

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü 1947 yılında, sağlığın tanımını genişleterek, sağlığı yalnızca hastalıkların olmaması hali olarak değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Geçtiğimiz 40 yıl içerisinde, sağlık çalışanları ve sağlık araştırmacıları sağlığın geleneksel biyomedikal modelindeki eksikliklerin farkına daha fazla varmışlar ve hastanın genel iyilik haline, fonksiyon yeteneğine odaklanan sosyal bilimler yada yaşam kalitesi modeli yardımıyla çözülebilecek yönlere de entegre olması gerektiği konusunda uzlaşmışlardır (1).

Yaşam kalitesi, 1960'lı yıllardan sonra kullanımı yaygınlaşan oldukça yeni bir kavramdır (2). Tıp alanında 1970-1980'li yıllarda bu kavrama ilgi gösterilirken, 1980-1990'lı yıllarda hemşirelik alanında üzerinde durulan bir kavram olmuştur (3). Günümüzde artık sağlık bakımının bireylerin yaşam kalitelerini artırma amaç ve bakış açısıyla sunulması zorunlu hale gelmiş, farklı problemler yaşayan bir çok hastada bir sonuç ölçümü olarak yaşam kalitesinin değerlendirilmesi klinikte sık kullanılan bir uygulama halini almıştır (2,4). Tedavi etkinliğinin, tıbbi bakımın ve sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde yaşam kalitesi ölçüklerinin kullanımı giderek artmıştır (5). HRQL(health related quality of life-sağlıkta yaşam kalitesi), bir kişinin hayat tecrübelerini, genel sağlık durumunu, tatmin olmasını, sosyal ve fiziksel fonksiyonlarını bir çok açıdan ele alan bir kavramdır (6). Sağlıkta yaşam kalitesi (SYK) özellikle, tedavileri için büyük miktarlarda kaynak kullanılan, hastalığın etkileri nedeniyle yaşam kaliteleri önemli derecede bozulmakta olan kronik karaciğer hastaları açısından çok daha önemlidir (1).

Türkiye'de yaklaşık 4 milyon hepatit B ve 1 milyona yakın hepatit C taşıyıcısı bulunmaktadır ve siroz gelişiminde viral etyolojiler başta gelmektedir (1,7). Tüm dünyada ciddi rakamlara ulaşmış olan kronik karaciğer hastalarının takip ve tedavisinde rutin klinik ve laboratuvar değerlendirmeler kullanılmaktadır. Ancak bu hastalarda ortaya çıkan ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen yorgunluk, öz bakım kaybı, çalışma ya da fonksiyon yetersizliği, anksiyete, depresyon ve diğer duygusal problemlerin rutin klinik ölçümlerle belirlenmesi çok zor olabilmektedir (1). Bu nedenle; kronik karaciğer hastaları tarafından bildirilen semptomlar ve

sağlıkta yaşam kalitesi sonuçları, klinik çalışmalar için önemli son noktaları temsil etmelidir (6). Geliştirilmiş yaşam kalite ölçekleri ile yapılan çalışmalar kronik viral hepatitte, özellikle kronik HCV enfeksiyonunda yaşam kalitesinin bozulduğunu göstermiştir (8,9). Hastalığın evresi ilerledikçe yaşam kalitesi kötüleşme gösterirken, transplantasyon yapılan hastalarda ise yaşam kalitesinde iyileşme görülmüştür (8,10).

Ancak kronik viral hepatitler açısından orta derecede endemisine gösteren ülkemizde, kronik viral hepatitler ve klinik sonuçlarından biri olan siroz ile ilişkili yaşam kalitesi verileri olmadığı gibi karaciğer transplantasyonu yapılan hastalarda da yaşam kalitesini değerlendiren çalışmalar yoktur.

Bu tezin konusunu oluşturan çalışmanın amacı; kronik hepatit B, kronik hepatit C, siroz tanısı olan ya da karaciğer nakli yapılmış olan hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve karşılaştırılmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Yaşam Kalitesi ve Sağlıkta Yaşam Kalitesi

Son yıllarda yaşam kalitesi kavramıyla sağlık alanında sıkça karşılaşılmaktadır. Kronik hastalığı olan birçok hastada amaç sadece hayatta kalabilmek değil, aynı zamanda yaşam kalitesini de artırmak olduğu için bu hastalarda yaşam kalitesi kavramı daha da önem kazanmaktadır (11).

Yaşam kalitesi bireysel iyilik halinin anlatımıdır ve yaşamın farklı alanlarında öznel bir doyum ifadesidir. Yaşam kalitesi aile, iş yaşamı ve sosyo-ekonomik koşulları içermekle birlikte; bireyin hedefleri, beklentileri, umutları ve düşleri ile gerçekler arasındaki farklılığı yani bireyin günlük yaşamından aldığı doyum ve iyilik algısını içermektedir (12).

Yaşam kalitesi (Quality of Life - QOL) daha geniş bir kavram olarak yalnızca sağlık durumunu değil, yaşam ve toplum standartları, özgürlük gibi hastanın sağlığıyla direkt ilişkili olamayan ancak kişinin psikolojik ve fiziksel olarak iyi olmasını etkileyen çevresel ve ekonomik faktörleri de içine almaktadır. Sağlıkta yaşam kalitesi (SYK) ise sağlığın kişinin iyi olma hali üzerine olan etkisini içermektedir (1). Hastalar, hastalık semptomları ve tıbbi sonuçlardan daha çok bu semptom ve sonuçların yaşamlarını nasıl etkilediği ile ilgilenmektedirler (13). Bu nedenle çeşitli hastalıkların bireyin yaşamını nasıl etkilediğinin belirlenmesinde, farklı klinik yaklaşımların etkinliğinin değerlendirilmesinde ve hastaya uygun tedavi ve bakım kararlarının verilmesinde yaşam kalitesi önemlidir. Yaşam kalitesi değerlendirmesinde en çok başvurulan metod, kişinin kendini ifade etmesidir. Çünkü yaşanan hissedilen şeyler, kişinin kendi deneyimleridir (13). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığına ilişkin subjektif görüşleri değerlendirilir. Bu değerlendirme Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımına oldukça yakın bir değerlendirmedir (11).

SYK ölçümleri, fizyolojik ölçümlerin yerini almaktan çok onları tamamlayıcı etkiler göstererek, sağlık durumunun doğru ve gerçekçi bir şekilde ortaya konulmasını, tedavinin morbidite ve yan etkiler gibi, bir tedaviyi diğerinden daha fazla ön plana çıkaran başka yönleriyle ele alınmasını sağlamaktadır (6,14).

SYK'nin bir çok bileşeninini direkt olarak gözlemlenememesi ve ölçülememesi nedeniyle, bunlar bir seri sorular ya da maddelerle değerlendirilmektedir. Bu maddeler istatistiksel analizler için kullanıma uygun numerik skorlara dönüştürülmektedir (1).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi enstrümanları aşağıdaki alanlara odaklanmaktadır:

Fiziksel Sağlık; fiziksel yetenekler ve nesnelere taşımak, yürümek, giyinmek gibi günlük aktivitelerle ilgili kısıtlamalar

Zihinsel Sağlık; anksiyete, depresyon, ve stres, mutluluk gibi duygusal fonksiyonun pozitif yönleri

Sosyal Fonksiyon; kişiler arası ve toplum içi ilişkiler

Rol Fonksiyon; iş, ev işleri yönetimi

Genel İyi Olma Fonksiyonu; hayattan tatmin olma (1).

Bir ölçeğin, hem sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde zamanla ortaya çıkan değişiklikleri hem de zaman içinde tek bir noktadaki hastalar arası farklılıkları ortaya çıkarabilmesi için, üç ana özelliğe sahip olması gerekir. Bunlar tepki verebilirlik, güvenilirlik ve geçerlilik (1).

Tepki verebilirlik (yanıt verebilirlik): Bir ölçeğin tepki verebilirliği, o ölçeğin bir kişide zaman içinde ortaya çıkan önemli bir değişikliği, çok küçük bile olsa tespit edebilme yeteneğidir. Klinik çalışmalarda kullanılmak üzere tasarlanmış değerlendirme amaçlı bir ölçek için, tepki verebilirlik çok önemli bir özelliktir. Klinik pratikte ya da bir araştırma ortamında, tepki verebilir bir ölçek zaman içindeki değişiklikleri gözlemlemek amacıyla kullanılabilir (1).

Güvenilirlik: Bir güvenilirlik tipinde, anket içindeki bir alanda yer alan farklı maddelerin aynı konuyu ne derece benzer şekilde sorgulayabildikleri göz önüne alınmaktadır. Eğer bir alandaki maddeler birbirleriyle yüksek derecede korelasyonlar, biz bu alanda yüksek derecede bir iç uyumluluk olduğundan söz edebiliriz. Yüksek derecede bir iç uyumluluğu olan bir ölçekte her madde kendi başına ölçeğin toplam skoruyla da giderek artan bir korelasyon sergilemektedir. Cronbach alfa adı verilen bir istatistik verisi kullanılarak, iç uyumluluğun 0-1 arasındaki bir skalada ölçülmesi mümkündür. Bu skalada yüksek rakamlar daha büyük iç uyumluluğu göstermektedir. Test-yeniden test güvenilirliği, aynı hastalar ölçeği iki hafta civarı bir zaman

aralığıyla iki defa doldurmaktadır. Ölçeğin birinci ve ikinci doldurulmaları arasındaki korelasyon ne kadar yüksekse, test-yeniden test güvenilirliği o kadar fazladır (1).

Geçerlilik: Geçerlilik, bir ölçeğin ölçülmeye niyetlenen şeyi kesin olarak ölçebilme yeteneğini ifade etmektedir (1).

SYK'nin değerlendirilmesi için kullanılan tekniklerin ve ölçeklerin seçimi değerlendirmenin amacına ve ortamına uygun olmalıdır (1). Sağlıkta yaşam kalitesi'nin (SYK) değerlendirilmesinde en iyi ve geçerli yol onu hastaya sormaktır. Bu, genellikle standardize edilmiş ve bilimsel açıdan iyi dokümente edilmiş anketler uygulanarak sağlanmaktadır. Anketler, jenerik ve hastalığa özgün olmak üzere kabaca ikiye ayrılırlar (6). Jenerik ve hastalığa özgün anketler SYK'nin farklı yönlerini ölçmektedir ve birbirlerini tamamlayıcı niteliktedir. Bunların klinik araştırmalarda kombine kullanımlarının, her bir ölçeğin tek başına kullanımından çok daha değerli bilgiler sağlayabileceği konusunda bir fikir birliği sağlanmıştır (1).

Jenerik Ölçekler: Jenerik anketler klinisyenlerin ve araştırmacıların farklı hastalıkların ve semptomların hastanın sağlıkla ilgili yaşam kalitesine olan etkilerini, anlaşılır bir şekilde değerlendirmesine imkan vermektedir. Bunlar, hastalığı olan ya da olmayan bir popülasyondaki diğer grupların skorlarının karşılaştırılmasını sağlamaktadır (6). Herhangi bir hastalığa özgün değildir ve farklı hastalık durumlarının karşılaştırılması amacıyla kullanılabilirler (1).

Gastroenteroloji alanında en sık kullanılan jenerik ölçek kısa form-36'dır (medical outcome study short form -36, SF-36). SYK'nin bütün önemli yönlerini (fiziksel, psikososyal, ve diğer boyutlar) ölçmektedir (1,6). Jenerik ölçeklerin avantajı araştırmacıların onları farklı hastalıkların ya da farklı tedavilerin SYK üzerindeki etkilerinin karşılaştırmak için kullanabilmeleridir. Önemli bir kısıtlama, teorik olarak, bir hastalığın tedavisi ya da ilerlemesi nedeniyle ortaya çıkan küçük ama klinik açıdan önemli bir değişikliğin jenerik ölçekler tarafından tespit edilemeyebilmesidir (1). Bunlar, özellikle multipl problemleri olan ve ciddi sorunları bulunan hastalarda, yaşlılarda, sakatlarda, engellilerde ve objektif ölçümlerin bulunmadığı fonksiyonel bozuklukları olan hastalarda da kullanılabilir. Bazı jenerik ölçekler farklı dillere de çevrilmiştir ve farklı kültürlerdeki karşılaştırmalar için kullanılabilir (1).

Hastalığa-Özgün Ölçekler: Bir hastalığın kendine özgün doğası en iyi o hastalığa özgün ölçeklerle takip edilebilir. Hastalığa-özgün ölçekler tanım olarak hastalığa oryantedir ve farklı hastalıklarla karşılaştırmalar yapılmasına izin vermemektedir. Özellikle uzmanlar bunları klinik olarak daha kullanışlı bulmaktadır. Gastroenteroloji, hepatoloji ve kanser bakımı alanlarında yakın zamanda bir çok hastalığa-özgün ölçekler geliştirilmiştir. Genellikle, hastalığa özgün ölçümler daha sistematik olarak geliştirilmekte ve değerlendirilmektedir (6).

2.2. Yaşam Kalitesi ve Kronik Karaciğer Hastalıkları

Kronik hastalıklarda bireyler, yaşam boyunca çeşitli güçlüklerle karşılaşır. Hastaların büyük bir kısmı hastalığın getirdiği ağrı, yorgunluk ve depresif semptomlarla birlikte sosyal yaşamlarında kısıtlılıklar, fiziksel aktivitelerini gerçekleştirmede güçlükler, uzun süreli tedavilere bağlı pek çok invaziv girişimler yaşarlar. Gelecekle ilgili belirsizlikler nedeni ile de hastalıkla baş etmede güçlük çekerler ve yaşam kaliteleri bundan etkilenir. Hastalık süresi uzadıkça bireyler kronik hastalığa sahip olmanın getirdiği sınırlılıkları daha uzun süre yaşamak zorunda kalırlar ve bu durum yaşam kalitelerinin daha çok bozulmasına neden olur(15). Yaşam kalitesi ile ilgili sonuç ölçümlerindeki gelişmelere paralel olarak son yıllarda, teknolojik gelişmeler de sağlık çalışanlarına, kronik hastalıkların tedavisine yönelik bir çok tıbbi ve cerrahi seçenek sunmaktadır. Araştırmacılar tarafından bu teknik gelişmelerin tıbbi sonuçlar üzerindeki etkilerinin değerlendirmesi yapılmış olsa da, bu tekniklerin hastanın iyilik hali, SYK üstündeki etkileri henüz sistematik olarak değerlendirilmeyi beklemektedir (1).

Bir çok etyolojik faktöre bağlı olarak ortaya çıkabilen kronik karaciğer hastalıkları ve neden oldukları komplikasyonlar dünya çapında oldukça yaygın bir morbidite ve mortalite kaynağıdır (6,16). Karaciğer rahatsızlıkları, kişinin en üretken dönemi olduğu varsayılan 30-40'lı yaşlarda en yüksek prevalanslarına ulaşmaktadır (8). Kronik karaciğer hastalıkları SYK'de azalmaya neden olmakta ve bu durum algısal, davranışsal, fiziksel ve psikolojik problemler olarak kendini göstermektedir (17). Kronik karaciğer hastaları yorgunluk, kendine saygıyı kaybetme, bir işte çalışabilme yeteneğini kaybetme ve diğer duygusal problemlerle karşılaşmakta bu da

yaşam kalitelerini ve kendilerini iyi hissetmelerini belirgin bir şekilde azaltmaktadır (8).

Kronik karaciğer hastalığı Amerika Birleşik Devletlerinde dokuzuncu en sık morbidite ve mortalite nedenidir. Amerikalıların yaklaşık 5 milyonu hepatit B ya da C ile kronik bir şekilde enfektedir. Milyonlarca Amerikalı da kronik hepatoselüler hastalık ya da kolestatik karaciğer hastalığı ile mücadele etmekte, hastalığa bağlı olarak gelişen aşırı yorgunluk, kaşıntı, öz bakım kaybı, depresyon gibi sorunlarla ve siroz komplikasyonlarıyla (hepatik ensefalopati, asit, spontan bakteriyel peritonit ve rekürren varis kanaması) uğraşmaktadır (1).

Kronik karaciğer hastalığı hem klinik hem de sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi prezentasyonları oldukça değişken olabilen bir dizi hepatoselüler ve kolestatik durumu kapsamaktadır. Kronik karaciğer hastalığının erken evrelerinde, hastalarda hiçbir semptom olmayabilir ya da semptomlar çok hafif olabilirken, siroz ortaya çıkıp ilerledikçe asit, ensefalopati, yorgunluk, kas krampları vb. komplikasyonlar hastanın sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini belirgin bir şekilde bozabilmektedir. Karaciğer hastalığının bu evresinde, altta yatan sebep ne olursa olsun sirozun hastanın kendini iyi hissetmesine olan etkisi benzerdir. Öte yandan, erken evrede kronik karaciğer hastalığı olan hastalar altta yatan karaciğer hastalığı etyolojisine bağlı olarak birbirine hiç benzemeyen belirtilerle de karşılaşabilirler (1).

Yapılan bir araştırmada Hepatit C'nin sağlıkta yaşam kalitesinde bozulmaya neden olduğu bulunmuştur. Hepatit C'li hastalarda SYK'nin bozulmasına neden olan faktörler arasında düşük sosyoekonomik seviye, intravenöz ilaç kullanımı, tıbbi ya da psikiyatrik ek hastalıklar, HCV enfeksiyonu tanısının konulmasını takiben hastaların kendilerini hasta ve bulaştırıcı olarak etiketlenmiş gibi hissetmeleri bulunmaktadır. Hepatit C enfeksiyonunun, hastanın algısal sağlığını etkileyebilecek bazı nöropsikolojik bozukluklara yol açtığıda öne sürülmüştür. Buna ek olarak, ilerlemiş karaciğer hastalığının da sağlıkta yaşam kalitesinde belirgin bir kötüleşmeye yol açtığı ve bunun da minimal hepatik ensefalopatiye bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir (18). Pakistan'da yapılan başka bir araştırma da kronik hepatitin mental ve fiziksel sağlık üzerinde ciddi olumsuz etkileri olduğu bildirilmiş (19), sirozlu hastaların sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinde azalmaya neden olabilecek

karaciğer yetmezliğinin ilerlemesi, diüretiklerin kullanımı ya da minimal hepatik ensefalopati gibi bir çok faktör öne sürülmüştür (18).

