

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**PRİMER BEYİN TÜMÖRÜ NEDENİYLE CERRAHİ
TEDAVİ UYGULANAN HASTALARDA YAŞANAN
SEMPTOMLAR VE ŞİDDETİNİN BELİRLENMESİ**

Eda KURAL

YÜKSEK LİSANS

2017-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**PRİMER BEYİN TÜMÖRÜ NEDENİYLE CERRAHİ
TEDAVİ UYGULANAN HASTALARDA YAŞANAN
SEMPTOMLAR VE ŞİDDETİNİN BELİRLENMESİ**

Eda KURAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Fatma CEBECİ

İKİNCİ DANIŞMAN
Prof. Dr. Yusuf İZCİ

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

2017-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 10/Şubat/2017

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Fatma CEBECİ
Akdeniz Üniversitesi

İmza

Üye : Prof. Dr. Mehmet Ziya Fırat
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Hicran BEKTAŞ
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Yrd. Doç. Dr. Aklime SARIKAYA
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi

Üye : Yrd. Doç. Dr. Nilgün MUTLU AKSOY
Akdeniz Üniversitesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../.... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Narin DERİN

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Eda KURAL

İmza

TezDanışmanı

Doç. Dr. Fatma CEBECİ

İmza

TEŞEKKÜR

Tüm yüksek lisans eğitimim süresince, her zaman bana her anlamda destek olan, varlığını hep yanımda hissettiğim, motivasyonumu hep yüksek tutan ve bana enerji veren çok kıymetli hocam Doç. Dr. Fatma CEBECİ'ye,

Çalışmamın planlaması aşamasında bana ışık tutan ve yol gösteren Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM'e,

Tez aşamam boyunca desteğini üzerimden esirgemeyen Prof. Dr. Yusuf İZCİ' ye
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi AD Başkanı Prof.
Dr. Mehmet K. DANEYEMEZ'e

Tezimi yürütürken her anlamda benim hep yanımda olan değerli arkadaşım Hem.
Derya KARA ve Anestezi Sonrası Bakım Ünitesi Hemşirelerine,

Tezimi yürütme ve bitirme aşamasında benim için destek olan tüm Beyin Cerrahisi
Kliniği hemşirelerine,

Araştırmada verilerin değerlendirilmesi aşamasında bana destek olan çok sevgili
Gülşah KÖSE'ye ve değerli hocam Doç.Dr. Türker TÜRKER'e,

Araştırmamın yürütülebilmesi için çalışmayı kabul eden tüm hastalara,

Tezimin başından sonuna kadar her aşamasında sabrıyla ve güler yüzüyle beni hiç
kırmayan Turhan TAT ve değerli Sağlık Bilimleri Enstitü çalışanlarına,

Yüksek Lisans yapmam için beni destekleyen, bana güvenen, hayatı boyunca sadece
bizim için uğraş veren fedakar annem ve babama,

Varlığıyla bana güç veren, her zaman yanımda olan ve desteğini üzerimden hiç
esirgemeyen çok değerli eşim Cahit KURAL'a ve hayatımızın olmazsa olmazı
çocuklarımızı sonsuz teşekkürlerimi ve şükranlarımı sunarım.

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, primer beyin tümörü nedeniyle ameliyat edilen hastalarda görülen semptomlar ve bu semptomların şiddetinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel türde bir çalışmadır. Çalışma Mart- Kasım 2016 tarihleri arasında Ankara'da bir eğitim ve araştırma hastanesinin nöroşirürji kliniğinde cerrahi tedavi uygulanan ve araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan 90 hasta ile yapılmıştır. Veriler, kişisel bilgi formu ve M.D. Anderson Beyin Tümörü Semptom Envanteri (MDA-BTSE^{TR}) kullanılarak, hastalarla yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Verilerin analizi, SPSS 23 programı ile sayı, yüzde, ortalama, standart sapma Kolmagorov Smirnow, Kruskal-Wallis, Bonnferroni düzeltmeli Mann Whitney U, t testi, ki kare, faktör analizi ve Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Hastaların %37.8 (n:34) kadındır. Yaş ortalaması 41.5±14.58 yıldır. Olguların % 25.6 (n:23) sına evre 1'de tanı konmuştur. %28.9 (n:26) ile frontal lob en sık görülen tümör lokasyondur. Dışkılama alışkanlığı, ağrı, bitkinlik, görünüş değişikliği en sık görülen semptomlardır ve bu semptomlar duygu durumunu, iş yaşamını ve günlük aktivitelerini daha çok etkilemektedir. Semptomlar ve şiddetleri lokalizasyon ve evrelerine göre ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Tümör lokalizasyonu ile semptom ve şiddeti arasındaki ilişki incelendiğinde; uyku hali, ağız kuruluğu, kusma, hissizlik, güçsüzlük, anlama güçlüğü, konuşma güçlüğü, konsantrasyon güçlüğü, görme bozukluğu, görünüş değişikliğinde günlük aktivitesini engelleme durumu, duygu durumunu engelleme durumu ve yürümesini engelleme durumu semptomlarında lokalizasyonla istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.05). Tüm semptom ve şiddetlerinin evre 4 hastalarda daha fazla olduğu izlenmiştir.

Sonuç: Primer beyin tümörü tanısı alan hastalarda cerrahi tedavi sonrası yaşanan semptomlar ve şiddetinin sağlık profesyonelleri tarafından bilinmesi ve yönetimi hastaların yaşam konforunu anlamlı şekilde artırabilir.

Anahtar Kelimeler: Primer beyin tümörü, Cerrahi, Semptom ve şiddeti, Hemşirelik

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to identify the symptoms and determine the severity of the symptoms seen in patients who underwent surgery for primary brain tumors.

Material and Methods: Research was descriptive and cross-sectional. The study was conducted with 90 patients who underwent surgical treatment in a neurosurgical clinic of an education and research hospital in Ankara between March-November 2016 and met the inclusion criteria. The data were collected by face-to-face interviews with patients, using personal information form and M.D. Anderson Brain Tumor Symptom Inventory (MDA-BTSI). The data were analyzed with SPSS 23 program, using number, percentage, mean, standard deviation, Kolmogorov Smirnov, Kruskal-Wallis, Bonnferroni corrected Mann Whitney U, t test, chi square, factor analysis and Cronbach alpha reliability coefficient.

Results: 37.8% (n: 34) of the patients were female. The average age is 41.5 ± 14.58 years. 25.6% (n: 23) of the cases were diagnosed at stage 1. The most common tumor location was frontal lobe and the rate was 28.9% (n: 26). Defecation habits, pain, fatigue, appearance changes are the most common symptoms and these symptoms affect the emotional state, work life and daily activities more. Symptoms and severity were assessed separately according to localization and stage. It was found that there was a statistically significant relationship between localizations and symptoms which were sleepiness, xerostomia, mood swings, vomiting, numbness, weakness, comprehension difficulty, speech difficulty, concentration weakness, visual impairment, appearance change, daily activity inhibition, emotional disturbance state, and walking disturbance when the relationship between tumor localization and symptom and severity was examined ($p < 0.05$). All symptoms and severity were observed to be greater in stage 4 patients.

Conclusion: The awareness and management of symptoms and severity after surgery by health professionals in patients who are diagnosed with primary brain tumor, may significantly improve the patients quality of life.

Keywords: Primary brain tumors, Surgery, Symptom and Severity, Nursing

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Beyin Tümörlerinin Tanımı	3
2.2. Beyin Tümörlerinin Sınıflandırılması	4
2.3. Etyolojisi	5
2.4. Beyin Tümörlerinin Evrelendirilmesi	5
2.4.1. DSÖ Evreleme Sistemi	5
2.5. Tümörlerin Yerleşim Yerlerine Göre Görülen Semptomlar	6
2.6. Tanı yöntemleri	7
2.7. Tedavi yöntemleri	7
2.8. Beyin Tümörlerinde Görülen Semptomların Yönetimi	9
2.8.1. Kafa İçi Basınç Artışı (KİBA)'na Bağlı Görülen Semptomlar ve Yönetimi	9
2.8.2. Konstipasyon ve Yönetimi	12
2.8.3. Bulantı-Kusma ve Yönetimi	13
2.8.4. Baş Ağrısı ve Yönetimi	14
2.8.5. Yorgunluk ve Yönetimi	14
2.8.6. Epileptik Nöbetler ve Yönetimi	15
2.8.7. Bilişsel İşlev Bozukluğuna Bağlı Görülen Semptomlar ve Yönetimi	17
2.8.8. Duyu Bozukluklarına Bağlı Görülen Semptomlar ve Yönetimi	17
2.8.9. Motor Bozukluklarına Bağlı Görülen Semptomlar ve Yönetimi	18

2.9. Ameliyat Sonrası Evde Bakıma İlişkin Taburculuk Girişimleri	20
3. GEREÇ ve YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Yöntemi	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	22
3.4. Örnekleme Alınma Kriterleri	22
3.5. Örneklemeden Dışlama Kriterleri	23
3.6. Araştırma Etiği	23
3.7. Veri Toplama Araçları	23
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu	23
3.7.2. MD Anderson Beyin Tümörü Semptom Envanteri (MDA-BTSE) (MD Anderson Symptom Inventory-Brain Tumor-MDASI-BT)	24
3.8. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	26
3.9. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	26
3.10. Araştırma Soruları	26
3.11. Ön Uygulama	26
3.12. Araştırmanın Uygulanması	27
3.13. Araştırmanın Güçlü Yönleri, Zorlukları ve Sınırlılıkları	27
3.14. Verilerin Analizi	27
4. BULGULAR	29
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	29
4.2. Primer Beyin Tümörü Nedeniyle Cerrahi Tedavi Uygulanan Hastaların MDA Semptom Envanterine İlişkin Bulgular	34
4.3. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenlik Kat Sayısının İncelenmesi	42
5. TARTIŞMA	43
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	53
6.1. Sonuçlar	53
6.2. Öneriler	54
KAYNAKLAR	56
EKLER	
EK-1. Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı'ndan araştırmanın yapılması için alınan yazılı izin belgesi	

EK-2. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi (GATA) Etik Kurulu'ndan alınan Etik Onay belgesi

EK-3. MDA-BTSE^{TR} Türkçe Geçerlik ve Güvenirliğini yapan yazarlardan alınan izin belgesi

EK-4. Aydınlatılmış Hasta Onam Formu

EK-5. Kişisel Bilgi Formu

EK-6. M.D. Anderson Beyin Tümörü Semptom Envanteri

ÖZGEÇMİŞ

73



TABLolar DİZİNİ

Tablo

2.1.	Tümörlerin Yerleşim Yerlerine Göre Görülen Semptomlar	6
3.1.	MDA-BTSE ^{TR} Alt Boyutlarının Maddelere Ayrımının Gösterimi	25
4.1.	Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular (n=90)	29
4.2.	Hastaya Destek Olan Kişiler ve Oldukları Alanlar (n=90)	30
4.3.	Hastaların Hastalık Tanısı, Evre ve Lokalizasyonuna İlişkin Veriler	31
4.4.	Primer Beyin Tümörü Nedeniyle Cerrahi Tedavi Uygulanan Hastaların Yaşadıkları Semptomlar ve Şiddetlerinin Dağılımı (n=90)	32
4.5.	Primer Beyin Tümörü Nedeniyle Cerrahi Tedavi Uygulanan Hastaların Yaşadıkları Semptomların Yaşam Aktivitelerine Etkisinin Dağılımı (n=90)	33
4.6.	Hastaların Tümör Evrelerine Göre Ölçek Alt Boyutları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	34
4.7.	Hastaların Tümör Lokalizasyonlarına Göre Ölçek Alt Boyutları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	35
4.8.	Hastaların Tümör Lokalizasyonlarına Göre Semptom ve Semptom Şiddetlerinin Dağılımı	36
4.9.	Hastaların Tümör Evrelerine Göre Semptom ve semptom şiddetlerinin dağılımı (n=90)	39
4.10.	Ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik kat sayısının incelenmesi	42

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil

3.1. Araştırmanın Yürütülme Şeması

28



SİMGELER ve KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BOS	: Beyin-Omurilik Sıvısı
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EEG	: Elektroensefalografi
GİS	: Gastrointestinal Sistem
GKS	: Glaskow Koma Skalası
ILAE	: Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği
KİBAS	: Kafa İçi Basınç Artışı Sendromu
LP	: Lomber Ponksiyon
MDA-BTSE	: MD Anderson Beyin Tümörü Semptom Envanteri
MRG	: Magnetik Rezonans Görüntüleme
SPB	: Serebral Perfüzyon Basıncı
SSS	: Santral Sinir Sistemi
SVB	: Santral Venöz Basınç

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Beyin tümörleri lokalize olduğu bölge itibariyle hızlı büyüyen, tedaviye yanıtı sınırlı olan mortalite ve morbiditesi yüksek bir hastalıktır (Karadakovan ve Özbayır, 2011). Amerika Beyin Tümörleri Merkezi'nin kayıtlarına göre; 2016 yılında Amerika'daki 77,670 beyin tümörlü yeni olgudan 24,790'ı primer malign tümör, 52.880'i benign tümör olarak bildirilmiştir (<http://www.cbtrus.org>, Erişim tarihi: 10 Eylül 2016). Türkiye'de 2013 yılı Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre beyin tümörü hem kadınlarda hem de erkeklerde en yaygın 10 kanser türü arasındadır. Görülme oranı erkeklerde yüz binde 6.1, kadınlarda ise yüz binde 4.7'dir (<http://www.kanser.gov.tr>, Erişim tarihi: 05 Ocak 2017). Beyin tümörleri malign ve benign olabilmektedir. Malign tümörlerin %80'ini glioblastomalar oluşturur (Ford ve ark., 2012). Benign tümörler ise zararsız gibi görünmesine rağmen, bulunduğu yerdeki etkisi ve boyutu nedeniyle malign tümörle aynı semptomları gösterebilmektedir (Baksi ve Dicle, 2010). Beyin tümörlerinin yaklaşık %80'ini oluşturan primer beyin tümörlerinin tanısı genellikle semptomlar görüldükten sonra konmaktadır (Armstrong ve ark., 2004). Semptomlar, bireyin fonksiyonel sağlık durumunu, günlük yaşam aktivitelerini, tedaviye yanıtını ve yaşam kalitesini etkilemektedir (Armstrong ve ark., 2006; Chen ve Tseng, 2006; Baksi ve Dicle, 2010; 2013a). Beyin tümörlü hastalarda baş ağrısı (%53), epileptik nöbetler (%30-%90), vücudun bazı bölümlerinde uyuşukluk, yorgunluk (%87) ve görme kaybı gibi nörolojik semptomlar diğer kanser hastalarına göre daha fazla görülmektedir (Lovely, 2004; Chen ve Tseng, 2006; Armstrong ve ark., 2006; Baksi, 2009). Bu nedenle beyin tümörü bulunan hastalarda semptomlar ve şiddetinin değerlendirilmesi hasta yönetimi açısından önemlidir. Armstrong ve arkadaşlarının (2004) primer beyin tümörü bulunan hastalarda görülen semptomların sıklığını, yoğunluğunu, şiddetini belirledikleri çalışmalarında, semptomların bireylerin yaşamında günlük yaşam aktivitelerini çok ciddi bir şekilde engellediği belirlenmiştir. Hemşireler, kaliteli bakım verme ve hastaların yaşam kalitelerini yükseltme sorumlulukları olan profesyonellerdir. Bu amaçla hemşirelerin beyin tümörlerine ilişkin semptomları, şiddetini ve kümelerini belirlemelerinin, semptomların kontrol altına alınmasında önemli olduğu belirtilmektedir (Armstrong ve ark., 2006). Literatürde hastaların

yaşam kalitelerini arttırmak için semptomlarlabasına çıkabilmeleri gerektiği belirtilmektedir ve hastaların kendi hastalıklarının yönetiminde daha etkin rol alabilmeleri için dışarıdan desteklenmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Semptomları daha iyi yönetmek için eğitim, donanım ve güçlendirmeyi sağlayan uygulamaların önemi literatürde açıkça belirtilmektedir. Bu uygulamalar hastaların bakımını iyileştirmede aile ve hastalar üzerinde önemli rol oynamaktadır (Ruland ve ark., 2013). Bu yüzden nöroşirürji hemşireliği semptom yönetimi açısından oldukça önem taşır. Beyin tümörü bulunan hastalarda kötü prognoz, nörolojik bozukluklar, tedavinin etkileri ve diğer olumsuz yan etkiler önemli bir sağlık sorundur ve bunlar hastaların stres yaşamalarına neden olabilir (Bunevicius ve ark., 2013). Primer beyin tümörü tanısı konulan hastalar; hastalıklarının ilerleyişini ve semptomları nasıl yöneteceklerini bilmediklerinden endişeli olabilirler. Bu amaçla hastaların yaşadıkları semptom ve şiddetinin belirlenmesi, semptomlara yönelik uygun hemşirelik bakımının verilmesinde önemli olacaktır.

Hastaların yaşadıkları semptomların yönetimi ve semptomlara ilişkin ortaya çıkan komplikasyonların bilinmesi ve sonrasında önlenmesine yönelik olarak verilecek eğitimlerin, hastaların yaşam kalitesinin pozitif yönde artmasında yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, primer beyin tümörü nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastalarda yaşanan semptomlar ve bu semptomların şiddetinin belirlenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beyin Tümörlerinin Tanımı

Primer beyin tümörleri, beyinde ortaya çıkar ve genellikle uzak organlara yayılmadan beyinde kalma eğilimindedirler. Her yaş grubunda ortaya çıkabilir ancak çocuklarda ve ileri yaşlarda istatistiksel olarak daha sık görülür. Metastatik beyin tümörleri ise erişkinlerde daha sık görülür (www.cancer.gov, Erişim tarihi:10 Ekim 2016). Beyin tümörleri tüm santral sinir sistemi (SSS) tümörlerinin %85'ini oluşturmaktadır. Beyin tümörlerinin yaklaşık %80'i primer, %20'si sekonder (metastatik) orjinlidir. Yetişkinlerde beyin tümörlerinin %70'i supratentoriyal, çocuklarda ise infratentoriyal yerleşimlidir. Organ metastazları içinde SSS ikinci sıklıkta metastaz görülen bölgedir ve tüm metastazların %15-25'ini oluşturur (Öge, 2004). Beyin tümörleri uygun şekilde tedavi edilmezse beyne mekanik baskı yaparak bile öldürücü olabilir (Topçuoğlu ve ark., 2014).

Menenjiomalar %36,4 ile tüm primer beyin tümörleri arasında en yaygın görülen tümör tipidir. 2016 yılında 24.880 kişiye menenjioma tanısı koyulmuştur. Gliomalar beynin destekleyici ya da kendi dokularından kaynaklanan tümörleri belirtmek için kullanılan geniş bir terimdir, tüm beyin tümörlerinin %27'sini, malign tümörlerin ise %80'ini oluştururlar. Hipofiz adenomu hipofiz bezinden köken alır ve primer beyin tümörlerinin %15.5'ini oluşturur. 2016 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'inde 11.700 kişiye hipofiz adenomu tanısı koyulmuştur (<http://www.abta.org>, Erişim tarihi: 20 Aralık 2016).

Beyin tümörlerinde görülen semptomlar; tümörün beyin içindeki konumuna, boyutlarına tümörün tipine ve tümörün beyin dokusuna infiltre olup olmamasına bağlı olarak değişiklik gösterir (Erdil ve Erbaş, 2001; Öge, 2004; Topçuoğlu ve ark., 2014). Tümörün yer kaplayıcı etkisine bağlı olarak beyin-omurilik sıvısı (BOS) dolaşımı etkilenir ve kafa içi basıncının artması sendromu (KİBAS) ortaya çıkar. Kafa içi basınç artışının sonucu olarak ani gelişen baş ağrısı, bulantı, kusma, pupil ödemi ve letarji ortaya çıkar. Tümörün yerleşim yerine bağlı olarak epileptik nöbetler, bilişsel fonksiyonlarda ve duyu durumunda değişim görülebilir. Yine ekstremitelerde zayıflık veya uyuşma, görme veya konuşmada bozulma gibi semptomlar ise fokal belirtiler olarak kabul edilir ve gerek tümörün lokalizasyonuna

gerekse tümörün hayati organlara yaptığı basıya bağlı olarak ortaya çıkabilir (Armstrong ve ark., 2004; Lovely, 2004; Topçuoğlu ve ark., 2014). Tüm bunlara ek olarak hastalıkların süreci ile ilgili belirsizlik hastaların ruh hallerinde bozulmalara yol açabilir. Hastalar yaşam kalitelerini arttırmak için semptomlarla başa çıkma arayışındadırlar bu yüzden nöroonkoloji hemşireliği semptom yönetimi açısından oldukça önem taşır. Hastaların tedavi süresince ya da tedavi bittiğinde bile ilk tanı konulduğu andaki belirsizlikleri devam etmektedir. Hastalar, hastalıkları süresince hastalığın ilerleyişi ve semptomları nasıl yöneteceklerini bilmediklerinden endişeli olabilirler. Özellikle glial tümörlerde tedaviye rağmen yaşam süresinin kısa olması ve bu süre boyunca semptomların devam etmesi hastanın ve ailesinin yaşam konforunu ve kalitesini bozmaktadır. Bu olumsuz durumların doktor ve nöroşirürji hemşireleri tarafından ele alınması, hasta ve bakım verenlerin birlikte ele alınarak bireysel gereksinimleri doğrultusunda eğitilmeleri hastanın yaşam konforunun ve kalitesinin yükselmesini sağlayacaktır. Bu nedenle hastalıkla ilgili bireysel semptom yönetimi hakkında ve hastalığın belirsizliğini azaltma yönünde sağlık bakım profesyonellerinin rehber oluşturması önerilmektedir (Tuna ve ark., 2014, Lin ve ark., 2013). Hemşireler beyin tümörü olan hastalarda görülen semptomların erken dönemde saptanmasında, hasta ve yakınlarının gereksinimlerinin belirlenmesinde, karşılanmasında ve destekleyici bakım hizmetlerinin verilmesinde görev üstlenen en önemli sağlık profesyonellerinden biri olarak kabul edilmektedir (Tuna ve ark., 2014).

