

DANIŞMANLIK VERİLEN BEYİN TÜMÖRLÜ HASTALARIN BAZI BAKIM SONUÇLARI: AĞRI, EPİLEPTİK NÖBET, KONSTİPASYON, İNFEKSİYON, SEVK DURUMLARI

Yrd. Doç. Dr. Arzu Tuna Malak,¹ Prof. Dr. Alev Dıramalı,² Doç. Dr. Kemal Yücesoy³

¹ Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Çanakkale

² Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir

³ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroşirurji Anabilim Dalı, İzmir

ÖZET

• **Amaç:** Bu çalışmada, danışmanlık verilen beyin tümörlü hastalarda ağrı, epileptik nöbet, konstipasyon, infeksiyon ve hastaların yaşadığı diğer sıkıntılar tespit edilerek sevk etme durumları incelenmiştir.

• **Materyal ve Metod:** Beyin tümörü tanısı alan 90 birey oluşturmuştur. Grup I'deki (n=45) hastalara eğitim kitapçığı ile birlikte eğitim verilmiş; Grup II'deki (n=45) hastalara sadece eğitim kitapçığı verilmiştir. Hastalar ameliyat öncesi, sonrası, ameliyattan bir, üç ve altı ay sonrası izlenmiştir. İzlemler esnasında iki gruba da sıkıntı duydukları konular hakkında bilgiler verilmiş ve gerekli sevkler yapılmıştır.

İzlemlerde, Hasta Tanılama Formu, Ameliyat öncesi/Ameliyat sonrası Semptom Tanılama ve Girişim Formu kullanılmıştır. Elde edilen sonuçların istatistiksel değerlendirilmesinde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, çok gözlü kıkare, tekrarlı ölçümlerde varyans, Cochran's Q testi ve sayı ve yüzde kullanılmıştır.

• **Bulgular:** Hastaların ağrı ile baş etme, infeksiyon, konstipasyon gibi bakım sonuçları anlamlıdır ($p < 0,05$). Gruplar arasındaki nöbet geçirme durumu istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$) ancak Grup II hasta-

larından bazılarının düzenli olarak antiepileptik ilaçlarını kullanmadığı, Grup I'in tamamının düzenli kullandığı belirlenmiştir. Danışmanlık sürecinde hastalar kilo fazlalığı, demir eksikliği anemisi, yutma güçlüğü, kan şekerinde yükselme, tansiyonda yükselme, solunum sıkıntısı, bilinç değişikliği, baş dönmesi, dengesizlik gibi nörolojik değişiklikler ve ödem, yara yerinde infeksiyon, tümör korkusu, uykusuzluk, huzursuzluk, hayat-tan keyif almama, antiepileptik (fenitoin sodyum) bağlı kaşıntı, antiepileptik (fenitoin sodyum) bağlı SGPT yükselmesi nedeniyle sevk edilmiştir. Hastalar seksüel yaşam, alternatif tedaviler, kontroller, korkular, vb. konularda da bilgi almışlardır.

• **Sonuç:** Beyin tümörlü hastaların fiziksel sıkıntıları ve yanıt aradıkları bazı konular tespit edilmiştir. Bire bir eğitim ve kitapçık verilen Grup I'den elde edilen bakım sonuçlarının, sadece kitapçık verilen Grup II'ye göre daha etkili ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Her iki grupta da izlemler esnasında bilgi gereksinimleri saptanmış ve sıkıntı yaşadıkları konulara yönelik bilgi verilmiş olması, bu hastalara verilecek danışmanlığın önemini göstermektedir.

• **Anahtar Kelimeler:** Beyin tümörü, danışmanlık, ağrı, epileptik nöbet, konstipasyon, infeksiyon, sevk durumları. Nobel Med 2010; 6(2): 25-31

EFFECTS OF COUNSELING ON SOME CARE OUTCOMES AMONG PATIENTS WITH BRAIN TUMOUR: PAIN, SEIZURE, CONSTIPATION, INFECTION, DISPATCH CONDITIONS

ABSTRACT

• **Objective:** The aim of this study was to determine effects of training on some care outcomes among patients with brain tumour.

• **Material and Method:** There were 45 patients in both Group I and Group II (total, 90 people). Group I received training on a one-to-one basis and were given information. Group II were given a booklet for training. All patients were observed before operations and one, three and six months after operations. Data were collected with socio-demographic features, Pre-/Post-operative Symptom Diagnosis and Intervention Form. Data between two groups were tested Chi-squared test, variance analysis for repeated measurements, Cochran's Q.

