

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK MİKROBİYOLOJİ
VE İNFEKSİYON HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**KRONİK HEPATİT B VE KRONİK HEPATİT C'DE İNTERFERON
ALFA TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Handan ALAY

Tez Yöneticisi

Yrd. Doç. Dr. Kemalettin ÖZDEN

Uzmanlık Tezi

ERZURUM- 2011

İÇİNDEKİLER

ONAY	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
KISALTMA ve SİMGELER	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
TABLolar LİSTESİ	ix
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kronik Viral Hepatitler	3
2.2. Kronik Hepatit B.....	3
2.2.1. Hepatit B virusunun antijen ve antikorları.....	5
2.2.2. Kronik Hepatit B’de epidemiyoloji.....	6
2.2.3. Kronik Hepatit B’de klinik seyir.....	7
2.2.4. Kronik hepatit B’de tanı yöntemleri.....	9
2.2.5. Kronik hepatit B’de tedavi.....	12
2.3. Kronik Hepatit C.....	13
2.3.1. Kronik hepatit C’de epidemiyoloji.....	14
2.3.2. Hepatit C virusunun bulaş yolları	14
2.3.3. Kronik hepatit C’de klinik seyir.....	15
2.3.4. Kronik hepatit C’de tanı yöntemleri.....	15
2.3.5. Kronik hepatit C’de tedavi.....	17
2.4. İnterferonlar	19
2.5. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi.....	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Tipi ve Örneklem.....	25
3.2. Araştırmada Kullanılan Tanımlar	25
3.3. Araştırmadan Çıkarılma Ölçütleri.....	26
3.4. Veri Toplama Araçları	26

3.4.1. Sosyodemografik veri formu	26
3.4.2. Kısa Form 36.....	27
3.5. Uygulama Süreci.....	27
3.6. Araştırma Verisinin Analizi	27
4. BULGULAR.....	28
4.1. Sosyodemografik Özellikler	28
4.2. Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özellikleri	30
4.3.Yaşam Kalitesi Skorları	33
5. TARTIŞMA	58
6. SONUÇ	69
KAYNAKLAR	70
EKLER	79
EK-I YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (KF- 36 FORMU)	79
EK-II SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	83

ONAY

“Kronik Hepatit B ve Kronik Hepatit C’de İnterferon alfa Tedavisi alan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” adlı tez konusunun araştırma görevlisi Dr. Handan ALAY tarafından çalışılması uygun görülmüştür. Seçilen konu incelenmek üzere Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Başkanlığı’na görüşülmüş ve 14.11.2008 tarih ve 6 nolu oturumunun 65 nolu kararı ile etik kurallara uygun görülmüştür. Çalışma Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı’na 26.11.2008 tarih ve 3 nolu oturumunun 29 nolu kararı ile tez çalışması olarak kabul edilmiştir.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca hoşgörü, bilgi ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen başta Anabilim Dalı Başkanımız sayın Prof. Dr.Mehmet Parlak şahsında, sayın Prof. Dr. Serpil Erol, sayın Doç. Dr. Ayten Kadanalı, sayın Doç. Dr. Zülal Özkurt, sayın Yrd. Doç. Dr. Kemalettin Özden olmak üzere tüm hocalarıma,

Tezimin hazırlanma sürecinde destek ve yardımlarından dolayı tez hocam Yrd. Doç. Dr. Kemalettin Özden'e,

Servisimizde birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan ve hemşire arkadaşlarıma,

Hayatımın her aşamasında benden destek ve yardımlarını hiç esirgemeyen canım anne ve babama,

Her türlü zor anımda hep destek ve yol gösteren ablalarıma,d

Tüm uzmanlık eğitimim boyunca desteğini benden esirgemeyen sevgili eşim Ragıp Afşin Alay' a ve yanında olduğumda her şeyi unuttuğum, hayatıma neşe katan canım yavrum Zeynep Ece Alay'a en içten sevgilerimi sunarım.

Dr. Handan ALAY

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, nonsirotik kronik hepatit B (KHB) ve kronik hepatit C (KHC)'li hastalarda interferon tedavisi süresince form 36 standart formunu kullanarak sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Haziran 2008-Haziran 2010 tarihleri tarihleri arasındaki 2 yıllık süre boyunca Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastlıkları ve Klinik Mikrobiyoloji kliniğine ve polikliniğine başvuran ve çalışmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan olgular alındı. Çalışmaya dahil edilen tüm olgulara, interferon tedavisi öncesinde, tedavinin 3. ayında ve tedavinin 6. ayında, sosyodemografik veri formu ve kısa form-36 (KF-36) ölçeği uygulandı.

Bulgular: Kronik viral hepatitli hastalarda tedavi öncesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, emosyonel rol, enerji ve genel sağlık skorları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır. Tedavinin 3. ayında fiziksel rol, emosyonel rol ve enerji skorları; tedavinin 6. ayında ise fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, emosyonel rol, mental sağlık ve enerji skorları kontrol grubuna göre anlamlı derecede kötü olduğu saptanmıştır. Kronik hepatit B'li hastaların tedavi öncesi enerji ve genel sağlık skorlarını; tedavinin 6. ayında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, emosyonel rol ve enerji skorlarını kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunurken, aynı skorlarda tedavinin 3. ayında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Kronik hepatit C'li hastaların tedavi öncesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, emosyonel rol, enerji ve genel sağlık skorlarında; tedavinin 3. ayında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, emosyonel rol, mental sağlık ve enerji skorlarında; tedavinin 6. ayında ise fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol, emosyonel rol, mental sağlık ve enerji skorlarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde farklı olduğu saptanmıştır. Kronik hepatit C'li hastaların tedavi öncesi emosyonel rol skoru; tedavinin 6. ayında fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyon skorları kronik hepatit B'li hastalara göre anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır.

Sonuç: Kronik hepatit B ve kronik hepatit C'li hastaların interferon tedavisiyle sağlıkla ilgili yaşam kaliteleri bozulmaktadır. Hastalara hastalıkları ve ilaçların yan etkileriyle ilgili rehberlik ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi hastaların yaşam kalitelerini artırıp, tedavi uyumunu sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Kronik hepatit B, Kronik hepatit C, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, interferon tedavisi

ABSTRACT

Objective: In this study, it is aimed to evaluate health related quality of life during interferon therapy in patients with non-cirrhotic chronic hepatitis B (CHB) and chronic hepatitis C (CHC) with standard form-36.

Material and Methods: This study included all cases who applied to clinic and policlinic of Infectious Diseases and Microbiology in Ataturk University Faculty of Medicine for treatment that meet the criteria for inclusion between June 2008 and June 2010 during two years period. Social-demographic data form and short-form 36 (KF-36) implemented to all subjects before the interferon therapy and in the third and sixth months of the treatment.

Results: It has been determined that, before the treatment of the patients with chronic viral hepatitis, degrees of physical function, physical role, emotional role, energy and general health scores were significantly lower in contrast to control group. In the third month of the therapy it has been determined that that scores of physical role, emotional role and energy scores were lower than the control group. Also in the sixth month of the therapy physical functions, physical role, emotional role, mental health and energy scores of the patients were significantly lower in contrast to control group. Before the treatment, energy and general health scores of the patients with chronic hepatitis B were lower than control group. In the sixth month of the therapy physical function, physical role, emotional role and energy scores were significantly lower than controls. But, there were no difference for same scores in the third month of therapy. It has been found that patients with chronic hepatitis C have significant difference at the scores of physical functions, physical role, emotional role and energy scores before the treatment; physical functions, physical role, emotional role, energy and mental health scores in the third month of the treatment; physical functions, social functions, physical role, emotional role, mental health and energy scores in the sixth month of the treatment respectively in contrast to control group. It is determined that pre-treatment emotional scores and sixth month physical and social function scores of the chronic hepatitis C patients were significantly different than patients with chronic hepatitis B.

Conclusions: Health related quality of life in patients with chronic hepatitis B and chronic hepatitis C was worse while interferon treatment. Providing guidance and counseling to the patients about their illness and side effects of they drugs will increase the health related quality of life of the patients and will adapt them to their treatment.

Key Words: chronic hepatitis B, chronic hepatitis C, health related quality of life, interferon therapy

KISALTMA ve SİMGELER

KHB	: Kronik hepatit B
KHC	: Kronik hepatit C
KF-36	: Kısa form-36
DSÖ	: Dünya sağlık örgütü
HBV	: Hepatit B virusu
HCV	: Hepatit C virusu
HDV	: Hepatit D virusu
HCC	: Hepatoselüler karsinoma
Peg-IFN	: Pegile interferon
DNA	: Deoksiribonükleik asit
HBsAg	: Hepatis B surface antijen
HBcAg	: Hepatitis B core antijen
HBeAg	: Hepatitis B early antijen
AntiHBs	: Hepatitis B yüzey antijenine karşı oluşan antikor
AntiHBc	: Hepatitis B kor antijenine karşı oluşmuş antikor
RNA	: Ribonükleik asit
RIA	: Radio immun assey
ELISA	: Enzim bağlı immun assey
EIA	: Enzim immun assey
PZR	: Polimeraz zincir reaksiyonu
ALT	: Alanin amino transferaz
Anti-HCV	: Hepatit C virus antikor
HIV	: Human immunodeficiency virus
SİYAK	: Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi
HAİ	: Hepatit aktivite indeksi
AST	: Aspartat amino transferaz
g	: Gram
dl	: Desilitre
mm³	: Milimetre küp
ng	: Nanogram
mg	: Miligram

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. HBV'nin temel yapısı (7).	4
Şekil 2. Akut HBV enfeksiyonunda serolojik göstergeler (42).....	10
Şekil 3. Kronik HBV enfeksiyonunda serolojik göstergeler (42).	11

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. HBV enfeksiyonunun farklı safhalarında viral göstergelerin durumu (20).....	11
Tablo 2. Pegile interferon alfa ve nükleoz(t)id analoglarının başlıca özellikleri (47)....	13
Tablo 3. Kan tablosuna göre doz ayarlama (60).	18
Tablo 4. İnterferon tedavisinin kontrendikasyonları (63).	20
Tablo 5. İnterferon alfa'nın yan etkileri (71).	21
Tablo 6. Gruplara göre yaş ortalaması.....	28
Tablo 7. Gruplara göre cinsiyet, medeni durum, yerleşim yeri, eğitim durumu ve meslek dağılımı.....	30
Tablo 8. Hasta gruplarının özgeçmiş ve soygeçmişlerinin dağılımı.	32
Tablo 9. Hasta gruplarının AST, ALT, viral yük, fibrozis ve HAI'lerinin ortalamaları	33
Tablo10. Grupların tedavi dönemlerindeki KF-36 skorlarının değerlendirilmesi.	36
Tablo 11. Grupların tedavi dönemlerindeki KF-36 skorlarının karşılaştırma değerleri.	38
Tablo 12. KHB ve KHC'li hastaların tedavi dönemlerindeki KF-36 skor verilerinin karşılaştırma değerleri.	40
Tablo 13. Hastaların demografik özelliklerine göre tedavi dönemlerindeki KF-36 skorlarının değerlendirilmesi.	44
Tablo 14. Kronik hepatit B hastalarının demografik özelliklerine göre tedavi dönemlerindeki KF-36 skorlarının değerlendirilmesi.....	50
Tablo 15. Kronik hepatit C hastalarının demografik özelliklerine göre tedavi dönemlerindeki KF-36 skorlarının değerlendirmesi.....	55

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Karaciğerde kronik enfeksiyona ve onunla ilişkili komplikasyonlara neden olabilen en yaygın iki virus hepatit B virusu (HBV) ve hepatit C virusu (HCV) 'dur (1).

HBV enfeksiyonu dünyadaki en yaygın enfeksiyonlardan biridir. Ayrıca ülkemizde ve dünyanın bazı bölgelerinde kronik hepatitlerin en önemli nedenlerindendir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, tüm dünyada yaklaşık 350-400 milyon kişi bu virüsü taşımakta, her yıl 1-2 milyon kişi doğrudan HBV enfeksiyonu ve komplikasyonlarına bağlı olarak yaşamını kaybetmektedir (2). HBV taşıyıcılarında primer hepatoselüler karsinoma (HCC) gelişme olasılığının sağlıklı kişilere göre 200 ile 400 kat daha fazla olduğu, ayrıca primer hepatoselüler karsinom olgularının %80'inden HBV'nin sorumlu olduğu rapor edilmektedir (2,3).

Bu virusun dört ana bulaş yolu vardır: Enfekte kan veya vücut salgıları ile parenteral temas (perkütan), cinsel temas, enfekte anneden yeni doğana bulaşma (perinatal-vertikal), enfekte kişilerle cinsellik içermeyen yakın temas (horizontal) (4).

Kronik Hepatit B (KHB) tedavisinde amaç HBV replikasyonunu baskılamak ve karaciğer hastalığının siroza, karaciğer yetmezliğine veya HCC' ye ilerlemesini, transplantasyon ihtiyacı oluşmasını engellemektir (5, 6). Günümüzde KHB tedavisinde kullanılan iki grup ilaç bulunmaktadır;

1. İmmün modulatorler (alfa interferonlar ve pegillenmiş formları)
2. Viral polimeraz inhibitörleri (Nükleozid ve nükleotid analogları)

Hepatit C virüs enfeksiyonu tüm dünyada yaygın ve oldukça ciddi bir sağlık sorunu oluşturur. Dünya'da HCV enfeksiyonunun ortalama sıklığı %3 olup yaklaşık 210 milyon insan HCV ile enfektedir (7). Hepatit C virüsü; flaviviridae ailesi içinde, hepacivirus genusu içinde yer alır. En az 6 majör genotip (1'den 6'ya) ve 100'den fazla subtip (1a, 1b, 2a ve 2b en sık) bulunmaktadır. Majör genotipler arasında en az %33 genetik varyasyon bulunur. Genotiplerin coğrafi dağılımları da farklıdır. Türkiye'de en sık genotip tip 1b'ye ait enfeksiyon görülmektedir (8,9).

HCV'nin başlıca bulaş yolu kan ve kan ürünlerinin transfuzyonu ve perkütan yaralanma ile olmaktadır (10).

İlk kez 1990 yılında “interferon monoterapisi” ile başlanılan tedavilerden sonra, 1998 yılında “interferon ve ribavirin kombine tedavisi” yanıtı daha etkili bulunarak kombinasyon tedavisine geçilmiştir. Son 10 yıldır pegile-interferon (peg-IFN) ve ribavirin kombinasyon tedavisi kronik hepatit C (KHC) için standart tedavi olarak uygulanmaktadır (11).

Kronik viral hepatitlerde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (SİYAK) konusunda yapılan çalışmaların çoğunluğu HCV infeksiyonu ile ilgili olup, hepatit B ile ilgili çalışma sayısının kısıtlı olduğu görülmektedir. HCV ile infekte hastalarda yapılan pek çok çalışmada sağlıklı kontrol grubuna göre SİYAK skorlarında anlamlı azalma saptanmıştır (12, 13).

Kronik hepatit B ve C hastaları özellikle interferon (IFN) tedavisi altındayken yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği bilinmektedir (14).

Bu çalışma Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı kliniği ve polikliniğinde takip edilen naiv KHB ve KHC hastalarında pegile interferon tedavisinden önce, tedavinin 3. ayında ve 6. ayında SİYAK skorlarını değerlendirmek ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırarak IFN tedavisinin yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Viral Hepatitler

Kronik hepatit, karaciğerde 6 aydan daha uzun süren hücre nekrozu ve kronik inflamatuvar reaksiyon olarak tanımlanmaktadır. Kronik hepatitlerin sık görülmesi, oluşturduğu önemli komplikasyonlar nedeni ile dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur (15). Hepatitler viral, otoimmün, metabolik, konjenital ve toksik nedenlere bağlı olarak oluşabilir. Morfolojik özelliklerine göre, kronik lobüler hepatit, kronik persistan hepatit ve kronik aktif hepatit olmak üzere üç grup altında sınıflandırılmıştır. 1994 yılından sonra kronik hepatit etyolojisinin, hastalığın progresyonunu belirleyen en önemli faktör olduğu gösterilmiş ve bu dönemden sonra sınıflandırma etyolojilere göre yapılmaya başlanmıştır (16).

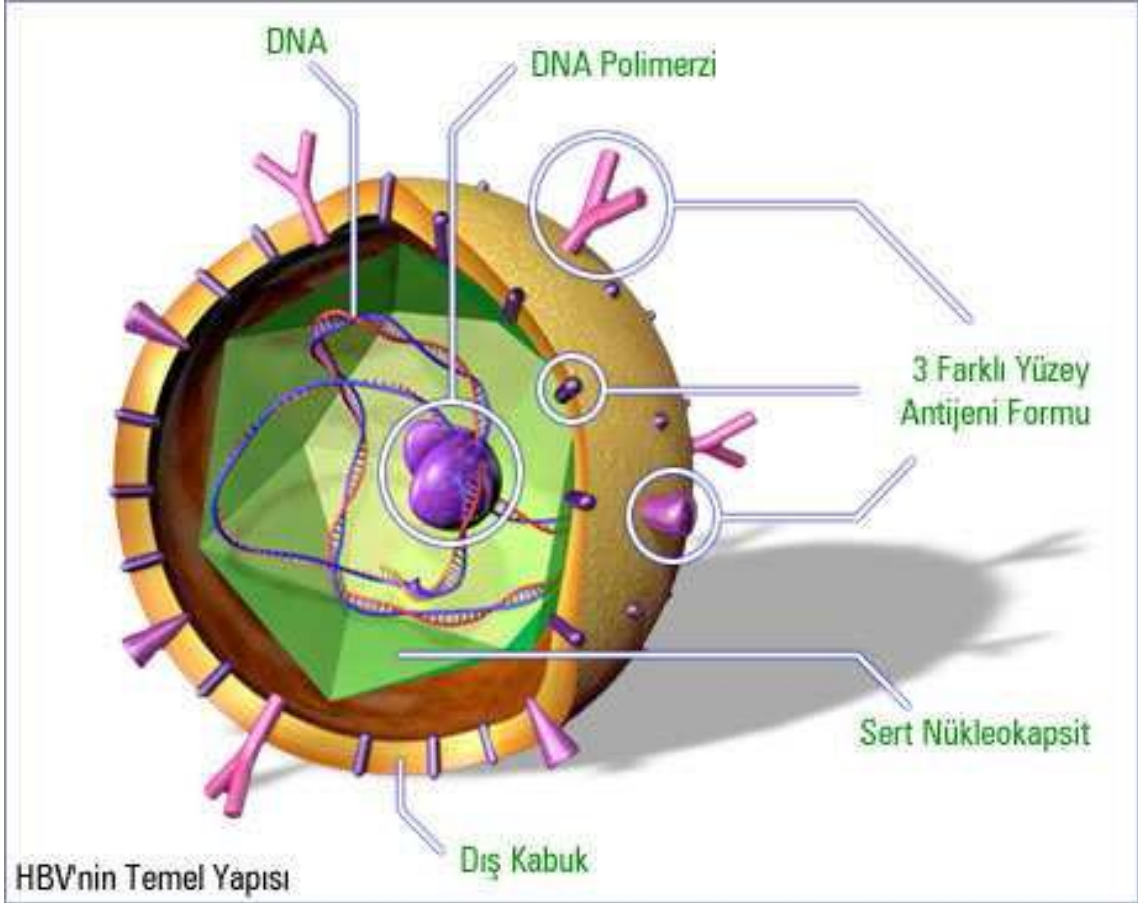
Etyolojik olarak kronik hepatitler aşağıdaki şekilde sınıflandırılmıştır (16);

1. Viral (HBV, HDV(hepatit D virus), HCV ve kombine virüs) kronik hepatit,
2. Otoimmün kronik hepatit,
3. İlaç/toksik maddelere bağlı kronik hepatit,
4. Kriptojenik nedenlerle oluşan kronik hepatit.

Karaciğerde kronik enfeksiyona ve onunla ilişkili komplikasyonlara neden olabilen en yaygın iki virus HBV ve HCV viruslarıdır (1).

2.2. Kronik Hepatit B

HBV, Hepadnavirüs ailesinin bir üyesidir. Hepatotropik, zarflı ve kısmen çift sarmallı dairesel bir deoksiribonükleik asit (DNA) genomu içeren ikozohedral bir nükleokapsid özüne sahip, 42 nm çaplı, zarflı bir viriondur (17) (Şekil 1).



Şekil 1. HBV'nin temel yapısı (7).

Zarflı bir virüs olmasına rağmen eter, düşük pH, ısı, dondurulma ve çözülmeye oldukça dirençlidir. Bu özellikler virusun kişiden kişiye geçişteki etkinliğine katkıda bulunur ve dezenfektan direncini sağlar (18). HBV'nin dört majör geni mevcuttur.

1. S geni: Pre-S1, Pre-S2 ve S bölgelerinden oluşup, virüs yüzey veya zarf antijenini (hepatitis B surface antigen – HBsAg) kodlayan genidir(19).

2. C geni: Kor veya nükleokapsid genidir. Kor partikülü içinde toplanan “hepatitis B core antigen (HBcAg)”ini kodlar. HBcAg sadece karaciğer hücresinde tespit edilebilir. Bu antijenin karboksi terminalinin bir bölümünden “hepatitis B early antigen (HBeAg)”i kodlanarak ekstrasellüler bölgeye salınır. Ekstrasellüler alanda HBeAg solubl formdadır. HBeAg, replikasyonun ve infeksiyözitenin göstergesidir.

HBeAg negatif prekor mutantlarda bu antijen salınmamakta, fakat replikasyon devam etmektedir (19).

3. P geni: P proteini =Pol (polimeraz) geni, viral genomun büyük bir kısmını (3/4) kaplar. DNA bağımlı DNA polimeraz ve ribonükleik asit (RNA) bağımlı revers transkriptaz aktivitesindeki temel bir polipeptidi kodlar (19).

4. X geni: Viral replikasyon için önemli olan iki transkripsiyon aktivatörünü kodladığı düşünülen küçük bir gendir. (19).

HBV'nin sekiz genotipi (A-H) mevcuttur ve coğrafi dağılımı farklılık gösterir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda en sık rastlanan genotip D olarak bulunmuştur (19).

2.2.1. Hepatit B virusunun antijen ve antikorları

HBsAg: Genellikle kanda saptanan ilk viral göstergedir. HBsAg hastalık semptomları ortaya çıkmadan 3-5 hafta önce serumda saptanabilir düzeye ulaşmakta, seviyesi giderek yükselerek akut enfeksiyon sırasında pik seviyeye ulaşmakta ve iyileşme ile sonlanan olgularda 2-6 ay içinde azalarak ortadan kaybolmaktadır (20).

AntiHBs: HBsAg'ye karşı oluşan antikorlardır. Koruyucu nötralizan özellik gösterirler. Genellikle HBsAg'nin serumdan kaybolmasından bir süre sonra AntiHBs saptanır, bu ara süreye pencere dönemi denir. Bu devre dikkate alınarak anti HBc IgM araştırılmazsa tanı atlanmış olur (21). Kandaki antiHBs titresi enfeksiyondan sonraki 6-12 ay boyunca yükselişini sürdürür ve daha sonra yıllarca pozitiflik devam eder (22,23).

HBcAg: Dışarıdan HBsAg ve lipid içeren bir zarf ile örtülmüştür. 42 nm çapında intakt virionun kimyasal maddeyle parçalanması sonucunda 27 nm çapındaki nükleokapsid kor partikülü izole edilebilir (24). Enfekte karaciğer dokusunda saptanabilir ancak dolaşımda saptanamaz (21).

AntiHBc: HBcAg'ye karşı oluşmuş antikordur. HbsAg'nin serumda saptanmasından 1-2 hafta sonra anti-HBc IgM serumda pozitifleşir hastalığın akut devresinde tüm hastalarda saptanmaktadır ve pozitifliği 6-24 ay devam edebilir. HBsAg'nin saptanamadığı %5 kadar hastada serumda yüksek titrede anti-HBc IgM antikorları tanıya yardımcıdır (25). Kronik enfeksiyon sırasında reaktivasyon gelişirse

tekrar saptanabilir düzeylere çıkabilir. AntiHBc IgG HBV Enfeksiyonu geçiren kişilerde çok uzun süre hatta ömür boyu pozitif kalabilir (24).

HBeAg: Hem akut hem de kronik hepatitlerde infektivite işareti olarak kabul edilmektedir. HBsAg ile beraber veya çok kısa bir süre sonra serumda belirir ve iyileşen olgularda ortalama 10 hafta sonra bir başka deyişle HBsAg'nin kaybolmasından birkaç gün önce negatifleşir (22).

AntiHBe: HBeAg'nin ortadan kalkmasından (genellikle 12-14 haftada ortadan kaybolur) kısa bir süre sonra anti-HBe antikoru ortaya çıkmaktadır. Viral replikasyonun azaldığını ve hastalığın iyileşmeye doğru gittiğini göstermektedir (20).

2.2.2. Kronik Hepatit B'de epidemiyoloji

Hepatit B virus enfeksiyonu dünyadaki en yaygın enfeksiyonlardan biridir. Ülkemizde ve dünyanın bazı bölgelerinde kronik hepatitlerin en önemli nedenlerindendir. DSÖ verilerine göre, tüm dünyada yaklaşık 350-400 milyon kişi bu virüsü taşımakta, her yıl 1-2 milyon kişi doğrudan HBV enfeksiyonu ve komplikasyonlarına bağlı olarak yaşamını kaybetmektedir (2). HBV taşıyıcılarında primer HCC'a rastlama olasılığının sağlıklı kişilere göre 200 ile 400 kat daha fazla olduğu, ayrıca primer hepatoselüler karsinom olgularının %80'inden HBV'nin sorumlu olduğu rapor edilmektedir (2,3). Gelişmiş ülkelerde HBV taşıyıcılığı %1'in altında bildirilirken, gelişmekte olan bazı ülkelerde %20'lerin üzerinde rapor edilmektedir (3, 26). HBV'nin coğrafi bölgelere göre farklılık gösteren yedi genotipi (A-G) bulunmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda D genotipinin baskın olduğu gösterilmiştir (27, 28).

