



T.C.

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEPATİT VE HIV İNFEKSİYONU TAŞIYAN HASTALARIN YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ELİF SOYCAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN

Yard. Doç. Dr. HATİCE YORULMAZ

İSTANBUL – 2011



T.C.

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEPATİT VE HIV İNFEKSİYONU TAŞIYAN HASTALARIN YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ELİF SOYCAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN

Yard. Doç. Dr. HATİCE YORULMAZ

İSTANBUL – 2011

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Elif SOYCAN tarafından hazırlanan "*Hepatit ve HIV İnfeksiyonu Taşıyan Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*" konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :14.01.2011

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Hatice YORULMAZ
:Haliç Üniversitesi / SBYO.
(Danışmanı)


.....

Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Ayşe YILDIZ
: Haliç Üniversitesi / SBYO.


.....

Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Makbule BATMAZ
: Haliç Üniversitesi / HYO.


.....

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

I. TEŞEKKÜR

Çalışmam boyunca bilgi ve deneyimleriyle yol gösteren hocam ve tez danışmanım Yard. Doç. Dr. Hatice YORULMAZ'a,

Hepatit taşıyıcı hastaları için anket uygulamasında destek veren Dr. Elif YORULMAZ'a, HIV enfeksiyonu taşıyan kişilere ulaşmamda yardımcı olan Pozitif Yaşam Derneği'ne ve Çiğdem ŞİMŞEK'e,

Çalışmamı yaparken her türlü destek ve ilgisini hissettiren aileme ve arkadaşlarıma saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Elif SOYCAN

II. İÇİNDEKİLER	Sayfa
I. Önsöz/Teşekkür	I
II. İçindekiler	II
III. Kısaltmalar	III
IV. Şekil ve Tabloların Listesi	IV
Şekillerin Listesi	IV
Tabloların listesi	IV-V
1. Özet	1
2. Summary	2
3. Giriş ve Amaç	3
4. Genel Bilgiler	5
5. Gereç ve Yöntem	50
6. Bulgular	55
7. Tartışma	109
8. Sonuç ve Öneriler	121
9. Kaynaklar	125
10. Ekler	137
Ek 1 Hastanın Sosyo- Demografik Bilgileri ve Hastalığa İlişkin Anket Soruları	137
Ek 2 SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	138
Ek 3 İl Sağlık Müdürlüğü'nden Alınan İzin	142
Ek 4 Pozitif Yaşam Derneği'nden Alınan İzin	143
11. Özgeçmiş	144

III. KISALTMALAR

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ADV	Adevofir Dipivoksil
DNA	Deoksiribonükleik Asit
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ELISA	Enzyme Linked Immunosorbent Assay
HAV	Hepatit A Virüsü
HBV	Hepatit B Virüsü
HCV	Hepatit C Virüsü
HDV	Hepatit D Virüs
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IFA	Immunoflorescence Assay
IFN- α	Interferon-Alfa
KS	Kaposi Sarkomu
LAM	Lamivudin
PCP	Pnömocystitis Carini Jiroveci Pnömonisi
RNA	Ribonükleik Asit
SF-36	Short Form-36
SİYK	Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
WB	Western Blot

IV. Şekil ve Tabloların Listesi

Şekiller	Sayfa
Şekil 1: Dünya Sağlık Örgütü'nün, Birleşmiş Milletler AIDS ile Mücadele Programı Çerçevesinde ki 2008 Yılı HIV Verileri	33
Şekil 2: Flanagan'ın İnsan Yaşamındaki Önemli Alanlar Sınıflaması	45
Tablolar	
Tablo 1: HBV Taşıyıcılarının Yaş Değişkeni için Yapılan Tanımlayıcı İstatistikler	57
Tablo 2: HBV Taşıyıcılarının Sosyo-Demografik Değişkenlerine İlişkin Veri	58
Tablo 3: HBV Taşıyıcılarının Hastalıkla İlgili Değişkenlerine İlişkin Veri	60
Tablo 4: HBV Taşıyıcılarının Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt ve Ana Boyutlarına İlişkin Veri	63
Tablo 5: HBV Taşıyıcılarının Sosyo-demografik Değişkenleri İle Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt ve Ana Boyutlarına İlişkin Veri	64
Tablo 6: HBV Taşıyıcılarının Hastalıkları İle İlgili Değişkenlerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt ve Ana Boyutlarına İlişkin Veri	71
Tablo 7: HCV Taşıyıcılarının Yaş Değişkeni için Yapılan Tanımlayıcı İstatistikler	76
Tablo 8: HCV Taşıyıcılarının Sosyo-Demografik Değişkenlerine İlişkin Veri	77
Tablo 9: HCV Taşıyıcılarının Hastalıkla İlgili Değişkenlerine İlişkin Veri	79
Tablo 10: HCV Taşıyıcılarının Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt ve Ana Boyutlarına İlişkin Veri	81
Tablo 11: HCV Taşıyıcılarının Sosyo-demografik Değişkenleri İle Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt ve Ana Boyutlarına İlişkin Veri	82

Tablo 12: HCV Taşıyıcılarının Hastalıkları İle İlgili Değişkenlerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt ve Ana Boyutlarına İlişkin Veri	87
Tablo 13: HIV Taşıyıcılarının Yaş Değişkeni için Yapılan Tanımlayıcı İstatistikler	91
Tablo 14: HIV Taşıyıcılarının Sosyo-Demografik Değişkenlerine İlişkin Veri	92
Tablo 15: HIV Taşıyıcılarının Hastalıkla İlgili Değişkenlerine İlişkin Veri	94
Tablo 16: HIV Taşıyıcılarının Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt ve Ana Boyutlarına İlişkin Veri	96
Tablo 17: HIV Taşıyıcılarının Sosyo-Demografik Değişkenlerine İlişkin Veri	97
Tablo 18: HIV Taşıyıcılarının Hastalıkla İlgili Değişkenlerine İlişkin Veri	101
Tablo 19: HBV, HCV ve HIV Taşıyıcılarının Yaşam Kalitesi Puanlarına İlişkin Veri	106

1. ÖZET

Bu araştırma; hepatit ve HIV enfeksiyonu taşıyıcılarının yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla yapıldı. Araştırma; İstanbul ili Asya kıtasında yer alan bir devlet hastanesine kontrol ve tedavi için gelen hepatit B ve hepatit C enfeksiyonu taşıyıcıları ile Avrupa kıtasında yer alan bir derneğe yardım ve destek almak için başvuran HIV enfeksiyonu taşıyıcıları arasında tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Sosyo-demografik özellikler ve hastalığa ilişkin özellikleri içeren “anket formu” ve “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ)” kullanılarak toplandı. Araştırma sonuçlarına göre; hepatit B ve hepatit C enfeksiyonu taşıyıcılarının 36-49 yaş aralığındaki taşıyıcıların 50-80 yaş grubunda olan taşıyıcılara göre yaşam kaliteleri yüksek olup HIV enfeksiyonu taşıyıcılarının çalışmaya katılan bütün yaş gruplarında ortalamanın üzerinde puan aldıkları ortaya çıktı. Hepatit B, hepatit C ve HIV enfeksiyonu taşıyıcılarının erkeklerin kadınlardan, bekar olanların evli olanlardan, lisans ve lisans üstü mezunlarının ilköğretim ve lise mezunlarından, gelir düzeyi orta ve iyi olanların gelir düzeyi kötü olanlardan daha yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları gözlenmiş olup işçi meslek grubundaki hepatit B taşıyıcılarının yaşam kalitesi puanları serbest meslek ve memur meslek gruplarında yer alan hepatit B taşıyıcılarından düşük çıktı. Hepatit B, hepatit C ve HIV enfeksiyonu taşıyıcılarının hastalığın teşhisinden sonra çalışmaya devam edenlerin hastalığın teşhisinden sonra çalışmaya devam etmeyenlerden yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu gözlemlendi. HBV taşıyıcılarının yaşam kalitesi puanları HCV taşıyıcılarından yüksek olduğu saptandı. Hepatit B, hepatit C ve HIV enfeksiyonu taşıyıcılarına, sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikleri dikkate alınarak hazırlanacak yaşam kalitesini arttırıcı eğitim programları verilmesi önerildi.

Anahtar Kelimeler: Hepatit B, Hepatit C, HIV, Yaşam Kalitesi, SF-36

2. SUMMARY

Evaluation of Quality of Life Hepatitis and HIV Infection Transporter Patients

This study has done for investigate the life qualities of people who carries HIV infection. The study conducted in a hospital which treats and controls Hepatitis B and Hepatitis C carriers, also its done in an association which is in European side, by with HIV carriers who asked for help. Sample's socio-demographic informations collected by "survey forms" and "SF-36 Life Quality Scale". According to findings; the Hepatitis B and Hepatitis C who are between 36-49 age gap, have higher life quality then who are between the ages of 50-80. All age groups of HIV infection carriers got higher grade than the mean. The life quality is high for men then woman, high for singles than married, high for undergraduation or graduation than primary school or high school graduation, high for moderate income level than low level among Hepatitis B, Hepatitis C and HIV infection carriers. Also results showed that Hepatitis B carriers who are in worker job groups, have lower life quality than Hepatitis B carriers who are in self-employed and officer job groups. An other finding is observed, Hepatitis B, Hepatitis C and HIV carriers have high quality of life if they continue to work after the diagnosis of their disorder rather than the ones who does not work. Its determined that HBV carriers life quality grades higher than HCV carriers. And some life quality enhancer programmes are reccomended to the carriers which are planed for their sociaodemographic situations and disorder levels.

Key Words: Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, Quality of life, SF-36

3. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlık tarihinin en eski hastalıklarından biri olan ve Hipokrat'ın tıbbi kaynaklarında da adı geçen viral hepatitle ilgili gelişmeler 20. yüzyılın ortalarından itibaren ivme kazanmıştır. Bu kadar eski ve bilinen bir hastalık olmasına karşın yapılan araştırma ve buluşlara paralel olarak 1965'te HBV, 1970'de HAV, 1977'de HDV, 1989'da HCV, 1990'da HEV, 1991'de HGV'nin bulunması, B ve C virüslerinin kronik hepatit yaptıklarının saptanması, viral hepatitlerin önemini daha da arttırmıştır (Yenice ve ark., 2004).

Kronikleşmesi nedeni ile Hepatit B halen en önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünyada 350 milyondan fazla insan Hepatit B virüsü taşıyıcısı olup bunlardan yılda bir milyonu kronik hepatit sonucu gelişen siroz ve hepatosellüler kanserden ölmektedir (Karslıgil ve Uygur, 2007). Hepatit B infeksiyon kaynaklı olup bu infeksiyonun insidansı pek çok ülkede artmaya devam etmektedir (Wenzel et al., 2007).

Posttransfüzyon hepatitlerin başlıca nedenlerinden biri olan Hepatit C Virüsü (HCV), önemli bir sağlık problemi olup asemptomatik taşıyıcılık, kronik hepatit, hepatosellüler karsinom ve sirozdan oluşan geniş bir hastalık grubundan sorumludur (Schneeberger et al., 1998; Furusyo et al., 2001).

1977 yılından beri görülmesine rağmen, tanımı ve adı ancak 1981 yılında konabilen AIDS, 1983'te etken virüsün bulunması ile bulaşıcı bir hastalık olarak tıp literatürüne girdi. Cinsel temas, kan ve kan ürünleri ile bulaşan hastalık bütün dünyaya hızla yayıldı. İlk anda sanıldığı gibi yalnız homoseksüellerin değil, biseksüel ve heteroseksüellerin, müşterek enjeksiyonla uyuşturucu kullananların da hastalığın yayılmasında önemli rolü olduğu kanıtlandı (Sipahioğlu, 2003). Bulaşma yollarının kolaylığı ve sonunda kesin bir tedavisinin olmayışı hastalığın önemini arttırmaktadır (Okay, 2006). Dünya Sağlık Örgütü Kasım 2010 verilerine göre dünyada ki AIDS vakası 33.3 milyon oranındadır (http://www.unaids.org/globalreport/Epi_slides.htm, Erişim tarihi: 6 Aralık 2010). Türkiye'deki HIV vaka sayısı ise, Haziran 2010 yılı

Sağlık Bakanlığı verilerine göre 4177 olarak gösterilmektedir (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-11403/1-aralik-dunya-aids-gunu.html>, Erişim tarihi: 6 Aralık 2010).

Hepatit B, hepatit C ve HIV; kan ve kan ürünleri, cinsel yol ve anneden bebeğe bulaşma şeklinde bulaşır. HIV bulaşmasının önlenmesinde de hepatit B ve hepatit C için uygulanan önlemler geçerlidir (Wenzel et al., 2007). Hepatit B ve hepatit C hastalığının belirtileri kendini çok göstermemekle birlikte bazı hastalarda yorgunluk, uykusuzluk, iştahsızlık, ateş, yorgunluk, eklem ve kas ağrısı gibi durumlarla karşılaşılabilir. HIV enfeksiyonu taşıyan kişilerde de, kronik hepatit B hastaları gibi yorgunluk, iştahsızlık, ateş gibi benzer klinik belirtilerin yanında yutma güçlüğü, gece terlemesi, vücuttaki salgı bezlerinin şişmesi, ağız ve dilde lekelerin oluşması, ishal, öksürük ve öksürüğün nedeni olarak nefes darlığı, deri üzerinde lekelerin varlığı belirtileri görülür. Kronik hastalıklar üzerine çeşitli araştırmalar yapılmış ve birçok kronik hastalığın bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirememesi, fonksiyonel güçsüzlük, hastalık semptomları, hastalığın fiziksel iyilik halinde bozulmalara ve yaşam kalitesinin etkilenmesine neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Elmi, 2007; Bardage, 2001; Saito, 2006; Ten Doesschate, 2009; Mols, 2007; Walke, 2007)

Yaşam kalitesi, genel bir iyilik hali olmasının yanında bir çeşit memnuniyeti simgelemektedir. Yaşam kalitesi kavramı ile sağlığın, fiziksel, maddi, ailesel, duygusal iyilik hallerinin nesnel ve öznel olarak değerlendirilmesi anlaşılmaktadır. Nesnel değerlendirmeler, kişilerin fiziksel sağlığı, geliri, içinde yaşadığı konutun kalitesi, arkadaşlık ilişkileri, fizik aktivite, sosyal roller, politik ortam gibi yaşam koşullarının tanımlanmasına dayanır. Öznel değerlendirmeler ise, bu koşullardan kişinin aldığı tatmini anlatmaktadır. Yaşam kalitesi ölçütleri, kişinin günlük yaşamındaki hastalık ve tedavinin etkinliğinin belirlemeye ve hastalık boyunca hastanın sosyal, duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını saptamaya yardımcıdır. Yaşam kalitesi ölçütlerinden, farklı tedaviler arasında karar vermede, hastalığın tedavisinin etkinliği üzerine hastaya bilgi vermede, hastanın bakış açısından tedavinin başarısının hazırlanmasında yararlanır (Şenol ve Türkay, 2006).

Ülkemizde hepatit ve HIV hastalarının yaşam kalitesine ait pek fazla çalışma yoktur. Bu çalışma hepatit ve HIV infeksiyonu taşıyıcılarının yaşam kalitesinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Hepatit B İnfeksiyonu

4.1.1. Hepatit B İnfeksiyonunun Tarihçesi

Hepatit B Virüsü (HBV), kronik hastalığa yol açan ve yaşamı tehdit edebilen viral infeksiyonun neden olduğu bir karaciğer inflamasyonu olarak tanımlanır. İlk defa Blumberg ve arkadaşları tarafından 1965 yılında “Avustralya Antijeni” olarak tanımlanan bir serum proteini olarak rapor edilmiş, 1970 yılında ise tüm virionun elektron mikroskopi görüntüleri saptanarak “Dane Partikülü” adını almıştır. 1971 yılında Krugman ısı ile inaktive edilen Hepatit B yüzey antijeninin aşı olarak kullanılabileceğini göstermiştir. 1979 yılında virüs DNA’sı PCR yöntemi ile çoğaltılabilmıştır. HBV infeksiyonu için geliştirilen güvenilir aşılar 1982 yılından beri kullanım aşamasına gelmiştir. Bu buluşlarla son otuz beş yıl içinde HBV’nin moleküler biyolojisi, epidemiyolojisi, patogenezi, tanı ve tedavisi ile korunma yönünden çok önemli gelişmeler yaşanmıştır. Bir yüzyıllık dönemde Hepatit B ve tüberküloz gibi toplumsal infeksiyöz hastalıklarda önemli oranda artış olmuştur (Şahin ve ark., 2009; Elmi, 2007; Tosun, 2006; İpek ve ark., 2000).

4.1.2. Hepatit B İnfeksiyonu Etyolojisi

HBV, hepadnaviridae ailesine mensup küçük hepatotropik ve kısmen çift sarmallı olan sirküler DNA içeren bir virüstür. Bu virüs sadece insanları ve şempanzeleri infekte etmektedir. 42 nm çapında, sferik biçimde ve zarflı bir virüs olup zarflı olmasına rağmen eter ve ısıya oldukça dirençlidir. Bu özelliği kişiden kişiye geçişte ve dezenfektan direncinde önemlidir (İpek ve ark., 2000; Elmi, 2007).

Hepatitli hastaların serumlarında HBV’ ye ait üç farklı partikül bulunmaktadır. Bunlar Dane, küresel ve tübüler partiküllerdir. Dane partikülü tam HBV virionu olup

infeksiyözüdür. Elektron mikroskopunda 27 nm çapında bir çekirdek ve 7 nm kalınlığındaki lipid zarf yapısı nedeniyle çift katmanlı olarak görülür. Virüsün kapsidi çekirdek antijeni (HBcAg), infektivite antijeni (HBeAg), DNA ve DNA polimeraz enzimini içerir. Konak hücreden kazanılmış olan lipoid zarf üzerinde üç formda viral yüzey antijeni (HBsAg) bulunur: Büyük (L), orta (M) ve küçük (S) yüzey antijenleri (Elmi, 2007).

Karaciğer iltihabı olan hepatitin etiyolojisinde en önemli rolü infeksiyonlar (bakteriler, virüsler) ve toksik ajanlar (ilaçlar, aşırı alkol kullanımı) oluşturmaktadır (İpek ve ark., 2000).

4.1.2.1 Hepatit B İnfeksiyonu İmmünopatogenezi

DNA polimeraz viral DNA'daki tek sarmal bölgeleri tamir eder ve çift sarmal DNA'ya tamamlar. HBV'nin tüm genom bilgisi DNA'nın uzun zinciri üzerindedir. HBV'nin DNA'sında 4 okuma kalıbı vardır. Bu dört gen S, C, P, X olarak isimlendirilmiştir. S geni HBsAg' nini kodlar. Bu S geninin önündeki başlangıç koduna Pre S bölgesi denir (Pre S₁+Pre S₂). Pre S₂ kümelenmiş insan proteinlerine özellikle serum albüminine bağlanır. Pre S₂ tarafından kodlanan HBsAg' nin bu bölgesel pHSA (Polimerize Human Serum Albümin) reseptörü adını alır ve HBV'nin HBsAg'ni üzerinde yer alan bu reseptör aracılığı ile hepatositlere girdiği düşünülmektedir. Bu hipotezi destekleyen veriler Dane partikülleri üzerinde Pre S₂ pHSA bağlanma aktivitesinin büyük oranda bulunuşu ve bu aktivitenin insan ve yüksek maymunlar için spesifik oluşudur. Pre S bölgesi proteolitik ve kimyasal inaktivasyona çok duyarlıdır, bu aşı olayında kullanılır (Aydın ve ark., 2009).

HBV'nin DNA'sı, RNA aracılığı ile replike olur. Virüs hücre içine girer, infekte karaciğer hücre çekirdeğinde virüs DNA'sı serbest kalır. DNA polimeraz ile kısa zincirdeki eksik bölüm ve uzun zincirdeki yarık tamamlanır. Böyle bir tamir sonucu tamamı çift sarmal sirküler bir DNA molekülü oluşur. Bu DNA'dan, genomdan daha uzun RNA transkripsiyonu olur. Bu HBV RNA'sından ya viral proteinlerin (HBsAg, HBcAg) translokasyonu olur ya da bu RNA core partikülü içine alınır ve DNA replikasyonu başlar. HBV ' s u DNA'sının replikasyonu kor partikülü içinde yer alan DNA'dan reverz transkriptaz aktivitesi ile (-) DNA ipliği oluşumu ile olur. Reverz

transkriptaz ile DNA (+): DNA(-) hibrid molekülü oluşur. Geri kalan DNA sindirilip ortadan kaldırılır. Kısmen çifte sarmal DNA molekülü ve HBcAg, HBsAg ile kaplanır ve hepatositte atılır (Aydın ve ark., 2009).

4.1.3. Hepatit B İnfeksiyonunun Epidemiyolojisi

HBV dünya geneline bakıldığında yaklaşık 400 milyon kişide kronik infeksiyon şeklinde yer almaktadır. Dünyada HBV ile karşılaşmış insan sayısı ise 2 milyardır. Dünya nüfusunun yaklaşık %5'inde HBV taşıyıcılığı söz konusu olduğu varsayılmaktadır. Her 10 kişiden biri bu virüsü taşımakta ve bulaştırmaktadır. Her yıl bu sayıya 50 milyon yeni vakanın katıldığı kabul edilmektedir. Dünya'da yılda 5 milyondan fazla akut hepatit B olgusu ortaya çıkmaktadır. Akut infeksiyondan sonra yetişkin hastaların %5'i kronik olarak infekte kalmaktadır. Eğer infeksiyon 1-5 yaş arası alınmışsa kronikleşme % 20-50 olmaktadır. Yılda 500 bin-1,2 milyon kişi kronik hepatit, siroz ve primer hepatoselüler karsinoma gibi HBV'ye bağlı olarak yaşamını yitirmektedir. Dünya ölüm nedenleri sıralamasında Hepatit B, dokuzuncu sıralamada yer almaktadır (Elmi, 2007; Şahin, 2009; Tosun, 2006).

Gelişmiş batı ülkelerinde rölatif olarak erişkin yaş grubunun hastalığı olmakla birlikte Asya ülkeleri, geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde öncelikle bebekleri, çocukları ve genç erişkinleri etkilemektedir (Tosun, 2006).

HBV infeksiyonunun dağılımı coğrafi bölgelere göre farklılıklar göstermektedir. Bölgedeki HBsAg ve anti-HBs pozitifliği oranları, infeksiyonun alınma yaşı ve virüsün en sık hangi yol ile bulaştığı göz önünde bulundurularak, düşük, orta ve yüksek endemisite bölgelerine ayrılmıştır. HBsAg pozitifliği dünya genelinde %0,1-20 arasındadır (Elmi, 2007).

1. Düşük Endemisite Ülkeleri: ABD, Kanada, Batı Avrupa, Avustralya, Yeni Zelanda'da HBsAg pozitif olanların prevalansı %0,1-2'dir ve dünya nüfusunun %12'si bu bölgelerde yaşar. Bu ülkelerde hayat boyunca HBV infeksiyonuyla karşılaşma riski %20'den azdır. İnfeksiyonların çoğu erişkinlerde ve risk gruplarında görülür (Elmi, 2007; Aşkar, 2006).

2. Orta Endemisite Bölgeleri: HBsAg pozitifliğinin %2–7 arasında olduğu orta endemisite bölgeleri; Japonya, Orta Asya, Orta Doğu, Orta Amerika, Türkiye'nin de içinde bulunduğu Akdeniz havzası, Doğu Avrupa ve Rusya'dır. Dünya nüfusunun %43'ü bu bölgelerde yaşar. Bu bölgelerde hayat boyu HBV ile karşılaşma riski %20–60 olup, infeksiyon tüm yaş gruplarında görülür. Gebe kadınların %2-7'si HBsAg pozitif olup bunların %20'den az bir kısmı HBeAg pozitifdir. Kronik infeksiyonların içinde perinatal infeksiyon daha seyrekdir (%10–20) (Elmi, 2007; Aşkar, 2006).

3. Yüksek Endemisite Bölgeleri: Sahra altı Afrika, Amazon bölgesi, Hindistan dışında kalan birçok Asya ülkesi, Güneydoğu Asya, Çin, Alaska'da HBsAg pozitifliği %7–20 arasındadır. Dünya nüfusunun %45'i bu bölgelerde yaşar. Bu ülkelerde hayat boyu HBV ile karşılaşma riski %60'tan fazladır. Çoğu infeksiyon kronikleşme riskinin yüksek olduğu yenidoğan ve erken çocukluk döneminde kazanılmaktadır. Bu toplumlarda tüm hastalar içinde, perinatal bulaşma gebelerdeki HBsAg pozitifliği oranına bağlıdır. Anne HBsAg pozitif ve HBeAg pozitif ise immunoproflaksi uygulanmadığı takdirde bebek %70–90 oranında infekte olur. Anne HBsAg pozitif HBeAg negatif ise bu oran %5-20'ye iner. HBV taşıyıcısı annelerin bebekleri doğumda infekte olmamışlarsa erken çocukluk döneminde yakın temas ile infekte olurlar. Güneydoğu Asya ülkelerinde HBsAg pozitif annelerin %35-50'si HBeAg pozitifler ve çocuklukta kronik HBV infeksiyonlarının %30-50'si perinatal yolla kazanılmıştır. Diğer bölgelerdeki HBsAg pozitif kadınların HBeAg pozitifliği düşüktür ve bulaşma daha çok erken çocukluk döneminde olmaktadır. Bu ülkelerde çocuklarda kronik infeksiyon gelişmesi %1-2 oranında olup perinatal bulaş olguların %10-20'sinden sorumludur (Elmi, 2007; Aşkar, 2006).

Ülkemizde 1972'den beri çeşitli gruplarda HBsAg taranmaktadır. Genel olarak hepatit B'nin akut viral hepatitler içindeki oranı çocuklarda %1,5–35,8, yetişkinlerde %28,5–85 arasında değişmektedir. Türkiye'de 20-30 milyon kişi yani her üç kişiden biri, yaşamının bir döneminde Hepatit B virüsü ile temas etmektedir. Türkiye'de taşıyıcılık oranı farklı merkezlerde yapılan çalışmalara göre %4–15 arasında değişmekle birlikte taşıyıcı kişi sayısının 5–6 milyon olduğu ve yıllık ortalama 100–150 bin yeni vakanın görüldüğü bildirilmektedir. İstanbul ve İzmir gibi batı illerimizde %3–4,5 gibi daha düşük oranda HBsAg pozitifliği gösterilirken Diyarbakır, Elazığ, Van gibi

Güneydoğu ve Doğu Anadolu illerinden %8–14,3 gibi yüksek oranlar bildirilmiştir (Elmi, 2007; Şahin, 2009; Aşkar, 2006).

DSÖ' nün (Dünya Sağlık Örgütü) raporuna göre Türkiye'deki hepatit B taşıyıcılığı Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde daha yüksek olmak üzere ortalama %2–7 arasında olup, yapılan sınıflamada Türkiye'nin orta derecede endemik ülkeler arasında yer aldığı bildirilmektedir. Bununla birlikte, bu oranın özellikle Doğu ve Güneydoğu bölgeleri için daha yüksek olduğu bilinmektedir (Tosun, 2006).

4.1.4. Hepatit B İnfeksiyonu Bulaşma Yolları ve Korunma

4.1.4.1. Hepatit B İnfeksiyonu Bulaşma Yolları

HBV; infekte kan ve vücut sıvıları ile mukozal temas olan perkütan bulaşma, cinsel temas ile bulaşma, infekte anneden yenidoğana bulaş şeklindeki perinatal-vertikal bulaşma ve enfekte kişilerle cinsellik içermeyen yakın temas olan horizontal bulaşma olarak dört şekilde bulaşır (Elmi, 2007).

4.1.4.1.A. Perkütan Bulaşma

Çoğul transfüzyon yapılan hastalar, hemodiyaliz hastaları, damar içi uyuşturucu kullananlar, sağlık çalışanları risk gruplarıdır. HBV, HIV'e (Human Immunodeficiency Virus / İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü) nazaran 100 kat daha infeksiyözdür. Kontamine iğne batmasını izleyen infeksiyon riski HIV' de %0,5 iken HBV' de %30'dur (Elmi, 2007).

4.1.4.1.B. Cinsel Temas İle Bulaşma

En çok risk taşıyan homoseksüellerdir. ABD'de eşcinseller incelendiğinde son dört ay içinde ilişkiye girdiği kişi sayısı 0–4 olanlarda HBV seropozitifliği %48,9 iken, bu sayı 49-72 olanlarda seropozitiflik oranı %79,7'ye yükseldiği hesaplanmıştır. Ayrıca eşleri kronik HBV ile infekte olanlar üzerinde yapılan bir araştırmada HBsAg seroprevalansının çok yüksek olduğu saptanmıştır. Multipl heteroseksüel partneri veya cinsel yolla bulaşan hastalığı olanlarda da risk belirgin olarak artmıştır (Elmi, 2007).

4.1.4.1.C. Perinatal-Vertikal Bulaşma

Transplasental bulaş %10–15 oranındadır. Perinatal bulaşma HBeAg pozitif taşıyıcı anneden genellikle doğum sırasında olmaktadır. HBeAg pozitif anneden doğan bebeklerin %70-90'ı infekte olur ve bunlarda da infeksiyon %90 kronikleşir. HBeAg negatif anneden doğan bebeklerin ise %10-40'ı infekte olur. Anne 1. trimestırda hepatit B geçirirse ve antikor oluşturursa HBV'nin vertikal bulaşma riski yoktur. Anne sütünde de HBsAg antijenleri gösterilmiştir (Elmi, 2007; Tosun, 2006).

Perinatal bulaşma büyük oranda doğum sırasında oluştuğundan, aşı ve/veya hepatit B hiperimmünglobulin (HBIG) ile önlenabilir olması ve virüsle erken karşılaşmaya bağlı olarak kronikleşme oranının çok yüksek olması nedeniyle son derece önemlidir (Tosun, 2006).

4.1.4.1.D. Horizontal Bulaşma

CDC (Centers for Disease Control and Prevention)' ye 1995'te bildirilen vakaların yaklaşık yarısı HBV bulaşı için riskli olacak bir temaslarının olmadığını belirtmiştir. Ancak gerçekte bunların yarısında riskli bir temas vardır. Aynı ev içinde, yakın yaşama koşullarında HBV bulaşması olmaktadır. Plevra ve periton sıvılarında, tükürük, idrar ve semende infeksiyöz virionlar bulunur. HBeAg pozitif bireylerin idrarlarında HBV-DNA pozitifliği %91 oranında bulunmuştur. Virüsün cilt çatlakları ve mukoz membranlarda geçişi çocuklarda infeksiyona sebep olmaktadır (Elmi, 2007).

4.1.4.2. Hepatit B İnfeksiyonundan Korunma

Toplumda HBV infeksiyonlarını kontrol etmek ve onlara karşı korunma dört ana başlık altında toplanabilir. Bunlar, genel koruyucu önlemler, evrensel önlemler, aktif immunizasyon ve pasif immunizasyondur. Genel koruyucu önlemler ve evrensel önlemler HBV hakkında eğitim faaliyetleri ve HBV ile temastan korunma uygulamalarını içerir. Aktif immunizasyon için HBV aşısı kullanılır. Pasif immunizasyonda HBIG kullanılır. HBIG' nin hemen oluşturduğu koruma 3–6 ay devam etmektedir ancak kullanılması uygun olgu seçimi ile sınırlandırılmalıdır ve aynı anda farklı bölgeye aşı uygulaması başlatılmalıdır (Uzun ve ark., 2008).

Yüksek risk grubu olan doktorlar, hemşireler, diş hekimleri, kan ve kan ürünü ile çalışan laboratuvar personeli risk altında olup, mesleğe başlamadan önce aşılanmalıdır.

Ayrıca hastanın izolasyonu ve hasta ile direkt teması azaltan yöntemlerin geliştirilmesi önemlidir (Kargı ve ark., 2003, Karşlıgil ve ark., 2007).

HBV enfeksiyonundan korunmak için özellikle birlikte yaşanan alanlarda iğneler/enjektörler, jiletler ya da diş fırçaları ortak kullanılmamalıdır. Hepatit B hastasının cinsel partneri tam olarak bağışıklık kazanana kadar prezervatif kullanılmalıdır (www.hepatit.gen.tr).

HBV ile karşılaşma yaşı ne kadar küçük olursa enfeksiyonun kronikleşme olasılığı o kadar yüksek olduğundan, hepatit B taşıyıcı annelerin bebeklerinin en kısa zamanda immünizasyonu ve doğum anında aşı ile birlikte HBİg uygulanması çok önemlidir (Tosun, 2006).

4.1.4.2.A. Hepatit B Aşısı

HBV aşısı konusundaki ilk çalışmalar 1971 yılında Krugman ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir; bu yıllarda HBsAg içeren enfektif serum örneklerinin bir dakika kadar kaynatılması ile hazırlanan inokulumun kısmen de olsa koruyucu olduğunun gösterilmesi, daha sonra geliştirilecek plazma aşılarının temelini oluşturmuştur. 1982 yılında ABD ve Fransa'da ticari olarak üretilmeye başlayan bu tür aşılar tüm dünyada milyonlarca insana uygulanmış olup, birinci jenerasyon aşılar olarak tanımlanan plazma aşılarının güvenilir ve etkili olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (Krugman et al., 1971; Mc. Aleer et al., 1984).

Kullanımdaki hepatit B aşıları, hepatit B virüsünün rekombinant DNA teknolojisi ile üretilmiş majör yüzey antijenini içerir. Bu yüzey antijeni (S antijeni) saflaştırılmış ve alüminyum hidroksit üzerine adsorbe edilmiş bir steril süspansiyon şeklindedir. Antijen genel olarak HBV'nin majör yüzey antijenini kodlayan genini taşıyan maya hücreleri kültüründen genetik mühendisliği yoluyla üretilir. Maya hücrelerindeki bu hepatit B yüzey antijeni (HBsAg) çeşitli fiziko-kimyasal işlemlerle saflaştırılır. Kimyasal bir işlem olmaksızın HBsAg ortalama 20 nm çapında küresel parçacıklara dönüştürülür. Bu parçacıklar glikozilleşmemiş HBsAg polipeptidlerini ve başlıca fosfolipidlerden oluşan bir lipid matriksi taşır (Tele et al., 2001; Hieu et al., 2002).

Günümüzde kullanılmakta olan rekombinant hepatit B aşıları yüksek düzeyde immünojen özellik taşımaktadır. Sağlıklı çalışan bir bağışık sistem konusu olduğunda, doğru biçimde uygulanan üç doz Hepatit B aşısı sonrası, aşılananların %92-95'inde yeterli serokonversiyon oluşmaktadır; yaşlılık, sigara kullanımı, obezite ve erkek cinsinden olmak, hepatit B aşısının yanıt oranını olumsuz etkileyen özelliklerdendir (Averhoff et al., 1998). Ayrıca immün sistemi çeşitli nedenlerle baskılanmış kişilerde, kalıtsal olarak HBsAg'ye güç yanıt veren olgularda ve nihayet intrauterin infeksiyonların söz konusu olduğu durumlarda aşıya yanıt zayıflamaktadır (Chang, 2004). DSÖ, hepatit B aşısının sadece kas içi (deltoid) yoldan kullanımını önermekte; diğer yollardan yapılan aşılamalarda oluşacak yanıtın kalitesini uygun bulmamaktadır (Grosheide et al., 1996).

Hepatit B aşısının etkinliğini en iyi gösteren örnek ise 19 yıl önce yenidoğanlarda ve adolesanlarda rutin Hepatit B aşılması kararının alındığı İtalya'dır ve bu ülkedeki bağışıklama oranlarına bakıldığında aşılama oranları %94'lere erişmiştir. İtalya'nın hiperendemik güney bölgelerinde, aşılamaya bağlı olarak kronik karaciğer patolojilerinde HBV'nin görülme sıklığının %48'lerden, %18'lere düştüğü belirlenmiştir (Bonanni, 1995; Mele et al., 2002; Bonanni et al., 2003)

Sistematik izlem programlarının uygulandığı farklı ülkelerde, hepatit B aşısının rutin kullanımı sonucunda, akut B tipi viral hepatit olgularının yanı sıra, taşıyıcılık oranlarının, kronik hepatitlerin ve nihayet Hepatik Sellüler Karsinom insidansının belirgin biçimde azalması ve aşının halk sağlığı açısından ne denli önemli olduğunun gösterilmesi üzerine DSÖ, 1995 yılına dek taşıyıcılık oranının %8'den fazla olduğu ülkelerde; 1997 yılından sonra ise tüm ülkelerde, rutin yenidoğan ve çocukluk çağı aşılması önermiştir (Kane, 1995).

Günümüzde, halk sağlığı açısından ne denli önemli oldukları gittikçe daha iyi anlaşılan aşılar, etkinliklerinin yanı sıra güvenilir olma özellikleri açısından da değerlendirilmektedir. Klinik araştırmalar ve sörveyans çalışmaları ile aşılardan koruyuculuk özellikleri belirlenirken, neden olabilecekleri yan/istenmeyen etkilerinin varlığı araştırılarak, güvenilirlikleri de saptanmaktadır (Borhoeffler, 2002).

Günümüzde tüm dünyadaki hepatit B aşı prospektüslerinde, üç doz aşından beş yıl sonra antikor düzeyi kontrol edilerek ve gerektiğinde rapel doz uygulayarak, antikor miktarını yeniden koruyucu düzeye getirmenin önemi belirtilmektedir. Ancak Hepatit B aşılama prosedüründe rapel doz uygulaması, belirli koşullar dışında, gereksiz olduğu kabul edilen bir durumdur; üç doz halinde rutin bağışıklama şemasını alan ve normal biçimde işlen bir immün sisteme sahip bireye, yıllar sonra anti-Hbs'leri tamamen kaybolmuş bile olsa rapel doz uygulanması gerekmez. Böyle bir yaklaşımın gerekçesini rutin şema ile bağışıklanmış sağlıklı bireylerde, yıllar sonra gerçekleşecek HBV temasının, anamnestic reaksiyon uyarınca bellekli B lenfositlerini harekete geçireceğinin; ayrıca hümorale yanıtın oluşumu için gerekli T lenfosit katkısının da bu temas ile gerçekleşeceğini gösterilmesi oluşturmaktadır (Kanne et al., 2000; Boland et al., 1995; Wainwright et al. 1997).

