



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

BİR VAKIF ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNE
BAŞVURAN BEYİN TÜMÖRLÜ HASTALARDA
YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ŞERİFE ÖZDEN ÖZDİNGİŞ

İSTANBUL-2020

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

**BİR VAKIF ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNE
BAŞVURAN BEYİN TÜMÖRLÜ HASTALARDA
YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hem. ŞERİFE ÖZDEN ÖZDİNGİŞ

TEZ DANIŞMANI

DOÇ.DR. FİLİZ ARSLAN

İSTANBUL-2020

ONAY

TEZ ONAYI FORMU

Kurum : Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program : Hemşirelik Yüksek Lisans
Tez Başlığı : Bir Vakıf Üniversitesi Hastanesine Başvuran Beyin Tümörlü Hastalarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi
Tez Sahibi : Şerife Özden Özdingiş
Sınav Tarihi : 23 Ocak 2020

Bu çalışma jürimiz tarafından kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı-Soyadı (Kurumu)	İmza
Jüri Başkanı:	Doç. Dr. Gülçin Bozkurt İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü	
Tez danışmanı:	Doç. Dr. Filiz Arslan Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	
Üye:	Prof. Dr. Şenay Uzun Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	

ONAY

Bu tez Yeditepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun 07/02/2020 tarih ve 2020/02-13 sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Bayram YILMAZ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütun bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütun bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih: 23.01.2020

şerife Özden ÖZDİNGİş



TEŞEKKÜR

Çalışmam boyunca sonsuz sabır gösteren, bilgisiyle bana önderlik eden, desteğini benden esirgemedi, anlayışla yönlendiren, her zaman örnek alacağım değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Doç.Dr. Filiz ARSLAN'a,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgileri ve önerileri ile katkıda bulunan değerli hocalarım başta Yeditepe Üniversitesi hemşirelik bölümü anabilim başkanı Sayın Prof. Dr. Hediye ASLAN ÖZKAN'a, Prof. Dr. Şenay UZUN'a, Doç.Dr. Işıl IŞIK'a,

Tezimin Yeditepe Üniversitesi Hastanesi'nde bana destek olan değerli çalışma arkadaşlarıma,

Her zaman yanımda olan, desteğini esirgemeyen anneme ve babama sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Şerife Özden ÖZDİNGİŞ

İÇİNDEKİLER

ONAY	ii
BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLO LİSTESİ.....	viii
ŞEKİL TABLOSU.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
ABSTRACT.....	xi
ÖZET	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Beyin Tümörleri.....	4
2.2. Beyin Tümörlerinin Sınıflandırılması.....	4
2.2.1. Primer Beyin Tümörleri (PBT).....	6
2.2.2. Sekonder Beyin Tümörleri.....	7
2.3. Beyin Tümörlerinin Epidemiyolojisi	8
2.4. Beyin Tümörlerinin Etiyolojisi	8
2.5. Beyin Tümörlerinde Tanılama Yöntemleri.....	9
2.6. Beyin Tümörlerinde Tedavi Yöntemleri.....	10
2.6.1. Cerrahi Tedavi	10
2.6.2. Radyoterapi	11
2.6.3. Kemoterapi.....	12
2.7. Beyin Tümörü Tedavisinin Yan Etkileri	12
2.7.1. Cerrahi Tedavinin Yan Etkileri.....	12
2.7.2. Radyoterapinin Yan Etkileri	12
2.7.3. Kemoterapinin Yan Etkileri.....	12
2.8. Beyin Tümörlü Hastalarda Görülen Semptomlar	12

2.8.1. Beyin Tümörlü Hastalarda Semptom Yönetimi ve Hemşirenin Rolü	13
2.8.2. Primer Beyin Tümörlü Hastaların Yaşadıkları Semptomların Hastanın Fonksiyonel Durumu Üzerine Etkisi	19
2.9. Beyin Tümörlü Hastalarda Yaşam Kalitesi	20
3. GEREÇ ve YÖNTEM	22
3.1.Araştırmanın Tipi ve Deseni	22
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	22
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri	23
3.5. Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri	23
3.6.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	23
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.7.1. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	26
3.7.2.Araştırmada Kullanılacak İstatistiksel Analizler	26
3.8. Araştırmanın Ön Uygulaması	27
3.9.Araştırmanın Uygulama Şeması	28
3.10.Veriler toplama Araçlarının Uygulanması	28
3.11.Araştırmanın Sınırlılıkları	29
3.12.Araştırmanın Etik Boyutu	29
4. BULGULAR	30
5.TARTIŞMA	51
5.1. Beyin Tümörlü Hastaların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitelerinin Tartışılması	52
5.2. Beyin Tümörlü Hastaların Hastalığa İlişkin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitelerinin Tartışılması	58
5.3. Beyin Tümörlü Hastaların Tedaviye İlişkin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitelerinin Tartışılması	62
5.4. Beyin Tümörlü Hastaların Hastalığa İlişkin Semptom Düzeylerine Göre Yaşam Kalitelerinin Tartışılması	65
6.SONUÇLAR	70
7. ÖNERİLER	72
8.KAYNAKLAR	73
9. EKLER	83
EK-1. Hasta Bilgi Formu	83

EK-2 M.D. Anderson Beyin Tümörü Semptom Envanteri (MDA-BTSE ^{Tr}) Türkçe Formu.....	85
EK-3. BKTFD ^{Tr} Beyin Kanseri Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi Ölçeği	87
EK-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	90
EK-5 FACT-Br Ölçeğini Değerlendirme Rehberi.....	91
EK-6 Etik Kurul Kararı.....	94
EK-7 Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Kurum İzni.....	95
EK-8 M.D. Anderson BTSE ^{Tr} Ölçek Kullanım İzni	96
EK-9 BKTFD ^{Tr} Ölçek Kullanım İzni	97
10. ÖZGEÇMİş	98



TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Benign ve Malign Beyin Tümörlerinin Özellikleri	4
Tablo 2.2. Beyin Tümörlerinin Hücreyel Kökene Göre Sınıflandırması	5
Tablo 2.3. Dünya Sağlık Örgütü'ne Göre Beyin Tümörlerinin Sınıflandırılması	5
Tablo 2.4. Beyin Tümörünün Evrelerine Göre Özellikleri	6
Tablo 2.5. Tümörlerin Tanısı Tedavisi ve Palyatif Tedavi İçin Kullanılan Cerrahi Teknikler	10
Tablo 2.6. Tümörlerin Tedavisi İçin Kullanılan Radyoterapi Çeşitleri ve Amaçları	11
Tablo 2.7. Beyin Tümörlerinde Lokalizasyonuna Göre Belirti ve Bulgular	13
Tablo 2.8. KİBAS'da Semptom Yönetimi.....	15
Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Analizler	27
Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=107)	30
Tablo 4.2. Hastalığa Özgü Özelliklerin Dağılımı (n=107)	31
Tablo 4.3. Hastaların Tedaviye Özgü Özelliklerinin Dağılımı (n=107).....	32
Tablo 4.4. MDA-BTSE ^{Tr} 'nin Semptom Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=107).....	33
Tablo 4.5. MDA-BTSE ^{Tr} Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=107)	34
Tablo 4.6. BKTFD ^{Tr} Ölçeğinin Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=107).....	35
Tablo 4.7. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre BKTFD ^{Tr} Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(n=107).....	36
Tablo 4.8. Hastaların Hastalığa İlişkin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre BKTFD ^{Tr} Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(n=107).....	40
Tablo 4.9. Hastaların Tedavi İlişkin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre BKTFD ^{Tr} Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=107).....	43
Tablo 4.10. Hastaların MDA-BTSE ^{Tr} ve BKTFD ^{Tr} Ölçeği Puanları Arasında Korelasyon Analizi	46
Tablo 4.11. MDA-BTSE ^{Tr} 'nin Alt Boyutlarının BKTFD ^{Tr} Toplam Puan Üzerine Etkisi	49

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Tanısal Görüntüleme İçin Kullanılan Bilgisayarlı Tomografi (BT) 9

Şekil 2.2. Kraniyotomi..... 11



SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile aşağıda sunulmuştur.

Simgeler

%	Yüzde
n	Örneklem Sayısı
P	Anlamlılık Düzeyi
R	Regresyon Analizi
t	Student t testi

Kısaltmalar

ABTA	American Brain Tumor Association
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BKTFD^{Tr}	Beyin Kanseri Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi Ölçeği
BOS	Beyin Omurilik Sıvısı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FACT	Funcitonal Assessment Cancer Therapy
FACIT	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy
GİS	Gastrointestinal Sistem
KİBAS	Kafa İçi Basınç Artış Sendromu
IARC	Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı
MDA-BTSE^{Tr}	M.D. Anderson Beyin Tümörü Semptom Envanteri
Min-Max	Minimum-Maximum
PBT	Primer Beyin Tümörü
SPSS	Statistical Package for Social Sciences

ABSTRACT

Özdingiş Ş. Ö. (2020). Examination of the Factors Affecting the Quality of Life in Patients with Brain Tumors Admitted to Foundation University Hospital. Yeditepe University Institute of Health Sciences, Department of Nursing, M.Sc. Thesis. Istanbul.

Patients with brain tumors experience both general symptoms of cancer and neurological symptoms. The symptoms experienced by patients affect their functional status and impair their quality of life. This study aimed examining the impact of the characteristics of patient with brain tumors. The sample of the study consisted of 107 patients who were diagnosed with brain tumors between June 2017-January 2018 in the Neurosurgery Clinic of a foundation university hospital in Istanbul. “Introductory Information Form for Brain Tumor Patients” prepared by the researcher in the collection of data, M.D. Anderson Brain Tumor Symptom Inventory (MDA-BTSE^{Tr}) and Functional Assessment of Brain Cancer Treatment (BKTFD^{Tr}) Scale were used. Data were evaluated in SPSS 22.0 program, using descriptive statistical analysis (number, percentage, mean, Standard deviation), t-test, (Oneway) Anova test, Scheffe test, Pearson Correlation and Regression Analysis, with %95 trust interval, $p < 0.05$ meaning level. It was determined that the average age of the patients was 47.81 ± 14.93 , more than half (52.3%) were male, 60.7% were married and 31.8% were high school graduates. From the sociodemographic characteristics of patients with brain tumors; the social insurance coverage of the treatment status, working status, and the introductory characteristics of the disease; the presence of chronic disease, tumor type, tumor stage, time since diagnosis, and therapeutic features of the treatment; There was a significant difference between corticosteroid, anticonvulsant, antiemetic, analgesic use, and quality of life according to previous treatment (surgery, radiotherapy, chemotherapy, gammaknife biopsy) ($p < 0.05$). The functional status of the patients was $103.8(\pm 15.5)$ with a total average score and above the middle level, and the highest and cognitive symptoms averages were $1.29(\pm 1.6)$, with emotional symptoms average scores of $4.13(\pm 1.7)$ was found to be the lowest, among the symptom sub-items, the highest rate of exhaustion (7.66 ± 2.1) and sleep disturbance (5.93 ± 2.2). When the effects of symptoms on quality of life are examined; it was determined that all symptoms had a weak negative relationship with functional evaluation status, and their quality of life decreased poorly as the symptom score averages increased. Emotional symptoms ($\beta = -1,907$) and the inhibition of the individual's life ($\beta = -2,493$) negatively affected the functional evaluation score and decreased the total change in the functional evaluation

score by 32% ($R^2=0.32$). The quality of life of patients with brain tumors; It was found that social security, working status, chronic disease, tumor type, tumor stage, date of diagnosis, previous state of brain surgery were different from anticonvulsant, corticosteroid, analgesic and antiemetic drug use and affect emotional symptoms negatively. It is suggested to use the MDA-BTSE^{Tr} symptom inventory and BKTFD^{Tr} scale routinely in patients with primary brain tumors, to conduct studies in which the symptoms are assessed in groups with large sampling and at different stages of the disease, and to provide counseling services to the patient, especially emotionally.

Keywords: Brain Tumor, Symptom, Functional Assessment, Quality of Life, Nursery



ÖZET

Özdingiş Ş.Ö. (2020). Bir Vakıf Üniversitesi Hastanesine Başvuran Beyin Tümörlü Hastalarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Beyin tümörlü hastalar hem kanserin genel semptomlarını hem de nörolojik semptomları yaşamaktadırlar. Hastaların yaşadıkları semptomlar, fonksiyonel durumlarını etkileyerek yaşam kalitelerini bozmaktadır. Bu çalışmada bir vakıf üniversitesi hastanesine başvuran beyin tümörlü hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın örneklemini İstanbul'da bir vakıf üniversitesi Hastanesi'nin Yataklı Nöroşirurji Kliniği'nde Haziran 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında beyin tümörü tanısı ile yatan 107 hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan "Beyin Tümörlü Hastalara Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu, M.D. Anderson Beyin Tümörü Semptom Envanteri (MDA-BTSE^{Tr}) ve Beyin Kanseri Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi (BKTFD^{Tr}) Ölçeği kullanılmıştır. Veriler SPSS 22.0 programında tanımlayıcı istatistiksel analizler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) t-testi, tek yönlü (Oneway) Anova testi, Scheffe testi, pearson korelasyon ve regresyon analizi kullanılarak, %95'lik güven aralığında ve $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Hastaların yaş ortalamasının $47,81 \pm 14,93$ olduğu, yarısından fazlasının (%52,3) erkek ve %60,7'sinin evli, %31,8'inin lise mezunu olduğu belirlenmiştir. Beyin tümörlü hastaların sosyodemografik özelliklerinden; sosyal güvencenin tedaviyi karşılaması durumu, çalışma durumu, hastalığa ilişkin tanıtıcı özelliklerinden; kronik hastalığının bulunması durumu, tümör tipi, tümör evresi, tanı konulmasından itibaren geçen süre, tedaviye ilişkin tanıtıcı özelliklerinden; kortikosteroid, antikonvülsan, antiemetik, analjezik kullanımı ve daha önce tedavi görme (cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, gammaknife biyopsi) durumuna göre yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Hastaların fonksiyonel durumlarının $103,8 (\pm 15,5)$ toplam puan ortalaması ile orta düzeyin üzerinde olduğu, yaşadıkları semptomlardan, duygusal semptomlar puan ortalamalarının $4,13 (\pm 1,7)$ ile en yüksek ve bilişsel semptomlar puan ortalamalarının $1,29 (\pm 1,6)$ ile en düşük olduğu, semptom alt maddelerinden en yüksek oranda bitkinlik ($7,66 \pm 2,1$) ve uyku bozukluğu ($5,93 \pm 2,2$) yaşadıkları saptanmıştır. Semptomların yaşam kalitesi üzerindeki etkileri incelendiğinde; tüm semptomların fonksiyonel değerlendirme durumu ile negatif yönde zayıf ilişkisinin olduğu, semptom puan ortalamaları arttıkça yaşam kalitelerinin zayıf düzeyde azaldığı belirlenmiştir. Duygusal semptomların ($\beta = -1,907$) ve tüm semptomların bireyin yaşamını engellenmesinin ($\beta = -2,493$) fonksiyonel değerlendirme puanını negatif yönde etkilediği ve fonksiyonel değerlendirme puanındaki toplam değişimi %32 oranında azalttığı

($R^2=0,322$) azalttığı belirlenmiştir. Beyin tümörlü hastaların yaşam kalitesinin; sosyal güvence, çalışma durumu, kronik hastalığın olması, tümör tipi, tümör evresi, tanı konma tarihi, daha önce beyin ameliyatı olma durumu antikonvülsan, kortikosteroid, analjezik ve antiemetik ilaç kullanım durumlarına göre farklı olduğu ve duygusal semptomların olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Primer beyin tümörlü hastalarda postoperatif hasta izleminde MDA-BTSE^{Tr} semptom envanteri ve BKTFD^{Tr} ölçeğinin rutin olarak kullanılması, semptomların geniş örnekleme sahip gruplarda ve hastalığın farklı aşamalarında değerlendirildiği çalışmaların yapılması, özellikle duygusal yönden hastaya danışmanlık hizmeti verilmesi ve psikolojik destek sağlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Beyin Tümörü, Semptom, Fonksiyonel Değerlendirme, Yaşam Kalitesi, Hemşirelik



1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yirminci yüzyılın ilk yarısında ölüme sebep olan hastalıklar içerisinde sekizinci sırada iken, günümüzde kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer alan kanser, hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve anormal şekilde yayılımı ile karakterize olan hastalıklar grubunu tanımlamaktadır (122,125). Kanser hasta ve ailesinde fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik, manevi olarak pek çok sıkıntıya neden olarak yaşam kalitelerini de olumsuz etkilemektedir. Uluslararası Kanser Ajansının (IARC) yayınladığı Globocan 2019 verilerine göre, dünyada toplam 18 milyon bireye kanser tanısının konulduğu ve bunun da 9,5 milyonunun kanser nedeniyle öldüğü, 2025 yılında ise dünya nüfusunun yaşlanmasıyla toplam 19,3 milyon yeni kanser tanısı konulmuş bireyin olacağı ifade edilmektedir (121). Türkiye’de ise 210.537 kişinin yeni kanser tanısı aldığı ve 116.710 kişinin kanser nedeniyle öldüğü bildirilmiştir. Kanser türlerinden biri olan primer beyin tümörlerinin oranı tüm kanser hastalarının yüz binde 14’ünü oluşturmaktadır ve beyin tümörlerinden kaynaklanan ölümlerin oranı ise %9’dur (122,125). Epileptik nöbet, bilişsel değişiklikler, günlük aktivitelere olan ilgi kaybı, kişilik değişiklikleri gibi birçok soruna yol açabilen primer beyin tümörleri (PBT), lokalizasyonu ve ilerleyici bir hastalık olması nedeniyle hızlı bir tedavi süreci gerektirmektedir (122).

Günümüzde beyin tümörlerinin tedavisinde genel olarak tümörün patolojik tanısına göre cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi yöntemleri ayrı ayrı ya da birlikte kullanılmaktadır. Ameliyat sonrası; baş ağrısı, bulantı, kusma, uykuya eğilim, yorgunluk, baş dönmesi, huzursuzluk, uyarana cevapsızlık, oryantasyon bozukluğu, bilinçte değişiklikler, yutma güçlüğü, ajitasyon, görme ve konuşma bozuklukları, inkontinans, deliryum, koma vb. ve ölüm görülebilmektedir. Yaşanılan bu semptomlar beyin tümörlü bireylerin tüm fonksiyonlarını etkilemekte, geleceğe yönelik beklenti ve planlarını bozarak yaşam kalitelerini etkilemektedir (11,93,101,102).

Subjektif bir kavram olan yaşam kalitesi, oldukça geniş kapsamlıdır ve kesin bir tanımı yoktur (11). Bireyin kendi yaşamının çeşitli boyutlarına ilişkin subjektif doyum ifadelerini içermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini, bireylerin, içinde buldukları kültür ve değer sistemleri bağlamında ve kendilerinin amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonlarını nasıl algıladıkları ola-

rak tanımlar (40). Yaşam kalitesi kavramı ve fonksiyonel durum birbiri ile ilişkili kavramlardır. Bireyin normal günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesi, temel gereksinimlerini karşılaması, günlük rollerini gerçekleştirmesi, sağlık ve iyilik durumunu sürdürmesi olarak tanımlanan fonksiyonel durum, yaşam kalitesinin de önemli bir belirleyicisidir. Fonksiyonel durum; sağlığın algılanması, biyolojik ve psikolojik rahatsızlıklar, hastalık semptomları, tedavi ve ilaç yan etkileri gibi durumlardan etkilenmektedir. Fonksiyonel durumun bozulması yaşam kalitesini de düşürmektedir (36,40,41,56,58,67,100).

Beyin tümörlü hastaların kalan yaşamının kalitesini artırmak için gerekli bakımın sürdürülmesini sağlamak, hasta ve ailesinin eğitilmesi ve desteklenmesi önemlidir. Bu doğrultuda verilen bakımın etkinliğini değerlendirmek için hastanın fonksiyonel durumunun ve dolayısıyla yaşam kalitesinin belirlenmesi gerekmektedir (2,54,110). Bu doğrultuda beyin kanseri olan hastanın yaşam kalitesinin geçerli ve güvenilir bir araçla ölçülmesi bireye uygun bakımın verilmesini sağlayacaktır. Literatürde yaşam kalitesini ölçmek amacıyla kullanılan ölçeklerin çoğunun hastaların genel anlamda yaşam kalitelerini değerlendirdiği, beyin tümörü olan hastaların yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik geliştirilen sınırlı sayıda ölçek bulunduğu görülmektedir (3,18,25,28,40,59). Weitzner ve arkadaşları tarafından beyin tümörlü hastalara yönelik olarak geliştirilen “Beyin Kanseri Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi Ölçeği (Functional Assessment of Cancer Therapy-Brain, FACT-Br)” Türkçe’ye uyarlaması yapıldığı halde çok az çalışmada kullanılmıştır. Ayrıca ülkemizde beyin tümörü olan hastaların yaşam kalitesini inceleyen çalışmaların da sınırlı sayıda olduğu görülmektedir (17,27,110).

Yaşam kalitesi ve fonksiyonları önemli ölçüde bozulan beyin tümörlü hastaların bu alana yönelik spesifik olarak geliştirilmiş bir ölçekle değerlendirilerek fonksiyonel durumlarının belirlenmesi, bu alanda çalışan hemşirelere yol göstererek hemşirelik için gerekli hasta bakım protokolleri geliştirilmesi, hastaların yaşam kalitesini arttırmaya yönelik girişimlerin planlanabilmesi ve hemşirelik bilimine katkı sağlaması açısından büyük önem taşımaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada bir vakıf üniversitesi hastanesine başvuran beyin tümörlü hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi sosyodemografik özelliklerinin ve tümörün tipi, yeri, tedavi türü gibi hastalığa ilişkin özelliklerinin, beyin tümörleri ile ilişkili semptom ve problemleri yansıtan özelliklerin, yaşam kalitesi alt boyutları olan; “Fiziksel Durum”, “Sosyal

Yaşam ve Aile Durumu”, “Duygusal Durum”, “Faaliyet Durumu” ve “Fonksiyonel Değerlendirme (Genel Yaşam Kalitesi)” puan ortalamaları üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1 (H1): Beyin tümörlü hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu, sigorta durumu, sosyal desteğinin bulunma durumu, kronik başka bir hastalığının bulunması durumu), göre yaşam kalitesi ölçeği ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasında fark vardır.

Hipotez 2 (H2): Beyin tümörlü hastaların hastalığa ilişkin bazı tanıtıcı özelliklerine (tümörün tipi, yeri, evresi, durumu) göre yaşam kalitesi ölçeği ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasında fark vardır.

Hipotez3(H3): Beyin tümörlü hastaların tedaviye ilişkin bazı tanıtıcı özelliklerine (bu zamana kadar uygulanan tedaviler, kullandığı ilaçlar) göre yaşam kalitesi ölçeği ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasında fark vardır.

Hipotez 4 (H4): Beyin tümörlü hastaların hastalığa ilişkin semptom düzeylerine göre yaşam kalitesi ölçeği ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasında fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beyin Tümörleri

Hücreler; büyüme, bölünme, yaşlandığında öler ve yerini yeni hücrelerin almasıyla normal sürecini gerçekleştirmektedir. Bu sürecin yanlış ilerlemesi, kontrol edilemeyen hücre büyümesi ve kötü huylu hücre formuna dönüşmesi sonucunda tümörler oluşmaktadır. Beyin tümörleri; vücudun duyu ve bilinç merkezi olan, kafatası kemikleri, meninksler ve beyin omurilik sıvısı tarafından korunan beyinde, normal hücre yapısının zaman içinde anormal özellikler alarak kontrol dışı büyümesi ile meydana gelmektedir. Beyin tümörleri benign ya da malign olabilmektedir (94,109). Benign ve malign beyin tümörlerinin özellikleri Tablo 2.1’de gösterilmiştir (93,94,109).

Tablo 2.1. Benign ve Malign Beyin Tümörlerinin Özellikleri

Benign Beyin Tümörleri	Malign Beyin Tümörleri
<ul style="list-style-type: none">•Yavaş büyür, sınırları bellidir.•Genellikle cerrahi tedavi uygulanır.•Lokal semptomlara neden olur.•Beynin yaşamsal merkezlerini etkilerse yüksek oranda morbidite ve mortaliteye neden olabilir.	<ul style="list-style-type: none">•Hızla büyüyerek beyin ve spinalkord dokularına yayılır.•Cerrahi tedaviye ek olarak radyoterapi ve kemoterapi uygulanır.•Tümörün tipi ve yeri sağ kalım süresini etkiler.•Mortalite oranı yüksektir.

2.2. Beyin Tümörlerinin Sınıflandırılması

Beyin tümörlerinin farklı kriterlere göre (benign ve malign olması; histolojik olarak köken aldığı hücre tipi, doku tipi ve tümör lokalizasyonu) esas alınan birçok sınıflandırması yapılmıştır. Tablo 2.2’de DSÖ’nün; yaptığı sınıflandırma verilmiştir (37,109,115,123,124).

Tablo 2.2. Beyin Tümörlerinin Hücresel Kökene Göre Sınıflandırması

Tümör Adı	Köken Aldığı Hücre/Doku
Gliomalar	Glial Hücrelerden (Astrositler, Ependimal Hücreler, Oligogondresitler)
Menenjiomlar	Endotel Hücreler, Fibröz Doku, Anjioblastlar
Akustik Nöromalar	Vestibüler Periferik Sinir Kılıfı
Germinomalar	Germ Hücreleri
Pituitary Adenomlar	Hipofiz Bezi Dokusu
Kraniofaranjiyomlar, Dermoidler ve Epidermoidler	Embriyonik Kalıntılar
Metastatik Tümörler	Akciğer, Meme, Böbrek, Tiroid, Prostat

DSÖ tarafından yapılan sınıflandırmada histolojik kriterlere göre beyin tümörleri evresi I ile IV arasında derecelendirilir. I ve II. evre olarak belirlenen tümörler ‘düşük evre’, III ve IV. evre olarak belirlenen tümörler ise ‘yüksek evre’ olarak adlandırılır. Tablo 2.3’te DSÖ’ye göre beyin tümörlerinin sınıflandırılması ve Tablo 2.4’te beyin tümörlerinin evrelerine göre özellikleri verilmiştir (37,93,94,113).

Tablo 2.3. Dünya Sağlık Örgütü’ne Göre Beyin Tümörlerinin Sınıflandırılması

1. NÖROEPİTELYAL DOKU TÜMÖRLERİ (Evre I-IV)	
<ul style="list-style-type: none">• Astrositik Tümörler• Oligodendrogial Tümörler• Oligoastroitik Tümörler• Ependimal Tümörler• Koroidpleksus Tümörleri	<ul style="list-style-type: none">• Diğer Nöroepitelyal Tümörler• Nöronal ve Miksnörogial Tümörler• Pineal Bölge Tümörleri• Embriyonal Tümörler
2. KRANİYAL VE PARASPİNAL SINIR TÜMÖRLERİ (Evre I-IV)	
<ul style="list-style-type: none">• Schwannom• Nörofibrom	<ul style="list-style-type: none">• Perinörinom• Malign Periferik Sinir Kılıfı Tümörleri
3. MENİNKS TÜMÖRLER (Evre I-III)	
<ul style="list-style-type: none">• Meningotelyal Hücre Tümörleri• Mezenkimal Tümörler	<ul style="list-style-type: none">• Primer Melanositik Lezyonlar• Meninks İlişkili Diğer Tümörler
4. LENFOMALAR VE HEMOPOETİK TÜMÖRLER (Evre I-IV)	
5. GERM HÜCRELİ TÜMÖRLER (Evre I)	
6. SELLAR BÖLGE TÜMÖRLERİ (Evre I)	
7. METASTATİK TÜMÖRLER	

Tablo 2.4. Beyin Tümörünün Evrelerine Göre Özellikleri

Tümör Evresi	Özellikleri
Evre I	Yavaş büyüyen tümörlerdir.
Evre II	Yavaş büyüyen, daha yüksek malignite dereceleriyle tekrar edebilen tümörlerdir.
Evre III	Tekrar edebilen, sağlam dokuya infiltre olabilen tümörlerdir.
Evre IV	En malign, komşu dokulara hızla infiltre olan tümörlerdir.

Beyin tümörleri primer ve metastatik (sekonder) olarak görülmektedir (37,52,114).