2.3. Kronik Hepatit B

Günümüzde hepatit enfeksiyonunun en önemli nedenlerinden biri dünyada 450 milyon taşıyıcısı olan HBV'dur. Dünya nüfusunun yarıya yakınının HBV ile enfekte olduğu ve her yıl yaklaşık 1 milyon kişinin HBV'nun neden olduğu akut ve kronik hastalıklardan öldüğü tahmin edilmektedir. Ülkemizde % 3.9-12 taşıyıcılık oranı vardır. Bu verinin ışığında ülkemizde yaklaşık 4 milyon taşıyıcının olduğu ve bunların yaklaşık dörtte birinin de uzun vadede siroz veya karaciğer kanseri için risk grubunda olduğu tahmin edilmektedir (7).

Hepatit B virüsü hepadnaviridae ailesinin orthohepadnavirüs cinsinden olan küçük, hepatotropik, zarflı bir DNA virüsüdür. Çevre koşullarına oldukça dayanıklıdır. Etere, aside, orta derecede sıcaklığa dirençlidir. Sodyum hipoklorit (%0.5-1 yoğunlukta veya 1/10 sulandırılmış çamaşır suyu) 10 dakikada, %2 glutraldehit ve % 70'lik etil ve propil alkol 2 dakikada virüsü inaktive eder. HBV serum içinde 30-32 °C altında 6 ay, -20 °C'de yıllarca infeksiyöz özelliğini korur. Kaynatma ile de 10-20 dakikada inaktive olur. Kuru sıcakta 160 °C'de bir saatte inaktive olur (7)

2.3.1. Bulaşma Yolları

ı) Perkütan Bulaşma; jilet, traş makinası, diş fırçası gibi günlük eşyaların ortak kullanımı perkütan bulaşmaya neden olur. Semen, tükürük, idrar, feçes, ter, gözyaşı, vaginal salgılar, sinoviyal sıvılar, beyin omurilik sıvısı ve kordon kanında virüs gösterilmiştir. Kan ürünleri ile temas, kontamine iğneler ve aletler, hemodiyaliz, IV ilaç bağımlılığı, dövme yaptıрма, kulak deldirme ve böcek ısırıkları bulaş açısından risk faktörleridir (7,20).

ıı) Cinsel Temas; kandan daha az konsantrasyonda virüs bulunsa da genital sekresyonlar ilişki esnasında bulaşmaya neden olmaktadır. HBV enfeksiyonu riski diğer bir cinsel hastalık hikayesi varlığında 2-3 kat, partner sayısına bağlı olarak ise 7-11 kat artmaktadır (7).

iii) Perinatal Bulaşma; perinatal bulaşma doğum sırasında veya doğum sonrasında olabilen deri ve mukoza sıyrıklarının enfekte maternal sıvılarla teması, vaginal kanaldan geçiş sırasında anne kanının yutulması, sezeryan sırasında anne kanıyla temas gibi nedenlerle meydana gelir. Bulaşma oranı % 40-50 civarındadır (7).

iv) Horizontal Bulaşma; bulaşma mekanizması tam olarak anlaşılmamıştır. Horizontal yol özellikle aile içi bulaşmada önemlidir. Kalabalık yaşam koşulları, kötü hijyen ve düşük sosyoekonomik düzey HBV'nün bulaşma ortamını artırmaktadır (7).

2.3.2. Korunma

i) Pasif Bağışıklama

Hepatit B İmmüoglobulini (HBIG) yüksek titrede anti- HBs'ye sahip donörlerin plazmalarından hazırlanmıştır. Üç temel endikasyonu vardır:

- HBsAg pozitif kan ile perkütan yada mukoza teması
- HBsAg pozitif kişi ile cinsel temas
- HBsAg pozitif anneden doğan çocuklar (7).

Temas sonrası 3 gün veya üzerinde gecikme olursa koruyucu etkisi azalır.

ii) Aktif Bağışıklama

1986 yılından beri rekombinan aşılar uygulanmaktadır. Aşılama HBV enfeksiyonundan korunmanın en etkili yoludur (22). Üç doz standart aşı uygulaması (0.1.6.ay) ile % 95-99 oranında 5 yıla kadar koruyucu etkiye sahiptir. Risk altında bulunan gruplara aşı önerilmektedir (7,20). Özellikle yüksek riskli gruplara, kronik HBsAg taşıyıcılarının yakınlarına, endemik bölgelere gidenlere, hemodiyaliz hastalarına ve personeline önerilmelidir (20).

HBV enfeksiyonu için risk grupları

- HBsAg taşıyıcı annelerden yeni doğanlar
- HBsAg taşıyıcıların seksüel partnerleri
- Homoseksüeller
- İntravenöz ilaç kullananlar
- Hemodiyaliz hastaları
- Birden fazla kan tansfüzyonu yapılan hastalar
- İmmunosupresif kullanan hastalar

- Sağlık personelleri (20).

2.3.3. Klinik Seyir

HBV ile temastan 1-2 hafta sonra veya semptomların başlangıcından 2-8 hafta önce inkübasyon periyodu boyunca HBsAg serumda saptanır ve 3-4 ay sonra kaybolur. Akut hepatit B virüs enfeksiyonunu takiben HBsAg pozitifliğinin 6 aydan uzun sürmesi kronik hepatit B olarak tanımlanır (7,22). Anti-HBs, HBsAg kaybolduktan sonra ve genellikle hastalığın başlangıcından 3 ay sonra ortaya çıkar, iyileşmeyi ve immüniteyi gösterir(7). Akut HBV enfeksiyonlu hastalarda kronikleşme oranı enfeksiyonun alınma yaşına bağlı olarak değişir. Erişkinlerde kronikleşme % 5 civarındadır. Perinatal dönemde alınan enfeksiyon % 85-90 kronikleşir. Kronik Hepatit B enfeksiyonu genellikle sessizdir. En sık belirtisi yorgunluktur (7). Kronik Hepatit B enfeksiyonunun yıllık siroza ilerleme hızı %2-5.5 oranında gerçekleşir. HCC insidansı ise çok daha düşüktür ve bölgesel farklılıklar gösterir.

HBV enfeksiyonu ile ilgili olarak doğru yorum yapabilmek için serolojik testler, her hastanın klinik ve laboratuvar ve gerekirse histopatolojik bulguları ile birlikte değerlendirilmelidir. Serumda HBV DNA tespiti viremi düzeyini ortaya koyan en iyi göstergedir (7). Histopatolojik değerlendirme karaciğer biyopsisi ile yapılır. Ülkemizde yaşam boyu HBV ile karşılaşma olasılığı %20-60 arasında değişmektedir (23).

2.3.4. Tedavi

Kronik viral hepatit B tedavisinde amaç; virusun eradikasyonunu sağlamak, virus replikasyonunu azaltmak ve KC'in histolojik olarak iyileşmesini sağlamaktır (20). Bu amaçla interferon adlı immunomodülatör ilaç ve antiviral ajanlar kullanılır. Tedavi hepatoselüler hasarın biyokimyasal göstergeleri, viral seroloji, viral replikasyon düzeyi ve histopatolojik aktivite ve evreye göre planlanır. Tedaviye başlamadan önce; hastaların enfeksiyon durumu, semptom ve bulguları ile KC yetmezliğinin mevcut olup olmadığı değerlendirilmeli ve mutlaka biyopsi yapılmalıdır (20).

Günümüzde kronik viral hepatitlerin tedavi şekli olan interferonlar vücudumuzda doğal olarak oluşan endojen glikoproteinlerdir. Etkisini, virüsün

hücreye tutunmasını, kılıfını bırakmasını inhibe ederek ve antiviral ürünleri hücrelere taşıyan ribonükleaz ve proteinleri indükleyerek gösterir (24). Kronik viral hepatit tanısı olan hastaların %30-50'sinde interferon tedavisi sonrasında viral replikasyon inhibe olur. Karaciğer fonksiyon testleride normal seviyelere iner. Kronik viral hepatit B tedavisinde diğer tedavi alternatifi nükleosid analoglarıdır. Antiviral ajanlar da viral replikasyonu azaltarak histolojik iyileşme sağlarlar.

2.4. Kronik Hepatit C

Hepatit C virüsü, genomik boyutu 9.6 kb olan bir RNA virüsüdür (25). Hepatit C, gastroenterologlar tarafından başlangıçta non-A, non-B hepatiti olarak tanımlanmış, daha sonra bunun ayrı bir enfeksiyon olduğu ortaya konulmuştur (26). Hepatit C virüsü tüm dünyada akut ve kronik non-A, non-B hepatiti'nin ve sirozun ana nedenidir. Akut HCV enfeksiyonu geçirenlerin tümünün kronik enfeksiyona dönüşme riski vardır. Bunların %55-85'inde kronik karaciğer hastalığı gelişmektedir. Ayrıca HCV enfeksiyonu ile hepatosellüler karsinoma arasında kuvvetli bir ilişki olduğu bilinmektedir (7).

Çeşitli ülkelerde elde edilen HCV izolatları arasında genomun değişik bölgelerde nükleotid ve aminoasit sekansları bakımından önemli farklılıklar ortaya çıkmıştır. Yapılmış çalışmaların sonuçlarına bakıldığında kimi ülke veya coğrafi bölgelerde pek çok genotipin birlikte olduğu gözlenirken bazı ülke ve bölgelerde belli bir tipin belirgin bir şekilde baskın olduğu gözlenmektedir (7). Anti-HCV pozitifliğine dayanan bilgilere göre HCV enfeksiyonu dünya üzerinde sık görülen bir enfeksiyondur ve 300 milyon kişinin HCV ile enfekte olduğu düşünülmektedir (7). Hepatit C virus (HCV) enfeksiyonunun neden olduğu C tipi viral hepatit dünyanın ve ülkemizin önemli sağlık sorunlarından biridir. Gelişmiş ülkelerde akut hepatitlerin %20'sinden, kronik hepatitlerin ise %70'inden, son dönem sirozun %40'undan, hepatosellüler karsinomunun %60'undan ve karaciğer transplantasyonunun %30'undan HCV enfeksiyonu sorumludur (27).

Ülkemizde amatör kan vericileri ve normal sağlıklı insanlarda yapılan çalışmalarda tespit edilen Anti-HCV pozitifliği %0.3-1.8 arasında değişmektedir ve ortalama %1'lik HCV enfeksiyonu prevalansı söz konusudur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda Anti-HCV pozitifliğinin, özellikle hemodiyaliz hastaları ve

politransfüzyon yapılan hematoloji hastalarında yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Ülkemizde HCV enfeksiyonunun en sık bulaşma yolu cerrahi operasyonlar ve kan transfüzyonlarıdır. İntravenöz ilaç bağımlılığına bağlı bulaşma ise çok düşük oranlardadır (27).

2.4.1. Bulaşma Yolları

i) Parenteral Yolla Bulaşma:

a) Kan Transfüzyonu; iyi bilinen ve sık karşılaşılan bulaşma yolu arasında transfüzyon ve/veya kan ürünleriyle parenteral maruziyet sayılabilir. Hepatit C virüsünün gelişmiş teknolojilerle taranmasına başlanmasından önce, transfüzyon başına HCV bulaşma riski %0.45'ti. Ancak rutin taramanın devreye girmesiyle bu oranın yaklaşık 1/100000 ünite transfüzyona kadar gerilediği görülmüştür (25).

b) Meslekle İlgili Bulaşma; HCV kontamine enjektörlerle bulaşabilmektedir. Geçiş hızı muhtemelen alıcıya geçen kanın miktarına, virüs titresine ve inokülasyonun derinliğine bağlıdır. Maruz kalan kişilerin yaklaşık %2'sinde viremi ve/veya anti HCV antikorları gelişmektedir. Yapılan çalışmalarda Anti-HCV seropozitif kanla kontamine iğnenin batması ile gelişen yaralanmalarda ortalama enfeksiyon riski yaklaşık %3-4 dolayındadır. Diş hekimleri HCV enfeksiyonu için özel risk taşımaktadırlar (7,25)

ii) Perinatal Bulaşma:

HCV'nin perinatal bulaşı daha çok doğum eylemi sırasında ya da doğumda gerçekleşmektedir. Maternal antikor bebeğe pasif olarak geçebilir, zamanla antikor kaybolmaktadır. Bu yolla bulaşmada kronikleşme %0-7 arasında değişmektedir. Enfekte annenin sütü ile beslenen bebeklerde HCV enfeksiyon riski artmamaktadır (7,25).

iii) Cinsel Yolla Bulaşma:

HCV enfeksiyonunun epidemiyolojisinde cinsel yolla bulaşmanın önemi tartışmalıdır. HCV enfeksiyonunda cinsel yolla bulaşma mümkündür ancak bu durum HBV'de olduğu kadar sık değildir. Amerika ve Avrupa'da yapılan çalışmalarda, kronik HCV enfeksiyonu olan heteroseksüel partnerlerle bulaş riskinin %0-%6.3 gibi çok düşük düzeylerde olduğu bildirilmiştir. İlginç bir şekilde, Asya'da yapılan çalışmalarda daha yüksek pozitivite oranlarına ulaşılmıştır (%7.3-%27.5).

HCV RNA genellikle semen, vajina sıvısı, idrar, gayta ve tükürükte bulunmamaktadır. Ancak, bir çalışmada tükürükte çok düşük miktarlarda HCV RNA'ya rastlandığı bildirilmiştir. Kan dışı vücut sıvılarının enfeksiyöz olup olmadıkları tartışmalı olmakla birlikte genellikle tükürük HCV enfeksiyon kaynağı kabul edilmektedir. Kronik taşıyıcılarla cinsel temas veya aile içi temas virüsün önemli bir bulaşma yolunu oluşturmakta ve bu vakalarda tükürük enfeksiyon kaynağı olabilmektedir (7,25).

HCV enfeksiyonu için risk grupları:

- *Uyuşturucu bağımlıları (HCV RNA pozitifliği: %50-%100)
- *Hemofili hastaları (HCV RNA pozitifliği: %84-%100)
- *HIV enfekte kişiler (ko enfeksiyon riski %8-%51)
- *Diyaliz hastaları (HCV RNA pozitifliği: %8-%69)
- *Alkolikler (HCV RNA pozitifliği: %32) (25).

2.4.2. Klinik Seyir

HCV enfeksiyonu, asemptomatik taşıyıcılıktan akut hepatit, kronik hepatit, siroz ve HCC'ya kadar değişen patolojilere sebep olabilir (7). Akut hepatit C %70-80 oranında asemptomatik seyretmekte ve hastaların yaklaşık %70-80'inde kronikleşmektedir (27). Hepatit C enfeksiyonu olan hastaların % 20'sinde 20-30 yıl içinde siroz gelişir. Siroz geliştikten sonra da her yıl için %1-4 oranında hepatoselüler karsinom gelişme riski vardır (7).

HCV enfeksiyonunun laboratuvar ortamında teşhisi temel olarak antikorların tespit edilmesiyle gerçekleşmektedir. HCV antikorları 6-8 hafta içinde tespit edilebilmektedir. Serumda HCV RNA'sının gösterilmesinin HCV replikasyonunu yansıttığı ve RNA'nın kaybolmasının interferon tedavisi sonrası kronik hepatit remisyonu bakımından güvenilir bir gösterge olabileceği saptanmıştır (7).

2.4.3. Tedavi

HCV replikasyonunu dizginleyen ve hastalığın doğal seyrinde düzelmeye sağlayan tedavi uygulamaları mevcuttur. Günümüzde kronik hepatit C tedavisinde interferon ve ribavirin kombinasyonu kullanılmaktadır. Ancak bu tedavinin olumlu etkilerinin yanında yan etkileri de bulunmaktadır (7). Kronik hepatit C tedavisinde kalıcı yanıt

oranları %54-63 arasında değişmektedir. Kalıcı yanıtı etkileyen birçok faktör vardır. Viral yük, genotip ve hastanın ırkı kalıcı yanıtı etkileyen fakat değiştirilmesi mümkün olmayan özelliklerdir. Tedavide Kalıcı yanıtta en çok etkisi olan ve değiştirilmesi mümkün olabilen özellik ise hastanın tedaviye uyumudur. Tedaviye uyumsuz hastalarda kalıcı yanıtı %34 iken tedaviye uyumlu hastalarda kalıcı yanıtı %63'e çıkmaktadır. Tedaviye uyumsuzluğun pek çok nedeni olabilir. Bu hastalar içinde %75 oran ile tedaviye uyumsuzluğun en sık nedeni ilaçların yan etkileridir. Sık karşılaşılan bazı yan etkileri; gribal enfeksiyon, yorgunluk, baş ağrısı, anemi, nötropeni, ateş, miyalji, bulantı, alopesi, anoreksi, depresyon, kilo kaybı, uykusuzluk, kemik iliği baskılanması trombositopeni, lökopeni ve retinopatidir (24,26,28).

2.4.4. Korunma

Günümüzde HCV'na karşı spesifik bir immunglobulin veya aşı yoktur. Enfeksiyonlu kişilerde oluşan antikörlerin koruyucu olmaması ve farklı genomların varlığı aşı geliştirilmesi konusunda en önemli engeller olarak görülmektedir. Transfüzyon öncesi kan ve kan ürünlerinin taranması korunmada çok önemlidir (7).

