

T.C.
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**KARACİĞER SİROZU OLAN HASTALARDA GÜNLÜK
YAŞAM AKTİVİTELERİNİN BAKIM VEREN YÜKÜ
ÜZERİNE ETKİSİ**

Fikriye Turaba ERSEL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

(İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ABD)

Danışman
Doç. Dr. Yasemin TOKEM

İZMİR - 2017

T.C.
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**KARACİĞER SİROZU OLAN HASTALARDA GÜNLÜK
YAŞAM AKTİVİTELERİNİN BAKIM VEREN YÜKÜ
ÜZERİNE ETKİSİ**

Fikriye Turaba ERSEL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

(İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ABD)

**Danışman
Doç. Dr. Yasemin TOKEM**

İZMİR - 2017

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü "**Hemşirelik Anabilim Dalı (İç Hastahkları Hemşireliği Programı) Tezli Yüksek Lisans Programı**" çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 25/08/2017

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Yasemin TOKEM (İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi)



Üye: Doç. Dr. Hatice MERT (Dokuz Eylül Üniversitesi)



Üye: Doç. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL (İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi)



ONAY: Bu Yüksek Lisans Tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet KOYU

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Tezimin planlanmasında, yürütülmesinde ve yönlendirilmesinde destek ve bilgisini benden esirgemeyen, büyük bir anlayış ve sabırla sunan değerli hocam ve danışmanım Sayın Doç.Dr. Yasemin TOKEM'e,

Yükseklisans eğitimi boyunca desteği olan, tez izleme komitemde yer alan ve değerli katkıları sunan Sayın Doç.Dr. Elif ÜNSAL AVDAL'a, tez izleme komitemde yer alan ve değerli katkıları sunan Sayın Doç.Dr. Hatice MERT'e,

Tez çalışması süresinde değerli bilgi ve tecrüberiyle desteğini esirgemeyen Sayın Uzm.Dr. Gül KİTAPÇIOĞLU' na,

Tez çalışmamın yapılabilmesi ve sürdürülebilmesi için izin veren Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği ve Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi'ne, klinik ortamda çalışmamı sürdürebilmem için izin veren ve destek olan başta Gastroenteroloji Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof.Dr. A.Ömer ÖZÜTEMİZ, klinik Başhemşiresi Yüksek Hemşire Gülseren DİNÇER olmak üzere Gastroenteroloji Bilim Dalı'nda çalışan tüm değerli öğretim üyesi ve çalışma arkadaşlarıma,

Tez çalışmamda araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hasta ve hasta yakınlarına,

Her zaman yanımda olan ve bu süreçte desteklerini esirgemeyen değerli aileme,

Gösterdiği özveriden dolayı minicik, birtanecik kızıma,

Mesleğime ve hemşirelik mesleği konusunda yapmaya çalıştıklarıma saygı duyan ve büyük bir sabır ve hoşgörü ile aynı zamanda akademik tecrübeleriyle de destekleyen, hayatı birlikte paylaşmaktan mutluluk duyduğum sevgili eşim Doç.Dr. Murat ERSEL'e,

Teşekkür ederim.

Fikriye TURABA ERSEL

Ağustos-2017

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	i
Önsöz	ii
İçindekiler	iii
Kısaltmalar Dizini	viii
Şekiller Dizini	x
Tablolar Dizini	xi

Sayfa No

BÖLÜM I

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırma Soruları.....	2
1.4. Araştırmanın Önemi	3

BÖLÜM II

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Karaciğer Sirozu	
2.1.1. Karaciğer Sirozunun Tanımı	4
2.1.2. Karaciğer Sirozunun Epidemiyolojisi.....	4
2.1.3. Karaciğer Sirozunun Etiyolojisi.....	4
2.1.4. Karaciğer Sirozunun Patofizyolojisi.....	5
2.1.5. Karaciğer Sirozunun Sınıflandırılması.....	5
2.1.6. Karaciğer Sirozunda Klinik Bulgular.....	7
2.1.7. Karaciğer Sirozunda Tanı.....	9
2.1.8. Karaciğer Sirozunda Tedavi	9
2.1.9. Karaciğer Sirozunun Komplikasyonları.....	11

2.1.10. Karaciğer Sirozunda Prognoz	13
2.1.11. Karaciğer Sirozlu Hastada Hemşirelik Bakımı.....	14
2.2. Günlük Yaşam Aktiviteleri	20
2.2.1. Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli.....	20
2.2.1. Karaciğer Sirozlu Hastada Günlük Yaşam Aktiviteleri.....	21
2.3. Bakım Verme ve Bakım Veren Yükü.....	22
2.3.1. Bakım Veren Kavramı	22
2.3.2. Bakım Vereninin Özellikleri.....	23
2.3.3. Bakım Veren Yükü.....	24
2.3.4. Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlükler.....	25
2.3.5. Bakım Veren Yükünü Etkileyen Etmenler.....	27
2.3.6. Bakım Verenlerin Gereksinimleri.....	28
2.3.7. Bakım Veren Yükünün Azaltılması.....	29
2.3.8. Bakım Verme Yükünün Değerlendirilmesi.....	31
2.3.9. Karaciğer Sirozlu Hastada Bakım Veren Yükü.....	32

BÖLÜM III

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi	34
3.2. Araştırmada Kullanılan Gereçler.....	34
3.2.1. Veri Toplama Araçları.....	34
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	36
3.4. Araştırmanın Evreni.....	36
3.5. Araştırmanın Örneklemi.....	36
3.5.1. Hasta Örneklemi.....	36

3.5.2. Hasta Yakını Örnekleme.....	37
3.6. Veri Toplama Süresi ve Yöntemi.....	37
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi ve Bulguların Analizi.....	37
3.8. Süre ve Olanaklar.....	38
3.9. Etik Açıklamalar.....	38

BÖLÜM IV

4. BULGULAR

4.1. Araştırma Kapsamındaki Hastalara İlişkin Bulgular.....	39
4.1.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	40
4.1.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı.....	41
4.2. Araştırma Kapsamındaki Bakım Verenlere İlişkin Bulgular.....	45
4.2.1. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	45
4.2.2. Bakım Verenlerin Bakıma İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	47
4.3. Bartel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Ölçeğinin İncelenmesi.....	50
4.3.1. BGYAİ Puan Ortalaması ve Hastaların Dağılımı.....	50
4.3.2. Bartel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksini Etkileyebilecek Etmenlerin İncelenmesi.....	52
4.4. Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeğinin İncelenmesi.....	58
4.4.1. ZBVYÖ Puanı Ortalaması ve Bakım Verenlerin Dağılımı.....	58
4.4.2. Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeğini Etkileyebilecek Etmenlerin İncelenmesi.....	59
4.4.3. Hastaların Tanıtıcı ve Hastalık Özelliklerinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi.....	65
4.5. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeği Arasındaki İlişki.....	68
4.5.1. Hastaların BGYAİ Puan Ortalamaları ile Yaş, Hastalık Süresi, Child-Pugh Skoru ve MELD Skoru Arasındaki İlişki.....	68

4.5.2. Hastaların Yaş, Hastalık Süresi, Child-Pugh Skoru ve MELD Skoru ile ZBVYÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	69
4.5.3. Hasta Yakınlarının Yaşı ve Hasta ile Geçirdiği Süre ile ZBVYÖ Puan Ortalaması arasındaki ilişki.....	70

BÖLÜM V

5. TARTIŞMA

5.1. Araştırma Kapsamındaki Hastalara İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	71
5.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre İncelenmesi.....	72
5.3. Araştırma Kapsamındaki Bakım Verenlere İlişkin Bulgular.....	73
5.4. Bartel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAİ) Ölçeğinin İncelenmesi.....	76
5.5. Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeğinin (ZBVYÖ) İncelenmesi.....	80
5.5.1. Hastaların Tanıtıcı ve Hastalık Özelliklerinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi.....	81
5.6. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeği Arasındaki İlişki.....	86

BÖLÜM VI

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar.....	88
6.2. Öneriler.....	91

BÖLÜM VII

7. ÖZET ve ABSTRACT

7.1. Özet.....	93
7.2. Abstract.....	94

BÖLÜM VIII

8. KAYNAKLAR ve EKLER

8.1. KAYNAKLAR	95
----------------------	----

8.2. EKLER.....	101
8.2.1. EK 1- Hasta Bilgi Formu	101
8.2.2. EK 2- Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ...	103
8.2.3. EK 3- Bakım Veren Hasta Yakını Bilgi Formu	105
8.2.4. EK 4- Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeği.....	107
8.2.5. EK 5- Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği İzin Belgesi	109
8.2.6. EK 6- Etik Kurul İzin Belgesi	110
8.2.7. EK 7- Kurum İzin Belgesi.....	111
8.2.8. EK 8- Özgeçmiş.....	112



KISALTMALAR DİZİNİ

ALT: Alanin Aminotransferaz

ALP: Alkalen Fosfataz

AST: Aspartat Aminotransferaz

BGYAİ: Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

CABG: Koroner Arter By-Pass Grefti

DM: Diyabetes Mellitus

EGYA: Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri

GGT : Gamma Glutemik Transferaz

GİS: Gastrointestinal Sistem

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

HCC: Hepatosellüler karsinom

HES: Hepatik Ansefalopati

HPS: Hepatopulmoner Sendrom

HRS: Hepatorenal Sendrom

KAH: Koroner Arter Hastalığı

KBY: Kronik Böbrek yetmezliği

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

MELD: Model for End-Stage Liver Disease; Son Evre Karaciğer Hastalığı Modeli

MDS: Myelodisplastik Sendrom

MI: Myokard İnfarktüsü

MS: Multipl Skleroz

NASH: Alkole Bağlı Olmayan Steatohepatit

PZ/INR : Protrombin Zamanı/uluslararası normalleştirilmiş oran

SVH: Serebrovasküler Hastalık

TİPS: Transjugüler İntrahepatik Portosistemik Şant

USG: Ultrasonografi

ZBVYÖ: Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeği



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No:

Sayfa No:

Şekil 1. Bakım Verenlerin Özbakım Üçgeni	28
Şekil 2. Sirozlu Hastada Bakım Yükünü Etkileyen Etmenler.....	33



TABLolar DİZİNİ

Tablo No:	Sayfa No:
Tablo 1. Sirozda Klinik Bulgular.....	8
Tablo 2. Hepatik Ansefalopati Evreleri.....	12
Tablo 3. Modifiye Child-Pugh-Turcotte Sınıflaması.....	13
Tablo 4. Son Evre Karaciğer Hastalığı Modeli (MELD-Model for end-stage liver disease....	14
Tablo 5. Araştırmaya Katılan Hastaların Dağılımı.....	39
Tablo 6. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	40
Tablo 7. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı.....	41
Tablo 8. Hastaların Edinilmiş Hastalık Durumuna ve Edinilmiş Hastalık Sayısına Göre Dağılımı.....	42
Tablo 9. Hastaların Edinilmiş Hastalıklarına Göre Dağılımı.....	42
Tablo 10. Hastalığın Etkilediği Alanlar.....	43
Tablo 11. Siroza Bağlı Komplikasyon Gelişme ve Sınıflamaya İlişkin Dağılımlar.....	43
Tablo 12. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	45
Tablo 13. Bakım Verenlerin Bakıma İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	46
Tablo 14. Bakım Verenlerin Bakım Sürecindeki Destek Olma Yönü, Bilgi Edinme ve Sağlık Profesyoneli Destek Yeterliliğinin Dağılımı.....	47
Tablo 15. Bakım Verenlerin Hasta ile Geçirdiği Süre, Destek Alma, Destek Veren Kişi ve Verilen Desteğin Yeterliliği Dağılımı	48
Tablo 16. Bakım Verenlerin Bakıma İlişkin Sorun Dağılımı.....	48
Tablo 17. Bakım Verenlerin Kendilerini Yük Altında Hissettiklerinde Yaptıkları Baş Etme Yöntemlerinin Dağılımı.....	49
Tablo 18. BGYAİ puan ortalaması ve Hastaların Dağılımı.....	50
Tablo 19. Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Durumlarının Dağılımı....	51
Tablo 20. Hastaların BGYAİ Puan Ortalaması ile Sosyo-demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	52
Tablo 21. Hastaların BGYAİ Puan Ortalaması ile Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması.	54
Tablo 22. Hastaların BGYAİ Puan Ortalaması ile Karaciğer Sirozunun Sınıflanması ve Komplikasyonlarının Karşılaştırılması.....	55

Tablo 23. Hastaların BGYAİ Puan Ortalaması ile Hastalığın Etkilediği Alanların Karşılaştırılması.....	56
Tablo 24. Hastaların BGYAİ Puan Ortalamasının Hastalığın Etkilediği Diğer Alanların Karşılaştırılması.....	57
Tablo 25. ZBVYÖ puan ortalaması ve Bakım Yüğü Dağılımı.....	58
Tablo 26. Bakım Verenlerin ZBVYÖ Puan Ortalaması İle Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi.....	59
Tablo 27. Bakım Verenlerin ZBVYÖ Puan Ortalamaları ile Bakıma İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	61
Tablo 28. Bakım Verenlerin ZBVYÖ Puan Ortalamaları ile Bakım Sürecindeki Destek Olma Yönü, Bilgi Edinme ve Sağlık Profesyoneli Destek Yeterliliğinin Karşılaştırılması.....	62
Tablo 29. Bakım Verenlerin ZBVYÖ Puan Ortalamaları ile Hastayla Geçirdiği Süre, Bakım Sırasında Destek Alma Durumu ve Alınan Desteğın Yeterliliğinin Karşılaştırılması.....	63
Tablo 30. Bakım Verenlerin ZBVYÖ Puan Ortalamaları ile Bakıma İlişkin Sorunların Karşılaştırılması.....	64
Tablo 31. Hastaların Tanıtıcı ve Hastalık Özellikleri ile ZBVYÖ Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	65
Tablo 32. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeğı Arasındaki İlişki.....	68
Tablo 33. Hastaların BGYAİ Puan Ortalamaları ile Yaş, Hastalık Süresi, Child-Pugh Skoru ve MELD Skoru Arasındaki İlişki.....	68
Tablo 34. Hastaların Yaş, Hastalık Süresi, Child-Pugh Skoru ve MELD Skoru ile Bakım Verenlerin ZBVYÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	69
Tablo 35. Bakım Verenin Yaşı ve Hasta ile Geçirdiği Süre ile ZBVYÖ Puan Ortalaması Arasındaki ilişki.....	70

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TANIMI

Karaciğer sirozu; bir çok kronik karaciğer hastalığının ulaştığı son evreyi temsil eder. Değişik etkenlerin neden olduğu kronik ve ilerleyici bir hastalıktır. Bu son evrede etiyolojiye bağlı özel sorunlar bir ölçüde geri plana geçerken sirozun kendisine ait klinik problemler belirleyici olmaya başlar (1). Hastalığın ilerleyişi ile ortaya çıkan komplikasyonlar ve komplikasyonlar ile baş etme ve tıbbi tedavi süreci hasta açısından oldukça önemlidir. Bu durum sadece hastayı değil ilerleyen hastalık sürecinde hastanın bakımından sorumlu olan kişiyi ya da kişileri de etkilemeye başlar (2).

Literatüre bakıldığında karaciğer sirozu görülme olasılığı ve sıklığı hakkında veriler oldukça sınırlıdır ve coğrafi farklılıklar gösterir. Genel olarak altta yatan nedene bağlı alkol tüketiminin yaygınlığı ve viral enfeksiyon sıklığına göre değişik veriler bulunabilir (3). 2013 Türkiye İstatistik Yıllığı'na göre karaciğer sirozu / karaciğer yetmezliği görülme oranı % 0.7 civarında belirtilmiştir. Yine TÜİK verilerine bakıldığında karaciğer sirozu ilk on ölüm nedeni dışında kalmaktadır (4). Avrupa Karaciğer Çalışma Grubu (European Association for The Study Of The Liver = EASL)'nin yayınladığı 2013 raporunda tüm Avrupa popülasyonunda % 0.1 kişinin karaciğer sirozundan etkilendiği, her sene 100.000 kişi başına 14-26 yeni vaka görüldüğü ve yılda 170.000 ölüme neden olduğu belirtilmiştir. DSÖ veri tabanına göre ise karaciğer sirozunun bir çok Avrupa ülkesinde tüm ölümlerin % 1-2'sinden sorumlu olduğu raporlanmıştır (3). Karaciğer sirozunun Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde ölüm nedenleri arasında dokuzuncu sırada yer aldığı ve tüm ölümlerin % 1.2'sinden sorumlu olduğu bildirilmiştir (5).

Hastalar açısından bir kronik hastalığa sahip olmanın fiziksel ve psikolojik etkileri, ilerleyen karaciğer hasarının belirtileri ortaya çıkana kadar yani komplikasyonları ortaya çıkana kadar hissedilmeyebilir. Ancak komplikasyonlar ortaya çıktığında (karında asit, ödem, kanamaya eğilim, spontan bakteriyel peritonit, portal hipertansiyon, özefagus varis kanaması, hepatorenal sendrom, hepatik ansefalopati, hepatosellüler karsinom) hastanede tıbbi tedavi süreci, tedaviye katılma ve uyumlu olma zorunluluğu doğmaktadır. Bu süreçte deneyimlediği fizyolojik, ruhsal ve sosyal değişiklikler nedeniyle birey olarak günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede zorlanabilmektedir.

Günlük yaşam aktiviteleri bireylerin yaşamlarını devam ettirebilmek için gün içerisinde yaptıkları tüm yaşamsal faaliyetlerdir ve oniki temel bileşenden meydana gelmektedir (6). Karaciğer sirozu; birey ve ailelerin yaşamını birçok yönden etkilemekte ve buna bağlı olarak kişilerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorluklar yaşamalarına sebep olmaktadır. Bu durumda birey, sağlıktan sapma durumlarında kendi günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştiremediği zaman bir başkasının yardımına ihtiyaç duyacaktır. Kronik hastalığa sahip olan birey, hastalık süreci başlamadan önce ya da hastalık şiddeti artmadan önce günlük yaşam aktivitelerini karşılayabiliyorken bu süreç başladığında artık bir başkasının desteğine ve bakımına ihtiyaç duyacak hale gelebilmektedir.

Bakım yükü kavramı; bakım verenin üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı psikososyal problemler, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusu yaşama gibi olumsuz sonuçları ifade etmektedir (7). Bakım veren yükü Zarit ve arkadaşları tarafından, hastanın ihtiyaçlarını karşılarken veya ona yardım ederken hasta yakınlarının yaşadığı fiziksel, psikolojik, sosyal ve finansal güçlüklerin tümü bakım veren yükü olarak ifade edilmektedir (8). Bayram (2014), majör ortopedik cerrahi uygulanan hastalarla yaptığı çalışmada hastaların öz bakım gereksinimlerinin giderilmesine yardımcı olma nedeniyle bakım veren bireylerde mutluluk oluştuğuna dikkat çekildiğini belirtmiştir. Ancak hastanın davranışsal, duygusal, bilişsel bozulmaları ve kişisel bakımı, öfke, şüphe gibi saldırgan davranışları bakım veren bireye yük olmasına neden olduğunu ifade etmiştir (9).

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı; karaciğer sirozlu hastalarda günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeylerinin bakım veren yükü üzerine etkisini incelemektir.

1.3. ARAŞTIRMA SORULARI

Soru 1: Karaciğer sirozu olan hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeyleri nasıldır?

Soru 2: Karaciğer sirozu olan hastaların sosyodemografik ve tıbbi özellikleri günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeylerini nasıl etkiler?

Soru 3: Karaciğer sirozlu hastaya bakım verenlerin bakım veren yükü ne düzeydedir?

Soru 4: Karaciğer sirozlu hastaya bakım verenlerin sosyodemografik ve tıbbi özellikleri bakım veren yükünü nasıl etkiler?

Soru 5: Karaciğer sirozu olan hastaların sosyodemografik ve tıbbi özellikleri bakım verenlerin bakım veren yükü düzeyini nasıl etkiler?

Soru 6: Karaciğer sirozu olan hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeyleri ile karaciğer sirozlu hastaya bakım verenlerin bakım veren yükü arasında nasıl bir ilişki vardır?

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Literatüre bakıldığında ülkemizde bir çok yaş grubu ve kronik hastalık üzerine günlük yaşam aktiviteleri gerçekleştirme düzeyi ve kronik hastalığa sahip olan bireylere bakım veren hasta yakınlarının bakım veren yükü hakkında çalışma yapılmış olmasına rağmen, karaciğer sirozlu hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeyi ve primer bakımından sorumlu kişilere olan bakım verme yükünü inceleyen çalışmaya rastlanamamıştır.

Bu araştırmada karaciğer sirozu olan hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeyini belirleyerek, hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeylerinin, primer bakımından sorumlu kişilerin bakım veren yükü üzerine etkilerini belirleyebilmek ayrıca literatüre katkı yaparak yeni çalışmalara rehberlik etmesi hedeflenmektedir.

Böylelikle bakım veren kişilerin bakım yükünün azaltılmasına yönelik, eğitim programı hazırlama, yaşanan sorunlarla baş etme yöntemleri geliştirmede yardımcı olma, psikolojik destek, aile desteği sağlama, hasta ve hastalıkla baş etmeye yönelik stratejilerin oluşturulmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. Karaciğer Sirozu

2.1.1. Karaciğer Sirozunun Tanımı

Karaciğer sirozu; bir çok kronik karaciğer hastalığının ulaştığı son evreyi temsil eder. Çeşitli nedenlerden kaynaklanan, normal karaciğer dokusunun karaciğer yapısı ve fonksiyonlarını engelleyen yaygın fibrozla yer değiştirmesiyle karakterize kronik ve ilerleyici bir hastalıktır (10).

2.1.2. Karaciğer Sirozunun Epidemiyolojisi

Literatüre bakıldığında karaciğer sirozu görülme olasılığı ve sıklığı hakkında veriler oldukça sınırlıdır ve coğrafi farklılıklar gösterir. Genel olarak altta yatan nedene bağlı alkol tüketiminin yaygınlığı ve viral enfeksiyon sıklığına göre değişik veriler bulunabilir (3). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre karaciğer sirozu ülkemizde ilk on ölüm nedeni dışında kalmaktadır. Yine TÜİK 2016 yılı verilerine göre ölüm nedenleri istatistiklerine bakıldığında karaciğer sirozu/karaciğer yetmezliğine bağlı ölümlerin % 0,56 civarında olduğu belirtilmiştir (4).

Avrupa Karaciğer Çalışma Grubu (European Association for The Study Of The Liver= EASL)'nun yayınladığı 2013 raporunda tüm Avrupa popülasyonunda % 0,1 kişinin karaciğer sirozundan etkilendiği, her sene 100.000 kişi başına 14-26 yeni vaka görüldüğü ve yılda 170.000 ölüme neden olduğu belirtilmiştir. DSÖ veri tabanına göre ise karaciğer sirozu bir çok Avrupa ülkesinde tüm ölümlerin % 1-2'sinden sorumlu olduğu raporlanmıştır (3). Karaciğer sirozunun Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde ölüm nedenleri arasında dokuzuncu sırada yer aldığı ve tüm ölümlerin % 1.2' sinden sorumlu olduğu bildirilmiştir (5).

2.1.3. Karaciğer Sirozunun Etiyolojisi

Karaciğer sirozunun etiyojisine bakıldığında; nedeni kanıtlanmış olan, nedeni kanıtlanmamış olan ve nedeni bilinmeyen bir çok hastalık yer almaktadır (11).

A. Nedeni kanıtlanmış olanlar

1. *Kronik hepatitler:* Viral hepatitler (B, C, D), Otoimmün hepatitler
2. *Alkol*
3. *Biliyer hastalıklar:* Primer biliyer siroz, Primer sklerozan kolanjit, Sekonder biliyer siroz
4. *Kalitsal metabolik hastalıklar:* Hemokromatozis, Wilson Hastalığı, Kistik fibrozis Alfa-1 antitripsin eksikliği, Glikojen depo hastalıkları, Galaktozemi, Herediter tirozinemi, Herediter fruktoz intoleransı, Herediter hemorajik telenjiektazi, Abetalipoproteinemi, Porfiriya, Byler's hastalığı
5. *Venöz çıkış obstrüksiyonu:* Budd-Chiari Sendromu, Venooklüzif hastalık
6. *Kalp yetmezliği:* Kronik sağ kalp yetmezliği, Triküspit yetmezliği
7. *İntestinal by-pass cerrahisi:* Jejunal by-pass, Gastroplasti
8. *İlaç ve toksinler*
9. *Diğer nadir nedenler:* Sifilis, Sarkoidoz

B. Kanıtlanmamış Nedenler: Viral hepatit G, Şistozomiazis, Mikotoksinler, Malnutrisyon, Obesite

C. Nedeni Bilinmeyenler: Kriptojenik (idiyopatik) siroz, Indian çocukluk sirozu

2.1.4. Karaciğer Sirozunun Patofizyolojisi

Etiyolojik bir nedene bağlı olarak gelişen hücre hasarı ve buna eşlik eden ile iltihabi infiltrasyonu karaciğerde aşırı bağ dokusu birikimine yani fibroze neden olur. Gelişen fibrozis karaciğerin normal yapısı ile mikrovasküler ilişkilerini bozmakta ve devam eden bu süreç neticesinde karaciğer sirozu gelişmektedir (11).

2.1.5. Karaciğer Sirozunun Sınıflandırılması

Karaciğer sirozu; morfolojik, fonksiyonel, klinik evreye göre ve etyolojik nedenlere göre sınıflandırılabilir.

Morfolojik Sınıflandırma: Karaciğer sirozu karaciğerin makroskopik görünümüne ve oluşan nodüllerin özelliklerine göre; makronodüler, mikronodüler ve mikst olmak üzere üç morfolojik tip olarak tanımlanır.

- *Makronodüler Siroz:* Değişik çaptaki nodül ve septalarla karakterize olup, bazı nodüllerin çapı 5 cm' ye ulaşabilir. Septumlar genellikle kalındır. Postnekrotik siroz (kronik viral hepatitlere bağlı) bu gruba girer.
- *Mikronodüler Siroz:* 1 cm' den küçük, eşit çaptaki ufak nodüllerin arasında muntazam görünümlü, ince septumlar ile karakterizedir. Alkolik siroz bu gruba girmektedir.
- *Mikst Siroz:* Sirotik karaciğerlerin büyük kısmı bu gruba girer, makro ve mikronodüler tipin özellikleri birlikte gözlenir.

Fonksiyonel sınıflandırma:

Aktif Siroz: Aspartat Aminotransferaz (AST), Alanin Aminotransferaz (ALT), bilirubin düzeylerinin yüksek seyrettiği sirozdur.

İnaktif Siroz: AST, ALT, bilirubin düzeylerinin normal seyrettiği sirozdur.

Klinik Evreye Göre Sınıflandırma:

Kompanze Siroz: Rutin muayene laboratuvar incelemeleri sırasında ya da laparoskopik işlemler sırasında farkedilebilen, diğer hastalıklar karışabilecek ortak belirtilerin görüldüğü başlangıç evresidir. Yıllarca farkedilmeyebilir.

Dekompanze Siroz: Hastalığın ilerleyen karaciğer hasarının belirtileri olan komplikasyonlarının (karında asit, ödem, kanamaya eğilim, spontan bakteriyel peritonit, portal hipertansiyon, özefagus varis kanaması, hepatorenal sendrom, hepatik ansefalopati, hepatosellüler karsinom) ortaya çıktığı evredir.

Etyolojik Nedenlere Göre Sınıflandırma:

Alkolik Siroz: En yaygın nedeni kronik alkolizmdir. Uzun süreli ve düzenli alkol kullanımına bağlı portal alanlarda skar dokusu oluşur. Sirozun en yaygın tipidir.

Post-nekrotik Siroz: Akut viral hepatitlerin gecikmiş bir sonucu olarak harap olan hücrelerin yerine bağ dokusu artışı nedeniyle karakterize siroz tipidir.

Biliyer Siroz: İntrahepatik safra yollarındaki (kronik safra tıkanıklıkları ve enfeksiyon nedeniyle) harabiyet sonucu safra koledok yolu ile duodenuma akıtılamaz ve birikerek doku değişikliğine ve siroza neden olur.

Kardiyak Siroz: Karaciğerin kronik konjesyonu sonucu meydana gelir. Uzun süren ve tedavisi başarılı olunamayan sağ kalp yetmezliği, restriktif perikardit, sağ kalpteki kapak

bozuklukları ve kardiyomyopati gibi venöz dönüşün iyi sağlanamadığı durumlarda görülen siroz tipidir.

Wilson Sirozu: Otozomal resesif geçişli genetik bir hastalık olan Wilson hastalığında aşırı biriken bakır elementinin karaciğer hücrelerinde dejenerasyona ve siroza neden olmasıdır.

Kriptojenik Siroz: Siroz etyolojilerinin hiç birinin bulunmadığı siroz olgularına verilen addır. Özellikle yaşlı hastalarda görülür ve başka amaçlar ile yapılan tetkikler sırasında ortaya çıkar (10,11).

2.1.6. Karaciğer Sirozunda Klinik Bulgular

Sirozun klinik bulgularına bakıldığında (Tablo 1); iştahsızlık, kilo kaybı, güçsüzlük ve yorgunluk gibi spesifik olmayan semptomları içerebildiği gibi sarılık, kaşıntı, üst gastrointestinal kanama, asite bağlı abdominal distansiyon, hepatik ensefalopati nedeniyle oluşan konfüzyon gibi dekompanzasyon belirtileri ve bulgularını da ortaya çıkabilir (12,13).

Fizik muayene bulgularına bakıldığında; sarılık, spider anjiom, jinekomasti, asit, splenomegali, palmar eritem, çomak parmak ve kas krampları görülebilir.

Laboratuar bulgularına bakıldığında; serum bilirubin yüksekliği, ALT, AST, ALP, GGT yüksekliği, uzamış protrombin zamanı ve artmış INR, hiponatremi, hipoalbuminemi ve trombositopeni görülebilir (12,14).

Semptomlar:

Kompanze sirozlu hastalarda; iştahsızlık, kilo kaybı, güçsüzlük ve yorgunluk gibi spesifik olmayan semptomlar görülebilir.

Dekompanze sirozlu hastalarda; sarılık, kaşıntı, üst gastrointestinal kanama bulguları (hematemez, melena, hematokezya), asite bağlı abdominal distansiyon veya hepatik ensefalopati nedeniyle konfüzyon görülebilir.

Sirozlu hastalarda şiddetli olabilen kas krampları da görülebilir. Tam olarak nedeni bilinmese de dolaşımdaki plazma hacminde bir azalmayla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Hastalarda yorgunluk, ekimoz, alt ekstremitte ödemi, ateş, kilo kaybı, diyare, kaşıntı, artmakta olan karın çevresi, konfüzyon veya uyku bozuklukları (muhtemelen ensefalopati belirtileri) sorgulanmalıdır. Kadınlarda hormonal değişimlere bağlı menstrüel siklus bozuklukları,

erkeklerde ise hipogonadizm gelişebilir. Buna bağlı olarak, iktidarsızlık, infertilite, libido kaybı ve testiküler atrofi görülür (12,13).

Spider Anjiom: Görünüşü örümcek bacaklarına benzeyen örümcek anjiomaları (örümcek telenjektazileri olarak da adlandırılır) birçok küçük damarla çevrili merkezi bir arteriyoldan oluşan vasküler lezyonlardır. En sık gövde, yüz ve üst ekstremitelerde bulunurlar (10).

Tablo 1. Sirozda Klinik Bulgular (12)

<u>Semptomlar</u>	<u>Fizik muayene bulguları</u>
Anoreksia	Hepatomegali
Kilo kaybı	Splenomegali
Güçsüzlük	Spider anjioma/spider telenjektazi
Yorgunluk	Palmar eritem
Kas krampları	Çomak parmak
Kolay morarma/Ekimoz	Hipertrofik osteoartropati
Amenore/oligomenore/metroraji(kadınlarda)	Dupuyten kontraktürü
İmpotans/ libido kaybı (erkeklerde)	Tırnak değişiklikleri
İnfertilite	Parotis bezi büyümesi
Sarılık*	Jinekomasti
Koyu renk idrar*	Kıllanmada azalma
Kaşınıtı*	Testiküler atrofi
Hematemez/hematokezya/melena*	Kaput medusa
Abdominal distansiyon*	Cruveilhier-Baumgarten murmur
Alt ekstremitelerde ödem*	Sarılık*
Konfüzyon /uyku bozuklukları*	Asit*
	Flapping tremor*
	Fetor hepaticus*

<u>Laboratuvar Testleri</u>	<u>Görüntüleme Testleri</u>
Orta derecede yükselmiş (AST-ALT)	Karaciğer konturlarında düzensizlik
Yükselmiş (ALP)	USG de ekojenite kaybı
Yükselmiş (GGT)	Sağ lob atrofisi
Trombositopeni	Kaudat lob veya sol lob hipertrofisi
Lökopeni/nötropeni	Küçük ve nodüler karaciğer görüntüsü*
Anemi	Asit*
Düşük serum albümini*	Hepatoselüler karsinom*
Uzamış PZ/INR*	Portal/splenik/mezenterik ven trombozu*
Hiperbilürubinemi*	Portosistemik kollateraller*
Hiponatremi*	
Yükselmiş serum kreatinini*	

*Hastalık ilerlediğinde ya da komplikasyon geliştiğinde görülür

Palmar Eritem: Spider anjioma ile de görülebilen bu semptom östrojen metabolizmasındaki bozukluk nedeniyle oluştuğu düşünülmektedir. El ayasının kenarlarında parmak pulpalarında görülen çepeçevre kızarıklıktır. Ayaklarda da görülebilir (11).