2.2.Beyin Tümörlerinin Sınıflandırılması

Beyin tümörleri temelde köken aldıkları hücre tipine, histolojik yapılarına göre sınıflandırılmakta ve isimlendirilmektedir. Tümör, yapılan cerrahi tedavi sonucuna göre de evrelendirilebilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1993 yılında beyin tümörlerini sınıflandırmış ve bu sınıflandırma zamanla değişikliğe uğramışsa da genel olarak evrensel kabul edilmiştir (Karadakovan ve Aslan, 2011). Sık görülen beyin tümörlerinden, menenjiyomlar tüm primer beyin tümörlerinin %35'ini oluşturur ve primer beyin tümörlerinin en yaygın görülen tipi olarak kabul edilir (Ostrom ve ark., 2013). Menenjiyomların çoğu meninkslerden köken alır, yavaş büyüme eğilimindedir ve infiltratif olmayan kitleler olarak kabul edilir (Topçuoğlu ve ark., 2014). Gliomalar; astrosit, oligodendrosit ve ependimal hücreleri içeren glial hücrelerden köken alırlar. Gliomalar beyin tümörlerinin %30'unu, tüm malign

tümörlerin ise %80'ini oluşturur. Astrositoma ve glioblastoma gliomaların %76'sını, Ependimal hücrelerden kaynaklanan ependimomlar ise beyin tümörlerinin %5'ini oluşturmaktadır (<http://www.abta.org>, Erişim Tarihi: 19 Aralık 2013).

2.3. Etiyolojisi

Beyin tümörlerinin; genetik, iyonize radyasyon, immünolojik, çevresel faktörler ve kafa travmaları sonucu oluşabileceği söylenmekle birlikte halen nasıl oluştuğu ile ilgili kesin bir bilgiye ulaşmak mümkün değildir (Öge 2004; McKinney 2005; Karadakovan ve Aslan, 2011). Literatürler incelendiğinde cep telefonu kullanımı ile beyin tümörü oluşumu arasında anlamlı bir ilişki henüz kurulamamıştır (Aydın ve ark., 2011).

2.4. Beyin Tümörlerinin Evrelendirilmesi

Bir tümörün evresi malignite derecesini gösterir. Tümörün evrenmesi, cerrahi tedavi sonrası alınan patolojik dokuların histopatolojik değerlendirmesi ile mümkün olmaktadır. Tümörün mikroskopik görünümünde evreyi etkileyen parametreler; hücre atipisi, tümörün mitotik indeksi, tümörde kontrolsüz büyümeyi gösteren bulguların, infiltrasyonun ve nekrozun olup olmaması yanı sıra tümörün vaskülaritesidir (Topçuoğlu ve ark.,2014).

2.4.1. DSÖ Evreleme Sistemi

Evre 1: Yavaş büyüyen hücreler olup mikroskopik görünümleri normale yakındır. Malignite potansiyelleri düşüktür. Yaşam beklentisi genellikle uzundur.

Evre 2: Göreceli olarak yavaş büyürler ve mikroskopik görünümleri anormaldir. Komşu normal dokuya invaze olabilirler. Daha yüksek bir evreye transformasyon gösterebilirler.

Evre 3: Aktif olarak anormal hücre yapımı ve bu nedenle belirgin anormal mikroskopik bulgular görülür. Komşu normal dokuya infiltrasyon olur ve sıklıkla ilerleyen zamanlarda daha yüksek evreli tümöre dönüşme eğilimindedirler.

Evre 4: Çok daha hızlı proliferasyon ile birlikte ileri derecede mikroskopik atipi vardır. Hızlı büyümeyle orantılı olarak belirgin neovaskülarizasyon nedeniyle tümörün santral beslenmesinin bozulmasına bağlı nekroz gelişimi sık görülür.

Evrenlenmedeki belirleyici faktörler; anormal hücre miktarı, hücre atipisi, mitotik proliferasyon ve tümör nekroz varlığıdır. Derece arttıkça atipi, damarlanma, mitoz oranı ve patolojik büyüme potansiyeli artar ve buna bağlı olarak hastalık prognozu kötüleşir (Stupp ve ark., 2010).

2.5. Tümörlerin Yerleşim Yerlerine Göre Görülen Semptomlar

Tablo 2.1. Tümörlerin yerleşim yerlerine göre görülen semptomlar

Yerleşim Yeri	Klinik Belirti ve Bulgular
Frontal Lob	Kişilik değişiklikleri, apati, davranış bozukluğu, konsantrasyon bozukluğu, sosyal uyumda bozukluk, depresyon
Temporal Lob	Nöbet öyküsü, konuşma bozukluğu, yürüme bozuklukları, paralizi, kavrayış afazisi, görme değişiklikleri, baş ağrısı, ani bilinç değişiklikleri
Paryetal Lob	Ataksi, baş ağrısı, kafa içi basınç artışının artmasına bağlı olarak gelişen bulgular, yakın bellek kaybı, nöbet, duyu eksikliği, sağ-sol oryantasyon bozukluğu, hiperestezi, anestezi, agnozi
Oksipital Lob	Baş ağrısı, kafa içi basınç artışına bağlı gelişen bulgular, görme agnozisi, nöbet, halusinasyon
Serebellar	Yürüme bozukluğu, düşme, ataksi, koordinasyon bozukluğu, baş dönmesi, nistagmus, hidrocefali
Beyin sapı	Vertigo, baş dönmesi, kusma, nistagmus, kornea refleksinin azalması, yürüme bozukluğu, baş ağrısı, kusma, motor ve duysal kayıplar, işitme kaybı, kardiyak ve solunum yetmezliklerine bağlı ani ölüm
Hipofiz	Görme kaybı, baş ağrısı, hormonal bozukluk, uyku bozukluğu, sıvı dengesizliği, ısı değişikliği, cushing sendromu

KAYNAK:Karadakovan A, Özbayır T. Sinir Sisteminin Dejeneratif ve Onkolojik Hastalıkları.In A.Karadakovan. F. E. Aslan (Ed.).Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana Nobel Kitabevi. 2011, s:1231-1262.

2.6. Tanı yöntemleri

İntrakraniyal lezyon belirtileri ile müracaat eden hastanın öncelikle öyküsünün alınması ve nörolojik değerlendirme yapılması gerekir. Nörolojik değerlendirme, bilinç düzeyinin, mental durumunun, fokal ve motor defisitlerin, özellikle hipofizer bölge lezyonları için görme alanının değerlendirilmesini kapsar. Nöbet öyküsü ile müracaat eden hastaya elektoroensefalografi (EEG) tetkikinin yapılması önerilir (Oktar, 2010).

Kafa grafileri, Bilgisayarlı tomografi (BT) ve magnetik rezonans görüntüleme (MRG) beyin tümörlerinin tespiti ve lokalizasyonunu belirlemek amacıyla sık kullanılan tetkiklerdir. Günümüzde MRG beyin tümörlerinin tanısında altın standart teknik olarak kabul edilmektedir. Tanısal görüntülemelerle tümörün niteliği öğrenilirken aynı zamanda tedavinin etkinliği de takip edilir (Oktar, 2010).

2.7. Tedavi yöntemleri

Beyin tümörü tanısı almış hastalarda uygulanan başlıca tedavi yöntemleri cerrahi, radyoterapi ve kemoterapidir. İmmünoterapi ile ilgili çalışmalar var ise de halen rutin bir kullanım söz konusu değildir. Tedavi, hastanın klinik durumuna, tümörün yerleşimine ve tipine bağlıdır. Halen beyin tümörlerinde esas tedavi yöntemi cerrahi eksizyondur. Diğer tedavi yöntemleri genellikle cerrahiye destek amaçlı yapılmaktadır (Sav, 2010).

Tedavi protokolleri tümörün evresine göre değişmekte ve sağ kalım süresini etkilemektedir. Primer malign tümörlerin yaklaşık %80'ini gliyoblastomalar oluşturur. Bu tümörler evre 4 tümörlerdir. Beynin en agresif seyirli tümörleri olarak bilinirler. Gliyoblastoma semptomlarının medikal tedavisinde öncelikli olarak ödemi hafifletmek için steroidler kullanılır, daha önce nöbet geçirmiş olgularda tedaviye antikonvülsanlar eklenir ve bu tedavi aynı zamanda kaygı veya depresyon semptomlarını hafifletir. Primer tedavi ise cerrahidir. Cerrahi sonrası tedaviye radyoterapi ve kemoterapi eklenebilir. Glioblastoma tanısı konan hastaların semptomları tümörün primer etkisine, basıya, ödeme ve cerrahi tedavinin sonuçlarına göre değişir (Sav, 2010; Ricard ve ark., 2012).

Beynin tümörlerinde cerrahi yapılmasının temel hedefi, tümör yükünün mümkün olduğunca tümünü çıkarmaktır. Yapılan çalışmalarda görülmüştür ki; ne kadar tümör

eksiz edilirse hastanın yaşam kalitesinin daha iyi olacağı ve yaşam süresinin daha uzun olacağı yönündedir. Tümöral kitlenin azalması beyin dokusundaki basınç etkisini azalacak ve böylece hasta semptomlarını yok edilecek veya hafifleyecektir. Tümör boyutları azalınca verilecek medikal tedavinin ve radyoterapinin etkisi de anlamlı biçimde artacaktır. Ameliyatın planlaması preoperatif dönemde hastanın klinik tablosu ve radyolojik tetkikleri incelenerek yapılır. Beyin tümörlerinde daha öncede belirtildiği gibi Beyin BT ve MRG en önemli görüntüleme tetkikleridir. Yine tümöral kitlenin doğası ve vasküler yapılarla komşuluğuna göre anjiyografik tetkikler planlanır. Hastalar genellikle genel anestezi altında ameliyat edilir. Tümörün lokalizasyonuna göre hastaya ve ameliyat masasına pozisyon verilir. Hastanın başı çivili başlığa sabitlenir. Çalışma süresince tümöre mümkün olan en kısa yoldan ve en doğru şekilde ulaşmak için nöronavigasyon sistemlerinden faydalanılır. Cerrahi sırasında bir miktar kitle intraoperatif olarak incelenmesi için patoloji servisince konsülte edilir. Histopatolojik incelemenin sonucuna göre ameliyatı yapan cerrah, ameliyatın bundan sonraki safhaları için karar verir. Tümörün cinsine bağlı olmakla birlikte düşük dereceli tümörlerin genellikle tamamı eksiz edilebiliyorken, tümörün yerleşimi ve tipine göre yüksek dereceli tümörlerin total olarak çıkarılması mümkün olmamaktadır. Yine tümörün beyin dokusu ile ayrımının intraoperatif olarak görülebilmesi ve tümöral kitlenin beyin parankime invaze olmaması cerrahiden maksimum fayda sağlar. Ancak tümörün bir kısmının rezeksiyonu bile hastanın kliniğinde anlamlı düzelmelere neden olabilmekte ve semptomların düzelmesini sağlayabilmektedir (AANN Guide, 2006; Sav 2010; Hickey, 2014; Topçuoğlu ve ark., 2014).

Cerrahi olarak tedavi edilemeyen ya da cerrahi tedavinin mümkün olmadığı hastalarda radyocerrahi kullanılan diğer bir tedavi yöntemidir. Radyocerrahi olarak lineac, gamma knife ve cyber knife gibi yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler ile verilen ışınlar çok yüksek bir enerjiyi çevre dokuya hasarı en aza indirgeyerek tümörlü dokuya odaklar. Hastalar invaziv bir cerrahi işlem geçirmeden, cerrahi enfeksiyon ve kanama gibi riskler olmadan tedavi edilebilmektedir. Bu yöntemlerle ameliyatla ulaşılamayacak lokasyonlardaki tümörlere müdahale edilebilmektedir (Vacsulka and Lunsford, 2014; Akyüz, 2015).

Radyoterapi, çoğu zaman cerrahi tedavi sonrası tedaviye yardımcı olarak kullanılmaktadır. Tedavide yaşam süresini uzatmak, semptomları hafifletmek amaçlanır. Normal beyin dokusuna en az hasarı vererek tümör hücrelerini yok etmek ve tümör yükünü azaltmak hedeflenir (Topçuoğlu ve ark., 2014).

Beyin tümörleri tedavisinde kemoterapi ise, cerrahi ve radyoterapiyi tamamlamak amacıyla uygulanır. Kemoterapötik bazı ilaçlar, kan beyin bariyeri beyin dokusu tarafından korunduğundan beyine geçemez. Bu nedenle etkisi oldukça sınırlıdır. Bazı tümörlerde ise kan beyin bariyeri yıkılır ve kemoterapötik ajanlar tümöre kolayca ulaşabilirler ancak normal beyin dokusu da etkilendiğinden sınırlı dozda uygulanmaktadır ve bunun sonucunda faydaları çokta fazla olmamaktadır (Hickey, 2014).

Primer beyin tümörü ameliyatlarında cerrahi operasyon sonrası semptomlar ile operasyon öncesi semptomlar farklı olabileceğinden nöroşirürji hemşiresinin bunları iyi ayırt etmesi gerekmektedir. Bu nedenle hemşirelerin hastaların bakımında literatür doğrultusunda bilgilerini güncellemesi gerekmektedir. Hasta bakımının yürütülmesinde kendini geliştiren sağlık profesyonelleri semptom yönetiminde daha etkili olacaklardır (Baksi Şimşek, Dicle A,2013b).

2.8. Beyin Tümörlerinde Görülen Semptomların Yönetimi

Gelişmiş tanısal yöntemlere karşın primer beyin tümörlü hastaların tanıları genellikle semptomlar görüldükten sonra konur (Armstrong ve ark., 2004; Karadakovan ve Özbayır, 2011).

2.8.1. Kafa İçi Basınç Artışı (KİBA)'na Bağlı Görülen Semptomlar ve Yönetimi

Kafa içi basınç artışıdaki belirti ve bulgular, kafa içi basıncın artış hızı ve yer kaplayan lezyonların doğası ve bunların bulunduğu yere göre değişiklik gösterir. Beyinde kafa içi basınç artışına bağlı kompansasyon mekanizmaları vardır. BOS volümünü azaltarak ve yerini değiştirerek, kan volümünü azaltarak, beyin dokularının yerini değiştirerek (herniasyon) homeostazisi sağlar. Bu mekanizmalar ve beyin viskoelastik özellikleri nedeniyle, yavaş büyüyen kitle lezyonu, semptomlar oluşmadan önce genellikle ciddi şekilde büyür. Eğer lezyon beyin fonksiyonel bir alanında büyüyor ise doğrudan bası ve beyin dokunun fonksiyonunu engellemesi nedeniyle semptomlar daha erken ortaya çıkar. Kafa içi basınç artışı

beyin dokusunda önemli harabiyetlere yol açar, nöroşirürji hemşiresinin erken dönemde belirti ve bulguları fark etmesi gerekli önlemlerin alınması açısından oldukça önemlidir (İlçe ve ark., 2010; Topçuoğlu ve ark., 2014).

KİBA'nın erken belirti ve bulguları;sabahları öksürmekle, gerilmekle artan baş ağrısı, bulantısız- fışkırır tarzda kusma, pupillerde eşitsizlik veya cevapta yavaşlama, pupil ödemi, pitozis, nöbetler, konfüzyon, kooperasyon ve oryantasyonda bozulma, fokal nörolojik belirtilerdir. Ancak fokal nörolojik belirtiler bazen dokulara doğrudan baskı yapan lezyonlar nedeniyle de oluşabilir (Eti Aslan ve Olgun, 2016).

KİBA'nın geç belirti ve bulguları;kafa içi basıncı yükseldikçe beyne kan akışı güçleşir, serebral perfüzyon basıncı (SPB) düşer ve bilinç durumunda azalma görülür. Nöbetler, pupil büyüklüğü, pupilin ışığa reaksiyonunda değişiklikler ile herniasyon sendromlarında görülen bulgular; bradikardi, hipertansiyon ve düzensiz solunumdur (Topçuoğlu ve ark., 2014).

KİBA belirtileri olan hastalarda tanı için BT gereklidir. BT ile lezyonun yeri, boyutu, varsa herniasyonlar görüntülenebilir. Bunun dışında intrakraniyal basınç lomber ponksiyon (LP) ile ölçülebilir. Bunun nedeni ise hastaya şant gereksinimini belirlemek içindir. Bazı KİBA şüpheli hastalarda ise intrakraniyal monitorizasyon uygulanarak hastanın takibi yapılır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2011; Topçuoğlu ve ark., 2014).

KİBA'nın tedavisi için günümüzde uygulanan tedaviler SPB'nı en üst düzeyde tutmaya yöneliktir. SPB, arteryel kan basıncının ortalamasıyla intrakraniyal basınç arasındaki farkın hesaplanmasıyla bulunur. Beyin Travma Vakfı'nın belirlediğine göre 60-70 mmHg'dır (<http://www.braintrauma.org>, Erişim tarihi: 10 Eylül 2016). Tedavide cerrahi eksizyonla tümör çıkarılır, BOS akımı engelleniyorsa şant yerleştirilip drenaj sağlanabilir. Tıbbi tedavi olarak tümörün ödem etkisini azaltmak için dexametazon veya mannitol kullanılır. Bunların dışında sedasyon, analjezi, başın elevasyonu ve arter kan gazlarının sık kontrolü uygulanır. Hemşireler, SPB'yi en üst düzeyde tutmak için aspirasyon yaparken hipoksiden kaçınmalıdır. Hastalara aspirasyon uygulamasından 1 dakika önce oksijen verilmelidir ve aspirasyon süresi 15 saniyeyi aşmamalıdır. Hastanın solunum düzeylerini en üst düzeyde tutarak hiperkapniden kaçınılmalı, CO₂'in etkili temizlenmesi için hastaya yeterli miktarda

solunum hızı ve derinliği sağlanmalıdır. Bilinçsiz hastalarda ise kafa içi basınç artışı ile PCO₂ arasında ters ilişki olduğundan hastanın hiperventilasyonu sağlanmalıdır (Topçuoğlu ve ark., 2014; Eti Aslan ve Olgun, 2016).

Beden ısısının artışı, beyin tümörleri metabolizma hızını arttırarak kafa içi basıncın artmasına neden olabilirler. Bu nedenle hastanın vücut sıcaklığı takip edilmeli, yükselme görüldüğünde antipiretiklerle ve soğuk uygulama ile tedavi edilmelidir (Topçuoğlu ve ark., 2014; Eti Aslan ve Olgun, 2016).

Kafa içi basıncı stabil olmayan hastalar genellikle sedatize edilirler. Sedatize edilirken genellikle propofol tercih edilir. Bunun sebebi, propofolun metabolik oksijen tüketimini ve kafa içi basıncı azaltmasıdır. Bunun dışında propofol hipotansiyona ve karaciğer fonksiyonu bozukluklarına ve tüm sedatiflerin olduğu gibi solunum depresyonuna neden olabilir. Bu nedenle hastada hipotansiyon dikkatli gözlemlenmeli, arteriyel kan gazı takibi yapılmalı ve karaciğer fonksiyonları izlenmelidir (Topçuoğlu ve ark., 2014).

Ameliyat sonrası hastalarda düzenli nörolojik gözlem kötüleşme belirtilerinin hızla fark edilmesini sağlayarak ve önlemlerin alınmasını kolaylaştırır. Postoperatif dönemde bilinç, pupil büyüklüğü, ışık reaksiyonu, hastanın sözlü uyarılara verdiği yanıt ve ekstremitelerde motor ve duyu fonksiyonları izlenir. Glaskow koma skalası (GKS) koma takibinde kullanılan uluslararası kabul görmüş bir parametredir. Hastanın motor kuvvet muayenesini (6 puan), uyarılara verdiği göz (4 puan) ve sözel yanıtı (5 puan) kapsar ve sağlıklı kişilerde toplam 15 puan olarak kabul görür. GKS bilinç düzeyinin değerlendirilmesinde kullanılan bir ölçektir ve ölçekle elde edilen puanlar tartışılmamalıdır. Yani her zaman hastanın verdiği yanıt kaydedilmelidir. Bilinç düzeyi düşük olan hastanın sözel yanıtı da düşüktür. GKS yanıtı 8 altı olan hastalar komadadır. Bilinç düzeyindeki değişiklikler değerlendirilirken tüm sistemik veriler birlikte ele alınmalıdır. Örneğin, bilinç düzeyinde veya uyarana yanıtta azalma, KİBA'nın ilk belirtisidir. Nörolojik izlemde KİBA'nın erken bulguları; baş ağrısı, bilinçte azalma, bilinç bulanıklığı, papil ödem, bulantı-kusma, konuşma, görme ve mental durum değişiklikleri, nöbet ve duyuşal değişikliklerdir. KİBA'da geç dönemde kafa içi basınç artışına bağlı olarak serebral kan basıncı düşer ve beynin fonksiyonlarını idamesi için gerekli maddeler azalır.

Bunun sonucu olarak epileptik nöbet, pupil büyüklüğü, pupilin ışık reaksiyonunda değişiklikler meydana gelir. (Karadağ-Arlı ve Gürkan, 2014; Akyüz, 2015).

KİBA'da daha eski kaynaklarda başın 30 derece elevasyonu, juguler ven yoluyla venöz dönüşü arttırarak venöz serebral kan volümünü ve bunu izleyerek kafa içi basınç azaltacağı yönünde bir kabul varken (Erdil ve Erbaş, 2001), günümüzde bunun her durumda uygun olmayacağını en uygun pozisyonun başın doğal pozisyonu olduğu görüşü hakimdir (Topçuoğlu ve ark., 2014). Bakım sırasında aşırı kalça fleksiyonundan kaçınılmalıdır. Kalça fleksiyonu abdominal basıncı arttırarak beyinden venöz dönüşü engellemekte ve kafa içi basıncını arttırmaktadır.

Ağrı, öksürme, ıkınmaya yol açabilecek hemşirelik girişimleri (aspirasyon v.b) ile işitsel uyarılar, sıkı endotrakeal tespit ve kateter tıkanıklıkları gibi durumlar kafa içi basıncını arttırabileceği için bakım ve tedavi uygun şekilde planlanmalı ve izlenmelidir (Öztekin, 2015).

Pupil ödemi; Beyin tümörlü hastaların ilk belirtisi olarak ortaya çıkabilir, optik diskin etkilenmesiyle gelişir ve uzun süren pupil ödemi optik sinir atrofisine ve görmenin azalmasına neden olabilir (Topçuoğlu ve ark., 2014). Bu nedenle takibi ve tedavisi önemlidir.

Herniasyon; Nöroşirurji servislerinde herniasyon sendromları gibi ani kötüleşme durumları görülebilmektedir. Bu nedenle hastaların yatak başlarında hızlı girişim uygulanabilmesi için uygun araç gereç (entübasyon malzemeleri, mannitol, idrar kateteri için malzemeler) bulunmalıdır (Topçuoğlu ve ark., 2014).

