



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PSİKIYATRI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PRİMER BEYİN TÜMÖRÜ OLAN BİREYLERİN CERRAHİ GİRİŞİM
SONRASI SÜREÇTEKİ PSİKOSOSYAL UYUM DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ**

NURCAN KOÇAK

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Elçin BABAOĞLU

İSTANBUL, 2020

T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PRİMER BEYİN TÜMÖRÜ OLAN BİREYLERİN CERRAHİ GİRİŞİM
SONRASI SÜREÇTEKİ PSİKOSOSYAL UYUM DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ**

NURCAN KOÇAK

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Elçin BABAOĞLU

İSTANBUL, 2020

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı : Hemşirelik
Program : Psikiyatri Hemşireliği
Öğrenci No : 174204054
Öğrenci Adı Soyadı : Nurcan KOÇAK

Primer Beyin Tümörü Olan Bireylerin Cerrahi Girişim Sonrası Süreçteki Psikososyal Uyum Düzeylerinin İncelenmesi isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 04/02/2020 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof. Dr. Selma DOĞAN
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza



Danışman : Dr. Öğr. Ü. Elçin BABAOĞLU
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza



Üye : Dr. Öğr. Ü. Özlem YAZICI
(Okan Üniversitesi)

İmza



ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun 04/02/2019 tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL
Enstitü Müdür V.

ÖZET

PRİMER BEYİN TÜMÖRÜ OLAN BİREYLERİN CERRAHİ GİRİŞİM SONRASI SÜREÇTEKİ PSİKOSOSYAL UYUM DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Bu araştırma primer beyin tümörü tanısı konulan cerrahi girişim geçiren hastaların psikososyal uyumunu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini 2018 yılı içerisinde İstanbul'da bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinin Beyin ve Sinir Cerrahisi servisinde primer beyin tümörü ameliyatı geçirmiş ve taburcu olmuş 100 hasta oluşturmuştur.

Araştırmada veriler, "Hastaya İlişkin Tanımlayıcı Özellikler Formu", "Hastalık ve Tedaviye İlişkin Bilgi Formu" ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanılmıştır. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis test ve Dunn-Bonferroni test kullanılmıştır. Anlamlılık en az $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Hastaların hastalığa psikososyal uyum puanı ortalaması $39,97\pm 27,19$ olarak saptanmış ve orta derecede iyi psikososyal uyumları olduğu bulunmuştur. PAIS-SR ölçeği alt grup ortalama puanları; sağlık bakımına oryantasyon ortalama puanı $6,13\pm 4,61$; mesleki çevre ortalama puanı $6,79\pm 4,10$; aile çevresi ortalama puanı $5,84\pm 5,52$ 'dir. Cinsel ilişkiler ortalama puanı $5,19\pm 4,74$; geniş aile ilişkileri ortalama puanı $3,36\pm 3,74$; sosyal çevre ortalama puanı $5,95\pm 4,88$ ve psikolojik alan ortalama puanı ise $6,71\pm 3,82$ olarak bulunmuştur. Psikososyal uyumun en az etkilendiği alanın geniş aile ilişkileri alanı olduğu, çok etkilendiği alanların ise mesleki çevre, psikolojik alan ve sağlık bakımına oryantasyon alanı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların %55'inin iyi psikososyal uyumu olduğu, %18'inin orta derecede iyi psikososyal uyumu ve %27'sinin kötü psikososyal uyumu olduğu bulunmuştur. Hastanın gelir durumu, sağlık güvencesi varlığı, kronik rahatsızlık varlığı, uygulanan tedavi yöntemi, tümör tipi, cerrahi girişim öncesi ve sonrası yakınmaları psikososyal uyumu etkilemektedir ($p<0,05$).

Sonuç olarak primer beyin tümörü ameliyatı geçiren hastaların psikososyal uyumunda sosyodemografik, tedavi ve hastalığa ilişkin özelliklerin etkili olduğu belirlenmiştir. Primer beyin tümörü ameliyatı olan hasta ve yakınlarının psikososyal uyum sürecinin artırılması için psikososyal gereksinimlerinin belirlenerek, KLP hemşiresi tarafından değerlendirilmesi, psikososyal uyum sürecinde gözlenen sorunlarda bakımın bütüncül planlaması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Primer beyin tümörü, psikososyal uyum, konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği, cerrahi girişim, psikososyal sorunlar



ABSTRACT

INVESTIGATION OF PSYCHOSOCIAL COMPATIBILITY LEVELS OF INDIVIDUALS WHICH ARE THE PRIMARY BRAIN TUMORS AFTER THE SURGICAL INTERVENTION

This study was carried out to determine the psychosocial adjustment of the patients who received a primer brain tumor and underwent surgery and the factors affecting it. The sample of the study consisted of 100 patients who were diagnosed as primary brain tumors in the Neurosurgery service of the Istanbul Training and Research Hospital in 2018, and had a surgical operation and were discharged.

In the study, the data were collected by using the ‘‘Descriptive Features Form’’ and Treatment and the Psychosocial Adjustment to Illness Scale. Descriptive statistical methods (mean, standard deviation, median, frequency, percentage, minimum, maximum) were used when evaluating the study data. The suitability of quantitative data to normal distribution was tested by Shapiro-Wilk test and graphical examinations. Mann-Whitney U test was used in comparison of quantitative variables that did not show normal distribution between two groups. The Kruskal-Wallis test and Dunn-Bonferroni test were used for comparison of more than two groups of quantitative variables that did not show normal distribution. Significance was evaluated at least at $p < 0.05$ level.

The average psychosocial adjustment score of the patients was 39.97 ± 27.19 . Subgroup mean scores of the PAIS-SR scale; the average score for orientation to health care is 6.13 ± 4.61 ; professional environment average score 6.79 ± 4.10 ; the average family score is 5.84 ± 5.52 . The average sexual relations score is 5.19 ± 4.74 ; extended family relationships average score of 3.36 ± 3.74 ; social environment average score is 5.95 ± 4.88 and psychological mean score is 6.71 ± 3.82 . It has been determined that the areas where psychosocial cohesion is most affected are occupational environment, psychological area and health care orientation area ($p < 0.05$).

It was found that 55% of patients had good psychosocial fit, 18% had moderate good psychosocial fit and 27% had bad psychosocial fit. The patient's income status, presence of health insurance, presence of chronic discomfort, treatment method, tumor type and complaints before and after surgical intervention affect psychosocial compliance ($p < 0.05$).

As a result, it shows that socio-demographic, treatment and disease-related features are effective in the psychosocial adjustment of patients who underwent primary brain tumor

surgical operation. It is recommended to determine the psychosocial needs of patients and their relatives who have primary brain tumor surgery to increase the psychosocial adjustment process to evaluate them by the consultation liaison psychiatric nurse and to plan the care in the problems observed in the psychosocial adjustment process.

Keywords: Primary brain tumor, psychosocial adjustment, consultation liaison psychiatric nursing, surgical intervention, psychosocial problems



TEŞEKKÜR

Tez alıőması surecinin her aşamasında her zaman destek, ilgi ve sabır gosteren, tez alıőmamın planlanması ve yürütülmesini sağlayan değerli tez danıőmanım Dr.Őėr. Üyesi Elçin BABAŐLU'na,

Çalışmanın uygulanmasında destek veren İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Cerrahi Servisi Sağlık Bakım Hizmetleri Sorumlu Hemşiresi Uzm. Hem. Ayőegül DORUK baőta olmak üzere serviste çalışan tüm doktor ve hemőirelerine,

Araştırma surecinde çalıőmayı kabul eden ve ameliyattan sonra yaşadıkları sureci benimle paylaőan hastalarım,

Her daim desteğini esirgemeyen ve varlıkları ile bana g veren annem Seher KOÇAK'a, babam Sabri KOÇAK'a, kardeőlerim Gülcan ve Hatice KOÇAK'a ve niőanlım Mert YILDIZER'e sonsuz teşekkür ederim.

Nurcan KOÇAK

Őubat 2020

BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

Tarih

Nurcan KOÇAK

İmza



İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET	i
ABSTRACT	iii
TEŞEKKÜR	v
BEYAN FORMU	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLOLAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
SİMGELER KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
1.3. Araştırmanın Soruları.....	5
2. GENEL BİLGİ	7
2.1. Beyin Tümörlerinin Tanımı ve Sınıflandırılması.....	7
2.2. Primer Beyin Tümörü Epidemiyolojik Özellikleri.....	9
2.3. Primer Beyin Tümörü Etiyolojisi.....	10
2.4. Primer Beyin Tümörü Olan Hastalarda Görülen Semptomlar.....	10
2.4.1. Primer Beyin Tümörü Olan Hastalarda Fiziksel Sorunlar.....	11
2.4.2. Primer Beyin Tümörü Olan Hastalarda Bilişsel, Davranışsal ve Psikososyal Sorunlar.....	11
2.5. Primer Beyin Tümörü Olan Hastaların Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi.....	13

2.6. Primer Beyin Tümörü Tanı ve Tedavi Yöntemleri.....	15
2.7. Primer Beyin Tümörlerinde Cerrahi Tedaviler.....	16
2.7.1. Beyin Tümörü Cerrahisi Sonrası Komplikasyonlar.....	18
2.8. Primer Beyin Tümöründe Diğer Kombine Tedaviler.....	20
2.9. Primer Beyin Tümörü Ameliyatlarında Hemşirelik Bakımı.....	21
2.10. Primer Beyin Tümörü Ameliyatı Geçiren Hastaların Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi.....	25
2.11. Psikososyal Uyum Kavramı.....	28
2.11.1. Hastalığa Psikososyal Uyum Etkileyen Faktörler.....	30
2.12. Primer Beyin Tümörü Ameliyatı Sonrası Süreçteki Hastalarda Psikososyal Sorunlar.....	31
2.13 Primer Beyin Tümörü Ameliyatı Olan Hastalarda Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği'nin Önemi	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
3.1. Araştırmanın Tipi.....	35
3.2. Araştırma Yeri ve Özellikleri.....	35
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	35
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	35
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	36
3.6. Verilerin Toplanması.....	36
3.7. Veri Toplama Araçları.....	36
3.7.1. Tanımlayıcı Özellikler Formu.....	36
3.7.2. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği.....	37

	Sayfa
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	38
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	39
4. BULGULAR.....	40
5. TARTIşMA.....	59
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	68
7. KAYNAKLAR.....	72
8. EKLER.....	77

TABLolar DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1: Hastaların tanımlayıcı özellikleri dağılımı	40
Tablo 2: Hastaların hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı...	41
Tablo 3: Hastaların PAIS-SR Ölçeği Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	43
Tablo 4: Hastaların psikososyal uyum düzeylerinin dağılımı.....	43
Tablo 5: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının yaşa göre dağılımı (N:100).....	44
Tablo 6: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı (N:100).....	45
Tablo 7: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının medeni duruma göre dağılımı (N:100).....	46
Tablo 8: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının eğitim durumuna göre dağılımı (N:100).....	47
Tablo 9: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının çalışma durumuna göre dağılımı (N:100).....	48
Tablo 10: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının algılanan gelir durumuna göre dağılımı (N:100).....	49
Tablo 11: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının sağlık güvencesi varlığına göre dağılımı (N:100).....	50
Tablo 12: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının cerrahi girişim sonrası geçen süreye göre dağılımı (N:100).....	51

Tablo 13: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının kronik hastalık varlığına göre dağılımı (N:100).....	52
Tablo 14: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının uygulanan tedavi yöntemine göre dağılımı (N:100).....	53
Tablo 15: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının tümör tipine göre dağılımı (N:100).....	54
Tablo 16: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının geçirilmiş cerrahi öykü durumuna göre dağılımı (N:100).....	55
Tablo 17: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının cerrahi girişim öncesi yakınmalara göre dağılımı (N:100).....	56
Tablo 18: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının cerrahi girişim sonrası yakınmalara göre dağılımı (N:100).....	57

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1: Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Alt Boyutları.....	37
Şekil 2: Cerrahi girişim öncesi ve sonrası yakınma oranlarının dağılımı.....	42



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AANN:	American Association of Neuroscience Nurses
BOS:	Beyin Omurilik Sıvısı
DNA:	Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
EEG:	Elektroensefalografi
KİBA:	Kafa İçi Basınç Artışı
KLP:	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
MR:	Manyetik Rezonans
MRG:	Manyetik Rezonans Görüntüleme
NANDA:	North American Nursing Diagnosis Association
NBTF:	National Brain Tumor Foundation
PAIS-SR:	Psychosocial Adjustment to Illness Scale (Hastalığa Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçeği)

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Beyin tümörü, bireylerde biyo-psiko-sosyal olarak çeşitli problemlere neden olabilen bir hastalıktır. Aynı zamanda hem bireylerin hem de ailelerinin yaşamlarını büyük oranda etkileyebilen, yıkıcı bir etkiye sahip olan ve genellikle de tedavi edilemeyen bir hastalıktır (Seddinghi ve ark. 2015).

Beyin tümörleri anatomik olarak kafatasının boşluğunda ve beyin dokusu içerisinde yerleşim gösterebilen ya da beyin dokusunun dışından bası yapabilen kitlelerdir (Öztekin, 2015). Bu kitleler beyin içerisinde kontrolsüz olarak çoğalıp büyüyebilme özelliğinde sahiptirler (Şimşek ve Dicle, 2013). Benign (iyi huylu), malign (kötü huylu), primer veya sekonder (metastatik) şekilde görülebilirler.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı Kanser Dairesi Başkanlığı'nın 2017 yılı veri tabanında yer alan verileri içerisindeki 2014 yılı Türkiye Kanser İstatistikleri'nin sonuçlarına göre Türkiye'de beyin ve sinir sistemi tümörleri %8 oran ile dördüncü sıradadır (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017). Beyin tümörünü cinsiyet dağılımına göre insidansları değerlendirildiğinde, 2015 yılında Türkiye sağlık istatistik kayıtlarına göre Türkiye 'de tüm kanser hastalarının arasında beyin tümörleri kadınlarda yüz binde 4,1 iken, erkeklerde yüz binde 5,2 oranındadır. (Türkiye Sağlık İstatistikleri, 2015). Ulusal Kanser Enstitüsü 2013 verilerine göre beyin tümörleri tüm kanser ölümlerinin %2,4'ünü oluşturmaktadır (National Cancer Enstitute, 2013).

Beyin tümörü olan bireylerin hayatta kalma süreci ve yaşadıkları komplikasyonlar; performans durumlarına, yaşa, bilişsel durumlarına, mevcut tümör büyüklüğüne ve tümörün tipine bağlıdır. Ulusal Kanser Enstitüsü 2008-2014 verilerine göre de beyin ve diğer sinir sistemi kanserlerinin beş yıllık sağkalım oranları %33,2'dir.

Beyin tümörlerinin yüksek bir kısmının invaziv yayılım ile malign özellikler göstermesi, kafatası içerisinde hızlı bir şekilde büyümesi, uygulanan tedaviye alınan yanıtın kısıtlı olması sebebiyle bireylerde birden fazla semptom ortaya çıkararak yaşam kalitelerinin hızla gerilemesine ve yaşamlarının tehdit altına girmesine sebep olur.

Beyin tümörü olan bireylerde en sık görülen semptomlar; yaşam bulgularında değişiklik, şiddeti artan baş ağrıları, bulantı ve kusma, denge problemleri, davranış

ve kişilik değişiklikleri, nörolojik sorunlar (konuşma, göz hareketlerinde, işitme duyusunda ve dış görünüşte değişiklikler), motor alanda koordinasyon zayıflığı, konsantrasyon bozuklukları, epileptik nedenli nöbetler, ruh hali, düşünce ve öğrenme yeteneği ile ilgili bilişsel durumlarda değişiklikleri içermektedir Bireyin cerrahi girişim öncesinde yakındığı ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olan bu fiziksel, sosyal ve psikolojik alandaki semptomların cerrahi girişim sonrasında da devam etmesi bireyin yaşam kalitesini ve sağlık durumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Cerrahi girişim sonrasında, afazik durumların, nörolojik, bilişsel ve motor alandaki bozuklukların devam etmesi bireyin genel durumunu ve bireyin hastalığa psikososyal yönden uyumunu tehdit edebilmektedir (Smeltzer ve Bare, 2005).

Hastalık, bireyin günlük yaşam aktivitelerinde, sosyal ilişkilerinde, meslek hayatında, cinsel etkinliklerinde, aile ve geniş çevre ilişkilerinde birçok değişiklik yapmasına neden olur ve bireyin bu sürece uyum sağlaması gerekir.

Hastalığa uyum, bireyin yaşam şeklini hastalığın oluşturduğu ihtiyaçlar yönünde düzenlemesidir. Bireyin hastalığa uyumunun olması için psikososyal uyumu da gerekmektedir. Psikososyal uyum bireyin iş, aile, sosyal ve cinsel hayatını, kendi sağlık bakımına uyumunu ve psikolojik durumunu içerir. Hastalığa psikososyal uyum, hastalığın tedavisi ve hastalık ile ilişkili etmenlerin tümünü, mevcut hastalığın gidişatını olumlu ya da olumsuz şekilde etkilemektedir.

Hastalığa psikososyal uyumu olumsuz yönden etkileyen etmenlerin başında stres faktörleri gelmektedir. Stresörler bireyin hastalığa ve yaşama uyum yeteneklerini olumsuz yönde etkileyebilen ajanlardır. Bu stresörler çevresel, fiziksel, psikolojik, sosyolojik nedenlerden kaynaklanabilmektedir. Hastalık tanısı almak ve hastalığın tedavisi için cerrahi operasyon geçirmek kişinin uyum kapasitesini olumsuz yönde etkileyebilecek ve sarsabilecek cinsten riskli bir ajandır. (Adaylar, 1995). Uyum kapasitesine zarar verebilecek bir girişim olan cerrahi tedavi, bireyin yaşam kalitesini biyo-psiko-sosyal olarak çeşitli şekilde etkilemektedir. (Çatal, 2014) Cerrahi girişim öncesinde olduğu kadar cerrahi girişim sonrasında da bireylerin aldıkları psikolojik, ekonomik ve sosyal destek büyük bir yere sahiptir. (Karadakovan ve Özbayır 2010). Özellikle primer beyin tümörü tanısı alan hastaların konulan tanıları malign primer beyin tümörü ise, tanının konulduğu

zaman birçok yönden hasta ve hasta yakınlarını çoğu hastalık gruplarında olmayan kadar olumsuz etkilemektedir. Olumsuz etkileyebilecek etmenler arasında; korku, endişe, gelecek kaygısı, hastalık ve tedavi sürecinde ortaya çıkan stres, fiziksel, mental, maddi ve manevi kayıplar, aile, arkadaş, sosyal çevre ile iletişim kurmadaki yer almaktadır. Primer beyin tümörü tanısı konulan hastaların birçoğu güçsüzlük, öfke, anksiyete, depresyon, yalnızlık, cinsel fonksiyon bozuklukları ve ölüm korkusu deneyimlemektedirler. (Karadağ Arlı 2013). Bireye tanı konulduktan sonra yaşanan ve tedavi süresince göz ardı edilebilen biyo-psiko-sosyal sorunların cerrahi girişim sonrasında da devam edebileceği, tedavi sürecini uzatabileceği, bireyin hastalığa ve sosyal yaşamına uyumunu riske atabileceği önemle üzerinde durulması gereken durumlardandır.

Hastalığa psikososyal uyumun sağlanabilmesi, bireyi olumsuz etkileyen faktörlerin iyileştirilmesi veya ortadan kaldırılmasıyla mümkündür. Bireyin belli bir beceriye sahip olması, mesleki çevre edinmesi ve maddi yönden güçlenmesi yaşam kalitesinin artmasını sağlamaktadır. Kişinin yaşam kalitesinin artmasına paralel olarak da motivasyonu ve psikososyal uyumunun arttığı belirtilmektedir (Livneh, 2001).

Fischbeck ve arkadaşlarının (2011) gliobilastoma tanısı konulan 49 hastanın psikososyal ihtiyaçlarını belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada hastaların %70'inden fazlasının psikososyal desteğe ihtiyaç duydukları tespit edilmiştir (Fischbeck ve ark. 2011).

Aksoy (2018) primer beyin tümörü ameliyatı geçiren 100 hastanın fonksiyonel değerlendirilmesi ve algıladıkları sosyal destek sistemlerinin yaşam kalitesi üzerine etkilerini belirlemek amacı ile yapmış olduğu çalışmada primer malign tümörü olan hastaların %78,8'inin hastalığa uyum sağlamada başarısız olduklarını, bunun aksine primer benign tümörü olan hastaların ise %70'inin hastalığa uyum sağlamada başarılı olduklarını tespit etmiştir. Yine aynı çalışmanın sonuçları arasında primer malign tümörü olan hastaların %82,7'si ve benign tümörü olan hastaların %91,7'si psikolojik rahatsızlık çektiğini saptamıştır (Aksoy, 2018).

Finocchiaro ve arkadaşları (2016) beyin tümörü tanısı konulan 46 hastanın cinsel alandaki sorunlarını belirlemek amacı ile yapmış oldukları çalışmada hastaların %58'inin cinsel rahatsızlık bildirdiği, en yaygın cinsel sorunun ise cinsel istekte

azalma olduğunu saptamıştır (Finocchiaro ve ark, 2016). Düşük dereceli primer glioma ameliyatı geçirmiş olan 32 hasta üzerinde yapılan başka bir çalışmada, hastaların %53'ü post-operatif dönemde cinsellik açısından olumsuz bir değişim yaşadığını bildirmiştir. (Surbeck ve ark, 2015)

Renovanz ve arkadaşları (2017) 244 primer glioma hastasının destekleyici bakım gereksinimlerini saptamak amacıyla yapmış oldukları çalışmada, hastaların en yüksek desteğe ihtiyaç duydukları alanın psikolojik ihtiyaçlar olduğu, ardından da sağlık hizmetlerden yardım ve bilgi alma alanı olduğunu saptamıştır. En sık karşılaşılan psikolojik sorunların %56'sının kanserin yayılım göstermesi ile ilgili korkuların ve %45 'inin ise geleceğe dair belirsizliğin olduğunu belirlenmiştir (Renovanz ve ark, 2017).

Renovanz ve arkadaşlarının (2013) beyin tümörü tanısı konulan 134 hastanın cerrahi girişim sonrası süreçteki psikososyal ihtiyaçlarını belirlemek amacı ile yapmış olduğu çalışmanın sonuçları arasında. cerrahi girişim sonrasında hastaların %88'inin fiziksel problemler yaşamasının yanı sıra %79'unun duygusal problemler, %32,8'nin ekonomik sorunlar ve %8,2'nin de manevi kaygılar yaşadığı yer almaktadır (Renovanz ve ark. 2013).

Ostgathe ve arkadaşları (2010) primer ve sekonder beyin tümörü tanısı konulan hastaların palyatif bakım sorunlarını karşılaştırdığı çalışmada, primer beyin tümörü olan bireylerin destekleyici bakım ihtiyaçlarının diğer kanser hastalarına kıyasla farklı olduğunu ileri sürmüş, hastalar ve ailelerin sosyal, fonksiyonel ve kognitif bozukluklarla ilgili desteğe ihtiyaç duyduklarını tespit etmiştir (Ostgathe ve ark. 2010).

Tuna ve arkadaşları (2014) primer glial beyin tümörü olan 34 hastanın ameliyat sonrası, ameliyattan bir ve üç ay sonrası oluşabilecek semptomlarını kümelemek amacıyla yapılan çalışmada, ameliyattan bir ay sonra hastalarda yorgunluk, parestezi, derin ven trombozu, iştahsızlık, uykusuzluk, yakın geçmişi hatırlamama bulguları yer alırken, üç ay sonra ise parazi bulgusunun küme ile yüksek ilişkisi olduğuna sonucuna ulaştığını belirtmiştir (Tuna ve ark, 2014)

Xiao ve arkadaşları (2018) primer beyin tümörü tanısı konulan hasta ve ailelerine verilen psikolojik bakımın duygusal etkilerini saptamak amacıyla yaptıkları

çalışmada, hastaların ve aile üyelerinin, hastaneden taburcu olduktan sonraki süreçte, hastanede verilmiş olan profesyonel bakımdan faydalanmak istediklerini tespit etmiştir. Bu bakım, hastane dışında da devam etmektedir. Hastanın rehabilitasyon hizmeti verenler ile telefon, e-posta ve kişisel ziyaretler gibi bilgi araçlarının kullanılmasını içermektedir. Bu süreç, hastaneden taburcu olduktan sonra hastaların yaşam kalitesini etkin bir şekilde arttırdığı sonucuna ulaşmıştır. (Xiao ve ark. 2018).

Bütüncül hemşirelik yaklaşımı ile hastaya ihtiyacı olan yaşam biçimi değişiklikleri hakkında hastalıkla baş etme yöntemlerini öğretip kazandırma hemşiresinin sorumluluğu içerisinde yer almaktadır. Bu amaç ile hastalık ile baş etme yöntemlerini hastaya kazandırma ve geliştirme konularında eğitimler vermeyi kapsayan hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması, hastaların hastalığa ve tedaviye uyumlarını arttırmada sosyal ve duygusal olarak dayanak sağlamaktadır ve hastalık ve tedaviye psikososyal açıdan uyumlarını arttırmaktadır (Karataş, 2014). Sağlık ekibinin bir parçası olan hemşirelerin psikososyal uyumları risk altında olan primer beyin tümör tanısı konulan bireylerin cerrahi girişim öncesinde genel ve ruhsal sağlığını kapsamlı olarak değerlendirebilme, koruma, geliştirme ve rehabilitasyon süresinde çok büyük bir rolü ve sorumlulukları bulunmaktadır.

Ülkemizde primer beyin tümörü olan hastaların ameliyat sonrasında yaşadıkları semptomlar, fonksiyonel değerlendirilmeleri, deneyimleri, yaşam kalitesi düzeyi, manevi gereksinimleri, algıladıkları sosyal destek sistemleri, yaşadıkları mental bozukluklar, kaygı düzeyleri, Roy Uyum Modeli'ne göre uyum durumları gibi hastalığın etkilediği farklı alanlar üzerinde çalışılmıştır.

Bu çalışma psikososyal uyum açısından riskli bir grup olan bu hastaların bütüncül hemşirelik bakış açısıyla psikososyal uyumlarını ve etkileyen faktörlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırma sonuçlarının bu bağlamda, hastaların psikososyal uyum düzeylerini bazı değişkenler açısından inceleyerek psikososyal uyumu zorlaştıran sorunları ortaya koyacağı, bu alanda yapılacak olan eğitim, rehberlik ve danışmanlık gibi hizmetlerin çok daha verimli bir şekilde planlanmasını sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu araştırma primer beyin tümörü olan bireylerin cerrahi girişim sonrasındaki süreçte psikososyal uyum düzeylerini ve bunları etkileyen faktörleri saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

1.3.Araştırmanın Soruları

1.Primer beyin tümörü ameliyatı geçirmiş bireylerin Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği genel ve alt boyut ortalamaları nasıldır?

2.Primer beyin tümörü ameliyatı geçirmiş bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği genel ve alt boyut ortalamaları arasında fark var mıdır?

3.Primer beyin tümörü ameliyatı geçirmiş bireylerin hastalık ve tedaviye ilişkin özelliklerine göre Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği genel ve alt boyut ortalamaları arasında fark var mıdır?

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Beyin Tümörlerin Tanımı ve Sınıflandırılması

Merkezi sinir sisteminin bir parçası ve karmaşık birçok çeşitli işlevlerden sorumlu olan beyin, sinir sistemi içerisinde yer alan en geniş bölümdür. Duyusal bilgileri alıp işleme, düşünüp algılamayı sağlama, üretme ve birçok motor işlevi denetleme gibi karmaşık ve kompleks işlevlerden sorumludur. Beyin, yüz milyara yakın sinir hücrelerinden ve trilyonlarca “glia” denilen destek hücrelerinden oluşur (Üngören, 2015).

Beyindeki normal hücre yapısının çeşitli nedenlerden dolayı zamanla, kontrol dışı anormal olarak hızlı bir şekilde büyümesi sonucunda beyin tümörleri oluşmaktadır (Üngören, 2015, Kılıç ve Özdoğan, 2005). Beyin tümörleri anatomik olarak kafatasının boşluğunda ve beynin dokusu içerisinde yerleşim gösterebilen ya da beyin dokusunun dışından bası yapabilen kitlelerdir (Öztekin, 2015). Bu kitleler beyin içerisinde kontrolsüz olarak çoğalıp büyüebilme özelliğinde sahiptirler (Şimşek ve Dicle, 2013).

