

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

**“KARACİĞER HASTALIĞI YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ  
1.0”ın TÜRK TOPLUMU İÇİN  
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ**

**Hemşirelik Programı  
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Hazırlayan  
Belgin SARPER**

**Danışman Öğretim Üyesi  
Yard. Doç. Dr. Asiye Durmaz AKYOL**

**İZMİR  
2007**



## ÖNSÖZ

Tezimin planlanması, sürdürülmesi ve sonlandırılmasına büyük katkıları olan değerli danışmanım Sayın Yrd.Doç.Dr. Asiye D. AKYOL`a,

Araştırmamda bilgi ve görüşleriyle bana destek veren uygun çalışma ortamı sağlayan Sayın Doç.Dr. Zeki KARASU`ya

Eğitim sürecimde hoşgörü ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Sayın Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU`na

Mesleki eğitimim süresince her zaman desteklerini gördüğüm değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN`a  
Sayın Prof. Dr. Aynur ESEN`e  
Sayın Prof. Dr. Gülümser ARGON`a

Araştırmamın yürütülmesinde yardımlarını esirgemeyen Gastroenteroloji uzmanları ve hemşire arkadaşlarıma

Araştırmaya katılan tüm hastalara,

Çalışmam sırasında her aşamasında bana destek veren EŞİME ve AİLEME teşekkürlerimi sunarım.

Belgin SARPER

# İÇİNDEKİLER

## BÖLÜM 1

### GİRİŞ

	Sayfa No
1.1 Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	7
1.3.Araştırmanın Hipotezleri	8
1.4. Araştırmanın Önemi	8
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	10
1.6. Tanımlar	11
<b>1.7. GENEL BİLGİLER</b>	
1.7.1. Karaciğerin Fonksiyonları	12
1.7.2.Karaciğer Sirozu	13
1.7.2.1.Karaciğer Sirozunun Etiyolojisi	15
1.7.2.2. Karaciğer Sirozunun Patofizyolojisi	16
1.7.2.3.Karaciğer Sirozunun Klinik Özellikleri	17
1.7.2.4.Karaciğer Sirozunda Belirti ve Bulgular	18
1.7.2.5.Karaciğer Sirozunda Tanı	23
1.7.2.6.Karaciğer Sirozunda Prognoz	24
1.7.2.7.Karaciğer Sirozunda Komplikasyonlar	25
1.7.2.8.Karaciğer Sirozunda Tedavi	26
1.7.3.Yaşam Kalitesi	28
1.7.3.1.Yaşam Kalitesinin Tarihsel Gelişimi	29
1.7.3.2.Yaşam Kalitesi Kavramının Tanımı	31
1.7.3.3.Yaşam Kalitesinin Objektif ve Subjektif Göstergeleri	38
1.7.3.3.1.Yaşam Kalitesinin Objektif Göstergeleri	38
1.7.3.3.2.Yaşam Kalitesinin Subjektif Göstergeleri	39
1.7.3.4.Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi	41
1.7.3.5.Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi	44
1.7.3.6.Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi	47
1.7.3.7.Değerlendirme Araçlarının Özellikleri	50

1.7.3.7.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi	53
1.7.3.7.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi	54
1.7.3.7.2.1. Güvenirlik	55
1.7.3.7.2.2. Geçerlik	63
1.7.3.7.3. Kültürler Arası Karşılaştırma	68

## **BÖLÜM II**

### **GEREÇ VE YÖNTEM**

2.1.Araştırmanın Tipi	69
2.2.Araştırmada Kullanılan Gereçler	69
2.3.Araştırmada Kullanılan Yöntemler	79
2.4.Araştırmanın Yeri ve Zamanı	82
2.5.Araştırmanın Evreni	82
2.6.Araştırmanın Örneklemi	82
2.7.Veri Toplama Yöntemi ve Süresi	83
2.8. Verilerin Değerlendirilmesi	83
2.9 Süre ve Olanaklar	84
2.10.Araştırmanın Etik Yönü	84

## **BÖLÜM III**

### **BULGULAR**

3.1 Kronik Karaciğer Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri	86
3.2.“Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”ın değerlendirilmesi	91
3.2.1.“Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”ın Dil Geçerliliği’ne Yönelik Yapılan Çalışmalar	91
3.2.2.“Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0 (KKHYKÖ 1.0)”ın Güvenirlik Analizleri	93
3.2.2.1.“Karaciğer Hastaları Yaşam Kalitesi Ölçeği 1,0”ın Zamana Göre Değişmezliğinin Değerlendirilmesi	95
3.2.2.2.“Karaciğer Hastaları Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”ın İç Tutarlılık Analizleri	97
3.2.2.2.1.Cronbach Alpha Katsayısı Hesaplaması	97
3.2.2.2.2. Madde Analizi	99

3.2.3.”Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”ın Geçerlilik Analizleri	102
3.2.3.1.“KHYKÖ 1.0”ın İçerik/Kapsam Geçerliliği’ne Yönelik Yapılan Çalışmalar	102
3.2.3.2.“KHYKÖ 1.0”ın Yapı Geçerliliği’ne Yönelik Yapılan Çalışmalar	103
3.2.3.2.1.Faktör Analizine Yönelik Çalışmalar	103
3.2.3.2.2. Hipotez Sınamasına Yönelik Çalışmalar	104

## BÖLÜM IV

### TARTIŞMA

4.1. “Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”ın dil eşdeğerliğinin sağlanmasına yönelik yapılan işlemler	107
4.2. “Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”ın güvenilirliğinin ve geçerliğinin değerlendirmesi	108
4.2.1. “Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”ın Güvenirliğinin Değerlendirmesi	108
4.2.1.1. Ölçeğin Tüm Maddelerinden, Alt Boyutlarından ve Tüm Ölçekten Elde Edilen Puanların Değerlendirilmesi	108
4.2.1.2. “Karaciğer Hastaları Yaşam Kalitesi Ölçeği 1,0”ın Zamana Göre Değişmezliğinin Değerlendirilmesi	113
4.2.1.3. “Karaciğer Hastaları Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0” için İç Tutarlılık Değerlendirmesi	116
4.2.1.3.1. Chronbach Alpha Katsayısı Hesaplama	116
4.2.1.3.2. Madde Analizleri	118
4.2.2. “Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”ın Geçerliliğinin Değerlendirmesi	121
4.2.2.1. ”KHYKÖ 1.0”ın İçerik/Kapsam Geçerliliği’ne Yönelik Yapılan Çalışmalar	121
4.2.2.2. “KHYKÖ 1.0”ın Yapı Geçerliliği’ne Yönelik Yapılan Çalışmalar	121

4.2.2.2.1. Faktör Analizi	121
4.2.2.2.2. Hipotez Sınaması/Mantıksal Analiz	122

## **BÖLÜM V**

<b>SONUÇ ve ÖNERİLER</b>	125
--------------------------	-----

## **BÖLÜM VI**

<b>ÖZET</b>	126
-------------	-----

<b>İNGİLİZCE ÖZET</b>	128
-----------------------	-----

## **BÖLÜM VII**

<b>KAYNAKLAR</b>	130
------------------	-----

<b>EKLER</b>	140
--------------	-----

EK I Sosyodemografik Özellikler Anket Formu	141
EK II Child-Pugh Sınıflanması (CPS) Formu	144
EK III Kronik Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0	145
EK IV Araştırmaya Dahil Edilen Karaciğer Hastalarının İmzalı Gönüllülük Onayı	150
EK V Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0/Liver Disease Quality of Life Instrument 1.0 (LDQOL 1.0)	152
EK VI Ölçeğin Kullanılabilmesi İçin Ian M. Gralnek`ten Alınan İzin Yazısı	156
EK VII Özgeçmiş	158

## BÖLÜM I

### 1.1.PROBLEMİN TANIMI

Kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü günümüzde sağlık problemlerinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Amerikan Tıp Enstitüsünün son verileri 49 milyon Amerikalı'nın çeşitli türlerde yetersizlik durumlarıyla yaşadıklarını göstermektedir. Bilimsel bilgi ve teknolojideki gelişmelere rağmen dramatik olarak kronik hastalıklarla yaşayan birey sayısı artmaya devam etmektedir. Geçmişte ise kronik hastalıkların bireyler ve aileleri üzerindeki etkisi göz ardı edilmiştir (35,36).

Kronik hastalıklar; hastanın fonksiyonlarını yerine getirmede, kapasitesini tehdit eden, gözlenebilen, hissedilebilen değişikliklere neden olan uzun süreli, kendiliğinden geçmeyen ve genellikle tam tedavi edilemeyen hastalıklardır ve büyük ölçüde kişinin yaşam kalitesini etkilemektedir (3,35,36).

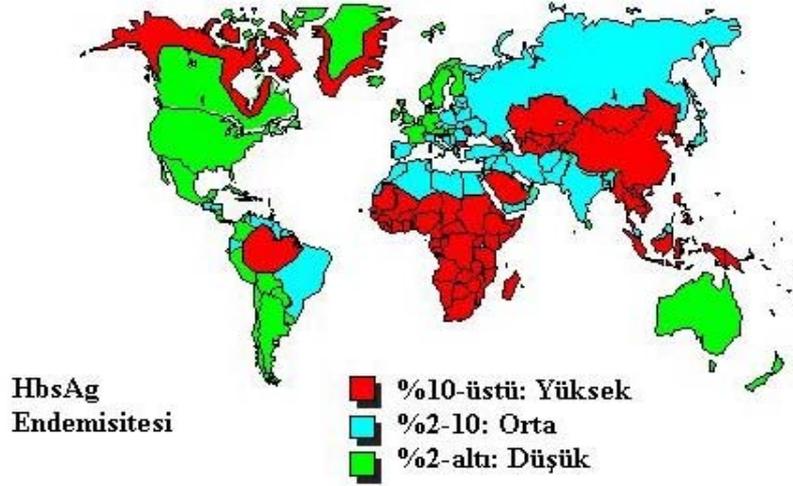
Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü tarafından "yalnızca hastalık veya sakatlık halinin olmaması hali değil, ayrıca fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak iyi durumda olma halidir şeklinde tanımlanmıştır. Yaşam kalitesi ise, "hedefleri, beklentileri, standartları ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" olarak ifade edilmiştir. Bir diğer ifadeyle; yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır. Bu bağlamda sağlık ve yaşam kalitesi, tıbbi ölçüm parametrelerinin ve sağlıklı/hasta birey değerlendirmesinin de içinde yer aldığı bütüncül kavramlar olarak ele alınmaktadır (31).

Yaşam biçimindeki değişiklikler, çevre faktörlerinin değişmesi, doğuşta beklenen yaşam ümidinin artması gibi nedenlerle Türkiye gibi gelişmekte olan ve gelişmiş birçok ülkede kronik hastalıklar onyıllar içinde artış göstermiştir. Kronik hastalıklar içersinde yer alan kronik karaciğer hastalığı, çeşitli hastalıklardan kaynaklanan, dünya çapında önemli ölçüde mortalite ve morbiditeye yol açan majör nedenlerden biridir. Tüm dünyanın mücadele ettiği Hepatit B, C, D gibi viral hepatitlerin yanında primer sklerozan kolanjit, primer biliyer siroz, konjenital olabilen wilson sirozu, hemakromatozis gibi hastalıklar, alkole bağlı siroz, otoimmün hepatit ve birçok daha başka nedenden dolayı kronik karaciğer hastalığının görülme riski yüksektir. Kronik karaciğer hastalığının etiolojisinde yer alan hastalıkların çoğunun prognozu karaciğer sirozu ile sonuçlanmaktadır. Son aşamada ise tek tedavi şansı olarak kabul edilen karaciğer nakli yer almaktadır (1,2,28,32,48,62,73,91) .

Hepatit B virüsü(HBV) akut ve kronik hepatitin önemli bir nedenidir. Kronik hepatit B enfeksiyonu komplikasyonları ile, siroza ve ölüme yol açan ciddi bir hastalık olması, hepatosellüler karsinoma (HCC) gelişme riskinin normal popülasyona göre 200 kat fazla olması, enfeksiyonun reaktivasyonuna bağlı olarak karaciğer hasarının ağırlaşabilmesi, tedavi edilemeyen vakaların bulaş yolunda kaynak teşkil etmesi gibi nedenlere takip ve tedavi edilmesi zorunlu olan bir enfeksiyondur (1,2,5,22,55,73).

Dünya nüfusunun 2/5`i (2 milyar kişi) HBV ile enfekte olmuştur, 350 milyon kişi de taşıyıcıdır. Her yıl yaklaşık 2 milyon kişi HBV nedeni ile hayatını kaybetmektedir. Hepatit B endemisi 3 ayrı bölgeye ayrılmıştır. En yüksek endemi bölgesinde Afrika, Güneydoğu ve Uzakdoğu Asya ile Pasifik Adaları yer almaktadır. Bu bölgelerde endemi HbsAg sıklığı %10`un üzerindedir. En düşük endemite bölgeleri ise Batı ve Kuzey

Avrupa, Kuzey Amerika, ve Avustralya'dır ve HbsAg sıklığı % 2'den düşüktür. Ülkemiz HBV endemisitesi yönünden orta-yüksek endemili (%4-10) bölgeler arasında yer alır. HbsAg sero-pozitifliği Doğu-Güneydoğu illerinde %8'in üstünde, diğer bölgelerde % 5'in altındadır (1,2,22,48,50,91).



**Şekil-1. Dünya'da HbsAg Endemisitesi (48)**

Dünya'nın kabusu haline gelen AIDS ile karşılaştırdığımızda HIV taşıyıcılığı 20 milyon iken HBV taşıyıcılığı 350 milyona ulaşmıştır. HBV'ye bağlı bir günde ölenlerin sayısı AIDS'e bağlı 1 yılda ölenlerden fazladır. Bulaşma için en düşük kan miktarı HIV için 0.1ml iken HBV için 0.004ml'dir. bu yönleri ile HBV AIDS'göre daha enfeksiyöz ve ciddi bir problemdir. Ayrıca HBV'nin normal popülasyona hepatosellüler karsinoma oluşturma riski bulunmaktadır. Dünya'da hepatosellüler karsinomaya bağlı ölümlerin 800 bin olduğu düşünülmektedir (22,24,48,51,82,90).

Dünya çapında yaklaşık 170 milyon birey hepatit C ile enfektedir. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (ABD) Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi'nin (CDC) sürveyans verilerine göre ABD nüfusunun %1.8'i (3.9 milyon) HCV ile enfektedir ve

bunların %74'ü (2.7 milyon) kronik enfeksiyona sahiptir. Bu kişiler arasında damar içi ilaç kullananlar %38, şüpheli cinsel temas öyküsü olanlar %10, kan nakli yapılanlar %4, mesleki maruziyet %2 ve hemodiyaliz sonucu bulaşma %1 olarak belirlenmiştir. Bulaşma yolu saptanamayan vakalarda ise düşük sosyoekonomik seviye ile ilgili ilişki saptanmıştır. Batı Avrupa'da 5 milyon kişi HCV ile enfektedir . HCV'nin dünyadaki prevalansı tahminen % 3'tür. Amerika, Batı Avrupa, Güneydoğu Asya ve Afrika'nın birçok yerinde prevalans % 2'nin altında iken Batı Pasifik'te %2.5-4.9'lara ulaşmaktadır. Orta Doğu'da ise bu değer %1-10 arasında değişmektedir. HCV ile enfekte kişilerin % 15-20'sinde akut viral hepatit, % 70'inde kronik viral hepatit, % 40'ında dekompanze siroz, %25-60'ında hepatosellüler karsinoma görülmektedir. CDC verilerine göre1990 yıllarında %2'lik prevalansla pik yapan HCV enfeksiyonu, 2030' yavaş yavaş %1'lik prevalansa gerileyecektir. Bununla birlikte CDC, hepatit C virüsünün insidansının azalmasına rağmen 90'lı yıllarındaki yayılımdan dolayı 2015 yılına kadar etkinliğini sürdüreceğini belirtmiştir. 1990 yılı ortalarında görülen hepatit C yayılımı güvenli donör kanı elde etme ve depolama işlemlerinin kullanılmaya başlanması ile gerileme göstermiştir. Amerika'da tahmini 4500 kişinin hepatit C'ye bağlı karaciğer hastalığı nedeni ile hastanelerde öldüğünü bildirmiştir (48,54,69,77,80,86).

HCV'de tedavideki son basamak karaciğer transplantasyonudur. Amerika'da 1991 yılında hepatit C veya diğer nedenlerden karaciğer nakli olanların oranı %12 iken bu oran 2000 yılı verilerine %37'dir. Karaciğer nakli sayısındaki artışa paralel olarak karaciğer nakli için bekleme listesinde bulunan kişilerin sayısı da artış göstermiştir (54,77).

Amerikan Gastroenteroloji Derneği tarafından yürütülen maliyet yararlılık çalışmalarında, 1998 yılında Amerika’da 317 bin kişinin hepatit C nedeniyle poliklinik kontrolünde olduğu, poliklinik kontrolü masraflarının 24 milyon dolar, antiviral ilaç masraflarının aynı yıl için 530 milyon dolar olduğu hesaplanmıştır. Kronik hepatit C’nin direk maliyet 1998 yılı için 693 milyon dolar, indirekt maliyet 51 milyon dolar, toplam maliyet 744 milyon dolar olarak hesaplanmıştır (54).

Amerika’da Alkolizm ve İlaç Bağımlılığı Konseyine göre 18 yaş ve üstünde 14 milyon kişinin alkol tükettiği veya alkol bağımlısı olduğu tahmin edilmektedir. Her yıl 100 binden fazla kişi alkolizm ya da fazla alkol kullanımına bağlı nedenlerden ölmektedir. Siroz sonucu alkol tüketimi nedeniyle ölüm %40 iken, bu oran tüm karaciğer hastalıkları içersinde %28’dir. Avustralya’da kanser, kalp ve akıl hastalıklarından sonra direkt ya da indirekt yollardan 4.sırada ölüm nedeni olarak yer almaktadır. Türkiye’de alkol kullanımı nedeniyle ölen birey sayısı Sağlık Bakanlığının 2000 verilerine göre 34 olduğu bildirilmesine karşın bu sayının gerçeği yansıtmadığı düşünülmektedir. Alkol tüketiminin sadece kullanan kişi üzerinde değil çevresini de etkilemesinden dolayı toplumsal bir sorundur. Alkol tüketimine bağlı toplam maliyet 815 milyon dolar olarak hesap edilmekle birlikte maliyet nedenleri arasında sırasıyla iş kaybı, motorlu araç kazaları, sosyal yardım ve kriminal suçlar yer almaktadır (22,35).

Primer sklerozan kolanjit ve Primer biliyer siroz toplumlarda daha seyrek görülmekle birlikte prognozu mutlaka siroza ilerlemekte, hasta kısa sürede karaciğer sirozunun komplikasyonları nedeni ile kaybedilmektedir ve karaciğer nakli bu hastalar için mutlak endikasyon oluşturmaktadır. Batılı toplumlarda Primer sklerozan kolanjit (PSK) prevalansının 6-8/100,000 olduğu tahmin edilmektedir. Amerika Birleşik

Devletleri'nde tahmin edilen prevalans 6.3/100,000'dir. Gerçek popülasyon taraması sadece Norveç'te yapılmıştır ve PSK insidansı 1.3/100,000 olarak bulunmuştur. Primer biliyer sirozun prevalansı 40-150/1 milyondur (34,47,65).

Kronik karaciğer hastalıklarının tedavisinde primer amaç hastalığın karaciğer yetmezliğine ilerleyişini yavaşlatmaktır. Kronik karaciğer hastalığı semptomsuz olabileceği kadar dekompanze dönemde günlük yaşam aktivitelerini bağımsız karşılamayacak düzeyde de olabilir. Kronik karaciğer hastalıkları bireyi çok yönlü etkilemektedir. Yapılan çalışmalar bireylerin yaşam kalitelerinin negatif yönde etkilendiğini göstermektedir. Birey hastalığı ile mücadele etmenin yanında hastalığın yol açtığı psikolojik, ekonomik ve sosyal sorunlarla da başa çıkmak zorundadır (13,23,25,40,42,84,87,88,92).

Avrupa Konseyi-Strasburg toplantısında (1993) hemşirelik, "Bireylere, ailelere ve toplumlara yaşadıkları ve çalıştıkları ortamın zor koşulları içerisinde, ruhsal ve sosyal potansiyelleri değerlendirmeleri konusunda yardımcı olmaktadır. Bunun için hemşireler sağlığın geliştirilmesi ve korunması yanı sıra, hastalıkların önlenmesini sağlayacak işlevler geliştirmeli ve uygulamalıdır" biçiminde tanımlamıştır (14,15,75).

Bakım rolünün yanında danışmanlık, eğitim rolü de olan hemşirelik bilimi hastanın gereksinimlerini belirlemede büyük sorumluluklar taşımaktadır. Hemşirenin kronik karaciğer hastasının çeşitli yönlerde gereksinimlerini karşılayacağı konu başlıkları şunlardır(3,14,15,17,56,57,63,67);

- √ Yaşam biçimi değişikliklerine uyum
- √ Semptom kontrolüne uyum
- √ Hastalığı, tanı ve tedavi konularında bilgi
- √ Uzun ve ağırlı işlemlere katlanma

- √ Yaşam planındaki ve günlük rutinlerdeki değişiklikler
- √ Hastalık süresince fiziksel görünüş ve fonksiyonel değişikliklerine uyum
- √ Ekonomik değişiklikler
- √ Aktivite ve uyku
- √ Geleceğe yönelik planları, öncelikleri ve iş takvimini yeniden yapılandırma süreci
- √ Hastalığının kriz dönemlerine ve komplikasyonlarına uyum
- √ Bireysel değerler ve aile fonksiyonlarının devamı
- √ Yetersizlikleri önleme, uyum yapma ve kontrol altına alma
- √ Destek için iletişim ağı ve kaynaklarını sağlama
- √ Rahat ve onurlu biçimde ölme konularını dikkate alma

Hastanın yaşam kalitesini arttırmaya yönelik yapılacak holistik değerlendirmede, kronik karaciğer hastalığının etkilerinin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Genel yaşam ölçeklerinin hastalığa özgü etkileri içermemesi nedeni ile hemşirenin gereksinimleri tam olarak belirlemesi mümkün olmamaktadır. Kronik karaciğer hastaları ile yapılan çalışmalar karaciğer hastalığının şiddeti arttıkça fonksiyonlarda sınırlamalar ve semptomlarda ilerleme olacağını ve bu hasta grubunun yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu göstermiştir. Karaciğer sirozunun komplikasyonları (hepatik ensefalopati, asit, bakterial peritonitis, varis kanamaları) ek olarak hastanın iyilik hali üzerinde etkili olan faktörlerdir. Hastalığa özgü olan ölçekler ise hastada meydana gelen küçük değişiklikleri belirleme yönünden daha hassastırlar(3,14,15,17,56,57,63,67).

## **1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI**

Bu araştırma, “Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0” isimli ölçeğin, Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğinin sınanması, geçerli ve güvenli bir ölçeğin literatürümüze kazandırılması amacı ile yapılacaktır.

### **1.3.ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ**

**H<sub>1</sub>** : Kronik karaciğer hastalığı yaşam kalitesi ölçeği, Türk toplumunda kronik karaciğer hastalığı olan hastaların yaşam kalitelerini ölçmede geçerli bir araçtır.

**H<sub>2</sub>** : Kronik karaciğer hastalığı yaşam kalitesi ölçeği, Türk toplumunda kronik karaciğer hastalığı olan hastaların yaşam kalitelerini ölçmede güvenilir bir araçtır.

### **1.4.ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ**

21.yüzyıl, herkes için sağlık için daha iyi bir bakış açısı sunmaktadır. Bu, sadece daha uzun değil, daha kaliteli bir yaşamı, daha az sakatlık ve hastalığı ifade etmektedir. Yeni yüzyıl yaklaşırken, global nüfus, geçmişe oranla, daha sağlıklı bir bakış açısına sahip değildir(59).

Kronik karaciğer hastalığı bir çok farklı etiyolojiye sahip hastalıklardan oluşmakla birlikte hastalıkların ilerlemesi ve kronikleşmesi sonucunda siroz ve bazılarında hepatosellüler karsinoma gelişmesi ve mortalite görülmesi yüzünden ortak sonuçlara sahiptir. Amerika Birleşik Devletleri`nde karaciğer hastalığı veya komplikasyonlarından ölüm onikinci sırada yer almaktadır. Her yıl ABD`de 300000`den fazla kişi yeni kronik karaciğer hastalığı tanısı almakta ve karaciğer nakli gibi bir tedavi şansına rağmen 25000 kişi kronik karaciğer hastalığı nedeni ile hayatını kaybetmektedir(50,51,55,60).

Kronik karaciğer hastalığında belirti ve bulgular; asit, sarılık, beslenmede yetersizlik, yorgunluk, aktivite intoleransı, kaşıntı, ağrı, uykusuzluk, anksiyete, ümitsizlik, iş gücü kaybı, depresyon, hastanın yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir. Kişi semptomların şiddeti arttıkça günlük yaşam aktivitelerini kendi başına yerine getiremeyecek duruma gelmekte ve aile bireylerine veya profesyonel

bakıma muhtaç olmaktadır. Üstelik hastalığın siroz döneminde karşılaşılan portal hipertansiyon, özefagus varis kanaması, hepatik ensefalopati gibi komplikasyonlar yaşam kalitesini oldukça düşürmekte ve hastaneye yatma ile birlikte ekonomik, sosyal boyutlar da yaşam kalitesini azaltan faktörler olarak eklenmektedir (13,18,20,27,40,42,44,52,69,84,88).

Kronik hastalığı olan bireyler ve onların aileleri ciddi boyutta kişisel öz saygının kaybı, statü kaybı, bağımsızlığın kaybı, reddedilme duygusu, çaresizlik gibi psikososyal ve fiziksel sorunların yanında ekonomik kayıplarda yaşarlar ve bu durumdan hasta ve ailenin yanı sıra toplum da etkilenir. Bu yönüyle hasta, ailesi ve toplum için, hastalığın ekonomik yönü büyük önem taşır. Kronik hastalıklarda bireyler yaptıkları direkt harcamaların yanında indirekt harcamalarla da karşılaşmaktadırlar. Kronik karaciğer hastaları deneyimledikleri semptomlar nedeni ile ciddi direkt ve indirekt harcamalara maruz kalmaktadırlar. Tablo1`de kronik hastalıklarda yer alan direkt ve indirekt harcamalar gösterilmektedir. Ayrıca kişinin sosyal güvence kapsamı yeterli değilse hastaneye yatma ve tıbbi tedavi ve bakım almak için büyük bedellerin ödenmesi gerekmektedir. Özellikle hastalığın son tedavi basamağı olan karaciğer naklinin maliyeti bu hastalar üzerinde büyük bir ekonomik yük oluşturmaktadır. Amerikan Gastroentoloji Derneği'nin verilerine göre(1998) kronik karaciğer hastalığına, karaciğer kanserine, kronik hepatit C'ye, safra yolu problemlerine bağlı toplam direkt maliyet 9.135 milyar dolar, indirekt harcamalar 645 milyon dolar olarak hesaplanmıştır(22,69,89).

**Tablo 1. Kronik Hastalıklarda Direkt ve İndirekt Maliyetler**

<b>Direkt Harcamalar</b>	<b>İndirekt Harcamalar</b>
Acil tıbbi hizmetler Hastane bakımı Uzun süreli bakım Testler, cihaz ve aletler İlaçlar	Yaşamdan yılların kaybı Çalışma gücünün kaybı Yaşamdan memnuniyetsizlik Fiziksel aktivite kaybı Ölüme neden olma

### **1.5.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Araştırmaya, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı Hepatoloji polikliniğine kontrole gelen;

- Okuma-yazması olan
- Araştırmaya gönüllü
- 18 yaş ve üstü
- Bilişsel fonksiyonları yerinde olan hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.
- Kronik karaciğer hastalığından başka sadece bir kronik hastalığı olan (Ek kronik hastalıkların yaşam kalitesini daha fazla etkileyeceği ve yaşam kalitesini azaltacağı düşünülerek sadece ek bir kronik hastalığı olan hastaların araştırma kapsamına alınmıştır).
- Araştırmanın yürütüldüğü Hepatoloji polikliniğinde kontrole gelen hastalar Child Pugh sınıflamasına göre Child A veya B sınıfında yer alan hastalardır. Child C'li hasta grubunun genellikle hastanede takip edilmesi nedeniyle örneklem grubu içerisinde Child C grubuna dahil hasta yer almamıştır.

## 1.6.TANIMLAR

**Yaşam kalitesi:** Dinamik bir nitelik taşıyan yaşam kalitesi kavramının sürekli gelişme içerisinde olması ve çok yönlü özellik taşıması tanımlanmasını güçleştirmektedir. Genel anlamda “bireysel iyi oluş”un ifadesi anlamına gelen yaşam kalitesi sosyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel etmenlerle belirlenmektedir(3,7,8,9,37,39,66,67,79).

**Kronik hastalık:** Hastanın fonksiyonlarını yerine getirmede, kapasitesini tehdit eden, gözlenebilen, hissedilebilen değişikliklere neden olan uzun süreli, kendiliğinden geçmeyen ve genellikle tam tedavi edilemeyen hastalıklardır(35,36).

**Geçerlik(Validity):** Bir ölçeğin istenilen özelliği ölçme ve bu işi diğer özelliklerinin etkilerine kapalı kalarak yani onların etkilerini ölçümlere yansıtmadan yapma derecesidir(4,33,61,78).

**Güvenirlilik(Reliability):** Bir ölçüm aracının hatalardan arınmış olarak ölçme yapabilme yeteneğidir(4,33,61,78).

## **1.7.GENEL BİLGİLER**

### **1.7.1.KARACİĞERİN FONKSİYONLARI**

#### **Tablo 2. Karaciğerin Metabolik Fonksiyonları**

Tablo 2'de karaciğerin metabolik fonksiyonları görülmektedir. Karaciğer birçok metabolik fonksiyonu düzenlemede oldukça önemli bir organdır. Karaciğerin bilinen yaklaşık 500 metabolik fonksiyonu vardır. Bu metabolik fonksiyonlar karaciğer hücreleri hepatositlerde gerçekleşir (11,21,30,41,45,64,68,83).

Karbonhidrat Metabolizması	<input type="checkbox"/> Glikojen depolama <input type="checkbox"/> Galaktoz ve fruktozu glikoza çevirme <input type="checkbox"/> Glikoneojenezis <input type="checkbox"/> Karbonhidrat metabolizmasının ara ürünlerinden birçok önemli ara ürünlerin oluşması
Yağ Metabolizması	<input type="checkbox"/> Yağ asitlerinin büyük bir hızla beta oksidasyonu ve asetoasetik asit oluşumu <input type="checkbox"/> Lipo-proteinlerin çoğunun yapımı <input type="checkbox"/> Büyük miktarda kolesterol ve fosfolipid sentezi <input type="checkbox"/> Büyük miktarda karbonhidrat ve proteinin yağa çevrilmesi
Protein Metabolizması	<input type="checkbox"/> Aminoasitlerin deaminasyonu <input type="checkbox"/> Üre oluşumu ile amonyağın vücuttan uzaklaştırılması <input type="checkbox"/> Plazma proteinlerinin oluşumu <input type="checkbox"/> Vücuttaki metabolik olaylar için önemli aminoasitlerin ve öteki maddelerin birbirine dönüştürülmesi
Vitaminlerin Depo Edilmesi	<input type="checkbox"/> En fazla A vitamini depo edilir. Eksikliğinde 10 ay kadar karşılanabilir. <input type="checkbox"/> D,E,K ve B12 vitaminlerinin depo edilmesi <input type="checkbox"/> B1 , B2 , riboflavin, niyasin ve pantotenik asit ihtiva eder
Demir ve Bakır Depolanması	<input type="checkbox"/> Demirin Ferritin şeklinde depo edilmesi <input type="checkbox"/> Bakırın depolanması
İlaçların, Hormonların ve Öteki Maddelerin Atılması	<input type="checkbox"/> Hormonlar (tiroksin, östrojen, kortizol, aldesteron, tüm stroid hormonlar), <input type="checkbox"/> Çeşitli ilaç ve toksinlerin parçalanması (sulfonamid, penisilin, ampisilin, eritromisin), inaktive edilmesi ve safra ile atılması
Kan Depolama ve Filtrasyon	<input type="checkbox"/> Toplam kanın 1/3' ünü bulundurur <input type="checkbox"/> Kupffer hücrelerinin fagositoz yeteneği
Isı Regülasyonu	<input type="checkbox"/> Isı reseptörleri uyarılınca, karaciğerde kimyasal reaksiyonların hızlanması ya da yavaşlaması
Safra Yapımı	<input type="checkbox"/> Yağların emülsiyonu <input type="checkbox"/> Safra tuzlarının yağ asitleri ike birleşerek asitlerin suda erir duruma getirilmesi <input type="checkbox"/> Safra tuzlarının ince barsakta lipazı aktive etmesi
Kan Pıhtılaşması	<input type="checkbox"/> Protrombin, fibrinojen, V., VII., IX., ve X. faktörlerin yapımı. VII, IX. ve X. faktörlerin yapımında K vitamini gerekmektedir. <input type="checkbox"/> Antikoagülan olan heparin Karaciğer ayrıca dalak, böbrek ve barsak mukozasıyla bazofil lökositlerde bulunur
Hematopoetik Fonksiyon	<input type="checkbox"/> İntrauterin hayatta 3. aydan- 5. aya kadar eritrosit yapımı(ayrıca dalak, timus ta dahil). Büyük kan kayıplarında bu fonksiyon yine aktive olur <input type="checkbox"/> Eritrosit yıkım yerlerinden biri; RES organları: dalak, karaciğer, kemik iliği, lenf bezleri

### 1.7.2.KARACİĞER SİROZU

Karaciğer sirozu başta viral hepatit ve alkol olmak üzere çeşitli etmenlerin yol açtığı parankim hasarı, fibroz ve nodül oluşumu ile birlikte, lobüler ve vasküler yapının bozulmasıyla karakterize, dönüşümlü diffüz bir kronik karaciğer hastalığıdır. Siroz

sözcüğü "scirrhus" kelimesinden türemiş, İngilizce literatüre "cirrhosis" olarak dilimize ise siroz olarak geçmiştir. Scirrhus, eski Yunanca'da turuncu rengin karşılığıdır. Bu sözcüğü ilk olarak kullanan Laennec, sirozlu bir hastanın otopsi bulgularını tanımlarken "karaciğer normal boyutunun 1/3 ü kadar küçülmüş, portakal rengi bir görünüm almış, yüzeyi birbirinden ayırt edilebilen irili ufaklı nodüllerle kaplanmış ve sertleşmişti" diyerek hastalığın makroskopik görünümünü tanımlamış ve karaciğerin renginden esinlenerek bu hastalığı siroz olarak isimlendirmiştir (32,51,55,62,73,91).

Karaciğer sirozu, 1998 ve 2004 yılı CDC verilerine göre 10. sıradan 12. sıraya gerilemekle birlikte dünyanın pekçok bölgesinde ve ülkemizde hala önemli ölüm nedenlerinden birisi olarak ciddiyetini korumaktadır. Kronik karaciğer hastalığının sebebi Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'da çoğunlukla alkol tüketiminin fazla olması iken dünyanın diğer birçok bölgesinde ise önemli bir toplum sağlığı problemi olan viral hepatitlerdir. HBV ve HCV'ye bağlı olarak gelişen kronik karaciğer hastalığı nedeni ile ülkemizde de karaciğer sirozu önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir (32,48,51,55,60,62,73,91).

Karaciğer sirozu morfolojik özelliklerine, fonksiyonel durumuna, klinik evresine ve etiolojisine göre sınıflandırılabilir (Tablo.3). Günümüzde klinik uygulamalarda etiolojik ve klinik evreye göre sınıflama daha çok kullanılmaktadır. Etiyoloji ne olursa olsun eninde sonunda ortaya çıkacak morfolojik tablo aynıdır. Etiyolojik faktörlerden karaciğer sirozuna yöneldiğimizde farklı olan diğer bir nokta da altta yatan kronik karaciğer hastalığının ne oranda siroza ilerlediği ve siroz gelişim sürecinin ne kadar zamanda oluştuğudur (32,51,55,62,73,91).

