Toplam	70	100

Tablo 1’de çalışmaya alınan hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımına yer verildi. Hastaların yaş ortalaması 59,81, % 67’sinin 46-65 yaş arasında, % 71,4’ünün erkek, % 86’sı evli olduğu, % 61,5’inin ilkokul+ orta okul mezunu, % 73’ünün kentsel bölgede ikamet ettiği ve % 50’sinin emekli olduğu belirlendi.

Tablo 2. Hastaların bazı alışkanlıklarına ilişkin özelliklerinin dağılımı

Alışkanlıklar	N	%
Bağırsak alışkanlığı		
Her gün	48	68,5
İki günde bir	14	20
Üç günde ve daha fazla	8	11,5
Alkol kullanımı		
Evet	13	18,6
Hayır	34	48,6
Bıraktı	23	32,9
Sigara kullanımı		
Evet	24	34,3
Hayır	25	35,7
Bıraktı	21	30
Düzenli fiziksel aktivite yapma		
Evet	40	57,1
Hayır	30	42,9
Toplam	70	100

Tablo 2’de çalışmaya alınan hastaların kolorektal kanser gelişiminde etkili, bazı alışkanlıklarına ilişkin özelliklerinin dağılımına yer verildi. Hastaların % 68,5’inin hergün düzenli bağırsak alışkanlığı olduğu, % 48,6’nın alkol kullanmadığı, % 35,7’nin sigara kullanmadığı, % 57,1’nin düzenli spor ve egzersiz yaptığı belirlendi.

Tablo 3. Hastaların BKİ ve son altı ay içindeki kilo değişimine ilişkin özellikleri

BKİ	N	%
Normal (18,5-24,9)	15	21,5
Pre-obez (25-29,9)	36	51,5
I.derece obez (30-34,9)	19	27
Son altı ay içindeki kilo değişimi		
Arttı	5	7
Azaldı	29	41,5
Değişim yok	36	51,5
Toplam	70	100

Tablo 3'te çalışmaya alınan hastaların BKİ ve son altı ay içindeki kilo değişimine ilişkin özelliklerinin dağılımı incelendiğinde, % 51,5'i pre-obez ve son 6 ay içinde kilo kaybı olmadığı belirlendi.

Tablo 4. Hastaların sağlık öyküsüne ilişkin özellikleri

Özellikler	N	%
Ek hastalık varlığı		
Evet	37	53
Hayır	33	47
Ek hastalık türü		
Bir tane başka hastalık	13	35
Birden fazla başka hastalık	24	65
Son beş yılda kolorektal kansere yönelik tarama/test yaptırma		
Evet	1	1,4
Hayır	69	98,6
Ailede kolorektal kanser varlığı		
Evet	32	45,7
Hayır	38	54,3
İlaç kullanma durumu		
Evet	38	54,3
Hayır	32	45,7
Toplam	70	100

Tablo 4’de çalışmaya alınan hastaların sağlık öyküsüne ilişkin özelliklerinin dağılımına yer verildi. Hastaların % 53’ünün ek hastalığı olduğu, % 65’inin birden fazla başka hastalık olduğu, % 98,6’nın son beş yılda kolorektal kansere yönelik tarama/test yaptırmadığı, % 45,7’inin ailesinde kolorektal kanser olduğu, % 54,3’nünek hastalık türüne göre ilaç kullandığı belirlendi.

BÖLÜM II

Bu bölümde hastaların beslenme özellikleri (Tablo 5) ve besin tüketimine ilişkin (Tablo 6, 7, 8, 9,10) bulgulara yer verildi.

Tablo 5. Beslenme alışkanlıkları ve sorunlarına ilişkin bulgular

İfadeler	N	%
Günlük öğün sayısı		
İki öğün	48	68,6
Üç öğün	22	31,4
Ana öğün atlamak		
Evet	48	68,6
Hayır	22	31,4
Atlanan öğün		
Sabah	8	11,4
Öğle	40	57,1
Öğün atlama nedeni		
Zaman yetersiz- geç kalıyor	29	41,4
Canı istemiyor, iştahsı	19	27,1
Ara öğün atıştırma alışkanlığı		
Evet	66	94,3
Hayır	4	5,7
Ev dışında yemek yeme alışkanlığı		
Evet	25	35,7
Hayır	45	64,3

Tablo 5 Devam. Beslenme alışkanlıkları ve sorunlarına ilişkin bulgular

Hangi öğün		
Öğlen	17	24,3
Akşam	8	11,4
Ne sıklıkla		
Her gün	4	5,7
Haftada	20	29
Daha az	1	1,4
Günlük sıvı tüketimi (bardak)		
≤5	20	28,5
>5	50	71,5
Günlük çay tüketimi (fincan)		
1-2	26	37
3-4	17	24
5>	27	39
Günlük nescafe tüketimi (bardak)		
İçmiyor	44	63
İçiyor	26	37
Günlük türk kahvesi tüketimi (fincan)		
İçmiyor	29	41,5
İçiyor	41	58,5
Yemek pişirme yöntemi		
Kızartma+ haşlama	26	37
Kızartma+ Haşlama+ Fırında	11	16
Haşlama+ Fırında	23	33
Kızartma+ Haşlama+ Izgara	10	14
Gece uykudan uyanıp yemek yeme alışkanlığı		
Evet	11	15,7
Hayır	59	84,3
Son üç ayda besin tüketiminde azalma		
Evet	26	37
Hayır	44	63

Tablo 5’de çalışmaya alınan hastaların beslenme alışkanlıkları ve sorunlarına ilişkin bulguları incelendiğinde, % 68,6’nın günlük öğün sayısının iki olduğu, % 57,1’inin atlanan öğünün öğlen olduğu, % 41,4’ünün öğün atlama nedeni zaman yetersiz- geç kaldığı için olduğu, % 35,7’inin ev dışında yemek yeme alışkanlığı olduğunu, % 71,5’inin günde 5 bardaktan fazla sıvı tükettiği, % 39’unun günde beş fincandan fazla çay tükettiği, % 58,5’inin türk kahvesi tükettiği ve % 63’ünün hiç Nescafe tüketmediği, % 37’si kızartma ve haşlama pişirme yöntemi kullanarak, % 37’sinde son üç ayda besin tüketiminde azalma olduğu belirlendi.

Tablo 6. Hastaların süt ve süt ürünleri tüketimine ilişkin özellikler

Tüketim sıklığı	Süt	Yoğurt	Ayran	Peynir
	N (%)	N(%)	N(%)	N(%)
Her gün	7 (10)	45 (64)	49 (70)	62 (88,5)
Haftada	15 (21,5)	25 (36)	18 (26)	8 (11,5)
Daha az	48 (68,5)	0	3 (4)	0
Toplam	70 (100)	70 (100)	70 (100)	70 (100)

Tablo 6’da çalışmaya alınan hastaların süt ve süt ürünleri tüketimine ilişkin bulgular incelendiğinde % 10’ünün her gün süt, % 64’ünün her gün yoğurt, % 70’inin her gün ayran ve % 88,5’nin her gün peynir tükettiği belirlendi.

Tablo 7. Hastaların kırmızı et, beyaz et, işlenmiş et ürünleri ve yumurta tüketimine ilişkin özellikler

Tüketim sıklığı	Kırmızı et	Beyaz et		İşlenmiş et ürünleri	Yumurta
		Tavuk	Balık		
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Her gün	0	0	0	1 (1,5)	37 (53)
Haftada	43 (61,5)	65 (93)	14 (20)	22 (31,5)	33 (47)
Daha az	27 (38,5)	5 (7)	56 (80)	47 (67)	0
Toplam	70 (100)	70 (100)	70 (100)	70 (100)	70 (100)

Tablo 7’de çalışmaya alınan hastaların kırmızı et ve beyaz et tüketimine ilişkin özelliklerinin dağılımına yer verildi. Kırmızı et, tavuk ve balık etlerini her gün hiç tüketmediği, % 1,5’ inin işlenmiş et ürünleri ve % 53’ünün yumurtanın her gün tükettiği belirlendi.

Tablo 8. Hastaların kurubaklagil ve tahıl tüketimine ilişkin özellikler

Tüketim sıklığı	Kuru baklagiller	Tahıllar			
		Ekmek	Pirinç	Makarna	Bulgur
	%	%	%	%	%
Her gün	0	16	0	0	0
Haftada	96	33	78.5	87	75
Daha az	4	51	21.5	13	25
Toplam	70 (100)	70 (100)	70 (100)	70 (100)	70 (100)

Tablo 8’de çalışmaya alınan hastaların kurubaklagil ve tahıl tüketiminin veriler incelendiğinde kurubaklagil, pirinç, makarna ve bulguru her gün tüketmediği ve % 16’nın her gün ekmektükettiği belirlendi.

Tablo 9. Hastaların sebze-meyve tüketimine ilişkin özellikler

Tüketim sıklığı	Sebze	Meyve
	N (%)	N (%)
Her gün	10 (14)	25 (36)
Haftada	58 (83)	45 (64)
Daha az	2 (3)	0
Toplam	70 (100)	70 (100)

Tablo 9’da çalışmaya alınan hastaların sebze-meyve tüketimine ilişkin özelliklerinin dağılımına yer verildi. Tablodaki veriler incelendiğinde % 14’ünün her gün sebze ve % 36’nın her gün meyve tükettiği belirlendi.

Tablo 10. Hastaların yağ tüketimine ilişkin özellikler

Tüketim sıklığı	Sıvı yağ	Katı yağ
	N (%)	N (%)
Her gün	69 (98,5)	65 (93)
Daha az	1 (1,5)	5 (7)
Toplam	70 (100)	70 (100)

Tablo 10’da hastaların yağ tüketimi incelendiğinde % 98,5’inin sıvı yağ ve % 93’ünün katı yağı her gün tükettiği belirlendi.

BÖLÜM III

Bu bölümde hastaların sosyo-demografik özellikleri ile BKİ, bazı alışkanlıkları ve son beş yılda tarama/test yaptırma durumu (Tablo 11,12,13), ailede kolorektal kanser öyküsü ile BKİ, bazı alışkanlıkları (Tablo 14,15), hastaların yaş, yaşadığı yer ve ailede kolorektal kanser öyküsü ile besin tüketimi (Tablo 16,17,18) arasındaki ilişkilere yönelik bulgulara yer verildi.

Tablo 11. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile beden kitle indeksi arasındaki ilişki

Sosyo-demografik Özellikleri	Beden kitle indeksi (kg/m ²)			Anlamlılık
	Normal (18,5-24,9)	Pre-obez (25-29,9)	Obez (30-34,9)	P
	N (%)	N (%)	N (%)	
Yaş				<0,001
25-45 yaş	2 (33)	3 (50)	1 (17)	
46-65 yaş	8 (17)	28 (60)	11 (23)	
66-85 yaş	5 (29,5)	5 (29,5)	7 (41)	
Cinsiyet				
Kadın	1 (5)	8 (40)	11 (55)	
Erkek	14 (28)	28 (56)	8 (16)	
Yaşadığı yer				
Kentsel (il+ ilçe)	12 (23,5)	27 (53)	12 (23,5)	
Kırsal (Köy/ Kasaba)	3 (16)	9 (47)	7 (37)	

Tablo 11’de hastaların sosyo-demografik özellikleri ile beden kütle indeksi grupları karşılaştırıldı. Hastaların BKİ sınıfları ile yaş, cinsiyet, yaşadığı yer sınıfları anlamlı olarak farklılaştı (p<0,05).

Tablo 12. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile bazı alışkanlıkları arasındaki ilişki

Sosyo-demografik Özellikler	Bazı alışkanlıklar							
	Sigara kullanımı			Alkol kullanımı			Düzenli spor yapma	
	Evet	Hayır	Bıraktı	Evet	Hayır	Bıraktı	Evet	Hayır
	%	%	%	%	%	%	%	%
Yaş								
25-45 yaş	66	17	17	33	67	0	33	67
46-65 yaş	36	32	32	19	40,5	40,5	66	34
66-85 yaş	18	53	29	12	65	23	41	59
Anlamlılık	P<0,001							
Cinsiyet								
Kadın	10	80	10	0	90	10	25	75
Erkek	44	18	38	26	32	42	70	30
Anlamlılık	P<0,001							
Yaşadığı yer								
Kentsel (il+ ilçe)	37,5	23,5	39	22	37	41	69	31
Kırsal(köy/kasaba)	26	68,5	5.5	10.5	79	10,5	26	74
Anlamlılık	P<0,001							

Tablo 12’de hastaların sosyo-demografik özellikleri ile bazı alışkanlıkları arasındaki ilişki karşılaştırıldı. Yaş, cinsiyet ve yaşadığı yer grupları ile sigara, alkol kullanımı ve düzenli spor yapma grupları karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,05).

Tablo 13. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile son beş yılda tarama/test yaptırma durumu

Sosyo-demografik Özellikler	Son 5 yılda tarama/test yaptırmadurumu		Anlamlılık
	Evet	Hayır	p
	N (%)	N (%)	
Yaş			<0,001
25-45 yaş	1 (17)	5 (83)	
46-65 yaş	0	47 (100)	
66-85 yaş	0	17 (100)	
Cinsiyet			
Kadın	0	20 (100)	
Erkek	1 (2)	49 (98)	
Eğitim durumu			
İlkokul+ Ortaokul	100	61	
Lise	0	22	
Üniversite	0	17	
Yaşadığı yer			
Kentsel (il+ ilçe)	1 (2)	50 (98)	
Köy/ Kasaba	0	19 (100)	

Tablo 13’de hastaların sosyo-demografik özellikleri ile son beş yılda KKK’e yönelik tarama/test yaptırma durumu arasındaki ilişki karşılaştırıldı. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve yaşadığı yer grupları ile son beş yılda KKK’e yönelik tarama/test yaptırma durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Tablo 14. Hastaların ailede kolorektal kanser öyküsü ile beden kitle indeksi arasındaki ilişki

Beden kitle indeksi (kg/m ²)	Ailede kolorektal kanser öyküsü		Anlamlılık
	var	yok	P
	N (%)	N (%)	
Normal (18,5-24,9)	7 (47)	8 (53)	<0,001
Pre-obez (25-29,9)	17 (47)	19 (53)	
Obez (30-34,9)	8 (42)	11 (58)	

Tablo 14’de hastaların ailede kolorektal kanser öyküsü ile BKİ arasındaki ilişki karşılaştırıldı ve aralarında anlamlı fark bulundu (p<0,05).

Tablo 15. Hastaların ailede kolorektal kanser öyküsü ile bazı alışkanlıkları arasındaki ilişki

Beden kitle indeksi (kg/m ²)	Ailede kolorektal kanser öyküsü		Anlamlılık
	var	yok	P
	N (%)	N (%)	
Sigara kullanımı			<0,001
Evet	10 (42)	14 (58)	
Hayır	10 (40)	15 (60)	
Bıraktı	12 (57)	9 (43)	
Alkol kullanımı			
Evet	7 (54)	6 (46)	
Hayır	11 (32)	23 (68)	
Bıraktı	14 (61)	9 (39)	
Düzenli spor yapma			
Evet	18 (45)	22 (55)	
Hayır	14 (47)	16 (53)	

Tablo 15’de hastaların ailede kolorektal kanser öyküsü ile bazı alışkanlıkları arasındaki ilişki karşılaştırıldı, yapılan istatistiksel incelemede sigara, alkol kullanımı ve düzenli spor yapma ile ailede kolorektal kanser öyküsünün varlığı arasında anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$).