Günümüzde, DSÖ' nün önerileri doğrultusunda:

a). Üç doz aşının doğru koşullarda uygulanması söz konusu olduğunda, üniversal program uyarınca aşılanan çocuklar ve gençler için rapel doza gerek olmadığı; benzer şekilde, sağlık personeli, yoğun cinsel aktivite içindekiler ya da damar içi uyuşturucu kullananlar gibi, batı ülkelerinde risk grupları olarak tanımlanan kesimlere, rapel dozun kullanımının gerekli olmadığı (Badur, 2005).

b). Buna karşın hemodiyaliz hastaları gibi immün sistemi çeşitli nedenlerle baskılanmış öze gruplarda antikorlar kaybolduğunda rapel doz kullanımına başvurulması önerilmektedir (Kanne et al., 2000).

1996–1998 yılında, DSÖ'nün önerileri ve VHSD'nin (Viral Hepatitle Savaşım Derneği) raporları doğrultusunda, TC Sağlık Bakanlığı aşının rutin kullanımını gündeme getirmiştir. Yapılan çalışmalar sonucunda, TC Sağlık Bakanlığı, hepatit B aşılaması konusunda ilk olarak 04.06.1998 tarihinde 6856 sayılı genelge ile 0 yaş grubu ve tüm risk gruplarına ücretsiz aşı uygulamasına geçmiştir. Bu genelgede aşının öncelikle 0 yaş grubuna uygulanması öngörölmüş ve kullanılacak takvimin üçlü şema olup, başlangıç dozundan bir ay sonra ikinci doz, ikinci dozdan beş ay sonra üçüncü dozun kullanımı önerilmiştir (Badur, 2005).

4.1.4.3. Hepatit B İnfeksiyonunda Klinik

HBV infeksiyonu akut veya kronik hepatit olarak iki ana formda klinik bulgulara sebep olur (Elmi, 2007):

4.1.4.3.A. Akut Hepatit B İnfeksiyonu

Akut viral hepatitte infeksiyonun seyri, inkubasyon dönemi, preikterik dönem, ikterik dönem ve konvelesan dönem olmak üzere dört kategoride incelenebilir. İnkubasyon süresi 60-180 gün olan akut hepatit B'de klinik bulgular ve infeksiyonun seyri, infeksiyonun alındığı yaş, virüsün genetik yapısı, eşlik eden başka infeksiyon varlığı ve konakçının immun durumundan etkilenmektedir. Akut infeksiyon; asemptomatik infeksiyon, sarılıklı kolastatik hepatit ve %0,1 oranında fulminan hepatit şeklinde farklı klinik formlarda görülebilir. HBV ile infekte kişilerin sadece %5-20'de akut hepatit klinik bulguları (bulantı, kusma, halsizlik, ağrı) ortaya çıkmaktadır. Çocuk hastaların %10'da, yetişkin hastaların %50'de sarılık görülmektedir. %10 hastada serum hastalığı benzeri tablo, %10'da hepatomegali, %5'de splenomegali gelişmektedir (Taşyaran, 2007). Ekstra hepatik bulgulara da rastlanabilir (Amarapurkar, 2002).

4.1.4.3.B. Kronik Hepatit B İnfeksiyonu

Akut infeksiyon sonrası, altı aydan uzun süreli HBsAg pozitifliği kronik hepatit B'nin göstergesidir. Doğum sırasında infeksiyonu alan bebeklerde kronikleşme %80–90, erişkinlerde %5–10 civarındadır. Kronik persistan (biyokimyasal ve histolojik olarak normal) ve kronik aktif (biyokimyasal testlerde bozulma ve pozitif histolojik bulgular) hepatit formları vardır. Kronik aktif hepatitli kişilerde %15–20 oranında 5 yıl içinde siroza ilerleme ve sirozlu hastaların %20'sinde hepatosellüler karsinom saptanır (Elmi, 2007). HBV geçirenlerde geçirmeyenlere göre karaciğer kanseri görülme oranı 300 kez daha fazladır. HBsAg kaybının görülme olasılığı yılda %1-2'dir. Kronik aktif HBV infeksiyonu taşıyıcıların %25'inde gelişir. (Akdemir ve Birol, 2003).

4.1.4.3.C. Hepatit B İnfeksiyonu Belirtileri

1. Aşırı halsizlik, yorgunluk hissi
2. İştah kaybı, bulantı, kusma
3. Deride ve göz aklarında sararma
4. İdrarın çay renginde olması

5. Karın ağrısı, karaciğer bölgesinde hassasiyet (Akdemir ve Birol, 2003)

4.1.4.4. Hepatit B İnfeksiyonunda Tanı

HBV infeksiyonlarının özgül tanısını yapmak amacıyla hasta serumundaki HBV antijenlerini ve bunlara karşı oluşan antikorları saptamak amacıyla serolojik testlerden yararlanılmaktadır (Elmi, 2007).

HBsAg: Akut HBV infeksiyonu sırasında kanda ilk saptanan antijen olan HBsAg, semptomların ortaya çıkmasından 3–5 hafta önce serumda saptanabilir düzeye ulaşmakta, akut infeksiyonda pik seviyeye ulaştıktan sonra iyileşme ile sonlanan olgularda 2–6 ay içinde azalarak ortadan kaybolmaktadır. HBsAg'nin saptanması HBV infeksiyonu olduğunu göstermekte, fakat akut ve kronik infeksiyonu ayırt edememektedir. Bu antijenin serumda 6 aydan daha uzun süre pozitif olarak kalması bize kronik infeksiyonu düşündürmektedir. HBV aşılmasını izleyerek serumda geçici bir HBsAg pozitifliği olduğu bildirilmiştir (Elmi, 2007).

Anti-HBs: Virüsü nötralize etme yeteneğine sahip olan bu antikor, pencere döneminden sonra serumda saptanır ve iyileşen vakalarda ömür boyu pozitif kalır. %5 vakada iyileşmeye rağmen serumda saptanamaz. Kronik HBV infeksiyonunda Anti-HBs yoktur. Anti-HBs akut HBV infeksiyonu dışında aşılama sonrasında immun bir cevap olarak da oluşmakta veya hepatit B immunglobulin verilmesiyle, kan transfüzyonuyla ve anneden bebeğe pasif olarak da transfer edilebilmektedir (Elmi, 2007).

HBeAg: Akut infeksiyon sırasında HBsAg'nin ortaya çıkmasından kısa bir süre sonra pozitifleşir ve HBsAg'den önce kaybolur. Serumda HBeAg'nin varlığı bulaşıcılık, infektivite ve aktif viral replikasyon ile ilişkilidir. %30 vakada HbeAg pozitif olmasına rağmen HBV-DNA saptanamaması ilginç bir bulgudur. 12–14 haftada negatifleşen bu antijenin serumdaki varlığı 3–4 aydan daha uzun sürmesi pozitif kalması kronik HBV infeksiyonunu düşündürmektedir (Elmi, 2007).

Anti-HBe: HBeAg'nin kaybolmasını takiben hemen veya 1–2 hafta sonra serumda ortaya çıkan bu antikor viral replikasyonun azaldığını ve hastalığın iyileşmeye yöneldiğinin habercisi olarak kabul edilir fakat mutlak olarak infeksiyonun

sonuçlandığını göstermez. Anti-HBe 6 ay–6 yıl içinde serumda saptanamayacak düzeylere inmektedir. Kronik hepatitlerde tedavi izleminde önemli bir gösterge olarak kabul edilmektedir (Elmi, 2007).

HBcAg: Erken dönemde süratle spesifik antikorunu ile birleştiğinden serumda saptanması güçtür. Son zamanlarda geliştirilen bir EIA yöntemi ile HBcAg saptanabilmekte ve miktarının HBV-DNA seviyesi ile uyumlu olduğundan bahsedilmektedir (Elmi, 2007).

Anti-HBc IgM: HBsAg pozitifliğinden 1–4 hafta sonra pozitifleşir. Pencere döneminde (HBsAg'nin kaybolduğu ve Anti-HBs oluşana kadar olan dönem) akut HBV enfeksiyonunun en önemli göstergesidir. Pencere dönemi ortalama 2–8 hafta sürmektedir. Pencere döneminin uzadığı vakalarda anti-HBc IgM ortadan kaybolur ve sadece anti-HBc IgG antikorları saptanır. Bu durumda serum enfeksiyöz kabul edilmektedir. Kronik HBV enfeksiyonunun akut alevlenmesinde de düşük titrelerde anti-HBc IgM saptanabilmektedir (Elmi, 2007).

Anti-HBc IgG: Anti-HBc IgM'i takiben pozitifleşen bu antikor hayat boyunca saptanabilir düzeyde kalmaktadır. Anti-HBc IgG'nin pozitifliği kişinin HBV ile karşılaştığını göstermektedir ama akut, kronik veya eski enfeksiyonu birbirinden ayırt etmemektedir. Tek başına anti-HBc IgG pozitifliğinin saptandığı durumlar (Elmi, 2007):

- HBV geçirmiş ve anti-HBs düzeyi saptanamayacak seviyeye inmiş kişiler. Bu kişilere tek doz HBV aşısı yapıldığında 2 hafta sonra anamnestic reaksiyon ile anti-HBs yanıtı alınır.
- HBsAg'nin saptanamayacak kadar düşük seviyede olduğu kronik enfeksiyonlu kişiler.
- Uzamış pencere dönemi.
- Yalancı pozitiflik
- Kan transfüzyonu takiben veya anneden bebeğe antikorların pasif olarak aktarımı.

HBV-DNA: HBV infeksiyonunda replikasyonun en önemli göstergesidir. HBV-DNA, hibridizasyon yöntemleri, DNA enzime immunoassay ve en özgül ve duyarlı şekilde (Polymerase Chain Reaction) PCR yöntemi ile gösterilebilmektedir. PCR ile serumda mililitrede 10 virüs partikülü saptanabilmektedir. Moleküler yöntemlerle HBV DNA'sının araştırıldığı başlıca durumlar (Elmi, 2007):

- HBsAg negatif HBV infeksiyonunun tanısı: Özellikle HBsAg negatif kan donörlerinden HBV bulaşını engellemek amacıyla PCR önemli olabilir.
- HBeAg negatif/anti-HBe pozitif HBV infeksiyonunun tanısı: HBV'nin pre-cor bölgesindeki mutasyonlar sonucu HBeAg üretimi kesintiye uğramakta, anti-HBe varlığına rağmen viremi devam etmektedir.
 - Anti-HBs pozitif HBV infeksiyonunun tanısı
 - Tedavi etkinliğinin izlenmesi
 - Mutant virüslerin tanısı: Pre-S1 bölgesinde oluşan mutasyonlarda aşılama ile gelişen anti-HBs varlığına rağmen HBsAg pozitifliği ve HBV infeksiyonu ortaya çıkmaktadır.
- Antiviral ilaç direncinin saptanması.

4.1.4.5. Hepatit B İnfeksiyonu Tedavisi

Kronik Hepatit B infeksiyonunda tedavinin amacı hastalıkta ilerlemenin durdurulması, hepatosellüler kanser gelişiminin önlenmesi ve karaciğerde histolojik düzelmenin sağlanmasıdır. Bütün bunların yanında karaciğerde ALT enziminin normalleşmesi, HBV eliminasyonu veya viral süpresyon (HBsAg kaybı, HBeAg serokonversiyonu ve HBV DNA negatifleşmesi) ile yaşam kalitesinde artış tedavide beklenen amaçlardır (Çaylan, 2007).

Bugün kronik hepatit B infeksiyonunun tedavisi için onay almış üç ilaç tedavisi mevcuttur. Bunlar onay sırasına göre; İnterferon-alfa (IFN- α), Lamivudin (LAM) ve Adefovir dipivoksil (ADV)'dir (Örmeci, 2005).

Günümüzde kronik viral hepatitlerin standartlaşmış ve tüm dünyada kabul görmüş tedavi şekli IFN'dir. IFN'ler vücudumuzda doğal olarak oluşan endojen glikoproteinlerdir. Virüs infeksiyonlarına yanıt olarak hücrelerde üretilirler. IFN- α , IFN-

β ve IFN- γ olmak üzere üç tipi vardır. Viral hepatitlerin tedavisinde kullanılan, IFN- α 'dır. IFN, hem RNA hem de DNA hepatit virüslerinin replikasyonunu engeller. Bu etkisini; virüsün hücreye yapışmasını, kılıfını bırakmasını inhibe ederek ve antiviral ürünleri hücrelere taşıyan ribonükleaz ve proteinleri indükleyerek gösterir. Bir hücre virüsle infekte olunca IFN genleri aktive olur ve ekstrasellüler sıvıya IFN salınır. Buradan yayılarak diğer hücrelerin yüzeyindeki reseptörlere bağlanır ve antiviral etkiyi başlatırlar. İnterferonların; hücresel immunité, antikor sentezini düzenleme, antijen ekspresyonu ve tanınmasını artırma, natural killer hücre aktivitesini ve hücre yüzeyindeki MHC antijen ekspresyonunu artırma gibi görevleri vardır (Çaylan, 2008; Günal ve ark., 2006).

LAM, bir sitozin analogudur. Monofosfat formu HBV-DNA'ya eklenerek zincir sentezini sonlandırır. IFN'den farklı olarak, LAM tedavisi sırasında HBV-DNA ve ALT azalmaları nispeten eş zamanlıdır; sirotik hastalarda rahatlıkla kullanılabilir (Güenal ve ark., 2006).

ADV dipivoksil, antiretroviral etkili bir revers transkriptaz inhibitörü (nükleozid)'dür. Adenozin monofosfatın fosfonat nükleotid analogu olan ADV'nin oral etkili prodrugudur. Bağırsaklardan hızla aktif metaboliti olan ADV'ye çevrilir. Hepadnavirüs, retrovirüs ve herpes virüslerinde DNA polimerazı önemli oranda kompetitif olarak inhibe ederek DNA'nın zincirini sonlandırır ve viral replikasyona engel olur (Güenal ve ark., 2006).

HBeAg pozitif kronik aktif hepatit tedavisiz bırakılırsa, %10–12 oranında (%2–24 arasında değişebilir) HbeAg spontan olarak kaybolur, ALT normale döner ve karaciğerde inflamasyon yatışır. Buna karşılık hastaların %88-90'ında ciddi karaciğer nekroinflamasyonu birkaç yıl devam ederek karaciğer sirozu ve siroz olanların %23'ünde hepatosellüler karsinoma ile sonuçlanır. HBs antijeni taşıyıcılarında herhangi bir tedaviye gerek yoktur ve on yılı bulan takiplerde morbidite ve mortalite yönünden herhangi bir artış saptanmamıştır (Çaylan, 2008).

Kronik aktif B hepatitinde kullanılan tüm tedavilerin sınırlı başarı oranı ve yüksek maliyete sahip olması infeksiyondan korunmanın önemini arttırmaktadır (Akdemir ve Birol, 2003).

Hastalığın istirahat dışında belli bir tedavisi yoktur. Aşırı bulantı, kusma durumunda, başka bir hastalığın varlığında, fulminan ve/veya kolestatik seyirli hastalar hastaneye yatırılarak izlenmelidir. Hastanede izlenen akut HBV infeksiyonlarında tedavi genellikle destekleyicidir. Fulminan hepatitlerde ve uzun süreli, ağır seyreden vakalarda bazen antiviral ilaçlarla tedavi denenir (Akdemir ve Birol, 2003).

Hastanın serumunda HBsAg (-) oluncaya kadar kan ve kan sıvılarıyla ilgili önlemler alınır (Akdemir ve Birol, 2003).

4.2. Hepatit C İnfeksiyonu

4.2.1. Hepatit C İnfeksiyonunun Tarihçesi

1970'li yıllarda parentenal yolla bulaşan non-A, non-B hepatiti olarak bilinen hepatitlerin %90'ının Hepatit C Virüsü (HCV) olduğu görülmüştür. Ayrıca elde edilen iki virüsten kloforma duyarlı olanının gene HCV olduğu anlaşılmış ve 1989 yılında klonlanarak bir RNA virüsü olarak tanımlanmış ve yapısı ortaya çıkarılmıştır (Elmi, 2007; Barut ve Günel 2009; Alter MJ.1995).

4.2.2. Hepatit C İnfeksiyonunun Etyolojisi

HCV flavirus ailesinde hepacivirus cinsinin tek üyesi olan, 30–60 nm büyüklüğünde, hepatotropik, küremsi, lipid zarflı, tek zincirli ve pozitif RNA'lı bir virüsüdür (Elmi, 2007; Aşkar, 2006).

Küremsi partiküller 50-65 nm çapında ve 6 nm boyunda küçük çıkıntıları olan lipoprotein bir kılıfa sahiptir. Bu kılıf ikozahedral simetrikli 30-35 nm çapında bir nükleokapsidi çevreler. İnfeksiyözitesi +4 °C'de göreceli -70 °C'de kesinlikle stabildir. İnfekte plazmanın inaktivasyonu için 100 °C'de 5 dakika, 82 °C'de 72 saat ısıtılma, pastörizasyon, eter, kloroform, formalin veya solvent/deterjan ile muamele gibi yöntemler gereklidir (Aşkar, 2006).

4.2.2.1. Hepatit C İnfeksiyonu İmmünopatogenezi

HCV genomu, tek bir geniş okuma çerçevesi (Open Reading Frame=ORF) içeren kabaca 9600 nükleotidlik tek, pozitif sarmallı bir RNA'dan ibarettir. Heposite girdikten sonra partikülde RNA salınır, ribozomlara bağlanır ve translasyona uğrar.

Viriyon tümüyle bir haberci RNA (m RNA) olarak işlev görür. HCV ORF'si yaklaşık 3000 aminoasitlik bir poliproteini kodlar, bu protein konak peptidazları ve virüs proteazları ile en az 10 ayrı ürüne dönüştürülür. Bu ORF bölgesinden kodlanan tek bir polipeptid, proteolitik kesimle strüktürel (öz(core, C)), kılıf proteinleri (E1,E2), p7 (NS2a) ve nonstrüktürel (NS2, NS3, NS4a, NS4b, NS5a, NS5b) proteine parçalanmaktadır. Yapısal (strüktürel) proteinler genomun 5' yönünde kodlanır ve RNA genomunun enfeksiyozitesini ve dış ortama stabilitesini sağlarken, yapısal olmayan (nonstrüktürel) proteinler ise 3' yönünde kodlanır ve replikasyonu düzenlemektedirler. C geni ürünü olan cor proteini çok immunojeniktir ve HCV ile enfekte kişilerde bu proteine karşı antikor bulunmaktadır. RNA'ya bağımlı RNA polimerazların düzeltme (proofreading=yanlış girmiş bazları uzaklaştırıcı mekanizma) aktivitelerinin olmamasından dolayı HCV'nin genom düzeyindeki değişkenliği çok fazladır. Bu özelliğinden dolayı HCV enfekte konakta olağanüstü bir adaptasyon sağlamaktadır. Her an bir başkasından çok az farklar taşıyan Mutant virüs toplulukları diğerlerine göre avantajlı duruma geçebilmekte, böylece o belli grup çoğalarak enfeksiyonu sürdürmede hakim olmakta ve enfeksiyonun sürekliliği sağlanmaktadır. Bunun tipik örneği tedaviye oluşan direnç ya da bağışıklık sisteminden kaçıştır. HCV genomunda en hızlı değişen bölgelerin E1 ve E2 bölgeleri olduğu saptanmıştır (Elmi, 2007). Bugün, kimi araştırmacıya göre 6(1,2,3 . . .) kimisine göre 11 ana HCV tipi bulunmaktadır. Bunların çeşitli alt tiplerle (a,b,c . . .) birlikte 70'e ulaştığı bildirilmektedir. Dünya'da esas olarak 1,2 ve 3 numaralı genotipinin yaygın olduğu, ülkemizde ise tedaviye en az yanıt veren 1b alt tipinin baskın olduğu belirlenmiştir (Elmi, 2007; Aşkar, 2006).

HCV replikasyonu tam anlaşılmamış olmakla beraber öneri modeller geliştirilmiştir. İlk adım viriyonun hücre zarına tutunmasıdır. Bunun için düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) veya CD81 reseptörünü kullandığı ileri sürülmüştür. Tutunma ve penetrasyondan sonra virüsün RNA'sı nükleokapsidten sitoplazma içerisine salınır. Virüs genomu translasyona uğrar ve poliprotein bireysel proteinlere parçalanır. HCV proteinlerinin hücre içerisinde belli bir düzeye gelmesi ile bir kısım HCV RNA 'sının translasyon işleminde replikasyon sürecine kaymasına yol açarak pozitif sarmallar elde edilir. Bu sarmallar ya enfeksiyöz partiküller halinde paketlenip kana salınır veya tekrar translasyona uğrayarak viral protein üretirler. E proteinleri Golgi cihazından öteye transport edilmediklerinden virüsün nükleokapsidleri, hücre içi

membran kompartmanlarının lümenlerinin içerisine tomurcuklanarak kılıflarını kazanırlar (Aşkar, 2006).

4.2.3. Hepatit C İnfeksiyonunun Epidemiyolojisi

Ciddi bir halk sağlığı problemi olan HCV infeksiyonu duyarlı testlerin geliştirilmesinden sonra yapılan anti-HCV seroprevalansı çalışmaları sonucunda dünyada yaygın bir şekilde görüldüğünü ortaya koymuştur. İnfeksiyonun dünyadaki genel prevalansı %3 ve dünyada tahmini 150–200 milyon HCV infeksiyonu taşıyıcı vardır. Dağılım homojen olmadığından bazı ülkelerdeki HCV seroprevalans oranları birbirine benzememektedir. Mesela İngiltere ve İskandinavya ülkelerinde prevalans %0,01–0,1 iken Mısır’da %17–26 oranında bildirilmiştir (Alter MJ., 1995; Armstrong GL, 2006; Yenen OŞ., 2002; Wasley 2000).

HCV insidansının en sık olduğu yaş 20–39 olup kronik HCV hastaları ise en sık 30–49 yaş grubunda görülmektedir. Türkiye, İspanya, İtalya, Japonya ve Çin gibi ülkelerde ise yaşa özgü prevalans, yaş ilerledikçe derece derece artmaktadır ve bu ülkelerdeki HCV infeksiyonu taşıyanların büyük kısmı 50 yaşın üzerindedir (Armstrong GL, 2006; Ökten, 2003).

Türkiye’de HCV görülme sıklığı %1–2,4 arasında olup risk grupları ve bölgesel özelliklere göre değişiklik göstermektedir. Ülkemizde 700.000 HCV infeksiyonuna sahip insanların olduğu düşünülmektedir (Quer, 2005; Sünbül, 2007).

Kronik viral hepatitlerin ve transfüzyon sonrası gelişen hepatitlerin en sık nedenini %50–80 oranında HCV kapsar. Genel olarak bakıldığında HCV infeksiyonu alanların yaklaşık %25’inde sarılıkla seyreden akut hepatit tablosu gelişebilir. Akut infeksiyon geçiren kişilerin %15’i virüsü vücutlarından tamamen atarak düzeldikleri %50-85’inde de virüsün kronikleştiği görülmüştür. Kronik HCV hastalarının %10-20’sinde 5–30 yılda siroz gelişir ve bu hastaların %15’inde hepatosellüler karsinom (HSK), transplantasyon ihtiyacı ya da ölüm ortaya çıkar. Bu nedenle HCV de tedavi

önemlidir. Dünyada sirozun %27'si, HSK'nın ise %25'i HCV ile ilişkilidir (Mıstık, 2007; Bilgiç, 2002; Gürbüz, 2006).

4.2.4. Hepatit C İnfeksiyonu Bulaşma Yolları ve Korunma

4.2.4.1. Hepatit C İnfeksiyonu Bulaşma Yolları

HCV infeksiyonu parenteral ve nonparenteral olarak iki şekilde olmaktadır:

4.2.4.1.A. Parentenal Bulaşma

HCV vakalarının %50'sinden fazlasından sorumlu olan parentenal bulaşma, infekte donörden kan transfüzyonu, avasküler bir organ olan kornea hariç solid organ transplantasyonu ve damar içi uyuşturucu madde kullanımı ile gerçekleşen parentenal bulaşma en iyi tanımlanmış bulaşma şekillerinden biridir (Quer, 2005; Acherman, 2000; Pereira, 1995).

Parentenal bulaşma şekli; Kuzey Avrupa ve ABD'de damar içi uyuşturucu madde kullananlarda ortak iğne paylaşımı, kan ve kan ürünleri ile olmaktadır. Ülkemizdeki durum ise daha çok parentenal işlemler için kullanılan tıbbi malzemelerin birden fazla kişiye kullanılması bu çeşit bulaşma nedenleri arasına girebilir. Fakat günümüzde bu yolla bulaşma riski azalmıştır. Çünkü kan ve kan ürünleri, anti-HCV tarama testlerinin kullanımı, ürünlerin viral inaktivasyonu ve alternatif rekombinant ürünlerin eldesiyle HCV için bulaş kaynağı olmaktan çıkmıştır. Ayrıca bulaşma riskinin azalması durumuna hastanelerde kullanılan enjektörlerin sadece bir kişi için kullanıldıktan sonra atılması hali de eklenebilir (Aşkar, 2006; Akkız, 2002).

Damar içi uyuşturucu madde bağımlılığına bağlı HCV infeksiyonu %80'lere varan oranda bütün dünyada yüksektir. Türkiye'de ki bağımlıların yarısından fazlasında anti-HCV pozitif bulunmuştur. Bu kişiler arasında HCV infeksiyonu çok daha hızlı gelişir ve yaklaşık 6–12 ay içerisinde bu kişilerin %80'i infekte olur (Acherman, 2000; Pereira, 1995; Sünbül, 2007).

Hemodiyaliz hastalarındaki anti-HCV prevalansı ise % 45' e kadar çıkmaktadır. Hemodiyaliz süresi ve sayısı ile prevalans arasında daha önce yapılmış kan transfüzyonlarından bağımsız olarak pozitif bir korelasyon bulunmuştur. İnfekte kişilerin diyalizinde kullanılan makinelerin diğer hastalarla ortak kullanımı, infekte

kişilere özel sağlık personelinin olmaması, kan transfüzyonundan önce uyulması gereken kuralların doğru uygulanmaması ve nadir de olsa diyaliz personelinden hastalara virüsün bulaşması hemodiyaliz ünitesindeki prevalansı artıran muhtemel risk faktörleridir (Akkız, 2002).

4.2.4.1.B. Nonparentenal Bulaşma

Sporadik ve toplumdan kazanılmış HCV enfeksiyonlu olgulardaki enfeksiyondan sorumlu olup cinsel yol ve vertikal / perinatal yol olmak üzere iki şekilde bulaşır. HCV enfeksiyonunun bu yollarla geçiş şekli parentenal yola göre daha azdır (Cerny, 1999).

HCV enfeksiyonunun cinsel yol ile geçişinde, damar içi uyuşturucu bağımlıları, homoseksüeller, seks çalışanları veya HIV ile koinfekte olması risk faktörleri arasındadır. Multipl seksüel partneri olan kişilerde yapılan çalışmalarda ise 11 kat fazla HCV bulaş riski, %1,4-11 anti-HCV pozitifliği görülmüştür. Monogami ilişkiler, cinsel yol ile bulaşta düşük risk grubunu oluştursa da aktif seks süresi ya da belli bir zaman dilimindeki ilişki sıklığı, menstruasyon döneminde ilişki ve genital ülserasyonlar HCV enfeksiyonunun bulaşma riskini artırır. Yüksek risk grubundaki hastaların eşlerindeki anti-HCV prevalansı %11-27 iken düşük risk gruplarındaki hastaların eşlerinde bu oran % 0-7'dir. Bu yüzden ABD Halk Sağlığı Servisi ve Ulusal Sağlık Enstitüsü bu durumda cinsel partnerlere bariyer yöntemler önermemektedir (Bakar, 1998; Chopra, 2004).

HCV 'nin vertikal / perinatal bulaşma oranı ortalama %6 dolaylarındadır. HCV'nin bu bulaş şekli HBV'ye göre daha düşüktür. Anti-HCV pozitif kadınlardan doğan bebeklerde geçiş şekli %0-10 arasındadır. Annede HIV ile koinfeksiyon ve üçüncü trimester döneminde HCV geçiş riski 2-4 kat daha fazladır. Anti-HCV anneden bebeğe pasif olarak geçebildiği için yenidoğanlarda hastalığın erken tanısında HCV-PCR testi gerekir. Anne sütünden HCV enfeksiyonunun geçiş riski de olabileceği söylenilmektedir. Vajinal ve sezeryan şekli doğumlar arasında enfeksiyon riski bakımından belirgin bir fark yoktur (Cerny, 1999; Akkız, 2002; Sünbül, 2007; Hardikar, 2002).

4.2.4.2. Hepatit C İnfeksiyonundan Korunma

HCV için koruyucu bir aşı henüz olmadığından genel evrensel korunma yöntemlerinin yerine getirilmesi çok önemlidir. HCV ile infekte olanlar HCV enfeksiyonu ve bulaş yolları hakkında bilgilendirilmelidir. HCV ile infekte kişi ile aynı evde yaşayan bireylerin traş malzemesi, diş fırçası ve tırnak makası gibi kanla bulaş olasılığı olan kişisel malzemeleri ortak kullanmamaları konusunda uyarılmaları gerekir. Bu yüzden HCV ile infekte olan kişilerin yakınlarının eğitimi önemlidir (Şentürk, 2004).

Sağlık çalışanlarında HCV bulaş riski normal popülasyondan yüksek değildir. Tüm tıbbi girişimlerde yalnızca standart izolasyon önlemlerine uyulması HCV'den korunmak için yeterlidir (Şentürk, 2004).

HCV ile temas sonrasında uygulanabilecek temas sonrası profilaksi aracı yoktur ve İV ya da İM immunglobulin veya interferon uygulanması önerilmez. Temaslı ve kaynak olan kişide anti-HCV araştırılmalı, eğer kaynakta pozitiflik saptanırsa temaslı kişide ikinci-sekizinci haftalar arasında HCV-RNA testi, üç ve altıncı aylarda anti-HCV ve ALT bakılmalıdır. HCV taşıyan bir kişi için kullanılan bir iğnenin bir başkasına kazai olarak batması sonucu bulaşma ihtimalinin %5'in altında olması, HCV'nin kolay bulaşmadığını gösterir. Ancak bulaştığı takdirde de %70 kronikleşme riski taşıdığı unutulmamalıdır (Şentürk, 2004).

HCV ile infekte hemodiyaliz hastalarının makinelerinin ayrılmasına gerek yoktur. Evrensel önlemlere dikkatli bir şekilde uyulmalı, hijyene dikkat edilmeli ve diyaliz makinelerinin sterilizasyonu uygun şekilde yapılmalıdır (National Institutes of Health Consensus Statement on Management of Hepatitis C, 2002; CDC, 2001; Lock et al., 2006).

Damar içi ilaç kullanma alışkanlığı olanlar ortak enjektör ve iğne kullanımı ile HCV bulaşı olabileceği konusunda uyarılmalıdır. HCV'nin diğer bulaş yolları konusunda da bilgi verilmelidir (National Institutes of Health Consensus Statement on Management of Hepatitis C, 2002; CDC, 2001; Lock et al., 2006).

HCV'nin seksüel temasla bulaş olasılığı düşük olduğu için tek eşli heteroseksüellerde kondomla korunma önerilmemektedir, ancak çok eşlilerde diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklarla birlikte HCV'den de korunmak için kondom

kullanılması önerilir (National Institutes of Health Consensus Statement on Management of Hepatitis C, 2002; CDC, 2001; Lock ve ark., 2006).

HCV ile infekte hastaların eğer bağışık değil iseler HAV ve HBV viruslarına karşı aşılınmaları önerilir (National Institutes of Health Consensus Statement on Management of Hepatitis C, 2002; CDC, 2001; Lock et al., 2006).

HCV'nin perinatal bulaş olasılığı yaklaşık %2'dir. İnfekte kadınlarda gebelik kontrendike değildir. Doğum şeklinin (normal doğum ya da sezeryan) bulaş olasılığı ile ilişkisi yoktur, ancak fetal skalp monitörizasyonu ve membran rüptüründen sonra doğumun gecikmesi bulaş olasılığını arttırdığı için bunlardan kaçınmak gerekir. Gebelik sırasında interferon ve ribavirin kontrendikedir. Emzirme ile HCV bebeğe bulaşmaz. HCV ile infekte anneden doğan bebeklere doğumdan sonra ikinci-altıncı aylarda HCV-RNA, 18 aydan sonra da anti-HCV bakılmalıdır. Daha erken anti-HCV bakılması transplasental transfer nedeni ile yanlış test pozitifliğe yol açabileceği için önerilmez (National Institutes of Health Consensus Statement on Management of Hepatitis C, 2002; CDC, 2001; Lock et al., 2006).

Operasyon öncesi rutin olarak anti-HCV testinin yapılması önerilmemektedir (CDC, 2001).

4.2.4.3. Hepatit C İnfeksiyonunda Klinik

HCV infeksiyonu Akut Hepatit C ve Kronik Hepatit C olmak üzere 2 grupta incelenmektedir.

4.2.4.3.A. Akut Hepatit C İnfeksiyonu

HCV olguları genellikle asemptomatik seyreder. Akut Hepatit C'nin klinik özellikleri, Akut Hepatit A ve Akut Hepatit B'ye benzemektedir, fakat daha hafiftir. Kuluçka dönemi 6–8 haftadır. ALT yükselmeleri genelde 4. Haftadan sonra görülür. Hastalarda halsizlik, yorgunluk, kas ağrıları, hafif ateş, bulantı-kusma ve karında sağ üst kadranda ağrı gibi yakınmalar olabilir. Sarılık olguların %20'sinden azında görülür. Serum transaminazları dalgalanma gösterirler ve yaklaşık % 40 hastada normalleşir ancak bu normalleşme virüsten temizlenme anlamına gelmez. Sonuçta hastaların %15-20'si tam olarak iyileşir ve HCV-RNA spontan olarak kaybolur. Akut hepatit devresinde tedavinin etkinliği %80'nin üzerindedir. Az sayıda olguda tabloya purpura, ürtiker, deri döküntüleri, artalji ve serum hastalığı benzeri belirtiler eklenebilir. Akut

infeksiyondan sonra genel olarak fulminan gelişmez. Ancak kronik Hepatit B infeksiyonlarında gelişen akut HCV'nin fulminan hepatit için önemli bir risk oluşturduğu yönünde kanıtlar elde edilmiştir (Chu et al., 1999; Di Bisceglie., 2000).

4.2.4.3.B. Kronik Hepatit C İnfeksiyonu

HCV infeksiyonların % 80-85'i kronikleşir. Yaşlılarda, vireminin yüksek olduğu hastalarda ve erkeklerde kronikleşme daha fazladır. Virüs bulaştıktan sonra klinik olarak belirgin kronik hepatitin ortaya çıkması için geçen süre ortalama 18 yıldır. Bu süreler siroz için 21 yıl, hepatoselüler karsinom için 28 yıldır. Kronik hepatit döneminde en sık bildirilen semptom yorgunluktur. Bununla birlikte, iştahsızlık, bulantı, halsizlik, eklem ağrıları, karın sağ üst kadranda ağrı, kaşıntı ve kilo kaybı görülebilir. Kronik Hepatit C'de transaminaz düzeyleri genellikle normal düzeylerin 3 katını geçmez. Serum bilirubin ve alkalen fosfotaz düzeyleri ise genellikle normal sınırlardadır (Matsumara et al., 2000; Yenen OŞ, 2002; Abacıoğlu 1999).

Kronik HCV'lerin yarısından fazlasında hepatomegali mevcut olup splenomegali, palmar eritem, spider anjiom, jinekomasti, kas erimesi, ekimozlar gibi bulgular ise genellikle siroz gelişen olgularda bulunmaktadır (Şentürk, 2004).

Akut hepatitten sonra kronik hepatitin gelişme süresi ortalama 10 yıl, siroz gelişme süresi 20 yıl, hepatoselüler gelişme süresi ise 30 yıldır. Dolayısıyla HCV yavaş ilerleyen ancak yaşamları boyunca hastaların ortalama %10'nunda ciddi komplikasyonlara ve ölüme yol açan bir hastalıktır (Şentürk, 2004).

Kronik karaciğer hastalarında, uzun süreli izlenen akut hepatit olgularında ve tanımlanmış bir parenteral temas sonrası uzun süreli izlenen olgularda yapılan çalışmalar sonunda akut infeksiyonun %20'sinin iyileştiği, %85 oranında kronikleştiği ve bunların %20'sinde siroz geliştiği görülmüştür (Matsumara et al., 2000).

4.2.4.4. Hepatit C İnfeksiyonunda Tanı

HCV infeksiyonu tanısı için serolojik (indirekt) ve virolojik (direkt) testler kullanılmaktadır. Virüse karşı gelişen anti-HCV'yi saptayan serolojik testler sadece tanı açısından önemlidir ve tarama açısından kullanılırlar. HCV RNA ve kor antijenini kantifiye ve karakterize edebilen virolojik testler ise tanı koydurucu özellikleri yanında;

tedaviye başlama, kesme ve yanıtın değerlendirilmesinde oldukça etkilidirler. İnfeksiyon evrelerinin sınıflandırılması bu testlerin kombine kullanımı ile yapılabilir (Ferreira et al., 2004).

Serolojik Testler:

HCV infeksiyonu tanısı için kullanılan en pratik yöntem antikör taranmasıdır. Günümüzde yapısal (kor) ve yapısal olmayan (NS3, NS4, NS5) proteinlerinin epitoplarnı içeren sentetik antijenlerin kullanıldığı 3. kuşak ELİSA %95-98 hassasiyette anti-HCV antikörleri saptanmaktadır (Ferreira et al., 2004).

Virolojik Testler:

HCV RNA aktif replikasyonun önemli bir göstergesidir. Viral RNA'nın HCV tanısında kullanılabilmesi moleküler biyolojik yöntemlere dayalı virolojik testlerin geliştirilmesi ile oluşmuştur. Virolojik testler hedef amplifikasyon ve sinyal amplifikasyon yöntemlerinden meydana gelmekte olup kalitatif ve kantitatif olmak üzere iki sınıfa ayrılırlar. Kalitatif testler oldukça duyarlı testlerdir. Virüsle temastan sonra bir hafta içinde HCV RNA bu testlerle saptanabilecek düzeye gelmektedir. Bu sayede anti HCV'nin saptanabilmesinden önce infeksiyonun çok erken bir döneminde HCV tanısı konulabilmektedir. Ayrıca anti-HCV negatif akut ve kronik hepatitli olguların, HCV ile infekte annelerden doğan bebeklerin, anti-HCV pozitif fakat serum aminotransferaz düzeyi normal kronik hepatit C'li hastaların, hepatit C'li olduğu düşünülen immunsüprese hastaların ve birçok nedene bağlı kronik karaciğer hastalığı olan vakaların değerlendirilmesinde kalitatif testler endikedir (Ferreira et al., 2004).