Hemşireler hastalardaki değişiklikleri monitorize edip yakından takip etmeli, hastanın nörolojik tablosundaki değişiklikleri fark edip gerektiğinde uygun girişimleri sağlayabilmelidir.

2.8.2. Konstipasyon ve Yönetimi

Cerrahi sonrası hareketsizlik ve ağız yoluyla beslenmenin azalması bağırsak hareketlerini yavaşlatır. Aşırı kabızlık kafa içi basıncı arttıracığından ameliyat sonrası hastada bilinç bulanıklığı, yutkunma güçlüğü yoksa en kısa sürede oral beslenmeye başlanmalıdır. Hastanın mobilizasyona engel olabilecek motor duyu fonksiyon bozukluğu yoksa ayağa kaldırılmalıdır. Mobilizasyon aynı zamanda

pnomoni, derin ven trombozu ve bası yaralarının önlenmesi için de şarttır (Tuna Malak, Dıramalı ve Yücesoy, 2010).

Hastanın konstipe olmaması için önlemler alınmalıdır. Gastrointestinal motilitenin azalmaması için elektrolit anormalliklerinin (hipokalemi, hipomagnezemi vb.) ve bazı opiyoidlerin kısıtlanması gerekir. Ayrıca ıkınmayı engellemek için dışkı yumuşatıcı ilaçlar ve laksatifler düzenli uygulanmalıdır. Bu nedenle hastaya yeterli sıvı ve dengeli diyet verilmesi gereklidir (Kaya ve Kaya, 2009; Olgun ve Eti Aslan, 2016).

2.8.3. Bulantı-Kusma ve Yönetimi

Primer beyin tümörlerinde bulantı kusma tümörün yerleşim yeri ile ilişkili olarak medulladaki kusma merkezinin uyarılması ile gerçekleşir, genellikle fişkirir tarzdadır ve yemeklerle ilgili değildir (Erdil ve Erbaş, 2001; Karadakovan ve Aslan, 2011). Bu nedenle hastaya bulantı olduğunda antiemetikler verilir, yemeklerde küçük miktarlarda kolay sindirilebilen besinler seçilerek verilir (Kaya ve Kaya, 2009). Eğer kusmaya engel olunamıyorsa parenteral beslenmeye geçilir. Hastanın bakımında amaç; bulantı kusmanın en aza indirilmesi, sıvı elektrolit seviyelerinin normal sınırlarda olması ve hastanın bir an önce ağızdan normal sıvı ve gıda alımına başlamasıdır (Eti Aslan ve Olgun, 2016). Yoğun bakımda hastanın çevresindeki monitör alarmları, telefonlar, konuşmalar hastada sıkıntıya ve strese yol açabilir. Bedenin strese verdiği yanıt ile serebral kan akımındaki artış, kafa içi basıncını arttıracığından bu gibi çevresel uyaranlar azaltılmalıdır. Hasta ile ilgili konuşmalar hasta yatağından uzakta yapılmalıdır (Topçuoğlu ve ark., 2009). Hasta dehidratasyon yönünden değerlendirilir, bulantı, öksürme, ıkınma, gibi intratorasik basıncı arttıracak aktiviteler KİBA'na neden olabileceğinden engellenir. Hasta yavaş ve derin solunuma teşvik edilir, kan basıncı normal sınırlarda tutulur, yeterli hidrasyon ve oksijenasyon sağlanır (Eti Aslan ve Olgun, 2016).

Hipovolemi, serebral perfüzyon basıncını düşüreceğinden ve hipotansiyona yol açacağından; hipervolemi de serebral ödemi arttırabileceğinden hastanın sıvı dengesi sağlanmalıdır. Bunun için hastanın aldığı- çıkardığı ve santral venöz basınç (SVB) takibi yapılmalıdır (Erdil ve Erbaş, 2001).

2.8.4. Baş Ağrısı ve Yönetimi

Prevalansı %47 olarak bilinen baş ağrısı kraniyal tümörlü hastaların %53'ünde görülmektedir (Lovely, 2004; Topçuoğlu ve ark., 2014). Baş ağrısı kafa içi basınç artışının erken belirtilerindendir ve genellikle sabahları görülür öksürme, gerilme ve boynun eğilmesi ile artar. Sabahları baş ağrısının artış nedeni, uykuda orta derecede CO₂ retansiyonu olması ve buna eşlik eden serebral damarların dilatasyonudur (Erdil ve Elbaş, 2001; Öztekin, 2015). Baş ağrısının şiddeti bulantıya neden olur bunun sonucunda da kusma merkezi uyarılır ve hasta kusar daha sonra ağrının şiddeti azalır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2011). Baş ağrısı hastada kafa içi basıncı artışına neden olur. Ağrı, hastanın konforunu düşüreceği için analjezi verilmesi gereklidir. Kafa içi basınç artışına bağlı olarak gelişen baş ağrısının giderilmesinde hastalara parasetamol ve kodein, morfin sülfat kullanımı yaygındır. Opioidler kan basıncını baskılayabileceğinden hemşirelerin hastaları dikkatli izlemesi gereklidir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2011).

2.8.5. Yorgunluk ve Yönetimi

Yorgunluk bireyler tarafından farklı hissedilip bildirilen bir semptomdur. Yorgunluk bilinç durumu açık olan veya konuşamayan hasta da görüldüğü için hemşireler tarafından bunun değerlendirilmesi ve yönetimi oldukça önemlidir. Bu nedenle hemşireler hastaların yorgunluğun nedenlerini, arttıran azaltan faktörleri ve şiddetini takip etmelidir. Beyin tümörü cerrahisi geçiren hastalarda ameliyatta kullanılan sedatifler, kas gevşeticiler hastada yorgunluğa sebep olmakla birlikte; hastada bulunan anemi ya da aldığı kemoterapi veya radyoterapi de yorgunluk sebeplerindendir. Yoğun bakımda hastalarda görülen yorgunluğun nedeni ise uyku bozukluğudur. Ayrıca hastanın depresyon durumunun varlığı ve aldığı antidepresan ilaçların etkilerinin sonucu da değerlendirilmelidir (EtiAslan ve Olgun, 2016).

Yorgunluğun yönetiminde amaç hastanın sözel olarak 'yaptığım işi tamamlamaya enerjim var' demesi olmalıdır. Yorgunlukla baş etmede hastaya enerjisini bilinçli ve planlı şekilde kullanmasını gereksiz aktivitelerden kaçınmasını öğretmek gerekir. Hastalara sıklıkla düzenli egzersiz; enerji kaybını azaltarak ve dolaşımı hızlandırmak için önerilmektedir. Yoğun bakımdaki hastalar için ise altta yatan nedenin tedavisi dışında hastanın çevresel uyaranları en aza indirilip, uyku için de belirli zaman aralıkları planlanmalıdır. Bunun dışında hastaya enerji sağlaması için yeterli ve

dengeli olarak karbonhidrat, protein, vitamin ve mineral alımları takip edilmelidir. Ayrıca hastalara nonfarmakolojik yöntem olarak masaj yapma, müzik dinletme gibi tamamlayıcı tedavilerin kullanılabileceği belirtilmektedir (Grant and Brown, 2016; Eti Aslan ve Olgun, 2016).

2.8.6. Epileptik Nöbetler ve Yönetimi

Epileptik nöbetler, Uluslararası Epilepsi İle Savaş Derneği (ILAE) tarafından iki grupta sınıflandırılmıştır. Fokal veya parsiyel nöbetler ve jeneralize nöbetler. Fokal nöbetler, basit, kompleks, sekonder jeneralize parsiyel nöbetler olarak ayrılmaktadır. Basit parsiyel nöbetlerde, nöbet boyunca bilinç açık olabilir, beyin etkilenen bölgesine göre motor ve hafıza fonksiyonlarında bozukluklar görülebilir (Sorrel, 2006; ILAE, 1981) ve kompleks parsiyel nöbetlere de dönüşebilir (Topçuoğlu ve ark., 2014). Kompleks parsiyel nöbetler sıklıkla frontal ve temporal lobdan kaynaklanır ve bilinç kaybı olur. Sekonder jeneralize nöbetlerde ise anormal nöronal aktivite beyin iki yarım küresine yayılarak jeneralize bir nöbete dönüşebilirler. Jeneralize nöbetlerde de yine bilinç kaybı gelişir, ILAE sınıflamasına göre yedi çeşidi vardır. Nöbet sırasında bacaklarda motor hareket kaybı, tonik klonik kasılmalar, bağırsak ve mesane kontrol kaybı gelişir. Nöbetler beyin tümörlü hastaların üçte birinde ilk belirtidir, fakat hastada nöbet gelişmesi beyin tümörü varlığını kesinleştirmez (Armstrong ve ark., 2004; Sorrel, 2006). Tümöre bağlı nöbetler antiepileptiklere dirençlidir ve cerrahi eksizyon sonrası genellikle kaybolurlar (Michelucci, 2013).

Fokal nöbet geçiren bireylerde bilinç kaybı gelişmez. Hasta nöbet geçirdiğinin farkındadır ve bu klinik tablo hastada üzüntüye ve anksiyeteye neden olabilir. Hemşireler bu durumda hastayla karşılıklı güven verici bir iletişim kurmalıdır, hasta nöbet geçirirken hastanın geçirdiği nöbetin özelliklerini gözlemlenmesi gerekmektedir. Kompleks parsiyel nöbetlerde ise hastada bilinç kaybı gelişir, hasta olup bitenin farkında değildir ve çevresine karşı agresif tepkiler gösterebilir (Sorrel 2006). Nöbet sırasında hastanın güvenliği sağlanmalı, hasta ile sakin bir şekilde iletişime geçilmelidir. Nöbet bitiminde hastanın zaman ve yer oryantasyonu sağlanmasına yardımcı olunmalıdır. Hasta yorgunluk hissediyorsa dinlenmesi için uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır. Tonik-klonik nöbetlerde hemşirelik girişimlerinin temel amacı hastanın güvenliğini sağlamaktır. Bu amaç doğrultusunda

hastayı kafa travmalarından korumak ve hastaya zarar verebilecek objeleri ortamdan uzaklaştırmak önemli hemşirelik sorumlulukları arasındadır.

Nöbet esnasında güvenlik sağlamak amacıyla nöbet geçiren hastanın yeri değiştirilmemelidir. Diline ve solunum yollarına zarar verebileceği için ağzına herhangi bir şey konmamalıdır. Nöbet sırasında oksijen gereksinimi artacağı için hastaya oksijen verilmelidir. Nöbetin normal sürecinde yaşanmasına izin verilmelidir. Nöbet bittikten sonra hasta normal pozisyona getirilmeli ve ağız sekresyonları silinmelidir. Hastada fazla sekresyon varsa ya da nöbet esnasında dilini ısırmasıyla fazla kanama mevcutsa aspire edilmelidir. Hasta tam olarak iyileşene kadar hava yolu açıklığı sağlanmalı ve gerektiğinde yakın gözlem altında tutulmalıdır. Kişi konfüze olduğunda zaman ve yer oryantasyonu için yardımcı olunmalıdır. Hastalarda tonik-klonik nöbet esnasında inkontinans gelişebilir. Kişi nöbet sonrasında bundan utanabilir, bunun için anlayışlı bir yaklaşım içinde olduğumuzu hastaya ve hasta yakınlarına göstermeliyiz (Topçuoğlu ve ark., 2014; Eti Aslan ve Olgun, 2016).

Tonik-klonik status epileptikus yaşamı tehdit eden nöbetlerdir. Bu nöbetlere müdahale geciktiği zaman hastada kalıcı bilişsel ve nörolojik bozukluklar gelişebilir. Bu nedenle hemşirelerin gözlemi burada da çok önemlidir. Tonik-klonik nöbet geçiren hastaların nöbet süresi uzadığında bu klinik tablo status epileptikus olarak kabul edilir. Nöbet geçiren hastanın daha önce geçirdiği nöbetlerin süresi biliniyorsa ve mevcut geçirdiği nöbet önceki nöbetlerinden daha uzun sürüyorsa, veya hastanın nöbet süresi 5 dakikadan daha uzun olması durumunda antiepileptik tedaviye başlanmalıdır. Tedavide öncelikle benzodiazepin ve fenitoinle başlanır, etkili olmazsa hasta yoğun bakıma alınarak entübe edilir ve antikonvülsanlarla tedaviye devam edilir (Walker, 2005). Hemşirelik bakımında temel amaç ise hastanın solunum yolu, damar yolu açıklığını sürdürmek, intravenöz ilaçların verilmesiyle nöbeti durdurmak, nöbeti tetikleyen faktörleri belirlemek ve ortadan kaldırmaktır. Bunun için; hasta yakından takip edilmeli, oksijenasyonun uygunluğu kontrol edilmeli ve entübasyon malzemeleri hazırda bulundurulmalıdır. Solunum yolunu açık tutmak ve aspirasyonu önlemek için hasta yan yatar pozisyona getirilmelidir. Hastanın oksijen ihtiyacı artacağı için hastaya oksijen verilmelidir. Yatak kenarlıkları kaldırılmalı, hastanın güvenliği sağlanmalıdır. Hastanın nöbet süresi takip edilmeli

ve bu süre uzarsa tedavi planlanmalıdır. Geçirilen nöbetler ve nöbet esnasında kullanılan ilaçlar ve dozları kaydedilmelidir (Karadakovan ve Aslan, 2011; Topçuoğlu ve ark., 2014). İntravenöz verilen fenitoin aritmilere neden olabildiğinden hasta monitörize edilmelidir. Bilinç düzeyi sürekli, kan glukoz düzeyi ve vücut sıcaklığı aralıklarla takip edilmelidir (Walker, 2005; Topçuoğlu ve ark., 2014).

2.8.7. Bilişsel İşlev Bozukluğuna Bağlı Görülen Semptomlar ve Yönetimi

Beyin tümörlü hastalarda, tümörün yerleşim yerine göre değişmekle birlikte kişide uyuşukluk, letarji, oryantasyon bozukluğu ve kişilik değişiklikleri görülebilir (Karadakovan ve Aslan, 2011).

Hastalarda görülen bilişsel işlev bozuklukları günlük yaşamını önemli ölçüde etkilemektedir. Bu sorunlar bireyle birlikte ailenin yaşam kalitesini bozar. Bilişsel işlevlerde hızla gelişen akut bozulma deliryum tablosunu ortaya çıkarmaktadır. Hemşireler bilişsel bozuklukların etkili yönetimi için risk altındaki hastaları yakından takip etmelidirler. Bilişsel işlevin değerlendirilmesinde gözlem formları önemli role sahiptir. Hastanın davranışlarında, fiziksel hareketlerinde ve konuşmasında gözlenen değişiklikler izlenmeli ve kaydedilmelidir. Ayrıca hasta yakınlarına da bu değişikliklerin önemi anlatılmalıdır ve bu değişiklikleri fark ettiklerinde bildirmeleri sorumlu hemşireye söylemeleri tavsiye edilmelidir. Hastalarda bilişsel işlevler değerlendirilirken konuşma terapisti ve uğraşı terapisti ile birlikte multidisipliner bir yaklaşımla gerçekleştirilmelidir (Topçuoğlu ve ark., 2014). Hasta ile iletişim esnasında gereksiz görsel ve işitsel uyaranlar azaltılmalıdır. Konuşurken tane tane konuşularak belirsiz ifadelerden kaçınılmalıdır, gerektiğinde kelimeler tekrar edilmelidir. Aşırı uyaranlar, özellikle de yoğun bakımdaki gürültü ve ışıklar azaltılmalıdır, klinik içerisindeki yer değişikliklerinden kaçınılmalıdır. Hastada oryantasyonu kolaylaştırmak için saat, radyo, televizyon, gazete, kişisel eşyalar temin edilmelidir. Mümkünse hastaya aynı personeller hizmet vermelidir. Hasta ailesi ve arkadaşlarıyla sosyal etkileşime teşvik edilmelidir (Karadakovan ve Aslan, 2011; Topçuoğlu ve ark., 2014).

2.8.8. Duyu Bozukluklarına Bağlı Görülen Semptomlar ve Yönetimi

Beyin içinde tümörün oluşturduğu baskı, doku harabiyeti ve kan akımının engellenmesi sonucu parestezi, anestezi, hemiparezi gibi duyu ve motor kayıpları gelişebilir ve yine görme bozuklukları, algı eksikliği, agnozi ve dikkatsizlik

görülebilmektedir (Topçuoğlu ve ark., 2014). Duyu bozukluğu olan hastanın yaralanma, istemeden kendine zarar verme ve düşme riski vardır. Bu nedenle hemşirelik bakımının amacı hasta güvenliğidir. Hastanın yaralanmalardan korunması önemlidir. Hastanın duyu işlevleri izlenmeli ve bozulmamış duyu işlevinin en üst düzeyi tanımlanmalı, etkilenen alanın pozisyonu kontrol edilmeli ve hastaya bu yetersizliği nasıl uyum sağlayacağı öğretilmelidir (Kaya ve Kaya, 2009). Hastanın sıcaklık algılama duyu işlevi etkilenmiş olabilir. Bu nedenle banyo suyunun ısısının kontrol edilmesinde, yemek yaparken ve radyatörler gibi ısıtıcılar kullanırken dikkatli olmaları gerektiği hasta yakınlarına anlatılmalıdır. Hastanın dokunma, basınç ya da vücut pozisyonu ile ilgili bir duyu bozukluğu da olabilir. Bu durumlarda hastada bası yaralarına, düşmelere, malzeme tutmadaki problemlere karşı dikkatli olunmalıdır. Hastada düşme riski değerlendirilmeli, pıhtılaşma zamanı, tam kan sayımı gibi laboratuvar sonuçları izlenmeli, hasta ve ailesine düşmeye karşı alacağı kişisel önlemler anlatılmalı, hastalara hareket etmede ya da diğer aktivitelerini gerçekleştirmede yardım edilmelidir (Kaya ve Kaya, 2009; Savcı ve ark., 2009). Bası yaraları için sık aralıklarla pozisyon değişikliği yapılmalı, özellikle etkilenen ekstremiteleri kontrol ederek deri bütünlüğünü gözlemlenmelidir (Kaya ve Kaya, 2009). Ayağa tam ve doğru ayakkabı giydirilmelidir. Hasta, beyninin hasarlı bölge tarafındaki objeleri, olayları algılayamaz. Bu tür hastalar vücudunun bir tarafını göremeyebilirler. Örneğin, vücudun bir tarafını yıkama, giyinmede yetersizlik, etkilenen taraftaki kolların ya da bacakların aşağıya sarkması, başın etkilenmeyen tarafa dönmesi veya yemekte tabağın tek tarafını yemesi gibi. Bu hastalarda bakım verirken tüm duyu yaklaşımları kullanılarak hastaya yardımcı olmaya çalışılır. Konuşma, müzik gibi işitsel, televizyon gibi görsel uyaranlar kullanılır. Hastaya yemek yerken her lokmadan sonra tabağına çeyrek dönüş yapması söylenebilir ve böylece tabağın tümüne dikkat çekilmiş olunur ya da tişörtün düğmeleri aşağıya bakacak şekilde serilebilir, böylece hasta giyinmeden önce çevirme gereksinimi olmaz (Topçuoğlu ve ark.,2014).

2.8.9. Motor Bozukluklarına Bağlı Görülen Semptomlar ve Yönetimi

Motor fonksiyon bozukluğu olan hastalarda yürüyüş, dengede durma, kas kuvvetinde azalma ya da kaybolma gibi zorluklar görülür. Bu hastalarda da hemşirelik bakımının amacı hastayı yaralanmalardan ve kazalardan korumak, hastanın iyileşme sürecini hızlandırmak olmalıdır. Bu hastalar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede

zorluk yaşarlar. Hemşireler hastanın bu yaşadığı zorlukları değerlendirmede ölçek kullanabilirler. En yaygın ve kullanılması kolay olan ölçek Mahoney ve Barthel tarafından 1965'te geliştirilen Küçükdeveci ve ark. tarafından 2000 yılında Türkçeye uyarlanan Barthel İndeksi'dir. Ölçek hastanın günlük yaşam aktivitelerini bağımsız, yardımla yapıyor, yapamıyor olarak değerlendirilerek puanlama yapılmaktadır ve toplam barthel puanı hastanın fonksiyonel kapasitesini tanımlamaktadır (Küçükdeveci ve ark., 2000). Bu durumda hastaya yapılan tüm girişimler hastanın maksimum bağımsızlığını sağlayacak şekilde olmalıdır. Öz bakım aktiviteleri hastanın katılımını sağlayacak şekilde planlanabilir. Hareketsizlik, motor defisiti olan hastalar için önemli bir problemdir. İmmobil hastalarda görülen en büyük risk bası yaralarıdır. Hastada duyu kaybı ile birlikte motor bozuklukların olması bası yarası riskini daha da artırır. Sık pozisyon değiştirme, havalı yataklar kullanma, yatak çarşaflarının gergin durması, dengeli beslenme ve hidrasyonun sağlanması, basınç noktalarının desteklenmesi önemlidir (Kaya ve Kaya, 2009; Topçuoğlu ve ark.,2014). Hareketsizliğin yol açabileceği diğer bir risk, derin ven trombozudur. Bunu önlemek için hastaya antitrombotik çorap giydirilmelidir, pasif ekstremitte egzersizleri yaptırılmalıdır. Bu önlemler aynı zamanda hastada kontraktür gelişimine de engel olacaktır (Erdil ve Erbaş, 2001).

Hastanın kas gücü azalmışsa miksiyon sırasında mesane tam boşalamaz bu nedenle rezidüel volüm artar bu da hastada böbreklerde taş oluşmasına neden olur. Bu durum, üriner enfeksiyon riskini artırır. İdrar kateteri varlığı enfeksiyon riskini arttıran önemli diğer bir unsurdur. Yeterli hidrasyonun sağlanması taş oluşumunu ve enfeksiyon riskini önlemede yardımcıdır. Katater kullanım gereksinimi olanlarda hastanın kateteri uygun tedaviyle mümkün olduğunca erken sürede çıkarılmalı ve hastaya mesane eğitimi verilmelidir (Topçuoğlu ve ark.,2014).

Hasta yatağa bağımlı ve solunum kasları zayıf ise akciğerler tam olarak gevşeyemez ve solunum bozulabilir ve sonuç olarak hastada atelektazi ve pnömoni gelişebilir. Hastanın yeterli solunumu olup olmadığı anlayabilmek için hastanın akciğerleri dinlenerek solunum hızı, derinliği değerlendirilir. Hastaya derin solunum ve öksürük egzersiz eğitimi verilir (Karadakovan ve Aslan, 2011).

