



**PRİMER BEYİN TÜMÖRÜ NEDENİYLE AMELİYAT OLAN
HASTALARDA ÖLÜM KAYGISI VE NÜKS KORKUSUNUN
BELİRLENMESİ**

Nimet Sena KÜÇÜK

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

TEMMUZ 2024

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Nimet Sena KÜÇÜK

02/07/2024

PRİMER BEYİN TÜMÖRÜ NEDENİYLE AMELİYAT OLAN HASTALARDA ÖLÜM KAYGISI VE NÜKS KORKUSUNUN BELİRLENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Nimet Sena KÜÇÜK

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Temmuz 2024

ÖZET

Bu araştırma, primer beyin tümörü nedeniyle ameliyat olan hastaların ölüm kaygısı ve nüks korkusu düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği'nde primer beyin tümörü ameliyatı geçirmiş 92 hasta ile yürütülmüştür. Araştırmada veriler Tanımlayıcı Özellikler Formu, Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Kansere Nüks Korkusu Envanteri kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum), bağımsız örneklem t testi, ANOVA, Levene, Bonferroni ve Tamhane's T2 testleri kullanılmıştır. Araştırmada hastaların Ölüm Kaygısı Ölçek puanı $7,57 \pm 2,18$, Kansere Nüks Korkusu Envanteri puanı $52,50 \pm 17,63$ olarak bulunmuştur. Hastaların Kansere Nüks Korkusu Envanteri alt boyutlarından aldıkları puanlar; Tetikleyiciler için $14,43 \pm 7,16$, Fonksiyonel bozulma için $5,74 \pm 2,11$, Nükse ilişkin üst-bilişler için $7,25 \pm 3,65$, Duygu odaklı baş etme stratejileri için $11,09 \pm 5,12$, Yaşam kalitesi için $13,99 \pm 4,44$ olarak belirlenmiştir. Ölüm Kaygısı Ölçek puanı ile Kansere Nüks Korkusu Envanteri ve Tetikleyiciler, Duygu odaklı baş etme stratejileri alt boyut puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; primer beyin tümörü nedeniyle ameliyat olan hastaların klinik bakım süreçlerinde ve sonrası izlemlerinde ölüm kaygısı ve kanser nüks korkularının azaltılmasına yönelik bakım, eğitim ve danışmanlık verilmesi ve izlenmesi önerilmektedir.

Bilim Kodu : 1032.1
Anahtar Kelimeler : Beyin cerrahi, Primer beyin tümörü, Ameliyat sonrası dönem, Ölüm kaygısı, Nüks korkusu, Nöroşirurji hemşireliği, Hemşirelik
Sayfa Adedi : 90
Danışman : Prof. Dr. Sevil GÜLER

DETERMINATION OF DEATH ANXIETY AND FEAR OF RECURRENCE IN
PATIENTS WHO HAD SURGERY DUE TO PRIMARY BRAIN TUMOR

(M. Sc. Thesis)

Nimet Sena KÜÇÜK

GAZİ UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

July 2024

ABSTRACT

This descriptive study was conducted to determine the levels of death anxiety and fear of recurrence in patients who underwent surgery due to primary brain tumor. The research was conducted with 92 patients who underwent primary brain tumor surgery at Gazi University Health Research and Application Center Brain and Nerve Surgery Clinic. In the study, data were collected by face-to-face interview method using the Descriptive Characteristics Form, Death Anxiety Scale and Fear of Cancer Recurrence Inventory. Frequency distribution (number, percentage) for categorical variables, descriptive statistics (mean, standard deviation, minimum, maximum) for numerical variables, independent sample t test, ANOVA, Levene, Bonferroni and Tamhane's T2 tests were used to evaluate the data. In the study; The patients' Death Anxiety Scale score was 7.57 ± 2.18 , and their Cancer Recurrence Fear Inventory score was 52.50 ± 17.63 . The scores obtained by the patients from the sub-dimensions of the Fear of Cancer Recurrence Inventory were determined as 14.43 ± 7.16 for Triggers, 5.74 ± 2.11 for Functional impairment, 7.25 ± 3.65 for Metacognitions related recurrence, 11.09 ± 5.12 for Emotion-focused coping strategies and 13.99 ± 4.44 for Quality of life. A positive and statistically significant relationship was found between the Death Anxiety Scale score and the Cancer Recurrence Fear Inventory and Triggers, Emotion-focused coping strategies subscale scores. In line with the results obtained from the research; It is recommended that care, education and counseling be provided and monitored to reduce death anxiety and fear of cancer recurrence during the clinical care processes and post-monitoring of patients who have undergone surgery due to primary brain tumor.

Science Code : 1032.1

Key Words : Brain surgery, Primary brain tumor, Postoperative period, Death anxiety, Fear of recurrence, Neurosurgical nursing, Nursing

Page Number : 90

Supervisor : Prof. Dr. Sevil GÜLER

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca değerli katkıları ve destekleriyle yol gösteren ve kıymetli zamanını ayıran danışmanım Sayın Prof. Dr. Sevil GÜLER'e,

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Beyin ve Sinir Cerrahisi Servisi hemşirelerine, hekimlerine ve personellerine,

Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden tüm hastalara,

Desteklerini esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Burçin IRMAK'a,

Tüm sıkıntılarım da yanımda olan bu süreçte beni dinlemekten asla sıkılmayan sevgili arkadaşlarım Hatice ATAMAN'a,

Yüksek lisans sürecimde yol arkadaşım olan sevgili Nursena KARAOĞLAN KÖKSAL'a,

Bugünlere gelmemi sağlayan, bu süreçte sevgi ve anlayışlarını üstümden eksik etmeyen canım ailem; sevgili babam Köksal KÜÇÜK, sevgili annem Zeynep KÜÇÜK, sevgili kardeşim Ahmet Emir KÜÇÜK'e,

Tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Beyin Tümörleri.....	7
2.1.1. Tanımı	7
2.1.2. Sınıflandırılması.....	7
2.2. Primer Beyin Tümörleri ve Hemşirelik Bakımı	9
2.2.1. Tanımı ve etiyolojisi	9
2.2.2. Sınıflandırılması.....	9
2.2.3. Klinik belirti ve bulguları	12
2.2.4. Tanı yöntemleri.....	13
2.2.5. Tedavi yöntemleri	14
2.2.6. Cerrahi yaklaşımlar.....	15
2.2.7. Komplikasyonlar.....	17
2.3. Primer Beyin Tümörü Cerrahisi Olan Hastada Hemşirelik Bakımı	21
2.3.1. Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı	21
2.3.2. Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı	24
2.4. Primer Beyin Tümörü Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Ölüm Kaygısı ve Hemşirelik Bakımı.....	26

Sayfa

2.5. Primer Beyin Tümörü Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Nüks Korkusu ve Hemşirelik Bakımı.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1. Araştırmanın Tipi ve Deseni.....	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	30
3.4. Veri toplama Araçları	31
3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu	31
3.4.2. Ölüm Kaygısı Ölçeği (Death Anxiety Scale, ÖKÖ).....	31
3.4.3. Kanser Nüks Korkusu Envanteri (Cancer Recurrence Fear Inventory, KNKE).....	32
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması	33
3.6. Araştırmanın Uygulanması	33
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi	34
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	34
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	35
4. BULGULAR	37
5. TARTIŞMA	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	59
6.1. Sonuçlar	59
6.2. Öneriler	61
KAYNAKLAR	63
EKLER.....	75
EK-1. Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu.....	76
EK-2. Ölüm Kaygısı Ölçeği.....	78
EK-3. Kanser Nüks Korkusu Envanteri.....	79
EK-4. Ölçek İzinleri.....	82

	Sayfa
EK-5. Gazi Üniversitesi Etik Komisyon Onayı.....	83
EK-6. Gazi üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kurum İzini	85
EK-7. Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	87
ÖZGEÇMİŞ	89

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 3.1. Kanser Nüks Korkusu Envanteri alt boyutları, madde toplam sayısı, soru numaraları ve alınabilecek puanları	33
Çizelge 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı	37
Çizelge 4.2. Hastaların klinik özelliklerine göre dağılımı	39
Çizelge 4.3. Hastaların ölüm kaygısı ve nüks korkusu ile ilgili deneyimlerine ilişkin özelliklerinin dağılımı	42
Çizelge 4.4. Hastaların Ölüm Kaygısı Ölçeği, Kanser Nüks Korkusu Envanteri toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı	43
Çizelge 4.5. Hastaların Ölüm Kaygısı Ölçeği, Kanser Nüks Korkusu Envanteri toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanların bazı tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması	44
Çizelge 4.6. Hastaların Ölüm Kaygısı Ölçeği, Kanser Nüks Korkusu Envanteri toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanların bazı klinik özelliklerine göre karşılaştırılması	46
Çizelge 4.7. Hastaların Ölüm Kaygısı Ölçeği, Kanser Nüks Korkusu Envanteri toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanların deneyimlerine ilişkin özelliklerine göre karşılaştırılması	49
Çizelge 4.8. Hastaların Ölüm Kaygısı Ölçeği, Kanser Nüks Korkusu Envanteri toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişkisinin incelenmesi	51

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Dünya Sağlık Örgütünün sınıflandırma sistemine göre beyin tümörlerinin sınıflandırılması.....	8
Şekil 2.2. Primer beyin tümörlerinin sınıflandırılması, özellikleri ve belirtileri	11
Şekil 2.3. Primer beyin tümörü klinik belirti ve bulguları.....	12
Şekil 2.4. Nörolojik muayene değerlendirmesi	22
Şekil 2.5. Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı.....	25
Şekil 3.1. Araştırma planı ve takvimi	34

SİMGELER VE KISALTMALAR

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

Kısaltmalar	Açıklamalar
BOS	Beyin Omurilik Sıvısı
GÜSAUM	Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
KİBA	Kafa İçi Basınç Artışı
KNKE	Kanser Nüks Korkusu Envanteri (Fear of Cancer Recurrence Inventory)
ÖKÖ	Ölüm Kaygısı Ölçeği (Death Anxiety Scale)
PBT	Primer Beyin Tümörü

1. GİRİŞ

Problemin tanımı ve önemi

Beyin tümörü ülkemizde ve dünyada artış gösterme eğiliminde olan merkezi sinir sistemi hastalığıdır. Benign veya malign olabilen beyin tümörü, beyin dokusunda, meninkslerde, hipofiz bezinde ya da kan damarlarında anormal hücre büyümesi sonucu meydana gelmektedir (McFaline-Figueroa, 2018). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; 2022 verilerine bakıldığında dünya çapında beyin tümörü görülme oranı %3,5 iken, mortalite oranı %2,6 olarak belirlenmiştir (Globacan, 2022). Ülkemizde 2022 yılında yayınlanan Türkiye Kanser İstatistikleri 2018 verilerine göre; beyin tümörünün görülme oranı kadınlarda %4,2 iken erkeklerde %5,2'dir (Türkiye Kanser İstatistiği, 2018).

Beyin tümörleri köken aldıkları hücre gruplarına göre primer ve sekonder olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Primer beyin tümörü (PBT), tüm beyin tümörlerinin %85-90'ını oluşturmaktadır. Sekonder tümörlerin görülme oranı ise yaklaşık %8-10 arasında değişmektedir (Çetin, 2020). Primer beyin tümörü olan hastalarda temel tedavi yöntemleri hastanın durumuna, tümörün tipine ve bulunduğu bölgeye göre değişmekle birlikte, tek başına veya kombine bir şekilde kullanılabilir. Tedavi yöntemleri arasında; cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi yer almaktadır (Kural, 2017). Cerrahi tedavi, tümör dokusunun total olarak çıkarılmasını sağlayarak hastanın sağkalım süresinin uzamasını ve sağlık durumunun en optimal düzeyde kalmasını sağladığından, tedavi yöntemleri arasında en iyi seçenek olabilmektedir. Ayrıca tümörün tipine ve yerine göre özel yöntemler ile cerrahi yaklaşımlar kullanılabilir (Chandana, Movva, Arora ve Singh, 2008). Bilimsel ve teknolojik ilerlemeler cerrahi alet ve yöntemlerin gelişmesini sağlayabilmektedir. Bu gelişmeler tümör rezeksiyonu uygulanan hastaların hayatta kalma oranını arttırırken nörolojik fonksiyon kaybı gibi komplikasyonların görülmesine neden olabilmektedir (Sanai ve Berger, 2018).

İntrakraniyal cerrahi sonrası hastalarda majör komplikasyon görülme oranı %13-27'dir (Malak ve Dıramalı, 2008). Hastanın genel takibinde ortaya çıkan herhangi bir anormal durum komplikasyon riskini düşündürmelidir. Cerrahi sonrası en sık karşılaşılan komplikasyonlar arasında; ağrı (%60), nöbetler (%20-40), beyin omurilik sıvısının sızıntısı (%5), kanama (%1-2), enfeksiyon (%1-2), hipertansiyon (%0.8-1.2), menenjit, hidrosefali,

venöz-tromboemboli, periorbital ödem ve intrakranial hipotansiyon (%5) yer almaktadır (Pace ve diğerleri, 2017; Mohile,2017; Pruitt,2005; De la Garza-Ramos ve diğerleri, 2016). Viken ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı çalışmada; intrakraniyal cerrahi sonrası ciddi ve ölümcül komplikasyonların çoğunun ameliyattan sonraki ilk 24 saat içinde kanama nedeniyle olduğu görülmüştür (Viken ve diğerleri, 2018).

Tıbbi gelişmeler bir yandan beyin tümörlü hastalarının yaşam süresini uzatmaya ve yaşam kalitesini arttırmaya çalışırken, ameliyat sonrası süreçte yaşanan sorunlar ve komplikasyonlar hastaların iyileşme ve sağkalım süreçlerini olumsuz etkileyebilmektedir (Schiavolin ve diğerleri, 2018). Rahman ve Abbatematteo tarafından 2016 yılında yapılan çalışma; ameliyat sonrası gelişen komplikasyonlar arasında yer alan nörolojik defisitlerin hastaların genel sağkalım oranının azalmasına neden olduğunu göstermektedir (Rahman ve diğerleri, 2016).

Beyin tümörü ameliyatı sonrası gelişebilecek komplikasyonlar nedeniyle hastalarda görülen nörobilişsel işlev bozuklukları hastaların yaşam aktivitelerinin etkilenmesine ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir (Zucchella ve diğerleri, 2013). Hastalar PBT'nin cerrahi tedavisi sonrası kendi başına giyinme, tuvalete gitme, yemek yeme, kişisel hijyen ve bakım, hareket etme, telefon etme, alış-verişe gitme, merdiven çıkma, evdeki gereçleri kullanma, yemek hazırlama gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede sorunlar yaşayabilmektedir. Günlük yaşam aktiviteleri ve öz bakımını yerine getiremeyen hastalar hasta yakınlarından destek alabilmektedir. Bu durum hastaları yarı bağımlı konuma getirirken hasta yakınlarının iş yüklerini artırarak hayatlarını olumsuz etkileyebilmektedir (Tastan ve diğerleri, 2011).

Beyin tümörü ameliyatı sonrasındaki süreçte hasta ve yakınları hem fiziksel hem de psikolojik olarak olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (Tsay,Chang, Yates, Lin ve Liang, 2012). Hastaların beyin tümörü tanısı almasıyla başlayan bu süreç ameliyata özgü çok sayıda stres etkeni ve ameliyat sonrası belirsizlik hastalarda kaygı ve korkunun oluşmasına neden olmaktadır (Cahill, LoBiondo-Wood, Bergstrom ve Armstrong, 2012). Özellikle PBT tanısı alan hastalar fiziksel ve nörolojik defisitler, sınırlı tedavi seçenekleri ve kötü prognozdan dolayı ölüm düşüncesiyle yüzleşmek zorunda kalmaktadır (Braun, Aslanzadeh, Thacker ve Loughan, 2021; Engelmann ve diğerleri, 2016). Ölüm kaygısı, bireyin yaşamını anlamlandırmak için orta düzeyde olması normal olarak kabul edilirken,

anormal derecede yüksek ölüm kaygı düzeyi uyumsuzluğa, psikolojik bozukluklara hatta tıbbi karar verme konusunda olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (Soleimani, Bahrami, Allen ve Alimoradi, 2020). Hastaların yanı sıra hasta yakınları da sevdikleri kişinin ölüm riski nedeniyle kendilerini korkulu, endişeli veya depresif hissedebilmektedir. Bunun en önde gelen nedenleri arasında tedavi seçeneklerinin çok fazla olmaması, tümörün ilerleme olasılığı ve düşük sağkalım oranıdır (Wang ve Yang, 2021; Nazari, Khoshnood ve Shahrabaki, 2023). Bu kaygı hastaların, kanserin yanında getirmiş olduğu fiziksel sonuçlar ile birlikte tekrarlayan ölüm düşüncelerinden rahatsız olmalarına sebep olmaktadır (Nazari ve diğerleri, 2023). Hastalar, ölümün belirsiz ve korkutucu olması nedeniyle ölüme karşı olan kaygılarını konuşmak istememekte ya da bu konuşmaları ertelemeye çalışırlar. Ölüm kaygısı ile ilgili düşüncelerini ifade etmeyi ertelemeyen hastalar kanserin ilerleyebileceği veya tekrarlayabileceğine dair korku yaşamaya başlamaktadır. Bu kavram, kanserin “tekrarlama/nüks korkusu” olarak adlandırılmaktadır (Berlin ve Blanckenburg, 2022).

Literatüre göre; tedavi sürecini tamamlayan hastalar tarafından en sık ifade edilen endişelerden biri kanser nüks korkusudur (Goebel ve Mehdorn, 2019; Chow, Liptak, Chordas, Manley ve Recklitis, 2019). Yapılan bir çalışmaya göre; tedavi süreci başarılı olan hastalarının %39-97'sinin kanser nüksü korkusu yaşadığı, bunların da %22-87'sinin orta seviye, %0-15'inin ise yüksek seviyede nüks korkusu yaşadığı belirlenmiştir (Engelmann ve diğerleri, 2016). Kanserın tekrarlama korkusunun yüksek olması, daha düşük yaşam kalitesine ve yüksek düzeyde psikolojik strese ve işlevsel bozulmaya neden olmaktadır (Boccia, 2022; Eyrenci ve Sertel Berk, 2018). İşlevsel bozulmanın artması hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bozulmaya ve hasta bakımının olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır (Lebel ve diğerleri, 2016). Günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyen hastaların sosyal yaşantısının bozulması kanser tedavisinde uyumsuzluğa neden olmaktadır (Grassi Caruso ve Nanni, 2013). Glioblastomaya sahip beyin tümörlü hastalar üzerinde yapılan çalışmaya göre hastaların karşılanması gereken psikososyal ihtiyaçları arasında hastalığın nüks etmesi ve ölüme dair korkular en önde yer almaktadır (Raju ve Reddy, 2018).

Hastanın bakımını planlamakla yükümlü olan hemşirelere bu süreçte önemli sorumluluklar düşmektedir. Hastaların ihtiyaç duyduklarında ilk iletişim noktasında hemşireler yer almaktadır (Robin ve diğerleri, 2014). Daha kaliteli bir bakım verebilmeleri için hemşirelerin hastaların fiziksel ihtiyaçları ile cerrahi girişim sonrasında da devam edebileceğini ön görerek psikolojik sorunların farkına varmalı ve hastaların duygularını ifade edebilecekleri

ortamı hazırlaması gerekmektedir (Pehlivan, Lafçı, Vatansever ve Yıldız, 2020). Hemşireler hastaların tanıya ve tedaviye uyum sağlayabilmesi, psikososyal semptomlarla baş edebilmesi ve öz bakım ihtiyaçlarını sağlayabilmesi için ölüm kaygısı ve nüks korkularını değerlendirmeli, tanımlamalı ve bu konuda hastaları uygun destek programlarına yönlendirmelidir (Loughan ve diğerleri; Engelmann ve diğerleri, 2016). Yapılan çalışmalara göre erken evre beyin tümörüne sahip hastalarda tanı ve tedavinin erken dönemlerinde nüks korkusu ön plana çıkmakta ve bu korku hastalık ilerledikçe ölüm kaygısına dönüşebilmektedir (Tong ve diğerleri, 2016). Bu amaçla çalışmada PBT nedeniyle ameliyat olan hastaların ölüm kaygısı ve nüks korkusu düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışma; ülkemizde bu iki kavramın birbiriyle ilişkilendirildiği ilk çalışma olma özelliğini taşımaktadır. Çalışma sonuçlarının hastaların yaşadığı ölüm kaygısı ve nüks korkusu ile ilgili farkındalığın artırılmasında önemli sonuçlar sunarak, PBT hastalara verilen hemşirelik bakım kalitesinin artmasına katkı sağlayacağı öngörülmektedir. Ayrıca, ölüm kaygısı ve nüks korkusu hastaların tedavi ve bakım süreçlerinin aksamasına neden olabilmektedir. Hemşireler, hastaların dile getiremediği ölüm kaygısı ve nüks korkusu duygularının farkına vararak hastaların öz bakım süreçlerinin geliştirilmesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın amacı

Primer beyin tümörü nedeniyle ameliyat olan hastaların ölüm kaygısı ve nüks korkusu düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın soruları

1. Primer beyin tümörü nedeniyle ameliyat olan hastalarda ölüm kaygısı düzeyi nedir?
2. Primer beyin tümörü nedeniyle ameliyat olan hastalarda kanser nüks korku düzeyi nedir?
3. Primer beyin tümörü nedeniyle ameliyat olan hastalarda ölüm kaygısı ve kanser nüks korku düzeyleri arasındaki ilişki nedir?

Araştırmanın önemi

Beyin tümürlü hastalar hastalığın kötü prognozu, yüksek komplikasyon riski ve tedavi seçeneklerinin az olmasından dolayı stres yaşayabilirler. İstenmeyen düzeyde yaşanan stres

hastanın ölüm kaygısı ve nüks korkusu düşüncesi ile yüzleşmesine neden olur. Hasta ile iletişim de anahtar rolü gören hemşireler hastanın yaşadığı duygu durumlarını tanımlayabilmeli, riskli olanları erken dönemde belirlemeli ve risk faktörlerini ortadan kaldırmaya yönelik bakımını sağlamalıdır. Hemşireler tarafından ele alınan psikolojik sorunlar hastanın tanı ve tedavi sürecini daha başarılı yönetmesini sağlayacaktır. (Loughan ve diğerleri, 2021; Engelman ve diğerleri, 2016; Wang ve Yang, 2021)

Bu çalışma, ülkemizde PBT hastalarında ölüm kaygısı ve nüks korkusu konusunda yapılacak ilk çalışma olmasıyla ulusal literatüre katkı sağlayacağı öngörüldüğünden önemlidir. Çalışma sonuçlarının PBT'e bağlı ölüm kaygısı ve nüks korku düzeylerinin azaltılmasına yönelik bakımın geliştirilmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca, yapılan bu çalışma hemşirelerin hastanın bakımında fiziksel ihtiyaçlar ve öngörülemeyen kaygıların belirlenmesi ile ele alınan psikolojik ihtiyaçlarla hemşirelik bakımının bir bütün olduğunun ortaya çıkarılması açısından katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beyin Tümörleri

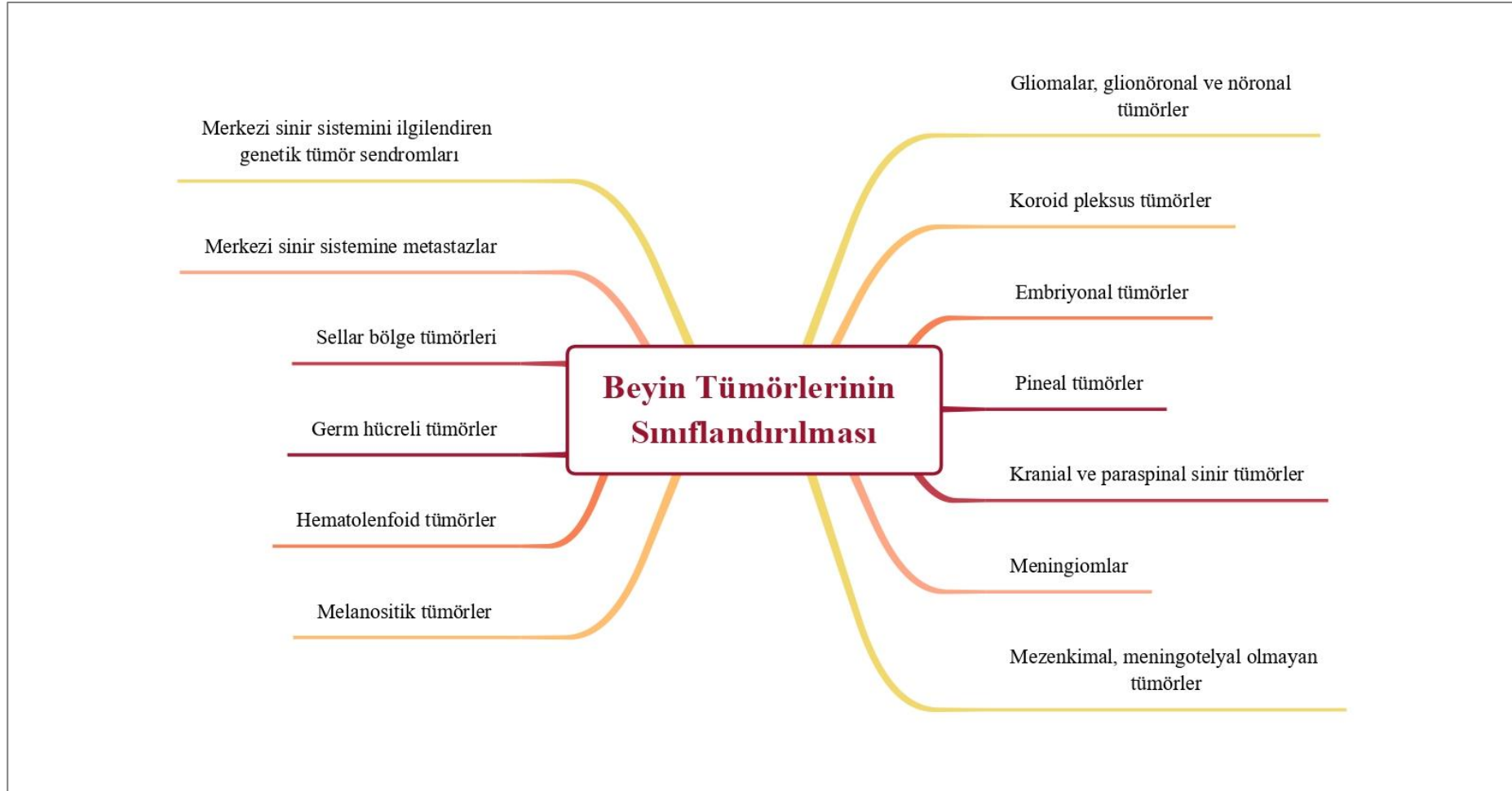
2.1.1. Tanımı

Beyin tümörleri beyin hücrelerinin kontrolsüz bir şekilde gelişimden oluşmaktadır. Beyin tümörü, tümörün büyüme hızına ve konumuna bağlı olarak belli semptomlarla ortaya çıkabilir (Pehlivan ve diğerleri, 2020). Tümörün biyolojik davranışına göre benign (iyi huylu) veya malign (kötü huylu) olarak sınıflandırılmaktadır (Letho ve Stein, 2009). Tümörün yerleşim yerine göre ise; primer veya sekonder (metastatik) beyin tümörü olarak ikiye ayrılır. Primer beyin tümörü, beyinde başlayıp orada kalırken, sekonder beyin tümörü vücudun başka bir yerinde başlayıp beyne yayılmaktadır (Tong ve diğerleri, 2016)

Beyin tümörlerinin oluşum nedenleri tam olarak bilinmemesine rağmen tümöre neden olabilecek risk faktörleri bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda genetik, çevresel faktörler, virüs kaynaklı enfeksiyonlar, sigara, alkol ve cep telefonu kullanımı gibi faktörlerin etkili olabileceği ifade edilmektedir (Lapointe, Perry ve Butowski, 2018). Kimyasal ajanlar (saç boyası, solventler, hava kirliliği), düşük frekanslı elektromanyetik alanlar gibi risk faktörlerinin etkinliğini belirlemek için çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (ZainEldin ve diğerleri, 2022).

