



**KARACİĞER HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ
VE SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Esra GEYİK
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mehtap TAN

Yüksek Lisans Tezi - 2019

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

**KARACİĞER HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ VE
SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Esra GEYİK

**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mehtap TAN**

**ERZURUM
2019**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**KARACİĞER HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ VE SOSYAL
DESTEK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Esra GEYİK

Tez Savunma Tarihi : 02.09.2019

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Mehtap TAN (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Zümrüt AKGÜN ŞAHİN
(Kafkas Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki Jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Enstitü Müdürü

**Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM - 2019**

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Karaciğerin Fonksiyonları ve Kronik Karaciğer Hastalıkları.....	4
2.1.1. Hepatit B	4
2.1.1.1. Hepatit B Bulaş Yolu.....	5
2.1.1.2. Hepatit B Patogenez.....	5
2.1.1.3. Hepatit B Belirti ve Bulgular	7
2.1.1.4. Hepatit B Tanı.....	7
2.1.1.5. Hepatit B Prognoz.....	7
2.1.1.6. Hepatit B Komplikasyonlar	7
2.1.1.7. Hepatit B Tedavi.....	8
2.1.2. Hepatit C	8
2.1.2.1. Hepatit C Bulaş Yolu.....	8
2.1.2.2. Hepatit C Patogenez.....	9
2.1.2.3. Hepatit C Belirti ve Bulgular	9
2.1.2.4. Hepatit C Tanı.....	9
2.1.2.5. Hepatit C Prognoz.....	10
2.1.2.6. Hepatit C Komplikasyonlar	10
2.1.2.7. Hepatit C Tedavi.....	10

2.1.3. Siroz	11
2.1.3.1. Siroz Etiyoloji	11
2.1.3.2. Siroz Patogenez.....	11
2.1.3.3. Siroz Belirti ve Bulgular	12
2.1.3.4. Siroz da Tanı.....	12
2.1.3.5. Siroz da Prognoz	13
2.1.3.6. Siroz da Komplikasyonlar	13
2.1.3.7. Siroz da Tedavi	13
2.2. Kronik Karaciğer Hastalıkları ve Yaşam Kalitesi	14
2.3. Kronik Karaciğer Hastalıkları ve Sosyal Destek	15
2.4. Kronik Karaciğer Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı	16
3. MATERYAL VE METOT.....	18
3.1. Araştırmanın tipi	18
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	18
3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	18
3.5. Veri Toplama Araçları	19
3.6. Verilerin Toplanması	25
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	25
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA.....	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
KAYNAKLAR	45

EKLER	54
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	54
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU	55
EK-3 ETİK KURUL ONAY FORMU	56
EK-4 KURUM İZNİ	57
EK-5 HASTA BİLGİ FORMU	58
EK-6 “KARACİĞER HASTALIĞI YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ 1.0”	59
EK-7 ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (ÇBASDÖ)	65
EK-8. CHİLD- PUGH SINIFLAMASI VERİLERİ	66

TEŞEKKÜR

Yüksek lisan tezi olarak yaptığım bu araştırmada beni yönlendiren ve çalışma süresince gösterdiği emek ve desteğinden dolayı değerli danışmanım Sayın Prof. Dr. Mehtap TAN'a,

Tezimin veri toplama aşamasında yardımlarını esirgemeyen Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Gastroenteroloji polikliniğindeki tüm personele ve araştırmaya katılan bütün hastalara,

Tezimin her aşamasında yanımda olan değerli bilgi ve katkılarıyla desteklerini esirgemeyen arkadaşlarım Seda KARAMAN, Bedriye Cansu DEMİRKİRAN ve Özlem KILIÇ'a

Her zaman yanımda olan ve manevi desteğini hiç esirgemeyen aileme ve eşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Esra GEYİK

ÖZET

Karaciğer Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin

Değerlendirilmesi

Amaç: Araştırma karaciğer hastalarının yaşam kalitesi, algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve aralarındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Kesitsel olarak yapılan araştırma Nisan 2018-Eylül 2019 tarihlerinde Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gastroenteroloji polikliniğinde yapıldı. Araştırmanın evrenini Haziran 2018 Mart 2019 tarihleri arasında Gastroenteroloji polikliniğine başvuran, örnekleme ise araştırma kriterlerini sağlayan 103 kronik karaciğer hastası oluşturdu.

Araştırmada veri toplama aracı olarak, hastaların sosyo-demografik özelliklerinin belirlemek için 'Hasta Bilgi Formu', yaşam kalitesini belirlemek için 'Karaciğer Hastalıklarında Yaşam Kalitesi Ölçeği (KHYKÖ)', algıladıkları sosyal desteği belirlemek için 'Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)', kronik karaciğer hastalarının prognozunu ve karaciğer yetmezliğinin derecesini belirlemek için 'Child-Pugh Sınıflaması Formu' kullanılmıştır.

Verilerin analizinde t testi, Mann Whitney U testi, tek yönlü varyans analizi, Kruskal Wallis testi, spearman kolerasyon analizi, Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada hastaların yaşam kalitesinden alınan toplam puan ortalaması 758.08 ± 180.05 bulundu. Gelir düzeyi az, siroz tanılı ve daha önce hastanede yatan hastaların yaşam kalitesi puan ortalamasının düşük olduğu bulundu ($p < 0.05$).

Algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması 52.32 ± 13.39 , aileden algılanan sosyal destek puan ortalaması 20.96 ± 5.71 , arkadaştan algılanan sosyal destek puan ortalamasının ise 18.18 ± 4.82 ve hemşireden algılanan sosyal destek puan ortalaması 13.17 ± 6.81 olduğu bulundu.

Hastalık süresi 1-5 yıl ve eğitim seviyesi yüksek olan hastaların algıladıkları sosyal destek puanının düşük; alt boyutlardan ise hemşirelerden algılanan sosyal destek puanının düşük olduğu bulundu ($p < 0.05$). Hastaların gelir düzeyi arttıkça hemşirelerden algılanan sosyal destek puanının düştüğü ($p < 0.05$), daha önce hastanede yatan hastaların arkadaş çevresinden algıladıkları sosyal destek puanının düşük olduğu bulundu. ($p < 0.05$).

Hastaların algılanan sosyal destek toplam puanı ile yaşam kalitesi toplam puanı, mental sağlık ve sosyal/bilişsel sağlık alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($p < 0.05$).

Sonuç: Karaciğer hastalarında yaşam kalitesi ve algılanan sosyal desteğin yüksek olduğu, yalnız özel bir kişiden (hemşire) algılanan sosyal desteğin düşük olduğu bulundu.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, karaciğer hastalığı, sosyal destek, yaşam kalitesi,

ABSTRACT

Assessment of Quality of Life and Social Support Levels in Liver Patients

Aim: This study was conducted to investigate the quality of life, perceived social support levels and the relationship between these in liver patients.

Material and Method: This cross-sectional study was carried out in Erzurum Atatürk University Health Research and Application Center Gastroenterology Polyclinic between April 2018 and September 2019. The population of the study consisted of chronic liver patients who were admitted to the Gastroenterology outpatient clinic between June 2018 and March 2019, while the sample consisted of 103 patients who met the criteria.

Data collection instruments used in the study were “Patient Information Form” to determine socio-demographic characteristics of the patients, “Quality of Life Scale in Liver Diseases (QLSLD)” to determine the quality of life, “Multidimensional Perceived Social Support Scale (MPSSS)” to determine perceived social support and ‘Child-Pugh Classification Form’ to find out the degree of liver failure.

T-test, Mann Whitney U test, one way variance analysis, Kruskal Wallis test, Spearman correlation analysis, and Shapiro-Wilk test were used to analyse data.

Results: In the study, the average total score of the patients' quality of life was 758.08 ± 180.05 . It was found that patients with low level of income, those with a diagnosis of cirrhosis and those previously hospitalized had low quality of life average score ($p < 0.05$).

It was found that perceived social support average total score was 52.32 ± 13.39 , perceived social support from family average total score was 20.96 ± 5.71 , perceived social support from friends average total score was 18.18 ± 4.82 and perceived social support from nurses average total score was 13.17 ± 6.81 .

It was found that patients who had a disease duration of 1-5 years and high level of education had low social support score and in terms of sub-dimensions, their scores of perceived social support from nurses were found to be low ($p < 0.05$). It was found that as the patients' level of income increased, their scores of perceived social support from nurses decreased ($p < 0.05$), while the patients who were previously hospitalized were found to have low scores of perceived social support from friends ($p < 0.05$).

A positive significant association was found between patients' perceived social support total score and quality of life total score, sub-dimensions of mental health and social/cognitive health ($p < 0.05$).

Conclusion: It was found that quality of life and perceived social support were high in liver patients, while perceived social support from a special person (nurse) was low.

Keywords: Nurse, liver disease, social support, quality of life

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ALP	:	Alkalen Fosfataz
ALT	:	Alanin Transaminaz
AST	:	Aspartat Aminotransferaz
ÇBASDÖ	:	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DNA	:	Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
GGT	:	Gama Glutamil Transferaz
HBeAg	:	Hepatit B e-antijen
HBsAg	:	Hepatit B Yüzey Antijeni
HBV	:	Hepatit B Virüsü
HCC	:	Hepatosellüler karsinom
HCV	:	Hepatit C Virüsü
KHB	:	Kronik Hepatit B
KHC	:	Kronik Hepatit C
KKH	:	Kronik Karaciğer Hastalığı
KHYKÖ	:	Karaciğer Hastalıklarında Yaşam Kalitesi Ölçeği
PT	:	Protrombin zamanı
RNA	:	Ribo Nükleik asit

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0	21
Tablo 3.2. Ölçek Puanlarının 100'lük Puana Dönüştürülmesi.....	23
Tablo 4.1. Hastaların demografik özelliklerine göre dağılımı	26
Tablo 4.2. Hastaların hastalık özelliklerine göre dağılımı	27
Tablo 4.3. KHYKÖ 1.0 ve ÇBASDÖ'den alınan puan ortalamaları	28
Tablo 4.4. Hastaların tanıtıcı özelliklerine ve hastalık özelliklerine göre KHYKÖ 1.0 puan ortalaması karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.5. Hastaların tanıtıcı ve hastalık özelliklerine göre ÇBASDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.6. Hastaların Algılanan Sosyal Destek Durumları ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki.....	38

1. GİRİŞ

Bireylerin psikolojik, fizyolojik ve sosyal yönden sağlığını olumsuz şekilde etkileyen, devamlı bakım ve medikal tedavi gerektiren, geri dönüşümsüz farklılıklara sebep olan hastalıklara kronik hastalıklar denir.^{1, 2} Bu hastalıkların kesin bir tedavisi yoktur. Bu nedenle çözümler sınırlı olmaktadır ve hastalık bireyin yaşamını olumsuz etkilemektedir. Ayrıca hastaların yeni yaşam tarzı oluşturma ve kurallara uyma zorunluluğu getirmektedir.³

Kronik hepatit karaciğerdeki inflamasyon ve nekrozun 6 aydan uzun sürdüğü klinik durumlara verilen bir isimdir.⁴ İnflamasyona neden olan virüsler; hepatotropik virüsler, sitomegalovirüs, Epstein-Barr virüsü, herpes simpleks vb. virüslerdir. Viral hepatitin en yaygın nedenleri hepatit A virüsü, hepatit B virüsü (HBV), hepatit C virüsü (HCV), hepatit D virüsü ve hepatit E virüsü.⁵ Etiyolojisinde ise HBV, HCV virüslerinin belirgin etiyolojik faktörler olduğu dikkati çekmiş; Hepatit B virüsünün katkısı % 56.4 ve Hepatit C virüsünün katkısı % 38.1 bulunmuştur.⁶

Hepatit B; HBV'nin etken olduğu, ölüme neden olabilecek bir karaciğer enfeksiyonudur. Virüs; uzun süreli enfeksiyona sebep olabilir, siroz ve karaciğer kanseri nedeniyle ölüm riski yüksektir. DSÖ'nün 2017'de tamamlanan çalışmalarına bakıldığında yaklaşık 257 milyon insan HBV enfeksiyonu ile birlikte yaşamaktadır.⁷ Yüksek endemisite yerleri prevelansın $\geq$ %8 (enfekte kişilerin % 45'i) arasında olduğu yerler olup; Çin, Alaska, sub-Sahran Afrika, Güneydoğu Asya ve Tayvan bu yerler arasında sayılabilir. Ülkemizde HBV epidemiyolojisi ise orta endemisiteli bölgede (düşük – orta) yer almaktadır. HBsAg pozitifliği coğrafi açıdan değerlendirildiğinde, diğer bölgelere oranla Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde daha yüksek bulunmaktadır.⁸

Hepatit C; hepatit C virüsünün yol açtığı karaciğer hastalığıdır. HCV akut ve kronik enfeksiyona sebep olur. Birkaç hafta süren hafif bir hastalıktan ciddi ömür boyu devam eden bir hastalığa kadar değişir. DSÖ'nün 2017'de tamamlanan çalışmalarına göre küresel olarak tahmini 71 milyon insanda Hepatit C enfeksiyonu vardır⁹. HCV görülme sıklığı dünya geneli 21 bölgeye ayrılarak incelendiğinde; ülkemiz bulunduğu konum açısından Kuzey Afrika/Ortadoğu bölgesinde yer alıp % 3.6 prevelansına sahiptir. Türkiye'de yapılan epidemiyolojik çalışmalarda prevelansın bölgelere göre farklılık gösterdiği ve en düşük prevelansın Ege Bölgesi'ne ait olduğu bildirilmiştir.¹⁰

Siroz; başlıca viral hepatitlerden kaynaklı, çeşitli etmenlerinde yol açtığı, doku hasarı, nodül oluşumu, fibrozis, vasküler ve lobüler yapının bozulması ile oluşan geri dönüşümsüz uzun süreli bir hastalıktır.⁵ Sirozun önemli bir sağlık sorunu olmasında; kronik hastalıklar içinde yer alması, sağlığı önemli ölçüde etkilemesi, yakın tıbbi tedavi-gözetim gerektirmesi, maddi yüklere ve aktif hayatın kaybedilmesi sebep olmaktadır.¹¹ Batı ülkelerinde karaciğer sirozuna yol açan en önemli neden alkol kullanımı iken; Uzakdoğu, Orta-Doğu ve bu kuşakta yer alan ülkemizde ise başlıca neden kronik viral hepatitlerdir.⁶

ABD'de siroza bağlı ölüm nedenleri arasında erkeklerde 10. sırada iken, kadınlar için 12. sırada yer almaktadır.¹² Türkiye'de 2000 yılında yapılan Ulusal Hastalık Yükü-Maliyet Etkililik çalışmanın sonucuna göre ölüme neden olan ilk 20 hastalık belirlenmiştir.¹³ Bu sonuca göre sirozun kırsal bölgede ölüm nedeni sırası 14 iken kentsel bölgede 19. Sırada yer aldığı belirtilmiştir. Siroz hem erken ölümlere neden olmakta hemde hastaların yaşam kalitesini düşürmekte, iş gücü kaybına, sağlık harcamaları gibi önemli kayıplara neden olmaktadır.¹⁴

Yaşam kalitesi, bireyin içinde bulunduğu kültür ve değer sistemleri kapsamında; standartları, amaçları, kaygıları ve beklentileri açısından bulundukları konumu algılayış

biçimidir. Yaşam kalitesinin içeriğinde; insanların fizyolojik ve psikolojik durumları, inançları, sosyal ilişkileri, ve çevre ile etkileşimleri yer almaktadır.¹⁵

Sosyal destek; kişinin stresli durumla başa çıkma çabalarına, onun için önemli olan diğer kişilerin (eş, aile, arkadaş, özel bir kişi) de katılmasıdır.¹⁶ Sosyal destek insan sağlığı ile ilişkili olduğu kabul edilir. Sosyal destek sayesinde stresin önlenemediği; stres olan durumlarda ise durumun algılanış biçimini değiştirdiği, bireylerin güçlük çektiği durumlarda başa çıkma yollarını etkilediği ve bireye yardımcı olduğu bilinmektedir.¹⁷

Bu çalışma karaciğer hastalarında yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Araştırmanın Hipotezleri

H1. Kronik karaciğer hastalığı (KKH) olan hastaların sosyodemografik özellikleri yaşam kalitesini etkiler.

