

# İnaktif HBsAg Taşıyıcılarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Hasan UÇMAK<sup>1</sup>, Ufuk Güney ERGÜN<sup>2</sup>, Mustafa ÇELİK<sup>2</sup>, Hasan Çetin EKERBİÇER<sup>3</sup>,  
Ömer Faruk KÖKOĞLU<sup>1</sup>, Selma GÜLER<sup>4</sup>, Erman BAĞCIOĞLU<sup>5</sup>, Nuretdin KUZHAN<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı,

<sup>2</sup> Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

<sup>3</sup> Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı,

<sup>4</sup> Yenişehir Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları Kliniği,

<sup>5</sup> Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, KAHRAMAN MARAŞ

## ÖZET

*Bu çalışmada, inaktif HBsAg taşıyıcılığının yaşam kalitesi üzerine olan etkisini belirlemek amaçlanmıştır. Vaka-kontrol tipinde bir araştırmadır. Mayıs 2005-Kasım 2007 tarihleri arasında Kahraman Maraş Üniversite Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları Polikliniği ve Kahraman Maraş Devlet Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları Polikliniklerinde takip edilen inaktif HBsAg taşıyıcısı 124 hasta ve dört sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 124 sağlıklı kontrol dahil edildi. Hasta grubunun 65 (%52.4)'i kadın, 59 (%47.6)'u erkek, kontrol grubunun ise 65 (%52.4)'i kadın, 59 (%47.6)'u erkek idi. Verilerin toplanmasında sosyo-demografik özellikleri tanımlayan anket formu ve WHOQOL-BREF TR yaşam kalitesi ölçeği kullanıldı. Hasta grubu ile kontrol grubunun tüm alanlarda almış oldukları ham puanlar karşılaştırıldığında tüm alanlarda kontrol grubunun ham puanları daha yüksek olarak bulundu. Yaşam kalitesi ve sağlık algılamasının sorgulanmasında hastalar olumsuzlara daha fazla yönelirken, kontroller olumlu şikârlara daha yüksek oranda yönelmişlerdir. Kontrol grubunun beden, ruh, sosyal ve çevre alanlarında aldıkları puanlar hasta grubununkinden yüksek bulundu. Çevre alanı dışında tüm alanlarda gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0.001$ ). Cinsiyete göre alanların karşılaştırılmasında; hasta grubunda sadece ruhsal alanda erkek puanı kadınlardan anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p < 0.001$ ). Her iki grupta ve her iki cinsiyette katılımcılar orta derecede sosyal baskı hissettiklerini bildirmişlerdir. Sonuç olarak; araştırmaya katılan inaktif HBsAg hastalarının sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi puanlarının genel olarak düşük olduğu belirlenmiştir.*

**Anahtar Kelimeler:** Yaşam kalitesi, inaktif HBsAg taşıyıcılığı, WHOQOL-BREF TR.

## SUMMARY

### Assessment of the Life Quality in Inactivated HBsAg Carriers

*To determine the effect of being an inactive HBsAg carrier on the quality of life. This is a case-control type of study. A total of 124 inactive HBsAg carriers followed-up in the Infectious Diseases outpatient units of Kahraman Maraş*

Sutcu Imam University and State Hospitals during the period of May 2005-November 2007 and 124 healthy controls living in the district of four primary health care facilities were included in the study. Of both patient and control groups, 65 (52.4%) were women and 59 (47.6%) were men. A questionnaire describing socio-demographical features and WHOQOL-BREF TR life quality scale were utilized in collecting the data. When raw grades of the patient group and controls in all fields were compared, raw grades of the control group were found to be higher in all fields. The patients showed a higher tendency to the negative answers while the controls tended to the positive ones in the cross-examination of life quality and perception of health. The grades gained by the control group in the fields of body, psyche, social and environment were found to be higher from the group of patients. The differences between both groups in all fields except the field of environment were calculated as significant ( $p < 0.001$ ). The grade of men in only the field of psyche in the patient group was found significantly higher than the women ( $p < 0.001$ ) in the comparison of fields according to sex. The participants in both groups and sexes reported that they felt a moderate level of social suppression. The grades of life quality associated with health of inactivated HBsAg carriers participated in the study were concluded to be low in general.