**Tablo 3. Sirozun Sınıflaması**

Morfolojik	Fonksiyonel	Klinik evre	Etyolojik
Makronodüler Mikronodüler Karışık (miks)	Aktif İnaktif	Kompanze Dekompanze	Viral (B,C,D) Otoimmün Biliyer Metabolik İlaç ve toksinler Vasküler nedenler Kriptojenik

### 1.7.2.1.Karaciğer Sirozunun Etiyolojisi

Karaciğer sirozunun nedenlerine bakıldığında uzun bir liste ile karşılaşmaktadır Gerçekte bunların bazıları son derece nadir karşılaşılan hastalıklar olup siroz olgularının büyük bir kısmı birkaç ana neden içerisinde Tablo 4’te görülmektedir (5,24,28,47,51,55).

Tablo 4. Karaciğer Sirozunun Nedenleri

- \* *Kronik viral hepatitler (B, C, Delta)*
- \* *Alkol*
- \* *Otoimmün hastalıklar*
- \* *İlaç ve toksinler*
- \* *Otoimmün hepatitler*
- \* *Biliyer sistem hastalıkları*
  - Primer biliyer siroz (PBC)
  - Ekstra hepatik biliyer obstrüksiyon
  - Sklerozan kolanjit
  - Venookluziv hastalık
  - Budd-Chiari sendromu
  - Sarkoidoz
  - Sifilis
- \* *Metabolik hastalıklar*
  - Wilson hastalığı
  - Glikojen depo hastalıklar
  - Hemokromatozis
  - Kalp yetersizliği
  - Mycotoxinler
  - Schistosomiazis
  - Kriptojenik siroz

Klinik pratikte karşılaşılan siroz nedenleri ülkelere göre farklılıklar gösterebilmektedir. Batı toplumlarında en çok Hepatit C ve alkolik siroz görülürken

ülkemizde en çok Hepatit B görülmektedir. Ülkemiz için yapılmış çalışmalarda karaciğer sirozu nedenlerinin sıklığı Tablo 5`te oranlarıyla gösterilmiştir(73).

**Tablo 5. Türkiye İçin Karaciğer Sirozunun Nedenleri**

Viral hepatit (B,C,Delta)	% 60
Alkol	% 11
Alkol+Viral hepatit	% 4
Diğer nedenler	% 9
Kriptojenik	% 16

\* Viral hepatitlerde sıklık oranı HBV > HCV > HDV şeklindedir.

### **1.7.2.2. Karaciğer Sirozunun Patofizyolojisi**

Hastalığın başlangıcında etyolojik nedene bağlı olarak gelişen bir hepatosellüler hasar ve buna eşlik eden iltihabi infiltrasyon söz konusudur. Uzun süre devam eden iltihabi infiltrasyon karaciğerde aşırı bağ dokusu birikimi olarak ifade edebileceğimiz fibroze neden olmakta, gelişen fibrozis karaciğerin normal yapısı ile mikrovasküler ilişkilerini bozmakta ve devam eden bu süreç neticesinde karaciğer sirozu gelişmektedir. Karaciğer sirozunun temel morfolojik görünümünü oluşturan fibrozis, ekstrasellüler matriksin yapımı (fibrogenesis) ile yıkımı (fibrolizis) arasındaki dengenin bozulmuş olmasının bir neticesidir. Sirozun karakteristik bulgusu, artmış olan bağ doku sonucu karaciğer makroskopik görünüşü, histolojik yapısı ve dolaşımın bozulmasıdır. Neticede normal parankimal yapı fibröz septumlarla çevrili nodüler yapıya dönüşür ve hepatosit dizileri bu nodüller içinde adacıklar şeklinde kalır. Siroz yaygın bir karaciğer hastalığı olmakla birlikte lezyonlar simetrik ve homojen değildir. Erken dönemde yağlama, iltihabi eksüda ve ödem nedeni ile karaciğer büyüyebilir ve ağırlığı artabilir. Geç dönemde ise akut inflamatuvar reaksiyonun kaybolması ve fibröz dokunun artıp, karaciğerin büzülmesi ile karaciğer hem ağırlık hem de boyut olarak küçülür. Ara

safhalarda ise daha çok sağ lop küçülürken sol ve kaudat lop büyük kalabilir ve yüzeyi nodüler nedeni ile düzensiz bir şekil alır(32,51,55,62,73,91).

### **1.7.2.3.Karaciğer Sirozunun Klinik Özellikleri**

Karaciğer sirozunun semptomları, kompanse ve dekompanse hastalarda farklılık gösterebilir. Hastaların yaklaşık yarısı asit ve sarılık ortaya çıktıktan sonra (dekompanse evre) hekime müracaat eder, geri kalan hastalarda ise non-spesifik yakınmalar ile veya tesadüfen yapılan rutin muayeneler esnasında tanı konur. Karaciğer sirozunun semptom ve işaretleri etiyojolojiye özgü olanlar dışında hepatosellüler yetersizliğe ya da birlikte portal hipertansiyona bağlıdır. Bunların yanı sıra kişi tamamen asemptomatik olabilir, sadece nonspesifik yakınmaları yahut siroza özgü yakınma ve bulguların olduğu dönemde olabilir. Hastalığın erken tanınabilmesi hastanın sosyoekonomik ve kültürel yapısı ile yakından ilişkilidir. Olguların %15-30'unda karaciğer sirozu ancak otopside saptanmaktadır. Siroz klinik yönden değerlendirildiğinde kompanze ve dekompanze siroz şeklinde incelenebilir (5,32,47,51,55,62,73,91).

***Kompanze siroz:*** Kompanze siroz olgularında tanı rutin muayene veya laboratuvar incelemeleri ya da başka nedenlerle yapılan laparotomi esnasında konulabilir. Biyokimyasal incelemeler tamamen normal olabileceği gibi GGT ve transaminaz(SGOT, SGPT) düzeylerinde hafif yükselmeler saptanabilir. Hastaların bir kısmı başka bir nedenden ölene kadar kompanze kalabilirler. Diğer kısmı ise aylar ya da yıllar süren periyot içinde Dekompanze döneme girerler.

***Dekompanze siroz:*** Dekompanze sirozlu hastalar asit ve/veya sarılık nedeniyle hekime başvururlar. Halsizlik, yorgunluk, adeste erimesi ve kilo kaybı bulunabilir.

Sürekli hafif ateş, gram negatif bakteriyemi, devam eden hepatik hücre nekrozu veya gelişen hepatosellüler karsinom nedeniyle olabilir. Sarılık, hepatik hücre yıkımının rejenerasyondan fazla olduğuna işaret eder. Sarılık ne kadar derinse hepatik yetersizlik o kadar fazladır. Spontan çürükler ve burun kanaması, protrombin zamanının uzadığını gösterir. Hasta hipotansiftir. Vücut kıllarında azalma, vasküler spider, palmar eritem, beyaz tırnak ve gonad atrofisi siktir. Etyolojiye özgü bulgular dışında karaciğer sirozunun kliniği başlıca iki olaya; hepatosellüler yetersizlik ve portal hipertansiyona bağlıdır.

#### **1.7.2.4.Karaciğer Sirozunda Belirti ve Bulgular**

Karaciğer sirozu ilerledikçe hastanın yaşam kalitesini ciddi anlamda etkileyen ve bakıma bağımlı hale getiren belirti ve bulgulara sahiptir (32,51,55,62,70,73,91).

##### **- Belirtiler**

Karaciğerin metabolik fonksiyonlarını yerine getirememesi sonucu vücutta birçok belirti ve bulgu ortaya çıkar. Halsizlik, yorgunluk, hafif ve sebebi belli olmayan ateş, iştahsızlık, bulantı, spontan burun veya diş eti kanaması, ciltte ekimozlar, kas krampları, kaşıntı, dispne, libido azalması, empotans (erkeklerde), kıllarda azalma ve dağılımında bozukluk, memelerde büyüme (erkek), menstruasyon değişiklikleri (kadın) ve ödem görülebilir. Hastalarda gelişen portal hipertansiyona bağlı olarak gastrointestinal kanamalar siktir. Bu kanamalar başta özefagus varisi olmak üzere, duodenal ve gastrik ülser, vasküler ektazi, portal hipertansif gastropati ve hemobilya'ya bağlı olabilir (32,51,55,62,70,73,91).

**Yorgunluk, halsizlik, güçsüzlük:** Siroz hastalarında çok sık görülür ve hastaların yarısında dikkati çekecek derecededir . Ancak tanı değeri azdır çünkü pek çok diğer kronik hastalıkta da ortaya çıkar. Tanıdan aylar hatta yıllar öncesinden beri var olabilir. Genellikle hissedilen yorgunluk, halsizlik gün boyunca giderek artar (Depresyonda ise sabah hissedilen kötülük hali gün boyunca azalır). Halsizlik uzun sürelidir ve hastalığın ilerlemesi ile halsizliğin ve güçsüzlüğün şiddeti artar (1,2,5,32,51,55,62,73,91).

**İştahsızlık:** Sık görülen bir semptomdur. Özellikle sarılığı olan (ister hepastoselüler, isterse biliyer obstrüksiyon olsun) olgularda daha belirgindir. Hastalardaki tad ve koku bozukluklarıda iştahsızlığı artırır. İştahsızlık bazen kas ve adipoz dokuda azalma ve malnutrisyon bulguları ile birlikte ciddi derecede olabilir. Ancak vücutta sıvı birikimi (asit, ödem) varsa iştahsızlık ve kilo kaybı tam olarak değerlendirilemeyebilir (1,2,5,32,51,55,62,73,91).

**Bulantı ve kusma:** Birlikte olabilir ancak kusma olmadan bulantı daha sıktır. Daha çok biliyer ve alkolik sebebe bağlı siroz olgularında görülür. Kas krampları: Ağrılı, istemsiz adele kasılmaları vardır. Sıklıkla bacak ve ayaklarda istirahatte, gece oluşur ve asimetrik özelliktedir. Karaciğerdeki yetersizliğin şiddeti ve hastalığın süresi ile ilişkilidir. Efektif plazma hacminin azalması ile korelasyon gösterir (5,32,51,55,62,73,91).

**Kilo kaybı veya kilo artışı:** Kilo kaybı sıklıkla iştahsızlık ve gıda alımındaki azalmaya bağlıdır. Hastalığın ilerlemesi ile kas kitlesinde ve adipoz dokuda azalma olur ve hiperkatabolik durumların eklenmesi (Enfeksiyon gibi) ile daha belirgin hale gelir.

Sirozlu hastalarda kilo artışının en sık nedeni vücutta sıvı birikimidir. Ancak azda olsa obezite kilo artışının sebebi olabilir (1,2,5,32,51,55,62,73,91).

**Kaşıntı:** Kolestatik orjinli (Primer biliyer siroz, primer sklerozan kolanjit, biliyer obstrüksiyon) siroz olgularında sıktır. Kaşıntı intermittan ve hafif veya yaygın ve şiddetli olabilir. Özellikle ekstermitelerde belirgindir, yalnız gövdede, boyun ve yüzde nadirdir. Bazen genital bölgede de olabilir. Sıcak banyodan sonra ve gece cilt sıcak iken kaşıntı daha yoğundur. Kaşıntının plazma safra asit konsantrasyonundaki artış ile ilişkili olduğuna inanılmaktadır (5,32,47,50,62,65,73,91).

**Ateş:** Sebebi belli olmayan hafif bir ateş olabilir. Özellikle alkolik sirozda yaklaşık %40, postnekrotik sirozda ise %10 olguda sebepsiz ateş görülür. Ancak genellikle sekonder bakteriyel bir enfeksiyon (SBP vb) söz konusudur (5,32,51,55,62,73,91).

**Dispne ve takipne:** Özellikle pulmoner tutulumun olduğu alfa-1 antitripsin eksikliği ve kistik fibrozise bağlı siroz olgularında sarılık ve birlikte dispne görülür. Bunun dışında asitle birlikte plevral sıvı varsa dispne olabilir (5,32,51,55,62,73,91).

**İmpotans ve seksüel disfonksiyon:** Erkek alkolik sirozlu olguların yaklaşık %70'inde non-alkolik sirozlu olguların da %25'inde impotans vardır. Feminizasyon ve hipogonadizm karaciğer yetersizliğinin derecesi ile korelasyon gösterir. Seksüel fonksiyonlar halsizlik ve depresyondan da etkilenir. Alkolik olgularda impotans non-alkolik sirozlulara göre daha uzun zamandan beri ve daha şiddetli özelliktedir. Kadınlarda ise seksüel davranışlar çok değişkendir. Kadın hastalarda koitus ve cinsel istekte azalma, organzm yokluğu ve disparanü vardır (5,32,51,55,62,73,91).

- **Fizik bulgular:** En sık rastlanılanları şunlardır; Dudak çevresinde çatlak, dilde atrofi, solukluk, ikter, parotis büyüklüğü, temporal atrofi, ekstremitelerde adale atrofi, spider anjioma, palmar eritem, tenar ve hipotenar atrofi, beyaz tırnak, dupuytren kontraktürü, çomak parmak, testislerde küçülme, erkeklerde jinekomasti (memelerde büyüme), siyanoz, ödem, asit, pigmentasyon, splenomegali ve hipotansiyondur (5,32,51,55,62,73,91).

**Spider anjioma:** En sık olarak Vena cava superior'un dağılım bölgesinde (yüz, kollar, eller, parmaklar ve toraks) görülür. Karnın üst bölümünde görülmesi nadirdir. Santral bir arteriolden çevreye dağılan çok sayıda küçük damar bir örümceğin bacaklarına benzer görüntü oluşturur. Büyüklükleri 1mm ile 10mm arasındadır, büyük olanlarda pulsasyon görülebilir. Arteriolün ortasına basmakla kaybolurlar. Hepatik fonksiyonların düzelmesi ile küçülür hatta kaybolabilirler. Hepatoselüler yetmezliğe bağlı olarak oluşan hormonal değişikliklerden östrojen metabolizmasındaki değişiklikler nedeniyle meydana gelmektedir (5,32,51,55,62,73,91).

**Palmar eritem:** Avuç içinde tenar ve hipotenar kenarlarda, parmak pulpasında ve parmağın dorsal bölgesine kadar çepeçevre kızarıklık vardır. Avuç içinin ortası genellikle normaldir. Ayak tabanında da benzer kızarıklıklar olabilir. Spider anjioma ile birlikte olabilir. Palmar eriteminde östrojen metabolizmasındaki bozukluklara bağlı olduğuna inanılmaktadır (5,32,51,55,62,73,91).

**Beyaz tırnak:** Tırnak yatağındaki normal pembe renk kaybolmuş ve yerini beyaz opasiteye bırakmıştır. Tırnak uçunda küçük pembe bir hat kalmıştır. Tırnak lunulası da kaybolabilir (5,32,51,55,62,73,91).

**Çomak parmak:** Sık görülür. Genellikle hafif derecede çomaklaşma vardır. Hipertrofik osteoartrit ile ilişkilidir ve oksijen desatürasyonuna bağlıdır. Özellikle PBS'da, pulmoner hipertansiyonu olan ve hipoksik olgularda daha belirgindir (5,32,47,51,55,62,73,91).

**Dupuytren kontraktürü:** Palmar fasyada kalınlaşma ve kısalma vardır, bu parmaklarda fleksiyon deformitesine yol açar. Sirozda ortaya çıkan hepatoselüler yetersizliğe değil, daha çok alkolizme bağlıdır. Alkolik sirozlu olgularda yaklaşık %33 oranında görülür (5,32,51,55,62,73,91).

**Parotis büyümesi:** Özellikle alkolik siroz olgularında görülür. Sıklıkla gözden kaçır ancak belirgin olgularda karakteristik bir yüz görünümü vardır. Parotislerde ağrı ve hassasiyet yoktur (5,32,51,55,62,73,91).

**Pigmentasyon ve vitiligo:** PBS ve diğer kolestatik orjinli sirozlarda, hemokromatozis ve porfiriya kutenea tarda olgularında melanin pigmentinde diffüz artış olabilir. Pigmentasyonun aksine PBS olgularında vitiligo da görülebilir. Hatta vitiligo diffüz pigmentasyondan daha siktir (5,32,47,51,55,62,73,91).

**Jinekomasti:** Areola altındaki glandüler dokuda büyüme ve areola da genişleme ve pigmentasyon vardır. Ayrıca hassasiyet de olabilir (5,32,51,55,62,73,91).

**Testiküler atrofi:** Vücut kıllarında azalma ve diğer feminizasyon bulguları ile birlikte dir. Özellikle alkolik siroz ve hemokromatozis olgularında daha belirgindir (5,32,51,55,62,73,91).

**Kanama ve morarma:** Karaciğer fonksiyonlarındaki bozulmanın derecesine bağlı olarak spontan dişeti, burun kanaması ve vücut ve ekstermitelerde ciltte morarmalar olabilir (5,32,51,55,62,73,91).

#### **1.7.2.5.Karaciğer Sirozunda Tanı**

Hastanın hikayesi ve fizik muayene bulguları tanı ve ayırıcı tanı için çok değerli ip uçları verir. Bu nedenle olası sebepleri saptama, hastalığın başlama zamanını ve seyrini, komplikasyonları öğrenmek için hastanın çok iyi sorgulanması ve sistemik olarak muayene edilmesi gereklidir. Hastalarda zaman zaman ortaya çıkan gizli veya aşikar kanamalara bağlı olarak anemi görülür. Bunun yanında portal hipertansiyon neticesi oluşan splenomegali ve hipersplenizm nedeni ile lökopeni, trombositopeni oluşabilir. FVIII dışında tüm pıhtılaşma faktörleri karaciğerde sentez edilirler. Hepatoselüler yetmezlik nedeni ile sentezleri azalan bu proteinler laboratuvar olarak basitçe protrombin zamanının da (PT) uzama ve protrombin aktivitesinde azalma ile saptanırlar. Bu iki basit test karaciğerin sentez fonksiyonlarını gösteren çok değerli parametrelerdir. Hastalığın evresine ve etiolojisine ve sirozun aktif olup olmamasına göre biyokimyasal parametreler değişiklikler gösterir. Bilirubin, ALT, AST, ALP, GGT normal veya yükselmiş olabilir. Karaciğerin sentez fonksiyonlarını gösteren diğer bir parametre olan Albümin azalmıştır ve karaciğer dışı RES'de yapılan gama globulinler artmıştır. Ve normalde yaklaşık 1 olan albumin/globulin oranı ters döner. Protein elektroforezinde de albumin düşük ve gama globulin yüksek bulunur. Hastada gelişen komplikasyonlara bağlı olarak diğer bazı biyokimyasal parametrelerde de değişiklikler olabilir. Viral hepatit işaretleyicileri, serum bakır, seroluplazmin, ferritin, otoantikörler gibi spesifik etiolojiye yönelik olarak çeşitli serolojik ve immünolojik araştırmalar ayrıca yapılabilir.

İdrar muayenesinde Ürobilinojen miktarının arttığı saptanır. Bazı özel durumlarda ve karaciğer nakli öncesi karaciğer rezervini gösteren testler; Galaktoz eliminasyon testi, Aminoprin solunum testi yapılmasına gerek olabilir (5,11,21,24,31,41,45,50,62)

#### **- Görüntüleme yöntemleri**

**Ultrasonografi;** her yerde uygulanabilen ucuz ve non-invazif olması nedeni ile ilk seçenek olarak tercih edilir ve son derece tanımlayıcı bilgiler verir. Sonografik olarak karaciğerin kontürlerinde düzensizlik, sağ, sol lop oranında sol lop lehine bozulma, sol lop açısında küntleşme, kaudat lop hipertrofisi, parankim ekosunda kabalaşma ve heterogenite, portal venöz damar sisteminde genişleme, splenomegali ve asit görülür. Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme, USG de saptanamayan veya karakterize edilemeyen patoloji ve lezyonları değerlendirmek için tercih edilir (5,32,51,55,62,73,91).

**Histopatolojik tanı:** Karaciğer biyopside *en önemli* tanı metodudur. Perkütan yapılabileceği gibi transjuguler ve laparoskopi eşliğinde de yapılabilir. Özel durumlarda karaciğer biyopsi perkütan olarak sonografi ve tomografi rehberliğinde de yapılabilir. Alınan doku örnekleri histokimyasal yöntemle özel boyalar kullanılarak incelenir (5,32,51,55,62,73,91).

#### **1.7.2.6.Karaciğer Sirozunda Prognoz**

Prognoz; etioloji, klinik (hastalığın tanı konulduğu zamanki karaciğer hücre yetmezliği ve komplikasyonların varlığı), laboratuvar bulguları, histolojik lezyonun şiddeti ve tedavi olanaklarına bağlıdır. Genel olarak dekompanze sirozda (asit, sarılık,

hematemez olan), tanı konulduktan sonra 3 yıllık sağ kalım %15 ve 5 yıllık sağ kalım %7 ile %10 arasındadır. Kompanze sirozlu hastalarda dekompanzasyon oranı yılda yaklaşık %10 civarındadır. Hastalarda prognozu belirlemede kullanılan en önemli objektif parametre karaciğer yetmezliğinin derecesini gösteren Child-Pugh sınıflamasıdır. Child-Pugh evresi hastanın prognozu ile korelasyon gösterir ve klinik olarak çok sık kullanılır (Tablo6). Child-Pugh sınıflamasına göre siroz hastaları grup A, B ve C olmak üzere 3 evreye ayrılır. Her olgu için parametrelerin puanlarının toplanması ile elde edilen toplam puan 5-6 ise Child A, 7-9 ise Child B ve 10-15 arasında ise Child C olarak yorumlanır (2,5,32,51,55,62,73,91).

**Tablo 6. Modifiye "Child-Pugh" sınıflaması**

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

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

#### **1.7.2.7.Karaciğer Sirozunda Komplikasyonlar**

Hastalarda hastalık sürecinde çoğu hayatı tehdit eden, hızla ve hemen müdahale edilmez ise ölümlü sonuçlanabilecek komplikasyonlar görülür. Bunlar gelişen portal hipertansiyon bağlı olarak gastrointestinal kanamalar (özefagus, gastrik varis ve portal

gastropatiye bağlı kanamalar), asit ve spontan asit enfeksiyonları (spontan bakteriyel peritonit ve benzerleri), hepatik ensefalopati (hepatik koma), hepaselöler karsinoma, karaciğer yetmezliği, hepatorenal sendrom, pulmoner komplikasyonlar (hepatopulmoner sendrom, pulmoner hipertansiyon), enfeksiyonlar, hipersplenizm ve hematolojik bozukluklar, endokrin bozukluklar (Diabet, hipoglisemi, feminizasyon, hipogonadizm), kardiyak komplikasyonlar (Hiperkinetik dolaşım, arteryel hipotansiyon) ve gastrointestinal komplikasyonlardır (peptik ülser, safra taşları) (24,47,50,51,55,62,70,73,90,91).

#### **1.7.2.8.Karaciğer Sirozunda Tedavi**

Siroz tanısı almış kişilerde tedavide amaç; sirozun dekompanse safhaya ilerlemesine engel olmak veya bu geçiş süresini uzatmak, dekompanse ise karaciğer yetmezliği bulgularının ortadan kalkmasını sağlamak, fibrozisi azaltmak ve hepatosellöler karsinom gelişimini önlemek, karaciğer nakli öncesinde viral sebeblere bağlı dekompanse sirozlularda viral yükü azaltarak reenfeksiyonu önlemektir.

Yapılacak en akıllıca tedavi siroz oluşmadan önceki evrede tedaviye başlamak ve hastalığı kontrol altına almaya çalışmaktır. Karaciğer sirozunda tedavi büyük ölçüde semptomatik ve komplikasyonlara yöneliktir. 1980'li yılların başlarından itibaren son dönem karaciğer hastalığının tedavisinde ana yöntem karaciğer nakli olmuştur. Ancak karaciğer nakli halen ölkemizde çok kısıtlı sayıda hastaya uygulanabilen pahalı ve yatırımlar gerektiren bir tedavi yöntemidir. Ölkemizde sirotik hastaların çok büyük bir kısmında karaciğer nakil uygulanamamakta, bu olgulara konvansiyonel, semptomatik tedavi yöntemleri ile yaklaşılmaktadır. Bu hastalarda kompanse, semptomsuz dönemin

uzatılmasını sağlayacak, nakil ihtiyacını erteleyebilecek hasta ömrünü uzatabilecek tedavi yöntemleri önem kazanmaktadır (5,28,32,51,55,62,70,73,91).

**Tedavi prensipleri:** Günümüzde genel olarak karaciğer sirozunun irreversibl bir durum olduğuna inanılmaktadır. Spesifik tedavisi ile bu olgularda mevcut olan fibrozis yavaşlatılabilir ve hatta geriletebilir. Kompanse karaciğer sirozunun tedavisinde hepatosellüler yetersizliğin erken saptanması ve doğru zamanda karaciğer nakli kararının verilmesi hayati öneme sahiptir. Kompanse dönemde yeterli ve çeşitli gıdaları içeren bir dietin alınması ve alkol alımından kaçınılması gereklidir. Vücut ağırlığının kilogramı başına 1 g. protein almak yeterlidir. Ek olarak metionin veya değişik karaciğer koruyucu maddelerin verilmesine gerek yoktur. Tereyağı, diğer yağlar, yumurta, kahve, çukulatanın alınmasının herhangi bir yararı yoktur. Kompanze stabil sirotik hastanın dietine dallanmış zincirli aminoasitlerin eklenmesi gerekli değildir. Şiddetli malnütrisyonu olan hastalarda standart dietin dallanmış zincirli aminoasitler ile desteklenmesi, serum albuminini ve Child skorunu iyileştirebilir. Eğer ödem ve asit ile hepatosellüler yetmezlik bulguları ortaya çıkar ise tuz kısıtlaması ve diüretikler gerekir. Ensefalopatinin ortaya çıktığı zamanlarda protein alımının azaltılmasını gerektirir. Portal hipertansiyon ise spesifik tedavi yöntemleri ile tedavi edilir (5,32,51,55,62,70,73,91).

### 1.7.3.YAŞAM KALİTESİ

Bireyin toplumun bir parçası olarak yaşamını sürdürmesinde sağlık anahtar role sahip olan sağlık; bireyin çevresi ile bir bütün olarak, mevcut sorunları ile baş edebilir, sınırlılıkları içinde en üst düzeyde sağlıklı olması, üretkenliği ve yaşam kalitesi ile ele alınmaktadır (3).

Bireyin, doğduğu andan ölümüne kadar olan sürede, sağlık durumunun, kalite ve miktar olarak ölçümü; sağlık profesyonelleri, epidemiyolojistler,istatistikçiler, psikologlar, demografistler ve ekonomistler için önemli bir araştırma konusu olmuştur. Sağlık profesyonellerinin, sadece tıbbi bir takım parametrelere bakarak, kişiyi sağlıklı olarak değerlendirmeleri yetersizdir. Fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden de iyilik hali gereklidir. Bu nedenle 20. asrın sonlarına doğru sağlık profesyonelleri ve ekonomistler tarafından klinik ve laboratuvar değerlendirme parametrelerinin yanı sıra “yaşam yıllarına uyarlanan kalite” kavramının kullanılması tercih edilmeye başlanmıştır. Bu kavram, bireyin günlük hayatındaki; yaşamsal işlevlerini, kaliteli biçimde sürdürebilmesi özüne dayandırılan tıbbi ağırlıklı bir yaklaşımdır (3,10,29,39,46,58).

Ülkelerin gelişmişlik düzeyi 21.yüzyıla gelindiğinde ekonomik ve askeri güç ile değil "Yaşam Kalitesi" ile ifade edilmeye başlanmıştır (3).

Yaşam kalitesi; çok yönlü olması, sürekli gelişim ve değişim göstermesi, kişiden kişiye değişebilen, yaşamda nelerden zevk alındığını, ne olmak ve nasıl yaşamak istediğini ifade etmesi sosyal, psikolojik, ekonomik ve kültürel faktörlerden etkilenmesi nedeniyle tanımlanması zor bir kavramdır (3,9,10,12,29,39,46,57,66).

### 1.7.3.1.YAŞAM KALİTESİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

"Kaliteli yaşam"ın ne olduğu, yıllarca filozofların temel tartışma konusu olmuştur. Polonyalı filozof Tatarkiewicz, tarih boyunca mutluluk kavramına farklı bakış açılarını incelemiş ve mutluluk kavramının, günümüzden 2000 yıl önce yaygınlaşmaya başladığını görmüştür. İlk zamanlarda mutluluk, yalnızca başarı anlamında kullanılmış, daha sonraları antik ve orta çağda bu kavram, insanın mükemmel durumu ya da en yüksek seviyede erdem ve güzelliklere sahip olması olarak tanımlanmıştır. Modern çağda ise, doyum için mutluluğun yeterli olmadığı üzerinde durulmuştur. Tatarkiewicz, kavrama ilişkin daha önceki düşünceleri dışlamaksızın, mutluluğun, doyumun bir çeşidi olduğunu belirtmiştir. Onun mutluluk tanımı, günümüzde geçerli olan yaşam kalitesi kavramının tanımını da içerir (12,15).

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından "sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi" şeklinde tanımlanmıştır. Burada temel olarak sunulan "iyi bir sosyal çevre (bu daha çok ekonomik anlamdadır) bireysel kalite algılarının da iyi olması sonucunu doğurur" fikridir (8,9).

II. Dünya Savaşı sonrası, yönetimler bireylerin refahını restore etmeye yönelik politikalar uygulamaya başlamıştır (10,12,15,37,57,66,67).

1960'lı yıllarda ise ABD'de politik tartışmalardan kaynağını almış ve o yıllardan sonra da kullanımı yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu yıllarda ABD'de, yaşam kalitesinin düzeltilmesi hükümet için birinci hedef olarak kabul edilmiş ve öncelikle daha iyi bir yaşam kalitesi için, daha fazla esenlik sağlayacak materyaller olduğuna inanılan gelir/kazanç, eğitim, sağlık ve barınmayı içeren objektif yaşam durumlarının

iyileştirilmesi yönünde çalışmalar yapılmıştır (10,12,15,37,57,66,67).

Yaşam kalitesi yine 1960'lı yıllarda öncelikle ekonomi sonra da sosyolojinin alanına girmiştir. Ekonomi bilimlerinde, esenlik, yaşam düzeyi ve kalkınma kavramlarından hemen sonra ortaya çıkmıştır. Ekonomistler, esenlik kavramı üzerinde durmuşlar, ulusal üretim gibi göstergeleri, gelir ve satın alma gücünü kullanmışlardır. Ekonomistlerin yaklaşımı, yaşam kalitesinin, yaşam düzeyi kavramına çok yakın bir anlamda ele alındığını düşündürmektedir (10,12,15,37,57,66,67).

1960'lı yıllarda Cantril ve Free tarafından yönetilen, Uluslararası Sosyal Araştırma Enstitüsü adına, Uluslararası Araştırma Enstitüsü'nün 30 şubesiyle birlikte yürüttüğü, "insan gereksinimlerinin ve doyumunun bütüncül değerlendirilmesi" isimli çalışma ile, yaşam kalitesi kavramının sosyal ilimlere doğru yayılmıştır (66).

Sosyologlar ise, ekonomistlerin üzerinde durdukları ulusal üretim, gelir, satın alma gücü gibi göstergelerin, yaşam kalitesi kavramını değerlendirmede yeterli olmayacağını ve çalışma, barınma ve sosyal durumun da ele alınması gerektiğini savunmuşlardır. Sosyolojik ağırlıklı yaklaşımlarda, yaşam kalitesi kavramı yaşam biçimi kavramı ile benzerlik göstermektedir (10,12,15,37,57,66,67).

1970'li yıllarda, yaşam kalitesi konusunda psikolojik ağırlıklı çalışmalar hız göstermiş, yaşam kalitesi kavramı bilimsel kongre ve sempozyumların konuları içerisinde yer almaya başlamıştır. Psikologlar, sosyal durumun iyi olmasının, daha iyi subjektif esenlik ile mutlaka paralellik göstermeyeceğini, subjektif esenliğin objektif çalışma ve barınma durumlarının ötesinde, çalışma ve barınma durumlarından doyum bulup bulmama ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Psikolojik nitelikli çalışmalarda,

yaşam kalitesinin işlevsel değerlendirilmesi, genellikle bireyin yaşamı hakkında sahip olduğu doğrudan veya dolaylı algısı üzerine temellenmektedir (10,12,15,37,57,66,67).

Sosyal bilimlerde yaşam kalitesi kavramının yaygın kullanımı, tıp ve hemşirelik bilimlerini de etkilemiş ve nihayet çeşitli hastalık durumlarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, farklı klinik yaklaşımların etkinliğinin değerlendirilmesi ve hastaya uygun tedavi kararlarının verilmesi gibi çeşitli konularda araştırmaya yöneltmiştir (10,12,15,37,57,66,67).

Sağlık alanı çalışmalarıyla yaşam kalitesinin birleştirilmesi ve “sağlıkla ilgili yaşam kalitesi” kavramına aslında ilk kez Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası’nda (1948) yer alan sağlığın tanımı içinde rastlanmaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bireylerin yaşam fonksiyonlarını yerine getirmekteki yeteneklerini ve yaşamlarında algıladıkları fiziksel, sosyal ve mental alanı ifade etmektedir. Fiziksel alan, kişinin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşları ne kadar yerine getirebildiğini algılaması ile ilgilidir. Sosyal alan, kişinin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle ne derece ilişki kurabildiği ve kaynaştığını algılaması konularını kapsamaktadır. Mental alan içinde ise depresyon, anksiyete, korku, kırgınlık, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumlar yer almaktadır (3,10,17,49,69)

### **1.7.3.2.YAŞAM KALİTESİ KAVRAMININ TANIMI**

Yaşam kalitesinin önemi birçok yazıda vurgulanmakla birlikte tanımı konusunda farklı yorumlar mevcuttur. Yaşam kalitesi tanımının hayatın birçok boyutunu içermesi gerektiği konusunda fikir birliği olmakla birlikte, bu boyutların hangileri olması gerektiği halen tartışılan bir konudur. Aşağıda tarih içinde yapılan yaşam kalitesi

tanımları yer almaktadır (3,8,12,15,57,58,67,79).

En geniş tanımlamalardan biri **Patrick ve Erickson** tarafından yapılmıştır. Yazarlar ölüm ve yaşam süresi, yetersizlik, fonksiyonel durum (sosyal, psikolojik veya fiziksel), sağlık göstergesi ve sosyal-kültürel dezavantajları içeren bir temel kavram tanımlamışlardır.

**Hoernquist** ise yaşam kalitesini fiziksel, psikolojik, sosyal, aktivite, maddi ve yapısal alanda tatminiyet ihtiyacının derecesi olarak tanımlamıştır.

**Cella;** fiziksel, fonksiyonel, emosyonel ve sosyal faktörlerin kombinasyonundan oluşan bir iyilik hali üzerinde durmaktadır. Bu tanım sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı ile örtüşmektedir.

**Szalai`ne** göre yaşam kalitesi bireyin yaşamının iyi ve tatminkar özelliklerinin genel değerlendirmesidir.

**Mc Daniel ve Bach,** yaşam kalitesinin dört temel özelliğinden bahsetmektedirler.

- 1) dinamik özelliği (zaman içinde değişim gösterebilmesi)
- 2) çok boyutluluk
- 3) interaktif olması(bireyler ve çevre ile olan ilişkiden etkilenmesi)
- 4) bireyin beklentileri ve yaşamındaki olaylara uyum göstermesi “yaşam kalitesi= doğal ihtiyaçlar (hastanın ailesinin ve toplumun bu yöndeki çabaları)”.

**Campbell ve arkadaşları(1976),** yaşam kalitesini “üzerinde çok kişinin konuştuğu, ancak kimsenin bu konuda ne yapacağını tam olarak bilemediği” bir antite

olarak vurgulamakla birlikte, yaşam kalitesini çeşitli alanların güvenliği olarak ele almışlardır.

**Webster** kaliteyi "mükemmellik derecesi, mizaçta üstünlük" olarak tanımlar ve özellik, nitelik, karakter kelimelerinin kalite ile eş anlamlı olduğunu ifade eder.