H2. Kronik karaciğer hastalığı hastanın sosyodemografik özelliklerini ve algılanan sosyal destek düzeyini etkiler.

H3. Kronik karaciğer hastalarında yaşam kalitesi ile sosyal destek arasında ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Karaciğerin Fonksiyonları ve Kronik Karaciğer Hastalıkları

Karaciğer, en büyük lenfoid organlar arasındadır ve sadece tolerans alanı olarak değil aynı zamanda mukozada bağışıklık sisteminde birincil savunma hattı olarak etkindir. Hem bağışıklık toleransı sağlaması hem de enfeksiyonlara karşı bir defans organı olması bir biriyle çelişir görünse de aslında bir birini kontrol eden mekanizmalardır.¹⁸

Karaciğer A, D, E, K, B12 vitaminlerinin ve bakır, demir gibi minerallerin depolanmasından sorumludur. Ayrıca safra üretimi ve salınımından, detoksifikasyondan, bilirubin, protein, karbonhidrat, lipid ve ilaç metabolizmalarından sorumludur.^{19, 20}

Kronik hepatit karaciğerdeki inflamasyon ve nekrozun 6 aydan uzun sürdüğü klinik durumlara verilen bir isimdir.⁴ İnflamasyona neden olan virüsler; hepatotropik virüsler, sitomegalovirüs, Epstein-Barr virüsü, herpes simpleks vb. virüslerdir. Viral hepatitin en yaygın nedenleri hepatit A, hepatit B, hepatit C, hepatit D ve hepatit E virüsü.⁵ Etiyolojisinde ise HBV, HCV virüslerinin belirgin etiyolojik faktörler olduğu dikkati çekmiş; Hepatit B virüsünün katkısı % 56.4 ve Hepatit C virüsünün katkısı % 38.1 bulunmuştur.⁶

2.1.1. Hepatit B

Hepatit B; HBV'nin etken olduğu, ölüme neden olabilecek bir karaciğer enfeksiyonudur. DSÖ'nün 2017 de tamamlanan çalışmalarına bakıldığında yaklaşık 257 milyon insan HBV enfeksiyonu ile birlikte yaşamaktadır. ⁷ Yüksek endemisite yerleri prevelansın $\geq$ %8 (enfekte kişilerin % 45'i) arasında olduğu yerler olup; Çin, Alaska, sub-Sahran Afrika, Güneydoğu Asya, ve Tayvan bu yerler arasında sayılabilir. Ülkemizde HBV epidemiyolojisi ise orta endemisiteli bölgede (düşük – orta) yer almaktadır. HBsAg

pozitifliği coğrafi açıdan değerlendirildiğinde, diğer bölgelere oranla Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde daha yüksek bulunmaktadır.⁸

2.1.1.1. Hepatit B Bulaş Yolu

HBV'nin 4 tane bulaşma yolu vardır. İlki; en önemli bulaşma yollarından biri olan parenteral yoldur. Kan ve kan ürünleriyle temas, hemodiyaliz, akupunktur, dövme, oral veya diş cerrahisi, kulak delme, traş, diş fırçalama, kontamine iğne ve enjektör, bistüri ve sonda uygulaması, damar içi ilaç kullanımı örnek olarak gösterilebilir. İkincisi; perinatal yolla bulaşma yani taşıyıcı anneden bebeğe geçiş doğum sırasında veya sonrasında hepatit B virüsü ile infekte sıvılarla çocuğun teması ile gerçekleşebilir. Üçüncüsü; horizontal yol ile yani; Cinsel yol ile olmayan, akraba arkadaş kardeşten kontamine kişisel eşyaların kullanımı ile bulaş. Dördüncüsü; cinsel yol ile semen ve vajinal sekresyonlar yoluyla bulaştır.^{21 20}

2.1.1.2. Hepatit B Patogenez

Kronik HBV enfeksiyonu birbirini izleyen dört farklı dönem içinde gelişir.^{22, 23}

İmmun tolerans dönemi: Hastalığın özellikle perinatal bulaşma ile başladığı olgularda belirgin şekilde gözlenen bir evredir. Organizma HBV virüsü ile karşılaşmış fakat bu dönemde immün sistem uyarılmamış ve immün cevap görülmemiştir. Bu durumda viral replikasyonun ve vücuttaki viral yükün oldukça yüksek düzeylerde bulunmasına olanak sağlar. Bu dönemde karaciğer hasarı gelişmez, kan sonuçları (ALT, AST) ve karaciğer biyopsisi normal sınırlarda bulunur.^{24, 25}

İmmun temizlik (yanıt) dönemi: İmmun tolerans dönemden uzun yıllar sonrasında, immün sistem birden aktive olur, virüse karşı gösterilen tolerans kırılmaya başlar. Bu evrede önceki döneme göre viral replikasyon hızı ve hastadaki viral yük azalmaya başlar. Oluşan immün yanıtın sonucunda, genellikle ani hepatosit lizisine bağlı, ALT, AST yüksekliği ve karaciğer biyopsisinde aktif inflamasyon bulguları ortaya çıkar.

Bu dönemin klinikteki ifadesi HBeAg (+) kronik B hepatitidir. Bu evre de süreklilik söz konusu olduğunda karaciğerdeki inflamasyon ve fibrotik süreç devam eder böylece hastalık karaciğer sirozuna kadar ilerleyebilir.²⁴

İnaktif dönem: İmmun yanıt döneminin sona ermesi ile hastalar bu döneme geçerler. Bu dönemde HBV DNA negatif olabilir veya düşük düzeylerde pozitif bulunur. Bazı olgularda inaktif dönemden sonra bir daha aktif enfeksiyon formları gelişmez. Eğer immün yanıt döneminde çok ağır bir karaciğer hasarı oluşmamış ise virolojik aktivitenin sonlanmasını takiben histopatolojik düzelme ve ALT seviyesinin de normale dönmesi ile tipik bir inaktif taşıyıcı örneği oluşur. İnaktif taşıyıcılarda zamanla HBsAg nin negatifleşmesi ve anti HBs pozitifliği gözlenebileceği gibi hastalığın yeniden aktif formlara geçmesi de mümkündür.^{22, 24}

Reaktivasyonu dönemi: İnaktif döneme geçen hastaların büyük bir kısmı ömür boyu inaktif taşıyıcı olarak kalırken, diğerlerinde viral replikasyonun yeniden başlamasıyla HBeAg negatif kronik B hepatiti gelişir. Bu evrede HBV DNA düzeyleri genelde önceki iki dönemden (immün tolerans fazı ve immün klirens fazı) daha düşüktür. Bazı olgulara ise belirgin bir inaktif dönem ayırt edilmeksizin doğrudan HBeAg (+) kronik hepatitinden HBeAg (-) kronik hepatite geçiş söz konusu olabilir. Bu durumun devam etmesi ile HBeAg (-) karaciğer sirozları oluşur. Bu dönemin önemli bir özelliği de ALT düzeylerinin dalgalanma göstermesidir. Bu nedenle zaman zaman normal ALT düzeylerinin gözlenmesi olasıdır. HBeAg (-) kronik B hepatiti gelişmesinde olgularının büyük çoğunluğunda viral genomun precore veya core promoter bölgesinde oluşan mutasyonlar sorumludur.^{22, 24}

2.1.1.3. Hepatit B Belirti ve Bulgular

Kronik HBV enfeksiyonu genellikle asemptomatiktir. Birçok hastada biyokimyasal testler normaldir. Halsizlik ve yorgunluk en önemli semptomudur. Bulantı, iştahsızlık, kas-eklem ağrıları, üst karın bölgesinde rahatsızlık hissi görülebilir.²⁶

2.1.1.4. Hepatit B Tanı

HBV enfeksiyonu tanısında serolojik testler yani; HBV'ye ait antijen ve antikorların hasta serumunda saptanması kullanılan yöntemlerdir. HBsAg'nin 6 aydan uzun süre pozitif kalmasına dayanır. Bunun yanında HBV replikasyonunun değerlendirilmesi amacıyla HBeAg ve HBV DNA düzeylerine bakılmalıdır.²⁷

2.1.1.5. Hepatit B Prognoz

Kronik HBV enfeksiyonunda prognoz; aktif karaciğer hasarına ve yüksek viral replikasyona bağlıdır. Viral replikasyonu ve aminotransferazları yüksek olan olguların 5 yıl içerisinde siroz gelişme riski %15-20'dir. Kronik enfekte olguların her yıl HBeAg spontan kaybı % 8-12 olup HBsAg'nin spontan kaybı daha nadirdir (<% 1/yıl). HBsAg'nin negatifleşmesine karşın bu hastalar ömür boyu enfekte olarak kalırlar.²⁸

2.1.1.6. Hepatit B Komplikasyonlar

Virüs; uzun süreli enfeksiyona sebep olabilir, aniden gelişip kötüleşebilen yapıda olduğu gibi HBsAg serumda 6 aydan fazla kaldığında kronikleşme söz konusudur. Kronikleşme, kişinin yanıtına ve immün sistemin durumuna bağlıdır.²⁹ HBV enfeksiyonunun seyri sırasında görülebilecek en önemli komplikasyonlar; portal hipertansiyon, siroz, özefagus varis kanaması, asit, hepatosellüler karsinom (HCC) ve hepatorenal sendromdur. Olguların %15-20'sinde 5 yıl içerisinde siroza ilerleme, sirozlu hastaların %20'sinde ise HCC saptanır.³⁰ Siroz ve karaciğer kanseri nedeniyle ölüm riski yüksektir.⁷

2.1.1.7. Hepatit B Tedavi

KHB’de tedavide amaç semptomların ilerlemesiyle oluşabilecek karaciğer yetmezliği, HCC ve siroz gibi komplikasyonları önleneyerek hastanın yaşamını daha kaliteli geçirmesini sağlamak ve yaşam süresini artırmaktır.³¹ KHB tedavisinde ana hedef serum HBV DNA düzeyini sürekli baskılamak ve saptanabilir değerlerin altında tutmaktır. Böylece siroz ve HCC gibi komplikasyonların engellenmesi hedeflenmektedir.³² Kronik hepatit B tedavisinde, standart interferon alfa-2a ve 2b, pegile interferon alfa-2a ve 2b, lamivudin, adefovir, entekavir, tenofovir ve telbivudin ülkemizde mevcut olan ve kullanım onayı almış ilaçlardır.³³ Hepatit B den korunmada ise davranışsal değişiklikler, pasif immünizasyon, aktif immünizasyon gereklidir.²¹

2.1.2. Hepatit C

Hepatit C; hepatit C virüsünün yol açtığı karaciğer hastalığıdır. HCV akut ve kronik enfeksiyona sebep olur. Birkaç hafta süren hafif bir hastalıktan ciddi ömür boyu devam eden bir hastalığa kadar değişir. DSÖ’nün 2017’de tamamlanan çalışmalarına göre küresel olarak tahmini 71 milyon insanda Hepatit C enfeksiyonu vardır⁹. HCV görülme sıklığı dünya geneli 21 bölgeye ayrılarak incelendiğinde; ülkemiz bulunduğu konum açısından Kuzey Afrika/Ortadoğu bölgesinde yer alıp % 3.6 prevelansına sahiptir. Türkiye’de yapılan epidemiyolojik çalışmalarda prevelansın bölgelere göre farklılık gösterdiği ve en düşük prevelansın Ege Bölgesi’ne ait olduğu bildirilmiştir.¹⁰

2.1.2.1. Hepatit C Bulaş Yolu

HCV bulaşması HBV’nin bulaşmasına benzemekle birlikte, horizanatal, vertikal yani anneden bebeğe bulaş, parenteral yolla, infekte kan alma, organ transplantasyonu, kontamine malzeme ile ilaç-uyuşturucu kullanımı, seksüel yani infekte partnerle cinsel ilişki ile olmaktadır.^{20, 34}

2.1.2.2. Hepatit C Patogenezi

Patogenezi immun cevap en önemli mekanizma olmakla beraber, HCV RNA temastan 1-2 hafta sonrasında serumda tespit edilebilir duruma gelir. İmmünolojik çalışmalar hücresel immün cevabın 1-2 ay, humoral immün cevabın ise 2-3 ay kadar geç olarak ortaya çıktığını göstermektedir. Serum aminotransferaz seviyeleri HCV'ye maruz kaldıktan 2-8 hafta sonra yükselmeye başlar ve bu durum 8-12 hafta kadar sürer. Transaminazların en üst seviyeye ulaşmasından sonra HCV RNA seviyesi düşmeye başlar. Anti HCV antikoru serumda bu dönemde tespit edilebilir veya edilemez. Viral klirens humoral cevap oluşmadan önce veya bu cevap oluşsa bile gerçekleşebilir. Akut dönemde Anti HCV antikoru negatif olarak tespit edilen hastaların çok az bir kısmında enfeksiyona ait herhangi bir parametre tespit edilemeden viral klirens tam olarak gerçekleşebilir. Bu hastalarda tam iyileşme gözlenir. Daha büyük bir kısım hastada ise anti HCV antikorları, viral klirens ve kendiliğinden iyileşme 10-20 yıl gibi uzun bir sürede tamamlandıktan sonra düşmeye başlar.³⁵

2.1.2.3. Hepatit C Belirti ve Bulguları

Akut hepatit geçirenlerin %30'unda hastalık iyileşme ile sonuçlanmakta ve HCV-RNA spontan olarak kaybolmaktadır. Olguların %70'inde ise hepatit C kronikleşmektedir. Kronikleşen olgularda genellikle hastalık sirozun geç evrelerine ve hatta HCC gelişinceye kadar sessiz kalabilir. Olası belirtiler, halsizlik, düşük egzersiz toleransı, yorgunluk, hazımsızlık olabilir. Fizik muayene tamamen normal olabilir. Ancak kronik hepatit evresindekilerin yarısından fazlasında hepatomegali mevcuttur.³⁶

2.1.2.4. Hepatit C Tanı

Hepatit C li hastalarda tanı ya sağlık taraması için bakılan (hastaneye yatış, evlilik öncesi kontrol, kan bağışı gibi) serolojik testler ile (Anti HCV pozitifliğinin saptanması) ya da aminotransferaz yüksekliği veya karaciğer hastalığı bulguları ile gelen bir hastada

hastalık nedenine dönük araştırmalar neticesinde olmaktadır. Az sayıda olguda ise HCV nin sebep olduğu ekstrahepatik hastalıklar tanı için başlangıç noktasını oluşturmaktadır. Hepatit C tanısı için iki test kullanılmakta olup bunlar virüse karşı oluşan antikorı gösteren Anti HCV ve Viral RNA'nın (HCV RNA) araştırılmasıdır.²⁴

2.1.2.5. Hepatit C Prognoz

Kronik hepatitin gelişme süresi akut hepatitten sonra ortalama 10 yıl, siroz gelişme süresi 20 yıl, HCC gelişme süresi ise 30 yıldır. Dolayısıyla hepatit C yavaş ilerleyen, ancak yaşamları boyunca hastaların ortalama %10'unda ciddi komplikasyonlara ve ölüme yol açabilen bir hastalıktır. Hastalığın siroza gitme riski, virüse 40 yaşından sonra maruz kalanlarda, alkol alanlarda ve erkeklerde daha yüksektir.³⁶

2.1.2.6. Hepatit C Komplikasyonlar

Kronik hepatit C olgularının %70- 80'inde sadece olası semptomlar (halsizlik yorgunluk vs.) görülmekte ve siroz gelişmemekte, %20-30 olguda ise hastalık siroza ilerlemektedir. Başlangıçta siroz kompanse; yani özofagus varisi, assit, hepatik ensefalopati gibi komplikasyonlar yoktur. Ancak her geçen yıl hastaların %5'i dekompanse olmakta, %1-2'sinde de HCC gelişmektedir.³⁶

2.1.2.7. Hepatit C Tedavi

Kronik hepatit C tedavisine başlamadan önce HCV-RNA düzeyi ve virüs genotip tayini yapıldıktan sonra uygun antiviral ajanlar kullanılmalıdır. Hepatit C aşısı olmadığından, korunma HCV enfeksiyona maruz kalma riskini azaltmakla olabilir.^{37 5} Hepatit C enfeksiyonunda tedavide ki primer amaç; HCV'nin eradikasyonunun yani yokedimin sağlanmasıdır. Tedavi ile birlikte kalıcı olarak virolojik yanıt elde edildiğinde enfeksiyonun eradike olduğu düşünülmektedir. İkincil amaç ise enfeksiyona bağlı komplikasyonları önlemektir. Bunlar; kronik hepatitten siroza ilerlemeyi geciktirmek, ekstra hepatik bulguları önlemek, HCC gelişme riskini azaltmak, karaciğer

transplantasyon riskini azaltmak, morbidite ve mortaliteyi azaltmak, yaşam kalitesini düzeltmektir.³⁸