• **Results:** There was a significant difference among

headache, infection, constipation ($p<0.05$). There was not a significant difference among seizure ($p>0.05$). Patients found to have such symptoms as being overweight, iron deficiency anemia, increased blood sugar levels, increased blood pressure, respiratory distress, neurological symptoms of difficulty in swallowing, alterations in consciousness, dizziness and loss of balance edema, wound infections, fear of brain tumours, sleeplessness, restlessness, lack of satisfaction with life and itching and increased SGPT due to the antiepileptic drug phenytoin sodium were referred to specialists during the follow-up. Patients have got anxiety, depression with physical symptoms. They give information about sexuality, alternative treatment, follow-up visits, fears.

• **Conclusion:** This study was determined physical, psychological symptoms of patients with brain tumour. Care outcomes were significantly better in Group I than in Group II.

• **Key Words:** Brain tumour, counseling, pain, seizure, constipation, infection, dispatch conditions *Nobel Med 2010; 6(2): 25-31*

GİRİŞ

Danışmanlık, herhangi bir konuda, kişiye, güvenilir, bilgili ve konu hakkında uzmanlaşmış kişiler tarafından bilgi verilmesi, beceri kazandırılması ve kişinin bilinçlendirilerek kendi düşünce, seçim ve kararını oluşturabilmesine yardım edilmesidir. Danışman, hasta ve yakınlarının fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi sıkıntılarıyla baş etmesini ve uyumunu sağlayan, bilgi veren ve öğretme stratejilerini kullanan kişidir.¹⁻³ Beyin tümörü olan hastanın evde bakımında var olan sağlığını sürdürmek için gerekli koruyucu davranışları öğretmek, fiziksel semptomları kontrol altına almak, emosyonel duruma yönelik baş etme mekanizmalarını kullanmak, hasta ve yakınlarına ümit olmak, farklı rehabilitasyon yöntemlerini desteklemek için bir danışmana ihtiyaç vardır.^{4,5}

Hasta ve yakınları beyin tümörü tanısını aldıktan sonra tümör tipini, derecesini, bulunduğu bölgeyi ve etkisini, yaşam süresini, tekrarlama olasılığını, tedavi seçeneklerini öğrenmek için bilgiye ihtiyaç duyarlar.^{4,6}

Beyin tümürlü hastaların fizik tedavi ve rehabilitasyon desteği almasını sağlamak, konforunu artırmak, baş ağrısını hafifletmek, nöbet riskini belirlemek ve önlem almak, kısa sürede günlük hayata dönmesini sağlamak (araba sürmek, çalışmak gibi), uygulanan tüm tedaviler ve yan etkileri konusunda bilgi almak için uzmanlara danışılır.^{4,5} Tıbbi tedavi olarak sık kullanılan antiepileptik ilaçlar, kortikosteroidler ve malign beyin tümörü

olan hastalarda radyoterapi ve kemoterapinin yan etkileri konusunda hastaların bilgilenebilirliğine ihtiyacı da vardır.⁵

Beyin tümörü olan hastaların tanılarını kötü huylu ise kanser adının verdiği korku, gelecek kaygısı, hastalık ve tedavi sürecinde yaşanabileceklerin yarattığı stres, fiziksel, mental, maddi, manevi kayıplar, iletişimi sürdürmedeki yetersizlik hasta ve hasta yakınlarını hiçbir hastalık grubunda olmayacak kadar olumsuz etkilemektedir.^{4,5,7,8} Bu hastaların öfke, anksiyete, ümitsizlik, yalnızlık, güçsüzlük, belirsizlik, izolasyon, seksüel fonksiyon bozuklukları, depresyon, bağımlılık ve ölüm korkusu yaşadıkları saptanmıştır.⁹ Türkiye'de beyin tümürlü hastalara yönelik verilen danışmanlık sonuçlarına ulusal literatürde rastlanmamıştır.

Özetle; hastaların fiziksel durumunu ve günlük yaşamlarını sürdürmeye yönelik bakım ve desteğe, psikolojik sıkıntıları ile baş etmeye ve seksüel yaşamı sürdürmeye yönelik bilgi ihtiyacı olduğu söylenebilir.⁸ Beyin tümörü hastalarının yaşadığı fiziksel sıkıntılar ve psikolojik sıkıntılar konusunda gereksinim duyduğu bilgiler ekip olarak oluşturulmuş uzman danışmanlar (hemşire, fizyoterapist, psikolog, uğraş terapisti gibi) tarafından verilmeli, hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden yaşadıkları sıkıntılarla baş etme gücü artırılmalı ve hastalığa uyum sağlanmalıdır.^{5,10} Bu hastaların kalan yaşam kalitesini artırmak, gerekli bakımın sürdürülmesini sağlamak, aile yüklerini azaltabilmek için hasta →

ve ailenin eğitilmesi ve desteklenmesi gerektiğini belirtmektedir.¹¹ Beyin tümörlü hastaların yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen, telefon aracılığıyla hastaları izleyen ve gerekli bilgileri veren danışmanların uygulamalarının hastalar tarafından yeterli ve memnun edici olduğu bulunmuştur.¹²⁻¹⁴

Bu araştırmada, danışmanlık verilen beyin tümörlü hastalarda ağrı, epileptik nöbet, konstipasyon, enfeksiyon ve hastaların yaşadığı diğer sıkıntılar tespit edilerek sevk etme durumları saptanmıştır.