**Maeland** yaşam kalitesini dört başlıkta ele alır:

- Mutluluk olarak; emosyonel durumları içeren bireysel deneyimlerin hissi bölümünün ifade edilmesi,
- Doyum olarak; akılsal ve entellektüel durumları içeren bireysel deneyimlerin algısal (bilişsel) bölümünün ifade edilmesi,
- Doyum gereksinimi olarak; bireyin iyi bir yaşam deneyimlemeden önce doyurulması gereken farklı gereksinimlerinin ifade edilmesi,
- Büyüme ve gelişmeyi destekleyen kendini gerçekleştirme.

**Tatarkiewicz**, mutluluğu hem hissi(affektif), hem de algısal (bilişsel) bölümleri içeren doyumun bir çeşidi olarak tanımlar. "Mutlu insan, en azından bu özelliklere yaklaşık olarak uygun olan insandır" diyen Tatarkiewicz'e göre;

- Mutluluğun tam olarak düşünülmesi için, onun yalnızca yüzeyde olanı değil, tüm algıyı kapsamaması gerekir,
- Doyum geçici değildir, bireylerin yaşamları, tepkileri, yargıları toplum kurallarına uygunsuz ve kendilerine ne zaman olursa olsun, yaşamlarından doyum bulup bulmadıkları sorulduğunda, yanıt olumlu oluyorsa yaşam boyu sürer,
- Doyum bulan kişi, yalnızca emosyonel olarak memnun (doyum bulmuş) değildir, aynı zamanda entellektüel unsurları gerektiren bu doyumunu geçerli kabul eder ve

kabullenir.

- Doyum bir bütündür, mutluluk için yaşamın tüm bölümlerinden doyum almak gerekir, bunun içinde emosyonel denge önemlidir.

**Endlund'a** göre, yaşam kalitesinin farklı ideolojilerini değerlendirirken; soyut anlamda, herhangi birinin diğerinden üstün olduğunu göstermek mümkün değildir. Bir ideolojinin diğerlerinden iyi olup olmadığını belirlemek için, her birinin tek tek ele alınıp uygulanması ve değerlendirilmesine gereksinim vardır. Çünkü, yaşam kalitesi kararları duruma özeldir, duruma göre karar verebilmek, her kararı farklı açılardan ele almayı gerektirir. Endlund, sosyal, ekonomik, ahlaki, bireysel ve politik açılardan yaşam kalitesini ele almıştır.

1. Bireysel amaçların tatmin edilmesi anlamında yaşam kalitesi: Bu görüşün kaynağı eski Yunanlılardır, çağdaş yorumu ise Maslow tarafından yapılmış, tarihte belli dönemlerde, "ben kavramı", "narsizm kültürü", "emperyalist kişilik", "kişinin kendini tatmini" gibi farklı klişelerle ifade edilmiştir. Burada, "olabildiğinin en iyisi ol" düşüncesi ile yaşam kalitesi kavramı, kendini yüceltmek, tatmin etmek anlamında ele alınmıştır.

2. Normal bir yaşam sürdürebilmek anlamında yaşam kalitesi: Genelde yaşam kalitesi kavramının, normal bir yaşam ile eşanlı olduğu düşünülse de, her ikisi de farklı anlamdadır ve yaşam kalitesi kavramı toplumdaki bireylerin sayısı kadar çeşitlilik-farklılık gösterir. İdeolojik anlamda normalliği, yaşam kalitesi bağlamından en çok kullanan alan, kuşkusuz politik alandır.

3. Bireyin toplumdaki veri anlamında yaşam kalitesi : Yaşam kalitesi kavramı

bireyin toplumdaki yeri anlamında da kullanılmaktadır. Yaşam kalitesi bağlamında, toplumda iyi konumda olmak birçok potansiyel anlamı içerir. Bazı araştırmacılara göre toplumda iyi konumda olmak ve yaşam kalitesiyle eşdeğer tutulan bireysel yararlılık, bireyden bireye farklılık gösterir. Bazı politik düşünörlere göre yaşam kalitesi bağlamında toplumsal konumun anlamı, kazançlı bir iş sahibi olmak ve ulusal ekonomiye katkıda bulunmaktır. Ancak, sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesi kavramı, toplumun emekli, yaşlı, kronik hastalığı olan bireyleri için kullanıldığından, bireyin işinin olmasının, toplumsal konumunu ifade etmede yetersiz kalacağı açıktır. Özellikle ekonomik kaygıların fazla olduğu politik alanda, toplum tarafından algılanan yaşam kalitesi kavramının farklılık göstermesi doğaldır ve toplumsal kabul farklı anlamlar içermektedir. Çünkü, bireyler toplumda, çalışan, anne-baba, sevgili ve vatandaş gibi çok çeşitli rollerdedirler.

4. Mantıklı insan anlamında yaşam kalitesi : Yasal olarak mantıklı insan, karar verme anında objektif olarak gerçeği duyumsayan kişidir. Politik alanda mantıklı insan görüşü farklı açılardan ele alınmakta, birçok profesyonel objektiviteyi göz önüne almaksızın, kendi politik ve sosyal görüşlerini ifade eden tarafın düşüncelerini savunmaktadır. Yani, bireylerden objektif, adil ve mantıklı insan gibi davranmaları beklenirken, gerçekte mantıklı insan kendi düşüncelerine uyan kişi anlamına gelmektedir.

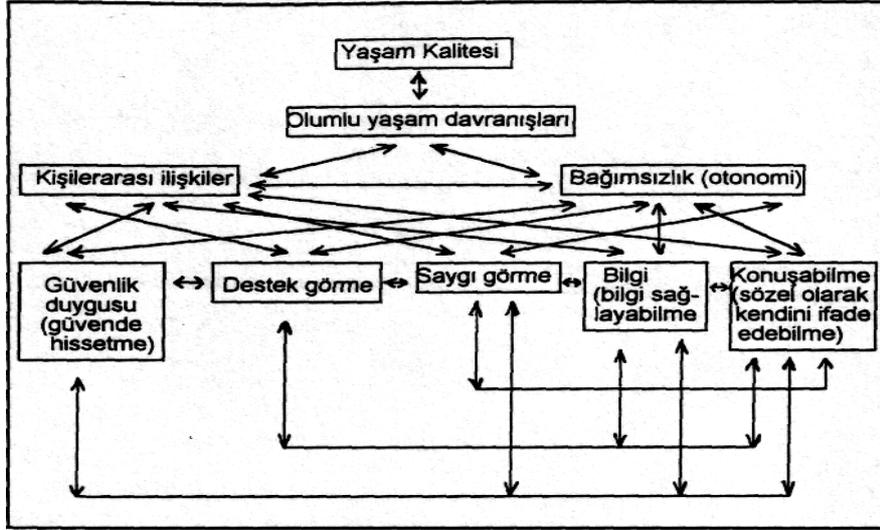
5. Bireysel görüş olarak yaşam kalitesi kavramı : Yaşam kalitesi kavramının bireysel görüşünde subjektivite hakimdir. Burada yaşam kalitesi her bireyin tanımladığı bir olgudur. Politikacılar genellikle, sağlık hizmetleri kararlarını verme eğilimi toplum konumuna göre olmaktadır. Politikacılar, toplumsal yararlılığa göre amaçlanan tedavinin

nasıl sonuçlanacağı ile ilgilenirler. Örneğin; kalp transplantasyonu olan kişiler tedavi sonunda işe dönebilmeli, topluma yararlı ya da toplumsal rolleri bakımından bir kapasiteleri olmalıdır.

Yaşam kalitesine ilişkin bazı çalışmalarda; özellikle sosyal bilimlerde, olumlu ve olumsuz durumlar ile, mutluluk ve algısal durumları ifade eden doyum arasında ayırım yapılmış ve ayrı ayrı ele alınmıştır.

Bir bütün olarak yaşam kalitesinin ölçüldüğü bazı çalışmalarda, yaşlı ve erişkinlerde mutluluğun, genç erişkinlere göre daha düşük seviyede olduğu, ancak yaş artışı ile birlikte, yaşamın algısal değerlendirilmesini gösteren doyum seviyesinin yüksek olduğu saptanmıştır.

**Berterö**, yaşam kalitesini sosyolojik açıdan tanımlamış ve bu tanımı bağımsızlık (otonomi), sevme (sevgi) ve esenlik olmak üzere üç kavram üzerine temellendirmiştir. Berterö, yaşam kalitesi kavramını, olumlu yaşam davranışları olarak geniş bir boyutta ele almaktadır. Olumlu yaşam davranışları; sevme kelimesi içeriğinde, yaşamı sevme, yaşama umuduna sahip olma, şu andaki yaşamına ve yaşamının her dakikasına değer verme, beş duyunun tümü ile çevreyi duyumsayabilme, bedenini kullanabilme, kendini enerjik hissedebilme, bağımsız hissetme, insancıl duygularla donanarak kendini güçlü hissedebilme, kısaca yaşama sevinciyle dolu olabilme yeteneğidir. Yaşam kalitesi kavramının boyutları (içeriği) ve niteliklerini gösteren Şekil 2`de görüldüğü gibi, olumlu yaşam davranışlarının iki alt boyutu kişilerarası ilişkiler ve bağımsızlıktır. Kişiler arası ilişkiler ve bağımsızlık boyutları altında birbirleriyle etkileşen güvenlik, destek görme, saygı görme, bilgi ve konuşabilme boyutları bulunmaktadır.



**Şekil 2. Yaşam Kalitesi Kavramının Boyutları (içeriği) ve nitelikleri (12)**

**Maslow**, kaliteli bir yaşam için şu gereksinimlerin karşılanmasını önerir :

- Fizyolojik gereksinimler; bireyin yaşamını idame ettirebilmesi için gerekli olan beslenme, boşaltım, uyku, seks vb. gereksinimlerin tümüdür.
- Sosyal gereksinimler; bireyin diğer insanlarla etkileşimi ile ilgili olan gereksinimlerdir. İletişim kurabilme, ait olma, sevme, sevilme gibi.
- Duygusal gereksinimler; bireyin yaşamı içinde korku, anksiyete, sevinç, mutluluk ve yalnızlık duygusu, vb. gibi oluşan tüm duyguları kapsar.
- Entelektüel gereksinimler; öğrenme, problem çözebilme ve akıl yürütebilme gibi bireyin düşüncesi ve yaşam felsefesi üzerine yoğunlaşan tüm gereksinimlerdir. Maslow bu gereksinimler dengeli bir şekilde karşılanmadığında bireyin sorun yaşayacağını savunur.

Yaşam kalitesine psikolojik açıdan daha geniş perspektifle bakan **Naess**, yaşam

kalitesinin ölçülmesinde doyum ve mutluluğun ayrı ayrı ele alınması ve ölçülmesi gerektiğini, çünkü her iki kavramın da birbirinden farklı olduğunu savunmuştur. Yaşam kalitesini, bireyin aktifliği, başkalarıyla iyi ilişkiler içinde olması, benlik saygısı ve temel olarak hissettiği mutluluğu ve tüm bunların derecesi olarak tanımlar. Bireysel faktörlerin önemini vurgular ve buna bağlı olarak yaşam kalitesinin iyi ve kötü yönlerde değişebileceğini belirtir.

### **1.7.3.3.YAŞAM KALİTESİNİN OBJEKTİF ve SUBJEKTİF GÖSTERGELERİ**

Evans ve arkadaşları yaşam kalitesini objektif ve subjektif göstergeler olarak iki bölümde incelenmesini önermişlerdir (3,9,15).

#### **1.7.3.3.1.Yaşam Kalitesinin Objektif Göstergeleri**

Tüm bireyler temel fiziksel gereksinimlere sahiptir ve bu fiziksel gereksinimler her insan için aynıdır. Virginia Henderson, insanların temel gereksinimlerinin birbirinin aynı olduğuna, ancak birbirinin aynı iki insanın varolmadığına inanır. Bu nedenle de hemşirenin, hastanın gereksinimlerinin "o" hastaya özgü olarak değerlendirilmesi gerekir (3,9,15).

Yaşam Kalitesinin objektif göstergeleri fiziksel iyilik hali, fiziksel aktiviteleri yapmada güçlük, fonksiyonel yetersizlik, çalışma durumu, hastalık semptomları ve sağlık durumuyla ilgili konuları kapsar. Kronik hastalığı olan bireylerde fiziksel gereksinimlerin karşılanması son derece önemlidir. Ancak kronik hastalığı olan bireylerin fiziki aktiviteleri yapma da önemli sorunları vardır. Özellikle yürüme, koşma,

merdiven çıkma, eğilme, doğrulma gibi fiziki dayanıklılık isteyen aktiviteleri çok güçlükle yapmakta ya da hiç yapamamaktadırlar (3,9,15).

Kronik hastalığın hangi türü olursa olsun bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yeterince yapamaması, fonksiyonel güçsüzlük, hastalık semptomları, hastaların fiziksel iyilik halinde bozulmaları ve yaşam kalitesinin etkilenmesine neden olmaktadır (3,9,15).

### **1.7.3.3.2.Yaşam Kalitesinin Subjektif Göstergeleri**

Psikolojik göstergeler yaşam doyumu, psikolojik etki ve emosyonel iyilik hali olup yaşam deneyimlerinin subjektif değerlendirilmesi ile elde edilirler. Bu yaklaşımların ana amacı; davranışsal yargıların ve psikolojik büyümenin sonuçlarını göstermektedir. Psikolojik göstergeler içerisinde bireyin kendi yaşamını değerlendirmesi temel etmendir. Bu anlamda, yaşam kalitesi öznel bir doyum ya da sonuçtur. Yaşamın kaliteli ya da kalitesiz görülmesinde, öznel öğelerin nitelikleri, işleyiş tarzları ve belirleyici olma özellikleri etkili olmakta ve yaşam kalitesi algısında öznel öğelerin önemini ortaya koymaktadır. Nesnel öğelerin açıkladığı özellikler, sadece genel koşulların istatistiksel oranlarını vermektedir (3,9,15).

Shin, Johnson ve Patterson yaşam kalitesinin her yönünü değerlendirmede gerekli olduğu var sayılan karakteristikleri saptamak yolu ile farklı bir yaklaşım geliştirmiştir. Bu karakteristikler genel sağlık, performans durumu, genel rahatlık, ekonomik ve sağlık durumunu içermektedir (3,9,15).

Yaşam kalitesi göstergelerini dört temel alan kapsamında da değerlendirmek mümkündür (3):

1. Psikolojik esenlik: Akıl sağlığı, yaşamdan doyum alma, yararlılık, beden imgesi, anksiyete, oto kontrol, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, bir işi tamamlama yaşamın anlamı, mutluluk, sosyal izolasyon duygusal reaksiyonlar bu alanda değerlendirilir.

2. Fiziksel esenlik: Fonksiyonel yeterlilik, fiziksel hareket, yaşam aktiviteleri, iştah, yeme, uyku, seks, zindelik, yorgunluk, ağrı, sağlık-hastalık algılanması, sağlıkta değişim ve tedavi ile ilgili durumlar bu alanda değerlendirilir.

3. Sosyal ve bireysel esenlik: Bireyin eşi varsa çocukları ya da ebeveynleri ve yakın arkadaşları ile ilişkileri, sosyal etkinlikleri, başkalarından destek gorme, mahremiyet, çevresince benimsenmesi, farklı organizasyonlara katılma, öğrenme durumu, kendini ve yaşamı algılama biçimi, çalışma durumu bu alanda değerlendirilir.

4. Parasal/maddi esenlik: Geleceğe ilişkin güven duygusu, barınma durumu, sağlık sigortası, iş güvencesi ve ev durumu bu alanda değerlendirilir.

Hemşirelik süreci içersinde objektif ve subjektif verilerin değerlendirilmesi ile bireyin yaşam kalitesini azaltan ve arttıran faktörlerin belirlenmesi, bireyin yetersiz olduğu konularda yeterli hale gelebilmesi için gereken tedavi ve bakımın uygulanması yaşam kalitesini yükseltecektir(Tablo 7) (3,63,67).

**Tablo 7. Yaşam Kalitesini Azaltan ve Arttıran Durumlar**

<b>Yaşam kalitesini azaltan durumlar</b>	<b>Yaşam kalitesini arttıran durumlar</b>
Bireylerde yaşam kalitesi: <ul style="list-style-type: none"><li>• Temel gereksinimlerinin karşılanmaması</li><li>• Beden imgesinin değişmesi</li><li>• Özbakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği</li><li>• Kronik yorgunluk, bitkinlik</li><li>• Seksüel fonksiyonlarda bozulma</li><li>• Gelecek ile ilgili kaygılar</li><li>• Destek sistemlerindeki yetersizlikler</li><li>• Akut sağlık sorunları</li><li>• Kronik sağlık sorunları</li><li>• Yaşam tarzı değişikliklerinden etkilenerek yetersiz hale gelebilir.</li></ul>	Yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için bireyin: <ul style="list-style-type: none"><li>• Ekonomik ve sosyal güvence içinde olması,</li><li>• Güven içinde yaşaması,</li><li>• Rahatlık ve gereken konfora sahip olması,</li><li>• Anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olması,</li><li>• Yakın çevresi ile olumlu ilişkiler içinde olması,</li><li>• Eğlence ve zevk aldığı aktivitelerinin olması,</li><li>• İtibar görmesi,</li><li>• Otonomisinin olması,</li><li>• Mahremiyetine değer verilmesi,</li><li>• Kendini ifade edebilmesi,</li><li>• Fonksiyonel olarak yeterli olması,</li><li>• Özgün bir birey olarak algılanması,</li><li>• Huzur içinde olması, inanç ve değerlerine saygı gösterilmesi gerekmektedir.</li></ul>

#### **1.7.3.4.SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞAM KALİTESİ**

Sağlık hizmetlerinin geleneksel modellerinde amaç hastalığın tedavisi ve acı çekmenin sonlandırılması iken günümüzde bu amaç sağlığın sürdürülmesi ve arttırılmasına yardımcı olarak yaşam biçiminin bireysel felsefesinin yaratılmasına dönüşmüştür. Sağlığın, 1946'da Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlandığı gibi, bu tanım şöyledir: "Sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir. İşte bütün bu gereksinimler, insanoğlunun hayatın **niteliği** (keyfiyet, kalite, "*quality*") üzerinde yeniden düşünmesine yol açmış, şöyle sorular ortaya atılmıştır (10,12,39)

\* Hastanın beklentileri, umutları sağlıkçıların görüşünden daha önemli değil mi?

\* Yaşam yılları birbirine eşit değilse bunları birbiriyle nasıl karşılaştıralım?

\* Yaşamın hangi özellikleri onu değerli kılıyor?

\* Tedavinin yaşamı uzatması kadar bu sürenin hangi koşullarda yaşandığı da önemli değil mi?

Sonuçta gerek sağlıkçılar, gerekse sosyal bilimciler **yaşamın niteliği**, yani Türkiye'de alışıldık adıyla **yaşam kalitesi** ("*quality of life*", "*QoL* ") kavramı üzerinde düşünmeye başlamışlardır. Sağlıkta yaşam kalitesi kavramının içine neler girmesi gerektiği konusunda farklı görüşler olmakla birlikte örneğin bedensel ve ruhsal becerilerin, kişinin kendine özđü beklenti ve algıların şeklindeki bir tanımlama aşağı yukarı bütün yazarlar tarafından benimsenmektedir. Sağlıkta yaşam kalitesi için üzerinde fikir birliğine varılmış bir tanım olmamakla birlikte sağlıkta yaşam kalitesi için şu tanımlar yapılmıştır (39)

\* İki komponenti olan iyilik halidir; bunlardan birincisi fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik haline temsil eden gündelik faaliyetleri yürütebilme yeteneğidir, ikincisi ise işlev görme ve hastalıkların kontrolünün düzeyi ile ortaya çıkan hasta doyumudur.

\* Yaşamın iyi ve doyum sağlayan karakterlerinin bir bütün olarak, öznel biçimde algılanmasıdır.

\* Hastalarının beklentileri ile erişebildiklerinin arasındaki uçurum olabildiğince az olmasıdır.

\* Bir hastalığın ve ona bağlı tedavinin hastada yarattığı işlevsel etkilerin hasta tarafından öznel biçimde algılanışıdır.

\* Bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denen durumdan sağladığı doyumun bir bütün olarak ifadesidir.

\* Hastanın hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında hemde kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili algısıdır.

Bu bağlamda sağlıkta yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi kavramının içerdiği tüm alt başlıklar; bireyin sağlığı ve bireyin işlev görme, iyilik hali ve genel sağlık algılarının fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerden ölçümü ile ilgilidir (şekil 3) (10).

Ölçümler	Sağlık Kavramları			
		Fiziksel	Psikolojik	Sosyal
	İşlev Görme			
	İyilik Hali			
Kişisel Algılama				

**Şekil 3. Sağlıkla Yaşam Kalitesi Ölçümüne İlişkin Bir Matrix(10)**

Tıbbın büyük bir hızla ilerlemesi sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil, kişilerin yaşam kalitelerini artırmayı da hedeflemektedir. Bu nedenle de tedavi ve bakımın merkezinde olan hastanın iyilik hali ve yaşam kalitesinin ölçülmesi konusunda giderek artan bir çaba gösterilmektedir. Sağlığın ölçülmesi için belirlenen amaçlar kişiye, kuruluşa, topluma, politik amaçlara göre değişiklikler gösterebilmekle birlikte sağlığı ölçülmesi için bu amaçlara aşağıdaki gibi örnekler verilebilir (39,49,75,96);

1)Bireylerin kendi sağlık ve refahların etkileyen farklı faaliyetlerin göreceli faydaları hakkında kendi değerlendirmelerini oluşturmalarına yardım etmek (Kişisel)

2)Tedavinin olumsuz fizyolojik ve psikolojik sonuçlarına yakalanma riski daha yüksek hastaları belirlemek (Kuruluş)

3)Sağlık bakımında mevcut kaynakların kullanımında önceliklerin neler olduğu konusunda toplumun net bir görüş oluşturmasını sağlamak (Toplumsal)

4)Sağlık ekibinin, yöneticilerin ve politika belirleyicilerinin faaliyet ve kararlarının daha iyi izlenebilmesini sağlamak (Politik)

5)Sağlık ekibi uygulamalarının kalitesi, tedavi yöntemlerinin etkililiği ve örgütsel performansı değerlendirmek (Kuruluş)

6)Farklı ülkelerin sağlık statüsünü ve bunun zaman içindeki değişimini

karşılaştırmak (Toplumsal ve politik).

### **1.7.3.5.YAŞAM KALİTESİNİN HEMŞİRELİK YÖNÜNDEN ÖNEMİ**

Hemşirelik bakımının temel hedefi; birey yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutlarını olumlu yönde etkilemektir. Bu yaklaşımda birey merkezdedir ve kendisi ile ilgili kararlara katılır ve kendi bakım sorumluluğunu üstlenir (3,9).

Önceleri sağlık, hastalık veya sakatlığın olmayışı olarak tanımlanırken bugün bireyin mevcut sağlığı ile ölüme kadar iyilik hali olarak ele alınmaktadır. Yeni anlayışa göre sağlık; bireyin kronik sağlık sorunları, sınırlılıkları içinde mevcut yeterlilikleri ve gücü ile tam bir iyilik hali içinde olmasıdır. Kronik sağlık sorunu olan birey, hasta birey olmanın ötesinde toplum içinde sınırlılıkları ile normal yaşamını sürdüren bireydir. Bu nedenle kronik sağlık problemi olan bireyleri hem sosyal hem de iş ortamlarında görebilmekteyiz (3,9,35,36).

Kronik hastalık, hasta ve aile yaşantısında önemli değişikliklere neden olmaktadır. Ayrıca kronik hastalığa bağlı olarak fiziksel ve zihinsel sınırlılıklar, sakatlıklar ve ağrı bireyin bağımsızlığını azaltmakta, uzun süreli bakım gereksinimi, sağlığın algılanmasını ve sosyal etkinlikleri kısıtlamaktadır. Tüm bu değişiklikler nedeniyle de bireyin ve ailenin yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (35,36).

Yaşam kalitesi, hemşirelik bakımının etkilerini değerlendirmede uygun sonuçlar verir. Hasta bakımında hemşirenin rolü sıklıkla tedavinin yan etkilerinden koruma vücut imajı, fonksiyon ve fiziki görünümdeki sürekli değişikliklere hastanın uyumunu sağlamaktır. Hastaların yaşam kalitelerinin sürdürülmesi sadece hastanın varolan

kişiliğini korumakla gerçekleşmez aynı zamanda iyi bir hemşirelik ile hastaya gerekli değişiklik ve düzenlemeleri yaparak yardımcı olabilir (3,17,35,36).

Kronik hastalıklar, bir ya da daha fazla sistemde, geriye dönüşsüz yapı ve fonksiyon bozukluğuna yol açan ve hastalıkların birbiri üzerine eklendiği uzun dönem sağlık sorunlarıdır. Kronik hastalıklarda bireyin ve ailenin duruma uyumu(adaptasyonu) zor ve zaman alan bir süreçtir. Kronik sağlık sorununa yeterince uyum sağlanamadığında fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlar katlanarak artış gösterir ve günlük yaşam aktiviteleri olumsuz etkilenir. Hastalığın süresi, hastanın yaşı, cinsiyeti, mesleği, eğitim durumu, medeni durumu, fiziksel çevresi, sosyal hizmet olanakları, ekonomik durumu ve alabileceği resmi ya da kurumsal destek hizmetleri, kronik hastalığa uyum sürecinde ve kronik hastalığın yarattığı sonuçlarda önemli etkileri olan faktörlerdir (35,36).

Hemşireler, kronik hastalığı olan bireylerin durumunu iyileştirmede ya da yaşama uyumunu kolaylaştırmada yardımcı olurken şu konulara öncelik vermelidirler (3,17,35,36).

1. Hastaların özel, sosyal ve mesleki problemleri ile ilgili araştırma yapmalı ve bu sonuçlara göre güçlükle karşılaştıkları konuları belirleyip danışmanlık görevini üstlenmelidirler.

2. Hastalara finansal, iş, ev, sosyal ve mesleki aktiviteleri, taşınma, ev bakımı, yemek yapımı ve rehabilitasyon hizmetleri gibi konularda karşılaştıktan problemlerde yardımcı olmak için değişik kaynakları araştırmalı ve sunmalıdır.

3. Hasta bireyin gereksinimleri ve özel yetersizliklerinde gerekli olan yardım için aile, arkadaş, akraba eğitimini yaparak destekleyici görev üstlenmelidirler.

4.Kronik hastalığı olan diğer bireyleri hasta eğitiminde kaynak olarak kullanmalı ve bu hastaların deneyim ve görüşlerini bakım verdiği hastalarla paylaşmalarını sağlamalıdır.

Hemşirelik bilimi, bireyi değerlendirirken bütüncül bir yaklaşım gözetmektedir. Hemşirelik kuram ve modellerini geliştiren kuramcı hemşirelerden Martha E. Rogers (1914) da hemşireliği “bireylere bütüncül yaklaşımı savunan , insanın gelişim ve doğasını inceleyen hümanist bir bilimdir” şeklinde tanımlamaktadır. Hemşirenin bütüncül yaklaşımı bireyin sadece fizyolo-patolojik sorunun tedavine değil sosyal ve psikolojik sorunlarının çözümünde yol gösterici olacaktır (3,17).

Kronik hastalığı olan bireyin, bozulan dengesini yeniden kurabilmesi, sağlığı ile ilgili sorunlarını çözümlenebilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi için normal bir yetişkinden çok daha fazla desteklenmeye, kabullenilmeye, anlaşılmaya ve anlamlı açıklamalara gereksinimi vardır. Hasta bireye gereksindiği bu yardımın verilebilmesi, onunla kurulacak mesleki ilişkinin niteliğine geniş ölçüde bağlıdır. Hastalarının yaşam kalitesini yükseltmede hemşireler, karşılıklı saygı ve işbirliğine dayanan holistik bir yaklaşım içinde yaşam kalitesini değerlendirmelidirler. Yaşam kalitesini değerlendirmede anahtar rolü oynayan hemşireler bu kavram ile ilgili ve felsefeleri sorgulamalı ve hemşirelik uygulamalarının dayandığı fiziksel ve psikolojik iyilik hali felsefesini geliştirici modelleri kurmak için çabalamalı, var olanları benimsemelidir. Düşük veya yüksek yaşam kalitelerini nelerin belirlediği, hangi parametrelerin geçerli

olduğu, objektif ve subjektif ölçümlere ne derece önem verilmesi gerektiği konusunda ortak bir görüş sağlanmalı ve hemşirelik yönünden yaşam kalitesi tanımlarının açık yapılması gerekmektedir (3,9,12,15,35,36).

### **1.7.3.6.SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞAM KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesi değerlendirmesi ile ilgili olarak genel (sağlıkla ilgili) yaşam kalitesi ve hastalığa özgü olmak üzere iki yaklaşım tanımlanmaktadır (7,12,15,29,79).

**Genel Yaşam Kalitesi (Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi):** Genel yaşam kalitesi jenerik yaşam kalitesi olarak da adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde primer olarak hastalığın, yaralanmanın, bunların önlenmesi ve tedavinin yaşam süresine olan etkisini değerlendirmede kullanılır. Genel yaşam kalitesi fonksiyonel duruma, iyilik haline ve çoğunlukla sağlıkla ilişkili görüş açılarını içeren kavramlara odaklanmıştır (7,12,15,29,79).

Genel yaşam kalitesi değerlendirmelerinden en bilinenleri Sicknees impact Profile (SIP), Nottingham Health Profile, Quality of well-being scale, McMaster Health Index Questionnaire, Dartmouth COOP Function Charts, WHOQOL, Duke Health Profile ve Medical Outcome Study Short Form-36(SF-36)'dir (7,12,15,29,79).

Bazı yaşam kalitesi ölçekleri fiziksel, mental, sosyal ve görünen sağlığı, sakatlık ve ağrıyı değerlendirirken bazıları da fiziksel fonksiyonu, fiziksel problemlerin neden olduğu rol sınırlılıklarını, sosyal fonksiyonu, fiziksel ağrıyı, genel mental sağlığı,

duygusal problemlerin neden olduğu rol sınırlılıklarını, dayanma gücünü ve genel sağlık algılamalarını ölçer ve farklı durumları karşılaştırma olanağı verir fakat özel sağlık problemleri olan kişilerin bakımında gelişmeleri göstermede yeterli olmayabilir (7,12,15,29,79).

Genel yaşam kalitesi ölçümleri genellikle daha kapsamlı ve geniştir. Farklı topluluklarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Bu tip yaşam kalitesi değerlendirmelerinin bazı sınırlılıkları olmasına rağmen değerlendirilen hastalığın veya sağlık hizmetinin yaşam kalitesi üzerine olan önemli etkileri nedeniyle kullanılmaktadır. Genel başlıkların kullanılması nedeniyle duyarlılığının daha az olması, elde edilen bilgilerin klinik kararlarda kullanımının daha sınırlı olması ve bazı hastaların başlıkları konu ile ilgisiz bulması genel yaşam kalitesi ölçümlerinin sınırlılıkları olarak belirtilebilir. Bunun yanında genel yaşam kalitesi ölçümlerinden elde edilen bilgiler tıbbi problemleri nedeniyle kronik sakatlık ve sosyal dezavantajları olan kişilerin gereksinimlerini yeterince yansıtamazlar (7,12,15,29,79).

**2. Hastalığa özgü yaşam kalitesi:** Marilyn Bergner'in "ölçeklerin bir kısmı herkesin her durumda kullanılmasına olanak vermesine rağmen çoğu sadece özel bir hastalıkla ilgilidir" görüşü hastalığa özgü yaşam kalitesi değerlendirmelerine olan ilgiyi arttırmıştır. Hastalığa özgü yaşam kalitesi özel bir hastalığın ve tedavisinin yaşam kalitesine olan potansiyel etkisine değinmektedir (7,12,15,29,79).

Bu yaklaşım tamamen spesifik bir hastalık ve bu hastalığın tedavisinin organa özgü etkileri nedeniyle oluşan zarara odaklanmıştır. Örneğin; artrit ile ilgili yaşam kalitesi ölçümü eklem ağrısını, hareketini ve antiinflamatuvar ajanların organa özgü etkilerini

değerlendirir, depresyonla ilgili yaşam kalitesi ölçümü depresyon semptomlarını, bulanık görme, ağız kuruluğu, konstipasyon ve impotans gibi tedavinin özel etkilerini değerlendirir. Özel bir hastalık, durum veya tedavi için geliştirilmiş olan hastalığa özgü yaşam kalitesi değerlendirmeleri daha dar kapsamlı olmasına rağmen en ince ayrıntıları bile değerlendirmektedir. İnce ayrıntıları içermesi nedeniyle daha duyarlıdır ve önemli olan küçük klinik değişiklikleri kolaylıkla saptayabilir ve elde edilen bilgiler klinik kararlarda rahatlıkla kullanılabilir. Hastalığa özgü yaşam kalitesi değerlendirmeleri; kanser, kalp hastalıkları, kronik akciğer hastalıkları, diabetes mellitus, artrit, astma, AIDS, sırt ağrısı, sindirim hastalıkları, depresyon, multiple sklerozis, psoriasis, psikiyatrik hastalıklar, böbrek nakli, senkop, epilepsi gibi kronik hastalıklar için kullanılmaktadır. Hastalıkla ilgili veya hastalığa özgü yaşam kalitesi çalışmaları zamanın kısıtlı olduğu veya kronik mental hastalığı olan kişilerin sınırlı hizmet programlarında en uygun olanlardır (7,12,15,29,79).

Kronik karaciğer hastalığına özgü olarak en çok kullanılan ölçekler “Liver Disease Quality of Life Instrument 1.0, Chronic Liver Disease Questionnaire, the Liver Disease Symptom Index 2.0” dir (18,38,42,43,72,87,88,92,93,94,95).

Çalışmanın amacına bağlı olarak hem sağlıkla ilgili hem de hastalık/semptom/tedaviye özgü farklı girişimlerin etkisi değerlendirilebilir. Hastalığa özgü yaşam kalitesi değerlendirmelerinin de bazı sınırlılıkları vardır. Hastalıkların başlangıcına, şiddetine, devresine ve hastanın yaşına göre spesifik hastalığın değişmesi ve önceden tahmin edilemeyen problemlerin saptanamaması bu sınırlılıklardan birkaçıdır (7,12,15,29,79).

### 1.7.3.7.DEĞERLENDİRME ARAÇLARININ ÖZELLİKLERİ

Son yıllarda ülkemizdeki hemşirelik araştırmalarında giderek artan oranda bakım verilen birey, aile ve toplumun sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen ya da uyarlanan ölçekler kullanılmaktadır. Kullanılan ölçeklerin büyük bir çoğunluğu, farklı bir kültürde geliştirilmiş olup ülkemize uyarlanmış ölçeklerdir. Öner (1994) Türkiye’de genel olarak kullanılan 179 ölçek hakkında ayrıntılı bilgi içeren başvuru kitabında yer alan ölçeklerin %42'sinin uyarlama, %31'inin çeviri ve %26.8'inin ise telif (özgün yapım) olduğunu belirtmiştir (56).

Ölçek uyarlamasının ortaya çıkarabileceği problemler nedeni ile çalışmalarda kullanılacak ölçüm araçların toplumların kültürel ve sosyal yapılarına uygun olarak geliştirilmesi gereklidir. Kuşkusuz kendi toplumumuzun kültürüne özgü yeni ölçeklerin geliştirilmesinin birçok yararı vardır ancak, ölçek uyarlamasının tercih edilmesinin de bazı nedenleri bulunmaktadır. Öncelikle, uluslararası yayınlarda yeterince tanınan ve üzerinde bilgi birikimi bulunan bir ölçeği Türkçe'ye kazandırarak kullanmak, araştırmacının yeni bir ölçek hazırlamak için geçireceği süreyi kısaltır. Alanındaki kuramsal ve uygulamalı çalışmalara ayıracağı süreyi arttırır ve araştırmacıya iletişim kolaylığı ve karşılaştırılabilir bilgi sağlar. Bu durum bilimsel olarak zorunlu olmayan ancak çabuk iletişim kurmak için yararlı, zaman kazandırıcı, etkin bir yaklaşımdır. Test/ölçek uyarlama çalışmalarının, bireysel olarak araştırmacılara sağladığı kazançlar kadar, ülke açısından da sağladığı kazançlardan da söz edilebilir. Bunlar arasında teknik bilgilerin (istatistiksel analiz, bilgisayar paket programlarının kullanımı, programlama becerileri) yaygınlaşması, uluslararası ortak araştırma ilişkilerinin kurulması ve yazışmalar yoluyla bilgi alışverişi sayılabilir (6,56).