Beyin tümörleri tümörün yerleşim yerine, tümörün davranışına ve histolojik kriterlere sınıflandırılır. Tümörün yerleşim yerine göre sınıflandırılma yapıldığında beyin tümörleri; primer beyin tümörü ve sekonder (metastatik) beyin tümörü olmak üzere iki kategoriye ayrılmaktadır. Primer beyin tümörleri, beyin içerisinde yer alan hücre yapılarından (glial dokularından, meninkslerden, nöronlardan ve beynin kan damarlarından) köken alıp yayılım gösterirler. Sekonder beyin tümörleri aynı zamanda metastatik beyin tümörleri olarak da adlandırılmaktadır. Metastatik (sekonder) beyin tümörleri vücudun farklı alanlarında başlayıp sonraki süreçlerde beyne yayılım göstermektedirler.

Primer beyin tümörlerinin büyük bir çoğunluğu glioma olarak adlandırılmakta ve dört tipi bulunmaktadır. Bunlar: Astriositoma (Glioblastoma Multiforme), Ependimoma, Oligodendroglioma, Medulloblastoma glioma tipleridir (Kılıç ve Özdoğan, 2005). Primer beyin tümörlerinin kısa tanımlamaları aşağıda verilmiştir (Kılıç ve Özdoğan, 2005, Malak, 2007).

Ependimoma: Ependimol hücrelerinden kaynak almaktadırlar ve çoğunlukla genç erişkinlerde görülen tümörlerdir

Oligodendroglioma: Beyindeki sinirlerin çevresinde yer alan ve onları korumakla sorumlu olan oligodendrositlerden köken alan ve yavaş yavaş büyüyen tümörlerdir.

Medulloblastoma: Embriyonal tümörlerin içerisinde en sık görülen tipidir. Genelde serebelluma yerleşim gösterirler ve prognozları kötüdür.

Beyin Sapı Glioma: Beyin sapına yerleşim gösteren, solunum merkezine yakın olması sebebiyle de büyük bir risk taşıyan bu beyin tümörleri, her yaşta görülebilmektedir.

Intraventriküler Subependimal Tümörler: Subependimal glial matrikslerden köken alırlar Bu tümörler ventrikülün lateraline yerleşim gösterirler.

Meningioma: Beynin meninkslerinden köken almakta ve büyük bir çoğunluğu iyi huylu özellikler gösterir. Yavaş büyür ve genellikle iyi huyludurlar ancak farklı tipte özellikleri olabilmekte ve hızlı büyüebilmektedir

Hemanjioma: Kapiller veya daha büyük çaplı olan damarlardan zengin bir tümördür. İçerisinde stromal hücreler bulunur.

Germ Hücre Tümörleri: Embriyonel germ hücrelerinden köken alır ve yetişkinlerde görülmektedir.

Akustik Schwannoma: Tümör, beyinde yer alan periferik sinir kılıflarından oluşan Schwan hücrelerinden kaynaklanırlar. İşitsel sinirlere yakın mesafede yerleşim gösterdiği için duyuşsal birçok sorun ortaya çıkarmaktadır.

Hipofiz Adenomları: Sinir sistemi ve endokrin sistem vücudun işlevlerini kontrol etmektedir. Beyinde hormonal sisteme ait iki adet hipofiz ve epifiz yer almaktadır.

Astriositoma: Astrosit adı verilen glial hücrelerden kaynaklanmaktadır. Büyük çoğunluğu yetişkin kişilerde serebrumda görülmektedirler.

Tümörün davranışına göre beyin tümörleri sınıflandırıldığında; malign ve benign beyin tümörü olarak sınıflandırılır.

Benign Beyin Tümörleri: Beyin dokusunun dışında ve kafatasının içinde yer alırlar. Genellikle yavaş bir şekilde büyür, çevresindeki dokuları istila etmez ve vücudun diğer organlarına yayılım göstermezler. İyi huylu olarak belirlenen benign beyin tümörleri, ilerleyen zamanlarda bazen kötü huylu tümörlere dönüşebilmektedir.

Malign Beyin Tümörleri: Hızla büyüyen ve yaşamı tehdit eden tümörlerdir. Beyin ve omurganın diğer bölgelerine yayılım göstermişlerdir. Malign tümörlerin çoğunluğu, vücudun başka bir bölgesinde başlayıp beyne metastaz yaparlar.

DSÖ 2000 yılında beyin tümörlerini histolojik kriterlere göre sınıflandırılmıştır. DSÖ'ye göre bu sınıflamada tümörler dört ayrı evrede sınıflandırılır. Evre I ve Evre

II tümörün düşük dereceli olduğunu, Evre III ve Evre IV tümörler ise tümörün yüksek dereceli olduğunu belirtir (Doolittle, 2004. Şimşek ve Dicle, 2013).

Evre I: Tümörün yavaş bir şekilde büyümekte olduğunu göstermektedir. Bu hücreler mikroskop altında genellikle normal görünürler. Evre I tümör tipi çoğunlukla yayılım göstermez ve cerrahi girişim ile alınabilir

Evre II: Tümörler yavaş bir şekilde büyür; fakat tedavi sonrası süreçte yayılabilir veya tekrar ortaya çıkabilir. Genellikle benign olan bu tümörler cerrahi müdahale ile tedavi edilir. Evre II tümörlerin ilerleyen zamanlarda daha büyük seviye tümörlere dönüşebilmektedir.

Evre III: Bu tümörler hızlı bir şekilde büyüyüp yayılabilirler. Evre III hücreleri normal olan hücrelere benzemezler. Tekrarlanma imkanı olan çoğu malign ve sağlam dokulara infiltre olabilen tümörlerdir

Evre IV: Yüksek derecede kanser hücreleri içermektedirler. Sağkalım oranı düşük ve komplikasyon dereceleri yüksek kanser seviyesidir, Cerrahi girişim sonrasında kemoterapi ve radyoterapi ek tedavilerinin gerekli olduğu tümörlerdir. Tedavi sonrasındaki süreçte sağkalım süresi 1 yıldan azdır.

2.2.Primer Beyin Tümörü Epidemiyolojik Özellikleri

Sağlık Bakanlığı'na bağlı Kanser Dairesi Başkanlığı'nın 2017 yılı veri tabanında yer alan verileri içerisindeki 2014 yılı Türkiye Kanser İstatistikleri'nin sonuçlarına göre Türkiye'de beyin ve sinir sistemi tümörleri %8 oran ile dördüncü sıradadır (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017).

Beyin tümörünü cinsiyet dağılımına göre insidansları değerlendirildiğinde, 2015 yılında yayınlanan Türkiye sağlık istatistik kayıtlarına göre Türkiye 'de tüm kanser hastalarının arasında beyin tümörleri kadınlarda yüz binde 4,1 iken, erkeklerde yüz binde 5,2 oranındadır. (Türkiye Sağlık İstatistikleri, 2015). Ulusal Kanser Enstitüsü 2013 verilerine göre beyin tümörleri tüm kanser ölümlerinin %2,4'ünü oluşturmaktadır (National Cancer Enstitute, 2013).

Beyin tümörü olan bireylerin hayatta kalma süreci ve yaşadıkları komplikasyonlar; performans durumlarına, yaşa, bilişsel durumlarına, mevcut tümör büyüklüğüne ve tümörün tipine bağlıdır. National Cancer Enstitute 2008-2014 verilerine göre beyin ve diğer sinir sistemi kanserlerinin beş yıllık sağkalım oranları %33,2'dir.

2.3.Primer Beyin Tümörü Etiyolojisi

Genetik yatkınlık, travma öyküsü, virüs varlığı gibi etkenleri inceleyen çoğu çalışmalara karşın, primer beyin tümörlerinin ortaya çıkış sebepleri tam ve kesin olarak bilinmemektedir. Bazı primer beyin tümörleri belirgin bir biçimde embriyonel ve doğumsal kaynaklı iken, bazıları yaşamın ileri dönemlerinde açığa çıkmaktadır (Öztekin, 2015).

Primer beyin tümörlerinin meydana gelme sebepleri belirsizlik göstermektedir. Bilinen tek risk faktörü ise iyonize radyasyon ile temasıdır. Glial ve meningeal tümörlerin her ikisi de, kafatasının iyonize radyasyon ile teması sonucunda gerçekleşir. Latent süresi teması izleyen yaklaşık 10-20 yıllık bir süredir. Kanıt temelli yapılan çalışmalar olmasa da, yüksek gerilim hatları, cep telefonları, saç boyaları, nitrat içeren gıdaların tüketimi (barbekü edilmiş ya da işleme sokulmuş gıdalar) ile temas ve kafa travması öyküsü olası nedenler arasında kabul edilmektedir (Öztekin, 2015, Vida ve ark. 2014).

2.4.Primer Beyin Tümörü Olan Hastalarda Görülen Semptomlar

Primer beyin tümörü olan hastalarda baş ağrısı, inme, bilişsel, mental ve ruhsal durum değişiklikleri yaygın biçimde görülebilen fokal veya lokalize semptomlardır. Beynin bazı özel bölgelerinin etkilendiği durumlarda, bilişsel değişimler, duyuşsal ve motor anormallikler, görme ile ilgili problemler, konuşma bozuklukları gibi belirti ve bulgular ortaya çıkmaktadır. Primer beyin tümörünün büyümesi ve yayılım göstermesi yaşanan belirti ve bulguların ilerleyici olumsuz bir seyir göstermesine neden olabilmektedir (Öztekin, 2015).

Primer beyin tümörlerinin semptomları yerleşim gösterdiği alana göre değişiklik gösterebilmektedir.

Frontal lob (unilateral): hafızada kayıpları, tek yönlü hemipleji, , nöbet, görsel bozukluklar, kişilik değişiklikleri, karar vermede değişimler

Frontal lob (bilateral): yürümede dengesizlik, hafızada kayıpları, tek yönlü hemipleji, , nöbet, görsel bozukluklar, kişilik değişiklikleri, karar vermede değişimler

Parietal lob: Konuşmada problemler, eğer tümör baskın hemisferde ise yazma becerisinde yetersizlik, algılama bozukluğu

Oksipital lob: Görme ile ilgili bozukluklar

Temporal lob: Nöbet geçirme ve yutmada güçlük

Subkortikal: Hemipleji, tümörün çevresindeki dokulara infiltre olması nedeniyle açığa çıkan diğer semptomlar

Meningeal tümörler: Tümörün yerleşimi ve kafa içi basınç artışıyla ilgili semptomlar

Talamus ve sellar tümörler: Görme duyusu ile ilgili bozukluklar, baş ağrısı, papilla ödemi, bulantı ve kusma

Dördüncü ventrikül ve serebellar tümörler: Baş ağrısı, papilla ödemi, bulantı ve kusma, yürümede dengesizlik ve koordinasyon bozuklukları

Serebellum: İşitme duyusunun kaybı, yürüme ve yüz kaslarında güçsüzlük, yutma güçlüğü, konuşmada güçlük, görme ile ilgili bozukluklar, hemiparazi

Pons tümörler: Kulak çınlaması, işitme duyusunun kaybı, baş dönmesi

Beyin sapı tümörleri: Uykudan uyanıldığında görülen baş ağrısı, uykululuk hali

2.4.1. Primer Beyin Tümörü Olan Hastalarda Fiziksel Sorunlar

Primer beyin tümörleri kişinin hareket, duyu ve motor becerilerini etkilemektedir. Bu fiziksel sorunlar içerisinde hemiparezi (vücudun herhangi bir tarafında güçsüzlük), görsel ve düşünsel algılama bozuklukları, denge bozuklukları, mesane ve bağırsak ile ilgili fonksiyon bozuklukları yer almaktadır. Primer beyin tümörü olan bireyler, mevcut fonksiyonel durumlarını iyileştirip en iyi düzeye getirmek amacıyla uygun takip, tedavi ve rehabilitasyon açısından değerlendirilmelidir (NBTF, 2010).

2.4.2 Primer Beyin Tümörü Olan Hastalarda Bilişsel, Davranışsal ve Psikososyal Sorunlar

Primer beyin tümörü, kişinin ve ailesinin günlük yaşam aktivitelerini her yönüyle etkileyebilen fiziksel, psikolojik, bilişsel, davranışsal, sosyal ve fonksiyonel sorunlara neden olan bir hastalıktır (Davies ve Higginson, 2003). Primer beyin tümörü olan hastaların psikososyal ihtiyaçları hastalığın semptomlarının şiddetinden daha çok ön planda olabilmektedir (Lepola ve ark, 2001). Bu hastalar konuşma, yazma, okuma gibi dil kullanımı, dikkat ve konsantrasyon bozuklukları, kısa bellek hafıza kayıpları, biliş ve düşüncelerin yavaşlaması, karar verme ve problem çözme gibi durumları organize etme problemleri, ruhsal değişiklikler, asabiyet, uygun ve yerinde olmayan hareketler gibi psikolojik ile ilgili zorluklar

tecrübe etmektedirler (American Association of Neuroscience Nurses, 2014) , (National Brain Tumor Foundation , 2010).

Primer beyin tümörü olan bireylerde bilişsel sorunların %50 ile %90 oranlarında var olduğu düşünülmektedir (American Association of Neuroscience Nurses, 2014). Bilişsel sorunları mevcut olan hastalar lüzum görüldüğü durumlarda bilişsel rehabilitasyon programlarına katılım göstermeleri hususunda desteklenmelidir. Bilişsel rehabilitasyon primer beyin tümörü hastalarının bilişsel, fiziksel ve duygusal yönden kabiliyetlerinin kazanılmasını hedefler. Tedavi sürecinde bireylere bilişsel egzersizler öğretilmeli, sudoku, kart oyunları, bulmaca gibi egzersizler konusunda teşvik edilmelidir. Primer beyin tümörü hastalığı bilişsel yetiye, beyin fonksiyonlarına ve günlük yaşam aktivitelerine olumsuz etkisiyle ilgili hasta ve ailesinin eğitimi ve rehabilitasyonları sağlanmalı, hastalıkla baş etme becerileri geliştirilmelidir (National Brain Tumor Foundation , 2010).

Primer beyin tümörü olan bireyler stres yaşamalarına neden olabilecek durumlarla karşılaşabilmektedir. Tanı aldıktan sonraki süreçte beyin tümörü ile yaşamak, yaşam tarzında değişiklik yapmak, yaşamını kontrol edemediğini hissetmek, bireyin bağımsızlığını kaybettiğini hissetmesi, gelecekle ilgili yaşadığı belirsizlik durumları strese sebep olmaktadır. Özellikle olumsuz türdeki bu tip stressörlerle karşı karşıya kalındığı durumlar devam edildiği süreçlerde kalp çarpıntısı ve kas ağrıları gibi fiziksel semptomlara, anksiyete ve depresyon gibi de duygusal sorunlar eşlik edebilmektedir (Keir ve ark, 2006). Beyin tümörü tanısı alan hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların %63'ü stres (Keir ve ark, 2006), %30'u anksiyete, %17'si depresyon (Janda ve ark. 2008) ve %15'i de uyum bozukluğu yaşadığını ifade etmiştir (Goebel ve ark. 2011).

Son zamanlardaki gelişmelere rağmen primer beyin tümörü olan hastaların cerrahi girişim sonrası süreçteki prognozdaki belirsizlik ve kaygı hastalar için ölüm korkusu yaşamaların sebep olmaktadır (Lepola ve ark, 2001). Psikososyal uyum sorunu yaşayan hastalara maruz kaldıkları bedensel hastalıklarıyla baş edebilme gücü kazandırma, planlanan rehabilitasyon programlarına istekle katılmalarını sağlama, hastalığa ve tedavi uygulamalarına uyumlarının olumsuz şekilde etkilenmesini önlemek için bu sorunların minimum seviyeye indirilmesi ve hastalığın yönetilmesine yardım edilmesi, destek verilmesi önemli derecede üzerinde durulması gereken konular arasında yer almaktadır.

2.5. Primer Beyin Tümörü Olan Hastaların Fonsiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi

Sağlığı algılama ve yönetme fonksiyonu incelendiğinde; Edvardsson ve arkadaşları (2006) düşük evreli primer beyin tümörü olan hastaların deneyimlerini tanımlamak amacıyla yaptıkları niteliksel bir çalışmada, hastaların sağlık bakım hizmeti ile ilgili yaşadıkları olumsuz durumları; sağlık ekibinin duyarsız ve ilgisiz yaklaşması, hastalığına yönelik yeterli ve etkin tıbbi tedavinin olmaması, tedavi ile ilgili kararlara katılamamaları olarak belirttiklerini saptamıştır.

Beslenme fonksiyonu incelendiğinde; hastalar bulantı-kusma, iştahsızlık, kortikostreoid kullanımına bağlı kiloalmı ve beslenme değişikliklerine uyum göstermede uyum sorunu yaşamaktadırlar (Baksi, 2013)

Boşaltım fonksiyonu incelendiğinde; hastaların tedavi süresince kortikosteroid kullanımına bağlı olarak ağız kuruluğu yaşamakta, kan glikoz seviyeleri yükselmekte ve sık sık idrara çıkmaktadırlar (Baksi, 2013).

Aktivite ve egzersiz fonksiyonu incelendiğinde; hastalar beyindeki kitleye bağlı olarak hareketlerin etkilendiğini (vücutta sallanma, elini hareket ettirememe, yürüyememe), ekstremelerde güç kaybı yaşadıklarını, görme bozukluğu gibi semptomlar nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde zorluk yaşadıklarını belirtmektedirler (Baksi, 2013).

Uyku ve dinlenme fonksiyonu incelendiğinde; Baksi ve Dicle (2013) primer beyin tümörü olan hastaların Roy Uyum Modeli'ne göre uyum düzeylerini incelediği çalışmada bazı hastaların yorgunluk ve yeterli uyku alamamalarından kaynaklı olarak işlerini yapamadıklarını ve iş değiştirmek zorunda olduklarını belirtmiştir.

Biliş ve algı fonksiyonu incelendiğinde; bilişteki bozukluklar beyin tümörü bulunan hastalarda yaygındır ve ileri evre primer beyin tümörü hastalarında olduğu kadar sık olmasa da, düşük dereceli gliomalar gibi primer beyin tümörü hastalarında da görülebilmektedir (Aksoy, 2018). Literatürde hastaların dil kullanımı (konuşma, yazma, okuma), dikkat, konsantrasyon (bir kerede birden fazla görevi zor yapma, şaşkınlık, konfüze, disoryante durum), öğrenme, hafıza (kısa dönemli hafıza kaybı,

düşüncenin yavaşlaması), genel entellektüel yetenekler, organize etme (karar verme, problem çözme, bir zamanda birden fazlasını yapmada zorlanma) ile ilgili zorluklar deneyimledikleri belirtilmiştir (NBTF, 2010).

Kendini algılama fonksiyonu incelendiğinde; Edvardsson ve arkadaşları (2006) düşük evreli primer beyin tümörü olan hastaların deneyimlerini tanımlamak amacıyla yaptıkları çalışmada primer beyin tümörü tanısının konulmasını bireyler için üzücü bir durum olarak tanımlandığı ifade etmiştir. Yüksek dereceli primer beyin tümörü olan hastaların psikososyal sorunlarının incelemek amacıyla yapılan çalışmada bireylerin ilk tepkilerinin benlik kavramı alanında uyumsuz davranış olarak yaşanan ölüm korkusu olduğu saptanmıştır (Lucas, 2010).

Rol ve ilişki fonksiyonu incelendiğinde; hastalar hastalığa bağlı olarak yaşadıkları yorgunluk sebebiyle işlerini yapamamakta, işlerini değiştirmek zorunda kalmakta, hastalık sonrası süreçte işten çıkma durumlarını yaşamaktadırlar. Baksi (2013) primer beyin tümörü olan hastaların Roy Uyum Modeli'ne göre uyum düzeylerini incelediği çalışmada, kadın hastaların ev işlerini, çocuklarının bakımını yapamadıklarını, hastalığın annelik sürecini etkilediğini, bazı eşlerin ise eşlerine cinsel anlamda kadınlık/erkeklik görevini yerine getirmediklerini ifade ettiğini belirtmiştir.

Cinsellik ve üretkenlik fonksiyonu incelendiğinde; Finocchiaro ve arkadaşları (2016) beyin tümörü tanısı konulan 46 hastanın cinsel alandaki sorunlarını belirlemek amacı ile yapmış oldukları çalışmada hastaların %58'inin cinsel rahatsızlık bildirdiğini, en yaygın cinsel sorunun ise cinsel istekte azalma olduğunu bulmuştur (Finocchiaro ve ark, 2016). Baksi (2013) primer beyin tümörü olan hastaların Roy Uyum Modeli'ne göre uyum düzeylerini incelediği çalışmada da hastaların cinsel hayatlarının kötüleştiğini ifade ettiğini belirtmiştir.

Stresle baş etme ve stres toleransı fonksiyonu incelendiğinde; primer beyin tümörü tanısı konulan hastaların stres durumlarının incelenmesi amacıyla yapılan araştırmada hastaların %63'ünün yüksek düzeyde stres yaşadığı bulunmuştur (Keir, Guill, Carter ve Friedman, 2006). Literatürde hastaların, yaşam tarzındaki değişiklik yapması, bireyin bağımsızlığını kaybetmesi ya da yaşamını kontrol

edemediğini hissetmesi hastalığa verilen tepkileri etkilediği yer almaktadır (Brain Tumour UK, 2010). Kişiyeye uygun olan yeni baş etme yöntemlerini öğrenmesini ve geliştirmesini sağlayacak bilişsel, duygusal ve davranışsal hemşirelik girişimlerinde bulunmak gerekmektedir (Brain Tumour UK, 2010).

Değerler ve inançlar fonksiyonu incelendiğinde; Baksi (2013) primer beyin tümörü olan hastaların Roy Uyum Modeli'ne göre uyum düzeylerini incelediği çalışmada hastaların çoğunun yaşadıklarının Allah'tan gelen bir şey olduğunu, moralin önemli olduğunu ve morallerini yüksek tutmaya çalıştıklarını ifade ettiklerini belirtmiştir. Buna karşın hastaların bir kısmının ise kendilerini psikolojik olarak kötü hissettiklerini, ağladıklarını ve bu hastalığın neden kendine olduklarını sorduklarını belirtmiştir.

2.6. Primer Beyin Tümörü Tanı ve Tedavi Yöntemleri

Tanı Yöntemleri

Primer beyin tümörlerinin tanı konulması aşamasında hastalık öyküsü ve hastalıkla ilgili belirti ve bulguların meydana gelme zamanı önemli verilerdir. İlk aşamada bireye fizik muayene yapılmakta ve fizik muayene sonucunda tümörün yerleşim yerine ve neden olduğu etkilere göre görsel, işitsel, konuşma ve yazma, bilinç durumu, kişilik ve davranışsal bozukluklar, duyu durum değişiklikleri değerlendirilmektedir (Karadağ Arlı ve Gürkan 2014, Baksi Şimşek ve Dicle 2013). Fizik muayene sonrasında nörolojik tanılama yapılmakta ve etkilenen merkezi sinir sistemi bölümleri belirlenmektedir.

Hastaya kontrastlı madde ile bilgisayarlı tomografi çekimi yapılarak, oluşan lezyon sayısı, büyüklüğü ve yoğunluğuyla ilgili veriler elde edilmektedir. MRG (Manyetik Rezonans Görüntüleme) ise tanıya dayalı en yararlı girişim olarak kullanılmaktadır. Elektroensefalografi (EEG) çekimi yapılarak da tümörün yerleşim gösterdiği alanlardan anormal olan beyin dalgaları elde edilmektedir (Öztekin, 2015).

Primer beyin tümörün etiyojisini belirlemede, tanısını koymada ve cerrahi girişimi planlamada yararlanılan en iyi tanısal metotlar görüntüleme teknikleridir (Perkins ve Liu 2016).

Tedavi Yöntemleri

Primer beyin tümörü tanısının alınmasının ardından tedavi planı yapılmaktadır. Tedavi yöntemleri olarak cerrahi tedavi, radyoterapi ve kemoterapi kullanılmaktadır. Primer beyin tümörlerinin tedavisi için tercih edilen hemen hemen ilk seçenek olarak cerrahi tedavi yer almaktadır.

Cerrahi tedavinin amacı, tümörü çıkarmak, nörolojik bozukluğun (paralizi, körlük) artmasını önlemek tümörün bir kısmını ya da tamamını çıkararak semptomların azalmasını ya da ortadan kaldırılmasını sağlamak ve dekompresyon sağlamaktır (Öztekin, 2015).

Cerrahi girişim sonrasındaki süreçte tümörün geriye kalan kısmı için tedaviye ek olarak radyoterapi ve/veya kemoterapi kullanılmaktadır. Kemoterapi ve radyoterapinin kullanılma amacı kalan tümörlerin tedavisini sağlamak, bu tümörlerin neden olduğu semptomları azaltmak ve büyümelerini yavaşlatmaktır.

Kemoterapi, tümörleşmiş hücrelerin kemoterapik ajanlarla ortadan kaldırılmasıdır. Kemoterapi tedavisi cerrahi girişimden önce, cerrahi girişim sırasında tümörün eksize edilmesinden hemen sonra, radyasyon tedavisiyle eş zamanlı, radyasyon tedavisi bittikten sonra ve tümörün tekrarlaması durumunda uygulanabilmektedir (Karadakovan ve Özbayır 2010).

Radyoterapi ise güçlü olan radyoaktif ışınlarının yardımıyla mevcut olan kanserleşmiş hücrelerin hasara uğratılması ve yok edilmesidir. Genellikle cerrahi girişim sonrasında geriye kalan tümörün tedavisi için ya da cerrahi girişimin yapılma imkanı olmadığı durumlarda kullanılmaktadır (Perkins ve Liu 2016).

2.7. Primer Beyin Tümöründe Cerrahi Tedaviler

Cerrahi tedavi; nörolojik defisit artmasını önleyerek tüm tümör dokusunu çıkarmak veya tümörün bir kısmını kısmi olarak çıkararak (dekompresyon) semptomların şiddetini azaltmak/tamamen ortadan kaldırmak için kullanılmaktadır (Smeltzer ve Bare, 2005). Tümörün yerleşim gösterdiği yer, yerleştiği alanın nörolojik işlevi, tümörün boyutu, hastada tümörün sebep olduğu semptomatik durumlar cerrahi tedavide göz önünde bulundurulmaktadır (Chandana ve ark, 2008). Bazı durumlarda hastanın yaşı, tümörün bulunduğu alan, hastanın mevcut durumu cerrahi tedavi yönünden uygun olmayabilmektedir (Smith ve Schnell, 2003). Tümörün tamamının ya da tamamına yakınının çıkarılması, tümörün yerleşim yerine bağlı olarak hastanın yaşam kalitesini artırma, sağlık durumunu ve hayat

kalitesini iyileştirmede kullanılan en iyi yaklaşımı sağlar (AANN, 2006; Chandana ve ark, 2008).

Biyopsi; Primer beyin tümörlerinin çıkarılması, nörolojik problemlere sebep olabilecek kritik alanlarda yerleşim gösterdiği zaman (Buckner ve ark, 2007) tanıyı koymak için yapılan biyopsi, genel ya da lokal anesti altında olur (AANN, 2006)

Stereotaktik biyopsi; Beynin hemen her bölgesinden beyin sapında da dahil olmak üzere örnek alınmasını sağlar (Buckner ve ark, 2007) ve kapalı bir işlem olarak yapılır.

Stereotaktik cerrahi; stereotaktik biyopsiden farkı tümörün çıkarılmasını sağlar (AANN, 2006; Buckner ve ark, 2007). Çoğunlukla tümör ihtimalinden şüphe duyulduğunda, tümörü cerrahi girişimle çıkarmanın tehlikeli olduğu durumlarda, tümörün küçük dokularda yerleştiği durumlarda tercih edilmektedir (Fitzsimmons ve Bohan, 2004).

Kraniyotomi; kafatasının cerrahi operasyonla açılmasıdır (Laskowski-Jones, 2007; Smith ve Schnell, 2003). Tümörü çıkarmak, oluşmuş hematoma boşaltmak aynı zamanda da kafa içi basınç artışına neden olan durumları minimuma indirmek için tercih edilir (Laskowski-Jones, 2007).

Kraniyektomi; kafatasındaki kranial kemiğin bir bölümünün dekompresyon için çıkarılmasıdır (Laskowski-Jones, 2007; Smith-Schnell, 2003). Bu sayede tümörün beyne yaptığı basınç engellenir ve geride kalan doku bölgelerinin rahatlaması için yer edinilmiş olur.

Kranioplasti ve duraplasti; kafatası kemiğin onarılması veya cerrahi girişiminin takibinde kemiğin protezle değiştirilmesidir. Duramaterin dura ile onarılması işlemidir (Smith ve Schnell, 2003).