Hastanın sürekli supine pozisyonunda yatması özefageal reflü riski yaratır, uzun süreli yatan hareketsiz hastalarda iştah azalması görülür. Buna karşılık nörolojik

sıkıntılı hastalarda kalori ihtiyacı artmaktadır. Hastada malnutrisyon ya da kilo kaybını engellemek ve gereksinimlerine doğrultusunda optimum beslenmesini sağlamak için diyetisyenle konsülte edilir. Hastanın sevdiği ve sevmediği besinler belirlenerek beslenme çizelgesi oluşturulur. Hastanın sık aralıklarla ve küçük miktarlarla beslenmesi sağlanmalıdır (Kaya ve Kaya, 2009; Topçuoğlu ve ark., 2014).

2.9. Ameliyat Sonrası Evde Bakıma İlişkin Taburculuk Girişimleri

Beyin tümörü cerrahisi sonrası hastanın yaşam konforunun artırılması, olumsuz durumların erken tespiti ve önlenmesi, bunun sonucu olarak en doğru tıbbi yaklaşımlarla yaşam kalitesinin yükseltilmesi evde bakımın temel amacıdır (Fadıloğlu ve ark., 2013).

Hastalığın belirti ve bulguları, yan etkileri, tedavi ve bakım konusunda hastaların bilgilerinin artırılması, gereksinimlerin karşılanması ve destekleyici bakım verilmesi önemlidir. Bu konuyla ilgili dünyada birçok merkezde rehberler tanımlanmıştır. Beyin tümörü olan bireyin destekleyici bakım gereksinimleri, diğer kanser gruplarından daha farklıdır (Janda ve ark., 2008). Nöroşirürji hemşiresi tarafından destekleyici bakımın sağlanması, beyin tümörü ile yaşayan hastanın ve ailesinin fiziksel, bilişsel, psikolojik ve sosyal sorunlarla başa çıkmasında yardımcı olabilir. Bakım sürecindeki hasta bireyin en üst düzeyde işlevselliğini sağlamak ve bakım verenlerin yaşam kalitesini yükseltmeyi amaç edinmelidir (Eti Aslan, 2016).

Ameliyattan sonra planlanan radyoterapi ve kemoterapinin yan etkileri, evde devam etmesi gereken ilaç tedavileri, doktor kontrolleri, acil hastaneye gelmesi gereken durumlar konusunda bilgilendirilmelidir. Hasta yara yerindeki dikişleri alınıncaya kadar kuru tutulacak şekilde örtülüp banyo yapabileceği söylenebilir. Hasta ve yakınlarına hastanın beslenmesinin yara yeri iyileşmesindeki önemi anlatılmalıdır (Karadakovan ve Özbayır, 2010).

Steroid kullanması önerilen hastaların taburculuk eğitiminde steroid ilacın kullanımına ilişkin de bilgiler verilmelidir. Steroid uzun süre devam edecek olan hastalara aniden kesmemeleri gerektiği, aniden bırakıldığında vücutta kortizon eksikliği nedeniyle addison krizi görülebileceği anlatılmalıdır. Hastaları buna karşı uyarmak gerekir. Addison krizi belirtileri; güçsüzlük, yorgunluk, kilo kaybı, kusma,

diyare, abdominal ağrı, baş dönmesi ve bayılmadır. Steroitlerin etkileri ve yan etkileri ile ilgili hastalara yazılı olarak bilgi verilmesi rutin olarak önerilmektedir (Topçuoğlu ve ark.,2014).

Hemşireler, hastaların endişelerini, geleceğe dair kaygılarını anlatmaları için zaman ayırmalı ve dinlemelidir. Hasta ve yakınlarıyla gereksinimlere göre konuşmak için uygun ortam sağlanmalı ve saygı gösterilmelidir. Nöroşirürji hemşireleri hastaların destekleyici tedavisi ve bakımında, bilgi ve bakımın sürekliliği için multidisipliner ekip içinde anahtar role sahiptirler (NICE, 2006).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yöntemi

Çalışma, primer beyin tümörü nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastalarda yaşanan semptomlar ve şiddetinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmış tanımlayıcı ve kesitsel türde bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma Ankara'da bir eğitim ve araştırma hastanesinin nöroşirürji kliniğinde uygulanmıştır. Hastanenin beyin cerrahisi kliniği 8 yataklı bir yoğun bakım ünitesi, 6 yataklı ameliyat sonrası takip bölümü ve 42 klinikte olmak üzere toplam 56 yatak kapasitesine sahiptir. Beyin cerrahisinde yılda ortalama toplam 700 ameliyat (kraniyal+spinal+sinir) yapılmaktadır (<http://www.gata.edu.tr.>, Erişim tarihi: 14 Eylül 2014). Hastalar taburcu olmadan hemen önce kullandığı ilaçlar ve kontrole gelme zamanı ile ilgili bilgiler klinik doktorları tarafından verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın yapıldığı hastanede bir yılda yapılan tüm invaziv işlemlerin toplam sayısı bilinmemekte fakat yalnızca primer beyin tümörü nedeni ile cerrahi tedavi uygulanan hasta sayısı bilinmemektedir. Araştırmaya Mart- Kasım 2016 tarihleri arasında nöroşirürji kliniğinde primer beyin tümörü nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan ve araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan tüm hastalar alınmıştır.

3.4. Örneklem Alınma Kriterleri

1. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmesi
2. 18 yaşından büyük olması
3. Semptomları değerlendirmede ya da ifade etmede bilişsel probleminin olmaması
4. Hastaların yer ve zaman oryantasyonu olması
5. Hastanın ameliyattan sonra klinikte en az 24 saat geçirmiş olması
6. ICD-10 koduna göre, C71 Beyin Malign Neoplazm tanısının konulmuş olması

7. ICD-10 koduna göre, D33 Beynin ve merkezi sinir sistemi diğer kısımlarının benign neoplazm tanısının konulmuş olması

3.5 Örneklemeden Dışlama Kriterleri

1. Metastatik beyin tümörü bulunması
2. Semptomları değerlendiremeyecek durumda olması (bilincinin kapalı, entübe, oryantasyon bozukluğu olması)

3.6. Araştırma Etiği

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmaya başlamadan önce Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi [önceki adı ile Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA)] Hastanesi Başhekimliği ile ve Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı'ndan (EK-1) yazılı izinler, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan [GATA] (EK-2) etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmada kullanılacak M.D. Anderson Beyin Tümörü Semptom Envanteri (MDA-BTSE)'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapan yazarlardan yazılı izin alınmıştır (EK-3).

Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce örneklem kapsamına alınması planlanan hastalara, çalışmanın amacı süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler açıklandıktan ve soruları yanıtladıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul edenlerden yazılı onamları alınmıştır (EK-4).

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, hastanın dosyası ve kendisinden elde edilen verilerin bulunduğu kişisel bilgi formu ve M.D. Anderson Beyin Tümörü Semptom Envanteri (MDA-BTSE) kullanılarak toplanmıştır.

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı ve tez danışmanı tarafından literatür ışığında (Baksi ve Dicle, 2010; Armstrong ve ark., 2006) oluşturulan bilgi formu 14 sorudan oluşmaktadır (EK-5). Kişisel bilgi formunda hastanın dosyasından toplanacak veriler (tanı, evre, tanı süresi, yaş, cinsiyet, kullandığı ilaçlar) ve hastadan toplanacak verilerin (medeni hal, meslek, çalışma durumu, eğitim durumu, ekonomik durum, verilen destek, bakmakla yükümlü olduğu kişiler, bakımına destek olan kişilerin varlığı, kimlerin bakımına yardımcı olduğu ve hangi konularda yardımcı olduğu) bulunduğu sorular

bulunmaktadır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile yaklaşık 20- 30 dakikada toplanmıştır.

3.7.2. MD Anderson Beyin Tümörü Semptom Envanteri (MDA-BTSE) (MD Anderson Symptom Inventory-Brain Tumor-MDASI-BT)

Envanter, Armstrong ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Geçerlilik ve güvenilirlik sonuçlarının tamamı 2006 yılında tamamlanmıştır, envanterin toplamında iç tutarlık güvenilirlik katsayısı (cronbach alfa) .91'dir. MDA-BTSE; iki bölüm, yedi alt boyut ve toplam 28 madde içermekte, maddeler likert tipi 0-10 arasında bireysel olarak değerlendirilmektedir (EK-6). Envanterin birinci bölümünde "semptomlar", ikinci bölümünde "bireyin yaşamının engellenme durumu" yer almaktadır. Envanterin semptom bölümü; duygusal (bitkinlik, uyku bozukluğu, sıkıntı hissi, üzüntü hissi, sinirlilik/asabilik/hırçınlık), bilişsel (hatırlama, anlama, konuşmave konsantrasyon güçlüğü), fokal nörolojik bozukluklar (ağrı, hissizlik/uyuşukluk/karıncalanma hissi, vücudun tek tarafındaki güçsüzlük hissi, nöbet), tedavi değerlendirme (iştahsızlık, uykulu hali, ağız kuruluğu), genel (nefes darlığı, görme bozukluğu, görünüşteki değişiklik,dışkılama alışkanlığı) ve gastrointestinal sistem (GİS) (bulantı, kusma) semptomları olarak altı boyuttan ve 22 maddeden oluşmaktadır. Envanterin ikinci bölümünde yer alan bireyin yaşamının engellenme durumu (genel aktivite, duygu durumu, iş (evdeki işler dahil), diğer insanlarla ilişkiler, yürüme, yaşamdan zevk alma) yedi alt boyut ve altı maddeden oluşurmaktadır (Armstrong ve ark. 2006). Envanterde semptom şiddetleri hafif şiddette (1-4), orta şiddette (5 veya 6) ve şiddetli (7 ve üzeri) olarak değerlendirilir. Envanterin toplam puanı ve kesme noktası verilmemiştir (Armstron ve ark.,2006). Envanterin Türk toplumuna geçerlik ve güvenilirliği Baksi ve Dicle tarafından yapılmış ve cronbach α kat sayısı .90 olarak bulunmuştur (Baksi ve Dicle, 2010). Bu çalışmanın Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı .70'dir.

Tablo 3.1. MDA-BTSE^{TR} alt boyutlarının maddelere ayrımının gösterimi

Envanter Alt Boyutları	Envanter Maddeleri
Duygusal Semptomlar	<ul style="list-style-type: none">• Bitkinlik• Uyku bozukluğu• Sıkıntı hissi• Üzüntü hissi• Sinirlilik
Bilişsel Semptomlar	<ul style="list-style-type: none">• Hatırlama güçlüğü• Anlama güçlüğü• Konuşma güçlüğü• Konsantrasyon güçlüğü
Fokal Nörolojik Bozukluklar	<ul style="list-style-type: none">• Ağrı• Hissizlik, uyuşukluk• Güçsüzlük• Nöbet geçirme
Tedavi Değerlendirme Semptomları	<ul style="list-style-type: none">• İştahsızlık• Uyku hali• Ağız kuruluğu
Genel Semptomlar	<ul style="list-style-type: none">• Nefes darlığı• Görme bozukluğu• Görünüş değişikliği• Dışkılama alışkanlığı
GİS Semptomları	<ul style="list-style-type: none">• Bulantı• Kusma
Bireyin Yaşamının Engellenmesi	<ul style="list-style-type: none">• Günlük aktivitelerin engellenmesi• Duygu durumunun engellenmesi• İşinin (evdeki iş dahil) engellenmesi• Diğer insanlarla ilişkisinin engellenmesi• Yürümesinin engellenmesi• Yaşamdan zevk almasının engellenmesi

3.8. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Semptomlar; ağrı, bitkinlik, bulantı, uyku bozukluğu, sıkıntı hissi, nefes darlığı, hatırlama güçlüğü, iştahsızlık, uyku hali, ağız kuruluğu, üzüntü hissi, kusma, hissizlik, güçsüzlük, anlama güçlüğü, konuşma güçlüğü, nöbet, konsantrasyon güçlüğü, görme bozukluğu, görünüş değişikliği, dışkılama alışkanlığı, sinirlilik ve şiddetleridir.

3.9. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Yaş, cinsiyet, kullanılan ilaçlar, meslek, çalışma durumu, eğitim durumu, ekonomik durum, bakmakla yükümlü olan kişiler, bakıma destek olan kişiler, bakıma destek olunan konular, kullanılan tamamlayıcı terapi yöntemleri ve doktorla paylaşmadır.

3.10. Araştırma Soruları

1. Primer beyin tümörü nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastaların yaşadıkları semptomlar nelerdir?
2. Primer beyin tümörü nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastaların yaşadığı semptomların şiddeti ne düzeydedir?
3. Primer beyin tümörü nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastaların yaşadıkları semptomların günlük yaşamlarına etkisi nasıldır?
4. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri yaşadıkları semptomları etkiler mi?
5. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri semptomların şiddetini etkiler mi?

3.11. Ön Uygulama

Veri toplanmaya başlamadan önce, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi kliniğinde yatan beş hastaya ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası veri toplama formları ile ilgili herhangi bir düzenleme yapılmasına gerek görülmemiştir. Sosyodemografik ve tanıtıcı bilgiler ve ölçeklerin ortalama yanıtlanma süresi 30-40 dakika olarak belirlenmiştir. Ön uygulamaya alınan hastalar çalışma kapsamına dahil edilmemiştir.

3.12. Araştırmanın Uygulanması

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi kliniğinde primer beyin tümörü nedeniyle cerrahi operasyon geçiren hastalara çalışma ve bilgilerinin gizliliği hakkında bilgi verildikten sonra yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Hastalar cerrahi operasyondan sonra bir veya iki gün yoğun bakımda kaldıktan sonra servise nakledilmiştir. Serviste en az 24 saat geçirdikten sonra hastalar ile yüz yüze görülmüştür ve veriler toplanmıştır. Kişisel bilgi formunda dosyadan alınacak veriler hasta dosyasından alınmıştır.

3.13. Araştırmanın Güçlü Yönleri, Zorlukları ve Sınırlılıkları

Araştırmanın güçlü yönleri:

Belirlenen örneklemin tamamına ulaşılmış olması,

Araştırmanın, cerrahi komplikasyonları azaltmada önemli nöronavigasyon, nöromonitörizasyon ve intraoperatif MRG gibi teknolojik donanımlara sahip bir cerrahi merkezinde yapılmasıdır.

Zorlukları:

Konuya ilişkin Türkçe yayının kısıtlı olması,

Primer beyin tümörünün Türkiye’de görülme oranının az olması,

Verilerin toplaması sırasında hastaların sorunlarına yönelik sorularının çok olması ve bunların yanıtlanması nedeni ile veri uygulama süresinin beklenenden uzun olmasıdır.

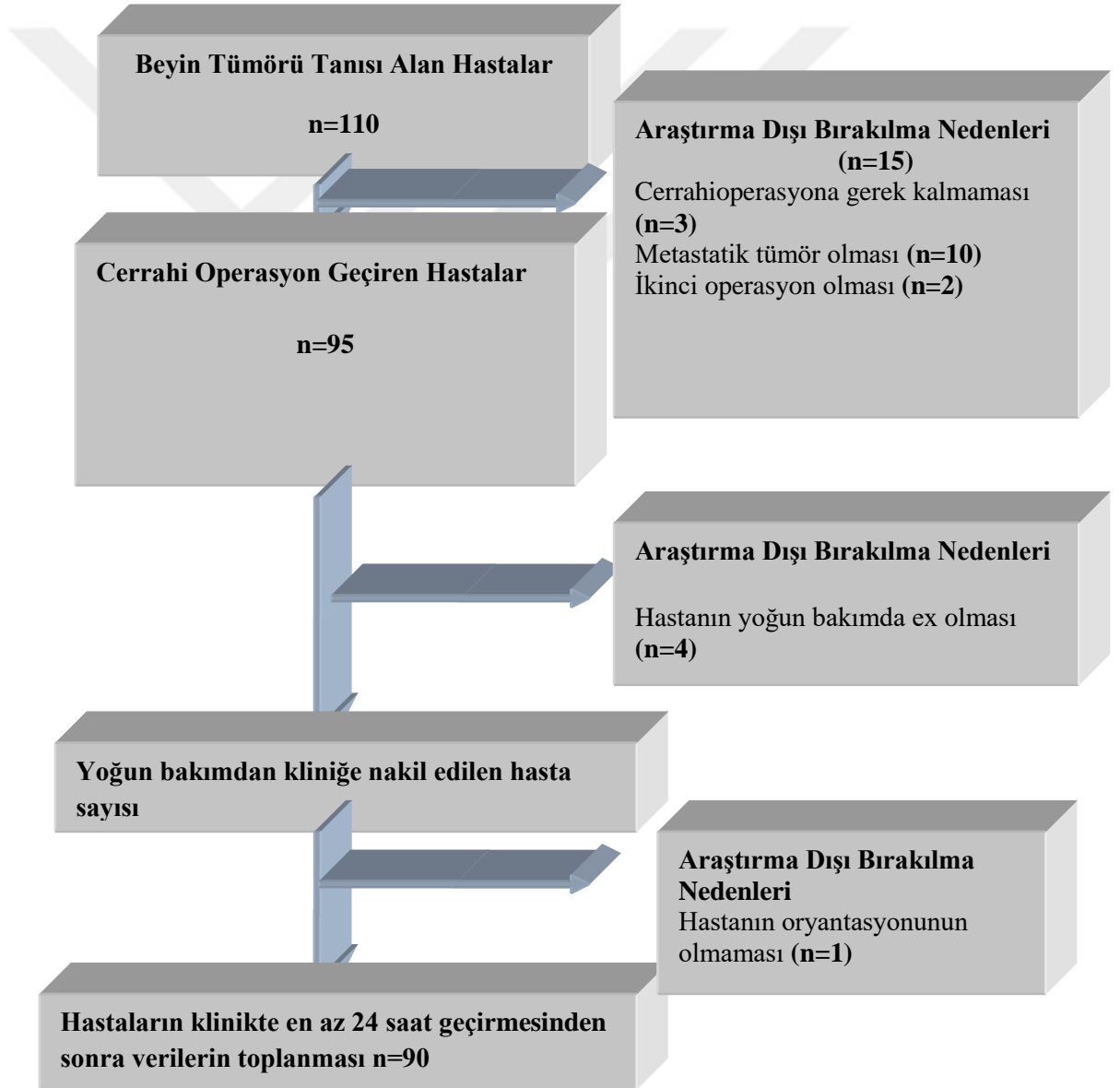
Sınırlılıkları:

Araştırma verilerinin tek merkezde cerrahi operasyon geçiren hastalardan oluşmasıdır.

3.14. Verilerin Analizi

Araştırma sonucunda elde edilen ölçüm değerlerinin istatistiksel analizinde SPSS for Win. Ver. 23.00 (SPSS Inc., Chicago, IL., USA) programı kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnow testi ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerin gösteriminde sürekli değişkenler için

ortalama \pm standart sapma, kategorik değişkenlerin gösteriminde sayı ve yüzde kullanılmıştır. Evre ve lokalizasyon göre yapılan karşılaştırmalarda sürekli değişkenler normal dağılıma uymadığı için istatistiksel değerlendirmede Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Fark bulunması durumunda ileriki karşılaştırmalarda Bonnferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İki grup karşılaştırmasında normal dağılıma uygun olanlar için t testi, uygun olmayanlarda Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Semptom ve semptom şiddetine göre yapılan karşılaştırmalarda ki kare testi kullanılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık güvenirlilik kat sayısı için Cronbach's Alfa kullanılmıştır. İstatistiksel kararlarda $p \leq 0.05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



Şekil 3.1. Araştırmanın Yürütülme Şeması

4. BULGULAR

Bu bölümde, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi kliniğinde primer beyin tümörü nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 90 hastadan elde edilen veriler ve istatistiksel önemlilikleri incelenmiştir.

Bulgulara sırası ile;

1. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular,
2. Primer beyin tümörü nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastaların MD Anderson Beyin Tümör Semptom Envanteri (MD Anderson Symptom Inventory-Brain Tumor-MDASI-BT) ölçek boyutlarına ilişkin bulgular şeklinde yer verilmiştir.

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular (n=90)

Demografik özellikler	\bar{x}	SS
Yaş	41.58	14.58
	n	(%)
Cinsiyet		
Erkek	56	(62.2)
Kadın	34	(37.8)
Medeni hali		
Evli	63	(70.0)
Bekar	27	(30.0)
Eğitim durumu		
İlköğretim	27	(30.0)
Lise	34	(37.8)
Lisans	27	(30.0)
Yüksek Lisans ve Üzeri	2	(2.2)
Mesleği		
Ev Hanımı	22	(24.4)
Memur	21	(23.3)
Emekli	17	(18.9)
Serbest Meslek	16	(17.8)
Öğrenci	9	(10.0)
İşçi	5	(5.0)

Tablo 4.1. (Devamı) Hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular

Demografik özellikler	n	%
Ekonomik durum		
Gelir giderden az	32	(35.6)
Gelir gidere eşit	51	(56.7)
Gelir giderden fazla	7	(7.8)
Çalışma durumu		
Tam gün çalışıyor	36	(40.0)
Çalışmıyor	50	(55.6)
Hastalık nedeniyle işsiz	4	(4.4)
Kullandıkları İlaçlar		
Steroid	61	(67.8)
Antikonvülsan	20	(22.2)
Steroid+antikonvülsan	18	(20.0)

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı bilgileri Tablo 4.1’ de verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hastaların yaş ortalaması 41.5 ± 14.58 yıl’dır. Hastaların %62.2’si erkek ve %70’i evlidir. Ayrıca hastaların %37.8’i lise mezunu, %24.4’ü ev hanımı, %23.3’ü memur, ve %56.7’sinin ekonomik durumu gelir gidere eşit durumda, %55.6’sı çalışmamaktadır. Çalışmada hastaların %67.8’i steroid tedavisi almaktadır.

Tablo 4.2. Hastaya destek olan kişiler ve destek oldukları alanlar (n=90)

Aile ve Çevre Tarafından Verilen Destek n	%
Çok iyi	60 (66.7)
İyi	29 (32.2)
Yetersiz	1 (1.1)
Destek Olan Kişiler	
Eş	39 (43.3)
Anne-Baba	28 (31.1)
Çocuk	14 (15.6)
Akraba	5 (5.6)
Kardeş	4 (4.4)
Destek Olunan Alanlar*	
Hastaneye gelip gitme	81 (90.0)
Hastane işlemleri	84 (93.0)
İlaç alma	73 (81.0)
Ev işleri	58 (64.4)
Bireysel temizlik ve bakım	54 (60.0)
Alışveriş	50 (55.6)
Beslenme	43 (47.8)
Maddi destek	32 (35.6)

*Destek olunan alan birden fazla olduğundan ‘n’ artmıştır.

