



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



DOKTORA TEZİ

**ORAL ANTİVİRAL KULLANIMI KONUSUNDA VERİLEN EĞİTİMİN
HEPATİT-B TANILI HASTALARIN İLAÇ UYUMUNA ve YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİ**

Şengül KORKMAZ BİNAY

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Aylin ÖZAKGÜL**

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Hemşirelik Esasları Programı

Haziran, 2023

TEZ KABUL VE ONAYI

Şengül KORKMAZ BİNAY tarafından, Dr. Öğr. Üyesi Aylin ÖZAKGÜL danışmanlığında hazırlanan "ORAL ANTİVİRAL KULLANIMI KONUSUNDA VERİLEN EĞİTİMİN HEPATİT-B TANILI HASTALARIN İLAÇ UYUMUNA VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ" başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **09/06/2023** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

	İmza	Sonuç
DANIŞMAN	Dr. Öğr. Üyesi Aylin ÖZAKGÜL	☒
	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa	Kabul
	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ	☒
	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa	Kabul
	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Zeliha TÜLEK	☒
	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa	Kabul
	İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Türkinaz ATABEK AŞTI	☒
	Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi	Kabul
	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Merdiye ŞENDİR	☒
	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Kabul
	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	☐ Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Şengül KORKMAZ BİNAY

(İmza)

Canım kızım Defne, biricik yeğenim Ali Deniz ve melek olan Ozan’a ithaf ediyorum...

BÜTÇE DESTEKLERİ

ORAL ANTİVİRAL KULLANIMI KONUSUNDA VERİLEN EĞİTİMİN HEPATİT-B TANILI HASTALARIN İLAÇ UYUMUNA ve YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.



TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim sürecinde beraber çalışma fırsatı bulduğum, akademik bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, saygıdeğer danışmanım Dr.Öğr.Üyesi Aylin Özakgöl'e,

Bilgi ve deneyimleriyle yol gösteren, tez projesine büyük katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Funda Büyükyılmaz ve Doç.Dr.Zeliha Tülek'e,

Mesleki gelişimime büyük katkı sağlayan, desteklerini her zaman hissettiğim kıymetli hocalarım Prof. Dr. Rengin Acaroğlu ve Prof. Dr. Hatice Kaya'ya, her zaman desteğini hissettiğim Dr.Öğr. Üyesi Yeliz Çulha'ya,

Desteğini hiçbir zaman esirgemeyen değerli arkadaşım Arş.Gör.Dr.Seçil Erden Melikoğlu ve Öğr.Gör.Dr.Ebru Yıldız Karadeniz'e, akademik yaşamın bana kazandırdığı sevgili arkadaşım Nehir Demirel'e,

Uzman görüşüne başvurduğum değerli uzmanlara,

Araştırmaya katılan hastalara,

Doktora eğitimimin her aşamasında sevgisini, bilgisini ve desteğini esirgemeyen eşim Dr.Umut Devrim Binay'a ve hayatımı anlamlandıran canım kızım Defne'ye,

Adını sayamadığım katkıda bulunan herkese,

En içten duygularıyla teşekkür ederim.

Haziran 2023

Şengül KORKMAZ BİNAY

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI	ii
BEYAN	iii
BÜTÇE DESTEKLERİ	v
TEŞEKKÜR.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ	x
TABLO LİSTESİ.....	xi
KISALTMA LİSTESİ.....	xii
ÖZET	xv
ABSTRACT	xvi
1. GİRİŞ.....	1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	3
2.1. HEPATİT B	3
2.2. KRONİK HEPATİT B.....	3
2.2.1. Epidemiyoloji	4
2.2.2. Etyopatogenez	5
2.2.3. Tanı Yöntemleri	6
2.2.4. Tedavi.....	7
2.3. İLAÇ UYUMU KAVRAMI.....	9
2.4. YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI.....	11
2.5. KRONİK HEPATİT B HASTALIĞI VE HASTA EĞİTİMİ	12
2.5.1. Hasta Eğitimi ve İlaç Uyumu	14
2.5.2. Hasta Eğitimi ve Yaşam Kalitesi	16
2.6. KRONİK HEPATİT B HASTALARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI	18
2.6.1. Kronik Hepatit B ve Bireyselleştirilmiş Bakım	18
3. YÖNTEM	30
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ.....	30
3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ.....	30
3.2.1. Araştırma Hipotezleri.....	30
3.3. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....	30
3.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	30

3.5. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	31
3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	32
3.6.1. Hasta Tanılama Formu (Ek-1).....	33
3.6.2. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (MARS-5) (Ek-2).....	33
3.6.3. İlaç Uyum Ölçeği (MedTake Test) (Ek-3).....	34
3.6.4. Kronik Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 2.0 (KKHYKÖ) (Liver Disease Symptom Index 2.0 (LDSI 2.0) (Ek-4)	34
3.6.5. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği SF-12 (Short Form 12- SF 12) (Ek-5)	35
3.6.6. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) (Ek-6)	35
3.7. ARAŞTIRMA SÜRECİ.....	36
3.7.1. Eğitim Kitapçığının Hazırlanması.....	36
3.7.2. Araştırmanın Uygulanması	36
3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNLERİ	39
3.9. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ VE SINIRLI YÖNLERİ	40
3.10. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	41
4. BULGULAR	42
4.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	43
4.2. HASTALARIN ÖĞRENME GEREKSİNİMLERİNE İLİŞKİN BULGULARI.....	47
4.3. ORAL ANTİVİRAL KULLANIMI KONUSUNDA VERİLEN EĞİTİMİN İLAÇ UYUMUNA ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR	48
4.4. Oral Antiviral Kullanımı Konusunda Verilen Eğitiminin Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesine Etkisine İlişkin Bulgular	54
4.5. Oral Antiviral Kullanımı Konusunda Verilen Eğitiminin Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesine Etkisine İlişkin Bulgular	58
5. TARTIŞMA.....	70
5.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	71
5.2. HASTA ÖĞRENME GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	72
5.3. ORAL ANTİVİRAL KULLANIMI KONUSUNDA VERİLEN EĞİTİMİN İLAÇ UYUMUNA ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	73
5.4. ORAL ANTİVİRAL KULLANIMI KONUSUNDA VERİLEN EĞİTİMİNİN HASTALIĞA ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	77
5.5. ORAL ANTİVİRAL KULLANIMI KONUSUNDA VERİLEN EĞİTİMİNİN SAĞLIĞA İLİŞKİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	79

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	83
KAYNAKLAR.....	86
EKLER.....	108
EK-1 KRONİK HEPATİT B TANILI HASTA BİLGİ FORMU	108
EK-2 İLAÇ UYUMUNU BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (İUBÖ) (MARS 5)	111
EK 3-İLAÇ UYUM ÖLÇEĞİ (MEDTAKE TEST).....	112
EK 4: KRONİK KARACİĞER HASTALIĞI YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ 2.0.....	113
EK 5-SF-12 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ.....	116
EK 6- HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ.....	118
EK 7-AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	120
EK 8- EĞİTİM KİTAPÇIĞI HAZIRLANMASINDA GÖRÜŞ ALINAN UZMANLAR	122
EK 9-HASTA EĞİTİM KİTAPÇIĞI	123
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	124
ETİK KURUL İZİN YAZISI	125
KURUM İZNİ YAZILARI.....	126
ÖZGEÇMİŞ.....	127

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1: Gruplara Göre İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Toplam Puanının Dağılımı	49
Şekil 2: Gruplara Göre İlaç Uyum Ölçeği Toplam Puanının Dağılımı	50
Şekil 3: Gruplara Göre HBV DNA Ölçümlerinin Dağılımı.....	52
Şekil 4: Gruplara Göre ALT Ölçümlerinin Dağılımı.....	53
Şekil 5: Gruplara Göre AST Ölçümlerinin Dağılımı	54
Şekil 6: Gruplara Göre Kronik Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. Bölüm Semptom Şiddeti Puanının Dağılımı.....	55
Şekil 7: Gruplara Göre Kronik Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. Bölüm Semptom Etkisi Puanının Dağılımı.....	56
Şekil 8: Gruplara Göre Kronik Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği İkinci Bölüm Semptom Şiddeti Puanının Dağılımı.....	57
Şekil 9: Gruplara Göre Fiziksel Bileşen Puanının Dağılımı	59
Şekil 10: Gruplara Göre Mental Bileşen Puanının Dağılımı.....	60
Şekil 11: Gruplara Göre Genel Sağlık Alt Boyut Puanının Dağılımı	62
Şekil 12: Gruplara Göre Fiziksel İşlev Alt Boyut Puanının Dağılımı.....	63
Şekil 13: Gruplara Göre Sosyal İşlev Alt Boyut Puanının Dağılımı.....	64
Şekil 14: Gruplara Göre Fiziksel Rol Güçlüğü Alt Boyut Puanının Dağılımı	65
Şekil 15: Gruplara Göre Duygusal Rol Güçlüğü Alt Boyut Puanının Dağılımı	66
Şekil 16: Gruplara Göre Ağrı Alt Boyut Puanının Dağılımı	67
Şekil 17: Gruplara Göre Ruhsal Sağlık Alt Boyut Puanının Dağılımı	68
Şekil 18: Gruplara Göre Enerji/Canlılık Alt Boyut Puanının Dağılımı	69

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 3.1: Araştırma Tasarımı.....	39
Tablo 4.1. Hastaların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı	43
Tablo 4.2.Hastaların Hastalık Özelliklerinin Dağılımı	45
Tablo 4.3. Hastaların İlaç Tedavisine Uyumunu Etkileyebilecek Özelliklerin Dağılımı .	46
Tablo 4.4. Hastaların HÖGÖ Alt Boyutları ile Ölçek Toplam Puan Ortalamaları ve Puan Ortalama Farklarının Karşılaştırılması	47
Tablo 4.5. Hastaların İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (MARS-5) Puan Ortalamaları ve Puan Ortalama Farklarının Karşılaştırılması	48
Tablo 4.6.Hastaların İlaç Uyum Ölçeği (MedTake Test) Puan Ortalamaları ve Puan Ortalama Farklarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 4.7. Hastaların İlaç Uyum Yüzdesi Dağılımı ve Gruplar Arası Karşılaştırılması.	50
Tablo 4.8. Hastaların Metabolik Parametrelerinin Dağılımı ve Gruplar Arası Karşılaştırılması	51
Tablo 4.9. Hastaların Kronik Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği (KKHYKÖ) Puan Ortalamaları ve Puan Ortalama Farklarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 4.10. Hastaların SF 12 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ve Puan Ortalama Farklarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.11. Hastaların SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları ve Puan Ortalama Farklarının Karşılaştırılması	61

KISALTMA LİSTESİ

Kısaltmalar	Açıklama
AASLD	:American Association for the Study of Liver Diseases (Amerikan Karaciğer Hastalıkları Çalışma Derneği)
ADV	: Adefovir dipivoxil
AFP	: Alfa Fetoprotein
AHB	: Akut Hepatit B
ALP	: Alkalen Fosfat
ALT	:Alanin Amino Transferaz
Anti HBe	:Hepatit B e antijenine karşı oluşmuş antikor
Anti-HBc IgG	: Hepatit B Kor Antikoru Immunglobulin G
Anti-HBc IgM	:Anti-HBc Immunglobulin M
Anti-HBs	:Hepatit B Yüzey Antikoru
APASL	:Asian Pacific Association for the Study of the Liver (Asya Pasifik Karaciğer Çalışma Derneği)
AST	: Aspartat Amino Transferaz
BKI	:Beden Kitle İndeksi
cccDNA	: Dairesel DNA
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
DGH	: Deney Grubu Hastalar
DİD	:Duruma İlişkin Duygular
KGH	: Kontrol Grubu Hastalar
DM	: Diyabetes Mellitus
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
DRG	:Duygusal Rol Güçlüğü
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EASL	:European Association for the Study of the Liver-Avrupa Karaciğer Hastalıkları Çalışma Derneği
ELISA	: Enzyme Linked İmmünosorbent Assay
ETV	: Entekavir

FB	:Fiziksel Bileşen
Fİ	:Fiziksel İşlev
FRG	:Fiziksel Rol Güçlüğü
GGT	: Gama Glutamil Transferaz
GS	:Genel Sağlık
HBcAg	: Hepatit B kor antijeni
HBeAg	: Hepatit B e antijeni
HBV DNA	: Hepatit B Virüs Deoksiribo Nükleik Asit
HBV	: Hepatit B Virüs
HCV	: Hepatit C Virüs
HÖGÖ	: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği
HSK	: Hepatoselüler Karsinom
HT	: Hipertansiyon
INR	: International Normalization Ratio- Uluslararası Normalizasyon Oranı
KASL	: The Korean Association for the Study of the Liver
KGH	: Kontrol Grubu Hastalar
KHB	: Kronik Hepatit B
LAM	: Lamivudin
LtD	: Telbivudin
MARS-5	: Medication Adherence Report Scale -İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği
MB	: Mental Bileşen
MedTake Test	: İlaç Uyum Ölçeği
NA	: Nükleotid Analogları
NANDA-I	:NANDA International
NIC	: Nursing Intervention Classification-Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması
NOC	: Nursing Outcome Classification- Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması
NÜS	: Normalin Üst Sınırı
PEG-IFN	: Pegile İnterferonlar
PT	: Protrombin Zamanı
RS	:Ruhsal Sağlık
SF-12	: Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği
Sİ	:Sosyal İşlev
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği

TAF	: Tenofovir alafenamid fumarat
TDF	: Tenofovir disoproksil fumarat
Tİ	:Toplum ve İzlem
TK	:Tedavi ve Komplikasyonlar
TURHEP	: Türkiye Hepatit Prevalansı
TVHTTK	: Türkiye Viral Hepatitler Tanı ve Tedavi Klavuzu
WHO	: World Health Organization
YA	:Yaşam Aktiviteleri
YK	:Yaşam Kalitesi



ÖZET

ORAL ANTİVİRAL KULLANIMI KONUSUNDA VERİLEN EĞİTİMİN HEPATİT-B TANILI HASTALARIN İLAÇ UYUMUNA VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Şengül KORKMAZ BİNAY

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Hemşirelik Esasları Programı

Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Aylin ÖZAKGÜL

Araştırma, oral antiviral kullanımı konusunda hazırlanan eğitimin, hastaların ilaç uyumu ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla ön test-son test-kontrol gruplu deneysel olarak yapıldı.

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapılacağı eğitim ve araştırma hastanesinde poliklinik takibi yapılan oral antiviral kullanan kronik Hepatit B tanısı olan hastalar, örnekleme ise Haziran 2022-Ocak 2023 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden 30 deney ve 30 kontrol grubu toplam 60 hasta oluşturdu. Araştırmanın verileri; Hasta Tanılama Formu, İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (MARS-5), İlaç Uyum Ölçeği (MedTake Test), Kronik Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 2.0 (KKHYKÖ), SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) ile toplandı. Deney grubuna ilgili bilimsel literatür” de yer alan bilgilerin yer aldığı kılavuzlar/rehberler doğrultusunda hazırlanan eğitim kitapçığı ile bire bir eğitim verildi. Her iki grup başlangıç ve üç ay olmak üzere iki kez değerlendirildi. İstatistiksel analizler için lisanslı SPSS 26 programı kullanıldı.

Hastaların HÖGÖ toplam puanının $158,53 \pm 8,29$ olduğu, oral antiviral kullanımı hakkında eğitim verilen deney grubunun; ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay MARS-5 ve MedTake Test ölçek puanlarındaki artışın istatistiksel anlamlılık düzeyinin yüksek olduğu ($p < 0,01$); ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay KKHYKÖ birinci bölüm *Semptom Şiddeti*, birinci bölüm *Semptom Etkisi* ve ikinci bölüm *Semptom Şiddeti* puanlarının istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı azaldığı ($p < 0,01$); ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF12 *Fiziksel Bileşen* ve *Mental Bileşen* boyutları ile *Genel Sağlık*, *Fiziksel İşlev*, *Sosyal İşlev*, *Fiziksel Rol Güçlüğü*, *Duyusal Rol Güçlüğü*, *Ağrı*, *Ruhsal Sağlık* ve *Enerji/Canlılık* alt boyut puanlarının istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı arttığı bulundu ($p < 0,01$). Deney grubunun üçüncü ay değerlendirmesinde; ilaç uyum yüzdesinin %80 ve üzerinde olması oranının, kontrol grubuna göre yüksek düzeyde anlamlı arttığı ($p < 0,01$) saptandı. HBV DNA, ALT ve AST değerinin düşüş yönündeki değişimi ile kontrol grubunun yükselme yönündeki değişimi arasındaki farkın istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı olduğu bulundu ($p < 0,01$).

Sonuç olarak, oral antiviral kullanımı hakkında verilen eğitimin, Hepatit-B tanılı hastaların ilaç uyumuna ve yaşam kalitesine olumlu etkisinin olduğu belirlendi.

Haziran 2023 , 144 sayfa.

Anahtar kelimeler: Kronik Hepatit B, ilaç uyumu, yaşam kalitesi, hasta eğitimi

ABSTRACT

Ph.D. THESIS

THE EFFECT OF EDUCATION ON ORAL ANTIVIRAL USE ON MEDICATION COMPLIANCE AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HEPATITIS-B DIAGNOSIS

Sengül KORKMAZ BİNAY

Istanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Nursing Fundamentals

Fundamentals Nursing Programme

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Aylin ÖZAKGÜL

The study was conducted as an experimental study with a pretest-posttest-control group in order to examine the effect of the education on oral antiviral use on drug adherence and quality of life of the patients.

The population of the study consisted of patients with a diagnosis of chronic hepatitis B using oral antivirals, who were followed up in the outpatient clinic in the training and research hospital where the study would be conducted, and the sample consisted of 60 patients in total, 30 experimental and 30 control groups, who agreed to participate in the study between June 2022 and January 2023. The data of the study were collected via Patient Identification Form, Medication Adherence Report Scale (MARS-5), Medication Adherence Scale (MedTake Test), Chronic Liver Disease Quality of Life Scale 2.0 (LDSI), SF-12 Quality of Life Scale (SF 12), and Patient Learning Needs Scale. (PLNS). The experimental group was given one-on-one education with the education booklet prepared in line with the guidelines containing the information in the relevant scientific literature. Both groups were evaluated twice, at baseline and at three months. Licensed SPSS 26 (Statistical Package for the Social Sciences) program was used for statistical analysis.

The total PLNS score of the patients was found to be 158.53 ± 8.29 , and the increase in the MARS-5 and MedTake Test scale scores at the third month compared to the first evaluation

in the experimental group, who were educated about oral antiviral use, was statistically significant ($p=0.001$; $p<0.01$); the third-month LDSI first part Symptom Severity, first part Symptom Effect, and second part Symptom Severity scores decreased significantly compared to the first evaluation ($p=0.001$; $p<0.01$); compared to the first evaluation, it was found that the SF12 Physical Component and Mental Component dimensions and General Health, Physical Function, Social Function, Physical Role Difficulty, Emotional Role Difficulty, Pain, Mental Health, and Energy/Vivacity sub-dimension scores increased statistically significantly in the third month ($p=0.001$; $p<0.01$). In the third month evaluation of the experimental group, the rate of drug adherence percentage being 80% and above increased significantly ($p=0.001$; $p<0.01$) compared to the control group; with the decrease in HBV DNA, ALT and AST values in the experimental group was found to be statistically significant ($p=0.001$; $p<0.01$) ($p=0.008$; $p<0.01$) ($p=0.001$; $p<0.01$).

In conclusion, it was determined that the education given about oral antiviral use had a positive effect on drug adherence and quality of life of the Hepatitis B patients. |

June 2023, |144| pages.

Keywords: |chronic hepatitis B, drug adherence, quality of life, patient education|

1. GİRİŞ

Akut ve kronik hastalığa neden olan viral hepatitler, önlenmesi ve tedavi edilmesi gereken bulaşıcı hastalıklar arasında yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), viral hepatit konusunda farkındalığı artırmak için her yıl 28 Temmuz'u Dünya Hepatit Günü olarak belirlemiş olup 2030 yılında hedeflerine ulaşmak amacıyla 2020 yılında "Hepatitsiz gelecek", 2021 yılında "Hepatit beklemez" ve 2022 yılında "Hepatit bakımını size yaklaştırıyoruz" temalarına odaklanmıştır (<https://www.who.int/campaigns/world-hepatitis-day>). DSÖ, Viral Hepatit Önleme ve Kontrolü için yayınladığı Küresel Eylem Planı Çerçevesi'nde de, Global Sağlık Sektörü Stratejisi 2030 itibarıyla viral hepatitlerin halk sağlığını tehdit eden bir risk olmaktan çıkarılmasını; yeni gelişecek enfeksiyonların %90 azaltılmasını, tedavi gerekliliği olan hepatit hastalarının %80'inin tedavi edilmesini ve hepatite bağlı mortalite oranının da %65 azaltılmasını hedeflemektedir (DSÖ-World Health Organization-WHO 2017).

DSÖ, 2030 yılına kadar düşük ve orta gelirli ülkelerde aşılama, tanı testleri, ilaçlar ve eğitim programlarıyla hepatitlere bağlı tahmini 4,5 milyon erken ölümün önlenebileceğini ifade etmektedir (https://www.who.int/health-topics/hepatitis#tab=tab_1). HBV enfeksiyonu aşılama ile önlenabilir bu nedenle aşılama, Hepatit B virüsü (HBV) enfeksiyonunu önlemenin en etkili yoludur. Aşı, Hepatit B'ye karşı %98 ile %100 güvenli koruma sağlamaktadır. Hepatit B aşısının doğumdan sonraki 12 saatten daha kısa bir süre içinde başlayarak 3 veya 4 dozluk bir programla uygulanması, pozitif olan yüksek derecede bulaşıcı kadınlardan doğan bebeklerde perinatal HBV enfeksiyonlarını %70 ile %95 oranında önlemektedir (Schillie ve diğ.2015). HBV aşılması ile 5 yaşından küçük çocuklar arasında HBV prevalansı 2000 yılı öncesi %4,7 iken 2016 yılından sonra %1'in altına düşmüştür (www.who.int).

Kronik Hepatit B (KHB), HBV'nin neden olduğu bulaşıcı bir karaciğer hastalığıdır. Morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerinden biri olan KHB enfeksiyonu [<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>] hem dünyada hem de ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur (Türkiye Viral Hepatitler Tanı ve Tedavi Klavuzu - TVHTTK 2017). DSÖ, 2019 yılında 296 milyon bireyin kronik Hepatit B enfeksiyonu ile yaşadığını ve tahmini çoğunlukla siroz ve hepatoselüler karsinom (HSK) nedeniyle 820 bin ölüme neden olduğunu bildirmektedir (<https://www.who.int/news-room/fact->

sheets/detail/hepatitis-b). Bu bağlamda, yaşam boyu devam edebilen KHB'nin tedavisi için siroz ve HSK gelişmesini önlemede oral antiviral ilaçlar kullanılmaktadır (WHO 2017; Avrupa Karaciğer Hastalıkları Çalışma Derneği-European Association for the Study of the Liver-EASL 2017). Bu nedenle KHB'ye bağlı komplikasyon gelişmesini önlemek için oral antiviral tedaviye uyum gereklidir ve önemi büyüktür (Abu-Freha ve diğ.,2020; WHO 2017; KASL-The Korean Association for the Study of the Liver,2016).

Kronik hastalıkların bakımında eğitim; hastaların yaşam biçimlerini değiştirme motivasyonunu ve sorun çözme becerilerini artırmakta, hastalıklarıyla baş etmelerine yardımcı olmaktadır (Çetinkaya ve diğ., 2019; Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2014). Bu doğrultuda KHB tanısı konulan hastaların hemşirelik bakımının temel amaçları; bireye özgü, hümanistik ve holistik yaklaşım ile öz-bakım uygulamalarına katılımını sağlamak, tedavisi ve hastalığı ile baş etmesine yardımcı olmak, tedaviye uyumunu sağlamak, risk ve komplikasyonları azaltmak, yaşam kalitesinin artırılmasını sağlamaktır (Kate ve diğ.,2013; Acaroğlu ve diğ., 2012). Nitekim antiviral ilaç tedavisine uyumu arttırmak (Demirbaş ve Kutlu, 2020), sağlıkla ilişkili (Drazic ve Caltabiano, 2013; Cui ve diğ., 2019; Zhang ve diğ.,2019) ve hastalığa özgü (Eraydın ve diğ., 2014) yaşam kalitesini artırmak için yapılan çalışmalar sonucunda, hastalık hakkında doğru bilgileri edinmeyi sağlayacak eğitim planlanmasına gereksinim olduğu vurgulanmaktadır. Bu doğrultuda bu araştırma, oral antiviral ilaç kullanan KHB tanısı olan hastalara oral antiviral ilaç kullanımı konusunda verilen eğitimin ilaç uyumuna ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacı ile gerçekleştirilmiştir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. HEPATİT B

Hepatit, Yunanca kökenli bir kelime olup, Hepatit A, Hepatit B, Hepatit C, Hepatit D ve Hepatit E virüsü gibi hepatotropik virüslerle veya diğer enfeksiyöz ve enfeksiyöz olmayan nedenlerle ortaya çıkan karaciğer iltihabı olarak tanımlanmaktadır (https://www.who.int/health-topics/hepatitis#tab=tab_1). Hepatit B enfeksiyonuna, Hepatit B Virüsü (HBV) neden olmaktadır (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>).

Hepatit B enfeksiyonu, akut, kronik ve okült (gizli) hepatit B olmak üzere üçe ayrılmaktadır (Köksal, 2021). Akut Hepatit B (AHB); ateş, baş ağrısı, halsizlik, iştahsızlık, bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı semptomlarının farklı başlangıcı, yüksek serum alanin transaminaz düzeyleri ve/veya sarılık ile karakterize bir enfeksiyon hastalığıdır (CDC- Centers for Disease Control and Prevention, 2015; Wilkins ve ark.2019). Okült Hepatit B ise serumda Hepatit B Yüzey Antijeni (HBsAg) negatifken, Hepatit B Virüs Deoksiribo Nükleik Asit (HBV DNA)'ın pozitif saptanması ya da karaciğer dokusunda HBV DNA pozitifliğinin olmasıdır (Örmen 2021). HBV'nin bulaşma yolları arasında, perinatal (anneden çocuğa doğumda), kan (iğne batması, dövme vb.) ve cinsel temas (vajinal ve seminal sıvılar) ile bulaş yer almaktadır (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>). Ayrıca aile yakınları ile temas ve kişisel eşyaların (diş fırçası, traş makinası..vb.) kullanımı ile horizontal bulaşmadan da bahsedilmektedir (TVHTTK, 2017).

2.2. KRONİK HEPATİT B

KHB enfeksiyonu, HBsAg'nin altı aydan uzun süre pozitif olması ile tanımlanır (Wilkins ve diğ., 2019). Akut enfeksiyon sonrası immun sistemi baskılanmış bireylerde, anneden çocuğa doğumda bulaşan ya da erken çocukluk döneminde enfekte olan bireylerde KHB enfeksiyonu gelişme riski yüksektir (TVHTTK, 2017). KHB, HSK ve sirozun başlıca nedenleri arasındadır (https://www.who.int/health-topics/hepatitis#tab=tab_1).

2.2.1. Epidemiyoloji

2.2.1.1. *Dünyada Hepatit B Epidemiyolojisi*

Dünyada KHB prevalansına ilişkin güncel veriler “DSÖ 2015 Raporu’nda yer almaktadır. HBV, büyük bir küresel yük taşıyıcı (Younossi ve diğ.,2021). Dünya nüfusunun 1/3’ünün (2 milyar insanın) HBV ile karşılaştığı ve çoğunluğu az gelişmiş ülkelerde olmak üzere, 2019 yılı itibarıyla yaklaşık 296 milyon insanın HBV ile yaşadığı bildirilmektedir. Yine, 2019 yılında HBV enfeksiyonu ve buna bağlı komplikasyonlar nedeniyle, yaklaşık 820 bin insanın hayatını kaybettiği bildirilmiştir (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>). DSÖ (2015) HBsAg pozitif olma oranına göre hastalığın prevalansını kategorize etmiştir. Buna göre hastalık prevalansı düşük, orta ve yüksek bölgeler olmak üzere üçe ayrılmaktadır. HBsAg pozitif olma oranının %2’nin altında olması düşük (Amerika Birleşik Devletleri, Batı Avrupa, Avustralya, Kanada gibi), %2-7 arasında olması orta (Akdeniz ülkeleri, Japonya, Orta Asya ülkeleri gibi), %8 ve üzerinde olması ise yüksek prevalanslı (Güneydoğu Asya, Çin, Sahraaltı Afrika gibi) bölge olarak sınıflandırılmaktadır (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154590/9789241549059_eng?sequence=1).

Türkiye orta prevalanslı ülkeler arasında yer almaktadır (<https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/travel-related-infectious-diseases/hepatitis-b#5514>).

DSÖ (2015) verilerine göre dünya nüfusunun yaklaşık %45’nin yüksek HBV prevalansı olan bölgelerde yaşadığı görülmektedir. Yüksek prevalansı olan ülkelerdeki hastaların büyük çoğunluğunun ise, doğumda ya da erken çocukluk döneminde enfekte oldukları için hastalığın kronikleşme olasılığının bu hastalarda daha yüksek olduğu belirtilmektedir (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565455>). Bu açıdan bakıldığında HBV dünya nüfusunun önemli bir bölümünü ilgilendiren bir sağlık sorunu olduğu görülmektedir.

2.2.1.2. *Türkiye’de Hepatit B Epidemiyolojisi*

Türkiye’de HBV ve Hepatit C Virüsü (HCV) enfeksiyonlarının epidemiyolojisine ilişkin çalışmaların çoğu kan bağışçıları ve risk gruplarında yapıldığından ve genel popülasyonda ülke çapında sınırlı çalışma olduğundan veriler yetersizdir (Mistik, 2007; Toy ve diğ.,2011; Akarca, 2008; Erden ve diğ.,2003; Yıldırım ve diğ.,2009; Ergunay ve diğ.,2012).

Türkiye’de Hepatit B prevalansına ilişkin güncel veriler Tosun (2013)’un yaptığı meta-analiz çalışması ve Tozun ve diğ.(2015)’nin HBV enfeksiyonu seroprevalansını belirlenmesi için yapılan Türkiye Hepatit Prevalansı (TURHEP) (2015) saha çalışmasında yer almaktadır.

Tosun (2013)'un yaptığı çalışmada Türkiye'de HBV prevalansının coğrafi bölgelere göre değişiklik gösterdiği saptanmıştır. Ege ve Marmara Bölgesi'nde %3,4, İç Anadolu, Akdeniz ve Karadeniz Bölgesi'nde %4,8, Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde %6,2 oranında görüldüğü belirtilmekte olup, Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu Bölgelerinde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tosun, 2013). Bir diğer çalışma olan Tozun ve diğ. (2015)'nin Türk genel popülasyonunda artan seropozitif olma risk faktörleri ile ilişkili olarak HBV enfeksiyonu seroprevalansını belirlemesi için geniş ölçekli TURHEP saha çalışmasıdır. Bu çalışmada HBsAg pozitifliği %4, Hepatit B Yüzey Antikoru (anti-HBs) pozitifliği %32 ve Hepatit B Kor Antikoru Immunglobulin G (anti-HBc IgG) pozitifliği %30,6 oranında saptanmıştır (Tozun ve diğ.,2015). HBsAg değeri pozitif olan hastaların birinci derece akrabaları, HBsAg pozitif hastalarla aynı evde yaşayanlar ve cinsel temasta bulunanlar, diyaliz hastaları, homoseksüeller, kan ve kan ürünü alan bireyler, kan ve kan ürünleri ile sık temas eden meslek üyeleri risk grupları arasında yer almaktadır (TVHTTK, 2017). Aynı zamanda ülkemizde HBV enfeksiyonunun, siroz olgularının %30-40'ından, karaciğer kanserinin %40-50'sinden sorumlu olduğu bildirilmektedir. Her yıl HBV'ye bağlı sirozu olan hastaların ise %2,5-3'ünde HSK ortaya çıkması beklenmektedir (Türkiye Viral Hepatit Önleme ve Kontrol Programı 2018-2023-TVHÖKP-2018-2023). Türkiye Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2012-2016 yılları arasında gerçekleştirilen karaciğer transplantasyonlarının yaklaşık yarısını (%40-%50), HBV enfeksiyonuna bağlı akut-kronik karaciğer yetmezliği ve karaciğer kanseri oluşturduğu bildirilmektedir (<https://organkds>). Bu nedenlerle TVHTTK'de toplumun HBV açısından taranması gerekli olduğu belirtilmektedir (<https://www.vhsd.org/tr/article/desc/48317/tu-rkiye-viral-hepatitler-tani-ve-tedavi-kilavuzu-2-7.html>).

2.2.2. Etyopatogenezi

HBV, küçük, çift sarmallı, dairesel hepadnavirüs ailesinden bir Deoksiribo nükleik asit (DNA) virüsüdür (Lin ve Kao, 2017; Wilkins ve diğ.,2019). HBV'nin 10 genotipi (A'dan J'ye) ve 30'dan fazla alt tipi vardır (Lin ve Kao, 2017).

HBV'nin tanı ve takipte kullanılan çeşitli serolojik göstergeleri vardır. HBsAg, Hepatit B kor antijeni (HBcAg) ve Hepatit B e antijeni (HBeAg) virüsün antijenik göstergeleridir. Hepatit B yüzey antijenine karşı gelişmiş olan antikor (anti-HBs), Hepatit B e antijenine karşı gelişmiş olan antikor (anti-HBe)'dur. Hepatit B kor antijenine karşı gelişmiş olan antikorlar Anti-HBc Immunglobulin M (anti-HBc IgM) ve anti-HBc IgG ise virüsün bu antijenlerine karşı oluşmuş antikorlardır (EASL, 2017; Örmən, 2021).

HBV, vücuda girdikten sonra çeşitli taşıyıcı proteinler aracılığıyla karaciğer hücrelerinin sitoplazmasına taşınır. Enfekte olan karaciğer hücrelerinin sitoplazmasında viral kapsid soyulur ve virüsün nükleik asidi hücre çekirdeğine girer. Hepatosit nükleusunda kovalent olarak kapalı dairesel DNA'ya (cccDNA) dönüştürülür. HBV, kendi genomunu konak genomuna entegre eder. Bu nedenle, HBV'ye karşı doğal bağışıklığı olan kişilerde HBsAg negatif değerlerde olsa bile, virüsün genetik yapısı yıllarca var olmaya devam eder. Herhangi bir nedenle kişinin immün sisteminde baskılanma olduğunda HBV'nin yeniden aktifleşmesi görülebilmektedir (EASL, 2017; Tülek, 2019; Tütüncü, 2021).

HBV, hücreye zarar veren bir virüs olmayıp, HBV ile enfekte olan kişilerde ortaya çıkan karaciğer hasarı, konağın virüse karşı göstermiş olduğu immün yanıt ile ilişkilidir (Trépo ve diğ.,2014; Tülek, 2019).

2.2.3. Tanı Yöntemleri

HBV enfeksiyonu tanısı ve takibi serolojik, biyokimyasal ve moleküler testler, histopatolojik tetkikler ve girişimsel olmayan (noninvaziv) incelemeler ile yapılmaktadır (EASL, 2017; Örmən, 2021).

Serolojik testler kullanılarak; KHB'nin doğal seyri, evresi, prognozu ve virüsün enfektivite (enfeksiyon oluşturma) derecesi değerlendirilmekte antiviral tedavi takibi yapılmakta, virüse karşı gelişen antijen ve antikorlar tespit edilmektedir. Aynı zamanda HBV'ye karşı bağışıklık durumunun duyarlı, doğal bağışık ve aşılı olarak belirlenmesinde de kullanılır. Serolojik testler için en sık kullanılan yöntem, Enzyme Linked İmmünosorbent Assay (ELISA)'dir (Örmən, 2021; Köksal, 2021). HBV enfeksiyonu için serolojik göstergeler olan antijen ve antikorlar; HBsAg, anti-HBs, HBeAg, anti-HBe, HBcAg, anti-HBc IgM ve anti-HBc IgG'den oluşur (EASL, 2017; Örmən, 2021).

HBV enfeksiyonu tanı ve izleminde kullanılan önemli biyokimyasal testler; alanin aminotransferaz (ALT), aspartat aminotransferaz (AST), gama glutamil transferaz (GGT), alkalen fosfataz (ALP), alfa fetoprotein (AFP), bilirübin, serum albümin ve globülin, trombosit sayımı, uluslararası normalizasyon oranı (International Normalization Ratio-INR), protrombin zamanı (PT) ve tam kan sayımıdır (EASL, 2017; Köksal, 2021; Örmən, 2021).

Kalitatif ve kantitatif moleküler tanı testler ile viral yük ölçülür ve genotipler tanımlanır (Köksal, 2021). HBV DNA, HBV genotip ve HBsAg miktarının ölçümü, moleküler testlerdir.

Karaciğer hasarını belirlemek için karaciğer iğne biyopsisi ile histopatolojik ve Transient Elastografi vb. girişimsel olmayan yöntemler ile değerlendirme yapılır (Köksal, 2021; Örmən, 2021; Amerikan Karaciğer Hastalıkları Çalışma Derneği-American Association for the Study of Liver Diseases- AASLD, 2018).

2.2.4. Tedavi

KHB enfeksiyonu tedavisine başlanmadan önce, hastalığın hangi evrede olduğu belirlenmektedir. Bunun için hastaların HBeAg durumu, serum HBV DNA ve ALT düzeyleri ile karaciğer biyopsi sonuçları değerlendirilerek tedavi planlanmaktadır (TVHTTK, 2017). KHB evreleri, hastalığın edinildiği yaşa ve bireyin immün yanıtına göre değişkenlik göstermektedir. KHB'nin immün toleran evresi, immün klirens evresi, inaktif HBV taşıyıcılığı evresi, reaktivasyon evresi ve iyileşme evresi olmak üzere beş evresi vardır (Tülek 2021). Doğum esnasında ya da erken çocukluk döneminde HBeAg değerinin pozitif ve HBV DNA seviyesinin 10^7 IU/mL'nin üzerinde olduğu *immün toleran evresinde*; hastalar semptom göstermemekte olup tedavi gereksinimleri yoktur. HBeAg pozitif, HBV DNA düzeyi 10^4 ile 10^7 IU/mL arasında değiştiği karaciğerde orta ya da şiddetli inflamasyon ve fibrozun olduğu *immün klirens evresinde (immün aktif evre)* semptomlar çoğu zaman olmamakla birlikte alevlenme döneminde gelişen akut hepatit tablosunda tedavi gerekmektedir. HBeAg değerinin negatif ve HBV DNA düzeyinin 2.000 IU/mL'nin altında/saptanamadığı, karaciğerde minimal inflamasyonun ve düşük fibrozun olduğu çoğu hastanın *inaktif HBV taşıyıcılığı evresinde (düşük replikatif dönem)* kaldığı bu evrede hastaların tedavi edilmesine gereksinim yoktur. *Reaktivasyon evresinde* de HBeAg değeri negatif olup ve serum HBV DNA düzeyi 2000 IU/mL'nin üzerindedir. Daha ileri yaşlarda görülen bu evrede karaciğerde orta veya ağır inflamasyon, fibroz görülmekte ve tedavi edilmeleri gerekmektedir. HBsAg tespit edilemez düzeyde olduğu *iyileşme evresinde* değerlerden HBsAg negatif, anti-HBc IgG pozitif, anti-HBs pozitif/ negatif olabilmektedir (Tülek 2021).

Tedavi yöntemi; EASL (2017), Asya Pasifik Karaciğer Çalışma Derneği (Asian Pacific Association for the Study of the Liver-APASL-2015), AASLD (2018) kılavuzları ve TVHTTK (2017) kılavuzlarının güncel önerilerine göre belirlenmektedir. Bu kılavuzlarda tedavi endikasyonları benzer olmasına rağmen değişiklikler de olabilmektedir. Türkiye'de ise Sağlık Uygulama Tebliğine (SUT) göre KHB Tedavisi hekim/hekimler tarafından düzenlenmektedir. Bu rehberlere göre siroz olan hastalarda HBV DNA değeri pozitif olduğunda tedavi başlanırken; siroz olmayan hastalarda hastaya özgü sonuç veya sonuçlara göre tedaviye

başlanma/başlanmama kararı verilirken serolojik, biyokimyasal (HBsAg, HBeAg, HBV DNA ve ALT) ve histopatolojik (karaciğer biyopsisi) değerlendirme kriterleri göz önüne alınmaktadır. KHB tedavisi başlanma ya da başlanmama kararı verilen hastalar, 3-6 ay veya 6-12 ay aralıklarla takip edilmektedir (EASL, 2017; APASL, 2015; AASLD, 2018; TVHHTK, 2017).

Tedavideki esas amaç; viral çoğalmanın baskılanarak hepatik inflamasyonun ve fibrozun azaltılması, HSK ve siroz komplikasyon gelişiminin önlenerek hastalığın kontrol altına alınmasıdır. Bu nedenle KHB enfeksiyonunun tedavisinde temel olarak; pegile interferon olan immün modülatörler ile nükleozid ve nükleotid analogları (NA) olan viral polimeraz inhibitörleri olmak üzere iki ana grup ilaç kullanılmaktadır. Günümüzde interferon bazlı ilaç tedavisinin sınırlı hastada önerildiği, NA'ların kullanımının çok fazla sayıda hastaya önerildiği belirtilmektedir (EASL, 2017; APASL, 2015; AASLD, 2018; TVHHTK, 2017).

2.2.4.1. Pegile İnterferonlar (PEG-IFN)

İnsan organizmasında bakteri, virüs ve tümör hücrelerine karşı doğal immüniteyi sağlayarak antiviral ve immün modülatör etki gösterir (Nguyen ve diğ.,2020). PEG-IFN immün aktivasyon olan ve viral yükü çok yüksek olmayan erişkin hastalarda kullanılması önerilmektedir. Alfa-2a ve 2b olmak üzere iki çeşit PEG-IFN vardır. Pegile interferon alfa-2a tedavisi, 48 hafta boyunca 180 mikro gram/1 haftada olacak şekilde kullanılmaktadır (EASL, 2017; APASL, 2015; AASLD, 2018; TVHHTK, 2017).