Burr Hole; bir matkap yardımıyla kraniyumun açılmasıdır. Buradaki amaç, duramaterin altında veya boşluklarında biriken sıvı ve kanın boşaltılması işlemidir (Laskowski-Jones, 2007).

Shunt; Erişkinlerde tümörün neden olduğu kafa içi basınç artışını ve çocuklarda hidrosefalinin sebep olduğu başın büyümesini engellemek için kullanılır (Laskowski-Jones, 2007).

Diğer Cerrahi Tedavi Yöntemleri

Tümörün çıkarılma işlemini kolaylaştırmak ve nörolojik problemleri minimuma indirmek ya da ortadan kaldırmak için teknolojinin gelişmesi sayesinde cerrahi yöntemler ile birlikte kullanılan yeni yöntemler kullanılmaya başlanmıştır (Buckner ve ark, 2007).

Beyin haritalaması ile uyanık kraniotomi; hassas bölgelere yerleşen (motor, duyu ve konuşma gibi) tümörlerin alınmasında uygulanan bir tekniktir (AANN, 2006).

Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI); bir tarayıcı araç yardımı ile invaziv girişim olmadan beynin görüntülenmesini olanak verir, sonrasında bu görüntüler bilgisayara aktarılır. MR eşliğinde yapılabilir.

Nöroendoskopi; girişim sırasında bir veya birden fazla cerrahi kesi yardımıyla tümörün bir endoskop aracı kullanılarak görüntülenmesini sağlayan bir cerrahi işlemdir (AANN, 2006).

2.7.1.Beyin Tümörü Cerrahisi Sonrası Komplikasyonlar

Beyin tümörlerinde cerrahi girişim sonrasında görülebilen semptom ve komplikasyonlar hastaların yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz etkileri olan büyük bir hayati riske neden olabilecek sorunlardır. Cerrahi girişim sonrasında görülen semptomlar hastaların bağımlılık seviyesini önemli düzeyde etkilemektedir. Bu nedenle bu süreç içerisinde hastanın takibi ve bakımı üzerinde durulmalıdır.

Beyin tümörü olan bireylerde en sık görülen semptomlar; yaşam bulgularında değişiklik, şiddeti artan baş ağrıları, bulantı ve kusma, denge problemleri, davranış ve kişilik değişiklikleri, nörolojik sorunlar (konuşma, göz hareketlerinde, işitme duyusunda ve dış görünüşte değişiklikler), motor alanda koordinasyon zayıflığı, konsantrasyon bozuklukları, epileptik nedenli nöbetler, ruh hali, düşünce ve öğrenme yeteneği ile ilgili bilişsel durumlarda değişiklikleri içermektedir. Bireyin cerrahi girişim öncesinde yakındığı ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olan bu fiziksel, sosyal ve psikolojik alandaki semptomların cerrahi girişim sonrasında da devam etmesi bireyin yaşam kalitesini ve sağlık durumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Cerrahi girişim sonrasında, afazik durumların, nörolojik, bilişsel ve motor alandaki bozuklukların devam etmesi bireyin genel durumunu ve bireyin hastalığa psikososyal yönden uyumunu tehdit edebilmektedir. (Smeltzer ve Bare, 2005).

Cerrahi girişim sonrası bireyde görülen fiziksel bağımlılık ve psikolojik destek gereksinimin artmasına bağlı olarak, bireyin günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede engeller görülmektedir. Ayrıca, bireyin kendini tanımlamaya ait algılarında değişiklikler sebebiyle diğer kanserli hastalardan daha fazla problemler yaşamakta ve uyum için destek ihtiyacı doğmaktadır (Nixon, A. and Narayanasamy, A. (2010).

Beyin tümörü için genel olarak kullanılan tüm cerrahi metotlarda operasyon sonrasında hastalarda KİBA (kranial basınçta artış), hemoraji, epileptik nöbet, duyu ve motor bozuklukları, bilişsel işlev bozuklukları sık karşılan semptomlar arasında yer almaktadır (Özteki, 2015).

KİBA, beyin ve sinir cerrahisinin en ciddi ve riskli komplikasyonudur. Kafa içi basınç artışı, intrakraniyal kompensasyon mekanizmaları bozulduğunda, bir veya birden fazla intrakraniyal alanda (serebral kan, serebrospinal sıvı, beyin dokusu) sıvı artışına sebep olan herhangi bir patolojik süreç ya da tümör oluşumuna neden bir lezyon (tümör dokusu, kanamaya bağlı oluşan hematoma gibi) ile gelişir. (Topçuoğlu, M. A., Durna, Z. ve Karadakovan, A. (Çeviri Editörler). (2013) (Öztekin, S.D. (Editör). (2015). Kafa içi basınç artışının belirtileri; huzursuzluk, ajitasyon, görme alanında bozulma (çift görme, görmede azalma, bulanık görme), duyu ve motor kayıp (ağrılı uyarana tepkinin azalması, güçte azalma), şiddeti artan baş ağrıları, bulantı ve kusma, epileptik nöbet, konuşma yetisinde bozulmadır (Öztekin, 2015)

Cerrahi girişim sonrası dönemde, en sık rastlanan sorunlardan biri de ağrıdır. Ağrı, hastanın, cinsiyet ve yaş gibi özellikleri ile geçmiş tecrübelerinden etkilenen, biyo-psiko-sosyal boyutlarıyla birden fazla boyutlu olan, hastaya özgü tanımlamaları barındıran karmaşık ve subjektif bir algılamadır. Cerrahi girişime bağlı olan ağrı, cerrahi girişim sonucu gelişen ve doku hasarı ile başlayıp, hasarlı dokunun onarımı ile beraber giderek azalan ve hastayı duygusal ve bedensel olarak olumsuz etkileyen akut ve kronik olabilen bir deneyimdir. (Ay, F. ve Alpar, Ş. E. 2010; Gottschalk ve ark 2007), beyin ve sinir cerrahisi operasyonu geçiren hastaların cerrahi girişimden sonraki ilk iki gün orta- ciddi derecede ağrı hissettiklerini ve cerrahinin ilk günü ağrı skalası puanlarının dört ve üzeri saptandığı belirtilmiştir (Gottschalk ve ark. 2007).

2.8. Primer Beyin Tümöründe Diğer Kombine Tedaviler

Kemoterapi

Bazı beyin tümörü tipleri için kullanılabilen bir tedavi seçeneğidir (AANN, 2006). Diğer taraftan nükseden beyin tümörleri için de yararlanılmaktadır (Camp-Sorrell, 2006). Kemoterapinin faydası kısıtlı bir şekilde olsa da, cerrahi girişim ve radyoterapi tedavisi ile beraber kullanıldığında adjuvan etki oluşturmaktadır (Buckner ve ark, 2007; Camp-Sorrell, 2006). Kan-beyin bariyerinin varlığı sebebiyle kemoterapik ilaçların tümörlerin bazı tiplerinde kullanımı kısıtlıdır.

Kemoterapi tedavisi cerrahi girişimden önce, cerrahi girişim sırasında tümörün eksize edilmesinden hemen sonra, radyasyon tedavisiyle eş zamanlı, radyasyon tedavisi bittikten sonra ve tümörün tekrarlaması durumunda uygulanabilmektedir (Karadakovan ve Özbayır 2010).

Kemoterapik ilaçların doğasından kaynaklı olarak meydana gelen toksik etkiler için tedbirler alınmalı ve bu süreçte hasta takip edilmelidir. Sık görülen kemoterapi yan etkileri arasında kilo kaybı, sıvı ve elektrolit dengesizliği, bulantı ve kusma, renal toksisite, nötrojeni, yorgunluk, saç dökülmesi, ishal ve kısırlık yer almaktadır (AANN, 2006). Primer beyin tümörü olan hastaların bakımında hemşireler tarafından gerekli tedbirler alınmalı, kemoterapi sürecinde olası yan etkiler izlenmeli ve semptomlara yönelik girişimler yapılarak mevcut durum en iyi şekilde yönetilmelidir.

Radyoterapi

Radyoterapi tümörleşmiş hücrelerin DNA'sına zarara uğratarak etkiler. Fakat radyasyonun dozu normal hücrelere de etki ederek normal olan beyin dokusuna zarar verir. Normal hücrelere etki etmesine rağmen uygun dozlarda yapılan radyoterapi normal hücrelerin daha yüksek düzeyde iyileşmesine imkan tanır. Radyoterapi, yüksek dereceli primer beyin tümörü, epidural spinal kord tümörü olan hastalarda, sekonder (metastatik) beyin tümörlerinde öncelikli tedavi yaklaşımı olarak kullanılmaktadır (Buckner ve ark, 2007). Aynı zamanda bu teknikte verilen radyasyon dozunun az olması, radyoterapi sonucu açığa çıkan zararlı etkileri azaltır, radyoterapi ışını tümörleşmiş dokunun içersine verilir ve normal hücre dokusuna minimum hasarı verir (AANN, 2006).

2.9.Primer Beyin Tümörü Ameliyatlarında Hemşirelik Bakımı

Primer beyin tümörü tanısı almak bireylerde hastalığı öğrendiği dönemlerde dünyasını alt üst edebilecek derecede ve olumsuz bir etkiye sahiptir. Bireyler aldıkları tedavilerinin ne zaman sonlanacağını, hastalık belirtilerin ne zaman duracağını, ne zaman sağlıklarına kavuşabileceklerini bilmek isterler. Bir noktada, primer beyin tümörü tanısı konulan hastalar “Bu hastalıktan kurtulabilecek miyim?” ve “Bu hastalıktan ne zaman kurtulacağımı öğreneceğim?” sorusunu yönelttiklerdir (National Brain Tumor Foundation NBTF, 2010; Baksi ve Dicle, 2013). Bu hastalarda cerrahi girişim öncesi, cerrahi girişim sonrası ve evde bakıma ait uygulanan hemşirelik girişimleri aşağıda ifade edildiği şekildedir (AANN, 2006; Laskowski-Jones, 2007; Smith ve Schnell, 2003; Karadakovan ve Özbayır, 2010; Smetzer ve Bare, 2005).

Cerrahi Girişim Öncesi Döneme İlişkin Hemşirelik Girişimleri

Primer beyin tümörü tanısı konulduğunda hasta ve hastanın aileleri çok yüksek derecede bir şok ve kaygı yaşar. Bu riskli dönemde hemşireler hasta ve ailenin duygu ve düşüncelerini anlatabilmesi için uygun zaman ve ortam yaratmalı, hastalığa karşı verdiği tepkileri değerlendirip destekleyici girişimlerde bulunmalıdır

Cerrahi girişim öncesi, sırası ve cerrahi girişim sonrası hakkında hastaya ve aileleri bilgilendirilir. Primer beyin tümörü hastalığı olan hastanın ve ailesinin, tedavi ve tedavi süreci hakkında bilgi gereksinimleri multidisipliner bir şekilde giderilir

Hastanın servise yatışında rutin değerlendirme sonrasında ayrıntılı nörolojik alan değerlendirmesi, ekstremitelerdeki duyu-motor bozukluk varlığı, bilinç ve pupil takibi, epileptik nöbet öyküsü, kafa içi basınç artışı bulguları, bilişsel v duygusal değişiklikler değerlendirilir. Hastanın durumuna göre bu izlemler 2-4 saatlik aralıklarla kontrol edilir.

Hastanın işlev düzeyi ve vücudun ihtiyacına yönelik sıvı elektrolit dengesi, boşaltım durumu, yeterli ve dengeli beslenmesi, cilt bütünlüğünün öz bakımı yapılır ve korunur, motor aktivitesi sağlanır ve korunur.

Cerrahi girişim öncesi dönemde doktorun istemini yaptığı kortikosteroid, diüretik, mannitol ve antiepileptik tedavisinin devamı sağlanır. Epileptik nöbetlerin yönetimi, takibi ve nöbet esnasında hastanın güvenliğinin takibi yapılır.

Cerrahi girişim öncesinde cildin hazırlığı, banyo, dinlenmenin sağlanması, uyku ihtiyacının giderilmesi, gerekli görülürse profilaktik antibiyotik uygulanmasının yapılması, mesanenin boşaltılması sağlanır.

Cerrahi operasyonun yapılacağı gün hastanın tetkik sonuçlarının tümü, yasal izin ve onamları, hasta dosyası, gerekli olan ekstra malzemeleri ile anestezi ve ameliyathane hemşiresine teslimi yapılır.

Hasta ve ailesinin cerrahi girişim için yeterli seviyede emosyonel hazırlığı ve fiziksel hazırlığı sağlanabilirse kaygı, korku ve bunlara bağlı oluşabilecek komplikasyonları da en aza indirilmiş olur. Eğer hastada cerrahi tedaviye ek olarak kombine tedaviler uygulanacaksa, hastanın radoterapi ve kemoterapi hazırlığı yapılmalı, sonraki süreçlerde açığa çıkabilecek komplikasyonlara ilişkin önleyici tedbirler alınmalı ve meydana gelebilecek semptomlar yönetimi sağlanmalıdır

Cerrahi Girişim Sonrası Döneme İlişkin Hemşirelik Girişimleri

Primer beyin tümörü operasyonu geçiren hastalar, cerrahi girişim süreci hakkında ameliyathane hemşiresinden bilgilendirme ile teslim alınır. Yatağa emniyetli bir şekilde alınmasından sonra hastanın havayolu açıklığı ve aspirasyon gereksinimi, ışık reaksiyonu, hayati bulguları, bilinç durumu, pupil büyüklüğü, motor ve duyuşal işlevleri değerlendirilir. İnfüzyon sıvıları başlatılır, hastaya periferel satürasyon cihazı yerleştirilerek hastanın oksijen durumu takip edilir, üriner katater açılarak saatlik olarak idrar ve drenaj miktarı, aldığı çıkardığı dengesi ve balans durumu izlenir. Uygulanan dreni ve cerrahi kesi pansumanı olası kanama riski yönünden takip edilir. Cerrahi girişim sonrası hastanın tüm verileri operasyon öncesi verilerle karşılaştırma yapılarak değerlendirilir ve kayıt altına alınır.

Hastalarda cerrahi girişim sonrasındaki erken süreçte bilinç yetisinde azalma, mobilizasyon kısıtlılığı, sıvı ve elektrolit kısıtlaması, pulmoner enfeksiyon yönünden risk altındadır. Bu yüzden hastanın yaşam bulguları takip edilir, yatak içerisinde iki saatte bir pozisyonu değişikliği sağlanır.

Bilinci açık olan hastalarda kafa içi basınç artışı riski yok ise etkili hava yolu açıklığını sağlamak için derin solunum egzersizleri öğretilir ve uygulanır. Bilinci kapalı olan hastalarda airway kullanılarak dilin havayolunu tıkamasının önüne geçilir, hastanın ihtiyacına göre de ora-farengial aspirasyon yapılır. Aspirasyonun, kafa içi basınç artışını en fazla arttırabilen bir girişim olduğu unutulmamalı ve gereksinim halinde (tükürük ve sekresyon artışı halinde, solunumda hırıltı

olduğunda, solunum sayısında artışta, periferik oksijen saturasyonunda azalma halinde, solunum seslerinde azalma olduğunda) uygulanmalıdır, aspirasyon öncesi ve sonrasında hastanın oksijen desteği sağlanmalı, yapılan aspirasyonun süresi 15 saniyeden daha uzun tutulmamalıdır.

Primer beyin tümörü cerrahi girişimlerinden sonra olası kranial sinirlerin hasar görmesi sebebiyle hastanın aspirasyon riskini arttırmaktadır. Bu sebeple hemşireler hastanın öğürme ve yutma reflekslerini takip edip yorumlamalı, yemek yediği esnada hasta dik pozisyonda oturtulmalı, yumuşak ve sulu bir beslenme takviyesi yapılmalı ve aspirasyon riski açısından gerekli müdahaleye her an hazır olunmalıdır.

Hastanın cerrahi girişim sonrasında akciğer sesleri dinlenerek olası atelettazi, 48 saat sonrasında da olası pnömoni riski açısından takip edilmeli ve değerlendirilmelidir.

Hastalarda cerrahi girişim sonrası erken dönemde ödem ve kanama durumunu erken tanılamak, cerrahi girişime sekonder olarak beyinde yaralanmalarının önüne geçmek için 2-4 saatte bir yapılan nörolojik takipte; glaskow koma skalası kullanılarak bilinç durumu, pupil büyüklüğü, ışığa verilen reaksiyonu, ekstremitelerdeki motor ve duyu durumları takip edilmelidir.

Glaskow koma skalası kullanılarak yapılan değerlendirmede her bir parametrenin en iyi puan kayıt altına alınmalıdır. Bu yaklaşım sayesinde, bilinçte bozulma durumunun erken tanınmasına yardım eder. Kafa içi basınç artışının ilk belirtisi bilinç durumunda azalma ya da uyarana verilen yanıtta azalmadır. Nörolojik takipte kafa içi basınç artışının erken belirti ve bulgularından bilinç durumunda azalma, baş ağrısı, hafıza kaybının oluşması, bulantı ve kusma, konuşma ve görme duyularında bozulmalar, vucutta herhangi bir alanda uyuşukluk durumu, mental durumda değişiklikler ve dalgalanmalar, epileptik nöbet ve duyuşal değişiklikler ve konfüzyon tanılanmalıdır. Hemşirelik yönetimi açısından kafa içi basınç artışının erken belirti ve bulgularını belirlemeye odaklanılmalıdır.

Kafa içi basınç artışına neden olan durumlardan (kabızlık, öksürme, hipertansiyon, ajitasyon, hapsirme, epileptik nöbet, ağrı, burun tıkanıklığı, hipertermi) kaçınılmalıdır.

Cerrahi girişim sonrasında hipertermi (hipotalamik merkezlerin etkilenmesi) ve hipotermi olabileceği için hastanın vücut ısısı yakından takip edilmelidir.

Hastalarda epileptik nöbetler takip edilmeli ve değerlendirilmelidir. Hastalara epileptik nöbetleri olduğu sırada acil müdahale edilmeli ve hasta yaralanmalardan korunmalıdır..

Hastanın sağlık profesyonelleri, hemşireler, ailesi ve yakın çevresiyle iletişimi kendini iyi hissetmesini sağlar. Hemşireler hastaların kendi öz bakımlarına katılmalarında cesaretlendirmeli, yaşamlarına, hastalıklarına ve tedavilerine uyum sağlama ve yeni değerler oluşturması konusunda desteklemelidir.

Primer beyin tümörü sinir sisteminde ciddi derecede hasara neden olabilen beyin yaşam kalitesini etkileyebilen bir hastalıktır Vücudun bir organında konulan tümör teşhisi bireyin kaygı yaşamasında neden olmaktadır. Tedavi için cerrahi girişimin uygulanması ise bireyde oluşan kaygının fizyolojik ve psikolojik tehdit oluşturacak düzeye gelmesine neden olmaktadır. Yılmaz ve arkadaşlarının primer beyin tümörü cerrahisi sonrası hastaların anksiyete depresyon düzeylerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların cerrahi girişimden önce anksiyete ve depresyon oranını %90 olarak saptamış, cerrahi girişimden sonraki süreçteki değerlendirmede ise anksiyete ve depresyon oranının % 95'e çıktığı tespit etmiştir (Yılmaz ve ark. 2016).

Cerrahi Girişim Sonrası Evde Bakıma İlişkin Hemşirelik Girişimleri

Taburculuk eğitimi, primer beyin tümörü olan hastanın hastaneye yatışından itibaren tamamlanmalıdır. Taburculuk eğitimi yapılan hasta ve ailesinin evde bakıma hazırlanmalıdır (Smeltzer ve Bare, 2005).

Primer beyin tümörü tanısı konulmuş ve cerrahi girişim geçirmiş hastaların hastalığa psikososyal uyumunun sağlanmasında psikolojik, fiziksel, sosyal ve ekonomik açıdan yaşadıkları sorunlarla baş etme güçlerini arttırabilecek yöntemler bulunmaktadır. Bu konuda hastanın psikolojik, fiziksel ve sosyal ve ekonomik yönlerden detaylı olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Cerrahi girişim öncesi, sonrası ya da daha sonraki günlerde tümörün tekrar ortaya çıkması sonucunda hastada motor kayıp, güçsüzlük, uyuşukluk, beş duyardan herhangi birinin kaybı ortaya çıkabilmektedir. Hastalar cerrahi girişim sonrasında temel günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanabilir ve bunun sonucunda da başka kişilere bağımlı olabilmektedirler (Karadağ Arlı ve Gürkan 2014).

Hastanın bakımı için ev ortamı yeni hayatına uyumunu hızlandıracak biçimde planı yapılmalı, uygulanmalı ve hastanın yeni değerler oluşturması sağlanmalıdır.

Cerrahi girişim sonrası ek tedavileri (radyoterapi, kemoterapi) ve evde kullanması gereken ilaç tedavileri, acil hastaneye gelmesi gereken durumlar, düzenli doktor kontrolleri hakkında bilgilendirmesi yapılmalıdır.

Hasta cerrahi insizyon yerindeki dikişlerini aldıranaya kadar (yaklaşık 5-7 gün), insizyon yerini kuru tutacak şekilde evde banyo yapabilir.

Hastanın başka bir sağlık sorunu yoksa özel bir diyet uygulamasına gerek yoktur. Fakat yeterli ve dengeli beslenmesi hakkında bilgi verilir.

Hasta ve ailesi cerrahi girişim sonrası dönemde rehabilitasyon hizmeti ile ilgili konularda bilgilendirilmelidir.

2.10. Primer Beyin Tümörü Ameliyatı Geçiren Hastaların Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi

Sağlığı algılama ve yönetme fonksiyonu incelendiğinde; Aksoy (2018) primer beyin tümörü ameliyatı geçiren 100 hastanın fonksiyonel değerlendirilmesi ve algıladıkları sosyal destek sistemlerinin yaşam kalitesi üzerine etkilerini belirlemek amacı ile yapmış olduğu çalışmada primer malign tümörü olan hastaların %78,8'inin hastalığa uyum sağlamada başarısız olduklarını, bunun aksine primer benign tümörü olan hastaların %70'inin de hastalığa uyum sağlamada başarılı olduklarını tespit etmiştir (Aksoy, 2018). Özellikle primer malign tümör tanısı konulan hastaların cerrahi tedaviden sonra alacakları kemoterapi ve radyoterapi tedavisi sürecinde destekleyici hemşirelik girişimlerinin uygulanması gerekmektedir. Hastaların duygu, düşünce ve kendilerinde eksik gördüğü noktalar hakkında kendilerini ifade etmelerinde fırsat verilmelidir.

Beslenme ve metabolizma fonksiyonu incelendiğinde; beyin tümörü ameliyatı sonrasında konulan hemşirelik tanılarının değerlendiriliğinde çalışmada hastalara, ilk günler (0.-4.günler) yetersiz sıvı volümü hemşirelik tanısı konulurken peşi sıra sıvı volüm fazlalığı (3.-7.günler) hemşirelik tanıları konulmuştur (İlçe ve ark, 2010). Tedavide kortikosteroid kullanımı hastalarda iştah artışına neden olabilmektedir. Bu nedenle hastalar ameliyat sonrasında ve taburculuk eğitimi sırasında kortikosteroid tedavisi ve yan etkileri, ağız kuruluğu ve nedenleri, yara iyileşmesi gibi konularla beslenmenin öneminin anlatılması gerekmektedir (Baksi, 2013).

Boşaltım fonksiyonu incelendiğinde; Baksi (2013) primer beyin tümörü olan hastaların Roy Uyum Modeli ile uyumlu ve uyumsuz davranışlarını incelediği çalışmada, boşaltım süreçleri ile ilgili verilen eğitimin birinci ay, üç ve altıncı ayda etkili olduğunu saptamıştır (Baksi, 2013). Beyin tümörü ameliyatı sonrasında konulan hemşirelik tanılarının değerlendirilmesinde çalışmada ise konstipasyonun görülme sıklığının %9,8 oranla en çok görüldüğü belirlenmiştir (İlçe ve ark, 2010). Bu durum alınan anestezi ve hareketsizliğin sonucundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Hastaların ameliyat sonrası dönemde yeterli sıvı alımı ve posadan zengin besinlerle beslenmesi desteklenmelidir.

Aktivite ve egzersiz fonksiyonu incelendiğinde; hastalar ameliyat sonrası erken dönemde günlük aktivitelerini yerine getirmede kısıtlansa da taburculuk sonrası dönemde bu kısıtlanma oranı azalmaktadır. Bu durum hastaların tedavi ve cerrahi girişim süreçlerinden etkilenmektedir (Baksi, 2013). Özellikle hastaları taburculuğa hazırlarken günlük yaşam aktiviteleri ve düzenli egzersiz konularında eğitim verilmesi gerekmektedir.

Uyku ve dinlenme fonksiyonu incelendiğinde; Tuna ve arkadaşları (2014) primer glial beyin tümörü olan 34 hastanın ameliyat sonrası, ameliyattan bir ve üç ay sonrası oluşabilecek semptomları incelediği çalışmada ameliyattan bir ay sonra hastalarda yorgunluk, uykusuzluk, yakın geçmişi hatırlamama sorunlarının arttığını saptamıştır (Tuna ve ark, 2014). Baksi'nin 2013 yılında primer beyin tümörü olan hastaların Roy Uyum Modeli'ne göre uyum düzeylerini incelediği çalışmada hastaların ameliyat sonrası dönemde insizyon yeri, tedavi ve bakım için sürdürülen girişimler nedeniyle iyi uyuyamadıklarını ve dinlenemediklerini ifade ettiklerini belirtmiştir.

Biliş ve algı fonksiyonu incelendiğinde; Baksi (2013) primer beyin tümörü olan hastaların Roy Uyum Modeli ile uyumlu ve uyumsuz davranışlarını incelediği çalışmada, bilişsel alan semptomlarının ameliyattan bir ay sonra semptom şiddetlerinde azalma olduğunu belirtmiştir (Baksi, 2013).

Kendini algılama fonksiyonu incelendiğinde; hastalarda cerrahi girişim öncesinde görülen korku, anksiyete gibi sorunlar cerrahi girişimden sonra da devam

edebilmektedir. Renovanz ve arkadaşları (2017) 244 primer glioma hastasının destekleyici bakım gereksinimlerini saptamak amacıyla yapmış oldukları çalışmada, hastaların en sık yaşadığı psikolojik sorunların %56'sının kanserin yayılım göstermesi ile ilgili korkuların ve %45'inin ise geleceğe dair belirsizliğin olduğunu belirtmişlerdir (Renovanz ve ark, 2017).

Rol ve ilişki fonksiyonu incelendiğinde; primer beyin tümörü tanısı konulan hastaların deneyimlerinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada, hastaların evlerine döndüklerinde rol ve fonksiyonlarını sürdürme, genel sağlık durumunu yeniden kazanarak yaşamlarına kaldıkları yerden devam etme konusunda endişeli oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Lepola ve ark, 2001).

Cinsellik ve üretkenlik fonksiyonu incelendiğinde; Surbeck ve arkadaşları düşük dereceli primer glioma ameliyatı geçirmiş olan 32 hastanın hastalığın neden olabileceği cinsel sorunları saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada, hastaların %53'ü post-operatif dönemde cinsellik açısından olumsuz bir değişim yaşadığını bildirmiştir (Surbeck ve ark, 2015).

Stresle baş etme ve stres toleransı fonksiyonu incelendiğinde; Yılmaz ve arkadaşlarının primer beyin tümörü cerrahisi sonrası hastaların anksiyete depresyon düzeylerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların cerrahi girişimden önce anksiyete ve depresyon oranını %90 olarak saptamış, cerrahi girişimden sonraki süreçteki değerlendirmede ise anksiyete ve depresyon oranının % 95'e çıktığı tespit etmişlerdir (Yılmaz ve ark. 2016). Hastalara verilen taburculuk eğitimleri içerisinde stres ve stresle baş etme eğitimlerinin de olması hastaların hastalığa uyumlarını kolaylaştırmaktadır.

Değerler ve inançlar fonksiyonu incelendiğinde; primer malign beyin tümörü tanısı konulan hastaların manevi ihtiyaçlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, hastaların, normal/sağlıklı olmayı isteme, güvende hissetme, gelecekle ilgili yeni planlar yapma, yaşamın anlamı hakkında tartışma gibi dini ve manevi gereksinimleri olduğu belirtilmiştir. Bu doğrultuda hastalarla yaşamın anlamı konusunda konuşulması ve duygusal baş etmelerinin güçlendirilmeye çalışılmasının etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Nixon ve Narayanasamy, 2010).