2.5. Siroz

Siroz, karaciğer parankim dokusunun kaybı, difüz bağ doku artışı, rejenerasyon nodüllerinin oluşması ve vasküler yapının bozulması ile karakterize ilerleyici bir hastalıktır (29). Erken dönemde yağlama, iltihabi eksüda ve ödem nedeni ile karaciğer büyüyebilir ve ağırlığı artabilir. Geç dönemde ise akut inflamatuvar reaksiyonun kaybolması ve fibröz dokunun artıp, karaciğerin büzülmesi ile karaciğer hem ağırlık hem de boyut olarak küçülür. Ara safhalarda ise daha çok sağ lop küçülürken sol ve kaudat lop büyük kalabilir ve yüzeyi nodüler nedeni ile düzensiz bir şekil alır (30).

Karaciğer sirozu, dünyanın pek çok bölgesinde ve ülkemizde en önemli ölüm nedenlerinden birisidir. Sebep Batı Avrupa ve Kuzey Amerikada çoğunlukla alkol tüketiminin fazla olması iken dünyanın diğer birçok bölgesinde ise önemli bir toplum sağlığı problemi olan viral hepatitlerdir. HBV ve HCV'ye bağlı olarak gelişen kronik karaciğer hastalığı nedeni ile ülkemizde de karaciğer sirozu önemli bir mortalite ve morbidite kaynağıdır. Hastaların yaklaşık yarısı asit ve sarılık ortaya çıktıktan sonra

(dekompanse evre) hekime müracaat eder, geri kalan hastalar ise non-spesifik yakınmalar ile veya tesadüfen yapılan rutin muayeneler esnasında tanı konur. Siroz oluştuktan sonra, geç safhalarda etiolojisi ne olursa olsun herhangi bir sirozu diğerinden ayırmak klinik ve histolojik olarak zordur (30).

2.5.1. Semptomlar ve Klinik Bulgular:

Kanama: Hastalarda gelişen portal hipertansiyona bağlı olarak gastrointestinal kanamalar sıktır. Bu kanamalar başta özefagus varisi olmak üzere, duodenal ve gastrik ülser, vasküler ektazi, portal hipertansif gastropatiye bağlı olabilir. Karaciğer fonksiyonlarındaki bozulmanın derecesine bağlı olarak spontan dişeti, burun kanaması, vücut ve ekstermitelerde ciltte morarmalar olabilir (30).

Yorgunluk, halsizlik, güçsüzlük: Siroz hastalarında çok sık görülür ve hastaların yarısında dikkati çekecek derecededir . Tanıdan aylar hatta yıllar öncesinden beri var olabilir. Genellikle hissedilen yorgunluk, halsizlik gün boyunca giderek artar (Depresyonda ise sabah hissedilen kötülük hali gün boyunca azalır). Halsizlik uzun sürelidir ve hastalığın ilerlemesi ile halsizliğin ve güçsüzlüğün şiddeti artar (30).

İştahsızlık: Sık görülen bir semptomdur. Özellikle sarılığı olan (ister hepastoselüler, isterse biliyer obstrüksiyon olsun) olgularda daha belirgindir. Hastalardaki tad ve koku bozukluklarıda iştahsızlığı arttırır. İştahsızlık bazen kas ve adipoz dokuda azalma ve malnutrisyon bulguları ile birlikte ciddi derecede olabilir. Ancak vücutta sıvı birikimi (asit, ödem) varsa iştahsızlık ve kilo kaybı tam olarak değerlendirilemeyebilir (30).

Bulantı ve kusma: Birlikte olabilir ancak kusma olmadan bulantı daha sıktır. Daha çok biliyer ve alkolik sebebe bağlı siroz olgularında görülür (30).

Kas krampları: Ağrılı, istemsiz adale kasılmaları vardır. Sıklıkla bacak ve ayaklarda istirahatte ve gece oluşur, asimetrik özelliktedir. Karaciğerdeki yetersizliğin şiddeti ve hastalığın süresi ile ilişkilidir. Efektif plazma hacminin azalması ile korelasyon gösterir (30).

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

hastalarda kilo artışının en sık nedeni vücutta sıvı birikimidir. Ancak düşükte olsa obezite kilo artışının sebebi olabilir (30).

Kaşıntı: Kolestatik orjinli (biliyer siroz, primer sklerozan kolanjit, biliyer obstrüksiyon) siroz olgularında sıktır. Kaşıntı intermittan ve hafif veya yaygın ve şiddetli olabilir. Özellikle ekstermitelerde belirgindir, yalnız gövdede, boyun ve yüzde nadirdir. Bazen genital bölgede de olabilir. Sıcak banyodan sonra ve gece cilt sıcak iken kaşıntı daha yoğundur. Kaşıntının plazma safra asit konsantrasyonundaki artış ile ilişkili olduğuna inanılmaktadır (30).

Ateş: Sebebi belli olmayan hafif bir ateş olabilir. Özellikle alkolik sirozda yaklaşık %40, postnekrotik sirozda ise %10 olguda sebepsiz ateş görülür. Ancak genellikle sekonder bakteriyel peritonit söz konusudur (30).

Dispne ve takipne: Özellikle pulmoner tutulumun olduğu alfa-1 antitripsin eksikliği ve kistik fibrozise bağlı siroz olgularında sarılık ve birlikte dispne görülür. Bunun dışında asitle birlikte plevral sıvı varsa dispne olabilir(30).

İmpotans ve seksüel disfonksiyon: Erkek alkolik sirozlu olguların yaklaşık %70'inde non-alkolik sirozlu olguların da %25'inde impotans vardır. Feminizasyon ve hipogonadizm karaciğer yetersizliğinin derecesi ile korelasyon gösterir. Seksüel fonksiyonlar halsizlik ve depresyondan da etkilenir (30).

Klinik bulgular Karaciğer yetmezliği veya portal hipertansiyona bağlı olarak meydana gelirler (30).

Hepatoselüler yetmezliğe bağlı olanlar; sarılık, kanama diatezi (burun, dişeti kanaması vs.), hormonal bozukluklar (genital organlarda atrofi, feminizasyon, hipogonadizm, diabet, hipoglisemi), deri değişiklikleri (palmar eritem, spider angioma), protein metabolizma bozuklukları (adale atrofisi, tenar ve hipotenar atrofi, asit ve ödem), hematolojik bozuklulardır (anemi).

Portal hipertansiyona bağlı olanlar: asit, ödem, splenomegali, özefagus varis kanamaları, kollateral dolaşım ve pulmoner anormallikler (siyanoz, dispne)dir.

2.5.2. Klinik Seyir

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

olan), tanı konulduktan sonra 3 yıllık sağ kalım %15 ve 5 yıllık sağ kalım %7 ile %10 arasındadır. Kompanze sirozlu hastalarda dekompanzasyon oranı yılda yaklaşık %10 civarındadır. Hastalarda prognozu belirlemede kullanılan en önemli objektif parametre karaciğer yetmezliğinin derecesini gösteren Child-Pugh sınıflamasıdır. Child-Pugh evresi hastanın prognozu ile korelasyon gösterir ve klinik olarak çok sık kullanılır. Child-Pugh sınıflamasına göre siroz hastaları grup A, B ve C olmak üzere 3 evreye ayrılır. Her olgu için parametrelerin puanlarının toplanması ile elde edilen toplam puan 5-6 ise Child A, 7-9 ise Child B ve 10-15 arasında ise Child C olarak yorumlanır (30).

2.5.3. Komplikasyonlar

Sirozda hastalık süreci boyunca çoğu hayatı tehdit eden, hızla ve hemen müdahale edilmez ise ölümlü sonuçlanabilecek komplikasyonlar görülür. Bunlar; gelişen portal hipertansiyona bağlı olarak gastrointestinal kanamalar (özefagus, gastrik varis ve portal gastropatiye bağlı kanamalar), asit ve spontan asit enfeksiyonları (spontan bakteriyel peritonit ve benzerleri), hepatik ensefalopati (hepatik koma), hepaselüler karsinoma, karaciğer yetmezliği, hepatorenal sendrom, pulmoner komplikasyonlar (hepatopulmoner sendrom, pulmoner hipertansiyon), enfeksiyonlar, hipersplenizm ve hematolojik bozukluklar, endokrin bozukluklar (Diabet, hipoglisemi, feminizasyon, hipogonadizm), kardiyak komplikasyonlar (arteryel hipotansiyon) ve gastrointestinal komplikasyonlardır (peptik ülser, safra taşları) (30).

Karaciğer sirozu olan hastaların 1/3'ü, gelişen portal hipertansiyon sonucu oluşan özofagogastrik varislere bağlı kanamalardan kaybedilmektedir. Sirozlu hastalarda özofagus varisi saptanma oranı %50-68, yıllık varis gelişimi ise %5-15 oranında bildirilmiştir. Varis gelişimi sirozun derecesi ile değişkenlik göstermektedir. Karaciğer sirozunda yüksek oranda özofagogastrik varis sıklığı bulunmaktadır. Tüm sirozlu hastalar ele alındığında varis insidansı %50-68 arasında, ileri evre varis sıklığı ise yaklaşık %20 olarak bildirilmiştir (31).

Karaciğer sirozunda koagülasyon faktör eksikliğinin nedenleri olarak uygun olmayan yapısal ve fonksiyonel faktör üretimi, ekstrasvasküler alana kayıp, trombositopeni, yaygın damar içi pıhtılaşması ve fibrinolitik aktivitenin artması gösterilmektedir (32).

Spontan bakteriyel peritonit (SBP) sirozun en sık görülen ve ölüm riski olan bir komplikasyondur. Hastaneye yatırılan asitli olgularda SBP insidansı %7-23 arasında değişmektedir ve tekrarlayıcıdır(29).

Parankimal karaciğer hastalıklarında en önemli komplikasyonlardan biri olan hepatik ensefalopati (HE) geriye dönüşümü olabilen nöropsikiyatrik bir durumdur (32). Hepatik ensefalopatide hastanın mental durumundaki değişikliklere dayanan bir evreleme mevcuttur:

Evre 0: Bilinçte, entelektüel fonksiyonda, kişilik veya davranışlarda değişiklik yoktur,

Evre 1: Hipersomni, insomni, öfori veya anksiyete, kısa dikkat süresi, irritabilite,

Evre 2: Letarji, dizoryantasyon, bozulmuş kavrama, uygunsuz davranışlar konuşma bozukluğu, ataksi

Evre 3: Belirgin konfüzyon; ağırlı uyaranlara cevaplılık

Evre 4: Koma; ağırlı uyaranlara cevapsızlık (32)

Bu evreleme metodunun subjektif kriterlere dayanmak ve prognozla yakın ilişkili olmamak gibi eksiklikleri vardır ve daha objektif bir evreleme metodunun geliştirilmesine çalışılmaktadır. Kabaca mental değişikliğe ait bulgusu olmayan hasta evre 0, ağırlı uyaranlar dahil tüm uyaranlara cevapsız hasta evre 4, minimal klinik bulguları olan hasta evre 1, kliniği ağır olan ancak ağırlı uyaranlara yanıtı hasta evre 3, evre 1 ve 3 arasındaki hasta evre 2 olarak kabul edilebilir (33).

2.5.4. Tedavi

Siroz tanısı almış kişilerde tedavide amaç; sirozun dekompanse safhaya ilerlemesine engel olmak veya bu geçiş süresini uzatmak, dekompanse ise karaciğer yetmezliği bulgularının ortadan kalkmasını sağlamak, fibrozisi azaltmak ve hepatosellüler karsinom gelişimini önlemek, karaciğer nakli öncesinde viral sebeblere bağlı dekompanse sirozlularda viral yükü azaltarak reenfeksiyonu önlemektir. Yapılacak en akıllıca tedavi siroz oluşmadan önceki evrede tedaviye başlamak ve hastalığı kontrol altına almaya çalışmaktır. Karaciğer sirozunda tedavi büyük ölçüde semptomatik ve komplikasyonlara yöneliktir. 1980'li yılların başlarından itibaren son dönem karaciğer hastalığının tedavisinde ana yöntem karaciğer nakli olmuştur.

Ülkemizde sirotik hastaların çok büyük bir kısmında karaciğer nakil uygulanamamakta, bu olgulara konvansiyonel, semptomatik tedavi yöntemleri ile yaklaşılmaktadır. Bu hastalarda kompanse, semptomsuz dönemin uzatılmasını sağlayacak, nakil ihtiyacını erteleyebilecek hasta ömrünü uzatabilecek tedavi yöntemleri önem kazanmaktadır (30).

2.6. Karaciğer Nakli

Klinik uygulamada amacı, alıcının fonksiyonel veya anatomik olarak iş görmeyen doku veya organ eksikliğini giderilmesi olan transplantasyon, bir kişiden alınan ve greft adı verilen hücre, doku veya organın genellikle bir başka kişiye nakledilmesidir. Bu yaklaşım yaklaşık 40 yıldır tüm dünyada giderek artan sıklıkla kullanılmaktadır. Günümüzde sıklıkla böbrek, karaciğer, kalp, akciğer, pankreas ve kemik iliği transplantasyonları yapılmaktadır. Transplantasyonda greft kendi anatomik yerleşim yerine nakledilmişse bu işleme ortotopik transplantasyon, farklı bir bölgeye nakledilmişse heterotopik transplantasyon adı verilmektedir (34).

Organ nakli uygulamaları günümüzde birçok kronik organ hastalıklarında uygulanan rutin, geçerli ve ileri bir tedavi yöntemi olarak kabul görmektedir (35). Organ ve doku nakli, bir ülkenin gelişmişlik düzeyini gösteren en önemli ölçütlerden biridir. Kronik böbrek yetmezliği, karaciğer, kalp, akciğer, pankreas gibi solid organların transplantasyon dışında fazla bir tedavi şanslarının olmayışı organ bağışi ve organ nakli konularının güncelliğini korumuştur (36). Özellikle Son dönem karaciğer hastaları ya da yaşam kaliteleri kabul edilemeyecek düzeyde kötüleşmiş karaciğer hastaları için karaciğer transplantasyonu geçerli bir tedavi şekli haline gelmiştir (37). Karaciğer transplantasyonu son dönem karaciğer hastaları için oldukça başarılı bir işlemdir ve 5 yıllık hayatta kalma oranları bir çok merkezde %70'lere ulaşmaktadır (38). Transplantasyonun başarı düzeyinin artmasıyla birlikte, hastanın hayatta kalma şansı giderek artmaktadır ve bu aşamadan sonra uzun dönem hayatta kalma ve bununla ilişkili oluşabilecek problemlere dikkat edilmesi gerekmektedir (37).

Teknik komplikasyonların birçoğu post operatif birinci yılda ortaya çıkmaktadır. Daha sonra greft kaybı oranları sabittir, genel geç ölüm ya da greft kaybı nedenleri arasında orijinal hastalığın rekürrensi, maliniteler ve yaşa bağlı

komplasyonlar sayılabilir (37). Uzun dönemde ortaya çıkan ana problemler aşığıda belirtilmiştir:

- * Karaciğer transplantasyonunun psikolojik sonuçları
- * Spesifik olmayan immüsupresyonun komplasyonları; özellikle sepsis ve malinite
- * Spesifik immüsupresyonun komplasyonları: özellikle nefrotoksisite ve hipertansiyon
- * İlaç rejimlerine uyumsuzluk
- * Orijinal hastalığın rekürrensi
- * Diğerleri (37).

Transplantasyonun başarısındaki en önemli faktörlerden birisi, donör dokusuna karşı alıcının immün cevabıdır (34). Alınan dokunun genetik olarak tam uygun olmayan bir başka kişiye nakli, rejeksiyon olarak isimlendirilen ve greftin zarar görmesine neden olan, spesifik bir immün yanıtı neden olur. Dokunun rejeksiyonundaki en önemli moleküler hedef, kendinden olmayan, klas I ve II major doku uygunluk antijenleridir. Solid organ greftlerinde, çeşitli mekanizmalar rejeksiyona neden olurlar ve bu mekanizmaların her birisi histolojik olarak karakteristik reaksiyonlara yol açar. Doğal antikorlar, greft damarlarında, trombüs ve parankimde nekroz oluşturarak hiperakut rejeksiyona neden olur. Greftte karşı oluşan alloreaktif T hücreleri ve antikorların, başlıca damar duvarında, parankim yapılarında oluşturduğu doku harabiyeti akut rejeksiyonla sonuçlanır. Kronik rejeksiyon, kronik damar zedelenmesi ve fibrozis ile karakterize bir süreçtir. Greftteki patolojik değişikliklerin saptanması ve sınıflandırılması tedaviye yanıtın ve uzun dönem prognoz tahmin edilmesinde önemlidir (34).

Alıcıda, immüsupresyonla veya greftte karşı toleransın artırılmasıyla, rejeksiyon engellenebilir veya tedavi edilebilir. İmmüsupresif ilaçlar T lenfositleri yok ederek veya baskılayarak etki ederler. Önemli immüsupresif ilaçlardan birisi siklosporindir. Siklosporin T hücrelerinde IL-2 gibi bazı sitokinlerin gen transkripsiyonunu, T hücrelerini aktive eden nükleer faktörü (NFAT) baskılayarak veya immüsupresif etkili bir sitokin olan transforming growth factor-beta salınımını artırarak etki eder. Ancak siklosporinin immüsupresyon için etkili

olacak doza ulaşması ile böbrek dokusunda hasarlanma ve ilaca bağlı toksisite oluşması kullanılabilirliğini sınırlamıştır (34).