Tablo 16. Hastaların yaşı ile besin tüketimleri arasında ilişki

Besin tüketimi	yaş			Anlamlılık
	24-45	46-65	66-85	
	N (%)	N (%)	N (%)	
Süt tüketim sıklığı				<0,001
Her gün	0	5 (71)	2 (29)	
Haftada	1 (7)	8 (53)	6 (40)	
Daha az	5 (10)	34 (71)	9 (19)	
Yoğurt tüketim sıklığı				
Her gün	4 (9)	29 (64)	12 (27)	
Haftada	2 (8)	18 (72)	5 (20)	
Ayran tüketim sıklığı				
Her gün	2 (4)	37 (75,5)	10 (20,5)	
Haftada	2 (11)	9 (50)	7 (39)	
Daha az	2 (67)	1(33)	0	
Peynir tüketim sıklığı				
Her gün	5 (8)	40 (64,5)	17 (27,5)	
Haftada	1 (12,5)	7 (87,5)	0	
Kırmızı et tüketim sıklığı				
Haftada	3 (7)	30 (70)	10 (23)	
Daha az	3 (11)	17 (63)	7 (26)	
İşlenmiş et ürünleri				
Her gün	0	1 (100)	0	
Haftada	3 (14)	17 (77)	2 (9)	
Daha az	3 (6)	29 (62)	15 (32)	

Tablo 16 Devam. Hastaların yaşı ile besin tüketimleri arasında ilişki

Tahıl tüketim sıklığı			
Her gün	6 (11)	37 (66)	13 (23)
Haftada	0	10 (71)	4 (29)
Kurubaklagil tüketim sıklığı			
Haftada	6 (9)	45 (67)	16 (24)
Daha az	0	2 (67)	1 (33)
Sebze tüketim sıklığı			
Her gün	1 (10)	7 (70)	2 (20)
Haftada	5 (8)	38 (66)	15 (26)
Daha az	0	2 (100)	0
Meyve tüketim sıklığı			
Her gün	3 (12)	15 (60)	7 (28)
Haftada	3 (7)	32 (71)	10 (22)
Yağ tüketim sıklığı			
Her gün	5 (7)	47 (68)	17 (25)
Haftada	1 (100)	0	0

<0,001

Tablo 16’da hastaların yaşları ile besin tüketimi arasındaki ilişki karşılaştırıldı. Hastaların yaşları ile süt, yoğurt, peynir, ayran, kırmızı ve işlenmiş et ürünleri, kurubaklagil, sebze, meyve ve yağ tüketimi arasında anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$).

Tablo 17. Hastaların yaşadığı yer ile besin tüketimi arasındaki ilişki

Besin tüketimi	Yaşadığı yer		Anlamlılık
	Kentsel (il+ ilçe)	Kırsal (köy/kasaba)	p
	N (%)	N (%)	
Süt tüketim sıklığı			<0,001
Her gün	3 (43)	4 (57)	
Haftada	11 (73)	4 (27)	
Daha az	37 (77)	11 (23)	
Yoğurt tüketim sıklığı			
Her gün	31 (69)	14 (31)	
Haftada	20 (80)	5 (20)	
Ayran tüketim sıklığı			
Her gün	33 (67)	16 (33)	
Haftada	15 (83)	3 (17)	
Daha az	3	0	
Peynir tüketim sıklığı			
Her gün	43 (69)	19 (31)	
Haftada 3-4	8 (100)	0	
Kırmızı et tüketim sıklığı			
Haftada	37 (86)	6 (14)	
Daha az	14 (52)	13 (48)	
İşlenmiş et ürünleri			
Her gün	0	1 (100)	
Haftada	18 (82)	4 (18)	
Daha az	33 (70)	14 (30)	
Tahıl tüketim sıklığı			
Her gün	38 (68)	18 (32)	
Haftada	13 (93)	1 (7)	

Tablo 17 Devam. Hastaların yaşadığı yer ile besin tüketimi arasındaki ilişki

Kurubaklagil tüketim sıklığı		
Haftada	50 (75)	17 (25)
Daha az	1 (33)	2 (67)
Sebze tüketim sıklığı		
Her gün	7 (70)	3 (30)
Haftada	42 (72)	16 (28)
Daha az	2 (100)	0
Meyve tüketim sıklığı		
Her gün	17 (68)	8 (32)
Haftada	34 (76)	11 (24)
yağ tüketim sıklığı		
Her gün	50 (72,5)	19 (27,5)
Haftada	1 (100)	0

Tablo 17’de hastaların yaşadığı yer ile besin tüketim sıklığı arasındaki ilişki karşılaştırıldı, yapılan istatistiksel incelemede yaşanan yer ile süt ve süt ürünleri, kurubaklagil, kırmızı et, sebze-meyve, sıvı-katı yağ tüketim sıklığı arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$)

Tablo 18. Hastaların ailede kolorektal kanser öyküsü ile besin tüketimi arasındaki ilişki

Besin tüketimi	Ailede kolorektal kanser öyküsü		Anlamlılık p	
	var	yok		
	N (%)	N (%)		
Süt tüketim sıklığı				
Her gün	3 (43)	4 (57)	<0,001	
Haftada	5 (33)	10 (67)		
Daha az	24 (50)	24 (50)		
Yoğurt tüketim sıklığı				
Her gün	17 (38)	28 (62)		
Haftada	15 (60)	10 (40)		
Ayran tüketim sıklığı				
Her gün	23 (47)	26 (53)		
Haftada	8 (44,5)	10 (55,5)		
Daha az	1 (33)	2 (67)		
Peynir tüketim sıklığı				
Her gün	27 (43,5)	35 (56,5)		
Haftada	5 (62,5)	3 (37,5)		
Kırmızı et tüketim sıklığı				
Haftada	20 (47)	23 (53)		
Daha az	12 (44)	15 (56)		
İşlenmiş et ürünleri				
Her gün	0	1 (100)		
Haftada	15 (68)	7 (32)		
Daha az	17 (36)	30 (64)		
Tahıl tüketim sıklığı				
Haftada	26 (46)	30 (54)		
Daha az	6 (43)	8 (57)		

Tablo 18 Devam: Hastaların ailede kolorektal kanser öyküsü ile besin tüketimi arasındaki ilişki

Kurubaklagil tüketim sıklığı		
Haftada	31 (46)	36 (54)
Daha az	1 (33)	2 (67)
Sebze tüketim sıklığı		
Her gün	4 (40)	6 (60)
Haftada	28 (48)	30 (52)
Daha az	0	2 (100)
Meyve tüketim sıklığı		
Her gün	10 (40)	15 (60)
Haftada	22 (49)	23 (51)
Yağ tüketim sıklığı		
Her gün	32 (46)	37 (54)
Haftada	0	1 (100)

<0,001

Tablo 18’de hastaların aile öyküsü ile besin tüketim sıklığı arasındaki ilişki karşılaştırıldı ve anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

BÖLÜM IV

Bu bölümde hastaların depresyon (Tablo 19), anksiyete (Tablo 20) ve yaşam kalite (Tablo 21) durumları ile ilişkin bulgulara yer verildi.

Tablo 19. Hastalarda depresyon durumu

Beck Depresyon Ölçeği	N	%
Normal	33	47
Hafif ruhsal sıkıntı	17	24,5
Sınırdan+ Orta + Ciddi depresyon	20	28,5
Toplam	70	100

Tablo 20. Hastalarda anksiyete durumu

Beck Anksiyete Ölçeği	N	%
Minimal düzeyde anksiyete	29	41
Hafif düzeyde anksiyete	39	56
Orta ve üzeri düzeyde anksiyete	2	3
Toplam	70	100

Tablo 19'a göre hastaların % 47'si normal ve % 24,5'i hafif ruhsal sıkıntı ve tablo 20'ye göre hastaların % 56'sında hafif düzeyde anksiyete ve % 41'inde ise minimal düzeyde anksiyete olduğu yer almaktadır.

Tablo 21. Hastaların yaşam kalite durumu

Yaşam kalite durumu	Normal		Normal olmayan	
	N	%	N	%
Fiziksel Fonksiyon	46	66	24	34
Fiziksel Rol Güçlüğü	20	30	50	70
Emosyonel Rol Güçlüğü	10	15,5	60	84,5
Enerji/Canlılık/Vitalite	33	48	37	52
Ruhsal Sağlık	22	32,5	48	67,5
Sosyal İşlevsellik	30	44	40	56
Ağrı	29	42	41	58
Genel Sağlık Algısı	40	58	30	42

Tablo 21'e göre bireylerin % 66'sının fiziksel fonksiyon, % 58'inin genel sağlık algısı normal değerde bulunurken, % 70'inin fiziksel rol güçlüğü, % 84,5'inin emosyonel rol güçlüğü, % 52'inin enerji/canlılık/vitalite, % 67,5'inin ruhsal sağlığı, % 56'sının sosyal işlevselliği, % 58'inin ağrısı normal değer bulunmadı.

BÖLÜM V

Bu bölümde hastaların depresyon ve anksiyete durumları (tablo 22-27) ve yaşam kalite durumları (tablo 28-33) ile besin tüketimi arasındaki ilişkiye yönelik bulgulara yer verildi.

Tablo 22. Hastaların depresyon ve anksiyete durumlar ile süt ürünleri tüketimi arasındaki ilişki

Depresyon ve Anksiyete Durumları	Süt ürünleri		Anlamlılık
	Her gün	Haftada	P
	N (%)	N (%)	
Beck Depresyon Ölçeği			0,001
Normal	32 (97)	1 (3)	
Hafif ruhsal sıkıntı	17 (100)	0	
Sınırdan + Orta + Ciddi depresyon	19 (95)	1 (5)	
Beck Anksiyete Ölçeği			
Minimal düzeyde anksiyete	28 (97)	1 (3)	
Hafif düzeyde anksiyete	38 (97)	1 (3)	
Orta ve üzeri düzeyde anksiyete	2 (100)	0	

Tablo 22’de hastaların depresyon ve anksiyete durumları ile süt ürünleri tüketimi karşılaştırıldı, aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Depresyon durumu normal olan hastaların, hafif ve minimal düzeyde anksiyete olan hastaların % 97’sinin her gün süt ürünleri tükettiği belirlendi.

Tablo 23. Hastaların depresyon ve anksiyete durumlar ile protein tüketimi arasındaki ilişki

Depresyon ve Anksiyete Durumları	protein		Anlamlılık
	Her gün	Haftada	P
	N (%)	N (%)	
Beck Depresyon Ölçeği			0,001
Normal	13 (39)	20 (61)	
Hafif ruhsal sıkıntı	11 (65)	6 (35)	
Sınırdan + Orta + Ciddi depresyon	13 (65)	7 (35)	
Beck Anksiyete Ölçeği			
Minimal düzeyde anksiyete	12 (41)	17 (59)	
Hafif düzeyde anksiyete	24 (61,5)	15 (38,5)	
Orta ve üzeri düzeyde anksiyete	1 (50)	1 (50)	

Tablo 23’de hastaların depresyon ve anksiyete durumlar ile protein tüketimi karşılaştırıldı, istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). % 65’inin hafif ruhsal sıkıntı olan hastaların ve sınırdan +orta+ ciddi depresyonu olan hastaların ve % 61,5’inin hafif düzeyde anksiyete olan hastaların her gün protein tükettiği belirlendi.

Tablo 24. Hastaların depresyon ve anksiyete durumlar ile tahıl tüketimi arasındaki ilişki

Depresyon ve Anksiyete Durumları	Tahıl		Anlamlılık
	Her gün	Haftada	P
	N (%)	N (%)	
Beck Depresyon Ölçeği			0,001
Normal	28 (85)	5 (15)	
Hafif ruhsal sıkıntı	9 (53)	8 (47)	
Sınırdan + Orta + Ciddi depresyon	19 (95)	1 (5)	
Beck Anksiyete Ölçeği			
Minimal düzeyde anksiyete	24 (83)	5 (17)	
Hafif düzeyde anksiyete	30 (77)	9 (23)	
Orta ve üzeri düzeyde anksiyete	2 (100)	0	

Tablo 24’de hastaların depresyon ve anksiyete durumlar ile tahıl tüketimi arasındaki ilişki karşılaştırıldı, aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Sınırdan+ orta + ciddi depresyon olan hastaların % 95’inin ve orta ve üzeri düzeyde anksiyete olan hastaların % 100’ünün her gün tahıl tükettiği belirlendi.

Tablo 25. Hastaların depresyon ve anksiyete durumlar ile sebze tüketimi arasındaki ilişki

Depresyon ve Anksiyete Durumları	Sebze		Anlamlılık
	Her gün	Haftada	P
	N (%)	N (%)	
Beck Depresyon Ölçeği			0,001
Normal	6 (18)	27 (82)	
Hafif ruhsal sıkıntı	3 (18)	14 (82)	
Sınırdan+ Orta + Ciddi depresyon	1 (5)	19 (95)	
Beck Anksiyete Ölçeği			
Minimal düzeyde anksiyete	6 (21)	23 (79)	
Hafif düzeyde anksiyete	4 (10)	35 (90)	
Orta ve üzeri düzeyde anksiyete	0	2 (100)	

Tablo 25’de hastaların depresyon ve anksiyete durumlar ile sebze tüketimi arasındaki ilişki karşılaştırıldı, aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Depresyon durumu normal ve hafif ruhsal sıkıntı olan hastaların % 18’inin ve minimal düzeyde anksiyete olan hastaların, % 21’sinin her gün sebze tükettiği belirlendi.

Tablo 26. Hastaların depresyon ve anksiyete durumlar ile meyve tüketimi arasındaki ilişki

Depresyon ve Anksiyete Durumları	Meyve		Anlamlılık
	Her gün	Haftada	p
	N (%)	N (%)	
Beck Depresyon Ölçeği			0,001
Normal	14 (42)	19 (58)	
Hafif ruhsal sıkıntı	5 (29)	12 (71)	
Sınırdan + Orta + Ciddi depresyon	6 (30)	14 (70)	
Beck Anksiyete Ölçeği			
Minimal düzeyde anksiyete	12 (41)	17 (59)	
Hafif düzeyde anksiyete	12 (31)	27 (69)	
Orta ve üzeri düzeyde anksiyete	1 (50)	1 (50)	

Tablo 26’de hastaların depresyon ve anksiyete durumlar ile meyve tüketimi arasında ilişki anlamlı bulundu ($p<0,05$). Depresyon durumu normal olan hastaların % 42’sinin, orta ve üzeri düzeyde anksiyete olan hastaların % 50’sinin her gün meyve tükettiği belirlendi.