**Key Words:** Life quality, inactive HBsAg carrier, WHOQOL-BREF TR.

## GİRİŞ

Dünyada yaklaşık 350 milyon insan hepatit B virüs (HBV) nedeniyle kronik karaciğer hastalığı (KKH)'na yakalanmıştır (1). HBV ile infekte olanların %10-30'unu kronik hepatit B (KHB)'liler, %70-90'ını ise inaktif taşıyıcılar oluşturmaktadır (2).

Teknolojik ilerlemeler kronik hepatit hastaları (KHH)'na değişik tedavi seçenekleri sunmuştur. Kronik hepatitteki asit, spontan bakteriyel peritonit, varis hemorajisi gibi komplikasyonlar kolayca tespit edilebilirken inaktif taşıyıcılıktaki halsizlik, güçsüzlük, iş gücü yapamama, anksiyete, depresyon ve diğer emosyonel problemler gibi hafif fiziksel bulgular rutin klinik ölçümlerle çok zor değerlendirilmektedir. Ayrıca, iş gücü kaybı ve düşük verimlilik de dolaylı bir maliyet oluşturmakta ve genellikle bu durum pek göz önünde bulundurulmamaktadır. Şayet bu ek maliyetler de düşünülürse, karaciğer hastalığının ekonomiye yükü büyüktür (3).

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 (4).

“Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi” kavramına aslında ilk kez Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası'nda (1948) yer alan sağlığın tanımı içinde rastlamaktayız (5). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bireylerin yaşam fonksiyonlarını yerine getirmekteki yeteneklerini ve yaşamlarında algıladıkları fiziksel, sosyal ve mental alanı ifade eder (6). 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 (7,8).

Literatürde, kronik viral hepatitlerden hepatit C virüs (HCV) enfeksiyonunun yaşam kalitesi üzerine etkilerini belirleyen çok sayıda çalışma mevcuttur, HBV ile ilgili az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. İnaktif HBsAg taşıyıcılığının yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini inceleyen çalışmaya literatürde rastlayamadık. Bu çalışmada, inaktif HBsAg taşıyıcılığının yaşam kalitesi üzerine olan etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

## MATERYAL ve METOT

Vaka-kontrol tipinde bir araştırma olarak planlanan çalışmaya Mayıs 2005-Kasım 2007 tarihleri arasında Kahraman Maraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Kahraman Maraş Devlet Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniklerinde takip edilen inaktif HBsAg taşıyıcısı 124 kişi hasta grubunu ve dört sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 124 sağlıklı kişi de kontrol grubunu oluşturmuştur. Vaka grubuna poliklinikte ayaktan takip edilen, beş yıldır HBsAg taşıyıcısı olduğunu bilen, ek bir kronik hastalığı olmayan, karaciğer enzimleri normal sınırlardaki 18 yaş ve üzerinde inaktif HBsAg taşıyıcısı hastalar alınmıştır. İnaktif HBsAg taşıyıcılığı tanı ölçütleri olarak şunlar dikkate alınmıştır (2):

1. HBsAg pozitifliği > altı ay,
2. HBeAg negatifliği, anti-HBe pozitifliği,
3. Altı aylık sürede en az iki kez bakılan serum transaminaz düzeylerinin normal seyretmesi,
4. Serum HBV-DNA düzeyinin < 10<sup>5</sup> kopya/mL olması,
5. İshak ve arkadaşlarının nekroinflamatuvar skorlamasının [piecemeal nekroz (0-4), yaygın nekroz (0-6), fokal litik nekroz, apopitozis, fokal inflamasyon (0-4) ve portal iltihabi infiltrasyon (0-4)] değerlendirmesiyle toplam skorun < 4 olması.

Kontrol grubuna seçilen bireyler yaş, cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum, eğitim ve meslek açısından vaka grubuyla eşleştirilmiştir.

Katılımcıların verileri araştırmacı tarafından hazırlanan standart bir anket formu kullanılarak yüz yüze görüşme ile toplanmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmuştur. Birinci bölüm hastaların sosyo-demografik özelliklerine ait bilgileri sorgulayan 19 sorudan oluşmuştur. Anketin ikinci bölümünde hastaların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla DSÖ yaşam kalitesi kısa formunun "Short Form of The World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL BREF)" Türkçe sürümü "Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF TR)" kullanılmıştır. WHOQOL-BREF TR, 26 global ve bir de ulusal soru olmak üzere 27 sorudan oluşmaktadır. WHOQOL-BREF TR'nin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır (9,10). Bu form ile bireylerin genel sağlık ve yaşam kalitesi, fizik (beden), sosyal, psikolojik ve çevre ile ilgili iyilik durumları ortaya konulmaktadır. Yirmi yedinci soru sosyal baskı alanını içermektedir. Bu likert tipi ölçekteki sorulara verilen cevap seçenekleri önem derecesine göre 1, 2, 3, 4, 5 ya da 5, 4, 3, 2, 1 biçiminde puanlanmaktadır. Ölçek hastanın yaşamla ilgili memnuniyet düzeyini, hastalıktan etkilenme durumunu ve yaşam kalitelerinin pozitif ve negatif yönde değişimlerini değerlendirir (9).

