

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

UYANIK KRANIOTOMİ UYGULANAN HASTALARIN
DENEYİMİ-ERKEN DÖNEM DİL, BİLİŞ BECERİLERİ ve
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Merve SOYER

Dil ve Konuşma Terapisi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA

2024

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

UYANIK KRANİOTOMİ UYGULANAN HASTALARIN
DENEYİMİ-ERKEN DÖNEM DİL, BİLİŞ BECERİLERİ ve
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Merve SOYER

Dil ve Konuşma Terapisi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Ayşen KÖSE

ANKARA
2024

ONAY SAYFASI**UYANIK KRANIOTOMİ UYGULANAN HASTALARIN DENEYİMİ-ERKEN DÖNEM
DİL, BİLİŞ BECERİLERİ ve YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ****Öğrenci: Merve SOYER****Danışman: Doç. Dr. Ayşen KÖSE**

Bu tez çalışması 08 / 11 /2024 tarihinde jürimiz tarafından Dil ve Konuşma Terapisi
Tezli Yüksek Lisans Programı” nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:	<i>Dr. Öğr. Üyesi Meltem Çiğdem KİRAZLI</i>	<i>(imza)</i>
	<i>(Hacettepe Üniversitesi)</i>	
Tez Danışmanı:	<i>Doç. Dr. Ayşen KÖSE</i>	<i>(imza)</i>
	<i>(Hacettepe Üniversitesi)</i>	
Üye:	<i>Dr. Öğr. Üyesi Şadiye BACIK TIRANK</i>	<i>(imza)</i>
	<i>(Gazi Üniversitesi)</i>	

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

05 Aralık 2024

Prof. Dr. Müge YEMİŞCİ ÖZKAN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezimin aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

05/12/2024

MERVE SOYER

¹“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internette paylaşılmamış durumda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** tarafından karar verilir.¹

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç. Dr. Ayşen KÖSE danışmanlığında tarafımdan üretildiği ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Merve SOYER

TEŞEKKÜR

Lisansüstü sürecimde her konuda desteğini, bilgisini esirgemeyen, bu yolculukta beni her zaman en içten sevgisiyle ve neşesiyle saran değerli danışman hocam Doç. Dr. Ayşen KÖSE'ye

Lisans ve lisansüstü eğitimim boyunca her zaman içtenliğiyle destekte bulunan, uyanık kraniotomi ile tanışmama vesile olan değerli Dr. Öğr. Üyesi Önal İNCEBAY'a, tez sürecimde her zaman yanımda olan, karşıma çıkan zorlukları kolaylaştıran değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Meltem Çiğdem KİRAZLI'ya, Dr. Öğr. Üyesi Aydan DUMBAK'a,

Tez konuma çok kıymetli bilgi ve tecrübeleri ile içtenlikle destek veren, değerli hocalarım Prof. Dr. Mustafa BERKER, Doç. Dr. Fatma ESEN AYDINLI, Doç. Dr. İlkey İŞIKAY ve Doç. Dr. Şahin HANALIOĞLU'na

Hacettepe Üniversitesi Uyanık Kraniotomi Ekibi'nde çalışan tüm ekip arkadaşlarıma ve hocalarıma,

Hayatımın en güzel, en öğretici, en verimli dönemini geçirdiğim tez sürecimde, zorlu yollarımı kolaylaştıran, her zaman elini üzerimde hissettiğim, her zaman destekte bulunan ve sevgisini sunan canım ailem ve değerli dostlarıma,

Hayatımın her anına, yürüdüğüm her yola, bilgisiyle, sevgisiyle, desteğiyle ve neşesiyle değer katan sevgili Aslan Görkem YENİGEZER'e,

İçtenlikle, tüm samimiyetiyle, bilime katkı sunmak için, uyanık kraniotomi sürecini ilk kez yaşayacak diğer bireylere yol gösterici olmak için yaşadıkları mücadeleyi bir kenarda tutup çalışmama katılım göstermiş olan güzel yürekli katılımcılarıma,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tüm mücadelelerin mutlulukla sonlanması dileğimle...

ÖZET

Soyer, M., Uyanık Kraniotomi Uygulanan Hastaların Deneyimi-Erken Dönem Dil,Biliş Becerileri ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dil ve Konuşma Terapisi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2024. Uyanık kraniotomi, kritik fonksiyona sahip beyin bölgelerinin tümör rezeksiyonu için kullanılan bir yöntemdir. Ameliyat sırasında hastanın nörolojik durumunun anlık olarak izlenmesine olanak sağladığı için dil, biliş, motor ve duysal fonksiyonları korunabilmektedir. Çalışmamız, nitel ve nicel aşamadan oluşmaktadır. Nitel araştırmanın amacı; Türkiye’de uyanık kraniotomi uygulanan hastaların deneyimlerini araştırmaktır. Nicel araştırmanın amacı ise uyanık kraniotominin ameliyat sonrası erken dönemde hastaların dil, biliş becerileri ve yaşam kalitesine etkisini incelemektir. Nitel aşamada, uyanık kraniotomi uygulanan hastalar ile yarı-yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Nicel aşamada ise ameliyat öncesi ve sonrası erken dönemde hastaların dil, biliş becerilerine ve yaşam kalitesine ilişkin ölçekler kullanılmıştır. Afazi Dil Değerlendirme Testi’nin (ADD), tekrarlı ölçümlerinde Adlandırma puanı ve ADD toplam puanında anlamlı farklılıklar ($p<0,05$) gözlemlenmiş, Resim Adlandırma Testi (RAT) ile Piramit ve Palmiye Ağaçları Testi (PPTT) sonuçları ise anlamlı farklılık göstermemiştir. Standardize Mini Mental Durum Testi (SMMT) sonuçlarında ise anlamlı farklılık ($p<0,05$) tespit edilmiştir. İnme ve Afazi ile İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SAQOL-39-TR) sonuçlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bununla birlikte, Kısa Form-36-TR’de Fiziksel Fonksiyon ve Sosyal Fonksiyon alt puanlarında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Nitel aşamada, hastaların sürece dair yüksek memnuniyet gösterdiği belirlenmiştir. Bu çalışmanın, uyanık kraniotomi sürecinde hasta deneyimlerinin anlaşılmasına ve cerrahi prosedürlerin geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Uyanık kraniotomi sonrası hastaların dil, bilişsel becerileri ve yaşam kalitesinde düşüş gözlemlenmiştir. Bu çalışmanın uyanık kraniotomi uygulanan hastaların deneyimlerini inceleyerek literatüre katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Uyanık Kraniotomi, Hasta Deneyimi, Yaşam Kalitesi, Nitel Çalışma

ABSTRACT

Soyer, M., Experience of Patients Undergoing Awake Craniotomy-Investigation of the Early Effects on Language, Cognitive Skills, and Quality of Life, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences, Speech and Language Therapy Programme Master's Thesis, Ankara, 2024. Awake craniotomy is a method used for tumour resection of brain regions with critical functions. Since it allows instant monitoring of the patient's neurological status at the time of surgery, language, cognition, motor and sensory functions can be preserved. Our study consists of two phases. The aim of the qualitative research is to investigate the experiences of patients undergoing awake craniotomy in Turkey. The aim of the quantitative research is to examine the effect of awake craniotomy on language, cognition skills and quality of life of patients in the early postoperative period. In the qualitative phase, semi-structured interviews were conducted with patients who underwent awake craniotomy. In the quantitative phase, scales related to language, cognition skills and quality of life of the patients in the preoperative and early postoperative period were used. Significant differences ($p < 0.05$) were observed in the Aphasia Language Assessment Test naming score and total score in repeated measurements, while the results of the Picture Naming Test and Pyramid and Palm Trees Test did not show significant differences. A significant difference ($p < 0.05$) was found in the Standardised Mini Mental State Examination results. No significant difference was found in the results of the Stroke and Aphasia Related Quality of Life Scale. However, a significant difference was found in the Physical Function and Social Function sub-scores of the Short Form-36-TR ($p < 0.05$). It was determined that the patients showed high satisfaction with the process. It is thought that this study will contribute to the understanding of patient experiences in the awake craniotomy process and the development of surgical procedures. After awake craniotomy, patients' language, cognitive skills and quality of life decreased. It is thought that this study will contribute to the literature by analysing the experiences of patients undergoing awake craniotomy.

Keywords: Awake Craniotomy, Patient Experience, Quality of Life, Qualitative Study

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLOLAR	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kraniyotomi	4
2.2. Uyanık Kraniyotomi	4
2.3. Uyanık Kraniyotomi ile ilişkili Kritik Fonksiyonel Korteks Alanları	6
2.3.1. Frontal Lob	7
2.3.2. Parietal Lob	8
2.3.3. Temporal Lob	9
2.3.4. Oksipital Lob	9
2.4. Uyanık Kraniyotomide Ekip Yaklaşımı	10
2.5. Uyanık Kraniyotomide Dil ve Konuşma Terapistinin Rolü	13
2.5.1. Uyanık Kraniyotomi Öncesinde Dil Becerilerini Değerlendirme	13
2.5.2. Uyanık Kraniyotomi Esnasında Dil Becerilerini Değerlendirme	14
2.5.3. Uyanık Kraniyotomi Sonrası Dil Becerilerinin Değerlendirmesi	16
2.6. Uyanık Kraniyotomi Sürecinde Dil Becerilerini Değerlendirme	16
2.7. Uyanık Kraniyotomi Sürecinde Bilişsel Becerileri Değerlendirme	19
2.8. Uyanık Kraniyotomi Sürecinde Yaşam Kalitesi Değerlendirme	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırma Modeli	22
3.2. 1. Aşama: Nitel Araştırma	24
3.2.1. Katılımcılar	24

3.2.2. Nitel Araştırmanın Yeri ve Zamanı	27
3.2.3. Veri Toplama Aracı ve Tekniği	28
3.2.4. Veri Toplama Süreci	30
3.2.5. Verilerin Analizi	32
3.3. 2. Aşama: Nicel Araştırma	35
3.3.1. Katılımcılar	35
3.3.2. Nicel Araştırmanın Yeri ve Zamanı	35
3.3.3. Veri Toplama Aracı ve Tekniği	36
3.4. İstatistiksel Analiz	39
4. BULGULAR	40
4.1. Demografik ve Tıbbi Bulgular	40
4.2. Nitel Aşama Bulguları	41
4.2.1. Uyanık Beyin Ameliyatı Öncesine İlişkin Deneyimler	41
4.2.2. Ameliyat Öncesi Sürece İlişkin Görüşler	43
4.2.3. Ameliyat Öncesine İlişkin Duygular	49
4.2.4. Ameliyat Öncesi Dil ve Konuşma Terapisti İle İletişim	49
4.2.5. Ameliyat Sonrası Beklentiler	52
4.2.6. Uyanık Beyin Ameliyatı Anına İlişkin Deneyimler	54
4.2.7. Ameliyat Anına İlişkin Görüşler	56
4.2.8. Ameliyat Anını Metaforlaştırma	58
4.2.9. Ekip Yaklaşımına İlişkin Görüşler	59
4.2.10. Ameliyat Anına İlişkin Duygular	60
4.2.11. Ameliyat Anında Dil ve Konuşma Terapisti İle İletişim	60
4.2.13. Ameliyat Sonrası Görüşler	65
4.2.14. Ameliyat Sonrası Duygular	67
4.2.15. Ameliyat Sonrası Dil ve Konuşma Terapisti İle İletişim	67
4.2.16. Ameliyat Sonrası Yaşam Kalitesi	69
4.2.17. Öneriler	71
4.3. Nicel Aşama Bulguları	75
5. TARTIŞMA	79
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	107
7. KAYNAKÇA	110

8. EKLER

EK-1: Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulu

EK-2: Tez Çalışması Orijinallik Raporu

EK-3: Dijital Makbuz

EK-4: Aydınlatılmış Onam Formu

EK-5: Nitel Araştırma için Eğitim Sertifikaları

EK-6: Davet Metni

Ek-7: Ameliyat Öncesi Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Soruları

Ek-9: Demografik Bilgi Formu

9. ÖZGEÇMİŞ



SİMGELER VE KISALTMALAR

ACOM	<i>The Aphasia Communication Outcome Measure</i>
ADD	Afazi Dil Değerlendirme Testi
BAT	Boston Naming Test
CARER COAST-TR	İnme Sonrası İletişim Çıktıları- Bakım Veren Ölçeği
CAT	Comprehensive Aphasia Test
CAT-TR	Comprehensive Aphasia Test
COAST	<i>Communication Outcome After Stroke Scale</i>
COAST-TR	İnme Sonrası İletişim Çıktıları Ölçeği
GAT-2	Gülhane Afazi Testi-2
HRQOL	Health-Related Quality of Life
İST	İz Sürme Testi
K	Katılımcı
KP	Katılımcı Pilot
MoCA	Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği
PPTT	Piramit ve Palmiye Ağaçları Testi
RAT	Resim Adlandırma Testi
SAQOL-39	<i>Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39</i>
SAQOL-39-TR	İnme ve Afazi İle İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği
SF-36-TR	Kısa Form-36-TR
sfBDAE	Boston Tanısal Afazi Bataryası
SMMT	Standardize Mini Mental Durum Testi
Stroop TBAG	Stroop Temel Bilimler Araştırma Grubu Testi
WAIS-R	<i>Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised</i>
WAT	Western Aphasia Test

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
2.1. Beyin lobları	7
2.2. İntraoperatif beyin haritalama	11
2.3. Ameliyat anında testlerin uygulanışı ve ekip yaklaşımı	13
2.4. Uyanık kraniotomi esnasında ve sonrasında gözlenebilecek dil ve konuşma bozuklukları ve ilişkili nörolojik temsil gösterilmiştir	15
3.1. 1.Aşama-nitel araştırma	23
3.2. 2. Aşama-nicel araştırma	23
3.3. Dahil edilme kriterlerine göre katılımcı belirleme	27
3.4. Ameliyat öncesi görüşme süreci	31
3.5. Ameliyat sonrası görüşme süreci	32
4.1. Çalışmanın temaları	41
4.2. Uyanık beyin ameliyatı öncesine ilişkin deneyimler hiyerarşik alt kodu	42
4.3. Ameliyat öncesine ilişkin duygular	49
4.4. Ameliyat öncesi kod bulutu	54
4.5. Uyanık beyin ameliyatı anına ilişkin deneyimler hiyerarşik alt kodu	55
4.6. Ameliyat anı kod haritası	58
4.7. Ameliyat anına ilişkin duygular	60
4.8. Ameliyat anı kod bulutu	63
4.9. Uyanık beyin ameliyatı sonrasına ilişkin deneyimler hiyerarşik alt kodu	64
4.10. Ameliyat sonrası duygular	67
4.11. Ameliyat sonrası kod haritası	70

TABLÖLAR

Tablo	Sayfa
2.1. Beyin tümörlerine bağlı gözlenebilecek dil ve konuşma bozuklukları	17
4.1. Demografik ve tıbbi bilgiler	40
4.2. Ameliyat anı metaforları	59
4.3. Tekrarlı ölçümlerde ADD puanlarına ilişkin farklılık analiz bulguları	75
4.4. Tekrarlı ölçümlerde RAT puanlarına ilişkin farklılık analiz bulguları	76
4.5. Tekrarlı ölçümlerde PPTT puanlarına ilişkin farklılık analiz bulguları	76
4.6. Tekrarlı ölçümlerde SMMT puanlarına ilişkin farklılık analiz bulguları	77
4.7. Tekrarlı ölçümlerde SAQOL 39-TR puanlarına ilişkin farklılık analiz bulguları	77
4.8. Tekrarlı ölçümlerde SF-36-TR puanlarına ilişkin farklılık analiz bulguları	78

1. GİRİŞ

Uyanık kraniyotomi, kortikal ve subkortikal tümör rezeksiyonları sırasında dil ve/veya sensorimotor becerilerle ilişkili fonksiyonel alanların belirlenmesine ve korunmasına yardımcı olmak için günümüzde kullanılan yararlı bir cerrahi yaklaşımdır (1). Bu tekniği kullanarak hasta güvenliğini en üst düzeye çıkarmak ve morbiditeyi en aza indirmek amaçlanmaktadır. Uyanık kraniyotomi, tümörün rezeksiyonu sırasında hastanın uyanık ve koopere olduğu bir cerrahi tekniktir (2, 3). Uyanık kraniyotomi, açık beyin ameliyatı sırasında hastanın klinik ve nörolojik durumunun sürekli ve anlık değerlendirilmesini sağlamaktadır (4). Hayati nörolojik fonksiyonları izlerken ve korurken bir lezyonun maksimum güvenli rezeksiyonu için intraoperatif beyin haritalamasına olanak tanımaktadır (3, 5, 6). Uyanık kraniyotomi, beyin haritalamasına ve anlamlı beyin fonksiyonlarının gerçek zamanlı olarak izlenmesine olanak sağladığı için değerli bir yöntemdir (7). Dil ve konuşma terapistleri (DKT) uyanık kraniyotomi uygulamasının önemli ekip üyelerindendir. Uyanık kraniyotomide dil ve konuşma terapistinin rolleri; ameliyat öncesi dil değerlendirmesi, semptomların tanımlanması, ameliyat anına yönelik hedeflerin dikkatli seçilmesi, dilin direkt elektriksel stimülasyon veya rezeksiyondan etkilenip etkilenmediğinin izlenmesi, ameliyat sırasındaki streslerin yönetimi ve cerraha geribildirim verilmesini içermektedir. Uyanık kraniyotomi hastalarında dil değerlendirmesinin amaçları; ameliyat öncesi bozuklukları belirlemek, ameliyat sırasında oluşabilecek bozuklukları hızlı bir şekilde saptamak ve ameliyat sonrası dil ve bilişsel fonksiyonları tespit etmektir (8-10).

Uyanık kraniyotomi 70 yılı aşkın bir süredir yapılmaktadır; ancak hastaların bu tekniği nasıl algıladığına dair çok az veri bulunmaktadır (11). Dil ve konuşma terapistleri bu sürecin önemli bir parçası iken literatürde uyanık kraniyotomi uygulanan hasta deneyimlerine ilişkin az sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Bununla birlikte uyanık kraniyotomiye yönelik hasta deneyimlerinin betimlendiği çalışmalar incelendiğinde; süreç hakkında genel deneyimleri tanımlayan soruların ve cevapların yer aldığı çalışmalara rastlanmaktadır (4, 11-14) ancak uyanık kraniyotomi sürecindeki dil ve konuşma terapisine yönelik hasta deneyimlerinin eksik kaldığı da gözlenmektedir. Ulusal literatürde ise uyanık kraniyotomi uygulanan hastaların

deneyimi ile ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Türkiye’de uyanık kraniyotomi uygulanan hastaların bu yöntem ile ilgili genel deneyimleri ve bu süreçteki dil ve konuşma terapisi uygulama ve yaklaşımlarına yönelik hasta deneyimlerini araştırmak amacıyla nitel bir çalışma planlanmıştır. Hastaların dil konuşma becerilerine yönelik uyanık kraniyotomi süreci içindeki beklentilerini belirlemek ise çalışmanın bir diğer amacını oluşturmaktadır. Hastaların uyanık kraniyotomi süreci içinde yaşadıkları iletişimsel durumlara yönelik olumlu/olumsuz bakış açılarını, algılarını belirlemek de amaçlar arasındadır.

Hastaların deneyimine ilişkin bilgi, cerrahi teknikte gelişmeye yol açabilir ve gelecekteki hasta bakımını iyileştirebilir (15, 16). Uyanık kraniyotomide hasta bakımı önemli rol oynamaktadır; çünkü beyin tümörü hastada fiziksel, psikolojik, sosyal, bilişsel, dilsel, davranışsal ve duyuşsal sorunlara ve ileri düzeyde fonksiyon kayıplarına neden olarak hastanın yaşamını her yönüyle etkilemektedir(17, 18). Bu nedenle hastalarda birçok semptom oluşmaktadır ve bu durum hastaların yaşam kalitesini düşürmektedir. Ayrıca bu hastalarda sensorimotor bozulma, kişilik değişikliği, bilişsel bozulma, afazi ve görme sorunları gibi nörolojik bozukluklar da gelişebilmektedir (19, 20). Nöbet sıklığı, yorgunluk gibi semptomların da yaşam kalitesini azalttığı kanıtlanmıştır (21). Literatürdeki çalışmalara bakıldığında erken dönem ameliyat sonrası dil, biliş becerileri ve yaşam kalitesinde azalma olduğu gözlenmektedir (22, 23). Çalışmalarda ameliyat sonrası geç dönemde ise dil, biliş becerileri ve yaşam kalitesinde ameliyat öncesi dönem ve erken dönem ameliyat sonrası sonuçlarına kıyasla artış olduğu belirtilmektedir (24-26).

Uyanık kraniyotomi uzun dönemde bakıldığında ameliyat sonrası nörolojik defisit riskini en aza indiren ve hastanın sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini koruyan cerrahi bir yaklaşım olarak kullanılmaktadır. Uyanık kraniyotominin amacı, maksimum rezeksiyon ile minimal morbidite olmakla birlikte yaşam kalitesini de iyileştirmektir (27-29). Türkçe literatürde gerek hasta deneyimi gerekse ameliyat sonrası erken dönem dil, biliş becerileri ve yaşam kalitesine yönelik çalışmalara rastlanmamaktadır. Bu sebeple çalışmamız nitel ve nicel araştırma yöntemlerini içeren 2 ayrı aşamadan oluşmaktadır. Birinci ve temel aşama olan nitel araştırmanın amacı; Türkiye’de uyanık kraniyotomi uygulanan hastaların uyanık kraniyotomi ile ilgili genel deneyimlerini

araştırmak, bu süreçteki dil ve konuşma terapisine yönelik hasta deneyimlerini ve uyanık kraniyotomiden beklentilerini incelemektir. Bu amaçlar doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

1-Uyanık kraniyotomi uygulanan hastaların uyanık kraniyotomi sürecine ilişkin genel deneyimleri nasıldır?

2-Uyanık kraniyotomi sürecinde dil ve konuşma terapisi yaklaşımı ile ilgili ameliyat öncesi, ameliyat esnası ve ameliyat sonrası deneyimi nasıldır?

İkinci aşamayı oluşturan nicel araştırmanın amacı ise uyanık kraniyotomi öncesi ve sonrası erken dönem dil, biliş becerileri ve yaşam kalitesi ile ilgili sonuçlarını karşılaştırmaktır.

İkinci aşamayı oluşturan nicel araştırmanın hipotezleri aşağıda yer almaktadır:

1. H1: Uyanık kraniyotomi uygulanan hastaların ameliyat sonrası erken dönem dil becerilerine ilişkin değerlendirme skorlarında ameliyat öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

2. H1: Uyanık kraniyotomi uygulanan hastaların ameliyat sonrası erken dönem bilişsel becerilerine ilişkin değerlendirme skorlarında ameliyat öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

3. H1: Uyanık kraniyotomi uygulanan hastaların ameliyat sonrası erken dönem yaşam kalitesine ilişkin ölçek puanlarında ameliyat öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kraniotomi

Kraniotomi; kafatasını delmek veya kemik parçalarını çıkarmak için beyin cerrahisine özel aletlerin kullanıldığı ve kafatası boyunca bir yol açarak beyne erişim sağlayan cerrahi bir işlemdir (30). Kafatası içindeki yapılara ulaşabilmek için kafatasından kemiğin bir kısmının çıkarılmasını içeren bu cerrahi yöntem, genellikle beyin tümörleri, beyin kanaması, kafa travmaları gibi durumlarda uygulanmaktadır. Kökeni eski dönemlere dayanan bu işlemin geliştirilmiş ilk modern hali 19. yy'de uygulanmıştır (31). Kraniotomi genel anestezi altında ya da uyanık olarak yapılabilmektedir (32).

Genel anestezinin; vital fonksiyonların kontrol edilebilmesi, reflekslerin baskılanması, pozitif ventilasyon sebebiyle hava embolisi riskinin daha düşük olması, hastanın uyuyor olması nedeniyle daha yüksek cerrahi konfor gibi avantajları olsa da genel anestezi altında hastanın dil ve konuşma becerilerinin, istemli oral-motor hareketlerinin ve diğer motor becerilerinin değerlendirilmesi oldukça zor olmaktadır (33-35).

2.2. Uyanık Kraniotomi

Uyanık kraniotomi, kritik fonksiyonel kortikal alanları içeren intrakranial tümörün çıkarılması için lokal anestezi ve monitörize sedasyon kullanılarak uygulanan bir tekniktir. Kraniotomiler; çoğunlukla genel anestezi altında yapılırsa da uyanık kraniotomi motor korteks, dil ve konuşma alanı, bilişsel işlevler gibi beynin kritik fonksiyona sahip bölgelerinde ve bu alanlara yakın olan bölgelerde yerleşmiş lezyonların rezeksiyonu için kullanılmaktadır (30, 34). Günümüzde uygulanan ve uygulanması gün geçtikçe yaygınlaşan bir tekniktir. Beyin bölgelerinde bulunan lokalize tümör rezeksiyonunun yanı sıra nöbet odaklarının lokalizasyon ve rezeksiyonunda da tercih edilebilmektedir (5, 36). Uyanık kraniotomi, fonksiyonel dokuyu koruyarak morbiditeyi en aza indirirken radikal tümör rezeksiyonunu kolaylaştıran intraoperatif haritalamaya olanak tanımaktadır (21, 37). Uyanık

kraniyotomi ile beyin haritalaması, genel anestezi altında yapılan rezeksiyona göre yüksek dereceli bilişsel işlevlerin daha iyi korunmasını sağlamaktadır (38). Uyanık cerrahide bilişsel ve nörolojik izleme sırasında gerçekleştirilen doğrudan elektriksel stimülasyon, beyin fonksiyonlarının haritalandırılmasında günümüzde altın standart yöntem olarak kabul edilmektedir (39). Uyanık kraniyotomi, kortikal ve subkortikal fonksiyonların gerçek zamanlı izlenmesini sağlamaktadır. Uyanık kraniyotomi sırasında hastanın dil-konuşma ve görme yetisi ile motor fonksiyonları değerlendirilebilmektedir. Genel anestezi ile karşılaştırıldığında; uyanık kraniyotomide tümör rezeksiyonundan sonra geç dönemde daha geniş tümör rezeksiyonu, daha az nörolojik defisit gözleendiği belirtilmektedir. Erken dönemde ise cerrahi müdahalenin yapıldığı bölgeye bağlı olarak hastalarda geçici nörolojik defisitler ile karşılaşılabilir. Erken dönemde kısa süreli bellek ve dikkat problemleri gözleenebilir. Hastalarda geçici sözcük bulma güçlüğü-anomi, geçici dil ve konuşma bozuklukları, yürütücü işlevlerde geçici bozulma gözleenebilir. Erken dönemde meydana gelen geçici nörolojik defisitler, fiziksel durum, ameliyat sonrası erken dönemde oluşan ağrı ve yorgunluk, cerrahi sonrası erken dönemde stres, depresyon gibi duygusal durumlar, sosyal yaşantıda azalma hastanın yaşam kalitesini geçici olarak etkileyebilmektedir. Uzun dönemde ise hastalardaki bu nörolojik defisit oranının azaldığı gözlenmektedir. Genel anestezi ile kıyaslandığında uyanık kraniyotominin avantajları bulunsa da; bu cerrahi yöntem esnasında da acil entübasyon gerektirecek ani hava yolu tıkanması, şiddetli ağrı, bulantı, kusma, ameliyat anında epileptik atak geçirilmesi gibi dezavantajlı olan durumlar bulunmaktadır (10, 21, 27, 30, 40-42). Bu sebeple uyanık kraniyotomi her hasta için uygun bir yöntem olmamaktadır. Uyanık kraniyotominin başarılı yapılabilmesi için hasta seçiminde dikkat edilmesi gereken özellikler bulunmaktadır. Bu cerrahi yöntem; bilinç/mental durumu ve kooperasyonu iyi olan, kritik fonksiyona sahip kortikal bölgede ya da bu bölgeye komşuluğu olan alanlarda patolojisi/lezyonu bulunan, nöbet ve kanama riski normal sınırlarda olan, ödemi az, ameliyat öncesinde yapılan değerlendirmede zor entübasyon öngörülme, süpin (sırt üstü yatar) pozisyon ya da lateral (yan yatar) pozisyonda ameliyat olabilecek ve ameliyat sırasında uyanık olmayı gönüllü kabul eden hastalarda uygulanmaktadır. Ayrıca hastanın hamilelik durumu, yaş, kilo ve

operasyon öncesi nörolojik fonksiyonu da göz önünde bulundurulması gereken faktörler arasında yer almaktadır (30, 42-45).

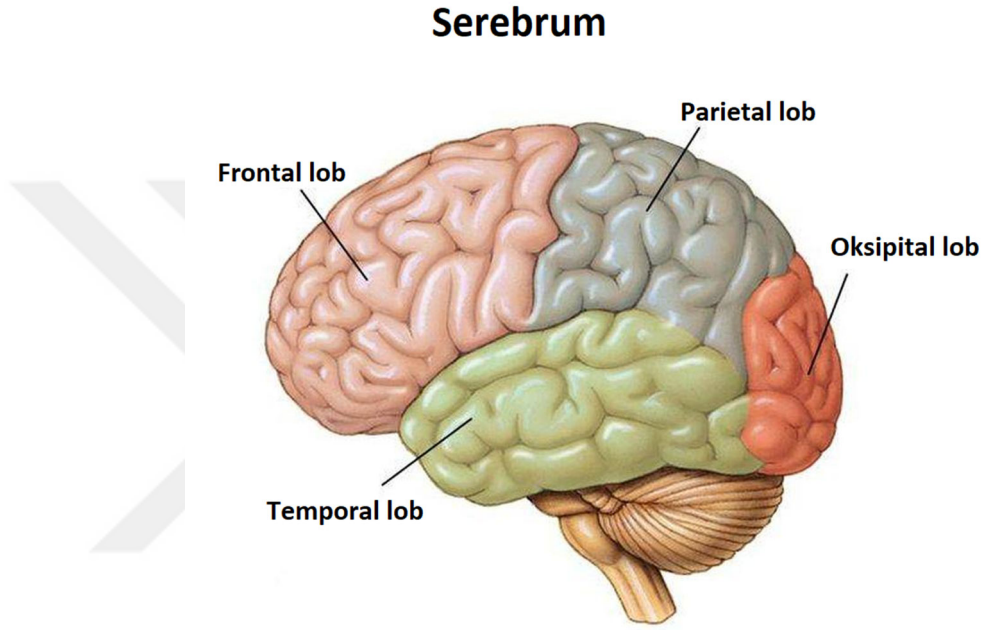
İki çeşit uyanık kraniotomi prosedürü bulunmaktadır. Bu prosedürler; hastanın kortikal haritalama ve tümör rezeksiyonu sırasında uyanık olduğu ‘Uyur-Uyanık-Uyur’ (*Sleep-Awake-Sleep*) ve hastanın tüm operasyon boyunca uyanık olduğu ‘Uyanık’ (*Awake*) kraniotomi türleridir (32, 46). ‘Uyur-Uyanık-Uyur’ (*Sleep-Awake-Sleep*) tekniğinde hasta; başının sabitlenmesi, pozisyonlanması, duranın açılması sırasında genel anestezi altındadır. Beyin haritalamasının yapılacağı sırada hasta uyandırılır. Hasta ile kooperasyon sağlandığında haritalandırılma sonrasında tümör eksizyonu yapılacak bölgeye yönelik motor hareket veya konuşma gibi çıktılarla hasta takip edilerek maksimal tümör eksizyonu yapılır. Eksizyonu takiben cerrahi alanın kapatılması öncesinde hasta tekrar uyutulur. ‘Uyanık’ (*Awake*) kraniotomi de ise hasta tüm işlemler sırasında uyanıktır. Hastaya hafif sedasyon uygulanmaktadır (47-49).

2.3. Uyanık Kraniotomi ile ilişkili Kritik Fonksiyonel Korteks Alanları

Uyanık kraniotomi, kritik fonksiyonel korteks alanlara yakın beyin tümörlerinin rezeksiyonu için kullanılmaktadır. Konuşma, motor ve duyu fonksiyonlarını kontrol eden beyin bölgeleri, kritik fonksiyona sahip korteks bölgeleridir. Uyanık kraniotomi sırasında kritik fonksiyonel kortikal alanların belirlenmesi ve korunması, konuşma, motor ve duysal fonksiyonların ameliyat sonrasında da korunmasını sağlar. Bu alanların doğru bir şekilde haritalanması ve izlenmesi, ameliyatın güvenli ve etkili bir şekilde gerçekleştirilmesine katkıda bulunmaktadır. İnsanlardaki beyin yüzeyinin büyük kısmı, yüksek seviyeli duysal işlemler, motor planlama, dil organizasyonu ve konuşma, görsel-uzamsal uyum, sosyal olarak uygun hareketlerin kararı ve soyut düşünme gibi karmaşık işlevleri yöneten assosiasyon korteksinden oluşmaktadır. Assosiasyon korteksin yanı sıra, birçok subkortikal yapı da bu işlevlerin gerçekleşmesinde rol oynamaktadır (25, 50).

Hemisferler iki derin sulcusla, frontal lob, parietal lob, temporal lob ve oksipital lob olmak üzere dört loba ayrılmaktadır (Şekil 2.1.). İnsan beyninin dört ana lobu olan frontal, parietal, temporal ve oksipital loblar, her biri farklı anatomik

konumlara ve fonksiyonel görevlere sahiptir. Bu sebeple, beynin bütünsel işleyişinde önemli rol üstlenmektedirler. Frontal lob motor ve yürütücü işlevlerde, parietal lob duyuşsal algı ve uzamsal farkındalıkta, temporal lob işitsel algı ve bellekte, oksipital lob ise görsel algıdan sorumludur. Bu loblar arasındaki işbirliği, insanın karmaşık bilişsel ve fiziksel işlevlerini gerçekleştirmesini sağlamaktadır. Şekil 2.1.' de beyin lobları gösterilmektedir (51).



Şekil 2.1. Beyin lobları

2.3.1. Frontal Lob

Anatomik Konum

- Beynin ön kısmında, ön merkezi girusun önünde yer almaktadır. Motor korteks, prefrontal korteks - orbitofrontal korteks ve Broca alanı olmak üzere başlıca üç bölgeye ayrılmaktadır (51, 52).

Fonksiyonel Görevleri

- **Motor Fonksiyonlar:** Primer motor korteks (*precentral gyrus*) vücudun istemli hareketlerini kontrol etmektedir.

- **Yürütücü İşlevler:** Planlama, karar verme, problem çözme ve mantıksal düşünme gibi yüksek düzeyde bilişsel işlemleri içermektedir.

- **Dil Üretimi:** Broca alanı, konuşmanın motor yönlerini kontrol etmektedir.

- **Davranış ve Duygusal Kontrol:** Sosyal davranışları düzenlemekte ve duygusal yanıtları kontrol etmekte görevlidir.

- **Bellek:** Çalışma belleği ve kısa süreli bellek işlevlerinden sorumludur (51, 52).

2.3.2. Parietal Lob

Anatomik Konum

- Beynin üst-orta kısmında, frontal lobun arkasında ve oksipital lobun önünde yer almaktadır (51, 53).

Fonksiyonel Görevler

- **Duyusal Algı:** Primer somatosensory korteks (*postcentral gyrus*) dokunma, basınç, sıcaklık, ağrı gibi duysal bilgileri işlemektedir.

- **Uzamsal Farkındalık ve Yön Bulma:** Vücudun ve nesnelerin uzamdaki konumunu algılama ve yön bulma becerilerinden sorumludur.

- **Duyusal Entegrasyon:** Farklı duysal bilgileri birleştirerek anlamlı algılar oluşturmakta görevlidir (51, 53).

2.3.3. Temporal Lob

Anatomik Konum

- Beynin yan tarafında, kulakların hemen üstünde yer almaktadır (51, 54).

Fonksiyonel Görevler

- **İşitsel Algı:** Primer işitme korteksi, işitsel bilgileri işlemekte ve sesleri tanımlamaktadır.
- **Dil Anlama:** Wernicke alanı, dilin anlama ve işleme işlevini üstlenmektedir.
- **Bellek ve Öğrenme:** Hipokampus, uzun süreli bellek oluşumunda kritik rol oynamaktadır.
- **Duygusal Yanıtlar:** Amigdala, duygusal tepkilerin oluşumunda ve işlenmesinde yer almaktadır.
- **Yüz Tanıma:** Fusiform yüz bölgesi, yüzlerin tanınmasında önemli rol oynamaktadır (51, 54).

2.3.4. Oksipital Lob

Anatomik Konum

- Beynin arka kısmında, parietal ve temporal lobların arkasında yer almaktadır (51, 55).

Fonksiyonel Görevler

- **Görsel Algı:** Primer görme korteksi ve çevresindeki alanlar, görsel bilgileri işlemektedir. Görme ile ilgili tüm temel işlemler burada gerçekleşmektedir.
- **Görsel İşleme:** Görsel bilgilerin detaylı analizi, hareket algısı, renk algısı ve görsel belleği içermektedir (51, 55).

Uyanık kraniyotomi sürecinde bu kritik fonksiyonel bölgelerin doğru bir şekilde belirlenmesi, değerlendirilmesi ve korunmasını, multidisipliner bir ekip çalışması gerektirmektedir.

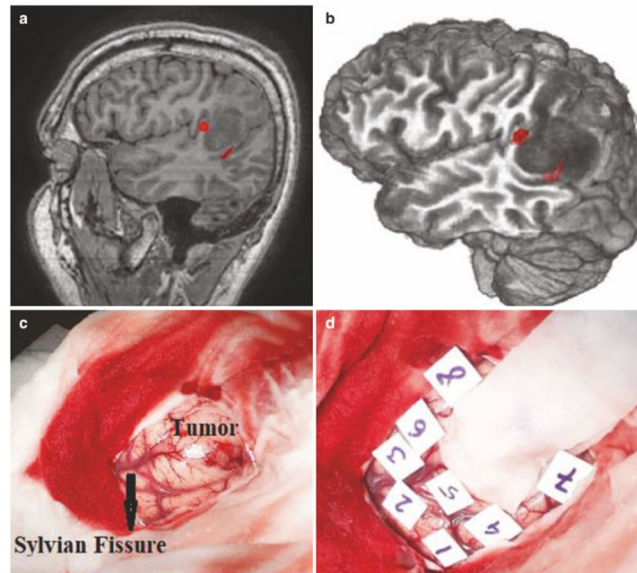
2.4. Uyanık Kraniyotomide Ekip Yaklaşımı

Uyanık kraniyotomi, ekip çalışmasının ve multidisipliner yaklaşımın önem taşıdığı bir cerrahi işlemdir. Uyanık kraniyotomi ekibi içerisinde; beyin cerrahı, nörolog, anestezi uzmanı, dil ve konuşma terapisti, hemşire, nöropsikolog, fizyoterapist, ergoterapist yer almaktadır (30, 56, 57). Her bir ekip üyesinin rolü, hasta sağlığının ve hastaya uygulanan ameliyatın başarılı geçmesi açısından önem taşımaktadır. Uyanık kraniyotomide ekip yaklaşımının önemi, ameliyatın üç ana aşamasında da (ameliyat öncesi- ameliyat anı- ameliyat sonrası) belirgin şekilde ortaya çıkmaktadır. Her aşamada farklı ekip üyeleri ve görevleri devreye girmektedir ve bu, hastanın en iyi bakımı almasını sağlamaktadır (30, 56, 58, 59).

Ameliyat öncesi dönem, değerlendirme ve bilgilendirme sürecini içermektedir(60, 61). Uyanık kraniyotomi her hasta için uygun bir cerrahi işlem olmadığı için ekip ile yaklaşmak hasta seçiminin dikkatli yapılmasına katkı sağlamaktadır(62). Bu sebeple beyin cerrahının uyanık kraniyotomi için aday seçtiği hasta; ekibin diğer üyeleri anestezi uzmanı, dil ve konuşma terapisti, nöropsikolog, fizyoterapist tarafından değerlendirilmektedir. Değerlendirme bulguları sonucunda ekip üyeleri kendi alanlarına yönelik planlama ve hazırlık sürecini tamamlamaktadır(30). Beyin cerrahı hastanın uyanık kraniyotomiyeye uygun olup olmadığını değerlendirmekte ve cerrahi planı hazırlamaktadır(63). Anestezi uzmanı hastanın anesteziye uygunluğunu değerlendirmekte ve anestezi planını oluşturmaktadır. Dil ve konuşma terapisti, hastanın dil ve konuşma fonksiyonlarını, nöropsikolog bilişsel fonksiyonlarını, fizyoterapist motor fonksiyonlarını, ergoterapist duyuşsal-algısal değerlendirme ile bireylerin bilişsel becerilerini, istedikleri ve ihtiyaç duydukları aktiviteleri gerçekleştirme becerilerini nasıl etkilediğini (64) değerlendirmektedir ve bu ekip üyeleri ameliyat anında uygulanacak testleri planlamaktadır(9, 30). Ameliyat öncesi ekip yaklaşımı; hastanın ve ailesinin ameliyat süreci hakkında bilgilendirilmesi, hastanın ameliyata hazırlanması ve hastaya ameliyat süreci ile ilgili psikolojik destek

sağlamaktadır. Hasta ve ailesi, hem hastalık hem de tedavi sürecine ilişkin gereksinimler hakkında multidisipliner bir yaklaşımla bilgilendirilmektedir (30, 58, 61).

Uyanık kraniotomide öncelikle iyi bir ameliyat düzeni gerekmektedir. Bu düzen, ameliyat anında iletişimin ve ekip yaklaşımının iyi olmasını sağlamaktadır. Ameliyat anında iyi iletişim ve ekip yaklaşımı için öncelikle ameliyathane düzeninin oluşturulması gerekmektedir. Uyanık kraniotomi için hastanın pozisyonlanması ve başının sabitlenmesi önem taşımaktadır. Hastanın başı çivili başlık ile sabitlenmektedir. Pozisyonlama olarak genellikle supin ya da lateral pozisyonlar sıklıkla tercih edilmektedir. Anestezistler pozisyonlama ve baş sabitlemesinde rol almaktadır. Anestezist ameliyat anında hastanın konforu, işlemin ağırlı bölümleri ve uzamış immobilizasyona tolerans konusunda sorumlu olmaktadır. Hastanın yüzünün ekip üyeleri tarafından görülebilmesi sağlanmalıdır. Ameliyat anında dil haritalaması sırasında, dil ve konuşma testleri uygulanırken gösterilen görsellerin tanınabilmesi açısından pozisyonlama önem taşımaktadır. Ayrıca motor haritalama sırasında fasiyal motor cevapların gözlenebilmesi açısından da yüzün görünür olması gerekmektedir (30, 46, 56, 65). Ameliyat anına ait beyin haritalama Şekil 2.2’de sunulmuştur.