4.2.5. Hepatit C İnfeksiyonu Tedavisi

Hepatit C tedavisinin primer amacı; HCV'nin eradikasyonudur, sekonder amaçlar ise hepatik inflamasyonu azaltmak, siroza gidişi geciktirmek, hepatasellüler karsinom riskini azaltmak, karaciğer transplantasyonu ihtiyacını azaltmak, ekstra hepatik belirtileri azaltmak ve bulaşı engellemektir (Aşkar, 2006).

Klasik olarak HCV-RNA pozitif, ALT düzeyi normalin üzerinde ve biyopsisi kronik HCV ile uyumlu tüm hastalar tedavi adayıdır. Ancak tedavi kararı yalnız bu kriterlere bağlı değildir. Başarılı bir tedavi sağlanabilmesi için her hasta,

kontrendikasyon, komorbidite, hastanın tedaviye istekliliği ve yanıt geliştirme olasılığı açısından bireysel olarak değerlendirilmelidir. Özellikle tedavi öncesi genotip tayini; tedavi süresini, ribavirin dozunu ve HCV RNA monitarizasyon protokolünü belirlemektedir (Şentürk, 2004).

Birey bir kez HCV ile karşılaştığında kronikleşme şansı %60-80'dir (Alter, 1995). Bu yüzden HCV akut evrede yakalandığında mutlaka tedavi edilmelidir. Buradaki problem HCV'nin akut evrede saptanmasındaki zorluktur. Akut hepatit esnasında tanı işaretleyicisinin HCV-RNA olduğu ve anti-HCV'nin negatif bulunacağı unutulmamalıdır. Akut hepatit de 6 ay süre ile haftada bir kez peginterferon uygulanması yeterlidir (Şentürk, 2004).

Yakın geçmişte kronik hepatit C tedavisinde kullanılan en önemli ajan interferon alfa idi. Birçok merkezde halen kullanılan bu ajan uzun yıllar kronik Hepatit C tedavisinde tek başına kullanılmıştır. İnterferon alfa monoterapisi (6-12 ay 3-10 MU/hafta 3 kez) ile elde edilen kalıcı yanıt oranı %15-20 civarında gerçekleşmiştir (Poynard ve ark., 1995). Genotip 1 hastalarında bu oran daha da düşerek %10 olarak bildirilmiştir. Tek başına tedavide yeri olmayan ribavirinin, interferon alfaya eklenmesi ile kalıcı yanıt oranlarında ciddi artışlar sağlanmıştır (Di Bisceglie ve ark. 1995). Kombine tedavinin test edildiği büyük çalışmalarda kalıcı yanıt %33-41 oranında bildirilmiştir. Kombine tedaviler sadece naif hastalarda değil aynı zamanda nüks eden ya da interferona cevapsız hastalarda da başarı ile uygulanmıştır. Elde edilen bu sonuçlardan sonra kronik HCV'de standart tedavi interferon alfa ve ribavirin tedavisi olmuştur. Ribavirin dozu hastanın klerensine göre 800-1200 mg/gün arasında değişmektedir (McHutchinson et al., 1998).

4.3. Hepatit B ve Hepatit C İnfeksiyonunda Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik bakımı büyük ölçüde hepatitin şiddetine ve tıbbi tedaviye bağlıdır (Çavuşoğlu, 2002).

Hepatit B'nin yayılmasını önlemek için hemşirenin enfekte kişinin kanı, vücut sıvıları ve kontamine araçlarla temas ederken eldiven kullanması gereklidir. Sağlık personelinin vücut sıvıları ve kan ürünleri ile bulaşan tüm enfeksiyonlardan korunmak

için uygulamaları gereken evrensel önlemler şunları içerir (Karadakovan 2002; Özvarış 1999):

1. Hastanede yatan her hastaya kan ve vücut sıvıları ile bulaşan enfeksiyonlara ilişkin testler yapılmadığı için, her hasta potansiyel olarak enfekte kabul edilmeli ve gereken önlemler alınmalıdır.

2. Hastanın mukozası, kanı ya da diğer vücut sıvıları ile temas etme riski olduğunda eldiven giyilmelidir. İşlem bittikten sonra eldivenler çıkarılmalı ve eller yıkanmalıdır.

3. Hastanın kanı ya da diğer vücut sıvıları ile kontamine olan deri yüzeyleri hemen su ve sabunla yıkanmalıdır.

4. İğne batması sonucu temas bölgesi su ve sabunla ya da uygun bir antiseptik solüsyonla yıkanmalıdır. Mukoza temaslarında temas bölgesinin bol suyla yıkanması gerekir.

5. Ele iğne batmasını önlemek için iğneler kullanıldıktan sonra enjektörden çıkartılmamalı ve plastik kılıfları tekrar takılmamalıdır. Kullanılmış iğne ve enjektörler ve diğer kesici aletler delinmeye karşı dirençli kutulara konularak atılmalıdır. Tekrar kullanılacak olan kontamine materyaller uygun biçimde sterilize edilmelidir.

6. Yapılan tıbbi bir işlem sırasında kan yada diğer vücut sıvılarının sıçrama olasılığı varsa koruyucu önlük giyilmeli, burun, ağız ve gözleri korumak için maske ve gözlük takılmalıdır.

Yukarda belirtilen enfeksiyon kontrol yöntemlerinin uygulanması ile vücut sıvıları, kan ve kan ürünleri ile bulaşan enfeksiyonların yayılması önlenir. Kronik hepatit B’de alkol kullanımı, güvenli olmayan seks ve karaciğerde daha fazla hasara neden olabilecek ilaçlardan kaçınılması önemlidir (Campbell, Glesper and Wong 1999; Jung and Rape 2002).

HBV ve HCV enfeksiyonlarını taşıyan hastalarda ağrı belirtilerinin olması durumunda ağrı kontrolü yönetiminin yapılması da önemli rol oynayabilir. Bulantı-

kusma, yorgunluk gibi gözlenen durumlarda ise rutin hemşirelik bakım planları HBV ve HCV enfeksiyonu taşıyıcısı hastalara uygulanabilir.

Hemşire hastaya ağrı bildirimini ve tedavi etkinliğini değerlendirirken, hastanın vereceği bilgilerin çok önemli olduğunu açıklamalıdır. Ağrı tedavisinde hemşirenin yapması gereken, tedaviye etkin olarak katılması, tedavi sonucunu izlemesi, farmakolojik olmayan ağrı yöntemlerini kullanarak ağrıyı yaşanabilir sınırlar içinde tutarak gelişebilecek sorunları önleyebilmesidir. Hemşire ağrı kontrolünde vazgeçilmez bir role sahiptir. Ağrı kontrolünde hemşireyi diğer ekip üyelerinden ayıran ve önemli yapan; hemşirenin hastayla uzun süre birlikte olması, hastanın önceki ağrı deneyimlerini ve ağrıyla baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bunlardan yararlanması, ağrı ile başa çıkma stratejilerini hastaya öğretmesi, rehberlik yapması, planlanan tedaviyi uygulaması, etkilerini ve sonuçlarını izlemesi, empatik yaklaşımı ve sempati sağlanmasıdır (Karaçay, 2006; Aslan 2005, 2004, 2002; Erdine, 2006; Yücel, 2000).

HBV ve HCV taşıyıcısı olan hastalarda gözlenen yorgunluk, halsizlik semptomlarının hemşirelik bakımında ise; hemşirenin hastadan yorgunluğun gündelik yaşamdaki etkilerini tanımlaması istemesi gerekir. Bu durum kişinin fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal yönden aktivitelerini dengeli bir şekilde devam ettirmesi için önemlidir. Bu doğrultuda hemşire hastaya ağrının nedenini açık ve anlaşılır bir şekilde anlatmalıdır. Hastanın gün içindeki enerji durumunu değerlendirerek, zorlandığı günlük yaşam aktivitelerinin bir başkası tarafından yapılması için yönlendirmelidir. Ayrıca hemşire hastanın günlük yaşam aktivitelerini yaparken, enerjisini koruma tekniklerini öğretmeli ve hastayı, yorgunluk sınırlarını belirleyerek egzersiz yapmaya yönlendirmelidir (Mc Farland and Mc Farlane, 1989).

Bulantı- kusma gözlenen HBV veya HCV taşıyıcılarında ise bulantıyı azaltıcı girişimlerle olası komplikasyonları önlemek ve hastayı rahatlatmak amaçlanır. Hastanın mahremiyetine özen göstererek uygun ve güvenli fiziksel ortam hazırlanması temel ilkelere aittir. Aldığı çıkardığı sıvı takibinin yapılması, hastaya aspirasyonu önlemek için yarı yatar pozisyon verilmesi ve ağız içi bakımın yapılması gerekli olan hemşirelik girişimlerindedir. Ayrıca hemşire, hasta ve yakınlarına bakım ile ilgili bilgi vermelidir (Yıldırım, 2001).

4.4.HIV (Human Immunodeficiency Virus) İnfeksiyonu

4.4.1. HIV İnfeksiyonunun Tarihçesi

İlk kez 1978 ve 1979 yıllarında Amerika'da, daha önce sağlıklı olan homoseksüellerde ağır bir infeksiyon tablosu ile seyreden öldürücü bir hastalık tablosu ortaya çıkmıştır. 1981'de IV uyuşturucu kullananlarda, 1982'de Haitililerde, Pnömocystitis carini jiroveci pnömonisi (PCP) ve Kaposi sarkomu (KS) vakalarının tespit edilmesiyle ilk kez klinik bir tablo olarak AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome, Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu/EBES) hastalığı yeni bir insan retrovirüsünün tanımlanmasına yol açmıştır. Aynı yıl içinde hemofili aklarda ve 1983'de ise hapisanedeki hükümlüler ile çocuklarda tespit edilmiştir. Ayrıca 1983'de vücudun savunma gücünün zayıflamasına, yıkılmasına neden olan dolayısıyla normal koşullarda tedavi edilebilen hastalıkların tedavi edilememesiyle AIDS hastalığına neden olan HIV (Human Immunodeficiency Virus, İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü) izole edilmiştir. 1984 yılında transfüzyonla AIDS'in geçtiğine dair bildiride bulunmuştur. 1986 yılında ise; 1983 yılında bulunan HIV₁'in dışında HIV₂ tipi tarif edilmiştir (Sipahioğlu, 2003; Elmi, 2007).

Salgını denetim altına almak için önemli çabalar gösterilmesine karşın, HIV gelişmekte olan ülkelerde hızlı adımlarla yayılmayı sürdürmektedir. 1985 yılından itibaren başta Fransa olmak üzere sırasıyla Almanya, İngiltere, Belçika, İtalya, İsviçre, İsveç, Finlandiya, Yunanistan ve Güney Kıbrıs'ta vakalar ortaya çıkmıştır (Sipahioğlu, 2003; Wenzel, 2007).

4.4.2. HIV İnfeksiyonunun Etyolojisi

HIV, 110 nm boyunda lentivirüs ailesine mensup, tek sarmallı iki adet pozitif polariteli birbirinin aynı olan RNA içeren zarflı bir retrovirüstür. HIV'de dış zarf, çekirdek kabuk proteini ve iç çekirdekteki RNA ile reverse transkriptase enzimi olmak üzere 3 önemli unsur vardır. Reverse transkriptaz enzimi aracılığı ile viral RNA'yı çift sarmallı DNA'ya çevirip konakçı genetik materyaline entegre etme özelliğine sahiptir (Sipahioğlu, 2003; Elmi, 2007).

HIV'in; HIV₁ ve HIV₂ olmak üzere iki tipi vardır. Bu iki tip birbirine benzer genomik organizasyona sahip olup HIV₂, HIV₁ 'e göre daha az bulaşıcı ve daha az patojendir. HIV₂ özellikle zarf glukoproteinlerinde olmak üzere farklı antijenik komponentler gösterir. HIV₁ virüsüne karşı antikor içeren serumlar HIV₂ izolatları üzerinde nötralizan etki göstermezler. HIV₂ antikorları ise HIV₁ suşları üzerinde kros nötralizan aktiviteye sahiptirler (Sanford, 1997; Bartlett 2003; Wenzel, 2007; Sipahioğlu, 2003; www.aidsinfo.net, Erişim tarihi: 18 Mayıs 2009).

4.4.2.1. HIV İnfeksiyonu İmmünopatogenezi

HIV, önce yüzeyinde bulunan zarf glikoproteinleri yardımı ile yüzeyinde CD₄ taşıyan hücreleri (T-lenfositler, monosit, makrofaj ve dentritik hücreler) infekte eder. Bu, HIV-hücre birleşmesinde CD₄ dışında rolü olan bazı başka moleküller de (füzyon reseptörleri, ko-reseptörler) vardır. İnfeksiyonun başlangıcında virüs, yardımcı T (Th) hücrelerine ve makrofajlara kolonize olur ve sonra serbest viral partiküller olarak veya CD₄ T hücreleri içinde, bölgesel lenf nodlarına girer. Burada bir süre kontrolsüz çoğalır ve infekte T hücrelerini patlatarak binlerce yeni virüs partikülü hücre dışına çıkar. Bu dönemde sitotoksik T hücreleri birçok virüsle infekte hücreyi ve virüs partiküllerini parçalayarak viral büyümeyi sınırlar. Bundan sonra virüsün sürekli replike olarak persistan hale geldiği ve immun sistem hücrelerini yıkıma uğrattığı sessiz döneme geçilir. Virüs bu dönemde kontrol dışı çoğalmasını kontrol altına almaya çalışan immun yanıtla karşılaşır. İmmun sistemi ilgilendiren değişikliklerin başlaması CD₄ hücrelerinin erken dönemden itibaren fonksiyon ve sayıca azalması ile ilişkilidir. HIV infeksiyonun başlangıcında günler içersinde CD₄ T hücre sayısında akut azalma sonucu lenfopeni gelişir. Birkaç hafta içinde CD₈ hücre sayısında artışın olmasıyla total lenfosit sayısı artar (Okay, 2006).

HIV'e spesifik nötralizan ve sitotoksik antikor yanıtı, 2. ile 3. haftalarda tespit edilirken, yanıtın gelişmesi için gereken süre 6 aya kadar uzayabilir (Okay, 2006).

Akut fazdan sonra kandaki HIV miktarında önemli düşüş olur ve hasta klinik olarak asemptomatik döneme girer. Bu dönem boyunca CD₄ pozitif T hücre sayısında düşme devam eder. Virüslere karşı immun yanıtta çok önemli olan sitotoksik T-

lenfositler (STL) infekte hücrelerin yüzeyindeki antijeni tanıyarak sitolitik mekanizma ile hücreyi parçalarlar. HIV enfeksiyonunun erken döneminde ortaya çıkan virüs sayısında azalma ve bazen de vireminin sonlanmasını sağlayan mekanizma STL yanıtıdır. Hastalık ilerleyip vireminin arttığı son dönemlerde STL yanıtının etkinliği azalmaktadır (Okay, 2006).

3.4.3. HIV İnfeksiyonunun Epidemiyolojisi

HIV enfeksiyonu gelişmekte olan ülkelerin birçok kentinde erişkin ölümlerinin başta gelen nedeni olmuştur ve çocukluk çağı ölümlerini de önemli ölçüde arttırmıştır. Salgını denetim altına almak için önemli çabalar gösterilmesine karşın, HIV gelişmekte olan ülkelerde hızlı adımlarla yayılmayı sürdürmektedir ve bu ülkelerde, HIV'in HIV₁ ve HIV₂ tipleri dolaşımdadır (Wenzel, 2007).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2009 verilerine göre; günde 7000'nin üzerinde kişi HIV ile infekte olmaktadır. Bu oranın yaklaşık olarak 1000 kadarını 15 yaş altı çocuklar, 6000'nini ise; %51'ini kadın, %41'ini genç bireyler (15–24 yaş arası) olmak üzere, 15 yaş üstü bireyler ve yetişkinler kapsamaktadır. Ayrıca bu bireylerin %97'si düşük ve orta düzeydeki ülkelerde görülmektedir. UNAIDS'in 2009 yılı verilerine göre; dünyada 15 yaş altı 2,5 milyon çocuk HIV ile yaşamaktadır. AIDS'ten ölen 15 yaş altı çocuk sayısı ise 260 bindir (http://www.unaids.org/globalreport/Epi_slides.htm, Erişim tarihi: 06 Aralık 2010).

Dünya Sağlık Örgütü'nün, Birleşmiş Milletler AIDS ile Mücadele Programı çerçevesindeki 2009 yılı HIV verileri aşağıdaki şekilde verilmiştir (http://www.unaids.org/globalreport/Epi_slides.htm, Erişim tarihi: 06 Aralık 2010):

Şekil 1 - Dünya Sağlık Örgütü'nün, Birleşmiş Milletler AIDS ile Mücadele Programı Çerçevesindeki 2009 Yılı HIV Verileri

	Yetişkin	15 Yaş Altı	TOPLAM
HIV İle Yaşayan Kişi Sayısı	30.8 milyon	2,5 milyon	33.3 milyon
HIV İle İnfekte Olmuş Kişi Sayısı	2,2 milyon	370 bin	2,6 milyon
AIDS Nedeniyle Ölen Kişi Sayısı	1,6 milyon	260 bin	1,8 milyon

Yukarıdaki veriler doğrultusunda dünyada 15,9 milyon kadın ve 14,9 milyon erkek HIV ile yaşamaktadır.

Günümüzde HIV/AIDS hastalığı Sahra-altı Afrika'da birinci, dünyada ise 4. ölüm nedeni olarak bildirilmektedir. SSCB'nin parçalanması ile meydana gelen değişimlerle Doğu Avrupa ülkeleri ve Rusya'da HIV enfeksiyonunun süratle yayıldığı görülmektedir. Dünya nüfusunun 1/5'inin yaşadığı Çin'de, özellikle damar içi uyuşturucu madde kullananlar arasında HIV pozitiflik oranının kısa sürede yükselerek %70'lere ulaştığı saptanmıştır. HIV/AIDS hastalığı, tanımlandığı 1980'li yılların başlarında homoseksüel cinsel yönelimi olan erkeklerin hastalığı olarak bilinirken, 1990'lı yıllarından beri en sık heteroseksüel cinsel temasla bulaşırken, ikinci sıklıkta damar içi madde kullanmaların ortak paylaştığı enjektör ile %9-10 oranında ise homoseksüel cinsel temasla bulaşmaktadır (Tümer, 2010).

İlk vakaların görüldüğü Kuzey Amerika ve Avrupa ülkelerinde 1994 yılından beri her yıl tanı konan yeni vaka sayıları bir önceki yıldan fazla değil iken, Hindistan, Afrika, Tayland gibi ekonomik seviyeleri düşük Asya ülkelerinde vaka sayıları katlanarak artmaktadır (Tümer, 2010).

UNAIDS'in verilerine göre; dünyadaki HIV/AIDS epidemisi incelendiğinde; gerek HIV ile yaşayan 15 yaş altı çocuk sayısı gerek AIDS nedeniyle ölen yetişkin ve çocuk sayısı gerekse 2009 yılı içerisinde HIV ile enfekte olmuş kişi sayısının en çok olduğu bölge Sahra Altı Afrika ülkesidir (<http://www.slideshare.net/UNAIDS/unaid-report-on-the-global-aids-epidemic-2010>, Erişim tarihi: 06 Aralık 2010).

Ülkemizde ilk defa 1985 yılında bir HIV (+) hasta ve bir AIDS basamağına ulaşmış hasta bildirilmiş, daha sonra her yıl HIV/AIDS vakalarının sayılarında giderek artma gözlenmiştir (Tümer, 2010).

2010 Sağlık Bakanlığı HIV/AIDS verilerine göre; bildirilen 4177 hastanın 2945'ini erkek ve 1232'sini ise kadınlar oluşturmaktadır. Bunun yanında ülkemizde enfeksiyondan en fazla etkilenen yaş grubu 25-39 yaş arasındır (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-11403/1-aralik-dunya-aids-gunu.html>, Erişim tarihi: 06 Aralık 2010).

4.4.4. HIV İnfeksiyonu Bulaşma Yolları ve Korunma

İnfeksiyonun progresyon hızını belirleyen parametrelerden biri de bulaş yoludur. HIV infeksiyonu başlıca cinsel temas, kontamine kan ve kan ürünleri ile anneden bebeğe (perinatal) şeklinde 3 türde bulaşır. CDC merkezine bildirilen olguların %4'ü herhangi bir risk faktörünün saptanamadığı “undetermined (belirsizlik)” kategorisine girer. İnfeksiyonu kan transfüzyonu yoluyla alanlarda median inkübasyon süresi daha kısadır (6-7 yıl) (Okay, 2006; Sanford et al., 1997; Barlett, 2003).

4.4.4.1. Cinsel Yol İle Bulaşma ve Korunma

HIV infeksiyonu, tüm dünya üzerinde asıl olarak cinsel yolla bulaşan bir hastalıktır. Virüs tanımlandıktan sonra ki yıllarda yayılım öncelikle homoseksüel cinsel ilişki ile gerçekleşirken bu oran gittikçe düşmüş ve gelişmekte olan ülkelerde heteroseksüel cinsel temas en önemli bulaş yolu haline gelmiş olup bugün HIV'in %60–65 oranında heteroseksüel cinsel temas ile bulaştığı bilinmektedir. HIV/AIDS her türlü cinsel temasla (homoseksüel, heteroseksüel, oral, vajinal veya anal) bulaşmaktadır. Ayrıca oral, vajinal ve anal yolla yapılan cinsel temaslara da risk açısından farklılık göstermektedir. Anal cinsel temasta risk çok daha fazladır. Bulaş için virüsü taşıyan kişiyle yapılacak tek bir cinsel temas bile yeterli olmaktadır. HIV ile enfekte kişilerle yapılan cinsel temas sayısı arttıkça bulaş olasılığı artmaktadır. Korumasız cinsel ilişkide, virüsün enfekte erkekten kadına bulaşma riski, enfekte kadından erkeğe bulaşma riskinden 20 kat daha fazladır. Birden fazla cinsel eşi olanlar, sık eş değiştirenler, damar içi madde kullanma alışkanlığı olanlar, hemofili, diğer kanama bozukluğu, kronik böbrek hastalığı gibi hastalıkları nedeniyle sık kan verilmek zorunda olan kişilerle yapılan cinsel temasta bulaş riski daha yüksek olmaktadır.

Mukoza bütünlüğünü bozan, özellikle genital ülserlerle seyreden cinsel yolla bulaşan hastalıkların varlığı bulaş riskini arttırmaktadır. Gelişmiş ülkelerde yeterli tanı ve tedavi olanaklarının cinsel yolla bulaşan infeksiyonlar lehine kullanılması ile hem bu hastalıkların yayılması kontrol edilmekte, hem de HIV infeksiyonunun geçişi azaltılmaktadır. HIV₁, HIV₂ 'ye göre seksüel yolla üç kat daha fazla bulaşma olasılığına sahiptir.

Cinsel aktiviteden tamamen kaçınarak veya enfekte olmayan tek eşliliğe dayalı bir ilişki sürdürerek kesin olarak HIV enfeksiyonunun bulaşı önlenmektedir. Cinsel temas sırasında prezervatif kullanılmasının koruyuculuğu, prezervatifin lateks olması, doğru ve devamlı kullanılması, yırtık veya delik olmaması kaydıyla ispatlanmıştır. Kadınlar için hazırlanmış olan intravajinal kondomlar da doğru ve devamlı kullanımla etkili olmaktadır.

HIV/AIDS'in cinsle yolla bulaşını engellemeye yönelik önlemler arasında cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklara karşı korunmada da etkili olan yöntemlerdir. HIV/AIDS'e karşı korunmada önerilen lateks kondomlar aynı zamanda sifiliz, gonore, genital herpes virüs enfeksiyonları, hepatit B gibi hastalıklardan da korunmayı sağlamaktadır. Tedavisi kolay olan cinsel yolla bulaşan diğer hastalıkların önleminin alınması HIV/AIDS 'den korunma yönünden de önem teşkil etmektedir. Toplumda cinsel temas ile bulaşan hastalıkların (CTBH) kontrolü HIV'in cinsel temasla bulaşımını önlemede maliyet, etkin bir stratejidir (Elmi, 2007; Tümer, 2010; Sanford et al., 1997; Barlett, 2003; www.aidsinfo.net, Erişim tarihi: 18 Mayıs 2009; Babayiğit, 2004; Wenzel, 2007).

4.4.4.2. Kan ve Kan Ürünleri İle Bulaşma ve Korunma

Virüsün kanda yoğun miktarda bulunması nedeni ile virüsü taşıyan kişilerden alınan kan ve kan ürünlerinin başka bir kişide kullanılması ile hastalık bulaşabilmektedir. Damar içi madde alışkanlığı olan kişilerin aynı iğne/enjektörü paylaşımları bulaş riskini önemli derecede arttırmaktadır. HIV-1 ile kontamine kan transfüzyonu, halen, tüm bulaşma olaylarının yaklaşık %10'undan sorumludur. 1983 yılında etken virüs ve 1985 yılında da virüsün kanda tespitinin mümkün olması ile dünyanın her yerinde kan ve kan ürünlerinin hastaya verilmeden önce HIV yönünden tespit edilmesi yasal zorunluluktur. Bu nedenle 1987 yılından sonra bu yolla bulaşın son derece azaldığı gözlenmektedir.

HIV ile enfekte kanlı iğne batmasını takiben serokonversyon riski %0,3 iken, deri ya da mukozanın kanlı vücut sıvıları ile teması sonucunda %0,09'dur. Hastalığın 10-12 hafta süren pencere döneminin olması ve acil durumlarda test yapılmadan kan ve

kan ürünlerinin kullanılabilmesi azda olsa (%0,03) bu yolla geçiş olabileceğini göstermektedir.

Kan bankalarının organizasyonu, kan donörlerinin seçimi ve kan bağışlarında HIV testi yapılması transfüzyonla ilişkili infeksiyonları önlemede etkilidir.

Karaciğer, böbrek, kemik, kalp nakilleri ile HIV geçişi mümkün olabilmektedir. Organ ve doku nakilleri öncesinde gerekli serolojik testlerin yapılması HIV geçiş riskini en aza indirmektedir.

Damar içi madde kullanımı alışkanlığının önlenmesi, tedavi edilmesi, ortak enjektör kullanım risklerinin anlatılması bu grup hastalarda HIV bulaş riskini azaltmaktadır. Bazı Avrupa ülkelerinde ve ABD’nde devlet tarafından temiz enjektör dağıtım programları uygulanmakta ve önemli ölçüde başarı sağlandığı bildirilmektedir.

Gelişmiş ülkelerde enjektör paylaşımının azaldığı, steril iğne satın alınışında ve iğne temizleme işlemlerinde artma gözlemlendiği saptanmaktadır. Ayrıca traş bıçağı ve diş fırçası gibi kişisel hijyen araçlarının kan yoluyla bulaşta önemli bir faktör olduğu unutulmamalı, özellikle toplu yaşana yerlerde (kışla, yatılı okul vb.) ortak kullanımların önüne geçilerek bu uygulamaya özen gösterilmesi sağlanmalıdır (Elmi, 2007; Tümer 2010; Sanford et al., 1997; Barlett, 2003; www.aidsinfo.net, Erişim tarihi: 18 Mayıs 2009; Babayiğit, 2004; Wenzel, 2007).

4.4.4.3. İnfekte Anneden Çocuğa Geçiş İle Bulaşma ve Korunma

HIV’in, transplasental (gebelik boyunca), perinatal (doğum sırasında) ve postnatal (emzirme) geçişi olabilmektedir. Bu olasılık %20-30’dur. Ancak annenin üçlü kombine tedavi alması ve bu risk doğumdan sonra ise bebeğe aynı ilacın verilmesi ve elektif sezaryen uygulanması ile %1-2’lere düşmektedir.

Anneden bebeğe geçişte önemli olan; HIV prevelansı yüksek olan bölgelerde doğurganlık yaşındaki ve HIV infeksiyon riski belirlenmiş olan kadınlara tüm bulaş yollarını öğretebilmektedir. Eğer kadın HIV(+) ise doğum kontrol yöntemleri öğretilmeye çalışılmaktadır. Buna rağmen gebe kalan HIV(+) kadınlara erken dönemde kürtaj yapılması pek çok ülke tarafından kabul edilmektedir. Eğer anne adayı bebeği doğurmakta ısrarlı ise gebeliğin son trimestrinde anneye, doğumdan sonra da bebeğe

antiretroviral tedavi başlanmakta ve hasta yakın takibe alınmaktadır. Vajinal doğuma göre elektif sezaryanın uygulanmasının bebeğe HIV geçişini 4-5 kat daha azalttığı belirtilmektedir. Anne sütü ile virüsün geçişi gösterildiğinden annenin bebeği emzirmemesi önerilmektedir (Elmi, 2007; Sanford et al., 1997; Barlett, 2003; www.aidsinfo.net, Erişim tarihi: 18 Mayıs 2009; Babayiğit, 2004).

4.4.4.4. HIV'in Bulaşmadığı Durumlar

- HIV günlük yaşamda, aynı odada bulunmakla, aynı okulda okumakla, aynı havayı solumakla,
- Aynı telefonu kullanmakla,
- HIV sağlam deriden geçmediğinden dolayı el sıkışma, deriye dokunma, kucaklaşma, yanaktan ve elden öpme ile,
- Aynı saunayı, havuzu, banyoyu, tuvaleti paylaşmakla,
- Tükrük, gözyaşı, ter, aksırık, öksürük, idrar, dışkı yoluyla,
- Aynı tabaktan yemek yemekle, aynı çatal-bıçak-kaşık-bardağı kullanmakla,
- Sivrisinek ve diğer böceklerin sokmasıyla, HIV bulaşmaz (Babayiğit, 2004).

4.4.5. HIV İnfeksiyonunda Klinik

HIV enfeksiyonu; konak hücre DNA'sına yerleşen retrovirüslerin neden olduğu asemptomatik taşıyıcılık durumundan ağır düşünlük ve ölümcül hastalıklara kadar değişen geniş bir klinik tablo ile sonlanabilen bir enfeksiyondur. Bu enfeksiyona bağlı olarak meydana gelen sekonder bir bağışıklık eksikliği sendromu olan AIDS ise fırsatçı enfeksiyonlar, malignite, nörolojik işlev bozukluğu gibi durumlarla kendini belli eder.

HIV enfeksiyonunun klinik seyri 8–12 yıl sürer ve üç farklı klinik evreye ayrılır. HIV enfeksiyonun kategorileri CDC tarafından CD4 lenfosit sayıları, konstitüsyonel semptomlar, fırsatçı enfeksiyonlar ve neoplaziler esas alınarak belirlenmiştir.

4.4.5.1. Primer HIV İnfeksiyonu

Virüsle karşılaştıktan 2–4 hafta sonra hastaların %40-90'ında infeksiyöz mononükleosize benzer klinik belirti ve bulgular görülmektedir. 2-3 hafta süren bu evre klinik iyileşme ile sürer. Semptomlar nonspesifik olduğu ve bu dönemde HIV₁ antikorları negatif olduğu için infeksiyonun erken tanısı güçtür.

4.4.5.2.Kronik Asemptomatik Evre

Primer HIV₁ infeksiyonunu takiben uzun süreli klinik latent dönem gelişir. Yetişkinlerde HIV vücuda ilk alındıktan 10 yıl sonrasına kadar, HIV ile enfekte doğan bebeklerde ise 2 yıla kadar genelde inatçı ve şiddetli belirtiler görülmemektedir. Bu dönemde virüs çoğalarak bağışıklık sistemi hücrelerini enfekte edip öldürmektedir. En belirgin olarak immun sistemin kilit oyuncusu olan CD4 pozitif T hücreler etkilenmektedir. Virüsün kısmen kontrol altına alındığı bu dönemin uzunluğu konağın hücresel bağışık yanıtına bağlı olarak değişmektedir.

4.4.5.3. AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)

Uzun yılar HIV proteinlerinin sürekli sentez edilmesi, enfekte olan hücrelerde viral replikasyonun devam etmesi ve ardından enfekte konak hücrenin eliminasyonu nedeniyle bağışıklık sistemi harap olur. Fırsatçı infeksiyonlar ve tümörlerle karakterize olan klinik tablo (AIDS) gelişir. Tedavi edilmeyen kişilerde AIDS'in gelişme süresi ortalama 10-11 yıldır. CD4 sayısı 200/mm³'ün altına inmiştir ve AIDS indikatör hastalıkların hepsi görülebilir (Babayiğit, 2004; Elmi, 2007; Okay, 2006).

4.4.5.4. HIV İnfeksiyonu Belirtileri

HIV ile ilk defa enfekte olan pek çok kişide herhangi bir belirti meydana gelmemektedir. Bazılarında ise ateş, baş ağrısı, yorgunluk gibi grip benzeri belirtiler görülmekte ve birkaç hafta veya ay içerisinde belirtiler kaybolmaktadır. Bu süre boyunca HIV genital sıvıda fazla miktarda bulunmaktadır. Kişiler bu dönemde oldukça bulaştıracıdırlar.

Bazı kişilerde anogenital bölge veya ağızda şiddetli Herpes infeksiyonları sık olarak görülmektedir. Çocuklarda ise infeksiyon kendisini büyüme geriliği ve sık sık hastalanma periyotlarıyla göstermektedir.

1. İştahsızlık
2. Zayıflama
3. Yorgunluk
4. Bitkinlik
5. Halsizlik
6. Ateş (3 ay ve daha fazla süren)
7. Gece terlemeleri
8. Baş ağrısı
9. İshal (Uzun Süreli)
10. Öksürük (Uzun Süreli)
11. Ağızda Yara, Aft, Stomatit, Özofajit
12. Deride çeşitli cilt lezyonları (Uçuk, Zona, Keratos, Alopesi, Seborreik Dermatoz, Tinea Pedis)
13. Gözde kreatit, hemoraji, retinit, konjunktivitis
14. Nörolojik olarak (Demas, Ensefalit, Meninjit, Paralizi, Miyelopati, Nöropati, Ataxi, Distal Atrofi, Afazi, Hemiparezi, Beyin Tümörü)
15. AIDS'te spesifik bir cilt tümörü (Epidemik Kaposi Sarkoma)
16. Başka bir sebebe bağlı olmayan adenomegali. Kasık (inguanal bölge dışında), boyun, koltuk altı ve çene altında 3 ay veya daha fazla süren, çapı 1 cm'den fazla beze büyümeleri
17. Lenfoma, Dilde Squamous Kanser
18. Cilt, burun ve barsak kanamaları
19. Karaciğer ve dalak büyümesi, lökopeni ve her türlü kansızlık ileri dönemde hastalar yataktan kalkamayacak kadar halsiz, bitkin, soluk ve çökmüşler ve hayalet insan görünümünü andırırlar (Babayiğit, 2004; Sipahioğlu, 2003).

4.4.6. HIV İnfeksiyonunda Tanı

HIV infeksiyonun tanısı, viral antijenlere karşı geliştirilen antikorların saptanması ile konur. Günümüzde en etkin ve pratik tanı testleri; ELİSA ile HIV antikorlarının saptanmasıdır.

ELİSA (Enzyme Linked İmmunosorbent Assay) HIV antikorlarının saptandığı bir serolojik testtir. Test pozitif saptandığında ikinci kez tekrarlanır, bu da pozitif ise daha duyarlı ve özel bir test olan WB (Western Blot) ya da IFA (Immunoflorescence Assay) uygulanır. Ancak kollojen doku hastalıkları, kronik hepatit ve sıtma da ELİSA'nın yalancı pozitif olabileceği unutulmamalıdır.

HIV antijeni tayini, akut HIV infeksiyonunda antikorların negatif olduğu pencere döneminde yapılır. HIV'in nükleik asidinin gösterilmesi ile HIV infeksiyonun doğrulanması, serokonveksiyon öncesi infeksiyonun erken saptanması, maternal antikorlar varken yenidoğanda infeksiyonun tanımlanması ve doğrulanması, HIV₁ ve HIV₂ infeksiyonunun ayrılması, antiviral maddenin etkinliğinin saptanması amaçlanır. Aktif infeksiyonu göstermek için en kesin tanı yöntemi ise hücre kültüründe virüs izolasyonudur.

HIV pozitif olan kişilerin tıbbi olarak izlenmesi gerekir. Serolojik HIV testinin yapılması endikasyonlarını şu şekilde sıralayabiliriz (Akdemir ve Birol, 2003; Elmi, 2007):

- Cinsel yol ile bulaşan hastalığı olan
- IV ilaç bağımlıları, homoseksüel, biseksüel erkekler, hemofilisi olanlar ve bu gruptaki bireylerin eşleri
- Testin yapılmasını isteyenler
- Hamile kadınlardan vertikal geçiş nedeniyle bu grup kadınlar
- Hasta çıkartıları ile temasta olan sağlık personeli
- Aktif tüberkülozu olanlar
- Kan, organ ve doku donörleri
- Tıbbi öykülerinde HIV infeksiyon belirtilerine benzere belirtileri olanlar.

4.4.7. HIV İnfeksiyonu Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı

4.4.7.1. HIV'in Tedavisi

AIDS'in henüz kesin bir tedavisi yoktur. Hastalık belirtileri görüldükten sonra hastaların 1-5 yıl yaşama şansları vardır. Tedavi üç temel amaca yönelik olarak planlanır. Tedavinin amacı HIV'i inaktif hale getirmek (antiviral tedavi), bağışıklık

sistemini uyarmak ve fırsatçı infeksiyonlar ile tümörlerin tedavi edilmesidir (Akdemir ve Birol, 2003)..

Antiretroviral tedavide zidovudine(AZT), didanosine, zalcitabine ve stavudine gibi ilaçlar kullanılır. Ayrıca tedavide transkriptaz ve proteaz inhibitörleri kullanılmaktadır. Virüsün T hücresine tutunmasını engelleyecek ilaçların pahalı olması ve yan etkilerinin fazla olması nedeniyle kullanımları sınırlıdır (Akdemir ve Birol, 2003).

İmmun sistemi uyarmak için kemik iliği, lenfosit nakli, gama interferon, interlökin 2 ve alfa interferon kullanılabilir. Fırsatçı infeksiyonlar ve malign hastalıklar için; antibiyotikler, kemoterapi, radyoterapi, alfa interferon tedavileri uygulanabilir (Akdemir ve Birol, 2003).