MATERYAL ve METOD

Araştırma, beyin tümörlü hastalarda danışmanlığın bakım sonuçlarına etkisini incelemek amacıyla Grup I ve Grup II çalışması olarak yapılmıştır. Verilen danışmanlığın; Grup I'deki bireylerin evde bakım sonuçlarına etkisini saptamak amacıyla Grup II oluşturulmuştur. Araştırma iki üniversite hastanesinin nöroşirürji kliniğinde ve polikliniğinde bir yıl yürütülmüştür.

Primer beyin tümörü tanısı almış hastaların tümör yerleşimleri frontal, temporal, oksipital, pariyetal bölgedir. Örnekleme 45'i Grup I, 45'i Grup II toplam 90 hasta oluşturmuştur. Tüm hastaların en az ilköğretim mezunu olmasına, ameliyat öncesi dönemde Glaskow Koma Skorunun (GKS) 13-15 puan olmasına dikkat edilmiştir.

Araştırmaya katılan kişilerden ve kurumlardan gerekli izinler alınmıştır. Grup I'deki hastalara eğitim kitapçığı ile birlikte ameliyat öncesi, sonrası (3-7 gün içerisinde) araştırmacı tarafından bire bir eğitim verilmiş; Grup II'deki hastalara sadece eğitim kitapçığı verilmiştir. Bireylerin ameliyat öncesi, sonrası, ameliyattan bir, üç ve altı ay sonrası izlemleri yapılmıştır. İzlemlerde her iki gruba da ihtiyaç duydukları bilgiler telefon aracılığıyla ya da yüz yüze verilmiş, tespit edilen sıkıntılar karşısında hastalar sevk edilmiştir.

Araştırma verilerinin toplanmasında kullanılan Aydınlatılmış Onam Formu ve diğer formlar araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Beyin Ameliyatı Sonrası Perioperatif Bakımı Sürdürme Kitapçığı Hastaya ve ailesine sağlanan bilgilere rehberlik etmek, eğitim sırasında kullanılan araçlar ve kaynakları, öğretimin sonucunu, hasta ve ailenin geri bildirimlerini belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Perioperatif bakımı sürdürme eğitim kitapçığında ağrı yönetimi, yara bakımı, öz bakım, beslenme, belirti ve komplikasyonları izleme, ilaçların kullanımı, evde güvenlik önlemleri, fiziksel sınırlılıklar, sosyal yaşamda dikkat edeceği noktalar, ev ortamının düzenlenmesi, doktorun önerdiği fizik tedavi ve poliklinik kontrolüne uymanın önemi, gevşeme egzersizleri, dinlenme, uğraş

İzlemler	Grup I ortalama	Grup 2 ortalama
Ameliyat öncesi	3,91+ 3,57 (N=45)	2,31+2,81 (N=45)
Ameliyat sonrası	4,13+2,37 (N=45)	2,62+2,68 (N=45)
Bir ay sonra	1,60+1,97 (N=45)	1,11+1,78 (N=45)
Üç ay sonra	1,07+1,65 (N=40)	0,81+1,68 (N=43)
Altı ay sonra	0,5+0,89 (N=38)	0,65+1,34 (N=36)
Ağrı puanının grup ve izlemler arasında değerlendirilmesi		
	f	p
Grup I*Grup II	9,163	,003
Zaman	33,860	,000
Grup* Zaman	14,180	,001

İzlemler	Nöbet durumu								X ²	p
	Grup I (N=38)				Grup II (N=36)					
	Var		Yok		Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Ameliyat öncesi	10	26,31	28	73,69	6	16,6	30	83,4	0,00	1,00**
Ameliyat sonrası	6	15,78	32	84,22	4	11,1	32	88,9	0,385	0,535**
Bir ay sonra	1	2,6	37	97,4	8	22,2	28	77,8	2,00	0,157**
Üç ay sonra	5	13,15	33	86,85	3	8,4	33	91,2	0,908	0,341**
Altı ay sonra	3	7,8	35	92,2	3	8,4	33	91,2	0,005	0,945**
Cochran's Q (p)	13,143 (0,011*)				5,875 (0,209**)					