Şekil 2.2. İntraoperatif beyin haritalama (30)

Ameliyat ekibi tarafından pozisyona bağılı rahatsızlıkları azaltmaya yönelik operasyon masası ve hasta ile masa arasındaki temas bölgelerine yumuşak pedler yerleştirilmektedir. Ayrıca hasta sıcak battaniye (*blanket*) veya hava üfleli battaniyeler ile ısıtılmaktadır(65). Uyanık kraniotomi sırasında, beyin cerrahları genellikle fonksiyonel beyin haritalama ve elektrofizyolojik haritalama yöntemlerini bir arada kullanmaktadır. Bu, cerrahın beyin fonksiyonlarını en iyi şekilde korumasını ve ameliyatın güvenli bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlamaktadır. Hasta uyanırken, ekip tarafından dil, konuşma, motor fonksiyonlar, duyuşsal algı ile ilişkili çeşitli testler uygulanmaktadır. Ameliyat anında testlerin uygulanmasına ilişkin ekip yaklaşımı Şekil 2.3.'te gösterilmektedir. Bu testler sırasında cerrah, beynin hangi bölgelerinin bu işlevlerle ilişkili olduğunu belirleyebilmektedir. Kraniotomi sırasında beyin haritalaması yapan cerrah, belirli kortikal alanları bipolar ya da monopolar problarla uyarmakta ve bu uyarılara hastanın verdiği yanıtları değerlendirmektedir. Aynı zamanda ekip üyeleri tarafından hastaya belirli görevler verilir ve cerrah, elektrotlar yardımıyla beyin yüzeyinin farklı bölgelerini uyarak hastanın tepkilerini gözlemlemektedir. Bu uyarım, kritik fonksiyonları yerine getiren beyin bölgelerinin belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Ameliyat anında, dil haritalama, motor haritalama, duyuşsal haritalama için konuşma terapisti ve fizyoterapist önemli rol oynamaktadır. Motor haritalama sırasında hastanın el, yüz, kol, bacak hareketleri izlenirken, dil haritalama esnasında adlandırma, tekrarlama, otomatik konuşma (sayı sayma) ile ilişkili test ve görevler uygulanırken kortikal uyarı sırasında konuşmanın durması, afazi gibi dil ve konuşma defisitleri izlenebilmektedir (30, 61, 66, 67).



Şekil 2.3. Ameliyat anında testlerin uygulanışı ve ekip yaklaşımı

Ameliyat sonrası dönemde ise beyin cerrahı hastanın ameliyat sonrası durumunu değerlendirilmekte ve iyileşme sürecini takip etmektedir. Anesteziist hastanın genel sağlık durumunun yanı sıra ağrı yönetiminde görev almaktadır. Dil ve konuşma terapisti, nöropsikolog, fizyoterapist, ergoterapist gibi diğer ekip üyeleri ise hastanın dil ve konuşma, bilişsel, motor ve duyuşsal değerlendirmesini yapmaktadır. Bu ekip üyeleri, ameliyat sonrası takip süreci, rehabilitasyon süreci, psikolojik destek konusunda yardımcı olmaktadır (30, 61, 68).

2.5. Uyanık Kraniotomide Dil ve Konuşma Terapistinin Rolü

Dil ve konuşma terapisti, uyanık kraniotomi sürecinin önemli ekip üyeleri arasında yer almaktadır. Özellikle beyindeki dil ve konuşma merkezlerine yakın alanlarda bulunan beyin tümörü ameliyatı, dil ve konuşma fonksiyonlarını etkileyebilecek bölgelerde yer alan epilepsi odaklarının çıkarılması sırasında hastanın dil ve konuşma becerilerinin değerlendirilmesi ve izlenmesi gerekmektedir (9, 61). Dil ve konuşma terapisti ameliyat öncesi, ameliyat esnası ve ameliyat sonrası (preoperatif -intraoperatif -postoperatif dönem) dönemde önemli role sahip ekip üyesidir (61, 69).

2.5.1. Uyanık Kraniotomi Öncesinde Dil Becerilerini Değerlendirme

Ameliyat öncesi dönemde dil ve konuşma terapistinin rolü, hastanın mevcut durumdaki dil ve konuşma becerilerinin değerlendirilmesini sağlamaktır. Bu değerlendirme ameliyat anı ve ameliyat sonrasına ilişkin süreçte hastanın dil ve konuşma becerilerinin korunup korunmadığını belirlemek için temel oluşturmaktadır. Ameliyat öncesi değerlendirme sürecinde dil ve konuşma terapisti;

- Hastaya uyanık cerrahi prosedürü ve hastanın cerrahi sırasındaki aktif rolü hakkında açıkça bilgi vermektedir.
- Dil-konuşma ve bilişsel fonksiyonları formal ve informal olarak değerlendirmektedir.

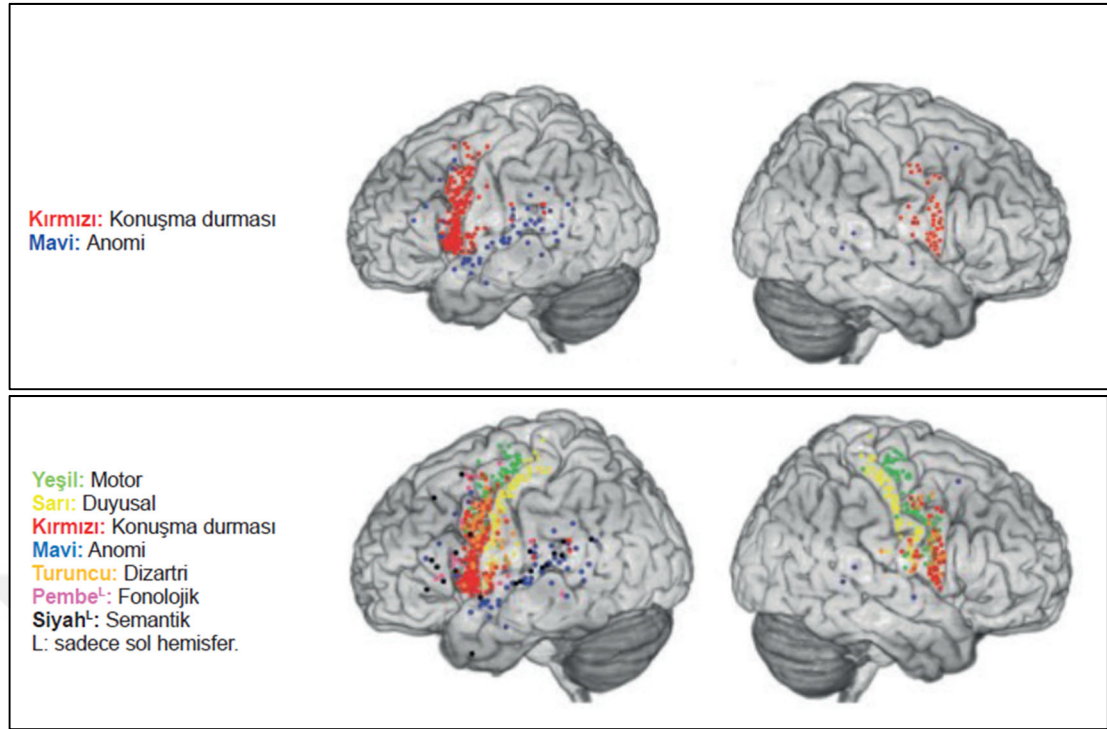
- Tümöre ve daha önceki tedavilere bağlı var olan bozuklukları (afazi, konuşma apraksisi, dizartri, iletişim bozuklukları vb.) belirlemektedir.
- Ameliyat anında kullanılacak değerlendirme araçlarını seçmektedir (9, 30).

Ameliyat öncesi değerlendirme sonucunda hastada ameliyat anına ilişkin görevlerin yürütülmesini engelleyecek belirgin dil veya bilişsel defisitlerin tespiti hastanın uyanık kraniotomisinin başarılı geçme olasılığını azaltmaktadır. Ameliyat öncesi dil ve konuşma değerlendirmesi, uyanık kraniotomi için uygun hastaların seçilmesine ve uyanık kraniotominin başarılı olmasına katkı sağlamaktadır. Ayrıca ameliyat öncesi belirlenen dil bozuklukları, ameliyat sonrası dönemde oluşabilecek dile ilişkin problemlerin öngörülmesine de olanak sunmaktadır (70).

2.5.2. Uyanık Kraniotomi Esnasında Dil Becerilerini Değerlendirme

Direkt elektrik stimülasyonu, motor, dil ve bilişsel işlevlerle ilgili olan ve tümörün içinde veya sınırları boyunca yer alan kortikal ve aksonal alanları tespit etmek için beynin elektriksel olarak uyarılması anlamına gelmektedir (71). Rezeksiyon boyunca beyaz madde yollarını doğrudan uyararak hem yapıları hem de işlevlerini incelemeye olanak sağlamaktadır. Kortikal ve subkortikal uyarılar sırasında ortaya çıkan bozuklukların yorumlanması için, cerrahi işlemin gerçekleştirildiği esnada dil ve konuşma terapistinin olması önem taşımaktadır (9, 61).

Elektriksel stimülasyon ile dil alanlarının haritalaması ve rezeksiyonu sırasında farklı ve geçici dil ve konuşma bozuklukları gözlenebilmektedir. Sözcük bulma zorluğu anlamına gelen anomi, konuşma duraksaması (konuşma arresti), dizartri, işitsel anlama bozukluğu, semantik parafaziler (anlamla ilgili, örneğin "kaşık" yerine "çatal") ve fonemik parafaziler (seslerin değiştirilmesi, örneğin "kalem" yerine "talem") bu bozukluklara örnek olarak verilebilmektedir. Bu bozukluklar, ilgili dil ve konuşma fonksiyonunun o beyin bölgesinde yer aldığını ve bu alanın ameliyat sırasında korunması veya dikkatle ele alınması gerektiğini göstermektedir (70, 72). Şekil 2.4.'te uyanık kraniotomi esnasında ve sonrasında gözlenebilecek dil ve konuşma bozuklukları ve ilişkili nörolojik temsil gösterilmiştir.



Şekil 2.4. Uyanık kraniyotomi esnasında ve sonrasında gözlenebilecek dil ve konuşma bozuklukları ve ilişkili nörolojik temsil gösterilmiştir (73).

Dil ve konuşma terapisti ameliyat anına ilişkin süreçte karşılaşılabilecek bu bozuklukların değerlendirme ve terapi sürecini yürüten ekip üyesidir (9). Dil ve konuşma terapistleri, ameliyat anında hastanın konuşma, dil, oral-motor değerlendirmeleri ile olası klinik bozulmanın hızlı tespitini yapabilmektedir. Cerraha eş zamanlı geribildirim vererek bu tespitleri iletmektedir. Dolayısıyla uyanık kraniyotominin daha iyi sonuçlanmasına katkı sağlamaktadır (9, 61). Ayrıca ameliyat anına ilişkin dil performansını belirlemek, cerrahi sonrası ortaya çıkabilecek klinik tablo hakkında fikir verebilmektedir. Hastanın ameliyat öncesi dönemdeki dil ve biliş becerilerini göz önünde bulundurarak önceden hazırlanan dil ve konuşma testlerini uygulamakta ve elde edilen verileri elektriksel stimülasyon ile eş zamanlı olarak cerraha aktararak ameliyatın güvenli ve etkili bir şekilde gerçekleştirilmesine katkıda bulunmaktadır (9, 74). Terapist, cerrahın kritik dil bölgelerinden uzak durmasını ve/veya hastanın ameliyattan en az defisit ile çıkmasını sağlamak amacıyla hasta ve cerrahla sürekli iletişim halinde olmaktadır (9, 75). Ayrıca cerrahi işlem boyunca hastanın yanında bulunarak hastaya konsantrasyon ve motivasyon açısından destek vermektedir. Literatürde ameliyat anına ilişkin dönemde dil ve konuşma becerilerinin değerlendirmesinde standardize test bataryalarına kıyasla çoğunlukla dil becerilerinin

informal olarak değerlendirildiği çalışmalar mevcuttur. İnfomal değerlendirmede; otomatik konuşma, yanıtlayarak adlandırma, işitsel anlama, basit bilişsel görevler gibi birçok spontan görev uygulanmaktadır (10, 70). Bunun yanı sıra formal değerlendirme olarak özellikle Piramit ve Palmiye Ağaçları Testi'nin (PPTT) uygulandığı belirtilmektedir (26). Dil haritalama sırasında meydana gelecek anomi durumunu derecelendirmek adına standardize resim-nesne adlandırma testleri uygulanmaktadır (76). Ameliyat anına ilişkin değerlendirmenin doğru ve başarılı olması için öncelikle hasta pozisyonlamasına dikkat edilmelidir. Hasta ile terapistin göz teması kurabildiği, hastanın söylenenleri kolayca duyabildiği, kendisine gösterilen test bataryalarını rahatlıkla görebildiği bir görüş alanı sağlanmalıdır (4, 77). Cerrahi işlem sırasında ortaya çıkan dil bozukluğu ameliyat sonrası süreçte spontan nöroplastisite yolu ile iyileşebilmektedir (78).

2.5.3. Uyanık Kraniotomi Sonrası Dil Becerilerinin Değerlendirmesi

Ameliyat öncesi dönemde uygulanan dil-konuşma ve bilişsel değerlendirmelerin aynısı bu dönemde de tekrarlanmaktadır. Bu sayede cerrahi sonrası ortaya çıkan dil-konuşma ve biliş bozuklukları belirlenmektedir. Bu bozukluklara yönelik erken dönem müdahale planı belirleme, uygulama ve hastayı belirli aralıklarla takip etme, DKT'nin görevleri arasında yer almaktadır (9, 79).

2.6. Uyanık Kraniotomi Sürecinde Dil Becerilerini Değerlendirme

Uyanık kraniotomide dil değerlendirmesi, ameliyat öncesi bozuklukları tanımlamayı, ameliyat sırasında ortaya çıkan yeni bozuklukları hızlı bir şekilde tespit etmeyi ve ameliyat sonrası işlevi belirlemeyi amaçlamaktadır (10, 79).

Beyin tümörleri, bulundukları bölgeye ve tümörün büyüklüğüne bağlı olarak bireyde farklı dil ve konuşma bozukluklarına neden olmaktadır (80, 81). Tablo 2.1.'de beyin tümörlerine bağlı gözlenebilecek dil ve konuşma bozuklukları ve tanımları gösterilmektedir (81-84).

Tablo 2.1. Beyin tümörlerine bağlı gözlenebilecek dil ve konuşma bozuklukları

Bozukluk	Tanımı
Afazi	Beynin dil merkezlerini etkileyen tümörler afaziye yol açabilir. “Afazi”; konuşma, dinleme, okuma ve yazma gibi dil alanlarında bozulma ile karakterize edilen beyin hasarının neden olduğu edinilmiş bir iletişim bozukluğudur. Dinleme, konuşma, okuma ve yazmanın yanı sıra, adlandırma gibi belirli dil işlevlerini de etkiler (82).
Dizartri	Merkezi ve periferik sinir sistemindeki herhangi bir hasar nedeniyle konuşma mekanizması üzerindeki nöromusküler kontrolün bozulmasından kaynaklanan konuşma bozukluğudur (81).
Konuşma Apraksisi	İstemli konuşma üretiminde, kasların pozisyonlanması ve hareketinin sağlanabilmesi için gerekli olan sensorimotor emirleri programlama kapasitesindeki bozukluktan kaynaklanan konuşma bozukluğudur (83).
Bilişsel İletişim Bozukluğu	Beyin tümörleri bilişsel süreçleri etkileyerek bireyin iletişim becerilerini de bozabilir. Bu durum bellek, dikkat, problem çözme ve yürütücü işlevlerdeki bozukluklar sebebiyle iletişimde zorluklara neden olabilir. Kişinin düşüncelerini organize etmesi, sıralı bir şekilde anlatması veya uygun sözcükleri bulması zorlaşabilir (84).

Hastaların dil ve konuşma becerileri bu alanları değerlendirmeye özgü oluşturulmuş standardize test bataryaları ile değerlendirilmektedir. Literatürde afazisi olan bireylerin dil becerilerini değerlendirmek için kullanılan değerlendirme araçları arasında birçok farklı standardize testler yer almaktadır (85, 86).

Uyanık kraniotomide dil becerilerini değerlendirmede kullanılan özelleşmiş belirli bir test bataryası bulunmamaktadır. Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında dil becerilerini değerlendirmek için terapistlerin çeşitli standardize test bataryaları ve informal değerlendirmeden yararlandığı görülmektedir. Ameliyat öncesi ve sonrası nörobilişsel değerlendirme önemli olmakla birlikte, beyin tümörü, adlandırma probleminin gözlemlendiği afaziye sebep olabileceği için özellikle sözcük bulma becerisi, değerlendirilmesi gereken temel beceriyi oluşturmaktadır (87).

Literatürde dil becerilerini değerlendirmeye yönelik standardize testler kullanılmaktadır. Kullanılan standardize test bataryaları arasında ‘*The Boston Naming Test* (BAT) (88), *Comprehensive Aphasia Test* (CAT) (89), *Pyramids and Palm Trees* (PPTT) (90), *Armstrong Naming Test* (91) ve *Western Aphasia Battery* (WAT) (92)’ gibi testler yer almaktadır. Informal değerlendirmede ise spontan konuşma, otomatik

konuşma örneği, oral motor muayene, adlandırma, okuma, yazma ve anlamaya yönelik uygulamalar kullanılmaktadır (69, 93).

Türkçe konuşan ve afazisi olan bireylerin dil değerlendirilmesi için kullanılan değerlendirme araçları da bulunmaktadır. Maviş ve Toğram (2012) tarafından geliştirilen Afazi Dil Değerlendirme Testi (ADD), Türk dili ve kültürüne özgün olarak geliştirilmiş bir dil değerlendirme aracıdır. Konuşmanın akıcılığını, işitsel anlamayı, tekrarlamayı, adlandırmayı, okumayı, dilbilgisi, söz eylemleri ve yazmayı değerlendirme olmak üzere 8 alt testten oluşmaktadır. Dil becerilerini kapsamlı şekilde değerlendirmektedir. Testin tüm alt testlerinden elde edilen toplam puan 292'dir. Bu, toplam test puanıdır. Spontan dil ve konuşma, işitsel anlama, tekrarlama ve adlandırma alt alanlarında alınan puanlar ise dil puanını oluşturmaktadır (94). Hızlı Afazi Bataryası, Parlak ve Köse (2024) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmış bir dil değerlendirme aracıdır. Dilin tüm alanlarını ayrıntılı ve hızlı değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Üç farklı formu vardır ve her birinde farklı alanları değerlendirmek üzere alt testler bulunmaktadır (95). Gülhane Afazi Testi-2 (GAT-2), Maviş ve ark. tarafından 2007 yılında geçerlik güvenirlik çalışması yapılan bir değerlendirme aracıdır. Afazinin varlığını ortaya çıkarma ve afaziye eşlik edebilecek konuşma bozuklukları (apraksi, dizatri) hakkında klinisyene ipucu vermektedir. Spontan konuşma, konuşmayı anlama, okuduğunu anlama, oral motor değerlendirme, otomatik konuşma, tekrarlama, adlandırma olmak üzere toplam 7 bölümden oluşmaktadır (96). Özdemir (2020) tarafından geçerlik güvenirlik çalışması yapılan Kapsamlı Afazi Testi (CAT-TR) kapsamlı bir değerlendirme aracıdır. Sözlü ve yazılı dili anlama, tekrarlama, adlandırma, okuma, yazma alt alanları mevcuttur (97). Atamaz ve ark, (2007) tarafından geliştirilmiş olan Ege Afazi Testi, spontan konuşma, praksi, gördüğünü anlama, dil üretimi, tekrarlama, isimlendirme, okuma/okuduğunu anlama, yazma/resim yapma ve hesaplama olmak üzere 9 alt testten oluşmaktadır (98). Frenchay Afazi Tarama Testi, Göçer-March (1996) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Tarama amaçlı oluşturulan bir değerlendirme aracıdır (99). Bozdemir, (2008) tarafından yüksek lisans tezi kapsamında Türkçe'ye uyarlanan Piramit ve Palmiye Ağaçları Testi, bireyin semantik temsile ulaşma becerisini değerlendirmektedir. İki farklı test kitapçığı mevcuttur. Test kitapçıklarından birinde resimler (PPTT-I)

diğerinde ise resimlerin adları yazılıdır (PPTT-II) (100). Başol, (2020) tarafından yüksek lisans tez kapsamında geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan Resim Adlandırma Testi (RAT), afazisi olan bireylerde adlandırma becerisinin ayrıntılı değerlendirmesinde kullanılabilecek yararlı bir araçtır. İsim adlandırmayı değerlendirmeyi amaçlamaktadır (101).

2.7. Uyanık Kraniotomi Sürecinde Bilişsel Becerileri Değerlendirme

Bilişsel durum, yaşam kalitesi ve genel sağkalımla ilişkili olması sebebiyle nörobilişsel performansı belirlemede önem taşımaktadır. Ameliyat öncesi, ameliyat anı ve ameliyat sonrasında hastanın temel bilişsel fonksiyonlarını değerlendiren nöropsikolojik testler ve görevler uygulanmaktadır. Bu test ve görevler, ameliyat sırasında hangi fonksiyonların izleneceğini belirlemeye yardımcı olmaktadır. Bellek, dikkat, görsel-uzamsal ve yürütücü işlev becerilerini ele alan testler kullanılmaktadır. Literatürdeki çalışmalarda bilişsel değerlendirmenin; gözlemsel veya Mini Mental Durum Testi, Montreal Bilişsel Değerlendirme Aracı (*Montreal Cognitive Assessment*) gibi kısa süren testler ile yapıldığı gözlenmektedir (102). Saat Çizme Testi (*Clock Drawing Test*), İz Sürme Testi (İST), Wechsler Yetişkin Zeka Ölçeği -*Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised* (WAIS-R) ve Stroop testlerinin uygulandığı da gözlenmektedir. Saat Çizme Testi, sistematik olarak ilk kez 1983 yılında Boston Afazi Bataryasının bir parçası olarak Goodglass ve Kaplan tarafından kullanılmıştır (103). Cangöz ve ark., tarafından 2006 yılında Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (104). İz Sürme Testi ilk kez Amerika Birleşik Devletleri Ordusu'nda görevli psikologlar tarafından geliştirilmiş olup (105), tüm dünyada yaygın olarak kullanılan nöropsikolojik testlerden birisidir. Çalışma belleği, karmaşık dikkat, planlama ve set değiştirme gibi yönetici işlevleri ölçen İST görsel-mekânsal işleme ve motor becerileri gerektiren bir testtir. İz Sürme Testi'nin 20 ve 49 yaş arası norm belirleme (106) ve 50 yaş üstü Türk örneklem için standardizasyon, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (107, 108).

Wechsler Ölçeklerinin ilki, Wechsler-Bellevue Zeka Ölçeği adıyla 1939 yılında yetişkinler için geliştirilmiş, 1946 yılında Wechsler-Bellevue II olarak yayınlanmıştır. Yetişkinlerin zekasını ölçen Wechsler-Bellevue ölçeği ilk olarak 1955'te WAIS,

1981'de WAIS-R olarak düzenlenmiş; 1992 yılında başlayan yeniden düzenleme çalışmaları sonucunda WAIS-III, 2008 yılında ise WAIS-IV olarak yeniden düzenlenerek kullanıma sunulmuştur. Ülkemizde Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği 1955 formunun Türkçe çevirisi Tan tarafından yapılmıştır (109).

Selekler ve ark. (2010) tarafından Türkçe uyarlaması yapılmış olan Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği; dikkat ve konsantrasyon, yürütücü işlevler, bellek, lisan, görsel yapılandırma becerileri, soyut düşünce, hesaplama ve yönelim gibi bilişsel işlevleri değerlendirmektedir. Uygulama süresi yaklaşık 10 dakika olan testten alınabilecek en yüksek puan 30'dur (110). Güngen ve ark., (2012) tarafından Türkçe geçerlik güvenirliği yapılan Standardize Mini Mental Durum Testi, oryantasyon, dikkat, bellek, dil, görsel-mekansal beceri işlevlerini değerlendirmektedir ve ölçek toplam puanı vermektedir. 10 puanlık mekan ve zaman oryantasyonu, 3 puan kayıt, 3 puan hatırlama olmak üzere 6 puanlık bellek, 5 puanlık dikkat, 8 puanlık dil ve 1 puanlık görsel-mekansal işlevleri ölçen maddelerden oluşmaktadır. Standardize Mini Mental Testin en yüksek puanı 30'dur (111). Karakaş ve ark., (1999) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılmış olan Stroop Temel Bilimler Araştırma Grubu (Stroop TBAG) testi, yönetici işlevleri değerlendirmede yaygın olarak kullanılan bir testtir. Türkçe konuşan bireylerin bilişsel değerlendirilmesinde, Standardize Mini Mental Test, Montreal Bilişsel Değerlendirme, Stroop TBAG testi, Saat Çizme Testi ve fonolojik akıcılığı, semantik akıcılığı ölçen görevler ve testler kullanılmaktadır (112).

2.8. Uyanık Kraniotomi Sürecinde Yaşam Kalitesi Değerlendirme

Uyanık kraniotomi; hastaların yaşam kalitesini koruma ve artırma hedefiyle gerçekleştirilen özel bir beyin cerrahisi türüdür. Uyanık kraniotomide amaç; hastanın minimal morbidite ile ameliyattan çıkmasını sağlamaktır. Ameliyat sırasında hastanın dil ve konuşma, motor, bilişsel becerileri ne kadar korunursa yaşam kalitesi de o düzeyde iyi olmaktadır. Yapılan bir sistematik derleme çalışmasında; afazide yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında, iletişim ve aktivite kısıtlılıkları, duygusal stres, afazi şiddeti ve sosyal faktörlerin olduğu belirtilmektedir (113). Yaşam kalitesini değerlendirme araçları, bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel sağlıklarını ölçmek için tasarlanmaktadır (114). Literatürde hasta açısından ele alınan ölçekler

arasında, *Communication Outcome After Stroke Scale* (COAST) (115), *The Aphasia Communication Outcome Measure* (ACOM) (116), *Short Form- 36* (SF- 36) (117), *Stroke and Aphasia Quality of Life Scale- 39* (SAQOL-39) (118) yer almaktadır. Bu ölçekler öz değerlendirme araçlarıdır. Türkçe konuşan bireyler için uygulanabilecek yaşam kaliteleri arasında, Kısa Form-36-TR (SF-36-TR) (119), İnme ve Afazi İle İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SAQOL 39-TR) (120), İnme Sonrası İletişim Çıktıları Ölçeği (COAST-TR) (121), İnme Sonrası İletişim Çıktıları- Bakım Veren Ölçeği (CARER-COAST-TR) (121) öz değerlendirme ölçekleri arasında yer almaktadır. Koçyiğit ve ark., (1999) tarafından geçerlik ve güvenirliği yapılan, yaşam kalitesini ölçmede kullanılan en yaygın ölçeklerden biri Kısa Form 36-TR'dir (SF-36-TR). Sağlık alanında sık kullanılan yaşam kalitesi ölçeğidir. Ware ve ark. tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir (122). SF-36-TR sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile incelemektedir. İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi Ölçeği-39-TR (SAQOL-39-TR) Hilari ve ark., (2003) tarafından afazisi olan bireylere özel geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Toplam 39 maddeden oluşmaktadır ve günlük aktiviteler, iletişim, psikososyal fonksiyon ve enerji olmak üzere 4 alanı değerlendirmektedir (118). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Noyan-Erbaş ve Toğram (2016) tarafından yapılmıştır (120). İnme Sonrası İletişim Çıktıları Ölçeği'nin (COAST-TR) geçerlik ve güvenirlik çalışması Ural (2022) tarafından yüksek lisans tez kapsamında yapılmıştır. Afazisi olan bireyin fonksiyonel iletişim becerileri ve yaşam kalitesini değerlendirmektedir. 20 maddeden oluşmaktadır. İnme Sonrası İletişim Çıktıları-Bakım Veren Ölçeği'nin (CARER-COAST-TR) geçerlik ve güvenirlik çalışması, Ural (2022) tarafından yüksek lisans tez kapsamında yapılmıştır. Bakım verenin perspektifinden afazisi olan bireyin fonksiyonel iletişim becerilerini ve bakım verenin yaşam kalitesini değerlendiren bir ölçektir. Bu ölçek hem değerlendirme hem de terapi öncesi ve sonrası uygulanarak terapinin etkililiğini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Ölçek 20 maddeden oluşmaktadır (121).

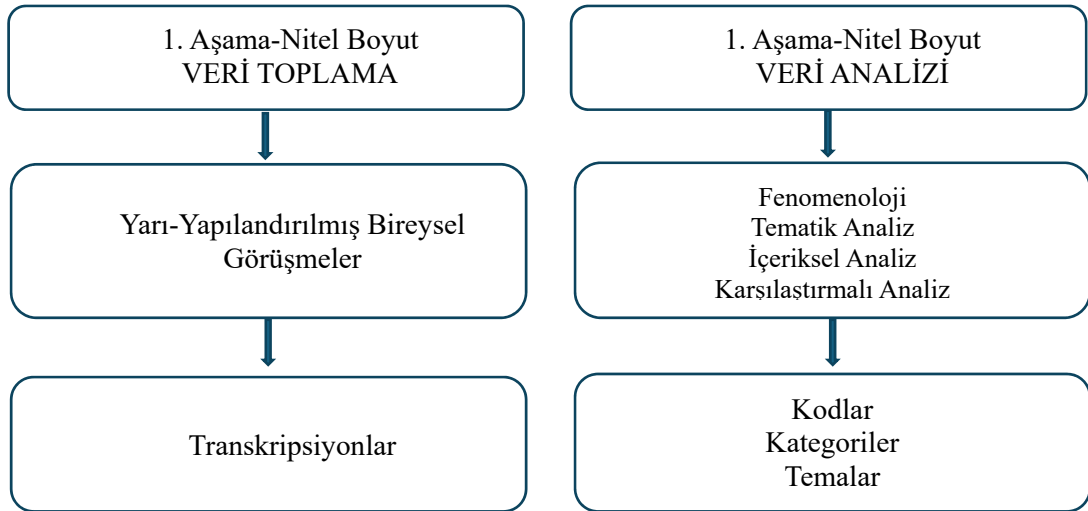
3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız 20.12.2023 ile 20.07.2024 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı ve Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Dil ve Konuşma Terapisi Bölüm’ünde yürütülmüştür. Çalışma için etik kurul onayı Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulu’ndan 19.12.2023 tarihinde, 2023/09-04 karar numarası ile alınmıştır (EK 1). Çalışmaya dahil edilen katılımcılar, çalışma ile ilgili olarak bilgilendirilmiş ve katılımcılardan aydınlatılmış onam alınmıştır (EK 4).

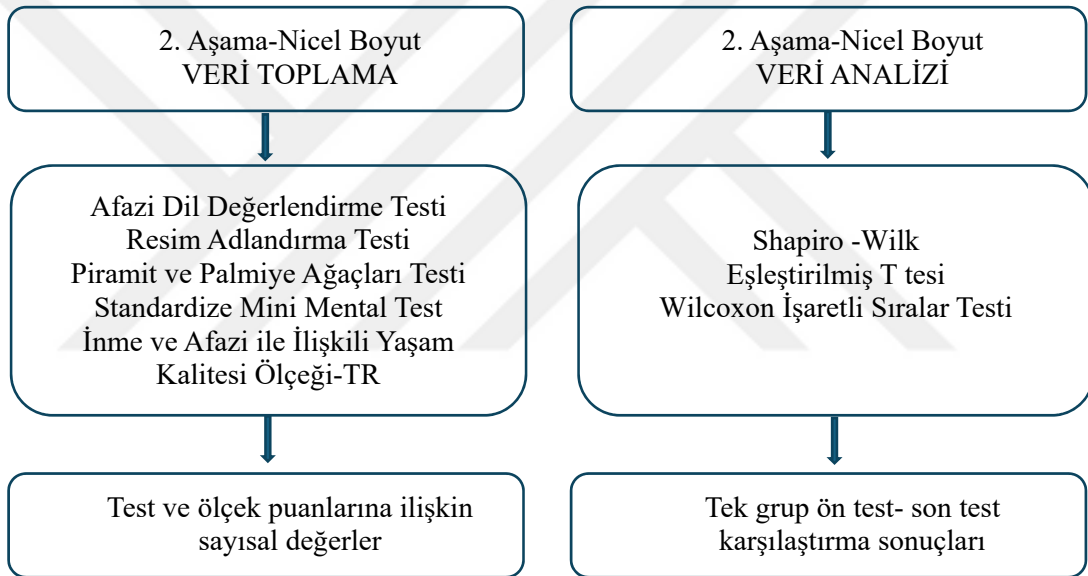
3.1. Araştırma Modeli

Çalışmamız 2 ayrı aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamasında nitel araştırma yöntemi, 2. aşamasında ise nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Birinci ve temel aşama olan nitel araştırmanın amacı; Türkiye’de uyanık kraniotomi uygulanan hastaların uyanık kraniotomi ile ilgili genel deneyimlerini incelemek, bu süreçteki dil ve konuşma terapisine yönelik hasta deneyimlerini ve uyanık kraniotomiden beklentilerini araştırmaktır. Hastaların uyanık kraniotomi ve bu sürece ilişkin genel deneyimlerini, beklentilerini, algılarını, bakış açılarını incelemek amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, uyanık kraniotomi uygulanan hastalar ile yarı-yapılandırılmış bireysel yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Elde edilen veriler nitel araştırma yöntemlerinden ‘fenomenolojik araştırma deseni’ ile incelenmiştir.

Çalışmamızın 2. aşaması olan nicel araştırmanın amacı ise uyanık kraniotominin ameliyat sonrası erken dönemde hastaların dil, biliş becerileri ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesidir. Nicel araştırmanın tipi ise analitik araştırmalardan yarı-deneysel araştırmadır. Çalışmamızın 1. ve 2. aşamasına ilişkin detaylar Şekil 3.1. ve Şekil 3.2.’de gösterilmektedir.



Şekil 3.1. 1.Aşama-nitel araştırma



Şekil 3.2. 2. Aşama-nicel araştırma

Nitel araştırmanın temel amacı, katılımcıların bakış açıları ve deneyimlerine odaklanarak katılımcıların ‘algı ve deneyimlerinin belirlenmesini’ sağlamaktır. Fenomenolojik araştırma, nitel yöntem çatısı altına giren araştırma yaklaşımlarındandır. Fenomenolojik araştırmalarda araştırılacak “fenomene” vurgu yapılarak katılımcıların bu fenomene ilişkin algıları ve bakış açıları, bu fenomeni nasıl anlamlandırdıkları, fenomeni nasıl deneyimledikleri ve bu deneyimlerini nasıl betimledikleri üzerine odaklanılmaktadır (123).

Olgu bilimi anlamına da gelen fenomenoloji, derinlemesine anlayışa sahip olmadığımız olgulara dayanmaktadır (123, 124). Bu sebeple katılımcılar ile yarı-yapılandırılmış derinlemesine bireysel görüşmeler yapılmıştır. Nitel analiz için Arş. Gör. DKT. Merve SOYER (tez öğrencisi) (EK 5) gerekli eğitimi almıştır.

3.2. 1. Aşama: Nitel Araştırma

3.2.1. Katılımcılar

Çalışmamızda katılımcıları seçmek için amaçlı örnekleme yönteminden ölçüt örnekleme yaklaşımı kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme yöntemi belirli bir amaç doğrultusunda seçilen bireyleri temsil etmektedir (124, 125). Amaçlı örnekleme, ilgili alt popülasyona genelleme yapılmasına olanak sağlaması ve çalışmanın iç ve dış geçerliğini artırması nedeniyle araştırmalarda sıklıkla tercih edilmektedir (126-128). Ölçüt örneklemede ise belirli kriterlere uyan katılımcılar çalışmaya seçilmektedir (124). Çalışmamızın 1. aşamasında uyanık kraniotomi uygulanan hastaların deneyimlerini keşfetmek amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda çalışma için katılımcı dahil etme kriterleri belirlenmiştir. Belirlenmiş kriterlere uyan bireyler çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcı dahil etme ve dışlama kriterleri aşağıda belirtilmiştir.

Dahil Edilme Kriterleri

- Son bir yıl içerisinde uyanık kraniotomi uygulanması planlanan
- 18-65 yaş aralığında olan (18 ve 65 yaş dahil)
- Anadili Türkçe olan
- Tümör için önceden herhangi bir tedavi almamış olan
- Çalışmaya gönüllü katılım gösteren
- Sözlü olarak anlamlı iletişim kurabilen
- İşitme kaybı olmayan

- Revizyon ameliyatı olmayan

Dışlama Kriterleri

- Son bir yıl içerisinde uyanık kraniotomi uygulanması planlanmayan
- 18-65 yaş aralığında olmayan
- Anadili Türkçe olmayan
- Tümör için önceden herhangi bir tedavi almış olan
- Çalışmaya gönüllü katılım göstermeyen
- Sözlü olarak anlamlı iletişim kuramayan
- İşitme kaybı olan
- Revizyon ameliyatı olan

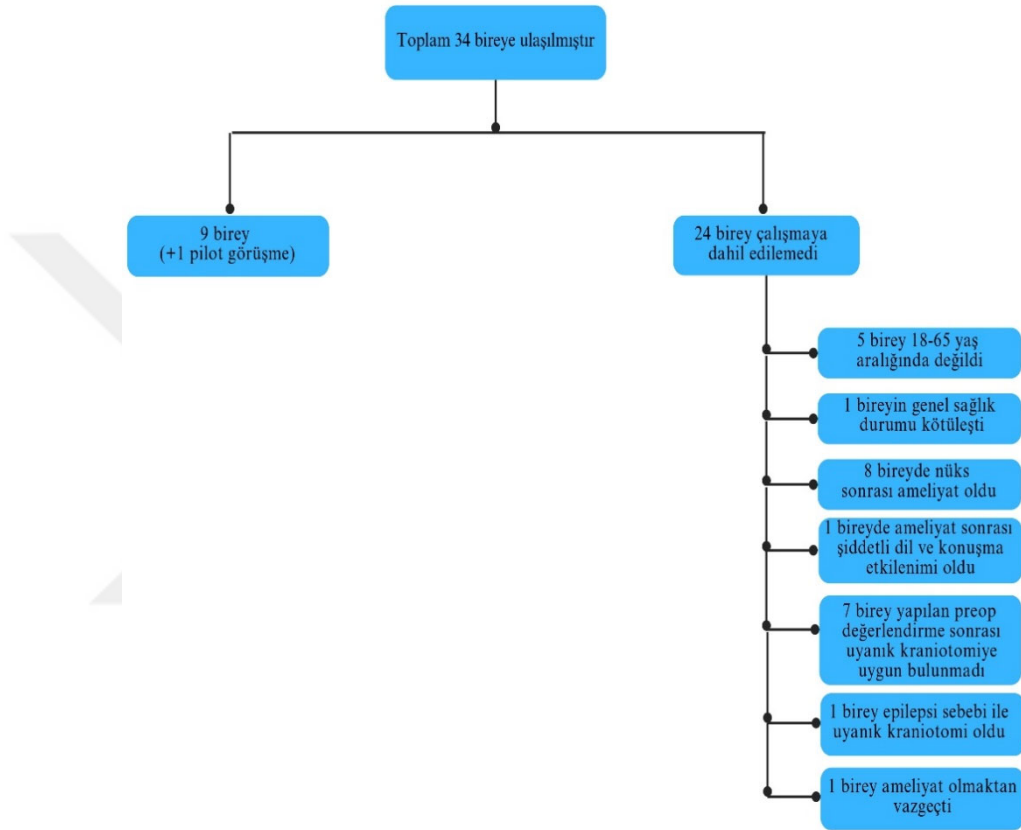
Çalışma grubunu Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı'nda son bir yıl içerisinde uyanık kraniotomi uygulanması planlanan, 18-65 yaş arası erkek hastalar oluşturmuştur. Çalışmanın yardımcı araştırmacılarından olan, Hacettepe Üniversitesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı öğretim üyelerine araştırmaya davet niteliğinde hazırlanan metin iletilmiştir (EK 6). Bu davet metni Uyanık Kraniotomi kararı verilen Hacettepe Üniversitesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Servisi'nde yatan hastalara duyurulmuştur. Davet metninde belirtilen telefon numarası ya da e-posta hesapları aracılığıyla araştırmacılara ulaşan gönüllü katılımcılardan, aydınlatılmış onam formunu imzalayan ve çalışmanın dahil edilme kriterlerine uygun olan bireyler çalışmaya dahil edilmiştir. Bu çalışma, uyanık kraniotomi uygulanan, 18-65 yaş arasındaki, 1'i pilot 9'u çalışma grubu olmak üzere toplam 10 erkek katılımcı ile tamamlanmıştır.

