

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İNTRAKRANİYAL KANAMA NEDENİYLE AMELİYAT OLAN
HASTALARIN FONKSİYONEL BAĞIMSIZLIK DÜZEYLERİ VE
DEPRESİF BELİRTİLERİNİN YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ**

Melike KARATAĞ SEVİM

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2023

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İNTRAKRANİYAL KANAMA NEDENİYLE AMELİYAT OLAN
HASTALARIN FONKSİYONEL BAĞIMSIZLIK DÜZEYLERİ VE
DEPRESİF BELİRTİLERİNİN YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ**

Melike KARATAĞ SEVİM

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Zahide TUNÇBİLEK**

**ANKARA
2023**

**İNTRAKRANİYAL KANAMA NEDENİYLE AMELİYAT OLAN
HASTALARIN FONKSİYONEL BAĞIMSIZLIK DÜZEYLERİ VE
DEPRESİF BELİRTİLERİNİN YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ**

Melike KARATAĞ SEVİM

Dr. Öğr. Üyesi Zahide TUNÇBİLEK

Bu tez çalışması 31.07.2023 tarihinde jürimiz tarafından “Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Ana Bilim Dalı”nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Nurhan BAYRAKTAR (İmza)
Atılım Üniversitesi

Tez danışmanı Dr. Öğr. Üyesi Zahide TUNÇBİLEK (İmza)
Hacettepe Üniversitesi

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Atiye ERBAŞ (İmza)
Düzce Üniversitesi

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Melike A. AY KAATSIZ (İmza)
Hacettepe Üniversitesi

Üye: Doç. Dr. Zeliha ÖZDEMİR KÖKEN (İmza)
Hacettepe Üniversitesi

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

23 Ağustos 2023

Prof. Dr. Müge Yemişçi 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 tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- o 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 6 ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- o Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir.

31.07.2023

Melike KARATAĞ SEVİM

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 danışmanının 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 internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının 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, sağlık 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 danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

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, Dr. Öğr. Üyesi Zahide TUNÇBİLEK danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesi'ne göre yazıldığını beyan ederim.

(İmza)

Melike KARATAĞ SEVİM

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim ve tez çalışması süresince bilgi birikimi ve tecrübesi ile yoluma ışık tutan, ilgisini, hoşgörüsünü esirgemeyerek akademik kariyerime büyük katkılar sağlayan çok kıymetli danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Zahide TUNÇBİLEK'e saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmam süresince desteklerini esirgemeyen Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Mehmet Kadri DANEYEMEZ'e ve klinik sorumlu hemşiresi Songül BOZTAŞ'a, Hacettepe Üniversitesi Beyin ve Sinir Cerrahi Kliniği sorumlu ve klinik hemşirelerine teşekkürlerimi sunuyorum.

Yaşamımın her döneminde varlıklarından güç aldığım, ilgilerini, sevgilerini eksik etmeyen, aldığım kararlarda maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen sevgili annem Kadriye KARATAĞ ve babam Yusuf KARATAĞ'a, eğitimim süresince motivasyon kaynağım olan kardeşlerim Beyza Nur KARATAĞ ve Zeynep AKSAN'a, çok sevgili arkadaşım Hilal KAPAMA'ya, daima desteğini yanımda hissettiğim, beni cesaretlendiren, sevgisi ve anlayışı ile yanımda olan biricik eşim Muhammed SEVİM'e sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Karatağ S., M. İntrakraniyal Kanama Nedeniyle Ameliyat Olan Hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık Düzeyleri ve Depresif Belirtilerinin Yaşam Kalitesi ile İlişkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2023. Bu araştırma, intrakraniyal kanama nedeniyle ameliyat olan hastaların fonksiyonel bağımsızlık düzeyleri ve depresif belirtilerinin yaşam kalitesi ile ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişkisel tipte yapılmıştır. Araştırma Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahi Kliniği'nde Mayıs 2021- Aralık 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmanın örneklemini Beyin ve Sinir Cerrahi Kliniklerinde takip edilen 91 hasta oluşturmuştur. Araştırma verilerinin toplanmasında “Tanıtıcı Bilgiler Formu”, “Nottingham Sağlık Profili”, “Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği” ve “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği” kullanılmıştır. Hastalara klinik yatışının ilk günü “Tanıtıcı Bilgiler Formu” uygulanmış, taburcu olduktan bir ay sonra diğer üç ölçek uygulanmıştır. Hastaların, Nottingham Sağlık Profili birinci bölüm için ortalama puanı $294,76 \pm 147,21$; Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ortalama puanı $83,95 \pm 33,98$; Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği depresyon boyutundan aldıkları ortalama puan $9,76 \pm 4,65$ olarak bulunmuştur. Hastaların fonksiyonel bağımsızlık düzeylerinin artması ile yaşam kalitesi düzeyinin arttığı, depresyon düzeylerinin artması ile yaşam kalitesi düzeyinin azaldığı saptanmıştır. Araştırma sonuçları, yaşam kalitesi ile fonksiyonel bağımsızlık ve depresyon düzeylerinin ilişkili olduğunu gösterirken; cinsiyet, yaş ve kanamanın olduğu bölge ile yaşam kalitesinin ilişkili olmadığını göstermiştir. Araştırma sonuçları doğrultusunda, intrakraniyal kanama nedeniyle ameliyat olan hastalarda yaşam kalitesi düzeyini etkileyen fonksiyonel bağımsızlık düzeyi ve depresif belirtilerin değerlendirmesinin uzun vadede multidisipliner bir ekip tarafından yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Depresyon, fonksiyonel bağımsızlık, hemşirelik, intrakraniyal kanama, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

Karatağ S., M. The Relationship between Functional Independence Levels and Depressive Symptoms and Quality of Life in Patients Receiving Surgery for Intracranial Hemorrhage. Hacettepe University Graduate School of Health Sciences, Surgical Nursing Programme, Master Thesis, Ankara, 2023. This study was conducted in a descriptive and relational type in order to determine the relationship between functional independence levels and depressive symptoms of patients who underwent surgery for intracranial hemorrhage and quality of life. The study was carried out in Gülhane Training and Research Hospital and Hacettepe University Adult Hospital Brain and Neurosurgery Clinic between May 2021 and December 2022. The sample of the study consisted of 91 patients. "Descriptive Information Form", "Nottingham Health Profile", "Functional Independence Measure" and "Hospital Anxiety and Depression Scale" were used to collect data. "Introductory Information Form" was applied to the patients on the first day of their clinical hospitalization, and the other three scales were administered one month after discharge. The mean score of the patients for the first part of the Nottingham Health Profile was 294.76 ± 147.21 ; Functional Independence Scale mean score was 83.95 ± 33.98 ; The mean score they got from the depression dimension of the Hospital Anxiety and Depression Scale was found to be 9.76 ± 4.65 . It was determined that the quality of life increased with the increase in the level of functional independence of the patients, and the quality of life decreased with the increase in depression levels. Research results show that quality of life is related to functional independence and depression levels; showed that there was no correlation between gender, age, bleeding site and quality of life. In line with the results of the research, it is recommended that the evaluation of functional independence level and depressive symptoms affecting the quality of life in patients who underwent surgery for intracranial hemorrhage should be performed by a multidisciplinary team in the long term.

Keywords: Depression, functional independence, nursing, intracranial hemorrhage, quality of life.

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
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırma Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. İntrakraniyal Kanamanın Tanımı, Sınıflandırılması	5
2.1.1. İntraserebral Kanama Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri	5
2.1.2. Subaraknoid Kanama Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri	6
2.1.3. Subdural Kanama Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri	7
2.1.4. Epidural Kanama (Ekstradural Kanama) Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri	7
2.2. İntrakraniyal Kanamanın Belirti ve Bulguları	8
2.3. İntrakraniyal Kanamanın Tedavi Yöntemleri	8
2.3.1. Konservatif (Medikal) Tedavi	8
2.3.2. Cerrahi Tedavi	9
2.4. İntrakraniyal Kanama Cerrahisi Geçiren Hastalarda Hemşirelik Bakımı	10
2.5. Yaşam Kalitesi Tanımı	11
2.6. Fonksiyonel Bağımsızlık	12
2.7. Depresyon	14

2.8. İntrakraniyal Kanama Cerrahisi Geçiren Hastalarda Yaşam Kalitesi, Fonksiyonel Bağımsızlık ve Depresyon	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Tipi	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	20
3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	20
3.4.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu (Ek 1)	21
3.4.2. Nottingham Sağlık Profili (Ek 2)	21
3.4.3. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (Ek 3)	22
3.4.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (EK 4)	23
3.5. Araştırmanın Uygulanması	23
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	24
3.7. Verilerin Analizi	25
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
4. BULGULAR	26
4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Durumuna İlişkin Tanımlayıcı Özellikleri	26
4.2. Hastaların Nottingham Sağlık Profili, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanları	27
4.3. Hastaların Yaşam Kalitesinin Sosyodemografik ve Tıbbi Durumuna İlişkin Tanımlayıcı Özellikleri, Fonksiyonel Bağımsızlık Düzeyleri ve Depresif Belirtileri ile İlişkisi	28
5. TARTIŞMA	35
5.1. Hastaların Bazı Demografik (Yaş, Cinsiyet) ve Hastalıkla İlişkili Özelliklerinin Yaşam Kalitesi ile İlişkisi	35
5.2. Fonksiyonel Bağımsızlık Düzeyleri ve Depresif Belirtilerin Yaşam Kalitesi ile İlişkisi	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	38
6.1. Sonuçlar	38
6.2. Öneriler	38
7. KAYNAKLAR	40

8. EKLER

EK 1: Tanıtıcı Bilgiler Formu

EK 2: Nottingham Sağlık Profili (Devamı)

EK 3: Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (UDSMR izin yazısıdır. Ölçeğin orijinali paylaşılamamaktadır.)

EK 4: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

EK 5: Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı

EK 6: Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı (Uzatma İzni)

EK 7: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Kullanım İzni

EK 8: Nottingham Sağlık Profili Kullanım İzni

EK 9: Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği Kullanım İzni

EK 10: Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği Kullanım İzni (Uzatma İzni)

EK 11: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK) İzni

Ek 12: Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Başhekimliği Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Uygulama İzin Yazısı

EK 13: Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği Anabilim Dalı Uygulama İzin Yazısı

EK 14: Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği Araştırma İzin Yazısı (Uzatma İzni)

EK 15: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu izin Yazısı (Uzatma İzni)

EK 16: Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği Sertifikası

EK 17: FBÖ Uygulama Prosedürü

EK 18: Anket Araştırmaları İçin Aydınlatılmış Onam Formu

EK 19: Orijinallik Ekran Çıktısı

EK 20: Dijital Makbuz

EK 21: Ek Tablolar

9. ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5 (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5)
EGYA	Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri
FBÖ	Functional Independence Measures (Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği)
GKS	Glaskow Koma Skalası
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
HAD	Hospital Anxiety and Depression Scale (Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği)
ICD-11	International Classification of Disease -11 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Uluslararası İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlık Sınıflandırması)
İKK	İntrakranial Kanama
İSK	İntraserebral Kanama
KİBAS	Kafa İçi Basınç Artışı Sendromu
NSP	Nottingham Health Profile (Nottingham Sağlık Profili)
SAK	Subaraknoid Kanama
SYK	Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
TBY	Travmatik Beyin Yaralanması
TGYA	Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
2.1.	İntrakraniyal kanama türleri	5
2.2.	Günlük yaşam aktiviteleri	13
2.3.	Uluslararası işlevsellik, yetiyitimi ve sağlık sınıflandırması (ICF) modeli ve bileşenleri	14



TABLOLAR

Tablo	Sayfa
4.1. Hastaların sosyodemografik ve tıbbi durumuna ilişkin tanımlayıcı özellikleri (n=91)	26
4.2. Hastaların Nottingham Sağlık Profili, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği depresyon puanları (n=91)	27
4.3. Hastaların yaşam kalitesi ile bazı sosyodemografik ve tıbbi durumuna ilişkin tanımlayıcı özellikleri ile ilişkisi (n=91)	28
4.4. Hastaların yaşam kalitesi ile fonksiyonel bağımsızlık ve depresyon puanlarının ilişkisi(n=91)	30
4.5. Depresyon, Fonksiyonel Bağımsızlık, Bazı Sosyodemografik ve Hastalığa Özgü Tanıtıcı Özelliklerin Nottingham Sağlık Profili Bölüm 1'e Etkisinin İncelenmesi	31
4.6. Depresyon, Fonksiyonel Bağımsızlık, Bazı Sosyodemografik ve Hastalığa Özgü Tanıtıcı Özelliklerin Nottingham Sağlık Profili Bölüm 2'e Etkisinin İncelenmesi	33

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

İntrakraniyal kanama (İKK), beyin dokusu içine (intraserebral) ya da onu çevreleyen zarlar ve kemik arasına (subaraknoid, subdural, epidural) olan kanamayı ifade eder (1). İKK, oluşum mekanizmasına göre travmatik ve travmatik olmayan şeklinde sınıflandırılabilir (2, 3). İKK ciddi bir sağlık problemi olup önemli morbidite ve mortalite nedenidir (4). İntraserebral kanamanın ilk bir ayda mortalite oranı %32-50 iken, bir yıllık sağkalım oranı %46 olarak tespit edilmiştir (5). 2019'da yapılan Küresel Hastalık Yüklü çalışması sonuçları, Dünya genelinde tahmini 4,6 milyon intraserebral kanama (İSK) ve subaraknoid kanama (SAK) vakası meydana geldiğini göstermiştir (6). Ayrıca bu iki intrakraniyal kanama türünün, 2019'da yaklaşık 3,4 milyon ölüme neden olduğu tespit edilmiştir (6).

İntrakraniyal kanama tanısı ile hastalar şiddetli baş ağrısı, bulantı, kusma, ense sertliği ve ağrısı, fotofobi ve bilinç kaybı ile hastaneye başvurmaktadır (7- 12). Bu hastalarda prognozu etkileyen başlıca faktörler arasında kanamanın yeri (subdural, subaraknoid, intraserebral), şiddeti ve miktarı, ikincil kanamaların varlığı, beyin ödemi, glial doku hasarı gibi faktörler yer almaktadır (13- 16). İntrakraniyal kanamanın tedavi stratejileri arasında kanama artışının önlenmesi, kafa içi basıncın önlenmesi ve kontrolünün sağlanması yer almaktadır (17). Semptomatik hastalar veya önemli kitle etkisi gösteren kanamalar için tedavinin temel dayanağı cerrahi girişimdir. (18). Burr-hole ile kapalı drenaj sistemi, twist-drill kraniotomi ve mini-open kraniotomi cerrahi seçenekler arasındadır. (19).

İntrakraniyal kanama nedeniyle ameliyat olan hastanın ve bakım veren bireylerin önemli birçok problemle karşı karşıya kaldığı görülmektedir. Hastalarda sıklıkla baş ağrıları, iştahsızlık, bulantı, nöbet ve uyku problemleri görülmektedir (20- 24). Ayrıca bu hastalarda motor duyuda bozulma, kişilikte değişiklik, bilişsel bozulma, afazi ve görmede bozulma gibi nörolojik bozukluklar gelişebilir (23, 25- 28). Cerrahi tedavi ve profilaktik olarak kullanılan antiepileptik ve steroid grubu ilaçların yaşam kalitesi üzerine negatif etkisi bulunmaktadır. (23). Katati ve ark.

(2007) yaptıkları çalışmada, cerrahi tedavi uygulanmış SAK hastaların %42.9'unda yaşam kalitesinde bozulma olduğunu göstermiştir (29).

İntrakraniyal kanama nedeniyle ameliyat olan hastalar, günlük yaşam aktivitelerin gerçekleştirmelerine engel olacak nörolojik defisitler ile karşı karşıya kalmaktadır. Nieuwkamp ve ark. (2009) yaptıkları meta-analizde, SAK sonrası 1-12 aylık dönemde hastaların %55'nin bağımsız kalabildiğini, %19'nun ise günlük aktiviteleri için bağımlı olduğunu bildirmişlerdir (30). Hastaların bağımlı olması, hastada ve bakımını sürdüren aile bireylerinde sorunlara yol açmaktadır. Bu sorunlar yorgunluk, iştah, boşaltım, uyku, kişisel bakımda değişiklikler gibi fiziksel ve ağlama isteği, uygunsuz durumlarda gülme, konuşmak istememe, aşırı konuşma isteği, sıkıntı hissi, güçsüzlük, ümitsizlik, korku, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlar olabilmektedir. Ayrıca bireyler güncel olayların takibinde, komşuluk ilişkilerinde, çevredeki diğer insanlarla olan ilişkilerde, kültürel aktivitelere katılımda ve gece sosyal aktivitelere katılımda azalma gibi sosyokültürel sorunlar yaşayabilmektedir. Bireylerde gelişen nörolojik defisitler mesleki hayatlarını etkileyerek ekonomik sorunlar yaşamasına ve anne, baba ve eş rollerini sürdürememelerine neden olabilmektedir. Bu sorunları yaşayan bireyler yarı bağımlı ya da bağımlı olmaları nedeniyle kendilerini yetersiz hissetmektedirler. Deneyimledikleri sorunlar bireylerin depresyona girmesine dolayısıyla fonksiyonel bağımlılık düzeyinin daha da artmasına, yaşam kalitesinin düşmesine de neden olmaktadır. Yapılan bir çalışmada SAK sonrası 3.ayda hastaların %38'inde depresif ruh hali görüldüğü saptanmıştır (31).

Akut SAK sonrası hayatta kalan hastalarının üçte biri engelli olarak kalır (30, 32). Ancak iyileşme devam ettikçe engelli hastaların yüzdesi ciddi oranda azalmaktadır. Bu durum özellikle rehabilitasyon sürecinde yer alan sağlık çalışanları için ümit verici bir durumdur. Ameliyat sonrası hastaların iyileşme sürecini hızlandırmak için hemşire, psikolog, fizyoterapist, ergoterapist, konuşma ve dil terapisti ve bakım sağlayıcıyı bünyesinde barındıran multidisipliner bir ekip gereklidir. Ekip üyeleri içinde yer alan hemşirelerin intrakraniyal kanamalı hastalarının uzun süreli takip gerektirmesi nedeniyle yeni tedavi stratejilerinin etkinliğini belirlemesi, yaşamı tehdit eden hastalıkları olan hastaların baş etme

mekanizmalarını anlamak ve sonuçları doğrultusunda yaşam kalitesini iyileştirmek için hedeflenebilecek faktörleri bulması önemlidir.

Literatür incelendiğinde çalışmalar beyin tümörü nedeniyle intrakraniyal cerrahi geçiren hastaların yaşam kalitesine, fonksiyonel bağımsızlık ve depresyon seviyelerine odaklanmış ancak intrakraniyal kanama cerrahisi geçiren hastalarında benzer sorunlar deneyimlemesine rağmen bu konu üzerinde çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışmada intrakraniyal kanama nedeniyle ameliyat olan bireylerin fonksiyonel bağımsızlık düzeylerinin belirlenmesi, değişen yaşam kalitesi düzeylerinin saptanması ve bireylerin bu göstergeler ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkinin gösterilmesi ile hasta ve yakınlarının desteklenmesinde, kendi bakımları ve hastalığın yönetiminde bilinçli seçimler yapmalarında, fonksiyonel kapasitenin iyileştirilmesine yönelik evde bakım stratejilerinin geliştirilmesinde ve en önemlisi hemşirelerin bu hastaların bakımını planlayabilmesinde yol gösterici olacağı düşünülerek bu çalışma planlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, intrakraniyal kanama nedeniyle ameliyat olan hastaların yaşam kalitesi, depresif belirtilerini ve fonksiyonel bağımsızlık düzeylerini belirlemek, fonksiyonel bağımsızlık düzeylerinin, depresif belirtilerinin ve bazı sosyodemografik (yaş, cinsiyet) ve hastalıkla ilişkili özelliklerinin (kanamanın gerçekleştiği lob) yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır

1.3. Araştırma Soruları

1. İntrakraniyal kanama nedeniyle ameliyat olan hastaların fonksiyonel bağımsızlık düzeyleri nedir?
2. İntrakraniyal kanama nedeniyle ameliyat olan hastaların depresif belirtileri nelerdir?
3. İntrakraniyal kanama nedeniyle ameliyat olan hastaların yaşam kalitesi düzeyleri nedir?
4. İntrakraniyal kanama nedeniyle ameliyat olan hastaların sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklerine göre yaşam kalitesi arasında fark var mıdır?

5.İntrakraniyal kanama nedeniyle ameliyat olan hastaların fonksiyonel bağımsızlık düzeyine göre yaşam kalitesi arasında fark var mıdır?

6. İntrakraniyal kanama nedeniyle ameliyat olan hastaların depresyon düzeyine göre yaşam kalitesi arasında fark var mıdır?

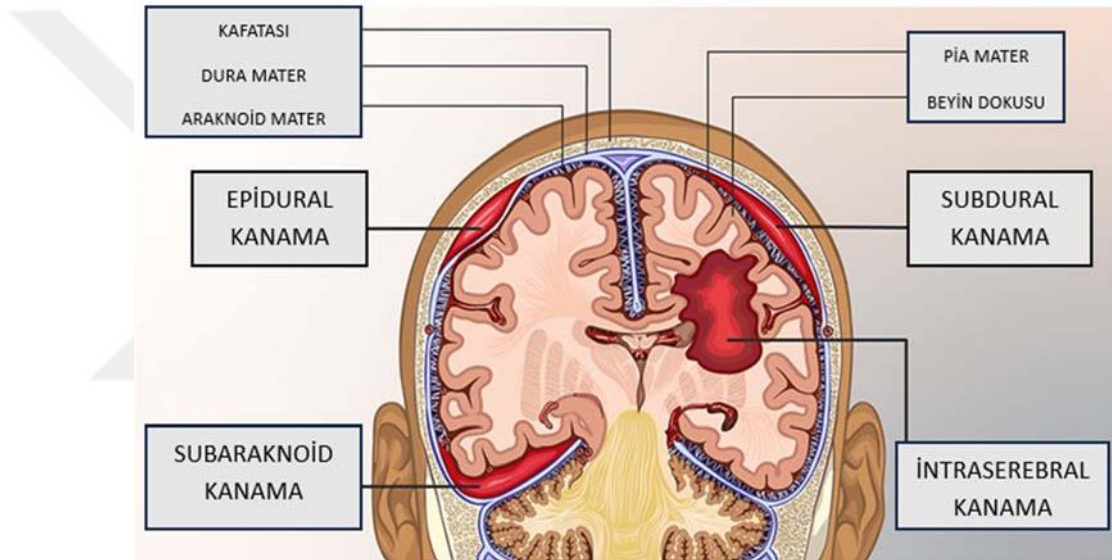
7. İntrakraniyal kanama nedeniyle ameliyat olan hastaların yaşam kalitesi düzeyini yordama da fonksiyonel bağımsızlık düzeyi, depresyon düzeyi, yaş, cinsiyet ve intrakraniyal kanamanın gerçekleştiği lobun rolü var mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. İntrakraniyal Kanamanın Tanımı, Sınıflandırılması

İntrakraniyal kanama, altta yatan birçok patolojik durumun ya da travmanın neden olduğu, morbidite ve mortalitesi yüksek olan önemli bir sağlık problemidir (4). Beyin dıştan içe doğru, duramater, araknoid mater ve piamater olmak üzere üç ayrı meningeal katman tarafından sarılmıştır. İntrakraniyal kanama yerleşim yerine göre intraserebral kanama, subaraknoid kanama, subdural kanama ve epidural kanama olarak sınıflandırılır (33- 35).