Etkisi siklosporine benzer bir diğer fungal metabolit FK-506 olup sıklıkla karaciğer transplantasyonlarında kullanılmaktadır. Rapamisin antibiyotik özellikte olan bir başka immünosupresif ilaçtır. T hücrelerinin büyümesini baskılar. Greft rejeksiyonunun engellenmesinde çoğalan T hücrelerin yok edilmesi için, immatür hücrelerden gelişecek olan T hücrelerin çoğalmasını engelleyen metabolik toksinlerden de faydalanılmaktadır. Bu grupta en çok kullanılan ilaç mycofenolat mofetil (MMF) dir ve T lenfositler üzerindeki selektif etkisi nedeni ile toksik etkisi daha azdır Akut rejeksiyon ataklarında OKT3 olarak bilinen, T hücre yüzey yapılarına karşı oluşan antikorlar da tedavi amaçlı kullanılmaktadır. Greft rejeksiyonunu önleme veya tedavi etme amacıyla anti-inflamatuvar ilaçlar sıklıkla kullanılmaktadır. Bunların içinde en çok kullanılanı tümör nekrozis faktör (TNF) ve interlökin-1 (IL-1) gibi proinflamatuvar sitokinlerin sentezini ve salgılanmasını bloke eden kortikosteroidlerdir (34).

Türkiye’de solid organ nakli ilk kez 1969’da kalp nakli ile başlamıştır. Başarısızlıkla sonuçlanan bu deneyimin ardından 1970’lerin başlarında Dr. Haberal ve ekibi tarafından karaciğer nakli ile ilgili deneysel çalışmalar başlatılmıştır (39). Ülkemizde organ ve doku nakli hizmetleri bugüne kadar yapılan çalışmalara rağmen halen istendik düzeye ulaşamamıştır. Benzer ülkeler ile mukayese edildiğinde, ülkemizde 3-5 kat daha az nakil gerçekleştirilmektedir (40). Organ yetmezliği insidansı tüm dünyada artmaktadır (35). Dünyanın değişik bölgelerinde ve ülkemizde yapılan çalışmalar nakledilecek organ ihtiyacının günden güne büyük bir hızla arttığını göstermektedir (40). Türkiye’de, organ ve doku nakli bekleyen hastaların sayısı her geçen gün artarken, özellikle kalp ve karaciğer nakli bekleyen hastalar, uygun organ bulunamaması nedeniyle hayatlarını kısa süre içinde kaybetmektedir (40). 2003 yılı sonu itibarıyla organ nakli merkezlerinde sıraya girip karaciğer nakli bekleyen hasta sayısı 430 kişidir (40). Bazı hastalara (şansları varsa) diğerlerine göre daha kısa zamanda organ nakledilmekte, bazıları ise yıllarca beklemek zorunda kalmaktadır (35).

Organ naklinin geliştiği ülkelerde, kadavra veya canlı vericilerden organların alınabilmesine izin veren belirgin bir kanun olmalıdır (40). Ülkemizde de 29 Haziran

1979’da “Organ ve Doku Alınması Saklanması Aşılması ve Nakline” ilişkin yasa çıkarılmış (39), 1982 yılında yasanın 14. maddesinin içeriği değiştirilmiş, yeni bir fıkra eklenerek yeniden yapılandırılmıştır (35).

Organ nakli çalışmalarında, verimliliği artırmak, adaletli organ ve doku dağılımını sağlamak amacıyla; Sağlık Bakanlığının koordinasyon ve denetiminde, üniversitelerin, kamu ve özel sağlık kuruluşlarının katılımıyla, “ Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi” kurulmuştur. Sistemin amacı ülke genelinde organ ve doku nakli hizmetleri alanında çalışan kurum ve kuruluşlar arasında gerekli koordinasyonu sağlamak, sınırlı sayıda temin edilebilen doku ve organları, bilimsel kurallara, tıbbi etik anlayışına uygun olarak, adaletli bir dağıtımla, en uygun hastalara, en kısa süre içerisinde naklini sağlamaktır (40).

Organ nakillerinde kaynak (verici, donör) canlı veya ölü (kadavra) olabilir (35). Kadavradan alınan organlarla yapılan transplantasyon sayıları gelişmişliğin göstergesidir (40). Sağlık Bakanlığı verilerine göre, Türkiye genelinde 2005 yılının ilk 6 ayında 3 bin 758 kişi organlarını bağışlamıştır. Bu rakamlar, organ bağışı yapan kişi sayısının binlerle değil yüz binlerle ifade edildiği gelişmiş ülkelere göre çok düşük kalmaktadır. 2003 yılında milyon nüfusa düşen kadavra donör sayısı İspanya’da 33,8 – Fransa’da 18,3 –Türkiye’ de 1,6’ dır (40). Organ nakli ile ilgili kişisel görüşler, yaş, inanç, kültür, kişilik, fiziksel görünüş ile ölüme ahlaka bakış açısı gibi etkenler tarafından etkilenmektedir (40). Bugün, canlı vericilerden olduğu kadar kadavra vericilerden de böbrek, karaciğer, pankreas, ince barsak gibi organların nakilleri yapılabilmekte ve ölü kişinin ailesine organ bağışını kabul edip etmediklerini sormak organ bağışı sürecinin en zor taraflarından birini oluşturmaktadır (40).

Gerek ameliyat tekniği, gerekse ameliyat sonrası hasta bakımındaki gelişmelere karşın, dünyada ve yurdumuzda yeterli sayıda organ bağışının olmaması nedeniyle, organ nakli olmayı bekleyen pek çok hastaya organ naklinin yapılamadığı bilinmektedir (35). Canlı vericiden organ nakillerinde organ vericilerinin sağlık ve güvenliği sürekli olarak ön planda tutulmuştur (41). Bu konu aynı zamanda temel tıp etiği açısından da bir tartışma konusu olarak sürekli gündemde tutulmuştur. Opere edilen kişinin kendisi için hiçbir tıbbi endikasyon olmadan major bir cerrahinin risklerini taşıma durumunda bırakılması söz konusu olduğu için, canlı vericilerdeki

cerrahi girişimlerle ilgili tartışmalar günümüzde de sürmektedir. Ancak verici için göze alınan göreceli olarak düşük riskin karşılığında alıcı hastalarda elde edilen yüksek başarı oranları ve bununla ilintili verici kişilerde de sağlanan manevi/psikolojik tatmin konuyla ilgili tartışmalarda, kararın sürekli olarak operasyonların devamı yönünde verilmesini sağlamıştır (41).

Tüm dünyada 2000 yılı başına dek gerçekleştirilen yaklaşık 1000 canlı vericiden karaciğer nakli operasyonu sonrasında 5 vericinin hayatını kaybettikleri bildirilmiştir. Resmi bir açıklama olmamakla birlikte uluslararası toplantılarda sunulan rakamlarda ise, 2000 yılından sonra yapılan 1500 operasyonda kaybedilen verici sayısının 3 (% 0,2) olduğu, ayrıca 2 vericide gelişen karaciğer yetmezliği nedeniyle bu kişilere de karaciğer nakli yapılmak zorunda kalındığı bildirilmektedir (41).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli: Bu araştırma gözleme dayalı, analitik, kesitsel ve tek merkezli bir çalışma olarak planlandı.

3.2. Evren ve Örneklem: Araştırmanın evrenini, Aralık 2005-Haziran 2006 tarihleri arasında Antalya ilindeki Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı Polikliniğinde takip edilen kronik hepatit B, kronik hepatit C tanısı olan 114 hasta, siroz tanısı ile klinikte takip edilen hastalar ile aynı hastanede Organ Nakli Merkezi Polikliniğinde takip edilen karaciğer nakli yapılmış 84 hasta oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini, kronik hepatit hastalarını, tanıları en az 6 ay önce konulmuş olan hepatit B ve hepatit C grubu oluşturmuştur. Karaciğer sirozu hastalarını kronik viral hepatite sekonder gelişmiş siroz hastaları oluşturmuştur. Karaciğer nakli hasta grubunu en az 1 ay önce karaciğer nakli yapılmış olan hastalar oluşturmuştur. Her üç hasta grubunda 18 yaş ve üzerindeki hastalar çalışmaya dahil edilmiş, konjestif kalp yetersizliği ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi kronik aktif hastalığı olanlar, malignitesi olan hastalar, psikiyatrik bozukluğu olanlar ve interferon tedavisi alan kronik hepatitli hastalar çalışmaya alınmamıştır. Ulaşılabilen ve yukarıdaki özelliklere sahip olan çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 90 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.3. Verilerin Toplanması: Çalışma yapılmadan önce Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Gastroenteroloji Ana Bilim Dalı Başkanlığından ve Organ Nakli Merkezi Müdürlüğünden gerekli yazılı onaylar alınmıştır. Tüm deneklere, araştırmanın amacı, yöntemi ve faydaları yazılı olarak açıklanmıştır. Deneklere kimliklerinin gizli tutulacağı, toplanan verilerin yalnızca bilimsel amaçla kullanılacağı, çalışmadan istediği takdirde çekilebileceği bu durumun tedavi ve bakımına kesinlikle olumsuz bir şekilde yansımayacağı yazılı olarak açıklanmış ve bilgili onayları alınmıştır.

Araştırma verileri Aralık 2005- Haziran 2006 tarihleri arasında hastalarla birebir görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları:

ı) Sosyodemografik Veri Formu: Araştırma kapsamına alınan hastaların bireysel, sosyoekonomik, hastalıkları ile ilişkili bilgilerinin öğrenilmesini hedefleyen soruları içermektedir (Ek3). Sosyodemografik Veri Formu oluşturulduktan sonra Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İstatistik Anabilim Dalı Başkanlığından soruların değerlendirilmesi istenmiş ve gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra uygulanmıştır.

ıı) SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (The MOS 36 Item Short Form Health Survey):

Jenerik ölçüt özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan, Ware tarafından 1987 yılında geliştirilen ölçek, klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiş bir bireysel değerlendirme ölçeğidir (42,43). 1992 yılında Rand Cooperation tarafından geliştirilip kullanıma sunulmuştur. SF-36 bir çok dillere çevrilmiştir (11). SF 36 yakın bir zamanda geliştirilmiş olmasına rağmen özellikle gastroenteroloji alanındaki araştırmalarda halen en yaygın olarak kullanılan sağlık durumu ölçeğidir (44).

Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlilik-güvenirlilik çalışmalarını Pınar 1995 yılında diyabetes mellitus, hemodiyaliz ve kardiyoloji hasta gruplarında (2), Koçyiğit ve arkadaşları romatizmal hastalığı olan bir grup hastada uygulayarak yapmıştır (11). Pınar'ın çalışmasında SF 36'nın test-retest değeri 0.94, iç tutarlılığında Cronbach Alfa değeri 0.91 olarak bulunmuştur (43). Koçyiğit ve arkadaşlarının yapmış olduğu ölçeğin güvenilirlik çalışmalarında her bir alt ölçeğin Cronbach alfa katsayıları 0.7324 ile 0.7612 arasında bulunmuştur (45).

Otuz altı ifade içeren ölçek, 3 ana başlık (fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı) ve 8 sağlık kavramını (fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, emosyonel rol fonksiyon, mental sağlık, zindelik-yorgunluk, ağrı, genel bakış açısı) değerlendiren çok başlıklı skala şeklindedir (46). Ayrıca son on iki ayda sağlıktaki değişim algılanmasını içeren bir madde de bulunmaktadır; şu an için ölçümde kullanılmamaktadır. Bu madde dışında ölçekler son dört haftayı göz önüne alarak değerlendirilmiştir (11).

SF 36, her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilgili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır (43). Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir (45). Skala puanları en düşük puandan,

en yüksek puana kadar 0 ile 100 arasında değişen değerler alır, 100 puan iyi sağlık durumunu gösterirken, 0 puan kötü sağlık durumunu göstermektedir.(2,45)

m) “Child-Pugh” Sınıflaması:

Çalışmaya katılan siroz hastaları hastalığın şiddetine göre evrelendirildi. Siroz şiddetinin belirlenmesinde en önemli objektif parametre olan Child-Pugh skorlaması kullanıldı. Child-Pugh sınıflamasına göre siroz hastaları grup A, B ve C olmak üzere 3 evreye ayrıldı. Her olgu için parametrelerin puanlarının toplanması ile elde edilen toplam puan 5-6 ise Child A, 7-9 ise Child B ve 10-15 arasında ise Child C olarak kabul edildi. Skorlamalar izlemi yapan hepatolog tarafından dosya kayıtlarına göre yapıldı.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi:

Verilerin değerlendirilmesi, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 13 paket programı kullanılarak bilgisayarda yapılmıştır. Hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalıkla ilgili özelliklerinin değerlendirilmesinde yüzdellik değerler kullanılmış ve ki-kare testi uygulanmıştır. Gruplar arası ölçek skorlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi, cinsiyetler arasındaki farklılıkları değerlendirmek için T-testi kullanılmıştır. İstatistiksel açıdan 0,05’den küçük p değerleri anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu araştırma 30 kronik hepatit hastası, 30 siroz hastası ve 30 karaciğer nakli yapılmış olan hasta olmak üzere toplam 90 hasta üzerinde yapılmış olup hastaların sosyodemografik özellikleri **Tablo 1**'de verilmiştir. Gruplar sosyodemografik özellikleri bakımından birbirine benzerdir.

Kronik hepatit hastalarının 16'sı (%53,3) kadın 14'ü (%46,7) erkek, siroz hastalarının 12'si (%40) kadın 18'i (%60) erkek, karaciğer nakli yapılmış olan hastaların 8'i (%26,7) kadın 22'si (%73,3) erkek olmak üzere toplam 36 kadın (%40), 54 (%60) erkek hasta bulunmaktadır. Hastaların yaş ortalaması 48,12(±12,76) arasında değişmektedir. Tablo 1'de görüldüğü üzere 35-54 arası yaş aralığı her 3 hastalık grubunda da diğerlerine göre yüksektir.

Her 3 hastalık grubunda ilkokul mezunlarının sayısı yüksektir. 90 hastanın 40'ı (%44) ilk okul mezunu, 15'i (%16,7) üniversite mezunudur. Her 3 hastalık grubunda emekli olan ve ev hanımı olan hastaların sayısı diğer meslek gruplarına göre daha fazladır. Emekli olan hastalar 29 kişi (%32,2), ev hanımı olanlar 28 kişi (%31,1). Tablo 1'de görüldüğü gibi hastaların tamamının sağlık güvencesi vardır. Her 3 gruptaki hastaların 50'si (%55,6) maddi durumlarının düşük olduğunu, 37'si (41,1) dengeli olduğunu belirtmiştir. Hastaların büyük bir çoğunluğu 61 kişi (%67,8) şehir merkezinde ve 85 kişi (94,4) aileleri ile birlikte yaşamaktadırlar. 57 hasta (%63,3) bakmakla yükümlü olduğu kişiler olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 1. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

	Kronik Hepatit Hastaları (n=30)		KC. Sirozu Hastaları (n=30)		KC. Nakli Yapılmış Hastalar (n=30)		p
	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet							0.108
Kadın	16	53,3	12	40,0	8	26,7	
Erkek	14	46,7	18	60,0	22	73,3	
Yaş							0.423
15-34	6	20,0	3	10,0	5	16,7	
35-54	14	46,7	15	50,0	19	63,3	
55 ve Üzeri	10	33,3	12	40,0	6	20,0	
Medeni Durum							0.123
Evli	20	66,7	24	80,0	24	80,0	
Hiç evlenmemiş	4	13,3	1	3,3	4	13,3	
Eşi ölmüş	1	3,3	4	13,3	1	3,3	
Boşanmış	5	16,7	1	3,3	1	3,3	
Eğitim Durumu							0.167
Okur Yazar Değil	2	6,7	7	23,3	3	10,0	
İlkokul	11	36,7	15	50,0	14	46,7	
Ortaokul	7	23,3	1	3,3	4	13,3	
Lise	3	10,0	5	16,7	3	10,0	
Üniversite	7	23,3	2	6,7	6	20,0	
Şu Anda Yaptığı İşi							0.256
İşçi	-		3	10,0	2	6,7	
Memur	3	10,0	1	3,3	1	3,3	
Serbest Meslek	3	10,0	-	-	4	13,4	
Emekli	11	36,7	9	30,0	9	30,0	
Ev Hanımı	11	36,7	10	33,3	7	23,3	
Diğer	2	6,7	7	23,3	7	23,3	
Sağlık Güvencesi							0.711
Bağ Kur	5	16,7	4	13,3	5	16,7	
Yeşil Kart	2	6,7	3	10,0	3	10,0	
Emekli Sandığı	14	46,7	9	30,0	8	26,7	
SSK	9	30,0	14	46,7	14	46,7	
Maddi Gelir Durumu							0.484
Gelir Gidere Göre Az	17	56,7	14	46,7	19	63,3	
Gelir Gideri Dengeliyor	13	43,3	14	46,7	10	33,3	
Gelir Gidere Göre Yüksek	-	-	2	6,7	1	3,3	
Sürekli Yaşadığı Yer							0.055
Köy –Kırsal Bölge	-	-	5	16,7	3	10,0	
İlçe	5	16,7	10	33,3	6	20,0	
Şehir	25	83,3	15	50,0	21	70,0	
Yaşadığı Kişiler							0.121
Aile Bireyleri	30	100,0	26	86,7	29	96,7	
Yalnız	-	-	1	3,3	1	3,3	
Diğer	-	-	3	10,0	-	-	
Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişi							0.866
Yok	12	40,0	11	6,7	10	33,3	
Var	18	60,0	19	63,3	20	66,7	

Araştırma kapsamına alınan hastaların günlük işlerini yaparken yardıma gereksinim duyup duymadıkları ile ilgili olarak elde edilen bulgular **Tablo 2**'de verilmiştir. Gruplar günlük yaşamlarında gereksinim duydukları yardım konuları bakımından birbirine benzerdir.

Günlük işlerinizde ve hastane işlerinizde yardıma gereksinim var mı sorusuna 68 hasta (%75,6) evet, 22 hasta (%24,4) hayır cevabı vermiştir. Hastane işleri 60 kişi (%66,7), ilaç alma 54 kişi (%60), ev işleri 53 kişi (%58,9) alışveriş 55 kişi (%61,1) gibi işlerde yardıma gereksinim var diyen hasta sayısı fazladır. Beslenme 60 kişi (%66,7), bireysel temizlik 65 kişi (%72,2), maddi destek alma 47 kişi (%52,2) gibi durumlarda ise yardıma gereksinim yok diyen hasta sayısı fazladır. Diğer 3 hasta ise ailemden manevi destek alıyorum diye belirtmişlerdir.