Farklı kültürlerde geliştirilen ölçekleri uyarlamanın yaratacağı psikolinguistik (anlatım,dil) problemler, deneysel ve istatistiksel tekniklerle en aza indirildiğinde ölçeklerin bir çok global kavramı ölçebileceği ve uluslararası/kültürlerarası karşılaştırma ve tartışma olanağı sağlayacağı da vurgulanmaktadır.Belirli bir dilde ve kültürde geliştirilen bir çok ölçek o kültüre özgü kavramlaştırma ve örneklem özellikleri taşır. Bir kültürde geçerli ve güvenilir olarak belirlenen bir test başka bir kültürde bu özelliklere sahip olmayabilir. Bir ölçeğin farklı dil ve kültürlerde uygulanabilir olması için yapılan sistematik hazırlık çalışmaları, ölçek uyarlaması olarak adlandırılır (56).

Uyarlama çalışmalarında, bir ölçeği geliştirirken izlenen basamakların ve yürütülen işlemlerin pek çoğu, hatta hemen hepsi ölçek uyarlaması için de gerekli ve zorunludur. Hatta bazı noktalarda, orijinalinde yapılanlardan daha fazlasının yapılması gerekmektedir. Uyarlama aşamaları, ölçekteki anlatımların/maddelerin eş anlama gelip gelmediğinin denetlenmesinden başlayarak, ölçeğin içyapısında ve psikometrik özelliklerinde değişimler olup olmadığının ortaya çıkarılmasına kadar giden, bir dizi anlamsal, kültürel ve istatistiksel işlemi içermektedir. Bu aşamalarda, araştırmacının sezgileri kadar, istatistik tekniklerin ustaca kullanılması da önem kazanmaktadır. Bu nedenle uyarlama çalışmaları birinci sınıf araştırma becerilerini sergilenmesini gerektiren önemli araştırma etkinlikleridir (56).

Uyarlanan bir ölçek, başkaları tarafından da hazır bir araç olarak kullanılabilirdiğinden, ölçek uyarlama büyük bir sorumluluğu da beraberinde getirir. Çünkü, ölçeğin orijinalinde bir eksiklik varsa ve Türkçe'ye uyarlayan kişi tarafından bu eksiklik giderilmedi ise ölçeği alıp değişik gruplara uyarlayanlar da aynı yanlışlığı sürdürecekler demektir. Bu bağlamda, araştırmacılar, yalnızca kendi kullanımlarından

değil, aynı zamanda meslektaşlarının kullanımlarından da sorumluluk duymalı ve gerekli uyarılarda bulunmalıdır (56).

Ölçek uyarlamalarında sıklıkla gözlenen hatalı bir durum, farklı bir kültürde geliştirilen ölçeği uyarlayanların asıl hedeflerinin, bir araştırma sorusuna yanıt aramak olduğu, ölçek üzerinde yapılan çalışmanın ise bir ön hazırlık, bir yan ürün olarak ortaya çıktığıdır. Diğer bir deyişle ölçek uyarlamak birçok araştırmanın asıl amacı değil öncelikli amacı olmaktadır. Temel amaç bu ölçeğin kullanılacağı araştırmaya göre değişir ve araştırmacı amaca ulaşmak için oldukça zahmetli, karmaşık ve zaman alan bu öncelikli amacı gerçekleştirmek zorundadır. Araştırmacının, temel amacına ulaşmak için kullanacağı ölçme araçlarının güvenilirliği ve geçerliliği için harcayacağı çaba ve zaman, araştırmacının enerji, zaman ve kaynaklarının büyük bir kısmını harcamasına yol açmaktadır. Bunun sonucunda araştırmanın temel amacına yönelik yapılacak çalışmalara yeterince zaman ayıramamakta, bu temel bölüm zayıf kalabilmektedir (56).

Aynı testin diğer kültürlerde, diğer dillerde uygulanabilir ve anlamlı olması için sistematik bir şekilde incelenmesi ve üzerinde çalışılması, yürütülen çalışmaların büyük bir dikkatle gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Hatta basit gibi görünen ölçek çevirilerinin bile özenle yapılması zorunlu olmaktadır. Ölçek uyarlaması aşamaları aşağıdaki başlıklar altında özetlenebilmektedir (56):

- Psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/dil uyarlaması
- Psikometrik özelliklerin incelenmesi
- Kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılması

### 1.7.3.7.1.PSİKOLİNGÜİSTİK ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ

Uyarlama çalışmaları testin Türkçe'ye çevrilip amaçlanan kitle tarafından anlaşılabilir bir dil yapısının kazandırılması ile başlar. Hemşirelik literatüründe kültürler arası çalışmalar değerli ve önerilen çalışmalardır (56).

Çeviri yapacak kişilerin sadece o dili çok iyi biliyor olmaları değil her iki kültürü de çok iyi tanıyor olması gerekmektedir ancak bu yeterli değildir. Bir kültürde kullanılan bir ölçeğin başka bir kültürde de kullanılabilmesi için ölçeğin bir dilden başka bir dile çevrilmesi basit bir çeviri işleminden çok daha öte çalışmaları gerektirir. Yapılan işlem "çeviri" işlemi değil "uyarlama" süreci olmalıdır çünkü bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi o ölçeğin doğasını bir miktar değiştirir. Bu değişim, kaçınılmaz olanaksız, dilden kaynaklanan (psikolinguistik) farklılıklardan ortaya çıkar. Farklılıkların azaltılması ya da en aza indirilmesi ve çevrilen dili kullanan insanlara uygulanarak standardizasyonunun yapılması, ölçek uyarlamasının temel işlemlerini oluşturur. Ölçeklerin tek taraflı çevirisi ölçek çevirilerinde en sık kullanılan yoldur ancak bazı sınırlılıkları vardır. Çevirinin başarısı tamamen çeviren kişinin bilgi ve becerisine bağlıdır. Çeviren kişinin bilgi ve becerisi iyi olsa bile yine de tek başına yeterli bir yöntem olmamaktadır. Yapılan çalışmalar, tek taraflı çeviri yapılarak kullanılan ölçeklerin, geçerlik ve güvenilirliğinin düşük olduğunu göstermiştir (33,56).

Geri çeviri yöntemi daha maliyetli ve daha fazla zaman gerektiren bir yol olmasına karşın kültürler arası ölçek uyarlamalarında en çok önerilen yollardan birisidir. Bunun için en az iki çevirmenin olması gerekmektedir. Çevirmenlerden biri ölçeği orijinal dilden hedef (kullanılacağı) dile çevirirken, diğer çevirmen de kullanılacağı dile

çevrilen, formu tekrar orijinal dile çevirmektedir. Zaman ve ekonomik durumlar elverdiğinde ikiden fazla çevirmenin kullanılması da mümkündür. Tekrar çeviri ölçek çevirilerinde önerilen bir yol olmakla birlikte, bazen çevirmenler ölçek çevirilerinde benzer sonuçlara ulaştığı ve görüş ayrılığı oluşmayan bir form elde edilmiş olsalar bile kültüre uygun çeviride yetersizlikler olmakta ve kullanımında güçlükler yaşanmaktadır. Bu nedenle ön uygulamanın yapılması önerilmektedir. Dil geçerliliği için önerilen bir diğer yöntem de hedef gruba formun her iki dildeki şeklinin uygulanması ve sonuçların karşılaştırılmasıdır ancak, bu yöntemde her iki dili de iyi bilen hedef gruba ulaşma güçlüğü yaşanabilmekte ve ulaşılabilecek bu grubun özelliklerinin hedef grubun özelliklerinden farklı olma olasılığı riski taşımaktadır (33,56).

#### **1.7.3.7.2.PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ**

Ölçme, belirli bir amaç için yapılır. Amaç, ölçme konusu olan özellik bakımından bireyler, olaylar ya da nesnelere hakkında değerlendirme yapmak ve elde edilen değerlendirme sonuçlarına dayanarak belli kararlar vermektir. Verilen kararların doğruluğu ve uygunluğu kararların dayandığı değerlendirme sonuçlarına, dolayısıyla değerlendirmede kullanılacak olan ölçüm sonuçlarına ve ölçütün uygun olmasına bağlıdır. Bunun içinde ölçüm aracının standardize olması istenir (33,56).

Bilimsel araştırmalar ancak veriler aracılığıyla yapılabilir. Verilerin, değişkenin standart ölçme teknikleri ile saptanan sayılardan oluşmasına özen göstermek gerekir. Değişkenin boyutunu ölçmede kullanılacak ölçme aracının standart bir ölçme aracı olması verilerin istatistiksel özelliklere sahip veriler olmasını sağlayacaktır. Ölçeğin standardize olabilmesi ve sonrasında uygun bilgiler üretme yeteneğine sahip olması ise

ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesi olan “güvenirlilik” ve ölçmeyi amaçladığı özelliği doğru ölçebilme derecesinin göstergesi olan “geçerlik” olarak nitelendirilen iki temel özelliğe sahip olması ile belirlenir. Ölçek kalitesi standardize edilene kadar, maddeleri analiz edilir ve tekrar gözden geçirilir. Standardize edilen ölçeğin yönetimi, puanlaması ve yorumlaması dikkatli bir şekilde açıkça belirtilmelidir (33).

Güvenilir olmayan ölçme araçları, hatalarla yüklü, tutarsız sonuçlardır ve geçerli olamazlar. Güvenilir olan bir ölçme aracı geçerli olabilir ya da olmaz. Güvenirliğin sağlanması geçerlik için bir ön koşuldur. Ancak geçerli olduğunu da göstermez. Ölçme aracının güvenilirliği aracın geçerliğinin güvencesi değildir Ancak güvenilir olmayan bir aracın geçerliğine bakmaya gerek yoktur. Bu nedenle ölçme araçlarının geçerli ve güvenilir olması birbirinden bağımsız olarak düşünülemez, her ikisinin bir arada olması ile ölçek anlam bulur (33,56).

#### **1.7.3.7.2.1. GÜVENİRLİK**

Ölçeğin taşınması gereken özelliklerden birisi olan güvenirlilik, bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir. Ölçümlerin kararlılığının yorumlanmasında, iki farklı yaklaşım vardır. Birinci yaklaşım, birbirini izleyen ölçmelerde, bireyin grup içindeki sırasının değişmezliği; ikinci yaklaşım ise birbirini izleyen ölçümlerde ölçme hatalarının büyüklüğü, yani ölçeğin tekrarlı ölçümlerde aynı denekten yaklaşık olarak aynı ölçüm değerini elde etmesi ve dolayısıyla ölçmenin standart hatasının düşük olması ile ilgilidir (33,56).

Güvenirlik sadece ölçme aracına ait bir özellik değildir, ölçme aracı ve aracın sonuçlarına ilişkin bir özelliktir. Ölçekle sağlanan bilgilerin kararlı özellik taşıdığına, yani hatadan arındırılmış olduğuna ve aynı amaçla yapılacak ikinci bir ölçümde aynı sonuçların elde edileceğine güven duyulması gerekir. Güvenilir olmayan bir ölçek kullanışsızdır. Somut özelliklerin ölçülmesinde kullanılan ölçeklerle yapılan tekrarlı ölçümlerde her seferinde birbirine çok yakın sonuçlar alınır. Soyut özelliklerin ölçülmesinde kullanılan ölçeklerde ise aynı sonuçların alınması çok zordur. Dolayısıyla somut özelliklerin ölçülmesinde kullanılan ölçekler daha güvenilirlerdir. Birimlerin soyut özelliklerinin ölçülmesinde kullanılan ölçekler diğerlerinden önemli bazı ayrılıklar göstermektedir. Bu tür ölçekler, birimleri ölçmek üzere, belirlenmiş olan standart aralıkları birbirine eşit olsa bile başlangıç noktaları keyfi olması nedeniyle miktar anlamı olan ölçümler verememektedir (33,56).

Güvenilir bir ölçek hatasız ölçme yapan ölçektir. Hatasız bir ölçme olması mümkün olmadığından, ölçmenin güvenilirliğini arttırmak hatayı en aza indirmekle mümkün olabilecektir. Hatayı en aza indirmenin temel şartı, hata kaynaklarını belirleyip kontrol altına almaya çalışmaktır. Hatanın kaynağı ölçme aracından veya ölçme aracı dışındaki unsurlardan kaynaklanabilir. Ölçme aracıyla ilgili hata kaynaklarını azaltmak için ölçme aracının bazı yöntemlerle güvenilirliğinin araştırılması gerekir (33,56).

Ölçme sonucunu tamamıyla hatalı kabul etmek mümkün olmadığı gibi, tamamıyla hatasız kabul etmek de mümkün değildir. Doğa bilimlerinde bile somut ve kararlı özelliklerin ölçülmesinde bir miktar hata vardır. O halde herhangi bir ölçme sürecinden elde edilen ölçüm değerinde bir miktar gerçek ve bir miktar da ölçme hatası vardır. Bu

durum ölçümün gerçek ve hata olmak üzere iki öğeden oluştuğunu göstermektedir (33,56).

Gözlenen ölçüm değerinde hatanın katkısının artması, ölçülmek istenen özellik bakımından birimler arası gerçek farklardan gelmekte olan değişkenliğin azalmasına yol açacak ve güvenilirliğin azalmasına neden olacaktır. Gözlenen ölçüm değerindeki hata katkısının azalması ise ölçeğin birimler arasındaki bazı gerçek farklılıkları yansıtmasını sağlayacak ve güvenilirliğin artmasını sağlayacaktır (33,56).

### **Güvenirlilik katsayısı**

Güvenirlilik en iyi şekilde -1'den +1'e kadar değişen ( $r$ ) korelasyon katsayısı ile ifade edilir. Korelasyon katsayısı, paralel iki ölçme arasındaki korelasyon katsayısıdır. Korelasyon bir istatistiksel yöntem olarak iki değişken arasındaki ilişkinin derecesi ve yönü hakkında bilgi vermektedir. Hesaplanan korelasyon katsayısının +1 olması, iki ölçüm arasında pozitif ve mükemmel bir ilişki olduğunu, -1 olması ise negatif ve mükemmel bir ilişki olduğunu gösterir. 0.00 ise bir ilişki olmadığını gösterir. Testin güvenilirliği yükseldikçe hata oranı azalmaktadır. Literatürde 0.7'den düşük korelasyon katsayısı olan ölçeklerin kullanılması pek önerilmemektedir. Bir testin güvenilirlik katsayısının 0.70 olması bu ölçeğin cevaplayanlar arasındaki değişkenliğin %70'inin ölçülen özelliklerle ilgili gerçek değişkenliğe, kalan %30'unun rasgele hatalara ait olduğunu gösterir. Başka bir deyişle ölçme aracının güvenilirliği arttıkça hata azalmaktadır. Tablo 8'de ölçeğin güvenilirliğini sağlamak için kullanılan yöntemler gösterilmektedir (4,61,78)

**Tablo 8.Ölçeğin Güvenirliğini Belirlemede Kullanılan Yöntemler**

<b>Değişmezlik</b>	Test-tekrar test Paralel form
<b>Ölçümcü Güvenirliği</b>	Gözlemciler arası uyum Gözlemciler içi uyum
<b>İç Tutarlılık</b>	Testi yarılama Madde İstatistikleri İç tutarlılık güvenirlilik katsayısı hesaplama

### **Değişmezlik**

**1. Testin Tekrarı Yöntemi (Test-Tekrar Test Yöntemi):**Bu yöntemde test aynı cevaplayıcı grubuna iki defa uygulanır. İki uygulamadan elde edilen puanlar arasında korelasyon hesaplanır. Elde edilen korelasyon güvenirlilik katsayısının kestiricisi olarak kullanılır. Bu ölçümün sonuçları iki uygulamaya ait puanların ne ölçüde kararlı olduğunu gösterir. Bu nedenle test-tekrar test güvenirliliğine kararlılık, devamlılık, istikrarlılık katsayısı adı da verilir (33,56).

Testin tekrarı birkaç gün ile birkaç aylık bir süreden sonra yapılabilir. Genellikle iki farklı yol izlenir. Test bir gruba aralıksız veya kısa bir dinlemeden sonra uygulanır ya da iki-dört hafta ara gibi bir ara verildikten sonra uygulanır. Test puanları sürekli bir değişken ve eşit aralıklı ölçek nitelikleri taşıdığı için güvenirliliğin bulunmasında genelde Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon eşitliği kullanılmaktadır. Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı örneklem büyüklüğünden etkilendiği için bunun hesaplanmasında en az 30 kişiden oluşan bir gruba uygulanması gerekmektedir (4,61,78).

Bu yöntemde iki uygulama arasındaki aralığa dikkat çekmek gerekmektedir. Aralık kısa olduğu zaman birey ilk uygulamada hatırlayabildiği bazı bilgileri ikinci uygulamada kullanabilir Aralık uzun tutulduğunda ise zaman içerisinde ölçülen

özellikler değişikliğe uğrayacağı için düşük güvenilirlik katsayıları elde edilecektir. Bu nedenle, önerilen süreler genellikle iki-üç ile dört-altı hafta arasında değişmektedir. Ölçeğin zamana karşı değişmez olduğunu saptamak için hesaplanan korelasyon katsayısının pozitif ve yüksek olması istenir. Bu sınır ölçekler için en az 0.70'dir (4,61,78).

**2- Paralel (Eşdeğer) Form Yöntemi:** Paralel form yöntemi, alternatif form yöntemi olarak da bilinir. İki eşdeğer formun deneklere uygulanıp aralarında korelasyona bakılmasına dayanır. Bulunan katsayı eşdeğerlik katsayısı olarak adlandırılır. İki testin paralel olabilmesi için aynı değişkeni ölçmesi yanı sıra ortalamalarının, standart sapmalarının, varyanslarının, kovaryanslarının, madde sayılarının ve tiplerinin eşit olması gerekir. Ayrıca paralel formlarla yapılan ölçümlerde ölçmenin eşdeğer olabilmesi için her iki ölçeğin madde sayısı, niteliği, kullandığı ölçme tekniği, faktör yapısı, ölçtükleri davranış, formların kapsamaları, yapısı, zorluk derecesi, talimatları, puanlama, madde sayısı ve yorumlama bakımından birbirine denk olması gerekmektedir. Bu özelliklerinden dolayı eşdeğer form ölçütlerini yerine getirebilme araştırmacılar için oldukça zordur. Eşdeğer iki form aralıksız olarak aynı anda ya da aralıklı olarak farklı iki zamanda uygulanır. Formlar arasındaki korelasyon hesaplanır ve güvenilirlik katsayısı olarak yorumlanır. Eşdeğer formların uygulanışında, aradaki zaman aralığının artması kararlılığı olumsuz yönde etkileyecekse, formlar deneklerin sıkılmalarını ve yorulmalarını engelleyecek kadar ara süre verilerek ard arda uygulanmalıdır (33,56).

### **Ölçümcü Güvenirliği**

**1- Gözlemciler arasındaki uyum:** Bunu belirleyen güvenilirlik ölçütü özellikle verilerin gözleme dayalı olarak toplandığı ve birden çok gözlemcinin, önceden eğitilerek

ve birbirinden bağımsız olarak , aynı durumu, aynı zamanda, aynı ölçüm aracı ile ölçmeye çalıştıkları durumlarda uygulanır. Bu tür ölçmelerde gözlemcilerin ayrı ayrı yaptıkları ölçümlerin ortalamaları alınarak, her bir durum için tek bir değer bulunur. Aynı gözlem sonuçları birbirine ne kadar yakın ise sonuçta elde edilen ortalama değer in güvenilirliği o kadar yüksek olur (33,56).

**2- Gözlemciler içi uyum :** Bunun sınanmasında, iki ya da daha fazla gözlemin aynı gözlemci tarafından yapılarak puanlanması söz konusudur. Burada ölçümler arası tutarlığın yüzdesi güvenilirlik sınanması için en çok kullanılan istatistik yöntemidir (33,56).

### **İç Tutarlılık**

İç tutarlığın dayandığı temel görüş, her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek (bir bütünü oluşturmak) üzere, birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden oluştuğu varsayımdır. İç tutarlılık, ölçüm aracının ölçtüğü varsayılan niteliği ölçen soruların kendi içlerinde ne kadar birbirleriyle ilişkili olduklarını, ne kadar homojen bir soru grubu oluşturduklarını tespit eder. Bir ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliğine sahip olduğundan söz edebilmek için ölçeğin tüm alt bölümlerinin aynı özelliği ölçtüğünü kanıtlamak gerekir. Bir ölçekte, alfa katsayısının hesaplanabilmesi için bir niteliği ölçen iki ya da daha fazla sorunun olması gerekir. İç tutarlılık katsayısını hesaplamada çok sayıda yöntem vardı. Veri türleri ve koşullar uygun olduğu sürece, ölçme aracının güvenilirliğini sınamak ve pekiştirmek için birden fazla yöntem kullanılmalıdır (4,33,56,61,78).

**1- İki yan test/yarıya bölme güvenilirliği:** Bir gruba aynı anda uygulanan ölçme aracının soruları, iki eşit yarıya bölünür ve bireylerin iki eşdeğer yarıdan aldıkları puanlar arasındaki ilişki hesaplanır. Bulunan korelasyon değeri, iç tutarlılık hakkında bilgi verir ve güvenilirlik tahmini yapılmasını sağlar (33,56).

**2- Madde Analizi/Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayısı:** Bir maddenin ayırdedicilik indeksini verir bu da o maddenin geçerliği demektir. Gerek geliştirilen gerekse uyarlanan bir ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek üzere kullanılan yöntemlerden birisi madde analizidir. Bu yöntemle bir test maddesinin varyansı toplam test puanının varyansı ile karşılaştırılarak aralarındaki ilişki incelenir. Bu ilişki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonunun düzeltilmiş formülü ile hesaplanır. Ölçekteki maddeler eşit ağırlıkta ve bağımsız üniteler şeklinde ise her madde ile toplam değerler arasındaki korelasyon katsayısının yüksek olması beklenir. Madde toplam korelasyon katsayısının negatif olamaması gerekir. Kabul edilebilir olması için en az 0.20 olması gerekmektedir. 0.20'nin altında olması güvenilirliği düşürücü bir etki yaptığından o maddelerin çıkarılması gerekir. Ancak maddenin ölçekten çıkarılması için madde silindiğindeki alfa katsayısına ve ortalamadaki değişimlere bakmak gerekmektedir. Eğer madde silindiğinde alfa katsayısı yükseliyorsa o madde güvenilirliği azaltan bir sorudur ve ölçekten çıkarılmalıdır. Bu şekilde ölçeğin homojenliği (benzeşikliği) artırılmış olur ve güvenilirlik yüksektir (4,33,56,61,78).

**3- Cronbah alfa katsayısı, Kuder-Richardson 20 ve 21:** Homojen bir yapıyı ölçtüğü varsayılan ve benzer maddelerden oluşan ölçme araçlarının bir tek uygulamayla güvenilirliğinin belirlenmesi o ölçme aracının iç tutarlılığı hakkında bilgi verir. Bir uygulamayla güvenilirlik belirlemede çeşitli teknik ve formüller olmakla birlikte en çok

kullanılanları **Kuder Richardson(KR) 20-21 ve Cronbach Coefficient Alfa** teknikleridir. Kuder Richardson ve Cronbach Alfa Formülleri birbirlerinden türetilmiş olmasına karşın, hangisinin kullanılacağı, madde puanlarının ölçeklenme biçimine bağlıdır. Madde puanları süreksiz, var-yok, evet-hayır, doğru-yanlış veya 1-0 şeklinde ise KR 20, sürekli ise Cronbach Alfa hesaplanması gerekir. Ayrıca Kuder-Richardson 21 eşitliği ise ölçekteki her bir sorunun günlük derecesinin aynı olduğu varsayımında kullanılabilir (4,33,56,61,78).

\* **Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı:**Cronbach (1951) tarafından geliştirilen alfa katsayısı yöntemi, maddeler doğru-yanlış olacak şekilde puanlanmadığında, 1-3, 1-4, 1-5 gibi puanlandığında, kullanılması uygun olan bir iç tutarlılık tahmin yöntemidir. Cronbach alfa katsayısı, ölçekte yer alan k maddenin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır (4,33,56,61,78).

\* **Kuder-Richardson Güvenirlik Katsayıları:**İçsel tutarlılığın güvenilirliğini belirlemek için en sık kullanılan yöntemlerden birisi de Kuder-Richardson yaklaşımıdır. Yöntem tüm maddelerin birbirleriyle ve ölçeğin tamamıyla iç tutarlılığını tahmin etme amacı üzerine kuruludur. Bu nedenle yöntem, ölçekteki tüm maddelerin aynı değişkeni ölçtüğü varsayımına dayanır. Yöntemin uygulanmasında veri seti, ölçekteki maddelerden alınan cevaplar istenilen özelliği taşıyorsa "1" puan, istenilen özelliği taşıyamıyorsa veya boş bırakılmışsa "0" puan verilerek oluşturulur. Bu yöntemle, iç tutarlılığa yönelik güvenilirlik kestiriminde bulunmada belirli kriterler dikkate alınarak Kuder-Richardson 20 veya 21 formüllerinden uygun olanı kullanılır (4,33,56,61,78).

### 1.7.3.7.2.2. GEÇERLİK

Uygun bir yöntemle, ölçme aracının güvenilirliği saptansa bile, güvenirlüğün ölçme aracının kararlılığı ile ilgili olmasından dolayı, yapılan işlem “Kullanılan ölçüm aracıyla neyi ölçmek istiyoruz?”, “Maddelerimiz, amaç doğrultusunda ölçmek istediğimizi doğru olarak ölçebilir mi?” sorularına cevap veremez. Bu nedenle, davranışsal özellikleri ve bunlardan da özellikle bilişsel ve duyuşsal yönü baskın olanları ölçerken kullanılan ölçme aracının, ölçmek istediğimiz özelliğe yönelik ölçme dereceleri araştırılmalıdır. Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellikle karıştırmadan, doğru ölçebilme derecesidir. Ölçüm aracının amacına hizmet edebilme özelliğidir. Bir ölçme aracının geçerliğinin belirlenmesinde bu düşünceden yararlanır. Ölçülen özelliğe sahip oluş derecesi bakımından bireyler arası gerçek farklardan meydana gelen değişkenliğin, ölçümlerde meydana gelen toplam değişkenliğe oranı hesaplanır. Bir ölçeğin geçerliği, bir derecelendirme problemidir, yani ölçeğin geçerliği vardır veya yoktur şeklinde düşünülemez. Bu nedenle ölçeğin geçerliğini yüksek, orta ve düşük olarak da derecelendirmek gerekir. Hiçbir araç tümüyle geçerli olamaz. Araştırmacılar aracın ne derece geçerli olduğuna dair bulgular elde ederler (33,56).

Geçerlik, bir ölçme aracının kullanıldığı amaca hizmet etme derecesi olduğundan, ölçme araçlarından elde edilecek ölçümler hangi amaçla kullanılacaksa ölçme geçerliği de o amaca bağlı olarak değişecektir. Bir ölçeğin geçerliği sadece kendisiyle de belirlenemez. O ölçeğin, kullanım amacına, uygulandığı gruba, uygulama ve puanlama biçimine de bağlıdır. Geçerliğin yüksek olması, büyük ölçüde, ölçülmek istenen değişkenin ifade edilebilmesine bağlıdır. Bu yönü ile doğrudan ölçmelerde geçerlik daha yüksek, dolaylı ölçmelerde ise değişkenin yeterince tanımlanamaması ve kriterlerinin

yeterince duyarlı olmaması nedeniyle, geçerlik daha düşük olabilmektedir. Bir ölçmenin geçerli sayılabilmesinin ilk koşulu onun güvenilir olmasıdır. Güvenirlik, geçerlik için gerekli koşul olmasına rağmen, yeterli koşul değildir. Güvenilir bir ölçek her zaman geçerli olmayabilir. Fakat güvenilirliğin yüksek olması aracın, geçerliğinin de yüksek olacağı hakkında tam bir bilgi vermez. Ölçüm sonuçlarının ne kadarıyla ölçüm hatasını yansıttığı sorusuna yanıt verebilmek için ölçüm aracının geçerliliğinin saptanmasına gerek vardır. Ölçek geliştirme ve uyarlama aşamalarında sık kullanılan geçerlik türleri tablo 9’da gösterilmiştir. İdeal bir geçerlik saptama bu üç geleneksel kategoriye de kapsayan bilgileri içermelidir (33,56).

**Tablo 9. Ölçeğin Geçerliğini Belirlemede Kullanılan Yöntemler**

<b>İçerik/Kapsam geçerliği</b>	Uzman görüşleri alma
<b>Ölçüt-Bağımlı Geçerlik</b>	Yordama-kestirim Eş zaman/her zaman
<b>Yapı geçerliği</b>	Faktör analizi Bilinen grup karşılaştırması Hipotez sınanması/mantıksal analiz Çok özellikli-çok yöntemli matris

#### **İçerik/Kapsam geçerliği**

Kapsam geçerliği ölçüm aracının, ölçülmek istenen yapının temel elementlerini ne ölçüde kapsadığını incelemekle ilgilenir. Kullanılan ölçeğin ölçülmek istenen değişkeni ölçüp ölçmediğini gösterir. Bu geçerlik türü, bir ölçme aracı içindeki maddeler veya soruların ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı konuları dengeli bir şekilde temsil etme derecesi hakkındaki uzman görüşüdür ve geçerlik düzeyi sayısal değerlerle belirlenemez. Kanaatlere göre bir kabul söz konusudur. Ölçme aracı geliştirilirken ya da uyarılırken ilk başvuru olan geçerlik türüdür. Herhangi bir dilde geliştirilen bir ölçüm aracını Türkçe'ye uyarlamak isteyen bir araştırmacı da bu mantıksal ölçütü kullanmalı,

yani içerik geçerliğini sınamalıdır. Konu uzmanların görüşlerine başvurularak ölçme aracının kullanılacağı amaç için uygun olup olmadığına, gerekli veriyi toplayacak durumda olup olmadığına ilişkin görüş alınarak daha rafine, anlaşılır ve anlamlı maddelerden oluşan bir uyarılama sağlanmaya çalışılır (33,56).

Bu süreç testin defalarca düzenlenmesini gerektirir. Maddelerin hem dil, hem kültür eşdeğerliği hem de içerik geçerliğini sınamak üzere uzman görüşüne başvurmada her madde için uzmanın maddelerin uygunluğunu puanlar vererek değerlendirmelerini sağlayacak bir form kullanılabilir. Bu yolla her madde için uzmanların katılım düzeyleri karşılaştırılmaktadır. Kapsam geçerliğinin sayısal değerlerle kanıtlanması için araştırmacı tarafından geliştirilecek bir derecelendirme ölçütünün uzmanlara verilmesi sağlanabilir. Araştırmacı uzmanlara göndermeden önce her bir madde için ve tüm araç için kaç uzmanın olumlu görüş bildirmesi gerektiğine karar vermelidir ve uzman incelemesi sonucunda en az uyum sınırının altında kalan maddeler araçtan çıkarılmalı ya da yeniden düzenlenmelidir (33,56).

### **Ölçüt-Bağımlı Geçerlik**

Geçerliği bir ölçüte göre belirleme yaklaşımı oldukça kullanışlı bir yöntemdir. Ölçek puanlarının bazı dış ölçütlerle ilişkisi aranır . Bir testin diğer testle elde edilen sonuçları verme yeteneğidir. Ölçüm aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği ne kadar başarıyla yordadığı sorusuna cevap verir. Yordama(kestirimsel) ve eş zaman(uyum) geçerliği olarak iki türdür. Her ikisinde de geliştirilen ölçme aracından bireylerin aldıkları puanlar bir dış ölçütle karşılaştırılarak ilişki düzeyine bakılır (33,56).

**1-Yordama(kestirimsel) geçerliği:** Bu geçerlik sınanmasında geliştirilmiş olan aracın ileriye dönük bir ölçüte göre bireyin davranışlarını ayırt edebilme yeteneği kanıtlanır. Geliştirilen ölçme aracından elde edilen puanlarla gelecekte gözlenecek, ölçülecek davranış arasındaki korelasyon hesaplanır. Böylece ölçme aracının ölçmek istediği davranışı ne düzeyde yordayabildiği hesaplanır. Eğer bireylerin test puanı bireyin ilerdeki performansını yordamak, bir başka ifade ile ileride ne olacağına karar vermek amacıyla kullanılacak ise ya da ölçütle ilgili puanlar ilerideki bir zamanda elde edilmek zorundaysa testin yordama geçerliğine bakılır (33,56).

**2-Eş zamanlı/ benzer ölçek geçerliği:** Puanlar o anda var olan bir ölçütle karşılaştırılmaktadır. Üzerinde çalışılan ölçme aracından elde edilen puanların daha önce geliştirilmiş olan ve geçerlik güvenirliği test edilmiş olan aynı özelliği ölçen bir başka ölçme aracının puanları ile arasındaki korelasyon hesaplanır. Benzer ölçek geçerliği olarak da bilinen bu yöntemde, daha önceden geçerliği saptanmış olan bir ölçeğe gereksinim vardır. Bireyin her iki testten aldıkları puanların korelasyonuna bakılır. Burada önemli nokta, karşılaştırılacak ölçeğin geçerlik güvenirliği yapılmış bir ölçek olması gerekliliğidir (33,56).

### **Yapı geçerliği**

Yapı birbirleriyle ilgili olduğu düşünölen belli öğelerin ya da öğeler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu bir örüntüdür (33,56).

**1- Faktör Analizi:** Aynı yapıyı ölçen çok sayıda değişkenden, az sayıda tanımlanabilir anlamlı değişken keşfetmeye yönelik çok değişkenli bir istatistiktir. Faktör analiziyle, ölçölen yapıda birbiriyle yüksek korelasyon gösteren özellikler birer

faktör altında kümelendirilir. Faktör analizi değişkenler arasındaki ilişkiyi faktör olarak isimlendirilen çok daha az sayıdaki gözlenemeyen gizli değişkenler bakımından açıklamayı sağlamak üzere düzenlenmiş tekniktir. Açıklayıcı ve doğrulayıcı olmak üzere iki temel yönetime ayrılmaktadır. Açıklayıcı faktör analizinde değişkenler arasındaki ilişkiden hareketli faktör bulmaya, teori üretmeye yönelik bir işlem; doğrulayıcı faktör analizinde ise değişkenler arasındaki ilişkiye dair daha önce saptanan bir hipotezin test edilmesi söz konusudur (33,56).

**2- Bilinen grup karşılaştırması:** Bu yöntemle ölçmek istenilen özellik açısından birbirine benzemediği düşünülen iki ayrı gruba geliştirilen araç uygulanır ve sonuçlar karşılaştırılır. Gruplardan biri ölçülmek istenen faktörler açısından özellikleri bilinen bir gruptur. Bu yaklaşıma zıt gruplar geçerliği de denilmektedir (33,56).

**3- Hipotez sınanması/mantıksal analiz:** Yapı geçerliğinde sık kullanılan bir teknik hipotez sınanmasıdır. Eldeki testten çıkacak sonuçlara yönelik hipotezler geliştirilir. Bu hipotezler araştırma sonuçları ile desteklendiği zaman testin yapı geçerliği hakkında veri elde edilmiş olur. Bilinen grup karşılaştırmasına benzer bir yöntemdir. Burada araştırmacı ilgili kaynaklar doğrultusunda önceden aralarında ilişki olacağı varsayımı kurduğu ilişkilerin yönünü ve düzeyini korelasyon analizi ile değerlendirirken test eder. Bu geçerlik ölçütü uyarlanan ölçeğin yapısal durumunun açıklanmasına önemli katkı sağlayan bir yöntemdir. Ölçekle ilgili yapılan her korelasyonel araştırma aynı zamanda mantıksal geçerliğe yönelik bulgular da sağlar. Araştırmacı açısından ölçek puanlarının ilişkili olduğu yapının ortaya konması ya da ölçek puanlarının ilişkili olduğu düşünülen yapının varlığına ilişkin kanıtlar ölçme aracının ölçme amacı doğrultusunda çalıştığını göstermek açısından önem taşır. Hipotezler, ölçme aracından elde edilen puanı

etkileyen deneysel ve gelişimsel değişkenler, başka ölçüm aracından elde edilen puanlarla olumlu ya da olumsuz ilişkileri ile ilgili olabilir (33,56).