Yaşam kalitesi kompleks bir kavramdır ve bir bütünlük ifade eder. Öncelikle sağlık durumu olmak üzere kişinin ekonomik durumu, aile ve arkadaşları ile olan ilişkileri, iş imkanları, boş zamanlarını ya da yaşam tarzını belirlemedeki özerkliği, eğitim fırsatları, yaşadığı yer ve çevresi, çevre şartları gibi birçok faktör o kişinin yaşam kalite

düzeyi üzerinde belirleyici olmaktadır.

Algılanan sağlık; bireylerin kendilerini nasıl hissettiklerini ve ne yeterlilikte yerine getirdiklerini gösteren, kişinin sağlık statüsünü açıklamak için kullanılan bir kavramdır.

WHOQOL-BREF TR ölçeğinde kullanılan beş alan;

1. Fiziksel alan (gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, bedensel hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü),
2. Psikolojik alan (beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, bellek, dikkatini toplama),
3. Sosyal ilişkiler alanı (diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşam),
4. Çevre alanı (maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, ev ortamı, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatı, fiziksel çevre ve ulaşım),
5. Ulusal çevre alanı (sosyal baskı)'ndan oluşmaktadır.

Algılanan yaşam kalitesi sorusu ve algılanan sağlık sorusu 1-5 puan ve diğer dört alandan alınacak puanlar 0-20 arasında değişmektedir. Puan yükseldikçe yaşam kalitesi de yükselmektedir. Üçüncü, dördüncü ve 26. soruların puanlanmasında ise puan düştükçe hayat kalitesi yükselmektedir.

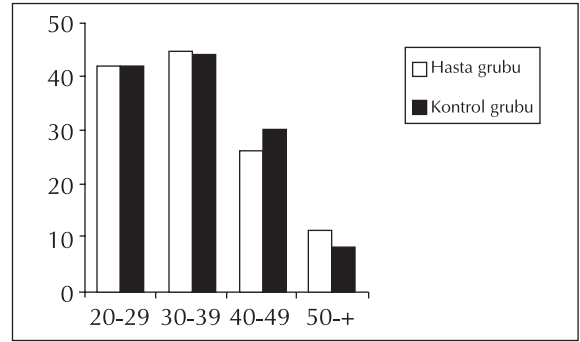
Soru formu ve WHOQOL-BREF TR yaşam kalitesi ölçeği hastalarla tek tek görüşme yapılarak doldurulmuştur. Katılımcılardan soruları yanıtlarken son 15 günde yaşadıklarını dikkate almaları istenmiştir. Her bir görüşme yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür. Bölüm ve alan skorları hesaplanmıştır, hesaplanan ham skorlar 20'lik skora dönüştürülmüştür (1= 0, 2= 5, 3= 10, 4= 15 ve 5= 20 puan). Daha sonra hastaların her boyuta ilişkin kaç puan aldıkları belirlenmiştir.

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul onayı alınmıştır. Katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve gerekli açıklama yapılarak yazılı olarak bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

Veriler SPSS.10.00 paket istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde; iki ortalama arasındaki farkın önemliliği testi ve ki-kare testi kullanılmıştır. Tüm ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach-alpha) 0.874'tür. p< 0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan 124 hastanın ve kontrol grubunu oluşturan 124 kişinin cinsiyetlere dağılımı benzerdi ve 65 (%52.1)'i kadın, 59 (%47.9)'u erkek idi. Hastaların yaş ortalaması ( $34.47 \pm 10.07$ ), kontrol grubunun yaş ortalaması ( $34.58 \pm 8.77$ ) idi. Kontrol ve hasta grubunun yaş aralığı 20-65 yıl idi. Kadın katılımcıların çoğunluğunu ev kadınları oluştururken, erkeklerin çoğunluğunu işçiler ve memurlar oluşturmaktaydı. Grupların bazı sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı Şekil 1'de sunulmuştur. Gruplar arasında sosyo-demografik verilerde istatistiksel



Şekil 1. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı.