Tek önemli kaynağı insan olan HBV'nin yayılmasında taşıyıcılık kavramı oldukça önemlidir. Bu virusun dört ana bulaşma paterni vardır: Enfekte kan veya vücut salgıları ile parenteral temas (perkütan), cinsel temas, enfekte anneden yeni doğana bulaşma (perinatal-vertikal), enfekte kişilerle cinsellik içermeyen yakın temas (horizontal) (4).

1. Perkütan (parenteral) bulaşma: En önemli bulaş yollarından biridir. Enfekte kan ve kan ürünleri transfüzyonu, damar içi ilaç kullanımında ortak enjektör kullanımı,

hemodiyaliz, endoskopi, dövme (tatuaj) yaptırma, akupunktur, kan bulaşmış günlük malzemeler (havlu, jilet, banyo malzemeleri v.b.) perkütan yolla virüsün bulaşmasına neden olmaktadır (29).

2. Cinsel temasla bulaşma: Genital sekresyonlar kandan daha az virüs içerirler. Fakat cinsel temas sırasında mukoza bütünlüğü bozursa kolaylıkla bulaşma olmaktadır. (30).

3. Perinatal bulaşma: Anneden çocuğa bulaşma, doğum esnasında veya doğumdan sonra oluşabilen deri ve mukoza sıyrıklarının infekte maternal sıvılara teması, vajinal kanaldan geçiş sırasında anne kanının yutulması, sezaryen sırasında anne kanıyla temas veya plasenta hasarı sonucu maternal dolaşımın fetal dolaşıma karışması gibi nedenlerle meydana gelir (31).

4. Horizontal bulaşma: Parenteral, cinsel ya da perinatal temasla bulaşmanın söz konusu olmadığı durumlarda ortaya çıkan bulaşma, horizontal bulaşma olarak tanımlanır. Bu tip bulaşmanın mekanizması tam anlaşılmamıştır (4, 31).

2.2.3. Kronik Hepatit B’de klinik seyir

Kronik hepatit B önemli bir halk sağlığı sorunudur. Akut enfeksiyon sonrası, 6 aydan uzun süreli HBsAg pozitifliği kronik enfeksiyonun göstergesidir. Bu durumda viral replikasyon karaciğerde sürer ve hem karaciğer, hem de serumda titresi değişmekle birlikte viremi devam eder. Karaciğerde hepatosit ölümüne eşlik eden inflamatuvar infiltratların varlığı kronik viral hepatit için karakteristiktir. Yüksek endemik alanlarda infekte anneden yenidoğana perinatal enfeksiyon ve erken çocukluk döneminde HBsAg pozitif aile üyeleri ile temas sonucu horizontal enfeksiyon HBV bulaşındaki ana yolları oluşturur. Yenidoğan ve infant döneminde enfeksiyon kazanıldığında, %95 oranında kronikleşme görülürken, neonatal periyod sonrası ilk 6 yaş içerisinde bu oran %30 civarındadır. İmmün tolerans dönem olarak da adlandırılan bu dönemde virüsle infekte hepatositlere karşı yeterli immün cevap oluşmadığından virüs yüksek miktarda çoğalmakta ancak, hepatositlerde hasar oluşmadığından transaminaz yüksekliği saptanmamaktadır. Bu hastalarda HBeAg pozitif olarak saptanır ve serokonversiyon olasılığı da çok düşüktür. HBeAg pozitif kronik hepatit

olarak adlandırılır. HBV infeksiyonu replikatif ve non replikatif (veya düşük replikatif) faz olmak üzere, virüs konak ilişkisine dayalı dinamik bir seyire sahiptir. Düşük endemisite gösteren alanlarda infeksiyon primer olarak adolesan ve erişkin çağda, cinsel ilişki veya intravenöz ilaç bağımlılığı, kan transfüzyonu gibi yollarla kazanılır. Bu şekilde erişkin çağda akut HBV infeksiyonu geçirildiğinde ise, hastaların sadece %3-5 kadarında kronik HBV infeksiyonu gelişir ve genellikle asemptomatik seyreder. Kronik infeksiyon gelişme oranındaki bu farklar büyük olasılıkla, etkenle karşılaşıldığında konağın immun cevabının gelişimi ile ilgilidir. Bu olguların bir kısmında virüsün prekor bölgesindeki mutasyon nedeni ile HBeAg yapılamaz. Bu durumda HBV DNA düzeyleri düşüktür veya saptanamaz, aminotransferazlar normal seviyededir. Bu klinik tablo “inaktif HBsAg taşıyıcılığı” olarak anılır. Eğer HBV DNA ve aminotransferaz düzeyleri yüksek ise HBeAg negatif kronik hepatit kliniği söz konusudur (32, 33).

Kronik viral hepatitli hastaların büyük çoğunluğu asemptomatiktir ve hastalar genellikle infekte olduklarının farkında değildirler. Bir kısım hastada halsizlik, yorgunluk, bulantı, sağ üst abdominal ağrı, kas ve eklem ağrıları gibi nonspesifik şikayetlere rastlanılabilir. Ayrıca hastalarda anksiyete başta olmak üzere bir takım psikiyatrik semptomlar, endişe hali, düşüncelerini yoğunlaştırmada güçlük, kas gerginliği, uyku bozuklukları, depresyon görülebilir (34). Bu bulguların hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, mental ve genel sağlık skorlarında normal kontrollere göre düşüşe sebep olduğu gösterilmiştir (35, 36).

Kronik hepatit B’li olgular arasında aminotransferaz düzeyleri yüksek ve viral replikasyon göstergeleri pozitif saptananlarda aktif viral replikasyon sürdüğünden hastalıkta genellikle ilerleme görülür. KHB infeksiyonunun en önemli komplikasyonları siroz, portal hipertansiyon, asit, özofagus varis kanaması, hepatorenal sendrom ve HCC olarak sıralanabilir. Bu olguların %15-20’sinde 5 yıl içerisinde siroza ilerleyebilir ve sirozlu hastaların %20’sinde de HCC gelişebilir. Kronik HBV infeksiyonu olan olguların her yıl %1- 10 kadarında spontan HBeAg/anti HBe serokonversiyonu görülür ve genellikle karaciğer hastalığında alevlenme ile birlikte dir. HBsAg kaybının görülme olasılığı ise yılda %1- 2 civarındadır (37, 38, 39, 40).

2.2.4. Kronik hepatit B’de tanı yöntemleri

1. Serolojik tanı yöntemleri: Hepatit B virusu ile infeksiyon oluştuğunda konakçı olan organizmada virüse ait çeşitli antijenlere (HBsAg, HBcAg ve HBeAg) karşı antikorlar meydana gelir. HBV infeksiyonlarının özgül tanısını yapmak için hasta serumunda bu antijenlerin ve antikorların varlığı araştırılır. Bu amaçla başlangıçta radio immün assey (RIA) yöntemleri kullanılırken, bugün yerlerini enzim bağlı immün assey (ELISA) testlerine bırakmışlardır (41).

Akut HBV infeksiyonu sırasında HBsAg, virüse ait ilk saptanan antijendir. HBsAg hastalık semptomları ortaya çıkmadan 3-5 hafta önce serumda saptanabilir düzeye çıkmakta, giderek seviyesi yükselerek akut infeksiyon sırasında tepe noktasına ulaşmakta ve iyileşme ile sonlanan olgularda 2-6 ay içinde azalarak ortadan kaybolmaktadır. Ortadan kaybolduktan bir süre sonra serumda buna karşı oluşan koruyucu Anti-HBs antikorları ortaya çıkmakta ve genellikle hayat boyu saptanabilir bir seviyede kalmaktadır (41,42).

Akut HBV infeksiyonundan sonra HBsAg’nin serumda 6 aydan daha uzun süre pozitif kalması hastalığın kronikleştiğini gösterir. Serumda HBsAg saptanması hastalığın varlığını gösterir ancak akut mu kronik mi olduğunu göstermez (41, 42).

Akut infeksiyon sırasında genellikle HBsAg’nin ortaya çıkmasından kısa bir süre sonra HBeAg ortaya çıkar ve HBsAg’den önce de ortadan kaybolur. Serumda HBeAg’nin varlığı bulaşıcılık, infektivite ve aktif viral replikasyon ile ilişkilidir. HBeAg’nin ortadan kalkmasından kısa bir süre sonra anti-HBe antikorları ortaya çıkar. Bazı olgularda çok kısa bir süre de olsa her ikisi serumda birlikte bulunur. Anti-HBe antikorlarının ortaya çıkması viral replikasyonun azaldığını ve hastalığın iyileşmekte olduğunu gösterir (23).

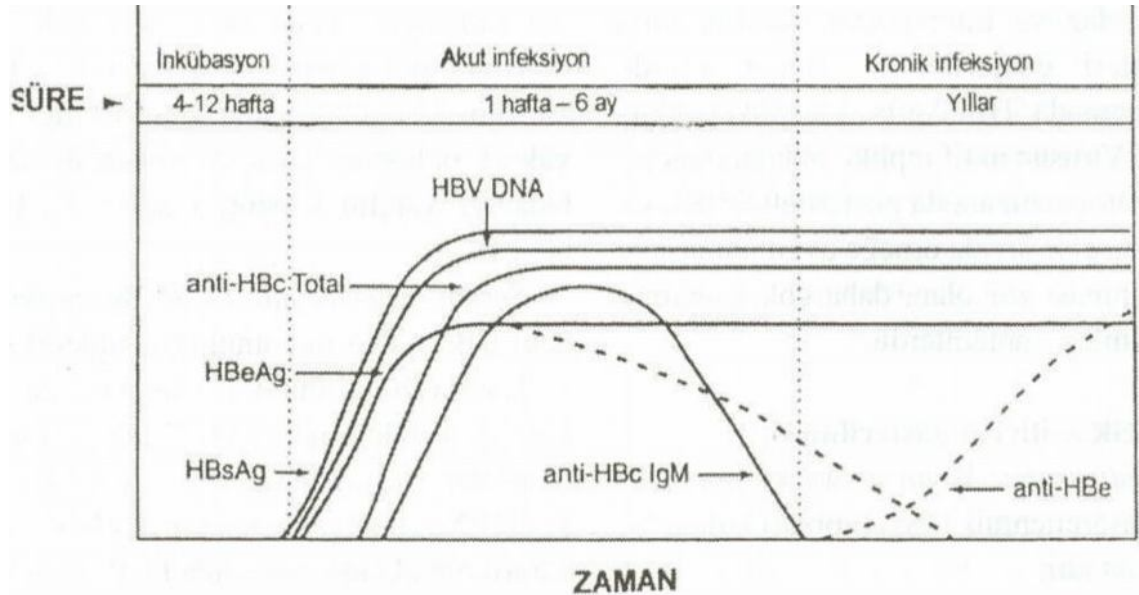
HBeAg’nin serumdaki varlığının 3-4 aydan uzun sürmesi kronik HBV infeksiyonuna gidişi gösterir. Kronik HBV infeksiyonunda HBeAg’nin pozitifliğinin devam etmesi ağır karaciğer hastalığı gelişme riskini artırır (23).

HBeAg pozitif olan serumlar, anti-HBe pozitif serumlara göre belirgin olarak daha yüksek konsantrasyonlarda HBV içerir. Bu nedenle HBeAg pozitif hastalarda cinsel ilişki yoluyla, perkütan yolla veya perinatal yollarla bulaşma ihtimali HBeAg

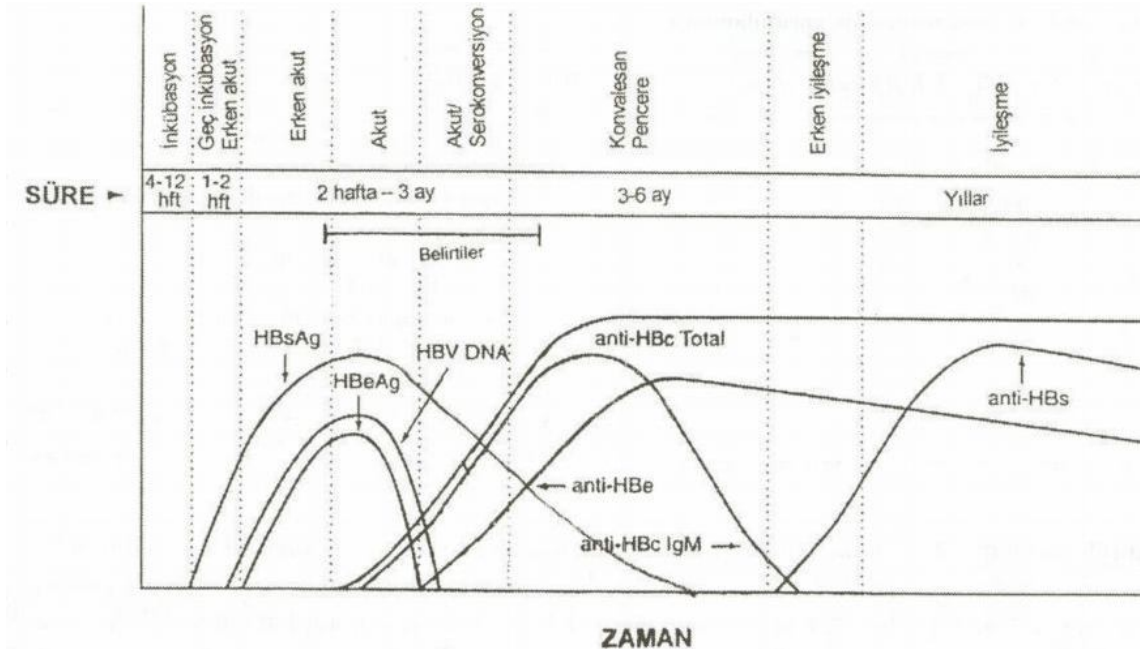
negatif olanlara göre daha yüksektir. İnterferon gibi antiviral bir ajanla tedavinin etkinliğinin saptamasında HBeAg'nin kaybolması ve anti-HBe oluşması arzu edilir (41, 43).

HBcAg süratle spesifik antikorla birleştiğinden serumda saptanması güçtür. Son zamanlarda bu antijeni saptayan bir enzim immün assey (EIA) geliştirilmiş ve burada HBcAg miktarının HBV DNA seviyesi ile uyumlu olduğu bildirilmektedir (44). Bugün serolojik tanıda kor bölgesi ile ilgili kullanabileceğimiz gösterge anti-HBc antikorlarıdır. Total anti-HBc antikorları IgM ve IgG den oluşur. Başlangıçta hâkim immünglobülin sınıfı IgM'dir. IgM sınıfı antikorlar 6-8 ay içinde negatifleşerek yerlerini IgG sınıfı antikorlara bırakır. Anti-HBc IgM sınıfı antikorların görülmesinden bir süre sonra IgG sınıfı antikorlar ortaya çıkar ve bunlar genellikle hayat boyu saptanabilir düzeyde kalırlar (45).

Viral enfeksiyonun akut ve kronik döneminde göstergelerdeki değişiklikler Şekil 2 ve Şekil 3'de gösterilmiştir (42).



Şekil 2. Akut HBV enfeksiyonunda serolojik göstergeler (42).



Şekil 3. Kronik HBV infeksiyonunda serolojik göstergeler (42).

HBV infeksiyonunun farklı safhaları ve konvalesan dönemde serolojik göstergelerin durumu Tablo 1’de özetlenmiştir (20).

Tablo 1. HBV infeksiyonunun farklı safhalarında viral göstergelerin durumu (20).

İnfeksiyonun safhası	HBV DNA	HBsAg	HBeAg	Anti-HBc		Anti-HBe	Anti-HBs
				Total	IgM		
Erken inkübasyon	+	-	-	-	-	-	-
Geç inkübasyon	+	+	+/-	-	-	-	-
Akut infeksiyon	+	+	+	+	+	-	-
HBsAg negatif akut infeksiyon	?	-	-	+	+	-	-
Kronik infeksiyon	+	+	+	+++	+/-	-	-
Sağlıklı HBsAg taşıyıcısı	-	+	-	+++	+/-	+	-
Yenilerde geçirilmiş infeksiyon	+/-	-	++	++	+	+	+ /++
Eski infeksiyon	-	-	+	+	-	-	+/-
Aşı cevabı	-	-	-	-	-	-	+

Uyumsuz test sonuçları değerlendirilirken; kullanılan test yöntemi, yöntemin duyarlılığı, özgüllüğü vb. gözden geçirilmeli, yalancı pozitif veya negatif sonuç olabileceği düşünülmeli, gerekirse testler tekrarlanmalı veya ihtiyaç duyulduğunda moleküler tanı yöntemlerinden yararlanılmalıdır.

2. Moleküler tanı yöntemleri: HBsAg pozitif vakalarda viral replikasyonun varlığını göstermesi bakımından özellikle kronik hepatitlerde HBV DNA bakılması zorunlu hale gelmiştir. Günümüzde hem kalitatif hem de kantitatif yönden viral genomu araştırmaya yönelik çok duyarlı polimeraz zincir reaksiyonu (PZR) yöntemleri bulunmaktadır. HBV DNA kantitasyonu HBV replikasyonunun izlenmesi açısından önemlidir. HBV DNA'nın kantitasyonunda sinyal ve hedef amplifikasyon temelli testler ve PZR temelli testler kullanılmaktadır (20).

3. Karaciğer biyopsisi: Kronik hepatitlerde önceki dönemlerde yalnız tanı amacıyla uygulanırken, günümüzde tedaviye cevabın değerlendirilmesi ve takip amacıyla da yaygın olarak yapılmaktadır. Hastaların klinik bulguları ve karaciğer fonksiyon testleri ile histopatolojik bulgular genellikle korelasyon göstermektedir. Ancak bazen minimal klinik patolojinin olduğu hastalarda, belirgin karaciğer parankim harabiyetinin varlığı saptanabilmektedir. Ayrıca, klinik ve laboratuvar iyileşmesinden çok sonra morfolojik iyileşmenin oluşması da bu diskordansın nedenlerinden biridir (46).

2.2.5. Kronik hepatit B'de tedavi

Kronik Hepatit B tedavisinde amaç HBV replikasyonunu baskılamak ve karaciğer hastalığının siroza, karaciğer yetmezliğine veya HCC' a ilerlemesini, transplantasyon ihtiyacı oluşmasını engellemektir (5, 6). HBeAg pozitif veya negatif hastalarda ideal tedavi amacı HBsAg' nin kaybı ve/veya Anti HBs oluşumudur. Ancak HBsAg serokonversiyonu antiviral tedavi ile nadiren sağlanabilir, bu nedenle antiviral tedavinin gerçekçi amaçları arasında değildir. Tedavi ile HBeAg pozitif hastalarda HBeAg serokonversiyonunu ve bunun devamlılığını sağlamak amaçlanır. HBeAg negatif hastalarda ve HBeAg pozitif olup HBeAg serokonversiyonu sağlanamamış hastalarda tedavi ile HBV DNA' nın ölçülemeyecek düzeye inmesi ve bu düzeyde devamlılığının sağlanması da amaçlar arasındadır (5).

Günümüzde iki grup ilaç kullanılmaktadır:

1. İmmün modulatorler (Alfa interferonlar ve pegillenmiş formları)
2. Viral polimeraz inhibitörleri (Nükleosid ve nükleotid analogları):
Lamivudin, Adefovir, Entekavir, Tenofovir, Telbivudin

Anti viral tedaviye başlama kararı verilirken serum alanin amino transferaz (ALT) düzeyi, HBV DNA düzeyi ile karaciğerin histopatolojik incelemesi önemli rol oynar (5).

Pegile interferon alfa ve Nükleoz(t)id analoglarının başlıca avantaj ve dezavantajları tablo 2’de verilmiştir (6).

Tablo 2. Pegile interferon alfa ve nükleoz(t)id analoglarının başlıca özellikleri (47).

	Pegile interferon alfa	Nükleoz(t)id analogları
Tedavi süresi	Belirgin	Belirgin değil
Direnç	Yok	Var
HBsAg,HBeAg serokonversiyonu	Daha yüksek	Daha düşük
Kullanım şekli	Parenteral	Oral
Yan etki	Daha fazla	Daha az

2.3. Kronik Hepatit C

Hepatit C virüsü; flaviviridae ailesi içinde, hepacivirus genusu içinde yer alır. HCV, genomu önemli ölçüde dizi değişikliği gösterir. En az 6 majör genotip (1’den 6’ya) ve 100’den fazla subtip (1a, 1b, 2a ve 2b en sık) bulunmaktadır. Majör genotipler arasında en az %33 genetik varyasyon bulunur. Genotiplerin coğrafi dağılımları da farklıdır. Türkiye’de en sık görülen, genotip 1b’dir (8, 9).

2.3.1. Kronik hepatit C’de epidemiyoloji

Hepatit C virüs infeksiyonu tüm dünyada yaygın ve oldukça ciddi bir sağlık sorunu oluşturur. Dünya’da HCV infeksiyonunun ortalama sıklığı %3 olup yaklaşık 210 milyon insan HCV ile infektidir (7). Gelişmiş ülkelerde anti-HCV sıklığı %1-2 oranında bildirilmektedir. Avrupa ve Afrika’nın doğu bölgelerinde infeksiyon sıklığı daha yüksektir. ABD.’de genel popülasyonda anti-HCV pozitifliği %1.8 iken kan donörlerinde bu oran %0.5 olarak rapor edilmiştir. HCV insidansı en sık 20-39 yaş grubunda görülürken kronik HCV hastalarına en sık 30-49 yaşındaki insanlarda rastlanmaktadır. Kronik HCV infeksiyonlarına erkeklerde ve Afrika kökenli insanlarda daha sık rastlanmaktadır (47).

Ülkemizde HCV sıklığı %1-2.4 arasında değişen bir orandadır. Çeşitli guruplar üzerinde yapılan çalışmalarda anti HCV sıklığı ise %0.05 ile %51.6 arasında bildirilmiştir (10). Bildirilen bu oranlar çalışılan risk gurubu ve bölgesel özelliklere göre farklılık göstermektedir (26).

2.3.2. Hepatit C virusunun bulaş yolları

Hepatit C virusunun başlıca bulaş yolu kan ve kan ürünlerinin transfuzyonu ve perkütan yaralanma ile olmaktadır (10).

1. Parenteral bulaş: Hepatit C bulaşında parenteral yol olguların 1/3 - 2/3’ünden sorumludur (48). İnfekte kan ve kan ürünleri transfüzyonu, hemodiyaliz, organ transplantasyonu, nazokomiyal bulaş, intravenöz ilaç bağımlılığı, uygun olarak steril edilmeyen ve tekrar kullanılan iğnelerle yapılan akapunktur, tatuaj, dövme gibi işlemler virüsün bulaşmasına neden olmaktadır (26).

2. Cinsel temasla bulaş: Prospektif çalışmalarda tek eşli cinsel partneri olanlarda HCV bulaş riskini göstermek zordur. Cinsel yolla ve ev içi temasla HCV bulaş riski oldukça düşüktür. Heteroseksüel ve erkek homoseksüeller arasında HCV seroprevalansı artmaktadır. CDC tek eşli çiftlerde cinsel pratikte korunma önermemektedir (48).

3. Perinatal bulaş: Anti HCV pozitif anneden doğan bebeklerin yaklaşık %5’inde perinatal bulaş olabilir (26).

4. Diğer bulaş yolları: Hepatit C virusu ile infekte hastaların yaklaşık %10'unda infeksiyon kaynağı ve risk belirlenmemektedir. Diğer yandan sosyoekonomik durumu düşük olan bireylerde HCV görülme sıklığı artmaktadır (26).

2.3.3. Kronik hepatit C'de klinik seyir

Hepatit C virusu ile infekte kişilerin %55-85'inde hepatit C infeksiyonu kronikleşmektedir. Çocukluk veya genç erişkin dönemde infekte olan kişilerde HCV klirensi yaşlılara göre daha yüksektir (49). Transfüzyona bağlı olanlarla sporadik olanların kronikleşme oranları birbirine benzemektedir. Akut bir ataktan sonra hastaların bazılarında hastalık aktivitesi olarak karaciğer hasarının belirti ve bulguları saptanırken, diğer hastalar akut hepatit tablosundan tamamen çıkar, iyileşir ve ALT düzeyleri normalleşir. Buna rağmen bu hastaların karaciğer biyopsi örneklerinde çok hafif ve ilerleyici olmayan histolojik değişiklikler ve virus replikasyonu saptanır. Kronik hepatit C' de en sık saptanan semptom yorgunluktur. Ayrıca iştahsızlık, bulantı, halsizlik, eklem ağrıları, karın ağrısı, kaşıntı, kilo kaybı gibi bulgu ve belirtiler ortaya çıkar. Karaciğer dışı belirtilerin başlıcaları, anormal B hücre/immün globülin üretimi ya da depolanması, otoantikorlar, plazmositoma, liken planus, moren kornea ülseri, tiroidit, trombositopeni, vitiligo v.b. dir (49, 50).

Kronik HCV infeksiyonunun en önemli sonucu hepatik fibrozis ve bunun sonucuda siroz ve HCC gelişmesidir. Bu uzun süreli komplikasyonlar genellikle infeksiyonun başlangıcından 20 yıl ve üzerindeki sürelerde olurlar. HCV infeksiyonu alındıktan sonra hastaların %5-20'inde 10-20 yıl sonra siroz gelişir. Fibrozisin ilerlemesi infeksiyonunun süresi, ileri yaş, erkek cinsiyet, alkol alımı, HBV veya human immunodeficiency virus (HIV) koinfeksiyonu ve düşük CD4 sayısı gibi çeşitli faktörlerle ilişkilidir. Obesite ve diyabet gibi metabolik bozukluklar fibrogenezde bağımsız kofaktörlerdir (49).

2.3.4. Kronik hepatit C'de tanı yöntemleri

1. Serolojik tanı yöntemleri; bugün için HCV infeksiyonunun tanısında kullanılan en pratik tanı yöntemi kanda EIA ile anti-HCV antikorlarının belirlenmesidir.