2.1.3. Siroz

Siroz; başlıca viral hepatitlerden kaynaklı, çeşitli etmenlerinde yol açtığı, doku hasarı, nodül oluşumu, fibrozis, vasküler ve lobüler yapının bozulması ile oluşan geri dönüşümsüz uzun süreli bir hastalıktır.^{5, 39, 40} Sirozun önemli bir sağlık sorunu olmasında; kronik hastalıklar içinde yer alması, sağlığı önemli ölçüde etkilemesi, yakın tıbbi tedavi-gözetim gerektirmesi, maddi yüklere ve aktif hayatın kaybedilmesi sebep olmaktadır.¹¹ Batı ülkelerinde alkol tüketimi karaciğer sirozuna neden olan en önemli etken gösterilmekte iken; ülkemizin yer aldığı Uzakdoğu, Orta-Doğu kuşağında ise kronik viral hepatitler başlıca neden gösterilmektedir.^{6, 41}

2.1.3.1. Siroz Etiyoloji

Karaciğer sirozunun nedenleri arasında kronik viral hepatitler (B, C, Delta), alkol, otoimmün hastalıklar, otoimmün hepatitler, biliyer sistem hastalıkları, metabolik hastalıklar, ilaç ve toksinler gösterilmektedir.⁴² Ülkemizde siroza en önemli sebep kronik viral hepatit B ve C olup; onu alkolik ve biliyer hastalıklar izlemektedir. Günümüz koşullarında yapılan klinik ve laboratuvar araştırmalarına rağmen bazı hastalarda sirozun sebebi bulunamamakta ve bu hastalar idiopatik veya kriptojenik siroz olarak adlandırılmaktadır. Karaciğer sirozunun 3 morfolojik tipi vardır. Bunlar; karaciğerin makroskopik görünüşüne ve oluşan nodüllerin özelliklerine göre (makronodüler siroz, mikronodüler siroz ve miks (karışık) siroz) isim alırlar.^{43, 44}

2.1.3.2. Siroz Patogenezi

Hastalığın başlangıcında etyolojik nedene bağlı olarak gelişen hepatoselüler hasar ve buna eşlik eden iltihabi infiltrasyon söz konusudur. Uzun süre devam eden bu durum karaciğerde aşırı bağ dokusu birikimine yani fibroze neden olmaktadır. Gelişen fibrozis

karaciğerin normal yapısı ile mikrovasküler ilişkilerini bozmakta ve devam eden bu süreç sonucunda karaciğer sirozu gelişmektedir.⁴²

2.1.3.3. Siroz Belirti ve Bulgular

Kronik karaciğer hastalığı olan bireyler yıllarca hastalığın belirtilerinin farkında olmadan hayatlarını sürdürebilmektedirler.⁴⁵ Kronik karaciğer hastalığı tanısı konulan hastaların yaşam kalitesi olumsuz etkilenip psikolojik stresle karşı karşıya kalmaktadırlar.⁴⁶ Karaciğerin metabolik fonksiyonlarını yerine getirememesi sonucu vücutta birçok belirti ve bulgu ortaya çıkar. Başlangıçta sebebi belli olmayan düşük ateş, iştahsızlık, dış eti kanaması, spontan burun kanaması, halsizlik, yorgunluk, bulantı, hastalık şiddetinin artmasıyla ciltte ekimozlar, kas krampları, kaşıntı, dispne, libido azalması, erkeklerde jinekomasti ve empotans, kıllarda azalma, kadınlarda menstruasyon değişiklikleri ödem, asit, hipotansiyon, pigmentasyon, karın sağ üst kadranında ağrı, splenomegali ve portal hipertansiyon görülebilir. Hastalığın ilerleyen evrelerinde hastalık belirtileri şiddetlenmektedir.⁴⁷⁻⁵⁰

2.1.3.4. Siroz da Tanı

Hastadan alınan hikaye ve değerlendirilen fizik muayene hastalığın tanısı için önemli ipuçları verir. Alınan anamnezlerde hasta bireyin çok iyi sorgulanması ve sistemik olarak muayenesi yapılmalıdır. Hastalıkta anemi gizli veya aşık kanamalara bağlı olarak ortaya çıkabilir. Portal hipertansiyon sonucunda splenomegali, hipersplenizm nedeni ile de lökopeni, trombositopeni, görülebilir. Karaciğer sentez fonksiyonlarını gösteren önemli parametreler vardır. Bu değerler hastalık evresine, etiyojisine ve sirozun aktif olup olmamasına göre değişiklik göstermektedir. Protrombin (PT) zamanın da uzama ve protrombin aktivitesinde azalma, Bilirubin, ALT, AST, ALP, GGT normal veya yükselmiş olabilir. İdrar muayenesinde ürobilinojen miktarının arttığı saptanır.^{20, 44}

2.1.3.5. Siroz da Prognoz

Hastalığın prognozu etyolojiye, klinik duruma (hastalığın tanı konulduğu andaki komplikasyonların varlığı ve karaciğer hücre yetmezliği ve), laboratuvar bulgularına, histolojik lezyonun şiddetine ve tedavi olanaklarına bağlıdır. Genel olarak dekompanse sirozda 3 yıllık yaşama oranı tanı konulduktan sonra % 16, 5 yıllık yaşama oranı ise % 7 ila % 10 arasındadır. Sirozun prognozunu belirlemede ve karaciğer yetmezliğinin derecesini göstermede Child-Pugh Puanlaması kullanılmaktadır. Child-Pugh skoru klinik özellikler ile laboratuvar bulgularında birkaç değere bakılıp belirlenir ve “Child A, B, C” olarak ifade edilir. Child-Pugh puanlaması için parametrelerdeki puanlarının toplanması ile elde edilen toplam puan 5-6 ise Child A, 7-9 ise Child B ve 10-15 arasında ise Child C olarak yorumlanır.^{44, 51}

2.1.3.6. Siroz da Komplikasyonlar

Hastalığın tanı yılı ve seyri, olası sebepleri saptama ve komplikasyonlar açısından önemlidir. Sirozda hastalık süresince çoğunlukla yaşamı tehdit eden ve hemen müdahale edilmediğinde ölümle sonuçlanabilecek komplikasyonlar görülür. Bunlar; gelişen portal hipertansiyona bağlı gastrointestinal kanamalar, asit ve spontan asit enfeksiyonları, hepatik ensefalopati, hepaselüler karsinoma, karaciğer yetmezliği, hepatorenal sendrom, pulmoner komplikasyonlar, enfeksiyonlar, hipersplenizm ve hematolojik bozukluklar, endokrin bozukluklar, kardiak komplikasyonlar ve gastrointestinal komplikasyonlardır.^{44,}

52

2.1.3.7. Siroz da Tedavi

Siroz da tedavide; hastalığı kontrol altında tutmaya çalışmak ve tedaviye başlamak, siroz oluşmasından önceki evrede önemlidir. Bu tanıyı almış hastalarda tedavi; sirozun ileri safhasına ilerlemesine engel olmak ya da bu süreci uzatmak, hastalık ilerlemiş ise karaciğer yetmezliği semptomlarını engellemeye çalışmak, HSC gelişimini

önlemek, karaciğer nakli öncesinde viral sebeplere bağlı ilerlemiş siroz durumunda viral yükü azaltarak ikincil enfeksiyonu önlemektir. Karaciğer sirozunda tedavi büyük ölçüde semptomatik ve komplikasyonlara yöneliktir. Son çözüm seçeneği karaciğer transplantasyonudur.⁵³

2.2. Kronik Karaciğer Hastalıkları ve Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini bireylerin kültürlerini, değerlerini, hedeflerini, beklentilerini ve hayattaki konumlarını algılamaları olarak tanımlamaktadır. Yaşam kalitesi insanların, fiziksel işlevleri, psikolojik halleri, inançları, ailesi ve çevresi ile olan sosyal ilişkilerini kapsamaktadır.¹⁵ Yaşam kalitesinin çok boyutlu sağlıkla ilişkili bir yapısı vardır. Bu yapılar kronik bir hastalık durumunda veya hastalığın iyileştirilmesi sonucunda etkilenmektedir.⁵⁴ Kronik hastalığa sahip bireyler de hastalık süresi uzadıkça; hastalık semptomları artmakta, bireyler hastalığın getirdiği sınırlılıkları daha uzun süre yaşamakta, daha çok invaziv girişimlere maruz kalmaktadırlar ve bu durum yaşam kalitelerini bozmaktadır.⁵⁵

Karaciğer hastalarının yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ile bireylerin fiziksel, sosyal ve psikolojik alanlarda gereksinim duydukları konular belirlenebilmektedir. Hastalığa ilişkin sağlık problemlerinin önlenmesi, bireyin bunlarla baş edebilmesi için gerekli bilgileri sağlama, semptom yönetimi, tedavi, psikolojik destek sağlama, hastalık süreci hakkında danışmanlık yapma gibi konularda eğitim vermeyi içeren tedavinin ve hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması için karaciğer hastalarının yaşam kalitelerinin belirlenmesi önemlidir.⁵⁶

KHB ve KHC hastalarının fiziksel işleyiş ve ruh sağlıklarında bozulmalar görüldüğü belirtilmektedir. Kronik karaciğer hastalıklarında kas-iskelet sistemi ağrısı, halsizlik ve yorgunluk gibi semptomlar yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.⁵⁷ KHC hastalarında depresyon belirtilerinin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini düşürdüğü

bulunmuştur.⁵⁸ Sirozlu hastalarda günlük, cinsel, sosyal ve iş yaşamı, hastalığın ortaya çıkardığı değişiklikler ve komplikasyonlar nedeniyle olumsuz etkilenerek yaşam kalitesini düşürür.^{59, 60}

Kronik karaciğer hastalıklarında altta yatan semptomların tedavisi yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemli bir parametredir.⁸

2.3. Kronik Karaciğer Hastalıkları ve Sosyal Destek

Sosyal destek; kişinin stres anında ki tutumuna ve onun için önem arz eden diğer bireylerin (eş, aile, arkadaş, özel bir kişi) de yardımcı olması olarak tanımlanır.¹⁶ Sosyal destek insan sağlığı ile ilişkili bir değişkendir. Anne, baba ve çocuktan oluşan tüm aile fertlerinin elde edebildiği sosyal destek düzeyi birçok sistem ile birlikte aile sisteminin işleyişini de etkilemektedir. Ailenin sahip olduğu sosyal destek düzeyi arttığında aile sisteminin işleyişindeki sıkıntılar azalmakta iken; sahip olunan sosyal destek düzeyi azaldığında aile sisteminin işleyişindeki sorunlar artmaktadır.⁶¹ Bireylerde sosyal desteğin fazla olması stres oluşumunu azaltmakta, stres anında ise kişinin karşılaştığı zorluklarla başa çıkmasına yardım etmekte ve durumun algılanış biçimi değiştirdiği belirtilmiştir.¹⁷ Kronik hastalığın belirtileri üstesinden gelmede ailenin rolünün büyük olduğu bilinmektedir. Bu nedenle sosyal desteğin sağlanması, problemlerin çözümünde, stresle başa çıkma konusunda aile hastanın en büyük yardımcısı olmalıdır.⁶²

Kronik hastalıklar içinde yer alan karaciğer hastalıklarının komplikasyonları, yetersiz aile desteği, sağlık sorunları ve bireylerde görülen yoğun depresyon nedeniyle bireyler güçlükler yaşamaktadırlar. Sağlık personeli, aile ve hasta eğitimin yetersiz olması, hastaların kontrollerini düzenli yaptırmaması, evde bakım hizmetinin yetersiz olması, hastaneye tekrarlı yatışların ve gereksiz yatak işgalinin fazla olması tedavi maliyetini arttırmaktadır. Ayrıca iş gücü kaybının fazla olması ülke ekonomisini olumsuz yönde etkilemektedir. Tüm bu durumlar bireylerin yaşam kalitesi ve öz-bakım gücünü

olumsuz yönde etkilemektedir.^{51, 63} Kişilerin yaşam kalitesi, ihtiyaç duydukları sosyal desteğin sağlanması halinde mümkün olan en yüksek seviyeye çıkabilecektir.⁶⁴

2.4. Kronik Karaciğer Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı

Karaciğer hastalarında bakım öncelikle semptomlara yöneliktir. Hastalara tedavinin amacı, gidişatı, yan etkileri ve olası komplikasyonlar hakkında bilgi verilmelidir. Hepatit B ve C hastalarında gereksiz kan transfüzyonlarından kaçınılmalı, donör kan ve kan ürünleri hepatit enfeksiyonları yönünden taranmalıdır. Hasta ve ailesine Hepatit B, C bulaş yolları ve riskli durumlar konusunda gerekli eğitimler verilmelidir. Karaciğer hastalarında bireyin dinlenme aktivite çalışma ile ilgili potansiyeli belirlenmeli, hasta için uygun şartlar oluşturulmalı, hastaya uygun düzenlemeler yapılmalıdır. Diyetisyen ile işbirliği yapılarak beslenme planı hastaya uygun olarak hazırlanmalı, yeterli kalori alımı sağlanmalı. Bakım ve tedavinin devamlılığının sağlanması, kontrollerin önemi konusunda hasta ve yakınları bilgilendirilmeli, danışmalık sağlanmalıdır. Karaciğer hastalarında ilerleyen dönemlerde semptomların artması, yetersizlik hissi, rol kaybı, beden imajı bozukluğu, gibi komplikasyonların olabileceği ve günlük yaşamda belirli kısıtlamalar getirebileceğini bilmeli ve bu konularda destekleyici planlar yapılmalıdır.^{20, 60, 65}

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde hemşirelerin etkin rolü vardır. Hemşireler hemen her zaman hasta ve ailelerin sağlık durumlarıyla ilgilenmekte ve bireylerin yaşam kalitelerini olabildiğince en üst seviyeye çıkarmak için planlamalar yapmaktadır.⁶⁶ Hemşire tedavi ve eğitimin yanı sıra gerekli kontrol ve değerlendirmeleri yaparak multidisipliner ekip içerisinde önemli bir yere sahiptir.⁶⁷

Kronik hastalıkların oluşturduğu kısıtlamalara rağmen sağlık bakımının en önemli amacı; hasta bireylerin günlük aktivitelerini sürdürmelerine yardımcı olmak ve kendilerini olabildiğince iyi hissetmelerini sağlamaktır. Hemşirelik bakımı ise yaşam

kalitesini olumlu yönde etkileyecek davranışlar ve tepkiler üzerinde yoğunlaşır. Ayrıca hemşirelik süreci kapsamında; hasta bireyi merkez alan, hastanın karar verme ve bakım sorumluluğunu üstlenmesini gerektiren, bakım anlayışını değerlendirerek fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik gibi yaşam kalitesi boyutlarını olumlu yönde etkilemeyi hedeflemektedir. Bu hedeflere ulaşabilmesinde; hemşireler eğitim, danışmanlık, bakım-tedavi uygulayıcı gibi rollerini kullanmaktadır.⁶⁶

Sosyal destek anlamında hemşirenin rolü, hasta ve ailenin yaşamındaki değişikliklere karşı uyumunu kolaylaştırmak, problemlerle başa çıkma becerisini geliştirerek hastalığı kabullenmesini sağlamaktır.⁶⁸

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın tipi

Araştırma karaciğer hastalarının yaşam kalitesi ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Gastroenteroloji Polikliniği'nde Nisan 2018 tarihi ile Eylül 2019 tarihi arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Haziran 2018-Mart 2019 tarihleri arasında belirtilen merkeze başvuran Hepatit B, Hepatit C ve Siroz hastaları oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini bu tarihlerde polikliniğe başvuran ve araştırmaya katılma kriterlerini sağlayan 65 Hepatit B, 23 Hepatit C, 15 Siroz hastası olmak üzere toplam 103 hasta oluşturmuştur.