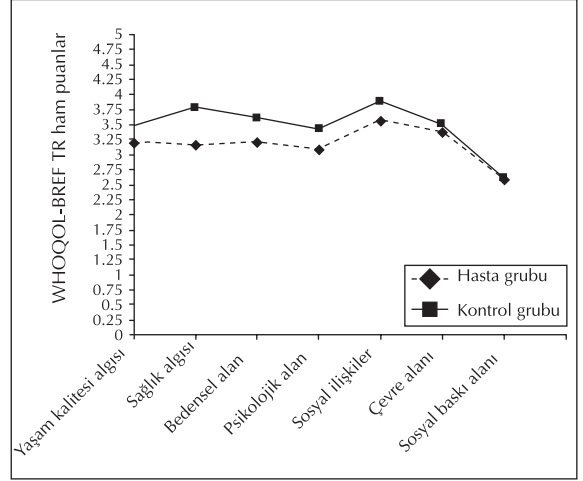
olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ). Hasta grubu ile kontrol grubunun tüm alanlarda

Tablo 1. Hasta ve kontrol grubunun bazı sosyo-demografik özellikleri.

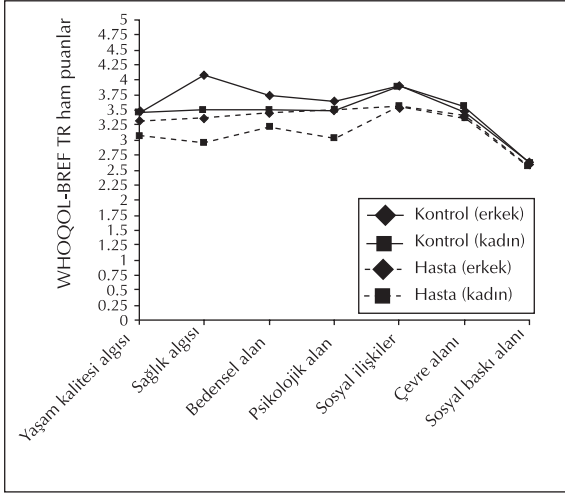
Sosyo-demografik özellikler	Hasta (n= 124)		Kontrol (n= 124)		p
	n	%	n	%	
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	65	52.4	65	52.4	> 0.05
Erkek	59	47.6	59	47.6	
<b>Medeni durum</b>					
Evli	99	79.9	103	83	> 0.05*
Bekar	23	18.5	21	17	
Dul	2	1.6	0	0.0	
<b>Erkeklerin eğitim durumu</b>					
Okur-yazar değil	3	2.4	0	0.0	> 0.05*
Okuma-yazma	6	4.8	2	1.6	
İlköğretim	49	39.5	53	42.7	
Lise	35	28.2	31	25	
Üniversite	31	25	38	30.7	
<b>Kadınların eğitim durumu</b>					
Ev kadını	44	35.5	45	36.3	> 0.05*
Öğretmen	8	6.5	10	8	
Memur	24	19.4	26	21	
İşçi	20	16.1	20	16.1	
Emekli	3	2.4	1	0.8	
Diğer	25	20.2	22	17.8	
<b>Gelir düzeyi</b>					
Düşük	20	16.1	15	12.1	> 0.05*
Orta	95	76.6	100	80.7	
Yüksek	9	7.3	9	7.3	

\* İstatistiksel analiz amacıyla uygun satırlar birleştirilmiştir.

almış oldukları ham puanlar karşılaştırıldığında “sosyal baskı alanı” hariç, tüm alanlarda kontrol grubunun ham puanları daha yüksek olarak bulunmuştur (Şekil 2). Cinsiyetlere göre hasta ve kontrol grubunun ham puan ortalamaları karşılaştırıldığında da “sosyal baskı alanı” hariç tüm alanlarda her iki grupta erkekler daha yüksek ham puan ortalamalarına sahip bulunmuştur (Şekil 3). Yaşam kalitesi (soru 1) ve sağlık algılamasının (soru 2) sorgulanmasında hastalar olumsuzlara daha fazla yönelirken, kontroller olumlu şıklara daha yüksek oranda yönelmişlerdir. Bununla birlikte, sadece soru 2’de verilen yanıtların dağılımı anlamlı olarak farklı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ), (Tablo 2). Kontrol grubunun beden, ruh, sosyal ve çevre alanlarında aldıkları puanlar hasta grubununkinden yüksek bulundu. Çevre alanı



Şekil 2. Hasta ve kontrol grubunun ortalama ham değerlerinin karşılaştırılması.