Şekil 2.1. İntrakraniyal kanama türleri (36).

2.1.1. İntraserebral Kanama Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri

Arteriyel veya venöz kanın sıklıkla travmatik olmayan etkenlerden kaynaklı olarak parankim veya ventriküller içine ani geçişi intraserebral kanama olarak tanımlanır (37). Spontan İSK ile travmatik İSK kıyaslandığında farklı bir oluşum mekanizmasına, etkilenen demografik popülasyona ve sonuca sahip olduğu görülmektedir (38). Bu nedenle İSK tanımlanırken travmatik ayrımı yapmaya çalışılır ancak bu ayrımı yapmak kolay değildir. İnmenin hemorajik alt tipleri (İSK ve SAK), iskemik inme ve geçici iskemik ataktan daha az yaygın olmasına rağmen daha yüksek mortalite ve morbiditeye sahip önemli bir halk sağlığı sorunu olarak

karşımıza çıkmaktadır. Dünya’da her yıl 3.4 milyondan fazla İSK meydana gelmektedir ve İSK tüm inme tiplerinin %28’ini oluşturmaktadır (39). Küresel olarak her yıl görülen tüm İSK’nın %54’ü erkeklerde görülmektedir (39). Dünya’da her yıl yaklaşık 3 milyon insan İSK nedeniyle hayatını kaybetmektedir (39). Küresel Hastalık Yüğü Çalışması sonuçlarına göre Türkiye’de 2019 yılında 30.000 kişi İSK tanısı almıştır ve İSK oranı %24 olarak bulunmuştur (40). Türkiye’de İSK oranı kadın erkek arasında benzerlik göstermektedir (Kadınlarda %50,6 iken erkeklerde %49,4’tür) (40). İSK nedeniyle 2019 yılında ülkemizde yaklaşık 15.500 kişi hayatını kaybetmiştir (40). Dünya’da İSK kaynaklı ölüm ve engellilik nedeniyle 69 milyon yıllık sağlıklı yaşam yılı kaybedilirken, ülkemizde 350.000 yıldan fazla sağlıklı yaşam yılı kaybedilmiştir (39, 40).

İntraserebral kanamanın değiştirilebilir risk faktörleri arasında hipertansiyon, alkol ve sigara kullanımı, azalmış düşük yoğunluklu lipoprotein düzeyi, antikoagülan tedavi, antiplatelet tedavi ve semptomimetik ilaç (kokain, eroin, amfetamin) kullanımı yer almaktadır (41). İSK’nın değiştirilemeyen risk faktörleri arasında ileri yaş, erkek cinsiyet, Asya etnik köken, kronik böbrek hastalığı, serebral amiloid anjiyopati ve serebral mikro kanamalar yer almaktadır (41).

2.1.2. Subaraknoid Kanama Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri

Subaraknoid kanama, araknoid mater ile piamater arasında oluşur. Bu durum kafa travması, ciddi hipertansiyon, anevrizma ya da arteriovenöz malformasyon rüptürüne bağlı olarak gelişebilir. Etiyolojisine göre SAK; anevrizmal subaraknoid kanama ve travmatik subaraknoid kanama olarak ayrılmaktadır. Her yıl dünya genelinde 69 milyon kişinin travmatik beyin yaralanması (TBY) geçirdiği tahmin edilmektedir (42). Travmatik subaraknoid kanama TBY’ında yer alan geniş yaralanma yelpazesi arasında morbidite ve fonksiyonel bozukluğunun önde gelen nedenlerinden biridir. TBY geçiren hastaların %33-60’ında travmatik subaraknoid kanama görüldüğü için bu oran önemlidir (43, 44). Hemorajik inmeler subaraknoid kanama veya intraserebral kanamadan kaynaklı olabilir. Spontan (travmatik olmayan) subaraknoid kanamalar genellikle rüptüre anevrizmalardan kaynaklıdır. Dünya’da her yıl yaklaşık 12.2 milyon yeni SAK meydana gelmektedir (39). Türkiye’de 2019 yılında yaklaşık 14.000 kişi SAK tanısı almıştır ve bu tüm

inmelerin %10.9'unu oluşturmıştır (40). Dünya'da erkeklerde SAK oranı %47 iken, ülkemizde erkeklerde SAK oranı %45,1'dir (39, 40). 2019 yılında Dünya'da SAK kaynaklı ölüm 373.000 kişi iken, Türkiye'de ise 3120 kişi olduğu tespit edilmiştir (39, 40). Ayrıca ülkemizde SAK kaynaklı ölüm ve engellilik nedeniyle 91.000 ve Dünya'da 143 milyon yıldan fazla sağlıklı yaşam yılı kaybedildiği tespit edilmiştir (39, 40).

Subaraknoid kanamanın risk faktörleri arasında kadın cinsiyet, ileri yaş, sigara ve alkol kullanımı, hipertansiyon, diabetes mellitus, yüksek beden kitle indeksi, düşük fiziksel aktivite, böbrek fonksiyon bozukluğu yer almaktadır (45-47).

2.1.3. Subdural Kanama Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri

Subdural kanama; duramater ve araknoid mater arasında kalan subdural aralıktaki kanama olarak tanımlanır. Klinik semptomların ortaya çıkma süresi 3 hafta veya daha fazla ise kronik subdural kanama olarak gruplandırılır. Kronik subdural kanama insidansı, yaşlanan bir toplum nedeniyle önemli derecede artış göstererek yılda 100.000 kişi başına 1.72- 20.6 aralığında değişmektedir (48). Subdural kanamanın risk faktörleri arasında ileri yaş, erkek cinsiyet, antikoagülan ve antiplatelet tedavi ile kafa travması yer almaktadır (48) Travmatik subdural kanamalar 50 yaş altında erkekleri kadınlara göre daha çok etkilemektedir (49, 50). Kronik subdural kanama sıklıkla yaşlılarda görülmektedir ve popülasyon yaşlandıkça görülme sıklığı artmaktadır (51).

2.1.4. Epidural Kanama (Ekstradural Kanama) Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri

Epidural kanama; kafatasının iç yüzeyi ile duramater arasındaki ekstradural alanda kan toplanması olarak tanımlanmaktadır. Epidural kanama, sıklıkla travmatik beyin yaralanmalarına sekonder gelişir ve epidural kanama %85 oranında kafatasındaki kırıklılarla ilişkilidir (52). Travmatik süreçler, enfeksiyon, vasküler malformasyonlar ve koagülasyon bozuklukları gibi travmatik olmayan süreçler epidural kanama tablosuna neden olabilir (53, 54). Erkeklerde görülme sıklığı kadınlara göre daha yüksektir. Etkilenen popülasyonun ortalama yaşı 20-30'dur. Genç yetişkinlerde insidansı daha yüksektir (55).

2.2. İntrakraniyal Kanamanın Belirti ve Bulguları

İntrakraniyal kanama hastalarında, hematomun oluşturduğu intrakraniyal hacim artışına bağlı klinik belirtiler gelişebilir. Klinik belirtiler, kanamanın oluşturduğu kitle etkisinin beyindeki lokalizasyonuna göre değişiklik gösterir. Kronik subdural hematom tablosu belirti göstermeden seyredebileceği gibi baş ağrısı, nöbet, afazi, nörolojik defisitler ve psikomotor bozukluklar gibi önemli belirtiler ile seyredebilir (56). Subaraknoid kanamanın klinik belirtileri arasında ani başlangıçlı ve çok şiddetli baş ağrısı, bilinç kaybı, boyun ağrısı ve sertliği, fışkırır tarzda kusma, nöbet, hemiparezi yer alır (57- 59). Epidural kanamanın klinik izleminde posttravmatik bilinç kaybını, geçici bir nörolojik iyileşmenin olduğu sessiz dönem takip eder (60). Sonrasında kanamanın kitle etkisi ile bilinçte gerileme, hemiparezi ve pupillerde dilatasyon gerçekleşir. Büyüyen intrakraniyal kanama nedeniyle kafa içi basınç artışı gelişir ve solunum hızında azalma, bradikardi ve yüksek tansiyon ile karakterize cushing refleksi görülebilir (61).

2.3. İntrakraniyal Kanamanın Tedavi Yöntemleri

İntrakraniyal kanamanın tedavi yaklaşımındaki temel prensip, kanamaya yol açan nedeninin ortadan kaldırılması ve hematomun boşaltılmasıdır. Nörolojik muayene ve tanılama testleri yapıldıktan sonra kanamanın lokalizasyonu, boyutu ve hastanın genel durumuna göre konservatif ya da cerrahi tedavi uygulanmaktadır (62, 63).

2.3.1. Konservatif (Medikal) Tedavi

Konservatif tedavi; operasyon için yüksek risk taşıyan, ameliyat olmayı reddeden, asemptomatik seyreden, kanama boyutu küçük olup parankim dokusuna baskı yapmayan hastalarda ilk olarak tercih edilmektedir (64, 65). Konservatif tedavinin amacı yeniden kanama riskinin engellenmesi ve sekonder beyin hasarı gelişimini önlemektir. Konservatif tedavideki temel prensipler kan basıncının regüle edilmesini, hemostatik ajanlarla kanama artışının önlenmesini, hiperosmolar ajanlarla serebral ödemin azaltılmasını, serebral oksijenasyonun sağlanması ile iskemiden kaçınılmasını ve artmış intrakraniyal basıncın tedavi edilmesini içerir (66- 68).

Medikal tedavi ajanı olarak kortikosteroidler (deksametazon, metilprednisolon), hiperosmolar ajanlar (%20 mannitol çözeltisi, %3'lük NaCl), anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri ve antiepileptikler kullanılmaktadır (69- 74).

2.3.2. Cerrahi Tedavi

İntrakraniyal kanamalı hastaların hızlı teşhisi ve klinik tablonun etkili yönetimi, hastalığının progresif olması açısından hayati önem taşımaktadır. Ciddi nörolojik defisit ve ilerleyici nörolojik bozulmanın olduğu intrakraniyal kanama hastalarında mortaliteyi önlemek ve defisitleri azaltmak için acil cerrahi girişim gereklidir (75, 76). İntraserebral hematoma boşaltılması KİBAS'ın yönetilmesine ve serebral herniasyon gelişimin önlenmesine yardımcı olur. Böylece beyin ödeminin neden olduğu nörolojik fonksiyon hasarı azalır ve beyin fonksiyonlarının geri kazanılması sağlanır (77, 78). Aşağıda belirtilen endikasyonlar oluşursa beyin fonksiyonlarının geri kazanılması için hasta cerrahiye alınır.

- Konservatif tedavi ile intrakraniyal basınç artışının önlenememesi ve kanamanın kitle etkisi oluşturması cerrahi endikasyon oluşturmaktadır (60).
- Düşük Glaskow koma skalası (GKS) skoru olan veya kanama hacmi 30 ml'den fazla olan epidural kanamalı hastalar cerrahi girişim için adaydır. (52).
- GKS <9 ve anizokorisi olan epidural kanama hastalarında en kısa sürede cerrahi planlanır (60).
- Subdural kanamalarda kalınlığı >10 mm ve ortahat şifti >5 mm olan hastalarda GKS skoru dikkate alınmaksızın kanama boşaltılır (60). Ancak kalınlık <10 mm ve ortahat şifti <5mm olmasına rağmen GKS skoru 2 puan düşüyor veya pupillerde dilatasyon ve kafa içi basınç yüksekliği varsa cerrahi düşünülür (60).

21. yüzyılda cerrahi tedavi yöntemlerinin minimal invaziv olması ve fonksiyonel koruma sağlaması çok önemlidir. Literatürde nöroşirurji ameliyatlarında minimal invaziv yaklaşımın kullanıldığı çalışmalara sıklıkla rastlanmaktadır (79- 82). Minimal invaziv yaklaşımın amaçları arasında hastaların yaşam kalitesini düzeyini arttırmak ve günlük yaşam aktivitelerine daha erken dönüş yapabilmelerini sağlamak

yer almaktadır. (83) İntrakraniyal kanama hastalarında tedavi rejimi olarak minimal invaziv yaklaşımın tercih edilmesi ile bu hastalardaki yaşam kalitesindeki önemli ölçüdeki iyileşme arasında ilişki olduğu düşünülmektedir (84, 85). Jia ve ark. (2021) yaptıkları bir çalışmada, minimal invaziv cerrahi uygulanan intrakraniyal kanamalı hastaların daha iyi yaşam kalitesi skoruna sahip olduklarını ve günlük yaşam aktivite yeteneklerinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (86). Wei ve ark. (2021) yaptıkları çalışma sonuçları, hipertansif intraserebral kanamanın tedavisi için nöroendoskopik minimal invaziv cerrahi yaklaşımın kullanıldığı grubun postoperatif 14. günde yaşam kalitesinin önemli ölçüde iyileştiğini göstermiştir (87)

2.4. İntrakraniyal Kanama Cerrahisi Geçiren Hastalarda Hemşirelik

Bakımı

İntrakraniyal kanama nedeniyle ameliyat olan hastalara özgü hemşirelik girişimleri aşağıda açıklanmıştır.

- Hastaya ve klinik durumuna göre bireyselleştirilmiş nörolojik muayene, hastaların izlenmesinde ve bakımına rehberlik etmede temel olmaya devam etmektedir. Nörolojik muayenenin temel bileşenleri arasında; bilinç düzeyi değerlendirmesi, pupil boyutu ve reaktivitesinin değerlendirmesi, kranial sinir değerlendirmeleri, duyuusal ve motor fonksiyonların değerlendirmesi yer alır (88- 90, 92).
- Nörolojik bozukluğu tespit edebilmek için Glaskow Koma Skalası kullanılarak bilinç düzeyi değerlendirilir. Tekrarlanan GKS değerlendirmeleri zaman içerisinde bilinç düzeyindeki iyileşme ve bozulmayı tespit etmek için önemlidir (91, 92).
- Hasta intrakraniyal basınç artışı ve beyin herniasyon bulguları açısından izlenmelidir (93).
- Serebral metabolizma; hipertermi, hipotermi, hipokapni, hipoksemi, hiperkapni, hipertansiyon, anemi, hiperglisemi, hipoglisemi, hipoozmolalite, hiponatremi ve asit-baz dengesizliklerinden etkilenir (94).

Bu nedenle hemşirelik girişimleri normotermi ve normoglisemiye sağlama, hedeflenen ozmolarite ve serum elektrolit düzeyini koruma ve izlemeye, yeterli oksijenasyonu sağlamaya, anemiye düzeltmeye ve böbrek fonksiyonlarının izlemesine odaklanmalıdır (92).

- İntrakraniyal basıncı azaltmak ve serebral kan akışını optimize etmek için yatak başı minimum 30 derece yükseltilmelidir. Hiperesktansiyon, hiperfleksiyon kaçınılmalı ve gerekli durumlarda boyun küçük bir yastıkla desteklenmelidir (95- 98).
- İntrakraniyal basınç ve serebral perfüzyon basıncındaki olumsuz dalgalanmaları en aza indirmek için hasta ağırlı uyaranlar, yüksek sesler, yatağın aniden sarsılması, parlak ışıklar, ağırlı tıbbi veya hemşirelik prosedürlerinden kaynaklı çevresel uyaranlar sınırlandırılmalıdır (99).
- Kafa içi basınç artışına neden olan hapsirme, ıkınma, öksürme, pozisyon değişikliği, kusma, konstipasyon durumları hakkında hastaya eğitim verilir. Hastanın konstipe olmasını engellemek için bağırsak sesleri dinlenmeli ve boşaltımı takip edilmelidir (100).
- Nöbet öyküsü olan ya da nöbet geçirme riski yüksek olan hastalar yakın takip edilmelidir. Hekim istemi doğrultusunda antiepileptik ilaçlar uygulanmalı ve hasta yan etkileri açısından takip edilmelidir (101).

2.5. Yaşam Kalitesi Tanımı

Yaşam kalitesi kavramı büyük ölçüde ihtiyaç ve rol teorisine göre şekillenmiştir. Toplumun üyelerine yüklediği rolleri gerçekleştirmeleri karşılığında ihtiyaçlarının giderilmesini içeren bir toplumsal sözleşmeden temel alır (102). Holmes ve Dickerson'a göre yaşam kalitesi, insan hayatını şekillendiren kişisel memnuniyet, benlik saygısı, duygusal durum, genel konfor, ekonomik durum, tecrübe, performans durumu ve başkalarıyla kıyaslama durumu gibi faktörlerden etkilenir (103). Holmes ve Dickerson, bireyin günlük hayatının bir parçası olan bu

faktörlere verilen bireysel tepkileri yaşam kalitesi olarak tanımlamıştır (103). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşam kalitesini bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değer sistemi bağlamında ve amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilişkili olarak yaşamdaki konumlarını algılamaları olarak tanımlamıştır (104).

Günümüze kadar yapılmış birçok yaşam kalitesi tanımlaması mevcuttur. Her tanımlama farklı bakış açısıyla, farklı zamanlarda ve farklı disiplinler tarafından yapılmıştır. Ancak bu farklı tanımlamalarında bulunduğu ortak bir payda vardır. Bu ortak paydalar şu şekilde sıralanabilir; (105)

- ✓ Yaşam kalitesi çok boyutludur.
- ✓ Kişisel ve çevresel faktörlerin etkileşimi yaşam kalitesini etkiler.
- ✓ Tüm insanlar için aynı bileşenlere sahiptir
- ✓ Hem öznel hem nesnel bileşenlere sahiptir.
- ✓ Kendi kaderini belirleme, aidiyet duygusu ve yaşam gayesi ile gelişir.
- ✓ Bireysel değerlere dayalıdır ve değişkendir.

2.6. Fonksiyonel Bağımsızlık

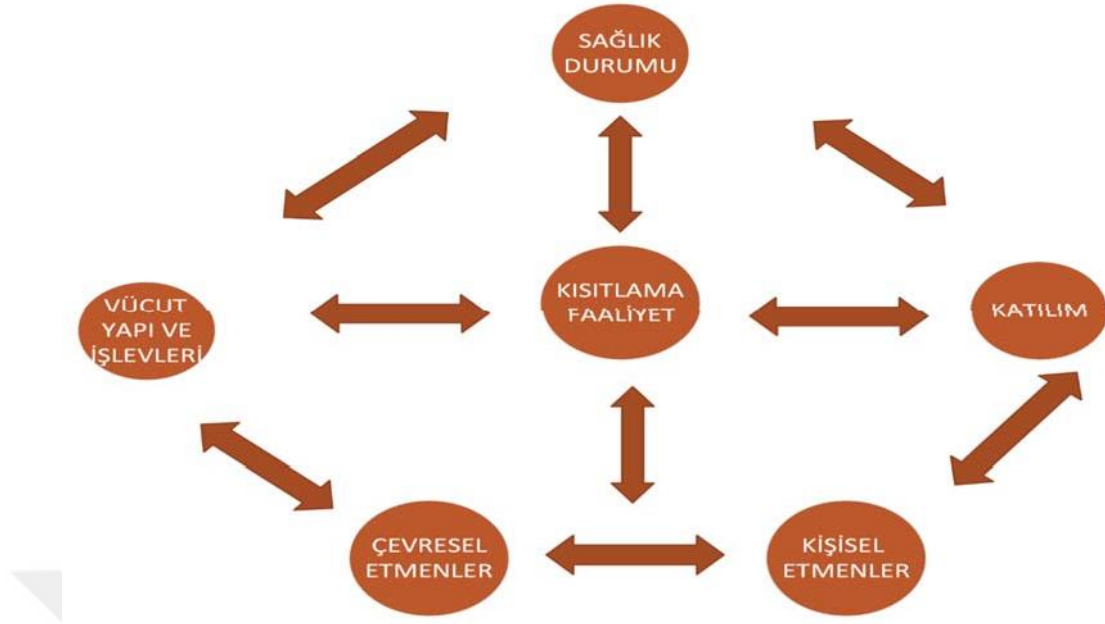
Günlük yaşam aktiviteleri (GYA), bireylerin hayatlarını devam ettirebilmesi için gerçekleştirmeleri gereken önemli görevlerdir. GYA ölçümleri kişinin kendi kendine bakımı ile ilgili temel aktiviteleri gerçekleştirme ya da bağımsız olarak fonksiyonel olma yeteneği hakkında bilgi verir. Birçok genç ve sağlıklı birey bu görevleri bağımsız şekilde gerçekleştirebilir. Ancak kronik hastalıklar, ileri yaş, fiziksel veya ruhsal birçok patolojik durum GYA yeteneğini olumsuz etkiler. Bu bireyler GYA'ni kişi desteği ile veya yardımcı cihaz kullanarak gerçekleştirirler. Fonksiyonel kapasite; temel günlük yaşam aktivitelerini (TGYA), enstrümental günlük yaşam aktivitelerini (EGYA) ve ileri aktiviteleri kapsayan çok boyutlu bir kavramdır. TGYA kişinin fiziksel ihtiyaçlarını karşılamak için gereken becerileri içerir (107). EGYA ise ev ya da toplumda bağımsız şekilde yaşam sürdürebilmek için gerekli olan daha karmaşık becerileri içerir (106).



Şekil 2.2. Günlük yaşam aktiviteleri (106,107).

Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştiremeyen hastalar taburculuk sonrasında daha fazla rehabilitasyon ve evde bakım sürecinde desteğe ihtiyaç duyabilir. Yürüme ve transfer, beslenme, boşaltım gibi fonksiyonel işlevlerdeki kayıplar dehidratasyon, kilo kaybı, düşme, sosyal izolasyon gibi hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen durumlarla yüz yüze kalmasına neden olmaktadır. GYA’nde bağımlılık daha düşük yaşam kalitesi, artan bakım maliyeti ve yüksek mortalite ile ilişkilidir (107- 109).

Uluslararası İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlık Sınıflandırması (ICF) DSÖ tarafından 2001 yılında yapılmıştır. ICF insan sağlığının tüm alanlarını ve iyilik halinin sağlıkla ilgili bileşenlerini içerir (110). Bireyin işlevselliği ve kısıtlılıkları hakkında bir çerçeve oluşturur. Bu çerçevede işlevsellik vücut yapı ve fonksiyonlarını, aktivitelerini ve katılımını kapsarken engellilik yetersizlikleri, aktivite sınırlılıklarını ve katılım kısıtlamalarını içerir (111). ICF bağlamsal etmenler ve işlev ve yetiyimi olmak üzere 2 bileşenden oluşmaktadır. İşlevsellik ve yetiyitimi modeline göre bireyin bir alandaki işlevselliği sağlık koşulları ve bağlamsal etmenler arasındaki ilişkiye göre şekillenir (110).