Araştırmada yer alan hastaların hastanede kaldıkları süre boyunca sağlık personeli dışında destek olan kişiler ve destek oldukları alanlar Tablo 4.2’de görüldüğü gibidir. Hastaların %43.3’üne eşinin refakat ettiği ve daha çok hastane işlemleri ve hastaneye gelip gitme alanlarında destek olduğu saptanmıştır. Hastaların çoğunluğu kendilerine verilen desteği çok iyi bulduğunu bildirmişlerdir.

Tablo 4.3. Hastaların hastalık tanısı, evre ve lokalizasyonuna ilişkin veriler

Hastalığa ilişkin tanımlayıcı özellikler	n	%
Tani		
Menengioma	23	25.6
Gliyoblastoma	21	23.3
Hipofiz Adenomu	21	23.3
Anaplastik Astrositoma	7	7.8
Oligodendrogliyoma	4	4.4
Pilositik Astrositoma	4	4.4
Kavernoma	3	3.3
Ependimoma	3	3.3
Osteoblastom	2	2.2
Gliyonöronal kitle	1	1.1
Astrositoma	1	1.1
Evre		
Evre yok	21	23.3
Evre 1	23	25.6
Evre 2	15	16.7
Evre 3	9	10.0
Evre 4	22	24.4
Lokalizasyon		
Frontal	26	28.9
Hipofiz	21	23.3
Pariyetal	20	22.2
Temporal	9	10.0
Oksipital	8	8.9
Posterior fossa	6	6.7

Araştırmada yer alan hastaların tanıları incelendiğinde en sık karşılaşılan tanının Menengioma (%25.6), hipofiz adenomu (%23.3) ve Glioblastoma (%23.3) olduğu görülmüştür. Hastaların çoğunlukla Evre 1’de (%25.6) tanısının koyulduğu ve sıklıkla frontal bölge (%28.9) yerleşimli lezyon olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3).

Tablo4.4. Primer beyin tümörü nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastaların yaşadıkları semptomlar ve şiddetlerinin dağılımı (n=90)

SEMPTOMLAR	Min - Max	Ortalama Standart Sapma		Orta Şiddetli 5-6		Yüksek Şiddetli ≥ 7		Semptom yaşayanlar 1-10	
		\bar{x}	SD	n	%	n	%	n	%
Dışkılama Alışkanlığı	0-10	5.74	3.81	3	3.3	61	67.8	64	71.1
Bitkinlik	0-10	4.17	3.87	10	11.1	36	40	42	57.8
Görünüş Değişikliği	0-10	3.73	3.72	13	14.4	31	34.4	48	53.3
Ağrı	0-10	3.55	3.51	13	14.4	25	27.8	54	60.0
Ağız Kuruluğu	0-10	3.50	4.13	5	5.6	28	31.1	42	46.7
Vücudun Bir Tarafında Güçsüzlük	0-10	3.33	4.14	3	3.3	33	36.7	37	41.1
Uyku Bozukluğu	0-10	3.01	4.02	4	4.4	28	31.1	35	38.9
İştahsızlık	0-10	2.74	3.55	15	16.7	20	22.2	35	38.9
Üzüntü Hissi	0-10	2.47	3.40	8	8.9	20	22.2	35	38.9
Vücudun bir ekstremisinde Hissizlik-Karıncalanma	0-10	2.46	3.80	4	4.4	23	25.6	28	31.1
Görme Bozukluğu	0-10	2.20	3.36	8	8.9	17	18.9	30	33.3
Sinirlilik		1.96	3.25	3	3.3	19	21.1	26	28.9
Hatırlama Güçlüğü	0-10	1.42	3.08	1	1.1	14	15.6	17	18.9
Sıkıntı Hissi	0-10	1.40	2.86	3	3.3	13	14.4	19	21.1
Konsantrasyon Güçlüğü		1.35	2.79	3	3.3	11	12.2	19	21.1
Bulantı	0-10	1.15	2.81	4	4.4	9	10	15	16.7
Nefes Darlığı	0-10	1.13	2.75	1	1.1	10	11.1	15	16.7
Konuşma Güçlüğü		1.04	2.37	2	2.2	8	8.9	17	18.9
Uyku Hali	0-10	0.94	2.46	6	6.7	6	6.7	12	23.3
Anlama Güçlüğü	0-10	0.71	2.11	0	0	7	7.8	10	11.1
Kusma	0-10	0.63	2.31	0	0	6	6.7	7	7.8
Nöbet Geçirme		0.46	1.95	0	0	5	5.6	5	5.6

Tablo 4.4'te araştırmaya katılan hastaların yaşadıkları semptomlar ve şiddetleri gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde %71.1 oranında dışkılama alışkanlığı,%60.0 oranında ağrı ve %57.8 ile de bitkinliğin en çok yaşanan ve en şiddetli yaşanan semptomlar olduğu görülmektedir. %7.8 ile kusma ve %5.6 ile epileptik nöbet ise en az görülen semptomlardır.

Tablo 4.5. Primer beyin tümörü nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastaların yaşadıkları semptomların yaşam aktivitelerine etkisinin dağılımı (n=90)

Yaşam Aktiviteleri	Ortalama Standart Sapma		Orta Şiddetli 5-6		Yüksek Şiddetli ≥ 7		Yaşam Aktivitelerinin Engellenme durumu 1-10		Min-Max
	\bar{x}	SD	n	%	n	%	n	%	
İşini (Evdeki işler dahil) Engelleme	5.75	3.72	6	6.7	53	58.9	69	76.7	0-10
Günlük Aktivitelerini Engelleme	5.47	3.69	10	11.1	47	52.2	69	76.7	0-10
Duygu Durumunu Engelleme	4.62	3.69	13	14.4	36	40.0	63	70.0	0-10
Yaşamdan Zevk Almasını Engelleme	3.78	3.77	13	14.4	30	33.3	52	57.8	0-10
Yürümesini Engelleme	3.30	4.16	4	4.4	30	33.3	39	43.3	0-10
Diğer İnsanlarla İlişisini Engelleme	2.98	3.76	7	7.8	25	27.8	39	43.3	0-10

Tablo4.5’de primer beyin tümörü nedeniyle cerrahi tedavi alan hastaların yaşadıkları semptomların yaşam aktivitelerine etkisi gösterilmiştir. Buna göre hastaların en çok ve en şiddetli işlerinin (%58.9), günlük aktivitelerinin(%52.2)ve duygu durumlarının (%70.0); en az oranda ise diğer insanlarla olan ilişkilerinin(%43.3) etkilendiği belirlenmiştir.

4.2. Primer Beyin Tümörü Nedeniyle Cerrahi Tedavi Uygulanan Hastaların MDA Semptom Envanterine İlişkin Bulgular

Tablo 4.6. Hastaların tümör evrelerine göre ölçek alt boyutları puan ortalamaları arasındaki ilişki

EVRELER	Bilişsel semptom		Duygusal Semptom		Fokal-Nörolojik semptom		Genel semptom		GİS semptom		Tedavi değerlendirme		Bireyin yaşamının engellenmesi	
	\bar{x}	$\pm SS$	\bar{x}	$\pm SS$	\bar{x}	$\pm SS$	\bar{x}	$\pm SS$	\bar{x}	$\pm SS$	\bar{x}	$\pm SS$	\bar{x}	$\pm SS$
Evre yok	0.66	2.63	12.71	10.28	3.04	5.67	12.47	5.60	.095	.436	10.61	3.39	14.90	16.35
1	0.82	2.96	14.56	10.69	12.39	7.37	11.39	6.61	5.17	7.42	8.30	7.82	30.00	15.36
2	3.33	4.46	14.66	8.52	13.00	10.28	10.33	5.43	2.13	3.50	4.26	4.84	24.80	17.30
3	3.44	4.55	10.00	6.28	11.55	7.16	23.11	6.91	0.00	0.00	5.00	3.74	25.44	15.37
4	13.36	13.96	11.86	8.11	10.72	9.10	12.09	6.84	0.36	1.70	5.63	5.04	33.18	13.40
p*	.001		.719		.001		.002		.002		.001		.004	
X²	23.402		2.094		20.519		16.523		17.436		20.288		15.134	

* Kruskal-Wallis, X² Chi-Square

Araştırmada yer alan hastaların hastalık evreleri ile MD Anderson Beyin Tümör Semptom Envanteri ölçek boyutları arasındaki ilişki Tablo 4.6'da gösterilmiştir. Semptom şiddetinin en sık görüldüğü evreler; Bilişsel semptom alt boyutunda Evre 4 grubunda; Duygusal semptom alt boyutunda Evre 2 grubunda; Fokal-Nörolojik semptom alt boyutunda Evre 2 grubunda; Genel semptom alt boyutunda Evre 3 grubunda; GİS semptom alt boyutunda Evre 1 grubunda; Tedavi değerlendirme semptom alt boyutunda Evre yok grubunda; bireyin yaşamının engellenmesi semptom alt boyutunda Evre 4 grubunda en fazla olmakla birlikte tüm evrelerde diğer alt boyutlardan daha fazla olduğu görülmektedir. Evrelere göre semptom alt boyutları arasında Duygusal semptom hariç diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Tablo 4.7.Hastaların tümör lokalizasyonlarına göre ölçek alt boyutları puan ortalamaları arasındaki ilişki

LOKALİZASYON	Bilişsel semptom		Duygusal semptom		Fokal-Nörolojik semptom		Genel semptom		GİS semptom		Tedavi değerlendirme		Bireyin yaşamının engellenmesi	
	\bar{x}	$\pm SS$	\bar{x}	$\pm SS$	\bar{x}	$\pm SS$	\bar{x}	$\pm SS$	\bar{x}	$\pm SS$	\bar{x}	$\pm SS$	\bar{x}	$\pm SS$
Hipofiz	0.66	2.633	12.71	10.28	3.04	5.67	12.47	5.60	.0952	.436	10.61	3.39	14.90	16.35
Frontal bölge	3.615	7.233	15.65	8.69	10.65	7.28	16.26	8.07	3.11	6.33	8.30	5.99	28.96	17.07
Oksipital bölge	2.12	3.22	10.87	5.59	8.37	6.56	15.25	8.51	.00	.00	3.37	3.11	22.50	15.63
Pariyetal bölge	8.10	12.98	11.50	10.59	15.35	9.65	9.15	4.27	1.00	2.47	3.45	4.66	32.75	11.22
Temporal bölge	10.88	11.62	14.22	8.61	10.22	8.56	12.11	8.35	3.11	6.48	6.66	4.71	30.44	19.29
Posterior fossa	3.83	9.38	9.00	6.81	12.83	9.90	9.00	4.14	5.00	5.72	8.66	10.72	26.50	12.54
p*	.033		.405		.001		.008		.054		.001		.012	
X²	12.164		5.092		22.689		15.727		10.894		26.843		14.695	

* Kruskal-Wallis, X² Chi-Square

Araştırmada yer alan hastaların hastalık lokalizasyonu ile MD Anderson Beyin Tümör Semptom Envanteri ölçek boyutları arasındaki ilişki Tablo 4.7’de gösterilmiştir. Semptom şiddetinin en sık görüldüğü lokalizasyonlar; Bilişsel semptom alt boyutunda temporal bölgede; Duygusal semptom alt boyutunda frontal bölgede; Fokal-Nörolojik semptom alt boyutunda Parietal bölgede; Genel semptom alt boyutunda frontal bölgede; GİS semptom alt boyutunda posterior fossa bölgesinde; Tedavi değerlendirme semptom alt boyutunda hipofiz bölgede; Bireyin yaşamının engellenmesi semptom alt boyutunda Parietal bölgede en fazla olmakla birlikte tüm evrelerde diğer alt boyutlardan daha fazla olduğu görülmektedir. Lokalizasyonlara göre semptom alt boyutları arasında Duygusal semptom ve GİS semptom alt boyutları hariç diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Tablo 4.8. Hastaların tümör lokalizasyonlarına göre semptom ve semptom şiddetlerinin dağılımı

		LOKALİZASYON					
SEMPATOM VE ŞİDDET		Hipofiz (n=21) (%)	Frontal bölge (n=26) n (%)	Oksipital bölge (n=8) n (%)	Parietal bölge (n=20) n (%)	Temporal bölge (n=9) n (%)	Posterior fossa (n=6) n (%)
Uyku Hali							
1-10		0(0)	6(23.1)	1(12.5)	0(0)	3(33.3)	3(33.3)
5-6		0(0)	1(3.8)	1(12.5)	0(0)	3(33.3)	1(16.7)
≥7		0(0)	5(19.2)	0(0)	0(0)	0(0)	1(16.7)
	P				.003		
	χ²				26.694		
Ağrı							
1-10		8(38.1)	17(65.4)	8(100)	12(60.0)	5(55.6)	4(66.7)
5-6		2(9.5)	3(11.5)	2(25.0)	3(15.0)	1(11.1)	2(33.3)
≥7		2(9.5)	11(42.3)	3(37.5)	5(25.0)	3(33.3)	1(16.7)
	P				.351		
	χ²				11.083		
Bitkinlik							
1-10		9(42.9)	19(73.1)	6(75.0)	9(45.0)	5(55.6)	4(66.7)
5-6		4(19.0)	2(7.7)	1(12.5)	2(10.0)	1(11.1)	0(0)
≥7		5(23.8)	14(53.8)	4(50.0)	5(25.0)	4(44.4)	4(66.7)
	P				.467		
	χ²				9.704		
Ağız Kuruluğu							
1-10		21(100)	13(50.0)	3(37.5)	3(15.0)	1(11.1)	1(16.7)
5-6		1(4.8)	3(11.5)	0(0)	1(5.0)	0(0)	0(0)
≥7		19(90.5)	7(26.9)	1(12.5)	0(0)	0(0)	1(16.7)
	P				.001		
	χ²				54.820		
Hissizlik							
1-10		1(4.8)	7(26.9)	1(12.5)	14(70.0)	2(22.2)	3(50.0)
5-6		0(0)	1(3.8)	1(12.5)	1(5.0)	1(11.1)	0(0)
≥7		1(4.8)	6(23.1)	0(0)	13(65.0)	1(11.1)	2(33.3)
	P				.001		
	χ²				28.971		

Tablo 4.8. (Devamı) Hastaların tümör lokalizasyonlarına göre semptom ve semptom şiddetlerinin dağılımı

Güçsüzlük									
1-10	2(9.6)	10(38.5)	2(25.0)	15(75.0)	4(44.4)	4(66.7)			
5-6	0(0)	2(7.7)	1(12.5)	0(0)	0(0)	0(0)			
≥7	2(9.5)	8(30.8)	1(12.5)	15(75.0)	4(44.4)	3(50.0)			
							.002		
							27.334		
Konuşma Güçlüğü									
1-10	0(0)	3(11.5)	1(12.5)	6(30.0)	5(55.6)	1(16.7)			
5-6	0(0)	1(3.8)	0(0)	0(0)	0(0)	1(16.7)			
≥7	0(0)	1(3.8)	0(0)	4(20.0)	3(33.3)	0(0)			
							.021		
							21.049		
Konsantrasyon Güçlüğü									
1-10	1(4.8)	7(26.9)	0(0)	5(25.0)	5(55.6)	1(16.7)			
5-6	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	3(33.3)	0(0)			
≥7	0(0)	4(15.4)	0(0)	5(25.0)	1(11.1)	1(16.7)			
							.000		
							35.468		
Görme Bozukluğu									
1-10	7(33.3)	8(30.8)	7(87.5)	3(15.0)	4(44.4)	1(16.7)			
5-6	3(14.3)	3(11.5)	1(12.5)	0(0)	0(0)	1(16.7)			
≥7	1(4.8)	5(19.2)	6(75.0)	2(10.0)	3(33.3)	0(0)			
							.002		
							27.737		
Dışkılama Alışkanlığı									
1-10	16(76.2)	21(81.8)	4(50.0)	14(70.0)	5(55.6)	4(66.7)			
5-6	1(4.8)	2(7.7)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)			
≥7	15(71.4)	19(73.1)	4(50.0)	14(70.0)	5(55.6)	4(66.7)			
							.740		
							6.845		
Görüntü Değişikliği									
1-10	6 (28.6)	22(84.6)	4(50.0)	8(40.0)	6(66.7)	2(33.3)			
5-6	0(0)	7(26.9)	0(0)	3(15.0)	3(33.3)	0(0)			
≥7	5(23.8)	13(50)	3(37.5)	5(25.0)	3(33.3)	2(33.3)			
							.021		
							21.082		

Tablo 4.8. (Devamı) Hastaların tümör lokalizasyonlarına göre semptom ve semptom şiddetlerinin dağılımı

Günlük Aktivite Engelleme Durumu									
1-10	11(42.4)	22(84.6)	5(62.5)	19(95.0)	8(88.9)	4(66.7)			
5-6	2(9.5)	3(11.5)	2(25.0)	1(5.0)	0(0)	2(33.3)			
≥7	7(33.3)	16(61.5)	3(37.5)	16(80.0)	4(44.4)	1(16.7)			
				.037					
				19.294					
Duygu Durumu Engelleme Durumu									
1-10	11(42.4)	19(73.1)	4(50.0)	16(80.0)	8(89.9)	5(83.3)			
5-6	3(14.3)	0(0)	1(12.5)	4(20.0)	3(33.3)	2(33.3)			
≥7	3(14.3)	15(57.7)	1(12.5)	11(55.0)	4(44.4)	2(33.3)			
				.008					
				23.960					
İşini (Evdaki İşler Dahil) Engelleme Durumu									
1-10	12(47.1)	22(84.6)	6(75.0)	16(80.0)	7(77.8)	5(83.3)			
5-6	0(0)	3(11.5)	0(0)	3(15.0)	0(0)	0(0)			
≥7	8(38.1)	18(69.2)	6(75.0)	11(55.0)	5(55.6)	5(83.3)			
				.087					
				16.464					
Diğer İnsanlarla İlişkisini Engelleme Durumu									
1-10	5(23.8)	10(38.5)	5(62.5)	8(40.0)	7(77.8)	4(66.7)			
5-6	0(0)	2(7.7)	2(25.0)	1(5.0)	1(11.1)	1(16.7)			
≥7	4(19.0)	6(23.1)	2(25.0)	7(35.0)	4(44.4)	2(33.3)			
				.456					
				9.822					
Yürütmesini Engelleme Durumu									
1-10	4(29.0)	13(50.0)	3(37.5)	12(60.0)	6(66.7)	1(16.7)			
5-6	0(0)	2(7.7)	2(7.7)	0(0)	0(0)	0(0)			
≥7	3(14.3)	9(34.6)	1(12.5)	12(60.0)	4(44.4)	1(16.7)			
				.010					
				23.182					
Yaşamdan Zevk Almasını Engelleme Durumu									
1-10	6(28.6)	14(53.8)	4(50.0)	16(80.0)	7(77.8)	5(83.3)			
5-6	2(9.5)	2(7.7)	2(25.0)	4(20.0)	1(11.1)	2(33.3)			
≥7	3(14.3)	9(34.6)	2(25.0)	11(55.0)	4(44.4)	1(16.7)			
				.122					
				15.29					

Araştırmada yer alan hastaların tümör lokalizasyonu ile semptom ve semptom şiddeti arasındaki ilişki incelendiğinde; uyku hali, ağız kuruluğu, kusma, hissizlik, güçsüzlük, anlama güçlüğü, konuşma güçlüğü, konsantrasyon güçlüğü, görme bozukluğu, görünüş değişikliği, günlük aktivitesini engelleme durumu, duyu durumunu engelleme durumu ve yürümesini engelleme durumu semptomlarında lokalizasyonla istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Ağrı, yorgunluk, sıkıntı hissi, nefes darlığı, sinirlilik, dışkılama alışkanlığı, nöbet, iştahsızlık, üzüntü hissi, uyku bozukluğu semptomlarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4.9. Hastaların tümör evrelerine göre semptom ve semptom şiddetlerinin dağılımı (n=90)

Semptom ve şiddetleri	Tümör Evreleri				
	Evre Yok (n=21)	Evre 1 (n=23)	Evre 2 (n=15)	Evre 3 (n=9)	Evre4(n=22)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ağrı					
1-10	8(38.1)	15(65.2)	13(86.7)	5(55.6)	13(59.1)
5-6	2(9.5)	4(17.4)	1(6.7)	3(33.3)	3(13.6)
≥ 7	2(9.5)	9(39.1)	6(40.0)	0(0)	8(36.4)
p			.82		
χ^2			13.999		
Nefes Darlığı					
1-10	7(33.3)	3(10.0)	2(13.3)	3(13.3)	0(0)
5-6	1(4.8)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
≥ 7	5(23.8)	1(4.3)	1(6.7)	3(33.3)	0(0)
p			.047		
χ^2			15.677		
Uyku Bozukluğu					
1-10	11(52.4)	8(34.8)	8(53.3)	0(0)	8(36.4)
5-6	0(0)	2(8.7)	2(13.3)	0(0)	0(0)
≥ 7	10(47.6)	5(21.7)	5(33.3)	0(0)	8(36.4)
p			.081		
χ^2			14.044		
Hatırlama Güçlüğü					
1-10	1(4.8)	1(4.3)	3(20.0)	2(22.2)	10(45.5)
5-6	0(0)	0(0)	1(6.7)	0(0)	0(0)
≥ 7	1(4.8)	0(0)	2(13.3)	1(11.1)	10(45.5)
p			.001		
χ^2			26.320		
Ağız Kuruluğu					
1-10	21(100)	11(47.8)	2(13.3)	2(22.2)	6(27.3)
5-6	1(4.8)	3(13.0)	0(0)	0(0)	1(4.5)
≥ 7	19(90.5)	5(21.7)	1(6.7)	0(0)	3(13.6)
p			.000		
χ^2			52.614		
Konuşma Güçlüğü					
1-10	1(4.8)	1(4.3)	2(13.3)	0(0)	13(59.1)
5-6	0(0)	1(4.3)	0(0)	0(0)	1(4.5)
≥ 7	0(0)	0(0)	2(13.2)	0(0)	6(27.3)
p*			.030		
χ^2			17.016		