Tablo 2. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Günlük Yaşamlarında Gereksinim Duydukları Yardım Konuları

	Kronik Hepatit Hastaları (n=30)		KC. Sirozu Hastaları (n=30)		KC. Nakli Yapılmış Hastalar (n=30)		p
	n	%	n	%	n	%	
Yardıma Gereksinim							0.656
Evet	21	70,0	23	76,7	24	80,0	
Hayır	9	30,0	7	23,3	6	20,0	
Gereksinim Duyulan Yardım Konuları							
Hastane işleri							0.549
Evet	18	60,0	22	73,3	20	66,7	
Hayır	12	40,0	8	26,7	10	33,3	
İlaç alma							0.659
Evet	16	53,3	19	63,3	19	63,3	
Hayır	14	46,7	11	36,7	11	36,7	
Ev işleri							0.551
Evet	16	53,3	17	56,7	20	66,7	
Hayır	14	46,7	13	43,3	10	33,3	
Alışveriş							0.407
Evet	16	53,3	19	63,3	21	70,0	
Hayır	14	46,7	11	36,7	9	30,0	
Beslenme							0.549
Evet	8	26,7	10	33,3	12	40,0	
Hayır	22	73,3	20	66,7	18	60,0	
Bireysel temizlik							0.25
Evet	5	16,7	10	33,3	10	33,3	
Hayır	25	83,3	20	66,7	20	66,7	
Maddi destek							0.561
Evet	16	53,3	15	50,0	12	40,0	
Hayır	14	46,7	15	50,0	18	60,0	
Diğer							1.0
Evet	1	3,3	1	3,3	1	3,3	
Hayır	29	96,7	29	96,7	29	96,7	

Araştırma kapsamına alınmış olan hastaların hastalıkları ile ilgili özellikleri **Tablo 3**'te verilmiştir. Gruplar, hastalıkları ile ilgili özellikler bakımından kontrol sıklığı dışında birbirine benzerdir.

Kronik hepatit hastalarında hastalık süresi 1-9 yıl arasında olan hasta sayısı 26 kişi (%86,7), siroz hastalarında hastalık süresi 1-9 yıl arasında olan 23 kişi (%76,7), hastalık süresi 20-29 yıl arasında olan 2 kişi (%6,7), karaciğer nakli yapılmış olan hastalarda hastalık süresi (nakil olmadan önceki dönem dahil) 1-9 yıl arasında olan 20 kişi (%66,7), 20-29 yıl arasında olan 3 kişidir (%10).

Alkol kullanımına hayır diyen hasta sayısı kronik hepatitli hastalarda 27 kişi (%90), siroz hastalarında 23 kişi (%76,7), karaciğer nakli yapılmış olan hastalarda 19 kişidir (%63,4). Alkol kullanan 21 hasta ortalama 5-41 yıl arasında (\pm 8,98) alkol kullanmıştır. Bu hastaların alkol alma sıklığı her gün ve haftada 1-2 arasında değişmektedir.

Haftada bir kontrole gelen hasta sayısı kronik hepatitler de 5 kişi (%16,7), sirozlu hastalarda 1 kişi (%3,3), nakil yapılmış hastalarda 2 kişi (%6,7). Ayda bir kontrole gelen hasta sayısı kronik hepatitler de 5 kişi (%16,7), sirozlu hastalarda 6 kişi (%20), nakil yapılmış hastalarda 16 kişidir (%53,3). Diğerleri cevabını veren hastalar 5-6 ay ve daha uzun sürede kontrole gelen hastalardır.

Tablo 3. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Hastalıkları İle İlgili Özellikleri

	Kronik Hepatit Hastaları (n=30)		KC. Sirozu Hastaları (n=30)		KC. Nakli Yapılmış Hastalar (n=30)		p
	n	%	n	%	n	%	
Hastalık Süresi							0.348
1-9 Yıl	26	86,7	23	76,7	20	66,7	
10-19 Yıl	4	13,3	5	16,7	7	23,3	
20-29 Yıl	-	-	2	6,7	3	10,0	
Alkol Kullanımı							0.051
Evet	3	10,0	7	23,3	11	36,6	
Hayır	27	90,0	23	76,7	19	63,4	
Bir Yıldır Kontrole Gelme Sıklığı							0.011
Haftada bir	5	16,7	1	3,3	2	6,7	
İki- üç haftada bir	5	16,7	6	20,0	5	16,7	
Ayda bir	5	16,7	6	20,0	16	53,3	
Diğer	15	50,0	17	56,7	7	23,3	

Araştırma kapsamına alınan karaciğer nakli yapılmış olan hastaların nakille ilgili özellikleri **Tablo 4**'te verilmiştir.

Karaciğer nakli yapılmış olan hastaların nakil yapılma süreleri 1-56 ay (\pm 16,86) arasında değişmektedir. Bu hastalardan 19'nun (%63,3) nakil süresi 1-20 ay arasındadır. Nakil yapılan hastalardan 22'sinde (%73,3) komplikasyon görülmezken, 8'inde (%26,7) bilinç kapanması, asit, sarılık gibi komplikasyonlar görülmüştür. Nakillerin 2'si (%6,7) canlı vericilerden (aile bireyi), 28'i (%93,3) kadavradan alınan organlarla gerçekleştirilmiştir.

Tablo 4. Karaciğer Nakli Yapılmış Olan Hastaların Nakille İlgili Özellikleri

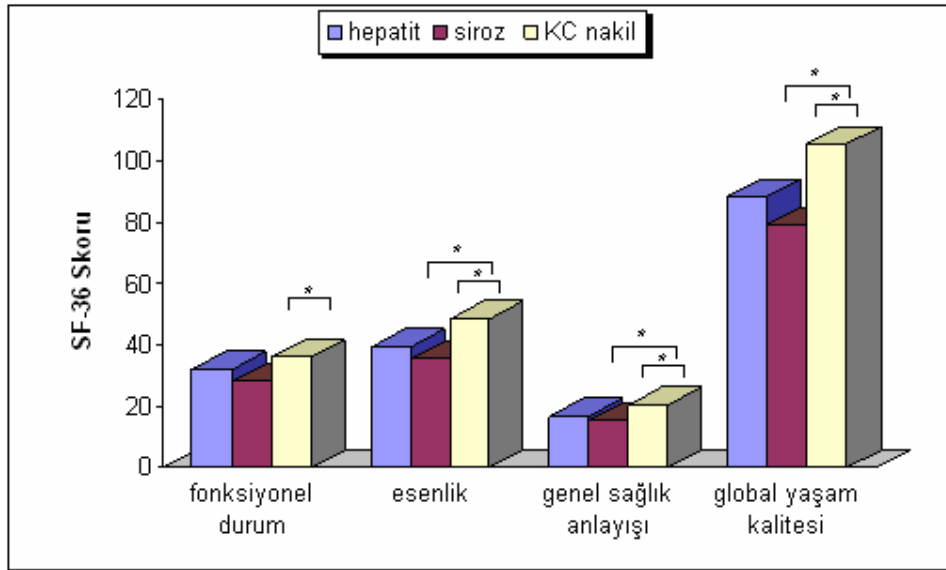
Nakil Yapılma Süresi	n	%
1-20 Ay	19	63,3
21-40 Ay	6	20,1
41 Ay ve Üzeri	5	16,6
Nakile Bağlı Komplikasyon	n	%
Var	8	26,7
Yok	22	73,3
KC Nakli Kimden Yapıldı	n	%
Aile bireyi	2	6,7
Aile bireyi dışındaki canlı birey	-	-
Kadavra	28	93,3

Araştırma kapsamına alınan hasta gruplarının SF 36 yaşam kalitesi sağlık alanları ile ilgili olarak elde edilen bulgular **Tablo 5 ve Şekil 1**'de verilmiştir. Hasta gruplarının fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı, global olarak yaşam kalitesi sağlık alanları puan ortalamalarındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Esenlik ($p<0,01$), fonksiyonel durum ($p<0,01$), genel sağlık anlayışı ($p<0,01$) ve global yaşam kalitesi ($p<0,01$) KC nakili olan hastalarda kronik hepatit ve siroz tanısı olan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo 5. Araştırma Kapsamına Alınan Hasta Gruplarının SF 36 Yaşam Kalitesi Anketi Sağlık Alanları Puan Ortalamaları Analizi

SF 36 YAŞAM KALİTESİ ANKETİ	HASTALIK GRUPLARI			
	HEPATİT n= 30	SİROZ n= 30	KC NAKLİ n= 30	
	$\bar{x} \pm sd$			p
Fonksiyonel Durum	32,03 ± 9,75	28,36 ± 9,23	36,00 ± 8,72	0,008**
Esenlik	39,43 ± 11,55	35,20 ± 11,44	48,50 ± 9,00	<0,001**
Genel Sağlık Anlayışı	16,97 ± 6,14	15,62 ± 5,40	20,52 ± 4,90	0,002**
Global Olarak Yaşam Kalitesi	88,44 ± 25,41	79,18 ± 23,37	105,02 ± 18,57	<0,001**

**p <0,01 Kruskal –Wallis Test



Şekil 1. Hasta Gruplarının SF 36 Yaşam Kalitesi Anketi Sağlık Alanları Puan Ortalamaları Analizi

Araştırma kapsamına alınan hasta gruplarının SF 36 yaşam kalitesi anketi sağlık alanları puanlarına göre karşılaştırılması **Tablo 6**'da verilmiştir.

Hepatit ile siroz hasta grupları arasında fonksiyonel durum ($p>0,05$), esenlik ($p>0,05$), genel sağlık anlayışı ($p>0,05$), global olarak yaşam kalitesi ($p>0,05$) sağlık alanlarında bir farklılık yoktur.

Hepatit ile karaciğer nakli yapılmış olan hasta grupları arasında fonksiyonel durum sağlık alanı ($p>0,05$) açısından bir farklılık bulunmamakla birlikte esenlik ($p<0,01$), genel sağlık anlayışı ($p<0,05$), global olarak yaşam kalitesi ($p<0,05$) sağlık alanlarında anlamlı farklılıklar vardır. Esenlik, genel sağlık anlayışı, global olarak yaşam kalitesi puanları karaciğer nakli yapılmış olan hasta grubunda hepatit hastalarına göre daha yüksek bulunmuştur.

Siroz ile karaciğer nakli yapılmış olan hasta grupları arasında fonksiyonel durum ($p<0,01$), Esenlik ($p<0,01$), Genel Sağlık Anlayışı ($p<0,01$), Global Olarak Yaşam Kalitesi ($p<0,01$) sağlık alanları açısından anlamlı farklılıklar vardır. Fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı, global olarak yaşam kalitesi puanları siroz tanısı olan hastaların puanları, karaciğer nakli yapılmış olan hastaların puanlarından daha düşük bulunmuştur.

Tablo 6. Araştırma Kapsamına Alınan Hasta Gruplarının SF 36 Yaşam Kalitesi Anketi Sağlık Alanları Puanlarına Göre Karşılaştırılması

SF 36 YAŞAM KALİTESİ ANKETİ	HEPATİT- SİROZ (n=30) (n=30)		HEPATİT-KCNAKİL (n=30) (n=30)		SİROZ - KCNAKLİ (n=30) (n=30)	
	(p)		(p)		(p)	
Fonksiyonel Durum	0,145		0,100		0,002**	
Esenlik	0,137		0,002**		<0,001**	
Genel Sağlık Anlayışı	0,280		0,016*		0,001**	
Global Yaşam Kalitesi	0,126		0,013*		<0,001**	

* p < 0,05 **p < 0,01 Mann-Whitney U Test

SF 36 Yaşam Kalitesi Anketi alt boyutlarının hasta gruplarına göre ortalamaları **Tablo 7**'de, hasta gruplarının SF 36 alt boyutlarına göre karşılaştırılması **Tablo 8**'de verilmiştir. Hastalık grupları arasında, Sosyal fonksiyon alt boyutu hariç diğerlerinde istatistiksel olarak anlamlı olan farklılıklar bulunmuştur.

Fiziksel fonksiyon alt boyutunda ($p<0,05$), siroz ile karaciğer nakli yapılmış olan hastalar arasında istatistiksel açıdan önemli farklılıklar vardır. Siroz tanısı olan hastaların puanları karaciğer nakli yapılmış olan hastaların puanlarından daha düşüktür.

Rol fonksiyon fiziksel alt boyutunda ($p<0,01$), hepatit ile siroz, hepatit ile karaciğer nakli yapılmış, siroz ile karaciğer nakli yapılmış olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Karaciğer nakli yapılmış olan hastaların aldıkları puanlar siroz ve hepatit tanısı olan hastaların aldıkları puanlardan daha yüksek, hepatit hastalarının aldıkları puanlar da siroz hastalarının puanlarından daha yüksek bulunmuştur.

Vücut ağrısı alt boyutunda ($p<0,05$), hepatit ile karaciğer nakli yapılmış, siroz ile karaciğer nakli yapılmış olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Karaciğer nakli yapılmış olan hastaların aldıkları puanlar, siroz ve hepatit tanısı olan hastaların puanlarından daha yüksektir.

Rol fonksiyon emosyonel alt boyutunda ($p<0,05$), siroz ile karaciğer nakli yapılmış olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Karaciğer nakli yapılmış olan hastaların aldıkları puanlar siroz hastalarının aldığı puanlardan daha yüksektir.

Mental sağlık alt boyutunda ($p<0,01$), hepatit ile karaciğer nakli yapılmış, siroz ile karaciğer nakli yapılmış olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Karaciğer nakli yapılmış olan hastaların aldıkları puanlar, siroz ve hepatit tanısı olan hastaların puanlarında daha yüksektir.

Zindelik alt boyutunda ($p<0,01$), hepatit ile siroz, hepatit ile karaciğer nakli yapılmış, siroz ile karaciğer nakli yapılmış olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Hepatit tanısı bulunan hastaların puanları siroz hastalarından yüksek, karaciğer nakli yapılmış olan hastaların puanlarından düşük bulunmuştur. Ayrıca siroz tanısı olan hasta grubunun puanları da karaciğer nakli yapılmış olan hastaların puanlarından daha düşüktür.

Sağlıkla ilgili genel bakış açısından ($p < 0,01$), siroz ile karaciğer nakli yapılmış olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Karaciğer nakli yapılmış hastaların aldıkları puanlar, siroz tanısı olan hastaların puanlarından daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 7. Araştırma Kapsamına Alınan Hasta Gruplarının SF 36 Yaşam kalitesi Anketi Alt Boyutlarına Göre Ortalama Analizleri

SF 36 ALT GRUPLARI	HASTALIK GRUPLARI			p
	HEPATİT n= 30	SİROZ n= 30	KC NAKLİ n= 30	
	$\bar{x} \pm sd$			
Fiziksel Fonksiyon	62,33 \pm 29,58	48,50 \pm 31,04	68,83 \pm 26,70	0,034*
Sosyal Fonksiyon	7,00 \pm 2,63	7,16 \pm 2,37	8,16 \pm 2,19	0,132
Rol fonksiyon Fiziksel	1,36 \pm 1,60	0,66 \pm 1,42	2,26 \pm 1,79	0,001**
Vücut Ağrısı	8,23 \pm 3,00	7,93 \pm 3,18	9,93 \pm 1,98	0,015*
Rol fonksiyon Emosyonel	1,20 \pm 1,39	0,83 \pm 1,31	1,80 \pm 1,37	0,015*
Mental Sağlık	18,60 \pm 5,47	17,36 \pm 5,78	22,03 \pm 4,00	0,002**
Zindelik	12,60 \pm 5,20	9,90 \pm 5,07	16,53 \pm 4,89	0,000**
Sağlığa genel Bakış Açısı	14,24 \pm 5,33	12,92 \pm 4,90	16,68 \pm 4,63	0,009**

*p < 0,05 **p < 0,01 Kruskal –Wallis Test

Tablo 8. Araştırma Kapsamına Alınan Hasta Gruplarının SF 36 Yaşam kalitesi Anketi Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırma Analizleri

SF 36 ALT GRUPLARI	HEPATİT- SİROZ (n=30) (n=30)		HEPATİT-KCNAKİL (n=30) (n=30)		SİROZ - KCNAKLİ (n=30) (n=30)	
	(P)		(P)		(P)	
Fiziksel Fonksiyon	0.089		0.357		0.012*	
Sosyal Fonksiyon	0.898		0.069		0.093	
Rol fonksiyon Fiziksel	0.035*		0.048*		<0.001**	
Vücut Ağrısı	0.646		0.022*		0.006**	
Rol fonksiyon Emosyonel	0.237		0.08		0.004**	
Mental Sağlık	0.378		0.009**		0.001**	
Zindelik	0.045*		0.004**		<0.001**	
Sağlığa genel Bakış Açısı	0.216		0.055		0.003**	

* p < 0,05 **p < 0,01 Mann-Whitney U Test

Araştırma kapsamına alınan siroz hastaları siroz şiddeti, evresi ve prognozu ile ilgili bilgi veren Child Pugh skorlamasına göre gruplandırıldığında SF 36 yaşam kalitesi sağlık alanlarının puan ortalamaları ve standart sapmaları **Tablo 9'** da verilmiştir. Child Pugh A-B-C düzeyleri ile fonksiyonel durum (p>0,05), esenlik (p>0,05), genel sağlık anlayışı (p>0,05), global olarak yaşam kalitesi (p>0,05) sağlık alanları arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 9. Child Pugh skorlaması ile SF 36 Yaşam Kalitesi Anketi Sağlık Alanlarının puan ortalamaları

SF 36 YAŞAM KALİTESİ ANKETİ	CHILD PUGH			
	A (n=14)	B (n=9)	C (n=7)	
	$\bar{x} \pm sd$			p
Fonksiyonel Durum	29,85 ± 10,10	29,33±8,95	24,14±7,53	0,401
Esenlik	35,85 ± 12,94	38,66±11,89	29,42±4,82	0,215
Genel Sağlık Anlayışı	16,40 ± 5,93	15,11±5,75	14,71±4,23	0,642
Global Olarak Yaşam Kalitesi	82,11 ± 26,41	83,11±24,87	68,28±11,02	0,337

Kruskal -Wallis Test

Çalışma gruplarında cinsiyetler arasında yaşam kalitesi ve sağlık alanları açısından bir farklılık olup olmadığı araştırılmıştır. Hepatit tanısı olan hasta grubunun cinsiyet ve SF 36 yaşam kalitesi anketi sağlık alanları arasındaki puan ortalamaları **Tablo 10**'da verilmiştir. Erkek hastaların fonksiyonel durum ($p<0,01$), esenlik ($p<0,05$), genel sağlık anlayışı ($p<0,01$), global olarak yaşam kalitesi ($p<0,01$) puan ortalamaları kadınların puan ortalamalarından daha yüksektir.