**4- Çok özellikli-çok yöntemli matris:**Bir testin ölçtüğü değişkenlerin yanında ölçmediği değişkenlerin belirlenmesi de önemlidir. İlgilenilen iki ya da fazla, farklı kavramın ölçümleri arasındaki korelasyon katsayısı düşük ise ayırt edici geçerlilik, her kavram için iki ya da fazla farklı ölçüm yolundan elde edilen puanlar yüksek korelasyon gösterirse benzer sonuç geçerlik doğrulanmış olur. Bunun için grubun bir oturumda dört ya da fazla testi doldurmaya gönüllü olması gerekir (33,56).

### **1.7.3.7.3.KÜLTÜRLER ARASI KARŞILAŞTIRMA**

Ölçek uyarlama çalışmalarının bu aşamasında uyarlanan ölçeğin normları saptanır ve diğer dildeki ölçek normları ile karşılaştırılır. Bu aşamada aşağıdaki soruların yanıtları aranır (56);

- Uyarlanan ölçeğin puan ortalamaları, standart sapmaları, ve kesme noktası gibi özellikleri orijinal ölçeğin norm değerlerine benziyor mu?
- Uygulanan ölçeğin ölçme hatası, orijinal ölçeğin ölçme hatasına yakın mı?
- Uyarlanan ve orijinal ölçeğin faktör yapıları benziyor mu?
- Faktör-madde yükü her iki ölçekte de benzer değerde mi?

Yukarıda sorulan soruların bir çoğu, uyarlanan ölçeğin psikometrik özellikleri değerlendirilirken kendiliğinden yanıtlanır. Bu sorulara istendik yanıtlar alınamıyorsa örneğin ölçeklerin faktör yapısı örtüşmüyor ise bunun olası nedenleri araştırılmalı ve açıklanmalıdır (33,56).

## **BÖLÜM II**

### **GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **2.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Gastroenteroloji polikliniğinde izlenen, kronik karaciğer hastalığı olan hastalara uygulanacak olan Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0`ın Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla planlanan tanımlayıcı ve metodolojik bir araştırmadır(6,56).

#### **2.2.ARAŞTIRMADA KULLANILAN GEREÇLER**

Araştırmada gerekli verilerin toplanması için aşağıdaki veri toplama araçları kullanılmıştır.

- Sosyodemografik Özellikler Anket Formu (Ek I)
- Child-Pugh Sınıflanması (CPS) Formu (Ek II)
- Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek III)

#### **Sosyodemografik Özellikler Anket Formu**

Araştırmacı tarafından literatür taraması sonucunda geliştirilen form, kronik karaciğer hastalarının sosyo-demografik özelliklerini ve hastalığa ilişkin değişkenlerini içeren toplam 22 sorudan oluşmaktadır. Bireyin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin yaş, cinsiyet, medeni durum, ev halkı sayısı, çocuk sayısı, sosyal güvence, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, mesleği, tekrar ulaşılması için gerekli olan ad, soyadı, adres, telefon bilgilerini içermektedir. Hastalığa ilişkin değişkenler açısından hastalığın tanısına,

sigara, alkol tüketim sıklığına, bakmakla yükümlü olduğu kişilere, ona bakabilecek kişilere, var olan ek kronik hastalığına, karaciğer hastalığı nedenli yaşam şekli değişikliğine, rol performansı problemlerine yönelik sorular yer almaktadır. (Ek I).

### **Child-Pugh Sınıflaması Formu**

Başlangıçta Child ve arkadaşları 1964 yılında karaciğer hastalıklı kişilerde cerrahi girişim riskini değerlendirmek için geliştirilse de sınıflama günümüzde kronik karaciğer hastalarının prognozunu belirlemede ve karaciğer yetmezliğinin derecesini göstermede kullanılan en önemli objektif parametre olarak kabul edilmektedir(EK II). Child-Pugh evresi hastanın prognozu ile korelasyon gösterir ve klinik olarak çok sık kullanılmaktadır. Child Pugh sınıflamasında, hastanın laboratuvar bulgularına ve klinik değerlendirmeye ilişkin beş adet değişken bulunmaktadır(Tablo 10). Beş değişkene ait puanlar toplanıp en az “5” ile fazla “15” arasında bir skor elde edilir. Hasta, skorlama sonucunda 5 veya 6 puan almışsa evre A; 7, 8 veya 9 puan almışsa evre B; 10 ile 15 arasında skor almışsa evre C olarak kabul edilir. Yapılan çalışmalar Evre A`da olan hastaların yaşam şansı ve yaşam kalitesi yüksek iken Evre C`ye varıldığında mortalite riski artmakta ve yaşam kaliteleri azalmakta olduğunu göstermiştir. Evre C`de olan hastaların %18`i bir yıl içerisinde kaybedilmektedir (13,42,43,53,91,93,94,95).

**Tablo 10. Child-Pugh Sınıflaması Formu**

	1 Puan	2 Puan	3 Puan
Ensefalopati	Yok	1 ve 2 derece	3 ve 4 derece
Asit	Yok	Hafif	Belirgin
Bilirubin (mg/dL)	0-2.0	2.0-3.0	>3.0
Albumin (mg/dL)	>3.5	2.8-3.5	<2.8
Protrombin Zamanı (sn olarak uzama)	0-4	4-6	>6
* Primer Bilier Siroz için: Bilirubin (mg/dL)	0-4.0	4-10.0	>10.0

## **Child Pugh Sınıflamasının Değişkenleri (16);**

### **1) Hepatik Ensefalopati**

Hepatik ensefalopati (HE), ciddi karaciğer disfonksiyonu olan hastalarda görülen, farklı nedene bağlı bir nörolojik ve/veya metabolik hastalık olmaksızın, bir dizi reversibl nöropsikiyatrik değişikliklerle karakterize bir sendromdur. Patogenetik mekanizması tam olarak anlaşılamayan bu hastalığın klinik tablosu, mental fonksiyonlardaki hafif farklılaşmadan derin komaya kadar değişen bir çeşitlilik gösterir. Terminolojide değişik ifadelerle adlandırılmasına karşın en çok “Hepatik koma”, “Hepatik ensefalopati” ve “Portosistemik ensefalopati” deyimleri kullanılmaktadır. Milattan önce 2000 yıllarında Babillilerde, MÖ. 1000 yıllarında ise Çinlilerde karaciğerin ruhla ilişkisi olduğu üzerinde durulmuştur. Belirgin karaciğer hastalığı ile birlikte nörolojik problemlerin varlığından ilk defa İonlarda bahsedildiği anlaşılmıştır. Hipokrat, köpek gibi havlayan, zapt edilemeyen ve söyledikleri anlaşılamayan, hepatitli bir hastadan bahsetmiştir. Hepatik ensefalopatinin günümüzdeki anlamına en yakın şeklini ise ilk defa 1949’da Adams ve Foley, makalelerinde tarif etmişlerdir.

Klinik seyir iniş-çıkışlar gösterdiğinden hastanın sık sık gözlenmesi gereklidir. Nöropsikiyatrik bulguların ciddiyetini belirleme ve değişiklikleri takip etme açısından yaygın olarak kullanılan klinik bir evreleme faydalı olmaktadır:

**Evre 0:** Bilinç, kişilik, entelektüel fonksiyon ve davranışta hiçbir değişiklik olmaması.

**Evre I:** Hipersomni, insomni, öfori veya anksiyete, dikkat süresinin kısılması, iritabilite.

**Evre II:** Letarji, oryantasyon bozukluğu, uygunsuz davranış, konuşmanın bozulması, ataksi.

**Evre III:** Somnolans, belirgin konfüzyon, ısrarlı uyarılara cevap.

**Evre IV:** Koma, uyarılara cevapsızlık

## **2) Assit**

Peritoneal kavitede patolojik olarak sıvı birikimine assit adı verilir. Albumin sentezinin azalması, kolloid ozmotik basıncının düşmesi ile ortaya çıkar. Karında perküsyonla matite en erken fizik muayene bulgusu olup ancak bir buçuk-iki litre kadar assit varlığında saptanabilir. Tereddüt halinde ultrasonografi ile kolayca ayırım yapılabilir (55,70).

## **3) Bilirubin**

Bilirubin, hemoglobin metabolizma ürünü olup safraya “bilirubin glukuronat ve bilirubin sülfat “ olarak salgılanır. İnce bağırsağın distalinde konjuge bilirubinin hemen hemen tamamı ürobilinojene indirgenir ve bu bileşiklerin bir kısmı da ürobiline yükseltgenir. Ürobilinojenin çoğu dışkı ile atılır , pek azı emilerek karaciğere dönerek tekrar salgılanır veya idrar içinde atılır. Normal bilirubin değerleri erişkinler için % 0.2-1.0mg arasındadır. % 2.0mg’ın üzerindeki bilirubin yüksekliği hiperbilirubinemi olarak adlandırılır ve karaciğer hastalığında bilirubinin yeterince atılamaması ile deri, göz skeralarında birikir (21,41,62).

## **4) Albümin**

Gama globülin hariç tüm plazma proteinleri karaciğerde üretilmektedir. Bunların içinde en önemlisi, albümindir. Plazma düzeyini, 3.5-5 g/dL arasında tutabilmek için her gün yaklaşık 10-15 g albümin üretilir. 25 mmHg olan normal plazma onkotik basıncı, başlıca albümin tarafından sağlanır. Yarılanma ömrü 10 günden fazla olduğu için eksikliği en az 2 hafta sonra fark edilir ve ilerlemiş karaciğer hastalarında albümin düzeyinde ciddi azalmalar (<2g) beklenir (21,41,62,73).

## **5) Protrombin Zamanı (INR)**

Karaciğer; protrombin, fibrinojen, V., VII., IX., ve X. faktörlerin yapımından sorumludur. Kandaki protrombin miktarı ile faktör V, VII, protrombin-fibrinojen etkileşimi ve aktivitesine ilişkin fikir verir. Hastadan alınan kan, oksalatlı tüpe konarak en küçük miktardaki protrombinin bile trombine çevrilmesini önler. Daha sonra bu oksalatlı kana bir anda çok miktarda kalsiyum iyonu ve doku ekstresi katılır. Kalsiyum iyonları daha önce katılmış olan oksalatı nötralize eder, doku ekstresi ve ekstrinsik yolla protrombinin trombine çevrilmesi reaksiyonunu aktive eder. Böylece kalsiyum ve doku ekstresi eklendikten sonra kanın pıhtılaşmasına kadar geçen süreye “protrombin zamanı” adı verilir. Normal değerleri 12-15 saniyedir Protrombin zamanı, kan pıhtılaşma sisteminin işlerliğinin belirlenmesinde en önemli laboratuvar testlerinden biridir. Koagülasyon hastalıklarının tanısında, cerrahi girişim öncesi hastalarda kanama riskinin belirlenmesinde, oral antikoagulan tedavideki hastaların izlenmesinde, ve karaciğer fonksiyonunun değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Protrombin zamanı test sonuçlarının Uluslararası Normalleştirilmiş Oran (INR) şeklinde rapor edilmesi, farklı üreticiler tarafından üretilen tromboplastin reaktiflerinin kullanımı sonucu oluşan laboratuvarlar arası değişkenliği standardize etmek amacıyla oluşturulmuştur. INRise normal değerleri 0.8-1.2’dir (24,90,91)

## **Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0**

“Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”, kronik karaciğer hastalığının yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etkilerini ölçmek için Ian M. Gralnek ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilmiş bir ölçektir. Orijinal ismi “Liver Disease Quality of Life Instrument 1.0 (LDQOL 1.0)”dır (43). (Ek III)

“Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0” puanlaması ve yapısı bakımından kompleks bir ölçektir. “Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0” toplamda 75 alt soru içermektedir. 75 alt soru birleşerek 17 soruluk ölçeği oluşturmaktadır; 17 sorunun içeriklerine göre birleşmesi ile 12 ölçek maddesi oluşmaktadır. **Madde 1**, 1. soruda yer alan 17 alt sorunun birleşmesi ile oluşmakta ve kronik karaciğer hastalığına(KKH) bağlı semptomları değerlendirmektedir. **Madde 2**, 2.soruda yer alan 10 alt sorudan oluşmakta ve KKH'nın günlük aktiviteler üzerine etkisini incelemektedir. **Madde 3**, 3. ve 4. soruda yer alan toplam 7 alt sorunun birleşmesi ile oluşmakta ve konsantrasyon problemlerine ilişkindir. **Madde 4**, 5. ve 6. soruda yer alan toplam 6 alt sorunun birleşmesi ile oluşmakta ve hafıza problemlerine ilişkindir. **Madde 5**, 7. soruda yer alan 5 alt sorunun birleşmesi ile oluşmakta ve hastaların sosyal ilişkilerini değerlendirmektedir. **Madde 6**, 8. soruda yer alan 4 alt sorunun birleşmesi ile oluşmakta ve hastaların hastalıkları nedeniyle yaşadıkları sağlık distressini değerlendirmektedir. **Madde 7**, 14. soruda yer alan 5 alt sorunun birleşmesi ile oluşmakta ve uyku problemlerini incelemektedir. **Madde 8**, 15. soruda yer alan 5 alt sorunun birleşmesi ile oluşmakta ve hastaların hastalıkları nedeniyle hissettikleri yalnızlık duygusu ile ilgilidir. **Madde 9**, 16.soruda yer alan 4 alt sorunun birleşmesi ile oluşmakta ve hastalığın neden olduğu umutsuzluk duygusu ile ilgilidir. **Madde 10**, 17. soruda yer alan 6 alt sorunun birleşmesi ile oluşmakta ve hastaların karaciğer hastalıklarını ne şekilde algıladıklarını değerlendirmektedir. **Madde 11**, 9, 10 ve 13 sorunun birleşmesi ile oluşmakta ve hastaların seksüel fonksiyonlarını değerlendirmektedir. **Madde 12**, 12.soruda yer alan 3 alt sorunun birleşmesi ile oluşmakta ve karaciğer hastalığının neden olabileceği seksüel problemleri incelemektedir. Ölçekte 11.soru geçiş sorusudur ve son dört hafta içinde cinsel ilişki olup olmadığını sorgulamaktadır (43,53). Ölçeğin faktör analizi yapısı

incelendiğinde 3 boyuttan oluştuğu görülmektedir. “Fiziksel Sağlık”, “Mental Sağlık”, “Sosyal/Bilişsel Sağlık” ölçeğin alt boyutlarını oluşturmaktadır. “Fiziksel Sağlık” alt boyutu 4 madde, “Mental Sağlık” boyutu 3 madde, “Sosyal/Bilişsel Sağlık” alt boyutu 4 maddeden oluşmaktadır (43).

Ölçeğin uygulanması yaklaşık 30-40 dakika almaktadır. Tablo 11’de Ölçeğin alt boyutları, maddeleri, ölçek içersinde yer aldığı soru numaraları ve maddelerin içerdiği alt soru sayıları görülmektedir.

**Tablo 11. Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0**

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

Ölçek, Gralnek tarafından 142’si erkek olmak üzere 221 kronik karaciğer hastasına uygulanmıştır. Gralnek ve arkadaşlarının(1997) Amerikan toplumunda yaptıkları çalışmada, ölçek maddelerinin hesaplanan Cronbach Alpha katsayıları 0.62 ile 0.95 arasında bulunmuştur. “Kronik karaciğer hastalığına(KKH) bağlı semptomlar” maddesi için Cronbach Alpha katsayısı 0.87, “KKH’nın günlük aktivitelere etkisi” maddesi için

Cronbach Alpha katsayısı 0.90, “Konsantrasyon” maddesi için Cronbach Alpha katsayısı 0.95, “Hafıza” maddesi için Cronbach Alpha katsayısı 0.95, “Sosyal ilişkiler” maddesi için Cronbach Alpha katsayısı 0.62, “Sağlık distressi” maddesi için Cronbach Alpha katsayısı 0.91, “Uyku” maddesi için Cronbach Alpha katsayısı 0.73, “Yalnızlık” maddesi için Cronbach Alpha katsayısı 0.74, “Umutsuzluk” maddesi için Cronbach Alpha katsayısı 0.77, “Karaciğer hastalığını algılama şekli” maddesi için Cronbach Alpha katsayısı 0.84, “Seksüel fonksiyon” maddesi için Cronbach Alpha katsayısı 0.89, “Seksüel problemler” maddesi için Cronbach Alpha katsayısı 0.87 olarak bulunmuştur. Gralnek tarafından yapılan çalışmada ölçekte alt boyutlar ve tüm ölçek için Cronbach Alpha hesaplanmamıştır (43).

12 maddeden oluşan ölçek Likert tipindedir. Ölçekte her bir seçenek en az “1” ile en fazla “6” arasında bir puan almaktadır. “1” en düşük puanı “6” ise en yüksek puanı ifade etmektedir(48). Her soru için farklı puanlamaların olması nedeniyle istatistiksel değerlendirmede homojenliğin sağlanması için puanlar 0-100 puan arası olacak şekilde dönüştürülmüştür. Böylece hasta her sorudan en az “0 puan” en fazla “100 puan” alabilmektedir. Ters ifadeler hariç tüm maddelerde en düşük değer olan “1 puan”, “0 puan” şeklinde dönüştürülmüştür (43,53)

$$\text{Dönüştürülmüş Skor(DS)} = \frac{\text{Ham puan} - \text{minimum puan}}{\text{Maksimum puan} - \text{minimum puan}} \times 100$$

Yukarıda belirtilen skor dönüştürme formülüne göre en fazla “6” ve en az “1” puan

alabilen sorulardan, katılımcı 5 puanı işaretlemişse;

$$DS = \frac{5-1}{6-1} \times 100 \Rightarrow DS = 80 \text{ puan almaktadır.}$$

En fazla “5” ve en az “1” puan alınabilen sorulardan araştırmaya katılan hasta 4 puanı işaretlemişse;

$$DS = \frac{4-1}{5-1} \times 100 \Rightarrow DS = 75 \text{ puan almaktadır.}$$

Ölçekten alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu ifade etmektedir. Araştırmaya katılan hastanın ölçekten “100 puan” alması en iyi yaşam kalitesini “0 puan” alması en kötü yaşam kalitesini ifade etmektedir. Ölçeği orjinalinde sadece dönüştürülmüş skor formülü verilmiş ancak her puan için puanlama yapılmamıştır. Bu çalışmada ise anlaşılabilirliği arttırmak için dönüştürülmüş skor formülüne göre ölçek puanlarının 100’lük puana dönüştürülme işlemleri Tablo 12’de gösterilmiştir (43,53).

Tablo12. Ölçek Puanlarının 100'lük Puana Dönüştürülmesi

	1 puan	2 puan	3 puan	4 puan	5 puan	6 puan
<b>KKH bağlı semptomlar</b> <b>1a – r arası maddeleri</b>	0 puan	20	40	60	80	100 puan
<b>KKH'nın etkisi</b> <b>2a – h arası maddeler</b> <b>2i ve j maddeleri</b>	0 puan 0puan	20 25	40 50	60 75	80 100 puan	100 puan
<b>Konsantrasyon</b> <b>3a-c, 4a-d arası maddeler</b>	0 puan	25	50	75	100 puan	
<b>Hafıza</b> <b>5a-d, 6a-b arası maddeler</b>	0 puan	25	50	75	100 puan	
<b>Sosyal ilişkiler</b> <b>7a-e arası maddeler</b>	0 puan	25	50	75	100 puan	
<b>Sağlık distressi</b> <b>8a-d arası maddeler</b>	0 puan	25	50	75	100 puan	
<b>Uyku</b> <b>14a-e arası maddeler</b>	0 puan	25	50	75	100 puan	
<b>Yalnızlık</b> <b>15a-e arası maddeler</b>	0 puan	25	50	75	100 puan	
<b>Umutsuzluk</b> <b>16a-d arası maddeler</b>	0 puan	25	50	75	100 puan	
<b>Kc. hast. algılama şekli</b> <b>17a-f arası maddeler</b>	0 puan	25	50	75	100 puan	
<b>Seksüel fonksiyon</b> <b>10. ve 13. madde</b> <b>9.madde</b>	0 puan 0 puan	25 33.33	50 66.66	75 100 puan	100 puan	
<b>Seksüel problemler</b> <b>12 a-f arası maddeler</b>	0 puan	33.33	66.66	100 puan		

\* 11. sorunun puanlaması: Geçiş sorusudur. Sadece son dört hafta boyunca cinsel ilişki varlığını sorgulamaktadır. Evet cevabı verildiğinde bir sonraki sorudan, hayır cevabı verildiğinde 14. sorudan devam edilmektedir.

Ölçeğin puanlamasında tersine dönen ifadeler yer almaktadır. 7. sorunun b ve e şikkı, 9.soru, 10.soru, 12.soru, 13.soru, 14. sorunun a ve e şıkları, 15. sorunun e şikkı, 16. sorunun b ve d şıklarında ters puanlanması gereken ifadeler bulunmaktadır.

**7. soru(b ve e), 14. soru(a ve e), 15. soru(e) şıklarının tersine puanlamaları**

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Seyrek olarak	Hiçbir zaman
1 puan	2 puan	3 puan	4 puan	5 puan
100 puan	75 puan	50 puan	25 puan	0 puan

### 16. soru (b ve d) şıklarının tersine puanlamaları

Kesinlikle katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1 puan	2 puan	3 puan	4 puan	5 puan
100 puan	75 puan	50 puan	25 puan	0 puan

### 9. ve 12. sorularının tersine puanlamaları:

Sorun olmadı	Az sorun oluşturdu	Kısmen sorun oluşturdu	Çok sorun oluşturdu
4 puan	3 puan	2 puan	1 puan
100 puan	66,6 puan	33,3 puan	0 puan

### 10. sorunun tersine puanlaması:

Kesinlikle hayır	Evet, çok az	Evet, biraz	Evet, oldukça	Evet, büyük ölçüde
5 puan	4 puan	3 puan	2 puan	1 puan
100 puan	75 puan	50 puan	25 puan	0 puan

### 13. sorunun tersine puanlaması

Çok memnunum	Kısmen memnunum	Ne memnunum ne de değilim	Kısmen memnun değilim	Hiç memnun değilim
5 puan	4 puan	3 puan	2 puan	1 puan
100 puan	75 puan	50 puan	25 puan	0 puan

## 2.3.ARAŞTIRMADA KULLANILAN YÖNTEMLER

### “Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”ın Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar

“Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”ın Türk toplumuna uyarlanmasına yönelik olarak geçerliliğini test etmek için araştırmanın ilk aşamasında ölçeğin dil geçerliliğine yönelik çalışmalar yürütülmüştür. İlk adım olarak ölçeğin İngilizce`den Türkçe`ye iki dili de iyi bilen, bir öğretim üyesi hekim, 1 öğretim üyesi hemşire, 3 organ nakli hemşiresi, 2 asistan hekim tarafından çevrili yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe

çevirisinden en uygun ifadeler seçilerek oluşturulan hali Türkçe'den İngilizce'ye çevirisi her iki dili de çok iyi bilen 1 İngiliz dili uzmanı, Amerika'da eğitim almış 1 uzman hekim tarafından yapılmıştır. Son olarak İngilizce'ye çevrilmiş olan ölçek 1 uzman hekim, 2 uzman hemşire tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Türkçe'ye çevrilen son hali ilk metinler ile karşılaştırılmış ve gerekli değişiklikler yapılarak içerik geçerliliğinin değerlendirilmesi için 6 kişilik uzman görüşüne sunulmuştur. Görüşüne başvuru uzmanlardan, ölçek maddelerini anlaşılabilirlik, amaca uygunluk, kültüre uygunluk yönünden değerlendirmeleri istenmiştir. Her bir madde 1 ile 10 arasında değişen puanlarla değerlendirilmiştir(1=hiç uygun değil, 10=tamamen uygun). Uzman görüşlerine göre her bir maddenin uygunluk puanı en az 6 puan ve üzeri olarak bulunmuştur. Uzmanlar tarafından önerilen değişiklikler yapılarak ölçeğe son şekli verilmiştir. Verileri araştırma kapsamına alınmayan 10 hastaya ön uygulama yapılmıştır. Katılımcılara ölçekteki ifadelerin anlaşılabilirliğine, kolay okuma, doldurulma durumlarına ilişkin sorular sorularak anket şekli verilmiştir.

### **“Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”ın Psikometrik Uygunluğu: Güvenirlilik ve Geçerlik Analizleri**

**Güvenirlilik Analizleri (33):** Ölçeğin güvenirliği kapsamında zamana göre değişmezlik, iç tutarlılık ölçütleri incelenmiştir.

- **Zamana Göre Değişmezlik:** Ölçeğin zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için **test- tekrar test yöntemi** uygulanmıştır. İlk uygulamadan 6 hafta sonra 38 kişilik örneklem grubuna “KHYKÖ 1.0” tekrar uygulanmıştır. Hastaların takip aralıklarının bazı hastalar için 3 aylık sürelerle olması nedeniyle hastaların bir kısmına telefon ile bir kısmına ise mail adreslerine anket formu gönderilerek ulaşılmıştır. Önceki

ve sonraki ölçümler arasındaki korelasyon “**Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı**” hesaplanarak incelenmiştir.

• **İç Tutarlılık:** Ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek için “**Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı**” hesaplanmış ve madde analizlerinde, madde-toplam puan korelasyonunu incelemek için “**Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı**” hesaplanmıştır.

**Geçerlilik Analizleri (33):** Ölçeğin geçerliliği, içerik/kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliği değerlendirilerek incelenmiştir.

• **İçerik/Kapsam Geçerliliği:** İçerik/kapsam geçerliliğinin sağlanmasında uzman görüşlerine başvurulmuştur. Ölçeğin anlaşılabilirlik, amaca uygunluk, kültüre uygunluk yönünden değerlendirmesi için 6 uzmanın görüşüne başvurulmuştur.

• **Yapı/Kavram Geçerliliği:** Yapı geçerliliği kapsamında faktör analizi ve hipotez sınaması yöntemleri kullanılmıştır.

**Faktör analizinde,** doğrulayıcı faktör analizi (Confirmatory factor analysis) uygulanmıştır. Faktör yapısının belirlenmesinde temel bileşenler tekniği (Principal component analysis) Promax rotasyonu kullanılmıştır. “KHYKÖ 1.0” için üç boyut bulunmuştur.

**Hipotez sınaması** için karşılaştırmalı ölçek olarak Child-Pugh sınıflaması kullanılmıştır. Child-Pugh sınıflamasından alınan toplam puan ortalamaları ile “Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”dan alınan toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki “Pearson Momentler çarpımı korelasyon katsayısı” ile belirlenmiştir.

## **2.4.ARAŞTIRMANIN YERİ ve ZAMANI**

Araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı Hepatoloji polikliniğinde yapılmıştır. Gastroenteroloji Bilim Dalı Prof. Dr. Namık Kemal Mentеш tarafından kurulmuştur. Yoğun bakımı(15) da dahil toplam 110 yatak kapasitesine sahiptir. Gastroenteroloji Bilim Dalı'nda, 2 Gastroenteroloji polikliniğinin yanında alt-dal olarak 1 Hepatoloji, 1 Reflü, 1 İnflamatuvar Barsak Hastalıkları (İBH) polikliniği bünyesinde hizmet verilmektedir. Ayrıca Endoskopi, Laparoskopi, Kolonoskopi, Endoskopik Retrograd Kolangio Pankreatografi (ERCP), Ultrasonografi, Endosonografi, Karaciğer Biyopsi, Motilite üniteleri ile de hizmet verilmektedir. Araştırma Ağustos 2005 – Eylül 2006 tarihleri arasında yürütülmüştür.

## **2.5.ARAŞTIRMANIN EVRENİ**

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı Gastroenteroloji Bilim Dalı Hepatoloji polikliniğine Ağustos 2005 – Eylül 2006 tarihleri arasında başvuran kronik karaciğer hastalığı olan tüm hastalar oluşturmuştur.

## **2.6.ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın örneklemini araştırma evreninden olasılıksız örneklem seçim tekniği ile seçilen ve sınırlamada belirlenen özelliklere uygun ve araştırmaya katılmaya kabul eden kişiler oluşturmuştur. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında örneklem büyüklüğünün madde sayısının en az beş katı veya on katı olması gerektiği bilgisine dayanılarak ölçeği oluşturan 17 soru için soru sayısının on katı olan 170 kişilik örneklem büyüklüğüne ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma gönüllü olarak katılmayı kabul eden,

18 yaş üstü 170 kronik karaciğer hastası ile yürütülmüştür.

## **2.7.VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ ve SÜRESİ**

Araştırmanın sınırlılıklarına uyan katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiş, araştırma için yazılı izin alınmış ve araştırmayı kabul eden kronik karaciğer hastaları çalışmaya alınmıştır. “KHYKÖ 1.0” ın ilk bölümünde yer alan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ait soruların ve ikinci bölümde yer alan yaşam kalitesine ilişkin soruların doldurulması sağlanmıştır. Child-Pugh skoru, araştırmacının kendisi tarafından laboratuvar değerlerinin, varsa ultrason sonuçlarının incelenmesi ve hasta bilinç düzeylerinin değerlendirilmesi ile hesaplanmıştır. Veriler, yüz yüze görüşme tekniği ile elde edilmiştir. 6 hafta sonra gerçekleştirilen tekrar test uygulamasında; hastaların poliklinik kontrollerinin 1.5, 3 veya 6 aylık kontrol aralıklarla olması nedeniyle hastaların bir kısmına telefon, bir kısmına mail yolu ile ulaşılmıştır. 6 haftalık sürelerle kontrole gelen hastaların tekrar testleri yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Araştırma Ağustos 2005 – Eylül 2006 tarihleri arasında yürütülmüştür.

## **2.8.VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Elde edilen verilerin analizinde The Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 13.0 for Windows programı kullanılmıştır. Sosyo-demografik verilerin değerlendirilmesinde kronik karaciğer hastalarının sosyo-demografik özellikleri için sayı ve yüzde dağılımları hesaplanmıştır.

Ölçeğin dil geçerliğini test etmek için çeviri-tekrar çeviri ve ön test işlemleri uygulanmıştır (33).

İçerik/kapsam geçerliliğini test etmek için uzman görüşlerinin alınması işlemine başvurulmuştur (33).

Ölçeğin faktör yapısı temel bileşenler analizi (Principal Component Analysis) Promax rotasyonu ile incelenmiştir. Yapı geçerliliği faktör analizi ve hipotez sınaması yöntemleri ile incelenmiştir. Hipotez sınaması yöntemi için Child Pugh sınıflaması kullanılmıştır. “KHYKÖ 1.0” ile Child Pugh puan ortalamaları arasındaki ilişki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı ile belirlenmiştir (33).

Ölçeğin zamana göre değişmezliğini test etmek için uygulanan test-tekrar test güvenilirliği için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı hesaplanmıştır. Ölçeğin güvenilirlik çalışması aşamasında iç tutarlılık analizi Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı ve madde-toplam puan korelasyon tekniği ile incelenmiştir (33).

## **2.9.SÜRE VE OLANAKALAR**

Tablo13’de araştırmanın yürütülme süreci görülmektedir.

## **2.10.ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ**

- Araştırmaya dahil edilmek istenen kronik karaciğer hastalarına sözlü ve yazılı bilgi verildikten gönüllülüklerini beyan etmek üzere yazılı izin alınmıştır. (EK IV)
- Ölçeğin Türkçe’ye çevrilip Türkiye’de uygulanması için Ian M. Gralnek’ten izin istenmiştir. İzin 9. Mart 2005 tarihinde e-posta mesajı ile alınmıştır (EK VI).
- Çalışmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Gastroenteroloji A.B.D’den ve Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Etik Kurulundan yazılı izin alınmıştır.



## **BÖLÜM III**

### **BULGULAR**

#### **3.1. KRONİK KARACİĞER HASTALARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ**

Bu bölümde kronik karaciğer hastalarının sosyo-demografik özelliklerine ve hastalığa ilişkin değişkenlerine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Araştırmadaki örneklem grubunun yaş ortalaması  $45,85 \pm 11,34$ 'tür. Araştırmaya alınan hastaların minimum yaşı 19, maksimum yaşı 72'dir.

**Tablo 14. Kronik Karaciğer Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalığa İlişkin Değişkenleri**

Özellik	Sayı	%
<b>Yaş grupları</b>		
18 – 36	29	17,1
37 – 55	109	64,1
56 – 74	32	18,8
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	71	41,8
Erkek	99	58,2
<b>Medeni durum</b>		
Evli	152	89,4
Bekar	9	5,3
Dul	5	2,9
Boşanmış	4	2,4
<b>Eğitim</b>		
İlköğretim	70	41,2
Lise	49	28,8
Üniversite	51	30,0
<b>Gelir düzeyi</b>		
500 YTL - daha az	30	17,6
500 -1000 YTL	97	57,1
1000 – 3000 YTL	39	22,9
3000 – daha fazla	4	2,4
<b>Meslek</b>		
Devlet memuru	50	29,4
Ev hanımı	50	29,4
Emekli	45	26,5
Serbest meslek	14	8,2
İşçi	9	5,3
Öğrenci	2	1,2
<b>Sosyal güvence</b>		
ES	122	71,8
SSK	34	20,0
YK	3	1,8
BK	7	4,1
Özel Sigorta	4	2,4
<b>Çocuk sayısı</b>		
yok	17	10,0
1 çocuk	23	13,5
2 çocuk	93	54,7
3 çocuk	21	12,4
4 çocuk	13	7,6
5 çocuk	2	1,2
6 çocuk	1	0,6
<b>Ev halkı</b>		
1 kişi	1	0,6
2 kişi	24	14,1
3 kişi	36	21,2
4 kişi	75	44,1
5 kişi	19	11,2
6 kişi	15	8,8

**Tablo 14. Kronik Karaciğer Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalığa İlişkin Değişkenleri(devamı)**

<b>Özellik</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Sigara tüketimi</b>		
Tüketen	33	19,4
Tüketmeyen	137	80,6
<b>Alkol tüketimi</b>		
Tüketmiyor	156	91,7
Sosyal içici	8	4,7
Ayda bir kere	3	1,8
Haftada bir iki kere	3	1,8
<b>Bakmakla yükümlü olduğu kimseler</b>		
yok	76	44,7
Anne-baba	13	7,6
Ailesi	81	47,7
<b>Bakımını üstlenecek kimseler</b>		
Yok	58	34,1
Eşi	89	52,4
Anne-baba	11	6,5
Çocukları	12	7,1
<b>Tam</b>		
HBV	110	64,7
HCV	35	20,6
Alkol	1	0,6
PBS	12	7,1
Kriptojenik	4	2,4
Otoimmün	6	3,5
Budd-chiari	2	1,2
<b>Ek kronik hastalık</b>		
Yok	132	77,6
Diyabet	11	28,9
Hipertansiyon	11	28,9
Tiroid problemleri	5	13,1
Böbrek yetmezliği	4	10,5
Kalp yetmezliği	3	7,9
KOAH	2	5,3
Epilepsi	1	2,6
Hemofili A	1	2,6

Tablo 14'e göre örneklem grubundaki hastaların %17.1'i 18–36 yaş arasında, %64.1'i 37–55 yaş grubunda ve %18.8'i 56–74 yaş grubunda yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan hastaların %58.2'si erkek, %41.8'i kadındır.

Deney grubunun büyük çoğunluğu %89.4 oranı ile evli, %5.3'ü bekar, %2.9'u dul, %2.4'ü boşanmıştır. Kronik karaciğer hastalarının eğitim düzeyleri incelendiğinde %41.2'sinin ilköğretim, %28.8'inin lise, %30'unun üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Hastaların gelir dağılımlarına göre %17.6'sının 500YTL ve daha az, %57.1'inin 500-1000YTL arası, %22.9'unun 1000-3000YTL arası ve %2.4'ünün 3000YTL ve üzeri kazandığı belirlenmiştir. Örneklem grubunun %29.4'ü devlet memuru, %29.4'ü ev hanımı, %26.5'i emekli, %8.2'si serbest meslek sahibi, %5.3'ü işçi, %1.2'si öğrencidir. Hastaların sosyal güvence durumları incelendiğinde %71,8'inin emekli sandığına , %20,0 SSK'ya, %1,8'inin yeşil karta, %4,1'inin bağkura, %2,4 özel sigortaya bağlı olduğu görülmektedir.Çoğunluğu evli hastalardan oluşan örneklem grubunun %54.7'sinin 2 çocuğu bulunmaktadır. Ev halkı durumları incelendiğinde %44.1'inin 4 kişilik ailelerden oluştuğu görülmektedir.Hastaların %19.46'ü sigara, %8.3'ü alkol tüketmektedir.