Şekil 3. Cinsiyete göre hasta ve kontrol grubunun ortalama ham puanlarının karşılaştırılması.

dışında tüm alanlarda gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0.001$ ), (Tablo 3). Grupların tüm alanlarda aldıkları puanlar erkek ve kadınlar için ayrı ayrı karşılaştırıldığında; kadınların tüm alanlardan aldıkları puanlar kontrol grubunda hasta grubuna göre yüksek bulunurken ( $p < 0.05$ ) erkeklerde bu farklılığın beden ve sosyal alanlarıyla sınırlı kaldığı görüldü (Tablo 4). Cinsiyete göre alanların karşılaştırılmasında; hasta grubunda sadece ruhsal alanda erkek puanı kadınlardan anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p < 0.001$ ). Kontrol grubunda ise sadece beden alanında kadınların puanları erkeklerden anlamlı olarak yüksek saptandı ( $p < 0.05$ ). Diğer alanlarda alınan puanlar benzerdi (Tablo 5). Her iki grupta ve her iki cinsiyette katılımcılar orta derecede sosyal baskı hissettiklerini bildirmişlerdir.

Tablo 2. Grupların yaşam kalitesi ve sağlık algılamasının karşılaştırılması.

Algılanan cevaplar	1 (Çok kötü)		2 (Biraz kötü)		3 (Ne iyi ne kötü)		4 (Oldukça iyi)		5 (Çok iyi)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Yaşam kalitesi algısı</b>											
Hasta	4	3.2	10	8.1	74	59.7	29	23.4	7	5.6	$p > 0.05^*$
Kontrol	0	0.0	5	4	69	55.6	37	29.8	13	10.5	
<b>Sağlık algısı</b>											
Hasta	8	6.5	25	20.2	43	34.7	37	29.8	11	8.9	$p < 0.001$
Kontrol	2	1.6	10	8.1	26	21	62	50	24	19.4	

\*Soru 1’deki birinci ve ikinci şıklar istatistiksel analiz yapmak için birleştirildi.

**Tablo 3.** Hasta ve kontrol gruplarının tüm alanlardaki puanlarının karşılaştırılması.

Alanlar	WHOQOL-Bref TR skorları		
	Hasta n= 124 Ort. ± SD	Kontrol n= 124 Ort. ± SD	p
Bedensel	14.46 ± 2.85	15.55 ± 2.28	< 0.001
Ruhsal	13.66 ± 2.90	14.90 ± 2.14	< 0.001
Sosyal	14.20 ± 2.95	15.59 ± 2.35	< 0.001
Çevre	13.51 ± 2.22	14.05 ± 2.43	> 0.05

**Tablo 4.** Gruplarındaki erkek ve kadınların tüm alanlarda aldıkları puanların karşılaştırılması.

Gruplar	WHOQOL-Bref TR skorları (Ortalama ± SD)			
	Bedensel alan	Ruhsal alan	Sosyal alan	Çevre alanı
Hasta-kadın (n= 65)	13.99 ± 2.72	12.75 ± 2.95	14.36 ± 2.55	13.34 ± 2.16
Kontrol-kadın (n= 65)	15.11 ± 2.58	14.60 ± 2.29	15.55 ± 2.47	14.21 ± 2.43
p	< 0.05	< 0.001	< 0.01	< 0.05
Hasta-erkek (n= 59)	14.97 ± 2.93	14.65 ± 2.51	14.02 ± 3.35	13.69 ± 2.28
Kontrol-erkek (n=59)	16.04 ± 1.80	15.23 ± 1.92	15.62 ± 2.22	13.87 ± 2.44
p	< 0.05	> 0.05	< 0.01	> 0.05