Çomak Parmak: Çomak tırnak ve parmak gelişmesinde muhtemel neden doku oksijenasyonunu azalmasına bağlı damarların buralarda genişlemesi, damarlardaki trombositlerin aktivitesi ile doku büyümesi olduğu düşünülmektedir. Hipoksik hastalarda dah belirgin ortaya çıkar (11).

Dupuyten Kontraktürü: Dupuytren kontraktürü ise el ayası ve parmak derisi altındaki fibröz tabakasının kısalarak ve kalınlaşarak yapısının bozulması ile meydana gelen el deformitesidir. Daha çok alkole bağlı sirozlarda görülür (11).

Jinekomasti: Adrenal bezlerden salgılanan hormonların metabolizması sırasında oluşan bozukluktan dolayı meme dokusundaki büyüme olarak adlandırılır. Tek ya da çift taraflı olabilir ve sirozlu hastaların neredeyse üçte ikisinde görülür (12).

Kaput Medusa: Siroz hastalarında göbek çevresindeki venlerde bulunan kan bir komplikasyon olarak gelişen portal hipertansiyon sonucu olması gereken akış yönünde ilerleyemez. Böylelikle karın cildi üzerindeki venlerde göllenme ve genişleme olur. Dışardan gözle görünür hale gelen bu venlerin görünümü efsanevi Gorgon Medusa'nın başlığına (caput) benzediği için kaput medusa adı verilmiştir (12).

Cruveilhier-Baumgarten Murmur: Portal hipertansiyon gelişen hastalarda oskulte edilebilen venöz mürmürdür. Portal hipertansiyon sonucu portal ven ile umbilikal ven arasında oluşan kollateral damarlardaki kan akışı stetoskopta dinlendiğinde üfürüm ve titreşim şeklinde duyulmasıdır (12).

2.1.7. Karaciğer Sirozunda Tanı

Hastanın klinik durumu ve Tablo 1'de de gösterildiği gibi laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemleriyle elde edilen bulgular, bunların yanısıra viral serolojik testler, üst GİS endoskopi, ileri radyolojik görüntüleme yöntemleride kullanılarak tanı kesinleştirilmeye çalışılır. Ancak kesin tanı karaciğer biyopsisi ile konur.

2.1.8. Karaciğer Sirozunda Tedavi

Karaciğer sirozu tedavi prensiplerine bakıldığında;

- Sirozun ilerlemesini yavaşlatmak veya tersine çevirmek,
- Karaciğeri zarar verecek yeni etmenlerden korumak,
- Doz ayarlamaları gerektiren veya tamamen kullanılmaması gereken ilaçların belirlenmesi,
- Semptomların ve laboratuvar anormalliklerinin yönetimi,
- Sirozun komplikasyonlarını önleme, tanımlama ve tedavi etme
- Karaciğer transplantasyonu için uygunluğun ve optimal zamanlamasının belirlenmesi

Karaciğer sirozunun genellikle ileri evrelerinde geri döndürülemez olduğu düşünülse de, geri dönüşümsüz hale geldiği kesin nokta belirsizdir. Bazı kronik karaciğer hastalıkları, karaciğer hastalığı siroza ilerlediğinde bile tedaviye cevap verir. Böylece, sirozun altında yatan nedenine yönelik spesifik tedaviler yapılmalıdır. Örneğin; hepatit C ve ileri fibrozis veya sirozlu hastalarda antiviral tedavi ile uzun süreli virolojik yanıt elde edilen hastaların virolojik yanıt elde edilemeyen hastalara göre mortalite oranı daha düşüktür. Bir başka örnek ise alkolik sirozlu hastalarda alkol alımının kesilmesi sağ kalım şansını önemli ölçüde artırır (12).

Karaciğeri zarar verecek yeni etmenlerden korumak adına daha önceden bağışık olmayan hastalara Hepatit A, Hepatit B aşılması hatta yıllık influenza aşılması önerilmektedir. Bunun yanı sıra sirozlu hastalar, genellikle karaciğer hasarıyla ilişkili olan ilaçlar, takviyeler ve diğer maddeleri kullanmaktan kaçınmalıdırlar. Sirozlu hastalar, bozulmuş karaciğer metabolizması veya renal atılım nedeniyle bir çok ilaç ile advers olay riski altındadır. Bu yüzden ilaç doz ayarlamaları büyük önem taşır veya tamamen önlenmelidir (12).

Sirozlu hastalarda şiddetli olabilen kas krampları görülebilir. Tam olarak nedeni bilinmese de dolaşımdaki plazma hacminde bir azalmayla ilişkili olabilir. Siroza bağlı kas krampları genellikle spontan, kronik ve nokturnal olmakla birlikte kramp şüphesi olan hastalarda, diğer ağrı nedenleri dışlanmalıdır. Kalıcı ağrıların başlangıcı yeni ise, rabdomiyoliz, miyozit veya akut böbrek hasarı gibi diğer bozukluklar göz önünde bulundurulmalıdır. Bir diğer semptom ise umbilikal fitiklerdir. Ciddi karaciğer hastalığı ve asit olan hastalarda sıklıkla gelişir, cerrahi müdahale ile komplikasyon riski yüksektir. Sirozun ilerleyen safhalarında hastalarda

hiponatremi sık karşılaşılan bir sorundur. Hiponatremi patogenezi doğrudan hemodinamik değişikliklerle ilişkilidir. Sirozlu hastalarda sıklıkla düşük trombosit sayısı ve artmış INR görülür. Karaciğer, pıhtılaşma faktörlerinin yanı sıra antikoagülan proteinler ürettiğinden, karaciğer hastalığı kan pıhtılaşma mekanizmasında bozukluklara neden olur (12).

2.1.9. Karaciğer Sirozunun Komplikasyonları

Portal Hipertansiyon – Özefagus Varis Kanamaları: Siroz komplikasyonlarının çoğu portal hipertansiyon sonucu oluşur. Portal hipertansiyon sonucu oluşan venöz kolleteraller (varisler) beraberinde oluşan dolaşımsal, vasküler, fonksiyonel ve biyokimyasal anormallikler asit ve diğer komplikasyonların patogeneze katkıda bulunur. Varis kanaması olan hastalarda tipik olarak hematemez ve / ve ya melena ile birlikte görülebilir. Genellikle endoskopik olarak varis band- ligasyon işlemi ile tedavi edilir. Diğer tedaviler arasında endoskopik skleroterapi ve transjugüler intrahepatik portosistemik şant yerleştirilmesi (TIPS) yer almaktadır (12).

Asit: Asit periton boşluğunda sıvı birikimidir. Sirozun en sık görülen komplikasyonudur. Sirozlu hastalarda sıvı tutulumuna ve sonuç olarak asite yol açan neden portal hipertansiyonun gelişmesidir. Portal hipertansiyonu olmayan hastalarda asit veya ödem gelişmez. Asitli hastalar, dolaşım, vasküler, fonksiyonel ve biyokimyasal anormalliklere sahiptir ve bu da sıvı retansiyonunun patogeneze katkıda bulunur. Asit, sodyum kısıtlaması ve diüretiklerin kullanımı ile tedavi edilir, ancak bazı hastalarda tekrarlayan terapötik parasentezler veya TIPS yerleşimi gerekebilir. TIPS işlemi; portal hipertansiyon nedeniyle bozulan normal dolaşımın, portal ven ile hepatik ven arasında bir şant oluşturularak rahatlatılmaya çalışılmasıdır (12).

Hepatik Ansefalopati: Hepatik ensefalopati, karaciğer fonksiyon bozukluğu olan hastalarda görülen muhtemel geri dönüşümlü nöropsikiyatrik anormallikler olarak tanımlanır. Günlük uyku düzenindeki bozulma (uykusuzluk ve aşırı uyuma) tipik erken bulgusudur. Daha ileri nörolojik özellikler arasında asterixis(titre), hiperaktif derin tendon refleksleri ve daha seyrek olarak geçici deserebre postür varlığı bulunmaktadır. Hastanın bilinç durumu değişikliklerine göre Hepatik Ansefalopati evrelemesi yapılmaktadır (Tablo 2). Hepatik ensefalopati tedavisi şunları içerir;

- Ortaya çıkaran ya da ağırlaştırıcı durumlara (örneğin, gastrointestinal kanama, enfeksiyon, aşırı protein alımı, kabızlık, antidepresan ilaç kullanımı, karaciğer fonksiyonlarının bozulması, sıklıkla diüretik kullanımına bağlı-hipopotasemi, azotemi, alkaloz, hipovolemi) karşı önlem almak,

- Sentetik disakkarit (örn., Laktüloz) tedavisi barsaklardan amonyak geçişini engellemek için uygulanır. Laktüloz basrak tarafında emilmeyen, kolon bakterileri ile fermante olan ve daha düşük dışkı pH'sına yol açan bir disakkarittir.
- Hastalarda organ ve sistem enfeksiyonu gelişimini önlemek için uygun antibiyotikler kullanılır. Böylelikle hastanın sepsise girmesi önlenmeye çalışılır.

Tablo 2. Hepatik Ansefalopati Evreleri (11,12)

<i>Evre</i>	<i>Mental durum</i>	<i>Titreme (asterixis)</i>
I	Öfori/Depresyon, hafif konfüzyon, konuşma bozukluğu, uyku düzensizliği	Var/Yok
II	Letarji, orta düzeyde konfüzyon, oryantasyon bozukluğu	Var
III	Belirgin konfüzyon, uykuya eğilim,	Var
IV	Koma	Yok

Spontan Asit Enfeksiyonlar: Spontan bakteriyel peritonit (SBP), karaciğer hastalığının son döneminde sık görülen bir asit enfeksiyonudur. Klinik bulgulara bakıldığında; ateş, karın ağrısı, abdominal hassasiyet ve mental durum değişikliği görülür. Bazı hastalar asemptomatiktir ve sadece hafif derecede laboratuvar anormallikleri vardır (12).

Hepatorenal Sendrom: Hepatorenal sendrom siroz nedeniyle ilerlemiş karaciğer hastalığı olan hastalarda böbrek yetmezliğinin gelişimi ile ilgili bir komplikasyondur. Hepatorenal sendrom, yeni bir hastalık olmaktan ziyade, giderek daha şiddetli olan hepatik hasarın neden olduğu böbrek perfüzyonundaki azalmanın son aşamasını temsil eder. Karaciğer fonksiyonları düzeltilmedikçe ya da karaciğer transplantasyonu yapılmadıkça prognoz kötüdür (12).

Hepatosellüler Karsinom: Hepatosellüler karsinom (HCC) parankimal hücrelerden kaynaklanan karaciğerin malign neoplazisidir. HCC vakalarının % 80'de siroz ile ilişkilidir ve bazı siroz nedenleri HCC için artmış risk taşımaktadır. Hepatit B, Hepatit C, alkole bağlı olmayan steatohepatit (NASH) ve hemokromatozdan kaynaklanan sirozlu hastalar, otoimmün hepatit ve Wilson sirozu olan hastalara göre daha yüksek risk taşımaktadır. Dekompanze aşamaya geçmiş siroz evresi HCC içinde geliştiği ya da gelişebileceği şüphesini uyandırmalıdır. Bu yüzden tüm sirozlu hastalar altı ayda bir ultrasonografi ile gözlem altında tutulmalıdır. HCC'nin belirtileri ve semptomları genellikle tümörün kitle etkisi ile ilişkilidir ve ağrı, erken tokluk hissi, obstrüktif sarılık ve palpe edilebilir bir kitle içerir (12).

Hepatopulmoner Sendrom: Kronik karaciğer hastalığı olanlarda görülme olasılığı %4-47 arasındadır. Arteriyel oksijenasyonda anormallikle karakterize bir tablodur. Akciğer içinde vasküler yapılarda dilatasyon gelişir ve dilatasyona bağlı olarak alveolden kapillere oksijen difüzyonunda sorunlar yaşanır. Hepatopulmoner sendrom bulunmayan kişilerde bile, hafif hipoksemi yaygındır ve muhtemelen asitin neden olduğu diafragmanın yükselişi ve ventilasyon / perfüzyon uyumsuzluğu ile sonuçlanır (12).

2.1.10. Karaciğer Sirozunda Prognoz

Hastalığın ilerleyişi ve şiddeti bir takım skorlar yardımıyla değerlendirilir. Bunlardan bir tanesi modifiye Child-Pugh sınıflaması (Child skoru) (Tablo 3) diğeri ise son evre karaciğer hastalığı modeli (MELD - Model for end-stage liver disease) (Tablo 4) skora sistemidir (15,16).

Tablo 3. Modifiye Child-Pugh Sınıflaması

Parametre	1 puan	2 puan	3 puan
Asit	Yok	Hafif	Yoğun
Total bilirubin (mg/dl)	< 2	2-3	>3
Albümin (g/dl)	>3,5	2,8 – 3,5	< 2,8
Protrombin Zamanı			
PZ uzması (saniye)	<4	4 - 6	>6
INR	< 1,7	1,7 – 2,2	<2,8
Hepatik Ansefalopati	Yok	Evre 1	Evre 2
Puan	Sınıflama	1 yıllık yaşam	2 yıllık yaşam
5 - 6	A	% 100	% 85
7 - 9	B	% 80	% 55 - 60
10 - 15	C	% 45	% 35
Primer biliyer siroz ve primer sklerozan kolanjit gibi kolestatik hastalıklarda bilirubinün üst sınır değeri 1 puan için 4mg/dl, 2 puan için 10mg/dl olarak hesaplanır.			

Tablo 4. Son Evre Karaciğer Hastalığı Modeli (MELD-Model for end-stage liver disease)

MELD skoru= $10[0.957 \text{ Log}(\text{serum kreatinin})+0.378 \text{ Log}(\text{total bilirubin})+ 1.12 \text{ Log}(\text{INR})+0.643]$	
MELD Skoru	Mortalite
< 9	% 2
10 – 19	% 5
20 – 29	% 20
30 – 39	% 50
≥ 40	% 70

Her parametre için minimum kabul edilebilir değer 1, serum kreatinin için minimum kabul edilebilir değer 4' dür. Maksimum MELD skoru 40 olabilir.

2.1.11. Karaciğer Sirozlu Hastada Hemşirelik Bakımı

Karaciğer sirozlu bir hastada konulabilecek olası hemşirelik tanıları ve hemşirelik girişimleri şunlardır (10,11,17):

1. Aktivite intoleransı
2. Dengesiz beslenme , vücut gereksiniminde az beslenme
3. Beden imajında bozulma
4. Kronik ağrı ve rahatsızlık
5. Sıvı volüm fazlalığı
6. Düşünme sürecinde bozulma
7. Etkisiz solunum örüntüsü
8. Diyare
9. Cilt bütünlüğünde bozulma riski
10. Yüksek yaralanma riski
11. Enfeksiyon riski
12. Benlik kavramında bozulma riski

Aktivite intoleransı

Neden; Anemi, kronik hastalığa sahip olma, yaşlanma, alt ekstremitelerde ödem, batında asit birikimi, kas erimesi ve kas gücü kaybı gibi nedenlere bağlı oluşabilecek yorgunluk ve letarjiye bağlı aktivite intoleransı

Amaç; Hemşirelik bakımının amacı; yorgunluk seviyesinde azalma ve aktivitelere katılımı arttırmak.

Hemşirelik Girişimleri:

- Aktiviteye dayanıklılık ve yorgunluk seviyesinin değerlendirilmesi,
- Yorgun olduğunda dinlenmesi için fırsat verilmesi,
- Aktiviteler ve bireysel hijyen uygulamalarında yardımcı olunması,
- İstenilen aktivite ve hareketlerin yapılmasında yardımcı olunması,
- Gerekli enerjiyi sağlayabilmesi için uygun kaloride diyet verilmesinin sağlanması,
- A, B kompleks, C ve K vitaminlerinin takviye olarak verilmesi (10,11,17)

Dengesiz beslenme, vücut gereksiniminden az beslenme

Neden; Abdominal distansiyon, bulantı-kusma, iştahsızlık ve absorpsiyon bozukluğuna bağlı dengesiz beslenme, vücut gereksiniminden az beslenme

Amaç; Yeterli besin alımını sağlamak ve daha fazla kas kaybını önlemek, normal vücut ağırlığına kavuşmasını sağlamak.

Hemşirelik Girişimleri;

- Aldığı diyet, günlük gıda alımı, günlük kilo takibi ve laboratuvar bulguları ile mevcut durumun saptanması
- Bulantı-kusma ve iştahsızlık için hekim istemine uygun antiemetik ilaç kullanımı, az ve sık yeme alışkanlığının geliştirilmesi,
- Hastanın yemek ve destek ürünleri yemesi için teşvik edilmesi,
- Hastanın iştahını olumsuz etkileyecek etmenlerden kaçınılması (ortamda sürgü, ördek gibi malzemelerin olması, yemek öncesi ağırlı işlem uygulama, odanın havasız kalması)
- Yemekten önce ve sonra ağız bakımı uygulanması,
- Hastalık aşamasına özgü uygun kaloride diyet alması için girişimde bulunulması,
- Distansiyona neden olan durumlar için (batında asit, konstipasyon, diyare) uygun girişim ve tedavinin uygulanması ve egzersiz yapılmasının teşvik edilmesi (10,11,17)

Beden imajında bozulma

Neden; Dış görünümde, cinsel işlevde, rol fonksiyonunda değişikliklerle ilgili beden imajında bozulma

Amaç; Hastanın beden imajı ve özgüveniyle ilgili duygularını dile getirmesi

Hemşirelik Girişimleri;

- Hastanın kendine ilişkin duygu, düşüncelerini ifade etmesinin sağlanması,
- Hasta ve ailesinin kullandığı baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesi,
- Hastanın ailesiyle korku ve endişelerini paylaşması için teşvik edilmesi,
- Benzer deneyimleri yaşayan diğer hastalar ile iletişim kurmasının sağlanması,
- Dış görünümü iyileştirmek ve daha önceki cinsel ve rol fonksiyonlarına alternatif çözümler aramak için yardım edilmesi (10,11,17)

Kronik ağrı ve rahatsızlık

Neden; Karaciğerin büyümesi ve asit birikimine bağlı kronik ağrı ve rahatsızlık

Amaç; Hastanın rahatlığını arttırmak

Hemşirelik Girişimleri;

- Hastanın ağrısı olduğu zaman yatarak dinlenmesinin sağlanması,
- Hekim istemiyle uygun olan ilaçların (sedatif, spazmolitik, analjezik) uygulanması,
- Hastanın ağrısının oluşumu ve niteliğinin gözlemlenmesi, takip edilmesi, kaydedilmesi,
- Asit birikimi için parasentez işlemi uygulanacak ise işlem hazırlığının yapılması ve işlem sırasında desteklenmesi,
- Asit birikimini azaltabilmek için hekim istemine uygun sodyum ve sıvı alımının kısıtlanması (10,11,17)

Sıvı volüm fazlalığı

Neden; Asit ve ödem oluşumuna bağlı sıvı volüm fazlalığı

Amaç; normal sıvı miktarını sağlamak, aldığı çıkardığı sıvı miktarının dengede olması

Hemşirelik Girişimleri;

- Hekim istemine uygun sıvı ve sodyum kısıtlamasının yapılması ve bunun hasta için öneminin hastaya anlatılması,
- Hekim istemine uygun diüretik ilaçların, potasyum ve protein desteğinin verilmesi,
- Karın çevresi ve kilonun her gün, günün aynı saatinde ölçülmesi ve kaydedilmesi,

- Her gün belli aralıklar ile hastanın aldığı çıkardığı sıvı takibi ve ödem takibinin yapılması (10,11,17).

Düşünme sürecinde bozulma

Neden; Karaciğer fonksiyonlarında bozulma nedeniyle kan amonyak seviyesinin artmasına bağlı düşünce sürecinde bozulma

Amaç; mental durumun düzeltilmesi ve hasta güvenliğinin sürdürülmesi

Hemşirelik Girişimleri;

- Sık aralıklar ile bilinç durumunun değerlendirilmesi,
- Hepatik komanın erken evre bulguları yönünden hastanın izlenmesi (yorgunluk, ajitasyon, yakın hafıza kaybı, flapping tremor....)
- Hekim istemine uygun olarak protein kısıtlamasına gidilmesi ve sık aralıklar ile az miktarda karbonhidratlar ile beslenmesi,
- Hastanın güvenliğinin sağlanması için yatak kenarlarının kaldırılması ve yakın gözetim altında olması,
- Ziyaretçilerin kısıtlanması
- Bilinç değişikliğine neden olabilecek ilaçların kullanımında dikkatli olunması, kullanımından kaçınılması,
- Hekim istemine uygun hepatik ansefalopati tedavisinin uygulanması, lavmanların özenle ve dikkatle uygulanması (10,11,17).

Etkisiz solunum örüntüsü

Neden; Karındaki asit oluşumuna bağlı distansiyonun diyafragma bası uygulaması, kan hemoglobin değerinin düşük olması

Amaç; Solunumun iyileştirilmesi, derinlik ve hızının normale döndürülmesi, etkili ve rahat solunuma yardımcı olunması

Hemşirelik Girişimleri;

- Hastanın solunum sayısı ve niteliği yönünden takip edilmesi gerekirse pulseoksimetre ile belli aralıklarla kontrol edilmesi,
- Yatak başı yükseltilerek daha rahat solunum yapmasının sağlanması ve gerekirse oksijen desteği verilmesi,
- Hastanın batın distansiyonun giderilmesi için parasentez planlanmışsa işlem hazırlığının yapılması ve işlem sırasında desteklenmesi, alınan sıvının miktar ve niteliğinin kaydedilmesi,

- Hastanın öksürük, dispne ve yaşam bulguları açısından takip edilmesi (10,11,17).

Diyare

Neden; Uygulanan laktüloz tedavisinin laksatif etkisine bağlı diyare

Amaç; Normal barsak boşaltımının sağlanması, aldığı çıkardığı sıvı dengesinin normal olması

Hemşirelik Girişimleri;

- Hastanın barsak boşaltım alışkanlığı değerlendirilmesi,
- Hastanın dışkılama sayısı ve dışkının niteliğinin kaydedilmesi,
- Aldığı çıkardığı sıvı izleminin yapılması,
- Hastanın durumuna ve hekim istemine göre laksatif tedavisinin yeniden düzenlenmesinin sağlanması (10,11,17).

Düşük benlik saygısı

Neden; Kas erimesi, yorgunluk, asit oluşumu, hastaneye yatışların sık olması, günlük aktivitelerde bağımlı hale gelme

Amaç; Hastanın olumlu yönlerinin öne çıkarılması, kendisi ile ilgili pozitif duygu ve düşüncesini ifade etmesi

Hemşirelik Girişimleri;

- Hastanın başarı duygusunu yaşayabileceği aktivitelerle katılmasının sağlanması
- Hastanın girişim gücünü arttırmak için olumlu geri bildirimlerin verilmesi ve başarılı olduğu girişimlerin fark etmesinin sağlanması
- Hastanın yeni sorumluluklar alması ve tedavisi etkinliklerine katılması için teşvik edilmesi ve başarısızlık duygusuyla yüzleşmesinin sağlanması (10,11,17).

Cilt bütünlüğünde bozulma riski

Neden; Asit oluşumu, sarılık nedeniyle kaşıntı, ödem ve hareketsizliğe bağlı cilt bütünlüğünde bozulma riski

Amaç; Cilt bütünlüğünün korunması için basıncı ve cilt bütünlüğünü bozan yaralanmalardan korumak

Hemşirelik Girişimleri;

- Hastanın cilt durumunun her gün değerlendirilmesi
- Sık aralıklarla pozisyon değişimi yapması yönünde bilgi verilmesi, yapamıyorsa yardım edilmesi
- Ödem ve kaşıntıya bağlı rahatsızlığın değerlendirilmesi, hekim istemine uygun ilaç tedavisinin uygulanması

- Kaşıntı sırasında cilt bütünlüğünün bozulmaması için hastanın tırnaklarının kısa ve düz olması konusunda bilgi verilmesi
- Uygun yumuşatıcılar ile günlük gerekirse daha sık olmak üzere cilt bakımının yapılması, ancak cilt bakımı sırasında sabun ve alkol kullanımından kaçınılması
- Basınç yaralarının oluşumunu engellemek için havalı yatak ve alternatif araçların kullanılması
- Ödemli ekstremitelere ya da ekstremitelerin yatak içi pasif egzersiz yaptırılması ve elevasyona alınması
- Ödemli bölgelere enjeksiyon yapılmasından kaçınılması (10,11,17).

Yüksek yaralanma riski

Neden; Pıhtılaşma mekanizmasında bozukluk ve bilinç düzeyi değişikliklerine bağlı yüksek yaralanma riski

Amaç; Yaralanma riskini azaltmak

Hemşirelik Girişimleri;

- Bilinç düzeyinin sık aralıklarla değerlendirilmesi
- Güvenli çevrenin sağlanması (keskin aletlerin ve hastanın yürüme alanında düşmeye neden olabilecek eşyaların kaldırılması) ve yatak kenarlarının kaldırılması
- Hastanın her dışkısının renk, yoğunluk ve miktar açısından kontrol edilmesi
- Hastanın dış eti kanaması, hematüri, epistaksis ve ciltte peteşi ve ekimoz yönünden takip edilmesi
- Hastanın fiziksel aktivitelerinin kısıtlanması, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken yardımcı olunması, desteklenmesi
- Hekim istemine uygun olarak kan pıhtılaşmayı sağlayıcı ilaçların ve kan ürünlerinin transfüzyonun yapılması (10,11,17).

Enfeksiyon riski

Neden; Karaciğer yapısal hasarından dolayı immün cevapta bozulmaya bağlı enfeksiyon riski

Amaç; Hastayı enfeksiyondan korumak

Hemşirelik Girişimleri;

- Hastayı enfeksiyon kaynaklarına karşı korumak için standart önlemler dediğimiz bakım verirken el yıkama, gerektiğinde eldiven kullanma, asepsi-antisepsi kurallarına uyma gibi önlemlerin alınması
- Hastanın kendi bireysel hijyenine dikkat etmesi konusunda öneminin anlatılması
- Hastanın vücut ısısı ve kan değerlerinin takip edilmesi (10,11,17).

2.2. Günlük Yaşam Aktiviteleri

2.2.1. Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli

Günlük Yaşam Aktiviteleri; bireylerin yaşamlarını sürdürebilmeleri için gerçekleştirdikleri aktiviteler olarak tanımlanmaktadır ve bir model olarak Roper ve arkadaşları tarafından çalışılmıştır. 1976 yılında Nancy Roper tarafından tasarlanmış, daha sonra 1980-83 yıllarında Nancy Roper, Winifred W. Logan ve Alison J.Tierney tarafından geliştirilmiştir. Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli, insanın bireyselliğine önem vermektedir ve yapılan hemşirelik uygulamalarının temel öğelerinin bireyi koruma, rahatlatma ve bağımlı fonksiyonlar ile ilgili olduğunu savunur (6).

Bu modelde günlük yaşam aktiviteleri 12 başlık altında toplanmıştır;

1. Güvenli bir çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi
2. İletişim
3. Solunum
4. Yeme ve içme
5. Boşaltım
6. Kişisel temizlik ve giyim
7. Beden ısısının kontrolü
8. Hareket
9. Çalışma ve eğlenme
10. Cinsel yaşam
11. Uyku
12. Ölüm

Bu aktivitelerin bakım verilen birey tarafından karşılanma düzeylerinin ve şekillerinin belirlenmesi, hastanın bu aktiviteleri gerçekleştirirken bir başkasına (sağlık personeli, hasta yakını, bakıcı...) olan bağımlılık veya bağımsızlığını saptamamıza yardımcı olacaktır. Roper ve ark. (1980) göre fiziksel/biyolojik, psikolojik, sosyokültürel, çevresel ve politik-ekonomik faktörler, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme düzeyini etkileyebilmektedir (6).

Fiziksel/biyolojik faktörler; bu faktör daha çok insan vücudunun anatomik ve fizyolojik performansıyla ilgili olup, sirozlu hastalarda vücutta oluşan değişimler (ödem, batında şişlik), dispne ve yorgunluk gibi semptomlar hareket performansını etkilemektedir.

Psikolojik faktörler: emosyonel durum günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede önemli rol oynar. Sirozlu hastalarda da kronik bir hastalığa sahip olmanın verdiği negatif etki, hastalığa bağlı gelişen sinirlilik ve agresif tavırlar, dış görünümde kadın-erkek beden imajına uygun olmayan değişimlere bağlı benlik kavramında bozulma hastayı etkilemektedir.

Sosyokültürel faktörler: yaşanan toplumun kültürü, dini, ahlakı, rol ve ilişkileri, sosyal grup ya da sınıfı yaşam aktivitelerini dolayısıyla bireyin yaşam kalitesini etkiler. Karaciğer sirozu için etyolojik nedenlere bakıldığında tüm toplumlarda görülebilmektedir.

Çevresel faktörler: karaciğer sirozu etiyojisinde bakıldığında; alkol, ilaç ve toksinler çevresel faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Politik-ekonomik faktörler: tüm toplumlarda politikalar, yasalar ve ekonomik koşullar bireylerin hayatını kolaylaştırabildiği gibi aynı zamanda zorlaştırabilmektedir. Sağlık politikaları ve sosyal güvenlik kurumu güvencesi, ulaşım kolaylığı, işsizlik güvencesi, çalışan bireyler için izin kullanımı, yarım gün ya da istirahatli çalışma olanağı gibi bazı yasal düzenlemeler kronik hastalıkları olan bireyler için günlük hayatı ve yaşam aktivitelerini kolaylaştıran girişimlerdir.

2.2.2. Karaciğer Sirozlu Hastada Günlük Yaşam Aktiviteleri

Bireyin; hastalığa bağlı oluşan fiziksel yapısındaki değişiklikler (karında asit birikimi, beslenme aktivitesindeki değişiklikler nedeniyle kas kütlesinde ve ciltte oluşan değişiklikler, dış görünümde kadın-erkek beden imajına uygun olmayan değişiklikler, vücudta ödem) *ve bu fiziksel yapısındaki değişikliklerin günlük hayatındaki fiziksel işlev görmesi üzerine etkileri* (halsizlik, yorgunluk, etkisiz zorlu solunum, kan değerlerindeki ve kan basıncındaki değişiklikler, ödem ve asitten dolayı zorlu eklem hareketleri) *ve aynı zamanda günlük yaşam aktivitelerindeki değişiklikler* (kişilerarası ilişkide aşırı gerginlik, ruh halinde ani değişimler, yaşama bağlılığın ve ilginin kaybı, sosyal çevrenin kaybı, servet ve iş güvence kaybı, uzun süren hastane ortamı) benlik kavramında bozulma ve bireysel baş etmede güçlük ortaya çıkmasına neden olur.

İlerleyici ve kronik hastalığa sahip olmak ve onunla yaşamaya çalışmak ya da her an ölüm tehdidi altında olmak gibi zorlu psikolojik koşullarında olduğu göz önünde bulundurulursa, bireyin bakım ve tedavisine katılımının sağlanması, güçlü yönlerinin desteklenmesi, bakımından sorumlu olan kişi ya da kişilerin bu durumla ilgili bilgilendirilip desteğinin sağlanmasını da bireyselleştirilmiş günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştirmesine yardımcı olacaktır.

2.3. Bakım Verme Ve Bakım Veren Yükü

2.3.1 Bakım Veren Kavramı

Türk Dil Kurumu'na göre bakım; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, emek verme biçimi, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmaktadır (18).

Zarit (1980), 'bakım veren' kişiyi fiziksel veya zihinsel bir rahatsızlık nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersiz kalan bir bireyin bakımını üstlenen kişi olarak tanımlamıştır (19). Hileman ve ark. (1992) benzer şekilde bakım vereni, bakıma ihtiyaç duyan kişinin fiziksel ve psikolojik gereksinimlerini karşılayan birey olarak tanımlamıştır (20).

Stetz ve ark. (1997) tarafından hastaya bakım sunma faaliyetlerini ve sorumluluklarını üstlenme süreci olarak tanımlanan bakım verme, teşhis süreci ile başlayabileceği gibi, hastalığın nüksü, kötüleşmesi veya hastanın semptomlarının şiddetlenmesi ile başlayabilir (21). Diğer bir tanımda; bakım verenler; bakıma ihtiyaç duyan kişiyle birlikte yaşayarak veya zamanının bir bölümünü bu kişiye ayırarak onların temel ihtiyaçlarını karşılayan, tıbbi bakım, doktor ve hastane ilişkilerini takip eden akraba ve arkadaş olarak tanımlanmaktadır (9). Tüm bu tanımlamalardan da anlaşılacağı üzere bakım verenler zaman zaman oldukça kapsamlı bir bakım hizmeti sunmak zorunda kalabilirler. Bakım verme çok çeşitli alanları içerebilir. Bunlar;

- Sağlık bakımı (ilaçların alımı, tedavisi, izlem vb.)
- Kişisel bakım (yıkama, beslenme, vb)
- Hastanın sosyal hizmetlerinin planlanması
- Alışveriş ve ev işlerini yapma
- Para yönetimi
- Maddi yardım sağlama
- Aynı evi paylaşmayı kapsayabilir (22).

Literatüre bakıldığında bakım verme formal ve informal olmak üzere genel olarak iki şekilde incelenmiştir;

Formal bakım verme; ev veya sağlık kurumunda sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek grupları tarafından verilmesidir. Evde formal bakım sıklıkla hemşireler başta

olmak üzere terapistler, sosyal hizmet uzmanları, diyetisyenler ve evde bakım yardımcılarını tarafından da sunulmaktadır.