2.1.2. Sınıflandırılması

Beyin tümörü yetişkinlerde en ölümcül ve en yaygın kanser türlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Erken evrelerde beyin tümörü tipinin belirlenmesi, hastaya uygun tedavi planının oluşturulması tedaviye yanıtın olumlu sonuçlanması için önemlidir (Yeşilyaprak ve Özbayır, 2021). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2021 yılında Merkezi Sinir Sistemi Tümörleri Sınıflandırmasının beşinci baskısı yayınlanmıştır (DSÖ, 2022). Güncellenen sınıflandırma, hastalar için prognozu ve optimal tedavinin sağlanmasını amaçlamıştır (Danyeli,2022). Dünya Sağlık Örgütünün sınıflandırma sistemine göre beyin tümörlerinin sınıflandırılması (Şekil 2.1) özetlenmiştir (Louis ve diğerleri, 2021; Torp, Solheim ve Skjulsvik, 2022; DSÖ,2022).



Şekil 2.1. Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırma sistemine göre beyin tümörlerinin sınıflandırılması (Louis ve diğerleri, 2021; Torp, Solheim ve Skjulsvik, 2022; DSÖ, 2022)

2.2. Primer Beyin Tümörleri ve Hemşirelik Bakımı

2.2.1. Tanımı ve etiyolojisi

Merkezi sinir sistemi tümörleri iyi ya da kötü huylu olup, primer veya sekonder olarak ikiye ayrılmaktadır. Primer beyin tümörleri, merkezi sinir sisteminin yüksek morbidite ve mortalite oranına sahip tümör grubudur (Afshar, Mohammadi ve Plataniotis, 2018). Meninkslerden, nöroepitelyal dokulardan, hipofiz ve ilgili yapılardan, kraniyal sinirlerden, germ hücrelerinden, kan oluşturan organlardan veya uzak bir subklinik tümörden kaynaklanan primer intrakraniyal tümörler, topluca primer beyin tümörleri adını almaktadır (Louis ve diğerleri, 2021)

Primer beyin tümörlerinin etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Tümörün gelişiminde çevresel ve genetik risk faktörleri yer almaktadır. Yüksek dozda iyonlaştırıcı radyasyona maruz kalmak, birincil beyin tümörleri için kanıtlanmış tek çevresel risk faktörüdür (Vienne-Jumeau, Tafani ve Ricard, 2019). Kafatasına uygulanan radyasyondan 10-20 yıl sonra, etkilenen glial ve meningeal hücrelerde nöoplazmlar gelişebilmektedir (Butowski, 2015)

Beyin tümörü görülme riski bazı meslek gruplarında artabilmektedir. Yapılan bir çalışmada, yüksek glioma riski ile ilişkili olduğu bulunan meslekler arasında doktor, itfaiyeci ve çiftçi yer almaktadır (Ohgaki ve Kleihues, 2005). Beyin tümörü etiyolojisi üzerine yapılan çalışmalarda bireylerin beslenme alışkanlıkları, sigara-alkol-madde bağımlılığı, saç boyası kullanımı, kafa travması ve enfeksiyonlar gibi çevresel etkilere maruziyetler henüz kanıtlanmasa da beyin tümörü oluşumunu etkilediği düşünülmektedir (DeAngelis, 2001). Bazı kalıtsal hastalıkların da (tuberskleroz, nörofibromatoz tip I, Turcott sendromu, nevoid bazal hücreli karsinoma sendromu, multipl endokrin neoplazi tip I, Von hippel-lindau ve polipozis) beyin tümörü oluşumuna %2 oranında katkıda bulunan göstergeler arasında yer aldığı belirtilmektedir (Farrell ve Plotkin, 2007). Bağışıklık sisteminin beyin tümörü ile ilişkisi incelendiğinde epidemiyolojik bir kanıt bulunamamıştır (Butowski, 2015).

2.2.2. Sınıflandırılması

Primer beyin tümörü görülme oranı diğer kanserlere göre daha az olmasına rağmen, yüksek ölüm oranlarından dolayı orantısız bir kanser mortalitesi yükünden sorumludurlar. Bu

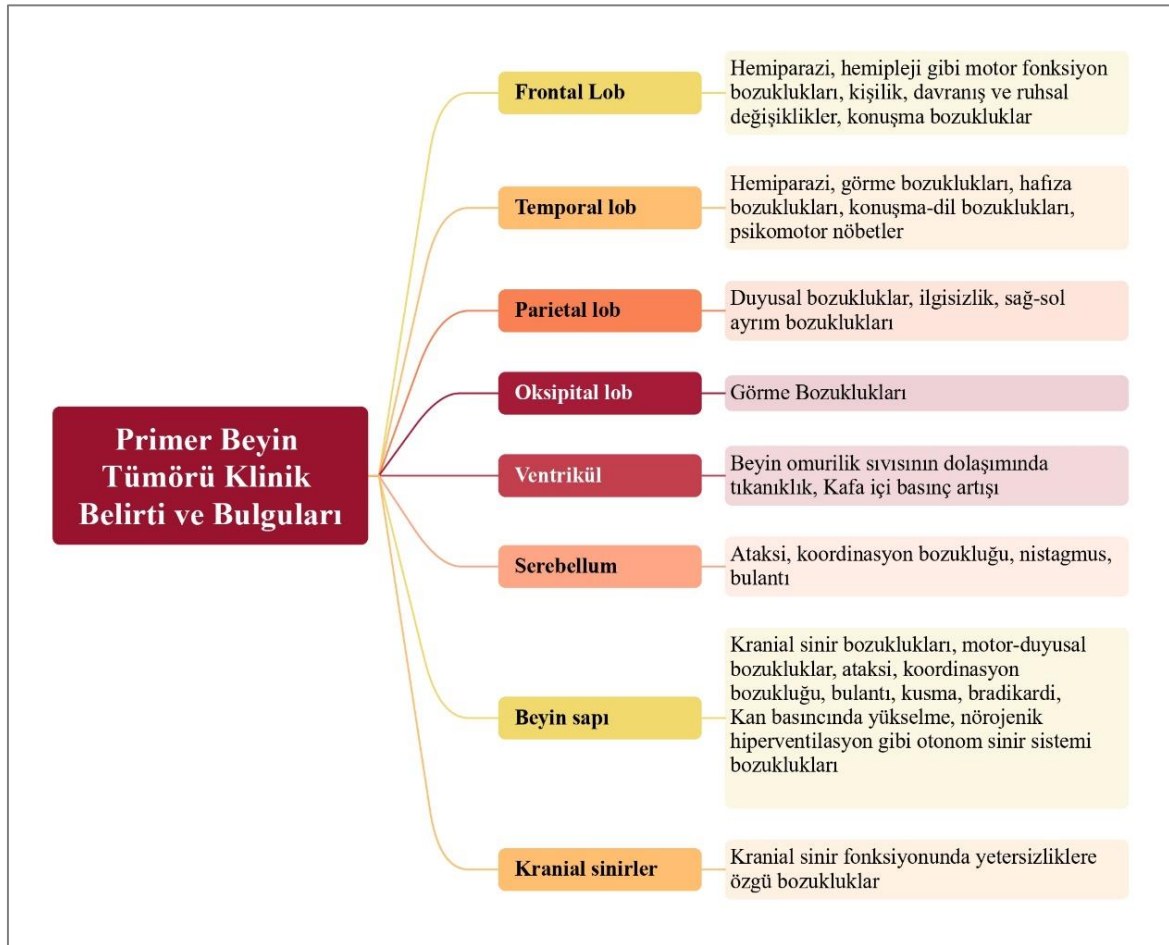
tümörlerin sınıflandırılması moleküler anlayışın genişlemesi, tespit ve tanıdaki ilerlemelere paralel olarak son yıllarda hızla değişime uğramıştır (Miller ve diğerleri, 2021). Primer beyin tümörlerinin histolojik sınıflandırması genellikle baskın merkezi sinir sistemi hücrelerine veya tümörün konumuna dayanmaktadır. Primer beyin tümörleri arasında en sık astrositoma, ependimoma, oligodendroglioma ve menengioma ile karşılaşılmaktadır (McFaline-Figueroa, 2018). Primer beyin tümör sınıflandırılması Şekil 2.2’de yer almaktadır (Yüksel ve Uğraş Altun, 2021).

PRİMER BEYİN TÜMÖRLERİ				
GLIOMA	Ependioma	Ependimal hücreden kaynağını alır.		
		En sık 4. ya da lateral ventriküle yakın yerlerde ya da omurilik dokusunda gelişir.		
		Sıklıkla 30-50 yaşlarda görülür.		
		Belirtileri	Baş ağrısı	
			Kusma	
			Diplopi	
			Baş dönmesi	
			Ataksi	
	Görme değişiklikleri			
	Motor ve duyuşal defisitler			
	Oligodendrositoma	Myelin üreten hücrelerden kaynağını alır.		
		Sıklıkla 30-50 yaşlarda görülür.		
		En sık beyin korteks, frontal ya da parietal loblardan gelişir.		
		Belirtileri	Papil ödem	
			Baş ağrısı	
			Nöbet	
Kişilik değişiklikleri				
Astrositoma		Astrosit hücrelerden kaynağını alır.		
	En sık frontal lobda gelişir.			
	Evre I ve II, gençlerde görülür, beningdir.			
	Evre III ve IV, ileri yaşlarda (50-60 yaşlarda) görülür, maligndir.			
Pineal Tümörler	Primer beyin tümörlerinin %0,4'ünü oluşturur.			
	Pineal bezden kaynağını alır.			
	Çocuklar ve yetişkinlerde görülür.			
	Nadir görülen tümörlerdir.			
Kraniofarangio ma	Birincil beyin tümörlerinin %2,5-4'ünü oluşturur.			
	Benign tümörlerdir.			
Anjioma	Beyindeki kan damarlarından kaynağını alır.			
	Benign tümördür.			
	Kan damarlarının duvarları incelendiğinde, kanama riski vardır.			
Hipofiz Tümörleri	Birincil beyin tümörlerinin %10-15'ini oluşturur.			
	Yavaş büyüyen, benign tümörlerdir.			
	Hipofiz bezinin ön lobunda ya da 3.ventrikülün tabanında gelişir.			
Nöroma	Birincil beyin tümörlerinin %10'unu oluşturur.			
	Nörondan kaynağını alır.			
	Benign tümörlerdir.			
	En sık akustik nöromada gelişir.	Kaynağı VIII. kranial sinirdir.	Belirtileri	Tek taraflı ve kalıcı işitme kaybı
				Çınlama
				Baş dönmesi
Sallanarak yürüme				
Meningoma	Yüzün aynı tarafında ağrı			
	Birincil beyin tümörlerinin %25'ini oluşturur.			
	Meninkslerden kaynağını alır.			
	Benign tümörlerdir.			
En sık beyin ya da omurilikte gelişir.				

Şekil 2.2. Primer beyin tümörlerinin sınıflandırılması, özellikleri ve belirtileri (Yüksel ve Uğraş Altun, 2021)

2.2.3. Klinik belirti ve bulguları

Primer beyin tümörlü hastalarda görülen semptomlar tümörün bulunduğu yer, tipine ve büyüklüğüne göre değişmektedir. Tümörlerinin klinik belirti ve semptomları genel veya fokal olabilir. Yapılan çalışmalara göre hastalar tarafından beyin tümörünün belirtileri arasında; baş ağrısı, jeneralize nöbetler, tek taraflı zayıflık, dengesizlik, ifade edici dil bozukluğu, görme sorunları, karışıklık, tek taraflı uyuşukluk, kişilik sorunları, diplopi ve anosmi, apraksi, bilişsel gecikme, uyuşukluk, disfaji, halüsinasyonlar, hafıza kaybı, mide bulantısı ve kusma, ağrı ve boyun sertliği gibi diğer semptomlar yer almaktadır (Lai ve diğerleri, 2014; Chandana ve diğerleri, 2008; Wong ve Wu, 2020). 2014 yılında Amerikan Nöroşirurji Hemşireleri Derneği (American Association of Neuroscience Nurses, AANN) tarafından yayınlanan Beyin Tümörü Olan Yetişkin Hastaların Bakımı ile ilgili yayınlanan klinik bakım rehberine göre; beyin tümörün lokalizasyonuna bağlı görülen klinik belirtiler Şekil 2.3'te özetlenmiştir (AANN, 2014).



Şekil 2.3. Primer beyin tümörü klinik belirti ve bulguları (AANN, 2014)

2.2.4. Tanı yöntemleri

Hastalığın seyri ve takibi açısından erken tanı ve doğru tedavi oldukça önem taşımaktadır (Geneva, Muirhead, Kingan ve Garrigan, 2015). Primer beyin tümörlerinin, komşu yapılara bası yapmasıyla kafa içi basınç artabilmektedir. Bu durum semptom ve bulguların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Semptom ve bulgular göz önünde bulundurularak hastaların uygun şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir (Butowski, 2015; Perkins ve Liu 2016). İlk olarak hastanın ayrıntılı öyküsünün alınması ardından kapsamlı nörolojik muayene ve uygun tanısal nörogörüntüleme çalışmalarının yapılması gerekir (Wong ve Wu, 2020). Görüntüleme teknikleri, primer beyin tümörlerinin değerlendirilmesinde kullanılan tanısal yöntemlerdir (Perkins ve Liu, 2016).

Bilgisayarlı tomografi (BT)

Kontrastsız veya kontrastlı madde kullanılarak beyin tümörünün tanılanmasında kullanılan ilk görüntüleme yöntemidir (Mortensen ve diğerleri, 2018). Beyinde bulunan lezyon sayısını, büyüklüğünü, ödem varlığını ve kemik yapısında olan sert dokulardaki değişiklikleri görüntülemek için kullanılmaktadır (Gawande ve Mendre, 2017). En önemli avantajları, hızlı, kolay erişilebilir ve implante cihazlarla uyumlu olmasıdır (Alkhalili, Zenonos, Tataryn, Amankulor ve Engh, 2018).

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG)

Beyin görüntülemesinde en sık kullanılan yöntemlerden biridir. Ödemli bölgelerin belirginleşmesini, sağlıklı dokuların tespitini, beyin omurilik sıvısının ödemli bölgeden ayırt edilebilmesini ve tümörlü bölgenin sınırlarının belirlenmesini sağlamaktadır (Kouli ve diğerleri, 2022). İki veya üç boyutlu görüntüleme olanağını sağlayan bu yöntem tümörün tanılanmasında, radyoterapi ve kemoterapinin planlanmasında bilgi veren altın standart olan bir görüntüleme yöntemidir (Galldiks, Langen ve Pope, 2015).

Pozitron emisyon tomografisi (PET)

Tümör metabolizması hakkında bilgi veren moleküler görüntüleme yöntemidir. Ayrıca manyetik rezonans görüntüleme yönteminin desteklenmesinde kullanılmaktadır (Galldiks ve diğerleri, 2015).

Stereotaktik biyopsi

Görüntü kılavuzu kullanılarak sinir yapılarındaki lezyonların doku teşhisini sağlamaktadır. Ayrıca bu yöntem açık rezeksiyona uygun görülmeyen kötü huylu beyin tümörlerinde tanının doğrulanması ve tedavinin planlaması amacıyla da kullanılmaktadır (Malone ve diğerleri, 2015).

Serebral anjiyografi

Beyin damarlarının konumunu, damarlardaki anormallikleri ve serebral tümörlerin yerleşiminin belirlenmesini sağlayan görüntüleme yöntemidir. Bu yöntem katater yardımıyla kontrast madde verilerek uygulanmaktadır (Prada ve diğerleri, 2015).

Elektroensefalografi

Beynin elektriksel aktivitesini kaydetmek için kullanılan non-invaziv tanı yöntemidir. Tümörün oluşturduğu anormal beyin dalgalarının saptanması ve nöbetlerin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (Siuly, Li ve Zhang, 2016).

Sitolojik inceleme

Beyin omurilik sıvısının alınması ve incelenmesi ile altta yatan hastalıkların belirlenmesini sağlamaktadır. En önemli avantajı hızlı ve uygun maliyetli olmasıdır (Rahimi ve Woehrer, 2018).

2.2.5. Tedavi yöntemleri

Beyin tümörü tanısının alınmasının ardından tedavi planı yapılmaktadır. Uygun tedavi seçimi yaşam kalitesi ve sağkalım süresi açısından önemlidir. Primer beyin tümörlerinin tedavisi arasında; cerrahi yaklaşımlar, kemoterapi, radyoterapi ve tıbbi tedavi yer almaktadır. Tedavi yöntemleri ayrı ayrı veya birleşik olarak kullanılabilir. Tedavi yöntemi tümörün tipi, konumu, malignite potansiyeli, hastanın yaşı ve fiziksel durumuna bağlı olarak değişir. Primer beyin tümörlerinde esas tedavi yöntemi cerrahi rezeksiyondur. Rezeksiyonu mümkün olmayan vakalarda veya cerrahiye destek amaçlı radyoterapi ve kemoterapi

kullanılmaktadır (Armstrong, Cohen, Eriksen ve Hickey, 2004; Newton, 2006; Lacy, Saadati ve James, 2012; Sathornsumetee ve Rich, 2006; Zubair, Rana, Islam ve Khan, 2021).

Kemoterapi

Merkezi sinir sistemi tümörlerinin fazla olması nedeniyle, kemoterapinin rolü hücre tipine özeldir. Kötü huylu tümörlerin sınırları net olmaması ve beynin sağlıklı dokuları ile yakından bağlantılı olmasından dolayı kemoterapi tercih edilir (Zubair ve diğerleri, 2021). Kemoterapi cerrahiden önce, cerrahi sırasında tümörün çıkarılmasından hemen sonra veya radyasyon tedavisi ile birlikte adjuvan tedavi olarak kullanılabilmektedir (Karadakovan ve Özbayır, 2010). Genel olarak en etkili kemoterapötik ilaçlar nitrozüreler, prokarbazin, temozolomid, sisplatin, karboplatin ve siklofosamid gibi alkilleyici ajanlardır (Newton, 2006). Kemoterapötik ajanların çoğu kan beyin bariyerini geçemediği için etkinliği sınırlıdır (Armstrong ve diğerleri, 2004).

Radyoterapi

Yüksek dozda radyoaktif enerji ile tümörün ilerlemesini durdurmak ve sağkalımı uzatmak amacıyla kullanılan tedavi yöntemidir. Radyoterapinin çalışma mekanizması tümör hücresinin DNA'sına zarar vererek kanser hücrelerini öldürmektir. Radyasyon tümör hücresini etkilerken aynı zamanda sağlıklı hücrenin de zarar görmesine neden olur. Sağlıklı hücrenin bozulan DNA yapısının onarımın kolay olması radyoterapinin tedavi etkinlik oranının artmasını sağlamaktadır (Buckner ve diğerleri, 2007; Stieber ve Mehta, 2007).

2.2.6. Cerrahi yaklaşımlar

Cerrahi yaklaşımların temel amacı; tümörün basınç etkisini ortadan kaldırmak veya azaltmak, tümör dokusunu çıkarmak ya da kısmi olarak çıkararak semptomları rahatlatmak, tümörlü hücre sayısını azaltarak sitotoksik amaçla uygulanan tedavilerin etkinlik derecesini arttırmak ve histolojik inceleme yapmaktır. Hastanın yaşam kalitesinin korunması ve sağkalım süresinin artması için en uygun cerrahi tedavi tekniğinin seçilmesi gerekmektedir. Cerrahi tedavinin tekniği, kitlenin yapısına, tutulum yerine ve kitlenin erişilebilirliğine göre belirlenmektedir (Öztekin, 2015; Groshev ve diğerleri, 2017).

Kraniyotomi

Kafatasının bir bölümünün geçici olarak deliklerle açılması işlemidir. ‘Burr Hole’ adı verilen delikler ile kafatası kemikleri sırayla açılır. Kemik flebi adı verilen kemik bölümü çıkarılır ve ameliyat yapıldıktan sonra kemik flebi yerine tekrar sabitlenmektedir. Ameliyat sonrası beyin cerrahları ameliyatın uzun sürmesi ve komplikasyon riski nedeniyle hastaları aynı gün veya 1 gün sonra taburcu etmekte tereddüt edebilirler. Yapılan çalışmalara göre fonksiyonel durumu iyi olan hastalar, uygun postoperatif kriterlerin karşılanması durumunda erken taburculukla daha düşük komplikasyon oranlarına sahiptir (Yüksel ve Uğraş Altun, 2021; Richardson ve diğerleri, 2019; Kim ve diğerleri, 2015).

Uyanık kraniyotomi

Kortikal ve subkortikal bölgelerde bulunan cerrahi müdahalenin yapılamadığı tümörlerde önemli alanların belirlenmesinde kullanılan cerrahi tekniktir. Kortikal haritalanma yöntemi ile özellikle dil veya sensörimotor fonksiyona sahip olduğu varsayılan bölgelerin içinde veya yakınında bulunan lezyonlar için bir bakım standardı haline gelmektedir. İşlem sırasında uyanık olan hasta ile kurulan iletişim güven ortamının oluşmasını sağlayarak tümörün güvenli çıkarılmasını ve rezeksiyon kapsamının artırılmasını sağlamaktadır (Meng, Berger ve Gelb, 2015; Lara-Velazquez ve diğerleri, 2017).

Kraniyektomi

Kafatasındaki beyin ödemi, kanama veya yer kaplayan hematomdan kaynaklanan yüksek kafa içi basıncının hafiflemesini sağlamak amacıyla kafatasının bir bölümün çıkarılmasıdır. Ayrıca beyin içinde bulunan hacim genişleyerek serebral kan akışının ve doku oksijenasyonunun artması ile iskemik hasar en aza indirilebilmektedir (Schirmer, Ackil ve Malek, 2008).

Kraniyoplasti

Beyin tümörün çıkarılmasına bağlı kafatası defektlerinin cerrahi onarımıdır. Defektlerin hem kozmetik hem de fonksiyonel açıdan onarılması sağlanmaktadır. Çıkarılan kemik flep steril alanda saklanarak tekrar kullanılabilir veya flep yerine sentetik materyal yerleştirilebilmektedir (Corallo ve diğerleri, 2017).

Stereotaktik cerrahi

Minimal invaziv bir yöntemdir. Lokal anestezi ile hastanın kafatasına özel bir çerçeve yerleştirilir. Kafa derisini delen vidalarla çerçeve sabitlenir. Hedef noktayı üç boyutlu olarak tanımlamak için manyetik rezonans görüntüleme ve bilgisayarlı tomografi yöntemi birlikte kullanılır. Çevre dokuya zarar vermeden gama ışını tedavisi uygulanabilmektedir (Hynes ve Das, 2023).

Nöronavigasyon

Çerçevesiz bir şekilde yapılan stereotaktik cerrahi yöntemidir. Optik veya elektromanyetik bir dedektörü tamamlayıcı bir proba eşleştiren sistem, görüntülerin bilgisayara aktarılmasını sağlamaktadır. Bilgisayarda bulunan üç boyutlu görüntüleme ile tümör belirlenebilmekte ve eksize edilebilmektedir (Orringer, Golby ve Jolesz, 2012)

Transsfenoidal hipofizektomi

Hipofiz tümörlerinin büyük çoğunluğuna transsfenoidal yolla yaklaşılmakta ve rezektedir. Özel bir spekulumla doğrudan tümör dokusuna ulaşılır. Tümör dokusu çıkarıldıktan sonra kemik taban onarılır ve burun tamponları yerleştirilir. Transsfenoidal yaklaşımın dezavantajı derin ve dar çalışma alanına sahip olmasıdır (Buchfelder, Schlaffer ve Zhao, 2019).