Geliştirilmiş EIA yöntemlerinde duyarlılık ve özgüllük %97-99'lara ulaşmıştır. Virüs alındıktan 4-10 hafta sonra kanda antikorlar tespit edilebilir. İmmünsüprese kişilerde, HIV enfeksiyonu olanlarda, hemodiyaliz hastalarında, HCV ile ilişkili esansiyel mikst kriyoglobulinemisi olanlarda kanda antikor saptanamayabilir. Günümüzde HCV genotipleri kompetitif EIA yöntemiyle genotip spesifik antikorlar tespit edilebilmektedir (49).

2. Moleküler tanı yöntemleri; HCV-RNA tayini HCV enfeksiyonu tanısında en duyarlı yöntemdir. Akut hepatit C'de aminotransferazların yükselmesinden ve anti-HCV'nin pozitifleşmesinden önce serumda HCV-RNA tespit edilebilir. Kronik enfeksiyonu olan hastaların çoğunda viremi sürekli, bir kısmında ise intermittanttır (49, 50).

Klinikte HCV-RNA, akut enfeksiyonda serokonversiyon öncesinde tanı koymada, antikor oluşturmeyan kronik hepatitli hastaların tanısında, yenidoğan enfeksiyonlarının tanısında, antikoru pozitif hastalarda vireminin araştırılmasında ve antiviral tedavinin izlenmesinde kullanılır (49, 51).

HCV-RNA tespitinde kalitatif ya da kantitatif testler kullanılır. Kalitatif HCV-RNA testleri klasik PZR, RT-PZR ya da transcription mediated amplification tekniğine dayanır. Kalitatif testlerin duyarlılığı kantitatif testlerden yüksektir. Ayrıca tüm genotipler için sensitivitesi aynıdır (49, 50).

Viral yükün tespit edilmesinde kantitatif PZR ya da Branched-DNA teknikleri kullanılır. Karaciğerdeki inflamasyon ve fibrozisin şiddeti ile korele olmayan viral yük, hastalığın şiddetini ve prognozunu göstermede güvenli bir belirleyici değildir. Ancak anti viral tedaviye cevabın izlenmesinde faydalıdır ve viral yükü yüksek olan hastalarda relaps daha yüksek oranda bildirilmektedir (49). Ayrıca HCV genotiplerinin belirlenmesinde referans metod, moleküler yöntemlerle genomun sekans analizidir (52).

3. Karaciğer biyopsisi; karaciğer biyopsisi genellikle kronik hepatit C enfeksiyonu olan hastaların ilk değerlendirilmesinde önerilir. Fibrozis, nekrozis ve inflamasyonun şiddetinin belirlenmesinde altın standarttır. Karaciğerdeki fibrozis ve nekroinflamasyon düzeyi çeşitli skorlama sistemleriyle derecelendirilmektedir. Fibrozisin derecesi tedavi açısından önemlidir (49).

Hepatit C virus infeksiyonunda genellikle anti-HCV pozitifliği ile tanı konur. Anti-HCV pozitif serumlarda HCV-RNA bakılarak infeksiyonun prensipte olup olmadığına bakılır. Anti-HCV pozitif, HCV-RNA negatif ise 6 ay sonra HCV-RNA ve ALT tekrarlanır. Yine HCV-RNA negatif, anti HCV pozitif ve ALT normal ise HCV infeksiyonunun iyileştiği söylenebilir. Günümüzde akut HCV infeksiyonunu kronik HCV infeksiyonundan ayıracak güvenilir bir serolojik yöntem yoktur (49).

2.3.5. Kronik hepatit C’de tedavi

Kronik hepatit C infeksiyonunda tedavinin amacı, hepatit C infeksiyonuna bağlı ölümleri, dekompanse siroz ve hepatoselüler kanser gelişimini önleyebilmektir (53).

Hepatit C tedavisinin ömrü uzattığına dair yapılmış prospektif randomize bir çalışma henüz yoktur. Buna rağmen günümüzde tüm hepatit C hastaları antiviral tedavi için aday olarak düşünülmektedir. İlk kez 1990 yılında “interferon monoterapisi” ile başlanılan tedavilerden sonra, 1998 yılında “interferon ve ribavirin kombine tedavisi” yanıtı daha etkili bulunarak kombinasyon tedavisine geçilmiştir. Son 10 yıldır pegile-interferon (Peg-IFN) ve ribavirin kombinasyon tedavisi kronik hepatit C için standart tedavi olarak uygulanmaktadır. Bu tedavi ile genotip 1 hastalarında %50-60, genotip 2 ve 3 hastalarında ise %80-90 tedavi yanıtlarına ulaşılmıştır (11).

Kronik HCV infeksiyonunda tedaviye başlamadan önce hastanın yaşı, genel sağlık durumu, siroz riski, gebelik testi, daha önce tedavi alıp almadığı, cevap şansı değerlendirilmelidir. Yüksek ALT değerlerine sahip olan, anti-HCV pozitif ve karaciğerde anlamlı nekroinflamatuvar aktivite ve fibrozis olanlar tedavi edilmelidir. HCV RNA düzeyi ve genotip, tedaviye cevabı etkileyen en önemli iki faktördür (53).

İnterferon: İnterferon α monoterapileri ile başarı oranı %5-15 iken, IFN- α ve ribavirin kombinasyonlarının kullanımı ile bu oran %40'lara ulaşmıştır. Peg-IFN' ların klinik kullanıma girmesinin ardından yapılan uluslararası çalışmalarda, PEG-IFN- α tedavisi ile elde edilen yanıt oranlarının standart IFN- α monoterapisine göre yaklaşık iki kat daha fazla olduğu gözlemlenmiştir (54).

Ribavirin: Ribavirin hem immunmodülatördür, hem de viral replikasyondan sorumlu inozin monofosfat dehidrogenaz ve RNA bağımlı polimeraz enzimlerini inhibe

eden bir guanozin analogudur (55). İlk kez 1991 yılında kroik hepatit C infeksiyonunda kullanılmıştır. Ancak yapılan kontrollü çalışmalarda ribavirin monoterapisinin vakaların önemli bir kısmında aminotransferaz düzeylerinde düşüşe neden olabileceği ortaya konulmakla birlikte, kalıcı viral yanıt sağlamadığı gösterilmiştir. Bu nedenle ribavirin kronik hepatit C infeksiyonu tedavisinde tek başına önerilmemektedir (56, 57) IFN-alfaya ribavirin eklenmesi ile kalıcı viral yanıt oranının bariz arttığı gösterildiğinden, bu kombinasyon kronik hepatit C tedavisinde standart tedavi olarak kabul edilmiştir (58).

Hastalarda interferon ve ribavirin tedavisinin kan tablosuna göre düzenlenmesi gereken doz şeması tablo 3’de yer almaktadır (59).

Tablo 3. Kan tablosuna göre doz ayarlama (59).

	<i>IFN-α</i>	<i>Ribavirin</i>
Dozun yarıya indirilmesi/atlanması	Trombosit<50.000/mm Nötrofil < 750/mm	Hemoglobin <10 g/dl
Tedavinin kesilmesi	Trombosit < 25.000/mm	Hemoglobin < 8.5 g/dl
	Nötrofil < 500 7 mm	

Ribavirin kullanımından kaçınmak gereken durumlar söz konusu olabilir. Bunlar mutlak ve rölatif kontrendikasyonlar olarak değerlendirilmektedir (49, 57).

1. Ribavirin kullanımının mutlak kontrendike olduğu durumlar:

- a. Gebelik
- b. Böbrek yetmezliği
- c. Ciddi kalp yetmezliği

2. Rölatif kontrendikasyonlar:

- a. Anemi
- b. İskemik vasküler hastalık

Ribavirin kullanımı ile ilişkili yan etkiler aşağıda yer almaktadır (49, 57):

- Hemolitik anemi
- Yorgunluk
- Kaşıntı

- Döküntü
- Öksürük
- Gastrointestinal sorunlar
- Farenjt
- Gut hastalığı
- Doğumsal anomaliler

2.4. İnterferonlar

İnterferonlar; viruslar, bakteriler ve tümör hücrelerinin yayılımına karşı insan organizmasının doğal savunma mekanizmasının bir parçasıdır. Başlıca üç interferon tanımlanmıştır: interferon $-\alpha$, β , γ . İnterferon alfa makrofaj ve özellikle de lenfositler tarafından yapılmaktadır. İnsanda 9. kromozom tarafından kodlanmaktadır (60). İnterferon alfa hepatit B tedavisinde ilk onaylanan ilaçtır. İmmünmodülatör etkinin yanı sıra antiviral aktiviteye de sahiptir. İmmünmodülatör aktivitesini natürel killer hücre, sitotoksik T hücre, makrofaj indüksiyonu veya aktivasyonu ile antikor üretiminin modülasyonu ile sağlar. Antiviral aktivitesi 2,5 oligoadenil sentetaz enziminin indüksiyonu ve protein kinaz indüksiyonunu kapsar (61-63).

Rekombinant teknoloji ile hazırlanan interferon preparatları kronik hepatit B ve C tedavisinin en önemli ilaçları arasındadır. Ülkemizde IFN α -2b, IFN α -2a ve peg-IFN- α -2b, peg-IFN- α -2a ruhsatlıdır. İnterferona polietilenglikol molekülünün eklenmesi ile ilacın Emilimi ve atılımı yavaşlamış, böylece daha yüksek ve sabit serum konsantrasyonları elde edilmiştir. Peginterferonlar bu özellikleri ile haftada bir kullanım için uygun olup hasta uyumu bakımından daha elverişlidir (64).

Kronik hepatit C tedavisinde önerilen tedavi 6 ay- 1 yıl süre ile peg-IFN- α -2a ya da peg-IFN- α -2b ile ribavirin kombinasyonudur. Tedavi süresi HCV genotipi ile ilişkili farklılık gösterir (64). Kronik hepatit B’de standart interferonlar, peg-IFN- α -2a ya da peg-IFN- α -2b tek başına önerilmektedir. Tedavi süresi genellikle bir yıldır (65).

İnterferon alfanın intramusküler veya subkutan enjeksiyondan sonra %80’den fazlası emilir. Plazma düzeyleri doz ilişkilidir, 4-8 saat içinde pik yapar, 18-36 saat sonra bazal değere döner. İnterferon sistemik olarak verildikten sonra solunum sistemi,

beyin omurilik sıvısı, göz ve beyin dokusunda düşük düzeyde bulunur. Lökosit ve rekombinant interferon alfa türleri yaklaşık 2-4 saatlik plazma yarılanma ömrüne sahiptir. İnterferon çeşitli vücut sıvılarında inaktivasyon, hücrel uptake ve özellikle böbrek, karaciğer, kalp, iskelet kası ve akciğer gibi organlar tarafından metabolize edilerek atılır. Hepatik sitokrom P-450 ile etkileşen çeşitli ilaçlarla alındığında metabolizması azalır (61-63).

İnterferon tedavisinin kontrendike olduğu durumlar tablo 4’de görülmektedir (61).

Tablo 4. İnterferon tedavisinin kontrendikasyonları (61).

Kesin kontrendikasyonlar	Göreceli kontrendikasyonlar
Psikoz yada ciddi depresyon	Kontrol edilemeyen hipertansiyon
Nötropeni ve/veya trombositopeni	Kontrol edilemeyen diyabetes mellitus
Gebelik	Retinopati
Kontrol edilmeyen nöbetler	Psöriasis
Dekompanse siroz	Otoimmün hastalıklar
Organ nakli (karaciğer dışı)	Otoimmün tiroidit
Semptomatik kalp hastalığı	

İnterferon alfa rekombinant DNA teknolojisi ile üretilen ilk sitokindir ve birçok malign ve malign olmayan hastalığın tedavisinde kullanılmıştır. IFN- α ile tedavi edilen hastalıklar arasında melenoma, renal cell karsinoma, hairy cell lösemi, kaposi sarkomu, hepatit B ve hepatit C vardır (66). İnterferon molekülüne bir polietilen glikol polimerinin bağlanması esasına dayanan pegilasyon teknolojisi, uzamış plazma ömrüne sahip interferonların oluşturulmasını sağlamıştır (67, 68).

İnterferonların yan etkileri tablo 5’de gösterilmiştir(69).

Tablo 5. İnterferon alfa'nın yan etkileri (69).

Sistemik etkiler	Yorgunluk, ateş, baş ağrısı, kas ağrısı, iştahsızlık, bulantı, kusma, kilo kaybı, diyare, abdominal kramp, saç dökülmesi ve hipersensivite reaksiyonları
Nörolojik etkiler	Konsantrasyon ve oryantasyon bozukluğu, deliryum, uyku rahatsızlıkları, konvülsiyon, koma, EEG değişiklikleri, işitme ve görme azlığı, tinnitus, baş dönmesi, retinal hemoraji
Psikolojik etkiler	Anksiyete, depresyon, huzursuzluk, libido azlığı, paranoid ve suisid düşünceler, alkol ve ilaç alışkanlığına duyulan artmış istek
Hematolojik etkiler	Hematokrit, trombosit ve lökosit sayısında düşme
İmmünolojik etkiler	Bakteriyel infeksiyonlara karşı artmış duyarlılık (özellikle bronşit, sinüzit, fronkül ve idrar yolu infeksiyonu)
Otoimmün etkiler	Otoantikorlar ve anti-interferon antikorların gelişmesi, hipertiroidi, hipotiroidi, liken planus, diabet, hemolitik anemi, trombositopenik purpura
Diğer etkiler	Ender olarak pnömonit, proteinüri, interstisyel nefrit, nefrotik sendrom, kardiyak aritmi, kalp yetmezliği, karaciğer hastalığının akut alevlenmesi

2.5. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi konusunda kabul edilmiş evrensel bir tanım bulunmamakla birlikte sağlıkla doğrudan ya da dolaylı olarak ilgili birçok faktörü içeren geniş bir kavramdır. Bazı araştırmacılar “mutluluk”, bazıları “hastalık ve tedaviye bedensel, ruhsal ve sosyal cevabın öğretici bir ifadesi” olarak tanımlamışlardır. Tanımlama konusunda fikir birliği olmasa da, araştırmacıların çoğu sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin çok boyutlu, öznel ve dinamik bir kavram olduğu konusunda hemfikirdirler (70).

Yaşam kalitesi ölçümlerinin gün geçtikçe artmakta olan kullanım alanları şöyle sıralanabilir;

- Bireysel hasta bakımında oluşabilecek psikososyal problemlerin izlenmesi ve taranmasında,
- Bilinen sağlık problemlerine yönelik yürütülen toplum tabanlı çalışmalarda,
- Tıbbi değerlendirmelerde,
- Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesine yönelik araştırmalarda,

- Özellikle kronik hastalıklarda hastalığın prognozunun izlenmesi ve tedavi yönteminin belirlenmesinde,
- Klinik araştırmalarda,
- Maliyet kullanım analizlerinde (71).

Yaşam kalitesi subjektif bir kavram olup, tanımlanması ve ölçülmesi güçtür. Klinikte genellikle hasta prognozu ile ilgili yapılan değerlendirmeler, hastanın laboratuvar değerleri ve hastalığın yaşam üzerine etkilerinin ne olduğuna dair kriterlerle sınırlı kalmaktadır. Akut başlangıçlı, yaşamı tehdit eden hastalıklara yapılan müdahaleler, iyileşme ile sonlanan durumlarda hastanın kliniğinde hızla bir düzelmeye yol açarken, çoğu kronik hastalıkta belirgin olmayan semptomlar nedeniyle, verilen tedaviler etkisini ancak uzun süreli sağ kalımda istatistiksel olarak anlamlı düzelme ile gösterir. Kronik karaciğer hastalıkları da, bu grup hastalıklar içerisinde yer almaktadır. Kronik karaciğer hastaları, genellikle asemptomatik olmakla birlikte, yorgunluk, bulantı, kaşıntı, iştahsızlık ve psikolojik bozukluklar gibi sistemik şikâyetlere sahiptirler. Bu grup hastada, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde belirgin bozulma söz konusudur (14).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümleri genel ve spesifik ölçümler olarak iki ayrı kategoridedir. Genel ölçümler, hastanın iyi olma hali üzerinde hastalığın etkisini tanımlamayı hedefler. Farklı hastalıkların SİYAK üzerindeki etkilerini, tedavilerini karşılaştırmada sıklıkla kullanılır. En sık kullanılan genel ölçüm Short Form-36 (Kısa form-36)'dır (72).

Kısa form-36 anketi yaşam kalitesini 8 ayrı başlık ve 36 madde veya soru ile ölçer. Değerlendirdiği 8 alan şunlardır;

- 1- Fiziksel fonksiyonlar (10 soru)
- 2- Sosyal fonksiyonlar (2 soru)
- 3- Fiziksel fonksiyonlara bağlı sosyal kısıtlama (4 soru)
- 4- Duyusal problemlere bağlı sosyal kısıtlama (3 soru)
- 5- Mental sağlık (5 soru)
- 6- Vitalite (4 soru)
- 7- Vücut ağrısı (2 soru)
- 8- Genel sağlık durumu (6 soru)

Seksüel fonksiyonlar, vücut imajı, ruhsal sıkıntı gibi boyutlar ve sağlığından tatmin olma parametresi değerlendirilmemiştir. Değerlendirilen alanlara göre soru içerikleri şunlardır:

1- Fiziksel Fonksiyonlar Altölçeği: Ağır eşyalar taşıma ve süpürme gibi ev işlerini, çarşı-pazar torbalarını taşımak, merdiven çıkmak, yürüyüş yapmak, eğilmek, diz çökmek, yerden bir şey almak, yıkanmak ya da giyinmek gibi faaliyetleri yaparken oluşan kısıtlamaların derecesini ölçmektedir.

2- Fiziksel Rol Güçlüğü Altölçeği: Kişinin fiziksel sağlığı nedeniyle iş ya da diğer uğraşları yaparken zorlanıp zorlanmadığını, iş ya da diğer uğraşlarına verdiği zamanı kısmak zorunda kalıp kalmadığını veya faaliyet türünde kısıtlama yapmak zorunluluğu hissedip hissetmediğini sorgulamaktadır. Böylece kişinin son 4 hafta içerisinde bedensel sağlığı nedeniyle iş veya günlük faaliyetlerde kısıtlama olup olmadığı değerlendirilmektedir.

3- Emosyonel Rol Güçlüğü Altölçeği: Kişinin duygusal problemler nedeniyle son 4 hafta içinde iş ya da iş dışı uğraşlarda zamanı kısmak zorunda kalmak, daha azını yapabilmek, dikkatlice yapamamak gibi etkileri incelemektedir.

4- Sosyal Fonksiyonlar Altölçeği: Kişinin son 4 hafta içinde bedensel sağlığı veya duygusal problemler nedeniyle sosyal faaliyetlerindeki kısıtlamanın derecesini belirler.

5- Vücut Ağrısı Altölçeği: Son 4 hafta içinde kişide ne kadar bedensel ağrı olduğunu ve bu ağrının kişiyi, işlerini yapmaktan ne kadar kısıtladığını irdeler.

6- Mental Sağlık Altölçeği: Kişinin ruhsal sağlığını, mental durumunu, son 4 haftayı ne kadar sakin, huzurlu, mutlu veya mutsuz, kederli veya sevinçli, üzüntülü veya sinirli geçirdiğini değerlendirir.

7- Enerji (vitalite) Altölçeği: Kişinin son 4 hafta içinde kendini yorgun, bitkin, enerjik, hayat dolu hissedip hissetmediğini sorgular.

8- Genel Sağlık Altölçeği: Kişinin kendini nasıl yorumladığını, sağlıklı kişilerle kendini kıyaslamasını ve gelecekte sağlığıyla ilgili kaygılarının olup olmadığını değerlendirir. Bir soruda da kişinin geçen seneye karşılaştırıldığında şimdiki sağlığını nasıl değerlendirdiği sorulur.

KF-36 anketi, geçerliliği iyi değerlendirilmiş, yaygın kullanılan ve özellikle kronik hepatit hastalarında üzerinde çalışmaların en çok yoğunlaştığı bir skorlama sistemidir (14).

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Örneklem

Prospektif klinik bu araştırmada Haziran 2008-Haziran 2010 tarihleri arasındaki 2 yıllık süre boyunca Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji kliniği ve polikliniğinde takip edilen; 6 aydan uzun süredir ALT düzeyi normalin 2 katından fazla ve HBsAg +, HBeAg+/- olan, HBV DNA $\geq 10^4$ copy/ml, klinik olarak siroz bulguları olmayan, naiv 28 kronik HBV ve AntiHCV +, belirlenebilir HCVRNA düzeyi olan nonsirotik, naiv 23 kronik HCV hastası çalışmaya dâhil edilmiştir. Altta yatan herhangi bir kronik hastalığı olmayan 51 olgu kontrol grubu olarak alındı. Olguların tümü 17-69 yaş arası kişilerden seçildi.

Katılımcılara görüşme öncesinde, araştırmanın içeriği hakkında bilgi verilmiş ve onamları alınmıştır.

Bu olgulara sosyodemografik özellik ve hastalık özelliklerini belirlemek amacıyla Sosyodemografik Veri Formu ve yaşam kalitesini ölçmek amacıyla 36 sorudan oluşan KF-36 ölçeği uygulanmıştır. Veri toplamada yüzyüze görüşme tekniği kullanılmıştır. Formlar araştırmacı tarafından sözel olarak hastalara yöneltilerek kendi durumlarına en çok uyan maddeyi cevaplandırmaları istenerek doldurulmuştur.

3.2. Araştırmada Kullanılan Tanımlar

1. Hasta grubu: Son 6 ay içerisinde ALT düzeyinde en az iki misli artma saptanan, HbsAg+, HbeAg+/-, PCR ile HBVDNA $\geq 10^4$ kopya/ml olan, karaciğer biyopsisinde nekroinflamatuvar aktivitesi ≥ 4 ve/veya fibroz ≥ 2 olan, nonsirotik, naiv kronik HBV ve AntiHCV+, PCR ile belirlenebilir düzeyde HCVRNA'sı olan nonsirotik, naiv kronik HCV tanımlı olgular. Kronik HCV'li hastaların 7'sinde karaciğer biyopsi örneği yoktu. Kronik HBV ve HCV'li hastalara pegile-interferon alfa-2a tedavisi başlandı.

2. Kontrol grubu: Altta yatan herhangi bir kronik hastalığı olmayan olgular.

3.3. Araştırmadan Çıkarılma Ölçütleri

- 1- Beraberinde anti-HIV, Anti-HDV pozitifliğinin olması
- 2- Altta yatan malignite ve kollajenöz grubu bir hastalığın olması
- 3- Klinik olarak siroz bulgularının olması
- 4- Çalışma ilacının ilk dozundan önceki 6 ay içinde herhangi bir sistemik antineoplastik ya da immun modülatör tedavi
- 5- Serum AFP değeri >100ng/ml olan hastalar
- 6- HCC'ya ait belirti ve bulgular

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Sosyodemografik veri formu

9 sorudan oluşan sosyodemografik veri formu kullanıldı. Bu formla yaş, cinsiyet, medeni durumu, çocuk sayısı, yaşadığı yer, eğitim durumu, mesleği belirlendi.

Bunlara ek olarak hastalıkla ilgili özellikler sarılık geçirip geçirmediği, muhtemel bulaş yolları, sigara, alkol kullanımı gibi öyküleri sorgulandı.

3.4.2. Kısa Form 36

Kısa form 36 (Ek-I), yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (72). Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (73, 74). Türk toplumunun standartlarının belirlenmesi Demiral ve ark. tarafından yapılmıştır (75).

Jenerik ölçüt özelliğine sahip bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Sekiz boyutun ölçümünü sağlayan 36 maddeden oluşmaktadır; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji/vitalite, ağrı ve sağlığın genel algılanması. Sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilir (75).

Kısa form-36'nın puanlaması ayrı bir yönerge gerektirir. Alt boyutların puanlarının hesaplanması bir dizi işlemle mümkündür. (75).

Puan aralığı 0 (en düşük) ile 100 (en yüksek) değişir ve yüksek puanlar daha iyi yaşam kalitesini gösterir. Tüm alanlar bağımsız olarak skorlanır. KF-36 yaşam kalitesi ölçeğinde skorlar, her kategori için; 87-100 “mükemmel”, 75,5-86,9 “çok iyi”, 56-75,4 “iyi”, 30,6-55,9 “kötü” ve 0-30,5 “çok kötü” olarak sınıflandırılmıştır. Genel toplam olarak ortaya çıkan bir yaşam kalitesi skoru yoktur (72, 76).

3.5. Uygulama Süreci

Haziran 2008-Haziran 2010 tarihleri arasındaki 2 yıllık süre boyunca Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji kliniğine ve polikliniğine başvuran ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan olgular alınmıştır. Çalışmaya dahil edilen tüm olgulara Sosyodemografik veri formu (Ek-II’de verilmiştir), KF-36 ölçeği interferon tedavisi öncesinde, tedavinin 3. ayında ve tedavinin 6. ayında uygulanmıştır.

3.6. Araştırma Verisinin Analizi

Bu çalışmada veri girişleri; verilerin tümünün sayısal şekilde kodlanıp bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Program for Social Sciences) 18.0 paket değerlendirme programı ile One-Way Anova ve Mann Whitney testleri uygulanarak analizleri yapıldı. P değerlerine bakılarak anlamlılık dereceleri tayin edildi. P değerinin 0,05’den küçük olması durumunda değişkenler arasında anlamlı bir fark olduğu, 0,05’den büyük olması durumunda da anlamsız olduğu kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Olguların gruplara göre yaş ortalamaları tablo 6’de gösterilmiştir. Hasta grubunda olguların yaş aralığı 17-69 yaş arasında olup yaş ortalaması 40 ± 16 idi. Hepatit B’li hastaların yaş aralığı 17-62 yaş olup, yaş ortalaması 34 ± 13 idi. Hepatit C’li hastaların yaş aralığı 18-69 olup, yaş ortalaması 47 ± 16 idi. Kontrol grubunun yaş aralığı 18-69 olup, yaş ortalaması 41 ± 15 idi. Hasta grubu ve kontrol grubunun yaşları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$). KHB’li ve KHC’li hastaların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu ($P=0,004$). Kronik hepatit B’li ve kronik hepatit C’li hastalarla yaşları kontrol grubuyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$).