Nitel araştırmalarda örneklemin büyüklüğünden ziyade veri miktarının derinliği ve genişliği önem taşımaktadır. Araştırmaya dahil edilecek bireylerden elde

edilmesi planlanan verinin derinliği ve genişliği, örneklem büyüklüğü ile genellikle ters orantılıdır (129). Nitel araştırmalarda; araştırmanın amacı ve sınırlılıkları göz önünde bulundurularak makul kapsama sahip küçüklükte örnekleme yapılmalıdır (130). Nitel çalışmalarda katılımcı sayısına yönelik net bir görüş olmamakla birlikte, veriler doygunluğa ulaştığında görüşmelere son verilmesi gerektiği önerilmektedir (131). Fenomenolojik araştırmalarda, araştırmacı gerekli veri gereksinimlerini karşılayana kadar katılımcı ekleyebilmektedir (123). Veri fazlalığından çok doygunluk önem kazanmaktadır (132). Veri doygunluğuna ulaşıldığında, yani veriler birbirini tekrar etmeye başladığında, yeni temalar, yeni kodlamalar yapılamadığında mevcut veriler çalışma için yeterlidir ve görüşmeler sonlandırılabilir (123, 124, 129). Çalışmalarda doygunluğa ulaşma zamanı ve yöntemi, kullanılan araştırma desenine göre değişiklik göstermektedir. Dukes,(1994), fenomenolojik araştırmalarda örneklem büyüklüğünün 3 ile 10 birey arasında olmasını önermektedir (133). Çalışmaya dahil edilen katılımcı sayısı, verilerin doygunluğa ulaşmasıyla, bir başka deyişle yeni bakış açıları ve farklı fikirler artık ortaya çıkmadığında, verilerin tekrar etmeye başlamasıyla birlikte yeterli hale gelmekte ve görüşmeler bitirilebilmektedir. Bu nedenle, nitel araştırma için çalışma grubu sayısı, çalışmanın başlangıcında belirlenmemektedir (131). Bu sebeple çalışmamızda veri doygunluğuna ulaşana kadar katılımcılar ile yarı-yapılandırılmış bireysel görüşme yapılmaya devam edilmiştir. İlk katılımcı ile yapılan görüşme pilot görüşme olarak planlanmış ancak ameliyat sonrası genel sağlık durumunun bozulması sebebi ile ameliyat sonrası için planlanmış olan 2. görüşmeye katılamamıştır. Bu nedenle bir sonraki katılımcı ile yapılan ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası bireysel yarı-yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler pilot görüşme olarak kabul edilmiştir.

Süreç içinde araştırma için toplam 34 bireye ulaşılmıştır. Dahil edilme kriterlerine uymayan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Şekil 3.3.'te dahil etme kriterlerine göre katılımcı belirlemeye yönelik bilgiler yer almaktadır. Çalışmamızda görüşmeler 'veri doygunluğuna ulaşılan kadar' devam etmiştir. Bu araştırma pilot görüşme sonrası çalışmaya dahil edilen 9 hasta ile veri doygunluğuna ulaşmıştır. Bu çalışmanın başlangıcında 1 uzman dil ve konuşma terapisti ve dahil edilme kriterlerini sağlayan 1 katılımcı ile pilot görüşme yapılmıştır. Pilot görüşmenin yapıldığı

katılımcının verileri görüşme sorularının son şeklini alması için kullanılmıştır ve çalışmanın verilerine dahil edilmemiştir. Dahil edilme kriterlerini karşılayan diğer 9 katılımcının görüşmeleri analiz edildiğinde veri tekrarı olduğu, yeni kodlamalar, yeni temalar oluşturulamadığı için görüşmelere son verilmiştir. Böylece çalışmamız 9 hasta ile veri doygunluğuna ulaşmıştır.



Şekil 3.3. Dahil edilme kriterlerine göre katılımcı belirleme

3.2.2. Nitel Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışmanın nitel aşamasında, her katılımcı ile ameliyat öncesi 1 görüşme ve ameliyat sonrası 1 görüşme olmak üzere toplam 2 yüz yüze bireysel görüşme yapılmıştır. Veri toplama süreci 20.12.2023 ile 20.07.2024 tarihleri arasında yapılmıştır. Ameliyat öncesi görüşmeler Hacettepe Üniversitesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Servisi'nde yatan hastaların kendi istekleri doğrultusunda yattıkları serviste yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Ameliyattan sonraki görüşmeler için araştırma tasarlanırken çevrim içi görüşme uygulaması Zoom aracılığı ile yapılması planlanmış;

fakat hastaların istekleri doğrultusunda ameliyat sonrası görüşmeler de Hacettepe Üniversitesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Servisi'nde yatışları devam ederken gerçekleştirilmiştir.

3.2.3. Veri Toplama Aracı ve Tekniği

Nitel araştırmalarda çalışmanın modeline göre görüşme sorularının yer aldığı formlar, belgeler, metinler, web sayfaları, tezler, makaleler gibi veri toplama araçları kullanılmaktadır. Nitel araştırmalarda gözlem, görüşmeler ve dokümanlar aracılığıyla veriler toplanmaktadır (131, 134). Bu veri toplama araçları; araştırılan algı, olay veya durumun doğal ortamda derin ve bütüncül boyutta incelenmesine olanak tanır (124). Fenomenolojik araştırma deseninde görüşmeler aracılığı ile veriler toplanmaktadır (135). Görüşmeler; yapılandırılmamış, yarı-yapılandırılmış ve yapılandırılmış olmak üzere 3'e ayrılmaktadır. Yarı-yapılandırılmış görüşmelerde araştırmacı önceden görüşme sorularını belirlemiştir. Fenomenolojik araştırmalarda veri toplama çeşitli yollarla yapılabilmeyle birlikte, en çok tercih edilen yarı-yapılandırılmış görüşmeler öne çıkmaktadır (136). Bu görüşmelerde, araştırmacı soruları önceden hazırlamış olsa da, görüşmenin akışına ve katılımcının ilgi ve tutumlarına bağlı olarak sorularda değişiklik yapılabilir (137).

Yapılandırılmış görüşmelerin çerçevesi oldukça net çizilmiştir. Yapılandırılmamış görüşmelerin çerçevesi ise oldukça esnektir (138). Bu sebeple çalışmamızda yarı-yapılandırılmış görüşme ile veriler toplanmıştır. Bu çalışmanın nitel aşamasında aydınlatılmış onam formu (EK 4) ve yarı-yapılandırılmış görüşme için ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası görüşme formları (EK 5, EK 6) kullanılmıştır. Aydınlatılmış onam formu katılımcılara ameliyattan önce yapılan görüşme öncesi uygulanmıştır. Ameliyattan önce ve ameliyattan sonra yapılan görüşme anında ise açık uçlu soruların yer aldığı görüşme formları kullanılmıştır.

Aydınlatılmış Onam Formu

Katılımcıların çalışma hakkında bilgi sahibi olması için çalışmanın adını, amacını, çalışmanın yerini, zamanını, çalışmada neler yapılacağı, görüşmelerin süresi,

araştırmacının isim, soy isim, iletişim ve yer bilgilerinin yer aldığı formdur. Bu formda araştırmacı ve katılımcının yazılı beyanı bulunmaktadır. Katılımcının gönüllü katılmayı istemesi halinde onam formu imzalatılarak çalışma gerçekleştirilmiştir. (EK 2)

Görüşme Formları

Görüşme soruları katılımcıların duygu, düşünce ve deneyimlerini ortaya koyabileceği açık uçlu sorular içerecek şekilde tasarlanmıştır. Soruların oluşturulma sürecindeki ilk adımda çalışma ile ilişkili detaylı literatür taraması yapılmıştır. İkinci adımda taslak sorular araştırma ekibine sunulmuş ve araştırma ekibi ile literatür araştırması ve klinik tecrübelerden yararlanılarak taslak sorular revize edilmiş ve soruların sayısı azaltılmıştır. Üçüncü adımda ekipte yer almayan uzman dil ve konuşma terapisti olan 1 kişi ile soruların uygunluğuna yönelik pilot çalışma yapılmıştır. Uzman terapist ile yapılan görüşme sonrası araştırma ekibi ile tekrar toplantı yapılmış ve soruların nitel aşamaya uygun olması için çalışılmıştır. Dördüncü adımda, çalışmanın dahil edilme kriterlerine uyan 1 katılımcı ile pilot görüşme yapılmıştır. Ameliyat öncesi görüşme soruları ve ameliyat sonrası görüşme sorularının pilot görüşmesi aynı katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Görüşme sonrasında katılımcıya görüşme sorularına yönelik düşünceleri sorulmuş ve soruları değerlendirmesi istenmiştir. Yapılan görüşmeler sonrasında araştırma ekibi ile tekrar toplanılmış ve görüşme formlarının son hali oluşturulmuştur. ‘Ameliyat Öncesi Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Formu’ ve ‘Ameliyat Sonrası Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Formu’ olmak üzere 2 adet görüşme formu kullanılmıştır (EK 7, EK 8).

Sonuç olarak ‘Ameliyat Öncesi Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Formu’ açık uçlu 3 ana soru ve verileri derinleştirmek amacıyla ana sorularla ilişkili olabilecek alt sorulardan oluşurken, ‘Ameliyat Sonrası Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Formu’ toplam 6 ana soru ve ana sorularla ilişkili olan alt sorulardan oluşmaktadır. 6 ana sorunun 3’ü uyanık kraniotomi anına ilişkin deneyimleri, kalan 3 soru ise ameliyattan sonraki sürece ilişkin deneyimleri tanımlamak için oluşturulmuştur. EK 5 ve EK 6’ da görüşme formlarına yer verilmiştir.

3.2.4. Veri Toplama Süreci

Ameliyat Öncesi Görüşme Süreci

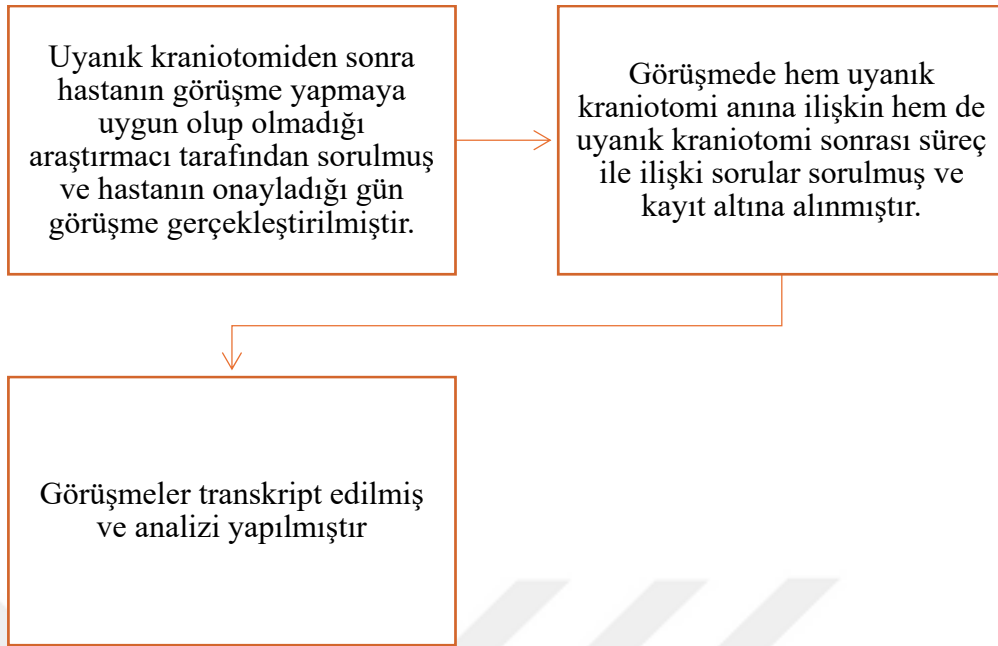
Hacettepe Üniversitesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Servisi'ne yatışı yapılmış olan ve uyanık kraniotomi yapılması öngörülen hastalara çalışma için duyuru niteliğinde olan davet metni iletilmiştir. Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden katılımcılara EK 4'te yer alan Aydınlatılmış Onam Formu yüksek lisans tez öğrencisi olan araştırmacı tarafından katılımcıların yatışının yapılmış olduğu Beyin ve Sinir Cerrahisi Servisi'ne götürülmüştür. İki kopya olarak götürülen onam formunu katılımcının ve yakınının okuması istenmiş ve onam formunu okuduktan sonra çalışmaya katılmaya gönüllü ise hasta ve yakınının onam formlarını imzalaması istenmiştir. Onam formlarından biri katılımcıda, diğeri ise araştırmacıda kalmıştır. Katılımcılar ile toplam 2 görüşme yapılmıştır. Katılımcılar ile yapılan görüşmelerin tamamı aynı araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Onam formunda görüşmelerin kayıt altına alınacağı belirtilmiştir. Ayrıca sözel olarak da ses kaydında kimlik bilgilerinin saklı tutulacağı belirtilmiştir. Daha sonra katılımcılara demografik bilgi formunda yer alan sorular sorulmuştur. Ardından ses kaydı başlatılmış ve katılımcılara 'Ameliyat Öncesi Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Formu'nda' yer alan sorular sorulmuştur. Ameliyat öncesi görüşmeler her katılımcı ile ameliyattan 1 gün önce yapılmıştır.

Görüşmeler tamamlandıktan sonra ses kayıtları tez öğrencisi tarafından bilgisayar ortamında transkript edilmiştir. Diğer katılımcılar ile yapılacak görüşmelerin başarılı olabilmesi için görüşmenin hemen sonrasında transkripsiyonun yapılmasına dikkat edilmiştir. Şekil 3.4.'te ameliyat öncesi görüşme süreci özetlenmiştir.



Şekil 3.4. Ameliyat öncesi görüşme süreci

Ameliyattan sonra yapılması planlanan görüşmeler ameliyattan sonraki ilk 1 hafta içinde tamamlanmıştır. Katılımcıların kendilerini görüşme için hazır hissettiklerini ilettikleri zamanda görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler yüz yüze olarak gerçekleştirilmiştir. Ameliyat sonrası görüşmeler ameliyat öncesi görüşmeleri yapan aynı araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Ameliyat sonrası görüşmelere başlamadan önce katılımcılara sırası ile ameliyat anına ve ameliyat sonrasına ilişkin sorular sorulacağına bilgisi verilmiştir. Daha sonra ses kaydı başlatılmış ve sorular katılımcılara yöneltilmiştir. Görüşmelerden hemen sonra aynı araştırmacı (tez öğrencisi) tarafından ses kayıtları bilgisayar ortamında transkript edilmiştir. Şekil 3.5.'de ameliyat sonrası görüşme süreci özetlenmiştir.



Şekil 3.5. Ameliyat sonrası görüşme süreci

3.2.5. Verilerin Analizi

Bu çalışma, uyanık kraniyotomi öncesi ve sonrasında hastaların uyanık kraniyotomiye ilişkin beklentileri ve deneyimleri ile dil konuşma terapisine yönelik deneyimlerini inceleyen nitel bir araştırmadır. Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların süreç içindeki deneyimlerinin anlamlı bir şekilde analiz edilmesi amacıyla derinlemesine incelenmiştir.

Çalışmanın verilerinin analizinde tümevarım yöntemine başvurulmuştur. Verilerin analizinde tematik analiz, içeriksel analiz ve karşılaştırmalı analiz yöntemleri ile MAXQDA yazılımı kullanılmıştır. MAXQDA yazılımı kullanılarak, görüşmeler açık kodlama yöntemiyle kodlanmıştır. Kodlanan veriler temalar altında toplanmış ve bu temalar ameliyat öncesi ve sonrası süreçlere göre sınıflandırılmıştır. Veri analizinde içerik analizi yöntemi uygulanmış, görüşmelerde ortaya çıkan temalar kodlanmıştır. Ameliyat öncesi ve sonrası bulgular karşılaştırılarak, bu sürece ilişkin deneyimler analiz edilmiştir.

Nitel araştırmalarda veri analizi; verilerin hazırlanıp organize edilmesini, kodlanmasını ve kodların bir araya getirilerek temalara indirgenmesini, daha sonra

verilerin şekiller, tablolar veya bir tartışma şeklinde sunulmasını içermektedir (139). Bu araştırmada elde edilen veriler tematik analiz ve içerik analizi yöntemleri çerçevesinde incelenmiştir.

Tematik Analiz ve İçerik Analizi

Tematik analiz, elde edilen verilerdeki temaların belirlenmesi, analiz edilmesi ve raporlanması için kullanılan bir yöntem olup verilerin en küçük boyutlarda düzenlenmesini ve betimlenmesini sağlamaktadır (140). Tematik analizin aşamaları şu şekilde sıralanabilir (141):

- Veriye aşina olunması, verinin yazıya geçirilmesi ve tekrar tekrar okunması
- İlk kodların oluşturulması
- Kodların temalar altında toplanması
- Her temanın açıkça tanımlanması ve isimlendirilmesi
- Çarpıcı alıntılarının seçilmesi, verilerin analiz edilerek araştırma sorusu ile ilişkilendirilmesi ve analizlerin raporlaştırılması

İçerik analizi; çeşitli dokümanların içeriğinin sistematik, objektif ve mümkünse nicel olarak incelenmesidir (142). İçerik analizinin temel amacı, toplanan verilerin açıklanmasına yardımcı olacak kavramlara ve ilişkilere ulaşmaktır. Tematik analiz ile katılımcıları tanıttıcı bulgular değerlendirirken, içerik analizi ile katılımcıların görüşlerinin içerikleri sistematik olarak incelenir (143). İçerik analizinin aşamaları şu şekilde sıralanabilir (142):

- Araştırma hedeflerinin belirlenmesi
- Örneklemin oluşturulması
- Kod ve kategorilerin saptanması

- Kod ve kategorilerin frekanslarının nicel olarak belirlenmesi, gerekli ise kategoriler arası ilişkilerin çözümlenmesi, değerlendirme, çıkarsama ve yorumlama yapılması

Araştırmada öncelikle görüşmelerden elde edilen ses kayıtları yazıya aktarılmıştır. Yazılı görüşme verileri MAXQDA 2024 programına aktarılmıştır. Arayüzü Türkçe olan, görsel analiz araçlarının yoğun bir şekilde kullanıldığı, temel istatistiksel analizlere ek olarak karma araştırma yöntemlerinde de kullanılabilen MAXQDA programı, elde yapılan analizlere göre verilerin daha sistematik bir şekilde çözümlenmesini sağlamaktadır (144). MAXQDA 2024 programına aktarılan verilerin analizinde tümevarımcı bir yaklaşım benimsenmiştir. Veriler tekrar tekrar okunmuş ve ilk kodlar oluşturulmuştur. Birbiri ile ilişkili kodlar temalar altında toplanarak isimlendirilmiştir. Daha sonra, elde edilen temalar okuyucuların anlayabileceği bir dil ile açıklanmıştır. Son olarak, araştırmacı, elde edilen bulgulara anlam kazandırmak amacıyla bulguları yorumlamış ve çeşitli görseller ile desteklemiştir.

Nitel araştırmalarda geçerlik, toplanan verilerin doğruluğunun araştırmacı tarafından belirli süreçler aracılığıyla kontrol edilerek sağlanması anlamına gelir. İç geçerliği sağlamak amacıyla 'katılımcı doğrulaması' tekniği uygulanmıştır. Bu doğrultuda, yarı-yapılandırılmış görüşme sonrasında bir katılımcıyla tekrar görüşme yapılmış ve görüşme transkriptine dair düşünceleri alınmıştır. Dış geçerliği sağlamak amacıyla, araştırmada amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Uyanık kraniotomi uygulanması planlanan ve revizyon ameliyatı olmayan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Uyanık Beyin Ameliyatı Uygulanan Hastaların Deneyimi'ne ilişkin nitel veriler, önceden belirlenen kodlama sistemi kullanılarak detaylı bir şekilde analiz edilmiştir. Kodlama süreci, araştırmanın güvenilirliğini ve geçerliliğini artırmak amacıyla iki bağımsız değerlendirici tarafından yürütülmüştür. Kodlama güvenilirliğini değerlendirmek için değerlendiriciler arasında uyum oranı hesaplanmıştır. İstatistiksel olarak kodlama güvenilirliği, Cohen's Kappa katsayısı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tüm kategorilerde tam uzlaş sağlandığından, Cohen's Kappa değeri 1.00 olarak hesaplanmıştır. Kappa değerinin 1.00 olması, değerlendiriciler arasında mükemmel bir

uyumun olduğunu ve kodlamaların son derece tutarlı bir şekilde uygulandığını ifade etmektedir.

3.3. 2. Aşama: Nicel Araştırma

3.3.1. Katılımcılar

Çalışmanın 1. ve 2. aşamasındaki katılımcılar aynı dahil edilme kriterleri kapsamında çalışmaya dahil edilmiştir. İkinci aşamayı oluşturan nicel araştırmanın katılımcılarını, çalışmanın 1. aşamasında bulunan pilot katılımcının da dahil olduğu toplam 10 birey oluşturmaktadır. 1. aşamanın amacı uyanık kraniotomiye ilişkin hasta deneyimlerini belirlemek iken 2. aşamanın amacı ise uyanık kraniotominin erken dönemdeki dil, biliş becerileri ve yaşam kalitesine etkisini belirlemektir. Nitel çalışmadaki katılımcıların dil, biliş becerileri ve yaşam kalitesine ilişkin nicel verilerini belirlemek amacıyla çalışmanın 2. aşamasının katılımcı sayısı nitel çalışmanın katılımcıları ile sınırlandırılmıştır (n=10).

3.3.2. Nicel Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışmanın nicel aşamasında, her katılımcıya uyanık kraniotomi öncesi ve uyanık kraniotomi sonrası dil, biliş testleri ve yaşam kalitesi ölçekleri uygulanmıştır. Veri toplama süreci 20.12.2023 ile 20.07.2024 tarihleri arasında yapılmıştır. Ameliyat öncesi değerlendirmeler, Hacettepe Üniversitesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Servisi'nde yatan hastaların kendi istekleri doğrultusunda yattıkları serviste yüz yüze yapılmıştır. Katılımcı 1 ve Katılımcı 2 dışındaki diğer tüm katılımcıların ameliyattan sonraki değerlendirmeleri ise, Hacettepe Üniversitesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Servisi'nde yatan hastaların kendi istekleri doğrultusunda yattıkları serviste yüz yüze bireysel olarak yapılmıştır. Katılımcı 1 ve Katılımcı 2'nin ameliyattan sonraki değerlendirmeleri ise Hacettepe Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölüm'ünde yüz yüze olarak yapılmıştır.

3.3.3. Veri Toplama Aracı ve Tekniği

Çalışmanın ilk aşamasını yarı-yapılandırılmış bireysel görüşmeler ile hasta deneyimlerine ulaşmak oluştururken, 2. aşamasını ise hastaların ameliyat öncesi ve sonrası erken dönem dil ve bilişsel becerileri ile yaşam kalitelerini belirlemek ve karşılaştırmak oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan tüm bireylere uyanık kraniotomi uygulaması öncesi ve sonrasında görüşmelerden önce; Afazi Dil Değerlendirme Testi (ADD), Resim Adlandırma Testi (RAT), Piramit ve Palmiye Ağaçları Testi (PPTT), Standardize Mini Mental Test (SMMT), Kısa Form 36- TR (SF 36), İnme ve Afazi ile İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği-TR (SAQOL 39-TR) uygulanmıştır.

Demografik Bilgi Formu

Katılımcılara testler uygulanmaya başlamadan önce demografik bilgi formu (EK 9) doldurtulmuştur. Bu form katılımcılara ait bilgilerin toplanabilmesi için araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Formda katılımcıların yaş, eğitim durumu, cinsiyet, meslek, yaşadığı şehir, medeni durumu, çocuk sayısı gibi sosyodemografik bilgi soruları ile ek hastalık, nörolojik muayene notu gibi klinik bilgilerini edinmeye yönelik sorular da yer almaktadır.

Afazi Dil Değerlendirme Testi (ADD)

Geçerlik, güvenirlik ve standardizasyonu, Maviş ve Toğram tarafından 2012 yılında yapılmıştır. Türk dili ve kültürüne özgün olarak geliştirilmiş bir testtir. Dil becerilerini kapsamlı şekilde değerlendirmektedir. Konuşmanın akıcılığını, işitsel anlamayı, tekrarlamayı, adlandırmayı, okumayı, dilbilgisini, söz eylemlerini ve yazmayı değerlendirme olmak üzere 8 alt testten oluşmaktadır. Afazisi olan bireylerin dil düzeylerinin değerlendirilmesini mümkün kılmaktadır (94). Testin tüm alt testlerinden elde edilen toplam puan 292'dir. Bu, toplam test puanıdır. Spontan dil ve konuşma, işitsel anlama, tekrarlama ve adlandırma alt alanlarından alınan puanlar ise dil puanını oluşturmaktadır. Test sonuçlarında en yüksek puana sahip kişiler, dil ve konuşma becerilerini etkili biçimde kullanan bireyler olarak sınıflandırılmaktadır (94).

Resim Adlandırma Testi (RAT)

Başol, (2022) tarafından geçerlik ve güvenirliği yapılmış olan ve 55 sözcükten oluşan bir adlandırma değerlendirme testidir. İsim adlandırmayı değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Afazisi olan bireylerin ayrıntılı değerlendirilmesinde kullanılmaya uygun bir testtir. Resim Adlandırma Testi afazisi olan bireylerde adlandırma becerisinin ayrıntılı değerlendirmesinde kullanılabilecek yararlı bir araçtır. Resim Adlandırma Testi için kesme puanı 44 olarak bulunmuştur. Doğru yanıtlar 1, hatalı yanıtlar 0 olarak puanlanmaktadır (101).

Piramit ve Palmiye Ağaçları Testi (PPTT)

Piramit ve Palmiye Ağaçları Testi bireyin semantik temsile ulaşma becerisini değerlendirmektedir. 1992 yılında Howard ve Patterson tarafından geliştirilen bir testtir (145). Bozdemir, 2008 yılında yüksek lisans tez kapsamında Türkçe'ye uyarlamıştır (100). İki farklı test kitapçığı mevcuttur. Test kitapçıklarından birinde resimler *Pyramid and Palm Trees Test-I (PPTT-I)* diğ erinde ise resimlerin adları yazılıdır *Pyramid and Palm Trees Test-II (PPTT-II)*. Semantik demansı ve afazisi olan bireylerde semantik belleğin değerlendirmesinde kullanılmaktadır. 52 resim ya da yazılı sözcükten oluşan test 18-80 yaş aralığındaki bireylere uygulanabilmektedir. Kitapçıklarda her sayfanın üstünde bir resim ya da yazı, soru imgesi olarak bulunurken, aynı sayfanın altında yer alan iki resimden ya da yazılı sözcükten birisi hedef diğ eri ise ç eldiricidir. Örneğ in; testte yer alan kulübe resminin köpek ya da kedi ile eş leştirilmesi gerekmektedir. Altta yer alan 2 resim aynı semantik düzlemde iken (kedi ve köpek ikisi de hayvan), üstteki soru düzleminde yer alan resim genellikle farklı kategoridedir (kulübe-barınma yeri). Testten alınabilecek en yüksek puan 52'dir. Doğ ru yanıt 1 puan, yanlış yanıt 0 puan, yanıt vermedi ise 0,5 puan verilmektedir. 26/52'lik puan ş ans düzeyinde cevap vermeyi gösterirken 33 puan ş ans düzeyinde anlamlı ve 35 veya 38 üstü puan ise anlamlı olarak kabul edilmektedir (100).

Standardize Mini Mental Test (SMMT)

Standardize Mini Mental Test (SMMT), bilişsel bozuklukların değerlendirilmesi amacıyla 1975 yılında Folstein ve ark. tarafından geliştirilmiştir (146). 1997 yılında Standish ve Molloy tarafından uygulama farklılıklarını gidermek amacıyla standardize uygulama kılavuzu eşliğinde kullanılmaya başlanmıştır. SMMT'nin Türkçe formu geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Güngen ve ark. tarafından 2002 yılında yapılmıştır (111). Bu çalışmalarda SMMT'nin Türk toplumunda hafif demans tanısında güvenilir ve geçerli olduğu saptanmıştır. SMMT; oryantasyon, dikkat, bellek, dil, görsel-mekansal beceri işlevlerini değerlendirmektedir ve ölçek toplam puanı vermektedir. Standardize Mini Mental Test'ten alınabilecek en yüksek puan 30'dur. 10 puanlık mekan ve zaman oryantasyonu, 3 puan kayıt, 3 puan hatırlama olmak üzere 6 puanlık bellek, 5 puanlık dikkat, 8 puanlık dil ve 1 puanlık görsel-mekansal işlevleri ölçen maddeler yer almaktadır. Değerlendirme sonucu bu testte ≥ 24 puan normal kognitif fonksiyon durumunu, 23 ve altı puan ise fonksiyon bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Standardize Mini Mental Test, 10 dakika gibi bir süre içinde, poliklinik koşullarında ya da yatak başında uygulanabilir bir test aracıdır (111).

Kısa Form-36-TR (Short Form-36-TR Yaşam Kalitesi Ölçeği) (SF-36-TR)

Koçyiğit ve ark., (1999) tarafından geçerlik ve güvenirliği yapılan, yaşam kalitesini ölçmede kullanılan en yaygın ölçeklerden biri Kısa Form 36-TR'dir (SF-36-TR) (119). Sağlık alanında sık kullanılan yaşam kalitesi ölçeğidir. Ware ve ark. tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir (122). SF-36-TR sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile incelemektedir. Bu form; fiziksel fonksiyon, rol kısıtlamaları (fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı), sosyal fonksiyon, mental sağlık, vitalite (enerji), ağrı ve genel sağlık algısı olmak üzere 8 boyutta incelemektedir. SF-36-TR kısa sürede doldurulabilmekte ve kişinin sağlık durumunun olumlu ve olumsuz yönlerini değerlendirebilen bir öz değerlendirme ölçeğidir. Testten tek puan elde edilmemektedir. Her bir alt boyut için ayrı ayrı puan vererek toplam 8 puan elde edilmektedir. Her bir alt boyut için puanlar 0-100 arasında değişmektedir. En iyi sağlık durumu 100 puan, en kötü sağlık durumu 0 puan ile gösterilmektedir (119). Türk

toplumu için toplum norm değerleri Demiral ve ark. (2006) tarafından belirlenmiştir (147).

İnme ve Afazi ile İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği- TR (Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39) (SAQOL 39-TR)

Hilari ve ark., (2003) tarafından afazisi olan bireylere özel geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir (118). Toplam 39 maddeden oluşmaktadır ve günlük aktiviteler, iletişim, psikososyal fonksiyon ve enerji olmak üzere 4 alanı değerlendirmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Noyan-Erbaş ve Toğram (2016) tarafından yapılmıştır. Ölçek uygulama sürecinde; ‘Hiç yapamadım’, ‘Çok zorluk yaşadım’, ‘Biraz zorluk yaşadım’, ‘Çok az zorluk yaşadım’ ve ‘Hiç zorluk yaşamadım’ yanıtları her madde akabinde 5 kutucuk içerisinde yer almaktadır. Bireyden sorulara yanıt verirken geçen haftaki deneyimlerine uygun olan kutucuğu işaretlemesi istenmektedir. Toplam ve alt test puanları 1’den 5’e değişkenlik göstermektedir. SAQOL39-TR ölçek ve alt alan puanları madde puanlarının toplanması ve madde sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir (120).

3.4. İstatistiksel Analiz

Araştırma verilerinin analizleri SPSS 29 programında yapılmıştır. Değişkenlere ilişkin verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro Wilk testi ile değerlendirilmiştir. İki tekrarlı ölçümlerin analizlerinde verilerin normal dağıldığı durumda Eşleştirilmiş T testi, verilerin normal dağılmadığı durumda Wilcoxon İşaretli Sıralar testi kullanılmıştır. Analizlerde $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Anlamlı farklılık bulunduğunda Cohen d etki büyüklüğü hesaplanmıştır. Hesaplamalar sonucunda elde edilen d değeri 0,20 - küçük etki büyüklüğü, 0,50 – orta etki büyüklüğü, 0,80 ise büyük etki büyüklüğü olarak yorumlanmıştır (148).

4. BULGULAR

4.1. Demografik ve Tıbbi Bulgular

Bu çalışmada katılımcılara yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve mesleğe ilişkin soruların yer aldığı demografik bilgi formu doldurtulmuştur. Tablo 4.1.'de katılımcıların demografik ve tümöre ilişkin bilgilerine yer verilmiştir. Katılımcılar, uyanık kraniotomi uygulanma zamanına göre sıralandırılmıştır. Çalışmamın 1. aşaması olan nitel araştırmada yapılan pilot görüşme KP ile yapılmıştır. Pilot görüşmenin yapıldığı katılımcıya ait bilgiler de Tablo 4.1.'de gösterilmiştir. Nicel aşamaya ise katılımcıların tümü dahil edilmiştir.

Tablo 4.1. Demografik ve tıbbi bilgiler

Katılımcılar	Yaş	Cinsiyet	Eğitim düzeyi	Meslek
KP	24	Erkek	Lisansüstü	Doktor
K1	38	Erkek	Ortaokul	Erkek Kuaförü
K2	43	Erkek	Ortaokul	Esnaf
K3	52	Erkek	Lisans	Polis
K4	37	Erkek	Lisans	Mühendis
K5	34	Erkek	Ön Lisans	Özel Sektör Çalışanı
K6	45	Erkek	Lisans	Özel Sektör Çalışanı
K7	35	Erkek	Lise	Uzman Çavuş
K8	39	Erkek	İlkokul	Esnaf
K9	57	Erkek	Lise	İş Yeri Sahibi
Katılımcılar	Tümör lokalizasyonu	Tümörün derecesi	Anestezi Şekli	Postop Nörolojik Muayene Notu
KP	Sol Frontal Lob	Grade III	Uyanık(Lokal Anestezi+Sedasyon)	Defisit yok
K1	Sağ Temporal Lob	Grade IV	Uyanık(Lokal Anestezi+Sedasyon)	Defisit yok
K2	Sol Temporal Lob	Grade III	Uyanık(Lokal Anestezi+Sedasyon)	Parafazik
K3	Sol Parietal Lob	Grade IV	Uyanık(Lokal Anestezi+Sedasyon)	Defisit yok
K4	Sağ Frontal Lob	Grade II	Uyanık(Lokal Anestezi+Sedasyon)	Sol üst ekstremité monoparetik
K5	Sağ Frontal Lob	Grade III	Uyanık(Lokal Anestezi+Sedasyon)	Defisit yok
K6	Sağ Parietal Operküler Alan	Grade IV	Uyanık(Lokal Anestezi+Sedasyon)	Defisit yok
K7	Sol Frontal Lob	Grade III	Uyanık(Lokal Anestezi+Sedasyon)	Anomik Bulgular
K8	Sol Frontal Lob	Bilinmiyor	Uyanık(Lokal Anestezi+Sedasyon)	Sağ kol ve bacakta güçsüzlük
K9	Sol Temporal Lob	Bilinmiyor	Uyanık(Lokal Anestezi+Sedasyon)	Anomik Bulgular

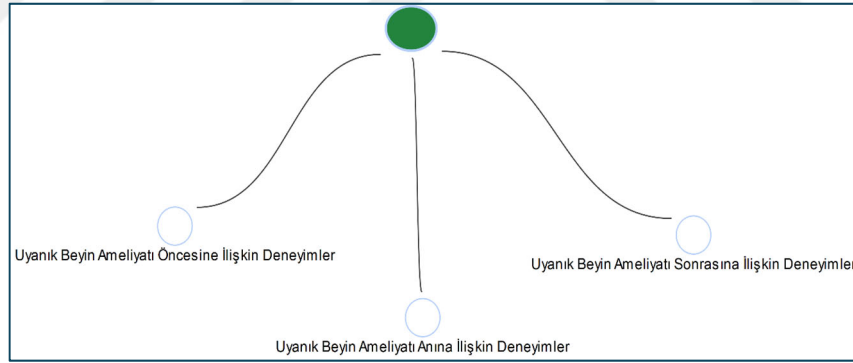
(K: Katılımcı)

Katılımcıların tümü erkek ve 24-57 yaş ($\bar{X}$ 40.4) arasındadır. Çalışmada ilkokul mezunu olan 1 (n=1), ortaokul mezunu olan 2 (n=2), lise mezunu olan 2 (n=2), ön lisans mezunu olan 1 (n=1), lisans mezunu olan 3 (n=3), lisansüstü mezunu olan 1 (n=1) katılımcı bulunmaktadır.

4 katılımcının tümörü sağ hemisfer yerleşimli, 6 katılımcının tümörü ise sol hemisfer yerleşimlidir. 5 katılımcının tümörü frontal lobda, 3 katılımcının tümörü temporal lobda, 2 katılımcının tümörü ise parietal lobdadır. 1 katılımcının tümör derecesi grade II, 4 katılımcının tümör derecesi grade III, 3 katılımcının tümör derecesi grade IV ve 2 katılımcının tümör derecesi henüz bilinmemektedir.

4.2. Nitel Aşama Bulguları

Uyanık kraniyotomi uygulanan hastaların deneyimine yönelik nitel veriler bu bölümde sunulmuştur. Bu çalışma Şekil 4.1.'de görüldüğü üzere 3 tema altında toplanmıştır.



Şekil 4.1. Çalışmanın temaları

4.2.1. Uyanık Beyin Ameliyatı Öncesine İlişkin Deneyimler

Araştırmanın ilk teması olan “Uyanık Beyin Ameliyatı Öncesine İlişkin Deneyimler” teması 4 farklı kategori altında incelenmiştir. Bunlar; Ameliyat Öncesi Sürece İlişkin Görüşler, Ameliyat Öncesi Duygular, Ameliyat Öncesi Dil ve Konuşma Terapisti İle İletişim ve Ameliyat Sonrası Beklentiler’dir. Uyanık Beyin Ameliyatı Öncesine İlişkin Deneyimler temasına ait kategori, alt kategori ve kodlar Şekil 4.2.’de gösterilmiştir.

4.2.2. Ameliyat Öncesi Sürece İlişkin Görüşler

Ameliyat Öncesi Sürece İlişkin Görüşler kategorisi altında 4 farklı alt kategori oluşturulmuştur. Bunlar; Uyanık Beyin Ameliyatı Olmaya Yönelik Görüşler, Uyanık Beyin Ameliyatına Kendini Hazırlama Süreci, Beyin Cerrahisi İle Olan Sürece İlişkin Görüşler, Ekip Yaklaşımına İlişkin Görüşlerdir.

Uyanık Beyin Ameliyatı Olmaya Yönelik Görüşler alt kategorisinde katılımcılar Farklı/Değişik Deneyim kodu ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar bu ameliyatı farklı bir deneyim olarak tanımlamıştır. Konuyla ilgili K4, K6 ve K7 kodlu katılımcılara ait görüşler aşağıda belirtilmiştir.

“Yani farklı bir operasyon testi. Daha önce ne kendime ne çevremde hiç kimsenin daha önce böyle bir şey tecrübe etmediği için biraz değişik, biraz heyecanlı olacağını düşünüyorum...” (K4)

“...o süreçte nasıl bir bilinç halinde olacağım bilmiyorum ama açıkçası ben de merak ediyorum. Değişik bir tecrübe olacak benim için de.” (K6)

“...Benim için de farklı bir tecrübe olacak inşallah...” (K7)

Uyanık Beyin Ameliyatı Olmaya Yönelik Görüşler alt kategorisinde katılımcılar Verimli kodu ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar bu ameliyatı verimli bir deneyim olarak tanımlamıştır. Konuyla ilgili K9 kodlu katılımcının görüşü aşağıda belirtilmiştir.

“...verimli ameliyat olacağını düşündüğüm için bu ameliyatı tercih ettim...” (K9)

Uyanık Beyin Ameliyatı Olmaya Yönelik Görüşler alt kategorisinde katılımcılar Kollektif Bir İşlem kodu ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar bu ameliyatı Kollektif Bir İşlem deneyimi olarak tanımlamıştır. Konuyla ilgili K4 kodlu katılımcıya ait görüş aşağıda belirtilmiştir.

“Yaa aslında ameliyat burada temel şey yani 3 kişi yani. Yani tabii dil ve konuşma terapisti olacak ama. Anestezist, fizik tedavi, cerrah ve ben arasında daha çok tabii fizik de destekleyici olarak olacak. Ben şu an kafamda öyle taahhül ediyorum. Komplike bir şey olacak. Sadece cerrahın da değil, benim de cerraha yardımcı olduğum, fizik tedavcilerin de beni yönlendirdiği. Dil konuşma terapistinin de beni sürekli kontrol altında tuttuğu böyle kompleks bir kollektif bir çalışma yani çalışma demeyelim de işlem olacağını düşünüyorum. Sadece fizik tedavi de değil sadece cerrahi de değil hep beraber bir yapacağımız bir deneyim olarak düşünüyorum ”(K4)

Uyanık Beyin Ameliyatı Olmaya Yönelik Görüşler alt kategorisinde katılımcılar Tatlı Deneyim kodu ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar bu ameliyatı Tatlı Deneyim, olarak tanımlamıştır. Konuyla ilgili K7 kodlu katılımcının ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“...Korku kalmadı şu an sadece bir heyecan var, tatlı bir heyecan var diyebilirim yani. Onun dışında farklı tatlı bir deneyim olacak benim için onu diyebilirim gerçekten..”(K7)

Uyanık Beyin Ameliyatı Olmaya Yönelik Görüşler alt kategorisinde katılımcılar Zor Deneyim kodu ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar bu ameliyatı Zor Deneyim olarak tanımlamıştır. Konuyla ilgili K7 kodlu katılımcıya ait görüş aşağıda belirtilmiştir.

“Çünkü sonuçta beyin ameliyatı kolay bir ameliyat değil. Herkes için zor bir. Hem sizin ekip açısından hem de benim açımdan çok faydalı bir operasyon olacağını düşünüyorum. Benim için de farklı bir tecrübe olacak inşallah. Size de bir birikim katabilirim..” (K7)

Uyanık Beyin Ameliyatına Kendini Hazırlama Süreci alt kategorisinde katılımcılar Ekibe/Cerraha/Yönteme Olan Güven ve Kabul kodu ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ameliyat sürecine ameliyat ekibine güvenerek

hazırladıklarını belirtmiştir. Konuyla ilgili K1, K4 ve K9 kodlu katılımcılara ait ifadeler aşağıda yer verilmiştir.

“...Ama biz araştırdık en başarılı ameliyat yöntemi buymuş Türkiye de ..”(K1)

“...Yani karşımdaki ekibin yetkinliğine güvenerek...” (K4)

“...Tekniğinize, sisteminize, cerrah hocama size inanıyorum...”(K9)

Uyanık Beyin Ameliyatına Kendini Hazırlama Süreci alt kategorisinde katılımcılar Araştırma Yapma kodu ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ameliyat sürecine ameliyat ile ilgili araştırma yaparak hazırladıklarını belirtmiştir. Konuyla ilgili K3 kodlu katılımcıya ait ifadeler aşağıda belirtilmiştir.