2.2.7. Komplikasyonlar

İntrakraniyal cerrahi sonrası hastalarda majör komplikasyon görülme oranı %13-27'dir. Komplikasyon oranını etkileyen faktörler arasında; cerrahın beceri ve deneyimi, rezeksiyonun kapsamı, tümörün yeri, tümör özellikleri, hastanın ameliyat öncesi nörolojik ve fiziksel durumu yer almaktadır (Lonjaret ve diğerleri, 2017). Cerrahi girişimler, vücudun fonksiyonel bölgesine hasar verir ve komplikasyonlarla ilişkili olan prognozu kötü etkiler (Gong, Wu, Xing ve Yang, 2022). Cerrahi sonrası en sık karşılaşılan komplikasyonlar arasında; kanama, hipertansiyon, beyin omurilik sıvısının sızıntısı, nöbetler, enfeksiyon, menenjit, hidrocefali, venöz-tromboemboli, ağrı, periorbital ödem, intrakranial hipotansiyon yer almaktadır (Altun Uğraş ve Akyolcu, 2021).

Ağrı

Kraniyotomi sonrası ağrı yüzeysel yapılardan ve perikraniyal kas sisteminden kaynaklanmaktadır (Gray ve Matta, 2005). Postoperatif ağrı için risk faktörleri arasında kadın cinsiyeti, genç yaş, cerrahi prosedür, planlanan insizyon boyutu ve psikolojik durum yer almaktadır. Beyin parankiminde ağrı reseptörlerinin olmaması nedeniyle intrakraniyal cerrahi sonrası hastaların yüksek düzeyde ağrı yaşamadıklarına inanılmaktadır (Kim ve diğerleri, 2013). Gottschalk ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; majör elektif intrakraniyal cerrahiden sonraki ilk iki gün boyunca ağrının yaygın olduğu ve hastaların yaklaşık üçte ikisi hastanede kaldıkları sürenin bir noktasında orta ila şiddetli ağrı deneyimi bildirilmiştir (Gottschalk ve diğerleri, 2007). Ağrı değerlendirmesinde, hasta oryante ise sözel ifadesi dikkate alınırken, komada olan hasta da ise sözel olmayan belirtiler (yüzünü buruşturma, çatık kaş) gözlemlenir (Gray ve Matta, 2005) Ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla seçilecek tedavi hastanın Glasgow Koma Skalasını mümkün olduğu kadar minimum düzeyde etkileyecek ve nörolojik muayenesini koruyacak şekilde seçilmelidir (Hassani, Mahoori, Sane ve Tolumehr, 2015).

Nöbetler

Tümör tanısına yol açan birincil semptom olarak ortaya çıkabileceği gibi, hastalığın seyri sırasında veya ameliyat sonrasında da görülebilmektedir (Çetin, İşler, Uzan ve Özkara, 2017; Puri ve diğerleri, 2020). Ameliyat sonrası nöbetler kortikal tahriş nedeniyle gelişir. Hastada gözlenen semptomlar arasında anormal vücut hareketleri, duyuşal farkındalık, davranış değişiklikleri, tonik-klonik hareketler ve boş/anlamsız bakış yer alır (Tremont-Lukats, Ratilal, Armsstrong ve Gilbert, 2008).

Kanama

Beyin tümörü ameliyatı sonrası beyni çevreleyen zar ve bu zar arasındaki boşluklarda cerrahi girişime bağlı olarak kanama gelişebilir (Lonjaret ve diğerleri, 2017). Senders ve arkadaşlarının beyin tümörü ameliyatı yapılan hastalarda yaptığı bir çalışma verilerine göre tekrarlayan operasyonların ve hastaneye yatışların en sık nedeninin intrakranial kanamalar olduğunu bildirmektedir (Senders ve diğerleri, 2018). Ameliyat sonrası kanama açısından dikkat edilmesi gerekenler arasında; hipertansiyondan kaçınma, ameliyat sırasında oluşan

kan kayıplarının yerine koyulması, ameliyat sonrası ilk 6 saatte yakın klinik izleme ve bölgenin erken görüntülenmesi yer almaktadır (Seifman, Lewis, Rosenfeld ve Hwang, 2011).

Beyin omurilik sıvısının (BOS) sızıntısı

Subaraknoid boşluktaki BOS, çift katmanlı bağ dokusundan oluşan dura mater ile çevrilidir. Dura mater, beyni bulaşıcı ajanların istilasından korur ve merkezi sinir sistemini besleyen kan damarlarını destekler. Çeşitli beyin cerrahisi prosedürleri duranın açılmasını gerektirir. Ameliyat sonrası BOS kaçağı beyin cerrahisinde önemli ve zorlu bir komplikasyonu temsil eder. Burun veya kulaktan gelen BOS akıntısı, farenksin arkasında tuzlu tat veya ameliyat yarasından sızıntı şeklinde kendini gösterebilir. Dasenbrock ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre kraniyal tümör cerrahisi uygulanan hastalarda görülen BOS kaçağı için lomber ponksiyonlar veya lomber drenajın yerleştirilmesi sızıntıyı çözebilir, ancak ameliyatların yaklaşık %3'ünde yeniden ameliyat gerekmektedir (Coucke ve diğerleri, 2022; Dasenbrock ve diğerleri, 2017 ve Blissitt, 2014).

Enfeksiyon

Sık görülen komplikasyonlardan biri olan enfeksiyon, hastanede kalış süresini uzatmasının yanı sıra tıbbi yükü de artırmakta ve hatta hastaların yaşamını ve sağlığını tehdit etmektedir. Bu nedenle, ameliyattan sonra mümkün olan en kısa sürede enfeksiyonu öngörmek amacıyla risk faktörlerinin tanımlanması gerekmektedir. Cerrahi işlem ile ilgili risk faktörleri arasında ameliyat süresi, önceki ameliyat geçmişi, hastanede kalış süresi, radyoterapi öyküsü varlığı ve BOS kaçağı yer alır. Hastayla ilişkili faktörler arasında diyabet, Glasgow Koma Skalası skorunun <10 olması, Amerikan Anestezi Uzmanları Derneği'nin ameliyat öncesi fiziksel durum skorunun > 2 olması yer almaktadır. Hasta da görülen belirtiler arasında insizyondan gelen drenaj, vücut sıcaklığının 38,3°C ya da daha yüksek olması yer almaktadır (Shinoura, Yamada, Okamoto ve Nakamura, 2004; Salle ve diğerleri, 2021).

Periorbital ödem

Cerrahi sonrası optik sinirin etkilenmesi nedeniyle gelişir. Hastanın göz çevresinde şişlik veya ekimoz görülebilir (Blissitt, 2014).

Hipertansiyon

Ameliyat sonrası beyin cerrahisi hastalarında 2 ila 6 saat içinde ortaya çıkan kan basıncı yüksekliği tedavi gerektiren önemli bir artış olarak tanımlanır. Genellikle intrakraniyal bölgede serebral ödem, postoperatif kanama ve kafa içi basıncın artması ile oluşur. Hastalarda sistolik kan basıncının 140 mmHG'dan daha fazla olması ve frontal veya retro-orbital bölgede baş ağrısı ile belirti vermektedir (Perez ve diğerleri, 2020; Goma ve Ali, 2009)

Venöz tromboemboli (VTE)

Derin ven trombozu ve pulmoner emboliyi kapsayan VTE, nöroşirürji için morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerinden biridir. Kraniyotomi uygulanan hastalarda VTE gelişimi için risk faktörleri arasında 60 yaş ve üzeri olma, yatağa bağımlı olmak, merkezi sinir sistemi malignitesi, sepsis ve ameliyat süresinin 4 saatten fazla olması yer almaktadır. Hastalarda görülen VTE belirtileri arasında; bacakta ya da nadiren kolda ağrı, kızarıklık, şişlik ve ısı artışı yer almaktadır (Junior ve diğerleri, 2020; Cote ve Smith, 2016).

Serebral ödem

Kraniyotomi sonrası kan beyin bariyerinin bozulması veya intrakraniyal basınç artışı nedeniyle serebral ödem gelişebilir. Cerrahi girişimi izleyen ilk beş saat içinde ödem oluşmaya başlar. 24-36 saat içinde en üst seviyeye ulaşır, ikinci günden sonra ödem azalmaya başlar. Ödem kafa içi basıncın artmasına neden olur. Bu nedenle serebral ödem gelişen hastalar, bilinç değişikliği, bulantı-kusma, pupil değişiklikleri, duyu-motor değişiklikler, nöbet ve kraniyal sinir defisitleri (görme ve konuşma bozukluğu gibi) gibi kafa içi basınç artışı (KİBA) belirti ve bulguları açısından yakından izlenmelidir (Kerr ve Crago 2004; Smeltzer, Bare Hinkle ve Cheever, 2008; Allyson Nanda ve Barker, 2008).

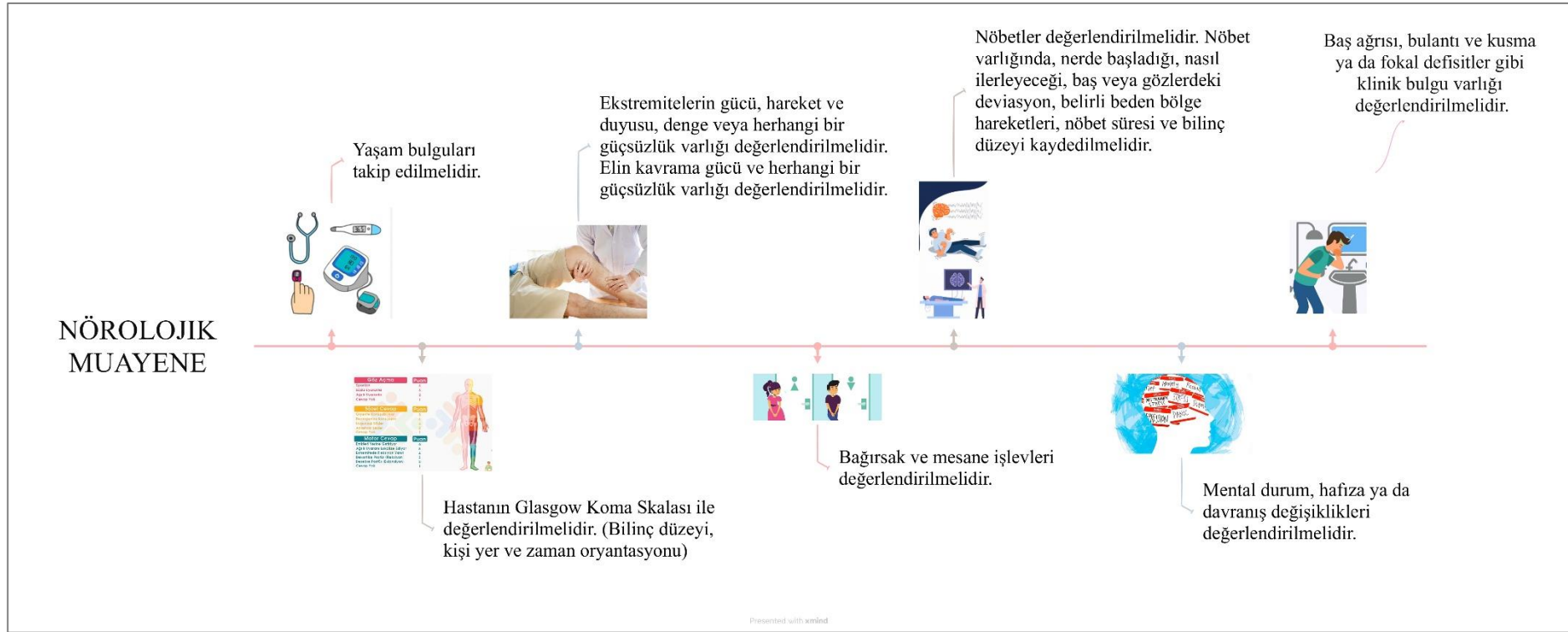
İntrakraniyal hipotansiyon

Beyin omurilik sıvısının kaçığına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Belirtileri; baş ağrısı, kraniyal sinir felci, nörolojik durumun kötüleşmesi ve koma halidir (Blissitt, 2014).

2.3. Primer Beyin Tümörü Cerrahisi Olan Hastada Hemşirelik Bakımı

2.3.1. Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı

Kranial cerrahi öncesi hastaların nörolojik durumu hakkında temel verilerin toplanması ameliyat sonrası dönem ile karşılaştırılabilmesi için önemlidir. Kranial cerrahi öncesi, hemşirenin nörolojik tanılama kapsamında hastalarda gelişen belirti ve bulguları değerlendirmesi gerekmektedir. Bu amaçla hastanın ayrıntılı sağlık öyküsü, hastanın geçmiş tıbbi öyküsü, sinir sistemi enfeksiyonu ve travma öyküsü sorgulanmalıdır. Primer beyin tümörleri bulunduğu bölge ve yaptığı bası ile hastalarda bazı semptomların görülmesine neden olabilmektedir. Baş ağrısı, nöbet, senkop, bulantı ve kusma, solunum sıkıntısı, hafıza ve davranış değişiklikleri ve mesane sorunlarının varlığı ile hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bilgilerin toplanması gerekmektedir. Hastaların nörolojik muayenesinde değerlendirilmesi gerekenler noktalar Şekil 2.4’de özetlenmiştir (Yüksel ve Altun Uğraş, 2021; Altun Uğraş ve Akyolcu, 2022; Brunner, 2010).



Şekil 2.4. Nörolojik muayene değerlendirmesi (Yüksel ve Altun Uğraş, 2021; Altun Uğraş ve Akyolcu, 2022; Brunner, 2010)

Beyin tümörlü hastalara bakım veren hemşirelerin, etkili semptom yönetimi, değerlendirme, danışmanlık yapma ve multidisipliner çalışma ile bakımın devamlılığını sağlama gibi önemli rolleri vardır. Hastaların hastalığa uyumunu kolaylaştırmak, fiziksel, duygusal ve sosyal yönden yaşadıkları sıkıntılarla baş etme gücünü artırmak ve yaşam kalitelerini artırmak için hastaya uygun hemşirelik tanıları ve girişimlerinde bulunulması gerekmektedir. Ameliyat öncesi dönemde hemşirelik tanıları genellikle serebral doku perfüzyonunda bozulma, ameliyat öncesi korku ve anksiyete, bilgi eksikliği, epileptik nöbetlere bağlı yaralanma riskidir. Tümörün yeri ve tipine bağlı olarak hava yolu açıklığında yetersizlik, solunumu sürdürmede yetersizlik, yetersiz beslenme, öz bakımını yapamama, aktivitede yetersizlik, bulantı-kusma, cilt ve mukoza bütünlüğünde bozulma, baş ağrısı, boşaltımda değişiklik gibi ek hemşirelik tanıları belirlenebilir (Şimşek ve Sarıkaya, 2015; Sadırlı ve Ünsar, 2008; Arlı ve Gürkan, 2014).

Primer beyin tümörü tanısı, hastalık süreci, belirsizlikler, uygulanan tanı testleri ve tedavi yöntemleri hastayı etkilediği kadar hasta yakınlarının da etkilenmesine neden olur. Hasta ve ailesinin cerrahi girişim için yeterli seviyede emosyonel hazırlığı ve fiziksel hazırlığı sağlanmazsa kaygı, korku ve bunlara bağlı oluşabilecek komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Kaya ve arkadaşlarının 2007 yılında nöroşirurji hastalarında yapmış oldukları çalışmalarında ameliyat öncesinde hastaların iyimserlik bakış açılarının ameliyat sonrası genel durumu etkilediğini, iyimser bakış açısına sahip nöroşirurji hastalarının kaygılarının daha az olduğunu ve iyileşme süreçlerin daha çabuk olduğunu bildirmişlerdir (Kaya, Acaroğlu, Şendir ve Gültaş, 2007; Keller, 2019, Altun Uğraş ve Akyolcu, 2021; Şimşek ve Dicle, 2013)

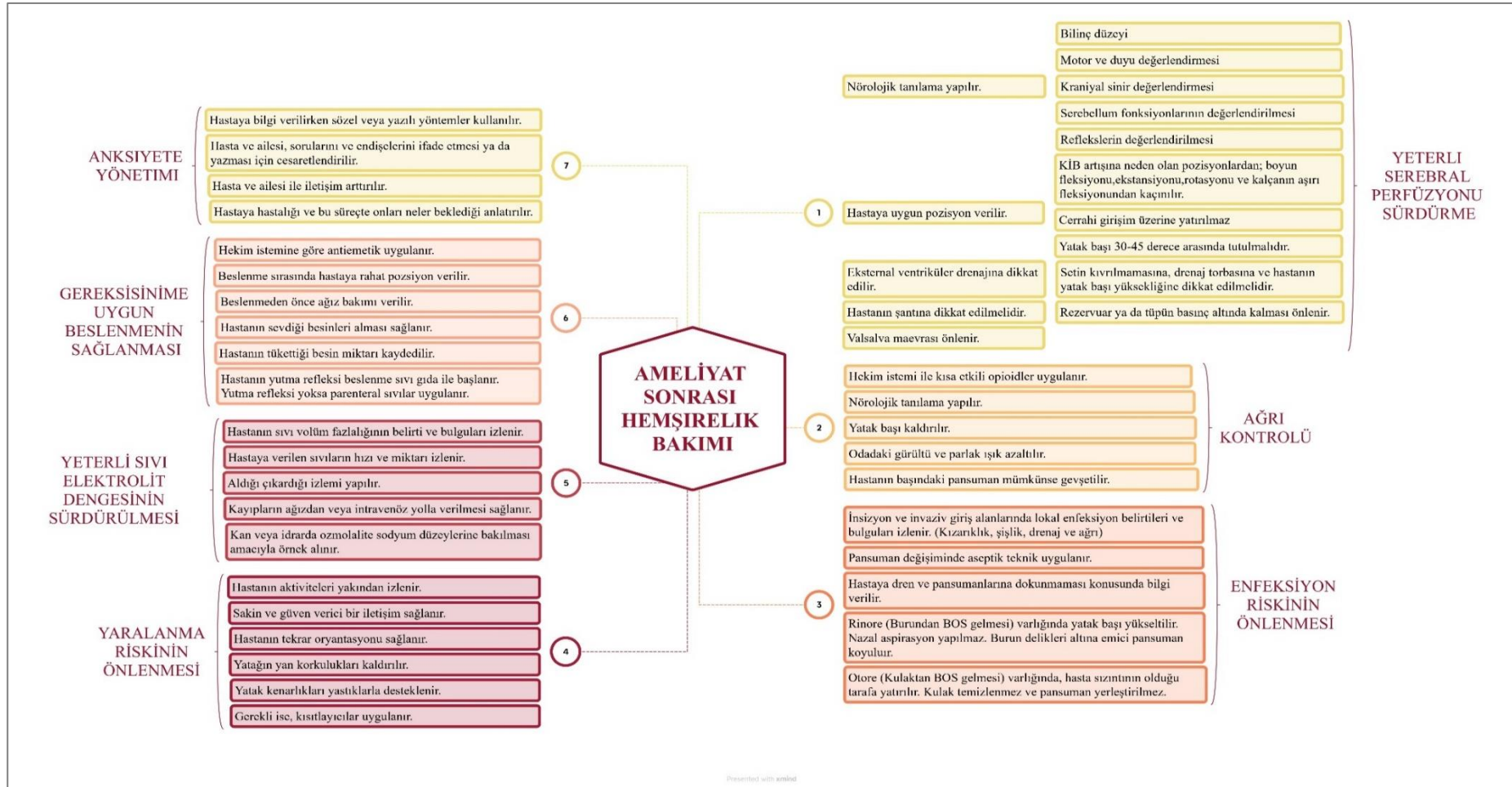
Ameliyat öncesi fiziksel ve emosyonel sorunlar yaşayan hasta ve yakınlarına bu süreç hakkında bilgi verilmesi gerekmektedir. Hemşireler, ameliyat öncesi dönemde hasta ve ailesine cerrahi girişim ile ilgili yapılacak işlemler ve ameliyat sonrası hastayı bekleyen süreçler hakkında eğitim verilmelidir. Ayrıca hasta ve yakınlarına; anestezi ve cerrahinin tipi, ameliyat sonrası yoğun bakım süreci, cerrahi sonrası hastanın görünümü, cerrahi sonrası oluşabilecek davranış değişiklikleri hakkında da bilgi verilmelidir (Keller, 2019, Sürme ve Çimen, 2022).

2.3.2. Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı

Ameliyat sonrası dönemde, cerrahi girişime bağlı olarak hastaların duyuşsal ve bilişsel fonksiyonlarında değışiklikler ortaya çıkabilmektedir. Tümörün tipi ve yeri, ameliyat sırasında uygulanan anestezi ve hastanın bireysel özelliklerine bağlı olarak bu süreç değışmektedir. Ameliyat sonrası iyileşmenin hızlanması ve homeostazdaki bozukluğun düzeltilmesi için hemşirelik bakımı çok önemlidir (Deng, Yang, Ruan, Mu ve Wang, 2021; Armstrong, Vera-Bolanos, Acquaye, Gilbert ve Mendoza, 2014).

Beyin tümörü ameliyatı sonrası hastalar, genellikle yoğun bakım ünitesinde birkaç gün izlenmektedir. Bu ünitelerde yatan hastalara uygulanan hemşirelik bakımının temel hedefleri arasında; serebral doku perfüzyonunun sürdürülmesi, normal solunum ve gaz değışiminin sağlanması, beden sıcaklığının normal sınırdaki olması, komplikasyonların önlenmesi ve erken dönemde belirlenmesi ve taburculuk eğitimi yer almaktadır. Sinir sistemi fonksiyonlarında meydana gelebilecek değışiklikleri belirlemek için hastanın fiziksel muayenesi detaylı bir şekilde yapılmalı ve komplikasyon açısından gözlemlenmelidir (Yüksel ve Altun Uğraş, 2021; Altun Uğraş ve Akyolcu, 2022).

Beyin tümörü ameliyatı sonrası hastalar da oluşabilecek komplikasyonlar arasında KİBA, kanama, enfeksiyon, nöbet, sıvı-elektrolit dengesizlikleri, pulmoner enfeksiyon, üriner enfeksiyon, derin ven trombozu, pulmoner emboli ve basınç yarası yer almaktadır. Ameliyat sonrası hastalarda görülen en önemli komplikasyon serebral ödem ve kanamaya bağlı gelişebilen kafa içi basınç artışıdır. Bu komplikasyonlar hastanede kalış süresinin uzamasına, mortalite ve morbiditenin artmasına neden olmaktadır. Hemşireler ameliyat sonrası iyileşmeyi tehdit eden komplikasyonlar açısından hastaları dikkatlice izlemelidir. Hemşirelerin hastanın bakımında birincil hedefi KİBA'nın önlenmesidir. Hemşirelerin KİBA ve buna bağlı gelişebilecek komplikasyonlara yönelik hastalara uygulamış olduğu hemşirelik bakımı Şekil 2.5'te özetlenmiştir (Şimşek ve Sarıkaya, 2015; Altun Uğraş ve Akyolcu, 2022; Deng ve diğerleri, 2021, Yüksel ve Altun Uğraş, 2021).



Şekil 2.5. Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı (Şimşek ve Sarıkaya, 2015; Altun Uğraş ve Akyolcu, 2022; Deng ve diğerleri, 2021, Yüksel ve Altun Uğraş, 2021)

Ameliyat sonrası dönemde hasta ve yakınlarına taburculuk eğitimi verilmesi önemlidir. Taburculuk eğitimi enfeksiyon belirti ve bulgularının izlenmesi, yara bakımı, nörolojik semptomlarının tanınması ve yönetimi, kanama ve ani gelişebilecek komplikasyonların erken dönemde fark edilmesi konuları hakkında verilmelidir (Brunner, 2010).

2.4. Primer Beyin Tümörü Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Ölüm Kaygısı ve Hemşirelik Bakımı

Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Derneği, ölüm kaygısını "kişinin varlığına hayali veya gerçek bir tehdit algısı şeklinde meydana gelen rahatsız edici korku veya huzursuzluk" olarak tanımlamaktadır. Aynı zamanda bu kaygı doğuştan gelen hayatta kalma içgüdüğü olarak kabul edilmektedir. Kişi ölüm riski ile karşılaştığı zaman hem hayatın önemini hem de hayatın belirsizliğinin farkına varmaktadır (Loughan ve diğerleri, 2021).

Primer beyin tümörü tanılarının %75'ini maling tümörler oluşturmaktadır. Bu tümörlerden kurtulma şansının zor olması yaşam beklentisini önemli ölçüde azaltmaktadır (Ford, Catt, Chalmers ve Fallowfield, 2012). Primer beyin tümörü tanısı alan hastalar zihinsel ve fiziksel olarak zor bir süreçten geçmektedir. Bu süreç, hastalarına bakım veren hasta yakınların da sevdiği kişiyi kaybetme korkusu ve ölüm kaygısı duygularının oluşmasına neden olmaktadır (Soleimani ve diğerleri, 2020).

Primer beyin tümörü tanısı alan hastalarda psikolojik desteğin sağlanması için iletişim çok önemlidir. Hasta merkezli yaklaşım ile hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarının belirlenmesi iletişimin temel anahtarıdır. Ayrıca hastalığa bağlı olarak yaşam beklentisinin az olması hasta ve yakınlarının umut verici bir mesaj alma ihtiyacının oluşmasına neden olmaktadır. Sadece hasta bireyi değil aynı zamanda hasta bireyin yakınlarını da bakımın içerisine katarak bütüncül bir bakım veren hemşireler, hastaların karşılanmayan bilgi ihtiyacı en aza indirilebilir ve bu sayede belirsizlik ve belirsizliğin getirmiş olduğu ölüm kaygısı azaltılabilir (Robin ve diğerleri, 2014).

Nöroşirurji hemşireleri hastaların sadece tıbbi öyküsü ile ilgili değil, fiziksel ve psikososyal gereksinimlerine yönelik de verileri değerlendirmeli, hastaların psikososyal ve fiziksel ihtiyaçlarının bilincinde olarak bakım vermelidir. Hemşirelik bakımı sırasında hastaların hayatında neyin önemli olduğunu bilmek, problemlerini öğrenip yardımcı olmak, güvende hissetmesini sağlamak, stresini azaltmak, moralini yükseltmek ve sorunlarla başa çıkma

konusunda eğitimci, yardımcı ve rehber olmak yer almaktadır. Bu sayede hastaların gelecek için planlar yaparak geleceğe dair umutlarının sürdürülmesi sağlanabilir (Berber, 2014; Robin ve diğerleri, 2014).