Tablo 27. Hastaların depresyon ve anksiyete durumlar ile yağ tüketimi arasındaki ilişki

Depresyon ve Anksiyete Durumları	Yağ		Anlamlılık
	Her gün	Haftada	p
	N (%)	N (%)	
Beck Depresyon Ölçeği			0,001
Normal	33 (100)	0	
Hafif ruhsal sıkıntı	17 (100)	0	
Sınırdan + Orta + Ciddi depresyon	19 (95)	1 (5)	
Beck Anksiyete Ölçeği			
Minimal düzeyde anksiyete	29 (100)	0	
Hafif düzeyde anksiyete	39 (100)	0	
Orta ve üzeri düzeyde anksiyete	1 (50)	1 (50)	

Tablo 27’de hastaların depresyon ve anksiyete durumlar ile yağ tüketimi karşılaştırıldı, aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Tablo 28. Hastaların yaşam kalite durumlar ile süt ürünleri tüketimi arasındaki ilişki

Yaşam kalite durumu	Süt ürünleri		Anlamlılık
	Her gün	Haftada	
	N (%)	N (%)	p
Fiziksel Fonksiyon			0,001
Normal	44 (96)	2 (4)	
Normal olmayan	24 (100)	0	
Fiziksel Rol Güçlüğü			
Normal	19 (95)	1 (5)	
Normal olmayan	49 (98)	1 (2)	
Emosyonel Rol Güçlüğü			
Normal	9 (90)	1 (10)	
Normal olmayan	59 (98)	1 (2)	
Enerji/Canlılık/Vitalite			
Normal	32 (97)	1 (3)	
Normal olmayan	36 (97)	1 (1)	
Ruhsal Sağlık			
Normal	32	0	
Normal olmayan	68	100	
Sosyal İşlevsellik			
Normal	28 (93)	2 (7)	
Normal olmayan	40 (100)	0	
Ağrı			
Normal	29 (100)	0	
Normal olmayan	39 (95)	2 (5)	
Genel Sağlık Algısı			
Normal	39 (97,5)	1 (2,5)	
Normal olmayan	29 (97)	1 (3)	

Tablo 29. Hastaların yaşam kalite durumlar ile protein tüketimi arasındaki ilişki

Yaşam kalite durumu	Protein		Anlamlılık
	Her gün	Haftada	p
	N (%)	N (%)	
Fiziksel Fonksiyon			0,001
Normal	20 (43)	26 (57)	
Normal olmayan	17 (71)	7 (29)	
Fiziksel Rol Güçlüğü			
Normal	9 (45)	11 (55)	
Normal olmayan	28 (56)	22 (44)	
Emosyonel Rol Güçlüğü			
Normal	8 (80)	2 (20)	
Normal olmayan	29 (48)	31 (52)	
Enerji/Canlılık/Vitalite			
Normal	15 (45)	18 (55)	
Normal olmayan	22 (60)	15 (40)	
Ruhsal Sağlık			
Normal	10 (45)	12 (55)	
Normal olmayan	27 (56)	21 (44)	
Sosyal İşlevsellik			
Normal	14 (46)	16 (54)	
Normal olmayan	23(57)	17(43)	
Ağrı			
Normal	12 (41)	17 (59)	
Normal olmayan	25 (61)	16 (39)	
Genel Sağlık Algısı			
Normal	22 (55)	18 (45)	
Normal olmayan	15 (50)	15 (50)	

Tablo 30. Hastaların yaşam kalite durumlar ile tahıl tüketimi arasındaki ilişki

Yaşam kalite durumu	Tahıl		Anlamlılık
	Her gün	Haftada	p
	N (%)	N (%)	
Fiziksel Fonksiyon			0,001
Normal	39 (85)	7 (15)	
Normal olmayan	17 (71)	7 (29)	
Fiziksel Rol Güçlüğü			
Normal	16 (80)	4 (20)	
Normal olmayan	40 (80)	10 (20)	
Emosyonel Rol Güçlüğü			
Normal	9 (90)	1 (10)	
Normal olmayan	47 (78)	13 (22)	
Enerji/Canlılık/Vitalite			
Normal	26 (79)	7 (21)	
Normal olmayan	30 (81)	7 (19)	
Ruhsal Sağlık			
Normal	18 (82)	4 (18)	
Normal olmayan	38 (79)	10 (21)	
Sosyal İşlevsellik			
Normal	26 (87)	4 (13)	
Normal olmayan	30 (75)	10 (25)	
Ağrı			
Normal	24 (83)	5 (17)	
Normal olmayan	32 (78)	9 (22)	
Genel Sağlık Algısı			
Normal	33 (82,5)	7 (17,5)	
Normal olmayan	23 (77)	7 (23)	

Tablo 31. Hastaların yaşam kalite durumlar ile sebze tüketimi arasındaki ilişki

Yaşam kalite durumu	Sebze		Anlamlılık
	Her gün	Haftada	p
	N (%)	N (%)	
Fiziksel Fonksiyon			0,001
Normal	8 (17)	38 (83)	
Normal olmayan	2 (8)	22 (92)	
Fiziksel Rol Güçlüğü			
Normal	0	20 (100)	
Normal olmayan	10 (20)	40 (80)	
Emosyonel Rol Güçlüğü			
Normal	1 (10)	9 (90)	
Normal olmayan	9 (15)	51 (85)	
Enerji/Canlılık/Vitalite			
Normal	3 (9)	30 (91)	
Normal olmayan	7 (19)	30 (81)	
Ruhsal Sağlık			
Normal	5 (23)	17 (77)	
Normal olmayan	5 (10)	43 (90)	
Sosyal İşlevsellik			
Normal	4 (13)	26 (87)	
Normal olmayan	6 (15)	34 (85)	
Ağrı			
Normal	3 (10)	26 (90)	
Normal olmayan	7 (17)	34 (83)	
Genel Sağlık Algısı			
Normal	7 (17,5)	33 (82,5)	
Normal olmayan	3 (10)	27 (90)	

Tablo 32. Hastaların yaşam kalite durumlar ile meyve tüketimi arasındaki ilişki

Yaşam kalite durumu	Meyve		Anlamlılık
	Her gün	Haftada	p
	N (%)	N (%)	
Fiziksel Fonksiyon			0,001
Normal	18 (40)	28 (60)	
Normal olmayan	7 (30)	17 (70)	
Fiziksel Rol Güçlüğü			
Normal	5 (25)	15 (75)	
Normal olmayan	20 (40)	30 (60)	
Emosyonel Rol Güçlüğü			
Normal	2 (20)	8 (80)	
Normal olmayan	23 (38)	37 (62)	
Enerji/Canlılık/Vitalite			
Normal	14 (42)	19 (58)	
Normal olmayan	11 (30)	26 (70)	
Ruhsal Sağlık			
Normal	8 (36)	14 (64)	
Normal olmayan	17 (35)	31 (65)	
Sosyal İşlevsellik			
Normal	11 (37)	19 (63)	
Normal olmayan	14 (35)	26 (65)	
Ağrı			
Normal	11 (38)	18 (62)	
Normal olmayan	14 (34)	27 (66)	
Genel Sağlık Algısı			
Normal	16 (40)	24 (60)	
Normal olmayan	9 (30)	21 (70)	

Tablo 33. Hastaların yaşam kalite durumlar ile yağtüketimi arasındaki ilişki

Yaşam kalite durumu	Yağ		Anlamlılık
	Her gün	Haftada	p
	N (%)	N (%)	
Fiziksel Fonksiyon			0,001
Normal	45 (98)	1 (2)	
Normal olmayan	24 (100)	0	
Fiziksel Rol Güçlüğü			
Normal	20 (100)	0	
Normal olmayan	49 (98)	1 (2)	
Emosyonel Rol Güçlüğü			
Normal	10 (100)	0	
Normal olmayan	59 (98)	1 (2)	
Enerji/Canlılık/Vitalite			
Normal	33 (100)	0	
Normal olmayan	36 (97)	1 (3)	
Ruhsal Sağlık			
Normal	22 (100)	0	
Normal olmayan	47 (98)	1 (2)	
Sosyal İşlevsellik			
Normal	30 (100)	0	
Normal olmayan	39 (97,5)	1 (2,5)	
Ağrı			
Normal	29 (100)	0	
Normal olmayan	40 (98)	1 (2)	
Genel Sağlık Algısı			
Normal	39 (97,5)	1 (2,5)	
Normal olmayan	30 (100)	0	

TARTIŞMA

Günümüzde önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olan kolorektal kanserler, gastrointestinal sistem kanserleri içinde görülme sıklığı açısından birinci sırada yer almaktadır (71). Kolorektal kanserlerin dünya genelindeki dağılımları ve yapılan araştırmalar, beslenme ve yaşam biçimi gibi faktörlerin hastalık etiyojisi ile ilişkisi olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca çevresel etkilerin KRK'nın gelişiminde önemli bir rol olduğu öne sürülmektedir (72). Genetik, epidemiyolojik ve moleküler biyolojide yapılan araştırmalar, genetik faktörlerin de kolorektal karsinogenez üzerinde önemli bir role sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle genetik ile beslenme arasındaki etkileşimlerin de kanser gelişimi için temel oluşturabileceği düşünülmektedir (73).

Bu gerçekler doğrultusunda çalışma, kolorektal kanser öncesi beslenme alışkanlığını belirlemek amacı ile Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğinde araştırmaya gönüllü katılan 70 kolorektal kanserli hasta ile gerçekleştirildi. Bu çalışmada hastaların yaş ortalaması 59,81, % 67'sinin 46-65 yaş arasında, % 71,4'unun erkek, % 86'sı evli olduğu, % 61,5'inin ilkökul + orta okul mezunu, % 73'ünün kentsel bölgede ikamet ettiği ve % 50'nin emekli olduğu belirlendi.

Elif (74)'in İstanbul Bayrampaşa Devlet Hastanesi ve Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 105 kolorektal kanserli hasta ile yapmış olduğu çalışmada, hastaların yaş

ortalaması $59,91 \pm 12,72$, %48,6'sının 46-65 yaş arasında, % 60'ının erkek, % 58,1'inin ilkokul mezunu, % 41'inin ilçede ikamet ettiği, % 41,9'unun emekli olduğu belirlendi. Nural (75)'in Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Onkoloji bölümünde 40 kolorektal kanserli hasta ve 40 kontrol grubu ile yapmış olduğu çalışmada, hastaların yaş ortalaması $59,7 \pm 10,3$, KKK lı erkeklerin % 63,6'sının ve kadınların % 72,2'sinin 55 yaş ve üzerinde olması ilerleyen yaşın KKK için bir risk faktörü olabileceğini göstermektedir. KKK lı hastaların % 60'ının ilkokul mezunu ve hasta kadınların % 42,5'inin ev hanımı olduğu belirlendi. Funda (76)'nin İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği ve Tıbbi Onkoloji Polikliniğine kontrole gelen 117 hasta ile yapmış olduğu çalışmada, hastaların % 47,9'u 61 yaş ve üzerinde, % 41,9'u kadın ve % 58,1'i erkek, % 82,1'i evli, % 53'ünün ilkokul mezunu, % 80'inin kentsel bölgede ikamet ettiği ve % 42,7'sinin emekli olduğu belirlendi.

Şebnem ve ark. (77)'nin Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Gastroenteroloji Bölümünde 250 kolorektal kanserli hasta üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, % 57,6 si erkek, % 42,4 ü kadın, erkeklerde ortalama yaş $57,6 \pm 13,8$ kadınlar ise ortalama yaş $56,5 \pm 10,9$ olarak hesaplanmıştır. Samet (78)'in Ocak-Eylül 2013 tarihleri arasında, Universal Çamlica Hastanesinde yatan 65 kolon kanserli hasta ile yapmış olduğu çalışmada, hastaların yaş ortalaması $48 \pm 2,4$, % 49,2'si 50 yaş ve üzerinde, % 52,3'ü erkek, % 47,7 si kadın, % 80'i evli, % 27,7'si ilkokul mezunu, % 43'ü memur ve işçi olduğu belirlendi. Erkan ve ark. (79)'nin Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde 123 kolorektal kanserli hasta ile yapmış olduğu çalışmada, %53,7'sinin erkek, % 46,3'ünün kadın, % 82,1'inin 51 yaş ve üzerinde , % 78'inin evli , % 26,8 inin ev hanımı, % 48'i ise ilkokul mezun olduğu belirlende.

Bizim çalışmada hastaların % 68,5'inin her gün düzenli bağırsak alışkanlığı olduğu, % 48,6'nın alkol kullanmadığı, % 35,7'nin sigara kullanmadığı, % 57,1'nin düzenli spor ve egzersiz yaptığı belirlendi. Elif (74)'in çalışmasında hastaların % 67,6'sının hergün düzenli bağırsak alışkanlığı olduğu, % 82,9'unun alkol kullanmadığı, % 57,1'nin sigara kullanmadığı, % 58,1'nin düzenli spor ve egzersiz yapmadığı bulundu. Nural (75)'in çalışmasında % 47,5'nin sigara kullanmadığı, % 75'nin düzenli spor ve egzersiz yaptığı belirlendi. Funda (76)'nin çalışmasında Hastaların % 59,8'inin sigara kullanmadığı, % 87,2'sinin alkol kullanmadığı, %

68,4'ü günlük yaşamlarında egzersiz yapmamaktadır. Samet (78)'in yaptığı çalışmada hastaların % 48,3'ünün sigara kullanmadığı, % 63,2'sinin alkol kullanmadığı ortaya çıktı. Erkan ve ark. (79)'nın yaptıkları çalışmada erkek hastalar kadınlara göre daha fazla sigara kullanma alışkanlığına sahiptiler. Erkeklerin % 48,5'i ve kadınların % 26,8'i alkol kullanmakta idi. Cho ve ark. (54)'nin yaptıkları çalışmada kolorektal kanserde sigara içimi ve alkol kullanımı hem insidans hem de mortalite artışı ile ilişkili bulunmuştur. Ji ve ark (80)'nin yaptıkları çalışmada, sigara içmenin ve alkol kullanmanın kolorektal kanser riskini artırdığı belirtilmiştir. Botteri ve ark. (81)'nin 106 gözlemsel araştırmada yeni tanı konmuş KRK'lı bireyler üzerinde sigara ile KRK arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Yapılan araştırmalar sigara içen bireylerin içmeyenlerle karşılaştığında % 18 daha fazla risk altında olduğu göstermiştir. Zhenming (82)'in yaptığı çalışma sonucu hastaların yaşam tarzı modifikasyonu, kolorektal poliplerin özellikle kolorektal kanserin öncüleri olan ileri ve çoklu adenomların önlenmesi için önemlidir.

Bizim çalışmada hastaların % 51,5'inin pre-obez ve hastalık süresince kilo kaybı olmadığı belirlendi. Elif (74)'in çalışmasında hastaların % 49,5'inin pre-obez olduğu, % 74,3'ünde hastalık süresince kilo kaybı olduğu belirlendi. Nural (75)'in çalışmasında tanı öncesi hastaların % 65'nin pre-obez olduğu ve tanı sonrası % 50'ye düştüğü gözlenmiştir. Samet (78)'in yaptığı çalışmada hastaların % 46,2'sinin pre-obez olduğu göstermiştir. Erkan ve ark. (79)'nin yaptıkları araştırmada % 42,3'ünün pre-obez olduğu görüldü. Christie ve ark. (83)'nin Amerika'da yaptıkları bir çalışmada, fazla kilo ve kolon kanseri arasındaki ilişki araştırılmıştır. Otuz üç yıllık gözlem sonucu yaşı 50 ve üzeri olan bireylerin kolorektal kanserine yakalanma insidansı artabileceği ve var olan hastalığın prognozunu kötüleştirebileceği belirtilmektedir. Shimizu ve ark (84)'nin japonya da yapılan bir prospektif araştırmada, erkeklerde BKİ ile KRK riski arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur ancak kadınlarda böyle bir ilişki tespit edilmemiştir.