Hastaların %44.7'si bakmakla yükümlü kimselerin olmadığını, %47.7'si ailelerine bakmakla yükümlü olduklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan hastalar, hastaneye yatmaları durumunda %52.4'ü eşlerinin bakımlarının üstlenebileceğini, %34.1'i ise bakımlarını üstlenebilecek kimselerinin olmadığını belirtmişlerdir.

Hastaların %64.7'si hepatit B, %20.6'sı hepatit C, %7.1'i primer biliyer siroz, %3.5'i otoimmün hepatit, %2.4'ü kriptojenik, %1.2'si budd-chiari, %0.6'sı alkol nedeniyle kronik karaciğer hastalığına sahiptir. Örneklem grubundaki hastaların %77.6'sının ek bir kronik hastalığı bulunmamakta, ek kronik hastalığı bulunan hastalar arasında % 28.9'unun hipertansiyonu ve %28.9'unun diabeti bulunmaktadır

**Tablo 15. Hasta Cinsiyetlerinin Child Pugh Sınıflamasına ve Tanılarına Göre Dağılımları**

Child Pugh			Cinsiyeti		Total		
			Kadın	Erkek			
5-6=child A	Tanı	Hbv	32	73	105		
		%	20,6	47,1	67,7		
		hcv	18	13	31		
		%	11,6	8,4	20,0		
		pbs	11	1	12		
		%	7,1	0,6	7,7		
		alkol		1	1		
		%		0,6	0,6		
Toplam	%		66	89	155		
			42,6	57,4	100,0		
		7-9=child B	Tanı	Hbv		5	5
				%		33,3	33,3
				Hcv	2	2	4
				%	13,3	13,3	26,7
				Kriptojenik		2	2
				%		13,3	13,3
Otoimmün	3		3				
%	20,0		20,0				
budd-chiari		1	1				
%		6,7	6,7				
Toplam	%		5	10	15		
			33,3	66,7	100,0		

Tablo 15'te hastaların cinsiyetlerine göre tanıları ve hastalık şiddetleri incelendiğinde; Child Pugh sınıflamasına göre A sınıfında yer alan hastaların %42.6'sı kadın, B sınıfında yer alan hastaların %33.3'ü kadındır. Child A sınıfında yer alan erkeklerin % 47.1'i hepatit B'li, kadınların %11.6'sı hepatit C'li, kadınların %7.1'i PBS'li, erkeklerin %0.6'sı alkolik, kadınların %1.3'ü kriptojenik, kadınların %1.9'u otoimmün, erkeklerin %0.6'sı buddchiari nedeniyle kronik karaciğer hastalığına sahiptir.

Child B sınıfında yer alan erkeklerin % 33,3'ü hepatit B'li, kadınların %13.3'ü hepatit C'li, erkeklerin %13.3'ü kriptojenik, kadınların %20'si otoimmün, erkeklerin %6.7'si buddchiari nedeniyle kronik karaciğer hastalığına sahiptir. Tablo 15'te Hasta cinsiyetlerinin Child Pugh sınıflamasına ve tanılarına göre dağılımları görülmektedir.

### **3.2.“KARACİĞER HASTALIĞI YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ 1.0”IN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Elde edilen veriler bilgisayarda SPSS 13.0 for Windows istatistik programında değerlendirilmiştir. Ölçek bulguları, dil eşdeğerliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalar, ölçek güvenilirliği analizlerine ait bulgular ve ölçek geçerliği analizlerine ait bulgular olmak üzere üç başlık altında yapılmıştır.

Bir ölçme aracında olması gereken vazgeçilmez iki temel özellik **geçerlik** ve **güvenirliktir**. Güvenirliğin sağlanması geçerlik için bir ön koşuldur fakat geçerli olduğunun da göstergesi değildir. Ancak güvenilir olmayan bir aracın geçerliğine bakmaya gerek yoktur. Bu bakımdan ölçeğin güvenilirliğine yönelik bulguların öncelikli olarak verilmesi tercih edilmiştir (33,56).

#### **3.2.1.“Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”ın Dil Geçerliliği’ne Yönelik Yapılan Çalışmalar**

Kronik karaciğer hastalığına sahip hastaların yaşam kalitelerini ölçmeye yönelik Ian Gralnek ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışmalarında, İngilizce'den Türkçe'ye iki dili de iyi bilen, bir öğretim üyesi hekim, 1 öğretim üyesi hemşire, 2 hemşire, 2 asistan hekim tarafından çevrili yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe çevirisinden en uygun ifadeler seçilerek oluşturulan hali Türkçe'den

İngilizce'ye çevirisi her iki dili de çok iyi bilen 1 İngiliz dili uzmanı, Amerika'da eğitim almış 1 uzman hekim tarafından yapılmıştır. Son olarak İngilizce'ye çevrilmiş olan ölçek 1 uzman hekim, 2 uzman hemşire tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Türkçe'ye çevrilen son hali ilk metinler ile karşılaştırılmış ve gerekli değişiklikler yapılarak içerik geçerliliğinin değerlendirilmesi için 6 kişilik uzman görüşüne sunulmuştur.

Ölçeğin pilot uygulaması sırasında karaciğer hastalığının günlük aktiviteler üzerindeki etkisini inceleyen ikinci sorunun "d" ve "e" şıklarına hastalar tarafından yeterince anlaşılabilmesi nedeniyle anlaşılabilirliği arttırmak için örnekler eklenmiştir. Verilen örnekler ölçeğin orijinal içeriğinde olmayan ancak Türk kültüründe günlük yaşamda yapılan aktiviteler ile ilgilidir.

"Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0"nin Türkçe'ye uyarlaması sırasında **"2-d) How much did the effects of your liver disease bother you in each of the following areas during the past 4 weeks? =>Going to social events outside your home?"** sorusu ön uygulama esnasında hastaların ev dışındaki sosyal olayların içerikleri ile ilgili soru sormaları üzerine **"Son dört hafta içinde ev dışındaki sosyal olaylara katılırken ne sıklıkta sorun yaşadınız"** sorusuna, Türk toplumuna uygun olabilecek örnekler eklenmiş ve soru **"Son dört hafta içinde ev dışındaki sosyal olaylara katılırken (çarşıda gezebilme, komşuya gidebilme, kahveye gidebilme, sinema/tiyatroya gidebilme, lokantada yemek yeme gibi konularda) ne sıklıkta sorun yaşadınız"** şeklinde değiştirilmiştir.

**"2-e)How much did the effects of your liver disease bother you in each of the following areas during the past 4 weeks? =>Doing any leisure or recreational activities inside your home?"** sorusu da yine **"Son dört hafta içinde ev içinde**

rahatlama, keyif verici veya gevşemeye yönelik aktiviteler yaparken ne sıklıkta sorun yaşadınız” sorusu, örnekler verilerek “Son dört hafta içinde ev içinde rahatlama, keyif verici veya gevşemeye yönelik aktiviteler yaparken(el işi/örgü örme, televizyon seyretme, gazete/kitap okuma, egzersiz) ne sıklıkta sorun yaşadınız” şeklinde değiştirilmiştir.

### 3.2.2.“Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0 (KHYKÖ 1.0)”ın Güvenirlik Analizleri

Bu bölümde KHYKÖ 1.0’in maddelerine verilen cevapların sonuçları, zamana göre değişmezlik, iç tutarlılık analizlerine yönelik bulgular yer almaktadır.

**Tablo 16. “Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1,0”ın Madde Puanlarının Tanımlayıcı Özellikleri**

Madde No	Ölçek Maddeleri	n	En Düşük	En Yüksek	$\bar{x}$	Ss
Madde 1	Kronik karaciğer hastalığına (KKH) bağlı semptomlar	170	15.29	100.00	81.16	16.89
Madde 2	KKH'nın günlük aktivitelerine etkisi	170	14.00	100.00	74.73	18.16
Madde 3	Konsantrasyon	170	00.00	100.00	76.93	24.45
Madde 4	Hafıza	170	00.00	100.00	70.29	26.63
Madde 5	Sosyal ilişkiler	170	10.00	100.00	70.65	19.47
Madde 6	Sağlık distressi	170	00.00	100.00	68.46	28.47
Madde 7	Uyku	170	00.00	100.00	<b>66.53</b>	20.52
Madde 8	Yalnızlık	170	20.00	100.00	83.00	19.00
Madde 9	Umutsuzluk	170	00.00	100.00	70.59	26.54
Madde 10	Karaciğer hastalığını algılama şekli	170	00.00	100.00	79.49	27.13
Madde 11	Seksüel fonksiyon	170	00.00	100.00	74.94	29.65
Madde 12	Seksüel problemler	100	00.00	100.00	<b>85.70</b>	25.84

Tablo 16’da araştırmaya alınan kronik karaciğer hastalarının “KKHYKÖ 1.0”da yer alan 12 maddeye verdikleri en düşük, en yüksek puan değerleri, puan ortalamaları ve standart sapma değerleri görülmektedir. Tablo’da görüldüğü gibi ölçeğin maddelerinin puan ortalaması 66.53 ile 85.70 arasında değişmektedir. En küçük ortalamaya 66,53 puan

ile 7.madde (Uyku) sahiptir. En yüksek ortalamaya ise 85.70 puan ile 12.madde (Seksüel Problemler) sahiptir. 1.maddenin (Kronik karaciğer hastalığına(KKH) bağlı semptomlar) puan ortalaması 81.16, 2.maddenin (KKH'nın günlük aktivitelerine etkisi) puan ortalaması 74.73, 3.maddenin (Konsantrasyon) puan ortalaması 76.93, 4. maddenin (Hafıza) puan ortalaması 70.29, 5.madde (Sosyal ilişkiler) puan ortalaması70.65, 6.madde (Sağlık distressi) puan ortalaması 68.46, 11.madde (Seksüel problemler) puan ortalaması 74.94, 8. madde (Yalnızlık) puan ortalaması 83.00, 9.madde (Umutsuzluk) puan ortalaması 70.59, 10.madde (Karaciğer hastalığını algılama şekli) puan ortalaması 79.49 olarak bulunmuştur. Kronik karaciğer hastaları maddelerden en düşük 10 en yüksek 100 puan almışlardır.

**Tablo 17. “Karaciğer Hastaları Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”ın Alt Boyut Puanlarının Tanımlayıcı Özellikleri**

Ölçeğin alt boyutları	n	Alınan En Düşük	Alınan En yüksek	– x	Ss
<b>Fiziksel Sağlık Boyutu</b>	170	83.35	398.00	297.35	±64.51
<b>Mental Sağlık Boyutu</b>	170	37.50	300.00	218.53	±65.41
<b>Sosyal/Bilişsel Sağlık Boyutu</b>	170	75.00	400.00	300.87	±70.66
<b>Tüm ölçek</b>	170	249.58	1071.47	816.76	±169.73

Tablo 17’de “KHYKÖ 1.0”ın alt boyutlarından elde edilen puanların en düşük, en yüksek değerleri, puan ortalamaları ve standart sapma değerleri görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi ölçeğin alt boyutlarından alınan puan ortalamaları 218.52 ile 300.87 arasında değişmektedir. En küçük ortalamaya 218.53 puan ile “Mental Sağlık” alt boyutu sahiptir. “Fiziksel Sağlık” alt boyutu puan ortalaması 297.35, “Sosyal/Bilişsel Sağlık” alt boyutu puan ortalaması 300.87 olarak bulunmuştur. Kronik karaciğer hastaları ölçekten en düşük 37.50 ve en yüksek 83.35 puan almışlardır. Tüm ölçeğin puan ortalaması ise

816.76 ±169.73 olarak bulunmuştur. Ölçek puan ortalaması hesaplanırken seksüel problemler tüm hastalar tarafından cevaplanmaması, “Fiziksel Sağlık” ortalamasını ve ölçek ortalamasını etkilemesi nedeniyle ortalamaya alınmamıştır.

\* Seksüel problemler örnekleme alınan 100 hasta tarafından cevaplanmıştır. Araştırma örneklemini ile ilgili analizler 170 kişilik örneklem üzerinden değerlendirmeye alındığı için “Fiziksel Sağlık” alt boyutu ve toplam ölçek puanları ile ilgili analizlerde seksüel problemler değerlendirmeye alınmamıştır. Seksüel problemler sadece kendi içinde 100 kişilik hasta örneklemini ile analiz edilmiştir.

### 3.2.2.1.”Karaciğer Hastaları Yaşam Kalitesi Ölçeği 1,0”ın Zamana Göre Değişmezliğinin Değerlendirilmesi

Ölçeğin zamana göre değişmezliği yani test tekrar test güvenilirlik katsayısı “Pearson momentler çarpımı korelasyon işlemi uygulanması ile belirlenmiştir.

**Tablo 18. “KHYKÖ 1.0”ın Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları**

Test-Tekrar Test Uygulamaları	Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyonu		
	r	p	n
İlk Uygulama	0.94	.000	38
İkinci Uygulama			

Tablo18’de ölçeğin test tekrar-test uygulamaları sonucu bulunan korelasyon analizi sonuçları görülmektedir. Ölçeğin altı hafta ara ile iki kez uygulanması ile elde edilen sonuçların istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu görülmüştür (r=0.94, p=.000).

**Tablo 19 “KHYKÖ 1.0”ın Alt Boyutlarının Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları**

Ölçeğin alt boyutları	Madde sayısı	n	$\bar{X}$	Ss	r	p
Fiziksel Sağlık Boyutu	4	38	293.07 ± 70.71		0.87	.000
Mental Sağlık Boyutu	3	38	212.61 ± 64.69		0.91	.000
Sosyal/Bilişsel Sağlık Boyutu	4	38	293.71 ± 72.81		0.94	.000

Tablo19’da “KHYKÖ 1.0”ın alt boyutlarının test-tekrar test analizinin sonuçlarına göre “Fiziksel Sağlık” alt boyutunun test-tekrar test korelasyon kat sayısı 0.87(p=.000), “Mental Sağlık” alt boyutunun test-tekrar test korelasyon kat sayısı 0.91, “Sosyal/Bilişsel Sağlık” alt boyutunun test-tekrar test korelasyon kat sayısı 0.94 olarak bulunmuştur. Tüm alt boyutlardan elde edilen korelasyon katsayılarının istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı oldukları görülmüştür.

**Tablo 20 “KHYKÖ 1.0”ın Maddelerinin Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları**

Madde No	Soru sayısı	n	$\bar{X}$	Ss	r	p
Madde 1	17	38	78.92	±20.53	0.79	.000
Madde 2	10	38	71.11	±19.10	0.92	.000
Madde 3	7	38	73.40	±24.99	0.91	.000
Madde 4	6	38	70.18	±28.09	0.87	.000
Madde 5	5	38	66.71	±18.21	0.85	.000
Madde 6	4	38	66.78	±24.41	0.89	.000
Madde 7	5	38	65.53	±22.41	0.76	.000
Madde 8	5	38	83.42	±17.79	0.93	.000
Madde 9	4	38	70.07	±27.07	0.80	.000
Madde 10	6	38	75.77	±27.09	0.84	.000
Madde 11	3	38	77.52	±28.57	0.91	.000
Madde 12	3	23	87.44	±25.80	0.71	.000

Tablo 20’de ölçeğin maddelerinin test tekrar-test uygulamaları sonucu bulunan korelasyon analizi sonuçları görülmektedir. Tabloya göre madde 1’in (KKH’na bağlı semptomlar) test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.79, madde 2’nin (KKH’nın günlük aktivitelere etkisi) test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.92, madde 3’ün (Konsantrasyon) test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.91, madde 4’ün (Hafıza) test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.87, madde 5’in (Sosyal ilişkiler) test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.85, madde 6’nın (Sağlık distressi) test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.89, madde 7’nin (Uyku) test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.76, madde 8’in (Yalnızlık) test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.93, madde 9’un (Umutsuzluk) test-tekrar test korelasyon katsayısı

0.80, madde 10'un (Karaciğer hastalığını algılama şekli) test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.84, madde 11'in (Seksüel fonksiyon) test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.91, madde 12'nin (Seksüel problemler) test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.71 bulunmuştur. Tüm ölçek maddelerinden elde edilen korelasyon katsayılarının istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı oldukları görülmüştür.

### 3.2.2.2.“Karaciğer Hastaları Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”ın İç Tutarlılık Analizleri

“Kronik Karaciğer Hastaları Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”ın iç tutarlılığını belirlemede **Cronbach Alpha katsayısı hesaplanması** ve **madde analizi** yöntemleri kullanılmıştır.

#### 3.2.2.2.1.Cronbach Alpha Katsayısı Hesaplaması:

“KHYKÖ 1.0”ın iç tutarlılığını belirlemede Cronbach Alpha Katsayısı hesaplanmıştır.

**Tablo 21. “KHYKÖ 1.0”ın Alt Boyutlarının Ortalama, Standart Sapma ve Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayıları**

Ölçeğin alt boyutları	n	Madde sayısı	Alt ve Üst Puanlar	$\bar{x}$	Ss	Cronbach alpha
Fiziksel Sağlık Boyutu	170	4	83.35 - 398.00	297.35	64.51	0.72
Mental Sağlık Boyutu	170	3	37.50 - 300.00	218.52	65.41	0.71
Sosyal/Bilişsel Sağlık Boyutu	170	4	75.00 - 400.00	300.87	70.66	0.78
Tüm ölçek	170	11	249.58 – 1071.47	816.76	169.73	0.80

Tablo 21’de “KHYKÖ 1.0”ın iç tutarlılığını ölçmek için yapılan Cronbach Alpha güvenirlilik analizi sonuçları verilmiştir. İç tutarlılık güvenirlilik katsayısı tüm ölçek için

0.80 alt boyutlar için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı “Fiziksel Sağlık Boyutu” için 0.72, “Mental Sağlık Boyutu” için 0.71, “Sosyal/Bilişsel Sağlık Boyutu” için 0.78 olarak bulunmuştur. Madde 12’nin 100 kişi tarafından cevaplanması nedeni ile “Fiziksel Sağlık” alt boyutunun içinde değerlendirilmeye alınmamış, sadece maddenin kendi içindeki cronbach alpha güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır.

**Tablo 22 “KHYKÖ 1.0”ın maddelerinin Ortalama, Standart Sapma ve Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayıları**

Madde No	Soru sayısı	$\bar{x}$	Ss	Cronbach's $\alpha$	En düşük-En yüksek	n
<b>Madde 1</b>	17	81.16	±16.88	0.83	15.29 - 100.00	170
<b>Madde 2</b>	10	74.73	±18.17	0.86	14.00 - 100.00	170
<b>Madde 3</b>	7	76.93	±24.45	0.93	00.00 - 100.00	170
<b>Madde 4</b>	6	70.29	±26.62	0.92	00.00 - 100.00	170
<b>Madde 5</b>	5	70.64	±19.47	0.57	10.00 - 100.00	170
<b>Madde 6</b>	4	68.46	±28.46	0.89	00.00 - 100.00	170
<b>Madde 7</b>	5	66.52	±20.52	0.67	00.00 - 100.00	170
<b>Madde 8</b>	5	83.00	±18.99	0.71	20.00 - 100.00	170
<b>Madde 9</b>	4	70.59	±26.53	0.71	00.00 - 100.00	170
<b>Madde 10</b>	6	79.49	±27.13	0.88	00.00 - 100.00	170
<b>Madde 11</b>	3	74.94	±29.65	0.81	00.00 - 100.00	170
<b>Madde 12</b>	3	85.70	±25.83	0.94	00.00 - 100.00	100

Tablo 22’de ölçeğin maddelerinin ortalama, standart sapma ve cronbach alpha güvenilirlik katsayıları sonuçları görülmektedir. En düşük cronbach alpha güvenilirlik katsayısına 0.57 ile 5.madde sahiptir. Ölçek maddeleri içinde en yüksek cronbach alpha güvenilirlik katsayısına 0.94 ile 12.madde sahiptir. 1.maddenin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.83, 2.maddenin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.86, 3.maddenin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.93, 4.maddenin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.92, 6.maddenin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.89, 7.maddenin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.67, 8 ve 9.maddelerin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.71, 10.maddenin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.88, 11.maddenin cronbach alpha

güvenirlilik katsayısı 0.81 olarak bulunmuştur. 12. madde 100 kişi tarafından cevaplanmış ve cronbach alpha güvenirlik katsayısı hem kadın hem de erkek için 0.94 olarak bulunmuştur.

### 3.2.2.2. Madde Analizi

Bu bölümde ölçekteki her bir maddenin;

- toplam puanı ile korelasyonu
- ölçekteki her bir maddenin ait olduğu alt boyut toplam puanı ile korelasyonu her bir ölçek alt boyut toplam puanının ölçek toplam puanı ile korelasyonu incelenmiştir.

#### ➤ “KHYKÖ 1.0”ın Madde-Toplam Puan Korelasyonları

Tablo 23’te “KHYKÖ 1.0”ın her bir maddenin ölçeğin toplam puanı ile korelasyonu verilmiştir.

**Tablo 23. “KHYKÖ 1.0”ın Madde-Toplam Puan Korelasyonları**

Ölçeğin maddeleri	Soru numaraları	r	p
<b>1.Kronik karaciğer hastalığına (KKH) bağlı semptomlar</b>	1	0.68	.000
<b>2. KKH'nın günlük aktivitelere etkisi</b>	2	0.71	.000
<b>3. Konsantrasyon</b>	3,4	<b>0.79</b>	.000
<b>4. Hafıza</b>	5,6	0.67	.000
<b>5. Sosyal ilişkiler</b>	7	0.68	.000
<b>6. Sağlık distressi</b>	8	0.73	.000
<b>7. Uyku</b>	14	0.66	.000
<b>8. Yalnızlık</b>	15	0.60	.000
<b>9. Umutsuzluk</b>	4	0.67	.000
<b>10. Karaciğer hastalığını algılama şekli</b>	16	0.57	.000
<b>11. Seksüel fonksiyon</b>	9, 10, 13	<b>0.54</b>	.000
<b>12. Seksüel problemler</b>	12	0.23	.050

Tabloya göre ölçekte en düşük madde-toplam puan korelasyonu 0.54 ile seksüel fonksiyonlar ilgili 11.madde bulunmuştur. Ölçekte ne yüksek madde-toplam puan korelasyonu 0.79 ile konsantrasyon sorularını içeren 3.maddedir. 1.maddenin madde-

toplam puan korelasyonu 0.68, 2.maddenin madde-toplam puan korelasyonu 0.71, 4.maddenin madde-toplam puan korelasyonu 0.67, 5. maddenin madde-toplam puan korelasyonu 0.68, 6.maddenin madde-toplam puan korelasyonu 0.73, 7.maddenin madde-toplam puan korelasyonu 0.66, 8.maddenin madde-toplam puan korelasyonu 0.60, 9.madde madde-toplam puan korelasyonu 0.67, 10. madde madde-toplam puan korelasyonu 0.57 olarak bulunmuştur, 12.maddenin 100 hasta üzerinden yapılan değerlendirmesinde madde-toplam puan korelasyonu 0.23 olarak ve  $p<0.05$  düzeyinde bulunmuştur.

➤ **“KHYKÖ 1.0”ın Alt Boyutlarının Madde Toplam Puan Korelasyonları**

Tablo 24’te “KHYKÖ 1.0”ın her bir maddesinin ait olduğu alt grup toplam puanı ile korelasyonu verilmiştir.

**Tablo 24. “KHYKÖ 1.0”ın Alt Boyutlarının Madde Toplam Puan Korelasyonları**

Ölçek Alt Boyutları	Maddeler	r	p
<b>Fiziksel Sağlık</b>	1.Kronik karaciğer hastalığına (KKH) bağlı semptomlar	0.77	.000
	2.KKH'nın günlük aktivitelere etkisi	0.79	.000
	7.Uyku	0.73	.000
	11.Seksüel fonksiyon	0.75	.000
<b>Mental Sağlık</b>	6.Sağlık distressi	0.82	.000
	9.Umutsuzluk	0.80	.000
	10.Karaciğer hastalığını algılama şekli	0.78	.000
<b>Sosyal/Bilişsel Sağlık</b>	3.Konsantrasyon	<b>0.87</b>	.000
	4.Hafıza	0.84	.000
	5.Sosyal ilişkiler	0.77	.000
	8.Yalnızlık	<b>0.63</b>	.000

Tabloya göre ölçekte en düşük alt boyut-madde toplam puan korelasyona sahip madde 0.63 ile 8.madde(yalnızlık), en yüksek alt boyut-madde toplam puan korelasyona sahip madde 0.87 ile 3.madde(konsantrasyondur). 1.maddenin alt boyut-madde toplam puan korelasyonu 0.77, 2.maddenin alt boyut-madde toplam puan korelasyonu 0.79, 7.maddenin alt boyut-madde toplam puan korelasyonu 0.73, 11.maddenin alt boyut-

madde toplam puan korelasyonu 0.75, 6.maddenin alt boyut-madde toplam puan korelasyonu 0.82, 9.maddenin alt boyut-madde toplam puan korelasyonu 0.80, 10.maddenin alt boyut-madde toplam puan korelasyonu 0.78, 4.maddenin alt boyut-madde toplam puan korelasyonu 0.84, 5.maddenin alt boyut-madde toplam puan korelasyonu 0.77'dir.

➤ **“KHYKÖ 1.0”ın Alt Boyut Puanı – Ölçek Toplam Puan Korelasyonları**

Bu bölümde ölçeğin her bir alt boyutundan elde edilen alt boyut toplam puanının ölçek toplam puanı ile korelasyonu hesaplanmıştır.

**Tablo 25. “KHYKÖ 1.0”ın Alt Boyut Puanı – Ölçek Toplam Puan Korelasyonları**

<b>Ölçek Alt Boyutları</b>	<b>Maddeler</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
<b>Fiziksel Sağlık</b>	Kronik karaciğer hastalığına (KKH) bağlı semptomlar KKH'nın günlük aktivitelere etkisi Uyku Seksüel fonksiyon	0.84	.000
<b>Mental Sağlık</b>	Karaciğer hastalığını algılama şekli Umutsuzluk Sağlık distressi Yalnızlık	0.82	.000
<b>Sosyal/Bilişsel Sağlık</b>	Konsantrasyon Hafıza Sosyal ilişkiler	0.87	.000

Tabloya göre ölçeğin “Fiziksel Sağlık” alt boyutunun toplam puanlarının ölçek toplam puanları ile korelasyonu sonucu elde edilen korelasyon katsayısı 0.84 “Mental Sağlık” alt boyutunun toplam puanlarının ölçek toplam puanları ile korelasyonu sonucu elde edilen korelasyon katsayısı 0.82 “Sosyal/Bilişsel Sağlık” alt boyutunun toplam puanlarının ölçek toplam puanları ile korelasyonu sonucu elde edilen korelasyon katsayısı 0.87 olarak bulunmuştur.

### **3.2.3.”Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”ın Geçerlilik Analizleri**

#### **3.2.3.1.”KHYKÖ 1.0”ın İçerik/Kapsam Geçerliliği’ne Yönelik Yapılan Çalışmalar**

Görüşüne başvurulmuş 6 uzmandan, ölçek maddelerini anlaşılabilirlik, amaca uygunluk, kültüre uygunluk yönünden değerlendirmeleri istenmiştir. Her bir madde 1 ile 10 arasında değişen puanlarla değerlendirilmiştir(1=hiç uygun değil, 10=tamamen uygun). Uzman görüşlerine göre her bir maddenin uygunluk puanı en az 6 puan ve üzeri olarak bulunmuştur. Uzmanlar tarafından önerilen değişiklikler yapılarak ölçeğe son şekli verilmiştir. Verileri araştırma kapsamına alınmayan 10 hastaya ön uygulama yapılmıştır. Katılımcılara ölçekteki ifadelerin anlaşılabilirliğine, kolay okuma, doldurulma durumlarına ilişkin sorular sorularak anket şekli verilmiştir.

Soru 2 d şikkı; Ön uygulama esnasında hastaların ev dışındaki sosyal olayların içerikleri ile ilgili soru sormaları üzerine “ ev dışındaki sosyal olaylara katılırken ne sıklıkta sorun yaşadınız sorusuna, Türk toplumuna uygun olabilecek örnekler eklenmiş ve soru “Son dört hafta içinde ev dışındaki sosyal olaylara katılırken (çarşıda gezebilme, komşuya gidebilme, kahveye gidebilme, sinema/tiyatroya gidebilme, lokantada yemek yeme gibi konularda) ne sıklıkta sorun yaşadınız” şeklinde değiştirilmiştir.

Soru 2 e şikkı “Son dört hafta içinde ev içinde rahatlama, keyif verici veya gevşemeye yönelik aktiviteler yaparken ne sıklıkta sorun yaşadınız” sorusu, örnekler verilerek “Son dört hafta içinde ev içinde rahatlama, keyif verici veya gevşemeye yönelik aktiviteler yaparken(el işi/örgü örme, televizyon seyretme, gazete/kitap okuma, egzersiz) ne sıklıkta sorun yaşadınız” şeklinde değiştirilmiştir.

### 3.2.3.2.”KHYKÖ 1.0”ın Yapı Geçerliliği’ne Yönelik Yapılan Çalışmalar

Bu bölümde “KHYKÖ 1.0”ın yapı geçerliliğini değerlendirebilmek için “Faktör Analizi Çözümlemesi” ve “Hipotez Sınaması” işlemleri uygulanmıştır.

#### 3.2.3.2.1.Faktör Analizine Yönelik Çalışmalar

Ölçeğin faktör yapısının incelenmesinde Temel Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis) ve Promax rotasyon yöntemi kullanılmıştır.

**Tablo 26. “KHYKÖ 1.0”ın Faktör Yapısı**

Faktörler	Madde No	Maddelerin Faktör Yüğü	Özdeğer	Faktörün Açıkladığı Varyans
Faktör 1	Kronik karaciğer hastalığına(KKH) bağlı semptomlar	0.71	4.95	44.95
	KKH'nın günlük aktivitelere etkisi	0.74		
	Seksüel fonksiyon	0.87		
	Uyku	0.52		
Faktör 2	Sağlık distressi	0.66	1.13	10.25
	Yalnızlık	0.64		
	Umutsuzluk	0.69		
	Karaciğer hastalığını algılama şekli	0.91		
Faktör 3	Konsantrasyon	0.77	0.91	8.28
	Hafıza	0.96		
	Sosyal ilişkiler	0.73		

Tablo 26’da “Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”ın faktör yapısını incelemek amacı ile yapılan faktör analizi sonuçlarına göre faktör yapısı, özdeğeri ve açıkladıkları varyans yüzdeleri görülmektedir.. Tabloya göre “KHYKÖ 1.0”ın maddelerinin üç faktör altında toplandığı görülmektedir. Üç faktörlü ölçeğin

çözümlemesinde özdeğerler sırayla Faktör 1 için 4.95, Faktör 2 için 1.13, Faktör 0.91 olarak bulunmuştur. Her bir faktör tarafından açıklanan varyans sırası ile Faktör 1 için 44.95, Faktör 2 için 10.25, Faktör 3 için 8.28 olarak bulunmuştur ve toplam varyansın % 63.48'ini açıklamaktadır. Ölçek maddeleri arasında faktör ağırlığı 0.30'un altında olan hiçbir madde olmadığı için ölçekten çıkarılan madde de olmamıştır.

Yapılan faktör analizinde Kaiser-Meyer Olkin(KMO) katsayısı 0.89 ve Barlet testi sonucu ( $X^2=713.54$ ;  $p=.000$ ) ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur.

Tablo 26'da maddelerin 3 faktörde toplandığı görülmektedir. Faktör 1'in özdeğeri 4.95, Faktör 2'nin özdeğeri 1.13, Faktör 3'ün özdeğeri 0.91 olarak bulunmuştur. Her bir faktör tarafından açıklanan varyans 8.28 ile 44.95 arasında olup ölçeğin toplam varyansın %63.48'ini açıklamaktadır.

### **3.2.3.2.2. Hipotez Sınamasına Yönelik Çalışmalar**

**“KHYKÖ 1.0”ın puan ortalamaları ile Child Pugh Skorlaması puan ortalamaları arasındaki ilişki**

Bu bölümde “KHYKÖ 1.0”ın “Hipotez Sınaması/Mantıksal Analiz”i değerlendirilmiştir. Hipotez sınaması için “KHYKÖ 1.0”ın puan ortalamaları ile Child Pugh Skorlaması puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir.

**Tablo 27. “KHYKÖ 1.0”ın puan ortalamaları ile Child Pugh Sınıflaması puan ortalamaları arasındaki ilişki**

Kullanılan ölçekler	Madde Sayısı	n	$\bar{x}$	Ss	r	p
<b>KKHYKÖ 1.0</b>	12	170	816,76	±169,73	- 0,26	,001
<b>Child Pugh Skoru</b>	5	170	5,670	±0,95		

Tablo 27’de “KHYKÖ 1.0”ın puan ortalamaları ile Child Pugh Sınıflaması puan ortalamaları arasındaki ilişki görülmektedir. Her iki ölçeğin puan ortalamaları arasındaki ilişki “Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı”nın hesaplanması ile belirlenmiştir. Uygulanan iki ölçekten elde edilen ölçümler sonrası hesaplanan Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı - 0,26 (p=0.001) olarak bulunmuştur. İki ölçüm aracının puanları arasında anlamlı ancak ters yönde zayıf ilişki bulunmuştur.

**Tablo 28.”KHYKÖ 1.0”ın alt boyut puan ortalamaları ile Child Pugh Sınıflaması puan ortalamaları arasındaki ilişki (n=170)**

Ölçeğin alt boyutları	KKHYKÖ 1.0		Child Pugh Sınıflaması		r	p		
	Madde Sayısı	$\bar{x}$	Ss	Madde Sayısı			$\bar{x}$	Ss
<b>Fiziksel Sağlık</b>	<b>12</b>	297.35	±64.51	<b>5</b>	5,67	±0,9470	<b>-0.25</b>	<b>.001</b>
<b>Mental Sağlık</b>	<b>12</b>	218.53	±65.41	<b>5</b>	5,67	±0,9470	<b>-0.20</b>	<b>.010</b>
<b>Sosyal/Bilişsel Sağlık</b>	<b>12</b>	300.87	±70.66	<b>5</b>	5,67	±0,9470	<b>-0.21</b>	<b>.006</b>

Tablo 28’de “KHYKÖ 1.0”ın alt boyut puan ortalamaları ile “Child Pugh Sınıflaması” puan ortalamaları arasındaki ilişki görülmektedir. Ölçeğin alt boyutlarından elde edilen puan ortalamaları ile “Child Pugh Sınıflaması” arasındaki ilişki “Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı”nın hesaplanmasıyla belirlenmiştir.

Hesaplanan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı “Fiziksel Sağlık” alt boyutu için -0.25(p<0.01), “Mental Sağlık” alt boyutu için -0.20(p<0.01),

“Sosyal/Bilişsel Sağlık” alt boyutu için  $-0.21(p<0.05)$  olarak bulunmuştur.

## **BÖLÜM IV**

## TARTIŞMA

Bu bölümde tartışma iki başlık altında yapılacaktır. Birinci bölümde, “Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”ın dil eşdeğerliliğinin sağlanmasına yönelik yapılan işlemlere ilişkin tartışma, ikinci bölümde ise “Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”ın güvenilirlik ve geçerlik sonuçlarına ilişkin tartışmaya yer verilecektir.

### 4.1. “KARACİĞER HASTALIĞI YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ 1.0”ın DİL EŞDEĞERLİĞİNİN SAĞLANMASINA YÖNELİK YAPILAN İŞLEMLER

“Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”nin Türkçe’ye uyarlaması sırasında **“2-d) How much did the effects of your liver disease bother you in each of the following areas during the past 4 weeks? =>Going to social events outside your home?”** sorusu ön uygulama esnasında hastaların ev dışındaki sosyal olayların içerikleri ile ilgili soru sormaları üzerine **“Son dört hafta içinde ev dışındaki sosyal olaylara katılırken ne sıklıkta sorun yaşadınız”** sorusuna, Türk toplumuna uygun olabilecek örnekler eklenmiş ve soru **“Son dört hafta içinde ev dışındaki sosyal olaylara katılırken (çarşıda gezebilme, komşuya gidebilme, kahveye gidebilme, sinema/tiyatroya gidebilme, lokantada yemek yeme gibi konularda) ne sıklıkta sorun yaşadınız”** şeklinde değiştirilmiştir.