2.11. Psikososyal Uyum Kavramı

Psikososyal sözcüğü; kişinin sosyal ilişkileri ve psikolojik süreçleri arasındaki karşılıklı ilişkiyi belirtmektedir. Psikolojik süreçler kişinin duygusal, davranışsal ve bilişsel süreçlerini ifade ederken, sosyal süreçler ise bireyin kültürel değerlerini, aile ve toplum ilişkilerini, sosyal rollerini ifade etmektedir (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2009). Yaşanan bir olayın arkasından kişinin hayat kalitesini devam ettiren ya da daha üst seviyeye yükselten tutum ve eylemler “uyum” olarak adlandırılmaktadır. Toplumsal, fiziksel ve emosyonel olarak kişiyi olumsuz etkileyen uzun süreli ve kalıcı olarak olumsuz özelliklerin gelişmesi durumuna da “uyum bozukluğu” denilmektedir (Barry, 1996).

İnsan, iç ve dış çevresi ile etkileşimi sonucu değişen ve gelişen biyopsikososyal bir varlıktır. Hastalık, kişinin fiziksel alanını etkilediği gibi sosyal ve psikolojik alanlarda da sorun yaratabilmektedir (Çam ve ark, 2014). Roy’a göre sağlık; kişinin değişiklikler karşısındaki uyumu ile sosyal, fiziksel ve psikolojik bütünlüğünü sürdürmesi durumudur. Kişi başa çıkma yöntemlerini kullanarak bu dengeyi sağlamaya çalışmaktadır. Bu yöntemlerin etkisiz kalması halinde hastalık meydana gelirken, uyum sağlayabilen bireylerde sağlıklı olma süreci devam etmektedir. Kişinin stres kaynağına maruz kalma süresi, stresle baş etme gücü ve sosyal destekleri bireyin baş etme durumunu etkilemektedir. Kişi ilk uyarana uyum sağladıktan sonra, bir başka uyarana tepki vermeye hazır haldedir. Uyum sosyokültürel, psikolojik ve fizyolojik mekanizmalarla görülebilmektedir (Akdemir ve Birol, 2005).

Psikososyal uyum, bireyin sağlık yönetimi, cinsel hayatı, aile ve sosyal çevresi ile psikolojik durumunu içine alan, sağlıklı yaşamdan hastalığa ve ölüm tehdidine kadar uzanan kapsamlı bir süreçtir. Birey bu süreçte karşılaştığı değişiklikleri kabul ederek, uygun davranışları göstererek ya da değişikliklere karşı etkili baş etme yöntemleri geliştirerek uyum sağlar (Karataş, 2014; Adaylar, 1995).

Bireyler için kronik bir hastalığa sahip olmak, psikososyal, psikoseksüel, biyolojik, ruhsal, sosyal, ekonomi, mesleki, çevresel, ailesel ve fizyopatolojik alanları kapsayan gelişimsel bir kriz olarak görülmektedir. Yeni bir çevreye girmek, stres faktörlerinin artması, dış görünüşteki değişimler, fiziksel fonksiyon kaybı nedeniyle öz bakımının azalması, uykusuzluk ve aile içi yaşanan rol kaybı gibi nedenlerle birey bu alanlarda psikososyal uyum bozukluğu yaşamaktadır

(Kocaman, 2008; Öyke, 2008). Bireyin hastalık nedeniyle hastaneye yatması, yoğun bir tedavi sürecine girmesiyle mesleğinden uzaklaşması ve ekonomik güçlük yaşaması uyumu zorlaştırmaktadır (Livneh, 2001).

Literatürde genel olarak hastanın kişilik yapısı, sosyokültürel özellikleri, hastalıkla ilgili tutum ve davranışları, psikososyal uyaranlara karşı verdiği tepkisi, hastalığı nasıl algıladığı, genetik özellikleri, yaşam biçimi, geçmiş hastalık deneyimleri ve kullandığı baş etme teknikleri hastalığa psikososyal uyumu etkileyen etmenler olarak ele alınmıştır (Karataş, 2014). Bu etmenlere ek olarak hastalığın akut veya kronik olma durumu, yaşanan semptomların şiddeti, hastalığın vücudun etkilediği bölümü, işlevsel olarak kısıtlılık, hastalığın seyri, diğer kronik hastalıkların varlığı, ağrı durumu, hastalık sonucu dış görünüşün etkilemesi, kullanılan ilaçların yan etkileri, uygulanan tedavinin şekli de hastanın hastalığa psikososyal uyumunu etkilemektedir (Gündüz ve Karabulutlu, 2016; Akman, 2016).

Hastalığa psikososyal uyumun sağlanabilmesi, bireyi olumsuz etkileyen faktörlerin iyileştirilmesi veya ortadan kaldırılmasıyla mümkündür. Bireyin belli bir beceriye sahip olması, mesleki çevre edinmesi ve maddi yönden güçlenmesi yaşam kalitesinin artmasını sağlamaktadır. Kişinin yaşam kalitesinin artmasına paralel olarak da motivasyonu ve psikososyal uyumunun arttığı belirtilmektedir (Livneh, 2001).

Hastalığa uyum, bireyin yaşam şeklini hastalığın oluşturduğu ihtiyaçlar yönünde düzenlemesidir. Bireyin hastalığa uyumunun olması için psikososyal uyumu da gerekmektedir. Psikososyal uyum bireyin iş, aile, sosyal ve cinsel hayatını, kendi sağlık bakımına uyumunu ve psikolojik durumunu içerir. Hastalığa psikososyal uyum, hastalık ve tedavi ile ilişkili etmenlerin tümünü, mevcut hastalığın seyrini olumlu veya olumsuz şekilde etkilemektedir. Hastalığa psikososyal uyumu etkileyen etmenlerin başında stres faktörleri gelmektedir. Stresörler bireyin hastalığa ve yaşama uyum yeteneklerini olumsuz yönde etkileyebilen ajanlardır. Bu stresörler çevresel, fiziksel, psikolojik, sosyolojik nedenlerden kaynaklanabilmektedir.

Bir hastalık tanısının konulması ve hastalığın tedavisi için cerrahi operasyon geçirmek kişinin uyum kapasitesini olumsuz yönde etkileyebilecek ve sarsabilecek cinsten riskli bir ajandır (Adaylar, 1995). Uyum kapasitesine zarar verebilecek bir girişim olan cerrahi tedavi, bireyin yaşam kalitesini biyo-psiko-sosyal olarak çeşitli şekilde etkilemektedir (Çatal, 2014). Cerrahi girişim öncesinde olduğu kadar

cerrahi girişim sonrasında da bireylerin aldıkları psikolojik, ekonomik ve sosyal destek büyük bir yere sahiptir (Karadakovan ve Özbayır 2010). Özellikle primer beyin tümörü tanısı alan hastaların konulan tanılarını malign primer beyin tümörü ise, tanının konulduğu zaman birçok yönden hasta ve hasta yakınlarını çoğu hastalık gruplarında olmayan kadar olumsuz etkilemektedir. Olumsuz etkiliyebilecek etmenler arasında; korku, endişe, gelecek kaygısı, hastalık ve tedavi sürecinde ortaya çıkan stres, fiziksel, mental, maddi ve manevi kayıplar, aile, arkadaş, sosyal çevre ile iletişim kurmadaki yer almaktadır. Primer beyin tümörü tanısı konulan hastaların birçoğunun güçsüzlük, öfke, anksiyete, depresyon, yalnızlık, cinsel fonksiyon bozuklukları ve ölüm korkusu deneyimledikleri görülmektedir (Karadağ Arlı 2013).

Bireye tanı konulduktan sonra yaşanan ve tedavi süresince göz ardı edilebilen biyo-psiko-sosyal sorunların cerrahi girişim sonrasında da devam edebileceği, tedavi sürecini uzatabileceği, bireyin hastalığa ve sosyal yaşamına uyumunu riske atabileceği önemle üzerinde durulması gereken durumlardandır.

2.11.1. Hastalığa Psikososyal Uyumu Etkileyen Faktörler

Hastalığa psikososyal uyum, hastalık ve hastalığın tedavisiyle alakalı etmenlerin tamamına etki etmektedir. Hastalığa psikososyal uyuma etki eden etmenleri hastalıkla alakalı değişkenler, hastayla alakalı değişkenler ve çevresel değişkenler olarak incelenmektedir (Kocaman ve ark, 2008).

Hastalıkla alakalı değişkenler; hastalık süresi, uygulanan cerrahi müdahalenin tipi, hastalığın evresi gibi değişkenlerdir (Kocaman ve ark, 2008).

Hastayla alakalı değişkenler; hastanın yaşı, cinsiyeti, kişilik özellikleri, mesleği, daha önce yaşadığı hastalık tecrübeleri, stresle ve hastalıkla baş etme yöntemleri, sosyokültürel özellikleri, hastalığını algılama biçimi, psikososyal stres etkenleri gibi değişkenlerdir (Kocaman ve ark, 2008).

Çevresel değişkenler; çevrenin hastalığa karşı algısı, hastanın ailesiyle arasındaki ilişkileri ve değer yargıları, sosyal desteğin varlığı değişkenleridir (Kocaman ve ark, 2008).

2.12. Primer Beyin Tümörü Ameliyatı Sonrası Süreçteki Hastalarda Psikososyal Sorunlar

Farklı kanser tanısı almış hastaların (akciğer, meme, gastrointestinal, jinekolojik, ürolojik, baş-boyun, lenfoma) yer aldığı 480 hasta ile yapılan çalışmada en çok/şiddetli semptom ve problemleri olan hastalar arasında akciğer kanseri ve primer beyin tümörü tanısı ilk iki sırada yer almaktadır (Lidstone ve ark., 2003).

Tedaviye ve hastalığa uyum konusu uzun süreli hastalıklarda, hastalığın gidişatını etki eden önemli bir alandır. Tedaviye uyumun sağlanabilmesi için önce hastanın hastalığına ne anlam yüklediği, hastalığıyla alakalı inançlarını, kaygılarını ve hastalığına verdiği tepkiyi anlamak gerekir. Sağlık profesyonellerinin hastaya bu süreç hakkında bilgi ve güven vermesi, hastalığından kaynaklanan sorunlarla başa çıkmasında desteklemesi gerekir.

Surbeck ve arkadaşlarının düşük dereceli primer glioma ameliyatı geçirmiş olan 32 hastanın hastalığın neden olabileceği cinsel sorunları saptamak amacıyla yapılan çalışmada, hastaların %53'ü post-operatif dönemde cinsellik açısından olumsuz bir değişim yaşadığını bildirmiştir. (Surbeck ve ark, 2015)

Renovanz ve arkadaşları (2017) yılında 244 primer glioma hastasının destekleyici bakım gereksinimlerini saptamak amacıyla yapmış oldukları çalışmada, hastaların en yüksek desteğe ihtiyaç duydukları alanın psikolojik ihtiyaçlar olduğu, ardından da sağlık hizmetlerden yardım ve bilgi alma alanı olduğu belirtilmiştir. En sık karşılaşılan psikolojik sorunların %56'sının kanserin yayılım göstermesi ile ilgili korkuların ve %45'inin ise geleceğe dair belirsizliğin olduğunu belirlemiştir(Renovanz ve ark, 2017).

Renovanz ve arkadaşlarının (2013) beyin tümörü tanısı konulan 134 hastanın cerrahi girişim sonrası süreçteki psikososyal ihtiyaçlarını belirlemek amacı ile yapmış oldukları çalışmanın sonuçları arasında. cerrahi girişim sonrasında hastaların %88'inin fiziksel problemler yaşamasının yanı sıra %79'unun duygusal problemler, %32,8'nin ekonomik sorunlar ve %8,2'nin de manevi kaygılar yaşadığı yer almaktadır (Renovanz ve ark. 2013).

Ostgathe ve arkadaşları (2010) primer ve sekonder beyin tümörü tanısı konulan hastaların palyatif bakım sorunlarını karşılaştırdığı çalışmada, primer beyin tümörü olan bireylerin destekleyici bakım ihtiyaçlarının diğer kanser hastalarına kıyasla farklı olduğunu ileri sürmüş, hastalar ve ailelerin sosyal, fonksiyonel ve kognitif

bozukluklarla ilgili desteğe ihtiyaç duyduklarını tespit etmiştir (Ostgathe ve ark. 2010).

Aksoy (2018) primer beyin tümörü ameliyatı geçiren 100 hastanın fonksiyonel değerlendirilmesi ve algıladıkları sosyal destek sistemlerinin yaşam kalitesi üzerine etkilerini belirlemek amacı ile yapmış olduğu çalışmada primer malign tümörü olan hastaların %78,8'inin hastalığa uyum sağlamada başarısız oldukları, bunun aksine primer benign tümörü olan hastaların %70'inin de hastalığa uyum sağlamada başarılı olduklarını tespit etmiştir. Yine aynı çalışmanın sonuçları arasında primer malign tümörü olan hastaların %82,7'si ve benign tümörü olan hastaların %91,7'si psikolojik rahatsızlık çektiğini saptamıştır (Aksoy, 2018).

Primer beyin tümörü olan hastaların hastalıkları süresince (tanı aldığı, cerrah girişim öncesi ve sonrası dönem, hastalık süresince ve yaşamın sonuna kadar) farklı boyutlarda uyum durumlarını inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır. Primer beyin tümörü olan hastaların deneyimlerini araştırmak için yapılan bir çalışmada cerrahi girişim öncesi ve sonrası 3. ve 7. günlerde hastalarla görüşülmüştür. Hastaların bir kısmı cerrahi girişim öncesi dönemde sakin, korkusuz ve daha az endişeli olduklarını ifade ederken, bir kısmı ise korkulu ve depresif olduğunu ifade etmiştir. Primer beyin tümörü olan hastalarda çoğu zaman psikososyal ihtiyaçlar, mevcut semptomların şiddetinden daha çok ön plana çıkabilmektedir. Primer beyin tümörü olan hastalar yaşamlarına kaldıkları yerden devam etme, destek ihtiyacı konusunda endişe duyabilmektedir (Lepola ve ark, 2001).

Primer glial beyin tümörü olan 34 hastanın ameliyat sonrası, ameliyattan bir ve üç ay sonrası oluşabilecek semptomlarını kümelemek amacıyla yapılan çalışmada, ameliyattan bir ay sonra yorgunluk, parestezi, derin ven trombozu, iştahsızlık, uykusuzluk, yakın geçmişi hatırlamama bulguları yer alırken, üç ay sonra ise parazi bulgusunun küme ile yüksek ilişkisi olduğuna ulaşılmış ve bu bulgunun yanında psikolojik bulguları da taşıyabildiği sonucuna ulaşılmıştır. (Tuna ve ark, 2014).

2.13. Primer Beyin Tümörü Ameliyatı Olan Hastalarda Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemsireliği'nin Önemi

Primer beyin tümörü olan hastalar tedavi ve hastalık sürecine uyum sağlamaya çalışırken diğer taraftan psikiyatrik ve psikososyal sorunlar da yaşamaktadırlar. Hastanın kendi bedenine dokunulmasına izin vermesiyle kendi yaşamı üzerinde kontrolünü kaybetme duygusu yaşamaktadır. Cerrahi operasyona verilen tepkiler

arasında çaresizlik, yetersizlik, korku, suçluluk, kadercilik, endişe, kaygı ve öfke bulunmaktadır. Cerrahi girişim öncesi, cerrahi girişim ve cerrahi girişim sonrası olmak üzere üç farklı süreçte de hastayı olumsuz yönlerden etkileyebilen psikososyal ve psikiyatrik sorunlar açığa çıkmaktadır. Cerrahi girişim öncesi dönemde hasta anestezi kaygısı şiddetli ağrı ve acı çekeceği korkusu, kendi kendine yeterliliğin kaybı, , ameliyattan uyanama, estetik kaygılar, cinsel yaşama ve sosyal alana yönelik endişeler yaşamaktadır. Cerrahi girişim sonrasında da hastanın ruhsal durumu ve hastalığı süresince kullandığı baş etme yöntemleri ile ilişkili olan psikiyatrik ve psikososyal sorunlar değişkenlik gösterebilmektedir (Özkan ve Özkan, 2013).

Primer beyin tümörü olan hastaların maruz kaldıkları psikososyal sıkıntılar değerlendirilerek, tedavi ve hemşirelik bakım süreci planlanmalıdır. İlk adım psikososyal değerlendirmede uygun görüşme ortamı sağlanarak başlatılır. Sonra hastanın yaşam şekli bilgisi, günlük hayatta kullandığı baş etme yöntemleri, algıladığı hastalık durumu, kişiliği, psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı, spiritüalite ve mental durum değerlendirilmesi yapılmaktadır. Psikososyal bakım ve tedavinin ana hedefi, hasta ve ailesinin olumlu baş etme yöntemlerini geliştirerek hastalık sürecine psikososyal uyum düzeylerini yükseltmektedir (Demiralp, 2016; Özdemir ve Taşcı, 2013).

Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresi hastaneye fiziksel veya tıbbi bir hastalık sebebiyle başvuru yapan hasta ve ailelerinin sağlığını geliştirmek, birincil koruma ile başlayıp rehabilitasyona kadar uzanan uzun bir süreçte danışmanlık yapar. Hasta ve ailesine gereksinimi olan eğitimleri verir, psikososyal sorunları teşhis, tanılama ve psikososyal bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirmesini yapar. Alanıyla alakalı çalışmalar yaparak alanda uygulanmasını sağlar (Durmaz ve Orak, 2016). Sağlık ekibiyle birlikte multidisipliner bir yaklaşımla hastanın konforu sağlanması, desteklenmesi, hasta ve ailesinin bu süreç için hazırlanması ve eğitilmesini sağlayarak palyatif bakım vermede konsültan liyezon psikiyatri hemşiresinin birincil olarak sorumluluğu yer almaktadır (Durmaz ve Orak, 2016; Koç ve Okan 2017).

Son zamanlarda yapılan araştırmalar, kanser tanılı olan hastalarının bilgi, psikososyal, emosyonel, psikoseksüel ihtiyaçlarının ve bu ihtiyaçlarının karşılanmama oranlarının yüksek olduğunu belirtmektedir (Kocaman Yıldırım, 2013). Psikiyatri alanı dışında sunulan tıbbi tedavi ve bakımın; hümanistik ve

holistik yaklaşımla, insanın fiziksel, emosyonel ve psikososyal ihtiyaçları değerlendirilerek planlanmalıdır. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Konsültan Liyezon Psikiyatrisi hemşireliği hizmeti, fiziksel bir hastalığı ya da şikayeti olan hastaların psikiyatrik takip ve tedavisini üstlenerek, tıbbi ile psikiyatrik durum arasında köprü vazifesi görmektedir (Kocaman Yıldırım ve Terakye, 2017). Aynı zamanda hastaların yaşam kalitelerinin yükseltilmesi, hastanede kalış sürelerinin azaltılması, psikosomatik hastalıklarda doğru ve etkin tedavinin uygulanmasını sağlamaktadır.

Primer beyin tümörü olan hastalar ve aile bireyleri ile terapötik iletişim teknikleri kullanılarak terapötik ilişki kurulmalıdır. Uyum, samimiyet, güven, saygı ve karşılıklı empati içeren teknikler bunlardan birkaçıdır. Primer beyin tümörü cerrahi girişim öncesi hastanın psikiyatrik yönden hazırlanması da önemlidir. Cerrahi girişim öncesi dönemde hastanın hazırlanması ve psikolojik destek verilmesi cerrahi girişim sonrasındaki oluşabilecek tıbbi ve davranışsal komplikasyonları azaltır. Diğer taraftan tedaviye ve hastalığa psikososyal uyumunu kolaylaştırır. Cerrahi girişim öncesi dönemde hastanın cesaretlendirilerek kaygı ve duygularını ifade etmesi için bilgilendirilme yapılması psikolojik hazırlıkta önemlidir (Nazlı, 2019).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Primer beyin tümörü olan bireylerin cerrahi girişim sonrası dönemde psikososyal uyum düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmış olan araştırma tanımlayıcı niteliktedir.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma İstanbul'da T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Beyin ve Sinir Cerrahisi Polikliniğinde Nisan- Haziran 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 16.01.1960 tarihinde Samatya' da 560 yatak kapasitesi ile inşa edilmiştir. Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniğinde yıllık ortalama 150 tanesi nöroonkoloji alanında olmak üzere planlanmış yaklaşık 750 beyin ve sinir cerrahisi operasyonu ve çok sayıda acil hasta kabulü ile hizmet verilmektedir. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 21 yataklı bir adet Beyin ve Sinir Cerrahisi Servisi ve hastaları peri operatif-post operatif dönemlerde takip etmek üzere poliklinik hizmeti verilmektedir. Poliklinikte gün içerisinde iki adet uzman doktorun hizmet verebileceği iki adet poliklinik odası bulunmaktadır.

Post operatif dönemde olan primer beyin tümörü hastaların taburculuk sonrası süreçteki takipleri de Beyin ve Sinir Cerrahisi Polikliniğinde sürdürülmektedir. Bu çalışma Nisan- Haziran tarihleri arasından yapılmıştır.

3.3.Araştırmanın Evren - Örnekleme

Araştırmanın evrenini 2018 yılı içerisinde İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahi servisinde primer beyin tümörü tanısı konulup cerrahi operasyon geçirmiş ve taburcu olmuş 110 hasta oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip evrenin tamamına ulaşılmak amaçlanmıştır. Araştırmanın evrenini oluşturan 110 hasta içerisinde çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerine uyan 100 hasta örneklem grubuna alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Primer beyin tümörü ameliyatı geçirmiş hastaların cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, meslek gibi sosyodemografik özellikleri ile hastalık ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özellikleri çalışmanın bağımsız değişkenlerini oluştururken; psikososyal uyum puanları çalışmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üzerinde olma,
- Kişi, yer ve zamana oryante olma,
- Benign veya malign primer beyin tümörü tanısı konmuş ve cerrahi girişim geçirmiş olma,
- Taburculuktan itibaren en az 30 gününü ev ortamında geçirmiş olma

3.6. Verilerin Toplanması

Öncelikle çalışmanın gerçekleştirilmesi için Üsküdar Üniversitesi'nden etik kurul izni ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni alınmıştır. Hastalara telefon ile aranarak ulaşılmış ve poliklinik randevusu verilmiştir. Poliklinik randevusuna gelen hastalardan araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirilmiş yazılı ve sözlü onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama araçlarının doldurulması yaklaşık 25-30 dakika sürmüştür.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, araştırmacılar tarafından literatür incelenerek hazırlanan hastaların tanımlayıcı özelliklerini içeren Tanımlayıcı Özellikler Formu ve Derogatis ve Lopez tarafından geliştirilen Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

3.7.1. Tanımlayıcı Özellikler Formu

Bu form primer beyin tümörü cerrahi girişimi sonrası uyum düzeylerini etkileyebileceği düşünülen bireylerin tanımlayıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma ve meslek durumu, gelir durumu ve sağlık güvencesi) ve hastalık ve tedaviye ait özelliklerini içeren (cerrahi girişim sonrası geçen süre, kronik hastalık varlığı, geçirilmiş cerrahi öykü varlığı, uygulanan tedavi

yöntemi, tümörün tipi, cerrahi girişim öncesi ve sonrası dönemdeki yakınmaları) 15 sorudan oluşmaktadır.

3.7.2. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR), Derogatis ve Lopez tarafından 1983 yılında kronik hastalığı olan bireylerin psikososyal uyumlarını incelemek amacıyla geliştirilmiş ve 26 fiziksel hastalığa psikososyal uyumu değerlendirmeyi amaçlayan, çok boyutlu bir ölçektir. Bu ölçek, bireylerin diğer bireylerle ve sosyo-kültürel çevreyi oluşturan kurumlarla karşılıklı etkileşimini ölçmektedir. Ülkemizde ise ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması 1995 yılında M. Adaylar tarafından yapılmıştır.

Ölçek, 46 madde ve 7 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; Sağlık Bakımına Oryantasyon, Meslek/İş Çevresi, Aile Çevresi, Cinsel İlişkiler, Geniş Aile İlişkileri, Sosyal Çevre ve Psikolojik Alandır.

Şekil 1: Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği

HASTALIĞA PSIKOSOSYAL UYUM-ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ			
	Madde Numaraları	Min-Max Puan	Cronbach's Alpha Değerleri
Sağlık Bakımına Uyum	1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8.	0-24	0,87
Mesleki Çevre	9., 10., 11., 12., 13., 14.	0-18	0,85
Aile Çevresi	15., 16., 17., 18., 19., 20., 21., 22.	0-24	0,80
Cinsel İlişkiler	23., 24., 25., 26., 27., 28.	0-18	0,95
Geniş Aile İlişkileri	29., 30., 31., 32., 33.	0-15	0,89
Sosyal Çevre	34., 35., 36., 37., 38., 39.	0-18	0,93
Psikolojik Alan	40., 41., 42., 43., 44., 45., 46	0-21	0,83
Toplam Puan	46 madde	0-138	0,94

1. **Sağlık Bakımına Uyum**; Bu alt ölçek, hastaların hastalığı hakkında bilgi sahibi olma, hastalığa uyumunu ölçmektedir.

2. **Mesleki Çevre**; Bu alt ölçek hastaların mesleki çevrelerine uyumu ölçmektedir.

3. **Aile Çevresi;** Bu alt ölçek, hastaların ailevi sorunları fiziksel hastalığının hasta ile aile bireyleri arasındaki ilişkiyi nasıl etkilediğini ölçmektedir.
4. **Cinsel İlişkiler;** Bu alt ölçek, hastaların fiziksel hastalığı cinsel hayatını nasıl etkilediğini ölçmektedir.
5. **Geniş Aile İlişkileri;** Bu alt ölçek, hastaların fiziksel hastalığının hasta ile akraba bireyleri arasındaki ilişkiyi nasıl etkilediğini ölçmektedir.
6. **Sosyal Çevre;** Bu alt ölçek, hastaların fiziksel hastalığının sosyal hayatını nasıl etkilediğini ölçmektedir.
7. **Psikolojik Alan;** Bu alt ölçek, hastaların üzüntü, endişe ve stres durumunu nasıl etkilediğini ölçmektedir.

Ölçekte toplam 22 adet madde ters puanlanmaktadır. Bunlar; 2., 4., 6., 8., 10., 12., 14., 16., 18., 20., 22., 24., 26., 28., 30., 32., 35., 37., 39., 41., 43. ve 45. sorulardır.

Ölçekte, her alt gruba ilişkin sorulara yönelik olarak uyum düzeyini belirlemek için 4 seçenek yer almaktadır. Hastalardan 4 seçenektan kendi kişisel deneyimlerini en iyi-en yakın şekilde tanımlayan seçeneği seçmesi istenmektedir. Her bir madde, 0'dan 3'e kadar puanlanır. Hastalıktan bu yana büyük oranda olumsuz değişiklikler 3 puanla, değişiklik olmaması ya da olumlu değişiklikler 0 puanla değerlendirilir. Ölçeğin tamamından elde edilen minimum ve maksimum puan 0-138 arasındadır. Ölçeğin kesme puanı 35 ve 51 puandır. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği'nden alınan toplam puanı 35'in altında olanlar iyi psikososyal uyumu, 35-51 arası puanlar orta derecede iyi psikososyal uyumu ve 51'in üstündeki puanlar kötü psikososyal uyumu ifade eder şeklinde değerlendirilmektedir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizleri için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanılmıştır. Çalışmanın verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanılmıştır. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, normal dağılım göstermeyen nicel

değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında ise Kruskal-Wallis test ve Dunn-Bonferroni test kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik uygunluğu Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 61351342-/2019-65 sayı numarası ile yazılı izin alınmıştır (EK.4). Araştırmanın örnekleme ulaşabilmek için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden 03/04/2019 tarihli ve 16867222-604.01.01-1423 sayılı yazı ile izin alınmıştır (EK.5). Araştırmayı kabul eden primer beyin tümörü ameliyatı olup poliklinik kontrolüne gelen hastalardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır (EK. 1)

4.BULGULAR

Çalışma Nisan 2019-Haziran 2019 tarihleri arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesinde %46'sı kadın, %54'ü erkek toplam 100 hasta ile yapılmıştır. Çalışmaya katılan hastaların yaşları 18 ile 81 arasında değişmekte olup, ortalama $53,35 \pm 15,24$ yaş olarak saptanmıştır. Hastaların %18'inin 40 yaş ve altında olduğu, %17'sinin 41-50 yaş arasında, %31'inin 51-60 yaş arasında, %21'inin 61-70 yaş arasında ve %13'ünün 70 yaş üzerinde olduğu görülmüştür.