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Hepatit B, Hepatit C ve Siroz tanısı olan hastalar
- Karaciğer hastalığı tanısı dışında sadece ek bir hastalık tanısı olan hastalar (Birden fazla hastalık tanısı bulunması yaşam kalitesini olumsuz yönden daha fazla etkileyeceği düşünülerek sadece ek bir hastalık tanısı olan hastalar araştırmanın evrenine dahil edilmiştir.)
- Siroz tanısı olan hastalarda Child-Pugh formuna göre Grup A ve Grup B de yer alan hasta bireyler (Grup C sınıfında yer alan hastalarda ensefalopati, asit genel durum bozukluğu olup hastanede takip edilmesi gerektiği için araştırmaya dahil edilmemiştir.)
- Okuma-yazma bilen

- 18 yaş ve üstü olan
- İletişim kurabilen
- Psikiyatrik problemi bulunmayan
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri dört form kullanılarak toplanmıştır. Bunlar;

- Hasta Bilgi Formu
- Karaciğer Hastalıklarında Yaşam Kalitesi Ölçeği
- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
- Child-Pugh Sınıflaması Formu

Hasta Bilgi Formu (Ek-5):

Araştırmacı tarafından literatür taraması sonucunda geliştirilen form, kronik karaciğer hastalarının sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin bilgilerini içeren toplam 15 sorudan oluşmuştur. Hastanın sosyo-demografik bilgilerine ilişkin cinsiyet, meslek, eğitim düzeyi, yaş, medeni durum, çocuk sayısı ve gelir düzeyi, hastanın bakmakla yükümlü olduğu kişi, hastaya evde bakan kişi; hastanın tanısı, hastalığın süresi, hastanede yatma durumu, var olan ek kronik hastalığına ilişkin sorulardan oluşmuştur.⁶⁹

Karaciğer Hastalıklarında Yaşam Kalitesi Ölçeği (KHYKÖ) (Ek-6):

Orijinal ismi “Liver Disease Quality of Life Instrument 1.0 olan ölçeği, Ian M. Gralnek ve arkadaşları 1997 yılında, kronik karaciğer hastalarında yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etkilerini değerlendirmek için geliştirilmiştir. 17 ana sorudan oluşan ölçek 75 alt soru içermektedir. 17 sorunun içeriklerine göre birleşmesi ile toplam madde sayısı 12 olmaktadır. 1. soruda yer alan 17 alt sorunun birleşmesi ile **Madde 1** oluşmakta ve kronik karaciğer hastalığına bağlı semptomları değerlendirmektedir. 2.soruda yer alan 10 alt sorudan **Madde 2** oluşmakta ve KKH'nın

günlük aktiviteler üzerine etkisini incelemektedir. 3. ve 4. soruda yer alan toplam 7 alt sorunun birleşmesi ile **Madde 3** oluşmakta ve konsantrasyon problemleriyle ilişkilidir. 5. ve 6. soruda yer alan toplam 6 alt sorunun birleşmesi ile **Madde 4** oluşmakta ve hafıza problemleriyle ilişkilidir. 7. soruda yer alan 5 alt sorunun birleşmesi ile **Madde 5** oluşmakta ve hastaların sosyal ilişkilerini değerlendirmektedir. 8. soruda yer alan 4 alt sorunun birleşmesi ile **Madde 6** oluşmakta ve hastaların hastalıkları nedeniyle yaşadıkları sağlık distressini değerlendirmektedir. 14. soruda yer alan 5 alt sorunun birleşmesi ile **Madde 7** oluşmakta ve uyku problemlerini değerlendirmektedir. 15. soruda yer alan 5 alt sorunun birleşmesi ile **Madde 8** oluşmakta ve hastaların hastalıkları nedeniyle hissettikleri yalnızlık duygusu ile ilgilidir. 16. soruda yer alan 4 alt sorunun birleşmesi ile **Madde 9** oluşmakta ve hastalığın neden olduğu umutsuzluk duygusu ile ilgilidir. 17. soruda yer alan 6 alt sorunun birleşmesi ile **Madde 10** oluşmakta ve hastaların karaciğer hastalıklarını ne şekilde algıladıklarını değerlendirmektedir. **Madde 11**, 9, 10 ve 13 sorunun birleşmesi ile oluşmakta ve hastaların seksüel fonksiyonlarını değerlendirmektedir. 12. soruda yer alan 3 alt sorunun birleşmesi ile **Madde 12** oluşmakta ve karaciğer hastalığının neden olabileceği seksüel problemleri değerlendirmektedir. Ölçekte 11. soru geçiş sorusudur ve son dört hafta içinde cinsel ilişki olup olmadığını sorgulamaktadır.^{70, 71}

Ölçeğin faktör analizi yapısı incelendiğinde 3 boyuttan oluştuğu görülmektedir. “Fiziksel Sağlık”, “Mental Sağlık”, “Sosyal/Bilişsel Sağlık” ölçeğin alt boyutlarını oluşturmaktadır. “Fiziksel Sağlık” alt boyutu 5 madde, “Mental Sağlık” alt boyutu 3 madde, “Sosyal/Bilişsel Sağlık” alt boyutu 4 maddeden oluşmaktadır.⁷⁰

Tablo 3.1. Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0

Ölçeğin alt boyutları	Ölçek Maddeleri	Soru numaraları	Alt soru sayısı
Fiziksel Sağlık	Madde1-Karaciğer hastalığına(KKH) bağlı semptomlar	1a-1r arası	17
	Madde 2-KKH'nın günlük aktivitelere etkisi	2a- 2j arası	10
	Madde 7-Uyku	14a-14e arası	5
	Madde 11-Seksüel fonksiyon	9.soru,10.soru,13.soru	3
	Madde 12-Seksüel problemler	12.soru	3
Mental sağlık	Madde 6-Sağlık distressi 8	8a-8d arası	4
	Madde 9-Umutsuzluk	16	4
	Madde10-Karaciğer hastalığını algılama şekli	17	6
Sosyal/Bilişsel Sağlık	Madde 3-Konsantrasyon	3a-3c arası, 4a-4d arası	7
	Madde 4-Hafıza	5a-5d arası, 6a, 6b	6
	Madde 5-Sosyal ilişkiler	7a-7e arası	5
	Madde 8-Yalnızlık	15a-15e arası	5

Ölçek, Gralnek tarafından 221 kronik karaciğer hastasına uygulanmıştır. Gralnek ve ark.⁷⁰ Amerikan toplumunda yaptıkları çalışmada, ölçek maddelerinin hesaplanan Cronbach Alpha katsayıları 0.62 ile 0.95 arasında bulunmuştur. Türk toplumu için geçerlik güvenirliğini, Sarper B. Tarafından 2007 yılında yapılmış, benzer çalışmalarda kullanılabilirliği açısından geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen puanın yüksek olması yaşam kalitesinin yükseldiğini göstermektedir. “KHYKÖ 1.0”ın iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda Cronbach Alfa değerleri Yaşam kalitesi ölçeğinin toplam değeri 0.925, alt boyutlardan fiziksel alt boyutun değeri 0.779, mental alt boyutun değeri 0.767, Sosyal bilişsel alt boyutun değeri 0.880 bulundu.

12 maddeden oluşan ölçek Likert tipindedir. Her soru için farklı puanlamaların olması nedeniyle istatistiksel değerlendirmede homojenliğin sağlanması için puanlar 0-100 puan arası olacak şekilde dönüştürülmüştür. Böylece hasta her sorudan ters ifadeler hariç tüm maddelerde en az “0 puan” en fazla “100 puan” alabilmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu ifade etmektedir. Araştırmaya katılan hastanın ölçekten “100 puan” alması en iyi yaşam kalitesini “0 puan” alması en kötü yaşam kalitesini ifade etmektedir. Bu çalışmada ölçek puanlarının 100’lük puan üzerinden hesaplanması işlemleri Tablo 3.2’de gösterilmiştir.^{70, 71}

11. sorunun puanlaması: Geçiş sorusudur. Sadece son dört hafta boyunca cinsel ilişki varlığını sorgulamaktadır. Evet cevabı verildiğinde bir sonraki sorudan, hayır cevabı verildiğinde 14. sorudan devam edilmektedir. Ölçeğin puanlamasında tersine dönen ifadeler yer almaktadır. 7. sorunun b ve e şıkkı, 9.soru, 10.soru, 12.soru, 13.soru, 14. sorunun a ve e şıkları, 15. sorunun e şıkkı, 16. sorunun b ve d şıklarında ters puanlanması gereken ifadeler bulunmaktadır.

Tablo 3.2. Ölçek Puanlarının 100'lük Puana Dönüştürülmesi

	1 puan	2 puan	3 puan	4 puan	5 puan	6 puan
KKH bağlı semptomlar						
1a – r arası maddeleri	0 puan	20	40	60	80	100 puan
KKH'nın etkisi						
2a – h arası maddeler	0 puan	20	40	60	80	100 puan
2i ve j maddeleri	0puan	25	50	75	100 puan	
Konsantrasyon						
3a-c, 4a-d arası maddeler	0 puan	25	50	75	100 puan	
Hafıza						
5a-d, 6a-b arası maddeler	0 puan	25	50	75	100 puan	
Sosyal ilişkiler						
7a-e arası maddeler	0 puan	25	50	75	100 puan	
Sağlık distressi						
8a-d arası maddeler	0 puan	25	50	75	100 puan	
Uyku						
14a-e arası maddeler	0 puan	25	50	75	100 puan	
Yalnızlık						
15a-e arası maddeler	0 puan	25	50	75	100 puan	
Umutsuzluk						
16a-d arası maddeler	0 puan	25	50	75	100 puan	
Karaciğer hastalığını algılama şekli						
17a-f arası maddeler	0 puan	25	50	75	100 puan	
Seksüel fonksiyon						
10. ve 13. madde	0 puan	25	50	75	100 puan	
9.madde	0 puan	33.33	66.66	100 puan		
Seksüel problemler						
12 a-f arası maddeler	0 puan	33.33	66.66	100 puan		
7. soru(b ve e), 14. soru(a ve e), 15. soru(e) şıklarının tersine puanlamaları						
Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Seyrek olarak	Hiçbir zaman		
1 puan	2 puan	3 puan	4 puan	5 puan		
100 puan	75 puan	50 puan	25 puan	0 puan		
16. soru (b ve d) şıklarının tersine puanlamaları						
Kesinlikle katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum		
1 puan	2 puan	3 puan	4 puan	5 puan		
100 puan	75 puan	50 puan	25 puan	0 puan		
9. ve 12. sorularının tersine puanlamaları:						
Sorun olmadı	Az sorun oluşturdu	Kısmen sorun oluşturdu	Çok sorun oluşturdu			
4 puan	3 puan	2 puan	1 puan			
100 puan	66,6 puan	33,3 puan	0 puan			
10. sorunun tersine puanlaması:						
Kesinlikle hayır	Evet, çok az	Evet, biraz	Evet, oldukça	Evet, büyük ölçüde		
5 puan	4 puan	3 puan	2 puan	1 puan		
100 puan	75 puan	50 puan	25 puan	0 puan		
13. sorunun tersine puanlaması						
Çok memnunum	Kısmen memnunum	Ne memnunum ne de değilim	Kısmen memnun değilim	Hiç memnun değilim		
5 puan	4 puan	3 puan	2 puan	1 puan		
100 puan	75 puan	50 puan	25 puan	0 puan		

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Ek-7):

1988 yılında Zimet ve ark.⁷² tarafından ÇBASDÖ geliştirilmiş; ülkemizde geçerlik-güvenirliliği ilk olarak Eker ve ark.⁷³ 1995 yılında tarafından yapılmıştır. ÇBASDÖ 12 sorudan oluşan Likert tipi bir ölçektir. “kesinlikle hayır”, “kesinlikle evet” arasında değişen 7 kademeli (1-7 puan) ölçektir. Sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren ölçek, toplamda 12 maddeden oluşmaktadır. 3 alt boyuttan oluşup her alt boyut 4 maddedir. Bu alt boyutlar; aile, arkadaş, özel kişi desteği ile ilgili soruları içermektedir. Aile alt boyutuna ait sorular 3., 4., 8. ve 11. maddeler; arkadaş alt boyutuna ait sorular 6., 7., 9. ve 12. maddeleri ve özel bir birey alt boyutuna ait sorular 1., 2., 5. ve 10. maddelerdir. Özel bir birey olarak örneğin; flört, akraba, komşu, doktor, hemşire... gibi, biz bu çalışmada özel bir birey olarak hemşireyi aldık. Ölçek toplam puanı alt boyut puanlarının toplanmasıyla elde edilmektedir. Toplanan puanların yüksek olması algılanan sosyal desteğin fazla olduğunu göstermektedir. Eker ve ark.⁷³ yapmış olduğu çalışmada ölçek hesaplamasındaki Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı alt boyutları için ayrı ayrı hesaplanmış ve 0.80 ile 0.95 arasında bulunmuş, bizim çalışmamızda Cronbach Alpha iç tutarlılık değeri 0.892, alt boyutlarından aile alt boyutu için 0.931, arkadaş alt boyutu için 0.844, Özel insan (hemşire) alt boyutu için ise 0.922 bulunmuştur.

Child-Pugh Sınıflaması Formu (Ek-8):

Klinik olarak çok sık kullanılmakta olup en önemli objektif parametredir. Sirozun prognozunu belirlemede ve karaciğer yetmezliğinin derecesini göstermede Child-Pugh Puanlaması kullanılmaktadır. Child-Pugh sınıflamasında üçü hastanın laboratuvar bulgularına, ikisi de klinik değerlendirmeye bağlı olmak üzere toplam 5 değişkenden oluşmaktadır. Bu beş değişkene ait puanların toplanmasıyla oluşan skorlama en az 5 puan, en fazla 15 puandır. Bu skorlamaya göre hastalar 3 evreden (Grup A:5-6 puan, Grup B: 7-8-9 puan, Grup C:10-15 arasında olmak üzere) birinde kabul edilir. Grup A`da olan

hasta bireylerin yaşam kalitesi ve sağ kalım yüksek iken; Grup C'de yaşam kalitesi azalmakta, ölüm riski artmaktadır.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler, polikliniğe başvuran hastalara, araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan ve hastaların onamları alındıktan sonra çalışmaya katılmaya gönüllü hastalar ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Anketler hastaya verilmiş, hasta/yakını tarafından doldurulmuştur. Anketin toplam doldurulma süresi 10-15 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 21 paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı, yüzdelik, min-max değerler, ortalamaların incelenmesinin yanı sıra, ikili grupların analizinde bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grupların analizinde ise tek yönlü varyans analizi ve Kruskal Wallis testi, ölçek puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için spearman kolerasyon analizi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığını belirlemek için Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalığa ilişkin özellikleri

Bağımlı değişkenler: Karaciğer Hastalıklarında Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden alınan puanlar

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Hemşirelik Fakültesi' den etik kurul (EK-3, 2018-2/13) izni alınmıştır. Araştırmanın yapılacağı hastaneden gerekli izin (EK-4, 45361945-300-E.1800122666) alınmış, gizlilik ilkesine uyulmuştur. İnsan onuruna saygı ilkesi göz önünde bulundurulmuş, bireylere araştırmaya katılma konusunda özgür oldukları istedikleri zaman ayrılacakları hususunda bilgi verilmiştir.