2.2.4.2. Nükleot(z)id Analoglar

HBV'nin çoğalması için gerekli olan enzimleri (DNA polimeraz ve revers transkriptaz) engelleyerek etki göstermektedirler. HBV'ye özgü ilaçlar olup interferonlar gibi immunmodülatör (immun sistem üzerine düzenleyici) etkiye sahip değildir. HBV DNA'nın birinci ve ikinci ipliklerinin sentezi sırasında doğal nükleozidlerle yer değiştirerek etki gösterirler. Tedavide kullanılan nükleozid analogları, lamivudin (LAM), telbivudin (LdT) ve entekavir (ETV) iken nükleotid analogları ise adefovir dipivoxil (ADV), tenofovir disoproksil fumarat (TDF) ve tenofovir alafenamid fumarat (TAF)'tır (EASL, 2017; APASL, 2015; AASLD, 2018; TVHHTK, 2017; Fan ve Hou, 2020; Lok, 2015). Hekim istemine göre günde tek doz olarak oral (ağız yolu) ile LAM 100 mg (EASL 2017; TVHHTK 2017); LdT 600 mg (EASL 2017; TVHHTK 2017); ADV 10 mg (EASL 2017; TVHHTK 2017), TDF 245 mg ve TAF 25 mg (EASL 2017; TVHHTK 2017) verilebilir. ETV ise 0,5 mg (aç karnına)

kullanılmakta olup LAM dirençli hastalar için ise 1 mg (EASL 2017; TVHTT 2017) olarak verilebilir.

2.3. İLAÇ UYUMU KAVRAMI

İlaç tedavisine uyum “hastaların ilaçlarını reçete edildiği gibi almaları gereken (Helmy ve diğ. 2017) birbiriyle ilişkili olan başlama, uygulama ve sonlandırma bileşenlerinden oluşan süreç” olarak tanımlanır (Vrijens ve diğ.2012). İlaç tedavisine uyum süreci, hastanın tedavi için reçete edilen ilacın ilk dozunu almasıyla başlar; başlangıçtan itibaren alınması gereken son ilaç dozunun uygulanmasıyla tedavi devam eder; ilaç tedavisinin son dozu alındıktan sonra başka ilaç dozunun alınmaması yani tedavinin sonlanması ile biter. Kalıcılık ise tedaviye başlama ile ilacın kesilmesinden hemen önce gelen son doz arasındaki süredir (Vrijens ve diğ.2012).

İlaç uyumu, bir hasta bireyin reçete edilen ilaç dozuna ve aralığına ne ölçüde bağlı kaldığını ifade etmektedir. Belirli bir dönemde kullanılan ilaç sayısının, aynı dönemde hekim tarafından reçete edilen ilaç sayısına bölünmesiyle elde edilen ilaç uyum yüzdesinin %80'den fazla olması, hasta bireyin ilaçlarına uyumlu olduğu anlamına gelir/ kabul edilir (Brown ve diğ. 2016).

Tedaviye uyum; bireyin yaşam biçimini, davranışlarını, ilaç alma şeklini, tedaviye inanmasını ve tedaviyi sahiplenerek sürdürmesini kapsayan algı, tutum ve davranışların birleşimidir. Hasta bireyin tedaviye uyumunda, hastalık algısının yanı sıra, bilgi, istek ve motivasyonu da önemli olmaktadır (Kara ve diğ.2017).

İlaç uyumunun olmaması önemli bir halk sağlığı sorunudur (McQuaid ve Landier, 2018). İlaç uyumunun iyileştirilmesi, toplum sağlığı üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir ve hasta bireyin bireysel özellikleri, aile yapısı, kültürel özellikleri, sağlık bakımı hizmeti sunan ekip ile etkileşimler gibi çeşitli faktörlere bağlıdır. Bu nedenle ilaç uyumu ve toplum sağlığını artırmak için sağlıklı/hasta bireylerin inançlarına, korkularına ve değerlerine saygı duymak gereklidir (McQuaid ve Landier, 2018). Ayrıca ilaca erişim sorunları, unutkanlık, hastanın ilaç alma davranışını gizlemesi gibi ilaç uyumunu etkileyen faktörleri iyileştirmek için hasta bireylerin ilaçlarının yararlarını anlamalarını sağlamaya yönelik eğitim programları yapılmalıdır (Brown ve diğ.2016).

Kronik hastalıklar; özellikle düzenli tıbbi kontroller ile düzenli bakım ve tedavi gerektiren sağlık sorunları olup, çoğu zaman uzun süre ilaç kullanmayı gerektiren durumlardır. Uzun süren ilaç kullanımlarında tedaviye uyum ise, tedavi başarısını belirleyen en önemli faktörlerden birisidir. Tedaviye uyum, hastalığın seyrini olumlu etkilerken tedavi maliyetini düşüren de bir faktör olarak kabul edilmektedir (Kara ve diğ.2017).

Kronik hastalıklarda, hastaların sağlık sonuçlarının iyileştirilmesinde ilaç uyumu çok önemli bir yere sahiptir (Kwan ve diğ.2020). İlaç uyumunun iyileştirilmesi, toplum sağlığı üzerinde herhangi bir yeni tedavinin keşfedilmesinden daha büyük bir etkiye sahip olabileceği belirtilmektedir (Brown ve diğ.2016). Nitekim ilaç uyumsuzluğunun, olumsuz sağlık sonuçlarına, yüksek mortalite ve morbidite oranlarına, sağlık bakımı hizmeti kullanımı ile sağlık bakım ve tedavi maliyetlerinin artmasına neden olur (Brown ve diğ.2016; Celio ve diğ.2018; Kwan ve diğ.2020).

Hastalarda ilaç uyumsuzluğuna neden olan faktörler arasında ise tedavinin karmaşıklığı, sağlık uzmanlarıyla zayıf iletişim ve ilaçların yan etkileri hakkında endişeler yer almaktadır (Kwan ve diğ.2020). Ayrıca hasta tarafından yapılan davranış seçimleri de ilaç uyumsuzluğu nedenlerindendir. Hastanın kullanacağı ilacını unutması ve ilaç alma davranışını gizlemesi de ilaç uyumunda olumsuz sonuçlara yol açmaktadır (Kwan ve diğ.2020). Kronik karaciğer hastalığı olan hastaların yaşadığı yan etkiler ve rutindeki değişiklikler ilaç uyumsuzluğunun en sık belirtilen nedenleri olarak belirlenmiştir (Polis ve diğ. 2016). Bu nedenle, ilaç uyumunu iyileştirmek, tedavi sonuçlarını iyileştirmenin anahtarı olacaktır (Kwan ve diğ.2020).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de halk sağlığını ilgilendiren kronik HBV enfeksiyonu, morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerinden biridir. HBV enfeksiyonu tedavisinde HBV'nin vücuttan tamamen yok olması söz konusu olmadığı için tedavideki temel amaç, viral çoğalmayı baskılamaktır. Bu da çoğu kez, yaşam boyu tedavi gerektirmektedir (WHO 2017). KHB tedavisinin amacı olan siroz ve HSK gelişmesini önlemek (EASL 2017; Irmak ve diğ.2019) için ilaç tedavisine uyum çok önemlidir.

İlaç uyumunda hasta, tedavi, hastalık, sağlık sistemi ve sosyo-ekonomik faktörler ile sağlık bakım ve tedavi ekibinin yaklaşımı etkili olmaktadır (www.who.int). İlaç uyumuna ilişkin yaşanan sorunların çözülmesi multidisipliner iş birliğini gerektirmektedir. Multidisipliner sağlık ekibinin bir parçası olan hemşireler, farklı sağlık bakım ortamlarında ilaç uyum yönetiminde çok önemli bir rol oynamaktadır. İlaç uyumsuzluğu oranı, nedenleri ve

sonuçlarını daha iyi anlamak; ilaç uyumunun ölçülmesindeki gelişmelerin farkında olmak; etkili, önleyici ilaç uyum yöntemlerine ilişkin yenilikler ve gelişmeler ile ilgili bilimsel kanıtlar hakkında bilgi sahibi olmak, hemşirelerin ilaca uyum yönetiminin bileşenlerini oluşturmaktadır (De Geest ve diğ.2018). Hemşirelerin, hastaların daha iyi ilaç uyumu sağlamalarını desteklemek için yenilikçi ve önleyici yaklaşımların geliştirilmesinde, uygulanmasında ve değerlendirilmesinde öncü rol üstlenmeleri gerekmektedir (De Geest ve diğ.2018). Bu süreçte hemşirenin eğitimci rolünün bilincinde olarak sorumluluğunu bilmesi, alanında uzman olup yeterli bilgi ve beceriye sahip olarak anahtar rol üstlenmelidir (Kaya 2023)

2.4. YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI

Yaşam kalitesi terimi, literatürde, ilk olarak 1960 yılında yayınlanan bir makalede kullanılmıştır (Long, 1960). Teknolojik ve bilimsel gelişmelere paralel olarak sağlık, bakım ve tedavi alanında olan ilerlemeler ile çoğu hastalık tedavi edilebildiği için hastaların yaşam beklentisi artmış ve yaşam süresi uzamıştır (Karakaya ve Işıksan, 2021). Aynı zamanda, kronik hastalıklar ile daha uzun süre yaşama zorunluluğu meydana gelmesi, yaşam kalitesinin giderek daha önemli hale gelmesine neden olmuştur (Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2014).

DSÖ, yaşam kalitesini 'bireyin içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri temelinde ve bireyin amaçlarını, standartlarını ve endişeleriyle ilgili olarak yaşamdaki konumunu algılaması' olarak tanımlamaktadır. (<https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>). Yaşam kalitesi, sağlık kavramını kapsayan, bireyin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, kültürel, sosyal ve çevresel birçok faktörü içeren, zamanla değişkenlik gösterebilen, bireyin yaşamdaki durumunu algılamasını ifade eden subjektif bir kavramdır (Panzini ve diğ.2017).

Yaşam kalitesi ölçekleri, sağlıkla (genel) ilgili ve hastalığa özgü (jenerik) yaşam kalitesi ölçekleri olmak üzere iki farklı grupta toplanmaktadır. Genel yaşam kalitesi fonksiyonel duruma, iyilik haline ve çoğunlukla sağlıkla ilgili görüş açılarını içeren kavramlara odaklanmıştır. Genel yaşam kalitesi ölçümleri genellikle daha kapsamlı ve geniştir (Eraydın, 2014). Hastalığın ve tedavisinin hasta üzerindeki etkilerinin hasta açısından değerlendirilmesi olan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, kronik hastalıkların etkisinin ölçülmesinde önemlidir (Ojelabi ve diğ. 2017). Hastalığa özgü yaşam kalitesi ise özel bir hastalığın ve tedavisinin yaşam kalitesine olan potansiyel etkisine değinmektedir. Bu nedenle daha duyarlıdır. Hem sağlıkla ilgili hem de hastalığın semptom ve tedavisine özgü farklı girişimlerin etkisi

değerlendirilmektedir (Eraydın, 2014). Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri, genel sağlık kavramının dışında hastalığın özelliklerine göre tasarlanmıştır. Bu durum hastalığa özgü ölçekleri, sağlık durumundaki değişimin ve tıbbi girişimin etkisinin ortaya konulmasında genel ölçeklere göre daha duyarlı hale getirmiştir (Gündüzoğlu ve diğ.2014).

Kronik hastalıkların çoğu, genel sağlık durumunda değişim potansiyeli taşır; hastaların rahat bir yaşam sürmelerini engeller; fonksiyonel durumunu, üretkenliğini ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini sınırlandırır (Zhu ve diğ.2019). Bireyin yaşam kalitesini arttırmak, kronik hastalık tedavisinin temel amaçlarındandır (Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2014). KHB'nin, hastaların yaşam aktiviteleri ve sağlık durumları, özellikle de algılanan yaşam kaliteleri üzerinde önemli bir etkisi olmaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bireyin refahının bir hastalık ve tedaviden nasıl etkilenebileceğini değerlendirir (Zhu ve diğ.2019). Aynı zamanda, KHB hastalarının bakımında da yaşam kalitesinin belirlenmesi önemli bir konudur (Xue ve diğ.2017).

Yaşam kalitesi, KHB hastalarının bakım/tedavisini ve hastalığın seyrini değerlendirmek için günümüzde önemli bir kriter haline gelmiştir (Chen ve diğ.2017). Nitekim KHB, uzun süre/ömür boyu antiviral ilaç kullanılmasını gerektiren kronik hastalıklardandır. Bu hastaların bakım/ tedavi edilmesindeki amaç; siroz ve HSK gibi komplikasyonların gelişmesini önleyerek mortalite ve morbiditeyi azaltmak ve hastanın yaşam kalitesini arttırmaktır (EASL 2017). Hastanın yaşam süresinin ve yaşam kalitesinin artırılması, büyük ölçüde KHB'nin tedavi edilmesine bağlıdır (Eraksoy, 2017). Yaşam kalitesini arttırmak için ise mevcut tedavi seçeneklerinin, tedaviye uyumu da içerecek şekilde bireye özgü değerlendirilmesi ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen diğer faktörlerin belirlenerek bunların en aza indirilmesi gerekmektedir (Can ve diğ. 2016).

2.5. KRONİK HEPATİT B HASTALIĞI VE HASTA EĞİTİMİ

Kronik hastalık yönetiminde hasta eğitimi, hastalara yaşam biçimlerini değiştirme motivasyonu sağlamakta, sorun çözme becerilerini artırmakta ve hastalıklarıyla baş etmelerine yardımcı olmaktadır (Orgun, 2021; Hançerlioğlu ve Şenuzun Aykar, 2023). Kronik hastalıkların yönetimine yardımcı olan hasta eğitimi, hemşirenin çağdaş rollerinden eğitici rolünün önemli bir yönüdür (Orgun, 2021). Çağdaş yaklaşımla gerçekleştirilen hasta eğitiminde hemşire, hasta birey ve ailesi ile iş birliği içindedir. Hasta bireylerin bağımsız olarak

bakımlarını sürdürebilmeleri için gerekli bilgilerin verildiği hasta eğitim sürecine, hastalar etkin biçimde katılarak hastalıkla en iyi düzeyde yaşamayı öğrenmektedir (Kaya, 2023; Orgun, 2021).

Hasta eğitimi, hasta birey ve yakınlarının gereksinimlerinin bireysel olarak karşılanmasında önemli bir yere sahiptir (Çetinkaya ve Aşiret, 2017). Sağlık profesyonellerinin vereceği eğitim ve danışmanlık, hasta birey ve ailesinin güçlenmesinde, hastalığın getirdiği sorunlarla baş edebilmesinde ve dolayısıyla yaşam kalitesinin yükselmesinde önemli bir süreçtir (Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2014).

Kronik bir hastalık olan HBV enfeksiyonundan korunmada ve bulaşı önlemede eğitim çalışmalarının rolü çok büyüktür. Ülkemizde KHB hastalığı farkındalığının araştırılması amacıyla KHB tanısı olan hastalar ile yapılan bir araştırmada, hastaların %20'sinin kan bağışı sırasında ve %16,2'si ise ameliyat öncesi yapılan rutin tetkiklerde Hepatit B hastası olduğunu öğrendiklerini belirtmişlerdir (Güner ve diğ. 2012). Bu sonuç, toplumda tıbbi tanısı kesinleşmemiş olan KHB hastalarının olduğunu ve toplumun KHB hastalığı farkındalığının çok az düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda HBV enfeksiyonundan korunmak için aşılama (bağışıklama) ve eğitim faaliyetlerinin rolü büyüktür. Bu nedenle de, HBV hakkında farkındalığı artırmak için ise bilgi düzeyinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi önemlidir (Yıldız ve diğ.2016). Nitekim Dığrak ve Tezel (2022)'in KHB hastalarının da olduğu erkek hastalarla yaptığı araştırmada hastaların %80,8'i hastalıkları ile ilgili bilgi alma gereksinimi olduğunu ifade etmişlerdir. Bu bağlamda, hasta bireylerin hastalık hakkındaki bilgi düzeyini artırarak hastalığın bakım/ tedavi ve takibinin etkin olarak yapılması ve hasta bireylerin sosyal hayatlarındaki olumsuz durumları yönetmesi için eğitimler düzenlenmelidir (Güner ve diğ. 2012).

Hasta bireyi komplikasyonlardan, hastalığa eklenebilecek diğer sağlık sorunlarından korumayı, sağlığı geliştirmeyi, hastanın potansiyeli doğrultusunda mümkün olan en kısa zamanda fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamda kendi kendine yeterli duruma gelmesine yardımcı olmayı amaçlayan hastanın öz-bakımını destekleyen bir yaklaşım olan hasta eğitimi hemşirenin sorumlulukları, rol ve işlevleri arasında yer almaktadır. Hasta eğitimi hastanın hastalıkla ilgili bilgiye sahip olmasını, öz bakımla ilgili bilgi, beceri ve tutumu kazanarak hastalığın yönetimine etkin biçimde katılmasını desteklemektedir (Kaya 2023).

2.5.1. Hasta Eğitimi ve İlaç Uyumu

Kronik hastalıklarda bakım ve tedavinin temel amacı hasta birey ve ailesinin hastalığa uyumunu kolaylaştırmak ve hastalık sürecini yönetmelerine yardım etmektir. Bireyin tedaviye uyumunu kültür, değerler, sosyo-ekonomik durum, eğitim gibi faktörler etkilemektedir. Sağlık bakım profesyonelleri hastalıkların yönetimi hakkında genel bilgi sahibi olmalarına rağmen, hastalık ve tedavi sürecinde hastaların bireysel özellikleri farklılık gösterebildiği için bilinmeyen ya da beklenmeyen durumlarla karşılaşabilirler (Hançerlioğlu ve Şenuzun Aykar 2023).

DSÖ, HBV'yi baskılamak için en güçlü ilaçlar olarak oral antiviral tedavilerin kullanılmasını önermektedir. Ancak, tedavi çoğu insanda Hepatit B enfeksiyonunu iyileştirmekten ziyade, sadece virüsün çoğalmasını baskılayarak komplikasyon gelişmesini önlemektedir (Irmak ve diğ.2019; WHO 2017; KASL 2016). Virolojik baskılamayı sağlamak ve sürdürmek, antiviral direnç ve komplikasyon gelişmesini önlemek, tedavinin yararını en üst düzeye çıkarmak için hastaların oral antiviral ilaçları, uzun bir süre ve düzenli kullanmaları (EASL 2017; Allard ve diğ. 2020; Giang ve diğ. 2012; Kumar ve diğ. 2021; Abu-Freha ve diğ. 2020) ve oral antiviral ilaç uyumunun çok iyi düzeyde olması gerekmektedir (Allard ve diğ. 2020; Giang ve diğ. 2012; Irmak ve diğ. 2019). Ancak dünya çapında sağlık için önemli bir tehdit oluşturan kronik hastalıklarda, ilaç uyumunun yeterli düzeyde sağlanamamakta olduğu vurgulanmaktadır (WHO 2003; Al-Noumani ve diğ.2022). Kronik hastalıklarda ilaç uyumunu değerlendiren Al-Noumani ve diğ. (2022)'nin araştırmasında hastaların %19,5'inin düşük uyum, %45'inin orta uyum gösterdiği ve ancak %35,5'inin yüksek uyum gösterdiği belirlenmiştir. Pelin (2017)'in kronik hastalığı olan bireylerle yaptığı araştırmasında ise Al-Noumani ve diğ. (2022)'nin araştırmasından daha çok oranda (%51,4) hastaların tedaviye uyumlarının düşük olduğu saptanmıştır.

Cutler ve diğ. (2018) yaptığı sistematik derlemede de, kötü/zayıf ilaç uyumu, terapötik tedavinin etkinliğini azalttığı için kronik hastalıkların komplikasyonlarını artırmakta olduğu ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Cheen ve diğ. (2019)'nin yaptığı sistematik derleme ve meta analiz sonucunda da kronik hastalığı olan hastalar arasında ilaç uyumsuzluğunun yaygın görüldüğü ve hasta sonuçlarını iyileştirmek için ilaç uyumunun sağlanması gerekliliğini vurgulamışlardır. Nitekim kronik hastalıkların kontrol altına alınabilmesi için ilaç tedavisine uyum gereklidir. Tedaviye uyumun olmaması, komplikasyon

gelişme olasılığını artırmakta ve hastalığın ilerleme sürecini hızlandırmaktadır (Hançerlioğlu ve Şenuzun Aykar, 2023).

HBV tedavisi başlatıldıktan sonra, maksimum ilaç uyumunun sağlanması, yan etkiler, virolojik ve biyokimyasal tepkileri izlemek için hastaların yakından izlenmesi gerekir. HBV tedavisine bireyselleştirilmiş bir yaklaşım gereklidir (Cox ve diğ.2014). Hasta eğitiminin, kronik hastalıklarda tedaviye uyumu etkin bir şekilde artırdığı unutulmamalıdır (Osterberg ve Blaschke 2005; Cacoub ve diğ.2008). Bu açıdan bir ilaç order/istem edildikten sonra, hekim tüm hastaları hastalık durumları, tedavinin amacı, ilaç kullanımı ve uyumsuzluğun sonuçları hakkında tam olarak bilgilendirmelidir. Ayrıca, hemşire uygulayıcı rolü kapsamında hastanın ilaca uyumunu etkileyecek faktörleri tanılamalı, ilaç uyumunu en üst düzeye getirmek için girişimlerde bulunarak, ilaç uyumunun önemi ve ilaç hakkında bilgi vermelidir. Hemşirenin eğitici rolü kapsamında hasta eğitiminde ilaçlar hakkında bilgi vermesinin yanı sıra danışmanlık rolünü de yerine getirmesi önemlidir. Hasta danışmanlığı bakım veya tedaviye başlama zamanı ile sınırlı kalmamalı, ayaktan takip süresi boyunca sürekli olmalı ve her görüşmede ilaca uyumun önemi vurgulanmalı, uyumsuzluk nedenleri ele alınmalıdır (Tütüncü ve diğ. 2017).

KHB hastaları için mevcut tedavi kılavuzları, oral antiviral ilaçların KHB'nin tedavisi için kullanılmasını önermektedir (EASL, 2017; TVHHTK, 2017; APASL, 2015; AASLD, 2018). Aynı kılavuzlarda (EASL, 2017; TVHHTK, 2017; APASL, 2015; AASLD, 2018) HBV çoğalmasını etkili bir şekilde baskılayan oral antiviral ajanların kullanımının ne zaman sonlanacağı hakkında özellikle hepatit B e-antijeni negatif hastalar için belirsizliğini korumakta olduğu ve tedavi süresinin önceden tahmin edilemeyeceği vurgulanmaktadır. Nitekim KHB tedavisinin uzun süreli olabileceği hatta ömür boyu da oral antiviral ajan kullanımını gerektireceği belirtilmektedir (Ha ve diğ.2011). KHB için oral antiviral ajan ile tedavi edilen tüm hastaların düzenli olarak değerlendirmelerle takip edilmesi önerilmektedir (Aljumah ve diğ. 2019). Ancak hepatoloji uzmanları tedavinin olumsuz etkilerinden dolayı hastaların tedavilerini ertelemelerini ve sonuç olarak hastalığa direnç gelişmesi riskinden endişe duyduklarını belirtmektedir (Hepatology Experts and KOLs Meeting 2017). Bu durum, yapılandırılmış ve uzun süreli hasta eğitimine gereksinim olduğunu ortaya koymaktadır (Aljumah ve diğ.2019)

KHB tedavisinde ilaç uyumu, hastalık yönetiminin önemli yapıtaşısıdır (EASL 2017). Etkin ve başarılı tedavi, ilaca uyum ile sağlanabilmektedir (Saleem ve diğ.2012). İlaç uyumu

sağlanamadığı zaman ilaçlar istenen etkiyi gösteremez. Bu nedenle ilaç uyumunun sağlanmasında sağlık bakımı ekibi üyelerinin hastalar için doğru zamanda eğitim planlamaları gerekmektedir (Luthra ve Sands, 2019). Hemşirelerin, KHB gibi karaciğer hastalığı olan bireylerin sağlığının korunması, yükseltilmesi ve sürdürülmesi, ilaç uyumunun sağlanması için hasta bireyin eğitim gereksinimlerini belirlemesi ve eğitimi planlaması gerekmektedir (Kate ve diğ. 2013; Go ve diğ. 2019). KHB tanısı olan hastalara hemşireler tarafından verilen eğitim (öz bakımında dahil olduğu), antiviral tedaviye uyumu artırmak için önemli bir yaklaşımdır (Cui ve diğ. 2019). Ercüment'in (2020) bilinen kronik veya bulaşıcı bir hastalığı olan hastaların dahil edildiği araştırmasında da eğitim alan hastaların, hastalıkları ile ilgili farkındalık ve tedaviye uyum düzeyinin, eğitim verilmeyen hastalara göre daha yüksek düzeylerde olduğu belirlenmiştir. Hasta eğitimiyle ilgili yapılan on dört adet HBV ve/veya HCV çalışmasının ele alındığı sistematik incelemede de, hemşire liderliğindeki eğitimlerin, hastaların tedaviye uyumları konusundaki bilgilerini önemli ölçüde iyileştirdiği belirlenmiştir (Shah ve Abu-Amara, 2013). Hastalara hastalıkları hakkında eğitim vermek için zaman ayırmak; tedaviye uyumu, hasta güvenliğini ve memnuniyeti artırarak daha iyi sağlık sonuçları elde edilmesini sağlamaktadır (Brown, 2016).

Hasta eğitimi hastaların kronik hastalıklarını yöneterek kendi sağlığı ile ilgili sorumluluk almasını, ilaç ve tedavi rejimlerine uyumu artırmaktadır (Orgun 2021). KHB hasta eğitiminin amacı hasta bireylerin oral antiviral ilaçlara uyumu sağlayarak KHB hastalığına bağlı gelişebilecek ve yaşam kalitesine olumsuz etkileyebilecek komplikasyonlardan korumak, hastaların kendi tedavi ve bakım kararlarına katılmasını sağlamaktır. Hastanın hekim tarafından kullanım gerekliliği belirlenen ilaçlara uyum, hasta bireye özgü olan öğrenme gereksinimleri ve yaşam tarzı değişikliklerinin gerçekleştirilmesi ile sağlanır (Celio ve ark.2018).

2.5.2. Hasta Eğitimi ve Yaşam Kalitesi

Kronik hastalıklarla yaşamak, bireyler için yaşamdaki belirsizlikler ve hastalık sürecinin değişkenliği ile bir arada yaşamak anlamına gelmektedir. Yaşamlarındaki bu zorluklar yaşam kalitelerini düşürmektedir. Hastaların kronik hastalıkları yönetme yeteneği, yaşam kalitesini etkilemekte (Saleem ve diğ.2012) ve kronik hastalıkların etkin yönetimi ile yaşam kalitesi artırılabilir (Hançerlioğlu ve Şenuzun Aykar, 2023). Yapılan araştırmalarda da kronik hastalığı olan bireylerin, normal sağlıklı bireylere göre yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirlenmiştir (Kizhakkeveetil ve diğ.2019; Pelin, 2017). Bu doğrultuda kronik hastalığı olan

bireylerin bakım ve tedavisindeki temel amaç, bireylerin fonksiyonel kapasitelerini artırarak yaşam kalitesini yükseltmektir (Hançerlioğlu ve Şenuzun Aykar, 2023).

Hasta bireylerin kullandığı farmakolojik ilaç/ajanların, hastalığa özgü semptomları azaltarak ya da ortadan kaldırarak, hastaların yaşam kalitelerini artırması beklenmektedir (Boğan ve Korkmaz 2020). KHB hastalarında genel yaşam kalitesi ile hastalığa özgü ölçeklerin kullanılması KHB hastalarının yaşam kalitesindeki değişikliklerin daha iyi anlaşılmasına ve hastalığa bağlı sorunlara çözüm bulunmasına yardımcı olmaktadır (Çakır ve diğ.2014).

Kronik karaciğer hastalığında genellikle klinik yönetim, hastalığın seyri ve fiziksel semptomların üzerinde durulması nedeniyle yaşam kalitesinin değerlendirmesine ilişkin eksiklikler vardır (Grønkjær ve Lauridsen 2021). HBV büyük bir küresel yük taşıdığı için hasta tarafından bildirilen hastalığa özgü yaşam kalitesinin değerlendirilmesi gerekmektedir (Younossi ve diğ.2021). Hastalarda komplikasyon gelişme bile gelecekte kötüleşme endişesi nedeniyle anksiyete düzeylerinin yüksek olması hastalığa bağlı yaşam kalitelerinin düşmesine neden olabilmektedir (Tanaka ve diğ.2016).

Kronik hastalıklardan olan KHB’de, hastalık süresinin uzun olması, beraberinde komplikasyonların gelişmesi ve tedavilerin yan etkileri, hastalarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini (Can ve diğ.2016; Yiğit ve diğ.2017; Çetinkaya ve diğ.2019; Tran ve Vo, 2019; Oral ve diğ.2020; Liu ve diğ.2016; Zhu ve diğ.2019) ve hastalığa özgü yaşam kalitesini (Van der Plas, 2004; Poorkaveh ve diğ. 2012; Pınar ve diğ.2014; Karacer ve diğ.2016; Spiegel ve diğ. 2007) azaltmaktadır. KHB hastalarında yaşam kalitesi düşük olduğu için düzenli olarak yaşam kalitesi değerlendirmelerinin yapılması gerektiği önerilmektedir (Pınar ve diğ.2014). Aynı zamanda sağlık profesyonellerinin vereceği eğitim ve danışmanlığın, hasta birey ve ailesinin güçlenmesinde, hastalığın getirdiği sorunlarla baş edebilmelerinde ve dolayısıyla yaşam kalitesinin yükselmesinde önemli olduğu bilinmektedir (Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2014). Bu nedenle hastalara hemşireler tarafından verilen eğitimin (öz-bakım, ilaç, beslenme vb.), antiviral tedaviye uyumu artırmak için önemli bir yaklaşım olduğu ve eğitimin hastaların tedaviye uyumları konusundaki bilgilerini ve hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde artırdığı saptanmıştır (Cui ve diğ.2019; Groessl ve diğ.2013). Ayrıca hemşireler tarafından verilen eğitimin, KHB hastalarının tedaviye uyumlarını sağlamada da önemli bir yaklaşım olduğu ve yaşam kalitesini önemli ölçüde artırdığı vurgulanmaktadır (Cui ve diğ. 2019).

2.6. KRONİK HEPATİT B HASTALARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI

Çağdaş hemşirelik felsefesi doğrultusunda verilen hemşirelik bakımı, bireye özgü yanıtların hemşirelik model/kuramlarının rehber alarak, uygulamalarda bilimsel bir sorun çözümü yöntemi olan hemşirelik süreci doğrultusunda ele alınmasını içerir (Holland ve Jenkins, 2019; Roper ve diğ. 2012; Özdemir, 2015). Bu bağlamda bireylerin bireye özgü gereksinimlerinin belirlenmesinde ve çözümlenmesinde, bir hemşirelik modelinin rehber alınarak bakım verilmesi birey ve ailesi/yakınlarının yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemlidir (Holland ve Jenkins, 2017; Roper ve diğ. 2012; Özdemir, 2015). Hemşirelik eğitim, uygulama ve araştırmalarında sıklıkla kullanılan bir hemşirelik modeli olan Roper, Logan ve Tierney'in Yaşam Modeline temellenen Hemşirelik Modeli kullanılmaktadır (Roper ve diğ. 2012). Bu modelde hemşirelik, hastalığın tedavisinden daha çok bireyin yaşamda bireyselliği çerçevesinde yaşam süresi içinde yaşam aktivitelerini etkileyen faktörleri ve bağımlık bağımsızlık dizgesini dikkate alarak yaşam aktivitesi ile ilgili sorunların önlenmesi ya da çözümlemesidir. Bu modelin kullanımı hemşirelik sürecinin her aşamasına rehberlik etmektedir ve hemşirelik süreci için uygun bir temel oluşturmaktadır (Ocakçı ve Alpar, 2013; Vicdan ve diğ. 2015). Nitekim model yalnızca sağlıklı /hasta bireyden sistematik şekilde tanılanmasını değil, hangi uygulamanın seçileceğini belirlemede de kolaylık sağlamaktadır. Aynı zamanda bu modelin kullanılmasının hemşirelerin tanılama ve uygulama arasında ilişki kurmalarına yardımcı olması dolayısıyla bakımın sürekliliğini sağladığı belirtilmektedir (Pektekin, 2013; Vicdan ve diğ. 2015).

Bu doğrultuda KHB hastasının bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı; Roper, Logan ve Tierney'in Yaşam Modeli ve hemşirelik süreci doğrultusunda ele alınmıştır.

2.6.1. Kronik Hepatit B ve Bireyselleştirilmiş Bakım

2.6.1.1. Tanılama

KHB hastaları tanılamasında, bireyin ifadeleri ile subjektif veriler, gözlem, görüşme ve fiziksel muayene yöntemleri kullanılarak objektif veriler elde edilir (Acaroğlu ve diğ. 2012). Ayrıca KHB hastalarının klinik durumu hakkında HBV-DNA, ALT ve AST değeri, ilaç uyumu ve yaşam kalitesi verilerinden yararlanılır (<https://www.hepb.org/treatment-and-management/patient-assistance-programs-in-the-u-s/>). İlaç uyumu tanılamasında, ilaç uyumu ölçekleri (Kepenek Kurt ve Kandemir, 2019); yaşam kalitesi değerlendirilmesinde sağlık (Yiğit ve diğ.2017) ve hastalığa (Pınar ve diğ.2014) özgü yaşam kalitesi ölçekleri kullanılabilir. Hemşire, holistik yaklaşımla bireye özgü sorunları belirler (Acaroğlu ve diğ.2012).

Hemşirelik uygulamalarının sistematik ve bilimsel olarak gerçekleştirilebilmesi için hemşirelik sürecinin bir hemşirelik modeli ile kullanılması önemlidir ve bu şekilde verilen bakım, bireyin gereksinimlerini karşılamaya uygun olacaktır (Kaya ve diğ. 2010). Sürecin ilk aşaması olan tanılamada uygun bir model kullanılmadan doğru ve eksiksiz veri toplanması mümkün değildir. Aynı şekilde bir model olmadan verilerin analizinin yapılması güçleşecek ve bunu izleyen sürecin diğer aşamaları gerçekleşmeyecektir (Birol, 2016).

Kronik Hepatit B ve Yaşam Modeli

Yaşam Süresi

Yaşam süresi fertilizasyon (döllenme) ile başlayan ölüme kadar devam eden bir süreçtir (Roper ve diğ. 2012). Hemşirelerin yaşam süresinin bütün dönemlerinde, sağlıklı/hasta bireylerin sağlığının korunması/sürdürülmesi ve bakım gereksinimlerinin karşılanmasında önemli rolleri vardır (Kaya 2012; Holland, 2008; Velioğlu, 2012). Aktif olmayan (inaktif) HBV taşıyıcılığının seyri, enfekte olunan yaşa bağlı olarak değişmektedir. HBV ile enfekte olduğu yaş dönemine göre AHB'den KHB'ye ilerleme olasılığı, perinatal dönemde yaklaşık %90, 1-5 yaş arasında %20 -50, erişkin yaşta ise %5 olarak bildirilmiştir (Çağatay, 2021).

Yaşam Aktiviteleri

Yaşamın sürdürülebilmesi için gerekli Roper, Logan, Tierney'in Yaşam Modeli'ne temellenen Hemşirelik Modeli'nin 11'i yaşamsal olmak ve ölüm de dahil olmak üzere, 12 yaşam aktivitesi bulunmaktadır (Roper ve diğ. 2012).

Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi

Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, yaşam aktivitelerinin güvenli olarak sürdürülmesinde önemli bir yere sahiptir (Roper ve diğ. 2012). Hepatit B tanısı olan bireyde kullanılan oral antiviral ilaçların yan etkileri ve Hepatit B hastalığının ileri evresinde gelişen hepatik ensafalopati nedeniyle bilinç ve oryantasyon bozukluğu durumu gelişebilmekte, bireyler güvenli çevrelerini sağlama ve sürdürmede sorun yaşayabilmektedir. Diş fırçası, tıraş bıçağı gibi malzemelerin ortak kullanımı ve invazif girişimler (kan transfüzyonu, cerrahi işlemler vb.) gibi bulaşa yol açacak risk faktörleri güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi aktivitesi kapsamında değerlendirilir (Akdemir ve Tosun, 2021; VHSD 2017).

İletişim Aktivitesi

Etkili iletişim becerileri, Hepatit B tanısı olan bireylere kaliteli bakım sağlamanın anahtarıdır. KHB’de siroz komplikasyonu geliştiği zaman bilinç durumunda meydana gelen sorunlar iletişim aktivitesini olumsuz yönde etkileyerek iletişim sorunları görülmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle; görme, işitme vb. duyuşsal algılar, konsantrasyon, uzak ve yakın bellek, göz teması kurma durumu ve sorunların varlığı değerlendirilmelidir. Aynı zamanda oral antiviral kullanan Hepatit B hastalarında hastalığa bağılı komplikasyon gelişmemesi için ilaç uyumunu sağlamada sağılık bakım ekibi üyelerinin etkili iletişim becerilerini kullanarak hastanın ve yakının/ailesininde bakım ve tedaviye katılımı ve iş birliği sağlanmalıdır (Ünal, 2010; TVHTT 2017).

Solunum Aktivitesi

Yaşamın devamlılığını gösteren solunum aktivitesi, doğum ile başlamakta ve ölüm ile son bulmaktadır (Kaya, 2012; Holland ve diğ. 2008). Solunum aktivitesi ile vücuda alınan oksijen bireylerin yaşamsal aktivitelerini sürdürmenin yanı sıra anksiyete düzeylerini de azaltmakta yardımcı olmaktadır (Chien ve diğ. 2015). Ayrıca karın içerisinde sıvı birikmesi Hepatit B’nin önemli komplikasyonlarından biridir (Çınar, 2021). Karın içinde sıvı birikmesi sonucu solunum ile ilgili gelişebilecek sorunlar, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Beslenme Aktivitesi

Temel insan gereksinimlerinden biri olan beslenme, sağılığın korunması, sürdürülmesinde ve geliştirilmesinde önemli olduğu için bireyin beslenme alışkanlıkları değerlendirilir (Kaya, 2012). KHB hastalarında akut alevlenmeler görülebilmektedir. Akut alevlenmelerde bulantı, kusma, yağlı yiyeceklere tahammülsüzlük ve iştahsızlık durumu değerlendirilmelidir. Aynı zamanda yağlı yiyeceklerle beslenme alışkanlıkları, bireyde Beden Kitle İndeksi (BKİ) artışına bağılı karaciğer yağlanması gelişebileceğı için bireylerin Hepatit B komplikasyonları yaşamasında risk faktörü oluşturmaktadır. Karaciğer fonksiyonu test sonuçlarına (ALT, AST, HDL, LDL değerleri vb.) göre diyetle düzenleme yapılması gereken bir durum olup olmadığı değerlendirilir (Olgun ve diğ.2020).

Boşaltım Aktivitesi

Boşaltım aktivitesi, bedendeki atık ürünlerin bağırsak yoluyla dışkı/feçes veya böbrek yoluyla atılmasını sağlayan önemli yaşamsal aktivitelerden biridir (Roper ve diğ. 2012). KHB'nin akut alevlenmelerde dışkıda bilirubin olmaması, idrarda bilirubin ve ürobilinojen olması nedeniyle oluşan idrar renginde koyulaşma, dışkı renginde açılma, akolik dışkı (camcı macunu rengi) varlığı ve aynı zamanda siroz hastalarında yatağa bağımlı olma, hareketsiz kalma gibi nedenlerden dolayı konstipasyon gelişme durumu değerlendirilir (Olgun ve diğ. 2020; Akdemir ve Tosun, 2021; Can, 2014).

Kişisel Temizliğin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesi

Kişisel temizlik ve giyinme aktivitesi yaşam kalitesini dolaylı olarak etkileyebilen aktivitelerden biridir. Bireyin hijyen alışkanlıklarının sorgulanması gereklidir. Akut alevlenmelerde ortaya çıkan hiperbilirubinemi nedeniyle sklera, cilt ve mukozada sarı renk varlığı değerlendirilir (TVHTT, 2017). Aynı zamanda enfeksiyon bulaşının önlenmesinde öz bakım gereksinimlerinin belirlenmesi önemli bir yere sahiptir. Öz bakım gereksinimleri hakkında eğitim planlanması yaşam kalitesinin artırılması açısından önem taşımaktadır (Büyükkaya ve diğ.2006).

Vücut Sıcaklığının Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesi

Bireyin yaşamsal fonksiyonlarının gerçekleşmesi için ısı alış-verişi gereklidir. Hemşire, bireyin mevsime uygun giyinmesi, bulunduğu ortamın uygun sıcaklıkta olması, havalandırılmasına ilişkin hemşirelik girişimlerini planlayarak Hepatit B hastalığının herhangi bir evresinde bu aktivite ile ilgili yaşanabilecek hipertermi, hipotermi vb. sorunlara yönelik girişimlerde bulunmaktadır (Kaya, 2012; Roper ve diğ. 2012).

Hareket Aktivitesi

Hareket aktivitesi, bağımlılık-bağımsızlık dizgesi ile bağlantılı olup yaşamsal önemi olan bir aktivitedir (Roper ve diğ. 2012). Ayrıca bireylerin tüm aktivitelerini bağımsızca yerine getirebilmesi hareket aktivitesi ile ilişkilidir (Kaya, 2012; Roper ve diğ.2012). Hepatit B belirtileri arasında yer alan, karın bölgesinde ağrı ve karaciğer bölgesinde yaşanan hassasiyet aşırı halsizlik, yorgunluk hissi bireylerin hareket aktivitesini içeren ayakta durma, oturma,

yürüme, koşma gibi durumları olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Akdemir ve Tosun, 2021; Çınar, 2021; Roper ve diğ.2012).

Çalışma ve Eğlenme Aktivitesi

Bireyin yaşamını sürdürme, geçimini sağlama, kendi kimliğini kazanması için çalışma ve boş vakitlerini hobilerine ayırması yani eğlenme önemli bir aktivitedir. Çalışma ve eğlenme aktivitesi yaşam kalitesini artıran ve yaşam kalitesi değerlendirilmesindeki parametrelerinden biridir (Roper ve diğ.2012; Kaya, 2012). Cinsel açıdan birden fazla partneri olma ve damar yolu ile yasaklı madde kullanımı olma gibi riskli davranışlarda bulunan bireyler HBV enfeksiyonu açısından risk grubundadır (TVHHTK, 2017).

Cinselliği İfade Etme Aktivitesi

Cinsellik, çalışma ve eğlenme aktivitesi ile yakından ilişkilidir ve üreme organları, beden imajı, cinsiyet rolleri ve kültürel faktörler etkileyen faktörler arasındadır (Kaya, 2012). Enfekte kan, meni ve diğer vücut sıvıları ile temasta bulunmak; enfekte birey ile cinsel ilişkide bulunmak, taşıyıcı annenin bebeği olmak HBV bulaşma yoludur. HBV cinsel yol ile bulaşabildiği için risk grubunda olan homoseksüel, HBsAg taşıyıcısı/pozitif olan ve birden fazla partnerli bireylerin cinsel partneri olma ve onların aile bireyleri olma olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Güçlü ve Geyik, 2012; Akdemir ve Tosun, 2021).