“...Daha sonra ben bu konuyu çok araştırdım. Hocamın şeyinden sonra her insanı bizim kitlenin olduğu, konuşma merkezinin olduğu yerde sağ elini kullananların %95 ya %100'ü diyelim konuşma merkezi hep orada. Solakların %60'ın olduğunu öğrendim ve bunu araştırdım da %40'lık, inşallah ben o kısma girmişimdir...(K3)

Uyanık Beyin Ameliyatına Kendini Hazırlama Süreci alt kategorisinde katılımcılar Risk ve Faydaların Değerlendirilmesi kodu ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ameliyat sürecine, riskleri değerlendirerek hazırladıklarını belirtmiştir. Konuyla ilgili K2 kodlu katılımcıya ait görüş aşağıda sunulmuştur.

“Dediler ki örneğin almasak kitleyi ileride konuşmanıza sıkıntı olacak. Duyma sıkıntısı olacak. Onun için yapalım dedik...”(K2)

Uyanık Beyin Ameliyatına Kendini Hazırlama Süreci alt kategorisinde katılımcılar Mantıklı Bulma kodu ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ameliyat sürecini mantıklı bulduklarını belirtmiştir. Konuyla ilgili K3 kodlu katılımcıya ait görüş aşağıda belirtilmiştir.

“Bence uyanık olmak daha mantıklı. Karar verirken de bana daha olumlu geldi”(K3)

Uyanık Beyin Ameliyatına Kendini Hazırlama Süreci alt kategorisinde katılımcılar Hasta-Hekim İşbirliği kodu ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ameliyat sürecini hekimle konuştuklarını belirtmiştir. Konuyla ilgili K3 kodlu katılımcının ifadesine aşağıda yer verilmiştir.

“... Sadece sizden dedim bir değerlendirme, yani bir düşünme süreci istiyorum. Tabi ki dedi. Siz bir düşünün dedi. İşte daha sonra birileriyle görüştüm, mantıklı gelmişti. Buradan bir pozitif enerji aldığım için tekrar dönüş yaptım”(K3)

Uyanık Beyin Ameliyatına Kendini Hazırlama Süreci alt kategorisinde katılımcılar Korku/Endişe Hissetme kodu ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ameliyat sürecine ilişkin korku endişe hissettiklerini belirtmiştir. Konuyla ilgili K1 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir.

“Şey yani ben sadece işte hani sonuçta kafayı açacaklar ben orada nasıl uyanıcam, uyanık olursam acı hissedicem mi, biraz da korku var tabii.”(K1)

Uyanık Beyin Ameliyatına Kendini Hazırlama Süreci alt kategorisinde katılımcılar Dini İnanç kodu ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ameliyata hazırlık sürecinde maneviyata sığındıklarını belirtmiştir. Konuyla ilgili K8 kodlu katılımcıya ait görüş aşağıda belirtilmiştir.

“Bismillah etmişiz. Bakalım iki rekat namazımızı da kılacağız. Elhamdülillah. Her şey Allah'tan. Öncelikle Allah, sonra doktorlarımıza kalmış. Bütün ekibine şimdiden çok teşekkür ederim. Herhangi ne olursa olsun..”(K8)

Beyin Cerrahisi İle Olan Sürece İlişkin Görüşler alt kategorisinde katılımcılar Güven Duyma kodu ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ameliyat

sürecine ve doktora güvindiklerini belirtmiştir. Konuyla ilgili K1, K2 ve K4 kodlu katılımcıların ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Biz sonra buraya geldik ... hocayı (beyin cerrahı) gördük tabii genç, dinamik bir adam o hoşumuza gitti. Bir de yaklaşımı çok güzeldi. Hani böyle bir arkadaşınla konuşursun ya hani. Çok iyiydi ya. Adam her şeyi güzel güzel anlattı. Dedi hani bunun alınması lazım dedi. Büyük dedi. İşte güzel güzel anlattı. Uyanık olucan dedi. Tek ameliyat olacak olan sen değilsin dedi bir sürü insan oluyor ameliyat dedi güven verdi tabii..”(K1)

“Şimdi hoca diyor ki örneğin uyanık olsanız, bir yere zarar verdiğimiz zaman geri çekiliriz diyor. Göreceğiz ya diyor. Alan sizin olduğu için siz bize bir şeyler anlattığınız zaman bizim de kabul etmemiz gerekiyor.”(K2)

“Açıkçası ben kararı hocama bırakmıştım. Yani bu ameliyatın bu şekilde yapılması gerekiyorsa bu şekilde en uygun şekilde en uygun kararın bu olacağı konusunda hocama güvendiğim için ben herhangi bir şey de bulunmadım..”(K4)

Beyin Cerrahı İle Olan Sürece İlişkin Görüşler alt kategorisinde katılımcılar İyi İletişim ve Bilgilendirme kodu ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ameliyat öncesi süreçte doktorla sağlıklı iletişim kurduklarını belirtmiştir. Konuyla ilgili K1 kodlu katılımcıya ait görüş aşağıda beirtilmiştir.

“Çok iyiydi. Sevdik. Kanımız ısındı. İlk geldiğimizdeki bilgilendirme çok iyiydi. İlk geldiğimizde Malatya’daki CD’yi getirmiştik. Hoca ona baktı, çok güzel bilgilendirdi bizi. Zaten her gün geliyor ayrı ayrı bilgilendiriyor bizi. hoca da (beyin cerrahı) geldi bu arada. 3-4 gün üst üste o da geldi bilgilendirdi. ... hoca da ... hoca da (beyin cerrahları) tek tek ilgilendiler..”(K1)

Beyin Cerrahı İle Olan Sürece İlişkin Görüşler alt kategorisinde bir katılımcımız İletişim Kurmada Zorluk kodu ile ilgili görüş bildirmiştir. Katılımcımız

ameliyat öncesi süreçte doktorla sağlıklı iletişim kurmakta zorlandıklarını belirtmiştir. Konuyla ilgili K3 kodlu katılımcıya ait görüş aşağıda belirtilmiştir.

“...bence Türkiye'nin bu problemi yani. Yoksa hocalarıma da ben sitem değildir. Onlar ne kadar vakit ayırıyor, hastaya da ne kadar anlatabiliyor, iletişimi de ne kadar pozitif gerçekleştirebiliyor? Bunların hepsi kendi içinde. Alt başlıklara inersek ne bunu siz becerebilerseniz ne de ben becerebilirim. Bunlar bizim eksiklerimiz..”(K3)

Ekip Yaklaşımına İlişkin Görüşler alt kategorisinde katılımcılar Sürece İlişkin Bilgilendirme/İletişimden Memnun Olma kodu ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ekip yaklaşımından memnun olduklarını belirtmiştir. Konuyla ilgili K1 ve K3 kodlu katılımcılara ait görüş aşağıda belirtilmiştir.

“Hepsi çok iyiydi. Anestezi geldi, siz geldiniz (dil ve konuşma terapisti), sizden sonra yuvarlak saat çizdiren bir abla daha geldi (klinik psikolog). Hepsi çok iyiydi yaa. Valla biz hepsini çok sevdik. Teşekkür ederiz. İnşallah ameliyat da güzel geçerse. Bütün hepsi kendi alanında çok iyi...”(K1)

"Bence iyi anlatıyorlar, bilgilendiriyorlar. İnsanlara neye karar vermiş olduğunun farkındalığını oluşturuyorlar." (K3)

Ekip Yaklaşımına İlişkin Görüşler alt kategorisinde katılımcılar İlgili Olma kodu ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ekibin ilgili olduğunu belirtmiştir. Konuyla ilgili K8 kodlu katılımcının görüşüne aşağıda yer verilmiştir.

“Ameliyat öncesi hepsine teşekkür ederim. Her seferinde herkes geldi. Bana bilgilendirme değerlendirmeleri yaptılar. Hepsine teşekkür ederim..”(K8)

Ekip Yaklaşımına İlişkin Görüşler alt kategorisinde katılımcılar Ekipten Beklentiler kodu ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ekibin ameliyat anında hastalara doğru yönlendirme yapmasının gerekliliğinden bahsetmiştir. Konuyla ilgili K9 kodlu katılımcının ifadesine aşağıda yer verilmiştir.

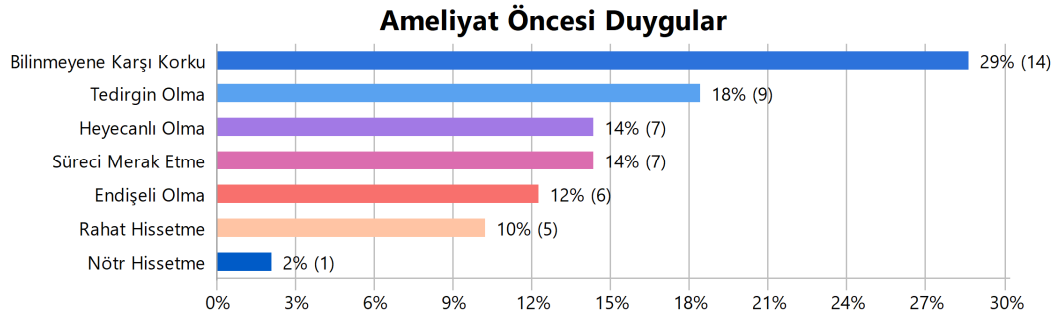
“...Ekipten beklentim hastayı ameliyat anında doğru yönlendirmesi...” (K9)

Ekip Yaklaşımına İlişkin Görüşler alt kategorisinde katılımcılar Detaylı Bilgilendirme Gereksinimi ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ekibin detaylı bilgilendirme yapması gerektiğini belirtmiştir. Konuyla ilgili K3 kodlu katılımcıya ait görüş aşağıda belirtilmiştir.

“Bence iyi, anlatımlar yeterli. Bana yeterli, bakın yani bana göre yeterli ama normal hayat yaşayan insanlar için yeterli midir onu bilemiyorum. Bana göre onlar için biraz daha detaya inilmesi lazım...” (K3)

4.2.3. Ameliyat Öncesine İlişkin Duygular

Ameliyat Öncesi Duygular alt kategorisine ilişkin katılımcılar ameliyat öncesi en yoğun olarak Bilinmeyene Karşı Korku duygusundan bahsetmişlerdir. Katılımcılar ayrıca sırasıyla Tedirgin Olma, Heyecanlı Olma, Süreci Merak Etme, Endişeli Olma, Rahat Hissetme, Nötr Hissetme kodlarından da söz etmiştir. Şekil 4.3.’te Ameliyat Öncesine İlişkin Duygular gösterilmektedir.



Şekil 4.3. Ameliyat öncesine ilişkin duygular

4.2.4. Ameliyat Öncesi Dil ve Konuşma Terapisti İle İletişim

Ameliyat Öncesi Dil ve Konuşma Terapisti İle İletişim kategorisi altında iki alt kategori oluşturulmuştur. Bunlar; Değerlendirme Süreci ve İletişim Sürecidir. Değerlendirme Süreci alt kategorisinde katılımcılar Süreçten Memnun Olma kodu ile

ilgili yoğun görüş bildirmiştir. Katılımcılar süreçten memnun olduklarını belirtmiştir. Konuyla ilgili K8 ve K9 Kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir.

“Ameliyat öncesi hepsine teşekkür ederim. Her seferinde herkes geldi. Bana bilgilendirme değerlendirmeleri yaptılar. Hepsine teşekkür ederim.”(K8)

“Dil ve konuşma süreçlerinden çok memnunum.” (K9)

Değerlendirme Süreci alt kategorisinde katılımcılar Süreci Faydalı Bulma kodu ile ilgili de görüş bildirmiştir. Katılımcılar süreci faydalı bulduklarını belirtmiştir. Konuyla ilgili K9 Kodlu katılımcının görüşü aşağıda belirtilmiştir.

“...Sizin yöntemlerinizin doğru olduğuna inanıyorum. Testler mantıklıydı. Günlük hayattan gibiydi testler sizde. ... Çok memnunum ...” (K9)

Değerlendirme Süreci alt kategorisinde katılımcılar Testlerin Kolaylığı/Zorluğu/Uygunluğu kodu ile ilgili de görüş bildirmiştir. Katılımcılar yapılan testler hakkında görüş belirtmiştir. Konuyla ilgili K5 Kodlu katılımcının görüşüne aşağıda yer verilmiştir.

“Test güzeldi...Umarım orada da yanılmam. Yani küçük bir etkilenme, bir şey olmaz. Ben en son sanırım bir görüntüde bir şey vardı. Hani görüntü üsttekini anlayamıyorum ki alttakini nasıl yapayım o zaman? Süre geçmiyor. Kara karakalemdi sanırım ama genel anlamda öyle bir şey yoktu. Yani yorucu değildi...”(K5)

Değerlendirme Süreci alt kategorisinde katılımcılar İyi ve Yeterli Bilgilendirme kodu ile ilgili de görüş bildirmiştir. Katılımcılar yapılan bilgilendirmelerden memnun olduklarını belirtmiştir. Konuyla ilgili K4 ve K7 kodlu katılımcıların görüşüne aşağıda yer verilmiştir.

“...Sizinle dil terapisti ile yani hem sizinle hem ... hocamla da (klinik psikolog) iletişimin gayet iyi oldu. Yerinde ve zamanında toplantımızı yaptık.

Tetkiklerimizi gerçekleştirdik. Eee onunda olumlu bir şekilde sürecin yürütüldüğünü düşünüyorum. Bilgilendirmeler gayet yeterliydi..”(K4)

“...Gayet olumlu düşündüm çünkü bütün sorularıma açık açık cevap aldım. Kafamda soru işareti kalmadı. Kafamdaki soru işareti zaten hemen hemen belliydi. Yani onlar da zaten siz, bilgilendirdiniz beni...”(K7)

Değerlendirme Süreci alt kategorisinde katılımcılar Teknoloji Kullanımının Artması kodu ile ilgili de görüş bildirmiştir. Katılımcılar teknoloji kullanımının artması gerektiğini belirtmiştir. Konuyla ilgili K6 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

“Yani ne bileyim hani daha teknolojik imkanlarla yapılabilir sizin yaptığınız o testler mesela dokunmatik ekranla yapılabilir. Orada şeyi de görebiliriz, biz de görebiliriz. Kaç tanesini doğru yaptık, ettik falan gibi sonuçları belki görünebilirdi bilmiyorum. O sizin açınızdan doğru mudur değil midir, o sadece o yani...”(K6)

Değerlendirme Süreci alt kategorisinde katılımcılar Testlerin Uzun Sürmesi kodu ile ilgili de görüş bildirmiştir. Katılımcılar testlerin uzun sürdüğünü belirtmiştir. Konuyla ilgili K4 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

“Açıkçası ben ilk geldiğimde sizinle ilk bu dil konuşma terapisi testlerimizi yaptığımda bu kadar uzun süreceğini düşünmüyordum. Ama sonuçta yapılması gereken bir şeyse benim sağlığım için faydalı olduğunu düşünüyorum.”(K4)

İletişim Süreci alt kategorisinde katılımcılar Etkili İletişim Kurma kodu ile ilgili yoğun görüş bildirmiştir. Katılımcılar iletişimden memnun olduklarını belirtmiştir. Konuyla ilgili K5 Kodlu katılımcı görüşü aşağıda belirtilmiştir.

“...sizin adınıza başka birisi gelmiş olsaydı en etkili şey sizinle idi. Çünkü siz hakimsiniz. Sadece görev amaçlı değil, tanıyor sunuz ilk gün isimler, ilk an. Çok çok iyiydi. Yani sadece işinizi yapmak gibi değildi...”(K5)

İletişim Süreci alt kategorisinde katılımcılar Olumlu Hissetme kodu ile ilgili de görüş bildirmiştir. Katılımcılar genel süreçten memnun olduklarını belirtmiştir. Konuyla ilgili K3 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir.

“Bence her şey olumluydu, ama bir daha yapılmasında mantık var. Yani atıyorum sizle biz bugün görüşebildik. Yarın bir ameliyat var, diğer hocam neydi ismi unuttum. Çok hoş bir beyefendi. Çok sevdim, ısındım. Pozitif enerji aldım...”(K3)

4.2.5. Ameliyat Sonrası Beklentiler

Ameliyat Sonrası Beklentiler kategorisinde 6 kod oluşturulmuştur. Bunlar; Hastalıktan Kurtulmayı İsteme, Günlük Yaşama Devam Etme İsteği, Psikolojik İyi Oluş, Kalıcı Hasarın Olmaması, Psikolojik Etkilenimin Olmaması, Ameliyat İzlerinin Belirgin Olmamasıdır.

Ameliyat Sonrası Beklentiler kategorisinde katılımcılar Hastalıktan Kurtulmayı İsteme ile ilgili yoğun görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar hastalıktan kurtulmak istediklerini belirtmiştir. Konuyla ilgili K6 ve K7 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir;

“Yani bu ameliyattan beklediğim beynimdeki işte tümör mümkün olduğu kadar temizlenebilmesi ...”(K6)

“Sadece bir an önce tedavimin olup normal sağlığıma dönmek istiyorum.”(K7)

Ameliyat Sonrası Beklentiler kategorisinde katılımcılar Günlük Yaşama Devam Etme İsteği ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar günlük yaşamlarına dönmek istediklerini belirtmiştir. Konuyla ilgili K2 kodlu katılımcı aşağıdaki görüşü belirtmiştir.

“Yani fazla bir duygumuz. İyileşip tekrar hayatımıza devam etmeyi hedefliyoruz inşallah...yani başkasına muhtaç olmayalım da kendi işimizi

kendi kendimiz görüp, kendi sağlığımız üzerine, kendi bedenimiz üzerine kendimiz çalışalım. Gerisi sıkıntı değil..”(K2)

Ameliyat Sonrası Beklentiler kategorisinde katılımcılar Psikolojik İyi Oluş ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar mental olarak iyi olmak istediklerini belirtmiştir. Konuyla ilgili K1 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

“Şimdi abla ben bu psikolojiyi uzun süredir yaşadığım için 3-5 yıldır sanki hayat bana zindan gibi geliyordu. Şu an bile öyle. O yüzden ben bir an önce alınsın kurtulayım kafasındayım... ”(K1)

“Yo başka da yok. Bir an önce kendimi şu psikolojiden kurtarmak istiyorum.”(K1)

Ameliyat Sonrası Beklentiler kategorisinde katılımcılar Kalıcı Hasarın Olmaması ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar kalıcı hasar kalmamasını istediklerini belirtmiştir. Konuyla ilgili K9 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

“ Şu an sağlıklıyım. Ameliyat sonrası da yüz felci, el felci vs. asla defisit oluşsun istemiyorum...” (K9)

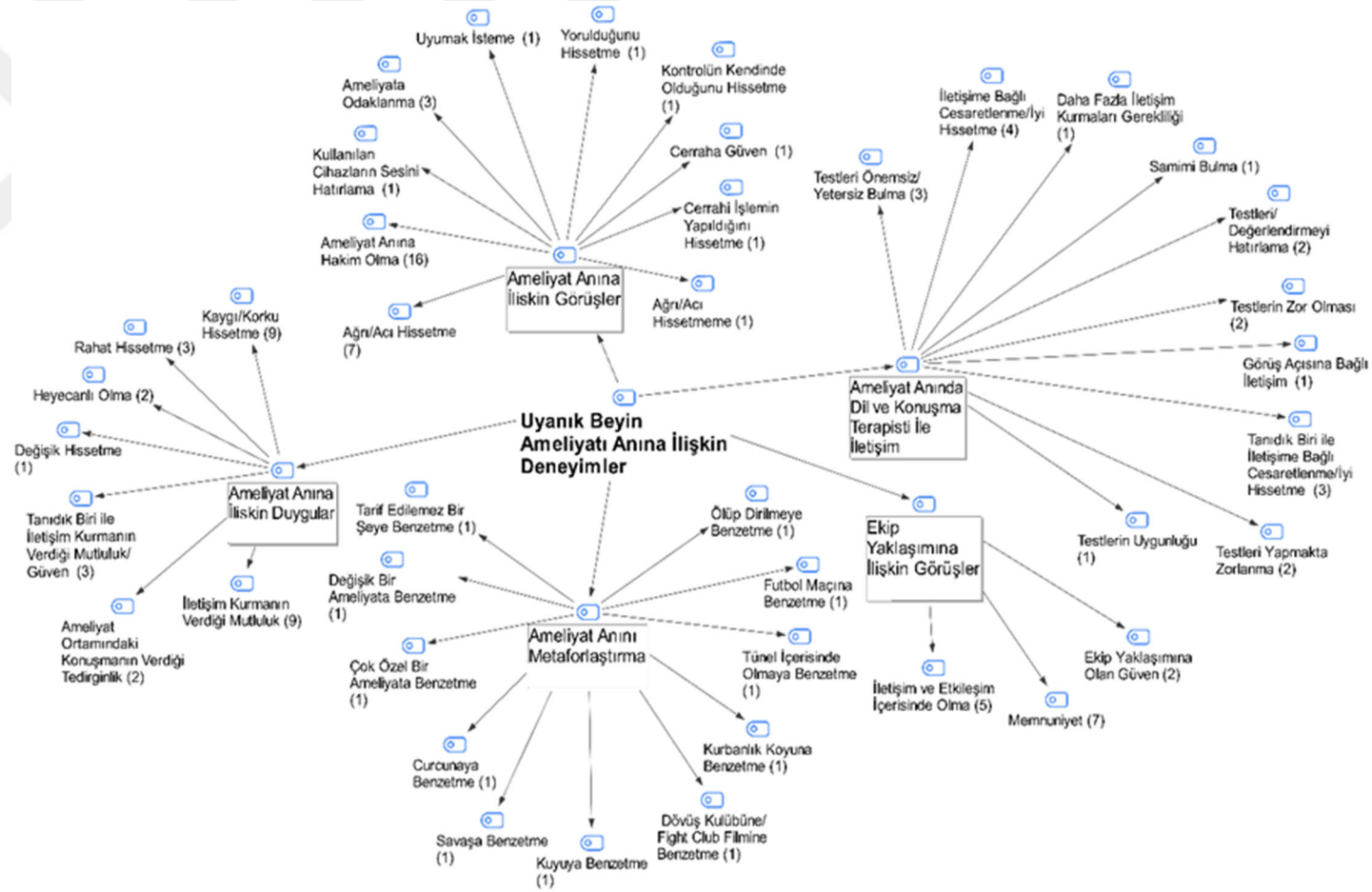
Ameliyat Sonrası Beklentiler kategorisinde katılımcılar Psikolojik Etkilenimin Olmaması ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar psikolojik hasar kalmamasını istediklerini belirtmiştir. Konuyla ilgili K5 kodlu katılımcının görüşü bildirilmiştir.

“Yani oraya dair bir travma kalmasın, her şey güzel geçsin umarım. Yani nasıl diyeyim yani yoğun bakıma bile hiç yani ameliyatı geçtim, yoğun bakıma bile girmediğim için hani oradan çıkacağım, oraya geleceğim. Bunların korkuları sadece bende kötü etki bırakmasın istiyorum. Hani oldu da ameliyat güzel geçti ama ne bileyim bir travma yani oradan o aklından çıkmıyor sahneler falan onu istemem yani.”(K5)

Ameliyat Sonrası Beklentiler kategorisinde katılımcılar Ameliyat İzlerinin Belirgin Olmaması ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ameliyat izlerinin

belli olmamasını istediklerini belirtmiştir. Konuyla ilgili K9 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

“Kafamdaki görsel bozulsun istemem. Büyük kesi açılmasın. Tümör kaç cm ise o kadar açılsın. Dış görünüşüm bozulmasın. Dış görünüş de önemsenmeli.”(K9)



Şekil 4.5. Uyanık beyin ameliyatı anına ilişkin deneyimler hiyerarşik alt kodu

4.2.7. Ameliyat Anına İlişkin Görüşler

Ameliyat Anına İlişkin Görüşler kategorisi altında katılımcılar Ameliyat Anına Hakim Olma ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ameliyat anına hakim olduklarını belirtmiştir. Konuyla ilgili K4 ve K5 kodlu katılımcıların görüşleri aşağıda belirtilmiştir.

“Ortamdaki insanlarla konuşa konuşa o şekilde tamamladık ameliyatı.” (K4)

“Ben buradayım, sabret. 10 dakikamız, 15 dakikamız kaldı dedi. En son onu da hatırlıyorum...” (K5)

Ameliyat Anına İlişkin Görüşler kategorisi altında katılımcılar Ağrı/Acı Hissetme ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ağrı/acı hissettiklerini belirtmiştir. Konuyla ilgili K5 kodlu katılımcının görüşüne aşağıda yer verilmiştir.

“Ondan sonra acı, o acı orada acı hissettiğimi size söyledim.” (K5)

Ameliyat Anına İlişkin Görüşler kategorisi altında katılımcılar Ameliyata Odaklanma ile ilgili de görüş bildirmiştir. Katılımcılar ameliyata odaklandıklarını belirtmiştir. Konuyla ilgili K3 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

“Ameliyata odaklandım. Çok şey düşünürüm de odaklanmak önemli olan. Şimdi sana odaklandığım gibi aslında başka düşünceler de mevcut yani yok değil. Ona odaklandım, başarmaya odaklandık..”. (K3)

Ameliyat Anına İlişkin Görüşler kategorisi altında katılımcılar Kullanılan Cihazların Sesini Hatırlama ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ameliyathanedeki cihazların sesini duyduklarını belirtmiştir. Konuyla ilgili K1 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

“Yani kendisini görmedim, göremedim ama uğraşıyordu işte. Sesler geliyordu. Cıs Cıs bir sesler geliyordu. Onları duydum...”. (K1)

Ameliyat Anına İlişkin Görüşler kategorisi altında katılımcılar Yorulduğunu Hissetme ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar yorulduklarını belirtmiştir. Konuyla ilgili K3 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir:

“Çok yoruldum..... Biz iki saat gibi bunu değerlendirmiştik ortalama. Ama 6 saat gibi süren bir pozisyon. Çok uzun bir süreçtir o efor...” (K3)

Ameliyat Anına İlişkin Görüşler kategorisi altında katılımcılar Uyumak İsteme ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar uyumak istediklerini belirtmiştir. Konuyla ilgili K3 kodlu katılımcının görüşüne aşağıda yer verilmiştir.

“Birinde sana saati sorduğumda saat bir buçuğu geçtiğini, ağrım olduğunu, uyumak istediğimi...” (K3)

Ameliyat Anına İlişkin Görüşler kategorisi altında katılımcılar Cerraha Güven ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar cerraha güvendiklerini belirtmiştir. Konuyla ilgili K5 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir.

“İyi idi. O an orada olanı bana bildirdi yani. Çünkü orda bir çok insan var ama tek kişiyi sorumlu tutarak oraya giriyorsunuz sonuçta hani ona güvenerek...” (K5)

Ameliyat Anına İlişkin Görüşler kategorisi altında katılımcılar Kontrolün Kendinde Olduğunu Hissetme ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar kendinde olduklarını belirtmiştir. Konuyla ilgili K4 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

“Kontrolün bende de olduğunu hissettim. Çünkü verilen komutları yerine getirebiliyordum bir aşamaya kadar. Konuşabiliyordum. Sorulan sorulara cevap verebiliyordum. Yani o şey bende de olduğunu hissettim yani...” (K4)

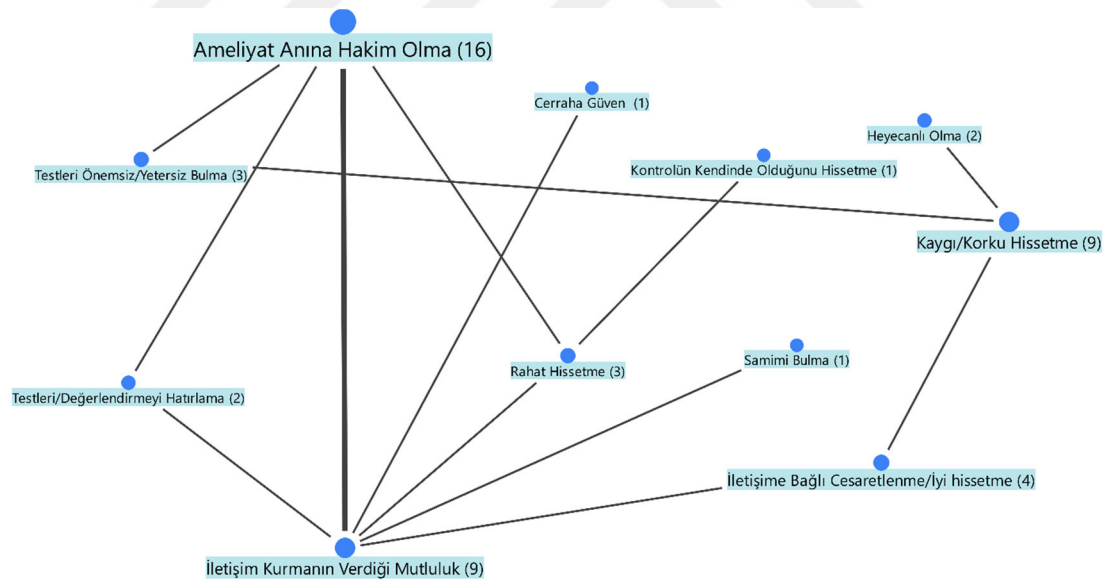
Ameliyat Anına İlişkin Görüşler kategorisi altında katılımcılar Cerrahi İşlemin Yapıldığını Hissetme ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar yapılan işlemi hissettiklerini belirtmiştir. Konuyla ilgili K4 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir:

“Orada bir işlem yapıldığını hissediyordum....”. (K4)

Ameliyat Anına İlişkin Görüşler kategorisi altında katılımcılar Ağrı/Acı Hissetmeme ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ağrı hissetmediklerini belirtmiştir. Konuyla ilgili K4 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

“... ama hiç bir ağrı acım olmadı açıkçası. O anlamda benim için rahat oldu. Bunu söyleyebilirim.”. (K4)

Katılımcıların sıkça birlikte bahsettiği kodlar Şekil 4.6.’da ameliyat anı kod haritası olarak gösterilmiştir. Birlikte daha sık bahsedilen kodların ilişkisini yansıtacak şekilde çizgiler daha geniş gösterilmiştir. Ameliyat anına hakim olma kodundan bahseden katılımcılar aynı zamanda testleri önemsiz/gereksiz bulma, testleri değerlendirmeyi hatırlama, iletişim kurmanın verdiği mutluluk ve rahat hissetme kodlarından da bahsetmiştir.



Şekil 4.6. Ameliyat anı kod haritası

4.2.8. Ameliyat Anını Metaforlaştırma

Ameliyat Anını Metaforlaştırma kategorisi altında 11 farklı kod oluşturulmuştur. Bu kodlar ve yüzdeleri Tablo 4.2.’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Ameliyat anı metaforları

	Bölümler	Yüzde
Tarif Edilemez Bir Şeye Benzetme	1	9,09
Çok Özel Bir Ameliyata Benzetme	1	9,09
Değişik Bir Ameliyata Benzetme	1	9,09
Curcunaya Benzetme	1	9,09
Savaşa Benzetme	1	9,09
Kuyuya Benzetme	1	9,09
Kurbanlık Koyuna Benzetme	1	9,09
Dövüş Kulübüne/ <i>Fight Club</i> Filmine Benzetme	1	9,09
Tünel İçerisinde Olmaya Benzetme	1	9,09
Futbol Maçına Benzetme	1	9,09
Ölüp Dirilmeye Benzetme	1	9,09
TOPLAM	11	100,00

4.2.9. Ekip Yaklaşımına İlişkin Görüşler

Ekip Yaklaşımına İlişkin Görüşler kategorisinde 3 farklı kod oluşturulmuştur. Bunlar; Memnuniyet, Ekip Yaklaşımına Olan Güven, İletişim ve Etkileşim İçerisinde Olmadır.

Ekip Yaklaşımına İlişkin Görüşler kategorisinde katılımcılar Memnuniyet kodu ile ilgili yoğun görüş bildirmiştir. Katılımcılar ekibin yaklaşımından memnun olduklarını bildirmiştir. Konuyla ilgili K1 ve K6 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir;

“Her şey çok iyiydi yani nasıl söyleyeyim ki? Allah razı olsun hepinizden.” (K1)

"Her şey çok iyiydi. Tüm ekibe çok teşekkür ederim." (K6)

Ekip Yaklaşımına İlişkin Görüşler kategorisinde katılımcılar İletişim ve Etkileşim İçerisinde Olma kodu ile ilgili yoğun görüş bildirmiştir. Katılımcılar ekip ile iletişim içerisinde olunması gerektiğini bildirmiştir. Konuyla ilgili K2 kodu katılımcı görüşü belirtilmiştir.

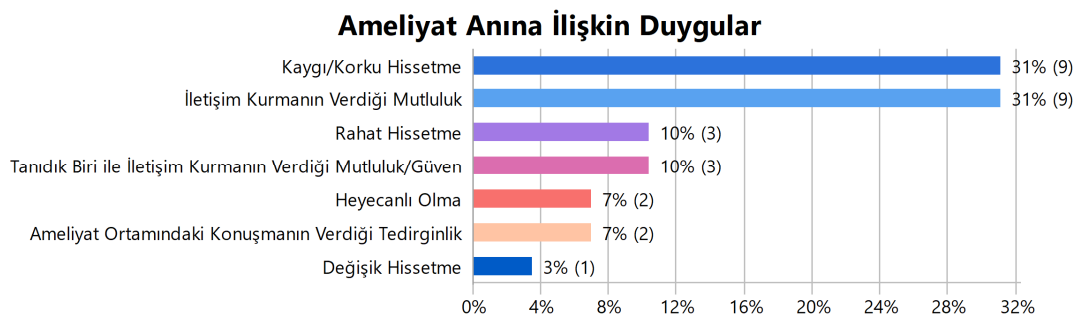
“...biraz daha öyle konuşsanız, bir şeyler sorsanız belki daha değişik bir şey olabilir..”(K2)

Ekip Yaklaşımına İlişkin Görüşler kategorisinde katılımcılar Ekip Yaklaşımına Olan Güven kodu ile ilgili görüşler bildirilmiştir. Katılımcılar ekibe güven duyduklarını bildirmiştir. Konuyla ilgili K1 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir;

“O ara sizle konuşuyorduk zaten. Başka da yani ekibiniz çok iyi bence. Harika yani belki de Malatya'da ameliyat olsaydım böyle bir ekip yok. Tamamen uyutuyorlar işte. Aldılar sonradan uyandın, felç olmuşsun. Bir tarafın tutmuyor gibi yani..”(K1)

4.2.10. Ameliyat Anına İlişkin Duygular

Ameliyat Anına İlişkin Duygular kategorisinde katılımcılar en yoğun olarak Kaygı/Korku Hissetme ve İletişim Kurmanın Verdiği Mutluluk kodlarından bahsetmiştir. Katılımcılar daha sonra sırasıyla Rahat Hissetme, Tanıdık Biri ile İletişim Kurmanın Verdiği Mutluluk/Güven, Heyecanlı Olma, Ameliyat Ortamındaki Konuşmanın Verdiği Tedirginlik ve Değişik Hissetme kodlarından bahsetmiştir. Şekil 4.7.' de ameliyat anına ilişkin duygular gösterilmiştir.



Şekil 4.7. Ameliyat anına ilişkin duygular

4.2.11. Ameliyat Anında Dil ve Konuşma Terapisti İle İletişim

Ameliyat Anında Dil ve Konuşma Terapisti İle İletişim kategorisinde katılımcılar 10 farklı koddan bahsetmiştir. Bu kategoride katılımcılar İletişime Bağlı

Cesaretlenme/İyi Hissetme kodu ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar iletişim kurmanın kendilerine iyi geldiğinden bahsetmiştir. Konuyla ilgili K4 ve K8 kodlu katılımcıların ifadeleri aşağıda belirtilmiştir.

"İletişim süreci iyi geldi." (K4)

"Olumluydu. Evet, onlar zaten biraz cesaret verdiler." (K8)

Ameliyat Anında Dil ve Konuşma Terapisti İle İletişim kategorisinde katılımcılar Testleri Önemsiz/Yetersiz Bulma kodu ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar testleri yetersiz bulduklarını belirtmiştir. Konuyla ilgili K3 kodlu katılımcıya ait görüş aşağıda verilmiştir.

"Bence mantıklıydı ama sizin o şekillerinizle bir işlem yürümüyordu. Ben senin şekline takıldığım zaman bambaşka bir şey de düşünüyordum yani ben..." (K3)

Ameliyat Anında Dil ve Konuşma Terapisti İle İletişim kategorisinde katılımcılar Tanıdık Biri İle İletişime Bağlı Cesaretlenme/İyi Hissetme kodu ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar tanıdık biri ile konuşmanın iyi geldiğini belirtmiştir. Konuyla ilgili K1 kodlu katılımcının görüşüne aşağıda yer verilmiştir.

"... hocayı gördüm, hatta sesini duydum. Nasıl mutlu oldum. Tanıdık biri işte yani" (K1)

Ameliyat Anında Dil ve Konuşma Terapisti İle İletişim kategorisinde katılımcılar Testleri/Değerlendirmeyi Hatırlama kodu ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ameliyat anında uygulanan testleri, değerlendirme prosedürünü hatırladıklarını belirtmişlerdir. Konuyla ilgili K1 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

"Yani ben hatırlıyordum daha önceden zaten onu çalışmıştık sizle. Ben genel olarak hatırlıyordum mesela. Nasıl hatırlıyordum mesela piramit yanında hoca. Bir de şey Piramidin askeri var mesela değil mi? Daha önceden hemen aklıma geldi biliyor musun? Dedim, tamam bu, bunu seçeceğim, bu böyle. Ondan sonra

diğerlerini şu an hatırlamıyorum. Resim falan gösterdiniz yine. Çoğuna da doğru cevap verdim galiba. Çünkü oradan biri diyordu ki Doğru. Evet evet doğru.” (K1)

Ameliyat Anında Dil ve Konuşma Terapisti İle İletişim kategorisinde katılımcılar Testleri Yapmakta Zorlanma kodu ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar testleri ağrıdan dolayı yapmakta zorlandıklarını belirtmiştir. Konuyla ilgili K9 kodlu katılımcıya ait görüş aşağıda belirtilmiştir.

“Testler zordu. Ağrı varken testleri yapmak zordu...”(K9)

Ameliyat Anında Dil ve Konuşma Terapisti İle İletişim kategorisinde katılımcılar Testlerin Zor Olması kodu ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar testlerin zor olduğunu belirtmiştir. Konuyla ilgili K5 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

“ O semantik test ve örtü zorlayıcıydı...”(K5)

Ameliyat Anında Dil ve Konuşma Terapisti İle İletişim kategorisinde katılımcılar Testlerin Uygunluğu kodu ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar testlerin yapılabilir olduğunu belirtmiştir. Konuyla ilgili K3 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

“Mantıklı testler. Ama olması gereken çünkü biz ona bir hazırlık yapıyoruz. Bir emeğimiz var burada. Senin de var. Benim de var. Yani zaten şekiller zor karmaşık bir şey değil.....”(K3)

Ameliyat Anında Dil ve Konuşma Terapisti İle İletişim kategorisinde katılımcılar Samimi Bulma kodu ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar terapistleri samimi bulduklarını belirtmiştir. Konuyla ilgili K1 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

“...Diğer hoca da aynı şekilde çok samimi idiniz. Özellikle ameliyat esnasında...”(K1)

Ameliyat Anında Dil ve Konuşma Terapisti İle İletişim kategorisinde katılımcılar Görüş Açısına Bağlı İletişim kodu ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar görüş

açısının iyileştirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Konuyla ilgili K6 kodlu katılımcının görüşüne aşağıda yer verilmiştir.

“Oradaki görüş açısı, hani konum konumlanma birazcık daha uuu yani imkan var mıdır bilmiyorum? Hani o ameliyat masasının ve oradaki konumu hocaların, sizin konumlanmanız, operatörlerin konumlanmasında imkan var mıdır bilmiyorum ?...”(K6)

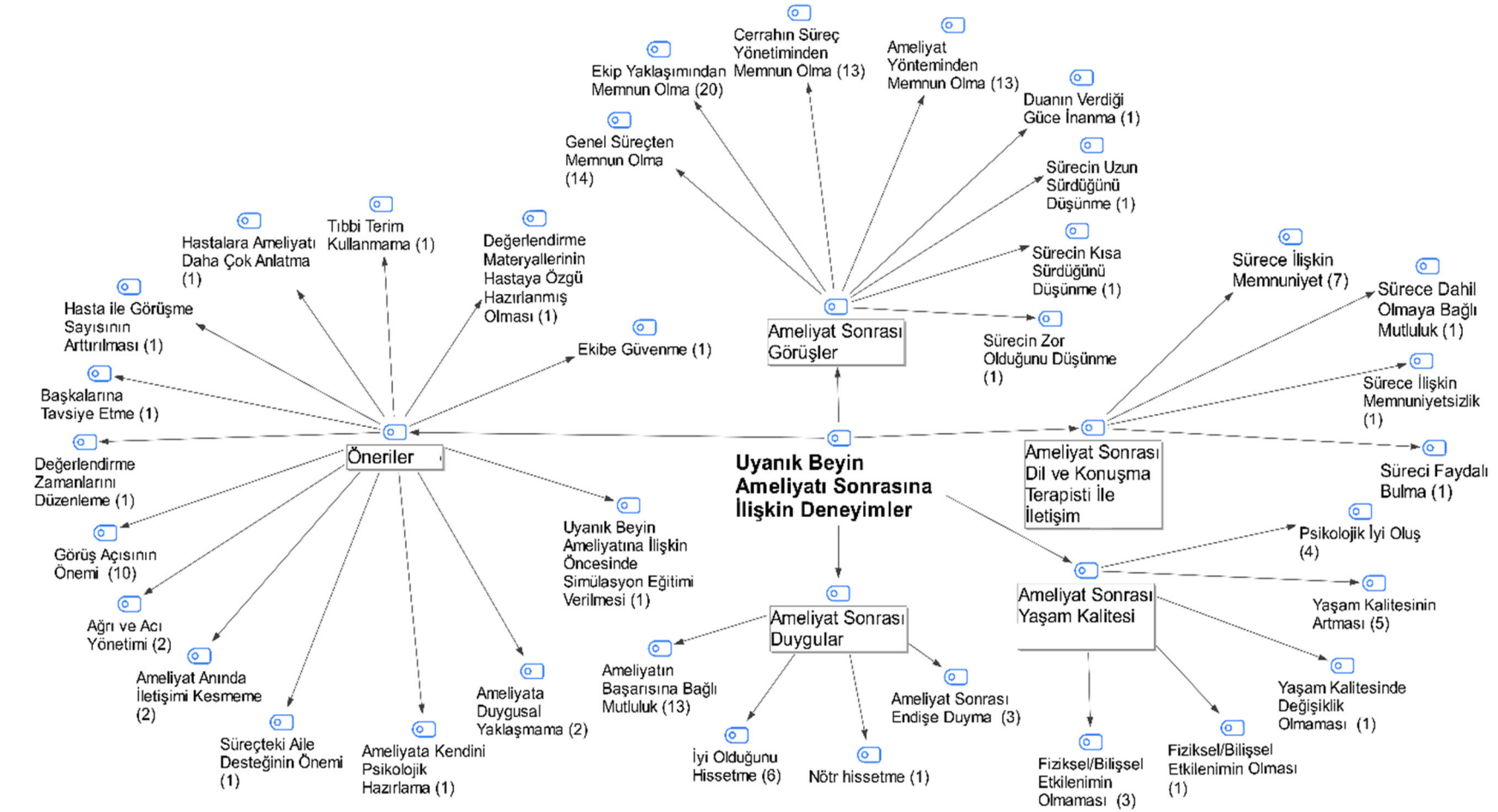
Ameliyat Anında Dil ve Konuşma Terapisti İle İletişim kategorisinde katılımcılar Daha Fazla İletişim Kurmaları Gerekliliği kodu ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar iletişimin artması gerektiğini belirtmiştir. Konuyla ilgili K9 kodlu katılımcının ifadesi aşağıda sunulmuştur.