4. BULGULAR

Bu kısımda araştırmanın bulguları gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların demografik özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Sayı (n=103)	%
Yaş grubu		
18-30 yaş	30	29.1
31-43 yaş	30	29.1
44-56 yaş	23	22.3
57 yaş ve üstü	20	19.5
Cinsiyet		
Kadın	43	41.7
Erkek	60	58.3
Medeni durum		
Evli	72	69.9
Bekar	31	30.1
Çocuk sahibi olma durumu		
Evet	72	69.9
Hayır	31	30.1
Eğitim durumu		
İlkokul	40	38.8
Lise	48	46.6
Üniversite	15	14.6
Meslek		
Serbest meslek	29	28.2
Memur	14	13.6
İşçi	13	12.6
Ev hanımı	31	30.1
Emekli	6	5.8
Öğrenci	10	9.7
Gelir düzeyi		
Gelir-gidere denk	50	48.5
Gelir-giderden fazla	6	5.8
Gelir-giderden az	47	45.7
Ailede bakmakla yükümlü olunan kimse		
Var	75	72.8
Yok	28	27.2
Evde bakımı üstlenecek birey varlığı		
Evet	97	94.2
Hayır	6	5.8
Alkol kullanma durumu		
Tüketmiyorum	96	93.2
Sosyal içici	3	2.9
Ayda 1-2 kez	4	3.9

Tablo 4.1.'de Araştırmaya alınan karaciğer hastalarının demografik özelliklerine ait bilgiler yer almaktadır. Hastaların % 29.1'inin 18-30 ve 31-34 yaş aralığında olduğu, % 58.3'ünün erkek, % 69.9'unun evli, % 69.9'unun çocuk sahibi olduğu, % 46.6'sının lise mezunu, % 30.1'inin ev hanımı, % 48.5'inin gelirinin giderine denk olduğu, %72.8'inin ailesinde bakması gereken birinin olduğu, % 94.2'sinin evde hastanın bakımını üstlenebilecek birinin olduğu ve %93.2'sinin alkol tüketmediği bulunmuştur.

Tablo 4.2. Hastaların hastalık özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Sayı (n=103)	%
Hastalık tanısı		
Hepatit B	65	63.1
Hepatit C	23	22.3
Siroz	15	14.6
Hastalık süresi		
1-12 ay	8	7.8
1-5 yıl	39	37.9
5-10 yıl	38	36.9
10 yıldan fazla	18	17.6
Hastanede yatma durumu		
Evet	54	52.4
Hayır	49	47.6
Karaciğer hastalığı dışında hastalık durumu		
Evet	39	37.9
Hayır	64	62.1
Ailede başka Karaciğer hastalığı varlığı		
Evet	20	19.4
Hayır	83	80.6

Tablo 4.2.'de Araştırmaya alınan karaciğer hastalarının hastalık özelliklerine ait bilgiler yer almaktadır. Hastaların % 63.1'inin tanısının hepatit b olduğu, % 37.9'unun hastalık süresinin 1-5 yıl aralığında olduğu, % 52.4'ünün herhangi bir zamanda hastanede yattığı, % 62.1'inin karaciğer hastalığı dışında başka bir hastalığının olmadığı ve % 80.6'sının ailesinde karaciğer hastalığı olmadığı bulunmuştur.

Tablo 4.3. KHYKÖ 1.0 ve ÇBASDÖ'den alınan puan ortalamaları

Yaşam Kalitesi	Min	Max	Ort ± SS
Fiziksel Sağlık Boyutu	117.05	374.29	278.19±55.12
Mental Sağlık Boyutu	58.33	300.00	198.58±63.07
Sosyal/Bilişsel Sağlık Boyutu	100.36	390.83	281.30±75.78
Toplam	321.18	1056.79	758.08±180.05
Sosyal Destek			
Özel Bir İnsan (Hemşire)	4.00	28.00	13.17±6.81
Aile	6.00	28.00	20.96±5.71
Arkadaş	6.00	28.00	18.18±4.82
Toplam	23.00	84.00	52.32±13.39

Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0'dan alınan ortalama puanlar; fiziksel sağlık alt boyutu 278.19±55.12, mental sağlık alt boyutu 198.58±63.07, sosyal/bilişsel sağlık alt boyutu 281.30±75.78 ve ölçek toplamı ise 758.08±180.05 olarak bulunmuştur. ÇBASDÖ'nden alınan ortalama puanlar; özel bir insan alt boyutu 13.17±6.81, aile alt boyutu 20.96±5.71, arkadaş alt boyutu 18.18±4.82 ve ölçek toplamı ise 52.32±13.39 bulunmuştur (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Hastaların tanıtıcı özelliklerine ve hastalık özelliklerine göre KHYKÖ 1.0 puan ortalaması karşılaştırılması

	Fiziksel Sağlık Boyutu	Mental Sağlık Boyutu	Sosyal/Bilişsel Sağlık Boyutu	Yaşam Kalitesi Toplam
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Yaş grubu				
18-30 yaş	272.33±61.53	180.27±67.46	259.12±90.45	711.33±211.76
31-43 yaş	290.10±48.07	212.22±54.29	295.86±71.74	798.18±155.31
44-56 yaş	281.46±55.76	199.45±67.55	297.39±57.07	778.30±165.33
57 yaş ve üstü	265.35±54.25	204.58±61.35	274.24±72.36	744.18±174.80
	KW=2.569	KW=3.942	KW=3.913	KW=2.948
	p=0.463	p=0.268	p=0.271	p=0.400
Cinsiyet				
Kadın	274.13±48.63	204.50±54.70	291.55±63.99	770.19±149.63
Erkek	281.10±59.58	194.34±68.57	273.95±82.96	749.40±199.81
	U=1134.500	U=1180.500	U=1157.500	U=1253.000
	p=0.298	p=0.464	p=0.376	p=0.805

Tablo 4.4. (Devamı)

	Fiziksel Sağlık Boyutu	Mental Sağlık Boyutu	Sosyal/Bilişsel Sağlık Boyutu	Yaşam Kalitesi Toplam
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Medeni durum				
Evli	277.42±54.96	198.64±63.47	280.30±76.48	756.36±180.06
Bekar	279.98±56.38	198.45±63.16	283.62±75.32	762.06±182.95
	U=1065.000	U=1065.000	U=1097.000	U=1099.000
	p=0.714	p=0.840	p=0.891	p=0.903
Çocuk sahibi olma durumu				
Evet	280.08±52.84	204.71±60.91	288.85±71.12	773.65±169.56
Hayır	273.80±60.79	184.34±66.65	263.76±84.26	721.91±200.62
	U=1080.000	U=892.500	U=916.000	U=943.000
	p=0.796	p=0.108	p=0.150	p=0.214
Eğitim durumu				
İlkokul	265.90±52.83	194.63±62.19	266.44±76.10	726.99±173.65
Lise	284.11±56.44	198.56±68.95	286.09±76.82	768.78±191.01
Üniversite	291.98±53.98	209.16±45.60	305.59±67.47	806.74±154.94
	KW=739.500	KW=909.500	KW=806.500	KW=808.000
	p=0.065	p=0.672	p=0.198	p=0.203
Meslek				
Serbest meslek	261.43±63.68	175.86±73.34	252.57±90.04	689.87±212.04
Memur	308.32±46.58	234.52±48.23	333.88±54.84	876.73±140.87
İşçi	279.18±60.00	192.46±65.86	271.81±86.91	743.46±198.97
Ev hanımı	272.52±44.09	201.47±48.48	287.73±50.99	761.73±119.77
Emekli	290.34±57.55	215.62±80.01	280.73±82.88	786.70±217.42
Öğrenci	293.59±52.68	202.91±61.94	283.76±75.64	780.27±183.49
	KW=8.660	KW=8.745	KW=10.551	KW=10.061
	p=0.123	p=0.120	p=0.061	p=0.074
Gelir düzeyi				
Gelir-gidere denk	293.29±43.68	210.87±50.82	297.39±63.61	801.55±145.61
Gelir-giderden	281.17±52.84	222.22±61.69	337.79±56.70	841.19±163.51
fazla	261.74±62.26	182.49±71.78	256.98±82.29	701.21±200.33
Gelir-giderden az	KW=6.154	KW=4.782	KW=9.417	KW=7.276
	p=0.046	p=0.092	p=0.009	p=0.026
Ailede bakmakla yükümlü olunan kimse				
Var	282.48±51.37	200.19±63.88	285.53±73.78	768.21±172.84
Yok	266.69±63.70	194.27±61.76	269.96±81.19	730.93±198.85
	U=939.000	U=982.000	U=929.500	U=956.000
	p=0.411	p=0.614	p=0.372	p=0.486
Evde bakımı üstlenecek birey varlığı				
Evet	277.77±54.75	197.44±62.73	280.99±76.40	756.21±180.03
Hayır	284.87±66.19	217.01±71.78	286.32±71.05	788.21±194.72
	U=266.000	U=233.000	U=283.000	U=259.000
	p=0.725	p=0.414	p=0.910	p=0.652

Tablo 4.4. (Devamı)

	Fiziksel Sağlık Boyutu	Mental Sağlık Boyutu	Sosyal/Bilişsel Sağlık Boyutu	Yaşam Kalitesi Toplam
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Alkol kullanma durumu				
Tüketmiyorum	279.90±55.52	200.71±64.01	282.64±77.94	762.63±183.57
Sosyal içici	241.82±49.04	164.58±53.88	240.00±19.56	646.40±115.32
Ayda 1-2 kez	279.50±52.42	172.91±36.75	280.08±29.51	732.51±110.52
	KW=1.629 p=0.443	KW=1.984 p=0.371	KW=2.193 p=0.334	KW=1.797 p=0.407
Hastalık tanısı				
Hepatit B	282.33±49.63	205.22±59.35	291.27±69.73	778.83±163.52
Hepatit C	286.37±52.85	213.13±63.12	281.44±83.98	780.96±191.46
Siroz	247.67±72.80	147.50±57.12	237.88±77.77	633.06±191.68
	KW=3.369 p=0.186	KW=10.513 p=0.005	KW=5.576 p=0.062	KW=7.330 p=0.026
Hastalık süresi				
1-12 ay	284.24±31.87	216.14±49.69	299.82±42.89	800.21±98.30
1-5 yıl	288.28±59.63	208.38±67.53	294.97±81.76	791.64±193.93
5-10 yıl	267.59±52.18	185.74±58.55	266.17±72.86	719.51±171.79
10 yıldan fazla	276.01±58.58	196.64±66.72	275.39±77.87	748.05±188.09
	KW=4.628 p=0.201	KW=3.670 p=0.299	KW=4.849 p=0.183	KW=4.376 p=0.224
Hastanede yatma durumu				
Evet	267.59±58.68	267.59±58.68	269.19±75.57	720.24±178.88
Hayır	289.86±48.89	289.86±48.89	294.64±74.51	799.78±173.69
	U=1050.500 p=0.072	U=930.500 p=0.010	U=1049.500 p=0.071	U=1003.000 p=0.035
Karaciğer hastalığı dışında hastalık durumu				
Evet	260.96±55.91	187.76±60.11	277.74±71.15	726.47±170.92
Hayır	288.69±52.33	205.17±64.37	283.47±78.94	777.34±184.04
	U=873.000 p=0.011	U=1046.500 p=0.171	U=1161.500 p=0.556	U=1010.000 p=0.106
Ailede başka Karaciğer hastalığı varlığı				
Evet	268.98±53.23	186.25±54.21	277.97±80.00	733.20±168.68
Hayır	280.41±55.66	201.55±64.96	282.10±75.21	764.07±183.15
	U=717.000 p=0.346	U=707.500 p=0.307	U=818.000 p=0.920	U=737.000 p=0.438

U=Mann-Whitney U Testi KW=Kruskall Wallis Testi

Hastaların yaşlarına göre; yaşam kalitesi ölçeğinin bütün alt boyutları ile ölçek toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Hastaların cinsiyetlerine göre; yaşam kalitesi ölçeğinin bütün alt boyutları ile ölçek toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Hastaların medeni durumları incelendiğinde yaşam kalitesi ölçeğinin bütün alt boyutları ile ölçek toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Hastalarda çocuk sahibi olma durumları incelendiğinde; yaşam kalitesi ölçeğinin bütün alt boyutları ile ölçek toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Hastaların eğitim durumları incelendiğinde; yaşam kalitesi ölçeğinin bütün alt boyutları ile ölçek toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Hastaların meslekleri incelendiğinde; yaşam kalitesi ölçeğinin bütün alt boyutları ile ölçek toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Hastaların gelir durumları incelendiğinde; yaşam kalitesi ölçeğinin mental sağlık alt boyutu açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız iken ($p>0.05$), fiziksel sağlık ile sosyal/bilişsel sağlık alt boyutu ve ölçek toplam puan ortalaması açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Çalışma sonucunda; geliri giderine denk olan hastaların fiziksel sağlık alt boyutu puan ortalamaları, geliri giderinden fazla olan hastaların ise sosyal/bilişsel sağlık alt boyutu ile ölçek toplam puan ortalamaları daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4).

Ailede bakmakla yükümlü olunan kimse varlığına göre; yaşam kalitesi ölçeğinin bütün alt boyutları ile ölçek toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Evde hastanın bakımını üstlenecek birey varlığına göre; yaşam kalitesi ölçeğinin bütün alt boyutları ile ölçek toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Hastaların alkol kullanma durumlarına göre; yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Hastalara konulan tanıları incelendiğinde; fiziksel sağlık ile sosyal/bilişsel sağlık alt boyutu açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız iken ($p>0.05$), mental sağlık alt boyutu ve ölçek toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Çalışma sonucunda; hepatit c hastalarının mental sağlık alt boyutu ve ölçek toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4).

Hastaların hastalık sürelerine bakıldığında; yaşam kalitesi ölçeğinin bütün alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Hastaların hastanede yatma durumuna göre; fiziksel sağlık ve sosyal/bilişsel sağlık alt boyutu puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız iken ($p>0.05$), mental sağlık alt boyutu ve ölçek toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Çalışma sonucunda hastanede yatmamış olan hastaların mental sağlık alt boyutu ve ölçek toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4).

Hastaların karaciğer hastalığı dışında bir kronik hastalığa sahip olmalarına göre; mental sağlık, sosyal/bilişsel sağlık alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark anlamsız iken ($p>0.05$), fiziksel sağlık alt boyutu puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Çalışma sonucunda karaciğer hastalığı dışında başka bir

kronik hastalığı olmayan hastaların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4).

Hastaların ailesindeki başka bir bireyde karaciğer hastalığı bulunma durumuna göre; yaşam kalitesi ölçeğinin bütün alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Hastaların tanıtıcı ve hastalık özelliklerine göre ÇBASDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Özel Bir İnsan (hemşire)	Aile	Arkadaş	Sosyal Destek Toplam
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Yaş grubu				
18-30 yaş	13.33±6.77	20.10 ±5.88	17.36±4.71	50.80±12.87
31-43 yaş	12.20±6.74	19.73±6.60	18.36±4.63	50.30±14.89
44-56 yaş	11.78±5.63	21.78±4.89	18.91±5.60	52.47±11.32
57 yaş ve üstü	16.00±7.77	23.15±4.30	18.30±4.46	57.45±13.60
	KW=4.208	KW=4.810	F=0.473	F=1.349
	p=0.240	p=0.186	p=0.702	p=0.263
Cinsiyet				
Kadın	11.72±5.68	20.53±6.36	17.69±4.69	49.95±13.24
Erkek	14.21±7.38	21.26±5.22	18.53±4.92	54.01±13.34
	U=1057.000	U=1236.000	t=-0.866	t=-1.528
	p=0.117	p=0.716	p=0.388	p=0.130
Medeni durum				
Evli	13.58±7.01	20.98±5.74	18.51±4.72	53.08±13.82
Bekar	12.22±6.32	20.90±5.72	17.41±5.03	50.54±12.36
	U=1016.500	U=1092.000	t=1.057	t=0.880
	p=0.472	p=0.862	p=0.293	p=0.381
Çocuk sahibi olma durumu				
Evet	13.65±6.87	13.65±6.87	18.75± 4.63	53.79±13.03
Hayır	12.06±6.62	12.06±6.62	16.87±5.07	48.90±13.79
	U=978.500	U=976.500	t=1.835	t=1.715
	p=0.321	p=0.313	p=0.069	p=0.089
Eğitim durumu				
İlkokul	15.62±8.11	22.62±5.49	19.05±5.01	57.30±14.12
Lise	12.22±5.49	19.72±5.48	17.54±4.28	49.50±11.58
Üniversite	9.66±4.43	20.46±6.26	17.93±5.82	48.06±13.49
	KW=7.213	KW=7.202	F=1.093	F=4.941
	p=0.027	p=0.027	p=0.339	p=0.009

Tablo 4.5. (Devamı)