**Tablo 5.** Grup içinde cinsiyete göre alanlardan alınan puanların karşılaştırılması.

Gruplar	WHOQOL-Bref TR alan skorları (Ortalama ± SD)			
	Bedensel alan	Ruhsal alan	Sosyal alan	Çevre alanı
Hasta-kadın (n= 65)	13.99 ± 2.72	12.75 ± 2.95	14.36 ± 2.55	13.34 ± 2.16
Hasta-erkek (n= 59)	14.97 ± 2.93	14.65 ± 2.51	14.02 ± 3.35	13.69 ± 2.28
p	> 0.05	< 0.001	> 0.05	> 0.05
Kontrol-erkek (n= 59)	15.11 ± 2.58	14.60 ± 2.29	15.55 ± 2.47	14.21 ± 2.43
Kontrol-kadın (n= 65)	16.04 ± 1.80	15.23 ± 1.92	15.62 ± 2.22	13.87 ± 2.44
p	< 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05

### TARTIŞMA

Kronik HBV enfeksiyonu genellikle asemptomatik olmakla birlikte halsizlik, yorgunluk, güçsüzlük, kendini değersiz hissetme, depresyon, iştahsızlık ve psikolojik bozukluk gibi sistemik şikayetler gö-

rülebilir. Bu grup hastalarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde belirgin bozulma söz konusudur (11). Yaşam kalitesini direkt olarak etkileyebilen durumlardan biri "hastalık fikrine sahip olma" düşüncesidir (11,12). Bazen sadece "enfeksiyonlu"

kimliğini almış olmak bile hastayı olumsuz etkilemektedir (13). Hastaların hayat kalitesi bozulduğunda karaciğer hasarının da şiddetlendiği görülmüştür (3).

Kronik hastalığı olan kişilerde yaşam kalitesini araştıran çalışmalarda sağlık algısı ve yaşam kalitesi algısı genellikle düşük çıkmıştır (14-16). Bizim çalışmamızda da sağlık algısı ve yaşam kalitesi algısı kontrol grubuna göre daha düşük çıkmakla beraber, sadece sağlık algısındaki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca, çalışmamızda kadınlara göre erkeklerin yaşam kalitesi algısı ve sağlık algısının daha iyi olduğu saptanmıştır. Eşer ve arkadaşlarının hepatit C'li hastalarda yaptıkları bir çalışmada, bizde olduğu gibi kadınların esenlik ve genel sağlık anlayışı düşük olarak saptanmıştır (17).

Cinsiyetin yaşam kalitesi alanındaki etkinliği tartışmalıdır. Yurt dışı bazı çalışmalarda ise cinsiyete göre yaşam kalitesinin değişmediği bulunmuştur (18-21). Farklı ölçekler kullanılarak yapılan diğer araştırmalarda da erkeklerin yaşam kalitesinin daha iyi olduğu saptanmıştır (22-24). Ülkemizde aynı yaşam kalitesi ölçeği (WHOQOL-BREF TR) kullanılarak yapılan çalışmalarda kronik hastalık durumunda erkeklerin yaşam kalitesinin kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (15,25,26). Çalışmamızda cinsiyet ile alanlar arasındaki ilişki değerlendirildiğinde tüm alan puanları erkeklerde daha yüksekti.

Hastalık süresi uzadıkça bireyler kronik hastalığa sahip olmanın getirdiği sınırlılıkları daha uzun süre yaşamakta, daha çok invaziv girişimlere maruz kalmakta, hastalık semptomları artmakta ve bu durum bedensel alanda düşünlüğe yol açmaktadır (19,27). Çalışmamızda bedensel alanda da hem erkeklerde hem de kadınlarda bozukluk saptandı. Bedensel alandaki düşünlük hasta grubunda sırasıyla en fazla; işte çalışma kapasitesi, bedensel güçte ortaya çıkmıştı. Bedensel alanın alt gruplarına baktığımızda; ilaçlara bağlı yaşama kadınlarda, bedensel hareketlilik ve günlük aktivitelerde azalma erkeklerde, bedensel güç ve işte çalışma kapasitesinde azalma hem erkek hem de kadın hastalarda kontrollere göre daha fazla tespit edilmiştir.

Bazı çalışmalar, kronik fiziksel hastalık ile psikiyatrik bozukluğun birbirini tetiklediğini göstermektedir. Fiziksel ve somatik sıkıntıdan dolayı fi-

ziksel hastalık psikiyatrik hastalık riskini artırmaktadır (22,28). Alanlar arasında hastaların özellikle psikolojik durum alanından aldıkları puanların diğer alanlara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Çalışmamızda ruhsal alanı (hastaların olumlu duygulanım, beden algısı, kendine öz saygı gibi) değerlendiren soruları incelediğimizde, puanların belirgin bir şekilde azaldığı tespit edilmiştir. Cinsiyete göre değerlendirmede olumlu duygulanımda azalma, düşüncede bozukluk ve kendine öz saygının özellikle kadınlarda erkeklere göre daha fazla bozulduğu saptanmıştır.