Tablo 1: Hastaların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (N:100)

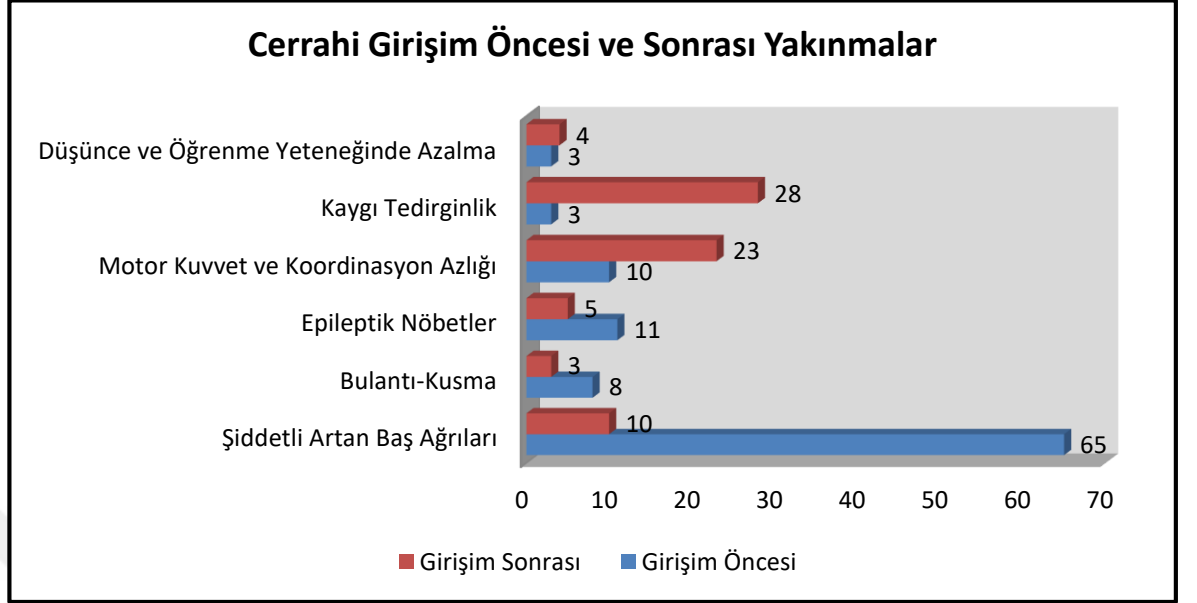
Değişkenler		n	%
Yaş (yıl)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	18-81 (55)	
	<i>Ort±Ss</i>	53,35±15,24	
	≤40 Yaş	18	18
	41-50 Yaş	17	17
	51-60 Yaş	31	31
	61-70 Yaş	21	21
	>70 Yaş	13	13
Cinsiyet	Kadın	46	46
	Erkek	54	54
Medeni Durum	Evli	74	74
	Bekar	26	26
Eğitim Düzeyi	İlkokul-Ortaokul	75	75
	Lise	19	19
	Lisans	6	6
Çalışma Durumu	Çalışıyor	32	32
	Çalışmıyor	68	68
Meslek	Ev Hanımı	37	37
	Emekli	30	30
	Memur	8	8
	İşçi	21	21
	Öğrenci	2	2
	Serbest Meslek	2	2
Sağlık Güvencesi	Var	91	91
	Yok	9	9
Algılanan Gelir Durumu	Gelir Giderden Fazla	8	8
	Gelir Gidere Denk	74	74
	Gelir Giderden Az	18	18
	Toplam	100	100

Çalışmaya katılan hastaların %74'ünün evli, %26'sının bekar olduğu, %75'inin eğitim düzeyinin ilkokul-ortaokul seviyesinde, %19'unun lise ve %6'sının üniversite seviyesinde olduğu, %32'sinin çalıştığı, %68'inin ise çalışmadığı, %37'sinin ev hanımı, %30'unun emekli, %8'inin memur, %21'inin işçi, %2'sinin öğrenci ve %2'sinin serbest meslek çalışanı olduğu, %91'inin sağlık güvencesinin olduğu, %9'unun ise sağlık güvencesinin olmadığı bulunmuştur. Hastaların %8'i gelirinin giderinden fazla olduğu, %74'ü gelirinin giderine denk olduğu ve %18'i gelirinin giderinden az olduğunu belirtmiştir.

Tablo 2: Hastaların hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (N:100)

Değişkenler		n	%
Kronik Hastalık	Var	51	51
	Yok	49	49
Geçirilmiş Cerrahi Girişim Öyküsü	Var	59	59
	Yok	41	41
Tümör Tipi	Benign	81	81
	Malign	19	19
Uygulanan Tedavi Yöntemi	Cerrahi Tedavi	85	85
	Cerrahi Tedavi ve Kombine Tedaviler	15	15
Cerrahi Girişim Öncesi Yakınmalar	Şiddetli Artan Baş Ağrıları	65	65
	Bulantı-Kusma	8	8
	Epileptik Nöbetler	11	11
	Motor Kuvvet ve Koordinasyon Azlığı	10	10
	Kaygı Tedirginlik	3	3
	Düşünce ve Öğrenme Yeteneğinde Azalma	3	3
Cerrahi Girişim Sonrası Yakınmalar	Şiddetli Artan Baş Ağrıları	10	10
	Bulantı-Kusma	3	3
	Epileptik Nöbetler	5	5
	Motor Kuvvet ve Koordinasyon Azlığı	23	23
	Kaygı Tedirginlik	28	28
	Düşünce ve Öğrenme Yeteneğinde Azalma	4	4
	Yok	27	27
Cerrahi Girişim Sonrası Geçen Süre	3 – 6 ay önce	28	28
	6 – 12 ay önce	48	48
	12 – 15 ay önce	24	24
Toplam		100	100

Şekil 2: Hastaların cerrahi girişim öncesi ve sonrası yakınma oranlarının dağılımı (N:100)



Çalışmaya katılan hastaların %51’inde kronik hastalık olduğu, %59’unda cerrahi girişim öyküsü olduğu bulunmuştur. Hastaların %81’inin tümör tipinin benign, %19’unun malign olduğu, %85’inin tedavi yönteminin cerrahi tedavi olduğu, %15’inin ise cerrahi tedavi ve kombine tedaviler olduğu gözlenmiştir.

Cerrahi girişim öncesi yakınmalar incelendiğinde; hastaların %65’inde şiddetli artan baş ağrıları olduğu, %8’inde bulantı-kusma, %11’inde epileptik nöbetler, %10’unda motor kuvvet ve koordinasyon azlığı, %3’ünde kaygı tedirginlik, %3’ünde düşünce ve öğrenme yeteneğinde azalma olduğu bulunmuştur. Cerrahi girişim sonrası yakınmalar incelendiğinde; hastaların %10’unda şiddetli artan baş ağrıları olduğu, %3’ünde bulantı-kusma, %5’inde epileptik nöbetler, %23’ünde motor kuvvet ve koordinasyon azlığı, %28’inde kaygı tedirginlik, %4’ünde düşünce ve öğrenme yeteneğinde azalma olduğu gözlenmiştir.

Hastaların %28’inin cerrahi girişimi 3-6 ay önce olduğu, %48’inin 6-12 ay önce ve %24’ünün 12-15 ay önce olduğu bulunmuştur.

Tablo 3: Hastaların PAIS-SR Ölçeği Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (N:100)

	Madde Sayısı	Min-Maks	Medyan	Ort±Ss	Cronbach's Alpha Değeri
Sağlık Bakımına Uyum	8	0-17	5,5	6,13 ± 4,61	0,927
Mesleki Çevre	6	0-18	6	6,79 ± 4,10	0,888
Aile Çevresi	8	0-21	3,5	5,84 ± 5,52	0,934
Cinsel İlişkiler	6	0-18	5	5,19 ± 4,74	0,956
Geniş Aile İlişkileri	5	0-15	2	3,36 ± 3,74	0,932
Sosyal Çevre	6	0-18	6	5,95 ± 4,88	0,956
Psikolojik Alan	7	0-18	6	6,71 ± 3,82	0,838
Toplam Puan	46	8-120	32	39,97 ± 27,19	0,979

Hastaların sağlık bakımına oryantasyon alt boyut ortalaması 6,13±4,61, mesleki çevre alt boyut ortalaması 6,79±4,10, aile çevresi alt boyut ortalaması 5,84±5,52, cinsel ilişkiler alt boyut ortalaması 5,19±4,74, geniş aile ilişkileri alt boyut ortalaması 3,36±3,74, sosyal çevre alt boyut ortalaması 5,95±4,88, psikolojik alan alt boyut ortalaması 6,71±3,82'dir. Toplam ölçek ortalaması ise 39,97±27,19 olarak bulunmuştur.

Tablo 4: Hastaların psikososyal uyum düzeylerinin dağılımı (N:100)

Psikososyal Uyum Düzeyi	N	%
Kötü Uyum	27	27
Orta Uyum	18	18
İyi Uyum	55	55
Toplam	100	100

Hastaların %55'inin (n=55) iyi psikososyal uyumu olduğu, %18'inin (n=18) orta derecede iyi psikososyal uyumu ve %27'sinin (n=27) kötü psikososyal uyumu olduğu bulunmuştur.

Tablo 5: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının yaşa göre dağılımı (N :100)

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği	Yaş					İstatistiksel Analiz
	≤40 Yaş (n=18) Ort ± Ss	41-50 Yaş (n=17) Ort ± Ss	51-60 Yaş (n=31) Ort ± Ss	61-70 Yaş (n=21) Ort ± Ss	>71 Yaş (n=13) Ort ± Ss	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	4,61 ± 4,59	6,82 ± 5,34	6,61 ± 4,51	6,38 ± 3,77	5,77 ± 5,25	χ ² değeri: 3,631 p değeri: 0,458 p> 0.05
Mesleki Çevre	6,39 ± 5,23	7,41 ± 3,76	6,39 ± 3,96	7,52 ± 3,79	6,31 ± 3,92	χ ² değeri: 3,667 p değeri: 0,453 p> 0.05
Aile Çevresi	4,94 ± 5,79	6,18 ± 5,15	5,42 ± 5,4	8,19 ± 5,46	3,85 ± 5,54	χ ² değeri: 8,374 p değeri: 0,079 p> 0.05
Cinsel İlişkiler	2,72 ± 5	5,88 ± 4,85	4,81 ± 4,69	6,19 ± 4,03	7,00 ± 4,6	χ ² değeri: 12,51 p değeri: 0,014 p< 0.05
Geniş Aile İlişkileri	2,22 ± 2,98	4,18 ± 3,13	3,48 ± 4,04	3,95 ± 4,12	2,62 ± 4,09	χ ² değeri: 4,858 p değeri: 0,302 p> 0.05
Sosyal Çevre	4,06 ± 4	6,65 ± 5	5,48 ± 5,38	6,81 ± 4,78	7,38 ± 4,35	χ ² değeri: 6,654 p değeri: 0,155 p> 0.05
Psikolojik Alan	5,94 ± 3,93	6,71 ± 3,08	6,61 ± 4,29	7,76 ± 3,63	6,31 ± 3,84	χ ² değeri: 3,989 p değeri: 0,407 p> 0.05
Toplam Puan	30,89±27,39	43,82±27,88	38,81±27,4	46,81±25,6	39,23±28,12	χ ² değeri: 7,08 p değeri: 0,132 p> 0.05

Kruskal Wallis testi

Tablo 5'te görüldüğü gibi araştırmaya katılan hastaların yaş değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut ortalamaları değerlendirildiğinde; 71 yaşın üzerindeki hastaların cinsel ilişkiler boyutu puan ortalamaları, diğer yaş gruplarındaki hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p<0,05). 71 yaşın üzerindeki hastaların psikososyal uyumları diğer yaş gruplarındaki hastalara göre daha kötü olduğu bulunmuştur.

Tablo 6: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı (N:100)

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği	Cinsiyet Değişkeni		İstatistiksel Analiz
	Kadın (n=46) Ort ± Ss	Erkek (n=54) Ort ± Ss	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	5,09 ± 4,19	7,02 ± 4,8	Z değeri: -1,971 p değeri: 0,049 p< 0.05
Mesleki Çevre	6,04 ± 3,57	7,43 ± 4,43	Z değeri: -1,388 p değeri: 0,165 p> 0.05
Aile Çevresi	4,91 ± 4,75	6,63 ± 6,04	Z değeri: 1,337 p değeri: 0,181 p> 0.05
Cinsel İlişkiler	3,96 ± 3,65	6,24 ± 5,31	Z değeri: -2,061 p değeri: 0,039 p< 0.05
Geniş Aile İlişkileri	2,5 ± 2,9	4,09 ± 4,23	Z değeri: -1,560 p değeri: 0,119 p> 0.05
Sosyal Çevre	4,74 ± 3,95	6,98 ± 5,37	Z değeri: -1,873 p değeri: 0,061 p> 0.05
Psikolojik Alan	6,13 ± 3,83	7,2 ± 3,77	Z değeri: -1,819 p değeri: 0,069 p> 0.05
Toplam Puan	33,37 ± 22,84	45,59 ± 29,46	Z değeri: -2,151 p değeri: 0,031 p< 0.05

Mann Whitney U testi

Tablo 6’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan hastaların cinsiyet ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut ortalamaları değerlendirildiğinde; erkek hastaların sağlık bakımına oryantasyon, cinsel ilişkiler ve ölçek toplam puan ortalamaları kadın hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p<0,05). Erkek hastaların psikososyal uyumu kadın hastalara göre daha kötü olduğu bulunmuştur.

Tablo 7: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının medeni duruma göre dağılımı (N:100)

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği	Medeni Durum		İstatistiksel Analiz
	Evli (n=74) Ort ± Ss	Bekar (n=26) Ort ± Ss	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	6,45 ± 4,53	5,23 ± 4,79	Z değeri: -1,433 p değeri: 0,152 p> 0.05
Mesleki Çevre	6,65 ± 4,0	7,19 ± 4,39	Z değeri: -0,431 p değeri: 0,667 p> 0.05
Aile Çevresi	5,97 ± 5,12	5,46 ± 6,63	Z değeri: -1,342 p değeri: 0,180 p> 0.05
Cinsel İlişkiler	5,41 ± 4,54	4,58 ± 5,3	Z değeri: -1,245 p değeri: 0,213 p> 0.05
Geniş Aile İlişkileri	3,42 ± 3,63	3,19 ± 4,12	Z değeri: -0,853 p değeri: 0,394 p> 0.05
Sosyal Çevre	6,04 ± 4,8	5,69 ± 5,18	Z değeri: -0,539 p değeri: 0,590 p> 0.05
Psikolojik Alan	6,84 ± 3,7	6,35 ± 4,05	Z değeri: -0,877 p değeri: 0,380 p> 0.05
Toplam Puan	40,77 ± 25,98	37,69 ± 30,82	Z değeri: -1,081 p değeri: 0,280 p> 0.05

Mann Whitney U testi

Tablo 7’de görüldüğü gibi hastaların medeni durum değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut ortalamaları değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Medeni durum değişkeni hastaların psikososyal uyumlarını etkilememektedir.

Tablo 8: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının eğitim durumuna göre dağılımı (N:100)

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği	Eğitim Durumu			İstatistiksel Analiz
	İkokul-ortaokul (n=75) Ort ± Ss	Lise (n=19) Ort ± Ss	Lisans ve üzeri (n=66) Ort ± Ss	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	6,61 ± 4,49	4,32 ± 5	5,83 ± 3,92	χ^2 değeri: 5,14 p değeri: 0,077 p> 0.05
Mesleki Çevre	6,73 ± 3,99	7,32 ± 4,83	5,83 ± 3,19	χ^2 değeri: 0,248 p değeri: 0,884 p> 0.05
Aile Çevresi	5,64 ± 5,4	6,53 ± 6,39	6,17 ± 4,26	χ^2 değeri: 0,366 p değeri: 0,833 p> 0.05
Cinsel İlişkiler	5,28 ± 4,59	4,95 ± 5,53	4,83 ± 4,71	χ^2 değeri: 0,341 p değeri: 0,843 p> 0.05
Geniş Aile İlişkileri	3,15 ± 3,8	4,26 ± 3,72	3,17 ± 2,93	χ^2 değeri: 2,457 p değeri: 0,293 p> 0.05
Sosyal Çevre	6,12 ± 5,03	5,95 ± 4,67	3,83 ± 3,37	χ^2 değeri: 0,939 p değeri: 0,625 p> 0.05
Psikolojik Alan	6,71 ± 3,96	6,16 ± 3,18	8,5 ± 3,94	χ^2 değeri: 1,738 p değeri: 0,419 p> 0.05
Toplam Puan	40,24 ± 27,3	39,47 ± 29,5	38,17 ± 21,78	χ^2 değeri: 0,301 p değeri: 0,860 p> 0.05

Kruskal Wallis testi

Tablo 8’de görüldüğü gibi hastaların eğitim durumu değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut ortalamaları değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Eğitim durumu değişkeni hastaların psikososyal uyumlarını etkilememektedir.

Tablo 9: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının çalışma durumuna göre dağılımı (N:100)

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği	Çalışma Durumu		İstatistiksel Analiz
	Çalışıyor (n=32) Ort ± Ss	Çalışmıyor (n=68) Ort ± Ss	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	5 ± 4,43	6,66 ± 4,63	Z değeri: -1,649 p değeri: 0,099 p> 0.05
Mesleki Çevre	6,06 ± 4,04	7,13 ± 4,1	Z değeri: -1,438 p değeri: 0,150 p> 0.05
Aile Çevresi	5,22 ± 5,52	6,13 ± 5,54	Z değeri: -0,928 p değeri: 0,353 p> 0.05
Cinsel İlişkiler	4,59 ± 5,05	5,47 ± 4,6	Z değeri: -1,054 p değeri: 0,292 p> 0.05
Geniş Aile İlişkileri	3,25 ± 3,73	3,41 ± 3,77	Z değeri: -0,154 p değeri: 0,878 p> 0.05
Sosyal Çevre	5,34 ± 4,13	6,24 ± 5,2	Z değeri: -0,682 p değeri: 0,495 p> 0.05
Psikolojik Alan	6,19 ± 3,3	6,96 ± 4	Z değeri: -0,505 p değeri: 0,613 p> 0.05
Toplam Puan	35,66 ± 25,63	42 ± 27,85	Z değeri: -1,286 p değeri: 0,198 p> 0.05

Mann Whitney U testi

Tablo 9’da görüldüğü gibi hastaların çalışma durumu değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut ortalamaları değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Çalışma durumu hastaların psikososyal uyumlarını etkilememektedir.

Tablo 10: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının algılanan gelir durumuna göre dağılımı (N:100)

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği	Algılanan Gelir Durumu			İstatistiksel Analiz
	Gelir giderden fazla (n=8) Ort ± Ss	Gelir gidere denk (n=74) Ort ± Ss	Gelir giderden az (n=18) Ort ± Ss	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	5,75 ± 6,43	5,38 ± 3,99	9,39 ± 4,96	χ^2 değeri: 9,108 p değeri: 0,011 p< 0.05
Mesleki Çevre	7,88 ± 5,08	5,89 ± 3,12	10 ± 5,52	χ^2 değeri: 8,485 p değeri: 0,014 p< 0.05
Aile Çevresi	8 ± 7,62	4,19 ± 3,86	11,67 ± 6,32	χ^2 değeri: 18,435 p değeri: 0,001 p< 0.05
Cinsel İlişkiler	5 ± 4,96	3,97 ± 3,71	10,28 ± 5,27	χ^2 değeri: 19,396 p değeri: 0,001 p< 0.05
Geniş Aile İlişkileri	4,25 ± 4,74	2,34 ± 2,51	7,17 ± 5	χ^2 değeri: 13,008 p değeri: 0,001 p< 0.05
Sosyal Çevre	5,63 ± 5,53	4,82 ± 3,99	10,72 ± 5,28	χ^2 değeri: 16,940 p değeri: 0,0001 p< 0.05
Psikolojik Alan	8,63 ± 5,4	5,59 ± 2,75	10,44 ± 4,3	χ^2 değeri: 18,362 p değeri: 0,001 p< 0.05
Toplam Puan	45,13 ± 37,2	32,19 ± 18,82	69,67 ± 31,7	χ^2 değeri: 17,482 p değeri: 0,001 p< 0.05

Kruskal Wallis testi

Tablo 10'da görüldüğü gibi araştırmaya katılan hastaların algılanan gelir durumu ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut ortalamaları değerlendirildiğinde; gelir durumu giderinden az olan hastaların sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre, psikolojik alan ve ölçek toplam puan ortalamaları geliri gideri denk ve geliri giderinden fazla olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Ekonomik durumun psikososyal uyumu etkilediği saptanmıştır. Ekonomik durumu kötü olan hastaların psikososyal uyumları da olumsuz bir şekilde etkilenmektedir.

Tablo 11: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının sağlık güvencesi varlığına göre dağılımı (N:100)

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği	Sağlık Güvencesi Varlığı		İstatistiksel Analiz
	Var (n=91) Ort ± Ss	Yok (n=9) Ort ± Ss	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	6,48 ± 4,61	2,56 ± 2,88	Z değeri: -2,633 p değeri: 0,008 p < 0.05
Mesleki Çevre	6,73 ± 3,99	7,44 ± 5,27	Z değeri: -0,242 p değeri: 0,809 p > 0.05
Aile Çevresi	5,74 ± 5,26	6,89 ± 8,02	Z değeri: -0,115 p değeri: 0,908 p > 0.05
Cinsel İlişkiler	5,23 ± 4,56	4,78 ± 6,63	Z değeri: -0,798 p değeri: 0,425 p > 0.05
Geniş Aile İlişkileri	3,22 ± 3,62	4,78 ± 4,87	Z değeri: -1,020 p değeri: 0,308 p > 0.05
Sosyal Çevre	5,9 ± 4,77	6,44 ± 6,2	Z değeri: -0,012 p değeri: 0,990 p > 0.05
Psikolojik Alan	6,8 ± 3,82	5,78 ± 3,93	Z değeri: -1,8084 p değeri: 0,278 p > 0.05
Toplam Puan	40,1 ± 26,5	38,67 ± 34,69	Z değeri: -0,789 p değeri: 0,430 p > 0.05

Mann Whitney U testi

Tablo 11’da görüldüğü gibi hastaların sağlık güvencesi varlığı değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut ortalamaları değerlendirildiğinde; sağlık güvencesi olan hastaların sağlık bakımına oryantasyon puan ortalamaları sağlık güvencesi olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p<0,05). Sağlık güvencesi olmayan hastaların hastalığa uyumlarının kötü olduğu saptanmıştır.

Tablo 12: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının cerrahi girişim sonrası geçen süreye göre dağılımı (N:100)

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği	Cerrahi Girişim Sonrası Geçen Süre			İstatistiksel Analiz
	3-6 ay (n=28) Ort ± Ss	6-12 ay (n=48) Ort ± Ss	12-15 ay (n=24) Ort ± Ss	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	6,32 ± 4,33	5,79 ± 4,36	6,58 ± 5,48	χ^2 değeri: 0,187 p değeri: 0,911 p> 0.05
Mesleki Çevre	6,71 ± 3,84	7,08 ± 4,1	6,29 ± 4,49	χ^2 değeri: 0,631 p değeri: 0,729 p> 0.05
Aile Çevresi	5,93 ± 5,33	6,27 ± 5,7	4,88 ± 5,5	χ^2 değeri: 1,856 p değeri: 0,395 p> 0.05
Cinsel İlişkiler	5,46 ± 4,8	5,21 ± 4,64	4,83 ± 5,04	χ^2 değeri: 0,465 p değeri: 0,792 p> 0.05
Geniş Aile İlişkileri	3,32 ± 4,08	3,81 ± 3,95	2,5 ± 2,77	χ^2 değeri: 1,225 p değeri: 0,542 p> 0.05
Sosyal Çevre	6,07 ± 4,7	6,04 ± 4,93	5,63 ± 5,16	χ^2 değeri: 0,263 p değeri: 0,877 p> 0.05
Psikolojik Alan	6,25 ± 3,56	7,02 ± 3,99	6,63 ± 3,85	χ^2 değeri: 0,621 p değeri: 0,733 p> 0.05
Toplam Puan	40,07 ± 27,08	41,23 ± 27,18	37,33 ± 28,32	χ^2 değeri: 0,642 p değeri: 0,726 p> 0.05

Kruskal Wallis testi

Tablo 12’de görüldüğü gibi hastaların cerrahi girişimden sonrası geçen süre değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut ortalamaları değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Cerrahi girişimden sonra geçen süre hastaların psikososyal uyumlarını etkilememektedir.

Tablo 13: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının kronik hastalık varlığına göre dağılımı (N:100)

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği	Kronik Hastalık Varlığı		İstatistiksel Analiz
	Var (n=51) Ort ± Ss	Yok (n=49) Ort ± Ss	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	7,12 ± 5,18	5,1 ± 3,7	Z değeri: -1,857 p değeri: 0,063 p> 0.05
Mesleki Çevre	7,57 ± 4,3	5,98 ± 3,68	Z değeri: -1,758 p değeri: 0,079 p> 0.05
Aile Çevresi	6,86 ± 5,83	4,78 ± 5,02	Z değeri: -1,843 p değeri: 0,065 p> 0.05
Cinsel İlişkiler	6,8 ± 4,8	3,51 ± 4,09	Z değeri: -3,559 p değeri: 0,001 p< 0.05
Geniş Aile İlişkileri	4,12 ± 4,26	2,57 ± 2,96	Z değeri: -1,283 p değeri: 0,2 p> 0.05
Sosyal Çevre	7,02 ± 5,16	4,84 ± 4,34	Z değeri: -2,193 p değeri: 0,032 p< 0.05
Psikolojik Alan	7,61 ± 4	5,78 ± 3,4	Z değeri: -2,340 p değeri: 0,019 p< 0.05
Toplam Puan	47,1 ± 29,58	32,55 ± 22,43	Z değeri: -2,545 p değeri: 0,011 p< 0.05

Mann Whitney U testi

Tablo 13'te görüldüğü gibi hastaların kronik hastalık varlığı değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut ortalamaları değerlendirildiğinde; kronik hastalığı olan hastaların cinsel ilişkiler, sosyal çevre, psikolojik alan ve ölçek toplam puanı, kronik hastalığı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p<0,05). Kronik hastalığı olan hastaların psikososyal uyumları kronik hastalığı olmayan hastalara göre daha kötü olduğu saptanmıştır.

Tablo 14: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının uygulanan tedavi yöntemine göre dağılımı (N:100)

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği	Uygulanan Tedavi Yöntemi		İstatistiksel Analiz
	Cerrahi tedavi (n=85) Ort ± Ss	Cerrahi tedavi ve kombine tedavi (n=15) Ort ± Ss	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	5,22 ± 4,04	11,27 ± 4,35	Z değeri: -4,293 p değeri: 0,001 p< 0.05
Mesleki Çevre	5,84 ± 3,37	12,2 ± 3,73	Z değeri: -4,957 p değeri: 0,001 p< 0.05
Aile Çevresi	4,58 ± 4,62	13 ± 4,77	Z değeri: -4,902 p değeri: 0,065 p> 0.05
Cinsel İlişkiler	4,27 ± 4,25	10,4 ± 4,05	Z değeri: -4,484 p değeri: 0,001 p< 0.05
Geniş Aile İlişkileri	2,65 ± 3,44	7,4 ± 2,72	Z değeri: -4,639 p değeri: 0,001 p< 0.05
Sosyal Çevre	5,04 ± 4,55	11,13 ± 3,18	Z değeri: -2,513 p değeri: 0,001 p< 0.05
Psikolojik Alan	5,96 ± 3,4	10,93 ± 3,35	Z değeri: -4,5 p değeri: 0,001 p< 0.05
Toplam Puan	33,55 ± 22,94	76,33 ± 20,1	Z değeri: -5,33 p değeri: 0,001 p< 0.05

Mann Whitney U testi

Tablo 14’de görüldüğü gibi hastalara uygulanan tedavi yöntemi değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut ortalamaları değerlendirildiğinde; cerrahi tedaviye ek kombine tedavi uygulanan hastaların sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre, psikolojik alan ve ölçek toplam puanı, sadece cerrahi tedavi uygulanan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p<0,05). Cerrahi tedaviye ek olarak kombine tedavi uygulanan hastaların psikososyal uyumları sadece cerrahi tedavi uygulanan hastalara göre daha kötü olduğu saptanmıştır.