İnformal ya da uzmanlık gerektirmeyen bakım verme; bakım verenin bir yakınına yardım etme rolünü üstlenmesidir. İnformal bakım verenler bu bakım karşılığında ücret almayan evde bakım sağlayan aile mensupları ya da arkadaşlardan oluşmaktadır (23). Uğur'un (2006) aktardığına göre, Stone ve ark. (1987) primer bakım veren kişiyi, bakımı yapmak ve hastayı gözlemlemekten birinci derecede sorumlu kişi olarak tanımlanmış ve bunu dört şekilde kategorize etmişlerdir (24,25).

- *Birinci tip bakım veren;* hastanın tüm bakımının takip ve izleminden sorumludur. Çoğunlukla aile üyeleri bu kişilerin primer bakım verenleri olmaktadır.
- *İkinci tip bakım veren;* bakımdan sorumlu kişiler olup dışarıdan, informal destek kaynaklarından destek almaktadırlar.
- *Üçüncü tip bakım veren;* hem formal hem de informal kaynaklardan destek alan bakım verenlerdir.
- *Dördüncü tip bakım veren;* bakımdan tamamen sorumlu olmayan kişilerdir..

2.3.2 Bakım Vereninin Özellikleri

Hasta popülasyonuna bakım verenlerin özelliklerinin bilinmesi, günlük yaşama yönünden risk altındaki grubun belirlenmesi, destek gruplarının bu özelliklere göre oluşturulması, götürülecek hizmetin planlamasında kaynakların saptanması sağlık kurumlarının vereceği hizmetin geliştirilmesi ve sağlık politikalarının oluşturulması açısından önemlidir (26).

Klasik olarak bakım verme kadınların sorumluluğu olarak tanımlanmış olsa da bu görev artık erkekler tarafından da artan oranlarda yapılmaktadır. Stone ve ark. 1987 yılında tüm bakım verenlerin sadece % 13'ünün erkekler, % 23'ünün ise kadınlar olarak tanımlanmış iken (24), Uğur ve ark. 1997 verisine dayanarak aktardıklarına göre erkekler de hasta bakımının % 44'ünü üstlenmişleridir (25). Daha güncel araştırmalarda, aile içinde bakım verenlerin % 66'sının kadın olduğu ve bakım alanların ise % 65'inin kadınlar olduğunu ortaya koymaktadır (27).

Literatüre bakıldığında primer bakım verenlerin çoğunlukla kadın, evli, ev hanımı ve ilkökul mezunu ve genellikle hastanın eşi olduğu görülmektedir (9,28-33). Bunun nedeni ise, kadınların bakım vermeyi sorumluluklarının devamı olarak görmesi, çocuk, hasta ve yaşlı

bakımında kadının doğasında var olan şefkat ve yardım etme duygusu ile daha ön planda olmasıdır. Erkeklerin bakım gereksinimlerine cevap verme konusunda kadınlara oranla tecrübesi daha azdır (34). Uğur'un (2006) aktardığına göre Pruchno ve ark. (1989) bakım veren eşlerle ilgili yaptığı çalışmada erkek bakım verenlerin kadın bakım verenlere göre dışardan daha fazla destek aldığını ortaya koymuştur (25).

Bakım veren kişiler bakım işleyişi içinde gergin ve stresli olabilir, bu nedenle sorunlara karşı çözüm üretebilme yeteğine sahip, duygusal olarak güçlü, gerektiğinde izole olabilen, uzlaşmacı davranabilme gibi özellikleri bulunmalıdır (34). Bakım verenler hastaları için yeri geldiğinde koordinatörü, aşçısı, sevgilisi, hizmetçisi, hemşiresi, sırdaşı, arkadaşı, kuaförü gibi çeşitli rollere bürünürler (25).

Erdem'in derleme makalesinde belirttiği üzere Kasuya ve ark. (2000), bakım verenlerin bu konuda becerikli, duygusal olarak güçlü veya istenen bakım türünü vermeye en uygun bireyler oldukları için değil, genellikle ekonomik ve duygusal nedenlerden dolayı bakım sorumluluğunu üstlendiğini belirtmektedir (35). Toseland ve ark. (2001) ise bakım sorumluluğu alma nedenleri olarak; duygusal yakınlık ve bağ kurma, bir şey yapmadığında suçluluk duygusunu hissetmemek için, aile dayanışması ve aile değer yargılarına bağlı olma, hasta olan kişinin kendi ihtiyaçlarını karşılayamacağına görülmesi ve kendini borçlu hissetme gibi nedenlerin olabileceğini göstermiştir (22).

2.3.3 Bakım Veren Yükü

Bakım yükü kavramı; bakım verenin üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı psikososyal problemler, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusu yaşama gibi olumsuz sonuçları ifade etmektedir (7). Bakım veren yükü, Zarit ve arkadaşları tarafından, hastanın ihtiyaçlarını karşılarken veya ona yardım ederken hasta yakınlarının yaşadığı fiziksel, psikolojik, sosyal ve finansal güçlüklerin tümü bakım veren yükü olarak ifade edilmektedir (8). Bakım vermek, uzun süreli bakım gerektiren yakınlarının bakımdan birinci derecede sorumlu kişilerin üzerindeki yoğun bir fiziksel ve duygusal yük hissetmelerine neden olur (25).

Montgomery ve ark. (1985), bakım veren yükünü iki boyutlu bir yapı ile açıklamışlardır. Ev halkı ve bakım verenin yaşamının çeşitli yönlerindeki değişiklikleri veya aksaklıkların boyutunu içine alan boyuta *objektif yük* ve bakım verenin bakım sunma

yaşantısına yönelik davranışını veya duygusal reaksiyonunu içeren boyuta ise *subjektif yük* denmektedir (25).

Objektif yük somuttur ve bakımla ilgili fiziksel işler, bakımın ortaya çıkardığı güçlükler olarak tanımlanır. Bu, bakım verenin tüm işleri, deneyimleri ve yapamadığı aktivitelerini kapsamaktadır. Objektif yük, bir bakıma, bireyin diğer bireyin gereksinimlerini karşılamak için harcadığı zaman ve enerji olarak tanımlanmaktadır. Objektif yükün boyutları; bakım verilen bireyin ekonomik bağımlılığı, aile rutinlerinin bozulması, davranışlarını yönetmeye çalışma, diğer aile üyelerinin gereksinimlerinin ihmal edilmesi, sosyal aktivitelerin yapılamaması, çalışma hayatıyla etkilenmesi, uygun bir bakım ortamı bulamama şeklinde sıralanmaktadır (25,34).

Subjektif yük ise, bakım veren kişinin objektif yükle uğraşırken yaşadığı sıkıntılardır. Bazı araştırmacılar subjektif yükü, bakım verenin içinde bulunduğu durum nedeniyle duygularında ortaya çıkan değişiklikler, bu duruma karşı tutumlar ve duygusal tepkiler olarak tanımlamıştır. Bu yük, bireyin bakıma kişisel yaklaşımıdır ve bakım verme işini yük olarak algılamasıdır. Bakım verenler keder, utanma, sıkıntı, suçluluk duygusu gibi duygular hissedebilir. Subjektif yükün göstergeleri olan kaygı, stres, suçluluk duygusu gibi tepkiler, bakım verme işinin sonucu olan depresyonun da göstergeleridir. Subjektif yük hastanın semptomları ya da bakım verenin objektif yükünden çok daha güçlü bir stres kaynağı olarak gösterilir. Subjektif ve objektif yük arasında ilişki olduğu gösterilse de, literatür subjektif yükün daha çok bakım veren kişinin özellikleri ile ilintili olduğunu belirtmektedir (25).

2.3.4. Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlükler

Bakım verenin yaşadığı güçlük algısı ailenin diğer üyeleri ya da sağlık profesyonelleri tarafından algılanandan farklıdır (36). Bakım verme nedeni ile fiziksel bitkinlik, sağlığın bozulması, depresyon ya da anksiyetede artış olabilir. Geçmişte kalmış ve unutulmuş çatışmalar, hayal kırıklıklarının yeniden canlanması sonucu psikolojik distress ortaya çıkabilir (22). Bakım verenlerde karşılaştıkları yük nedeni ile, fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik sorunlar oluşabildiği yapılan çalışmalarda belirlenmiştir (37,38).

Fiziksel Güçlükler; bakım verenlerin kronik yorgunluk, uyku düzensizliği, kas ağrısı, vücut ağırlığında artış ya da azalma, konsantrasyon zorluğu ve kendi bakımına yeterli zaman ayıramaması nedeniyle sağlıkları bozulmaktadır. Ayrıca bakım verme sebebi ile, iştahta değişim, düzensiz yemek yeme, hazımsızlık, baş ağrısı gibi somatik yakınmalar artabilir

(22,36). Ayrıca Toseland ve ark. (2001) bakım veren bireylerin vermeyenlere göre daha fazla hastalık, semptom, sağlık hizmeti kullanımı, kardiyovasküler sorunlar gibi fiziksel sağlıkta objektif değişiklikler yaşadıklarını belirtmiştir (22). Yıldız ve ark. (2016) kanserli hasta yakınları ile yaptığı çalışmada, bakım verenlerin yorgunluk, iştahsızlık, uykusuzluk, dikkat eksikliği gibi fiziksel sorunlar deneyimlediği ve kişisel bakımını ihmal ettiği bulmuştur (33).

Duygusal Güçlükler; hayal kırıklığı, öfke, aile üyeleri ve yaşlıya karşı dürüst olmadığı için suçluluk, depresyon, huzursuzluk, sosyal izolasyon, benlik saygısında azalma, uykusuzluk, eğer yaşlı ile birlikte yaşıyorsa mahremiyetin kaybı, kendini ayıplama, iğneleyici davranışlar, zorlanma, keder, yarımsızlık, umutsuzluk, alkol ve ilaç kullanımında artış ve problem çözmede güçlük yaşamak gibi sorunlar bakım verenlerin yaşadıkları duygusal sorunlar arasında yer almaktadır (22,23,36).

En yaygın belirtiler stres ve anksiyetede artıştır (23). Bakım verme nedeni ile oluşan anksiyeteyi birey tüm yaşamına genellebilir. Stres veya engellenmişlik duygularını sözel olarak ifade edemeyenlerde depresyon semptomları ortaya çıkabilir. Bakım verenler, beklentilerini karşılamada başarısızlık nedeni ile suçluluk, kendi yaşamları üzerindeki kontrollerini kaybettikleri düşüncesi ile güçsüzlük gibi duygular yaşayabilirler (36).

Sosyal Güçlük; Toseland ve ark. (2001) yaşlıya bakım vermenin sosyal ve kişilerarası sorunlara neden olduğunu belirtmiştir (22). Ayrıca bakım verenler yaşamlarını genellikle sevdiklerinin gereksinimleri doğrultusunda düzenleyebilir ya da aile üyeleri tarafından böyle bir düzenleme yapması beklenebilir (36). Bakım verenler, hasta bakımı nedeni ile sosyal etkinlikler, aile ve arkadaş ilişkilerinden fedakarlık etmekte, eğlendirici ve boş zaman aktivitelerinin kısıtlamakta bu durum sosyal desteğin azalmasına neden olarak sosyal izolasyon olasılığını arttırmaktadır (23).

Ekonomik Güçlükler; informal bakım verenler için evde bakım vermenin maliyeti önemli boyutlardadır (23). Karşılaşılan ekonomik sorunlar sıklıkla, sağlık güvencesi kapsamında yer almayan masrafların getirdiği ek yük, bakım verme nedeni ile işin bırakılması ya da çalışma saatlerinin azaltılmasıdır (22). Bakım verme nedeni ile çalışma durumlarını düzenlemek zorunda kalan kişiler genellikle daha yüksek düzeyde zorlanma yaşadıklarını ifade ederken, çalışma ve emekliliğin avantajlarından, kişisel doyumdan ve kazançtan vazgeçmek zorunda kalabilmektedirler (22). Bununla birlikte düşük sosyoekonomik düzeydeki bireylerin bakım yüklerinin daha fazla olduğu da belirtilmiştir (39).

Küçükgüçlü ve ark. (2017) Alzheimer hastalığı olan bireye bakım veren aile üyeleri ile yaptığı çalışmada; aile üyelerinin bakım verme rolündeki zorlanmayı bakımda destek beklentisi, anlaşılmadığını düşünme, ailevi ve sosyal ilişkilerde bozulma ve rollerde değişim, hastalığı kabullenememe, geçmişte yaşanan olumsuz ilişkileri sorgulama, gelecekte bakamama korkusu ve profesyonel destek alma çabası şeklinde sıralamışlardır (40). Bunun yanısıra geçmişte yaşanan olumlu deneyim ve ilişkiler yaşadığı aile bireyine bakmaktan mutlu oldukları, özellikle evlatların anne-babalarına bakımı bir borç bildiklerini ve bundan mutlu olduklarını, dini inançları gereği hastalanan aile bireyine bakım vermenin onları rahatlattığını ve mutlu olduklarını ifade etmişlerdir (40).

2.3.5. Bakım Veren Yükünü Etkileyen Etmenler

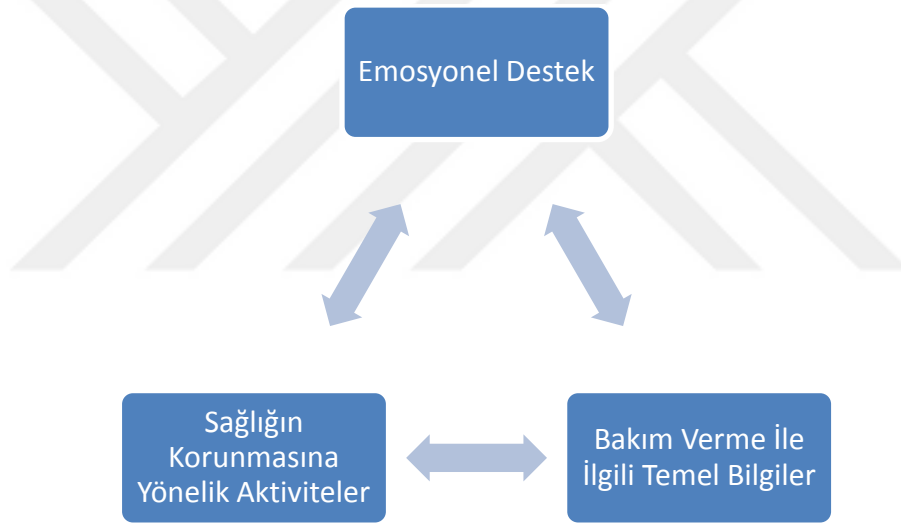
Bakım verme güçlüğünü etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bakım veren yükünü etkileyen etmenler Bayram ve ark. (2014) aktarısına göre öncelikle ikiye ayrılmaktadır:

- 1- Bakım veren ile ilgili özellikler; kişisel özellikler (cinsiyeti, yaşı, çalışma durumu, eğitim düzeyi, dini inancı, etnik kökeni, bakım vermeye bakışı, kültürel düzeyi, sosyoekonomik durumu), hastaya olan yakınlığı, hasta ile olan önceki ve bakım verme sırasındaki ilişkisinin niteliği, hastayla aynı evi paylaşma durumu, bakım verme süresi, ambivalan duygular yaşaması, bakım için gönüllü olup olmaması, hastalığının bulunup bulunmaması, baş etme yeteneği – inanç ve sosyal desteği, yaşadığı toplumun kültürel özellikleri, hasta bakımı dışında sorumluluklarının olması, hastaya çok boyutlu bakım verme olarak sıralanmıştır (9).
- 2- Hasta ile ilgili özellikler ise, hastanın bilişsel ve işlevsel yetersizlikleri, bağımlılık düzeyinin yüksek olması, hastanın bakım verenin yaşantısına müdahale etmeye çalışması ve hastanın davranışlar bozukluklarıdır (9).

Ayrıca İnci (2006) çalışmasında bakım verenin ekonomik nedenlerle küçük konutta oturmasının ve hastaya ayırabilecekleri bir mekânın olmaması, kırsal kökenli ailelerde kentte değişen sosyal yaşam koşulları nedeni ile yaşana uyumsuzluklar ve ekonomik zorunluluklardan ya da eğitimleri gereği kadınların çalışması, bu nedenle hastaya bakacak ya da eşlik edecek bir kişinin evde bulunmaması gibi faktörlerinde bakım yükünü olumsuz etkileyecek etmenler olduğunu aktarmaktadırlar (23). Sonuç olarak tüm bu özellikler bakım verenin yükünü etkileyecektir.

2.3.6. Bakım Verenlerin Gereksinimleri

Buhse ve ark. (2008) tarafından bakım yükü “bakım verme sırasında ortaya çıkan fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve finansal stres etmenlerine verilen çok boyutlu yanıt” olarak tanımlanmıştır. Bakım vermenin yükünün azaltılması kavramını anlayabilmek için bakım verenin gereksinimlerine göz atmak gerekir (27). Bakım verenlerin yükünü azaltmak amacı ile, bakım verenlere emosyonel destek sağlanması, bakım verme ile ilgili temel konularda formal destek ve eğitimlerin verilmesi ve son olarak da sağlığın korunmasına yönelik aktivitelerin yapılması bakım veren gereksinimlerinin karşılanması için temel teşkil etmektedir. Bakım verenlerin psikolojik durumlarının görüşmeler ile takip edilmesi, ihtiyaç halinde profesyonel desteğin sağlanması, bakım vermenin bazı temel öğeleri konusunda eğitilmeleri ve sorularına cevaplar verilmesi, spor aktiviteleri, hobi faaliyetleri bu üç alanda özetle yapılabilecek bazı girişimlerdir (Şekil 1) (27).



Şekil 1. Bakım Verenlerin Özbakım Üçgeni (27)

Bakım veren bireylerin çoğu uzun dönem bakımı sağlamak için gerekli bilgi ve donanımına sahip değildirler ve hastalığın neden olduğu zorluklarla sıklıkla tek başına mücadele etmektedirler. Bu nedenle kendilerini güvensiz ve hazırlıksız hissedebilirler.

Literatüre bakıldığında; bakım veren bireylerin hasta taşıma, semptomların takibi ve kontrolü, hastasının günlük yaşam aktivitelerini karşılama, sağlık bakımının koordinasyonu (kontrollerin takibi, randevu alma), hastalık durumunu izleme ve hastalığın ilerleyişi hakkında

bilgi alma, stresle baş etme, hasta ile iletişim kurma, sorun çözme ve hastaların yasal hakları gibi konularda yardım ve rehberlik gereksinimi olduğu belirtilmektedir (7,41).

Kızılırmak (2014) çalışmasında; sağlık profesyonelleri tarafından bakım veren bireylerin gereksinimlerine yönelik yapılacak eğitim ve müdahale programlarının bakım verenlerin bilgi gereksinimini ve bakım verme yükünü azalttığı, stresle baş etmede olumlu yöntemler kullanmalarını sağladığı, aile ve sosyal işlevselliklerinin artmasına katkıda bulunduğu, kendine olan güvenlerini ve öz yeterliliklerini arttırdığı bildirmektedir (7).

2.3.7. Bakım Veren Yükünün Azaltılması

Sullivan ve ark. (2013) multiple sklerozlu hastalara bakım veren kişilere yönelik olarak hazırladıkları rehberde, bakım verenlerin tükenme yaşamaması için şu on öneriyi sunmaktadırlar (42).

1. Hastanızın hastalığı konusunda eğitimi alın,
2. Kendinize dikkat edin. Siz fizik ve psikolojik olarak zinde olmadıkça hastanıza yardımcı olamazsınız,
3. Sağlığınıza özen gösterin, yeme-içmenize dikkat edin ve düzenli fizik egzersiz ve uykunuza önem verin,
4. Sosyal olun. Ayrıca aile, çocuklarınız ve yakın arkadaşlarınız ile ilişkilerinizi sürdürün. Diğer kişilerle kuracağınız ilişkiler sizi güçlü kılacak, sosyal izolasyondan koruyacaktır,
5. Size sunulan yardımları kabul edin, tüm işleri tek başınıza halletmeye çabalamayın,
6. Duygularınızı tanıyın, umutsuz, değersiz, üzgün, yardımsız bırakılmış, gergin ya da korku dolu hissedebilirsiniz, bun duygular sizin durumunuzda bir birey için normaldir.
7. Duygularınızı birbirinize (hasta ve siz) sağlıklı şekilde ifade edin. Şu an bakım veren olmanız baktığınız kişi ile geçmişte mevcut ilişkinize ait gerçeği değiştirmez. Bu kişi eşiniz, çocuğunuz ya da bir akrabanız olabilir. Birbirinize karşı açık ve saygılı konuşun, sıkıntılı durumlar için psikolojik destek ya da danışmanlık hizmetlerinden yararlanın.
8. Bakıma ara vereceğiniz bir nevi tatiller oluşturun. Hastanızdan biraz ayrı kalmak daha iyi bir şekilde bakım vermenize neden olacaktır.

9. Sağlıklı biçimde sevdiğiniz kişinin bağımsız olmasını destekleyin. Olabildiğince uzun süre bağımsız şekilde yaşamasını teşvik edin, gerekirse yeni teknolojilerden yararlanın.
10. Yerel organizasyonlardan destek isteyin.

Bakım veren sorumluluğunun bakım verenlere doyum ve mutluluk sağlamasının yanında bir çok fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik güçlükte yaşatmaktadır. Bayram (2014) çalışmasında Honea ve ark. yaptığı literatür incelemesinde bakım verenin yaşadığı yükü azaltmak için dokuz ana başlıkta önerileri aktarmıştır. Bunlar; psiko-eğitimsel girişim, destekleyici girişim, psikoterapi, bilişsel davranışlar, masaj, terapötik dokunma, multikomponent, günlük erişkin bakımı ve bakım alıcının yeterliliğini geliştirmeye yönelik girişimlerdir (9).

Psikoeğitimsel girişim; bakım verenler için hastanın hastalık sürecini, ulaşılabilir kaynakların belirlenmesi ya da bakım verenlere yardımcı olacak eğitim konularını tanımlamaktadır. Semptom yönetiminin öğretimi, psiko-sosyal konuların tartışılması, kaynakların tanımlanması, hizmet koordinasyonunun tartışılması ve bakım verenin kendi bakımının öğretilmesini içermektedir.

Destekleyici Girişim; bakım verenin bireysel ve grup içerisinde, bakım verme hakkındaki duyguları, kolaylıklarının ve zorluklarının tartışılması üzerine odaklanmıştır.

Psikoterapi Girişimi; bakım veren ve eğitimli sağlık profesyonelleri arasında terapötik ilişkinin geliştirilebilmesi için profesyonel terapistler tarafından bakım verenin kişisel distressinin yönetimi için stratejiler belirlenmektedir. Bakım verenin yaklaşımlarının kolaylaştırılması amaçlanmaktadır.

Bilişsel Davranışlar Girişimi; problem çözme yeteneğinin geliştirilmesi, negatif düşünceler ya da yaklaşımların tartışılması, iş yükü artışı ya da emosyonel yönetim ve zaman yönetimi gibi konuları içermektedir.

Masaj; değişik el hareketleriyle vücudun yumuşak dokularına uygulanır, rahatlama sağlar.

Terapötik Dokunma; sertifikalı terapistlerin noninvaziv yöntemler ile ellerini kullanarak enerjiyi dengeleme amaçlı yaptıkları uygulamadır.

Multikomponent Girişim; farmakolojik olmayan eğitimsel, destekleyici, psikoterapi ve dinleme gibi çeşitli uygulamaların kombinasyonudur.

Günlük Erişkin Bakımı; bakım verene zaman tanıyacak şekilde günlük yaşam aktiviteleri, denetleme ya da hemşire bakımını sağlama girişimlerini içermektedir.

Bakım Alıcının Yeterliliğini Geliştirme; hastaya yönelik girişimlerin planlandığı, günlük yeterliliğini arttırmaya yönelik terapi programlarını içermektedir (9).

2.3.8. Bakım Verme Yükünün Değerlendirilmesi

Bakım veren yükünün değerlendirilmesi, bakım verenin durumunu ve gereksinimlerini tanımlamak, bilgi sağlamak, bakım algısını, özel problemlerini, destek kaynaklarını belirlemeyi amaçlayan sistematik bir süreçtir (39). Bakım veren yükünün ölçülmesi ile hastalara bakım veren bireylerin zorluk çektiği alanlar daha iyi tanımlanacak ve bakım verenlerin güçlüklerini azaltmak konusunda atılacak adımlar ortaya konulabilecektir.

Bakım veren yükünü ölçmek için bir çok ölçek geliştirilmiştir. Bu ölçüm araçları ile bakım veren yükünün hem objektif hem de subjektif özelliklerini ölçmek mümkündür. Objektif ölçümlerin avantajları, kısa, kolay uygulanabilir ve girişimleri net değerlendirebilir ölçekler olmasıdır (9). Ancak önemli bir dezavantaj bakım verenin yaşamına etkisini tüm boyutları ile bu ölçümlerin saptayamamasıdır (43). Subjektif ölçümlerde ise bakım verenlerin duygusal distres ve tepkileri, bakıma karşı olan tepkileri ve depresyon semptomlarını belirlemek için kullanılır. Subjektif ölçümlerin çok maddeli olması, uzun ve klinik uygulama imkanının kısıtlı olması nedeni ile yanıtlanması zor olabilmektedir (43).

Literatürde bakım verme yükünü ölçmeye yönelik birçok ölçek bulunmaktadır.

Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği; Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Beşli Likert tipi olan ölçek 22 sorudan oluşmaktadır. Elde edilen puan ile yükün şiddeti belirlenmektedir. Ölçekteki maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, bakım veren yükünün de yüksek olduğunu göstermektedir (8,23).

Bakım Veren Stres İndeksi; Robinson tarafından 1983 yılında bakım verme ile ilgili aile yükünü değerlendirmek geliştirilmiştir. On üç maddeden oluşmaktadır ve ailenin finansal, fiziksel, sosyal ve zaman durumunu değerlendirmektedir. Yedi ve daha fazla alanın pozitif olması yüksek oranda bir yüke işaret eder. Ölçek tüm yaşta bakım verenler için kullanılabilir (42,44).

Bakım verenlerin Talepleri Ölçeği (Caregiver Demands Scale); 1987 yılında Stetz tarafından geliştirilmiştir. Bakım yükünün hijyen, hareket ve konfor, tedaviler, kontrol, dinlenme ve yeni beceriler kazanma ile ilişkisini belirlemek için kullanılan ölçek 46 maddeden oluşmaktadır (7,45).

Bakım Verenlerin Tepkilerini Tanılama Ölçeği (Caregiver Reaction Assesment); 1992 yılında Given ve ark. tarafından geliştirilmiştir. 24 maddeden oluşan bir ölçektir. Fiziksel kısıtlılığı olan yaşlılara bakım veren aile bireyleri ile geliştirilmiş çok boyutlu bir enstrümandır. Bakım verme yükünün bireysel iyilik, aile desteğinin yokluğu, finansal durum ve sağlık üzerine etkileri arasındaki ilişkiyi değerlendirmektedir (41).

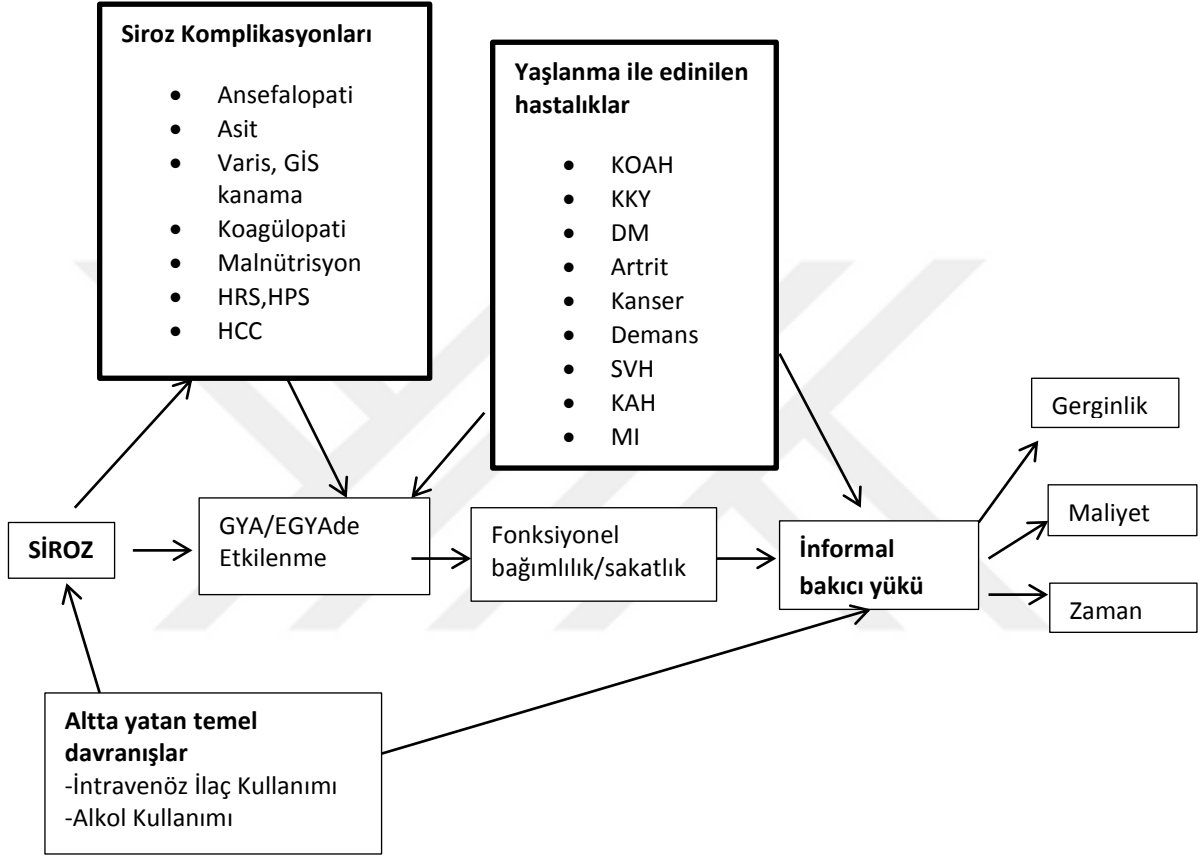
2.3.9. Karaciğer Sirozlu Hastada Bakım Veren Yükü

Bakım veren yükü ile ilgili yurtiçi yayınlara bakıldığında genellikle kalp yetersizliği, konjenital kalp hastalığı, inme, demans, alzheimer, KOAH, yaşlı evde bakım gerektiren hasta, fiziksel engelli çocuk hasta, hemodiyaliz hastası, ruhsal bozukluğu olan hasta, kanserli hasta, majör ortopedik cerrahi geçirmiş hasta ve karaciğer transplantasyonu yapılmış hasta gibi hasta grupları ile çalışılmış olup kronik hastalıklardan karaciğer sirozu olan hastalarda bakım veren yükü ile ilgili çalışmaya rastlanamamıştır.

Bakım veren yükü ile ilgili yurtdışı yayınlara bakıldığında; Rakoski ve ark. (2012) yaptığı 65 yaş üstü karaciğer sirozu olan hastaların ailelerine olan yüklerini inceleyen kohort çalışmada, hastalığın altta yatan psikososyal ve davranışsal sorunların, karaciğer sirozuna bağlı gelişen komplikasyonların ve beraberinde yaşlanma ile birlikte edinilen yandaş hastalıkların bakım yükü, bakıma ayrılan zamanı ve maliyeti etkilediğini ifade etmişlerdir (Şekil 2) (46).

Fakat bakım verenler için bakım yükü çalışmalarına bakıldığında; uzun süreli bakım verme süreci sonrasında bakım veren yükünün ciddi boyutlara ulaşabilen depresyon, anksiyete, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon, tükenmişlik ve benzeri durumlara yol açabildiği ifade edilmiştir (47,48).

Mollaoğlu ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada, günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesinde başkasına bağımlı hastaya bakım veren ve hastasının tüm ihtiyacını karşılayan bakım vericilerin bakım yükünü daha fazla algıladıklarını belirtmişlerdir (49).



Şekil 2. Sirozlu Hastada Bakım Yükünü Etkileyen Etmenler (46)

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, karaciğer sirozlu hastalarda günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeylerinin bakım veren yükü üzerine etkilerini belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı, prospektif ve ilişkisel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmada Kullanılan Gereçler

Araştırma verilerinin toplanmasında aşağıdaki veri toplama formları kullanıldı:

- Hasta Bilgi Formu (EK 1)
- Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (EK 2)
- Bakım Veren Hasta Yakını Bilgi Formu (EK 3)
- Bakım Veren Yükü Ölçeği (EK 4)

3.2.1. Veri Toplama Araçları

a) *Hasta Bilgi Formu (EK 1)*

Hastaların tanımlayıcı özellikleri ve hastalığı ile ilgili bilgilerine ulaşmak amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu kullanıldı. Hasta Bilgi Formu, konu ile ilgili literatür rehberliğinde oluşturuldu. Form; hastaların sosyodemografik özelliklerini (Soru 1-9), siroz hastalığına ilişkin bulgu ve deneyimlerini (Soru 10-15) sorgulayan 15 soru içermektedir. Formdaki tanı, hastalık aşaması ve laboratuvar testleri ile ilgili veriler araştırmacı tarafından hasta dosyasından alındı.

b) *Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (EK 2)*

Barthel ve Mahoney tarafından 1965 yılında geliştirilmiştir (50). Bu indeks, bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Küçükdeveci ve ark. (2000) tarafından nörolojik rahatsızları olan hastalar ile yapılmış olup, iç tutarlılık katsayısı inme hastaları için 0.93, spinal kord yaralanması olan hastalar için 0.88 bulunmuştur (51). Shinar ve ark. (1987) yaptığı çalışmada Barthel İndeksinin iç tutarlılık katsayısını 0.98 gibi yüksek bir değer saptamışlardır (52). Bu

araştırmada Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksinin iç tutarlılık kat sayısı olan Cronbach's Alpha değeri 0,89 olarak bulunmuştur.