Siroz tanısı olan hasta grubunun cinsiyet ve SF 36 yaşam kalitesi anketi sağlık alanları arasındaki puan ortalamaları ise **Tablo 11**'de verilmiştir. Erkek hastaların esenlik ($p<0,05$) ve global olarak yaşam kalitesi ($p<0,05$) sağlık alanları puanları kadın hastalardan daha yüksektir.

Karaciğer nakli yapılmış olan hastaların SF 36 yaşam kalitesi anketi sağlık alanlarına göre puan ortalamaları **Tablo 12**'de verilmiştir. Nakil yapılmış hastalarda ise cinsiyetler arasındaki puan farklılıkları istatistiksel öneme sahip değildir.

Tablo 10. Hepatit Tanısı Olan Hasta Grubunun Cinsiyet Ve SF 36 Yaşam Kalitesi Anketi Sağlık Alanlarına Göre Puan Ortalamaları Analizi

SF 36 YAŞAM KALİTESİ	CİNSİYET		
	Kadın n = 16	Erkek n = 14	
	$\bar{x} \pm sd$		P
Fonksiyonel Durum	27,56 ± 10,12	37,14 ± 6,43	0,005**
Esenlik	35,44 ± 11,26	44,00 ± 10,45	0,041*
Genel Sağlık Anlayışı	14,18 ± 5,85	20,15 ± 4,93	0,006**
Global Olarak Yaşam Kalitesi	77,19 ± 25,00	101,30 ± 19,63	0,007**

* p< 0,05 ** p< 0,01 T- Test

Tablo 11. Siroz Tanısı Olan Hasta Grubunun Cinsiyet Ve SF 36 Yaşam Kalitesi Anketi Sağlık Alanlarına Göre Puan Ortalamaları Analizi

SF 36 YAŞAM KALİTESİ	CİNSİYET		
	Kadın n =12	Erkek n =18	
	$\bar{x} \pm sd$		P
Fonksiyonel Durum	24,75 ± 6,79	30,77 ± 10,01	0,080
Esenlik	29,25 ± 10,50	39,16 ± 10,50	0,017*
Genel Sağlık Anlayışı	14,73 ± 5,09	16,21 ± 5,66	0,473
Global Olarak Yaşam Kalitesi	68,73 ± 18,79	86,15 ± 23,97	0,043*

* p< 0,05 T- Test

Tablo 12. Karaciğer Nakli Yapılmış Olan Hasta Grubunun Cinsiyet Ve SF 36 Yaşam Kalitesi Anketi Sağlık Alanlarına Göre Puan Ortalamaları Analizi

SF 36 YAŞAM KALİTESİ	CİNSİYET		
	Kadın n =8	Erkek n =22	
	$\bar{x} \pm sd$		p
Fonksiyonel Durum	34,87 ± 8,87	36,40 ± 8,84	0,696
Esenlik	49,50 ± 7,52	48,13 ± 9,62	0,765
Genel Sağlık Anlayışı	21,07 ± 3,35	20,31 ± 5,41	0,836
Global Olarak Yaşam Kalitesi	105,45 ± 18,32	104,86 ± 19,08	0,801

T- Test

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, kronik karaciğer hastalığı olan hastaların ve karaciğer nakli yapılmış olan hastaların yaşam kalitelerini araştırmak amacıyla yapılmıştır. Ülkemizde kronik hastalıklar ve yaşam kaliteleri ile ilgili pek çok çalışma yapılmış olmasına rağmen, kronik karaciğer hastalığı ve karaciğer nakli yapılmış hastaların yaşam kalitelerini ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim çalışmamız bu konuda Türkiye'deki verilere ait ilk çalışma olma özelliğini taşımaktadır.

Sağlıkta yaşam kalitesi (SYK) araştırmalarında amaç, hastalığın semptomlarının ya da tedavinin yan etkilerinin, şiddetinin ve varlığının ötesine giderek hastaların bu problemleri günlük hayatlarında nasıl algıladıklarını anlamaya çalışmaktır (6). Genel olarak, SYK değerlendirmeleri hastalığın yarattığı yükü yine hastanın kendi bakış açısıyla ifade etmektedir (6).

Yapılmış olan bir çok çalışma, kronik karaciğer hastalığı olan kişilerde, özellikle ilerlemiş kronik karaciğer hastalarında siroz olmayan veya erken evre siroz hastalarına göre SYK'nin daha fazla bozulduğunu göstermiştir (47-19).

Bizim yaptığımız çalışmanın sonucunda SF 36 sağlık alanlarını oluşturan fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ile hepatit, siroz ve karaciğer nakli yapılmış olan hasta gruplarının aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan önemli olan farklılıklar bulunmuştur. Karaciğer nakli yapılmış olan hastaların yaşam kalitesi puanları gerek hepatit tanısı olan gerekse siroz tanısı olan hasta gruplarından daha yüksek bulunmuştur. Hepatit ile karaciğer nakli yapılmış olan hasta grupları karşılaştırıldığında fonksiyonel durum sağlık alanı hariç, esenlik, genel sağlık anlayışı, global olarak yaşam kalitesi puanları karaciğer nakli yapılmış olan hasta grubunda hepatit hastalarına göre daha yüksek bulunmuştur. Siroz tanısı olan hastaların fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı, global olarak yaşam kalitesi puanları, karaciğer nakli yapılmış olan hastaların puanlarından daha düşük bulunmuştur.

Çalışmamızın sonucunda literatürle uyumlu bulgular elde edilmiştir. ABD'de Younossi ve arkadaşlarının SF-36 yaşam kalitesi anketi kullanarak yaptıkları bir çalışmada viral hepatitli hastaların SYK'de sağlıklı kontrollerden daha fazla bozulmalar yaşadıkları görülmüştür. Kronik karaciğer hastalığı olan kişilerin sağlıkta

yaşam kalitelerinin sağlıklı insanlarınkinden daha kötü olduğu bu çalışma ile ortaya konulmuştur (8).

Younossi ve arkadaşlarının yapmış olduğu kronik karaciğer hastalarında yararlılık ve SYK'nin değerlendirilmesi konulu çalışmanın sonucunda kronik karaciğer hastalıklarının, hastaların yararlılıkları ve SYK üzerinde giderek artan negatif bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir (48).

İlerlemiş karaciğer hastalığı olan kişilerde, karaciğer transplantasyonu hayat kurtarıcı bir girişim olabilmekte ve bu işlemin bir yıllık hayatta kalma şansı %80-85'lere ulaşabilmektedir (1). Karaciğer transplantasyonu hastaların yaşam sürelerini uzatmakla kalmayıp aynı zamanda onların yaşam kalitelerinde de giderek artan bir iyileşmeyi sağlamaktadır (49). Artış görülen SYK alanları arasında fiziksel fonksiyon, bilişsel yetenekler, sosyal fonksiyon ve duygusal iyi olma hali sayılabilir (49). Karaciğer transplantasyon alıcıları arasında, fiziksel aktivitenin, diğer tıbbi problemlerden bağımsız olarak SYK'ni pozitif yönde etkilediği yapılan çalışmalarda görülmüştür (49).

Kronik karaciğer hastalarında SYK konusunda yapılmış ilk çalışmalardan bir tanesi 1979 yılında gerçekleştirilmiş ve kronik karaciğer hastalarında karaciğer transplantasyonunun SYK üzerindeki etkileri çalışılmıştır Çalışmada, karaciğer hastalarında SYK'nin transplantasyon sonrasında zayıftan çok iyiye doğru değişkenlik gösterdiği bulunmuştur (10). Bonsel ve arkadaşları (1992), transplantasyon süreci boyunca hastada ortaya çıkan fiziksel şikayetleri değerlendirmek amacıyla bir anket tasarlamışlar ve kesitsel çalışmalarında, bekleme listesindeki hastaların, genel popülasyona göre daha fazla fiziksel şikayetleri olduğuna dikkat çekmişlerdir. Ancak bu durum transplantasyon sonrasında düzelmekte, transplantasyon sonrası birinci yılda ise en iyi düzeye ulaşmaktadır. Scharschmidt (1984) de yaşam kalitesinin, transplantasyonu takiben ilk üç ay içerisinde bile düzelebildiğini keşfetmiştir. Transplantasyon sonrası bu hızlı iyileşme Moore ve arkadaşları tarafından da bildirilmektedir. Onlar, transplantasyon sonrası ilk ayda bile ciddi iyileşmeler sağlanabildiğini savunmaktadır (50).

De Bona ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada karaciğer transplantasyonu sonrasında, yaşam kalitesinin bir çok alanının düzeldiği gösterilmiştir (38). Transplantasyon sonrası ilk 6 ay içinde yaşam kalitesi hem fiziksel hem de psikolojik

alanlarda artmıştır. Bu çalışmada fiziksel problemlerin hala devam ettiği bir zamanda ölçülen yüksek SYK skoru hastanın ameliyat sonrasında kendisini yeniden doğmuş gibi hissederek sağlık durumunu olduğundan çok daha iyi bir şekilde algılamasından kaynaklanabildiği belirtilmiştir (38). Yaşam kalitesinin psikososyal yönleri transplantasyon sonrasında, en az iyileşmeyi sergilemektedir (51). Hastanın günlük aktiviteleri yerine getirebilme konusundaki becerisinin çok az bir miktarda artmış olması bile hastanın genel olarak yaşam kalitesinin arttığına inanmasına yol açabilmektedir (51). Ancak, bu düzelmiş yaşam kalitesi seviyesi uzun bir dönem sürmemektedir. Transplantasyon sonrası 1-2 yıllık dönemde yaşam kalitesi kötüleşmektedir. Transplantasyon sonrası yaşam kalitesi psikolojik stres, cerrahi sonrası komplikasyonlar, immünsupressif tedavinin etkileri ve karaciğer hastalığının, özellikle de HCV enfeksiyonunun tekrarlanması gibi faktörlerden olumsuz yönde etkilenmektedir (38).

Karaciğer nakli ile ilişkili yaşam kalitesi çalışmaları genelde nakil öncesi ve nakil sonrası karşılaştıran çalışmalardır. Plas ve arkadaşlarının Hollanda da yapmış oldukları çalışmada ise, non- sirotik, sirotik ve karaciğer transplantasyonu yapılan hastaların yaşam kaliteleri karşılaştırılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda dekompanse sirotik hastalar, non-sirotik hastalara göre, daha düşük bir jenerik yaşam kalitesi ve daha fazla yorgunluk göstermişlerdir. Transplantasyon yapılmış karaciğer hastaları, non-sirotik ve sirotik karaciğer hastalarından, daha iyi bir jenerik yaşam kalitesi ve daha az yorgunluk sergilemişlerdir (10). Ayrıca sağlıkta yaşam kalitelerinin hastalık evrelerinin kötüleşmesiyle beraber bozulduğu, spesifik olarak, transplantasyon yapılmış hastaların da, sirozu olmayan ve sirotik karaciğer hastalarından çok daha iyi bir jenerik yaşam kalitesine ve daha az yorgunluğa sahip oldukları gösterilmiştir (10). Bununla birlikte, transplantasyon yapılmış hastaların yaşam kalitelerinin genel popülasyona göre, daha bozuk olduğu ve transplantasyon yapılan karaciğer hastalarının da bazı fiziksel problemler yaşadığı bu çalışmada gösterilmiştir (10).

Bizim çalışmamızda da benzer şekilde kronik hepatit, siroz ve karaciğer nakli yapılmış olan hastalar karşılaştırılmış olup, transplantasyon yapılan hastalarda SF 36 yaşam kalitesi sağlık alanları olan fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı puan ortalamaları ve global olarak yaşam kalitesi puan ortalamaları hepatit ve siroz tanısı olan hastaların puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek

bulunmuştur. Karaciğer nakli yapılmış olan hastaların, organ buldukları için kendilerini şanslı görmeleri ve nakil yapıldıktan sonra hastalıklarından kurtulmuş olduklarını düşünmeleri yaşam kalitelerinin hepatitli hastalardan daha yüksek olmasının nedeni olabilir.

Transplantasyon yapılan karaciğer hastalarının, transplantasyon yapılmamış sirotik ve non-sirotik hastalardan daha yüksek bir yaşam kalitelerinin olması edinilmiş sosyal destekteki farklılıkla açıklanabilir. Sosyal destek kronik hastalıkla yapılan mücadelenin önemli noktalarından birisidir ve yaş dikkate alınmaksızın sağlıkla ilgili sonuçlara olumlu etkileri olabilir (10). Transplantasyon ve rehabilitasyon periyodunda, transplantasyon alıcılarına tıbbi kadro ve aileler tarafından psikolojik destek verilmesi transplantasyon programının önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir zira sosyal destek transplantasyon sonrası yaşam kalitesi ve hayatta kalmayı etkilemektedir (10).

Younossi ve arkadaşlarının yaptıkları kronik karaciğer hastalığında SYK'ne hastalığın tipinin ve şiddetinin etkisi konulu çalışmada SF-36'nın bütün sağlık alanlarında, hastalığın non-sirotikten ileri düzeyde siroza doğru ilerlemesiyle birlikte yaşam kalitelerinde ciddi bir şekilde azalma olduğu görülmüştür (8). SF-36'nın bütün alanlarında SYK skorları sirozun evresinin ilerlemesiyle beraber azalmıştır. Younossi ve arkadaşlarının yaptıkları bu çalışmada, yüksek Child skoru olan kronik karaciğer hastalarının SYK'nin daha da fazla bozulduğu gösterilmiştir. Bu bozulma SF-36'nın hastalığa özgün ve fiziksel boyutlarında çok belirginken mental sağlık boyutunda belirgin olmayabilmektedir sonucu çıkmıştır(8).

Pakistan'da kronik karaciğer hastalarında yaşam kalitesini inceleyen çalışmanın sonucunda ilerlemiş karaciğer hastalığı olan kişilerde, sirozu olmayan yada erken evre sirozu olan hastalarla karşılaştırıldığında SYK'de azalma olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada yüksek Child skoru olan kronik karaciğer hastalarında daha düşük bir SYK skoru bulunmuştur (19).

Kronik karaciğer hastalığının erken evrelerinde, hastalarda hiçbir semptom olmayabilir ya da semptomlar çok hafif seyredebilir. Siroz ortaya çıkıp ilerledikçe, asit, ensefalopati, yorgunluk, kas krampları vb. komplikasyonlar hastanın SYK'ni belirgin bir şekilde azaltabilir (1). Kronik karaciğer hastalığı SYK'ni yavaş bir

şekilde azaltmakta ama bu durum hastalığın şiddetinin artmasıyla birlikte hızlanmaktadır (8).

Younossi ve arkadaşları artan hastalık şiddetiyle beraber jenerik sağlıkta yaşam kalitelerindeki bozulmanın giderek arttığını bildirirken, Marchesini ve arkadaşları kronik karaciğer hastalığında bozulmuş sağlık durumunun en önemli belirleyicilerinin hastalık şiddeti ve kas krampları olduğunu bulmuşlardır (10). Karaciğer sirozu yaşamı tehdit eden bir durumdur ve rahatsızlığın ilerlemesine, hastalığa bağlı semptomların varlığına, sosyal hayattaki kısıtlamalara ve sürekli ilaç kullanmaya bağlı olarak kişinin SYK kötü yönde etkilemektedir (38).

Bizim yaptığımız çalışmada siroz evrelerine göre yaşam kalitesi değerlendirildiğinde SF 36 sağlık alanları açısından bir farklılık bulunamamıştır. Her ne kadar Child C sirozlu hastalarının SF 36 yaşam kalitesi sağlık alanları skorları Child A ve Child B hastalarından daha düşük olsa da istatistiksel açıdan anlamlılık düzeyine ulaşamamıştır. Bunun nedeni, çalışma kapsamına alınan hasta sayısının az olmasına bağlanabilir. Ayrıca çalışmamızda hepatit ile siroz hasta grupları arasında SF 36 sağlık alanları açısından bir farklılık bulunamamıştır.

Ancak SF 36 yaşam kalitesi anketi alt boyutları incelendiğinde kronik hepatit ve siroz tanısı olan hasta gruplarında rol fonksiyon fiziksel ve zindelik alt boyutları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Dolayısıyla kronik hepatit ve siroz hastaları arasında semptomlara bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel problemler yaşam kalitesi açısından fark ortaya çıkarırken, kronik hepatitli hastalarda sağlık durumları ile ilgili ileriye dönük endişelerinin getirdiği sosyal ve psikolojik stresin yaşam kaliteleri arasındaki farkı ortadan kaldırdığı düşünülebilir. Kronik hepatitli hastalarda hastalıkları ile ilişkili danışmanlık ve rehberlik hizmetlerinin iyileştirilmesi ve hasta bilgilendirilmesinin etkili bir şekilde yapılması hastaların endişelerinin azaltılarak yaşam kalitelerinin yükseltilmesine neden olabilir.