Tablo 6. Gruplara göre yaş ortalaması.

	Ort.±SD*	p			
		Hasta-Kontrol	KHB-KHC	KHB-Kontrol	KHC-Kontrol
Hasta (Total)	40±16	0,67	0,004	0,17	0,392
KHB**	34±13				
KHC***	47±16				
Kontrol	41±15				

*SD: Standart deviasyon

**KHB: Kronik hepatit B

***KHC: Kronik hepatit C

Hasta grubunda olguların 27’si (%52,9) erkek 24’ü (%47,1) kadındı. Hepatit B’li hastaların 20’si (%71,4) erkek 8’i (%28,6) kadındı. Hepatit C’li hastaların 7’si (%30,4) erkek 16’sı (%69,6) kadındı. Kontrol grubunun 27’si (%52,9) erkek 24’ü (%47,1) kadındı. Hasta grupları ve kontrol grubu cinsiyete göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı($p > 0,05$).

Çalışmaya alınan hasta grubundaki olguların 37’si (%72,5) evli 12’si (%23,5) bekâr 2’si (%3,9) duldu. Hepatit B’li hastaların 20’si (%71,4) evli 8’i (28,6) bekâr 0’ı (%0) duldu. Hepatit C’li hastaların 17’si (%73,9) evli 4’ü (17,4) bekâr 2’si (%8,7)

duldu. Kontrol grubunun 42'si (%82,4) evli 7'si (%13,7) bekâr 2'si (%3,9) duldu. Hasta grupları ve kontrol grubu, medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı($p>0,05$).

Hasta grubundaki olguların 26'sı (%51,0) il merkezinde 9'u (%17,6) ilçede 16'sı (%31,4) köy ve beldede yaşıyordu. Hepatit B'li hastaların 13'ü (%46,4) il merkezinde 6'sı (%21,4) ilçede 9'u (%32,2) köy ve beldede yaşıyordu. Hepatit C'li hastaların 13'ü (%56,5) il merkezinde 3'ü (%13,0) ilçede 7'si (%30,5) köy ve beldede yaşıyordu. Kontrol grubunun 17'si (%33,3) il merkezinde 26'sı (%51,0) ilçede 8'i (%15,7) köy ve beldede yaşıyordu. Hasta grupları ve kontrol grubu yerleşim yerlerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı($p>0,05$).

Çalışmaya alınan hasta grubunun 9'u (%17,6) okur yazar değildi 5'i (%9,8) okur yazardı. 22'si (%43,2) ilköğretim mezunu 11'i (%21,6) lise mezunu ve 4'ü (%7,8) yüksekokul mezunu idi. Hepatit B'li hastaların 2'sinin (%7,1) okuma yazması yok 2'si (%7,1) okuma yazma biliyor 15'i (%53,7) ilköğretim mezunu 7'si (%25) lise mezunu ve 2'si (%7,1) yüksekokul mezunu idi. Hepatit C'li hastaların 7'si (%30,4) okur yazar değildi 3'ü (%13) okur yazardı 7'si (%30,4) ilköğretim mezunu 4'ü (%17,5) lise mezunu ve 2'si (%8,7) yüksekokul mezunu idi. Kontrol grubunun 6'sı (%11,8) okur yazar değildi. 10'u (%19,6) okur yazar, 19'u (%37,3) ilköğretim mezunu, 12'si (%23,5) lise mezunu, 4'ü (%7,8) yüksekokul mezunu idi. Hasta grupları ve kontrol grubu eğitim durumları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı($p>0,05$).

Hasta grubundaki olguların 2'si (%3,9) işsiz 1'i (%2) tarım işçisi 6'sı (%11,8) memur 20'si (%39,2) ev hanımı 2'si (%3,9) işçi 10'u (%19,6) serbest meslek 5'i (%9,8) öğrenci ve 5'i (%9,8) diğer meslek grubundaydı. Hepatit B'li hastaların 2'si (%7,1) işsiz 3'ü (%10,7) memur 7'si (%25) ev hanımı 2'si (%7,1) işçi 8'i (%28,6) serbest meslek 2'si (%7,1) öğrenci ve 4'ü (%14,3) diğer meslek grubundaydı ve tarım işçisi yoktu. Hepatit C'li hastaların 0'ı (%0) işsiz 1'i (%4,3) tarım işçisi 3'ü (%13) memur 13'ü (%56,5) ev hanımı 0'ı (%0) işçi 2'si (%8,7) serbest meslek 3'ü (%13) öğrenci ve 1'i (%4,3) diğer meslek grubundaydı. Kontrol grubunun 2'si (%3,9) işsiz 2'si (%3,9) tarım işçisi 8'i (%15,7) memur 18'i (%35,3) ev hanımı 7'si (%13,7) işçi 6'sı (%11,8) serbest meslek 2'si (%3,9) öğrenci ve 6'sı (%11,8) diğer meslek grubundaydı. Hasta grupları

ve kontrol grubu meslek durumları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Grupların cinsiyet, medeni durum, yerleşim yerleri, eğitim durumları ve meslek dağılımları tablo 7’ de toplu olarak verilmiştir.

Tablo 7. Gruplara göre cinsiyet, medeni durum, yerleşim yeri, eğitim durumu ve meslek dağılımı.

	GRUPLAR								p			
	Hasta (Total)		KHB*		KHC**		Kontrol					
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Hasta-Kontrol	KHB-KHC	KHB-Kontrol	KHC-Kontrol
Cinsiyet												
Kadın	24	47,1	8	28,6	16	69,6	24	47,1	1	0,778	0,108	0,068
Erkek	27	52,9	20	71,4	7	30,4	27	52,9				
Medeni durum												
Evli	37	72,5	20	71,4	17	73,9	42	82,4	0,348	0,691	0,574	0,321
Bekar	12	23,5	8	28,6	4	17,4	7	13,7				
Dul	2	3,9	0	0	2	8,7	2	3,9				
Yerleşim yeri												
İl	26	51	13	46,4	13	56,5	17	33,3	0,901	0,644	0,858	0,675
İlçe	9	17,6	6	21,4	3	13	26	51				
Köy-belde	16	31,4	9	32,2	7	30,5	8	15,7				
Eğitim durumu												
Okur yazar değil	9	17,6	2	7,1	7	30,4	6	11,8	0,862	0,082	0,413	0,216
Okur yazar	5	9,8	2	7,1	3	13	10	19,6				
İlköğretim	22	43,2	15	53,7	7	30,4	19	37,3				
Lise	11	21,6	7	25	4	17,5	12	23,5				
Yüksekökol	4	7,8	2	7,1	2	8,7	4	7,8				
Meslekler												
İşsiz	2	3,9	2	7,1	0	0	2	3,9	0,507	0,247	0,237	0,848
Tarım işçisi	1	2	0	0	1	4,3	2	3,9				
Memur	6	11,8	3	10,7	3	13	8	15,7				
Ev hanımı	20	39,2	7	25	13	56,5	18	35,3				
İşçi	2	3,9	2	7,1	0	0	7	13,7				
Serbest meslek	10	19,6	8	28,6	2	8,7	6	11,8				
Öğrenci	5	9,8	2	7,1	3	13	2	3,9				
Diğer	5	9,8	4	14,3	1	4,3	6	11,8				

*KHB: Kronik hepatit B

**KHC: Kronik hepatit C

4.2. Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özellikleri

Hasta grubunda 43 (%84,3) kişi sarılık geçirmemiş, 4 (%7,8) kişi sarılık geçirmiş ve 4 (%7,8) kişi sarılık geçirip geçirmediğini bilmiyordu. Hepatit B hastalarından 24’ü (%85,7) sarılık geçirmemiş, 2’si (%7,1) sarılık geçirmiş ve 2’si (%7,1) sarılık geçirip geçirmediğini bilmiyordu. Hepatit C hastalarından 19’u (%82,6) sarılık geçirmemiş, 2’si (%8,7) sarılık geçirmiş ve 2’si (%8,7) sarılık geçirip geçirmediğini bilmiyordu. Hepatit B ve hepatit C hastalarının sarılık öyküsü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Hasta grubunda olguların 38’i (%74,5) invaziv bir işlem (diş çekimi, kürtaj, küçük cerrahi girişim v.s.) geçirmişti, 13’ünün (%25,5) ise daha önce herhangi bir operasyon öyküsü yoktu. Hepatit B hastalarından 19’u (%67,9) invaziv bir işlem

geçirmişti, 9’unda (%32,1) herhangi bir operasyon öyküsü yoktu. Hepatit C hastalarından 19’u (%82,6) bir operasyon geçirmişti, 4’ünün (%17,4) ise herhangi bir operasyon öyküsü yoktu. Hepatit B ve hepatit C hastalarının invaziv bir işlem öykülerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı($p>0,05$).

Hasta grubu total olarak değerlendirildiğinde 7 (%13,7) kişide transfüzyon öyküsü vardı. Hepatit B hastalarından 3’ünde (%10,7) tranfüzyon öyküsü vardı, 25’inde (%89,3) ise transfüzyon öyküsü yoktu. Hepatit C hastalarının 4 ‘ünde (%17,4) transfüzyon öyküsü vardı. Hepatit B ve hepatit C hastaları transfüzyon öykülerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Hasta grubunun sigara kullanım öyküleri sorgulandığında 8 (%15,7) kişi sigara kullandığını ifade ederken, 43 (%84,3) hasta sigara kullanmadığını belirtti. Hepatit B hasta grubunda 7 (%25,0) kişi sigara kullanıyorken, 21 (%75,0) kişi sigara kullanmıyordu. Hepatit C hasta grubunda 1 (%4,3) kişi sigara kullanıyordu. Hepatit B ve hepatit C hasta grupları sigara içme öyküleri açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu saptandı ($p=0,04$).

Hasta grubunun alkol kullanma öyküleri sorgulandığında 1 (%2,0) hastada alkol kullanım öyküsü varken, 50’inde (%98,0) alkol kullanma öyküsü yoktu. Hepatit B hasta grubunda 1 (%3,6) kişide alkol kullanma öyküsü vardı. Hepatit C hastaları alkol kullanma öyküsü yoktu. Hepatit B ve hepatit C hastaları alkol kullanma öykülerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Hasta gruplarının özgeçmiş ve soygeçmiş özelliklerinin dağılımı tablo 8’de bir arada gösterilmiştir.

Tablo 8. Hasta gruplarının özgeçmiş ve soygeçmişlerinin dağılımı.

	GRUPLAR						
	Hasta (Toplam)		KHB*		KHC**		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Sarılık öyküsü							0,781
var	4	7,8	2	7,1	2	8,7	
yok	43	84,3	24	85,7	19	82,6	
bilinmiyor	4	7,8	2	7,1	2	8,7	
Operasyon öyküsü							0,237
var	38	74,5	19	67,9	19	82,6	
yok	13	25,5	9	32,1	4	17,4	
Transfüzyon öyküsü							0,5
var	7	13,7	3	10,7	4	17,4	
yok	44	86,3	25	89,3	19	82,6	
Sigara kullanımı							0,04
var	8	15,7	7	25	1	4,3	
yok	43	84,3	21	75	22	95,7	
Alkol kullanımı							0,37
var	1	2	1	3,6	0	0	
yok	50	98	27	96,4	23	100	

*KHB: Kronik hepatit B

**KHC: Kronik hepatit C

Kronik hepatit B ve kronik hepatit C'li hastaların aspartat amino transferaz (AST) (kronik hepatit B $74,35 \pm 36,3$, kronik hepatit C $47,34 \pm 28,65$) ve ALT (kronik hepatit B $146,85 \pm 98,36$, kronik hepatit C $60,86 \pm 35,85$) ortalamaları (sırasıyla, $p=0,006$, $p=0,0004$) karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlemlendi. Her iki viral hepatit grubunun, viral yük ve biyopsi sonucu olan 44 hastanın hepatit aktivite indeksi (HAİ) değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p>0,05$). Kronik hepatit B ve kronik hepatit C'li hastaların fibrozis değerleri ortalaması sırasıyla $2,18 \pm 1,09$ ve $1,41 \pm 1$ olarak bulundu. Fibrozis değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptandı ($p=0,02$). Kronik hepatit B ve kronik hepatit C hastalarının AST, ALT, viral yük, HAİ ve fibrozis ortalamaları tablo 9'de gösterilmiştir.

Tablo 9. Hasta gruplarının AST, ALT, viral yük, fibrozis ve HAİ'lerinin ortalamaları

	Tanı	Ortalama	Standart sapma	p
AST	Hepatit B	74,35	36,3	0,006
	Hepatit C	47,34	28,65	
ALT	Hepatit B	146,85	98,36	0,0004
	Hepatit C	60,86	35,85	
Viral yük	Hepatit B	22816069,32143	55741905,76	0,296
	Hepatit C	396548788,6957	1875600698	
HAİ	Hepatit B	8,96	2,74	0,129
	Hepatit C	7,59	3,12	
Fibrozis	Hepatit B	2,18	1,09	0,02
	Hepatit C	1,41	1	

4.3.Yaşam Kalitesi Skorları

Pegile interferon tedavisi alan KHB ve KHC'li hastalardan oluşan hasta grubu ve sağlıklı erişkinlerden oluşan kontrol grubunun KF-36 formunda bulunan sorulara verdiklere cevaplara göre fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılıkları, emosyonel rol sınırlılıkları, mental sağlık, zindelik-yorgunluk (enerji), vücut ağrısı ve genel sağlık skorları elde edildi.

Hasta grubu ve kontrol grubunun yaşam kalitesi tedavi öncesi karşılaştırıldığında fiziksel fonksiyon ($p=0,007$), fiziksel rol sınırlılıkları ($p=0,008$), emosyonel rol sınırlılıkları ($p=0,007$), enerji skoru ($p=0,001$), genel sağlık ($p=0,001$) skorlarında istatistiksel olarak anlamlı azalma saptanmıştır. Sosyal fonksiyon, mental sağlık ve vücut ağrısı skorlarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışma kapsamındaki tüm hastaların tedavinin 3.ayındaki yaşam kalitesi skorları, kontrol grubunun değerleriyle karşılaştırıldığında; fiziksel rol sınırlılıkları ($p=0,03$), emosyonel rol sınırlılıkları ($p=0,01$) ve enerji ($p=0,002$) skorlarında istatistiksel olarak anlamlı azalma bulunurken, fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, mental sağlık, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Aynı parametreler hasta grubunda tedavinin 6. ayı skorları baz alınarak karşılaştırıldığında, kontrol grubuna göre fiziksel fonksiyon ($p=0,001$), fiziksel rol sınırlılıkları ($p=0,004$), emosyonel rol sınırlılıkları ($p=0,004$), mental sağlık ($p=0,004$) ve enerji ($p=0,0003$) skorlarında istatistiksel olarak anlamlı azalma saptanmıştır. Sosyal fonksiyon, vücut

ağrısı ve genel sağlık skorlarında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kronik hepatit B ve kronik hepatit C'li hastaların yaşam kalitesi skorları tedavi öncesi değerleri ile karşılaştırıldığında emosyonel rol sınırlılık ($p=0,027$) skorunda KHC'li hastalarda istatistiksel olarak anlamlı azalma saptanmıştır. Fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılığı, mental sağlık, enerji, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hepatit B ve hepatit C hastalarının yaşam kalitesi skorları, tedavinin 3.ayı değerleri ile karşılaştırıldığında fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılıkları, emosyonel rol sınırlılıkları, mental sağlık, enerji, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Yine aynı hasta gruplarında, aynı parametreler tedavinin 6. Ayı sonuçları ile karşılaştırıldığında KHC'li hastalarda fiziksel fonksiyon ($p=0,042$) ve sosyal fonksiyon ($p=0,042$) skorlarında istatistiksel olarak anlamlı azalma bulunmuştur. Fiziksel rol sınırlılığı, emosyonel rol sınırlılığı, mental sağlık, enerji, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kronik hepatit B ve kontrol grubunu yaşam kalitesi skorları açısından karşılaştırdığımızda tedavi öncesi enerji ($p=0,01$) ve genel sağlık ($p=0,01$) skorlarında istatistiksel olarak anlamlı azalma saptanmıştır. Fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılığı, emosyonel rol sınırlılığı, mental sağlık ve vücut ağrısı skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hepatit B ile infekte hastaların, tedavinin 3. ayı değerleri ile kontrol grubu değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (tümü için, $p>0,05$). KHB ve kontrol grubunun yaşam kalitesi tedavinin 6. ayında karşılaştırıldığında fiziksel fonksiyon ($p=0,03$), fiziksel rol sınırlılığı ($p=0,011$), emosyonel rol sınırlılığı ($p=0,003$) ve enerji ($p=0,006$) skorlarında KHB'li hastalarda istatistiksel olarak anlamlı azalma saptanmıştır. Sosyal fonksiyon, mental sağlık, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kronik hepatit C ve kontrol grubunun yaşam kalitesi skorları tedavi öncesi karşılaştırıldığında KHC'li hastaların fiziksel fonksiyon ($p=0,006$), fiziksel rol sınırlılığı ($p=0,006$), emosyonel rol sınırlılığı ($p=0,001$), enerji ($p=0,000005$) ve genel sağlık

($p=0,003$) skorlarında istatistiksel olarak anlamlı azalma saptanmıştır. Sosyal fonksiyon, mental sağlık ve vücut ağrısı skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hepatit C ve kontrol grubunun yaşam kalitesi tedavinin 3. ayında karşılaştırıldığında KHC'li hastaların fiziksel fonksiyon ($p=0,006$), fiziksel rol sınırlılığı ($p=0,013$), emosyonel rol sınırlılığı ($p=0,001$), mental sağlık ($p=0,041$) ve enerji ($p=0,000005$) skorlarında istatistiksel olarak anlamlı azalma bulunmuştur. Sosyal fonksiyon, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hepatit C ve kontrol grubunun yaşam kalitesi tedavinin 6. ayı verileri ile karşılaştırıldığında KHC'li hastaların fiziksel fonksiyon ($p=0,000008$), sosyal fonksiyon ($p=0,005$), fiziksel rol sınırlılığı ($p=0,0000008$), emosyonel rol sınırlılığı ($p=0,000007$), mental sağlık ($p=0,001$) ve enerji ($p=0,000005$) skorlarında istatistiksel olarak anlamlı azalma saptanmıştır. Vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışma kapsamındaki tüm grupların tedavi öncesi, tedavinin 3. ayı ve 6. ayında elde edilen skorlarının ortalama değerleri, standart sapmaları ve p değerleri tablo 10'da verilmiştir.

Tablo10. Grupların tedavi dönemlerindeki KF-36 skorlarının değerlendirilmesi.

Tedavi öncesi																
	Fiziksel fonksiyon		Sosyal fonksiyon		Fiziksel rol sınırlılık		Emosyonel rol sınırlılık		Mental sağlık		Enerji		Vücut ağrısı		Genel sağlık	
	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p
Hasta	63,1±34	0,007	81,3±25,5	0,472	43,6±46,1	0,008	36,8±34,8	0,007	59,8±23,3	0,37	39,1±29,8	0,001	59,5±31,8	0,446	45,5±21	0,001
Kontrol	81,8±23,3		85±17,8		67,2±42		55±29,2		63,8±21,5		57,9±22,4		63,8±20,5		59,9±18,8	
Hepatit B	68,8±34	0,197	82,1±26,4	0,789	52,7±46,8	0,123	46,4±33,8	0,027	62,9±24,2	0,3	41,6±33,9	0,516	66,3±33,5	0,093	47,1±22,3	0,562
Hepatit C	56,3±33,5		80,2±24,8		32,6±43,6		25±32,9		56±21,9		36,1±24,2		54,2±28,2		43,6±19,6	
Hepatit B	68,8±34	0,05	82,1±26,4	0,613	52,7±46,8	0,168	46,4±33,8	0,28	62,9±24,2	0,865	41,6±33,9	0,01	66,3±33,5	0,712	47,1±22,3	0,01
Kontrol	81,8±23,3		85±17,8		67,2±42		55±29,2		63,8±21,5		57,9±22,4		63,8±20,5		59,9±18,8	
Hepatit C	56,3±33,5	0,006	80,2±24,8	0,451	32,6±43,6	0,006	25±32,9	0,001	56±21,9	0,284	36,1±24,2	0,000005	54,2±28,2	0,132	43,6±19,6	0,003
Kontrol	81,8±23,3		85±17,8		67,2±42		55±29,2		63,8±21,5		57,9±22,4		63,8±20,5		59,9±18,8	
Tedavi 3.ayı																
Hasta	69,1±45,3	0,06	78±30	0,177	48±47,1	0,03	38,2±36,9	0,01	56,9±24,4	0,127	41±30	0,002	61±29	0,621	54,8±24	0,242
Kontrol	81,8±23,3		85±17,8		67,2±42		55±29,2		63,8±21,5		57,9±22,4		63,8±20,5		59,9±18,8	
Hepatit B	78±30	0,122	80,2±29,5	0,575	52,7±46,3	0,444	44,6±36,2	0,173	60,7±25	0,227	45,9±29,9	0,2	65,9±29,8	0,189	56,2±23,8	0,642
Hepatit C	58,3±57,8		75,4±31,1		42,4±48,5		30,4±36,9		52,3±23,4		35±29,7		55,1±27,5		53±24,5	
Hepatit B	78±30	0,573	80,2±29,5	0,389	52,7±46,3	0,168	44,6±36,2	0,192	60,7±25	0,569	45,9±29,9	0,06	65,9±29,8	0,758	56,2±23,8	0,476
Kontrol	81,8±23,3		85±17,8		67,2±42		55±29,2		63,8±21,5		57,9±22,4		63,8±20,5		59,9±18,8	
Hepatit C	58,3±57,8	0,006	75,4±31,1	0,097	42,4±48,5	0,013	30,4±36,9	0,001	52,3±23,4	0,041	35±29,7	0,000005	55,1±27,5	0,229	53±24,5	0,149
Kontrol	81,8±23,3		85±17,8		67,2±42		55±29,2		63,8±21,5		57,9±22,4		63,8±20,5		59,9±18,8	
Tedavi 6.ayı																
Hasta	59,2±31,6	0,001	76,7±28,8	0,109	31,9±42,4	0,004	23,5±32,9	0,004	50,9±20,6	0,004	35,6±28	0,0003	52,7±32,5	0,05	56,5±24,8	0,439
Kontrol	81,8±23,3		85±17,8		67,2±42		55±29,2		63,8±21,5		57,9±22,4		63,8±20,5		59,9±18,8	
Hepatit B	67,3±27,4	0,042	83,7±23,7	0,042	40,2±44,3	0,124	31,3±36,4	0,064	56±20,9	0,05	39,5±28,4	0,279	54,4±32,1	0,695	57,2±26	0,833
Hepatit C	49,3±34,1		68,1±32,5		21,7±38,7		14,1±25,9		44,7±18,8		30,9±27,3		50,7±33,6		55,7±23,9	
Hepatit B	67,3±27,4	0,03	83,7±23,7	0,824	40,2±44,3	0,011	31,3±36,4	0,003	56±20,9	0,149	39,5±28,4	0,006	54,4±32,1	0,153	57,2±26	0,6
Kontrol	81,8±23,3		85±17,8		67,2±42		55±29,2		63,8±21,5		57,9±22,4		63,8±20,5		59,9±18,8	
Hepatit C	49,3±34,1	0,000008	68,1±32,5	0,005	21,7±38,7	0,0000008	14,1±25,9	0,000007	44,7±18,8	0,001	30,9±27,3	0,000005	50,7±33,6	0,063	55,7±23,9	0,352
Kontrol	81,8±23,3		85±17,8		67,2±42		55±29,2		63,8±21,5		57,9±22,4		63,8±20,5		59,9±18,8	

Hasta grubunun fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, enerji ve vücut ağrısı skorları tedavi öncesiyle tedavinin 3.ay1, tedavi öncesiyle tedavinin 6.ay1, tedavinin 3.ayıyla tedavinin 6.ay1 verileriyle kendi içinde karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Hasta grubunun emosyonel rol sınırlılığı tedavi öncesiyle tedavinin 6.ay1 ($p=0,04$) ve tedavi 3.ayıyla tedavinin 6.ay1 ($p=0,02$) skorları karşılaştırıldığında tedavinin 6.ayındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Tedavi öncesiyle tedavi 3.ay1 skorları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Hasta grubunun genel sağlık skorları tedavi öncesiyle tedavi 3.ay1 ($p=0,03$), tedavi öncesiyle tedavi 6.ay1 ($p=0,01$) karşılaştırıldığında tedavi öncesindeki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, tedavi 3.ayıyla tedavi 6.ay1 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Mental sağlık skorları tedavi öncesiyle tedavinin 6.ay1 ($p=0,04$) karşılaştırıldığında tedavinin 6.ayındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Hasta grubunun, kronik hepatit B ve kronik hepatit C hastalarının, KF-36 karşılaştırma değerleri tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Grupların tedavi dönemlerindeki KF-36 skorlarının karşılaştırma değerleri.