Tablo 4.9. (Devamı) Hastaların Tümör Evrelerine Göre Semptom ve semptom şiddetlerinin dağılımı
(n=90)

Konsantrasyon Güçlüğü					
1-10	1(4.8)	2(8.7)	1 (6.7)	3(33.3)	12(54.5)
5-6	0(0)	0(0)	1(6.7)	0(0)	2(9.1)
≥7	0(0)	1(4.3)	0(0)	2(22.2)	8(36.4)
p	.002				
x²	24.709				
Görme Bozukluğu					
1-10	7(33.3)	5(21.7)	3(20.0)	7(77.8)	8(36.4)
5-6	3(14.3)	1(4.3)	1(6.7)	3(33.3)	0(0)
≥7	1(4.8)	3(13)	2(13.3)	4(44.4)	7(31.8)
p	.007				
x²	21.105				
Görünüş Değişikliği					
1-10	6(28.6)	13(56.5)	9(60.0)	9(100)	11(50)
5-6	0(0)	2(8.7)	5(33.3)	1(11.1)	5(22.7)
≥7	5(23.8)	10(43.5)	2(13.5)	8(88.9)	6(27.3)
p	.001				
x²	26.881				
Günlük Aktivitelerini Engelleme Durumu					
1-10	11(52.4)	19(83.6)	13(86.4)	6(66.7)	20(90.9)
5-6	2(9.5)	3(13.0)	1(6.7)	3(33.3)	1(4.5)
≥7	7(33.3)	14(60.9)	8(53.3)	2(22.2)	16(72.7)
p	.063				
x²	14.798				
Duygu Durumu Engelleme Durumu					
1-10	12(52.4)	19(82.6)	11(83.3)	4(44.4)	18(81.8)
5-6	3(14.3)	5(21.7)	1(6.7)	0(0)	4(18.2)
≥7	3(14.3)	3(56.5)	7(46.7)	3(33.3)	10(45.5)
p	.047				
x²	15.702				
İşini Engelleme Durumu					
1-10	12(57.1)	18(78.3)	10(66.7)	9(100)	20(90.9)
5-6	0(0)	4(17.4)	0(0)	1(11.1)	1(4.5)
≥7	8(38.1)	13(56.5)	7(46.7)	7(77.8)	18(81.8)
p	.005				
x²	22.043				
Diğer İnsanlarla İlişkiyi Engelleme Durumu					
1-10	5(23.8)	11(47.8)	6(40.0)	4(44.4)	12(59.1)
5-6	0(0)	2(8.7)	1(6.7)	3(33.3)	1(4.5)
≥7	4(19.0)	7(30.4)	1(6.7)	1(11.1)	12(54.5)
p	.003				
x²	23.235				
Yürümesini Engelleme Durumu					
1-10	4(19.0)	11(47.8)	8(53.3)	4(44.4)	12(55.5)
5-6	0(0)	0(0)	0(0)	1(11.1)	3(13.6)
≥7	3(14.3)	8(34.8)	7(46.7)	3(33.3)	9(40.9)
P	.074				
x²	14.328				
Yaşamdan zevk almasını engelleme durumu					
1-10	6(28.6)	15(65.2)	7(46.7)	7(77.8)	17(77.3)
5-6	2(9.5)	6(26.1)	0(0)	3(33.3)	2(9.1)
≥7	3(14.3)	6(26.1)	5(33.3)	3(33.3)	13(59.1)
p	.011				
x²	19.727				

x²: Ki-Kare

Araştırmada yer alan hastaların tümör evresi ile semptom ve semptom şiddeti arasındaki ilişki incelendiğinde; nefes darlığı, hatırlama güçlüğü, ağız kuruluğu, konuşma güçlüğü, konsantrasyon güçlüğü, görme bozukluğu, görünüş değişikliği, duygu durumunu engelleme durumu, işini engelleme durumu, diğer insanlar ile ilişkisini engelleme durumu, yaşamdan zevk almasını engelleme durumu semptomlarında lokalizasyonla istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.9). Hemen tüm evrelerde günlük yaşamın etkilendiği görülmüştür. Tüm semptom ve şiddetlerinin Evre 4 grubu hastalarda sıklıkla çok şiddetli olarak görüldüğü tespit edilmiştir. Ağrı, bitkinlik, sıkıntı hissi, dışkılama alışkanlığı, hissizlik, güçsüzlük, nöbet, üzüntü hissi, iştahsızlık, sinirlilik semptomlarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Hastaların cinsiyetine göre semptom alt boyutları değerlendirildiğinde; duygusal semptom alt boyutu dışında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Duygusal semptom alt boyutundaki farklılığın kadın cinsiyetten kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Yaş ile semptom alt boyutları arasındaki korelasyon incelendiğinde ise; tedavi değerlendirme, fokal nörolojik, GİS semptomları, duygusal semptomlar arasında negatif yönde; bilişsel semptom, genel semptom, bireyin yaşamının engellenmesi arasında pozitif korelasyon olduğu tespit edilmiştir. GİS semptom ($p=.037$) ve bilişsel semptom ($p=.023$) alt boyutları ile yaş arasında anlamlı bir ilişki olduğu, diğer alt boyutlar ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı ($p>0.05$) görülmüştür.

4.3. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenlik Kat Sayısının İncelenmesi

Tablo 4.10. Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik kat sayısının incelenmesi

ÖLÇEK ALT BOYUTLARI	Özgün MDA- BTSE Cronbach Alfa	MDA-BTSE ^{TR} Uygulanan	
		Uyarlanan Envanter Cronbach Alfa	Envanter Cronbach Alfa
Bilişsel semptom	.82	.82	.70
Fokal-Nörolojik semptom	.72	.46	.68
GİS semptom	.67	.73	.70
Duygusal semptom	.87	.70	.66
Tedavi değerlendirme	.81	.68	.70
Genel semptom	.69	.47	.69
Bireyin yaşamının engellenmesi	.91	.79	.56
Toplam puan	.91	.90	.70

Araştırmada kullanılan ölçeğin Cronbach's alfa iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı .70 olarak bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Primer beyin tümörleri santral sinir sisteminin hücrelerinden kaynaklanmaktadır ve bu tümörlerin uzak yayılımı son derece nadir olarak görülür. Beynin primer tümörlerini malign ve benign tümörler olarak 2 gruba ayırabiliriz. Gliyal tümörler malign olarak kabul edilirler. Hızlı bir şekilde büyüme eğilimindedirler. Tümörlerin malignitesi evresini belirler. Cerrahi tedavi sonrası alınan patolojik dokuların histopatolojik değerlendirmesi ile evreleme yapılır. Hücre atipisi, tümörün mitotik indeksi, tümörde kontrolsüz büyümeyi gösteren bulguların, infiltrasyon ve nekrozun olup olmaması yanı sıra tümörün vaskülaritesi, evrelemede dikkat edilen parametrelerdir. Evre 3 ve evre 4 tümörler en agresif olanlardır (Korfalı ve Zileli, 2010; Topçuoğlu ve ark., 2014). Primer malign tümörlerin yaklaşık %80'ini oluşturan, beynin en agresif seyirli tümörleri olarak bilinen gliyoblastomalar evre 4 tümörlerdir. Glioblastoma tanısı konan hastaların semptomları tümörün primer etkisine, basıya, ödeme ve cerrahi tedavinin sonuçlarına göre değişir (Koralı ve Zileli, 2010; Ricard ve ark., 2012).

Benign tümörler yayılım potansiyeli düşük olarak kabul edilirler. Menenjiomalar, hipofiz adenomları, hemanjiyoblastomalar bu grup tümörlerdendir. Menenjiomalar erişkinlerde görülen tüm primer beyin tümörlerinin %30'unu tek başına oluşturur. Nadir olarak malign dönüşüm potansiyeli içerirler. Hipofiz adenomları genellikle yavaş seyirli ve iyi huylu tümörlerdir. Semptomları tümörün hormonal aktif olup olmamasına ve cerrahiye bağlı komplikasyonlara bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (Zileli ve Korfalı, 2010). Benign tümörler daha iyi huylu olarak değerlendirilebilirse de, tümörün lokalizasyonu da hastanın kliniği ve yaşam süresi açısından en önemli parametrelerdendir. Beyin tümörleri ister malign ister benign karakterde olsun lokalize olduğu bölge itibarıyla ve hayati bölgelere bası etkisiyle ölümcül olabilirler veya kalıcı fonksiyon bozukluklarıyla karakterize olabilirler (Zileli ve Korfalı, 2010; Baksi ve Dicle, 2010; Karadakovan ve Özbayır, 2011). Cerrahi sonrası hasta bakım hizmetlerinin bilinçli ve uygun şekilde verilmesi tedavinin ayrılmaz bir parçasıdır (Malak, 2007; Topçuoğlu ve ark., 2014).

Çalışmamızda MDA-BTSE^{TR}, primer beyin tümörü tanısı ile cerrahi tedavi uygulanan hastalarda görülen semptomların şiddetini ve hastaların günlük

yaşamlarını engellenme durumunu belirlemek amacı ile kullanılmıştır. MDA-BTSE^{TR}, radyoterapi ve kemoterapi alan hastalarda da kullanılabilir (Baksi ve Dicle 2010). Çalışmamızda primer beyin tümörü tanısı ile cerrahi tedavi uygulanan 90 yetişkin hastanın ameliyat sonrası yaşadıkları semptomlar, şiddetleri ve hastaların günlük yaşamlarını engellenme durumu değerlendirilmiştir. Araştırmamızda 22 semptom ve 6 yaşam aktivitesi tüm olgulara ayrı ayrı sorulmuş olup, hastalardan alınan yanıtlar 0-10 arası skorlanmıştır. Ayrıca primer beyin tümörlü olgular, evrelerine ve lokalizasyonlarına göre de gruplandırılmıştır. Çalışmaya sadece cerrahi tedavi uygulanan hastalar dahil edilmiş, kemoterapi ve radyoterapi alan olgular araştırma dışı kabul edilmiştir.

Primer beyin tümörü olan bireylerin başlangıçta hafif olarak başlayan daha sonra yaşam fonksiyonlarını engelleyen ve yaşamlarını tehdit eden semptomları tümörün tipine, yerine ve büyüklüğüne göre farklı şiddette deneyimledikleri belirtilmektedir (Baksi ve Dicle, 2013). Aynı makalede, hastaların yaşadıkları semptomlar, şiddetleri ve günlük yaşamlarına olan etkilerinin belirlenmesinin hemşirelere rehberlik edebileceği belirtilmektedir. Chandana ve ark. (2008)'nin erişkinlerde primer beyin tümörleri ile ilgili makalesi ise tümörlerin tanısı, histopatolojik özellikleri, semptomları ve tedavileri hakkında bilgi vermektedir. Cerrahi tedavinin hastanın tümörünün lokalizasyonuna, o bölgenin hastaya verdiği nörolojik defisite, evresi ve boyutuna göre planlanması gerektiği vurgulanmıştır. Semptom kontrolünün hastanın tedavisinde son derece önemli olduğu ifade edilmiştir (Chandana ve ark., 2008; Buckner ve ark., 2007). Araştırmamızda da semptomların lokalizasyona göre farklılık gösterdiği görülmektedir. Uyku hali, görme bozukluğu, ağız kuruluğu, güçsüzlük, anlama güçlüğü ve konuşma güçlüğü gibi birçok semptomun istatistiksel olarak lokalizasyona göre anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 4.8). Dışkılama alışkanlığı, yorgunluk, bulantı, sinirlilik gibi semptomların lokalizasyona bağlı olarak anlamlı çıkmadığı belirlenmiştir. Bu semptomlar genel olarak her lokasyonda izlenmiştir. Evrelemeye göre ortaya çıkan semptomlar ve bu semptomların yoğunluğu da çalışmamızda ayrıca değerlendirilmiştir (Tablo 4.9). Evrelemeye göre ortaya çıkan semptomlar açısından istatistiksel olarak bulantı, kusma, nefes darlığı, hatırlama güçlüğü, ağız kuruluğu, anlama, konuşma ve konsantrasyon güçlükleri, görme bozukluğu ile görünüş değişikliği açısından anlamlı bir fark bulunmuştur. Diğer semptomlar için anlamlı fark elde edilememiştir. Fakat eldeki veriler incelendiğinde

tüm semptomların şiddetinin evre 4 olgularda daha yoğun olduğu açıkça görülmüştür. Hemşirelik hizmetleri açısından değerlendirdiğimizde bu verilerden oldukça anlamlı sonuçlar elde edebiliriz. Tümör lokalizasyonuna bağlı çıkan semptomlar önceden tahmin edilebilir ve buna göre önlemler alınabilir. Örneğin ağız kuruluşunun cerrahi sonrası oluşabileceği tahmin edilebilirse nazal nemlendirici kremler kullanılarak hastanın nazal solunumu kısmende olsa rahatlatılabilir ve hastanın ağız solunumu yapması azaltılarak ağız kuruluşunun şiddeti azaltılabilir. Yine suyla ıslatılmış pamuklar ile hastanın dudakları ve damağı nemlendirilerek ağız kuruluşuna bağlı olarak gelişebilecek rahatsızlıklar önlenabilir. Hastanın ağız solunumu sırasında dil ucunu damağına dayaması mukoza kurumasını ve buna bağlı oluşacak rahatsızlıkları azaltabilir. Bu semptomun bir kaç gün içinde tamamen gerileyeceği hasta ve bakım verenlere anlatılabilir.

Lovely ve ark. (1999) ın çalışmaları incelendiğinde 60 olguluk cerrahi tedavi uygulanan gliyoblastomalı hasta serisinde yorgunluk semptomunun değerlendirildiğini görmekteyiz. Olgularda cerrahiden hemen sonrave radyoterapiden 2 hafta sonra yorgunluk şiddeti ölçülmüştür. Radyoterapi sonrası yorgunluğun %80 oranında görüldüğü, bu semptomun şiddetindeki artışın nedeni olarak radyoterapi olduğu ifade edilmiştir (Lovely ve ark., 1999; Osoba D ve ark., 2000). Fakat diğer birçok semptomun yorgunluk üzerindeki etkileri değerlendirilmemiş olup, düşük dereceli tümörler için anlamlı bir sonuca ulaşmak mümkün değildir. Çalışma sadece gliyoblastoma özgü olması ve radyoterapinin yorgunluk üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi açısından anlamlıdır. Yorgunlukla ilgili ilk ve en anlamlı çalışmalardan biri olması nedeniyle bu çalışmadan özellikle bahsetmek istedik. Armstrong ve ark.'nın 2010 yılında yayınlanan çalışmaları incelendiğinde primer beyin tümörü bulunan hastalarda en sık görülen semptomun % 73 ile yorgunluk olduğu görülmüştür. Çalışma sadece gliyal tümörlü 201 hasta ile yapılmıştır. Olguların %40'ının yorgunluğunun orta şiddette olduğu belirtilmiştir. Çalışmada yorgunluğun uyku bozukluğu, halsizlik ve ağrı gibi diğer semptomlarla birlikte değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Yorgunluk ve diğer semptomlar arasındaki ilişki değerlendirilmiş ve yorgunluğun diğer semptomların şiddetini arttırdığı istatistiksel olarak ortaya koymuştur. Yine beyin tümörlerinin medikal tedavisinde kullanılan kortikosteroidlerin ve antikonvülsan ilaçların yorgunluk semptomunun hem ortaya çıkmasında hem de şiddetinin artmasında etkili olduğu

ifade edilmiştir. Kadın cinsiyette yorgunluk semptomunun daha yoğun olduğu görülmüştür. Çalışma vaka sayısının büyüklüğü ve sadece tek bir çeşit tümöre özgü olması nedeni ile oldukça değerlidir. Fakat sadece gliyal tümörlere özgü olması ve diğer primer beyin tümörleri hakkında bilgi vermemesi en önemli dezavantajlarından. Çalışmamızda yorgunluk (bitkinlik) semptomu 90 hastanın %57.8'inde görülmüş ve %40'ında yüksek şiddette, %11.1'inde ise orta şiddette olduğu not edilmiştir (Tablo 4.4). Yorgunluk semptomunun frontal bölgede tümörü bulunan hastalarda daha fazla olduğu ve cinsiyet farkı olmadığı izlenmiştir. Total hasta sayısında yorgunluk semptomu istatistiksel olarak anlamlı bulunsa da, yorgunluk semptomunun şiddeti evre ve lokalizasyona göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuç bize cerrahi tedavi uygulanan primer beyin tümürlü olgularda yorgunluğun en önemli semptomlardan biri olduğunu göstermektedir. Yine bu semptomun evre ve lokalizasyona bağlı olmaksızın her hastada görülebileceği ve diğer semptomlardan bağımsız değerlendirilemeyeceğini göstermektedir. Literatürler incelendiğinde yorgunluğun tek başına bağımsız bir semptom olmadığı görülmektedir. Hastanın kullandığı ilaçlar ve anesteziye yorgunluk sebeplerindedir. Araştırmamızda yorgunlukla birlikte ağrı, uyku hali ve sinirliliğin bir arada görüldüğü bulunmuştur. Bu nedenle nöroşirürji hemşirelerinin hastaları ve bakım verenleribu konuda bilgilendirmelidir. Hemşirelerin yorgunluğu engellemeye yönelik yapacağı tedavilerin ve bilgilendirmelerin hastanın aynı anda birkaç semptomun şiddetinin azalmasına yol açabileceği akılda tutulmalıdır. Araştırma histopatolojik vaka çeşitliliği açısından son derece anlamlıdır. Sonuçlar literatürlerle uyumludur (Lovely ve ark., 2004; Armstrong ve ark., 2006; Tuna Malak ve ark., 2014).

Janda ve arkadaşları (2008) beyin tümörü tanısı alan hasta ve onlara bakım verenlerin karşılanmayan destekleyici bakım ihtiyaçlarını değerlendirmişlerdir. Bu çalışma 70 primer beyin tümörü tanısı alan olgu ve 75 hasta bakım hizmeti veren kişi ile yapılmıştır. Olguların %77.9'u beyin tümörü nedeni ile ameliyat edilmiştir. Hastalar ve onlara bakım hizmeti verenlerin özellikle yorgunluk semptomunun etkisini şiddetli hissettikleri ve semptoma tek başlarına karşı koyamadıkları görülmüştür. Yorgunluk hastaların geleceğe ilişkin planlarında belirsizlik yaratmış olup, hastaların günlük işlerini yaparken desteğe ihtiyaç duyar hale getirmiştir. Bakım hizmeti verenler ise hastaların bu korkularıyla başa çıkabilmeleri ve bu

korkuların kendi yaşamlarındaki etkilerini azaltabilmeleri için desteğe ihtiyaçları olduğunu belirtmişlerdir. Hastalar ve bakım hizmeti verenlerde benzer oranlarda anksiyete duygusu ve depresif ruh hali olduğu izlenmiştir. Hastalar ve bakım hizmeti verenlerin ihtiyaç duyduğu desteğin hastaların demografik değişikliklerinden bağımsız olduğunu gözlemlemişlerdir. Fakat primer beyin tümörlü olgularda ve metastatik tümörlü vaka grubunda ihtiyaç duyulan destek arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir. Çalışma genel anlamda tümörlü hastaların ciddi şekilde destekleyici bakım ihtiyaçları olduğunu ortaya koymuş olsa da, primer beyin tümörlü olgulara spesifik değildir. Beyin tümörlü olgularda görülen semptomların diğer metastatik tümörlerde görülenlerden farklı olduğu görülmektedir. Araştırmamızda, hastaların günlük yaşam aktivitelerinin, sosyal yaşamının ve iş hayatının hastalık nedeni ile ciddi bir şekilde etkilendiğini görmekteyiz (Tablo 4.5). Bu etkilenme tümörün lokasyonuna ve histopatolojik değerlendirmeye bağımsız olarak görülse de, evrelere göre değerlendirildiğinde evre 4'teki hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ve iş hayatının diğer evrelere göre daha fazla etkilendiği gözlenmiştir. Bu etkilenme ve gelecek korkusunun sadece hastalarda değil aynı zamanda bakım verenlerde de olduğunu gözlemledik. Fakat bakım verenlerle ilgili ayrıntılı bir veri analizine sahip değiliz. Semptomun kendisine yönelik destekleyici bakımın profesyonel kişiler aracılığıyla hemşirelere ve bakım verenlere verilmesinin daha anlamlı olacağını düşünmekteyiz. Hastaların bu semptom yönetimi doğrultusunda desteklenmesinin yaşam konforunu arttıracaklarını, hasta ve bakım verenlerin anksiyöz ruh hallerini minimize edeceğini düşünmekteyiz.

Gail Macartney ve ark.'nın 2014' te yayınlanan pediyatrik beyin tümörlü olgularda görülen semptomlar ve bu semptomlarla başa çıkabilme ile ilgili geliştirilmesi gereken stratejiler semptom yönetimi açısından önemli bir kaynaktır. 9-18 yaş hasta grubu arasında yapılan araştırmada başlıca semptomlar olarak yorgunluk, baş ağrısı, ağrı, emosyonel problemler, uyku bozuklukları ve fiziksel yetersizlik olarak ortaya konmuştur. Sağlık profesyonellerinin bu semptomları bilmelerinin önemli olduğu ve bakım hizmeti verenlerin bu yönde eğitilmeleri gerektiği ifade edilmiştir. Semptomları tek başlarına değerlendirmenin eksik olacağı ve bu semptomların birarada görümesinin yaşam üzerindeki olumsuz etkileri arttırabileceği ifade edilmiştir. Vaka serisinin pediyatrik olgularla sınırlı olması çalışmanın önemli dezavantajlarından biri olmakla birlikte, sonuçları açısından bu alanda diğer erişkin

vaka grubunda yapılmış çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Lovely, 2004; Armstrong ve ark., 2006). Çalışmamızda pediyatrik olgu bulunmamaktadır.