	Özel Bir İnsan (hemşire)	Aile	Arkadaş	Sosyal Destek Toplam
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Meslek				
Serbest meslek	15.48±7.51	20.62±5.55	18.34±5.53	54.44±14.90
Memur	9.50±4.27	21.57±4.98	19.14±4.78	50.21±11.51
İşçi	12.23±5.73	20.07±7.21	17.38±5.15	49.69± 14.58
Ev hanımı	12.70±5.91	20.45±6.25	18.16±4.54	51.32±13.39
Emekli	15.83±9.82	24.50±1.97	17.00±4.77	57.33±13.44
Öğrenci	12.70±8.04	21.70±4.90	18.20±3.85	52.60±10.80
	KW= 7.479	KW=2.625	F=0.252	F=0.507
	p=0.187	p= 0.758	p=0.938	p=0.771
Gelir düzeyi				
Gelir-gidere denk	13.56±6.46	21.40±5.28	18.90±4.13	53.86±12.55
Gelir-giderden fazla	6.33±2.65	22.66±5.46	16.83±3.37	45.83±6.01
Gelir-giderden az	13.63±7.14	0.27±6.18	17.59±5.56	51.51±14.73
	KW= 7.901	KW= 1.013	F=1.140	F=1.123
	p=0.019	p=0.603	p=0.324	p=0.329
Ailede bakmakla yükümlü olunan kimse				
Var	13.05±6.84	20.94±5.77	18.40±4.70	52.40±13.44
Yok	13.50±6.82	21.00±5.65	17.60±5.17	52.10±13.50
	U=999.000	U=1047.000	t=0.741	t=0.098
	p=0.704	p=0.982	p=0.461	p=0.922
Evde bakımı üstlenecek birey varlığı				
Evet	13.19±6.70	20.78±5.59	18.06±4.77	52.04±13.15
Hayır	12.83±9.13	23.83±7.41	20.16±5.60	56.83±17.56
	U=265.500	U=170.500	t=-1.038	t=-.849
	p=0.718	p=0.088	p=0.302	p=0.398
Alkol kullanma durumu				
Tüketmiyorum	13.26±6.92	21.09±5.76	18.21±4.96	52.57±13.73
Sosyal içici	13.33±5.50	17.66±4.04	17.33±3.21	48.33±10.21
Ayda 1-2 kez	11.00±5.77	20.25±5.67	18.00±1.63	49.25±5.25
	KW=0.340	KW=1.744	F=0.051	F=0.251
	p=0.844	p=0.418	p=0.950	p=0.778
Hastalık tanısı				
Hepatit B	13.55±6.48	20.89±5.91	18.64±4.81	53.09±13.35
Hepatit C	14.47±8.06	21.43±5.52	18.43±4.88	54.34±14.81
Siroz	9.53±5.06	20.53±5.40	15.80±4.29	45.86±9.62
	KW= 5.170	KW= 0.285	F=2.215	F=2.162
	p=0.075	p=0.867	p=0.115	p=0.120
Hastalık süresi				
1-12 ay	18.37±9.92	22.00±5.75	19.37±5.50	59.75±19.99
1-5 yıl	10.69±5.56	20.82±6.29	17.25±5.48	48.76±12.48
5-10 yıl	13.07±6.00	20.02±5.56	18.15±3.80	51.26±11.03
10 yıldan fazla	16.44±7.20	22.77±4.49	19.72±4.81	58.94±13.93
	KW= 11.086	KW= 3.438	F=1.265	F=3.526
	p=0.011	p=0.329	p=0.291	p=0.018

Tablo 4.5. (Devamı)

	Özel Bir İnsan (hemşire)	Aile	Arkadaş	Sosyal Destek Toplam
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Hastanede yatma durumu				
Evet	13.18±6.76	20.70±4.87	17.24±4.38	51.12±12.39
Hayır	13.16±6.92	21.24±6.54	19.22±5.10	53.63±14.42
	U=1306.500	U=1150.500	t=-2.121	t=-0.947
	p=0.913	p=0.252	p=0.036	p=0.346
Karaciğer hastalığı dışında hastalık durumu				
Evet	12.05±6.06	21.07±5.75		50.87±12.55
Hayır	13.85±7.18	20.89±5.73	17.74±4.70	53.20±13.90
	U=1063.500	U=1221.000	18.45±4.90	t=-0.856
	p=0.208	p=0.854	t=-0.723	p=0.394
			p=0.472	
Ailede başka karaciğer hastalığı varlığı				
Evet	12.65±5.45	20.10±4.75	17.40±5.13	50.15±11.28
Hayır	13.30±7.12	21.16±5.92	18.37±4.75	52.84±13.86
	U=819.500	U=684.000	t=-0.809	t=-0.806
	p=0.930	p=0.221	p=0.420	p=0.422
F= Tek Yönlü Varyans Analiz Testi Wallis		t= Bağımsız gruplarda t Testi		
KW=Kruskal Wallis Testi		U=Mann Whitney U Testi		

Hastaların yaşlarına göre; algılanan sosyal destek ölçeğinin bütün alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Hastaların cinsiyetlerine bakıldığında; algılanan sosyal destek ölçeğinin bütün alt boyutları ile ölçek toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Hastaların medeni durumlarına bakıldığında; algılanan sosyal destek ölçeğinin bütün alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Hastaların çocuk sahibi olma durumları incelendiğinde; algılanan sosyal destek ölçeğinin bütün alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Hastaların eğitim düzeylerine bakıldığında; özel insan ile aile alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<0.05$), arkadaş alt boyutu puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$). Çalışma sonucunda ilkokul mezunu olan hastaların lise ve üniversite mezunu olan hastalara göre özel bir insan, aile, arkadaş alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5).

Hastaların mesleklerine göre; algılanan sosyal destek ölçeğinin bütün alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Hastaların gelir durumlarına bakıldığında; özel bir insan alt boyutu açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<0.05$), aile ile arkadaş alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Çalışma sonucunda geliri giderine denk olan hastaların özel bir insan, arkadaş alt boyutları ile ölçek toplam puan ortalamaları, geliri giderinden fazla olan hastaların ise aile alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5).

Ailede bakmakla yükümlü olunan kimse varlığına göre; algılanan sosyal destek ölçeğinin bütün alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Evde hastanın bakımını üstlenecek birey varlığına göre; algılanan sosyal destek ölçeğinin bütün alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Hastaların alkol kullanma durumlarına göre; algılanan sosyal destek ölçeğinin tüm alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Hastaların tanıları incelendiğinde; algılanan sosyal destek ölçeğinin bütün alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Hastaların hastalık sürelerine göre; özel bir insan alt boyutu ile ölçek toplam puan ortalaması açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<0.05$), aile ve arkadaş alt boyutları puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$). Çalışma sonucunda hastalık süresi 1-12 ay olan hastaların özel bir insan alt boyutu ile ölçek toplam puan ortalamaları, hastalık süresi 10 yıldan fazla olan hastaların ise aile ve arkadaş alt boyutları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5).

Hastaların hastanede yatma durumuna bakıldığında; arkadaş alt boyutu puan ortalaması açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<0.05$), özel bir insan ile aile alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalaması açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$). Çalışma sonucunda hastanede yatan hastaların özel bir insan alt boyutu puan ortalaması, hastanede yatmamış olan hastaların ise aile, arkadaş alt boyutları ile ölçek toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5).

Hastaların karaciğer hastalığı dışında bir kronik hastalığa sahip olmalarına göre; algılanan sosyal destek ölçeğinin bütün alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Hastaların ailesindeki başka bir bireyde karaciğer hastalığı bulunma durumuna göre; algılanan sosyal destek ölçeğinin bütün alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Hastaların Algılanan Sosyal Destek Durumları ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki

	Fiziksel Sağlık Boyutu	Mental Sağlık Boyutu	Sosyal/Bilişsel Sağlık Boyutu	Yaşam Kalitesi Toplam
Özel bir insan (hemşire)	r=-0.208 p=0.035	r=-0.161 p=0.103	r=-0.253 p=0.010	r=-0.212 p=0.032
Aile	r=0.390 p=0.000	r=0.425 p=0.000	r=0.326 p=0.001	r=0.385 p=0.000
Arkadaş	r=0.299 p=0.002	r=0.544 p=0.000	r=0.487 p=0.000	r=0.521 p=0.000
Sosyal Destek Toplam	r=0.185 p=0.062	r=0.313 p=0.001	r=0.226 p=0.022	r=0.273 p=0.005

r=Spearman Korelasyon Testi

Hastaların algılanan sosyal destek ölçeği özel bir insan alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı, fiziksel sağlık ve sosyal/bilişsel sağlık alt boyutları arasında negatif yönlü zayıf düzeyli, anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Hastaların algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı, fiziksel sağlık ve sosyal/bilişsel sağlık alt boyutları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyli, mental sağlık alt boyutu ile orta düzeyli anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Hastaların algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı, mental sağlık ve sosyal/bilişsel sağlık alt boyutları arasında pozitif yönlü orta düzeyli, fiziksel sağlık alt boyutu ile zayıf düzeyli anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Hastaların algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı ile yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı, mental sağlık ve sosyal/bilişsel sağlık alt boyutları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyli, anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma karaciğer hastalarında yaşam kalitesini ve hastaların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Karaciğer hastalığı yaşam kalitesinden alınan toplam puan ortalaması 758.08 ± 180.05 , sosyal/bilişsel sağlık alt boyutu 281.30 ± 75.78 , fiziksel sağlık alt boyutu 278.19 ± 55.12 ve mental sağlık alt boyutu 198.58 ± 63.07 bulundu. Çalışmamızda yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puan ortalamaları incelendiğinde ise en fazla puan ortalamasının sosyal/bilişsel sağlık boyutu, en az mental sağlık boyutu olduğu bulundu (Tablo 4.3).

Çalışmamıza katılan karaciğer hastalarında yaşam kalitesinin yüksek olduğu bulundu. Çalışmamızın aksine KHB ve KHC’de, kronik bir hastalık olmasıyla komplikasyonların gelişmesi ve psikolojik bozukluklar ile özellikle hastalarda KHC ve siroz tedavilerin yan etkileri kişilerin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürdüğü bulunmuştur.⁷⁴ Yapılan farklı bir çalışmada kronik karaciğer hastalığı bulunan hastalar sağlıklı insanlara göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu bulunmuştur.⁷⁵

KHB’de hastalığın getirdiği fiziksel kısıtlamalara bağlı olarak sirozun fiziksel komponentleri ile genel hayat kalitesinde anlamlı azalma olduğu bulunmuştur. Birçok çalışmada da KHC’de yaşam kalitesinin belirgin olarak düştüğü bulunmuştur. Hastalık evresi ilerledikçe yaşam kalitesinin progressif olarak azaldığı belirtilmektedir. Hastaların mental, psikolojik ve sosyal durumlarında hastalığın ilk dönemlerine oranla düşüş olduğu saptanmıştır.^{76, 77} Çalışmamızda ki hastaların hastalıklarını kabullenip, tedaviye düzenli devam etmelerinin sonucundan dolayı hastaların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu düşünülmektedir. Hastalığın algılanış biçimi ve umutsuzluk yaşanması nedeniyle mental sağlık boyutunda daha fazla bozulmalar olduğu söylenebilir.

Çalışmamız da gelir düzeyi az olan hastaların fiziksel, sosyal/bilişsel sağlığının ve yaşam kalitesinin düşük olduğu bulundu. Karaciğer hastalarında hastanenin rutin kontrollerine gelinememesi nedeniyle hastaneye gereksiz yatışlar artmakta ve hastalığın ilerlemesiyle tedavi maliyeti artmaktadır. Hastaların öz bakım gücü azalmakta ve yaşam kalitesi düşmektedir.^{63, 78} Gelir düzeyi düşük hastaların imkanlarında ki kısıtlılık sonucunda düzenli ve gerekli tedaviye erişememelerinden ötürü yaşam kalitesinin düşük olduğu söylenebilir.

Siroz hastalarında ve daha önce hastaneye yatma durumu olan hastaların mental sağlık ve yaşam kalitesinin düşük olduğu bulundu. Karaciğer hastalığından karaciğer sirozuna giden süreçte hastalığın nedenine göre ve hastadan hastaya büyük farklılıklar gösterir. Sirozun klinik seyirinde yorgunluk, iştahsızlık, bulantı-kusma, kilo kaybı-kilo artışı, kaşıntı, ateş, kas krampları, kanama ve seksüel disfonksiyon gibi birçok problemle karşılaşıldığı belirtilmiştir.^{79, 80} Siroz hastalarında görülen bu belirtiler hastaların günlük yaşamını ve psikolojik durumunu etkilemekte ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Karaciğer hastalığı dışında başka bir hastalığı olan hastalarda fiziksel sağlığının düşük olduğu bulundu. Çalışmamızda ki hastalarda görülen diyabet, hipertansiyon, bağırsak sorunları, tiroid gibi ek hastalıkların olması hastaları fiziksel olarak etkilediği düşünülmektedir.

Algılanan sosyal destek puan ortalaması 52.32 ± 13.39 , aileden algılanan sosyal destek puan ortalaması 20.96 ± 5.71 , arkadaştan algılanan sosyal destek puan ortalamasının ise 18.18 ± 4.82 ve hemşireden algılanan sosyal destek puan ortalaması 13.17 ± 6.81 olduğu bulundu. Çalışmamıza katılan hastalarda algılanan sosyal desteğin fazla olduğu; aileden algılanan sosyal destek alt boyutunun daha fazla olduğu, özel bir

kişiden (hemşire) algılanan sosyal destek alt boyutunun daha az olduğu bulundu (Tablo 4.3).

Kronik hastalıklarda kişiler, hayatı boyunca çeşitli zorluklarla karşılaşır, hastalığın vermiş olduğu yorgunluk, ağrı ve depresif belirtilerle birlikte fiziksel aktivitelerini yerine getirmede güçlük yaşaması, sosyal yaşamda kısıtlılık hali ve gelecek yaşamlarındaki belirsizlikler gibi nedenler ile hastalıkla baş etmede güçlük çekmekte oldukları belirtilmiştir.^{80, 81} Karaciğer hastalarında görülebilen semptomlar nedeniyle hastalarda sosyal yaşamda kısıtlılık, hastalıkla baş etmede güçlük görülebilmekte, sosyal desteğe ihtiyaç duydukları düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan hastaların algıladıkları sosyal desteğin aileler tarafından daha fazla sağlandığı bulundu. Kronik hastalığın etkileri ile başa çıkma konusunda hastalara aile bireylerinin destekleri fazladır. Bu anlamda aile bireyleri hasta kişiye ihtiyacı olan sosyal desteği sağlayarak, problemlerini çözmesinde ve stresle başa çıkmasında en önemli destekçisi olmalıdır.⁶² Hastalığın ilk tanıdan itibaren ailesi ve arkadaşları tarafından yüksek oranda sosyal desteğin geldiği ancak ilerleyen zamanlarda bu desteğin yeterli olmadığı göz önüne alınırsa hemşirelerin destekleyici rolünün önemi ön plana çıkmaktadır.⁸²

Hastalık süresinin 1-5 yıl olduğu ve eğitim seviyesi yüksek olan hastalar da algıladıkları sosyal destek ve hemşireden algılanan sosyal desteğin az olduğu bulundu. Karaciğer hastalığında yeni tanı almış olan kişilerde hastalığı kabullenme sürecinin uzun olması ve eğitim seviyesinin yüksek olduğu hastalarda ise; hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olup, hastalığın kronik geri dönüşümsüz olduğunu kabullenmesi sonucunda hastalarda algılanan sosyal desteğin daha az olduğu söylenebilir.

Hastalarda gelir düzeyi arttıkça hemşireden algılanan sosyal desteğin az olduğu bulundu. Yapılan bir çalışmada gelir düzeyi yüksek olan hastaların algıladıkları sosyal

desteğin fazla olduğu bulunmuştur.⁸³ Çalışmamıza katılan hastalarda algılanan sosyal desteğin fazla olduğu bu nedenle özel bir kişiden sosyal desteğe ihtiyaç duymadıkları söylenebilir.

Daha önce hastaneye yatma durumu olan hastaların arkadaş çevresinden algıladıkları sosyal desteğin düşük olduğu bulundu. Kronik bir hastalığa sahip olan karaciğer hastalarında hastaneye yatış sıklığının artması sonucunda hastalarda tükenmişlik sendromu görülebilmekte, hastaların aileleri dışında ki insanlardan algıladıkları sosyal desteğin az olduğu düşünülmektedir.