	KHB*			KHC**			HASTA (Toplam)		
		Ort.±SD***	p		Ort.±SD	p		Ort.±SD	p
Fiziksel fonksiyon	T.Ö****	68,8 ± 34	0,346	T.Ö	56,3 ± 33,5	0,988	T.Ö	63,1 ± 34	0,382
	3.ay	78 ± 30		3.ay	58,3 ± 57,8		3.ay	69,1 ± 45,3	
	T.Ö	68,8 ± 34	0,884	T.Ö	56,3 ± 33,5	0,388	T.Ö	63,1 ± 34	0,566
	6.ay	67,3 ± 27,4		6.ay	49,3 ± 34,1		6.ay	59,2 ± 31,6	
	3.ay	78 ± 30	0,277	3.ay	58,3 ± 57,8	0,401	3.ay	69,1 ± 45,3	0,149
	6.ay	67,3 ± 27,4		6.ay	49,3 ± 34,1		6.ay	59,2 ± 31,6	
Sosyal fonksiyon	T.Ö	82,1 ± 26,4	0,792	T.Ö	80,2 ± 24,8	0,478	T.Ö	81,3 ± 25,5	0,526
	3.ay	80,2 ± 29,5		3.ay	75,4 ± 31,1		3.ay	78 ± 30	
	T.Ö	82,1 ± 26,4	0,833	T.Ö	80,2 ± 24,8	0,108	T.Ö	81,3 ± 25,5	0,375
	6.ay	83,7 ± 23,7		6.ay	68,1 ± 32,5		6.ay	76,7 ± 28,8	
	3.ay	80,2 ± 29,5	0,634	3.ay	75,4 ± 31,1	0,372	3.ay	78 ± 30	0,8
	6.ay	83,7 ± 23,7		6.ay	68,1 ± 32,5		6.ay	76,7 ± 28,8	
Fiziksel rol sınırlılık	T.Ö	52,7 ± 46,8	1	T.Ö	32,6 ± 43,6	0,833	T.Ö	43,6 ± 46,1	0,617
	3.ay	52,7 ± 46,3		3.ay	42,4 ± 48,5		3.ay	48 ± 47,1	
	T.Ö	52,7 ± 46,8	0,297	T.Ö	32,6 ± 43,6	0,161	T.Ö	43,6 ± 46,1	0,183
	6.ay	40,2 ± 44,3		6.ay	21,7 ± 38,7		6.ay	31,9 ± 42,4	
	3.ay	52,7 ± 46,3	0,297	3.ay	42,4 ± 48,5	0,111	3.ay	48 ± 47,1	0,06
	6.ay	40,2 ± 44,3		6.ay	21,7 ± 38,7		6.ay	31,9 ± 42,4	
Emosyonel rol sınırlılık	T.Ö	46,4 ± 33,8	0,844	T.Ö	25 ± 32,9	0,988	T.Ö	36,8 ± 34,8	0,825
	3.ay	44,6 ± 36,2		3.ay	30,4 ± 36,9		3.ay	38,2 ± 36,9	
	T.Ö	46,4 ± 33,8	0,096	T.Ö	25 ± 32,9	0,096	T.Ö	36,8 ± 34,8	0,04
	6.ay	31,3 ± 36,4		6.ay	14,1 ± 25,9		6.ay	23,5 ± 32,9	
	3.ay	44,6 ± 36,2	0,141	3.ay	30,4 ± 36,9	0,097	3.ay	38,2 ± 36,9	0,02
	6.ay	31,3 ± 36,4		6.ay	14,1 ± 25,9		6.ay	23,5 ± 32,9	
Mental sağlık	T.Ö	62,9 ± 24,2	0,725	T.Ö	56 ± 21,9	0,415	T.Ö	59,8 ± 23,3	0,527
	3.ay	60,7 ± 25		3.ay	52,3 ± 23,4		3.ay	56,9 ± 24,4	
	T.Ö	62,9 ± 24,2	0,261	T.Ö	56 ± 21,9	0,048	T.Ö	59,8 ± 23,3	0,04
	6.ay	56 ± 20,9		6.ay	44,7 ± 18,8		6.ay	50,9 ± 20,6	
	3.ay	60,7 ± 25	0,439	3.ay	52,3 ± 23,4	0,245	3.ay	56,9 ± 24,4	0,177
	6.ay	56 ± 20,9		6.ay	44,7 ± 18,8		6.ay	50,9 ± 20,6	
Enerji	T.Ö	41,6 ± 33,9	0,584	T.Ö	36,1 ± 24,2	0,877	T.Ö	39,1 ± 29,8	0,735
	3.ay	45,9 ± 29,9		3.ay	35 ± 29,7		3.ay	41 ± 30	
	T.Ö	41,6 ± 33,9	0,784	T.Ö	36,1 ± 24,2	0,516	T.Ö	39,1 ± 29,8	0,521
	6.ay	39,5 ± 28,4		6.ay	30,9 ± 27,3		6.ay	35,6 ± 28	
	3.ay	45,9 ± 29,9	0,412	3.ay	35 ± 29,7	0,625	3.ay	41 ± 30	0,327
	6.ay	39,5 ± 28,4		6.ay	30,9 ± 27,3		6.ay	35,6 ± 28	
Vücut ağrısı	T.Ö	66,3 ± 33,5	0,962	T.Ö	51,2 ± 28,2	0,837	T.Ö	59,5 ± 31,8	0,79
	3.ay	65,9 ± 29,8		3.ay	55,1 ± 27,5		3.ay	61 ± 29	
	T.Ö	66,3 ± 33,5	0,158	T.Ö	51,2 ± 28,2	0,781	T.Ö	59,5 ± 31,8	0,238
	6.ay	54,4 ± 32,1		6.ay	50,7 ± 33,6		6.ay	52,7 ± 32,5	
	3.ay	65,9 ± 29,8	0,172	3.ay	55,1 ± 27,5	0,632	3.ay	61 ± 29	0,149
	6.ay	54,4 ± 32,1		6.ay	50,7 ± 33,6		6.ay	52,7 ± 32,5	
Genel sağlık	T.Ö	47,1 ± 22,3	0,149	T.Ö	43,6 ± 19,6	0,234	T.Ö	45,5 ± 21	0,03
	3.ay	56,2 ± 23,8		3.ay	53 ± 24,5		3.ay	54,8 ± 24	
	T.Ö	47,1 ± 22,3	0,11	T.Ö	43,6 ± 19,6	0,113	T.Ö	45,5 ± 21	0,01
	6.ay	57,2 ± 26		6.ay	55,7 ± 23,9		6.ay	56,5 ± 24,8	
	3.ay	56,2 ± 23,8	0,875	3.ay	53 ± 24,5	0,449	3.ay	54,8 ± 24	0,692
	6.ay	57,2 ± 26		6.ay	55,7 ± 23,9		6.ay	56,5 ± 24,8	

*KHB: Kronik hepatit B

**KHC: Kronik hepatit C

***SD: Standart deviasyon

****TÖ: Tedavi öncesi

Kronik hepatit B'li hastaların tedavi dönemlerindeki KF-36 skor verileri kronik hepatit C'li hastaların KF-36 skor verileriyle karşılaştırıldığında; KHB'li hastaların fiziksel fonksiyon skorları, tedavilerinin 3.ay1 ile KHC'li hastaların tedavi öncesi ($p=0,039$), KHB'li hastaların tedavilerinin 3.ay1 ile KHC'li hastaların 3.ay1 ($p=0,04$), KHB'li hastaların tedavi öncesi ile KHC'li hastaların tedavilerinin 6.ay1 ($p=0,04$) ve KHB'li hastaların tedavilerinin 3.ay1 ile KHC'li hastaların tedavilerinin 6.ay1 ($p=0,004$) ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulundu. KHB'li hastaların sosyal fonksiyon skorları tedavilerinin 6.ay1 ile KHC'li hastaların tedavilerinin 6.ay1 ($p=0,034$) ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Fiziksel rol sınırlılık skoru verileri, KHB'li hastaların tedavi öncesi ile KHC'li hastaların 6.ay1 ($p=0,008$) ve KHB'li hastaların tedavilerinin 3.ay1 ile KHC'li hastaların tedavilerinin 6.ay1'ının ($p=0,008$) karşılaştırılması istatistiksel olarak anlamlıydı. KHB'li hastaların tedavi öncesi ile KHC'li hastaların 6.ay1 ($p=0,0002$) ve KHB'li hastaların tedavilerinin 3.ay1 ile KHC'li hastaların tedavilerinin 6.ay1 ($p=0,01$) ve KHB'li hastaların tedavilerinin 6.ay1 ile KHC'li hastaların tedavilerinin 6.ay1 ($p=0,041$) emosyonel rol sınırlılık skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulundu. KHB'li hastaların tedavi öncesi ile KHC'li hastaların 6.ay1 ($p=0,005$) ve KHB'li hastaların tedavilerinin 3.ay1 ile KHC'li hastaların tedavilerinin 6.ay1 ($p=0,013$) mental sağlık skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulundu. KHB'li hastaların tedavilerinin 6.ay1 ile KHC'li hastaların tedavi öncesi ($p=0,044$) genel sağlık skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulundu. KHB ve KHC'li hastaların, tedavi dönemlerindeki enerji ve vücut ağrısı skor verileri birbirleriyle karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). KHB ve KHC'li hastaların tedavi dönemlerindeki KF-36 skor verilerinin karşılaştırma değerleri tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12. KHB ve KHC’li hastaların tedavi dönemlerindeki KF-36 skor verilerinin karşılaştırma değerleri.

			KHB*					
			T.Ö**		3.ay		6.ay	
			Ort±SD***	p	Ort±SD	p	Ort±SD	p
Fiziksel fonksiyon	KHC****	T.Ö	68,8±34	0,239	78 ± 30	0,039	67,3 ± 27,4	0,298
			56,3±33,5		56,3±33,5		56,3±33,5	
		3.ay	68,8±34	0,238	78 ± 30	0,04	67,3 ± 27,4	0,297
			58,3±57,8		58,3±57,8		58,3±57,8	
		6.ay	68,8±34	0,04	78 ± 30	0,004	67,3 ± 27,4	0,05
			49,3±34,1		49,3±34,1		49,3±34,1	
Sosyal fonksiyon	KHC	T.Ö	82,1 ± 26,4	0,805	80,2 ± 29,5	0,997	83,7 ± 23,7	0,655
			80,2 ± 24,8		80,2 ± 24,8		80,2 ± 24,8	
		3.ay	82,1 ± 26,4	0,324	80,2 ± 29,5	0,46	83,7 ± 23,7	0,237
			75,4 ± 31,1		75,4 ± 31,1		75,4 ± 31,1	
		6.ay	82,1 ± 26,4	0,055	80,2 ± 29,5	0,093	83,7 ± 23,7	0,034
			68,1 ± 32,5		68,1 ± 32,5		68,1 ± 32,5	
Fiziksel rol sınırlılık	KHC	T.Ö	52,7 ± 46,8	0,213	52,7 ± 46,3	0,213	40,2 ± 44,3	0,798
			32,6 ± 43,6		32,6 ± 43,6		32,6 ± 43,6	
		3.ay	52,7 ± 46,8	0,313	52,7 ± 46,3	0,313	40,2 ± 44,3	0,975
			42,4 ± 48,5		42,4 ± 48,5		42,4 ± 48,5	
		6.ay	52,7 ± 46,8	0,008	52,7 ± 46,3	0,008	40,2 ± 44,3	0,086
			21,7 ± 38,7		21,7 ± 38,7		21,7 ± 38,7	
Emosyonel rol sınırlılık	KHC	T.Ö	46,4 ± 33,8	0,059	44,6 ± 36,2	0,089	31,3 ± 36,4	0,754
			25 ± 32,9		25 ± 32,9		25 ± 32,9	
		3.ay	46,4 ± 33,8	0,064	44,6 ± 36,2	0,095	31,3 ± 36,4	0,769
			30,4 ± 36,9		30,4 ± 36,9		30,4 ± 36,9	
		6.ay	46,4 ± 33,8	0,0002	44,6 ± 36,2	0,01	31,3 ± 36,4	0,041
			14,1 ± 25,9		14,1 ± 25,9		14,1 ± 25,9	
Mental sağlık	KHC	T.Ö	62,9 ± 24,2	0,441	60,7 ± 25	0,662	56 ± 20,9	0,766
			56 ± 21,9		56 ± 21,9		56 ± 21,9	
		3.ay	62,9 ± 24,2	0,108	60,7 ± 25	0,2	56 ± 20,9	0,576
			52,3 ± 23,4		52,3 ± 23,4		52,3 ± 23,4	
		6.ay	62,9 ± 24,2	0,005	60,7 ± 25	0,013	56 ± 20,9	0,075
			44,7 ± 18,8		44,7 ± 18,8		44,7 ± 18,8	
Enerji	KHC	T.Ö	41,6 ± 33,9	0,439	45,9 ± 29,9	0,197	39,5 ± 28,4	0,607
			36,1 ± 24,2		36,1 ± 24,2		36,1 ± 24,2	
		3.ay	41,6 ± 33,9	0,354	45,9 ± 29,9	0,151	39,5 ± 28,4	0,502
			35 ± 29,7		35 ± 29,7		35 ± 29,7	
		6.ay	41,6 ± 33,9	0,15	45,9 ± 29,9	0,052	39,5 ± 28,4	0,236
			30,9 ± 27,3		30,9 ± 27,3		30,9 ± 27,3	
Vücut ağrısı	KHC	T.Ö	66,3 ± 33,5	0,155	65,9 ± 29,8	0,168	54,4 ± 32,1	0,933
			51,2 ± 28,2		51,2 ± 28,2		51,2 ± 28,2	
		3.ay	66,3 ± 33,5	0,233	65,9 ± 29,8	0,251	54,4 ± 32,1	0,894
			55,1 ± 27,5		55,1 ± 27,5		55,1 ± 27,5	
		6.ay	66,3 ± 33,5	0,09	65,9 ± 29,8	0,099	54,4 ± 32,1	0,708
			50,7 ± 33,6		50,7 ± 33,6		50,7 ± 33,6	
Genel sağlık	KHC	T.Ö	47,1 ± 22,3	0,613	56,2 ± 23,8	0,061	57,2 ± 26	0,044
			43,6 ± 19,6		43,6 ± 19,6		43,6 ± 19,6	
		3.ay	47,1 ± 22,3	0,454	56,2 ± 23,8	0,061	57,2 ± 26	0,449
			53 ± 24,5		53 ± 24,5		53 ± 24,5	
		6.ay	47,1 ± 22,3	0,245	56,2 ± 23,8	0,846	57,2 ± 26	0,732
			55,7 ± 23,9		55,7 ± 23,9		55,7 ± 23,9	

*KHB: Kronik hepatit B

**TÖ: Tedavi öncesi

***SD: Standart deviasyon

****KHC: Kronik hepatit C

Hasta grubunun cinsiyete göre KF-36 skorları değerlendirildiğinde; tedavi öncesi, kadın hastaların fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılığı, emosyonel rol sınırlılığı, vücut ağrısı ve genel sağlık (sırasıyla $p=0,0003$, $p=0,026$, $p=0,025$, $p=0,024$, $p=0,001$, $p=0,015$) skorlarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Mental sağlık ve enerji skorlarında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Tedavinin 3. ayında, kadın hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol sınırlılığı, emosyonel rol sınırlılığı ve vücut ağrısı (sırasıyla $p=0,01$, $p=0,018$, $p=0,004$, $p=0,001$) skorlarındaki azalmayı istatistiksel olarak anlamlı bulduk. Sosyal fonksiyon, mental sağlık, enerji ve genel sağlık skorlarında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Tedavinin 6. ayında, kadın hastaların fiziksel fonksiyon ve vücut ağrısı (sırasıyla $p=0,005$, $p=0,021$) skorlarındaki azalmayı istatistiksel olarak anlamlı bulduk. Sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılığı, emosyonel rol sınırlılığı, mental sağlık, enerji ve genel sağlık skorlarında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Hasta grubunun medeni durumlarına göre KF-36 skorları değerlendirildiğinde; tedavi öncesi, tedavi 3. ayı ve 6. aylarında bekar hastalarda vücut ağrısı skorlarındaki artışı istatistiksel olarak anlamlı bulduk (sırasıyla $p=0,03$, $p=0,01$, $p=0,039$). Fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, mental sağlık, enerji ve genel sağlık skorlarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Hasta grubunun tedavi öncesi eğitim durumlarına göre KF-36 skorları değerlendirildiğinde; eğitim durumu düşük olan hastaların fiziksel fonksiyon ($p=0,003$), fiziksel rol sınırlılık ($p=0,01$) ve emosyonel rol sınırlılık ($p=0,02$) skorlarındaki azalmayı istatistiksel olarak anlamlı bulurken; sosyal fonksiyon, mental sağlık, enerji, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Tedavinin 3. ayında eğitim durumu düşük olan hastaların fiziksel fonksiyon ($p=0,003$), fiziksel rol sınırlılık ($p=0,02$), emosyonel rol sınırlılık ($p=0,017$), enerji ($p=0,03$) ve vücut ağrısı ($p=0,01$) skorlarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Sosyal fonksiyon, mental sağlık ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Tedavinin 6. ayında fiziksel fonksiyon ($p=0,01$) ve fiziksel rol sınırlılık ($p=0,02$) skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken; sosyal fonksiyon, emosyonel rol sınırlılık, mental sağlık, enerji, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Hasta grubunun mesleklerine göre KF-36 skorları değerlendirildiğinde; sadece tedavi öncesi fiziksel fonksiyon skorunda ($p=0,017$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken; tedavinin diğer dönemlerindeki tüm skorlarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı($p>0,05$).

Hastaların yaşadıkları yere göre KF-36 skorları, tedavi dönemlerinde değerlendirildiğinde; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, mental sağlık, enerji, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı($p>0,05$).

Hastaların sarılık geçirip geçirmeme öykülerine göre KF-36 skorları değerlendirildiğinde; tedavi öncesinde, sarılık öyküsü olanların sosyal fonksiyon ($p=0,015$), mental sağlık ($p=0,048$) ve genel sağlık ($p=0,033$) skorlarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol sınırlılığı, emosyonel rol sınırlılığı, enerji ve vücut ağrısı skorlarında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı($p>0,05$). Tedavinin 3. ayında sarılık öyküsü olan hastaların sosyal fonksiyon ($p=0,000$), emosyonel rol sınırlılığı ($p=0,032$), mental sağlık ($p=0,001$), enerji ($p=0,032$), vücut ağrısı ($p=0,004$) ve genel sağlık ($p=0,010$) skorlarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Fiziksel fonksiyon ve fiziksel rol sınırlılık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı($p>0,05$). Tedavinin 6. ayında ise fiziksel fonksiyon ($p=0,021$), sosyal fonksiyon ($p=0,0003$), fiziksel rol sınırlılığı ($p=0,021$), mental sağlık ($p=0,008$), enerji ($p=0,013$), vücut ağrısı ($p=0,014$) ve genel sağlık ($p=0,0002$) skorlarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunurken; emosyonel rol sınırlılık skorunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Hastaların cerrahi bir işlem geçirip geçirmeme öykülerine göre KF-36 skorları değerlendirildiğinde; tedavi öncesi ve tedavinin 3. ayında, fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılığı, emosyonel rol sınırlılığı, mental sağlık, enerji, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Tedavinin 6. ayında ise daha önce ameliyat öyküsü olan hastaların emosyonel rol sınırlılığı ($p=0,031$) ve vücut ağrısı ($p=0,002$) skorlarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı tespit edilirken; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılığı, mental sağlık, enerji ve genel sağlık skorlarında anlamlı fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

Hastaların daha öncesinde kan transfüzyonu olup olmaması öykülerine göre KF-36 skorları değerlendirildiğinde; tedavi öncesi tüm skorlarda (fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılığı, emosyonel rol sınırlılığı, mental sağlık, enerji, vücut ağrısı ve genel sağlık) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Tedavinin 3. ayında kan transfüzyon öyküsü olan hastalarda fiziksel rol sınırlılığı ($p=0,003$), emosyonel rol sınırlılığı ($p=0,002$), mental sağlık ($p=0,002$) ve enerji ($p=0,038$) skorlarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Tedavinin 6. ayında ise sosyal fonksiyon ($p=0,035$), emosyonel rol sınırlılığı ($p=0,041$) ve mental sağlık ($p=0,003$) skorlarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunurken; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol sınırlılığı, enerji, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Hastaların sigara kullanıp kullanmama öykülerine göre KF-36 skorları değerlendirildiğinde; tedavi öncesi, sigara kullanan hastalarda fiziksel rol sınırlılığı ($p=0,019$), vücut ağrısı ($p=0,001$) ve genel sağlık ($p=0,042$) skorlarındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, emosyonel rol sınırlılığı, mental sağlık ve enerji skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Tedavinin 3. ayında sadece vücut ağrısı ($p=0,010$) skorundaki artış istatistiksel olarak anlamlı saptanırken; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılığı, emosyonel rol sınırlılığı, mental sağlık, enerji ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Tedavinin 6. ayında fiziksel fonksiyon ($p=0,030$), emosyonel rol sınırlılığı ($p=0,028$) ve vücut ağrısı ($p=0,003$) skorlarındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunurken; sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılığı, mental sağlık, enerji ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Hastalarda bir kişide alkol kullanma öyküsü olduğundan dolayı tedavi dönemlerindeki KF-36 skorlarının istatistiksel değerlendirilmesi yapılmadı.

Hastaların demografik özelliklerine göre tedavi dönemlerindeki KF-36 skor verilerinin değerlendirilmesi tablo 13’de verilmiştir.

Tablo 13. Hastaların demografik özelliklerine göre tedavi dönemlerindeki KF-36 skorlarının değerlendirilmesi.

Tedavi öncesi		Fiziksel fonksiyon		Sosyal fonksiyon		Fiziksel rol sınırlılık		Emosyonel rol sınırlılık		Mental sağlık		Enerji		Vücut ağrısı		Genel sağlık	
		Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p
Cinsiyeti	Erkek	82,7±23,3	0,0003	87,7±18,4	0,026	64,8±42,5	0,025	52,8±29,4	0,024	65,1±20,5	0,109	53,2±28,5	0,07	69,5±24,1	0,001	57,5±20,9	0,015
	Kadın	82,7±33,7		78±24,5		44,8±46,7		38±35,7		58±24		43,2±26,4		52,8±27		47,4±20,2	
Medeni durum	Evli	56,6±35,4	0,298	80,8±25,9	0,916	36,5±44,3	0,458	33,8±35	0,992	56,1±22,5	0,569	30,9±26,7	0,08	55±31,7	0,03	43,9±21,1	0,883
	Bekar	82,5±24,3		81,5±26,9		64,6±45,8		43,8±35,6		69,7±25,3		59,2±29,1		74,1±30,1		50±22,2	
	Dul	67,5±10,6		88,9±15,7		50±70,7		50±35,4		68±0		70±14,1		55,6±31,4		48,8±15,9	
Eğitim durumu	Okur yazar değil	47,3±21,7	0,003	79,3±21,4	0,912	30±39,2	0,01	28,3±35,2	0,02	49,6±19,2	0,246	38,7±24,4	0,479	43,7±23,9	0,558	43,4±20,2	0,379
	Okur yazar	72,3±27,4		80,7±24,7		58,3±47,9		48,3±33,4		65,1±22,1		53,3±28,2		63±20,4		54,8±15,9	
	İlköğretim	72,6±33,3		84,6±23		48,2±46,9		42,7±33,7		64,5±22,3		46,6±30,4		62,9±27,8		52,6±22,1	
	Lise	85±23,3		85±21,6		78,3±34,8		63±23,7		63±22,1		53,3±27,3		69,6±27,1		55,3±24,5	
	Yüksekokul	83,1±30,5		81,9±15,6		68,8±45,8		40,6±35,2		61±26,8		54,4±20,1		63,9±25,7		59,4±12,3	
Meslekler	İşsiz	97,5±3,5	0,017	77,8±31,4	0,202	100±0	0,337	75±0	0,366	72±17	0,434	45±49,5	0,218	83,3±23,6	0,239	41±14,1	0,06
	Mevsimlik tarım işçisi	15		22,2		0		0		36		10		66,7		12,5	
	Memur	64,2±33,4		88,9±18,6		41,7±49,2		37,5±41,1		68,7±18,8		53,3±34,5		72,2±27,9		55,3±12,3	
	Ev hanımı	44,5±35,7		75,6±27,6		27,5±40,5		26,3±33,9		52,6±22,8		28,3±24,2		43,9±30,3		36,5±17,5	
	İşçi	90±14,1		88,9±15,7		62,5±53		37,5±53		84±22,6		62,5±17,7		55,6±15,7		46,8±13,1	
	Serbest meslek	82,5±20,3		92,2±14,9		55±48,3		50±31,2		59,2±23,2		36±31,8		73,3±31,5		52,7±20,9	
	Öğrenci	67±31,7		75,6±38,8		50±50		30±32,6		61,6±31,7		43±29,1		62,2±29		44,1±24,1	
	Diğer	79±22,2		88,9±13,6		60±54,8		50±35,4		67,2±21,8		62±30,3		66,7±41,6		64,6±27,8	
Yaşadığı yer	İl	66,3±32,7	0,426	85,5±25,3	0,39	51,9±46,3	0,1	46,2±34,4	0,72	60,3±24,1	0,36	42,7±29,5	0,443	65,4±32,3	0,104	49,4±21,3	0,09
	İlçe	58,9±37,9		72,8±30,5		44,4±48,1		33,3±35,4		56,4±22,8		39,4±39,1		65,4±32,1		44,2±28	
	Köy-belde	60,3±35,7		79,2±22,9		29,7±44		23,4±32,2		60,8±23,4		33,1±25		46,5±28,8		39,8±15,2	
Sarılık Öyküsü	Var	58,8±45	0,88	50±33,3	0,015	31,3±47,3	0,659	43,8±37,5	0,632	37±31	0,048	31,3±34,7	0,613	47,2±39,9	0,508	23,3±17	0,033
	Yok	61,5±34		82,4±23,8		41,9±45,6		34,9±35		61,1±21,9		39,2±29,4		58,4±31,4		47,4±21,1	
Ameliyat Öyküsü	Var	60,8±34	0,405	80,7±25,1	0,791	41,4±46,2	0,569	34,9±34,2	0,511	56,9±23,1	0,141	39,9±31,4	0,762	56,1±31,9	0,203	44,8±21,7	0,682
	Yok	70±34,6		82,9±27,4		50±46,8		42,3±37,3		68±22,6		36,9±25,3		69,2±30,5		47,6±19,6	
Kan Transfüzyonu	Var	50,7±27,1	0,303	74,6±24,6	0,462	35,7±45,3	0,629	25±35,3	0,34	58,9±21,4	0,913	36,4±26,9	0,8	39,7±31,3	0,076	37,3±20,6	0,27
	Yok	65,1±34,8		82,3±25,7		44,9±46,6		38,6±34,7		59,9±23,8		39,5±30,5		62,6±31,1		46,8±21	
Sigara Kullanımı	Var	83,1±34,5	0,070	86,1±31,3	0,563	78,1±41,1	0,019	56,3±34,7	0,084	67,5±24,3	0,31	50,6±34,7	0,238	91,7±19,5	0,001	59,3±19,7	0,042
	Yok	59,4±33		80,4±24,6		37,2±44,5		33,1±33,9		58,3±23,1		37±28,7		53,5±30,1		42,9±20,5	