Bizim çalışmada hastaların % 53'ünün ek hastalığı olduğu, % 65'inin birden fazla başka hastalık olduğu, % 98,6'nın son beş yılda kolorektal kansere yönelik tarama/test yaptırmadığı, % 45,7'inin ailesinde kolorektal kanser olduğu, % 54,3'nün ek hastalık türüne göre ilaç kullandığı belirlendi. Elif (74)'in çalışmasında hastaların % 42,9'unun ek hastalığı olduğu, %

81'inin son beş yılda kolorektal kansere yönelik tarama/test yaptırmadığı, % 21,9'unun ailesinde kolorektal kanser olduğu, % 54,3'nün ek hastalık türüne göre ilaç kullandığı belirlendi. Nural (75)'in çalışmasında hastaların % 97,5'inin ek hastalığı olduğu, % 52,5'inin birden fazla başka hastalık olduğu, % 10'unun ailesinde kolorektal kanser olduğu, % 67,5'nin ek hastalık türüne göre ilaç kullandığı belirlendi. Erkan ve ark. (79)'nın yaptıkları araştırmada hastaların % 81'inin ek hastalığı olduğu, % 53,7'inin ailesinde kolorektal kanser olduğu belirlendi. Slattery ve ark. (85)'nin yaptıkları araştırma sonucuna göre aile öyküsü ile kolon kanseri arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Ayrıca riskin etkilenen akraba sayısı arttıkça yükseldiği görülmüştür.

Bizim çalışmada hastaların % 68,6'nın günlük öğün sayısının iki olduğu, % 57,1'inin atlanan öğünün öğlen olduğu, % 41,4'ünün öğün atlama nedeni zaman yetersiz-geç kaldığı için olduğu, % 35,7'inin ev dışında yemek yeme alışkanlığı olduğunu, % 71,5'inin günde 5 bardaktan fazla sıvı tükettiği, %39'unun günde 5 fincandan fazla çay tükettiği, % 58,5'inin türk kahvesi tükettiği ve % 63'ünün hiç Nescafe tüketmediği, % 37'si kızartma ve haşlama pişirme yöntemi kullanarak, % 37'sinde son üç ayda besin tüketiminde azalma olduğu belirlendi. Elif (74)'in çalışmasında hastaların % 78.1'inin günlük öğün sayısının üç olduğu, % 48,6'sının günde 3-5 bardak sıvı tükettiği, % 60'ının beslenme sorunu yaşamadığı ancak son üç ayda besin tüketiminde azalma olduğu belirlendi. Nural (75)'in çalışmasında KRK hastaların tanı öncesi % 75'inin ve tanı sonrası % 85'inin günlük öğün sayısının üç olduğu, KRK hastaların tanı öncesi % 92,6'nın ve tanı sonrası % 85'inin atlanan öğünün öğlen olduğu, hastaların tanı öncesi % 48'nin öğün atlama nedeni zaman yetersiz ve tanı sonrası % 40'nın öğün atlama nedeni canı istemiyor için olduğu, hastaların tanı öncesi % 70'inin tanı sonrası % 35'inin ev dışında yemek yeme alışkanlığı olduğunu, en çok pişirme yöntemi, fırında, ızgara ve haşlama kullanıldı, KRK hastaların tanı öncesi % 65'inin ve tanı sonrası % 82,5'inin günde 1-9 bardak çay tükettiği, % 95'inin türk kahvesi tüketmediği ve % 90'ının hiç Nescafe tüketmediği belirlendi.

Kolorektal kanserde kalsiyumun koruyucu rolü olduğu, kalsiyumun zararlı safra asitlerine bağlanabildiği ve kolonik epitel proliferasyonunu azalttığı düşünülmektedir (86). Bizim çalışmada hastaların, % 10'ünün her gün süt, % 64'ünün her gün yoğurt, % 70'inin her gün ayran ve % 88,5'inin her gün peynir tükettiği belirlendi. Elif (74)'in çalışmasında hastaların, %

16,2'sının her gün süt, % 42,9'unun her gün yoğurt, %82,9'unun her gün peynir tükettiği belirlendi. Nural (75)'in çalışmasında % 42,5'nin süt, % 85'nin yoğurt, % 57,5'inin ayran ve % 85'inin peynir tükettikleri saptanmıştır.

Aune (87)'in, süt ve süt ürünleri ile KRK arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan 19 kohort araştırmasının meta-analizinde, kadın ve erkeklerde süt ürünleri ile kolon kanseri arasında ters bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Süt ve süt ürünleri ile KRK riski arasında doğrusal olmayan bir ilişki olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır. Bu meta-analizin peynir dışında diğer süt ve süt ürünlerinin KRK riskinde bir azalma ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Norat ve ark. (88)'nin süt ve süt ürünleri ile KRK riski arasındaki ilişkiyi araştırmak için bir vaka-kontrol araştırmasını analiz etmişlerdir. Bu analizde kohort araştırmalar Süt ve süt ürünleri tüketiminin koruyucu etkisi olduğunu gösterirken bu sonuçlar vaka-kontrol araştırmaları tarafından desteklenmemektedir. Peynir veya yoğurt tüketiminin KRK riskine karşı koruyucu etkisi olduğuna dair hehengi bir kanıt bulunamamıştır.

Bizim çalışmada hastaların kırmızı et, tavuk ve balık etlerini her gün hiç tüketmediği, % 1,5' inin işlenmiş et ürünleri ve % 53'ünün yumurtanın her gün tükettiği belirlendi. Elif (74)'nin çalışmasında hastaların,% 41'inin haftanın 1-2 günü kırmızı et, % 43,8'inin ise beyaz et tükettiği belirlendi. Nural (75)'in çalışmasının sonucu, kırmızı et ve ürünleri ile KRK riski arasında ilişki olduğu ortaya çıktı. Chao (89)'ninyaptıkları çalışmada, kırmızı et, salam ve sosis gibi ürünlerin uzun süreli tüketiminin kalın bağırsağın distal kısmında kanser riskini artırabileceğini, buna karşılık tavuk ve balık tüketiminin ise kalın bağırsak kanseri riskini azaltabileceğini belirtmişlerdir. Erman ve ark. (90)'nin belirttiğine göre kırmızı et, salam ve sosis gibi ürünlerin uzun süreli tüketiminin kalın bağırsağın distal kısmında kanser riskini artırabileceğini, buna karşılık tavuk ve balık tüketiminin ise kalın bağırsak kanseri riskini azaltabileceğini gösterildi. Kırmızı et tüketiminin haftada 2'den çok olması veya çok iyi pisirilmiş etlerin tercih edilmesinin KRK riski arttırdığını ortaya koymaktadır (91). İşlenmiş et ürünleri tüketimi ile kolon ve rectum kanserleri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda da uyumsuzluk söz konusu olmakla birlikte, çalışmaların çoğunda N-nitrozo bileşen içeren işlenmiş et ürünlerinin kanser riski taşıdıkları aktarılmaktadır (92,93).

Bizim çalışma sonucuna göre hastaların kurubaklagil, pirinç, makarna ve bulguru her gün tüketmedikleri ve % 16'sının her gün ekme tükettiği belirlendi. Elif (74)'in çalışmasında % 44,8'inin haftada 1-2 defa kurubaklagil ve % 35,2'sinin haftada 3-4 defa tahıl tükettiği belirlendi. Nural (75)'in çalışmasında hastaların % 90'ının beyaz pirinç, % 75'inin beyaz ekme, % 50'sinin bulgur, % 72,5'inin kurubaklagiller tükettiği bulunmuştur. Erman ve ark. (90)'nın belirttiğine göre İtalya'da yapılan bir çalışmada; tam buğday ekme tüketiminin sindirim sistemi kanserleri ve özellikle de üst sindirim sistemi kanser riskini azalttığı ve diyet lifinin kolon kanseri riskini belirgin olarak azalttığı ortaya konmuştur saptanmıştır. Jennifer ve ark. (94)'nın yaptıkları çalışma sonuçları ise özellikle kurubaklagil tüketim sıklığının yüksek olduğu kadınlarda kolorektal kansere yakalanma oranının düşük olduğu belirtilmiştir. Dagfinn ve ark. (95)'nin yaptıkları geriye dönük yirmi beş prospektif çalışmayı analiz ettikleri bir derlemede özellikle tahıl liflerinin kolorektal kanser riskini azalttığı bildirilmiştir. Deneo ve ark. (96)'nin yaptıkları araştırmada, tahıl tüketimi ile KRK riski arasındaki ilişki incelenmiştir. Kadınlarda tahıl ve beyaz ekme tüketimi ile KRK arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Baklagiller, KRK'lı erkeklerde koruyucu etkiye sahip iken kadınlarda böyle bir koruyucu etkiye rastlanılmamıştır. Karin ve ark. (97)'nin diyet lifinin kolon ve rektum kanserlerinden korucu özelliğini araştırmak için 47,279 erkek ve 76,947 kadından oluşan bir çalışma yapmışlardı. On altı yıllık uzun takip sonucunda diyet lif alımının kolorektal kanseriyle ters ilişkili olduğunu ve lif alımıyla beraber diğer yaşam tarzlarında bakılması gerektiğini bildirdi.

Louise ve ark. (98)'nin yaptıkları araştırmada, diyet lifinin özellikle yüksek lif içeren tahıllı gıdaların KRK önlemede koruyucu rolü olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmada hastaların incelendiğinde % 14'ünün her gün sebze ve % 36'sının her gün meyve tükettiği belirlendi. Elif (74)'in çalışmasında % 54,3'ünün her gün sebze ve % 72,4'ünün her gün meyve tükettiği belirlendi. Bütün taze sebze ve meyvelerin genellikle kanser riskini azaltıcı besinler grubunda yer aldığı ileri sürülmektedir. Nural (75)'in çalışmasında hastaların % 82,5'inin sebze ve % 87,5'inin meyve tükettiği belirlendi. Christina ve ark. (99)'nin yaptıkları çalışmada diyet lifi ve kolorektal kanseri incelemek için 1996 bireyden oluşan kontrol grubu ve 579 kolorektal kanserli bireye gıda tüketim anketi uygulanmıştır. Çalışma sonucunda ise diyet lif içeriği ve yoğunluğu fazla olan meyve ve sebzelerin tüketimi kolorektal kanserle ters ilişkilendirilmiştir. Kazuhiro ve

ark. (100)'nın 815 bireye yaptıkları ve 148 besinin tüketim sıklıklarının incelendiği çalışmanın sonucunda meyve ve sebze liflerinin alımı kolon kanseri riskini azalttığı belirtilmiştir. Rachel ve ark. (101)'nin yaptıkları 27 prospektif ve kohort çalışma analizleri sonucu özellikle sebze ve meyve liflerinin kolon kanserinden koruyucu etkisinin olduğu ancak yinede mevcut bilgilerin yeterli olmadığını belirtmiştir. Aune ve ark. (102)'nin yaptıkları çalışmada meyve ve sebze tüketimi ile KRK riski arasındaki ilişkiyi incelemek için 19 prospektif araştırmanın meta-analiz değerlendirmesini yapmışlardır. KRK riskindeki en büyük düşüşün en az miktarda meyve ve sebze tüketen bireylerin, meyve ve sebze tüketimlerini arttırmasıyla ortaya çıktığı görülmüştür. Bu meta-analizin sonucunda meyve ve sebze tüketimi ile KRK riski arasında istatistiksel olarak önemli doğrusal olmayan ters bir ilişki bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada meyve ve sebze tüketiminin, KRK riski ile güçlü bir şekilde ilişkili olmadığı, ancak azalan distal kolon kanseri riski ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir (103).

Sato ve ark. (104)'nin yaptıkları çalışmada 47,605 Japon erkek ve kadın üzerinde meyve ve sebze tüketimi ile KRK riski arasındaki ilişkiyi incelemiştir. İzlem süresince 165 kolon kanseri ve 110 rektal kanseri vakası tespit etmişlerdir. Sonuç olarak meyve ve sebze tüketimi ile KRK riski arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Epidemiyolojik çalışmanın çoğu çok miktarda meyve ve sebze tüketmenin kolon kanseri riskini azalttığını göstermektedir (27). Neil ve ark. (105)'nin çalışmasında on bir yıl süren takiplerden sonra 4,517 kolorektal kanser vakasında meyve ve sebze lifinin kolorektal kanserle ters ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Bizim çalışmada hastaların incelendiğinde % 98,5'nin sıvı yağ ve % 93'ünün katı yağ her gün tüketildiği belirlendi. Elif (74)'in çalışmasında % 33,3'ünün en az haftada 3-4 defa sıvı yağ tüketiminde bulunduğu, % 21'inin katı yağ tüketiminde bulunduğu belirlendi. Nural (75)'in çalışmasında hastaların incelendiğinde % 87,5'inin sıvı yağ ve % 42,5'inin katı yağ tüketildiği bulunmuştur. Yağ ve yağlı besinlerin, kızartmaların fazla tüketilmesi, sıvı yağlar yerine katı yağların kullanılması, kansere karşı koruyucu olan yağların az veya hiç tüketilmemesi (zeytinyağı, balık, keten tohumu, ceviz, fındık gibi) kolorektal kanserin oluşum riskini arttırdığına dikkat çekilmektedir.

Bizim çalışmada hastaların BKİ sınıfları ile yaş, cinsiyet, yaşadığı yer sınıfları anlamlı olarak farklılaştı. 46-65 yaş aralığındaki bireylerin % 60'ının pre-obez, erkek ve kentsel bölgede yaşadığı belirlendi. Bu bulgular literatürle paralellik göstermekte, obezite ile kolon kanseri arasındaki pozitif ilişki olduğu görünmektedir. Elif (74)'in çalışmasında hastaların BKİ ile yaş, cinsiyet, yaşanan yer arasında yapılan istatistiksel incelemede anlamlı fark bulunmadı.

Bizim çalışmada hastaların yaş, cinsiyet ve yaşadığı yer grupları ile sigara, alkol kullanımı ve düzenli spor yapma grupları karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Yaş ve yaşadığı yer ile spor yapma arasında özellikle yaş ilerledikçe ve kentsel bölgede yaşayanlar spor yapma eğiliminin arttığı gözlemlendi. Ancak 65 yaş üstünde yaşlılığa bağlı düşüş olsada, 25-45 yaş grubuna göre yine de yüksek olduğu belirlendi. Cinsiyet ile sigara kullanımındaki anlamlılık ilişkisi toplumun özelliği olarak kadınlarda sigara kullanımının daha düşük olmasına bağlanabilir. Elif (74)'in çalışmasında hastaların yaş ile sigara ve alkol kullanımı, cinsiyet ile alkol kullanımı ve düzenli spor yapma, yaşanan yer ile sigara, alkol kullanımı ve düzenli spor yapma karşılaştırıldığında aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Yaş ile düzenli spor yapma, cinsiyet ile sigara kullanımı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Bizim çalışmada hastaların sosyo-demografik özellikleri ile son beş yılda KRK'e yönelik tarama/test yaptırma durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Elif (74)'in çalışmasında hastaların sosyo-demografik özellikleri ile son beş yılda kolon kanserine yönelik tarama test yaptırma durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Bizim çalışmada hastaların ailede kolorektal kanser öyküsü ile BKİ arasındaki ilişki anlamlı fark bulundu. Normal ve pre-obez olan hastaların ailesinde kolorektal kanser öyküsü olduğu belirlenmedi. Elif (74)'in çalışmasında hastaların ailede kolorektal kanser öyküsü ile BKİ arasındaki ilişki anlamlı fark bulunmadı.