2.2.1. Primer Beyin Tümörleri (PBT)

Beyin dokusundan kaynaklanan tümörler birincil (primer) beyin tümörü olarak tanımlanmaktadır. PBT, glial hücrelerden, nöroembriyonik hücrelerden, meninkslerden, sinir kılıfı ya da pitiuter hücrelerden kaynağını almaktadır. Primer Beyin tümörleri tiplerine göre farklı özellikler göstermektedir. En sık rastlanan primer beyin tümörleri arasında; nöroepiteliyal tümörler (glial tümörler, astrositom, oligodendrogliom, ependimom, meninks tümörler (menenjiom), kranial ve paraspinal sinir tümörler (schwannom) ve sella bölgesi tümörleri (hipofiz adenomları ve kraniyofarenjioma) yer almaktadır (28,31,114,122,123,124).

Glial Tümörler(glioma), yüksek evre, diffüz ve infiltratif olan bu tümörler en sık gelişen primer beyin tümörleridir (24,114,115,122).

Astrositom, gliomaların astrosit hücrelerinden kaynaklanan en yaygın türüdür. Düşük dereceli astrositomların, yakından takip edildiğinde, cerrahi ile olumlu sonuç alındığı, sağ kalım süresinin 7-10 yıl arasında olduğu bildirilmiştir (22,114,115,122).

Glioblastoma Multiforme (GBM), en yüksek derece glioma (derece IV) ve astrositomun en malign formu olarak bilinmekte, orta yaşta insidansı artmakta ve erkeklerde daha sık görülmektedir. Tedavisinde cerrahi sonrası kemoterapi ve radyoterapi uygulanmaktadır. 4. derece GBM'i olan hastaların ortalama sağ kalım süresi 1 yıl kadar iken, düşük dereceli gliomalı hastalar için 4-10 yıl olarak belirtilmektedir (114).

Oligodendrogliom, PBT'nin %5'ini oluşturan, düşük derece oligodendrogliom için ortalama yaşam süresi 10 yıl iken, evre III tanısını alan hastalarda %35-45'inin yaşam süresinin 5 yıl kadar olduğu bildirilmiştir (114,115).

Ependimom, ventrikül içinde büyüyerek, ependimal hücrelerden köken alan gliomalardır. Çocuklarda ve yetişkinlerden daha yaygın görülmektedir. Tedavisinde total rezeksiyon ve radyoterapi tercih edilmektedir. Sağ kalım oranı beş yılda %20-50 arasında değişmektedir (114,123,124).

Menenjiom, genellikle meninklerdeki araknoid hücrelerinden köken alan, yavaş büyüyen, yüksek derecede vasküler yapıya sahip, benign tümörlerdir. Tüm primer beyin tümörlerinin %25'ini oluşturmaktadır. Kadınlarda görülme oranı daha yüksektir (14,114,123,124).

Schwannom, PBT'nin %8'ni oluşturan bu tümörler, en sık kranial sinir VIII (akustik sinir)'de görülmektedir. Hastalarda başlangıçta baş ağrısı, kulak çınlaması, işitme kaybı, denge bozukluğu ve duyu kaybı gibi klinik semptomlar görülmektedir. Tedavisinde cerrahi ve stereotaktik radyoterapi kullanılmaktadır (114,123,124).

Hipofiz adenomları, hastalarda hormonal ve hipotalamik değişiklikler, baş ağrısı, görme bozuklukları gibi belirtiler göstermektedir. Tedavisi için transsfenoidal mikrocerrahi ve çıkarılmayan kısım için radyoterapi uygulanmaktadır (114,115, 123,124).

Kraniyofarenjioma, hipotalamik ve hipofiz yapıları etkileyen, yavaş büyüyen tümörlerdir. Sağ kalım oranlarının daha iyi olduğu bildirilmiştir. (113,123,124).

2.2.2. Sekonder Beyin Tümörleri

Sekonder beyin tümörleri, metastatik tümörlerdir. Bu tümörler orjinini vücudun herhangi bir yerinden aldıktan sonra intrakraniyal bölgede yayılım göstermektedir. İnsidansı 100 binde 3-12'dir. Metastaz sıklıkla meme, akciğer, cilt, prostat ve kalın bağırsaktan olmaktadır. Metastatik beyin tümörleri, yetişkinlerde daha sık görülmektedir. Prognoz, tümörün histolojik evresine, bulunduğu yere, bireyin hastalık sürecinde direnç durumuna ve cerrahi işlemin başarısına bağlı değişmektedir (114,122).

2.3. Beyin Tümörlerinin Epidemiyolojisi

Kanserler içinde beyin tümörlerinden kaynaklanan ölümlerin oranı %10'dur. Yirmili yaşlardan 70 yaşına kadar giderek artan bir sıklıkta görülmektedir. Amerikan Kanser Derneği'nin 2019'da yetişkin ve çocukları kapsayan ABD'deki beyin ve omurilik tümörleri konusunda tahminlerinde yaklaşık 23.820 malign tümörünün (erkeklerde 13.410 ve kadınlarda 10.410) teşhis edileceği, iyi huylutümörler de dâhil edilirse, bu rakamın çok daha yüksek olacağı yönünde ifade edilmiştir (123,124).

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı'nın 2017 yılında yayınlanan veri tabanında yer alan son istatistik olan 2014 yılı Türkiye Kanser İstatistikleri sonucuna göre; Türkiye'de beyin ve sinir sistemi tümörleri %8'lik oran ile dördüncü sırada yer almaktadır. Cinsiyete göre beyin kanseri insidansları değerlendirildiğinde ise, 2014 yılında erkeklerde %5,7 oranında görülürken, kadınlarda %4,4 oranında görüldüğü tespit edilmiştir (122,125).

2.4. Beyin Tümörlerinin Etiyolojisi

Primer beyin tümörlerinin çoğunun nedeni henüz bilinmemekte ancak risk grubu olan hastaların yaşadıkları semptomlar dikkate alınarak, klinik değerlendirme yapılması ve tanı testleri kullanılarak beyin tümörünün erken teşhisi ve erken müdahalesi önerilmektedir. Literatürde PBT için risk faktörleri başta genetik faktörler, çevresel faktörlerle etkisi araştırılan risk faktörleri olarak ele alınmaktadır (20,93,109,114,115).

Genetik faktörler; ailesinde beyin tümörü öyküsü bulunan bireyler için genetik yatkınlığın olduğu ve bazı kalıtsal hastalıkların da (nörofibromatoz tip I, turcot sendromu, li-fraumeni kanser sendromu) etkisi olabileceği belirtilmiştir. Genetik hastalıklar beyin tümörlerinin gelişiminde küçük bir bölümü oluştururlar. Çalışmalar, sanayileşmiş ülkelerde beyin tümörlerinin görülme oranlarının yüksek olduğunu, ancak etnik yapıya, cinsiyete veya coğrafi özelliklere göre fark olmadığını belirtmektedir (20,114).

Çevresel faktörler; içinde yüksek doz iyonize radyasyona maruz kalma, önceden kranial radyoterapi almanın meninjioma ve glioma riskini arttırdığı belirtilmektedir. Formaldehit, vinylchloride gibi kimyasallarla çalışanların risk altında olduğu bildirilmiştir (20,109,114).

Diğer risk faktörleri; için yapılan çalışmalarda yaşam biçiminin beyin tümörlerinin oluşmasında etkili olup olmadığı araştırılmaktadır. Beyin tümörü olan kişiler ile cep telefonu

kullanımı arasında bir ilişki saptanmadığına dair çalışmalar dayer almaktadır. Enfeksiyon için de kesin bir kanıt olmasa da tüberküloz ve toksoplazma gondii ile yüksek dereceli glial tümörler arasında ilişki olduğu düşünülmektedir. Sigara kullanımının beyin tümörlerinde artış gösteren çalışmalar olmasına rağmen henüz kanıtlanmış bir sonuç bulunmamaktadır. Bazı kimyasal ajanlar (saç boyası, böcek ilaçları), elektromanyetik alanlar, kafa travması ve mesleki maruziyet de etkinliği kanıtlamak için kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulan diğer risk faktörleri arasında yer almaktadır (20,53,114,115).

2.5. Beyin Tümörlerinde Tanılama Yöntemleri

Beyin tümörlerinde erken tanı ve doğru tedavi için klinik öyküsünün alınması ve nörolojik tanılamanın yapılması gerekir. Bu tanılama; bilinç düzeyinin değerlendirilmesi, mental durumun değerlendirilmesi, görme alanı testi, işitme testi, nöropsikolojik testi, laboratuvar testleri ve hormon testlerini (adrenokortikotropik hormon, büyüme hormonu, tiroit uyarıcı hormon, T3, T4, testesteron, folikül uyarıcı hormon, lüteinleştirici hormon) kapsamaktadır (93,94,109,114,115).

Tanısal görüntüleme için kullanılan bilgisayarlı tomografi (BT) kesitsel görüntüleme sağlarken manyetik rezonans görüntüleme (MRI) beyin tümörlerinin tespiti ve lokalizasyonunu belirlemede kullanılmaktadır. Fonksiyonel MR konuşma ve duyuşal merkeze yakın olan tümörler için tercih edilmektedir. Serebral anjiyografi de baş ve boyun bölgesindeki damarlarda kan dolaşımını göstererek tümörün damarsal beslenmesini görüntülemeye yardımcı olmaktadır. Ayrıca kraniyalgrafi, EEG, EMG, PET-CT tetkikleri yapılabilmektedir (109,114,122,124).



Şekil 2.1. Tanısal görüntüleme için kullanılan bilgisayarlı tomografi (BT)

2.6. Beyin Tümörlerinde Tedavi Yöntemleri

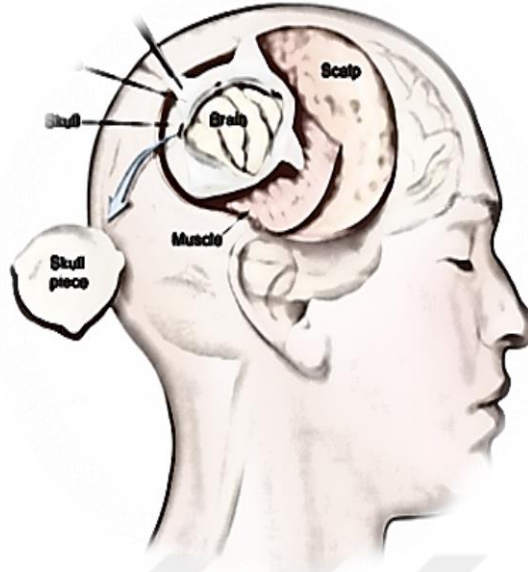
Beyin tümörlerinde uygulanan başlıca tedavi yöntemleri cerrahi, radyoterapi ve kemoterapidir. Tümörün anatomik pozisyonu, patolojisi ve hastanın genel durumu tedavi seçeneklerini etkilemektedir (84,98,116).

2.6.1. Cerrahi Tedavi

Cerrahi, tüm beyin tümörlerinin tedavisinde önemli olup, hastaların hepsi için başlangıç tedavisi olmaktadır. Cerrahi girişimin amacı ve tipi tümörün özelliği ve lokalizasyonuna göre değişmekte, tümörün yerleşimine bağlı olarak hastanın yaşam süresini uzatma, nörolojik ve sağlık durumunu iyileştirmede en iyi tedaviyi sağlamaktadır. Ayrıca cerrahi tedavi tümöre bağlı epileptik nöbetlerin kontrolünü de sağlamaktadır. Tümörlerin tanısı, tedavisi ve palyatif tedavi için kullanılan cerrahi teknikler Tablo 2.5'te gösterilmektedir (9,81,122).

Tablo 2.5. Tümörlerin Tanısı Tedavisi ve Palyatif Tedavi İçin Kullanılan Cerrahi Teknikler

Cerrahi İşlem	Cerrahinin Amacı
Kraniotomi	Kafatasının açılarak tedavinin yapıldığı cerrahi işlemdir.
Kraniektomi	Kemiğin tekrar yerine koyulmadan tamamen kaldırılmasıdır.
Stereotaktik biyopsi	Beynin her bölümünden histopatolojik örnek almayı sağlayan kapalı bir işlemdir.
Total cerrahi rezeksiyonu	İnfiltrat olmamış ve kolay ulaşılabilen tümörlerde uygulanır.
Uyanık kraniotomi	Kortikal bölgelerde oluşan tümörlerin çıkarılmasında kullanılan bir yöntemdir.
Transfenoidal Cerrahi	Burundan girilerek yapılan cerrahi yöntemdir.
Ventriküloperitonealshunt	Ventrikülleri tıkayan tümörün acil dekompresyonunda uygulanır.
Rezervuar yerleştirme	Kistik lezyonlarda uygulanır.
Kistoperitonealshunt	Tekrar gerektiren cilt ponksiyonu ve sık drenaj durumlarında kistik sıvının şant vasıtasıyla boşaltılması amacıyla uygulanır.
Karmustin implantı (<i>Kanser büyümesini yavaşlatan anti-kanser ilaç</i>)	Tabletin cerrahi boşluğa yerleştirilmesi amacıyla uygulanır.



Şekil 2.2. Kraniyotomi

2.6.2. Radyoterapi

Radyoterapi; PBT'li bireylerin yaşam süresini arttırmaya ve semptomlarını hafifletmeye yardımcı olmaktadır. Radyoterapi, tümörün tipi, büyüklüğü, hastanın yaşı, tedaviye yanıtı ve tedaviyi tolere edebilme durumuna göre çeşitli yollarla uygulanabilmektedir. Tümörlerin tedavisi için kullanılan radyoterapi çeşitleri ve amaçları Tablo 2.6'da gösterilmektedir (84,111,114).

Tablo 2.6. Tümörlerin Tedavisi İçin Kullanılan Radyoterapi Çeşitleri ve Amaçları

Radyoterapi çeşitleri	Radyoterapinin Amacı
Fraksiyone Radyoterapi	Radyasyonun birkaç hafta içinde bölünmüş dozlar halinde uygulanmasıdır.
Stereotaktik Radyoterapi	Stereotaktik çerçeve kullanılarak ameliyattan sonra kalan küçük hacimli tümörlerin tedavisi için uygulanır.
Yoğunluk Ayarlı Radyoterapi	Geniş alanların tedavisi için radyoterapinin daha doğru uygulanmasını sağlar.
Tüm Beyin Radyoterapisi	Palyatif amaçla tüm beyne düşük dozlarda radyasyon uygulanır.
StereotaktikRadyocerrahi	Stereotaktik konumlandırma ile 4 cm çapından küçük tümörler için kullanılır.

2.6.3. Kemoterapi

Kemoterapi; intravenöz, ağızdan ya da cerrahi yöntemle, hızlı bölünen hücre DNA'sını hasara uğratarak etki göstermektedir. Kemoterapinin yararı sınırlı olsa da cerrahi ve radyoterapi ile kullanıldığında adjuvan etkisi olmaktadır (84,11,114,122).

2.7. Beyin Tümörü Tedavisinin Yan Etkileri

2.7.1. Cerrahi Tedavinin Yan Etkileri

Beyin tümörüne bağlı yan etkilerde tümörün evresi ve tipi, bulunduğu alan, hastanın yaşı ve genel klinik durumu önemli rol oynar. Ameliyat öncesinde baş ağrısı, kiba, sıvı volüm eksikliği, hormon sisteminde bozulma, hafıza kaybı, epileptik nöbet, ekstremitelerde his ya da güç kaybı, görme bozuklukları, bulantı ve kusma, yürüme ve denge kaybı, yutma güçlüğü, rinore ya da otere, işitme kaybı gibi komplikasyonlar görülürken, ameliyat sonrasında bunlara ek olarak; hidrosefali, konstipasyon, üriner sistem bozukluğu, hipertermi, koma, kanama, ekstremitelerde ödem, fasiyal paralizi, yara yerinde kızarıklık, ödem, yara yerinin iyileşmesinde gecikme, enfeksiyon, tromboemboli, psikiyatrik problemler ve ölüm olası komplikasyonlar arasında yer almaktadır (81,101,111,114)

2.7.2. Radyoterapinin Yan Etkileri

Radyoterapiden 6 ay sonra radyoterapi alanında serebral ödeme bağlı, saç dökülmesi, deride eritem, yorgunluk, uyku hali, bilinç bozukluğu, bunama riski görülmektedir (102,114).

2.7.3. Kemoterapinin Yan Etkileri

Kemoterapiye bağlı bulantı-kusma, sıvı elektrolit dengesizliği, renaltoksisite, saç dökülmesi, kilo kaybı, anemi, nötropeni, yorgunluk, diyare, mukozit gibi yan etkiler görülmektedir (101,114).

2.8. Beyin Tümörlü Hastalarda Görülen Semptomlar

Semptomlar, tümörün bitişik yapılara baskı yapması, beyin omurilik sıvısının akışını engellemesi, kanamaya neden olan damarlar ve ödeme bağlı olarak meydana gelmektedir. Beynin her bir alanının farklı fonksiyonunun bulunması nedeniyle, farklı belirti ve bulgular görülmektedir. Beyin tümörünün benign olması da bulunduğu yerde oluşturduğu etki nedeniyle, malign bir beyin tümörü gibi morbidite ve mortaliteyi yükseltmektedir (10,12,69,76). Semptomlar

genel ya da lokal olabilir. Genel semptomlar; nöbetler, bilişsel davranışsal bozukluklar ve yorgunluktur. Baş ağrısı, kusma ve papil ödem inkranial basınca bağlı görülen semptomlardır. Beyin tümörlü hastalarda spesifik görülen semptomlar arasında fokal nörolojik semptomlar, baş ağrısı ve nöbetler yer almaktadır. Lokal semptomlar da beynin anatomik yapısına göre ortaya çıkmaktadır. PBT lokalizasyonuna bağlı görülen semptomlar Tablo 2.7’de gösterilmektedir (6,8,19,38,67,69,70).

Tablo 2.7. Beyin Tümörlerinde Lokalizasyonuna Göre Belirti ve Bulgular

Etkilenen Bölge	Semptomlar
Frontal Lop (Bilateral)	Hemipleji, epilepsi, hafıza ve kişilik özelliklerinde farklılıklar, karar sürecinde zorlanma, ataksik yürüme
Parietal Lop	Konuşma problemleri, yazmada güçlük, algısal problemler
Oksipital Lop	Görme kaybı, epileptik nöbet
Temporal Lop	Disfaji, epileptik nöbet
Subkortikal	Ekstremitelerde hemipleji
Meningeal Tümörler	Tümör yerine göre oluşan semptomlar
Metastatik Tümörler	Baş ağrısı, bulantı veya kusma
Talamus ve Sella Tümörleri	Diabetes insipidus, bulantı, görme problemleri, papil ödemi, baş ağrısı
4. Ventrikül ve Serebellar Tümörler	Baş ağrısı, yürümede ataksik hal, bulantı, koordinasyonun bozulması
Serebella-Pontin Tümörleri	Kulak çınlaması, baş dönmesi, duyma kaybı
Beyin Sapı Tümörleri	Baş ağrısı, bulantı ve kusma, ataksik yürüme, duyma kaybı, görme alanı değişiklikleri, fasyal güçsüzlük, yutma güçlüğü,
Frontal Lop (Tek Taraflı)	Tek taraflı hemipleji, epilepsi, karar sürecinde zorlanma hafıza ve kişilik özelliklerinde farklılıklar

2.8.1. Beyin Tümörlü Hastalarda Semptom Yönetimi ve Hemşirenin Rolü

Beyin tümörleri; genellikle invaziv yayılım ve malign özellik göstermesi, hızlı büyümesi, tedavisinde güçlükler olması ve kötü prognozu nedeniyle birçok semptomun (yorgunluk, bilişsel sorunlar, depresyon, kişilik davranış değişiklikleri gibi) görülmesine neden olmaktadır. Bu semptomlar hastaların günlük yaşamlarını büyük oranda etkilemekte, fiziksel, bilişsel, ruhsal ve sosyal durumunu buna bağlı olarak da yaşam kalitelerini etkilemektedir. Semptom yönetimi beyin tümörlü hastaların yaşam süresi üzerine etkisinden çok semptomların etkilerini azaltarak yaşam kalitesini artırma açısından önemlidir (8,19,26,61,70,77,111).

Hemşireler hastada ortaya çıkabilecek yaşam kalitesini etkileyen semptomları erken dönemde farkederek gerekli girişimleri sağlamaktadır. Semptom yönetiminde beyin tümörlü hastalara bakım veren hemşireler hastayı değerlendirme, danışmanlık verme, etkili baş etme becerilerini öğretme, gerektiğinde hastayı diğer sağlık profesyonellerine yönlendirme, ekip içi koordinasyon sağlama, klinik deneylere ve araştırmalara katılma olarak rollerini yerine getirmektedir. Bu doğrultuda hemşireler ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında bu rollerini durumun gerektirdiği yerde kullanmaktadır. PBT’li bireylerde tümörün etkisiyle oluşan, cerrahi, radyoterapi veya kemoterapiye bağlı gelişen semptomlar hemşireler tarafından aşağıda verilen şekilde yönetilmektedir (55,101,102,103,111,123,124).

KİBAS (Kafa İçi Basıncın Artması Sendromu) ve Yönetimi

KİBAS (Kafa İçi Basıncın Artması Sendromu); kafa içi basıncı normalde 5-15 mmHg ya da 60-80cm H₂O’dur. Kafa içi basıncının artması; tümör, hemoraji, beyin ödemi, kafa travmaları, zehirlenmeler ve metabolik bozukluklar gibi nedenlerle oluşabilmektedir (101).

KİBAS belirtileri arasında; sabahları görülen baş ağrısı, fişkırtı tarzda kusma, anizokori, papilla ödemi, herniasyon, huzursuzluk, dalgınlık, uykuya eğilim, uyarana cevapsızlık, disorientasyon, konfüzyon, iç çekme, bilinç azalması, deliryum, ajitasyon, koma ve ölüm yer almaktadır. KİBAS’a bağlı olarak hem sinir sistemi hem de solunum, kalp-damar, gastrointestinal, genitoüriner ve kas-iskelet sistemiyle ilgili komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Bu komplikasyonlar kalıcı nörolojik bozukluklara ve hatta ölüme kadar ilerleyebilir. KİBAS nedeniyle sık gelişen sinir sistemine ilişkin komplikasyonlar, herniasyonlar ve hidrosefalidir (102,103).

Serebral Herniasyonlar; normalde kafa içinde bir bölgedeki yüksek basınç kafatası boşluğunda eşit olarak dağıtılarak tolere edilmeye çalışılır. Kontrol altına alınamayan kafa içi basınç artışında; beyin dokusu basıncın yüksek olduğu bölgeden daha düşük basınçlı bölgeye doğru yer değiştirerek herniasyonları oluşturur (102,103).

Hidrosefali; beyin omurilik sıvısının dolaşım yolundaki herhangi bir noktasında tıkanmaya bağlı oluşur. Kafa içi basıncı artışı kontrol altına alınamadığı kanama, enfeksiyon durumlarında BOS akımı engellenir ve hidrosefali gelişir. Hidrosefali gelişen hastalarda öncelikle basıncı azaltmaya yönelik şant uygulaması yapılmaktadır (102,103).

Bu komplikasyonların iyi tanınması ve erken girişimlerle ilerleyişinin önlenmesi iyi bir tedavi ve bakımla mümkündür. Tablo 2.8’de beyin tümörlü hastalarda semptom yönetimi sunulmuştur (61,70,111,124).

Tablo 2.8. KİBAS’da Semptom Yönetimi

Ozmotik Diürezin Sağlanması	Mannitol, %30-20’lik glikoz, konsantre protein veya serum albuminiazotikdiüretiklerdir. Ozmotikdiüretikler kullanıldığında böbrek fonksiyonları, idrar atımı, elektrolitler, serum ve idrar osmolaritesi ve santral venöz basınç dikkatle izlenmelidir.
Serebral Ödem Giderilmesi	Steroidlerin beyin damarlarının stabilizasyonunu sağlayarak beyin ödemi azalttığı düşünüldüğünden steroid tedavisi uygulanır.
Nöbetlerin Önlenmesi	Antiepileptik ilaçlar ve vücut sıcaklığının normal sınırlarda tutulması ile epilepsi ve dolayısıyla KİBAS oluşumu engellenir.
Sıvı Yüklenmesinin Önlenmesi	Sodyum ve sıvı kısıtlaması yapılmalı, aldığı-çıkardığı izlenmelidir.
Uygun Pozisyonun Sürdürülmesi	Supratentoryal ameliyatlardan sonra başı 30-40 derece, infratentoryal ameliyatlardan sonra 15-30 derece yükseltmek gerekir.
Monitorizasyonun Sağlanması	Vital bulguları ve nörolojik durumu dikkatle izlenmelidir. PCO ₂ normal değeri ortalama 35-45 mmHg’dir. Normal değer üstüne çıkması kafa içi basıncını artırır. Karbondioksit düzeyinin kontrol altına alınabilmesi için hastanın ventilatöre bağlanması, kan gazlarının ve tidal volümün sık sık kontrol edilmesi ve hipoksini önlenmesi gerekebilir. Hipoksiyi önlemek için; hava yolu açıklığının sağlanması, %100 oksijenlenmenin sağlanması, kan gazlarının ve pulseoksimetri ile oksijen saturasyonunun izlenmesi gerekir.
Kafa-İçi Basıncı Artırmaktan Kaçınılması	KİBAS’lı hastada lavman, ıkınma, öksürme, hapsirme, nazotrekealaspriasyon gibi zorlayıcı işlemlerden kaçınmak gerekir. Gerekirse ağızdan aspirasyon yapılır. Hastanın uykudan uyandırılması kafa içi basıncı artırmabileceğinden hastayı uyandırmaktan kaçınılmalı, sessiz ve sakin bir ortam hazırlanmalıdır.

Baş ağrısı ve Yönetimi

Baş ağrısı, beyinde bulunan ağrıya duyarlı intrakraniyal yapılarda (venöz arterler, venöz sinüsler, kraniyal sinirler) gerçekleşmektedir. Beyin tümörlü hastaların %40-60’ının hastalıkları süresince karşılaştıkları semptomlardan biridir. Daha önceden baş ağrısı olmayan hastalarda görülmesi, sabahları şiddetinin artması, bulantı-kusma ve diğer nörolojik semptomlarla birlikte görülmesi, ağrının lokalize ve ısrarcı olması ile karakterizedir (2,4,19).

Bazı hastalar gerilim tipi ağrı (*enseden başlayıp başın üstüne doğru yayılan sıkışma, basınç ya da ağırlık hissi şeklinde*), bazı hastalar KİBAS’a bağlı ağrı (*şiddetli, bulantı/kusma*

ile ilişkili, analjeziklere dirençli), daha az oranda hasta da migren tipi ağrı yaşamaktadır. Kraniyotomi sonrasında da bazı hastalar cerrahi alanın çevresinde lokalize, kısa süreli veya kronik ağrı yaşayabilmektedir. Hastaların yaşadığı baş ağrılarının özellikleri, tümörün konumuna göre değişmektedir. Örneğin; hipofiz tümörü olan hastalarda başın ön yarısında, zonklayan, sürekli bir ağrı görülürken, derin yerleşimli tümörlerde çift taraflı lokalize olmayan bir ağrı görülmektedir (70,71,109,114).

Beyin tümörü hastalarının ağrı yönetiminin farmakolojik ve non-farmakolojik hemşirelik girişimleri içinde;

- ✓ KİBAS'a bağlı baş ağrılarında beyin ödemeine yönelik verilen kortikosteroid tedavisinin uygulanması,
- ✓ KİBAS'a neden olabilecek öksürük, hapsirik, hareket ve kan basıncında artış gibi faktörlere dikkat edilmesi,
- ✓ Ameliyat sonrası dönemde analjezik ilaçlar uygulanması,
- ✓ Gerilim tipi baş ağrılarında gevşeme egzersizleri, ılık-nemli kompres uygulamalarının yapılması,
- ✓ Migren tipi ağrılarda baş ağrısını azaltmak için; yatak başının 30 derece yukarıda tutulması, loş bir ortam sağlanması, çevredeki uyaranlar ve ziyaretçi sayısının azaltılması
- ✓ Hastanın baş ağrısını azaltmak için derin solunum egzersizi yaptırılması, dikkatinin başka yöne çekilmesi (müzik dinleme, yakınlarıyla sohbet etme vb.) gibi non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerinin uygulanması yer almaktadır (12,38,101,102,103,111).