SD: Standart deviasyon

Tablo 13. (Devam)

Tedavi 3. ayı		Fiziksel fonksiyon		Sosyal fonksiyon		Fiziksel rol sınırlılık		Emosyonel rol sınırlılık		Mental sağlık		Enerji		Vücut ağırlığı		Genel sağlık	
		Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p
Cinsiyeti	Erkek	84,1±26,2	0,01	84,6±23,6	0,184	67,6±42	0,018	55,6±29	0,004	60,2±24,4	0,952	52,5±27,6	0,242	69,8±22,3	0,001	60,1±22,3	0,169
	Kadın	65,7±43,6		78±25,9		46,4±47		36,5±36,8		60,5±21,9		46±27,7		54,2±25,6		54,2±20,4	
Medeni durum	Evli	68,2±48,4	0,118	79,9±29,6	0,463	44,6±49,3	0,291	35,8±37,1	0,221	54,7±24,3	0,745	38,6±29,9	0,704	59,5±29,4	0,01	55,5±24,2	0,713
	Bekar	83,3±23,9		75±29,6		66,7±35,9		52,1±34,5		61,7±26,6		52,5±29		70,4±26,9		55±24,6	
	Dul	0±0		61,1±55		0±0		0±0		70±2,8		15±21,2		33,3±15,7		40,5±18,4	
Eğitim durumu	Okur yazar değil	36±32,2	0,003	74,1±30,2	0,353	16,7±34,9	0,02	20±34,3	0,017	54,1±21,4	0,359	32±24,8	0,03	43,7±24,7	0,01	46,4±20,2	0,334
	Okur yazar	74,7±30,3		84,4±22,1		58,3±47,9		46,7±35,2		66,9±22		55,7±28,5		60,7±23		60,7±15,6	
	İlköğretim	83,7±38,6		85,4±21,3		63,4±44,1		51,8±31,8		63±22,4		52,9±27,3		66,4±25,3		58,9±22,4	
	Lise	86,5±21,1		81,6±26,3		73,9±38		55,4±30,1		58,8±25,1		55,2±26,9		69,6±21		59,1±24	
	Yüksekokul	76,9±34		69,4±30,1		56,3±49,6		43,8±37,2		50,5±26		36,3±23,7		59,7±26,5		58,4±20,3	
Meslekler	İşsiz	100±0	0,24	77,8±31,4	0,647	87,5±17,7	0,136	75±0	0,132	72±11,3	0,342	75±7,1	0,305	88,9±15,7	0,188	46±21,2	0,664
	Mevsimlik tarım işçisi	0		33,3		0		0		20		0		44,4		22,5	
	Memur	57,5±45,8		66,7±38,5		33,3±51,6		25±38,7		39,3±24,5		29,2±31,7		61,1±32		49,4±32,4	
	Ev hanımı	56±58,9		78,9±30,4		31,3±46,5		26,3±36,7		59,2±19,5		34±28		48,3±30		53,6±23,9	
	İşçi	100±0		88,9±15,7		100±0		75±0		76±33,9		50±28,3		77,8±31,4		58±2,8	
	Serbest meslek	91±16,6		86,7±32,2		72,5±44,8		57,5±29		61,6±30,8		49±35,1		67,8±22,5		62,7±23,4	
	Öğrenci	66±27		66,7±24,8		50±30,6		35±37,9		54,4±23,6		45±27,2		62,2±27,9		47,4±24,4	
	Diğer	84±23		86,7±24,1		55±51,2		45±41,1		56±26,7		54±26,1		82,2±25,6		66,1±20,9	
Yaşadığı yer	İl	64±37,8	0,213	76,9±30,6	0,579	49±46,6	0,326	39,4±36,9	0,634	58,6±25,8	0,258	37,9±31,1	0,492	61,5±26,5	0,542	54,9±23,8	0,665
	İlçe	59,4±45,7		67,9±34,4		30,6±46,4		25±37,5		47,6±23,9		37,8±29,9		63±36,9		46,4±25,3	
	Köy-belde	82,8±55,2		85,4±26,2		56,3±48,7		43,8±37,1		59,5±22,7		47,8±29		59±30		59,2±23,6	
Sarılık Öyküsü	Var	38,8±25,9	0,186	30,6±16,7	0	6,3±12,5	0,068	0±0	0,032	20±18,2	0,001	10±13,5	0,032	19,4±5,6	0,004	25,3±31	0,01
	Yok	71,4±47,6		83,7±25,5		51,7±48		41,3±37		60,5±21,1		42,9±29,2		63±28,1		57,9±22,6	
Ameliyat Öyküsü	Var	67±48,1	0,569	74,6±32,4	0,165	42,1±47,3	0,125	32,9±36,8	0,077	54,1±25,7	0,158	37,6±31,8	0,176	56,7±29,4	0,071	55,4±25,5	0,756
	Yok	75,4±37		88±19,5		65,4±43,9		53,8±33,6		65,2±18,9		50,8±22,2		73,5±24,7		53±19,1	
Kan Transfüzyonu	Var	51,4±34,2	0,270	63,5±38,9	0,171	0±0	0,003	0±0	0,002	31,4±21,8	0,002	19,3±17,9	0,038	49,2±36,8	0,251	43,1±31,1	0,168
	Yok	71,9±46,5		80,3±28,2		55,7±46,3		44,3±36,1		61±22,5		44,4±30,2		62,9±27,6		56,6±22,4	
Sigara Kullanımı	Var	86,9±24,3	0,231	87,5±35,4	0,334	75±46,3	0,078	59,4±29,7	0,077	63,5±31,4	0,414	56,3±30,7	0,118	84,7±20,5	0,01	63,8±16,9	0,251
	Yok	65,8±47,7		76,2±29,1		43±46,1		34,3±37		55,7±23,2		38,1±29,4		56,6±28,4		53,1±24,8	

SD: Standart deviasyon

Tablo 13. (Devam)

Tedavi 6. ayı		Fiziksel fonksiyon		Sosyal fonksiyon		Fiziksel rol sınırlılık		Emosyonel rol sınırlılık		Mental sağlık		Enerji		Vücut ağırlığı		Genel sağlık	
		Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p
Cinsiyeti	Erkek	78,2±29	0,005	83,1±23,7	0,311	57,4±44,1	0,063	44,9±33,1	0,079	58,1±22,5	0,719	49,2±26,9	0,35	64,2±26,8	0,021	61,2±23,1	0,143
	Kadın	61,8±28,7		78,2±24,7		40,6±46		32,8±35,8		56,5±21,4		44,1±28,4		51,6±27,2		54,8±20,3	
Medeni durum	Evli	54,5±33,3	0,441	75,1±30,4	0,192	31,1±43,1	0,716	23±33	0,443	48,4±20,8	0,931	34,7±29,8	0,965	52±33,8	0,039	55,4±24,4	0,851
	Bekar	76,3±21,4		85,2±22,4		39,6±43,2		29,2±35,1		58,3±20,7		40±22,3		60,2±28,2		58,3±28,5	
	Dul	45±14,1		55,6±31,4		0±0		0±0		52±5,7		25±35,4		22,2±15,7		67,3±12,4	
Eğitim durumu	Okur yazar değil	42,3±23,1	0,01	69,6±27,4	0,303	15±28	0,02	16,7±30,9	0,53	46,9±17,1	0,26	28,7±24,5	0,06	44,4±29,7	0,224	50,7±22,9	0,564
	Okur yazar	69,7±32		81,5±28,4		53,3±47,1		43,3±34,7		61,9±27,3		52,3±30,3		56,3±22,8		56,6±13,7	
	İlköğretim	72,8±29,4		83,5±24,6		52,4±46		43,9±34,8		58,7±22,3		49,1±28		60,7±28,1		58,6±23,5	
	Lise	82,2±23,9		85±16,3		64,1±42,5		46,7±33,1		60,7±18,1		52,8±25,8		65,2±25,1		63,1±23,1	
	Yüksekokul	79,4±27,4		75±25		50±53,5		28,1±33,9		51,5±25		40,6±20,6		55,6±32,5		59,4±22,6	
Meslekler	İşsiz	90±14,1	0,103	100±0	0,174	100±0	0,231	75±0	0,124	72±11,3	0,234	70±0	0,234	100±0	0,432	57,5±37,5	0,277
	Mevsimlik tarım işçisi	5		0		0		0		70±8,5		0		22,2		27,5	
	Memur	59,2±40,7		72,2±32,8		29,2±45,9		30,3±16,7		12		31,7±24,8		53,7±34		54,6±36,8	
	Ev hanımı	46,3±27,7		73,9±31,9		20±36,8		17,5±30,5		42±25,6		30±30,1		45±31,9		52,2±23,9	
	İşçi	65±35,4		66,7±47,1		12,5±17,7		0±0		49,2±14,9		25±35,4		66,7±31,4		52,5±28,3	
	Serbest meslek	74,5±31		84,4±22,4		47,5±47,8		32,5±37,4		56±51		43,5±27,7		46,7±35,1		66,6±19,2	
	Öğrenci	64±19,8		84,4±12,7		30±44,7		10±13,7		58,8±16,7		36±25,3		57,8±27,7		53,4±25,1	
	Diğer	72±30,4		80±16,5		40±45,4		45±41,1		57,6±23,4		44±25,1		71,1±29		66,1±24,7	
Yaşadığı yer	İl	56,9±31,7	0,881	78,6±25,7	0,847	32,7±42,9	0,693	22,1±31,1	0,768	54,6±25	0,44	33,8±28,9	0,535	50,9±31,5	0,552	56,9±23,4	0,514
	İlçe	57,2±32,5		70,4±32,9		22,2±38,4		25±37,5		39,6±23,5		35,6±21,9		45,7±37,5		46,3±22,8	
	Köy-belde	64,1±32,4		77,1±32,6		35,9±45,6		25±22,1		51,3±22,2		38,4±30,8		59,7±32,2		61,7±27,9	
Sarılık Öyküsü	Var	22,5±27,2	0,021	27,8±26,4	0,0003	0±0	0,021	0±0	0,141	24±8,6	0,008	2,5±5	0,013	13,9±16,7	0,014	15,9±12,9	0,0002
	Yok	60,8±30,8		79,8±26		33,1±42,2		25,6±33,8		52±19,9		38,6±27,5		53,5±30,4		60,3±22,9	
Ameliyat Öyküsü	Var	57,4±32,1	0,481	72,2±30,6	0,058	27,6±42,2	0,227	17,7±30,7	0,031	47,8±20,9	0,064	32,4±28,6	0,162	44,7±31,2	0,002	55,9±24,5	0,757
	Yok	64,6±30,7		89,7±17,8		44,2±42,3		40,4±34,7		60±17,3		45±24,5		76,1±24,8		58,4±26,7	
Kan Transfüzyonu	Var	43,6±33,9	0,161	55,6±33,3	0,035	7,1±18,9	0,098	0±0	0,041	29,7±15,6	0,003	24,3±22,3	0,254	44,4±40,6	0,474	47,4±35,1	0,302
	Yok	61,7±30,9		80,1±27		35,8±43,9		27,3±34		54,3±19,4		37,4±28,6		54±31,4		58±23	
Sigara Kullanımı	Var	81,3±19,8	0,030	90,3±15,1	0,148	56,3±47,7	0,077	46,9±38,8	0,028	64,5±17,7	0,041	50±29,8	0,113	83,3±22,2	0,003	60,3±14,9	0,645
	Yok	55,1±31,8		74,2±30,2		27,3±40,4		19,2±30,3		48,4±20,3		32,9±27,1		47±31		55,8±26,3	

SD: Standart deviasyon

Kronik hepatit B hastalarının cinsiyete göre KF-36 skorları değerlendirildiğinde; tedavi öncesi, kadın hastalarda fiziksel fonksiyon ($p=0,00009$), sosyal fonksiyon ($p=0,03$), fiziksel rol sınırlılık ($p=0,002$), emosyonel rol sınırlılık ($p=0,012$), enerji ($p=0,014$), vücut ağrısı ($p=0,011$) ve genel sağlık ($p=0,023$) skorlarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, mental sağlık skorunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Tedavinin 3. ayında, fiziksel fonksiyon ($p=0,0005$), fiziksel rol sınırlılık ($p=0,00005$) ve emosyonel rol sınırlılık ($p=0,00006$) skorlarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Sosyal fonksiyon, mental sağlık, enerji, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Tedavinin 6. ayında tüm skorlarda (fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, mental sağlık, enerji, vücut ağrısı ve genel sağlık) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Kronik hepatit B hastalarının medeni durum, eğitim durumu, meslek ve yaşadıkları yere göre KF-36 skorları değerlendirildiğinde; tedavi dönemlerinde tüm skorlarda (fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, mental sağlık, enerji, vücut ağrısı ve genel sağlık) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Kronik hepatit B hastalarının sarılık geçirme öykülerine göre KF-36 skorları değerlendirildiğinde; tedavi öncesi sarılık geçirme öyküsü olan hastalarda sadece sosyal fonksiyon ($p=0,033$) skorundaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, mental sağlık, enerji, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Tedavinin 3. ayında sosyal fonksiyon ($p=0,002$), mental sağlık ($p=0,009$), enerji ($p=0,042$), vücut ağrısı ($p=0,028$) ve genel sağlık ($p=0,009$) skorlarında istatistiksel olarak anlamlı azalma bulunurken; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık ve emosyonel rol sınırlılık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Tedavinin 6. ayında, emosyonel rol sınırlılık ($p=0,0000007$), mental sağlık ($0,0000008$), vücut ağrısı ($p=0,005$) ve genel sağlık ($p=0,009$) skorlarında istatistiksel olarak anlamlı azalma bulundu. Fakat fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık ve enerji skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Kronik hepatit B hastalarının ameliyat geçirme öykülerine göre KF-36 skorları değerlendirildiğinde; tedavi öncesi ve tedavinin 3. ayında tüm skorlarda (fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, mental sağlık, enerji, vücut ağrısı ve genel sağlık) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Tedavinin 6. ayında ise ameliyat geçirme öyküsü olan hastalarda emosyonel rol sınırlılık ($p=0,028$) ve vücut ağrısı ($p=0,005$) skorlarında istatistiksel olarak anlamlı azalma bulunurken; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, mental sağlık, enerji ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Kronik hepatit B hastalarının kan transfüzyonu öykülerine göre KF-36 skorları değerlendirildiğinde; tedavi öncesi fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, mental sağlık, enerji, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Tedavinin 3. ayında fiziksel rol sınırlılık ($p=0,034$) ve emosyonel rol sınırlılık ($p=0,021$) skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, mental sağlık, enerji, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Tedavinin 6. ayında fiziksel fonksiyon ($p=0,038$), sosyal fonksiyon ($p=0,026$) ve mental sağlık ($p=0,023$) skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, enerji, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Kronik hepatit B hastalarının sigara kullanma öykülerine göre KF-36 skorları değerlendirildiğinde; tedavi öncesi ve tedavinin 6. ayında sigara kullanan hastalarda sadece vücut ağrısı skorundaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu (sırasıyla $p=0,024$, $p=0,003$). Fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, mental sağlık, enerji ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Tedavinin 3. ayında fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, mental sağlık, enerji, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Kronik hepatit B hastalarında sadece bir kişide alkol kullanma öyküsü olduğundan istatistiksel değerlendirilmesi yapılmadı.

Kronik hepatit B hastalarının demografik özelliklerine göre tedavi dönemlerindeki KF-36 skorlarının değerlendirmesi tablo 14’de verilmiştir.

Tablo 14. Kronik hepatit B hastalarının demografik özelliklerine göre tedavi dönemlerindeki KF-36 skorlarının değerlendirilmesi.

Tedavi öncesi		Fiziksel fonksiyon		Sosyal fonksiyon		Fiziksel rol sınırlılık		Emosyonel rol sınırlılık		Mental sağlık		Enerji		Vücut ağrısı		Genel sağlık	
		Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p
Cinsiyeti	Erkek	85.3±16.4	0,00009	88.9±15.3	0,03	68.8±41.3	0,002	56.3±29.1	0,012	67.8±20.4	0,088	51.3±33.9	0,014	76.1±27	0,011	53±21	0,023
	Kadın	27.5±31.7		65.3±40		12.5±35.4		21.9±33.9		50.5±29.9		17.5±19.8		41.7±37		32.3±19.1	
Medeni durum	Evli	63.5±35.3	0,202	86.1±24.9	0,215	50±48	0,641	48.8±32.9	0,576	60.8±21.9	0,488	34±31.8	0,059	65±34.1	0,757	47.6±22.1	0,842
	Bekar	81.9±28		72.2±29.1		59.4±46.2		40.6±37.6		68±30.4		60.6±33.4		69.4±34		45.7±24.4	
Eğitim durumu	Okur yazar değil	17.5±3.5	0,234	77.8±31.4	0,946	50±70.7	0,393	37.5±53	0,389	48±5.65	0,282	35±35.4	0,531	16.7±7.9	0,272	18.8±1.76	0,222
	Okur yazar	62.5±10.6		94.4±7.9		0±0		12.5±17.7		40±11.3		20±0		55.6±31.4		43±11.3	
	İlköğretim	72±36.3		81.5±27.4		48.3±50.4		45±35.6		69.9±20.7		44.7±35.3		70.4±32.7		54.7±21.8	
	Lise	72.1±31.9		84.1±33.2		71.4±36.6		64.3±19.7		54.9±33.3		33.6±37.7		71.4±35.1		40.1±25.1	
	Yüksekokul	90±7.1		72.2±7.9		75±35.4		37.5±53		76±5.7		75±7.1		77.8±31.4		46.8±2.5	
Meslekler	İşsiz	97,5±3,5	0,005	77,8 ±31,4	0,196	100± 0	0,113	75± 0	0,071	72 ±17	0,234	45 ±49,5	0,611	83,3± 23,6	0,234	41 ±14,1	0,232
	Memur	88,3±16,1		92,5± 12,8		83,3± 28,9		75± 0		74,7± 6,1		83,3 ±15,3		92,6 ±12,8		35,8± 17,6	
	Ev hanımı	29,3 ±33,8		73± 36,2		14,3± 37,8		21,4± 36,5		56,6 ±26,4		20± 20		44,4 ±39		46,8 ±13,1	
	İşçi	90± 14,1		88,9 ±15,7		62,5 ±53		37,5± 53		84± 22,6		62,5 ±17,7		55,6 ±15,7		49,1 ±22,1	
	Serbest meslek	78,8± 21,2		90,2 ±16,2		56,2± 47,7		53,1 ±28,1		61,5± 24,7		28,8 ±30,6		73,6 ±32,5		28 ±29	
	Öğrenci	50± 49,5		38,9 ±39,3		25 ±35,4		12,5 ±17,7		40± 45,3		35 ±49,5		38,9 ±23,6		70,1 ±28,8	
	Diğer	87,5 ±13,2		94,4± 6,4		75± 50		62,5± 25		64 ±23,8		65± 34,2		80,6 ±31,9		41 ±14,1	
Yaşadığı yer	İl	74.6±29.1	0,656	66.7±34.3	0,259	77.8±18.4	0,449	36.1±48.6	0,183	30.6±34.9	0,393	68.9±20.5	0,649	32.8±29.7	0,237	50.6±33.4	0,602
	İlçe	59.2±46.1		68.8±34		82.1±26.4		52.7±46.8		46.4±33.8		62.9±24.2		42.6±33.9		66.3±33.5	
	Köy-belde	74.6±29.1		90.6±25.6		59.6±45.1		57.7±29.6		64±25.5		46.5±32.4		72.6±31.6		51.6±50.6	
Sarılık öyküsü	Var	55±56.6	0,563	44.4±47.1	0,033	50±70.7	0,935	50±35.4	0,88	44±50.9	0,261	40±56.6	0,946	61.1±55	0,826	26.3±26.5	0,175
	Yok	69.8±33.2		85±23.3		52.9±46.5		46.2±34.4		64.3±22.4		41.7±33.4		66.7±33		48.7±21.7	
Ameliyat öyküsü	Var	67.6±33.2	0,806	84.2±24.4	0,557	51.3±47.5	0,828	44.7±32.9	0,708	60.6±25.5	0,491	41.8±37	0,959	65.5±33.9	0,863	47.4±23.4	0,916
	Yok	71.1±37.6		77.8±31.4		55.6±48.1		50±37.5		67.6±21.9		41.1±28.5		67.9±34.4		46.4±21.1	
Kan transfüzyonu	Var	61.7±38.2	0,71	88.9±11.1	0,649	66.7±57.7	0,593	58.3±28.9	0,529	60±17.4	0,834	53.3±30.6	0,537	51.9±42.1	0,44	38.7±16.4	0,501
	Yok	69.6±34.2		81.3±27.7		51±46.5		45±34.6		63.2±25.2		40.2±34.6		68±32.9		48.1±23	
Sigara kullanımı	Var	80.7±36.6	0,291	84.1±33.2	0,823	75±43.3	0,148	53.6±36.6	0,529	68±26.2	0,527	46.4±35.2	0,673	90.5±20.7	0,024	57.7±20.4	0,147
	Yok	64.8±33.1		81.5±24.7		45.2±46.5		44±33.5		61.14±24		40±34.2		58.2±33.3		43.5±22.2	

SD: Standart deviasyon

Tablo14. (Devam)

Tedavi 3.ay		Fiziksel fonksiyon		Sosyal fonksiyon		Fiziksel rol sınırlılık		Emosyonel rol sınırlılık		Mental sağlık		Enerji		Vücut ağrısı		Genel sağlık	
		Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p
Cinsiyeti	Erkek	90.5±14.4	0,0005	81.7±29.6	0,677	71.3±41.6	0,00005	58.8±29.6	0,00006	63±26.6	0,455	51.5±30.7	0,118	72.2±24.6	0,074	59.5±22.9	0,26
	Kadın	46.9±36.8		76.4±31.1		6.3±11.6		9.4±26.5		55±21		31.9±23.9		50±37.1		48.1±25.5	
Medeni durum	Evli	75.5±31	0,49	83.9±26.9	0,299	47.5±49.3	0,359	40±36.6	0,292	61.6±22.8	0,773	44.5±29.1	0,704	65±30.2	0,811	56.3±21.5	0,972
	Bekar	84.4±28.2		70.8±35.6		65.6±37.6		56.3±34.7		58.5±31.6		49.4±33.5		68.1±30.5		55.9±30.4	
Eğitim durumu	Okur yazar değil	27,5 ±38,9	0,15	94.4±7.9	0,52	0±0	0,101	0±0	0,085	60±5.7	0,462	40±14.1	0,604	33.3±15.7	0,479	41.3±1.8	0,603
	Okur yazar	85 ±21,2		94.4±7.9		0±0		0±0		64±17		35±21.2		72.2±39.3		62.5±17.7	
	İlköğretim	85 ±27,7		83±23		66.7±43		56.7±32		68±19.8		54.7±27.7		71.9±30.5		62.2±22.8	
	Lise	75,7± 30,5		74.6±43.9		60.7±49.7		46.4±36.6		49.7±36		36.4±38.4		65.1±26.8		47.7±27	
	Yüksekokul	77.5±10.6		50±39.3		25±35.4		37.5±53		42±31.1		30±35.4		50±39.3		49.8±40.7	
Meslekler	İşsiz	100± 0	0,051	77,8 ±31,4	0,881	87,5± 17,7	0,025	75± 0	0,105	72 ±11,3	0,862	75± 7,1	0,73	88,9 ±15,7	0,716	46 ±21,2	0,974
	Memur	81,7 ±12,6		74,1± 44,9		66,7 ±57,7		75± 0		53,3± 28,9		45 ±35		59,3 ±39		57,7 ±38,9	
	Ev hanımı	50,7 ±38		84,1 ±23,9		3,6 ±9,4		21,4± 36,6		60,6 ±15		35,7± 23		54 ±38,2		53,5 ±21,9	
	İşçi	100± 0		88,9 ±15,7		100 ±0		75± 0		76 ±33,9		50 ±28,3		77,8 ±31,4		58 ±2,8	
	Serbest meslek	88,8 ±18,1		83,3± 35,6		65,6 ±48,1		50 ±43,3		60,5 ±34		45 ±38,5		68,1 ±22,6		61,3 ±26,1	
	Öğrenci	52,5 ±46		50± 39,3		37,5 ±17,7		10,7 ±28,3		40 ±33,9		30 ±35,4		50 ±39,3		44,3 ±48,4	
	Diğer	92,5 ±15		83,3 ±26,4		68,8 ±47,3		75 ±0		64 ±22,9		57,5 ±28,7		77,8 ±27,2		59,9± 17,9	
Yaşadığı yer	İl	83.1±51.6	0,72	80.3±33.7	0,974	61.5±45.2	0,657	53.8±33.6	0,473	64.6±27.4	0,425	46.9±29.1	0,987	70.9±25.5	0,467	62±23.5	0,474
	İlçe	72.5±47.1		77.8±27.2		45.8±51		37.5±41.1		48.7±25		45±32.7		70.4±34.2		48.4±27.2	
	Köy-belde	74.4±33.2		81.5±27.8		44.4±48.1		36.1±37.7		63.1±21.5		45±32.8		55.6±33.3		53.1±22.6	
Sarılık öyküsü	Var	45±35.4	0,107	22.2±0	0,002	12.5±17.7	0,209	0±0	0,07	18±2.8	0,009	5±0	0,042	22.2±0	0,028	15.5±7.8	0,009
	Yok	80.6±28.8		84.6±25.5		55.8±46.5		48.1±35.3		64±23		49±28.6		69.2±28.2		59.3±21.6	
Ameliyat öyküsü	Var	76.1±27.8	0,226	75.4±32.6	0,28	46.1±46.6	0,173	38.2±36.7	0,171	56.2±27.3	0,246	41.3±33.4	0,109	59.6±30.1	0,807	57±27.3	0,226
	Yok	82.2±35.7		90.1±19.6		66.7±45.1		58.3±33.1		70.2±17		55.6±18.8		79±25.7		54.6±15.1	
Kan transfüzyonu	Var	65±8.7	0,436	66.7±38.5	0,413	0±0	0,034	0±0	0,021	42.7±19.7	0,192	18.3±12.6	0,091	37±12.8	0,075	37±14.7	0,142
	Yok	79.6±31.4		81.8±28.8		59±45		50±34.6		62.9±25		49.2±29.7		69.3±29.4		58.5±23.8	
Sigara kullanımı	Var	85±25.7	0,489	85.7±37.8	0,575	71.4±48.8	0,223	57.1±31.3	0,301	61.1±33.1	0,959	54.3±32.6	0,401	84.1±22.1	0,06	63.8±18.3	0,339
	Yok	75.7±31.6		78.3±27.1		46.4±44.9		40.5±37.5		60.6±22.7		43.1±29.2		59.8±29.9		53.7±25.2	