Nöroşirurji hemşirelerinin hastalarına bakım veren hasta yakınlarının beyin tümörüne bağlı oluşan semptomları izlemek ve yönetmek, günlük yaşam aktivitelerinin devamlılığını sağlamak ve hastanın tıbbi bakımını koordine etmek gibi sorumlulukları bulunmaktadır. Sürekli bakım vermenin getirdiği bakım yükü ile hasta yakınlarının kendilerine yeterince zaman ayıramamaktadır ve bu durum ruhsal sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir. Hasta yakınları kendilerini mutsuz, huzursuz, çaresiz ve endişeli hissedebilir. Hasta yakınlarının olumsuz duygular yaşaması hastalarıyla olan iletişimlerinin bozulmasına, destek olamamalarına ve bakım verme sorumluluklarını tam olarak yerine getirememelerine de neden olmaktadır. Sadece bireyi değil aynı zamanda hasta yakınlarını da bakımın içerisine katarak bütüncül bir bakım veren hemşireler bakımın sürekliliğini sağlamaktadır. Ayrıca hasta yakınlarına verilen eğitim ve danışmanlık desteğinin ölüm kaygısının azaltılmasına ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yardımcı olduğu ifade edilmektedir (Haun, Sklenarova, Brechtel, Herzog ve Hartmann, 2014; Robin ve diğerleri, 2014; Karaaslan, 2013).

2.5. Primer Beyin Tümörü Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Nüks Korkusu ve Hemşirelik Bakımı

Nüks korkusu, sürekli olarak kişinin kanserinin geri dönebileceği, tekrarlayabileceği veya ilerleyebileceği korkusu veya endişesi olarak tanımlanmıştır. Hastanın tanı almasından hemen sonra belirti gösterebilmekte ve birkaç sene boyunca da devam edebilmektedir. Beyin tümörüne sahip hastalar ve yakınları beyin tümörü tedavi oranının düşük olması nedeniyle sıklıkla kanserin nüks ihtimalini düşünmektedir (Braun ve diğerleri, 2021; Lebel, Rosberger, Edgar ve Devins, 2009).

Hastalığın tüm sürecinde rol alan hemşireler, hasta ve yakınlarının eksik bilgilerini tamamlamak, hastalığa olan uyumlarını kolaylaştırmak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve etkili baş etme yöntemlerini öğretmek gibi görevleri mevcuttur. Bütüncül hemşirelik bakımında yer alan psikolojik destek beyin tümörüne sahip hasta ve yakınları için bakımın en önemli parçasıdır. Psikiyatrik ve biyopsikososyal problemlerle ilgilenen psikiyatri hemşireliğinin bir üst dalı olan konsültasyon liyezon psikiyatrisi bakımda ön planda yer almaktadır (Kocaman, 2015; Yıldız, Dedeli ve Pakyüz, 2016). Konsültasyon liyezon

psikiyatri hemşireleri hastaların fiziksel ve psikolojik bakımların arasında bir bağ kurulmasını sağlamaktadır. PBT ameliyatı sonrası konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireleri ile nöroşirurji hemşirelerinin iletişim halinde kalması hastaların nüks korkularına uygun psikolojik müdahalelerin planlanmasını sağlamaktadır.

Hemşireler, öncelikle hastaların var olan nüks korkusunu değerlendirmeli, tanılamalı, hastaya uygun olan bakımı sağlamalı ve belirli aralıklarla nüks korkusunu değerlendirmelidir (Kocaman, 2005). Ayrıca Nöroşirurji hemşireleri hasta ve yakınlarının ihtiyaını saptama, yönetme ve değerlendirme yetkinliği ile psikososyal bakımın sürdürölmesini sağlamaktadır. Hemşireler, hasta bakımına hasta yakınlarını da dahil ederek nüks korkusu ile ilgili düşüncelerin yönetilmesini sağlayabilmektedir. Duygusal ve davranışsal olarak desteklenen hastaların hemşirelik bakım kalitesinin artması ile nüks korkusu düşüncesinin azalması sağlanmaya çalışılmaktadır (Kocaman, 2005; Wang ve Yang, 2021).

Hasta bakımında multidisipliner bir ekibin olması hastanın kapsamlı bir bakım almasını sağlamaktadır. Hemşireler hastaların fiziksel gereksinimleri için bakım verirken sık sık psikolojik gereksinimleri ile karşılaşabilmektedir. Önceliğe alınmayan veya farkına varılamayan ölüm kaygısı ve nüks korkusu psikolojik bakımının içinde yer almaktadır. Ölüm kaygısı ve nüks korkusuna ait düşüncelerin yönetilmemesi hastaların bakımının olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir. Hemşireler bu duyguların farkında olmalı ve hastaya uygun bakımı sağlamalıdır (Taillibert, Laigle, Donadey ve Sanson, 2004).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Deseni

Primer beyin tümörü nedeniyle ameliyat olan hastaların ölüm kaygısı ve nüks korkusu düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (GÜSAUM) Beyin ve Sinir Cerrahisi poliklinikleri için ayrılan katlarda yapılmıştır. Sağlık merkezi 1979 yılında kurulmuş olup, 1077 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde hemşirelik hizmetleri, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından yönetilmektedir. Hemşireler tüm cerrahi ve dahili kliniklerde 08:00-16:00 ve 16:00-08:00 vardiyaları şeklinde çalışmaktadır.

Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, poliklinikleri, Gamma Knife Merkezi, 12 yoğun bakım yatağı ve toplam 30 (erişkin ve çocuk) servis yatağı ile ayaktan ve yatarak tedavi hizmeti sunmaktadır. Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalına ait C. Blok -1. Katta Gamma Knife Merkezi ve poliklinik birlikte yer almaktadır. Poliklinik 08.00-17.00 arasında hasta kabulü sağlamaktadır. Poliklinik randevuları her hafta cuma günü açılarak, haftalık verilmektedir. Hastalar çağrı merkezimizden hafta içi 08.00-17.00 saatleri arasında telefonla randevu oluşturmaktadır. Poliklinikte bir doktor, bir hemşire, iki sekreter ve bir hasta bakım görev almaktadır. Hemşire ameliyat sonrası yara yeri pansumanı için gelen hastalarla ve Gamma Knife için gününbirlik yatışı yapılan hastalar ile ilgilenmektedir. Primer beyin tümörü ameliyatı sonrası hastalar ikinci ayda kontrol MR ile birlikte poliklinik muayenesine gelmektedir. Hastanın aldığı klinik tanıya ve cerrahi müdahaleyi yapan hekimin belirlediği aralığa göre genellikle hastalar üçüncü ay, altıncı ay ve on ikinci ayda C Blok 1. katta Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri Polikliniğinde ameliyat olduğu doktora muayene olmaktadır. Hastalar öğretim üyelerinin sekreterliğine bizzat başvurarak uygun tarihe randevularını oluşturmaktadır.

Primer beyin tümörü ameliyatı sonrası hastalar genellikle ortalama bir veya iki gün Beyin ve Sinir Cerrahisine ait yoğun bakımda takip edilmektedir. Yoğun bakım yatışı sonrası

kliniğe transfer edilen hasta ortalama iki veya üç gün klinikte takip edilmektedir. Hastalara taburcu olduktan sonra, kullanacağı ilaçlar, kontrole ne zaman geleceği, dikkat etmesi gerekenler hakkında sözel bilgilendirme yapılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Beyin ve Sinir Cerrahisi polikliniklerinde çalışmanın gerçekleştiği dönemde (1 Haziran 2023-1 Nisan 2024) primer beyin tümörü ameliyatı sonrası takip edilen hastalar oluşturmaktadır. Beyin ve Sinir Cerrahisi kliniğinde 2023 yılında ameliyat olmuş hasta listesinin bulunduğu defterden elde edilen verilere göre primer beyin tümörü ameliyatı ayda 20-25 hastaya yılda ise ortalama 240-300 hastaya uygulanmıştır. Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapılacağı hastanenin Beyin ve Sinir Cerrahisi polikliniğine kontrole gelen primer beyin tümörü ameliyatı geçirmiş hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme dahil edilecek hasta sayısı (n), 2023 yılındaki hasta sayısı dikkate alınarak ve evren sayısı bilinen basit rastgele örneklem formülünden yararlanılarak minimum 92 hasta olarak bulunmuştur. Bu sayı örnekleme alınacak minimum kişi sayısını belirtmektedir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- 18 yaşından büyük olması
- Türkçe okuryazar olması
- Kişi, yer ve zaman oryantasyon bozukluğunun olmaması
- Herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmaması ve psikiyatrik ilaç kullanmaması
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olması olarak belirlenmiştir.

Çalışmadan dışlanma kriterleri;

- Sekonder beyin tümörü tanısı konulmuş olması (metastatik beyin tümörlü hastalar)
- Konuşma, algılama, kişi, yer ve zaman oryantasyon bozukluğu olması
- 18 yaşından küçük olması olarak belirlenmiştir.

3.4. Veri toplama Araçları

Araştırmada veriler, araştırmacı ve danışmanı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan tanıtıcı özellikler ve klinik özellikler bölümleri bulunan Tanımlayıcı Özellikler Formu (EK-1), Ölüm Kaygısı Ölçeği (EK-2) ve Kanser Nüks Korkusu Envanteri (EK-3) ile toplanmıştır. Veri toplama araçları çalışmaya katılan hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu

Bu form araştırmacı ve danışmanı tarafından güncel literatür incelenerek hazırlanmıştır (Kahraman, 2016; Turgay, 2003; Langeveld, Grootenhuis, Voûte, Haan ve Van den Bos, 2004; Goffaux ve diğerleri, 2009). Bu form üç bölümden ve 33 sorudan oluşmaktadır. İlk bölüm hastanın tanıtıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, birlikte yaşadığı kişiler ve gelir düzeyi), ikinci bölüm hastanın klinik bilgilerini (tanısı, ameliyat geçmişi, komplikasyon durumu, yoğun bakımda yatış süresi ve kullandığı ilaçlar vb.) üçüncü bölüm ölüm kaygısı ve nüks korkusuna ilişkin (sevdiğiniz bir kişinin kaybı, hastalığın tekrar ortaya çıkma ihtimaline karşı vb.) soruları içermektedir.

3.4.2. Ölüm Kaygısı Ölçeği (Death Anxiety Scale, ÖKÖ)

Templer tarafından 1970 yılında Ölüm Kaygısı Ölçeği geliştirilmiştir. Templer (1970) tarafından yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasına göre ölçek 15 maddeden oluşmakta, alt boyutları bulunmamakta ve Cronbach alfa değeri $\alpha=,74$ olarak saptanmıştır (Templer, 1970). Ölçek daha sonra; ölüm konusunun uzmanlar tarafından tabu olarak kabul edilmesi ve ölüm kaygısı konusunda olan açığın giderilmesi nedeniyle birçok grup üzerinde denenmiş, farklı dillere ve gruplara geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır (Lonetto, Fleming ve Mercer, 1979; Kline ve Saggino, 1996; Tomas-Sabado ve Gomez-Benito, 2003). Bu çalışmaların bazılarında ölçek için üç ya da dört boyut elde edildiği bildirilmiştir (Lonetto, Fleming ve Mercer, 1979; Kline ve Saggino, 1996). Ülkemizde ise ölçeğin geçerlik ve güvenirliği Akça ve Köse (2008) tarafından kanser hastaları, diyaliz alan hastalar, cerrahi tedavi görmüş hastalar ve poliklinik hastalarını içeren gruplar üzerinde yapılmış ve Cronbach alfa değeri $\alpha=,79$ bulunmuştur. Bu çalışmaya göre ölçek 15 maddeden

oluşmaktadır ve doğru-yanlış şeklinde ikili likert ölçek olarak düzenlenmiştir. Doğru yanıtlara 1 puan verilirken, yanlış yanıtlar puanlanmaya alınmamaktadırlar. Puanlama yapılırken 1., 4. ve 8-14 maddeleri doğru, diğerlerini yanlış olarak düşünülerek puan verilir. Puan aralığı 0-15 arasında olan testte, puanlar bu aralıkta yükseldikçe ölüm kaygısı açısından da yükselme olduğu şeklinde yorumlama yapılmaktadır. Alınan her puan 1 olarak kodlanır ve eğer elde edilen toplam puan 8 ve üzeri ise kişide ölüm kaygısı ile ilgili durumun varlığına işaret edilir (Akça ve Köse, 2008). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa $\alpha = ,92$ değeri bulunmuştur.

3.4.3. Kanser Nüks Korkusu Envanteri (Cancer Recurrence Fear Inventory, KNKE)

Kanser Nüks Korkusu Envanteri, Simard ve Savard (2009) tarafından Fransızca olarak meme, prostat, akciğer ve kolon kanseri hastaları için geliştirilmiştir. Ölçeğin cronbach alfa değeri 0.95' tir (Simard ve Savard,2009). Ölçeğin ingilizce adaptasyonu Lebel, Simard, Harris, Feldstain, Beattie, McCallum, Lefebvre, Savard ve Devins (2016) tarafından yapılmıştır (Lebel ve diğerleri, 2016). Ölçeğin orijinali 42 madde ve 7 boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin orijinal alt boyutları: Tetikleyiciler (1-8. maddeler), (9-17. maddeler), psikolojik sıkıntılar (18-21. maddeler), işlevsel bozukluklar (22-27. maddeler), içgörü (28-30.maddeler), kendini rahatlatma yöntemleri (31-33.maddeler), baş etme stratejileri (34-42.maddeler) şeklindedir (Simard ve Savard, 2009). Ülkemizde ilk olarak Eyrenci ve Sertel-Berk (2018) ölçeğin İngilizce versiyonundan Türkçe adaptasyon çalışmasını yapmıştır. Ölçek adaptasyonu sonucunda ölçeğin faktör yapısı değişmiştir. Ölçek 42 maddeden 24 maddeye, 7 boyuttan 5 boyuta düşmüştür. Tetikleyiciler, Fonksiyonel bozulmalar, Nükse ilişkin üst-bilişler, Duygu odaklı baş etme stratejileri ve Yaşam kalitesi alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçekte alt boyutlardan (Tetikleyiciler, Fonksiyonel bozulmalar, Nükse ilişkin üst-bilişler, Duygu odaklı baş etme stratejileri, Yaşam kalitesi) ayrı ayrı puanlar elde edebileceğini gibi, toplam puan da elde edilebilir. Ölçekten alınabilecek toplam puanlar yükseldikçe nüks korkusunun arttığı yargısına varılmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.94' tir (Eyrenci ve Berk, 2018).

Çizelge 3.1. Kanser Nüks Korkusu Envanteri alt boyutları, madde toplam sayısı, soru numaraları ve alınabilecek puanları

KNKE alt boyutları	Madde toplam sayısı	Soru numaraları	Alınabilecek Min – Maks Puan
Tetikleyiciler	7	1-2-3-4-5-6-7	0-28
Fonksiyonel bozulmalar	2	15-16	0-8
Nükse ilişkin üst-bilişler	4	8-9-10-21	0-16
Duygu odaklı baş etme stratejileri	5	11-12-13-14-24	0-20
Yaşam kalitesi	6	17-18-19-20-22-23	0-24

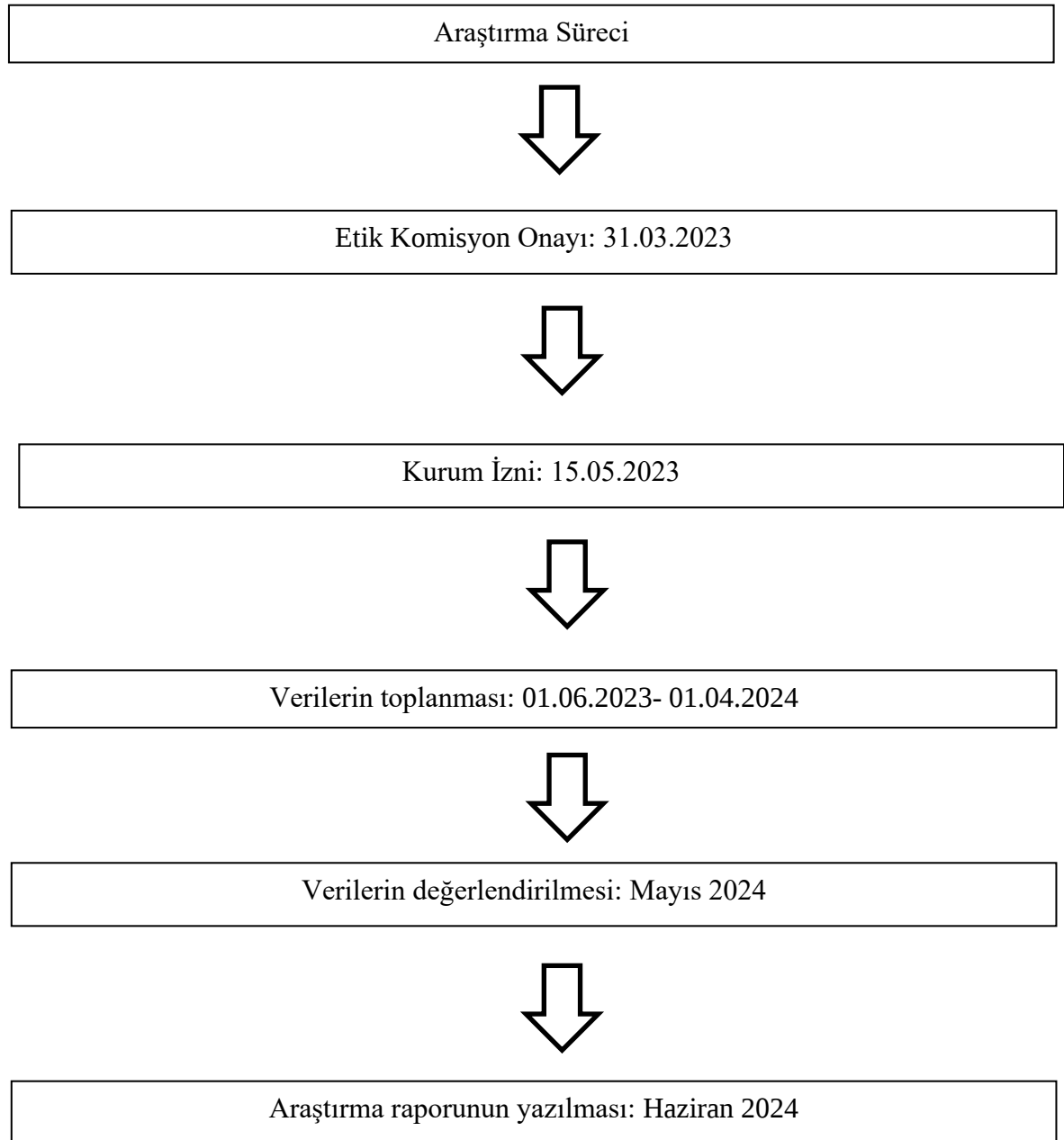
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması veri toplama formlarının işlerliğini saptamak amacıyla 1-20 Haziran 2023 tarihleri arasında GÜSAUM Beyin ve Sinir Cerrahisi polikliniğinde primer beyin tümörü ameliyatı geçiren, örneklem özelliklerine uygun dokuz hastaya yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda anket üzerinde herhangi bir değişiklik yapılmadığından, ön uygulamadaki hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulama sürecinden önce Beyin ve Sinir Cerrahisi polikliniğinde çalışan hekimler ve hemşireler sözel olarak bilgilendirilmiştir. Çalışmaya Türkçe geçerlilik güvenilirliğini yapmış yazarlardan kullanım izni (EK-4), Gazi Üniversitesi Etik Komisyon Onayı (EK-5) ve araştırmanın uygulanacağı kurumdan yazılı onay (EK-6) alındıktan sonra başlanmıştır. Beyin ve Sinir Cerrahisi polikliniğinde PBT ameliyatı sonrası takip edilen hastalar ile poliklinik bekleme salonunda yüz yüze görüşülmüştür. Araştırmanın verileri araştırmayı kabul eden ve örnekleme alınma ölçütlerine uygun olan hastalara, çalışma hakkında bilgi verilip yazılı ve sözlü izin (EK-7) alınarak görüşme sağlanmıştır. Araştırmaya dahil edilen hastalara veri toplama araçları aynı anda uygulanmıştır. Hastalar ile görüşme süresi ortalama 15 dakikadır.

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi



Şekil 3.1. Araştırma planı ve takvimi

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verileri Windows işletim sisteminde IBM Statistical Package for Social Science Statistics 23 programına aktararak tamamlanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken ölçek skorlarının normal dağılıma uygunluğu için Kolmogrov-Smirnov testine bakılmış, uygun olmayan parametrelerin ise aritmetik ortalama, mod ve medyanın eşit ya da yakın olması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 1 sınırları içinde 0'a yakın olması, çarpıklık ve

basıklık katsayılarının kendi standart hatalarına bölünmesi ile hesaplanan çarpıklık ve basıklık indekslerinin $\pm 1,96$ sınırları içinde 0'a yakın olması sebebiyle normal dağılımın uygunluğu kanıt olarak değerlendirilerek parametrik testlerden yararlanılmıştır (Tabachnick ve Fidell, 2013; McKillup, 2012; Wilcox, 2012; Howitt ve Cramer, 2011; Lind, vd. 2006).

Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) verilmiştir. İki grup arasındaki fark olup olmadığına bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığına tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) ile bakılmıştır. “Tek yönlü varyans analizi” (ANOVA) sonucunda öncelikle varyans homojenliği için Levene testine, ardından farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı “çoklu karşılaştırma testi” (Bonferroni ya da Tamhane’s T2) ile kontrol edilmiştir. Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için Bonferroni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelemesi için Tamhane’s T2 testine bakılmıştır. Ölçekler arasında ilişkinin incelenmesi için Pearson Korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Ölçek güvenilirlikleri için ise Cronbach’s alfa değerinden yararlanılmıştır. Anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanmasına başlamadan önce ölçeklerin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan yazarlardan yazılı izin (EK-4), Gazi Üniversitesi Rektörlüğü Etik Komisyon Onayı (Sayı: E-77082166-302.08.01-625619) (EK-5), Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kurum İzni (Sayı: E-16720532-045.99-656017) (EK-6), araştırmanın uygulanması aşamasında hastalara araştırmanın amacı açıklanarak hastalardan (n:92) sözlü ve yazılı onam alınmıştır (EK 7).

4. BULGULAR

Bu bölümde primer beyin tümörlü hastaların tanıtıcı özellikleri, ölüm kaygısı ve kanser nüks korkusunun değerlendirmesine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=92)

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Yaş*	18-64	74	80,4
	65-84	18	19,6
Cinsiyet	Kadın	61	66,3
	Erkek	31	33,7
Medeni durum	Evli	82	89,1
	Bekar	10	10,9
Eğitim durumu	Okuryazar	2	2,2
	İlkokul	41	44,6
	Ortaokul	8	8,7
	Lise	28	30,4
	Üniversite	13	14,1
Çalışma durumu	Evet	13	14,1
	Hayır	79	85,9
Çalışan bireylerin mesleği	İşçi	6	46,2
	Memur	4	30,8
	Serbest meslek	3	23,0
Sosyal güvence	Var	90	97,8
	Yok	2	2,2
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	17	18,5
	Gelir gidere denk	74	80,4
	Gelir giderden fazla	1	1,1
Birlikte yaşadığı kişiler olma durumu	Var	91	98,9
	Yok	1	1,1
Birlikte yaşadığı kişiler kimler	Eş	49	53,3
	Eş ve çocuk	33	35,9
	Anne ve baba	5	5,4
	Geniş aile	3	3,2
	Anne	1	1,1
	Arkadaş	1	1,1
Bakımından sorumlu olma durumu	Evet	92	100,0
Hastanın bakımından sorumlu birey(ler)	Eş	55	59,8
	Çocuk	19	20,7
	Eş ve çocuk	7	7,6
	Anne	6	6,5
	Kardeş	4	4,3
	Arkadaş	1	1,1

*Yaş $\bar{X} \pm SS$ (Min-Maks): 53,85 $\pm$ 12,98 (18-84)

Çizelge 4.1.'de araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde; hastaların yaş ortalaması $53,85 \pm 12,98$ (min=18, max=84) olduğu, yarısından fazlasının (%66,3) kadın olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların çoğu evli (%89,1) ve ilkokul mezunudur (%44,6). Hastaların tamamına yakını çalışmamakta (%85,9), çalışan hastaların %46,2'si işçi, %30,8'i memur ve %23,1'i serbest meslek ile uğraşmaktadır. Hastaların tamamına yakının sosyal güvencesi bulunduğu (%97,8), gelir düzeyi gider düzeyine denk (%80,4) olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların tamamına yakının birlikte yaşadığı kişilerin (%98,9) olduğunu, bu kişilerin yarıdan fazlasının hastaların eşleri olduğu (%53,3) belirlenmiştir. Hastaların tamamının bakımından sorumlu bir kişi olduğu (%100,0) ve bu kişinin de çoğunlukla hastaların eşlerinin olduğu (%59,8) belirlenmiştir.

Çizelge 4.2. Hastaların klinik özelliklerine göre dağılımı (n=92)

Hastaların Klinik Özellikleri		n	%
Daha önce ameliyat olma durumu	Yok	59	64,1
	Var	33	35,9
Geçirilen ameliyat*	Beyin tümörü	18	54,5
	Kolesistektomi	5	15,2
	İnguinal herni	3	9,1
	Varikosel	2	6,1
	Diz protezi	2	6,1
	Sezaryen	1	3,0
	Apendektomi	1	3,0
	Tiroidektomi	1	3,0
Beyin tümörü dışında olan hastalık durumu	Yok	52	56,5
	Var	40	43,5
Beyin tümörü dışında olan hastalık*	Hipertansiyon	20	50,0
	Diyabet	15	37,5
	Hipertiroidi hipotiroidi	5	12,5
	Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	2	5,0
	Bening prostat hiperplazi	2	5,0
	Epilepsi	1	2,5
	Hiperlipidemi	1	2,5
	Behçet hastalığı	1	2,5
İlaç kullanma durumu	Evet	60	65,2
	Hayır	32	34,8
İlaçlar*	Antiepileptik	22	23,9
	Antihipertansif	20	21,7
	Antidiyabetik	15	16,3
	Tiroid ilacı	5	5,4
	Alfa bloker	2	2,2
	Bronkodilatör	2	2,2
	Hiperlipidemi	1	1,1
Sigara içme	Evet	13	14,1
	Hayır	79	85,9
Sigara içme süresi (yıl)	1-20 yıl	7	53,8
	20-30 yıl	4	30,8
	30 yıl üzeri	2	15,4
Sigara miktarı (paket/gün)	1 paket	8	61,5
	1 paket üzeri	5	38,5
Alkol kullanma durumu	Hayır	92	100,0

*Birden fazla yanıt verilmiş olduğundan n katlanmıştır.