Uyku ve Dinlenme Aktivitesi

Uyku ve dinlenme, insan yaşamının temel ve vazgeçilmez aktivitelerindendir (Kaya, 2012). Mevcut hastalıklar, kullanılan ilaçlar nedeniyle uykunun ritminde değişimler yaşanmakta, uykuya geçme süresi uzamakta, uykunun derinliği azalmakta ve uykunun süresini olumsuz yönde etkilemektedir (Vitiello, 2012; Yücel ve diğ.2016). Hepatit B hastalığında yorgunluğun sık yaşanabilen bir durum olması (Akdemir ve Tosun, 2021) uykusuzluğa neden olacağını düşündürmektedir.

Ölüm

Günlük yaşam aktiviteleri arasında yerini almamasına rağmen, yaşam aktivitelerini etkilemesi ve yaşamsal sonu ifade etmesi açısından önemlidir. Palyatif bakım sürecinde olan bireye yaklaşım ve bireyin en iyi, en kapsamlı bakımı alması hemşirenin rol ve sorumlulukları

arasındadır (Holland, 2008; Kaya, 2012; Roper ve diğ. 2012). KHB enfeksiyonu olan hastalarda hastalığın ilerleyen dönemlerde siroz, karaciğer yetmezliği veya karaciğer kanseri gelişebilir ve mortalite oranları artabilmektedir. Bu nedenle Hepatit B hastalarının karaciğer kanseri açısından risk durumu değerlendirilmelidir (Can, 2014; Softa ve diğ.2011).

Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler

Yaşam aktiviteleri doğrultusunda hasta bireye özgü veriler toplanırken yaşam aktivitelerini etkileyen biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, çevresel ve politiko-ekonomik faktörler dikkate alınmalıdır (Velioğlu, 2012; Roper ve diğ.2012).

Biyo-fizyolojik faktörler kapsamında, akut enfeksiyondan kronik enfeksiyona ilerleme riski, enfeksiyon yaşı ile ters orantılıdır, yani enfeksiyonun kronikleşme olasılığı yeni doğanlarda yaklaşık %90, çocuklarda %20 ve bağışıklığı yeterli yetişkinlerde %5'ten azdır (Terrault ve diğ.2018; Lampertico ve diğ.2017; EASL 2017). 30-49 yaş aralığında olan bireylerin ve erkek bireylerin akut Hepatit B görülme oranının yüksek olduğu belirtilmektedir (Iqbal ve diğ. 2015).

Psikolojik faktörler kapsamında, tedavi ve hastalık hakkında bilgi eksikliği, hastalığa bağlı komplikasyon gelişme ihtimali hastaların anksiyete/endişe yaşamlarına neden olmaktadır (Kwan ve diğ.2020).

Sosyo-kültürel faktörler kapsamında, dini tercihler ve kültürel normlar, sağlık hizmetlerine erişim, korunmaya yönelik algılar HBV farkındalığını etkilemektedir (Freeland ve diğ. 2020). Ayrıca Hepatit B bulaşıcı bir hastalık olması nedeniyle hastaların sosyal stigma yaşamasına neden olmaktadır (Yozgat ve diğ. 2021; Freeland ve diğ. 2020).

Çevresel faktörler kapsamında, alkol ve sigara kullanımı, karaciğer yağlanması, HBV'ye bağlı siroz ve HSK riskini artırdığı için (Chen ve Yang, 2011) hastalara alkol alımının sınırlandırılması, sigara kullanımından uzak durulması, düzenli olarak sağlıklı diyet ve egzersizi sürdürmesi önerilmektedir.

Politiko-ekonomik faktörler kapsamında, dünyada, KHB hastalığının hem akut insidansı hem de kronik HBV enfeksiyonu prevalansı, özellikle çocuklar ve genç yetişkinler arasında, evrensel bebek aşılama takvimi/programı ile azalmıştır (Thomas, 2019). Yetişkinler arasında düşük aşılama oranlarıyla birlikte opioid kullanımı nedeniyle akut HBV enfeksiyonu insidansında artış görülmektedir (Iqbal ve diğ.2015). DSÖ, hastalığın kontrol altına alınması

için uygun maliyetli güvenli ve etkili olan Hepatit B aşılama programlarının yaygınlaşmasını önermektedir (WHO, 2017).

Bağımlılık-Bağımsızlık Dizgesi

Model diyagramında bağımlılık/ bağımsızlık dizgesi, tamamen bağımlılık ve tamamen bağımsızlığın yer aldığı her iki yönünde de ok bulunan çizgiyi ifade etmektedir. Yaşam aktivitelerinden herhangi birinde sağlıklı/hasta bireyde yarı bağımlılık ya da tam bağımlılık yaşam aktivitelerinden birinde olduğu zaman hemşirelik bakımı gerekli duruma gelir (Roper ve diğ. 2012; Velioğlu, 2012). KHB hastalarında karaciğer kanseri gibi komplikasyonlar geliştiği zaman hasta yarı/tam bağımlı durumda olabilmektedir (Büyükkaya ve diğ.2006).

Yaşamda Bireysellik

Her birey tüm yaşam aktivitelerini gerçekleştirir fakat her bireyin yaşam aktivitelerini gerçekleştirme biçiminde farklılıklar vardır (Babadağ ve Aştı, 2012). Yaşam süresi, yaşam aktiviteleri, yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler ve bağımlılık-bağımsızlık dizgesi bireye özgü değerlendirilmelidir. Yaşam Modelinin bu ögesinde, çağdaş hemşirelik felsefesinin yansıması olan bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının (Acaroğlu ve Şendir, 2012) hemşirelik süreci kullanılarak sistematik bir biçimde verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Kaya, 2012).

2.6.1.2. Hemşirelik Tanısı

Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının uygulanmasında doğru hemşirelik tanılarının belirlenmesi çok önemlidir. KHB hastalarında sıklıkla karşılaşılan NANDA-I (NANDA International) hemşirelik tanıları şunlardır;

- Yorgunluk
- Bilgi eksikliği
- Enfeksiyon bulaştırma riski
- Karaciğer fonksiyonlarında bozulma riski (Acaroğlu ve Kaya, 2020).

2.6.1.3. Planlama

Belirlenen NANDA-I hemşirelik tanılarına ilişkin amaç/hedefler belirlenir. Belirlenen amaç/hedeflere ulaşmak için de bireye özgü farklılıklar göz önünde bulundurularak hemşirelik girişimleri planlanır. Bu bağlamda amaç/ beklenen hasta sonuçlarında Hemşirelik Sonuçları/Çıktıları Sınıflama (Nursing Outcome Classification-NOC) (Kapucu ve diğ. 2018)

ve hemşirelik girişimlerinde Hemşirelik Girişimleri Sınıflama (Nursing Intervention Classification-NIC) Sistemleri kullanılarak etkin bakım sunulur (Erdemir ve diğ.2017).

Hemşirelik Tanısı 1: “Yorgunluk” (Acaroğlu ve Kaya, 2020).

Beklenen Hasta Sonuçları NOC:

Yorgunluk Seviyesi

- Hastanın yorgunluk seviyesine uyum sağlaması.
- Aktiviteler için yeterli dayanıklılığının olduğunu söylemesi (Kapucu ve diğ. 2018)

Hemşirelik Girişimleri NIC:

Destek Sistemlerini Güçlendirme (Erdemir ve diğ.2017).

- ✓ Yorgunluğun yaşam kalitesi üzerine etkisi belirlenir.
- ✓ Hasta fiziksel ve duygusal yorgunluk belirtileri açısından gözlemlenir.
- ✓ Hastanın uyku saati ve uyku düzeni gözlemlenir.
- ✓ Hastanın/yakınlarının dayanıklılığını arttırmak için yorgunluğa sebep olabilecek faktörlere karşı farkındalık yaratılır.
- ✓ Hastanın yorgunluk seviyesine uyum göstermesi açısından tanımlanan destek sistemlerini kullanması açısından cesaretlendirilir.

Hemşirelik Tanısı 2: “Bilgi Eksikliği (KHB bakım ve tedavisi hakkında)” (Acaroğlu ve Kaya, 2020).

Beklenen Hasta Sonuçları NOC:

Bilgi, Uyum

- KHB bakım ve tedavisi hakkında bilgi eksikliğinin giderilmesi.
- Optimal sağlık ve iyileşme için bireyin eylemleri başlatabilme durumunun değerlendirilmesi (Kapucu ve diğ. 2018).

Hemşirelik Girişimleri NIC:

Danışmanlık, Sağlık Eğitimi (Erdemir ve diğ.2017).

- ✓ Hasta bireyin KHB bakım ve tedavisi hakkında bilgi gereksinimleri belirlenir.
- ✓ Alkol kullanımından kaçınma, kalori değeri yüksek ve yağ oranı düşük protein açısından yeterli ve dengeli beslenme hakkında bilgi verilir.
- ✓ İlaçların düzenli kullanımın gerekliliği öğretilir.
- ✓ Bireyin bireysel özellikleri ve içinde bulunduğu hastalık evresine göre eğitim planlanır.
- ✓ Öğrenmeyi etkileyen öğrenme güdüsü, öğrenme yeterliği ve öğrenme ortamı gibi faktörler tanınır.
- ✓ Yaşam boyu tedavi gerektiren bir hastalık olduğu için tedaviye uyumun önemi hastaya açıklanır.
- ✓ Yazılı ve görsel materyallerden yararlanılarak yetişkin eğitimi verilir (Durna ve diğ. 2011; Taşocak, 2007; Orgun, 2010).

➤ **Hemşirelik Tanısı 3:** “Enfeksiyon bulaştırma riski” (Acaroğlu ve Kaya, 2020).

Beklenen Hasta Sonuçları NOC:

Enfeksiyon kontrolü

- Uygun önlemler alınarak Hepatit B enfeksiyonu bulaşının önlenmesi (Kapucu ve diğ. 2018).

Hemşirelik Girişimleri NIC:

Enfeksiyon kontrolü

- ✓ Hastanın tedavi ve bakımı, ulusal ve uluslararası protokollere uygun hazırlanan Hepatit B protokolleri doğrultusunda yapılır.

- ✓ Hasta ve hasta yakınlarının Hepatit B bulaş ve korunma yolları hakkında bilgi gereksinimleri belirlenir ve gereksinimlere yönelik eğitim seçilen bir/ birden fazla hemşirelik model/kuramları (Yaşam Modeli) doğrultusunda planlanır:
 - **Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi aktivitesi:** Hepatit B enfeksiyonu bulaşını önleme, önlemek için bağışıklama yapılması gerektiği,
 - **İletişim Aktivitesi:** HBV hasta bireyle sözel iletişimde bulunulduğunda bulaşmadığı,
 - **Hareket Aktivitesi:** Hepatit B hastası ile egzersiz yapmanın bulaşa neden olmadığı,
 - **Solunum Aktivitesi:** Hepatit B'nin solunum yolu ile bulaşmadığı,
 - **Beslenme Aktivitesi:** AHB'de bulaştan korunmak için ortak çatal, kaşık vb.kullanılmasında temas izolasyonunun sağlanması,
 - **Boşaltım Aktivitesi:** AHB'de enfeksiyon bulaşından korunmak için aile bireylerinin bu dönemde mümkünse ayrı tuvalet kullanması eğer ortak tuvalet kullanımı var ise tuvalet hijyenine dikkat edilerek temas izolasyonunun sağlanması
 - **Kişisel Temizliğin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesi:** Bulaşı önlemek için ağız bakımında kullanılan diş fırçası, tırnak makası vb. bireye özgü olması,
 - **Çalışma ve Eğlenme Aktivitesi:** El sıkışmak ve tokalaşmak ile bulaşmadığı,
 - **Cinselliği ifade etme:** Kondom kullanılması gibi bariyer önlemleri alınarak güvenli cinsel yaşam için riskli davranışlardan kaçınılması,
 - **Uyku ve Dinlenme Aktivitesi:** KHB hastası ile yan yana oturmak ve beraber uyumak ile enfeksiyonun bulaşmadığı,
 - **Ölüm:** KHB yaşamın sonlanmasına neden olabileceği için HBV enfeksiyonu bulaşıcı ve korunma yolları hakkında hasta/hasta yakınlarına eğitim verilir (TVHTTK 2017).

Hemşirelik Tanısı 4: “Karaciğer Fonksiyonlarında Bozulma Riski” (Acaroğlu ve Kaya, 2020).

Beklenen Hasta Sonuçları NOC:

Karaciğer Fonksiyonu, İlaç Tedavisine Yanıt

- Karaciğer fonksiyonu testlerinin normal değer aralığında olması
- Karaciğerin, metabolizma ve diğer beden işlevlerini yerine getirebilmesi
- Kullanılan oral antivirallerin terapötik etkilerinin olması ve yan etkilerinin gelişmemesi (Kapucu ve diğ. 2018).

Hemşirelik Girişimleri NIC:

Sağlık taraması, İlaç tedavisinin yönetimi, (Erdemir ve diğ.2017)

- Hasta bireyin belirlenen gereksinimleri doğrultusunda oral antiviral ilaçların türü, uygulanma nedeni, beklenen etkileri ve istenmeyen etkileri...vb. hakkında hasta bireye bilgi verilir (Akdemir ve Tosun, 2021; Durna ve diğ. 2011).
- Hasta bireyin ilaç tedavisinin istenen ve istenmeyen etkilerini anlama durumu değerlendirilir.
- İlaç tedavisinin istenmeyen etkileri, toksisitesi ve etkileşimleri (ilaç-ilaç, ilaç-besin vb.) açısından hasta birey takip edilir.
- Karaciğer fonksiyon testleri ve hekim muayenesi olan düzenli sağlık kontrollerine gidilmesinin önemi anlatılır.
- Hekim tarafından serolojik, biyokimyasal ve moleküler testler, histopatolojik tetkikler ve girişimsel olmayan testler değerlendirilerek tanı tedavi kılavuzları/ rehberler doğrultusunda planlanan tedavi uygulanır.
- Karaciğer fonksiyonları açısından önemli olduğu için hekim istemi olmaksızın hiçbir ilacın kullanılmaması hakkında bilgi verilir (Durna ve diğ. 2011).

2.6.1.4. Uygulama

Belirlenen amaç/hedefe ulaşabilmek için bakım planının uygulanmasıdır (Acaroğlu ve diğ.2012). Planlama aşamasında belirlenen “*Destek Sistemlerini Güçlendirme, Danışmanlık, Sağlık Eğitimi ve Karaciğer Fonksiyonu, İlaç Tedavisine Yanıt*”a yönelik hemşirelik girişimleri uygulanır. Hemşire KHB hastasına hastalık, bakım ve oral antiviral ilaç tedavisi kullanımı konusunda eğitim verir.

2.6.1.5. Değerlendirme

KHB hastalarında bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımında; hemşirelik tanılarına ilişkin belirlenen amaç/hedef beklenen hasta sonuçlarına ulaşma ve hemşirelik girişimlerini uygulama durumu değerlendirilir. Hemşirelik sürecinin her aşamasında değerlendirilerek ortaya çıkan yeni durumlara uygun bakım planlanmasının yapılmasıdır (Acaroğlu ve diğ.2012). Hemşirelik girişimlerine duyarlı hasta sonuçlarını tanımlayan NOC’lardaki göstergelere özgü beşli likert yapı ile hemşirelik bakımının etkinliği değerlendirilir.

3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu araştırma, oral antiviral ilaç kullanan KHB tanısı olan hastalara oral antiviral ilaç kullanımı konusunda verilen eğitimin ilaç uyumuna ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu deneysel araştırma tipinde gerçekleştirildi.

3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

3.2.1. Araştırma Hipotezleri

H1. Oral antiviral kullanımı konusunda verilen eğitim ilaç uyumunu artırır.

H2. Oral antiviral kullanımı konusunda verilen eğitim hastalığa özgü yaşam kalitesini artırır.

H3. Oral antiviral kullanımı konusunda verilen eğitim sağlıkla ilgili yaşam kalitesini artırır.

Ayrıca bu araştırma için geliştirilen hasta eğitim kitapçığı ile yapılan eğitimin sonucunda, laboratuvar sonuçlarının da olumlu yönde etkilemesi hedeflenmektedir.

3.3. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; oral antiviral ilaç kullanan KHB tanısı olan hastalara oral antiviral kullanımı konusunda verilen planlı eğitimidir.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; ilaç uyum düzeyi, hastalığa özgü yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesidir.

3.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, Haziran 2022-Ocak 2023 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesinin Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Polikliniği'nde gerçekleştirildi. Araştırmanın yapıldığı eğitim ve araştırma hastanesinin seçilme nedeni, Türkiye'de Hepatit B prevalansının yüksek olduğu bölgede olması (Tosun, 2013) ve sağlık bakımı ekibi ile güçlü iş

birliğinin olmasıdır. Araştırma verileri toplanmaya başlamadan önce (04.02.2022 tarihinde) clinicaltrials.gov.tr'ye başvuru yapıldı ve 17.03.2022 tarihinde NCT05286216 klinik çalışma protokol numarası alındı.

3.5. ARAşTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı tarih aralığında araştırmanın yapılacağı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde poliklinik takibi yapılan KHB tanısı olan 502 hastadan, mükerrer başvuru yapan hastalar çıkarıldıktan sonra kalan 200 hastadan oral antiviral ilaç kullanmayan hastalar dahil edilmedikten sonra kalan 105 hasta oluşturdu. Bu hastalardan oral antiviral ilaç kullanan, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar rneklemi oluşturdu.

Araştırmanın rneklem büyüklüğü güç analizi ile hesaplandı. Araştırma tasarımına benzer çalışmalar olmadığı için Cohen'nin etki byklğ üzerinden örneklem hesaplanması yapıldı. Örneklem sayısını belirlemek amacıyla G*Power 3.1.9 programı kullanıldı. Araştırmanın gücü $1-\beta$ (β = II. tip hata olasılığı) olarak ifade edilir ve genel olarak araştırmaların %80 güce sahip olmaları gerekmektedir (Esin 2020). Cohen'in etki byklğ katsayılarına göre; iki bağımsız grup arası yapılacak olan değerlendirmelerin büyük etki büyüklüğüne ($d=0,8$) sahip olacağı varsayılarak yapılan hesaplamaya göre %80 g için gruplarda en az 26 hasta olmasının yeterli olduğu hesaplandı. Araştırma sürecinde kayıplar olabileceği de göz önünde bulundurularak 30 hasta alınmasına karar verildi. Araştırma, evren içinden araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 30 deney, 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 hasta ile yapıldı.

İlk lm ve değerlendirmeleri yapılan KHB hastaları, ölçüm sonuçlarına bakılmaksızın www.randomizer.org adresi kullanılarak randomizasyon yöntemi ile deney ve kontrol gruplarına ayrıldı. Araştırmanın randomizasyonunu, olası yanlılık kaynaklarını kontrol altına alarak yapmak için rastgele atama yapıldı ve bu sürecin araştırma başlayana kadar araştırmacı ve atama yapılacak gruplardan gizlenmesi için krleme tekniği uygulandı. Bu kapsamda deney ve kontrol gruplarında; araştırma hakkında bilgi sahibi olmayan araştırmadan bağımsız bir akademisyen (Doktor ğretim yesi) tarafından bilgisayar üzerinde basit randomizasyon yöntemi kullanılarak rastgele atama yapıldı.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

Daha önce yapılan çalışmalar doğrultusunda geliştirilmiştir (Pınar ve diğ.2014; Karacaer ve diğ.2016; Tran ve Vo, 2019; Ha ve diğ. 2019; Giang ve diğ. 2012; Go ve diğ. 2019; Abu-Freha ve diğ.2020). Araştırmaya alınma kriterleri;

- En az altı aydır KHB tanısı olması,
- 18 yaş üzeri,
- En az üç aydır oral antiviral ilaç kullanması,
- Okuma yazma bilmesi,
- KHB'nin neden olduğu malignite haricinde malignitesi olmaması,
- Görme ve işitme sorunu olmaması,
- Bilişsel ve psikiyatrik sorunu olmaması (psikiyatrik ilaç kullanmayan),
- Hasta ve hasta yakınlarının akıllı cep telefonu kullanabilmesidir (Hastaların üçüncü ay kontrollerine davet edilebilmesi ve deney grubuna eğitim zamanı bilgilendirme ve hatırlatma yapılabilmesi için kendi/yakınlarının cep telefonu olması ve kullanabiliyor olması gerektiği için).

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Hastaların araştırmadan dışlanma kriterleri,

- Alkol kullanmaya başlaması/kullanmaya devam etmesi,
- Tedavi protokolünde değişiklik olması,
- Tedavi protokolü dışında alternatif tedavi kullanılması,
- Kontrole geldiği zaman ilaçlarını yanında getirmemesidir.

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verileri, Hasta Tanılama Formu, İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği-MARS-5 (Medication Adherence Report Scale), İlaç Uyum Ölçeği” (MedTake Test), Kronik Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 2.0 (Liver Disease Symptom Index 2.0 (KKHYKÖ)), Sağlıkla

İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği SF-12 (Short Form 12- SF 12) ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) kullanılarak toplandı.

3.6.1. Hasta Tanılama Formu (Ek-1)

Bilimsel literatür (Cho ve Park, 2020; Kara ve diğ.2017; İncirkuş, 2016; Javanshir, 2017; Badur, 2007) taranarak hazırlanan formda, hastaların sosyo-demografik özellikleri, hastalığına ilişkin özellikler ve ilaç kullanma durumunun (kullandığı tablet sayısını hesaplama ve ilaç yazdırma sıklığını belirleme), beden kitle indeksi (BKI), karaciğer fonksiyon testlerini içeren (HBV-DNA düzeyi, ALT, AST) laboratuvar değerlerinin yer aldığı 31 soru bulunmaktadır. BKI hesaplaması hastaların ifade ettikleri boy ve kilo oranına göre yapıldı. Eğitim sonrası ilaç uyumunun objektif değerlendirilmesi için Pittsburg Üniversitesi Araştırma Koordinasyon Oryantasyon Birimi tarafından ilaç uyum düzeyi hesaplama motoru ile hesaplandı (www.clinicalresearch.pitt.edu/content/docs/adherence-calculator Research Coordinator Orientation, University of Pittsburgh, 2002).

$$\text{Uyum yüzdesi} = \frac{\text{recete edilen toplam ilaç sayısı} - \text{kalan ilaç sayısı}}{\text{alınması gereken ilaç sayısı} \times \text{süre}} \times 100$$

Bu çalışmada eğitim sonrası hedeflenen ilaç uyumuna yönelik psiko-motor beceri kazanımının değerlendirilmesi için ilaç uyum yüzdesi formülü kullanıldı. Hepatit B ve diğer kronik hastalıklarda uyum yüzdesi formülü kullanılarak yapılan çalışmalarda, değerlendirmede uyum yüzdesi %80 üzeri çıkan sonuç yüksek uyum, %80 altı elde edilen sonuç düşük uyum olarak belirtilmiştir (van Vlerken ve diğ.2015; Lieveid ve diğ.2013; Ho ve diğ.2009; Simpson ve Mendys, 2010). KHB tanılı hastaların ilk değerlendirmede bireysel, hastalık ve ilaç tedavisine uyumuna ilişkin özellikleri, karaciğer fonksiyon testleri ve beden kitle indeksi (BKI) ölçümleri ve üçüncü ayda KHB Tanılı Hasta Tanılama Formu'nda yer alan karaciğer fonksiyon testleri tekrar değerlendirildi.

3.6.2. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (MARS-5) (Ek-2)

Medikal tedavide ilaç uyumunu kısa ve doğru değerlendirmek amacıyla geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir. Horne ve diğ. tarafından ilaç uyumunu değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmalar sonucu ortaya çıkmıştır (Horne ve diğ.1999; Horne ve diğ.2005). Chan ve diğ. (2019) tarafından MARS-5, MARS-10'unun hipertansiyon ve diyabet hastalarında uygulanması ile geliştirilmiştir. MARS jenerik bir ölçek olup hastalık türüne göre özelleştirilebilmektedir (Sandy ve Connor, 2015). Ölçek beşli likert tipinde olup ölçekten alınan puanlar 5 ile 25 arasında değişmektedir. Elde edilen puanlardaki yükselme uyumluluğa,

puanlardaki düşme ise uyumsuzluğa işaret etmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması kronik fiziksel hastalığı nedeniyle farklı tanılarla ayaktan tedavi gören hastalarda yapılmış ve Cronbach's alpha değeri 0,78 olarak saptanmıştır (Temeloğlu Şen ve diğ. 2019). Bu araştırmada ise 0,82 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada eğitim sonrası hedeflenen ilaç uyumuna yönelik duyuşsal beceri kazanımının değerlendirilmesi için kullanıldı.

3.6.3. İlaç Uyum Ölçeği (MedTake Test) (Ek-3)

Ölçek hasta/katılımcıların ilaç tedavilerine uyumlarının sayısal olarak gösterilebilmesi (her bir ilaç için ilacın günlük dozu, alınma zamanı ve sıklığı, etkisi ve alınma nedeni, yemekle ilişkisi) amacıyla geliştirilmiştir (Raehl ve diğ. 2002). Daha sonra yapılan çalışmalarda da ölçek yeniden test edilmiş ve geçerli güvenilir bir araç olarak kullanılmıştır (MacLaughlin ve diğ.2005; Raehl ve diğ.2006). Dört parametre için her bir parametreden hastalar 25 üzerinden puan almaktadır. İlaç uyum ölçeği toplam puanı en düşük 0 ile en yüksek 100 puan arasındadır. Bu araştırmada Cronbach's alfa değeri 0,91 bulundu. Bu araştırmada eğitim sonrası hedeflenen ilaç uyumuna yönelik bilişsel beceri kazanımının değerlendirilmesi için kullanıldı.

3.6.4. Kronik Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 2.0 (KKHYKÖ) (Liver Disease Symptom Index 2.0 (LDSI 2.0) (Ek-4)

Kronik Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 2.0", kronik karaciğer hastalığının yaşam kalitesini ölçmek için 2003 yılında Hollanda' da Simone M. Van der Plas ve diğ. tarafından geliştirilmiş bir hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçeğidir. (Van Der Plas ve diğ.2004) Türk toplumu için geçerlilik ve güvenirliği Eraydın ve diğ. (2014) tarafından yapılan ölçek için kullanım izni alındı. Likert tipinde ve hastalığın son bir haftadaki etkilerini sorgulayan ölçek iki bölümden oluşmakta ve toplam 24 alt soru içermektedir. 24 alt soru birleşerek 15 soruluk ölçeği oluşturmaktadır. Bölüm bir dokuz madde- dokuz alt sorudan ve bölüm iki ise 6 maddeden oluşmaktadır. Dokuz alt soru a ve b şıkları olarak iki şıkka ayrılmış olup, a şıkları semptom şiddetini, b şıkları ise semptomların günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisini değerlendirilmektedir. 'Kaşıntı' semptomunun günlük yaşam ve uyku üzerine etkisi olmak üzere 2 alt maddesi vardır. 'Komplikasyon gelişimi korkusu' semptomunun ise alt maddesi yoktur. Bölüm 2 (son 6 madde) ise hafıza sorunları, kişilik değişikliği, maddi durum, zaman kullanımı, cinsel istekte azalma ve cinsel aktivitede azalmada sadece semptom şiddetini değerlendirmektedir.

Ölçekte her bir seçenek en az '0' ile en fazla '4' arasında bir puan almaktadır. '0' en düşük puanı; '4' ise en yüksek puandır. Ölçekten alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin daha

kötü olduğunu ifade etmektedir (Eraydın ve diğ. 2014). Eraydın ve diğ. (2014) tarafından Cronbach's alfa katsayısının 0,90 olduğu saptanmıştır. Bu araştırma için ölçek toplam Cronbach's alfa değerinin 0,88; birinci bölüm için 0,87; ikinci bölümde ise 0,73 olduğu saptandı. Bu araştırmada hastalığa özgü yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanıldı.

3.6.5. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği SF-12 (Short Form 12- SF 12) (Ek-5)

Ware ve diğ. (1996) tarafından geliştirilen ölçek 12 farklı maddeden oluşmaktadır. Soylu ve Kütük (2021) tarafından Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır, bu araştırmada kullanımı için izin alınmıştır. Fiziksel Bileşen (FB) puanı, genel sağlık (GS), fiziksel işlev (Fİ), fiziksel rol güçlüğü (FRG) ve ağrı alt boyutlarından, Mental Bileşen (MB) puanı ise sosyal işlev (Sİ), duygusal rol güçlüğü (DRG), ruhsal sağlık (MS) ve enerji/canlılık alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 0-100 arasındadır. Alınan puanın yüksek olması bireyin yaşam kalitesinin yüksek olduğunu ifade eder. SF-12'nin FB Cronbach's alfa değeri 0,73 ve MB Cronbach's alfa değeri 0,72 olarak saptanmıştır (Soylu ve Kütük, 2021). Bu araştırmada FB Cronbach's alfa değeri 0,68, MB için 0,92 ve toplam olarak 0,91 bulundu. Bu araştırmada genel yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanıldı.

3.6.6. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) (Ek-6)

Bubela ve diğ. (1990) tarafından geliştirilen ölçek Çatal ve Dicle (2008) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Cronbach's alfası 0,95 olan ölçek 50 madde ve yedi alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçek maddeleri likert tipi ölçekleme yöntemi ile "1= önemli değil" ile "5= son derece önemli" arasında değişen yanıtlar ile değerlendirilmektedir. Buna göre hastalardan taburculuk öncesi eve gönderilmeden bilgi gereksinimlerini ve önceliklerini en iyi tanımlayan seçeneği seçmeleri istenmektedir. Ölçeğin *İlaçlar*, *Yaşam Aktiviteleri (YA)*, *Toplum ve İzlem (Tİ) Duruma İlişkin Duygular (DİD)*, *Tedavi ve Komplikasyonlar (TK)*, *Yaşam Kalitesi (YK)* ve *Cilt Bakımı (CB)* alt boyutları vardır. Değerlendirme için her bir alt boyut ve ölçek toplam puanı üzerinden yapılmaktadır. Ölçek sonucunda elde edilen puanlar 50-250 arasında değişmektedir. Ölçek ve alt ölçek puanları; toplam ölçek ve tüm alt ölçeklerin soru sayısına bölünerek, 1 ile 5 arasında önemlilik düzeyine göre, "1= önemli değil", "2= biraz önemli", "3= ne az ne çok önemli", "4= çok önemli", "5= son derece önemli" şeklinde yorumlanmaktadır.

3.7. ARAŞTIRMA SÜRECİ

3.7.1. Eğitim Kitapçığının Hazırlanması

Araştırmacı tarafından tez danışmanı rehberliğinde “Türkiye Viral Hepatit Önleme ve Kontrol Programı 2018-2023” müfredatı çerçevesinde (Irmak ve diğ.2019), “EASL”, “DSÖ”, “The Hepatitis B Foundation” ve ilgili bilimsel literatür” de yer alan bilgilerin yer aldığı kılavuzlar/rehberler doğrultusunda hazırlandı. Hasta eğitim kitapçığı; Hepatit B, ağızdan alınan ilaçların kullanılmasında dikkat edilmesi gereken ilkeler, ağızdan alınan Hepatit B ilaçlarını kullanırken olabilecek yan etkiler, ilaç dozu almayı unuttuğunuzda yapılması gerekenler ve ağızdan alınan Hepatit B ilaçlarının evde muhafaza edilmesi ve ilaç uyumunu artırmaya yönelik unutulmaması gereken bilgileri içerecek şekilde oluşturuldu. Yazılı metin olarak hazırlanan eğitim kitapçığında yer alan bilgiler doğrultusunda power point eğitim içeriği hazırlandı. Hazırlanan eğitim kitapçığı, Hemşirelik Esasları ve İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dallarında görevli sekiz öğretim üyesi ve Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı dört hekim olmak üzere toplam 12 uzman görüşüne sunuldu (Ek-8). Uzman görüşleri, literatürde önerilen Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) ile değerlendirildi. Uzman görüşleri incelendiğinde, eğitim kitapçığı maddelerinin büyük çoğunluğunun (%91,6) “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” şeklinde puanlandırıldığı ve KGİ değerinin 0,95 olduğu belirlendi.

Uzmanların önerileri doğrultusunda düzenlendikten sonra, hasta görüşüne sunularak pilot uygulaması yapılan eğitim kitapçığı, 20 sayfadan oluşmaktadır (Ek-9).

3.7.2. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulanma sürecinin olduğu Şekil 3.1’de araştırma tasarım planı yer almaktadır. İlk görüşmede deney grubu hastalar (DGH) ve kontrol grubu hastalar (KGH)’dan ham veriler toplandı (ön test). İlk görüşmede, ilk değerlendirme (ön test) ve üçüncü ayda son değerlendirme (son test) yapıldı. Deney grubu hastalar ile toplam beş kez görüşme yapıldı.

İlk Görüşme

Araştırmanın veri toplama aşaması için gerekli yasal ve etik izinler alındıktan sonra hastalardan veri toplanmaya başlandı. Araştırma hakkında sözlü bilgi verildikten sonra hastalar yazılı onam formunu (Ek-7) ve Hasta Tanılama Formunu (Ek-1) doldurdu. Hastanın mahremiyetinin sağlandığı hastanenin eğitim salonunda hasta görüşmeleri yapıldı ve eğitim için hastaların uygun olduğu zaman belirlendi. İlk görüşmede ön test ile ham veriler toplandı. Araştırmaya dahil edilen bütün hasta bireylerin başlangıçtaki değerlendirmeleri; HBV DNA,

ALT ve AST değeri ile ilaç uyum yüzdesinin de yer aldığı Hasta Tanılama Formu ve ilgili ölçekler (MARS-5, MedTake Test, KKHYYKÖ, SF-12 ve HÖGÖ) kullanılarak yapıldı. Bu araştırma için kullanılan metabolik değerlendirmeler (HBV-DNA ve ALT, AST karaciğer enzimleri), dosyadan alınarak (Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Polikliniği tarafından rutin/alışıl gelmiş hastalardan istenen tetkiklerin sonuçları) kullanıldı. Bu araştırma için hasta/ hasta yakınlarından herhangi bir tetkik istenmedi ve hekimden tetkik talebinde bulunulmadı.

İkinci Görüşme

DGH'ye; hastaların belirlenen uygun olduğu zamanda hastane eğitim salonunda yüz yüze ya da zoom ortamında power point sunumu ile eğitim verildi. Hastalara istediği zaman araştırmacıya ulaşarak sorularını sorarak araştırmacı tarafından cevaplandırılabilmesi için araştırmacının telefon numarası verildi.

DGH'ye; ikinci görüşmeden sonraki 1., 3., 5. ve 7.hafta da hastalara ilaçlarını düzenli içmeleri ve eğitim kitapçığını okumaları için telefon görüşmesi ile hatırlatma yapıldı. Telefon görüşmeleri sırasında hastaların sorularına cevap verildi.

KGH'ye klinikte uygulanan rutin bakım ve tedavi dışında hiçbir girişim uygulanmadı.

Üçüncü Görüşme

DGH'ye; eğitim verildikten bir hafta sonra eğitim kitapçığı dağıtıldı. Eğitim kitapçığını her hafta okuması söylendi.

KGH'ye; rutin bakım ve tedavi dışında hiçbir girişim uygulanmadı.

Dördüncü Görüşme

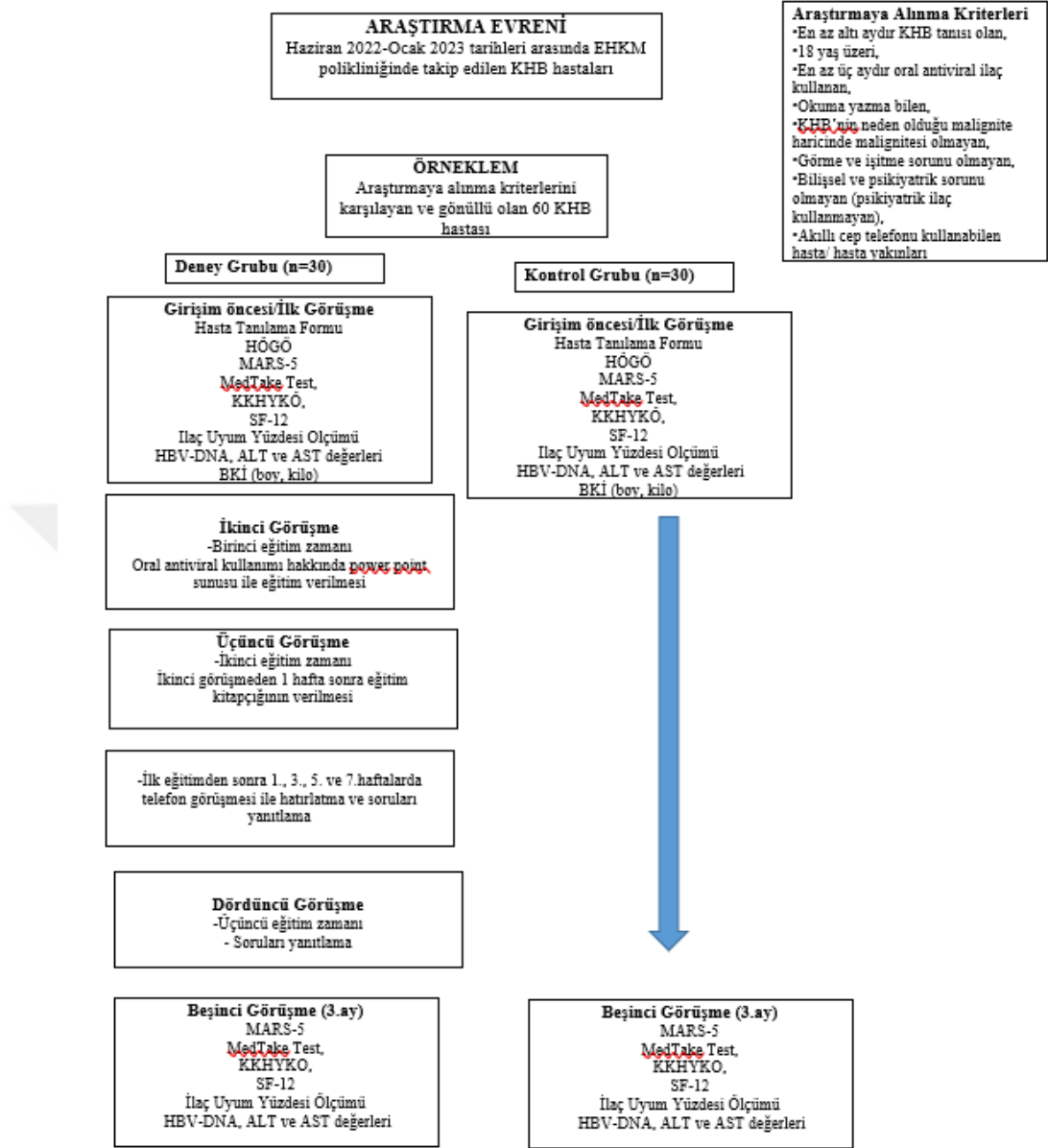
DGH'ye; üçüncü görüşmeden sonra hastalar ilaç yazdırmak, muayene olmak vb. nedenler için hastaneye geldiklerinde soru-cevap şeklinde hastane eğitim odasında eğitim verildi. Eğitim kitapçığını hastalara/ hasta yakınlarına her hafta okuması söylendi. Dördüncü görüşmeden sonraki 1. ve 3.hafta da hastalara ilaçlarını düzenli içmeleri ve eğitim kitapçığını okumaları için telefon görüşmesi ile hatırlatma yapıldı. Telefon görüşmeleri sırasında hastaların/ yakınlarının sorularına cevap verildi.

KGH'ye; rutin bakım ve tedavi dışında hiçbir girişim uygulanmadı.

Beşinci Görüşme

DGH ve KGH'nin 3.ayda son değerlendirmeleri; Hasta tanılama formunda yer alan HBV DNA, ALT ve AST değeri ile ilaç uyum yüzdesi ve ilgili ölçekler (MARS-5, MedTake Test, KKHYKÖ ve SF-12) kullanılarak yapıldı. Metabolik değerlendirmeler (HBV-DNA ve ALT, AST karaciğer enzimleri) için Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Polikliniği tarafından rutin/alışıl原因mış hastalardan istenen tetkiklerin sonuçları dosyadan alınarak kullanıldı. Bu araştırma için hasta/ hasta yakınlarından herhangi bir tetkik istenmedi ve hekimden tetkik talebinde bulunulmadı.

Araştırma bittikten sonra KGH'ye de bilimsel literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulan DGH'ye verilen hasta eğitim kitapçığı verildi.



Tablo 3.1: Araştırma Tasarımı

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNLERİ

- Araştırmada kullanılması için ölçek izinleri alındı (Ekler: Ek-1, Ek-2, Ek-3, Ek-4, Ek-5 ve Ek-6).
- Araştırmanın yürütülebilmesi için bir üniversitenin Sağlık ve Spor Bilimleri Etik Kurulu'ndan (Protokol No: 10/13) onay alındı (Ek-9). Etik kurul onayı alındıktan sonra, araştırmanın yapıldığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden kurum izin alındı (Ek-10).

- Hasta bireylere; araştırmanın amacı, araştırmanın nasıl gerçekleştirileceği ve kişisel bilgilerinin nasıl saklanacağı vb. konular hakkında bilgilendirilerek gönüllülük ilkesi doğrultusunda sözlü ve yazılı onamları alındı.
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları söylendi.
- Hastanın mahremiyetinin sağlandığı ortamda hasta eğitimi, ilk ve üçüncü ay değerlendirmeler yapıldı.
- Hastalara, araştırmadan elde edilen tüm bilgiler için gizlilik ilkesine bağlı kalınacağı sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı konusunda bilgi verildi.
- Hasta eğitim kitapçığının araştırmacı dışında paylaşılmasını engellemek amacıyla hastalara bilgi verildi.
- Araştırma tamamlandıktan sonra, kontrol grubuna dahil edilen hastalara eşitlik ilkesine bağlı kalınarak hasta eğitim kitapçığı verildi.

3.9. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ VE SINIRLI YÖNLERİ

Güçlü Yönleri;

- Araştırmanın, randomize olarak yapılması,
- Araştırmada, randomize olarak atanan kontrol ve deney grubu hastaların bireysel ve hastalık özelliklerine ilişkin bulgular arasında farklılık saptanmamış olması nedeniyle gruplar arasında homojenliğin olması,
- Bu araştırmada hastalara verilen eğitimin, ilaç uyumu tutum/davranışının tüm alanlarına ilişkin ölçeklerle (duyuşsal-MARS-5, bilişsel-Med-Take ve psiko-motor- İlaç Uyum Yüzdesi Ölçümü) yansımalarının değerlendirilerek incelenmesi,
- “Ağızdan Alınan Hepatit B İlaçlarının Güvenli Kullanımı” başlıklı “Hasta Bilgilendirme Kitapçığının” literatüre kazandırılması,
- Araştırma tamamlandıktan sonra “Ağızdan Alınan Hepatit B İlaçlarının Güvenli Kullanımı” başlıklı “Hasta Bilgilendirme Kitapçığı’nın” araştırmanın yapıldığı kurumda hasta eğitim materyali olarak kullanılacak olmasıdır.