Bizim çalışmada hastaların ailede kolorektal kanser öyküsü, sigara kullanımı ve düzenli spor yapma ile ailede kolorektal kanser öyküsünün varlığı arasında anlamlı ilişki bulundu. Elif (74)'in çalışmasında hastaların sigara ve alkol tüketimi ile ailede kolorektal kanser öyküsünün

varlığı arasında anlamlı ilişki olduğu bulundu. Bu bulgu literatür bilgisine paralel olarak zararlı alışkanlıkların kolorektal kanser açısından risk oluşturduğuna dikkat çekmektedir (79).

Bizim çalışmada hastaların yaş, yaşadığı yer ve aile öyküsü ile besin tüketimi arasındaki ilişki anlamlı fark bulundu. Süt, yoğurt, peynir, ayran, kırmızı ve işlenmiş et ürünleri, kurubaklagil, sebze, meyve ve yağ tüketimi en sık 46-65 yaş aralığındaki hastalarda görülmüştür. Süt, yoğurt, peynir, ayran, kırmızı et, kurubaklagil, sebze, meyve ve yağ tüketimi en sık kentsel bölgede yaşayan hastalarda ve işlenmiş et ürünleri en sık kırsal bölgede yaşayan hastalarda bulundu. Besinlerin tüketimi ailede kolorektal kanser öyküsü olmayan hastalarda daha fazla görülmüştür. Elif (74)'in çalışmasında hastaların yaş, yaşadığı yer, aile öyküsü ile süt, peynir, kırmızı ve beyaz et, kurubaklagil, tahıl, sebze-meyve, sıvı-katı yağ tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı, yoğurt tüketimi açısından yapılan incelemede anlamlı düzeyde fark bulundu. Yaşla yoğurt tüketimi arasındaki ilişkide yaş ilerledikçe tüketimdeki bu artış her ne kadar pozitif bir yaklaşım olarak ele alınsa da çeşitli besin öğeleri arasında tek olarak anlamlılık göstermesi, tesadüfi bir bulgu olarak düşünülmektedir. Samet (78)'in çalışmasında kolon kanserli hastaların yaşları ilerledikçe süt ürünleri, kırmızı ve işlenmiş et, meyve tüketimi azaldığı, BKİ ilerledikçe kırmızı ve işlenmiş et tüketimi azaldığı görüldü. Yaş ilerledikçe hastalarda kurubaklagil tüketimi artmış idi. Hastaların kırmızı ve işlenmiş et, beyaz et, meyve tüketimi eğitim durumu arttıkça arttığı görüldü.

Bizim çalışmada hastaların depresyon durumu incelendiğinde, % 47'sinde normal ve % 24,5'inde ise hafif ruhsal sıkıntıda olduğu ve hastaların anksiyete durumu, % 56'sında hafif düzeyde anksiyete ve % 41'inde ise minimal düzeyde anksiyete olduğu görüldü. 2007 yılında yapılan bir derlemede ise, kanser hastalarının % 20-50'sinde hafif ya da şiddetli derecede depresyon görülmekle birlikte, % 15'inde major depresif bozukluk olduğu belirtilmektedir (106). Belgin (107)'in yaptığı çalışmada, cerrahi uygulanmış meme, kolorektal, tiroid ve over kanserli hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri incelendi. 120 hastadan 30'u KRK hastası idi. Hastaların % 70'inde depresyon ve % 83,3'ünde anksiyete olduğu saptanmıştır. Karabulutlu ve ark. (108)'nin yaptığı çalışmada kanser hastalarının % 61,5'inde anksiyete, % 81,3'ünde depresyon olduğu bildirilmiştir. Jadoon ve ark. (109)'nin yaptığı çalışmada kanser hastalarının %

66'sında anksiyete ve depresyon görüldüğü bildirilmiştir. Bu çalışmaların dışında farklı çalışmalarda da kanser hastalarında depresyon görülme sıklığının yüksek olduğu bildirilmiştir (110). Ruhuşen (111)'in yaptığı çalışmada hastaların depresyon, genel durum ve yaşam kalitesi incelendi. Hastaların depresyon durumları % 47,1'i normal, % 21,6'sı hafif ruhsal sıkıntıda olduğu belirlendi. Hastaların genel durum ve yaşam kalitesi durumu, % 62,3'ünün genel durum iyi, % 43,1'inin genel sağlık ve yaşam kalitesi durumu ne iyi ne kötü ve % 40,2'sinin genel sağlık ve yaşamdan memnuniyet durumu epeyce hoşnut görülmüştür. Bu çalışmada depresyon arttıkça yaşam kalitesinin her alanda önemli ölçüde azaldığı dikkati çekmiştir.

Bizim çalışmada hastaların yaşam kalite durumu incelendiğinde, % 66'sının fiziksel fonksiyon, % 58'inin genel sağlık algısı normal değerde bulunurken, % 70'inin fiziksel rol güçlüğü, % 84,5'inin emosyonel rol güçlüğü, % 52'inin enerji/canlılık/vitalite, % 67,5'inin ruhsal sağlığı, % 56'sının sosyal işlevselliği, % 58'inin ağrısı normal değer bulunmadı. Merva (112)'in Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran 90 inflamatuvar barsak hastası ile yapmış olduğu çalışmada, hastalarda anksiyete ve depresyon olup olmamasına göre değerlendirme yapıldığında; depresyon seviyesi, anksiyete seviyesi, yaşam kalite faktörlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Hastaların anksiyete ve depresyon'un artmasıyla yaşam kalitesinin anlamlı olarak düştüğü gözlenmiştir. Anksiyete ve depresyon kişinin bedensel ve ruhsal fonksiyonlarını etkilediği için yaşam kalitesini düşürdüğü düşünülmektedir.

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğinde 15.03.2016 – 15.06.2016 tarihleri arasında kolorektal kanser tanısıyla yatan hastalarda, kolorektal kanser öncesi beslenme alışkanlığını belirlemek amacıyla 70 hasta üzerinde yürütülen çalışmamızın sonucunda;

- 1- % 68,5'inin her gün düzenli bağırsak alışkanlığı olduğu, % 48,6'nın alkol kullanmadığı, % 35,7'inin sigara kullanmadığı, % 57,1'inin düzenli spor ve egzersiz yaptığı,
- 2- % 51,5'inin pre-obez ve son altı ay içinde kilo kaybı olmadığı,
- 3- % 53'ünün ek hastalığı olduğu, % 65'inin birden fazla başka hastalık olduğu, % 98,6'nın son beş yılda kolorektal kansere yönelik tarama/test yaptırmadığı, % 45,7'inin ailesinde kolorektal kanser olduğu, % 54,3'nün ek hastalık türüne göre ilaç kullandığı belirlendi.
- 4- Hastaların % 68,6'nın günlük öğün sayısının iki olduğu, % 57,1'inin atlanan öğünün öğlen olduğu, % 41,4'ünün öğün atlama nedeni zaman yetersiz- geç kaldığı için olduğu, % 35,7'inin ev dışında yemek yeme alışkanlığı olduğunu, % 71,5'inin günde 5 bardaktan fazla sıvı tükettiği, % 39'unun günde 5 fincandan fazla çay tükettiği, % 58,5'inin türk kahvesi tükettiği ve % 63'ünün hiç Nescafe tüketmediği, % 37'si kızartma ve haşlama pişirme yöntemi kullanarak, % 37'sinde son üç ayda besin tüketiminde azalma olduğu belirlendi.

- 5- Hastaların % 10'ünün her gün süt, % 64'ünün her gün yoğurt, % 70'inin her gün ayran ve % 88,5'inin her gün peynir tükettiği,
- 6- kırmızı et, tavuk ve balık etlerini her gün hiç tüketmediği, % 1,5' inin işlenmiş et ürünleri ve % 53'ünün yumurtanın her gün tükettiği,
- 7- kurubaklagil, pirinç, makarna ve bulguru her gün tüketmediği ve % 16'nın her gün ekmek tükettiği,
- 8- % 14'ünün her gün sebze ve % 36'nın her gün meyve tükettiği,
- 9- Hastaların % 98,5'inin sıvı yağ ve % 93'ünün katı yağı her gün tüketildiği belirlendi.
- 10- Hastaların BKİ sınıfları ile yaş, cinsiyet, yaşadığı yer sınıfları anlamlı olarak farklılaştı (p<0,05).
- 11- Yaş, cinsiyet ve yaşadığı yer grupları ile sigara, alkol kullanımı ve düzenli spor yapma, son beş yılda KRK'e yönelik tarama/test yaptırma durumu karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,05).
- 12- Hastaların ailede kolorektal kanser öyküsü ile BKİ, sigara, alkol kullanımı ve düzenli spor yapma arasındaki ilişki karşılaştırıldı, anlamlı fark bulundu (p<0,05).
- 13- Hastaların yaş, yaşadığı yer ve aile öyküsü ile besin tüketimi arasındaki ilişki anlamlı fark bulundu. Süt, yoğurt, peynir, ayran, kırmızı ve işlenmiş et ürünleri, kurubaklagil, sebze, meyve ve yağ tüketimi en sık 46-65 yaş aralığındaki hastalarda görülmüştür. Tüm besinlerin tüketimi, işlenmiş et ürünleri dışında, en sık kentsel bölgede yaşayan hastalarda ve işlenmiş et ürünleri en sık kırsal bölgede yaşayan hastalarda bulundu. Besinlerin tüketimi ailede kolorektal kanser öyküsü olmayan hastalarda daha fazla görülmüştür.
- 14- Hastaların depresyon durumu incelendiğinde, % 47'sinde normal ve % 24,5'inde ise hafif ruhsal sıkıntıda olduğu ve hastaların anksiyete durumu, % 56'sında hafif düzeyde anksiyete ve % 41'inde ise minimal düzeyde anksiyete olduğu görüldü.
- 15- Hastalarının yaşam kalite durumu incelendiğinde, % 66'sının fiziksel fonksiyon, % 58'inin genel sağlık algısı normal değerde bulunurken, % 70'inin fiziksel rol güçlüğü, % 84,5'inin emosyonel rol güçlüğü, % 52'inin enerji/canlılık/vitalite, %

67,5'inin ruhsal sağlığı, % 56'sının sosyal işlevselliği, % 58'inin ağrısı normal değer bulunmadı.

16- Hastaların depresyon, anksiyete ve yaşam kalite durumları ile besin tüketimi karşılaştırıldı ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Sonuç olarak beslenme, çevresel ve yaşam biçimi gibi faktörlerin, kolorektal kanser gelişiminde önemli bir rol olduğu öne sürülmektedir. Bu faktörlerin bazıları kolaylaştırıcı bazıları da önleyici olarak etkili olabilmektedirler. Dengeli ve sağlıklı beslenmenin kolorektal kansere karşı koruyucu olduğu kabul edilmektedir. Kolorektal kanser riskini azaltmak için:

- Yaşamın her döneminde yapılacak etkin ve sürekli beslenme eğitiminin gerekliliğinin önemszenmesi, düzenli, yeterli ve dengeli beslenme kadar fiziksel aktivitenin önemi anlatılarak bireylerin sportif faaliyetlere yönlendirilmesi,
- Tütün ve alkol tüketiminin sınırlandırılması ya da hiç tüketilmemesi,
- Obezite kanser riskini artırdığından beden ağrılığının uygun sınırlar içinde tutulması,
- Beslenmede besinlerin çeşitliliğinin ve özellikle A ve C vitamininden zengin sebze meyve tüketiminin artırılması,
- Yüksek enerjili ve yağlı diyetlerden uzak durulması, sıvı yağların özellikle zeytinyağının tercih edilmesi,
- Kırmızı et tüketiminin sınırlandırılması, daha çok beyaz et tüketimine ağrılık verilmesi,
- Beslenme ile alınan kolesterol miktarının azaltılması,
- Günlük alınan yiyeceklerdeki lif miktarının yüksek olması,
- Kızarmış besin tüketiminin sınırlanması, haşlama ve fırında pişirme yöntemlerinin kızartma yöntemine tercih edilmesi,
- Küflenmiş, tuzlanmış ve tütsülenmiş besinlerden uzak durulması,
- Elli yaşın üzerindeki bireylerin ve ailesinde kolorektal kanser öyküsü olanların toplum tarama programlarına katılması veya düzenli kontrollerini yaptırması önerilebilir.

ÖZET

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğine başvuran ve kolorektal kanser tanısı alan hastaların, hastalık öncesi beslenme alışkanlığını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada 15.03.2016 – 15.06.2016 tarihleri arasında kolorektal kanser tanısıyla yatan 70 hastanın sosyo-demografik özellikleri, risk faktörleri, beslenme alışkanlıkları, antropometrik ölçümleri, fiziksel aktivite, besin tüketim sıklığı, yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon durumları değerlendirildi. Yaş ortalaması 59,81 olan 70 hastanın % 28,6'ısı kadın ve % 71,4'ü erkektir. % 67'sinin 46-65 yaş arasında, % 86'sı evli , % 61,5'inin ilkokul + orta okul mezunu, % 73'ünün kentsel bölgede yaşadığı ve % 50'sinin emekli olduğu belirlendi. Hastaların % 68,5'inin her gün düzenli bağırsak alışkanlığı olduğu, % 48,6'nın alkol ve % 35,7'inin sigara kullanmadığı, % 57,1'inin düzenli spor yaptığı belirlendi. % 51,5'inin pre-obeze ve son altı ay içinde kilo kaybı olmadığı, % 98,6'nın son beş yılda kolorektal kansere yönelik tarama/test yaptırmadığı, % 45,7'inin ailesinde kolorektal kanser olduğu, % 68,6'nın günlük öğün sayısının iki ve % 57,1'inin atlanan öğünün öğlen olduğu, % 41,4'ünün öğün atlama nedeni zaman yetersiz- geç kaldığı için, % 71,5'inin günde 5 bardaktan fazla sıvı tükettiği görüldü. % 37'si kızartma ve haşlama pişirme yöntemi kullanarak, % 37'sinde son üç ayda besin tüketiminde azalma olduğu, % 47'sinde depresyon durumu normal ve % 56'sında hafif düzeyde anksiyete olduğu görüldü.

Hastaların peynir, yumurta, ekmek, sebze, meyve ve yağı her gün tükettikleri ve besin tüketimi en sık 46-65 yaş, en çok kentsel bölgede görüldü.