Kronik karaciğer hastalığında görülen bir çok semptom kişilerin algısal, davranışsal, fiziksel ve psikolojik durumlarını olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitelerini düşürmektedir. Bu semptomlardan birisi olan yorgunluk kronik karaciğer hastalığında olduğu gibi diğer bir çok kronik hastalıkta da görülmektedir.

Yorgunluk kişilerin zindeliğini, fiziksel fonksiyonlarını olumsuz yönde engelleyen dolayısıyla yaşam kalitelerini düşüren en önemli faktörlerden birisidir.

İleri düzeyde karaciğer hastası olan hastaların SYK'ni olumsuz yönde etkileyen faktörler arasında yorgunluk, uyuma güçlüğü gibi semptomlar bulunmaktadır (19).

Çalışmamızda SF 36 alt boyutları incelendiğinde fiziksel fonksiyon, vücut ağrısı, rol fonksiyon emosyonel, rol fonksiyon fiziksel, mental sağlık, zindelik ve sağlığa genel bakış puanları, karaciğer nakli yapılmış olan hastalarda siroz ve kronik hepatit tanısı olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Yorgunluk SF 36 yaşam kalitesi anketi sağlık alanları ve alt boyutunu olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitesinin azalmasına neden olabilir.

Yorgunluk, kontrol altına alınmadığında bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen süresi ve derecesi bireysel farklılıklar gösteren subjektif bir durumdur. Kronik hastalıklarla birlikte ortaya çıkan, uyku ve dinlenmekle azalmayan, uzun süreli yorgunluk normal değildir (52). Walker ve Avant, (1995) yorgunluk ile ilgili yaptıkları literatür taraması sonucunda yorgunluğu, “bireyin fonksiyonlarını yapabilmesi ve normal kapasitesini kullanmasına engel olan, tüm bedenini etkileyen hafif bir tükenmişlikten, katlanılamaz bir bitkinliğe kadar değişebilen, hoş olmayan subjektif bir semptomdur” şeklinde tanımlamışlardır (52). Karaciğer hastalığı evresinin kötüleşmesiyle birlikte yorgunluğun daha da arttığı Plas ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada gösterilmiştir (10).

Ağrı; yaptığımız çalışmanın sonucunda siroz tanısı olan hastaların ağrı alt boyutu puanı hepatit ve karaciğer nakli yapılmış olan hastaların puanlarından daha düşük olduğu bulunmuştur. Ağrı özellikle kronik karaciğer hastalığı bulunan kişilerde çok sık karşılaşılmakta kişilerin emosyonel, fiziksel, fonksiyonel durumunu, zindeliğini ve genel olarak sağlığa bakış açısını olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Karın ağrısı, normal kontrollerle karşılaştırıldığında HCV hastalarında ve diğer karaciğer hastalığı bulunan kişilerde daha sık karşılaşılan bir semptomdur. HCV enfeksiyonu olan kişiler, daha sık ağrı, mide bulantısı, şişkinlik, yorgunluk, ve erken doyma yaşamaktadır. Karaciğer hastalığı olanlar ve HCV hastaları, ağrının yemek yemeye kötüleştiğini ve normal kişilerden daha fazla ağrı çektiklerini belirtmişlerdir (53).

Nicholas ve arkadaşları transplantasyon sonrası ilk yılları içinde olan 166 nakil hastasında bir anket çalışması gerçekleştirmişler ve ağrının anketi yanıtlayanların

%18.1'ini etkileyen önemli bir immobilité nedeni olduğunu göstermişlerdir (50). Bonsel ve arkadaşları (1992) genel popülasyonu, karaciğer transplantasyonu yapılan kesitsel grupla karşılaştırmışlar, kesitsel grupta yanıt verenler bekleme listesindeyken ciddi ağrı çekmişler ancak transplantasyonu takiben genel popülasyondan çok daha iyi bir seviyeye kadar iyileşme göstermişlerdir(50).

Yaptığımız çalışmada hasta grupları arasında fiziksel fonksiyon, rol fonksiyon fiziksel, zindelik, emosyonel durum, sağlığa genel bakış açısı alt boyutları açısından farklılığa neden olan faktörler arasında mobilite ve uyku durumları da neden olabilir.

Mobilite; karaciğer hastalığının zayıflatıcı ve güçten düşürücü etkisi mobilitenin bir çok hastada transplantasyon öncesi dönemde ciddi bir biçimde azalmasına ve dolayısıyla da yaşam kalitelerinin de azalmasına yol açmaktadır (50). Nicholas ve arkadaşları, bir yıl önce karaciğer nakli yapılmış olan 166 hastanın fiziksel mobilite düzeyinin, transplantasyon öncesi durumla karşılaştırıldığında oldukça yüksek olduğunu göstermişlerdir. Transplantasyonu takiben, hastaların %90.3'ü iki ya da üç blok yürüyebilmeye başlarken bu oran transplantasyon öncesi dönemde %63.8'dir. Bonsel ve arkadaşları (1992) kişinin transplantasyon öncesi mobilite seviyesinin oldukça kötü olduğunu ancak bunun transplantasyon sonrası dönemde düzelerek mobilite düzeyinin normal popülasyona yakın düzeylere kadar yükseldiğini çalışmalarında göstermişlerdir (50).

Tarter ve arkadaşları (1988) transplantasyon alıcılarına karaciğer naklinin ev işlerini yapmalarına bir engel olup olmadığını sormuşlardır. Hastaların %43'ü nakilin ev işlerine bir engel teşkil etmediğini bildirmiş ve yalnızca %3'ü ciddi problemlerle karşılaştıklarını söylemişlerdir (50).

Uyku; bir karaciğer kliniğine başvuran hastaların yarısından fazlası uyku süresinin kısalması, uykuya geçme zamanının uzaması ve sık uyanmalarla karakterize ve tatmin etmeyen bir gece uykusu düzeninden yakınmaktadır (54). Herhangi bir ensefalopati bulgusu olmayan ve günlük rutin aktivitelerini sergilerken değerlendirilen siroz hastalarının uyku kalitelerinde anormallikler olduğunu gösterilmiş ve bu hastaların büyük çoğunluğunda, uyku bozukluğunun gelişimi 5 yıldan az bir süre içinde gerçekleşmekte, bu da kronik karaciğer hastalığının gelişimiyle nedensel bir ilişkisi olduğunu desteklemektedir (54). Bonsel ve arkadaşları yaptıkları çalışmada (1992), genel popülasyondaki uyku bozukluklarının

%15'ten daha az olduğunu bildirmiştir. Bekleme listesindeki kesitsel çalışma grubunda ise bu değer %42'dir ve transplantasyon sonrası ilk üç ay içerisinde %14 düzelmiştir ve daha sonra da düzelmeye devam etmiştir. Bu durum, karaciğer transplantasyonu yapılan hastaların uyku düzeninin, transplantasyon sonrası dönemde, normal popülasyona yakın bir seviyeye kadar düzeldiğini göstermektedir (50).

Cinsiyet ve Yaşam Kalitesi;

Sağlıkta yaşam kalitesi ölçüm sonuçları bir çok faktöre bağlı olarak değişebilmektedir. Bu faktörlerden biriside cinsiyettir. Normal popülasyonda, iyi hissetme skoru bayanlarda erkeklerden daha düşüktür. Tıbbi sorunlar ve Gastrointestinal semptomlar kadınların iyilik hali üzerinde daha fazla olumsuz etki yaratmaktadır (6).

Yaptığımız çalışma sonunda hepatit tanısı olan hastalarda kadın hastaların SF 36 sağlık alanları puanları erkek hastalardan daha düşük bulunmuştur. Siroz tanısı olan hasta grubunda esenlik ve global olarak yaşam kalitesi alt boyutu puanları kadın hastalarda erkek hastalara göre daha düşük bulunmuştur. Karaciğer nakli yapılmış hastalarda ise yaşam kalitesi alt boyutları açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Karaciğer transplantasyonu hem erkeklerin hem de kadınların yaşam kalitelerini yükseltmektedir ancak bu yükselme iki cinsiyet için aynı düzeyde olmayabilir (49). Transplantasyonu takiben yaşam kalitesindeki iyileşme cinsiyet, yaş ve ırk farklılığı gözetmeksizin genel olarak bütün transplantasyon hastalarında gerçekleşmektedir. Sağlıklı erişkinlerin yaşam kaliteleri ele alınırken cinsiyet göz önüne alındığında, kadınların erkeklerden daha kötü yaşam kalitesine sahip oldukları görülmektedir. Benzer bir şekilde, hepatit C'li hastalar arasında da kadın hastaların erkek hastalardan daha kötü yaşam kaliteleri olduğu bildirilmektedir. Bu bulgular, yaşam kalitesinin sağlıklı ve hasta popülasyonlarda cinsiyetten etkilenebileceğini düşündürmektedir (49).

Kadın ve erkek cinsiyetleri arasındaki bu farklılık çoğunlukla sosyal ve psikolojik faktörlerin bir sonucu olarak meydana gelmektedir. Kadınlar, üstlendikleri toplumsal rol nedeniyle yüksek derecede psikolojik stres ve fiziksel rahatsızlık altındadır (49).

Aşağıda verilmiş olan kronik hastalıklar ve yaşam kalitesi üzerine yapılan bazı çalışmaları incelediğimizde bizim çalışmamızda elde ettiğimiz benzer sonuçlar bulunmuştur.

Arslan'ın kanserli hastalarda yaşam kalitesi ile ilgili olarak yapmış olduğu çalışmada yaşam kalitesi toplam puanının ameliyat olmuş erkek hastalarda kadın hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (3).

Eski'nin miyokart enfarktüsü geçiren bireylerin yaşam kaliteleri ile ilgili olarak yaptığı çalışmada erkek hastaların, kadın hastalara göre yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (13).

Bektaş kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarını değerlendirdiği çalışmada erkek hastaların fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon, genel iyilik hali, sosyal fonksiyon ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanlarını kadın hastalara göre daha yüksek bulmuştur (5). Erkeklerin fonksiyonel yaşam ortalama puanlarının yüksek olmasının nedeni olarak; erkeklerin daha bağımsız olmaları, kadınlara göre maddi ve manevi desteğe daha az gereksinim duymaları olarak düşünülmektedir (5).

Helgeson'a göre ; cinsiyetler arasında yaşam kalitesini etkileyen sosyal destek faktörleri farklı olup, kadınların erkeklere göre sosyal destek gereksinimlerinin daha fazla olduğu, erkek ve kadınların her ikisinin de destek almak için hep kadınlara başvurdukları belirtilmektedir (5).

Kadın hastaların yaşam kalitelerinin erkeke hastalara göre, düşük olmasının nedenleri arasında kadınların daha fazla desteğe gereksinim duymaları, kadın olmanın getirdiği rollerin fazla olması, kadınların daha fazla stres faktörleri ile karşı karşıya kalıyor olmasına bağlanabilir. Karaciğer nakli yapılan kadın ve erkek hastaların yaşam kaliteleri arasında fark bulunmaması ise nakil yapıldıktan sonraki dönemde tıbbi, sosyal ve psikolojik desteğin artmış olmasının özellikle kadınlar üzerindeki olumlu etkileri ile açıklanabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Günümüzde bireylerin insan haklarına ve hasta haklarına olan ilgisiyle beraber istek ve beklentilerini sağlık çalışanlarına kolayca ifade edebilmeleri, tıp alanındaki gelişmeler ve sağlık harcamalarının ülke ekonomisine getirdiği yükün önem kazanması tedavi ve bakım kalitesinin, etkinliğinin değerlendirilmesinde yaşam kalitesi ölçümlerinin kullanılmasını zorunlu hale getirmiştir.

Kronik karaciğer hastalıkları sağlıkta yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen durumlardan birisidir. Uygulanan çeşitli tedaviler yanında ileri evre karaciğer hastalığında kesin tedavi karaciğer naklidir. Türkiye’de gerek kronik karaciğer hastalığı gerekse karaciğer nakli yapılmış olan hastaların yaşam kalitesi ölçümlerine ait verilerin bulunmaması üzerine planladığımız çalışma da şu sonuçlar elde edilmiştir:

- * Siroz ve kronik hepatit hastalarının yaşam kaliteleri literatür ile uyumlu olarak karaciğer nakli yapılmış olan hastaların yaşam kalitelerinden daha düşüktür.
- * Siroz ve kronik hepatit hastalarının yaşam kaliteleri arasında literatürden farklı olarak rol fonksiyon fiziksel ve zindelik alt boyutları hariç diğer boyutlarda anlamlı farklılık yoktur. Bu iki boyutta da kronik hepatit hastalarının puanları daha yüksektir.
- * Siroz şiddetinin artmasıyla SF 36 yaşam kalitesi puanları değişmemektedir.
- * Kronik hepatit ve siroz tanısı olan hastalarda, erkek hastaların yaşam kalitesi kadın hastalara göre daha yüksektir. Karaciğer nakli yapılmış olan hastalarda cinsiyetler arasında yaşam kalitesi açısından bir farklılık yoktur.

Viral hepatitli hastalarla sirozlu hastalarda beklentinin aksine yaşam kalite skorlarını birbirine yakın olması bazı önlemleri almayı gerekli kılabilir. Hemşireler eğitici ve danışman rollerini kullanarak viral hepatitli hastaların hastalıkları, bulaşma, korunma yolları, tedavileri hakkında danışmanlık ve rehberlik hizmetlerini uygulayıp, iyileştirilmeye yönelik önlemleri alarak bu hastaların yaşam kalitelerinin yükseltilmesini sağlayabilirler. İleri evre karaciğer hastalarında ise yaşam kalitesinin yükselmesini sağlayacak en önemli yol karaciğer nakli gözükmektedir. Bu nedenle ülkemizde organ bağışının yaygınlaştırılmasına yönelik önlemler arttırılmalıdır. Karaciğer ve diğer organ nakillerinin önemi toplumla daha fazla paylaşılabilir. Siroz

tanısı olan hastaların daha iyi bir yaşam sürdürebilmeleri, komplikasyonları ile baş edebilmeleri için tıbbi ve sosyal destek faktörleri iyileştirilebilir.

Kadın hastalarla ilgili olarak da yaşam kalitesi skorlarının daha düşük olması nedeniyle, kadın hastalara kendilerini ifade edebilmeleri konusunda sosyal ve psikolojik rehberlik artırılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Younossi Z. M., Guyatt G. (1998) Quality-of life assessments and chronic liver disease. *The American Journal of Gastroenterology* **93** (7), 1037-1041.
2. Pınar R. (1995) Diabetes mellitus'lu hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul.
3. Arslan S. (2000) Kanseri hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
4. Martin L.M., Dan A.A., Younossi Z. M. (2006) Measurement of health-related quality of life in patients with chronic liver disease. *Liver Transplantation* **12**, 22-23.
5. Bektaş Aydın H. (2005) Kanseri bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara.
6. Glise H., Wiklund I. (2002) Health-related quality of life and gastrointestinal disease. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* **17**, 72-84.
7. Yenice E. (2006) 2001- 2004 yılları arasında Zonguldak Kızılay kan merkezine baş vuran gönüllü kan donörlerinde hepatit B ve hepatit C seroprevalansı. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak.
8. Younossi Z. M., Boparai N., Price L.L., Kiwi L.M., Mc Cormick M., Guyatt G. (2001) Health-related quality of life in chronic liver disease: the impact of type and severity. *The American Journal of Gastroenterology* **96** (7), 2199- 2205.
9. Foster GR., Goldin RD., Thomas HC. (1998) Chronic hepatitis C virus infection causes a significant reduction in quality of life in the absence of cirrhosis. *Hepatology* **27**, 209-12.
10. Van Der Plas S.M., Hansen B.E., Boer J.B. et al. (2003) Generic and disease-specific health related quality of life in non-cirrhotic, cirrhotic and transplanted liver patients: a cross-sectional study. *BMC Gastroenterology* **3:33**.

11. Saltürk Değirmenci A. G. (2006) Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesinin diyaliz yeterliliği ile ilişkisi. İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul.
12. Beser N., Öz F. (2003) Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi **7(1)**, 47-58.
13. Eski S. (1999) Miyokart enfarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.
14. Kanval F., Hays D.R., Kilbourne M.A., Dulai S.G., Gralnek M.I. (2004) Are physician-derived disease severity indices associated with Health-related quality of life in patients with end-stage liver disease? *American Journal of Gastroenterology* **99**, 1726-1732.
15. Ünal G., Bilge A. (2005) Hemodiyaliz tedavisindeki son dönem böbrek yetmezlikli hastaların ruhsal durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi* **44 (1)**, 35-38.
16. Younossi Z. M., Guyatt G., Kiwi L.M., Boparai N., King D. (1999) Development of a disease specific questionnaire to measure health related quality of life in patients with chronic liver disease. *Gut* **45**, 295-300.
17. Sharif F., Mohebbi S., Tabatabaee R.H., Firoozi S.M., Gholamzadeh S. (2005) Effects of psycho-educational intervention on Health-related quality of life of patients with chronic liver disease referring to Shiraz University of medical sciences. *Health and Quality of Life Outcomes* **3**,81
18. Cordoba J., Flavia M., Jacas C. et al. (2003) Quality of life and cognitive function in hepatitis C at different stages of liver disease. *Journal of Hepatology* **39**,231-238.
19. Atiq M., Gill M.L., Khokhar N. (2004) Quality of life assessment in Pakistani patients with chronic liver disease. *J Pak Med Assoc.* **54**,113-5
20. Canoruç F. (1993) Viral Hepatitler. In: Telatar H., Şimşek H. (Eds). *Gastroenteroloji, Hekimler Yayın Birliği, Medikomat Basım Yayın san.Tic.Ltd.Şti.* Ankara.