**“2-e)How much did the effects of your liver disease bother you in each of the following areas during the past 4 weeks? =>Doing any leisure or recreational activities inside your home?”** sorusu da yine **“Son dört hafta içinde ev içinde rahatlama, keyif verici veya gevşemeye yönelik aktiviteler yaparken ne sıklıkta sorun yaşadınız”** sorusu, örnekler verilerek **“Son dört hafta içinde ev içinde**

rahatlama, keyif verici veya gevşemeye yönelik aktiviteler yaparken(el işi/örgü örme, televizyon seyretme, gazete/kitap okuma, egzersiz) ne sıklıkta sorun yaşadınız” şeklinde değiştirilmiştir.

## **4.2. “KARACİĞER HASTALIĞI YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ 1.0”ın GÜVENİRLİĞİNİN ve GEÇERLİĞİNİN DEĞERLENDİRMESİ**

### **4.2.1. “Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”ın Güvenirliğinin Değerlendirmesi**

Bu başlık altında “Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”ın tüm maddelerinden ve alt boyutlarından elde edilen puanların değerlendirilmesinde, test-tekrar test korelasyonlarına, iç tutarlılık analizlerine yönelik tartışma yer almıştır.

#### **4.2.1.1. Ölçeğin Tüm Maddelerinden, Alt Boyutlarından ve Tüm Ölçekten Elde Edilen Puanların Değerlendirilmesi**

“Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”da yer alan 12 maddeye verilen en düşük, en yüksek değerleri, puan ortalamaları ve standart sapma değerleri incelendiğinde ölçeğin maddelerinin puan ortalamalarının 66.53 ile 85.70 puan arası değiştiği, en küçük ortalamaya 66,53 puan ile 7.maddenin (Uyku) sahip olduğu, en yüksek ortalamaya ise 85.70 puan ile 12.maddenin (Seksüel Problemler) sahip olduğu görülmüştür. 1.maddenin (KKH’na bağlı semptomlar) puan ortalaması 81.16, 2.maddenin (KKH’nın günlük aktivitelerine etkisi) puan ortalaması 74.73, 3.maddenin (Konsantrasyon) puan ortalaması 76.93, 4. maddenin (Hafıza) puan ortalaması 70.29, 5.madde (Sosyal ilişkiler) puan ortalaması70.65, 6.madde (Sağlık distressi) puan ortalaması 68.46, 11.madde (Seksüel fonksiyonlar) puan ortalaması 74.94, 8. madde (Yalnızlık) puan ortalaması 83.00,

9.madde (Umutsuzluk) puan ortalaması 70.59, 10.madde (Karaciğer hastalığını algılama şekli) puan ortalaması 79.49 olarak bulunmuştur(Tablo 16).

Ian Gralnek'in(1997) Amerikan toplumunda geliştirdiği ölçekten alınan en düşük puan ortalaması 42.5 olarak "Sağlık distressi"ne ait bulunmuştur. En yüksek puan ortalaması 75.2 olarak "Yalnızlık"a ait bulunmuştur. "Karaciğer hastalığını algılama şekli"nin puan ortalaması 70.1, "Sosyal ilişkiler"nin puan ortalaması 66.7, "Umutsuzluk"un puan ortalaması 66.2, "Konsantrasyon"un puan ortalaması 61.2, "Seksüel Problemler"nin puan ortalaması 60.7, "KKH'nın günlük aktivitelere etkisi"nin puan ortalaması 59.1, "Hafıza"nın puan ortalaması 58.1, "KKH'na bağlı semptomlar"ın puan ortalaması 55.3, "Seksüel fonksiyonlar"ın puan ortalaması 53.1, "Uyku"nun puan ortalaması 44.1 olarak bulunmuştur (43).

Örnekleme alınan hasta grubunun %91.2'si Child A, %8.8'i Child B grubu içersinde yer almaktadır. Child C grubuna dahil hastalar yatarak tedavi gördükleri için örneklem grubu içinde bulunmamaktadır. Ian Gralnek'in örneklem grubunda yer alan hastaların Child sınıflamasına göre %29'u Child A'da, %52'si Child B'de, %19'u Child C'de bulunmaktadır. Gralnek'in çalışmasına dahil ettiği hasta grubunun, Child Pugh sınıflamasına göre genel durumlarının daha kötü olması nedeniyle puan ortalamaları araştırmacının çalıştığı örneklem grubuna göre daha düşük bulunmuştur (43).

"Uyku"ya ait puan ortalamasının diğer ortalamalardan daha düşük olmasının nedeni %44.1'lik örneklem grubunun hala aktif olarak çalışmayı ve öğrenciliklerini sürdürmelerine, kişisel uyku alışkanlıklarına, 55-74 yaş grubunu oluşturan %18.8'lik dilimin yaşlı hasta grubuna ait olması ve yaşlılarda uyku problemlerinin daha genç gruplara göre fazla görülmesi olarak düşünülmüştür.

Cordoba ve arkadaşları(1998) sirozlu hastalarda görülen uyku bozuklukları ile ilgili yaptıkları çalışmada sirozlu hastaların sağlıklı topluma göre daha fazla uyku bozukluğu sorunu yaşadıklarını belirlemişlerdir. Çoğunluğunu Child A grubunda yer alan kompanze sirozlu hastaların uyku bozuklukları, kronik böbrek yetmezliği olan hastalar ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Kompanze sirozlu hastaların(n=44) % 47.7'sinin, kronik böbrek yetmezliği olan hastaların(n=44) % 38.6'sının ve sağlıklı bireylerin(n=44) %4.5'inin yetersiz uyku ile ilgili problemi yaşadığı belirlenmiştir. Cordoba ve arkadaşları yeterli uyku ve yetersiz uyku düzeyine sahip Child A grubunda yer alan kompanze sirozlu hasta grubunu karşılaştırdığında ise hastalar arasında yaş, cinsiyet, alkol tüketimi, diüretik ve propranolol gibi ilaç kullanımı farklarına dayanan anlamlı bir ilişki bulamamıştır.Hastaların uyku parametreleri incelendiğinde, gece uykuya dalmada ve sabah uyanmada, yetersiz uyku sorunu olan ve olmayan karaciğer hastaları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur( $p<0.05$ ). Uyku sorunu olan hastalar gece uykuya dalmada ve sabah uyanmada daha fazla problem yaşamışlardır. Aynı hasta grubunda anksiyete ve depresyon düzeyleri karşılaştırıldığında, anksiyete ve depresyon skorları uyku problemi olan karaciğer hastalarında uyku problemi olmayan gruba göre belirgin olarak yüksek bulunmuştur (27).

Karaciğer hastalığında görülen uyku problemlerinin nedenleri tam olarak bilinmese de pineal bez tarafından üretilen ve uyku siklusunda etkili olan melatonin hormonundaki değişiklikler ile ilgili olduğu düşünülmektedir(24,91).

Şimşek ve arkadaşlarının(2005), Child A ve B'de yer alan sirozlu hastalar, kronik karaciğer hastaları ve taşıyıcı hastalar ile yaptıkları çalışmada, seksüel problemleri ve erektil disfonksiyon prevalansını belirlemeyi amaçlamışlardır ve bu çalışma ile benzer

sonuçlar bulmuşlardır Uluslararası Erektıl Fonksiyon İndeksi'ne göre yaptıkları skorlama sonucu hasta grupları arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır (81).

Kronik karaciğer hastalarının çoğu normal seksüel fonksiyonlara ve cinsel ilgiye sahiptirler. Bununla birlikte kronik karaciğer hastalarının bir kısmı ise libidoda azalma, ereksiyonu başlatma ve sürdürme ve yeterli(doyuma ulaşma) cinsel aktiviteyi tamamlama ile ilgili sorun yaşamaktadır (74,76).

Sağlıklı, orta yaş erkek popülasyonunda seksüel ilgi ve erektıl disfonksiyon %2 oranında görülür. Karaciğer hastalığının erken dönemlerindeki insidans sağlıklı toplum ile aynı düzeydedir. İlerlemiş karaciğer hastalığında ise testiküler disfonksiyon, vücut kıllarında kayıp, ginekomasti(erkekte meme dokusunda büyüme), seksüel istekte azalma, erektıl disfonksiyon, azalmış kas kitlesi önem taşımaktadır. Bu bulgular ilerlemiş karaciğer hastalığındaki hormon değişikliklerinden kaynaklanmaktadır. Erkeklik hormonu olan testosteron azalmış, kadınlık hormonu olan östrojen seviyesi ise artmıştır.Kadınlarda kronik karaciğer hastalığı varlığında aşırı alkol tüketimi haricinde seksüel fonksiyonlar normal görölmektedir. Ancak karaciğer nakli önerilen ilerlemiş karaciğer hastalığı durumunda azalmış seksüel ilgi, vücut imajında değişiklik görölmektedir (71,73).

Steel ve arkadaşlarının(2005) HCC (Hepato Celluler Carsinoma)'li hastalar ile yaptıkları çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiştir. Steel ve arkadaşları tarafından HCC'de görölen seksüel problem ve bozukluklar yaş, etnik grup, hastalık tanısı, child skorlamasına ve siroz varlığına göre karşılatırmış anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Steel ve arkadaşları gruplar arasında ilişki saptanmamasını örneklem grubunun %67'sinin Child A grubunun oluşturmasından kaynaklandığını bildirmişlerdir (76).

Ölçeğin alt boyutlarının puan ortalamalarına bakıldığında araştırmada “Mental Sağlık” alt boyutunun 218.52 ile en düşük ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur. En yüksek ortalamaya ise 300.87 ile “Sosyal/Bilişsel Sağlık” alt boyutu sahiptir. “Fiziksel Sağlık” alt boyutunun puan ortalaması 297.35 olarak bulunmuştur (Tablo 17).

“Mental Sağlık” boyutu içerisinde yer alan madde 6(Sağlık distressi)’da hastaların kronik karaciğer hastalığına sahip olmaları nedeniyle yaşadıkları hayal kırıklıkları ve endişe düzeyleri ölçülmektedir. Madde 9(umutsuzluk)’da ise kronik karaciğer hastalarının geleceğe ilişkin planları ve inanç düzeyleri incelenmektedir.

Gralnek’in çalışmasında da benzer sonuçlar bildirilmiştir. Mental Sağlık alt boyutunu oluşturan maddelerin puan ortalamaları madde 6(Sağlık distressi) için 43.41, madde 9(Umutsuzluk) için 65.78, madde 10(Karaciğer hastalığını algılama şekli) için 75.84, Madde 8(Yalnızlık) için 75.84 olarak bulunmuştur (43).

Karaciğer sirozu başta viral hepatit ve alkol olmak üzere çeşitli etmenlerin yol açtığı parenkim hasarı, fibroz ve nodül oluşumu ile birlikte, lobüler ve vasküler yapının bozulmasıyla karakterize, dönüşümlü olabilen diffüz bir kronik karaciğer hastalığıdır. Karaciğer sirozunun histopatolojisi, laboratuvar bulguları, kliniği ve doğal seyri sebebi olan hastalığa göre çeşitli farklılıklar gösterebilmektedir. Etiyoloji ne olursa olsun eninde sonunda ortaya çıkacak morfolojik tablo aynıdır (32,51,55,62,73,91). Yapılan çalışmalarda tesadüfen HBsAg(+) tespit edilen hastaların %40 kadarında transaminazların yüksek olduğu görülmektedir. Bu kişilerin daha ileri tetkiklerinde %22'sinde kronik hepatit, %4'ünde siroz görülmektedir. Kronik hepatitli hastalarda 5 yıllık yaşam beklentisi %86, sirozlularda %55, dekompanze sirozlularda %14 kadardır (2). Karaciğer hastalıkları sahip oldukları ilerleyici prognoz nedeniyle takibi önem

taşıyan hastalıklardır. Madde 6(Sağlık distressi)'nın ve madde 9(Umutsuzluk)'un puan ortalamalarının düşük olması bu şekilde açıklanabilir.

#### **4.2.1.2. “Karaciğer Hastaları Yaşam Kalitesi Ölçeği 1,0”ın Zamana Göre Değişmezliğinin Değerlendirilmesi**

Ölçeğin zamana göre değişmezliği yani test tekrar test güvenilirlik katsayısı “Pearson momentler çarpımı korelasyon işlemi uygulanması ile belirlenmiştir. Korelasyon katsayısı hesaplanırken kararlılık gösterebilmesi için grubun en az 30 kişiden oluşması gerekmektedir. Bu araştırmada hastaların poliklinik kontrol süreleri ile test-tekrar test süreleri uyuşmamış ve hastaların şehir dışından gelmeleri nedeni ile 170 kişiden 38 kişilik gruba tekrar test uygulanabilmiştir. Araştırmada test-tekrar test aralığı olarak altı hafta kabul edilmiştir. Altı hafta aralar ile ulaşılan hastaların bir kısmına poliklinikte tekrar test uygulanmış, bir kısmına telefon edilmiş bir kısmına da mail ile ulaşılmıştır. 38 kişilik test-tekrar test örnekleminin pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplamasında doğru sonuca ulaşmak için yeterli olduğu düşünülerek ölçeğin tekrar uygulaması tamamlanmıştır.

Ölçeğin test tekrar-test uygulamaları sonucu bulunan korelasyon analizi sonuçları görülmektedir. “Karaciğer Hastaları Yaşam Kalitesi Ölçeği 1,0”ın tümünün Pearson momentler çarpımı sonucu elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.94'tür (Tablo 18). Ölçeğin alt boyutları değerlendirildiğinde “Fiziksel Sağlık” alt boyutu için korelasyon katsayısı 0.87, “Mental Sağlık” alt boyutu için 0.91, “Sosyal/Bilişsel Sağlık” alt boyutu için 0.94 olarak bulunmuştur. Elde edilen bulgulara göre “Karaciğer Hastaları Yaşam Kalitesi Ölçeği 1,0”ın zamana göre kararlılığını yüksek düzeyde sağladığını söylemek mümkündür (Tablo 19).

Orijinal ölçeğin geliştirilmesi aşamasında test-tekrar test güvenilirliği araştırmacılar tarafından test edilmemiştir.

Kronik karaciğer hastalarının yaşam kalitelerini ölçmek amacı ile benzer bir ölçek olan “Kronik Karaciğer Hastalığı Ölçeği” Zobair Younossi ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirmiştir. Ölçeğin alt boyutları “yorgunluk”, “abdominal semptomlar”, “sistemik belirtiler”, “aktivite”, “emosyonel fonksiyon”, “endişe” başlıklarını içermektedir. Younossi ve arkadaşlarının altı hafta ara ile test-tekrar test uygulamaları sonucu Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısını 0.59 olarak bulmuşlardır. “Yorgunluk” alt boyutu için korelasyon katsayısı 0.72, “emosyonel fonksiyon” alt boyutu için 0.68, “abdominal semptomlar” alt boyutu için 0.63, “endişe” alt boyutu için 0.58, “aktivite” alt boyutu için 0.43, “sistemik belirtiler” alt boyutu için 0.23 olarak bulunmuştur (93).

Ferrer ve arkadaşlarının(2006), Younossi ve arkadaşları tarafından geliştirilen “Kronik Karaciğer Hastalığı Ölçeği”nin İspanyol toplumunda geçerlik ve güvenilirliğini inceledikleri araştırmada, ölçeğin test-tekrar test uygulaması 2 hafta ara ile telefonda anketlerin doldurulması şeklinde yapılmıştır. Ölçeğin test-tekrar test uygulamaları sonucu hesaplanan Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı 0.80, “Yorgunluk” alt boyutu için korelasyon katsayısı 0.80, “Emosyonel fonksiyon” alt boyutu için 0.88, “Abdominal semptomlar” alt boyutu için 0.73, “Endişe” alt boyutu için 0.83, “Aktivite” alt boyutu için 0.80, “Sistemik belirtiler” alt boyutu için 0.89 olarak bulunmuştur (38).

Bu araştırmada test-tekrar test güvenilirliği için elde edilen korelasyon katsayısı Younossi'nin (1999) ve Ferrer'in(2006) çalışmalarından elde ettikleri katsayılardan yüksek bulunmuştur.

Ölçeğin maddelerinin test tekrar-test uygulamaları sonucu bulunan korelasyon analizi sonuçları görülmektedir. Tabloya göre “Kronik karaciğer hastalığına (KKH) bağlı semptomlar” test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.79, “KKH’nın günlük aktivitelere etkisi” test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.92, “Konsantrasyon” test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.91, “Hafıza” test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.87, “Sosyal ilişkiler” test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.85, “Sağlık distressi” test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.89, “Uyku” test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.76, “Yalnızlık” test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.93, “Umutsuzluk” test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.80, “Karaciğer hastalığını algılama şekli” test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.84, “Seksüel fonksiyon” test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.91, “Seksüel problemler” test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.71 bulunmuştur. Tüm ölçek maddelerinden elde edilen korelasyon katsayılarının istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı oldukları görülmüştür.

#### **4.2.1.3. “Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0” için İç Tutarlılık Değerlendirmesi**

Homojen bir yapıyı ölçtüğü varsayılan ve benzer maddelerden oluşan ölçme araçlarının bir tek uygulamayla güvenilirliğinin belirlenmesi o ölçme aracının iç tutarlığı hakkında bilgi verir. İç tutarlığın dayandığı temel görüş, her ölçme aracının bir bütünü oluşturmak üzere, birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bir bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımıdır (29,33).

#### 4.2.1.3.1. Chronbach Alpha Katsayısı Hesaplama

Ölçeğin güvenilirlik düzeyini belirlerken madde çözümlemesinde madde puanlarının sürekli olduğu durumlarda(Likert tipi ölçeklerde) Cronbach Alpha katsayısı hesaplanması önerilmektedir (33).

“Kronik Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0” likert tipinde bir ölçek olduğu için iç tutarlılığının belirlenmesinde Cronbach Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Ölçeğin tümünüm Cronbach Alpha katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Ölçeğin ve alt boyutlarının Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı hesaplanırken madde 12(Seksüel problemler) 100 kişi tarafından cevaplandığı için değerlendirilmeye alınmamıştır. Madde 12 değerlendirmeye dahil edildiğinde güvenilirlik analizleri 100 kişilik örneklem üzerinden yapılabilmekte ve 170 kişilik örneklem grubunun analiz sonuçlarını değiştirmektedir.

Ölçeğin alt boyutları için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı “Fiziksel Sağlık Boyutu” için 0.72, “Mental Sağlık Boyutu” için 0.71, “Sosyal/Bilişsel Sağlık Boyutu” için 0.78 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre ölçekte bulunan maddelerin birbiri ile tutarlı ve aynı özelliği ölçen maddelerden oluştuğu belirlenmiştir (Tablo 21). Bir başka deyişle ölçeğin homojenliği yeterli düzeydedir. Ölçeğin orjinalinde ölçek alt boyutlarında Cronbach Alpha hesaplanmasına yönelik bir uygulama yapılmamıştır.

Ferrer ve arkadaşlarının(2006), “Kronik Karaciğer Hastalığı Ölçeği” ile yaptıkları çalışmada ölçeğin cronbach alpha güvenilirlik katsayısını 0.93 olarak bulmuşlardır. Ölçeğin alt boyutlarının cronbach alpha güvenilirlik katsayılarını 0.57-0.84 arasında bulmuşlardır. “Yorgunluk” alt boyutu için 0.75, “Emosyonel fonksiyon” alt boyutu için

0.84, “Abdominal semptomlar” alt boyutu için 0.75 “Endişe” alt boyutu için 0.82, “s, “Sistemik belirtiler” alt boyutu için 0.71 olarak bulunmuştur (38).

Ölçeğin maddelerinin cronbach alpha güvenilirlik katsayıları sonuçları incelendiğinde; ölçek maddeleri içinde en düşük cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.57 ile 5.madde(Sosyal ilişkiler) sahiptir. En yüksek cronbach alpha güvenilirlik katsayısına 0.94 ile 12.madde(seksüel problemler) sahiptir. 1.maddenin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.83, 2.maddenin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.86, 3.maddenin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.93, 4.maddenin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.92, 6.maddenin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.89, 7.maddenin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.67, 8 ve 9.maddelerin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.71, 10.maddenin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.88, 11.maddenin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.81 12.maddenin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.94 olarak bulunmuştur (Tablo 22).

Ian Gralnek'in yaptığı çalışmada da ölçek maddelerinin cronbach alpha güvenilirlik katsayıları için benzer sonuçlar hesaplanmıştır. Buna göre en düşük cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.62 puan ile “Sosyal ilişkiler” ne ait bulunmuştur. En yüksek cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.95 ile “konsantrasyon” ve “hafıza”ne ait bulunmuştur. “Sağlık distressi” cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.91, “KKH'nın günlük aktivitelere etkisi” cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.90, “Seksüel fonksiyon ” cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.89, “Seksüel problemler” cronbach alpha güvenilirlik katsayısı ve “KKH'na bağlı semptomlar” cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.87, “Karaciğer hastalığını algılama şekli” cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.84, “Umutsuzluk” cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.77, “Yalnızlık” cronbach alpha

güvenirlik katsayısı 0.74, “Uyku” cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0.73, olarak bulunmuştur (43).

Ian Gralnek’in çalışmasına paralel olarak “Sosyal ilişkiler” en düşük cronbach alpha güvenirlik katsayısına sahip madde olarak bulunmuştur. Gralnek çalışmasında ileriki çalışmalar ile bulguların desteklenmesi gerektiğini savunmuştur (43).

#### **4.2.1.3.2. Madde Analizleri**

Maddelerin belirli bir niteliği ölçüp ölçmediğini ayırt etmek için uygulanan işlemler madde analizleri olarak adlandırılır. Madde analizleri katılımcının ölçekten aldığı toplam puanı ile her bir maddeden aldığı toplam puan arasındaki korelasyona bakılarak hesaplanır. Bir maddenin toplam puanı ile arasındaki korelasyonu düşük ise o maddenin diğer maddelerden farklı bir özelliği ölçtüğü şeklinde değerlendirilir. Madde toplam korelasyonunun düşük olması güvenirliğin düşmesine neden olduğu için o maddenin ölçekten çıkarılması gerekmektedir.

Bu bölümde ölçekteki her bir maddenin;

- toplam puanı ile korelasyonu
- ölçekteki her bir maddenin ait olduğu alt boyut toplam puanı ile korelasyonu ve
- her bir ölçek alt boyut toplam puanının ölçek toplam puanı ile korelasyonu incelenmiştir.

#### **➤ “KHYKÖ 1.0”ın Madde-Toplam Puan Korelasyonları**

“KHYKÖ 1.0”ın her bir maddenin ölçeğin toplam puanı ile korelasyonu verilmiştir. Tabloya göre ölçekte en düşük madde-toplam puan korelasyonu 0.54 ile seksüel

fonksiyonlar ilgili 11.madde bulunmuştur. Ölçekte en yüksek madde-toplam puan korelasyonu 0.79 ile konsantrasyon sorularını içeren 3.maddedir. 1.maddenin madde-toplam puan korelasyonu 0.68, 2.maddenin madde-toplam puan korelasyonu 0.71, 4.maddenin madde-toplam puan korelasyonu 0.67, 5. maddenin madde-toplam puan korelasyonu 0.68, 6.maddenin madde-toplam puan korelasyonu 0.73, 7.maddenin madde-toplam puan korelasyonu 0.66, 8.maddenin madde-toplam puan korelasyonu 0.60, 9.madde madde-toplam puan korelasyonu 0.67, 10. madde madde-toplam puan korelasyonu 0.57 olarak bulunmuştur, 12.maddenin 100 hasta üzerinden yapılan değerlendirmesinde madde-toplam puan korelasyonu 0.23 olarak ve  $p<0.05$  düzeyinde bulunmuştur (Tablo 23).

➤ **“KHYKÖ 1.0”ın Alt Boyutlarının Madde Toplam Puan Korelasyonları**

Ölçekte en düşük alt boyut-madde toplam puan korelasyona sahip madde 0.63 ile 8.madde(yalnızlık), en yüksek alt boyut-madde toplam puan korelasyona sahip madde 0.87 ile 3.madde(konsantrasyondur). 1.maddenin alt boyut-madde toplam puan korelasyonu 0.77, 2.maddenin alt boyut-madde toplam puan korelasyonu 0.79, 7.maddenin alt boyut-madde toplam puan korelasyonu 0.73, 11.maddenin alt boyut-madde toplam puan korelasyonu 0.75, 6.maddenin alt boyut-madde toplam puan korelasyonu 0.82, 9.maddenin alt boyut-madde toplam puan korelasyonu 0.80, 10.maddenin alt boyut-madde toplam puan korelasyonu 0.78, 4.maddenin alt boyut-madde toplam puan korelasyonu 0.84, 5.maddenin alt boyut-madde toplam puan korelasyonu 0.77 olarak hesaplanmıştır (Tablo 24).

### ➤ “KHYKÖ 1.0”ın Alt Boyut Puanı – Ölçek Toplam Puan Korelasyonları

“Fiziksel Sağlık” alt boyutunun toplam puanlarının ölçek toplam puanları ile korelasyonu sonucu elde edilen korelasyon katsayısı 0.84 “Mental Sağlık” alt boyutunun toplam puanlarının ölçek toplam puanları ile korelasyonu sonucu elde edilen korelasyon katsayısı 0.82 “Sosyal/Bilişsel Sağlık” alt boyutunun toplam puanlarının ölçek toplam puanları ile korelasyonu sonucu elde edilen korelasyon katsayısı 0.87 olarak bulunmuştur (Tablo 25).

Ferrer’in yaptığı çalışmada bulunan alt boyut-toplam puan korelasyonları “abdominal semptomlar” alt boyutu için 0.38, “yorgunluk” alt boyutu için 0.48, “sistemik semptomlar” alt boyutu için 0.54, “aktivite” alt boyutu için 0.25, “emosyonel fonksiyon” alt boyutu için 0.45, “endişe” alt boyutu için 0.34 olarak hesaplanmıştır (38).

Bu çalışmada alt boyut-toplam puan korelasyonları Ferrer’in çalışmasına göre daha yüksek bulunmuştur.

### 4.2.2. “Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”ın Geçerliliğinin Değerlendirmesi

#### 4.2.2.1. “KHYKÖ 1.0”ın İçerik/Kapsam Geçerliliği’ne Yönelik Yapılan Çalışmalar

Görüşüne başvurulmuş uzmanlardan, ölçek maddelerini anlaşılabilirlik, amaca uygunluk, kültüre uygunluk yönünden değerlendirmeleri istenmiştir. Her bir madde 1 ile 10 arasında değişen puanlarla değerlendirilmiştir (1=hiç uygun değil, 10=tamamen uygun). Uzman görüşlerine göre her bir maddenin uygunluk puanı en az 6 puan ve üzeri olarak bulunmuştur. Uzmanlar tarafından önerilen değişiklikler yapılarak ölçeğe son

şekli verilmiştir. Verileri araştırma kapsamına alınmayan 10 hastaya ön uygulama yapılmıştır. Katılımcılara ölçekteki ifadelerin anlaşılabilirliğine, kolay okuma, doldurulma durumlarına ilişkin sorular sorularak anket şekli verilmiştir.

#### **4.2.2.2. “KHYKÖ 1.0”ın Yapı Geçerliliği’ne Yönelik Yapılan Çalışmalar**

##### **4.2.2.2.1. Faktör Analizi**

“Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”ın faktör yapısını incelemek amacı ile yapılan faktör analizi sonucunda ölçek maddelerinin üç faktör altında toplandığı görülmektedir. Maddelerin faktör yükleri 0.52-0.96 arasında bulunmuştur. Madde madde7 (uyku) 0.52 ile en düşük faktör yüküne sahip maddedir. Ölçek maddeleri arasında faktör ağırlığı 0.30’un altında olan hiçbir madde olmadığı için ölçekten çıkarılan madde de olmamıştır. Ölçeğin orjinalinden farklı olarak “yalnızlık” maddesi “Sosyal/Bilişsel Sağlık” alt boyutu yerine “Mental Sağlık” alt boyutu içerisinde yer almıştır. “Yalnızlık” ölçek maddesi “Sosyal/Bilişsel Sağlık” boyutu içerisinde değerlendirildiğinde faktör yükünün 0.28 olduğu görülmüştür (Tablo 26).

Üç faktörlü ölçeğin çözümlemesinde özdeğerler sırayla Faktör 1 için 4.95, Faktör 2 için 1.13, Faktör 3 için 0.91 olarak bulunmuştur. Faktör 3’ün özdeğeri 1’e yakın hesaplandığı için değerlendirmeye alınmıştır. Her bir faktör tarafından açıklanan varyans sırası ile Faktör 1 için 44.95, Faktör 2 için 10.25, Faktör 3 için 8.28 olarak bulunmuştur ve toplam varyansın % 63.48’ini açıklamaktadır. Faktör 3 hesaplama katılmadığı takdirde toplam varyansın %55.20’sini açıklamaktadır. Bu nedenle faktör üç toplam varyansın açıklanmasında katkı sağladığı için değerlendirmeye dahil edilmiştir (Tablo 26).

Gralnek'in(1997) Amerikan toplumu için geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirdiği çalışmada hastalar tarafından algılan sağlıkla ilişkili olarak değerlendirdiğinde toplam varyansın %57'sini açıkladığını bulmuştur (43).

Ferrer'in "Kronik karaciğer hastalığı leği" ile İşpanyol toplumunda yaptığı çalışmada toplam varyansın %68'ini açıkladığını bulmuştur (38).

Sosyal bilimlerde yapılan analizlerde %40-60 arasında değişen varyans oranları yeterli kabul edilmektedir. Bu çalışmanın literatür bilgisi ışığında toplam varyansı yeterli oranda açıkladığını söylemek mümkündür.

Yapılan faktör analizinde Kaiser-Meyer Olkin(KMO) katsayısı 0.89 ve Barlet testi sonucu ( $X^2=713.54$ ;  $p=.000$ ) ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur.

#### **4.2.2.2.2. Hipotez Sınaması/Mantıksal Analiz**

"KHYK 1.0"ın puan ortalamaları ile Child Pugh Sınıflaması puan ortalamaları arasındaki ilişki görülmektedir. Uygulanan iki ölçekten elde edilen ölçümler sonrası hesaplanan Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı  $-0,26$  ( $p=0.001$ ) olarak bulunmuştur. İki lm aracının puanları arasında anlamlı ancak ters yönde zayıf ilişki bulunmuştur (Tablo 27).

Kanwall ve ark.(2004) aynı ölçekle yaptığı çalışmada benzer sonuçlar bulmuşlardır. Child Pugh skoru ile KHYK 1.0'ın puan ortalamaları arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur ( $(53)(r=-0.24, p=0.0001)$ ).

Bu çalışmada hesaplanan ölçek alt boyutları ile Child Pugh skoru arasındaki Korelasyon Katsayısı "Fiziksel Sağlık" alt boyutu için  $-0.25(p<0.01)$ , "Mental Sağlık"

alt boyutu için  $-0.20(p<0.01)$ , “Sosyal/Bilişsel Sağlık” alt boyutu için  $-0.21(p<0.05)$  olarak bulunmuştur (Tablo 28).

Saab ve arkadaşları(2005), “Kronik Karaciğer Hastalığı Ölçeği” ile yaptıkları çalışmada ölçek toplam puanı ile Child Pugh skoru arasında negatif yönde ilişki bulmuşlardır( $r= -0.39$   $p<0.001$ ). Ölçek alt boyutları ile Child Pugh skoru arasında hesaplanan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı “abdominal semptomlar” alt boyutu için  $-0.38$ , “yorgunluk” alt boyutu için  $-0.43$ , “sistemik semptomlar” alt boyutu için  $-0.31$ , “aktivite” alt boyutu için  $-0.35$ , “emosyonel fonksiyon” alt boyutu için  $-0.37$ , “endişe” alt boyutu için  $-0.27$  olarak hesaplanmıştır (71).

Kanwal’ın yaptığı çalışmada yer alan örneklemin % 35’i Child A, %52’si Child B, %17’si Child C sınıfında yer almaktadır. Saab’ın yaptığı çalışmada yer alan örneklemin %20’si Child A, %33 Child B, %47’si Child C sınıfında yer almaktadır. Bu çalışmada yer alan örneklem grubunun %91.2’si Child A’da, %8.8’i Child B’de yer almaktadır. Bu verilerden Child Pugh skorundan alınan puanlar arttıkça “KHYKÖ 1.0”dan alınan puanların azaldığı ve puan ortalamaları arasındaki korelasyon katsayısının arttığını söylemek mümkündür .

## BÖLÜM V

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik karaciğer hastalarının yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilmiş olan “Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0” ülkemizde benzer çalışmalarda kullanılabilirliği açısından geçerli ve güvenilir bir ölçektir.

Benzer çalışmanın bir başka yaşam kalitesi ölçeği ile karşılaştırılması ve sonuçlarının irdelenmesinin yararlı olacağı düşünülmüş ve önerilmiştir.

Kronik karaciğer hastalarına ve ailelerine yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi ve bu programların hasta eğitim bröşürü ve kitapçığı şeklinde basılı materyal olarak sunulması önerilmiştir.

Ölçeğin fiziksel, mental, sosyal/bilişsel boyutları içermesi kronik karaciğer hastalarına bakım veren hemşireler için hemşirelik tanımlarının belirlenmesi ve bu yönde girişim uygulanması yönde bir rehber niteliğindedir. Kronik karaciğer hastalarının hastalık şiddetini belirleyen Child Pugh sınıflamasını ile birlikte kullanıldığında, subjektif ve objektif iki ölçüm aracının eş zamanlı kullanılması ile hasta değerlendirmesine bütüncül bir yaklaşım getirmesi bakımından klinik kullanımda yararlı bir ölçektir.

## BÖLÜM VI

### KARACİĞER HASTALIĞI YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ 1.0'IN TÜRK TOPLUMU İÇİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

#### ÖZET

Kronik karaciğer hastalığı, tüm dünyanın mücadele ettiği Hepatit B, C, D gibi viral hepatitler, alkole bağlı siroz, primer biliyer siroz, otoimmün hepatit ve başka birçok hastalıktan kaynaklanan, dünya çapında önemli ölçüde mortalite ve morbiditeye yol açan majör nedenlerden biridir. Kronik karaciğer hastalığının etiolojisinde yer alan hastalıkların hemen hemen hepsinin prognozu karaciğer sirozu ile sonuçlanmaktadır. Son aşamada ise tek tedavi şansı olarak kabul edilen karaciğer nakli yer almaktadır.

Bu çalışma, “Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0”ın Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla planlanan tanımlayıcı ve metodolojik bir araştırmadır. Araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı Hepatoloji polikliniğinde, Ağustos 2005 – Eylül 2006 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma kapsamına, okuma-yazması olan, 18 yaş ve üstü, araştırmaya gönüllü ve bilişsel fonksiyonları yerinde olan kronik karaciğer hastaları dahil edilmiştir. Araştırma verileri anket formu yardımı ile 170 kişilik örneklem grubundan elde edilmiştir. “Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0” puanlaması ve yapısı bakımından kompleks bir ölçektir. “Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0” toplamda 75 alt soru içermektedir; 75 alt soru birleşerek 17 soruluk ölçeği oluşturmaktadır; 17 sorunun içeriklerine göre birleşmesi ile 12 ölçek maddesi oluşmaktadır. Ölçeğin faktör analizi yapısı incelendiğinde “Fiziksel Sağlık”, “Mental Sağlık”, “Sosyal/Bilişsel Sağlık” olmak 3 boyuttan oluştuğu görülmektedir. Kronik karaciğer hastalıklarının mortalitesini değerlendirmek için klinik ortamda sık olarak kullanılan Child Pugh sınıflaması, ölçeğin hipotez sınamasını test etmek için kullanılmıştır. Katılımcılar anketler yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandıktan 6 hafta sonra güvenilirliğini test etmek için “KHYKÖ 1.0” hastalara yeniden uygulanmıştır. Ancak hastaların şehir dışından da kontrole gelmeleri nedeni ile ikinci görüşmelerin bir

kısmı yüz yüze, bir kısmı telefon ve mail aracılığı ile yapılmıştır. Verilerin analizinde SPSS for Windows 13.0 paket programı kullanılmıştır.