Epileptik Nöbet ve Yönetimi;

Epileptik nöbetler; beyindeki hücrelerin kontrol edilemeyen, ani, aşırı ve anormal deşarjlarına bağlı olarak ortaya çıkan bir durumdur. Nöbet, hastaların üçte birinin ilk semptomu olmakla birlikte, hastaların %50'si hastalıkları süresince bir ya da daha fazla nöbet geçirmektedir. Enfeksiyon, elektrolit dengesizlikleri ve antikonvülsan ilaç düzeyinin düşük olması nöbetleri arttıran faktörlerdendir (39,94).

Nöbetler; jeneralize (tüm vücudu etkileyen tonik-klonik kasılmalarla seyreden), parsiyel (sadece yüz, kol ya da bacakta kasılmalarla seyreden), kompleks parsiyel (anlamsız konuşma ve davranışlarla seyreden) nöbetler şeklinde görülmektedir. Tüm vücudu etkileyen epileptik nöbetlerden sonra uyuşukluk, bitkinlik, algılamada azalma ve yorgunluk görülmektedir. Nöbetler başlamadan kısa bir süre önce hasta nöbetin başlayacağını haber veren ilk belirtileri (aura)

hissedebilir. Nöbet öncesinde yaşanan bu ilk belirtiler; karıncalanma, uyuşukluk, ürperme, uğultu sesi, nahoş bir koku, bulantı, göz kararması, terleme, korku, olmayan bir şeyi görme, olmamış bir olayı olmuş gibi hissetme şeklinde gerçekleşebilmektedir (39,50,61,94).

Beyin tümörü hastalarının nöbetlerinin yönetimi aşağıdaki yaklaşımları içermektedir;

- ✓ Hasta aurayı farkettiğinde öncelikle güvenli bir yere geçmeli,
- ✓ Boyun ve belindeki giysiler gevşetilmeli, yaralanmalara karşı korunmalı, yakındaki eşyaların uzaklaştırılması,
- ✓ Nöbet sırasında yalnız bırakılmamalı,
- ✓ Hava yolu açıklığı sağlanmalı,
- ✓ Nöbet sırasında ağzını açmak için asla zorlanmamalı,
- ✓ Hekim tarafından verilen antikonvülsanları düzenli olarak kullanması sağlanmalıdır (39,50,61,64,77,103,114,120,124).

Yorgunluk ve Yönetimi;

Yorgunluk; güçsüzlük, bitkinlik, uyuşukluk, halsizlik, uykulu hal ve motivasyon eksikliği olarak da tanımlanmaktadır. PBT'li hastalarda yorgunluğun nedenleri arasında; psikosoyal durumlar (depresyon, anksiyete), ağrı, uyku bozuklukları, beslenme değişiklikleri, tedavi, ilaç kullanımı (kemoterapi ve antiepileptik ilaçlar) ve ek durumlar (anemi, enfeksiyon, kardiyak, renal ya da metabolik hastalıklar) yer almaktadır. Beyin tümörlü hastaların yorgunluk düzeylerini yapılan cerrahi rezeksiyonun tipi, uygulanan radyoterapi ve kemoterapi etkileyebilmektedir (10,12).

Yorgunluğun önlenmesi için gerekli hemşirelik girişimleri olarak;

- ✓ Hastanın dinlenmesi sağlanmalı ve tıbbi tedavileri hastayı yormayacak şekilde planlanmalı,
- ✓ Yorgunlukla ilgili enfeksiyon, renal ya da metabolik hastalıklar iyi bir şekilde değerlendirilmeli ve hekime bildirilmeli,
- ✓ Depresyon varsa hekim tarafından planlanan antidepresan ilaçlar kullanılmalı,
- ✓ Antiepileptik ilaçlar aşırı yorgunluğa neden oluyorsa başka bir antiepileptik ilaçla değiştirmek için hekime danışılmalı,
- ✓ Hasta enerjisini tasarruflu kullanma konusunda bilgilendirilmeli ve plan yapma (günlük faaliyetlerin belirlenmesi, uyku düzeninin sağlanması, yeterli ve dengeli beslenme, yeterli sıvı alımı) konusunda hastaya yardım edilmelidir (10,12,15,30,61,77,92,97, 124).

Derin Ven Trombozu (DVT) ve Emboli Yönetimi;

Trombüs oluşumuna hiperkoagülite, endotel yaralanması ve venöz daralma neden olmaktadır. DVT semptomları arasında ağrı, şişlik, genellikle alt ekstremitelerde tek taraflı ağırlık hissi ve kramp, yüz/boyun/supraklavikular alanda ödem bulunmaktadır. Emboli semptomları arasında ise dispne, göğüs ağrısı ve taşipne bulunmaktadır (102,103,122,123).

Derin ventrombozu (DVT) ve embolinin önlenmesi için gerekli hemşirelik girişimleri olarak;

- ✓ DVT ve emboliyi önlemek amacıyla hasta ve yakınları bilgilendirilmeli,
- ✓ Hasta mobilizasyon konusunda cesaretlendirilmeli, immobil hastalarda alternatif egzersizler yapılmalı, gerekirse pnömotik basınç (aralıklı basınç uygulama) araçları kullanılmalı,
- ✓ Eğer DVT gelişmişse; pnömotik basınç araçları kullanılmamalı, bacaklar yukarıda olacak şekilde yatak istirahati sağlanmalı,
- ✓ Yeterli hidrasyon sağlanmalı,
- ✓ Koagülasyon değerlendirmelerini etkileyen yiyecek/ilaçlar değerlendirilmeli ve INR değerleri takip edilmeli,
- ✓ Kanama bulguları açısından (bilinç düzeyinde değişiklikler, KİBAS bulguları) takip edilmeli ve hasta travmalardan korunmalı,
- ✓ Eğer herhangi bir kontrendikasyon yoksa hastalarda profilaksi amaçlı heparin kullanılmalıdır (61,77,88,92,102,103,122,124).

Bilişsel, Davranışsal, Psikososyal, Fiziksel Sorunlar ve Yönetimi;

PBT; fiziksel, psikolojik, sosyal, bilişsel, davranışsal ve fonksiyonel sorunlara neden olarak hastanın ve ailenin yaşamını her yönüyle etkileyen bir hastalıktır. Hastalar konuşma, yazma, okuma güçlüğü, dikkatin azalması, konsantre olamama, öğrenme güçlüğü, hafıza kaybı, konfüzyon, oryantasyonun bozulması, genel entelektüel yeteneklerde bozulma, karar verme ve problem çözümede güçlük, anksiyete, depresyon, sinirlilik, obsesif/kompulsif eğilimler, uygun-suz ve yerinde olmayan davranışlar deneyimlemektedir.

Beyin tümörleri beş duyuyu ve motor becerileri etkileyerek bazı fiziksel sorunlara (hemiparezi, denge bozuklukları, algılama bozuklukları, mesane ve bağırsak fonksiyon bozuklukları) sebep olmaktadır (12,34,64,69,70,71,81,99).

Bilişsel, davranışsal, psikososyal, fiziksel sorunların yönetimi ve hemşirelik girişimleri aşağıda sıralanmıştır;

- ✓ Hastaların bilişsel, davranışsal ve psikososyal durumları nöropsikolog tarafından bazı testlerle değerlendirilerek test sonuçlarına göre hekimin önerdiği tedavi, rehabilitasyon, ilaçları uygulanmalı ve hastaya bu konularda önerilerde bulunmalı,
- ✓ Hastalar gerekli durumlarda iş terapisi, konuşma terapisi, bilişsel ve fiziksel rehabilitasyon programlarına katılmaları konusunda desteklenmeli,
- ✓ Kişilik değişiklikleri ile ilgili durumlarda öfke yönetimi ile ilgili danışmanlık alması sağlanmalı,
- ✓ Hastaların günlük yaşamlarını kolaylaştırmak için ev ortamında uygun çevre şartları oluşturulmalı, gerekirse hastaya özel notlar alınmalı ve gerekli planlamalarını yapabilmesi için yardım sağlanmalıdır (12,64,69,70,81,82,99,114,123).

2.8.2. Primer Beyin Tümörlü Hastaların Yaşadıkları Semptomların Hastanın Fonksiyonel Durumu Üzerine Etkisi

Semptom, bireyin bilişsel, duygusal ve biyopsikososyal fonksiyonundaki değişiklikleri yansıtan subjektif bir deneyimdir. Beyin tümörlü hastalar hem kanserin genel semptomlarını hem de nörolojik semptomları yaşamaktadırlar. Hastalarda kraniyotomi ve insizyon varlığı ile ilişkili baş ağrısı görülmesi, radyoterapide yorgunluk ve uyuşukluk olması, bazı kemoterapi ve antiepileptik ilaçlara bağlı halsizlik ve depresyona neden olması yaşanan semptomlara örnek gösterilebilir (12,38,58,76,88,92).

PBT'leri diğer kanserlere göre daha az görülmekle birlikte hastalar; tümörün türüne, derecesine, yerine göre, cerrahi tedavi öncesi, sonrası veya ilerleyen günlerde tümörün tekrarlama ile artan semptomlarla yüzleşmek zorunda kalmaktadır. Hastalığın getirdiği semptomlarla baş etmek, tedaviye bağlı kısıtlamalar (mental, maddi, manevi kayıplar, seksüel fonksiyon bozuklukları), duyu kaybı, günlük yaşam aktiviteleri yerine getirmekte zorlanma, stres, öfke,

kaygı ve belirsizlik; hastalarda fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal yönden kayıplara neden olmakta, fonksiyonel durumlarını etkileyerek, hastaların tedaviye toleransını, hastalık sürecini ve yaşam kalitelerini bozmaktadır (64,70,71,88,92,99).

2.9. Beyin Tümörlü Hastalarda Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi sağlık alanında en çok kullanılan değerlendirme parametreleri arasında yer almaktadır. Hastalıkların ve sağlık bakım girişimlerinin hastalar üzerine olan etkisinin anlaşılması, bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik durumları etkileyen ve tedavi ümidi olmadan yasayan kronik ve yaşamı tehdit eden hastalıklar ya da sakatlıklarda yaşam kalitesinin incelenmesi giderek önem kazanmaktadır. Yaşam kalitesi, DSÖ tarafından hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" olarak tanımlanmıştır. Bu kavram insanların fiziksel fonksiyonları, psikolojik durumları, aile içinde ve dışındaki sosyal ilişkileri, çevreyle etkileşimleri ve inançlarını da kapsamaktadır (15,33,55,79,112,118)

Literatür incelendiğinde yaşam kalitesi kavramının; yaşam memnuniyeti, iyilik hali, sağlık, mutluluk, doyum, uyum, özsaygı, itibar, yaşam değeri, yaşamın anlamı, **fonksiyonel durum** gibi kavramlarla eş anlamlı olarak kullanıldığı görülmektedir. Bu nedenle özellikle hastalığın etkisinin değerlendirildiği çalışmalarda çoğunlukla fonksiyonel durum araştırılmakta, geçerliği ve güvenilirliği saptanmış ölçekler kullanılarak hastalar fiziksel, psikolojik ve sosyal açılardan incelenmekte, böylece hastalığın ve tedavi yöntemlerinin hastalar üzerindeki etkileri hakkında bilgi sağlanmaktadır (15,45,49,51,83,87).

Fonksiyonel durum; sağlık durumu, hastalık ve semptomları kapsayan, fiziksel, psikolojik, sosyal spiritüel, entelektüel durum ve roller gibi çok fazla alanı içeren bireyin gerçekleştirdiği günlük yaşam aktiviteleri ve bireysel aktiviteler olarak tanımlanmaktadır. Fonksiyonel durum; kronik ve genellikle tedavi edilemeyen hastalığı olan bireylerde bedensel, ruhsal, sosyal iyilik halini, genel sağlık durumunu ve yaşam kalitesini ortaya koymaktadır (15,92,106,116).

Fonksiyonel durum biyolojik ve psikolojik rahatsızlıklar, hastalık semptomları gibi durumlardan etkilenmekte, akut ve kronik hastalıklar, yaşlılık, sakatlık, ilaç kullanımı gibi durumlarda hastaların fonksiyonel durumları kötüleşmekte ve yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir (33,56,92,106).

Beyin tümörleri bireyi fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik yönden olumsuz etkileyerek, hastanın yaşam süresini kısaltırken, yaşamdan doyum almasını engellemekte, fonksiyonel durumun kötüleşmesine neden olmaktadır (33,55,92). Tümörün tipi, konumu ve büyüklüğünden kaynaklanan; baş ağrıları, iştahsızlık, bulantı, nöbetler ve uykusuzluk gibi semptomlar görülmektedir (13,27,32,45). Ayrıca bu hastalarda motor duyuda bozulma, kişilikte değişiklik, bilişsel bozulma, afazi ve görmede bozulma gibi nörolojik bozukluklar gelişebilmektedir. Nöbet sıklığı, fokaldefisitler, yorgunluk gibi semptomların yaşam kalitesini azalttığı kanıtlanmıştır (49,51,56,92). Hastalığın tekrarlaması, hastanın yaşam süresi üzerinde olumsuz bir etki yaratmaktadır. Beyin tümörlü hastalar, ciddi fonksiyon kayıpları ve kişilik algısında meydana gelen değişimler ve semptomlar nedeniyle diğer kanser tanısı konmuş bireylerden daha fazla sorun yaşamakta, daha çok bakım ve desteğe gereksinim duymaktadır. Literatürde, fonksiyonel durum değerlendirme sonuçlarına göre, hastalığa ve tedaviye özgü girişimlerin planlanması ve gereklilik bakım ve eğitimin hastalara verilmesi gerektiği belirtilmektedir (32,51,58,95,96).

Hemşireler, yukarıda bahsedildiği şekilde hastada ortaya çıkan semptomları etkin bir şekilde yöneterek, hasta ve ailesini dinleyerek, etkin başeden aynı durumdaki diğer hasta ve yakınları ile biraraya gelmelerini ve iletişim kurmalarını sağlayarak, bu tür hastaların ve yakınlarının durumunu iyileştirmek amacı ile kurulmuş sivil toplum kuruluşlarına yönlendirerek ve bilgilenmelerini sağlayarak hastaların yaşam kalitesinin artırılmasında rol alabilirler (5,64,93,99,105,114,115,120).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Deseni

Bu çalışma, bir vakıf üniversitesi hastanesine başvuran beyin tümörlü hastaların sosyo-demografik özelliklerinin ve hastalığa ilişkin özelliklerinin, beyin tümörleri ile ilişkili semptom ve problemleri yansıtan özelliklerin, yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmış tanımlayıcı kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, İstanbul'da özel bir vakıf üniversitesi hastanesinin yataklı nöroşirurji kliniğinde Haziran 2017- Ocak 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Klinikte tek kişilik 10 hasta odası bulunmaktadır. Hemşire sayısı 9 olup, vardiyalı olarak (çalışma saatleri 08:00-20:00 ve 20:00-08:00) çalışmaktadırlar. Hastaların poliklinik muayenesinden sonra ya da belirlenen tarihte de servise yatışları yapılabilmektedir. Hastaların yanında bir ya da iki refakatçısı bulunmaktadır. Ameliyata karar verilen hastalara, servise yatış yapıldıktan sonra, hastanın ameliyat öncesi hazırlıkları (kan tetkiki, radyolojik tetkikler, konsültasyonlar gibi) yapılmaktadır. Hastalar, ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesine alınmaktadır. Ameliyat sonrası yoğun bakım servisinde takip ve tedavisi yapılan hastaların post operatif birinci günde kontrolleri yapılarak, yoğun bakımdan yatan hasta servisine transferi sağlanmaktadır. Ameliyat sonrası en erken 5 ile 10. günde taburculukları planlanmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Haziran 2017- Ocak 2018 tarihleri arasında İstanbul'daki bir vakıf üniversitesi hastanesinin yataklı nöroşirurji kliniğinde yatan 320 hasta oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip Ocak-Haziran 2017 tarihleri arasında kliniğe yatan, beyin tümörü ameliyatı olan ve araştırmaya dâhil olma kriterlerine uyan tüm hastalar, araştırmanın örnekleme alınmıştır (n=107). Örneklem sayısı evreninin %33,43'ünü oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Türkçe bilen ve iletişim engeli olmayan,
- Primer beyin tümörü tanısı almış olan,
- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Glaskow koma skalası puanı 15'ten yüksek olan,
- Yaşadığı semptomları değerlendirebilen ve ifade edebilen,
- En az 7 gün klinikte yatan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve yazılı onam belgesini imzalayan hastalar dâhil edilmiştir.

3.5. Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri

- Metastatik beyin tümörü tanısı almış olan,
- Psikiyatrik hastalık tanısı almış olan,
- 15 günden fazla süredir hastanede yatan hastalar dâhil edilememiştir.

3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Veriler “Beyin Tümörlü Hastalara Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu” (Ek-2), M.D. Anderson Beyin Tümörü Semptom Envanteri (MDA-BTSE^{Tr})” (Ek-3) ve “Beyin Kanseri Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi [BKTFD^{Tr} (Türkiye)] Ölçeği (Ek-4)” olmak üzere üç veri toplama aracı ile elde edilmiştir.

Beyin Tümörlü Hastalara Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu:

Beyin tümörü tanısı ile yatan hastaların sosyo demografik (yaş, öğrenim durumu, medeni durum, gelir durumu gibi), hastalığa ilişkin (tanı, tümör tipi, evresi) ve tedaviye ilişkin (kullandığı ilaçlar) yaşam kalitesini etkileyen faktörleri sorgulayan ve araştırmacı tarafından literatürden (6,12,15,22,33,54,102) yararlanılarakoluşturulmuş, 17 sorudan oluşan bir formdur.

M.D. Anderson Beyin Tümörü Semptom Envanteri (MDA-BTSE^{Tr})

Özgün envanter, Armstrong, Mendoza, Gring, Coco, Cohen, Eriksen, Hsu, Gilbert ve Cleeland (2005) tarafından geliştirilmiştir. Envanterin içerik geçerliliği 2005, geçerlilik ve güvenilirlik sonuçlarının tamamı 2006 yılında yayınlamıştır (6). MDA-BTSE^{Tr}; iki bölüm, yedi alt boyut ve toplam 28 madde içermekte, maddeler likert tipi 0-10 arasında değerlendirilerek bireysel olarak değerlendirilmektedir. Bu değerlendirmede 0: semptomun olmadığını, 10: yaşadığı semptomun en şiddetli düzeyini ifade etmektedir. İkinci bölümde ise bireylerden, semptomların yaşamlarını ne kadar engellediğini 0-10 arasında puanlandırılması istenmektedir. Bu değerlendirmede de 0: etkilemediğini, 10: tamamen etkilediğini ifade etmektedir.

Ölçümlerde daha önce oluşan semptomlar unutulabileceği için son 24 saatin sorulmasının güvenilirlik açısından uygun olacağı belirtilmiştir Envanterin birinci bölümünde “semptomlar”, ikinci bölümünde “bireyin yaşamının engellenme durumu” yer almaktadır. Envanterin birinci bölümünün 13 maddesi kanser ana semptomlarını, dokuz maddesi primer beyin tümörü semptomlarını içermekte; duygusal (bitkinlik, uyku bozukluğu, sıkıntı hissi, üzüntü hissi, sinirlilik/asabilik/hırçınlık), bilişsel (hatırlama güçlüğü, anlama güçlüğü, konuşma güçlüğü, 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 oluşmaktadır.

Envanterin ikinci bölümünde yer alan bireyin yaşamının engellenme durumu (genel aktivite, duygu durumu, iş (evdeki işler dâhil), diğer insanlarla ilişkiler, yürüme, yaşamdan zevk alma) yedinci alt boyutu oluşturmaktadır.

MDA-BTSE^{Tr} ölçeğinin yedi alt boyutu;

- Duygusal Semptomlar; 5 madde (2, 4, 5, 11, 12)
- Bilişsel Semptomlar; 4 madde (7, 15, 16, 18)
- Fokal Nörolojik Bozukluklar; 4 madde (1, 13, 14, 17)
- Tedavi Değerlendirme Semptomları; 3 madde (8, 9, 10)
- Genel Semptomlar; 4 (6, 19, 20, 21)
- Gis Semptomları; 2 (3, 12)
- Bireyin Yaşamının Engellenmesi; 6 maddedir (23, 24, 25, 26, 27, 28).

Özgün envanterin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında envanterin toplamı için iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı (Cronbach alfa) 0,91, alt boyutları için 0,67-0,91 arasında değişmektedir (6). Envanterin Türkçeye güvenilirlik ve geçerliliği Baksi (2009) tarafından yapılmıştır ve formunun iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0,90 olarak belirlenmiştir (12). Envanterde madde toplam puan korelasyon katsayıları ve faktör yükü belirtilmemiştir. Bu çalışmada envanterin toplamı için cronbach alfa iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı ise 0,82 olarak saptanmıştır.

Beyin Kanseri Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi Ölçeği: (BKTFD^{Tr})

ABD’de merkezi Evanston/İllinois’de olan “Center on Outcomes, Research and Education (CORE) Northwestern Healthcare” tarafından geliştirilen (1995) ve malign hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirildiği Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) ölçekleri, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) organizasyonu tarafından birçok farklı dile çevrilmiştir. Beyin Kanseri Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi Ölçeği (Functional Assessment of Cancer Therapy-Brain/FACT-Br) beyin tümörü olan hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin İngilizce geçerlik ve güvenilirliği Weitzner ve arkadaşları tarafından 1994 yılında yapılmıştır. FACT-Br (BKTFD^{Tr}) ölçeği, beş alt boyut ve 50 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin ilk dört alt boyutu kanser tedavisinin fonksiyonel değerlendirilmesini, beşinci alt boyutu ise beyin tümörü olan hastalara özgü durumları içermektedir (110).

Ölçek, bireysel olarak (kâğıt veya bilgisayar yoluyla) ya da yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulabilmektedir. Son yedi gün göz önüne alınarak değerlendirilen ölçek likert tipi

puanlamaya sahiptir. Total FACT-Br (BKTFD^{Tr}) ölçeği toplam puanı 184 olmakla birlikte, maddelerin %80'inden fazlasına yanıt verildiğinde (örneğin; 50 maddeden 40 tanesine yanıt alınır) geçerli sayılır. FACT-Br Ölçeğini Değerlendirme Rehberi EK-5'te gösterilmiştir.

FACT-Br ölçeğinin beş alt boyutu;

- Fiziksel Durum; 7 madde (FD1, FD2, FD3, FD4, FD5, FD6, FD7)
- Sosyal Yaşam ve Aile Durumu; 7 madde (SYAD1, SYAD2, SYAD3, SYAD4, SYAD5, SYAD6, SYAD7)
- Duygusal Durum; 6 madde (DD1, DD2, DD3, DD4, DD5, DD6)
- Faaliyet Durumu; 7 madde (FD1, FD2, FD3, FD4, FD5, FD6, FD7)
- İlave Durumlar; 23 maddedir (B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12, B13, B14, B15, B16, B17, B18, B19, B20, B21, B22).

Ölçeğin Türkçeye güvenilirlik ve geçerliliği Karadağ Arlı Ş. (2013) tarafından yapılmıştır ve formunun iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0,84-0,93 olarak belirlenmiştir (54). Bu çalışmada envanterin toplamı için cronbach alfa iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı ise 0,80 olarak saptanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

3.7.1. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımsız Değişken: Hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence durumu), M.D. Anderson Beyin Tümörü Semptom Envanteri Formu puan ortalamaları araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

Bağımlı Değişkenler: Hastaların beyin kanseri tedavisinin fonksiyonel değerlendirilmesi ölçeğinin tamamından ve ölçek alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları bağımlı değişkenlerdir.

3.7.2. Araştırmada Kullanılacak İstatistiksel Analizler

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiş, Tablo 3.1'de verilen

istatistiksel analizler kullanılarak incelenmiştir. Araştırmada kullanılan istatistiksel analizler Tablo 3.1’de gösterilmiştir.

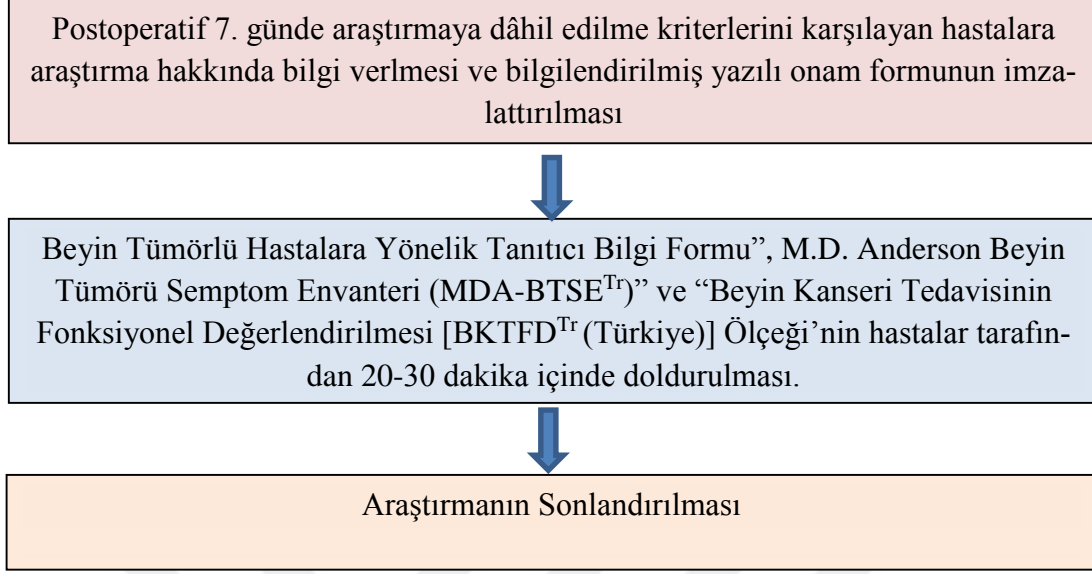
Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Analizler

Araştırmanın Değişkenleri	İstatistiksel Analizler
Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	Tanımlayıcı İstatistiksel Analizler (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart Sapma, Min-Max)
Hastalığa Özgü Özelliklerin Dağılımı	Tanımlayıcı İstatistiksel Analizler (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart Sapma, Min-Max)
Hastaların Tedaviye Özgü Özelliklerinin Dağılımı	Tanımlayıcı İstatistiksel Analizler (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart Sapma, Min-Max)
MDA-BTSE ^{Tr} Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	Ortalama, Standart Sapma, Min-Max
BKTFD ^{Tr} Ölçeğinin Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	Ortalama, Standart Sapma, Min-Max
Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre BKTFD ^{Tr} Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	Ortalama, Standart Sapma, T-Testi, Tek Yönlü (Oneway) Anova, Post-Hoc Analizi Olarak Scheffe-Testi
MDA-BTSE ^{Tr} ve BKTFD ^{Tr} Ölçeği Arasında Korelasyon Analizi	Pearson Korelasyon ve Regresyon Analizi
MDA-BTSE ^{Tr} ’nin Alt Boyutlarının BKTFD ^{Tr} Toplam Puan Üzerine Etkisi	Pearson Korelasyon ve Regresyon Analizi

3.8. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması İstanbul’da özel bir vakıf üniversitesi hastanesinin yataklı nöroşirurji kliniğinde beyin tümörü tanısı ile ameliyat olan yedi hastanın katılımı ile yapılmış ve sorularda değişiklik yapılmamıştır.

3.9. Araştırmanın Uygulama Şeması



3.10. Veri toplama Araçlarının Uygulanması

Haziran 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında Yeditepe Üniversitesi Hastanesi’nde nöroşirurji kliniğinde en az 7 gün yatan ve araştırmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan beyin tümörlü hastalara odalarında araştırma hakkında bilgi verilerek, araştırmaya katılıp katılmama-nın gönüllülük ilkesine dayandığı bilgisi verilmiş, kabul edenlere bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır. Hastalardan, ölçeğin her bir maddesinin karşısında bulunan ifadelerden kendisini en iyi tanımladığını düşündüğü ifadeyi belirtmeleri ve ölçeğin tüm maddelerini eksiksiz doldurmaları gerektiği bunun araştırmanın güvenilirliği açısından önemli olduğu vurgulanmıştır. Sonrasında, “Beyin Tümörlü Hastalara Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu”, M.D. Anderson Beyin Tümörü Semptom Envanteri Formu (MDA-BTSE^{Tr}) ve Beyin Kanseri Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi Ölçeği (BKTFD^{Tr}) verilerek ölçekleri doldurmaları istenmiştir.