SD: Standart deviasyon

Tablo14. (Devam)

Tedavi 6.ay		Fiziksel fonksiyon		Sosyal fonksiyon		Fiziksel rol sınırlılık		Emosyonel rol sınırlılık		Mental sağlık		Enerji		Vücut ağrısı		Genel sağlık	
		Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p
Cinsiyeti	Erkek	75.3±28.1	0,112	80.6±26	0,271	48.8±44.8	0,106	36.3±36.7	0,258	57.2±22.7	0,64	44.8±27.3	0,121	58.3±33	0,309	62.1±25.1	0,113
	Kadın	47.5±11		91.7±15.4		18.8±37.2		18.8±34.7		53±16.7		26.3±28.3		44.4±29.1		44.8±25.8	
Medeni durum	Evli	61.3±26.8	0,062	84.4±82.5	0,806	40±81.9	0,974	28.8±40.6	0,575	57±37.5	0,697	37.8±53.5	0,622	53.3±43.8	0,793	56.8±56.9	0,894
	Bekar	82.5±61.3		81.9±84.4		40.6±40		37.5±28.8		53.5±57		43.8±37.8		56.9±53.3		58.3±56.8	
Eğitim durumu	Okur yazar değil	37.5±37.5	0,325	83.3±83.3	0,369	25±25	0,371	0±0	0,152	48±0	0,463	15±21.2	0,561	50±7.9	0,78	41.3±37.1	0,66
	Okur yazar	42.5±42.5		88.9±88.9		0±0		0±0		36±39.6		20±28.3		27.8±7.9		45.5±18.4	
	İlköğretim	73±73		86.7±86.7		50±50		45±45		62.1±18.9		45.7±24.6		58.5±35		62.9±24.6	
	Lise	69.3±69.3		85.7±85.7		46.4±46.4		28.6±28.6		52.6±23		38.6±35.8		57.1±35.4		57.2±25.8	
	Yüksekokul	72.5±72.5		50±50		0±0		0±0		50±19.8		40±42.4		44.4±31.4		41.8±48.4	
Meslekler	İşsiz	90± 14,1	0,539	100± 0	0,624	100± 0	0,216	75± 0	0,215	70± 8,5	0,862	70± 0	0,713	100±0	0,425	57,5± 47,5	0,924
	Memur	76,7± 22,5		74,1± 44,9		58,3 ±52		33,3 ±38,2		61,3 ±22		40 ±30		55,6± 29,4		60 ±47,5	
	Ev hanımı	49,3 ±10,6		95,2 ±12,6		21,4 ±39,3		21,4 ±36,6		58,3 ±8		30 ±28,3		46 ±31,1		48,7 ±25,1	
	İşçi	65± 35,4		66,7 ±47,1		12,5± 17,7		0 ±0		56 ±50,9		25 ±35,4		66,7 ±31,4		52,5± 28,3	
	Serbest meslek	73,1 ±33,4		81,9 ±24,4		46,9 ±47,1		31,3± 37,2		59 ±18,6		44,4 ±29,5		43,1 ±37,8		66,5 ±21,5	
	Öğrenci	62,5 ±38,9		72,2± 7,9		0± 0		0 ±0		40 ±33,9		35 ±49,5		50± 23,6		46,8 ±41,4	
	Diğer	72,5 ±35,7		80,6 ±19		50 ±45,6		56,3± 37,5		43± 28,5		40 ±27,1		63,9± 27,8		58,6 ±21,1	
Yaşadığı yer	İl	72.3±24.6	0,492	87.2±16.3	0,731	44.2±45.8	0,886	32.7±35.9	0,806	63.4±18.1	0,111	48.5±27.9	0,3	58.1±31.8	0,823	65±22.1	0,243
	İlçe	55.8±33.4		77.8±30.6		33.3±43.8		37.5±41.1		42±16.3		33.3±26.6		48.1±34.2		43.5±23.7	
	Köy-belde	67.8±28.1		82.7±29.5		38.9±47		25±37.5		54.7±24.1		30.6±29.2		53.1±34.1		55.1±31	
Sarılık öyküsü	Var	45±14.1	0,239	44.4±31.4	0,194	0±0	0,3	0±0	0,0000007	26±14.1	0,0000008	5±7.07	0,153	27.8±7.9	0,005	12.5±7.1	0,009
	Yok	69±27.6		86.8±20.9		43.3±44.5		33.7±36.7		58.3±19.7		42.1±27.6		56.4±32.3		60.6±23.6	
Ameliyat öyküsü	Var	63.7±29.6	0,317	78.9±25.9	0,123	32.9±43.3	0,212	21.1±33.6	0,028	52.2±22	0,168	32.9±29.2	0,074	43.3±29.1	0,005	56.5±26.5	0,852
	Yok	75±21.7		93.8±14.8		55.6±44.7		52.8±34.1		64±16.6		53.3±21.8		77.8±25.5		58.6±26.5	
Kan transfüzyonu	Var	36.7±17.6	0,038	55.6±29.4	0,026	16.7±28.9	0,34	0±0	0,117	30.7±20.5	0,023	13.3±15.3	0,091	33.3±11.1	0,236	44.5±32.4	0,382
	Yok	71±26.2		87.1±21.2		43±45.4		35±36.8		59±19.2		42.6±28.1		56.9±32.9		58.7±25.5	
Sigara kullanımı	Var	84.3±19.2	0,057	90.5±16.3	0,395	64.3±45.3	0,097	53.6±36.6	0,059	1	0,217	54.3±29.4	0,112	84.1±23.9	0,003	60.3±16.1	0,72
	Yok	61.7±27.7		81.5±25.7		32.1±41.9		23.8±34		53.1±21.1		34.5±26.9		44.4±28.3		56.1±28.8	

SD: Standart deviasyon

Kronik hepatit C hastalarının cinsiyete göre KF-36 skorları değerlendirildi. Tedavi öncesi ve tedavinin 6. ayında fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, mental sağlık, enerji, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p < 0,05$). Tedavinin 3. ayında kadın hastalarda sadece vücut ağrısı ($p=0,035$) skorundaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, mental sağlık, enerji ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Kronik hepatit C hastalarının medeni durumlarına göre KF-36 skorları değerlendirildiğinde; tedavi öncesi evli hastalarda enerji ($p=0,005$) ve vücut ağrısı ($p=0,027$) skorlarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, mental sağlık ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$). Tedavinin 3. ayında fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, mental sağlık, enerji, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$). Tedavinin 6. ayında evli hastalarda sadece mental sağlık ($p=0,008$) skorundaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunurken; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, enerji, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Kronik hepatit C hastalarının eğitim durumları, yaşadıkları yer ve ameliyat geçirme öykülerine göre KF-36 skorları değerlendirildiği; tedavi öncesi, tedavi 3. ayı ve 6. ayında fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, mental sağlık, enerji, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Kronik hepatit C hastalarının mesleklerine göre KF-36 skorları değerlendirildiğinde sadece tedavinin 6. ayında mental sağlık ($p=0,004$) skorunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken; diğer dönemlerdeki tüm skorlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Kronik hepatit C hastalarının sarılık geçirme öykülerine göre KF-36 skorları değerlendirildiğinde; tedavi öncesi, fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol

sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, mental sağlık, enerji, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Tedavinin 3. ayında sarılık geçirme öyküsü olanlarda sadece vücut ağrısı ($p=0,035$) skorundaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunurken; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, mental sağlık, enerji ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Tedavinin 6. ayında fiziksel fonksiyon ($p=0,028$), sosyal fonksiyon ($p=0,006$), vücut ağrısı ($p=0,022$) ve genel sağlık ($p=0,020$) skorlarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Fakat fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, mental sağlık ve enerji skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Kronik hepatit C hastalarının kan transfüzyonu öykülerine göre KF-36 skorları değerlendirildiğinde; tedavi öncesi ve tedavi 6. ayındaki tüm skorlarda (fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, mental sağlık, enerji, vücut ağrısı ve genel sağlık) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Tedavi 3. ayında sadece mental sağlık ($p=0,003$) skorunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, diğer skorlarda istatistiksel olarak anlamlı fark bir bulunmadı ($p>0,05$).

Kronik hepatit C hastalarda, alkol kullanma öyküsü olmadığından ve sadece bir kişide ise sigara kullanma öyküsü olduğundan istatistiksel değerlendirilmeleri yapılmadı.

Kronik hepatit C hastalarının demografik özelliklerine göre tedavi dönemlerindeki KF-36 skor verilerinin değerlendirmesi tablo 15’de verilmiştir.

Tablo 15. Kronik hepatit C hastalarının demografik özelliklerine göre tedavi dönemlerindeki KF-36 skorlarının değerlendirilmesi.

Tedavi öncesi		Fiziksel fonksiyon		Sosyal fonksiyon		Fiziksel rol sınırlılık		Emosyonel rol sınırlılık		Mental sağlık		Enerji		Vücut ağrısı		Genel sağlık	
		Ort. ±SD	p	Ort. ±SD	p	Ort. ±SD	p	Ort. ±SD	p	Ort. ±SD	p	Ort. ±SD	p	Ort. ±SD	p	Ort. ±SD	p
Cinsiyeti	Erkek	63.6±30.6	0,504	84.1±30	0,627	28.6±48.8	0,776	17.9±31.3	0,503	65.7±21.8	0,165	42.9±26.9	0,387	60.3±29.3	0,316	53±20.3	0,13
	Kadın	53.1±35.2		78.5±23.1		34.4±42.7		28.1±34		51.8±21.3		33.1±23.2		57.2±27.7		39.5±18.4	
Medeni durum	Evli	48.5±34.8	0,148	74.5±26.3	0,16	20.6±34.5	0,06	16.2±29.2	0,09	50.6±22.5	0,132	27.4±19.3	0,005	43.1±24.8	0,027	39.4±19.6	0,202
	Bekar	83.8±18		100±0		75±50		50±35.4		73±13.2		56.3±22.1		83.3±21.3		58.6±16.3	
	Dul	67.5±10.6		88.9±15.7		50±70.7		50±35.4		68±0		70±14.1		55.6±31.4		48.8±15.9	
Eğitim durumu	Okur yazar değil	44.3±17.4	0,669	77.8±25.7	0,525	28.6±36.6	0,272	17.9±27.8	0,529	45.7±19.6	0,496	30±28.1	0,379	42.9±20.7	0,53	39.6±20.9	0,735
	Okur yazar	65±44.4		59.3±39		66.7±57.7		50±43.3		60±24		45±31.2		66.7±22.2		39.5±23.4	
	İlköğretim	57.1±43.7		85.7±21		71.4±18.9		14.3±28.3		54.9±24.2		25.7±16.2		42.9±28.3		40.6±21.7	
	Lise	75±26.8		91.7±16.7		50±57.7		37.5±43.3		71±10.5		51.3±20.2		66.7±42.6		54.9±18.2	
	Yüksekokul	45±49.5		77.8±31.4		50±70.7		25±35.4		60±39.6		50±28.3		55.6±31.4		51.3±8.8	
Meslekler	Mevsimlik tarım işçisi	15	0,234	22,2	0,074	0	0,451	0	0,573	36	0,346	10	0,295	66,7	0,212	12,5	0,078
	Memur	40± 27,8		85,2± 25,7		0 ±0		0 ±0		62,7± 27,2		23,3 ±5,8		51,9 ±23,1		56,7 ±12,6	
	Ev hanımı	52,7± 35,2		76,9 ±23,3		34,6± 41,5		28,8± 33,6		50,5 ±21,5		32,7 ±25,8		43,6 ±26,2		36,9 ±18,2	
	Serbest meslek	97,5± 3,5		100± 0		50± 70,7		37,5 ±53		50 ±19,8		65± 21,2		72,2± 39,3		66,8± 4,6	
	Öğrenci	78,3 ±17,6		100± 0		66,7± 57,7		41,7 ±38,2		76± 14,4		48,3 ±18,9		77,8 ±22,2		54,8 ±17,7	
	Diğer	45		66,7		0		0		80		50		11,1		42,5	
Yaşadığı yer	İl	58.1±35.1	0,932	80.3±24.9	0,984	44.2±48	0,329	34.6±36.1	0,28	56.6±23.1	0,572	38.8±27.2	0,819	58.1±32.4	0,42	47.2±19.3	0,576
	İlçe	58.3±20.8		77.8±22.2		8.3±14.4		8.3±14.4		66.7±6.1		30±26.5		44.4±11.1		42.5±25.4	
	Köy-belde	52.1±38.5		81±29.12		21.4±39.3		14.3±28.3		50.3±24.2		33.6±19.7		41.3±22.9		37.3±19.4	
Sarılık öyküsü	Var	62.5±53	0,791	55.6±31.4	0,146	12.5±17.7	0,507	37.5±53	0,585	30±14.1	0,079	22.5±10.6	0,418	33.3±31.4	0,36	20.5±11.3	0,081
	Yok	55.7±33		82.5±23.7		34.5±45.1		23.8±32.1		58.5±21.1		37.4±24.8		52.9±28.1		45.8±18.9	
Ameliyat öyküsü	Var	53.9±34.2	0,475	77.2±26.1	0,214	31.6±44	0,811	25±33.3	1	53.3±20.4	0,199	37.9±25.6	0,447	46.8±27.6	0,102	42.2±20.1	0,467
	Yok	67.5±32		94.4±11.1		37.5±47.9		25±35.4		69±27.4		27.5±15		72.2±23.1		50.3±18.1	
Kan transfüzyonu	Var	42.5±17.1	0,377	63.9±27.8	0,153	12.5±14.4	0,321	0±0	0,095	58±26.6	0,846	23.8±18	0,271	30.6±22.9	0,108	36.3±25.9	0,423
	Yok	59.2±35.7		83.6±23.5		36.8±46.7		30.3±33.9		55.6±21.7		38.7±24.9		55.6±27.7		45.1±18.5	

SD: Standart deviasyon

Tablo 15. (Devam)

Tedavi 3.ay		Fiziksel fonksiyon		Sosyal fonksiyon		Fiziksel rol sınırlılık		Emosyonel rol sınırlılık		Mental sağlık		Enerji		Vücut ağrısı		Genel sağlık	
		Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p
Cinsiyeti	Erkek	59.3±44.9	0,957	81±27	0,58	42.9±53.5	0,977	32.1±40.1	0,887	41.7±26.2	0,153	36.4±27.2	0,883	73±27.1	0,035	55.1±28.6	0,797
	Kadın	57.8±63.9		72.9±33.2		42.2±48.1		29.7±36.8		57±21.2		34.4±31.6		47.2±24.5		52.1±23.4	
Medeni durum	Evli	59.7±63.2	0,273	75.2±32.8	0,729	41.2±50.7	0,268	30.9±38	0,408	46.6±24.1	0,137	31.8±30.3	0,162	52.9±27.9	0,182	54.5±27.8	0,763
	Bekar	81.3±14.9		83.3±11.1		68.8±37.5		43.8±37.5		68±13.9		58.8±19.3		75±21		53±7.2	
	Dul	0±0		61.1±55		0±0		0±0		70±2.8		15±21.2		33.3±15.7		40.5±18.4	
Eğitim durumu	Okur yazar değil	17.1±28.6	0,116	61.9±38.9	0,368	14.3±37.8	0,464	10.7±28.3	0,464	52±25	0,998	14.3±23	0,134	38.1±25.5	0,161	39.8±25.7	0,447
	Okur yazar	61.7±53.5		77.8±38.5		66.7±57.7		50±43.3		53.3±30.6		46.7±41.6		44.4±22.2		56.2±33	
	İlköğretim	94.3±77.1		87.3±21.7		57.1±53.5		42.9±40.1		50.3±24.5		41.4±27.3		60.3±26.3		61.6±24	
	Lise	77.5±21		88.9±12.8		43.8±42.7		25±35.4		56±25.3		57.5±20.6		77.8±24		63.3±19.7	
	Yüksekokul	32.5±46		50±39.3		50±70.7		37.5±53		52±28.3		22.5±31.8		66.7±31.4		44.3±8.1	
Meslekler	Mevsimlik tarım işçisi	0	0,762	33,3	0,511	0	0,214	0	0,265	20	0,058	0	0,27	44,4	0,322	22,5	0,376
	Memur	33,3 ±57,3		59,3± 39		0± 0		0 ±0		25,3 ±8,3		13,3 ±23,1		63 ±32,1		41,2 ±30,1	
	Ev hanımı	58,8± 68,9		76,1 ±33,9		46,2± 51,9		34,6 ±38,9		58,5 ±22		33,1 ±31,2		45,3± 25,8		53,6 ±25,8	
	Serbest meslek	100± 0		100± 0		100 ±0		75 ±0		66 ±19,8		65 ±7,1		66,7 ±31,4		68,5± 7,1	
	Öğrenci	75± 10		77,8 ±0		58,3 ±38,2		33,3 ±38,2		64 ±13,9		55 ±21,8		70,4 ±23,1		49,5 ±1,8	
	Diğer	50		100		0		0		24		40		100		91	
Yaşadığı yer	İl	45±39.2	0,145	73.5±28.2	0,134	36.5±46.3	0,077	25±35.4	0,073	52.6±23.5	0,851	28.8±31.5	0,213	52.1±25	0,63	47.9±22.9	0,183
	İlçe	33.3±57.7		48.1±44.9		0±0		0±0		45.3±26.6		23.3±20.8		48.1±44.9		42.5±26	
	Köy-belde	93.6±76.9		90.5±25.2		71.4±48.8		53.6±36.6		54.9±25.1		51.4±25.4		63.5±27		67.1±24.1	
Sarılık öyküsü	Var	32.5±24.7	0,522	38.9±23.6	0,082	0±0	0,203	0±0	0,23	22±31.1	0,052	15±21.2	0,331	16.7±7.9	0,035	35±49.5	0,286
	Yok	60.7±59.7		78.8±29.8		46.4±48.9		33.3±37.4		55.2±21.3		36.9±30.1		58.7±25.9		54.7±22.4	
Ameliyat öyküsü	Var	57.9±61.7	0,475	73.7±33	0,214	38.2±48.9	0,811	27.6±37.2	1	52±24.5	0,199	33.9±30.7	0,447	53.8±29.2	0,102	53.8±24.3	0,467
	Yok	60±40.2		83.3±21.3		62.5±47.9		43.8±37.5		54±20.3		40±28.3		61.1±19.2		49.4±28.8	
Kan transfüzyonu	Var	61.8±60.6	0,53	78.4±28.1	0,324	51.3±48.9	0,052	36.8±37.6	0,068	58.5±18.9	0,003	38.2±30.5	0,277	54.4±23.1	0,801	54.1±20.9	0,646
	Yok	61.8±60.6		41.3±44.4		61.1±44.9		0±0		0±0		23±21.8		20±23.1		58.3±48.3	

SD: Standart deviasyon

Tablo 15. (Devam)

Tedavi 6.ay		Fiziksel fonksiyon		Sosyal fonksiyon		Fiziksel rol sınırlılık		Emosyonel rol sınırlılık		Mental sağlık		Enerji		Vücut ağrısı		Genel sağlık	
		Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p	Ort.±SD	p
Cinsiyeti	Erkek	57.9±40.8	0,441	73±35.6	0,644	28.6±48.8	0,587	14.3±28.3	0,985	41.7±23.4	0,627	30±25.2	0,922	69.8±32.5	0,07	56±28.7	0,969
	Kadın	45.6±31.5		66±32.1		18.8±34.8		14.1±25.8		46±17.2		31.3±29		42.4±31.5		55.6±22.5	
Medeni durum	Evli	46.5±39	0,669	64.1±34.8	0,276	20.6±38.8	0,541	16.2±29.2	0,718	38.4±17.3	0,008	31.2±30.4	0,952	50.3±34.9	0,325	53.7±26.7	0,745
	Bekar	63.8±4.8		91.7±5.6		37.5±47.9		12.5±14.4		68±3.3		32.5±10.4		66.7±28.7		58.4±14.8	
	Dul	45±14.1		55.6±31.4		0±0		0±0		52±5.7		25±35.4		22.2±15.7		67.3±12.4	
Eğitim durumu	Okur yazar değil	27.9±18.7	0,371	55.6±31.4	0,646	3.6±9.4	0,455	3.6±9.4	0,473	40±12	0,314	14.3±19.9	0,446	34.9±36	0,66	48.9±28.1	0,695
	Okur yazar	65±52.2		66.7±57.7		41.7±52		33.3±38.2		46.7±32.3		40±36.1		51.9±25.7		47±17.8	
	İlköğretim	56.4±44.3		68.3±34.2		28.6±48.8		21.4±36.6		37.7±16.8		38.6±35.8		55.6±32.7		57.9±26.6	
	Lise	63.8±4.8		88.9±9.1		12.5±25		6.3±12.5		62±9.5		40±16.8		66.7±28.7		69.9±22.2	
	Yüksekokul	47.5±31.8		72.2±23.6		50±70.7		12.5±17.7		48±33.9		30±0		55.6±62.9		56.3±8.8	
Meslekler	Mevsimlik tarım işçisi	5	0,488	0	0,147	0	0,547	0	0,72	12	0,004	0	0,744	22,2	0,608	27,5	0,45
	Memur	41,7 ±52		70,4± 25,7		0± 0		0 ±0		22,7± 6,1		23,3 ±20,8		51,9± 44,9		49,2 ±32,1	
	Ev hanımı	44,6± 33,9		62,4 ±33,5		19,2± 37		15,4± 28		44,3± 15,6		30 ±32,1		44,4± 33,6		54,1 ±24	
	Serbest meslek	80± 28,3		94,4 ±7,9		50± 70,7		37,5± 53		58± 8,5		40 ±28,3		61,1 ±23,6		66,8 ±9,5	
	Öğrenci	65 ±5		92,6 ±6,4		50± 50		16,7 ±14,4		69,3± 2,3		36,7 ±7,6		63 ±33,9		57,8 ±18,1	
	Diğer	70		77,8		0		0		48		60		100		96	
Yaşadığı yer	İl	41.5±31.3	0,477	70.1±30.9	0,789	21.2±38	0,504	11.5±21.9	0,34	45.8±18.6	0,63	19.2±22.3	0,052	43.6±30.6	0,263	48.7±22.5	0,153
	İlçe	60±37.7		55.6±38.5		0±0		0±0		34.7±20.1		40±10		40.7±51.3		52±24.4	
	Köy-belde	59.3±39.1		69.8±37.2		32.1±47.2		25±35.4		46.9±20.4		48.6±31.8		68.3±29.7		70.2±22.8	
Sarılık öyküsü	Var	0±0	0,028	11.1±0	0,006	0±0	0,418	0±0	0,433	22±2.8	0,073	0±0	0,095	0±0	0,022	19.3±20.2	0,02
	Yok	54±31.8		73.5±28.4		23.8±39.9		15.5±26.8		46.9±18.2		33.8±26.8		55.6±31		59.2±21.5	
Ameliyat öyküsü	Var	51.1±34	0,613	65.5±34.1	0,413	22.4±41.6	0,869	14.5±28	0,894	43.4±19.3	0,474	31.8±28.8	0,719	46.2±33.8	0,165	55.2±23.1	0,837
	Yok	41.3±38.4		80.6±22.9		18.8±23.9		12.5±14.4		51±17.4		26.3±21.4		72.2±26.4		58±31.3	
Kan transfüzyonu	Var	48.8±44.8	0,97	55.6±40.6	0,408	0±0	0,224	0±0	0,239	29±14.4	0,065	32.5±25	0,899	52.8±54.7	0,897	49.6±41.9	0,588
	Yok	49.5±33		70.8±31.3		26.3±41.2		17.1±27.7		48±18.2		30.5±28.4		50.3±29.7		57±19.8	

SD: Standart deviasyon

5. TARTIŞMA

Kronik hepatit hastaları, genellikle asemptomatik olmakla birlikte, yorgunluk, bulantı, kaşıntı, iştahsızlık ve psikolojik bozukluklar gibi sistemik şikâyetlere sahiptirler. Bu grup hastalarda, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde belirgin bozulma söz konusudur. Kronik viral hepatitlerde SİYAK konusunda yapılan çalışmaların çoğunluğu HCV enfeksiyonu ile ilişkili olup, hepatit B hastaları ile yapılmış çalışma sayısının kısıtlı olduğu görülmektedir (14).