Şekil 2.3. Uluslararası işlevsellik, yetiyitimi ve sağlık sınıflandırması (ICF) modeli ve bileşenleri (DSÖ 2002'ye göre araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.) (110).

Fonksiyonel durumun değerlendirilmesi sağlık profesyonellerinin bireylerin bakım ihtiyaçlarını belirlemesine ve bu ihtiyaçlar doğrultusunda tedavi, bakım, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini planlanması için yol gösterici olur. Bireylerin fonksiyonel işlevselliği günlük yaşam aktiviteleri araçları ile ölçülür. Bu ölçeklerin her bir maddesi ilgili aktivite için bireyin bağımlı, yarı bağımlı ve bağımsız olma durumunu değerlendirir. Günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme araçlarına Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ), Barthel İndeksi, Katz İndeksi örnek verilebilir (112).

2.7. Depresyon

Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-11'de (ICD-11) depresif bozukluk, önemli duygudurum bozukluğu olmaksızın en az birkaç ay arayla veya en az iki depresif dönem ile karakterizedir (113). Bir depresif epizod, en az 2 hafta boyunca, hemen hemen her gün, günün büyük çoğunluğunda ortaya çıkan depresif ruh hali, etkinliklere karşı ilgide azalma, konsantrasyon güçlüğü, değersizlik duyguları, aşırı veya uygunsuz suçluluk gibi semptomlarla karakterizedir (113). Depresyon şiddeti semptomlar, semptomların var oluş süresi ve bu semptomların kişisel ve sosyal

işlevsellik üzerine etkisinden etkilenir. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşe (DSM-5) göre majör depresyon kriterleri şu şekildedir (114);

- İstek ve ilgi azalması
- Depresif duygudurum
- Uyku veya iştahta azalma/artma
- Psikomotor yavaşlama
- Suçluluk
- Konsantrasyon güçlüğü
- İntihar düşüncesi
- Düşük enerji seviyesi

2.8. İntrakraniyal Kanama Cerrahisi Geçiren Hastalarda Yaşam Kalitesi, Fonksiyonel Bağımsızlık ve Depresyon

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini, bireyin içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında ve amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilişkili olarak yaşamdaki konumunu algılaması olarak tanımlar (115, 116). Yaşam kalitesini anlamak hastaların bakım ve rehabilitasyon sürecini iyileştirmek ve semptomların giderilmesini için önemlidir (117). Hastaların kendileri tarafından algıladıkları yaşam kalitesi ile ortaya çıkan problemler, tedavi ve bakımda değişiklik ve iyileştirme çalışmaları için yol gösterici olabilir (117). Ayrıca yaşam kalitesi tedavinin başarısını yansıtan önemli bir unsurdur (118).

Yüksek morbidite, mortalite ve sakatlık oranları ile intrakraniyal kanama, insanların yaşam kalitesini ciddi şekilde etkilemiştir ve önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (119, 120). İKK sonrası hayatta kalan bireylerin çoğu diskinezi, disfaji ve kognitif bozukluk gibi sekellerden muzdariptir ve hastaların dörtte biri ilerleyici fonksiyonel bozukluk yaşamaktadır (121, 122). Bilişsel bozukluklar iyi bir nörolojik duruma sahip olan hastalarda bile SAK sonrası görülebilir (123, 124). İntrakraniyal kanama hastaların sağlığını ve yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyerek topluma ve ailelere ağır bir yük getirmektedir (125). Yapılan araştırmalar hastaların yaşadıklarının bu problemlerden dolayı, SAK'tan birkaç yıl sonra bile eski işlerine dönememediklerini göstermiştir (126, 127). Sonesson ve ark. (2018) yaptıkları

çalışma sonuçları, işe dönemeyen SAK hastalarında yaşam kalitesinde bozulma olduğunu göstermiştir (128).

Nöroşirurji hastalarında tedavi sonuçlarını değerlendirmek için hasta tarafından bildirilen sonuç ölçütlerinin kullanımı giderek artmıştır (129). Birçok araştırma yaşam kalitesinin uzun süreli sağ kalımlarda ciddi şekilde etkilendiğini göstermiştir (130, 131). Ronne-Engström ve ark. (2011) subaraknoid kanama sonrası hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesini 5 farklı alt boyutta (hareketlilik, kişisel bakım, olağan aktiviteler, ağrı/rahatsızlık, kaygı/depresyon) araştırmışlardır. Referans popülasyona göre subaraknoid kanamalı hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir (132). Passier PE ve ark. (2013) yaptıkları bir derlemede SAK sonrası hastalarda kötü yaşam kalitesini belirleyen bazı faktörler arasında; başvuru sırasındaki klinik durum, yorgunluk, depresif ruh hali, fiziksel yetersizlik, bilişsel şikayetler, kadın cinsiyet, ileri yaşın yer aldığını göstermişlerdir (133). Hemiparazi veya afazi gibi fiziksel engeller, düşük yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur (134).

İntrakraniyal kanamalı hastaların tedavisinde tercih edilen farklı cerrahi yöntemler ile yaşam kalitesi ilişkilidir (85,135, 136). İntrakraniyal kanama cerrahisinde minimal invaziv tekniklerin kullanılması ile yaşam kalitesi, nörolojik fonksiyonel iyileşme ve motor fonksiyonların iyileşmesini önemli derecede arttırılabilir (137, 138). Ling ve ark. (2021) intraserebral kanamalarda dekompresif kraniyektomi yönteminin kullanılması ile postoperatif komplikasyonların azaltılarak yaşam kalitesini iyileştirilebileceğini ifade etmişlerdir (139). Tang ve ark. (2018) ise minimal invazif cerrahinin mortalite ve yeniden kanama, enfeksiyon gibi komplikasyonları azaltarak yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi olduğunu tespit etmişlerdir (84).

Literatürde, intrakraniyal kanama hastalarında günlük yaşam aktivitelerindeki işlev ve bağımsızlık durumu sıklıkla intrakraniyal kanama sonrası geç döneme odaklanmıştır (140- 141). Uzun vadeli sonuçlar hastaların temel günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebildiğini ve bağımsızlık düzeylerinin iyileştiğini göstermektedir (142- 144). Persson ve ark. (2019) subaraknoid kanama sonrası geç dönemde hastaların fiziksel semptomlardan ziyade bilişsel ve duygusal semptomlar gösterdiğini ifade etmişlerdir (141). Subaraknoid kanama sonrası hastalarda hafıza

problemleri, zihinsel yorgunluk, uzun süreli görsel hafıza, konuşma bozuklukları, yorgunluk ve depresif belirtiler görülmüştür (126, 142, 144- 147). İntrakraniyal kanama sonrası gelişen bu bozukluklar hastaların günlük yaşamdaki işlevlerinin azalmasına neden olmuştur (142,148). Günlük yaşam işlevlerinin azalması ile hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin azalması arasında güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (142, 144).

İntrakraniyal kanamalı hastalarda iyileşme süreci dinamiktir ve zaman içinde ilerleme gösterir. Powell ve ark. (2004) yaptıkları çalışmada, anevrizmal subaraknoid kanamalı hastaların neredeyse yarısının ameliyattan 18 ay sonra ev içi faaliyetler ve organizasyonda bağımlılık düzeylerinin yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (126). İntraserebral kanamalı hastaların ilk bir ay da sadece %10'u ve altı ay sonra sadece %20'si bağımsız yaşayabilmektedir (149). Czapiga ve ark. (2014) yaptığı bir çalışmada ise SAK' hastaların %66'si fonksiyonel sonuçlarda iyileşme göstermiş ve %56'si çalışma hayatına geri dönmüştür (134)

Depresyon, cerrahi müdahaleden sonra sık görülen bir komplikasyondur. İKK önceki depresyon duygusu, İKK sonrası psikolojik problemler ile ilişkilidir. Kreiter ve ark. (2013) SAK öncesi depresyon ve psikososyal stresin ameliyat sonrası 3. ayda depresyonla ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir (31). Hai ve ark. (2010) kraniotomi uygulanan hipertansif intraserebral kanamalı 31 hastanın 18'inde (%58,1) depresyon geliştiğini ve depresyonun yordayıcı faktörleri olarak ameliyat öncesi dönemde düşük bilinç düzeyi ve ameliyat sonrası dönemde ise düşük işlevsellik ve düşük yaşam kalitesi düzeyi olduğunu ifade etmişlerdir (150).

İntrakraniyal kanama hastaları ve ailelerinin, tedavi süreci ve taburculuk sonrası hemşirelik bakımına olan ihtiyaç ve beklentileri giderek artmaktadır (151). Hong ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada, kapsamlı hemşirelik girişimleri ile intrakraniyal kanamalı hastaların olumsuz duygularının azalttığını, yaşam kalitesini iyileştirdiğini ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmelerini kolaylaştırdığını ifade etmiştir (151). Anevrizmal subaraknoid kanama nedeniyle ameliyat olan hastalara, bütüncül hemşirelik bakımı uygulanması sonucunda depresyon puanının düşük olduğu, fiziksel fonksiyonların ve günlük yaşam yeteneklerinin iyileşmesini desteklediği görülmüştür (152). Yang ve ark. (2021) erken rehabilitasyon hemşireliğinin uygulandığı intraserebral kanamalı hastalarında, günlük yaşam

aktiviteleri ve nörolojik fonksiyonlarının iyileşmesini olumlu etkilendiğini belirtmişlerdir (153). Hasta bireyin sağlığının korunması, değişen yaşam tarzına uyum sağlaması ve işlevsellik yeteneği kazandırılması için bağımsızlık düzeyinin belirlenmesi, gereksinim duyduğu eğitimi vermek ve uygun rehabilitasyon programlarına yönlendirilmesi hemşirelerin klinik izlem ve taburculuk döneminde önemli, sorumlulukları arasındadır. Hemşirelik bakımı ile hastaların bağımsızlık düzeyleri, günlük yaşam yetenekleri ve yaşam kalitesi iyileşmektedir (154, 155).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma intrakraniyal kanama nedeniyle ameliyat olan hastaların yaşam kalitesi, depresif belirtilerini ve fonksiyonel bağımsızlık düzeylerini belirlemek, fonksiyonel bağımsızlık düzeylerinin, depresif belirtilerinin ve bazı sosyodemografik (yaş, cinsiyet) ve hastalıkla ilişkili özelliklerinin (kanamanın gerçekleştiği lob) yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve ilişkisel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniklerinde 01.05.2021- 31.12.2022 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, 28 yatak kapasitesine sahiptir. Hemşirelik hizmetleri 08-16 / 16-08 olmak üzere iki vardiya şeklinde ve 14 hemşire tarafından yürütülmektedir. İKK'lı hastalar preoperatif hazırlıkların tamamlanması için ameliyattan 1-2 gün önce kliniğe kabul edilmektedir. Ancak acil ameliyat endikasyonu olan hastalar preoperatif hazırlık gözetilmeksizin ameliyathaneye alınır. Postoperatif dönemde ilk gün hasta Beyin ve Sinir Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi'nde takip edilmektedir. Yoğun bakım ünitesinde hastanın klinik tablosu stabil seyrederse postoperatif 2. ya da 3. günde kliniğe transferi gerçekleştirilir.

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, 2 ayrı yataklı tedavi servisi olmak üzere toplamda 28 yatak kapasitesiyle hizmet sunmaktadır. Hemşirelik hizmetleri 08-16 / 16-08 olmak üzere iki shift şeklinde ve 9 hemşire tarafından yürütülmektedir. Bu kurumda, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile benzer tedavi ve bakım prosedürü yürütülmektedir. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniklerinde intrakraniyal kanama nedeniyle ameliyat olan hastaların, yaşam kalitesi düzeyleri, fonksiyonel bağımsızlık düzeyleri ve depresif belirtilerini değerlendirmek için standart bir ölçüm aracı ya da yöntem kullanılmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği'ne intrakraniyal kanama nedeniyle ameliyat olmak üzere başvuran hastalar oluşturmaktadır. Bu araştırmanın temel amacı hastaların yaşam kalitesi ile hastanın fonksiyonel bağımsızlık düzeyi ve depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek olduğundan yaşam kalitesi bağımlı değişken, fonksiyonel bağımsızlık düzeyi, depresyon düzeyi, yaş, cinsiyet ve kanamanın gerçekleştiği lob bağımsız (yordayıcı) değişken kabul edilmiştir. Bu doğrultuda araştırmada kullanılacak olan regresyon analizinin örneklem büyüklüğünü hesaplamak için Soper DS (2022) formülü kullanılmış olup alfa güvenirlik düzeyi 0,05, güç %80, etki büyüklüğü 0,15 kabul edilerek örneklem büyüklüğü 91 hasta olarak hesaplanmıştır (156).

Araştırmanın örnekleme dahil edilme kriterleri:

- 1.18 yaş ve üzerinde olması
- 2.Kişi, yer ve zamana oryante olması
- 3.Depresyon tanısı almaması

Araştırmanın örneklemeden çıkarılma kriterleri:

1. Araştırmayı sürdürmeyi istememesi
- 2.Postoperatif dönemde yoğun bakım ihtiyacının devam etmesi
- 3.Taburculuk tarihini takip eden 30 gün içerisinde hayatını kaybetmesi
- 4.Taburculuk tarihini takip eden 30 gün içerisinde hastanın, yaşam kalitesi ve fonksiyonel durumunu etkileyecek farklı bir hastalık veya ameliyat geçirmesi, kaza ya da travma yaşaması

3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgiler Formu (Ek 1), Nottingham Sağlık Profili (Ek 2), Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (Ek 3), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Ek 4) kullanılmıştır.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu (Ek 1)

Hastaların sosyodemografik ve hastalığa özgü bilgilerini içeren 15 soruluk tanıtıcı bilgiler formu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Tanıtıcı bilgiler formu yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesi varlığı, uyku periyodunda değişiklik durumu, beslenme düzeyinde değişiklik durumu, tanı, tanının konulduğu zaman ve kanamanın gerçekleştiği lob gibi hastaların sosyodemografik ve hastalığa özgü bilgilerine yönelik sorular içermektedir (Ek 1).

3.4.2. Nottingham Sağlık Profili (Ek 2)

Nottingham Sağlık Profili (NSP), algılanan sağlık durumunun yaygın olarak kullanılan ölçüsüdür. Nottingham Sağlık Profili, kişinin algıladığı sağlık problemlerini ve bu problemlerin normal günlük aktiviteleri etkileme düzeyini ölçen bir genel yaşam kalitesi anketidir (157). Hunt tarafından 1985 yılında tasarlanmıştır (157). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği Küçükdeveci ve ark. tarafından 2000 yılında yapılmıştır (158). NSP’de, bireylerin sağlık alanı ve etkilenen yaşam alanları olmak üzere toplam iki bölüm bulunmaktadır. Otuz sekiz maddeden oluşan NSP bölüm 1; ağrı (8 madde), duygusal reaksiyon (9 madde), uyku (5 madde), sosyal izolasyon (5 madde), fiziksel aktivite (8 madde) ve enerji (3madde) olmak üzere 6 alt boyuttan oluşur. NSP bölüm 2; iş hayatı, ev işleri, cinsel hayat, sosyal ilişkiler, hobiler, sosyal yaşantı ve tatil zamanlarını sorgulayan 7 sorudan oluşur. Sorulara evet ya da hayır şeklinde cevap verilir (159). Her bölüm için ayrı ayrı puanlama yapılır. ‘‘Evet’’ cevapları için ‘‘1’’ puan alınırken, ‘‘hayır’’ cevapları için ‘‘0’’ puan alınmaktadır. Her bir alt boyuttaki olumlu cevapların toplamı, o alt boyuttaki toplam soru sayısına bölünmekte ve elde edilen sonuç 100 ile çarpılmaktadır. Bu şekilde her alt boyut için toplam puan hesaplanmaktadır. Bölüm 1’de her alt boyut için maksimum 100, minimum 0 puan alınır. Alt boyutlarda sıfır puan en iyi sağlık durumunu, 100 puan en kötü sağlık durumunu gösterir. Toplam puan 0-600 arasında olup, alınan puan algılanan sağlık durumu ile ters ilişkilidir. Bölüm 2’de ‘Evet’’ cevapları için ‘‘1’’ puan alınırken, ‘‘hayır’’ cevapları için ‘‘0’’ puan alınır. Maksimum 7 puan alınır. Puanın yüksek olması sağlık durumunun yaşam alanları üzerinde olumsuz etkisi olduğunu göstermektedir. NSP’nin Cronbach alfa katsayısı; NSP bölüm 1’in alt bölümleri için 0,56 ile 0,83 arasında değişmektedir (157). Türkçe

geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,87 olarak bulunmuştur. (158)

3.4.3. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (Ek 3)

Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ), hastaların fiziksel ve kognitif özörlülüklerini değerlendirmek amacıyla 1986 yılında Granger ve ark. tarafından tasarlanmıştır (160). Bu ölçek bireyleri bir başka kişiden veya bir cihazdan yardım ihtiyacını göz önünde bulundurarak hasta aktivitesini performansına göre değerlendirir (161). FBÖ, tam bağımsızlıktan tam yardıma kadar dereceleri belirleyen 7 seviyeli bir ölçektir. 1 puan tam bağımlılığı, 7 puan tam bağımsızlığı göstermektedir. FBÖ ölçeği, motor aktivitenin (kendine bakım, sfinkter kontrolü, transfer ve yer değiştirme) ve kognitif aktivitenin (iletişim ve sosyal algılama) değerlendirildiği toplam 18 maddeden oluşmaktadır. Motor aktivite alt boyutundan maksimum 91 puan, minimum 13 puan alınırken kognitif alt boyuttan maksimum 35, minimum 5 puan alınmaktadır. FBÖ toplam puanı 18 maddenin puanlarının toplanması ile elde edilir. Ölçekten maksimum 126, minimum 18 puan alınır. Yüksek puan alınması, hasta bağımlılık düzeyinin azaldığını göstermektedir. FBÖ değerlendirme formu hastalar tarafından doldurulduğunda veya telefonla uygulandığında da güvenirliliğini koruduğu gösterilmiştir (160).

Türkçe ölçeğin geçerlilik ve güvenirliği Küçükdeveci ve ark. tarafından 2000 yılında gerçekleştirilmiştir (162). Doods ve ark. FBÖ için Cronbach alfa katsayısını 0,93 olarak belirtmişlerdir (163). Küçükdeveci'nin yaptığı çalışmada spinal kord yaralanmalı hastalarda motor FBÖ için Cronbach alfa katsayısı 0,90, bilişsel FBÖ için Cronbach alfa katsayısı 0,98 olarak; inme hastalarda motor FBÖ için Cronbach alfa katsayısı 0,93, bilişsel FBÖ için Cronbach alfa katsayısı 0,92 bildirilmiştir (162).

Ölçeğin kullanılması için Uniform Data System For Medical Rehabilitation Şirketi ile araştırmacı arasında sözleşme imzalanmıştır (Ek 9, Ek 10). Araştırmacı tarafından ölçeğin kullanım bedeli şirkete ödenmiştir. FBÖ aracının uygulama kılavuzu araştırmacıya mail aracılığıyla ilgili şirket tarafından gönderilmiş olup araştırmacı bu kılavuza ilişkin çevrimiçi sınava alınmıştır. Araştırmacı tarafından

online sınavın başarılı şekilde tamamlanması sonucunda araştırmacıya FBÖ sertifikası düzenlenmiştir (Ek 16).

3.4.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (EK 4)

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği 1983 yılında Zigmond ve Snaith tarafından, psikiyatri dışı hastane kliniklerindeki hastalarda anksiyete bozukluğu ve depresyonun yaygınlığını belirlemek için geliştirilmiştir (164). Türkçe ölçeğin geçerlilik ve güvenirliği Aydemir ve ark. (1997) tarafından yapılmıştır (165). Bu ölçek öz bildirim ölçeği olup depresyon ve anksiyeteyi ölçen toplamda 14 sorudan oluşur. Cevaplar dörtlü likert biçiminde ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler anksiyeteyi ölçer ve anksiyete alt ölçeği için bu maddelerden alınan puan toplanır. 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddeler depresyonu ölçer ve depresyon alt ölçeği için bu maddelerden alınan puanlar toplanır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 21'dir. HAD depresyon ve anksiyete alt ölçeklerinin kesme puanı ≥ 8 'dir (165). Güvenirlik çalışmasında, Türkçe ölçeğin anksiyete alt ölçeği için Cronbach Alfa katsayısı 0.85, depresyon alt ölçeği için Cronbach Alfa katsayısı 0.77 olarak bulunmuştur (165).

3.5. Araştırmanın Uygulanması

İntrakraniyal kanama ameliyatı olmak için yatışı yapılan ya da klinik izlem süreci esnasında ameliyat kararı alınan hastalar araştırmaya dahil edilme kriterleri açısından değerlendirilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara, çalışma hakkında bilgi verilerek yazılı onamları alınmıştır. Onam alındıktan sonra "Tanıtıcı Bilgiler Formu" yüz yüze uygulanmıştır. Hastalara taburcu olduktan en az bir ay sonra ise "Nottingham Sağlık Profili" "Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği" ve "Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin" uygulanacağı hakkında bilgi verilmiştir. Taburculuktan en az 1 ay sonra hastaların çoğu hastaneye gelmiştir ve kliniğin eğitim odasında COVID-19 bulaş riski önlemleri alınarak (maske, mesafe ve el hijyeni) NSP, FBÖ ve HAD ölçeği uygulanmıştır. Taburculuktan en az 1 ay sonra hastaneye gelemeyecek durumdaki hastalara NSP, FBÖ ve HAD ölçeği telefon ile ulaşılarak uygulanmıştır. Araştırma Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin Sinir Cerrahi Kliniği'nde yürütülmek

üzere planlanmıştır. Ancak planlanan zaman aralığında hedeflenen örnekleme ulaşılamamıştır. Bu nedenle araştırma izni uzatılmıştır ve Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nden de hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 01.05.2021-31.12.2022 tarihleri arasında İKK nedeniyle ameliyat olan 89 hasta çalışmaya dahil edilirken; Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde 01.08.2022- 31.12.2022 tarihleri arasında İKK nedeniyle ameliyat edilen 2 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin (Tarih:17.11.2020 Sayı:16969577-524) alınmıştır (Ek 5). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu'ndan (Karar no:6 Karar tarihi:22.04.2021) gerekli izinler alınmıştır (Ek 11). Ayrıca COVID-19 pandemisi nedeni ile araştırmanın uzatılması uygun bulunmuştur. Uygulamanın uzatılmasına dair Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih:21.06.2022, Sayı:16969557-1170) (Ek 6) gerekli izinler alınmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı'ndan (Ek 14) ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu'ndan (Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Bilimsel Araştırma Değerlendirme Kurulu (BADEK) 16.06.2022 tarih ve 11 no'lu toplantı kararı doğrultusunda) (Ek 15) uzatma izni alınmıştır. Ayrıca Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahi Kliniği'nde araştırmanın uygulanması için Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı (Tarih: 27.07.2022 Sayı: E-48295580-000-00002305726) (Ek 13) ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nden (Tarih:22.07.2022 Sayı E-20481383-300-00002297128) (Ek 12) gerekli izinler alınmıştır. Araştırmaya dahil edilen hastalara araştırmanın amacı ve uygulaması hakkında bilgi verilerek onamları alınmıştır (Ek 18).