“Benimle daha çok iletişimde kalabilirlerdi benimle.. ”(K9)



Şekil 4.8. Ameliyat anı kod bulutu

Uyanık Beyin Ameliyatı Anına İlişkin Deneyim temasına ait katılımcı ifadelerinin yoğunluğa göre dağılımı kod bulutu olarak Şekil 4.8.’de gösterilmiştir. Daha büyük puntolu olarak gösterilen kodlar daha yoğun olarak kullanılan ifadeleri belirtirken, daha küçük puntolu olan ifadeler, kodların daha az yoğun olarak kullanıldığını belirtmektedir.



Şekil 4.9. Uyanık beyin ameliyatı sonrasına ilişkin deneyimler hiyerarşik alt kodu

4.2.13. Ameliyat Sonrası Görüşler

Ameliyat Sonrası Görüşler kategorisinde katılımcılar Ekip Yaklaşımından Memnun Olma ile ilgili yoğun görüş belirtmiştir. Katılımcılar ekibin davranışlarından memnun olduklarını belirtmiştir. Konuyla ilgili K1 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

" Şeyler çok iyiydi ilk anestezi uzmanı gelmeden önceki elemanlar. Ne ne diyorsunuz onlara? Hani serum takıyorlar, damar yolu açıyorlar. Onlar çok iyiydi. Birkaç abla vardı yine. Böyle bir şey yaptılar yani sakinleştirmek için işte konuşuyorlar. Ekibimiz çok iyi işte. Kafana yine takılan bir şey varsa sor gibi yani.." (K1)

Ameliyat Sonrası Görüşler kategorisinde katılımcılar Genel Süreçten Memnun Olma ile ilgili de görüş belirtmiştir. Katılımcılar genel süreçten memnun olduklarını belirtmiştir. Konuyla ilgili K2 kodlu katılımcının görüşüne aşağıda yer verilmiştir.

" Yine de hepinize çok teşekkür ederim. Çünkü ameliyat edip düzeltmeye çalıştınız yani orada. Nasıl yapsak, iyi çıkarıp. Başkasına da yardımcı olmak için elinizden gelen bütün imkanları yapmaya çalıştığınızı ben hatırlıyorum. Çok teşekkür ediyorum hepinize..." (K2)

Ameliyat Sonrası Görüşler kategorisinde katılımcılar Cerrahin Süreç Yönetiminden Memnun Olma ile ilgili de görüş belirtmiştir. Katılımcılar cerrahin süreç yönetiminden memnun olduklarını belirtmiştir. Konuyla ilgili K4 ve K9 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir.

"Cerrahımdan çok memnunum. Diğerleri için önümü görmem lazım." (K9)

"Kendisi düzenli olarak durumumu merak ediyor. Gerek kendisi gerek asistanları zaman mefhumu tanımadan geliyor, ziyaret ediyor, halimi hatırlı soruyor. O konuda kendisinden çok memnunuz." (K4)

Ameliyat Sonrası Görüşler kategorisinde katılımcılar Ameliyat Yönteminden Memnun Olma ile ilgili de görüş belirtmiştir. Katılımcılar ameliyat yönteminden memnun olduklarını belirtmiştir. Konuyla ilgili K4 ve K6 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir.

"Yani sonuçta benim iyiliğim için bu şekilde olması gereken, yapılması gereken bir ameliyattı ve bu şekilde yapıldı. O yüzden düşüncem olumlu açıkçası." (K4)

"Tekrar olsa tekrar açar girerim. Kapalıyı düşünmem (genel anesteziyi) çünkü muhtemelen anestezi altında olsaydım ıı o dudak dudağımın hareket ettiği noktada tümör temizlenecekti ve muhtemelen yüzümde bir felç durumu oluşacaktı. Öyle değerlendiriyorum, Muhtemelen öyle, o yüzden kesinlikle çok çok iyi bir yöntem." (K6)

Ameliyat Sonrası Görüşler kategorisinde katılımcılar Duanın Verdiği Güce İnanma ile ilgili de görüş belirtmiştir. Katılımcılar bu süreçte dua ettiklerini belirtmiştir. Konuyla ilgili K3 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

"...Bilmiyorum, Allah bana... Çok dua eden mi oldu o gün çok dualar farklı insanlar geldi ayrı bir inançlı. Ben inanıyorum o dualar beni kurtardı. Ben girerken kendi dualarımı ettim..." (K3)

Ameliyat Sonrası Görüşler kategorisinde katılımcılar Sürecin Uzun Sürdüğünü Düşünme ile ilgili de görüş belirtmiştir. Katılımcılar sürecin uzun sürdüğünü belirtmiştir. Konuyla ilgili K3 kodlu katılımcının görüşü aşağıda sunulmuştur.

" ...Neye göre ayarlarsın o süre için kendini ayarlarsın o sürenin üzerini ayarlamazsın. Biz iki saat gibi bunu değerlendirmiştik ortalama. Ama 6 saat gibi süren bir pozisyon. Çok uzun bir süreçtir o efor..." (K3)

Ameliyat Sonrası Görüşler kategorisinde katılımcılar Sürecin Kısa Sürdüğünü Düşünme ile ilgili de görüş belirtmiştir. Katılımcılar sürecin kısa sürdüğünü belirtmiştir. Konuyla ilgili K5 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir:

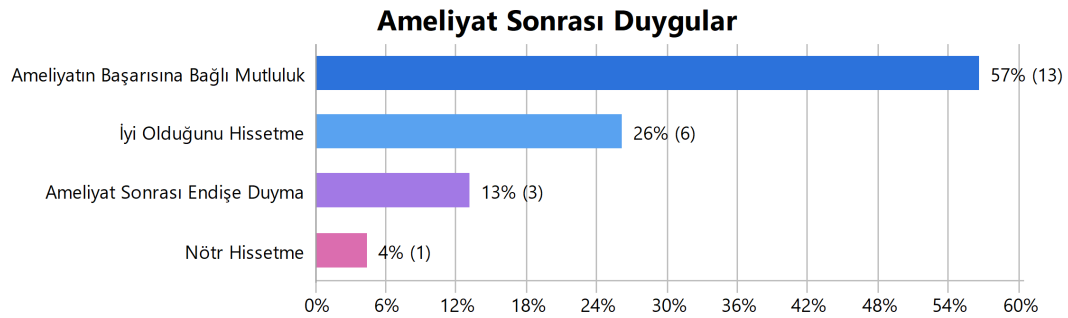
" ... Kolumu uzattım şey yaptım zaten kısa bir süre diyoruz. Gerçi 2 saat diyoruz nasıl bir iki saati doldurduk orada bir buçuk saati bilmiyorum...." (K5)

Ameliyat Sonrası Görüşler kategorisinde katılımcılar Sürecin Zor Olduğunu Düşünme ile ilgili de görüş belirtmiştir. Katılımcılar sürecin zor olduğunu belirtmiştir. Konuyla ilgili K1 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir:

" ...uyanık olmak isterim. Çünkü uyanık olmasam şimdi güvenemem. Yani hani bir tarafım uyuşur gider mi tutmaz mı felç mi, görmez miyim? Şimdi bu tabi ki zor geçti benim için..." (K1)

4.2.14. Ameliyat Sonrası Duygular

Ameliyat Sonrası Duygular kategorisinde katılımcılar Ameliyatın Başarısına Bağlı Mutluluk kodu ile ilgili yoğun görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ayrıca İyi Olduğunu Hissetme, Ameliyat Sonrası Endişe Duyma, Nötr Hissetme kodlarından da bahsetmiştir. Şekil 4.10.'da ameliyat sonrası hissedilen duygular ve yüzdeleri gösterilmektedir.



Şekil 4.10. Ameliyat sonrası duygular

4.2.15. Ameliyat Sonrası Dil ve Konuşma Terapisti İle İletişim

Ameliyat Sonrası Dil ve Konuşma Terapisti İle İletişim kategorisinde katılımcılar Sürece İlişkin Memnuniyet kodu ile ilgili yoğun görüş bildirmiştir. Katılımcılar terapistlerden memnun olduklarını bildirmiştir. Konuyla ilgili K1 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

“Olumsuz hiçbir önerim yok yani. Bir hasta olarak sizi çok sevdim.”(K1)

Ameliyat Sonrası Dil ve Konuşma Terapisti İle İletişim kategorisinde katılımcılar Sürece İlişkin Memnuniyetsizlik kodu ile ilgi de görüş bildirmiştir. Katılımcılar terapistlerden memnun olmadıklarını bildirmiştir. Konuyla ilgili K9 kodlu katılımcının ifadesine aşağıda yer verilmiştir.

“...Memnun çok değilim, çünkü çok erken daha hasta için de çok yorucu oluyor...”(K9)

Ameliyat Sonrası Dil ve Konuşma Terapisti İle İletişim kategorisinde katılımcılar Süreci Faydalı Bulma kodu ile ilgi de görüş bildirmiştir. Katılımcılar terapistlerin süreç yönetiminden memnun olduklarını bildirmiştir. Konuyla ilgili K8 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

“Olumsuz hiçbir şey yoktu. O kardeşlerimizden kendilerine çok teşekkür ederim. Yani gayet sadece benim için mücadele ediyorlardı..”(K8)

Ameliyat Sonrası Dil ve Konuşma Terapisti İle İletişim kategorisinde katılımcılar Sürece Dahil Olmaya Bağlı Mutluluk kodu ile ilgi de görüş bildirmiştir. Katılımcılar bu sürece dahil olmaktan mutlu olduğunu bildirmiştir. Konuyla ilgili K4 kodlu katılımcı görüşü aşağıda sunulmuştur.

“Gayet olumlu düşünüyorum. Çünkü her ne kadar benim kendi şahsım adına belki hareket bölgesini etkileyen bir yerde olmuş olsa da bahsedilen kitle, konuşmamı da ne kadar etkileyip etkilemediğini, öncesi ve sonrasını karşılaştırabilmek adına varsa bir zarar onun bertaraf edilmesi, zamanla telafi edilmesi adına bence çok iyi bu dil ve konuşma terapistlerinin de bu işin içinde olması.”(K4)

4.2.16. Ameliyat Sonrası Yaşam Kalitesi

Ameliyat Sonrası Yaşam Kalitesi kategorisinde katılımcılar Yaşam Kalitesinin Artması ile ilgili yoğun görüş bildirmiştir. Katılımcılar Yaşam Kalitesinin arttığını belirtmiştir. Konuyla ilgili K1 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

“Yani önce ameliyattan önceki hayatıma göre. Çünkü ameliyattan önce böyle huzursuzdum. Çok böyle stresliydi sürekli. Hani biri bir şey söylüyor, adam normal bir şey söylüyor. Mesela zannediyorum bana küfür ediyor böyle. Böyle böyle psikolojikmen. Ama şimdi öyle değil tabi. Öyle biriyle konuşunca daha böyle mutluyum. Daha böyle şeyim yani. Belki de bu tümör beynime baskı yapıyordu. Böyle sürekli beni huzursuz yapıyordu. Ama ameliyattan sonra sanki biraz daha iyi oldum. Düzeldim.”(K1)

Ameliyat Sonrası Yaşam Kalitesi kategorisinde katılımcılar Psikolojik İyi Oluş ile ilgili de görüş bildirmiştir. Katılımcılar psikolojik açıdan daha iyi olduklarını belirtmiştir. Konuyla ilgili K6 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

"Psikolojik olarak rahatlattı o tümörün alınması, kafanızdan çıkarılması psikolojik olarak bir rahatlık sağlıyor."(K6)

Ameliyat Sonrası Yaşam Kalitesi kategorisinde katılımcılar Fiziksel/Bilişsel Etkilenimin Olmaması ile ilgili de görüş bildirmiştir. Katılımcılar fiziksel bir etkileneimin olmadığını belirtmiştir. Konuyla ilgili K1 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

“...yani he sonrasında Allah'a şükür her tarafım tutuyor, yürüyorum bir problem yok, konuşuyorum işte..”(K1)

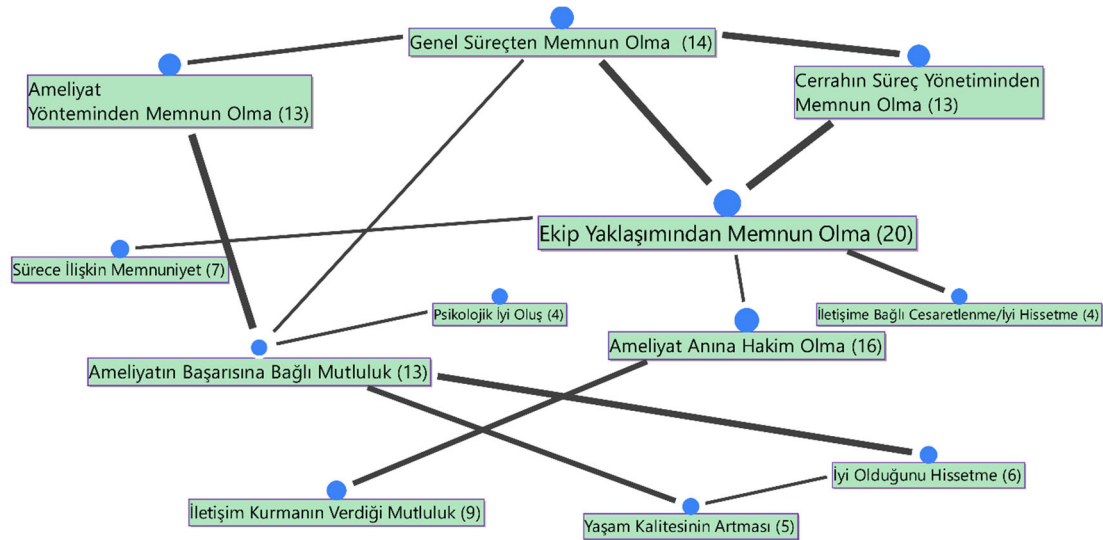
Ameliyat Sonrası Yaşam Kalitesi kategorisinde katılımcılar Yaşam Kalitesinde Değişiklik Olmaması ile ilgili de görüş bildirmiştir. Katılımcılar yaşam kalitesinin değişmediğini belirtmiştir. Konuyla ilgili K8 kodlu katılımcının ifadesine aşağıda yer verilmiştir.

“Yaşam kalitemde daha hiçbir şey değişmedi henüz. Daha hastanedeyim hocam. Yani daha bir şeyim yok...”(K8)

Ameliyat Sonrası Yaşam Kalitesi kategorisinde katılımcılar Fiziksel/Bilişsel Etkilenimin Olması ile ilgili de görüş bildirmiştir. Katılımcılar fiziksel etkileneimin olduğunu belirtmiştir. Konuyla ilgili K8 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

“...evet, ufak tefek sıkıntılar olabilir ama yani sonuçta bıçak altına giriyorsun....”(K8)

Uyanık Beyin Ameliyatı Sonrasına İlişkin Deneyimler temasına ait katılımcıların sıkça birlikte bahsettiği kodlar Şekil 4.11.’de gösterilmiştir. Birlikte bahsedilen daha sık bahsedilen kodların ilişkisini yansıtacak şekilde çizgiler daha geniş gösterilmiştir. Genel süreçten memnun olma kodundan bahseden katılımcılar aynı zamanda ameliyat yönteminden memnun olma, ameliyatın başarısına bağlı mutluluk, ekip yaklaşımından memnun olma, cerrahın süreç yönetiminden memnun olma kodlarından da bahsetmiştir.



Şekil 4.11. Ameliyat sonrası kod haritası

4.2.17. Öneriler

Öneriler kategorisi altında katılımcılar Görüş Açısının Önemi ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ameliyatta görüş açısının önemli olduğunu belirtmiştir. Konuyla ilgili K3 kodu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

“Sadece orada diyorum ya belki görüş açısını ayarlayabiliriz.”(K3)

Öneriler kategorisi altında katılımcılar Ameliyat Anında İletişimi Kesmeme ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ameliyat sırasında sürekli iletişim kurulması gerektiğini belirtmiştir. Konuyla ilgili K3 ve K6 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir;

“...Onun için öncelikle orada onunla iletişimi kesmesin. Elinden geldiğince yardımcı olacak. Hastanın burada görevi bu...”(K3)

“... Mümkün olduğu kadar iletişimde kalarak, korkmadan. Canının yandığı yeri de belirtip veya kendindeki değişimi de bir soru sorulmadığı zaman da kendindeki anormalliği belirtmekte ifade etmekte herhalde en fazla hocalara yardımcı olacak husus da o kısımdır...”(K6)

Öneriler kategorisi altında katılımcılar Ameliyata Duygusal Yaklaşmama ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar bu süreçte duygusal olunmaması gerektiğini belirtmiştir. Konuyla ilgili K3 kodu katılımcının görüşüne aşağıda yer verilmiştir.

“Duygusal insan işi değil orası. Bu iş duygusallıkla yürümez. Mantıklı olacan.” (K3)

Öneriler kategorisi altında katılımcılar Ağrı ve Acı Yönetimi ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar bu süreçte ağrı ve acının azaltılması gerektiğini belirtmiştir. Konuyla ilgili K9 kodu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

“Çok acı hissettim. Keşke daha çok uyuşuk olsaydı, rahatsız hissettim..”(K9)

Öneriler kategorisi altında katılımcılar Tıbbi Terim Kullanmama ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar bu süreçte herkes tarafından anlaşılır bir dil kullanılması gerektiğini belirtmiştir. Konuyla ilgili K3 kodu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

“Özellikle eğer bilimsel kelimeleri kullanıyorsak. Normal hayatın haricinde, siz bir kelime ifade ettiğinizde kişi o kelimeyi tanımıyor ki anlamını bilsin. Yani tanımadığın bir kelime için yorum yapamazsın. Ama kişiye bizim halk tabiriyle halk diliyle problemini anlatırsak bence daha iyi olur...”(K3)

Öneriler kategorisi altında katılımcılar Süreçteki Aile Desteğinin Önemi ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar bu süreçte aile desteğinin alınması gerektiğini belirtmiştir. Konuyla ilgili K8 kodu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

“Eşim sağ olsun burada benim yanımda. Yardımcı sağ olsun. Herkese evlenmelerini de öneririm. Çünkü önce Allah, sonra eşinizden başka kimseniz yok..”(K8)

Öneriler kategorisi altında katılımcılar Hastalara Ameliyatı Daha Çok Anlatma ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar bu süreçte ameliyata ilişkin ayrıntılı bilgi verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Konuyla ilgili K3 kodu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

“Bence anlatılsın ya insanlara o an (uyanık olma anı) anlatılsın..”(K3)

Öneriler kategorisi altında katılımcılar Ameliyata Kendini Psikolojik Hazırlama ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar bu süreçte kendilerini psikolojik olarak ameliyata hazırlamaları gerektiğini belirtmiştir. Konuyla ilgili K6 kodu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

“İşte psikolojiyi birazcık hazırlamak lazım...”(K6)

Öneriler kategorisi altında katılımcılar Ekibe Güvenme ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar bu süreçte ekibe güvenmeleri gerektiğini belirtmiştir. Konuyla ilgili K6 kodu katılımcının ifadesi aşağıda sunulmuştur.

“Çok korkmamak lazım öncelikle. Orada hani emin ellerdesiniz. Herkes ne yaptığının çok farkında...” (K6)

Öneriler kategorisi altında katılımcılar Hasta İle Görüşme Sayısının Arttırılması ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar bu süreçte hasta ile daha fazla görüşme gerçekleştirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Konuyla ilgili K3 kodu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

“Bence her şey olumluydu, ama bir daha yapılmasında mantık var...” (K3)

Öneriler kategorisi altında katılımcılar Değerlendirme Materyallerinin Hastaya Özgü Hazırlanmış Olması ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar bu süreçte hastaya özgü değerlendirmelerin yapılması gerektiğini belirtmiştir. Konuyla ilgili K9 kodu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

“Hastaya uygun, hastanın çalıştığı sektör ile ilgili test materyalleri olmalı değerlendirmelerde. Ben ticaretçiyim. Bana ticaretle ilgili resimler gösterilmeli. ” K9)

Öneriler kategorisi altında katılımcılar Değerlendirme Zamanlarını Düzenleme ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar bu süreçte hastayı yormamamın öneminden bahsetmiştir. Konuyla ilgili K9 kodu katılımcının görüşüne aşağıda yer verilmiştir.

“...Ekip ile yaklaşmak iyi ama bunun da bir dozu olmalı. Çok kez odaya geliniyor ve arka arkaya peş peşe geliyorlar...” (K9)

Öneriler kategorisi altında katılımcılar Başkalarına Tavsiye Etme ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ameliyatı başkalarına tavsiye edilmesi gerektiğini belirtmiştir. Konuyla ilgili K7 kodu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

“...Ben çok memnun kaldım bundan. Arkadaşları da eğer beyin olacak olursa öneririm yani ben burayı...”(K7)

Öneriler kategorisi altında katılımcılar Uyanık Beyin Ameliyatına İlişkin Öncesinde Simülasyon Eğitimi Verilmesi ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ameliyattan önce hastalara ameliyat anının yaşatılmasına yönelik eğitim ve simülasyonun yapılması gerektiğini belirtmiştir. Konuyla ilgili K3 kodu katılımcı şunlardan bahsetmiştir.

“O anı daha önce böyle bir ekran üzerinden yaşatma ihtimali var mıdır? Simülasyon gibi olabilir. Kişi oraya girmeden bir gözlük taktığında o ortamı bence yaşasın ya. O anı yaşadığımda daha çok bilgim olacaktı...”(K3)



Şekil 4.12. Ameliyat Sonrası Kod Bulutu

Uyanık Beyin Ameliyatı Sonrasına İlişkin Deneyimler temasına ait ameliyat sonrası kod bulutu katılımcı ifadelerinin yoğunluğa göre dağılımı Şekil 4.12.’de gösterilmiştir. Daha büyük puntolu olarak gösterilen kodlar daha yoğun olarak kullanılan ifadeleri gösterirken, daha küçük puntolu olan ifadeler, kodların daha az yoğun olarak kullanıldığını göstermektedir.

4.3. Nicel Aşama Bulguları

Çalışmamızın nicel aşamasında uyanık kraniotomi uygulanan hastaların erken dönem dil, biliş becerileri ve yaşam kalitesinin incelenmesi amaçlanmıştır. Dil becerilerini değerlendirmek için hastalara; Afazi Dil Değerlendirme Testi, Resim Adlandırma Testi, Piramit ve Palmiye Ağacı Testi uygulanmıştır. Biliş değerlendirmesi için SMMT testi kullanılmıştır. Yaşam kalitesinin incelenmesi için SAQOL-39-TR ve SF-36-TR ölçekleri uygulanmıştır. Uygulanan test ve ölçeklere ilişkin ön test son test puanların karşılaştırma sonucu Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3. Tekrarlı ölçümlerde ADD puanlarına ilişkin farklılık analiz bulguları

Değişken	N	Ortalama	Standart Sapma	T/Z	p	Cohen d
Konuşma Akıcılığı ÖT	10	30,90	1,524	-0,412	0,680	-
Konuşma Akıcılığı ST	10	30,50	1,841			
İşitsel Anlama ÖT	10	65,40	0,966	-0,957	0,339	-
İşitsel Anlama ST	10	64,70	1,767			
Tekrarlama ÖT	10	20,00	0,000	-1,414	0,157	-
Tekrarlama ST	10	19,60	0,843			
Adlandırma ÖT	10	43,80	0,632	-2,023	0,043	0,639
Adlandırma ST	10	40,40	4,719			
Okuma ÖT	10	47,40	2,503	0,647 ¹	0,534	-
Okuma ST	10	46,60	2,989			
Dilbilgisi ÖT	10	18,20	1,751	-1,414	0,157	-
Dilbilgisi ST	10	17,40	2,836			
Söz Eylemleri ÖT	10	19,60	1,265	-1,300	0,194	-
Söz Eylemleri ST	10	18,40	2,459			
Yazma ÖT	10	40,00	0,000	-1,841	0,066	-
Yazma ST	10	31,20	16,552			
Dil Puanı ÖT	10	160,10	1,524	1,929 ¹	0,086	-
Dil Puanı ST	10	155,20	7,569			
ADD Toplam Puanı ÖT	10	285,30	5,078	-2,100	0,036	0,664
ADD Toplam Puanı ST	10	268,80	20,209			

n: Katılımcı Sayısı ¹:T Testi, Z: Wilcoxon işaretli sıralar testi, ÖT: Ön Test, ST: Son test, p<0.05

Uyanık kraniyotomi öncesi ve sonrasında yapılan ADD ölçümlerinde elde edilen puanlarda farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Eşleştirilmiş T testi ve Wilcoxon İşaretli Sıralar testi analiz bulguları Tablo 4.3.'te verilmiştir. Analizler sonucunda tekrarlı ölçümlerde Adlandırma puanı ve ADD toplam puanında anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bulgular incelendiğinde Adlandırma puanı ve ADD toplam puanında ön test puan ortalamalarının son test puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Adlandırma puanı ($\eta^2=0,639$) ve ADD toplam puanında ($\eta^2=0,664$) görülen anlamlı farklılığın etki büyüklüğünün orta olduğu görülmüştür.

Tablo 4.4. Tekrarlı ölçümlerde RAT puanlarına ilişkin farklılık analiz bulguları

Değişken	N	Ortalama	Standart Sapma	Z	p
RAT ÖT	10	52	3,49	-1,825	0,68
RAT ST	10	48,20	8,25		

n: Katılımcı Sayısı, Z: Wilcoxon işaretli sıralar testi, ÖT: Ön Test, ST: Son test, $p<0.05$

Uyanık kraniyotomi öncesi ve sonrasında yapılan RAT ölçümlerinde elde edilen puanlarda farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Wilcoxon İşaretli Sıralar testi analiz bulguları Tablo 4.4.'te verilmiştir. Analizler sonucunda tekrarlı ölçümlerde RAT puanlarında anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.5. Tekrarlı ölçümlerde PPTT puanlarına ilişkin farklılık analiz bulguları

Değişken	N	Ortalama	Standart Sapma	T	P
PPTT ÖT	10	39,90	4,909	1,637	0,136
PPTT ST	10	36,80	8,025		

n: Katılımcı Sayısı, ÖT: Ön Test, ST: Son test, $p<0.05$

Uyanık kraniyotomi öncesi ve sonrasında yapılan PPTT ölçümlerinde elde edilen puanlarda farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Eşleştirilmiş T testi analiz bulguları Tablo 4.5.'te verilmiştir. Analizler sonucunda tekrarlı ölçümlerde PPTT puanlarında anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.6. Tekrarlı ölçümlerde SMMT puanlarına ilişkin farklılık analiz bulguları

Değişken	N	Ortalama	Standart Sapma	T	p	Cohen d
SMMT ÖT	10	26,30	2,584	2,954	0,016	0,934
SMMT ST	10	24,70	2,830			

n: Katılımcı Sayısı, ÖT: Ön Test, ST: Son test, $p < 0.05$

Uyanık kraniyotomi öncesi ve sonrasında yapılan SMMT ölçümlerinde elde edilen puanlarda farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Eşleştirilmiş T testi analiz bulguları Tablo 4.6.'da verilmiştir. Analizler sonucunda tekrarlı ölçümlerde SMMT puanlarında anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Bulgular incelendiğinde ön test puan ortalamasının son test puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. SMMT puanında görülen anlamlı farklılığın etki büyüklüğünün ($\eta^2 = 0,934$) büyük olduğu görülmüştür.

Tablo 4.7. Tekrarlı ölçümlerde SAQOL 39-TR puanlarına ilişkin farklılık analiz bulguları

Değişken	N	Ortalama	Standart Sapma	T/Z	P
Fiziksel Alt Alan Puanı ÖT	10	77,00	14,787	-1,785	0,074
Fiziksel Alt Alan Puanı ST	10	68,00	18,074		
İletişim Alt Alan Puanı ÖT	10	32,50	5,874	-0,944	0,345
İletişim Alt Alan Puanı ST	10	30,60	6,867		
Psikososyal Alt Alan Puanı ÖT	10	36,70	11,917	-0,534	0,593
Psikososyal Alt Alan Puanı ST	10	39,00	8,894		
Enerji Alt Alan Puanı ÖT	10	14,90	4,909	1,953 ¹	0,083
Enerji Alt Alan Puanı ST	10	11,70	3,653		
SAQOL 39-TR Ölçek Toplam Puanı ÖT	10	161,10	32,426	-1,274	0,203
SAQOL 39-TR Ölçek Toplam Puanı ST	10	149,30	27,415		

n: Katılımcı Sayısı, ¹T Testi, Z: Wilcoxon işaretli sıralar testi, ÖT: Ön Test, ST: Son test, $p < 0.05$

Uyanık kraniyotomi öncesi ve sonrasında yapılan SAQOL-39 ölçümlerinde elde edilen puanlarda farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Eşleştirilmiş T testi ve Wilcoxon İşaretli Sıralar testi analiz bulguları Tablo 4.7.'de verilmiştir. Analizler sonucunda tekrarlı ölçümlerde SAQOL 39-TR puanlarında anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

Tablo 4.8. Tekrarlı ölçümlerde SF-36-TR puanlarına ilişkin farklılık analiz bulguları

Değişken	N	Ortalama	Standart Sapma	T/Z	P	Cohen d
Fiziksel Fonksiyon ÖT	10	83,50	29,912	-2,398	0,016	0,758
Fiziksel Fonksiyon ST	10	60,00	24,037			
Rol Kısıtlamaları (Fiziksel sorunlara bağlı) ÖT	10	50,00	44,096	-1,897	0,058	-
Rol Kısıtlamaları (Fiziksel sorunlara bağlı) ST	10	22,50	21,890			
Ağrı ÖT	10	90,50	24,932	-1,543	0,123	-
Ağrı ST	10	65,90	26,143			
Genel Sağlık ÖT	10	63,80	24,064	-1,544 ¹	0,157	-
Genel Sağlık ST	10	72,10	20,851			
Vitalite (Enerji) ÖT	10	49,50	31,398	0,201 ¹	0,845	-
Vitalite (Enerji) ST	10	48,00	21,628			
Sosyal Fonksiyon ÖT	10	62,50	31,732	2,388 ¹	0,041	0,755
Sosyal Fonksiyon ST	10	42,50	26,483			
Rol Kısıtlamaları (Emosyonel sorunlara bağlı) ÖT	10	33,33	31,426	-0,954	0,340	-
Rol Kısıtlamaları (Emosyonel sorunlara bağlı) ST	10	46,66	28,108			
Mental Sağlık ÖT	10	61,60	28,485	-0,287 ¹	0,781	-
Mental Sağlık ST	10	64,80	20,639			

n: Katılımcı Sayısı, ¹T Testi, Z: Wilcoxon işaretli sıralar testi, ÖT: Ön Test, ST: Son test, p<0.05

Uyanık kraniotomi öncesi ve sonrasında yapılan SF-36-TR ölçümlerinde elde edilen puanlarda farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Eşleştirilmiş T testi ve Wilcoxon İşaretli Sıralar testi analiz bulguları Tablo 4.8.'de verilmiştir. Analizler sonucunda tekrarlı ölçümlerde Fiziksel Fonksiyon puanı ve Sosyal Fonksiyon puanında anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Bulgular incelendiğinde Fiziksel Fonksiyon puanı ve Sosyal Fonksiyon puanında ön test puan ortalamalarının son test puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Fiziksel Fonksiyon puanı ($\eta^2=0,758$) ve Sosyal Fonksiyon puanında ($\eta^2=0,755$) görülen anlamlı farklılığın etki büyüklüğünün orta olduğu görülmüştür.

5. TARTIŞMA

Uyanık kraniotomi, kortikal ve subkortikal tümör rezeksiyonları sırasında dil ve/veya sensorimotor becerilerle ilişkili fonksiyonel alanların belirlenmesine ve korunmasına yardımcı olmak için günümüzde kullanılan yararlı bir cerrahi yaklaşımdır (3). Bu tekniği kullanarak hasta güvenliğini en üst düzeye çıkarmak ve morbiditeyi en aza indirmek amaçlanmaktadır (3, 6). Türkçe literatürde uyanık kraniotomi ile ilişkili gerek hasta deneyimi gerekse ameliyat sonrası erken dönem dil, biliş becerileri ve yaşam kalitesine yönelik çalışmalara rastlanmamaktadır. Bu sebeple çalışma nitel ve nicel araştırma yöntemlerini içeren 2 ayrı aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamasında nitel araştırma yöntemi, 2. aşamasında ise nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır.

Çalışmanın 1. aşamasını oluşturan nitel aşama ile uyanık kraniotomi uygulanan hastaların deneyimlerini incelemek amaçlanmıştır. Uyanık beyin ameliyatı öncesine, anına ve sonrasına ilişkin hasta deneyimlerinin incelendiği bu çalışmada fenomenolojik araştırma deseni kullanılmıştır. Verilerin analizinde tematik analiz, içeriksel analiz ve karşılaştırmalı analiz yöntemleri ile MAXQDA yazılımı kullanılmıştır. Çalışmamızın amacı doğrultusunda her katılımcı ile ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası yarı-yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Veri doygunluğuna ulaşılmış olmasından dolayı; biri pilot katılımcı olmak üzere toplam 10 erkek hasta ile çalışmamız sonlandırılmıştır. Çalışmadaki tüm katılımcılar yaşadıkları uyanık kraniotomi süreçleri ile ilişkili önem taşıyan birçok noktaya değinmiştir. Daha önceden planlanmış açık uçlu sorular hastalara sorulmuş ve hastalar yaşadıkları deneyimleri derinlemesine paylaşmıştır.

Bu çalışmada, Uyanık Beyin Ameliyatı Öncesine İlişkin Deneyimler, Uyanık Beyin Ameliyatı Anına İlişkin Deneyimler ve Uyanık Beyin Ameliyatı Sonrasına İlişkin Deneyimler başlıklı 3 ana tema oluşturulmuştur. Katılımcılar ameliyat öncesi dönemde; uyanık beyin ameliyatına kendilerini hazırlama sürecine, ameliyat öncesi duygulara, ameliyat öncesi sürece, ameliyat sonrası beklentilere ve ameliyat öncesi dil ve konuşma terapisti ile iletişim sürecine yönelik görüşler bildirmiştir. Ameliyat sonrası görüşmede; ameliyat anına ilişkin süreç ile ilgili, ameliyat anına ilişkin

görüşlerden, ameliyat anındaki duygulardan, ameliyat anındaki dil ve konuşma terapisti ile olan iletişimden bahsedilmiş ve ameliyat anını metaforlaştırmaya yönelik görüşlere yer verilmiştir. Ameliyat sonrası süreçle ilgili; ameliyat sonrası süreç, ameliyat sonrası duygular, ameliyat sonrası dil ve konuşma terapisti ile olan iletişim, ameliyat sonrası yaşam kalitesi hakkında görüş bildirilmiş ve uyanık kraniotomi süreci ile ilgili genel önerilerde bulunulmuştur.

Uyanık kraniotomi 70 yılı aşkın bir süredir yapılmaktadır ancak hastaların bu tekniği nasıl algıladığına dair çok az veri bulunmaktadır. Hastaların deneyimine ilişkin bilgi, cerrahi süreçte ve teknikte gelişmeye yol açabilir ve gelecekteki hasta bakımını iyileştirebilir(16). Türkiye’de çeşitli merkezlerde Uyanık Kraniotomi prosedürü uygulanmakta ancak ulusal literatür incelendiğinde uyanık kraniotomi ile ilişkili nitel araştırmaya rastlanılmamaktadır.

Veri doygunluğuna ulaşmış olmasından dolayı; biri pilot olmak üzere toplam 10 erkek hasta ile nitel çalışmamız sonlandırılmıştır. Literatürdeki nitel çalışmalarda katılımcı sayısı değişken olmakla birlikte çoğunlukla 10 ve üzeri katılımcı ile çalışmaların tamamlandığı gözlenmiştir (149, 150). Nitel aşama, katılımcı sayısı bakımından diğer nitel araştırmalarla benzerlik göstermektedir (13, 151). Nitel çalışmalarda katılımcı sayısına yönelik net bir görüş olmamakla birlikte, veriler doygunluğa ulaştığında görüşmelere son verilmesi gerektiği önerilmektedir (131). Fenomenolojik araştırmalarda, araştırmacı gerekli veri gereksinimlerini karşılayana kadar katılımcı ekleyebilmektedir (123). Dukes, (1994) fenomenolojik araştırmalarda örneklem büyüklüğünün 3 ile 10 birey arasında olmasını önermektedir. Bu doğrultuda bu çalışma literatürde önerilen katılımcı sayısı ile de uygunluk göstermiştir (133).

Bu çalışmanın tümü erkek katılımcılardan oluşmaktadır. Dünya genelinde, yüksek dereceli gliomalar (Grade III ve Grade IV), özellikle glioblastomalar erkeklerde daha yaygın olarak görülmektedir. Gliomaların tüm evrelerinde erkekler çoğunluktadır ve erkek: kadın oranı 3:2 olarak belirtilmiştir (152). Bu çalışmadaki katılımcıların tümöre ilişkin bilgilerine bakıldığında 2 katılımcının tümör derecesi bilinmiyor iken, pilot katılımcı dahil 7 katılımcının yüksek dereceli tümöre sahip olduğu görülmektedir (Grade III, Grade IV). Katılımcıların %70’inin yüksek dereceli

tümöre sahip olması çalışmadaki cinsiyet dağılımının erkek olarak yoğunluk göstermesinin sebebi olarak düşünülmektedir.

Literatürde bu tez çalışmasının konusu ile benzer olan, uyanık kraniotomi uygulanan hastalarla yapılan nitel çalışmalara rastlanmaktadır (4, 13, 14, 16, 149, 151, 153-155). Joswig ve ark., (2016), Manchella ve ark.,(2011) ve Klimek ve ark., (2018)'nın yaptığı çalışmalar retrospektif araştırmalardır (14, 154, 155). Bu çalışma ise prospektif olarak gerçekleştirilmiştir. Bu açıdan çalışma farklılık göstermektedir. Palese ve ark., (2008), Khu ve ark.,(2010) ve Fletcher ve ark.,(2012)'nin yaptığı araştırmalarda hastalara, yarı-yapılandırılmış görüşme(13, 149, 153), Joswig ve ark., (2016), Wahab ve ark., (2011), Leon-Rojas ve ark.,(2020)'nin araştırmasında anket, Colgan ve ark.,(2021) ve Manchella ve ark.,(2011)'nin araştırmasında ise hem anket hem de yarı-yapılandırılmış görüşme uygulanmıştır(4, 16, 151, 154). Literatürdeki araştırmalar veri toplama yöntemi bakımından bu çalışma ile benzerlik ve farklılıklar göstermektedir. Literatürde uyanık kraniotomi ile ilgili yapılan nitel araştırmalar çalışmanın 3 ana teması altında aşağıda tartışılmıştır.

Uyanık Beyin Ameliyatı Öncesine İlişkin Deneyimler

Literatürdeki araştırmalarla benzer şekilde bu çalışmada da ameliyat öncesi görüşmede duygulardan söz edilmiştir. Bilinmeyene karşı korku duygusundan en sık bahsedilmekle birlikte tedirgin olma, endişeli olma, rahat hissetme, nötr hissetme, heyecanlı olma ve süreci merak etme duygularından da bahsedilmiştir. Ayrıca ameliyata kendini hazırlama sürecinde de korku ve endişeli hissetmekten söz edilmiştir. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde; Palese ve ark. (2008) tarafından yapılan bir çalışmada, 21 hastada uyanık kraniotomi öncesi, anı ve hemen sonrasındaki deneyimler incelenmiştir. Hastalar ile hem ameliyattan önceki akşam hem de ameliyattan sonraki akşam uzun görüşmeler yapılmıştır. Yapılan fenomenolojik çalışma sonucunda hastaların ameliyattan hemen önce ve sonra, duygularını kontrol altında tutmaya ve cerrahi sonrasındaki risklere odaklandıkları görülmüştür. Katılımcıların ameliyat öncesi duygularının yoğun olduğu ve korku duygusu yaşadıkları belirtilmiştir(149). Joswig ve ark. (2016) ile Hejrati ve ark. (2019)'nın çalışmalarında da ameliyat öncesi dönemde katılımcıların korku duygusu yaşadığı

belirtilmiştir (14, 149, 156). Bu tez çalışmasında katılımcılar; uyanık beyin ameliyatı kavramını ilk kez duyduklarını, nasıl bir süreç olacağını merak ettiklerini, uyanık bir şekilde ameliyat olmanın korku duygusu oluşturduğunu belirtmiştir. Bilinmeyene karşı korku hissettiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca Wahab ve ark., (2011)'nın çalışmasında da bahsedildiği gibi (16) katılımcılarımız uyanık olduğu anda acı hissetmekten, kafasını oynatıp ameliyatın başarısını olumsuz etkilemekten, uyanık olduğu andaki süreci yönetememekten korktuklarını belirtmiştir. Bununla birlikte kalıcı hasar oluşma riski de hastaları korkutmaktadır. Kaygının nitel yönlerinin incelendiği bir çalışma; ameliyat öncesi korkunun üç farklı boyutunu ortaya koymaktadır. Bunlar; bilinmeyenden korkma, hasta hissetme korkusu ve kişinin hayatını kaybetmekten korkmasıdır (157).