Hastaların BKİ ile sosyo-demografik özellikleri, ailede kolorektal kanser öyküsü ile BKİ ve bazı alışkanlıkları, sosyo-demografik özellikleri ile bazı alışkanlıkları ve hastaların yaş, yaşadığı yer ve aile öyküsü ile besin tüketimi arasındaki ilişki anlamlı bulundu. Hastaların depresyon, anksiyete ve yaşam kalite durumları ile besin tüketimi aralarındaki ilişki anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Sonuç olarak beslenme, çevresel ve yaşam biçimi gibi faktörlerin, KKK gelişiminde önemli bir rol olduğu öne sürülmektedir. Uygun fiziksel aktivite ve dengeli beslenme ile kanserli hastalarda yaşam kalitenin arttığı kabul edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal kanser, beslenme alışkanlığı, besin tüketim sıklığı



EXAMINATION OF PRE-DIAGNOSIS DIETARY HABITS OF PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER

SUMMARY

This study was to determine pre-disease nutritional habits of 70 patients with colorectal cancer diagnosed which admitted to university of Trakya Medical Hospital General Surgery Polyclinic between 15.03.2016 and 15.06.2016 were evaluated in socio-demographic characteristics, risk factors, nutritional habits, anthropometric measurements, physical activity, food consumption frequency, quality of life, anxiety and depression status. Of the 70 patients with an average age of 59,81, 28,6 % were female and 71,4 % were male, 67 % were between the ages of 46-65, 86 % were married, 61.5 % were primary school+secondary school graduates, 73 % were living in urban areas and 50 % were retired. It was determined that 68.5 % of the patients were regular bowel habits, 48.6 % were alcohol, 35.7 % were not smoking, and 57.1 % were regular sports. 51,5 % were pre-obese and did not lose weight within the last six months, 98,6 % had not undergone screening / testing for colorectal cancer in the last five years, 45,7 % had colorectal cancer in their family, 68,6 % had two daily meals and 57.1 % had missed

lunches, 41.4 % of the meals were due to inadequate time- for being late, 71.5 % of them consumed more than 5 cups of fluid per day. 37 % were using frying and scalding methods, 37 % had decreased food consumption in the last 3 months, 47 % had normal depression status and 56 % had mild anxiety.

Patients consumed cheese, eggs, bread, vegetables, fruit and oil every day, and food consumption was mostly seen in the urban area 46-65 years old.

BMI with the socio-demographic characteristics of the patients, family history of colorectal cancer with BMI and some habits, socio-demographic characteristics with some habits, the age, place of residence and family story of the patients with food consumption were found to be significant. The relationship between depression, anxiety and quality of life status of the patients and food consumption was significant ($p < 0,05$).

In conclusion, factors such as nutrition, environment and lifestyle are suggested to play an important role in the development of CRC. Appropriate physical activity and balanced diet are considered to increase the quality of life in cancer patients.

Keywords: Colorectal cancer, dietary habits, food consumption frequency

KAYNAKLAR

1. Detels R. Epidemiology: the foundation of public health. In: Detels R, Gulliford M, Karim QA, Tan CC (Eds). Oxford Textbook of Global Public Health, Sixth ed. U.K: Oxford University Press; 2015. p.403-4.
2. Stewart BW, Wild CP. 2014 World Cancer Report. Lyon: Naturapirnt; 2014:16-50.
3. Jemal A, Vineis P, Bray F, Torre L, Forman D. Kanser Atlası. 2. Baskı. Atlanta, GA: Amerikan Kanser Derneği; 2014; ch 10,36-7.
4. T.C Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kanser İstatistikleri. Ankara; 2016.
5. Zhang ZF, Boffetta P, Neugut AI, Vecchia CL. Cancer Epidemiology and Public Health Institute. Detels R, Gulliford M, Karim QA, Tan CC (Ed). Oxford Textbook of Global Public Health, Sixth Ed. Vol: 3. U.K: Oxford University Press; 2015. p.923-5.
6. Akyol A, Bilgiç P, Ersoy G. Fiziksel Aktivite ve Beslenme ve Sağlıklı Yaşam. Sağlık Bakanlığı. 1. Baskı. Ankara; 2008.
7. Büyükdogan M. Kolorektal Kanserde Genetik ve Etiyolojik Faktörler. Selçuk Tıp Derg 2009;3:171-80.

8. Abraham J, Allegrar VJ, Gulley J. Kilinik Onkoloji El Kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2009:40-55.
9. Boffetta P, Hashibe M, La Vecchia C. The burden of cancer attributable to alcohol drinking. *Int J Cancer* 2006;119(4):884-7.
10. Bassett JK, Severi G, Baglietto L, Kirshnan K, Hopper J. Body Size, Weight change and Risk of Kolon Kanseri. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prevention* 2010:2978-86.
11. Kuzu AK. Kolorektal Kanseri Patolojisi Histopatolojik Rapor, Evreleme ve Prognostik Faktörler. İstanbul: Ofset Matbaacılık; 2007:117-44.
12. Kushi LH, Doyle C, McCullough M. American Cancer Society Guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin* 2012;62(1):30-67.
13. Harpaz N, Saxena R. Modern Surgical Pathology. In: Weidner N, Cote RJ, Suster S, Weiss LM (Eds). *Gastrointestinal Tract, Large Intestine*; 2003:1:749-52.
14. Bozfakioğlu Y, Müslümanoğlu M. Cerrahi Gastroenteroloji. Değerli Ü, Bozfakioğlu Y (Eds). *Kolon Hastalıkları*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 1997. p.142-68.
15. Buğra D. Kolon, Rektum, Anal Bölge Anatomisi. *Kolorektal Özel Sayısı. Türkiye Klinikleri J of Surg* 2004;9(1):1-9.
16. Buğra D. Kolon Anatomisi. İçinde: *Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları*. Alemdaroğlu K, Akçal T, Buğra D (Eds). İstanbul: Türk Kolon ve Rektum Cerrahi Derneği Yayınları 2003:21-30.
17. Skandalakis E.J. Colon and rectum, Surgical Anatomy and Technique. Skandalakis E.J (Ed). New York: Hamilton printing; 1995:70-401.
18. Stewart BW, Wild CP. 2014 World Cancer Report. Bosman F T (Ed). Lyon: Naturaprint; 2014: 393.
19. American Cancer Society. *Colorectal Cancer Facts & Figures*. Atlanta 2014-2016.

20. Edwards BK, Ward E, Kohler BA. Annual report to the nation on the status of cancer, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening, and treatment) to reduce future rates 1975- 2006. *Cancer* 2010;116:544.
21. Figen D. Kolorektal karsinomda sınıflama ve prognostik faktörler. Türk Patoloji Derneği Mezuniyet sonrası Eğitim Toplantısı Gastrointestinal Sistem Patolojisi Günleri, İstanbul 2005:47- 56.
22. Haggar FA, Boushey RP. Colorectal Cancer Epidemiology. *Clin Colon Rectal Surg*; 2009;22:191-7.
23. Ashktorab H, Nouraie M, Hosseinkhah F. 50-year review of colorectal cancer in African Americans: implications for prevention and treatment. *Dig Dis Sci* 2009;54:1985.
24. Zorluoğlu A. HNPCC (Hereditär Non Polipozis Kolorektal Kanser). İçinde: Kolon ve Rektum Kanserleri. Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C (Eds). Türk Kolon ve Rektum Cerrahi Derneği 2010:165-80.
25. Chung DC, Rustgi AK. The hereditary nonpolyposis colorectal cancer syndrome: genetics and clinical implications. *Ann Intern Med* 2003;138:560.
26. Bethesda MD. National Institutes of Health. What You Need To Know About Cancer of the Colon and Rectum: U.S. Department of Health and Human Services & National Institutes of Health; 2006.
27. World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective. Washington, DC: American Institute for Cancer Research; 2007.
28. Boardman LA, Morlan BW, Rabe KG. Colorectal cancer risks in relatives of young-onset cases: is risk the same across all first-degree relatives. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5(10):1195-8.
29. Kaiser A.M, Nunoo-Mensab JW, Berarb LW Jr. Tumors of the Colon. In: Zinner MJ, Ashley SW (Eds.), *Maingot's Abdominal Operations*. 11thEd. New York: The McGraw-Hill Companies Inc; 2007:625-59.

30. De Jong AE, Morreau H, Nagengast FM. Prevalence of adenomas among young individuals at average risk for colorectal cancer. *Am J Gastroenterol* 2005;100(1):139–43.
31. Fry RD, Mahmoud N, Maron DJ, Ross HM. Colon and Rectum. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL (Eds.) *Sabiston Textbook of Surgery*. 18th Ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008:1332-448.
32. Gordon PH. Malignant Neoplasms of the Colon. In: Gordon PH, Nivatvongs S (Eds.) *Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum, and Anus*. 3rd Ed. USA: Informa Health care Inc 2007:489- 643.
33. Cross AJ, Ferrucci LM, Risch A. A large prospective study of meat consumption and colorectal cancer risk: an investigation of potential mechanisms underlying this association. *Cancer Res* 2010;70:2406-14.
34. Santarelli RL, Pierre F, Corpet DE. Processed meat and colorectal cancer: a review of epidemiologic and experimental evidence; *Nutr Cancer* 2008; 60(2):131–44.
35. Yavuzşen T. Kolorektal Kanser Hastalarında Beslenme Önerileri ve Korunma. *Türkiye Klinikleri J Med Oncol-Special Topics* 2013;6(3):109-14.
36. Liu L, Zhuang W, Wang RQ. Is dietary fat associated with the risk of colorectal cancer; A meta-analysis of 13 prospective cohort studies. *Eur J Nutr* 2011;50:173–84.
37. Ertürk S. Kolorektal Kanserler. İçinde: *Epidemiyoloji, Etiyolojide Rol Oynayan Etkenler, Tarama ve Kemoprevansiyon*. Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C (Eds). İstanbul: Seçil Ofset Matbaacılık; 2010.
38. Aune D, Chan DS, Lau R, et al. Dietary fibre, whole grains, and risk of colorectal cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *BMJ* 2012;23:37-45.
39. US Department of Agriculture and US Department of Health and Human Services. *Dietary Guidelines for Americans*. 7th ed. Washington, DC: US Government Printing Office; 2010.

40. Lattimer JM, Haub MD. Effect of dietary fiber and its components on metabolic health, *Nutrients*, 2010;2:1266-89.
41. Touvier M, Chan DS, Lau R. Meta-analyses of vitamin D intake, 25-hydroxyvitamin D status, vitamin D receptor polymorphisms, and colorectal cancer risk. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2011;20:1003-16.
42. Nkondjock A. Mini-review Coffee Consumption and The Risk of Cancer. *Cancer Letters* 2009;277:121-5.
43. Suzuki Y, Tsubono Y, Nakaya N, Shibuya D. Green Tea and Risk of Colorectal Cancer. *Journal of Epidemiology* 2005;15:118-24.
44. Can-Lan S, Jian-Min, Y, Woon-Puay K, Mimi CY. Green tea, black tea and colorectal cancer risk: a meta-analysis of epidemiologic studies. *Carcinogenesis*; 2006;27(7):1301–9.
45. Renehan AG, Tyson M, Egger M, Heller RF, Zwahlen M. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet* 2008;371:569-78.
46. Aleksandrova K, Pischon T, Buijsse B. Adult weight change and risk of colorectal cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *Eur J Cancer* 2013;49:3526-36.
47. Bardou M, Barkun AN, Martel M. Obesity and colorectal cancer. *Gut* 2013;62:933-47.
48. T.C Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Dairesi Başkanlığı. Obezite ve Kanser. Ankara; 2012.
49. Boyle T, Keegel T, Bull F, Heyworth J, Fritschi L. Physical activity and risks of proximal and distal colon cancers: a systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* 2012;104:1548-61.
50. Campbell PT, Patel AV, Newton CC, Jacobs EJ, Gapstur SM. Associations of recreational physical activity and leisure time spent sitting with colorectal cancer survival. *J Clin Oncol* 2013;31:876-85.

51. Samad AK, Taylor RS, Marshall T, Chapman MA. A meta-analysis of the association of physical activity with reduced risk of colorectal cancer. *Colorectal Dis* 2005;7:204-13.
52. Centers for Disease Control and Prevention. Early Release of Selected Estimates Based on Data from the 2012 National Health Interview Survey: National Center for Health Statistics; 2013.
53. Lee KJ, Inoue M, Otani T, Iwasaki M, Sasazuki S, Tsugan S. JPHC Study Group. Physical activity and risk of colorectal cancer in Japanese men and women: the Japan Public Health Center-based prospective study. *Cancer Causes Control* 2007;18(2):199–209.
54. Cho E, Smith-Warner SA, Ritz J, et al. Alcohol intake and colorectal cancer: a pooled analysis of 8 cohort studies. *Ann Intern Med* 2004;140:603-13.
55. Bazensky I, Shoobridge-Moran C, Yoder LH. Colorectal cancer: an overview of the epidemiology, risk factors, symptoms, and screening guidelines. *Medsurg Nurs* 2007; 16(1):46–51.
56. Pöschl G, Seitz HK. Alcohol and Cancer. *Alcohol Alcohol*; 2004;39(3):155–65.
57. Secretan B, Straif K, Baan R, et al. A review of human carcinogens – Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. *Lancet Oncol* 2009;10:1033-4.
58. Botteri E, Iodice S, Raimondi S, Maisonneuve P, Lowenfels AB. Cigarette smoking and adenomatous polyps: a meta-analysis. *Gastroenterology* 2008;134(2):388–95.
59. T.C Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kanser Kontrol Programı; Ankara; 2015.
60. Levin B, Lieberman DA, McFarland B, et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous Polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *CA Cancer J Clin* 2008;58:130-60.
61. Chubak J, Bogart A, Fuller S, Laing SS, Green BB. Uptake and positive predictive value of fecal occult blood tests: A randomized controlled trial. *Prev Med* 2013;57:671-8.

62. Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş. Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi. TAF Prev Med Bull 2013;12:219-24.
63. Dedeli Ö. Fadılloğlu Ç. Uslu R. Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi, 2008;23:132-9.
64. Kutlu R, Çivi1 S, Börüban M C, Demir A.Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi, 2011;27:149-53.
65. Dunn J, Lynch B, Rinaldis M, Pakenham K, Mcpherson L, Owen N, Leggett B, Newman B, Aitken J. Dimensions of Quality of Life and Psychosocial Variables Most Salient to Colorectal Cancer Patients. Psycho-Oncology, 2006;15:20-30
66. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2006;346-53.
67. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, MemişA. Kısa Form-36 Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. İlaç ve Tedavi Derg 1999;12:102-6.
68. Ulusoy M, Şahin N, Erkmn H.Turkish version of Beck Anxiety inventory: Psychometric properties Vol.12, No 2. Journal of Cognitive Psychotherapy: An international Cjuaterly 1998;163–72.
69. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2006;121-5.
70. Hilis N: Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. Psikoloji Derg 1989;7:3-13.
71. Jemal A, Clegg L.X, Ward E. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975–2001, with a Special Feature Regarding Survival. 2004;101:3–27.
72. Jarvinen R, Knekt P, Hakulinen T, Rissanen H. Dietary Fat, Cholesterol and Colorectal Cancer in a Prospective Study. British J of Cancer 2001; 85(3):357-61.
73. Shike M, Winawer S.J, Greenwald P.H, Bloch A, Hill M.J. Primary of prevention of Colorectal Cancer. Bulletin of World Health Organization 1990;68(3):377-5.
74. Elif G. Kolorektal Kanser Öncesi Beslenme Alışkanlığının İncelenmesi (Tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.