Yıkanma, kendine bakım, beslenme, giyinip soyunma, tuvalet kullanımı, merdiven inip çıkma, bağırsak ve mesane yönetimi, tekerlekli sandalyeden yatağa geçiş ve dönüş, düzgün yüzeyde yürüme gibi aktiviteleri değerlendiren maddelerden oluşmaktadır. İndeksin en düşük puanı "0" ve en yüksek puanı "100" dür. Alınan 0-20 puan "tam bağımlılığı", 21-61 puan "ileri derecede bağımlılığı", 62-90 puan "orta derecede bağımlılığı", 91-99 puan "hafif derecede bağımlılığı", 100 puan ise "tam bağımsızlığı" ifade etmektedir (51-22).

c) Bakım Veren Hasta Yakını Bilgi Formu (EK 3)

Hasta yakınlarının tanımlayıcı özellikleri ve hasta bakımı sırasında hasta yakını olarak karşılaştıkları sorunları ve deneyimlerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu kullanıldı. Bakım Veren Hasta Yakını Bilgi Formu konu ile ilgili literatür rehberliğinde oluşturuldu. Form; bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerini (Soru 1-13), hasta bakımı sırasında karşılaştıkları sorunları ve deneyimlerini (Soru 14-21) belirlemeye çalışan 21 soru içermektedir.

d) Bakım Veren Yükü Ölçeği (EK 4)

Bakım veren yükü ölçeği 1980 yılında Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından geliştirilmiştir (8). Ülkemizde ölçeğin geçerlilik güvenilirliği İnci ve Erdem tarafından 2008 yılında yapılmış ve ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı 0.95 bulunmuştur (23).

Ölçek bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Likert tipi olan ölçek "asla", "nadiren", "bazen", "sık sık" ya da "hemen her zaman" şeklinde "0" dan "4" e kadar puan alabilmektedir. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekten elde edilen 0-20 puan "az veya hiç bakım yükünü", 21-40 puan "hafif düzeyde bakım yükünü", 41-60 puan "orta düzeyde bakım yükünü", 61-88 puan ise "şiddetli düzeyde bakım yükünü" ifade etmektedir (23).

Bu araştırmada Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeği'nin iç tutarlılık katsayısı olan Cronbach's alpha değeri 0,92 olarak bulunmuştur.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı yataklı servisi ve ayaktan hasta başvurularının yapıldığı hepatoloji polikliniği' nde 1 Kasım 2016 – 1 Şubat 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Gastroenteroloji Bilim Dalı 1976 yılında Prof. Dr. Namık Kemal Mentеш tarafından kurulmuştur. Yoğun bakım ve servis yataklı birimlerin haricinde iki Gastroenteroloji polikliniği ve alt bölüm olarak Hepatoloji, Reflü, İnflamatuvar Barsak Hastalıkları (İBH), Pankreas ve Organ Nakli polikliniği de dahil olmak üzere hizmet verilmektedir. Ayrıca Endoskopi, Kolonoskopi, Endosonografi, Endoskopik Retrograd Kolanjiyo-pankreatografi (ERCP), Ultrasonografi, Karaciğer Biyopsi, Motilite ve Anorektal Manometre üniteleri ile de hizmet verilmektedir.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, belirtilen veri toplama tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı yataklı birimlerinde yatan ve Hepatoloji Polikliniği'nde takip edilen karaciğer sirozu tanısı almış olan hastalar oluşturdu. Hastane bilgi sistemi üzerinden yapılan araştırmaya göre ICD-10 tanı kodu listesinde K.74 kodu ile belirtilmiş olan karaciğer fibrozu/sirozu tanısı almış, Gastroenteroloji Bilim Dalı yataklı birimlerde son bir yıl içinde hasta yatış sayısı 348, Hepatoloji Polikliniği'nde takip edilen son bir yıl içinde hasta başvuru sayısı 327'dir. Araştırmanın evrenini üç aylık süre içerisinde ardışık başvuran 88'i yatan, 79'u ayaktan hasta olmuştur (n=167).

3.5. Araştırmanın Örneklemi

3.5.1. Hasta Örneklemi

Araştırma evreni içinden ulaşılabilen 127 hasta olmuştur. Evrendeki hastalardan 5'i araştırmaya katılmayı kabul etmediği için, 2'si ise bakım vereni ücretli bakıcı olduğu için araştırmaya dahil edilmedi. Aşağıda belirtilmiş olan dahil edilme kriterlerine uyan 120 hasta araştırma örneklemini oluşturdu. Komorbid hastalıkları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde tam bağımlı olan hastalar ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar örneklem dışı bırakıldı. Araştırmaya dahil olma kriterleri (hastalar için) şu şekilde belirlendi:

- a) 18 yaş ve üstü
- b) Bilinci açık, koopere,
- c) Herhangi bir iletişim sorunu olmayan,

- d) Tanılanmış psikiyatrik bir sorunu olmayan,
- e) Tanı süresi 6 aydan fazla olan,
- f) Araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm hastalar

3.5.2. Hasta Yakını Örneklemi

Araştırma evreni içinden ulaşılabilen ve aşağıda belirtilmiş olan dahil edilme kriterlerine uyan 120 hastaya bakım veren 120 birey hasta yakını örneklemini oluşturdu. Primer bakım verenin aile üyesi değilde ücretli bakıcı olan bireyler örneklem dışı bırakıldı.

Araştırmaya dahil olma kriterleri (bakım verenler için):

- a) Karaciğer sirozu tanısı almış olan hastalarının bakımından birincil derecede sorumlu olan aile üyesi,
- b) 18 yaşından büyük olmak
- c) Herhangi bir iletişim sorunu olmayan,
- d) Hastasına en az 6 aydır bakım veriyor olmak
- e) Araştırmaya katılmayı kabul eden bakım veren tüm gönüllü aile üyesi hasta yakınları

3.6. Veri Toplama Süresi ve Yöntemi

Araştırma verileri yüz yüze görüşme yöntemi ile üç aylık bir zamanda toplandı.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi ve Bulguların Analizi

Verilerin kodlanması ve istatistiksel analizi IBM SPSS Statistics Version 21.0 paket programında yapıldı. Verilerin analizinde ortalama ve yüzde, grupların karşılaştırıldığı analizlerde Student t-testi, Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi ve One-way ANOVA kullanıldı. Anlamlılık durumunda ileri analiz yöntemlerinden pearson korelasyon testi uygulandı. Sayısal verilerin ilişkileri ise korelasyon analizi ile saptandı.

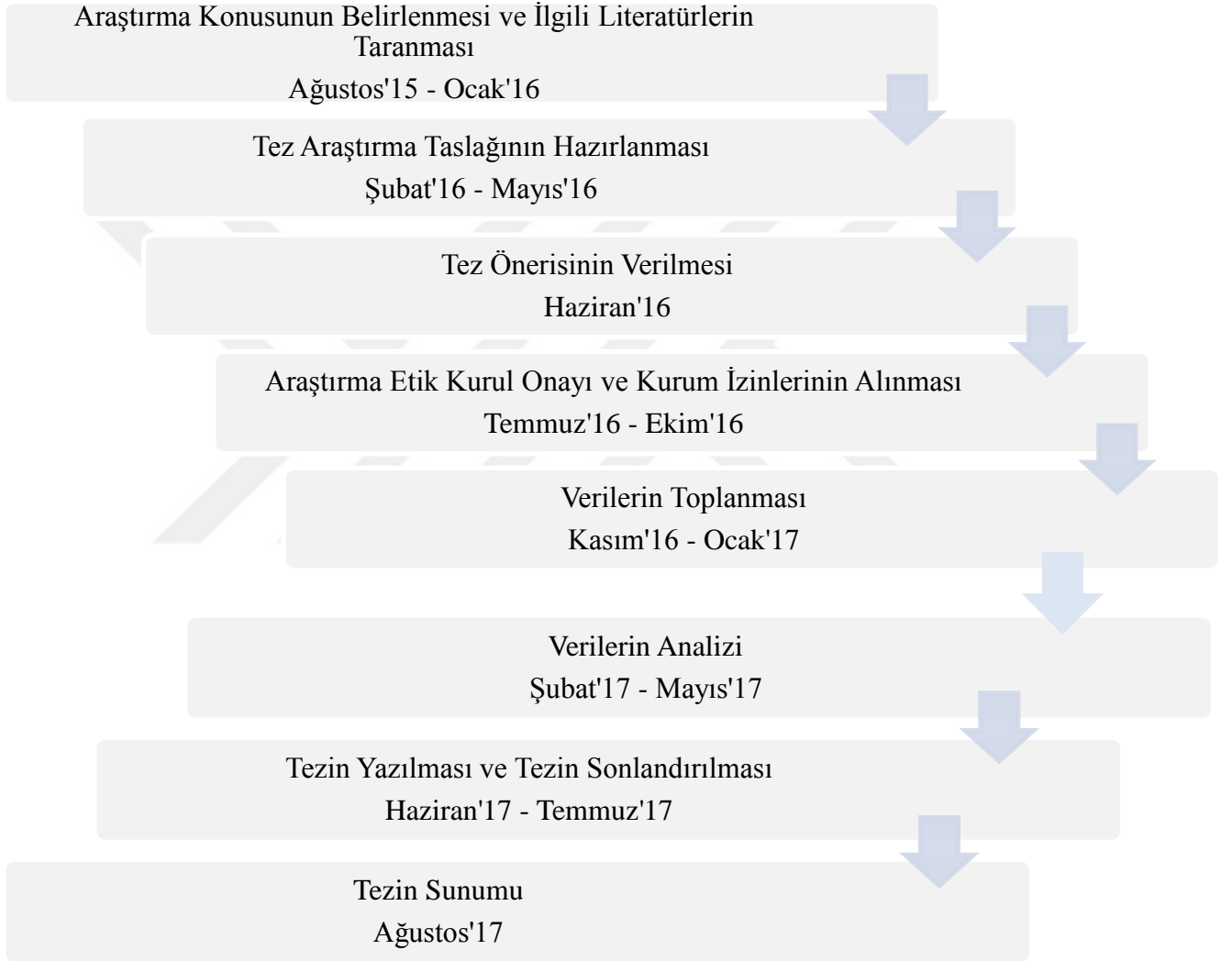
Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi sırasında; ileri analiz yapılırken alt grupların sayısı yeterli olmadığı için bazı gruplar birleştirilip yeni gruplar oluşturuldu. Hasta verilerinde; medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, yaşanılan yer, siroz nedeni, asit varlığı ve hepatik ansefalopati varlığı gibi değişkenlerin alt grup sayısı ikiye düşürüldü. Hasta yakını verilerinde ise; medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, yaşanılan yer, yakınlık

derecesi, sađlık personelinden bilgi alma durumu, akraba desteđi yeterliliđi gibi deđiřkenlerin alt grup sayısı ikiye dűřürűldű.

Test yapmaya uygun olmayan veriler N/A (not/available) şeklinde belirtildi.

3.8. Sűre ve Olanaklar

ARAşTIRMA PLANI



3.9. Etik Açıklamalar

Arařtırmanın yűrűtűlmesi için İzmir Kătıp Çelebi Őniversitesi Giriřimsel Olmayan Etik Kurulundan 16.06.2016 tarih ve 183 sayılı etik kurul onayı ve verilerin toplanabilmesi için Ege Őniversitesi Tıp Fakűltesi Arařtırma ve Uygulama Hastanesi'nden kurum izni alındı. Arařtırma kapsamına alınan hastalara ve bakım verenlere çalıřmanın amacı arařtırmacı tarafından açıklanıp katılımları için sűzlű ve yazılı onam alındı.

BÖLÜM IV

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen veriler; hastaların ve bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ve anket sorularına verdikleri yanıtlara göre istatistiksel analiz yapılarak bu bölümde sunulmuştur.

4.1. Araştırma Kapsamındaki Hastalara İlişkin Bulgular

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Hastaların Dağılımı

		n	%
Olgu Tipi	Yatan Hasta	57	47,5
	Ayaktan Poliklinik Hastası	63	52,5
Toplam		120	100

Araştırmaya dahil olan hastaların dağılımına bakıldığında; %47,5'i (n=57) yataklı birimde yatan, %52,5'i (n=63) ise ayaktan polikliniğe başvuran hastalardır (Tablo 5).

4.1.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 6. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

		n	%
Yaş	$\bar{X} \pm SS$ (Min.-Max.)	63,05±10,16	(34 – 92)
Cinsiyet	Kadın	58	48,3
	Erkek	62	51,7
Medeni Durum	Evli	96	80,0
	Bekar	2	1,7
	Boşanmış	3	2,5
	Dul	19	15,8
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	4	3,3
	Okur-yazar	14	11,7
	İlkoğretim	59	49,2
	Ortaöğretim	30	25,0
	Yükseköğretim	13	10,8
Meslek	Memur	5	4,2
	Serbest	34	28,3
	Emekli	30	25,0
	Ev Hanımı	51	42,5
Çalışma Durumu	Çalışıyor	10	8,3
	Çalışmıyor	110	91,7
Gelir Durumu	Gelir giderden fazla	4	3,3
	Gelir gidere denk	66	55
	Gelir giderden az	50	41,7
Sosyal Güvence	Var	119	99,2
	Yok	1	0,8
Yaşanılan Yer	İl	66	55,0
	İlçe	52	43,3
	Köy	2	1,7
Toplam		120	100

Tablo 6'ya göre hastaların demografik özelliklerine bakıldığında; araştırma kapsamındaki hastaların yaş ortalaması 63,05±10,16 min.-max. (34–92) olarak bulunmuştur. Hastaların %48,3'ü (n=58) kadın, %51,7'si (n=62) erkektir. Medeni durumları incelendiğinde; hastaların %80'i (n=96) evli, %15,8'i (n=19) dul, %2,5'i (n=3) boşanmış, %1,7'si (n=2) bekindir. Eğitim durumlarına bakıldığında hastaların %49,2'si (n=59) ilköğretim mezunu, %25'i (n=30) ortaöğretim mezunu, %11,7'sinin (n=14) okur-yazar olduğu, %10,8'nin (n=13) yükseköğretim mezunu, %3,3'ünün (n=4) okur-yazar olmadığı bulunmuştur. Hastaların yüz yüze görüşme esnasında çalışma durumlarına bakıldığında;

%91,7'sinin (n=110) çalışmadığı, %8,3'ünün (n=10) çalıştığı; %42,5'inin (n=51) ev hanımı, %28,3'ünün (n=34) serbest olarak çalıştığı, %25'inin (n=30) emekli olduğu ve % 4,2'sinin (n=5) memur olduğu saptanmıştır. Hastaların %55'i (n=66) il, %43,3'ü (n=52) ilçe, %1,7'si (n=2) de köyde yaşamaktadır. Gelir durumları incelendiğinde; %55'i (n=66) gelir-gidere denk, %41,7'si (n=50) gelir giderden az, %3,3'ü (n=4) ise gelir giderden fazla saptanmıştır. Ayrıca hastaların %99,2'sinin (n=119) sosyal güvencesinin olduğu, %0,8'inin (n=1) sosyal güvencesinin olmadığı bulunmuştur.

4.1.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 7. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı

		n	%
Hastalık Süresi	0-2 yıl	54	45,0
	3-5 yıl	26	21,7
	6-10 yıl	22	18,3
	11 yıl ve üzeri	18	15,0
Siroz Nedeni	viral hepatitler	53	44,2
	Alkol	17	14,2
	NASH	14	11,7
	Otoimmün Hepatitler	7	5,8
	Biliyer Hastalıklar	6	5,0
	Kriptojenik	16	13,3
	Diğer	7	5,8
Destek Tedavi Kullanımı	Evet	5	4,2
	Hayır	115	95,8
Toplam		120	100

Araştırma kapsamına alınan hastaların %45'inin (n=54) hastalık süresinin 0-2 yıl, %21,7'sinin (n=26) 3-5 yıl, %18,3'ünün (n=22) 6-10 yıl, %15'inin (n=18) 11 yıl ve üzeri olduğu bulunmuştur. Karaciğer sirozuna neden olan kronik karaciğer hastalıklarının dağılımına bakıldığında; %44,2'sinin (n=53) viral hepatitlere (HBV, HCV, HDV) bağlı, %14,2'sinin (n=17) alkol kullanımına bağlı, %13,3'ünün (n=16) kriptojenik-idiyopatik nedenlere bağlı, %11,7'sinin (n=14) NASH (non-alkolik steatohepatit= alkole bağlı olmayan karaciğer yağlanması)'e bağlı, %5,8'inin (n=7) ototimmün hepatitlere bağlı, yine %5,8'inin (n=7) diğer nedenlere (wilson hastalığı, budd-chiarri hastalığı, ilaç veya toksinler, kalp yetmezliği) bağlı, %5'inin (n=6) de biliyer hastalıklar (PBS=primer biliyer siroz, SBS=sekonder biliyer siroz, primer sklerozan kolanjit)'a bağlı olduğu bulunmuştur.

Hastaların %95,8'i (n=115) destek tedavi kullanmadığını, %4,2'si (n=5) ise destek tedavi kullandığını ifade etmiştir (Tablo 7).

Tablo 8. Hastaların Edinilmiş Hastalık Durumuna ve Edinilmiş Hastalık Sayısına Göre Dağılımı

		n	%
Edinilmiş Hastalık Durumu	Var	60	50,0
	Yok	60	50,0
Edinilmiş Hastalık Sayısı	Yok	60	50,0
	1 Kronik Hast.	33	27,5
	2 Kronik Hast.	11	9,2
	3 Ve Üzeri Kronik Hast.	16	13,3
Toplam		120	100

Hastaların %50'sinin (n=60) yandaş bir başka hastalığa sahip olduğu; edinilen bu kronik hastalıkların sayısına bakıldığında %27,5'inin (n=33) bir kronik hastalığı olduğu, %13,3'ünün (n=16) üç ve üstü kronik hastalığı olduğu ve %9,2'sinin (n=11) iki kronik hastalığı olduğu saptanmıştır (Tablo 8).

Tablo 9. Hastaların Edinilmiş Hastalıklarına Göre Dağılımı

	Evet		Hayır		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Kardiyovasküler Sistem Hastalığı	33	27,5	87	72,5	120	100
Endokrin Sistem Hastalığı	35	29,2	85	70,8	120	100
Solunum Sistemi Hastalığı	6	5,0	114	95,0	120	100
Diğer Sistem Hastalığı	24	20,0	96	80,0	120	100

Hastaların edinilmiş hastalıklarına göre dağılımına bakıldığında; %27,5'nin (n=33) Kardiyovasküler Sistem Hastalığı (HT, KAH, KKY, CABG), %29,2'sinin (n=35) Endokrin Sistem Hastalığı (DM, Guatr), %20'sinin (n=24)de Diğer Sistem Hastalığı (Bağ doku hast., KBY, Kanser, Prostat, MDS, MS, M.Gravis, Renal TX, Ü.Kolit), %5'nin (n=6) Solunum Sistemi Hastalığı (Astım-KOAH) olduğu saptanmıştır (Tablo 9).

Tablo 10. Hastalığın Etkilediği Alanlar

	Evet		Hayır		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Günlük Hayat Akışında Değişiklik	79	65,8	41	34,2	120	100
Günlük Aktivite Değişimi	75	62,5	45	37,5	120	100
Dış Görünüm Değişimi	68	56,7	52	43,3	120	100
Aile İçi İlişkilerde Değişim	65	54,2	55	45,8	120	100
Yeme İçme Alışkanlığı Değişimi	50	41,7	70	58,3	120	100
Boşaltım Değişimi	39	32,5	81	67,5	120	100
Kişilerarası İlişkilerde Değişim	32	26,7	88	73,3	120	100
Çalışma Hayatında Değişim	23	19,2	97	80,8	120	100
Cinsel Fonksiyon Değişimi	4	3,3	116	96,7	120	100

Araştırmaya katılan hastalara hastalığın etkilediği alanları ifade etmesi için sorulan sorulara bakıldığında; %65,8'i (n=79) günlük normal hayat akışlarının karaciğer sirozu nedeniyle meydana gelen değişikliklerden etkilendiğini ifade etmişlerdir. Bu etkilenimin alt başlıklarına bakıldığında %56,7'si (n=68) hastalığa bağlı vücutlarında oluşan dış görünümdeki değişiminden, %62,5'i (n=75) ise hastalığın neden olduğu yorgunluktan dolayı günlük aktivitelerindeki azalma yönündeki değişimden rahatsız olduklarını ifade etmişlerdir. Buna karşın %96,7'si (n=116) cinsel fonksiyon değişimi olmadığını, %67,5'i (n=81) boşaltım işlevlerinde değişim olmadığını, %58,3'ü (n=70) yeme-içme alışkanlıklarında değişim olmadığını ifade etmişlerdir. Hastaların %54,2'sinin (n=65) hastalığa bağlı aile içi ilişkilerde değişim olduğunu, %80,8'i (n=97) çalışma hayatında değişim olmadığını, %73,3'ü (n=88) ise kişilerarası ilişkilerde değişim olmadığını ifade etmiştir (Tablo 10).

Tablo 11. Siroza Bağlı Komplikasyon Gelişme ve Sınıflamaya İlişkin Dağılımlar

		n	%
Child-Pugh Sınıflama	A	52	43,3
	B	52	43,3
	C	16	13,3
Siroz Aşama	Kompanze	42	35,0
	Dekompanze	78	65,0
Asit Varlığı	Var	71	59,2
	Yok	49	40,8
Hepatik Ansefalopati Varlığı	Yok	114	95,0
	Evre 1-2	5	4,2
	Evre 3-4	1	0,8
Toplam		120	100

Araştırma kapsamına alınan hastaların %43,3'ünün (n=52) Child A, %43,3'ünün (n=52) Child B ve %13,3'ünün (n=16) Child C sınıfında olduğu saptanmıştır. Hastaların %65'inin (n=78) dekompanze aşamada, %35'inin (n=42) kompanze aşamada olduğu, %59,2'sinde (n=71) asit bulunmuş olup %40,8'inde (n=49) asit saptanmamıştır. Hepatik ansefalopati (HES) varlığına bakıldığında %95'inin (n=114) yüz yüze görüşme sırasında hepatik ansefalopati tablosunda olmadığı, %4,2'sinin (n=5) evre 1-2 hepatik ansefalopati tablosunda olduğu, %0,8'inin (n=1) evre 3-4 hepatik ansefalopati tablosunda olduğu görülmüştür (Tablo 11).



4.2. Araştırma Kapsamındaki Bakım Verenlere İlişkin Bulgular

4.2.1. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 12. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

		n	%
Yaş	$\bar{X} \pm SS$ (Min.-Max.)	51,32±12,43 (23-85)	
Cinsiyet	Kadın	88	73,3
	Erkek	32	26,7
Medeni Durum	Evli	98	81,7
	Bekar	16	13,3
	Boşanmış	3	2,5
	Dul	3	2,5
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	3	2,5
	Okur-yazar	4	3,3
	İlköğretim	45	37,5
	Ortaöğretim	36	30,0
	Yüksekoğretim	32	26,7
Meslek	İşçi	1	0,8
	Memur	12	10,0
	Serbest	32	26,7
	Emekli	19	15,8
	Ev Hanımı	53	44,2
	İşsiz	3	2,5
Gelir Durumu	Gelir giderden fazla	8	6,7
	Gelir gidere denk	59	49,2
	Gelir giderden az	53	44,2
Sosyal Güvence	Var	117	97,5
	Yok	3	2,5
Yaşanan Yer	İl	70	58,3
	İlçe	48	40,0
	Köy	2	1,7
Çalışma Durumu	Çalışıyor	31	25,8
	Çalışmıyor	89	74,2
İşten Ayrılma Durumu	Evet	9	7,5
	Hayır	111	92,5
Toplam		120	100

Araştırmaya katılan hastalara bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalaması 51,32±12,43 Min.-Max.(23-85)'tir. Bakım verenlerin %73,3'ü (n=88) kadın, %26,7'si (n=32) erkektir. Medeni durumlarına bakıldığında %81,7'sinin (n=98) evli, %13,3'ünün (n=16) bekar, %2,5'inin (n=3) boşanmış, %2,5'inin (n=3) dul olduğu

saptanmıştır. Bakım verenlerin mesleklerine göre dağılımına bakıldığında; %44,2'sinin (n=53) ev hanımı, %26,7'sinin (n=32) serbest meslek, %15,8'inin (n=19) emekli, %10'unun (n=12) memur, %2,5'inin (n=3) işsiz, %0,8'inin de (n=1) işçi olduğu bulunmuştur. Eğitim durumlarına bakıldığında; %37,5'inin (n=45) ilköğretim mezunu, %30'unun (n=36) ortaöğretim mezunu, %26,7'sinin (n=32) yükseköğretim mezunu, %3,3'ünün (n=4) okur-yazar olduğu ve %2,5'inin (n=3) ise okur yazar olmadığı bulunmuştur. Gelir durumları incelendiğinde %49,2'sinin (n=59) gelir-gidere denk, %44,2'sinin (n=53) gelir giderden az, %6,7'sinin (n=8) gelir giderden fazla şeklinde bulunmuştur. Bakım verenlerin %97,5'inin (n=117) sosyal güvencesinin var olduğu, %58,3'ünün (n=70) ilde yaşadığı, %40'nın (n=48) ilçe de yaşadığı, %1,7'sinin (n=2) köy de yaşadığı saptanmıştır. Bakım vericilerin çalışma durumlarına bakıldığında; %74,2'sinin (n=89) çalışmadığı, %25,8'inin (n=31) halen çalıştığı belirlenmiştir. Bakım verenlere hastasıyla ilgilenebilmek için işten ayrılmak zorunda kaldınız mı sorusu sorulduğunda; %92,5'i (n=111) hayır yanıtını vermiş, %7,5'i (n=9) ise işten ayrılmak zorunda kaldığını ifade etmiştir (Tablo 12).

4.2.2. Bakım Verenlerin Bakıma İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 13. Bakım Verenlerin Bakıma İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

		n	%
Hastaya Yakınlık Derecesi	Anne-Baba	3	2,5
	Eş	66	55,0
	Çocuk	41	34,2
	2. Derece Akraba*	10	8,4
Bakımını Üstlendiği Başka Hasta Varlığı	Evet	17	14,2
	Hayır	103	85,8
Bakımını Üstlendiği Diğer Hastanın Yakınlık Derecesi	Yok	103	85,8
	Anne-Baba	11	9,2
	Çocuk	4	3,3
	Büyük Anne-Baba	1	0,8
	Kardeş	1	0,8
Bakım Veren Bireyin Sağlık Sorunu Varlığı	Var	48	40,0
	Yok	72	60,0
Hastalarının Sağlık Giderlerini Karşulamakta Güçlük	Evet	15	12,5
	Hayır	105	87,5
Toplam		120	100

*2.Derece Akraba: Kardeş,Dede,Nine,Torun

Bakım verenlerin bakıma ilişkin özelliklerinin dağılımının gösterildiği Tablo 13'e bakıldığında; araştırmaya katılan bakım vericilerin %55'inin (n=66) hastanın eşi olduğu, %34,2'sinin (n=41) hastanın çocuğu olduğu, %8,4'ünün (n=10) hastanın 2.derece akrabası (kardeş,dede,nine,toran) olduğu, %2,5'inin hastanın anne-babası olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin %85,8'nin (n=103) bakım sorumluluğunu üstlendiği başka hastası olmadığı, %14,2'sinin (n=17) ise bakım sorumluluğunu üstlendiği başka hastası olduğu; bu hastaların %9,2'sinin (n=11) bakım verenin anne-babası olduğu, %3,3'ünün (n=4) bakım verenin çocuğu olduğu, %0,8'inin (n=1) bakım verenin büyük anne-babası olduğu, %0,8'inin (n=1) bakım verenin kardeşi olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan bakım vericilerin %60'ının (n=72) sağlık sorunu olmadığı, %40'ının (n=48) sağlık sorunu bulunduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin %87,5'inin (n=105) bakım verdikleri hastalarının sağlık giderlerini karşılamakta güçlük çekmedikleri, %12,5'inin (n=15) bakım verdikleri hastalarının sağlık giderlerini karşılamakta güçlük çektiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 13).

Tablo 14. Bakım Verenlerin Bakım Sürecindeki Destek Olma Yönü, Bilgi Edinme ve Sağlık Profesyoneli Destek Yeterliliğinin Dağılımı

	Evet		Hayır		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Destek Olma Yönü						
Psikolojik-duygusal Destek	118	98,3	2	1,7	120	100
Fiziksel Destek	66	55,0	54	45,0	120	100
Parasal Destek	5	4,2	115	95,8	120	100
Bilgi Edinme	110	91,7	10	8,3	120	100
Sağlık Profesyoneli Destek Yeterliliği	104	86,7	16	13,3	120	100

Bakım verenlerin bakım sürecinde hastalarına %98,3'ü (n=118) psikolojik-duygusal yönden destek olduğunu, %55'i (n=66) fiziksel yönden destek olduğunu, %4,2'si (n=5) ise parasal açıdan destek olduklarını ifade etmiştir. Katılımcıların %91,7'si (n=110) bakımını üstlendiği hastalarının durumu hakkında yeterince bilgi aldıklarını; %86,7'si (n=104) sağlık personelinin desteğini yeterli bulduğunu belirtmiştir (Tablo 14).

Tablo 15. Bakım Verenlerin Hasta ile Geçirdiği Süre, Destek Alma, Destek Veren Kişi ve Verilen Desteğin Yeterliliği Dağılımı

		n	%
Hasta ile Geçen Süre (saat)	$\bar{X} \pm SS$ (Min.-Max.)	20,45±7,16 (2–24 saat)	
Bakımda Destek Alınan Kişi Varlığı	Evet	76	63,3
	Hayır	44	36,7
Bakıma Destek Veren Kişi	Yok	44	36,7
	Anne-baba	4	3,3
	Eş	4	3,3
	Çocuk	41	34,2
	Kardeş	27	22,5
Verilen Desteğin Yeterliliği	Evet	87	72,5
	Hayır	33	27,5
Toplam		120	100

Araştırmaya katılan bakım vericilerin gün içinde hastalarıyla geçirdiği ortalama süre 20,45±7,16 saattir (min-max)(2-24). Bakım verenlerin %63,3'ü (n=76) bakım sırasında destek aldığını, %36,7'si (n=44) bakım sırasında destek alamadığını belirtmiştir. Destek veren kişi olarak %34,2'si (n=41) bakım verenin çocukları olduğunu, %22,5'si (n=27) bakım verenin kardeşi olduğunu, %3,3'ü (n=4) bakım verenin anne-babası olduğu, %3,3'ü (n=4) bakım verenin eşi olduğunu ifade etmiştir. Bakım verenlerin %72,5'i (n=87) aldıkları bu desteğin yeterli olduğunu, %27,5'i ise (n=33) yetersiz olduğunu belirtmiştir (Tablo 15).

Tablo 16. Bakım Verenlerin Bakıma İlişkin Sorun Dağılımı

	Evet		Hayır		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Maddi Konular	15	12,5	105	87,5	120	100
Hastanın Günlük Aktivitelerini Karşılama	27	22,5	93	77,5	120	100
Hastanın İlacını Uygulama Ve Takip	28	23,3	92	76,7	120	100
Ulaşım	31	25,8	89	74,2	120	100
Sevk Sorunu	3	2,5	117	97,5	120	100
Davranışsal Sorunlar	35	29,2	85	70,8	120	100

Bakım verenlerin bakım verirken yaşadığı sorunların dağılımının gösterildiği Tablo 16'ye bakıldığında; %87,5'i (n=105) maddi konularda sorun yaşamadığını, %12,5'i (n=15) ise sorun yaşadığını; %77,5'i (n=93) hastanın günlük aktivitelerini karşılamada sorun

yaşamadığını, %22,5'i (n=27) ise sorun yaşadığını; %76,7'si (n=92) hastanın ilacını uygulama ve takipte sorun yaşamadığını, %23,3'ü (n=28) ise sorun yaşadığını; %74,2'si (n=89) ulaşım problemi sorunu yaşamadığını, %25,8'i (n=31) ise yaşadığını; %97,5'i (n=117) sevk sorunu yaşamadığını, %2,5'i (n=3) ise yaşadığını; %70,8'i (n=85) davranışsal sorunlar sorun yaşamadığını, %29,2'si (n=35) ise yaşadığını ifade etmiştir.

Tablo 17. Bakım Verenlerin Kendilerini Yük Altında Hissettiklerinde Yaptıkları Baş Etme Yöntemlerinin Dağılımı*

	Evet		Hayır		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yürüyüş Yapma	74	61,7	46	38,3	120	100
Tv İzleme-Müzik Dinleme	58	48,3	62	51,7	120	100
Sohbet Etme	45	37,5	75	62,5	120	100
Dua Etme	40	33,3	80	66,7	120	100
Kitap Okuma	36	30,0	84	70,0	120	100
Sigara İçme	20	16,7	100	83,3	120	100
Ağlama	8	6,7	112	93,3	120	100
Uyuma	8	6,7	112	93,3	120	100
Bahçe İşleri	4	3,3	116	96,7	120	100
Spor Yapma	4	3,3	116	96,7	120	100

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin kendilerini yük altında hissettiklerinde uyguladıkları baş etme yöntemlerinin dağılımına bakıldığında; %61,7'si (n=74) yürüyüş yapmayı, %48,3'ü (n=58) televizyon izleme-müzik dinlemeyi, %37,5'i (n=45) sohbet etmeyi, %33,3'ü (n=40) dua etmeyi, %30'u (n=36) kitap okumayı, %16,7'si (n=20) sigara içmeyi, %6,7'si (n=8) uyumayı, %6,7'si (n=8) ağlamayı, %3,3'ü (n=4) bahçe işleri yapmayı, %3,3'ü (n=4) spor yapmayı tercih ettiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 17).