Vefat nedeniyle üçüncü ve altıncı ayda verisi olmayan kişiler program tarafından analiz dışı bırakılmıştır.

aktiviteleri, alternatif ve tamamlayıcı tedaviler, destek grupları hakkında bilgiler verilmiştir. Araştırmada hastaların tanıtıcı bilgileri sayı yüzde, aralarındaki homojenite ki kare testi ile belirlenmiştir. Hastaların ağrı puanlarının karşılaştırılması tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ile, nöbet geçirme ve enfeksiyon durumu karşılaştırılması çok gözlü ki kare testi ile, hastaların izlem sürecinde kendi içlerinde nöbet durumu, konstipasyon değerlendirmelerinde Cochran's Q testi ile belirlenmiştir. Hastaların danışmanlık ve izlemler sürecinde sordukları sorular ve sevk edilme nedenleri ve sayı yüzde ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırma örnekleminde yaş ortalaması Grup I'de→

DANIŞMANLIK VERİLEN BEYİN TÜMÖRLÜ HASTALARIN BAZI BAKIM SONUÇLARI: AĞRI, EPİLEPTİK NÖBET, KONSTİPASYON, İNFEKSİYON, SEVK DURUMLARI

Tablo 2b: Grup I ve Grup II'de nöbet durumunun değerlendirilmesi

İzlemler	Nöbet durumu							
	Grup I (N=38)				Grup II (N=36)			
	Var		Yok		Var		Yok	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Ameliyat öncesi	10	26,31	28	73,69	6	16,6	30	83,4
Ameliyat sonrası	6	15,78	32	84,22	4	11,1	32	88,9
Bir ay sonra	1	2,6	37	97,4	8	22,2	28	77,8
Üç ay sonra	5	13,15	33	86,85	3	8,4	33	91,2
Altı ay sonra	3	7,8	35	92,2	3	8,4	33	91,2
Cochran's Q (p)	13,143 (0,011*)				5,875 (0,209**)			
Vefat nedeniyle üçüncü ve altıncı ayda verisi olmayan kişiler program tarafından analiz dışı bırakılmıştır.								

Tablo 3: Ameliyat sonrası Grup I ve Grup II'de infeksiyon görülme durumunun karşılaştırılması

İnfeksiyon çeşidi	Grup I N	Grup II N	X ²	p
ÜSYI veya ASYI	4	8	1,53	0,215**
İYİ	1	1	0,000	1,000**
Stomatit	-	4	3,103	0,078**
Radyoterapi döneminde ÜSYI	2	3	0,529	0,467**
Toplam infeksiyon	7	16	4,731	0,030*
ÜSYI (Üst solunum yolu infeksiyonu), ASYI (Alt solunum yolu infeksiyonu), İYİ (İdrar yolu infeksiyonu)				

49,11+14,34, Grup II'de 51,31+13,38, tüm grupta 50,21+13,83'dir. Geçmişte beyin cerrahisi geçiren %8,9 (n=8) kişi vardır. Grup I'de düşük dereceli glial tümörü nedeniyle %4,4'ü (n=2), menenjiom nedeniyle %4,4'ü (n=2) cerrahi tedavi olmuştur. Grup II'de düşük dereceli glial tümörü nedeniyle %6,6'sı (n=3), menenjiom nedeniyle %2,2'si (n=1) cerrahi tedavi olmuştur. Bireylerin bakımından sorumlu kişilerin tanılanmasında gerek Grup I'de, gerek ise Grup II'de çekirdek aile tipinde eş ve çocuklar üstlenmektedir (%80, n=72). Bakım vermeye yönelik bilgi alma durumu incelendiğinde her iki grupta hastalar yazılı, görsel, planlanmış bir eğitim almamıştır (%100, n=90).

Hastaların tümör tipi incelendiğinde Grup I'de %37,8'i (n=17) yüksek dereceli glial tümör (kötü huylu), %62,2'si (n=28) menenjiom (iyi huylu) tanısı almıştır. Grup II'de %46,7'si (n=21) yüksek dereceli glial tümör(kötü huylu), %4,4'ü (n=2) düşük dereceli glial tümör(kötü huylu), %48,9'u (n=22) menenjiom (iyi huylu) tanısı almıştır. Toplamda kötü huylu beyin tümörü olan hasta %45 (n=40), iyi huylu beyin tümörü olan hasta %55'tir (n=50). Tümörün bulunduğu bölgeye