Tablo 15: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının tümör tipine göre dağılımı (N:100)

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği	Tümör Tipi		İstatistiksel Analiz
	Benign (n=81) Ort ± Ss	Malign (n=19) Ort ± Ss	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	5,06 ± 3,97	10,68 ± 4,42	Z değeri: -4,407 p değeri: 0,001 p < 0.05
Mesleki Çevre	5,69 ± 3,19	11,47 ± 4,3	Z değeri: -4,870 p değeri: 0,001 p < 0.05
Aile Çevresi	4,37 ± 4,49	12,11 ± 5,21	Z değeri: -5,124 p değeri: 0,001 p < 0.05
Cinsel İlişkiler	4,06 ± 4,06	10 ± 4,5	Z değeri: -4,677 p değeri: 0,001 p < 0.05
Geniş Aile İlişkileri	2,48 ± 3,17	7,11 ± 3,77	Z değeri: -4,508 p değeri: 0,001 p < 0.05
Sosyal Çevre	4,84 ± 4,4	10,68 ± 3,93	Z değeri: -4,764 p değeri: 0,001 p < 0.05
Psikolojik Alan	5,74 ± 3,22	10,84 ± 3,4	Z değeri: -5,019 p değeri: 0,001 p < 0.05
Toplam Puan	32,25 ± 21,82	72,89 ± 23,18	Z değeri: -5,33 p değeri: 0,001 p < 0.05

Mann Whitney U testi

Tablo 15'te görüldüğü gibi hastaların primer beyin tümörü tipi değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut ortalamaları değerlendirildiğinde; primer malign beyin tümörü olan hastaların sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre, psikolojik alan ve ölçek toplam puanı, primer benign beyin tümörü olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Primer malign beyin tümörü olan hastaların psikososyal uyumları primer benign beyin tümörü olan hastalara göre daha kötü olduğu saptanmıştır.

Tablo 16: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının geçirilmiş cerrahi öykü durumuna göre dağılımı (N:100)

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği	Geçirilmiş Cerrahi Öykü Durumu		İstatistiksel Analiz
	Var (n=59) Ort ± Ss	Yok (n=41) Ort ± Ss	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	6,12 ± 5,18	6,1 ± 3,7	Z değeri: -1,140 p değeri: 0,063 p> 0.05
Mesleki Çevre	7,77 ± 3,36	6,98 ± 3,58	Z değeri: -0,248 p değeri: 0,079 p> 0.05
Aile Çevresi	6,86 ± 5,83	7,78 ± 5,02	Z değeri: -0,366 p değeri: 0,065 p> 0.05
Cinsel İlişkiler	6,8 ± 4,5	5,51 ± 4,09	Z değeri: 0,341 p değeri: 0,072 p> 0.05
Geniş Aile İlişkileri	3,12 ± 4,2	7,57 ± 2,96	Z değeri: -2,457 p değeri: 0,2 p> 0.05
Sosyal Çevre	7,02 ± 5,16	4,84 ± 4,34	Z değeri: -0,938 p değeri: 0,062 p> 0.05
Psikolojik Alan	7,61 ± 4,1	8,78 ± 3,41	Z değeri: -1,730 p değeri: 0,083 p> 0.05
Toplam Puan	47,1 ± 29,5	52,55 ± 22,3	Z değeri: -1,14 p değeri: 0,565 p> 0.05

Mann Whitney U testi

Tablo 16’da görüldüğü gibi hastaların geçirilmiş cerrahi öyküsü değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut ortalamaları değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Önceden geçirilmiş cerrahigirşim varlığı hastaların psikososyal uyumlarını etkilememektedir.

Tablo 17: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının cerrahi girişim öncesi yakınmalara göre dağılımı (N:100)

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği	Cerrahi Girişim Öncesi Yakınmalar						İstatistiksel Analiz
	Baş ağrısı (n=64) Ort ± Ss	Bulantı-kusma (n=8) Ort ± Ss	Epileptik nöbetler (n=11) Ort ± Ss	Motor kuvvet azlığı (n=10) Ort ± Ss	Kaygı, tedirginlik (n=3) Ort ± Ss	Düşünce azalma (n=3) Ort ± Ss	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	5,43 ± 4,32	9,88 ± 4,88	8,55 ± 4,93	5,5 ± 4,93	2,33 ± 2,31	8,33 ± 0,58	χ^2 değeri: 8,404 p değeri: 0,038 p < 0.05
Mesleki Çevre	5,85 ± 3,59	10,5 ± 1,69	10,18 ± 4,98	7,1 ± 5,22	5 ± 2,65	5,67 ± 0,58	χ^2 değeri: 16,55 p değeri: 0,001 p < 0.05
Aile Çevresi	4,78 ± 4,93	11 ± 4,72	8,91 ± 6,43	6 ± 6,65	4,33 ± 4,16	4,67 ± 5,51	χ^2 değeri: 12,962 p değeri: 0,005 p < 0.05
Cinsel İlişkiler	4,26 ± 4,17	8,5 ± 3,82	8,18 ± 5,95	5,1 ± 6,31	3,33 ± 2,89	7,67 ± 2,52	χ^2 değeri: 10,568 p değeri: 0,014 p < 0.05
Geniş Aile İlişkileri	2,65 ± 3,2	6,13 ± 4,45	5,55 ± 4,37	4,3 ± 4,62	1,33 ± 0,58	2,33 ± 2,31	χ^2 değeri: 10,471 p değeri: 0,015 p < 0.05
Sosyal Çevre	4,85 ± 4,57	10,13 ± 4,02	9,36 ± 5,45	5,4 ± 4,2	4 ± 2,65	10 ± 3,46	χ^2 değeri: 14,599 p değeri: 0,002 p < 0.05
Psikolojik Alan	5,98 ± 3,52	10 ± 3,21	8,64 ± 4,92	6,2 ± 3,88	6 ± 2,65	9 ± 1	χ^2 değeri: 10,295 p değeri: 0,016 p < 0.05
Toplam Puan	33,8 ± 24,38	66,13±17,19	59,36±33,98	39,6±29,64	26,3±16,04	47,67±12,01	χ^2 değeri: 16,78 p değeri: 0,001 p < 0.05

Kruskal Wallis testi

Tablo 18: Hastaların PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamalarının cerrahi girişim sonrası yakınmalara göre dağılımı (N:100)

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği	Cerrahi Girişim Sonrası Yakınmalar						İstatistiksel Analiz
	Baş ağrısı (n=10) Ort ± Ss	Bulantı-kusma (n=3) Ort ± Ss	Epileptik nöbetler (n=5) Ort ± Ss	Motor kuvvet azlığı (n=23) Ort ± Ss	Kaygı, tedirginlik (n=28) Ort ± Ss	Düşünce azalma (n=4) Ort ± Ss	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	5,7 ± 3,5	6,67 ± 8,33	8,2 ± 6,06	9,09 ± 4,58	5 ± 4,21	9,75 ± 2,87	χ^2 değeri: 17,989 p değeri: 0,001 p < 0.05
Mesleki Çevre	6,5 ± 3,03	13,67 ± 4,04	7 ± 4,85	9,17 ± 4,72	6,07 ± 3,05	8,75 ± 6,18	χ^2 değeri: 14,394 p değeri: 0,006 p < 0.05
Aile Çevresi	5,6 ± 4,03	14,67 ± 5,69	4,6 ± 7,54	9,43 ± 6,35	4,36 ± 4,49	7,25 ± 6,85	χ^2 değeri: 16,289 p değeri: 0,003 p > 0.05
Cinsel İlişkiler	5,2 ± 4,21	11,67 ± 5,51	6,6 ± 4,34	7,96 ± 6,15	3,96 ± 3,31	8,75 ± 2,99	χ^2 değeri: 14,476 p değeri: 0,006 p < 0.05
Geniş Aile İlişkileri	3,5 ± 3,17	9 ± 1	3 ± 3,54	5,7 ± 5,1	2,75 ± 2,8	4,25 ± 4,27	χ^2 değeri: 11,93 p değeri: 0,018 p < 0.05
Sosyal Çevre	6,1 ± 3,28	12 ± 0	6,2 ± 4,09	10,13 ± 5,59	4,39 ± 3,56	10,5 ± 3	χ^2 değeri: 28,455 p değeri: 0,001 p < 0.05
Psikolojik Alan	6,6 ± 3,31	9,33 ± 2,08	7 ± 6,56	9,35 ± 4,09	6,18 ± 3,02	10,5 ± 3,11	χ^2 değeri: 21,831 p değeri: 0,001 p < 0.05
Toplam Puan	39,2 ± 20,06	77 ± 2	42,6±33,07	60,83 ±32,06	32,71±20,1	59,75±26,08	χ^2 değeri: 23,392 p değeri: 0,001 p < 0.05

Kruskal Wallis testi

Tablo 17’de görüldüğü gibi hastaların cerrahi girişim öncesi yakınmalar değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut ortalamaları değerlendirildiğinde; cerrahi girişim öncesi bulantı-kusma yakınması olan hastaların sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre, psikolojik alan ve ölçek toplam puanı, diğer yakınmaları olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bulantı-kusması olan hastaların psikososyal uyumları baş ağrısı, epileptik nöbet, motor-kuvvet azlığı, kaygı-tedirginlik ve düşüncede azalma yakınmaları olan hastalara göre psikososyal uyumları daha kötü olduğu bulunmuştur. Cerrahi girişim öncesi kaygı ve tedirginliği olan hastaların, diğer yakınmaları olan hastalara göre psikososyal uyumlarının daha iyi olduğu saptanmıştır.

Tablo 18’de görüldüğü gibi hastaların cerrahi girişim sonrası yakınmalar değişkeni ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut ortalamaları değerlendirildiğinde; cerrahi girişim sonrası bulantı-kusma yakınması olan hastaların sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre, psikolojik alan ve ölçek toplam puanı, diğer yakınmaları olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bulantı-kusması olan hastaların psikososyal uyumları baş ağrısı, epileptik nöbet, motor-kuvvet azlığı, kaygı-tedirginlik ve düşüncede azalma yakınmaları olan hastalara göre psikososyal uyumları daha kötü olduğu bulunmuştur. Cerrahi girişim sonrası kaygı ve tedirginliği olan hastaların, diğer yakınmaları olan hastalara göre psikososyal uyumlarının daha iyi olduğu saptanmıştır.

Bulantı- kusma yakınması olan hastaların cerrahi girişim öncesinde ve sonrasında psikososyal uyumlarını kötü etkilediği bulunmuştur (Tablo17 ve 18).

5.TARTIŞMA

Primer beyin tümörü olan bireylerin ameliyat sonrası süreçteki psikososyal uyum düzeyi ve ilişkili faktörlerin incelendiği bu çalışmada, psikososyal uyum düzeyi ve alt boyut puanları, hastaya ve tedaviye ilişkin özellikler arasındaki ilişkiye ait sonuçlar bu bölümde tartışılmıştır.

Araştırma kapsamında yer alan primer beyin tümörü olan ve cerrahi girişim geçirmiş hastaların ortalama puanı $39,97 \pm 27,19$ olup %55’inde iyi psikososyal uyumu, %18’inde orta derecede psikososyal uyumu ve %27’sinde kötü psikososyal uyumu olduğu görülmektedir (Tablo 4). Nazlı (2019) meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyumlarını incelemek amacıyla yaptığı çalışmada hastaların PAIS-SR ölçeği puan ortalamasını $45,79 \pm 19,28$ bulmuş olup, % 41’inde kötü uyum, % 27’inde orta uyum, % 32’sinde iyi uyum saptamıştır. Ülkü (2019) kalp yetersizliği olan hastaların psikososyal uyumlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada hastaların PAIS-SR ölçeği puan ortalamasını $42,68 \pm 24,42$ belirlemiş olup, %23,3’ünde iyi uyum, % 58,3’ünde orta uyum ve % 18,3’ünde kötü düzeyde uyum saptamıştır. Araştırma sonuçlarında, primer beyin tümörü ameliyatı geçirmiş olan hastalarının psikososyal uyum düzeyleri değerlendirildiğinde çoğunluğunun psikososyal uyumunun iyi düzeyde olduğu bulunmuştur.

Hastaların sağlık bakımına oryantasyon alt boyut ortalaması $6,13 \pm 4,61$, mesleki çevre alt boyut ortalaması $6,79 \pm 4,10$, aile çevresi alt boyut ortalaması $5,84 \pm 5,52$, cinsel ilişkiler alt boyut ortalaması $5,19 \pm 4,74$, geniş aile ilişkileri alt boyut ortalaması $3,36 \pm 3,74$, sosyal çevre alt boyut ortalaması $5,95 \pm 4,88$, psikolojik alan alt boyut ortalaması $6,71 \pm 3,82$ olarak bulunmuştur. (Tablo 3). Hastaların en iyi uyum sağladıkları alanın geniş aile ilişkiler boyutu olduğu saptanmıştır. Hastaların yakın çevresiyle iletişiminin ve ilişki kalitesinin iyi olduğu, geniş aile üyeleriyle etkileşimde başarılı bir süreç geçirdiği sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların uyum sağlamada en başarısız oldukları alanın ise mesleki çevre boyutu olduğu saptanmıştır. Bu durum hastaların ameliyat sonrasındaki süreçte algıladıkları mesleki performans kalitelerinin düştüğünü, mesleki ilgi ve memnuniyetlerini azalttığını göstermektedir.

5.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri İle PAIS-SR Alt Boyutlarının Tartışılması;

Araştırmaya katılan hastaların yaş ile PAIS-SR Ölçeği alt boyutları olan sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, aile çevresi, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 5). Yaş gruplarına göre hastaların PAIS-SR cinsel ilişkiler alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,014$; $p<0,005$) (Tablo 5). Yaşı 70 ve üstünde olan hastaların cinsel ilişkiler alt boyutundan aldıkları puanlar, yaşı 41-50 arasında ve 40 yaş altında olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,031$; $p=0,032$; $p<0,05$). Surbeck ve arkadaşları (2015) primer düşük dereceli glioma hastalarının hastalığın neden olabileceği cinsel sorunları saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların yaşları ilerledikçe cinsel problem yaşama oranının (%53) arttığı sonucuna ulaşmıştır. Finocchiaro ve arkadaşlarının (2016) primer beyin tümörü olan hastaların cinsel alanda sorunlarını belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada da hastaların ileri yaş gruplarında cinsel yaşam problemleri yaşama oranının arttığını belirtmişlerdir. Aksoy (2018) primer beyin tümörü olan hastaların fonksiyonel değerlendirmesini ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada yaş ortalaması arttıkça yaşam kalitesi ortalamasının azaldığı, fiziksel durum, sosyal yaşam ve aile durumu, duygusal durum, faaliyet durumu ve hastalığa ilave durumlarının azaldığı, geniş aile ilişkilerinin de olumsuz etkilendiğini tespit etmiştir. Çalışma dahilinde elde edilen bulgular; literatür ile benzerlik göstermekte olup primer beyin tümörü olan hastalarda yaş gruplarına göre cinsel alandaki psikososyal uyum düzeylerinin değiştiği fakat hastaların sağlık bakımına oryantasyonu, mesleki ve aile çevresi, geniş aile ilişkileri, sosyal ilişkilerini ve psikososyal alanını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların hastalık nedeniyle yaşları ilerledikçe cinsel işlevlerinin ve memnuniyetlerinin azaldığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyet ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puan ve alt boyut ortalamaları değerlendirildiğinde; erkek hastaların sağlık bakımına oryantasyon, cinsel ilişkiler ve ölçek toplam puan ortalamaları kadın hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 6). Erkek hastaların psikososyal uyumu kadın hastalara göre daha kötü olduğu bulunmuştur. Aksoy (2018) primer beyin tümörü olan hastaların fonksiyonel değerlendirmesini ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada erkek

hastaların duygusal durumlarının kadın hastalarından daha kötü olduğunu saptamıştır. Çelik (2018) KOAH'lı hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada kadınların sağlık bakımına uyumunun erkeklere oranla daha kötü olduğunu bulmuştur. Akman (2016) KOAH'lı hastaların psikososyal uyumlarını incelemek amacıyla yaptığı çalışmada ise cinsiyet farklılığının psikososyal uyumu etkileyen bir faktör olmadığını saptamıştır. Çetinkaya (2019) kalp hastalığı olan hastaların psikososyal uyumlarını belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada kadınların psikososyal uyumunun erkeklere oranla daha iyi olduğunu bulmuştur. Weitzner ve arkadaşlarının (1999) primer beyin tümörü olan hastaların psikososyal açıdan değerlendirdikleri çalışmada, primer beyin tümörü tanısı konan hastaların yaşam kalitesinin kadınlarda erkeklere oranla daha düşük düzeyde olduğunu ortaya koymuşlardır. Çalışma dahilinde elde edilen bulgular Aksoy (2018) ve Çetinkaya'nın (2019) sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bu durum erkeklerin psikososyal uyumlarının kadınlara oranla daha düşük uyum sağladıklarını göstermektedir. Sonuç olarak erkek hastaların hastalık ve tedavisine ilişkin beklentileri düşük düzeyde olduğu, hastalığı ile uyumunun kötü düzeyde olduğu, cinsellik alanında memnuniyetlerinin olumsuz etkilendiği ve psikososyal uyumlarının kötü olduğu bulunmuştur.

Araştırmada hastaların medeni duruma göre PAIS-SR Ölçeği alt boyutları olan sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, aile çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik alan alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 7). Çelik (2018) KOAH'lı hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada bekar hastaların aile çevresine uyumunun evli hastalara oranla daha kötü seviyede olduğunu saptamıştır. Akman (2016) KOAH'lı hastaların psikososyal uyumlarını incelemek amacıyla yaptığı çalışmada bekar hastaların geniş aile ilişkilerine olan uyumlarının evli hastalara oranla daha kötü olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu araştırma sonuçlarına göre primer beyin tümörü ameliyatı olan hastaların medeni durumu aile, meslek, sosyal ve cinsel ilişkileri, psikolojik durumları ve sağlık bakımına uyumlarını etkilememektedir. Literatür ile araştırma sonuçlarının farklılık göstermesinin nedeninin örneklem grubunun farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların eğitim durumlarına göre PAIS-SR Ölçeği alt boyutları olan sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, aile çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik alan alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar,

istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 8). Akman (2016) KOAH'lı hastaların psikososyal uyumlarını incelemek amacıyla yaptığı çalışmada, ortaokul ve üzeri eğitime sahip hastaların sağlık bakımına uyumlarının okuryazar/okuryazar olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde iyi olduğunu saptamıştır. Toğluk (2017) KOAH'lı bireylerde ölüm anksiyetesinin psikososyal uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yaptığı araştırmasında okuryazar olan bireylerin, ilkokul ve üzerinde eğitim düzeyine sahip bireylere oranla mesleki çevreye, aile çevresine, cinsel ilişkiye, sosyal çevreye uyumunun ve genel psikososyal uyumunun daha düşük olduğunu bulmuştur. Bu araştırmanın sonuçlarına göre primer beyin tümörü ameliyatı olan hastaların eğitim düzeyi aile, meslek, sosyal ve cinsel ilişkileri, psikolojik durumları ve sağlık bakımına uyumlarını etkilememektedir. Literatür ile araştırma sonuçlarının farklılık göstermesinin nedeninin örneklem grubunun farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların çalışma durumlarına göre PAIS-SR Ölçeği alt boyutları olan sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, aile çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik alan alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 9). Akman (2016) KOAH'lı hastaların psikososyal uyumlarını incelemek amacıyla yaptığı çalışmada çalışma durumlarının KOAH hastalarının psikososyal uyumlarının anlamlı düzeyde bir farklılık göstermediğini belirtmiştir. Nazlı (2019) yılında meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyumlarını incelemek amacıyla yaptığı çalışmada çalışan bireylerin çalışmayan bireylere göre psikososyal uyumlarının daha iyi olduğunu bulmuştur. Bu araştırmanın sonuçlarına göre primer beyin tümörü ameliyatı olan hastaların çalışma durumu aile, meslek, sosyal ve cinsel ilişkileri, psikolojik durumları ve sağlık bakımına uyumlarını etkilememektedir. Literatür ile araştırma sonuçlarının farklılık göstermesinin nedeninin örneklem grubunun farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların sağlık güvencesi durumlarına göre PAIS-SR Ölçeği alt boyutları olan sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, aile çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik alan alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 11). Çelik'in (2018) KOAH'lı hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı; Akman'ın (2016) KOAH'lı hastaların psikososyal uyumlarını incelemek amacıyla yaptığı ve Akın'nın (2006) kalp yetersizliği olan

hastaların psikososyal uyumlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmalarda sosyal güvence durumuna göre psikososyal uyum düzeyleri ve alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık saptamamıştır. Yapılan çalışma bu sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Bu araştırmanın sonuçlarına göre primer beyin tümörü ameliyatı olan hastaların sağlık güvencesi durumu aile, meslek, sosyal ve cinsel ilişkileri, psikolojik durumları ve sağlık bakımına uyumlarını etkilememektedir.

Araştırmada hastaların gelir durumlarına göre PAIS-SR Ölçeği alt boyutları olan sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, aile çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik alan alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (Tablo 10). Akman'ın 2016 yılında KOAH'lı hastaların psikososyal uyumlarını incelemek amacıyla yaptığı çalışmada gelir durumunun herhangi bir psikososyal uyum faktörü üzerinde farklılık yaratmadığını saptamıştır. Çelik'in 2018 yılında KOAH'lı hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada gelir düzeyi yetersiz olan hastaların sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, geniş aile ilişkilerine uyum, sosyal çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve toplam psikososyal uyum puanlarının gelir düzeyi yeterli olan hastalara oranla daha yüksek ve psikososyal uyumlarının daha kötü olduğunu saptamıştır. Gelir durumundaki yetersizlik hastaların sağlık hizmetlerine ulaşmalarını, tedavisine ilişkin tutumlarını, hastalığın neden olduğu finansal etkilerin hastayı olumsuz etkilemesine, aile ve geniş aile üyeleriyle sosyal anlamda faaliyetlerde bulunamamalarına etki ettiğini düşündürmektedir. Ekonomik olarak yetersiz gelir durumuna sahip olmak hastaların psikososyal uyumlarını birçok yönden önemli derecede etkileyen bir faktör olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

5.2. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özellikleri İle PAIS-SR Alt Boyutlarının Tartışılması;

Araştırmada hastaların kronik rahatsızlık varlığına göre PAIS-SR Ölçeği alt boyutları olan sağlık bakımına uyum, aile çevresi, mesleki çevre, geniş aile ilişkileri alt boyutlarından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 13). Kronik rahatsızlığı olan hastaların cinsel ilişkiler, sosyal çevre, psikolojik alan alt boyutundan aldıkları puanlar ve ölçek toplam puanı kronik rahatsızlığı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Çelik (2018) KOAH'lı hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörleri belirlemek

amacıyla yaptığı çalışmada KOAH tanısına ek bir kronik rahatsızlığı olan hastaların, başka hastalığı olmayan hastalara oranla cinsel ilişki boyutunun ve toplam psikososyal uyum puanlarının daha yüksek olduğunu ve psikososyal uyumlarının daha kötü olduğunu saptamıştır. Eşlik eden başka bir hastalığın varlığı daha fazla fiziksel güç kaybına yol açarak bireyin cinsel yaşantısına, meslek ve aile yaşantısına uyumunu ve genel psikososyal uyumunu olumsuz etkileyebileceği olasılığı göz ardı edilmemelidir. Mevcut hastalığın yönetiminin yanında kronik hastalık varlığı hastalarda psikososyal uyumu etkileyen bir parametre olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların primer beyin tümörü tipine göre (malign,benign) değerlendirildiğinde PAIS-SR alt boyutları olan sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik alan puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görüldüğünü saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 15). Malign primer beyin tümörü tanısı konan hastaların psikososyal uyumları benign primer beyin tümörü tanısı konan hastalara göre daha kötü olduğu saptanmıştır. Aksoy (2018) primer beyin tümörü ameliyatı geçirmiş 100 hasta üzerinde yapmış olduğu çalışmada primer malign tümöre sahip hastaların %78.8'inin hastalığa uyum sağlamada başarısız oldukları, bunun aksine primer benign tümöre sahip hastaların %70'inin hastalığa uyum sağlamada başarılı olduklarını bulmuştur. Elde edilen bulgular Aksoy'un çalışması ile benzerlik göstermektedir. Bu durum eş ve aile üyelerinden uzaklaşmaya, mesleki yaşamda performans eksikliğine, maddi kazançta kayba, tedavi ekibiyle sağlıklı iletişim kuramamaya, kanser hastası olmaktan kaynaklı bir etiketlenmeye neden olabilmektedir. Malign primer beyin tümörü tedavisinde cerrahi tedavinin yanı sıra kemoterapi ve radyoterapi tedavisinin kullanılması hastanın hastalığa ve tedaviye uyumlarını etkilemektedir.

Araştırmaya katılan hastaların primer beyin tümörü tedavi türü ile PAIS-SR alt boyutları olan sağlık bakımına oryantasyon, aile çevresi, mesleki çevre, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görüldüğünü saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 14). Cerrahi tedaviye ek olarak kombine tedavi (kemoterapi, radyoterapi) alan hastaların psikososyal uyum düzeyleri sadece cerrahi tedavi alan hastalara göre daha kötü bulunmuştur. Nazlı (2019) meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyumlarını incelemek amacıyla yaptığı çalışmada cerrahi tedavi geçiren hastaların beden imajından kaynaklanan nedenden dolayı psikososyal uyum düzeylerinin daha kötü olduğunu belirtmiştir. Karakartal

(2015) kanserli hastaların psikososyal sorunlarını incelemek amacıyla yaptığı çalışmada hastaların damgalama ve günlük yaşam alışkanlıklarını değiştirme gibi sosyal sorunlar yaşadıklarını, ailedeki sorumluluklarını yerine getirememeye ve sosyal ilişkilerin kısıtlanması gibi sosyal sorunlar yaşadıklarını ifade ettiklerini belirtmiştir. Tuncay (2009) genç kanser hastalarında güçlendirme yaklaşımını irdelemek amacıyla yaptığı çalışmada kemoterapinin yan etkilerinin psikolojik, duygusal ve manevi alanındaki baskıları artırarak hastalarda güçsüzleştirme tehdidini de yarattığını belirtmiş ve bu durumda tedaviye uyumu olumsuz etkilediğini dile getirmiştir. Çalışmadan elde edilen sonuçlar ile literatür benzerlik göstermektedir. Kemoterapi ve radyoterapitedavisinin kullandığı hastaların psikososyal uyum açısından sadece cerrahi tedavi alan hastalara kıyasla her yönden kötü bulunmuştur.

Araştırma sonuçları primer beyin tümörü ameliyatı sonrasında geçen sürenin psikososyal uyum düzeyini etkilemediğini göstermektedir ($p>0,05$) (Tablo 12). Akın (2006) kalp yetersizliği olan hastaların psikososyal uyumlarını incelemek amacıyla yaptığı çalışmada hastaların tanı alma süresinin ve hastaneye yatış sayısının psikososyal uyumlarını etkilediğini ve yatış sayısı arttıkça psikososyal uyumun kötüleştiğini saptamıştır. Literatür ile araştırma sonuçlarının farklılık göstermesinin nedeninin örneklem grubunun farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların cerrahi girişim öncesi yakınmaları incelendiğinde hastaların Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$), (Tablo 17).

Araştırmada hastaların cerrahi girişim sonrası yakınmaları incelendiğinde hastaların Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$), (Tablo 17).

Hastaların cerrahi girişim öncesinde ve sonrasında en çok yakındıkları durum bulantı-kusma olarak bulunmuştur. Primer beyin tümörlü hastalarda tümörün neden olduğu BOS dolaşımının bozulması, herniasyonlar ve kafa içi basınç, bulantı ve kusmaya neden olmaktadır (Armstrong ve ark, 2004). Beyin tümörü olan hastalarla (erişkin-çocuk) retrospektif çalışma olarak yapılan araştırmada, hastaların hastaneye bulantı-kusma şikayetleri ile başvuruda bulunmaları ikinci sırada yer almıştır (Aslantürk ve ark, 2006). Beyin tümörü olan hastaların hemşirelik tanılarına göre değerlendirildiği bir çalışmada ise bulantı en fazla saptanan hemşirelik tanıları arasında yer almıştır (İlçe, Totur ve

Özbayır, 2010). Edvardsson ve arkadaşları (2006) düşük evreli primer beyin tümörü olan hastaların deneyimlerini tanımlamak amacıyla yaptığı niteliksel bir çalışmada,, bulantı ve kusma şikayetlerinin hastalığın erken dönem ve geç dönemlerinde yaygın olarak görülen semptomları arasında yer aldığını saptamıştır (Edvardsson ve ark, 2006). Cerrahi girişim öncesi ve sonrası dönemde primer beyin tümörü olan hastalarla yapılan bir araştırmada hastaların en çok uyumsuzluk yaşadıkları alan olarak bulantı-kusma olarak bulunmuştur (Baksi, 2013). Hastalarda bulantı-kusmanın genel olarak cerrahi girişim öncesinde kafa içi basınç artışı, cerrahi girişim sonrasında ise cerrahi travma ve kullanılan ilaçların yan etkisiyle görüldüğü düşünülmektedir.