Hastaların algılanan sosyal destek arttıkça yaşam kalitesi, mental ve sosyal/bilişsel sağlığın arttığı tespit edildi. Yapılan bir çalışmada hastalarda algılanan sosyal destek arttıkça yaşam doyumunun arttığı bulunmuştur.⁸³ Çalışmamızda ki hastalarda benzer şekilde hastaların algıladıkları sosyal destek arttıkça yaşam kalitelerinin ve yaşamlarından aldıkları doyumun arttığı söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamıza katılan hastaların yaşam kalitesi ve sosyal destek puanlarının yüksek olduğu,

Hastaların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde ise en yüksek puan ortalamasının sosyal/bilişsel sağlık boyutu, en düşük mental sağlık boyutu olduğu,

Hastaların sosyal destek ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde ise en yüksek puan ortalamasının aileden algılanan sosyal destek alt boyutuna, en düşük puan ortalamasının özel bir kişiden algılanan sosyal destek alt boyutuna ait olduğu,

Gelir düzeyi az olan hastaların yaşam kalitesi puanının düşük; yaşam kalitesi alt boyutlarından ise fiziksel sağlık ve sosyal/bilişsel sağlık boyutu puanının düşük olduğu,

Siroz hastalarında ve daha önce hastaneye yatma durumu olan hastaların yaşam kalitesi puanının düşük olduğu, alt boyutlarından ise mental sağlık boyutu puanının düşük olduğu,

Karaciğer hastalığı dışında başka bir hastalığı olan hastalarda fiziksel sağlık boyutu puanının düşük olduğu,

Hastalık süresinin 1-5 yıl olduğu ve eğitim seviyesi yüksek olan hastalar da algıladıkları sosyal destek puanının düşük; alt boyutlardan ise özel bir kişiden algılanan sosyal destek puanının düşük olduğu,

Hastalarda gelir düzeyi arttıkça özel bir kişiden (hemşire) algılanan sosyal destek puanının düşük olduğu,

Daha önce hastaneye yatma durumu olan hastaların arkadaş çevresinden algıladıkları sosyal destek puanının düşük olduğu,

Hastaların yaşam kalitesi, fiziksel ve sosyal/bilişsel sağlığı artarken özel bir insandan algıladıkları sosyal desteğin azaldığı,

Hastaların aileden ve arkadaştan algıladıkları sosyal destek artarken yaşam kalitesi, fiziksel, mental ve sosyal/bilişsel sağlıklarının arttığı,

Hastaların algıladıkları sosyal destek arttıkça yaşam kalitesi, mental ve sosyal/bilişsel sağlığının arttığı tespit edildi.

Araştırma sonuçları doğrultusunda;

Araştırmamızda hemşireden algılanan sosyal destek puanının düşük bulunması nedeniyle; hemşirelerin kronik karaciğer hastalıkları konusunda farkındalığının artırılması ve bilinçli bir sosyal desteğin sağlanması için hemşirelere hastalık döneminde alınan sosyal desteğin önemi hakkında eğitim verilebilir.



KAYNAKLAR

1. Durna Z, Akın S. *Kronik Hastalıklar ve Bakım*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2012:197-198.
2. Birol L, Akdemir N. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, 3. baskı. Ankara, Sistem Ofset, 2012:193-200.
3. Büyükkaya D, Fesci H, Akdemir N. Karaciğer sirozu olan hastaların öz-bakım güçlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2006, 9: 13-24.
4. Fauerholdt L, Schlichting P, Christensen E, Poulsen H, Tygstrup N, Juhl E. Conversion of micronodular cirrhosis into macronodular cirrhosis. *Hepatology*, 1983, 3: 928-931.
5. Sinn DH, Cho EJ, Kim JH, Kim DY, Kim YJ, Choi MS. Current status and strategies for viral hepatitis control in Korea. *Clinical and molecular hepatology*, 2017, 23: 189.
6. Ökten A. Türkiye’de kronik hepatit, siroz ve hepatosellüler karsinoma etiyolojisi. *Güncel Gastroenteroloji*, 2003, 7: 187-191.
7. WHO. Hepatitis B. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>. 13 Mart 2018
8. Akhan S, Aynioğlu A, Çağatay A, Gönen İ, Günel Ö, Kaynar T, Kuruüzüm Z, Sayan M, Tunca B, Tülek N. Kronik hepatit B virusu infeksiyonunun yönetimi: Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği Viral Hepatit Çalışma Grubu Uzlaş Raporu. *Klinik Dergisi*, 2014, 27:2-18.
9. WHO. Hepatitis C. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>. 19 Eylül 2018
10. Aygen B, Keten D, Akalın H, Asan A, Bozdağ H, Çağır Ü, Demirtürk N, Eraksoy H, Erbay A, Gürbüz Y. Kronik Hepatit C Virusu İnfeksiyonunun Yönetimi: Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği Viral Hepatit Çalışma Grubu Uzlaş Raporu-2017 Güncellemesi. *Klinik Dergisi*, 2017, 30: 2-36
11. İlter T. *Klinik Gastroenteroloji ve Atlas*, İzmir, Güven Kitabevi, 2011, 1:946-972.

12. Anderson RN, Smith BL. Deaths: leading causes for 2001, *National Vital Statistics Reports* 2003, 52:1-85.
13. T.C Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Üniversitesi B. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yüğü Final Raporu. 2004.
14. Çelik F, Tekin F, Ünal NG, Özütemiz Ö. Karaciğer sirozlu 225 hastanın retrospektif irdelenmesi: Tek merkez deneyimi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 2017, 16:47-53.
15. Işıklı B, Kalyoncu C, Arslantaş D. Eskişehir Mahmudiye’de 35 yaş ve üzeri kişilerde yaşam kalitesi. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 2007, 26:7-12.
16. Taylor SE, Stanton AL. Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2007, 3:377-401.
17. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2006, 9:68-75.
18. Kaya FÖ, Sezgin G, Nalbant S. Bağ dokusu hastalıkları ve karaciğer. *Maltepe Tıp Dergisi*, 2017, 9:38-41
19. Birol L, Akdemir N. *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı*, 3.Baskı. Ankara, Sistem Ofset, 2011:607-662.
20. Olgun N, Etiaslan F, Yıldızfındık Ü. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, geliştirilmiş 3. Baskı. Ankara, Nobel kitabevi, 2014:711-744.
21. Güçlü E. Hepatit B enfeksiyonu ve korunma. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2012, 4:54-58.
22. Değertekin B. Hepatit B Patogenezi, Doğal Seyri ve Kliniği. *Türkiye Klinikleri Gastroenterohepatoloji-Özel Konular*, 2010, 3:45-52.
23. Thompson A, Locarnini S, Visvanathan K. The natural history and the staging of chronic hepatitis B: time for reevaluation of the virus–host relationship based on molecular

- virology and immunopathogenesis considerations? *Gastroenterology*, 2007, 133:1031-1035.
24. Sonsuz A. Kronik hepatit B ve C. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi no:58, Kasım, İstanbul, 2007:79-90.
 25. Ferrari C, Missale G, Boni C, Urbani S. Immunopathogenesis of hepatitis B. *Journal of Hepatology*, 2003, 39:36-42
 26. Bilgiç A. Hepatit B Virüsü. İçinde: Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M (editörler). *İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2008:1350-1370.
 27. Lok A. Serologic diagnosis of hepatitis B virus infection. UpToDate Online, 2001, 12.
 28. Özaçar T. Hepatit B Virüsü. İçinde: Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M (editörler). *İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2008:1882-1904.
 29. Kara İH. Akut viral hepatit B. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2008, 12: 39-43.
 30. Balcıoğlu İ, Özdemir S. Kronik hepatitli hastalarda nöropsikiyatrik bulgular. İçinde: Tabak F, Balık İ, Tekeli E (editörler) *Viral Hepatit*, Ankara, Viral Hepatitle Savaşım Derneği, 2005:76-82.
 31. Liaw Y-F, Sung JJ, Chow WC, Farrell G, Lee C-Z, Yuen H, Tanwandee T, Tao Q-M, Shue K, Keene ON. Lamivudine for patients with chronic hepatitis B and advanced liver disease. *New England Journal of Medicine*, 2004, 351:1521-1531.
 32. Keeffe EB, Dieterich DT, Han S-HB, Jacobson IM, Martin P, Schiff ER, Tobias H. A treatment algorithm for the management of chronic hepatitis B virus infection in the United States: 2008 update. *Special Report-Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 2008, 6:1315-1341.
 33. Balık İ. II. Viral Hepatit Tanı ve Tedavi Rehberi. *Viral Hepatit Dergisi*, 2008, 13:87- 96.

34. Barut HŞ, Günel Ö. Dünyada ve ülkemizde hepatit C epidemiyolojisi. *Klinik Dergisi*, 2009, 22:38-43.
35. Coşkun Ö, Savaşçı Ü. Pathogenesis and Natural History of Hepatitis C Virus Infection. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2012, 11:489-498.
36. Şentürk H. Hepatit C. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi no:28, Ocak, İstanbul, 2002:79-85.
37. Pawlotsky J-M, Aghemo A, Back D, Dusheiko G, Forns X, Puoti M, Sarrazin C. European association for the study of the liver recommendations on treatment of hepatitis C 2015. *Journal of Hepatology*, 2015, 63:199-236.
38. Ghany MG, Nelson DR, Strader DB, Thomas DL, Seeff LB. An update on treatment of genotype 1 chronic hepatitis C virus infection: 2011 practice guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*, 2011, 54:1433-1444.
39. Kasper D, Braunwald E, Hauser S, Longo D, Jameson J. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 16th ed. McGraw-Hill Professional, 2004.
40. Nar H, Kırhan İ, Taşkıran H, Uyanıkoğlu A, Yenice N. Kronik hepatitli ve karaciğer sirozlu hastaların biyoelektrik impedans yöntemi ile değerlendirilmesi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 2018, 17:137-141.
41. Tabak F, Yurdaydın C, Idilman R. Diagnosis, management and treatment of hepatitis B virüs infection: Turkey 2017 clinical practice guidelines. *Turk Journal of Gastroenterology*, 2017, 28:73-83.
42. Sonsuz A. Karaciğer Sirozunun Etyolojisi ve Patogenezi. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi no:28, Ocak, İstanbul, 2002:87-91.
43. Ökten A, Mungan Z, Çakaloğlu Y. *Karaciğer sirozu*. Gastroenterohepatoloji. Nobel Tıp Kitapevi, 2001:449-450.

44. Dolar E. *Klinik Karaciğer Hastalıkları: Patofizyoloji, Tanı, Tedavi*. Nobel ve Güneş Tıp Kitabevi, 2002:343-361.
45. Scaglione S, Kliethermes S, Cao G, Shoham D, Durazo R, Luke A, Volk ML. The epidemiology of cirrhosis in the United States. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 2015, 49:690-696.
46. Nardelli S, Pentassuglio I, Pasquale C, Ridola L, Moscucci F, Merli M, Mina C, Marianetti M, Fratino M, Izzo C. Depression, anxiety and alexithymia symptoms are major determinants of health related quality of life (HRQoL) in cirrhotic patients. *Metabolic Brain Disease*, 2013, 28:239-243.
47. Kim SH, Oh EG, Lee WH. Symptom experience, psychological distress, and quality of life in Korean patients with liver cirrhosis: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 2006, 43:1047-1056.
48. Ni Y, Li J-M, Liu M-K, Zhang T-T, Wang D-P, Zhou W-H, Hu L-Z, Lv W-L. Pathological process of liver sinusoidal endothelial cells in liver diseases. *World Journal of Gastroenterology*, 2017, 23:7666-7677
49. Ovayolu N, Ovayolu Ö. *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*, Çukurova, Nobel Tıp Kitabevi, 2016.
50. Snyder S, Kiviehan S, Collopy K. Cirrhosis and Its Complications. Catch this liver scarring problem early, because its effects can be life-threatening. *EMS World*, 2015, 44:32-37.
51. Kübra E, Bingöl FN, Akbulut G. Kronik karaciğer hastalıklarında tıbbi beslenme tedavisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 6: 156-170.
52. Butterworth RF. Complications of cirrhosis III. Hepatic encephalopathy. *Journal of Hepatology*, 2000, 32:171-180.

53. Serin E, Boyacıoğlu S. Siroz komplikasyonları ve tedavisi. İçinde: Özden A, Şahin B, Yılmaz U, Soykan İ (editörler) Türk Gastroenteroloji Vakfı, 2002, 1:525-541.
54. Cooper V, Clatworthy J, Harding R, Whetham J. Measuring quality of life among people living with HIV: a systematic review of reviews. *Health and quality of life outcomes*, 2017, 15:2-20.
55. Gülseren Ü, Bilge A. Hemodiyaliz tedavisindeki son dönem böbrek yetmezlikli hastaların ruhsal durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 2005, 44:35-38.
56. Eşer İ, Khorshid L, Türk G. Kronik hepatit c hastalarının sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Viral Hepatit Dergisi*, 2006, 11:41-45
57. Handan A, Özden K, Serpil E, Celik N, Parlak E, Parlak M. Assessment of Quality of Life of Patients with Chronic Hepatitis B and C Treated with Pegylated Interferon-alpha. *Viral Hepatit Dergisi*, 2018, 24:25-42
58. Foster GR. Quality of life considerations for patients with chronic hepatitis C. *Journal of viral hepatitis*, 2009, 16:605-611.
59. Glasgow RE, Strycker LA, Toobert DJ, Eakin E. A social–ecologic approach to assessing support for disease self-management: the Chronic Illness Resources Survey. *Journal of Behavioral Medicine*, 2000, 23:559-583.
60. Marchesini G, Bianchi G, Amodio P, Salerno F, Merli M, Panella C, Loguercio C, Apolone G, Niero M, Abbiati R. Factors associated with poor health-related quality of life of patients with cirrhosis. *Gastroenterology*, 2001, 120:170-178.
61. Gökler I. Sistem Yaklaşımı ve Sosyal-Ekolojik Yaklaşım Çerçevesinde Oluşturulan Kavramsal Model Temelinde Kronik Hastalığı Olan Çocuklar ve Ailelerinde Psikolojik Uyumun Yordanması. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2008.

62. Güneş Z. Kronik hastalığı olan bireylerin aileden algıladıkları sosyal destek ve ümitsizlik durumları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2009, 17:24-31.
63. Chedid A, Mendenhall C, Gartside P. Cirrhosis of the Liver. *Postgraduate Medical journal*, 2001, 109:49-50.
64. Kılıçkap S. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ile Hastalığın Klinikopatolojik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kanser Epidemiyolojisi Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2009.
65. Younossi ZM, Boparai N, Price LL, Kiwi ML, McCormick M, Guyatt G. Health-related quality of life in chronic liver disease: the impact of type and severity of disease. *The American Journal of Gastroenterology*, 2001, 96:2199-2205.
66. Mollaoğlu. M. Kronik Hastalıklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik. 2. *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Özet Kitabı*, İzmir, 2007:9-11.
67. Fabrellas N, Carol M, Torradabella F, de Prada G. Nursing care of patients with chronic liver diseases: Time for action. *Journal of Advanced Nursing*, 2018, 74:498-500.
68. Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013, 1:57-72.
69. Sarper B, ‘Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0 In Türk Toplumunu İçin Geçerlik Ve Güvenirliği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2007.
70. Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne A, Rosen HR, Keefe EB, Artinian L, Kim S, Lazarovici D, Jensen DM, Busuttil RW. Development and evaluation of the liver disease quality of life instrument in persons with advanced, chronic liver disease—the LDQOL 1.0. *The American journal of Gastroenterology*, 2000, 95:3552-3565.