4.4.7.2. Hemşirelik Bakımı

Hemşirelerin AIDS konusundaki öncelikli sorumluluğu; insanların bireysel olarak bilinçlendirilmeleri ve gereken koruyucu önlemlerin alınması konusunda bilgilendirilmeleridir. Bunun için AIDS bilgisini arttırmak, HIV infeksiyon riskini azaltacak bilgi ve davranışları kazandırmak ile bireylerin gönüllü test yaptırma ve danışmanlık hizmeti alma konusunda cesaretlenmelerini sağlamak amacıyla süreklilik gösteren sağlık eğitimi programları yürütülmelidir. Böylelikle toplum bilinçlenmesi sağlanarak hastalığa karşı olan duyu, düşünce ve davranışların zaman içinde değişmesi mümkün olabilecektir (Akdemir ve Birol, 2003).

Hemşirelerin AIDS konusunda vereceği sağlık eğitiminin; cinsel sağlık eğitimi, riskli davranış ve uygulamalar ile kan ve kan ürünlerinin güvenliği olmak üzere 3 temel konuya odaklanması gereklidir (Akdemir ve Birol, 2003).

AIDS hastasına verilecek hemşirelik bakımında, hastanın fırsatçı infeksiyonlardan korunması temel amaçtır ve bunun için de aşağıdaki şu koruyucu önlemler alınmalıdır (Akdemir ve Birol, 2003):

- Hastanın özel bir odaya alınması,
- Hastanın kan, vücut sıvısı, sekresyonlar ve çıkartıları ile bulaşmış hasta giysi ve yatak takımlarının mikroorganizmaların yayılmasını önlemek için kontrol altına alınması,

- Hastaya kullanılan bakım malzemelerinin yeniden kullanıma hazır hale gelmeden başka hastalara kullanılmaması,
- Tek kullanımlık malzemelerin tercih edilmesi,
- Hastanın çevresinin kontrol altına alınması, kolay kirlenebilecek ve hastanın/sağlık personelinin sık dokunabileceği; yatak kenarları, etejer, kapı kolu gibi yüzeylerin temizliğinin sağlanması,
- Hasta için kullanılan yataklar akıntı, kan, sekresyon ve çıkartılarla (idrara, gaita) kolaylıkla bulaşabilir, o nedenle bu yatakların başka hastalara kullanılmaması,
- Evrensel önlemlerin alınmasıdır.

AIDS hastalarında hemşirelik bakımı birçok organın etkilenmesi nedeniyle oldukça zordur. Hemşirenin hastayı değerlendirirken, fiziksel ve psikolojik durumunu göz önünde bulundurması gereklidir. Hastanın iştahı, bulantı, kusma, kilo kaybı, ağızda lezyonlar nedeniyle ağrı, kan üre nitrojeni, serum protein ve albümin düzeyine ilişkin değerlendirmeler yapılarak beslenme durumu belirlenir. Her gün cilt ve mukoz membranlar, kızarıklık, ülser, infeksiyon belirtisi yönünden gözlenerek değerlendirilir. Hastanın solunum durumu öksürük, balgam, göğüs ağrısı, ortopne, taşikardi, yüzeysel solunum yönünden değerlendirilir. Hastanın bilinç, zaman, yer ve kişilere oryantasyonu olabildiğince erken dönemde belirlenir. Cilt ve mukozaların kuruluğu ve turgoru değerlendirilir. Susuzluk hissi, idrar miktarının azalması, kan basıncının düşmesi, nabızın yükselmesi sıvı eksikliği belirtileridir. Ayrıca sodyum, potasyum, kalsiyum, magnezyum ve klor düzeyinin azalması diyare nedeniyle gelişebilir. Mental durum, kas zayıflığı, kas krampları, irregüler nabız, bulantı kusma elektrolit yetersizliğinin belirti ve bulguları olabilir. Hastanın hastalığın bulaşma yolları ve bakım konularındaki bilgi düzeyi değerlendirilir. Hastanın; öfke, kızgınlık, utanma, inkar, depresyon gibi duygularının olup olmadığı, hastalığın psikolojik etkisi, hastalık stresi ile nasıl baş ettiği gibi konularda değerlendirme yapılır (Akdemir ve Birol, 2003) .

Bütün bu durumlara göre hemşirelik uygulamalarını şu şekilde sıralayabiliriz (Akdemir ve Birol, 2003):

- Hastaya düzenli ağız bakımı uygulanır.
- Cildi kurutmayan sabunlar tercih edilir ve parfümsüz cilt nemlendiricisi kullanılabilir. Hasta hareketsiz ise iki saatte bir pozisyon değişikliği uygulanır.
- Cilt yaralanmadan korunur.

- Yara varsa kültür alınır.
- Terletmeyen, hafif ve yumuşak giysiler tercih edilir.
- Düzenli, dengeli protein ve kaloriden zengin beslenmesi sağlanır.
- Besinlerin iştah açıcı şekilde sunulmasına dikkat edilir.
- Yemekten önce dinlenmesi sağlanır.
- Yemekten önce ağız bakımı yapılır.
- Ağrı, fiziksel ve psikolojik sorunlar hastanın beslenmesini engelleyebilir. O nedenle sorunlarının çözümü hastanın sağlıklı beslenmesi bakımından önemlidir.
- Ağrılı, sıkıntılı ve hoş olmayan uygulamaların yemeğe yakın zamanlara göre planlanmamalıdır.
- Yeterli hidrasyon sağlanır, hipovolemi ve hipervolemi belirtileri izlenir.
- Elektrolit eksikliği belirtileri izlenir.
- Tekrarlı invazif girişimlerden kaçınılır.
- Tedavilerin yan etki belirtileri izlenir.
- İmmünoşüpresyon nedeniyle gerekli koruyucu önlemler alınır.
- Hava yolu açıklığı sağlanır.
- Ağrı ve rahatsızlık giderilir.
- Depresyon ve duygusal izolasyona yönelik önlemler alınır.
- Hasta aktif tutulmaya çalışılır.
- Düşünme sürecinin devamlılığı sağlanır. Stresle baş etme yöntemleri öğretilir, bilgi eksiklikleri giderilir.
- Olası komplikasyon ve değişiklikler izlenir ve kaydedilir.
- Hasta evine çıkacaksa yukarıda sıralanan tüm konulara yönelik hasta ve aile eğitimi verilir.

4.5. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, asırlarca esenlik ve mutluluk ifadesi olarak felsefe bilimi içinde ele alınırken, 1960'lı yıllarda öncelikle sosyoloji ve ekonomi bilimlerinin, daha sonra da psikoloji biliminin uğraş alanına girmiştir. 1970'li yıllardan sonra sağlık (tıp ve hemşirelik) alanında üzerinde durulan bir kavram olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1948'de, sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve

sosyal iyilik olma hali olarak tanımlamasından sonra yaşam kalitesi konusu sağlık bakım uygulamalarında ve araştırmalarında önem kazanmaya başlamıştır. 1973 yılından bu yana giderek artan sayıda klinik araştırmada yaşam kalitesi kavramı araştırmanın ana çıktısı olarak kullanılmaktadır.

Yaşam kalitesi, subjektif bir kavramdır ve tanımı da oldukça bireysel farklılık gösterir. Grant and Rivera yaşam kalitesinin çok yönlü olduğunu vurgulamışlar ve yaşam kalitesinin çok yönlü olduğunu vurgulamışlar ve yaşam kalitesinin boyutlarını fiziksel ve sosyal iyilik, psikososyal uyum, inanç ve değerler olarak gruplamışlardır. Farklı tanımlar bazı yönlerden çakışan, ancak her birey için anlamı farklı olan, doyum, mutluluk, öznel iyi olma, işlevsel yeterlilik, sosyal iyilik, sağlık gibi subjektif ve psikolojik kavramları ifade eder. Bu kavram yaşamda nelerden zevk aldığımızı, ne olmak ve nasıl yaşamak istediğimizi ifade etmektedir. Yaşam kalitesi objektif durumların ötesinde, bireyin kendi yaşamına ilişkin doyumudur ve bir kişinin görünürdeki fiziksel ve zihinsel zindelik durumudur. Yaşamın “iyi” olması, kişinin mutluluğu ve başkalarına bağımlı olmadan işlerini yaparak yaşamın keyfini çıkarması sayılabilir. Genel olarak yaşam kalitesi, yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren, içinde kültür, değer yargıları, kişinin konumu ve amaçları bulunan bir kavram olarak tanımlanabilir (Beji, 2003; Güler, 2006; Beser ve Öz, 2003).

Yaşam kalitesi sağlık kavramını içermektedir ancak bu kavramla sınırlı değildir. İnsan yaşamındaki önemli alanlar, sağlıklı ve hasta gruplarında yapılan araştırmalar sonucunda çeşitli şekillerde sınıflandırılmıştır. Flanagan yaşam kalitesini 15 yön içeren 5 ana dalda sınıflandırmaktadır (Tablo 2) (Güler, 2006):

Şekil 2 - Flanagan'ın İnsan Yaşamındaki Önemli Alanlar Sınıflaması

Fiziksel ve maddesel iyilik

1. Maddesel iyilik hali ve finansal güvenlik
2. Sağlık ve kişisel güvenlik

Diğer insanlarla ilişkiler

1. Eş ile ilişkiler

2. Çocuk sahibi olma ve büyütme
3. Ana-baba, torun veya diğer akrabalarla ilişkiler
4. Arkadaşlarla ilişkiler

Sosyal, toplumsal ilişkiler

1. Diğerlerine yardım ve destek
2. Yerel ve idari işlere katılım

Kişisel gelişme ve görevleri yerine getirme

1. Entellektüel gelişim
2. Anlama ve planlama
3. Mesleki rolü sürdürme
4. Yaratıcılık ve kendini ifade etme

Eğlence, dinlenme

1. Başkaları ile sosyal ilişkiler
2. Pasif ve gözlemsel eğlence, dinlenme eylemleri
3. Aktif eğlenceye katılım

Hastalıkların kronikleşmesi insan yaşamını, daha ötesi yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Kronik hastalığın türü ne olursa olsun bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yapamaması, güçsüzlük, hastalık semptomları, hastaların fiziksel iyilik halinde bozulmalara ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. “Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi” kavramına aslında ilk kez Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası’nda (1948) yer alan sağlığın tanımı içinde rastlanmaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bireylerin yaşam fonksiyonlarını yerine getirmekteki yeteneklerini ve yaşamlarında algıladıkları fiziksel, sosyal ve mental alanı ifade eder. Fiziksel alan, kişinin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşları ne kadar yerine getirebildiğini algılaması ile ilgilidir. Sosyal alan, kişinin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle ne derece ilişki kurabildiği ve kaynaştığını algılaması konularını kapsamaktadır. Mental alan içinde ise depresyon, anksiyete, korku, kızgınlık, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumlar yer almaktadır (Uçmak ve ark., 2007).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, hastalıklar ve hastalıkların tedavisiyle etkilenebilen durumlarla ilgilidir. Örneğin, hastalığa bağlı ağrı ve bunun işlemlere

getirdiği kısıtlamalar, günlük etkinliklerde başkalarının yardımını gerektirir ve hastanın yaşam kalitesini azaltır. Fakat teknolojinin ilerlemesi ile birlikte sağlıkta başarılı adımlar atılmış ve hastalıkların tedavisinde mesafeler kat edilmiştir. Buna bağlı olarak yaşam süresi uzamış ve kronik hastalıklar ile daha uzun süre birlikte yaşama zorunluluğu doğmuştur. Hastalıkların biyolojik yönden tedavisinde bu gelişmeler sağlanırken, hastaların psikososyal sorunları ile daha fazla ilgilenme zorunluluğu gündeme gelmiştir. Ek olarak, hastalıklar için etkili ilaçlar piyasaya sürüldükçe, bu ilaçlar arasındaki farkı da belirleyen hastanın tedavi sırasındaki konforu olmuştur. Böylece hastaların yaşam kalitesi giderek daha fazla ilgi eker bir duruma gelmiştir (Güler, 2006; stndağ ve ark, 2007)..

Yaşam kalitesinin özel bir formu olan ‘‘Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi-SİYK’’ kavramı fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda bireyin deneyimleri, inançları, beklentileri ve algılamalarından etkilenen sağlık algılarını içermektedir. Yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavramdır. Genellikle hastanın o anki kişisel sağlık fonksiyonlarını nasıl algıladığını yansıtır (Güler, 2006; stndağ ve ark, 2007).

4.5.1. Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar

4.5.1.1. Sağlık Durumu, Sağlık Algılaması

Sağlık durumu biyolojik, fizyolojik veya işlevsel bozuklukları ve belirtileri dikkate alarak bireyin göreceli iyilik veya hastalık halidir. Sağlık algılaması (veya algılanan sağlık) bireyin sağlık durumundan etkilenen öznel değerlendirmedir. Bazı insanlar bir veya daha çok kronik hastalık nedeniyle sıkıntı çekerken kendilerini sağlıklı saymakta, bazıları ise nesnel bir hastalık belirtisi yokken kendilerini hasta algılamaktadırlar (Güler, 2006).

4.5.1.2. İşlevsel Durum

Bireyin temel gereksinimlerini karşılamak, her zamanki rolünü, sağlık ve iyilik halini sürdürmek için günlük işlevlerini yerine getirmedeki yeterliliğidir. İşlevsel kapasite, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal alanlardaki günlük işlevleri yerine

getirmedeki en yüksek kapasitesini yansıtırken, işlevsel performans günlük yaşam akışı içindeki işlevleri içermektedir. Herkes tarafından iyi olarak değerlendirilen ancak kendisini hasta olarak gören bir kişi kapasitesinden daha düşük işlevsel performansa sahip olabilir (Güler, 2006).

4.5.1.3.Ruhsal Durum

Ruhsal durum uzun ve kısa süreli streslere (örneğin sağlık durumundaki değişiklikler) verilen duygusal yanıttır. Bireyin dünyaya karşı gösterdiği yüzü olarak tanımlanabilir. Depresyon, anksiyete veya kızgınlık, fiziksel hastalıklar ile birlikte olabilen ve bireyin işlevsel performansını, belirtileri, sağlık algılarını ve yaşam kalitesini etkileyen duygusal durumlardır (Güler, 2006).

4.5.1.4.Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

SİYK bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. SİYK sağlık hizmet durumunun alanına giren etkenlerle doğrudan ilişkisi nedeniyle yaşam kalitesinden ayrılır. Genel olarak SİYK değerlendirilmesi, sağlıkla ilgili değişkenlerin (örneğin hastalık veya tedavi), genelde (genel SİYK) veya belli bir hastalığı olanlarda (duruma özel SİYK) önemli olan yaşam olaylarıyla ilişkisini yansıtmaya çalışmaktadır (Güler, 2006).

4.5.2. Yaşam Kalitesi Değerlendirmeleri

Yaşam kalitesi değerlendirmeleri genellikle 3 araştırma tasarımı içinde kullanılmaktadır (Güler, 2006):

1. Geniş örneklerle gerçekleştirilen ve yaşam kalitesini belirleyen bileşenleri tanımlayan kesitsel veya randomize olmayan longitudinal araştırmalar,

2. Bir program veya tedavinin sağlık üzerine etkilerini değerlendiren maliyet-etkinlik ve maliyet-yarar araştırmaları,

3. Randomize kontrollü klinik girişimler.

Genel yaşam kalitesi anketleri, hastalıklara ve hasta gruplarına özgü olmayıp, geniş populasyonlarda, genel sağlık araştırmalarında kullanılır. Hastalığa özel araçlar ise, çalışılan gruptaki hastalık ya da duruma en uygun olanlara yoğunlaşır. Hastalığa özel araçlar tedavi girişimlerinin değerlendirildiği klinik araştırmalar için çok uygundur. Klinik araştırmalarda kullanılan Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi-SİYK (Health Oriented QOL veya Health related QOL) anketleridir. Klinik araştırmaların amacına uygun olan sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçüm aracı belirlenirken, ölçüm aracının geçerli bir Türkçe evriminin bulunup bulunmadığı da araştırılmalıdır. Yaşam kalitesi anketleri, hazırlandıkları ülkenin, kültürün ve dilin özelliklerini taşımaktadır. Anketin orijinalinden birebir eviri ile kullanılması uygun değildir. Anketlerin dilden dile çevrilmesi işlemi yalnızca çeviriyi değil, kültürel uyum işlemlerini de gerektirmektedir. Anketleri hazırlayan kuruluşlar, diller arası çeviriler için belirli aşamaların gerçekleştirilmesi kuralını gzetmektedirler. Anketin evirisi aşamaları, anketin hazırlandığı dilden (A dili) yeni dile (B dili) ileri eviri B dilinden A diline geri eviri, pilot uygulama ve geçerlilik çalışması gibi işlemleri içermektedir (Güler, 2006).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Bu araştırma Kronik Hepatit B, Hepatit C ve HIV hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma verileri; İstanbul ili Anadolu yakasında yer alan bir devlet hastanesinin Gastroentoloji Polikliniğine gelen Hepatit tanısı almış taşıyıcılar ve bir dernekten destek alan HIV taşıyıcısı tanısını alan taşıyıcılar ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma veri toplama süreci; 16.06.2010 ve 13.09.2010 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini; veri toplama sürecinde bir devlet hastanesine başvuran 1800 hepatit infeksiyonu taşıyıcısı ile bir derneğe gelen 86 HIV infeksiyonu taşıyıcısı örneklem grubunu ise; rasgele yöntemle seçilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden kronik 438 hepatit infeksiyonu ve 49 HIV infeksiyonu taşıyıcıları oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem sayısını oluştururken, basit rastlantısal örnekleme yöntemi kullanılmış olup hepatit infeksiyonu taşıyan hastalar için % 98 güven seviyesi ile önerilen sayı 417 olarak hesaplanmıştır., HIV infeksiyonu taşıyan hastalar için ise %90 güven seviyesi ile önerilen sayı 66'dır. HIV infeksiyonu taşıyıcılarında bu sayıya ulaşamamızın sebebi, HIV infeksiyonu taşıyıcılarının kendileri ile ilgili bilgilerini saklamak istemeleridir.

5.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından geliştirilen araştırmaya katılanların sosyodemografik bilgileri ile hastalığa ilişkin özellikleri içeren 14 soruluk bilgi formu (Ek 1) ve hastaların yaşam kalitelerini ölçmek amaçlı 11 soruluk SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 2) olmak üzere toplanmıştır.

Bilgi Formu:

Bilgi formu, araştırmacı tarafından geliştirilmiş, Hepatit B, Hepatit C ve HIV hastalarının özelliklerini içeren (**hastalık türü, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, çalışma durumu, hastalığın tanı zamanı, hastalığın tedavi süresi, hastalık ile ilgili eğitim alma durumu, hastalık hakkında bilgi sahibi olduğunu düşünme durumu, alınan tedavinin yeterli olduğunu düşünme durumu, psikolojik yardım alma durumu**) 14 sorudan oluşmaktadır. Bilgi formunda yer alan sorular çoktan seçmeli olarak yanıtlanmıştır.

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (The MOS 36 Item Short Form Health Survey– SF-36)

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Ware tarafından 1987 yılında, klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel populasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiş olup 14 yaş ve üzeri bireylerin kendi kendilerine ya da bir araştırmacının yardımı ile cevaplayabilecekleri bireysel değerlendirme ölçeğidir. 36 ifade içeren ölçek, 3 ana başlık ve 8 sağlık kavramını değerlendiren çok başlıklı skala şeklindedir. SF-36’da yer alan 3 majör sağlık kavramı ve 8 sağlık kavramı aşağıdaki gibidir (Pınar 1995, Ware ve Sherbourne 1992):

1. Fonksiyonel Durum

- Emosyonel ve sosyal problemlere bağlı sosyal aktivitelerin kısıtlanması,
- Emosyonel sağlık problemlerine bağlı günlük yaşam aktivitelerin yapılmasının engellenmesi,
- Sağlık problemlerine bağlı fiziksel aktivitelerin kısıtlanması,

- Fiziksel sağlık problemlerine bağlı günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesidir

2. Esenlik

- Ruhsal sağlık(emosyonel stres ve esenlik),
- Canlılık (zindelik/yorgunluk)
- Beden ağrıları

3.Genel Sağlık Anlayışı

Bir bütün olarak sağlığın değerlendirilmesidir.

SF-36' NIN TÜRKÇE İÇİN UYARLANMASI

Ware tarafından 1987 yılında geliştirilen ve Rukiye Pınar tarafından Diabets Mellitus hastalarında geçerlilik ve güvenilirliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanan lek (SF-36) klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiştir (Ware ve Sherbourne, 1992; Pınar, 1995).

Ölçekte yer alan tüm ifadeler son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilir. Ayrıca yukarıdaki maddelerin dışında ölçekte son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren bir madde ("Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda şimdiki sağlığınızı genel olarak nasıl buluyorsunuz?") bulunmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde bu madde dikkate alınmaz. SF-36 her sağlık alanının puanı yükseldikçe; sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır. Örneğin, ağrı skalasındaki yüksek puan, azalmış ağrı durumunu gösterecektir. Ölçek ile hem yaşam kalitesinin tüm alt boyutları, hem de global olarak yaşam kalitesi değerlendirilebilir. Her bir alt boyutun puanı 0 ile 100 arasında değişir; global puanı da 0 ile 100 arasındadır. 0 en kötü sağlığı, 100 en iyi sağlık durumunu göstermektedir (Pınar 1995, Ware ve Sherbourne 1992). Pınar'ın (1995) alışmasında SF- 36'nın test-retest değerleri 0.94, i tutarlılığında Cronbach Alfa değerleri 0.91 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ki Cronbach Alfa değerleri ise HBV için 0.86, HCV için 0.85 ve HIV için 0.75 olarak bulunmuştur.

5.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulanmasında, gerekli izinler alındıktan sonra araştırma kapsamına alınan hastanelerdeki hepatit B ve hepatit C hastaları ile birebir görüşülerek araştırmanın amacı anlatılmış ve veri formlarını nasıl dolduracakları konusunda bilgilendirildikten sonra, Bilgi Formu ve Yaşam Kalitesi Anketi uygulanmıştır. Araştırma veri toplama süreci 16.06.2010 ve 13.09.2010 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

5.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın belirlenen hastanelerde uygulanması için, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne araştırmanın konusu, amacı ve yöntemi ile ilgili bilgileri içeren bir dilekçe ile başvuruda bulunulmuş ve kurumun yazılı izin ve onayından sonra uygulama başlatılmıştır (Ek 3). Pozitif Yaşam Derneği'nde HIV taşıyıcılarına uygulanan anketlerin verilerinin araştırma içerisinde kullanılması için de gene Pozitif Yaşam Derneği'ne araştırmanın konusu, amacı ve yöntemi ile ilgili bilgileri içeren bir dilekçe ile başvuruda bulunulmuş ve kurumun yazılı izin ve onayından geçmiştir (Ek 4).

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmacı tarafından kodlanan her bir hastaneden toplanan verilerin istatistiksel analizi, bilgisayar ortamında SPSS 15.0 istatistik analiz paket programı ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırma analizlerinde, betimsel istatistik analizlerde, frekans, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler tespit edilmiştir.

Gruplar arası karşılaştırma analizlerinde, iki grup karşılaştırılırken t-testi, ikiden fazla grup karşılaştırılırken tek yönlü ANOVA analizi ve bu analize bağlı Tukey HSD testi uygulanmıştır.

Analiz sonuçları değerlendirilirken istatistiki anlamlılık sınırı olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

5.8. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmanın en az 18 yaşını doldurmuş, tanıdan en az altı ay geçmiş hepatit veya HIV enfeksiyonu taşıyıcısı zihinsel yeterliliğe sahip kişiler oluşturmuştur.

5.9. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

Çalışma İstanbul'da bulunan 1 eğitim ve araştırma hastanesi ve 1 dernekte yapılmış olup, çalışma sırasında hepatit B, hepatit C ve HIV taşıyıcılarla karşılıklı görüşme yolu ile uygulanmıştır. Gerek Bilgi Formu, gerekse SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne yanıtlama süresi yaklaşık 20-25 dk. süre ayarlanmış; fakat bazen bu süre uzamıştır. Bunun nedenleri;

- Taşıyıcıların ölçekteki soru sayılarını fazla bulmaları,
- HIV enfeksiyonu taşıyıcılarının kendileri ile ilgili bilgilerini saklamak istemelerinden dolayı HIV enfeksiyonu taşıyıcılarının sayısının sınırlı kalması.

Araştırmanın Soruları

1. Hepatit B, hepatit C ve HIV taşıyıcılarının sosyodemografik ve hastalıkları ile ilgili özellikleri üzerine etkileri nedir?

6. BULGULAR

354 HBV, 84 HCV ve 49 HIV taşıyıcısının yaşam kalitelerini belirlemek amacı ile yaptığımız bu çalışmada toplanan verilere ait bulgular aşağıdaki başlıklar halinde sunulmuştur.

6.1. HBV Taşıyıcıları İle İlgili Bulgular

6.1.1. HBV Taşıyıcılarının Yaş Değişkeni için Yapılan Tanımlayıcı İstatistikler

6.1.2. HBV Taşıyıcılarının Sosyo-Demografik Değişkenlere İlişkin Bulgular

6.1.3. HBV Taşıyıcılarının Hastalıkları İle İlgili Değişkenlere İlişkin Bulgular

6.1.4. HBV Taşıyıcılarının Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulgular

6.1.4.1. HBV Taşıyıcılarının Sosyo-Demografik Değişkenlerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulguları

6.1.4.2. HBV Taşıyıcılarının Hastalıkları İle İlgili Değişkenlerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulguları

6.2. HCV Taşıyıcıları ile ilgili bulgular

6.2.1. HCV Taşıyıcılarının Yaş Değişkeni için Yapılan Tanımlayıcı İstatistikler

6.2.2. HCV Taşıyıcılarının Sosyo-Demografik Değişkenlere İlişkin Bulgular

6.2.3. HCV Taşıyıcılarının Hastalıkları İle İlgili Değişkenlere İlişkin Bulgular

6.2.4. HCV Taşıyıcılarının Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulgular

6.2.4.1. HCV Taşıyıcılarının Sosyo-Demografik Değişkenlerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulguları

6.2.4.2. HCV Taşıyıcılarının Hastalıkları İle İlgili Değişkenlerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulguları

6.3.HIV Taşıyıcıları ile ilgili Bulgular

6.3.1. HIV Taşıyıcılarının Yaş Değişkeni için Yapılan Tanımlayıcı İstatistikler

6.3.2. HIV Taşıyıcılarının Sosyo-Demografik Değişkenlere İlişkin Bulgular

6.3.3. HIV Taşıyıcılarının Hastalıkları İle İlgili Değişkenlere İlişkin Bulgular

6.3.4. HIV Taşıyıcılarının Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulgular

6.3.4.1. HIV Taşıyıcılarının Sosyo-Demografik Değişkenlerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulguları

6.3.4.2. HIV Taşıyıcılarının Hastalıkları İle İlgili Değişkenlerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulguları

6.4. HBV, HCV, HIV Taşıyıcıların Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

6.1. HBV Taşıyıcıları İle İlgili Bulgular

354 HBV taşıyıcısının yaşam kalitelerini belirlemek amacı ile yaptığımız çalışmada HBV taşıyıcılarına ilişkin bulgular aşağıdaki başlıklar halinde sunulmuştur.

6.1.1. HBV Taşıyıcılarının Yaş Değişkeni için Yapılan Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 1- HBV Taşıyıcılarının Yaş Değişkeni için Yapılan Tanımlayıcı İstatistikler (N=354)

Değişken	Ortalama	Standart Sapma	En Küçük Değer	En Büyük Değer
YAŞ	41.72	13.39	17	80

Tablo 1’de görüldüğü gibi, HBV taşıyıcılarında örneklem grubunun yaş değişkeni için yapılan tanımlayıcı istatistikler tablosu yer almaktadır. Bu tabloya göre; HBV taşıyıcılarında örneklem grubunun yaş ortalaması 41.72, standart sapması 13.39, en küçük değer 17, en büyük değer 80 olarak bulunmuştur.

6.1.2. HBV Taşıyıcılarının Sosyo-Demografik Değişkenlere İlişkin Bulgular

Tablo 2– HBV Taşıyıcılarının Sosyo-Demografik Değişkenlerine İlişkin Veri (N=354)

Değişken	Değişken Kategorileri	Sayı(N)	Yüzde(%)
Yaş	17-35	131	37
	36-49	107	30.2
	50-80	116	32.8
Cinsiyet	Kadın	129	36.4
	Erkek	225	63.6
Medeni Durum	Evli	273	77.1
	Bekar	81	22.9
Eğitim Durumu	İlköğretim	247	69.8
	Lise	65	18.4
	Lisans ve Lisansüstü	42	11,9
Meslek	Serbest Meslek	61	17.2
	İşçi	136	38.4
	Memur	34	9.6
	Ev Hanımı	90	25.4
	Emekli	18	5.1
	Öğrenci	15	4.2
Gelir Düzeyi	Kötü	59	16.7

	Orta	243	68.6
	İyi	52	14.7
Çalışma Durumu	Çalışan	175	49.4
	Çalışmayan	179	50.6

Tablo 2’de HBV taşıyıcılarının; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, çalışma durumu bağımsız değişkenlerine göre sayı ve yüzde dağılımları verilmiştir. Bu tabloya göre; HBV taşıyıcılarının örneklem grubu yaş değişkenine göre; % 37’si 17-35 yaş arasında, %30.2’si 36-49 yaş arasında, % 32.8’i 50-80 yaş arasında üç grupta yer almaktadır. Örneklem grubunun % 36.4’ ünü kadın, % 63.6’sını erkekler oluşturmaktadır.

HBV taşıyıcıları medeni durum değişkenine göre; örneklem grubunun % 77.1’i evli, % 22.9’u bekar grubunda yer almaktadır.

HBV taşıyıcıları eğitim durumu değişkenine göre; örneklem grubunun %69.8’i ilköğretim, %18.4’ ü lise, % 11.9’ u lisans ve lisansüstü grubunda yer almaktadır.

HBV taşıyıcıları meslek değişkenine göre; örneklem grubunun %17.2’si serbest meslek, %38.4’ü işçi, %9.6’sı memur, %25.4’ü ev hanımı, %5.1’i emekli ve %4.2’si öğrenci grubunda yer almaktadır.

HBV taşıyıcıları gelir düzeyi değişkenine göre; örneklem grubunun % 16.7’si kötü, % 68.6’sı orta, % 14.7’si iyi grubunda yer almaktadır.

HBV taşıyıcılarının çalışma durumu değişkenine göre; örneklem grubunun % 49.4’ü çalışan, %50.6’sı çalışmayan grubunda yer almaktadır.

6.1.3. HBV Taşıyıcılarının Hastalıkları İle İlgili Değişkenlere İlişkin

Bulgular

Tablo 3 – HBV Taşıyıcılarının Hastalıkla İlgili Değişkenlerine İlişkin Veri (N=354)

Değişken	Değişken kategorileri	Sayı (N)	Yüzde (%)
Hastalığın Tanı Zamanı	1-5 yıl	179	50.6
	5-10 yıl	93	26.3
	10-40 yıl	82	23.2
Hastalığın Tedavi Süresi	1-5 yıl	283	79.9
	5-10 yıl	48	13.6
	10-20 yıl	23	6.5
Hastalık İle İlgili Eğitim Alma Durumu	Evet	44	12.4
	Hayır	310	87.6
Hastalık Hakkında Bilgi Sahibi Olduğunu Düşünme Durumu	Yeterli	102	28.8
	Az	168	47.5
	Hiç	84	23.7
Alınan Tedavinin Yeterli Olduğunu Düşünme Durumu	Fikrim yok	99	28.0
	Evet	142	40.1
	Kısmen	60	16.9
	Hayır	53	15.0

Psikolojik Yardım Alma Durumu	Evet	30	8.5
	Hayır	324	91.5

Tablo 3’de HBV taşıyıcılarının, hastalığın tanısının ne zaman konulduğu, hastalığın tedavi süresi, hastalık ile ilgili eğitim alma durumu, hastalık hakkındaki bilgi sahibi olduğunu düşünme durumu, alınan tedavinin yeterli olduğunu düşünme durumu, psikolojik yardım alma durumu bağımsız değişkenlerine göre sayı ve yüzde dağılımları verilmiştir.

HBV taşıyıcılarının hastalık tanısının ne zaman konulduğu değişkenine göre; örneklem grubunun % 50.6’sı 1-5 yıl arasında, %26.3’ü 5-10 yıl, %23.2’si 10-40 yıl grubunda yer almaktadır.

HBV taşıyıcılarının ne kadar süre tedavi aldıkları değişkenine göre; örneklem grubunun %79.9’u 1-5 yıl, %13.6’sı 5-10 yıl, %6.5’i 10-20 yıl grubunda yer almaktadır.

HBV taşıyıcılarının hastalıkla ilgili eğitim alma durum değişkenine göre; %12.4’ü evet, %87.6’sı hayır grubunda yer almaktadır.

HBV taşıyıcılarının, hastalık hakkında bilgi sahibi olduğunu düşünme durumu değişkenine göre; örneklem grubunun %28.8’i yeterli, %47.5’i az, %23.7’si hiç grubunda yer almaktadır.

HBV taşıyıcılarının alınan tedavilerin yeterli olduğunu düşünme durumu değişkenine göre; örneklem grubunun % 28’i fikrim yok, %40.1’i’i evet,% 16.9’u kısmen % 15’i hayır grubunda yer almaktadır.

HBV taşıyıcılarının psikolojik yardım alma durumu değişkenine göre; örneklem grubunun % 8.5’i evet, % 91.5’i hayır grubunda yer almaktadır.

6.1.4. HBV Taşıyıcılarının Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 4– HBV Taşıyıcılarının Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt ve Ana Boyutlarına İlişkin Veri (N=35)

	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık	Enerji	Sosyal Fonksiyon	Mental Rol	Mental Sağlık	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
HBV	60.98±36.39	46.18±48.44	78.22±27.03	59.85±17.78	66.34±18.92	85.06±23.08	44.53±48.55	62.91±17.50	62.31±22.19	63.74±17.07

Tablo 4’de HBV taşıyıcılarının yaşam kalitesi ölçeği alt ve ana boyutlarına ilişkin veriler incelendiğinde, HBV taşıyıcıları fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık algısı, enerji, sosyal fonksiyon, mental sağlık alt boyutları ile fiziksel ve mental ana boyutlarda ortalamanın üstünde puan almışlardır. HBV taşıyıcıları, fiziksel rol ve mental rol puanlarında ise ortalamanın altında puan almışlardır.

6.1.4.1. HBV Taşıyıcılarının Sosyo-Demografik Değişkenlerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulgular

Tablo 5 - HBV Taşıyıcılarının Sosyo-demografik Değişkenleri İle Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt ve Ana Boyutlarına İlişkin Veri (N=35)

Değişken	Değişken kategorileri	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık	Enerji	Sosyal Fonksiyon	Mental Rol	Mental Sağlık	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
Yaş	17-35	62.70±35.18	47.32±48.26	80.75±25.93	60.12±17.90	65.87±18.70	85.11±23.46	45.80±48.45	64.64±18.16	63.36±21.83	64.32±17.23
	36-49	66.91±34.99**	54.90±48.73**	76.85±27.32	59.57±18.04	66.49±18.18	85.16±21.65	50.77±49.38	62.65±17.25	64.94±21.79	64.93±16.98
	50-80	53.57±38.02	36.85±47.14	76.63±27.97	59.80±17.55	66.72±19.97	84.91±24.08	37.35±47.37	61.20±16.94	58.71±22.69	62.00±17.00
	F	4.039	3.988	0.910	0.030	0.066	0.004	2.212	1.202	2.440	0.936
Cinsiyet	Kadın	47.90±36.50	33.52±45.66	69.95±30.00	54.74±19.24	60.34±19.96	82.94±25.04	32.04±45.72	58.91±18.33	53.29±22.58	57.79±17.40
	Erkek	68.48±34.21***	53.44±48.60***	82.97±23.97***	62.78±16.22***	69.77±17.44***	86.27±21.84	51.70±48.77***	65.20±16.62***	67.49±20.28***	67.15±15.95***
	t	0.685	15.198	24.825	7.502	1.529	7.634	18.767	1.610	0.771	0.844
Medeni Durum	Evli	58.64±36.18	43.04±48.14	77.24±27.24	59.34±17.09	66.02±18.61	84.43±23.51	41.51±48.61	62.57±17.73	60.86±21.85	62.77±16.91
	Bekar	68.88±36.19*	56.79±48.25*	81.53±26.18	61.58±19.94	67.40±20.03	87.19±21.55	54.73±47.23*	64.04±16.76	67.23±22.75*	66.99±17.35*
	t	0.598	0.006	0.782	4.936	2.035	2.212	2.366	0.814	0.451	0.037
Eğitim Durumu	İlköğretim	57.10±36.88	42.40±47.45	75.44±27.39	58.67±17.89	65.36±18.73	83.40±24.07	39.94±47.67	62.17±17.46	59.79±22.23	61.91±17.24
	Lise	65.38±34.47	48.84±50.08	84.93±23.25*	60.49±17.61	65.53±20.61	86.53±21.23	50.76±48.98	61.47±17.72	65.04±21.30	64.96±16.24
	Lisans ve Lisansüstü	77.02±31.60**	64.28±48.49**	84.23±28.05	65.78±16.48*	73.33±16.06*	92.55±18.11*	61.90±49.15**	69.52±16.33*	72.93±20.09***	72.62±14.56***

	F	6.131	3.840	4.439	2.952	3.295	3.023	4.410	3.484	7.119	7.529
Meslek	Serbest Meslek	68.36±32.19**	51.22±49.67	84.26±22.36**	64.00±18.02**	70.24±18.33**	84.42±22.32	50.27±49.67	64.13±17.90	67.61±19.78***	66.61±16.33**
	İşçi	66.58±35.55***	50.91±48.34**	81.71±24.72**	62.13±16.25**	68.49±18.09***	84.37±23.60	47.79±48.63*	65.52±16.58**	65.96±21.71***	65.66±17.05***
	Memur	71.17±34.79**	57.35±49.43*	81.23±29.15	60.23±15.05	70.00±18.58*	81.61±27.21	59.80±49.08*	69.41±16.44**	68.00±21.06***	68.21±17.92**
	Ev Hanımı	44.22±35.65	30.00±44.05	68.41±30.16	52.74±19.34	58.55±19.67	83.61±24.11	28.14±43.53	56.84±17.21	50.78±21.88	55.98±16.35
	Emekli	54.16±36.26	41.66±48.50	74.27±24.02	61.38±16.25	70.55±15.80	97.91±4.79	40.74±49.25	58.00±17.58	60.41±18.72	65.72±13.30
	Öğrenci	66.00±39.28	60.00±50.70	78.93±30.99	62.20±18.51	64.33±17.20	95.00±9.20	60.00±50.70	61.86±18.99	66.29±21.93	68.68±14.02
	F	6.089	3.129	3.737	4.259	4.605	1.955	3.458	4.247	7.487	5.503
Gelir Düzeyi	Kötü	48.98±36.93	33.47±46.10	68.33±29.53	58.98±16.27	63.38±19.81	76.69±27.70	31.63±45.24	57.22±16.39	54.63±21.57	57.58±16.28
	Orta	61.76±36.71*	47.01±48.35*	78.78±26.65**	59.22±18.17	66.17±18.75	86.57±21.72**	46.36±48.66	63.88±17.59*	62.59±21.83*	64.44±16.43*
	İyi	70.96±30.75**	56.73±49.28	86.84±22.41***	63.76±17.41	70.48±18.34	87.50±21.86*	50.64±50.05	64.84±17.34*	69.75±22.23***	67.44±19.38**
	F	5.348	3.342	6.864	1.486	1.981	4.789	2.690	3.873	6.682	5.394
Çalışma Durumu	Çalışan	70.20±32.38**	53.57±48.74**	82.10±24.07**	61.73±16.74*	68.80±17.66*	84.21±22.97	53.33±49.00***	65.48±16.76**	67.28±20.37***	66.71±16.41**
	Çalışmayan	51.98±37.89	38.96±47.18	74.44±29.20	58.01±18.60	63.93±19.84	85.89±23.21	35.94±46.66	60.40±17.89	57.46±22.87	60.83±17.26
	t	0.856	4.104	17.000	3.483	1.692	0.002	10.839	0.664	2.230	0.524

ANOVA, Tukey, t-testi

*p<0.05 düzeyinde anlamlı

**p<0.01 düzeyinde orta düzeyde anlamlı

***p<0.001 düzeyinde ileri düzeyde anlamlı

Tablo 5 incelendiğinde, yaş grubu değişkeni açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan tek yönlü varyans analizi ve Tukey Testi sonuçlarına göre, fiziksel fonksiyon ve fiziksel rol alt boyutlarında anlamlılık saptanmıştır. 36-49 yaş grubundaki HBV taşıyıcıları fiziksel fonksiyon alt boyutundan, 50-80 yaş grubundaki HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan almışlardır ($p=0.017$). 36-49 yaş grubundaki HBV taşıyıcıları, fiziksel rol alt boyutunda, 50-80 yaş grubundaki HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derece yüksek puan almışlardır ($p=0.015$).