21. Wright L.T. (2006) Introduction to chronic hepatitis B infection. *Am J Gastroenterol.* **101**, S1-6
22. Kantürk A., Şimşek F., Savaş L., Yıldırım T. (2005) Akut hepatit B olgularında bilirubin düzeyinin prognoza etkisinin araştırılması. *Klimik Dergisi* **18 (1)**, 21-26.
23. Demirtürk N., Demirdal T., Altındış M., Aktepe C.O. (2004) Yatılı okullarda hepatit B ve C infeksiyonları: bir okul taramasının sonuçları. *Klimik Dergisi* **17 (3)**, 191-192.
24. Çelen M.K., Akalın Ş., Geyik M.F., Hoşoğlu S., Uluğ M., Ayaz C. (2004) Kronik viral hepatit tedavisinde interferonun hematolojik yan etkileri. *Klimik Dergisi* **17 (1)**, 41-43.
25. Heintges T., Wands R.J. (1997) Hepatitis C virus: epidemiology and transmission. *Hepatology* **26 (3)**, 521-526.
26. Wasserman R.B. (2000) Hepatitis C. *Current Treatment Options in Infectious Disease* **2**, 410-422.
27. Karaca Ç., Çakaloğlu Y., Demir K. ve ark. (2004) Hepatit C virus infeksiyonlu hastalarda hepatit B virus sıklığı. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* **3 (2)**, 76-78.
28. Mitchell M.C. (2001) Chronic hepatitis B. *Current Treatment Options in Infectious Disease* **3**, 431-435.
29. Ertem Tuncer G. (2004) Karaciğer sirozu ve infeksiyon. *Klimik Dergisi* **17 (3)**, 173-176.
30. Dolar E. Karaciğer Sirozu. <http://gastro.uludag.edu.tr/k0904.php> adresinden 08.08.2006 tarihinde erişilmiştir.
31. Ökten A., Durakoğlu Z., Çakaloğlu Y. ve ark. (2002) Karaciğer sirozu ve özofagogastrikvarisler. *İst. Tıp Fak. Mecmuası* **65:2**
32. Hafta A., Yazar A., Güvenç B., Pata C., Çolakoğlu S. (2001) Karaciğer sirozlu hastalarda gelişen evre IV hepatic ensefalopatide faktör V ve VII düzeylerinin prognoz ile ilişkileri. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **Cilt 26**, 142-146.
33. Akın P., Erden B. (2002) Hepatik ensefalopati. *Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürkli Tıp Eğitimi Komisyonu Hepato-Bilier Sistem ve Pankreas Hastalıkları Sempozyum Dizisi* **28**, 111-120.

34. Baştürk B., Haberal M. (2004) Transplantasyon immünolojisi. *Diyaliz Transplantasyon ve Yanık/Dialysis, Transplantation and Burns* **15 (3)**, 120-125.
35. Özdağ N. (2001) Organ nakli ve bağışına toplumun bakışı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **5(2)**, 46-55.
36. Tokalak İ. Organ bağışı ve transplantasyonunun etik, dinsel ve yasal yönü. <http://www.onkod.org/egitim/19.kanun%20etik.doc> adresinden 09.08.2006 tarihinde erişilmiştir.
37. Neuberger M.J. (2003) Liver transplantation. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* **17 (2)**, 277-289.
38. De Bona M., Ponton P., Ermani M. et al. (2000) The impact of liver disease and medical complications on quality of life and psychological distress before and after liver transplantation. *Journal of Hepatology* **33**, 609-615.
39. Yüce L., Yılmaz M., Keçecioglu N. ve ark. (2004) Akdeniz Üniversitesi Organ Nakli Merkezi kadavra donör temini kalite değerlendirmesi. *Diyaliz Transplantasyon ve Yanık/Dialysis, Transplantation and Burns* **15 (2)**, 87-93.
40. Bayraktar N. (2006) Organ nakli – organ bağışı konusunda bilinçlendirme amacıyla interaktif eğitim materyali hazırlanması. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Ortaöğretim Fen Ve Matematik Alanları Eğitimi Anabilim Dalı Biyoloji Öğretmenliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
41. Karasu Z., Tokat Y. (2003) Erişkinden erişkine canlı vericiden karaciğer nakli. *Güncel Gastroenteroloji* **7 (3)**, 204-208.
42. Yazıcı K., Tot Ş., Biçer A., Yazıcı A., Buturak V. (2003) Bel ve boyun ağrısı hastalarında anksiyete depresyon ve yaşam kalitesi. *Klinik Psikiyatri* **6**, 95-101.
43. Acaray A., Pınar R. (2004) Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesini değerlendirilmesi. tarihinde erişilmiştir. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **8(1)**, 1-11.
44. Yacavone R.F., Locke R., Provenzale D.T., Eisen G.M. (2001) Quality of life measurement in gastroenterology: what is available. *The American Journal of Gastroenterology* **96 (2)**, 285-297.
45. Koçyiğit H., Aydemir Ö., Fişek G., Ölmez N., Memiş A Kısa form 36'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği: romatizmal hastalığı olan bir grup hasta ile

çalışma. <http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik.Metinler/goto.aspx?id=2671> adresinden 26.08.2006 tarihinde erişilmiştir.

46. Yıldız H., Pınar R. (2004) Miyokart infarktüsülü hastalarda cinsel disfonksiyon- orijinal araştırma. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* **4**, 309-17.
47. Guetteling J.J., De Man R.A., Van Der Plas S.M., Schalm S.W., Busschbach J.J.V., Darlington S.E. (2006) Determinants of quality of life in chronic liver patients. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* **23**, 1629-1635.
48. Younossi Z. M., Boparai N., Mc Cormick M., Price L.L., Guyatt G. (2001) Assessment of utilities and health-related quality of life in patients with chronic liver disease. *The American Journal of Gastroenterology* **96** (2), 579-583.
49. Cowling T., Jennings L.W., Goldstein R.M. et al. (2004) Liver transplantation and health related quality of life: scoring differences between men and women. *Liver Transplantation* **10** (1), 88-96.
50. Gelling L. (1998) Quality of life following liver transplantation: physical and functional recovery. *Journal of Advanced Nursing* **28**(4), 779-785.
51. Bravata D.M., Olkin I., Barnato A.E., Keefe E.B., Owens D.K. (1999) health-related quality of life after liver transplantation: a meta-analysis. *Liver Transplantation and surgery* **5**(4), 318-331.
52. Yurtsever S. (2000) Kronik hastalıklarda yorgunluk ve hemşirelik bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **4**(1), 16-20.
53. Riley R.T., Koch K. (2003) Characteristics of upper abdominal pain in those with chronic liver disease. *Digestive Diseases and Sciences* **48**(10), 1914-1918.
54. Cordoba J., Cabrera J., Lataif L., Penev P., Zee P., Blei T.A. (1998) High prevalence of sleep disturbance in cirrhosis. *Hepatology* **27**, 339-345.

8. EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Değerli katılımcı,

Kronik karaciğer hastalığı olan ve karaciğer nakli yapılan hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ile ilgili bir çalışma planlanmıştır. Kronik karaciğer hastalığı olan bireyler hastalık ve uygulanan tedaviler nedeni ile pek çok sorunla karşı karşıya kalmakta ve yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu çalışmanın karaciğer hastalarının fiziksel, sosyal ve ruhsal problemlerini ortaya çıkarma, gerçekçi çözüm önerileri geliştirme ve yaşam kalitelerini artırma çalışmalarında faydalı olacağını düşünmekteyim. Ayrıca karaciğer nakli yapılmış ve yapılmamış hastaların yaşam kaliteleri arasında farklılık olup olmadığı da bu çalışma ile ortaya çıkarılabilecektir.

Bu çalışmada toplanacak bilgiler, kimliğinizin gizli kalmasına mutlaka özen gösterilerek yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak ve yüksek lisans tezime ile tezime dayalı diğer yayınlarımda yer alacaktır. Bu araştırmanın gerçekleştirilmesi için, hastane yetkililerinin yazılı izinleri alınmıştır. Bu çalışmada, hastalardan Kişisel Bilgi Formu anketi ve Yaşam Kalitesi Anket Formunu doldurmaları istenecektir. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz ve size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, çalışmadan istediğiniz zaman çekilebilme hakkına sahipsiniz. Bu durumda tedaviniz ve bakımınız ile ilgili sağlık personeli ile olan ilişkileriniz olumsuz yönde etkilenmeyecektir. Katılımcı olarak herhangi bir sorunla karşılaştığınızda aşağıda belirtmiş olduğum telefon ve adresten bana ulaşabileceksiniz.

Çalışmaya yaptığınız katkılarınız için teşekkür eder, kendim ve tez danışmanım Afyon Kocatepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. İhsan Uslan adına saygılarımı sunarım.

Katılımcının Beyanı:

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntıları ile anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmada, hiçbir baskı altında kalmadan katılımcı olarak yer almak istiyorum
Tarih, Katılımcının Adı-Soyadı-İmzası - Araştırmacının Adı-Soyadı-imzası

Ek 2. Sf 36 Yaşam Kalitesi Anketi

Bu anket sağlığınız hakkındaki görüşlerinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır. Bu bilgiler kendinizi nasıl hissettiğiniz ve günlük aktiviteleriniz konusunda sizi anlamamıza yardımcı olacaktır. Her soruya uygun cevabı işaretleyiniz. Sorunun nasıl cevabından emin olamazsanız, size en yakın cevabı işaretleyin ve sorunun yanındaki boşluğu bir açıklama yapın.

1)Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- 1)Mükemmel 2)Çok iyi 3) İyi 4)Orta 5)Kötü

2)Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda, şimdiki sağlığınızı nasıl buluyorsunuz?

- 1)Çok daha iyi 2)Biraz daha iyi 3)Hemen hemen aynı
4)Biraz daha kötü 5)Çok daha kötü

3)Gün içerisinde yaptığımız bazı faaliyetler aşağıda verilmiştir. Sağlığınız aşağıdaki bu faaliyetleri yapmanızı kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar kısıtlıyor?

Evet Çok Kısıtlıyor 1

Evet Biraz Kısıtlıyor 2

Hayır Hiç Kısıtlamıyor 3

3a) Koşu,ağırlık kaldırmak, ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde

3b) Masa, elektrik süpürgesini itmek gibi orta, hafif çaba gerektiren aktivitelerde

3c) Paket veya çanta taşırken

3d) Birkaç kat merdiven çıkarken

3e) Bir kat merdiven çıkarken

3f) Eğilirken veya diz çökerken

3g)Bir kilometreden fazla yürürken

3h)Birkaç yüz metre yürürken

3i)Yüz metrelik mesafeyi yürürken

3j)Kendi kendine giyinirken, yıkanırken

4) Son 4 hafta boyunca fiziksel sağlığınıza bağlı olarak işiniz veya diğer günlük işlerinizde aşağıdaki sorunlardan birisiyle karşılaştınız mı?

- Evet 1
Hayır 2

4a) İşinizde veya diğer aktivitelerinizde çalışma zamanınızı azalttınız mı?

4b) İşlerinizde amaladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?

4c) İş veya diğer aktivitelerinizi kolay olanlarla sınırladınız mı?

4d) İş veya diğer aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi (daha fazla çaba gerekti mi?)

5) Son 4 hafta boyunca ruhsal durumunuzun sonucu olarak (zntl yada kaygılı olmak gibi) işiniz veya diğer günlük faaliyetlerinizde aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

- Evet 1
Hayır 2

5a) Sağlık sorunları yüzünden işinizde veya diğer aktivitelerde çalışma zamanınızı azalttınız mı?

5b) İşinizde amaladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?

5c) İşinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha mı az dikkatli yaptınız?

6) Son 4 hafta boyunca fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkinizi ne dereceye kadar etkiledi?

- 1) Hiç etkilemedi 2) Biraz etkiledi 3) Orta derecede etkiledi
4) Oldukça etkiledi 5) Aşırı etkiledi

7) Son 4 hafta içerisinde ne kadar ağrınız oldu?

- 1) Hiç 2) ok hafif 3) Hafif
4) Orta 5) Şiddetli 6) ok Şiddetli

8) Son 4 hafta boyunca ağrınız normal işinize (ev içinde ve ev dışında) ne kadar engel oldu?

- 1)Hiç engel olmadı 2)Biraz engel oldu 3)Orta derece engel oldu
4)Oldukça fazla engel oldu 5)Aşırı engel oldu

9)Aşağıdaki sorular geçen ay boyunca kendinizi nasıl hissettiğiniz ile ilgilidir. Lütfen, her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

- Her Zaman 1
Çoğunlukla 2
Biraz Fazla 3
Bazen 4
Çok Az 5
Hiç 6

9a)Tam enerjik zinde hissettiniz

9b)Çok sinirli biriydiniz

9c)Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkıydı

9d)Sakin ve huzurluydunuz

9e)Fazla enerjiniz vardı

9f)Kederli ve hüznü hissettiniz

9g)Çok bitkin hissettiniz

9h)Hiç mutlu oldunuz mu?

9i)Yorgun hissettiniz

10) Son 4 hafta boyunca fiziksel ve ruhsal sağlığınız akraba ve arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi ne dereceye kadar sınırladı?

- 1)Her zaman 2)Çoğu zaman 3)Bazen
4)Nadiren 5)Hiçbir zaman

11) Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanı işaretleyiniz.

Kesin Doğru	1
Çoğunlukla Doğru	2
Bilmiyorum	3
Çoğunlukla Yanlış	4
Kesinlikle Yanlış	5

11a) Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalandığımı düşünüyorum

11b) Bende tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım

11c) Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum

11d) Sağlığım mükemmel

Ek 3. Kişisel Bilgi Formu

Anketin doldurulduğu tarih: Anket Sıra No:

Dosya no :

Tıbbi tanı :

Nakilden önceki tıbbi tanı :

1) Cinsiyetiniz:

1. Kadın

2. Erkek

2) Kaç yaşındasınız?.....

3) Medeni durumunuz:

1) Evli

2)Hiç evlenmemiş

3)Eşi ölmüş

4) Boşanmış

6) Diğer (Açıklayınız).....

4) Eğitim durumunuz:

1) Okur-Yazar değil

2) İlkokul

3)Ortaokul

4)Lise

5)Üniversite

5) Şuanda yaptığınız mesleğiniz/ işiniz:

1. Öğrenci

2. İşçi

3. Memur

4. Serbest meslek (Açıklayınız).....

5. Emekli (Nereden olduğunu açıklayınız).....

6. Ev hanımı

7. Diğer (açıklayınız).....

6) Sağlık güvenceniz:

1. Bağkur

2.Yeşil kart

3. Emekli sandığı

4. SSK

5.Özel sağlık sigortası

6.Yok

7) Ailenizin gelir durumu giderinize göre nasıl?

1.Gelir gidere göre az

2.Gelir gideri dengeliyor

3.Gelir gidere göre yüksek

8) Sürekli yaşadığınız yer:

1. Köy-Kırsal Bölge

2. İlçe

3. Şehir

9) Birlikte yaşadığınız kişiler

1. Aile bireyleriyle (Açıklayınız)
2. Diğer(Açıklayınız).....
3. Yalnız

10) Bakmakla yükümlü olduğunuz kişi / kişiler var mı?

1. Yok
2. Var (Açıklayınız)

11) Sizin bakımınızda yardımcı olan / olanlar var mı?

1. Evet (Kimler açıklayınız)
2. Hayır

12) Yukarıdaki soruya (13. soru) cevabınız “evet” ise hangi konularda yardımcı oluyorlar?

1. Hastane işlemleri
2. İlaç alma
3. Ev işleri
4. Alışveriş
5. Beslenme
6. Bireysel temizlik ve bakım
7. Maddi destek sağlama
8. Diğer (açıklayınız)

13) Ne kadar süredir karaciğer hastalığınız var?

14) Hiç alkol kullandınız mı?

1. Evet
 - Kaç yıl kullandınız.....
 - Günde ne kadar aldınız.....
 - Hangi sıklıkla kullandınız

2. Hayır

15) Şu anda alkol kullanıyor musunuz?

1. Evet
 - Günde ne kadar alıyorsunuz.....
 - Hangi sıklıkla kullanıyorsunuz

2. Hayır

- 16) Son bir yıldır ne sıklıkla kontrole geliyorsunuz?
1. Haftada bir
 2. İki haftada bir
 3. Üç haftada bir
 4. Ayda bir
 5. Diğer
- 17) Karaciğer transplantasyonu (nakli) Yapıldı mı?
1. Evet
 2. Hayır
- 18) Karaciğer nakli ne kadar süre önce yapıldı?
- 19) Karaciğer nakline bağlı bir sorun yaşadınız mı?
1. Evet (Açıklayınız)
 2. Hayır
- 20) Karaciğer nakli kimden yapıldı?
1. Aile bireyinden (Açıklayınız)
 2. Aile bireyleri dışındaki canlı vericiden
 3. Tıbben hayatı sona ermiş bireyden
- 21) Son 4 hafta içinde hastalığınıza bağlı olarak hangi komplikasyon / komplikasyonlar (istenmeyen etkiler) yaşadınız?
1. Bilinç kapanması – koma
 2. Karında asit-sıvı birikmesi
 3. Vücutta sarılık olması
 4. Kanama (Sindirim sisteminde)
 5. Hiçbiri olmadı

Ek 4. "Child-Pugh" sınıflaması

Parametreler	Değerler	Puan
Ensefalopati	Yok	1
	Grade I-II	2
	Grade III-IV	3
Asit	Yok	1
	Hafif	2
	Fazla ve tedaviye dirençli	3
Bilirubin (mg/dL)*	< 2	1
	2-3	2
	>3	3
Albumin(g/dL)	> 3.5	1
	2.8-3.5	2
	< 2.8	3
Protrombin Aktivitesi (%)	> 50	1
	40-50	2
	< 40	3

Child A 5-6

Child B 7-9

Child C 10-15