Hasta bireyler tarafından doldurulan formların uygulama süresi 30 dakika sürmüştür. Hastaların yanında beklenmemiş, yarım saat sonra gidilerek doldurdukları formu iletmeleri istenmiştir. Tüm hastalar herhangi ek bir süre talep etmeksizin yarım saat içinde veri toplama formlarını tamamlamıştır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen sonuçların; araştırma için seçilen bir hastanede yatan beyin tümörlü hastalardan elde edilmesi ve postoperatif 7. günde elde edilmesi, tanı tedavinin diğer aşamalarını içermemesi araştırmanın sınırlılığıdır.

3.12. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunu sağlamak için, aşağıdaki adımlar izlenmiştir;

- Etik kurul izni alınmıştır (Ek-6).
- Araştırmanın yapılacağı kurumdanyazılı izin alınmıştır (Ek-7).
- Araştırmaya katılan bireylerin gönüllü katılımları esas kabul edilerek, araştırmanın herhangi bir aşamasında neden belirtmeksizin araştırmadan çekilebilecekleri açıklanmış, bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır (Ek-4).
- Araştırma sonuçlarının ve önerilerinin değerlendirilebilmesi amacıyla araştırmanın yapıldığı hastane yönetimine geri bildirimde bulunulacaktır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, İstanbul'da bir vakıf üniversitesi hastanesine başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden ve beyin tümörü ameliyatı olan 107 hastadan elde edilen verilerin istatistiksel analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular sunulmuştur.

Tablo 4.1.Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=107)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Yaş	X±SS 47,81±14,93	Min-Max 18-90
40 Yaş ve Altı	37	34,6
41-50	25	23,4
51-60	22	20,6
61 ve Üzeri	23	21,5
<u>Cinsiyet</u>		
Kadın	51	47,7
Erkek	56	52,3
<u>Öğrenim Durumu</u>		
İlkokul ve Altı	24	22,4
Ortaokul	23	21,5
Lise	34	31,8
Üniversite ve Üzeri	26	24,3
<u>Medeni durum</u>		
Evli	65	60,7
Bekâr	42	39,3
<u>Meslek</u>		
Emekli	19	17,8
Ev Hanımı	34	31,8
Esnaf- Ticaret	28	26,2
Serbest Meslek ve Öğrenci	26	31,2
<u>Çalışma Durumu</u>		
Çalışıyor	43	40,2
Çalışmıyor	64	59,8
<u>Gelir Durumu</u>		
Geliri Giderinden Az	47	43,9
Geliri Giderine Eşit	36	33,6
Geliri Giderinden Fazla	24	22,4
<u>Sosyal Güvencenin Masrafları</u>		
<u>Karşılama Durumu</u>		
Kısmen Kapsıyor	25	23,4
Kapsamıyor	82	76,6
<u>Refakatçının Kim Olduğu</u>		
Eşi	42	39,3
Anne- Baba- Kardeşi	41	38,3
Çocuğu	17	15,9
Arkadaş veya Özel Bakıcı	7	6,5

Tablo 4.1’de çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Hastaların “yaş” ortalaması $47,81 \pm 14,93$ ve %34,6’sı 40 yaş ve altındaydı. Çalışma grubunun yarısından fazlası (%52,3) erkek ve %60,7’si evli olan hastaların %31,8’inin lise mezunu ve %31,8’inin ev hanımı olduğu, %59,8’inin ise çalışmadığı belirlendi. Hastaların %43,9’unun gelirinin giderinden az ve %76,6’sının sosyal güvencesinin tedavi masraflarını karşılamadığı, çoğunluğunun yanında eşi (%39,3) ya da anne/baba/kardeşinin (%38,3) refakatçi olarak bulunduğu saptandı.

Tablo 4.2. Hastalığa Özgü Özelliklerin Dağılımı (n=107)

Hastalığa Özgü Özellikler	n	%
<u>Kronik Hastalık Durumu</u>		
Olan	37	34,6
Olmayan	70	65,4
<u>Mevcut Tanı</u>		
Epidermoid Tümör	4	3,7
Glial Tümör	80	74,7
Menenjiom Tümör	17	15,9
Schwannom Tümör	6	5,6
<u>Tümör Tipi</u>		
Benign	34	31,8
Malign	73	68,2
<u>Tümör Evresi</u>		
1. Evre	19	17,8
2. Evre	46	43,0
3. Evre	28	26,2
4. Evre	14	13,1
<u>Tanı Konulduğu Tarih</u>		
2012	14	13
2014	14	14
2015	12	11,2
2016	29	27,1
2017	37	34,6
<u>Tanı Sonrası Geçen Süre</u>		
0-3 Yıl	78	72,9
4 Yıl ve Üzeri	29	27,1
<u>Daha Önce Beyin Ameliyatı Olma Durumu</u>		
Olan	44	41,1
Olmayan	63	58,9

Tablo 4.2’de hastaların hastalığına özgü özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Hastaların %65,4’ünün mevcut tanısı dışında kronik başka bir hastalığı bulunmazken %34,6’sının başka bir kronik hastalığının da olduğu, %68,2’sinin beyin tümörünün malign ve çoğunluğunda (%74,7) glial tümör olduğu, %43’ünün kanserin 2.evresinde ve %41,1’inin daha önce de beyin ameliyatı olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %61,7’sinin 2016 yılından sonra tanı aldığı ve çoğunda (%72,9) tanının konulmasından sonra geçen sürenin 0-3 yıl arasında olduğu bulunmuştur

Tablo 4.3. Hastaların Tedaviye Özgü Özelliklerinin Dağılımı (n=107)

Tedaviye Özgü Özellikler	n	%
<u>Kullanılan İlaçlar*</u>		
Antikonvülsan	89	83,2
Kortizon	106	99,1
Analjezik	103	96,3
Antiemetik	62	57,9
Diğer İlaçlar (antihipertansif, oralantidiyabetik, tiroid)	35	32,7
<u>Tüm Kanser Sürecinde Aldıkları Tedaviler</u>		
	88	82,2
Cerrahi Tedavi	3	2,8
Kemoterapi +Cerrahi Tedavi	13	12,1
Radyoterapi + Kemoterapi + Cerrahi Tedavi	1	0,9
Gammaknife	2	2,0
Stereotaktik Biyopsi		

*Birden fazla ilaç kullanılmıştır.

Tablo 4.3’te hastaların tedavilerine ilişkin özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; büyük çoğunluğukortizon (%99,1), analjezik (%96,3) ve antikonvülsan (%83,2) kullanırken, yarısından fazlasının da antiemetik kullandığı belirlenmiştir. Hastalar cerrahi sonrası araştırma kapsamına alındığı için tüm hastalar cerrahi tedavi almış olmakla birlikte son operasyona kadar aldıkları tedaviler sorgulandığında %80’inden fazlasının daha önce de cerrahi tedavi aldığı saptanmıştır.

Tablo 4.4. MDA-BTSE^{Tr}'nin Semptom Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=107)

MDA-BTSE ^{Tr} Envanteri Alt Boyutları		$\bar{X} \pm SS$	Min-Max
MDA-BTSE ^{Tr} Envanteri 1. Bölüm	<u>Duygusal Semptomlar</u>	4,13(±1,7)	0-8,60
	Bitkinlik	7,66(±2,1)	0-10
	Uyku Bozukluğu	5,93(±2,2)	0-9
	Sıkıntı Hissi	4,12(±2,9)	0-10
	Üzüntü Hissi	5,65(±2,6)	0-10
	Sinirlilik/Asabilik/Hırçınlık	3,97(±2,7)	0-9
	<u>Bilişsel Semptomlar</u>	1,29(±1,6)	0-6
	Hatırlama Güçlüğü	1,59(±2,4)	0-8
	Anlama Güçlüğü	1,34(±2,3)	0-9
	Konsantrasyon Güçlüğü	2,34(±2,7)	0-9
	Konuşma Güçlüğü	2,79(±2,9)	0-10
	<u>Fokal Nörolojik Bozukluklar</u>	3,70(±1,9)	0,7-9
	Ağrı	2,60(±2,5)	0-7
	Hissizlik/Karınçalanma/Uyuşma	3,02(±2,8)	0-9
	Güçsüzlük	1,26(±2,4)	0-9
	Nöbet	3,27(±3,3)	0-10
	<u>Tedavi Değerlendirme Semptomları</u>	2,50(±2,1)	0-7,6
	İştahsızlık	3,38(±3,4)	0-8
	Uyku Hali	1,39(±2,3)	0-8
Ağız Kuruluğu	0,87(±2,0)	0-10	
<u>Genel Semptomlar</u>	2,37(±1,6)	0-6,5	
Nefes Darlığı	1,39(±2,3)	0-8	
Görme Bozukluğu	0,87(±2,0)	0-8	
Görünüştaki Değişiklik	1,26(±2,4)	0-9	
Dışkılama Alışkanlığı	2,37(±1,6)	0-10	
<u>GİS Semptomları</u>	2,69(±2,3)	0-8,5	
Bulantı	2,97(±2,4)	0-8	
Kusma	2,07(±2,5)	0-9	
MDA-BTSE ^{Tr} Envanteri 2. Bölüm	<u>Birevin Yaşamının Engellenmesi</u>	2,76±2,1	0-8,8
	Günlük Aktivite	4,17±3,0	0-10
	Duygu Durumu	3,35±3,0	0-10
	İş (ev işleri dâhil)	3,78±3,1	0-10
	Diğer İnsanlarla İlişkiler	1,50±2,4	0-10
	Yürüme	2,85±3,2	0-10
	Yaşamdan zevk alma	0,96±2,3	0-10

Tablo 4.4'te Hastaların MDA-BTSE^{Tr} den aldıkları semptom puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Envanterdeki düzenlemeyle ilişkili olarak tablonun birinci bölümünde yer alan semptom madde ve alt boyutlarının şiddeti 0-10 arasında değerlendirildiğinde; en düşük ortalama ile genel semptomlardan 0,87(±2,0) ile görme bozukluğu, tedavi değerlendirme semptomlarından 0,87(±2,0) ile ağız kuruluğu, en yüksek ortalama ile duygusal semptomlardan 7,66(±2,1) ile bitkinlik ve 5,93(±2,2) ile uyku bozukluğunun görüldüğü saptanmıştır.

Tablonun ikinci bölümünde semptomlar nedeniyle bireyin yaşamının engellenmesi alt boyutu incelendiğinde ise, en fazla günlük aktivitelerinin 4,17(±3,0), en az yaşamdan zevk alma 0,96(±2,3) alanının engellendiği belirlenmiştir.

Tablo 4.5. MDA-BTSE^{Tr} Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=107)

MDA-BTSE ^{Tr} 'nin Alt Boyutları	$\bar{X} \pm (SS)$	Min-Max
Duygusal Semptomlar	4,13(±1,7)	0-8,6
Bilişsel Semptomlar	1,29(±1,6)	0-6
Fokal Nörolojik Bozukluklar	3,70(±1,9)	0,7-9
Tedavi Değerlendirme Semptomları	2,57(±2,1)	0-7,6
Genel Semptomlar	2,37(±1,6)	0-6,5
Gis Semptomları	2,69(±2,3)	0-8,5
Bireyin Yaşamının Engellenmesi	2,76(±2,1)	0-8,8

Tablo 4.5'te hastaların MDA-BTSE^{Tr} Ölçeğinin Alt Boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; duygusal semptomlar 4,13(±1,7) puan ortalamalarının en yüksek ve bilişsel semptomlar 1,29(±1,6) puan ortalamalarının en düşük olduğu bulunmuştur. Genel olarak her bir boyutta alınan puan ortalamalarının, minimum 0 maksimum 10 puan alınabilen ölçek değerlendirmesine göre 5'in altında olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.6. BKTFD^{Tr} Ölçeğinin Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=107)

BKTFD^{Tr} Ölçeği ve Alt Boyutları	$\bar{X} \pm (SS)$	Min-Max
Fiziksel Durum	11,7($\pm 5,0$)	0-24
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	16,1($\pm 3,8$)	6-25
Duygusal Durum	11,4($\pm 3,6$)	0-20
Faaliyet Durumu	9,4($\pm 3,4$)	0-20
İlave Durumlar	55,0($\pm 9,4$)	0-71
*BKTFD^{Tr} Ölçek Toplam Puanı	103,8($\pm 15,5$)	27-139

**Fonksiyonel Değerlendirme Toplam Puanı*

Tablo 4.6’da çalışmaya alınan hastaların *BKTFD^{Tr}* alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamaları incelenmiştir. İlave durumlar alt boyutunun 55,0($\pm 9,4$) puan ortalaması ile en yüksek, faaliyet durumu alt boyutunun 9,4($\pm 3,4$) puan ortalaması ile en düşük olduğu ve “*BKTFD^{Tr} toplam ölçek puanı*” ortalamasının 103,8($\pm 15,5$) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre BKTFD^{Tr} Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=107)

Demografik Özellik-ler	n	Fiziksel Durum $\bar{X}\pm SS$	Sosyal Yaşam ve Aile Durumu $\bar{X}\pm SS$	Duygusal Durum $\bar{X}\pm SS$	Faaliyet Durumu $\bar{X}\pm SS$	İlave Durumlar $\bar{X}\pm SS$	Fonksiyonel Değerlendirme Toplam $\bar{X}\pm SS$
<u>Yaş</u>							
40 yaş ve altı	37	11,2±5,5	15,7±4,4	11,1±3,1	9,4±3,5	55,3±7,4	103,0±11,1
41-50	25	12,5±5,1	16,5±3,0	11,2±4,6	9,4±4,0	53,4±13,3	103,1±21,4
51-60	22	12,8±4,8	16,0±4,0	11,7±3,7	9,5±2,9	57,3±7,3	107,5±15,9
61 ve üzeri	23	10,7±4,2	16,3±3,5	11,9±3,2	9,4±3,3	53,8±8,9	102,3±14,0
F=		0,923	0,206	0,296	0,012	0,805	0,528
p=		0,43	0,89	0,82	0,99	0,49	0,66
<u>Cinsiyet</u>							
Kadın	51	11,2±5,0	16,3±3,8	11,8±3,4	9,8±3,3	55,6±8,3	104,9±13,9
Erkek	56	12,2±5,0	15,8±3,8	11,1±3,8	9,1±3,5	54,4±10,3	102,8±17,0
t=		-1,094	0,669	0,991	1,018	0,657	0,665
p=		0,27	0,50	0,32	0,31	0,51	0,50
<u>Öğrenim Durumu</u>							
İlkokul ve Altı	24	11,3±5,0	15,1±3,3	12,1±2,5	9,7±2,7	52,7±7,3	101,2±9,1
Ortaokul	23	11,7±4,2	16,1±3,3	10,9±3,9	9,1±3,0	52,1±13,6	100,0±21,2
Lise	34	11,5±5,5	16,4±4,7	11,7±3,8	9,7±3,5	56,2±8,0	105,6±15,5
Üniversite ve Üzeri	26	12,5±5,2	16,5±3,3	10,9±3,9	9,1±4,2	58,0±7,2	107,2±14,1
F=		0,250	0,737	0,661	0,259	2,333	1,272
p=		0,86	0,53	0,57	0,85	0,07	0,28
<u>Medeni Durum</u>							
Evli	65	11,7±5,1	16,6±3,5	11,2±3,8	9,7±3,7	55,2±10,4	104,7±17,8
Bekar	25	13,0±5,0	14,5±4,2	11,8±3,3	9,4±3,5	55,7±6,7	104,5±9,1
Dul	17	10,1±4,3	16,4±3,6	11,5±3,2	8,5±2,0	52,8±8,9	99,5±13,7
F=		1,669	2,789	0,186	0,770	0,538	0,755
p=		0,19	0,06	0,83	0,46	0,58	0,47

$p < 0.05$ düzeyinde anlamlıdır. t =independentsample T testi, F = Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Tablo 4.7. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre BKTFD^{Tr} Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=107) (Devam)

Demografik Özellikler	n	Fiziksel Durum X̄±SS	Sosyal Yaşam ve Aile Durumu X̄±SS	Duygusal Durum X̄±SS	Faaliyet Durumu X̄±SS	İlave Durumlar X̄±SS	Fonksiyonel Değerlendirme Toplam X̄±SS
<u>Meslek</u>							
Emekli	19	11,6±4,4	15,7±3,3	12,0±3,5	9,6±3,8	56,5±7,3	105,7±14,9
Esnaf-Ticaret	28	12,5±5,4	16,7±4,4	10,1±4,6	8,7±4,0	53,7±13,1	102,0±20,2
Ev hanımı	34	10,5±4,8	16,7±3,7	11,7±3,1	9,6±2,6	54,3±8,2	102,9±14,4
Diğer (bilgisayarmühendisi, hemşire, öğretim görevlisi gibi)	26	12,6±5,2	14,8±3,4	12,1±2,8	9,8±3,4	56,1±7,3	105,6±11,7
F=		1,196	1,576	1,760	0,535	0,524	0,380
p=		0,31	0,20	0,16	0,65	0,66	0,76
<u>Çalışma Durumu</u>							
Çalışıyor	43	13,0±5,6	15,7±4,2	10,8±4,3	9,2±4,0	55,6±11,3	104,5±18,0
Çalışmıyor	64	10,9±4,4	16,3±3,5	11,8±3,0	9,6±3,0	54,6±7,9	103,3±13,8
t=		2,126	-0,761	-1,343	-0,505	0,547	0,396
p=		0,03	0,44	0,18	0,63	0,58	0,69
<u>Gelir Durumu</u>							
Gelirim giderimden az	47	11,1±4,7	15,5±3,0	11,7±3,0	9,7±2,7	53,8±7,7	102,0±13,5
Gelirim giderime eşit	36	12,7±5,2	15,9±4,3	11,3±4,4	9,1±4,1	55,0±12,0	104,3±18,8
Gelirim giderimden fazla	24	11,5±5,2	17,4±4,2	10,9±3,5	9,4±3,5	57,2±7,6	106,6±13,9
F=		1,073	1,896	0,396	0,281	1,050	0,713
p=		0,34	0,15	0,67	0,75	0,35	0,49
<u>Sosyal Güvencenin Masrafları Karşılama Durumu</u>							
Kısmen Kapsıyor	25	13,5±5,4	15,7±4,4	11,2±4,2	9,5±4,5	58,6±7,9	108,7±14,7
Kapsamıyor	82	11,2±4,8	16,2±3,6	11,5±3,4	9,4±3,0	53,9±9,5	102,3±15,5
t=		2,045	-0,583	-0,278	0,056	2,237	1,805
p=		0,04	0,56	0,78	0,96	0,02	0,07
<u>Refakatçi</u>							
Eşim	42	11,6±5,4	16,7±3,2	10,9±4,3	9,6±3,8	54,0±11,5	103,0±20,1
Annem-Babam-Kardeşim	41	12,5±4,9	15,1±4,2	12,1±2,6	9,6±3,2	56,1±7,1	105,6±12,5
Çocuğum	17	9,3±3,6	16,4±3,4	11,4±3,2	9,7±2,6	55,1±8,4	102,1±10,3
Arkadaş veya özel bakıcı	7	13,8±5,2	17,4±4,8	10,5±4,8	7,1±4,2	53,4±9,9	102,4±12,3
F=		2,073	1,624	0,985	1,150	0,416	0,307
p=		0,10	0,18	0,40	0,33	0,74	0,82

Tablo 4.7’de hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre BKTFD^{Tr} ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tanımlayıcı özelliklerden, yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, refakatçi bulunma durumuna göre BKTFD^{Tr} ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Yaş gruplarına bakıldığında; fiziksel durum puan ortalaması açısından 41-60 yaş arası birbirine yakın, 61 yaş ve üzeri en düşük ($\bar{x}=10,7\pm 4,2$); duygusal durum ve faaliyet durumu puan ortalaması açısından birbirine benzer; ilave durumlar puan ortalaması açısından 41-50 yaş arası ve 61 yaş ve üzeri en düşük (sırasıyla $\bar{x}=53,4\pm 13,3$ ve $\bar{x}=53,8\pm 8,9$), 51-60 yaş arası en yüksek ($\bar{x}=57,3\pm 7,3$); fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalaması ($\bar{x}=107,5\pm 15,9$) 50 yaş ve altında birbirine yakın, 51-60 yaş arası en yüksek ($\bar{x}=107,5\pm 15,9$) bulunmuştur. Yaş gruplarına göre yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Cinsiyet gruplarına göre sosyal yaşam ve aile durumu, duygusal durum, faaliyet durumu, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamaları kadınlarda yüksek iken, fiziksel durum puan ortalaması ($\bar{x}=12,2\pm 5,0$) açısından erkekler en yüksek bulunmuş, ancak hiçbir cinsiyet grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Öğrenim durumuna göre üniversite ve üzerinde eğitim alanların yaşam kaliteleri en yüksek bulunurken ($\bar{x}=107,2\pm 14,1$), ikinci en yüksek yaşam kalitesi düzeyi ($\bar{x}=105,6\pm 15,5$) lise eğitimi alan grupta bulunmuştur. Eğitim grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Medeni duruma göre incelendiğinde fonksiyonel durum toplam puan ortalaması bekâr ve evli hastalarda birbirine benzer ve dul bireylere göre yüksektir. Sosyal yaşam ve aile durumu açısından bekârların ($\bar{x}=14,5\pm 4,2$), duygusal durum açısından da evli bireylerin ($\bar{x}=11,2\pm 3,8$) yaşam kalitesi düşük bulunmuştur. Fakat yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Meslek grubuna göre incelendiğinde; fonksiyonel durum değerlendirmesi puan ortalaması esnaf ve ticaretle uğraşanlar ve ev hanımlarında benzer ve en düşük bulunmuştur. Ev hanımlarında özellikle fiziksel durum ve ilave durumlar yaşam kalitesi puan ortalaması düşük iken,

esnaf ve ticaretle uğraşanlarda duygusal durum, faaliyet durumu ve ilave durumlar puan ortalaması düşük bulunmuştur. İlave durumlar ($\bar{x}=56,5\pm7,3$) ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalaması ($\bar{x}=105,7\pm14,9$) açısından emekli olan bireylerin yaşam kalitesi daha yüksektir. Yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışma durumuna göre bakıldığında; fiziksel durum, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puanları çalışanlarda yüksek iken, sosyal yaşam ve aile durumu, duygusal durum, faaliyet durumu toplam puanları çalışmayanlarda yüksek olduğu görülmektedir. İlave durumlar, sosyal yaşam ve aile durumu, faaliyet durumu, duygusal durum ve fonksiyonel değerlendirme toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, çalışanların fiziksel durum puanları ($\bar{x}=13,0\pm5,6$), çalışmayanların fiziksel durum puanlarından ($\bar{x}=10,9\pm4,4$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Sosyal güvencenin karşılama durumuna göre incelendiğinde; sigortası kısmen kapsayanların fiziksel durum, faaliyet durumu, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puanı yüksek iken, sigortası kapsamayanların ise duygusal durum ile sosyal yaşam ve aile durumu puanları yüksek bulunmuştur. Sosyal güvencesi masraflarını kısmen karşılayanların fiziksel durum puan ortalamaları ($\bar{x}=13,5\pm5,4$) ve ilave durumlar puan ortalamaları ($\bar{x}=58,6\pm7,9$) karşılamayanlardan (sırasıyla $\bar{x}=11,2\pm4,8$ ve $\bar{x}=53,9\pm9,5$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Refakatçi bulunma durumuna göre incelendiğinde; fiziksel durum puan ortalaması açısından refakatçisi arkadaş ve özel bakıcı olanların yüksek, çocuğu refakat edenlerin düşük, sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalaması açısından refakatçisi arkadaş ve özel bakıcı olanların yüksek, diğer grupların puan ortalaması birbirine yakın ve düşük, duygusal durum puan ortalaması açısından refakatçisi eş, anne, baba ve kardeş olanların yüksek iken arkadaş ve özel bakıcı olanların düşük, faaliyet durumu puan ortalaması açısından eş, anne, baba ve kardeş olanların yüksek ve birbirine yakın iken, arkadaş ve özel bakıcı olanların düşük, ilave durumlar puan ortalaması açısından anne, baba ve kardeş olanların yüksek ve diğerleri birbirine benzer ve düşük, fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalaması açısından anne, baba ve kardeş olanların en yüksek ($\bar{x}=105,6\pm12,5$) ve diğerleri birbirine yakın bulunmuştur. Yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.8. Hastaların Hastalığa İlişkin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre BKTFD^{Tr} Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=107)

Hastalığa ilişkin bilgiler	n	Fiziksel Durum X̄±SS	Sosyal Yaşam ve Aile Durumu X̄±SS	Duygusal Durum X̄±SS	Faaliyet Durumu X̄±SS	İlave Durumlar X̄±SS	Fonksiyonel Değerlendirme Toplam X̄±SS
<u>Kronik Hastalık Durumu</u>							
Var	37	11,2±4,6	16,2±3,5	11,2±4,0	8,8±3,4	51,8±12,3	99,4±19,1
Yok	70	12,0±5,2	16,0±3,9	11,5±3,4	9,8±3,4	56,7±7,0	106,2±12,8
t=		-0,790	0,256	-0,442	-1,414	-2,609	-2,185
p=		0,43	0,79	0,65	0,16	0,03	0,03
<u>Tümör Tipi</u>							
Benign	34	12,7±5,1	16,0±4,1	12,1±4,1	10,2±4,2	58,4±7,3	109,7±13,5
Malın	73	11,3±4,9	16,1±3,6	11,1±3,3	9,1±2,9	53,4±9,8	101,1±15,7
t=		1,429	-0,098	1,400	1,538	2,661	2,749
p=		0,15	0,92	0,16	0,18	0,00	0,00
<u>Tümör Evresi</u>							
1.Evre	19	13,3±6,0	15,5±4,7	11,4±4,4	9,6±4,7	57,8±7,7	107,8±14,1
2.Evre	46	11,7±5,2	15,6±3,7	11,9±3,5	9,2±3,0	55,3±8,1	103,9±13,5
3.Evre	28	11,7±4,5	16,4±3,8	11,4±2,8	9,6±2,4	55,6±7,7	104,8±13,7
4.Evre	14	9,7±3,5	17,7±2,3	10,0±4,2	9,7±4,6	48,7±15,2	96,0±24,0
F=		1,366	1,269	0,989	0,142	2,813	1,665
p=		0,25	0,28	0,40	0,93	0,04	0,17
PostHoc=						1>4,2>4,3>4(p<0.05)	
<u>Tanı tarihi</u>							
0-3yıl	78	10,8±4,6	17,1±3,6	11,3±3,5	9,7±3,3	55,1±7,6	104,2±14,4
4 yıl ve üzeri	29	14,2±5,3	13,4±2,9	11,6±3,8	8,6±3,6	54,6±13,2	102,6±18,4
t=		-3,207	4,823	-0,281	1,458	0,242	0,482
p=		0,00	0,00	0,77	0,14	0,80	0,63
<u>Daha Önce Beyin Ameliyatı Olma Durumu</u>							
Oldum	44	11,6±5,2	15,7±3,6	11,6±2,9	9,3±2,5	55,0±7,3	103,4±12,7
Olmadım	63	11,8±4,9	16,3±3,9	11,3±4,0	9,5±4,0	55,0±10,6	104,1±17,3
t=		-0,160	-0,816	0,368	-0,248	0,024	-0,206
p=		0,87	0,41	0,71	0,79	0,98	0,83

*Post-Hoc analizi olarak Scheffe Testi kullanılmıştır.

Tablo 4.8’de hastaların hastalığa ilişkin bazı tanıtıcı özelliklerine göre BKTFD^{Tr} ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Daha önce beyin ameliyatı olma durumu dışında, kronik hastalık bulunma, tümör tipi, tümör evresi, tanı tarihine göre BKTFD^{Tr}ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0,05$).

Kronik hastalığın bulunma durumuna göre incelendiğinde; her iki grupta bireylerin sosyal yaşam ve aile durumu ile duygusal durum puan ortalamaları benzer, kronik hastalığı bulunmayanların fiziksel durum, faaliyet durumu, ilave durumlar, fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalaması yüksek bulunmuş ve fiziksel durum, sosyal yaşam ve aile durumu, duygusal durum ve faaliyet durumu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, ilave durumlar ($\bar{x}=51,8\pm 12,3$) ve fonksiyonel değerlendirme ($\bar{x}=99,4\pm 19,1$) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kronik hastalığı bulunanların puan ortalamaları dolayısı ile yaşam kaliteleri daha düşüktür.