Cerrahi girişim öncesinde psikososyal uyumu etkileyen yakınmalar incelendiğinde bulantı-kusma yakınmasından sonra epileptik nöbetler ve düşünce ve öğrenme yeteneğinde azalma takip etmektedir. Cerrahi girişim sonrasında da psikososyal uyumu etkileyen yakınmalar incelendiğinde bulantı-kusma yakınmasından sonra motor-kuvvet koordinasyon azlığı ve düşünce ve öğrenme yeteneğinde azalma takip etmektedir.

Primer beyin tümörü olan hastalar, tümörün motor-kuvvet alan ve bu alana basısı ile motor-kuvvet alanı güçsüzlüğü (AANN, 2006; Armstrong ve ark, 2004; Lovely, 2004), ekstremitelerde güç kaybı (Mukand ve ark, 2001) ve motor fonksiyon bozuklukları (Chang ve ark, 2005) yaşamaktadırlar. Baksi'nin primer beyin tümörü olan hastalarda cerrahi girişim öncesi ve cerrahi girişim sonrası dönemde uyum davranışlarını incelediği çalışmada uyumsuz davranış olarak motor fonksiyon bozukluklarını incelemiş ve bu durumun günlük yaşam etkinliklerini etkilediğini belirtmiştir. Bazı hastaların duyuşsal alanda deneyimlediği görme bozukluğu nedeniyle etkinlik alanında uyumsuz davranış yaşayabileceklerini ifade etmiştir (Baksi, 2013). Primer beyin tümörü olan hastalarda bilişsel değişiklikler görülebilmektedir (Fitzsimmons ve Bohan, 2004). Beyin tümörü olan hastalarla (n: 565) yapılan nicel bir çalışmada hastaların hafıza kaybı, bilişsel bozukluklar (Chang ve ark, 2005), hafıza ve çevreyi algılamada bozulma (n: 44) (İlçe ve ark, 2010), nitel bir araştırmada ise hafıza problemleri yaşadıkları belirtilmiştir (Edvardsson ve ark, 2006). Armstrong ve arkadaşlarının (2006) primer beyin tümörü olan hastalarda (n: 201) semptomları incelemek için yaptığı bir çalışmada hastaların uyuşukluk, unutkanlık ve hissizlik yaşadıkları belirtilmiştir. Literatürde de yer aldığı gibi tümörün lokal ve genel semptomları çalışmanın motor-kuvvet ve bilişsel alanda psikososyal olarak uyumlarının düşük olduğunu göstermektedir.

Cerrahi girişim öncesinde epileptik nöbetler yakınması (n: 11) cerrahi girişim sonrasında (n:5) anlamlı düzeyde azalma göstermiştir. Primer beyin tümörü olan hastaların uyumlu ve uyumsuz davranış modellerini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada hastaların çoğunun sadece ameliyat öncesi nöbet yaşadıklarını ve ameliyat sonrasında nöbet öyküsü yaşamadıklarını bulmuştur (Baksi, 2013). Bu durum yapılan cerrahi girişim ve medikal tedavinin epileptik nöbetleri azaltmada etkili olduğunu ve hastanın bu duruma uyumunu arttırmaya yönelik olduğunu göstermektedir.

Cerrahi girişim öncesinde şiddetli baş ağrısı yakınması olan hastaların (n:64) cerrahi girişim sonrasında (n:10) baş ağrısı yakınmaları anlamlı düzeyde azalmıştır. Ağrı beyin tümörü olan hastaların %35'inin ilk semptomu (Buckner ve ark, 2007), %70'inin cerrahi girişim süresince tecrübe ettikleri en sık yaşanan semptomdur (Armstrong ve ark, 2005). İncelenen literatürde beyin tümörü olan hastalarda baş ağrısı semptomunun çok yaygın ve sık bir şekilde görüldüğü belirtilmektedir (Chandana ve ark, 2008; Chang ve ark, 2005; Hill ve ark, 2002; Lovely, 2004; Peterson, 2001). Bu araştırmaya dahil edilen hastaların yarısından fazlasında baş ağrısı şikayetinin olması literatür tarafından desteklenmektedir. Cerrahi girişim sonrasında baş ağrısı yakınmalarının azalması, uygulanan medikal ve cerrahi tedavinin baş ağrılarını azalttığını düşündürmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde, primer beyin tümörü ameliyatı geçirmiş hastaların hastalığa psikososyal uyumu ve etkileyen etkenlerin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmaya ilişkin elde edilen sonuçlar paylaşılmıştır.

1. Araştırmaya katılan primer beyin tümörü olan hastaların %31'nin 51-60 yaş grubunda olduğu, %54'ünün erkek olduğu, primer beyin tümörü tedavisi alan hastaların %74'ü evli olup, çoğunluğunun %74'ünün gelirin giderine denk olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %37'sinin ev hanımı olduğu, hastaların %75'i ilköğretim-ortaöğretim mezunu olup, %91'inin sağlık güvencesi olduğu, %68'inin çalışmadığı belirtilmiştir.

2. Hastaların tıbbi tanısında %81'inin bening primer beyin tümörü tanısı aldığı, %85'inin tedavi yönteminin cerrahi tedavi olduğu ve %51'inde hastalığa eşlik eden kronik rahatsızlık öyküsü bulunmaktadır. Hastaların cerrahi girişim sonrası geçen sürelerinde çoğunluğunu 6-12 ay (%48) oluşturduğu ve hastaların %59'unun önceden geçirilmiş bir cerrahi girişim öyküsü olduğu görülmüştür. Hastaların %65'inin cerrahi girişim öncesinde en çok baş ağrısı yakınması olduğu, %28'inin ise cerrahi girişim sonrasında en çok kaygı tedirginlikten yakındıkları bulunmuştur.

3. Araştırmaya katılan hastaların Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) ortalama puanı $39,97 \pm 27,19$ olarak saptanmıştır. Hastaların %55'inin iyi psikososyal uyumu olduğu, %18'inin orta derecede iyi psikososyal uyumu ve %27'sinin kötü psikososyal uyumu olduğu bulunmuştur.

4. Hastaların sağlık bakımına oryantasyon alt boyut ortalaması $6,13 \pm 4,61$, mesleki çevre alt boyut ortalaması $6,79 \pm 4,10$, aile çevresi alt boyut ortalaması $5,84 \pm 5,52$, cinsel ilişkiler alt boyut ortalaması $5,19 \pm 4,74$, geniş aile ilişkileri alt boyut ortalaması $3,36 \pm 3,74$, sosyal çevre alt boyut ortalaması $5,95 \pm 4,88$, psikolojik alan alt boyut ortalaması $6,71 \pm 3,82$ olarak bulunmuştur.

5. PAIS-SR puan ortalamalarından sağlık bakımına oryantasyonu alt boyut ortalaması bağımsız değişkenlerden cinsiyet, sağlık güvencesi varlığı, algılanan gelir durumu, uygulanan tedavi yöntemi, tümör tipi ile anlamlı farklılık göstermekte; yaş, medeni

durum, eğitim durumu, çalışma durumu, cerrahi girişim sonrası geçen süre, kronik rahatsızlık varlığı ve geçirilmiş cerrahi öyküsü varlığı ile de anlamlı fark göstermediği,

6. PAIS-SR puan ortalamalarından mesleki çevre alt boyut ortalaması bağımsız değişkenlerden algılanan gelir durumu, uygulanan tedavi yöntemi, tümör tipi ile anlamlı farklılık göstermekte; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi varlığı, cerrahi girişim sonrası geçen süre, kronik rahatsızlık varlığı, geçirilmiş cerrahi girişim öyküsü varlığı ile de anlamlı fark göstermediği,

7. PAIS-SR puan ortalamalarından aile çevresi çevre alt boyut ortalaması bağımsız değişkenlerden algılanan gelir durumu, tümör tipi ile anlamlı farklılık göstermekte; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi varlığı, cerrahi girişim sonrası geçen süre, geçirilmiş cerrahi girişim öyküsü varlığı, tedavi yöntemi, kronik rahatsızlık varlığı ile de anlamlı fark göstermediği,

8. PAIS-SR puan ortalamalarından cinsel ilişkiler alt boyut ortalaması bağımsız değişkenlerden yaş, cinsiyet, algılanan gelir durumu, kronik rahatsızlık varlığı, uygulanan tedavi yöntemi, tümör tipi ile anlamlı fark göstermekte; medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi varlığı, cerrahi girişim sonrası geçen süre, geçirilmiş cerrahi girişim öyküsü varlığı ile de anlamlı fark göstermediği,

9. PAIS-SR puan ortalamalarından geniş aile ilişkileri alt boyut ortalaması bağımsız değişkenler; algılanan gelir durumu, tedavi yöntemi, tümör tipi ile anlamlı fark göstermekte; yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi varlığı, cerrahi girişim sonrası geçen süre, kronik rahatsızlık varlığı, cerrahi girişim öyküsü varlığı ile de anlamlı fark göstermediği,

10. PAIS-SR puan ortalamalarından sosyal çevre alt boyut ortalaması bağımsız değişkenlerden algılanan gelir durumu, kronik rahatsızlık varlığı, uygulanan tedavi yöntemi, tümör tipi ile anlamlı fark göstermekte; yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi varlığı, cerrahi girişim sonrası geçen süre, cerrahi girişim öyküsü varlığı ile anlamlı fark göstermediği,

11. PAIS-SR puan ortalamalarından psikolojik uyum alt boyut ortalaması bağımsız değişkenlerden algılanan gelir durumu, kronik rahatsızlık varlığı varlığı, uygulanan tedavi yöntemi, tümör tpi ile anlamlı farklılık göstermekte; yaş, cinsiyet, medeni durum,

eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi varlığı, cerrahi girişim sonrası geçen süre, cerrahi girişim öyküsü varlığı ile de anlamlı fark göstermediği bulunmuştur.

12. PAIS-SR toplam puanı bağımsız değişkenlerden yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi varlığı, cerrahi girişim sonrası geçen süreye göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. PAIS-SR leği toplam puanı bağımsız değişkenlerden cinsiyet, algılanan gelir durumu, kronik rahatsızlık varlığı, uygulanan tedavi yöntemi ve tümör tipine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

13. PAIS-SR leği toplam puanına göre hastaların cerrahi girişim öncesinde büyük ölçüde yakındıkları durum $66,13 \pm 17,19$ puan ortalaması ile bulantı olarak saptanmıştır. PAIS-SR leği toplam puanına göre hastaların cerrahi girişim sonrasında büyük ölçüde yakındıkları durum 77 ± 21 puan ortalaması ile de bulantı kusmadır.

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

1. Bu araştırma ile primer beyin tümörü ameliyatı geçiren hastaların hastalığa psikososyal uyumlarında etkisi olan erkek hastalar, gelir durumu gider durumundan az olan hastalar, kronik rahatsızlığı olan hastalar, tedavi yöntemi olarak cerrahi tedaviye ek kombine tedavi alan hastalar ve malign primer beyin tümörü olan hastaların riskli gruplar olarak tespit edilmesi,

2. Primer beyin tümörü ameliyatı olan geliri giderinden az olarak algılanan hastaların PAIS-SR ölçeği alt boyutları olan sağlık bakımına uyum, aile çevresi, cinsel ilişkiler, sosyal çevre, mesleki çevre, geniş aile ilişkileri, psikolojik alan alt boyut puanlarının geliri giderine denk olarak algılanan hastalardan yüksek olması nedeniyle, ekonomik sorun yaşayan hastalar belirlenerek, hastalığa ve tedaviye psikososyal uyumun artırılması için cerrahi tedaviden sonraki süreçte devletin sağladığı olanaklar hakkında bilgilendirilmesi,

3. Primer beyin tümörü ameliyatı olan 61-70 yaş arası ve 70 yaş üstü hastaların PAIS-SR ölçeği alt boyutu olan cinsel ilişkiler boyut puanları, 61 yaş altı hasta gruplarına göre yüksek olduğu bulunmuştur. Hastaların yaşları ilerledikçe cinsel problem yaşama oranının artması nedeniyle tıbbi açıdan gereken medikal tedavinin alınmasının desteklenmesi,

4. Primer beyin tümörüne kronik rahatsızlık eşlik eden hastaların PAIS-SR ölçeği alt boyutları olan cinsel ilişkiler, psikolojik alan, sosyal çevre ve PAIS-SR ölçeği toplam puanlarının yüksek olması nedeniyle kronik rahatsızlığının tedaviye uyumunu etkileyebileceği ve psikososyal bakım sürecinin planlanması,

5. Malign primer beyin tümörü olan hastaların benign primer beyin tümörü olan hastalara göre PAIS-SR alt boyutları ve toplam boyutunun yüksek olması ve tedavi yöntemi olarak cerrahi tedaviye ek kombine tedavilerin (radyoterapi+kemoterapi) kullanıldığı primer beyin tümörü olan hastaların sadece cerrahi tedavi kullanılan hastalara oranla yüksek olması özellikle konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresi primer beyin tümörü tedavisi alan hasta ve hasta yakınlarının hastalığa ve tedaviye psikososyal uyumlarını arttırmak amacıyla tedaviye uyum sürecinde gözlenen sorunlara yönelik bakımın bütüncül olarak planlamasının yapılmasını sağlamalıdır.

KAYNAKLAR

- Adaylar, M. (1995). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığıdaki Tutum, Adaptasyon, Algı ve Öz - Bakım Yönelimleri. Doktora tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Aksoy E. (2018). Beyin Tümörü Tanısı Konmuş Bireylerin Fonksiyonel Değerlendirilmesi ve Algıladıkları Sosyal Destek Sistemlerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. Yüksek Lisans Tezi. Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Tekirdağ.
- Akın S, Durna S. (2006). Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumunu. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 10(2).
- Akman N. (2016). KOAH Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyumlarının ve Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlüklerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi
- Akman N. (2016). Kronik Obstüriktif Akciğer Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyumlarının ve Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlüklerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Bülent Ecevit Üniversitesi. Zonguldak.
- American Association of Neuroscience Nurses (AANN). Care Of The Adult Patient With A Brain Tumor. AANN Reference Series for Clinical Practice (2014). (<http://www.aann.org/pubs/content/guidelines.html>). Erişim Tarihi: 12.06.2018.
- American Association of Neuroscience Nurses (AANN). Guide To The Care Of The Patient With Craniotomy Post-Brain Tumor Resection. AANN Reference Series for Clinical Practice (2006). (<http://www.aann.org/pdf/cpg/aanncraniotomy.pdf>). Erişim Tarihi: 11.06.2018.
- Armstrong TS, Cohen MZ, Eriksen LR, Hickey JV. (2004). Symptom Clusters In Oncology Patients And Implications For Symptom Research In People With Primary Brain Tumors. *Journal of Nursing Scholarship*. 36 (3): 197-206.
- Aslantürk Y, Yılmaz N, Ökten Aİ, Akbay FY, Basmacı M, Taşkın Y. (2006). Posterior Fossa Tümörlerinde Cerrahi Tedavi Sonuçları. *Van Tıp Dergisi*: 13(1): 4-8.
- Ay F. ve Alpar Ş. E. (2010). Postoperatif Ağrı ve Hemşirelik Uygulamaları. *Ağrı Dergisi*. 22(1): 21-29.
- Baksi Şimşek A, Dicle A. (2013). Primer Beyin Tümörü: Klinik Özellikler, Tedavi ve Bakım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 6(2): 102-113.
- Bell L, and Duffy A. (2009). Pain Assessment And Management In Surgical Nursing: A Literature Review. *The British Journal of Nursing*. 18(3): 153-156.
- Buckner JC, Brown PD, O'Neill BP, Meyer FB, Wetmore CJ, Uhm JH. (2007). Central Nervous System Tumors. *Mayo Clin Proc*. 82(10): 1271-86.
- Camp-Sorrell DC. (2006). Brain Tumors Facing Trouble Head-On. *Nursing Made Incredibly Easy*. 4: 20-28.
- Chandana SR, Movva S, Arora M, Singh T. (2008). Primary Brain Tumors In Adults. *Am Fam Physician*. 77(10): 1423-30.
- Chang SM, Parney IF, Huang W, Anderson FA, Asher AL, Bernstein M, Lillehei KO, Brem H, Berger MS, Laws ER. (2005). Patterns Of Care For Adults With Newly Diagnosed Malignant Glioma. *The Journal of the American Medical Association*. 293(5): 557-64.
- Çatal E, Dicle A. (2014). Teori-Araştırma Bileşeni: Roy'un Uyum Modeli Örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 7(1):33-45.

- Çelik S.(2018) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında (KOA) Psikososyal Uyumu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi
- Çetinkaya S (2019) Kalp Hastalarında Hastalığa Psikososyal Uyum ve Sosyal Destek Algısı. Maltepe Üniversitesi. İstanbul
- Davies E, Higginson IJ. (2003). Communication, Information And Support For Adults With Malignant Cerebral Glioma: A Systematic Literature Review. *Support Care Cancer*. 11: 21-29.
- Demiralp M, Tuncer M. (2014). Psikososyal Beceriler. Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı için. Öz F, Demiralp M. (Çev.ed.). içinde (s.:15-32). Akademisyen Tıp Kitapevi.
- Doolittle ND. (2004). State Of The Science In Brain Tumor Classification. *Semin Oncol Nurs*. 20: 224–30.
- Durmaz H, Orak S. (2016). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği (KLPH). Gürhan N. (Ed.). içinde (s.: 791-814). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri.
- Edvardsson T, Pahlson A, Ahlström G. (2006). Experiences Of Onset And Diagnosis Of Low-Grade Glioma From The Patient's Perspective. *Cancer Nurs*. 29(5): 415-22.
- Finocchiaro C, Petrucci A, Fedeli G, Vistalli M, Innocenti A, Silvani A. (2017). Hidden Reality: Sexual Sphere In Brain Tumor Patients. *Psychology Health&Medicine*. 22(3): 370-380.
- Fischbeck S, Kohlhof H, Hardt J, Hertel F, Wiewrodt D (2011). Burden And Need For Psychosocial Intervention Of Glioblastoma Patients. *Psychother Psychosom Med Psychol* 61(12): 518–524.
- Fitzsimmons B, Bohan E. (2004). Common Neurosurgical And Neurological Disorders. Morton PG, Fontaine D, Hudak CM, Gallo B. (Editors) (s.:796-838). *Critical care nursing a holistic approach*. 8th ed. USA.
- Goebel S, Von Harscher M, Mehdorn HM. (2011). Comorbid Mental Disorders And Psychosocial Distress In Patients With Brain Tumours And Their Spouses In The Early Treatment Phase. *Support Care Cancer*. 19(11): 1797-1805.
- Goebel S, Von Harscher M, Mehdorn HM. (2011). Comorbid Mental Disorders And Psychosocial Distress In Patients With Brain Tumours And Their Spouses In The Early Treatment Phase. *Support Care Cancer* 19 (11): 1797-1805
- Gottschal A, Berkow L C, Stevens R D, Mirski M, Thompson E, White E. D, Weingart J D, Long D and Yaster M. (2007). Prospective Evaluation Of Pain And Analgesic Use Following Major Elective Intracranial Surgery. *Journal of Neurosurgery*. 106: 210–216.
- Gündüz F, Karabulutlu EY. (2016) Tip II Diyabetes Mellituslu Hastalarda Hastalık Algısı, Psikososyal Uyum ve Glisemik Kontrolün Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 19(2): 106-115.
- Hill CL, Nixon CS, Ruehmeier JL, Wolf LM. (2002). Brain tumors. *Phys Ther*. 82: 496–502.
- İlçe A, Totur B, Özbayır T. (2010). Beyin Tümörlü Hastaların Uluslararası NANDA Hemşirelik Tanılarına Göre Değerlendirilmesi: Bakım önerileri. *Journal of Neurological Sciences*. 27(2): 178-84.
- Janda M, Steginga S, Dunn J, Langbecker D, Walker D, Eakin E. (2008). Unmet Supportive Care Needs And Interest In Services Among Patients With A Brain Tumour And Their Carers. *Patient Education and Counseling*. 71: 251–58.
- Karadağ Arlı, Ş Gürkan, A. (2014). Nöro-onkoloji Hemşiresinin Rollerini. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 3(3): 959-966.

- Karadakovan A, Özbayır T. (2010). Sinir Sisteminin Dejeneratif ve Onkolojik Hastalıkları. Karadakovan A. Aslan FE. (Ed.). içinde (s.:14-44) Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. 1.baskı. Adana: Nobel Kitabevi.
- Karakartal D. (2015) Kanser Hastalarının Yaşadıkları Psiko-Sosyal Sorunların İncelenmesi. *International Journal of Humanities and Education*. 48-59.
- Karataş T. (2014). Koroner Kalp Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve Psikososyal Uyum. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
- Keir ST, Guill AB, Carter KE, Friedman HS. (2006). Stress And Intervention Preferences Of Patients With Brain Tumors. *Support Care Cancer*. 14: 1213–19.
- Kılıç T, Özduman K. (2005) .Kraniyal Tümörler, Moleküler Nöroşirurjinn Temel Kavramları. *Temel Nöroşirurji*. Buluş Matbaacılık. Ankara. Cilt I; 596-609.
- Kocaman Yıldırım N. (2013). Yetişkin Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Verilen Hizmet Arasındaki Boşluk. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi*. 6(4).
- Kocaman N. (2008). Hastaların Psikososyal Tepkilerini Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 11(1): 101-112.
- Kocaman Yıldırım N, Terakye G. (2017). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliğinin Bugünü ve Geleceği. *Türkiye Klinikleri J Psichiatri Nurs-Special Topics*. 3(1):1-6.
- Koç M, Okan İ. (2017). Palyatif Bakım Hizmeti Alan Hastaların ve Ailelerin Psikososyal Sorunları. *Türkiye Klinikleri J Psichiatri Nurs-Special Topics*. 3(1): 69-73.
- Laskowski-Jones L. (2007). Nursing Management Acute Intracranial Problems. Lewis SL, Heitkemper MM, Dirksen SR, Q’Brien PG, Bucher L. (Editors) içinde (s.:1467-1501). *Medical Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems Volume 2*. 7th ed. Mosby Elsevier.
- Lepola I, Toljamo M, Aho R, Louet T. (2001). Being A Brain Tumor Patient: A Descriptive Study Of Patients' Experiences. *Journal of Neuroscience Nursing*. 33(3): 143-47.
- Lidstone V, Butters E, Seed PT, Sinnott C, Beynon T, Richards M. (2003). Symptoms And Concerns Amongst Cancer Outpatients: Identifying The Need For Specialist Palliative Care. *Palliat Med* 17: 588-95.
- Mukand JA, Blackinton DD, Crincoli MG, Lee JJ, Santos BB. (2001) Incidence Of Neurologic Deficits And Rehabilitation Of Patients With Brain Tumors. *Am J Phys Med Rehabil*. 80: 346-50.
- National Brain Tumor Foundation (NBTF). The Essential Guide To Brain Tumors. (2010). (<http://www.braintumor.org/assets/docs/essentialguide.pdf>.) Erişim Tarihi: 17.05.2018.
- National Cancer Institute (NCI). (2013). Brain Tumors. (<http://www.cancer.gov/cancertopics/brain>) (Erişim Tarihi: 07 Ekim 2018).
- Nixon A, Narayanasamy A. (2010). The Spiritual Needs Of Neuro-Oncology Patients From Patients' Perspective. *Journal of Clinical Nursing* 19: 2259–70.
- Ostgathe C, Gaertner J, Kotterba M, Klein S, Lindena G et al (2010) Differential Palliative Care Issues In Patients With Primary And Secondary Brain Tumours. *Support Care Cancer* 18: 1157–1163.
- Özdemir Ü, Taşçı S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 1(1): 57-72.

- Özkan S, Özkan M. (2013). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp. Tüker R, Çakır S. (Ed.) Psikiyatri İstanbul Tıp Fakültesi 185. Yıl Ders Kitapları Serisi.
- Öztekin, S.D. (2015). Nöroşirürji Hemşireliği. Nobel Tıp Kitapevleri. 30-426.
- Perkins A, Liu G. (2016). Primary Brain Tumors in Adults: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician* 93(3): 211-7.
- Peterson K. (2001). Brain tumors. *Neurol Clin.* 19; 4.
- Renovanz M, Hechtner M, Janko M, Kohlmann K, Coburger J, König J, Ringel F, Singer S, Hickmann A. (2017). *J. Neurooncol.* 133: 653-662.
- Renovanz M, Gutenberg A, Haug M, Strittmatter E, Mazur J, Giese A, Hopf N. (2013). Postsurgical Screening For Psychosocial Disorders In Neurooncological Patients. *Acta Neurochir (Wien).* 155(12): 2255-61.
- Seddinghi A, Saied A, Nikoouei A, Ashrafi F, Nohesara S. (2015). Psychological Aspects In Brain Tumor Patients: A Prospective Study. *Hell J Nucl Med.* 8:(Suppl1): 63-67
- Smeltzer S, C, & Bare G. (2005). Brunner & Suddarth's Textbook Of Medical Surgical Nursing. 10th Edition, pp.1970– 1977.
- Smith GB, Schnell S. (2003). Nursing Care Of Patients With Central Nervous System Disorders. Williams LS, Hopper PD. (2nd Ed.). *Understanding medical surgical nursing. Philadelphia.* İçinde (s.:849-51). FA. Davis Company.
- Sterckx W, Coolbrandt A, Clement P, Borgenon S, Decruyenaere M, Vleeschouwer S, Mees A, Casterle B. (2015). Living With A High-Grade Glioma: A Qualitative Study Of Patients' Experiences And Care Needs. *European Journal of Oncology Nursing.* 19: 383-390.
- Surbeck W., Herbet G., Duffau H. (2015). Sexuality After Surgery For Diffuse Low-Grade Glioma. *Neuro Oncology.* 17(4): 574-579.
- Şimşek A., Dicle A. (2013). Primer Beyin Tümörlü Hastaların Roy Uyum Modeli'ne Göre Uyum Durumlarının İncelenmesi: Niteliksel Bir Araştırma. *Journal of Neurological Sciences.* 30(1): 88-107
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı (2017). Türkiye Kanser İstatistikleri. (http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014-RAPOR_uzun.pdf) Erişim Tarihi: 16.03.2018.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020, (2015). Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti. Ankara. (<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/508>) Erişim Tarihi 26.05.2018.
- Toğluk S (2017). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Ölüm Anksiyetesinin Psikososyal Uyum Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi.
- Topçuoğlu M, A Durn, Z ve Karadakovan A. (2013). (Çeviri Editörler). Nörolojik Bilimler Hemşireliği Kanıtı Dayalı Uygulamalar. İstanbul. Nobel Tıp Kitapevleri, 99- 640.
- Tuna A., Bektaş M., Tuna A., (2014). Glial Beyin Tümörlü Hastalarda Semptom/Bulgu Kümelemesi. *Anatol J Clin Investig.* 8(2): 62-67.
- Tuna Malak, A. (2007). Beyin Tümörlü Hastalarda Danışmanlığın Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımsızlık Düzeylerine ve Bakım Sonuçlarına Etkisi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi. İzmir.

- Tuncay T. (2009). Genç Kanser Hastalarının Hastalık Anlatılarının Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*. 20(2): 69-88.
- Üngören, E. (2015). Beynin Nöroanatomik ve Nörokimyasal Yapısının Kişilik ve Davranış Üzerindeki Etkisi. *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*. 7(1): 193-219.
- Vida S, Richardson L, Cardis E, Krewski D, McBride M, Parent M. (2014). Brain Tumours And Cigarette Smoking: Analysis Of The Interphone Canadacase–Control Study. *Environmental Health*. 13- 55.
- Weitzner MA. (1999). Psychosocial And Neuropsychiatric Aspects Of Patients With Primary Brain t-Tumors. *Cancer Invest*. 17 (4): 285-91.
- Xiao N, Zhu D, Xiao S. (2018) Effects Of Continued Psychological Care Toward Brain Tumor Patients And Their Family Members' Negative Emotions. *J Can Res Ther*. 14:2-7.
- Yılmaz ER, Şahin ÖS, Töngç Ç, Yaman B, Erbaş Y, Bulut SD ve Özay, R. (2016). Tümör Cerrahisi Sonrası Benign İntrakraniyal Menenjiyomlu Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Değerlendirmesi. *Ortaoğu Medical of Journal*. 8(1): 12-19.