Çizelge 4.2. (devam) Hastaların klinik özelliklerine göre dağılımı (n=92)

Hastaların Klinik Özellikleri		n	%
PBT ameliyatı olma nedeni	Meningioma	33	35,9
	Astrositoma	16	17,4
	Schwannoma	14	15,2
	Oligodendrostitoma	11	12,0
	Hipofiz adenomu	11	12,0
	Glioblastoma	5	5,4
	Ependioma	1	1,1
	Medulloblastoma	1	1,1
Yapılan ameliyat tipi	Kraniyotomi	67	72,8
	Kraniyoplasti	13	14,1
	Transfenoidal hipofizektomi	11	12,0
	Kraniyektomi	1	1,1
PBT bulunduğu beyin lobu	Frontal	28	30,4
	Temporal	22	23,9
	Oksipital	19	20,7
	Parietal	6	6,5
	Diğer*	17	18,5
Tümör evresi	1	15	16,3
	2	63	68,5
	3	10	10,9
	4	4	4,3
PBT ameliyatı sonrası hastanede yatış süresi (gün)	1-7 gün	81	88,0
	8-15 gün	7	7,6
	15 günden fazla	4	4,3
PBT ameliyatı sonrası yoğun bakımda yatış süresi (gün)	1-3 gün	90	97,8
	3 ve üzeri	2	2,2
PBT ameliyatı sonrası sorun yaşama durumu	Yok	74	80,4
	Var	18	19,6
PBT ameliyatı sonrası sorun nedir	Güç kaybı	8	44,4
	Görme bozukluğu	3	16,7
	Konuşmada bozulma	3	16,7
	Yara yerinde akıntı	2	11,1
	El kol uyuşma	2	11,1
PBT ameliyatı sonrası komplikasyon gelişme durumu	Yok	72	78,3
	Var	20	21,7
PBT ameliyatı sonrası gelişen komplikasyon	Nöbet	17	85,0
	Enfeksiyon	1	5,0
	Venöz tromboemboli	1	5,0
	Hipertansiyon	1	5,0

*Birden fazla lobu kapsayan cerrahi (6), hipofiz bezi (11)

Çizelge 4.2’de hastaların klinik özelliklerine yer verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunda (%64,1) daha önce ameliyat deneyimi bulunmaktadır. Daha önce ameliyat

olan hastaların yarısından fazlası beyin tümörü (%54,5) ameliyatı geçirmiştir. Araştırmaya katılan hastaların çoğunda beyin tümörü dışında olan hastalık durumu (%56,5) bulunmaktadır. Hastaların yarısında hipertansiyon (%50,0) hastalığı olup, çoğunluğu ilaç kullanmaktadır (%65,2). Hastaların en çok kullandığı ilaçlar antiepileptik (%23,9) ve antihipertansif (%21,7) ilaç grubu olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların tamamına yakını sigara (%85,9), tamamının alkol kullanmadığı (%100,0) belirlenmiştir.

Hastaların PBT ameliyatı olma nedenleri incelendiğinde; en sık görülenlerin menengioma (%35,9), astrositoma (%17,4) ve schwannoma (%15,2) olduğu saptanmıştır. Hastaların yarısından fazlasına uygulanan ameliyat kraniyotomidir (%72,8). Hastalarda beyin tümörünün çoğu frontal lobta (%30,4) olup, tümörün görüldüğü en sık tümör evresi evre'2'dir (%68,5). Araştırmaya katılan hastaların tamamına yakını ameliyat sonrası hastanede yatış süresi 1-7 gün arasında (%88,0) olup, tamamına yakını ameliyat sonrası yoğun bakımda yatış süresi 1-3 gün (%97,8) arasındadır. Ameliyat sonrası hastaların çoğu sorun yaşamamış (%80,4) olduğu, sorun yaşayan hastaların güç kaybını (%44,4) olduğu belirtmiştir. Hastaların çoğunluğu ameliyat sonrası komplikasyon yaşamamıştır (%78,3).

Çizelge 4.3. Hastaların ölüm kaygısı ve nüks korkusu ile ilgili deneyimlerine ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=92)

Özellikler		n	%
Sevdiğiniz bir kişi kaybı durumu	Evet	67	72,8
	Hayır	25	27,2
Kayıp yaşanan kişinin yakınlığı	Anne/baba	54	80,6
	Arkadaş	5	7,5
	Kardeş	4	6,0
	Diğer	4	6,0
Ölüm ifadesi	Kader	63	68,5
	Son	15	16,3
	Yeni bir yaşam	5	5,4
	Korkunç bir olay	4	4,3
	Olağan bir durum	4	4,3
	Anlamsızlık	1	1,1
Hastalığın yeniden ortaya çıkma korkusu	Evet	57	62,0
	Hayır	35	38,0
Hastalığın yeniden ortaya çıkma korkusu nedeni	Ameliyat olmak	20	35,1
	Yatağa bağımlı kalmak	20	35,1
	Tüm süreçleri tekrar yaşamak	7	12,3
	Çocukların ebeveynsiz kalacak korkusu	6	10,5
	Ölüm korkusu	4	7,0
Hastalık yeniden ortaya çıkma korkusunun artış gösterme durumu	Hastaneye gelmeden önce	27	47,4
	Tetkik ve işlem sırasında	19	33,3
	Evde yalnızken	11	19,3
PBT ameliyatı sonrası yakından sosyal destek alma durumu	Evet	88	95,7
	Hayır	4	4,3
PBT ameliyatı sonrası destek alınan kişi	Eş	51	58,6
	Eş ve çocuk	29	33,3
	Anne	5	5,7
	Çocuk	1	1,1
	Diğer	1	1,1
PBT ameliyatı sonrası yakından alınan destek yeterliliği	Yeterli	56	63,6
	Kısmen yeterli	30	34,1
	Yetersiz	2	2,3
PBT ameliyatı sonrası profesyonel destek durumu	Evet	11	12,0
	Hayır	81	88,0
PBT ameliyatı sonrası profesyonel destek alınan kişi	Psikolog	5	45,5
	Hemşire	4	36,4
	Doktor	2	18,2
PBT ameliyatı sonrası profesyonel destek yeterliliği	Yeterli	5	45,5
	Kısmen yeterli	5	45,5
	Yetersiz	1	9,1

Çizelge 4.3.'te hastaların ölüm kaygısı ve nüks korkusu ile ilgili deneyimlerine ilişkin özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Hastaların yarısından fazlası sevdiği bir kişiyi kaybetmiş (%72,8) olup, kaybettikleri kişilerin tamamına yakınının anne veya baba (%80,6) olduğunu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların çoğu ölüm ifadesine kader (%68,5) olarak yaklaşmaktadır. Hastalar çoğunlukla hastalığın yeniden ortaya çıkması korkusu yaşadığı (%62,0), korkunun nedeni olarak yatağa bağımlı kalmak (%35,0) ve ameliyat olmak (%35,0) olduğu, korkunun en çok artış gösterdiği zamanın hastaneye gelmeden önce (%47,4) olduğu belirlenmiştir. Hastaların çoğunluğu ameliyat sonrası yakınından (%95,7) destek aldığı, yarısından fazlası destek aldığı kişinin eşi (%58,6) olduğunu ve bu desteğin yeterli (63,6) olduğunu belirlenmiştir. Hastaların tamamına yakını profesyonel destek almamıştır (%88,0). Hastalar profesyonel desteği psikolog (%45,5), hemşire (%36,4) ve doktordan (%18,2) almış olup, almış oldukları destek yeterli (%45,5) veya kısmen yeterli (%45,5) olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.4. Hastaların Ölüm Kaygısı Ölçeği, Kanser Nüks Korkusu Envanteri toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı (n=92)

Ölçekler	Alınabilecek Min-Maks Puan	Alınan Puanlar			
		$\bar{X}$	SS	Min	Maks
Ölüm Kaygısı Ölçeği*	0-15	7,57	2,18	3	13
Kanser Nüks Korkusu Envanteri	0-96	52,50	17,63	22	93
Tetikleyiciler	0-28	14,43	7,16	0	28
Fonksiyonel bozulma	0-8	5,74	2,11	0	8
Nükse ilişkin üst-bilişler	0-16	7,25	3,65	0	15
Duygu odaklı baş etme stratejileri	0-20	11,09	5,12	1	20
Yaşam kalitesi	0-24	13,99	4,44	5	24

*Ölüm Kaygısı Ölçeği'nden 8 puan ve üzerinde puan alan hasta sayısı 45 (%48,9).

Çizelge 4.4'te hastaların ÖKÖ, KNKE toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı yer almaktadır. Çizelgeye bakıldığında; ÖKÖ puanı $7,57 \pm 2,18$ olup, hastaların %48,9'unda ölüm kaygısının varlığı belirlenmiştir. Hastaların KNKE toplam puanı $52,50 \pm 17,63$ 'tür. KNKE alt boyutlarından alınan puanlar; Tetikleyiciler alt boyutu için $14,43 \pm 7,16$, Fonksiyonel bozulma alt boyutu için $5,74 \pm 2,11$, Nükse ilişkin üst-bilişler alt boyutu için $7,25 \pm 3,65$, Duygu odaklı baş etme stratejileri alt boyutu için $11,09 \pm 5,12$, Yaşam kalitesi alt boyutu için $13,99 \pm 4,44$ olarak belirlenmiştir.

Çizelge 4.5. Hastaların Ölüm Kaygısı Ölçeği, Kanser Nüks Korkusu Envanteri toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanların bazı tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması (n=92)

Özellikler	Ölüm Kaygısı Ölçeği	Kanser Nüks Korkusu Envanteri					
		Tetikleyiciler	Fonksiyonel Bozulma	Nükse İlişkin Üst-Bilişler	Duygu Odaklı Baş Etme Stratejileri	Yaşam Kalitesi	Kanser Nüks Korkusu Envanteri
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Cinsiyet							
Kadın	7,82±2,22	15,20±7,08	5,85±2,17	7,75±3,27	11,64±4,66	14,13±3,99	54,57±15,66
Erkek	7,06±2,03	12,94±7,20	5,52±2,00	6,26±4,19	10,00±5,84	13,71±5,27	48,42±20,64
t/p	1,583/0,117	1,440/0,153	0,720/0,473	1,882/0,063	1,462/0,147	0,428/0,669	1,460/0,151
Medeni durum							
Evli	7,56±2,28	14,60±6,95	5,65±2,14	7,37±3,57	11,23±5,13	13,98±4,46	52,82±17,31
Bekar	7,60±1,07	13,10±9,04	6,50±1,78	6,30±4,35	9,90±5,11	14,10±4,48	49,90±20,87
t/p	-0,092/0,927	0,622/0,535	-1,210/0,229	0,870/0,387	0,775/0,440	-0,083/0,934	0,492/0,624
Eğitim durumu							
İlköğretim	7,61±2,18	14,94±7,32	5,78±2,12	7,47±3,78	11,53±5,41	14,16±4,48	53,88±17,94
Lise	7,68±2,20	14,36±6,79	5,68±2,13	6,86±3,65	11,21±4,66	14,29±4,48	52,39±16,89
Üniversite	7,15±2,27	12,62±7,56	5,69±2,21	7,23±3,35	9,08±4,73	12,69±4,33	47,31±18,33
F/p	0,275/0,761	0,543/0,583	0,026/0,975	0,251/0,779	1,209/0,303	0,648/0,526	0,717/0,491
Çalışma durumu							
Evet	7,62±2,29	11,69±5,72	5,85±2,54	7,00±2,80	8,46±4,35	12,62±2,87	45,62±10,87
Hayır	7,56±2,18	14,89±7,30	5,72±2,05	7,29±3,79	11,52±5,13	14,22±4,62	53,63±18,31
t/p	0,089/0,929	-1,500/0,137	0,196/0,845	-0,265/0,792	-2,031/0,045*	-1,681/0,106	-2,196/0,038*
Gelir düzeyi							
Gelir giderden az	7,53±2,03	14,82±4,91	5,65±2,23	7,18±3,57	11,59±4,17	13,06±3,44	52,29±13,97
Gelir gidere denk/yüksek	7,57±2,23	14,35±7,60	5,76±2,10	7,27±3,70	10,97±5,32	14,20±4,63	52,55±18,43
t/p	-0,075/0,941	0,322/0,749	-0,198/0,843	-0,091/0,927	0,446/0,657	-0,956/0,342	-0,053/0,958
Daha önce ameliyat olma durumu							
Yok	7,58±2,08	15,42±7,36	5,58±2,12	7,00±3,67	11,15±4,80	13,92±4,71	53,07±18,73
Var	7,55±2,39	12,67±6,54	6,03±2,10	7,70±3,64	10,97±5,71	14,12±3,99	51,48±15,68
t/p	0,065/0,949	1,792/0,076	-0,989/0,325	-0,876/0,383	0,164/0,870	-0,212/0,832	0,411/0,682

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)

F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi*:p<0,0

Çizelge 4.5'te hastaların ÖKÖ, KNKE toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanların bazı tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde; KNKE toplam puanı ve Duygu odaklı baş etme stratejileri alt boyut puanları ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Çalışmayan hastaların KNKE toplam puanları ve Duygu odaklı baş etme stratejileri alt boyut puanı daha yüksektir.

ÖKÖ ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi ve daha önce ameliyat olma durumu arasında bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

KNKE toplam puanı ve alt boyut puanları ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi ve ameliyat durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Çizelge 4.6. Hastaların Ölüm Kaygısı Ölçeği, Kansere Nüks Korkusu Envanteri toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanların bazı klinik özelliklerine göre karşılaştırılması (n=92)

Klinik Özellikler	Ölüm Kaygısı Ölçeği	Kansere Nüks Korkusu Envanteri					
		Tetikleyiciler	Fonksiyonel Bozulma	Nükse İlişkin Üst-Bilişler	Duygu Odaklı Baş Etme Stratejileri	Yaşam Kalitesi	Kansere Nüks Korkusu Envanteri
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Beyin ameliyatı dışında olan hastalık durumu							
Yok	7,77±2,11	14,81±7,42	5,90±2,03	7,38±3,41	10,54±4,59	14,46±4,29	53,10±16,95
Var	7,30±2,27	13,95±6,88	5,53±2,22	7,08±3,98	11,80±5,71	13,38±4,61	51,73±18,66
t/p	1,024/0,309	0,567/0,572	0,852/0,397	0,401/0,689	-1,175/0,243	1,166/0,247	0,368/0,714
İlaç kullanma durumu							
Evet	7,45±2,19	14,98±7,35	5,38±2,25	7,58±3,85	11,93±5,32	13,80±4,75	53,68±18,42
Hayır	7,78±2,18	13,41±6,79	6,41±1,66	6,63±3,23	9,50±4,36	14,34±3,85	50,28±16,08
t/p	-0,692/0,491	1,006/0,317	2,263/0,026*	1,201/0,233	2,219/0,029*	-0,557/0,579	0,881/0,381
Sigara içme durumu							
Evet	7,23±1,48	10,85±7,45	5,31±2,39	6,46±2,96	8,77±4,83	13,00±3,29	44,38±14,35
Hayır	7,62±2,28	15,03±6,99	5,81±2,07	7,38±3,76	11,47±5,09	14,15±4,60	53,84±17,83
t/p	-0,595/0,554	-1,980/0,051	-0,793/0,430	-0,838/0,404	-1,784/0,078	-0,865/0,389	-1,814/0,073
PBT ameliyatı olma nedeni							
Benign*	7,74±2,23	14,17±7,10	5,71±2,18	7,60±3,46	10,95±5,00	13,50±3,81	51,93±15,97
Malign*	7,26±2,09	14,88±7,35	5,79±2,03	6,65±3,95	11,32±5,37	14,82±5,31	53,47±20,36
t/p	1,012/0,314	-0,457/0,649	-0,190/0,850	1,215/0,228	-0,338/0,736	-1,274/0,208	-0,403/0,688
Tümör evresi							
1	8,33±2,58	12,87±6,70	5,67±2,79	6,27±3,90	11,00±3,93	13,20±4,30	49,00±15,71
2	7,52±2,10	15,06±7,29	5,92±1,98	7,67±3,35	11,44±5,28	14,49±4,17	54,59±17,34
3-4	6,93±1,98	13,29±7,14	5,00±1,84	6,43±4,57	9,57±5,54	12,57±5,60	46,86±20,13
F/p	1,558/0,216	0,779/0,462	1,102/0,337	1,315/0,274	0,766/0,468	1,365/0,261	1,470/0,235
PBT ameliyatı sonrası hastanede yatış süresi (gün)							
1-7 gün	7,46±2,09	14,54±7,07	5,69±2,13	7,11±3,62	11,28±4,91	13,85±4,41	52,48±17,15
8 gün ve üzeri	8,36±2,77	13,64±8,14	6,09±2,02	8,27±3,95	9,64±6,50	15,00±4,77	52,64±21,75
t/p	-1,299/0,197	0,392/0,696	-0,587/0,559	-0,989/0,325	1,002/0,319	-0,803/0,424	-0,027/0,978

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)

F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi*:p<0,

*Bening: Hipofiz adenomu, menengioma, schwannoma

*Maling: Ependioma, astrositoma, medulloblastoma, glioblastoma, oligodendrositoma

Çizelge 4.6. (devam) Hastaların Ölüm Kaygısı Ölçeği, Kanser Nüks Korkusu Envanteri toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanların bazı klinik özelliklerine göre karşılaştırılması (n=92)

Klinik Özellikler	Ölüm Kaygısı Ölçeği	Kanser Nüks Korkusu Envanteri ve Alt Boyutları					
		Tetikleyiciler	Fonksiyonel Bozulma	Nükse İlişkin Üst-Bilişler	Duygu Odaklı Baş Etme Stratejileri	Yaşam Kalitesi	Kanser Nüks Korkusu Envanteri
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
PBT ameliyatı sonrası sorun yaşama durumu							
Yok	7,59±2,08	14,85±6,83	5,73±2,08	7,47±3,60	11,28±4,99	14,09±4,45	53,43±16,93
Var	7,44±2,62	12,72±8,41	5,78±2,29	6,33±3,83	10,28±5,69	13,56±4,51	48,67±20,32
t/p	0,261/0,795	1,133/0,260	-0,086/0,932	1,189/0,237	0,746/0,457	0,460/0,647	1,029/0,306
PBT ameliyatı sonrası komplikasyon gelişme durumu							
Yok	7,69±2,29	14,11±6,78	5,86±2,08	7,04±3,51	10,89±5,07	13,99±4,01	51,89±16,24
Var	7,10±1,68	15,60±8,50	5,30±2,23	8,00±4,14	11,80±5,36	14,00±5,88	54,70±22,26
t/p	1,080/0,283	-0,821/0,414	1,052/0,296	-1,038/0,302	-0,703/0,484	-0,010/0,992	-0,629/0,531

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)

F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi*:p<0,

Çizelge 4.6’da Hastaların ÖKÖ, KNKE toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanların bazı klinik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde; ilaç kullanma durumu ile Fonksiyonel bozulma ve Duygu Odaklı Başetme Stratejileri alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, ilaç kullananlarda Duygu odaklı baş etme stratejileri alt boyut puanı yüksek iken ilaç kullanmayanlarda Fonksiyonel bozulma alt boyut puanı daha yüksektir.

İlaç kullanma durumları arasında ÖKÖ ve KNKE puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Beyin ameliyatı dışında olan hastalık durumu, sigara içme durumu, PBT ameliyatı olma nedeni, tümör evresi, PBT ameliyatı sonrası hastanede yatış süreleri, PBT ameliyatı sonrası sorun yaşama durumu, PBT ameliyatı sonrası komplikasyon durumu arasında ÖKÖ, KNKE toplam ve alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Çizelge 4.7. Hastaların Ölüm Kaygısı Ölçeği, Kanser Nüks Korkusu Envanteri toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanların deneyimlerine ilişkin özelliklerine göre karşılaştırılması (n=92)

Deneyimlere İlişkin Özellikler	Ölüm Kaygısı Ölçeği	Kanser Nüks Korkusu Envanteri					
		Tetikleyiciler	Fonksiyonel Bozulma	Nükse İlişkin Üst-Bilişler	Duygu Odaklı Baş Etme Stratejileri	Yaşam Kalitesi	Kanser Nüks Korkusu Envanteri
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Sevdiğiniz bir kişi kaybı durumu							
Evet	7,78±2,34	13,88±6,98	5,40±2,19	6,91±3,55	10,82±4,98	12,97±3,75	49,99±16,17
Hayır	7,00±1,58	15,92±7,58	6,64±1,60	8,16±3,86	11,80±5,49	16,72±5,04	59,24±19,84
t/p	1,820/0,073	-1,218/0,226	-2,576/0,012*	-1,468/0,146	-0,815/0,417	-3,869/<0,001*	-2,292/0,024*
Hastalığınız yeniden ortaya çıkma korkusu							
Evet	7,60±2,08	17,04±6,29	5,72±2,06	8,82±3,09	13,25±4,65	14,88±4,61	59,70±15,97
Hayır	7,51±2,37	10,20±6,51	5,77±2,22	4,69±3,02	7,57±3,73	12,54±3,79	40,77±13,52
t/p	0,175/0,862	4,994/<0,001*	-0,114/0,909	6,295/<0,001*	6,110/<0,001*	2,518/0,014*	5,841/<0,001*
Hastalık korkusu artış gösterme durumu							
Hastaneye gelmeden önce	7,81±2,00	15,81±6,63	6,07±1,80	7,67±2,99b	11,78±4,64b	13,78±2,98	55,11±12,58
Tetkik ve işlem sırasında	6,95±2,37	17,68±5,14	5,32±2,52	9,26±2,70	13,95±4,33	16,11±5,74	62,32±17,34
Evde yalnızken	8,18±1,54	18,91±7,13	5,55±1,81	10,91±2,88a	15,64±4,27a	15,45±5,47	66,45±18,87
F/p	1,542/0,223	1,101/0,340	0,799/0,455	5,299/0,008*	3,260/0,046*	1,561/0,219	2,477/0,093
PBT ameliyatı sonrası yakınından alınan desteğin yeterliliği							
Yeterli	7,95±2,25	12,88±6,87	5,75±2,18	6,38±3,64	9,46±4,63	13,48±3,44	47,95±14,82
Kısmen yeterli/yetersiz	6,94±2,06	17,59±6,90	5,88±1,76	8,56±3,37	13,72±4,91	15,44±5,53	61,19±19,42
t/p	2,083/0,040*	-3,096/0,003*	-0,276/0,783	-2,784/0,007*	-4,056/<0,001*	-1,810/0,077	-3,594/0,001*
PBT ameliyatı sonrası profesyonel destek durumu							
Evet	8,64±2,38	18,09±4,55	5,91±2,51	9,73±2,69	13,64±5,12	16,55±4,16	63,91±12,75
Hayır	7,42±2,13	13,94±7,33	5,72±2,07	6,91±3,65	10,74±5,05	13,64±4,39	50,95±17,68
t/p	1,756/0,082	2,604/0,018*	0,283/0,778	2,462/0,016*	1,783/0,078	2,071/0,041*	2,344/0,021*

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)

F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi*:p<0,05

Çizelge 4.7’de Hastaların ÖKÖ, KNKE toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanların deneyimlerine ilişkin özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde; Sevdiği bir kişiyi kaybetme durumları arasında KNKE ve Fonksiyonel bozulma, Yaşam kalitesi alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmakta ($p<0,05$) iken ÖKÖ puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre, sevdiği bir kişinin kaybını yaşamayanlar KNKE toplam puan, Fonksiyonel bozulma ve Yaşam kalitesi alt boyut puanları daha yüksektir.

Hastalığın yeniden ortaya çıkma korkusu durumları arasında KNKE toplam puanı ve Tetikleyiciler, Nükse ilişkin üst-bilişler, Duygu odaklı baş etme stratejileri, Yaşam kalitesi alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmakta ($p<0,05$) iken ÖKÖ puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre, hastalığın yeniden çıkma korkusunu yaşayanlarda KNKE toplam puanı, Tetikleyiciler, Nükse ilişkin üst-bilişler, Duygu odaklı baş etme stratejileri ve Yaşam kalitesi alt boyut puanları daha yüksektir.

Hastalık korkusunun artış gösterme durumları arasında ÖKÖ ve KNKE puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakta ($p>0,05$) iken Nükse ilişkin üst-bilişler, Duygu odaklı baş etme stratejileri alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, hastalığın korkusu evde yalnızken artış gösterenlerde Üst-bilişler, Duygu odaklı baş etme stratejileri alt boyut puanları hastaneye gelmeden önce korku yaşayanlara göre daha yüksektir.

Pbt ameliyatı sonrası yakınından alınan destek yeterliliği durumları arasında ÖKÖ, KNKE toplam puanı ve Tetikleyiciler, Nükse ilişkin üst-bilişler, Duygu odaklı baş etme stratejileri alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, ameliyat sonrası destek yetersiz ya da kısmen yeterli olanlarda ÖKÖ puanı yeterli olanlara göre ve ameliyat sonrası destek yeterli olanlarda KNKE ve Tetikleyiciler, Nükse ilişkin üst-bilişler, Duygu odaklı baş etme stratejileri alt boyut puanları yetersiz ya da kısmen yeterli olanlara göre daha yüksektir.

PBT ameliyatı sonrası alınan profesyonel destek durumları arasında KNKE toplam puanı, Tetikleyiciler, Nükse ilişkin üst-bilişler, Yaşam kalitesi alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmakta ($p<0,05$) iken, ÖKÖ puanı bakımından

istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre, ameliyat sonrası profesyonel destek alanlarda KNKE toplam puanı ve Tetikleyiciler, Nükse ilişkin üst-bilişler, Yaşam kalitesi alt boyut puanları profesyonel destek almayanlara göre daha yüksektir.