Tümör tipine göre iki grup incelendiğinde, sosyal yaşam ve aile durumu puanları birbirine yakın olduğu görülmüştür. Benign tümörü olan bireylerin hem ilave durumlar puanları ($\bar{x}=58,4$), tümör tipi malign olanların ilave durumlar puanlarından ($\bar{x}=53,4$) yüksek ($p<0,05$) hem de fonksiyonel değerlendirme toplam puanları ($\bar{x}=109,7$), tümör tipi malign olan bireylerden ($\bar{x}=101,1$) yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir($p<0,05$).

Hastalığın tümör evresine göre incelendiğinde, ilave durumlar alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($F=2,813$; $p<0,05$).

Hastalığın tanı tarihine göre bakıldığında, 0-3 yıl olanların sosyal yaşam ve aile durumu, faaliyet durumu, ilave durumlar, fonksiyonel değerlendirme puan ortalamaları yüksek iken, 4 yıl ve üzeri fiziksel durum ve duygusal durum puanları yüksek bulunmuş; duygusal durum, faaliyet durumu, ilave durumlar, fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0,05$). Tanı konma tarihi 0-3 yıl olanların fiziksel durum puanları ($\bar{x}=10,8$), 4 yıl ve üzeri olanların fiziksel durum puanlarından ($\bar{x}=14,2$) düşük ($p<0,05$), sosyal yaşam ve aile durumu puanları ($\bar{x}=17,1$), 4 yıl ve üzeri olanların sosyal yaşam ve aile durumu puanlarından ($\bar{x}=13,4$) yüksek

bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Daha önce beyin ameliyatı olma durumuna göre incelendiğinde; daha önce beyin ameliyatı olmayanların fiziksel durum, sosyal yaşam ve aile durumu, faaliyet durumu, ilave durumlar, fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalaması yüksek iken, daha önce beyin ameliyatı olanların duygusal durum puan ortalaması ($\bar{x}=11,6\pm 2,9$) yüksek bulunmuş ve yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).



Tablo 4.9. Hastaların Tedavi İlişkin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre BKTFD^{Tr} Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=107)

Tedaviye ilişkin bilgiler	n	Fiziksel Durum	Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	Duygusal Durum	Faaliyet Durumu	İlave Durumlar	Fonksiyonel Değerlendirme Toplam
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
<u>Kortikosteroid</u>							
Var	106	11,0±4,7	16,3±3,6	10,6±3,0	9,0±3,6	53,8±9,6	100,4±15,6
Yok	1	13,6±6,1	16,2±4,2	12,6±4,4	9,5±4,8	60,7±5,7	110,6±14,6
	t=	-1,606	1,102	-0,266	-0,083	-2,915	-2,120
	p=	0,03	0,36	0,82	0,86	0,00	0,03
<u>Antikonvülsan</u>							
Var	89	11,4±4,7	16,2±3,6	11,4±3,4	9,4±3,1	53,8±9,6	102,4±15,5
Yok	18	13,6±6,1	15,2±4,6	11,6±4,4	9,5±4,8	60,7±5,7	110,8±14,0
	t=	-1,704	1,013	-0,266	-0,093	-2,915	-2,120
	p=	0,09	0,31	0,79	0,94	0,00	0,03
<u>Analjezik</u>							
Var	103	18,0±4,7	16,6±3,6	11,5±3,2	11,0±3,6	63,8±9,5	110,4±15,6
Yok	4	13,6±5,8	14,2±4,2	10,3±2,2	8,5±4,8	50,7±5,2	100,6±12,6
	t=	-1,502	1,118	-0,156	-0,073	-2,315	-2,020
	p=	0,06	0,36	0,72	0,66	0,03	0,03
<u>Antiemetik</u>							
Var	62	11,3±4,4	15,7±3,2	11,0±3,4	9,5±3,3	52,5±9,9	100,2±15,2
Yok	45	12,3±5,8	16,6±4,5	11,9±3,8	9,4±3,6	58,4±7,4	108,8±14,8
	t=	-1,011	-1,227	-1,207	0,218	-3,357	-2,897
	p=	0,33	0,24	0,23	0,82	0,00	0,00
<u>Diğer İlaçlar</u>							
Var	35	11,1±4,7	16,2±3,3	11,8±3,6	9,2±2,8	53,1±8,0	101,5±13,7
Yok	72	12,0±5,1	16,0±4,0	11,2±3,6	9,5±3,7	55,9±9,9	104,9±16,3
	t=	-0,902	0,165	0,676	-0,475	-1,466	-1,083
	p=	0,36	0,87	0,50	0,63	0,14	0,28
<u>Daha Önce Hastalığa Dair Uygulanan Tedavi</u>							
Cerrahi Tedavi alan	44	11,2±4,6	16,3±3,5	11,3±3,7	9,4±3,5	54,6±9,7	102,9±15,7
Diğer Tedaviler (radyoterapi, kemoterapi, gammaknife)	17	14,5±6,1	14,7±4,8	12,1±2,6	9,9±3,0	57,1±7,4	108,4±13,9
	t=	-2,508	1,663	-0,887	-0,589	-1,002	-1,339
	p=	0,01	0,09	0,37	0,55	0,31	0,18

Tablo 4.9’da hastaların tedaviye ilişkin bazı tanıtıcı özelliklerine göre BKTFD^{Tr} ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Diğer ilaç kullanım durumlarına göre BKTFD^{Tr}ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kortikosteroid kullanım durumlarına göre incelendiğinde, sosyal yaşam ve aile durumu dışında, fiziksel durum, duygusal durum, faaliyet durumu, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamaları kortikosteroid kullanmayan bireylerde daha yüksektir. Fiziksel durum, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Antikonvülsan kullanım durumlarına göre incelendiğinde, sosyal yaşam ve aile durumu dışında, fiziksel durum, duygusal durum, faaliyet durumu, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamaları antikonvülsan kullanmayan bireylerde daha yüksektir. İlave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Analjezik kullanım durumlarına göre incelendiğinde, fiziksel durum, sosyal yaşam ve aile durumu, duygusal durum, faaliyet durumu, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamaları analjezik kullanan bireylerde daha yüksektir. Fiziksel durum, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Antiemetik kullanım durumlarına göre incelendiğinde; fiziksel durum, sosyal yaşam ve aile durumu, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamaları kullananlarda yüksek, duygusal durum ve faaliyet durumu puan ortalamaları kullanan ve kullananlarda benzer bulunmuştur. Antiemetik kullananların ilave durumlar puanları ($\bar{x}=52,5$), antiemetik kullanmayanların ilave durumlar puanlarından ($\bar{x}=58,4$) düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Antiemetik kullananların fonksiyonel değerlendirme toplam puanları ($\bar{x}=100,2$), antiemetik kullanmayanların fonksiyonel değerlendirme toplam puanlarından ($\bar{x}=108,8$) düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Diğer ilaç kullanım durumlarına göre incelendiğinde; diğer ilaç kullanım durumlarına göre incelendiğinde, diğer ilaç kullanımı olmayan bireylerin fiziksel durum, sosyal yaşam ve aile durumu, faaliyet durumu, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puanları yüksek iken, diğer ilaç kullanımı olan bireylerin duygusal durum puan ortalaması yüksek olduğu ve yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Daha önce cerrahi tedavi alma durumuna göre incelendiğinde; sosyal yaşam ve aile durumu, duygusal durum, faaliyet durumu, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalaması arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir($p>0,05$). Ancak cerrahi tedavi uygulanan bireylerin fiziksel durum puanları ($\bar{x}=11,256$), diğer tedavi uygulananların fiziksel durum puanlarından ($\bar{x}=14,529$) düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.10. Hastaların MDA-BTSE^{Tr} ve BKTFD^{Tr} Ölçeği Puanları Arasında Korelasyon Analizi

		MDA-BTSE ^{Tr} Ölçeği Alt Boyutları							BKTFD ^{Tr} Ölçeği Alt Boyutları						
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
MDA-BTSE ^{Tr} Ölçeği Alt Boyutları	1.Duygusal Semptomlar	r	1,000												
	2.Bilişsel Semptomlar	r	0,385**	1,000											
	3.Fokal Nörolojik Bozukluklar	r	0,395**	0,206*	1,000										
	4.Tedavi Değerlendirme Semptomları	r	0,482**	0,440**	0,304**	1,000									
	5.Genel Semptomlar	r	0,469**	0,223*	0,139	0,285**	1,000								
	6.Gis Semptomları	r	0,482**	0,236*	0,246*	0,507**	0,351**	1,000							
	7.Bireyin Yaşamının Engellenmesi	r	0,396**	0,388**	0,535**	0,307**	0,333**	0,196*	1,000						
BKTFD ^{Tr} Ölçeği Alt Boyutları	8.Fiziksel Durum	r	-0,511**	-0,245*	-0,597**	-0,388**	-0,317**	-0,498**	-0,506**	1,000					
	9.Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	r	0,161	0,197*	0,100	0,206*	0,187	0,132	0,095	-0,354**	1,000				
	10.Duygusal Durum	r	-0,304**	-0,143	-0,277**	-0,126	-0,198*	-0,246*	-0,338**	0,411**	-0,069	1,000			
	11.Faaliyet Durumu	r	-0,252**	-0,002	-0,237*	-0,028	-0,221*	-0,064	-0,305**	0,174	0,218*	0,517**	1,000		
	12.İlave Durumlar	r	-0,334**	-0,425**	-0,072	-0,196*	-0,341**	-0,172	-0,368**	0,293**	-0,111	0,363**	0,293**	1,000	
	13.Fonksiyonel Değerlendirme Toplam	r	-0,455**	-0,322**	-0,330**	-0,230*	-0,359**	-0,305**	-0,510**	0,550**	0,096	0,684**	0,630**	0,823**	1,000

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ düzeyinde anlamlıdır. r : Perason Korelasyon Katsayısı

Tablo 4.10'da Hastaların MDA-BTSE^{Tr} ile BKTFD^{Tr} Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir.

MDA-BTSE^{Tr} semptom alt boyutlarının birbiriyle ilişkisi incelendiğinde;

- Bilişsel semptomlar ile duygusal semptomlar arasında ($r=0.38$) pozitif yönde zayıf ($p<0,05$),
- Fokal nörolojik bozukluklar ile duygusal semptomlar arasında ($r=0.39$) pozitif yönde zayıf, bilişsel semptomlar arasında ($r=0.20$) pozitif yönde çok zayıf ($p<0,05$),
- Tedavi değerlendirme semptomları ile duygusal semptomlar arasında ($r=0.48$), bilişsel semptomlar arasında ($r=0.44$), fokal nörolojik bozukluklar arasında ($r=0.30$) pozitif yönde zayıf ($p<0,05$),
- Genel semptomlar ile; duygusal semptomlar arasında ($r=0.46$) pozitif yönde zayıf, bilişsel semptomlar arasında ($r=0.22$) pozitif yönde çok zayıf, tedavi değerlendirme semptomları arasında ($r=0.28$) pozitif yönde zayıf ($p<0,05$),
- GİS semptomları ile; duygusal semptomlar arasında ($r=0.48$) pozitif yönde zayıf, bilişsel semptomlar arasında ($r=0.23$) pozitif yönde çok zayıf, fokal nörolojik bozukluklar arasında ($r=0.24$) pozitif yönde çok zayıf, tedavi değerlendirme semptomları arasında ($r=0.50$) pozitif yönde orta, genel semptomlar ($r=0.35$) arasında pozitif yönde zayıf ($p<0,05$),
- Bireyin yaşamının engellenmesi ile duygusal semptomlar arasında ($r=0.39$) pozitif yönde zayıf, bilişsel semptomlar arasında ($r=0.38$) pozitif yönde zayıf, fokal nörolojik bozukluklar arasında ($r=0.53$) pozitif yönde orta, tedavi değerlendirme semptomları arasında ($r=0.307$) pozitif yönde zayıf, genel semptomlar arasında ($r=0.33$) pozitif yönde zayıf, GİS semptomları arasında ($r=0.19$) pozitif yönde çok zayıf istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

BKTFD^{Tr} alt boyutlarının birbiriyle ilişkisi incelendiğinde;

- Sosyal yaşam ve aile durumu ile fiziksel durum arasında ($r=-0,35$) negatif yönde zayıf ($p<0,05$),
- Faaliyet durumu ile sosyal yaşam ve aile durumu arasında ($r=0,21$) pozitif yönde çok zayıf, duygusal durum arasında ($r=0,51$) pozitif yönde orta,
- İlave durumlar ile fiziksel durum arasında ($r=0,29$) pozitif yönde zayıf, duygusal durum arasında ($r=0,36$) pozitif yönde zayıf, faaliyet durumu arasında ($r=0,29$) pozitif yönde zayıf, fiziksel durum arasında ($r=0,55$) pozitif yönde orta ($p<0,05$),
- Fonksiyonel değerlendirme toplam puanı ile duygusal durum arasında ($r=0,68$) pozitif yönde orta, faaliyet durumu arasında ($r=0,63$) pozitif yönde orta, ilave durumlar arasında ($r=0,82$) pozitif yönde istatistiksel olarak yüksek ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer değişkenler arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

MDA-BTSE^{Tr} ve BKTFD^{Tr} alt boyutları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde;

- Fiziksel durum ile duygusal semptomlar arasında ($r=-0,511$) orta ($p<0,01$), bilişsel semptomları arasında ($r=-0,245$) negatif zayıf ($p<0,05$), fokal nörolojik bozukluklar arasında ($r=-0,597$) negatif orta ($p<0,01$), tedavi değerlendirme semptomları arasında ($r=-0,388$) negatif zayıf ($p<0,01$), genel semptomlar arasında ($r=-0,317$) negatif zayıf ($p<0,01$), GİS semptomları arasında ($r=-0,498$) negatif zayıf ($p<0,01$), bireyin yaşamının engellenmesi arasında ($r=-0,506$) negatif orta ($p<0,01$),
- Sosyal yaşam ve aile durumu ile bilişsel semptomlar arasında ($r=0,197$) pozitif çok zayıf ($p<0,05$), tedavi değerlendirme semptomları arasında ($r=0,206$) pozitif çok zayıf ($p<0,05$),
- Duygusal durum ile duygusal semptomlar arasında ($r=-0,304$) negatif zayıf ($p<0,01$), fokal nörolojik bozukluklar arasında ($r=-0,277$) negatif zayıf ($p<0,01$), genel semptomlar arasında ($r=-0,198$) negatif çok zayıf ($p<0,05$), GİS semptomları arasında ($r=-0,246$) negatif çok zayıf ($p<0,05$), bireyin yaşamının engellenmesi ile ($r=-0,338$) negatif zayıf ($p<0,01$),
- Faaliyet durumu ile duygusal semptomlar arasında ($r=-0,252$) negatif çok zayıf ($p<0,05$), fokal nörolojik bozukluklar ile ($r=-0,237$) negatif çok zayıf ($p<0,05$), genel semptomlar arasında ($r=-0,221$) negatif çok zayıf ($p<0,05$), bireyin yaşamının engellenmesi ile ($r=-0,305$) negatif zayıf ($p<0,01$),

- İlave durumlar ile duygusal semptomlar arasında ($r=-0,334$) negatif zayıf ($p<0,01$), bilişsel semptomları arasında ($r=-0,425$) negatif zayıf ($p<0,01$), tedavi değerlendirme semptomları arasında ($r=-0,196$) negatif çok zayıf ($p<0,05$), genel semptomlar arasında ($r=-0,341$) negatif zayıf ($p<0,01$), bireyin yaşamının engellenmesi arasında ($r=-0,368$) negatif zayıf ($p<0,01$),
- Fonksiyonel değerlendirme toplam ile duygusal semptomlar arasında ($r=-0,455$) negatif zayıf ($p<0,01$), bilişsel semptomları arasında ($r=-0,322$) negatif zayıf ($p<0,01$), fokal nörolojik bozukluklar arasında ($r=-0,330$) negatif zayıf ($p<0,01$), tedavi değerlendirme semptomları arasında ($r=-0,230$) negatif çok zayıf ($p<0,05$), genel semptomlar arasında ($r=-0,359$) negatif zayıf ($p<0,01$), GİS semptomları arasında ($r=-0,305$) negatif zayıf ($p<0,01$), bireyin yaşamının engellenmesi arasında ($r=-0,510$) negatif orta ($p<0,01$), ilişki bulunmuştur. Diğer değişkenler arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 4.11. MDA-BTSE^{Tr}'nin Alt Boyutlarının BKTFD^{Tr} Toplam Puan Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Fonksiyonel Değerlendirme Toplam	Sabit	122,974	34,929	0,000	8,191	0,000	0,322
	Duygusal Semptomlar	-1,907	-2,003	0,048			
	Bilişsel Semptomlar	-0,927	-1,057	0,293			
	Fokal Nörolojik Bozukluklar	-0,242	-0,296	0,768			
	Tedavi Değerlendirme Semptomları	0,960	1,267	0,208			
	Genel Semptomlar	-1,021	-1,119	0,266			
	GİS Semptomları	-0,855	-1,307	0,194			
	Bireyin Yaşamının Engellenmesi	-2,493	-3,333	0,001			

R: Regresyon analizi, β : regresyon katsayısı, $p<0,05$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.11’de MDA-BTSE^{Tr} nin alt boyutları ile fonksiyonel değerlendirme toplam arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=8,191; p<0.05).

Her bir semptomun fonksiyonel değerlendirme puanı üzerine etkisi incelendiğinde semptom alt boyutlarından bilişsel, fokal nörolojik bozukluklar, genel semptomlar, GİS semptomları ile tedavi değerlendirme semptomlarının, hastaların fonksiyonel değerlendirme puanını etkilemediği; duygusal semptomlar ($\beta=-1,907$) ve bireyin yaşamının engellenmesinin ($\beta=-2,493$) ise fonksiyonel değerlendirme puanını negatif yönde etkilediği ve fonksiyonel değerlendirme puanındaki toplam değişimi istatistiksel olarak %32.2 oranında ($R^2=0,322$) azalttığı belirlenmiştir.



5. TARTIŞMA

Hastaların kendi yaşam kalitelerini değerlendirmeleri, tanı ve tedavinin etkisini artıran açığa çıkmayan boyutları ortaya çıkarırken, bu boyutların sağlık personeli tarafından bilinmesi, hastalık geliştikçe yaşam kalitesini artırmak için gerekli unsurları sağlayabilmektedir. Literatürde kanserli hastaların yaşam kalitesinin yaş, eğitim, fiziksel ve bilişsel bozukluklar, mizaç, cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi gibi hem hastanın sosyodemografik özelliklerine hem de hastalık ve tedaviye ilişkin özelliklerine göre farklılık gösterdiği konusunda kanıtlar bulunmaktadır (2,3,17,18,21,22,24,25,85).

Beyin tümörlü hastalarda, yaşam kalitesini kendi durumlarına uygun olarak geliştirilmiş araçlarla belirleyen çalışmalar genel olarak tüm dünyada özellikle de Türkiye’de sınırlı sayıdadır (2,54). Bu çalışmada beyin tümörlü hastaların yaşam kalitelerini belirlemek üzere geliştirilen “Beyin Kanseri Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi (BKTFD^{Tr})” ölçeğinin ve semptomlarını belirlemek üzere geliştirilen “MD Anderson Beyin Tümörü Semptom Envanteri” nin kullanılması hastaların semptomlarının ve yaşam kalitelerinin doğru yansıtılması açısından araştırmanın güçlü yanını oluşturduğu düşünülmektedir.

Bir vakıf üniversitesi hastanesine başvuran beyin tümörlü hastaların sosyodemografik özelliklerinin, hastalığa ilişkin özelliklerinin ve beyin tümörleri ile ilişkili semptom ve problemleri yansıtan özelliklerinin yaşam kaliteleri üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada Beyin Kanseri Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi (BKTFD^{Tr}) Ölçeğine göre yapılan genel değerlendirmede; hastaların fiziksel durum, duygusal durum, faaliyet durumu puan ortalamaları açısından orta düzeyin altında ve göreceli olarak yaşam kaliteleri düşük, sosyal yaşam ve aile durumu, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamaları açısından ise orta düzeyin üzerinde ve göreceli olarak yaşam kaliteleri yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6). Bu çalışmanın sonucu, BKTFD^{Tr} ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirliğinin incelendiği çalışma ve Gazzotti ve arkadaşlarının (2011) çalışması ile sosyal yaşam ve aile durumu, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamalarının, ortalamanın üzerinde olması yönüyle benzerlik gösterirken, fiziksel durum, duygusal durum, faaliyet durumu puan ortalamalarının ortalamanın altında olması yönüyle farklılık göstermektedir (45).

Araştırmadan elde edilen diğer bulgular aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır;

5.1. Beyin Tümörlü Hastaların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitelerinin Tartışılması

5.2. Beyin Tümörlü Hastaların Hastalığa İlişkin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitelerinin Tartışılması

5.3. Beyin Tümörlü Hastaların Tedaviye İlişkin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitelerinin Tartışılması

5.4. Beyin Tümörlü Hastaların Hastalığa İlişkin Semptom Düzeylerine Göre Yaşam Kalitelerinin Tartışılması.

5.1. Beyin Tümörlü Hastaların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitelerinin Tartışılması

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi sonucunda, yaşam kalitesi puan ortalamaları tüm parametrelere göre fiziksel durum, duygusal durum ve faaliyet durumu alt boyutlarında orta düzeyin altında ve göreceli olarak yaşam kaliteleri düşük, ilave durumlar alt boyutlarında ve fonksiyonel değerlendirme toplam puanında ortalamanın üzerinde ve dolayısıyla yaşam kaliteleri göreceli olarak yüksek bulunmuştur. Çalışma durumu ve sosyal güvencenin masrafları karşılama durumuna göre; fiziksel durum, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması dışında diğer tüm sosyodemografik özelliklere göre yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Yaş gruplarına göre; Fonksiyonel durum toplam puan ortalaması dolayısı ile yaşam kalitesi 61 yaş ve üzerinde en düşük ve 51-60 yaş arasında ise en yüksektir. Mahalakshmi ve Vanisree (2016)' nin çalışmasında yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü belirtilmektedir (75). Bu çalışmada 61 yaş üzerinde yaşam kalitesinin düşük bulunması bu sonuçla benzer özellik göstermekle birlikte 51-60 yaş arasında yaşam kalitesinin yüksek bulunması farklılık göstermektedir (Tablo 4.7). Hassanein ve ark (2001)'nin yaptığı çalışmada bu çalışmadan farklı olarak; genç hastaların ölçekten alınan toplam puanı yansıtan fonksiyonel durumlarının, dolayısıyla yaşam kalitelerinin daha düşük düzeyde olduğu

saptanmıştır (51). Bu çalışma kapsamına alınan beyin tümörlü hastaların yaş ortalaması 47,81(±14,9) olup yaklaşık üçte ikisi 40 yaşından büyüktür. Yaş açısından orta yaş grubundaki hastaların büyük oranda temsil edildiği değerlendirilebilir. Çok genç yaşta hastanın bulunmaması ve yaş gruplarının yetişkin özelliklerini kazanmış kişilerden oluşması bu farkın oluşmamasında etkili olmuş olabilir.

Bu çalışmada fiziksel durum açısından 61 yaş ve üzerinde olanların, duygusal durum açısından 40 yaş altında olanların, faaliyet durumu açısından 51-60 yaş dışındaki diğer tüm yaş gruplarının yaşam kalitesi puan ortalamaları ve yaşam kaliteleri en düşüktür. Sosyal yaşam ve aile durumu açısından 41-50 yaş grubunda olanların, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalaması açısından 51-60 yaş arasında olanların yaşam kaliteleri en yüksektir (Tablo 4.7). Ancak yaş gruplarına göre yapılan karşılaştırmalarda bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Literatürde de beyin tümörlü hastaların yaşam kalitelerinin yaşa göre değişmediği belirtilmektedir (1,2,36,74,82,103).

Bu çalışmada cinsiyet dağılımı açısından erkeklerin oranı kadın hastalardan fazla olmakla birlikte kadın hastalar, katılımcıların yarısına yakınına oluşturmaktadır. Literatürde de beyin tümörlerinin erkeklerde daha fazla oranda görüldüğü belirtilmektedir (22,33,43,47,74,79).

Cinsiyete göre; fonksiyonel durum toplam puan ortalaması dolayısı ile yaşam kalitesi kadınlarda erkeklere göre yüksek bulunmuştur. Fiziksel durum açısından kadınların yaşam kaliteleri düşük iken, sosyal yaşam ve aile durumu, duygusal durum, faaliyet durumu, ilave durumlar açısından yaşam kaliteleri en yüksektir. (Tablo 4.7). Bu çalışmadan farklı olarak Taphoorn ve arkadaşlarının (2010) beyin tümörlü hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, kadınların yaşam kalitesinin erkeklerden daha düşük düzeyde olduğu bulunmuştur (97). Mainio ve arkadaşlarının (2006) beyin tümörlü hastaların preoperatif dönem, postoperatif dönem ve 1 yıllık takiplerinde değerlendirdikleri yaşam kalitelerinin, yine kadın hastalarda erkeklerden daha düşük düzeyde olduğubelirlenmiş ve kadınların yaşam kalitesi puan ortalamalarının düşük olmasının sebebinin psikososyal durumları, anksiyete ve depresyon durumları ile ilişkili olduğu değerlendirilmiştir (73). Janda ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da gliomalı kadın hastaların yaşam kalitesi düşük olmakla birlikte cinsiyete göre puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (65).

Bu çalışmada da hastaların semptom değerlendirmelerinde duygusal durum semptomları yükseldikçe yaşam kalitelerinin azaldığı belirlenmiştir, ancak hastaların cinsiyetine göre duygu durumları birlikte ele alınarak buna göre yaşam kalitesi değerlendirilmediğinden bunun etkisi ortaya konulamamıştır. Bu çalışmada araştırma kapsamına alınan beyin tümörlü hastaların meslekleri cinsiyetlerine göre sorgulanmamakla birlikte, %31,8'i ev hanımıdır. Türk kültüründe kadınların aile içinde daha fazla sorumluluk üstlenmeleri ve sorun çözme becerilerini artırmaları, duygularını dışa vurmalarının kültürel olarak daha kabul edilebilir olması, duygusal durumlarının daha az oranda etkilenmesine yol açmış olabilir. Fiziksel durum açısında kadınların yaşam kalitelerinin düşük bulunması ise, yine kadınların üstlendikleri diğer sorumluluklar nedeniyle bu alanda yüklerinin fazla olması ile açıklanabilir. Fiziksel durum dışında, Altıparmak ve arkadaşlarının (2011) rol, emosyonel ve sosyal fonksiyonlara ait, Karaman'ın (2013) genel iyilik hali, psikolojik fonksiyonlar, sosyal fonksiyonlar ve toplam fonksiyonel yaşam puan ortalamaları bu çalışmaya benzer şekilde kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Ancak bu çalışmada Altıparmak ve arkadaşlarının (2011) ve Karaman'ın (2013) çalışmalarında olduğu gibi cinsiyete göre puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (3,56).

Yaranoğlu'nun (2012) ve Çalışkan ve arkadaşlarının (2015) kanser hastalarında yaşam kalitesini değerlendirmek için yaptıkları çalışmalarda da cinsiyetin yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı bildirilmiştir (25,118).

Öğrenim durumuna göre; bu çalışmada beyin tümörlü hastaların yarısından fazlasının lise ve üzerinde eğitim aldıkları belirlenmiştir. Öğrenim durumuna göre üniversite ve üzerinde eğitim alanların yaşam kaliteleri en yüksek bulunurken, ikinci en yüksek yaşam kalitesi düzeyi lise eğitimi alan grupta bulunmuştur (Tablo 4.7).

Literatürde eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ve eğitimin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği gösterilmektedir (81,82,90,98). Özkan ve Ögce'nin (2008), yapmış oldukları çalışmada da kanserli hastalarda eğitim seviyesi arttıkça hastaların fonksiyonel yaşam kalitesi puan ortalamasının arttığı bildirilmiştir (78). Eğitim düzeyinin artması, hastaların problem çözme becerisini, hastalık ve tedavi sürecini anlamasını, belirsizlikler azaldığında anksiyete ve stres düzeyinin azalması sonucunda yaşam kalitelerinin artmasını sağlayabilir. Bu doğrultuda bu çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan hastaların yaşam kalitesinin yüksek olması Özkan

ve Ögce'nin çalışması ile benzerlik göstermekle birlikte, eğitim düzeyi açısından farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmaması literatürde bazı çalışmalarda eğitim durumuna göre yaşam kalitesinin değişmediğini bildiren çalışmalarla tutarlılık göstermektedir (4,17,18,24). Ayrıca bu çalışmada, araştırma kapsamına alınan kanserli hastaların farklı eğitim düzeylerinde olmalarına karşın, çoğunluğunun gelir düzeyinin genel popülasyona göre ortalamanın üzerinde olması (geliri giderinden düşük olan grubun oranının düşük olması), kişilerin kendilerini geliştirmelerine fırsat yaratmış ve formal eğitime bağlı olabilecek yaşam kalitesini etkileyen farkları ortadan kaldırmış olabilir.