Cinsiyet değişkeni açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan t- testi sonuçlarına göre, sosyal fonksiyon dışında yaşam kalitesinin alt ve ana boyutlarında anlamlılık saptanmıştır. Erkek HBV taşıyıcıları yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı, enerji, mental rol, mental sağlık alt boyutlarında ile fiziksel ve mental ana boyutlarında kadın HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.000$)

Medeni durum açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan t- testi sonuçlarına göre, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, mental rol alt boyutları ile fiziksel ve mental ana boyutlarda anlamlılık saptanmıştır. Bekar olan HBV taşıyıcıları fiziksel fonksiyon ve fiziksel rol alt boyutundan evli olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.02$). Mental rol alt boyutundan bekar olan HBV taşıyıcıları evli olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.03$). Fiziksel ana boyuttan bekar olan HBV taşıyıcıları evli olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.02$). Mental ana boyuttan bekar olan HBV taşıyıcıları evli olan HBV taşıyıcılarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.05$).

Eğitim durumu açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan tek yönlü varyans analizi ve Tukey testi sonuçlarına göre, yaşam kalitesi alt ve ana boyutlarında anlamlılık saptanmıştır. Lisans ve lisansüstü mezunu olan HBV taşıyıcıları fiziksel fonksiyon alt boyutundan, ilköğretim mezunu olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.003$). Lisans ve lisansüstü mezunu olan HBV taşıyıcıları fiziksel rol alt boyutundan ilköğretim

mezunu olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.018$). Lise mezunu olan HBV taşıyıcıları ağrı alt boyutundan, ilköğretim mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.03$). Genel sağlık algısı alt boyutundan lisans ve lisansüstü mezunu olan HBV taşıyıcıları, ilköğretim mezunu olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.04$). Lisans ve lisansüstü mezunu HBV taşıyıcıları, enerji alt boyutundan ilköğretim mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.03$). Lisans ve lisansüstü mezunu HBV taşıyıcıları, sosyal fonksiyon alt boyutundan ilköğretim mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.04$). Lisans ve lisansüstü mezunu HBV taşıyıcıları, mental rol alt boyutundan ilköğretim mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.018$). Mental sağlık alt boyutundan Lisans ve lisansüstü mezunu olan HBV taşıyıcıları, ilköğretim mezunu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.03$). Mental sağlık alt boyutundan lisans ve lisans üstü mezun olan HBV taşıyıcıları lise mezunu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.05$). Yaşam kalitesinin fiziksel ana boyutundan lisans ve lisansüstü mezunu olan HBV taşıyıcıları, ilköğretim mezunu olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.001$). Mental ana boyuttan lisans ve lisansüstü mezunu olan HBV taşıyıcıları, ilköğretim mezunu olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.00$). Lisans ve lisansüstü mezunları, lise mezunu olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.05$).

Meslek durumu açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan tek yönlü varyans analizi ve Tukey testi sonuçları incelendiğinde, yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal fonksiyon alt boyutu dışında diğer tüm alt ve ana boyutlarında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. Serbest meslek çalışanı HBV taşıyıcıları fiziksel fonksiyon alt boyutunda ev hanımı HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.001$). İşçi olarak çalışan HBV taşıyıcıları fiziksel fonksiyon alt boyutunda ev hanımı HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.000$). Memur olarak çalışan HBV taşıyıcıları fiziksel fonksiyon alt boyutundan ev hanımı olan HBV taşıyıcılarından

anlamli derecede istatistiksel olarak anlamli derecede yuksek puan almislardir (p=0.002). İşçi olarak çalışan HBV taşıyıcıları fiziksel rol alt boyutundan ev hanımlarından istatistiksel olarak anlamli derecede yuksek puan almislardir (p=0.017). Memur olarak çalışan HBV taşıyıcıları fiziksel rol alt boyutundan ev hanımı HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yuksek puan almislardir (p=0.05). Serbest meslek çalışanı HBV taşıyıcıları ağrı alt boyutundan ev hanımı HBV taşıyıcılarına göre istatistiksel olarak anlamli düzeyde yuksek puan almislardir (p=0.005). İşçi olarak çalışan HBV taşıyıcıları ağrı alt boyutundan ev hanımlarından istatistiksel olarak anlamli düzeyde yuksek puan almislardir (p=0.004). Serbest meslek çalışanı HBV taşıyıcıları genel sağlık algısı alt boyutunda ev hanımlarından anlamli derecede yuksek puan almislardir (p=0.002). İşçi olarak çalışan HBV taşıyıcıları ev hanımı HBV taşıyıcılarından genel sağlık algısı alt boyutundan anlamli derecede yuksek puan almislardir (p=0.001). İşçi olarak çalışan HBV taşıyıcıları ev hanımı olan HBV taşıyıcılarından enerji alt boyutundan anlamli derecede yuksek puan almislardir (p=0.002). Memur olarak çalışan HBV taşıyıcıları enerji alt boyutundan ev hanımı olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamli derecede yuksek puan almislardir (p=0.02). İşçi olarak çalışan HBV taşıyıcıları, ev hanımı olan HBV taşıyıcılarından mental rol alt boyutundan istatistiksel olarak anlamli derecede yuksek puan almislardir (p=0.03). Memur olan HBV taşıyıcıları, mental rol alt boyutundan ev hanımı olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamli derecede yuksek puan almislardir (p=0.014). Mental sağlık alt boyutundan işçi olarak çalışan HBV taşıyıcıları, ev hanımı olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamli derecede yuksek puan almislardir (p=0.003). Memur olan HBV taşıyıcıları mental sağlık alt boyutundan istatistiksel olarak anlamli derecede ev hanımı olan HBV taşıyıcılarına göre yuksek puan almislardir (p=0.004). Serbest meslek çalışanı olan HBV taşıyıcıları, fiziksel ana boyutundan ev hanımı olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamli derecede yuksek puan almislardir (p=0.000). İşçi olan HBV taşıyıcıları fiziksel ana boyuttan ev hanımı olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamli derecede yuksek puan almislardir (p=0.000). Memur olan HBV taşıyıcıları fiziksel ana boyuttan ev hanımı olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamli derecede yuksek puan almislardir (p=0.001). Serbest meslek çalışanı olan HBV taşıyıcıları mental ana boyuttan ev hanımı olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamli derecede yuksek puan almislardir (p=0.002). İşçi olan HBV

taşıyıcıları mental ana boyuttan ev hanımı olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.000$). Memur olan HBV taşıyıcıları mental ana boyuttan ev hanımı olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.004$).

Gelir düzeyi açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan tek yönlü varyans analizi ve Tukey testi sonuçları incelendiğinde, yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, sosyal fonksiyon, mental sağlık alt boyutları ile fiziksel ve mental ana boyutlarında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. Gelir düzeyi orta olan HBV taşıyıcıları fiziksel fonksiyon alt boyutundan gelir düzeyi kötü olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.039$). Gelir düzeyi orta olan HBV taşıyıcıları fiziksel fonksiyon alt boyutundan gelir düzeyi kötü olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p= 0.004$). Gelir düzeyi iyi olan HBV taşıyıcıları fiziksel rol alt boyutundan gelir düzeyi kötü olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.031$). Gelir düzeyi orta olan HBV taşıyıcıları ağrı alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı derecede gelir düzeyi kötü olan HBV taşıyıcılarından yüksek puan almışlardır ($p=0.019$). Gelir düzeyi iyi olan HBV taşıyıcıları ağrı alt boyutundan gelir düzeyi kötü olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.001$). Sosyal fonksiyon alt boyutundan gelir düzeyi iyi olan HBV taşıyıcıları gelir düzeyi kötü olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.035$). Gelir düzeyi orta olan HBV taşıyıcıları sosyal fonksiyon alt boyutundan gelir düzeyi kötü olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.009$). Mental sağlık alt boyutundan gelir düzeyi iyi olan HBV taşıyıcıları gelir düzeyi kötü olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.056$). Gelir düzeyi orta olan HBV taşıyıcıları mental sağlık alt boyutundan gelir düzeyi kötü olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.023$). Fiziksel ana boyuttan gelir düzeyi iyi olan HBV taşıyıcıları gelir düzeyi kötü olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.001$). Gelir düzeyi orta olan HBV taşıyıcıları fiziksel ana boyutundan gelir düzeyi kötü olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.033$). Mental ana

boyuttan gelir düzeyi iyi olan HBV taşıyıcıları gelir düzeyi kötü olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.015$). Gelir düzeyi orta olan HBV taşıyıcıları mental ana boyutundan gelir düzeyi kötü olan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.006$).

Çalışma durumu değişkeni açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan t- testi sonuçlarına göre, sosyal fonksiyon dışında yaşam kalitesinin tüm alt ve ana boyutlarında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. Çalışan HBV taşıyıcıları, fiziksel fonksiyon alt boyutundan ve fiziksel ana boyuttan hastalık teşhis edildikten sonra çalışmayan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.00$). Çalışan HBV taşıyıcıları, fiziksel rol alt boyutundan çalışmayan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.004$). Çalışan HBV taşıyıcıları, ağrı alt boyutundan çalışmayan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.007$). Çalışan HBV taşıyıcıları, genel sağlık algısı alt boyutundan çalışmayan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.04$). Çalışan HBV taşıyıcıları, enerji alt boyutundan çalışmayan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.015$). Çalışan HBV taşıyıcıları, mental rol alt boyutundan ve mental ana boyutundan, çalışmayan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.001$). Çalışan HBV taşıyıcıları, mental sağlık alt boyutundan çalışmayan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.006$).

6.1.4.2. HBV Taşıyıcılarının Hastalıkları İle İlgili Değişkenlerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulgular

Tablo 6- HBV Taşıyıcılarının Hastalıkları İle İlgili Değişkenlerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt ve Ana Boyutlarına İlişkin Veri (N=354)

Değişken	Değişken kategorileri	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık	Enerji	Sosyal Fonksiyon	Mental Rol	Mental Sağlık	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
Hastalığın Tanı Zamanı	1-5 yıl	64.83±35.02*	49.16±47.91	77.68±26.35	60.78±17.09	66.48±18.21	84.00±23.17	45.43±48.53	63.21±18.19	63.78±21.30	63.98±16.69
	5-10 yıl	60.10±36.28	45.69±49.81	82.05±24.82	61.01±18.27	67.25±18.88	86.69±22.25	46.95±48.95	64.98±16.63	63.22±21.04	65.38±16.27
	10-40 yıl	53.59±38.62	40.24±48.07	75.07±30.49	56.51±18.50	65.00±20.60	85.51±23.93	39.83±48.41	59.90±16.71	58.08±24.97	61.35±18.67
	F	2.744	0.959	1.530	1.898	0.319	0.433	0.529	1.903	1.972	1.250
Hastalığın Tedavi Süresi	1-5 yıl	63.69±35.06*	47.17±48.38	79.09±26.38	61.16±17.19*	67.08±18.99	85.73±22.58	44.87±48.54	63.80±17.76	63.64±21.50	64.53±16.88
	5-10 yıl	49.89±38.99	43.22±49.66	73.52±29.27	53.20±19.54	63.12±17.09	79.68±25.47	45.13±49.81	58.91±15.65	56.59±22.89	60.01±16.94
	10-20 yıl	50.86±42.09	40.21±48.11	77.39±30.21	57.52±18.62	63.91±21.52	88.04±23.37	39.13±47.83	60.34±17.22	57.98±27.26	61.79±19.24
	F	3.966	0.321	0.884	4.406	1.101	1.619	0.152	1.872	2.560	1.602
Hastalık İle İlgili Eğitim Alma Durumu	Evet	67.95±35.73	59.09±48.25*	80.79±25.27	59.31±16.26	65.34±17.56	80.39±26.19	54.54±49.33	61.63±16.30	66.50±21.41	64.24±17.73
	Hayır	60.00±36.43	44.35±48.27	77.86±27.28	59.92±18.01	66.48±19.13	85.72±22.57	43.11±48.35	63.09±17.68	61.72±22.27	63.67±17.01
	t	0.039	0.161	1.429	1.599	0.352	4.674	0.278	0.223	0.116	0.001

Hastalık Hakkında Bilgi Sahibi Olduğunu Düşünme Durumu	Yeterli	64.70±35.97	52.45±48.93	81.65±24.80	63.90±18.29**	70.14±17.70*	87.62±21.21	50.00±49.14	65.45±16.66	66.57±22.27*	67.42±17.18*
	Az	61.10±35.82	43.89±48.51	78.81±26.18	59.44±17.48	65.41±19.07	84.52±22.61	42.26±48.04	63.16±17.38	61.73±21.83	62.96±16.82
	Hiç	56.25±37.88	43.15±47.58	72.89±30.57	55.76±16.89	63.57±19.56	83.03±26.00	42.46±48.91	59.33±18.33	58.32±22.20	60.83±16.90
	F	1.247	1.206	2.518	5.023	3.201	0.997	0.906	2.876	3.333	3.825
Alman Tedavinin Yeterli Olduğunu Düşünme Durumu	Fikrim Yok	61.51±35.11	44.44±49.42	79.73±25.57*	58.54±16.49	65.95±18.40	86.11±23.20	45.79±49.39	62.02±17.14	62.04±22.14	63.68±17.99
	Evet	67.60±34.44**	52.81±48.47	84.04±23.08***	62.88±17.68*	68.52±16.98	87.14±19.63*	48.35±48.71	66.16±16.80*	67.17±19.70**	66.61±14.97*
	Kısmen	48.83±39.53	41.66±47.53	66.91±30.41	55.00±18.09	62.66±20.96	76.87±28.35	38.88±47.99	58.73±17.21	55.01±24.92*	58.43±19.69
	Hayır	56.03±36.86	36.79±46.41	72.62±30.92	59.66±18.95	65.37±21.98	86.79±23.43	38.36±47.31	60.60±19.20	58.09±22.77	62.15±16.26
Psikolojik Yardım Alma Durumu	F	4.244	1.779	6.889	3.102	1.446	3.126	0.870	3.231	5.258	3.498
	Evet	47.66±39.01	29.16±45.52	63.93±30.79	53.10±19.54	51.50±19.87	78.33±29.16	31.11±46.26	50.66±18.11	49.07±21.22	52.94±15.64
	Hayır	62.22±35.95*	47.76±48.47*	79.55±26.31**	60.47±17.51*	67.71±18.26***	85.68±22.38	45.78±48.64	64.04±17.03***	63.54±21.91**	64.74±16.88***
	t	0.281	10.415	1.667	0.062	0.277	7.063	11.350	0.772	0.629	0.385

ANOVA, Tukey, t-testi

*p<0.05 düzeyinde anlamlı

**p<0.01 düzeyinde orta düzeyinde anlamlı

***p<0.001 düzeyinde ileri düzeyinde anlamlı

Tablo 6 incelendiğinde, hastalığın tanı zamanı değişkeni açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan tek yönlü varyans analizi ve Tukey testi sonuçlarına göre, fiziksel fonksiyon alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. 1-5 yıl içerisinde HBV tanısı alan taşıyıcılar, yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon alt boyutundan istatistiksel olarak 5-10 yıl içerisinde HBV tanısı alan taşıyıcılardan yüksek puan almışlardır ($p=0.053$).

Hastalığın tedavi süresi açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan tek yönlü varyans analizi ve Tukey testi sonuçlarına göre, fiziksel fonksiyon ve genel sağlık algısı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. 1-5 yıl süre ile tedavi alan HBV taşıyıcıları yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon alt boyutundan 5-10 yıl süre ile tedavi alan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.039$). 1-5 yıl süre ile tedavi alan HBV taşıyıcıları yaşam kalitesi ölçeğinin genel sağlık algısı alt boyutundan 5-10 yıl süre ile tedavi alan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.011$).

Hastalık ile ilgili eğitim alma durumu açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan t- testi sonuçlarına göre, fiziksel rol alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. HBV ile ilgili eğitim alan HBV taşıyıcıları, fiziksel rol alt boyutundan HBV ile ilgili eğitim almayan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.059$).

Hastalık hakkında bilgi sahibi olduğunu düşünme durumu açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için tek yönlü varyans analizi ve Tukey testi sonuçlarına göre, genel sağlık algısı ve enerji alt boyutları ile fiziksel ve mental ana boyutlarda istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. HBV enfeksiyonu hakkında yeterli derecede bilgi sahibi olduğunu düşünen HBV taşıyıcıları, genel sağlık algısı alt boyutundan HBV enfeksiyonu hakkında bilgisi olmadığını düşünen HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.005$). HBV enfeksiyonu hakkında yeterli derecede bilgi sahibi olduğunu düşünen HBV taşıyıcıları, enerji alt boyutundan HBV enfeksiyonu hakkında bilgisi olmadığını düşünen HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.048$). HBV enfeksiyonu hakkında yeterli derecede bilgi sahibi olduğunu düşünen HBV taşıyıcıları, fiziksel ana boyutundan HBV enfeksiyonu hakkında bilgisi olmadığını düşünen HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.031$). HBV enfeksiyonu hakkında yeterli derecede bilgi sahibi olduğunu

düşünen HBV taşıyıcıları, mental ana boyutundan HBV enfeksiyonu hakkında bilgisi olmadığını düşünen HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.023$).

Tedavinin yeterli olduğunu düşünme durumu açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için tek yönlü varyans analizi ve Tukey testi sonuçlarına göre, fiziksel işlev, ağrı, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyon ve mental sağlık alt boyutları ile fiziksel ve mental ana boyutlarda istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. HBV enfeksiyonu tedavisinin yeterli olduğunu düşünen HBV taşıyıcıları, fiziksel fonksiyon alt boyutundan HBV enfeksiyonu tedavisinin kısmen yeterli olduğunu düşünen HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.004$). HBV enfeksiyonu tedavisi hakkında fikri olmayan HBV taşıyıcıları, ağrı alt boyutundan HBV enfeksiyonu tedavisinin kısmen yeterli olduğunu düşünen HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.017$). HBV enfeksiyonu tedavisinin yeterli olduğunu düşünen HBV taşıyıcıları, ağrı alt boyutundan HBV enfeksiyonu tedavisinin kısmen yeterli olduğunu düşünen HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.000$). HBV enfeksiyonu tedavisinin yeterli olduğunu düşünen HBV taşıyıcıları, ağrı alt boyutundan HBV enfeksiyonu tedavisinin yeterli olmadığını düşünen HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.037$). HBV enfeksiyonu tedavisinin yeterli olduğunu düşünen HBV taşıyıcıları, genel sağlık algısı alt boyutundan HBV enfeksiyonu tedavisinin kısmen yeterli olduğunu düşünen HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.020$). HBV enfeksiyonu tedavisinin yeterli olduğunu düşünen HBV taşıyıcıları, sosyal fonksiyon alt boyutundan HBV enfeksiyonu tedavisinin kısmen yeterli olduğunu düşünen HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.020$). HBV enfeksiyonu tedavisinin yeterli olduğunu düşünen HBV taşıyıcıları, mental sağlık alt boyutundan HBV enfeksiyonu tedavisinin kısmen yeterli olduğunu düşünen HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.029$). HBV enfeksiyonu tedavisinin yeterli olduğunu düşünen HBV taşıyıcıları, fiziksel ana boyutundan HBV enfeksiyonu tedavisinin kısmen yeterli olduğunu düşünen HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.002$). HBV enfeksiyonu tedavisinin yeterli olduğunu düşünen HBV taşıyıcıları, fiziksel ana boyutundan HBV enfeksiyonu tedavisinin yeterli olmadığını düşünen HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.049$).). HBV enfeksiyonu tedavisinin

yeterli olduğunu düşünen HBV taşıyıcıları, mental ana boyutundan HBV enfeksiyonu tedavisinin kısmen yeterli olduğunu düşünen HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.010$).

Psikolojik yardım alma durumu açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan t- testi sonuçlarına göre, fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı, enerji ve mental sağlık alt boyutları ile fiziksel ve mental ana boyutlarda istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. Psikolojik yardım almayan HBV taşıyıcıları, fiziksel fonksiyon alt boyutundan psikolojik yardım alan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.036$). Psikolojik yardım almayan HBV taşıyıcıları, fiziksel rol alt boyutundan psikolojik yardım alan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.040$). Psikolojik yardım almayan HBV taşıyıcıları, ağrı alt boyutundan psikolojik yardım alan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.002$). Psikolojik yardım almayan HBV taşıyıcıları, genel sağlık algısı alt boyutundan psikolojik yardım alan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.030$). Psikolojik yardım almayan HBV taşıyıcıları, enerji alt boyutundan psikolojik yardım alan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.000$). Psikolojik yardım almayan HBV taşıyıcıları, mental sağlık alt boyutundan ve mental ana boyutundan psikolojik yardım alan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.000$). Psikolojik yardım almayan HBV taşıyıcıları, fiziksel ana boyutundan psikolojik yardım alan HBV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.001$).

6.2. HCV Taşıyıcıları İle İlgili Bulgular

84 HCV taşıyıcısının yaşam kalitelerini belirlemek amacı ile yaptığımız çalışmada HCV taşıyıcılarına ilişkin bulgular aşağıdaki başlıklar halinde sunulmuştur.

6.2.1.HCV Taşıyıcılarının Yaş Değişkeni için Yapılan Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 7- HCV Taşıyıcılarının Yaş Değişkeni için Yapılan Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu (N=84)

Değişken	Ortalama	Standart Sapma	En Küçük Değer	En Büyük Değer
Yaş	52.82	9.97	24	76

Tablo 7’de görüldüğü gibi, HCV taşıyıcılarında örneklem grubunun yaş değişkeni için yapılan tanımlayıcı istatistikler tablosu yer almaktadır. Bu tabloya göre; HCV taşıyıcılarında örneklem grubunun yaş ortalaması 52.82, standart sapması 9.97, en küçük değer 24, en büyük değer 76 olarak bulunmuştur.

6.2.2. HCV Taşıyıcılarının Sosyo-Demografik Değişkenlere İlişkin Bulgular

Tablo 8 – HCV Taşıyıcılarının Sosyo-Demografik Değişkenlerine İlişkin Veri (N=84)

Değişken	Değişken kategorileri	Sayı(N)	Yüzde(%)
Yaş	17-35	6	7.1
	36-49	25	29.8
	50-80	53	63.1
Cinsiyet	Kadın	57	67.9
	Erkek	27	32.1
Medeni Durum	Evli	62	73.8
	Bekar	22	26.2
Eğitim Durumu	İlköğretim	65	77.4
	Lise	12	14.3
	Lisans ve Lisansüstü	7	8.3
Meslek	Serbest Meslek	10	11.9
	İşçi	18	21.4
	Memur	9	10.7
	Ev Hanımı	41	48.8
	Emekli	6	7.1
Gelir Düzeyi	Kötü	12	14.3
	Orta	64	76.2
	İyi	8	9.5
Çalışma Durumu	Çalışan	16	19
	Çalışmayan	68	81

Tablo 8’de HCV taşıyıcılarının; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, çalışma durumu bağımsız değişkenlerine göre sayı ve yüzde dağılımları verilmiştir. Bu tabloya göre; HCV taşıyıcılarının örneklem grubu yaş değişkenine göre; % 7.1’i 17-35 yaş arasında, %29.8’i 36-49 yaş arasında, % 63.1’i 50-80 yaş arasında üç grupta yer almaktadır. Örneklem grubunu % 67.9’ unu kadın, % 32.1’ ini erkekler oluşturmaktadır.

HCV taşıyıcıları medeni durum değişkenine göre; örneklem grubunun % 73,8’ i evli, % 26.2’ i bekar grubunda yer almaktadır.

HCV taşıyıcılarının eğitim durumu değişkenine göre; örneklem grubunun %77.4’ü ilköğretim, %14,3’ü lise, % 8.3’ü lisans ve lisansüstü grubunda yer almaktadır.

HCV taşıyıcılarının meslek değişkenine göre; örneklem grubunun %11.9’u serbest meslek, %21.4’ü işçi, %10.7’si memur, %48.8’i ev hanımı, %7.1’i emekli grubunda yer almaktadır.

HCV taşıyıcılarının gelir düzeyi değişkenine göre; örneklem grubunun % 14,3’ü kötü, % 76,2’si orta, % 9,5’i iyi grubunda yer almaktadır.

HCV taşıyıcılarının çalışma durumu değişkenine göre; örneklem grubunun % 19’u çalışan, %81’i çalışmayan grubunda yer almaktadır.

6.2.3. HCV Taşıyıcılarının Hastalıkları İle İlgili Değişkenlere İlişkin

Bulgular

Tablo 9– HCV Taşıyıcılarının Hastalıkla İlgili Değişkenlerine İlişkin Veri (N=84)

Değişken	Değişken Kategorileri	Sayı (N)	Yüzde (%)
Hastalığın Tanı Zamanı	1-5 yıl	48	57.1
	5-10 yıl	21	25.0
	10-40 yıl	15	17.9
Hastalığın Tedavi Süresi	1-5 yıl	73	86.9
	5-10 yıl	8	9.5
	10-20 yıl	3	3.6
Hastalık İle İlgili Eğitim Alma Durumu	Evet	15	17.9
	Hayır	69	82.1
Hastalık Hakkında Bilgi Sahibi Olduğunu Düşünme Durumu	Yeterli	22	26.2
	Az	38	45.2
	Hiç	24	28.6
Alınan Tedavinin Yeterli Olduğunu Düşünme Durumu	Fikrim yok	23	27,4
	Evet	21	25.0
	Kismen	26	31.0
	Hayır	14	16.7
Psikolojik Yardım Alma Durumu	Evet	15	17.9
	Hayır	69	82.1

Tablo 9’da HCV taşıyıcılarının, hastalığın tanısının ne zaman konulduğu, hastalığın tedavi süresi, hastalık ile ilgili eğitim alma durumu, hastalık hakkındaki bilgi sahibi olduğunu düşünme durumu, alınan tedavinin yeterli olduğunu düşünme durumu, psikolojik yardım alma durumu bağımsız değişkenlerine göre sayı ve yüzde dağılımları verilmiştir.

HCV taşıyıcılarının hastalık tanısının ne zaman konulduğu değişkenine göre; örneklem grubunun % 57.1’i 1-5 yıl arasında, %25’i 5-10 yıl, %17.9’u 10-40 yıl grubunda yer almaktadır.

HCV taşıyıcılarının ne kadar süre tedavi aldıkları değişkenine göre; örneklem grubunun %86,5’i 1-5 yıl, %9.5’i 5-10 yıl, %3.6’sı 10-20 yıl grubunda yer almaktadır.

HCV taşıyıcılarının hastalıkla ilgili eğitim alma durumu değişkenine göre; %17.9’u evet, %82,1’i hayır grubunda yer almaktadır.

HCV taşıyıcılarının hastalık hakkında bilgi sahibi olduğunu düşünme durumu değişkenine göre; örneklem grubunun %26.2’si yeterli, %45.2’si az, %28,6’sı hiç grubunda yer almaktadır.

HCV taşıyıcılarının alınan tedavilerin yeterli olduğunu düşünme durumu değişkenine göre; örneklem grubunun % 27,4’ü fikrim yok, %25’i evet, %31’i kısmen % 16,7’si hayır grubunda yer almaktadır.

HCV taşıyıcılarının psikolojik yardım alma durumu değişkenine göre; örneklem grubunun % 17.9’u evet, % 82.1’i hayır grubunda yer almaktadır.

6.2.4. HCV Taşıyıcılarının Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 10 - HCV Taşıyıcılarının Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt ve Ana Boyutlarına İlişkin Veri (N=84)

	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık	Enerji	Sosyal Fonksiyon	Mental Rol	Mental Sağlık	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
HCV	44.04±34.24	27.08±41.65	68.63±32.26	56.27±20.25	57.26±24.42	78.42±28.34	28.96±44.14	58.00±19.35	50.65±20.58	55.78±18.73

Tablo 10'da HCV hastalarının yaşam kalitesi ölçeği alt ve ana boyutlarına ilişkin veriler incelendiğinde, HCV taşıyıcıları ağrı, genel sağlık algısı, enerji, sosyal fonksiyon, mental sağlık alt boyutları ile fiziksel ve mental ana boyutlarda ortalamanın üstünde puan almışlardır. HCV taşıyıcıları fiziksel fonksiyon, fiziksel rol ve mental rol puanlarında ise ortalamanın altında puan almışlardır.

6.2.4.1. HCV Taşıyıcılarının Sosyo-Demografik Değişkenlerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulguları

Tablo 11- HCV Taşıyıcılarının Sosyo-demografik Değişkenleri İle Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt ve Ana Boyutlarına İlişkin Veri (N=84)

Değişken	Değişken kategorileri	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	AGTYrı	Genel Sağlık	Enerji	Sosyal Fonksiyon	Mental Rol	Mental Sağlık	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
Yaş	17-35	60.00±27.38	33.33±40.82	50.16±35.35	63.00±19.24	49.16±21.31	68.75±29.31	44.44±50.18	60.66±20.61	51.13±17.28	57.20±22.10
	36-49	60.20±27.36**	32.00±45.93	79.84±30.72	59.24±22.27	57.80±28.10	77.50±31.45	33.33±47.14	63.52±22.69	57.81±20.24	58.27±21.82
	50-80	34.62±34.76	24.05±40.12	65.43±31.55	54.11±19.38	57.92±23.15	79.95±27.00	25.15±42.31	55.09±17.18	47.23±20.53	54.44±16.98
	F	6.110	0.376	2.876	0.898	0.350	0.434	0.683	1.699	2.319	0.368
Cinsiyet	Kadın	37.98±32.49	15.78±32.94	61.71±32.86	53.24±19.56	52.54±23.98	74.12±30.33	20.46±39.21	55.22±20.04	44.25±18.38	51.12±17.49
	Erkek	56.85±34.89*	50.92±48.27***	83.22±25.89**	62.66±20.55*	67.22±22.67**	87.50±21.37*	46.91±49.14**	63.85±16.65*	64.17±18.56***	65.63±17.68***
	T	0.009	20.852	6.986	0.115	1.309	10.710	11.451	1.757	0.839	0.013
Medeni Durum	Evli	44.67±37.71	28.22±42.09	69.50±32.67	57.62±21.51	60.40±23.22*	81.65±25.67	29.56±44.80	59.16±19.42	52.08±20.63	57.68±18.85
	Bekar	42.27±38.99	23.86±41.17	66.18±31.68	52.45±15.99	48.40±26.06	69.31±33.79	27.27±43.20	54.72±19.21	46.63±20.36	50.43±17.71
	t	1.900	0.162	0.084	2.568	1.112	5.898	0.346	0.168	0.289	0.069
Eğitim Durumu	İlköğretim	42.38±33.67	24.61±39.64	67.96±32.70	54.75±20.60	57.30±24.06	76.92±28.40	27.69±43.52	57.72±20.12	49.40±21.08	54.88±19.30
	Lise	45.41±39.62	31.25±46.61	63.91±30.18	54.83±17.30	54.58±31.65	78.12±33.33	27.77±44.57	57.00±19.90	50.00±19.90	54.46±18.17
	Lisans ve Lisansüstü	57.14±31.86	42.85±53.45	82.85±32.14	72.85±15.77	61.42±14.35	92.85±14.17	42.85±53.45	62.28±11.51	63.42±13.54	66.45±11.39
	F	0.592	0.671	0.819	2.662	0.171	0.999	0.372	0.191	1.491	1.249

Meslek	Serbest Meslek	34.50±32.69	27.50±44.79	85.80±28.25	60.60±25.60	57.00±31.98	67.50±34.46	23.33±41.72	62.00±17.41	53.08±21.60	54.08±21.40
	İşçi	44.44±34.42	27.77±42.77	73.94±29.48	64.11±18.07	65.83±20.59	84.72±28.29	29.62±45.57	63.77±21.18	55.22±20.23	61.61±17.72
	Memur	60.55±31.56	55.55±52.70	83.55±28.73	66.55±21.37	57.77±20.93	88.88±22.91	44.44±52.70	58.66±19.49	64.80±15.21*	63.26±20.61
	Ev Hanımı	41.70±33.83	19.51±35.13	59.24±33.44	50.24±18.49	52.07±25.24	73.78±28.20	26.01±42.49	54.34±19.45	44.55±19.41	51.29±17.77
	Emekli	50.00±44.72	33.33±51.63	65.83±28.22	51.33±16.58	66.66±15.05	93.75±15.30	33.33±51.63	58.00±15.74	53.43±25.57	60.61±17.44
	F	0.803	1.457	2.331	2.541	1.256	1.666	0.367	0.871	2.397	1.544
Gelir Düzeyi	Kötü	26.66±24.52	30.15±40.17	51.16±33.20	56.91±23.13	54.58±19.36	56.25±29.43	32.50±45.18	51.00±17.89	37.86±12.53	43.75±13.42
	Orta	48.75±35.73	32.42±44.24*	68.98±32.02	55.12±20.11	57.73±24.52	82.42±25.65**	34.89±46.16*	59.56±19.33	52.60±21.84*	57.94±18.65*
	İyi	32.50±24.34	25.00±37.79	92.00±15.15**	64.50±17.11	57.50±32.51	79.68±35.31	25.00±46.29	56.00±21.48	54.30±12.37	56.53±21.28
	F	2.712	3.238	4.153	0.764	0.083	4.702	3.376	1.037	2.849	3.053
Çalışma Durumu	Çalışan	54.06±33.52	40.62±49.05	68.25±33.65	62.06±21.88	65.93±12.54*	85.15±24.67	43.75±51.23	62.50±18.23	58.18±22.99	63.88±18.71*
	Çalışmayan	41.69±34.22	23.89±39.45	68.72±32.18	54.91±19.77	55.22±26.10	76.83±29.07	25.49±41.97	56.94±19.58	48.88±19.74	53.88±18.35
	t	0.440	5.204	0.026	0.529	13.336	3.272	6.079	0.158	1.042	0.003

ANOVA, Tukey, t-testi

*p<0.05 düzeyinde anlamlı

**p<0.01 düzeyinde orta düzeyinde anlamlı

***p<0.001 düzeyinde ileri düzeyinde anlamlı

Tablo 11 incelendiğinde, yaş grubu değişkeni açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan tek yönlü varyans analizi ve Tukey Testi sonuçlarına göre, fiziksel fonksiyon alt boyutunda anlamlılık saptanmıştır. 36-49 yaş grubundaki HCV taşıyıcıları fiziksel fonksiyon alt boyutundan, 50-80 yaş grubundaki HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan almışlardır ($p=0.005$).

Cinsiyet değişkeni açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan t- testi sonuçlarına göre, yaşam kalitesinin bütün alt ve ana boyutlarında anlamlılık saptanmıştır. Erkek HCV taşıyıcıları yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon alt boyutundan kadın HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.17$). Erkek HCV taşıyıcıları yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel rol alt boyutundan kadın HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.00$). Erkek HCV taşıyıcıları yaşam kalitesi ölçeğinin ağrı alt boyutundan kadın HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.004$). Erkek HCV taşıyıcıları yaşam kalitesi ölçeğinin genel sağlık algısı alt boyutundan kadın HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.46$). Erkek HCV taşıyıcıları yaşam kalitesi ölçeğinin enerji alt boyutundan kadın HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.09$). Erkek HCV taşıyıcıları yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal fonksiyon alt boyutundan kadın HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.23$). Erkek HCV taşıyıcıları yaşam kalitesi ölçeğinin mental rol alt boyutundan kadın HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.009$). Erkek HCV taşıyıcıları yaşam kalitesi ölçeğinin mental sağlık alt boyutundan kadın HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.056$). Erkek HCV taşıyıcıları yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel ana boyutundan kadın HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.000$). Erkek HCV taşıyıcıları yaşam kalitesi ölçeğinin mental ana boyutundan kadın HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.001$).