Çizelge 4.8. Hastaların Ölüm Kaygısı Ölçeği, Kanser Nüks Korkusu Envanteri toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişkisinin incelenmesi

Ölçek/Envanter		Ölüm Kaygısı Ölçeği	Tetikleyiciler	Fonksiyonel Bozulma	Nükse İlişkin Üst-Bilişler	Duygu Odaklı Baş Etme Stratejileri	Yaşam Kalitesi	Kanser Nüks Korkusu Envanteri
Ölüm Kaygısı Ölçeği	r	1	0,258	0,001	0,102	0,284	0,123	0,240
	p		0,013*	0,990	0,333	0,006*	0,242	0,021*
Tetikleyiciler	r		1	0,024	0,715	0,745	0,515	0,904
	p			0,818	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Fonksiyonel bozulma	r			1	-0,004	-0,011	0,466	0,243
	p				0,968	0,916	<0,001*	0,020*
Nükse ilişkin üst-bilişler	r				1	0,675	0,457	0,809
	p					<0,001*	<0,001*	<0,001*
Duygu odaklı baş etme stratejileri	r					1	0,476	0,852
	p						<0,001*	<0,001*
Yaşam kalitesi	r						1	0,750
	p							<0,001*
Kanser Nüks Korkusu Envanteri	r							1
	p							

*: $p<0,05$, r: Pearson korelasyon katsayısı (“r” değeri; 0,00-0,25 arası “çok zayıf”, 0,26-0,49 arası “zayıf”, 0,50-0,69 arası “orta”, 0,70-0,89 arası “yüksek” ve 0,90-1,00 arası “çok yüksek” dereceli ilişkiyi gösterir)

Çizelge 4.8’de hastaların ÖKÖ ve KNKE’nin toplam ve alt boyut puanları arasındaki korelasyonlar yer almaktadır. ÖKÖ puanı ile KNKE toplam ve Tetikleyiciler, Duygu odaklı baş etme stratejileri alt boyut puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Tetikleyiciler ile Nükse ilişkin üst bilişler ile Duygu odaklı baş etme stratejileri, Yaşam kalitesi ve KNKE toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Fonksiyonel bozulma ile Yaşam kalitesi ve knke toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). nükse ilişkin üst bilişler ile Duygu odaklı baş etme stratejileri, Yaşam kalitesi ve KNKE toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Primer beyin tümörü nedeniyle ameliyat olan hastaların ölüm kaygısı ve nüks korkusu düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada; hastaların ÖKÖ puanının $7,57 \pm 2,18$ olduğu ve yaklaşık yarısında (%48,9) ölüm kaygısının var olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde; beyin tümörü cerrahisi geçirmiş hastalar üzerinde ölüm kaygısının araştırıldığı ve ÖKÖ'nün kullanıldığı çalışmalara rastlanmamakta birlikte, farklı cerrahi geçiren hastalar ve onkoloji hastaları üzerinde yapılan çalışmalar olduğu belirlenmiştir (Kurnaz, 2022; Top, 2024). Kurnaz'ın 2022 yılında kanser hastaları üzerine yaptığı çalışmada ÖKÖ toplam puan ortalamasının çalışmamızda bulunan değerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Kurnaz, 2022). Top'un 2024 yılında koroner arter cerrahisi uygulanan hastalar üzerinde yapmış olduğu çalışmada, ÖKÖ toplam puan ortalaması, çalışmamızla benzer şekilde, $7,31 \pm 3,10$ olarak belirlenmiştir (Top, 2024). Çalışmamızdaki bu bulgu, Top'un (2024) çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda, hastaların yaklaşık yarısının ölüm korkusu varlığı ve ÖKO puanının 'Ölüm Korkusu Varlığı' için kritik minimal değer olan 8'e yakın olması, hastaların ameliyat sonrası iyileşme süreçlerine odaklanması, kanser nüksü korkusu ve tümör tipi ile ilgili olabileceğini düşündürmektedir.

Literatüre göre, ölüm kaygısının artmasında yaş, cinsiyet, medeni durum, tümörün bulunduğu bölge ve evre, ameliyat sonrası yaşanan güçlükler, hastane yatış süresi, ameliyat sonrası komplikasyon varlığı durumu, destek durumu, bilişsel semptomlara ve nörolojik fonksiyonlarda yetersizlik olması ve kronik hastalık varlığın etkili olabileceği saptanmıştır (Armstrong ve diğerleri, 2009; Armstrong, Vera-Bolanos ve Gilbert, 2011; Loughan ve diğerleri, 2021; Rahman ve diğerleri, 2016). Bu araştırmanın örneklemi de, literatürü destekler nitelikte olup; hastaların çoğunun 18-64 yaş (%80,4) arasında olduğu, yarısından fazlasının kadın (%66,3) olduğu, çoğunun evli olduğu (%89,1), hastaların yarısından fazlasında bulunan tümörün frontal lobda (%30,4) olduğu, ameliyat sonrası en sık yaşanan sorunlar arasında güç kaybı (%44,4), PBT ameliyatı olma nedenleri arasında en sık menengioma (%35,9) olduğu, ameliyat sonrası görülen komplikasyonlar arasında en fazla nöbet (%85,0) olduğu belirlenmiştir. Çalışmada PBT ameliyatı sonrası yakınlarından yeterli destek aldığını belirten hastaların ÖKÖ puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmadaki bu sonucun, ameliyat sonrası iyileşme sürecinde hastaların günlük yaşam aktiviteleri, öz bakım vb. yakınlarından destek almaları ile kendilerini daha bağımlı, iyileşme süreci ile ilgili kaygılı hissetmeleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ölüm kaygısının

artması ile hastaların kanserin tekrarlayabileceği veya ilerleyebileceğine dair korkularının artabileceği bilinmektedir (Forst,2020; Loughan ve diğerleri, 2021)

Loughan ve diğerlerinin PBT olan hastalarda yaptıkları çalışmaya göre; hastaların yarısında (%50,0) nüks korkusu olduğu belirlenmiştir (Loughan ve diğerleri, 2021). Primer beyin tümörü ameliyatı geçirmiş hastalarda KNKE belirlendiği fazla çalışmalara rastlanmamakla birlikte; farklı onkoloji hasta grupları üzerinde çalışmalar bulunmaktadır. Literatürde Babadostu'nun 2022 yılında meme kanseri sonrası hayatta kalan kadınlar üzerine yaptığı çalışmada KNKE puanı $45,30 \pm 23,00$; Geyikçeli'nin 2023 yılında kanserden sağ kalan bireyler üzerine yapmış olduğu çalışmada ise KNKE toplam puanı $26,11 \pm 16,98$ olarak belirlenmiştir (Babadostu, 2022; Geyikçeli, 2023). Çalışmamızda da Loughan ve diğerlerinin çalışma sonuçları ile benzer şekilde, KNKE toplam puanı $52,50 \pm 17,63$ olduğu, hastaların yarısından fazlasında (%62,0) hastalığın yeniden ortaya çıkma korkusu olduğu bulunmuştur. Çalışmamızdaki bu sonucun tümörün ve ameliyatın “vücudumuzun en iyi şekilde yönetimini organize eden” beyin ile ilgili olması, hastaların ameliyat sonrası süreçlerindeki genel durumu ve kaygıları ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda KNKE toplam puanının çalışmayanlarda, sevdikleri bir kişiyi kaybetme deneyimi olmayanlarda, hastalığın yeniden ortaya çıkma korkusu olanlarda, ameliyat sonrası süreçte yakınlarından kısmen ya da yetersiz destek alanlarda ve profesyonel destek alanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdaki bu bulgular hastaların kanser nüks korkusu ve deneyimleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Kanser nüks kaygısının yüksek olması hastaların daha çok bağımlı olmaları, evde bakım hizmetine başvurmaları ve danışmanlık almalarını da etkileyebilmektedir (Kim, 2012; Ford ve diğerleri, 2012). Nitekim çalışmamızdaki hastalardan üçte birinin (%35.1) hastalığın ameliyat olma ya da yatağa bağımlı olma nedeniyle tekrarlayabileceği ile ilgili düşüncelerinin olması ve yaklaşık yarısının (%47,4) hastaneye gelmeden önce hastalığın yeniden ortaya çıkma korkusunun artması, tamamının yakınlarından sosyal destek almaları ile de paralellik göstermektedir. Kanser nüks korkusu, bireylerin günlük yaşamlarını, öz bakımlarını, psikolojik sağlamlıklarını olumsuz etkileyerek yakınlarından daha çok destek duymalarına, kaygılarının artmasına ve bu korkuyu tetikleyen durumlara daha çok duyarlı olmalarına ve yaşam kalitelerinin azalmasına yol açabilmektedir (Engelmann ve diğerleri, 2016; Kim ve diğerleri, 2012; Forst, 2020).

Kanser nüks korkusunu tetikleyen birçok tetikleyici bulunabilmektedir (Şimşek ve Sarıkaya, 2015). Çalışmamızda, hastaların KNKE Tetikleyiciler alt boyutu puanlarının $14,43 \pm 7,16$ olduğu, hastalığın yeniden ortaya çıkma korkusu olanlarda, ameliyatı sonrası yakınlarından kısmen ya da yetersiz destek alanlarda ve profesyonel destek alanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu tetikleyiciler hastaların fonksiyonel durumunun etkileyebilmektedir. Çalışmamızdaki bu bulguların hastaların gereksinim duydukları destek ve yardımı yeterli alamamaları nedeniyle hastalıklarını tetikleyebilecek durumlara ve risklere daha duyarlı ve hassas olmaları ile ilişkili olabileceği, bu nedenle de profesyonel destek almaya ihtiyaç duyduklarını düşündürmektedir. Primer beyin tümörleri ameliyatından sonra alınan destek, hastaların iyileşme süreçlerini olumlu etkileyerek kaygılarını ve nüks korkularını azaltabilmektedir (Şimşek ve Sarıkaya, 2015; Arlı ve Gürkan, 2014).

Nüks kaygısı, bireylerin fonksiyonel kapasitelerini ve yeterliliğini de etkileyebilmektedir (Bektaş ve Akdemir, 2006). Kanser nüks korkusu bireylerin günlük işleyişleri ve sosyal faaliyetleri üzerinde etkili olarak bireyin fonksiyonel durumunun etkilenmesine neden olabilmektedir (Simard ve Savard, 2009). Çalışmamızda KNKE Fonksiyonel bozulma alt boyutu puanının $5,74 \pm 2,11$ olduğu, sevdiği bir kişiyi kaybetme deneyimi olmayanlarda ve ilaç kullanmayanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Nitekim çalışmamızdaki hastaların yaklaşık dörtte üçünün kayıp (%72,8) ve yarısının (%65,2) ilaç kullanma deneyimi olması, bireylerin hastalık ve kayıp ile ilgili baş etme süreçleri deneyimlerinin de etkisini ortaya koymaktadır. Fonksiyonel durumdaki bozulma arttıkça nükse ilişkin düşünceler ve kaygılar artabilmektedir (Davies ve Higginson, 2003). Araştırmanın uygulaması sırasında bazı hastaların günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili başkalarından yardım istemek zorunda kalabileceklerini düşündükleri için hastalığın nüks etmesinden korktuklarını ifade etmişlerdir. Literatürde de beyin tümörü, olan hastaların günlük yaşam aktiviteleri, öz bakım, vb. yaşam aktiviteleri ile ilgili bir başkasına ya da yakınına bağımlı olmalarının olumsuz etkilediği ve nüks kaygısını arttırdığı vurgulanmaktadır (Lebel ve diğerleri, 2009).

Bireyler düşüncelerini değerlendirebildikleri sürece ve bu düşünceyi geliştirme çabası içinde olduklarında üstbilişsel işlevlerini gerçekleştirmektedir (Martinez, 2006). Kanser nüks ihtimali hakkındaki düşüncelerinin değerlendirebilmesi bireylerin nükse ilişkin üst bilişlerini oluşturmaktadır. 2021'de İnci ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada; kanser hastası bireylerin üstbilişsel işlevlerinde bozulma görüldüğü belirlenmiştir. Çalışmamızda, Nükse ilişkin üst-bilişler alt boyut puanının $7,25 \pm 3,659$

olduğu ve ile hastalığın yeniden ortaya çıkma korkusu olanlarda, PBT ameliyatı sonrası yakınından yeterli desteği alamayanlarda, evde yalnızken hastalığın tekrar etme korkusu yüksek olanlarda ve profesyonel destek alanlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmadaki bu sonuç, hastaların yalnızken iyileşme süreçlerini olumsuz etkileyecek bir sorun yaşama kaygısı ve kendilerine yetememe, baş edememe kaygıları ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Nitekim araştırmanın uygulaması sırasında bazı hastalar, hemşireler ile hastalığı hakkında konuşma fırsatı olduğunu, hastalığın nüksüne ait düşüncelerini paylaşma fırsatı bulduğunu belirtmişlerdir. Hastalar hastalığın nüks etmesi ait yaşadıkları kaygılar arasında; ameliyat sürecindeki belirsizlik sürecinden, ameliyat sonrası yardıma ihtiyaç duymalarından ve ameliyat sonrası yatağa bağımlı kalma risklerinin olması yer alabilmektedir. Tüm bu kaygılar, literatürde de vurgulandığı şekilde, hastaların duygusal olarak başetme sürecini olumsuz etkileyebilmektedir (Robin ve diğerleri, 2014; Lebel ve diğerleri, 2009).

Primer beyin ameliyatı sonrası iyileşme sürecinde hastalar fiziksel ve psikolojik sorunlar ve bu sorunlarla ilgili kaygılar yaşayabilmektedir (Loughan ve diğerleri, 2021). Çalışmamızda hastaların KNKE Duygu odaklı baş etme stratejileri alt boyut puan $11,09 \pm 5,12$ olduğu ve ilaç kullananlarda, hastalığın yeniden ortaya çıkma korkusu olanlarda, PBT ameliyatı sonrası yakınından yeterli desteği alamayanlarda, evde yalnızken hastalığın tekrar etme korkusu yüksek olanlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmadaki bu bulgular, majör bir onkolojik cerrahi girişimin geçiren hastaların ameliyat sonrası sonrası iyileşme süreçlerindeki psikolojik durumları, başetme süreçleri ve sorun ya da komplikasyon yaşama kaygıları ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Literatürde PBT olan hastaların psikolojik, bilişsel, davranışsal, sosyal, fonksiyonel ve başetme sorunları, yaşadıklarını belirten çalışmalar bulunmaktadır (Davies ve Higginson, 2003). Tüm bunlar hastaların ameliyat sonrası yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir.

Literatürde PBT ameliyatı sonrası hastaların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği, hastaların nüks kaygısı yaşadığı belirtilmektedir (Braun ve diğerleri, 2021; Wang ve Yang, 2021). Çalışmamızda hastaların KNKE Yaşam kalitesi alt boyutu puanı $13,99 \pm 4,44$ olup, sevdiği bir kişinin kaybını yaşamayanlarda, hastalığın yeniden ortaya çıkma korkusu olanlarda ve profesyonel destek alanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdaki bu bulgu, PBT ameliyatı sonrası birine bağımlı olma, kayıp, sorun yaşama vb. nedenlerle kendi kendine yetememe, bir başkasına ihtiyaç duyma ve sağlığının tekrar kötüleşme

ihtimali nedeniyle fonksiyonel bağımsızlıklarını ve yaşam kalitelerini kaybetme kaygıları yaşamaları ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Literatürde de PBT ameliyatı sonrası fonksiyonel bağımsızlığın azaldığı, hastaların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği bildirilmektedir (Haun ve diğerleri, 2014). Pan ve arkadaşları 2017 yılında yaptığı bir çalışmada; beyin tümörlü hastaların yaşam kalitesindeki dayanıklılık ve başa çıkma stratejilerinin hastaların aldığı sağlık profesyonel desteğin önemini vurgulamıştır (Pan ve diğerleri, 2017). Beyin tümörü olan hastaların yaşam kaliteleri ve bu hastaların değişen yaşam kalitelerine nasıl uyum sağlayabileceklerini anlamak sağlık profesyonelleri için önemli bir konudur (Pan ve diğerleri, 2017).

Primer beyin ameliyatı sonrası hastaların fonksiyonel durumları, yaşadıkları sorunlar ve duygu durumlarındaki değişimler kendi sağlıklarını ile ilgili olumsuz kaygılarını arttırabilmekte ve bu sorunlar hastalığın tekrar etme korkusunu ve ölüm kaygısını beraberinde getirmektedir. Kanser hastaları üzerinde yapılan çalışmalarda kaygının sadece ölüm kaygısı ile sınırlı olmadığı, kanserin tekrarlama korkusunu da etkilediği bildirilmektedir (Herschbach ve Dinkel, 2014; Koch ve diğerleri, 2014). Çalışmamızda da buna benzer şekilde, ÖKÖ ve KNKE ve alt boyutları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre, Ölüm kaygı puanı arttıkça hastaların nüks korkusunun daha çok arttığı belirlenmiştir. Loughan ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptığı çalışma çalışmamızla benzer şekilde ölüm kaygısının ve nüks korkusu etkileyebildiği saptanmıştır. Çalışmamızdaki bu bulgunun, hastalar da var olan ölüm kaygısının nüks korkusu ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda nöroşirurji hemşirelerin PBT olan hastaları ameliyat sonrası dönemde ve evde psikolojik yönden desteklemesi, eğitim ve danışmanlık vermesi, telefonla izlemesi önemlidir.

Sonuç olarak, PBT sahip olan hastalar fiziksel ve psikolojik olarak zorlu bir süreçten geçmektedir. Literatürde, Hastalar da ölüm kaygısı ve nüks korkusunun yaygın olduğunu vurgulanmaktadır. Hastanın kapsamlı bir bakım almasını ameliyat sonrası yaşam kalitelerinin artması ve cerrahisi sonrası yaşadıkları sorunların en aza indirilmesini sağlayabilmektedir (Loughan,2021). Bu bağlamda, PBT hastalarında ÖKÖ ve KNKE gibi güvenilir ve etkin ölçeklerin klinikte hemşireler tarafından kullanılması bakım sürecine olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda nöroşirürji hemşirelerinin beyin tümörü ameliyatı sonrasındaki dönemde hastaları poliklinik ve klinik ortamında değerlendirmeleri, ameliyat sonrası eğitim ve danışmanlık vermeleri bakımın sürekliliği

sağlayarak ölüm kaygısının ve nüks korkusunun azaltılmasında yardımcı olacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Primer beyin tümörü nedeniyle ameliyat olan hastaların ölüm kaygısı ve nüks korkusu düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırma 92 hasta ile tamamlanmıştır.
- Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $53,85 \pm 12,98$ (min=18, max=84) olup, 66,3'ünün kadın, %89,1'i evli, %44,6'sı ilkokul mezunu, %14,1'i çalıştığı, %97,8'inin sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.1).
- Araştırmaya katılan hastaların %64,1'i daha önce ameliyat deneyiminde bulunmaktadır. Hastaların beyin tümörü dışında olan hastalıkların %50,0 'sinin hipertansiyon hastalığı olduğu belirlenmiştir. Hastaların en çok kullandığı ilaçlar gruplarından %23,9'u antiepileptik ve %21,7'si antihipertansif olduğu saptanmıştır (Bkz. Çizelge 4.2).
- Araştırmaya katılan hastaların %35,9'unda menengioma, %17,4'ünün astrositoma olduğu saptanmıştır. Hastalara uygulanan cerrahi tedavide uygulanan ameliyat tipinin %72,8'i kraniyotomidir. Hastaların sahip olduğu beyin tümörünün bulunduğu bölgenin %30,4'ü frontal lopta olduğu ve %68,5'inin tümör evre düzeyinin evre 2 olduğu saptanmıştır (Bkz. Çizelge 4.2).
- Araştırmaya katılan hastaların ölüm kaygısı ve nüks korkusuna ilişkin değerlendirmesi yapıldığında hastaların %68,5'i ölümü kader olarak ifade ettiği, %62,0'sinin hastalığının yeniden ortaya çıkacağına dair korkusu olduğu belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.3).
- Araştırmaya katılan hastaların ÖKÖ puanı $7,57 \pm 2,18$ olup, yaklaşık yarısında (%48,9) ölüm kaygısının var olduğu belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.4).
- Araştırmaya katılan hastaların KNKE toplam puanı ve puanı $52,50 \pm 17,63$ 'tür. Hastaların KNKE alt boyutlarından aldıkları puanlar; Tetikleyiciler için $14,43 \pm 7,16$, Fonksiyonel bozulma için $5,74 \pm 2,11$, Nükse ilişkin üst-bilişler için $7,25 \pm 3,65$, Duygu odaklı baş etme stratejileri için $11,09 \pm 5,12$, Yaşam kalitesi için $13,99 \pm 4,44$ olarak belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.4).
- Araştırmaya katılan hastaların çalışma durumlarına göre KNKE toplam puanı ve Duygu odaklı baş etme stratejileri alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Buna göre; çalışmayan hastaların Kanser Nüks Korkusu Envanteri ve Duygu

odaklı baş etme stratejileri alt boyut puanları çalışanlara göre daha yüksek ($p<0,05$) bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.5).

- Araştırmaya katılan hastaların ilaç kullanma durumuna göre Fonksiyonel bozulma ve Duygu odaklı baş etme stratejileri alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre, ilaç kullananlarda Duygu odaklı baş etme stratejileri alt boyut puanı yüksek iken, ilaç kullanmayanlarda Fonksiyonel bozulma alt boyut puanı daha yüksek bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.6).
- Araştırmaya katılan hastaların hastalığın yeniden ortaya çıkma korkusunun artış gösterme durumlarına göre Nükse ilişkin üst-bilişler, Duygu odaklı baş etme stratejileri alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre, evde yalnızken hastalığın yeniden ortaya çıkma korkusu Nükse ilişkin üst-bilişler, Duygu odaklı baş etme stratejileri alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.7).
- Araştırmaya katılan hastaların PBT ameliyatı sonrası yakınından alınan destek yeterliliği durumlarına göre arasında Ölüm Kaygısı Ölçeği, KNKE toplam puanı ve Tetikleyiciler, Nükse ilişkin üst-bilişler, Duygu odaklı baş etme stratejileri alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre, hastalığın yeniden çıkma korkusunu yaşayanlarda KNKE toplam puanı, Tetikleyiciler, Nükse ilişkin üst-bilişler, Duygu odaklı baş etme stratejileri ve Yaşam kalitesi alt boyut puanları daha yüksek olduğu bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.7).
- Araştırmaya katılan hastaların PBT ameliyatı sonrası alınan profesyonel destek durumlarına göre KNKE toplam puanı, Tetikleyiciler, Nükse ilişkin üst-bilişler, Yaşam kalitesi alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre, ameliyat sonrası alınan profesyonel desteği yeterli olanlarda KNKE toplam puanı ve Tetikleyiciler, Nükse ilişkin üst-bilişler alt boyut puanları yetersiz ya da kısmen yeterli olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.7).
- ÖKÖ puanı ile KNKE toplam puanı ve Tetikleyiciler, Duygu odaklı baş etme stratejileri alt boyut puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.8).
- Tetikleyiciler ile Nükse ilişkin üst bilişler ile Duygu odaklı baş etme stratejileri, Yaşam kalitesi ve KNKE toplam puanı ve arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.8).

- Fonksiyonel bozulma ile Yaşam kalitesi ve KNKE toplam puanı ve arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.8).
- Nükse ilişkin üst bilişler ile Duygu odaklı baş etme stratejileri, Yaşam kalitesi ve KNKE toplam puanı ve arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.8).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Primer beyin tümörü ameliyatı olan hastaların kliniğe yatış sürecinden itibaren ve sonraki süreçte ölüm kaygılarının ve nüks korkularının incelenmesi ve izlenmesi,
- Hastalara ve yakınlarına ölüm kaygısı ile baş etme stratejileri hakkında eğitim ve danışmanlık verilmesi,
- Hastalara ve yakınlarına nüks korkusu ile baş etme stratejileri hakkında eğitim ve danışmanlık verilmesi,
- Primer beyin tümörlü hastalarda gelişen ölüm kaygısı ve nüks korkusunun değerlendirildiği geniş örnekleme sahip çok merkezli çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Afshar, P., Mohammadi, A., and Plataniotis, K. N. (2018, 7-10 October). Brain tumor type classification via capsule networks. 2018 25th IEEE International Conference on Image Processing (ICIP). Athens, Greece, 3129-3133.
- Akça F., ve Köse A. (2008). Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11, 7-16.
- Alkhalili, K., Zenonos, G., Tataryn, Z., Amankulor, N., and Engh, J. (2018). The utility of early postoperative head computed tomography in brain tumor surgery: A retrospective analysis of 755 cases. *World Neurosurgery*, 111, e206-e212.
- Allyson, D., Nanda, A., Barker, E. (2008). Cranial surgery. E. Barker (Ed.), *Neuroscience Nursing: A Spectrum of Care* (3rd ed.). St. Louis: Mosby Elsevier; 249-277.
- Altun Uğraş, G. ve Akyolcu, N. (2021). Cerrahi Hemşireliği II. N. Akyolcu, N. Kanan, ve G. Aksoy (Ed.). *Sinir Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evi, 515-552.
- American Association of Neuroscience Nurses. (2014). *Care of the Adult Patient With a Brain Tumor*. Chicago, IL: AANN Clinical Practice Guideline Series, 9.
- Arlı, Ş. A. ve Gürkan, A. (2014). Nöro-Onkoloji Hemşiresinin Roller. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 1-3.
- Armstrong, T. S., Cohen, M. Z., Eriksen, L. R., and Hickey, J. V. (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.
- Armstrong, T. S., Gning, I., Mendoza, T. R., Weinberg, J. S., Gilbert, M. R., Tortorice, M. L., and Cleeland, C. S. (2009). Clinical utility of the MDASI-BT in patients with brain metastases. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37(3), 331-340.
- Armstrong, T. S., Vera-Bolanos, E., Acquaye, A., Gilbert, M. R., and Mendoza, T. R. (2014). Impact of recall period on primary brain tumor patient's self-report of symptoms. *Neuro-Oncology Practice*, 1(2), 55-63.
- Babadostu, M.K. (2022). *Meme kanseri sonrası sağ kalımlılarda kanser nüks korkusu, belirsizliğe tahammülsüzlük, üstbilişler ve baş etme stratejileri ilişkisinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 56-57.
- Berber, K. (2014). *Akciğer kanserli hastaya bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükleri ve psikolojik sorunları arasındaki ilişki*. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 12-22.
- Berlin, P., and von Blanckenburg, P. (2022). Death anxiety as general factor to fear of cancer recurrence. *Psycho-Oncology*, 31(9), 1527-1535.
- Blissitt, P. A. (2014). Clinical practice guideline series update: Care of the adult patient with a brain tumor. *Journal of Neuroscience Nursing*, 46(6), 367-368.