4.3. Bartel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI) Ölçeğinin İncelenmesi

4.3.1. BGYAI Puan Ortalaması ve Hastaların Dağılımı

Tablo 18. BGYAI puan ortalaması ve Hastaların Dağılımı

		n	%
BGYAI Ölçek Puanı	$\bar{X} \pm SS$ (Min.-Max.)	86,20±18,98 (5-100)	
Bağımlılık Düzeyi	Tam bağımlı	2	1,7
	İleri derece bağımlı	12	10,0
	Orta derecede bağımlı	44	36,7
	Hafif derece bağımlı	16	13,3
	Tam bağımsız	46	38,3
Toplam		120	100

Araştırmaya katılan hastaların BGYAI puan ortalaması 86,20±18,98'tür (min-max) (5-100). Hastaların %38,3'ünün (n=46) tam bağımsız, %36,7'sinin (n=44) orta derece bağımlı, %13,3'ünün (n=16) hafif derece bağımlı, %10'unun (n=12) ileri derecede bağımlı ve %1,7' sinin (n=2) tam bağımlı olduğu bulunmuştur (Tablo 18).

Tablo 19. Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Durumlarının Dağılımı

Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Alt Başlıkları Dağılımı (n=120)	Tek başına bağımsız yapabilir		Minimal yardım/gözetim		Yardıma ihtiyaç duyar		Tek başına yapamaz	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Yıkanma	86	71,7			34	28,3		
Kendine Bakım	109	90,8			11	9,2		
Beslenme	108	90,0			11	9,2	1	0,8
Giyinip Soyunma	87	72,5			32	26,7	1	0,8
Tuvalet Kullanımı	103	85,8			16	13,3	1	0,8
Merdiven İnip Çıkma	72	60,0			33	27,5	15	12,5
	Kontinans Supp./lavman yapabilir				Supp./lavman için yardıma ihtiyaç duyar		inkontinans	
Barsak Yönetimi	85	70,8			33	27,5	2	1,7
	Kontrol edebilir				Tuvalet/sürgü bazen bekleyemez		İnkontinans Kateterli/kontrol edemez	
Mesane Yönetimi	80	66,7			35	29,2	5	4,2
					Tek başına oturabilir geçiş için yardım			
Tekerlekli Sandalyeden/Yatağa ve Tersine Geçiş	101	84,2	10	8,3	6	5,0	3	2,5
					Yürüyemez, tekerlekli sandalye kullanılabilir			
Düzgün Yüzeyde Yürüme	87	72,5	23	19,2	8	6,7	2	1,7

Tablo 19'a göre araştırmaya dâhil edilen hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlı olma durumlarının dağılımı gösterilmiştir. Buna göre; örneklemi oluşturan hastalar sırasıyla %29,2'si (n=35) mesane yönetiminde, % 28,3'ü (n=34) yıkanma sırasında, % 27,5'i (n=33) merdiven inip-çıkma sırasında, % 27,5'i (n=33) barsak yönetiminde, % 26,7'si (n=32) giyinip soyunma sırasında, % 13,3'ü (n=16) tuvalet kullanımında, % 9,2'si (n=11) kendine bakımda, % 9,2'si (n=11) beslenmes sırasında, % 6,7'si (n=8) düzgün yüzeyde yürüme sırasında, %5'i (n=6) tekerlekli sandalyeden/yatağa ve tersine geçiş sırasında yardıma ihtiyaç duymaktadır. Tek başına yapamadıkları aktivitelere baktığımızda; % 12,5'i (n=15) tek başına merdiven inip çıkma yapamamakta, % 4,2'si (n=5) mesane yönetiminde bir başkasına bağımlı, %2,5'i (n=3) tek başına tekerlekli sandalyeden/yatağa ve tersine geçiş yapamamakta, % 1,7'si (n=2) barsak yönetiminde bir başkasına bağımlı, % 1,7'si (n=2) tek başına düzgün yüzeyde yürüyememekte, % 0,8'i (n=1) beslenme, % 0,8'i (n=1) giyinip soyunma, % 0,8'i (n=1) tuvalet kullanımında bir başkasına bağımlı durumdadırlar.

4.3.2. Bartel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksini Etkileyebilecek Etmenlerin İncelenmesi

Tablo 20. Hastaların BGYAİ Puan Ortalaması ile Sosyo-demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		n	%	$\bar{X}\pm SS$	Test Değeri
Hasta kategorisi	Yatan Hasta	57	47,5	82,36±21,54	t=2,106* p=0,038
	Ayaktan Poliklinik Hastası	63	52,5	89,68±15,70	
Cinsiyet	Kadın	58	48,3	87,24±16,78	t=0,579* p=0,564
	Erkek	62	51,7	85,24±20,92	
Geriatrik Yaş	65 yaş altı	64	53,3	90,23±15,33	t=2,483* p=0,015
	65 yaş ve üstü	56	46,7	81,60±21,68	
Medeni Durum	Evli	96	80,0	87,18±16,93	U=1087,000** p=0,660
	Bekar	24	20,0	82,29±25,70	
Eğitim Durumu	İlköğretim ve Altı	77	64,2	85,19±17,77	t= - 0,744* p=0,459
	Ortaöğretim ve Üstü	43	35,8	88,02±21,07	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	10	8,3	98,00±4,83	U=270,500** p=0,006
	Çalışmıyor	110	91,7	85,13±19,43	
Gelir Durumu	Gelir Gidere Denk ve Fazla	70	58,3	86,78±18,63	t=0,389* p=0,698
	Gelir Giderden Az	50	41,7	85,40±19,63	
Sosyal Güvence	Var	119	99,2	86,21±19,06	N/A
	Yok	1	0,8	85,00	
Yaşanan Yer	İl	66	55,0	83,86±20,49	t= - 1,503 * p=0,135
	İlçe veya Köy	54	45,0	89,07±16,71	

* Student t-testi **Mann Whitney U testi N/A: not/available

Tablo 20'ye göre araştırmaya katılan yatan hastaların BGYAİ puan ortalaması 82,36±21,54; ayaktan başvuran hastaların BGYAİ puan ortalaması 89,68±15,70'dir. Yatan hastalar ile ayaktan başvuran hastaların BGYAİ puan ortalamaları arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır (t=2,106, p=0,038).

Araştırmaya katılan kadın hastaların BGYAİ puan ortalaması 87,24±16,78; erkek hastaların BGYAİ puan ortalaması 85,24±20,92'dir. Hastaların cinsiyet ile BGYAİ puan ortalamaları arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir (t=0,579, p=0,564) (Tablo 20).

65 yaş altı hastaların BGYAİ puan ortalaması 90,23±15,33; 65 yaş üstü olan hastaların BGYAİ puan ortalaması ise 81,60±21,68'dir. Hastaların geriyatrik yaş sınıflamasına göre

BGYAİ puan ortalamaları arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu bulunmuştur ($t=2,483;p=0,015$) (Tablo 20).

Evli olan hastaların BGYAİ puan ortalaması $87,18\pm 16,93$; bekar olan hastaların BGYAİ puan ortalaması $82,29\pm 25,70$ 'dir. Medeni durum ile BGYAİ puan ortalamaları arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir ($U=1087,000; p=0,660$) (Tablo 20).

Araştırmaya katılan hastalardan ilköğretim ve altı eğitim almış olanların BGYAİ puan ortalaması $85,19\pm 17,77$; ortaöğretim ve üstü eğitim almış olanların BGYAİ puan ortalaması $88,02\pm 21,07$ 'dir. Eğitim durumu ile BGYAİ puan ortalamaları arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır ($t= - 0,744; p=0,459$) (Tablo 20).

Çalışan hastaların BGYAİ puan ortalaması $98,00\pm 4,83$, çalışmayan hastaların BGYAİ puan ortalaması $85,13\pm 19,43$ 'dür. Çalışma durumları ve BGYAİ puan ortalamaları arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu bulunmuştur ($U=270,500;p=0,006$) (Tablo 20).

Gelir durumuna göre BGYAİ puan ortalamalarına bakıldığında; gelir gidere denk ve fazla diyen hastaların BGYAİ puan ortalaması $86,78\pm 18,63$; gelir giderden az diyen hastaların BGYAİ puan ortalaması $85,40\pm 19,63$ bulunmuş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir ($t=0,389; p=0,698$) (Tablo 20).

Hastaların yaşadığı yer ile BGYAİ puan ortalamaları arasında yapılan analizde; ilde yaşayan hastaların BGYAİ puan ortalaması $83,86\pm 20,49$; ilçe-köy de yaşayan hastaların BGYAİ puan ortalaması $89,07\pm 16,71$ olup istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur ($t= - 1,503 ; p=0,135$) (Tablo 20).

Sosyal güvencesi olmayan bir hasta olduğu için; sosyal güvence değişkeni ileri analizde kullanılmamıştır.

Tablo 21. Hastaların BGYAİ Puan Ortalaması ile Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Evet			Hayır			Test Değeri
	n	%	Ort±S.S	n	%	$\bar{X}\pm SS$	
Edinilmiş Hastalık Durumu	60	50,0	80,41±22,25	60	50,0	92,00±12,79	t= - 3,495* p= 0,001
Kardiyovasküler Sistem Hastalığı	33	27,5	81,81±21,09	87	72,5	87,87±17,97	t= - 1,570* p= 0,119
Endokrin Sistem Hastalığı	35	29,2	79,42±22,71	85	70,8	89,00±16,57	t= - 2,258 * p=0,028
Solunum Sistemi Hastalığı	6	5,0	92,50±11,72	114	95,0	85,87±19,27	U=277,000 ** p=0,419
Diğer Sistem Hastalığı***	24	20,0	80,20±17,16	96	80,0	87,70±19,20	U=712,000** p=0,003

* Student t-testi **Mann Whitney U testi

***Bağ doku hast., KBY, Kanser, Prostat, MDS, MS, M.Gravis, Renal TX, Ü.Kolit

Tablo 21'e göre hastaların hastalık özellikleri ve BGYAİ puan ortalamaları arasında yapılan analize bakıldığında; edinilmiş hastalığı olan hastaların BGYAİ puan ortalaması 80,41±22,25; edinilmiş hastalığı olmayan hastaların BGYAİ puan ortalaması 92,00±12,79 olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu belirlenmiştir (t= - 3,495; p=0,001).

Kardiyovasküler sistem hastalığı olan hastaların BGYAİ puan ortalaması 81,81±21,09; olmayan hastaların BGYAİ puan ortalaması ise 87,87±17,97'dir. İki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır (t=-1,570; p= 0,119) (Tablo 21). Endokrin sistem hastalığı olan hastaların BGYAİ puan ortalaması 79,42±22,71; olmayan hastaların BGYAİ puan ortalaması ise 89,00±16,57 saptanmış olup aralarında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu bulunmuştur (t= - 2,258; p=0,028) (Tablo 21). Solunum sistemi hastalığı olan hastaların BGYAİ puan ortalaması 92,50±11,72; olmayan hastaların BGYAİ puan ortalaması 85,87±19,27'dir. İki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir (U=277,000; p=0,419) (Tablo 21). Diğer sistem hastalığı olan hastaların BGYAİ puan ortalaması 80,20±17,16; olmayan hastaların BGYAİ puan ortalaması 87,70±19,20'dir. Diğer sistem hastalığı olan ve olmayan hastaların BGYAİ puan ortalamaları arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır (U=712,000; p=0,003) (Tablo 21).

Tablo 22: Hastaların BGYAİ Puan Ortalaması ile Karaciğer Sirozunun Sınıflanması ve Komplikeasyonlarının Karşılaştırılması

		n	%	$\bar{X}\pm SS$	Test Değeri
Child-Pugh Sınıflama	A	52	43,3	92,78±14,73	KW= 20,717* P=0,000
	B	52	43,3	79,80±20,86	
	C	16	13,3	85,62±18,69	
Siroz Aşama	Kompanze	42	35,0	95,95±8,05	t=5,577** p=0,000
	Dekompanze	78	65,0	80,96±21,04	
Asit Varlığı	Var	71	59,2	79,36±21,37	t= -6,073** p=0,000
	Yok	49	40,8	96,12±7,58	
Hepatik Ansefalopati Varlığı	Var	6	5,0	80,00±23,87	U=290,500*** p=0,414
	Yok	114	95,0	86,53±18,76	

*Kruskall-Wallis Testi ** Student t-testi ***Mann Whitney U testi

Tablo 22'ye göre karaciğer sirozlu hastaların Child-Pugh Sınıflama sistemine göre BGYAİ puan ortalamalarına bakıldığında; Child A olan hastaların BGYAİ puan ortalaması 92,78±14,73; Child B olan hastaların BGYAİ puan ortalaması 79,80±20,86; Child C olan hastaların BGYAİ puan ortalaması ise 85,62±18,69 olup ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (KW=20,717; p=0,000). Gruplar ikişerli karşılaştırıldığında; Child A ve Child B sınıfında olan hastaların BGYAİ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken (t=3,665;p=0,000), Child A ile Child C sınıfında olan hastaların BGYAİ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U=320,500;p=0,131). Child B ile Child C sınıfında olan hastaların da BGYAİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (U=321,500;p=0,167).

Araştırmaya katılan hastaların karaciğer sirozu aşamasına göre BGYAİ puan ortalamalarına bakıldığında; kompanze aşamada olan hastaların BGYAİ puan ortalaması 95,95±8,05; dekompanze aşamada olan hastaların BGYAİ puan ortalaması ise 80,96±21,04 olup istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır (t=5,577;P=0,000) (Tablo 22).

Karnında asit bulunan hastaların BGYAİ puan ortalaması 79,36±21,37; asit bulunmayan hastaların BGYAİ puan ortalaması 96,12±7,58 olup iki ortalama arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t= - 6,073;p=0,000) (Tablo 22).

Hepatik ansefalopati varlığı olan hastaların BGYAİ puan ortalaması 80,00±23,87; olmayan hastaların BGYAİ puan ortalaması ise 86,53±18,76'dır. İki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur (U=290,500;p=0,414) (Tablo 22)

Tablo 23: Hastaların BGYAİ Puan Ortalaması ile Hastalığın Etkilediği Alanların Karşılaştırılması

	Evet			Hayır			Test Değeri
	n	%	$\bar{X}\pm SS$	n	%	$\bar{X}\pm SS$	
Günlük Hayat Akışında Değişiklik	79	65,8	83,16±19,51	41	34,2	92,07±16,61	t= - 2,490* p=0,014
Günlük Aktivite Değişimi	75	62,5	84,93±15,58	45	37,5	88,33±21,15	t= - 0,949* p=0,344
Dış Görünüm Değişimi	68	56,7	84,26±19,59	52	43,3	88,75±18,03	t=0,124* p=0,201
Yeme İçme Alışkanlığı Değişimi	50	41,7	85,20±19,35	70	58,3	86,92±18,82	t= - 0,490* p=0,625
Boşaltım İşlevinde Değişim	39	32,5	82,56±19,83	81	67,5	87,96±18,43	t= - 1,466* p=0,145
Cinsel Fonksiyon Değişimi	4	3,3	83,75±22,86	116	96,7	86,29±18,95	U=214,500** p=0,792

* Student t-testi **Mann Whitney U testi

Tablo 23'e göre günlük hayat akışındaki değişiklik olduğunu ifade eden hastaların BGYAİ puan ortalaması 83,16±19,51; değişiklik olmadığını ifade eden hastaların BGYAİ puan ortalaması ise 92,07±16,61 olup iki ortalama arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır (t= -2,490 p=0,01).

Araştırmaya katılan hastalardan günlük aktivite değişimi olduğunu ifade eden hastaların BGYAİ puan ortalaması 84,93±15,58; günlük aktivite değişimi olmadığını ifade eden hastaların BGYAİ puan ortalaması 88,33±21,15 bulunmuştur. İki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur (t= - 0,949; p=0,344) (Tablo 23).

Hastalardan vücut dış görünümde değişim olduğunu ifade edenlerin BGYAİ puan ortalaması 84,26±19,59; değişim olmadığını ifade edenlerin BGYAİ puan ortalaması ise 88,75±18,03 olup iki ortalama arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir (t=0,124; p=0,201) (Tablo 23).

Araştırmaya katılan hastalardan yeme içme alışkanlığında değişim olduğunu ifade edenlerin BGYAİ puan ortalaması 85,20±19,35; değişim olmadığını ifade edenlerin BGYAİ puan ortalaması ise 86,92±18,82'dir. İki ortalama arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur (t= - 0,490;p=0,625) (Tablo 23).

Boşaltım işlevinde değişim olduğunu ifade eden hastaların BGYAİ puan ortalaması 82,56±19,83; değişim olmadığını ifade eden hastaların BGYAİ puan ortalaması ise

87,96±18,43 olup iki ortalama arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır (t= - 1,466;p=0,145) (Tablo 23).

Araştırmaya katılan hastalardan cinsel fonksiyon değişimi olduğunu ifade edenlerin BGYAİ puan ortalaması 83,75±22,86; cinsel fonksiyon değişimi olmadığını ifade edenlerin BGYAİ puan ortalaması ise 86,29±18,95'dir. İki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur (U=214,500;p=0,792) (Tablo 23).

Tablo 24. Hastaların BGYAİ Puan Ortalamasının Hastalığın Etkilediği Diğer Alanların Karşılaştırılması

	Evet			Hayır			Test Değeri
	n	%	$\bar{X}\pm SS$	n	%	$\bar{X}\pm SS$	
Aile İçi İlişkilerde Değişim	65	54,2	81,76±21,78	55	45,8	91,45±13,42	t= - 2,867* p=0,005
Kişilerarası İlişkilerde Değişim	32	26,7	82,81±19,29	88	73,3	87,44±18,83	t= - 1,183* p=0,239
Çalışma Hayatında Değişim	23	19,2	89,13±19,34	97	80,8	85,51±18,93	U=856,500** p=0,075

* Student t-testi **Mann Whitney U testi

Tablo 24'e göre aile içi ilişkilerde değişiklik ile BGYAİ puan ortalamaları arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu bulunmuştur (t= - 2,867;p=0,005). Aile içi ilişkilerde değişiklik olduğunu ifade eden hastaların BGYAİ puan ortalaması 81,76±21,78; değişiklik olmadığını ifade eden hastaların BGYAİ puan ortalaması ise 91,45±13,42'dir.

Çalışma hayatında değişiklik ile BGYAİ puan ortalamaları arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır (U=856,500;p=0,075). Çalışma hayatında değişiklik olduğunu ifade eden hastaların BGYAİ puan ortalaması 89,13±19,34; değişiklik olmadığını ifade eden hastaların BGYAİ puan ortalaması ise 85,51±18,93'dir (Tablo 24).

Kişilerarası ilişkilerde değişiklik ile BGYAİ puan ortalamaları arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır (t= - 1,183; p=0,239). Kişilerarası ilişkilerde değişiklik olduğunu ifade eden hastaların BGYAİ puan ortalaması 82,81±19,29; değişiklik olmadığını ifade eden hastaların BGYAİ puan ortalaması ise 87,44±18,83'dir (Tablo 24).

4.4. Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeğinin (ZBVYÖ) İncelenmesi

4.4.1. ZBVYÖ Puanı Ortalaması ve Bakım Verenlerin Dağılımı

Tablo 25. ZBVYÖ puan ortalaması ve Bakım Yüğü Dağılımı

		n	%
ZBVYÖ Ölçek Puanı	$\bar{X} \pm SS$ (Min.-Max.)	21,31 \pm 15,18 (4-68)	
Bakım Veren Yüğü Sınıflaması	Az Düzeyde Yüğü	71	59,2
	Hafif Düzeyde Yüğü	36	30,0
	Orta Düzeyde Yüğü	10	8,3
	Şiddetli Düzeyde Yüğü	3	2,5
Toplam		120	100

Araştırmaya katılan bakım verenlerin ZBVYÖ puan ortalaması 21,31 \pm 15,18 min-max (4-68)'dir. Bakım verenlerin % 59,2'sinin (n=71) az düzeyde bakım yüğü, % 30'unun (n=36) hafif düzeyde bakım yüğü, % 8,3'ünün (n=10) orta düzeyde bakım yüğü, % 2,5'inin (n=3) şiddetli düzeyde bakım yüğü grubunda olduğu saptanmıştır (Tablo 25)

4.4.2. Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeğini Etkileyebilecek Etmenlerin İncelenmesi

Tablo 26. Bakım Verenlerin ZBVYÖ Puan Ortalaması İle Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi

Özellik		n	%	$\bar{X}\pm SS$	Test Değeri
Hasta yakını kategorisi	Yatan hasta yakını	57	47,5	24,42±15,67	t=2,163* p=0,033
	Ayaktan poliklinik hastası yakını	63	52,5	18,50±14,27	
Cinsiyet	Kadın	88	73,3	23,85±16,15	t=3,145* p=0,002
	Erkek	32	26,7	14,34±9,17	
Medeni Durum	Evli	98	81,7	19,94±13,52	U=865,000** p=0,148
	Bekar	22	18,3	28,12±21,95	
Eğitim Durumu	İlköğretim ve Altı	52	43,3	21,28±14,52	t= - 0,018* p=0,986
	Ortaöğretim ve Üstü	68	56,7	21,33±15,77	
Gelir Durumu	Gelir Gidere Denk ve Fazla	67	55,8	21,14±14,65	t= - 0,135* p=0,893
	Gelir Giderden Az	53	44,2	21,52±15,96	
Sosyal Güvence	Var	117	97,5	N/A	
	Yok	3	2,5		
Yaşanan Yer	İl	70	58,3	22,45±16,36	t=0,973* p=0,332
	İlçe-Köy	50	41,7	19,72±13,35	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	31	25,8	22,74±17,47	t= 0,605* p=0,546
	Çalışmıyor	89	74,2	20,82±14,37	
İşten Ayrılma Durumu	Evet	9	7,5	31,44±18,56	U=308,500** p=0,057
	Hayır	111	92,5	20,49±14,67	

* Student t-testi **Mann Whitney U testi N/A: not/available

Araştırma kapsamına alınan yatan hastalar ile ayaktan başvuran hastalara bakım verenlerin ZBVYÖ puan ortalamaları arasında yapılan analizde, yatan hastalara bakım verenlerin ZBVYÖ puan ortalaması 24,42±15,67; ayaktan başvuran hastalara bakım verenlerin ZBVYÖ puan ortalaması 18,50±14,27 olup istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu bulunmuştur (t=2,163;p=0,033) (Tablo 26).

Bakım verenlerin cinsiyete göre ZBVYÖ puan ortalamalarına bakıldığında; kadın bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 23,85±16,15; erkek bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 14,34±9,17'dir. İki ortalama arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır(t=3,145;p=0,002) (Tablo 26).

Medeni duruma göre ZBVYÖ puan ortalamalarına bakıldığında; bekar bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 28,12±21,95; evli bakım vericilerin ZBVYÖ puan

ortalaması $19,94 \pm 13,52$ bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir ($U=865,000; p=0,148$) (Tablo 26).

Eğitim durumuna göre ZBVYÖ puan ortalamalarına bakıldığında; ilköğretim ve altı düzeyde eğitim almış olanların ZBVYÖ puan ortalaması $21,28 \pm 14,52$, ortaöğretim ve üstü altı düzeyde eğitim almış olanların ZBVYÖ puan ortalaması $21,33 \pm 15,77$ olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur ($t= - 0,018; p=0,986$) (Tablo 26).

Gelir durumuna göre ZBVYÖ puan ortalamalarına bakıldığında; gelir gidere denk ve fazla diyen bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması $21,14 \pm 14,65$; gelir giderden az diyen bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması $21,52 \pm 15,96$ 'dır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır ($t= - 0,135; p=0,893$) (Tablo 26).

Yaşanan yere göre ZBVYÖ puan ortalamalarına bakıldığında; ilde yaşayan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması $22,45 \pm 16,36$; ilçe-köy' de yaşayan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması $19,72 \pm 13,35$ olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur ($t=0,973; p=0,332$) (Tablo 26).

Çalışma durumuna göre ZBVYÖ puan ortalamalarına bakıldığında; çalışan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması $22,74 \pm 17,47$; çalışmayan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması $20,82 \pm 14,37$ bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir ($t= 0,605; p=0,546$) (Tablo 26).

İşten ayrılma durumuna göre ZBVYÖ puan ortalamalarına bakıldığında; işinden ayrılmak zorunda olan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması $31,44 \pm 18,56$; işinden ayrılmak zorunda olmayan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması $20,49 \pm 14,67$ 'dir. İki ortalama arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır ($U=308,500; p=0,057$) (Tablo 26).

Sosyal güvence değişkenine alt grup sayısı yeterli olmadığı için ileri analiz uygulanamamıştır (Tablo 26).

Tablo 27. Bakım Verenlerin ZBVYÖ Puan Ortalamaları ile Bakıma İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

		n	%	$\bar{X} \pm SS$	Test Değeri
Hastaya Yakınlık Derecesi	Eş	66	55,0	20,27±14,12	KW= 1,723* P=0,422
	1.derece akraba*****	44	36,7	24,20±17,40	
	Diğer *****	10	8,3	15,50±8,55	
Bakımını Üstlendiği Başka Hasta Varlığı	Evet	17	14,2	27,11±17,77	U=696,500** p=0,178
	Hayır	103	85,8	20,35±14,58	
Sağlık Sorunu	Var	48	40,0	25,16±17,15	t=2,309*** p=0,031
	Yok	72	60,0	18,75±13,21	
Sağlık Giderlerini Karşılama Sorunu	Evet	15	12,5	32,86±17,19	U=407,500** p=0,003
	Hayır	105	87,5	19,66±14,20	

*Kruskal Wallis Testi

**Mann Whitney U testi

*** Student t-testi

****1.derece akraba: Anne-Baba-Çocuk

***** Diğer: 1 derece olmayan akraba

Bakım vericilerin hastaya yakınlık derecesine göre ZBVYÖ puan ortalamalarına bakıldığında; bakım veren eşlerin ZBVYÖ puan ortalaması 20,27±14,12; bakım veren 1.derece akrabalarının ZBVYÖ puan ortalaması 24,20±17,40; diğer grubunda olan bakım verenlerin ZBVYÖ puan ortalaması ise 15,50±8,55 bulunmuş olup yapılan istatistiksel analizde anlamlı fark saptanmamıştır (KW= 1,723;p=0,422) (Tablo 27).

Bakım vericilerin bakımını üstlendiği başka hasta varlığına göre ZBVYÖ puan ortalamalarına bakıldığında; evde başka hastaya bakmak zorunda olan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 27,11±17,77; evde başka hastaya bakmak zorunda olmayan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 20,35±14,58 saptanmış olup istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur (U=696,500;p=0,178) (Tablo 27).

Sağlık sorunu olma durumuna göre ZBVYÖ puan ortalamalarına bakıldığında; sağlık sorunu olan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 25,16±17,15; sağlık sorunu olmayan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 18,75±13,21'dir ve istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır (t=2,309;p=0,031) (Tablo 27).

Sağlık giderlerini karşılama sorunu olma durumuna göre ZBVYÖ puan ortalamalarına bakıldığında; sağlık giderlerini karşılamada sorun yaşayan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 32,86±17,19; sağlık giderlerini karşılamada sorun yaşamayan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 19,66±14,20'dir ve istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu belirlenmiştir (U=407,500;p=0,003) (Tablo 27).

Tablo 28. Bakım Verenlerin ZBVYÖ Puan Ortalamaları ile Bakım Sürecindeki Destek Olma Yönü, Bilgi Edinme ve Sağlık Profesyonele Destek Yeterliliğinin Karşılaştırılması

	Evet			Hayır			Test Değeri
	n	%	$\bar{X}\pm SS$	n	%	$\bar{X}\pm SS$	
Destek Olma Yönü							
Psikolojik-duygusal Destek	118	98,3	21,10±15,15	2	1,7	34,00±15,55	N/A
Fiziksel Destek	66	55,0	26,24±14,26	54	45,0	15,29±14,16	t=4,194* p=0,000
Parasal Destek	5	4,2	31,80±19,75	115	95,8	20,86±14,89	U=187,000** p=0,187
Bilgi Edinme	110	91,7	20,79±14,80	10	8,3	27,10±18,80	U=439,000** p=0,292
Sağlık Profesyonele Destek Yeterliliği	104	86,7	20,81±14,73	16	13,3	24,56±18,00	U=731,500** p=0,438

* Student t-testi **Mann Whitney U testi N/A: not/available

Bakım sürecinde bakım verenlerin psikolojik/duygusal destek olma durumuna göre ZBVYÖ puan ortalamaları arasında alt grup sayısı yetersiz olduğu için ileri analiz yapılamadı.

Bakım sürecinde bakım verenlerin fiziksel yönden destek olma durumuna göre ZBVYÖ puan ortalamalarına bakıldığında; hastasına fiziksel yönden destek olan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 26,24±14,26; fiziksel yönden destek olmayan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 15,29±14,16 bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır (t=4,194;p=0,000) (Tablo 28).

Parasal yönden destek olma durumuna göre ZBVYÖ puan ortalamalarına bakıldığında ise; hastasına parasal yönden destek olan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 31,80±19,75; parasal yönden destek olmayan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 20,86±14,89'dir ve anlamlı istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur (U=187,000;P=0,187) (Tablo 28).

Hastaları hakkında yeterli bilgi verildiğini ifade eden bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 20,79±14,80; yeterli bilgi verilmediğini ifade eden bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 27,10±18,80'dir ve istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir (U=439,000;p=0,292) (Tablo 28).

Bakım vericilerin sağlık profesyonelinin desteğini yeterli bulma durumuna göre ZBVYÖ puan ortalamalarına bakıldığında; desteğin yeterli olduğunu ifade edenlerin ZBVYÖ puan ortalaması 20,81±14,73; yetersiz olduğunu ifade edenlerin ZBVYÖ puan ortalaması 24,56±18,00'dir ve istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur (U=731,500;p=0,438) (Tablo 28).

Tablo 29. Bakım Verenlerin ZBVYÖ Puan Ortalamaları ile Hastayla Geçirdiği Süre, Bakım Sırasında Destek Alma Durumu ve Alınan Desteğin Yeterliliğinin Karşılaştırılması

	Evet			Hayır			Test Değeri
	n	%	$\bar{X}\pm SS$	n	%	$\bar{X}\pm SS$	
Hasta ile 24 saat birarada olma durumu	95	79,2	21,07±14,99	25	20,8	22,24±16,15	U=1178,500* p=0,954
Bakımda Destek Alınan Kişi Varlığı	76	63,3	21,61±14,37	44	36,7	20,79±16,64	t=0,285** p=0,776
Alınan Desteğin Yeterliliği	87	72,5	20,70±14,37	33	27,5	22,93±17,26	t= - 0,720** p=0,473

*Mann Whitney U testi ** Student t-testi

Bakım verenlerin hasta ile geçirdiği süreye göre ZBVYÖ puan ortalamalarına bakıldığında; 24 saat birarada olanların ZBVYÖ puan ortalaması 21,07±14,99; 24 saat birarada olmayan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 22,24±16,15'dir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır (U=1178,500;p=0,954) (Tablo 29).

Bakımda destek alınan kişi varlığına göre ZBVYÖ puan ortalamalarına bakıldığında; destek alan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 21,61±14,37; destek almayan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 20,79±16,64' dir ve istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur (t=0,285;P=0,776) (Tablo 29).

Alınan desteğin yeterliliğine göre ZBVYÖ puan ortalamalarına bakıldığında; desteğin yeterli olduğunu ifade eden bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 20,70±14,37; desteğin yetersiz olduğunu ifade eden bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 22,93±17,26 bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır (t= - 0,720;p=0,473) (Tablo 29)

Tablo 30. Bakım Verenlerin ZBVYÖ Puan Ortalamaları ile Bakıma İlişkin Sorunların Karşılaştırılması

	Evet			Hayır			Test Değeri
	n	%	$\bar{X}\pm SS$	n	%	$\bar{X}\pm SS$	
Maddi Konular	15	12,5	35,00±17,44	105	87,5	19,36±13,85	U=350,500* p=0,001
Hastanın Günlük Aktivitelerini Karşılama	27	22,5	34,22±14,92	93	77,5	17,57±13,11	U=470,000* p=0,000
Hastanın İlacını Uygulama Ve Takip	28	23,3	27,92±15,32	92	76,7	19,30±14,63	U=802,000* p=0,003
Ulaşım	31	25,8	29,19±15,28	89	74,2	18,57±14,23	t=3,510** p=0,001
Sevk Sorunu	3	2,5	45,33±20,50	117	97,5	20,70±14,62	N/A
Davranışsal Sorunlar	35	29,2	33,71±15,43	85	70,8	16,21±11,81	t=6,722** p=0,000

*Mann Whitney U testi ** Student t-testi N/A: not/available

Bakım verenlerin bakıma ilişkin karşılaştıkları sorunlarına göre ZBVYÖ puan ortalamalarına bakıldığında; maddi konularda sorun yaşayan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 35,00±17,44; sorun yaşamayan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 19,36±13,85'dir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu bulunmuştur (U=350,500;p=0,001) (Tablo 30).