Medeni duruma göre; fonksiyonel durum toplam puan ortalaması bekâr ve evli hastalarda birbirine benzer ve dul bireylere göre yüksektir (Tablo 4.7). Fonksiyonel durum ve dolayısıyla yaşam kalitesinin dullarda düşük olması destek sistemlerinin yetersiz olması ile ilişkili olabilir. Ancak dulların sosyal yaşam ve aile durumları alt boyutu puan ortalamalarının yüksek olması desteklerinin yeterli olduğunu düşündürmektedir. Dul hastaların fiziksel durum, faaliyet durumu ve ilave durumlar puan ortalamalarının düşük olması, toplam fonksiyonel durum puanlarını düşürmüştür. Bu çalışmada medeni durum ile hastalığa ilişkin diğer durumların etkisi aynı anda incelenmediği için dul hastaların hastalık durumları nedeniyle etkilenip etkilenmedikleri değerlendirilememektedir. Sosyal yaşam ve aile durumu açısından bekârların, duygusal durum açısından da evli bireylerin yaşam kalitesi düşük bulunmuştur. Bekarlar destek sistemlerinin yetersiz olması, evlilerin ise eş ve çocuklarının hastalıktan dolayı olumsuz duygular yaşamalarını istememeleri nedeniyle kendilerinin aile içinde daha fazla duygusal yük taşımaları sonucu bu alanlarda yaşam kaliteleri düşmüş olabilir. Ancak bu çalışmada, medeni duruma göre yapılan karşılaştırmalarda farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Benzer şekilde literatürde de medeni duruma göre hastaların yaşam kalitesi arasında fark olmadığı bildirilmiştir (59,65,66). Bu çalışmadan farklı olarak Aplaç ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada, bekâr olmanın yaşam kalitesi üzerine negatif etkisi olduğu belirtilmektedir (4).

Meslek gruplarına göre; fonksiyonel durum değerlendirme puan ortalaması dolayısıyla yaşam kalitesi esnaf ve ticaretle uğraşanlar ve ev hanımlarında benzer ve en düşük bulunmuştur. Ev hanımlarında özellikle fiziksel durum ve ilave durumlar yaşam kalitesini düşürürken, esnaf ve ticaretle uğraşanlarda duygusal durum, faaliyet durumu ve ilave durumlar düşürmektedir (Tablo 4.7). Hem ev hanımları (eve ilişkin) hem de esnaf

ve ticaretle uğraşanlar (iş yaşamına ilişkin) sorumlulukları devam ettiği için yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmiş olabilir. İlave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalaması açısından emekli olan bireylerin yaşam kalitesi daha yüksektir. İşe ilişkin sorumluluklarının olmaması bunu etkilemiş olabilir.

Bu çalışmaya benzer şekilde Eski ve Fesci (2002)'nin çalışmasında da mesleki durumlarına göre emekli ve memurların yaşam kalitesi puanları yüksek bulunurken, ev hanımlarının ki düşük bulunmuştur. Ancak bu çalışmada, gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken, Fesci'nin çalışmasında gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (42,43). Bu yönüyle benzerlik göstermemektedir. Bektaş'ın çalışmasında da emekli ve serbest meslek grubunun fonksiyonel durumlarının, ev hanımı, memur ve işçilerin durumuna kıyasla daha iyi olduğu belirtilmiştir. Dedeli ve arkadaşlarının (2008) mesleğin fonksiyonel durum üzerinde etkili olmadığı sonucuna ulaştığı çalışması, bu çalışmanın sonucunu desteklemektedir (33).

Çalışma durumuna göre incelendiğinde; çalışmayanların fonksiyonel durum değerlendirmesi puan ortalaması dolayısıyla yaşam kaliteleri çalışanlara göre daha düşüktür (Tablo 4.7). Bu sonuç, Yaranoglu'nun (2012) çalışan kesimin fonksiyonel durumunu daha iyi bulduğu çalışması ile benzerdir. Çalışmayanların fiziksel durum ve ilave durumlar puan ortalamalarının düşük olması yaşam kalitelerini düşürmüştür. Faaliyet durumu puan ortalamaları her iki grupta da benzer iken, sosyal yaşam ve aile durumu ve duygusal durum puan ortalamaları ise çalışanlarda daha düşük bulunmuştur. Çalışanların bu alanlarda daha düşük puan alması hastalık nedeni ile işi sürdürmede güçlük yaşamaları nedeniyle, aile ve sosyal yaşam konusunda kaygı yaşamaları ve duygusal olarak daha fazla yük hissetmeleri ile ilişkili olabilir. Bununla birlikte bu çalışmada çalışma durumuna göre fonksiyonel durum boyutlarına ilişkin farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuç, Yaranoglu'nun (2012) çalışması ile bu anlamda da benzerlik göstermektedir (118).

Gelir durumuna göre incelendiğinde; geliri giderinden fazla olan hastaların fonksiyonel değerlendirme puan ortalaması dolayısıyla yaşam kaliteleri diğer gelir durumlarına göre daha yüksektir ve sosyal yaşam ve aile durumu ve ilave durumlar puanları da bu grupta en yüksek bulunmuştur. Ancak gelir grupları arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 4.7). Bununla birlikte literatürde gelir duru-

munun iyi olmasının hastaların yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (16,18,22). Sezgin (2015), lenfomalı hastalarda semptom kümelemesi ve fonksiyonel duruma etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, hastaların finansal durumlarının kötü olmasının fonksiyonel durumlarını olumsuz etkilediğini bildirmiştir ($p<0,05$) (92). Bu çalışmada, geliri giderine eşit olanların fiziksel durum puan ortalamaları yüksek iken, geliri giderinden az olan bireylerin ise duygusal durum puan ortalamaları daha yüksektir. Ancak gelir durumlarına göre bu puanlar diğer grupların aldıkları puanlara yakındır ve yapılan karşılaştırmalarda bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Hastaların sosyal güvencesinin tedaviyi karşılama durumlarına göre incelendiğinde, sosyal güvencesi masraflarını kısmen karşılayanların, fonksiyonel değerlendirme toplam puan, fiziksel durum ve ilave durumlar puan ortalamaları karşılamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer alt boyutlarda puan ortalamaları birbirine yakın ve sosyal güvencenin masraflarını karşılama durumlarına göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Bu çalışmada istatistiksel fark bulunmama ile birlikte geliri giderinden fazla olanların da yaşam kaliteleri yüksek bulunmuştur. Kanser hastaları tedavi masrafları ve hastalık ve tedavinin yarattığı semptomlarla baş etmek için ekonomik kaynaklara ihtiyaç duymaktadırlar ve süreç ilerledikçe hastaları finansal olarak olumsuz etkilemektedir. Araştırmanın yürütüldüğü kurumun vakıf hastanesi olması ve sosyal güvenlik kurumu ile anlaşmasının bulunmaması nedeniyle sadece özel sigorta yaptırmış olan bazı hastaların giderleri kısmen karşılanırken, bazı hastalar tamamen kendileri karşılamamaktadır. Kısmen de olsa giderlerinin sigorta şirketleri tarafından karşılanması yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilemiştir. Literatürde de sosyoekonomik düzeyin yüksek olmasının bu hastaların yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (16,18,56,60,73).

Refakatçi durumuna göre; anne-baba-kardeşi refakat eden hastaların fonksiyonel değerlendirme toplam puan, duygusal durum ve ilave durumlar puan ortalamaları eşit, çocuğu ya da arkadaşı/bakıcısı refakat edenlere göre yüksek bulunmuştur. Arkadaşı/bakıcısı refakat edenlerin fiziksel durum ve sosyal yaşam ve aile durumu puanları diğer refakat eden gruplara göre yüksek bulunurken çocuğu refakat edenlerin duygusal durum

puan ortalaması yüksek olmakla birlikte eş, anne-baba-kardeş gurubunun puan ortalamalarına yakındır. Bununla birlikte refakatçının yakınlığına göre bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Literatürde sosyal desteğin psikososyal uyum için önemli bir faktör olduğu; eş, aile, arkadaş, akraba, sağlık profesyonelleri gibi bakım veren ve refakatçıların desteğinin fonksiyonel durum üzerinde etkili olduğu vurgulanmaktadır (2,25,26,56,60,66). Bu çalışmada tüm hastaların en azından bir refakatçıdan destek alması, refakat etmese de ailelerinin diğer fertlerinden aldıkları desteğin sürmesi, refakatçının yakınlığına göre fark çıkmamasına katkıda bulunmuş olabilir. Sosyal destek, hastanın hastalığına ve tedavilerine uyumunu kolaylaştıran, hastalığıyla başetme yeteneğini artıran bir faktördür. Salonen (2011)'in meme kanserli hastalarda yaptığı çalışmada, aile desteğinin kansere uyum sürecinde çok önemli olduğunu ve sosyal desteğin yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (89). Bıkmaz (2009)'ın lösemi tanısı konan hastalarla yaptığı çalışmada hastaların aile, arkadaş ve özel insandan aldıkları sosyal destek puan ortalamaları arttıkça yaşam kalitesinde iyileşme görüldüğü bildirilmektedir (18). Dedeli ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında da fonksiyonel durumun, sosyal destekle arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (33).

Hipotez 1 (H1): Beyin tümörlü hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu, sigorta durumu, sosyal desteğinin bulunma durumu, kronik başka bir hastalığının bulunması durumu) göre, yaşam kalitesi ölçeği ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasında fark bulunduğu hipotezi, hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek grupları özellikleri açısından reddedilmiş, sosyal güvencenin tedaviyi karşılaması durumu ve çalışma durumu açısından kabul edilmiştir.

5.2. Beyin Tümörlü Hastaların Hastalığa İlişkin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitelerinin Tartışılması

Hastaların hastalığa ilişkin bazı tanıtıcı özelliklerine göre fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi sonucu, yaşam kalitesi puan ortalamaları fiziksel durum, duygusal durum ve faaliyet durumu alt boyutlarında orta düzeyin altında ve göreceli olarak yaşam kaliteleri düşük, sosyal yaşam ve aile durumu, ilave durumlar alt boyutlarında ve fonksi-

yonel değerlendirme toplam puanında ortalamanın üzerinde ve dolayısıyla yaşam kalite-leri göreceli olarak yüksek bulunmuştur. Daha önce beyin ameliyatı olma durumu dışında, kronik hastalık bulunma, tümör tipi, tümör evresi, tanı tarihine göre fiziksel durum, sosyal yaşam ve aile durumu, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması dışında diğer tüm hastalığa ilişkin tanıtıcı özelliklere göre yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.8).

Kronik hastalık durumuna göre; incelendiğinde kronik hastalığı olmayan hastaların sosyal yaşam ve aile durumu dışında tüm alt boyut puan ortalamaları vefonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamaları kronik hastalığı olanlara göre yüksek bulunmuştur. Her iki grup arasında yapılan karşılaştırmada ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ($p<0,05$) diğer alt boyutlarda fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.8). Beyin tümörüne ilaveten bir kronik hastalığın olmasıyla birlikte hastanın deneyimlediği semptom sayısı ve sıklığı da artmaktadır. Bu durum hastalığa bağlı ortaya çıkan semptomlar, kısıtlamalar, endişeler gibi etkileri nedeniyle hastayı fiziksel bilişsel ve sosyal yönden etkilemekte ve yaşam kalitelerini düşürmektedir. Bu çalışmada da başka bir kronik hastalığının olmasının hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği değerlendirilmiştir. Bu çalışmaya benzer şekilde Uysal (2011) ‘ın baş ve boyun kanserli hastalarda fonksiyonel durum ve sosyal desteğin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada; başka kronik hastalığı olmayan hastaların fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon, genel iyilik hali, sosyal fonksiyon ve toplam fonksiyonel yaşam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (106). Bu çalışmadan farklı olarak Yaranoğlu’nun (2012) ve Bektaş ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında, hastada kanser dışında eşlik eden kronik bir hastalığının olmasının fonksiyonel durumu etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$) (15,118).

Bu çalışmada istatistiksel olarak fark bulunmamakla birlikte kronik hastalığı olanların sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutunda, yaşam kalitesi puan ortalamasının olmayanlara göre yüksek bulunması, ailenin kronik hastalık nedeniyle önceden duyarlı hale gelmesi, destek sistemini geliştirmiş olması ve hastaya daha iyi destek sağlamaları ile ilişkili olabilir. Uysal’ın çalışmasında sosyal fonksiyon alanında puan ortalamasının yüksek bulunması bu bulguyu desteklememekle birlikte, bu çalışmada kullanılan BKTFD^{Tr} ölçeğinin beyin tümörlü hastalara yönelik geliştirilmiş bir ölçek olması, Uysal’ın (2011)

ise genel yaşam kalitesi ölçeği kullanmış olmasının bu farkı yaratmış olabileceği değerlendirilmektedir (106).

Tümör tipine göre incelendiğinde; benign tümörlü hastaların fiziksel durum, duygusal durum, faaliyet durumu, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamaları malign tümörlü hastalardan daha yüksek, dolayısıyla yaşam kaliteleri göreceli olarak daha yüksek, sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamaları da benzer bulunmuştur. Her iki grup arasında yapılan karşılaştırmada ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.8). Literatürde beyin tümörlerinin çoğunlukla malign özellik gösterdiği, hastalarda bilişsel, fokal nörolojik bozuklukların daha çok görüldüğü ve malign durumlarda üzüntü ve anksiyete gibi olumsuz duygulara bağlı olarak psikolojik sorunların da daha sık geliştiği bildirilmektedir (2,8,49,72). Malign tümörler, ölümcül olma ve metastaz yapma potansiyelleri nedeniyle hasta ve ailelerinin yaşamını derinden etkilemektedir. Bu çalışmaya benzer şekilde Aksoy (2018)'un çalışmasında benign beyin tümörlü hastaların fonksiyonel değerlendirme puanı ortalamaları, malign beyin tümörlü hastaların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (2). Bu çalışmadan farklı olarak Jalali ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada benign tümörlü hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması düşük bulunmuştur (66). Bazı benign tümörler operasyon sonrası tekrarlama riski taşıyarak hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Ölümcül olmasa da yarattıkları semptomlar hastanın benign tümörü olumsuz algılamasına ve baş etmesinde güçlükler neden olabilmektedir.

Tümör evresine göre; fiziksel durum, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalaması 1. evre tümörü olan hastalarda yüksek, 4. evre olan hastalarda ise en düşüktür. Duygusal durum açısından 1., 2., 3. evre tümörü olan hastalarda puan ortalamaları birbirine yakın 4. evre tümörü olanlarda ise en düşüktür. Tümör evrelerine göre sadece ilave durumlar alt boyutunda puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.8). Literatürde bu çalışmaya benzer şekilde ileri evrede beyin tümörü olan hastaların yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu belirtilmektedir (16,79,82). Prognozu kötüleştirilmesi, kombine tedavi protokollerine gerek duyulması, semptomların şiddetinin artması gibi nedenlerle ileri evre kanserlerde hastaların yaşam kalitesi olumsuz şekilde etkilenmektedir. Özkan ve Ögce (2008) 'nin çalışmasında da bu çalışmayı destekler biçimde, kanser evresi 1, 2 ve 3 olan hastaların fiziksel

fonksiyonlar alt boyut puan ortalamaları, kanser evresi 4 olan hastaların puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (78).

Bu çalışmada sosyal yaşam ve aile durumu boyutunda tümör evresine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamakla birlikte 4. evre tümörü olanların puan ortalamaları en yüksek bulunmuştur. Tümör evresi ile araştırmanın yapıldığı sırada yaşam kalitesini etkileyebilen diğer faktörlerin etkisi birlikte değerlendirilmediğinden, bu yüksekliğin nereden kaynaklandığı objektif olarak değerlendirilememiştir.

Tanı tarihine göre; fiziksel durum ve duygusal durum dışında sosyal yaşam ve aile durumu, faaliyet durumu, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan açısından tanı tarihi 0-3 yıl olan bireylerin yaşam kalitesi daha yüksektir. Fiziksel durum ve sosyal yaşam ve aile durumu açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.8). Ancak istatistiksel olarak fark bulunmasa da fiziksel durum alt boyutunda 4 yıl ve üzerinde olanların yaşam kaliteleri daha yüksekken duygusal durum alt boyutunda benzer bulunmuştur. Bu çalışma kapsamına alınan hastaların %38,3'ünün 2016 yılından sonra tanı aldığı ve çoğunda (%72,9) tanının konulmasından sonra geçen sürenin 0-3 yıl arasında olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2). Literatürde de yeni tanı alan bireylerin yaşam kalitesinin yüksek olduğu bildirilmektedir (22,65,98). Aksoy (2018) 'un beyin tümörlü hastalarda tanı konulma zamanı 0-1 yıl olan hastaların yaşam kalitesinin, tanı konulma zamanı 1-3 yıl ve 4 yılın üzerinde olan hastalara göre daha iyi düzeyde olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak da anlamlı bulunduğu bildirilmiştir ($p<0,05$) (2). Hastalığın ilk dönemlerinde ve tedavinin etkisinin yeni ortaya çıktığı dönemlerde yaşam kalitesinin daha iyi olması beklenen bir durumdur. Bu çalışmada tanı tarihine göre ortaya çıkan sonuç literatürle benzerlik göstermektedir.

Daha önce ameliyat olma durumuna göre; duygusal durum dışında, fiziksel durum sosyal yaşam ve aile durumu, faaliyet durumu, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan açısından daha önce ameliyat olmayan hastaların yaşam kaliteleri daha yüksektir. Daha önce ameliyat olmaması hastaların nüks yaşamadıklarını göstermektedir. Bu çalışmada daha önce ameliyat olmayan hastalar katılımcıların yarısından fazlasını oluşturmaktadır (Tablo4.8).

Literatürde daha önce ameliyat olan hastalığı nüks eden beyin tümörlü hastalarda yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir. Brown ve arkadaşlarının

(2006) yaptıkları çalışmada, beyin tümörü tanısı konan hastalardan büyük-total rezeksiyon geçirmiş hastalar ile sadece biyopsi alınan hastalar karşılaştırılmış, biyopsi alınıp sadece cerrahi tedavi uygulanan hastaların fonksiyonel değerlendirme toplam puan ve sağkalım sürelerinin, büyük-total rezeksiyon geçirmiş hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (22). Bu açıdan bu çalışmanın sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir. Yine bu çalışmaya benzer şekilde Armstrong ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada, nüks eden beyin tümörlü hastaların deneyimledikleri semptomların ve semptom şiddetlerinin arttığı ve yaşam kalitesi puan ortalamalarının düşük olduğunu bildirilmiştir (9).

Hipotez 2 (H2): Beyin tümörlü hastaların hastalığa ilişkin bazı tanıtıcı özelliklerine (tümörün tipi, yeri, evresi, durumu) göre yaşam kalitesi ölçeği ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasında fark bulunduğu hipotezi, daha önce beyin ameliyat olma durumuna göre reddedilmiş, kronik hastalığı olan, tümör tipi, tümör evresi, tanı konma tarihi açısından kabul edilmiştir.

5.3. Beyin Tümörlü Hastaların Tedaviye İlişkin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitelerinin Tartışılması

Hastaların tedaviye ilişkin bazı tanıtıcı özelliklerine göre fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi sonucu, yaşam kalitesi puan ortalamaları ve fiziksel durum, duygusal durum ve faaliyet durumu alt boyutlarında orta düzeyin altında göreceli olarak yaşam kaliteleri düşük, sosyal yaşam ve aile durumu, ilave durumlar alt boyutlarında ve fonksiyonel değerlendirme toplam puanında ortalamanın üzerinde ve dolayısıyla yaşam kaliteleri göreceli olarak yüksek bulunmuştur. Hastaların tedaviye ilişkin tanıtıcı özelliklerinden sadece, kortikosteroid kullanma durumlarına göre; fiziksel durum, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamaları, antiemetik kullanma durumlarına göre; ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamaları ve daha önce hastalığa dair cerrahi tedavi alma durumlarına göre fiziksel durum puan ortalamaları karşılaştırmaları sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.9).

Literatürde beyin tümörlü hastalarda kortikosterooid tedavisinin serebral ödemi ve baş ağrısını önlemek için kullanıldığı ve uzun süre kullanımlarda uyku bozukluğu, sinirlilik, iştah artışı, kilo alma gibi semptomlara neden olabildiği belirtilmektedir (61,77,114,122,124).

Antikonvülsan kullanımına göre; sosyal yaşam ve aile durumu dışında, fiziksel durum, duygusal durum, faaliyet durumu, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamaları antikonvülsan kullanmayan bireylerde daha yüksektir, ancak sadece ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.9). Literatürde antikonvülsan kullanımının beyin tümörlü hastaların yaşam kalitelerini etkilediği ve literatürde tüm beyin tümörlü hastaların %20-40'ının tanı anına kadar nöbet geçirmiş olduğu belirtilmektedir (47,60,61,98,103,105,107). Hekimlerin, nöbet geçirmese de beyin tümörü olan hastalara antikonvülsan ilaçları profilaktik olarak uyguladıkları bilinmektedir. İlaç etkileri uzun süre takip edilmediğinde genellikle bilişsel bozukluk, karaciğer disfonksiyonu ve dermatolojik reaksiyonları içeren antikonvülsan kaynaklı yan etkiler, beyin tümörü olan hastalarda diğer hasta gruplarından daha sık görülmektedir ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu çalışmada hastaların antikonvülsan tedavilerinin ne zaman başlatıldığı, ilaç izlemlerinin yapılıp yapılmadığı sorgulanmamıştır ancak semptom durumları değerlendirildiğinde fokal nörolojik bozukluklar içinde nöbet puan ortalaması 0-10 arasında değişebilen bir ölçekte 3,27 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.3). Bu doğrultuda hastaların %83,2'sinin antikonvülsan tedavi aldığı gözönünde bulundurulduğunda, daha çok nöbet gelişme riski için profilaktik olarak antikonvülsan aldıkları değerlendirilmektedir. Dolayısı ile bir alt boyut dışında tüm boyutlarda anti konvülsan alanların yaşam kalitelerinin yüksek olması ve ilave boyutlarda ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel fark bulunması, tedavi sürecinin göreceli olarak kısa olması, bu nedenle ilaç yan etkilerinin hastaların yaşam kalitesini etkileyecek boyuta ulaşmamasıyla açıklanabilir. Bu çalışmada antikonvülsan kullanımı ile yaşam kalitesini etkileyen diğer özellikler birlikte değerlendirilmediği için yüksek çıkmasını etkileyen faktörler net olarak ortaya konulamamıştır. Bu çalışma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlası (%62) antiemetik kullanmaktadır.

Antiemetik kullanımına göre; fiziksel durum, sosyal yaşam ve aile durumu, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamaları kullanmayanlarda yüksek, duygusal durum ve faaliyet durumu puan ortalamaları kullanan ve kullanmayanlarda benzer bulunmuştur. Ancak sadece ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Antiemetikler hastaların bulantı-kusma semptomu ile ilişkili olarak kullanılmaktadır ve bulantı semptomu bu çalışmada 0-10 arasında değişen ölçekte 2,97, kusma

semptomu ise 2,07 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.4). Bulantı kusma semptom puan ortalamalarının düşük olmasına karşın, bu semptomların yaşanması yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Antiemetik kullanmayan hastaların yaşam kalitesinin yüksek olması bu semptomu yaşamamaları ile ilişkilidir ve beklenen bir sonuçtur. Bulantı-kusmanın, halsizlik, kilo kaybı, dehidrasyon, su ve elektrolit dengesizliği, yetersiz beslenme, aspirasyon ve pnömoni gibi komplikasyonlara neden olabildiği bilinmektedir. Bulantı ve kusma ayrıca, besinlerin emilimini ve kendi kendine bakım yeteneğini de azaltabilir. Hastaların kanser tedavisi ile ilişkili bulantı-kusmaya bağlı olarak yaşam kalitesi sağlıklı insanlara göre önemli ölçüde azalmaktadır. Beyin tümörlü hastalarda ayrıca kafa içi basıncını artırması yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır.

Diğer ilaçları kullanan hasta oranı bu çalışmada %35 oranında bulunmuştur (Tablo 4.3). Diğer ilaçların kullanımına göre; fiziksel durum, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamaları yüksek, sosyal yaşam ve aile durumu ile duygusal durum ve faaliyet durumu puan ortalamaları benzer bulunmuştur. Ancak başka ilaç kullanma durumuna göre, başka ilaç kullanan ve kullanmayanların yaşam kaliteleri arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.9). Fark bulunmamasına karşın kullanmayanların fonksiyonel değerlendirme puan ortalamalarının yüksek olması beklenen bir durumdur. İlaçlarla beyin tümörü dışındaki hastalıklarının stabilize edilmiş olması, ameliyat öncesi yapılan değerlendirmelerde ameliyata girmesine engel teşkil eden bir durumunun bulunmaması, postoperatif dönemde yapılan değerlendirmelerde diğer ilaç kullanımlarının istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmamasını açıklayabilir.

Daha önce hastalığa dair uygulanan tedaviye göre incelendiğinde; daha önce beyin tümörü ameliyatı olmayan hastaların fiziksel durum, duygusal durum, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalaması daha önce ameliyat olan hastalara göre yüksek bulunmuş, sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalaması ise daha önce beyin tümörü ameliyatı olanlarda yüksek bulunurken, faaliyet durumu puan ortalaması her iki grupta da benzer bulunmuştur. Ancak sadece fiziksel durum puan ortalaması açısından bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 4.9). Beklenen sonuç tümörün nüks etmesi ve tekrar ameliyat edilmek zorunda kalınmasının yaşam kalitesini düşürmesi yönündedir. Bu çalışmada fiziksel durum puan ortalamasının nüks nedeniyle

cerrahi operasyon geçirmeyenlerde yüksek olması bu alandaki değişikliklerin hemen yaşam kalitesine yansımaması ile açıklanabilir. Bireysel düzeyde, beyinde tekrar tümörün gelişmesinin hastaların çoğunun duygusal şikâyetlerini artırdığı Verhaak ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında belirtilmektedir (108). Ayrıca grup olarak da beyin metastazı yaşayan hastaların, duygusal iyi oluş düzeyleri kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmada, duygusal durum ile ilgili puan ortalamalarının benzer olması çalışmanın postoperatif 7. günde hastaların fonksiyonel durumlarını belirlemesi nedeniyle tüm hastaların ameliyat sonrası dönemin etkilerini yaşamalarıyla açıklanabilir. Fiziksel durum dışında, bu çalışmaya benzer şekilde Giovagnoli ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında danüks yaşayanglioma hastalarında yaşam kalitesi puan ortalaması düşük bulunmuş ancak nüks yaşayan ve yaşamayanların arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir ($p>0,05$) (48).

Hipotez 3 (H3): Beyin tümörlü hastaların tedaviye ilişkin bazı tanıtıcı özelliklerine (bu zamana kadar uygulanan tedaviler, kullandığı ilaçlar) göre yaşam kalitesi ölçeği ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasında fark bulunduğu hipotezi kortikosteroid, anti-ikonvülsan, antiemetik, analjezik kullanımı ve daha önce tedavi görme (cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, gammaknife biyopsi) durumuna göre kabul edilmiştir.

5.4. Beyin Tümörlü Hastaların Hastalığa İlişkin Semptom Düzeylerine Göre Yaşam Kalitelerinin Tartışılması

Primer beyin tümörlü hastalarda tümöre bağlı semptomların yanı sıra; kanserin genel semptomları, cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi tedavisine bağlı semptomlar görülmektedir. Hastaların hastalığa ilişkin semptom düzeylerinin M.D. Anderson Beyin Tümörü Semptom Envanteri ile değerlendirilmesi sonucunda, en düşük ortalama ile ameliyat sonrası dönemde bilişsel semptomlar, en yüksek oranda ise duygusal semptomlar yaşandığı belirlenmiştir. Semptomların yaşamı engellemesi açısından yapılan değerlendirme sonucunda, hastaların en fazla (ev işleri dâhil) işlerinin ve günlük aktivitelerinin, en az oranda ise yaşamdan zevk alma ve insanlarla ilişkilerinin engellendiği belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Bu çalışmada MDA-BTSE^{Tr} semptom envanterinin birinci bölümünde yer alan **semptom madde ve alt boyutları incelendiğinde**, en düşük ortalama ile ameliyat sonrası dönemde genel semptomlardan 0,87($\pm 2,0$) ile görme bozukluğu ile tedavi değerlendirme

semptomlarından ağız kuruluğu, en yüksek ortalama duygusal semptomlardan 7,66(±2,1) bitkinlik ve 5,93(±2,2) ile uyku bozukluğunda saptanmıştır (Tablo 4.4). Literatürde yorgunluk, uyku bozukluğu, duygusal sıkıntılar gibi semptomların fiziksel fonksiyon bozukluğuna sebep olduğu buna bağlı olarak hastaların günlük aktivitelerinin etkilendiği bu durumun yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bildirilmiştir (9,10,12,24,38,76,91,96).