Medeni durum açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan t- testi sonuçlarına göre, enerji alt boyutunda anlamlılık saptanmıştır. Evli olan

HCV taşıyıcıları enerji alt boyutundan bekar olan HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.065$).

Eğitim durumu açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan tek yönlü varyans analizi ve Tukey testi sonuçlarına göre, yaşam kalitesi alt ve ana boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Meslek açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan tek yönlü varyans analizi ve Tukey testi sonuçlarına göre, fiziksel ana boyutta anlamlılık saptanmıştır. Memur olarak çalışan HCV taşıyıcıları, fiziksel ana boyuttan ev hanımı olan HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.054$).

Gelir düzeyi açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan tek yönlü varyans analizi ve Tukey testi sonuçları incelendiğinde, yaşam kalitesi ölçeğinin, fiziksel rol, ağrı, sosyal fonksiyon, mental rol alt boyutları ile fiziksel ve mental ana boyutlarında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. Gelir düzeyi orta olan HCV taşıyıcıları fiziksel rol alt boyutundan gelir düzeyi kötü olan HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p= 0.034$). Gelir düzeyi iyi olan HCV taşıyıcıları ağrı alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı derecede gelir düzeyi kötü olan HBV taşıyıcılarından yüksek puan almışlardır ($p=0.014$). Sosyal fonksiyon alt boyutundan gelir düzeyi orta olan HCV taşıyıcıları gelir düzeyi kötü olan HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.008$). Gelir düzeyi orta olan HCV taşıyıcıları mental rol alt boyutundan gelir düzeyi kötü olan HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.031$). Fiziksel ana boyuttan gelir düzeyi orta olan HCV taşıyıcıları gelir düzeyi kötü olan HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.058$). Mental ana boyuttan gelir düzeyi orta olan HCV taşıyıcıları gelir düzeyi kötü olan HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.041$).

Çalışma durumu değişkeni açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan t- testi sonuçlarına göre, enerji alt boyut ve mental ana boyutunda istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. Çalışan HCV taşıyıcıları, enerji alt boyutundan çalışmayan HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.020$). Çalışan HCV taşıyıcıları, mental ana boyutundan

Çalışmayan HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.054$).

6.3.4.2. HCV Taşıyıcılarının Hastalıkları İle İlgili Değişkenlerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulguları

Tablo 12- HCV Taşıyıcılarının Hastalıkları İle İlgili Değişkenlerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt ve Ana Boyutlarına İlişkin Veri (N=84)

Değişken	Değişken kategorileri	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık	Enerji	Sosyal Fonksiyon	Mental Rol	Mental Sağlık	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
Hastalığın Tam Zamanı	1-5 yıl	52.18±34.03*	34.37±44.25	72.33±31.90	55.95±18.65	54.89±25.54	77.08±29.43	38.88±47.80	56.58±19.10	53.95±20.42	56.68±19.06
	5-10 yıl	31.42±33.69	19.04±40.23	66.71±33.03	57.47±22.57	65.95±14.45	80.35±26.68	19.04±40.23	62.66±18.25	48.12±21.44	57.10±17.89
	10-40 yıl	35.66±29.99	15.00±31.05	59.46±32.46	55.60±23.09	52.66±29.87	80.00±28.66	11.11±27.21	56.00±21.80	43.68±18.86	51.07±19.32
	F	3.420	1.791	0.957	0.050	1.857	0.123	3.122	0.816	1.661	0.575
Hastalığın Tedavi Süresi	1-5 yıl	45.89±34.74	30.47±43.55	70.89±32.66	58.52±19.62**	57.19±25.30	79.45±28.82	32.87±45.97	59.01±19.47	52.59±20.85*	57.41±19.26
	5-10 yıl	25.00±26.72	26.18±17.76	54.00±27.23	35.50±18.88	60.62±18.40	78.12±24.77	25.12±18.49	50.50±18.75	35.02±13.45	44.95±8.83
	10-20 yıl	50.00±32.78	16.66±14.43	52.66±27.59	57.00±19.55	50.00±20.00	54.16±19.09	11.11±11.11	53.33±18.90	45.26±11.62	45.12±13.88
	F	1.402	2.080	1.381	5.121	0.205	1.151	2.326	0.784	2.885	2.157
Hastalık ile ilgili Eğitim Alma Durumu	Evet	52.66±23.05	36.66±48.05	61.06±37.31	57.80±21.88	49.00±26.73	78.33±26.50	37.77±48.57	57.33±25.10	51.44±22.93	56.04±22.84
	Hayır	42.17±36.08	25.00±40.21	70.27±31.12	55.94±20.03	59.05±23.72	78.44±28.91	27.05±43.26	58.14±18.09	50.48±20.21	55.72±17.91
	t	7.045	3.003	2.868	0.060	1.616	0.383	1.885	2.747	0.258	0.627

Hastalık Hakkında Bilgi Sahibi Olduğunu Düşünme Durumu	Yeterli	51.81±32.53	31.81±47.67	69.59±32.33	55.04±16.71	59.09±24.37	79.54±29.51	36.36±49.23	58.00±22.48	53.47±21.99	57.60±19.26
	Az	46.31±34.49	28.28±43.17	67.86±31.34	55.68±23.67	56.18±22.85	72.69±28.89	27.19±43.04	58.52±20.04	50.86±20.54	54.05±18.96
	Hiç	33.33±34.12	20.83±33.51	68.95±34.91	58.33±17.80	57.29±27.66	86.45±25.24	25.00±41.99	57.16±15.58	47.75±19.80	56.85±18.44
	F	1.863	0.422	0.021	0.177	0.097	1.791	0.430	0.035	0.441	0.300
Alman Tedavinin Yeterli Olup olmadığını Düşünme Durumu	Fikrim Yok	54.34±36.65	43.47±48.39*	81.52±28.34*	58.21±15.88	59.34±24.87	84.78±30.60	47.82±51.07*	57.73±18.16	59.38±21.20*	61.58±18.92
	Evet	32.14±30.31	7.14±23.90	71.61±30.29	65.90±21.50	63.33±18.25	81.54±21.14	11.11±30.42	61.33±19.52	48.02±17.12	56.64±13.00
	Kısmen	51.15±33.08	35.57±44.25	65.69±35.72	49.76±20.87	56.34±23.73	74.51±30.30	34.61±46.64	56.15±22.24	51.70±21.86	54.28±21.87
	Hayır	31.78±31.84	14.28±32.09	48.42±25.59	50.71±19.20	46.42±31.15	70.53±30.06	14.28±31.25	56.85±16.39	38.32±16.19	47.76±17.88
	F	2.662	3.980	3.470	3.121	1.441	0.997	3.491	0.296	3.473	1.702
Yardıma İhtiyaç Duyuyor Alması Durumu	Evet	28.00±29.32	10.00±26.38	49.26±30.38	49.33±19.88	38.66±26.89	60.83±36.85	17.77±37.51	41.60±19.58	35.05±15.58	41.64±16.31
	Hayır	47.53±34.42*	30.79±43.54*	72.84±31.30**	57.78±20.16	61.30±22.05**	82.24±24.85**	31.40±45.33	61.56±17.49***	57.05±20.04**	58.85±17.88**
	t	0.137	20.210	0.329	0.080	3.044	7.668	5.013	0.630	2.279	0.019

ANOVA, Tukey, t-testi

*p<0.05 düzeyinde anlamlı

**p<0.01 düzeyinde orta düzeyinde anlamlı

***p<0.001 düzeyinde ileri düzeyinde anlamlı

Tablo 12 incelendiğinde, hastalığın tanı zamanı değişkeni açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan tek yönlü varyans analizi ve Tukey testi sonuçlarına göre, fiziksel fonksiyon alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. 1–5 yıl içerisinde HCV tanısı alan taşıyıcılar, yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon alt boyutundan istatistiksel olarak 5–10 yıl içerisinde HCV tanısı alan taşıyıcılardan yüksek puan almışlardır ($p=0.050$).

Hastalığın tedavi süresi açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan tek yönlü varyans analizi ve Tukey testi sonuçlarına göre, genel sağlık algısı alt boyutu ile fiziksel ana boyutta istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. 1–5 yıl süre ile tedavi alan HCV taşıyıcıları yaşam kalitesi ölçeğinin genel sağlık algısı alt boyutundan 5–10 yıl süre ile tedavi alan HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.006$). 1–5 yıl süre ile tedavi alan HCV taşıyıcıları yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel alt boyutundan 5–10 yıl süre ile tedavi alan HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.056$).

Hastalık ile ilgili eğitim alma durumu açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan t- testi sonuçlarına göre, yaşam kalitesi alt ve ana boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Hastalık hakkında bilgi sahibi olduğunu düşünme durumu açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için tek yönlü varyans analizi ve Tukey testi sonuçlarına göre, yaşam kalitesi alt ve ana boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tedavinin yeterli olduğunu düşünme durumu açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için tek yönlü varyans analizi ve Tukey testi sonuçlarına göre fiziksel rol, ağrı, mental rol alt boyutları ile mental ana boyutta istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. HCV enfeksiyonu tedavisinin yeterli olduğu konusunda fikri olmayan HCV taşıyıcıları, fiziksel rol alt boyutundan HCV enfeksiyonu tedavisinin yeterli olduğunu düşünen HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.016$). HCV enfeksiyonu tedavisi hakkında fikri olmayan HCV taşıyıcıları, ağrı alt boyutundan HCV enfeksiyonu tedavisinin yeterli olmadığını düşünen HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.012$). HCV enfeksiyonu tedavisinin yeterli olduğunu düşünen HCV taşıyıcıları, genel sağlık algısı alt boyutundan HBV enfeksiyonu tedavisinin kısmen yeterli olduğunu düşünen

HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.030$). HCV enfeksiyonu tedavisinin yeterli olduğu konusunda fikri olmayan HCV taşıyıcıları, mental rol alt boyutundan HCV enfeksiyonu tedavisinin yeterli olduğunu düşünen HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.026$). HCV enfeksiyonu tedavisinin yeterli olduğu konusunda fikri olmayan HCV taşıyıcıları, fiziksel ana boyuttan HCV enfeksiyonu tedavisinin yeterli olmadığını düşünen HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.012$).

Psikolojik yardım alma durumu açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için t- testi sonuçlarına göre, fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı, enerji, sosyal fonksiyon, mental sağlık alt boyutları ile fiziksel ve mental ana boyutlarda istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. Psikolojik yardım almayan HCV taşıyıcıları, fiziksel fonksiyon alt boyutundan psikolojik yardım alan HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.033$). Psikolojik yardım almayan HCV taşıyıcıları, fiziksel rol alt boyutundan psikolojik yardım alan HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.21$). Psikolojik yardım almayan HCV taşıyıcıları, ağrı alt boyutundan psikolojik yardım alan HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.009$). Psikolojik yardım almayan HCV taşıyıcıları, enerji alt boyutundan psikolojik yardım alan HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.001$). Psikolojik yardım almayan HCV taşıyıcıları, sosyal fonksiyon alt boyutundan psikolojik yardım alan HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.007$). Psikolojik yardım almayan HCV taşıyıcıları, mental sağlık alt boyutundan psikolojik yardım alan HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.000$). Psikolojik yardım almayan HCV taşıyıcıları, fiziksel ana boyutundan psikolojik yardım alan HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.000$). Psikolojik yardım almayan HCV taşıyıcıları, mental ana boyutundan psikolojik yardım alan HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.001$).

6.3. HIV Taşıyıcıları İle İlgili Bulgular

49 HIV taşıyıcısının yaşam kalitelerini belirlemek amacı ile yaptığımız çalışmada HIV taşıyıcılarına ilişkin bulgular aşağıdaki başlıklar halinde sunulmuştur.

6.3.1. HIV Taşıyıcılarının Yaş Değişkeni için Yapılan Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 13- HIV Taşıyıcılarının Yaş Değişkeni için Yapılan Tanımlayıcı İstatistikler (N=49)

Değişken	Ortalama	Standart Sapma	En Küçük Değer	En Büyük Değer
Yaş	34.16	7.72	21	56

Tablo 13’de görüldüğü gibi, HIV taşıyıcılarında örneklem grubunun yaş değişkeni için yapılan tanımlayıcı istatistikler tablosu yer almaktadır. Bu tabloya göre; HIV taşıyıcılarında örneklem grubunun yaş ortalaması 34.16, standart sapması 7.72, en küçük değer 21, en büyük değer 56 olarak bulunmuştur.

6.3.2. HIV Taşıyıcılarının Sosyo-Demografik Değişkenlere İlişkin Bulgular

Tablo 14- HIV Taşıyıcılarının Sosyo-Demografik Değişkenlerine İlişkin Veri (N=49)

Değişken	Değişken kategorileri	Sayı(N)	Yüzde(%)
Yaş	21-35	29	59.2
	36-56	20	40.8
Cinsiyet	Kadın	13	36.4
	Erkek	36	63.6
Medeni Durum	Evli	10	20.4
	Bekar	39	79.6
Eğitim Durumu	İlköğretim	16	32.7
	Lise	13	26.5
	Lisans ve Lisansüstü	20	40.8
Meslek	Serbest Meslek	11	22.4
	İşçi	13	26.5
	Memur	25	51
Gelir Düzeyi	Kötü	10	20.4
	Orta	24	49.0
	İyi	15	30.6
Çalışma Durumu	Çalışan	26	53.1
	Çalışmayan	23	46.9

Tablo 14’de HIV taşıyıcılarının; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, çalışma durumu bağımsız değişkenlerine göre sayı ve yüzde dağılımları verilmiştir. Bu tabloya göre; HIV taşıyıcılarının örneklem grubu yaş değişkenine göre; % 59.2’si 21-35 yaş arasında, %40.8’i 36-56 yaş arasında iki grupta yer almaktadır. Örneklem grubunu % 36.4’ünü kadın, % 63.6’sını erkekler oluşturmaktadır.

HIV taşıyıcıları medeni durum değişkenine göre; örneklem grubunun % 20.4’ü evli, % 79.6’sı bekar grubunda yer almaktadır.

HIV taşıyıcılarının eğitim durumu değişkenine göre; örneklem grubunun % 32.7’si ilköğretim, %26.5’i lise, %40.8’i lisans ve lisansüstü grubunda yer almaktadır.

HIV taşıyıcılarının meslek değişkenine göre; örneklem grubunun %22.4’ü serbest meslek, %26.5’i işçi, %51’i memur grubunda yer almaktadır.

HIV taşıyıcılarının gelir düzeyi değişkenine göre; örneklem grubunun % 20.4’ü kötü, % 49’u orta, %30.6’sı iyi grubunda yer almaktadır.

HIV taşıyıcılarının çalışma durumu değişkenine göre; örneklem grubunun % 53.1’ i çalışan, % 46.9’u çalışmayan grubunda yer almaktadır.

6.3.3. HIV Taşıyıcılarının Hastalıkları İle İlgili Değişkenlere İlişkin Bulgular

Tablo 15- HIV Taşıyıcılarının Hastalıkla İlgili Değişkenlerine İlişkin Veri (N=49)

Değişken	Değişken kategorileri	Sayı (N)	Yüzde (%)
Hastalığın Tanı Zamanı	1-5 yıl	33	67.3
	5-10 yıl	11	22.4
	10-25 yıl	5	10.2
Hastalığın Tedavi Süresi	1-5 yıl	35	71.4
	5-10 yıl	8	16.3
	10-25 yıl	6	12.2
Hastalık İle İlgili Eğitim Alma Durumu	Evet	45	91.8
	Hayır	4	8.2
Hastalık Hakkındaki Bilgi Sahibi Olduğunu Düşünme Durumu	Yeterli	44	89.8
	Az	5	10.2
Alınan Tedavinin Yeterli Olduğunu Düşünme Durumu	Fikrim yok	32	65.3
	Evet	17	34.7
Psikolojik Yardım Alma Durumu	Evet	35	71.4
	Hayır	14	28.6

Tablo 15’de HIV taşıyıcılarının, hastalığın tanısının ne zaman konulduğu, hastalığın tedavi süresi, hastalık ile ilgili eğitim alma durumu, hastalık hakkındaki bilgi sahibi olduğunu düşünme durumu, alınan tedavinin yeterli olduğunu düşünme durumu, psikolojik yardım alma durumu bağımsız değişkenlerine göre sayı ve yüzde dağılımları verilmiştir.

HIV taşıyıcılarının hastalık tanısının ne zaman konulduğu değişkenine göre; örneklem grubunun % 67.3’ü 1-5 yıl arasında, %22.4’ü 5-10 yıl, %10.2’si 10-25 yıl grubunda yer almaktadır.

HIV taşıyıcılarının ne kadar süre tedavi aldıkları değişkenine göre; örneklem grubunun %71.4’ü 1-5 yıl, %16,3’ü 5-10 yıl, %12.2’si 10-25 yıl grubunda yer almaktadır.

HIV taşıyıcılarının hastalıkla ilgili eğitim alma durumu değişkenine göre; %91.8 ‘i evet, %8.2’si hayır grubunda yer almaktadır.

HIV taşıyıcılarının hastalık hakkında bilgi sahibi olduğunu düşünme durumu değişkenine göre; örneklem grubunun %89.8’i yeterli, %10.2’sii az grubunda yer almaktadır.

HIV taşıyıcılarının alınan tedavilerin yeterli olduğunu düşünme durumu değişkenine göre; örneklem grubunun % 65.3’ü fikrim yok, %34,7’si evet grubunda yer almaktadır.

HIV taşıyıcılarının psikolojik yardım alma durumu değişkenine göre; örneklem grubunun % 71.4’ü evet, % 28.6’sı hayır grubunda yer almaktadır.

6.3.4. HIV Taşıyıcılarının Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 16– HIV Taşıyıcılarının Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt ve Ana Boyutlarına İlişkin Veri (N=49)

	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık	Enerji	Sosyal Fonksiyon	Mental Rol	Mental Sağlık	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
HIV	83.97±28.21	66.32±40.68	79.14±25.28	59.83±20.13	60.40±27.38	67.85±29.97	58.50±42.77	59.18±23.91	69.93±23.41	61.15±24.24

Tablo 16'da HIV taşıyıcılarının yaşam kalitesi ölçeği alt ve ana boyutlarına ilişkin veriler incelendiğinde, HIV taşıyıcıları fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı, enerji, sosyal fonksiyon, mental rol, mental sağlık alt boyutları ile fiziksel ve mental ana boyutlarda ortalamanın üstünde puan almışlardır.

6.4.4. HIV Taşıyıcılarının Sosyo-Demografik Değişkenlerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulguları

Tablo 17- HIV Taşıyıcılarının Sosyo-Demografik Değişkenlerine İlişkin Veri (N=49)

Değişken	Değişken Kategorileri	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık	Enerji	Sosyal Fonksiyon	Mental Rol	Mental Sağlık	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
Yaş	21-35	88.79±20.02	64.65±39.81	79.24±23.57	62.27±20.08	60.51±25.33	69.39±31.08	59.77±42.14	58.75±24.38	71.09±20.59	62.14±23.02
	36-56	77.00±36.50	68.75±42.82	79.00±28.20	56.30±20.18	60.25±30.79	65.62±28.92	56.66±44.72	59.80±23.84	68.26±27.47	59.72±26.45
	F	9.307	0.088	2.659	0.123	2.618	0.611	0.415	0.017	2.118	1.339
Cinsiyet	Kadın	79.61±27.03	73.07±42.64	75.84±26.74	53.30±14.43	55.00±34.33	64.42±32.61	51.28±46.37	50.15±27.20	67.36±24.12	54.83±26.23
	Erkek	85.55±28.82	63.88±40.28	80.33±25.01	62.19±21.51	62.36±24.68	69.09±29.35	61.11±41.78	62.44±22.12	70.86±23.43	63.44±23.44
	t	0.034	0.049	0.051	2.281	3.872	0.406	0.681	0.842	0.114	0.539
Medeni Durum	Evli	73.50±41.63	60.00±51.63	74.00±31.31	54.30±20.96	68.50±25.06	78.75±23.60	53.33±50.18	60.40±16.91	66.06±30.77	63.05±25.06
	Bekar	86.66±23.62	67.94±38.02	80.46±23.79	61.25±19.94	58.33±27.87	65.06±31.04	59.82±41.30	58.87±25.57	70.93±21.52	60.67±24.33
	t	8.255	6.023	3.441	0.000	0.021	2.073	2.843	1.876	5.123	0.427
Eğitim Durumu	İlköğretim	73.75±38.83	64.06±42.78	76.93±29.52	58.75±19.13	60.93±20.10	62.50±27.00	52.08±40.31	59.00±16.81	66.88±24.89	58.65±19.08
	Lise	80.38±29.18	59.61±46.25	78.46±25.28	57.07±25.17	58.46±40.07	67.30±37.68	56.41±45.91	54.46±36.46	66.80±29.74	58.74±32.79
	Lisans ve Lisansüstü	94.50±8.25	72.50±36.18	81.35±22.65	62.50±17.91	61.25±23.61	72.50±27.38	65.00±43.89	62.40±18.86	74.42±17.35	64.73±22.25

	F	2.732	0.422	0.137	0.311	0.043	0.487	0.416	0.424	0.609	0.357
Meslek	Serbest Meslek	86.81±16.92	54.54±43.03	77.36±21.15	58.09±19.52	58.18±23.05	65.90±28.55	45.45±40.20	59.27±26.03	67.00±19.06	57.38±18.25
	İşçi	73.07±42.35	71.15±43.11	83.61±28.76	62.84±21.82	70.76±24.48	74.03±28.62	66.66±43.03	62.76±19.68	72.29±27.99	67.41±24.25
	Memur	88.40±22.06	69.00±39.05	77.60±25.75	59.04±20.16	56.00±29.96	65.50±31.92	60.00±44.09	57.28±25.63	70.00±23.37	59.56±26.68
	F	1.353	0.597	0.269	0.199	1.307	0.367	0.756	0.218	0.147	0.611
Gelir Düzeyi	Kötü	68.00±39.31	42.50±47.21	68.10±32.06	50.30±21.95	45.00±33.08	40.00±26.22	36.66±39.90	44.00±32.44	54.78±31.18	43.19±27.08
	Orta	88.33±22.73	70.83±40.15	79.20±24.75	59.37±22.47	61.87±26.93	70.31±26.78*	58.33±44.23	61.50±21.32	71.92±21.89	62.27±23.97
	İyi	87.66±25.62	75.00±32.73	86.40±19.49	66.93±11.42	68.33±20.84	82.50±25.79* **	73.33±38.21	65.60±17.87	76.86±15.63*	71.34±15.98*
	F	2.112	2.325	1.612	2.160	2.374	7.992	2.326	2.876	3.085	4.731
Çalışma Durumu	Çalışan	95.00±8.71* *	82.69±29.80 **	87.26±18.09 *	66.15±17.38 *	68.84±26.08 *	77.40±27.16*	79.48±35.37* **	66.00±20.89 *	79.99±14.99* **	71.57±21.17* **
	Çalışmayan	71.52±36.66	47.82±43.89	69.95±29.26	52.69±20.98	50.86±26.14	57.06±29.87	34.78±38.24	51.57±25.19	58.57±26.19	49.37±22.34
	t	26.742	10.384	18.692	0.598	0.155	0.340	0.190	0.998	11.618	0.732

ANOVA, Tukey, t-testi

*p<0.05 düzeyinde anlamlı

**p<0.01 düzeyinde orta düzeyinde anlamlı

***p<0.001 düzeyinde ileri düzeyinde anlamlı

Tablo 17 incelendiğinde yaş grubu değişkeni açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan t- testi sonuçlarına göre, yaşam kalitesi alt ve ana boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Cinsiyet değişkeni açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan t- testi sonuçlarına göre, yaşam kalitesi alt ve ana boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Medeni durum değişkeni açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan t- testi sonuçlarına göre, yaşam kalitesi alt ve ana boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Eğitim durumu değişkeni açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için tek yönlü varyans analizi ve Tukey testi sonuçlarına göre, yaşam kalitesi alt ve ana boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Meslek değişkeni açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için tek yönlü varyans analizi ve Tukey testi sonuçlarına göre, yaşam kalitesi alt ve ana boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Gelir düzeyi değişkeni açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için tek yönlü varyans analizi ve Tukey testi sonuçlarına göre, gelir düzeyi orta olan HIV taşıyıcıları yaşam kalitesinin sosyal fonksiyon alt boyutundan gelir düzeyi kötü olan HIV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p = 0.010$). Gelir düzeyi iyi olan HIV taşıyıcıları yaşam kalitesinin sosyal fonksiyon alt boyutundan gelir düzeyi orta olan HIV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p = 0.001$). Gelir düzeyi iyi olan HIV taşıyıcıları yaşam kalitesinin fiziksel ana boyutundan gelir düzeyi kötü olan HIV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p = 0.052$). Gelir düzeyi iyi olan HIV taşıyıcıları yaşam kalitesinin mental ana boyutundan gelir düzeyi kötü olan HIV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p = 0.010$).

Çalışma durumu değişkeni açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan t- testi sonuçlarına göre, yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutlarında ve ana boyutlarında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. Hastalığın teşhisinden sonra çalışmaya devam eden HIV taşıyıcıları, fiziksel fonksiyon alt boyutundan hastalık teşhis edildikten sonra çalışmayan HIV taşıyıcılarından istatistiksel

olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.003$). Hastalığın teşhisinden sonra çalışmaya devam eden HIV taşıyıcıları, fiziksel rol alt boyutundan hastalık teşhis edildikten sonra çalışmayan HIV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.002$). Hastalığın teşhisinden sonra çalışmaya devam eden HIV taşıyıcıları, ağrı alt boyutundan hastalık teşhis edildikten sonra çalışmayan HIV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.015$). Hastalığın teşhisinden sonra çalışmaya devam eden HIV taşıyıcıları, genel sağlık algısı alt boyutundan hastalık teşhis edildikten sonra çalışmayan HIV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.018$). Hastalığın teşhisinden sonra çalışmaya devam eden HIV taşıyıcıları, enerji alt boyutundan hastalık teşhis edildikten sonra çalışmayan HIV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.020$). Hastalığın teşhisinden sonra çalışmaya devam eden HIV taşıyıcıları, sosyal fonksiyon alt boyutundan hastalık teşhis edildikten sonra çalışmayan HIV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.016$). Hastalığın teşhisinden sonra çalışmaya devam eden HIV taşıyıcıları, mental rol alt boyutundan hastalık teşhis edildikten sonra çalışmayan HIV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.000$). Hastalığın teşhisinden sonra çalışmaya devam eden HIV taşıyıcıları, mental sağlık alt boyutundan hastalık teşhis edildikten sonra çalışmayan HIV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.032$). Hastalığın teşhisinden sonra çalışmaya devam eden HIV taşıyıcıları, fiziksel ve mental ana boyutlardan hastalık teşhis edildikten sonra çalışmayan HIV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.001$).

6.4.5 HIV Taşıyıcılarının Hastalıkları İle İlgili Değişkenlerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulguları

Tablo 18– HIV Taşıyıcılarının Hastalıkla İlgili Değişkenlerine İlişkin Veri (N=49)

Değişken	Değişken kategorileri	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık	Enerji	Sosyal Fonksiyon	Mental Rol	Mental Sağlık	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
Hastalığın Tanı Zamanı	1-5 yıl	88.48±24.54*	67.42±38.26	83.45±22.73**	63.12±17.34	61.81±24.83	66.66±30.08	56.56±43.68	60.24±23.59	72.86±20.52	61.68±23.40
	5-10 yıl	65.90±37.00	47.72±48.02	60.18±27.46	48.72±26.78	53.63±32.25	70.45±31.26	57.57±42.40	55.63±27.85	55.23±29.39	57.20±27.50
	10-25 yıl	94.00±10.83	100.00±0.00*	92.40±16.99*	62.60±14.97	66.00±35.77	70.00±32.59	73.33±43.46	60.00±20.59	83.00±13.05	66.38±26.45
	F	3.277	3.130	4.965	2.276	0.474	0.077	0.327	0.151	3.543	0.262
Hastalığın Tedavi Süresi	1-5 yıl	87.28±24.68	66.42±39.26	81.65±23.39	62.62±17.22	60.42±24.77	67.14±29.87	56.19±44.11	60.34±23.02	71.68±20.97	61.34±23.25
	5-10 yıl	63.75±42.82	43.75±49.55	64.62±30.89	49.00±30.71	57.50±37.32	65.62±32.56	58.33±42.72	55.00±32.54	55.72±33.66	57.09±31.05
	10-25 yıl	91.66±11.25	95.83±10.20*	83.83±25.91	58.00±17.50	64.16±32.31	75.00±31.62	72.22±38.96	58.00±19.05	78.70±15.72	65.47±23.77
	F	2.698	3.050	1.638	1.556	0.098	0.196	0.350	0.165	2.081	0.202
Hastalık ile İlgili Eğitim Alma Durumu	Evet	83.33±29.32	67.77±39.39	79.02±26.09	61.22±19.87	60.44±28.42	67.50±30.43	57.77±42.87	60.53±24.41*	70.36±23.92	61.49±24.87
	Hayır	91.25±6.29	50.00±57.73	80.50±15.52	44.25±18.40	60.00±12.24	71.87±27.71	66.66±47.14	44.00±8.64	65.20±18.64	57.35±17.61
	t	2.298	2.679	4.760	0.044	3.196	0.587	0.511	2.707	0.205	1.418

Hastalık Hakkındaki Bilgi Sahibi Olduğunu Düşünme Durumu	Yeterli	86.59±26.25*	73.86±35.74***	81.72±24.67*	62.52±18.93**	63.63±26.11*	69.88±29.93	63.63±41.18*	61.63±23.50*	73.66±21.16**	64.26±23.10**
	Az	61.00±37.48	60.00±48.98	56.40±20.16	36.20±15.20	32.00±23.34	50.00±26.51	13.33±29.81	37.60±16.63	37.12±16.23	33.82±16.55
	F	1.597	9.635	0.865	0.108	0.672	1.120	3.778	0.328	0.557	1.253
Alman Tedavilerin Yeterli Olduğunu Düşünme Durumu	Fikrim Yok	89.06±24.57	73.43±34.74	83.09±24.48	63.65±19.15	63.12±24.18	73.04±28.77	58.33±43.17	65.37±21.51**	74.47±20.22	64.70±22.53
	Evet	74.41±32.68	52.94±48.31	71.70±25.81	52.64±20.51	55.29±32.76	58.08±30.59	58.82±43.34	47.52±24.44	61.40±27.09	54.47±26.58
	F	2.893	8.578	0.255	0.115	3.619	0.088	0.265	0.265	4.514	0.944
Psikolojik Yardım Alma Durumu	Evet	82.71±28.42	67.85±41.37	79.54±25.01	58.48±20.43	56.85±28.97	63.21±31.05	55.23±44.97	56.68±26.52	69.09±24.35	58.09±25.73
	Hayır	87.14±28.46	62.50±40.13	78.14±26.88	63.21±19.67	69.28±21.29	79.46±24.32	66.66±36.98	65.42±14.60	72.05±21.58	68.81±18.70
	t	0.026	0.62	0.322	0.192	1.590	2.127	6.911	4.922	0.001	1.931

ANOVA, Tukey, t-testi

*p<0.05 düzeyinde anlamlı

**p<0.01 düzeyinde orta düzeyinde anlamlı

***p<0.001 düzeyinde ileri düzeyinde anlamlı

Tablo 18 incelendiğinde, hastalığın tanı zamanı değişkeni açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan tek yönlü varyans analizi ve Tukey testi sonuçlarına göre, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol ve ağrı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. 1-5 yıl içerisinde HIV tanısı alan taşıyıcılar, yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon alt boyutundan istatistiksel olarak 5-10 yıl içerisinde HIV tanısı alan taşıyıcılardan yüksek puan almışlardır ($p=0.052$). 5-10 yıl içerisinde HIV tanısı alan taşıyıcılar, yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel rol alt boyutundan istatistiksel olarak 10-25 yıl içerisinde HIV tanısı alan taşıyıcılardan yüksek puan almışlardır ($p=0.043$). 1-5 yıl içerisinde HIV tanısı alan taşıyıcılar, yaşam kalitesi ölçeğinin ağrı alt boyutundan istatistiksel olarak 5-10 yıl içerisinde HIV tanısı alan taşıyıcılardan yüksek puan almışlardır ($p=0.017$). 1-5 yıl içerisinde HIV tanısı alan taşıyıcılar, yaşam kalitesi ölçeğinin ağrı alt boyutundan istatistiksel olarak 10-25 yıl içerisinde HIV tanısı alan taşıyıcılardan yüksek puan almışlardır ($p=0.037$).

Hastalığın tedavi süresi açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan tek yönlü varyans analizi ve Tukey testi sonuçlarına göre, fiziksel rol alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. 10-25 yıl süre ile tedavi alan HIV taşıyıcıları yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel rol alt boyutundan 10-25 yıl süre ile tedavi alan HIV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.045$).

Hastalık ile ilgili eğitim alma durumu açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan t- testi sonuçlarına göre, yaşam kalitesi mental sağlık alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. HIV enfeksiyonu konusunda eğitim alan HIV taşıyıcıları, bu konuda eğitim almayan HIV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.018$).

Hastalık hakkında bilgi sahibi olduğunu düşünme durumu açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için tek yönlü varyans analizi ve Tukey testi sonuçlarına göre, yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı, enerji, mental rol ve mental sağlık alt boyutları ile fiziksel ve mental ana boyutlarda istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. HIV konusunda yeterli derecede bilgi sahibi olduğunu düşünen HIV taşıyıcıları fiziksel fonksiyon alt boyutundan HIV konusunda bilgisi az olduğunu düşünen HIV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde

yüksek puan almışlardır ($p=0.054$). HIV konusunda yeterli derecede bilgi sahibi olduğunu düşünen HIV taşıyıcıları fiziksel rol alt boyutundan HIV konusunda bilgisi az olduğunu düşünen HIV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan almışlardır ($p=0.000$). HIV konusunda yeterli derecede bilgi sahibi olduğunu düşünen HIV taşıyıcıları ağrı alt boyutundan HIV konusunda bilgisi az olduğunu düşünen HIV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan almışlardır ($p=0.032$). HIV konusunda yeterli derecede bilgi sahibi olduğunu düşünen HIV taşıyıcıları genel sağlık algısı alt boyutundan HIV konusunda bilgisi az olduğunu düşünen HIV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan almışlardır ($p=0.004$). HIV konusunda yeterli derecede bilgi sahibi olduğunu düşünen HIV taşıyıcıları enerji alt boyutundan HIV konusunda bilgisi az olduğunu düşünen HIV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan almışlardır ($p=0.013$). HIV konusunda yeterli derecede bilgi sahibi olduğunu düşünen HIV taşıyıcıları mental rol alt boyutundan HIV konusunda bilgisi az olduğunu düşünen HIV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan almışlardır ($p=0.011$). HIV konusunda yeterli derecede bilgi sahibi olduğunu düşünen HIV taşıyıcıları mental sağlık alt boyutundan HIV konusunda bilgisi az olduğunu düşünen HIV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan almışlardır ($p=0.032$). HIV konusunda yeterli derecede bilgi sahibi olduğunu düşünen HIV taşıyıcıları fiziksel ana boyuttan HIV konusunda bilgisi az olduğunu düşünen HIV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan almışlardır ($p=0.001$). HIV konusunda yeterli derecede bilgi sahibi olduğunu düşünen HIV taşıyıcıları mental ana boyuttan HIV konusunda bilgisi az olduğunu düşünen HIV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan almışlardır ($p=0.006$).

Alınan tedavilerin yeterli olduğunu düşünme durumu açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için tek yönlü varyans analizi ve Tukey testi sonuçlarına göre mental sağlık alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. HIV enfeksiyonu tedavisinin yeterli olduğu konusunda fikri olmayan HIV taşıyıcıları, mental sağlık alt boyutundan HIV enfeksiyonu tedavisinin yeterli olduğunu düşünen HIV taşıyıcılarından istatistiksel olarak yüksek puan almışlardır ($p=0.011$).

Psikolojik yardım alma durumu açısından yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan t- testi sonuçlarına göre, yaşam kalitesi alt ve ana boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$)

6.4. Hepatit B İnfeksiyonu, Hepatit C İnfeksiyonu, HIV Taşıyıcıların Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulgularının Karşılaştırılması

Tablo 19- HBV, HCV ve HIV Taşıyıcılarının Yaşam Kalitesi Puanlarına İlişkin Veri

	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık	Enerji	Sosyal Fonksiyon	Mental Rol	Mental Sağlık	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
HBV	60.98±36.39***	46.18±48.44**	78.22±27.03*	59.85±17.78	66.34±18.92***	85.06±23.08***	44.53±48.55*	62.91±17.50	62.31±22.19***	63.74±17.07***
HCV	44.04±34.24	27.08±41.65	68.63±32.26	56.27±20.25	57.26±24.42	78.42±28.34**	28.96±44.14	58.00±19.35	50.65±20.58***	55.78±18.73
HIV	83.97±28.21***	66.32±40.68***	79.14±25.28	59.83±20.13	60.40±27.38	67.85±29.97	58.50±42.77**	59.18±23.91	69.93±23.41	61.15±24.24

ANOVA, Tukey, t-testi

*p<0.05 düzeyinde anlamlı

**p<0.01 düzeyinde orta düzeyinde anlamlı

***p<0.001 düzeyinde ileri düzeyinde anlamlı

Tablo 19 incelendiğinde, yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyut puanları için yapılan tek yönlü varyans analizi ve Tukey testi sonuçlarına göre HIV enfeksiyonu taşıyıcıları, fiziksel fonksiyon alt boyutundan HBV ve HCV enfeksiyonu taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.000$). HBV enfeksiyonu taşıyıcıları da fiziksel fonksiyon alt boyutundan HCV enfeksiyonu taşıyıcılarından anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.000$).

Fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan HIV enfeksiyonu taşıyıcıları, HCV enfeksiyonu taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.000$). HBV enfeksiyonu taşıyıcıları ise fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan HCV enfeksiyonu taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.002$).

Ağrı alt boyutundan alınan puanlar incelendiğinde, HBV enfeksiyonu taşıyıcıları HCV enfeksiyonu taşıyıcılarından anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.013$).

Enerji alt boyutundan HBV enfeksiyonu taşıyıcıları, HCV enfeksiyonu taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.001$).

Sosyal fonksiyon alt boyutundan HBV taşıyıcıları, HIV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.000$). HCV taşıyıcıları da sosyal fonksiyon alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı derecede HIV taşıyıcılarından yüksek puan almışlardır ($p=0.048$).