Korkunun yanı sıra uyanık kraniotomi deneyimi yaşayan hastaların ameliyat öncesi dönemde endişeli (16), kaygılı (4), (156) ve stresli (151) olduğu da literatürde belirtilmektedir. Bu sonuçlar çalışma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir. Starowichz-Filip ve ark., (2020)'nin araştırmasında; hastaların çoğunun kaygılı hissetmesinden dolayı ameliyat öncesi nöropsikolojik değerlendirmeyi reddettiği belirtilmiştir. Bu tez çalışmasının katılımcılarının tamamı ise ameliyat öncesi ekip tarafından yapılan değerlendirmelerin tümünü tamamlamıştır. Ameliyat öncesi anksiyete, cerrahi prosedürlere hazırlanan hastalarda yaygın bir bulgu olmakla birlikte ameliyat öncesi kaygının, ameliyat anına ilişkin sürecin çeşitli faktörlerini olumsuz etkileyebilecek kadar yaygın bir olgu olduğu belirtilmektedir (158-162). Cerrahi için kabul edilen hastalar arasında preoperatif anksiyete yaşama oranının %25 ile %80 arasında olduğu tahmin edilmektedir (160). Satrowichz-Filip ve ark., (2020) ile Wahab ve ark., (2011)'nin araştırmalarında endişe duygusunun çoğu katılımcı tarafından hissedildiği belirtilmiştir (16, 158). Bu tez çalışmasında endişeli olma duygusundan bahsedilse de çoğu katılımcının aktardığı duygu öncelikli olarak korkudur. Bu açıdan çalışma sonuçları literatür ile farklılaşmaktadır. Anksiyete seviyesi; cinsiyet, yaş ve eğitim durumu gibi sosyodemografik faktörler; kişilik özellikleri, sosyal destek ve başa çıkma tarzı gibi psikososyal etkenler; cerrahi gerektiren belirli patolojilerle ilgili faktörler, olası komplikasyonlar, anestezi yöntemi ve preoperatif bilgilendirme faktörleriyle ilişkili olabilmektedir (163). Bu nedenle bu farklılığın sebebinin;

çalışmalardaki katılımcılarının sosyodemografik özelliklerinin farklılıklar içermesi ve araştırmalardaki değişik anestezi yönteminden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, bu tez çalışmasındaki ameliyat öncesi süreçte ekip yaklaşımı ve beyin cerrahı ile ilgili belirtilen görüşlerde yoğun olarak sürece ilişkin bilgilendirme/iletişimden memnun olma, iyi iletişim ve bilgilendirme kodlarına ulaşılmıştır. Ameliyat öncesi bilgilendirmeye ilişkin olumlu görüşler, bu farklılığın bir diğer sebebi olabileceğini de düşündürmektedir.

Ameliyat öncesi dönemde sürece ilişkin rahat hissettiklerini belirten katılımcılar yer almaktadır. Bu bulgu; Khu ve ark., (2010) ve Beez ve ark., (2013)'nın bulguları ile uyumlu gözükmektedir (13, 164). Ayrıca bu bulgu, Leal ve ark.,(2018)'nin çalışmasındaki uyanık olmanın mantıklı ve faydalı bir seçenek olmasından dolayı endişelenmek yerine sakin kalmayı düşündüklerini belirtmesiyle benzerlik göstermektedir (5). Bu tez çalışmasının katılımcıları, beyin cerrahı ve ekipteki diğer kişilerin süreç ile ilgili yeterli ve iyi bilgilendirme yapması sonucunda bu ameliyat yönteminin güven verici ve doğru olduğunu anladıkları ve sürece ilişkin bilgilendirmeden memnun oldukları için rahat hissettiklerini belirtmiştir. Bu bulgu, Khu ve ark., (2010)'nın araştırmasındaki; hastaların bilgi edindikçe endişelerinin azaldığı yönündeki bulgusu ile benzerdir (13). Yatış gerektirmeyen cerrahi olacak hastaların ameliyat öncesi deneyimlerinin incelendiği bir başka çalışmada da katılımcıların, cerrahi prosedür hakkında cerrahıtan aldıkları bilgilerden dolayı rahat oldukları belirtilmiştir (165). Cerrahla ilişkinin iyi kurulmaması ve hastaların prosedürü iyi anlamaması ameliyat öncesi kaygıyı artırabilmektedir. Hastaların ameliyattan önceki kaygı seviyelerini yönetmek için preoperatif değerlendirmeler büyük önem taşımaktadır. Cerrahi öncesi yapılan ayrıntılı danışmanlığın hastaların kaygı seviyelerini azaltabileceği belirtilmiştir. Hasta ile ekip arasında bir bağ kurulması, hastanın süreçteki işbirliğini teşvik ederek ameliyatın başarılı geçmesini de sağlayacaktır (30). Bu sebeplerden ötürü bu tez çalışmasındaki ameliyat sonrası duygulardaki en yoğun görüş olan ameliyatın başarısına bağlı mutluluğun, ameliyat öncesi dönemdeki en yoğun kod olan ekip yaklaşımındaki sürece ilişkin bilgilendirme/iletişimden memnun olma kodu ile de ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmadaki katılımcılar uyanık beyin ameliyatına kendini hazırlama sürecinden bahsetmiştir. Uyanık beyin ameliyatını mantıklı bulma, risk ve faydaların değerlendirilmesi, dini inanç ile bu kategorinin en yoğun kodu olan ekibe/cerraha/yönteme olan güven ve kabul bulguları literatürdeki çalışmalarla benzer bulgular içermektedir. Literatürdeki çalışmalar da; bu ameliyat türünde katılımcının aktif rol alıyor olmasının önemli olduğu (149), bu yöntemin hasar oluşumunu azaltma da benzersiz bir yol olduğu, sadece tümörün çıkması değil aynı zamanda engelliliği de önleyeceği, ameliyatın daha doğru ve hatasız sonuçlanması için bu yöntemin mantıklı olduğu (16), uyanık olmanın, riskleri en aza indirebileceğine ilişkin görüşler, yönteme güven duyma (13, 149, 154), bu yöntemin faydalı olduğu (16) belirtilmiştir. Son araştırmalar, tümör rezeksiyonu için uyanık prosedürlerin daha iyi genel sonuçlar sağlayabileceğini, motor ve dil haritalamasıyla birlikte bazı içsel beyin tümörlerinde güvenli bir rezeksiyon elde etmenin mümkün olduğunu göstermektedir (37, 166). Bu nedenle bulguların benzerlik taşıdığı düşünülmektedir. Ayrıca katılımcılar ameliyat öncesi dönemde yoğun olarak korku hissetse de Palese ve ark., (2008)'nın çalışmasında (149) söz edildiği gibi bu tez çalışmasında da kendini ameliyata hazırlama yöntemleri ile duygularını kontrol altında tutabildikleri düşünülmektedir.

Bu çalışmada kendini hazırlama sürecinde katılımcılar dini inanç ile ilgili görüşler bildirmiştir. Bu bulgu literatürdeki birkaç araştırma ile benzerlik göstermektedir (149, 153). Bu bulgular, dinin; hastaların uyum süreciyle yüzleşmelerine, özsaygıyı korumalarına ve anlam duygusu kazanmalarına yardımcı olabileceğini öne süren geçmiş araştırmaları desteklemektedir. Pargament ve ark. (1998)'nın çalışmalarında dini başa çıkmanın; hastalık, mağduriyet, savaş ya da sevilen birinin kaybı gibi geniş bir çeşitlilikte olan yaşam olaylarına karşı zihinsel ve bedensel sağlık bütünlüğünü koruyan ve seküler başa çıkma tarzlarına göre daha olumlu sonuçlar veren bir başa çıkma tarzı olduğu ortaya çıkmıştır. Kanseri gibi yaşamı tehdit eden hastalıklarda, hastalığın tanısının konulma ve tedavisi sürecinde psikolojik yıpranmışlığın, tedavinin tamamını veya bir kısmını etkilemektedir (167-169). Kanseri gibi yaşamı tehdit eden hastalıklarda hastaların büyük kısmı destek kaynaklarının en önemli kısmının dini inançları olduğunu belirtmektedirler. Ayrıca Fletcher ve ark., (2012)'nin çalışmasında dini inançla beraber katılımcıların düşünmemeye çalışarak,

mizahi yaklaşma stratejileri kullanarak ameliyata kendini hazırladığı/koruduğu ifade edilmiştir. Bu sonuç çalışma bulgularımız ile farklılık göstermektedir (153). Dua etme stratejisi dışında katılımcılarımız araştırma yapma, cerraha güven gibi farklı başa çıkma stratejileri kullanmıştır. Başa çıkma, bir kişinin olağan kaynaklarına baskı yapan bir talebe yanıt olarak tanımlanmaktadır (170). Başa çıkma stratejilerinin benimsenmesinin etkisi, yeni bir duruma uyum sağlamayı kolaylaştırabilir (171). Dini inancın daha evrensel bir başa çıkma stratejisi olduğu düşünülmekle birlikte araştırmalardaki benzerlik göstermeyen sonuçların bireysel ve kültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Beyin cerrahının iyi iletişim ve bilgilendirme yapmış olması, hastaların yapılan bilgilendirmeden memnun oldukları (13), bilgilendirmenin yeterli olduğu (16), hastaların prosedüre iyi hazırlandıkları (11), ameliyat öncesi hazırlığın yeterli olduğu (150, 154, 164, 172) hem ekibin hem de beyin cerrahının ameliyat öncesi iyi ve yeterli bilgilendirme yaptığı (151), preoperatif hazırlıktan memnun olduğuna (14) dair sonuçlar çalışma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir. Beyin cerrahisi hastalarına yönelik yapılan ameliyat öncesi hazırlığın ve değerlendirmenin iyi yapılması, yönetilmesi hem ameliyat öncesi hem de ameliyat sonrası dönemde meydana gelebilecek bazı komplikasyonların azaltılmasında, hasta için planlanmış olan cerrahinin başarılı gerçekleşmesinde önemli bulunmakla birlikte ameliyat öncesi hazırlık ve değerlendirmeler güvenli ve kaliteli bir hasta bakımını sağlamakta oldukça etkilidir. Uyanık kraniotomi sürecinde de hasta hazırlığı cerrahinin başarısı için önem taşımaktadır ve cerrahi prosedür sürecinde multidisipliner bir ekip yaklaşımı kullanılmalıdır (172). Pituitör tümör cerrahisi ile ilgili yapılan bir derleme çalışmasında hastaların ameliyat öncesi tanı, yönetim ve tedavisinin optimal planlanması, pituitör hastalıklar konusunda deneyimli multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiği belirtilmektedir. Ekip ile yaklaşmanın preoperatif değerlendirmeyi optimize ederek cerrahi sonuçları iyileştireceği ve komplikasyon gelişimini en aza indireceği bildirilmektedir (173). Tümör teknikleri farklı olsa da tüm ameliyatlarda sürecin benzer yürütülmesi nedeniyle bu çalışmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Colgan ve ark. (2021)'nin yaptığı araştırmanın nitel aşamasında; 14 katılımcı ile ameliyattan 2 hafta sonra anket yolu ve yarı-yapılandırılmış görüşmeler

aracılığı ile hastalara sorular sorulmuştur. Katılımcıların 12'si beyin tümörü, 2'si fokal epilepsi sebebi ile uyanık kraniotomi ameliyatı olmuştur. Katılımcılar ameliyat anına ilişkin stresin azalmasındaki faktörlerden birinin cerrahi öncesi görüşmelerdeki samimi ilişkiler olduğu aktarmıştır (151).

Çalışmadaki ameliyat sonrası beklentiler arasında; hastalıktan kurtulmayı isteme en yoğun bildirilen kod olmakla birlikte, günlük yaşama devam etme isteği, psikolojik iyi oluş, kalıcı hasarın olmaması, psikolojik etkilenimin olmaması, ameliyat izlerinin belirgin olmaması kodları yer almaktadır. Literatürdeki benzer konu üzerinde yapılan çalışmalarda da hastaların dil veya motor kayıp gibi cerrahi sonrasındaki risklere odaklandığı (149) ameliyatın detayından çok sonucunun onlar için daha önemli olduğu (13) belirtilmiştir. Hejrati ve ark., (2019)'nın araştırmasında hastaların ameliyat öncesi yaşadığı korku ve kaygının, uyanık kraniotominin ameliyat sonrası hastaların günlük aktivitelerine olan etkisiyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (156). Uyanık beyin ameliyatının motor hareketler, dil ve konuşma gibi kritik fonksiyonlara sahip beyin bölgelerinde bulunan tümör rezeksiyonu için kullanılan bir yöntem olmasından dolayı hastaların, konuşma yetisi ya da hareket yetisinin etkileneceğine yönelik görüşlerde bulunmasının muhtemel olacağı düşünülmektedir.

Bu tez çalışmasında katılımcılar tarafından uyanık beyin ameliyatı olmaya yönelik görüşler bildirilmiştir. En yoğun kod farklı/değişik deneyim kodu olarak belirlenmiştir. Katılımcılar uyanık beyin ameliyatı olmanın; kolektif bir işlem, tatlı bir deneyim, verimli bir deneyim olacağını düşündüklerini belirtmiştir. Bir katılımcı zor bir deneyim olacağını düşündüğünü bildirmiştir. Palese ve ark. (2008)'nin çalışmadaki bir katılımcı; ameliyatın uyanık yapıyor olmasının inanılmaz olarak tariflemiştir (149). Palese ve ark. (2008)'nin bulgusu bu tez çalışmasının farklı/değişik deneyim kodu ile benzerlik göstermektedir. İki çalışma arasındaki bir başka benzer bulgu ise hastaların uyanık beyin ameliyatının hasar oluşumunu engelleyeceği ile ilgili görüş bildirmiş ve ameliyatın verimliliğine değinmiş olmasıdır. Tez çalışmasında da katılımcılar bu ameliyat şeklini mantıklı bulduklarını, kolektif bir işlem olacağına ve bu durumun kendi sağlığı için yararlı olduğuna yönelik görüş bildirmişlerdir. Uyanık kraniotomi, genel anestezi altındaki kraniotomiye kıyasla motor ve konuşma fonksiyonu hasarı dahil olmak üzere nörolojik bozukluk riskinin daha az olduğu, daha

geniş bir tümör rezeksiyonu gerçekleştirdiği için avantajlı bir yöntemdir (174). Uyanık kraniotomi; hastanın ve diğer ekip üyelerinin ameliyat anında anlık olarak tüm gelişmeleri gözlemleyebilmesi ve olası bir hasarı önleyebilmede yararlı bir prosedür olduğu için bu bulguların benzerlik gösterdiği düşünülmektedir.

Tez çalışmasında ameliyat öncesi süreçte dil ve konuşma terapisti ile iletişim kategorisinde; değerlendirme süreci ile ilgili; süreçten memnun olma ve süreci faydalı bulma en yoğun bahsedilen görüşler arasındadır. Ayrıca katılımcılar testlerin zorluğu/kolaylığı/uygunluğu, testlerin uzun sürmesinden, iyi ve yeterli bilgilendirme yapıldığından, teknoloji kullanımının artması gerektiğinden bahsetmiştir. Dil ve konuşma terapisti ile olan iletişim süreci hakkında ise yoğun olarak etkili iletişim kurduklarından ve iletişim sürecine yönelik olumlu hissettiklerinden söz etmişlerdir. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde ameliyat öncesi sürece ilişkin genel preoperatif hazırlıktan memnun oldukları (150, 164, 175), ameliyat öncesi anesteziist ile görüşmenin olumlu geçtiği (16) belirtilmiş, anestezi uzmanı ile görüştüktan sonra ameliyat sırasında iyi bakılacaklarına güvendiklerini belirtmiştir. Ancak dil ve konuşma terapistine ilişkin spesifik bir bilgi verilmemiştir. Bu sonuç çalışma bulgularımız ile farklılaşmaktadır. Tez çalışmasındaki ana sorulardan birisi dil ve konuşma terapisi süreci ile ilişkilidir. Bu farklılığın; literatürdeki çalışmaların veri toplama araçlarında, dil ve konuşma terapisine yönelik spesifik bir soru sorulmamış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Uyanık Beyin Ameliyatı Anına İlişkin Deneyimler

Çalışmanın ameliyat anına ilişkin deneyimleri incelendiğinde katılımcıların, ameliyat anına ilişkin görüşler, ameliyat anında hissettiği duygular, ameliyat anındaki dil ve konuşma terapisti ile olan iletişim ve ekip yaklaşımı ile ilişkili görüşler belirttiği görülmektedir. Ayrıca katılımcılar uyanık beyin ameliyatı anını farklı metaforlara benzetmişlerdir.

Ameliyat anına ilişkin en yoğun belirtilen görüş ameliyat anına hakim olma kodu olmakla birlikte bu kategoride birçok katılımcı ağrı/acı hissettiğini, ameliyata odaklandıklarını belirtirken kullanılan cihazların sesini hatırladığını, kontrolün

kendinde olduğunu hissettiğini, ağrı/acı hissetmediğini, yorulduğunu hissettiğini, o an uyumak istediğini, cerrahi işlemin yapıldığını hissettiğini, beyin cerrahına güven duyduğuna dair görüşler belirtmiştir.

Literatürdeki çalışmalarda katılımcılar; operasyona dahil olduklarını hissettiğini, kontrolün kendinde olduğunu, beyin cerrahından gelen olumlu geribildirimlerin hastaların o anki kontrolü sürdürmelerine yardımcı olduğunu, ameliyat anına hakim olduğunu (149), hastaların kendisinin ameliyat anına katkıda bulunmaktan memnuniyet duyduğunu (5, 13) belirtmiştir. Bu sonuçlar çalışma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir. Bu benzerliğin sebebinin; bahsi geçen üç araştırmanın anestezi protokolünün -uyanık '*awake-awake*'- bu çalışmanın anestezi protokolü ile aynı teknik ile yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatürdeki benzer konulu araştırmalarda; ameliyat anına ilişkin katılımcıların yorulduğunu ya da uyumak istediğini belirten görüşe rastlanmamıştır. Bu bulgular çalışmamız ile farklılık göstermektedir. Bu farklılığın ameliyatta kullanılan anestezi tekniklerinin, kullanılan sedasyon oranlarının, katılımcı sayılarının, katılımcıların cinsiyet dağılımlarının, demografik ve tıbbi bilgilerinin farklı olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Tez çalışması ile literatürde benzerlik taşıyan diğer bulgular ise ameliyat anına ilişkin süreçte katılımcıların kullanılan cihazların sesini duyduğuna/hatırladığına, ameliyathanedeki konuşmaları hatırladığına, yapılan cerrahi işlemi hissettiğine yönelik görüşlerden oluşmaktadır (13, 149, 158). Uyanık kraniotomi uygulanan hastaların deneyimine yönelik yapılan bir başka çalışmada ise katılımcıların ameliyat anında ekibin konuşmalarını hatırladığı ve baş bölgesi için yapılan işlemlerin özellikle matkap ve kafa sabitleme sürecinin neden olduğu titreme ve gürültünün, %66'sı tarafından oldukça rahatsız edici olduğu bildirilmiştir (5). Bu benzerliğin hastaların ameliyat anında uyanık olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada ameliyat anına ilişkin süreçte çoğu katılımcı ağrı/acı hissettiğini belirtmiştir. Bir katılımcı ağrı/acı hissetmediğini bildirmiştir. Katılımcıların birkaçı ağrıyı/acıyı ameliyat anına hazırlanma sürecindeki kafasına uygulanan enjeksiyonlar

sırasında hissettiğini belirtirken, diğer katılımcılar ameliyat anında cerrahi işlem yapılırken zaman zaman başında acı, ağrı, sızı olduğunu belirtmiştir. Khu ve ark. (2022)'nın beyin tümörü rezeksiyonu için uyanık kraniotomi uygulanan hastaların intraoperatif deneyimlerini ele alan derleme çalışmasında; tüm hastaların ameliyat anına ilişkin süreçte bir dereceye kadar ağrı hissettiği bildirilmiştir (176). Joswig ve ark. (2016)'nın yaptığı retrospektif bir çalışmada; ameliyat süresi, komplikasyonlar ve nörolojik sonuçlar değerlendirilmiştir. Ayrıca anket kullanılarak hastaların uyanık kraniotomi ile ilişkili algıları da incelenmiştir. Çalışmada toplam 22 hastada düşük dereceli/yüksek dereceli gliomalar; kavernomlar ve metastazlar için ise 24 uyanık kraniotomi gerçekleştirilmiştir. 4 hasta saç derisine yapılan enjeksiyonları, 3 hasta ise kraniotomiye ağırlı bulduğuna yönelik görüş belirtirken, 3 hastanın bu olayları hatırlamadığı rapor edilmiştir (14). Millian ve ark.,(2014)'nın uyanık kraniotomi uygulanan hastalara yönelik yaptığı derleme çalışmasında; hastaların %30'una yakın bir kısmının ameliyat anına ilişkin önemli düzeyde ağrı hissettiği belirtilmiştir (11). Yapılan çalışmaların bulgularının çalışma bulgularımız ile benzerlik gösterdiği düşünülmektedir. Lokal anestezi; ya lokal infiltrasyon ya da kafa derisi blokajı şeklinde, hem uyanık kraniotomi hem de genel anestezi için etkili ağrı kontrolü sağlamaktadır. Dura manipüle edilirken genellikle ağrı hissedilmemekte; ancak, meningeal damarlara yakın olan durayı innervasyon yapan sinirlerin irritasyonu ağrıya neden olabilmektedir (177). Ameliyat sırasında ağrı, yetersiz anestezi uygulanan bölgelerden (genellikle temporal bölgede) ve dura mater ile beyin damarlarından kaynaklanabilir. Bu tür bir prosedür oldukça uzun sürdüğünden, postural ilişkili ağrı oluşabilmektedir (34). Fontaine ve ark.,(2017)'nın beyin tümörü rezeksiyonu için 'Uyanık Kraniotomi Sırasında Ağrı, Nedenler, Sonuçlar Ve Yönetim' isimli çalışmasının sonuçları arasında; intraoperatif ağrının en zorlu nedenleri hastanın yetersiz pozisyonlandırılması, cerrahi aletlerin ağrıya duyarlı intrakraniyal yapılara, özellikle kafatası tabanının dura materine, *falx cerebriye* ve lateral fissür ile komşu sulcusların leptomeninksine temas etmesi olduğu belirtilmiştir (178). Ray ve Wolff., (1940), 46 hastada dura mater ve karotis arterlerinin elektriksel uyarımının ağrı algısını uyardığını belirtmiştir (179). Leon-Rojas ve ark. (2020) tarafından yapılan çalışmada; hastaların %95,6'sında kafa sabitleme başlığı yerleştirme sırasında, %94,7'sinde delme sırasında ve %78,9'unda ameliyat sırasında ağrının hiç olmadığı ya da minimal

düzeyde olduğu gösterilmiştir. Bu farklılığın; pozisyonlama ve anestezi prosedüründen kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Milian ve ark. (2014) ve Khu ve ark. (2022)'nin derleme çalışmaları incelendiğinde; dahil edilen makalelerden bazılarında ağrıya ilişkin hafif-orta-şiddetli ya da yüzde olarak dereceler belirtilmiştir. Bu açıdan çalışma bulgularımız ile farklılık göstermektedir(11, 176).Bu farklılığın sebebinin derlemedeki araştırmalarda anket kullanılmasının ve ağrıya yönelik derecelendirme sorularının yer almasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu tez çalışmasında derecelendirme ölçeği kullanılmamış sadece açık uçlu görüşme sorularına yer verilmiştir.

Çalışmadaki, ameliyat anına ilişkin duygular arasında kaygı/korku hissetme, rahat hissetme, heyecanlı olma, değişik hissetme, tanıdık biri ile iletişim kurmanın verdiği mutluluk/güven, ameliyat ortamındaki konuşmanın verdiği tedirginlik, iletişim kurmanın verdiği mutluluk yer almaktadır. Palese ve ark., (2008)'nin çalışmasında yazarlar katılımcıların ameliyat anında yaşadıkları korkuyu hatırlamadıklarını belirtmiştir (149). Bu bulgu literatürdeki çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (14, 150, 154, 156, 158, 164).

Ayrıca Milian ve ark., (2014)'nin uyanık kraniotomi ile ilişkili derlemesinde katılımcıların %10-14'ünün cerrahi işlem sırasında ciddi bir anksiyete yaşadığı belirtilmiştir (11). Bu sonuçlar çalışma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir. Uyanık kraniotomi deneyimine ilişkin yapılan başka araştırmalarda da anksiyete bulgusuna rastlanmaktadır (151, 156, 158). Bu açıdan çalışma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir.

Bu tez çalışmasında, ameliyat anında birileri ile iletişim kurmanın verdiği mutluluk katılımcılar tarafından yoğun olarak belirtilmiştir. Ayrıca birkaç katılımcı tanıdığı kişi ile iletişim kurmanın mutluluk ve hastaya güven verdiğini bildirmiştir. Palese ve ark., (2008), ameliyat anında iletişim ve etkileşim içerisinde olmaya yönelik görüşlerden bahsetmiş, ameliyat anında cerrahla kurulan işbirliğinin, beyin cerrahından gelen olumlu geri bildirimin, hastaların ameliyat anındaki kontrolü sürdürmelerine yardımcı olduğunu belirtmiştir (149). Fletcher ve ark., (2012)'nin

yaptığı çalışmada da katılımcılar tanıdık kişi ile iletişim kurmanın verdiği mutluluğa yönelik görüşler bildirmiştir (153). Araştırma sonuçları çalışma bulgularımız ile benzerlik taşımaktadır.

Literatürdeki çalışmalar; katılımcıların bir kısmının ameliyat anında rahatsızlık hissi yaşadığını belirtmiştir (150, 180). Rahatsızlık hissinin sebebi genel olarak pozisyonlama (14), uzun süre aynı pozisyonda hareketsiz yatma (5, 16), Mayfield kafa sabitleme başlığı (4, 155) ve bu başlığın neden olduğu titreme ve gürültünün oldukça rahatsız edici olarak ifade edilmesidir (5). Starowicz ve ark., (2020)'ın çalışmasında da kafa sabitleme başlığının yerleştirilmesi sırasında baskı ve rahatsızlık hissi yaşandığı bildirilmiştir (158). Wahab ve ark., (2011)'nın araştırmasında, beyin tümörü sebebi ile uyanık kraniotomi uygulanan hastaların deneyimi ve memnuniyeti incelenmiştir. 60 hastaya anket gönderilmiş, 45 hasta ankete cevap vermiştir. Nöroşirürji uzmanı ile poliklinik görüşmesi, anestezi uzmanı ile görüşme, ameliyat anı ve ameliyat sonrası dönem olmak üzere 4 kısım incelenmiştir. Hastaların %24'ü ameliyat sırasında rahatsızlık yaşadığını; bu rahatsızlıkların bazılarının pozisyonlama ile ilgili olup cerrahi teknikle ilgili olmadığını belirtilmiştir. Bu sonuçlar çalışma bulgularımız ile farklılık göstermektedir. Tez çalışmasındaki katılımcılar kod yoğunluğu 3 olan rahat hissetmeden bahsetmiştir. Rahatsız hissetme koduna ilişkin görüş bulunmamakta ancak hastalar ameliyat anındaki görüş açısının önemli ve yetersiz olduğuna dair farklı görüşler belirtmişlerdir. Bu çalışmadaki tüm katılımcılar yan yatma pozisyonunda ameliyat edilmiştir. Bahsi geçen çalışmalarda ameliyat anındaki hasta pozisyonlamasına dair görüş bildirilmemekle birlikte bu farklılığın pozisyonlama ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Leon-Rojas ve ark. (2020) tarafından yapılan araştırmada; 38 hastaya prospektif bir hasta deneyim anketi uygulanmıştır. Uyanık kraniotomi tekniğinin tüm hastalar tarafından iyi tolere edildiği bildirilmiştir. Ameliyat sonrasında, hastaların %92,3'ü gerekirse uyanık kraniotomiye tekrar olmak isteyeceklerini belirtmiştir (4). Literatürde çalışma bulgularımızla farklılık gösteren araştırmalar olmakla birlikte Leon-Rojas ve ark., (2020)'nın araştırma sonuçları ile çalışma bulgularımız benzerlik göstermiştir.

Çalışmanın ameliyat anına ilişkin bulgularına bakıldığında, katılımcılar ameliyat anındaki ekip yaklaşımına ilişkin yoğun memnuniyet bildirmiş, ekipteki tüm üyelerin kendileri ile sürekli iletişim ve etkileşim içerisinde olduklarını, ekibe yönelik güven duyduklarını belirtmişlerdir. Literatürdeki araştırmalarda ise hastalar ameliyat anında ekip üyelerinin, beyin cerrahının kendileri ile iletişim ve etkileşim içerisinde olduğunu, cerrahla işbirliği yapabildiklerini (149), cerrahın yaklaşımına güven duyduklarını (13), ameliyat anında tedavi ekibine güvenmenin önemli olduğunu ve ameliyat anında ekibe güven duyduklarını raporlamıştır (176). Ayrıca Khu ve ark., (2010)'nın yaptığı, hastaların uyanık kraniyotomiye ilişkin algılarının araştırıldığı çalışmada, toplam 27 hasta ile ameliyat öncesi ve sonrası olmak üzere iki defa görüşme yapılmış, açık uçlu sorular sorulmuş, görüşmeler ses kaydına alınmış ve daha sonra yazıya dökülerek veriler tematik analize tabi tutulmuştur. Çalışma sonucunda hastalar cerraha güvenmenin önemli olduğunu belirtmiştir(13).

Ayrıca Manninen ve ark., (2016)'nın yaptığı çalışmada ise katılımcıların %93'ünün ameliyat anındaki anestezi yaklaşımı ve yönetiminden memnun oldukları belirtilmiştir (181). Colgan ve ark. (2021)'nin yaptığı çalışmada ise katılımcılar ameliyat anındaki streslerini hafifleten bir faktörün, ekibin hastanın o anda güçlenmesini ve desteklenmesini sağlamak olduğunu ifade ederek ekip yaklaşımına yönelik memnuniyetini bildirmiştir. Ameliyat anındaki anestezi yönetiminin etkili ve anestezistlerin duyarlı yaklaştıklarına dair bulgular da bu çalışmada raporlanmıştır (151). Bu tez çalışmasında literatürdeki araştırmalar ile benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmada katılımcılar ameliyat anına ilişkin metaforlaştırmalar yapmışlardır. Katılımcılar uyanık kraniyotomiye; 'tarif edilemez bir şeye, değişik bir ameliyata, çok özel bir ameliyata, curcunaya, kuyuya, savaşa, kurbanlık koyuna, tünel içerisinde olmaya, Dövüş Kulübü/*Fight Club*' filmine benzetmiştir. Literatürdeki araştırmalara bakıldığında; Fletcher ve ark., (2012)'nin yaptığı çalışmada katılımcılar uyanık kraniyotomiye 'tuhaf fakat hoş bir deneyim' olarak tanımlamışlardır (153). Khu ve ark., (2010)'nın çalışmasında ise 'gerçek dışı deneyim' olarak tanımlanmıştır (13).

Palese ve ark. (2008)'nin çalışmasında da uyanık kraniyotomiye yönelik metaforlaştırmalar yapılmıştır. Çalışmada yer alan 'gerçekdışı, olağanüstü, dünyanın

ötesinde bir deneyim, yeniden doğmak gibi, film gibi' metaforları, tez çalışmasının 'tarif edilemez bir şeye benzetme, ölüp dirilmeye benzetme, *Fight Club* filmine benzetme' bulguları ile benzerlik gösterdiği gözlenmektedir. Kurbanlık koyuna benzetme gibi metaforların kültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde 'çiçek gibi deneyim' metaforuna da rastlanmaktadır (149). Çalışmalar arası metaforların farklılaşmasının cinsiyet dağılımı, bireysel yaşantılar, eğitim seviyeleri ve meslekler arası farklılıktan kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir. Bu tez çalışmasının katılımcılarının tümü erkek hastalardan oluşmaktadır. Oysaki literatürde bahsi geçen yukarıdaki çalışmada kadın hastalar da yer almaktadır. Bu nedenle farklı metaforlaşmaların olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Palese ve ark., (2008)'nın çalışması haricinde literatürdeki çalışmalarda metaforlaştırma ile ilişkili bir görüşme veya anket sorusu bulunmamaktadır. Bu sebeple metaforlaştırmaya yönelik bulgularımızın olmasının bu tez çalışmasının güçlü yanını oluşturduğu düşünülmektedir.

Ameliyat anındaki dil ve konuşma terapisti ile olan iletişim sürecine yönelik bulgular arasında; iletişime bağlı cesaretlenme/iyi hissetme, tanıdık biri ile iletişime bağlı cesaretlenme/iyi hissetme, testleri/değerlendirmeyi hatırlama, testlerin uygunluğu, testleri yapmakta zorlanma, testlerin zor olması, samimi bulma, testleri önemsiz/yetersiz bulma, görüş açısına bağlı iletişim, daha fazla iletişim kurmaları gerekliliği yer almaktadır.

Başka bir çalışmada katılımcıların ameliyat anındaki hasta ile olan iletişim ve etkileşimden memnun olduklarını, çoğu katılımcı ameliyat anında uygulanan testlerin tolere edilebilir olduğunu, 6 hasta testlerin zorlayıcı olduğunu bildirmiştir (14). Leal ve ark., (2017)'nin çalışmasında ameliyat anında uygulanan görevlerin aşına bir değerlendirme olduğu raporlanmıştır (5). Tüm hastaların ameliyat anında yapılan nöropsikolojik değerlendirmeyi hatırladıkları bildiren bir başka çalışma da mevcuttur (158). Colgan ve ark.(2021)'nin yaptığı araştırmada ameliyathanede samimi ve şefkatli ilişkiler kurulduğunu, ameliyat anında uygulanan testlerin o anki yaşadıkları stresten uzaklaşmalarına yardımcı olduğu için bu test ve görevlerin faydalı olduğunu, görüş açılarında sürekli birinin bulunuyor olmasının onlara rahatlatma ve güven hissi verdiği, kendilerine o an neler olduğu ile ilgili sürekli bilgi veriliyor olmasının olumlu

ve stres azaltıcı bir faktör olduğu raporlanmıştır (151). Bu sonuçlar çalışma bulgularımız ile benzerlik taşımaktadır.

Bunun yanı sıra literatür incelendiğinde; dil ve konuşma terapisine yönelik bir bulguya rastlanmamıştır (149, 153). Khu ve ark., (2010)'nın çalışmasında hastalar, ameliyat anında cerrah ve anesteziist ile konuştuklarını, ellerini ve ayaklarını hareket ettirmelerinin istendiğini, dil fonksiyonlarının test edildiğini hatırladığını belirtmiştir ancak motor hareket ve dil fonksiyonlarının kim tarafından test edildiğine dair detaylı bir bilgi verilmemiştir (13). Wahab ve ark., (2011)'nin çalışmasında katılımcıların ameliyat anında bazı nesneleri isimlendirdiğini hatırladıkları belirtilmiş ancak dil ve konuşma terapistine yönelik bir bilgiye rastlanmamıştır (16). Bu sonuç çalışma bulgularımız ile farklılaşmaktadır. Bu tez çalışmasındaki ana sorulardan birisi dil ve konuşma terapisi süreci ile ilişkilidir. Bu farklılığın; bahsedilen araştırmaların veri toplama araçlarında dil ve konuşma terapisine yönelik bir soru sorulmamış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Dil ve konuşma terapisi sürecine yönelik bulguların yer alması bu çalışmanın güçlü yönlerinden birisi olarak düşünülmektedir.

Uyanık Beyin Ameliyatı Sonrasına İlişkin Deneyimler

Ameliyat sonrasına ilişkin görüşler kategorisinde; ekip yaklaşımından memnun olma, genel süreçten memnun olma, cerrahın süreç yönetiminden memnun olma, ameliyat yönteminden memnun olma, sürecin zor olduğunu düşünme, sürecin uzun sürdüğünü düşünme, sürecin kısa sürdüğünü düşünme ve duanın verdiği güce inanma yer almaktadır. Literatürdeki çalışmalarda; cerrahın süreç yönetiminden memnun oldukları (13), hastaların yüksek düzeyde memnuniyet belirttiği, tüm hastaların uyanık kraniotominin kalıcı nörolojik defisit riskini azaltma avantajını anladıkları (14), hem prosedür hem de anestezi yönetiminden memnun oldukları (151), bu ameliyat yönteminin hastalar tarafından iyi tolere edildiği ve yüksek düzeyde memnuniyet sağladığı, uyanık kraniotomi yönteminin, daha güvenli ve daha az invaziv olarak algılandığı ve bu yöntemin onların mücadelesinde kendilerine kontrol hissi verdiği bildirilmiştir (5). Bu sonuçlar çalışma bulgularımız ile benzerlik taşımaktadır. Fletcher ve ark., (2012)'nin yaptığı bir çalışmada; uyanık kraniotomiye ilişkin hasta deneyimi araştırılmıştır. 3 erkek, 4 kadın toplam 7 hasta ile Birleşik Krallık'ta yapılan

nitel çalışmada; hastalar ile ameliyat sonrası görüşme yapılmıştır. Ameliyattan 5 ay ve 4 yıl sonra olmak üzere yapılan retrospektif nitel çalışmada; ameliyat öncesi, anı ve sonrasına ilişkin açık uçlu sorular katılımcılara sorulmuştur. Çalışma sonucunda; hastaların uyanık kraniotomi deneyiminden memnun olduğu, cerrah ile olan ilişkisinin uyanık kraniotomi deneyimi için oldukça önemli olduğu görülmüştür. Fletcher ve ark., (2012)'nin çalışmasındaki görüşme soruları, tez çalışmasındaki görüşme soruları ile benzerlik taşımaktadır. Bu sorular duygu, düşünce, ameliyat sonrası yaşam kalitesindeki değişiklikleri içermektedir (153).

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde; bir katılımcı tarafından ameliyat süresinin uzun olmadığı (14), hastaların %93'nün ameliyat süresinden memnun olduğu, uzun süre hareketsiz kaldığı (151) belirtilmiştir. Starowicz-Filip ve ark., (2020)'nin çalışmasında bir katılımcı ameliyatın zor olduğunu, 3 katılımcı ameliyatın beklediğinden kolay olduğunu, diğer hastalar ise düşündükleri gibi geçtiğini belirtmiştir (158). Bu sonuçlar çalışma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir. Sürecin kısa sürdüğü, uzun sürdüğü, zor olduğu benzerlik taşıyan bulgular arasındadır.

Bir araştırmada hastanede kalış süresinin kısa olmasının verdiği mutluluktan bahsedilirken (13), bir başka araştırmada ise hastaların %84'ünün taburculuk zamanlamasından ve taburculuk sonrası iyi bir destek aldıklarından bahsedilmektedir (16). Khu ve ark., (2010)'nin çalışmasının deseni incelendiğinde; uyanık kraniotomiye takiben aynı gün taburcu edilen katılımcıların da çalışmada yer aldığı belirtilmiştir (13). Wahab ve ark., (2011)'nin çalışması ise taburculuk sonrası yapılan prospektif bir araştırmadır (16). Bu tez çalışması ise ameliyat sonrası erken dönemde taburculuk öncesi gerçekleştirilmiştir. Bu sebepten dolayı çalışmada taburculuğa ilişkin soru bulunmamaktadır. İleriye yönelik çalışmalarda taburculuk sonrası deneyimlerin incelenmesi önerilmektedir.

Çalışmadaki bir katılımcı, ameliyat sonrası duanın verdiği güç sayesinde süreci atlatabildiğini belirtmiştir. Literatürdeki çalışmalarda ameliyat sonrası süreçte buna benzer bir bulguya rastlanılmamıştır. Ülkemizde 2007 yılında yapılan bir anket çalışmasında katılımcıların %94-97 oranında kendilerini dindar olarak tanımladığı

bildirilmiştir (182). Ülkemizdeki bu yüksek oranın diğer araştırma bulguları arasında farklılaşmaya sebep olabileceği düşünülmektedir.