Hastalarının günlük aktivitelerini karşılamada sorun yaşayan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 34,22±14,92; sorun yaşamayan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 17,57±13,11'dir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır (U=470,000;p=0,000) (Tablo 30).

Hastalarının ilacını uygulama ve takipte sorun yaşayan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 27,92±15,32; sorun yaşamayanların ZBVYÖ puan ortalaması ise 19,30±14,63'dir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu belirlenmiştir (U=802,000;p=0,003) (Tablo 30).

Ulaşım problemi yaşayan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 29,19±15,28; ulaşım problemi yaşamayan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 18,57±14,23 bulunmuş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır (t=3,510;p=0,001) (Tablo 30). Hastasıyla ilgili davranışsal sorunlar yaşayan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 33,71±15,43; yaşamayan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 16,21±11,81'dir ve istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu bulunmuştur (t=6,722;p=0,000) (Tablo 30). Sevk sorunu yaşama değişkeni alt grup sayısı yeterli olmadığı için ileri analizde kullanılmadı.

4.4.3. Hastaların Tanıtıcı ve Hastalık Özelliklerinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi

Tablo 31. Hastaların Tanıtıcı ve Hastalık Özellikleri ile ZBVYÖ Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Özellikler		n	%	$\bar{X}\pm SS$	Test Değeri
Hasta Kategorisi	Yatan Hasta	57	47,5	24,42±15,67	t=2,163* p=0,033
	Ayaktan Poliklinik Hastası	63	52,5	18,50±14,27	
Cinsiyet	Kadın	58	48,3	17,81±12,28	t= - 2,500* p=0,013
	Erkek	62	51,7	24,59±16,90	
Geriatrik Yaş	65 yaş altı	64	53,3	18,96±14,26	t= -1,829* p=0,070
	65 yaş ve üstü	56	46,7	24,00±15,87	
Medeni Durum	Evli	96	80,0	21,57±15,83	U=1147,500** p=0,976
	Bekar	24	20,0	20,29±12,44	
Eğitim Durumu	İlköğretim ve Altı	77	64,2	22,26±15,89	t=0,910* p=0,365
	Ortaöğretim ve Üstü	43	35,8	19,62±13,83	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	10	8,3	11,50±10,52	U=275,500** p=0,009
	Çalışmıyor	110	91,7	22,20±15,25	
Gelir Durumu	Gelir Gidere Denk ve Fazla	70	58,3	20,58±13,61	t= -0,622* p=0,535
	Gelir Giderden Az	50	41,7	22,34±17,23	
Edinilmiş Hastalık Durumu	Var	60	50,0	25,16±16,29	t=2,861* p=0,005
	Yok	60	50,0	17,46±13,00	
Siroz Aşama	Kompanze	42	35,0	12,59±9,03	t= - 5,921* p=0,000
	Dekompanze	78	65,0	26,01±15,77	
Child-Pugh Sınıflama	A	52	43,3	15,57±13,19	KW=18,105*** p=0,000
	B	52	43,3	26,19±14,84	
	C	16	13,3	24,12±16,78	
Asit Varlığı	Var	71	59,2	27,15±15,89	t=6,282* p=0,000
	Yok	49	40,8	12,85±8,90	
Günlük Hayat Akışında Değişiklik	Evet	79	65,8	24,60±11,35	t=3,648* p=0,000
	Hayır	41	34,2	14,97±12,78	
Aile İçi İlişkilerde Değişim	Evet	65	54,2	25,12±16,93	t=3,191* p=0,002
	Hayır	55	45,8	16,81±11,39	

* Student t-testi

**Mann Whitney U testi

*** Kruskal Wallis Testi

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı ve hastalık özellikleri ile ZBVYÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında; ZBVYÖ puan ortalamasının hastaların yatan ya da ayaktan başvuruya göre değişiklik gösterdiği yatan hastaya bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu daha önce belirtilmişti (t=2,163;p=0,033) (Tablo 26).

Hastaların cinsiyetine göre ZBVYÖ puan ortalamasına bakıldığında; erkek hastaya bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 24,59±16,90; kadın hastaya bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 17,81±12,28'dir ve istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu bulunmuştur ($t = -2,500$; $p = 0,013$) (Tablo 31).

Hastaların yaşına göre ZBVYÖ puan ortalamasına bakıldığında; 65 yaş üstü hastalara bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 24,00±15,87; 65 yaş altı hastalara bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 18,96±14,26'dir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır ($t = -1,829$; $p = 0,070$) (Tablo 31).

Hastaların medeni durumlarına göre ZBVYÖ puan ortalamasına bakıldığında; evli hastalara bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 21,57±15,83; bekar hastalara bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması ise 20,29±12,44 bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir ($U = 1147,500$; $p = 0,976$) (Tablo 31).

Hastaların gelir durumlarına ZBVYÖ puan ortalamasına bakıldığında; gelir-gidere denk ve fazla diyen hastaya bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 20,58±13,61; gelir-giderden az diyen hastaya bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 22,34±17,23'dür ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur ($t = -0,622$; $p = 0,535$). (Tablo 31).

Hastaların eğitim durumlarına göre bakıldığında ise ilköğretim ve altı eğitim almış olan hastalara bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 22,26±15,89; ortaöğretim ve üstü eğitim almış olan hastalara bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 19,62±13,83'dür ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur ($t = 0,910$; $p = 0,365$) (Tablo 31).

Hastaların çalışma durumuna göre ZBVYÖ puan ortalamasına bakıldığında; çalışmayan hastaya bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 22,20±15,25; çalışan hastaya bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 11,50±10,52'dir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır ($U = 275,500$; $p = 0,009$) (Tablo 31).

Hastaların edinilmiş hastalık durumuna göre ZBVYÖ puan ortalamasına bakıldığında; edinilmiş hastalığı olan hastaya bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalamasının 25,16±16,29; olmayan hastaya bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalamasının 17,46±13,00 olduğu saptanmış olup istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu bulunmuştur ($t = 2,861$; $p = 0,005$) (Tablo 31).

Hastaların siroz aşamasına göre göre ZBVYÖ puan ortalamasına bakıldığında; kompanze aşamada olan hastaya bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalamasının $12,59 \pm 9,03$; dekompanze aşamada olan hastaya bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalamasının $26,01 \pm 15,77$ olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır ($t = -5,921; p = 0,000$) (Tablo 31).

Hastaların karaciğer sirozu sınıflamasına göre ZBVYÖ puan ortalamasına bakıldığında; Child A aşamasında olan hastaya bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması $15,57 \pm 13,19$; Child B aşamasında olan hastaya bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması $26,19 \pm 14,84$ ve Child C aşamasında olan hastaya bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması ise $24,12 \pm 16,78$ olarak saptanmış olup istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu belirlenmiştir ($KW = 18,105; p = 0,000$) (Tablo 31).

Hastaların siroz komplikasyonlarından biri olan asit varlığına göre ZBVYÖ puan ortalamasına bakıldığında; asit olan hastaya bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalamasının $27,15 \pm 15,89$; asit olmayan hastaya bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalamasının $12,85 \pm 8,90$ olduğu ve iki ortalama arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu bulunmuştur ($t = 6,282; p = 0,000$) (Tablo 31).

Hastaların karaciğer sirozunun etkilediği alanlar olarak ifade ettikleri günlük hayat akışındaki değişim olma durumuna göre ZBVYÖ puan ortalamasına bakıldığında; günlük hayat akışında değişim oldu diyen hastaya bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması $24,60 \pm 11,35$; değişim olmadı diyen hastaya bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması ise $14,97 \pm 12,78$ bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır ($t = 3,648; p = 0,000$) (Tablo 31).

Hastaların karaciğer sirozunun etkilediği alanlar olarak ifade ettikleri aile içi ilişkilerde değişim olma durumuna göre ZBVYÖ puan ortalamasına bakıldığında; aile içi ilişkilerde değişim oldu diyen hastaya bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması $25,12 \pm 16,93$; değişim olmadı diyen hastaya bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması ise $16,81 \pm 11,39$ olup iki ortalama arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu belirlenmiştir ($t = 3,191; p = 0,002$) (Tablo 31).

4.5. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeği Arasındaki İlişki

Tablo 32. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeği Arasındaki İlişki

	Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalaması	
	r	p*
Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Puan Ortalaması	-0,516	0,000

* Pearson korelasyon analizi

Araştırma kapsamına alınan hastaların BGYAİ puan ortalamaları ile bakım verenlerin ZBVYÖ puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde orta düzeyde negatif yönde doğrusal bir ilişki saptanmış olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($r = -0,516; p = 0,000$) (Tablo 32). BGYAİ puan ortalaması arttıkça, ZBVYÖ puan ortalaması azalmakta yani hastaların bağımlılık düzeyi arttıkça, bakım verenlerin de bakım veren yükünün arttığı saptanmıştır.

4.5.1. Hastaların BGYAİ Puan Ortalamaları ile Yaş, Hastalık Süresi, Child-Pugh Skoru ve MELD Skoru Arasındaki İlişki

Tablo 33. Hastaların BGYAİ Puan Ortalamaları ile Yaş, Hastalık Süresi, Child-Pugh Skoru ve MELD Skoru Arasındaki İlişki

Hasta Özellikleri	Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Puan Ortalaması	
	r	p*
Hasta Yaşı	-0,324	0,000
Hastalık Süresi	0,159	0,083
Child-pugh Skoru	-0,282	0,002
MELD Skoru	-0,269	0,003

* Pearson korelasyon analizi

Hasta yaşı ile BGYAİ puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde negatif yönde düşük bir ilişki bulunmuş olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($r = -0,324; p = 0,000$) (Tablo 33). Hasta yaşı arttıkça BGYAİ puan ortalaması azalmakta yani hastaların bağımlılık düzeyi artmaktadır.

Hastaların hastalık süresi ile BGYAİ puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde zayıf ilişki bulunmuş olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r = 0,159; p = 0,083$) (Tablo 33).

Hastaların Child-pugh skoru ile BGYAİ puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuş olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($r = -0,282$; $p = 0,002$) (Tablo 33). Hastaların Child-pugh skoru arttıkça BGYAİ puan ortalaması azalmakta yani hastaların bağımlılık düzeyi artmaktadır.

Hastaların MELD skoru ile BGYAİ puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuş olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($r = -0,269$; $p = 0,003$) (Tablo 33). Hastaların MELD skoru arttıkça BGYAİ puan ortalaması azalmakta yani hastaların bağımlılık düzeyi artmaktadır.

4.5.2. Hastaların Yaş, Hastalık Süresi, Child-Pugh Skoru ve MELD Skoru ile ZBVYÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Tablo 34. Hastaların Yaş, Hastalık Süresi, Child-Pugh Skoru ve MELD Skoru ile Bakım Verenlerin ZBVYÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Hasta özellikleri	Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Puan Ortalaması	
	r	p*
Hasta Yaşı	0,251	0,006
Hastalık Süresi	-0,091	0,320
Child-pugh Skoru	0,321	0,000
MELD Skoru	0,220	0,016

* Pearson korelasyon analizi

Hasta yaşı ile ZBVYÖ puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuş olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($r = 0,251$; $p = 0,006$) (Tablo 34). Bakım verilen hastanın yaşı arttıkça bakım veren yüğü de artmaktadır.

Hastaların hastalık süresi ile ZBVYÖ puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde negatif yönde zayıf ilişki bulunmuş olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r = -0,091$; $p = 0,320$) (Tablo 34).

Hastaların Child-pugh skoru ile ZBVYÖ puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde düşük bir ilişki bulunmuş olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($r = 0,321$; $p = 0,000$) (Tablo 34). Hastaların Child-pugh skoru arttıkça bakım veren yüğü de artmaktadır.

Hastaların MELD skoru ile ZBVYÖ puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuş olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($r=0,220;p=0,016$) (Tablo 34). Hastaların MELD skoru arttıkça bakım veren yükü de artmaktadır.

4.5.3. Hasta Yakınlarının Yaşı ve Hasta ile Geçirdiği Süre ile ZBVYÖ Puan Ortalaması arasındaki ilişki

Tablo 35. Bakım Veren Yaşı ve Hasta ile Geçirdiği Süre ile ZBVYÖ Puan Ortalaması Arasındaki ilişki

	Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalaması	
	r	p*
Bakım Veren Yaşı	-0,023	0,800
Hasta ile Geçen Süre	-0,005	0,959

* Pearson korelasyon analizi

Bakım verenin yaşı ile ZBVYÖ puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde negatif yönde zayıf ilişki bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r= -0,023;p=0,800$). Hasta ile geçirilen süre ve ZBVYÖ puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde negatif yönde zayıf ilişki bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r= -0,005;p= 0,959$) (Tablo 35).

BÖLÜM V

5.TARTIŞMA

Kronik hastalıklar ve bu hastalıkların neden olduğu günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlanma, bireyleri günlük aktivitelerini yerine getirmede bir başkasına kısmen yada tamamen bağımlı hale getirmektedir. Bu bağımlılık hastanın yaşantısını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gibi bakım verenler için de ayrıca bir yük getirmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık, sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil kişinin beden ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (53). Öyleyse kronik hastalığa sahip yakını olan bakım verenlerin de ruhen ve sosyal olarak sağlığı olumsuz etkilenebilmektedir. Güncel birçok çalışmada kronik hastalığı olan hastalara bakım veren kişilerin bakım yükü incelenmiş, bu kişilerin sosyal ve ruhsal olarak olumsuz etkilenme durumunda oldukları gösterilmiştir. (54,55,56,57,58).

Karaciğer sirozu bir çok karaciğer hastalığının son evresidir (1). Karaciğer sirozunda bir çok komplikasyon ortaya çıkabilir ve gerek hasta gerekse bakım veren kişi bu komplikasyonların getirdiği yükten olumsuz etkilenebilir (2). Literatür incelendiğinde karaciğer sirozu olan hastalara bakım veren kişilerin bakım veren yükü ile ilgili çok az sayıda araştırma olduğu görülmektedir (28,46,59).

Bu çalışmada karaciğer sirozlu hastalarda günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeyleri ve bunu etkileyen faktörler, bu hastalara bakım veren bireylerin bakım veren yükü ve bunu etkileyen etmenler, GYA gerçekleştirme düzeyi ile bakım veren yükü ilişkisi incelenmiştir.

5.1. Araştırma Kapsamındaki Hastalara İlişkin Bulguların İncelenmesi

Araştırma kapsamına alınan 120 hastanın % 47,5'i yataklı birimde yatan, % 52,5'i ise ayaktan polikliniğe başvuran hastalardır. Araştırma örneklemine katılan hastaların yaş ortalaması $63,05 \pm 10,16$ 'dır. Bu sonuca göre örneklemdaki hastalarımızın çoğunun yaşlılık sınırı olan 65 yaş altında olduğu bulunmuştur. Kim ve ark. (2006) karaciğer sirozlu hastalarla yaptığı çalışmada yaş ortalamasını $53,61 \pm 9,29$ bulmuşlardır (60).

Araştırmaya katılan hastalar cinsiyete göre incelendiğinde % 51,7'si erkektir (Tablo 6). Literatüre bakıldığında karaciğer sirozunun erkeklerde daha sık görüldüğü belirtilmiş olup

çalışmamız da bu sonuçlara benzerlik göstermektedir (2,28,60,61,62,63). Medeni durumları ve eğitim durumları değerlendirildiğinde; hastaların % 80'inin evli ve % 49,2'si ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahiptir. Ortaöğretim ve üstü eğitim alanların sayısı çalışma grubumuzda azdır (Tablo 6).

Araştırma kapsamındaki hastaların çalışma durumlarına bakıldığında; % 91,7'sinin çalışmadığı, % 42,5'inin ev hanımı olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun çalışmadığı ve kadın hastalarımızın tamamına yakının ev hanımı olduğu bulunmuştur (Tablo 6). Örneklemdaki hastaların yarısından fazlası (% 55) ilde yaşamakta, gelir durumlarını denk ve yeterli (% 58,3) olduğunu ifade etmişlerdir. Bir hasta hariç tamamının sosyal güvencesi bulunmaktadır (Tablo 6).

5.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre İncelenmesi

Araştırma kapsamına alınan hastaların % 45'inin hastalık süresinin 0-2 yıl olduğu ve karaciğer sirozunun nedenine bakıldığında ise % 44,2'sinin viral hepatitler olduğu bulunmuştur. Yurtiçi ve yurtdışı literatüre bakıldığında da siroz nedeni olarak viral hepatitler daha fazla görülmektedir (25,26,28). Büyükkaya ve ark. 2006'da yaptığı çalışmada; siroz nedeninin % 52,1 viral hepatitler (% 27,1 hepatit B, % 25 hepatit C) olduğu bulunmuştur (2). Yine aynı şekilde Bajaj ve ark. 2011'de yaptığı çalışmada hastalık süresi 8 ± 4 yıl, siroz nedeni olarak %44 oranında hepatit C olarak gösterilmiştir (28).

Hastaların % 50'sinin yandaş bir başka hastalığa sahip olduğu; % 27,5'inin en az bir kronik hastalığının bulunduğu saptanmıştır (Tablo 8). Bu hastalıkların sıralamasına bakıldığında; en çok (% 29,2) endokrin sistem hastalıkları (Diabetes Mellitus, Guatr) olduğu buna takiben (% 27,5) kardiyovasküler sistem hastalıkları olduğu bulunmuştur (Tablo 9). Bajaj ve ark. (2011), Kim ve ark. (2006), Kalaitzakis ve ark. (2008) yaptığı çalışmalarda eşlik eden hastalık olarak en sık diabetes mellitus bulunmuştur (28,60,63). Rakoski ve ark. (2012) 50 yaş üstü 317 karaciğer sirozlu hasta ile yaptığı kohort çalışmada eşlik eden hastalık olarak en başta artrit, daha sonra hipertansiyon ve kalp yetmezliği bulunmuştur. Bunun nedeni çalıştıkları örneklemdaki hastaların yaş ortalamasının 74.7 ± 0.4 olması ilerleyen yaş ile eklem problemlerinin daha ön planda olması olabilir (46).

Araştırmaya katılan hastalara hastalığın etkilediği alanları ifade etmesi için yöneltilen sorulara verilen cevaplarda; % 65,8'i günlük normal hayat akışlarının karaciğer sirozu nedeniyle meydana gelen değişikliklerden etkilendiğini ifade etmişlerdir. Bu etkilenimin alt

başlıkları incelendiğinde % 56,7'si hastalığa bağlı vücutlarında oluşan dış görünümdeki değişiminden, % 62,5'i ise hastalığın neden olduğu yorgunluktan dolayı günlük aktivitelerindeki azalma yönündeki değişimden rahatsız olduklarını ifade etmişlerdir. Kim ve ark. (2006) yapmış olduğu çalışmada karaciğer sirozlu hastaların deneyimlediği 18 semptomun görülme sıklığı, yoğunluğu ve oluşturduğu sıkıntı açısından değerlendirmesi yapılmış, hastaların deneyimlediği semptomların başında en sık yorgunluk daha sonra asit/ödem varlığı, kas krampları, ağız kuruluğu ve vücut dış görünümünde değişiklik olduğu gösterilmişti (60). Yine Durmuş'un (2015) yapmış olduğu bir diğer çalışmada sirozlu hastalarda yorgunluk ve yaşam kalitesi ilişkisini aramış ve araştırma kapsamındaki tüm hastalarında yorgunluk görüldüğünü ifade etmiştir (61).

Hastaların % 54,2'si hastalığa bağlı aile içi ilişkilerde değişim olduğunu ifade etmiştir (Tablo 10). Bunun sebebinin hastalığın getirdiği semptomlar, bunların hasta ve yakınları üzerine etkileri, bu değişimler ile başetmede zorluk, sosyoekonomik etkiler gibi bazı faktörler sayılabilir.

Karaciğer sirozunun hangi aşamada olduğunu ve öngörülen yaşam şansının belirlendiği modifiye Child-Pugh-Turcotte Sınıflamasına göre araştırma örneklemini oluşturan hastaların; % 43,3'ünün Child A, % 43,3'ünün Child B ve % 13,3'ünün Child C sınıfında olduğu saptanmıştır. Durmuş'un yaptığı çalışmada örneklemini oluşturan hastaların poikliniğe başvuran hastalardan oluştuğu ve Child A sınıfında olduğu belirtilmiştir (61). Ancak çalışmamız hem yatan hastalardan hem de poliklinikte izlenen hastalardan oluştuğu için Child A, Child B ve Child C sınıfında hastalar örneklem içinde yer almıştır.

Örneklemini oluşturan hastaların % 65'inin dekompanze aşamada ve % 59,2'sinde asit varlığı saptanmıştır. Yukarıda da belirttiği gibi hastaların deneyimlediği semptomlar arasında ikinci sırada asit/ödem olduğu gösterilmiştir (60). Hepatik ansefalopati (HES) varlığı sorgulandığında, % 95'inin yüz yüze yapılan ilk görüşme sırasında hepatik ansefalopati tablosunda olmadığı görülmüştür.

5.3.Araştırma Kapsamındaki Bakım Verenlere İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına alınan 120 hastaya bakım verenlerin yaş ortalaması $51,32 \pm 12,43$ ' dir. Bakım verenlerin çoğunluğu kadın (%73,3) ve medeni durumu (%81,7) evlidir. Literatür incelendiğinde bir çok kronik hastalıkla ya da karaciğer sirozu ile ilgili yapılan çalışmalarda bakım vericilerin cinsiyeti kadın olduğu ve medeni durumlarının evli olduğu görülmektedir

(9,28-32,64-68). Bunun sebebi genellikle bakım işini yürüten eş ya da anne kimliği ile kadınların olması düşünülebilir.

Bakım verenlerin diğer özellikleri incelendiğinde; %44,2'sinin ev hanımı, %37,5'inin ilköğretim mezunu olduğu, %55,8'inin gelir durumu gelir-gidere denk ve fazla olduğu, %97,5'inin sosyal güvencesinin var olduğu, %58,3'ünün ilde yaşadığı, %74,2' sinin ise çalışmadığı, %7,5'inin işe hastasına bakabilmek için işten ayrılmak zorunda kaldığı bulunmuştur saptanmıştır (Tablo 12). Yapılan diğer çalışmalara bakıldığında sonuçlar literatürle uyumludur (64,66).

Araştırmaya katılan bakım vericilerin %55'inin hastanın eşi olduğu bulunmuştur. Bajaj ve ark. (2011) karaciğer sirozlu hastalarda yaptığı çalışmada (% 54), Gülpak ve ark. (2014) hemodiyaliz gören hastalarda yaptığı çalışmada (% 49,4), Kahrıman'ın (2014) kanserli hastalarda yaptığı çalışmada (% 37,4) benzer sonuçlar elde edilmiştir. (28,34,66).

Araştırmamızda; % 85,8'nin bakım sorumluluğunu üstlendiği başka hastası olmadığı saptanmıştır. Ancak literatüre bakıldığında; Kahrıman'ın (2014) yaptığı kanserli hastalarla yaptığı araştırmada bazı bakım verenlerin bakım sorumluluğunu üstlendiği bir başka hastanın da olduğu gösterilmiştir (34).

Araştırmada bakım vericilerin herhangi bir sağlık sorunlarının olup olmadığı sorulmuş ve örneklemi oluşturan bakım vericilerin % 60'ının herhangi bir sağlık sorunu olmadığı görülmüştür. Ancak, benzer şekilde bir sorgulama yapan çalışmalardan, Bayram'ın (2014) major ortopedik cerrahi geçiren hastalarla ilgili çalışmasında (% 71,3), Akyar ve Akdemir'in (2009) Alzheimer hastaları ile yaptığı çalışmalarda bakım verenlerin çoğunda (% 66) herhangi bir sağlık sorununun bulunduğu saptanmıştır (9,31).

Bakım veren bireylerin % 87,5'inin bakım verdikleri hastalarının sağlık giderlerini karşılamakta güçlük çekmediklerini ifade etmişlerdir. Bunun ülkemizde sosyal güvenlik kurumuna bağlı olma ve hizmet alan kesimin devlet imkanlarının yeterli olduğunu düşündüklerini ifade etmeleri olabilir. Bu sonuç Bayram'ın (2014) (% 66,3) (9) ve Gülpak'ın (2014) (%80) (66) çalışmasıyla uyumlu olmasına rağmen Bajaj ve ark. (2011) (28) yaptığı çalışma bulguları ile ters düşmektedir. Bajaj ve ark. çalışmasında sağlık giderlerinin karşılanması ve medikal hizmet akışının devamı için yaşanan maddi güçlüklerin bakım yükünü arttırdığı gösterilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri' nde sağlık politikalarının ve sağlık sisteminin yapı farklılığı buna neden olarak gösterilebilir. Buna karşın araştırmamızda; % 12,5'i sağlık giderlerini karşılamada güçlük çektiğini ifade etmiştir (Tablo 13). Bunun

nedeninin ise katılımcıların yarısından azının gelir durumlarının yetersiz olduğunu ifade etmesi ve hastanede ek doğabilecek masrafları karşılamada güçlük çekebilecek olmaları söylenebilir.

Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin bakım sürecinde hastalarına en çok (%98,3) psikolojik-duygusal yönden destek olduğunu, daha sonra ise (% 55) fiziksel bakım yönünden destek olduğunu ifade etmiştir. Bayram'ın da (2014) çalışmasında belirttiği gibi bakım verenler, hastalarının bir çok ihtiyacını karşılayabilmek adına üzerine düşen sorumluluklarını yerine getirmeye çalışmaktadırlar (9).

Araştırmamızda bakım vericilerin gün içinde hastalarıyla geçirdiği ortalama süre 20,4 saat olarak bulunmuştur. Yirmi dört saat boyunca hastası ile beraber olan bakım vericilerin oranı ise %79,2'dir. Akyar ve Akdemir'in (2009) Alzheimer hastalarıyla yaptığı çalışmada ise bu süre ortalama 15,4 saat olarak bulunmuştur (31). Literatüre bakıldığında bir çok çalışma ay ve yıl bazında toplam bakım süresini sorguladığı görülmüştür (29,34,64,65).

Bakım verenlerin % 63,3'ü bakım sırasında başkalarından destek aldığını ifade etmişlerdir. Elde edilen bu sonuç literatürle uyumludur (65,68). Araştırmamızda bakıma verilere destek sağlayan kişi olarak da en sık bakım verenin çocukları ve kardeşi olduğu bulunmuştur. Çetinkaya'nın (2008) yaptığı çalışmaya benzer sonuç elde edilmiştir. Örnekleme oluşturan bakım verenlerin % 72,5'i aldıkları bu desteğin yeterli olduğunu belirtmiştir (Tablo15) (68).

Bakım verenlerin hastalarına bakım verirken yaşadığı sorunlar incelendiğinde; en çok davranışsal sorunlar yaşadığını ve bunun nedeni olarak ise karaciğer sirozunun neden olduğu hastadaki sinirlilik hali olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca hastaların bu sinirlilik hali ve tedavi sürecinde uyumsuzluk nedeniyle hastanın ilacını uygulama ve takip sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Yaşanan diğer sorunlar ise; bakım verenin özel aracının olmamasından kaynaklanan ulaşım sorunudur. Akyar ve Akdemir'in (2009) Alzheimer hastalarıyla yaptığı çalışmada günlük yaşam aktivitelerini karşılama sorunu daha ön planda iken; bu çalışmada dördüncü sıradadır (31). Bunun nedeni araştırma kapsamına alınan karaciğer sirozlu hastaların daha az bağımlı olması yani Child A ve B sınıfında hastaların daha fazla olması ve Child C sınıfındaki hastalara göre daha az komplikasyon görülmesi olarak da gösterilebilir.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin kendilerini yük altında hissettiklerinde uyguladıkları baş etme yöntemlerine sorgulandığında, en çok yürüyüş yapmayı, televizyon izleme-müzik dinlemeyi, sohbet etmeyi, dua etmeyi, kitap okumayı, sigara içmeyi, uyumayı,

ağlamayı, bahçe işleri yapmayı, spor yapmayı tercih ettikleri saptanmıştır (Tablo 17). Yıldırım ve ark. (2013) inmeli hastalar ile yaptığı çalışmalarında; bakım verenlerin karşılaştıkları güçlüklerle başa çıkma yöntemlerini sırasıyla; arkadaş/akraba desteği, kendi kendine teselli/içine atma, profesyonel yardım şeklinde bulmuşlardır (30).

5.4. Bartel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI) Ölçeğinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan hastaların BGYAI puan ortalaması $86,20 \pm 18,98$ 'tür. Bu sonuca göre genel olarak örnekleme oluşturan hastaların orta düzeyde bağımlı olduğu söylenebilir. Hastaların % 38,3'ünün tam bağımsız hasta grubunda olduğu bulunmuştur. Bunun nedeni ayaktan kabul edilen hastaların örnekleme dahil olması olabilir. Ancak örnekleme oluşturan yatan hastaların BGYAI puan ortalaması ($82,36 \pm 21,54$) ayaktan başvuran hastalara ($89,68 \pm 15,70$) göre daha düşüktür ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Yatan hastaların bağımlılık düzeyi orta düzeydedir. Bayram'ın (2014) majör ortopedik cerrahi uygulanan hastalarla yaptığı çalışmada hastalar ileri derecede bağımlı ($21,02 \pm 4,03$) bulunmuştur (9).

65 yaş altı hastaların BGYAI puan ortalaması $90,23 \pm 15,33$; 65 yaş ve üstü olan hastaların BGYAI puan ortalaması ise $81,60 \pm 21,68$ 'dir. Hastaların geriyatrik yaş sınıflamasına göre BGYAI puan ortalamaları arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). (Tablo 20). Hasta yaşı ile BGYAI puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde negatif yönde düşük bir ilişki bulunmuş olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($r = -0,324; p = 0,000$) (Tablo 33). Hasta yaşı arttıkça BGYAI puan ortalaması azalmakta yani hastaların bağımlılık düzeyi artmaktadır. İstek'in (2016) Tip 2 diyabetli bireylerle yaptığı çalışmada, Demir'in (2008) kalp yetmezliği olan bireyler ile yaptığı çalışmada da yaş arttıkça bağımlılık düzeyi artmaktadır (69,70).

Araştırma kapsamına alınan hastaların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu ve yaşanan yer gibi bazı demografik özellikler ile BGYAI puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Örneklemdaki kadın hastaların BGYAI puan ortalaması ($87,24 \pm 16,78$) erkek hastaların BGYAI puan ortalaması ($85,24 \pm 20,92$)'na göre daha yüksek bulunmuştur fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$) (Tablo 20). Bu çalışmada cinsiyet değişkeni BGYAI puan ortalamasını etkilememektedir ve bu sonuç literatürle uyumludur (69,70,71,72).

Araştırma kapsamındaki evli olan hastaların BGYAİ puan ortalaması $87,18 \pm 16,93$; bekar olan hastaların BGYAİ puan ortalaması $82,29 \pm 25,70$ ' dir. Bu araştırmada medeni durum ile BGYAİ puan ortalamaları arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$) (Tablo 20). Araştırmamızda medeni durum değişkeni açısından Demir'in (2008) yaptığı çalışma ile benzer sonuçlar elde edilmiştir (70). Buna karşın İstek'in (2016) Tip 2 diyabetli bireylerle yaptığı çalışmada medeni durum günlük yaşam aktivitelerini etkileyen bir etmen olarak bulmuştur (69).

Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumlarına göre BGYAİ puan ortalamasına bakıldığında; ilköğretim ve altı eğitim almış olanların BGYAİ puan ortalaması $85,19 \pm 17,77$; ortaöğretim ve üstü eğitim almış olanların BGYAİ puan ortalaması $88,02 \pm 21,07$ ' dir. Eğitim durumu ile BGYAİ puan ortalamaları arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 20). Koç (2009) ve Demir'in (2008) çalışmalarında da eğitim durumu değişkeninin bağımlılık düzeyini etkilemediği gösterilmiştir (70,71). Ancak İstek (2016) ve Er'in (2010) çalışmalarında eğitim durumu değişkeni bağımlılık düzeyini etkileyen bir faktör olarak gösterilmiştir (69,72).

Araştırma örnekleminde çalışan hastaların BGYAİ puan ortalaması $98,00 \pm 4,83$, çalışmayan hastaların BGYAİ puan ortalaması $85,13 \pm 19,43$ 'dür. Çalışma durumları ve BGYAİ puan ortalamaları arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 20). Er'in (2010) Multipl Sklerozlu hastalar ile yaptığı araştırmada çalışmayan bireylerin bağımlılık düzeyinin daha yüksek bulmuşlardır ($85,00 \pm 12,03$) (72).

Gelir durumuna göre BGYAİ puan ortalamalarına bakıldığında; gelir gidere denk ve fazla diyen hastaların BGYAİ puan ortalaması $86,78 \pm 18,63$; gelir giderden az diyen hastaların BGYAİ puan ortalaması $85,40 \pm 19,63$ bulunmuş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır ve literatürle uyumludur ($p > 0,05$) (Tablo 20) (69,70,71). Hastaların yaşadığı yer ile BGYAİ puan ortalamaları arasında yapılan analizde; ilde yaşayan hastaların BGYAİ puan ortalaması $83,86 \pm 20,49$; ilçe-köy de yaşayan hastaların BGYAİ puan ortalaması $89,07 \pm 16,71$ olup istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$) (Tablo 20). Bulgularımız Demir'in (2008) araştırmasıyla benzerdir (70).