Bireyin yaşamının engellenmesi alt boyutu incelendiğinde, hastaların en fazla günlük aktivitelerinin 4,17(±3,0) ve ev işlerinin 3,78(±3,1) semptomlar nedeniyle engellendiği, en az ise en az yaşamdan zevk alma 0,96(±2,3) engellendiği belirlenmiştir. Hastaların yaşadıkları semptomların yaşamlarını engelleme düzeyini gösteren puan ortalamasının 0-10 arasında değişen bir ölçekte 2,76(±2,1) olduğu, bu doğrultuda yaşamlarını düşük düzeyde etkilediği değerlendirilmiştir (Tablo 4.4).

Maşalacı (2017)'nin zaman içinde ameliyat öncesi, taburculuk ve birinci ayda semptomları değerlendirdiği çalışmada, günlük aktivite, iş (ev işleri dâhil) ve diğer insanlarla ilişkilerin engellendiği belirlenmiştir ($p<0,05$) (76). Günlük aktivite ve işlerinin engellenmesi açısından bu çalışma ile benzerlik gösterirken diğer insanlarla ilişkiler açısından Maşalacı (2017) 'nin çalışması farklılık göstermektedir. Bu farklılık Maşalacı'nın (2017) taburculuk ve hastaların hastaneden çıktıkları dönemleri de kapsayacak şekilde planladığı çalışmasının hastaların diğer insanlarla ilişki yaşadıkları dönemi de içermesi ile ilişkili olabilir. Bu çalışmada hastalar daha çok sağlık personeli ile ilişkide oldukları bir süreçte değerlendirilmişlerdir. Bu çalışmadan farklı olarak Baksi ve Dicle (2009)'nin çalışmasında en fazla engellenen durumun 5,47(±3,39) puan ortalaması ile duygu durumları olduğu belirlenmiştir (12).

Hastaların beyin tümörüne bağlı operasyon geçirmeleri nedeniyle bilişsel semptomları daha fazla oranda yaşamaları beklenirken bu çalışmada en az semptomu bu alanda yaşamalarının, araştırmaya dâhil edilme kriterlerinde olan hastaların glaskowkoma skalasından 15'in üzerinde puan almalarının ve yaşadığı semptomları değerlendirebilen ve ifade edebilen hastalar olmalarının istenmesinden kaynaklandığı değerlendirilmektedir. Hastaların en fazla duygusal semptomlar yaşaması ve en yüksek puanları bu alanın bitkinlik ve uyku bozukluğu semptomlarından almaları yapılan operasyonla doğrudan ilişkilidir ve post operatif dönemde hastaların yaşayabileceği semptomlardır. Ameliyat sonrası bu hastalarda yorgunluğun görülmesi cerrahi insizyon ve beyin ödemi nedeniyle olabilmektedir.

Ayrıca, ameliyat süreci ve sonrasında yaşanan beslenmeye aşamalı geçiş, sık takip, ameliyata bağlı yaşanan diğer semptomlar gibi etkiler, bu semptomların en fazla yaşanmasına katkıda bulunmuş olabilir. Beyin tümörlü hastalarda yorgunluğun en belirgin semptom olduğu ve ağrı, uykusuzluk, güçsüzlük, üzüntü, depresyon gibi semptomlarla ilişkili olduğu çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (1,10,21,30,46,48). Bu çalışmaya benzer şekilde Armstrong ve arkadaşlarının (2011) MDA-BTSE^{Tr}'ni kullanarak yaptıkları çalışmada, hastaların %73'ün 3,79(±3,0) ortalama puan düzeyinde yorgunluk yaşadığı belirlenmiştir (7). Verhaak ve arkadaşlarının (2019) gliomalı hastalarda semptom yükü ve sağlık durumunu değerlendirdikleri çalışmada, hastaların %83'ünde yorgunluk, %71'inde güçsüzlük, %63'ünde uyku bozukluğu olduğu bildirilmiştir (108). Fox ve arkadaşlarının (2007) gliomalı hastalarda yaptığı semptom kümelemesi çalışmasında da semptomlardan en yüksek ortalamayla uyku bozukluğu, takiben yorgunluk, distres ve ağrı görüldüğü bildirilmiştir (44). Bu çalışmadan farklı olarak Chen ve arkadaşlarının (2014), yeni tanı konulmuş maligngliomalı hastalarla yaptıkları çalışmada en sık görülen semptomların bilişsel bozukluk, baş ağrısı, hafıza kaybı, bulantı-kusma, konuşma bozuklukları, kişilik değişiklikleri, motor bozukluklar ve nöbet olduğu bildirilmiştir (29).

Semptomların birbirleri ile ilişkileri değerlendirildiğinde, duygusal, bilişsel ve tedavi değerlendirme semptomlarının tüm semptomlarla (duygusal, bilişsel, fokal nörolojik bozukluklar, genel semptomlar ve GİS semptomları) pozitif yönde zayıf bir ilişkisi olduğu bulunurken ($p<0,05$), fokal nörolojik bozuklukların duygusal, bilişsel ve GİS semptomlarla; genel semptomların tedavi değerlendirme, duygusal ve bilişsel semptomlarla; GİS semptomların bilişsel, duygusal, fokal nörolojik bozukluklar ve genel semptomlar ile arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). GİS semptomları ile tedavi değerlendirme semptomları arasında ise orta düzeyde pozitif yönde olumlu bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.10).

Semptomların hastanın yaşamını engelleme durumu ile ilişkileri değerlendirildiğinde, fokal nörolojik bozuklukların orta düzeyde, diğer tüm semptomların ise zayıf düzeyde pozitif yönde hastaların yaşamını engellediği belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre değişik düzeylerde olmak üzere tüm semptomlar arasında ilişki olduğu ancak bu ilişkinin güçlü ya da çok güçlü düzeyde olmadığı görülmektedir (Tablo 4.10). Tüm semptom boyutlarına bakıldığında da her bir semptomun genel puan ortalamasının 0-10 aralığında bir ölçekte 5'in altında olduğu görülmektedir (Tablo 4.4). Bu durumun hastaların operasyon

geçirdikten sonra post operatif dönemde yoğun bir takip altında olmaları, yaşadıkları semptomlara yönelik destek almaları ve sağlık personelinin dikkatli bir şekilde bakımlarını yürütmelerinden kaynaklanabileceği değerlendirilmektedir. Benzer şekilde primer beyin tümörlü 294 hastayı içeren kesitsel bir çalışmada, MDA-BTSE^{Tr} envanteri ile semptomlar değerlendirilmiş ve hastaların %20'sinden fazlasında hafif şiddette “bulantı, nöbet, kusma” ve orta şiddette “yorgunluk, ağrı, uykusuzluk, sıkıntı, hatırlama güçlüğü ve uyku hali” olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada GİS semptomlarının puan ortalaması da orta düzeyin altındadır (Tablo 4.4). Bu durumun ameliyat sonrası dönemde hastaların tedavisinde kortikosteroid tedavisiyle birlikte antiemetik ilaçların uygulanmasına bağlı olabileceği değerlendirilirken, fokal nörolojik bozukluklar alt boyutunda nöbet puan ortalamasının orta düzeyinde altında olmasının da yatan hasta grubuna antiepileptik ilaçların profilaktik olarak verilmesi ve cerrahi sonrası sürdürülmesi ile hastalarda nöbet riskinin azalması ile ilişkili olabileceği değerlendirilmektedir. Bu çalışmada primer beyin tümörlü hastaların semptom şiddeti ve engellenme düzeylerinin hafif düzeyde olduğu görülmüştür (Tablo 4.4). Bu durum örnekleme yer alan hastaların ciddi genel ve nörolojik semptom yaşamaması ve hastanede aldıkları ilaç tedavisine bağlı olarak açıklanabilir.

Semptom düzeyleri ile fonksiyonel değerlendirme ve alt boyutlarının puan ortalamasının ilişkisi incelendiğinde; tüm semptomların fonksiyonel değerlendirme durumu ile negatif yönde zayıf ilişkisinin olduğu, semptom puan ortalamaları arttıkça yaşam kalitelerinin zayıf düzeyde azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.10). Zayıf ilişki semptom düzeylerinin çok yüksek olmamasından kaynaklanmış olabilir. Ancak semptomlar arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü literatürle uyumlu bir sonuçtur

Fonksiyonel değerlendirme alt boyutlarının semptomlarla ilişkisi değerlendirildiğinde, fiziksel durumlarının duygusal semptomlarla orta diğer tüm semptomlarla negatif yönde zayıf; sosyal yaşam ve aile durumlarının bilişsel ve tedavi değerlendirme semptomları ile pozitif yönde zayıf; duygusal durumlarının duygusal semptomlar ve fokal nörolojik bozukluklarla zayıf, genel semptomlar ve GİS semptomları ile negatif yönde çok zayıf; faaliyet durumlarının duygusal semptomlar, fokal nörolojik bozukluklar ve genel semptomlarla negatif yönde çok zayıf; ilave durumların duygusal, bilişsel ve genel semptomlarla negatif yönde zayıf, tedavi değerlendirme semptomları ile negatif yönde çok zayıf ilişkileri olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.10).

Beyin kanserli hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları semptomların fonksiyonel değerlendirme toplam puanı dolayısıyla yaşam kaliteleri üzerine etkisi değerlendirildiğinde; sadece duygusal semptomların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yaşam kalitesini etkilediği bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.11).

Bilişsel, fokal nörolojik, tedaviye bağlı gelişen semptomlar, genel semptomlar ve GİS'e ilişkin semptomların ise hastanın fonksiyonel değerlendirme puan ortalaması üzerinde etkisinin olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.11).

Literatürde beyin tümörlü hastaların duygusal semptomlardan kaygı, stres, anksiyete, depresyon gibi semptomları hem tümöre bağlı hemde tedavi sürecine bağlı olarak yaşadıkları bildirilmiştir (46,69,84,85,86,91,104,119). Bu çalışmada da özellikle duygusal semptomlar alt boyutunun bileşenlerinden hastaların bitkinlik ve uyku bozukluğu puan ortalamaları yüksek bulunmakla birlikte, sıkıntı hissi, üzüntü hissi, sinirlilik/asabellik/hırçınlik puan ortalamaları da diğer semptom alt boyut bileşenlerinin puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında daha yüksektir (Tablo 4.4).

Hastaların fiziksel durum, duygusal durum, faaliyet durumu puan ortalamaları açısından orta düzeyin altında yaşam kalitesi düşük, sosyal yaşam ve aile durumu, ilave durumlar ve BKTFD^{Tr} toplam ölçek puan ortalamaları açısından ise orta düzeyin üzerinde yaşam kalitesi yüksek olarak belirlenmiştir. Hastaların yaşam kalitesini etkilediği belirlenen duygusal semptomların ($\beta=-1,907$) ve bireyin yaşamının semptomlardan engellenmesinin ($\beta=-2,493$) fonksiyonel değerlendirme puanını negatif yönde etkilediği ve fonksiyonel değerlendirme puanındaki toplam değişimi istatistiksel olarak %32,2 oranında ($R^2=0,322$) azalttığı belirlenmiştir (Tablo 4.11).

Hipotez 4 (H4) Beyin tümörlü hastaların hastalığa ilişkin semptom düzeyleri ile yaşam kalitesi ölçeği ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasında fark bulunduğu hipotezi kabul edilmiştir.

6. SONUÇLAR

Primer beyin tümörü tanısı konulan 18 yaş ve üzerindeki hastaların sosyo-demografik, hastalık, tedaviye ilişkin özelliklerinin ve yaşadıkları semptomların fonksiyonel durumları üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı tip ve kesitsel desendeki bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre; %34,6'sının 40 yaş ve altında, yarısından fazlasının erkek, evli olduğu, çalışmadığı, sosyal güvencesinin tedavi masraflarını karşılamadığı, %31,8'inin lise mezunu ve aynı oranda ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Hastaların %43,9'unun gelirinin giderinden az, çoğunluğunun yanında eş ya da anne/baba/kardeşin refakatçi olarak bulunduğu,
- Hastalığa özgü özelliklerine göre, %34,6'sının başka bir kronik hastalığının olduğu, çoğunda tanının konulmasından sonra geçen sürenin 0-3 yıl arasında olduğu ve glial tümörünün olduğu, çoğu kanserin 2. evresinde olmak üzere yarısından fazlasının malign beyin tümörünün olduğu ve %41,1'inin daha önce de beyin ameliyatı olduğu,
- Tedavilerine ilişkin özelliklerine göre, hastaların tamamına yakınının kortizon ve analjezik, yarısından fazlasının da antikonvülsan ve antiemetik ilaçlar kullandığı,
- MDA-BTSE^{Tr}'nin tanımlayıcı özellikleri incelendiği ameliyat sonrası dönemde alt boyutlardan duygusal semptomların $4,1 \pm 1,7$ puan ortalaması ile en yüksek, bilişsel semptomların $1,29 \pm 1,6$ puan ortalaması ile en düşük olduğu,
- “BKTFD^{Tr} toplam ölçek puanı” ortalamasının $103,8 (\pm 15,5)$ ile orta düzeyin üzerinde ve hastaların göreceli olarak yaşam kalitelerinin yüksek olduğu,

- Çalışma durumu ve sosyal güvencenin masrafları karşılama durumuna göre fiziksel durum, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması dışında diğer tüm sosyodemografik özelliklere göre yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı,
- Daha önce beyin ameliyatı olma durumu dışında, kronik hastalık bulunma, tümör tipi, tümör evresi, tanı tarihine göre fiziksel durum, sosyal yaşam ve aile durumu, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması dışında diğer hastalığa ilişkin bazı tanıtıcı özelliklere göre yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı,
- Antikonvülsan, antiemetik ilaç kullanan ve daha önce hastalığa dair uygulanan tedaviye göre fiziksel durum, ilave durumlar ve fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması dışında diğer tedaviye ilişkin özelliklere göre yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı,
- Duygusal semptomlar ($\beta=-1,907$) ve bireyin yaşamının engellenmesinin ($\beta=-2,493$) fonksiyonel değerlendirme puanını negatif yönde etkilediği ve fonksiyonel değerlendirme puanını istatistiksel olarak %32,2 oranında ($R^2=0,322$) azalttığı belirlenmiştir.

7. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Beyin tümörlü hastaların semptomlarının ve fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesinde semptom envanterinin (MDA-BTSE^{Tr}) ve BKTFD^{Tr} ölçeğinin rutin olarak kullanılması,
- Bu çalışmada fonksiyonel durumu en fazla etkileyen semptomların duygusal semptomlar olduğunun belirlenmesi nedeniyle hastaların özellikle duygusal açıdan değerlendirilmesine özen gösterilmesi ve psikolojik desteğin sağlanması,
- Primer beyin tümörlü hastalarda gelişen semptomlara yönelik geliştirilen hemşirelik bakımının etkisinin yeni çalışmalarda değerlendirilmesi,
- Primer beyin tümörlü hastalarda semptomların ve fonksiyonel durumun daha geniş örnekleme sahip popülasyonlarda tekrarlanması,
- Beyin tümörlü hastaların tedavilerinin farklı dönemlerinde semptomlarını ve fonksiyonel durumlarını (yaşam kalitelerini) etkileyen faktörleri incelemek için çalışmaların yapılması önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

1. Abacıgil F. Glial tümörlerde prognoz ve sağ kalımı etkileyen faktörler (Uzmanlık Tezi). İstanbul. İstanbul Sağlık Bakanlığı Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Güreba Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi, 2005. Danışman: Dr. Nurettin Onur
2. Aksoy E. Beyin tümörü tanısı konmuş bireylerin fonksiyonel değerlendirilmesi ve algıladıkları sosyal destek sistemlerinin yaşam kalitesi üzerine etkileri. (Yüksek Lisans Tezi). Tekirdağ. Namık Kemal Üniversitesi. 2018. Danışman: Doç. Dr. Tülin Yıldız
3. Altıparmak S. ve ark. Kemoterapi tedavisi akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. 2011; 50(2): 95-102.
4. Aplan B, Malkoç M, Şen M. Quality of Turkish patient with head and neck cancer. *Journal of Cancer*. 2007; 37(4): 129- 136.
5. Arlı ŞA. ve Gürkan A. Nöro-Onkoloji hemşiresinin rolleri, Gümüşhane Üniversitesi *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 3(3): 1-3.
6. Armstrong T.S. et al. Content validity of self report measurement instruments: an illustration from the development of the brain tumor module of the M.D. Anderson symptom inventory. *Oncol Nurs Forum*. 2005; 32: 669-76.
7. Armstrong, TS, Vera-Bolanos E. And Gilbert MR. Clinical course of adult patients with ependymoma: Results of the adult ependymoma outcomes project. *Cancer*. 2011; 117(22): 5133-5141.
8. Armstrong TS. et al. Clinical utility of the MDASI-BT in patients with brain metastases. *Journal of Pain & Symptom Management*. 2009; 37: 331-340.
9. Armstrong TS. et al. The symptom burden of primary brain tumors: evidence for a core set of tumor and treatment-related symptoms. *Neuro-Oncology*. 2016; 18(2): 252–260.
10. Asher A. et al. Fatigue among patients with brain tumors. *CNS Oncol*. 2016; 5(2): 91-100.
11. Aydemir Ö. Sağlıkta yaşam kalitesinin klinikte kullanımı. *TJN*, 2014; 20(1): 6-10.
12. Baksi A. M.D. Anderson beyin tümörü semptom envanteri'nin geçerlilik ve güvenilirliği. (Yüksek Lisans Tezi) İzmir. Dokuz Eylül Üniversitesi. 2009. Danışman: Yrd. Doç. Dr. Aklime Dicle

13. Balducci L. The geriatric cancer patient: Equal benefit from equal treatment. *Cancer Control Journal of the Moffitt Cancer Center*. 2001; 8(2): 1-2
14. Barnholtz-Sloan J. and Kruchko C. Meningiomas: causes and risk factors. *NeurosurgFocus*. 2007; 23(4): 6.
15. Bektaş HA and Akdemir N. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2006; 6(5): 488-499.
16. Benz LS et al. Quality of life after surgery for intracranial meningioma. *Cancer*. 2018; 124: 161-166.
17. Bergo E. et al. Neurocognitive functions and health related quality of life in glioblastoma patients: a concise review of literature. *European Journal of Cancer-Care*. 2019; 28: 1-13.
18. Bıkmaz Z. Lösemili hastaların yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). Edirne. 2009. Danışman: Yrd. Doç. Dr. Serap Ünsar
19. Boele FW et al. Symptom management and quality of life in glioma patients. *CNS Oncol*. 2014; 3(1): 37-47.
20. Bondy ML et al. Brain tumor epidemiology: consensus from the brain tumor epidemiology consortium (BTEC) *Cancer*. 2008; 113(7):1953–1968.
21. Bosma I. et al. Health-related quality of life of long-term high-grade glioma survivors. *Neuro-Oncology*. 2009; 11(1): 51-58.
22. Brown PD. et al. Prospective study of quality of life in adults with newly diagnosed high grade gliomas. *Journal of Neuro-Oncology*. 2006; (76): 283-291.
23. Brownstain KO, Stevenson E. Diagnosing a brain tumor. The essential guide to brain tumors. Sanfrancisco. 2003:8-25.
24. Bunevicius A. et al. Predictors of health-related quality of life in neurosurgical brain tumor patients: focus on patient-centered perspective. *Acta Neurochir*. 2014; 156: 367–374.
25. Çalışkan T ve ark., Kanser hastalarının yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. *K.Ü. Tıp Fak Derg*. 2015; 17(1): 27-36.
26. Çapraz R. Beyin tümörlü hastaların sosyal destek sistemleri ve benlik saygıları. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul. Marmara Üniversitesi. 2011. Prof. Dr. Deniz Şelimen

27. Cella D, Nowinski CJ. Measuring quality of life in chronic illness: the functional assesment of chronic illness therapy measurement system. *Arch Phys Med Rehabil.* 2002; 83(2): 10-17.
28. Chandana SR, Movva S, Arora M, Singh T. Primary brain tumors in adults. *American Family Physician.* (2008); 77(10): 1423-1430.
29. Chen E. et al. Content validation of the FACT-Br with patients and health-care professionals to assess quality of life in patients with brain metastases. *J Radiat Oncol*, 2014; 3: 105–113
30. Chiannilkulchai N. et al. Primary brain tumors in thais: symtom experience and predicting factors. *Pacific Rim Int J Nur res.* 2016; 20(4): 275-292.
31. Chiu N. et al. Quality of life in patients with primary and metastatic brain tumors in the literature assessed by the FACT-Br. *World J. Oncol*, 2012; 3(6): 280-285.
32. Cohen ME, Marino RJ. The Tools of disability outcomes research functional status measures, *Archives of Phycical Medicine and Rehabilitation*, 2000; 81 (12); 21-29.
33. Dedeli Ö. ve ark. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi.* 2008; 23(3): 132-139
34. Dicle A ve Şimşek AB. Primer Beyin tümörü: klinik özellikler tedavi ve bakım. *DEUHYO ED*, 2013; 6(2): 102-113.
35. Dirven L. et al. Health related quality of life in high grade glioma patients. *Chin J Cancer*, 2014; 33(1): 40-45.
36. Dirven L. et al. Health related quality of life in brain tumor patients: as an end point in clinical trials and its value in clinical care. *ExpertReview of Quality of Life in Cancer Care*, 2016; 1(1): 37-44.
37. Doolittle ND. State of the science in brain tumor classification. *Seminars in Oncology Nursing.* 2004; 20(4): 224–230
38. Düzen ÖD, Korkmaz M. Kanser hastalarında semptom kontrolü ve tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı. *DEUHFED*, 2005; 8(2): 67-76.
39. Englot DJ. et al. Epilepsy and brain tumors. *Handb Clin Neurol.* 2016; 134: 267–285.
40. Erhan E, Aydemir Ö. Genel amaçlı yaşam kalitesi ölçekleri *TJN.* 2014; 20(1): 11-18
41. Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. *TJN*, 2014; 20(1): 1-5.

42. Eski S, Fesçi H, Miyokart enfarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi. *HEMAR-G Dergisi*. 2002; 4: 15–28
43. Fesci HB, Ünal S. Kanserli hastaların kötü haber almaya ilişkin görüşleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2011; 10(3): 319-326.
44. Fox SW, Lyon D and Farace E. Symptom clusters in patients with high grade glioma. *Journal of NursingScholarship*. 2007; 39(1): 61-67.
45. Gazzotti M.R. et al. Functional assessment of cancer therapy-brain questionnaire: translation and linguistic adaptation to Brazilian Portuguese. *Sao PauloMed J*. 2011; 129(4): 230-235
46. Gedik A. Nöroşirurji hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyinin belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul. Haliç Üniversitesi. 2015. Danışman: Prof. Dr. Nevin Kanan.
47. Giovagnoli AR. Quality of life in patients with stable disease after surgery, radiotherapy and chemotherapy for malignant brain tumour. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1999; 67: 358-363
48. Giovagnoli AR. et al. Quality of life and brain tumors: what beyond the clinical burden? *Journal of Neuro-Oncology*. 2014; 261: 894-904.
49. Goodwin JA, Coleman EA. Exploring measures of functional dependence in the older adult with cancer. *Medical Surgical Nursing*. 2003;12(6):359-365.
50. Hamasaki T, Yamada K. and Kuratsu J. Seizures as a presenting symptom in neurosurgical patients: A retrospective single-institution analysis. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 2013; 115: 2336-2340
51. Hassanein KA, Musgrove BT, Bradbury E. Functional status of patients with oral cancer and its relation to style of coping, social support and psychological status. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2001; 39(5): 340–345.
52. Hacıyakupoğlu E. ve ark. Metastatik beyin tümörleri. *Çukurova Medikal Journal*. 2014; 39(2): 191-202.
53. Hepworth et al. Mobile phone use and risk of glioma in adults: case control study. *British Medical Journal*. 2006:1-5
54. Karadağ Arlı Ş. Beyin kanseri tedavisinin fonksiyonel değerlendirilmesi ölçeğinin Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. (Doktora Tezi). İstanbul Marmara Üniversitesi. 2013. Danışman: Yard. Doç. Dr. Aysel Gürkan

55. Karakaş Z. Kanserli hastaların kemoterapiye bağlı bulantı kusmalarının fonksiyonel durumlarına olan etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). İzmir DEÜ. 2014 Danışman: Doç. Dr. Ayfer Elçigil
56. Karaman S. Kanserli hastalarda algılanan sosyal desteğin fonksiyonel duruma etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). Erzurum. Atatürk Üniversitesi. 2013. Danışman: Doç. Dr. Elanur Yılmaz Karabulutlu
57. Kayahan M. Sertbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007; 8(2): 113-120.
58. Keith RA. Functional status and health status. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1994; 75(4): 478-483.
59. Kumsar A. ve Yılmaz F, Kronik hastalıklar ve yaşam kalitesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2014; 2: 62-70.
60. Kim C. et al. Health related quality of life in brain tumor patients treated with surgery: preliminary result of a single institution. *Brain tumor Res Treat*. 2016; 4(2): 87-93.
61. Lovely M. Symptom management of brain tumor patients, *Seminars in Oncology Nursing*. 2004; 20(4): 273-283.
62. Liu R. et al. Quality of life in adults with brain tumors: current knowledge and future directions. *Neuro Oncology*. 2009; 11: 330-339.
63. (National Brain Tumor Foundation (NBTF). The essential guide to brain tumors 2010. <http://www.braintumor.org/assets/docs/essentialguide.pdf>. (Erişim Tarihi: 15.09.2018).
64. İlçe A. et al. Beyin Tümörlü Hastaların Uluslararası NANDA Hemşirelik Tanılarına Göre Değerlendirilmesi: Bakım Önerileri. *Journal of Neurological Sciences*. 2010; 27(2): 178-184.
65. Janda M. et al. Quality of life among patients with a brain tumor and their carers. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007; 63: 617-623.
66. Jalali R, Dutta D. Factors influencing quality of life in adult patients with primary brain tumors. *Neuro-Oncology Group*. 2012; 14: 8-12.
67. Lepola L. et al. Being a brain tumor patient: a descriptive study of patients' experiences. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2001; 33(3): 143-147.
68. Liu R. et al. Quality of life in adults with brain tumors: Current knowledge and future directions. *Neuro-Oncology*. 2009; 11(3): 330-339.

69. Lin L. et al. Uncertainty, mood states, and symptom distress. Cancer in patients with primary brain tumors. *Cancer*. 2013; 2796-2799.
70. Lovely MP. Symptom management of brain tumor patients. *Semin OncolNurs*. 2004; 20(1): 273–283.
71. Lovely MP. Quality of life of brain tumor patients. *Semin OncolNurs*. 2004; 14(1): 73-80.
72. Madsen K, Poulsen HS. Needs for everyday life support for brain tumor patients relatives: systematic literature review. *European Journal of Cancer Care*. 2009; 20: 33-43.
73. Mainio A. et al. Gender differences in relation to depression and quality of life among patients with a primary brain tumor. *European Psychiatry*. 2006; 21: 194-199.
74. Mackworth N. et al. Quality of life self-reports from 200 brain tumor patients: comparisons with Karnofsky performance scores. *Journal of Neuro-Oncology*. 1992; 14: 243-253.
75. Mahalakshmi P, Vanisree AJ. Quality of life measures in glioma patients with different grades: A preliminary study. *Indian Journal of Cancer*. 2015; 2(4): 580-586.
76. Maşalacı E. Primer Beyin tümörlü hastalarda semptom değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi) 2017. Ankara. Gazi Üniversitesi. Danışman: Doç. Dr. Hülya Bulut
77. Molassiotis, A, Wengstrom Y, Kearney N. Symptom cluster patterns during the first year after diagnosis with cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2010; 39: 847-858.
78. Özkan S, Ögçe F. Importance of social support for functional status in breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2008; 9: 601-604.
79. Pace A. et al. Quality of life of brain tumour patients. *European Association of NeuroOncology Magazine*. 2012; 2(3): 8-122.
80. Patrick DL, Chiang YP. Measurement of health outcomes in treatment effectiveness evaluations: conceptual and methodological challenges. *Medical Care*. 2000; 38(9): 14-25.
81. Perkins A, Liu G. Primary brain tumors in adults: diagnosis and treatment. *American Family Physician*. 2016; 93(3): 210-217.
82. Peters KB. et al. Impact of health-related quality of life and fatigue on survival of recurrent high-grade glioma patients. *J Neurooncol*. 2014; 120: 499–506.