Ameliyat sonrası duygular kategorisinde 14 olarak en yoğun bildirilen kod, ameliyatın başarısına bağlı mutluluktur. Bununla birlikte, bazı katılımcılar ameliyattan sonraki süreçte iyi olduklarını hissettiklerini, bazı katılımcılar ameliyat sonrası süreçte endişe duyduklarını, bir katılımcı ise nötr hissettiğini belirtmiştir. Hastaların ameliyat sonrası dönemde duygularını kontrol altında tutmaya çalıştığını belirtmek ile birlikte bazı katılımcıların dil veya motor kayıplarının olup olmadığını kontrol edip rahatladıkları, iyi hissettikleri raporlanmıştır (149). Çoğu katılımcının uyanık kraniotomi ile ilgili duygusun pozitif olduğu (16), uyanık kraniotomi deneyiminden memnun oldukları (154), uyanık kraniotominin nötr ya da olumlu bir anı olduğu (155), ameliyat sonrası tüm hastaların iyi/olumlu hissettiğini (5) belirten çalışmalara rastlanmaktadır. Çalışma sonuçlarımızda da benzer bulgulara rastlanmaktadır. Manchella ve ark., (2011)'nin yaptığı çalışmada 2007-2009 yılları arasında ilk kez uyanık kraniotomi uygulanan yaşları 16–78 arasında olan 26 hasta (17 erkek, 9 kadın) ile kapalı ve açık uçlu sorular içeren üç yarı-yapılandırılmış görüşme gerçekleştirilmiştir. Yedi hasta ile geriye dönük olarak, 19 hasta ile ileriye dönük olarak görüşülmüştür. Görüşmelerde açık uçlu, kapalı uçlu sorular ve 5 puanlık derecelendirme ölçekleri kullanılmıştır. Prospektif olarak çalışmaya dahil edilen hastalar ile yapılan görüşme, ameliyattan 1-2 gün önce, ameliyattan 3-5 gün sonra ve ameliyattan 6 ay sonra yapılmıştır. Ayrıca çalışmaya retrospektif olarak dahil edilen hastalara anket, posta ile gönderilmiş ve üç görüşme bölümünün hepsi bir kerede gerçekleştirilmek üzere (hastanede yüz yüze veya telefonla) hastalar için bir randevu ayarlanmıştır. Çoğu hasta, pozitif bir anestezi ve cerrahi deneyimi yaşadığını belirtmiştir (154). Klimek ve ark., (2018)'nin yaptığı retrospektif çalışmada ise 48 hastaya, ameliyat öncesi anılarını ve algılarını ortaya çıkaran bir anket gönderilmiştir. Ameliyat süreci adım adım bölünmüş ve her adım için hastalardan anılarının yoğunluk (hiçbir şey – her şey) ve niteliğini (çok olumsuz – çok olumlu) değerlendirmeleri istenmiştir. Kırksekiz hastadan 36'sı anketi tamamlamıştır (%75). Anıların yoğunluğunun az olduğu, hastaların uyanık ve iş birliği halindeyken bile intraoperatif anılarının az olduğu belirtilmiştir. Ortalama olarak, anıların niteliği nötr ya da olumlu

olarak değerlendirilmiştir (155). Literatürdeki bu araştırmaların sonuçları çalışma bulgularımız ile paralellik göstermektedir.

Ameliyat sonrası yaşam kalitesine ilişkin görüşlere yer verilmiştir. Bu görüşler arasında; en yoğun olarak yaşam kalitesinin artması, psikolojik iyi oluş ve fiziksel/bilişsel bir etkilenimin olmaması yer almaktadır. Bununla birlikte fiziksel/bilişsel etkilenimin olması ve yaşam kalitesinde değişiklik olmaması birer kez kodlanmıştır. Palese ve ark., (2008)'nın ameliyat sonrası dönemde dil becerileri ve motor harekette kayıplarının olup olmadığını kontrol edip rahatladıklarından bahsedilmesi, tez çalışmasının ameliyat sonrası fiziksel/bilişsel etkilenimin olmaması bulgusu ile benzerlik göstermektedir (149). Milian ve ark., (2014)'nın yaptığı araştırmada ameliyat sonrası kısa ve uzun dönemde travma sonrası stres bozukluğuna rastlanmadığı rapor edilmiştir (11). Bu bulgular çalışmamızın bulguları ile benzerlik taşımaktadır. Uyanık kraniotomi, ameliyat anında beyin fonksiyonlarının anlık ve canlı olarak izlenmesine olanak tanıdığı için ameliyat ile ilişkili nörolojik hasar riskini önemli ölçüde azaltmaktadır (38). Bahsi geçen çalışmalarda katılımcılara uyanık kraniotomi uygulanmış olmasından dolayı bulguların benzerlik gösterdiği düşünülmektedir.

Ayrıca bu tez çalışmasının 2. aşamasında; katılımcılarımızın ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası erken dönemdeki dil, biliş becerileri ve yaşam kalitesi incelenmiştir. Yapılan ön test- son test karşılaştırması sonucu dil becerilerini ölçen bir test olan Afazi Dil Değerlendirme testinin adlandırma ve genel skoru haricindeki diğer alt testlerinde ve Resim Adlandırma Testi'nde anlamlı farkın olmaması bu çalışmanın yoğun görüşler arasında yer alan fiziksel/bilişsel etkilenimin olmaması kodunu destekler nitelikte olduğunu düşündürmektedir. Katılımcıların üçünde ameliyat sonrası hafif düzeyde dil bozukluğu, ikisinde ekstremitelerde hafif düzeyde motor etkilenim olduğu saptanmıştır. Buna rağmen sadece bir katılımcı fiziksel/bilişsel etkilenim yaşadığını, başka bir katılımcı ise yaşam kalitesinin değişmediğini belirtmiştir. Ameliyat öncesinde katılımcılar, ameliyat sonrası beklentilerinde hastalıktan kurtulma başta olmak üzere en çok psikolojik olarak iyi olmayı ve günlük yaşamına devam edebilmeyi istemiştir. Bu bulgular ışığında katılımcıların, ameliyatın kalıcı hasar riskinden çok hastalıktan kurtulmayı, psikolojik olarak iyi olmayı, günlük yaşama

devam edebilmeyi önemsemesinden dolayı ameliyat sonrası meydana gelen hafif düzeydeki defisitleri önemsememiş olabilecekleri düşünülmektedir. Ayrıca katılımcılara ameliyat öncesinde verilen bilgilendirmede ameliyat sonrası nörolojik defisit oluşabileceği fakat bu durumun çoğunlukla geçici olduğu bilgisi aktarıldığı için, hastaların yaşadıkları hafif düzeydeki bozuklukları etkilenim olarak görmemiş olabilecekleri de düşünülmektedir.

Çalışmadaki en yoğun görüş; yaşam kalitesinin artmasıdır. Çalışmamızın 2. aşamasında yaşam kalitesini ölçmek için kullandığımız SAQOL-39-TR'nin ön test-son test karşılaştırması incelendiğinde; ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası erken dönem sonuçları arasında anlamlı farklılık oluşmadığı gözlenmiştir. Yaşam kalitesini ölçen bir ölçek olan SF-36-TR'nin ön test son test karşılaştırmasında ise; fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyon alt puanları hariç diğer alt puanlarda farklılık oluşmadığı saptanmıştır. Nitel aşamada katılımcılar, ameliyat sonrası yaşam kalitesinin arttığına dair yoğun görüş bildirirken sadece bir katılımcı yaşam kalitesinin değişmediğini belirtmiştir. Nicel aşamanın yaşam kalitesine ait bu sonuçlarının nitel aşamanın ameliyat sonrası yaşam kalitesindeki bulguları destekler nitelikte olmadığı düşünülmektedir. Bu farklılığın sebebinin; katılımcıların neredeyse tümünün ameliyattan beklentilerinin hastalıktan kurtulmayı isteme olarak görüş belirtmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Odaklandıkları en önemli durumun tümörün/kitlenin çıkarılmış olması olduğu düşünülmektedir.

Ameliyat sonrası dil ve konuşma terapisti ile iletişim sürecine ilişkin; yoğun olarak memnuniyetten söz edilmiştir. Bununla birlikte, süreci faydalı bulma, sürece dahil olmaya bağlı mutluluk, sürece ilişkin memnuniyetsizlik birer kez kodlanmıştır. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde; ameliyat sonrası sürece ilişkin dil ve konuşma terapisi ile olan iletişim süreci hakkında bilgiye rastlanmamıştır. Çalışmaların veri toplama araçlarında dil ve konuşma terapisine yönelik soru bulunmamaktadır. Çalışmadaki ana sorulardan birisi dil ve konuşma terapisi ile ilgilidir bu nedenle bu konunun çalışmamızın güçlü yanı olduğu düşünülmektedir.

Ameliyat sonrası görüşmeler sırasında katılımcılarımız deneyimledikleri uyanık kraniotomi süreci hakkında hem uyanık kraniotomi ekibi hem de uyanık

kraniyotomi olacak başka hastalar için önerilerde bulunmuştur. Colgan ve ark., (2020)'nın araştırmasında da uyanık kraniyotomiler sırasında hastanın sürecine/değerlendirmesine dahil olan tüm klinisyenler için klinik uygulama önerileri katılımcılar tarafından ifade edilmiştir (151). Bu açıdan iki çalışma arasında da benzerlik bulunmaktadır. Katılımcıların belirttiği en yoğun görüş, ameliyat anındaki görüş açısı ile ilgilidir. Katılımcılar, görüş açısının ameliyat anında çok önemli olduğunu ve bunun hasta ile ekip üyesine yönelik uygun bir şekilde ayarlanmasının çok büyük önem taşıdığını iletmiştir. Bununla birlikte 2 katılımcı ameliyat anındaki ağrı ve acı yönetiminin ameliyat anındaki performansını etkilediğinden bahsetmiş ve bu yönetimin iyi yapılması gerektiğini vurgulamıştır. Ekip üyelerinin ameliyat öncesi ve sonrası hasta ile yaptığı görüşmelerin sayısının artırılması gerektiği bu görüşmelerin hastaların kendilerini daha iyi hissetmelerini ve ameliyata daha rahat hazırlanmalarını sağlayacağını belirtmiştir. Katılımcılar; görüşmeler esnasında tıbbi terim kullanmama, ekip üyelerinin değerlendirme zamanlarının düzenlenmesi, uyanık beyin ameliyatını daha önce deneyimlemedikleri ve duymadıkları bir ameliyat türü olduğu için ameliyat öncesinde uyanık kraniyotomi sürecine ilişkin simülasyon eğitimi verilmesini önermişlerdir. Ayrıca katılımcılar uyanık kraniyotomi olacak hastaların ameliyat anında dil ve konuşma terapisti ile iletişimi kesmemesini, ameliyata duygusal yaklaşılmamasını, ameliyattan önce kendisini psikolojik olarak ameliyata hazırlamasını ve süreçteki aile desteğinin önemli olduğunu belirtmiştir. Katılımcılardan bir tanesi ise uyanık kraniyotomiye başkalarına tavsiye edeceğinden de bahsetmiştir. Çalışmalarda bu görüşe yaygın olarak rastlanmaktadır. Bu tez çalışmasında ise 1 kez kodlanmıştır. Bu açıdan bulgular arasında farklılık olduğu gözlenmektedir.

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde; Fletcher ve ark., (2012)'nin araştırmasında katılımcılar, ameliyat öncesi somut bilgiye ihtiyaç duyduklarından bahsetmiştir (153). Khu ve ark., (2022)'nin yaptığı bir derleme çalışmasında tedavi ekibine güvenmenin önemli olduğu (176) Colgan ve ark., (2021)'nin yaptığı çalışmada; klinik uygulamaya faydalı olabilecek öneriler hastalar tarafından belirtilmiştir. Bu öneriler ameliyat öncesi ve ameliyat anını kapsamaktadır(151).

Literatürde incelenen 19 çalışmadan sadece 4'ünde ameliyat öncesi ve sonrasına yönelik görüşme yapmıştır. Diğer çalışmalar ise çoğunlukla ameliyat sonrası retrospektif ya da prospektif çalışma olarak tasarlanmıştır. Bu tez çalışmasının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası görüşme ve prospektif olarak tasarlanmış olması ayrıca uyanık kraniotomi ekibinin önemli üyelerinden olan dil ve konuşma terapistlerine ilişkin görüşme formlarında açık uçlu soruların yer alıyor olması güçlü yanlarını oluşturmaktadır.

Sonuç olarak; çalışma ameliyat öncesi, ameliyat anı ve ameliyat sonrası süreçte yüksek düzeyde memnuniyet göstermektedir. Uyanık kraniotomi uygulanan hastaların deneyimi ile ilişkili sonuçların, tedavi/müdahale prosedürünün ve tedavi/müdahale ekibinin yaklaşımına olumlu yönde katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Hastaların deneyimlerini göz önünde bulundurmanın uyanık kraniotomi sürecinin daha etkili ve daha başarılı sonuçlanmasına katkı sunacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın 2. aşamasının amacı; uyanık kraniotomi uygulanan hastaların erken dönem dil, biliş becerileri ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda katılımcılara standardize test bataryaları ve ölçekler uygulanmıştır. Hastaların dil becerilerini ölçmek için Afazi Dil Değerlendirme Testi, Resim Adlandırma Testi, Piramit ve Palmiye Ağaçları Testi uygulanmıştır. Biliş becerilerini ölçmek için Standardize Mini Mental Test yapılmıştır. Yaşam kalitelerini ölçmek için ise İnme ve Afazi Yaşam Kalitesi Ölçeği-TR ile Kısa Form 36-TR ölçekleri doldurtulmuştur.

Uyanık kraniotomide ameliyat öncesi, ameliyat anı ve ameliyat sonrası değerlendirmeler hastanın mevcut durumundaki iyileşme ya da gerilemeyi belirlemek açısından önemlidir. Bu durum, hastanın ameliyat sonrası takip ve rehabilitasyon sürecine de katkı sağlamaktadır. Bundan dolayı çalışmanın 2. aşamasında ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası erken dönem değerlendirmelerinin ön test-son test karşılaştırması incelenmiştir.

Çalışmaya dahil edilmiş olan katılımcıların demografik özelliklerine bakıldığında; 10 katılımcıdan oluştuğu görülmektedir. Çalışmanın 2. aşamasının

katılımcıları 1. aşamanın katılımcıları ile sınırlandırılmıştır. Bu sayının, literatürde uyanık kraniotomi ile ilişkili olarak yapılan nicel çalışmalardaki katılımcı sayısından az olduğu gözlenmiştir. Bu durumun sebebi; hem çalışılan hasta grubunun özel bir grubu temsil etmesi (uyanık kraniotomi uygulanan bireyler olması) hem de nicel çalışmanın nitel çalışmaya dahil edilen katılımcılarla sınırlandırılmış olmasıdır.

Ulusal literatüre bakıldığında; uyanık kraniotomi uygulanan hastaların dil, biliş becerileri ve yaşam kalitesini ölçen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu tez çalışması, uyanık kraniotomi ile dil, biliş becerileri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakılan ülkemizdeki ilk çalışmadır.

Bozuklukları tespit edebilmek, sonuçları gözlemleyebilmek ve güvenli, etkili, başarılı bir uyanık kraniotomi süreci geçirebilmek için ameliyat öncesi, ameliyat anı ve ameliyat sonrası değerlendirmeleri içeren kapsamlı bir dil değerlendirme protokolünün uygulanması ve bilişsel becerilerin değerlendirilmesi önem taşımaktadır (183-185).

Akay ve İşlekel'in (2018) yapmış olduğu çalışmada, uyanık kraniotomi geçiren 46 hastanın 17'sinde intraoperatif dönemde nörolojik bozulma gözlemlendiği belirtilmiştir. 1. ay takibinde, bu 17 hastanın 13'ünde tam nörolojik iyileşme olduğu görülmüştür. Tüm hastaların 1. ay takibinde dil becerilerinin ameliyat öncesi işlevini kazandığı görülmüştür. Sonuç olarak; uyanık kraniotomide takip döneminde kalıcı postoperatif nörolojik defisit oranlarının çok düşük olduğu belirtilmiştir. Ek olarak, uyanık kraniotomide dil ve motor fonksiyonların korunması için cerrah, anestezi ekibi ve hasta arasında hassas senkronizasyonun gerekli olduğu belirtilmiştir (186). Chang ve ark., (2018), uyanık kraniotomi öncesi ve sonrası dil işlevlerini değerlendirmek için kısa form Boston Tanısal Afazi Bataryası (sfBDAE) kullanmış ve ameliyattan 1 hafta sonra değerlendirmiştir. Uyanık kraniotomi sırasında dil bozukluğu gözlenen hastaların çoğunda ameliyat sonrasında dil fonksiyonlarında iyileşme görülmüştür (26). Çalışma bulgularımızda ise, katılımcıların postoperatif erken dönem dil ve bilişsel becerilerinde preoperatif döneme kıyasla anlamlı bir düşüş gözlenmiştir. Bu farklılığın sebebinin ameliyat sonrası değerlendirme zamanlamasının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Akay ve İşlekel'in (2018) çalışmasında

ameliyatı takiben 1 ay sonra değerlendirme yapılmış iken bu tez çalışmasında ise ameliyattan sonraki ilk 1 hafta içinde değerlendirme yapılmıştır (186). Chang ve ark., (2018)'nın çalışmasındaki farklılık ise kullanılan değerlendirme araçlarının farklı olmasıdır. (26). Bu metodolojik farklılıktan dolayı çalışmamızın bulgularının bahsi geçen araştırmalar ile uyumlu olmadığı düşünülmektedir.

Wakamatsu ve ark., (2023)'nın beyin tümörü sebebiyle uyanık kraniotomi uygulanan 37 hasta ile yaptıkları çalışmada; ameliyat öncesi, ameliyat anı, ameliyat sonrası erken dönem (1 hafta içinde) ve ameliyat sonrası geç dönemde (1 ay sonra) hastalara dil becerilerini ölçmek için Western Afazi Bataryası (WAB) uygulanmıştır. Western Afazi Bataryası'nın her bir alt bölümünün; ameliyat öncesi, ameliyat anına ilişkin skorları ile ameliyat anı, ameliyat sonrası skorları karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası erken dönem bulguları istatistiksel olarak karşılaştırılmamış fakat bulgulara bakıldığında Western Afazi Bataryasının; spontan konuşma, anlama, tekrarlama, adlandırma, akıcılık değerlendirme alt testlerine ait son test skorlarında, ön test skorlarına kıyasla düşüş olduğu görülmüştür (187). Witte ve ark., (2019) ise beyin tümörü olan hastaların dil değerlendirmesinde, yüz yüze değerlendirmeye alternatif telefon tabanlı bir dil değerlendirme aracı olan *Telelanguage* Testi geliştirmişlerdir. 14 tümör hastasından oluşan bir gruba ameliyat öncesi, ameliyattan 1 hafta, 1 ay ve 3 ay sonra *Telelanguage* değerlendirmesi yapılmıştır. Ameliyat öncesi sonuçlar ile ameliyat sonrası erken dönem sonuçları (ilk 1 hafta) karşılaştırıldığında tüm dil becerilerinde; sözel adlandırma, tekrarlama, anlama, hikaye tamamlama, cümle tamamlama, fonemik ve semantik akıcılık alt testlerinde anlamlı düşüş olduğu gözlenmiştir (188). Bu tez çalışmasında; ADD adlandırma alt testinde ve toplam ADD skorlarında anlamlı düşüş olduğu saptanmıştır. Bu çalışma, literatürle benzerlik göstermektedir. Bu benzerliğin sebebinin; uyanık kraniotomi sırasında suplemer motor alandaki rezeksiyonun, geri dönüşü olan afaziye yol açabileceğini; bilingual bir hastada uyanık kraniotominin, hastanın ana dilinde geçici afaziye yol açabileceğini, uyanık kraniotomi sırasında afazi arterinin kesilme durumu olursa, bu durumun sınırlı iyileşme ile kalıcı dil bozukluklarına yol açabileceğini ve uyanık kraniotomi sırasında dil becerileri dikkatle izlenmesine rağmen, birçok hastanın ameliyat sonrası afazi olabileceğini belirtmektedir (70, 189-

191). Bu nedenle, her ne kadar uyanık kraniotomi, uyanık olmayan cerrahi uygulamasına göre afaziye önleyebilme açısından daha güvenli bir yöntem olsa da (192), hastalar için özellikle erken dönem dil becerileri üzerinde olumsuz etkilerinin olabileceğini ancak bu etkilerin çoğunlukla kalıcı olmayabileceği düşünülmektedir.

Öte yandan çalışmada, bireylerin dil becerilerini değerlendirmek için ‘Resim Adlandırma Testi’ ile ‘Piramit ve Palmiye Ağaçları Testi’ de uygulanmıştır. Resim adlandırma görevlerinin, dil ile ilgili bölgelerin belirlenmesinde altın standart olarak kullanıldığı bilinmektedir (193). Uyanık kraniotomi sırasında yapılan Piramit ve Palmiye Ağaçları Testi’nin ameliyat anı sonuçlarının, cerrahi sonrası dil bozukluklarını öngörebileceği bildirilmektedir (26). Çalışmada Resim Adlandırma Testi ile Piramit ve Palmiye Ağaçları Testi ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası erken dönemde uygulanmış ve test skorları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Başka bir deyişle, bu çalışmada uyanık kraniotomi uygulanan bireylerin semantik temsile ulaşma becerilerinin korunduğu gözlenmiştir. Resim Adlandırma Testi sonuçları göz önüne alındığında adlandırma becerisinin korunduğu ancak ADD’nin adlandırma alt testinde farklı bir sonuç olarak düşüşün olduğu belirlenmiştir. Resim adlandırma görevlerinin zorluk derecelerinin birbirinden farklı olmasının (194) sonuçların farklılaşmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

Glioma rezeksiyonu için uygulanan uyanık kraniotominin, psikomotor hız dışında, genellikle bilişsel işlevleri koruduğu; psikomotor hızın ise ameliyat sonrası kötüleşebileceği bilinmektedir (195). Bilişsel iyileşmenin, özellikle sözel akıcılık olmak üzere, ameliyattan 3 ve 6 ay sonra çoğu alanda gözlemlendiği raporlanmaktadır (24). de Sain ve ark., (2023) uyanık kraniotomi uygulanan 37 hasta ile yaptıkları çalışmada; bilişsel işlevselliği, uyanık kraniotomi geçiren hastalarda ameliyattan önce, ameliyattan günler sonra ve ameliyattan aylar sonra olmak üzere geniş bir bilişsel tarama aracıyla değerlendirmiştir. Bilişsel tarama aracı; nesne adlandırma, okuma, dikkat süresi, çalışma belleği, inhibisyon, inhibisyon/değiştirme ve görsel algı testlerini içermektedir. Genel olarak, inhibisyon görevindeki performanslar dışında, ameliyat öncesi bilişsel beceri, erken ameliyat sonrası bilişsel beceri ve geç ameliyat sonrası bilişsel beceri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ameliyattan hemen sonra, hastaların inhibisyon görevinde önemli ölçüde daha yavaş olduğu görülmüştür

ancak, ameliyattan sonraki aylarda, ameliyat öncesi seviyelerine geri döndükleri bildirilmiştir. Sonuç olarak; uyanık kraniotomi sonrası bilişsel işlevlerin stabil kaldığı ancak ameliyattan hemen sonra inhibisyonda geçici bir bozulma olduğu belirtilmiştir (196). Wang ve ark., (2023)'nın yaptığı çalışma incelendiğinde; uyanık beyin ameliyatı sonrası hastaların nörobilişsel ve fonksiyonel durumunun araştırıldığı gözlenmiştir. 80 hasta ile yapılan retrospektif çalışmada hastaların nörobilişsel durumlarını değerlendirmek için Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MoCA) ameliyat öncesi, ameliyat sonrası erken dönem ve ameliyattan 3 ay sonra olmak üzere 3 aşamada uygulanmıştır. Çalışmanın bulgularına bakıldığında; ameliyat öncesi MoCA toplam puanlarının ortalama değerinin ameliyat sonrası erken dönem puan ortalamalarından düşük olduğu ve hastalarda erken dönemde nörobilişsel bir iyileşme gözlemlendiği belirtilmiştir. Bu tez çalışmasında, hastaların bilişsel değerlendirmesi için Standardize Mini Mental Test kullanılmıştır. Ön test puan ortalamasının son test puan ortalamasından yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu sonuç çalışma bulgularımız ile benzerlik göstermemektedir. Wang ve ark., (2023)'nın çalışmasında düşük dereceli (Grade II) tümöre sahip hasta sayısının katılımcıların %50'sinden fazlasını oluşturduğu gözlenmiştir(197). Bu tez çalışmasında ise katılımcıların çoğu yüksek dereceli tümöre (Grade III ve Grade IV) sahiptir. Bu farklılığın, katılımcılarının çoğunun yüksek dereceli tümöre sahip olması ve çalışmanın örneklem büyüklüğünün az olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Birçok glioma hastasının, uyanık kraniotomiden sonra yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen postoperatif dil bozuklukları yaşadığı bildirilmektedir. Uyanık kraniotomi sırasında dil becerilerinin dikkatle değerlendirilmesine rağmen, birçok hastanın ameliyat sonrası afazi olabileceği ve bu durumun da yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz etkileri olabileceği belirtilmiştir (70). Uyanık kraniotomi uygulanan 16 hasta ile yapılan bir çalışmada, uyanık kraniotomiden sonra, olayı yeniden yaşama, olayla ilişkili uyaranlardan kaçınma veya artmış uyarılma semptomları şeklinde tekil psikolojik semptomların önemli ölçüde ortaya çıktığı ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi- *Health-Related Quality of Life* (HRQOL) üzerinde belirgin olumsuz bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. Uyanık kraniotomi sırasında yaşanan yoğun anksiyete deneyiminin, postoperatif travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının

gelişimini desteklediği ve tekrarlayan sıkıntı verici anların özellikle Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (HRQOL) skorlarını olumsuz yönde etkileyebileceği de belirtilmiştir (198). Ancak beyin tümörü olan hastalara uygulanan uyanık kraniotominin, hastayla ilgili faktörlerin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ve defisitlerin önlenmesiyle hastanın yaşam kalitesini arttırdığını belirten çalışmalar da mevcuttur (199, 200). Yaşam kalitesinin değerlendirildiği bu tez çalışmasında, uyanık kraniotomi öncesi ve sonrası SAQOL 39-TR ölçeği puanlarında anlamlı farklılık olmadığı ancak bir diğer yaşam kalitesi ölçeği olarak kullanılan SF-36-TR'nin fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyon puanlarının, uyanık kraniotomi sonrasında anlamlı olarak düştüğü görülmüştür. Değerlendirmede kullanılan yaşam kalitesi ölçeklerine ilişkin sonuçlar farklılık göstermektedir. SF-36-TR sonuçlarının literatür ile benzerlik gösterdiği ancak SAQOL-39-TR skorlarının farklılaştığı görülmektedir. HRQOL ile SF-36-TR sağlıkla ilişkili genel bir değerlendirme sağlarken, SAQOL-39-TR inme ve afazisi olan bireyler için özel olarak geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Bu sebeple çalışma bulgularının literatür ile farklılık ve benzerlik taşıdığı düşünülmektedir. Ek olarak Tan ve ark., (2023), uyanık kraniotomi uygulanan, ameliyat öncesi bilişsel skorları (MoCA) tüm alanlarda daha iyi olan glioma hastalarında, ameliyat sonrası Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (HRQOL) skorlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu ve postoperatif anlık bellek ve dil skorlarının da daha iyi yaşam kalitesiyle ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Tan ve ark., (2023) da uyanık kraniotomi hastaları ile yaptığı çalışmada bu ölçeği kullanmıştır(201). Bu yaşam kalitesi ölçeği uyanık kraniotomi hastalarının yaşam kalitesi değerlendirmesinde tercih edilen bir ölçektir.

Uyanık kraniotomi uygulanan hastaların deneyimi ve uyanık kraniotominin ameliyat sonrası erken dönem dil, biliş becerileri ve yaşam kalitesi becerilerini incelemek amacıyla planlanan bu tez çalışmasının literatüre özgün katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışma, bilindiği kadarıyla ulusal literatürde yapılan ilk araştırmadır. Çalışmamızda hem hasta deneyimlerine ulaşılmış hem de ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası erken dönem dil, biliş becerileri ve yaşam kalitesine ilişkin sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmanın nitel bulguları, uyanık beyin cerrahisinin başarısında hasta bilgilendirilmesinin önemini ve cerrahi süreç boyunca hastanın sakin, rahat ve iş birliği yapabilen bir durumda olmasının gerekliliğini ortaya

koymaktadır. Nitel bulgular, uyanık kraniotominin genel olarak iyi tolere edildiğini ve yüksek hasta memnuniyeti sağladığını belirtmiştir. Bu sonuçlar, uyanık beyin cerrahisi uygulamalarında hasta memnuniyetinin artırılması için bilgilendirme ve süreç yönetiminin önemine işaret etmektedir.

Nitel aşamadaki katılımcıların nitel aşamadaki katılımcılar ile sınırlandırılmış olması çalışmanın bir sınırlılığıdır. Tüm katılımcıların erkek olması ise başka bir sınırlılık olarak kabul edilmektedir. Ayrıca çalışma tek bir merkezde gerçekleştirilmiştir. İleriki çalışmalarda farklı merkezlerdeki katılımcılar ile araştırma planlanması önerilmektedir. Gelecek araştırmalarda; epilepsi gibi farklı sebeplerden ötürü uyanık kraniotomi planlanan hastalar ile de nitel çalışma yapılması önerilmektedir. Çalışma bulgularında, uyanık kraniotomi sürecindeki ekip yaklaşımına ilişkin yoğun görüşlerin yer alıyor olması bu süreçteki ekip üyelerinin hastanın deneyimine etkisinin büyük ve önemli olduğunu vurgulamaktadır. İleriki araştırmalarda her bir ekip üyesinin kendi alanına yönelik hasta deneyimlerini inceleyen çalışmalar yapılması da önerilmektedir. Katılımcıların yaklaşık %70'i yüksek dereceli tümör tanısı almış olup, bu durum düşük dereceli veya iyi huylu tümörlerle karşılaştırıldığında farklı klinik belirtilerle kendini gösterebilmektedir. Gelecekte; düşük dereceli tümör tanısı alan grup ile de nitel çalışma planlanması önerilmektedir. Ayrıca çalışma bulgularında, süreçteki aile desteğinin önemine değinilmiştir. İleriki araştırmalarda; uyanık kraniotomi prosedürünün hastaların aileleri/bakımverenleri üzerindeki etkileri, ailelerin bu süreç ile ilişkili deneyimlerinin araştırılması da önerilmektedir.

Bu çalışma, literatüre özgün bir katkı sunarak ileriki araştırmalar için yeni sorular ve yaklaşımlar geliştirilmesine zemin hazırlamaktadır. Sonuç itibariyle, çalışma bulgularının, uyanık kraniotomi prosedürüne önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

1- Çalışmanın 1. aşaması olan nitel aşamada, beyin tümörü sebebiyle uyanık kraniotomi uygulanan hastaların deneyimleri araştırılmıştır.

2- Çalışmanın 2. aşaması olan nicel aşamada, uyanık kraniotominin ameliyat sonrası erken dönemde hastaların dil, biliş becerileri ile yaşam kalitelerine etkisi araştırılmıştır.

3- Ulusal literatürde uyanık kraniotomi uygulanan hastaların uyanık kraniotomi süreci ve bu süreçteki dil ve konuşma terapisi yaklaşımı ile ilişkili deneyimlerine ve hastaların uyanık kraniotomi ameliyatı sonrası erken dönemdeki dil, biliş becerileri ve yaşam kalitesini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bu sebeple bu çalışmanın özgün olduğu ve bulguların literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

4- Literatürde ameliyat öncesi, ameliyat anı ve ameliyat sonrası sürece yönelik prospektif yapılan çalışma sayısının az olmasından dolayı çalışmanın literatüre güçlü bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

5- Çalışmada ilk kez, uyanık kraniotomi sürecinde dil ve konuşma terapisi ile ilgili hasta deneyimleri ayrıntılı olarak incelenmiş ve hastaların ameliyat öncesi ve sonrasına ilişkin süreçten yüksek oranda memnuniyet duydukları gözlenmiştir.

6- Ameliyat sırasında dil ve konuşma terapistinin sağladığı iletişimin, hastaların kendilerini daha iyi ve cesaretli hissetmelerini sağladığı görülmüştür. Elde edilen bulgular, dil ve konuşma terapistlerinin uyanık kraniotomi ekibinde kritik bir role sahip olduğunu ve hasta deneyimine olumlu katkılar sunduğunu göstermektedir.

7- Çalışmada ameliyat öncesi bilgilendirmenin önemi de vurgulanmaktadır.

8- Uyanık kraniotomi sürecinin her aşamasında hasta-uzman etkileşiminin önemi vurgulanmaktadır.

9- Bulgular, uyanık kraniotominin genel olarak yüksek hasta memnuniyeti sağladığını göstermiştir.

10- Uyanık kraniyotomi sürecinde dil ve konuşma terapisti dahil olmak üzere uzmanların ameliyat öncesinde hastalarla güçlü bir bağ kurmasının, ameliyat anındaki deneyimi olumlu yönde etkileyebileceğini düşündürmektedir.

11- Ameliyat öncesi ve sonrası süreçte, hastaların dil becerilerini değerlendirmek için kullanılan Afazi Dil Değerlendirme Testi'ne ilişkin analizler sonucunda, tekrarlı ölçümlerde Adlandırma puanı ve ADD toplam puanında anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

12- Ameliyat öncesi ve sonrası süreçte, hastaların adlandırma becerilerini değerlendirmek için kullanılan Resim Adlandırma Testi'ne ilişkin analizler sonucunda tekrarlı ölçümlerde RAT puanlarında anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edilmiştir.

13- Ameliyat öncesi ve sonrası süreçte hastalara uygulanan Piramit ve Palmiye Ağaçları Testi'ne ilişkin analizler sonucunda tekrarlı ölçümlerde PPTT puanlarında anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edilmiştir.

14- Ameliyat öncesi ve sonrası süreçte, hastaların bilişsel becerilerini değerlendirmek için kullanılan Standardize Mini Mental Durum Testi'ne ilişkin analizler sonucunda tekrarlı ölçümlerde SMMT puanlarında anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

15- Ameliyat öncesi ve sonrası süreçte, hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için uygulanan İnme ve Afazi ile İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SAQOL-39-TR)'ne ilişkin analizler sonucunda tekrarlı ölçümlerde SAQOL-39-TR puanlarında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

16- Ameliyat öncesi ve sonrası süreçte, hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için uygulanan Kısa Form-36-TR'ye ilişkin analizler sonucunda tekrarlı ölçümlerde Fiziksel Fonksiyon alt puanı ve Sosyal Fonksiyon alt puanında anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

17- Nicel aşamadaki katılımcıların nitel aşamadaki katılımcılar ile sınırlandırılmış olması bu çalışmanın bir sınırlılığıdır. İleriki araştırmalarda; artmış örneklem büyüklüğü ile nicel aşamanın yapılması önerilmektedir.

18- Çalışmanın tüm katılımcılarının erkek olması bir sınırlılıktır. İleriki araştırmalarda kadın katılımcıların da yer aldığı araştırmaların yapılması önerilmektedir.



7. KAYNAKÇA

1. Gogos AJ, Young JS, Morshed RA, Hervey-Jumper SL, Berger MS. Awake glioma surgery: technical evolution and nuances. *J Neurooncol.* 2020;147(3):515-24.
2. Hervey-Jumper SL, Li J, Lau D, Molinaro AM, Perry DW, Meng L, et al. Awake craniotomy to maximize glioma resection: methods and technical nuances over a 27-year period. *J Neurosurg.* 2015;123(2):325-39.
3. Hanalioglu S, Isikay I, Dumbak A, Incebay Ö, Parlak M, Önal B, et al. Multidisipliner Yaklaşım Ve Uyanık Beyin Haritalama Tekniğiyle Glial Tümör Cerrahisi: Hacettepe Deneyimi2021.
4. Leon-Rojas JE, Ekert JO, Kirkman MA, Sewell D, Bisdas S, Samandouras G. Experience with awake throughout craniotomy in tumour surgery: technique and outcomes of a prospective, consecutive case series with patient perception data. *Acta Neurochir (Wien).* 2020;162(12):3055-65.
5. Leal RTM, Barcellos BM, Landeiro JA. Technical Aspects of Awake Craniotomy with Mapping for Brain Tumors in a Limited Resource Setting. *World Neurosurg.* 2018;113:67-72.
6. Gerritsen JKW, Viëtor CL, Rizopoulos D, Schouten JW, Klimek M, Dirven CMF, et al. Awake craniotomy versus craniotomy under general anesthesia without surgery adjuncts for supratentorial glioblastoma in eloquent areas: a retrospective matched case-control study. *Acta Neurochir (Wien).* 2019;161(2):307-15.
7. Ogawa H, Kamada K, Kapeller C, Hiroshima S, Prueckl R, Guger C. Rapid and minimum invasive functional brain mapping by real-time visualization of high gamma activity during awake craniotomy. *World Neurosurg.* 2014;82(5):912.e1-10.
8. Kaniová M, Reguli S, Švédíková V, Hanzlíková P, Zeleník K, komínek P. Experience with awake craniotomy (performed in University Hospital in Ostrava) from the perspective of speech and language therapist. *Otorinolaryngologie a foniatrie.* 2022;71:141-6.
9. O'Neill M, Henderson M, Duffy OM, Kernohan WG. The emerging contribution of speech and language therapists in awake craniotomy: a national survey of their roles, practices and perceptions. *Int J Lang Commun Disord.* 2020;55(1):149-62.
10. Kanno A, Mikuni N. Evaluation of Language Function under Awake Craniotomy. *Neurol Med Chir (Tokyo).* 2015;55(5):367-73.
11. Milian M, Tatagiba M, Feigl GC. Patient response to awake craniotomy - a summary overview. *Acta Neurochir (Wien).* 2014;156(6):1063-70.
12. Potters JW, Klimek M. Awake craniotomy: improving the patient's experience. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2015;28(5):511-6.
13. Khu KJ, Doglietto F, Radovanovic I, Taleb F, Mendelsohn D, Zadeh G, et al. Patients' perceptions of awake and outpatient craniotomy for brain tumor: a qualitative study. *J Neurosurg.* 2010;112(5):1056-60.

14. Joswig H, Bratelj D, Brunner T, Jacomet A, Hildebrandt G, Surbeck W. Awake Craniotomy: First-Year Experiences and Patient Perception. *World Neurosurg.* 2016;90:588-96.e2.
15. Patchana T, Lopez JA, Majeed G, Ho A, Alarcon T, Plantak N, et al. The Awake Craniotomy: A Patient's Experience and A Literature Review. *Cureus.* 2022;14(6):e26441.
16. Wahab SS, Grundy PL, Weidmann C. Patient experience and satisfaction with awake craniotomy for brain tumours. *Br J Neurosurg.* 2011;25(5):606-13.
17. Armstrong TS, Cohen MZ, Eriksen L, Cleeland C, editors. Content validity of self-report measurement instruments: an illustration from the development of the Brain Tumor Module of the MD Anderson Symptom Inventory. *Oncology Nursing Forum-Oncology Nursing Society*; 2005: [Pittsburgh, PA, etc.] Oncology Nursing Society.
18. Davies E, Higginson IJ. Communication, information and support for adults with malignant cerebral glioma: a systematic literature review. *Supportive Care in Cancer.* 2003;11:21-9.
19. Khalil M, Angez M, Saeed Baqai MW, Shamim MS. Neuropsychiatric disorders after awake craniotomy for brain tumour. *J Pak Med Assoc.* 2022;72(6):1239-40.
20. CAMP-SORRELL D. Brain tumors: Facing trouble head-on. *Nursing Made Incredibly Easy.* 2006;4(3):20-8.
21. Kønig AB, Engelmann CM, Skjøth-Rasmussen J. P11.81.B Preliminary Results From A Retrospective Study Of Awake Craniotomies With Intraoperative Mapping In Young Adults With Glioma. *Neuro Oncol.* 2023;25(Suppl 2):ii94-5.
22. Gonen T, Sela G, Yanakee R, Ram Z, Grossman R. Surgery-Independent Language Function Decline in Patients Undergoing Awake Craniotomy. *World Neurosurg.* 2017;99:674-9.
23. Wang Y, Ji P, Guo S, Liu J, Zhai Y, Wang N, et al. JS01.4.A The neurocognitive function changes with awake craniotomy for low-grade glioma in the left hemispheric eloquent regions. *Neuro-Oncology.* 2021;23:ii5-ii.
24. Hendi K, Rahmani M, Larijani A, Ajam Zibadi H, Raminfard S, Shariat Moharari R, et al. Changes in Cognitive Functioning After Surgical Resection of Language-related, Eloquent-area, High-grade Gliomas Under Awake Craniotomy. *Cogn Behav Neurol.* 2022;35(2):130-9.
25. Chua TH, See AAQ, Ang BT, King NKK. Awake Craniotomy for Resection of Brain Metastases: A Systematic Review. *World Neurosurg.* 2018;120:e1128-e35.
26. Chang WH, Pei YC, Wei KC, Chao YP, Chen MH, Yeh HA, et al. Intraoperative linguistic performance during awake brain surgery predicts postoperative linguistic deficits. *J Neurooncol.* 2018;139(1):215-23.
27. Sattari SA, Rincon-Torroella J, Sattari AR, Feghali J, Yang W, Kim JE, et al. Awake Versus Asleep Craniotomy for Patients With Eloquent Glioma: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neurosurgery.* 2024;94(1):38-52.

28. Gerritsen J, Zwarthoed R, Kilgallon J, Nawabi N, Jessurun C, Versyck G, et al. 883 Impact of Awake Craniotomy within Eloquent Glioblastoma Subgroups (GLIOMAP): A Propensity-Score Matched Analysis of an International, Multicenter, Cohort Study. *Neurosurgery*. 2023;69(Supplement_1):50.
29. Gerritsen JKW, Klimek M, Dirven CMF, Hoop EO, Wagemakers M, Rutten GJM, et al. The SAFE-trial: Safe surgery for glioblastoma multiforme: Awake craniotomy versus surgery under general anesthesia. Study protocol for a multicenter prospective randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials*. 2020;88:105876.
30. Pour-Rashidi A, Aarabi J. *The Principles of Successful Awake Craniotomy: Perioperative Tips and Tricks*: Springer Nature; 2023.
31. Bulsara KR, Johnson J, Villavicencio AT. Improvements in brain tumor surgery: the modern history of awake craniotomies. *Neurosurg Focus*. 2005;18(4):e5.
32. Sarang A, Dinsmore J. Anaesthesia for awake craniotomy--evolution of a technique that facilitates awake neurological testing. *Br J Anaesth*. 2003;90(2):161-5.
33. Burnand C, Sebastian J. Anaesthesia for awake craniotomy. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*. 2013;14:6-11.
34. Piccioni F, Fanzio M. Management of anesthesia in awake craniotomy. *Minerva Anesthesiol*. 2008;74(7-8):393-408.
35. Stevanovic A, Rossaint R, Veldeman M, Bilotta F, Coburn M. Anaesthesia management for awake craniotomy: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2016;11(5):e0156448.
36. Wang Y-C, Lee C-C, Takami H, Shen S, Chen K-T, Wei K-C, et al. Awake craniotomies for epileptic gliomas: intraoperative and postoperative seizure control and prognostic factors. *Journal of neuro-oncology*. 2019;142:577-86.
37. De Benedictis A, Moritz-Gasser S, Duffau H. Awake mapping optimizes the extent of resection for low-grade gliomas in eloquent areas. *Neurosurgery*. 2010;66(6):1074-84; discussion 84.
38. Sacko O, Lauwers-Cances V, Brauge D, Sesay M, Brenner A, Roux FE. Awake craniotomy vs surgery under general anesthesia for resection of supratentorial lesions. *Neurosurgery*. 2011;68(5):1192-8; discussion 8-9.
39. Mahon B, Miozzo M, Pilcher W. Direct electrical stimulation mapping of cognitive functions in the human brain. *Cognitive Neuropsychology*. 2019;36:97-102.
40. Domingo RA, Vivas-Buitrago T, Sabsevitz DS, Middlebrooks EH, Quinones-Hinojosa A. Awake Craniotomy with Cortical and Subcortical Speech Mapping for Supramarginal Cavernoma Resection. *World Neurosurg*. 2020;141:260.
41. Meng L, Berger MS, Gelb AW. The Potential Benefits of Awake Craniotomy for Brain Tumor Resection: An Anesthesiologist's Perspective. *J Neurosurg Anesthesiol*. 2015;27(4):310-7.