- Boccia, M. L. (2022). Social relationships and relational pain in brain tumor patients and their partners. *Frontiers in Pain Research*, 3, 979758.
- Braun, S. E., Aslanzadeh, F. J., Thacker, L., and Loughan, A. R. (2021). Examining fear of cancer recurrence in primary brain tumor patients and their caregivers using the Actor-Partner Interdependence Model. *Psycho-Oncology*, 30(7), 1120-1128.
- Brunner, L. S. (2010). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1295-1310.
- Buchfelder, M., Schlaffer, S. M., and Zhao, Y. (2019). The optimal surgical techniques for pituitary tumors. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 33(2), 101299.
- Buckner, J. C., Brown, P. D., O'Neill, B. P., Meyer, F. B., Wetmore, C. J., and Uhm, J. H. (2007, October). Central nervous system tumors. *Mayo Clinic Proceedings*, 82(10), 1271-1286.
- Butowski, N. A. (2015). Epidemiology and diagnosis of brain tumors. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 21(2), 301-313.
- Bektaş, H. A. ve Akdemir, N. (2006). Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 26, 488-499.
- Cahill, J., LoBiondo-Wood, G., Bergstrom, N., and Armstrong, T. (2012). Brain tumor symptoms as antecedents to uncertainty: an integrative review. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(2), 145-155.
- Chandana, S. R., Movva, S., Arora, M., and Singh, T. (2008). Primary brain tumors in adults. *American family physician*, 77(10), 1423-1430.
- Chow, C., Liptak, C., Chordas, C., Manley, P., and Recklitis, C. (2019). Adolescent and young adult brain tumor survivors report increased anxiety even years after successful treatment for relapse. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 8(1), 90-93.
- Chughtai, K. A., Nemer, O. P., Kessler, A. T., and Bhatt, A. A. (2019). Post-operative complications of craniotomy and craniectomy. *Emergency Radiology*, 26, 99-107.
- Corallo, F., De Cola, M. C., Lo Buono, V., Marra, A., De Luca, R., Trincherà, A., and Calabrò, R. S. (2017). Early vs late cranioplasty: What is better?. *International Journal of Neuroscience*, 127(8), 688-693.
- Cote, D. J., and Smith, T. R. (2016). Venous thromboembolism in brain tumor patients. *Journal of Clinical Neuroscience*, 25, 13-18.
- Coucke, B., Van Gerven, L., De Vleeschouwer, S., Van Calenbergh, F., van Loon, J., and Theys, T. (2022). The incidence of postoperative cerebrospinal fluid leakage after elective cranial surgery: A systematic review. *Neurosurgical Review*, 45(3), 1827-1845.
- Çetin, N.K. (2020). Santral sinir sistemi tümörlerinin histopatolojik dağılımı ve insidansı: Tek merkezin 10 yıllık retrospektif analizi. *Dicle Tıp Dergisi*, 47(1), 178-193.

- Çetin, Ö. E., İşler, C., Uzan, M., and Özkara, Ç. (2017). Epilepsy-related brain tumors. *Seizure*, 44, 93-97.
- Dasenbrock, H. H., Yan, S. C., Chavakula, V., Gormley, W. B., Smith, T. R., Claus, E. B., and Dunn, I. F. (2017). Unplanned reoperation after craniotomy for tumor: a National Surgical Quality Improvement Program analysis. *Neurosurgery*, 81(5), 761-771.
- Davies, E., Higginson, I. J. (2003). Communication, Information and Support for Adults With Malignant Cerebral Glioma: A Systematic Literature Review. *Support Care Cancer*, 11, 21-29.
- De Gray, L. C., and Matta, B. F. (2005). Acute and chronic pain following craniotomy: A review. *Anaesthesia*, 60(7), 693-704.
- De la Garza-Ramos, R., Kerezoudis, P., Tamargo, R. J., Brem, H., Huang, J., and Bydon, M. (2016). Surgical complications following malignant brain tumor surgery: an analysis of 2002–2011 data. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 140, 6-10.
- De Melo Junior, J. O., Melo, M. A. L. C., Junior, L. A. D. S. L., Lopes, P. G. F., Ornelas, I. I. L., de Barros, P. L., and Niemeyer Filho, P. (2020). Therapeutic anticoagulation for venous thromboembolism after recent brain surgery: evaluating the risk of intracranial hemorrhage. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 197, 106202.
- DeAngelis, L. M. (2001). Brain tumors. *New England Journal of Medicine*, 344(2), 114-123.
- Deng, Y. H., Yang, Y. M., Ruan, J., Mu, L., and Wang, S. Q. (2021). Effects of nursing care in fast-track surgery on postoperative pain, psychological state, and patient satisfaction with nursing for glioma. *World Journal of Clinical Cases*, 9(20), 5435.
- Engelmann, D., Scheffold, K., Friedrich, M., Hartung, T. J., Schulz-Kindermann, F., Lordick, F., and Mehnert, A. (2016). Death-related anxiety in patients with advanced cancer: Validation of the German version of the death and dying distress scale. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(4), 582-587.
- Englot, D. J., Chang, E. F., and Vecht, C. J. (2016). Epilepsy and brain tumors. *Handbook of Clinical Neurology*, 134, 267-285.
- Erşen Danyeli A. (2022). Dünya Sağlık Örgütü merkezi sinir sistemi tümörleri 2021 sınıflaması. N.M. Gazioğlu (Ed.). *Erişkin Beyin Tümörleri* (1. Baskı). Ankara: Türkiye Klinikleri, 1-8.
- Eyrenci, A., and Sertel Berk, H. Ö. (2018). Validity and reliability of the Turkish version of fear of cancer recurrence inventory. *Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi*, 33(2), 55-64.
- Eyrenci, A., ve Berk, H. Ö. S. (2018). Validity and reliability of the Turkish version of fear of cancer recurrence inventory. *Turkish Journal of Oncology*, 33(2), 55-64.
- Farrell, C. J., and Plotkin, S. R. (2007). Genetic causes of brain tumors: Neurofibromatosis, tuberous sclerosis, von Hippel-Lindau, and other syndromes. *Neurologic Clinics*, 25(4), 925-946.

- Ford, E., Catt, S., Chalmers, A., and Fallowfield, L. (2012). Systematic review of supportive care needs in patients with primary malignant brain tumors. *Neuro-Oncology*, 14(4), 392-404.
- Forst, D. A. (2020). Palliative and supportive care in neuro-oncology. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 26(6), 1673-1685.
- Galldiks, N., Langen, K. J., and Pope, W. B. (2015). From the clinician's point of view-What is the status quo of positron emission tomography in patients with brain tumors?. *Neuro-Oncology*, 17(11), 1434-1444.
- Gawande, S. S. and Mendre, V. (2017, 19-20 May). *Brain tumor diagnosis using image processing: A survey*. 2017 2nd IEEE International Conference on Recent Trends in Electronics, Information & Communication Technology (RTEICT). Bangalore, India.
- Geneva, A. J., Muirhead, C. A., Kingan, S. B., Garrigan, D. (2015). A new method to scan genomes for introgression in a secondary contact model. *PloS One*. 10(4), e0118621.
- Geyikçeli, E. (2023). *Kanserden sağ kalan bireylerde kanser nüks korkusu ve ruhsal belirtilerin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çanakkale, 25.
- Goebel, S., and Mehdorn, H. M. (2019). Fear of disease progression in adult ambulatory patients with brain cancer: prevalence and clinical correlates. *Supportive Care in Cancer*, 27, 3521-3529.
- Goffaux, P., Boudrias, M., Mathieu, D., Charpentier, C., Veilleux, N., and Fortin, D. (2009). Development of a concise QOL questionnaire for brain tumor patients. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 36, 340-348.
- Goma, H. M., and Ali, M. Z. (2009). Control of emergence hypertension after craniotomy for brain tumor surgery. *Neurosciences Journal*, 14(2), 167-171.
- Gong, X., Wu, W., Xing, D., Guo, X., and Yang, M. (2022). [Retracted] Effect of High-Quality Nursing Based on Comprehensive Nursing on the Postoperative Quality of Life and Satisfaction of Patients with Malignant Glioma. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2022(1), 9345099.
- Gottschalk, A., Berkow, L. C., Stevens, R. D., Mirski, M., Thompson, R. E., White, E. D., and Yaster, M. (2007). Prospective evaluation of pain and analgesic use following major elective intracranial surgery. *Journal of Neurosurgery*, 106(2), 210-216.
- Grassi, L., Caruso, R. and Nanni, M. G. (2013). Somatization and somatic symptom presentation in cancer: a neglected area. *International Review of Psychiatry*, 25(1), 41-51.
- Groshev, A., Padalia, D., Patel, S., Garcia-Getting, R., Sahebjam, S., Forsyth, P. A., and Etame, A. B. (2017). Clinical outcomes from maximum-safe resection of primary and metastatic brain tumors using awake craniotomy. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 157, 25-30.

- Hassani, E., Mahoori, A., Sane, S., and Tolumehr, A. (2015). Comparison the effects of paracetamol with sufentanil infusion on postoperative pain control after craniotomy in patients with brain tumor. *Advanced Biomedical Research*, 4(1), 64.
- Haun, M.W., Sklenarova, H., Brechtel, A., Herzog, W., Hartmann, M. (2014). Distress in cancer patients and their caregivers and association with the caregivers' perception of dyadic communication. *Oncology Research and Treatment*, 37, 384-388.
- Herschbach, P., and Dinkel, A. (2014). Fear of progression. In *Recent results in cancer research. Fortschritte der Krebsforschung. Progres Dans Les Recherches Sur Le Cancer*, 197, 11-29.
- Howitt, D., and Cramer, D. (2011). *Introduction to SPSS statistics in psychology: For version 19 and earlier* (Fifth edition). London: Pearson Education Limited.
- Hynes, P. R., and Das, J. M. (2023). *Stereotactic radiosurgery (SRS) and stereotactic Body radiotherapy (SBRT)*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- Inci, H., Inci, F., Ersoy, S., Karatas, F. and Adahan, D. (2021). Self-esteem, metacognition, and coping strategies in cancer patients: A case-control study. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 17(4), 956-962.
- İnternet: Globocan 2022: Estimated Cancer Incidence, Prevalence Worldwide in 2022 Web: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0 adresinden 15 Mart 2024'te alınmıştır.
- İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. (2022). Türkiye Kanser İstatistikleri 2018. Web: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/Dokumanlar/Istatistikler/Kanser_Rapor_2018.pdf adresinden 15 Mart 2024'te alınmıştır.
- İnternet: Wong, E. T., and Wu, J. K. (2020). Overview of the clinical features and diagnosis of brain tumors in adults. U: UpToDate, Loeffler JS, Wen PJ. Township Line Road Yardley, PA: Medi Media. Web: <https://medilib.ir/uptodate/show/5180> adresinden 18 Mart 2024'te alınmıştır.
- Kahraman, N. (2016). *Kanser hastalarının nüks korkularının incelenmesi*. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 9-19.
- Karaaslan, A. (2013). *Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 15-17.
- Karadakovan, A., ve Özbayır, T. (2010). *Sinir Sisteminin Dejeneratif ve Onkolojik Hastalıkları. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* (1.Baskı). Adana: Nobel Kitabevi, 1214-1244.
- Kaya, H., Acaroğlu, R., Şendir, M., ve Gültaş, S. (2007). Nöroşirürji hastalarında iyimser yaşam eğiliminin ameliyat öncesi anksiyete ile başetme durumuna etkisi. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 15(59), 75-81.

- Keller, K. (2019). Acute intrakranial problems. M. M. Harding, J. Kwong, D. Roberts, D. Haggler, and C. Reinisch (Eds), *Lewis's Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems*. Eleventh Edition. Elseiver: USA, 56.
- Kerr, M.,Crago, E.A. (2004). Acute intracranial problems. S. M. Lewis, M. M. Heitkemper and S. R. Dirksen (Ed.), *Medical Surgical Nursing:Assesment and Management of Clinical Problems* (6th ed.). St. Louis: MosbyYear Book, 19-32.
- Kim, S. H., Lee, J. H., Joo, W., Chough, C. K., Park, H. K., Lee, K. J., and Rha, H. K. (2015). Analysis of the risk factors for development of post-operative extradural hematoma after intracranial surgery. *British Journal of Neurosurgery*, 29(2), 243-248.
- Kim, Y. D., Park, J. H., Yang, S. H., Kim, I. S., Hong, J. T., Sung, J. H., and Lee, S. W. (2013). Pain assessment in brain tumor patients after elective craniotomy. *Brain Tumor Research and Treatment*, 1(1), 24.
- Kocaman, N. (2005). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve rolü nedir? *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), 107-118.
- Koch, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., Schmid-Höpfner, S., Waldmann, A., and Arndt, V. (2014). Fear of recurrence in long-term breast cancer survivors—still an issue. Results on prevalence, determinants, and the association with quality of life and depression from the Cancer Survivorship—a multi-regional population-based study. *Psycho-Oncology*, 23(5), 547-554.
- Kouli, O., Hassane, A., Badran, D., Kouli, T., Hossain-Ibrahim, K., and Steele, J. D. (2022). Automated brain tumor identification using magnetic resonance imaging: A systematic review and meta-analysis. *Neuro-Oncology Advances*, 4(1), 81.
- Kural, E. (2017). *Primer beyin tümörü nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastalarda yaşanan semptomlar ve şiddetinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya, 3-7.
- Kurnaz, F. (2022). *Kanser hastalarının ölüm kaygısı ve manevi bakım gereksinimleri: Çanakkale örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çanakkale, 28.
- Lacy, J., Saadati, H., and James, B. Y. (2012). Complications of brain tumors and their treatment. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 26(4), 779-796.
- Lai, J., Jensen, S. E., Beaumont, J. L., Abernethy, A. P., Jacobsen, P. B., Syrjala, K., Raizer, J. J. and Cella, D. (2014). Development of a Symptom Index for Patients with Primary Brain Tumors. *Value in Health*, 17, 62-69.
- Langeveld, N. E., Grootenhuis, M. A., Voûte, P. A., de Haan, R. J., and van den Bos, C. (2004). Quality of life, self-esteem and worries in young adult survivors of childhood cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 867–881.
- Lapointe, S., Perry, A., and Butowski, N. A. (2018). Primary brain tumours in adults. *The Lancet*, 392(10145), 432-446.

- Lara-Velazquez, M., Al-Kharboosh, R., Jeanneret, S., Vazquez-Ramos, C., Mahato, D., Tavanaiepour, D., and Quinones-Hinojosa, A. (2017). Advances in brain tumor surgery for glioblastoma in adults. *Brain Sciences*, 7(12), 166.
- Lebel, S., Rosberger, Z., Edgar, L., and Devins, G. M. (2009). Emotional distress impacts fear of the future among breast cancer survivors not the reverse. *Journal of Cancer Survivorship*, 3, 117-127.
- Lebel, S., Simard, S., Harris, C., Feldstain, A., Beattie, S., McCallum, M., and Devins, G. M. (2016). Empirical validation of the English version of the Fear of Cancer Recurrence Inventory. *Quality of Life Research*, 25, 311-321.
- Lehto, R., and Stein, K. (2009). Death anxiety: an analysis of an evolving concept. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 23(1), 23-41.
- Lehto, R., and Stein, K.F. (2009). *Death anxiety: An analysis of an evolving concept*. Berlin: Springer Publishing Company, 23-37.
- Lind, D. A., Marchal, W. G., and Wathen, S. A. (2006). *Basic statistics for business and economics* (Fifth edition). United States: McGraw-Hill Companies.
- Lonetto, R., Fleming, S., and Mercer, G. W. (1979). The structure of death anxiety: A factor analytic study. *Journal of Personality Assessment*, 43(4), 388-392.
- Lonjaret, L., Guyonnet, M., Berard, E., Vironneau, M., Peres, F., Sacrista, S., and Geeraerts, T. (2017). Postoperative complications after craniotomy for brain tumor surgery. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 36(4), 213-218.
- Loughan, A. R., Lanoye, A., Aslanzadeh, F. J., Villanueva, A. A. L., Boutte, R., Husain, M., and Braun, S. (2021). Fear of cancer recurrence and death anxiety: unaddressed concerns for adult neuro-oncology patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28, 16-30.
- Louis, D. N., Perry, A., Wesseling, P., Brat, D. J., Cree, I. A., Figarella-Branger, D., and Ellison, D. W. (2021). The 2021 WHO classification of tumors of the central nervous system: A summary. *Neuro-Oncology*, 23(8), 1231-1251.
- Malak, A. T., ve Dıramalı, A. (2008). Beyin tümörlü hastalarda günlük yaşam aktiviteleri, derin ven trombozu ve bası yarası sonuçları. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 18(2), 122-127.
- Malone, H., Yang, J., Hershman, D. L., Wright, J. D., Bruce, J. N., and Neugut, A. I. (2015). Complications following stereotactic needle biopsy of intracranial tumors. *World Neurosurgery*, 84(4), 1084-1089.
- Martinez, M. E. (2006). What is metacognition?. *Phi Delta Kappan*, 87(9), 696-699.
- McFaline-Figueroa, J. R., and Lee, E. Q. (2018). Brain tumors. *The American Journal of Medicine*, 131(8), 874-882.
- McKillup, S. (2012). *Statistics explained: An introductory guide for life scientists* (Second edition). United States: Cambridge University Press.

- Meng, L., Berger, M. S., and Gelb, A. W. (2015). The potential benefits of awake craniotomy for brain tumor resection: an anesthesiologist's perspective. *Journal of Neurosurgical Anesthesiology*, 27(4), 310-317.
- Miller, K. D., Ostrom, Q. T., Kruchko, C., Patil, N., Tihan, T., Cioffi, G., and Barnholtz-Sloan, J. S. (2021). Brain and other central nervous system tumor statistics, 2021. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(5), 381-406.
- Mohile, N. A. (2017). Medical complications of brain tumors. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 23(6), 1635-1652.
- Mortensen, S. J., Bjerrum, S. N., Hedegaard, S. F., Tietze, A., Gottrup, H., and von Oettingen, G. (2018). The role of computed tomography in the screening of patients presenting with symptoms of an intracranial tumour. *Acta Neurochirurgica*, 160, 667-672.
- Nazari, F., Khoshnood, Z., and Shahrababaki, P. M. (2023). The relationship between authenticity and death anxiety in cancer patients. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 86(3), 966-979.
- Newton, H. B. (2006). Clinical pharmacology of brain tumor chemotherapy. *Handbook of Brain Tumor Chemotherapy*, 21-43.
- Ohgaki, H., and Kleihues, P. (2005). Epidemiology and etiology of gliomas. *Acta Neuropathologica*, 109, 93-108.
- Orringer, D. A., Golby, A., and Jolesz, F. (2012). Neuronavigation in the surgical management of brain tumors: Current and future trends. *Expert review of Medical Devices*, 9(5), 491-500.
- Öztekin, S. D. (Ed.). (2015). *Nöroşirürji hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 30-426.
- Pace, A., Dirven, L., Koekkoek, J. A., Golla, H., Fleming, J., Rudà, R., and Taphoorn, M. J. (2017). European Association for Neuro-Oncology (EANO) guidelines for palliative care in adults with glioma. *The Lancet Oncology*, 18(6), e330-e340.
- Pan, C. J., Liu, H. C., Liang, S. Y., Liu, C. Y., Wu, W. W., and Cheng, S. F. (2019). Resilience and coping strategies influencing the quality of life in patients with brain tumor. *Clinical Nursing Research*, 28(1), 107-124.
- Pehlivan, S., Lafçı, D., Vatansever, N., and Yıldız, E. (2020). Relationship between death anxiety of Turkish nurses and their attitudes toward the dying patients. *OMEGA-journal of Death and Dying*, 82(1), 128-140.
- Perez, C. A., Stutzman, S., Jansen, T., Perera, A., Jannusch, S., Atem, F., and Aiyagari, V. (2020). Elevated blood pressure after craniotomy: a prospective observational study. *Journal of Critical Care*, 60, 235-240.
- Perkins, A., and Liu, G. (2016). Primary brain tumors in adults: diagnosis and treatment. *American Family Physician*, 93(3), 211-217.

- Prada, F., Del Bene, M., Casali, C., Saladino, A., Legnani, F. G., Perin, A., and DiMeco, F. (2015). Intraoperative navigated angiosonography for skull base tumor surgery. *World Neurosurgery*, 84(6), 1699-1707.
- Pruitt, A. A. (2005). Treatment of medical complications in patients with brain tumors. *Current Treatment Options in Neurology*, 7(4), 323-336.
- Puri, P. R., Johannsson, B., Seyedi, J. F., Halle, B., Schulz, M., Pedersen, C. B., and Poulsen, F. R. (2020). The risk of developing seizures before and after surgery for brain metastases. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 193, 105779.
- Rahimi, J., and Woehrer, A. (2018). Overview of cerebrospinal fluid cytology. *Handbook of Clinical Neurology*, 145, 563-571.
- Rahman, M., Abbatematteo, J., De Leo, E. K., Kubilis, P. S., Vaziri, S., Bova, F., and Quinones-Hinojosa, A. (2016). The effects of new or worsened postoperative neurological deficits on survival of patients with glioblastoma. *Journal of neurosurgery*, 127(1), 123-131.
- Raju, B., and Reddy, N. K. (2018). Perspectives of glioblastoma patients on death and dying: a qualitative study. *Indian Journal of Palliative Care*, 24(3), 320.
- Richardson, A. M., McCarthy, D. J., Sandhu, J., Mayrand, R., Guerrero, C., Rosenberg, C., and Ivan, M. (2019). Predictors of successful discharge of patients on postoperative day 1 after craniotomy for brain tumor. *World Neurosurgery*, 126, e869-e877.
- Robin, A. M., Walbert, T., Mikkelsen, T., Kalkanis, S. N., Rock, J., Lee, I., and Rosenblum, M. L. (2014). Through the patient's eyes: The value of a comprehensive brain tumor center. *Journal of Neuro-Oncology*, 119, 465-472.
- Sadırlı, K. S. ve Ünsar, S. (2008). *Kanserli Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, 10-12.
- Saggino, A., and Kline, P. (1996). Item factor analysis of the Italian version of the Death Anxiety Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52(3), 329-333.
- Salle, H., Deluche, E., Couvé-Deacon, E., Beaujeux, A. C., Pallud, J., Roux, A., and Caire, F. (2021). Surgical site infections after glioblastoma surgery: results of a multicentric retrospective study. *Infection*, 49, 267-275.
- Sanai, N., and Berger, M. S. (2018). Surgical oncology for gliomas: the state of the art. *Nature Reviews Clinical Oncology*, 15(2), 112-125.
- Sathornsumetee, S., and Rich, J. N. (2006). New approaches to primary brain tumor treatment. *Anti-Cancer Drugs*, 17(9), 1003-1016.
- Schiavolin, S., Raggi, A., Scaratti, C., Leonardi, M., Cusin, A., Visintini, S., and Ferroli, P. (2018). Patients' reported outcome measures and clinical scales in brain tumor surgery: results from a prospective cohort study. *Acta Neurochirurgica*, 160, 1053-1061.

- Schirmer, C. M., Ackil, A. A., and Malek, A. M. (2008). Decompressive craniectomy. *Neurocritical Care*, 8, 456-470.
- Seifman, M. A., Lewis, P. M., Rosenfeld, J. V., and Hwang, P. Y. (2011). Postoperative intracranial haemorrhage: a review. *Neurosurgical Review*, 34, 393-407.
- Senders, J. T., Muskens, I. S., Cote, D. J., Goldhaber, N. H., Dawood, H. Y., Gormley, W. B., and Smith, T. R. (2018). Thirty-day outcomes after craniotomy for primary malignant brain tumors: a national surgical quality improvement program analysis. *Neurosurgery*, 83(6), 1249-1259.
- Shinoura, N., Yamada, R., Okamoto, K., and Nakamura, O. (2004). Early prediction of infection after craniotomy for brain tumours. *British journal of neurosurgery*, 18(6), 598-603.
- Simard, S., and Savard, J. (2009). Fear of Cancer Recurrence Inventory: development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer*, 17, 241-251.
- Siuly, S., Li, Y., Zhang, Y., Siuly, S., Li, Y., and Zhang, Y. (2016). Electroencephalogram (EEG) and its background. *EEG Signal Analysis and Classification: Techniques and Applications*, 3-21.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., Cheever, K. H. (2008). Management of patients with neurologic dysfunction. *İçinde Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing* (11th ed.). Volum 2. Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins, 2126-2204.
- Soleimani, M. A., Bahrami, N., Allen, K. A., and Alimoradi, Z. (2020). Death anxiety in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 48, 101803.
- Stieber, V. W., and Mehta, M. P. (2007). Advances in radiation therapy for brain tumors. *Neurologic Clinics*, 25(4), 1005-1033.
- Sürme, Y., and Çimen, Ö. (2022). Preoperative surgical fear and related factors of patients undergoing brain tumor surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 37(6), 934-938.
- Şimşek, A. B., ve Dicle, A. (2013). Primer beyin tümörü: Klinik özellikler, tedavi ve bakım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(2), 102-113.
- Şimşek, A. B., ve Sarıkaya, A. (2015). Hemşirelik modeli ve bakım: Primer beyin tümörlü hastaların Roy'un uyum modeli ile değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(3), 224-232.
- Tabachnick, B. G., and Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (Sixth edition). United States: Pearson Education.
- Taillibert, S., Laigle-Donadey, F., and Sanson, M. (2004). Palliative care in patients with primary brain tumors. *Current Opinion in Oncology*, 16(6), 587-592.