göre Grup I ve Grup II incelendiğinde, frontal lobta tümörü olan Grup I'de %35,6 (n=16), Grup II'de %42,2 (n=19), parietal lobta tümörü olan Grup I'de %24,4 (n=11), Grup II'de %20 (n=9), temporal lobta tümörü olan Grup I'de %15,6 (n=7), Grup II'de %24,4 (n=11), oksipital lobta tümörü olan Grup I'de %4,4 (n=2), Grup II'de %2,2 (n=1), frontoparietal lobta tümörü olan Grup I'de %4,4 (n=2), Grup II'de %4,4 (n=2), frontotemporal lobta Grup I'de %6,7 (n=3), Grup II'de %2,2 (n=1), temporoparietal lobta Grup I'de %8,9 (n=4), Grup II'de %4,4 (n=2)'dir. Tümörün cerrahi rezeksiyon tipi incelendiğinde, Grup I'de %62,2 (n=28) total, %37,8 (n=17) subtotal rezeksiyon; Grup II'de %55,6 (n=25) total, %44,4 (n=20) subtotal rezeksiyon yapılmıştır. Yüksek dereceli malign tümörü olan hastaların ilk üç ay %7,7'si (n=7), %10'u (n=9) üç ile altı ay içinde kaybedilmiştir. Grup I'de altı ay içinde toplam kaybedilen hasta %15,3 (n=7), Grup II'de ise %19,7 (n=9)'dur. Her iki grubun değişkenleri arasında homojinite sağlanmıştır ve gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur (p> 0,05).

Araştırmadan elde edilen bulgular özetlenecek olursa, ağrı puanı değerlendirmesinde gruplar arasında, izlemler arasında ve hem izlem hem de gruplar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p< 0,05, Tablo 1). Yapılan benforini düzeltilmiş t testine göre Grup I'in puan ortalamalarının Grup II'nin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu saptanmıştır (p< 0,05, Tablo 1). İzlemlere göre nöbet geçirme durumuna bakıldığında Grup I ve Grup II'de istatistiksel bir fark olmadığı (p> 0,05, Tablo 2a); ancak Grup I hastalarında nöbet görülme durumu aylar içerisinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı (p< 0,05), Grup II'de ise anlamlı düzeyde azalma olmadığı belirlenmiştir (p> 0,05, Tablo 2b).

Grup I ve Grup II'de nöbet geçirdiği tespit edilen 9 hasta, Grup II'de 12 hasta hastaneye yönlendirilmiştir. Grup II hastalarından %3,3'ünün düzenli olarak antiepileptik ilaçlarını kullanmadığı, Grup I'deki tüm hastaların ilaçlarını düzenli kullandığı belirlenmiştir.

Nöbet sonrası sevk edilen, Grup I'den bir, Grup II'den iki, toplam üç hastaya şant takılmıştır. Her iki gruptaki hastaların sevk sonrası kandaki antiepileptik ilaç düzeyleri değerlendirilmiş ve antiepileptik ilaçları değiştirilmiş veya günlük dozu artırılmıştır. Ameliyat sonrası Grup I ve Grup II'deki hastalarda üst solunum yolu infeksiyonu/alt solunum yolu infeksiyonu/idrar yolu infeksiyonu (ÜSYI/ASYI, İYİ) ve stomatit gelişme durumunda anlamlı bir fark yoktur (p> 0,05). Ancak her iki grupta toplamda infeksiyon gelişme oranı karşılaştırıldığında, Grup I'de 7, Grup II'de 16 infeksiyon saptanmış, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p< 0,05, X²=4,731, Tablo 3). →

Konstipasyon görülme durumuna bakıldığında ameliyattan bir ay sonra, üç ay sonra ve altı ay sonra yapılan izlemlerde gruplar arasında fark olduğu ($p<0,05$, Tablo 4a), Grup I'de konstipasyon görülme durumunun izlemler sürecinde azaldığı ve istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu ($p<0,05$), Grup II'de ise bir fark saptanmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur (Tablo 4b). Danışmanlık sürecinde her iki grupta yer alan %5,5 kişide bilinç değişikliği, baş dönmesi, dengesizlik gibi nörolojik değişiklikler nedeniyle hastalar sevk edilmiş, hastalarda serebral ödeme bağlı hidrosefali olduğu tespit edilmiş, üç hastaya şant takılmıştır, kortizon tedavisine başlanmıştır. Özellikle Grup II'deki bazı hastaların (%4,4) kontrol zamanlarını kaçırdığı; Grup I tüm hastaların kontrol zamanlarını takip ettiği tespit edilmiştir.

Hastalar kilo fazlalığı (%5,5 kişi), demir eksikliği anemisi (%6,6), yutma güçlüğü(%10), kan şekerinde yükselme(%5,5), tansiyonda yükselme, solunum sıkıntısı (%1,1) ve bunların yönetimine yönelik ek bilgi almak istemişlerdir.