Armstrong ve ark.'nın primer beyin tümörü tanısı alan hastaların semptomlarının incelenmesi ile ilgili makaleleri incelendiğinde en erken görülen semptomların baş ağrısı %35, nöbet %30, fokal nörolojik semptomlar %30, bilişsel ve kişisel değişikliklerinin %15-20 olduğu belirtilmiştir. En yaygın bulunan semptomlar ise bilişsel bozukluklar %80, güçsüzlük %78, algısal, görsel ve işitme kaybı%38, bağırsak ve mesane fonksiyon düzensizlikleri %37 olarak sıralanmıştır. Bu semptomların hastaların günlük ve iş yaşamını etkilediği ve tanı konduktan sonra hastaların %82'sinin iş yaşamlarına devam edemedikleri belirtilmiştir (Armstrong ve ark., 2005). Semptomların en önemli etkisinin günlük yaşam aktiviteleri üzerine olduğu bildirilmektedir. (Armstrong ve ark., 2005). Walbert ve Khan'ın yaptıkları sistematik derlemeye göre ise primer beyin tümörü bulunan hastalarda yorgunluk ve bilinç kaybı en çok görülen semptomlardır. Bunların dışında fokal defisitler, nöbetler, disfazi ve baş ağrıları sık rapor alınan semptomlar olarak görülürler (Walbert and Khan, 2014).Araştırmamızda ise en çok görülen semptomlar dışkılama alışkanlığında değişim (%71.1), ağrı (%60.0), yorgunluk (%57.8), görünüş değişikliği (%53.3) ve daha az oranda %13,5 ile epileptik nöbettir (Tablo 4.4). Dışkılama alışkanlığındaki değişikliğin cerrahi sonrası hastanın geç beslenmesi ve erken mobilize edilmemesinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Konsitipasyonu önlemek için hastanın mümkün olduğunca hemşireler eşliğinde erkenden mobilize edilmesi ve beslenme programının uygun şekilde düzenlenmesi gereklidir.Malak ve arkadaşlarının danışmanlık verdiği hastaların bakım sonuçlarını inceledikleri çalışmada cerrahi tedavi sonrasında hastaların %41,1'inde konstipasyon geliştiği bildirilmiştir. Beyin tümörlerinde olgularda ortaya çıkan ilk semptomların tümörün beyindeki lokasyonuna bağlı olarak ortaya çıktığı ifade edilmiştir (Sorrell 2006). Lovely 2004' deki beyin tümürlü hastaların yönetimi ile ilgili makale incelendiğinde başlıca baş ağrısı, epileptik nöbet, yorgunluk, fokal nörolojik kayıp semptomlarının değerlendirildiği görülmektedir. Bu çalışmada semptomların ortaya çıkışında beynin spesifik bölgelerinin etkilenmesine bağlı olduğu belirtilmiştir. Kuvvet kayıpları için pariyetal, epileptik nöbetleri için fronto-temporal alanlar özellik arz etmektedir. Fakat yorgunluk semptomunun spesifik bir lokasyona özgü olmadığı ve diğer semptomlara eşlik edebileceği ve yine radyoterapi ve kemoterapi ile şiddetinin

artabileceği belirtilmiştir. Yine baş ağrısının birçok tipinin olduğu ve lokasyona bağlı değişebileceği ifade edilmiştir. Hastanın yaşam süresinin ister kısa ister uzun olsun, etkili bir semptom yönetiminin hastanın yaşamını olumlu yönde etkilediği ifade edilmiştir (Lovely, 2004). Semptomların lokalizasyonlara göre görülme sıklığının farklılık gösterdiği çalışmamızda görülmektedir (Tablo 4.8). İstatistiksel olarak anlamlı olan görünüş değişikliği semptomu en çok frontal bölgenin etkilendiği tümörlü olgularda izlenmiştir. Bu durum hastanın saç traşının ve kesi yerinin kafanın ön tarafında olması, hastanın aynaya baktığı anda bu kesi izlerini görmesine bağlıdır. Sağlık profesyonelleri hastaya bu durumun geçici olduğunu, saçlarının kısa sürede çıkabileceğini ve kesi izinin kaybolacağını anlatabilirler. Ağız kuruluğu semptomu hipofiz adenomu bulunan hastalarda %90.5 oranında hissedilmektedir ve bu semptom tamamen evre bağımsız görülmektedir. Ağız kuruluğunun sıklıkla cerrahi tedavinin endonasal yolla yapılmasına bağlı olarak hastaların ağız solunumu yapmasının sonucu olduğu değerlendirilmelidir.

Güçsüzlük semptomu pariyetal bölgede tümörü olan hastalarda %75 oranında izlenmekte olup, bu semptomun tümöral kitlenin ve kitlenin oluşturduğu ödemin beynin hareket merkezini etkilemesine bağlı olarak gelişmektedir. Yine cerrahiye bağlı kuvvet merkezinin etkilenmesi sonucu ortaya çıkabilir. Bu semptom ruhsal yönden hastayı en fazla etkileyen semptomdur. Hastaya bu durumun rehabilitasyon programları ile gerileyebileceği anlatılabilir. Oksipital bölgede tümörü bulunan hastaların %75'inde görme kaybı semptomu çok şiddetli görülmektedir (Tablo 4.8). Bu semptomun evre bağımlı olmadığı, lokalizasyon bağımlı olduğu açıktır. Görme merkezinin ve görme ile ilgili yolların oksipital lob yerleşimli olduğu bu semptomun görülmesinin en önemli nedenidir. Hastaların yaşam aktivitelerinin engellenme durumuna bakıldığında en çok etkilenen olguların pariyetal bölgede tümörü olan hastalar olduğu belirlenmiştir. Bu etkinin olgularda ortaya çıkan kuvvet kayıplarına bağlı olarak hastaların hareket kabiliyetinde azalmanın neden olduğu söylenebilir. Hastalar fiziksel tedavi açısından erken sürede desteklenmeli ve anksiyete düzeyi düşürülmelidir. Semptomların ve bu semptomların şiddetinin evrelere göre değerlendirilmesinde ise ağız kuruluğu hariç diğer tüm bulguların malign tümörlerde yani evre 4 grubu hastalarda daha yoğun olduğu ve günlük yaşamlarının daha şiddetli etkilendiği gözlemlenmiştir.

Tuna Malak'ın 2007 "Beyin tümörü bulunan hastalarda danışmanlığın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeylerine ve bakım sonuçlarına etkisi" başlıklı tez çalışması semptom tanımlanması ve hasta bakım eğitiminin önemini ortaya koymak için yapılmış değerli bir çalışmadır. Çalışmadaki vakalar patolojik tanılarına göre düşük dereceli gliyal tümörler, yüksek dereceli gliyal tümörler ve menengiomalar olarak sınıflandırılmıştır. Primer beyin tümörü nedeni ile ameliyat edilmiş toplam 90 hasta çalışmaya dahil edilmiş ve hastalar danışmanlık eğitimi verilen ve verilmeyen olarak iki gruba bölünmüştür. Grup 1 deki olgulara düzenli aralıklarla semptom olsun veya olmasın danışmanlık hizmeti verilmiş olup, Grup 2 deki olgulara ise sadece eğitim kitapçığı desteği sağlanmış ve semptom ortaya çıkarsa danışmanlık desteği verilmiştir. Cerrahi sonrası yapılan değerlendirmede yorgunluk, ağrı, fizik tedavi ve rehabilitasyon ihtiyacı, konstipasyon ve infeksiyon semptomlarının Grup 1 deki olgularda, Grup 2 ye göre anlamlı bir derece azalma olduğu ortaya çıkmıştır. Danışmanlık eğitiminin avantajlarından bazılarının hastaların medikal tedavilerini daha düzenli almasının sağladığı, yine bu olguların kilo kontrolüne önem verdikleri ve bu olgularda bası yarası oluşma ihtimalinin daha az olması olarak sıralanabilmektedir. Malak'ın bu çalışması danışmanlık eğitiminin verilmesinin önemi hakkında son derece değerlidir, fakat vaka sayısının ve histopatolojik çeşitliliğin sınırlı olması çalışmanın önemli dezavantajlarından. Tümör lokasyonlarına göre hastanın semptomları ve semptom çeşitliliğinin değiştiğinin gözardı edilmemesi gerekmektedir. Malak ve Dicle'nin beyin tümörü tanısı alan hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörleri inceleyen makalelerinde hastaları iyi huylu ve kötü huylu tümörü bulunan hastalar olarak ayırmışlardır. Malign beyin tümörü olan hastaların semptom sayısı, fiziksel yetersizlikleri ve bağımlılık düzeyleri benign tümörlere göre daha fazla bulunmuştur ve doğru orantılı olarak bakım verenlerin yükü de yüksek bulunmuştur (Malak ve Dicle 2008). Molassotis ve ark.'nın 2010 daki makalelerinde benzer sonuçlarla karşılaşmışlardır. Malign beyin tümörü olan hastaların bir çok kompleks semptomları, yorgunluk ve nöbet ile ilişkili düşme riskleri bulunduğu belirtilmiştir. İyi huylu tümörlere göre daha fazla nöro-psikiyatrik semptomları içeren kişilik değişiklikleri yaşadıkları görülmüştür (Braine, 2010; Fox ve ark., 2006).

Gee, Ishaq, Vijayan (2003)'e göre cerrahi sonrası ağrı düzeyi belirlenen 107 beyin tümörlü hastanın cerrahi sonrası %82'si baş ağrısı yaşamıştır. Bu ağrıların kafa

travmalarına sekonder gelişen kronik vasıflı ve uzun süreli olmadığı belirtilmiştir. Talke ve Gelb (2005)'e göre kraniyotomi uygulanan olgulara ameliyat sonrası ağrıları ve baş ağrıları ile baş edebilmeleri için farmakolojik tedavi vermenin gerekli olduğu bildirilmiştir. Farmakolojik tedavi yöntemi yanında farmakolojik olmayan tedavi yöntemiyle de ağrı ile mücadele edilebildiği belirtilmektedir. Çalışmamızdaki hastaların cerrahi sonrası %60'ının baş ağrısı yaşadığı ve yaşanan semptomların sıklığında kabızlıktan sonra ikinci sırada olduğu görülmektedir (Tablo 4.7). Çalışmamızda en çok ağrı yaşayan hastalar evre 1'de (%65.2) görülmüştür (Tablo 4.9).ve frontal lob tümörü bulunan 26 hastanın %42.3'ünde çok şiddetli olduğu (Tablo 4.8) not edilmiştir. Ağrı hastanın yaşam konforunu bozan bir semptomdur. Çalışmamızda ağrının tek başına bir semptom olmadığı, yorgunluk, uykusuzluk ve sinirlilik gibi semptomlarla birliktelik gösterdiği izlenmiştir. Cerrahiden sonra tedavi protokolünde tüm hastalara analjezik verilmesi ağrının kontrolü için gereklidir (Talke ve Gelb, 2005).

Ford ve arkadaşları (2012) primer malign beyin tümörü bulunan hastaların destekleyici bakım ihtiyaçlarının incelendiği çalışmalarla sistematik derleme yapmışlardır. Makalede çalışmaların daha çok psikososyal ihtiyaçlara yönelik olduğu ve hala çok az örnekli çalışmalar bulunduğu bildirilmiştir. Ayrıca bakım verenlerin eğitimine daha fazla destek sağlanmasını ve iletişim becerileri eğitimini verilmesini önermişlerdir. Standartize edilmiş bilişsel testlerin araştırmalarda kullanılması gerekliliğini ifade etmişlerdir. Beyin tümörlü hastalar ile bakım verenlerin yükünü ve karşılanmayan ihtiyaçlarının incelendiği başka bir çalışmada beyin tümörü tanısı alan hastalar ve bakım verenlere bilgi verilmesi, sağlık hizmeti verenler ile iletişim ve psikososyal yönden aile bakıcılarına destek verilmesi önerilmektedir (Janda ve ark., 2008). Schubart ve ark. 2008'de beyin tümörü bulunan hastaların bakımı ile ilgili yaptıkları çalışmada hastaların günlük bakımlarını ailelerinin üstlendiğini belirtmişlerdir. Çalışma 25 beyin tümörlü hastanın bakımını üstlenen aileyi içermektedir Ailelerin henüz eğitimsiz ve hazırlıksızken birçok sorumluluğun yüklendiğini bunun da bakım verenlerin duygusal yönlerini etkilediğini vurgulamışlardır. Bu durum bakım verenlerde ekstrasız zaman ve enerji kaybı yaratmış, finansal ihtiyaçlar doğurmuştur. Ayrıca hasta ve aileleri için beyin tümörü tanısı aldıktan sonra hayatının sonuna kadar hastalığın seyri ile ilgili etkin bilgi ve destek planı yapılması gerektiğini bildirmişlerdir (Schubart, Kinzie and

Farace,2008). Araştırmamızdaki bulguları incelediğimizde ülkemizin sosyal yaşam tarzına da uygun olarak bakım verenlerin %43.3 ile eş, %31.1 anne- baba olduğu tespit edilmiştir. Bakımda destek olunan parametreler çoğunlukla hastane işlemleri, alışveriş, bireysel temizlik ve beslenme üzerinedir. Yine hastaların üçte birinin bakım verenlerinden maddi destek aldığı görülmüştür. Elde ettiğimiz bu verilerden hastanın aile bireylerinin profesyonel kişiler tarafından eğitilmesinin hastanın semptom yönetimi açısından hayati öneme sahip olduğunu görebiliriz. Çalışmamızda bakım verenlerin sosyal ve iş yaşamı ayrıntılı olarak incelenmemiştir. Bu nedenle çalışmamız bakım verenlerin ihtiyaçlarını belirlemek için yeterli veriye sahip değildir.

Hastaların yaşam aktivitelerinin engellenme durumu lokalizasyon ve evrelere göre değerlendirildiğinde, günlük aktivitelerin en çok (%80) pariyetal bölgede tümör nedeniyle cerrahi geçiren hastaların etkilendiği görülmüştür (Tablo 4.8). Duygu durumuna bakıldığında ise frontal lob (%57.7) ve pariyetal lob (%55) bölgelerinde şiddetli engellendiği tespit edilmiştir. Frontal bölgenin etkilenmesi lokalizasyonun davranış merkezi olması nedeniyle duygu durumundaki değişimlere bağlanmıştır. Yürümenin en çok etkilendiği hastalar pariyetal (%60) ve temporal (%44.4) bölgenin etkilendiği gruptaki hastalar olmuştur. Yürüme ve koordinasyon merkezlerinin, bu bölgelerde olması nedeni ile hastaların yürümesinin daha şiddetli etkilendiği sonucuna varabiliriz. Yaşamdan zevk almasının en şiddetli etkilendiği yer ise %55 ile pariyetal lobda tümör nedeniyle cerrahi geçiren hastalardır. Evrelere göre değerlendirdiğimizde yaşam aktivitelerinin en şiddetli evre 4 grubu hastalarda engellendiği tespit edilmiştir (Tablo 4.9). Evre 4 grubu hastaların semptomların çoğunu şiddetli yaşaması yaşam aktivitelerinin de en çok etkilenmesi ile değerlendirilebilir. Evre ve lokalizasyonlara göre bakıldığında diğerlerine göre en az etkilenen yaşam aktivite alanı diğer insanlarla ilişkidir. Bu istatistiksel olarak da evre ve lokalizasyonlar arasında anlamlı bulunmamıştır ($p>.05$). Hastanın yaşamsal aktivite etkilenmesinin sağlık profesyonelleri tarafından önceden tahmin edilebilmesi gerekmektedir. Hasta ve bakım verenlerin bu yönde bilgilendirilmesi cerrahi sonrası ortaya çıkabilecek klinik semptomların daha hafif şekilde atlatılmasına yardımcı olacaktır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Primer beyin tümörü nedeniyle cerrahi tedavi alan hastalarda görülen semptomlar ve bu semptomların şiddetinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Hastalarda en sık yaşanan semptomların; kabızlık, yorgunluk görünüm değişikliği ve ağrı olduğusaptanmıştır. Kabızlıkve ağrının en şiddetli yaşanan semptomlar olduğu bulunmuştur.
- Yaşanan semptomların; en çok ve en şiddetli olarak işlerini (%58.9), günlük aktivitelerini (%52.2) ve duygu durumlarını (%70.0), en az oranda ise diğer insanlarla olan ilişkilerini (%43.3) etkilediği belirlenmiştir.
- Çalışmada hastaların cerrahi tedavi sonrası yaşadığı semptomlar ve bu semptomların şiddetlerinin lokalizasyon ve evreye göre farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.
- Cerrahi tedavi sonrası hastalarda en sık görülen konstipasyon ve yorgunluğunevre ve lokalizasyondan bağımsız olduğu tespit edilmiştir.
- Ağız kuruluşunun yalnızca hipofiz tümörü nedeniyle cerrahi uygulanan hastalarda şiddetli olduğu görülmüştür. Bu semptomun nedeni çoğunlukla transfenoidal cerrahi nedeniyle nazal solunumun kısıtlı olmasına bağlı olduğudüşünülmüştür.
- Tümörlerin histopatolojik evrelemesine göre tüm semptomların ve şiddetlerinin evre 4 grubu hastalarda daha yoğun olduğu görülmüştür.
- Lokalizasyonlara göre ölçek alt boyutları incelendiğinde semptom şiddetinin en sık görüldüğü lokalizasyonlar; bilişsel semptom alt boyutunda temporal bölge; duygusal semptom alt boyutunda frontal bölge; fokal-nörolojik semptom alt boyutunda pariyetal bölgedir. Genel semptom alt boyutunda frontal bölge; GİS semptom alt boyutunda posterior fossa bölgesi; tedavi değerlendirme semptom alt boyutunda hipofizer lokalizasyonludur. Bireyin yaşamının engellenmesi semptom alt boyutunda pariyetal bölgede en fazla olmakla birlikte tüm evrelerde diğer alt boyutlardan daha fazla olduğu görülmektedir.

- Evrelere göre ölçek alt boyutları incelendiğinde semptom şiddetinin en sık görüldüğü evreler; Bilişsel semptom alt boyutunda Evre 4 grubunda; duygusal semptom alt boyutunda Evre 2 grubunda; fokal-nörolojik semptom alt boyutunda Evre 2 grubunda; genel semptom alt boyutunda Evre 3 grubunda; GİS semptom alt boyutunda Evre 1 grubundadır. Tedavi değerlendirme semptom alt boyutunda Evre yok grubunda; bireyin yaşamının engellenmesi semptom alt boyutunda Evre 4 grubunda en fazla olmakla birlikte tüm evrelerde diğer alt boyutlardan daha fazla olduğu görülmektedir.
- Çalışmada hastaların yaşam aktivitelerinin engellenme durumuna bakıldığında en çok frontal ve pariyetal bölgedeki tümörler nedeniyle cerrahi tedavi alan hastaların daha şiddetli etkilendiği sonucuna varılmıştır.

6.2. Öneriler

Araştırma sonucu elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Primer beyin tümörü nedeniyle cerrahi tedavi alan hastalarda görülen semptomlar ve şiddetinin düzenli olarak değerlendirilmesi,
- Yaşanan semptomların günlük yaşamı olumsuz etkilemesinin engellenmesine yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması,
- Cerrahi tedavi sonrası en sık ve şiddette görülen dışkılama alışkanlığında değişim, yorgunluk, ağrı semptomlarının yönetimine ilişkin girişimlerin planlanması,
- Hipofiz cerrahisi geçiren hastalarda ağız kuruluşuna yönelik semptom yönetiminin planlanması,
- Evre 4 beyin tümörü tanısı alan hastaların yaşam aktivitelerinin daha çok etkilenmesi nedeni ile destekleyici birimlerle iletişime geçilmesi ve psikososyal desteğin bu grupta daha fazla önemsenmesi,
- Nöroşirürji hemşirelerinin tümör cerrahisi geçiren hastaların bakımını; tümörün evre ve lokalizasyonuna göre ayrı ayrı planlanması ve bu plana göre uygulamasıdır.

Araştırmacılar için öneriler:

- Anderson Beyin Tümörü Semptom Envanteri (MDA-BTSE^{TR}) alt boyutlarını daha iyi değerlendirebilmek için örneklem sayısının fazla tutulması,

- Çalışmaların gücünü artırmak için daha çok örneklem sayısı ile tanı ve tümör lokalizasyonlarına göre yapılmasıdır.



KAYNAKLAR

Akın S, Aslan E. Semptom Grubu Kavramı ve Önemi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007;15: 200-205.

Akyüz N. Nöroşirürjide Cerrahi Girişim Öncesi, Sırası ve Sonrası Hemşirelik Bakımı. In Nöroşirürji Hemşireliği. Öztekin S. D. Ed. 1. Baskı İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri. 2015, s: 273.

Armstrong ST, Cohen MZ, Eriksen L.R, Hickey JV. Symptom clusters in oncology patient and implications for syptom research in people with primary brain tumors. Journal of Nursing Scholarship. 2004;36: 197-206.

Armstrong ST, Mendoza T, Gring I, Coco C, Cohen MZ, Eriksen L, Hsu M, Gilbert MR, Cleeland C. Validation of the MD. Anderson Syptom Inventory Brain Tumor Module (MDASI-BT). Journal of Neuro-Oncology. 2006;80: 27-35.

Baksi A, Dicle A. MD. Anderson Beyin Tümörü Semptom Envanterinin Geçerlilik ve Güvenirliliği. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2010;3: 123-136.

Baksi A. MD. Anderson Beyin Tümörü Semptom Envanteri'nin Geçerlilik ve Güvenirliliği. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. 2009, İzmir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Dicle A).

Baksi Şimşek A, Dicle A Primer Beyin Tümörlü Hastaların Rol Uyum Modeli'ne Göre Uyum Durumlarının İncelenmesi: Niteliksel Bir Araştırma. Journal of Neurological Science (Turkish). 2013a;30: 88-107.

Baksi Şimşek A, Dicle A. Primer Beyin Tümörü: Klinik Özellikler. Tedavi ve Bakım.DEUHYO. 2013b;6: 102-113.

Baksi Şimşek A, Dicle A. Primer Beyin Tümörlü Hastalarda Semptom Yönetimi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;6: 69-78.

Bayraktar N, Çilingir D. Kafa İçi Basın Artışı In:; Eti Aslan F, Olgun N, Ed Yoğun Bakım Seçilmiş Semptom ve Bulguların Yönetimi. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2016, s:370-383.

Brain Trauma Foundation. Guidelines for Management of Severe Traumatic Brain Injury. 2016; s:182.

Braine ME. Apathy: a commonneurobehavioral problem. British Journal of NeuroscienceNursing. 2010;6: 335-341.

Buckner JC, Brown PD, O'Neill BP, Meyer FB, Wetmore CJ, Uhm CH. Central nervous system tumors. Mayo Clinic Proceedings, 2007;82: 1271–1286.

Bunevicius A, Tamasauskas S, Deltuva V, Tamasauskas A, Bunevicius R. Psychological distress symptoms' clusters in brain tumor patients: factor analysis of depression and anxiety scales. Psycho-Oncology. 2013;22: 2860-2863.