Ölçeklerin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmalarını yapan araştırmacılardan ölçeklerin kullanımı için izinler alınmıştır (Ek 7, Ek 8). FBÖ için Uniform Data System For Medical Rehabilitation Şirket tarafından düzenlenen

online sınavın başarılı şekilde tamamlanması sonucunda sertifika düzenlenmiş, ardından ölçek çalışmada kullanılmıştır. (Ek 16).

3.7. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken sayısal veriler için merkezi eğilim ölçüleri (ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerler, çeyrekler arası genişlik), kategorik veriler için frekans dağılımları (sayı, yüzde) kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk basıklık çarpıklık değerleri ile kontrol edilmiştir. Ölçek puanlarının normal dağılım varsayımını sağlandığı tespit edilmiştir. Bu durumda niceliksel verilerin karşılaştırılması için, iki bağımsız grup karşılaştırması için bağımsız örneklem t testi; ikiden fazla grup karşılaştırılmasında F testi kullanılmıştır. Farklılık gösteren grupları tespit edebilmek için ise Bonferroni çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Gruplarda örneklem sayısının az olduğu durumlarda ise parametrik olmayan testler tercih edilmiştir. Buna göre iki grup karşılaştırması için Mann Whitney U testi; ikiden fazla grup karşılaştırması için Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni etkileme düzeyi ise regresyon analizi ile incelenmiştir. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmaya alınan hastaların fonksiyonel durumları, depresyon belirtileri ve yaşam kalitesi düzeyleri tek ölçüm ile değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen bulgular hastaların tanımlayıcı bilgileri, ölçek puanları ve yaşam kalitesinin diğer kavramlar ve tanımlayıcı bilgiler ile ilişkisi olmak üzere üç başlıkta sunulmuştur.

4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Durumuna İlişkin Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik ve tıbbi durumuna ilişkin tanımlayıcı özellikleri (n=91)

Özellikler		N	%
Yaş (55,96±16,39)**	18-45	20	22,0
	46-65	42	46,1
	66-86	29	31,9
Tanı	Subdural kanama	40	44,0
	Subaraknoid kanama	20	22,0
	İntraserebral kanama	16	17,6
	Epidural kanama	15	16,4
Cinsiyet	Erkek	64	70,3
	Kadın	27	29,7
Medeni durum	Evli	65	71,4
	Bekar	26	28,6
Eğitim düzeyi	Lisans ve üstü	37	28,6
	Ortaöğretim	26	5,5
	İlk öğretim	16	17,6
	Okur yazar değil	7	7,7
	Okur yazar	5	5,5
Çalışma durumu	Çalışmıyor	46	50,5
	Çalışıyor	45	49,5
Sağlık güvencesi	Var	83	91,2
	Yok	8	8,8
Beraber yaşadığı bireyler	Eş veya çocuk	69	75,8
	Anne /baba	9	9,9
	2.dereceden akraba	9	9,9
	Tek başına	4	4,4
Sigara kullanımı	Kullanmıyor	53	58,2
	Kullanıyor	38	41,8
Alkol kullanımı	Kullanmıyor	77	84,6
	Kullanıyor	14	15,4
Uyku periyodunda değişiklik durumu	Var	90	98,9
	Yok	1	1,1
Beslenme düzeyinde değişiklik durumu	Var	79	86,8
	Yok	12	13,2
Psikolojik destek alma durumu	Almayan	83	91,2
	Alan	8	8,8
Kanama lobu	Frontotemporoparyetal lob	33	36,3
	Paryetal lob	23	25,2
	Frontal lob	16	17,6
	Frontoparyetal lob	7	7,7
	Temporal lob	6	6,6
	Diğer *	4	4,4
	Oksipital lob	2	2,2
İlk tanı koyulduğundan beri geçen zaman	0-3 ay	89	97,8
	4 ay ve üzeri	2	2,2

* paryetaoksipital lob, paryetaoksipitaltemporal lob, ** ortalama±standart sapma olarak verilmiştir.

Tablo 4.1’de hastaların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $55,96 \pm 16,39$ ’dur. Hastaların %44’ü subdural kanama ve %22’si subaraknoid kanama ile hastaneye başvurmuştur. Hastaların %70.3’ü erkektir. Eğitim durumu açısından değerlendirildiğinde hastaların %40,6’sının lisans ve üstü mezunu olduğu bulunmuştur. Hastaların %75,8’i eşi veya çocukları ile yaşadığını ifade etmiştir. Hastaların uyku ve beslenme durumu incelendiğinde %98,9’unun uyku periyodunda ve %86,8’inin beslenme periyodunda değişiklik yaşadığı belirlenmiştir. İKK, kanama loblarına göre sınıflandırıldığında kanamanın en çok gerçekleştiği bölge frontotemporoparietal lob (%36,3) olmuştur.

4.2. Hastaların Nottingham Sağlık Profili, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanları

Tablo 4.2. Hastaların Nottingham Sağlık Profili, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği depresyon puanları (n=91)

	Minimum	Maksimum	$\bar{X} \pm SS$
NSP Alt Boyut Puanları (0- 100)			
Enerji	0,00	100,00	64,80 $\pm$ 36,25
Uyku	0,00	100,00	54,17 $\pm$ 29,30
Sosyal İzolasyon	0,00	100,00	48,79 $\pm$ 32,54
Fiziksel Aktivite	0,00	88,46	47,38 $\pm$ 30,86
Duygusal Reaksiyonlar	0,00	100,00	43,70 $\pm$ 28,03
Ağrı	0,00	100,00	43,31 $\pm$ 29,54
Toplam NSP Bölüm 1 (0-600)	0,00	559,64	294,76 $\pm$ 147,21
NSP Bölüm 2 (0-7)	0,00	7,00	4,60 $\pm$ 1,95
FBÖ Alt Boyut Puanları			
Motor Bağımsızlık (13-91)	13,00	91,00	54,41 $\pm$ 30,00
Bilişsel Bağımsızlık (5-35)	10,00	35,00	29,56 $\pm$ 5,89
Toplam FBÖ puanı (18-126)	30,00	126,00	83,95 $\pm$ 33,98
HAD			
Depresyon (0-21)	1,00	20,00	9,76 $\pm$ 4,65

$\bar{x}$: Ortalama, SS: Standart sapma

Tablo 4.2’de, hastaların Nottingham Sağlık Profili, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği depresyon alt boyut puanları verilmiştir. NSP bölüm 1 toplam puan ortalaması $294,76 \pm 147,21$ iken ölçek alt boyutları arasında en yüksek puanı enerji; en düşük puanı ağrı alt boyutu almaktadır.

FBÖ toplam puan ortalaması $83,95 \pm 33,98$ iken, motor bağımsızlık alt boyut puan ortalaması $54,41 \pm 30,00$; bilişsel bağımsızlık alt boyut puan ortalaması $29,56 \pm 5,89$ olarak saptanmıştır. Depresyon alt boyut puan ortalaması $9,76 \pm 4,65$ olarak bulunmuştur.

4.3. Hastaların Yaşam Kalitesinin Sosyodemografik ve Tıbbi Durumuna İlişkin Tanımlayıcı Özellikleri, Fonksiyonel Bağımsızlık Düzeyleri ve Depresif Belirtileri ile İlişkisi

Tablo 4.3. Hastaların yaşam kalitesi ile bazı sosyodemografik ve tıbbi durumuna ilişkin tanımlayıcı özellikleri ile ilişkisi (n=91)

Ozellikler	Nottingham Sağlık Profili Bölüm 1 Ort±SS	Nottingham Sağlık Profili Bölüm 2 Ort±SS
Yaş		
18-45 (1)	212,09±117,6	3,85±2,64
46-65 (2)	291,23±164,	5,17±1,86
66-86 (3)	356,89±108,83	4,31±1,2
F değeri	9,482	3,531
p değeri	0,002*	0,038*
Post-hoc	1<3	1<2
Eğitim durumu		
İlköğretim ve altı (1)	359,88±118,34	4,5±1,17
Ortaöğretim (2)	331,19±149,28	5,42±1,77
Lisans ve üstü (3)	219,89±134,85	4,11±2,35
F değeri	9,981	3,644
p değeri	0,000*	0,033*
Post hoc	3<1,2	3<2
Hastanın birlikte yaşadığı aile fertleri		
Eşi veya çocukları ile (1)	306,6±147,54(328,62)**	4,84±1,84(5)**
Annesi veya babasıyla (2)	173,66±115,87(162,9)**	2,67±2,5(2)**
Diğer (3)	315,76±133,99(347,03)**	4,69±1,38(5)**
KW değeri	6,837	6,549
p değeri	0,033*	0,038*
Post hoc	2<3	2<3
Hastanın beslenme durumunda değişiklik		
Evet	307,28±142,79(335,15)**	4,8±1,84(5)**
Hayır	212,33±155,55(170,82)**	3,33±2,27(3)**
z değeri	-2,123	-2,158
p değeri	0,034*	0,031*
Tanı		
Intraserebral kanama	309,69±128,61(343,985)	4,5±1,86(5)
Subdural kanama	309±150,67(347,025)	4,6±2,01(5)
Epidural kanama	235,04±156,02(206,68)	4,07±2,4(4)
Subaraknoid kanama	299,13±147,01(286,485)	5,1±1,48(5)
KW değeri	2,653	1,999
p değeri	0,448	0,573
Cinsiyet		
Kadın	307,31±160,86(347,03)	4,52±1,81(5)
Erkek	289,46±142,08(317,905)	4,64±2,02(5)
t değeri	0,526	-0,272
p değeri	0,600	0,787

$\bar{x}$: Ortalama, SS: Standart sapma. *p<0,05, ** ortanca olarak verilmiştir.

Tablo 4.3. (Devamı) Hastaların yaşam kalitesi ile bazı sosyodemografik ve tıbbi durumuna ilişkin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n=91)

Özellikler	Nottingham Sağlık Profili Bölüm 1 Ort±SS	Nottingham Sağlık Profili Bölüm 2 Ort±SS
Sigara kullanma durumu		
Evet	304,79±149,37(318,95)	4,87±2,16(5)
Hayır	287,57±146,65(324,37)	4,42±1,78(5)
Alkol kullanma durumu		
Evet	265,96±133,1(208,205)	4,29±2,02(5)
Hayır	300±149,85(328,62)	4,66±1,94(5)
z değeri	-0,880	-0,712
p değeri	0,379	0,476
Kanamamanın olduğu bölge		
Frontal lob	284,07±105,01(255,41)	4,69±1,92(5)
Paryetal lob	278,55±146,46(301,2)	4,35±1,64(5)
FTP	321,93±152,76(366,92)	4,42±2,12(5)
Diğer	276,19±171,21(317,37)	5,16±2,03(6)
KW değeri	2,441	3,715
p değeri	0,486	0,294

FTP: Frontotemporoparyetal, $\bar{x}$: Ortalama, SS: Standart sapma. *p<0,05, ** ortalanca olarak verilmiştir.

Tablo 4.3’de hastaların yaşam kalitesi ile bazı sosyodemografik ve tıbbi durumuna ilişkin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Yüksek NSP bölüm puanları düşük yaşam kalitesi düzeyini gösterir. NSP Bölüm 1 ve NSP Bölüm 2 puanları ile hastaların yaşı, eğitim durumu, birlikte yaşadığı aile fertleri arasında yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p<0,05). 45 yaş altındaki hastaların 66 yaş ve üzerindeki hastalara göre NSP Bölüm 1 puan ortalamaları daha düşük iken; 45 yaş altındaki hastaların 46-65 yaş arasındaki hastalara göre NSP Bölüm 2 puan ortalamaları daha düşük saptanmıştır. Çalışma sonuçları incelendiğinde hastaların yaşı arttıkça NSP Bölüm 1 puanının da arttığı görülmektedir. Lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip olan hastalar en düşük NSP Bölüm 1 puanına sahiptirler. NSP Bölüm 1 ve NSP Bölüm 2 puanları ile hastaların tanı, cinsiyet, sigara kullanımı, alkol kullanımı ve kanama bölgesi değişkenleri arasında yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05)

NSP Bölüm 1 puanları ile hastaların çalışma durumu, sağlık güvencesinin varlığı ve psikolojik destek alma durumu değişkenleri arasında yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05) (Bkz. Ek Tablo 1).

Tablo 4.4. Hastaların yaşam kalitesi ile fonksiyonel bağımsızlık ve depresyon puanlarının ilişkisi(n=91)

NSP Alt Boyutları		Ağrı	Duygusal Reaksiyon	Uyku	Sosyal İzolasyon	Fiziksel Aktivite	Enerji	NSP Bölüm 1	NSP Bölüm 2
FBO alt boyutları									
Motor Bağımsızlık	r	-0,461**	-0,501**	-0,493**	-0,420**	-0,812**	-0,703**	-0,690**	-0,441**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Bilişsel Bağımsızlık	r	-0,457**	-0,407**	-0,474**	-0,330**	-0,595**	-0,579**	-0,539**	-0,281**
	p	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,007
FBÖ Puanı (Toplam)	r	-0,308**	-0,338**	-0,331**	-0,428**	-0,820**	-0,720**	-0,703**	-0,438**
	p	0,003	0,001	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
HAD Alt boyutu									
Depresyon	r	0,519**	0,709**	0,400**	0,518**	0,577**	0,753**	0,749**	0,472**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

**p<0,01; *p<0,05; Pearson r:0,00-0,19 ilişkisi yok; r:0,20-0,39 zayıf (düşük düzeyde) ilişki; r:0,40-0,69 orta düzeyde ilişki; r:0,70-0,89 kuvvetli (yüksek düzeyde) ilişki; r:0,90-1,00 çok kuvvetli düzeyde ilişki şeklindedir (115).

Tablo 4.4’de sonuçlar incelendiğinde motor bağımsızlık alt boyutu ile NSP alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki; bilişsel bağımsızlık alt boyutu ile NSP bölüm 1 arasında orta düzeyde, NSP bölüm 2 arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü düşük düzeyde ilişki olduğu tespit edilmiştir (p<0.05). Bütün FBÖ alt boyutları ile NSP alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ilişki bulunmaktadır. FBÖ puanı arttıkça NSP puanı azalmakta; FBÖ puanı azaldıkça NSP puanı artmaktadır. HAD depresyon alt boyutu ile NSP alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. (p<0.05). HAD depresyon puanı arttıkça NSP puanı artmakta; HAD depresyon puanı azaldıkça NSP puanı da azalmaktadır.

Tablo 4.5. Depresyon, Fonksiyonel Bağımsızlık, Bazı Sosyodemografik ve Hastalığa Özgü Tanıtıcı Özelliklerin Nottingham Sağlık Profili Bölüm 1'e Etkisinin İncelenmesi

	Standardize edilmemiş		t değeri	p değeri	VIF	F	p	R ²
	Beta	Std. H.						
Sabit	198,192	75,751	2,616	0,011		20,561	0,000	0,603
Fonksiyonel bağımsızlık	-1,311	0,427	-3,070	0,003	2,205			
Hastane depresyon	16,307	2,992	5,450	0,000	2,028			
Hastanın yaşı	0,746	0,668	1,116	0,268	1,256			
Cinsiyet=Kadın	10,330	21,674	0,477	0,635	1,038			
Kanama bölgesi=Frontal lob	-13,395	32,053	-0,418	0,677	1,576			
Kanama bölgesi =Paryetal lob	7,930	28,995	0,274	0,785	1,681			
Kanama bölgesi=FTP	8,454	27,809	0,304	0,762	1,892			

Kukla Değişkenli Lineer Regresyon, FTP: Frontotemporaparyetal. Referans değerler: Cinsiyet=erkek; Kanama olduğu bölge: diğer.

Tablo 4.5’de Nottingham Sağlık Profili Bölüm 1 puanlarını açıklamak için yapılan regresyon analizi kukla değişkenli lineer regresyon model ile verilmiştir. Modelde depresyon, fonksiyonel bağımsızlık, cinsiyet, yaş ve kanamanın olduğu bölgenin Nottingham Sağlık Profili Bölüm 1 puanları üzerindeki etkisi incelenmiştir. Sonuçlar incelendiğinde kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=20,561$; $p=0,000$). Nottingham Sağlık Profili Bölüm 1 puanlarında meydana gelen değişimin %60,3’ü depresyon, fonksiyonel bağımsızlık puanları, cinsiyet, hastanın yaşı ve kanamanın olduğu bölge ile açıklanmaktadır. Kurulan modelde depresyon ve fonksiyonel bağımsızlık puanları istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) hastanın yaşı, cinsiyeti ve kanamanın olduğu bölge istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0,05$). Fonksiyonel bağımsızlık puanları 1 birim artığında, Nottingham Sağlık Profili Bölüm 1 puanlarını 1,311 azaldığı görüldü. Depresyon puanları 1 birim artığında, Nottingham Sağlık Profili Bölüm 1 puanlarını 16,307 arttığı görüldü. Regresyon modelinde çoklu doğrusal bağlantı sorunu VIF değerleri ile incelenmiş ve çoklu doğrusal bağlantı sorunu olmadığı görülmektedir.

Tablo 4.6. Depresyon, Fonksiyonel Bağımsızlık, Bazı Sosyodemografik ve Hastalığa Özgü Tanıtıcı Özelliklerin Nottingham Sağlık Profili Bölüm 2'e Etkisinin İncelenmesi

	Standardize edilmemiş		t değeri	p değeri	VIF	F	p	R ²
	Beta	Std. H.						
Sabit	5,086	1,401	3,631	0,000		4,758	0,000	0,226
Fonksiyonel bağımsızlık	-0,013	0,008	-1,682	0,096	0,454			
Hastane depresyon	0,135	0,055	2,443	0,017	0,493			
Hastanın yaşı	0,002	0,012	0,129	0,898	0,796			
Cinsiyet=kadın	-0,282	0,401	-0,705	0,483	0,964			
Kanama bölgesi=Frontal lob	-0,665	0,593	-1,121	0,265	0,634			
Kanama bölgesi =Paryetal lob	-0,726	0,536	-1,355	0,179	0,595			
Kanama bölgesi =FTP	-1,077	0,514	-2,094	0,039	0,528			

Kukla Değişkenli Lineer Regresyon, FTP: Frontotemporaparyetal. Referans değerler: Cinsiyet=erkek; Kanama olduğu bölge: diğer.

Tablo 4.6’da Nottingham Sağlık Profili Bölüm 2 puanlarını açıklamak için yapılan regresyon analizi kukla değişkenli lineer regresyon model ile verilmiştir. Modelde depresyon, fonksiyonel bağımsızlık düzeyleri, cinsiyet, yaş ve kanamanın olduğu bölgenin Nottingham Sağlık Profili Bölüm 2 puanları üzerindeki etkisi incelenmiştir. Sonuçlar incelendiğinde kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=4,758$; $p=0,000$). Nottingham Sağlık Profili Bölüm 2 puanlarında meydana gelen değişimin %22,6’sını depresyon, fonksiyonel bağımsızlık puanları, cinsiyet, hastanın yaşı ve kanamanın olduğu bölge ile açıklanmaktadır. Kurulan modelde depresyon puanları istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) iken; hastanın fonksiyonel bağımsızlık puanları, yaşı cinsiyeti ve kanamanın olduğu bölge istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0,05$). Depresyon puanları 1 birim artığında, Nottingham Sağlık Profili Bölüm 2 puanlarını 0,135 arttığı görüldü. Regresyon modelinde çoklu doğrusal bağlantı sorunu VIF değerleri ile incelenmiş ve çoklu doğrusal bağlantı sorunu olmadığı görülmektedir.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde intrakraniyal kanama nedeniyle ameliyat olan hastaların fonksiyonel bağımsızlık düzeylerinin, depresif belirtilerinin ve bazı sosyodemografik (yaş, cinsiyet) ve hastalıkla ilişkili özelliklerinin (kanamanın gerçekleştiği lob) yaşam kalitesi ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen sonuçlar tartışılmıştır.

5.1. Hastaların Bazı Demografik (Yaş, Cinsiyet) ve Hastalıkla İlişkili Özelliklerinin Yaşam Kalitesi ile İlişkisi

Yaşam kalitesi bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri gibi faktörlerden önemli düzeyde etkilenir ve postoperatif dönemde ilgili bu faktörlerde değişiklikler meydana gelebilmektedir. Literatürde, farklı birçok cerrahi girişim sonrası postoperatif erken dönemde yaşam kalitesi düzeyini inceleyen çalışmalar mevcuttur (166, 167, 169). Nöroşirürji hastalarında ise yaşam kalitesini ve yaşam kalitesi ile ilişkili faktörleri inceleyen çalışmalar bulunmasına rağmen (168, 170- 172) intrakraniyal kanama nedeniyle ameliyat olan hastaların yaşam kalitesini inceleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır (173, 174). Araştırmamızda hastaların bazı tanımlayıcı özellikleri ile yaşam kalitesi düzeyi arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma sonucumuz yaşam kalitesi ile yaşın ilişkili olmadığını göstermiştir. Ancak literatürde yaşam kalitesi ile yaş arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. Jakobsson ve ark. (2023) intraserebral kanama nedeniyle ameliyat olan hastalar ile yaptıkları çalışmada, düşük yaşam kalitesi düzeyi ile ileri yaşın ilişkili olduğunu bulmuşlardır (174). Delcourt C ve ark. (2017) yaptığı çalışmada ileri yaş ile fiziksel aktivite boyutunda yaşam kalitesinin azaldığını göstermiştir (131). Christensen ve ark. (2009) ileri yaşın, kötü yaşam kalitesinin bağımsız belirleyicileri arasında olduğunu tespit etmişlerdir (175). Literatür ile araştırma sonuçları farklılık göstermektedir. Jaboksson ve ark. (2023) çalışmasında hastaların yaş ortalaması 58 ± 12 ; Delcourt C ve ark. (2017) 65 ± 13 ; Christensen ve ark. (2009) ise 64 ± 13 olarak bildirmektedir (131, 174, 175). Bu çalışmada hastaların yaş ortalaması $55,96 \pm 16,39$ 'dur. Yaş, yaşam kalitesi düzeyi ile ilişkili bir faktör

olarak bulunmuş ve yaşlanma ile birlikte yaşam kalitesi düzeyinin azaldığı görülmüştür (176). Literatür ile araştırma sonuçlarının farklılık göstermesinin, çalışmanın daha genç bir hasta grubu ile yürütülmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma sonuçlarımız, cinsiyet farklılığının yaşam kalitesi düzeyini etkilemediğini göstermiştir. Literatürde bazı çalışma bulguları yaşam kalitesi ile cinsiyet arasında ilişki olduğunu (173, 177) belirtirken, bazı çalışma sonuçları yaşam kalitesi ile cinsiyet arasında ilişki olmadığını belirtmiştir (174). Literatürde farklı sonuçların elde edilmesinin nedeni olarak çalışmaya dahil edilen hasta gruplarının farklı olmasının neden olduğu düşünülmektedir. İntrakraniyal kanama nedeniyle ameliyat olan hastalarda yaşam kalitesi ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi inceleyen daha fazla çalışma yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada intrakraniyal kanama türleri ve kanamanın gerçekleştiği farklı loblar ile hastaların yaşam kalitesi düzeyi arasında ilişki olmadığı saptanmıştır. Literatürde intrakraniyal kanama türü ve farklı kanama loblarına göre yaşam kalitesi düzeyini araştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak literatürde kanamanın sağ ve sol taraflı yerleşimi ile yaşam kalitesi düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara rastlanmıştır. Jaboksson ve ark. (2023) yaptığı çalışmada sol taraflı intraserebral kanamalı hastaların daha yüksek yaşam kalitesi düzeyine sahip olduğu saptanırken (174), Hoogslag ve ark. (2022) yaptığı çalışmada sağ taraflı akut subdural kanamalı hastaların yaşam kalitesi düzeyi daha yüksek bulunmuştur (178). Yaşam kalitesi düzeyi ile farklı kanama lobları ve intrakraniyal kanama türleri arasındaki ilişkiyi ortaya koyacak daha fazla çalışmanın yapılması gerektiği değerlendirilmektedir.