Tümörün tekrarlamasına yönelik korkular hemen hemen her hastada tespit edilmiş, hastaların (% 6,6)'sı uykusuzluk, huzursuzluk, hayattan keyif almama gibi psikolojik sıkıntılar nedeniyle sevk edilmiştir, sevk sonucu antidepresan başlanmıştır. Sigara kullanan hastalardan %87,5'u sigarayı bırakmıştır. Hastalardan %13,3'ü destek grupları hakkında ek bilgi almış ve psikologlara yönlendirilmiştir. Bu hastalar ek olarak tamamlayıcı tıp konusunda da (yoga, masaj gibi) yardım almak istemişlerdir.

Hastaların %38,8'i nasıl beslenmesi gerektiğini izlemler sırasında tekrar sormuştur. Radyoterapi dönemindeki saç kaybı ve cilt değişikliğinden tedirgin olduğunu ifade eden %18,8 kişi bu durumun normal ve geçici olup olmadığını sormuştur. Yara yerinde şişme nedeniyle %33,3 kişinin anksiyete yaşadığı belirlenmiş, şişliğin normal olduğu konusunda hastalara bilgi verilmiştir. Hastaların %13,3'ünün cep telefonu kullanımına yönelik anksiyeteli oldukları tespit edilmiştir.

Her iki gruptaki %17,7 kişinin cinsellik ile ilgili soruları olmuştur. Özellikle erkeklerde cinsel fonksiyonu sürdürmede yetersizlik korkusu yer almaktadır. Kadınların bazılarında cinsel ilişkiye girmede isteksizlik ve ilişkiden kaçınma saptanmıştır.

Her iki grupta %12,2 kişi alternatif tedavilere (ısırgan otu, yeşil çay, ballı ve bitkisel karışım, beyine virüs aşısı hakkında) yönelik bilgi istemiştir. Alternatif tedavi ile ümitli olduklarını ifade eden hastalar, hastalığın ilerlemesini durduracaklarına inandıkları belirlenmiştir.

Hastaların %20'sinde manevi bir ihtiyaç olan oruç

Tablo 4a: Ameliyat sonrası Grup I ve Grup II'de konstipasyon görülme durumunun karşılaştırılması

Konstipasyon durumu						
Ameliyat öncesi	Var		Yok		X ²	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Grup I (N=45)	14	31,1	31	68,9	0,489	0,480**
Grup II (N=45)	11	24,4	34	75,6		
Ameliyat sonrası						
Grup I (N=45)	19	42,2	26	57,8	0,046	0,830**
Grup II (N=45)	18	40,0	27	60,0		
Bir ay sonra						
Grup I (N=45)	3	6,7	42	93,3	7,601	0,006*
Grup II (N=45)	13	28,9	32	71,1		
Üç ay sonra						
Grup I (N=40)	3	7,5	37	92,5	7,676	0,006*
Grup II (N=43)	14	31,8	30	68,2		
Altı ay sonra						
Grup I (N=38)	1	2,6	37	97,4	9,23	0,002*
Grup II (N=36)	10	27,8	26	72,2		
Cochran's Q (p)	40,681 (0,000*)		6,880 (0,142**)			

tutma isteği tespit edilmiş, antiepileptik ilaç alan, diabeti ve hipertansiyonu olan hastaların oruç tutması sakıncalı bulunmuştur.

Hastaların %37,7'si işine veya ev işlerine başlama zamanı, %5,5'i araba kullanma zamanını, %3,3'ü yenden spora başlama zamanını öğrenerek günlük yaşamlarını planlamak istemiştir.

TARTIŞMA

Beyin tümörü olan hasta ve ailesinin tanı aşamasında; ameliyat öncesi ve sonrasında; radyoterapi, kemoterapi sürecinde; semptom yönetimi, başetme yöntemleri konusunda bilgi gereksinimleri vardır.⁵ Beyin tümörü olan hastalara evde bakımlarını sürdürecektir, onları günlük yaşamlarında destekleyecek, akıllarına takılan soruları yanıt bulmalarını sağlayacak danışmanlık hizmeti, hastaların yaşam kalitesini artırmaktadır.¹²⁻¹⁴

Araştırmamızda hastaların günlük yaşamlarını sürdürmede destekleyici bilgiler verilmiş; fiziksel, psikolojik sıkıntılar tespit edilmiş, hasta ve yakınlarının sorunlarına yanıt bulacakları bir hizmet almaları sağlanmış; hastaların gereksinimlerine göre sevkleri yapılmış; durumlarına ve sorularına yanıt verilmiştir. Tüm girişimler hastaların yaşam kalitesini artırmada etkili olmuş olabilir. Evde hasta izleminin ve danışmanlığın →