Bu araştırmada örneklemini oluşturan hastaların hastalık süresi ile BGYAİ puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde zayıf ilişki bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r = 0,159$; $p = 0,083$) (Tablo 33). Demir'in (2008) yaptığı

çalışmada da hastalık süresinin bağımlılık düzeyini etkilemediği gösterilmiştir. Buna karşın Tip 2 diabet ve Multipl Sklerozlu hastalar ile yapılan çalışmalarda hastalık süresi bağımlılık düzeyini etkileyen bir faktör olarak gösterilmiştir (69,70). İstek (2016) çalışmasında bunun nedenin hastalığın ilerleyen zamanlarında hastalığa özgü gelişebilecek komplikasyonlarda artış olacağından günlük yaşam aktivitelerin bağımsızca yapabilmelerini etkileyeceğini ifade etmiştir (69). Er'in (2010) çalışmasında bunun nedeni olarak kronik bir hastalığa sahip olma, yıllar geçtikçe hastalık sürecindeki kötüleşme ve bunun vücut üzerine etkileri, ayrıca bu kronik ilerleyişin psikososyal etkileri ile ilişkilendirilebileceği şeklindedir (72).

Araştırma kapsamındaki hastaların hastalık özellikleri ve BGYAİ puan ortalamaları arasında yapılan analize göre; edinilmiş hastalığı olan hastaların BGYAİ puan ortalaması $80,41 \pm 22,25$ olup istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 21). Bu sonuç bize benzer çalışmalarda da olduğu gibi ek hastalığı olan hastaların bağımlılık düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (69). Ek hastalıkların hangi grup hastalık olduğuna bakıldığında; endokrin sistem hastalığı olma (en sık görülen diabetes mellitus) ve diğer sistem hastalıkları grubuna dahil ettiğimiz tanıların olma durumu bağımlılık düzeyini etkileyen bir durumdur ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$) (Tablo 21). Bunun sebebi diabetes mellitus, guatr, kanser, organ nakli yapıma, Myastenia Gravis ve Multipl Skleroz gibi sistemik kronik hastalıkların bireyin hastalık algısı, uyumu ve fizyolojik etkileriyle baş etme süreci zor olan hastalıklar olması düşünülebilir.

Araştırmaya katılan karaciğer sirozlu hastaların Child-Pugh Sınıflama sistemine göre BGYAİ puan ortalamalarına bakıldığında ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 22). Sınıflama sistemine göre Child A sınıfından Child C' ye doğru gidildikçe hastalık şiddeti artmaktadır. Child-Pugh Sınıflaması ile BGYAİ puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuş olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($r = -0,282$; $p = 0,002$) (Tablo 34). Bu sonuca göre hastalık şiddeti arttıkça hastaların bağımlılık düzeyinin de arttığı söylenebilir. Hastalığın şiddeti ve ciddiyetinin artması beraberinde komplikasyonlar ve buna bağlı hastaneye yatışlar, yorgunluk, anemi, asit birikimi, alt ekstremitelerde ödem gelişmesi sonucu günlük yaşam aktivitelerinde zorlanma yaşandığı söylenebilir. Nitekim literatüre bakıldığında karaciğer sirozu olan hastalara özgü günlük yaşam aktivitelerini yapma düzeylerini değerlendiren bir çalışmaya rastlamamakla birlikte, kalp yetmezliği ile ilgili yapılan bir çalışmada; kalp yetmezliğinin şiddeti arttıkça günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyinin arttığı gösterilmiştir (70). Yine bir diğer gösterge olan MELD skoru, karaciğer sirozunun

prognozunu tayin etmede, aynı zamanda transplantasyon kararı alınmasında kullanılan değerli bir skor sistemidir. Hastaların MELD skoru ile BGYAİ puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuş olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($r = -0,269; p = 0,003$) (Tablo 34). Hastaların MELD skoru arttıkça bağımlılık düzeyi artmaktadır.

Bu araştırmada; araştırmaya katılan hastaların dekompanze aşamada olması, dekompanzasyonun bir göstergesi olan batında asit bulunmasının bağımlılık düzeyini etkilediği bulunmuştur. Dekompanze aşamada olan hastaların BGYAİ puan ortalaması ($80,96 \pm 21,04$) kompanze aşamada olan hastaların BGYAİ puan ortalamasına ($95,95 \pm 8,05$) göre daha düşük olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 22). Batında asit bulunan hastaların BGYAİ puan ortalaması ($79,36 \pm 21,37$) asit bulunmayan hastaların BGYAİ puan ortalamasından ($96,12 \pm 7,58$) daha düşük bulunmuş olup iki ortalama arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$) (Tablo 22). Yukarıda da bahsedildiği gibi hastalığın dekompanze aşamaya geçmesi, komplikasyon olarak batında asit oluşumu hastalarda aktivite intoleransını artıracak bir etmen olarak gösterilmiştir.

Hepatik ensefalopati varlığı olan hastaların BGYAİ puan ortalaması incelendiğinde; HES tablosunda olma ya da olmama durumunun bağımlılık düzeyini etkilemediği bulunmuştur ($p > 0,05$) (Tablo 22). Bunun sebebi; örneklemede hepatik ensefalopati olan hastaların sayısının az olması olabilir. Diğer yandan HES tablosu akut oluşan bir durumdur ve tedavi ile bu tablodan kısa sürede çıkabilir. Bu araştırmada hastaların bu HES tablosu öncesi ya da HES tablosu sonrası günlük yaşam aktivitelerini nasıl gerçekleştirdiği esas alınmıştır, nitekim koma halindeyken hastalar tam bağımlı hale gelebilmektedirler.

Örnekleme oluşturan hastalardan günlük hayat akışında değişiklik olduğunu ifade eden hastaların BGYAİ puan ortalaması ($83,16 \pm 19,51$), değişiklik olmadığını ifade eden hastaların BGYAİ puan ortalamasından ($92,07 \pm 16,61$) daha düşüktür ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$) (Tablo 23). Bunun sebebi büyük olasılıkla, yukarıda bahsedildiği gibi, karaciğer sirozunun ilerleyen aşamalarında komplikasyonların da ortaya çıkması ile günlük yaşam aktiviteleri yerine getirmekte zorlanan hastaların, bir başkasının yardım ve gözetimine ihtiyaç duymasıdır.

Örneklemedeki hastaların hastalıklarına bağlı çalışma hayatlarında ve kişilerarası ilişkilerde değişim olmadığı ve günlük yaşam aktivitelerini etkilemediği bulunmuştur ($p > 0,05$) (Tablo 23). Buna karşın aile içi ilişkilerde değişim olduğunu ifade eden hastaların BGYAİ puan ortalaması ($81,76 \pm 21,78$) aile içi ilişkilerde değişim olmadığını ifade eden

hastaların BGYAİ puan ortalamasından (91,45±13,42) daha düşüktür ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05) (Tablo 24). Bunun nedeni yukarıda bahsedildiği gibi sirozun ilerleyen aşamalarında günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı hale gelme olabilir. Bu durum hem hastayı hemde bakım vereni etkileyen zorlayıcı bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

5.5. Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeğinin (ZBVYÖ) İncelenmesi

Araştırmaya katılan bakım verenlerin ZBVYÖ puan ortalaması 21,31±15,18'dir. Bu sonuç bize örnekleme oluşturan bakım verenlerin bakım yükünün hafif düzeyde olduğunu göstermektedir. Bakım verenlerin % 59,2'sinin az düzeyde bakım yükü grubunda olduğu bulunmuştur. Bunun nedeni ayaktan kabul edilen hastaların örnekleme dahil olması olabilir. Araştırmamızda; yatan hastalara bakım verenlerin ZBVYÖ puan ortalaması 24,42±15,67; ayaktan başvuran hastalara bakım verenlerin ZBVYÖ puan ortalaması 18,50±14,27 olup istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 26). Yatan hastalara bakım verenlerin bakım yükü hafif düzeydedir. Bayram (2014) major ortopedik cerrahi geçiren hastalar ile yaptığı çalışmada bakım veren yükü puan ortalamasını (43.98±16.58) daha yüksek bulmuştur (9). Kahrıman (2014) ise kanserli hastalar ile yaptığı çalışmada bakım veren yükü puan ortalamasını 34,16±16,39 bulmuştur (34).

Araştırmamızda cinsiyet değişkeni bakım yükünü etkileyen bir faktör olarak bulunmuştur ve literatürde benzer sonuçlara rastlanmıştır (29,65,68). Kadın bakım verenlerin ZBVYÖ puan ortalaması erkek bakım verenlerden daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 26). Bu çalışmada ve literatürdeki diğer bakım yükü ile ilgili çalışmalarda da genellikle bakım veren kadınlar ve hastanın eşleridir (9,28,31-33). Bakım veren kadınların normal sosyal hayattaki sorumluluklarına hasta bakımının eklenmesi daha fazla gerginlik ve stres yaşamalarına neden olabilir. Ayrıca kadınların erkeklere göre kendini daha iyi ifade etmesi hissettikleri bakım yükünün dışı vurumunu kolaylaştırmış olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada bakım verenin yaşı ile bakım verenin hasta ile birlikte geçirdiği sürenin bakım veren yükünü etkilemediği bulunmuştur. Bakım veren yaşı ile ZBVYÖ puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde negatif yönde zayıf ilişki bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı değildir (r= -0,023; p=0,800) (Tablo 35). Literatüre bakıldığında bir çok çalışmada (Bayram (2014)majör ortopedik cerrahi geçiren hastalarda, Çıtlık Sarıtaş (2014) karaciğer transplantasyonu yapılan hastalarda, Demirlek (2015) yatağa bağımlı

hastalarda, Dalgıç (2015) larenjektomi uygulanan hastalarda, Orak (2015) kanserli hastalarda) bakım veren yaşının bakım yükünü etkilemediği gösterilmiştir (9,29,64,65,67). Hasta ile geçirilen süre ve ZBVYÖ puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde negatif yönde zayıf ilişki bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r = -0,005; p = 0,959$) (Tablo 35). Bulduğumuz bu sonuç literatürle uyumludur (9,29,34,64).

Araştırmamızda medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, yaşanan yer, çalışma durumu, işten ayrılma durumu değişkenler bakım yükünü etkilememektedir.

Bekar bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması ($28,12 \pm 21,95$) evli bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalamasına ($19,94 \pm 13,52$) göre daha yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 26). Gülpak (2014) ve Demirlek (2015) de yaptıkları çalışmalarda medeni durumun bakım yükünü etkilemediğini ifade etmişlerdir (29,66).

Eğitim durumuna göre ZBVYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$) (Tablo 26) ve bu sonuç literatürle uyumludur (30,65). Çıtlık Sarıtaş ve ark. (2014) karaciğer transplantasyonlu hastalar ile yaptığı çalışmada ilköğretim mezunu olan bakım vericilerin bakım veren yükü puanlarının daha yüksek olmasına rağmen anlamlılık oluşturmadığını ifade etmiştir (64).

Bu araştırmada gelir durumuna göre ZBVYÖ puan ortalamaları aralarında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 26). Kahrıman'ın (2014) kanserli hastalar ile yaptığı çalışmada gelir giderden az diyenlerin bakım veren yükü puanlarının da yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulmamıştır (34).

Orak ve ark. (2015) kanserli hastaların bakım vericileri ile yaptığı çalışmada bakım yükü ile yaşanan yer arasında anlamlı bir fark saptanmadığını ifade etmiştir (67). Bu araştırmada da benzer sonuç elde edilmiş, anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 26).

Çalışma durumuna göre ZBVYÖ puan ortalamalarına bakıldığında; çalışan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması ($22,74 \pm 17,47$) çalışmayan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalamasından ($20,82 \pm 14,37$) daha yüksek olmasına rağmen literatürle uyumlu olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 26) (29,65). Ancak Bayram (2014) çalışmasında çalışmayan bireylerin ZBVYÖ puan ortalamasını $47,43 \pm 14,61$; çalışan bireylerin ZBVYÖ puan ortalamasını ise $34,19 \pm 18,46$ bulmuş olup anlamlı farklılık olduğunu dikkat çekmiştir (9).

İşten ayrılma durumuna göre ZBVYÖ puan ortalamalarına bakıldığında; işinden ayrılmak zorunda olan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması (31,44±18,56) işinden ayrılmak zorunda olmayan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalamasına göre (20,49±14,67) daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 26). Ancak bunun nedeni işinden ayrılmak zorunda kalan bakım vericilerin sayısının az olması olabilir.

Bu araştırmada bakım yükünü en çok hisseden bakım verenin hastanın 1. Derece akrabaları (anne-baba-çocuk) (24,20±17,40) olduğu saptanmıştır. En çok bakım veren hastaların eşleri olmasına rağmen ZBVYÖ puan ortalaması (20,27±14,12) 1. Derece akrabalara (anne-baba-çocuk) göre daha düşüktür ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 27). Bunun nedeni hastaların eşleri sürekli bir arada olduğu için toleransın daha fazla olduğu ya da olacağı düşünülebilir. Bir diğer nedeni ise geçmişte olumlu deneyim ve ilişkiler yaşadığı eşine hem evlilik akdi hem de dini inançları gereği yanında olmak ve zorluklara beraber göğüslemek gibi duygular ile bakım sağlaması ve bundan mutlu olması olabilir. Çıtlık Sarıtaş ve ark. (2014) karaciğer transplantasyonlu hastalar ile yaptığı çalışmada ve Kahrıman'ın (2014) kanserli hastalar ile yaptığı çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiş olup hastaya olan yakınlık derecesinin bakım yükünü etkilemediği gösterilmiştir (34,64).

Bu araştırmada bir başka hastaya bakma durumunun bakım veren için bakım yükünü etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 27). Ancak evde başka hastaya bakmak zorunda olan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması (27,11±17,77) başka hastaya bakmak zorunda olmayan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalamasına göre (20,35±14,58) daha yüksek bulunmuştur. Literatürde bu durumla ilgili benzer bir sonuca rastlanamamakla birlikte birden fazla hastaya bakmanın bakım verene daha fazla yük yüklediği gerçeği gözden kaçırılmamalıdır.

Araştırmamızda bakım verenin sağlık sorunu bulunması durumunun ve sağlık giderlerini karşılama durumunun bakım veren yükünü etkilediği saptanmıştır. Sağlık sorunu olan bakım verenlerin ZBVYÖ puan ortalamasının (25,16±17,15) sağlık sorunu olmayan bakım verenlerin ZBVYÖ puan ortalamasına göre (18,75±13,21) daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 27). Sağlık giderlerini karşılamada sorun yaşayan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 32,86±17,19 sorun yaşamayan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 19,66±14,20 olup istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 27). Gülpak ve ark. (2014) hemodiyaliz alan hastalar ile yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bakım veren bireyin

sağlık sorunu olma durumunun ve sağlık giderlerini karşılayabilme durumunun bakım veren yükünü etkilediği gösterilmiştir (66). Bakım verenlerin bu bakımı uygularken bir diğer yandan baktıkları hastaların sağlık giderlerinin yükü altında ezilmeleri bakım veren yükünü arttırma da önemli bir bileşen olarak düşünülebilir.

Araştırma kapsamında hastalarına fiziksel yönden destek olan bakım verenlerin ZBVYÖ puan ortalaması (26,24±14,26) fiziksel yönden destek olmayanlara göre (15,29±14,16) daha yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 28). Bu sonuca göre araştırmamızda fiziksel yönden destek olmanın bakım veren yükünü etkilediği bulunmuştur. Bununla beraber Bayram (2014) yaptığı çalışmada; bakım verenlerin en çok % 58,8 oranında fiziksel bakımda destek+psikolojik destek yönünde destek sağladıklarını ifade etmiştir (9).

Araştırmamızda hasta hakkında bilgi edinme ve sağlık profesyonelinin destek yeterliliğinin bakım yükünü etkileyen bir faktör olmadığı bulunmuştur. Hastaları hakkında yeterli bilgi verilmediğini ifade eden bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması 27,10±18,80 yeterli bilgi verildiğini ifade eden bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması ise 20,79±14,80 'dir ve istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır (p>0,05) (Tablo 28). Bakım verenlerden sağlık profesyonelinin desteğinin yetersiz olduğunu ifade edenlerin ZBVYÖ puan ortalaması 24,56±18,00'dir ve istatistiksel olarak desteğinin yetersiz olduğunu belirtenler ile (20,81±14,73) arasında anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur (p>0,05) (Tablo 28).

Araştırmamızda bakım verenlerin hastayla geçirdiği sürenin bakım veren yükü üzerine etkisi olmadığı görülmüştür. 24 saat birarada olanların ZBVYÖ puan ortalaması (21,07±14,99) ile 24 saat birarada olmayanların ZBVYÖ puan ortalaması (22,24±16,15) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 29). Benzer şekilde hasta ile geçirilen süre ve ZBVYÖ puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde de negatif yönde zayıf ilişki bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı değildir (r= -0,005; p=0,959) (Tablo 30). Literatüre bakıldığında Demirlek'in (2015) yatağa bağımlı hastalar ile yaptığı çalışmada; bakım süresi günlük saat bazında değerlendirildiğinde 8 saat ile 24 saat bakım verenler arasında fark saptanmış iken, bakım süresi ay bazında toplam olarak değerlendirildiğinde bakım veren yükünü etkilemediği bulunmuştur (29). Gülpak ve ark. (2014) yaptığı çalışmada ise; gece-gündüz (24 saat) bakım verenlerin, sadece gece ya da sadece gündüz bakım verenlere göre bakım veren yükü daha fazla bulunmuştur (66). Bu çalışmada bakım verilen süre nedeni ile anlamlı fark çıkmamasının bir diğer nedeni de hastaların çoğunun düşük ve orta düzeyde bağımlılık düzeyinde olmaları ve uzun süredir

hastasıyla bir arada yaşayan bakım verenlerin yük algısının çok fazla etkilenmemiş olması olabilir.

Bu araştırmada bakım verenin bakım sırasında bir başkası tarafından destek alması ya da almaması istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmamakla birlikte ($p>0,05$) (Tablo 29) destek alanların ZBVYÖ puan ortalaması $21,61\pm 14,37$; destek almayanların ZBVYÖ puan ortalaması $20,79\pm 16,64$ 'dür. Alınan desteğin yeterliliği sorgulandığında ise; desteğin yeterli olduğunu ifade edenlerin bakım yükü puanı ($20,70\pm 14,37$) ile desteğin yetersiz olduğunu ifade eden bakım verenlerin bakım yükü puanı ($22,93\pm 17,26$) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 29). Literatüre bakıldığında; benzer şekilde, Dalgıç'ın (2015) larenjektomi olan hastalar ile yaptığı çalışmada bakım verme sırasında destek alan ve almayan bakım vericilerin toplam bakım yükü puanlarında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (65).

Bakım verenlerin bakıma ilişkin karşılaştıkları sorunlarına göre ZBVYÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; maddi konularda sorun yaşayanların ($35,00\pm 17,44$) yaşamayanlara ($19,36\pm 13,85$) göre, hastalarının günlük aktivitelerini karşılamada sorun yaşayanların ($34,22\pm 14,92$) yaşamayanlara ($17,57\pm 13,11$) göre, hastalarının ilacını uygulama ve takipte sorun yaşayanların ($27,92\pm 15,32$) yaşamayanlara ($19,30\pm 14,63$) göre, ulaşımda sorun yaşayanların ($29,19\pm 15,28$) yaşamayanlara ($18,57\pm 14,23$) göre, hastaneye sevkte sorun yaşayanların ($45,33\pm 20,50$) yaşamayanlara ($20,70\pm 14,62$) göre ve hastaları ile ilgili davranışsal sorunlar yaşayanların ($33,71\pm 15,43$) yaşamayanlara ($16,21\pm 11,81$) göre daha yüksek ZBVYÖ puan ortalamalarına sahip olduğu görülmüştür ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 30). Bunun nedeni ilerleyici ve kronik bir hastalık olan karaciğer sirozunun, komplikasyonları ortaya çıkmaya başladığında hasta ve bakım veren içinde zorluklar ortaya çıkmaya başlamasıdır. Hastalık aşamasının ciddileşmesiyle oluşan komplikasyonların getirdiği yeni sorunlar, hastaneye yatış, yatarak bazı tetkik ve tedavilerin uygulanması, hastanın ve bakım verenin bu yeni duruma uyumu, edinilmiş hastalıkların normal hastalık sürecine etkisi gibi bazı nedenler sayılabilir. Karaciğer sirozunda diğer hastalıklara göre uygulanan tetkik ve tedaviler daha girişimseldir. Bu durum hasta ve bakım verene daha fazla maddi yük, fiziksel kapasitede zorlanma, daha sık ve uzun süreli hastane yatışlarına neden olabilir.

5.5.1. Hastaların Tanıtıcı ve Hastalık Özelliklerinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı ve hastalık özellikleri ile bakım verenlerin ZBVYÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında;

Hastanede yatan hastalara bakım verenlerin ZBVYÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu daha önce de belirtilmişti ($p<0,05$) (Tablo 26). Bunun nedeni karaciğer sirozunun ilerleyen aşamalarında olan hastalarda gelişen komplikasyonlar akut durumlar oluşturup hastane yatışına neden olduğu için bakım veren yükünü etkileyebileceği söylenebilir.

Bakım verilen hastanın cinsiyeti bakım yükünü etkileyen bir faktör olarak bulunmuştur. Erkek hastaya bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması ($24,59\pm 16,90$) kadın hastaya bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalamasına göre ($17,81\pm 12,28$) daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 31). Bunun nedeninin kadın hastaların hastalık halinde bile ev işleri, kişisel bakım ve günlük aktiviteler konusunda sorumluluk bilinciyle de daha dirayetli olması olabilir. Literatüre bakıldığında; Demirlek'in (2015) çalışmasında da bakılan hastanın cinsiyetinin bakım veren yükünü etkilediği, erkek hastaya bakım verenlerin bakım yükünün daha fazla olduğu bulunmuştur (29). Buna karşın Kahrıman'ın (2014) çalışmasında bakım verilen hastanın cinsiyetinin bakım veren yükünü etkilemediği gösterilmiştir (34).

Bu araştırmada bakım verilen hastanın yaşının bakım veren yükünü etkilemediği saptanmıştır. 65 yaş ve üstü hastalara bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması ($24,00\pm 15,87$), 65 yaş altı hastalara bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalamasından ($18,96\pm 14,26$) daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 31). Ancak hasta yaşı ile ZBVYÖ puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuş olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($r=0,251;p=0,006$) (Tablo 34). Bakım verilen hastanın yaşı arttıkça bakım veren yükü de artmaktadır. Bunun nedeni olarak yaş arttıkça yaşlanma belirtileri ve yandaş hastalıkların ortaya çıkması, yaşlanmanın fiziksel belirtileri ortaya çıkmaya başladığında hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı hale gelmesi düşünülebilir. Kahrıman'ın (2014) yaptığı çalışmada bakım verilen hastaların yaşının bakım yükü puanını etkilediği (34), Bayram'ın (2014) ve Demirlek'in (2015) yaptığı çalışmada ise bakım verilen hastaların yaşının bakım yükü puanını etkilemediği bulunmuştur (9,29).

Bu araştırmada; bakım verilen hastaların medeni durumu, gelir durumu, eğitim durumunun bakım veren yükünü etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 31). Yapılan

çalışmalara bakıldığında bakım verilen hastaların medeni durumu, gelir durumu, eğitim durumu gibi bazı sosyodemografik özelliklerinin bakım yükünü etkileyip etkilemediği ile ilgili yeterli literatür bilgisine rastlanmamıştır.

Bakım verilen hastaların edinilmiş hastalık durumu da bakım veren yükünü etkilemektedir. Edinilmiş hastalığı olan hastaya bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması (25,16±16,29) edinilmiş hastalığı olmayan hastaya bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalamasına (17,46±13,00) göre daha yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 31).

Bakım verilen hastaların çalışma durumunun bakım veren yükünü etkilediği saptanmıştır. Çalışmayan hastaya bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalaması (22,20±15,25) çalışan hastaya bakan bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalamasına (11,50±10,52) göre daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 31). Bu veriyi karşılaştıracak bir literatür bilgisine rastlanmamakla birlikte; çalışan hastaların hastalık aşamasının çok ilerlemeyişi veya daha az bağımlı olmaları böylelikle günlük yaşam aktivitelerini tek başlarına yapabiliyor olmaları olabilir.

Araştırmaya katılan hastaların siroz aşamasına göre dekompanze aşamada olması ve batında asit varlığı bakım veren yükünü etkileyen bir faktör olarak bulunmuştur. Aynı zamanda Child-Pugh sınıflamasına göre Child A'dan Child C'ye gidildikçe bakım veren yükünün arttığı saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 31). Çetinkaya (2008) Demanslı hastalar ile yaptığı çalışmasında, hastalık evresi arttıkça bakım veren yükünün arttığını bulmuştur (68). Daha önce de ifade edildiği gibi batında asit oluşumu karaciğer sirozunda en çok görülen komplikasyonların başında gelir. Komplikasyonların olması hastanın dekompanze aşamaya geçtiğinin ve Child-Pugh sınıflamasına göre ciddiyetinin arttığının göstergesidir. Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi ilerlemiş safhada olmak hem hastayı hem de yakınını etkileyen bir durumdur. Hastanın günlük yaşam aktivitelerinde daha fazla bağımlı hale gelmesi bakım verenin de bakım yükünü arttırmaktadır. Bu çalışmada ve literatürdeki benzer çalışmalarda da ifade edildiği gibi hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arttıkça bakım verenin de bakım yükü artmaktadır (9,34).

5.6. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeği Arasındaki İlişki

Araştırma kapsamına alınan hastaların BGYAİ puan ortalamaları ile bakım verenlerin ZBVYÖ puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde orta düzeyde negatif yönde doğrusal bir ilişki saptanmış olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($r = -0,516$; $p < 0,001$) (Tablo 32). BGYAİ puan ortalaması arttıkça, ZBVYÖ puan ortalaması azalmakta yani hastaların bağımlılık düzeyi arttıkça, bakım verenlerin de bakım veren yükünün arttığı saptanmıştır. Bu beklenen bir sonuçtur. Ancak orta düzeydeki ilişki sadece hastanın bağımlılık durumunun değil aynı zamanda karmaşık çok farklı faktörlerin de bakım veren yükünü çeşitli boyutlarda etkilediği söylenebilir, yine de hasta bağımlılığı bakım veren yükünü arttıran en önemli ögedir diyebiliriz. Bayram (2014), majör ortopedik cerrahi geçiren hastalar ile yaptığı çalışmasında bu iki ölçek arasındaki ilişkinin daha düşük düzeyde olduğunu göstermiştir ($r=0.440$) (9). Literatürde karşılıklı BGYAİ ve ZBVYÖ ilişkisi incelenmesi çok rastlanmamakla birlikte Carod-Artal ve ark. (2009) çalışmasında çoklu regresyon analizi sonucunda BGYAİ skorunun bakım veren yükü için bağımsız bir değişken olduğunu ortaya koymuştur (73).

BÖLÜM VI

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Karaciğer sirozlu hastalarda günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeylerinin bakım veren yükü üzerine etkilerini belirlemek amacıyla yapılan araştırma sonucunda; katılımcıların tanıtıcı ve hastalık bilgileri ile araştırma sorularına bulunan cevaplar bu bölümde sunulmuştur.

Bakım verilen hastaların;

- ✓ Örnekleme oluşturan 120 hastanın % 52,5'inin polikliniğe başvuran, % 47,5' inin ise yatarak tedavi gören hasta olduğu, % 53,3'ünün 65 yaş altında ve hastaların yaş ortalamasının $63,05 \pm 10,16$ olduğu,
- ✓ % 51,7'sinin erkek, % 80' inin evli, % 64,2' sinin ilköğretim ve altı düzeyde eğitim seviyesinde, % 91,7'sinin herhangi bir işte çalışmadığı, % 58,3'ünün gelir durumunun gelir gidere denk ve fazla, % 99,2'sinin sosyal güvencesinin var olduğu, % 55'inin ilde yaşadığı ,
- ✓ Hastaların % 50'sinin edinilmiş bir hastalığı olduğu ve en çok (% 29,2) endokrin sistem hastalığı (Diabet) olduğu, Child-Pugh sınıflamasına göre; hastaların % 43,3' ü Child A, % 43,3'ü Child B, % 13,3'ü Child C sınıfında, % 65 'nin dekompanze aşamada ve % 59,2' sinde batında asit bulunduğu,
- ✓ Siroz nedeni olarak % 44,2 oranında viral hepatitler olduğu, tanı süresine bakıldığında % 45'inin 0-2 yıl olduğu ve % 95,8'i tıbbi haricinde destek tedavi kullanmadığı,
- ✓ Hastaların % 65,8' i siroz nedeniyle günlük hayat akışında değişiklik olduğunu, % 62,5'i günlük aktivitelerdeki değişim, % 56,7'si ise siroza bağlı vücut dış görünümündeki değişimden rahatsız oldukları bulunmuştur.

Bakım verenlerin;

- ✓ Örnekleme oluşturan 120 bakım verenin; % 52,5'inin polikliniğe başvuran, % 47,5' inin ise yatarak tedavi gören hastalara bakım verdiği, bakım veren yaş ortalamasının $51,32 \pm 12,43$ olduğu,
- ✓ % 73,3'ü kadın, % 81,7' si evli, % 56,7'si ortaöğretim ve üstü eğitim seviyesinde, % 55,8' nin gelir durumunun gelir gidere denk ve fazla, % 97,5'inin sosyal güvencesinin

olduğu, %58,3'ünün ilde yaşadığı, %74,2' sinin herhangi bir işte çalışmadığı ve %7,5'inin hastasına bakabilmek için işinden ayrılmak zorunda kaldığı,

- ✓ Bakım verenlerin en çok (%55) hastanın eşi olduğu, % 85,8'inin bakımını üstlendiği başka hastası olmadığı, %60'ının sağlık problemi olmadığı, %87,5'inin hastasının sağlık giderlerini karşılamada sorun yaşamadığı, %98,3'ünün hastasına psikolojik/duygusal yönden destek olduğu, %91,7'si hastası hakkında yeterli bilgi aldığını, % 86,7'si ise sağlık profesyonelinin desteğini yeterli bulduğu,
- ✓ % 79,2 'sinin hastasıyla 24 saat birarada olduğu, %63,3'ü bakım sırasında destek aldığını, % 72,5'i bakım sırasında aldığı bu desteğin yeterli olduğunu,
- ✓ Bakım verenlerin çoğunluğu maddi konularda (%87,5), hastanın günlük aktivitelerini karşılamada (%77,5), hastanın ilacını uygulama ve takipte (%76,7), ulaşımda (%74,2), sevk durumunda (%97,5), davranışsal sorunlarda (%70,8) problem yaşamadığı,
- ✓ Bakım verenlerin kendilerini yük altında hissettiklerinde başatma yöntemlerinin başında yürüyüş yapma daha sonra televizyon izleme-müzik dinleme geldiği saptanmıştır.

Yanıtlanması beklenen araştırma sorularına göre elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

Araştırma Sorusu 1: Karaciğer sirozu olan hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeyleri nasıldır?

Araştırmaya katılan hastaların genel olarak orta düzeyde bağımlı olduğu ve BGYAİ puan ortalaması $86,20 \pm 18,98$ olarak bulunmuştur. Hastaların; %1,7'si tam bağımlı, %10'u ileri derecede bağımlı, %36,7'si orta derecede bağımlı, %13,3'ü hafif derecede bağımlı, % 38,3'ü tam bağımsız olduğu saptanmıştır.

Araştırma Sorusu 2: Karaciğer sirozu olan hastaların sosyodemografik ve tıbbi özellikleri günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeylerini nasıl etkiler?

- ✓ Hastanede yatarak tedavi gören hastaların günlük yaşam aktivitelerini karşılamada bir başkasına daha fazla bağımlı olduğu ve hastaların sosyo-demografik özelliklerinden yaş ve çalışma durumu değişkenlerinin günlük yaşam aktivitelerini etkilediği,
- ✓ Hasta bireylerin cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, gelir durumu, yaşanılan yerin günlük yaşam aktivitelerini etkilemediği,

- ✓ Hastalık özelliklerine göre hastaların edinilmiş hastalığı olma, siroz aşaması ve komplikasyonların görülme durumunun günlük yaşam aktiviteleri gerçekleştirme düzeyini etkilediği,
- ✓ Hastaların Bartel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksine göre tek başına yapamadığı aktivitelerin başında (%12,5) merdiven inip-çıkma olduğu bulunmuştur.

Araştırma Sorusu 3: Karaciğer sirozlu hastaya bakım verenlerin bakım veren yükü ne düzeydedir?

Araştırmaya katılan bakım veren hasta yakınlarının bakım yüklerinin hafif düzeyde ve ZBVYÖ puan ortalaması $21,31 \pm 15,18$ olarak bulunmuştur. Bakım verenlerin; %59,2'si az düzeyde yük, %30'u hafif düzeyde yük, %8,3'ü orta düzeyde yük, %2,5'i şiddetli düzeyde yük hissettiği saptanmıştır.

Araştırma Sorusu 4: Karaciğer sirozlu hastaya bakım verenlerin sosyodemografik ve tıbbi özellikleri bakım veren yükünü nasıl etkiler?