5.2. Fonksiyonel Bağımsızlık Düzeyleri ve Depresif Belirtilerin Yaşam Kalitesi ile İlişkisi

İntrakraniyal kanama nedeniyle ameliyat olan hastalarda disfaji, hemiparazi, afazi, baş ağrısı gibi semptomlar günlük yaşam yeteneklerini olumsuz etkilemektedir. (179- 182). Günlük yaşam yetenekleri, olumsuz etkilenen hastaların yaşam kaliteleri bozulmaktadır (183). Araştırma sonuçlarımız, hastaların fonksiyonel bağımsızlık düzeyi ile yaşam kalitesi düzeyinin ilişkili olduğu ve fonksiyonel bağımsızlık düzeyinin azalması ile yaşam kalitesinin azaldığını göstermiştir. Jaboksson ve ark.

(2023) spontan supratentoryal intraserebral kanamanın cerrahi olarak boşaltılmasından sonra uzun dönemli fonksiyonel sonuç ve yaşam kalitesini incelediği çalışmada, bağımlılık düzeyi ile daha kötü yaşam kalitesi düzeyi ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir (174). Younsi ve ark. (2021) akut subdural hematoma nedeniyle ameliyat olan 80 yaş üzeri hastalarda yaşam kalitesi ve fonksiyonel iyileşmeyi incelediği çalışmada, fonksiyonel iyileşme düzeyi iyi olmayan hastalarda düşük yaşam kalitesi düzeyi saptanmıştır (184). Von Steinbüchel ve ark. (2010) beyin hasarı sonrası yaşam kalitesi ölçeğinin, ölçek geçerliliğini yaptığı çalışmada; fonksiyonel bağımsızlık düzeyinin, yaşam kalitesi düzeyinin yordayıcı faktörleri arasında olduğu saptanmıştır (185). Czapiga ve ark. (2014) ise anevrizmal SAK'lı hastalarda yaptıkları çalışmada fiziksel engellerin önemli ölçüde yaşam kalitesini azalttığını bulmuşlardır (134). Çalışma sonuçları yapılan benzer çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

İntrakraniyal kanama sonrası hastalarda belirgin bir dış neden olmaksızın sinirlilik veya yorgunluk, birkaç gün ya da hafta süren üzüntü, umutsuzluk, rahatsızlık hissi, cinsel belirtiler, iş veya hobilere ilgisizlik, gece uyanma gibi depresif belirtiler görülebilmektedir (175). Bu depresif belirtiler hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir (175, 186- 188). Araştırma sonuçlarımız yüksek depresyon düzeyinin, düşük yaşam kalitesi düzeyi ve düşük fonksiyonel bağımsızlık düzeyi ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Hai J ve ark. (2010) hipertansif intraserebral kanama nedeniyle cerrahi uygulan hastaların depresyon düzeyi ile uzun vadeli fonksiyonel sonuçları incelediği çalışmada, hayatta kalan hastaların %58,1'inde depresyon geliştiği ve depresyonun yordayıcı faktörleri arasında, ameliyat sonrası dönemde yüksek bağımlılık düzeyi ve düşük yaşam kalitesi düzeyinin olduğu tespit edilmiştir (150). Kreiter ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada, depresif duygudurum ile kötü yaşam kalitesi düzeyi arasında ilişki olduğunu ve depresyonun yaşam kalitesinin psikososyal ve fiziksel boyutlarını etkilediğini saptamışlardır (33). İntraserebral kanama sonrası depresyon, fonksiyonel yetersizlik ve kognitif durumun kötü sonuçları ile ilişkilendirilmiştir (33). Araştırma sonuçlarımız literatürdeki benzer çalışma sonuçları ile paralellik göstermiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

İntrakraniyal kanama cerrahisi geçiren hastaların yaşam kalitesi, depresif belirtilerini ve fonksiyonel bağımsızlık düzeylerini belirlemek, fonksiyonel bağımsızlık düzeylerinin, depresif belirtilerinin ve bazı sosyodemografik (yaş, cinsiyet) ve hastalıkla ilişkili özelliklerinin (kanamanın gerçekleştiği lob) yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendirmek yapılan bu çalışmanın sonuçları aşağıda belirtilmiştir.

- Hastaların NSP bölüm 1 puanın $294,76 \pm 147,21$ olduğu ve ağrı alt boyutunda en yüksek, enerji alt boyutunda en düşük yaşam kalitesi düzeyine sahip olduğu,
- Hastaların FBÖ toplam puan ortalamasının $83,95 \pm 33,98$ olduğu,
- Hastaların HAD depresyon alt boyut puanının $9,76 \pm 4,65$ olduğu,
- Çalışmanın bağımsız değişkenleri kabul edilen yaş, cinsiyet ve kanamanın olduğu bölge değişkenleri ile yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığı,
- Fonksiyonel bağımsızlık ve depresyon düzeyleri ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu,
- Hastaların fonksiyonel bağımsızlık düzeylerinin artması ile yaşam kalitesi düzeyinin arttığı, depresyon düzeylerinin artması ile yaşam kalitesi düzeyinin azaldığı saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- İntrakraniyal kanama nedeniyle ameliyat olan hastaların yaşam kalitesi düzeyini etkileyen fonksiyonel bağımsızlık ve depresyon düzeyine yönelik değerlendirmenin hasta izlem programına eklenmesi,
- Hastaların fonksiyonel bağımsızlık düzeyini ve yaşam kalitesi düzeyini artıracak faaliyet ve müdahalelerin planlaması,

- Klinik yatışı süresince ve hasta taburcu olduktan sonra uzun bir süreçte, hastanın izlemi ve rehabilitasyon sürecini yönetmek ve danışmanlık hizmeti sunmak için multidisipliner bir ekip oluşturulması,
- İleride yapılacak çalışmalarda, hastaların daha uzun bir zaman diliminde takip edilmesi ve birden fazla ölçüm yapılması önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. Kidwell CS, Wintermark M. Imaging of intracranial haemorrhage. *Lancet Neurol.*2008;7(03):256–267.
2. Feigin VL, Anderson CS, Rodgers A, Bennett DA. Subarachnoid haemorrhage occurrence exhibits a temporal pattern – evidence from meta-analysis. *Eur J Neurol.* 2002;9: 511– 516.
3. Feigin V, Parag V, Lawes CM, Rodgers A, Suh I, Woodward M, et al. Asia Pacific Cohort Studies Collaboration. Smoking and elevated blood pressure are the most important risk factors for subarachnoid hemorrhage in the Asia-Pacific region: an overview of 26 cohorts involving 306,620 participants. *Stroke.* 2005;36(7):1360-5.
4. Van Asch CJ, Luitse MJ, Rinkel GJ, Van der Tweel I., Algra A. Incidence, case fatality, and functional outcome of intracerebral haemorrhage over time, according to age, sex, and ethnic origin: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Neurology.* 2010; 9(2): 167–176.
5. Poon MT, Fonville AF, Al-Shahi Salman R. Long-term prognosis after intracerebral haemorrhage: Systematic review and meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2014; 85(6): 660-667.
6. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Results [Internet]. 2020 [Erişim tarihi 01.08.2023]. Erişim Adresi: <https://vizhub.healthdata.org/gdb-results>
7. Sudlow CL, Warlow CP. Comparable studies of the incidence of stroke and its pathological types: results from an international collaboration. *Stroke.*1997; 28:491–499.
8. D'Souza S. Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. *Journal of neurosurgical anesthesiology.* 2005;27(3): 222–240.
9. Van Gijn J, Kerr RS, Rinkel GJ. Subarachnoid haemorrhage. *Lancet.* 2007; 369(9558): 306-318.
10. Bederson JB, Connolly ES, Batjer HH, Dacey RG, Dion JE, Diringer MN, et al. Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a statement for healthcare professionals from a special writing group of the Stroke Council, American Heart Association. *Stroke.* 2009; 40: 994-1025.
11. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone G, et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee (2010). Heart disease and stroke statistics 2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation,* 121(7), e46–e215.
12. Suarez JJ. Diagnosis and Management of Subarachnoid Hemorrhage. *Continuum (Minneapolis, Minn.).*2015; 21(5): 1263-1287.
13. Kaptanoğlu E, Solaroğlu İ, Uçar MD, Okutan MÖ, Beşkonaklı E, Taşkın Y. Akut subdural hematomlar: opere edilen 73 olgunun retrospektif analizi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2001; 7:246-249.
14. Eroğlu A, Atabey C, Topuz AK, Çolak A, Demircan MN. Spontan intraserebral hematoma 104 olgunun değerlendirilmesi. *Türk Nöroşirürji Dergisi.* 2012;22: 167-170.

15. Keep RF, Hua Y, Xi G. Intracerebral haemorrhage: mechanisms of injury and therapeutic targets. *The Lancet Neurology*. 2012;11(8): 720-731
16. Hostettler IC, Seiffge DJ, Werring DJ. Intracerebral hemorrhage: an update on diagnosis and treatment. *Expert Rev Neurother*. 2019;19(7):679-694.
17. Broderick JP, Grotta JC, Naidech AM, Steiner T, Sprigg N, Toyoda et al. story of intracerebral hemorrhage: from recalcitrant to treatable disease. *Stroke*. 2021;52(5):1905-1914.
18. Koliaş A, Chari A, Santarius T. Chronic subdural haematoma: modern management and emerging therapies. *Nat Rev Neurol*. 2014;10: 570–578.
19. Huang J, Gao C, Dong J, Zhang J, Jiang R. Drug treatment of chronic subdural hematoma. *Expert Opin Pharmacother*. 2020;21(4):435-444.
20. Doyle M, Bradley NM, Li K, Sinclair E, Lam K, Chan G, et al. Quality of Life In Patients With Brain Metastases Treated With A Palliative Course of Whole-Brain Radiotherapy. *Journal of Palliative Medicine*. 2007; 10(2): 367-374.
21. Spetz A, Henriksson R, Bergenheim AT. A Specialist Nurse As A Resource For Family Members to Patients With Brain Tumours: An Action Research Study. *Cancer Nursing*. 2008; 31(4): E18-E26.
22. Özdemir Ö, Özbabalık D, Özdemir G. İntraserebral hemoraji. Balkan S (Editör). *Serebrovasküler Hastalıklar'da 3.baskı*. Ankara: Güneş kitabevi; 2009;147-60.
23. Gazzotti MR, Alith MB, Malheiros SMF, Vidotto MC, Jardim JR, Nascimento OA. Functional Assessment of Cancer Therapy-Brain Questionnaire: Translation and Linguistic Adaptation to Brazilian Portuguese. *Sao Paulo Medical Journal* 2011; 129 (4): 230-235.
24. An SJ, Kim TJ, Yoon B-W. Epidemiology, risk factors, and clinical features of intracerebral hemorrhage: an update. *Journal of stroke*. 2017;19(1):3-10.
25. Bott T, Thalinger K, Hertzberg V. Hypertension as a risk factor for spontaneous intracerebral hemorrhage. *Stroke*. 1986;17:1078– 1083.
26. Osoba D, Brada M, Prados MD, Yung WK. Effect of Disease Burden On Health-Related Quality of Life in Patients With Malignant Gliomas. *Neuro-Oncology*. 2000; 2(4): 221-228.
27. Erkol G. Kanser Hastasına Nöro-onkoloji Pratiği Açısından Yaklaşım. *Klinik Gelişim*. 2004; 17: 62-76.
28. Meyers CA, Brown PD. Role and Relevance of Neurocognitive Assessment in Clinical Trials of Patients With CNS Tumors. *Journal of Clinical Oncology*. 2006; 24 (8): 1305-1309.
29. Katati MJ, Santiago-Ramajo S, Pérez-García M, Meersmans-Sánchez Jofré M, Vilar-Lopez R, Coín-Mejias MA, et al. Description of quality of life and its predictors in patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Cerebrovascular diseases*. 2007; 24(1): 66–73.
30. Nieuwkamp DJ, Setz LE, Algra A, Linn FH, de Rooij NK, Rinkel GJ. Changes in case fatality of aneurysmal subarachnoid haemorrhage over time, according to age, sex, and region: a meta-analysis. *The Lancet. Neurology*. 2009; 8(7):635–642.
31. Kreiter KT, Rosengart AJ, Claassen J, Fitzsimmons BF, Peery S, Du YE, et al. Depressed mood and quality of life after subarachnoid hemorrhage. *J Neurol Sci*. 2013;335(1-2):64-71.

32. Hop JW, Rinkel GJ, Algra A, et al. Changes in functional outcome and quality of life in patients and caregivers after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *J Neurosurg.* 2001;95:957–63.
33. Kohli R, Chaturvedi S. Epidemiology and Clinical Manifestations of Immune Thrombocytopenia. *Hamostaseologie.* 2019;39(3):238–249.
34. Chen SH, McCarthy DJ, Sheinberg D, Hanel R, Sur S, Jabbour P, et al. Pipeline Embolization Device for the Treatment of Intracranial Pseudoaneurysms. *World neurosurgery.* 2019;127: e86–e93.
35. Best JG, Bell R, Haque M, Chandratheva A, Werring DJ. Atrial fibrillation and stroke: a practical guide. *Practical neurology.* 2019;19(3): 208–224.
36. Wikimedia Commons. [2 Ağustos 2023]. Erişim Adresi: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:An_illustration_of_the_different_types_of_brain_hemorrhage.png
37. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplan LR, Connors JJ, Culebras A, et al. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2013;44(7):2064–2089.
38. Siddique MS, Gregson BA, Fernandes HM, Barnes J, Treadwell L, Wooldridge TD, et al. Comparative study of traumatic and spontaneous intracerebral hemorrhage. *Journal of Neurosurgery.* 2002; 96(1):86–89.
39. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *International journal of stroke: official journal of the International Stroke Society.* 2022; 17(1): 18–29.
40. Topçuoğlu MA. Stroke Epidemiology and near future projection in Turkey: Analysis of Turkey data from the global burden of disease study. *Turk J Neurol* 2022; 28(4): 200–211.
41. An SJ, Kim TJ, Yoon BW. Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Features of Intracerebral Hemorrhage: An Update. *Journal of stroke.* 2017; 19(1):3–10.
42. Dewan MC, Rattani A, Gupta S, Baticulon RE, Hung YC, Punchak M, et al. Estimating the global incidence of traumatic brain injury. *J. Neurosurg.* 2018;130:1080–1097
43. Armin SS, Colohan AR, Zhang JH. Traumatic subarachnoid hemorrhage: our current understanding and its evolution over the past half century. *Neurological Reserach.* 2006; 28:445–452.
44. Modi NJ, Agrawal M, Sinha VD. Post-traumatic subarachnoid hemorrhage: A review. *Neurology India.* 2016; 64:8–13.
45. Sundström J, Söderholm M, Söderberg S, Alfredsson L, Andersson M, Bellocco R. et al. Risk factors for subarachnoid haemorrhage: a nationwide cohort of 950 000 adults. *International journal of epidemiology.* 2019;48(6): 2018–2025.
46. GBD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol.* 2021 Oct20(10):795–820.
47. Tian D, Zhang L, Zhuang Z, Huang T, Fan D. A two-sample Mendelian randomization analysis of modifiable risk factors and intracranial aneurysms. *Scientific reports.* 2022;12(1): 7659.

48. Yang W, Huang J. Chronic Subdural Hematoma: Epidemiology and Natural History. *Neurosurgery clinics of North America*. 2017;28(2):205–210.
49. Walcott BP, Khanna A, Kwon CS, Phillips HW, Nahed BV, Coumans JV. Time interval to surgery and outcomes following the surgical treatment of acute traumatic subdural hematoma. *Journal of Clinical Neuroscience*. 2014;21:2107–2111.
50. Khan B, Afridi EAK, Khan B, Khan SA, Aurangzeb A, Khan AA, et al. Decompressive Craniectomy For Acute Subdural Haematoma With Expansile Duraplasty Versus Dural-Slits. *Journal of Ayub Medical Collage*. 2016;28: 285–288.
51. Rauhala M, Helén P, Huhtala H, Heikkilä P, Iverson GL, Niskakangas T, et al. Chronic subdural hematoma incidence, complications, and financial impact. *Acta Neurochirurgica*. 2020;162:2033–2043.
52. Rosenthal AA, Solomon RJ, Eyerly-Webb SA, Sanchez R Lee SK, Kiffin C, et al. Traumatic Epidural Hematoma: Patient Characteristics and Management. *The American surgeon*. 2017;83(11): e438-e440.
53. Fernández-Abinader JA, González-Colón K, Feliciano CE, Mosquera-Soler AM. Traumatic Brain Injury Profile of an Elderly Population in Puerto Rico. *P R Health Sci J*. 2017;36(4):237-239.
54. Tamburrelli FC, Meluzio MC, Masci G, Perna A, Burrofato A, Proietti L. Etiopathogenesis of Traumatic Spinal Epidural Hematoma. *Neurospine*. 2018;15(1):101-107.
55. Chicote Álvarez E, González Castro A, Ortiz Lasa M, Jiménez Alfonso A, Escudero Acha P, Rodríguez Borregán JC, et al. Epidemiology of traumatic brain injury in the elderly over a 25 year period. *Epidemiología del traumatismo craneoencefálico en la población mayor de 65 años a lo largo de 25 años*. *Revista Espanola De Anestesiologia Y Reanimacion*. 2018;65(10): 546-551.
56. Ernestus RI, Beldzinski P, Lanfermann H, Klug N. Chronic subdural hematoma: surgical treatment and outcome in 104 patients. *Surgical Neurology*. 1997;48:220-225.
57. Perry JJ, Stiell IG, Sivilotti MLA, Bullard MJ, Hohl CM, Sutherland J, et al. Clinical Decision Rules to Rule Out Subarachnoid Hemorrhage for Acute Headache. *JAMA*. 2013;310(12):1248–1255.
58. Suwatcharakoon S, Meyers E, Falo C, Schmidt JM, Agarwal S, Claassen J, et al. Loss of Consciousness at Onset of Subarachnoid Hemorrhage as an Important Marker of Early Brain Injury. *JAMA Neurol*. 2016;73(1):28–35.
59. Claassen J, Park S. Spontaneous subarachnoid haemorrhage. *The Lancet*. 2022;400(10355):846-862.
60. Bullock MR, Chesnut RM, Ghajar J, Gordon D, Hartl R, Newell DW, et al. Surgical management of acute epidural hematomas. *Neurosurgery*. 2006;58:7-15
61. Tsai YH, Lin JY, Huang YY, Wong JM. Cushing response-based warning system for intensive care of brain-injured patients. *Clinical neurophysiology : official journal of the International Federation of Clinical Neurophysiology*. 2018;129(12):2602–2612.

62. de Oliveira Manoel AL, Goffi A, Zampieri FG, Turkel-Parrella D, Duggal A, Marotta TR, et al. The critical care management of spontaneous intracranial hemorrhage: a contemporary review. *Critical care*. 2016;272.
63. Wang X, Chen Y, Wang Z, Qian M. Clinical Research of Early Hyperbaric Oxygen Therapy on Patients with Hypertensive Cerebral Hemorrhage After Craniotomy. *Turk Neurosurg*. 2020;30(3):361-365.
64. Fu S, Li F, Bie L. Drug therapy for chronic subdural hematoma: bench to bedside. *J Clin Neurosci*. 2018; 56:16-20.
65. Di Rienzo A, Colasanti R, Esposito D, Della Costanza M, Carrassi E, Capece M, et al. Endoscope-assisted microsurgical evacuation versus external ventricular drainage for the treatment of cast intraventricular hemorrhage: results of a comparative series. *Neurosurg Rev*. 2020;43(2):695-708.
66. Kuramatsu J, Gerner ST, Schellinger PD, Glahn J, Endres M, Sobesky J, et al. Anticoagulant reversal, blood pressure levels, and anticoagulant resumption in patients with anticoagulation-related intracerebral hemorrhage. *JAMA*. 2015; 313(8):824–836.
67. Moullaali TJ, Wang X, Martin RH, Shipes VB, Robinson TG, Chalmers J, et al. Blood pressure control and clinical outcomes in acute intracerebral haemorrhage: a preplanned pooled analysis of individual participant data. *The Lancet Neurology*. 2019;18(9):857-864.
68. Cook AM, Morgan Jones G, Hawryluk GWJ, Mailloux P, McLaughlin D, Papangelou A, et al. Guidelines for the Acute Treatment of Cerebral Edema in Neurocritical Care Patients. *Neurocrit Care*. 2020;32(3):647-666.
69. Bender MB, Christoff N. Nonsurgical treatment of subdural hematomas. *Arch Neurol*. 1974;31:73–9.
70. Suzuki K, Sugita K, Akai T, Takahata T, Sonobe M, Takahashi S. Treatment of chronic subdural hematoma by closed-system drainage without irrigation. *Surgical neurology*. 1998;50:231-234.
71. Sun TF, Boet R, Poon WS. Non-surgical primary treatment of chronic subdural haematoma: Preliminary results of using dexamethasone. *British journal of neurosurgery*. 2005;19:327–333.
72. Amos OA. Non-operative treatment of chronic subdural hematoma: Case Report Indian. *Journal of Neurotrauma (IJNT)*. 2009;6:1.
73. Hutchinson PJ, Edlmann E, Bulters D, Zolnourian A, Holton P, Suttner N, et al. Trial of dexamethasone for chronic subdural hematoma. *New England Journal of Medicine*. 2020;383(27):2616-2627.
74. Ye Y, Xu J, Han Y. Dexamethasone for delayed edema after intracerebral hemorrhage: To be or not to be? *Heliyon*. 2023;9(7): e17621.
75. Yang G, Shao G. Clinical effect of minimally invasive intracranial hematoma in treating hypertensive cerebral hemorrhage. *Pak J Med Sci*. 2016;32(3):677-81.
76. De Oliveira Manoel AL. Surgery for spontaneous intracerebral hemorrhage. *Crit Care*. 2020;24(1):45.
77. Hayashi T, Karibe H, Akamatsu Y, Narisawa A, Shoji T, Sasaki T, et al. Endoscopic hematoma evacuation for intracerebral hemorrhage under local anesthesia: factors that affect the hematoma removal rate. *World Neurosurgical*. 2019;126:e1330-e1336.