- Tastan, S., Kose, G., Iyigun, E., Ayhan, H., Coskun, H., and Hatipoglu, S. (2011). Experiences of the relatives of patients undergoing cranial surgery for a brain tumor: a descriptive qualitative study. *Journal of Neuroscience Nursing*, 43(2), 77-84.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of General Psychology*, 82(2), 165-177.
- Tomas-Sabado, J., and Gomez-Benito, J. (2003) Psychometric properties of the Spanish form of Templer's Death Anxiety Scale. *Psychological Reports*, 93(2), 527-528.
- Tong, E., Deckert, A., Gani, N., Nissim, R., Rydall, A., Hales, S., and Lo, C. (2016). The meaning of self-reported death anxiety in advanced cancer. *Palliative Medicine*, 30(8), 772-779.
- Top, A. (2024). *Koroner arter cerrahi hastalarının üstbilişsel inançları, ölüm kaygısı ve travma sonrası büyüme düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Muğla, 40.
- Torp, S. H., Solheim, O., and Skjulsvik, A. J. (2022). The WHO 2021 Classification of Central Nervous System tumours: a practical update on what neurosurgeons need to know—a minireview. *Acta Neurochirurgica*, 164(9), 2453-2464.
- Tremont-Lukats, I. W., Ratilal, B. O., Armstrong, T., and Gilbert, M. R. (2008). Antiepileptic drugs for preventing seizures in people with brain tumors. *Cochrane database of Systematic Reviews*, (2), 4424.
- Tsay, S. L., Chang, J. Y., Yates, P., Lin, K. C., and Liang, S. Y. (2012). Factors influencing quality of life in patients with benign primary brain tumors: prior to and following surgery. *Supportive Care in Cancer*, 20, 57-64.
- Turgay, M. (2003). *Ölüm korkusu ve kişilik yapısı arasındaki ilişki*. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 30-32.
- Vienne-Jumeau, A., Tafani, C., and Ricard, D. (2019). Environmental risk factors of primary brain tumors: A review. *Revue Neurologique*, 175(10), 664-678.
- Viken, H. H., Iversen, I. A., Jakola, A., Sagberg, L. M., and Solheim, O. (2018). When are complications after brain tumor surgery detected?. *World Neurosurgery*, 112, e702-e710.
- Wang, X., and Yang, W. (2021). The effects of detailed nursing interventions on the safety and stress responses of tumor patients. *American Journal of Translational Research*, 13(10), 11375.
- WHO Classification of Tumours Editorial Board. (2021). *World Health Organization Classification of Tumours of the Central Nervous System* (5th ed.). Lyon: International Agency for Research on Cancer.
- Wilcox, R. R. (2012). *Modern statistics for the social and behavioral sciences: A practical introduction*. United States: Chapman & Hall/CRC Press, 00-00.

- Yeşilyaprak, T., ve Özbayır, T. (2021). Beyin Tümörü Olan Hastalarda Semptom Yönetimine İlişkin Güncel Yaklaşımlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 25(3), 169-176.
- Yildiz, E., Dedeli, Ö., ve Pakyüz, S. Ç. (2016). Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(3), 216-225.
- Yüksel, S., ve Altın Uğraş, G. (2021). Cerrahi Hemşireliği Kavram Haritası ve Akış Şemalı 2. M. Karadağ ve H. Bulut (Ed.), *Sinir Sistemi Cerrahisinde Bakım*. Ankara: Vize Yayıncılık, 481-499.
- ZainEldin, H., Gamel, S. A., El-Kenawy, E. S. M., Alharbi, A. H., Khafaga, D. S., Ibrahim, A., and Talaat, F. M. (2022). Brain tumor detection and classification using deep learning and sine-cosine fitness grey wolf optimization. *Bioengineering*, 10(1), 18.
- Zubair, M., Rana, I. A., Islam, Y., and Khan, S. A. (2021). Variable structure based control for the chemotherapy of brain tumor. *IEEE Access*, 9, 107333-107346.
- Zucchella, C., Capone, A., Codella, V., De Nunzio, A. M., Vecchione, C., Sandrini, G., and Bartolo, M. (2013). Cognitive rehabilitation for early post-surgery inpatients affected by primary brain tumor: A randomized, controlled trial. *Journal of neuro-oncology*, 114, 93-100.

EKLER

EK-1. Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu

Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu

Anket No:

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

A.Tanıtıcı Özellikler

Hastanın;

1.Yaşı:

2.Cinsiyeti: Kadın () Erkek ()

3.Medeni durumu: Evli () Bekar ()

4.Eğitim durumu: Okuryazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()

5.Çalışma durumu: Evet () Mesleği:

Hayır ()

6.Sosyal güvencesi: Var () Yok ()

7.Gelir düzeyi: Geliri Giderden Az () Geliri Gidere Denk () Geliri Giderden Fazla ()

8.Birlikte yaşadığı kişiler: Var () Açıklayınız: Yok ()

9. Bakımından sorumlu/yardımcı birisi olma durumu: Evet () Açıklayınız:

Hayır ()

B.KLİNİK BİLGİLER

10. Daha önce ameliyat olma durumu:

Yok ()

Var () ; Açıklayınız:

11. Beyin ameliyatına neden olan hastalığınız dışında bulunan hastalık(lar):

Yok ()

Var () ; Hipertansiyon () Diyabet () KOAH () Kalp – Damar Hastalıkları ()

Diğer () ; Açıklayınız:

12.Sürekli ilaç kullanma durumu: Evet ()

Hayır () (Cevabınız "Hayır" ise 14.soruya geçiniz)

13.Sürekli kullandığınız ilaçların adını, dozunu ve kullanma zamanını yazınız.

İlacın Adı	Dozu	Kullanma Zamanı

14.Sigara içme durumu: Evet () ; süresi: yıl miktarı: paket/gün

Hayır ()

15.Alkol kullanma durumu: Evet () ; süresi: yıl miktarı: kadeh/gün

Hayır ()

16. Hastanın primer beyin tümörü ameliyatı olma nedeni: (Hastanın dosyasından veya sağlık personelinin alınacak)

17. Hastaya yapılan ameliyat tipi:(Hastanın dosyasından veya sağlık personelinin alınacak)

18. Tümörün bulunduğu beyin lobu: Frontal () Temporal () Oksipital () Parietal () Diğer ()

EK-1. (devam) Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu

19. TNM Evrelemesi: T:.....N:.....M:..... (Hastanın dosyasından veya sağlık personelinin alınacak)

20. Beyin ameliyatı için hastanede yatış süresi: gün.

21. Beyin ameliyatı sonrası yoğun bakımda yatış süresi: gün

22. Beyin ameliyatı sonrası sorun yaşama durumu:

Yok ()

Var () ; Açıklayınız.....

23. Beyin ameliyatı sonrası komplikasyon gelişme durumu: (Hastanın dosyasından veya sağlık personelinin alınacak)

Yok ()

Var () ; Açıklayınız.....

24. Beyin ameliyatı sonrası tekrarlı ameliyat geçirme durumu:

Yok ()

Var () ; Açıklayınız.....

C. ÖLÜM KAYGISI VE NÜKS KORKUSUNA İLİŞKİN SORULAR

25. Bu zamana kadar sevdiğiniz bir kişinin kaybını yaşadınız mı?

Evet ()

Hayır () (Cevabınız "Hayır" ise 27. soruya geçiniz.)

26. 25. soruya cevabınız "Evet" ise, kaybettiğiniz kişinin yakınlık derecesi nedir?

Anne/baba () Kardeş () Eş () Çocuk () Arkadaş ()

Diğer () ; Açıklayınız.....

27. Sizce aşağıdakilerden hangisi ölümü en iyi ifade eder?

Kader () Son () Anlamsızlık () Korkunç bir olay () Yeni bir yaşam ()

Olağan bir durum () Ceza () Diğer () ; Açıklayınız.....

28. Hastalığınızın yeniden ortaya çıkma ihtimaline ilişkin korkularınız var mı?

Evet () ; Açıklayınız.....

Hayır ()

29. Hastalığınızın yeniden ortaya çıkma ihtimaline ilişkin korkularınız daha çok ne zaman artış göstermektedir?

Hastaneye gelmeden önce () Tetkik ve işlem sırasında () Evde yalnızken ()

Diğer () ; Açıklayınız.....

30. Beyin ameliyatı sonrası süreçte yakınlarınızdan/çevrenizden sosyal destek alma durumu:

Evet () ; Açıklayınız.....

Hayır ()

31. 30. soruya cevabınız "Evet" ise, yakınlarınızdan/çevrenizden aldığınız sosyal desteğin sizin için yeterliliği:

Yeterli () Kısmen Yeterli Yetersiz ()

32. Beyin ameliyatı sonrası süreçte sağlık profesyonellerinden psikolojik destek alma durumu:

Evet () ; Açıklayınız.....

Hayır ()

33. 32. soruya cevabınız "Evet" ise, sağlık profesyonellerinden aldığınız psikolojik desteğin sizin için yeterliliği:

Yeterli () Kısmen Yeterli Yetersiz ()

EK-2. Ölüm Kaygısı Ölçeği

ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadelerden biri size uygun düşüyorsa veya büyük ölçüde uygunsa “D” harfini yuvarlak içine alınız. Eğer uymuyorsa veya büyük ölçüde size uygun olmayan bir ifade ise “Y” harfini yuvarlak içine alınız.

1. Ölmekten çok korkuyorum.	D	Y
2.Ölüm düşüncesi nadiren aklıma gelir.	D	Y
3.Birileri ölüm ile ilgili konuşmalar yaparken tedirgin olmam.	D	Y
4.Ameliyat olmak zorunda kalmak düşüncesi beni korkutur.	D	Y
5.Ölmekten pek de korkmam.	D	Y
6.Kanser hastalığına yakalanmak konusunda özel bir korkum yoktur.	D	Y
7.Ölüm düşüncesi beni hiç rahatsız etmez.	D	Y
8.Zamanın büyük bir hızla uçup gidiyor olması beni sık sık huzursuz eder.	D	Y
9.Acı çekerek ölmekten korkuyorum.	D	Y
10.Ölümden sonra hayat konusu benim için ciddi bir problem oluşturmaktadır.	D	Y
11. Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkuyorum.	D	Y
12.Sık sık hayatın gerçekten ne kadar kısa olduğunu düşünürüm.	D	Y
13. Birilerinin Üçüncü Dünya Savaş hakkında konuştuklarını duyarsam ürperirim.	D	Y
14. Ölü bir insan vücudu görmek bana korku verir.	D	Y
15.Gelecekte korkmamı gerektirecek hiçbir şey olmadığını hissediyorum.	D	Y

EK-3. Kanser Nüks Korkusu Envanteri

EK 3.Kanser Nüks Korkusu Envanteri (KNKE)

Kanser teşhisi konmuş kişilerin çoğu, kanserin nüksedebilecek olmasından çeşitli düzeylerde endişe duyar. **Nüksetmekten kastımız, kanserin yeniden baş göstereceği, ya da vücudun aynı veya farklı bir bölgesinde yayılmaya devam edeceği olasılığıdır.** Bu anketin amacı kanserin nüksetmesinden duyulan endişe yaşantısını daha iyi anlamaktır. Lütfen her bir ifadeyi okuyunuz ve her bir ifadenin **GEÇTİĞİMİZ AY BOYUNCA** size ne düzeyde uyduğunu uygun rakamı daire içine alarak belirtiniz.

0	1	2	3	4
Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman

Aşağıda belirtilen durumlar, kanserin nüksetme olasılığı hakkında beni düşünmeye sevk eder:

1. Kanser veya hastalık hakkındaki televizyon programları veya gazete yazıları.....	0	1	2	3	4
2. Doktorumla veya başka bir sağlık profesyoneli ile bir randevu.....	0	1	2	3	4
3. Tıbbi tetkikler (örneğin; yıllık check-up, kan tahlilleri, röntgenler).....	0	1	2	3	4
4. Hasta birini görmek ya da hasta biri hakkında haber almak.....	0	1	2	3	4
5. Bir cenazeye gitmek ya da gazetenin ölüm ilanları bölümünü okumak.....	0	1	2	3	4
6. Fiziksel olarak kendimi iyi hissetmediğimde ya da hasta olduğumda.....	0	1	2	3	4

0	1	2	3	4
Hiç	Az	Biraz	Çok	Büyük ölçüde

7. Kanser nüks ihtimalinden korkuyorum.....	0	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---

8. Kanser nüks ihtimalini ne kadar sık düşünüyorsunuz?

0	1	2	3	4
Asla	Ayda birkaç kere	Haftada birkaç kere	Günde birkaç kere	Günde pek çok kere

9. Kanser nüks ihtimali hakkında düşünmeye günde ne kadar vakit harcıyorsunuz?

0	1	2	3	4
Düşünmüyorum	Birkaç saniye	Birkaç dakika	1-2 saat	Pek çok saat

10. Ne kadar zamandır nüks ihtimali hakkında düşünmektesiniz?

0	1	2	3	4
Düşünmüyorum	Birkaç haftadır	Birkaç aydır	1-2 yıldır	Birçok yıldır

Devamı arka sayfadır...

EK-3. (devam) Kanser Nüks Korkusu Envanteri

0	1	2	3	4
Hiç	Az	Biraz	Epey	Büyük ölçüde

Kanser nüks ihtimalini düşündüğümde...hissederim:

11. Endişe, korku veya kaygı.....	0	1	2	3	4
12. Üzüntü, cesaret kırılması ya da hayal kırıklığı.....	0	1	2	3	4
13. Hüsrân/engellenmişlik, kızgınlık veya öfke.....	0	1	2	3	4
14. Çaresizlik veya teslimiyet.....	0	1	2	3	4

Kanser nüks ihtimali hakkındaki düşünce ya da korkularım... engelliyor/ bozuyor:

0	1	2	3	4
Hiç	Az	Biraz	Epey	Büyük ölçüde

15. Sosyal ya da boş zaman faaliyetlerimi (Örneğin; geziler, spor ve seyahat).....	0	1	2	3	4
16. İş ya da günlük faaliyetlerimi.....	0	1	2	3	4
17. Eşim/sevgilim, ailem ya da yakın olduğum insanlarla olan ilişkilerimi.....	0	1	2	3	4
18. Gelecek ile ilgili planlar yapma ya da yaşam hedefleri koyma becerimi.....	0	1	2	3	4
19. Ruh halim ya da duygu durumumu.....	0	1	2	3	4
20. Genel olarak yaşam kalitemi.....	0	1	2	3	4

0	1	2	3	4
Hiç	Az	Biraz	Epey	Büyük ölçüde

21. Kanser nüks ihtimali hakkında aşırı endişelendiğimi hissediyorum.....	0	1	2	3	4
22. Diğer insanlar benim kanser nüks ihtimali hakkında aşırı endişelendiğimi düşünüyorlar.....	0	1	2	3	4
23. Sanırım kanser nüks ihtimali hakkında kanser teşhisi konmuş diğer insanlardan daha fazla endişeleniyorum.....	0	1	2	3	4

Devamı arka sayfadadır...

EK-3. (devam) Kanser Nüks Korkusu Envanteri

Kanser nüks ihtimalini düşündüğümde şüphelerimi gidermek için aşağıdaki yöntemi uygulamam:

0	1	2	3	4
Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman

24. Dikkatimi dağıtmaya çalışırım (Öm. çeşitli aktiviteler yaparım, televizyon izlerim, okurum, çalışırım).....

0 1 2 3 4

Bu stratejileri kullandığınızda şüpheleriniz giderilmiş hisseder misiniz?.....

0 1 2 3 4

EK-4. Ölçek İzinleri

Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Kullanım İzni



Nimet Sena Küçük

Kime:

27.11.2022 Paz 10:59

Sayın Figen Akça; Sayın İbrahim Alper Köse

Ben Nimet Sena Küçük, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Aynı zamanda Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Dahiliye Yoğun Bakım ünitesinde hemşirelik yapmaktayım.

"Primer Beyin Tümörü Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Ölüm Kaygısı ve Nüks Korkusunun Belirlenmesi" üzerine tez çalışması yapmayı planlıyorum. Çalışmamda Ölüm Kaygısı ölçeğini kullanmak istiyorum, izninizi rica ediyorum.

Görüş ve önerileriniz için şimdiden teşekkür ederim, saygılarımla...



Figen AKÇA <

Kime: Siz

27.11.2022 Paz 11:25

Sayın Nimet Sena Küçük Merhaba

Çalışmanızda ölüm kaygısı ölçeğini kullanmanın benim açımdan bir sakıncası bulunmamaktadır.

Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Prof. Dr. Figen AKÇA

Kanser Nüks Korkusu Envanterinin Kullanım İzni



Nimet Sena Küçük

Kime: :

27.11.2022 Paz 10:51

Sayın Aslı Eyrenci; Sayın Hanife Özlem Sertel Berk

Ben Nimet Sena Küçük, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Aynı zamanda Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Dahiliye Yoğun Bakım ünitesinde hemşirelik yapmaktayım.

"Primer Beyin Tümörü Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Ölüm Kaygısı ve Nüks Korkusunun Belirlenmesi" üzerine tez çalışması yapmayı planlıyorum. Çalışmamda Kanser Nüks Korkusu Envanteri ölçeğini kullanmak istiyorum, izninizi rica ediyorum.

Görüş ve önerileriniz için şimdiden teşekkür ederim, saygılarımla...



Aslı Eyrenci <

Kime: Siz

28.11.2022 Pzt 13:54

KNKE (TRF).pdf

Merhaba,

Ekte ölçeğin Türkçe formunu bulabilirsiniz. Ölçekte alt boyutlardan (tetikleyiciler; fonksiyonel bozulmalar; nükse ilişkin üstbilgiler; duygu odaklı baş etme stratejileri; yaşam kalitesi) ayrı ayrı puanlar elde edebileceğini gibi, toplam puan da alabilirsiniz. Bu versiyonda ters kodlama yapılacak herhangi bir madde bulunmamaktadır.

Kolaylıklar dilerim,

EK-5. Gazi Üniversitesi Etik Komisyon Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 31.03.2023-E.625619



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Komisyonu

Sayı : E-77082166-302.08.01-625619
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

31.03.2023

Dağıtım Yerlerine

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı **Yüksek Lisans Öğrencisi Nimet Sena KÜÇÜK'ün, Doç.Dr.Sevil GÜLER'in** danışmanlığında yürüttüğü **"Primer Beyin Tümörü Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Ölüm Kaygısı ve Nüks Korkusunun Belirlenmesi"** adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun **21.03.2023** tarih ve **05** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Araştırma Kod No: 2023 - 419

Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Komisyon Başkanı

Ek:1 Liste

DAĞITIM

Gereği:

Sayın Doç. Dr. Sevil GÜLER

Bilgi:

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Belge Doğrulama Kodu :BSU7PER4LZ

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/gazi-universitesi-ebys>

Emniyet Mahallesi Bandırma Caddesi No :6/1 06560 Yenimahalle/ANKARA
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :<http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/>
Kep Adresi: gaziuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için :Nursel Güner
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:202 20 57



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-5. (devam) Gazi Üniversitesi Etik Komisyon Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 31.03.2023-E.625619 GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 21.03.2023	TOPLANTI SAYISI : 05
ADI – SOYADI	
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA BAŞKAN	
Prof.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA BAŞKAN YRD.	
Prof.Dr.C.Haluk BODUR	
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN	
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER	
Prof.Dr.İlkay ULUTAŞ	
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
Prof.Dr.Kemalettin DENİZ	
Prof.Dr.Makbule GEZMEN KARADAĞ	
Prof.Dr.İlyas OKUR	
Prof.Dr.Nihan KAFA	
Doç.Dr.Melek Gülşah ŞAHİN	
Doç.Dr. Gökhan DELİCEOĞLU	
Doç.Dr.Elvan İNCE AKA	

EK-6. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 18.05.2023-E.658702



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-42000842-199-658702
Konu : Nimet Sena Küçük (Tez
Uygulama İzni)

18.05.2023

REKTÖRLÜK MAKAMINA
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : 11.04.2023 tarihli ve 14574941-199- 633682 sayılı yazı.

İlgi yazıya istinaden, Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Nimet Sena KÜÇÜK'ün Doç. Dr. Sevil GÜLER danışmanlığında yürüteceği "Primer Beyin Tümörü Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Ölüm Kaygısı ve Nüks Korkusunun Belirlenmesi." konulu tez çalışmasını Hastanemiz Beyin ve Sinir Cerrahisi Polikliniğinde uygulama izin talebi tarafımızca uygun görülmüştür. Bölümden alınan cevabi yazı ekte sunulmuştur.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Hasan BOSTANCI
Başhekim

Ek:1 sayfa

Belge Doğrulama Kodu :BSMF38AU72

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/gazi-universitesi-ebys>

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
06510 Beşevler/ANKARA
Tel:2025088 Faks:0 (312) 223 05 28
e-Posta :hastane@gazi.edu.tr İnternet Adresi :www.hastane.gazi.edu.tr
Kep Adresi :gaziuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için :Ayşe KABASAKAL
Hemşire
Telefon No:2024085



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-6. (devam) Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başhekimlik Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 18.05.2023-E.656002



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-16720532-045.99-656017
Konu : Nimet Sena KÜÇÜK- Tez Veri
İzni

15.05.2023

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 18.04.2023 tarihli ve 42000842-199- 638434 sayılı yazı.

İlgide ekli yazıya istinaden, lisans programı öğrencisi Nimet Sena KÜÇÜK' ün " Primer Beyin Tümörü Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Ölüm Kaygısı ve Nüks Korkusunun Belirlenmesi " konulu tez çalışmasını Anabilim Dalımız Polikliniğinde uygulanması tarafımızca uygundur.
Gereğini bilgilerinize arz ederim. Saygılarımla.

Prof. Dr. Ahmet Memduh KAYMAZ
Anabilim Dalı Başkanı

Belge Doğrulama Kodu :BS4FD7V0H3

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/gazi-universitesi-ebys>



Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 06500 Beşevler/ANKARA
Tel:0 (312) 212 68 40 Faks:0 (312) 221 32 02
e-Posta : tip@gazi.edu.tr İnternet Adresi : <http://med.gazi.edu.tr/>
Kep Adresi: gaziuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için : Senra Tunç
Birim Evrak Sorumlusu



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-7. Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU FORM-2

Rev-2
25.01.2022T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi, Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndantarih /sayı ile izin alınan* ve ve Doç. Dr. Sevil GÜLER'in danışmanlığında Nimet Sena Küçük tarafından yürütülen **"Primer Beyin Tümörü Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Ölüm Kaygısı ve Nüks Korkusunun Belirlenmesi"** başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

*Gazi Üniversitesi Etik Komisyon izni alındıktan sonra doldurularak kullanılacaktır.

Araştırmanın Amacı	Bu araştırma, primer beyin tümörü nedeniyle ameliyat olan hastaların ölüm kaygısı ve kanser nüks korkusu düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılacaktır.
Araştırmanın Yöntemi	Değerli Katılımcı, Bu araştırma, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Beyin ve Sinir Cerrahisi Polikliniğinde primer beyin tümörü ameliyatı sonrası izlenen hastalar üzerinde yapılacaktır. Araştırma kapsamında siz katılımcılar ile yüz yüze görüşme yapacağız. Bu görüşmelerde sizden tanımlayıcı özelliklerinize ilişkin sorular ile birlikte, Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Kanser Nüks Korkusu Envanterinin içerdiği soruları cevaplamanızı beklemekteyiz. Bu veri toplama formlarını cevaplama süresiniz yaklaşık 15 dakika sürecektir.
Araştırmanın Öngörülen Süresi (Başlama ve Bitiş Tarihi Başvurudaki Başlangıç ve Bitiş Tarihi ile Uyumlu Olmalıdır.)	10 Mayıs 2023 – 10 Mayıs 2024
Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı	92 hasta
Araştırmanın Yapılacağı Yerler	Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Beyin ve Sinir Cerrahisi Polikliniği
Görüntü ve/veya ses kaydı alınacak mı?	Evet ☐ Hayır ☒

Tablo katılımcıların anlayabileceği biçimde, akademik dil kullanılmadan yazılacaktır.

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırma yürütücüsü(Tez çalışmalarında Danışman tarafından imzalanacaktır.)

Adı ve Soyadı	Doç. Dr. Sevil Güler	Tarih ve İmza
---------------	----------------------	---------------

EK-7. (devam) Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU FORM-2

Rev-2
25.01.2022

Adres ve telefonu	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Hemşirelik Bölümü-Ankara	24 Mart 2023	
Katılımcı			
Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza	
Adres ve telefonu			
Velayet veya Vesayet Altındaki Katılımcılar için Veli/Vasi			
Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza	
Adres ve telefonu			

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : KÜÇÜK, Nimet Sena
Uyruğu : T.C.

Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi / Hemşirelik Ana Bilim Dalı	Devam Ediyor
Lisans	Hacettepe Üniversitesi / Hemşirelik Bölümü	2020
Lise	Mehmet Çelikel Lisesi	2015

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2021-devam ediyor	Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hemşire

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

Bilimsel Toplantı ve Kongrelerde Yayınlanan Bildiriler

1. Küçük N.S., Güler S. (2022). *Primer Beyin Tümörlü Hastalarda Önceliğe Alın(A)mayan Duygular: Ölüm Kaygısı ve Nüks Korkusu*. 7. Uluslararası ve 18. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 22-25 Eylül 2022, Konya (Poster Bildiri)
2. Küçük N.S., Güler S. (2022). *Tekrarlı Lomber Disk Hernisi Cerrahisi Sonrası Güçlüklerle Başetme: Olgu Sunumu*. 7. Uluslararası ve 18. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 22-25 Eylül 2022, Konya (Poster Bildiri)
3. Küçük N.S., Güler S., Opak Yücel B. (2022). *Gordon's Functional Patterns Model Based Nursing Care In Patient Underwent Modified Radical Mastectomy: A Case Report*. Breastanbul the Conference, October 13-15 2022, İstanbul (Poster Bildiri)

4. Küçük N.S., Güler S. (2022). *Primer Beyin Tümörü Ameliyatı Sonrası Komplikasyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü*. 2. Uluslararası Gazi Sağlık Bilimleri Kongresi, 15-17 Aralık 2022, Ankara (Sözel Bildiri)



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..