Kronik hastalığı olanların en az etkilendiği alan, sosyal alandır. Hastaların büyük bir kısmının hastalığın getirdiği ağrı, yorgunluk ve depresif semptomlarla birlikte fiziksel aktivitelerini gerçekleştirmede güçlükler yaşadıkları ve sosyal yaşamlarını kısıtladıkları saptanmıştır (29,30). Bununla birlikte, birkaç çalışmada sosyal alanın yaşam kalitesine negatif etkisinin en düşük olduğu belirtilmiştir (14,26). Buna rağmen hastalıklarla baş etmede en önemli alan olduğu da belirtilmiştir (31). Hastalarımızda bu alandaki düşüklük orta seviyede olmasına rağmen, kadın-erkek puanları arasındaki farkın minimal olduğu bir alandı. Sosyal ilişkilerde hastalarda sosyal destek alabilme ve cinsel aktivite alanlarında düşüklük bulundu. Kişiler arası ilişkilerin erkekleri, sosyal destek alabilmenin kadınları, cinsel aktivitede azalmanın erkekleri olumsuz yönde daha fazla etkilemiş olduğunu saptadık.

Kişilerin kronik hastalıklarının varlığında çevresel alan hariç, tüm alanlarda puanlarının anlamlı düzeyde azalma gösterdiği belirtilmiştir (18,32). Bizim çalışmamızda da, çevre alanı hastaların en az etkilendiği alan olarak ortaya çıkmıştır. Çevre alan puanı, maddi olanaklar, fiziksel güvenlik, ev ortamı, ulaşım, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatı, dinlenme ve boş zamanları değerlendirme fırsatından oluşmaktadır. Çevre alanında hastalarda bilgi ve haberler alanında düşüklük saptandı. Güvenlik, evin koşulları ve ulaşım alt alanlarında kadınlarda; bilgi ve haberlere ulaşma alt alanlarında ise hem kadın hem de erkek hastalarda düşünlük saptandı. Çevre alan puanlarının orta düzeyde olması, çalışma grubunun üçte birinin ev kadınlardan oluşması ve katılanların ekonomik durumu ve eğitim düzeyinin çoğunlukla orta düzey olması ile alakalıdır.

Sosyal baskı hissetme konusundaki çalışmalarda sonuçlar değişkendir. WHOQOL-BREF TR ölçeğinin kullanıldığı, çoğunluğunun kronik hastalığa sahip olduğu yaşlı popülasyonunda sosyal baskı en az çıkmıştır (26). Bizim çalışmamızda tüm gruplarda sosyal baskı orta düzeyde çıkmıştır.

### SONUÇ

İnaktif HBsAg taşıyıcılığı kişilerin yaşam kalitesini bozmaktadır. Hastaların sağlıklı, mutlu ve verimli olarak çalışmalarını sağlayacak etmenlerin başında yaşam kalitesinin iyileştirilmesi gelmektedir. Bu nedenle hepatit B hastalarının yaşam kalitelerinin düzeyini saptamaya ve çözümler üretmeye yönelik olarak daha kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır. Hastaların yaşam kalitesini artırıcı psikososyal yaklaşımların tekrar gözden geçirilmesi ve toplumun hastalık konusunda daha fazla bilgilendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