78. Wang T, Zhao QJ, Gu JW, Shi TJ, Yuan X, Wang J and et al. Neurosurgery medical robot Remebot for the treatment of 17 patients with hypertensive intracerebral hemorrhage. *The international journal of medical robotics + computer assisted surgery*. 2019;15(5):e2024.
79. Xia L, Han Q, Ni XY, Chen B, Yang X, Chen Q, Cheng, et al. Different Techniques of Minimally Invasive Craniopuncture for the Treatment of Hypertensive Intracerebral Hemorrhage. *World neurosurgery*. 2019;126: e888-e894.
80. Chan AK, Bisson EF, Bydon M, Glassman SD, Foley KT, Shaffrey CI. Predictors of the Best Outcomes Following Minimally Invasive Surgery for Grade 1 Degenerative Lumbar Spondylolisthesis. *Neurosurgery*. 2020;87(6):1130-1138.
81. Wu J, Zhang S. Analysis of the Therapeutic Effect and Prognostic Factors of 126 Patients With Hypertensive Cerebral Hemorrhage Treated by Soft-Channel Minimally Invasive Puncture and Drainage. *Front Surg*. 2022;9: 885580.
82. Goldberg JL, Härtl R, Elowitz E. Minimally Invasive Spine Surgery: An Overview. *World Neurosurg*. 2022; 163: 214-227.
83. Marescaux J, Diana M. Inventing the future of surgery. *World Journal of Surgery*. 2015;39(3):615–622.
84. Tang Y, Yin F, Fu D, Gao X, Lv Z, Li X. Efficacy and safety of minimal invasive surgery treatment in hypertensive intracerebral hemorrhage: a systematic review and meta-analysis. *BMC neurology*. 2018;18(1):136.
85. Wang G, Liu W, Li C, Wang H. Effect of minimally invasive surgery combined with intracranial pressure monitoring on neurological function recovery and quality of life in patients with hypertensive cerebral hemorrhage. *Am J Transl Res*. 2021;13(7):8076-8084.
86. Jia Y, Wang Y, Yang K, Yang R, Wang Z. Effect of Minimally Invasive Puncture Drainage and Conservative Treatment on Prognosis of Patients with Cerebral Hemorrhage. *J Healthc Eng*. 2021;2401256.
87. Wei JH, Tian YN, Zhang YZ, Wang XJ, Guo H, Mao JH. Short-term effect and long-term prognosis of neuroendoscopic minimally invasive surgery for hypertensive intracerebral hemorrhage. *World J Clin Cases*. 2021;9(28):8358-8365.
88. Adoni A, McNett M. The pupillary response in traumatic brain injury: a guide for trauma nurses. *J Trauma Nurs*. 2007;14(4):191-196.
89. Wijdicks EFM. *The Practice of Emergency and Critical Care Neurology*. 2nd ed. Oxford, England: Oxford University Press; 2016.
90. Darsie ME, Moheet AS. *The Pocket Guide to Neurocritical Care*. Chicago, IL: Neurocritical Care Society; 2017.
91. Carney N, Totten AM, O'Reilly C, Ullman JS, Hawryluk GW, Bell MJ. Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury, Fourth Edition. *Neurosurgery*. 2017;80(1):6-15.
92. Liebman E, Makic MBF. Care of the Perioperative Patient at Risk for Increased Intracranial Pressure. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2022;37(2):274-276.
93. Cadena R, Shoykhet M, Ratcliff JJ. Emergency neurological life support: intracranial hypertension and herniation. *Neurocrit Care*. 2017;27(1):82-88.
94. Haddad SH, Arabi YM. Critical care management of severe traumatic brain injury in adults. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2012;20(12):12.

95. Olson DM, McNett MM, Lewis LS, Riemen KE, Bautista C. Effects of nursing interventions on intracranial pressure. *Am J Crit Care*. 2013;22(5):431-8.
96. Jiang Y, Ye ZP, You C, et al. Systematic review of decreased intracranial pressure with optimal head elevation in postcraniotomy patients: a meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2015;71(10):2237-2246.
97. Brooks C. Critical care nursing in acute postoperative neurosurgical patients. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2015;27(1):33-45.
98. Damkliang J, Considine J, Kent B, Street M. Using an evidence-based care bundle to improve initial emergency nursing management of patients with severe traumatic brain injury. *J Clin Nurs*. 2015;24(23-24):3365-3373.
99. March K, Hickey J. Intracranial hypertension: Theory and management of increased intracranial pressure In: Hickey J, ed. *The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2014
100. Mestecky AM. [Assessment and management of raised intracranial pressure]. In: Woodward S, Mestecky AM, eds. Topcuoğlu MA, Durna Z, Karadakovan A, çeviri editörleri. *Nörolojik Bilimler Hemşireliği Kanıta Dayalı Uygulamalar*. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Tic Ltd. Şti. 2014; 87-106.
101. American Association of Neuroscience Nurses (AANN). Evidence-Based Review: Nursing Care of Adults with Severe Traumatic Brain Injury. 2019;42. [Erişim Tarihi: 01.08.2023]. Erişim adresi: <https://aann.org/education/clinical-practice-guidelines>
102. Bigelow DA, Mcfarland BH, Olson MM. Quality Of Life of Community Mental Health Program Clients: Validating a Measure. *Community Mental Health Journal*. 1991;27(1): 43-55.
103. Holmes S, Dickerson J. The Quality Of Life: Design And Evaluation Of A Self-Assessment Instrument For Use With Cancer Patients. *International Journal Of Nursing Studies*. 2003; 40(5): 515-520.
104. World Health Organization. Measuring quality of life: the development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL). Geneva: WHO, 1993.
105. Cummins RA. Moving From The Quality of Life Concept to a Theory. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2005; 49(10): 699-706.
106. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: selfmaintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-186.
107. Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. 1983;31(12):721e727.
108. Scott WK, Macera CA, Cornman CB, Sharpe PA. Functional health status as a predictor of mortality in men and women over 65. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1997;50 (3): 291–296., Ramos, L. R., Simoes, E. J., & Albert, M. S. Dependence in activities of daily living and cognitive impairment strongly predicted mortality in older urban residents in Brazil: A 2-year follow-up. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2001; 49 (9):1168–1175.
109. Millán-Calenti JC, TubíoJ, Pita-Fernández S, González-Abraldes I, Lorenzo T, Fernández-Arruty T, et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2010; 50 (3); 306–310.

110. Peterson DB, Rosenthal DA. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as an allegory for history and systems in rehabilitation education. *Rehabilitation Education*. 2005;19(2/3):95-104.
111. Üstün TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disabil Rehabil*. 2003;25(11-12):565-71.
112. Ekinçi Y, Yıldız Kabak V, Atasavun Uysal V, Düğer T. An investigation of the relationship among four different activities of daily living indexes in cancer patients. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*. 2015;2(2):61-65.
113. World Health Organization. WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11). 2018 [Erişim Tarihi 10 Ağustos2023]. Erişim Adresi: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1194756772>
114. WHO. Depression and Other Common Mental Disorders. 2017 [Erişim tarihi 03.04.2023]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
115. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
116. Krawczyk-Suszek M, Kleinrok A. Health-Related Quality of Life (HRQoL) of People over 65 Years of Age. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(2):625.
117. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res*. 2019;(10):2641-2650.
118. Di Maio M. Quality of life: an important element of treatment value. *Lancet Oncol*. 2017;18(12):1557-1558.
119. Poon MT, Bell SM, Al-Shahi Salman R. Epidemiology of Intracerebral Haemorrhage. *Front Neurol Neurosci*. 2015; 37:1-12.
120. Weimar C, Kleine-Borgmann J. Epidemiology, Prognosis and Prevention of Non-Traumatic Intracerebral Hemorrhage. *Curr Pharm Des*. 2017;23(15):2193-2196.
121. Qureshi AI, Foster LD, Lobanova I, Huang W, Suarez JJ. Intensive Blood Pressure Lowering in Patients with Moderate to Severe Grade Acute Cerebral Hemorrhage: Post Hoc Analysis of Antihypertensive Treatment of Acute Cerebral Hemorrhage (ATACH)-2 Trial. *Cerebrovasc Dis*. 2020;49(3):244-252.
122. Pasi M, Casolla B, Kyheng M, Boulouis G, Kuchcinski G, Moulin S, et al. Long-term functional decline of spontaneous intracerebral haemorrhage survivors. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2021;92(3):249-254.
123. Boerboom W, Heijenbrok-Kal MH, Khajeh L, van Kooten F, Ribbers GM. Differences in cognitive and emotional outcomes between patients with perimesencephalic and aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *J Rehabil Med*. 2014;46(1):28-32.
124. Buunk AM, Groen RJM, Veenstra WS, Metzemaekers JDM, van der Hoeven JH, van Dijk JMC, et al. Cognitive deficits after aneurysmal and angiographically negative subarachnoid hemorrhage: Memory, attention, executive functioning, and emotion recognition. *Neuropsychology*. 2016;30(8):961-969.

125. Keep RF, Andjelkovic AV, Xiang J, Stamatovic SM, Antonetti DA, Hua Y, et al. Brain endothelial cell junctions after cerebral hemorrhage: Changes, mechanisms and therapeutic targets. *J Cereb Blood Flow Metab.* 2018;38(8):1255-1275.
126. Powell J, Kitchen N, Heslin J, Greenwood R. Psychosocial outcomes at 18 months after good neurological recovery from aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2004;75(8):1119-24
127. Alfieri A, Gazzeri R, Pircher M, Unterhuber V, Schwarz A. A prospective long-term study of return to work after nontraumatic nonaneurysmal subarachnoid hemorrhage. *J Clin Neurosci.* 2011;18(11):1478-80.
128. Sonesson B, Kronvall E, Säveland H, Brandt L, Nilsson OG. Long-term reintegration and quality of life in patients with subarachnoid hemorrhage and a good neurological outcome: findings after more than 20 years. *J Neurosurg.* 2018;128(3):785-792.
129. Schiavolin S, Quintas R, Ferroli P, Acerbi F, Brock S, Cusin A, et al. Quality of life measures in Italian neurosurgical patients: validity of the EUROHIS-QOL 8-item index. *Qual Life Res.* 2015;24(2):441-4.
130. Sreekrishnan A, Dearborn JL, Greer DM, Shi F-, Hwang DY, Leasure AC, et al. Intracerebral Hemorrhage Location and Functional Outcomes of Patients: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Neurocrit Care.* 2016;25(3):384-391.
131. Delcourt C, Zheng D, Chen X, Hackett M, Arima H, Hata J, et al. Associations with health-related quality of life after intracerebral haemorrhage: Pooled analysis of INTERACT studies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2017;88(1):70-75
132. Ronne-Engström E, Enblad P, Lundström E. Outcome after spontaneous subarachnoid hemorrhage measured with the EQ-5D. *Stroke.* 2011;42(11):3284-6.
133. Passier PE, Visser-Meily JM, Rinkel GJ, Lindeman E, Post MW. Determinants of health-related quality of life after aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a systematic review. *Qual Life Res.* 2013;22(5):1027-43.
134. Czapiga B, Kozba-Gosztyla M, Czapiga A, Jarmundowicz W, Rosinczuk-Tonderys J, Krautwald-Kowalska M. Recovery and quality of life in patients with ruptured cerebral aneurysms. *Rehabil Nurs.* 2014;39(5):250-9.
135. Xu X, Chen X, Li F, Zheng X, Wang Q, Sun G, Zhang J, Xu B. Effectiveness of endoscopic surgery for supratentorial hypertensive intracerebral hemorrhage: a comparison with craniotomy. *J Neurosurg.* 2018;128(2):553-559.
136. Huang Y, Zheng H, Mo M. Effect of different operation time on surgical effect and quality of life in patients with severe hypertensive intracerebral hemorrhage. *Am J Transl Res.* 2021;13(8):9538-9545.
137. Lo YT, See AAQ, King NKK. Decompressive Craniectomy in Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Case-Control Study. *World Neurosurg.* 2017;103: 815-820.
138. Hou Z, Tian R, Han F, Hao S, Wu W, Mao X, et al. Decompressive craniectomy protects against hippocampal edema and behavioral deficits at an early stage of a moderately controlled cortical impact brain injury model in adult male rats. *Behav Brain Res.* 2018; 345 :1-8.

139. Ling M, Zhang Q, Zang L, Li X, Liu Q. Decompressive craniectomy can improve the recovery of neurological function, daily living ability and life quality of patients with intracerebral hemorrhage after surgery. *Am J Transl Res.* 2021;13(10):11364-11374.
140. Persson HC, Törnbom K, Sunnerhagen KS, Törnbom M. Consequences and coping strategies six years after a subarachnoid hemorrhage - A qualitative study. *PLoS One.* 2017;12(8):e0181006.
141. Persson HC, Törnbom M, Winsö O, Sunnerhagen KS. Symptoms and consequences of subarachnoid haemorrhage after 7 years. *Acta Neurol Scand.* 2019;140(6):429-434.
142. Al-Khindi T, Macdonald RL, Schweizer TA. Cognitive and functional outcome after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Stroke.* 2010;41(8):e519-36.
143. von Vogelsang AC, Forsberg C, Svensson M, Wengström Y. Patients Experience High Levels of Anxiety 2 Years Following Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. *World Neurosurg.* 2015;83(6):1090-7.
144. Visser-Meily JM, Rhebergen ML, Rinkel GJ, van Zandvoort MJ, Post MW. Long-term health-related quality of life after aneurysmal subarachnoid hemorrhage: relationship with psychological symptoms and personality characteristics. *Stroke.* 2009;40(4):1526-9.
145. Passier PE, Visser-Meily JM, van Zandvoort MJ, Post MW, Rinkel GJ, van Heugten C. Prevalence and determinants of cognitive complaints after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Cerebrovasc Dis.* 2010;29(6):557-63.
146. Chahal N, Barker-Collo S, Feigin V. Cognitive and functional outcomes of 5-year subarachnoid haemorrhage survivors: comparison to matched healthy controls. *Neuroepidemiology.* 2011;37(1):31-8
147. Boerboom W, Heijenbrok-Kal MH, Khajeh L, van Kooten F, Ribbers GM. Long-Term Functioning of Patients with Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: A 4-yr Follow-up Study. *Am J Phys Med Rehabil.* 2016;95(2):112-20.
148. Wong GK, Lam SW, Ngai K, Wong A, Siu D, Poon WS, et al. Cognitive Dysfunction after Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage Investigators. Cognitive domain deficits in patients with aneurysmal subarachnoid haemorrhage at 1 year. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2013;84(9):1054-8.
149. Fayad PB, Awad IA. Surgery for intracerebral hemorrhage. *Neurology.* 1998;51(3):S69-S73.
150. Hai J, Zhang L, Wang F, Wan JF, Pan QG. Quality of life with special respect to depression after surgical treatment of hypertensive basal ganglia hemorrhage. *Neurol India.* 2010;58:74-77
151. Hong Y, Yan H, Wurichayihu, Zhang G. The effects of comprehensive nursing interventions on the negative emotions, quality of life, and nursing satisfaction in intracerebral hemorrhage patients. *Am J Transl Res.* 2021;13(5):4860-4867.
152. Waili G, Amuti S. Influence of humanized nursing on patients with intracranial aneurysm subarachnoid hemorrhage undergoing interventional embolization. *Heliyon.* 2023;9(3): e14311.
153. Yang Y, Mu A, Wang Y. Early path nursing improves neurological function recovery in patients with intracerebral hemorrhage: Protocol for a randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore).* 2021;100(1): e24020.

154. Li W, Gao J, Wei S, Wang D. Application values of clinical nursing pathway in patients with acute cerebral hemorrhage. *Exp Ther Med*. 2016;(2):490-494.
155. Wang X, Wang X, Bai H, Zhang Y, Si J. Effect of programmed nursing combined with cognitive behavioral intervention on clinical nursing effect and neurological function of patients with intracerebral hemorrhage. *Am J Transl Res*. 2021;13(10):11728-11736.
156. Soper, D.S. A-priori Sample Size Calculator for Multiple Regression [Software]. 2022. Available from <https://www.danielsoper.com/statcalc>
157. Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *J R Coll Gen Pract*. 1985;35(273):185-8.
158. K         AA, McKenna SP, Kutlay S, G      Y, Whalley D, Arasil T. The development and psychometric assessment of the Turkish version of the Nottingham Health Profile. *Int J Rehabil Res*. 2000 Mar;23(1):31-8.
159. Doll HA, Black NA, Flood AB, McPherson K. Criterion validation of the Nottingham Health Profile: patient views of surgery for benign prostatic hypertrophy. *Soc Sci Med*. 1993;(1):115-22.
160. Yavuzer G. N  rorehabilitasyon Hastalarının Değerlendirimi ve İzleminde Fonksiyonel Bağımsızlık        ve Modifiye Barthel İndeksi'nin Yeri. [Tıpta uzmanlık tez]. Ankara: Ankara   niversitesi;1996.
161. Ottenbacher KJ, Hsu Y, Granger CV, Fiedler RC. The reliability of the functional independence measure: A quantitative review. *Arch Phys Med Rehabil*. 1996;77(12):1226– 32.
162. K         AA, Yavuzer G, Elhan AH, Sonel B, Tennant A. Adaptation of the Functional Independence Measure for use in Turkey. *Clin Rehabil*. 2001;15(3):311-9.
163. Doods AT, Martin DP, Stolov WC, Deyo AR. A Validation of the Functional Independence Measure (FIM) and Its Performance Among Rehabilitation Patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1993;74(5):531-536.
164. Zigmund AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-370.
165. Aydemir   , G  venir T, K  ey L. Validity and realibility of Turkish version of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Turkish Journal of Psychiatry* 1997; 8:280-287.
166. Aljabri B, Al Wahaibi K, Abner D, Mackenzie KS, Corriveau MM, Obrand DI,et al. Patient-reported quality of life after abdominal aortic aneurysm surgery: a prospective comparison of endovascular and open repair. *J Vasc Surg*. 2006;44(6):1182-1187.
167. Amemiya T, Oda K, Ando M, Kawamura T, Kitagawa Y, Okawa Y,et al. Activities of daily living and quality of life of elderly patients after elective surgery for gastric and colorectal cancers. *Ann Surg*. 2007;246(2):222-8.
168. Levine NB, Demonte F. Functional outcome in the neurosurgical patient and its impact on quality of life. *Skull Base*. 2010;20(1):19-22.
169. McCoul ED, Anand VK, Schwartz TH. Improvements in site-specific quality of life 6 months after endoscopic anterior skull base surgery: a prospective study. *J Neurosurg*. 2012; 117(3):498-506.

170. Prakash P, Dhandapani M, Ghai S, Singh NV, Dhandapani S. Quality of Life Among Children Who Had Undergone Ventriculoperitoneal Shunt Surgery. *J Pediatr Neurosci.* 2018;13(2):189-194.
171. Junkkari, A., Sintonen, H., Danner, N. *et al.* 5-Year health-related quality of life outcome in patients with idiopathic normal pressure hydrocephalus. *J Neurol.* 2021;268: 3283–3293.
172. Królikowska A, Filipiska-Blejder K, Jabłońska R, Haor B, Antczak-Komoterska A, Biercewicz M, *et al.* Quality of Life after Surgical Treatment of Brain Tumors. *J Clin Med.* 2022;11(13):3733.
173. M.T. Forster, A.K. Mathé, C. Senft, I. Scharrer, V. Seifert, R. Gerlach. The influence of preoperative anticoagulation on outcome and quality of life after surgical treatment of chronic subdural hematoma. *Journal of Clinical Neuroscience.* 2010;17(8):975-979
174. Jakobsson J, Redebrandt HN, Tobieson L, Bartek J Jr, Bartley A, Troberg E, *et al.* Long-Term Functional Outcome and Quality of Life After Surgical Evacuation of Spontaneous Supratentorial Intracerebral Hemorrhage: Results from a Swedish Nationwide Cohort. *World Neurosurg.* 2023;170:e351-e363.
175. Christensen MC, Mayer S, Ferran JM. Quality of life after intracerebral hemorrhage: results of the Factor Seven for Acute Hemorrhagic Stroke (FAST) trial. *Stroke.* 2009;40(5):1677-82
176. Özerdoğan Ö, Yüksel B, Çelik M, Oymak S, Bakar C. Yaşlılarda yaşam koşullarını görüntüleme göstergeleri. *Türk Halk Sağlığı Dergisi.* 2018; 16(2): 90-105.
177. Tan H. The mediating role of anxiety in feelings of stigma and quality of life of post-epidemic hemiplegic patients with cerebral hemorrhage. *J Clin Neurosci.* 2023;112:12-19.
178. Hoogslag VDN, van Essen TA, Dijkman MD, Moudrous W, Schoonman GG, Peul WC. A multicentre retrospective cohort study on health-related quality of life after traumatic acute subdural haematoma: does cranial laterality affect long-term recovery? *BMC Neurol.* 2022;22(1):287.
179. Tomita Y, Yamada SM, Yamada S, Matsuno A. Subdural Tension on the Brain in Patients with Chronic Subdural Hematoma Is Related to Hemiparesis but Not to Headache or Recurrence. *World Neurosurg.* 2018;119: e518-e526.
180. Keser T, Kofler M, Katzmayer M, Schiefecker AJ, Rass V, Iancosi BA, *et al.* Risk Factors for Dysphagia and the Impact on Outcome After Spontaneous Subarachnoid Hemorrhage. *Neurocrit Care.* 2020;33(1):132-139.
181. Chen K, Wang K, Chen D, Niu H, Yang S, Wang Y. Surgical Procedure in the Treatment of Organized Chronic Subdural Hematoma: A Single-Center Experience. *J Neurol Surg A Cent Eur Neurosurg.* 2021;82(3):241-247.
182. Patel PD, Broadwin M, Stansbury T, Brown JB, Kincaid H, Duka S, *et al.* Risk Factors Associated With Neurosurgical Intervention in Patients With Mild Traumatic Intracranial Hemorrhage. *J Surg Res.* 2023.283:137-145.
183. Last J, Perrech M, Denizci C, Dorn F, Kessler J, Seibl-Leven M, *et al.* Long-term Functional Recovery and Quality of Life after Surgical Treatment of Putaminal Hemorrhages. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2015;24(5):925-9.
184. Younsi A, Fischer J, Habel C, Riemann L, Scherer M, Unterberg A, *et al.* Mortality and functional outcome after surgical evacuation of traumatic acute

- subdural hematomas in octa- and nonagenarians. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2021;47(5):1499-1510.
185. von Steinbüchel N, Wilson L, Gibbons H, Hawthorne G, Höfer S, Schmidt S, , et al. QOLIBRI Task Force. Quality of Life after Brain Injury (QOLIBRI): scale validity and correlates of quality of life. *J Neurotrauma*. 2010;27(7):1157-65.
 186. King JT Jr, Tsevat J, Roberts MS. Measuring preference-based quality of life using the EuroQol EQ-5D in patients with cerebral aneurysms. *Neurosurgery*. 2009 Sep;65(3):565-72; discussion 572-3.
 187. Meyer B, Ringel F, Winter Y, Spottke A, Gharevi N, Dams J, et al. Health-related quality of life in patients with subarachnoid haemorrhage. *Cerebrovascular diseases*. 2010;30(4):423-431.
 188. Taufique Z, May T, Meyers E, Falo C, Mayer SA, Agarwal S, et al. Predictors of Poor Quality of Life 1 Year After Subarachnoid Hemorrhage. *Neurosurgery*. 2016;78(2):256-64



8. EKLER

EK 1: Tanıtıcı Bilgiler Formu

TANITICI BİLGİLER FORMU EK -1

1. TANI:

2. YAŞINIZ:

3. CİNSİYETİNİZ: () KADIN () ERKEK

4. MEDENİ DURUMUNUZ: () BEKAR () EVLİ

5. ÖĞRENİM DURUMUNUZ:

() Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlköğretim () Ortaöğretim () Lisans ve üstü

6. ÇALIŞIYOR MUSUNUZ? () Evet () Hayır

7. SAĞLIK GÜVENCESİNİZ VAR MI? () Evet () Hayır

8. BERABER YAŞADIĞINIZ AİLE FERTLERİ:

9. SİGARA KULLANIYOR MUSUNUZ? () Evet () Hayır

10. ALKOL KULLNIYOR MUSUNUZ? () Evet () Hayır

11. UYKU PERİYODUNUZDA DEĞİŞİKLİKLER OLDU MU? () Evet () Hayır

12. BESLENME DÜZENİNİZDE DEĞİŞİKLİKLER OLDU MU? () Evet () Hayır

13. HASTALIĞA İLİŞKİN İLK TANI KOYULDUĞUNDAN BERİ NE KADAR ZAMAN GEÇTİ?

() 0-3 ay () 3ay-6 ay () 6 ay – 1 yıl () 1 yıl üzeri

14. KANAMA HANGİ LOBTA GERÇEKLEŞMİŞTİR?

(Bu bilgi tıbbi kayıtlardan elde edilmiştir.)