Araştırmadaki örneklem grubunun yaş ortalaması  $45,85 \pm 11,34$ 'tür. Araştırma kapsamına alınan hastaların %58.2'si erkek, %41.8'i kadındır. Deney grubunun %89.4'ü evlidir. Gerekli izinler alındıktan sonra "KKHYKÖ 1.0", İngilizce'den Türkçe'ye "çeviri-tekrar çeviri yöntemi" kullanılarak çevrilmiştir. "KHYKÖ 1.0"ın geçerliliği çoklu uzman görüşüne dayalı içerik geçerliliği ile sınanmıştır. "KHYKÖ 1.0"ın iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı 0.80 olarak iyi düzeydedir. Ölçeğin test-retest güvenilirliği  $r=0.94$   $p<0.01$  olarak bulunmuştur. KMO değeri(0.89) ölçek maddeleri arasındaki korelasyonun çok iyi olduğunu göstermiştir. Barlet testi sonucu ( $X^2=713.54$ ;  $p<0.01$ ) ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur. Faktör analizi çalışmaları sonucunda ölçeğin üç faktör grubunun olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin hipotez sınaması için Child Pugh sınıflaması kullanılmış ve ölçek puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf ilişki saptanmıştır ( $r= -0.26$ ,  $p<0.01$ ). Araştırma sonucunda "Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0"ın Türk toplumu için ileri düzeyde geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Yaşam kalitesi, kronik karaciğer hastalığı, geçerlik, güvenilirlik.

## **THE RELIABILITY AND VALIDITY OF LIVER DISEASE QUALITY OF LIFE INSTRUMENT 1.0 FOR TURKISH SOCIETY**

### **ABSTRACT**

Chronic liver disease is took root from viral hepatitises like Hepatitis B, C, and D, alcohol cirrhosis, primary biliary cirrhosis, autoimmune hepatitis and very different diseases; and it is a major reason which causes considerable mortalities and morbidities in the world. The prognosis of the most diseases which hold a place in the etiology of the chronic liver disease mostly results in a liver cirrhosis. In the last stage there is a liver transplantation which is accepted as the single treatment chance.

This study is a descriptive and methodical thesis which aims to determine the reliability and validity of the “Liver Disease Quality of Life Instrument 1.0” for Turkish Society. The study took place at Hepatology Polyclinic in Gastroenterology Clinic at Ege University School of Medicine Hospital between August-September 2006. The chronic liver patients who are over 18 ages and voluntary, have literacy and cognitive functions are included into this study. The data are collected from 170 sample persons via questionnaire. “Liver Disease Quality of Life Instrument 1.0” is a complex because of its structure and scoring. “LDQOL 1.0” consist of 75 subquestions; these questions are combined to struct 17 main questions. According to the content of 17 questions, 12 instrument items are formed. If it is analysed the factor structure of the instrument, it seems that consists of 3 levels, which are “Physical Health”, “Mental Health”, “Social/Cognitive Health”. Child Pugh Classification which is used in clinics to evaluate the mortality of chronic liver diseases was used to test the hypothesis of instrument.

Questionnaires were applied to the participants face to face and after 6 weeks LDQOL 1.0 was applied again to test the reliability. Because of some reasons the second questionnaires were applied via face-to-face, e-mails and phone contacts. In analysis of data SPSS for Windows 13.0 was used.

Mean age of the participants was  $45,85 \pm 11,34$ . The participant patients % 58,2 were male, % 41,8 were female, %89,4 were married. After taking the required permissions LDQOL 1.0 was translated from English to Turkish by using “test retest method”. The reliability of LDQOL 1.0 was tested via content reliability which depends on the opinion of multiple experts. The internal consistency Cronbach Alfa Coefficient

of LDQOL 1.0 have good level and it is 0.80. The test-retest reliability of instrument was found as  $r=0,94$   $p<0.01$ . The value of Kaiser-Meyer-Olkin(KMO) was 0.89 and it showed a good correlation between the items of instrument. The result of Barlet test( $X^2=713.54$ ;  $p<0.01$ ) was found very meaningful. After the study of factor analysis it was found that the instrument have three factor groups. Child Pugh classification was used to test hypothesis of instrument and between the mean points of instrument was found a negative relation ( $r= -0.26$ ,  $p<0.01$ ). At the end of study “Liver Disease Quality of Life Instrument 1.0” was found that it is very reliable and valid instrument for Turkish Society.

**Key words:** Quality of Life, chronic liver disease, reliability, validity

## BÖLÜM VII

## KAYNAKLAR

1. Akarca S.U.(2004) Kronik B Hepatiti. III.Ege Dahili Tıp Günleri Edt.Gümüşiş G, Kokuludağ A. İzmir
2. Akarca S.U. (2002) Kronik Viral Hepatitler. “Gastroenteroloji”, Editör; Ozden A, Sahin B, Yilmaz U, Soykan I. Türk Gastroenteroloji Vakfı, I.Baskı, Fersa Matbaacılık Ltd. Sti., 479 - 483, Ankara
3. Akdemir N, Birol L. (2003) İç Hastalıkları ve Bakım Kitabı. Sanerc Yayıncılık İstanbul
4. Akgül A. (1997) Tibbi Araştırmalarda İstatiksel Analiz Teknikleri- SPSS Uygulamaları. Yükseköğretim Kurulu Matbaası. Ankara
5. Akın P.E., (2002) B. Karaciğer Hastalıklarında Öykü ve Fizik Muayene. Hepato-Bilier Sistem ve Pankreas Hastalıkları Sempozyum Dizisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 28:9-19
6. Aksayan S, Bahar Z, Bayık A, Erefe İ. ve ark. (2002) Hemşirelikte Araştırma- İlke, Süreç ve Yöntemleri. Odak Ofset. İstanbul
7. Aktaş I.G. (2001) H. “Yaşam Kalitesi” (Yayınlanmamış Doktora Tezi) Pamukkale Üniversitesi Sağ. Bil. Enst. Denizli.
8. Akyol D.A. (1993) Yaşam Kalitesi ve Yaklaşımları. *Ege Üniv. H.Y.O Derg.* 9(2):75-80
9. Akyol D.A. (1993) Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi. *Ege Üniversitesi H.Y.O Derg.* 9(3):71-79
10. Apolone G, Masconi P. (1998) Review of the Concept of Quality of Life Assessment and Discussion of the Present Trend in Clinical Research. *Nephrology Dialysis Transplantation* 13(1):65-69

11. Arıncı K, Elhan A. (2001) Anatomi. 3.Basım Güneş Kitabevi. Ankara s.272-273
12. Arslan Ş, Gökçe Y. (1999) Geriatriye Yaşam Kalitesinin Değerlendirimi. *Geriatride Derg.* 2(4):173-78
13. Atiq M.,Gill M.L, Khokhar N., (2004). Quality of Life in Pakistani patients with chronic liver disease, *JPMA*, 54:113-115
14. Bakan G., (2005). Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Hastalığa Uyumunda Roy Adaptasyon Modelinin Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
15. Bayramova N. (2000) Psöriazisli Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
16. Bağcı S. Hepatik Ensefalopati,  
<http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ichastaliklari/egitim/aihk/32.pdf>
17. Birol L. (1997) Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. 3. Baskı. Etki Matbaacılık Yayıncılık. İzmir
18. Borgaonkar M. R, Irvine E. J.(2000) Quality of life measurement in gastrointestinal and liver disorders. *Gut* 47:444-454
19. Blazeby J.M, Currie E., Benny, Zee C.Y,at al, (2004). Development of a questionnaire module to supplement the EORTC QLQ-C30 to Assess quality of life in patients with hepatocellular carcinoma, the EORTC QLQ-HCC18, *European Journal of Cancer*, 40:2439-2444
20. Bravata D.M, Keefe E.B,(2001). Quality of Life Employment After Liver Transplantation, *Liver Transplantation*, 7:119-123
21. Bullock J, Boyle J, Wang B. M. (1994) Fizyoloji Kitabı. Çev. Edt.Hariri N.

- 2.Basım Saray Medikal Yayıncılık. İzmir.
22. Burden of liver disease in the United States: Summary of a workshop, <http://www.hcvadvocate.org/hepatitis/hepC/Burden.html>, (Erişim Tarihi: Kasım 2006)
23. Carithers R.L., Sugano D., Bayliss M (1996). Health Assessment for Chronic HCV Infection Results of Quality of Life, *Digestive Diseases and Sciences*, 41:75-80
24. Carpenter J.C.C, Griggs C.R, Loscalzo J. (2002) Cecil Essentials of Medicine. 5.Edition W.B. Saunders Company. Philadelphia.. p.365-398
25. Cindy L. Bryce, Derek C. Angus, JoAnn Switala, et al, (2004). Health status versus utilities of patients with end-stage liver disease, *Quality of Life Research*, 13:772-782
26. C.D.Wells, W.B.Murrill, M.R.Arguedas,(2004). Comparison of Health-Related Quality of Life Preferences between physicians and Cirrhotic patients: Implications for cost-utility analyses in Chronic Liver Disease, *Digestive Diseases and Sciences*, 49:453-458
27. Cordoba J., Cabrera J, Lataif L., et al, (1998). High Prevalence of Sleep Disturbance in Cirrhosis, *Hepatology*, 27:339-345
28. Czaja J. A, Freese K. D.(2002) Diagnosis and Treatment of Autoimmune Hepatitis. American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) Practice Guideline. *Hepatology* 36:479-97
29. Dedeli Ö. (2005), Fekal İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Gaita İnkontinansı Anketi'nin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir
30. Depopoulos A, Silbernagl S. (1997), Renkli Fizyoloji Atlası. Çev.Edt.Çavuşoğlu

- H. 4. Basım Yüce Yayınları. İstanbul.. s.214-228
31. Dilbaz N., (1996), Yaşam Kalitesi: Ölçümü ve Psikiyatri, *Psychomed*, 2:20-24
32. Dolar E.M., Karacığer Sirozu, <http://gastro.uludag.edu.tr/k0904.php> (Erişim Tarihi: Temmuz 2006)
33. Ercan İ., Kan İ., (2004). Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*,30:211-216
34. Ersürer R., Bayraktar Y., (2004), Primer Sklerozan Kolanjit, *Hacettepe Tıp Dergisi*,35:127-134
35. Fadiloğlu Ç. (2002) Kronik Hastalıkların Tanımı, Epidemiyolojisi. Kronik Hastalıklarda Bakım Kitabı. İntertıp Tıbbi Yayıncılık. İzmir. s.1-2
36. Fadiloğlu Ç. (2003) Kronik Hastalıklar Kronik Hastalıklarda Bakım Kitabı II İntertıp Tıbbi Meta Basım Matbaacılık İzmir. s.1, 15
37. Fayers P., Hays R.,(2006), Assessing quality of life in clinical trials: Methods and practice, *Quality of Life Research*, 15:185-186
38. Ferrer M, Cordoba J, Garin O.,at al,(2006). Validity of the Spanish Version of the Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) as a Standard Outcome for Quality of Life Assessment, *Liver Transplantation*, 12:95-104
39. Fidaner C. (2004) Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kavramı; Bir Giriş Denemesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu. İzmir. s.1-3
40. Forton D.M, Thomas H.C, Murphy C.A,(2002).Hepatitis C and Cognitive Impairment in a cohort of patients with mild liver disease, *Hepatology*,35:433-39
41. Ganon F.W. (2002) Tıbbi Fizyoloji. Türk Fizyoloji Bilimler Derneği. 20.Basım. Nobel Matbaacılık. İstanbul.. s.483-488
42. Glise H, Wiklund I., (2002). Health-related quality of life and gastrointestinal

- disease, *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 17:72-84
43. Gralnek I.M., Ron D. Hays, Kilbourne A, et al, (2000). Development and Evaluation of the Liver Disease Quality of Life Instrument in Persons with Advanced, Chronic Liver Disease-The LDQOL 1.0, *The American Journal of Gastroenterology*, 95:3552-3565
44. Gutteling J.J, De Man R.A, Van der Plas S.M, (2006). Determinants of quality of life in chronic liver patients, *Aliment Pharmacol Ther*, 23:1629-1635
45. Guyton C. A, Hall E.J. (1996) Tıbbi Fizyoloji. Çev.Edt.Çavuşoğlu H. 9. Basım Yüce Yayınları. İstanbul. s.883-886
46. Hall J.A, Karla L.,(2001). Who should measure quality of life?, *BMJ*,322:1417-1420
47. Heathcote J. E. (2000) Management of Primary Biliary Cirrhosis. American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) Practice Guideline. *Hepatology* 31:1005-1013
48. Hepatitis B, C <http://www.who.org>..( Erişim Tarihi:Nisan 2005)
49. Higginson I.J., Carr A.J, (2001). Using quality of life measures in clinical setting, *BMJ*, 322:1297-1300
50. İlçin G, Biberoglu K, Gültekin S, Ünal S. (2003) İç Hastalıkları. 1. Cilt. Güneş Kitabevi. Ankara s. 669
51. Jones G. B. (2001) Patoloji. Çev.Edt.Dinçtürk A. A. Güneş Kitabevi. Ankara. s.144-161
52. Juan F., Flavia M, Jacas C., et al, (2003). Quality of life and cognitive function in hepatitis C at different stages of liver disease, *Journal of Hepatology*, 39:231-238
53. Kanwal F., Hays R.D., Kilbourne A.M., et al, (2004). Are Physician-Derived

- Disease Severity Indices Associated with Health-Related Quality of Life in Patients with End-Stage Liver Disease?, *The American Journal of Gastroenterology*, 99:1726-1732
54. Kim W.R., (2002). The Burden of Hepatitis C in the United States, *Hepatology*,36:30-34
55. Kumar V, Cotran S. R, Robbins L. S. (2000) Temel Patoloji. Çev.Edt.Çevikbaş U. 6.Basım. Yüce Yayınları. İstanbul. s.516-549
56. Küçüköçlü Ö. (2004), Bakımverenlerin Yükü Envanteri`nin Türk Toplumuna İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
57. Meeberg G. A.(1993) Quality of Life: A Concept Analysis. *J. Advanced Nursing* 18:32-38
58. Mert H., (2004), İntrakardiyak Defibrilatörü Olan Hastalarda Odak Grup Görüşmeleri ile Hasta Deneyimlerinin Belirlenmesi ve Yaşam kalitesinin incelenmesi., Danışman Gülümser Argon, İzmir, Ege Uni. Sağlık Biliml. İç hastalıkları Doktora Tezi.
59. Metin B. (Çev.Edt.). (1998) “21.Yüzyıl’da Yaşam: Herkese Ortak Bakış” Dünya Sağlık Raporu. Ankara <http://www.un.org.tr/who/yayinlar/AEK5.htm>.(Erişim Tarihi:13 Mayıs 2005)
60. Minino A.M., Heron M.P, Smith B.L., (2006). Deaths: preliminary data for 2004, *National Vital Statistics Reports*, 54:1-5
61. Özdamar K. (2001) SPSS ile Biyoistatistik. 4. Basım Kaan Kitabevi. Eskişehir
62. Özdemir S. Karaciğer Sirozunun Kliniği. Hepato-Bilier Sistem ve Pankreas Hastalıkları Sempozyum Dizisi İ.Ü. Cerrahpaşa Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri.

2002;28: 93-96

63. Özer S. (2002), Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları ve Kalite İlişkisinin İncelenmesi, Danışman; Gülümser Argon, İzmir, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
64. Öztürk L, Aktan A, Varol T. (1997) İşlevsel Anatomi Kitabı. Saray Medikal Yayıncılık. İzmir.
65. Parikh-Patel A., Gold E.B, Utts J., at al, (2002), Functional status of patients with primary biliary cirrhosis, *American Journal of Gastroenterology*, 97:2871-2879
66. Pınar R. (1997) Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi. Sendrom Dergisi 117-124
67. Pınar R.(1995) Diyabetes Mellituslu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Danışman; Birsen Yürügen, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enst. Doktora tezi
68. Richard S.S. (1998) Klinik Anatomi. Çev.Edt. Yıldırım M. 5.Basım Yüce Yayınları. İstanbul. s: 212-221
69. Rosenberg D.M, Cook S.F, Lanza L.L, (2000). Health care, treatment patterns and cost of services for patients infected with chronic hepatitis C virus in large insured new England population, *Journal of Viral Hepatitis*, 7:361-367
70. Runyon B.A., (1998), Management of Adult Patients With Ascites Due to Cirrhosis, American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) Practice Guideline. *Hepatology* 27:264 –272
71. Saab S., Ibrahim A.B, Shpaner A., at al, (2005). MELD Fails to Measure Quality of Life in Liver Transplant Candidates, *Liver Transpl.*11:218-223
72. Sobhonslidsuk A, Silpakit C, Kongsakon R, Satitpornkul P, Srietch C.(2004) Chronic Liver Disease Questionnaire: Translantation and Validation in Thias.

- World J. Gastroenterology. 10(13):1954-57*
73. Sonsuz A.(2002) Karaciğer Sirozunun Etyolojisi ve Patogenezi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Hepato-Bilier Sistem ve Pankreas Hastalıkları Sempozyum Dizisi, 28:87-91
74. Sorrell J.H, Brown J.R, (2006). Sexual Functionig in Patients with End-Stage liver Disease before and after transplantation, *Liver Transplantation, 12:1473-1477*
75. Sousa K.H, Williamson (2003) A. Symptom Status and Health Related Quality of Life: Clinical Revelance. *J Advanced Nursing, 42(6)571-77*
76. Steel J, Hess S.A, Tunke L, (2005). Sexual Functioning in Patients with Hepatocellular carcinoma, *Cancer, 104:2234-2243*
77. Strader B. D, Wright T, Thomas L. D, Seeff B. L,(2004) Diagnosis, Management and Treatment of Hepatitis C American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) Practice Guideline. *Hepatology, 39:1147-71*
78. Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K.(1997) Biyoistatistik Kitabı. Hatiboğlu Yay. Ankara
79. Şahin H. Eski Bir Kavram, Yeni Bir Ölçüt;Yaşam Kalitesi. *Toplum ve Hekim Dergisi 1997;12:40-46*
80. Şentürk H.(2002) Hepatit C. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi. Hepato-Bilier Sistem ve Pankreas Hastalıkları Sempozyum Dizisi, 28:79-85
81. Şimşek İ., Aslan G., Akarsu M., at al, (2005). Assesment of Sexual Funcation In Patients with chronic liver disease, *International J. Impotence Research, 17:343-345*
82. Tabak F.(2002) Viral Hepatitlerden Korunma. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

- Sürekli Tıp Eğitimi. Hepato-Bilier Sistem ve Pankreas Hastalıkları Sempozyum Dizisi. 28:55-66
83. Telatar H., Şimşek H.. (1993) Karaciğer Anatomisi. Cilt 2. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları ABD Gastroenteroloji. Hekimler Yayın Birliği. Ankara. s:555-561
84. Teixeira S.E.,(2006). Quality of life in hepatitis C, *Liver International*,26:755-65
85. Ünal G., De Boer J.B, Borsborn G.J.J.M, at al,(2001). A psychometric comparison of health-related quality of life measures in chronic liver disease, *Journal of Clinical Epidemiology*, 54:587-596
86. Wong J.B, Poynard T, Manns M.P, McHutchison J.G. (2002). Current Hepatitis C Infection. *Life Science Communications Ltd. London s.1,58*
87. Van der Plas S., Hansen B.E, De Boer J.B, (2004). The Liver Disease Symptom Index 2.0; Validation of a disease-specific questionnaire, *Quality of Life Research*, 1469-1481
88. Van Der Plas S.M, Hansen B.E., De Boer J.B, at al, (2003). Generic and disease-specific health related quality of life i non-cirrhotic and transplanted liver patients: a cross-sectional study, *Boimedical Central Gastroenterology*, 17:31-33
89. Yang B.M, Paik S.W., Hahn O.S, (2000). Hepatitis B and C virus infection, Economic evaluation of the societal costs of hepatitis B in South Korea, *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 16:301-308
90. Yakar K. (1999) Fizyoloji. Nobel Matbaacılık. Ankara. s. 140-143
91. Yamada T. (2002) Gastroenteroloji El Kitabı. Edt. Dursun N. A. AND Yayıncılık. İstanbul. s.538-576
92. Younossi M. Z. Guyatt G.(1998) Quality-of-life assessments and chronic liver

disease American J. *Gastroenterology* 93:1037

93. Younossi Z.M, Guyatt G., Kiwi M, et al, (1999). Development of a disease specific questionnaire to measure health related quality of life in patients with chronic liver disease, *Gut*, 45:295-300
94. Younossi Z.M., Kiwi M., Boparai N., et al, (2000). Cholestatic Liver Disease and Health-Related Quality of Life, *The American Journal of Gastroenterology*, 95:497-502
95. Younossi Z.M, Boparai N., Price L.L., et al, (2001). Health-Related Quality of Life in Chronic Liver Disease: The Impact of Type and Severity of Disease, *The American Journal of Gastroenterology*, 96:2199-2205
96. Zlatanovic L. (2000). The Role of the Person's self-concept in quality of life research, *Philosophy and Sociology*, 2:391-397

**EK I:** Sosyodemografik Özellikler Anket Formu

**EK II:**Child-Pugh Sınıflandırması (CPS) Formu

**EK III:** Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.0

**EK IV:** Hastanın imzalı onayı

**EK V:** Liver Disease Quality of Life Instrument 1.0

**EK VI:** Ian Gralnek'ten ölçeğin kullanımı için maille alınan izin yazısı

**EK VII:** Özgeçmiş

**EK I**

Sayın Katılımcı,

Aşağıdaki anketin birinci bölümünde sizi tanıtıcı sorular, ikinci bölümünde karaciğer hastalığınızın yaşam kalitenizi nasıl etkilediğine dair sorular yer almaktadır. Sorularda doğru veya yanlış cevap yoktur. En iyi cevap sizin vereceğiniz yanıtlardır. Bu nedenle her soruyu okuyup size uygun gelen cevabı işaretleyiniz. Hiçbir soruyu mümkün olduğunca boş bırakmamaya özen gösteriniz. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Belgin SARPER

E.Ü. İç Hastalıkları Hemşireliği AB

Yüksek Lisans Öğrencisi

Anket No:

Tarih:

Adınız Soyadınız:

e-Mail:

Adresiniz:

Hastalık tanısı:

Tel No:

Protokol Numarası:

### Sosyodemografik Özellikler Anket Formu

1) Kaç yaşındasınız? .....

2) Cinsiyetiniz:

a) Kadın

b) Erkek

3) Medeni Durumunuz:

a) Evli

c) Dul

b) Bekâr

d) Boşanmış

4) Çocuğunuz var mı? Kaç tane olduğunu belirtiniz.

a) Evet.....

b) Hayır

5) Siz de dahil ev halkı kaç kişi? .....

6) Eğitim düzeyiniz nedir?

- a) İlkokul  
b) Lise  
c) Üniversite  
d) Diğer.....

**7) Mesleğiniz nedir?**

- a) Serbest meslek  
b) Devlet memuru  
c) İşçi  
d) Ev Hanımı  
e) Emekli  
f) Diğer

**8) Bağlı olduğunuz sosyal güvence nedir?**

- a) Emekli Sandığı  
b) SSK  
c) Yeşil Kart  
d) Bağ Kur  
e) Ücretli  
f) Diğer(özel sigorta vb)

**9) Ailenizin gelir düzeyi nedir?**

- a) 500 YTL veya daha az  
b) 500 YTL – 1000 YTL  
c) 1000 – 3000 YTL  
d) 3000 YTL veya daha fazla

**10) Ailenizin geçimini kim sağlıyor?**

- a) Kendiniz  
b) Eşiniz  
c) Anne/Babanız  
d) Çocuğunuz

**11) Nasıl bir işte çalışıyorsunuz?**

- a) Çalışmıyorum  
b) Part time(yarım günlük)  
c) Full time (tam günlük)

**12) Tam günlük bir işte çalışmamanızın nedeni nedir?**

- a) Hastalığıma bağlı iş bulamama
- b) Hastalık şikayetlerime bağlı çalışamama
- c) Öğrenci olma
- d) Diğer.....

**13) Ailenizde bakmakla yükümlü olduğunuz kimse var mı?**

Belirtiniz.....

**14) Evde bakımınızı üstlenebilecek kimse var mı?**

Belirtiniz.....

**15) Sigara içiyor musunuz?**

- a) Evet
- b) Hayır

**16) Günde kaç paket/adet?.....**

**17) Ne sıklıkta alkol tüketiyorsunuz?**

- a) Tüketmiyorum
- b) Sosyal içiciyim
- c) Ayda bir iki kere
- d) Haftada bir iki kere
- e) Hemen hemen her gün

**18) Karaciğer hastalığınız dışında başka bir hastalığınız var mı?**

- a) Evet
- b) Hayır

**19) 18. soruya cevabınız evet ise belirtiniz.....**

**20) Ailenizde başka karaciğer hastalığı olan var mı? Kim olduğunu belirtiniz**

- a) Evet .....
- b) Hayır

**21) Hastalığınız hayatınızda yapmayı çok istediğiniz bir şeye engel oldu mu?**

Belirtiniz.....

**22) Hastalığınıza bağlı size ait görevi yerine getiremediğiniz oldu mu?**

- a) Olmadı
- b) Annelik/babalık görevi
- c) Eş görevi
- d) Öğrenci
- e) Diğer (Belirtiniz).....

## EK II

### Child- Pugh Sınıflaması Verileri

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

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

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

### EK III

#### “KARACİĞER HASTALIĞI YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ 1.0”

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

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

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

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

Aşağıdaki ifadelerden hangisine katılıyor ya da katılmıyorsunuz.

	Kesinlikle katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
<b>i.</b> Zamanımın büyük kısmı karaciğer hastalığımla uğraşarak geçiyor					

Son dört hafta içinde ne sıklıkta.....

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

Aşağıdaki sorular sahip olabileceğiniz konsantrasyon problemleri ile ilgilidir.

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

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

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

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

Aşağıdaki sorular hafızanızla ilgilidir.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A  
sağd

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

Sorun olmadı	Az sorun oldu	Kısmen sorun oldu	Çok sorun oldu

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

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

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

Evet	
Hayır	

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

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

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

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

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

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

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

15. Son dört hafta boyunca ne sıklıkta hastalığınız yüzünden

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

16. Aşağıdaki ifadelere ne kadar katılıyor ya da katılmıyorsunuz?

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

17. Aşağıdaki ifadelere ne kadar katılıyor ya da katılmıyorsunuz?

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

**EK IV**

Bu alışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Ad-Soyad:

İmza:

## EK V

### Appendix: Liver Disease Quality of Life Questionnaire (LDQOL 1.0)

1. These questions are about symptoms or health problems you may or may not have. During the past 4 weeks, how often did you have each of the following? (Whether caused by your liver disease or anything else)

(Circle one number on each line)

	Every day or almost every day	4-5 days per week	2-3 days per week	About 1 day per week	Less than 1 day per week	Never
a. Soreness in your muscles? .....	1	2	3	4	5	6
b. Bodily pain? .....	1	2	3	4	5	6
c. Itchy skin? .....	1	2	3	4	5	6
d. Faintness or dizziness? .....	1	2	3	4	5	6
e. Headaches? .....	1	2	3	4	5	6
f. Lack of appetite? .....	1	2	3	4	5	6
g. Food not tasting good? .....	1	2	3	4	5	6
h. Swelling of your feet and/or legs with fluid? .....	1	2	3	4	5	6
i. Swelling of your abdomen with fluid (ascites)? .....	1	2	3	4	5	6
j. Changes in vision? .....	1	2	3	4	5	6
k. Bloody nose? .....	1	2	3	4	5	6
l. Bleeding gums? .....	1	2	3	4	5	6
m. Nausea (upset stomach) and/or vomiting ...	1	2	3	4	5	6
n. Black, tarry appearing bowel movements? ..	1	2	3	4	5	6
o. Frequent urination? .....	1	2	3	4	5	6
p. Feeling washed out or drained .....	1	2	3	4	5	6
q. Shortness of breath .....	1	2	3	4	5	6

2. Some people are bothered by the effects of liver disease on their daily life, while others are not. How much did the effects of your liver disease bother you in each of the following areas during the past 4 weeks?

(Circle one number on each line)

	Extremely bothered	Very much bothered	Moderately bothered	Somewhat bothered	Not at all bothered	Does not apply
a. Any fluid restriction? .....	1	2	3	4	5	6
b. Any dietary restriction? .....	1	2	3	4	5	6
c. Your ability to work around the house such as cleaning, yard work, or home maintenance? .....	1	2	3	4	5	6
d. Going to social events outside your home? .....	1	2	3	4	5	6
e. Doing any leisure or recreational activities inside your home? .....	1	2	3	4	5	6
f. Your ability to travel? .....	1	2	3	4	5	6
g. Your sex life? .....	1	2	3	4	5	6
h. How your medicines make you feel? .....	1	2	3	4	5	6

How much do you agree or disagree with the following statements?

(Circle one number on each line)

	Strongly Agree	Somewhat Agree	Uncertain	Somewhat Disagree	Strongly Disagree
i. Too much of my time is spent dealing with my liver disease ..	1	2	3	4	5

How much of the time during the past 4 weeks ...

(Circle one number on each line)

	All of the time	Most of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
j. Did your liver disease cause you to lose your sense of humor? .....	1	2	3	4	5

The following questions are about *concentration* problems you may have.

3. How much of the time during the past 4 weeks have you had difficulty . . .

	(Circle one number on each line)				
	All of the time	Most of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
a. Concentrating on conversations .....	1	2	3	4	5
b. Concentrating on a task or job .....	1	2	3	4	5
c. Doing activities involving concentration and thinking .....	1	2	3	4	5

4. How much of the time, during the past 4 weeks . . .

	(Circle one number on each line)				
	All of the time	Most of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
a. Did you have trouble keeping your attention on an activity for long?.....	1	2	3	4	5
b. Did you become confused?.....	1	2	3	4	5
c. Did you react slowly to things that were said or done? .....	1	2	3	4	5
d. Did you have difficulty reasoning and solving problems? .....	1	2	3	4	5

The following questions are about *memory*.

5. How much of the time during the past 4 weeks have you had trouble remembering . . .

	(Circle one number on each line)				
	All of the time	Most of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
a. Names of people.....	1	2	3	4	5
b. Where you put things.....	1	2	3	4	5
c. Things people tell you.....	1	2	3	4	5
d. Things you read earlier in the day .....	1	2	3	4	5

6. How much of the time, during the past 4 weeks . . .

	(Circle one number on each line)				
	All of the time	Most of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
a. Have you had any trouble with your memory? .....	1	2	3	4	5
b. Did you forget things that happened recently?.....	1	2	3	4	5

7. How much of the time during the past 4 weeks . . .

	(Circle one number on each line)				
	All of the time	Most of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
a. Did you isolate yourself from people around you?.....	1	2	3	4	5
b. Were you affectionate towards others?.....	1	2	3	4	5
c. Did you act irritable toward those around you? .....	1	2	3	4	5
d. Did you make unreasonable demands on your family and/or friends?.....	1	2	3	4	5
e. Were you an outgoing person? .....	1	2	3	4	5

8. How much of the time during the past 4 weeks . . .

	(Circle one number on each line)				
	All of the time	Most of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
a. Were you discouraged by your liver disease?.....	1	2	3	4	5
b. Were you frustrated about your liver disease?.....	1	2	3	4	5
c. Was your liver disease a worry in your life?.....	1	2	3	4	5
d. Did you feel weighed down by your liver problems? .....	1	2	3	4	5

(continued)

The next set of questions is about your *sexual function* and your satisfaction with your sexual function.

9. During the past 4 weeks, how much of a problem for you was lack of sexual interest?

(Circle one number)

- Not a problem ..... 1
- A little of a problem ..... 2
- Somewhat of a problem ..... 3
- Very much of a problem ..... 4

10. During the past 4 weeks, did your liver disease interfere with your sexual relationships?

(Circle one number)

- No, not at all ..... 1
- Yes, a little bit ..... 2
- Yes, somewhat ..... 3
- Yes, quite a bit ..... 4
- Yes, a great deal ..... 5

11. Have you had any sexual activity in the past 4 weeks?\*

(Circle one number)

- Yes ..... 1 (continue to next question)
- No ..... 2 (skip to Question 14)

12. How much of a problem was each of the following for you during the past 4 weeks?

(Circle one number on each line)

	<u>Not a problem</u>	<u>A little of a problem</u>	<u>Somewhat of a problem</u>	<u>Very much a problem</u>
<i>Men:</i> Please answer A through C				
a. Difficulty getting or keeping an erection .....	1	2	3	4
b. Difficulty having orgasm .....	1	2	3	4
c. Ability to satisfy sexual partner .....	1	2	3	4

(Circle one number on each line)

	<u>Not a problem</u>	<u>A little of a problem</u>	<u>Somewhat of a problem</u>	<u>Very much a problem</u>
<i>Women:</i> Please answer D through F				
d. Inadequate lubrication .....	1	2	3	4
e. Difficulty having orgasm .....	1	2	3	4
f. Ability to satisfy sexual partner .....	1	2	3	4

13. Overall, how satisfied were you with your sexual function during the past 4 weeks?

(Circle one number)

- Very satisfied ..... 1
- Somewhat satisfied ..... 2
- Neither satisfied nor dissatisfied ..... 3
- Somewhat dissatisfied ..... 4
- Very dissatisfied ..... 5

14. How much of the time during the past 4 weeks did you ...

(Circle one number on each line)

	<u>All of the time</u>	<u>Most of the time</u>	<u>Some of the time</u>	<u>A little of the time</u>	<u>None of the time</u>
a. Get enough sleep to feel rested upon waking in the morning? .....	1	2	3	4	5
b. Feel drowsy or sleepy during the day? .....	1	2	3	4	5
c. Have trouble staying awake during the day? ....	1	2	3	4	5
d. Take naps (5 minutes or longer) during the day? .....	1	2	3	4	5
e. Get the amount of sleep you needed? .....	1	2	3	4	5

(continued)

15. How much of the time during the past 4 weeks ...

	(Circle one number on each line)				
	All of the time	Most of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
a. Did you lack companionship?.....	1	2	3	4	5
b. Did you have no one you could turn to?.....	1	2	3	4	5
c. Did you feel left out?.....	1	2	3	4	5
d. Did you feel isolated from others?.....	1	2	3	4	5
e. Were you able to find companionship when you wanted it? .....	1	2	3	4	5

16. How much do you agree or disagree with the following statements?

	(Circle one number on each line)				
	Strongly Agree	Somewhat Agree	Uncertain	Somewhat Disagree	Strongly Disagree
a. I now plan less for the future than before I had liver disease.....	1	2	3	4	5
b. I have great faith in the future.....	1	2	3	4	5
c. My future seems dark to me .....	1	2	3	4	5
d. I look forward to the future with hope .....	1	2	3	4	5

17. How much do you agree or disagree with the following statements?

	(Circle one number on each line)				
	Strongly Agree	Somewhat Agree	Uncertain	Somewhat Disagree	Strongly Disagree
a. Some people avoid me because of my liver disease .....	1	2	3	4	5
b. I am embarrassed about how I look in public.....	1	2	3	4	5
c. I avoid doing some things in public because of my liver disease.....	1	2	3	4	5
d. Some people are uncomfortable around me because of my liver disease .....	1	2	3	4	5
e. My liver disease makes me stand out in public.....	1	2	3	4	5
f. Because of my liver disease I feel flawed and incomplete .....	1	2	3	4	5

## ÖZGEÇMİŞ

07.06.1980 Kırcaali`de (Bulgaristan) doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Bursa`da tamamladı. 1997 yılında Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünde öğrenime başladı. 2002 yılında İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünden mezun oldu. Aynı yıl Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Yoğun Bakımda Yoğun Bakım Hemşiresi olarak 5 ay görev yaptı. 2003 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Organ Nakli Merkezinde göreve başladı. Aynı yıl Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek okulu İç Hastalıkları Ana Bilim Dalında yüksek lisansa başladı. Halen aynı kurumda çalışmakta ve yüksek lisans eğitimine devam etmektedir. Evli ve İngilizce bilmektedir.