### KAYNAKLAR

1. Curry MP, Chopra S. Acute viral hepatitis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds). *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2005; 1426-41.
2. Mert A. İnaktif HBsAg taşıyıcılığı. Tabak F, Balık I, Tekeli E (editörler). *Viral Hepatit 2007*. 1. Baskı. İstanbul: Viral Hepatitle Savaşım Derneği, 2007; 148-59.
3. Younossi ZM, Guyatt G, Kiwi M, Boparai N, King D. Development of a disease specific questionnaire to measure health related quality of life in patients with chronic liver disease. *Gut* 1999; 45: 295-300.
4. The Whoqol Group. *The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties*. *Soc Sci Med* 1998; 46: 1569-85.
5. Tüzün EH, Eker L. Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2003; 13: 3-8.
6. Fidan D, Ünal B, Demiral Y. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi kavramı ve ölçüm yöntemleri. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2003; 3: 3-8.
7. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. *Quality of life measures in health care*. 1. Applications and issues in assessment. *BMJ* 1992; 305: 1074-7.
8. Revicki DA. Health-related quality of life in the evaluation of medical therapy for chronic illness. *J Fam Pract* 1989; 29: 377-80.
9. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. WHOQOL-BREF TR: A suitable instrument for the assessment of quality of life use in health care settings in Turkey (abstract no: 433). *Qual Life Res* 1999; 8: 647.
10. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *3P Derg* 1999; 23-40.
11. Çaylan R. Kronik hepatitler ve yaşam kalitesi. Tabak F, Balık I, Tekeli E (editörler). *Viral Hepatit 2007*. 1. Baskı. İstanbul: Viral Hepatitle Savaşım Derneği, 2007; 376-82.
12. Eisen GM, Locke GR 3<sup>rd</sup>, Provenzale D. Health-related quality of life: A primer for gastroenterologists. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 2017-21.
13. Córdoba J, Reyes J, Esteban JI, Hernández JM. Labeling may be an important cause of reduced quality of life in chronic hepatitis C. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 226-7.
14. Eşit Üstün M, Karadeniz G. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının önemi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2006; 1: 33-43.
15. Aldinç H, Aytar B, Demetçi ME, Seçen AE, Şahin A, Yılmaz H. 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, 2004.
16. Egede LE, Zheng D. Independent factors associated with major depressive disorder in a national sample of individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 104-11.
17. Eşer İ, Khorshid L, Türk G. Kronik hepatit C hastalarının sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Viral Hepatit Dergisi* 2006; 1: 41-5.
18. Marchesini G, Bianchi G, Amodio P, et al. Factors associated with poor health-related quality of life of patients with cirrhosis. *Gastroenterology* 2001; 120: 170-8.
19. Hussain KB, Fontana RJ, Moyer CA, Su GL, Sneed-Pee N, Lok ASF. Co-Morbid illness is an important determinant of health-related quality of life in patients with chronic hepatitis C. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 2737-44.
20. Fontana RJ, Moyer CA, Sonnad S, et al. Comorbidities and quality of life in patients with interferon-refractory chronic hepatitis C. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 170-8.
21. Häuser WHA, Holtmann G, Grandt D. Determinants of health-related quality of life in patients with chronic liver diseases. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004; 2: 157-63.
22. Wang X, Matsuda N, Ma H, Shinfuku N. Comparative study of quality of life between the Chinese and Japanese adolescent populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2000; 54: 147-52.
23. Borglin G, Jakobsson U, Edberg A, Hallberg IR. Selfreported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people. *Int J Nurs Stud* 2005; 42: 147-58.



24. Asada Y, Ohkusa Y. Analysis of health-related quality of life (HRQL), its distribution by income in Japan, 1989 and 1998. *Soc Sci Med* 2004; 59: 1423-33.
25. Kartal A, Altuğ Özsoy S. 15 yaş ve üzeri kadın ve erkeklerde algılanan sağlık durumunun değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum* 2004; 14: 29-36.
26. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmuđiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi* 2006; 8: 81-9.
27. 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* 2002; 11: 211-9.
28. Gaynes BN, Burns BJ, Tweed DL, Erickson P. Depression and health-related quality of life. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 799-806.
29. Foster GR, Goldin RD, Thomas HC. Chronic hepatitis C virus infection causes a significant reduction in quality of life in the absence of cirrhosis. *Hepatology* 1998; 27: 209-12.
30. Miller ER, Hiller JE, Shaw DR. Quality of life in HCV-infection: Lack of association with ALT levels. *Aust NZ J Publ Heal* 2001; 25: 355-61.
31. Patel SS, Peterson RA, Kimmel PL. The impact of social support on end-stage renal disease. *Semin Dial* 2005; 18: 98-102.
32. Kuan-Lang L, Rong- Jye T, Bing-Long W, et al. Health-related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan. *Qual Life Res* 2005; 14: 1169-80.

#### YAZIŞMA ADRESİ

Dr. Hasan UÇMAK

Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi

İnfeksiyon Hastalıkları ve

Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

KAHRAMAN MARAŞ

e-mail: hucmak@gmail.com

hucmak@ksu.edu.tr