75. Nural E. Kolorektal Kanseri Hastalarının Tanı Almadan Önceki Beslenme Alışkanlıklarının Saptanması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
76. Funda A. Kolorektal Kanseri Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi (Tez). İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
77. Şebnem G, Özlem ER, Özlem C, Muhammet G, Mevlüt B, Kadri G, Ömer Ö. Kayseri ve Yöresinde Kolon Kanserlerinin Özellikleri. Akademik Gastroenteroloji Derg 2003;2(2):60-3.
78. Samet Y. Diyet Lif Tüketim Sikliği İle Kolon Kanseri Arasındaki İlişki. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.
79. Erkan T, Bektaş M.Y, İdris Y, Mustafa U. İlk kez tanı konan kolorektal kanser hastalarının epidemiyolojik özellikleri. Türk Aile Hek Derg 2012;16(4):169-77.
80. Ji B, Dai Q, Gao Y., Hsing A, McLaughlin J, Fraumeni J, Chow W. Cigarette and alcohol consumption and the risk of colorectal cancer in Shanghai, China. European Journal of Cancer Prevention 2002;11(3):237-44.
81. Botteri E, Iodice S, Bagnardi V, Lowenfels A. Smoking and Colorectal Cancer a Meta Analysis. The Journal Of The American Medical Association 2008;300(23):2765-78.
82. Zhenming F, Martha J. Shrubsole, Walter E. Smalley, Huiyun Wu. Lifestyle Factors and Their Combined Impact on the Risk of Colorectal Polyps Am J Epidemiol 2012;176(9):766-76.
83. Christie E, Jane Henley M, Rachel B, Eric J., Maria J. Annual Report to the Nation on the status of cancer 1975-2008, featuring cancers associated with excess weight and lack of sufficient physical activity 2012;118(9):2338-66.
84. Shimizu N, Nagata C, Kametani M, Ohnuma T. Height, Weight and Alcohol Consumption in Relation to the Risk of Colorectal Cancer in Japan: a prospective study. British Journal of Cancer 2003;88:1038-43.
85. Slattery M.L, Kerber R.A. Family History of Cancer and Colon Cancer Risk. Journal of the National Cancer Institute 1994;86:1618-26.
86. Mao Y, Pan S, Wen S.W, Physical Activity, Energy İntake, Obesity and the Risk of Rectal Cancer in Canada. Int J Cancer 2003;105:831-83.

87. Aune D, Lau R, Chan D.S, Vieira R, Kampman E. Dairy Products and Colorectal Cancer Risk. A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. *Annals of Oncology* 2011;10:1093-269.
88. Norat T, Riboli E. Dairy Products and Colorectal Cancer. Review of Possible Mechanisms and Epidemiological Evidence. *European Journal of Clinical Nutrition* 2002;57:1-17.
89. Chao A, Thun M. J, Connell C.J. and Mc Cullough M. L. Meat consumption and risk of colorectal cancer. *JAMA* 2005;293(2):172–83.
90. Erman Y.ve ark. Erkek ve Kadınların Diyet-Kanser İlişkisi Hakkında Bilgi ve İnanışları. *Ankara Üniversitesi*; 2007:3-22.
91. Navarro A. Meat Cooking Habbits and Risk of Colorectal Cancer in Cordoba, Argentina. *Applied Nutritional Investigation*: 2004;20(10):873-7.
92. Marques V.P. Foodstuffs and Colorectal Cancer Risk: A Review, *Clinical Nutrition*. 2006;25:14-36.
93. Lütfiye E, Osman S, Hasan Y. Et Tüketimi ve Kanser. *Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Derg* 2012;28(2):136-45
94. Jennifer L. et al. Cancer Causes and Control – Dietary İntakes of Fruit, Vegetables, and Fiber, and Risk of Colorectal Cancer in a Prospective Cohort of Women. *United States* 2005;16(3):225-33.
95. Dagfinn A. et al. Dietary Fibre, Wholegrains and Risk of Colorectal Cancer: Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis of Prospective Studies. *The British Med J* 2011;343:6617.
96. Deneo H, Boffetta P, De Stefani E, Ronco A, Brennan P. Plant Foods and Differences Between Colon and Rectal Cancer. *Eurp J of Cancer Prevention* 2002;11:369-75.
97. Karin M, et al. Fiber Intakea nd Incidence of Colorectal Cancer among 76,947 Women and 47,279 Men. *Cancer Epidemiol Biomarkers* 2005;14(4):842.
98. Louise H, Guri S, Rikard L, Eiliv L, Richard P, Ingegerd J, Lars O. Intake of Dietary Fiber, Especially from Cereal Foods, is Associated with Lower İncidence of Colon Cancer in the HELGA Cohort. *Int J Cancer* 2012;131:469–78.

99. Christina B. et al. Dietary Fiber and Colorectal Cancer Risk: A Nested Case -Control Study Using Food Diaries. , Journal of the National Cancer Institute 2010;102(9):614-26.
100. Kazuhiro U. et al. Gastrointestinal Cancer, Dietary fiber, source foods and colorectal cancer risk: the Fukuoka Colorectal Cancer Study 2010;45(10):1223-31.
101. Rachel R. et al. The Epidemiologic Evidence and Potential Biological Mechanisms for a Protective Effect of Dietary Fiber on the Risk of Colorectal Cancer. Curr Nutr Rep 2013;2:63-70.
102. Aune D, Lau R, Chan D.S, Vieira R, Kampman E. nonlinear reduction in risk for Colorectal Cancer by fruit and vegetable intake based on Meta-Analysis of prospective Studies. Gastroenterology 2011;141(1):106-18.
103. Koushik A.K, Hunter D.J, Spiegelman D, Beeson W.L, Buring J.E. Fruit and Vegetable and Colon Cancer Risk in a Pooled Analysis of 14 Cohort Studies. J of the National Cancer Institute 2007;99:1471- 83.
104. Sato Y, Tsubono Y, Nakaya N, Kurashim K, Ogava K, Fruit and Vegetable Consumption and Risk of Colorectal Cancer in Japan. The Miyagi Cohort Study. Public Health Nutrition 2005;8:309-14.
105. Neil M, Teresa N, Pietro F, Mazda J, Bas B, Guri S, Christina C. D, Kim O, Anja O. Dietary Fibre Intake and Risks of Cancers of the Colon and Rectum in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. Sookmyung Women's University, Republic of Korea 2012;7(6):39361.
106. Pasquini M, Biondi M. Depression in Cancer Patients: a Critical Review, Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. 2007; 3:2.
107. Belgin K. Meme, Tiroid, Kolorektal ve Over Kanseri Nedeni ile Cerrahi Uygulanmış Kadın Hastalarda Depresyon, Anksiyete ve Benlik Saygisinin Değerlendirilmesi (Tez). Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD; 2014.
108. Karabulutlu E.Y, Bilici M, Çayır K, Tekin S.B, Kantarcı R. Anxiety and Depression in Turkish Patients with Cancer European J G Med 2010;7(3):296-302.
109. Jadoon N.A, Munir W, Shahzad M.A, Choudhry Z.S. Assessment of Depression and Anxiety in Adult Cancer Outpatients: a cross-sectional study. BMC Cancer 2010;10:594.

110. Güleç G, Büyükkınacı A. Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011;3:343-67.
111. Ruhuşen K, Selma Ç, Melih C. B, Ayşe. Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Selçuk Üniversitesi Tıp Derg 2011;27(3):149-53.
112. Merva B. T. Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalarında Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon (Tez). Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ABD; 2009.



TABLolar LİSTESİ

Tablolar	Sayfa No.
1. Hastaların sosyo-demografik özellikleri	21
2. Hastaların bazı alışkanlıklarına ilişkin özelliklerinin dağılımı	22
3. Hastaların BKİ ve son altı ay içindeki kilo değişimine ilişkin özellikleri	23
4. Hastaların sağlık öyküsüne ilişkin özellikleri	23
5. Beslenme alışkanlıkları ve sorunlarına ilişkin bulgular	24-25
6. Hastaların süt ve süt ürünleri tüketimine ilişkin özellikler	26
7. Hastaların kırmızı et, beyaz et, işlenmiş et ürünleri ve yumurta tüketimine ilişkin özellikler	26
8. Hastaların kurubaklagil ve tahıl tüketimine ilişkin özellikler	27
9. Hastaların sebze-meyve tüketimine ilişkin özellikler	27
10. Hastaların yağ tüketimine ilişkin özellikler	28
11. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile beden kitle indeksi arasındaki ilişki	28
12. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile bazı alışkanlıkları arasındaki ilişki	29
13. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile son beş yılda tarama/test yaptırma durumu	30
14. Hastaların ailede kolorektal kanser öyküsü ile beden kitle indeksi arasındaki ilişki	31

15. Hastaların ailede kolorektal kanser öyküsü ile bazı alışkanlıkları arasındaki ilişki	31
16. Hastaların yaşı ile besin tüketimleri arasında ilişki	32-33
17. Hastaların yaşadığı yer ile besin tüketimi arasındaki ilişki	34-35
18. Hastaların ailede kolorektal kanser öyküsü ile besin tüketimi arasındaki ilişki	36-37
19. Hastalarda depresyon durumu	37
20. Hastalarda anksiyete durumu	38
21. Hastaların yaşam kalite durumu	38
22. Hastaların depresyon ve anksiyete durumlar ile süt ürünleri tüketimi arasındaki ilişki	39
23. Hastaların depresyon ve anksiyete durumlar ile protein tüketimi arasındaki ilişki	40
24. Hastaların depresyon ve anksiyete durumlar ile tahıl tüketimi arasındaki ilişki	40
25. Hastaların depresyon ve anksiyete durumlar ile sebze tüketimi arasındaki ilişki	41
26. Hastaların depresyon ve anksiyete durumlar ile meyve tüketimi arasındaki ilişki	42
27. Hastaların depresyon ve anksiyete durumlar ile yağ tüketimi arasındaki ilişki	42
28. Hastaların yaşam kalite durumlar ile süt ürünleri tüketimi arasındaki ilişki	43
29. Hastaların yaşam kalite durumlar ile protein tüketimi arasındaki ilişki	44
30. Hastaların yaşam kalite durumlar ile tahıl tüketimi arasındaki ilişki	45
31. Hastaların yaşam kalite durumlar ile sebze tüketimi arasındaki ilişki	46
32. Hastaların yaşam kalite durumlar ile meyve tüketimi arasındaki ilişki	47
33. Hastaların yaşam kalite durumlar ile yağ tüketimi arasındaki ilişki	48

ÖZGEÇMİŞ

12.04.1985 tarihinde İran'da doğdum. 2006 yılında girdiğim Tahran İslamık Azad Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nden 2010 yılında mezun oldum. 2012 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimime başladım. 2014 yılından mezun oldum. 2015 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimime başladım ve 2015 yılından bu yana yüksek lisans eğitimim devam etmektedir.



EKLER

Ek 1. Etik Kurul İzni

Ek 2. Gönüllü Olur Formu

Ek 3. Anket Formu

EK-1

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2016/46	
	PROTOKOL ADI	Kolorektal Kanser Hastalarının Tanı Almadan Önceki Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. H. Neziğ DAĞDEVİREN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 04/14	Tarih: 27.02.2016	
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. H. Neziğ DAĞDEVİREN'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Bitirgen MOTAMEDİAN'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllü ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödendiği koşullarda ve veri toplanacak Genel Cerrahi Ana Bilim Dalından gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Üfket VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Salim DÖNMEZ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Koray ELTER Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sertap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Nurettin AYDOĞDU
Dekan a.
Dekan Yrd.

EK-2

**TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Bu araştırmanın yürütülmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Araştırmaya katılmaya karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük ilkesine bağlı olup katılmayı reddetmeniz herhangi bir cezaya ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine kesinlikle yol açmayacaktır.

Aynı şekilde araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da elde edilmesi beklenen bir yarar kaybına yol açmadan araştırmadan çekilebilirsiniz.

Araştırma kapsamında yapılan işlemlerin mali giderleri araştırmacılar ya da destekleyici araştırmacı tarafından karşılanacak olup size ya da sosyal güvenlik kurumunuza hiçbir mali yük getirmeyecektir.

Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün.

- **Araştırmanın bilimsel adı:** Kolorektal Kanser Hastalarının Tanı Almadan Önceki Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi.
- **Araştırmanın anlaşılabilir basit adı:** Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğine başvuran ve kolorektal kanser tanısı alan hastaların beslenme alışkanlıkları, yaşam kalitesi, fiziksel aktivite düzeyi, anksiyete ve depresyon durumlarının incelenmesi.
- **Sorumlu Araştırmacının adı ve görev yeri:** Prof Dr.Hamdi Nezih Dağdeviren Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlık
- **Araştırmanın amacı:** Son yıllarda kanser tüm dünyada artış gösteren bir hastalıktır. Ülkemizde kanser insidansı, 2008 sonu itibariyle erkeklerde yaklaşık yüz binde 280, kadınlarda ise yaklaşık yüzbinde 172 olarak hesaplanmaktadır T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı'nın 2008 yılına ait istatistiklere göre erkeklerde kolorektal kanser, akciğer, prostat ve mesane kanserinden sonra dördüncü sırada yer alırken, kadınlarda meme ve tiroid kanserini takiben üçüncü sırada yer almaktadır. kanserden korunma öncelikli olarak ele alınması gereken konulardan biridir.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu (TÜ_BAEK)
Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
14 Nisan 2014 v1.0

Gönüllünün/Vasisinin imzası:

Sayfa 83/4

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

kanserden korunma üç düzeyde ele alınmaktadır. Primer korunmada öncelikli olarak önlem alınması gereken risk faktörleri değerlendirilmelidir. Tütün kullanımı, enfeksiyonlar, çevresel ve mesleki etkenler, obezite ve fiziksel aktivite azlığı ülkemiz için öncelikli risk faktörleridir. Sekonder korunma ise özellikle risk altında olan grupların taranması ile yapılır. Bu sebeple çalışmamız Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğine başvuran ve kolorektal kanser tanısı alan hastaların beslenme durumunun saptanmasını ve beslenme durumunun etkileyen faktörlerin belirlenmesinin amaçlamaktadır.