Cahill E. J, Armstrong TS. Nursing Management of Patients with Neoplasms of the Neurological System. In: Hickey J.V Ed. The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing. Lippincott Williams & Wilkins, USA. 2014; s: 471-495.

Chandana SR, Movva S, Arora M, Singh T. Primary brain tumors in adults. American Academy of Family Physicians. 2008;77: 1423-1430.

Chen M, Tseng H. Syptom clusters in cancer patients. Support Care Cancer. 2006;14: 825-830.

Dodd MJ, Mıaskowski C, Paul. SM. Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. Oncology Nurs Forum. 2001;28: 465–470.

Erdoğan Z. Yorgunluk. In Eti Aslan F, Olgun N. Ed. Yoğun Bakım Seçilmiş Semptom ve Bulguların Yönetimi. Birinci Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara. 2016, s:185-199.

Ford S, Catt S, Chalmers A, Fallowfield L. Systematic review of supportive care needs in patients with primary malignant prain tumors. Neuro-Oncology. 2012;14: 392-404.

Fox JW, Mitchell SA, Booth-Jones M. Cognitive impairment in patients with brain tumors: assessment and intervention in the clinic setting. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2006;10: 169-176.

Gee RJ, Ishaq Y, Vijayan N. Post craniotomy Headache, Headache. *The Journal of Head and Face Pain*. 2003;43:276-278.

Gleason JF, Jr. BA Douglas Case, Rapp RS, Edaward I, Naughton M, Butler MJ, McMullen K, Stieber V, Saconn P, Shaw E.G. Symptom clusters in patients with newly- diagnosed brain tumors. *Supportive Oncology*. 2007;5: 427-436.

İlçe A, Totur B, Özbayır T. Beyin Tümörlü Hastaların Uluslararası NANDA Hemşirelik Tanılarına Göre Değerlendirilmesi: Bakım Önerisi. *Journal of Neurological Science (Turkish)*. 2010;27: 178-184.

Janda M, Steginga S, Dunn J, Langbecker D, Walker D, Eakin E. Unmet supportive care needs and interest in services among patients with a brain tumour and their carers. *Patient Education and Counseling*. 2008;71: 251–258.

Karadağ Arlı Ş, Gürkan A. Nöro-onkoloji Hemşiresinin Rollerini Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences. 2014;3: 959-966.

Karadakovan A, Özbayır T. Sinir Sisteminin Dejeneratif ve Onkolojik Hastalıkları. In: A. Karadakovan, F. E. Aslan Ed. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Adana Nobel Kitabevi. 2011, s:1231-1262.

Kim HJ, McGuire DB, Tulman L, Barsevick AM. Symptom clusters. Concept analysis and clinical implications for cancer nursing. *Cancer Nurs*. 2005;28: 270-282.

Köse G, Tastan S, Kutlay M, Bedir O. The effects of different types of hair shaving on the body image and surgical site infection in elective cranial surgery. *J Clin Nursing*. 2016;25: 1876-85.

Lovely MP, Miaskowsk C, Dodd M. Relationship between fatigue and quality of life in patients with glioblastoma multiforme. *Oncology Nursing Forum*. 1999;26:921-925.

Lovely M. Symptom management of brain tumor patients. seminars in Oncology Nursing. 2004; 20: 273-283.

Molassiotis A, Wilson B, Brunto I, Chaudhery H, Gattamanemi R, McBain C. Symptom experience in patients with primary brain tumors: a longitudinal exploratory study. European Journal of Oncology Nursing. 2010;14: 410-416.

National Brain Tumor Foundation (NBTF). The essential guide to brain tumors 2010. <http://www.braintumor.org/assets/docs/essentialguide.pdf>.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Improving outcomes for people with brain and other central nervous system tumours. 2006.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Management of Inadvertent Perioperative Hypothermia in Adults. 2008.

Oktar N. Yüksek Dereceli Glial Tümörler. In Temel Nöroşirürji Zileli M. ve Korfalı E. Eds. Cilt 1, Türk Nöroşirürji Derneği, Ankara. 2010; s: 1037-1048.

Osoba D, Brada M, Pradas MD, Yung WK. Effect of disease burden on health-related quality of life in patients with malignant gliomas. Neuro-Oncology. 2000;2: 221-228.

Ören B. Konstipasyon-Diyare. In Eti Aslan F., Olgun N. Ed. Yoğun Bakım Seçilmiş Semptom ve Bulguların Yönetimi. Birinci Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara. 2010, s: 185-199.

Quinn T, Ostrom MA, Haley Gittleman MS, Jordonna Fulop RN, Max Liu, Rachel Blanda Courtney Kromer BA, Yingli Wolinsky MBA, Carol Kruchko BA, Jill S, Barnholtz-Sloan D. CBTRUS Statistical Report: Primary Brain and Central Nervous System Tumors Diagnosed in the United States in 2008-2012. Neuro-Oncology. 2015;17:1– 62.

Ricard D, Idhah A, Ducray F, Lahutte M, Hoang-Xuan K, Delattre J. Primary brain tumours in adults. Lancet. 2012;379: 1984–96.

Ruland CM, Andersen T, Jeneson A, Moore S, Grimsbo G.H, Borosund E, Ellison MC. Effects of an internet support system to assist cancer patients in reducing symptom distress: A randomized controlled trial. *Cancer Nursing* 2013;36: 7-17.

Sav A. Betin Tümörlerinin Patolojisi ve Sınıflandırma. In Korfalı E, Zileli M, Eds. *Temel Nöroşirürji*. Cilt 1. İnterTıp Kitabevi, Ankara. 2010, s: 983-1018.

Schubart JR, Kinzie MB, Farace E. Caring for the brain tumor patient: Family caregiver burden and unmet needs. *Neuro-Oncology*.2008;2 : 62-72.

Sunal N, Öztekin SD. Beyin ve Omuriliğin Onkolojik Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. In: Öztekin SD Ed. *Nöroşirürji Hemşireliği*. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul.2015; S: 223-232.

Stupp R, Tonn JC, Brada M, Pentheroudakis G. High-grade malignant glioma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up, *Annals of Oncology* 2010;21: 190–193.

Talke PO, Gelb AW. Postcraniotomy Pain Remains a Real Headache!. *European Journal of Anaesthesiology*. 2005;22: 325-327.

Townsley E. Çeviren: Kaya H. İntrakraniyal Tümörlü Hastalarda Bakım. Topçuoğlu MA, Durna Z, Karadakovan A. In *Nörolojik Bilimler Hemşireliği*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. 2014, s:331.

Tuna Malak A, Dicle A. Beyin Tümörlü Hastalarda Bakım Verenlerin Yükü ve Etkileyen Faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 2008;18: 118-121.

Tuna Malak A, Dıramalı A, Yücesoy K. Danışmanlık Verilen Beyin Tümörlü Hastaların Bazı Bakım Sonuçları: Ağrı, Epileptik Nöbet, Konstipasyon, İnfeksiyon, Sevk Durumları. *Nobel Med*. 2010;6: 25-31.

Walbert T, Khan M. End-of-life symptoms and care in patients with primary malignant brain tumors: a systematic literature review. *Journal Neuro-Oncology*. 2014;117:217–224.

Xiao C. The state of science in the study of cancer symptom cluster. *European Journal of Oncology Nursing*. 2010;14: 825-830.

Vacsulka J, Lunsford L. D. Continuity of Care Optimizing the Gamma Knife® Brain Surgery Patient Experience. Journal Nursing Care. 2014;3: 43-47.



EKLER

EK-1

BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ AD. BŞK.LİĞİNDAN İZİN BELGESİ

Sorumlu yürütücüsü olduğum “**Primer Beyin Tümörü Nedeniyle Cerrahi Tedavi Uygulanan Hastalarda Yaşanan Semptomlar ve Şiddetinin Belirlenmesi**” isimli çalışma Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı AD.Bşk.lığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’na sunulacaktır.

Bu araştırmanın Beyin ve Sinir Cerrahisi AD’da yapılabilmesi yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim.

18/02/2016

Eda KURAL

Hemşire

Anestezi ve Reanimasyon AD

GATA GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞINA

“**Primer Beyin Tümörü Nedeniyle Cerrahi Tedavi Uygulanan Hastalarda Yaşanan Semptomlar ve Şiddetinin Belirlenmesi**” başlıklı çalışmanın GATA anestezi ve reanimasyon AD.’da görevli hemşire Eda KURAL tarafından Beyin ve Sinir Cerrahisi AD’da yapılması uygundur. Arz ederim.

18/02/2016

İmza

Prof. Dr. Mehmet K. DANEYEMEZ

Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.Başkanı

EK-2

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞI
ANKARA

ETİK KRL. : 50687469-1491 -246 - 16/1648-777

22 Mart 2016

KONU : GATA Etik Kurulu Kararı.

Hem.Eda KURAL'a

ILGI : GATA K.lığının 19 Ağustos 2014 tarihli, HRK.EĞT.:50687469-1280-2190-14/
Eğt.Öğt.(3) 1511-2913 sayılı ve "GATA Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme
Kurulu Üye Görevlendirmesi" konulu yazısı.

1. GATA Etik Kurulu'nun 08 Mart 2016 günü yapılan 3'üncü oturumunda, GATA Anestezi ve Reanimasyon AD.Bşk.lığında görevli Hem.Eda KURAL'ın sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Primer Beyin Tümörü Nedeniyle Cerrahi Tedavi Uygulanan Hastalarda Yaşanan Semptomlar ve Şiddetinin Belirlenmesi" başlıklı çalışma dosyası ile ilgili GATA Etik Kurulu'nun kararı EK-A'dadır.
2. Anket uygulaması yapılacak tüm çalışmalar ilgi emir gereği GATA Anket Kurulundan onay almak şartıyla araştırmalarını uygulayabileceklerdir.

Rica ederim.


Orhan KOZAK
Profesör Tabip Tuğgeneral
GATA Etik Kurulu Başkanı

EKİ
Bir Adet Etik Kurul Raporu (Def.Kyt.No:131)

HİZMETE ÖZEL

Bağlantı Noktası : Svl.Me.A.ÖZKAN (Tel : 2298)

HİZMETE ÖZEL

**T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU**

OTURUM NO : 3
OTURUM TARİHİ : 08 Mart 2016
DEFTER KAYIT NO : 131
OTURUM BAŞKANI : Prof.Hv.Tbp.Tuğg.Orhan KOZAK
OTURUM SEKRETERİ : Prof.Tbp.Tuğg.Bülent BEŞİRBELLİOĞLU

GATA Etik Kurulu'nun 08 Mart 2016 günü yapılan 3'üncü oturumunda, GATA Anestezi ve Reanimasyon AD.Bşk.lığında görevli Hem.Eda KURAL'ın sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Primer Beyin Tümörü Nedeniyle Cerrahi Tedavi Uygulanan Hastalarda Yaşanan Semptomlar ve Şiddetinin Belirlenmesi" başlıklı çalışması değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	ÜYE	ÜYE	ÜYE
İMZALI	İMZALI	İMZALI	İMZALI
Orhan KOZAK Prof.Hv.Tbp.Tuğg.	Bülent BEŞİRBELLİOĞLU Prof.Tbp.Tuğg.	Metin HASDE Prof.Tbp.Alb.	Necdet DOĞAN Prof. Diş.Tbp.Alb.

ÜYE	ÜYE	ÜYE	ÜYE
İMZALI	İMZALI	İMZALI	İMZALI
Bülent GÜLEÇ Prof.Tbp.Alb.	Fuat TOSUN Prof.Hv.Tbp.Alb.	Mahir GÜLEÇ Prof.Tbp.Alb.	Ömer DENİZ Prof.Tbp.Alb.

ÜYE	ÜYE	ÜYE	ÜYE	ÜYE
İMZALI	İMZALI	İMZALI	İMZALI	İMZALI
Suzi DEMİRBAĞ Prof.Tbp.Alb.	Ahmet KORKMAZ Prof.Hv.Tbp.Alb.	Harun TUĞCU Prof.Tbp.Alb.	Muharrem UÇAR Doç.Dr.J.Tbp.Alb.	Emine İYİGÜN Doç.Dr.Hv.Sağ.Alb.

HİZMETE ÖZEL

EK-3



Sayın Eda Kural,

Türkçe'ye uyarladığımız “**M.D. Anderson Beyin Tümörü Semptom Envanteri**”ni çalışmanızda kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti, öncelikle teşekkür eder çalışmanızda başarılar dileriz.

“**M.D. Anderson Beyin Tümörü Semptom Envanteri**’nin Türkiye’de Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması” Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı tez çalışması olarak 2009 yılında tamamlanmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması İzmir ilinde iki üniversite hastanesinin beyin cerrahi anabilim dallarında tedavi gören primer beyin tümörlü hastalarla yürütülmüştür. Ölçeğin ülkemizde farklı hasta gruplarında, daha geniş popülasyonda tekrar test edilmesi amacıyla bir veri havuzu oluşturmak; geçerlilik ve güvenilirliğini yeniden test etmek için makalenizi yayınladıktan sonra çalışma verilerinizi göndermek koşuluyla ölçeği kullanabilirsiniz. Aynı zamanda ölçeğin performansını ve yaygın etkisini değerlendirmek için çalışma sonuçlarınızı yayınladığınız makalenin bir örneğini göndermeniz, gelecek iyileştirmeleri yapabilmemiz için önemlidir.

Çalışma verilerinizi göndermeniz; yasal ve etik açıdan sizin yayın hakkınızın güvence altında olduğunu, buna paralel olarak ölçeği kullanma izni veren tarafın haklarının saklı kaldığını kabul ve beyan ederiz.

Arş. Gör. Dr. Altun Baksi Şimşek

Yard. Doç. Dr. Aklime DİCLE

Dicle Üniversitesi, Atatürk Sağlık Yüksek Okulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği.

Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Emekli Öğretim

altun.baksi@hotmail.com

Üyesi aklime.dicle@deu.edu.tr

EK-4

AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

Sayın Bay/ Bayan.....

Bu çalışma sizin hastalığınızla ilgili son 24 saatte yaşadığınız bulguları, bu bulgular ne şiddette yaşadığınızı ve bunun yaşamınız üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırma için tedavi gördüğünüz hastaneden ve etik kuruldan izin alınmıştır. Araştırmada kişisel bilgiler ile bulguların şiddetini ölçen formlar kullanılacaktır. Kişisel bilgi formunda sizinle ilgili bazı bilgiler (yaşınız, cinsiyetiniz, işiniz vb.) istenmektedir. Bu bilgiler hastalığınızla ilgili yaşadığınız bulguların şiddetini ve yaşamınız üzerindeki etkilerini olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bulgu sıklığını ölçen formda iki bölüm bulunmaktadır. Her soruya 0-10 arasında puan vermeniz beklenmektedir. Birinci bölümde yaşadığınız bulguların şiddetini, ikinci bölümde ise bu bulguların yaşamınızı ne kadar etkilediğini belirlemek amacıyla toplam 28 soru bulunmaktadır. Bu soruları cevaplarırken gerçek düşüncelerinizle cevap vermeniz çalışmanın anlamlı sonuçlanması açısından çok önemlidir. Sizden bu araştırma kapsamında beklenen formlara eksiksiz yanıt vermenizdir. Soruları yanıtlamanız yaklaşık 15 dakikanızı alacaktır. Kişisel bilgileriniz ve verdiğiniz cevaplar yalnız araştırma için kullanılacaktır.

Ben, katılmam istenen araştırmanın amacını, içeriğini tamamen anladım. Bu çalışmayı istediğim anda sonlandırabileceğimi ve bıraktığım zaman tedavi ve bakımım ile ilgili herhangi bir olumsuz tutumla karşılaşmayacağıma inandım. Bu koşullar doğrultusunda kendi rızamla, baskı altında kalmadan araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın Adı-Soyadı:

Araştırmacının Adı-Soyadı:

İmzası:

İmzası:

Adresi:

Telefonu:

Telefonu:

Mail:

Tarih:

Onay alma işlemine tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:



EK-5

**HASTALARININ SOSYO-DEMOGRAFİK VE HASTALIĞA İLİŞKİN
ÖZELLİKLERİ**

Dosyadan alınacak veriler:

Hastanın Adı-Soyadı:..... Veri Toplama Tarihi:.....

Protokol No:

1-Tanısı:

2- Hastalığın evresi: a) 1. Evre b) 2. Evre c) 3. Evre d) 4. Evre

3- Tanı Süresi:

4- Yaş:

5- Cinsiyet: a)Kadın b) Erkek

**6- Kullandığı İlaçlar: a) Steroid b) Antikonvülsan c) Antidepresan
d) Opioid Analjezik e) Antiemetik f) Analjezik
g) Antibiyotik h) Diğer.....**

Hastadan alınacak veriler:

7-Medeni haliniz: a)Evli b) Bekar

8-Mesleğiniz / Çalışma statünüz:

a) Ev hanımı b) Memur c) İşçi d) Emekli
e) Serbest meslek f) öğrenci g) Diğer (Açıklayınız)

9. Çalışma durumunuz:

a) Tam gün çalışıyor b) Yarım gün çalışıyor
b) Hastalık nedeniyle işsiz d) Diğer (Açıklayınız.).....

10- Eğitim Durumu: a) Okur yazar değil b) İlköğretim c) Lise

d) Lisans e) Yüksek Lisans ve üzeri

11- Ekonomik durumunuz nedir?

- a) Gelir giderden az b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden fazla

13- Bakmakla yükümlü olduğunuz kişi / kişiler var mı?

- a) Yok b) Var (Açıklayınız).....

12- Bakımınıza destek olan kişi / kişiler var mı?

- a) Evet b) Hayır (diğer teste geçiniz)

13.a-Kim ya da kimler yardımcı oluyor?

- a) Eş b) Çocuk c) Akraba d) Diğer (Açıklayınız)

13.b- Hangi konularda yardımcı oluyor / oluyorlar? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Hastaneye gelip gitme b) Hastane işlemleri c) İlaç alma
d) Ev işleri e)Alışveriş f)Beslenme
g) Bireysel temizlik ve bakımı h)Maddi destek sağlama
ı)Diğer (Açıklayınız)

14- Size Aileniz ve çevreniz tarafından size verilen desteği (sosyal) nasıl buluyorsunuz?

- a) Çok iyi b) İyi c) Yetersiz d) Hiç destek görmedim

**EK-6 MD. ANDERSON SEMPTOM ENVANTERİ- BEYİN TÜMÖRÜ
TÜRKÇE FORMU (MDASI-BT^{Tr})**

Hastanın Adı-Soyadı:

Tarih...../...../.....

Hastane Protokol No:

Saat:

Bölüm I: Sizin semptomlarınız ne kadar şiddetli? Beyin tümörlü hastalarda “**hastalığın kendisinin ya da tedavisinin**” neden olduğu semptomlar sık görülür. İki bölümden oluşan bu envanter ile yaşadığınız “**semptomların şiddetini**” ve bu semptomların “**yaşamınıza ne kadar engel olduğunu**” değerlendiriniz.

1. Semptomlarınız (belirti ve bulgularınız) ne kadar şiddetli?

Lütfen aşağıdaki her durum için **0 (semptom yok)** ile **10 (yaşadığınız en şiddetli semptom)** arasında derecelendirerek sizin için uygun olan yuvarlağı işaretleyiniz.

NOT: Semptomlarınızın şiddetini “**son 24 saat içindeki durumunuzu**” dikkate alarak değerlendiriniz. .

0 = Semptom Yok 10 = Yaşadığınız En Kötü Semptom

SEMPTOMLAR	Semptom Yok					Yaşadığınız En Kötü Semptom					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. En kötü ağrınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. En kötü bitkinliğinizi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. En kötü bulantınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. En kötü uyku bozukluğunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. En kötü sıkıntı hissiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. En kötü nefes darlığınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. En kötü hatırlama güçlüğünüz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. En kötü iştahsızlık probleminiz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. En kötü uykulu haliniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. En kötü ağız kuruluğunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. En kötü üzüntü hissiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. En kötü kusmanız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. En kötü hissizlik / uyuşukluk / karıncalanma hissiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Vücudunuzun herhangi bir tarafındaki en kötü güçsüzlük hissiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. En kötü anlama güçlüğüünüz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. En kötü konuşma güçlüğüünüz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. En kötü nöbetiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. En kötü konsantrasyon güçlüğüünüz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. En kötü görme bozukluğunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Görünüştünüzdeki enkötü değişikliğiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Dışkılama alışkanlığınızdaki (ishal ya da kabızlık) en kötü değişikliğiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. En kötü sinirlilik / asabilik / hırçınlık durumunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bölüm II. Semptomlarınız (belirti ve bulgularınız) yaşamınızı ne kadar engelledi?

Semptomlar (belirti ve bulgular) sıklıkla duygularımızı ve aktivitelerimizi engeller. Lütfen aşağıdaki her durumu **0 (engellenmedi)** ile **10 (tamamen engellendi)** arasında derecelendirerek sizin için uygun olan yuvarlağı işaretleyiniz.

NOT: Semptomlarınızın yaşamınızı ne kadar engellediğini değerlendirirken “**son 24 saat içindeki durumunuzu**” dikkate alarak değerlendiriniz.

0 = Hiç Engellenmedi 10 = Tamamen Engellendi

GÜNLÜK YAŞAM	Hiç Engellenmedi					Tamamen Engellendi					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. Günlük aktiviteleriniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Duygu durumunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. İşiniz (evdeki işler de dahil)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Diğer insanlarla ilişkileriniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Yürümeniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Yaşamdan zevk almanız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Ankete yanıt vererek,
yaşanan semptomların tanımlanmasına
katkı veren
tüm hastalarımıza teşekkürlerimi sunarım!...*

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	EDA	Uyruğu	Türkiye Cumhuriyeti
Soyadı	KURAL	Tel no	5317914710
Doğum tarihi	24/10/1986	e-posta	edakuralozgun@gmail.com

Eğitim Bilgileri

	Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Lise	Antalya Yabancı Dil Ağırlıklı Lise	2004
Lisans	Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu	2008
Yüksek Lisans		
Doktora		

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Ankara GATA Genel Cerrahi Kliniği ve Anestezi Yoğun Bakım	2008-2009
Hemşire	İstanbul GATA Haydarpaşa Kalp ve Damar Cerrahisi	2009-2010
Hemşire	Ankara GATA Kalp ve Damar Cerrahisi Yoğun Bakım	2010-2012
Hemşire	Ankara GATA Anestezi Sonra Bakım Ünitesi	2014-2016
Hemşire	Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği	2016-

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	KPDS	58.75