Sınırlı Yönleri;

- Bu araştırmanın yalnızca bir eğitim araştırma hastanesinin enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji polikliniğinde oral antiviral kullanan Hepatit B tanılı hastalar ile gerçekleştirildiği için genelleme yapılamaması,
- Tedavi sürecinin yılına bakılmaksızın, üç aylık periyodlarla değerlendirilmesi gereken KHB hastalarının sadece ilk ve üçüncü ay değerlendirmelerinin yapılması, altı ay ve bir yıl gibi uzun değerlendirmelerinin yapılamaması,
- Hastaların, araştırma yapıldığı dönemde Covid-19 pandemisinin devam etmesi nedeniyle Covid-19 bulaşma korkusu ve KHB hastalığına bağlı yaşayabilecekleri stigma endişesi nedeniyle katılmak istemediklerini belirtmeleri nedeniyle grup eğitimine katılmak istememeleri,
- KHB hastalarından oral antiviral ilaç kullanmayan hastaların olması, araştırmaya katılmayı kabul etmemesi ve örnekleme yer alan hastaların %28,5'unun ilçe ve köylerden gelmelerinden dolayı ekonomik sorunlar (ulaşım masrafları) ve zaman kısıtlılıkları nedeni ile üç aylık kontrollere gelmemeleri nedeniyle eğitime devam edilememesidir.

3.10. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

İstatistiksel analizler için lisanslı SPSS 26 (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanıldı. Araştırma verileri değerlendirilirken ortalama, standart sapma... vb. yöntemler kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınılandı. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student-t testi, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin grup içi karşılaştırmalarında Bağımlı gruplar t testi, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin grup içi karşılaştırmalarında Wilcoxon signed-ranks testi kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare test, Fisher's exact test ve Fisher-Freeman-Halton test kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Bu bölümde; oral antiviral ilaç kullanan KHB tanısı olan hastalara oral antiviral ilaç kullanımı konusunda verilen eğitimin ilaç uyumu ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla ön test-son test-kontrol gruplu tam deneysel olarak yapılan araştırmadan elde edilen bulguların istatistiksel analizleri yapıldı ve araştırma hipotezleri kapsamında verildi.

Araştırmanın bulguları beş ana başlık altında ele alındı;

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

- Hastaların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (Tablo 4.1)
- Hastaların Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (Tablo 4.2)
- Hastaların İlaç Tedavisine Uyumunu Etkileyebilecek Özelliklerin Dağılımı (Tablo 4.3)

4.2. Hastaların Öğrenme Gereksinimlerine İlişkin Bulgular

- Hastaların Hasta Öğrenme Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) Alt Boyutları ile Ölçek Toplam Puan Ortalamaları ve Puan Ortalama Farklarının Karşılaştırılması (Tablo 4.4)

4.3. Oral Antiviral Kullanımı Konusunda Verilen Eğitimin İlaç Uyumuna Etkisine İlişkin Bulgular

- Hastaların İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (MARS-5) Puan Ortalamaları ve Puan Ortalama Farklarının Karşılaştırılması (Tablo 4.5)
- Hastaların İlaç Uyum Ölçeği (Medtake Test) Puan Ortalamaları ve Puan Ortalama Farklarının Karşılaştırılması (Tablo 4.6)
- Hastaların İlaç Uyum Yüzdesi Dağılımı ve Gruplar Arası Karşılaştırılması (Tablo 4.7)
- Hastaların Metabolik Parametrelerinin Dağılımı ve Gruplar Arası Karşılaştırılması (Tablo 4.8)

4.4. Oral Antiviral Kullanımı Konusunda Verilen Eğitiminin Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesine Etkisine İlişkin Bulgular

- Hastaların Kronik Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ve Puan Ortalama Farklarının Karşılaştırılması (Tablo 4.9)

4.5. Oral Antiviral Kullanımı Konusunda Verilen Eğitiminin Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesine Etkisine İlişkin Bulgular

- Hastaların SF 12 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ve Puan Ortalama Farklarının Karşılaştırılması (Tablo 4.10)
- Hastaların SF 12 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları ve Puan Ortalama Farklarının Karşılaştırılması (Tablo 4.11).

4.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde; hastaların bireysel özellikleri, hastalık özellikleri ve ilaç tedavisine uyumunu etkileyebilecek özelliklerinin dağılımına ilişkin bulgulara yer verildi (Tablo 4.1, Tablo 4.2 ve Tablo 4.3).

Tablo 4.1: Hastaların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı

		Gruplar			Test Değeri
		Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	Toplam(N=60)	P
Yaş	Ort±SS	50,93±11,29	48,27±10,44	49,60±10,87	t:0,950
	Medyan (Min-Maks)	51 (26-72)	48,5 (29-66)	49 (26-72)	^a 0,346
BKI(kg/m ²)	Ort±SS	26,71±5,09	26,90±3,87	26,81±4,49	t:-0,167
	Medyan (Min-Maks)	26,1 (18,4-44,6)	26,5 (19,8-36,3)	26,4 (18,4-44,6)	^a 0,868
		Gruplar			Test Değeri
		Deney (n=30) (%)	Kontrol (n=30) (%)	Toplam(N=60) (%)	P
Cinsiyet	Kadın	15 (50,0)	14 (46,7)	29 (48,3)	χ^2 :0,067
	Erkek	15 (50,0)	16 (53,3)	31 (51,7)	^b 0,796
Medeni Durum	Evli	23 (76,7)	28 (93,3)	51 (85,0)	χ^2 :3,268
	Bekar	7 (23,3)	2 (6,7)	9 (15,0)	^c 0,145
Eğitim Durumu	Okuryazar	1 (3,3)	0 (0,0)	1 (1,7)	χ^2 :8,136
	İlkokul	17 (56,7)	9 (30,0)	26 (43,3)	^d 0,102
	Ortaokul	2 (6,7)	4 (13,3)	6 (10,0)	
	Lise	7 (23,3)	10 (33,3)	17 (28,3)	
	Üniversite	2 (6,7)	7 (23,3)	9 (15,0)	
	Lisansüstü	1 (3,3)	0 (0,0)	1 (1,7)	
Çalışma Durumu	Evet	15 (50,0)	15 (50,0)	30 (50,0)	χ^2 :0,000
	Hayır	15 (50,0)	15 (50,0)	30 (50,0)	^b 1,000
Gelir Durumu	Çok Kötü	1 (3,3)	0 (0,0)	1 (1,7)	χ^2 :3,313
	Kötü	4 (13,3)	3 (10,0)	7 (11,7)	^d 0,307
	Orta	17 (56,7)	13 (43,3)	30 (50,0)	
	İyi	8 (26,7)	14 (46,7)	22 (36,7)	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	27 (90,0)	25 (83,3)	52 (86,7)	χ^2 :0,577
	Yok	3 (10,0)	5 (16,7)	8 (13,3)	^c 0,703
Çocuk Sayısı	1 Çocuk	4 (14,8)	5 (20,0)	9 (17,3)	χ^2 :2,025
	2 Çocuk	8 (29,6)	8 (32,0)	16 (30,8)	^d 0,818
	3 Çocuk	10 (37,0)	10 (40,0)	20 (38,5)	
	4 Çocuk	3 (11,1)	2 (8,0)	5 (9,6)	
	5 Çocuk	2 (7,4)	0 (0,0)	2 (3,8)	
Sigara Kullanımı	Var	4 (13,3)	5 (16,7)	9 (15,0)	χ^2 :0,263
	Yok	23 (76,7)	22 (73,3)	45 (75,0)	^d 1,000
	Bırakmış	3 (10,0)	3 (10,0)	6 (10,0)	

^aStudent-t Test

^bPearson Chi-Square Test

^cFisher's E^xact Test ^dFisher Freeman Halton Test

BKI: Beden Kitle İndeks

Bu araştırma; %48,3'ü (n=29) kadın, %51,7'si (n=31) erkek olmak üzere toplam 60 hastayla yapıldı. Araştırmaya katılan hastaların yaşları 26 ile 72 arasında değişmekte olup, yaş ortalamalarının $49,60 \pm 10,87$ olduğu saptandı. Gruplara göre hastaların yaş, beden kitle indeksi (BKI) değerleri, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı dağılımları ve sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4.1).



Tablo 4.2: Hastaların Hastalık Özelliklerinin Dağılımı

		Gruplar			Test Değeri
		Deney(n=30)	Kontrol(n=30)	Toplam(N=60)	P
Hastalık Süresi	Ort±SS	15,27±6,51	14,17±7,18	14,72±6,82	t=0,621
	Medyan (Min-Maks)	15 (5-26)	15 (4-27)	15 (4-27)	^a 0,537
Hepatit B İlacı Kullanma Süresi	Ort±SS	7,17±4,76	6,03±4,00	6,60±4,40	t=0,998
	Medyan (Min-Maks)	8 (1-22)	5 (1-14)	7 (1-22)	^a 0,322
		Gruplar			Test Değeri
		Deney(n=30) (%)	Kontrol(n=30) (%)	Toplam(N=60) (%)	P
Hastalık Tanısı Konma Süresi	1-5 yıl	1 (3,3)	5 (16,7)	6 (10,0)	$\chi^2=4,139$ ^d 0,410
	6-10 yıl	9 (30,0)	8 (26,7)	17 (28,3)	
	11-15 yıl	6 (20,0)	8 (26,7)	14 (23,3)	
	16-20 yıl	5 (16,7)	4 (13,3)	9 (15,0)	
	≥21 yıl	9 (30,0)	5 (16,7)	14 (23,3)	
Diyet Tedavisi	Evet	9 (30,0)	12 (40,0)	21 (35,0)	$\chi^2=0,659$ ^b 0,417
	Hayır	21 (70,0)	18 (60,0)	39 (65,0)	
Tanı Sonrası Sigaradan Uzak Durma	Evet	26 (86,7)	25 (83,3)	51 (85,0)	$\chi^2=0,131$ ^c 1,000
	Hayır	4 (13,3)	5 (16,7)	9 (15,0)	
Egzersiz	Evet	11 (36,7)	12 (40,0)	23 (38,3)	$\chi^2=0,071$ ^b 0,791
	Hayır	19 (63,3)	18 (60,0)	37 (61,7)	
İlaç Tedavisine Başlanma Süresi	1-5 yıl	12 (40,0)	16 (53,3)	28 (46,7)	$\chi^2=1,947$ ^d 0,659
	6-10 yıl	14 (46,7)	11 (36,7)	25 (41,7)	
	11-15 yıl	3 (10,0)	3 (10,0)	6 (10,0)	
	≥21 yıl	1 (3,3)	0 (0,0)	1 (1,7)	
Kronik Hastalık	Evet	8 (26,7)	7 (23,3)	15 (25,0)	$\chi^2=0,089$ ^b 0,766
	Hayır	22 (73,3)	23 (76,7)	45 (75,0)	
Hastalıklar	DM	1 (12,5)	1 (14,3)	2 (13,3)	$\chi^2=5,504$ ^d 0,894
	Hipertansiyon	3 (37,5)	1 (14,3)	4 (26,7)	
	Hipotiroidi	0 (0,0)	1 (14,3)	1 (6,7)	
	Ürtiker	0 (0,0)	1 (14,3)	1 (6,7)	
	Hipertroidi	0 (0,0)	1 (14,3)	1 (6,7)	
	DM, HT, Hiperlipidemi	1 (12,5)	0 (0,0)	1 (6,7)	
	DM, Hipotiroidi	1 (12,5)	1 (14,3)	2 (13,3)	
	DM, HT	2 (25,0)	1 (14,3)	3 (20,0)	
Kronik Hastalık Tanısının Konma Zamanı	1-5 yıl	6 (75,0)	6 (85,7)	12 (80,0)	$\chi^2=2,517$ ^d 0,467
	6-10 yıl	2 (25,0)	0 (0,0)	2 (13,3)	
	11-15 yıl	0 (0,0)	1 (14,3)	1 (6,7)	
Hepatit B için Kontrole Gitme Sıklığı	3 ayda bir	13 (43,3)	15 (50,0)	28 (46,7)	$\chi^2=0,268$ ^b 0,605
	6 ayda bir	17 (56,7)	15 (50,0)	32 (53,3)	
Hepatit B Dışında Kullanılan İlaç	Evet	10 (33,3)	7 (23,3)	17 (28,3)	$\chi^2=0,739$ ^b 0,390
	Hayır	20 (66,7)	23 (76,7)	43 (71,7)	
Hepatit B Dışında Kullanılan İlaçlar	Antidiyabetik	1 (10,0)	1 (14,3)	2 (11,8)	$\chi^2=7,323$ ^d 0,709
	Antihipertansif	3 (30,0)	1 (14,3)	4 (23,5)	
	Hipotiroidi ilacı	0 (0,0)	1 (14,3)	1 (5,9)	
	Hipertiroidi ilacı	0 (0,0)	1 (14,3)	1 (5,9)	
	Antikoagülan	2 (20,0)	0 (0,0)	2 (11,8)	
	Antihistaminik	0 (0,0)	1 (14,3)	1 (5,9)	
	Antidiyabetik, Antihipertansif, Antihiperlipidemik	1 (10,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	
	Antidiyabetik, Hipotiroidi ilacı	1 (10,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	
	Antidiyabetik, Antihipertansif	2 (20,0)	2 (28,6)	4 (23,5)	
İlaç Kullanımıyla İlgili Bilgi Alma Durumu	Evet	11 (36,7)	16 (53,3)	27 (45,0)	$\chi^2=1,684$ ^b 0,194
	Hayır	19 (63,3)	14 (46,7)	33 (55,0)	

^aStudent-t Test ^bPearson Chi-Square Test ^cFisher's Exact Test^dFisher Freeman Halton Test DM:DiabetesMellitus HT: Hipertansiyon

Tablo 4.2 de görüldüğü üzere gruplara göre hastaların; hastalık süreleri ve hastaların Hepatit B ilacı kullanma süreleri, hastalık tanısı konma süresi dağılımları, gördükleri bakım ve tedavi uygulamaları için önerilen diyet tedavisi, tanı sonrası sigaradan uzak durma ve egzersiz yapma oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

DGH ve KGH'nin ilaç tedavisine başlama süreleri, kronik hastalık görülme oranları, kronik hastalıkların dağılımı, kronik hastalık tanısının konma zamanı, Hepatit B için kontrole gitme sıklığı, Hepatit B dışında kullanılan ilaç varlığı, Hepatit B dışında kullanılan ilaçların dağılımı ve ilaç kullanımıyla ilgili bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 4.2).

Tablo 4.3: Hastaların İlaç Tedavisine Uyumunu Etkileyebilecek Özelliklerin Dağılımı

		Gruplar			Test Değeri
		Deney(n=30) (%)	Kontrol(n=30) (%)	Toplam(N=60) (%)	p
Her Gün Oral (Ağız) Yoluyla Alınan İlaç Sayısı	1 adet	20 (66,7)	24 (80,0)	44 (73,3)	$\chi^2=4,364$ ^d 0,330
	2 adet	4 (13,3)	3 (10,0)	7 (11,7)	
	3 adet	2 (6,7)	3 (10,0)	5 (8,3)	
	4 adet	3 (10,0)	0 (0,0)	3 (5,0)	
	5 adet	1 (3,3)	0 (0,0)	1 (1,7)	
İlaç Kendisi Alma Durumu	Evet	29 (96,7)	30 (100,0)	59 (98,3)	$\chi^2=1,017$ ^c 1,000
	Hayır	1 (3,3)	0 (0,0)	1 (1,7)	
Sabah/Akşam Hepatit B İlacını Alma Durumu	Evet	18 (60,0)	14 (46,7)	32 (53,3)	$\chi^2=1,071$ ^b 0,301
	Hayır	12 (40,0)	16 (53,3)	28 (46,7)	
İlaç Alma Zamanını Başkasının Hatırlatma Durumu	Evet	1 (3,3)	0 (0,0)	1 (1,7)	$\chi^2=1,207$ ^d 0,709
	Hayır	25 (83,3)	27 (90,0)	52 (86,7)	
	Bazen	4 (13,3)	3 (10,0)	7 (11,7)	
Raporlu İlaç Zamanında Yazdırma	Evet	4 (13,3)	4 (13,3)	8 (13,3)	$\chi^2=0,000$ ^c 1,000
	Hayır	26 (86,7)	26 (86,7)	52 (86,7)	
Hepatit B için Sürekli Kullanılan İlaç	Tenofovir Disoporoksil	16 (53,3)	15 (50,0)	31 (51,7)	$\chi^2=2,007$ ^d 0,357
	Fumarat	12 (40,0)	15 (50,0)	27 (45,0)	
	Entekavir	2 (6,7)	0 (0,0)	2 (3,3)	
	Lamivudin	2 (6,7)	0 (0,0)	2 (3,3)	
İlaçlara Bağlı Yan Etki Yaşama Durumu	Evet	6 (20,0)	6 (20,0)	12 (20,0)	$\chi^2=0,000$ ^b 1,000
	Hayır	24 (80,0)	24 (80,0)	48 (80,0)	

^bPearson Chi-Square Test

^cFisher's Exact Test

^dFisher Freeman Halton Test

Bu araştırma kapsamında DGH ve KGH'nin her gün oral (ağız) yolla aldıkları ilaç sayılarının dağılımı, ilacı kendisi alma durumları, sabah/akşam Hepatit B ilacını alma durumları, ilacı alma zamanının başkasının hatırlatma durumu, raporlu ilacı zamanında yazdırma oranları, Hepatit B için sürekli kullandıkları ilaçların dağılımı ve ilaçlara bağlı yan etki yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.3).

4.2. HASTALARIN ÖĞRENME GEREKSİNİMLERİNE İLİŞKİN BULGULARI

Bu bölümde deney ve kontrol grupları arasında ilk değerlendirmeye ilişkin Hasta Öğrenme Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) alt boyutları ile ölçek toplam puan ortalamaları ve puan ortalama farkları karşılaştırılmalarına ilişkin bulgulara yer verildi (Tablo 4.4).

Tablo 4.4: Hastaların HÖGÖ Alt Boyutları ile Ölçek Toplam Puan Ortalamaları ve Puan Ortalama Farklarının Karşılaştırılması

		Gruplar			Test Değeri
		Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	Toplam (N=60)	p
İlaçlar	Ort±SS	39,57±1,25	40,00±0,00	39,78±0,9	Z=-2,051
	Medyan (Min-Maks)	40 (35-40)	40 (40-40)	40 (35-40)	^e 0,040*
Yaşam Aktiviteleri	Ort±SS	20,97±3,09	19,2±0,61	20,08±2,38	Z=-2,238
	Medyan (Min-Maks)	19 (19-30)	19 (18-20)	19 (18-30)	^e 0,025*
Toplum ve İzlem	Ort±SS	12,13±2,4	9,87±1,66	11±2,34	Z=-3,659
	Medyan (Min-Maks)	11 (9-19)	10 (8-12)	11 (8-19)	^e 0,001**
Duruma İlişkin Duygular	Ort±SS	15,8±2,67	12,83±1,6	14,32±2,65	Z=-4,379
	Medyan (Min-Maks)	14 (11-22)	13 (11-15)	14 (11-22)	^e 0,001**
Tedavi ve Komplikasyonlar	Ort±SS	34,47±1,41	34,33±1,27	34,4±1,33	Z=-0,897
	Medyan (Min-Maks)	34 (30-38)	34 (33-36)	34 (30-38)	^e 0,370
Yaşam Kalitesi	Ort±SS	33,9±1,63	33,2±1	33,55±1,38	Z=-1,202
	Medyan (Min-Maks)	33 (30-37)	34 (32-34)	33,5 (30-37)	^e 0,229
Cilt Bakımı	Ort±SS	5,8±2,62	5,00±0,00	5,4±1,88	Z=-1,761
	Medyan (Min-Maks)	5 (5-17)	5 (5-5)	5 (5-17)	^e 0,078
Ölçek Toplam Puanı	Ort±SS	162,63±9,6	154,43±3,61	158,53±8,29	Z=-2,912
	Medyan (Min-Maks)	156 (156-195)	157 (150-158)	156,5 (150-195)	^e 0,004**

^eMann Whitney U Test

*p<0,05

**p<0,01

Araştırma kapsamındaki DGH'nin HÖGÖ'nün "İlaçlar" alt boyutundan aldıkları puanların, KGH'ye göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı (p<0,05). DGH'nin HÖGÖ'nün diğer alt boyutlarından YA puanlarının (p<0,05); Tİ puanlarının (p<0,01) ve DİD puanlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (p<0,01). Gruplara göre hastaların HÖGÖ'nün TK, YK ve CB alt boyutları puanları karşılaştırıldığında ise; puanlar arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). DGH'nin HÖGÖ'nün toplamından aldıkları puanların, KGH'ye göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü (p<0,01) (Tablo 4.4).

4.3. ORAL ANTİVİRAL KULLANIMI KONUSUNDA VERİLEN EĞİTİMİN İLAÇ UYUMUNA ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde DGH ve KGH'nin İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği-MARS-5 (Tablo 4.5) ve MedTake Test puan ortalamalarına ilişkin bulgularına (Tablo 4.6) yer verildi. Tablolarda ilk değerlendirme ve üçüncü aya ilişkin MARS-5 ve MedTake Test puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmasının yanı sıra puan ortalama farklarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular gösterildi. Ayrıca DGH ve KGH'nin İlaç Uyum Yüzdesi Dağılımı (Tablo 4.7) ve HBV-DNA, ALT ve AST Değeri Dağılımı (Tablo 4.8) ile gruplar arası karşılaştırılması ilişkin bulgulara yer verildi.

Tablo 4.5: Hastaların İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (MARS-5) Puan Ortalamaları ve Puan Ortalama Farklarının Karşılaştırılması

		Gruplar		Toplam (N=60)	Test Değeri p
		Deney (n=30)	Kontrol (n=30)		
İlk Değerlendirme	Ort±SS	19,07±2,07	19,17±1,29	19,12±1,71	Z=-0,249
MARS-5 Toplam Puanı	Medyan (Min-Maks)	19 (12-22)	19,5 (16-21)	19 (12-22)	^e 0,803
3. ay MAR-5 Toplam Puanı	Ort±SS	24,23±0,9	18,33±1,52	21,28±3,22	Z=-6,739
	Medyan (Min-Maks)	24 (22-25)	18,5 (14-20)	21 (14-25)	^e 0,001**
Fark		5,17±1,66	-0,83±0,99	2,17±3,31	Z=-6,729
Test Değeri		Z=-4,805	Z=-3,622		^e 0,001**
p		^f 0,001**	^f 0,001**		

^eMann Whitney U Test

^fWilcoxon Signed Ranks Test

*p<0,05

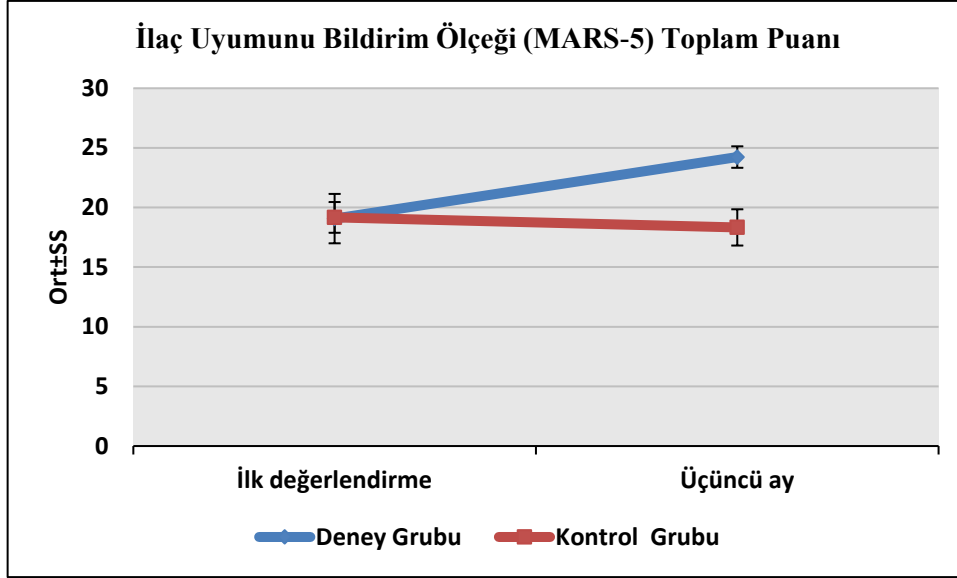
**p<0,01

MARS-5: İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği

Grup içi karşılaştırma: DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay MARS-5 puanlarının istatistiksel olarak anlamlı artması ile ilaç uyumunun arttığı (p<0,01); KGH'nin ise ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay MARS-5 puanlarının istatistiksel olarak anlamlı azalması ile ilaç uyumunun azaldığı bulundu (p<0,01).

Gruplar arası karşılaştırma: Gruplara göre hastaların ilk değerlendirmedeki MARS-5'ten aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken (p>0,05), DGH'nin üçüncü ay değerlendirmesinde MARS-5'ten aldıkları puanların, KGH'ye göre yüksek olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlılık ifade ettiği belirlendi (p<0,01). DGH'nin, KGH'ye göre duyuşsal beceri kazanımına ilişkin MARS-5 puanlarının verilen eğitim ile artması sonucunda ilaç uyumunun arttığı belirlendi.

Ortalama farkları: DGH'nin ilk değerlendirme MARS-5 puanına göre üçüncü ay değerlendirmesindeki artış yönündeki değişimi ile KGH'nin düşüş yönünde olan değişimi arasındaki farkın istatistiksel anlamlılık ifade ettiği saptandı (p<0,01) (Tablo 4.5) (Şekil 1).



Şekil 1: Gruplara Göre İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Toplam Puanının Dağılımı

Tablo 4.6: Hastaların İlaç Uyum Ölçeği (MedTake Test) Puan Ortalamaları ve Puan Ortalama Farklarının Karşılaştırılması

		Gruplar			Test Değeri
		Deney (n=30)	Kontrol(n=30)	Toplam(N=60)	p
İlk Değerlendirme	Ort±SS	59,17±9,48	59±7,24	59,08±8,36	Z=-0,177
MedTake Test Puanı	Medyan (Min-Maks)	60 (40-75)	62,5 (45-70)	60 (40-75)	^e 0,859
3. ay MedTake Test	Ort±SS	83,5±5,11	59±7,24	71,25±13,83	Z=-6,753
Puanı	Medyan (Min-Maks)	85 (70-95)	62,5 (45-70)	70 (45-95)	^e 0,001**
	Fark	24,33±5,98	0	12,17±12,97	Z=-7,214
	Test Değeri	Z=-4,898	Z=0,000		^e 0,001**
	p	^f 0,001**	^f 1,000		

^eMann Whitney U Test

^fWilcoxon Signed Ranks Test

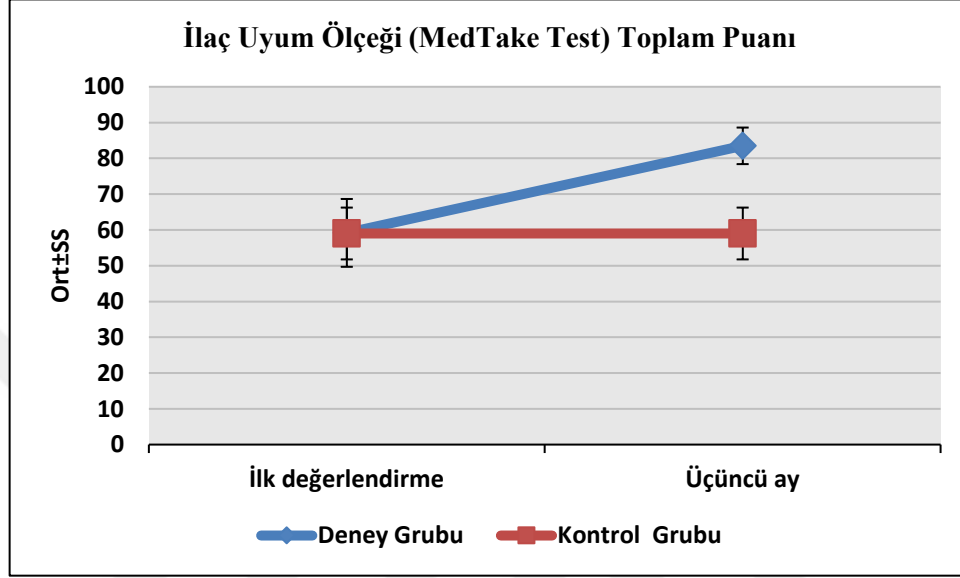
*p<0,05

**p<0,01

Gruplar içi karşılaştırma: DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay MedTake Test puanlarının istatistiksel olarak anlamlı artması ile ilaç uyumunun arttığı (p<0,01); KGH'nin ise ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay MedTake Test puanlarının aynı olması sonucunda ilaç uyumunda değişim olmadığı ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (p>0,05).

Gruplar arası karşılaştırma: Tablo 4.6.'da belirtildiği üzere gruplara göre hastaların ilk değerlendirmedeki MedTake Test'ten aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). DGH'nin üçüncü aydaki değerlendirmesinde MedTake Test'ten aldıkları puanların, KGH'ye göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü (p<0,01). DGH'nin, KGH'ye göre MedTake Test puanının verilen eğitim ile artması sonucunda bilişsel beceri kazanımına ilişkin ilaç uyumunun arttığı belirlendi.

Ortalama farkları: DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay ilaç uyumundaki artışı, KGH'ye göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,01$) (Tablo 4.6) (Şekil 2).



Şekil 2: Gruplara Göre İlaç Uyum Ölçeği Toplam Puanının Dağılımı

Tablo 4.7: Hastaların İlaç Uyum Yüzdesi Dağılımı ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

		Gruplar			Test Değeri
		Deney(n=30)	Kontrol(n=30)	Toplam(N=60)	p
İlk Değerlendirme	Uyumlu (İlaç Uyum $\geq$ %80)	14 (46,7)	13 (43,3)	27 (45,0)	$\chi^2=0,067$
İlaç Uyum Yüzdesi	Uyumsuz (İlaç Uyum $<$ %80)	16 (53,3)	17 (56,7)	33 (55,0)	$b0,795$
3.ay İlaç Uyum	Uyumlu (İlaç Uyum $\geq$ %80)	27 (90,0)	12 (40,0)	39 (65,0)	$\chi^2=16,484$
Yüzdesi	Uyumsuz (İlaç Uyum $<$ %80)	3 (10,0)	18 (60,0)	21 (35,0)	$b0,001^{**}$
Değişim	Kötü Yönde Değişim	0 (0,0)	1 (3,3)	1 (1,7)	$\chi^2=19,040$
	Değişim Yok	7 (56,7)	29 (96,7)	46 (76,7)	$d0,001^{**}$
	İyi Yönde Değişim	13 (43,3)	0 (0,0)	13 (21,7)	
	Cochran's Q	13,000	1,000		
	p	0,001^{**}	0,317		

^bPearson Chi-Square Test

^cFisher's Exact Test

^dFisher Freeman Halton Test

$^{**}p<0,01$

Grup içi karşılaştırma: DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay değerlendirmesinde ilaç uyum yüzdesinin istatistiksel olarak anlamlı arttığı ($p<0,01$); KGH'nin ise ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay değerlendirmesinde ilaç uyumu yüzdesinde anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Gruplar arası karşılaştırma: DGH ve KGH'nin ilk değerlendirmede ilaç uyum yüzdeslerinin dağılımları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). DGH'nin üçüncü ay

değerlendirmesinde ise ilaç uyum yüzdesinin %80 ve üzerinde olması oranının, KGH'ye göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde arttığı belirlendi ($p<0,01$). DGH'nin, KGH'ye göre İlaç Uyum Yüzdesinin %80 ve üzerinde olması oranının verilen eğitim ile artması sonucunda psiko-motor beceri kazanımına ilişkin ilaç uyumunun arttığı belirlendi.

Ortalama farkları: DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay ilaç uyumu yüzdesindeki iyi yönde değişimin, KGH'ye göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p<0,01$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8: Hastaların Metabolik Parametrelerinin Dağılımı ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

		Gruplar			Test Değeri
		Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	Toplam(N=60)	p
İlk Değerlendirme	Ort±SS	68,43±108,19	21,5±7,00	44,97±79,6	Z=-0,252
^x HBV DNA(IU/ml)	Medyan (Min-Maks)	20 (0-400)	20 (0-46)	20 (0-400)	^e 0,801
3.ay HBV DNA	Ort±SS	1,4±7,67	45,27±138,39	23,33±99,66	Z=-7,073
(IU/ml)	Medyan (Min-Maks)	0 (0-42)	20 (20-778)	20 (0-778)	^e 0,001**
	Fark	-67,03±105,76	23,77±133,87	-21,63±128,07	Z=-5,793
	Test Değeri	Z=-4,513	Z=-0,169		^e 0,001**
	p	^f 0,001**	^f 0,866		
İlk Değerlendirme	Ort±SS	23,63±11,27	24,37±16,04	24±13,75	Z=-0,318
^y ALT (U/L)	Medyan (Min-Maks)	19,5 (8-57)	20,5 (7-80)	20 (7-80)	^e 0,750
3.ay ALT(U/L)	Ort±SS	19,5±7,88	25,67±12,85	22,58±11,02	Z=-2,811
	Medyan (Min-Maks)	18,5 (6-47)	21 (11-80)	20 (6-80)	^e 0,005**
	Fark	-4,13±7,96	1,30±9,55	-1,42±9,14	Z=-2,667
	Test Değeri	Z=-2,988	Z=-0,867		^e 0,008**
	p	^f 0,003**	^f 0,386		
İlk Değerlendirme	Ort±SS	23,83±8,97	24,7±6,84	24,27±7,92	t=-0,421
^z AST (U/L)	Medyan (Min-Maks)	22,5 (13-60)	26 (12-37)	24 (12-60)	^e 0,676
3.ay AST (U/L)	Ort±SS	20,07±5,7	24,9±5,5	22,48±6,06	t=-3,343
	Medyan (Min-Maks)	19,5 (11-34)	25 (13-37)	23 (11-37)	^e 0,001**
	Fark	-3,77±4,85	0,20±3,53	-1,78±4,65	Z=-3,759
	Test Değeri	t=4,256	t=-0,311		^e 0,001**
	p	^f 0,001**	^f 0,758		

^aStudent-t Test

^eMann Whitney U Test

^fWilcoxon Signed Ranks Test

^gPaired Samples Test

** $p<0,01$

^xHBV DNA (IU/ml):Hepatit B Virüs Deoksiribonükleik Asit (Pozitif ≥ 20 IU/ml, Negatif < 20 IU/ml)

^yALT(U/L): Alanin aminotransferaz (0-35 U/L) ^zAST (U/L): Aspartat aminotransferaz (0-35 IU/L)

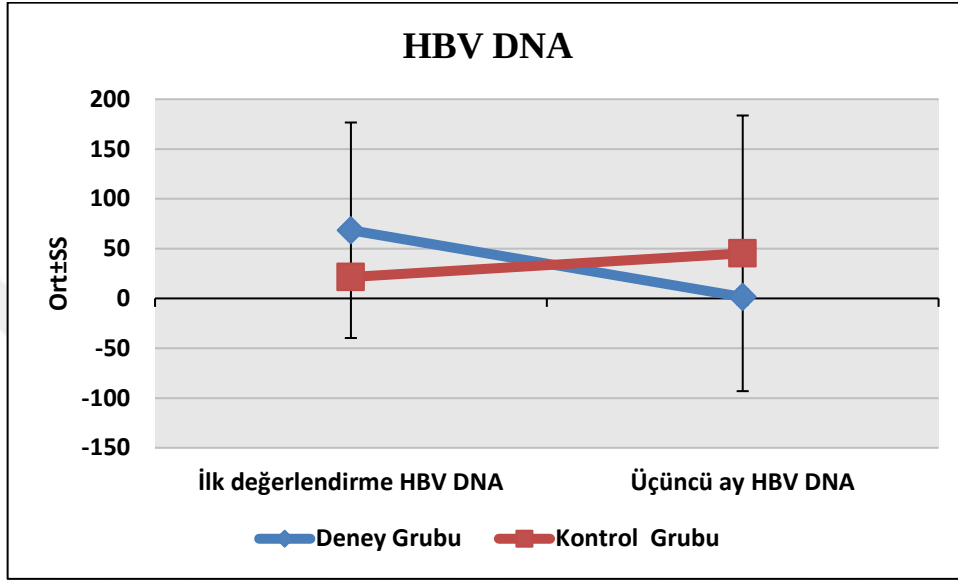
HBV DNA değeri:

Grup içi karşılaştırma: DGH'nin ilk değerlendirme HBV DNA değerine göre üçüncü ay değerindeki ortalama 67,03±105,76 birimlik düşüşün, istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$). KGH'nin ilk değerlendirmede ise HBV DNA değerine göre üçüncü ay değerindeki değişim farkının anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Gruplar arası karşılaştırma: Bu araştırma kapsamındaki DGH ve KGH'nin ilk değerlendirme HBV DNA değeri ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

saptanmadı ($p>0,05$). DGH'nin üçüncü ay değerlendirmesinde HBV DNA değerinin, KGH'ye göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı ($p<0,01$).

Ortalama farkları: DGH'nin ilk değerlendirme HBV DNA değerine göre üçüncü ay değerindeki düşüş yönündeki değişimi ile KGH'nin yükselme yönündeki değişimi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlılık ifade ettiği belirlendi ($p<0,01$) (Tablo 4.8) (Şekil 3).



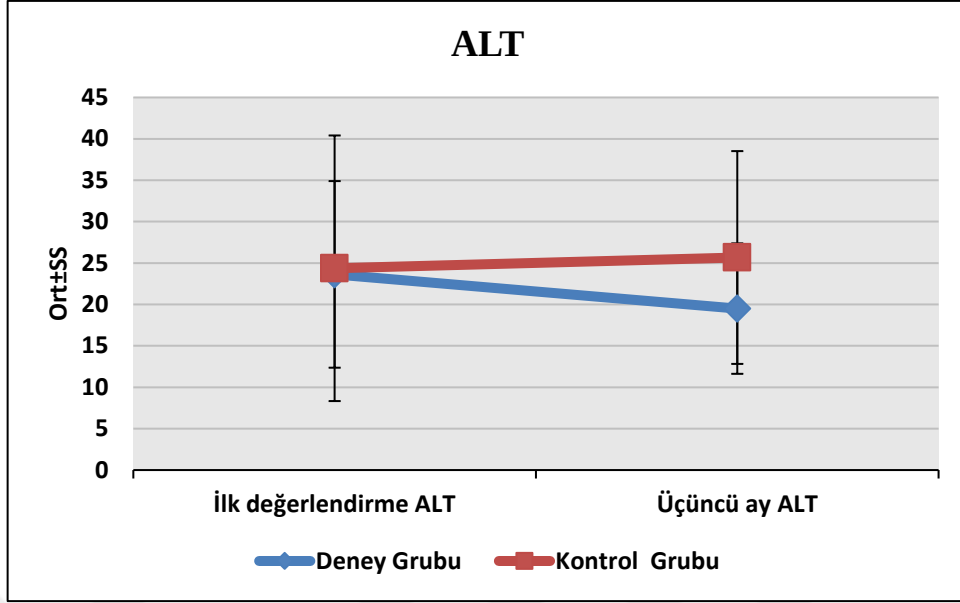
Şekil 3: Gruplara Göre HBV DNA Ölçümlerinin Dağılımı

ALT değeri:

Grup içi karşılaştırma: DGH'nin ilk değerlendirme ALT değerine göre üçüncü ay değerindeki ortalama $4,13 \pm 7,96$ birimlik düşüşün, istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulundu ($p<0,01$). KGH'nin ilk değerlendirme ALT değerine göre üçüncü ay değerindeki değişim ise istatistiksel olarak anlamlılık göstermedi ($p>0,05$).

Gruplar arası karşılaştırma: Bu araştırmada yer alan DGH ve KGH'nin ilk değerlendirme ALT ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p>0,05$), DGH'nin üçüncü ay ALT değerinin, KGH'ye göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı ($p<0,01$).

Ortalama farkları: DGH'nin ilk değerlendirme ALT değerine göre üçüncü ay değerindeki düşüş yönünde değişimi ile KGH'nin yükselme yönünde değişimi arasındaki anlamlı fark, istatistiksel açıdan da anlamlı bulundu ($p<0,01$) (Tablo 4.8) (Şekil 4).



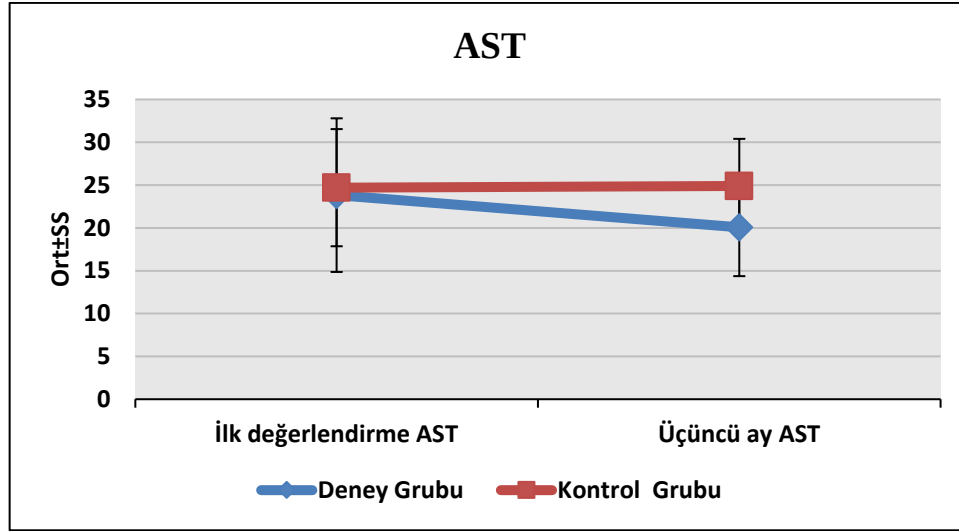
Şekil 4: Gruplara Göre ALT Ölçümlerinin Dağılımı

AST değeri:

Grup içi karşılaştırma: DGH'nin ilk değerlendirme AST değerine göre üçüncü ay değerindeki ortalama $3,77 \pm 4,85$ birimlik düşüşün, istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulundu ($p < 0,01$). KGH'nin ise ilk değerlendirme AST değerine göre üçüncü ay değerindeki değişim ise istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmedi ($p > 0,05$).

Gruplar arası karşılaştırma: Bu araştırmada yer alan DGH ve KGH'nin ilk değerlendirme AST ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). DGH'nin üçüncü ay AST değerinin, KGH'ye göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı ($p < 0,01$).