DANIŞMANLIK VERİLEN BEYİN TÜMÖRLÜ HASTALARIN BAZI BAKIM SONUÇLARI: AĞRI, EPİLEPTİK NÖBET, KONSTİPASYON, İNFEKSİYON, SEVK DURUMLARI

Tablo 4b: Grup I ve Grup II'de konstipasyon gelişme durumunun değerlendirilmesi								
İzlemler	Konstipasyon durumu							
	Grup I (N=38)				Grup II (N=36)			
	Var		Yok		Var		Yok	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Ameliyat öncesi	12	31,6	26	68,4	9	25,0	37	75,0
Ameliyat sonrası	16	42,1	22	57,9	13	36,1	23	66,9
Bir ay sonra	2	5,2	36	94,8	8	22,2	28	77,8
Üç ay sonra	2	5,2	36	94,8	8	22,2	28	77,8
Altı ay sonra	1	2,6	37	97,4	10	27,7	26	72,3
Cochran's Q (p)	40,681 (0,000*)				6,880 (0,142**)			

Vefat nedeniyle üçüncü ve altıncı ayda verisi olmayan kişiler program tarafından analiz dışı bırakılmıştır.

sürdürülmesinin önemli olduğu araştırmamızda altı ayda elde edilen nöbet geçirme durumu, beslenmenin sürdürülmesi, infeksiyon kontrolü, nörolojik değişiklikler, tümörün tekrarlayacağına yönelik korkular, uykusuzluk, huzursuzluk, hayattan keyif almama gibi fiziksel ve psikolojik sıkıntılara yönelik yapılan girişimlerle gösterilmiştir. Altı ay içinde sigara kullanan hastaların %87,5'u sigarayı bırakmış olması hastaların diğer sağlık sorunlarının oluşmasını engellemiştir. Beslenme, saç kaybı, cinsellik, alternatif tedavi, yara yerinde şişme, oruç tutma, kontroller, cep telefonu kullanımı, işine veya ev işlerine başlama zamanı, araba kullanma, spor yapma gibi çeşitli sorularına yanıt aramak hastaların anksiyete düzeyini azalttığı gözlemlenmiştir.

Araştırma sonunda Grup I'den elde edilen ağrı ile baş etme, infeksiyon, konstipasyon gibi bakım sonuçlarının Grup II'ye göre istatistiksel olarak daha anlamlı çıktığını görmekteyiz. Grup I'e ameliyat döneminden başlayarak altı ay sonrasına kadar verilen bire bir eğitim ve danışmanlığın, Grup II'nin sadece eğitim kitapçığı olarak yaşadıkları sıkıntılara göre bilgi verilmesinden daha etkili olduğu görülmektedir.

Nöbet riski cerrahi travma, ödem veya kanama ile artmaktadır. Bu nedenle antiepileptik ilaçların profilaktik olarak verilmesi ve cerrahi sonrası sürdürülmesi ile hastalarda nöbet riskinin azaldığı belirtilmektedir.¹⁵ İnfeksiyon, hipokalemi, hiponatremi, hipokalsemi, hipomagnezemi nöbetlere neden olabilmekte ve anti-konvülsiyon (antiepileptik) ilaç düzeyinin düşük olması nöbetleri tetikleyebilmektedir.¹⁶

Araştırmamızda, Grup I ve II'nin nöbet geçirme durumunda anlamlı bir fark olmayışının nedeni bunlar olabilir. Her iki grupta da nöbet geçirmeyi önlemek amacıyla verilen antiepileptik ilaçların etki ve yan etkileri düşünülmesi, önlemler alınması, nöbet esnasında

yapılması gerekenlerin öğretilmesi ve hastaların sevk edilmesi ile hasta ve yakınlarına etkili bir danışmanlık verildiği düşünülmektedir. Hastaların fiziksel sıkıntılarının psikolojik sıkıntılara yol açtığı, anksiyete düzeylerini artırdığı, ölüme yönelik korkuları yarattığı, kötü huylu tümöre sahip hastaların ve ailelerinin daha umutsuz olduğu, her yeni bir fiziksel sıkıntının hasta ve yakınlarını strese soktuğu araştırmamızda da gözlemlenmiştir.^{4,9} Özellikle kötü huylu tümöre sahip hasta ve yakınlarına verilen danışmanlık hizmeti onların sorunlarla baş etmesine ve normal yaşantının gereklilerini yerine getirebilme konusunda yardımcı olduğu düşünülmektedir. Bazı hastaların antidepresan ilaca başlaması, destek gruplarına katılmaları, gevşeme ve solunum egzersizleri ile rahatlamaları psikolojik sıkıntıları hafifletmede etkili olduğu söylenebilir.