15. PSİKOLOJİK DESTEK ALDINIZ MI? () Evet () Hayır

EK 2: Nottingham Sağlık Profili

Aşağıda insanların günlük yaşantılarında karşılaşılabileceği bazı sorunlardan bahsedilmektedir.

Her bir sorunun sizde mevcut olup olmadığını düşünün, olanlara evet, olmayanlara hayır cevabını verin

	Evet	Hayır
Kendimi sürekli yorgun hissediyorum	☐	☐
Geceleri ağrım oluyor	☐	☐
Her şey moralimi bozuyor	☐	☐

	Evet	Hayır
Dayanılmaz şiddette ağrım var	☐	☐
Uyuyabilmek için ilaç alıyorum	☐	☐
Artık eğlenmeyi unuttum	☐	☐

	Evet	Hayır
Kendimi çok sinirli hissediyorum	☐	☐
Hareket etmek, pozisyon değiştirmek bana ağrı veriyor	☐	☐
Kendimi yalnız hissediyorum	☐	☐

EK 2: Nottingham Sağlık Profili (Devamı)

	Evet	Hayır
Sadece ev içinde yürüyebiliyorum	☐	☐
Öne eğilmek benim için zor oluyor	☐	☐
En basit işler için bile çaba göstermem gerekiyor	☐	☐

	Evet	Hayır
Sabahları çok erken saatte uyanıyorum	☐	☐
Hiç yürüyemiyorum	☐	☐
İnsanlarla ilişki kurmakta zorlanıyorum	☐	☐

Her bir sorunun sizde mevcut olup olmadığını düşünün, olanlara evet, olmayanlara hayır cevabını verin

	Evet	Hayır
Günler geçmek bilmiyormuş gibi geliyor	☐	☐
Merdiven inip çıkmakta zorlanıyorum	☐	☐
Bazı şeylere, yerlere uzanmak, yetişmek zor oluyor	☐	☐

	Evet	Hayır
Yürürken ağrıml oluyor	☐	☐
Bugünlerde çok kolay öfkeleniveriyorum	☐	☐
Bana yakın hiç kimse yokmuş gibi hissediyorum	☐	☐

EK 2: Nottingham Sağlık Profili (Devamı)

	Evet	Hayır
Geceleri çoğunlukla uyanık oluyorum	☐	☐
Bazen kontrolümü kaybediyormuş gibi hissediyorum	☐	☐
Ayakta durunca ağrım oluyor	☐	☐

	Evet	Hayır
Kendi kendime giyinmek zor oluyor	☐	☐
Çabucak yoruluveriyorum	☐	☐
Uzun süre ayakta durmak bana zor geliyor (örneğin mutfakta veya otobüs beklerken gibi)	☐	☐

	Evet	Hayır
Sürekli ağrım oluyor	☐	☐
Uykuya dalabilmek için uzun süre bekliyorum	☐	☐
Çevremdeki insanlara yük oluyormuşum gibi geliyor	☐	☐

	Evet	Hayır
Geceleri endişelerim yüzünden uyuyamıyorum	☐	☐
Hayat yaşamaya değmez gibi geliyor	☐	☐
Gece uykularım çok kötü	☐	☐

EK 3: Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (UDSMR izin yazısıdır. Ölçeğin orijinali paylaşılamamaktadır.)



August 15, 2023

Dear Melike:

Thank you for your request to reproduce a copy of the UDSMR FIM® instrument (the "Copyrighted Material") for inclusion as an appendix in your thesis paper to be submitted to Hacettepe University faculty as a requirement for your graduate studies ("Thesis").

Limited Permission is hereby granted to reproduce the Copyrighted Material only for the purpose described above and with the following restrictions:

1. The layout of the Copyrighted Material(s) shall remain intact and unaltered including any trademark or copyright notices in any reproductions.
2. The Copyrighted Material(s) shall not be reproduced or distributed in any manner, with the exception that the Copyrighted Material(s) may be included in one (1) copy of the Thesis as a whole, which may be distributed to the appropriate faculty member for academic purposes related to your course requirements.
3. Other than what is stated herein, you shall not allow any third party to access, download, reproduce, or use the Copyrighted Material in any manner whatsoever.
4. In the event the Thesis is to be published, additional permission must be requested from Netsmart prior to publication.

Please refer to the enclosed sheet for the proper usage of our trademarks when writing about any of the Copyrighted Material(s).

If you have any additional questions regarding copyright, please do not hesitate to contact us at UDSMR_legalinfo@ntst.com

Sincerely,

Pawel M. Wiczorek
VP/General Manager
UDSMR, LLC - Netsmart

EK 4: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

HAD ÖLÇEĞİ

Hasta Adı Soyadı

Tarih

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, bazen
- ☐ Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐ Aynı eskisi kadar
- ☐ Pek eskisi kadar değil
- ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
- ☐ Biraz, ama beni endişelendiriyor
- ☐ Hayır, hiç de öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Şimdi pek o kadar değil
- ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil
- ☐ Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil
- ☐ Yalnızca bazen

EK 4: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Devamı)

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
☐ Sık değil
☐ Bazen
☐ Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle
☐ Genellikle
☐ Sık değil
☐ Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ Hemen hemen her zaman
☐ Çok sık
☐ Bazen
☐ Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
☐ Bazen
☐ Oldukça sık
☐ Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle
☐ Gerekliği kadar özen göstermiyorum
☐ Pek o kadar özen göstermeyebilirim
☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- ☐ Gerçekten de çok fazla
☐ Oldukça fazla
☐ Çok fazla değil
☐ Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
☐ Her zamankinden biraz daha az
☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
☐ Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık
☐ Oldukça sık
☐ Çok sık değil
☐ Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- ☐ Sıklıkla
☐ Bazen
☐ Pek sık değil
☐ Çok seyrek

**EK 5: Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
İzin Yazısı**


**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-524
Konu :
ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 02 MART 2021 SALI
Toplantı No : 2021/05
Proje No : GO 20/1067 (Değerlendirme Tarihi: 17.11.2020)
Karar No : 2021/05-01

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Dr. Öğr. Üyesi Zahide TUNÇBİLEK'in sorumlu araştırmacı olduğu, Melike KARATAĞ'ın yüksek lisans tezi olan, GO 20/1067 kayıt numaralı *"İntrakraniyal Kanama Cerrahisi Geçiren Hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık, Yaşam Kalitesi ve Depresif Belirtileri Arasındaki İlişki"* başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile 01 Mayıs 2021-31 Mayıs 2022 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

1. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN	(Başkan)	7. Doç. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR	(Üye)
2. Prof. Dr. G. Burça AYDIN	(Üye)	8. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTİK	
3. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK	(Üye)	9. Doç. Dr. Hande Güney DENİZ	
4. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER	(Üye)	10. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	
5. Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN	(Üye)	11. Av. Serap MORALIOĞLU	(Üye)
6. Doç. Dr. Can Ebru KURT	(Üye)		

İZİMLİ

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için:

**EK 6: Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
İzin Yazısı (Uzatma İzni)**



**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**

Sayı : 16969557-1122

Konu :

21.06.2022

Dr. Öğr. Üyesi Zahide TUNÇBİLEK
Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Sayın Dr. Öğr. Üyesi TUNÇBİLEK,

Kurulumuzun 02.03.2021 tarihli toplantısında GO 20/1067 kayıt numarası ile onaylanmış olan ve **"İntrakraniyal Kanama Cerrahisi Geçiren Hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık, Yaşam Kalitesi ve Depresif Belirtileri Arasındaki İlişki"** başlıklı projeniz için vermiş olduğunuz 16.06.2022 tarihli süre uzatma dilekçeniz Kurulumuzun 21.06.2022 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve **uygun bulunmuştur**. Çalışmanın yeni sonlanım tarihi 31 Mayıs 2023 olarak belirlenmiş ve kayıtlarımıza eklenmiştir. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. ~~Y.~~ Özgür UYANIK
Başkan V.

EK _____
1. Toplantı Katılım Tutanağı (1 Adet)

EK 6: Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
İzin Yazısı (Uzatma İzni Devamı)

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

21/06/2022 Tarih ve 2022/11 Numaralı Toplantı

KATILIM LİSTESİ

S. No	Adı Soyadı	İmza
1.	Prof. Dr. G. Burcu AYDIN (Başkan)	İZİMLİ
2.	Prof. Dr. Özgür UYANIK (Başkan V.)	
3.	Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER	
4.	Prof. Dr. Sibel PEHLİVAN	
5.	Prof. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR	
6.	Prof. Dr. Tolga YILDIRIM	
7.	Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN	İZİMLİ
8.	Doç. Dr. Betül Çelebi SALTİK	
9.	Doç. Dr. Hande Güney DENİZ	
10.	Doç. Dr. Merve BATUK	
11.	Doç. Dr. Gülten KOÇ	
12.	Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	
13.	Av. Buket ÇINAR	

EK 7: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Kullanım İzni

14.09.2020

Gmail - (konu yok)



Gmail

Melike Karatağ <[redacted]>

(konu yok)

Ömer Aydemir <[redacted]>

14 Eylül 2020 10:39

Alıcı: Melike Karatağ <[redacted]>

Sayın Melike Karatağ,
Araştırmamızda Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyarım.
Kolaylıklar diliyorum
Prof Dr Ömer Aydemir
Manisa Celal Bayar Üniversitesi

Virüs bulunmuyor. www.avast.com

Melike Karatağ <[redacted]>, 10 Eyl 2020 Per, 18:21 tarihinde şunu yazdı:

[Alınılan metin gizlendi]

2 eklenti



HAD-EK.DOC

20K



HADS.DOC

21K

EK 8: Nottingham Sağlık Profili Kullanım İzni

14.09.2020

Gmail - Fwd: Re: FIM ve NHP kullanım izni hk.



Melike Karatağ <...> n>

Fwd: Re: FIM ve NHP kullanım izni hk.

1 mesaj

Zahide TUNCBILEK <...>

14 Eylül 2020 00:39

Alıcı: ... n

----- Original Message -----

From: **Ayşe Küçükdeveci** <...>
 Date: Sep 11, 2020 3:42:26 PM
 Subject: Re: FIM ve NHP kullanım izni hk.
 To: Zahide TUNCBILEK <...>

Sayın Zahide Tunçbilek,
 Sizi telefonla aradım ama erişemedim. FIM'in kullanımı için ABD'deki FIM'in merkezinden izin almanız gerekmektedir. NHP için akademik çalışmalarda benim kullanım onayım yeterli olacaktır. Firma destekli çalışmalar için firmaların Galen Research'e kullanım ücreti ödemeleri gerekiyor. Sizin çalışmanız akademik amaçlı ve firma desteği yok ise ben size ölçeği ve puanlama kılavuzunu gönderebilirim. İyi çalışmalar dilerim.
 Ayşe Küçükdeveci

Prof. Dr. Ayşe A. Küçükdeveci
 Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi
 Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
 İbni Sina Hastanesi, Kat 4, Samanpazarı, 06230 Ankara
 Tel: +90 312 222 2222
 Faks: +90 312 222 2222
 e-mail: ...

Zahide TUNCBILEK <...>, 11 Eyl 2020 Cum, 14:59 tarihinde şunu yazdı:

Sayın Prof. Dr. Ayşe Küçükdeveci,

Ben Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde görev almaktayım. Yüksek Lisans öğrencim ile yürütmeyi planladığımız "Intrakraniyal Kanama Cerrahisi Geçiren Hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık, Yaşam Kalitesi ve Depresif Belirtiler Arasındaki İlişki" konulu tez çalışmasında geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yürüttüğünüz Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ile Nottingham Sağlık Profili izniniz olursa kullanmak istiyoruz. Bu iki ölçeği geliştiren yazarlardan da izin almam gerekmektedir. Ancak referans yayınlarda yazarların e-posta adresleri bulunmamaktadır. Sizde varsa benimle paylaşabilir misiniz?

İzin vermeniz durumunda her iki ölçeğin kullanım zamanı ile ilgili uzmanlığınıza ihtiyacım var. Intrakraniyal kanama cerrahisi, fonksiyonel bağımsızlık ve yaşam kalitesi ile ilgili literatür taraması yaptığımda FIM ve NHP ile taburculuk sonrası bu popülasyonu ne zaman değerlendirmeliyim ile ilgili net bir veriye ulaşamadım. Sizin uzmanlığınıza göre taburcu olduktan kaç gün sonra bu iki ölçeği uygulamalıyız. Ve ikinci değerlendirmeyi ilk değerlendirmeden ne kadar sonra yapmalıyız?

Yoğunluğunuz içinde bu uzun e-postama zaman ayırdığınız için çok teşekkür ederim.

İyi çalışmalar dilerim.

Saygılarımla

Dr. Öğretim Üyesi Zahide Tunçbilek

Dr. Öğretim Üyesi Zahide Tunçbilek
 Hacettepe Üniversitesi
 Hemşirelik Fakültesi
 06100 Sıhhiye/ANKARA
 Tel: +90 312 222 2222 (i)

EK 9: Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği Kullanım İzni

INTERNATIONAL RESEARCH LICENSE AGREEMENT

THIS AGREEMENT, dated February 8th, 2021, is between **UNIFORM DATA SYSTEM FOR MEDICAL REHABILITATION**, a division of UB Foundation Activities, Inc., a New York not-for-profit corporation with an address at

(“Licensee”).

Introductory Statement. UDSMR developed and is the owner of all copyrights and other rights and interests in and to (1) certain rehabilitation outcomes measurement instruments listed or described on Schedule A to this Agreement (the “Licensed Instruments”), and (2) certain copyrighted materials related to the Licensed Instruments listed on Schedule B to this Agreement (the “Copyrighted Materials”).

Licensee desires to obtain from UDSMR a license to use the Licensed Instruments and to have access to the Copyrighted Materials for the purpose of conducting certain research as more fully described on Schedule C to this Agreement (the “Research”). UDSMR has agreed to grant the foregoing licenses to Licensee upon and subject to the terms and conditions of this Agreement.

Therefore, in consideration of the mutual covenants and agreements contained in this Agreement, and for other good and valuable consideration the receipt of which is acknowledged, Licensee and UDSMR agree as follows:

1. License Grants.

(a) Licensed Instruments. UDSMR hereby grants to Licensee a non-exclusive, limited, revocable license to use the Licensed Instruments and the Copyrighted Materials solely and exclusively for purposes of conducting the Research.

(b) Terms and Limitations.

i. Licensee shall not, except with the express prior written consent of UDSMR, (a) use any Licensed Instrument or any of the Copyrighted Materials other than for recording, compiling and analyzing data for Licensee’s internal purposes in connection with the Research, (b) copy or otherwise reproduce any Licensed Instrument or any of the Copyrighted Materials, (c) amend, alter, supplement, delete or otherwise change any Licensed Instrument or any of the Copyrighted Materials or make any enhancements or improvements to, or any derivative works of, any Licensed Instrument or any of the Copyrighted Materials or (d) sublicense or otherwise permit any third party to use any Licensed Instrument or any of the Copyrighted Materials or to do anything described in clauses (b) or (c) of this sentence. Without limiting the foregoing, Licensee shall not, nor shall it permit any third party to, translate any of the Copyrighted Materials from the English language into any other language.

ii. Nothing in this Agreement shall be construed to grant to Licensee the right to use any proprietary measurement scale or system of UDSMR other than the Licensed Instruments.

EK 9: Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği Kullanım İzni (Devamı)

IN WITNESS WHEREOF, Licensee and UDSMR have duly executed this Agreement on the date first indicated above.

UNIFORM DATA SYSTEM FOR MEDICAL REHABILITATION	MELIKE KARATAG
By: <u>[Redacted]</u> G. Jack Falsone, COO/General Counsel	Signature: <u>[Redacted]</u>
Date: <u>2/12/2021</u>	Print Name: <u>Melike KARATAG</u>
	Title: <u>Nurse (master student)</u>
	Date: <u>11.02.2021</u>



EK 10: Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği Kullanım İzni (Uzatma İzni)

ADDENDUM

BETWEEN
UDSMR, LLC
And
MELIKE KARATAG

This Addendum between UDSMR, LLC ("UDSMR") and Melike Karatag ("Licensee"), is made and entered into and effective on the 1st day of April 2022 (the "Effective Date").

Whereas, the parties entered into an International Research License Agreement dated the 8th day of February 2019 ("Agreement");

Whereas, the parties now wish to amend the Agreement;

NOW, THEREFORE, in consideration of the mutual promises contained herein the parties mutually agree to amend the Agreement as follows:

1. The term date of the Agreement shall be extended beginning on the 1st day of April 2022 and shall remain in effect until the 31st day of December 2022.
2. In consideration of the license extension, Licensee agrees to pay an additional license fee of \$175.00 USD.

This Addendum may be executed in two or more counterparts, each of which together shall be deemed an original, but all of which together shall constitute one and the same instrument. In the event that any signature is delivered by facsimile transmission or electronic (scanned) means shall be deemed original signatures of the parties and shall be valid and binding upon the parties hereto with the same force and effect as if such facsimile or "scanned" signature page were an original thereof.

Each person signing this Addendum represents and warrants that he or she is duly authorized and has legal capacity to execute and deliver this Addendum on behalf of the contracting parties. Each party represents and warrants to the other that the execution and delivery of the Addendum and the performance of such party's obligations hereunder have been duly authorized and that the Addendum is a valid and legal agreement binding on such contracting party and enforceable in accordance with its terms.

This Addendum is hereby incorporated into the Agreement by reference. All other terms, conditions and obligations of the Agreement are hereby ratified, reaffirmed and remain in full force and effect.

MELIKE KARATAG

UDSMR, LLC

By: [Signature]
Name: MELIKE KARATAG
Title: Assistant Researcher
Date: 30.04.2022

By: _____
Name: Pawel Wiczorek
Title: Sr. Director / General Manager
Date: May 3, 2022

05192021

EK 11: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK) İzni



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU (TUEK)
KARAR DEFTERİ



KARAR TARİHİ: 22.04.2021
KARAR NO: 6
22.04.2021 TARİHLİ 6. KURUL KARARININ DEVAMIDIR

24. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 16.04.2021 tarihli, SAYI: 90739940.799.800 sayılı ve "Melike KARATAĞ (Tez Çalışması)" konulu Melike KARATAĞ'ın "İntrakraniyal Kanama Cerrahisi Geçiren Hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık, Yaşam Kalitesi ve Depresif Belirtileri Arasındaki İlişki" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.

Bu bölümler diğer araştırmacılara ait bilgileri
içerdiğinden kapatılmıştır.




Genel İyilik Sağlam Cad. No:1 Etiler-Kağıthane/ANKARA Telefon:0312 304 61 05 Faks: 0312 304 2150
 Belge Dışındaki Kod: 68726664551414-404-cca5e676228 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ehys>
 Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**Ek 12: Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Başhekimliği Hemşirelik Hizmetleri
Müdürlüğü Uygulama İzin Yazısı**

Tarih: 22.07.2022
Fon E: 20481383-300-00002297128
00002297128

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
H.Ü.Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı
Erişkin Hastanesi Başhekimliği
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

Sayı : E-20481383-300-00002297128
Konu : Uygulama İzni (Melike Karatağ)HK

22.07.2022

ERİŞKİN HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'nın 19/07/2022 tarihli ve 2291880 sayılı yazısı.

Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Zahide Tunçbilek'in sorumlu araştırmacısı olduğu, yüksek lisans öğrencisi Melike Karatağ'ın yardımcı araştırmacısı olduğu **"İntrakraniyal Kanama Cerrahisi Geçiren Hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık, Yaşam Kalitesi ve Depresif Belirtileri Arasındaki İlişki"** konulu tez çalışmasını Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı'nın uygun görmesi halinde 01 Ağustos 2022-31 Mayıs 2023 tarihleri arasında hastanemizde yapması, araştırmacının senato kararlarına uyularak ve SARS-CoV-2 PCR pozitifliği, hastalık şüphesi veya teması durumlarını veri toplama sürecince bildirmesi koşuluyla gerçekleştirmesi uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Hümevra ZENGİN
Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü

Bu belge elektronik ortamda onaylanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 9f9d45f8-8b66-40a9-aaaf-f427e4047425
Adres: Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü
Şehir: ANKARA
E-posta: Elektronik_Ag: www.hacettepe.edu.tr
Telefon: 0312/3051105-1051245 Fax: 0312/3110994

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/hacettepe>
Belge No: Pınar UĞUR KUSTEMİR
Bilgisayar İşletmeni
Telefon: 305 1105-305 1245

Kap



**EK 13: Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği
Anabilim Dalı Uygulama İzin Yazısı**

	T.C. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı	Tarih: 27/07/2022 Sayı: E-48295580-000-00002305726 00002305726
Sayı : E-48295580-000-00002305726 Konu : Uygulama İzni(Melike Karatağ)		27.07.2022
ERİŞKİN HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE		
İlgi : 25/07/2022 tarihli ve 2302345 sayılı yazı.		
Melike Karatağ'ın "Intrakraniyal Kanama Cerrahisi Geçiren Hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık, Yaşam Kalitesi ve Depresif Belirtileri Arasındaki İlişki"konulu tez çalışmasını Anabilim Dalımızda yapması uygundur.		
Bilgilerinize sunulur.		
Saygılarımla,		
Prof. Dr. Mustafa BERKER Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanı		
Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.		
Belge Doğrulama Kodu: 086BA146-A921-43C5-A6A2-DA9249FD2C8C		Belge Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/hu-ebys
Adres: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Ana Bilim Dalı 06100 Sıhhiye-Ankara		Bilgi için: Sevinç YÖREKLİ
E-posta: E-posta: beyincerrahi@hacettepe.edu.tr Web Adres: www.beyincerrahi.hacettepe.edu.tr Elektronik Ağ: www.hacettepe.edu.tr		Bilgisayar İşletmeni
Telefon: +90 (312) 305 17 17-18 Faks: +90 (312) 311 11 31		Telefon: 1715
Kep:		

**EK 14: Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği
Araştırma İzin Yazısı (Uzatma İzni)**

27.05.2022

T.C.

ANKARA VALİLİĞİ

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

HASTANE YÖNETİCİLİĞİNE

(ARGE/TUEK BİRİMİNE)

Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD'da öğretim üyesi olarak görev yapan Dr. Öğr. Üyesi ZAHİDE TUNÇBİLEK'in sorumlu araştırmacısı olduğu, Hem. Melike KARATAĞ'ın yardımcı araştırmacısı olduğu, " Intrakraniyal Kanama Cerrahisi Geçiren Hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık, Yaşam Kalitesi ve Depresif Belirtileri Arasındaki İlişki" isimli çalışmanın Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği'nde 1 Mayıs 2021-31 Mayıs 2022 tarihlerinde yürütülmesine izin verilmiştir. Ancak belirtilen zaman dilimi içerisinde çalışma tamamlanamamıştır. İlgili çalışmanın 1 Haziran 2022- 31 Mayıs 2023 tarihlerinde Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği'nde yürütülmesine izin veriyorum.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Mehmet Kadri DANEYEMEZ

Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanı

EK 15: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu izin Yazısı (Uzatma İzni)



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : E-50687469-799
Konu : Araştırma İzni (Hemşire Melike Karatağ)

Sayın: Hemşire Melike Karatağ
(Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği Birimi)

"İntakraniyal Kanama Cerrahisi Geçiren Hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık Yaşam Kalitesi ve Depresif Belirtileri Arasındaki İlişki" başlıklı tez çalışmasının 01 Mayıs 2021-31 Mayıs 2022 tarihlerinde yürütülmesine izin verilmiştir. Ancak belirtilen zaman dilimi içerisinde tamamlanamamıştır. İlgili Çalışmanın 01 Haziran 2022 - 31 Mayıs 2023 tarihlerinde Beyin ve Sinir Cerrahisinde yürütülmesi talebiniz Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Bilimsel Araştırma Değerlendirme Kurulunun (BADEK) 16.06.2022 tarih ve 11 no'lu toplantısında görüşülerek kabul edilmiştir.

Klinik Araştırmalar Yönetmeliğinin 23. maddesine istinaden etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmaya başlanabilir. Aynı Yönetmeliğin 1. Bendi uyarınca araştırmanın bütçesinin karşılanmasından araştırmacılar sorumludur.

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Cevdet Serkan GÖKKAYA
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: bd373a60-529e-414b-89a3-b260507dbe23 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>
General Dr.Tevfik Sağlam Cd.Etilik/ANK
Bilgi için: Meral AYDIN
Telefon: Faks No: Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
e-Posta: meral.aydin3@saglik.gov.tr İnternet Adresi: meral.aydin3@saglik.gov.tr Telefon No: (0 312) 304 61 06



EK 16: Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği Sertifikası

	Uniform Data System for Medical Rehabilitation	
This certifies that <i>melike karatag, Licensed Practical Nurse</i>		
has completed a licensed personnel exam on January 28, 2022, using the UDSMR® Online FIM® Credentialing System for The FIM System®.		
Pass Grade: 80.56%		
If you achieved a score of less than 100%, you answered questions relative to the following items incorrectly, and we recommend that you review these items for additional clarity on proper rating.		
Eating		
		Comprehension
	Bed,Chair,Wheelchair	Expression
Dressing-Lower		
Toileting	Walk/Wheelchair	

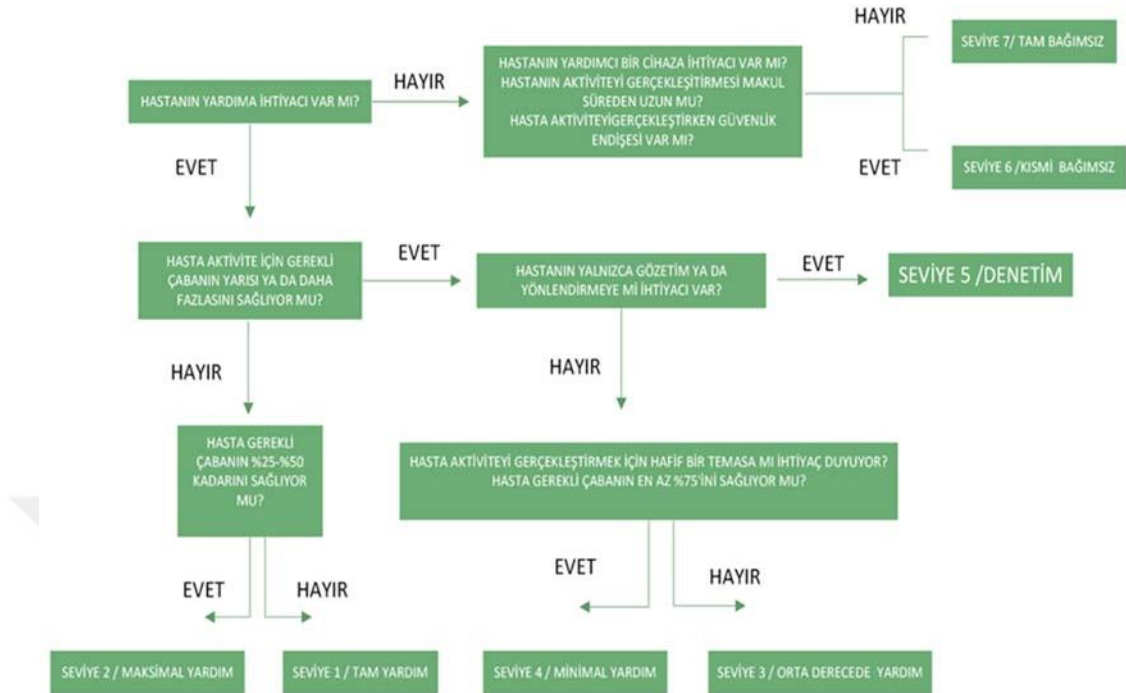
Testing results are nontransferable, and this form should not be construed as a statement by UDSMR regarding the employability of anyone listed above. Exam results are relative only to the entity the test taker is associated with at the time of this testing, referred to here as **RPF120**.

Present a copy of this certificate to your primary educator as proof of completion.

The validity of the certificate terminates in accordance with the time frames set forth for the aforementioned entity or immediately upon the dissolution of the agreement between Uniform Data System for Medical Rehabilitation and the entity, whichever comes first.

© 2022 Uniform Data System for Medical Rehabilitation, a division of UB Foundation Activities, Inc. FIM, The FIM System, UDSMR, and the UDSMR logo are trademarks of Uniform Data System for Medical Rehabilitation, a division of UB Foundation Activities, Inc.

EK 17: FBÖ Uygulama Prosedürü



Şekil 7.1. FBÖ ölçeği derecelendirme prosedürü (Uniform Data System For Medical Rehabilitation Şirketi tarafından mail aracılığıyla iletilen uygulama kılavuzu doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.)

- Her FBÖ ögesi için hastanın işlev düzeyini en iyi tanımlayan puan kaydedilir.
- Farklı ortamlarda veya günün farklı saatlerinde işlev farklılıkları meydana gelirse en düşük puan kaydedilir.
- Bir FBÖ etkinliği oluşmazsa o öge için hasta düzeyi 1 puan olarak değerlendirilir.
- Değerlendirme formunda yürüme, anlama ve ifade öğelerinin yanında 3 seçenekli işlevsel değerlendirme kutuları mevcuttur. Hasta tarafından o öğeler için daha sık kullanılan kutu seçilir.
- Bir yardımcıdan yardım alan hasta hiçbir zaman seviye 6 ya da 7 olarak değerlendirilemez.
- İletişim ve sosyal algılama bileşenleri için yardımcıdan gelen ipucu ve yönlendirme miktarına göre seviye 1'den 5'e kadar değişen derecelendirme yapılır.

- Hasta somut bilgiler için akıl yürütme yapabiliyor ancak soyut bilgiler için bir yardımcıdan ipucu ya da yönlendirme alıyorsa seviye 5 olarak değerlendirilir.
- Hasta motor bileşenleri gerçekleştirirken sabitleme, dokunma veya temas yardımına ihtiyaç duyuyorsa hasta düzeyi 4 olarak değerlendirilir.
- Hastanın kaldırma yardımına ihtiyacı varsa gereken kaldırma yardımı miktarına bağlı olarak hasta düzeyi 3 veya daha düşük değerlendirilir.
- Hastanın 2 ekstremitisini kaldırmak için yardıma ihtiyacı varsa hasta düzeyi 2 olarak değerlendirilir.
- Hasta bir sandalye ya da yatağa temas yardımı ile yaklaşıp ancak hastanın ayağa kalkması veya oturması için kaldırma ihtiyacı varsa hasta düzeyi 3 olarak değerlendirilir.
- Hasta bir sandalye ya da yatağa temas yardımı ile yaklaşıp ancak hastanın ayağa kalkması ve oturması için kaldırma ihtiyacı varsa hasta düzeyi 2 olarak değerlendirilir.
- Takma diş, pipet, gözlük, işitme cihazı, sürgü, yürüteç, yatak ve tekerlekli sandalye kolçakları, yükseltilmiş klozet oturakları, tutunma barları, antiembolik çoraplar, bilek ayak ortezi, korse, iletişim panosu, bilgisayar, hafıza defteri, yazı tahtası yardımcı cihaz olarak kabul edilir.
- Yardımcı, hastanın ara sıra yiyeceklerle ulaşmasında yardım ediyorsa hasta düzeyi 4, her yiyeceği ağzına götürmeden önce yardım ediyorsa hasta düzeyi 3, yiyecekleri tabağa alıp yemek için yardım ister ancak çiğner yutarsa hasta düzeyi 2, hasta sadece çiğneyip yutarsa hasta düzeyi 1 olarak değerlendirilir.
- Hasta bir yardımcı tarafından gastrostomi tüpü aracılığıyla beslenme ve hidrasyon ihtiyacını karşılıyorsa hasta düzeyi 1 olarak değerlendirilir.
- Hasta bir veya daha fazla amputasyon geçirmişse etkilenen uzvunu içeren aktivite sayılmaz. Diğer ekstremitelerin işlevselliğine göre hasta düzeyine karar verilir.
- Hasta hemodiyaliz ya da periton diyalizi ile boşaltım ihtiyacını karşılıyorsa ve idrar kaçırmaması, ekipman kullanımı yoksa hasta düzeyi 7 olarak belirlenir.

- Mesane ve bağırsak yönetimi için ilaç kullanıyorsa hasta düzeyi 6 olarak değerlendirilir.
- Hastanın aktiviteyi gerçekleştirebilmesi için çevre düzenlenmesi gerekiyorsa hasta düzeyi 5 olarak değerlendirilir.
- Fonksiyonel işlevsellik değerlendirilirken hastanın yaralanma riski varsa hasta düzeyi 1 olarak değerlendirilir.



EK 18: Anket Araştırmaları İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Sevgili Katılımcı,

“İntrakraniyal Kanama Cerrahisi Geçiren Hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık, Yaşam Kalitesi ve Depresif Belirtileri Arasındaki İlişki” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Bu araştırma, Dr. Öğr. Üyesi Zahide TUNÇBİLEK ve tezli yüksek lisans öğrencisi Melike KARATAĞ tarafından yürütülmektedir. Araştırma beyin kanaması geçirip ameliyat olan bireylerin taburculuk sonrası fonksiyonel bağımsızlık düzeylerini, depresif belirtilerini ve yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen bulguların evde izlem stratejilerinin oluşturulmasına, hemşirelik bakım kalitesine katkı sağlaması beklenmektedir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Bu çalışmada bir anket ve üç ölçek kullanılacaktır. Anketimiz (Tanıtıcı Bilgiler Formu) 15 sorudan oluşmakta olup hastaneye yattığınız gün uygulanacaktır. Yanıtlamanız yaklaşık 5 dakikanızı alacaktır. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Nottingham Sağlık Profili taburcu olduktan bir ay sonra uygulanacaktır. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği 18 maddeden oluşmaktadır. Yanıtlamanız yaklaşık 10 dakikanızı alacaktır. Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği 14 sorudan oluşmaktadır. Yanıtlamanız yaklaşık 10 dakikanızı alacaktır. Nottingham Sağlık Profili 38 madde, 2 bölümden oluşmaktadır. Yanıtlamanız 10-15 dakikanızı alacaktır. Bu 3 ölçek hastaneye gelme durumunuza göre yüz yüze doldurulacaktır. Gelememe durumunuz gelişirse sizinle telefon ile görüşülerek uygulanacaktır.

Yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz.

Anketi yanıtladığınız için çok teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Dr. Öğr. Üyesi Zahide TUNÇBİLEK

Hacettepe Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Telefon:

Araştırma ekibi

Melike KARATAĞ

Telefon:

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz

☐

Kabul ediyorum

EK 19: Orijinallik Ekran Çıktısı

İNTRAKRANİYAL KANAMA NEDENİYLE AMELİYAT OLAN
HASTALARIN FONKSİYONEL BAĞIMSIZLIK DÜZEYLERİ VE
DEPRESİF BELİRTİLERİNİN YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

Melike Karatağ Sevim

45 Sayfa

% **14**
BENZERLİK ENDEKSİ

% **13**
İNTERNET KAYNAKLARI

% **6**
YAYINLAR

%
ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%4
2	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%3
3	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	%1
4	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	%1
5	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	<%1
6	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	Derya ADIBELLİ, Adem SÜMEN. "The Relationship of Musculoskeletal Disorders with Health Perception and Use of Complementary and Alternative Methods Among Greenhouse Workers: A Cross-	<%1

EK 20: Dijital Makbuz



Dijital Makbuz

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

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen:	Melike Karatağ Sevim
Ödev başlığı:	İNTRAKRANİYAL KANAMA CERRAHİSİ GEÇİREN HASTALARIN F...
Gönderi Başlığı:	İNTRAKRANİYAL KANAMA NEDENİYLE AMELİYAT OLAN HAST...
Dosya adı:	turnitin_rapor_icin.docx
Dosya boyutu:	664.4K
Sayfa sayısı:	45
Kelime sayısı:	8,065
Karakter sayısı:	58,074
Gönderim Tarihi:	23-Ağu-2023 10:43ÖÖ (UTC+0300)
Gönderim Numarası:	2149852191



Copyright 2023 Turnitin. Tüm hakları saklıdır.

EK 21: Ek Tablolar**Ek Tablo 1.** Nottingham Sağlık Profili Bölüm 1 ve Nottingham Sağlık Profili Bölüm 2 puanlarına göre hastaların bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n=91)

Tanımlayıcı Özellikler	Nottingham Sağlık Profili Bölüm 1	Nottingham Sağlık Profili Bölüm 2
	Ort±SS(Med)	Ort±SS(Med)
Medeni durum		
Bekar	262,88±137,8(280,665)	3,81±2,26(4,5)
Evli	307,51±149,94(328,62)	4,92±1,73(5)
t değeri	-1,312	-2,264
p değeri	0,193	0,030*
Çalışma durumu		
Evet	252,61±149,74(209,15)	4,67±2,14(5)
Hayır	335,99±133,82(349,225)	4,54±1,76(5)
t değeri	-2,802	0,300
p değeri	0,006*	0,765
Sağlık güvencesi		
Evet	305,05±143,16(327,09)	4,6±1,94(5)
Hayır	188,04±155,84(168,08)	4,63±2,2(5)
z değeri	-1,990	-0,229
p değeri	0,047*	0,819
Psikolojik destek alma durumu		
Evet	407,85±96,52(425,505)	5,75±1,04(6)
Hayır	283,86±147,05(301,2)	4,49±1,98(5)
z değeri	-2,397	-1,800
p değeri	0,017*	0,072

$\bar{x}$: Ortalama, SS: Standart sapma, Med: Ortanca, *p<0,05

Ek Tablo 2. Nottingham Sağlık Profili Bölüm 1 alt boyut puanlarına göre hastaların bazı tanımlayıcı özellikliklerine göre karşılaştırması (n=91)

Tanımlayıcı Özellikler	Ağrı	Duygusal Reaksiyon	Uyku	Sosyal izolasyon	Fiziksel aktivite	Enerji
	Ort±SS(Med)	Ort±SS(Med)	Ort±SS(Med)	Ort±SS(Med)	Ort±SS(Med)	Ort±SS(Med)
Tanı						
İntraseral kanama	45,43±31,51 (44,27)	46,06±21,1 (50,655)	52,79±31,3 (54,21)	51,84±29,59 (57,6)	56,89±29,71 (67,16)	74,55±32,89 (100)
Subdural kanama	47,47±29,42 (49,41)	45,06±29,73 (51,48)	58,52±29,83 (63,63)	45,67±30,9 (43,215)	50,55±32,31 (66,07)	61,04±38,88 (60,8)
Epidural kanama	29,65±25,93 (26,01)	38,54±25,96 (24,42)	47,14±28,7 (43,36)	51,56±37,35 (55,46)	33,7±30,54(34,6)	61,44±33,86 (63,2)
Subaraknoid kanama	43,52±29,84(36)	42,96±32,1(31,5)	51,82±27,82 (54,21)	50,53±36,04 (48,18)	43,69±26,95 (45,595)	67,01±36,02 (80,4)
KW değeri	4,157	1,004	2,057	0,386	6,049	1,750
p değeri	0,245	0,800	0,561	0,943	0,109	0,626
Hastanın cinsiyeti						
Kadın	48,41±33,56 (42,05)	46,69±30,3(34,18)	52,86±29,17 (49,63)	48,96±37,04 (44,54)	50,39±30,38 (57,86)	68,09±36,38 (100)
Erkek	41,15±27,68 (38,90)	42,44±27,17 (42,16)	54,72±29,57 (59,06)	48,72±30,77 (56,4)	46,12±31,22 (56,59)	63,41±36,38 (60,8)
t değeri	1,072	0,660	-0,275	0,032	0,601	0,561
p değeri	0,287	0,511	0,784	0,975	0,549	0,576
Hastanın sigara içme durumu						
Evet	43,41±31,22 (39,68)	48,27±28,81 (50,65)	56,86±29,97 (65,06)	52,48±32,22 (60,88)	37,86±28,45(43,9)	65,77±35,25 (63,2)
Hayır	43,23±28,58 (38,92)	40,42±27,27 (34,18)	52,23±28,94 (43,36)	46,16±32,82 (41,89)	54,21±30,97 (67,16)	64,1±37,26 (60,8)
t değeri	0,028	1,322	0,741	0,913	-2,569	0,216
p değeri	0,978	0,190	0,461	0,364	0,012*	0,830
Hastanın alkol kullanma durumu						
Evet	39,61±31,09 (33,81)	43,68±29,14 (30,53)	57,54±22,67 (65,06)	42,7±30,61 (48,67)	26,5±29,5(17,3)	55,89±32,54 (36,8)
Hayır	43,98±29,41 (40,45)	43,7±28,03(43,07)	53,55±30,43 (43,36)	49,9±32,95 (54,56)	51,18±29,74 (64,98)	66,42±36,84 (60,8)
z değeri	-0,534	-0,066	-0,133	-0,714	-2,734	-1,154
p değeri	0,593	0,947	0,894	0,475	0,006*	0,249
Hastanın beslenme durumunda değişiklik						
Evet	46,46±29,25 (46,49)	43,46±27,82 (34,18)	53,74±29,81 (49,63)	49,82±32,21 (54,56)	51,75±29,72 (65,01)	67,87±35,15 (63,2)
Hayır	22,53±23,05 (12,91)	45,31±30,62 (50,74)	56,94±26,67 (65,06)	42,05±35,33 (39,93)	18,66±22,19 (10,99)	44,53±38,36 (36,8)
z değeri	-2,760	-0,129	-0,308	-0,869	-3,471	-1,923
p değeri	0,006*	0,897	0,758	0,385	0,001*	0,055
p değeri	0,001*	0,001*	0,325	0,012*	0,001*	0,000*
Kanamının olduğu bölge						
Frontal lob	32,74±17,03 (26,01)	41,75±27,25 (29,11)	47,2±28,31 (41,595)	53,63±26,18 (57,6)	46±23,43(45,595)	62,72±34,93 (60,8)
Parietal lob	40,8±33,92(36)	37,88±28,46 (29,56)	53,62±27,06 (55,93)	44,36±34,15 (22,53)	45,98±30,44 (56,59)	65,29±32,1 (60,8)
FTP	49,06±29,68 (53,57)	48,87±29,5(55,25)	58,93±29,7 (65,06)	50,36±35,06 (57,34)	51,19±33,18 (64,98)	68,54±38,97 (100)
Diğer	45,25±31,27 (40,66)	43,41±26,05 (55,08)	52,41±32,76 (65,06)	47,37±32,55 (44,54)	43,63±34,2(67,16)	59,45±39,15 (60,8)
KW değeri	3,550	2,426	2,015	0,796	1,584	0,926
p değeri	0,314	0,489	0,569	0,850	0,663	0,819

$\bar{x}$: Ortalama, SS: Standart sapma, Med: Ortanca, FTP: Frontotemporalparietal, *p<0,05

9. ÖZGEÇMİŞ