Ortalama farkları: Bu araştırma kapsamında ele alınan metabolik değerlerden biri olan AST değerinin ortalama farkları açısından bakıldığında; DGH'nin ilk değerlendirme AST değerine göre üçüncü ay değerindeki düşüş yönünde olan değişim ile KGH'nin yükselme yönünde olan değişim arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,01$) (Tablo 4.8) (Şekil 5).



Şekil 5: Gruplara Göre AST Ölçümlerinin Dağılımı

4.4. Oral Antiviral Kullanımı Konusunda Verilen Eğitiminin Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesine Etkisine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, DGH ve KGH’de ilk değerlendirme ve üçüncü aya ilişkin Kronik Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği (KKHYKÖ), puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmasına ve puan ortalama farklarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi (Tablo 4.9).

Tablo 4.9: Hastaların Kronik Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği (KKHYKÖ) Puan Ortalamaları ve Puan Ortalama Farklarının Karşılaştırılması

KKHYKÖ		Gruplar			Test Değeri
		Deney (n=30)	Kontrol(n=30)	Toplam(N=60)	p
İlk Değerlendirme Birinci Bölüm Semptom Şiddeti	Ort±SS	17,8±3,76	16,13±3,3	16,97±3,61	Z=-2,051
	Medyan (Min-Maks)	18 (11-26)	16 (9-25)	16 (9-26)	^e 0,040*
3. ay Birinci Bölüm Semptom Şiddeti	Ort±SS	11,3±1,58	16,13±3,3	13,72±3,54	Z=-6,984
	Medyan (Min-Maks)	11 (9-15)	16 (9-25)	13 (9-25)	^e 0,001**
	Fark	-6,50±2,86	0	-3,25±3,84	Z=-6,984
	Test Değeri	Z=-4,799	Z=0,000		^e 0,001**
	p	^f 0,001**	^f 1,000		
İlk Değerlendirme Birinci Bölüm Semptom Etkisi	Ort±SS	12,93±2,74	11,73±3,52	12,33±3,19	Z=-2,238
	Medyan (Min-Maks)	12 (9-21)	11 (9-27)	12 (9-27)	^e 0,025*
3. ay Birinci Bölüm Semptom Etkisi	Ort±SS	9,2±0,66	11,77±3,53	10,48±2,83	Z=-6,854
	Medyan (Min-Maks)	9 (9-12)	11 (9-27)	9 (9-27)	^e 0,001**
	Fark	-3,73±2,64	0,03±0,18	-1,85±2,65	Z=-6,949
	Test Değeri	Z=-4,648	Z=-1,000		^e 0,001**
	p	^f 0,001**	^f 0,317		
İlk Değerlendirme İkinci Bölüm Semptom Şiddeti	Ort±SS	9,6±2,13	10±1,91	9,8±2,02	Z=-3,659
	Medyan (Min-Maks)	9,5 (6-14)	10 (7-14)	10 (6-14)	^e 0,001**
3. ay İkinci Bölüm Semptom Şiddeti	Ort±SS	6,7±1,18	10±1,91	8,35±2,29	Z=-6,752
	Medyan (Min-Maks)	6 (6-11)	10 (7-14)	8 (6-14)	^e 0,001**
	Fark	-2,90±1,42	0	-1,45±1,77	Z=-6,439
	Test Değeri	Z=-4,677	Z=0,000		^e 0,001**
	p	^f 0,001**	^f 1,000		

^eMann Whitney U Test

^fWilcoxon Signed Ranks Test

*p<0,05

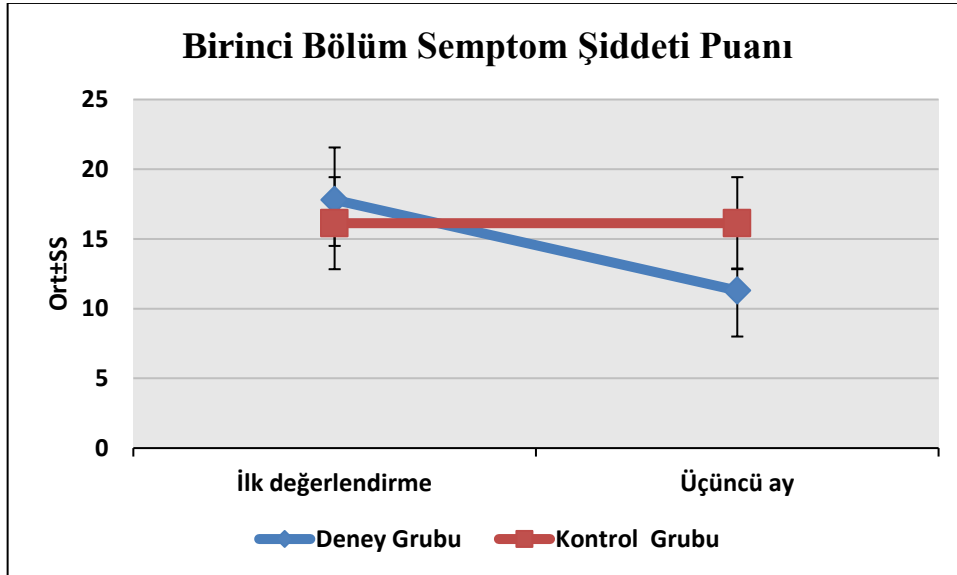
**p<0,01

Birinci Bölüm Semptom Şiddeti:

Grup içi karşılaştırma: Araştırma kapsamındaki DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay birinci bölüm *Semptom Şiddeti* alt boyutu puanlarının, istatistiksel olarak anlamlı azaldığı yani yaşam kalitelerinin arttığı saptandı ($p<0,01$). KGH'nin ise ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay birinci bölüm *Semptom Şiddeti* alt boyutu puanının aynı olması sonucunda yaşam kalitelerinde değişim olmadığı ve istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmediği görüldü ($p>0,05$) (Tablo 4.9).

Gruplar arası karşılaştırma: DGH'nin ilk değerlendirmede KKHYKÖ birinci bölüm *Semptom Şiddeti* alt boyutu boyutundan aldıkları puanların, KGH'ye göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu ($p=0,040$; $p<0,05$). DGH'nin üçüncü ay değerlendirmesinde KKHYKÖ birinci bölüm *Semptom Şiddeti* alt boyutundan aldıkları puanların, KGH'ye göre istatistiksel açıdan anlamlı düşük olduğu belirlendi ($p<0,01$). DGH'nin, KGH'ye göre KKHYÖ birinci bölüm *Semptom Şiddeti* alt boyutu puanının eğitim sonrasında azalması ile hastalığa özgü yaşam kalitesinin arttığı belirlendi.

Ortalama farkları: DGH'nin ilk değerlendirme KKHYKÖ birinci bölüm *Semptom Şiddeti* alt boyutu puanına göre üçüncü ay puanındaki düşüş yönündeki değişimi ile KGH'nin aynı olması arasındaki farkın istatistiksel anlamlılık ifade ettiği saptandı ($p<0,01$) (Şekil 6).



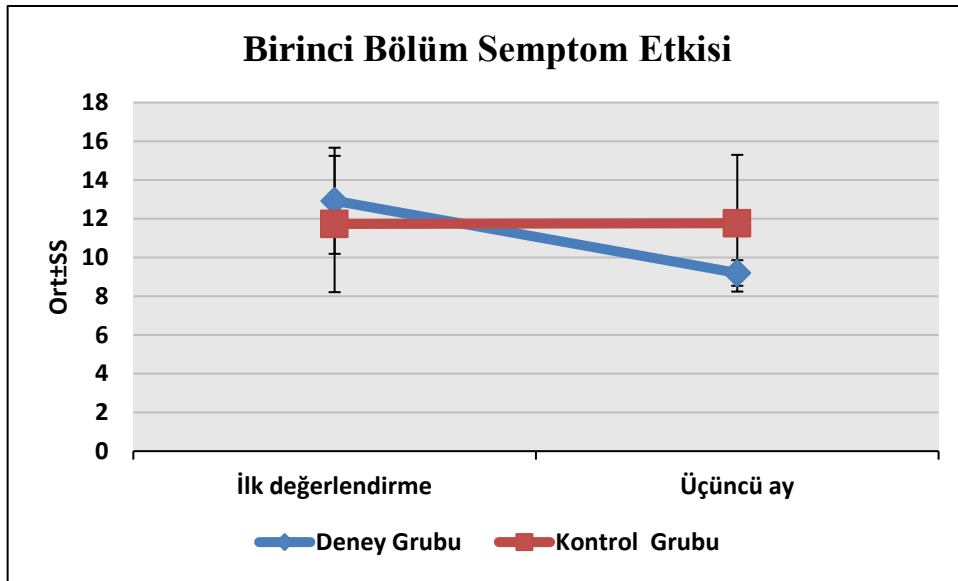
Şekil 6: Gruplara Göre Kronik Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. Bölüm Semptom Şiddeti Puanının Dağılımı

Birinci Bölüm Semptom Etkisi:

Grup içi karşılaştırma: Birinci bölüm *Semptom Etkisi* alt boyutu açısından DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay puanlarının istatistiksel olarak anlamlı azaldığı yani yaşam kalitelerinin arttığı saptandı ($p<0,01$). KGH'nin ise ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay birinci bölüm *Semptom Etkisi* alt boyutu puanındaki değişimin yaşam kalitesine etkisinin olmadığı ve istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmediği belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4.9)

Gruplar arası karşılaştırma: Bu araştırmada DGH'nin ilk değerlendirmede KKHYKÖ birinci bölüm *Semptom Etkisi* alt boyutundan aldıkları puanların, KGH'ye göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). DGH'nin üçüncü ay değerlendirmesinde KKHYKÖ birinci bölüm *Semptom Etkisi* alt boyutundan aldıkları puanların, KGH'ye göre istatistiksel olarak anlamlı düşük olduğu bulundu ($p<0,01$). DGH'nin, KGH'ye göre KKHYÖ birinci bölüm *Semptom Etkisi* alt boyutu puanının eğitim ile azalması sonucunda hastalığa özgü yaşam kalitesinin arttığı belirlendi.

Ortalama farkları: DGH'nin ilk değerlendirme KKHYKÖ birinci bölüm *Semptom Etkisi* alt boyutu puanına göre üçüncü ay puanındaki düşüş yönündeki değişimi ile KGH'nin yükselme yönünde olan değişimi arasındaki farkın istatistiksel anlamlılık ifade ettiği saptandı ($p<0,01$) (Şekil 7).



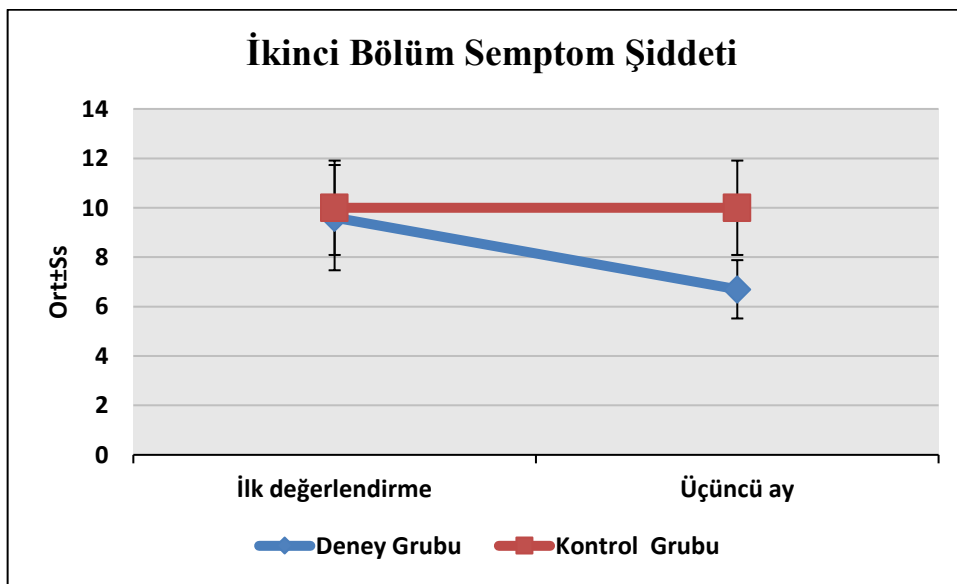
Şekil 7: Gruplara Göre Kronik Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. Bölüm Semptom Etkisi Puanının Dağılımı

İkinci Bölüm Semptom Şiddeti

Grup içi karşılaştırma: İkinci bölüm semptom şiddeti açısından DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay ikinci bölüm *Semptom Şiddeti* alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı azalması ile yaşam kalitelerinin arttığı belirlendi ($p<0,01$). KGH'nin ise ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay ikinci bölüm *Semptom Şiddeti* alt boyutu puanının aynı olması sonucunda yaşam kalitelerinde değişim olmadığı ve istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.9).

Gruplar arası karşılaştırma: Tablo 4.9'da belirtildiği üzere DGH'nin ilk değerlendirmede KKHYKÖ ikinci bölüm *Semptom Şiddeti* alt boyutundan aldıkları puanların, KGH'ye göre istatistiksel olarak anlamlı düşük olduğu saptandı ($p<0,01$). DGH'nin üçüncü ay değerlendirmesinde KKHYKÖ ikinci bölüm *Semptom Şiddeti* alt boyutundan aldıkları puanların, KGH'ye göre istatistiksel olarak anlamlı düşük olduğu bulundu ($p<0,01$). DGH'nin, KGH'ye göre KKHYÖ ikinci bölüm *Semptom Şiddeti* alt boyutu puanının eğitim ile azalması sonucunda hastalığa özgü yaşam kalitesinin arttığı belirlendi.

Ortalama farkları: DGH'nin ilk değerlendirme KKHYKÖ ikinci bölüm *Semptom Şiddeti* alt boyutu puanına göre üçüncü ay puanında düşüş yönünde değişim olurken KGH'de değişim olmadığı belirlendi. İki grubun puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel anlamlılık ifade ettiği saptandı ($p<0,01$) (Şekil 8).



Şekil 8: Gruplara Göre Kronik Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği İkinci Bölüm Semptom Şiddeti Puanının Dağılımı

4.5. Oral Antiviral Kullanımı Konusunda Verilen Eğitiminin Sağlığa ilişkin Yaşam Kalitesine Etkisine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, DGH ve KGH'nin ilk değerlendirme ve üçüncü aya ilişkin SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12 Ölçeği) boyutları ve alt boyut puan ortalamalarının grup içi, gruplar arası karşılaştırılmasına ve puan ortalama farklarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.10 ve Tablo 4.11'de gösterildi.

Tablo 4.10: Hastaların SF 12 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ve Puan Ortalama Farklarının Karşılaştırılması

SF-12 Ölçeği Boyutları		Gruplar			Test Değeri
		Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	Toplam(N=60)	p
İlk Değerlendirme Fiziksel Bileşen	Ort±SS	34,03±21,30	35,69±20,61	34,86±20,80	Z=-1,165
	Medyan (Min-Maks)	29,2 (8,3-100)	37,5 (4,2-100)	33,3 (4,2-100)	^e 0,244
3. ay Fiziksel Bileşen	Ort±SS	87,36±11,86	35,14±20,90	61,25±31,26	Z=-6,180
	Medyan (Min-Maks)	89,6 (50-100)	37,5 (4,2-100)	66,7 (4,2-100)	^e 0,001**
	Fark	53,33±15,18	-0,56±1,44	26,39±29,20	Z=-6,804
	Test Değeri	Z=-4,914	Z=-2,000		^e 0,001**
	p	^f 0,001**	^f 0,046*		
İlk Değerlendirme Mental Bileşen	Ort±SS	42,81±20,50	44,17±18,16	43,49±19,22	Z=-0,512
	Medyan (Min-Maks)	38,3 (14,2-100)	38,3 (7,5-90)	38,3 (7,5-100)	^e 0,609
3. ay Mental Bileşen	Ort±SS	86,06±10,45	41,19±17,85	63,63±26,87	Z=-6,215
	Medyan (Min-Maks)	85,8 (61,7-100)	37,1 (7,5-90)	70,4 (7,5-100)	^e 0,001**
	Fark	43,25±12,91	-2,97±7,18	20,14±25,50	Z=-6,730
	Test Değeri	Z=-4,784	Z=-2,585		^e 0,001**
	p	^f 0,001**	^f 0,010*		

^eMann Whitney U Test

^fWilcoxon Signed Ranks Test

*p<0,05

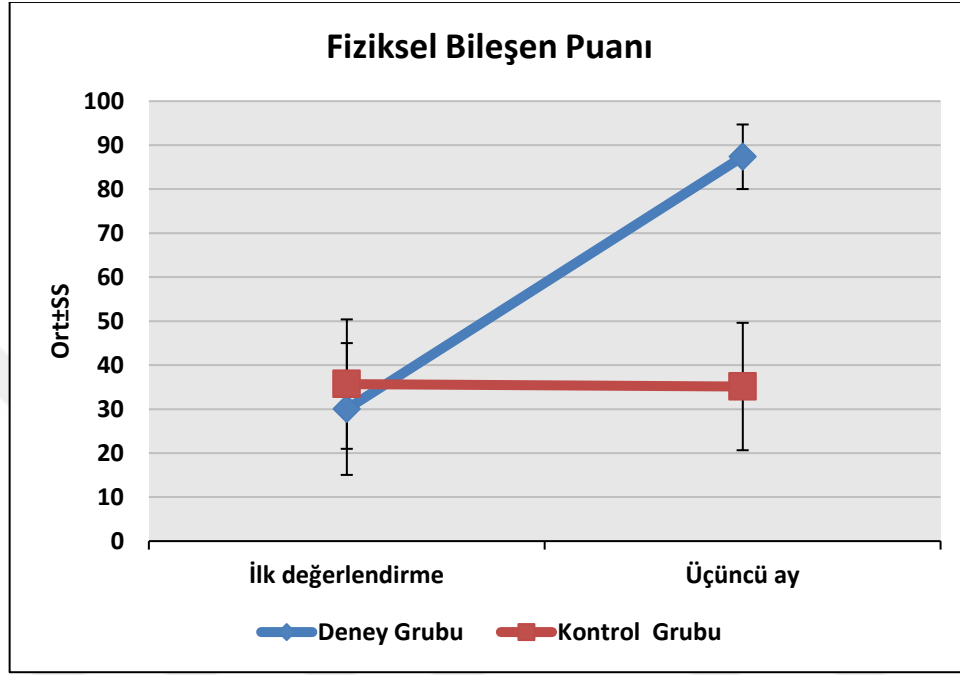
**p<0,01

Fiziksel Bileşen:

Grup içi karşılaştırma: SF-12 Ölçeği FB ana boyutu puanı açısından DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay puanının istatistiksel olarak anlamlı artması ile yaşam kalitesinin arttığı (p<0,01); KGH'nin ise ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 Ölçeği FB ana boyutu puanının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalması ile yaşam kalitesinin azaldığı bulundu (p<0,05) (Tablo 4.10).

Gruplar arası karşılaştırma: Bu araştırmada DGH ve KGH'nin ilk değerlendirmedeki SF-12 Ölçeği FB ana boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). DGH'nin üçüncü ay değerlendirmesinde SF-12 Ölçeği FB ana boyutundan aldıkları puanların, KGH'ye göre istatistiksel olarak yüksek olduğu saptandı (p<0,01). Eğitim sonrasında; DGH'nin, KGH'ye göre SF-12 Ölçeği FB puanının artması sonucunda sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin arttığı belirlendi.

Ortalama farkları: DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 Ölçeği *FB* ana boyutu puanındaki artış yönündeki değişimi ile KGH'nin düşüş yönünde olan değişimi arasındaki farkın istatistiksel anlamlılık ifade ettiği saptandı ($p<0,01$) (Şekil 9).



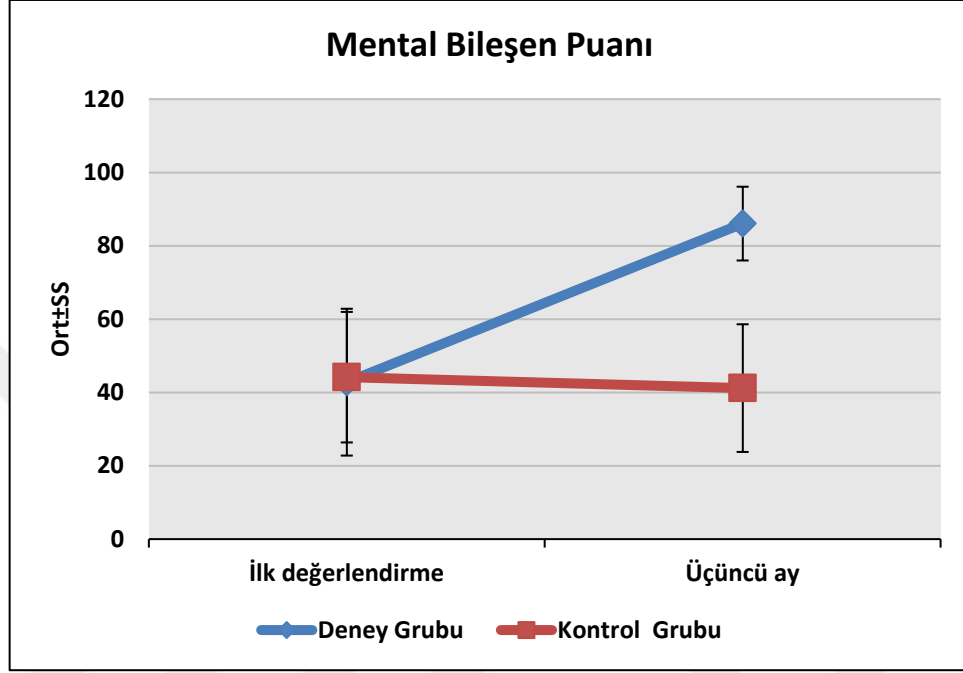
Şekil 9: Gruplara Göre Fiziksel Bileşen Puanının Dağılımı

Mental Bileşen:

Grup içi karşılaştırma: Araştırma kapsamındaki DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 Ölçeği *MB* ana boyutu puanının istatistiksel olarak anlamlı artması ile yaşam kalitesinin arttığı ($p<0,01$); KGH'nin ise ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 Ölçeği *MB* ana boyutu puanının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalması ile yaşam kalitesinin azaldığı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.10).

Gruplar arası karşılaştırma: DGH ve KGH'nin ilk değerlendirmedeki SF-12 Ölçeği *MB* ana boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). DGH'nin üçüncü ay değerlendirmesinde SF-12 Ölçeği *MB* ana boyutundan aldıkları puanların, KGH'ye göre istatistiksel olarak yüksek olduğu saptandı ($p<0,01$). Eğitim sonrasında; DGH'nin, KGH'ye göre SF-12 Ölçeği *MB* puanının artması sonucunda sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin arttığı belirlendi.

Ortalama farkları: DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 Ölçeği *MB* ana boyutu puanındaki artış yönündeki değişimi ile KGH'nin düşüş yönünde olan değişimi arasındaki farkın istatistiksel anlamlılık ifade ettiği belirlendi ($p<0,01$) (Şekil 10).



Şekil 10: Gruplara Göre Mental Bileşen Puanının Dağılımı

Tablo 4.11: Hastaların SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları ve Puan Ortalama Farklarının Karşılaştırılması

SF-12 Ölçeği Alt Boyutları		Gruplar			Test Değeri
		Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	Toplam(N=60)	p
İlk Değerlendirme Genel Sağlık	Ort±SS	42,50±21,92	42,50±20,92	42,50±21,24	Z=-0,458
	Medyan (Min-Maks)	37,5 (25-100)	50 (0-100)	50 (0-100)	^e 0,647
3. ay Genel Sağlık	Ort±SS	65,83±17,96	42,50±20,92	54,17±22,63	Z=-4,190
	Medyan (Min-Maks)	62,5 (50-100)	50 (0-100)	50 (0-100)	^e 0,001**
	Fark	23,33±6,34	0,00	11,67±12,58	Z=-7,185
	Test Değeri	Z=-5,292	Z=0,000		^e 0,001**
	p	^f 0,001**	^f 1,000		
İlk Değerlendirme Fiziksel İşlev	Ort±SS	45,00±24,91	45,00±27,39	45±25,96	Z=-0,140
	Medyan (Min-Maks)	50 (0-100)	50 (0-100)	50 (0-100)	^e 0,889
3. ay Fiziksel İşlev	Ort±SS	90,83±19,12	45,00±27,39	67,92±32,9	Z=-5,616
	Medyan (Min-Maks)	100 (50-100)	50 (0-100)	62,5 (0-100)	^e 0,001**
	Fark	45,83±13,27	0	22,92±24,91	Z=-7,135
	Test Değeri	Z=-5,209	Z=0,000		^e 0,001**
	p	^f 0,001**	^f 1,000		
İlk Değerlendirme Sosyal İşlev	Ort±SS	46,00±14,99	49,33±13,63	47,67±14,3	Z=-0,950
	Medyan (Min-Maks)	40 (20-80)	40 (20-80)	40 (20-80)	^e 0,342
3. ay Sosyal İşlev	Ort±SS	65,33±12,79	44,67±13,58	55±16,72	Z=-4,879
	Medyan (Min-Maks)	60 (40-80)	40 (20-80)	60 (20-80)	^e 0,001**
	Fark	19,33±6,40	-4,67±8,60	7,33±14,25	Z=-6,908
	Test Değeri	Z=-5,209	Z=-2,646		^e 0,001**
	p	^f 0,001**	^f 0,008**		
İlk Değerlendirme Fiziksel Rol Güçlüğü	Ort±SS	8,33±26,53	8,33±23,06	8,33±24,64	Z=-0,332
	Medyan (Min-Maks)	0 (0-100)	0 (0-100)	0 (0-100)	^e 0,740
3. ay Fiziksel Rol Güçlüğü	Ort±SS	98,33±9,13	8,33±23,06	53,33±48,6	Z=-7,186
	Medyan (Min-Maks)	100 (50-100)	0 (0-100)	75 (0-100)	^e 0,001**
	Fark	90,00±27,54	0	45,00±49,32	Z=-7,090
	Test Değeri	Z=-5,135	Z=0,000		^e 0,001**
	p	^f 0,001**	^f 1,000		
İlk Değerlendirme Duygusal Rol Güçlüğü	Ort±SS	13,33±31,98	18,33±35,92	15,83±33,81	Z=-0,626
	Medyan (Min-Maks)	0 (0-100)	0 (0-100)	0 (0-100)	^e 0,532
3. ay Duygusal Rol Güçlüğü	Ort±SS	100±0	15,00±32,56	57,5±48,56	Z=-6,825
	Medyan (Min-Maks)	100 (100-100)	0 (0-100)	100 (0-100)	^e 0,001**
	Fark	86,67±31,98	-3,33±18,26	41,67±52,21	Z=-6,822
	Test Değeri	Z=-5,038	Z=-1,000		^e 0,001**
	p	^f 0,001**	^f 0,317		
İlk Değerlendirme Ağrı	Ort±SS	55,00±21,17	65,00±20,34	60,00±21,19	Z=-2,082
	Medyan (Min-Maks)	50 (25-100)	75 (25-100)	50 (25-100)	^e 0,037*
3. ay Ağrı	Ort±SS	80,00±16,61	61,67±22,49	70,83±21,67	Z=-3,171
	Medyan (Min-Maks)	75 (50-100)	75 (25-100)	75 (25-100)	^e 0,002**
	Fark	25,00±11,37	-3,33±8,64	10,83±17,45	Z=-6,698
	Test Değeri	Z=-4,973	Z=-2,000		^e 0,001**
	p	^f 0,001**	^f 0,008**		
İlk Değerlendirme Ruhsal Sağlık	Ort±SS	57,33±19,11	55,33±16,76	56,33±17,85	Z=-0,476
	Medyan (Min-Maks)	60 (20-100)	50 (10-80)	60 (10-100)	^e 0,634
3. ay Ruhsal Sağlık	Ort±SS	77,33±17,99	53,00±15,79	65,17±20,79	Z=-4,608
	Medyan (Min-Maks)	80 (40-100)	50 (10-80)	60 (10-100)	^e 0,001**
	Fark	20,00±9,10	-2,33±4,30	8,83±13,29	Z=-6,570
	Test Değeri	Z=-4,817	Z=-2,646		^e 0,001**
	p	^f 0,001**	^f 0,008**		
İlk Değerlendirme Enerji/Canlılık	Ort±SS	58,00±19,90	56,00±17,73	57,00±18,71	Z=-0,343
	Medyan (Min-Maks)	60 (20-100)	60 (0-80)	60 (0-100)	^e 0,732
3. ay Enerji /Canlılık	Ort±SS	80,00±16,61	55,33±17,95	67,67±21,18	Z=-4,677
	Medyan (Min-Maks)	80 (40-100)	60 (0-80)	60 (0-100)	^e 0,001**
	Fark	22,00±8,05	-0,67±3,65	10,67±13,00	Z=-7,187
	Test Değeri	Z=-5,109	Z=-1,000		^e 0,001**
	p	^f 0,001**	^f 0,317		

^eMann Whitney U Test^fWilcoxon Signed Ranks Test

*p<0,05

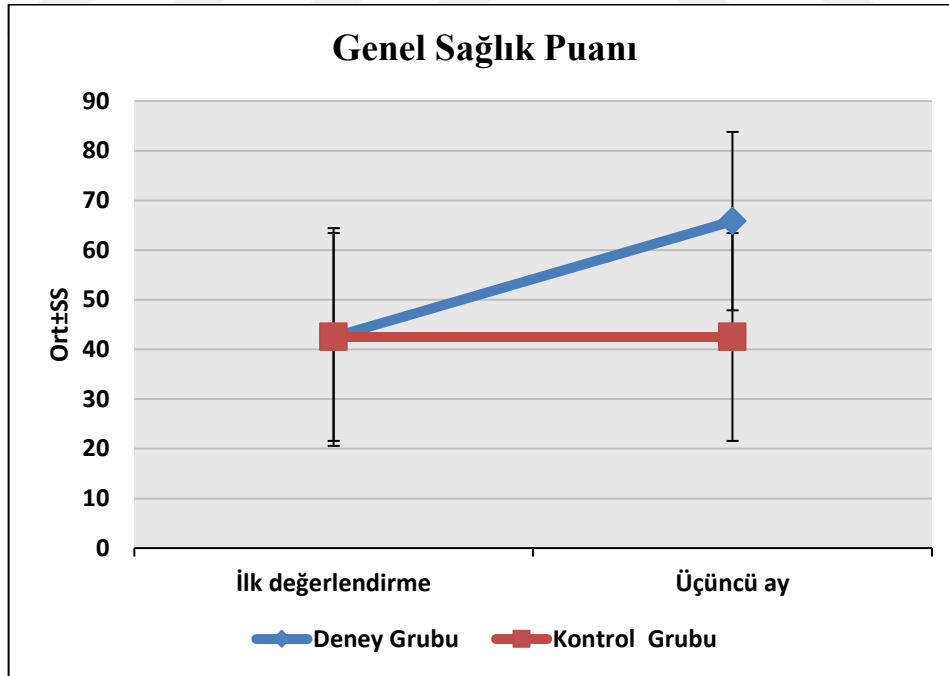
**p<0,01

Genel Sağlık:

Grup içi karşılaştırma: DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 Ölçeği GS alt boyutu puanının istatistiksel olarak anlamlı artması ile yaşam kalitesinin arttığı ($p<0,01$); KGH'de ise ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 Ölçeği GS alt boyutu puanının aynı olması sonucunda yaşam kalitelerinde değişim olmadığı ve istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmediği belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4.11).

Gruplar arası karşılaştırma: Tablo 4.11'de görüldüğü üzere DGH ve KGH'nin ilk değerlendirmedeki SF-12 Ölçeği GS alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). DGH'nin üçüncü ay değerlendirmesinde SF-12 Ölçeği GS alt boyutundan aldıkları puanların, KGH'ye göre istatistiksel olarak yüksek olduğu bulundu ($p<0,01$). Eğitim sonrasında; DGH'nin, KGH'ye göre SF-12 Ölçeği GS alt boyutu puanının artması sonucunda sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin arttığı belirlendi.

Ortalama farkları: DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 Ölçeği GS alt boyutu puanındaki artış yönündeki değişimi ile KGH'nin aynı olması arasındaki farkın istatistiksel anlamlılık ifade ettiği saptandı ($p<0,01$) (Şekil 11).



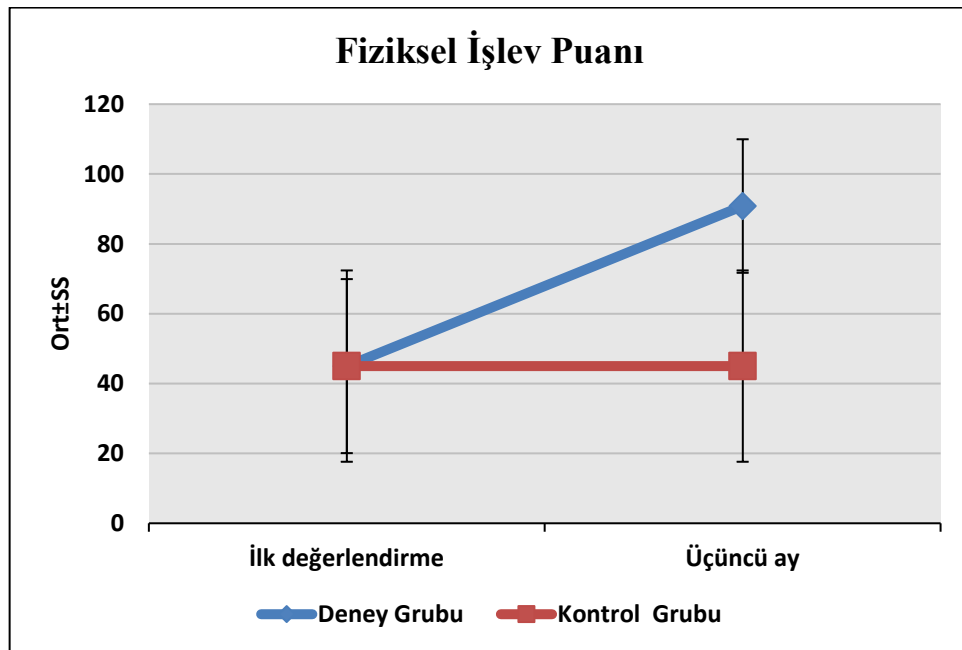
Şekil 11: Gruplara Göre Genel Sağlık Alt Boyut Puanının Dağılımı

Fiziksel İşlev:

Grup içi karşılaştırma: DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 Ölçeği *FI* alt boyutu puanının istatistiksel olarak anlamlı artması ile yaşam kalitesinin arttığı ($p<0,01$); KGH'de ise ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 Ölçeği *FI* alt boyutu puanının aynı olması sonucunda yaşam kalitelerinde değişim olmadığı ve istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.11).

Gruplar arası karşılaştırma: DGH ve KGH'nin ilk değerlendirmedeki SF-12 Ölçeği *FI* alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). DGH'nin üçüncü ay değerlendirmesinde SF-12 Ölçeği *FI* alt boyutundan aldıkları puanların, KGH'ye göre istatistiksel olarak yüksek olduğu bulundu ($p<0,01$). Eğitim sonrasında; DGH'nin, KGH'ye göre SF-12 Ölçeği *FI* alt boyutu puanının artması sonucunda sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin arttığı belirlendi.

Ortalama farkları: DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 Ölçeği *FI* alt boyutu puanındaki artış yönündeki değişimi ile KGH'nin aynı olması arasındaki farkın istatistiksel anlamlılık ifade ettiği saptandı ($p<0,01$) (Şekil 12).



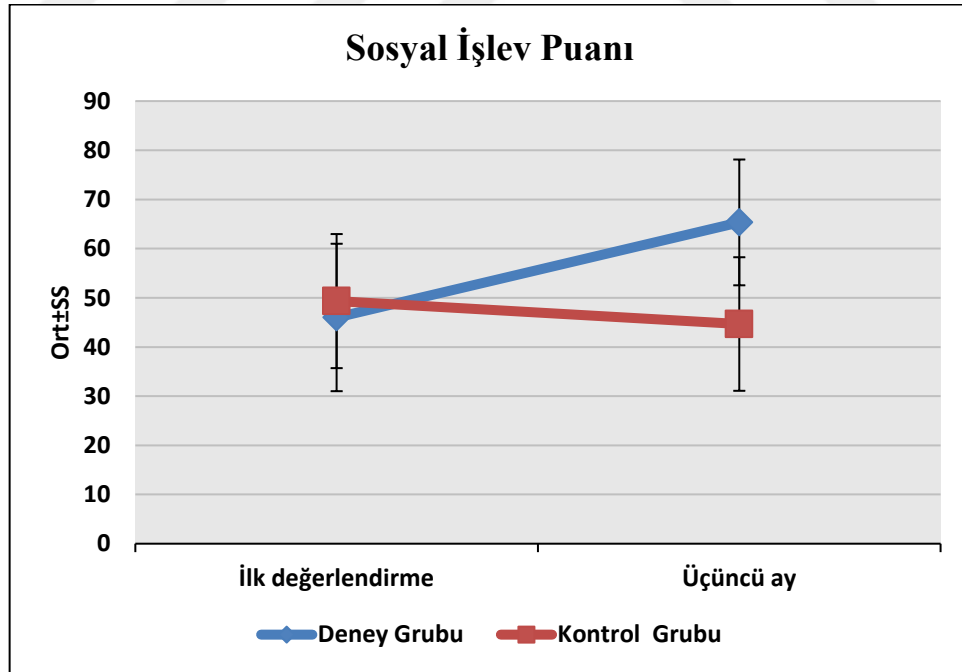
Şekil 12: Gruplara Göre Fiziksel İşlev Alt Boyut Puanının Dağılımı

Sosyal İşlev:

Grup içi karşılaştırma: SF-12 Ölçeği *Sİ* alt boyutu açısından DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay puanının istatistiksel olarak anlamlı artması ile yaşam kalitesinin arttığı ($p<0,01$); KGH'de ise ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 Ölçeği *Sİ* alt boyutu puanının istatistiksel olarak anlamlı azalması ile yaşam kalitesinin azaldığı saptandı ($p<0,01$) (Tablo 4.11).

Gruplar arası karşılaştırma: DGH ve KGH'nin ilk değerlendirmedeki SF-12 Ölçeği *Sİ* alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). DGH'nin üçüncü ay değerlendirmesinde SF-12 Ölçeği *Sİ* alt boyutundan aldıkları puanların, KGH'ye göre istatistiksel olarak yüksek olduğu bulundu ($p<0,01$). Eğitim sonrasında; DGH'nin, KGH'ye göre SF-12 Ölçeği *Sİ* alt boyutu puanının artması sonucunda sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin arttığı belirlendi.

Ortalama farkları: DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 Ölçeği *Sİ* alt boyutu puanındaki artış yönündeki değişimi ile KGH'nin düşüş yönünde olan değişimi arasındaki farkın istatistiksel anlamlılık ifade ettiği saptandı ($p<0,01$) (Şekil 13).



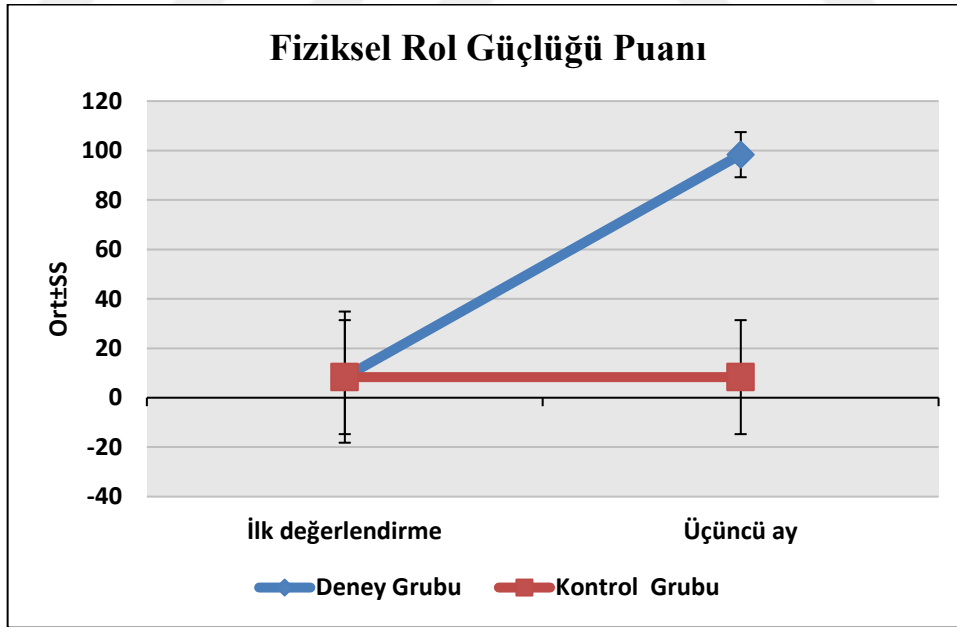
Şekil 13: Gruplara Göre Sosyal İşlev Alt Boyut Puanının Dağılımı

Fiziksel Rol Güçlüğü:

Grup içi karşılaştırma: Araştırma kapsamında DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 Ölçeği *FRG* alt boyutu puanının istatistiksel olarak anlamlı artması ile yaşam kalitesinin arttığı ($p<0,01$); KGH'nin ise ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 Ölçeği *FRG* alt boyutu puanının aynı olması sonucunda yaşam kalitelerinde değişim olmadığı ve istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmediği bulundu ($p>0,05$) (Tablo 4.11).

Gruplar arası karşılaştırma: DGH ve KGH'nin ilk değerlendirmedeki SF-12 Ölçeği *FRG* alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). DGH'nin üçüncü ay değerlendirmesinde SF-12 Ölçeği *FRG* alt boyutundan aldıkları puanların, KGH'ye göre istatistiksel olarak yüksek olduğu bulundu ($p<0,01$). Eğitim sonrasında; DGH'nin, KGH'ye göre SF-12 Ölçeği *FRG* alt boyutu puanının artması sonucunda sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin arttığı belirlendi.

Ortalama farkları: DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 Ölçeği *FRG* alt boyutu puanındaki artış yönündeki değişimi ile KGH'nin aynı olması arasındaki farkın istatistiksel anlamlılık ifade ettiği saptandı ($p<0,01$) (Şekil 14).