- ✓ Hastanede yatarak tedavi gören hastaya bakan bakım verenlerin bakım yükünün daha fazla olduğu, kadın bakım verenlerin bakım yükünü daha fazla hissettiği,
- ✓ Bakım verenin sağlık sorunu olma durumunun bakım yükünü etkilediği,
- ✓ Bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerinden medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, yaşanılan yer ve çalışma durumlarının bakım veren yükünü etkilemediği,
- ✓ Bakım verenin hastaya yakınlık derecesinin bakım yükünü etkilemediği,
- ✓ Bakım verenlerin hastalarına en çok psikolojik/duygusal yönden destek olduğu, ancak fiziksel yönden destek olanların bakım yükünü daha fazla hissettiği,
- ✓ Hastasıyla 24 saat birarada olma durumunun bakım yükünü etkilemediği,
- ✓ Bakım verenlerin bakıma ilişkin yaşadığı sorunların bakım yükünü etkilediği, özellikle maddi konularda sorun yaşayanların, hastalarının günlük aktivitelerini karşılamada güçlük çekenlerin ve hastanın davranışlarıyla ilgili sorun yaşayanların bakım verenlerin bakım yükünü daha fazla hissettiği saptanmıştır.

Araştırma Sorusu 5: Karaciğer sirozu olan hastaların sosyodemografik ve tıbbi özellikleri bakım verenlerin bakım veren yükü düzeyini nasıl etkiler?

- ✓ Bakım verilen hastanın cinsiyetinin bakım yükünü etkilediği, erkek hastaya bakan bakım verenlerin bakım yükünü daha fazla hissettiği,
- ✓ Bakım verilen hastanın yaşı, medeni durumu, gelir durumu ve eğitim durumunun bakım veren yükünü etkilemediği,
- ✓ Bakım verilen hastaların çalışma durumunun, hastaların edinilmiş hastalığı olma, siroz aşaması ve komplikasyonların görülme durumunun bakım veren yükünü etkilediği bulunmuştur.

Araştırma Sorusu 6: Karaciğer sirozu olan hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeyleri ile karaciğer sirozlu hastaya bakım verenlerin bakım veren yükü arasında nasıl bir ilişki vardır?

- ✓ Günlük yaşam aktiviteleri ile bakım veren yükü arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu (BGYAİ puanı ↑ , ZBVYÖ puanı ↓),
- ✓ Hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arttıkça bakım verenin de bakım yükünün arttığı saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda; diğer kronik hastalıklara oranla sirozlu hastalarda bağımlılık düzeyi daha düşük ve bakım veren yükü daha az derecede olsa da; hastalık şiddetinin ve ciddiyetinin artması, komplikasyonların oluşması ve buna bağlı hastane yatışlarının tekrarlanması, hasta ve bakım verene ait bazı sosyodemografik ve hastalık özellikleri günlük yaşam aktivitelerini dolayısıyla bakım veren yükünü etkilediği gösterilmiştir.

Yapılan çalışmalar da göstermiştir ki; kronik hastalıklar nedeniyle bir başka bireye bağımlı şekilde yaşayan kişilerin toplumdaki sayısı giderek artmaktadır. Bu hastalara bakım desteği sunanlar ağırlıklı olarak informal bakım verenler olarak da tarif edilen aile üyeleri ve yakınlarıdır. Oysa ki bakım verenlerin yaşamlarının güçleşmesi, sosyal ve sağlık durumlarının olumsuz etkilenmesi bir çok çalışma ile ortaya konmuştur ve gözardı edilemez bir durumdur.

Bu araştırma, Türkiye'de karaciğer sirozlu hastalarda günlük yaşam aktiviteleri ile bakım veren yükü ve aralarındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışma olması yanısıra, karaciğer sirozlu

bireylerin kişisel ve hastalık özelliklerinin günlük yaşam aktiviteleri üzerinde etkisi olduğunu, karaciğer sirozlu bireylere bakım verenlerin de kişisel ve hastalık özelliklerinin bakım veren yükü üzerinde etkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmanın sonuçları göz önüne alınarak daha sonra yapılacak araştırmalara zemin hazırlayacağı ve literatüre katkıda bulunacağı kanaatindeyiz.

6.2. ÖNERİLER

Günümüzde ilerleyen yaşam süresi ile birlikte kronik hastalıkların giderek fazlaştığı görülmektedir. Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi karaciğer sirozunda da hastalığın ilerleyen aşamaları ve bununla gelen komplikasyonlar, bu komplikasyonların hasta ve bakım veren üzerindeki etkileri çalışmamızda incelenmiştir. Ancak literatürde karaciğer sirozu ile ilgili günlük yaşam aktiviteleri ve bakım veren yükünü irdeleyen çalışma sayısı çok azdır. Ülkemizde bu konuda daha fazla çalışmaların yapılması, hasta ve bakım verenlerin yaşadığı sorunların tespiti ve çözüm önerilerinin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Gelecekte sağlık politikaları sadece hastaların değil, bakım verenlerin de yaşadığı güçlükleri ve yüklerini azaltmaya yönelik bileşenlerden oluşturulması, sağlık çalışanlarının da bakım veren yükünü azaltmaya yönelik girişimlerde bulunabilmesi için eğitim ile desteklenmesinin büyük önem taşıyacağını düşünmekteyiz.

Hatta bu konuda;

- Bakım veren yükünün belli aralıklarla kontrol edilmesi,
- Bakım verenlerin tanımlanması, gereksinimleri doğrultusunda eğitimler verilmesi,
- Bakım verenlere baş etme yöntemlerinin öğretilmesi ve bu yöntemleri kullanabilmeleri için desteklenmeleri,
- Bu destek sistemlerine kurumsal yaklaşımların da dahil edilmesi (transport, evde bakım hizmetlerine dahil olma vs)

gibi bazı uygulamalar bakım veren yükünün azaltılmasına olanak sağlayabilecektir.

BÖLÜM VII

7.ÖZET VE ABSTRACT

7.1. ÖZET

Karaciğer Sirozu Olan Hastalarda Günlük Yaşam Aktivitelerinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi

Bu araştırma; karaciğer sirozlu hastalarda günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeylerinin bakım veren yükü üzerine etkilerini belirlemek amacıyla bir üniversite hastanesinde 1 Kasım 2016 – 1 Şubat 2017 tarihleri arasında yapıldı. Örneklemi ardışık başvuran 57'si yatan 63'ü poliklinik hastası olmak üzere toplam 120 hasta ve 120 bakım veren oluşturdu. Araştırma verileri; Hasta Bilgi Formu, Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, Bakım Veren Hasta Yakını Bilgi Formu, Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeği Formu kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Verilerin analizinde ortalama ve yüzde, Student t-testi, Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi ve One-way ANOVA testi ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Hastaların yaş ortalaması $63,05 \pm 10,16$ olup, % 51,7'si erkek, % 80'i evlidir. Hastaların orta düzeyde bağımlı olduğu (Barthel indeksi puan ortalaması $86,20 \pm 18,98$) ve yaş, çalışma durumu, edinilmiş hastalığı olma, siroz aşaması ve komplikasyonların görülme durumunun günlük yaşam aktivitelerini etkilediği bulunmuştur. Bakım verenlerin yaş ortalaması $51,32 \pm 12,43$ olup, % 73,3'ü kadın, % 81,7'si evli ve bakım yüklerinin hafif düzeyde (Zarit bakım yükü puan ortalaması $21,31 \pm 15,18$) olduğu saptanmıştır. Bakım verenin cinsiyet, sağlık sorunu olma durumu ve bakıma ilişkin yaşanan sorunların bakım veren yükünü etkilediği görülmüştür. Günlük yaşam aktiviteleri ile bakım veren yükü arasında anlamlı bir ilişki olduğu, hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arttıkça bakım verenin yükünün arttığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bakım Veren Yükü, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Karaciğer Sirozu

7.2. ABSTRACT

Effects Of Daily Living Activities On Caregiver Burden In Patients With Liver Cirrhosis

The aim of this study is to investigate effects of daily living activities on caregiver burden in patients with liver cirrhosis. The study is driven between 1 November 2016 – 1 February 2017 in an university hospital. The sample consist of 120 patients, 57 of them from the patient ward and 67 form the outpatient polyclinics were included to the study. Data collected with face to face interviews using a demographic data form for patients and caregivers, Barthel Daily Living Activities Index and Zarit Caregiver Burden Scale. Data expressed as mean and percent, also for further statitiscal analysis, Student's t test, Mann Withney U-test, Kruskal Wallis test, One-way ANOVA and Pearson Analysis of Corelation were performed. Mean of the patients age was found as $63,05 \pm 10,16$, 51,7 % of them were men and 80 % were married. Patients dependency were found as moderate (Barthel Index Mean = $86,20 \pm 18,98$) and age, working status, having a chronic illness, grade of cirrhosis, and presence of complications were determined as factors effecting Daily living activities. Mean age of the caregivers found $51,32 \pm 12,43$. Caregiver burden level determined according to the Zarit Burden Scale as mild ($21,31 \pm 15,18$ points), 73,3 % of the caregivers were female and 81,7 % were found to be as married. Gender, having a health problem and problems originated from care were found factors effecting burden of the caregivers. It was found that there was a significant relationship between activities of daily living and caregiver burden and that the burden of caregivers increasing parallelly with the level of dependence of the patients daily living activities.

Keywords: Caregiver burden, daily living activities, liver cirrhosis

BÖLÜM VIII

8.KAYNAKLAR ve EKLER

8.1. KAYNAKLAR

1. Sonsuz A. Karaciğer Sirozunda Hasta Takibi ve Klinik Sorunlar, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Kasım 2007: 99-112
2. Büyükkaya D, Fesci H, Akdemir N. Karaciğer Sirozu Olan Hastaların Öz Bakım Güçlerinin Belirlenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006: Cilt: 9 Sayı: 2
3. The Burden of Liver Disease in Europe, A Review of Available Epidemiological Data, European Association For The Study Of The Liver, 2013: 8-12
4. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Ölüm Nedeni İstatistikleri-2016, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572>, Yayımlanma Tarihi: 27 Nisan 2017, Erişim Tarihi: 01 Ağustos 2017
5. <http://emedicine.medscape.com/article/185856-overview#a3>, erişim tarihi: 30 Mayıs 2017
6. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar Kitabı, 2012: 184-233
7. Kızılırmak B. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerinde Bakım Yükü Ve Ruhsal Sağlık Durumu, T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul-2014
8. Zarit SH, Reeve KE, Bach- Peterson J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. The Gerontologist, 1980; 20: 649-655
9. Bayram H. Majör Ortopedik Cerrahi Uygulanan Hastalara Klinikte Bakım Verenlerin Bakım Yükünün ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir-2014
10. Aslan FE. Karadakovan A., Karaciğer Hastalıkları, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım Kitabı, 2014: 731-737
11. Durna Z. Karaciğer, Pankreas, Safra Kesesi Hastalıkları ve Bakım, İç Hastalıkları Hemşireliği Kitabı, 2013: 423-431
12. Goldberg E, Chopra S. Cirrhosis in Adults: Etiologies, Clinical Manifestations, and Diagnosis, <https://www.uptodate.com> , Literature review current through: Jul 2017, This topic last updated: Aug 15, 2016, Erişim Tarihi; 02.08.2017

13. Andreoli, Carpenter, Plum, Smith, Karaciğer Sirozu ve Komplikasyonları, Cecil Essentials Of Medicine -Türkçesi. Yüce Yayınları AŞ, 1990: Sayfa 473-481.
14. Isselbacher, Braunwald, Wilson, Martin Fauci, Kasper. Harrison's Principles Of Internal Meedicine. Vol 2. 13th Edt.
15. Goldberg E, Chopra S. Cirrhosis in adults: Overview of complications, general management, and prognosis. <https://www.uptodate.com> , Literature review current through: Jul 2017, This topic last updated: Mar 07, 2017. Erişim Tarihi; 02.08.2017
16. Dr. Ahmet Dobrucalı web sitesi. <http://www.drahmetdobrucali.com/hastaliklar/karaciger-transplantasyonu-karaciger-nakli-3/>, Erişim Tarihi; 01.08.2017
17. Gastroenteroloji Hastalıkları Hemşirelik Bakım Rehberi, 2011, T.C. Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, syf: 18-26
18. <http://www.tdk.gov.tr/> Erişim tarihi:24.05.2016
19. Karahan AY, İslam S. Fiziksel Engelli Çocuk ve Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükü Üzerine Bir Karşılaştırma Çalışması, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, MÜSBED 2013;3 (Suppl. 1):S1-S7
20. Hileman J, Lackey N, Hassaneien R. Oncology Nursing Forum. 1992; 19: 771-777.
21. Stetz K, Brown AM. Taking Care: Caregiving to Persons with Cancer and AIDS. Cancer Nursing, 1997; 20: 12-22.
22. Toseland RW, Smith G, McCallion P. In: Handbook Of Social Work Practice With Vulnerable And Resilient Populations. In A Gitterman (Eds.), Family Caregivers Of The Frail Elderly, Columbia University Pres, 2001.
23. İnci F.H. Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli-2006
24. Stone R, Cafferata GL, Sangl J. Caregivers of The Frail Elderly: a National Profile. Gerontologist. 1987 Oct;27(5):616-26.
25. Uğur Ö. Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir-2006
26. Ak M, Yavuz F, Lapsekili N, Türkçapar MH. Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Bulunan Hastaların ve Bakım Verenlerinin Bakım Yükü Açısından Değerlendirilmesi, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 2012: 25: 330-337.
27. Sullivan AB, Miller D. Who is Taking Care of the Caregiver? J Patient Exp. 2015 May;2(1):7-12

28. Bajaj JS, Wade JB, Gibson DP et al. The Multi-Dimensional Burden of Cirrhosis and Hepatic Encephalopathy on Patients and Caregivers, *Am J Gastroenterol* 2011; 106:1646–1653
29. Demirlek Ş. Yatağa Bağımlı Olan Hastalara Bakım Veren Kişilerin Depresyon Düzeyi, Bakım Yüğü ve Bakım Yüğü Etkileyen Faktörler, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul- 2015
30. Yıldırım S, Engin E, Başkaya VA. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Yüğü ve Yüğü Etkileyen Faktörler, *Nöropsikiyatri Arşivi* 2013; 50: 169-174
31. Akyar İ, Akdemir N. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2009; 32–49
32. Dilbaz AS, Özden Dedeli Ö, Yorgancıoğlu A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yüğü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, *Solunum Hastalıkları*, Cilt 25, Sayı 2-3-2015, 1-6
33. Yıldız E, Dedeli Ö, Çınar Pakyüz S. Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yüğü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2016; 13: 216-225
34. Kahrıman F. Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir- 2014
35. Erdem, M. Yaşlıya Bakım Verme. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005; 8: 101–106.
36. Kasuya RT, Poglars B, Takeuchi R. Caregiver burden and burnout. *Postgraduate Medicine* 2000; 108: 119-123.
37. Scholte op Reimer WJM, De Haan R.J, Pijnenborg JMA, Limburg M, Bos GAM. Assessment Of Burden İn Partners Of Stroke Patient With The Sense Of Competence Questionnaire. *Journal of The American Heart Association*. 1998; 29: 373-379.
38. Bugge C, Alexander H, Hagen S. Stroke Patients İnformal Caregivers: Patient, Caregiver And Service Factors That Affect Caregiver Strain. *Journal of American Heart Association*. 1999; 30: 1517-1523
39. Montgomery RJV, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving And The Experience Of Subjective And Objective Burden. *Family Relations* 1985; 34: 19-26.
40. Küçükğüçlü Ö, Gönen Şentürk S, Akpınar Söylemez B. Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Sürecindeki Deneyimleri, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2017; 10: 68-78

41. Given CW, Given B, Stommel M et al. The Caregiver Reaction Assessment (CRA) For Caregivers To Persons With Chronic Physical And Mental Impairments. *Res Nurs Health*. 1992; 15: 271-283.
42. Sullivan, AB. Caregiving in multiple sclerosis. In: Rae-Grant A, Fox R, Bethoux, F (Eds.), *Multiple Sclerosis and Related Disorders: Clinical Guide to Diagnosis, Medical Management, and Rehabilitation*. Demos publishing, 2013. New York, New York.
43. Honea N, Brintnal R, Given B, Colao D. Putting Evidence Into Practice: Nursing Assessment and Interventions to Reduce Family Caregiver Strain and Burden. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2008; 12: 507-516.
44. Robinson B. Validation of a Caregiver Strain Index. *Journal of Gerontology*. 1983; 38: 344-348.
45. Stetz KM. Caregiving demands during advanced cancer. The spouse's needs. *Cancer Nurs*. 1987; 10: 260-268
46. Rakoski MO, McCammon RJ, Piette JD et al. Burden of Cirrhosis on Older Americans and Their Families: Analysis of the Health and Retirement Study. *Hepatology*. 2012; 55 : 184-91
47. Sarı HY. Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Ailelerde Aile Yüklenmesi Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 11: 1-7.
48. Dökmen ZY, Yakınlarına Bakım Verenlerin Ruh Sağlıkları İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2012; 3: 3-38.
49. Mollaoğlu M, Tuncay FÖ, Fertelli TK. İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yükü Ve Etkileyen Faktörler, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2011; 4: 125-130
50. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md Med J* 1965;14: 56-61.
51. Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Tennant A et al. Adaptation Of The Modified Barthel Index For Use In Physical Medicine And Rehabilitation In Turkey. *Scand J Rehabil Med* 2000;32:87-92.
52. Shinar D, Gross CR, Bronstein KS et al. Reliability Of The Activities Of Daily Living Scale And Its Use In Telephone Interview. *Arch Phys Med Rehabil*. 1987; 68: 723-728.
53. WHO web sitesi. Frequently Asked Questions. What is The WHO Definition of Health? <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>, Erişim Tarihi: 11.06.2017

54. Jones AJ, Kuijter RG, Livingston L et al. Caregiver Burden Is Increased In Parkinson's Disease With Mild Cognitive Impairment (PD-MCI). *Transl Neurodegener.* 2017; 6: 17. doi: 10.1186/s40035-017-0085-5. e Collection 2017.
55. Danacı E, Koç Z. Caregiving Burden and Life Satisfaction Among Caregivers of Cancer Patients Admitted to the Emergency Department. *Clin Nurs Res.* 2017 1:1054773817708083. doi: 10.1177/1054773817708083.
56. Camak DJ. Addressing the burden of stroke caregivers: a literature review. *J Clin Nurs.* 2015 Sep;24(17-18):2376-82. doi: 10.1111/jocn.12884. Epub 2015 Jun 10.
57. Parekh NK, Shah S, McMaster K, et al. Effects Of Caregiver Burden On Quality Of Life And Coping Strategies Utilized By Caregivers Of Adult Patients With İnflammatory Bowel Disease. *Ann Gastroenterol.* 2017; 30: 89-95.
58. O'Hare AM, Song MK, Kurella Tamura M, Moss AH. J Research Priorities for Palliative Care for Older Adults with Advanced Chronic Kidney Disease. *Palliat Med.* 2017; 20: 453-460.
59. Montagnese S, Amato E, Schiff S et al. A Patients' And Caregivers' Perspective On Hepatic Encephalopathy. *Metab Brain Dis.* 2012; 27: 567–572
60. 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
61. Durmuş Ş. Karaciğer Sirozu Olan Hastalarda Yorgunluk Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir- 2015
62. Ökten A, Acar A, Çakaloğlu Y. ve ark. Karaciğer Sirozunun Etiyolojisi (1052 vakanın analizi), *T Klin Gastroenterohepatoloji* 1995, 6: 45-48
63. Kalaitzakis E, Josefsson A, Björnsson E. Type And Etiology Of Liver Cirrhosis Are Not Related To The Presence Of Hepatic Encephalopathy Or Health-Related Quality Of Life: Across-Sectional Study. *BMC Gastroenterology* 2008; 8: 46
64. Sarıtaş SÇ, Bayır K. Sarıtaş S, Ucuzal M. Karaciğer Transplantasyonu Yapılan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi (2014) Cilt:2, Sayı:1
65. Dalgıç C. Larenjektomi Olan Hasta Yakınlarının Bakım Yüklerinin Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul- 2015
66. Gülpak M, Kocaöz S. Hemodiyaliz Tedavisi Alanlara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler, *TAF Prev Med Bull* 2014: 13: 99-108

67. Orak OS, Sezgin S. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2015; 6: 33-39
68. Çetinkaya F. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir- 2008
69. İstek N. Tıp 2 Diyabetli Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Öz-Bakım Gücüne Etkisi, T.C. Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzincan, 2016
70. Demir M. Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Edirne – 2008
71. Koç A. İnmeli Hastalara Uygulanan Rom Egzersizlerinin Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etkiğinin Değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği, Doktora Tezi, Erzurum - 2009
72. Er F. Multiple Sklerozlu Bireylerde Yetiyitimi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin İncelenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas-2010
73. Carod-Artal FJ, Ferreira Coral L, Trizotto DS, Menezes Moreira C. Burden And Perceived Health Status Among Caregivers Of Stroke Patients. *Cerebrovasc Dis.* 2009; 28: 472-480.

8.2. EKLER

8.2.1. EK 1: HASTA BİLGİ FORMU

1. Kaç yaşındasınız.

2. Cinsiyetiniz?

Kadın Erkek

3. Medeni durumunuz?

Evli Bekar Boşanmış Dul

4. Eğitim durumunuz nedir?

a. Okur-yazar b. İlköğretim c. Ortaöğretim d. Yüksek öğretim

5. Mesleğiniz nedir? Açıkça belirtiniz:

.....

6. Çalışma durumunuz:

Çalışıyor Çalışmıyor

7. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Gelir Giderden Fazla Gelir Gidere Denk Gelir Giderden Az

8. Sosyal güvenceniz var mı?

Var (Açıklayınız.....) Yok

9. Yaşadığınız yer neresidir?

İl İlçe Köy

10. Ne kadar süre önce karaciğer sirozu tanısı konuldu?

a. 0 – 2 yıl b. 3 - 5 yıl c. 6 - 10 yıl d. 11 yıl ve daha fazla

11. Hastalık nedeniyle meydana gelen değişikliklerden hangisi sizi en çok rahatsız ediyor?

(birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- a. Yeme-içme alışkanlıklarındaki değişiklikler
- b. Günlük aktivitelerdeki değişiklikler
- c. Boşaltımdaki değişiklikler
- d. Dış görünümünüzdeki değişiklikler
- e. Cinsel fonksiyonlardaki değişiklikler

12. Hastalığınız nedeniyle normal hayatınızda da değişiklik oldu mu?

a. Evet b. Hayır

13. Hangisi ya da hangilerinde değişiklik oldu?

- a. Aile içi ilişkilerde b. Çalışma hayatında c. Kişiler arası ilişkilerde
d. Hepsi

14. Hastalığınız nedeni ile destek aldığınız kişiler var mı?

- a. Evet b. Hayır

15. Hastalığınızla ilgili kimden destek alıyorsunuz?

.....

TEŞEKKÜR EDERİZ...

Anketimiz bitti. Teşekkür ederiz. Bundan sonraki kısım araştırmacı tarafından doldurulacaktır.

Siroz nedeni:

Hasta Laboratuvar Bulguları:

Total Bilürubin (mg / dl)

Albümin (g / dl)

INR değeri

Serum Kreatinin değeri

Asit varlığı () Yok () Hafif () Yoğun

Hepatik Ansefalopati () Yok () Evre 1-2 () Evre 3-4

8.2.2. EK 2: BARTHEL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İNDEKSİ

1. Yıkanma (Bathing) (5)

- a. 5 puan: Bağımsızdır
- b. 0 puan: Yardıma ihtiyacı vardır

2. Kendine bakım (Grooming) (5)

- a. 5 Puan: Elini yüzünü yıkayabilir, dişlerini fırçalayabilir, tıraş olabilir, makyaj yapabilir.
- b. 0 puan: Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar.

3. Beslenme (Feeding) (10)

- a. 10 puan: Tam bağımsız. Yemek yemek için gerekli aletleri kullanır.
- b. 5 puan: Bir miktar yardıma ihtiyaç duyar. Et kesme gibi bazı işlerde.
- c. 0 puan: Yapamaz

4. Giyinip soyunma (Dressing) (10)

- a. 10 puan: Hasta giyinip soyunabilir. Ayakkabı bağlarını çözebilir, bağlayabilir.
- b. 5 puan: Hasta bu işler için yardıma gereksinim duyar.
- c. 0 puan: Tam bağımlıdır

5. Tuvalet Kullanımı (Toilet Use) (10)

- a. 10 Puan: Bağımsız (oturup kalkma, giyinme, tuvalet kağıdını kullanma).
- b. 5 Puan: Yardıma ihtiyaç duyar, ancak bazı hareketleri kendi yapabilir.
- c. 0 puan: Bağımlı

6. Merdiven inip çıkma (Ascend / Descend Stairs) (10)

- a. 10 puan: Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanabilir.
- b. 5 puan: Hasta yukardaki işleri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar.
- c. 0 puan: Yapamaz

7. Barsak yönetimi (Bowel Management) (10)

- a. 10 puan: Kontinans (Suppozituar kullanılabilir veya gerekirse lavman yapılabilir.)
- b. 5 puan: Hasta suppozituar koymak veya lavman yapmak için yardıma ihtiyaç duyar.
- c. 0 puan: İnkontinans

8. Mesane yönetimi (Bladder Management) (10)

- a. 10 puan: Hasta gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilir.
- b. 5 puan: Bazen tuvalete yetişemez veya sürgüyü bekleyemez; altına kaçıırır.
- c. 0 puan: İnkontinans veya kateterli ve kontrol edemez.

9. Tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersine geçiş (Bed / Wheelchair Transfer) (15)

- a. 15 puan: Tam bağımsız.
- b. 10 puan: Geçiş sırasında minimal yardım alır veya yapacağı işlerin sırası hatırlatılır.
- c. 5 puan: Tek başına yatakta oturma pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım gereklidir.
- d. 0 puan: Tamamen yatağa bağımlı

10. Düzgün yüzeyde yürüme (Mobility - Level Surface) (15)

- a. 15 puan: Hasta yardımsız olarak 45 metre yürüyebilir.
- b. 10 puan: Hasta yukarıdakileri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar.
- c. 5 Puan: Hasta yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir. Hasta köşeleri dönebilir. Yatağa, tuvalete yanaşabilir.

“Eğer hasta yürüme bölümünden puan alırsa, ayrıca bu bölümden puan verilmez.”

- d. 0 puan: Tekerlekli sandalyede oturabilir ancak kullanamaz.

8.2.3. EK 3: BAKIM VEREN HASTA YAKINI BİLGİ FORMU

1. Kaç yaşındasınız.

2. Cinsiyetiniz?

Kadın Erkek

3. Medeni durumunuz?

Evli Bekar Boşanmış Dul

4. Eğitim durumunuz nedir?

a. Okur-yazar b. İlköğretim c. Ortaöğretim d. Yüksek öğretim

5. Mesleğiniz nedir? Açıkça belirtiniz.

.....

6. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Gelir Giderden Fazla Gelir Gidere Denk Gelir Giderden Az

7. Sosyal güvenceniz var mı?

Var (Açıklayınız.....) Yok

8. Yaşadığınız yer neresidir?

İl İlçe Köy

9. Hasta açısından yakınlık dereceniz nedir? Açıkça belirtiniz:

.....

10. Bakım sorumluluğunu üstlendiğiniz hastanız dışında kişiler var mı?

Evet Hayır

Cevabınız evet ise;

Bunlar kimler? Açıkça belirtiniz:

.....

11. Çalışma durumunuz:

Çalışıyor Çalışmıyor

12. Hastanızla ilgilenmek zorunda olduğunuz için işinizden ayrılmak zorunda kaldınız mı?

Evet Hayır

13. Herhangi bir sağlık sorunuz var mı? Varsa lütfen ne olduğunu açıklayınız

Evet: Hayır

14. Hastanızın sağlık giderlerini karşılamada herhangi bir güçlüğü var mı? Varsa lütfen açıklayınız

Evet: Hayır

15. Hastanıza bakım sürecinde en fazla hangi yönden destek oluyorsunuz?

Psikolojik/duygusal destek Fiziksel bakımda yardım
 Parasal yardım Diğer.....

16. Yakınınızın hastalığı ile ilgili konularda sağlık personelinin yeterince bilgi aldınız mı?

Evet aldım Kısmen aldım Hayır almadım

16. Sağlık personelinin desteğini yeterli buluyor musunuz?

Evet buluyorum Kısmen yeterli buluyorum Hayır bulmuyorum

17. Hastanızın bakımından sizden başka sorumlu olan kimse var mı?

Evet Hayır

18. Akrabalarınızın desteğini yeterli buluyor musunuz?

Evet buluyorum Kısmen yeterli buluyorum Hayır bulmuyorum

19. Hastanızla gün içinde geçirdiğiniz ortalama süre ne kadar?

(saat olarak belirtiniz):.....

20. Hastanıza bakım verirken en çok hangi konularda sorun yaşıyorsunuz?

(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Maddi konular
 Hastanın günlük aktivitelerini karşılama (tuvalet, banyo, yemek yeme)
 Hastanın ilacını uygulama/takibi
 Ulaşım
 Sevk sorunu
 Davranışsal sorunlar (lütfen belirtiniz).....

21. Kendinizi yük altında hissettiğinizde neler yaparsınız?

(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

İbadet etme Yürüyüş yapma Ağlama
 Sigara içme Sohbet etme Uyuma
 Televizyon izleme – Müzik dinleme Kitap okuma
 Diğer (lütfen belirtiniz).....

TEŞEKKÜR EDERİZ...

8.2.4. EK 4: BAKIM VEREN YÜKÜ ÖLÇEĞİ

	(0) Hiçbir zaman	(1) Nadiren	(2) Bazen	(3) Oldukça sık	(4) Hemen her zaman
1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?					
2. Yakınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?					
3. Yakınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?					
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?					
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?					
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?					
7. Geleceğin yakınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?					
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?					
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?					
10. Yakınınzla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?					
11. Yakınınzın nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?					
12. Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?					

13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizim düşünüyor musunuz?					
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?					
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?					
16. Yakınına bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?					
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?					
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?					
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?					
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?					
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?					
22. Yakınına bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?					

8.2.5. EK 5 - ZARİT BAKIM VEREN YÜKÜ ÖLÇEĞİ İZİN BELGESİ

24.05.2016

Gmail - ölçek kullanım izni



Fikriye Turaba <turaba.fikriye@gmail.com>

ölçek kullanım izni

FADİME HATİCE İNCİ <hemel@pau.edu.tr>
Alıcı: Fikriye Turaba <turaba.fikriye@gmail.com>

20 Mayıs 2016 09:47

Sayın Turaba Ersel,


Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız "Bakım Verme Yüğü Ölçeğı"ni" kullanma isteğininizi bizi çok memnun etti. teşekkür eder, çalışmalannızda başarılar dileriz. kaynak olarak aşağıdaki makaleyi gösterebilirsiniz.

İnci F.H. , & Erdem M. (2008). Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4): 85-95

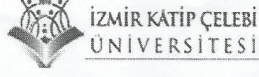
Ölçek ektedir.

Saygılar

Öğr.Gör.Dr. Fadime Hatice İNCİ
Pamukkale Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği ABD.
Denizli/TÜRKİYE
[Alıntılanan metin gizlendi]

 **BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ.doc**
36K

8.2.6. EK 6 - ETİK KURUL İZİN BELGESİ



İZMİR KÂTİP ÇELEBİ
ÜNİVERSİTESİ

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU
(İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Karabağlar / İZMİR
Tel:0 232 245 04 38 --- 0 232 244 44 44 / 1234 Fax: 0 232 245 04 38 E-posta ikcetik2@gmail.com)

Doç. Dr. Yasemin TOKEM
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD

Karar No: 183
Tarih : 16.06.2016

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği ABD öğretim üyesi **Doç. Dr. Yasemin TOKEM** sorumluluğunda yapılması planlanan "**Karaciğer Sirozu Olan Hastalarda Günlük Yaşam Aktivitelerini Gerçekleştirme Düzeylerinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi**" adlı araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca **bulunmadığına** toplantıya katılan etik kurul üyelerinin **oy birliği** ile karar verilmiştir.

Uzm. Dr. D. Barış KILIÇÇIOĞLU
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Raportörü

8.2.7. EK 7 – KURUM İZİN BELGESİ

Ege Ün. Evrak Tarih ve Sayısı: 20/10/2016-E.81446



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
İdari ve Mali İşlerden Sorumlu Müdürlük
Sağlık Personeli ve Hasta Eğitim Birimi



Sayı : 79299867-770
Konu : Fikriye Ersel Tez Çalışması İzni

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 21/09/2016 tarihli ve 1600048959 sayılı yazı.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Fikriye Ersel'in öğretim üyesi Doç.Dr.Yasemin Tokem danışmanlığında "Karaciğer sirozu olan hastalarda günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeylerinin bakım veren yükü üzerine etkisi" isimli tez çalışmasını Hastanemizde yapmasında sakınca yoktur. Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Hikmet Hakan AYDIN
Başhekim V.

8.2.8. EK 8 - ÖZGEÇMİŞ

1979 yılında Aydın'da doğdu.

İlk, orta ve lise öğrenimini Aydın'da tamamladı. 1996-1998 yılları arasında Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünde okudu. 1998 yılından itibaren Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde hemşire olarak çalışmaya başladı. 1998-2014 yılları arasında Acil Tıp AD'da, 2014 yılından bu yana halen Gastroenteroloji BD'da hemşire olarak görev yapmaktadır. 2009-2011 yılları arasında Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde lisans eğitimini tamamladı. Eylül 2014'de İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği'nde yüksek lisans programına başladı. Halen Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Gastroenteroloji BD'da hemşire olarak çalışmakta olup, evli ve bir çocuk annesidir.

e-mail adresi:

turaba.fikriye@gmail.com

Telefon no:

0 532 7883242