8. EKLER

EK 1. GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

EK 2. VERİ TOPLAMA FORMU

EK 3. HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM-ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (PAIS-SR)

EK 4. ETİK KURUL ONAYI

EK 5. KURUM İZİNİ

EK 6. ÖLÇEK İZİNİ

EK 7. ÖZGEÇMİŞ



BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN ADI: Primer beyin tümörü olan bireylerin cerrahi girişim sonrası süreçteki psikososyal uyum düzeylerinin incelenmesi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığımız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir

Primer beyin tümörü tanısı almak ve cerrahi girişim geçirmek bireyin hem hastalığına hem de tedavisine psikososyal uyumunu etkileyebilen bir stresördür.

Bireyin cerrahi girişim öncesinde yakındığı fiziksel, sosyal ve psikolojik alandaki semptomlar (şiddetli baş ağrıları, bulantı-kusma, epileptik nöbetler, motor koordinasyon azalması, anksiyete vb..) cerrahi girişim sonrasında da devam ettiği ve bireyin yaşamını olumsuz yönde etkilediği araştırmalar ile ortaya konmuştur. Ameliyat sonrasında, afazik durumların, bilişsel ve motor alandaki bozuklukların varlığı bireyin genel durumunu ve hastalığa psikososyal açıdan uyumunu tehdit edebilmektedir.

Bu araştırma primer beyin tümörü olan bireylerin cerrahi girişim sonrasındaki süreçte psikososyal uyum düzeylerini saptamak amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel planlanmıştır.1

Bu çalışmaya katıldığınız takdirde size doldurmanız gereken iki adet form verilecektir. Bunlardan ilkinde size, hastalığınıza ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özellikleriniz ile ilgili sorular bulunmaktadır. Diğer form ise standardize ölçektir. Bu ölçek sizin hastalığa psikososyal uyumunuzu ölçmektedir. Tüm formları eksiksiz doldurmanız beklenmektedir.

Çalışmaya katılmanız durumunda literatüre bu konu hakkında destek sağlayarak veri eklememize yardımcı olacaksınız.

İsim, soy isim veya şahsınızı deşifre edebilecek hiçbir bilgi kullanılmayacak ve açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

Hemşire Nurcan Koçak

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı</i> <i>Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK 2. VERİ TOPLAMA FORMU

TANIMLAYICI ÖZELLİKLER FORMU

Hastaya İlişkin Tanımlayıcı Özellikler Formu

1- Yaşınız:

2- Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3- Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar

4- Eğitim düzeyiniz:

() İlkokul-Ortaokul () Lise () Lisans ve üzeri

5- Çalışma durumunuz:

() Çalışıyorum () Çalışmıyorum

6- Mesleğiniz:

() Ev Hanımı () Emekli () Memur

() İşçi () Öğrenci () Serbest Meslek

7- Sağlık güvencesi varlığınız:

() Var () Yok

8- Gelir durumunuz:

() Gelir giderden fazla () Gelir gidere denk () Gelir giderden az

Hastalık ve Tedaviye İlişkin Bilgi Formu

1- Cerrahi operasyonu ne kadar süre önce oldunuz?

1 ay- 3 ay önce 3 ay – 6 ay önce 6 ay – 12 ay önce

2- Kronik rahatsızlık varlığınız:

Var Yok

3- Daha önce cerrahi girişim geçirme durumunuz:

Cerrahi girişim geçirdim Cerrahi girişim geçirmedim

4-Beyin tümörü tipi:

Beningn Malign

5-Uygulanan tedavi yöntemi:

Cerrahi tedavi Cerrahi tedavi ve kombine tedaviler

6-Cerrahi girişim öncesi şikayetçi olduğunuz yakınmalar nelerdir?

Şiddeti artan baş ağrıları Bulantı-kusma
 Epileptik nöbetler Motor kuvvet ve koordinasyon azlığı
 Anksiyete Düşünce ve öğrenme yeteneğinde azalma

7-Cerrahi girişim sonrası şikayetçi olduğunuz yakınmalar nelerdir?

Şiddeti artan baş ağrıları Bulantı-kusma
 Epileptik nöbetler Motor kuvvet ve koordinasyon azlığı
 Anksiyete Düşünce ve öğrenme yeteneğinde azalma

EK 3. HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM-ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (PAIS-SR)

AÇIKLAMA: Elinizdeki bu form şu anda çocuklarınızın ya da akrabalarınızın yaşamakta olduğu hastalığın sizin üzerinizde yarattığı etkilere yönelik çeşitli gruplar halindeki soruları kapsamaktadır. Bu hastalığın, etkilerinin evinizde, ilişkilerinizde, işinizde, aile ve kişisel yaşamınızda ne yönde ve nasıl olduğuyula ilgilenmekteyiz. Ayrıca, diğer bir grup soru ile hastalığınızın sosyal ve özel yaşamınızdaki etkileri, duygusal olarak ne tür bir ruh hali içinde olduğunuzu da ortaya çıkarmaya çalışacağız.

Bu formda yer alan her bir soruya yanıt verirken, hastalığa ait deneyiminizi/durumunuzu en iyi yansıtan yanıt şıklarının yanına (X) işaretlerini veriniz. Lütfen tüm soruları yanıtlamaya çalışın ve herhangi bir soruyu atlayıp yanıtsız bırakmayın. Eğer belli bir soruya ait yanıt şıklarından hiçbiri sizin durumunuzu yansıtmıyorsa, durumuna en uygun ve en yakın yanıt şikkını işaretleyin.

Hastalık etkilerine ait durumunuz bugün dahil 30 günlük bir dönemi kapsamaktadır. Tüm soruları 30 günlük süre içinde hastalık etkilerinin size yaşattıkları açısından işaretleyin. Eğer şu anda hastanede tedavi görmekteyseniz (ya da hastaneye yatan hastanın yakınıysanız) hastaneye yatış tarihinden önceki 30 günlük süreyi göz önüne alarak yanıt veriniz.

Bazı sorularda evli olduğunuz ya da şu anda birlikte olduğunuz biri olduğu varsayımı yer almaktadır. Bunun dışındaki sorularda ise aile ilişkileri açısından sorular sorulmaktadır. Evli olmadığınız, bir aileniz olmayışı, ya da şu anda birlikte olduğunuz biri olmaması gibi bir durum söz konusu ise, lütfen bu soruları boş bırakın. Bununla birlikte yine de tüm sorulara yanıt vermeye çalışın.

II.BÖLÜMDE; çalışma ve iş performansınızla ilgili sorular yer almaktadır. İşiniz sürekli ya da part-time olsa bile, yine de işiniz ve mesleğiniz genel durumu açısından yanıt veriniz. Eğer bir ev hanımıysanız, ev işleri, komşularınızla olan ilişkileriniz açısından yanıt veriniz.

BÖLÜM I - SAĞLIK BAKIMINA UYUM

1. Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar?

- a) Sağlığım ile çok ilgiliyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim
- b) Sağlığımı korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim.
- c) Genellikle sağlığım ile ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım, fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor.
- d) Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üstünde durduğum bir konu değildir.

2. Şu anda hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat etmenizi gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyiniz.

- a) Hastalığımla ilgili özel olarak yaptığım bir şey yok veya kaygı duymuyorum.
- b) Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım, fakat çoğu zaman ya unutuyorum, ya da yorgun veya meşgul oluyorum.
- c) Hastalığımla ilgili bakım ve koruması için yaptığım çok şey var.
- d) Hastalığım için gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken her şeyi yapıyorum.

3. Genel olarak doktorların vermiş olduğu tıbbi bakımın kalitesi hakkında neler düşünüyorsunuz?

- a) Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar.
- b) Şu andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi, fakat gelişmesi gereken bazı alanlar var.
- c) Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekileriyle aynı kalitede değil.
- d) Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla bir güvenim yok.

4. Şu andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar, hem de diğer tıbbi personel tarafından size yönelik bir tedavi uygulanmaktadır. Doktorlar ve diğer personel hakkındaki görüşleriniz nedir, size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz?

- a) Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken her şeyi yaptıklarını düşünmüyorum.

b) Uygulanan tedavi bende belirli bir izlenim bırakmadı, ama sanırım onlar yapabileceklerinin en iyisini yapıyorlar.

c) Bazı problemler olmasına rağmen uygulanan tedavi oldukça iyi.

d) Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmel.

5. Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olan seçeneği işaretleyin.

a) Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım.

b) Hastalığım bende bazı sorunlara yol açtı, ancak bunları çok kısa sürede halledeceğim ve tekrar eski halime döneceğimi düşünüyorum.

c) Hastalığım hem ruhsal, hem de fiziksel olarak beni altüst etti, fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum, bir gün eski günlerdeki halime kavuşacağıma eminim.

d) Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu işin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilmiyorum.

6. Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir. Bazı hastalar, hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi almadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyin.

a) Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar.

b) Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum, ama sanırım daha fazlasını bilmem gerekiyor.

c) Hastalığım hakkında genel bir kaniya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum.

d) Hastalığımın genel tablosu doğru bir şekilde anlatıldı, doktorum ve diğer tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detayları ile açıkladılar.

7. Sizin yaşadığınız gibi bir hastalıkta insanların kendilerine uygulanan tedavi ve bu tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan tedaviden bekledikleriniz hakkında aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanını seçiniz.

a) Doktorum ve tıbbi personelden tedavimi yürütme konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi.

b) Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktorlarıma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor.

c) Tedavim çok tatsız, bazı bölümlerinden memnun değilim, fakat doktorlarım bir süre daha bu şekilde devam etmemiz gerektiğini söylüyorlar.

d) Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam etmeye degeceğine emin değilim.

8. Sizinki gibi hastalıklarda hastalara tedavileri konusunda farklı miktarlarda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinden tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz.

a) Tedavim hakkında neredeyse hiçbir açıklama yapılmadı, açıkça neler olduğunu bilmiyorum.

b) Tedavim hakkında biraz bilgim var, ama bu bilmeyi istediğim kadar değil.

c) Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli, fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var.

d) Tedavimle ilgili her şeyi bildiğimi hissediyorum ve bilgilerim her gün tazeleniyor.

BÖLÜM II - MESLEKİ ÇEVRE

1. Hastalığınız mesleğinizi/okulunuzu/ev işlerinizi vb. yapmanızı engelledi mi?

a) Mesleğimi vb. uygulamamla ilgili bir sorun yok.

b) Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler

c) Bazı ciddi sorunlar var.

d) Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor.

2. Şu an mesleğiniz/çalışmalarınız/ev işlerinizi yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi?

a) Kötü durumda

b) Pek iyi değil

c) Yeterli

d) Çok iyi

3. Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?

a) 3 gün ve daha az

b) Bir hafta

c) İki hafta

d) İki haftadan daha çok

4. Şu an işiniz/okulunuz/çalışmalarınız vb. hastalanmadan öncekine göre sizin için daha mı önemli?

- a) Şu an hiç önemli değil
- b) Oldukça az bir öneme sahip
- c) Eskiye göre biraz önemini yitirdi
- d) Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale geldi

5. Yaşadığınız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz/iŐleriniz vb. ile ilgili amaçlarınızda bir değişiklik oldu mu?

- a) Amaçlarım değişmez
- b) Amaçlarımda çok az bir değişme oldu
- c) Amaçlarım önemli ölçüde deęiŐti
- d) Amaçlarımı tamamen deęiŐtirdim

6. Hastalanmanızdan bu yana arkadaşlarınız, komşularınızla olan sorunlarda bir artış gözlediniz mi?

- a) Sorunlarda büyük artış var
- b) Sorunlarda orta derecede bir artış var
- c) Sorunlarda az ölçüde bir artış var
- d) Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok

BÖLÜM III - AİLE ÇEVRESİ

1. Hastalanmanızdan bu yana eşinizle (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişiyle) olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?

- a) İyi
- b) Fena değil
- c) Kötü
- d) Çok kötü

2. Yaşamınızdaki, çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız?

- a) Çok kötü
- b) Kötü
- c) Fena değil
- d) İyi

3. Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?

- a) Bir engelleme olmadı
- b) Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir
- c) Orta derecede bazı problemler var, bazıları üstesinden gelinebilecek gibi değil
- d) Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var.

4. Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu?

- a) Ailem, bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olmadı
- b) Ailem, bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi, ama bazı konuları halledemediler
- c) Ailem genelde yardımcı oldu, yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı
- d) Bu konuda bir sorun yok

5. Hastalığınız aile üyeleri ve sizin aranızdaki iletişimde bir azalmaya sebep oldu mu?

- a) İletişimde bir azalma yok
- b) Çok az ölçüde bir azalma oldu
- c) İletişimde bir azalma, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum
- d) İletişimimiz önemli ölçüde azaldı. Kendimi çok yalnız hissediyorum.

6. Sizin gibi hasta olan bir insan günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaşlar, komşular, aile vb) bazı yardımlar beklerler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz, böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?

- a) Yardıma gerçekten ihtiyacım var, ama etrafımda yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum.
- b) Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilecek ölçüde değil
- c) Her zaman olmamakla birlikte çoğunlukla gereken yardımı görüyorum
- d) Yardıma ihtiyacım olduğunu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var

7. Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?

- a) Herhangi bir fiziksel yetersizlik yok

- b) Az ölçüde bir fiziksel yetersizlik var
- c) Orta ölçüde bir fiziksel yetersizlik var
- d) Önemli ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

8. Sizinki gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?

- a) Önemli ölçüde maddi sıkıntılarım var
- b) Orta derecede maddi problemlerim var
- c) Çok az maddi problemim var
- d) Para ile ilgili bir problemim yok

BÖLÜM IV - CİNSEL İLİŞKİLER

1. Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığınızı eşinizle olan ilişkilerinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?

- a) İlişkinizde herhangi bir değişiklik olmadı
- b) Hastalanmadan bu yana birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı
- c) Hastalanmadan bu yana yakınlığımız kesinlikle daha azaldı.
- d) Hastalanmamdan bu yana ilişkimizde ciddi problemler hatta kesintiler oldu

2. Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtirler. Hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?

- a) Hastalandığımdan bu yana kesinlikle hiçbir cinsel istek duymuyorum.
- b) Cinsel istekte belirgin bir azalma var
- c) Cinsel istekte hafif bir azalma var
- d) Cinsel istekte hiçbir azalma yok.

3. Hastalıklar bazen cinsel aktivitelerde bir azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma gördünüz mü?

- a) Cinsel aktivitede bir azalma yok
- b) Cinsel aktivitelerde çok az ölçüde bir azalma var
- c) Cinsel aktivitelerde önemli ölçüde bir azalma var
- d) Cinsel aktiviteler tamamen durdu

4. Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?

- a) Cinsel zevk ve tatmin tamamen durdu
- b) Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var
- c) Cinsel zevk ve tatminde çok az ölçüde bir kayıp var
- d) Cinsel tatminde bir değişiklik yok

5. Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olması da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin başınıza böyle bir durum geldi mi, geldiyse hangi ölçüde?

- a) Cinsel potansiyelimde bir değişiklik yok
- b) Cinsel performansıyla ilgili ufak problemler var
- c) Önemli cinsel problemlerim var
- d) Cinsellikten tamamen koptum.

6. Hastalıklar eşler arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir, ya da bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda eşinizle aranızda farklı görüş ve duygular var mı ne derecede?

- a) Sabit ve sürekli farklı görüş ve duygular var
- b) Bu konuda yoğun farklılıklar var
- c) Bazı farklılıklar var
- d) Bu konuda hiçbir görüş ve farklılık yo

BÖLÜM V - GENİŞ AİLE İLİŞKİLERİ

1. Hastalığımız süresince hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup görüştünüz mü (eskisine göre)?

- a) Görüşmeler aynı biçimde ya da biraz daha yoğun oldu
- b) Görüşmeler biraz azaldı
- c) Görüşmeler belirgin olarak azaldı
- d) Hastalık süresince hiç görüşmedik

2. Hastalığımız süresince aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla yakınlaşma isteğiniz onlara olan ilginiz ne ölçüde, ne düzeyde?

- a) Onlarla bir araya gelme konusunda bir isteğim olmadı, ya da çok az bir istek oldu
- b) Öncekine oranla onlara olan ilgi ve isteğim çok azaldı
- c) İlgim bir parça azaldı
- d) İlgi ve isteğim aynı ya da hastalığım süresince daha arttı

3. İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve akrabalarının desteğine sığınma ihtiyacı hissederler. Siz onların fiziki yardıma ihtiyaç duyduğunuzda onlarda destek görebiliyor musunuz, onlar bu desteği size gösterebiliyorlar mı?

- a) Yardıma ihtiyacım yok, istediğim yardımı zaten veriyorlar
- b) Yeterince yardım oluyorlar
- c) Yardım ediyorlar ama yeterince değil
- d) Çok ihtiyacım olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar, ya da hiç yardım etmiyorlar.

4. Bazı insanlar hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarına çok bağılırlar. Sizin bağılılığınız ne ölçüdedir, hastalığımız bağılılığınızda bir azalmaya yol açtı mı?

- a) Bağılılığım önemli ölçüde yok oldu
- b) Bağılılığım önemli ölçüde azaldı
- c) Bağılılığım biraz azaldı

d) Bağılığım yoktu veya çok azdı, bu bağılılık hastalıktan hiç etkilenmedi

5. Genel olarak şu anda bu insanlarla aranız nasıl?

- a) İyi b) Fena değil c) Kötü d) Çok kötü

BÖLÜM VI - SOSYAL ÇEVRE

1. Hastalığınız öncesine göre boş zaman uğraşlarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenebiliyor musunuz?

- a) İlgim tıpkı eskisi gibi
b) Eskisine göre biraz daha az
c) Eskisine göre önemli ölçüde az
d) Hemen hiç ilgim kalmadı

2. Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl? Hala eskisi gibi uğraşlarınıza devam edebiliyor musunuz?

- a) Katılımım çok az, ya da hiç yok
b) Katılımım önemli ölçüde azaldı
c) Katılımım az ölçüde bir azalma gösterdi
d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

3. Hastalığınızdan öncekine göre ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatlar, piknikler vb.) ilgi duyuyor musunuz?

- a) İlgim tıpkı eskisi gibi
b) Eskisine göre biraz daha az
c) Eskisine göre önemli ölçüde düşük
d) İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı

4. Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?

- a) Katılımım çok az, ya da şu anda hiçbir katılımım yok

- b) Katılımım önemli ölçüde azaldı
- c) Katılımım biraz azaldı
- d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

5. Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere olan ilginizi devam ettirebildiniz mi? (sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema)

- a) İlgim tıpkı eskisi gibi
- b) Eskisine göre biraz daha az
- c) Eskisine göre önemli ölçüde az
- d) İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı

6. Bu faaliyetlere olan katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla birlikte hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?

- a) Katılımım çok az, ya da yok
- b) Katılımım önemli, ölçüde azaldı
- c) Katılımım biraz azaldı
- d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

BÖLÜM VII - PSİKOLOJİK ALAN

1. Son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik ya da heyecanlılık hissettiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı
- b) Çok az
- c) Oldukça fazla
- d) Aşırı derecede

2. Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilginiz ve umutsuz hissettiğiniz oldu mu?

- a) Aşırı derecede
- b) Oldukça fazla
- c) Çok az
- d) Olmadı

3. Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlük çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı
- b) Çok az oldu
- c) Oldukça fazla
- d) Aşırı derecede

4. Son zamanlarda kendinizi çok fazla suçladığınız, suçlu hissettiğiniz, ya da insanları aşağılama hissi yaşadığınız oldu mu?

- a) Aşırı derecede b) Oldukça fazla c) Çok az d) Olmadı

5. Son zamanlarda hastalığınız ile ilgili olarak ya da buna benzer başka sorunlar hakkında daha çok endişelendiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı b) Çok az c) Oldukça fazla d) Aşırı derecede

6. Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?

- a) Aşırı derecede b) Oldukça fazla c) Çok az d) Olmadı

7. Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı b) Çok az c) Oldukça fazla d) Aşırı derecede

EK 4. ETİK KURUL ONAYI





www.uskudar.edu.tr
Altunizade Mahallesi Haluk Türksoy Sokak No:14 34662 Üsküdar/İSTANBUL
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 bilgi@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

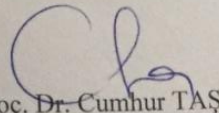
SAYI: 61351342-/ 2019-65

27/02/2019

Sayın Dr.Öğr.Üyesi Elçin BABAOĞLU
(Nurcan KOÇAK)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 27/02/2019 tarihinde yapılan 02 No.lu toplantısında “**Primer Beyin Tümörü Olan Bireylerin Cerrahi Girişim Sonrası Süreçteki Psikososyal Uyum Düzeylerinin İncelenmesi**” adlı araştırma projenizin kurum izni getirme koşulu ile şerhli olarak etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.


Doç. Dr. Cumhuri TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

EK 5. KURUM İZİNİ



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
30/04/2019 13:23 - 16867222 - 604.01.01 - E 1706



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Nurcan KOÇAK'ın
Anket İzni Hk.

İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : a) 27/03/2019 tarihli ve 71211201-1438 sayılı yazı.
b) 26/04/2019 tarihli ve 74839299-604.01.01-7047 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazı ile Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nurcan KOÇAK, Dr. Öğr. Üyesi Elçin BABAOĞLU'nun danışmanlığında yürütülecek olan "Primer Beyin Tümörü Olan Bireylerin Cerrahi Girişim Sonrası Süreçteki Psikososyal Uyum Düzeylerinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışması, ilgi b) sayılı yazınıza istinaden Müdürlüğümüz tarafından onaylanmış olup,

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Başkan

Seyitnizam Mah. Mevlana Cd. No:85, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi
Telefon: Faks No:

Bilgi için: Arzu SARMUSAK

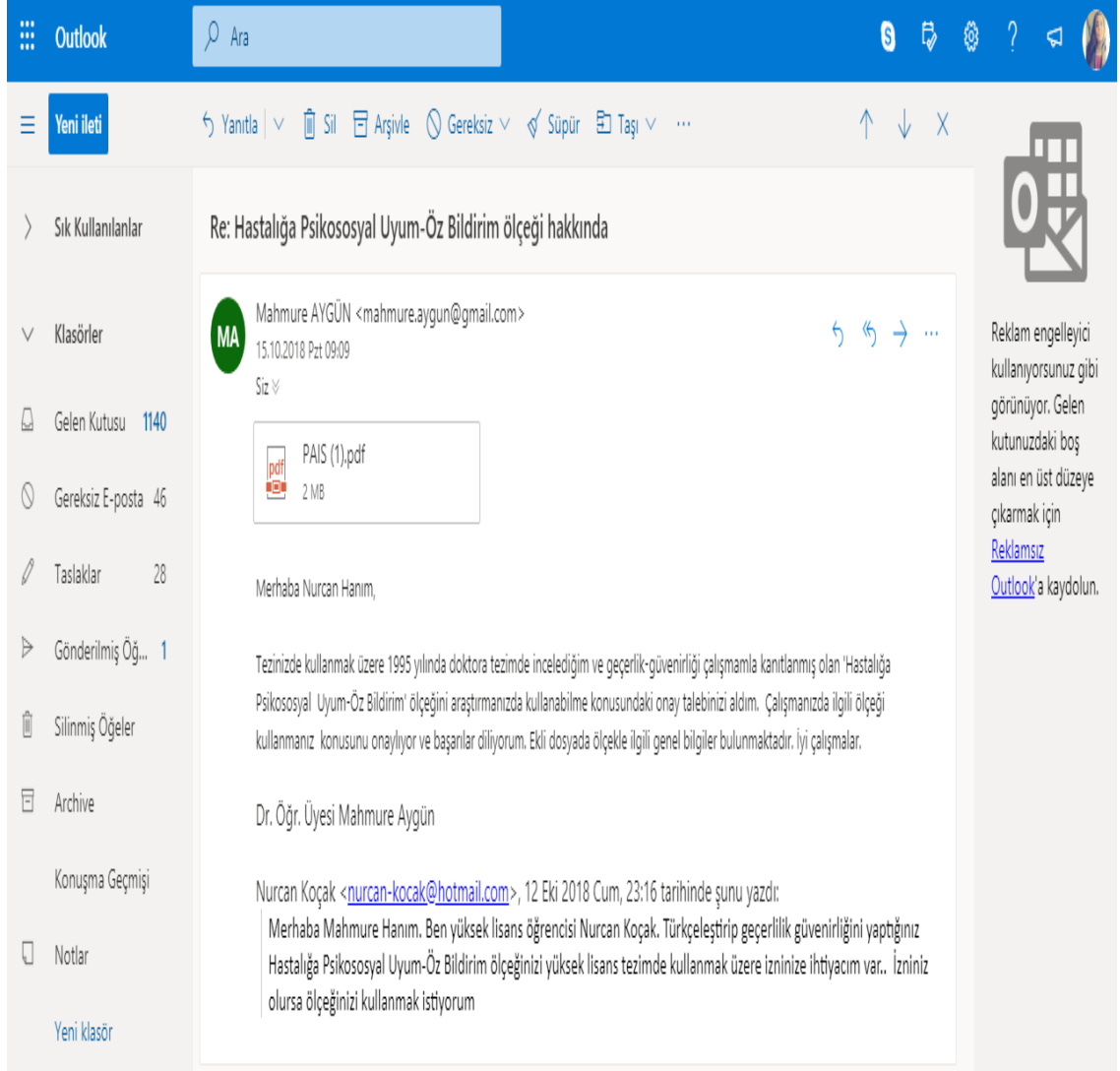
FİRMA

e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbul saglik.gov.tr

Telefon No: 0212 638 33 99 - 3102

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 80f23651-5911-4df8-82ef-84dfcc7eb8ed kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 6. ÖLÇEK İZİNİ



The screenshot shows the Outlook web interface. The top navigation bar is blue with the Outlook logo and a search bar. Below the navigation bar, there are icons for 'Yeni ileti', 'Yanıtla', 'Sil', 'Arşivle', 'Gereksiz', 'Süpür', and 'Taşı'. The main content area displays an email from Mahmure AYGÜN (m Mahmure AYGÜN <mahmure.aygun@gmail.com>) dated 15.10.2018 Pzt 09:09. The email subject is 'Re: Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim ölçeği hakkında'. The email body contains a PDF attachment titled 'PAIS (1).pdf' (2 MB) and a message in Turkish. The message text is: 'Merhaba Nurcan Hanım, Tezinizde kullanmak üzere 1995 yılında doktora tezimde incelediğim ve geçerlik-güvenirliliği çalışmamla kanıtlanmış olan 'Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim' ölçeğini araştırmanızda kullanabileme konusundaki onay talebinizi aldım. Çalışmanızda ilgili ölçeği kullanmanız konusunu onaylıyor ve başarılar diliyorum. Ekli dosyada ölçekle ilgili genel bilgiler bulunmaktadır. İyi çalışmalar. Dr. Öğr. Üyesi Mahmure Aygün'. Below the message, there is a quote from Nurcan Koçak (Nurcan Koçak <nurcan-kocak@hotmail.com>), dated 12 Eki 2018 Cum, 23:16, which reads: 'Merhaba Mahmure Hanım. Ben yüksek lisans öğrencisi Nurcan Koçak. Türkçeleştirip geçerlilik güvenirliğini yaptığınız Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim ölçeğinizi yüksek lisans tezimde kullanmak üzere izninize ihtiyacım var.. İzininiz olursa ölçeğinizi kullanmak istiyorum'. The right sidebar shows a notification about ad blocking: 'Reklam engelleyici kullanıyorsunuz gibi görünüyor. Gelen kutunuzdaki boş alanı en üst düzeye çıkarmak için [Reklamsız Outlook'a](#) kaydolun.'

EK 7. ÖZGEÇMİŞ

NURCAN KOÇAK – İstanbul (1995)

Adres: Güngören/İstanbul

E-mail: nurcan-kocak@hotmail.com

Medeni Durum: Bekar

Sürücü Belgesi: B

Eğitim Bilgileri:

1. **Yüksek Lisans:** Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı 2017-2020
2. **Pedagojik Formasyon:** Marmara Üniversitesi Sağlık/Sağlık Hizmetleri 2016-2017
3. **Lisans:** Marmara Üniversitesi Hemşirelik Bölümü 2013-2017
4. **Lise:** Osman Ülkümen Anadolu Lisesi 2009-2013
5. **İlköğretim:** Dr. Lütfi Kırdar İlköğretim Okulu 2001-2009

Sertifika Bilgileri:

1. Aile Danışmanlığı Eğitimi
2. Psikoeğitim Süreci ve Grup Liderliği Eğitimi
3. Kişilik Analizi Eğitimi
4. Aromaterapi Eğitimi
5. Doğal Cilt Bakımı Eğitimi
6. İngilizce B2 Seviyesi
7. İş Hayatında İletişim
8. Liderlik Eğitimi
9. İş Organizasyonu
10. Sosyal Hayatta İletişim
11. Diksiyon Eğitimi

İş Deneyimi:

1. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi – Beyin ve Sinir Cerrahi Servisi Hemşiresi (2017-halen)