Şekil 14: Gruplara Göre Fiziksel Rol Güçlüğü Alt Boyut Puanının Dağılımı

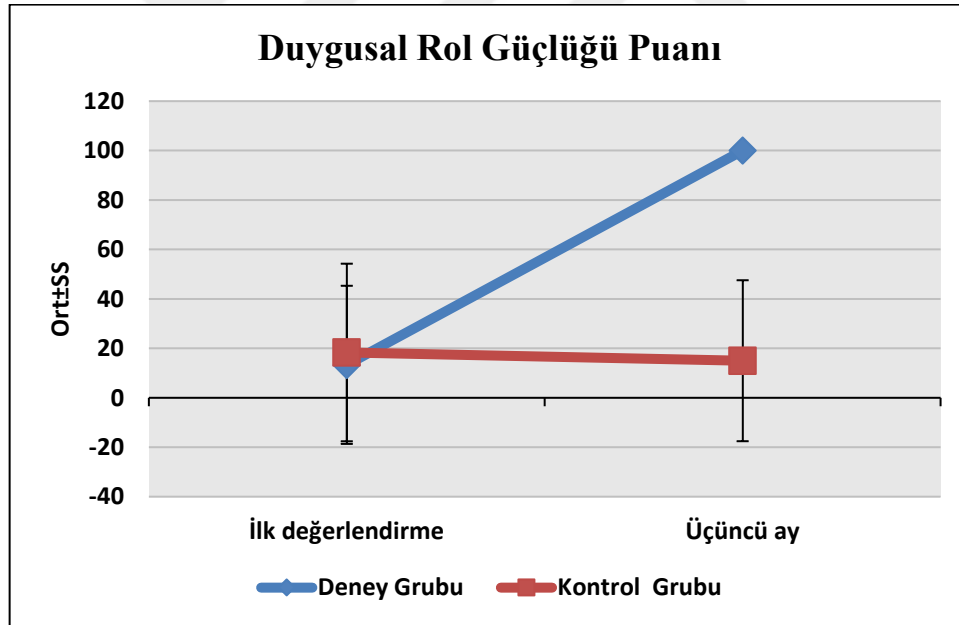
Duygusal Rol Güçlüğü:

Grup içi karşılaştırma: DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 Ölçeği *DRG* alt boyutu puanının istatistiksel olarak anlamlı artması ile yaşam kalitesinin arttığı

($p<0,01$); KGH'nin ise ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 leği *DRG* alt boyutu puanındaki değişimin yaşam kalitesine etkisinin olmadığı ve istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmediği belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4.11).

Gruplar arası karşılaştırma: DGH ve KGH'nin ilk değerlendirmedeki SF-12 leği *DRG* alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). DGH'nin üçüncü ay değerlendirmesinde SF-12 leği *DRG* alt boyutundan aldıkları puanların, KGH'ye göre istatistiksel olarak yüksek olduğu bulundu ($p<0,01$). Eğitim sonrasında; DGH'nin, KGH'ye göre SF-12 leği *DRG* alt boyutu puanının artması sonucunda sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin arttığı belirlendi.

Ortalama farkları: DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 leği *DRG* alt boyutu puanındaki artış yönündeki değişimi ile KGH'nin düşüş yönünde olan değişimi arasındaki farkın istatistiksel anlamlılık ifade ettiği saptandı ($p<0,01$) (şekil 15).



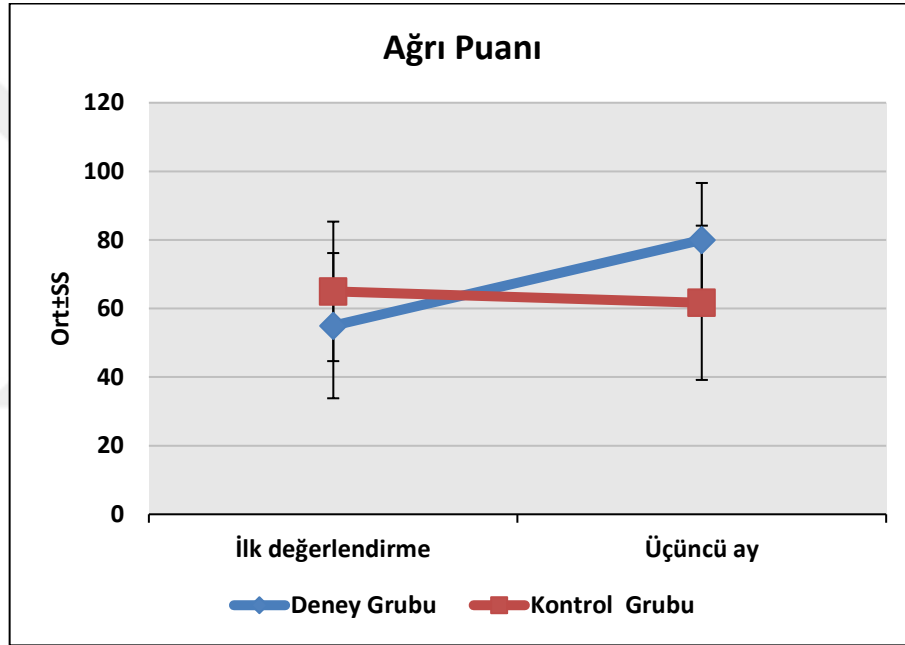
şekil 15: Gruplara Göre Duygusal Rol Güçlüğü Alt Boyut Puanının Dağılımı

Ağrı:

Grup içi karşılaştırma: SF-12 leği *Ağrı* alt boyutu açısından DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay puanının istatistiksel olarak anlamlı artması ile yaşam kalitesinin arttığı ($p<0,01$); KGH'nin ise ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 leği *Ağrı* alt boyutu puanının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalması ile yaşam kalitesinin azaldığı saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.11).

Gruplar arası karşılaştırma: Bu araştırmada DGH'nin ilk değerlendirmede SF-12 Ölçeği *Ağrı* alt boyutundan aldıkları puanlar, KGH'ye göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p<0,05$). DGH'nin üçüncü ay değerlendirmesinde SF-12 Ölçeği *Ağrı* alt boyutundan aldıkları puanların, KGH'ye göre istatistiksel olarak yüksek olduğu bulundu ($p<0,01$). Eğitim sonrasında; DGH'nin, KGH'ye göre SF-12 Ölçeği *Ağrı* alt boyutu puanının artması sonucunda sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin arttığı belirlendi.

Ortalama farkları: DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 Ölçeği *Ağrı* alt boyutu puanındaki artış yönündeki değişimi ile KGH'nin düşüş yönünde olan değişimi arasındaki farkın istatistiksel anlamlılık ifade ettiği saptandı ($p<0,01$) (Şekil 16).



Şekil 16: Gruplara Göre Ağrı Alt Boyut Puanının Dağılımı

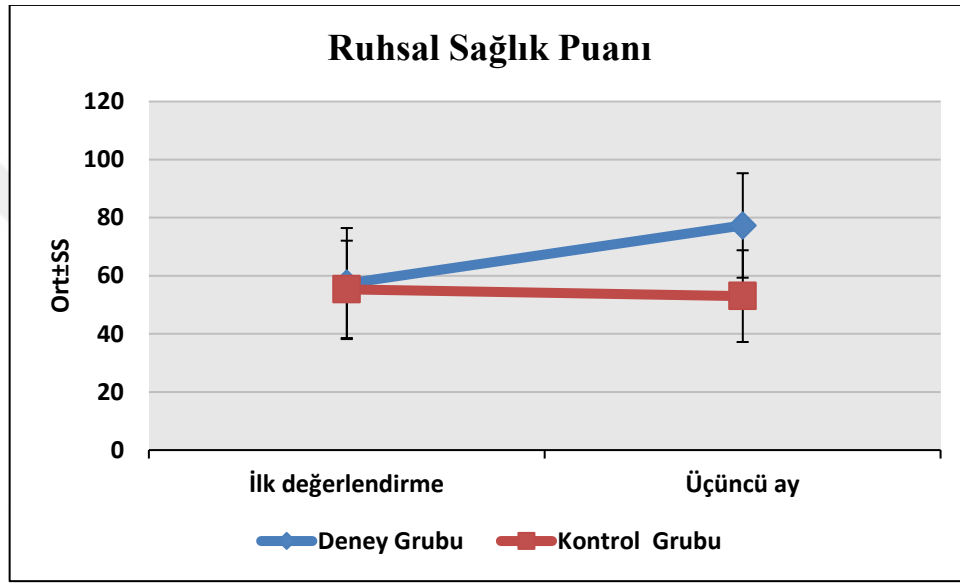
Ruhsal Sağlık:

Grup içi karşılaştırma: DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 Ölçeği *RS* alt boyutu puanının istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı artması ile yaşam kalitesinin arttığı ($p<0,01$); KGH'nin ise ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 Ölçeği *RS* alt boyutu puanının istatistiksel olarak anlamlı azalmasıyla yaşam kalitesinin azaldığı bulundu ($p<0,01$) (Tablo 4.11).

Gruplar arası karşılaştırma: Tablo 4.11'de belirtildiği üzere DGH ve KGH'nin ilk değerlendirmedeki SF-12 Ölçeği *RS* alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). DGH'nin üçüncü ay değerlendirmesinde SF-12

Ölçeği RS alt boyutundan aldıkları puanların, KGH'ye göre istatistiksel olarak yüksek olduğu bulundu ($p<0,01$). Eğitim sonrasında; DGH'nin, KGH'ye göre SF-12 Ölçeği RS alt boyutu puanının artması sonucunda sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin arttığı belirlendi.

Ortalama farkları: DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 Ölçeği RS alt boyutu puanındaki artış yönündeki değişimi ile KGH'nin düşüş yönünde olan değişimi arasındaki farkın istatistiksel anlamlılık ifade ettiği saptandı ($p<0,01$) (Şekil 17).



Şekil 17: Gruplara Göre Ruhsal Sağlık Alt Boyut Puanının Dağılımı

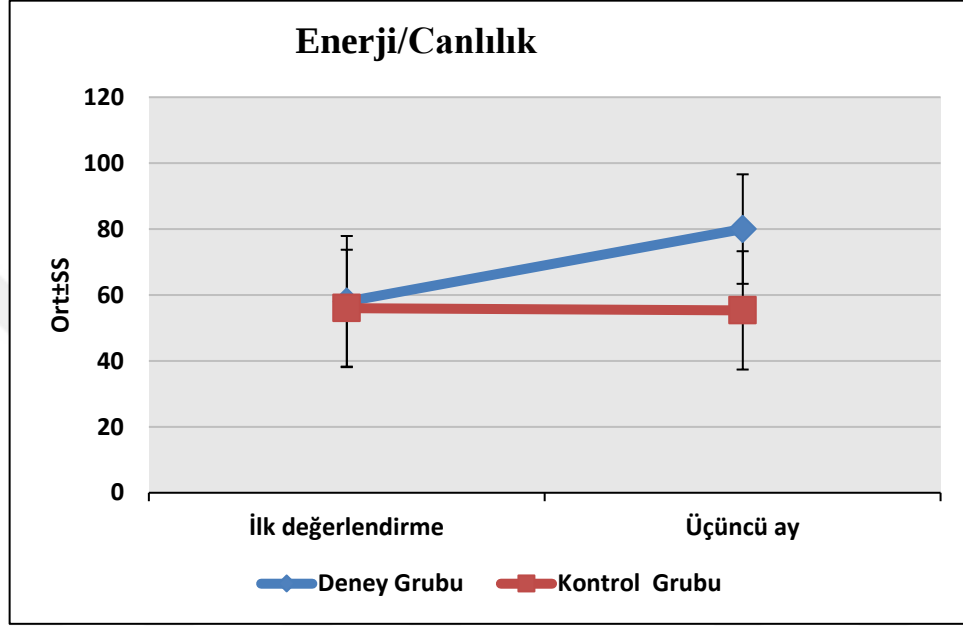
Enerji/Canlılık:

Grup içi karşılaştırma: SF-12 Ölçeği *Enerji/Canlılık* alt boyutu açısından DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay puanının istatistiksel olarak anlamlı artması ile yaşam kalitesinin arttığı ($p<0,01$); KGH'nin ise ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 Ölçeği *Enerji/Canlılık* alt boyutu puanındaki değişimin yaşam kalitesine etkisinin olmadığı ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4.11).

Gruplar arası karşılaştırma: DGH ve KGH'nin ilk değerlendirmedeki SF-12 Ölçeği *Enerji/Canlılık* alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). DGH'nin üçüncü ay değerlendirmesinde SF-12 Ölçeği *Enerji/Canlılık* alt boyutundan aldıkları puanların, KGH'ye göre istatistiksel olarak yüksek olduğu belirlendi

($p<0,01$). Eğitim sonrasında; DGH'nin, KGH'ye göre SF-12 Ölçeği *Enerji/Canlılık* alt boyutu puanının artması sonucunda sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin arttığı belirlendi.

Ortalama farkları: DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 Ölçeği *Enerji/Canlılık* alt boyutu puanındaki artış yönündeki değişimi ile KGH'nin düşüş yönünde olan değişimi arasındaki farkın istatistiksel anlamlılık ifade ettiği saptandı ($p<0,01$) (Şekil 18).



Şekil 18: Gruplara Göre Enerji/Canlılık Alt Boyut Puanının Dağılımı

5. TARTIŞMA

KHB, bulaşıcı olan ve bireylerin yaşam kalitesini etkileyen yaygın olarak görülen bir karaciğer hastalığıdır (Zhang ve diğ.2022). Nitekim uzun dönemde, ilaç uyumu sağlanamadığında, kötü ilaç uyumu komplikasyonların ortaya çıkmasına (Shin ve ark.2018) ve hastanın yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Grønkjær ve Lauridsen 2021). İlaç uyumunun sağlanmasında ise hastalık ve tedavi hakkında yeterli bilgi ve beceriye sahip olunması önemlidir (Hayward ve ark.2017; Tütüncü ve ark. 2017). Bu doğrultuda hastalar ve aileleri/yakınları ile yedi gün 24 saat bir arada bulunan hemşireler, eğitici ve danışmanlık rolleri ile KHB hastalarının ilaç uyumunun sağlanması ve yaşam kalitesinin artmasında çok önemli bir role sahiptir (Zhang ve diğ.2022). Bu doğrultuda bu araştırma, ulusal ve uluslararası rehberler doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen yazılı eğitim materyali ile oral antiviral ilaç kullanımı konusunda verilen eğitiminin hastaların ilaç uyumu ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla deneysel (randomize) olarak gerçekleştirildi.

Araştırmadan elde edilen bulgular, literatür doğrultusunda;

- Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular,
- Hastaların öğrenme gereksinimlerine ilişkin bulgular,
- Oral antiviral kullanımı konusunda verilen eğitimin ilaç uyumuna etkisine ilişkin bulgular,
- Oral antiviral kullanımı konusunda verilen eğitiminin hastalığa özgü yaşam kalitesine etkisine ilişkin bulgular ve
- Oral antiviral kullanımı konusunda verilen eğitiminin sağlığa ilişkin yaşam kalitesine etkisine ilişkin bulgular olmak üzere beş bölümde tartışıldı.

5.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde hastaların bireysel özellikler, hastalık özellikleri ve ilaç tedavisine uyumu etkileyebilecek özelliklere ilişkin bulguların tartışmasına yer almaktadır.

Deney ve kontrol grupları arasında bireysel özelliklere göre; yaş, BKİ, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, sigara kullanımı arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$; Tablo 4.1). Hastalık özelliklerine göre deney ve kontrol grupları karşılaştırıldığında da, hastalık süresi, Hepatit B ilaç kullanım süresi, diyet tedavisi, tanı sonrası sigaradan uzak durma, egzersiz yapma oranları, ilaç tedavisine başlama süreleri, kronik hastalık görülme oranları, kronik hastalıkların dağılımı, kronik hastalık tanısının konma zamanı, Hepatit B için kontrole gitme sıklığı, Hepatit B dışında kullanılan ilaç varlığı, Hepatit B dışında kullanılan ilaçların dağılımı ve ilaç kullanımıyla ilgili bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$; Tablo 4.2). Hasta bireylerin ilaç tedavisine uyumu etkileyebilecek özelliklerden bu araştırmada ele alınan her gün oral yolla aldıkları ilaç sayılarının dağılımı, ilacı kendisi alma durumları, sabah/akşam Hepatit B ilacını alma durumları, ilacı alma zamanının başkasının hatırlatma durumu, raporlu ilacı zamanında yazdırma oranları, Hepatit B için sürekli kullandıkları ilaçların dağılımı ve ilaçlara bağlı yan etki yaşama durumları arasında da gruplar farklılık saptanmadı ($p>0,05$; Tablo 4.3). Deney ve kontrol grubu hastaları arasında bireysel özellikler, hastalık özellikler ve ilaç tedavisine uyumunu etkileyebilecek özelliklerine ilişkin bulgular arasında farklılığın olmaması, eğitimin etkisini değiştirebilecek değişkenlerin her iki grupta homojen olduğunu gösterdi.

Bu araştırma örnekleminin bireysel özelliklerinden ortalama yaşın $49,60\pm 10,87$ yıl olması (Benjamin ve diğ. (2017); Keskin (2017); Akande ve diğ. (2021)) ve erkek cinsiyetin çoğunlukta (%51,7) olması (Ozyigitoglu ve diğ.2022; Akande ve diğ. 2021; Chen ve diğ. 2017); hastalık özelliklerinden tanı konma süresinin %28,3 oranında 6-10 yıl olması (Keskin (2017); Ozyigitoglu ve diğ.(2022); Tütüncü ve diğ. (2017); Xu ve diğ. (2018)), ilaç tedavisine başlanma süresi %46,7 oranında 1-5 yıl olması (Keskin (2017); Chen ve diğ. (2017); Tütüncü ve diğ. (2017); Xu ve diğ. (2018)) özellikler açısından, daha önce yapılmış KHB hastalarının olduğu ilaç uyumu ya da yaşam kalitesinin değerlendirildiği araştırmalarla benzer olduğu, örneklemin KHB grubu hastaları temsil ettiği görülmektedir.

5.2. HASTA ÖĞRENME GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Hasta eğitimi sürecindeki ilk adım hastanın öğrenme gereksinimlerine ilişkin tanılama yapmaktır (Kaya 2023). Hasta eğitim sürecinin ilk aşaması olan tanılama (Orgun 2021), hastaların ne bildiklerine ne öğrenmek istediklerine ve neleri öğrenmeleri gerektiğine, neyi öğrenebileceklerine ilişkin verileri kapsar (Kaya 2023). Öğrenme gereksinimlerinin belirlenmesinde gözlem, görüşme, anket/ölçek gibi tanılama yöntemleri kullanılarak veri toplanmaktadır (Kaya 2023). Bu çalışmada hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlemede hemşirelik araştırmalarında sıklıkla kullanılan HÖGÖ kullanılarak KHB hastalarının öğrenim gereksinimlerine ilişkin veriler toplandı. HÖGÖ’de yer alan *İlaçlar*, *YA*, *Tİ*, *DİD*, *TK*, *YK* ve *CB* alt boyutlarına ait KHB hastalarının eğitim gereksinimleri belirlendi. Belirlenen öğrenme gereksinimleri hastaların önceliklerine göre düzenlendi. Eğitimin içeriği hastaların yeterliliklerine göre belirlendi. Eğitimin zamanı ve süresi, hasta ile iş birliği yapılarak hastanın hazır bulunuşluk düzeyi dikkate alınarak oluşturuldu.

Araştırmaya katılan KHB örneklemiindeki hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamasının $158,53 \pm 8,29$ olduğu ve en yüksek puanı *İlaçlar* alt boyutundan, en düşük puanı ise *CB* alt boyutundan aldığı saptandı (Tablo 4.4). Ölçekten alınan puanın yüksek olmasının öğrenim gereksiniminin fazla yüksek olduğunu belirttiği göz önüne alındığında araştırma örneklemimizdeki oral antiviral kullanan KHB hastalarının öğrenim gereksinimlerinin yüksek düzeyde olduğu saptandı. (Tablo 4.4). Bu doğrultuda kronik hastalığı olan bireylerin de araştırma örneklem grubunda olduğu, öğrenme gereksinimlerinin aynı ölçek (HÖGÖ) kullanılarak belirlendiği araştırmalardan biri olan Yalçın ve diğ. (2015)’nin araştırması incelendiğinde; ölçek toplam puan ortalamasının $202,76 \pm 33,47$ olduğu görülmüştür. Ayrıca Türkiye’de aynı ölçek kullanılarak yapılan diğer çalışmalarda toplam puan ortalamasının; koroner yoğun bakım hastaları örnekleminde $193,6 \pm 19,8$ (Karaca Sivrikaya ve Erdem, 2018), dahili ve cerrahi kliniklerde tedavi gören hasta örnekleminde $186,67 \pm 29,22$ (Çetinkaya ve Aşiret, 2017) olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada KHB hastalarının öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğu bulgusu diğer hasta örneklemleri çalışmalara paralellik göstermektedir. Ancak ülkemizde böbrek hastaları örnekleminde yapılan Eskicioğlu ve diğ. (2019) çalışmasındaki ölçek toplam puanın $83,12 \pm 19,30$ olarak saptanması, bu çalışma bulgusuna benzerlik göstermemekle birlikte çalışma örneklemindeki böbrek hastalarının haftanın belli günlerinde

diyaliz tedavisi uygulanması sonucu sağlık çalışanlarından eğitim almalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada hastaların *İlaçlar*, *TK* ve *YK* konularının en önemli öğrenme gereksinimleri olduğu belirlenirken *CB* hastalar tarafından daha az önemli öğrenme gereksinimi olarak belirlendi (Tablo 4.4). Çetinkaya ve Aşiret (2017)'in dahili ve cerrahi kliniklerde tedavi gören hastalar ile yaptığı araştırmada da bu araştırma bulgularına benzer şekilde ölçek alt boyutlarından en yüksek puanın *İlaçlar*, *TK*, *YK* alt boyutundan aldığı belirlendi. Karaca Sivrikaya ve Erdem (2018)'in yoğun bakım hastalarının *İlaçlar* alt boyutundan, Eskicioğlu ve diğ. (2019)'nin böbrek hastalarının *TK* alt boyutundan en yüksek puan alındığı belirlendi. Aynı zamanda Mosleh ve diğ. (2017)'nin majör koroner girişim geçiren hastalarla yaptığı araştırmasında hastalara ve hemşirelere göre *CB* ve *İlaçlar*; Castro-Peraza ve diğ. (2012)'nin kolorektal kanser cerrahisi geçiren hastalarla yaptığı araştırmasında *YK*, *TK*'nin öncelikli öğrenme gereksinimi olduğu belirlenmiştir.

Hasta Öğrenme Gereksinimleri Ölçeği'ne ilişkin bulguların tartışıldığı bu bölümde sonuç olarak, HÖGÖ ilişkin elde edilen bulguların ulusal ve uluslararası yapılan araştırma sonuçlarının yüksek olduğu bulgulara benzer olup, oral antiviral kullanan KHB hastalarının öğrenim gereksinimlerinin yüksek düzeyde olduğunu belirtmektedir.

5.3. ORAL ANTİVİRAL KULLANIMI KONUSUNDA VERİLEN EĞİTİMİN İLAÇ UYUMUNA ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde, deney ve kontrol grubu hastalarının ilk değerlendirme ve üçüncü ay değerlendirmesindeki “İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği-MARS-5, MedTake Test, İlaç Uyum Yüzdesi Ölçümü sonuçları ve HBV-DNA, ALT ve AST Değeri”ne ilişkin bulguların tartışılması yer almaktadır (Tablo 4.5, Tablo 4.6, Tablo 4.7, Tablo 4.8).

Bir hastanın reçete edilen doz ve ilaç rejiminin aralığına uyma derecesi olarak tanımlanan ilaç uyumunu ölçmek için kişisel bildirim anket/ölçekleri, ilaç sayımları, elektronik sağlık kayıtları gibi yöntemler kullanılmaktadır (Brown ve diğ.2016). Bu araştırmada oral antiviral kullanan KHB hastalarının ilaç uyum düzeyi “İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği-MARS-5”, “MedTake Test”, “İlaç Uyum Yüzdesi Ölçümü” ve “HBV-DNA Değeri” ile belirlendi.

DGH’de; duyuşsal beceri kazanımına ilişkin MARS-5 puan ortalamalarının, ilk değerlendirmede ($19,07 \pm 2,07$) ve üçüncü ayda ($24,23 \pm 0,9$), bilişsel beceri kazanımına ilişkin

MedTake Test puan ortalamalarının ilk değerlendirmede ($59,17 \pm 9,48$) ve üçüncü ayda ($83,5 \pm 5,11$) elde edilen puan ortalamaları ile DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay değerlendirmesinde ilaç uyumunun arttığı saptanmıştır. DGH'nin psiko-motor beceri kazanımına ilişkin "İlaç Uyum Yüzdesi Ölçümü"nün ilk değerlendirmede %53,3'ünde ($n=16$) %80'in altında olması "düşük uyum" ve üçüncü ay değerlendirmede %90'ında ($n=27$) %80 ve üzerinde olması "yüksek uyum" olduğunu gösterdi.

KGH'de; duyuşsal beceri kazanımına ilişkin MARS-5 puan ortalamalarının, ilk değerlendirmede ($19,17 \pm 1,29$) ve üçüncü ayda ($18,33 \pm 1,52$) elde edilen puan ortalamaları ile ilaç uyumunun azaldığı, bilişsel beceri kazanımına ilişkin MedTake Test puan ortalamalarının ilk değerlendirmede ($59 \pm 7,24$) ve üçüncü ayda ($59 \pm 7,24$) elde edilen puan ortalamaları ile ilaç uyum düzeyinin aynı kaldığı saptanmıştır. KGH'nin psiko-motor beceri kazanımına ilişkin "İlaç Uyum Yüzdesi Ölçümü"nün ilk değerlendirmede %56,7'sinde ($n=17$) ve üçüncü ay değerlendirmede %60'ında ($n=18$) %80'in altında olması "düşük uyum" olduğunu gösterdi.

Literatür incelendiğinde; KHB tanısı olan hastalara verilen eğitimin ilaç uyumuna etkisini inceleyen araştırmalardan ziyade KHB hastalarının ilaç uyum düzeyini belirleyen araştırmaların olduğu görülmüştür. Bu doğrultuda KHB hastalarında ilaç uyumunun değerlendirildiği araştırma sonuçlarına yer verildi. Chotiyaputta ve diğ. (2011)'nin araştırmasında KHB hastalarının %55,3'ünün oral antiviral ilaç kullanımına %90'dan fazla uyum gösterdiği; Tütüncü ve diğ. (2017)'nin araştırmasında ise hastaların %82,4'ünün oral antiviral ilaçlarına uyum sağladığı; Xu ve diğ. (2018)'nin araştırmasında KHB hastalarının %16,5'inin yüksek düzeyde uyum, %32,2'sinin orta düzeyde uyum ve %51,2'sinin ise düşük uyum gösterdiği; Akande ve diğ. (2021)'nin araştırmasında ilaç uyumsuzluk oranının %65 olduğu; Ozyigitoglu ve diğ. (2022)'nin araştırmasında hastaların %29,2'sinin tedaviye uyumsuz olduğu ve uyumun orta yaşta arttığı gözlemlenmiştir. Başka bir kronik hastalık örneklemini olan dekompanse sirozu olan hastalar ile yapılan bir araştırma sonucunda hastaların beşte birinden fazlasının düşük/kötü ilaç uyumu ve üçte birinden fazlasının orta düzey ilaç uyumu olduğu belirlenmiştir (Hayward ve diğ.2017). Siroz, KHB komplikasyonlarından biri olması açısından önemli olup Shin ve diğ. (2018)'nin araştırmasında da ilaca zayıf/kötü uyumun, siroz ve HSK'ye bağlı mortaliteyi artırdığı bulunmuştur. Bu nedenle KHB hastalarının HBV-DNA değerinin negatif hale gelmesi ve sirotik komplikasyonların gelişmesini önlemek için oral antiviral ajan (nükleosid analog) tedavisine optimum uyum sağlanması gereklidir (Shin ve diğ. 2018). Karaciğer enzimleri olan "ALT ve AST", karaciğer hastalıklarında takip edilen

metabolik parametreler iken “HBV-DNA” değeri ise Hepatit B hastalığına özgü değerlendirilen metabolik parametredir. KHB hastalığı tedavisinin etkin olma durumunu ve ilaç uyumunu değerlendirmek için “HBV-DNA” değeri takip edilmektedir (EASL 2017; AASLD 2018). Bu araştırmada DGH ve KGH’nin “HBV-DNA” değeri sonucunun ilk değerlendirmede “pozitif” ve üçüncü ay değerlendirmede DGH’nin ‘negatif’, KGH’nin ise ‘pozitif’ olması sonucu oral antiviral kullanımı konusunda verilen eğitimin KHB hastalarının ilaç uyumunun artırılmasında yararlı olduğunu düşündürmektedir. Bu araştırmada oral antiviral ilaç kullanımı konusunda eğitim verilen DGH’nin ilk değerlendirme HBV DNA, ALT ve AST değerine göre üçüncü ay değerindeki düşüş yönünde değişimi ile KGH’ye göre yükselme yönünde değişimi arasındaki anlamlı fark istatistiksel açıdan da anlamlı bulundu (sırasıyla, $p<0,01$, $p<0,01$, $p<0,01$) (Tablo 4.8- Şekil 3, 4, 5). Hastaların HBV DNA, ALT ve AST değerlerinde düşme olmasında hastaların ilaçlarını düzenli kullanmaları etkili olabileceği düşünülmektedir.

KHB tedavisi için oral antiviral ajan kullanan hastalarda ilaç uyumu, ilaç direnci gelişmesini ve tedavi başarısızlığını önlemektedir (Tütüncü ve diğ.2017). Nitekim, KHB komplikasyonları (siroz ve karaciğer kanseri vb.) hakkında sahip olunan bilgi, hastaların tedavinin gerekliliği ve beklenen yararlılığına ilişkin görüşlerini değiştirebilmekte ve tedaviye uyumunu artırabilmektedir (Tütüncü ve diğ.2017). Bu nedenle ilaç uyumu olmayan hastalara sağlık bakım ve tedavi ekibi tarafından ilaçlar ve karaciğer hastalığı hakkında bilgi verilmesi gereklidir. Hastalarda, hastalık yönetimi için ilaç uyum gerekliliği konusunda farkındalık yaratılmasının, ilaç uyumunu ve hastaların yaşam kalitesini iyileştirebileceği belirtilmektedir (Hayward ve diğ.2017). İlaç uyumunun değerlendirilmesi için kullanılan MARS-5 ve MedTake-Test ölçeği puanlardaki yükselme hastaların ilaç uyumlarının arttığını; ilaç uyum yüzdesinde %80 üzerinde çıkan sonuç yüksek uyumu, %80 altı elde edilen sonuç ise düşük uyum ifade etmektedir. Bu bağlamda bu araştırmada oral antiviral ilaç kullanımı konusunda eğitim verilen DGH’nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay değerlendirmesinde MARS-5 ve MedTake Test puanlarında artışın ve İlaç Uyum Yüzdesi Ölçümü yüzdesindeki iyi yönde değişimin KGH’ye göre yüksek olarak saptanması bulgusu hastaların ilaç uyumlarının arttığını göstermektedir (sırasıyla, $p<0,01$, $p<0,01$, $p<0,01$) (Tablo 4.5-Şekil 1, Tablo 4.6- Şekil 2, Tablo 4.7- Şekil 3). Lee ve diğ. (2021)’nin araştırmasında düşük ve orta düzeyde ilaç uyumu gösteren hastaların böbrek yetmezliği riskinin, yüksek düzeyde ilaç uyum sağlayan hastalardan önemli ölçüde daha yüksek olduğu ve aynı zamanda ETV ile uzun süreli tedavi sırasında KHB hastalarında mortalite ve böbrek yetmezliği riskini önemli ölçüde azaltmak için yüksek ilaç uyumu (≥ 90) gerektiği belirtilmiştir. Tütüncü ve diğ. (2017)’nin araştırmasında da KHB

hakkında yeterli temel bilgiye sahip olan hastaların ilaç uyumlarının daha iyi olduğu bulunmuştur. HBV örneklemlili sınırlı sayıda çalışmalardan bir diğeri olan Bhimla ve diğ. (2022)'nin araştırmasında HBV ile ilgili bilgi, motivasyon ve öz yeterlilikleri olan hastaların orta/yüksek düzeyde ilaç uyumuna sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca Chen ve diğ. (2017)'nin KHB hastalarının eğitim gereksinimleri ve yaşam kalitelerinin değerlendirildiği araştırmalarında antiviral tedavi alan KHB hastalarının, antiviral tedavi almayanlara göre eğitim gereksinimlerinin daha fazla olduğu, “tedavi rejimleri ve ilgili prosedürlerin” en fazla olan eğitim gereksinimi olduğu belirlenmiştir.

Literatürde, KHB hastalarında eğitimin ilaç uyumuna etkisini gösteren benzer araştırmalar olmasa da başka kronik hastalıklarda eğitimin ilaç uyumuna etkinliğinin değerlendirildiği araştırmalara rastlanılmaktadır. Hipertansiyon hastalarına verilen eğitimin ilaç uyumuna etkisini değerlendiren araştırma sonuçları incelendiğinde; Akça ve Eliş Yıldız (2019)'ın araştırmasında hastaların eğitim öncesi ($5,22 \pm 1,30$) olan puan ortalamasında, eğitim sonrası ($7,17 \pm 1,21$) elde edilen puan ortalamasına göre artış olduğu; Ayruk (2022)'un deney ve kontrol grubu hastaların olduğu araştırmasında ise deney grubu hastalara yapılan eğitimin hastaların ilaç tedavisine uyumlarını artırdığı saptanmıştır. Tan ve diğ. (2019)'nin hipertansiyon, hiperlipidemi ve/veya diyabet tanısı olan hastalarla yaptığı sistematik derlemede eğitimin ilaç uyumu üzerine olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak bu araştırmadaki eğitim verilen KHB hastaları ve kronik hastalarla yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalarda da eğitimin ilaç uyumunu arttırdığı görülmüştür.

Araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, oral antiviral ajan kullanımı hakkında eğitim verilen deney grubu hastalarda “İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği-MARS-5” ve “MedTake Test” puan ortalamalarının kontrol grubu hastalara göre daha yüksek olduğu görüldü ve “*Oral antiviral kullanımı konusunda verilen eğitim ilaç uyumunu artırır*” (H1) hipotezi kabul edildi.

Oral antiviral ajan kullanımı hakkında eğitim verilen deney grubu hastalarda; “İlaç Uyum Yüzdesi Ölçümü”nün %80 ve üzerinde olması oranının; “HBV-DNA, ALT ve AST” değerleri ölçümündeki düşmenin kontrol grubu hastalara göre daha yüksek olduğu görüldü ve “*İlaç uyumu konusunda yapılan eğitimin, laboratuvar sonuçlarını da olumlu yönde etkilemesi beklenmektedir*” hedefine ulaşıldı.

5.4. ORAL ANTİVİRAL KULLANIMI KONUSUNDA VERİLEN EĞİTİMİNİN HASTALIĞA ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Hastalara oral antiviral kullanımı konusunda verilen eğitimin hastalığa özgü yaşam kalitesine etkisine ilişkin bulgular, kontrol ve deney gruplarının ilk değerlendirme ve üçüncü ay değerlendirmesi “Kronik Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği (KKHYKÖ)”ne ilişkin bulguların tartışılmasına yer verildi (Tablo 4.9).

DGH ve KGH’nin KKHYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; oral antiviral ilaç kullanımı konusunda verilen eğitimin; DGH’nin ilk değerlendirme KKHYKÖ birinci bölüm *Semptom Şiddeti* alt boyutu puanına göre üçüncü ay puanındaki düşüş yönündeki değişimi ile KGH’nin aynı olması arasındaki farkın ($p<0,01$) (Şekil 6); DGH’nin ilk değerlendirme KKHYKÖ birinci bölüm *Semptom Etkisi* alt boyutu puanına göre üçüncü ay puanındaki düşüş yönündeki değişimi ile KGH’nin yükselme yönünde olan değişimi arasındaki farkın ($p<0,01$) (Şekil 7); DGH’nin ilk değerlendirme KKHYKÖ ikinci bölüm *Semptom Şiddeti* alt boyutu puanına göre üçüncü ay puanındaki düşüş yönündeki değişimi ile KGH’nin aynı olması arasındaki farkın istatistiksel anlamlılık ifade ettiği saptandı ($p<0,01$) (Tablo 4.9) (Şekil 8). KKHYKÖ’de alınan puan arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır bilgisi doğrultusunda bu araştırmada ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay değerlendirme sonuçlarına göre elde edilen sonuç, eğitim verilen DGH’nin eğitim verilmeyen KGH’ye göre hastalığa özgü yaşam kalitesinin arttığını ifade etmektedir. Literatürde daha önce aynı örneklem grubuna verilen eğitimin yaşam kalitesine etkisini inceleyen çalışmaya rastlanmadı. KHB hastalığına özgü yaşam kalitesinin ölçüldüğü (Benjamin ve diğ. 2017; Keskin, 2017; Tanaka ve diğ.2016; Karacaer ve diğ.2016; Tombul 2016; Pınar ve diğ.2014; Eraydın ve diğ.2014) ise sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmalar incelendiğinde, Grønkjær ve Lauridsen’in (2021) yaptığı sistematik derlemede, karaciğer hastalığı olan hastalar, kontrol grupları veya genel popülasyonla karşılaştırıldığında hastaların yaşam kalitelerinin azaldığı saptanmıştır.

Benjamin ve diğ. (2017)’nin kronik karaciğer hastalığı olan 494 hasta ve sağlıklı kontrol grubunun olduğu 103 birey ile yaptıkları araştırmada hastaların hastalığa özgü yaşam kalitelerinin kontrol grubundan önemli ölçüde daha düşük olduğu saptanmıştır. HBV (n=22) veya Hepatit C virüsü (n=113) ile enfekte, HSK olmayan kronik viral hepatiti olan hastalardan oluşan Tanaka ve diğ. (2016)’nin yaptığı araştırmada karaciğer hastalıklarının ilerlemesi ile birlikte hastalığa özgü yaşam kalitesinin kademeli olarak azaldığı görülmüştür. Keskin (2017)

'nin araştırmasında oral antiviral ilaç kullanan hastaların Hepatit B Yaşam Kalitesi Ölçeği *Yaşama Gücü* alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir Karacaer ve diğ. (2016) %40,4 oranında antiviral tedavi alan KHB hastalarının da olduğu Türkiye'de 57 merkezde Hepatit B Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak gerçekleştirilen araştırmada antiviral tedavinin kullanılmasının hastalığa özgü yaşam kalitesini artırdığı saptanmıştır Tombul (2016)'nin araştırmasında; inaktif HBsAg taşıyıcısı olan hastaların yaşam kalitesinin, KHB hastalarının yaşam kalitesine göre daha iyi olduğu görülmüştür Pınar ve diğ. (2014)'nin siroz ya da kanser bulguları olmayan KHB hastaları (n=76) ve inaktif HBsAg taşıyıcıları (n=84)'nin örneklemli araştırmasında da ölçekten alınan puanlara göre KHB hastalarının hastalığa özgü yaşam kalitesi inaktif HBsAg taşıyıcısı olanlara göre daha düşük olduğu belirtilmiştir. Eraydın ve diğ. (2014)'nin KHB hastalarının KKHYKÖ ile yaşam kalitesini değerlendirdikleri bir diğer araştırmada da siroz olan ve olmayan hastaların %50'den fazlasında birinci bölüm *Semptom Şiddeti ve Semptom Etkisi* alt boyut semptomlarının, siroz olan hastalarda ise ikinci bölüm *Semptom Şiddeti* alt boyutu semptomlarının yüksek oranda olduğu bulunmuştur.

Bu doğrultuda ulusal ve uluslararası yapılan araştırmalar incelendiğinde, kronik karaciğer hastalığı tanısı olan bireylerin hastalığa özgü yaşam kalitelerinin düşük olduğunu özellikle hastalığın ileri evresinde olan hastaların hastalığa özgü yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu göstermektedir. Bu nedenle komplikasyon gelişerek hastalığın ilerlememesi ve buna bağlı hastaların hastalığa özgü yaşam kalitelerinin bozulmaması için düzenli aralıklarla hastalara eğitim planlanması önemlidir. Aynı zamanda KHB hastalığının siroz, karaciğer yetmezliği ve hepatoselüler karsinom gibi komplikasyonlara neden olup hastalığa özgü yaşam kalitesinin bozulmaması KHB'nin tedavi edilmesiyle yani hastaların devamlı oral antiviral ilaç kullanımı ile mümkün olmaktadır (Karacaer ve diğ.2016; Eraksoy 2017). KHB komplikasyonlarından biri olabilen dekompanse sirozu olan hastalar ile yapılan bir araştırma sonucunda ilaç uyumu düzeyi düşük olan hastaların daha çok hastalık semptomlarının olduğu, ilaç kullanımının gerekliliğine olan inançlarının, karaciğer hastalığına ilişkin algılarının ve hastalığa özgü yaşam kalitelerinin iyi olmadığı belirlenmiştir (Hayward ve diğ.2017).

Hastalık hakkında bilgi eksikliği de hasta bireylerde başarısızlık hissine neden olmaktadır (Adjei ve diğ. 2017; Taheri Ezbarami ve diğ.2017; Valizadeh ve diğ.2019). Karaciğer hastalığı etiyolojisinden bağımsız olarak hastalar, karaciğer hastalığını anlayabilmek ve yönetebilmek için desteğe ihtiyaç duydukları zaman sağlık uzmanları tarafından farkındalık oluşturulması ve bilgilendirilmesi gerekliliğine ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir (Adjei ve

ark.2017; Taheri Ezbarami ve diğ.2017; Valizadeh ve diğ.2019; Wallace ve diğ.2017). Bu bağlamda sağlık bakım ve tedavi ekibi KHB hastaları için uygun bakım ve tedaviyi hastaların biyo-fizyolojik, sosyo-kültürel ve psikolojik yönlerini dikkate alarak planladıkları bireyselleştirilmiş bakımın, hastalığa özgü yaşam kalitesini iyileştirmek için son derece önemli olduğunun farkında olunmalıdır (Tanaka ve diğ.2016).

Yukarıda açıklanan literatür bilgisi ve araştırma sonuçları, hastalığa bağlı komplikasyon gelişmemesi için hastaların ilaçlarını düzenli kullanmaları yani ilaç uyumlarının iyi olması gerekliliğini göstermektedir. Aynı zamanda KHB hastalarında hastalığa özgü yaşam kalitesinin bozulmaması için de öncelikli olması gereken ilaç uyumunun sağlanmasının önemi vurgulanmaktadır. Çünkü, karaciğer hastalıklarının ilerlemesiyle birlikte hastalığa özgü yaşam kalitesi azalmaktadır (Tanaka ve diğ.2016). Hastalığa bağlı komplikasyon gelişmemesi ve hastalığa özgü yaşam kalitesinin azalmamasında hastalara verilen eğitimin olumlu yönde etkisinin olduğu görülmektedir.

Araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, deney grubunun üçüncü aydaki değerlendirmede KKHYKÖ birinci bölüm *Semptom Şiddeti* boyutundan, birinci bölüm *Semptom Etkisi* boyutundan ve ikinci bölüm *Semptom Şiddeti* boyutundan aldıkları puanlar, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p<0,01$) ve “*Oral antiviral kullanımı konusunda verilen eğitim hastalığa özgü yaşam kalitesini artırır*” (H2) hipotezi kabul edildi.

5.5. ORAL ANTİVİRAL KULLANIMI KONUSUNDA VERİLEN EĞİTİMİN SAĞLIĞA İLİŞKİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde, hastalara oral antiviral kullanımı konusunda verilen eğitimin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine (SİYK) etkisine ilişkin bulgular, kontrol ve deney gruplarının ilk değerlendirme ve üçüncü ay değerlendirmesi “SF 12 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12)” boyutları ve alt boyutlarına ilişkin bulguların tartışılması yazılmıştır (Tablo 4.10 ve Tablo 4.11).

DGH ve KGH’nin SF-12 boyutları ve alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde; oral antiviral ajan kullanımı konusunda eğitim verilen DGH’nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay *FB* ve *MB* boyutları ile *Sİ*, *DRG*, *Ağrı*, *RS* ve *Enerji/Canlılık* alt boyut puanındaki artış yönündeki değişimi ile KGH’nin düşüş yönünde olan değişimi arasındaki farkın

istatistiksel anlamlılık ifade ettiği belirlendi (sırasıyla; $p<0,01$; $p<0,01$; $p<0,01$; $p<0,01$; $p<0,01$; $p<0,01$; $p<0,01$; $p<0,01$) (Tablo 4.10 ve Tablo 4.11) (Şekil 9, Şekil 10, Şekil 13, Şekil 15, Şekil 16, Şekil 17 ve Şekil 18). Bu sonuçlar, SF-12 ölçeği boyut ve alt boyutlarında eğitim verilen DGH'nin yaşam kalitesinin arttığını ve KGH'nin ise azaldığını göstermektedir. Aynı zamanda DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 Ölçeği *GS*, *Fİ* ve *FRG* alt boyutu puanındaki artış yönündeki değişimi ile KGH'nin bu alt boyut puanlarında değişme olmamasının anlamlılık ifade ettiği saptandı (sırasıyla; $p<0,01$; $p<0,01$; $p<0,01$) (Tablo 4.11) (Şekil 11, Şekil 12 ve Şekil 14). Bu sonuçlar ise SF-12 ölçeği alt boyutları için eğitim verilen DGH'nin yaşam kalitesinin arttığını ve KGH'nin yaşam kalitesinde değişiklik olmadığını ifade etmektedir.

Yaşam kalitesi, bireyin olumlu ve olumsuz yönlerine ilişkin genel algısını ifade etmekte olup sağlık, genel yaşam kalitesinin çok önemli bir parçasıdır (www.cdc.gov/hrqol/). KHB hastalarında SİYK'nın SF-36 ölçeği ile değerlendirildiği araştırmalar incelendiğinde de; Çetinkaya ve diğ. (2019)'nin KHB hastalarının da olduğu araştırmada *Ağrı* alt boyutu dışındaki alt boyut puanlarının düşük olduğu; Yiğit ve diğ. (2017)'nin KHB, inaktif HBV taşıyıcısı ve sağlıklı kontrol grubunun olduğu araştırmasında *GS*, *FRG* ve *Enerji/Canlılık* alt boyutları puanlarının hasta grubunda kontrol grubuna göre düşük olduğu belirlenmiştir. Aynı ölçek ile yapılan Can ve diğ. (2016)'nin farklı evrelerde olan KHB hastalarının da dahil edildiği araştırmada da, KHB'de evre arttıkça *FB* ve *MB* boyutları ile *GS* alt boyutlarında yaşam kalitesinin azaldığı aynı zamanda *Fİ* ve *Sİ* alt boyutlarında daha çok kısıtlanma, ve *Enerji/Canlılık* alt boyutlarında daha fazla azalma olduğu belirlenmiştir. Yine Çakır (2011)'in siroz olmayan KHB hastaları ve inaktif HBsAg taşıyıcıları ile yaptığı araştırmasında da KHB hastalarının *FRG*, *DRG*, *GS* ve *Enerji/Canlılık* puanlarının kötü olduğu bulunmuştur. Farklı ölçek ile yapılan Çetinkaya ve diğ. (2019)'nin hepatit B taşıyıcısı, KHB ve KHC hastaları ile yaptığı araştırmasında da hastaların yaşam kalitesi düşük saptanmıştır. Benzer olarak, Işıkgöz Taşbakan ve diğ. (2010)'nin HBV taşıyıcısı ve KHB hastaları ile yapılan araştırmasında hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğu görülmüştür. Chen ve diğ. (2021)'nin de KHB, siroz gelişmiş ve sağlıklı kontrol grubu hastalarla yaptığı araştırmada sağlıklı kontrol gruplarına göre KHB olan ve siroz gelişmiş hastaların ölçek puanları daha düşük saptanmıştır.

KHB hastalarında, enfeksiyonun başladığı süre, ek hastalık varlığı, ilaç yan etkileri nedeniyle iyileşme beklentilerinin düşük olması (Yiğit ve diğ.2017) ve hastalığın aktivitesini kontrol etmek için hastaların sık sık kontrole çağırılmaları (Karacaer ve diğ.2016) SİYK'nın

düşük olmasının nedenleri arasında olduğunu düşündürmektedir. Karacaer ve diğ.'nın (2016) inaktif HBV taşıyıcısı olan/olmayan, antiviral tedavi alan ve antiviral tedavi almayan hastalar ile yaptığı araştırmada, KHB hastalarında hastalık ilerlediğinde SİYK'nın daha da kötüleşebildiği için antiviral tedavinin kullanılması ile hastaların yaşam kalitesini artıracığı belirtilmiştir.

Antiviral tedavilerin hastalarda güven oluşturmaları hastaların SİYK'nı artırmaktadır (Karacaer ve diğ.2016). SİYK'nın artırılması için KHB'nin uygun şekilde değerlendirilmesi ve yönetimi dikkate alınmalıdır. Ancak uygun antiviral tedavi bu hasta grubunda daha yüksek yaşam kalitesi sağlayabilir (Zhuang ve diğ.2014). KHB hastalarında SİYK'nın iyi bir şekilde sürdürülmesi, klinik ortamda tedavinin önemli sonuçlarından biri olarak kabul edilmektedir. Yukarıda yer alan bilimsel açıklamalar Hepatit B kronik bir hastalık olduğu zaman hastaların KHB yönetiminde, düzenli olarak oral antiviral kullanılmaması sonucu hastalığa bağlı komplikasyon gelişmesinin yaşam kalitesini etkilediğini göstermektedir. Bu nedenle SİYK'yı büyük ölçüde azaltabilecek fiziksel semptomlar, endişeler ve sorunlar uygun şekilde tanılanmalı ve girişimde bulunulmalıdır (Tanaka ve ark.2016).

Bu araştırma bulgularına paralel olarak Zhang ve diğ. (2022)'nin karaciğer sirozlu hastalarda sağlık eğitiminin SİYK'ye etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmasında karaciğer sirozu nedeniyle hastaneye yatırılan 30 hasta deney ve 30 hasta kontrol grubunu oluşturmuştur. Hastaların yaşam kalitesi ölçeği puanları, taburcu olurken ve iki aylık takip sonrasında değerlendirilmiştir. Hastaneden taburcu olurken en önemli klinik belirti/bulguları anlama, etiyoloji, diyet ve beslenme, ilaç kullanımı, tedavi ve hastalık farkındalığı oranlarının kontrol grubuna göre deney grubunda anlamlı olarak yüksek olduğu; deney grubunda hastaneden taburculukta ve iki aylık takip sonucunda ölçek puanlarının daha yüksek yani yaşam kalitesinin artırdığı bulunmuştur.

Galenkamp ve diğ. (2019)'nin araştırmasında kronik hastalıklarda eğitim düzeyi düşük olan hastaların GS ve FB alt boyutlarında yaşam kalitesinin en kötü düzeyde olduğunu belirlemesi eğitimin yaşam kalitesi açısından önemini göstermektedir. Bu bağlamda, bu araştırma bulgularıyla desteklendiği gibi Zhang ve diğ. (2022)'nin araştırmasında hemşire tarafından eğitim verilen ve verilmeyen gruplarla yapılan hepatit B hastalarına verilen eğitimin yaşam kalitesini olumlu etkilediği ve hasta uyum davranışını iyileştirdiği saptanmıştır. Literatürde, oral antiviral kullanan komplikasyon gelişmemiş KHB hastalarına verilen eğitimin

sağlıkla ilgili yaşam kalitesine etkisini değerlendiren benzer araştırmalara rastlanmasa da eğitimin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirildiği; Baykal ve Tülek (2022)'in inmeli hastaların olduğu araştırmasında eğitim verilen hastaların yaşam kalitesinin arttığı; Ebrahimi ve diğ. (2016) son dönem böbrek hastalığı olan kontrol ve deney gruplarına rastgele atanan hemodiyaliz hastalarına (n=99) verdikleri 12 hafta süren beslenme eğitimi sonucunda deney grubunun yaşam kalitesinin arttığı, kontrol grubunun ise yaşam kalitesinde değişim olmadığı saptanmıştır. Bu araştırmalar sonucunda hastaların eğitim düzeyi azaldıkça yaşam kalitelerinin azaldığının tespit edilmesi sonucu hastaların yaşam kalitelerinin artırılması için temel eğitici faaliyetlerin planlanmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır (Boğan ve Korkmaz 2020).

Hepatit B ile ilgili bilgi düzeyinin belirlendiği sınırlı sayıda olan araştırmalar incelendiğinde; Rajamoorthy ve diğ. (2019)'nin Malezya'da Hepatit B ile ilgili bilgi ve farkındalığı belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmada toplumun düşük düzeyde bilgi ve farkındalıklarının olduğu ve bu nedenle eğitim programlarına gereksinim olduğunu; Hajarizadeh ve diğ. (2015)'nin araştırmasında KHB hastalarının Hepatit B hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır. Aynı zamanda Chen ve diğ. (2017)'nin KHB hastalarının eğitim gereksinimleri ve yaşam kalitelerinin değerlendirildiği araştırmada hastaların hepatit tedavisi hakkında bilgiye oldukça gereksinim duydukları ve SF-36 Ölçeği GS alt boyutundan en düşük puan aldıkları belirlenmiştir.

Yukarıda yer verilen araştırma sonuçlarında hepatit B hastalarının yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıkları zaman sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin iyi olmadığı saptanmıştır. Bu nedenle hasta eğitiminin, hastaların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini iyileştirmede önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir. Nitekim bu araştırma sonucunda oral antiviral kullanımı konusunda verilen eğitimin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirildiği SF-12 ölçeği puanlarının eğitim sonrasında arttığı bulunmuş olup literatür bilgisi ile paralellik gösterdiği ve eğitimin yaşam kalitesine olumlu yönde etkisinin olduğu bulunmuştur.

Araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, deney grubunun üçüncü aydaki değerlendirmede SF-12 Ölçeği *FB*, *MB* boyutları ve *GS*, *Fİ*, *Sİ*, *FRG*, *DRG*, *Ağrı*, *RS*, *Enerji/Canlılık* alt boyutlarından aldıkları puanların kontrol grubuna göre yüksek düzeyde anlamlı arttığı saptandı ($p<0,01$) ve “*Oral antiviral kullanımı konusunda verilen eğitim sağlıkla ilgili yaşam kalitesini artırır*” (H3) hipotezi kabul edildi.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda;

- Araştırmaya dahil edilen hastaların %48,3'ü (n=29) kadın, %51,7'si (n=31) erkek olup yaş ortalamalarının $49,60 \pm 10,87$ olduğu,
- KGH ve DGH'nin bireysel, hastalık ve ilaç tedavisine uyumunu etkileyebilecek özellikler açısından homojenik olduğu ($p > 0,05$),
- DGH'nin HÖGÖ'nün *İlaçlar* alt boyutundan aldıkları puanların, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı ($p < 0,05$); YA puanlarının ($p < 0,05$); TI puanlarının ($p < 0,01$); DID puanlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p < 0,01$),
- DGH'nin HÖGÖ'nün toplamından aldıkları puanların, KGH'ye göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p < 0,01$),
- DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay değerlendirmesinde MARS-5 ile değerlendirilen duyuşsal beceri kazanımına ilişkin ilaç uyumunun istatistiksel olarak anlamlı arttığı ($p < 0,01$); KGH'nin ise ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay ilaç uyumunun istatistiksel olarak anlamlı azaldığı ($p < 0,01$),
- DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay değerlendirmesinde MedTake Test ile değerlendirilen bilişsel beceri kazanımına ilişkin ilaç uyumunu istatistiksel olarak anlamlı arttığı ($p < 0,01$); KGH'nin ise ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay değerlendirme ilaç uyumunda anlamlı fark olmadığı ($p > 0,05$),
- DGH'nin üçüncü ay değerlendirme psiko-motor beceri kazanımına ilişkin ilaç uyum yüzdesinin %80 ve üzerinde olması oranının, KGH'ye göre istatistiksel olarak anlamlı arttığı ($p < 0,01$),
- DGH'nin ilk değerlendirme HBV DNA, ALT ve AST değerlerine göre üçüncü ay değerindeki düşüş yönündeki değişimi ile KGH'deki yükselme yönündeki değişimi arasındaki farkın istatistiksel anlamlılık ifade ettiği ($p < 0,01$),

- DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay birinci bölüm *Semptom iddeti* puanlarının istatistiksel olarak anlamlı azaldığı ($p<0,01$); KGH'nin ise ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay birinci bölüm *Semptom iddeti* puanındaki değişimin istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmediğı ($p>0,05$),
- DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay birinci bölüm *Semptom Etkisi*, ikinci bölüm *Semptom iddeti* puanlarının istatistiksel olarak anlamlı azaldığı ($p<0,01$); KGH'nin ise ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay birinci bölüm *Semptom Etkisi*, ikinci bölüm *Semptom iddeti* puanındaki değişimin istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmediğı ($p>0,05$),
- DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 lği *FB, MB, Sİ, Ağrı ve RS* puanlarının istatistiksel olarak anlamlı arttığı ($p<0,01$); KGH'nin ise ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 lği *FB, MB, Sİ, Ağrı ve RS* puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı ($p<0,05$),
- DGH'nin ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 lği *GS, Fİ, FRG, DRG ve Enerji/Canlılık* puanlarının istatistiksel olarak anlamlı arttığı ($p<0,01$); KGH'nin ise ilk değerlendirmeye göre üçüncü ay SF-12 lği *GS, Fİ, FRG, DRG ve Enerji/Canlılık* puanlarındaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$),
- Bu araştırmada oral antiviral kullanan KHB hastalarının belirlenen öğrenme gereksinimleri doğrultusunda eğitim içeriği oluşturulduktan sonra bireyin gereksinimlerine özgü danışmanlığın üçüncü ayda ilaç uyumu, hastalığa ilişkin ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesi üzerine etkinliğini arttırdığı saptandı. Aynı zamanda üçüncü ayda HBV DNA, ALT ve AST değerleri üzerinde etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- KHB hastalarının bireye özgü öğrenim gereksinimlerinin tanılanması ve eğitim girişimlerinin planlanması, uygulanması ve girişimlerin etkinliklerinin değerlendirilmesi,
- KHB ilaç tedavisi başlanmadan önce hastaların ilaç uyumsuzluğu olup olmadığının belirlenmesi, uyumsuzluk olma eğiliminde olan hastaların belirlenerek ve uyumu geliştirecek alanlara yönelik girişimlerde bulunulması,

- Oral antiviral kullanan KHB hastalarında komplikasyon gelişmesini ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesini önlemek için ilaç uyumunun önemini ve gerekliliğini içeren bilimsel literatür doğrultusunda hazırlanmış yazılı/ görsel materyal (eğitim kitapçığı/broşür/powerpoint sunum vb.) hazırlanarak yapılandırılmış eğitim (birey/grup yetişkin eğitimi) planlanması,
- Oral antiviral kullanan KHB hastaları için hazırlanan ve uzman görüşüne sunulan eğitim kitapçığının klinikteki KHB hastalarına verilmesi
- Oral antiviral kullanan KHB hastalarına ilaç uyumunun sürekliliğinin sağlanması ve yaşam kalitesini yükseltmek için düzenli aralıklarla yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık verilmesinin sonuçlarının tedavi başladıktan üçüncü, altıncı ay ve daha uzun süreli danışmanlık uygulanması/ takip edilmesi,
- KHB hastalarına yönelik daha geniş örneklemli ve multidisipliner randomize araştırmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abu-Freha, N., Abu Tailakh, M., Fich, A., Abu Bader, N., Shemer-Avni, Y., Alsana, F., Gasper, N., Abu-Kaf, H., Etzion, O. (2020). Adherence to anti-viral treatment for chronic hepatitis B. *Journal of Clinical Medicine*, 9(6), 1-10. doi: 10.3390/jcm9061922.

Acaroğlu, R., & Şendir, M. (2012). Bireyselleştirilmiş bakımı değerlendirme skalaları. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 20(1), 10-16.

Acaroğlu, R., Kaya, H. (2020). *Hemşirelik tanıları: Tanımlar & sınıflandırma 2018-2020*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Acaroğlu, R., Şendir, M., Kaya, H. (2012). *Hemşirelik süreci*, Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi. In: Babadağ, K., Aştı, T.A. (ed.), İstanbul Tıp Kitabevi; İstanbul; 8-20.

Adjei, C. A., Naab, F., & Donkor, E. S. (2017). Beyond the diagnosis: a qualitative exploration of the experiences of persons with hepatitis B in the Accra Metropolis, Ghana. *BMJ open*, 7(11), e017665. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017665.

Akande, KO., Faneye, AO., Olusola, BA., Otegbayo, JA., Arije, A., Olaleye, DO.(2021).Adherence to Medication among Patients with Chronic Hepatitis B Infection Attending a Tertiary Hospital in South Western Nigeria. *West Afr J Med*. 2021 Jul 29;38(7):629-633.

Akarca, US. (2008).Chronic hepatitis B. A guideline to diagnosis, approach, management, and follow-up 2007, Turkish Association for the Study of the Liver. *Turk J Gastroenterol*. 2008; 19(4): 207-230.

Akcam, F. Z., Uskun, E., Avsar, K., & Songur, Y. (2009). Hepatitis B virus and hepatitis C virus seroprevalence in rural areas of the southwestern region of Turkey. *International Journal of Infectious Diseases*, 13(2), 274-284.

Akça D., & Eliş Yıldız, S. (2019). Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyumlarında Eğitimin Etkisi. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 9(2), 117-124.

Akdemir, N., Tosun, N. (2021). Pankreas, *Safra Kesesi ve Karaciğer Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, Ünite 12 Bölüm 5, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı Kitabı. Akdemir N. (ed.), 7.Baskı, Akademisyen Kitabevi.

Aljumah, A. A., Babatin, M., Hashim, A., Abaalkhail, F., Bassil, N., Safwat, M., & Sanai, F. M. (2019). Hepatitis B care pathway in Saudi Arabia: current situation, gaps and actions. *Saudi journal of gastroenterology: official journal of the Saudi Gastroenterology Association*, 25(2), 73. doi: 10.4103/sjg.SJG_421_18.

Allard, N.L., MacLachlan, J.H., Dev, A., Dwyer, J., Srivatsa, G., Spelman, T., Thompson, A.J., Cowie, B.C. (2020). Adherence in chronic hepatitis B: Associations between medication possession ratio and adverse viral outcomes. *BMC Gastroenterology*, 20(1), 1-9. doi: 10.1186/s12876-020-01219-w.

Al-Noumani, H., Al-Harrasi, M., Jose, J., Al-Naamani, Z., & Panchatcharam, S. M. (2022). Medication Adherence and Patients' Characteristics in Chronic Diseases: A National Multi-Center Study. *Clinical Nursing Research*, 31(3), 426-434. doi: 10.1177/10547738211033754.

American Association for the Study of Liver Diseases. (AASLD 2018). https://journals.lww.com/hep/Fulltext/2018/04000/Update_on_prevention_diagnosis_and_treatment_of.34.aspx. Terrault, N. A., Lok, A. S., McMahon, B. J., Chang, K. M., Hwang, J. P., Jonas, M. M., ... & Wong, J. B. (2018). Update on prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B: AASLD 2018 hepatitis B guidance. *Hepatology*, 67(4), 1560-1599.

Asian Pacific Association for the Study of the Liver (APASL 2015). Asian-Pacific clinical practice guidelines on the management of hepatitis B. <http://apasl.info/apasl-hbv-guideline-2016.pdf>. Erişim Tarihi: 10.12.2022

Ayruk, H. (2022). *Hipertansiyon Hastalarına Verilen Eğitim ve Telefon Danışmanlığının İlaç Tedavisi Uyumuna ve Akılcı İlaç Kullanımına Etkisi: Tek Kör Randomize Kontrollü Çalışma* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Babadağ, K. ve Aştı T.A. (2012). *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi*, Gözden geçirilmiş 2.baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 5-20.

Badur, F. (2007). *Diyabetli Yaşlılarda İlça Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Erişim adresi <http://nek.istanbul.edu.tr:4444/ekos/TEZ/45062.pdf>.

Baykal, D., & Tulek, Z. (2022). The effect of discharge training on quality of life, self-efficacy and reintegration to normal living in stroke patients and their informal caregivers: A randomized controlled trial. *Neurology Asia*, 27(1).

Benjamin, J., Mani, K., Saraya, A., & Joshi, Y. K. (2017). Translation and validation of the Hindi version of chronic liver disease questionnaire (CLDQ) for the assessment of health related quality of life in patient with chronic liver disease in India. *Tropical Gastroenterology*, 37(2), 112-122.

Bhimla, A., Zhu, L., Lu, W., Golub, S., Enemchukwu, C., Handorf, E., Tan Y, Yeh MC, Nguyen MT, Wang MQ, Ma, G. X. (2022). Factors associated with hepatitis B medication adherence and persistence among underserved Chinese and Vietnamese Americans. *Journal of Clinical Medicine*, 11(3), 870. doi: 10.3390/jcm11030870.

Birol L.(2016). *Hemşirelik Süreci*, Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım, 10.Baskı. Akademisyen Kitabevi.

Boğan, F., & Korkmaz, M. (2020). Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hasta Grubunda İlaç Uyumu Yaşam Kalitesini Etkiliyor Mu?. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 191-198.

Brown, M. (2016). How to increase patient adherence to therapy. *Cutis*, 98(4), E24-E25.

Brown, M.T., Bussell, J., Dutta, S., Davis, K., Strong, S., Mathew, S. (2016). Medication Adherence: Truth and Consequences. *The American of the Medical Journal Science*, 351(4):387-99. doi: 10.1016/j.amjms.2016.01.010.

Bubela N, Galloway S, McCay E, McKibbin A, Nagle L, Pringle D, Ross E, Shamian J.. (1990).The patient learning needs scale: reliability and validity. *Journal Advanced Nursing*, 15: 1181-1187.

Büyükkaya, D., Fesci, H., & Akdemir, N. (2006). Karaciğer Sirozu Olan Hastaların Öz-Bakım Güçlerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 13-24.

Cacoub, P., Ouzan, D., Melin, P., Lang, J. P., Rotily, M., Fontanges, T., ... & Marcellin, P. (2008). Patient education improves adherence to peg-interferon and ribavirin in chronic genotype 2 or 3 hepatitis C virus infection: a prospective, real-life, observational study. *World journal of gastroenterology: WJG*, 14(40), 6195.

Can, G. (2014). *Karaciğer Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, İç Hastalıkları Hemşireliği Kitabı içinde Bölüm 5, Enç, N.(ed.), İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi 50.Yıl Yayınları. Nobel Tıp KitabeviS:191-210.

Can, G., Can, H., Yılmaz, B., Korkmaz, U., Ümit, H. C., Poşul, E., Ünsal, G., Tezel A., Soylu A., Kurt, M. (2016). Kronik Hepatit B ve C'li Hastalarda Karaciğer Hastalığının Farklı Evrelerinde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 7(25), 27-40.

Castro-Peraza, M. E., Lorenzo-Rocha, N., Johansson, K., Garzon-Rodriguez, E., Sosa-Alvarez, M. I., Afonso-Martin, R., & Perestelo-Perez, L. (2012). Person-centered Education–I: Patients' learning needs after colorectal cancer surgery. *International Journal of Person Centered Medicine*, 2(4), 622-626.

Celio, J., Ninane, F., Bugnon, O., & Schneider, M. P. (2018). Pharmacist-nurse collaborations in medication adherence-enhancing interventions: A review. *Patient education and counseling*, 101(7), 1175-1192. doi: 10.1016/j.pec.2018.01.022.

Center for Disease Control and Prevention. HRQOL Concepts. Why is quality of life of important? April 01, 2016. available from: <http://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>. updated: Accessed 27 June 2023.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri. <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/travel-related-infectious-diseases/hepatitis-b#5514>. Erişim Tarihi:04.03.2023.

Chan, A. H. Y., Horne, R., Hankins, M., & Chisari, C. (2019). The medication adherence report scale: a measurement tool for eliciting patients' reports of nonadherence. *British journal of clinical pharmacology*, 86(7), 1281-1288.

Cheen, M.H.H., Tan, Y.Z., Oh, L.F., Wee, H.L., Thumboo, J. (2019). Prevalence of and factors associated with primary medication non-adherence in chronic disease: A systematic review and meta-analysis. *International journal of clinical practice*, 73(6):e13350. doi: 10.1111/ijcp.13350.

Chen, C. J., & Yang, H. I. (2011). Natural history of chronic hepatitis B REVEALed. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 26(4), 628-638.

Chen, M. C., Hung, H. C., Chang, H. J., Yang, S. S., Tsai, W. C., & Chang, S. C. (2017). Assessment of educational needs and quality of life of chronic hepatitis patients. *BMC health services research*, 17, 1-7.

Chen, P., Zhang, F., Shen, Y., Cai, Y., Jin, C., Li, Y., Tu M, Zhang W, Wang Y, Zhang SF, Wang J, & Li, L. (2021). Health-Related Quality of Life and Its Influencing Factors in Patients with Hepatitis B: A Cross-Sectional Assessment in Southeastern China. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2021. doi: 10.1155/2021/9937591.

Chen, P., Zhu, J.W., Chen, T., Wang, D.F., Yang, L.P., Ruan, B., Yu, C.B., Li, L.J. (2017). [Clinical value of health-related quality of life evaluation in community patients with hepatitis B]. *Zhonghua Gan Zang Bing Za Zhi*, 25(4):313-316. Chinese. doi: 10.3760/cma.j.issn.1007-3418.2017.04.018.

Chien, H. C., Chung, Y. C., Yeh, M. L. & Lee, J. F. (2015). Breathing exercise combined with cognitive behavioural intervention improves sleep quality and heart rate variability in major depression. *Journal of Clinical Nursing*, 24(21-22), 3206-3214.

Cho, H. J., & Park, E. (2020). Development and Evaluation of an Antiviral Agent Medication Adherence Education Program for Patients with Chronic Hepatitis C. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6518. doi: 10.3390/ijerph17186518.

Chotiyaputta, W., Peterson, C., Ditah, F. A., Goodwin, D., & Lok, A. S. (2011). Persistence and adherence to nucleos (t) ide analogue treatment for chronic hepatitis B. *Journal of hepatology*, 54(1), 12-18.

- Cox, N. R., Patel, K., & Tillmann, H. L. (2014). A rationalized approach to the treatment of patients infected with hepatitis B. *Molecular diagnosis & therapy*, 18, 203-212. doi: 10.1007/s40291-013-0072-1.
- Cui, Y. A., Moriyama, M., Chayama, K., Liu, Y., Ya, C., Muzembo, B. A., & Rahman, M. M. (2019). Efficacy of a self-management program in patients with chronic viral hepatitis in China. *BMC nursing*, 18(1), 1-12. doi: 10.1186/s12912-019-0366-7.
- Cutler, R. L., Fernandez-Llimos, F., Frommer, M., Benrimoj, C., Garcia-Cardenas, V. (2018). Economic impact of medication non-adherence by disease groups: A systematic review. *BMJ Open*, 8(1), e016982. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016982>
- Çağatay, A. (2021). *Epidemiyoloji*. Hepatit B Rehber Güncelleme Uzlaş Raporu, Akhan, S. (ed.), Kocaeli Üniversitesi Vakfı Yayınları, s:5.
- Çakır U., Yalğ Ulubil İ., Akhan S., Cerit C. Nonsirotik Kronik Hepatit B Hastaları ve İnaktif HBsAg Taşıyıcılarının Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması ve Öngörücülerinin Belirlenmesi. Literatür Sempozyum, 2014; 1(1):46-51.
- Çatal, E., Dicle A. (2008). Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *DEÜHYO ED* (1), 19-32.
- Çetinkaya, F., & Aşiret, G. D. (2017). Dahili ve cerrahi kliniklerindeki hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(2), 93-99.
- Çetinkaya, F., Oral B., & Gün, İ. (2019). Bir Tıp Fakültesi Hastanesine Başvuran Kronik Hepatitli Hastaların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi, 3. *International 21. National Public Health Congress*.
- Çınar, G. (2021). *HBV ve Siroz*. Hepatit B Rehber Güncelleme Uzlaş Raporu. Akhan, S.(ed.), Kocaeli Üniversitesi Vakfı Yayınları, s:54.
- De Geest, S., Zullig, L. L., Dunbar-Jacob, J., Helmy, R., Hughes, D. A., Wilson, I. B., & Vrijens, B. (2018). ESPACOMP medication adherence reporting guideline (EMERGE). *Annals of internal medicine*, 169(1), 30-35.

Dığrak, E., Tezel A., (2022). Knowledge, Attitudes, and Opinions of Hepatitis B Virus Carrier Male Patients about the Disease Hepatit B Virusu Taşıyan Erkek Hastaların Hastalıkları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Düşünceleri. *Klimik Dergisi* , vol.35, no.3, 186-190.

Drazic, Y.N., & Caltabiano, M.L. (2013). Chronic hepatitis B and C: Exploring perceived stigma, disease information, and health-related quality of life. *Nursing & Health sciences*, 15(2), 172-178.

Durna Z., Semiha A., Özdilli K. (2011). *İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Rehberi*, Durna Z. (ed.), Cinius Yayınları, (Çev.Ed.).s:102-119.

Ebrahimi, H., Sadeghi, M., Amanpour, F., & Dadgari, A. (2016). Influence of nutritional education on hemodialysis patients' knowledge and quality of life. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 27(2), 250-255.

Eraksoy, H. (2017). Chronic Diseases, Chronic Hepatitis B, and Quality of Life/Kronik Hastalıklar, Kronik Hepatit B ve Yaşam Kalitesi. *KLİMİK Journal*, 30(3), 100-101.

Eraydın, A., Akarsu, M., Hakim, G.D., Keskinöğlu, P., & Ellidokuz, H. (2014). The validity and reliability of “The liver disease symptom index 2.0” for Turkish society. *Turkish Journal of Gastroenterol*, 25(05), 531-538.

Ercümert, Ş. (2020). *Kronik hastalığı olan hastaların hasta eğitimi alma durumları ve aldıkları eğitimin hastalıkları üzerine etkisi*, Uzmanlık tezi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Erdemir, F., Kav, S. ve Yılmaz A. A. (2017). *Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC)*. İçinde. (Çev.Ed.). Sınıflama, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Erden, S., Büyüköztürk, S., Calangu, S., Yilmaz, G., Palanduz, S., & Badur, S. (2003). A study of serological markers of hepatitis B and C viruses in Istanbul, Turkey. *Medical Principles and Practice*, 12(3), 184-188.

Ergunay, K., Balaban, Y., Cosgun, E., Alp, A., Simsek, H., Sener, B., Tatar, G., Hascelik, G. (2012). Epidemiologic trends in HBV infections at a reference centre in Turkey: an 11-year retrospective analysis. *Annals of hepatology*, 11(5):672-678.

Esin M.N. (2020). *Örnekleme. Hemşirelikte Araştırma Kitabı*.Ed.:Erdoğan S.,Nahcivan N., Esin N.s:187,190. 4.Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri.

Eskicioğlu, M., Ünal E., & Özdemir, A. (2019). Böbrek hastalarının klinikte yattığı sürede öğrenim gereksinimlerinin tespiti. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 45(2), 205-210.

European Association for the Study of the Liver. EASL (2017). <https://easl.eu/wp-content/uploads/2018/10/HepB-English-report.pdf>. Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *J Hepatol*. 2017 Aug;67(2):370-398. doi: 10.1016/j.jhep.2017.03.021

Freeland, C., Bodor, S., Perera, U., & Cohen, C. (2020). Barriers to hepatitis b screening and prevention for african immigrant populations in the united states: A qualitative study. *Viruses*, 12(3), 305. doi: 10.3390/v12030305.

Galenkamp, H., Van Oers, H. A., Kunst, A. E., & Stronks, K. (2019). Is quality of life impairment associated with chronic diseases dependent on educational level?. *European Journal of Public Health*, 29(4), 634-639.

Giang, L., Selinger, C.P., & Lee, A.U. (2012). Evaluation of adherence to oral antiviral hepatitis B treatment using structured questionnaires. *World Journal of Hepatology*, 4(2), 43-49.

Go, H., Tanaka, M., Yamamoto-Mitani, N., Suzuki, M., Kawakami, A., Masaki, N. & Shimada, M.(2019). Medication Adherence Among Patients With Chronic Hepatitis Receiving Antiviral Treatment. *Gastroenterol Nursing*, 42(2):140-149.

Groessl EJ, Ho SB, Asch SM, Stepnowsky CJ, Laurent D, Gifford AL. The hepatitis C self-management program: sustainability of primary outcomes at 1 year. *Health education & behavior*, 40(6), 730-740. doi: 10.1177/1090198113477112. Epub 2013 Feb 27.

Grønkjær, L. L., & Lauridsen, M. M. (2021). Quality of life and unmet needs in patients with chronic liver disease: A mixed-method systematic review. *JHEP Reports*, 3(6), 100370. doi: 10.1016/j.jhepr.2021.100370.

Güçlü, E., Geyik MF. (2012). Hepatit B enfeksiyonu ve korunma. *Konuralp Tıp Dergisi*, 4(2), 54-58.

Gündüzoğlu, N. Ç., Fadıloğlu, Ç., & Yılmaz, C. (2014). Obezlere özgü yaşam kalitesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15, 63-68.

Güner, R., Kalem, A. K., Hasanoğlu, İ., Keske, Ş., Güven, T., & Yılmaz, G. R. (2012). Hepatit B virüsü ile enfekte hastaların hastalık hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *Viral Hepatit Dergisi*, 18, 29-33. Doi: 10.4274/Vhd.18.08

Ha, N. B., Ha, N. B., Garcia, R. T., Trinh, H. N., Chaung, K. T., Nguyen, H. A., ... & Nguyen, M. H. (2011). Medication nonadherence with long-term management of patients with hepatitis B e antigen-negative chronic hepatitis B. *Digestive diseases and sciences*, 56, 2423-2431.

Ha, Y., Hwang, S., Chon, Y.E., Kim, M.N., Lee, J.H., & Hwang, S.G. (2019). Validation of the liver disease quality of life instrument 1.0 in patients with chronic hepatitis B: A prospective study. *Journal of clinical edicine*, 8(5), 656-668.

Hajarizadeh, B., Wallace, J., Richmond, J., Ngo, N., & Enright, C. (2015). Hepatitis B knowledge and associated factors among people with chronic hepatitis B. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 39(6), 563-568.

Hançerlioğlu S., Şenuzun Aykar F. (2023). *Kronik Hastalıklarda Bakım. Temel Hemşirelik Uygulama İçin Esaslar Kitabı*, In: Karagözoğlu Ş., Demiray A., Doğan P. (ed.), Ankara Nobel Tıp Kitabevleri. Birinci Baskı, s:353-360.

Hayward, K. L., Valery, P. C., Martin, J. H., Karmakar, A., Patel, P. J., Horsfall, L. U., ... & Cottrell, W. N. (2017). Medication beliefs predict medication adherence in ambulatory patients with decompensated cirrhosis. *World journal of gastroenterology*, 23(40), 7321.

Helmy, R., Zullig, L. L., Dunbar-Jacob, J., Hughes, D. A., Vrijens, B., Wilson, I. B., & De Geest, S. (2017). ESPACOMP medication adherence reporting guidelines (EMERGE): a reactive-Delphi study protocol. *BMJ open*, 7(2), e013496. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013496.

Hepatitis B Virus-Hepatitis B Foundation. [Treatment](https://www.hepb.org/treatment-and-management/patient-assistance-programs-in-the-u-s/) and Managment. <https://www.hepb.org/treatment-and-management/patient-assistance-programs-in-the-u-s/>.

Erişim Tarihi: 12.10.2022

Hepatology Experts and KOLs Meeting 7 October 2017. Kingdom of Saudi Arabia; 2017.

Ho, P. M., Bryson, C. L., & Rumsfeld, J. S. (2009). Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*, 119(23), 3028-3035.

Holland, K., & Jenkins, J. (Eds.). (2019). *Applying the Roper-Logan-Tierney Model in Practice-E-Book*. Elsevier Health Sciences.

Holland, K., Jenkins, J., Solomon, J. ve Whittam, S. (2008). *Applying The Roper Logan Tierney Model in Practice*, (2nd ed.). Philadelphia: Elsevier Limited.

Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and health*, 14(1), 1-24.

Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliott, R., Morgan, M., Cribb, A., & Kellar, I. (2005). Concordance, adherence and compliance in medicine taking. London: *Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO)*, 40-6.

Iqbal, K., Kleven, R. M., Kainer, M. A., Baumgartner, J., Gerard, K., Poissant, T., ... & Teshale, E. (2015). Epidemiology of acute hepatitis B in the United States from population-based surveillance, 2006–2011. *Clinical Infectious Diseases*, 61(4), 584-592.

Irmak, H., Yardım, N., Keklik, K., & Temel, F. (2019). Türkiye viral hepatit önleme ve kontrol programı 2018–2023. *Sağlık Bakanlığı Yayın*, (1102).

İşıkgöz Taşbakan, M., Sertöz, Ö.Ö., Pullukçu, H., Çalık, Ş., Sipahi, O.R., & Yamazhan, T. (2010). Comparison of quality of life in hepatitis B virus carriers versus chronic hepatitis B virus carriers versus the normal population. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 40(4), 575-583.

İncirkuş, K. (2016). *Esansiyel Hipertansiyonlu Bireylere Uygulanan Motivasyonel Görüşme Temelli Öz-Yönetim Desteği Programının Bakım Sonuçlarına Etkisi*. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora tezi İstanbul.

Javanshır, M. (2017). *Oral Antidiyabetik Kullanan Tip 2 Diyabetli Bireylere Verilen Kendi Kendini İzleme Eğitiminin Diyabet Kontrolü Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*, Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Kapucu, S., Akyar, İ. Ve Korkmaz, F. (2018). *Pearson Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. Ankara: Pelikan Yayınevi.

Kara, D. D., Mert, E., Uysal, Y., & Başhan, İ. (2017). Çoklu İlaç Kullanan Erişkinlerde Tedaviye Uyumun Hastalık Algısı, Bilgi ve Tutum Bağlamında Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(4), 227-34.

Karaca Sivrikaya, S, & Erdem, G. (2018). Koroner Yoğun Bakım Hastalarının Hasta Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(3), 186-192.

Karacaer Z, Cakir B, Erdem H, Ugurlu K, Durmus G, Ince NK, Ozturk C, Hasbun R, Batirel A, Yilmaz EM, Bozkurt I, Sunbul M, Aynioglu A, Atilla A, Erbay A, Inci A, Kader C, Tigen ET, Karaahmetoglu G, Coskuner SA, Dik E, Tarakci H, Tosun S, Korkmaz F, Kolgelier S, Karadag FY, Erol S, Turker K, Necan C, Sahin AM, Ergen P, Iskender G, Korkmaz P, Eroglu EG, Durdu Y, Ulug M, Deniz SS, Koc F, Alpat SN, Oztoprak N, Evirgen O, Sozen H, Dogan M, Kaya S, Kaya S, Altindis M, Aslan E, Tekin R, Sezer BE, Ozdemir K, Ersoz G, Sahin A, Celik I, Aydin E, Bastug A, Harman R, Ozkaya HD, Parlak E, Yavuz I, Sacar S, Comoglu S, Yenilmez E, Sirmatel F, Balkan II, Alpay Y, Hatipoglu M, Denk A, Senol G, Bitirgen M, Geyik MF, Guner R, Kadanali A, Karakas A, Namiduru M, Udurgucu H, Boluktas RP, Karagoz E, Ormeci N. Quality of life and related factors among chronic hepatitis B-infected patients: a multi-center study, Turkey. *Health Qual Life Outcomes*. 2016 Nov 3;14(1):153. doi: 10.1186/s12955-016-0557-9. PMID: 27809934; PMCID: PMC5095975.

Karakaya, C., Işıkkhan, V. (2020). Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(4), 1437-1458.

Kate, J., Joanne, C., & Stephane, R. (2013). Hepatitis B virus part 1: risk factors, blood results and nursing care. *Gastrointestinal Nursing*, 11(3), 37-41.

Kaya H. (2023). *Hasta ve Ailenin Eğitimi*. Temel Hemşirelik Uygulama İçin Esaslar Kitabı, In.: Karagözoğlu, Ş., Demiray, A., Doğan, P.(ed.), Ankara Nobel Tıp Kitabevleri. Birinci Baskı, s:484-497.

Kaya, N. (2012). *Roper, Logan Tierney'in Hemşirelik Modeli*. In: Babadağ, K. ve Aştı, T. (ed.), Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi, İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık, s:1-7.

Kaya, N., Babadağ, K., Kaçar, G., Uygur, E. (2010). Hemşirelerin Hemşirelik Model / Kuramlarını, Hemşirelik Sürecini ve Sınıflama Sistemlerini Bilme ve Uygulama Durumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3): 24-33.

Keskin, D. (2017). *Kronik Hepatit B Enfeksiyonlu Hastalarda Yorgunluk Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tez. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kizhakkeveetil, A., Whedon, J., Schmalzl, L., Hurwitz, E.L. (2019). Yoga for Quality of Life in Individuals With Chronic Disease: A Systematic Review. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 25(1):36-43.

Köksal E.(2021). *Hepatit B Tanı Yöntemleri*, Hepatit B Rehber Güncelleme Uzlaş Raporu, In: Akhan, S.(ed.), Kocaeli Üniversitesi Vakfı Yayınları.s:16-18. <https://www.researchgate.net/publication/351853863>

Kumar, R., Yee, M.L., Goh, G.B., Chia, P.Y., Lee, H.L., Xin, X., Teo, P.S., Ekstrom, V.S., Tan, J.Y., Cheah, M.C., Wang, Y.T., Chang, J.P., Tan, C.K., Tan, H.K., Krishnamoorthy, T.L., Chow, W.C. (2021). Virtual monitoring for stable chronic hepatitis B patients does not reduce adherence to medications: A randomised controlled study. *Journal of Telemedicine and Telecare*, Online ahead of print. doi: 10.1177/1357633X20980298.