Mental rol alt boyutundan HBV taşıyıcıları istatistiksel olarak anlamlı derecede HCV taşıyıcılarından yüksek puan almışlardır ($p=0.019$). Ayrıca HIV taşıyıcıları da mental rol alt boyutundan HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.002$).

HBV ve HIV enfeksiyonu taşıyıcıları fiziksel ana boyuttan HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.000$).

HBV enfeksiyonu taşıyıcıları mental ana boyuttan HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ($p=0.001$).

Genel sağlık algısı ve mental sağlık alt boyutundan HBV, HCV ve HIV taşıyıcıları arasında alınan puanlara bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

7. TARTIŞMA

7.1. Hepatit B, Hepatit C ve HIV Taşıyıcılarının Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Kronik hastalıkların yaşam kalitesi üzerine etkisi çok belirgindir (Sprangers ve ark., 2000). Yaşam kalitesi kavram olarak, “sağlıklı olmak, bağımsız olmak, bedensel aktiflik, huzur ve mutluluk içinde olmak, ekonomik bağımsızlık ve özgürce dinlenebilmek” olarak algılanabilmektedir (Eser ve ark., 2005). Oysa kronik hastalıklar, genellikle kronik işlev yitimiyle birlikte. Ayrıca kronik hastalıklar, yönetiminde asıl rolü hastanın kendisinin oynadığı hastalıklardır. Hastalık yönetimiyle, işlev artımı, belirtilerin azaltılması, fizyolojik ve psikolojik etkilerin sınırlanması, bağımlılığın önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması sağlanmaktadır (Williams and Pace, 2009).

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı; fiziksel, mental ve sosyal tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Bunun yanında sağlık ölçütleri sadece hastalığın şiddeti ve sıklığını hesap etmemekte iyilik hali ve yaşam kalitesini de içine almaktadır (Nojomi and ark., 2008). Ayrıca yaşam kalitesini direkt olarak etkileyen durumlardan biri “hastalık fikrine sahip olma” düşüncesidir. Hatta sadece enfeksiyonlu kimliği almış olmak bile hastayı olumsuz etkilemektedir (Çaylan, 2007). Üstün ve Karadeniz’in (2006) kronik hastalıkları bulunan kişilerin yaşam kalitelerini ölçmek amacıyla yaptıkları çalışma incelendiğinde, sağlık algısı ile yaşam kalitesi algısının düşük çıktığı görülmektedir.

HBV taşıyan hastalar üzerinde yapılan çalışmalar sağlık algısında ve yaşam kalitesi algısında düşük puanlar olduğunu belirtilmekte ve HBV’nin kişinin mental sağlık açısından yaşam kalitesine negatif etkisi olduğunu göstermektedir (Uçmak ve ark. 2007, Özkan ve ark. 2006). Kronik HCV enfeksiyonu taşıyan hastalar ise kronik karaciğer hastalığının diğer formlarında ki hastalıklarla kıyaslandığında; kas-iskelet ağrısı, kırıklık (keyifsizlik) ve aşırı yorgunluk gibi fiziksel semptomlardan daha sık ve daha şiddetli yakınıdır (Booth, 1998). Hastalar aynı zamanda depresyon, anksiyete gibi psikolojik sorunları da yoğun olarak yaşamaktadır. Bu bulgular hastanın fonksiyonel sağlığını, çalışma yeteneğini, kendi sağlık algısını, iyilik halini ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Bunun yanı sıra, hastanın tanısının farkında olması, hastalığının ilerleme korkusu ve komplikasyonlar, hastalığının ekstrahepatik görünümü de sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini azaltabilir. Birçok araştırma, kronik HCV taşıyan

hastaların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde bozulma olduğunu göstermektedir (Chong, 2003; Booth, 1998; Dan, 2006; Fontana 2001; Gallegos 2003; Bayliss, 1998;, Foster, 1998; Younossi et al., 2001; Pojogo et al., 2004). HBV ve HCV gibi virüs kaynaklı diğer bir infeksiyon olan HIV'in yaşam kalitesi üzerine etkisi incelendiğinde de HIV infeksiyonunun kişide zayıflama, yoksun bırakma gibi belirtilerin yanı sıra sosyal etiketlenme, taciz ve kültürel inanç gibi durumlarla da baş etmek zorunda kaldıkları ve bu durumun da HIV taşıyıcısı kişilerin fiziksel, mental ve sosyal yönden yaşam standartlarının etkilenmesine sebep olduğu belirtilmektedir. (Aranda and Naranjo, 2004).

Çalışmamızda HBV taşıyan hastaların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar doğrultusunda fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyon, mental sağlık alt boyutları ile fiziksel ve mental ana boyutlarından aldıkları puanlar ortalamasının üstündedir (Tablo 4). Bu durum bize vücudunda HBV taşıyan kişilerin, fiziksel rol ile mental rol alt boyutlarında ortalamasının altında puan almaları, HBV taşıyan hastaların sadece “infeksiyona sahip olma” fikrinden etkilendiklerini düşündürmektedir.

Park et al. (2003) kronik viral hepatiti ve sirozu olan hastalarda yaptıkları araştırmada fiziksel fonksiyon ve ağrı alt boyutları dışında yaşam kalitesi skorlarında düşüklük olduğu belirtilmiştir. Ayrıca Younossi et al. (2001) ve Bianchi et al. (2000) yaptıkları çalışmalarda kronik karaciğer hastalarının yaşam kalitesinin tüm alanları düşük görülmüş olup fiziksel rol, fiziksel fonksiyon alanlarında çalışmamızdaki HCV taşıyıcısı olan hastalarda ki gibi düşüklük olduğu gösterilmektedir (Tablo 10). HCV taşıyıcılarının emosyonel rol ve mental sağlık değerleri dışındaki yaşam kalitesi puanlarının sağlıklı popülasyona oranla düşük çıktığı belirtilen 2001 yılında Amerika'da yapılan bir çalışma ile kendi çalışmamızı karşılaştırdığımızda HCV taşıyıcısı hastalarının mental rol güçlüğü puanının düşük olduğunu görüyoruz (Fontana et al., 2001) (Tablo 10). Amerika'da ki HCV taşıyıcısı olan hastaların her ne kadar mental olarak HCV infeksiyonundan etkilenmeseler bile fiziksel anlamda Türkiye'de ki HCV infeksiyonu taşıyan hastalar gibi düşük yaşam kalitesine sahip olduğu gözlenmiştir. Bianchi et al. (2000) fiziksel yaşam kalitesinin düşüklüğünün sebebi olarak, HCV'nin başta yorgunluk, iştahsızlık, bulantı, halsizlik ve eklem ağrıları gibi belirtileri göstermiştir. Fakat Amerika'da ki HCV taşıyan hastaların yaşam kalitesinin mental düzeyde yüksek çıkması ve çalışmamıza katılan HCV taşıyan hastaların mental boyutta

düşüklük görülmesi HCV infeksiyonu taşıyıcılarının toplumsal olarak etkilenebileceklerini düşündürtebilir (Tablo 10). Gallegos et al. (2003) yaptığı çalışma da HCV taşıyıcılarının hem mental hem de fiziksel olarak yaşam kalitesinin düşük olduğu gösterilmiş ve bu durumun günlük aktivitelerde sınırlılıklara yol açtığını ifade edilmiştir. Ayrıca Eşer ve ark. (2006) HCV taşıyıcıları ile yaptığı yaşam kalitesi araştırmasında da fonksiyonel durum başta olmak üzere düşük puanların olduğu belirtilmiştir.

Clayson et al. yaptıkları çalışma son zamanlar da gelişen klinik test ve tedavilerin HIV/AIDS hastalarının yaşam kalitelerinin yükseldiğini göstermektedir. Çalışmamızda da HIV taşıyıcılarının yaşam kalitesinin tüm boyutlarında ortalamanın üstünde puan aldıkları gösterilmektedir. (Tablo 16).

Fiziksel fonksiyon ile kişinin gün boyunca yaptığı aktiviteler ölçülmektedir (Güler, 2006). Çalışmamızdaki bulgulardaki fiziksel fonksiyon alt boyutunu incelediğimizde günlük yaşamdaki aktivitelerin HIV ve HBV taşıyan hastaların etkilemediğini fakat HCV infeksiyonu taşıyıcılarını negatif yönde etkilediğini görmekteyiz (Tablo 19). Fiziksel rol fonksiyon alt boyut ve fiziksel ana boyut bulgularına baktığımızda HIV infeksiyonu ve HBV taşıyan hastaların, HCV taşıyan hastalara göre yaşam kalitelerinin yüksek olduğu izlenmektedir (Tablo 19). Vücudunda HCV infeksiyonu taşıyan hasta kişilerin, fiziksel fonksiyon yönünden yaşam kaliteleri incelendiğinde olumsuz olarak etkilendikleri görülmektedir. Buna karşılık HIV infeksiyonu taşıyan ve HBV infeksiyonu taşıyan hastaların gündelik yaşamlarında fiziksel rollerde daha az zorlandıkları söylenebilir.

Kronik HCV infeksiyonuna sahip olan hastalar kronik karaciğer hastalığının diğer formlarında ki hastalıklarla kıyaslandığında; kas-iskelet ağrısı, kırıklık (keyifsizlik) ve aşırı yorgunluk gibi fiziksel semptomlardan daha çok ve daha şiddetli yakınıdır (Booth 1998, Fontana 2001, Gallgegos 2003). Dolayısıyla HCV infeksiyonu taşıyan hastaların ağrı durumlarından dolayı yaşam kaliteleri, HBV taşıyıcılarına oranla daha fazla etkilenebilir. Ayrıca bu durum çalışmamızdaki yaşam kalitesi ağrı alt boyutundan HBV infeksiyonu taşıyıcılarının HCV infeksiyonu taşıyıcısı olan hastalardan yüksek puan almalarının sebebi olarak gösterilebilir (Tablo 19). Vücutta ki ağrı varlığının kişinin enerji durumunu da etkileyeceği düşünülebilir. Bulgularımızda HCV infeksiyonu

taşıyan hastaların HBV enfeksiyonu taşıyıcılarına göre yaşam kalitesi enerji alt boyutu puanlarının düşük olduğunu göstermektedir (Tablo 19).

Vücutta bir enfeksiyona sahip olmak duygusu veya kronik bir hastalık varlığının semptomlarının, enfeksiyon taşıyıcısı kişinin sosyal alandaki faaliyetlerinin kısıtlanmasına neden olabileceği düşünülebilir. Çalışmamızda ki bulgular, HBV ve HCV enfeksiyonu taşıyan hastaların yaşam kalitesi sosyal fonksiyon alt boyutundan HIV enfeksiyonu taşıyıcılarına göre yüksek puan aldıklarını göstermiştir (Tablo 19). HIV enfeksiyonu taşıyıcılarının toplum içinde geri planda olması, insanların HIV'in bulaşma şekillerini bilmemesi ve bunun sonucunda HIV(+) taşıyıcısı olan kişilere olan önyargı ve korkularının doğması gibi durumları HIV(+) kişilerin sosyal fonksiyonlarının düşük olmasının sebebi olarak gösterilebilir.

Gerek sosyal alanda gerekse fiziksel alanda kısıtlamalar yaşayan kişinin mental durumunda da bir takım olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilir. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon alt boyutları ile fiziksel ana boyut sonuçlarımız bize HCV enfeksiyonu taşıyan hastaların olumsuz etkilendiğini göstermektedir (Tablo 19). Ayrıca ağrı ve enerji alt boyutlarından alınan puanlar da HCV enfeksiyonunun fiziksel alanda negatif yönde etkilediğini göstermektedir. Mental anlamda bulgular incelendiğinde mental rol alt boyut ve mental ana boyut puanlarına göre enfeksiyonu taşıyan kişilerin yaşam kalitesinin düşük olduğunu görmekteyiz (Tablo 19).

7.2. HBV, HCV ve HIV Enfeksiyonu Taşıyıcılarının Sosyo-demografik Değişkenlerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişin Bulguların Tartışılması

HBV taşıyan hastaların yaş değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği bulgularını incelediğimizde; 50–80 yaş grubundakilerin 36–49 yaş grubuna göre fiziksel fonksiyon ve fiziksel rol alt boyutundan daha düşük puan aldıkları görülmüştür (Tablo 5). Tan et al. (2008) HBV taşıyan hastalar ile yaptıkları çalışmada 40 yaşının üzerindeki kişilerde yaş ilerledikçe fiziksel fonksiyon ve fiziksel rol puanlarının azaldığını göstermiştir. Acaray (2003) yaptığı çalışmada; bizim sonucumuza paralel olarak yaşam kalitesinin artan yaş ile beraber azaldığı saptanmıştır. HCV enfeksiyonu taşıyan hastalarda da yaş faktörünün yaşam kalitesine etkisinin olmadığını belirten çalışmalar mevcuttur (Hussain, 2001; Fontana, 2001). Eşer ve ark. (2006) fonksiyonel alana ilişkin yaşam kalitesi puanlarının

yaş ilerledikçe düştüğünü ve bu durumun hastalığın yanı sıra yaşlılığa bağlı fiziksel değişikliklerin etkisine bağlanabileceğini belirtmişlerdir. Çalışmamızda ise sadece fiziksel fonksiyon olarak yaşam kalitesi puanlarında, yaşın ilerlemesi ile birlikte düştüğünü görmekteyiz (Tablo 11). Yaşlanma ile birlikte fiziksel işlevlerin bozulması beklenen bir sonuç olabilir.

Schifano et al. (2003) HIV taşıyıcılığının genç yaştaki erkeklerin aktif yaşamlarında negatif yönde etkili olduğunu ifade etmiştir. Yapılmış olan bu çalışmalara paralel olarak, çalışmamızın bulgularını incelediğimizde 21–35 yaş aralığında olan HIV(+) kişilerin sayısının yüksek olduğunu diğer taraftan cinsiyet dağılımlarına baktığımızda HIV(+) erkeklerin fazla olduğunu görmekteyiz (Tablo 14). Fakat çalışmamızda, gerek yaş grubu gerekse cinsiyet dağılımlarına göre yaşam kalitesini değerlendirdiğimizde aralarında anlamlı bir fark olmadığını görmekteyiz (Tablo 17). Diğer çalışmalar da cinsiyete göre yaşam kalitesi değerlendirmelerinde kadınların erkeklere oranla düşük yaşam kalitesine sahip olduklarını ve bunu da toplum rollerindeki algı, sosyoekonomik yönden pasif olunması, kadın-erkek eşitsizliği, şiddet ve kültürel inançların kadınlar için negatif yönde etki etmesine bağladıklarını belirtmişlerdir (Galvão et al., 2003, Nojomi et al. 2008).

HBV ve HCV taşıyan hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarındaki fiziksel fonksiyon ve fiziksel roldeki düşük puanların yaş ile negatif yönde etkilenmesinin tersine HIV taşıyıcılarında yaşam kalitesinin tüm alt ve ana boyutlarında yaş faktörünün anlamlı bulunmaması ve her iki yaş grubunun da ortalamanın üstünde puan almışlardır (Tablo 5, Tablo 11, Tablo 17). Buradan yola çıkarak denilebilir ki HIV enfeksiyonu yaş ilerledikçe kişinin fiziksel fonksiyonlarını etkilemezken HBV ve HCV enfeksiyonları fiziksel anlamda kişiye olumsuz etki göstermektedir.

HBV ve HCV enfeksiyonu taşıyan hastaların cinsiyet dağılımına göre yaşam kalitesi bulgularını incelediğimizde; erkeklerde kadınlara oranla yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt ve ana puanlarının ortalamanın üstünde olduğu gözlenmiştir (Tablo 5, Tablo 11). Uçmak ve ark. (2007) yaptığı çalışmada da bizim çalışmamıza paralel olarak HBV taşıyıcısı olan erkek hastaların yaşam kalitesinin kadınlara göre yüksek olduğu belirtilmiştir. Wang et al. (2000) farklı ölçekler kullanarak yaptıkları araştırmada da HBV taşıyıcısı erkek hastaların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu saptanmıştır. Eşer ve

ark. (2006) HCV taşıyıcılarının genel sağlık algısı dışında cinsiyetler arasındaki yaşam kalitesinde istatistiksel anlamlılık olduğunu kaydetmiştir. Ayrıca kronik hastalık durumunda da erkeklerin yaşam kalitesinin kadınlardan yüksek olduğu bulunmuştur (Aldinç ve ark., 2006). Fakat İtalya ve Almanya'da sirozlu hastalar üzerinde yapılan yaşam kalitesi araştırmasında da cinsiyete göre yaşam kalitesinin değişmediğini belirtilmiştir (Marchesini G et al., 2001). Bu çalışma, Türkiye'de yapılan çalışmalar ile karşılaştırıldığında, sosyal bağlamda erkek egemen bir toplum olan ülkemizdeki erkeklerin yaşam kalitesinin kadınlara oranlara yüksek çıkmasının sebebi olarak; kadınların erkeklere göre eğitim düzeyinin düşük olması, erkeklerin iş hayatında daha ön planda olup dolayısıyla sosyal alanda kadınlardan daha çok rol alması ve evli olan kadınların ev ile ilgili sorumluluklarının erkeklere göre fazla olması gösterilebilir.

Çalışmamızda HBV taşıyıcısı hastaların medeni durumlarına baktığımızda, bekar olan HBV taşıyan hastalarının, evli hastalara göre yaşam kalitesi alt ve ana boyut skorlarının yüksek olduğunu görmekteyiz (Tablo 5). Evli olan HBV taşıyan hastaların ev ile ilgili işler ile ilgilendiklerinden dolayı kendileri ile ilgili durumları geri plana atmaları, kendilerine daha az zaman ayırmaları ve bekâr olanlara oranla aile ile ilgili sorumluluklarının daha fazla olmasından dolayı yaşam kalitelerinin bekar olan HBV taşıyan hastalara göre düşük olduğu söylenebilir. Tan et al. (2008) yaptığı çalışmada HBV taşıyan hastalar ile benzer enfeksiyona sahip olan bireylerin günlük aktivitelerinin daha ölçülü olduğu belirtilmiş ve HBV'nin aile bireyleri arasında farkına varılması ile karşılıklı desteğin yaşam kalitesi için yardımcı faktörlerden olacağı önerilmiştir. Aynı yazarların yaptığı nitel bir araştırmada ise enfeksiyonun farkında olunması durumunun motivasyonu yükselttiğini böylelikle kişilerin sağlıklı yaşam stilleri ve fiziksel refah geliştirdiğini göstermiştir. HBV taşıyıcısı evli çiftlerin birbirlerine bu konuda destek olmasının yaşam kalitelerini yükseltmeleri bakımından önemli rolünün olduğu düşünülmektedir (Tan et al., 2008).

HCV enfeksiyonu taşıyan hastalar ve HIV taşıyıcılarının medeni durumlarına göre yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Fakat evli olan HCV taşıyan hastaların bekar olan HCV taşıyıcısı hastalara göre enerji alt boyutunda istatistiksel anlamlılık söz konusudur (Tablo 11, Tablo 17). Evli olan HCV taşıyan hastaların aile desteği aldığını, çevresi ve kendi için HCV konusunda farkındalık

yaratabildiğini yaşam kalitesinin her boyutunda istatistiksel bir anlamlılık bulunmasa da bekarlara göre yaşam kalitesi puanlarının yüksek olması sonucundan çıkartabiliriz. Nojomi et al., (2008) yaptığı çalışma da hastalığın doğal seyrinin sosyal fonksiyonlara etki ettiğini ifade etmişler ve bunu çalışmalarındaki boşanmış HIV(+) kişilerin yaşam kalitesi bulgularında belirtmişlerdir. Çalışmamızda da evli olan HIV taşıyıcıları sosyal alanda bekar olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (Tablo 17). Sosyal alanda bekar olan HIV(+) taşıyıcılarına oranla evli olanların kendilerini daha iyi ifade edebilmesi, yalnız hissetmemesi ve kendilerine olan güvenlerinin artması olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda HBV, HCV ve HIV taşıyan hastaların eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi bulgularına baktığımızda, kişilerin eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puanlarının yükseldiğini görüyoruz (Tablo 5, Tablo 11, Tablo 17) . Bu durum özellikle lisans ve lisansüstü mezun olan HBV ve HCV taşıyan hastalarda daha belirginlik göstermektedir. Çalışmamızdaki bu sonuç, kişilerin aldıkları eğitim düzeylerine göre, sahip oldukları enfeksiyon ile ilgili farkındalıklarının arttığını, sahip oldukları enfeksiyon ile başa çıkabildiklerini ve gerek bedensel gerek ruhsal olarak kendilerine dikkat ettiklerini göstermektedir. Olson et al. (2005) ile Nojomi et al. (2008) yaptıkları çalışmalarda da eğitim seviyesi düştükçe yaşam kalitesinin düştüğünü desteklemektedirler.

Serbest meslek, işçi ve memur grubunda yer alan HBV taşıyıcısı olan hastaların ev hanımı, emekli ve öğrenci grubunda yer alan HBV hastaları arasında anlamlı bir fark görülmesi, ev hanımı, emekli ve öğrenci grubundakilerin başka bir iş ile meşgul olmamalarına bağlanabilir (Tablo 5). Çalışmamızda işçilerdeki yaşam kalitesi düzeyi, serbest meslek çalışanları ve memurlara oranla daha düşük çıkmıştır. Ayrıca serbest meslek çalışanlarının da memurlara oranla yaşam kalitesi düzeyi düşük çıkmıştır (Tablo 5). İşçi olarak çalışan HBV taşıyan hastaların ise serbest meslek ve memur olarak çalışan HBV hastalarına göre yaşam kalitesi düzeylerinin düşük olması, çalışma şartları seviyesinin ve çalışma hayatının getirdiği stresin yaşam kalitesi ile bire bir bağlantılı olması ile açıklanabilir. HBV enfeksiyonu, ağır çalışan meslek gruplarında yaşam kalitesi üzerine negatif yönde bir etki yapmaktadır. HCV taşıyıcısı olan hastaların yaşam kalitesi ile meslek grupları arasındaki puan dağılımlarımıza baktığımızda Eşer ve

ark. (2006) yaptığı çalışma ile benzer sonuçlar çıkarmıştır (Tablo 11). Yaşam kalitesi puanlarının ev hanımlarında düşük, memurlarda yüksek oranda çıkmıştır. Eşer ve ark. bu sonucu, ev hanımlarının daha fazla sorumluluk üstlenmesi ve fiziksel güç harcamasının bu durumla ilgili olması olarak yorumlamıştır.

HIV enfeksiyonu taşıyan gruplarda ise meslek değişkenine göre anlamlı bir fark çıkmamıştır (Tablo 17).

HBV taşıyan hastaların gelir düzeyi durumlarına göre yaşam kalitesi düzeyleri incelediğinde; gelir durumu iyi olan HBV taşıyıcılarının yaşam kalitesi puanları gelir durumu orta ve kötü olanlara oranla yüksek çıkmıştır (Tablo 5). Ülkemizde uygulanan sağlık politikaları ile kişilerin ekonomik durumlarının bağlantılı olduğu düşünülünce ülkemizdeki işsizlik probleminden ya da HBV enfeksiyonundan dolayı çalışmayan ve dolayısıyla gelir düzeyi düşük olan HBV taşıyıcısı hastaların kontrollerine gidememesi nedeniyle tedavilerini yeterince alamaması durumunda yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etki edebileceği sonucuna varılabilir.

HCV taşıyan hastaların gelir düzeyi iyi olanların ağrı boyutunda istatistiksel anlamlılık görülmesi, HCV enfeksiyonunun önemli belirtilerinden olan eklem ağrılarını, gerekli olan ağrı kesiciye rahatça ulaşabilmeleri ya da diğer ağrı kesici yöntemleri maddi yönden rahatlıkla karşılayabilmeleri olarak düşünülmektedir (Tablo 11). Gelir düzeyi orta olan HCV taşıyan hastaların diğer gruplara göre fiziksel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon, mental rol güçlüğü, fiziksel ve mental ana boyutlarda istatistiksel anlamlılık ise sosyal güvencenin yaşam kalitesine olan olumlu etkisi olarak yorumlanabilir.

Bulgularımızda gelir düzeyi iyi olan HIV taşıyıcısı olan kişilerin özellikle sosyal fonksiyon olmak üzere fiziksel ve mental boyutta istatistiksel anlamlılık ile yaşam kalitesi puanlarının ortalamasının üstünde olduğunu görüyoruz (Tablo 17). Ayrıca gelir düzeyi orta olan HIV(+) taşıyıcılarında da sosyal fonksiyon olarak istatistiksel anlamlılık gözlenmiştir (Tablo 17). Wing et al. (2006) ile Worthington et al. (2005)'nin yaptıkları çalışmalarda sosyoekonomik durum ile HIV/AIDS hastalarındaki yaşam kalitelerinde doğrusal bir ilişki olduğunu saptamıştır. HIV(+) kişilerin tedavilerinde kullandıkları ilaçların fazla olması ve bunların maddi olarak karşılanması, bu durumu açıklayabilir.

Çalışan HBV, HCV ya da HIV enfeksiyonu taşıyan hastaların, çalışmayanlara oranla yaşam kalitesi puanları daha yüksek çıkmıştır (Tablo 5, Tablo 11, Tablo 17). Yaşam

kalitesinin meslek grupları arasında başta işçi grubu olmak üzere HBV taşıyıcılarının yaşam kalitesinin ev hanımı, emekli, öğrenci gibi durağan mesleklere göre düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Çalışan HBV taşıyıcısı hastaların, HBV enfeksiyonunun semptomlarından ötürü yaşam kaliteleri etkilenebilir. Çalışan HCV enfeksiyonu taşıyıcısı olan hastalarda enerji alt boyutu ve mental ana boyutta çalışmayanlara göre daha yüksek puan aldıkları görülmüştür (Tablo 11). HCV enfeksiyonu taşıyan hastaların çalışma hayatlarında “kabullenilme” duygusu ile kendilerini mental olarak iyi hissetmesi dolayısıyla iş yapabilme ve günlük aktivitelerini yerine getirebilme yetilerinin olumlu yönde etkilenmesi şeklinde yorumlanabilir. Çalışma hayatı, ne kadar zor olsa da insanın sosyal hayatını zenginleştiren önemli bir faktördür. Bulgularımız da HIV(+) tanısı aldıktan sonra çalışmaya devam eden kişilerin, çalışmayı bırakan kişilere göre yaşam kalitelerinin yükseldiğini belirgin bir oranda görmekteyiz (Tablo 17). Toplumun bakış açısı HIV enfeksiyonu taşıyan kişileri olumsuz yönde etkileyebilir. Fakat bu kişilerin çalışma hayatına katılması yaşam kalitelerine pozitif yönde etki edebilir. Bu yüzden HIV(+) konusunda, toplumun bilinçlendirilmesinin önemli bir faktör olduğu söylenilebilir.

7.3. Hepatit B İnfeksiyonu, Hepatit C İnfeksiyonu, HIV Taşıyıcılarının Hastalık Değişkenlerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışıl

Hussain (2002) yaptığı çalışmada hastalık süresinin uzamasının, bireylerde kronik hastalığa sahip olmanın getirdiği sınırlılıkları daha uzun sürede yaşamalarına, daha çok invaziv girişimlere maruz kalmalarına sebep olduğunu ve hastalık semptomlarının artması ile bedensel alanda düşkünlüğe yol açtığını belirtmektedir. Çalışmamızda da, bu çalışmalara paralel olarak hastalığın tanı zamanına ve tedavi süresine göre yaşam kalitesi bulgularını incelediğimizde, HBV taşıyıcısı olduğunu yeni öğrenen grup olan 1-5 yıl içerisinde tanı alan ve tedaviye yeni başlayan grup olan 1-5 yıl içerisinde tedavi alan HBV taşıyan hastaların fiziksel fonksiyon olarak yaşam kalitesi skorunun diğer tanı zamanı ve tedavi süresi gruplarındaki HBV taşıyan hastaların diğer gruplara göre yüksek puan aldıklarını görüyoruz. Ayrıca 1-5 yıl içerisinde tedavi alan HBV taşıyan hastalarda ki genel sağlık algısı puanı diğer gruptaki HBV taşıyıcılarına göre yüksek bulunmuştur (Tablo 6). HCV taşıyan hastaların tanı zamanı ile yaşam kalitesi bulguları incelendiğinde, 1-5 yıl içerisinde tanı alan kişilerin fiziksel fonksiyonlarında istatistiksel anlamlılık görülmüştür (Tablo 12). İnfeksiyonun, zaman geçtikçe semptomların da

etkisiyle fiziksel olarak kişiyi etkilediğini fakat yaşam kalitesindeki diğer boyutları etkilemediğini söyleyebiliriz. Eşer ve ark. (2006) yaptığı çalışmada hastalığın tanı zamanı gruplarının HCV infeksiyonu taşıyan hastaların yaşam kalitesi ile ilişkili bulgular bulunmadığı kaydedilmiştir. Tedaviye yeni başlamış olan 1–5 yıl içerisinde tedavi gören HCV taşıyan hastaların genel sağlık algısı ve fiziksel boyut puanlarında diğer gruplara göre yüksek puan alması, tedavinin ilk aşamalarının yaşam kalitesi açısından olumlu derecede etkinliği olduğunu düşündürmektedir (Tablo 12).

Hastalığın tanı zamanı ile HIV(+) kişilerin yaşam kalitesi bulgularımızı incelediğimizde, 10–25 yıl içerisinde tanı alan HIV(+) kişilerin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü ve genel sağlık algılarında diğer gruplara oranla yüksek puanlar gözlenmiştir (Tablo 18). Tanı zamanı süresinin artmasının HIV ile yaşamaya alışmasını sağlaması, her geçen zaman içerisinde HIV infeksiyonu hakkında bilgi düzeyinin artması ve kendi kendine bu infeksiyon ile başa çıkma stratejileri geliştirmesi olarak yorumlanabilir. HIV/AIDS hakkında yapılan çalışmalar göstermiştir ki tedavi merkezlerinin kapasitesinin artırılması ve çok disiplinli bakımların geliştirilmesi yaşam kalitesini arttıracaktır (Hays et al., 2000; Crook et al. 2005). 28 çalışmanın derlendiği bir meta-analiz araştırma sonucunda fiziksel ve mental rehabilitasyon servislerinde; kapsamlı tedavi stratejilerinin, çeşitliliğin, devamlılığın sağlandığı tedavi modellerinin geliştirilmesi hastalığın iyileşmesinde etkili olacağı belirtilmiş ve bununla birlikte hastaların yaşam kalitesinde de yükselme olacağı istendik bir sonuç olarak gösterilmiştir (Handford et al., 2006). Tedavinin etkinliğini, çalışmamızda fiziksel rol güçlüğüne 10-25 yıl içerisinde tedavi alan HIV(+) kişilerde diğer tedavi süresi gruplarına göre yüksek puanlarda görülmesi açısından değerlendirdiğimizde, antiretroviral tedavinin HIV(+) kişiler üzerinde olumlu bir etki yarattığını söyleyebiliriz (Tablo 18). Ayrıca çalışmamızda tedavinin yeterliliği konusunda fikri olmayan HIV(+) taşıyıcılarının mental sağlık durumlarındaki istatistiksel anlamlılığı, tedavinin yeterliliği konusunu düşünmeyen fakat gereken tedaviyi kabullenip uygulayan kişilerin mental olarak olumlu yönde etkilenmesi olarak yorumlayabiliriz (Tablo 18).

Bulgularımız, HIV konusunda yeterli derecede bilgisi olduğunu düşünen HIV taşıyıcılarının yaşam kalitesi puanlarının, bilgisi az olduğunu düşünenlere oranla yüksek çıktığını göstermektedir (Tablo 18). Sahip olunan infeksiyon hakkındaki bilgi

durumunun yaşam kalitesi için olumlu derecede etkin olmasına bulgularımızdaki bu sonuçlar ile varılabilir.

Çalışmamızdaki HBV taşıyan hastalarının, HBV enfeksiyonu ile ilgili eğitim alma durumunun yaşam kalitesi puanlarına baktığımızda fiziksel rol güçlüğü skoru ile HBV enfeksiyonu hakkında bilgi sahibi olduğunu düşünen kişilerin genel sağlık algısı ve enerji puanları, fiziksel ve mental ana boyutlarda aldıkları puanların diğer gruplarda ki HBV taşıyan hastalara göre yüksek olduğunu görmekteyiz (Tablo 6). Buradan yola çıkarak hastalık konusunda bilinçlenen HBV taşıyıcısı hastaların, HBV ile başa çıkabilme yöntemlerini kullandığını ve HBV ile yaşamayı benimsedikleri sonucuna varabiliriz. Fakat HBV enfeksiyonu ile ilgili eğitim alan HBV taşıyıcılarının fiziksel rol güçlüğü dışında yaşam kalitesi puanlarında hastalık ile ilgili eğitim almayan grup ile istatistiksel olarak anlamlılık görülmesi, HBV taşıyan hastalara verilen eğitimin etkinliğinin yetersiz olduğunu düşündürtebilir. Tan et al. HBV taşıyıcıları ile yaptığı çalışmada toplumun enfeksiyon taşıyıcılığı konusunda farkındalığını arttırmaya ihtiyaç olduğunu ve bu konuda sağlık çalışanlarının eğitim programları ile başa çıkma stratejilerini enfeksiyon taşıyıcılarına öğretmeleri gerektiğini belirtmektedir.

Çalışmamızda tedavinin yeterli olduğunu düşünen HBV hastalarının yaşam kalitelerinin, tedavinin kısmen yeterli olduğunu ya da yeterli olmadığını düşünen ve yeterliliği konusunda fikri olmayan gruplarda ki HBV taşıyıcılarından yüksek bulunmuştur (Tablo 6). Özellikle ağrı skorunda tedaviyi yeterli bulan HBV hastaları istatistiksel olarak ileri derecede anlamlılık oluşturmaktadırlar (Tablo 6). Bu bulgular ışığında tedavinin yaşam kalitesi üzerindeki pozitif etkisinin ortaya çıktığı sonucuna varılabilir.

Gaynes (2002) yaptığı araştırmada kronik fiziksel hastalık ile psikiyatrik bozukluğun birbirini tetiklediğini göstermekte ve fiziksel, somatik sıkıntıdan olayı fiziksel hastalıkların psikiyatrik hastalık riskini arttırdığını belirtmiştir. Oysa çalışmamıza katılan HBV hastalarının psikolojik yardım alma durumlarına baktığımızda psikolojik yardım almayan HBV taşıyıcılarının alanlara oranla yaşam kalitelerinin yüksek çıkmıştır (Tablo 6). Çalışmamızda psikolojik destek almayan HCV hastalarının yaşam kalitelerinin alanlara göre yüksek olduğu görülmektedir. Eşer ve ark. (2006) yaptıkları çalışmada bu durumu, psikolojik destek alan hastaların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi puanlarının düşük olması, hastalığın kronik olmasına, semptomların ağır

seyretmesine ve hastalığın giderek ilerleyen bir süreç izlemesine bağlamıştır (Tablo 12). Çalışmamızda HIV/AIDS hakkında eğitim alan HIV(+) kişilerin mental sağlık puanlarının yüksek olduğu gözlenmiştir (Tablo 18). Bu doğrultuda denilebilir ki, HIV/AIDS konusunda bilgilenen HIV(+) kişiler, hastalıkları hakkında ne yapmaları gerektiğini öğrenmektedirler. Bu konuda Najomi et al. (2008) yaptığı çalışmada kuruluşların, sosyal destek üniteleri ve karşılaştırmalı eğitim metodlarının geliştirmesi dolayısıyla hastalık problemlerinin konsantre olunmasına, hastalar için psikiyatrik konsültasyon yapılması gerektiğini ve sadece hastalara değil hasta ailelerine de eğitim verilmesi gerektiğini belirtmektedir. Hastaların yaşam kalitesinin bu öneriler doğrultusunda yükseltilebileceği söylenmektedir. Ayrıca bu çalışma ile bulgularımızdaki HIV taşıyıcılarının psikolojik yardım alma durumuna göre yaşam kalitesi durumlarını değerlendirdiğimizde istatistiksel bir anlamlılığın görülmemesi Najomi et al. (2008) önerilerinin göz önünde tutulması gerektiğini göstermektedir (Tablo 18). Psikolojik yardım alma durumunun yaşam kalitesi puanları üzerinde ortalamanın üstünde olması da HIV(+) kişilerin sahip oldukları infeksiyon ile başa çıkabilme yetenekleri konusunda olumlu bir fikir yaratsa da psikolojik destek bu hastalar için önemli yer tutmaktadır (Tablo 18).

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada kronik HBV, HCV ve HIV taşıyıcılarının yaşam kaliteleri değerlendirildi ve aşağıdaki sonuçlar elde edildi.

- HBV taşıyıcılarının %63.6'sı erkek, HCV taşıyıcılarının %67.9'u kadın, HIV taşıyıcılarının %63.6'sı erkek olup (Tablo 4, Tablo 10, Tablo 16); yaş ortalamaları HBV taşıyıcılarında 41.72 ± 13.39 , HCV taşıyıcılarında 52.82 ± 9.97 ve HIV taşıyıcılarında 34.16 ± 7.72 yaş aralığında olan kişiler oluşturdu (Tablo 1, Tablo 7, Tablo 13).

- HBV ve HCV taşıyıcılarının çoğunluğunu evli, ilköğretim mezunu olan HIV taşıyıcılarının çoğunluğunu ise bekar, lisans ve lisans üstü mezunu olan kişiler oluşturdu (Tablo 2, Tablo 8, Tablo 14).

- HBV taşıyıcılarının çoğunluğunun işçi, HCV taşıyıcılarının ev hanımı ve HIV taşıyıcılarının memur meslek gruplarında oldukları görüldü (Tablo 2, Tablo 8, Tablo 14).

- HBV, HCV ve HIV taşıyıcılarının çoğunluğunun gelir düzeyinin orta olduğu saptandı (Tablo 2, Tablo 8, Tablo 14).

- HBV ve HCV taşıyıcılarının çoğunluğunu hastalığın teşhisinden sonra çalışmayan, HIV taşıyıcılarının ise hastalığın teşhisinden sonra çalışmaya devam eden kişiler oluşturdu (Tablo 3, Tablo 9, Tablo 15).