42. Costello T, Cormack J. Anaesthesia for awake craniotomy: a modern approach. *Journal of Clinical Neuroscience*. 2004;11(1):16-9.
43. Takami H, Khoshnood N, Bernstein M. Preoperative factors associated with adverse events during awake craniotomy: analysis of 609 consecutive cases. *Journal of Neurosurgery*. 2020;134(5):1631-9.
44. Reeher HM, Koop JI, Awad AJ, Kim I, Foy AB, Kaufman BA, et al. Awake craniotomy for supratentorial tumors or epileptogenic lesions in pediatric patients: a 16-year retrospective cohort study. *J Neurosurg Pediatr*. 2024;33(3):214-22.
45. Bonhomme V, Franssen C, Hans P. Awake craniotomy. *Eur J Anaesthesiol*. 2009;26(11):906-12.
46. Sewell D, Smith M. Awake craniotomy: anesthetic considerations based on outcome evidence. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2019;32(5):546-52.
47. Duffau H. The usefulness of the asleep-awake-asleep glioma surgery. *Acta Neurochirurgica*. 2014;156(8):1493-4.
48. Hansen E, Seemann M, Zech N, Doenitz C, Luerding R, Brawanski A. Awake craniotomies without any sedation: the awake-awake-awake technique. *Acta Neurochir (Wien)*. 2013;155(8):1417-24.
49. Hansen E, Brawanski A. "Awake-awake" or "conscious sedation" for awake craniotomies? *Acta Neurochir (Wien)*. 2014;156(8):1495.
50. Merino J, Martin A. Neuroanatomy Through Clinical Cases. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2002;14:351-2.
51. Javed K, Reddy V, Lui F. Neuroanatomy, cerebral cortex. 2019.
52. Harrison DW. Frontal Lobe Syndromes. In: Harrison DW, editor. *Brain Asymmetry and Neural Systems: Foundations in Clinical Neuroscience and Neuropsychology*. Cham: Springer International Publishing; 2015. p. 267-321.
53. Levesque RJR. Parietal Lobe. Definitions. 2020.
54. Joseph R. The Temporal Lobes. In: Joseph R, editor. *Neuropsychology, Neuropsychiatry, and Behavioral Neurology*. Boston, MA: Springer US; 1990. p. 247-75.
55. Baker CM, Burks JD, Briggs RG, Stafford J, Conner AK, Glenn CA, et al. A Connectomic Atlas of the Human Cerebrum—Chapter 9: The Occipital Lobe. *Operative Neurosurgery*. 2018;15(suppl_1):S372-S406.
56. Lee CZ, Poon CCM. An Update of Neuroanesthesia for Intraoperative Brain Mapping Craniotomy. *Neurosurgery*. 2022;90(1):1-6.
57. Parsons MW, Dietrich J, editors. Assessment and Management of Cognitive Symptoms in Patients With Brain Tumors. American Society of Clinical Oncology Educational book American Society of Clinical Oncology Annual Meeting; 2021.

58. Marenco-Hillebrand L, Suarez-Meade P, Sabsevitz DS, Leone BJ, Chaichana KL. Awake Craniotomy in a Patient with Previously Diagnosed Post-Traumatic Stress Disorder. *World Neurosurg*. 2020;139:7-11.
59. McDowell MM, Ortega Peraza D, Abel TJ. Development and implementation of a novel child life protocol to enhance psychosocial support for pediatric awake craniotomies: technical note. *Neurosurg Focus*. 2020;48(2):E5.
60. Riquin E, Martin P, Duverger P, Menei P, Delion M. A case of awake craniotomy surgery in an 8-year-old girl. *Child's Nervous System*. 2017;33(7):1039-42.
61. Duffau H. Diffuse low-grade gliomas in adults. Springer; 2017.
62. Bonhomme V, Franssen C, Hans P. Awake craniotomy. *European Journal of Anaesthesiology| EJA*. 2009;26(11):906-12.
63. Przepiórka Ł, Łabędzka K, Kunert P, Kujawski S, Wójtowicz K, Marchel A. Perioperative Practice Patterns of Craniotomies—Results of a National Neurosurgical Survey in Poland. *World Neurosurgery*. 2021;146:e527-e36.
64. American Occupational Therapy Association. (2011). Definition of occupational therapy practice for the AOTA Model Practice Act. <https://www.aota.org//media/Corporate/Files/Advocacy/State/Resources/>
65. Özlü O. Anestezistin Uyanık Kraniyotomi Uygulamalarındaki Yaklaşımı. *Turkish Journal of Anesthesia & Reanimation*. 2018;46(4).
66. Al-Adli NN, Young JS, Sibih YE, Berger MS. Technical Aspects of Motor and Language Mapping in Glioma Patients. *Cancers (Basel)*. 2023;15(7).
67. Al-Adli NN, Young JS, Sibih YE, Berger MS. Technical aspects of motor and language mapping in glioma patients. *Cancers*. 2023;15(7):2173.
68. McCrory CR, Lindahl SG. Cyclooxygenase inhibition for postoperative analgesia. *Anesthesia & Analgesia*. 2002;95(1):169-76.
69. Connelly K, Gurd L, Noll KR, Prabhu S, Kumar VA, Hutcheson KA. A Framework for Integrating Speech-Language Pathology in an Interdisciplinary Awake Craniotomy Program for Brain Tumor Resection. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*. 2022;7(6):1679-97.
70. Collée E, Vincent A, Dirven C, Satoer D. Speech and Language Errors during Awake Brain Surgery and Postoperative Language Outcome in Glioma Patients: A Systematic Review. *Cancers (Basel)*. 2022;14(21).
71. Szelényi A, Bello L, Duffau H, Fava E, Feigl GC, Galanda M, et al. Intraoperative electrical stimulation in awake craniotomy: methodological aspects of current practice. *Neurosurg Focus*. 2010;28(2):E7.
72. Duffau H, Capelle L, Sichez N, Denvil D, Lopes M, Sichez JP, et al. Intraoperative mapping of the subcortical language pathways using direct stimulations. An anatomo-functional study. *Brain*. 2002;125(Pt 1):199-214.
73. Tate MC, Herbet G, Moritz-Gasser S, Tate JE, Duffau H. Probabilistic map of critical functional regions of the human cerebral cortex: Broca's area revisited. *Brain*. 2014;137(10):2773-82.

74. De Witte E, Satoer D, Visch-Brink E, Mariën P. Letter to the editor regarding Bilotta et al. 2014 Diagnostic work up for language testing in patients undergoing awake craniotomy for brain lesions in language areas. *British journal of neurosurgery*. 2015;29:1-2.
75. Gamble AJ, Schaffer SG, Nardi DJ, Chalif DJ, Katz J, Dehdashti AR. Awake Craniotomy in Arteriovenous Malformation Surgery: The Usefulness of Cortical and Subcortical Mapping of Language Function in Selected Patients. *World Neurosurg*. 2015;84(5):1394-401.
76. Weiss Lucas C, Pieczewski J, Kochs S, Nettekoven C, Grefkes C, Goldbrunner R, et al. The Cologne Picture Naming Test for Language Mapping and Monitoring (CoNaT): An Open Set of 100 Black and White Object Drawings. *Front Neurol*. 2021;12:633068.
77. Maldaun MV, Khawja SN, Levine NB, Rao G, Lang FF, Weinberg JS, et al. Awake craniotomy for gliomas in a high-field intraoperative magnetic resonance imaging suite: analysis of 42 cases. *J Neurosurg*. 2014;121(4):810-7.
78. Collée E, Vincent A, Dirven C, Satoer D. Speech and Language Errors during Awake Brain Surgery and Postoperative Language Outcome in Glioma Patients: A Systematic Review. *Cancers*. 2022;14(21):5466.
79. Bilotta F, Stazi E, Titi L, Lalli D, Delfini R, Santoro A, et al. Diagnostic work up for language testing in patients undergoing awake craniotomy for brain lesions in language areas. *British Journal of Neurosurgery*. 2014;28(3):363-7.
80. Riva D, Giorgi C. The cerebellum contributes to higher functions during development: evidence from a series of children surgically treated for posterior fossa tumours. *Brain*. 2000;123 (Pt 5):1051-61.
81. Recht LD, McCarthy K, O'Donnell BF, Cohen R, Drachman DA. Tumor-associated aphasia in left hemisphere primary brain tumors: the importance of age and tumor grade. *Neurology*. 1989;39(1):48-50.
82. Gutenstein, M. (1999). Talking About Aphasia. *Student BMJ*, 7.
83. Josephs KA, Duffy JR, Strand EA, Whitwell JL, Layton KF, Parisi JE, et al. Clinicopathological and imaging correlates of progressive aphasia and apraxia of speech. *Brain*. 2006;129(Pt 6):1385-98.
84. Larkins B. The application of the ICF in cognitive-communication disorders following traumatic brain injury. *Semin Speech Lang*. 2007;28(4):334-42.
85. Theodoros D, Hill A, Russell T, Ward E, Wootton R. Assessing acquired language disorders in adults via the Internet. *Telemed J E Health*. 2008;14(6):552-9.
86. Wilson SM, Eriksson DK, Schneck SM, Lucanie JM. A quick aphasia battery for efficient, reliable, and multidimensional assessment of language function. *PLoS One*. 2018;13(2):e0192773.
87. Mackenzie-Phelan R. Optimising perioperative language assessment in awake craniotomy: picture naming with nouns and finite verbs in the past and present tense: Liverpool John Moores University; 2024.

88. del Toro CM, Bislick LP, Comer M, Velozo C, Romero S, Gonzalez Rothi LJ, et al. Development of a short form of the Boston naming test for individuals with aphasia. *J Speech Lang Hear Res.* 2011;54(4):1089-100.
89. Swinburn, K., Porter, G., & Howard, D. (2004). Comprehensive aphasia test.
90. Klein LA, Buchanan JA. Psychometric properties of the Pyramids and Palm Trees Test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology.* 2009;31(7):803-8.
91. Armstrong L. Armstrong Naming Test: Whurr; 1996.
92. Risser AH, Spreen O. The western aphasia battery. *Journal of clinical and experimental neuropsychology.* 1985;7(4):463-70.
93. Crte MMDd, Faglioni Junior W, Lima MG, Oliveira LFAP, França LE. Language assessment in awake craniotomy: case report. *Audiology-Communication Research.* 2022;27:e2627.
94. Toram B, Maviş İ. Afazi Dil Değerlendirme Testi'nin Geçerlik, Gvenirlik ve Standardizasyon alışması. *Turkish Journal of Neurology/Turk Noroloji Dergisi.* 2012;18(3).
95. Parlak MM, Köse A. Turkish validity and reliability study on the quick aphasia battery. *Brain and Behavior.* 2024;14(1):e3343.
96. Maviş İ, Colay K, Topbař S, Tanrıdağ O. Gülhane Afazi Testi-2 (GAT-2)'nin standardizasyon ve geçerlik-güvenirlik çalışması. 2007.
97. zdemir ř. Kapsamlı afazi testi (cat-tr) dil bataryasının geçerlik ve güvenirlik alışması: Anadolu University (Turkey); 2020.
98. Atamaz F, Yaęiz A, Durmaz B. Ege Aphasia Test: Description of the Test and Performance in Normal Subjects. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Turkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi.* 2007;53(1).
99. Ger-March E. Frenchay Afazi Tarama Testi: Türk nöroloji hastaları için bir standardizasyon alışması. *Türk Psikol Derg.* 1996;11:56-63.
100. Bozdemir M. Piramit ve palmiye ağaçları testi'nin kategori akıcılığı testi ile ilişkisinin belirlenmesi: Maltepe University (Turkey); 2008.
101. Başol E. Resim Adlandırma Testi'nin Afazili Bireylerde Geçerlik ve Güvenirlik alışması: Anadolu University (Turkey); 2022.
102. Kopecek M, Bezdicek O, Sulc Z, Lukavsky J, Stepankova H. Montreal Cognitive Assessment and Mini-Mental State Examination reliable change indices in healthy older adults. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2017;32(8):868-75.
103. Goodglass H. The assessment aphasia and related disorders. Lea and Febiger. 1983.
104. Cangoz B, Karakoc E, Selekler K. The norm determination and validity-reliability studies of clock drawing test on Turkish adults and elderlys (ages 50 and over). 2006;9:136-42.
105. Reitan RM. The relation of the trail making test to organic brain damage. *J Consult Psychol.* 1955;19(5):393-4.

106. Türkes N, Can H, Kurt M, Dikeç BE. İz Sürme Testi'nin 20-49 yaş aralığında Türkiye için norm belirleme çalışması. *Türk Psikiyatri Derg.* 2015;26(3):189-96.
107. Cangoz B, Karakoc E, Selekler K. Trail Making Test: normative data for Turkish elderly population by age, sex and education. *Journal of the neurological sciences.* 2009;283(1-2):73-8.
108. Cangoz B, Demirci S, Uluc S. Trail Making Test: Predictive Validity Study On Turkish Patients With Alzheimer Dementia. *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi.* 2013;16(1).
109. Sezgin N, Baştuğ G, Karaağaç SY, Yılmaz B. Wechsler Yetişkinler İçin Zekâ Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu WAIS-R Türkiye Standardizasyonu: Ön Çalışma. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi.* 2014;54(1):451-80.
110. Selekler K, Cangoz B, Uluç S. Montreal bilişsel değerlendirme ölçeği (MOBİD)'nin hafif bilişsel bozukluk ve alzheimer hastalarını ayırt edebilme gücünün incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi.* 2010;13(3):166-71.
111. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. [Reliability and validity of the standardized Mini Mental State Examination in the diagnosis of mild dementia in Turkish population]. *Türk Psikiyatri Derg.* 2002;13(4):273-81.
112. Karakaş S, Erdoğan E, Soysal Ş, Ulusoy T, Yüceyurt Ulusoy İ, Alkan S. Stroop Test TBAG Form: Standardisation for Turkish Culture, Reliability and Validity. *Turkish J Clin Psy.* 1999;2(2):75-88.
113. Hilari K, Needle JJ, Harrison KL. What are the important factors in health-related quality of life for people with aphasia? A systematic review. *Arch Phys Med Rehabil.* 2012;93(1 Suppl):S86-95.
114. Ledinski Fičko S, Smrekar M, Hošnjak AM, Kurtović B, Kovačević I, Friganović A. Instrumenti koji se primjenjuju u procjeni kvalitete života povezane sa zdravljem. *Croatian Nursing Journal.* 2022;6(2):153-9.
115. Long A, Hesketh A, Paszek G, Booth M, Bowen A. Development of a reliable self-report outcome measure for pragmatic trials of communication therapy following stroke: the Communication Outcome after Stroke (COAST) scale. *Clin Rehabil.* 2008;22(12):1083-94.
116. Hula WD, Doyle PJ, Stone CA, Austermann Hula SN, Kellough S, Wambaugh JL, et al. The Aphasia Communication Outcome Measure (ACOM): Dimensionality, Item Bank Calibration, and Initial Validation. *J Speech Lang Hear Res.* 2015;58(3):906-19.
117. Anderson C, Laubscher S, Burns R. Validation of the Short Form 36 (SF-36) health survey questionnaire among stroke patients. *Stroke.* 1996;27(10):1812-6.
118. Hilari K, Byng S, Lamping DL, Smith SC. Stroke and aphasia quality of life scale-39 (SAQOL-39) evaluation of acceptability, reliability, and validity. *Stroke.* 2003;34(8):1944-50.
119. Kocyigit H. Kisa Form-36 (KF-36) nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. [Validity and reliability of Turkish version of SF-36]. *J Drug Ther.* 1999;12:102-6.

120. Noyan-Erbaş A, Toğram B. Stroke and aphasia quality-of-life scale-39: Reliability and validity of the Turkish version. *International journal of speech-language pathology*. 2016;18(5):432-8.
121. Ural M. İnme Sonrası İletişim Çıktıları Ölçeği'nin (Communication Outcome After Stroke Scale-Coast) Ve İnme Sonrası İletişim Çıktıları-Bakım Veren Ölçeği'nin (Carer Communication Outcome After Stroke Scale-Carer Coast) Türkçe Versiyonu'nun Geçerlik Ve Güvenirliğinin Araştırılması. 2022.
122. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-83.
123. Tekindal M, Uğuz Arsu Ş. Nitel Araştırma Yöntemi Olarak Fenomenolojik Yaklaşımın Kapsamı Ve Sürecine Yönelik Bir Derleme. 2020;20:153-82.
124. Ali Yıldırım HŞ. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. : Seçkin Yayıncılık.; 2021.
125. Curtis JJ. Judgmental sampling. *Transplantation*. 2011;91(12):1320.
126. Miles M, Huberman A. Nitel veri analizi (S. Akbaba ve AA Ersoy, Çev.)(2. bs) Ankara: Pegem Akademi. 2015.
127. Grix, J. (2018). *The foundations of research*. Bloomsbury Publishing.
128. Andrade C. The Inconvenient Truth About Convenience and Purposive Samples. *Indian J Psychol Med*. 2021;43(1):86-8.
129. Data, I. Q., & Silverman, D. (2011). A guide to the principles of qualitative research.
130. Gentles S, Charles C, Ploeg J, McKibbin K. Sampling in Qualitative Research: Insights from an Overview of the Methods Literature. *The Qualitative Report*. 2015;20:1772-89.
131. Creswell JW. Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches: SAGE Publications; 2003.
132. Bello F, Lovelock B, Carr N. Enhancing community participation in tourism planning associated with protected areas in developing countries: Lessons from Malawi. *Tourism and Hospitality Research*. 2016;18.
133. Dukes S. Phenomenological methodology in the human sciences. *J Relig Health*. 1984;23(3):197-203.
134. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *The European journal of general practice*. 2017;24:1-10.
135. Bevan MT. A method of phenomenological interviewing. *Qual Health Res*. 2014;24(1):136-44.
136. Merriam SB, Tisdell EJ. Qualitative research: A guide to design and implementation: John Wiley & Sons; 2015.
137. Smith JA, Osborn M. 3 Interpretative Phenomenological Analysis. *Qualitative Psychology*. 25.

138. Azarpazhooh A, Ryding WH, Leake JL. Structured or unstructured personnel interviews? *Health Manage Forum*. 2008;21(4):33-43.
139. Creswell JW. Nitel araştırma yöntemleri: Beş yaklaşıma göre nitel araştırma ve araştırma deseni: Siyasal kitabevi; 2016.
140. Boyatzis R. Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development: Sage; 1998.
141. Braun V, Clarke V. Psikolojide tematik analizin kullanımı. *Journal of Qualitative Research in Education*. 2019;7(2).
142. Bilgin N. Sosyal Bilimlerde İçerik Analizi Teknikler ve Örnek Çalışmalar, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2. Baskı; 2006.
143. Karataş Z. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. *Manevi temelli sosyal hizmet araştırmaları dergisi*. 2015;1(1):62-80.
144. Udo K, Stefan R. Analyzing qualitative data with MAXQDA text, audio, and video. Springer; 2019.
145. Howard, D., & Patterson, K. E. (1992). *The pyramids and palm trees test*. Thames Valley Test Company.
146. Fostein M, Fostein S, McHugh P. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98.
147. Demiral Y, Ergor G, Unal B, Semin S, Akvardar Y, Kıvrıcık B, et al. Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. *BMC public health*. 2006;6:1-8.
148. Cohen J. Statistical Power Analysis For the Behavioral Sciences (2nd Edn). 411 Lawrence Erlbaum Associates. Hillsdale, NJ. 1988;412.
149. Palese A, Skrap M, Fachin M, Visioli S, Zannini L. The experience of patients undergoing awake craniotomy: in the patients' own words. A qualitative study. *Cancer Nurs*. 2008;31(2):166-72.
150. Whittle IR, Midgley S, Georges H, Pringle AM, Taylor R. Patient perceptions of "awake" brain tumour surgery. *Acta Neurochir (Wien)*. 2005;147(3):275-7; discussion 7.
151. Colgan DD, Eddy A, Aulet-Leon M, Green K, Peters B, Shangraw RE, et al. Compassion, communication, and the perception of control: a mixed methods study to investigate patients' perspectives on clinical practices for alleviating distress and promoting empowerment during awake craniotomies. *British journal of neurosurgery*. 2021:1-12.
152. Rasmussen BK, Hansen S, Laursen RJ, Kosteljanetz M, Schultz H, Nørgård BM, et al. Epidemiology of glioma: clinical characteristics, symptoms, and predictors of glioma patients grade I-IV in the the Danish Neuro-Oncology Registry. *J Neurooncol*. 2017;135(3):571-9.
153. Fletcher KJ, das Nair R, Macniven JA, Basu S, Byrne P. An interpretative phenomenological analysis of the patient experience of awake craniotomy: brain tumour diagnosis to discharge. *Br J Health Psychol*. 2012;17(4):828-42.

154. Manchella S, Khurana VG, Duke D, Brussel T, French J, Zuccherelli L. The experience of patients undergoing awake craniotomy for intracranial masses: expectations, recall, satisfaction and functional outcome. *Br J Neurosurg.* 2011;25(3):391-400.
155. Klimek M, van der Horst PH, Hoeks SE, Stolker RJ. Quality and Quantity of Memories in Patients Who Undergo Awake Brain Tumor Resection. *World Neurosurg.* 2018;109:e258-e64.
156. Hejrati N, Spieler D, Samuel R, Regli L, Weyerbrock A, Surbeck W. Conscious Experience and Psychological Consequences of Awake Craniotomy. *World Neurosurg.* 2019;129:e381-e6.
157. Kindler CH, Harms C, Amsler F, Ihde-Scholl T, Scheidegger D. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesth Analg.* 2000;90(3):706-12.
158. Starowicz-Filip A, Prochwicz K, Myszk A, Krzyżewski R, Stachura K, Chrobak AA, et al. Subjective experience, cognitive functioning and trauma level of patients undergoing awake craniotomy due to brain tumor - Preliminary study. *Appl Neuropsychol Adult.* 2022;29(5):983-92.
159. Ayyadhah Alanazi A. Reducing anxiety in preoperative patients: a systematic review. *Br J Nurs.* 2014;23(7):387-93.
160. Stamenkovic DM, Rancic NK, Latas MB, Neskovic V, Rondovic GM, Wu JD, et al. Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery: what can we do to change our history. *Minerva Anesthesiol.* 2018;84(11):1307-17.
161. Wilson CJ, Mitchelson AJ, Tzeng TH, El-Othmani MM, Saleh J, Vasdev S, et al. Caring for the surgically anxious patient: a review of the interventions and a guide to optimizing surgical outcomes. *Am J Surg.* 2016;212(1):151-9.
162. Oteri V, Martinelli A, Crivellaro E, Gigli F. The impact of preoperative anxiety on patients undergoing brain surgery: a systematic review. *Neurosurg Rev.* 2021;44(6):3047-57.
163. Berth H, Petrowski K, Balck F. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) - the first trial of a German version. *Psychosoc Med.* 2007;4:Doc01.
164. Beez T, Boge K, Wager M, Whittle I, Fontaine D, Spena G, et al. Tolerance of awake surgery for glioma: a prospective European Low Grade Glioma Network multicenter study. *Acta Neurochir (Wien).* 2013;155(7):1301-8.
165. Costa MJ. The lived perioperative experience of ambulatory surgery patients. *Aorn j.* 2001;74(6):874-81.
166. Chaichana KL, Jusue-Torres I, Navarro-Ramirez R, Raza SM, Pascual-Gallego M, Ibrahim A, et al. Establishing percent resection and residual volume thresholds affecting survival and recurrence for patients with newly diagnosed intracranial glioblastoma. *Neuro Oncol.* 2014;16(1):113-22.
167. Barsevick AM, editor *The concept of symptom cluster. Seminars in oncology nursing*; 2007: Elsevier.

168. Barsevick AM. The elusive concept of the symptom cluster. Number 5/September 2007. 2007;34(5):971-80.
169. Barsevick AM, Newhall T, Brown S. Management of cancer-related fatigue. *Clinical journal of oncology nursing*. 2008;12(5 Suppl):21.
170. Lazarus RS. Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic medicine*. 1993;55(3):234-47.
171. Lazarus RS. *Stress, appraisal, and coping*: Springer; 1984.
172. Eryilmaz Udf. Bölüm 4 Nöroşirurji Hastalarında Preoperatif Yönetim (Preoperatif Hazırlık Ve Değerlendirme). *Peroperatif Hasta Yönetimi*. 2021:31.
173. Araujo-Castro M, Pascual-Corrales E, Martínez San Millan J, Rebolleda G, Pian H, Ruz-Caracuel I, et al. Multidisciplinary protocol of preoperative and surgical management of patients with pituitary tumors candidates to pituitary surgery. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2021;82(1):20-9.
174. Kim SH, Choi SH. Anesthetic considerations for awake craniotomy. *Anesthesia and pain medicine*. 2020;15(3):269-74.
175. Goebel S, Nabavi A, Schubert S, Mehdorn HM. Patient perception of combined awake brain tumor surgery and intraoperative 1.5-T magnetic resonance imaging: the Kiel experience. *Neurosurgery*. 2010;67(3):594-600; discussion
176. Khu KJO, Pascual JSG, Ignacio KHD. Patient-reported intraoperative experiences during awake craniotomy for brain tumors: a scoping review. *Neurosurgical Review*. 2022;45(5):3093-107.
177. Zhang K, Gelb A. Awake craniotomy: Indications, benefits, and techniques. *Colombian Journal of Anesthesiology*. 2018;46:46-51.
178. Fontaine D, Almairac F. Pain during awake craniotomy for brain tumor resection. Incidence, causes, consequences and management. *Neurochirurgie*. 2017;63(3):204-7.
179. Ray BS, Wolff HG. Experimental Studies On Headache: Pain-Sensitive Structures Of The Head And Their Significance In Headache. *Archives Of Surgery*. 1940;41:813-56.
180. Danks RA, Rogers M, Aglio LS, Gugino LD, Black PM. Patient tolerance of craniotomy performed with the patient under local anesthesia and monitored conscious sedation. *Neurosurgery*. 1998;42(1):28-34; discussion -6.
181. Manninen PH, Balki M, Lukitto K, Bernstein M. Patient satisfaction with awake craniotomy for tumor surgery: a comparison of remifentanyl and fentanyl in conjunction with propofol. *Anesth Analg*. 2006;102(1):237-42.
182. Ayten A, Ensa GG-KS-E. Dini başa çıkma, şükür ve hayat memnuniyeti ilişkisi: hastalar, hasta yakınları ve hastane çalışanları üzerine ampririk bir araştırma. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*. 2012;12(2):45-79.
183. Côrte M, Faglioni W, Lima M, Oliveira L, França L. Language assessment in awake craniotomy: case report. *Audiology - Communication Research*. 2022;27.

184. Bilotta F, Stazi E, Titi L, Lalli D, Delfini R, Santoro A, et al. Diagnostic work up for language testing in patients undergoing awake craniotomy for brain lesions in language areas. *Br J Neurosurg.* 2014;28(3):363-7.
185. Schlosser L, Luedi MM, Anderegg L. Key factors in the preoperative management of patients undergoing awake craniotomy for language mapping. *J Clin Anesth.* 2024;94:111419.
186. Akay A, Islekel S. Awake Craniotomy Procedure: Its Effects on Neurological Morbidity and Recommendations. *Turk Neurosurg.* 2018;28(2):186-92.
187. Wakamatsu K, Ishiai S, Aihara N, Kurokawa S, Kimura Y, Mikuni N. Prediction of Early Postoperative Language Function by Quantitative Evaluation with Visual and Auditory Naming Tasks during Awake Craniotomy for Brain Tumor Resection: Significance of Auditory Naming Task. *Neurologia medico-chirurgica.* 2023;63.
188. De Witte E, Piai V, Kurteff G, Cai R, Mariën P, Dronkers N, et al. A valid alternative for in-person language assessments in brain tumor patients: feasibility and validity measures of the new TeleLanguage test. *Neurooncol Pract.* 2019;6(2):93-102.
189. Briggs RG, Pryor DP, Conner AK, Nix CE, Milton CK, Kuiper JK, et al. The Artery of Aphasia, A Uniquely Sensitive Posterior Temporal Middle Cerebral Artery Branch that Supplies Language Areas in the Brain: Anatomy and Report of Four Cases. *World Neurosurg.* 2019;126:e65-e76.
190. Kulkarni A, Shetty V, Sawhney G. Intra-Operative Supplementary Motor Area Aphasia During Awake Craniotomy a Case Report. *Journal of Anaesthesia and Critical Care Reports.* 2023;9:9-11.
191. Costello T. Awake craniotomy and multilingualism: Language testing during anaesthesia for awake craniotomy in a bilingual patient. *Journal of clinical neuroscience : official journal of the Neurosurgical Society of Australasia.* 2014;21.
192. Olejnik A, Bala A, Dziedzic T, Marchel A. Intraoperative brain stimulation during awake craniotomy in aphasia prevention. *Brain Stimulation: Basic, Translational, and Clinical Research in Neuromodulation.* 2021;14(6):1611.
193. Gisbert-Muñoz S, Quiñones I, Amoruso L, Timofeeva P, Geng S, Boudelaa S, et al. MULTIMAP: Multilingual picture naming test for mapping eloquent areas during awake surgeries. *Behav Res Methods.* 2021;53(2):918-27.
194. Polito C, Conca F, Santi GC, Esposito V, Caminiti SP, Boccalini C, et al. Comparing two picture naming tasks in primary progressive aphasia: Insights from behavioural and neural results. *cortex.* 2023;166:1-18.
195. van Kessel E, Snijders TJ, Baumfalk AE, Ruis C, van Baarsen KM, Broekman ML, et al. Neurocognitive changes after awake surgery in glioma patients: a retrospective cohort study. *J Neurooncol.* 2020;146(1):97-109.
196. de Sain AM, Mantione MHM, Wajer I, van Zandvoort MJE, Willems PWA, Robe PA, et al. A timeline of cognitive functioning in glioma patients who undergo awake brain tumor surgery. *Acta Neurochir (Wien).* 2023;165(6):1645-53.

197. Wang Y, Guo S, Wang N, Liu J, Chen F, Zhai Y, et al. The clinical and neurocognitive functional changes with awake brain mapping for gliomas invading eloquent areas: Institutional experience and the utility of The Montreal Cognitive Assessment. *Front Oncol.* 2023;13:1086118.
198. Milian M, Luerding R, Ploppa A, Decker K, Psaras T, Tatagiba M, et al. “Imagine your neighbor mows the lawn”: a pilot study of psychological sequelae due to awake craniotomy. *Journal of neurosurgery.* 2013;118(6):1288-95.
199. Dziedzic T, Bernstein M. Awake craniotomy for brain tumor: indications, technique and benefits. *Expert Rev Neurother.* 2014;14(12):1405-15.
200. Ramadan F. Ensuring quality of life after a craniotomy: a comparison of awake and ‘asleep’ cortical mapping. *British Journal of Neuroscience Nursing.* 2024;20:20-1.
201. Tan J, Loh NW, Chan HM, Teo K, Lim MJR. Cognition, Emotional States and Health-Related Quality of Life in Awake Craniotomy for Glioma: A Case Series. *World Neurosurg.* 2023;179:e428-e43.



8. EKLER

EK-1: Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulu

Tarih: 26/12/2023 11:35
Sayı: S-1699337-030 01.04
00003243707



00003243707



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ARAŞTIRMA ETİK KURULU

KURUL KARARI

OTURUM TARİHİ	OTURUM SAYISI	KARAR SAYISI
19.12.2023	2023/09	2023/09-04
Araştırma Numarası : SBA 23/356		Değerlendirme Tarihi : 21.11.2023

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü öğretim üyelerinden Doç. Dr. Ayşen KÖSE'nin sorumlu araştırmacı olduğu, Dr. Öğr. Üyesi Önal İNCEBAY, Dr. Öğr. Üyesi Aydan Baştuğ DUMBAK, Dr. Öğr. Üyesi Meltem Çiğdem KIRAZLI, Doç. Dr. Şahin HANALIOĞLU, Doç. Dr. Ahmet İlkey İŞIKAY ile birlikte çalışacakları ve Arş. Gör. Merve SOYER'in yüksek lisans tezi olan, SBA 23/356 kayıt numaralı *"Uyanık Kraniotomi Uygulanan Hastaların Deneyimi- Erken Dönem Dil, Biliş Becerileri ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi"* başlıklı araştırma önerisi gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, 20 Aralık 2023 – 20 Temmuz 2024 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan uygun bulunmuştur.

Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

Prof. Dr. Nüket
PAKSOY ERBAYDAR
Kurul Başkanı

Prof. Dr. Güzide Burça
AYDIN
Kurul Üyesi

İZİNLİ
Prof. Dr. Mehmet Özgür
UYANIK
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Ayşe KİİN
İŞLER
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Burcu Balam
DOĞU
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Tolga
YILDIRIM
Kurul Üyesi

Prof. Dr. İpek GÜRBÜZ
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Betül ÇELEBİ
SALTİK
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Merve BATUK
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Gülten İŞİK
KOÇ
Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Melike
Hacer ÖZKAN
Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Müge
DEMİR
Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Burcu
Ersöz ALAN
Kurul Üyesi

EK-2: Tez Çalışması Orijinallik Raporu

Merve Soyer UYANIK KRANIOTOMİ UYGULANAN HASTALARIN DENEYİMİ-ERKEN DÖNEM DİL, BİLİŞ BECERİLERİ ve YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 15	% 13	% 12	% 6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	openaccess.hacettepe.edu.tr İnternet Kaynağı	% 3
2	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
3	Submitted to Canakkale Onsekiz Mart University Öğrenci Ödevi	% 1
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
6	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
7	earsiv.anadolu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1

EK-3: Dijital Makbuz



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Ayşen Köse
 Ödev başlığı: Merve Soyer UYANIK KRANIOTOMİ UYGULANAN HASTALARI...
 Gönderi Başlığı: Merve Soyer UYANIK KRANIOTOMİ UYGULANAN HASTALARI...
 Dosya adı: D_L_B_L_BECER_LER_ve_YA_AM_KAL_TES_NE_ETK_S_N_N_NCE...
 Dosya boyutu: 5.05M
 Sayfa sayısı: 148
 Kelime sayısı: 31,682
 Karakter sayısı: 222,226
 Gönderim Tarihi: 05-Ara-2024 03:40ÖS (UTC+0300)
 Gönderim Numarası: 2541642652



EK-4: Aydınlatılmış Onam Formu

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Yetişkin Onam Formu

(Çalışma Grubu)

Araştırmacının Beyanı

Türkiyede uyanık beyin ameliyatı geçiren hastaların deneyimlerini araştırmak ve tanımlamak amacıyla nitel bir çalışma yapmaktayız. Çalışmanın adı **‘Uyanık Beyin Ameliyatı Uygulanan Hastaların Deneyimi- Erken Dönem Dil, Biliş Becerileri ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi’** dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, uyanık beyin ameliyatı geçiren hastaların deneyimleri ile ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitesini, erken dönem dil ve bilişsel becerileri araştırmak ve tanımlamaktır. Bunun sonucunda uyanık beyin ameliyatı uygulamasında gelişme olacak, ayrıca bu çalışma sağlık ekibinin hastanın ihtiyaçlarını nasıl önceliklendireceğini daha iyi anlamasına yardımcı olarak gelecekteki hasta bakımı iyileştirilecektir. Bir diğer amaç ise uyanık yapılan beyin ameliyatının dil becerileriniz, bilişsel becerileriniz ve yaşam kalitenizdeki etkisine bakmaktır. Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü’nde gerçekleştirilecek olan bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, ameliyat öncesi ve sonrası birer kez uygulanacak olan bilişsel becerileri ve dil becerileri değerlendirme prosedürünüzün ardından, demografik bilgi formu (yaş, meslek, eğitim durumu vb. sorular) ve genel sağlığınız ile ilgili yaşam kalitesi ölçeği ile iletişimsel bir yaşam kalitesi ölçeği doldurulacak, ardından size Doç. Dr. Ayşen Köse veya onun

görevlendireceği bir araştırmacı tarafından uyanık beyin ameliyatı deneyiminizle ilgili bazı açık uçlu sorular sorulacaktır. Bu sorular, uyanık beyin ameliyatı deneyiminizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacaktır. Bu sorular uyanık beyin ameliyatı uygulamasından 1 gün önce yüz yüze ve uyanık beyin ameliyatı uygulamasından 2 hafta sonra zoom platformu aracılığıyla online olmak üzere, ortalama 30 dk sürecek şekilde toplam 2 görüşmeden oluşacaktır. Görüşme sonuçlarının analiz edilebilmesi için görüşmeler araştırmacı tarafından kayıt altına alınacaktır. Bu kayıtlar daha sonra araştırmacılardan Arş. Gör. Merve Soyer ve Doç. Dr. Ayşen Köse tarafından dinlenecektir, belirli istatistiksel yöntemler kullanılarak analiz edilecektir.

Çalışma kapsamında yapılacak değerlendirme ve uygulamalar herhangi bir risk içermemektedir. Değerlendirme ve uygulama yöntemleri ağrısızdır ve girişimsel bir uygulama içermemektedir.

Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır, çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Reddetmeniz durumunda yapılacak uygulamalarda bir değişiklik yapılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Katılımcının Beyanı

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

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim*) Ayrıca tıbbi

durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Doç. Dr. Ayşen Köse'yi , Arş. Gör. Merve Soyer'i no'lu telefonlardan ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü telefonlarından arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı rededersem, bu durumun eğitimime ve araştırmacı ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. İkinci görüşme için de tarafıma tekrar ulaşılmasını kabul ediyorum. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

KATILIMCI			
Adı Soyadı	Adres	GSM	İmza
		05	

TANIK (Gerekliyorsa)			
Adı Soyadı	Adres	GSM	İmza
		05	

ARAŞTIRMACI			
Adı Soyadı	Adres	GSM	İmza
		05	

Görüşme Tarihi ve Saati: : .. / .. / 202 . . . : .

EK-5: Nitel Araştırma için Eğitim Sertifikaları

Nitel Araştırma Eğitimi Katılım Sertifikaları



EK-6: Davet Metni

Davet Metni:

Uyanık beyin ameliyatı deneyiminizi bizimle paylaşmak ister misiniz? Uyanık beyin ameliyatının isimlendirme gibi dil becerilerinize, dikkat, hafıza gibi bilişsel becerilerinize ve yaşam kalitenize olacak etkisini öğrenmek ister misiniz? Cevabınız evet ise sizi çalışmamıza davet ediyoruz! Hacettepe Üniversitesi'nde yürüttüğümüz bir çalışma kapsamında uyanık beyin ameliyatı uygulanması planlanmış 18-65 yaş arası bireylerin uyanık beyin ameliyatı deneyimini ve bu ameliyatın dil, biliş becerilerinize ve yaşam kalitenize olan etkisini araştırmak istiyoruz. Yürüttüğümüz bu çalışmaya siz de ücretsiz ve gönüllü katılarak ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası görüşme ile deneyimlerinizi bizimle paylaşabilir ve testlerdeki sonuçlar hakkında fikir sahibi olabilirsiniz.

İletişim için; veya no lu telefonları ya da
veya mail adreslerini
kullanabilirsiniz.

Ek-7: Ameliyat Öncesi Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Soruları

AMELİYAT ÖNCESİ YARI-YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

1.Uyanık beyin ameliyatı öncesi duygu ve düşünceleriniz nelerdir?

2. Uyanık beyin ameliyatı öncesi Dil ve Konuşma Terapisti ile olan süreciniz hakkında düşünceleriniz nelerdir?

3.Uyanık beyin ameliyatı sonrası hayatınızda neler değişsin/yaşam kalitenizde neler değişsin?

Ek-8: Ameliyat Sonrası Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Formu

2.GÖRÜŞME: AMELİYAT SONRASI YARI-YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

B. AMELİYAT ANI DENEYİMİNE İLİŞKİN SORULAR

1. Uyanık beyin ameliyatı anında neler hissettiniz ve neler düşündünüz?
- 2.Uyanık beyin ameliyatı anını neye benzettiniz, bahseder misiniz?
3. Uyanık Beyin ameliyatı sırasında dil ve konuşma terapisti ile yaşamış olduğunuz iletişim sürecine yönelik düşünceleriniz nelerdir?

C. AMELİYAT SONRASI DENEYİME İLİŞKİN SORULAR

1. Uyanık Beyin ameliyatı sonrası duygu ve düşünceleriniz nelerdir? Uyanık beyin ameliyatı sizin için nasıl bir deneyimdi?
- 2.Uyanık Beyin Ameliyatı sonrası dil ve konuşma terapisti ile olan süreciniz hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?
- 3.Uyanık beyin ameliyatı sonrası hayatınızda neler değişti/yaşam kalitenizde neler değişti?

Ek-9: Demografik Bilgi Formu

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Görüşme Tarihi:

Doğum Tarihi:

Kronolojik Yaş:

Cinsiyet:

Eğitim Durumu:

Meslek:

Yaşadığı Şehir:

Medeni Durumu:

Çocuk Sayısı:

Genel Bilgiler

Nörolojik Muayene notu:

Ek bozukluk/hastalık:

Kullanılan ilaç:

9. ÖZGEÇMİŞ