Araştırma örneğine hem kötü huylu hem de iyi huylu tümörü olan hastaların alınmış, araştırmanın tek merkezde yürütülmemiş ve hastaların psikolojik sıkıntılarını tespit etmede gerekli ölçüklerin kullanılmaması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

SONUÇ

Sonuç olarak, yüz yüze ve telefon görüşmesi ile verilen danışmanlık hizmetleri beyin tümürlü hastaların fiziksel ve psikolojik sıkıntılarına yardımcı olmaktadır. Her iki grupta da izlemler esnasında bilgi gereksinimleri saptanmış ve sıkıntı yaşadıkları konulara yönelik bilgi verilmiş olması, bu hastalara verilecek danışmanlığın önemini göstermektedir.

Nöroşirürji kliniklerinde verilen eğitimin bire bir olması, sadece broşür ve ya kitapçıkla olmaması, hastaların evdeki durumlarının belirlenmesi, verilen danışmanlık hizmetinin sürekli sürdürülmesi, danışmanlık hizmeti ile hasta bakımındaki sürekliliğin diğer alanlarda da kullanılması, daha etkin bir danışmanlığın sürdürülmesi için hastaların kolaylıkla ulaşabileceği telefon, web adreslerinin olması, nöroşirürji servisinde hasta görüşmelerinin sürdürülebileceği fizik ortamın sağlanması, bu alanda uzmanlaşmış hemşirelerin, psikologların, fizyoterapistlerin ve diğer sağlık çalışanlarının yetiştirilmesi ve işbirliklerinin artırılması, nöroşirürji anabilim dalının, psikiyatri ve radyasyon onkolojisi ile işbirliklerinin artırılması, diğer araştırmalarda psikolojik olarak değerlendirme ölçüklerinin de kullanılması, beyin tümörü olan hastaların gereksinimlerine yönelik diğer araştırmaların yapılması ve hastaların izlem sürelerinin uzatılması, daha sonraki araştırmalarda kötü huylu ve iyi huylu tümörü olan hastaların ayrı ayrı ele alınması, tümörlerin bulunduğu serebral lobların ayrı ayrı incelenmesi, araştırmanın tek bir merkezde uygulanması, danışmanlık hizmetinin yapılandırılması ve diğer alanlarda da yaygınlaştırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1 Blonna R, Watter D. Health counseling. A microskills approach. New Jersey, 2005; 9-12.
- 2 Terakye G Danışmanlık becerileri. Hasta Hemşire İlişkileri. Zirve Ofset, Ankara, 1998; 145-150.
- 3 Üstün B, Akgün E, Partlak N Danışmanlık. Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi. Okullar Yayınevi, İzmir, 2005; 162-166.
- 4 American Brain Tumor Association (ABTA) Living with a brain tumor. A guide for newly diagnosed patients and their families. 2007; 22-35.
- 5 Brownstain KO, Stevenson E. The essential guide to brain tumors, giving help, giving hope. National Brain Tumor Foundation, Sanfransisco, Taylor & Francis Inc., 2003; 51-68.
- 6 Zebrack B. Information and service needs for young adult cancer patients. Support Care Cancer 2008; 16: 1353-1360.
- 7 Janda M, Eakin E G, Bailey L et al. Supportive care needs of people with brain tumours and their carers. Support Care Cancer 2006; 14: 1094-1103.
- 8 Sanson-Fisher R, Girgis A et al The unmet needs of cancer patients. Cancer 2000; 88: 226-237.
- 9 Edvardsson T , Ahlström G. Illness-related problems and coping among persons with low-grade glioma. Psychooncology 2005; 14: 728-737.
- 10 Cancer Care Manitoba .Counseling and support for people with cancer families and friends. Taylor & Francis Inc. 2002; May, 5, 01.11.2008. www.cancercare.mb.ca
- 11 Barr JM. Providing support for patients with brain tumours and their families. Australas J Neurosci 2003; 16: 12-14.
- 12 Cox K, Wilson E. Follow-up for people with cancer: nurse-led services and telephone interventions. J Adv Nurs 2003; 43: 51-61.
- 13 Curren JR. Support needs of brain tumour patients and their carers: the place of a telephone service. Int J Palliat Nurs 2001; 7: 331-337.
- 14 Sardell S, Sharpe G, Ashley S et al. Evaluation of a nurse-led telephone clinic in the follow-up of patients with malignant glioma. Clin Oncol (R Coll Radiol) 2000; 12: 36-41.
- 15 Tremont-Lukats IW, Armstrong T, Giglio P et al. Antiepileptic drugs for preventing seizures in people with brain tumors. [Protocol] Cochrane Database of Systematic Review 2003; 4.
- 16 Westcarth L, Armstrong TA. Seizures in people with cancer. Clin J Oncol Nurs 2007; 11: 33-37.