Kumsar, A. K., & Taşkın Yılmaz, F. (2014). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 62-70.

Kwan YH, Weng SD, Loh DHF, Phang JK, Oo LJY, Blalock DV, Chew EH, Yap KZ, Tan CYK, Yoon S, Fong W, Østbye T, Low LL, Bosworth HB, Thumboo J. (2020). Measurement properties of existing patient-reported outcome measures on medication adherence: systematic review. *Journal of medical Internet research*, 22(10), e19179. doi: 10.2196/19179.

Lampertico, P., Agarwal, K., Berg, T., Buti, M., Janssen, H. L., Papatheodoridis, G., ... & Tacke, F. (2017). EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *Journal of hepatology*, 67(2), 370-398.

Lee, J., Cho, S., Kim, H. J., Lee, H., Ko, M. J., & Lim, Y. S. (2021). High level of medication adherence is required to lower mortality in patients with chronic hepatitis B taking entecavir: a nationwide cohort study. *Journal of Viral Hepatitis*, 28(2), 353-363.

- Lieveld, F. I., van Vlerken, L. G., Siersema, P. D., & van Erpecum, K. J. (2013). Patient adherence to antiviral treatment for chronic hepatitis B and C: a systematic review. *Annals of Hepatology*, 12(3), 380-391.
- Lin, C. L., & Kao, J. H. (2017). Natural history of acute and chronic hepatitis B: The role of HBV genotypes and mutants. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 31(3), 249-255.
- Liu, Y., Zhang, S., Zhao, Y., Du, J., Jin, G., Shao, S., & Lu, X. (2016). Development and application of the Chinese (Mainland) version of chronic liver disease questionnaire to assess the health-related quality of life (HRQoL) in patients with chronic hepatitis B. *Plos one*, 11(9), e0162763. doi: 10.1371/journal.pone.0162763.
- Long, P. H. (1960). On the quantity and quality of life. *Medical times*, 88, 613-619.
- Luthra, S., & Sands, D. (2019). Flying Blind With Medication Management. *Managed Care (Langhorne, Pa.)*, 28(2), 41-41.
- MacLaughlin, E.J., Raehl, C.L., Treadway, A.K., Sterling, T.L., Zoller, D.P., Bond, C.A. (2005). Assessing medication adherence in the elderly: which tools to use in clinical practice? *Drugs Aging*, 22(3):231-55. doi: 10.2165/00002512-200522030-00005.
- McQuaid, E. L., & Landier, W. (2018). Cultural issues in medication adherence: disparities and directions. *Journal of general internal medicine*, 33, 200-206. doi: 10.1007/s11606-017-4199-3.
- Mistik, R. (2007). The epidemiology of viral hepatitis in Turkey: analysis of published data. *Viral Hepatit. Volume*, 1(1).
- Mosleh, S. M., Eshah, N. F., & Almalik, M. M. (2017). Perceived learning needs according to patients who have undergone major coronary interventions and their nurses. *Journal of clinical nursing*, 26(3-4), 418-426. doi: 10.1111/jocn.13417.
- Nguyen, M. H., Wong, G., Gane, E., Kao, J. H., & Dusheiko, G. (2020). Hepatitis B virus: advances in prevention, diagnosis, and therapy. *Clinical microbiology reviews*, 33(2), e00046-19. doi: 10.1128/CMR.00046-19.

Ocakçı, A.F., Alpar, Ş.E.(2013). *Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri*. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul. S:

Ojelabi, A. O., Graham, Y., Haighton, C., & Ling, J. (2017). A systematic review of the application of Wilson and Cleary health-related quality of life model in chronic diseases. *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 1-15. doi: 10.1186/s12955-017-0818-2.

Olgun, N., Eti Aslan, F., Yıldız Fındık, Ü. (2020). *Karaciğer Hastalıkları*, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım Kitabı içinde Bölüm 38, Karadakovan, A., Eti Aslan, F.(ed.), Güncellenmiş 5.Baskı, Cilt 2, Akademisyen Kitabevi.

Oral, B., Gün, İ., & Çetinkaya, F. (2020). Evaluation of health-related life quality of patients with chronic hepatitis admitted to a medical faculty hospital. *Viral Hepatitis Journal*, 26(3), 151-157.

Orgun F. (2021). *Hasta Eğitimi*, Temel Hemşirelik Esaslar, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar Kitabı, In.:Kara Kaşıkçı, M., Akın, E. (ed.), İstanbul Tıp Kitabevleri, 1.Baskı, s:211-221.

Orgun, F. (2010). *Sağlık Eğitimi ve İyileştirilmesi*. İçinde: A. Karadakovan, F.E. Aslan (ed.) Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana: Nobel Tıp Kitabevi; 41-55.

Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England journal of medicine*, 353(5), 487-497.

Ozyigitoglu, D., Sevgi, D. Y., Tahtasakal, C. A., Oncul, A., Gunduz, A., & Dokmetas, I. (2022). Adherence to Treatment with Oral Nucleoside/Nucleotide Analogs in Patients with Chronic Hepatitis B. *The Medical Bulletin of Sisli Etfal Hospital*, 56(4), 543.

Örmen B. (2021). *Hepatit B Virüs Tanı Testleri*. Hepatit B Rehber Güncelleme Uzlaş Raporu, In:Akhan, S. (ed.), Kocaeli Üniversitesi Vakfı Yayınları.s:19-22. <https://www.researchgate.net/publication/351853863>.

Özdemir, N.G. (2015). *Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Empatik Becerileri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Alguları Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,. İstanbul.

Panzini, R. G., Mosqueiro, B. P., Zimpel, R. R., Bandeira, D. R., Rocha, N. S., & Fleck, M. P. (2017). Quality-of-life and spirituality. *International Review of Psychiatry*, 29(3), 263-282. doi: 10.1080/09540261.2017.1285553. PMID: 28587554.

Pektekin, Ç. (2013). *Hemşirelik Felsefesi Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar*. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul. S:

Pelin, M. (2017). *Kronik hastalık yönetiminde hasta rolü, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Pınar, R., Palaz, N., & Tabak, F. (2014). Hepatit B Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe Formu'nun Psikometrik Özellikleri. *Nobel Medicus Journal*, 10(1).

Polis S, Zang L, Mainali B, Pons R, Pavendranathan G, Zekry A, Fernandez R. (2016). Factors associated with medication adherence in patients living with cirrhosis. *Journal of clinical nursing*. 25:204–212.

Poorkaveh, A., Modabbernia, A., Ashrafi, M., Taslimi, S., Karami, M., Dalir, M., Estakhri, A., Malekzadeh, R., Pasha Sharifi, H. & Poustchi, H. (2012). Validity, reliability and factor structure of Hepatitis B Quality of Life Questionnaire version 1.0: findings in a large sample of 320 patients. *Archives of Iranian medicine*, 15(5), 0-0.

Raehl, C.L., Bond, C.A., Woods, T.J., Patry, R.A., Sleeper, R.B. (2002). Individualized Drugs Use Assessment In The Elderly. *Pharmacotherapy*, 22 (10), 1239-1248. doi: 10.1592/phco.22.15.1239.33473.

Raehl, C.L., Bond, C.A., Woods, T.J., Patry, R.A., Sleeper, R.B. (2006). Screening Tests for Intended Medication Adherence Among the Elderly. *Ann Pharmacother*, 40, 888-93. doi: 10.1345/aph.1G478.

Rajamoorthy, Y., Taib, N. M., Munusamy, S., Anwar, S., Wagner, A. L., Mudatsir, M., ... & Khin, A. A. (2019). Knowledge and awareness of hepatitis B among households in Malaysia: a community-based cross-sectional survey. *BMC public health*, 19, 1-11.

Roper, N., Logan, W.W. ve Tierney, A.J. (2012). *Applying The Roper, Logan, Tierney Model in Practice*. In: Holland, K., Jenkins, J., Solomon, J., Whittom, S., (ed.), 2th Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Doku, Organ Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Dairesi Başkanlığı. <https://organkds.saglik.gov.tr/KamuyaAcikRapor.aspx?q=ORGANNAKLI> (Erişim tarihi: 02.10.2022)

Saleem, F., Hassali, M.A., Shafie, A.A., Awad, G.A., Atif, M., ul Haq, N., Aljadhey, H., Farooqui, M. (2012). Does treatment adherence correlates with health related quality of life? Findings from a cross sectional study. *BMC Public Health*, 30;12:318. doi: 10.1186/1471-2458-12-318.

Sandy, R., & Connor, U. (2015). Variation in medication adherence across patient behavioral segments: a multi-country study in hypertension. *Patient preference and adherence*, 9, 1539. doi: 10.2147/PPA.S91284.

Schillie, S., Walker, T., Veselsky, S., Crowley, S., Dusek, C., Lazaroff, J., Morris, S.A., Onye, K., Ko, S., Fenlon, N., Nelson, N.P. & Murphy, T. V. (2015). Outcomes of infants born to women infected with hepatitis B. *Pediatrics*, 135(5), e1141-e1147.,

Shah, H. A., & Abu-Amara, M. (2013). Education provides significant benefits to patients with hepatitis B virus or hepatitis C virus infection: a systematic review. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 11(8), 922-933.

Shin, J. W., Jung, S. W., Lee, S. B., Lee, B. U., Park, B. R., Park, E. J., & Park, N. H. (2018). Medication nonadherence increases hepatocellular carcinoma, cirrhotic complications, and mortality in chronic hepatitis B patients treated with entecavir. *Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG*, 113(7), 998-1008. doi: 10.1038/s41395-018-0093-9.

Simpson Jr, R. J., & Mendys, P. (2010). The effects of adherence and persistence on clinical outcomes in patients treated with statins: a systematic review. *Journal of clinical lipidology*, 4(6), 462-471.

Softa, H.K., Uçukoğlu, H., Karaahmetoğlu, G.U. ve Esen, D. (2011). Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 4(1-2), 67-79.

Spiegel, B.M., Bolus, R., Han, S., Tong, M., Esrailian, E., Talley, J., Tran, T., Smith, J., Karsan, H.A., Durazo, F., Bacon, B., Martin, P., Younossi, Z., Hwa-Ong, S., Kanwal, F. (2007).

Development and validation of a disease-targeted quality of life instrument in chronic hepatitis B: the hepatitis B quality of life instrument, version 1.0. *Hepatology*, 46(1):113-21. doi: 10.1002/hep.21692.

Taheri Ezbarami, Z., Hassani, P., Zagheri Tafreshi, M., & Alavi Majd, H. (2017). A qualitative study on individual experiences of chronic hepatitis B patients. *Nursing open*, 4(4), 310-318. doi: 10.1002/nop2.100.

Tan, J. P., Cheng, K. K. F., & Siah, R. C. J. (2019). A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of education on medication adherence for patients with hypertension, hyperlipidaemia and diabetes. *Journal of advanced nursing*, 75(11), 2478-2494.

Tanaka, A., Kikuchi, K., Miura, R., Miura, K., Mikami, M., Aiso, M., Takamori Y., Takikawa, H. (2016). Validation of the Japanese version of the Chronic Liver Disease Questionnaire for the assessment of health-related quality of life in patients with chronic viral hepatitis. *Hepatology Research*, 46(3), E45-E50. doi: 10.1111/hepr.12524.

Taşocak, G. (2007). Hasta Eğitimi. (2.Basım). *İstanbul Üniversitesi Yayınları*, 4377, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Yayın No: 9.

Temeloğlu Şen, E.T., Berk, Ö.S., & Sindel, D. (2019). İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*, 82(1), 52-61.

Terrault, N. A., Bzowej, N. H., Chang, K. M., Hwang, J. P., Jonas, M. M., & Murad, M. H. (2016). AASLD guidelines for treatment of chronic hepatitis B. *Hepatology (Baltimore, Md.)*, 63(1), 261.

Terrault, N. A., Lok, A. S., McMahon, B. J., Chang, K. M., Hwang, J. P., Jonas, M. M., ... & Wong, J. B. (2018). Update on prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B: AASLD 2018 hepatitis B guidance. *Hepatology*, 67(4), 1560-1599.

The Korean Association for the Study of the Liver (KASL): Clinical practice guidelines: Management of chronic hepatitis B. (2016). *Clin. Mol. Hepatol.* 22:18–75. doi: 10.3350/cmh.2016.22.1.18.

Thomas, D. L. (2019). Global elimination of chronic hepatitis. *New England Journal of Medicine*, 380(21), 2041-2050.

Tombul, FN. (2016). *Kronik Hepatit B Hastaları ile İnaktif Hbsag Taşıyıcılarının Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İç Hastalıkları Hemşireliği ABD. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Tosun S. Viral Hepatit 2013, Tabak F, Tosun S. Eds. İstanbul Tıp Kitabevi, s:27-80.

Toy, M., Önder, F. O., Wörmann, T., Bozdayı, A. M., Schalm, S. W., Borsboom, G. J., ... & Yurdaydin, C. (2011). Age-and region-specific hepatitis B prevalence in Turkey estimated using generalized linear mixed models: a systematic review. *BMC infectious diseases*, 11(1), 1-12.

Tozun, N., Ozdogan, O., Cakaloglu, Y., Idilman, R., Karasu, Z., Akarca, U., & Ergonul, O. (2015). Seroprevalence of hepatitis B and C virus infections and risk factors in Turkey: a fieldwork TURHEP study. *Clinical Microbiology and Infection*, 21(11), 1020-1026.

Tran, Q.V., Vo, T.Q. (2019). Health-related quality of life (HRQoL) and health state utilities with chronic hepatitis-B (CHB): A population-based survey in Vietnam. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 69(6), S80-S86.

Trépo, C., Chan, H. L., & Lok, A. (2014). Hepatitis B virus infection. *The Lancet*, 384(9959), 2053-2063.

Tülek, N. (2019). Hepatit B İnfeksiyonlarının İmmünopatogenezi. *FLORA*, 24(1), 1-10.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2010). <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/5102,saglikistatistikleriyilligi2010pdf.pdf?0>. Erişim Tarihi:05.12.2022.

Türkiye Viral Hepatitler Tanı ve Tedavi Klavuzu (TVHTTK) (2017). <https://www.vhsd.org/tr/article/desc/48317/tu-rkiye-viral-hepatitler-tani-ve-tedavi-kilavuzu-2-7.html>. Erişim Tarihi:01.01.2023.

Tütüncü E.(2021). *Hepatit B Virüs Yapısı ve Kronikleşmeye Yol Açan Özellikleri*, Hepatit B Rehber Güncelleme Uzlaşı Raporu, In:Akhan, S.(ed.), Kocaeli Üniversitesi Vakfı Yayınları.s:10-15. <https://www.researchgate.net/publication/351853863>

Tütüncü, E. E., Güner, R., Gürbüz, Y., Kalem, A. K., Öztürk, B., Hasanoğlu, İ., Şencan İ., Taşyaran, M. A. (2017). Adherence to nucleoside/nucleotide analogue treatment in patients with chronic hepatitis B. *Balkan Medical Journal*, 34(6), 540-545. doi: 10.4274/balkanmedj.2016.1461.

Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Zabihi, A., Negarandeh, R., & Jafarian Amiri, S. R. (2019). Qualitative study on the experiences of hepatitis B carriers in coping with the disease. *Japan Journal of Nursing Science*, 16(2), 194-201. doi: 10.1111/jjns.12229.

Van Der Plas, S.M., Hansen, B.E., De Boer, J.B., Stijnen, T., Passchier, J., de Man, R.A., Schalm, S.W. (2004). The Liver Disease Symptom Index 2.0; validation of a disease-specific questionnaire. *Quality of Life Research*, 13(8), 1469-1481. doi: 10.1023/B:QURE.0000040797.17449.c0.

Van Vlerken, L. G., Arends, P., Lieveeld, F. I., Arends, J. E., Brouwer, W. P., Siersema, P. D., Janssen, H.L., & van Erpecum, K. J. (2015). Real life adherence of chronic hepatitis B patients to entecavir treatment. *Digestive and liver disease*, 47(7), 577-583. doi: 10.1016/j.dld.2015.03.024.

Velioğlu, P. (2012). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. Akademi Basın ve Yayıncılık, 1.Baskı, Yenilenmiş 2.Baskısı.

Vicdan, A.K., Gülseven Karabacak, B., &Ecevit Alpar, Ş. (2015).2012-2014 NANDA-I Hemşirelik Tanılarının Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeline göre sınıflandırılması. *International Journal of Human Sciences*, 12(2), 1626-1636.

Vitiello, M. V. (2012). Sleep in normal aging. *Sleep Medicine Clinics*, 7(3), 539-544.

Vrijens, B., De Geest, S., Hughes, D. A., Przemyslaw, K., Demonceau, J., Ruppar, T., Dobbels, F., Fargher, E., Morrison, V., Lewek, P., Matyjaszczyk, M., Mshelia, C., Clyne, W., Aronson, J.K., Urquhart, J.ABC Project Team. (2012). A new taxonomy for describing and defining

adherence to medications. *British journal of clinical pharmacology*, 73(5), 691-705. doi: 10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x.

Wallace, J., Pitts, M., Liu, C., Lin, V., Hajarizadeh, B., Richmond, J., & Locarnini, S. (2017). More than a virus: a qualitative study of the social implications of hepatitis B infection in China. *International Journal for Equity in Health*, 16, 1-7. doi: 10.1186/s12939-017-0637-4.

Ware Jr, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*, 220-233.

Wilkins T, Sams R, Carpenter M. (2019). Hepatitis B: Screening, Prevention, Diagnosis, and Treatment. *Am Fam Physician*. 1;99(5):314-323.

World Health Organization (2017). Global hepatitis report. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565455>. Erişim Tarihi: 08.12.2022.

World Health Organization (WHO 2003). Adherence To Long-Term Therapies. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=28BF9B7DA9B7BE8978AA7138CBD75E6A?sequence=1> Erişim tarihi: 10.11.2022

World Health Organization (WHO 2015). Guidelines For The Prevention, Care And Treatment Of Persons With Chronic Hepatitis B Infection. March 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154590/9789241549059_eng?sequence=1. Erişim Tarihi:04.03.2023.

World Health Organization (WHO). Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246177/WHO-HIV-2016.06_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y Erişim Tarihi: 07.01.2023.

World Health Organization (WHO). Hepatitis https://www.who.int/health-topics/hepatitis#tab=tab_1. Erişim Tarihi: 07.01.2023.

World Health Organization (WHO). Hepatitis. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>. Erişim Tarihi: 07.01.2023.

World Health Organization (WHO). WHOQOL: Measuring Quality of Life <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref> Erişim Tarihi: 10.12.2022.

World Health Organization (WHO). World Hepatitis Day. <https://www.who.int/campaigns/world-hepatitis-day>. Erişim Tarihi: 12.01.2023

www.clinicalresearch.pitt.edu/content/docs/adherence-calculator Reserach Coordinator Orientation, University of Pittsburgh, 2002.

www.randomizer.org

Xu, K., Liu, L. M., Farazi, P. A., Wang, H., Rochling, F. A., Watanabe-Galloway, S., & Zhang, J. J. (2018). Adherence and perceived barriers to oral antiviral therapy for chronic hepatitis B. *Global health action*, 11(1), 1433987.

Xue, X., Cai, S., Ou, H., Zheng, C., & Wu, X. (2017). Health-related quality of life in patients with chronic hepatitis B during antiviral treatment and off-treatment. *Patient preference and adherence*, 11, 85.

Yalçın, S., Arpa, Y., Cengiz, A., & Doğan, S. (2015). Hemşirelerin Hastaların Taburculuk Eğitim Gereksinimlerine Yönelik Görüşleri ile Hastaların Eğitim Gereksinimlerine Yönelik Görüşlerinin Karşılaştırılması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(3), 204-209.

Yıldız, İ. E., Çetinkaya Aydın, Ö., Kostakoğlu, U., Ertürk, A., Çopur Çicek, A., & Sönmez, E., (2016). Hepatit B Virüsü ile Enfekte Kişilerin Hastalık Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. 6. Türkiye Ekmud Kongresi 11-15 Mayıs 2016 (pp.93-94). Antalya, Turkey.

Yiğit, Ö., Ural, O., Demir, N.A., Sümer, Ş., Güler, Ö., & Demir, L.S. (2017). Kronik hepatit B hastaları ve inaktif hepatit B virusu taşıyıcılarında depresyon, anksiyete düzeyleri ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Klimik Dergisi*, 30(3), 136-141.

Yildirim, B., Barut, S., Bulut, Y., Yenişehirli, G., Ozdemir, M., Cetin, I., Etikan, I., Akbaş, A., Atiş, O., Ozyurt, H., Sahin, S. (2009). Seroprevalence of hepatitis B and C viruses in the province of Tokat in the Black Sea region of Turkey: A population-based study. *Turk J Gastroenterol*, 20(1), 27-30.

Younossi, Z. M., Stepanova, M., Younossi, I. and Racila, A. (2021). Development and validation of a hepatitis B-specific health-related quality-of-life instrument: CLDQ-HBV. *Journal of Viral Hepatitis*, 28(3), 484-492. doi: 10.1111/jvh.13451.

Yozgat, A., Can, G., Can, H., Ekmen, N., Akyol, T., Kasapoglu, B., & Kekilli, M. (2021). Social stigmatization in Turkish patients with chronic hepatitis B and C. *Gastroenterología y Hepatología*, 44(5), 330-336. doi: 10.1016/j.gastrohep.2020.08.008.

Yücel, Ş. Ç., Eşer, İ., Khorshid, L. ve Çelik, S. (2016). The effect on sleep quality of music in older people in rest home. *Journal of Human Sciences*, 13(3), 3939-3950.

Zhang, J. W., Wang, Y., Shan, H. H., Duan, J. Y., & Yu, J. (2022). The Application of Focused Care Model in the Management of Hepatitis B Patients in a Tertiary Care Hospital and the Impact on Patients' Quality of Life. *Computational & Mathematical Methods in Medicine*. S:1-11. doi: 10.1155/2022/7770955.

Zhang, X., Xi, W., Liu, L., & Wang, L. (2019). Improvement in quality of life and activities of daily living in patients with liver cirrhosis with the use of health education and patient health empowerment. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 25, 4602-4608.

Zhu, L., Kong, J., Zheng, Y., Song, M., Cheng, X., Zhang, L., et al. (2019). Development and initial validation of the chronic hepatitis B quality of life instrument (CHBQOL) among Chinese patients. *Quality of life Research*, 28(11), 3071-3081.

Zhuang, G., Zhang, M., Liu, Y., Guo, Y., Wu, Q., Zhou, K., ... & Zhang, X. (2014). Significant impairment of health-related quality of life in mainland Chinese patients with chronic hepatitis B: a cross-sectional survey with pair-matched healthy controls. *Health and quality of life outcomes*, 12, 1-9.

EKLER

EK-1 KRONİK HEPATİT B TANILI HASTA BİLGİ FORMU

Aşağıda yer alan sorular oral antiviral ilaç kullanan kronik hepatit B tanılı hastaların sosyo-demografik özellikler, hastalığa özgü bilgileri, ilaç kullanımı ve uyumu bilgilerinin elde edilmesi amacı ile oluşturulmuştur.

A.SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER
1.Ad-Soyad:
2. Telefon:
3.Yaş:
4.Cinsiyet:
5.Eğitim Durumu: () Okur yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Lisansüstü
6.Çalışıyor musunuz? () Evet () Hayır Mesleğiniz:
7. Sağlık sigortası: () Var () Yok
8.Gelir durumu : () Çok kötü () Kötü () Orta derecede () İyi () Çok iyi
9.Medeni Durum: () Evli () Bekar () Dul/Boşanmış
10. Çocuk: () Var () Yok Var ise çocuk sayısı:.....
B.ALIŞKANLIKLAR
11. Sigara içiyor musunuz? () Evet () Hayır Günde..... paket/.....adet Ayda..... paket/.....adet Ne kadar zamandır .../.../... ya dapaket/adet Bıraktınız mı? () Evet () Hayır Bıraktıysanız ne kadar zaman önce bıraktınız?.....
12.Alkol kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır Bıraktınız mı? () Evet () Hayır Bıraktıysanız ne kadar zaman önce bıraktınız?..... Ne kadar tüketiyordunuz?..... Kaç yıl kullandınız?.....
C.HASTALIKLA İLGİLİ DEĞİŞKENLER
13. Hepatit B tanısı ne zaman konuldu?
14. Şu ana kadar gördüğünüz bakım ve tedavi uygulamaları nelerdir? a-İlaç tedavisi () Evet () Hayır b-Diyet () Evet () Hayır

d-Egzersiz () Evet () Hayır	
e-Diğer (Reçetesiz ürün ve takviyeler, alternatif uygulamalar).....	
15. İlaç tedavisine ne zaman başlandı?gün/...ay/....yıl	
16.Hastalığınız nedeniyle son 6 altı ayda hastaneye yattınız mı?	
() Evet () Hayır	
Cevabınız evet ise	
Hastane de kaç gün/kaç defa...../ayyattınız?	
17. Hepatit B dışında kronik hastalığınız var mı? () Evet () Hayır	
Evet var ise hastalığınız nedir ve tanısı ne zaman konuldu?	
Hastalığı	Tanısı ne zaman konuldu
.....	
.....	
.....	
.....	
18-Hepatit B için kontrole gidiyor musunuz?	
() Her ay () 3 ayda bir () 6 ayda bir () Yılda bir () Gitmiyorum () Diğer	
Kontrole gitme sıklığınız nedir?.....	
19-Hepaiti B dışında kullandığınız ilaçlarınız var mı? () Evet () Hayır	
Evet ise Hepaiti B dışında kullandığınız ilaçlar nelerdir?	
-	
-	
-	
20.Her gün düzenli olarak ağız yoluyla toplam kaç adet ilaç alıyorsunuz?adet/gün ilaç.	
21.Her gün düzenli olarak ağız yoluyla hepatit B için toplam kaç adet ilaç alıyorsunuz?.....adet/gün ilaç.	
22.İlaçlarınıza bağlı yan etki yaşar mısınız?	
() Evet () Hayır () Bazen	
Ne sıklıkta hangi yan etkileri yaşarsınız?.....	
23.Şimdiye kadar ilaçlarınızın kullanımı ile ilgili bilgi aldınız mı?	
() Evet () Hayır	
Evet ise kaynağı:	
a-Sağlık personeli () Evet () Hayır	
b-Eczacı () Evet () Hayır	
c-İnternet () Evet () Hayır	
d-Yakın arkadaş/Akraba (sağlık çalışanı olmayan)..... () Evet () Hayır	
e-Diğer..	
D.METABOLİK VE ANTROPOMETRİK PARAMETRELER ÖLÇÜM SONUÇLARI	
24.Parametre	Sonuç
Boy.....cm	
Kilo.....kg	
HBV-DNA değeri	
ALT.....(karaciğer fonksiyon testi)	
AST.....(karaciğer fonksiyon testi)	

E.TEDAVİYİ UYGULAMA VE TEDAVİYE UYUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ	
25.Uyum yüzdesi=	$\frac{\text{recete edilen toplam ilaç sayısı} - \text{kalan ilaç sayısı}}{\text{alınması gereken ilaç sayısı} \times \text{süre}} \times 100$ (hasta dosyasından alınacaktır)
26.İlacı tutma, kutuyu açma vs konusunda yeterli misiniz?	☐ Evet ☐ Hayır
27.İlacı kendiniz mi alıyorsunuz?	☐ Evet ☐ Hayır,tarafından hazırlanıp veriliyor
28.Bu sabah Hepatit B ilacınızı aldınız mı?	☐ Evet ☐ Hayır
29.İlaçlarınızı alma zamanını bir başkasının hatırlatması gerekiyor mu?	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bazen
30.Hekim orderında yer alan raporlu ilaçları yazdırmaya zamanında gelme durumu? (Hasta dosyasından alınacaktır)	☐ Evet ☐ Hayır
31-Hepatit B için sürekli kullandığınız ilaçlar nelerdir?	İLAÇ ADI SIKLIĞI (ADET/GÜN) 1. 2. 3.

EK-2 İLAÇ UYUMUNU BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (İÜBÖ) (MARS 5)

İLAÇ UYUMUNU BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (İÜBÖ)						
İLAÇLARINIZI NASIL KULLANIRSINIZ						
- Çoğu insan, ilaçlarını kullanmanın kendilerine uyan bir yolunu bulur. - Bu yol, prospektüsteki talimatlardan ya da doktorlarının söylediklerinden farklılık gösterebilmektedir. - Size ilaçlarınızı nasıl kullandığınızı hakkında birkaç soru sormak istiyoruz.						
Burada, insanların söylediği bazı ilaç kullanma tarzları var. Lütfen her bir ifade için size en çok uyan kutucuğu işaretleyiniz.						
	İlaç kullanmanıza dair kendi tarzınız;	Her zaman	Sık sık	Bazen	Nadiren	Asla
1)	Almayı unuttum.					
2)	Dozumu değiştirim.					
3)	Bir süreliğine almayı bırakırım.					
4)	Bir dozu atlamaya karar veririm.					
5)	Söylenenden daha az alırım.					

EK 4: KRONİK KARACİĞER HASTALIĞI YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ 2.0**TARİH:****1.Son 1 hafta içersinde:**

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Kaşıntınız oldu mu?					
Kaşıntınız günlük aktivitelerinizi ve işinizi engelledi mi?					
Kaşıntı uykunuzu engelledi mi?					

2.Son 1 hafta içersinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Eklem ağrınız oldu mu?					
Eklem ağrıları günlük aktivitelerinizi ve işinizi engelledi mi?					

3. Son 1 hafta içersinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Karnınızın sağ üst bölgesinde ağrınız oldu mu?					
Bu sağ üst karın bölgenizdeki ağrı günlük aktivitelerinizi ve işinizi engelledi mi?					

4. Son 1 hafta içersinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Gün boyu uyku muydunuz?					
Uykulu olma durumunuz günlük aktivitelerinizi ve işinizi engelledi mi?					

5. Son 1 hafta içersinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Karaciğer hastalığınızın ev ve aile yaşantınız üzerindeki etkisi konusunda endişelendiniz mi?					

Karaciğer hastalığımız ile ilgili endişeleriniz günlük aktivitelerinizi ve işinizi engelledi mi?					
--	--	--	--	--	--

6. Son 1 hafta içersinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
İştahınızda azalma oldu mu?					
İştahınızdaki azalma sizi engelledi mi?					

7. Son 1 hafta içersinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Hastalığımızla ilgili kendinizi mutsuz (depresif) hissettiniz mi?					
Hastalığımızla ilgili olan depresyon işinizi, günlük aktivitelerinizi ve/veya sosyal ilişkilerinizi engelledi mi?					

8. Son 1 hafta içersinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Karaciğer hastalığı komplikasyonlarının (enfeksiyon, iltihap, kanama, koma gibi...) gelişmesinden korktunuz mu?					

9. Son 1 hafta içersinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Cildiniz sarardı mı?					
Cildinizin sararması işinizi, günlük aktivitelerinizi ve/veya sosyal ilişkilerinizi engelledi mi?					

10. Son 1 hafta içersinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Karaciğer hastalığı tanısı konulduğundan beri bazı şeyleri hatırlamakta güçlük çekiyorum. Mesela: Verdiğim randevuları, eşyalarımın yerini unutuyorum.					

11. Son 1 hafta içersinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Karaciğer hastalığımın dolayı kişiliğim değişti.					

12. Son 1 hafta içersinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Karaciğer hastalığımın mali işlerimde engel oluşturuyor. Mesela: Ev kredisi veya sigorta durumları gibi.					

13. Son 1 hafta içersinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Karaciğer hastalığım zamanımı, gerçekte istediğimden farklı şekilde kullanmaya zorluyor.					

14. Son 1 hafta içersinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Karaciğer hastalığımın olduğunu öğrendiğimden beri cinsel isteğim azaldı.					

15. Son 1 hafta içersinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Karaciğer hastalığımın olduğunu öğrendiğimden beri cinsel aktivitelerim azaldı					

EK 5-SF-12 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

SF-12 YAŞAM KALİTESİ

YÖNERGE: Bu tarama formu size sağlığınıza ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinizi ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır.

Bütün soruları belirtildiği şekilde cevaplayın. Eğer bir soruyu ne şekilde cevaplayacağınızdan emin olamazsanız, lütfen en yakın cevabı işaretleyiniz.

1. Genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?

☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5
Mükemmel	Çok iyi	İyi	Fena değil	Kötü

Aşağıdaki maddeler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Su sıralarda sağlığınıza sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
2. Orta zorlukta faaliyetler , örneğin masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak	☐	☐	☐
3. Birkaç kat merdiven çıkmak	☐	☐	☐

Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınıza nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	EVET	HAYIR
4. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)	☐	☐
5. Yapabildiğiniz iş türünde ya da diğer faaliyetlerde kısıtlanmak	☐	☐

Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemlerinizi nedeniyle (üzüntülü ya da kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

- | | EVET | HAYIR | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 6. Y yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...) | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | | | |
| 7. İş ya da diğer uğraşları her zaman gibi dikkatlice yapamamak | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | | | |
| 8. <u>Son bir ay (4 hafta)</u> içerisinde, <u>ağrı</u> normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu? | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> |
| | Hiç olmadı | Biraz | Orta derecede | Epey | Çok fazla |

Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen, her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarı:

- | | Her zaman | Çoğu zaman | Epeyce | Arada sırada | Çok ender | Hiçbir zaman |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 9. Sakin ve huzurlu hissettiniz? | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> | <input type="text" value="6"/> |
| 10. Çok enerjiniz oldu? | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> | <input type="text" value="6"/> |
| 11. Mutsuz ve kederli oldunuz? | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> | <input type="text" value="6"/> |
| 12. <u>Geçtiğimiz bir ay (4 hafta)</u> içerisinde, bu sürenin ne kadarında <u>bedensel sağlığınız ya da duygusal problemlerinizi</u> , sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu? | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> | |
| | Her zaman | Çoğu zaman | Bazen | Çok ender | Hiçbir zaman | |

EK 6- HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ

HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ					
Lütfen Kronik Hepatit B hastalığı ile ilgili önce bilmek istediğiniz konular için aşağıdaki her bir maddenin sizin için ne kadar önemli olduğunu belirtiniz. 1= önemli değil, 2= biraz önemli, 3= ne az ne çok önemli, 4= çok önemli, 5= son derece önemli.					
MADDELER	Önemli değil	Biraz önemli	Ne az ne çok önemli	Çok önemli	Son derece önemli
1. Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5
2. Enerjimi/güçümü korumak için ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
3. İlaçlarımın her biri nasıl etki ediyor?	1	2	3	4	5
4. Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebilirim?	1	2	3	4	5
5. Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir problem olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
6. Evdeki bakımında ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
7. Hastalığım hakkında ailem ve arkadaşlarımla nasıl konuşabilirim?	1	2	3	4	5
8. İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
9. Ailem hastalığımla baş edebilmek için nerelerden yardım alabilir?	1	2	3	4	5
10. Hastalığıma bağlı oluşabilecek sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5
11. Bu hastalık geleceğimi nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5
12. Ne zaman duş alabilir ya da banyo yapabilirim?	1	2	3	4	5
13. Hastalığımanın belirtileri neler olabilir?	1	2	3	4	5
14. Ev işlerine/işe ne zaman başlayabilirim?	1	2	3	4	5
15. Ağrımı nasıl giderebilirim?	1	2	3	4	5
16. İlaçlarımın her birini ne kadar süre kullanmalıyım?	1	2	3	4	5
17. Ne kadar süre istirahat etmeliyim?	1	2	3	4	5
18. İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok karına gibi) almalıyım?	1	2	3	4	5
19. Tedavimi kim takip edecek?	1	2	3	4	5
20. Tedavime bağlı oluşabilecek yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
21. Hastalığımanın belirtileri ortaya çıktığında ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
22. Evde acil bir sağlık sorunun olduğunda nereye başvurabilirim?	1	2	3	4	5
23. Evde yardım için telefonla kimi aramalıyım?	1	2	3	4	5
24. Hastalığıım nedeni/nedenleri nelerdir?	1	2	3	4	5

25. Ameliyat yarasının bakımını nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5
26. İdrar yapmamla ilgili bir sorunun olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
27. Yemeklerimi nasıl (yağsız, tuzsuz gibi) hazırlamalıyım?	1	2	3	4	5
28. Yemem ve yememem gereken yiyecekler nelerdir?	1	2	3	4	5
29. Yeterli uyuyamazsam ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
30. Yapmamam gereken aktiviteler (ağır kaldırmak gibi) nelerdir?	1	2	3	4	5
31. Acil durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabilirim?	1	2	3	4	5
32. Yaşam/ölümle ilgili duygularımı kiminle paylaşabilirim?	1	2	3	4	5
33. Ayaklarıma uygun bakımı nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5
34. Hangi vitaminleri ve ek gıdaları almalıyım?	1	2	3	4	5
35. Hastalığıma ilişkin duygularımla baş etmek için nereden yardım alabilirim?	1	2	3	4	5
36. Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim.	1	2	3	4	5
37. İlaçlarımın her birinin niçin kullanmam gerekiyor?	1	2	3	4	5
38. Hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
39. İlaçlarımla ilgili olası yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
40. Stresle nasıl başedebilirim?	1	2	3	4	5
41. Klinkten eve nasıl gideceğim?	1	2	3	4	5
42. Hastalığımla ilgili duygularımı nasıl tanımlayabilirim?	1	2	3	4	5
43. Cildimde yara oluşmasını nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
44. İlaçlarımın her birini ne zaman almalıyım?	1	2	3	4	5
45. İlaçlarımı nereden/nasıl temin edebilirim?	1	2	3	4	5
46. Stresten nasıl uzak durabilirim?	1	2	3	4	5
47. Tedavimin amaçları nelerdir?	1	2	3	4	5
48. Yapmam gereken hareketler nelerdir?	1	2	3	4	5
49. Cildimde kızarıklık oluşmasını nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
50. Bu hastalık yaşamımı nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5

EK 7-AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Çalışmanın Adı: Oral Antiviral Kullanımı Konusunda Verilen Eğitimin Hepatit-B Tanılı Hastaların İlaç Uyumuna ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, Çalışmaya Katılma Onayı Formu’nu (Aydınlatılmış Onam Formu) imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

Çalışmanın Amacı ve Konusu: Bir eğitim ve araştırma hastanesinde Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD polikliniğinde takip edilen oral antiviral ilaç kullanan Kronik Hepatit B tanısı olan hastalara uygulanan eğitiminin ilaç uyumuna ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla randomize kontrollü türde planlanan çalışmadır.

Çalışmaya dahil edilen bütün kronik hepatit B tanısı olan bireylerin girişim öncesi değerlendirmeleri hepatit B hasta tanılama formu ve ilgili ölçekler (Kronik Hepatit B Tanılı Hasta Tanılama Formu, İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (Medication Adherence Report Scale-5), İlaç Uyum Ölçeği” (MedTake Test), Kronik Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 2.0” (Liver Disease Symptom Index 2.0 (LDSI 2.0), Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği SF-12” (12 İtem Short Form Health Survey) (Short Form 12 - SF 12), Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği) kullanılacaktır. Boy ve kilo değerleri kullanılarak hastaların BKİ değerleri hesaplanacaktır.

HBV-DNA ve karaciğer enzimleri (ALT, AST) değerlendirilmelerinin yapılabilmesi için gerekli tetkikler, kayıtlı oldukları Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji polikliniği hekiminin bireyler kontrole geldiğinde hekimin rutin olarak istem yaptığı bu tetkiklerin sonuçlarının değerine hasta dosyasından bakılarak elde edilecektir ve sonuçlar çalışma ile ilgili dosyalara kayıt edilecektir. KHB tanılı hastaların ilk değerlendirme ve üçüncü ay kontrollerinde

aynı veri toplama araçları ile değerlendirme yapılacaktır. Deney grubuna girişim olarak eğitim uygulanacaktır.

Çalışmada Yer Almamanın Yararları Nelerdir?

Oral antiviral ilaç kullanan Kronik Hepatit B tanılı hastaların ilaç uyumuna ve yaşam kalitesin yönelik yaşanan sorunların, eğitim gereksinimlerinin belirlenmesine, sorunlara çözüm bulunmasına ve gerekli önlemlerin alınmasına katkı sağlayabilir.

Bu Çalışmaya Katılmamanın Maliyeti Nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel Bilgilerim Nasıl Kullanılacak?

Araştırmacı kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Dolduracağınız anketlerde vereceğiniz bilgiler ve isminiz saklı tutulacaktır.

Soru ve Problemler İçin Başvurulacak Kişi : Şengül KORKMAZ BİNAY

Görevi : İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları ABD Doktora Öğrencisi

Çalışmaya Katılma Onayı: Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum.

<i>Gönüllü Adı-Soyadı</i>		<i>Tarih ve İmza</i>
Telefon		

<i>Araştırmacı Adı-Soyadı</i>	Şengül KORKMAZ BİNAY	<i>Tarih ve İmza</i>

EK-8 EĞİTİM KİTAPÇIĞI HAZIRLANMASINDA GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR**Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanları**

1-Dr.Öğr.Üyesi Orçun BARKAY

2-Uzm.Dr Cansu ÇİMEN

3-Uzm.Dr.Burcu İŞLER

4-Uzm.Dr. Özlem GÜL

Hemşirelik Esasları ABD Öğretim Üyeleri

5-Prof.Dr.Rengin ACAROĞLU

6-Prof.Dr.Türkinaz AŞTI

7-Prof.Dr. Hatice KAYA

8-Prof.Dr.Funda BÜYÜKYILMAZ

9-Prof.Dr. Papatya KARAKURT

10-Dr.Öğr.Üyesi Cemile SAVCI

İç Hastalıkları Hemşireliği ABD Öğretim Üyeleri

11-Doç.Dr.Zeliha TÜLEK

12-Dr.Öğr.Üyesi Sebahat ATALIKOĞLU BAŞKAN

EK 9-HASTA EĞİTİM KİTAPÇIĞI**HASTA BİLGİLENDİRME KİTAPÇIĞI**

**AĞIZDAN ALINAN
HEPATİT B
İLAÇLARININ GÜVENLİ
KULLANIMI**

ŞENGÜL KORKMAZ BİNAY

2022

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

ORAL ANTİVİRAL KULLANIMI KONUSUNDA VERİLEN EĞİTİMİN HEPATİT-B TANILI HASTALARIN İLAÇ UYUMUNA ve YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 19	% 18	% 5	% 8
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 7
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 3
3	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	Submitted to Saglik Bilimleri Universitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
5	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	<% 1
6	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
7	www.klimik.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
8	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<% 1

ETİK KURUL İZİN YAZISI



KURUM İZNİ YAZILARI

ÖZGEÇMİŞ