71. Kanwal F, Hays RD, Kilbourne AM, Dulai GS, Gralnek IM. Are physician-derived disease severity indices associated with health-related quality of life in patients with end-stage liver disease? *The American journal of Gastroenterology*, 2004, 99:1726-1732.
72. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 1988, 52:30-41.
73. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12:17-25
74. Can G, Can H, Yılmaz B, Korkmaz U, Ümit HC, Poşul E, Ünsal G, Tezel A, Soylu A, Kurt M. Kronik Hepatit B ve C'li Hastalarda Karaciğer Hastalığının Farklı Evrelerinde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2016, 7:28-40.
75. Lam ET, Lam CL, Lai C, Yuen M, Fong DY, So TM. Health-related quality of life of Southern Chinese with chronic hepatitis B infection. *Health and quality of life outcomes*, 2009, 7:1-10
76. Foster G. Hepatitis C virus infection: quality of life and side effects of treatment. *Journal of Hepatology*, 1999, 31:250-254.
77. Bonkovsky HL, Woolley JM. Reduction of health-related quality of life in chronic hepatitis C and improvement with interferon therapy. *Hepatology*, 1999, 29: 264-270.
78. Arguedas MR, Fallon MB. Prevention in liver disease. *The American Journal of the Medical Sciences*, 2001, 321:145-151.
79. Sonsuz A. Karaciğer Sirozunda Hasta Takibi ve Klinik Sorunlar. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi No: 58 2007:99-112
80. Yurdakan Gündoğdu S. Kronik Karaciğer Hastalığı Olan ve Karaciğer Nakli Yapılmış Olan Hastaların Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç

Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Kocatepe Üniversitesi, 2007.

81. Akyol A. Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesinin Saptanması ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 1992.
82. Argon G. Kronik hastalıklara uyum. *Kronik Hastalıklarda Bakım*. İntertıp Tıbbi Yayıncılık. İzmir, 2002.
83. Altıparmak S. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu, sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 2009, 23:159-164.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı:	Esra GEYİK
Doğum tarihi:	06.10.1988
Doğum Yeri:	Üsküdar / İSTANBUL
Medeni Hali:	Evli
Uyruğu:	T.C.
Adres:	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 25240 ERZURUM
Tel:	05301726740
Faks:	-
E-mail:	e.mujdeci@atauni.edu.tr
Eğitim	
Lise:	Nene Hatun Kız Lisesi (2005)
Lisans:	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (2006- 2010)
Yüksek lisans:	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2016-...)
Doktora:	
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce:	Orta
Almanca:	-
Rusça:	-
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
İlgi Alanları ve Hobiler	

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Yükseklisans Tezi olarak Prof. Dr. Mehtap TAN danışmanlığında sunulan “Karaciğer Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	8	15
Genel Bilgiler	25	30
Materyal ve Metod	19	35
Bulgular	5	10
Tartışma	8	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 2 / 9 / 2019

Öğrenci Adı-Soyadı

İmza

Esra GEYİK



Danışman Adı-Soyadı

İmza

Prof. Dr. Mehtap TAN



* Tez ile ilgili YÖKTEZ’de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

☐ Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

☐ Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

EK-3 ETİK KURUL ONAY FORMU



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU

Sayı: 2018-2/13

Tarih: 27.02.2018

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu Esra GEYİK, Mehtap TAN isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan “Karaciğer Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi” başlıklı araştırmayı etik açıdan **uygun** bulmuştur.

Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI
Başkan

Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Üye

Prof. Dr. Neziha KARABULUT
Üye

Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR
Üye

Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Üye

EK-4 KURUM İZNİ



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

Sayı : 45361945 -300-E.1800122666
Konu : Uygulama İzni (Esra GEYİK)

17.04.2018

REKTÖRLÜK MAKAMINA
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 06.04.2018 tarihli ve 42190979-300-E.1800112323 sayılı belge.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hemşirelik yüksek lisans öğrencisi Esra GEYİK'in "Karaciğer Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını belirtilen tarihler arasında Hastanemiz Gastroenteroloji polikliniğinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim

Prof.Dr. Orhan ATEŞ
Başhekim V.

Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü 25040
Yakutiye/ERZURUM
Tel: +90 442 3446666
Elektronik Ağ: <http://www.atauni.edu.tr/#birim=saglik-arastirma-ve-uygulama-merkezi>

Kep Adresi: atauni@hs01.kep.tr

Bilgi: Dilek KILIÇ
Faks: +90 442 2361301
E-Posta: hastane@atauni.edu.tr



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
<https://ubys.atauni.edu.tr/ERMS/Record/Confirmation/Confirmation?code=DCE1562>

EK-5 HASTA BİLGİ FORMU

1) Kaç yaşındasınız?

2) Cinsiyetiniz:

a) Kadın

b) Erkek

3) Medeni Durumunuz:

a) Evli

b) Bekâr

4) Çocuğunuz var mı?

a) Evet

b) Hayır

5) Eğitim düzeyiniz nedir?

a) İlkokul

b) Lise

c) Üniversite

d) Diğer.....

6) Mesleğiniz nedir?

a) Serbest meslek

b) Devlet memuru

c) İşçi

d) Ev Hanımı

e) Emekli

f) Diğer

7) Ailenizin gelir düzeyi nedir?

a) Gelir giderden denk

b) Gelir giderden fazla

c) Gelir giderden az

8) Ailenizde bakmakla yükümlü olduğunuz kimse var mı?

a) Var

b) yok

9) Evde bakımınızı üstlenebilecek kimse var mı?

a) Var

b) yok

10) Alkol tüketiyor musunuz?

a) Tüketmiyorum

b) Sosyal içiciyim

c) Ayda bir iki kere

d) Haftada bir iki kere

e) Hemen hemen her gün

11) Hastalığınızın tanısı:

12) Hastalığınızın süresi

13) Hastalığınız dolayısıyla hastanede yattınız mı?

a) Evet

b) Hayır

14) Karaciğer hastalığınız dışında başka bir hastalığınız var mı?

a) Evet

b) Hayır

15) Ailenizde başka karaciğer hastalığı olan var mı?

a) Evet

b) Hayır

EK-6 “KARACİĞER HASTALIĞI YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1.0”

1. Aşağıdaki sorular şu andaki karaciğer hastalığınıza veya diğer sağlık problemlerinizi hakkındadır. **Son dört hafta içinde ne sıklıkta** bu belirtilere sahip olduğunuzu boşluklardan birini seçip **X** işareti ile doldurarak cevaplayınız.

	Hemen Hergün	Haftada 4-5 gün	Haftada 2-3 gün	Haftada 1 gün	Haftada 1 günden az	Hiç
a. Kaslarınızda ağrı oldu?						
b. Vücudunuzda ağrı oldu?						
c. Cildinizde kaşıntı oldu?						
d. Baygınlık, baş dönmeniz oldu?						
e. Baş ağrınız oldu?						
f. İştahsızlığınız oldu?						
g. Yediklerinizden tat alamadınız?						
h. Ayak veya bacaklarınızda şişlik (ödem) oldu?						
i. Karnınızda sıvı toplanması (assit) oldu?						
j. Görmenizde değişiklikler oldu?						
k. Burun kanamanız oldu?						
l. Diş etlerinizde kanamanız oldu?						
m. Bulantı veya kusmanız oldu?						
n. Siyah, katran gibi dışkılamanız oldu?						
o. Sık sık idrara çıktınız?						
p. Bitkin veya tükenmiş hissettiniz?						
r. Nefes darlığınız oldu?						

2. Bazı insanlar karaciğer hastalıklarının etkilerine bağlı günlük yaşamlarında sıkıntı yaşarlarken, bazıları ise yaşamaz. **Son dört hafta boyunca** karaciğer hastalığınızın etkileri sizi ne kadar rahatsız etti?

	Aşırı rahatsız oldum	Çok rahatsız oldum	Orta derecede rahatsız oldum	Kısmen rahatsız oldum	Hiç rahatsız olmadım	Benimle ilgili değil
a. Herhangi bir sıvı kısıtlamasının olmasından						
b. Herhangi bir diyet kısıtlamasının olmasından (tuzsuz, yağsız yeme)						
c. Ev işlerini yaparken (temizlik, evi düzenleme, bahçe işi vb.)						
d. Ev dışındaki sosyal olaylara katılırken (çarşıda gezebilme, komşuya gidebilme, kahveye gidebilme, sinema/tiyatroya gidebilme, lokantada yemek yeme)						
e. Ev içinde rahatlama, keyif verici veya gevşemeye yönelik aktiviteler (el işi/örgü örme, televizyon seyretme, gazete/kitap okuma, egzersiz)						
f. Seyahat etmekten						
g. Cinsel yaşamınızdan						
h. İlaç almanız sizi nasıl etkiledi						

Aşağıdaki ifadelerden hangisine katılıyor ya da katılmıyorsunuz.

	Kesinlikle katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
i. Zamanımın büyük kısmı karaciğer hastalığımla uğraşarak geçiyor					

Son dört hafta içinde ne sıklıkta.....

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Seyrek olarak	Hiçbir zaman
j.Karaciğer hastalığınız mizah duygunuzun kaybolmasına neden oldu (daha az neşelendiniz)					

Aşağıdaki sorular sahip olabileceğiniz konsantrasyon problemleri ile ilgilidir.

3. Son dört hafta içinde ne sıklıkta aşağıdaki konularda **sıkıntı** çektiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Seyrek olarak	Hiçbir zaman
a.Konuşmalara konsantre olurken					
b. İşe veya göreve konsantre olurken					
c.Konsantrasyon veya düşünme gerektiren işleri yaparken					

4. Son dört hafta boyunca ne sıklıkta aşağıdaki durumlarla ilgili **sıkıntı** yaşadınız?

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Seyrek olarak	Hiçbir zaman
a. Bir işi yaparken uzun süreli dikkat toplamamız gerektiğinde sıkıntı yaşadınız?					
b. Kafa karışıklığınız oldu?					
c. Söylenen ya da yapılan şeylere tepki vermede yavaşlama oldu?					
d. Sorunları muhakeme ederken veya çözerken zorluk yaşadınız?					

Aşağıdaki sorular hafızanızla ilgilidir.

5. Buna göre aşağıdaki sorunlar ile ilgili **son dört hafta boyunca** ne sıklıkta.....

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Seyrek olarak	Hiçbir zaman
a.Kişilerin isimlerini hatırlarken sorun yaşadınız?					
b.Koyduğunuz eşyaların yerlerini hatırlarken sorun yaşadınız?					
c.İnsanların size söylediklerini hatırlarken sorun yaşadınız?					
d.Günün erken saatlerinde okuduklarınızı hatırlarken sorun yaşadınız?					

6. Son dört hafta içinde ne sıklıkta.....

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Seyrek olarak	Hiçbir zaman
a. Hafızanız ile ilgili herhangi bir sorun yaşadınız					
b. Son günlerde olan olayları unuttunuz					

7. Son dört hafta içinde ne sıklıkta.....

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Seyrek olarak	Hiçbir zaman
a. Kendinizi çevrenizdeki insanlardan soyutladınız, içinize kapandınız?					
b. İnsanlara karşı sevecen ve şefkatliydiniz					
c. Çevrenizdekilere karşı sinirli davrandınız					
d. Aile/arkadaşlarınızdan mantıksız istekleriniz oldu					
e. Cana yakın bir insandınız					

8. Son dört hafta içinde ne sıklıkta.....

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Seyrek olarak	Hiçbir zaman
a. Karaciğer hastalığınız yüzünden cesaretiniz kırıldı					
b. Karaciğer hastalığınız ile ilgili hayal kırıklığına uğradınız					
c. Karaciğer hastalığınız yaşamınızda endişe oluşturdu					
d. Karaciğer hastalığınız sizi kederli, üzgün hissettirdi					

Aşağıdaki sorular cinsel fonksiyonunuz ve cinsel fonksiyonlarınızdan duyduğunuz tatmin (yeterlilik) ile ilişkilidir.

9. Son dört hafta içinde cinsel isteksizliğiniz ne kadar sorun oldu

Sorun olmadı	Az sorun oldu	Kısmen sorun oldu	Çok sorun oldu

10. Son dört hafta içinde karaciğer hastalığınız cinsel ilişkinizi olumsuz etkiledi mi?

Kesinlikle hayır	Evet, çok az	Evet, biraz	Evet, oldukça	Evet büyük ölçüde

11. Son dört hafta içinde cinsel ilişkiniz oldu mu? Cevabınız hayır ise 14. sorudan devam ediniz

Evet	
Hayır	

12. Son dört hafta içinde aşağıdakilerden her biri cinsel ilişki sırasında sizin için ne kadar sorun oluşturdu?

Erkekler için:	Hiç sorun olmadı	Çok az sorun oldu	Biraz sorun oldu	Çok sorun oldu
a. Ereksiyonu sağlama/devam ettirme				
b. Orgazm olmakta (rahatlamakta)				
c. Eşimi tatmin etmekte				

Kadınlar için:	Hiç sorun olmadı	Çok az sorun oldu	Biraz sorun oldu	Çok sorun oldu
d. Vaginal ıslaklığın sağlanması				
e. Orgazm olmakta (rahatlamakta)				
f. Eşimi tatmin etmekte				

13. Genel olarak son dört hafta içindeki cinsel aktivitenizden ne kadar memnunsunuz?

Çok memnunum	
Kısmen memnunum	
Ne memnunum ne de değilim	
Kısmen memnun değilim	
Hiç memnun değilim	

14. Son dört hafta boyunca ne sıklıkta.....

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Seyrek olarak	Hiçbir zaman
a. Sabah kalktığınızda kendinizi dinlenmiş hissedecek kadar yeterli uyudunuz?					
b. Gün içinde uykulu veya sersem hissettiniz?					
c. Gün içinde uyanık kalmakta sorun yaşadınız?					
d. Gün içinde 5 dk. veya daha fazla kestirdiniz?					
e. İhtiyacınız olan uykuyu alabildiniz?					

15. Son dört hafta boyunca ne sıklıkta hastalığınız yüzünden

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Seyrek olarak	Hiçbir zaman
a. Arkadaşa ihtiyaç duydunuz					
b. Sıkıntınızı paylaşabileceğiniz birisini bulamadınız					
c. Kendinizi terkedilmiş hissettiniz					
d. Kendinizi insanlardan soyutlanmış hissettiniz					
e. İhtiyacınız olduğunda bir arkadaş bulabildiniz					

16. Aşağıdaki ifadelere ne kadar katılıyor ya da katılmıyorsunuz?

	Kesinlikle katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
a. Geleceğe ilişkin planlarım hastalığımın öncesine göre daha az					
b. Geleceğe ilişkin inancım güçlü					
c. Geleceğim bana karanlık görünüyor					
d. Geleceğe ümitle bakıyorum					

17. Aşağıdaki ifadelere ne kadar katılıyor ya da katılmıyorsunuz?

	Kesinlikle katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
a. Bazı insanlar karaciğer hastalığımın dolaylı benden uzak duruyor					
b. Hastalığımın neden olduğu görünüşümden dolayı toplum içinde utanıyorum					
c. Karaciğer hastalığımın dolaylı toplum içinde birşeyler yapmaktan çekiniyorum					
d. Karaciğer hastalığımın dolaylı çevremdeki bazı insanlar rahatsız oluyor					
e. Karaciğer hastalığım toplum içinde göze çarpmama neden oluyor					
f. Karaciğer hastalığımın dolaylı kendimi eksik ve kusurlu hissediyorum					

EK-7 ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (ÇBASDÖ)

Her maddeyi okuyunuz ve “bu benim için ne kadar doğru?” sorusunu yanıtlayınız.

Ölçek üzerinde uygun kutucuğu işaretleyiniz. Lütfen hiçbir maddeyi atlamayarak maddelerin tümünü işaretleyiniz.

1= Kesinlikle Hayır 7=Kesinlikle Evet

	1	2	3	4	5	6	7
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (HEMŞİRE) var..							
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (HEMŞİRE) var.							
Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.							
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (HEMŞİRE) var.							
Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
Sorunlarımı ailemle (örneğin; annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.							
Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (HEMŞİRE) var.							
Kararlarımı vermede ailem bana yardımcıyı olmaya isteklidir.							
Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							

EK-8. CHILD- PUGH SINIFLAMASI VERİLERİ

Parametreler	Değerler	Puan
Ensefalopati	Yok	1
	Grade I-II	2
	Grade III-IV	3
Asit	Yok	1
	Hafif	2
	Fazla ve tedaviye dirençli	3
Bilirubin (mg/dL)*	< 2	1
	2-3	2
	>3	3
Albumin(g/dL)	> 3.5	1
	2.8-3.5	2
	< 2.8	3
Protrombin Zamanı saniye olarak	0-4	1
	4-6	2
	>6	3

Grup A= 5-6 puan; Grup B= 7-9 puan; Grup C=10-15 puan

(*) Primer bilier sirozda bilirubin düzeylerindeki düzeltme: < 4 mg/dL (1 puan), 4-10 mg/dL (2 puan), > 10 mg/dL (3 puan).