- 1-5 yıl içerisinde tanı alan HBV ve HCV taşıyıcıları çoğunlukta olup hastalık hakkında eğitim almadığı ve hastalıkları hakkında az bilgi sahibi oldukları görüldü. HIV taşıyıcılarının çoğunluğunu da 1-5 yıl içerisinde tanı alan kişiler oluştururken hastalıkları hakkında eğitim aldıkları ve hastalıkları hakkında yeterli bilgiye sahip oldukları belirlendi (Tablo 3, Tablo 9, Tablo 15).

- Çoğunluğunu 1-5 yıl arasında tedavi gören HBV ve HIV taşıyıcılarının oluşturduğu kişilerin tedavinin yeterli olduklarını düşündükleri saptandı. Gene büyük bir kısmı 1-5 yıl içerisinde tedavi gören HCV taşıyıcılarının ise alınan tedavilerin kısmen yeterli olduğunu düşünceleri sonucuna varıldı (Tablo 3, Tablo 9, Tablo 15).

- HBV ve HCV taşıyıcılarının çoğunluğunun psikolojik yardım almadıkları görülürken HIV taşıyıcılarının psikolojik yardım aldığı saptandı (Tablo 3, Tablo 9, Tablo 15).

- HBV taşıyıcılarının yaşam kalitesi puanları fiziksel ve mental ana boyutlarda ortalamanın üstünde olarak saptandı. (Tablo 4). HCV taşıyıcılarının yaşam kalitesi puanları ise ağrı, genel sağlık algısı, enerji, sosyal fonksiyon ve mental sağlık alt boyutları ile fiziksel ve mental ana boyutlarda ortalamanın üstünde olarak saptandı (Tablo 10). HIV taşıyıcılarının yaşam kalitesi puanlarının tüm alt ve ana boyutlarda ortalamanın üstünde olduğu belirlendi (Tablo 16).

- 36-49 yaş arası ile erkek olan HBV ve HCV taşıyıcılarının, 50-80 yaş grubu ile kadın olan HBV ve HCV taşıyıcılarından fiziksel fonksiyon alt boyutundan yüksek puan aldıkları sonucuna varıldı (Tablo 5, Tablo 11, Tablo 17).

- Bekar olan HBV taşıyıcılarının yaşam kalitesi puanları evli olan HBV taşıyıcılarından yüksek oran görülürken sadece enerji alt boyutunda evli olan HCV taşıyıcıları bekar olanlara göre ortalamanın üstünde puan aldı (Tablo 5, Tablo 11, Tablo 17).

- HBV ve HCV taşıyıcılarından lisans ve lisans üstü mezunlarının yaşam kalitesi puanları ortalamanın üstünde bulundu (Tablo 5, Tablo 11, Tablo 17).

- Serbest meslek, işçi, memur çalışanı olan HBV taşıyıcıları ile memur olan HCV taşıyıcılarının fiziksel ana boyutundan, ev hanımı olan HBV ve HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan aldıkları belirlendi (Tablo 5, Tablo 11, Tablo 17).

- Gelir düzeyi iyi olan HBV taşıyıcıları ile gelir düzeyi iyi ya da orta olan HCV taşıyıcılarının yaşam kalitesi puanları ortalamanın üstünde saptandı (Tablo 5, Tablo 11, Tablo 17).

- Hastalığın teşhisinden sonra çalışmaya devam eden HBV taşıyıcılarının sosyal fonksiyon dışında, HCV taşıyıcılarının ise sadece mental ana boyut olmak üzere ortalamanın üzerinde puan alırken teşhis sonrası çalışmaya devam eden HIV taşıyıcılarının yaşam kalitesinin tüm alt ve ana boyutlarından ortalamanın üzerinde puan aldıkları belirlendi (Tablo 6, Tablo 12, Tablo 18).

- 1-5 yıl içerisinde tanı alan HBV ve HIV taşıyıcıları fiziksel fonksiyon alt boyutundan 10-25 yıl içerisinde tanı alanlara göre ortalamanın üzerinde puan aldı (Tablo 6, Tablo 18).

- 1-5 yıl içerisinde tedavi gören HBV ve HCV taşıyıcılarının genel sağlık algısı alt boyutundan ve fiziksel ana boyuttan ortalamanın üzerinde puan aldıkları görüldü (Tablo 6, Tablo 12).

- Hastalığı hakkında eğitim alan HIV taşıyıcılarının mental sağlık alt boyutundan, HBV taşıyıcılarının ise fiziksel rol alt boyutundan ortalamanın üstünde puan aldıkları belirlendi (Tablo 6, Tablo 18).

- Hastalıkları hakkında yeterli bilgi sahibi olan HBV ve HIV taşıyıcıları yaşam kalitesi alt ve ana boyutlarından ortalamanın üstünde puan aldı (Tablo 6, Tablo 18).

- Alınan tedavilerin yeterliliği konusunda fikri olmayan HIV taşıyıcılarının mental sağlık alt boyutundan yüksek puan aldıkları saptandı (Tablo 18).

- Psikolojik yardım almayan HBV ve HCV taşıyıcıları psikolojik yardım alanlara oranla yüksek puan aldı (Tablo 6, Tablo 12).

- HIV enfeksiyonu taşıyıcıları, fiziksel fonksiyon alt boyutundan HBV ve HCV enfeksiyonu taşıyıcılarından, HBV enfeksiyonu taşıyıcıları da HCV enfeksiyonu taşıyıcılarından anlamlı derecede yüksek puan aldı (Tablo 19).

- Fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan HIV ve HBV enfeksiyonu taşıyıcıları, HCV enfeksiyonu taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan aldı (Tablo 19).

- HBV enfeksiyonu taşıyıcılarının ağrı ve enerji alt boyutlarından HCV enfeksiyonu taşıyıcılarından anlamlı derecede yüksek puan aldıkları belirlendi (Tablo 19).

- Sosyal fonksiyon alt boyutundan HBV ve HCV taşıyıcıları, HIV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan aldıkları sonucuna varıldı (Tablo 19).

- Mental rol alt boyutundan HBV ve HIV taşıyıcıları istatistiksel olarak anlamlı derecede HCV taşıyıcılarına göre yüksek puan aldı (Tablo 19).

- HBV ve HIV enfeksiyonu taşıyıcılarının fiziksel ana boyuttan HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan aldıkları görüldü (Tablo 19).

- HBV infeksiyonu taşıyıcılarının mental ana boyuttan HCV taşıyıcılarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan aldıkları belirlendi (Tablo 19).

Öneriler:

- HBV, HCV ve HIV taşıyıcısı kişilerin sosyal durumları ve hastalıklarının etkileri göz önünde bulundurularak özellikle kadınlar, evli olanlar, yaşları ilerlemiş olanlar ile çalışmayan gruplar dikkate alınıp hasta ve yakınlarına yönelik yaşam kalitesini artırıcı eğitim programları düzenlenebilir.

- HBV, HCV ve HIV taşıyıcısı kişilere yönelik psikolojik destek grupları oluşturulabilir ve başa çıkma yöntemleri hakkında destek verilebilir.

- HCV taşıyıcıları başta olmak üzere, ağrı kontrolü konusunda eğitim verilmeli, hemşirelik girişimleri geliştirilmelidir.

- HBV, HCV ve HIV konularının tedavi yöntemleri ve hemşirelik bakım planları konusunda detaylı strateji geliştirilip devamlılık sağlanabilir. Ayrıca bu hastalara fiziksel ve mental rehabilitasyona yönelik tedavi girişimleri planlanabilir.

9. KAYNAKLAR

Abacıoğlu H. (1999) Hepatit C virüsü: Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, Güneş Kitabevi, Ankara; 19:881-888

Acaray A. (2003) Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi ve Hasta Yakınlarının Hastalara İlişkin Algıladıkları Yaşam Kalitesi Görüşleri İle Karşılaştırılması. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. R. Pınar)

Ackerman Z ve ark. (2000) Intrafamilial transmission of hepatitis C virus: a systematic review. J Viral Hepat; 7: 93-103.

Akdemir N., Birol L. (2003) İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ekin Yayıncılık, İstanbul, s: 648-653, 763-771

Akkız H. (2002) HCV İnfeksiyonu: Epidemiyoloji ve Korunma: Viral Hepatit Kitap CD'si., Viral Hepatit Savaşım Derneği

Aldinç H, Aytar B, Demetçi ME, Seçen AE, Şahin A, Yılmaz H. (2004) Ankara ilinden seçilen birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 18 yaş ve üzeri kişilerin medikososyal özelliklerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması, Tez çalışması, Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Alter MJ. (1995) Epidemiology of hepatitis C in the West. Semin Liver Dis.; 15(1):5-14.

Amarapurkar DN. Extrahepatic manifestations of viral hepatitis. Ann Hepatol;1:192-5 (2002)

Aranda-Naranjo B. (2004) Quality of life in HIV-positive patient. J Assoc Nurses AIDS Care.; 15 (suppl 5):20 – 27

Armstrong GL, Wasley A. (2006) The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1999 through 2002. Anals Of Internal Medicine 144(10): 705

Aşkar E. (2006) Sağlık Çalışanlarında Hepatit B ve Hepatit C Seroprevalansı. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları, Uzmanlık Tezi, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Turan Aslan)

Averhoff F, Mahoney F, Coleman P et al. Immunogenicity of hepatitis B vaccines-Implications for persons at occupational risk of hepatitis B virus infection. Am J Prev Med 1998;15:1-8.

Aydın Ö. A., Karaosmanoğlu K. H., Kökrek A., Işık M.E., Nazlıcan Ö. (2009) İstanbul Bölgesi Kan Donörlerinde HBsAg, Anti-HCV ve Anti-HIV Seroprevalansı, Viral Hepatit Dergisi; 14(2): 69-73

Babayiğit M. A., Bakır B. (2004) HIV Enfeksiyonu ve AIDS: Epidemiyoloji ve Korunma. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,; 3 (11):280, 284-287, 290

Badur S. (2005) Hepatit B Enfeksiyonları: Epidemiyoloji ve Aşısı. Klinik Gelişim 18(3): 32-43

Bakar M. (1998) Hayat kadınları, hemşire ve gebelerde HBV, HCV ve HIV prevalanslarının karşılaştırılması. Uzmanlık tezi, İstanbul

Bardage G, Isacson DGL. Hypertension and health related quality of life: an epidemiological study in Sweden. J Clin Epidemiol 2001;54:172-181

Bartlett JG. (2003) Panel on Clinical Practices Issues Revised Adult Antiretroviral treatment Guidelines. The Hopkins HIV Report, September Vol: 15; No:5.

Barut H. Ş., Günal Ö. (2009). Dünyada ve Ülkemizde Hepatit C Epidemiyolojisi. Klimik Dergisi 22(2): 38-43

Bayliss MS, Gandek B, Bungay KM, Sugano D, Hsu MA, Ware JE. (1998) A questionnaire to assess the generic and disease-specific health outcomes of patients with chronic hepatitis C. Quality of Life Research; 7: 39-55

Beji N. K., Çoşkun A., Reis N. (2003) Jinekolojik Kanserlerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler, Doktora Tezi , İstanbul

Beser N., Öz F. (2003). Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7(1)

Bianchi G, Loguercio C, Sgarbi D, et al. (2000) Reduced quality of life in patients with chronic hepatitis C: Effects of interferon treatment. *Digest Liver Disorder*; 32: 398-405.

Bilgiç A., Özacar T., Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M. (2002) Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi: Hepatit B Virüsü. Nobel Tıp Kitabevleri İstanbul, 1350-1370

Boland GJ, De Gast GC, Italiender E, vander Reijden J, Van Hattum L. Long-term immunity to hepatitis B infection after vaccination with recombinant hepatitis B vaccine. *Hepatology* 1995;22:325.

Bonanni P. Implementation in Italy of a universal vaccination programme against hepatitis B. *Vaccine* 1995;13 (Suppl. 1):S68-71.

Bonnani P, Pesavento G, Bechini A et al. Impact of universal vaccination programmes on the epidemiology of hepatitis B: 10 years of experience in Italy. *Vaccine* 2003;21:685-91.

Borhoeffer J, Kohl K, Chen R et al. The Brighton Collaboration: addressing the need for standardized case definitions of adverse events following immunization (AEFI). *Vaccine* 2002;21:298-302.

Campbell S, Glasper EA, Wong D (Eds) (1999) Whaley and Wong's Children's Nursing. Mosby International Ltd. London. s. 579-580

Chronic hepatitis C: The virus, its discovery and the natural history of the disease. *Journal of Viral Hepatitis*; 5: 213-22

CDC.(2001) Guidelines of management of occupational exposures to HBV, HCV and HIV and recommendations for postexposures prophylaxis. *MMWR*; 50: 1-42.

Cerny A, Chisari FV. (1999) Pathogenesis of chronic hepatitis C: immunological features of hepatic injury and viral persistence. *Hepatology*; 30: 595-601.

Chang M-H. Poor response to HBV vaccination and strategies to enhance immunogenicity. *J Gastroenterol Hepatol* 2004;19:S131-S2.

Chong, CAKY, Gulamhussein A, Heathcote EJ, et al.(2003) Health-state utilities and quality of life in hepatitis C patients. *The American Journal of Gastroenterology*; 98, 3: 630-8

Chopra S. (2004) Epidemiology and transmission of hepatitis C virus infection. In: uptodate, Rose, Wellesley, MA

Chu CM ve ark. (1999) Fulminant hepatic failure in acute hepatitis C: increased risk in chronic carriers of HBV; 45: 481-2.

Clayson DJ, Wild DJ, Quarterman P, Duprat-Lommon I, Kubin M, Coons SJ. (2006) A comparative review of health-related quality of life measures for use in HIV/AIDS clinical trials. *Pharmacoeconomics*; 24(8): 751 – 765

Crook J, Browne G, Roberts J, Gafni A. (2005) Impact of support service provided by a community-based AIDS service organization on people living with HIV/AIDS. *J Assoc Nurses AIDS Care.*; 16: 39 – 49

Çadircı D. (2007) Kronik Viral Hepatit B Olgularında Yaşam Kalitesi ve Depresyon. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi. (Danışman: Doç. Dr. Abdurrahman Altındağ)

Çavuşoğlu H. (2002) Çocuklarda Hepatit B'nin Yönetimi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2002, 6 (2)

Çaylan R. (2007) Kronik hepatitler ve yaşam kalitesi. Tabak F, Balık I, Tekeli E (editörler). *Viral Hepatit 2007*. 1. Baskı. İstanbul: Viral Hepatitle Savaşım Derneği; 376-82

Dan AA, Martin LM, Crone C, et al. (2006) Depression, anemia and health-related quality of life in chronic hepatitis C. *Journal of Hepatology*; 44:491-8

Di Bisceglie AM. (2000) Natural history of hepatitis C. Its impact on clinical management. *Hepatology*; 31: 1014-8.

Di Bisceglie A, Conjeevaram H, Fried M., et al. (1995) Ribavirin as therapy for chronic Hepatitis C. *Ann Intern . Med.*;123;897

Elmi Ş. (2007) HIV/AIDS, HBV, HCV Sifiliz ve Genital Herpes'in Toplumda ve Riskli Davranış Modeli Gösteren Seks İşçilerinde Karşılaştırılması. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Uzm. Dr. Özcan Nazlıcan)

Erdine S., Ağrı ve Etik. <http://www.algoloji.org.tr/etkinlik-kitap>, 2006

Eser E, Eser S, Özyurt BC, Fidaner C. (2005) Perception of quality of life by a sample of Turkish older adults: WHOQOL-OLD Project Turkish focus group results. *Turkish Journal of Geriatrics*;8(4):169-83

Eşer İ. Khorshid L., Türk Güleğün (2006), Kronik Hepatit C Hastalarının Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Viral Hepatit Dergisi* 11(1): 41-45

Eti Aslan F., Akut Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü. *Akut Ağrı (Özyalçın NS) Ankara, Güneş Kitap Evi*; 303-329.

Eti Aslan F., Politravmada Acil Bakım. Şelimen D. (ed), *Acil Bakım*, 3. Basım, Yüce Yayım, İstanbul. 2004;207-229.

Eti Aslan F., Ağrıya İlişkin Yanılgı ve Gerçekler. *Sendrom*, 2002; 14;94-98
Ferreira- Gonzalez A, Shiffman ML. (2004) Use of diagnostic testing for managing Hepatitis C Virus infection. *Semin Liver Dis.*; 24 Suppl 2:9-18. Review

Fontana RJ, Moyer CA, Sonnad S, et al. (2001) Comorbidities and quality of life in patients with interferon-refractory chronic hepatitis C. *The American Journal of Gastroenterology*; 96,1: 170-8.,

Foster GR, Golden RD, Thomas HC. (1998) Chronic Hepatitis C Infection Causes A Significant Reduction in Quality Of Life in The Absence Of Sirhosis. *Hepatology*; 27: 209-212

Furusyo N, Hayashi J, Kakuda K, Ariyama I, Kanamoto Y, Shimizu C, Etoh Y, Shigematsu M, Kashiwagi S. (2001) Acute Hepatitis C Among Japanese Hemodialysis Patients: A Prospective Year Study. *The American Journal of Gastroenterology*. 96(5), 1592-1600.,

Gallegos-Orozco JF, Fuentes AP, Argueta JG, et al. (2003) Health-related quality of life and depression inpatients with chronic hepatitis C. *Archives of MedicalResearch*; 34: 124-9

Galvão MT, Cerqueira AT, Marcondes-Machado J. (2003) Evaluation of quality of life among women with HIV/ using HAT-QoL. *Gad Saude Publica*. 2004; 20: 430 – 437., O'Connell K, Skevington S, Saxena S. WHOQOL HIV Group. Preliminary development of the World Health Organization's Quality of Life HIV instrument (WHOQOL-HIV): analysis of the pilot version. *Soc Sci Med*. 2003; 57: 1259 – 1275.

Grosheide P, Van Damme P. Prevention and control of hepatitis B in the community. WHO-VHPB: Communicable Diseases Series No 1; Viral Hepatitis Prevention Board Secretariat, Edegem-Belçika, 1996.

Güler D. (2006), Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, (Danışman: Doç. Dr. Yüksel Altuntaş)

Günel Ö., Hızel K., Güzel Ö., Dizbay M., Ulutan F., Arman D. (2006). Viral Hepatit Dergisi. 11(2):65-69

Gürbüz Y. (2006) Kronik Hepatitlerde Güncel Durum: Hepatit C Tedavisi. EKMUD Bilimsel Platformu, Bilkent Otel ve Konferans Merkezi, Ankara.

Handford CD, Tynan AM, Rackal JM, Glazier RH. (2006) Setting and organization of care for persons living with HIV/AIDS. Cochrane Data Base Sys Rev.; 3: CD004348

Hays RD, Cunningham WE, Sherbourne CD, Wilson IB, Wu AW, Cleary PD, et al. (2000) Health -related quality of life inpatient with human immunodeficiency virus infection in the United State: result from the HIV Cost and Service Utilization Study. Am J Med.; 108: 714 – 722

Hardikar W. (2002) Hepatitis C in childhood. J Gastroenterol and Hepatol;476-481

Hieu NT, Kim KH, Janowicz Z, Timmermans I. Comparative efficacy, safety and immunogenicity of Hepavax-Gene and Engerix-B, recombinant hepatitis B vaccines, in infants born to HBsAg and HBeAg positive mothers in Vietnam: An assessment at 2 years. Vaccine 2002; 20: 1803-8.

Hussain KB, Fontana RJ, Moyer CA, Su GL, Sneed-Pee N, Lok ASF. (2002) Co-Morbid illness is an important determinant of health-related quality of life in patients with chronic hepatitis C. Am J Gastroenterol- Riedinger MS, Dracup KA, Brecht ML, SOLVD Investigators. Quality of life in women with heart failure, normative groups and patients with other chronic conditions. Am J Crit Care; 11: 211-9.2001; 96: 2737-44

İpek F. Mızrak T., Uçun F. Doğru A., Uysal E. (2000). Dış Hekimliği Fakültesi Öğrencilerinin Hepatit B Bilgi Düzeylerinin Araştırılması. Dicle Tıp Dergisi c:27 s.55-61

Jung MC, Rape GR (2002) Immunology of hepatitis B infection. The Lancet, 2: 43-50.

Kane M. Global programme for control of hepatitis B infection. Vaccine 1995;13 (Suppl 1):S47-9.

Kane M, Banatvala J, Da Villa G et al (European Consensus group on hepatitis B immunity). Are booster immunisations needed for lifelong hepatitis B immunity? Lancet 2000;355:561-5.

Karaçay P., Aslan FE., Selimen D., Acil Travma Ünitelerinde Ağrı Geçirme Yaklaşımlarının Belirlenmesi. Ağrı 2006;8:44-51

Karadakovan A(2002) Hepatit-B İnfeksiyonu ve Koruyucu Önlemler. Aile ve Toplum Dergisi, Nisan Haziran. 13-19.

Kargı E., Külah C., Hoşnüter M., Babuccu O., Tekerekoğlu B., Tekin İ. (2003). Plastik Cerrahide Hepatit B, Hepatit C ve HIV Enfeksiyonu Riski. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, 5(2):14-17

Karlıgil T., Uygur O. (2007) Sağlık personeli ve toplumda hepatit B virüsüne karşı oluşan doğal bağışıklık ve immünizasyonla gelişen antikor düzeylerinin araştırılması. Gaziantep Üniversitesi Tıp Dergisi, 1:31-34

Krugman S, Giles JP, Hammond J: Viral hepatitis, type B (MS-2 strain): studies on active immunization. JAMA 1971;217:41-5.

Lock G, Dirscherl M, Obermeier F, et al. (2006) Hepatitis C - contamination of toothbrushes: myth or reality? J Viral Hepat 2006; 13: 571-3. (D)

Marchesini G, Bianchi G, Amodio P, et al. (2001) Factors associated with poor health-related quality of life of patients with cirrhosis. Gastroenterology 2001;120: 170-8..

Matsumara H ve ark. (2000) Natural course of progression of liver fibrosis in Japanese patients with chronic liver disease type C a study of 527 patients at one establishment. J Viral Hepat; 7: 268-75.

McAlear WJ, Buynack EB, Naigetter RZ et al. Human hepatitis-B vaccine from recombinant yeast. Nature 1984;307:178-80.

McHutchinson JG, Gordon SC, Schiff ER ve ark.(1998). Interferon alfa-2b alone or in combination with ribavirin as initial treatment for chronic hepatitis C. N. Engl. J. Med.;339:1485.

Mc Farland G, Mc Farlane EA (1989) Nursing Diagnosis and Intervention, Toronto, The C.V. Mosby Company, s.373-379.

Mele A, Stroffolini T, Zanetti AR. Hepatitis B in Italy: Where we are ten years after the introduction of mass vaccination. J Med Virol 2002;67:440-3.

Mıstık R. (2007) Türkiye’de viral hepatit epidemiyolojisi yayınların irdelenmesi. In: Tabak F, Balık İ, Tekeli E, eds. Viral Hepatit 2007. Ankara: Viral Hepatitle Savaşım Derneği: 10-50.

Mols F, Coeberg JWW, van de Poll-Franse LV. Health related quality of life and health care utilisation among older long-term cancer survivors: a population based-study. *Europ J Cancer* 2007;43:2211-2221

National Institutes of Health Consensus Statement on Management of Hepatitis C. Recommendation for prevention and control of hepatitis C virus infection and HCV related chronic disease. 2002; 19: 2-52.

Nojomi M., Anbary K., Ranjbar M. (2008) Health-Related Quality of Life in Patients with HIV/AIDS . *Archives of Iranian Medicine* , Vol:11 No:6 2008:608-612

Okay G. E. (2006), HIV/AIDS Hastalarında Elisa Yöntemi İle *Cryptosporidium* Türlerinin Sıklığının Araştırılması. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Uzm. Dr. Özcan Nazlıcan)

Olson SH, Iyer S, Scott J, et al. (2005) Cancer history and other personal factors affect quality of life in patients with hepatitis C. *Health and Quality of Life Outcomes*; 3: 391-7.

Ökten A. (2003) Türkiye’de kronik hepatit, siroz ve hepatoselluler karsinoma etiyolojisi. *Güncel Gastroenterol.*; 7(3): 187-91.

Örmeci N. (2005) Tedaviye Cevapsız Kronik B Hepatitinde Tedavi. *Viral Hepatit Dergisi*, 10(1):5-10

Özkan M, Corapçıoğlu A, Balcıoğlu I et al. (2006) Psychiatric morbidity and its effect on the quality of life of patients with chronic hepatitis B and hepatitis C. *Int J Psychiatry Med.*; 36(3): 283-97.

Özvarış ŞB (1999) Sağlık Çalışanlarının Enfeksiyonlardan Korunması. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 8(12): 455–457.

Park CK, Park SY, Kim ES et al. (2003) Assessment of quality of life and associated factors in patients with chronic viral liver disease. *Taehan Kan Hakhoe Chi.*; 9(3): 212- 21 (Abstract)

Pereira BJG ve ark.(1995) A controlled study of hepatitis C transmission by organ transplantation. *Lancet*; 345: 484-7.

Pınar R. (1995) Sağlık araştırmalarında yeni bir kavram; yaşam kalitesi, bir yaşam kalitesi ölçeğinin kronik hastalıklarda geçerlilik ve güvenirliğinin incelenmesi, Hemşirelik Bülteni, 9(38): 85-95.

Pojogo C, Dumistrascu DL, Pascu O et al. (2004) Impaired health-related quality of life in Romanian Patients with chronic viral hepatitis before antiviral therapy. *European Journal of Gastroenterology Hepatology.*; 16(1): 27-31

Poynard T, Bedossa P, Chevallier M, et al. (1995) A comparison of three interferon alfa2b regimens for the longterm treatment of chronic nonA, nonB hepatitis. *N. Engl. J. Med.*;332:145

Quer J, Esteban J. (2005) Epidemiology. In: Thomas HC, Lemon S. *Viral Hepatitis. USA. Blackwell Publishing*:407-425

Sanford JP, Gilbert DN, Moellering RC, Sande MA. (1997)Genetic diversity of HIV. *Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy. 6th ed.*:10.

Saito I, Inami F, Ikebe T, Moriwaki C, Tsubakimoto A, Yonemasu K, Ozawa H. Impact of diabetes on health-related quality of life in a population study in Japan. *Diabetes research and Clinical Practice* 2006;73:51-57

Schifano P, Borgia P, Wu AW, Spadea T, Milanese G, Perucci CA. (2003) Validity and reliability of the Italian translation of the MOS-HIV health survey in persons with AIDS. *Qual Life Res.*; 12: 1137 – 1146. Wachtel T, Piette J, Mor V, Stein M, Fleishman J, Carpenter C. Quality of life in persons with human immunodeficiency virus infection: measurement by the medical outcomes study instrument. *Ann Intern Med.*1992; 116: 129 – 137

Schneeberger PM, Keur I, Vliet V, Hoek K, Boswijk H, Loon A, Dijk W. (1998) Hepatitis C Virus Infections in Dialysis Centers in The Netherlands: a National Survey by Serological and Molecular Methods. *Journal of Clinical Microbiology.* 36,1711-1715.,

Sipahioğlu H. (2003) AIDS. 3. Baskı .Naturel Yayıncılık, Antalya, s:1-2-60-110-116

Sprangers MAG, de Regt EB, Andries F, ve ark. (2000)Which chronic conditions are associated with with beter or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol*;53:895-907

Sünbül M. (2007) HCV enfeksiyonunun epidemiyolojisi ve korunma. Tabak F, Balık D, Tekeli E (ed) Viral Hepatit 2007. İstanbul: Ohan Matbaası.; 208-219.

Şahin N. H., Bilgiç D., Esen Ü., Çetinkaya R., Tozoğlu Z. (2009) Bayan Kuaförü Çalışanlarının Hepatit B'ye İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 8(2):147-154

Şentürk H., Canbakan B., Yıldırım B., Hepatit C (2004). Gastroenterolojide Klinik Yaklaşım Sempozyum Dizisi No:38 s:151-157

Şenol Y., Türkay M. (2006). Yaşam Kalitesi Ölçütlerinde Taraf Tutma: Cevap Kayması. TAF Preventive Medicine Bulletin: 5(5) s: 382-389

Tan NC, Cheah SL. (2005) A qualitative study of health-seeking behaviour of Hepatitis B carriers. Singapore Med J.; 46:6-10

Tan N. C., Cheah S. L., Teo E. K., Yang L. H. (2008), Patients with chronic hepatitis B infection: what is their quality of life?. Singapore Med. J. 49(9):684-687

Taşyaran M. Hepatit B virüs enfeksiyonunda klinik. Tabak F, Balık. Viral Hepatitler, Viral Hepatit Savaşım Derneği, 118-122 (2007)

Tele SA, Martins RM, Lopes CL, dos Santos Carneiro MA, Souza KP, Yoshida CF. Immunogenicity of a recombinant hepatitis B vaccine (Euvax-B) in haemodialysis patients and staff. Eur J Epidemiol 2001; 17: 145-9.

Ten Doesschate MC, Koeter MW, Bockting CL, Schene AH; Delta Study Group. Health related quality of life in recurrent depression: a comparison with a general population sample. J Affective Disorders 2009 doi: 10.1016/j.jad.2009.04.026

Tosun S. (2006) Ulusal Hepatit B Aşılması. Viral Hepatit Dergisi 11(3): 117-125

Tümer A., (2010) HIV/AIDS Epidemiyolojisi ve Korunma. Hacettepe Üniversitesi HIV/AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi (HATAM). http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/Epid_web_10.pdf

Uçmak H., Ergün U. G., Çelik M., Ekerbiçer H. Ç., Kökoğlu Ö. F., Güler S., Bağcıoğlu E., Kuzhan N. (2007), İnaktif HBsAg Taşıyıcılarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Viral Hepatit Dergisi, 12(1):5-13

Uzun C. (2008) Kan donörlerinde HBsAg, anti-HCV, anti- HIV ve RPR sonuçlarının değerlendirilmesi. Türk Mikrobiyoloji Dergisi.; 38: 143-6.

Üstün M. E., Karadeniz G. (2006). Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Önemi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. Cilt:1 Sayı:1 s:39-41

Üstündağ H., Gül A., Zengin N., Aydın M. (2007) Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:2, Sayı:6 s:118-124

Walke LM, Byers AL, Gallo WT, Endras J, Fried TR. The Association of Symptoms with health outcomes in chronically ill adults. J Pain and Symptom Management 2007;33(1):58-66

Wainwright RB, Bulkow LR, Parkinson AJ, Zanis C, McMahon BJ. Protection provided by hepatitis B vaccine in a Yupik Eskimo population: results of a 10 year study. J Infect Dis 1997;175:674-7.

Wang X, Matsuda N, Ma H, Shinfuku N. (2000) Comparative study of quality of life between the Chinese and Japanese adolescent populations. Psychiatry and Clinical Neurosciences; 54: 147-52.- Asada Y, Ohkusa Y. (2004) Analysis of health-related quality of life (HRQL), its distribution by income in Japan, 1989 and 1998. Soc Sci Med; 59:1423-33

Wang X, Matsuda N, Ma H, Shinfuku N. (2000) Comparative study of quality of life between the Chinese and Japanese adolescent populations. Psychiatry and Clinical Neurosciences; 54: 147-52, Gaynes BN, Burns BJ, Tweed DL, Erickson P.(2002) Depression and health-related quality of life. J Nerv Ment Dis; 190: 799-806

Ware JE, Sherbourne DC (1992) The MOS 36 item shorthform health survey (SF-36), MedCare, 30(6): 473-483.

Wasley A, Alter MJ. (2000) Epidemiology of hepatitis C: Geographic differences and temporal trends. Semin Liv. Dis.; 20: 1-16.

Wenzel R., Edmond M., Pittet D., Devaster J-M., Brewer T., Geddes A., Butzler J-P. (2007) A Guide to Infection Control in the Hospital, ISBN:1-55009-059-3. Hastanede İnfeksiyon Kontrolü Kılavuzu. Çevirenler: Anđ Ö., Derbentli Ş., Küçükler M. A., Yenen O. Ş., ISBN: 978-975-420-565-7 Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s:170.

Williams B, Pace AE. (2009) Problem based learning in chronic disease management: a review of the research. Patient Education and Counselling;77:14-19

Wing N, Lekshmi R, Pal H, Ahuja V, Mittal CM, Agarwal SK. (2006) The impact of HIV/AIDS on the quality of life: a cross-sectional study in north India. Indian J Med Sci.; 60: 3 – 12.16

Worthington C, Krentz HB. (2005) Socioeconomic factors and health-related quality of life in adult living with HIV. Int J STD AIDS; 16: 608 – 614

Yenen OŞ. Hepatit C virusu. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M. (2002) İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul:1377-1397

Yenice N., Cansız N. Arıcan N., Gökten Y., Durgut C., Türkmen S. (2004) Kronik Hepatit B ve Kronik Hepatit C'li Hastaların Eşlerinde HBsAg ve anti-HCV Seroprevalansı

Yıldırım A. (2001) (ed) Hemşirelik Bakım Protokolleri El Kitabı. İstanbul Üniversitesi Basımevi Müdürlüğü. İstanbul, s:48–49.

Younossi ZM, Boparai N, Mc Cormick M et al. (2001) Assessment of utilities and health-related quality of life in patients with chronic liver disease. Am J Gastroenterology; 96: 579–83

Yücel A., Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü. Ağrı (Erdine S) 1. Baskı. İstanbul, Alemdar Ofset. 2000;695-698.

http://www.unaids.org/globalreport/Epi_slides.htm (Erişim Tarihi:06.12.2010)

<http://www.slideshare.net/UNAIDS/unaid-report-on-the-global-aids-epidemic-2010>(Erişim Tarihi: 06.12.2010)

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-11403/1-aralik-dunya-aids-gunu.html>(Erişim Tarihi: 06.12.2010)

www.hepatit.gen.tr (Erişim Tarihi: 26.07.2009)

www.aidsinfo.net (Erişim Tarihi: 18.05.2009)

10. EKLER

EK 1

Anket Formu

1). Hastalığınız:

2). Yaşınız:

3). Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()

4). Medeni Durumunuz: Evli () Bekar ()

5). Eğitim Durumunuz: İlköğretim () Lise () Lisans ve üstü ()

6). Mesleğiniz:

7). Gelir Düzeyiniz: Kötü () Orta () İyi ()

8). Çalışma Durumunuz? Çalışan () Çalışmayan ()

9). Hastalık tanısı ne zaman konuldu? yıl önce tanı konuldu.

10). Ne kadar süredir tedavi görüyorsunuz?yıldır tedavi görüyorum.

11). Hastalığınız ile ilgili eğitim aldınız mı? Evet () Hayır ()

12). Hastalığınız hakkında ne kadar bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyorsunuz?

Yeterli miktarda bilgi sahibiyim () Az miktarda bilgi sahibiyim () Hiç bilgim yok ()

13). Aldığınız tedavilerin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet () Kısmen () Hayır ()

14). Hiç psikolojik yardım aldınız mı? Evet () Hayır ()

EK 2

Her soruyu, sizin için en uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

Mükemmel () Çok iyi () İyi () Orta () Kötü ()

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- Bir yıl öncesine göre çok daha iyi 1
Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi 2
Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı 3
Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü 4
Bir yıl öncesinden çok daha kötü 5

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

Aktiviteleriniz	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir- iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4. Geçen 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	EVET	HAYIR
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlama oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi gibi)		

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	EVET	HAYIR
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zaman ki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç etkilemedi () Çok az etkiledi () Orta derecede etkiledi ()

Oldukça etkiledi () Aşırı etkiledi ()

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

Hiç () Çok hafif () Hafif () Orta () Şiddetli () Çok şiddetli ()

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

Hiç etkilemedi () Biraz etkiledi () Orta derecede etkiledi () Oldukça etkiledi ()

Aşırı etkiledi ()

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak, seçiniz.

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

Her zaman () oğu zaman () Bazen () Nadiren ()

Hiçbir zaman ()

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

	Kesinlikle Doğru	oğunlukla Doğru	Bilmiyorum	oğunlukla Yanlış	Kesinlikle Yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.					
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.					
Sağlığım mükemmel.					

Taraflar:

Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Müdürlüğü ile *Haliç Üniversitesi* arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: *Göztepe EAH – Okmeydanı EAH-İstanbul EAH-Haseki EAH -Bakırköy Dr.Sadi Konuk EAH*

Çalışmanın adı: " *Hepatit B ve Hepatit C İnfeksiyonu Taşıyan Kişilerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*"

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Elif SOYCAN' dir.

Konusu:

Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurula bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b)Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

c)Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d)Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda3 ay.....süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) **Başlangıç** 15.06.10/Bitiş 15.09.10.....

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d)Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine teslim edilecektir.

c)Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tezvs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılamayacaktır.

d)Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

e) Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

f)Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

g)Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

Ek Bilgi:**Taraflar:**

...../...../2010

Adı-Soyadı
Elif SOYCAN

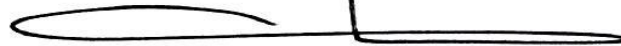


OLUR

...../...../2010

Vali a.

Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU
Sağlık Müdürü



...../...../2010
Uz. Dr. İbrahim TOPÇU
Sağlık Müdür Yardımcısı





T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAYI : B.30.2.HAL.0.42.00.00-121
KONU:

20.02.2010

POZİTİF YAŞAM DERNEĞİ BAŞKANLIĞI' NA

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Elif SOYCAN'ın Yrd.Doç.Dr.Hatice YORULMAZ danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı **"Hepatit ve HIV İnfeksiyonu Taşıyan Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi"** konulu araştırmasının anketlerini kurumunuzda uygulayabilmesi için gerekli iznin verilmesini saygılarımla arz ederim.

Yard.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

POZİTİF YAŞAM DERNEĞİ
Eski Osmanlı Spt. Dilan Sitesi A Blok
No:4 K:3 D:6 Mecidiyeköy / İSTANBUL
Kütüphane:34 - 123 / 162
Tel:(0212) 288 38 83
Ziraatçıyü V.D. 733 030 0099
EK(1):Anket Formu

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı	Elif SOYCAN
Doğum Yeri ve Tarihi	26.05.1986
Medeni Hali	Bekar
Yabancı Dil	İngilizce
E-posta Adresi	elif.soycan@hotmail.com
Tel	(0505) 362 66 92 – (0212) 230 83 71

Eğitim ve Akademik Durumu

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise	Şişli Kurtuluş Lisesi	2003
Lisans	T.C Haliç Üniversitesi	2008

İş Tecrübesi

Görev	Süre (yıl-yıl)
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroşirurji A.B.D.	2010 – 2011
Özel Alman Hastanesi Tüp Bebek Merkezi	2008–2009