- **Araştırmanın niteliği (klinik, laboratuvar, epidemiyolojik, tez çalışması vb.):**
Tez çalışması
- **Araştırmanın başlama tarihi ve öngörülen süresi:** 01/02/2016 - 30/04/2016
- **Araştırmaya katılması beklenen gönüllü sayısı:** 18 yaş üstü 50-70 kadın ve erkek kolorektal kanser tanısı alan hastalar
- **Araştırma sırasında uygulanacak olan invaziv yöntemler dahil olmak üzere gönüllüye uygulanacak yöntem, girişim ve tedavilerin tümü:** Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğine başvuran ve kolorektal kanser tanısı alan hastalar araştırmaya dahil olma kriterlerini sağlamaları ve gönüllü olmaları şartı ile alınacaklardır. Araştırmaya dahil olma şartları şu şekildedir, kolorektal kanser tanısı , 18 yaş ve üzeri olmak, konuşabilecek durumda olmak ve nörolojik engeli olmamak. Dahil olma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere anket uygulanacaktır. Bireylerden kan alınmayacaktır. Sorular araştırmacı tarafından sorulacak ve doldurulacaktır. Tüm anket kısımlarının tamamlanmasının ortalama 30 dk sürmesi beklenmektedir.
- **Araştırmanın deneysel kısımları:** Sizin gibi Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğine başvuran ve kolorektal kanser tanısı alan hastalara kan alınmadan anket uygulanacak ve elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak değerlendirilecek.
- **Farklı uygulama ve girişimler için gönüllülerin araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı:** Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğine başvuran ve kolorektal kanser tanısı alan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar çalışmaya alınacaktır.
- **Katılımcının araştırmaya dahil edilme nedeni:** Araştırmaya dahil olma şartları şu şekildedir; kolorektal kanser tanısı alan hastalar, 18 yaş ve üzeri olmak, konuşabilecek durumda olmak ve nörolojik engeli olmamak. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere anket uygulanacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadın ve erkek toplam 50-70 kişi çalışmaya alınacaktır.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

- **Araştırmadan doğrudan gönüllü için beklenen yarar:** Araştırmamızda gönüllülere direk fayda sağlayacak bir girişim bulunmamaktadır. Ancak ilerleyen dönemde beslenme alışkanlıkları ve yaşam kalitelerinin iyileştirilmesine yardımcı olacaktır.
- **Gönüllünün sorumlulukları:**Çalışmada bir sorumluluğunuz bulunmamaktadır.İsteddiğiniz anda herhangi bir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz.
- **Gönüllünün (araştırma hamilelerde veya lohusalarda yapılacaksa ise embriyo, fetüs veya süt çocuklarının da) maruz kalabilecekleri riskler veya rahatsızlıklar:** Araştırma sadece 18 yaş ve üzeri kolorektal kanser tanısı alan hastalarda yapılacaktır. Gebe, lohusa ve çocuklar alınmayacaktır.
- **Risklere karşı alınan önlemler:** Risk yoktur.
- **Gönüllüye alternatif olarak uygulanabilecek olan diğer yöntemler ve bunların olası yarar ve zararları:** Anket soruları bizzat yardımcı araştırmacı tarafından sorulacak,anlaşılmayan yerler açıklanarak doldurulacaktır.
- **Araştırmaya bağlı olarak bir zarar oluştuğunda verilecek tazminat ve sağlanacak tedaviler:** Çalışmamıza kolorektal kanser tanısı alan hastalar alınmaktadır. Her hangi bir kan alımı ya da tıbbi girişimde bulunulmayacaktır. Sizinle anketler doldurulacaktır. Bu yüzden sizin açınızdan herhangi bir risk yoktur. Girişimsel bir işlem uygulanmayacağı için çalışmaya alınanlara sigorta yapılmayacak ve tazminat karşılanmayacaktır.
- **Gönüllülere yapılacak ulaşım, yemek gibi masraflara ilişkin ödemeler:** Gönüllülere her ne sebeple olursa olsun herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.
- **Gönüllünün araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar veya nedenler:** Gönüllünün araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek herhangi bir durum yoktur ama gönüllüler istedikleri zaman herhangi bir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirler
- **Araştırma sonunda gönüllülere bilgi verilecek mi?** Geriye dönüş yapılarak bilgi verilecek.
- **Gönüllülerin araştırma hakkında, kendileri hakkında ya da araştırmayla ilgili herhangi bir beklenmedik olay hakkında daha fazla bilgi edinebilmesi için temasa geçebileceği kişi ve kendisine günün 24 saatinde erişebileceği telefon numarası:**

Bitu Motamedian, TEL: 05364526628

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

- **Gönüllülerden elde edilecek olan biyolojik materyallerin hangi amaçlarla kullanılacağı:** Gönüllülerden biyolojik materyal alınmayacaktır.
- **Gönüllülerden elde edilecek biyolojik materyaller üzerinde genetik araştırma yapılabilmesi için onay:**

“.....(Araştırmanın açık adı)” araştırması kapsamında alınan biyolojik örneklerimin (kan, idrar, vb...);

- Sadece yukarıda bahsi geçen araştırmada kullanılmasına izin veriyorum.
- İleride yapılması planlanan tüm araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum.
- Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.

Yukarıda açıkça tanımlanan çalışmanın ne amaçla, kimler tarafından ve nasıl gerçekleştirileceği anlayabileceğim bir ifade ile bana anlatıldı.

Bu araştırmadan elde edilen bilgilerin bana ve başka insanlara sağlayacağı yararlar bana anlatıldı.

Araştırma sırasında meydana gelebilecek riskler ve rahatsızlıklar bana anlayabileceğim bir dille anlatıldı.

Araştırma sırasında oluşabilecek zarar durumunda gerçekleştirilecek işlemler bana anlatıldı.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ve haklarım konusunda 24 saat bilgi alabileceğim bir yetkilinin adı ve telefonu bana verildi.

Araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve testler ile tıbbi bakım hizmetleri için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyeceği bana anlatıldı.

Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

Sorumlu araştırmacı / hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu (TÜ_BAEK)
Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
14 Nisan 2014 v1.0

Gönüllünün/Vasisinin imzası:

Sayfa 4/4

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediyimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.

Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / hekim ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabileceğini biliyorum.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun gerekli gördüğünde, gizliliğimin korunması ilkesine uygun olarak, araştırma konusuyla ilişkili orijinal tıbbi kayıtlarıma doğrudan erişimde bulunabileceğini biliyorum

İlgili yasal düzenlemeler gereğince kimliğimi ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacağı, kamuoyuna açıklanmayacağı; araştırma sonuçlarının bilimsel toplantılarda sunulabileceği ya da yayınlanabileceği, ancak, bu tür durumlarda kimliğimin kesin olarak gizli tutulacağı bana açıklandı.

Araştırma konusuyla ilgili olarak, çalışmaya devam etme isteğimi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde bana ya da yasal temsilcime zamanında bilgilendirme yapılacağı bana açıklandı.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu adlı metni kendi anadilimde okudum.

Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım.

Yukarıda konusu belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı.

Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nun tam imzalı bir kopyasını aldım.

- Gönüllünün; (El yazısı ile)

Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

.....
.....

Tarih:

- Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için; (El yazısı ile)

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

.....
.....

Tarih:

- Açıklamaları yapan araştırmacının

Unvanı, Adı- Soyadı: (El yazısı ile)

Görev yaptığı bölüm:

İmzası:

Tarih:

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu (TÜ_BAEK)
Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
14 Nisan 2014 v1.0

Gönüllünün/Vasisinin imzası:

Sayfa 6/4

EK-3

KOLOREKTAL KANSER HASTALARININ TANI ALAMADAN ÖNCEKİ BESLENME ALIŞKANLIKLARININ İNCELENMESİNİN ANKET FORMU

Anket No:

Tarih:

Yer :

BÖLÜM I: SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1- Yaşınız:

2- Cinsiyetiniz :1- Kadın 2- Erkek

3- Medeni durumunuz? 1- Evli 2- Bekar 3- Dul / Boşanmış 4- Diğer

4- Eğitim durumunuz?1- İlkokul2- Ortaokul 3- Lise 4- Üniversite 5-Diğer

5- Yaşadığınız yerleşim yeri? 1- İl 2- İlçe 3- Köy/ Kasaba

6- Mesleğiniz nedir? 1- Çalışmıyor 2- Emekli 3- Memur 4-Ev hanımı 5- Serbest
6- Diğer...

BÖLÜM II:HASTALIK AÇISINDAN RİSK FAKTÖRLERİ

7-Bağırsak alışkanlığınız nasıldır?

1- Her gün büyük abdestte çıkarım 2- İki günde bir büyük abdestte çıkarım
3- Üç-dört günde bir büyük abdestte çıkarım 4- Diğer

8- Son altı ayda ki kilo değişiminiz nasıl? 1- Arttı 2- Azaldı 3- Değişiklik yok
Ne kadar?

9- Alkol kullanma alışkanlığınız var mı? 1- Evet 2- Hayır
Yanıtınız “evet” ise alkol alma sıklığınız ve miktarı nedir?

10- Sigara kullanıyor musunuz? 1- Evet 2- Hayır
Yanıtınız “evet” ise sigara kullanma sıklığınız ve miktarı nedir?

11- Son 5 yılda hastalığınız ile ilgili herhangi bir tarama/test yaptırdınız mı?
1- Evet (Belirtiniz) 2- Hayır

12- Ailenizde (birinci ve ikinci derece akrabalarda) sizinle aynı hastalığı olan birisi var mı?
1- Evet (Yakınlık derecesini belirtiniz) 2-Hayır

13- Şu an ki hastalığınız dışında başka bir sağlık sorunuz var mı?

1- Evet (Belirtiniz) 2- Hayır

14-Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

1- Evet (Belirtiniz) 2- Hayır

15-Düzenli olarak kullandığınız bir ek vitamin- mineral var mı?

1- Evet (Belirtiniz) 2- Hayır

16- Son üç ayda iştah azalması, sindirim sorunları, nedeniyle besin tüketiminde azalma oldu mu?

1- Evet 2- Hayır

BÖLÜM III: BESLENME ALIŞKANLIKLARI

17- Genellikle günde kaç öğün yemek yerdiniz?

1-1 öğün 2- 2 öğün 3- 3 öğün 4- Diğer

18-Ana öğün atlar mısınız?

1- Evet 2- Hayır

19- Ana öğün atlıyorsanız sıklıkla atlanılan öğün hangisidir?

1- Sabah 2-Öğle 3- Akşam

20- Öğün atlama nedeniniz nedir?

1-Zaman yetersiz, geç kalıyor 2- Canı istemiyor, iştahsız
3-Zayıflamak istiyor 4- Unuttuğu için 5-Diğer

21-Ev dışında yemek yer misiniz?

1- Evet (nerde) 2- Hayır

22. Cevabınız evet ise genellikle hangi öğünü yersiniz?

1-Sabah 2- Öğle 3- Akşam

23. Cevabınız evet ise ne sıklıkla yersiniz?

1-Hiç 2-Her gün 3- Haftada 2-3
4- haftada bir 5-On beş günde bir 6- ayda bir

24- Günde kaç bardak sıvı (su, meyve suyu, çay, kahve, süt) tükettirdiniz?

1- 3 bardağın altı 2- 3-5 bardak 3- 5 bardağın üzeri

25-Yemek pişirirken genel olarak hangi tuzu kullanıyorsunuz?

1- Kullanmıyorum 2-İyotlu tuz 3- İyotsuz tuz 4- Sodyumu azaltılmış tuz

26. Duygusal durumunuz beslenmenizi etkiler mi?

1- Evet 2- Hayır

27-Ara öğünlerde atıştırma alışkanlığınız var mıdır?

1- Evet(hangi besinleri)

2- Hayır

28-Yemeklerinizde genel olarak hangi yağı kullanıyorsunuz?

1-Tereyağ

2-Margarin

3-Ayçiçeği yağı

4- Zeytin yağı

5-Mısır özü yağı

6-Diğer

29-yemek pişirme yönteminiz

1-Kızartma

2-Haşlama

3-İzgara

4-Fırında

5-Diğer

30- Genellikle gece uykudan uyanıp yemek yeme alışkanlığınız var mı?

1- Evet

2- Hayır

31-Günlük olarak tüketilen toplam

Çay(bardak-fincan):

Nescafe:

Türk kahvesi:

BÖLÜM IV:ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

32- Boy(cm):

33- Kilo(kg):

34- BKI(kg/m²):

BÖLÜM V: FİZİKSEL AKTİVİTE

35- Düzenli olarak fiziksel aktivite yapıyor musunuz?

1- Evet

2-Hayır

36- Cevabınız evet ise hangi fiziksel aktiviteyi ne kadar sıklıkla yapıyorsunuz?

AKTİVİTE TÜRÜ	SIKLIK(...kez/hafta)	SÜRE(...saat/gün)
Yavaş tempoda yürüyüş		
Hızlı tempoda yürüyüş		
Aerobik – Step		
Futbol		
Bisiklet		
Koşu		
Dans		
Aerobik		
Diğer(.....)		

BESİN TÜKETİM SIKLIĞI

Besinler	Tüketim sıklığı (kez)						
	Her gün	Haftada 5-6	Haftada 3-4	Haftada 1-2	15 günde bir	Ayda bir	Hiç
Süt: Yağlı Yarımyağlı Yağsız							
Yoğurt Yağlı Yarımyağlı Yağsız							
Ayran							
Peynir Yağlı Yarımyağlı Yağsız							
Yumurta							
Kırmızı et							
Balık							
Tavuk							
İşlenmiş et ürünleri(salam-sucuk- sosis)							
Beyaz ekmek							
Tam buğday ekmeği							
Kepekli ekmek							
Çavdar ekmeği							
Yulaf ekmeği							
Yufka							
Beyaz pirinç							
Esmer pirinç							
Bulgur							
Makarna							
Kurubaklagil							
Taze sebze							
Taze meyve							
Sıvı yağ							
Katı yağ							

ÜÇ GÜNLÜK BESİN TÜKETİM FORMU
1, 2, 3 GÜN

ÖĞÜN	TÜKETİLEN BESİNLER	MİKTARI	İÇİNDEKİLER
SABAHA			
KUŞLUK			
ÖĞLE			
İKİNDİ			
AKŞAM			
GECE			

YAŞAM KALİTESİ SF-36 FORMU

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Her hangi bir sorunun yanıtı hakkında emin değilseniz bile size en uygun yanıtı verin.

1-Genel sağlık durumunuz hakkında aşağıdaki tanımlardan hangisi doğrudur?Lütfen tek bir yanıt veriniz.

A- Mükemm B- Çok iyi C- İyi D- Orta (fena değil) E- Kötü

2-Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

A- Bir yıl öncesinden çok daha iyi
B- Bir yıl öncesinden biraz iyi
C- Hemen hemen aynı
D- Bir yıl öncesinden biraz daha kötü
E- Bir yıl öncesinden çok daha kötü

SAĞLIK VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

3- Aşağıdakiler Gün Boyunca Yaptığınız Etkinliklerle _lgilidir. Sağlığınız Bunları Kısıtlıyor mu?Kısıtlıyorsa Ne Kadar?

	Evet, Oldukça Kısıtlıyor	Evet, Biraz Kısıtlıyor	Hayır, Hiç Kısıtlamıyor
Koşmak,ağır kaldırmak, ağır spor gibi ağır etkinlikler			
Bir Masayı Çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta derece etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma ve taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
1-2 Km yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4). Son 4 Hafta Boyunca Bedensel Sağlığınızın Sonucu Olarak, isiniz ya da günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi?		

5).Son bir ay içinde duygusal sorunlarınızın sonucu olarak isiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6). Son bir ay içinde bedensel sağlığınız ya da duygusal sorunlarınız arkadaşlarınızla veya komsularınızla olan etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a)Hiç etkilemedi
- b)Biraz etkiledi
- c)Orta derecede etkiledi
- d)Oldukça etkiledi
- e)Aşırı etkiledi

7).Son bir ay içinde ne kadar ağrınız oldu?

- a)Hiç
- b)Çok hafif
- c)Hafif
- d)Orta
- e)Şiddetli
- f)Çok şiddetli

8).Son bir ay içinde ağrınız işinizi ne kadar etkiledi?

- a)Hiç etkilemedi
- b)Biraz etkiledi
- c)Orta derecede etkiledi
- d)Oldukça etkiledi
- e)Aşırı etkiledi

9).Aşağıdaki sorular son bir ay içinde neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı seçin.

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve olumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10).Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız ve duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi ne sıklıkla etkiledi?(akraba ve arkadas ziyareti gibi)

- a)Her zaman
- b)Çoğu zaman
- c)Bazen
- d)Nadiren
- e)Hiçbir zaman

11).Asağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar dogru veya yanlıştır?

	Kesinlikle	Çoğunlıkla	Bilmiyorum	Nadiren	Asla
Diğer insanlardan daha kolay hastalanıyor gibiyim					
Diğer insanlar kadar sağlıklıyım					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum					
Sağlığım mükemmel					

Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Beck Depresyon Ölçeği

Bu form BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. Cezalandırılabilirim hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatımı bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0.** Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- 0.** Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0.** Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0.** Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0.** Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16- 0.** Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- 0.** Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- 0.** İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
 2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.
- 19- 0.** Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20- 0.** Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla Şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