83. Keith RA. Functional and health status. *ArchphysMed. Rehabil.*1994; 75: 478-483.
84. Patrick DL, Chiang YP. Measurement of health outcomes in treatment effectiveness evaluations: conceptual and methodological challenges. *Medical Care.* 2000; 38(9): 14-25.
85. Petruzzi A. et al. Living with a brain tumor. *Supportive Care Cancer.* 2013; 21: 1105–1111.
86. Pringle AM, Taylo R and Whittle IR. Anxiety and depression in patients with an intracranial neoplasm before and after tumour surgery. *British Journal Neurosurgery.* 1999; 13: 46-51.
87. Thavarajah N. et al. Psychometric validation of the functional assessment of cancer therapy-brain (FACT-Br) for assessing quality of life in patients with brain metastases. *Support Care Cancer.*2014; 22: 1017–1028.
88. Sadırlı KS. Kanserli hastalarda semptom kontrolünün değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Edirne. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Danışman: Yrd. Doç. Dr. Serap Ünsar
89. Salonen P. Quality of life in patients with breast cancer. Academic Dissertation. University of Tampere, Finland. 2001.
90. Schandl AR et al. Education level and health related quality of life after oesophageal cancer surgery: a nation wide cohort study. *BMJ Open.* 2018; 1-10.
91. Schubart JR, Kinzie MB, Farace E. Caring for the brain tumor patient: Family caregiver burden and unmet needs. *Neuro-Oncology.* 2008; 10: 61-72.
92. Sezgin MG. Lenfoma hastalarında semptom kümelemesi ve fonksiyonel duruma etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). Antalya. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2015. Danışman: Doç. Dr. Hicran Bektaş
93. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing. 10th edition. USA: Lippincott Williams &Wilkins, 2005: 1970-7.
94. Sorrell DC. Brain tumors facing troublehead on, nursing made incredibly easy. 2006; 4(3): 29-54.
95. Taphoorn MJB. et al. Review on quality of life issues in patients with primary brain tumors. *The Oncologist.*2010; 15: 618–626.
96. Taphoorn MJB. Klein, M. Cognitive deficits in adult patients with brain tumours. *Lancet Neurology.* 2004; 3: 159-68.
97. Taphoorn MJB. et al. An international validation study of the EORTC brain cancer module (EORTC QLQ-BN20) for assessing health-related quality of life and

- symptoms in brain cancer patients. *European Journal Of Cancer*. 2010; 46: 1033-1040.
98. Taphoorn MJB, Heimans J.J. Impact of brain tumour treatment on quality of life. *J Neurol*.2002; 249: 955–960.
99. Tarakçıoğlu Çelik GH. Onkoloji hemşireliğinden semptom yönetimi. *GÜSBD*, 2016; 5(4): 93-100.
100. Top MŞ. ve ark., Psikiyatride yaşam kalitesi. *Düşünen Adam*. 2003; 16(1): 18-23.
101. Tuna Malak A. Beyin tümörlü hastalarda danışmanlığın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeylerine ve bakım sonuçlarına etkisi (Doktora Tezi). İzmir. Ege Üniversitesi. 2007. Danışman: Prof. Dr. Alev Dıramalı
102. Tuna Malak A, Dıramalı A. Beyin tümörlü hastalarda günlük yaşam aktiviteleri, derin ven trombozu ve bası yarası sonuçları. *Türk Nöroşirürji Dergisi*. 2008; 18: 122-127.
103. Tuna Malak A. ve ark. Danışmanlık verilen beyin tümörlü hastaların bazı bakım sonuçları: Ağrı, epileptik nöbet, konstipasyon, infeksiyon, sevk durumları. *Nobel Medicus*. 2010; 6 (2): 25-31
104. T.J. van Ark et al. Anxiety, memories and coping in patients undergoing intracranial tumor surgery. *Clinical Neurology and Neurosurgery* (2018); 170: 132-139.
105. Uğur E. ve Şen S., Glial tümörlü hastalarda ameliyat sonrası erken dönem hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2015; 19(1): 21-28
106. Uysal N. Baş boyun kanserli hastalarda fonksiyonel durum ve sosyal desteğin belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara. Gazi Üniversitesi.2011. Danışman: Prof. Dr. Hatice Bostanoğlu
107. Vargo M. Brain tumor rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil*.2011; 90: 50-62.
108. Verhaak E, et al. Health-related quality of life of patients with brain metastases selected for stereotactic radiosurgery. *J Neurooncol*. 2019; 143(3): 537-546.
109. Wiliam L.S. Hopper P.D. Understanding medical surgical nursing. 5th edition. USA, 2015; 1136-1138.
110. Weitzner MA. et al. The functional assessment of cancer therapy (fact) scale development of a brain subscale and revalidation of the general version (FACT-G) in patients with primary brain tumors. *Cancer*. 1995; 75: 1151–1161.

111. Wen PY et al. Medical management of patients with brain tumors. *J Neurooncol.* 2006; 80: 313–332.
112. WHO, Measuring quality of life the world health organization quality of life instruments measuring quality of life :1999
113. Louis D. et al. The 2016 World health organization classification of tumors of the central nervous system: a summary. *ActaNeuropathol*, 2016.
114. Woodward S, Mestecky A. Nörolojik bilimler hemşireliği kanıta dayalı uygulamalar 2014 Nobel Tıp Kitabevi. 332-356.
115. Yaltırık CK. Yeni tanı almış glioblastomlu hastalarda cerrahi rezeksiyon miktarının sağkalım süresi üzerine etkisi (Uzmanlık Tezi). İstanbul. Yeditepe Üniversitesi. 2012. Danışman: Prof. Dr. Uğur Türe.
116. Yang H. et al. Functional issues in brain tumor treatment. *Journal Neurol Neurophysiol.* 2011; 5: 3-8.
117. Yıldırım N. ve ark. Yetişkin kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ve verilen hizmet arasındaki boşluk. *DEUHYO ED.* 2013; 6(4): 231-240.
118. Yaranoglu C. Kemoterapi alan akciğer kanserli hastalarda uyku kalitesi ve yorgunluğun fonksiyonel duruma etkisinin belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara. GATA İç Hastalıkları Hemşireliği Programı. 2012. Danışman: Doç. Dr. Sağ. Yb. Belgüzar Kara
119. Yıldız D. Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların kaygı düzeylerinin belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). K.K.T.C. Yakın Doğu Üniversitesi. 2011. Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gülcem Sala Razi
120. Zwinkels H. The developing role of the neuro-oncology nurse: a dutch perspective. *British Journal of Neuroscience Nursing.* 2008; 4: 390-3.
121. Globocan 2019: Estimated Cancer Incidence, Prevalence Worldwide in 2019. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fglocaan.iarc.fr%2FPages%2Ffact_sheets_cancer.aspx&date=2019-06-25, Son Erişim Tarihi: 25.06.2019
122. Türk Nöroşirurji Derneği <https://www.turknorosirurji.org.tr/menu/68/beyin-tumorleri> Erişim tarihi 21.06.2017)
123. National Brain Tumor Society <http://braintumor.org>. Erişim tarihi 15.06.2018.
124. American Brain Tumor Association <http://www.abta.org/about-us/news/brain-tumor-statistics/> Erişim tarihi:10.06.2018.

125. T.C. Sağlık Bakanlığı 2017 <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/2014-yili-turkiye-kanser-istatistikleri.html> Erişim Tarihi: 12.12.2018



9. EKLER

EK 1. Hasta Bilgi Formu

BEYİN TÜMÖRLÜ HASTALARA YÖNELİK TANITICI BİLGİ FORMU

Soru Formu No:

Sayın katılımcı,

Bu ankette bir vakıf üniversitesine başvuran beyin tümörlü hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi sosyodemografik özelliklerinin ve tümörün tipi, yeri, tedavi türü gibi hastalığa ilişkin özelliklerinin, belirlenmesine yönelik olarak sorulan 17 soru yer almaktadır. Bazı sorulara açık uçlu olarak bazılarında ise karşısında bulunan kutucuğu işaretleyerek cevap vermeniz beklenmektedir. Sorulara doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz, çalışmanın güvenilirliğini artıracaktır. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederim.

1.Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

Kadın Erkek

3. Öğrenim Durumunuz:

Okur yazar değil Okur yazar
 İlkokul Ortaokul
 Lise Üniversite ve Üzeri

4. Medeni Durumunuz:

Evli Bekar Dul

5.Mesleğiniz:

6. Çalışma Durumu:

Çalışıyor Çalışmıyor

7.Gelir durumunuz:

Gelirim, giderimden az
 Gelirim, giderime eşit
 Gelirim, giderimden fazla

8. Sosyal güvencenizin, ameliyat masraflarınızı kapsama durumu:

Kapsıyor
 Kısmen kapsıyor
 Kapsamıyor

9. Yanınızda refakatçi bulunma durumu:

Bulunuyor Bulunmuyor

Refaktçınız bulunuyorsa kim olduğu:

Eşim Çocuğum Arkadaşım Özel bakıcı/ hemşire
 Annem/babam/kardeşim Diğer.....

Hastalığa İlişkin Bilgiler

10. Kronik hastalığınızın bulunma durumu:

Var

Yok

11. Mevcut Tanınız:

12. Mevcut tümör tipi:

13. Tümörün evresi:

14. Hastalığınıza tanının konulduğu tarih:

Tedaviye İlişkin Bilgiler

15. Daha önce beyin ameliyatı olma durumu-
nuz:

Oldum

Olmadım

16. Kullandığınız İlaçlar:

Antikonvülsan Kortizon

Aneljezik Antiemetik

Diğer.....

17. Hastalığınızla ilgili bu zamana kadar uygulanan tedaviler:

Cerrahi tedavi

Kemoterapi

Radyoterapi

Radyoterapi+ Kemoterapi+Cerrahi tedavi

Radyoterapi+ Kemoterapi

Gammaknife

Stereotaktik biyopsi

EK 2. M.D. Anderson Beyin Tümörü Semptom Envanteri (MDA-BTSE^{Tr})

Türkçe Formu

Bölüm I: 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 olanı 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?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2. En kötü bitkinliğinizi?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3. En kötü bulantınız?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4. En kötü uyku bozukluğunuz?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5. En kötü sıkıntı hissiniz?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6. En kötü nefes darlığınız?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7. En kötü hatırlama güçlüğünüz?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8. En kötü iştahsızlık probleminiz?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9. En kötü uykulu haliniz?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10. En kötü ağız kuruluğunuz?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11. En kötü üzüntü hissiniz?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12. En kötü kusmanız?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13. En kötü hissizlik / uyuşukluk / karıncalanma hissiniz?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14. Vücudunuzun herhangi bir tarafındaki en kötü güçsüzlük hissiniz?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15. En kötü anlama güçlüğünüz?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16. En kötü konuşma güçlüğünüz?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17. En kötü nöbetiniz?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18. En kötü konsantrasyon güçlüğünüz?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19. En kötü görme bozukluğunuz?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20. Görünüştünüzdeki en kötü değişikliğiniz?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21. Dışkılama alışkanlığınızdaki (ishal ya da kabızlık) en kötü değişikliğiniz?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22. En kötü sinirlilik / asabilik / hırçınlık durumunuz?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bölüm II: Semptomlarınız (belirti ve bulgularınız) yaşamınızı ne kadar engelledi? Semptomlar (belirti ve bulgular) sıklıkla duygularınızı ve aktivitelerinizi 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 “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?	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
24. Duygu durumunuz?	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
25. İşiniz (evdeki işler de dahil)?	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
26. Diğer insanlarla ilişkileriniz?	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
27. Yürümeniz?	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
28. En kötü görme bozukluğunuz?	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o

EK 3. BKTFD^{Tr} Beyin Kanseri Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi Ölçeği

Aşağıda sizinle aynı hastalığa sahip diğer hastaların önemli olarak belirttiği durumların listesi var. Son yedi gün içinde yaşadıklarınızı belirten doğru ifadeyi daire içine alarak işaretleyiniz.

FONKSİYONEL DURUMLAR	Hiç	Biraz	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
FİZİKSEL DURUM					
1. Enerjim çok az					
2. Bulantım var					
3. Fiziksel durumum yüzünden ailemin gereksinimlerini karşılamakta güçlük çekiyorum					
4. Ağrım var					
5. Tedavinin yan etkileri beni rahatsız ediyor					
6. Kendimi hasta hissediyorum					
7. Yatakta yatmaya mecbur kalıyorum					
SOSYAL YAŞAM ve AİLE DURUMU					
1. Hastalık öncesine göre kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum					
2. Ailemden manevi destek görüyorum					
3. Arkadaşımdan destek görüyorum					
4. Ailem hastalığımı kabullendi					
5. Ailemle hastalığım konusundaki iletişimden memnunum					
6. Kendimi hayat arkadaşına (veya başlıca desteğim olan kişiye) yakın hissediyorum					
<i>Aşağıdaki soruyu lütfen şu anki cinsel aktivite durumunuzu göz önüne almadan yanıtlayınız. Eğer bu soruya cevap vermemeyi tercih ederseniz, lütfen yandaki kutuyu işaretleyip bir sonraki bölüme geçiniz.</i> <input type="checkbox"/>					
7. Cinsel yaşamımdan memnunum					

Ek-3 Devam

FONKSİYONEL DURUMLAR	Hiç	Biraz	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
DUYGUSAL DURUM					
1. Kendimi üzgün hissediyorum					
2. Hastalığımla başa çıkma yöntemimden memnunum					
3. Hastalığımla olan mücadelede ümidimi kaybediyorum					
4. Kendimi sinirli hissediyorum					
5. Ölümle ilgili endişeliyim					
6. Durumumun daha kötüye gideceğinden endişeleniyorum					
FAALİYET DURUMU					
1. Çalışabiliyorum (ev işi dahil)					
2. Çalışmamdan (ev işi dahil) memnunum					
3. Hayattan zevk alabiliyorum					
4. Hastalığımı kabullendim					
5. İyi uyuyorum					
6. Eğlenmek için yaptığım şeylerden zevk alıyorum					
7. Şu anda yaşam kalitemden memnunum					

Ek-3 Devam

İLAVE DURUMLAR	Hiç	Biraz	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Düşündüklerime/yaptıklarım konsantre olabiliyorum					
2. Nöbetlerim (kasılmalar) oluyor					
3. Yeni şeyleri hatırlayabiliyorum					
4. Yapabildiğim şeyleri yapamamaktan dolayı hayal kırıklığı yaşıyorum					
5. Nöbet (kasılma) geçirmekten korkuyorum					
6. Görme sorunum var					
7. Kendimi bağımsız hissediyorum					
8. İşitme güçlüğü var					
9. Söylemek istediğim doğru kelimeleri bulabiliyorum					
10. Düşüncelerimi ifade etmekte zorlanıyorum					
11. Kişiliğimdeki değişimden rahatsızım					
12. Kararlar verebiliyor, sorumluluk alabiliyorum					
13. Aileme olan katkımın azalmasından dolayı rahatsızım					
14. Düşüncelerimi toparlayabiliyorum					
15. Bakımında banyo yapmak, giyinmek, yemek vb. yardıma gereksinimim var					
16. Düşündüklerimi eyleme dönüştürebiliyorum					
17. Eskisi gibi okuyabiliyorum					
18. Eskisi gibi yazabiliyorum					
19. Motorlu araç kullanabiliyorum (Kendi otomobilim, kamyon vb..)					
20. El, kol ve bacaklarımda duyuları zor hissediyorum					
21. Kol ve bacaklarımda güç kaybı var					
22. Koordinasyonla ilgili zorluk yaşıyorum					
23. Baş ağrılarım var					

EK 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



T.C.
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Çalışmanın Adı: Beyin Tümörü Ameliyatı Olan Hastaların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Uygulayıcı/Araştırmacılar: Ş. Özden ÖZDİNGİŞ (Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi)

Proje Danışmanı: Doç. Dr. Filiz ARSLAN (Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Başkanı)

Bu çalışmada postop beyin tümörü ameliyatı olan hastaların sosyodemografik özellikleri ile beyin kanseri tedavisinin fonksiyonel değerlendirilmesi ölçeği kullanılarak yaşam kalitesini etkileyen faktörler belirlenecektir.

Çalışmayı kabul ettiğiniz takdirde; öncelikle sizden bireysel özellikleriniz, hastalığınızla ve fonksiyonel durumunuzu belirlemeye ilişkin sorular içeren anket formunu yanıtlamanız istenecektir.

Bu araştırmaya katılarak; ameliyat sonrası dönemde beyin tümörü ameliyatı olan bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin öğrenilmesinde katkı sağlayacağınız düşünülmektedir. Araştırmaya katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı izin vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Çalışma sırasında araştırma amacıyla sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Araştırmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Yukarıda adı yer alan uygulayıcı araştırmacı tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek, bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacılar ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine, bu araştırma sırasında da bana büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimalla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜNÜN;

Tarih: ____ / ____ / ____

Adı _____ Soyadı _____

İmzası _____

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRMACININ

Tarih: ____ / ____ / ____

Adı _____ Soyadı _____

İmzası _____

EK 5. FACT-Br Ölçeğini Değerlendirme Rehberi

Rehberi kullanma talimatı

1. Hastanın verdiği cevaplar “madde yanıtı” kolonuna kaydedilir. Eğer cevapvermek istemiyorsa **X** ile işaretlenir.
2. Tersine çevirmeleri aşağıda gösterildiği gibi yapılır ve bir puan elde etmek için maddelertek tek toplanır.
3. Alt ölçekteki maddelerin sayısı ile madde puanları toplamı çarpılır ve elde edilen sayı cevap verilen madde sayısına bölünür. Çıkan sonuç alt ölçeğin puanını gösterir.
4. Alt ölçek puanlarının toplanması ile ölçeğin toplam puanı elde edilir.
5. Puanın yüksek olması yaşam kalitesinin iyi olduğunu gösterir.

ALT BOYUT	MADDE KODU	MADDEYİ TERSİNE ÇEVİRME	MADDEYE VERİLEN CEVAP	MADDE PUANI
FİZİKSEL DURUM (FD) Puan Aralığı: 0-28	FD1	4 -	_____	=_____
	FD2	4 -	_____	=_____
	FD3	4 -	_____	=_____
	FD4	4 -	_____	=_____
	FD5	4 -	_____	=_____
	FD6	4 -	_____	=_____
	FD7	4 -	_____	=_____

*Her bir maddenin puanı toplanır: _____

**Elde edilen puan 7 ile çarpılır: _____

***Cevaplanan madde sayısına bölünür: _____ = **FD ALT BOYUT PUANI**

ALT BOYUT	MADDE KODU	MADDEYİ TERSİNE ÇEVİRME	MADDEYE VERİLEN CEVAP	MADDE PUANI
SOSYAL YAŞAM ve AİLE DURUMU (SYAD) Puan Aralığı: 0-28	SYAD1	0 +	_____	=_____
	SYAD2	0 +	_____	=_____
	SYAD3	0 +	_____	=_____
	SYAD4	0 +	_____	=_____
	SYAD5	0 +	_____	=_____
	SYAD6	0 +	_____	=_____
	SYAD7	0 +	_____	=_____

*Her bir maddenin puanı toplanır: _____

**Elde edilen puan 7 ile çarpılır: _____

***Cevaplanan madde sayısına bölünür: _____ = **SYAD ALT BOYUT PUANI**

ALT BOYUT	MADDE KODU	MADDEYİ TERSİNE ÇEVİRME	MADDEYE VERİLEN CEVAP	MADDE PUANI
DUYGUSAL DURUM (DD)	DD1	4 -	_____	= _____
	DD2	0 +	_____	= _____
Puan Aralığı:	DD3	4 -	_____	= _____
	DD4	4 -	_____	= _____
0-24	DD5	4 -	_____	= _____
	DD6	4 -	_____	= _____

*Her bir maddenin puanı toplanır: _____

**Elde edilen puan 6 ile çarpılır: _____

***Cevaplanan madde sayısına bölünür: _____ = **DD ALT BOYUT PUANI**

ALT BOYUT	MADDE KODU	MADDEYİ TERSİNE ÇEVİRME	MADDEYE VERİLEN CEVAP	MADDE PUANI
FAALİYET DURUMU (FD)	FD1	0 +	_____	= _____
	FD2	0 +	_____	= _____
Puan Aralığı:	FD3	0 +	_____	= _____
	FD4	0 +	_____	= _____
0-28	FD5	0 +	_____	= _____
	FD6	0 +	_____	= _____
	FD7	0 +	_____	= _____

*Her bir maddenin puanı toplanır: _____

**Elde edilen puan 7 ile çarpılır: _____

***Cevaplanan madde sayısına bölünür: _____ = **FD ALT BOYUT PUAN**

ALT BOYUT	MADDE KODU	MADDEYİ TERSİNE ÇEVİRME	MADDEYE VERİLEN CEVAP	MADDE PUANI	
BEYİN KANSERİ (İLAVE DURUMLAR)	B1	0 +	_____	=_____	
	B2	4 -	_____	=_____	
ALT BOYUT (BKAB)	B3	0 +	_____	=_____	
	B4	4 -	_____	=_____	
Puan Aralığı: 0-76	B5	4 -	_____	=_____	
	B6	4 -	_____	=_____	
	B7	0 +	_____	=_____	
	B8	4 -	_____	=_____	
	B9	0 +	_____	=_____	
	B10	4 -	_____	=_____	
	B11	4 -	_____	=_____	
	B12	0 +	_____	=_____	
	B13	4 -	_____	=_____	
	B14	0 +	_____	=_____	
	B15	4 -	_____	=_____	
	B16	0 +	_____	=_____	
	B17	0 +	_____	=_____	
	B18	0 +	_____	=_____	
	B19	0 +	_____	=_____	
	B20	HESAPLANMAYACAK			
	B21	HESAPLANMAYACAK			
	B22	HESAPLANMAYACAK			
	B23	HESAPLANMAYACAK			

*Her bir maddenin puanı toplanır: _____

**Elde edilen puanı 19 ile çarpılır: _____

***Cevaplanan madde sayısına bölünür: _____ = **BKAB PUANI**

TOPLAM FACT-Br (BKTFD^{Tr}) Puan Aralığı: 0-184

(FD puan) +(SYAD puan)+(DD puan)+(FD puan)+(BKAB puan)= FACT-Br Toplam puan

EK 6. Etik Kurul Kararı



T.C. YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ

Sayı : 37068608-6100-15-1344
Konu: Klinik Araştırmalar
Etik kurul Başvurusu hk.

25/05/2017

İlgili Makama (Şerife Özden Özdingiş)

Yeditepe Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü Doç. Dr. Filiz Arslan'ın sorumlu olduğu "**Bir Vakıf Üniversitesi Hastanesine Başvuran Beyin Tümörlü Hastalarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi**" isimli araştırma projesine ait Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (KAEK) Başvuru Dosyası (1324 kayıt Numaralı KAEK Başvuru Dosyası), Yeditepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından **24.05.2017** tarihli toplantıda incelenmiştir.

Kurul tarafından yapılan inceleme sonucu, yukarıdaki isimi belirtilen çalışmanın yapılmasının etik ve bilimsel açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir (**KAEK Karar No: 720**).

Prof. Dr. Turgay ÇELİK

Yeditepe Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK 7. Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Kurum İzni



YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

02.03.2017

SAYI : 68774383 – 001/ 645
KONU: Araştırma İzni Hk.

T.C. Yeditepe Üniversitesi Rektörlüğü'ne

02.03.2017 tarih ve 992 sayılı yazınıza istinaden; Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, 20153037004 no'lu Yüksek Lisans öğrencisi Şerife Özden ÖZDİNGİŞ, NUR 533 Tez çalışması kapsamında " Bir Vakıf Üniversitesi Hastanesi'ne Başvuran Beyin Tümörlü Hastalarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" konulu araştırmasını kurumumuzda yapması uygun görülmüştür. Gereğini arz ederim.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Faruk Yencilek
Yeditepe Üniversitesi Hastanesi
Başhekim

MSG P/09-F/02 Revizyon 01.11.2016



YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
İçerenköy Mah. Hastane Sok.
No: 4 - 4/A - 4/1 Ataşehir-İstanbul
Tel: (0216) 578 40 00 Faks: (0216) 469 37 96
www.yeditepehastanesi.com.tr

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ GÖZ HASTALIKLARI
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
Şakir Kesenbir Cad. Gazi Umur Paşa Sk. No: 28
34349 Balmıscı, Beşiktaş-İstanbul
Tel: (0212) 211 40 00 Faks: (0212) 211 25 00
www.yeditepegoz.com.tr

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
BAĞDAT CADDESİ POLİKLİNİĞİ
Bağdat Cad. No: 238 34728 Göztepe-İstanbul
Tel: (0216) 467 88 00 - 05 Faks: (0216) 385 48 96
www.yeditepehastanesi.com.tr



EK 8. M.D. Anderson BTSE^{Tr} Ölçek Kullanım İzni



Sayın Özdingiş,

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 programında yüksek lisans tez çalışması olarak yapılmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması İzmir ilinde iki üniversite hastanesinin beyin cerrahi anabilim dallarında tedavi gören primer beyin tümörlü hastalarla yürütülmüştür. Ölçeğin performansını ve yaygın etkisini değerlendirmek için çalışma sonuçlarınızı yayınladığımız makalenin bir örneğini göndermeniz, gelecek iyileştirmeleri yapabilmemiz için önemlidir.

Yard. Doç. Dr. Altun Baksi

Dicle Üniversitesi
Atatürk Sağlık Yüksek Okulu

Yard. Doç. Dr. Aklime DİCLE

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

EK 9. BKTFD^{Tr} Ölçek Kullanım İzni

Fact br kullanımı izni hakkında

Gelen Kutusu x



 **s.ozden ozden** <ozden.ozdingis@gmail.com>

8.11.2016 ☆



Alici: senay1981 ▾

Merhaba, ben Özden. Yeditepe Üniversitesinde Sağlık Bilimleri Enstitüsünde hemşirelik yüksek lisansı yapmaktayım. Fact br skalanın güvenilirlik geçerliği sizin tarafınızdan yapılmış. Çalışmanızın öneriler kısmında okuduğum şekilde ben de sizin önerileriniz doğrultusunda beyin tümörü olan hastaların yaşam kalitesini belirlemek için bu skalayı kullanmak isterim. Bunun için de öncelikle sizin izniniz almam önemli. Geri dönüş yaparsanız çok sevinirim.şimdiden teşekkür ederim. Saygılarımla.

Şerife özden özdingiş
Yeditepe üniversitesi hastanesi
Telefon no. [05061584406](tel:05061584406)
Email: ozden.ozdingis@gmail.com

 **Senay Karadağ** <senay1981@yahoo.com>

8.11.2016 ☆



Alici: bana ▾

Tabiki kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar.

Yrd. Doç. Dr. Şenay Karadağ Arlı

[Android'de Yahoo Postadan gönderildi](#)

10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ş. Özden	Soyadı	ÖZDİNGİŞ
Doğum Yeri	Beyoğlu/İstanbul	Doğum Tarihi	30.08.1990
Uyruğu	T.C	T.C Kimlik No	58717114442
E- mail	ozden.ozdingis@gmail.com	Tel	0506 158 44 06

Öğrenim Durumu

Derece	Alan	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Hemşirelik	Yeditepe Üniversitesi	2014
Lise	Sayısal	Eyüp Lisesi	2008

Yabancı Dil Bilgisi

Diller	Seviye
İngilizce	İyi

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Staff Hemşire	S.B. G.O.P. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi	18.09.2018-Halen
Staff Hemşire	Yeditepe Üniversitesi Hastanesi	01.07.2014- 11.09.2018
İntern Hemşire	Yeditepe Üniversitesi Hastanesi	19.08.2013- 30.06.2014