Foster ve arkadaşlarının kronik hepatit B ve C enfeksiyonlu hastalarla sağlıklı kontroller arasında yaptıkları SİYAK çalışmasında, HBV ile enfekte hastalarda mental sağlık ve genel sağlık kategorilerinde SİYAK'ta azalma olduğu, ölçülen diğer skorlarda ise bir farklılık olmadığını saptamışlardır (35). Elegance ve arkadaşlarının kronik hepatit B'li hastalarda, fiziksel rol sınırlılık, vücut ağrısı, enerji/vitalite, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol sınırlılık kategorilerinde SİYAK skorlarında anlamlı düzeyde farklılık olduğunu göstermişlerdir (77). Ong ve arkadaşlarının kronik hepatit B'li hastalarla sağlıklı kontrolleri karşılaştırdıkları SİYAK çalışmasında, vücut ağrısı ve fiziksel komponent skorlarında azalma olduğunu tespit etmişlerdir (78). Bondini ve arkadaşları ise yaptıkları bir çalışmada, hepatit B'li hastaların fiziksel fonksiyon ve enerji/vitalite skorlarında azalma olduğunu bulmuşlardır (79). Özkan ve arkadaşlarının hepatit B ve hepatit C'li hastalar ile sağlıklı kontroller arasında yaptıkları benzer bir çalışmada, HBV'li hastaların kontrol grubuna göre özellikle fiziksel fonksiyon ve mental sağlık kategorisinde belirgin azalmalar olduğunu saptamışlardır (80). Leblebicioğlu ve arkadaşları kronik hepatitli hastaların yaşam kalitesini değerlendirdikleri bir çalışmada ise, kronik hepatit B'li hastaların genel sağlık, sosyal fonksiyon, mental sağlık ve vücut ağrısı skorlarında azalma olduğunu saptamışlardır (81). Bizim yaptığımız çalışmada da literatürle uyuşan bir şekilde kronik hepatit B'li hastaların SİYAK skorlarındaki enerji/vitalite ve genel sağlık kategorilerinde kontrol grubuna göre azalma olduğunu tespit ettik (35, 77, 79, 81).

Kronik HCV'li hastalar kronik KC hastalığının diğer formlarındaki hastalıklarla kıyaslandığında; kas-iskelet ağrısı, kırıklık ve aşırı yorgunluk gibi fiziksel semptomlardan daha sık ve daha şiddetli yakınır (82, 83, 84).

Foster ve arkadaşlarının kronik hepatit B ve C infeksiyonlu hastalarla sağlıklı kontroller arasında yaptığı SİYAK çalışmasında, HCV ile infekte hastalarda fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, mental sağlık, enerji/vitalite, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarında azalma olduğunu bulmuşlardır (35). Yapılan bir başka çalışmada, KHC hastalarının sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin tüm alanlarında azalma olduğu saptanmış. Ancak fiziksel rol sınırlılık, fiziksel fonksiyon ve vücut ağrısı alanlarındaki farklılık anlamlı bulunmamıştır (85). Fontana ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, emosyonel rol sınırlılık ve mental sağlık skorları dışında KF-36 ölçeğinin diğer tüm alanlardaki SİYAK skorları sağlıklı popülasyondan daha düşük bulunmuştur (83). Hussian ve arkadaşları, Gallegos-Orozcu ve arkadaşları, Teixeira ve arkadaşları ile Hollander ve arkadaşları, KHC hastalarının sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin tüm alanlarında (fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, enerji, vücut ağrısı, genel sağlık ve mental sağlık) azalma olduğunu tespit etmişlerdir (84, 86-88). Olson ve arkadaşları Hepatit C'li hastaların yaşam kalitesini etkileyen kanser öyküsü ve diğer kişisel faktörleri inceledikleri bir çalışmada, hastaların özellikle fiziksel fonksiyonları başta olmak üzere SİYAK skorlarını düşük bulmuşlardır (89). Ware ve arkadaşları HCV'li hastalarda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, genel sağlık, enerji/vitalite ve sosyal fonksiyon skorlarında anlamlı azalma saptamışlardır (12). Spiegel ve arkadaşlarının kompanse HCV seropozitifliği olan hastalarla, sağlıklı kontroller arasında KF-36 formu kullanarak yatıkları 15 çalışmanın bulgularını içeren değerlendirmelerinde, HCV infeksiyonlu hastalarda özellikle fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, genel sağlık ve enerji/vitalite skorlarında daha belirgin olmak üzere SİYAK skorlarını düşük bulmuşlardır (90). Bonkovsky ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, HCV'li hastalarda mental sağlık ve emosyonel kategorilerinde SİYAK skorlarında azalma belirgin bulunmamıştır (91). Kang ve arkadaşları KHC hastaları ile sağlıklı kontroller arasında yaptığı SİYAK çalışmasında, genel sağlık, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, enerji/vitalite ve mental sağlık skorlarında anlamlı farklılık saptamışlardır (92). Farklı bir çalışmada ise, hepatit C'li hastaların genel sağlık, fiziksel rol sınırlılık, sosyal fonksiyon, mental sağlık ve vücut ağrısı skorlarının sağlıklı kontrollere göre düşük olduğu tespit edilmiştir (81). Yapılan başka çalışmalarda da hepatit C'li hastaların SİYAK skorlarının tüm alanlarında sağlıklı kontrollere göre azalma olduğu

gösterilmiştir (79, 80). Bizim yapmış olduğumuz bu çalışmada da, kronik hepatit C'li hastalarla sağlıklı kontroller arasında, diğer çalışmalardaki sonuçlara benzer şekilde SİYAK skorlarında azalma olduğunu belirledik. Bu hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, enerji/vitalite ve genel sağlık skorlarında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğunu tespit ettik.

Pojoga ve arkadaşları kronik hepatit B hastalarının, genel sağlık, sosyal fonksiyonlar ve mental sağlık skorlarının, kronik hepatit C hastalarına göre daha iyi olduğunu göstermişlerdir (36). Farklı bir çalışmada hepatit C'li hastaların SİYAK skorlarında hepatit B'li hastalara göre anlamlı bir azalma olduğu gösterilmiştir (79). Foster ve arkadaşlarının hepatit C'li ve hepatit B'li hastalarla yaptıkları SİYAK çalışmasında, hepatit C'li hastaların sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık ve enerji/vitalite skorlarını hepatit B'li hastalara göre anlamlı azalma olduğunu tespit etmişlerdir (35). Başka bir çalışmada ise, KHB'li hastaların fiziksel komponent ve mental komponent skorlarının KHC'li hastalara göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (93). Bizim çalışmamızda ise, kronik hepatit C'li hastaların SİYAK skorları kronik hepatit B'li hastalara göre daha düşük olmasına rağmen, sadece emosyonel rol sınırlılık skorundaki düşüşü istatistiksel olarak anlamlı bulduk. Kronik hepatit C'li hastaların SİYAK skorlarının kronik hepatit B'li hastalara göre daha düşük olması, halsizlik, yorgunluk gibi şikayetlerin HCV'li hastalarda daha belirgin olmasına ve bu durumun emosyonel skorları etkilemesine bağlanabilir.

Park ve arkadaşlarının kronik viral hepatitlerde tedavi öncesi yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmalarında, fiziksel fonksiyon ve vücut ağrısı dışında özellikle mental durumla ilgili SİYAK skorlarını kontrol grubuna göre anlamlı fark olduğunu saptamışlardır (94). Biz kronik hepatitli hastalarda, SİYAK skorlarını kontrol grubuna göre daha düşük bulduk. Bu düşüklük fiziksel fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, enerji/vitalite ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlıydı.

Kronik hepatit C'de tedavi sırasında SİYAK olumsuz etkilenir. Bunun sebebi yorgunluk, myalji gibi grip benzeri belirtiler, ruhsal durumda, konsantrasyon yeteneğinde, libidoda değişiklikler gibi ilaca bağlı yan etkilerin hastanın enerjisini, sosyal fonksiyonlarını kötü yönde etkilemesi olabilir (95, 96).

Kang ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, kronik hepatit C'li hastaların tedavilerinin 3. ayında KF-36 skorlarının tüm alanlarında (fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, mental sağlık, enerji, vücut ağrısı ve genel sağlık) tedavi öncesine göre anlamlı azalma olurken, tedavi sonrası bu değerlerin tedavi öncesi değerlere geri döndüğünü tespit etmişlerdir (92). Başka bir çalışmada da yine kronik hepatit C'li hastaların tedavilerinin 3. ayında KF-36 skorunun tüm alanlarında alanlarında önemli bir düşüş olduğunu saptamışlardır (88). Ware ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise kronik hepatit C'li hastalarda tedavi süresince öncelikle fiziksel rol, enerji/vitalite, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol sınırlılık skorunda belirgin olmak üzere SİYAK skorlarında azalma tespit etmişlerdir (12). Perrilo ve arkadaşlarının kronik hepatit C hastalarında Peg-IFN α 2a ve 2b ile ribavirin kombinasyon tedavisinin SİYAK'a etkisini karşılaştırdıkları çok merkezli bir çalışmada, her iki tedavi grubunda da SİYAK skorlarının tedavi süresince, tedavi öncesi değerlere göre azalma olduğunu göstermişlerdir (97). Kronik hepatit C hastalarında Peg-IFN α -2a ile ribavirin kombinasyon tedavisinin SİYAK'a etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, hastalar üç gruba ayrılmış. Birinci grup Peg-IFN α -2a ile ribavirin, ikinci grup Peg-IFN α -2a ile plasebo, üçüncü grup Peg-IFN α -2b ile ribavirin tedavisi almıştır. Peg-IFN α -2a ile ribavirin tedavisinde SİYAK, IFN α -2b ile ribavirin tedavisine göre daha iyi bulunmuştur. Bu etki fiziksel fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, enerji/vitalite skorlarında daha belirgin olmakla birlikte, sosyal fonksiyon ve duygusal iyilik hali skorlarında da anlamlı fark bulunmuştur. Peg-IFN α -2a ile plasebo tedavi grubunda hastaların SİYAK değerleri diğer tedavi gruplarından daha iyi bulunmuş, ribavirin tedavisinin eklenmesi ile SİYAK değerlerinde azalma olduğu saptanmıştır (98). Daha önce yapılmış bir tez çalışmasında, hastalar Peg-IFN α -2a ile ribavirin ve Peg-IFN α -2b ile ribavirin tedavisi almalarına göre iki gruba ayrılmış ve her iki tedavi grubunda da fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, duygusal iyilik hali, sosyal fonksiyon, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir. Fakat her iki tedavi grubunda enerji/vitalite skorundaki azalmayı tedavi başında elde edilen enerji skor ortalamalarına göre anlamlı bulmuşlardır (99). Dan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, kronik hepatit C hastalarının tedavilerinin ilk haftasında enerji/vitalite, fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyon puanlarının düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir (100). Bizim çalışmamızda ise kronik hepatit C'li hastaların tedavinin 6. ayında SİYAK skorlarında

tedavi öncesi ve tedavinin 3.ayına göre farklılık tespit ettik. Yapılan çalışmalardan farklı olarak sadece tedavinin 6.ayındaki mental sağlık skorundaki azalmayı istatistiksel olarak anlamlı bulduk.

Kronik hepatit C'li hastaların tedavi sürecindeki SİYAK skorlarını kontrol grubuyla karşılaştırdığımızda ise, belirgin olarak farklı olduğunu tespit ettik. Bu farklılığın tedavinin 3.ayında KHC'li hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, mental sağlık ve enerji skorlarında; tedavinin 6.ayında ise bunlara ilaveten sosyal fonksiyon skorlarında anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır.

Marcellin ve arkadaşlarının Peg-IFN alfa-2a tedavisi alan kronik hepatit B ve C'li hastalarda yaptıkları SİYAK çalışmasında, hepatit B'li hastaların fiziksel komponent skorunda daha belirgin olmak üzere SİYAK skorlarında hepatit C'li hastalara göre daha iyi olduğunu bildirmişlerdir (93). Yapmış olduğumuz çalışmada da, bu çalışmaya benzer şekilde, kronik hepatit B'li hastaların tedavi dönemlerindeki SİYAK skorları KHC'li hastalara göre daha iyiydi. KHC'li hastaların tedavilerinin 6.ayındaki fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyon skorlarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlıydı. KHC'li hastaların tedavi dönemlerindeki SİYAK skorlarının KHB'li hastalara göre daha düşük olması, interferonla kombine edilen ribavirinin yan etkilerine bağlı olduğu düşünülebilir. Çalışmamızda KHB'li hastaların tedavi dönemlerinde kontrol grubuyla karşılaştırıldığında SİYAK skorlarında belirgin azalma tespit edildi. Bu azalma tedavinin 6.ayındaki fiziksel fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık ve enerji/vitalite skorlarında istatistiksel olarak anlamlıydı.

Kronik hepatit B hastalarının tedavinin 3. ayı ve 6. ayı dönemlerindeki SİYAK skorları kronik hepatit C 'li hastaların aynı tedavi dönemlerindeki SİYAK skorlarıyla karşılaştırıldığında; kronik hepatit B'li hastaların tedavilerinin 3.ayındaki fiziksel fonksiyon skorunun kronik hepatit C'li hastaların tedavi öncesi, 3.ay ve 6.aydaki değerlerinden daha iyi olduğu tespit edildi. Kronik hepatit B'li hastaların tedavi öncesi fiziksel fonksiyon skorunun, kronik hepatit C'li hastaların tedavilerinin 6.ayı skorundan daha iyi olduğu gözlemlendi. Kronik hepatit C'li hastaların tedavilerinin 6.ayındaki sosyal fonksiyon skorları, kronik hepatit B'li hastaların 6.ayındaki değerlerinden daha düşüktü ve anlamlı farklılık içeriyordu. Kronik hepatit B'li hastaların tedavi öncesi ve tedavinin 3.ayındaki fiziksel rol sınırlılık ve mental sağlık skorları, kronik hepatit C'li hastaların

6.ayındaki skorlarından anlamlı düzeyde farklı olduğu görüldü. Kronik hepatit C’li hastaların 6.ayındaki emosyonel rol sınırlılık skorlarının, kronik hepatit B’li hastaların tedavi öncesi, 3.ay ve 6.ayındaki skorlarından daha düşük olduğunu tespit edildi ve kronik hepatit C’li hastaların tedavi öncesi genel sağlık skorları kronik hepatit B’li hastaların 6.ayındaki skorlarından daha düşüktü.

Kronik viral hepatitli hastalara (KHB+KHC) toplu olarak baktığımızda ise, tedavinin 3.ayında, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık ve enerji/vitalite skorları kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşük bulundu. Tedavinin 6.ayında ise fiziksel fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, mental sağlık ve enerji/vitalite skorlarında önemli azalmalar mevcuttu ve bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlıydı.

Kronik viral hepatitli (KHB+KHC) hastaların tedavi dönemlerindeki SİYAK skorlarını kendi aralarında karşılaştırdığımızda; tedavi öncesi ve tedavinin 3. ayındaki emosyonel rol sınırlılık skorunun, tedavinin 6.ayına göre daha iyi olduğu bulundu. Tedavi öncesi mental sağlık skorunun, tedavinin 6.ayındaki mental sağlık skoruna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düştüğü tespit edildi. Genel sağlık skoru ise, tedavinin 3.ayında başlangıca göre, tedavinin 6.ayında yine tedavi öncesi değerlere göre anlamlı derecede yüksek bulundu.

Eşer ve arkadaşları kronik hepatit C’li kadın hastaların SİYAK’nin tüm alanlarında (fonksiyonel durum, esenlik, global yaşam kalitesi) aldıkları puanları erkeklere göre daha düşük bulmuşlardır. Fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi alanlarına ilişkin aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, genel sağlık anlayışına alanına ilişkin aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (101). Bir çalışmada, kronik hepatit C’li kadın hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin erkeklerden anlamlı derecede düşük olduğunu tespit etmişlerdir (91). Yapılan başka bir çalışmada da sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin tüm alanları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır (83). Teixeira ve arkadaşları kronik hepatit C’li erkek hastaların fiziksel fonksiyon, vücut ağrısı, genel sağlık, enerji/vitalite, sosyal fonksiyon ve mental sağlık skorlarını bayan hastalara göre yüksek bulmuşlardır (87). Olson ve arkadaşları kronik hepatit C’li erkek hastaların fiziksel komponent ve mental komponent skorlarının bayan hastalara göre daha iyi

olduğunu tespit etmişlerdir (89). Kallman ve arkadaşları ise kronik hepatit C’li bayan hastalarda fiziksel rol sınırlılık, fiziksel fonksiyon ve fiziksel komponent skorlarını düşük saptamışlardır (102). Bizim çalışmamızda ise; kronik hepatit C’li bayan hastalarda tedavinin 3. ayında vücut ağrısı skorunda önemli bir azalma olduğu belirlendi.

Bondini ve arkadaşları kronik hepatit B’li hastalarda yaptıkları çalışmada, cinsiyetin SİYAK skorlarıyla ilişkili olmadığını saptamışlardır (79). Lam ve arkadaşları ise, hepatit B’li bayan hastaların fiziksel komponent skorlarını erkek hastalara göre düşük bulmuşlardır (77). Özkan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, hepatit B ve hepatit C’li bayan hastaların KF-36 skorlarında anlamlı düşüş tespit edilmiştir (80). Bizim çalışmamızda, tedavi öncesi kronik hepatit B’li erkek hastaların mental sağlık dışındaki KF-36 skorlarının bayan hastalara göre daha iyi olduğu tespit edildi. Tedavinin 3. ayında, bayan hastalarda fiziksel fonksiyon, emosyonel rol sınırlılık ve fiziksel rol sınırlılık skorlarında erkek hastalara göre önemli düzeyde azalmalar olduğu belirlendi. Tedavinin 6. ayında ise bayan hastalardaki SİYAK skorlarında anlamlı bir fark tespit edilmedi.

Kronik viral hepatitli (KHB+KHC) erkek hastalara birlikte baktığımızda tedavi öncesi fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarının bayan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Tedavinin 3. ayında erkek hastalarda fiziksel fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık ve vücut ağrısı skoru sonuçları bayan hastalara göre belirgin olarak daha yüksek bulundu. Tedavinin 6. ayında ise, erkek hastalarda fiziksel fonksiyon ve vücut ağrısı skorları bayan hastalara göre anlamlı derecede daha iyi olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda, her iki kronik hepatit tipinde de literatürde bildirilen sonuçlara uygun olarak bayan hastalarda tedavi esnasında SİYAK skorlarında birçok parametrede anlamlı düşüş olduğu göze çarpmaktadır (77, 80).

Özkan ve arkadaşlarının kronik hepatit B ve kronik hepatit C hastalarında yaptıkları bir çalışmada, evlenmemiş hastalarda fiziksel rol sınırlılık skorunda düşüş saptamışlardır (80). Hussain ve arkadaşlarının kronik hepatit C’li hastalar üzerinde yaptıkları bir başka çalışmada, medeni durum ile fiziksel fonksiyon, vücut ağrısı, genel sağlık, sosyal fonksiyon ve mental sağlık skorları arasında zayıf bir ilişki olduğunu saptamışlardır (86). Gjeruldsen ve arkadaşları, kronik HCV enfeksiyonu olan hastalarda

saptanan SİYAK skorlarının düşüklüğünü sadece var olan hepatit ile açıklamanın yeterli olmadığını, evlilik durumu gibi nonviral faktörlerin de SİYAK skoru düşüklüğünde etkili olabileceğini bildirmişlerdir (103). Bizim çalışmamızda, kronik hepatit C hastalarının SİYAK skorlarını medeni durumlarına göre incelediğimizde, tedavi öncesi enerji/vitalite ve vücut ağrısı skorunun evli hastalarda daha düşük olduğu ve farkın istatistiksel anlamlı olduğu belirlendi. Tedavinin 3. ayında medeni duruma göre SİYAK skorlarında anlamlı bir değişiklik saptanmadı. Tedavinin 6. ayında ise, mental sağlık skorunda evli hastalarda belirgin bir düşüş olduğu saptandı. Bizim çalışmamız da, daha önce yapılmış çalışmalarda olduğu gibi HCV ile infekte evli bireylerde SİYAK skorlarının daha düşük olduğunu göstermektedir (86,103). Evli kişilerin sosyal ve bireysel sorumluluklarının daha çok olmasının SİYAK skorlarını etkilemiş olacağı düşünülebilir. Kronik viral hepatit B’li hastalarda genelde SİYAK skorlarında anlamlı değişikliklerin olmadığı ya da zayıf bir ilişki olduğu göze çarpmaktadır. Bizim yapmış olduğumuz çalışmada da bu grup hastada medeni duruma göre anlamlı değişiklikler tespit edilmedi.

Özkan ve arkadaşları kronik hepatit B ve kronik hepatit C’li hastalarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda fiziksel fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, genel sağlık ve emosyonel rol sınırlılık skorlarında düşme olduğunu göstermişlerdir (80). Hussain ve arkadaşlarının kronik hepatit C’li hastalarda yaptıkları çalışmada, eğitim durumunun fiziksel fonksiyon, vücut ağrısı, genel sağlık ve sosyal fonksiyon skorlarıyla negatif ilişkili olduğunu bulmuşlardır (86). Olson ve arkadaşları, kronik hepatit C enfeksiyonu olan hastalarda fiziksel komponent skorlarını olumsuz etkileyen faktörler arasında eğitim düzeyi düşüklüğünü anlamlı bulmuşlardır (89). Bizim çalışmamızda ise, kronik viral hepatitli hastalarımızda (KHB+KHC) eğitim durumu düşüklüğünü, tedavi öncesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık skorlarında; tedavinin 3. ayında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, enerji/vitalite, vücut ağrısı skorlarında; tedavinin 6. ayında ise fiziksel fonksiyon ve fiziksel rol sınırlılık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edildi.

Eşer ve arkadaşları kronik hepatit C’li hastaların mesleklerine göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin tüm alanlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulmuşlardır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin tüm alanlarında ev hanımları en düşük, memurlar en yüksek puanlara sahip gruplar olarak tespit etmişlerdir (101).

Başka bir çalışmada da kronik hepatit B ve C'li hastalarda, işsiz olanlarda fiziksel fonksiyon, fiziksel rol sınırlılık, genel sağlık ve emosyonel rol sınırlılık skorlarını düşük bulmuşlardır (80). Bizim çalışmamızda ise, kronik viral hepatitli hastalarda sadece tedavi öncesi mevsimlik tarım işçilerinin skorlarındaki azalma anlamlı bulundu. Kronik hepatit B hastalarının tedavi öncesi fiziksel fonksiyon ve tedavinin 3. ayında fiziksel rol sınırlılık skorlarında ev hanımlarında daha düşük bulundu. Kronik hepatit C hastalarında ise sadece tedavinin 6. ayında mevsimlik tarım işçilerinin mental sağlık skorunda anlamlı düşüklük tespit edildi. Kronik viral hepatitli hastaların mesleklere göre interferon tedavisinin etkisi çok açık değildir ve belirlenmiş bir ölçüt bulunmamaktadır. Yine de interferon ve ribavirinin çok sayıda görülen yan etkilerinin kişiyi fiziksel olarak olumsuz etkilediği belirtilebilir.

Lam ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada, sigara kullanan kronik hepatit B'li hastalarda fiziksel komponent skorlarını sigara içmeyenlerden daha yüksek olarak bulmuşlardır (77). Bizim çalışmamızda; kronik viral hepatitli hastalarda, tedavi öncesi sigara kullananlarda fiziksel rol sınırlılık, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarını; tedavinin 3. ayında vücut ağrısı skorunu, tedavinin 6. ayında ise fiziksel fonksiyon, emosyonel rol sınırlılık, mental sağlık ve vücut ağrısı skorlarını sigara kullanmayanlara göre daha iyi olduğunu tespit ettik. Kronik hepatit B hastalarında sigara kullananlarda, diğer çalışmalardan farklı olarak tedavi öncesi ve tedavinin 6. ayında vücut ağrısı skorunda sigara kullanmayanlara göre daha iyi bulduk. Kronik hepatit C'li hastalarda 1 kişide sigara kullanma öyküsü olduğundan değerlendirilmeye alınmadı.

Teixeira ve arkadaşlarının kronik hepatit C'li hastalarda yaptığı çalışmada, düşük doz alkol kullananlar ile yüksek doz alkol kullanan hastalar arasında KF-36 skorlarında anlamlı fark gösterilmemiştir (87). Olson ve arkadaşlarının kronik hepatit C'li hastalarda yapmış oldukları çalışmada, alkol kullanmayan hastaların fiziksel komponent ve mental komponent skorlarının alkol kullanan hastalara göre daha iyi olduğunu göstermişlerdir (89). Bizim çalışmamızda ise kronik viral hepatitli hastalarda (KHB+KHC) toplam bir kişide alkol kullanma öyküsü olduğundan, alkol kullanımının SİYAK'a etkisi değerlendirilmeye alınmadı.

Çalışmamızda kronik hepatit B ve C hastalarının yaşadıkları yere göre KF-36 skorları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Kronik viral hepatitli hastalarımızda (KHB+KHC) daha önceden sarılık geçirme öykülerine göre SİYAK skorlarını değerlendirdiğimizde, sarılık öyküsü olmayan hastaların tedavi öncesi sosyal fonksiyon, mental sağlık, genel sağlık skorları; tedavinin 3. ayında emosyonel rol sınırlılık, mental sağlık, enerji/vitalite, vücut ağrısı, genel sağlık skorları; tedavinin 6. ayında emosyonel rol sınırlılık dışında diğer skorlarda sarılık öyküsü olanlara göre daha iyi olduğunu tespit edildi. Kronik hepatit B'li hastalarda sarılık geçirme öyküsü olmayanlarda tedavi öncesi sadece sosyal fonksiyon skorunda; tedavinin 3. ayında sosyal fonksiyon, mental sağlık, enerji/vitalite, vücut ağrısı, genel sağlık skorlarında; tedavinin 6. ayında ise emosyonel rol sınırlılık, mental sağlık, vücut ağrısı ve genel sağlık skorlarında sarılık öyküsü olanlara göre daha iyi olduğu belirlendi. Kronik hepatit C'li hastalarda sarılık öyküsü tedavi öncesi ve 3. ayında etkili değilken, tedavinin 6. ayında sarılık öyküsü olmayanların fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, vücut ağrısı ve genel sağlık skorları sarılık öyküsü olanlara göre belirgin olarak daha iyiydi.

Kronik viral hepatitli hastalarımızda (KHB+KHC) daha önceden ameliyat geçirip geçirmeme öykülerine göre SİYAK skorlarını değerlendirdiğimiz çalışmamızda; tedavi öncesi ve 3. ayında anlamlı fark yokken, tedavinin 6. ayında ameliyat öyküsü olmayanların emosyonel rol sınırlılık ve vücut ağrısı skorları ameliyat öyküsü olanlara göre daha iyi olduğu tespit edildi. Kronik hepatit B'li hastalarda tedavi öncesi ve 3. ayında fark bulunmazken, tedavinin 6. ayında ameliyat öyküsü olmayanların vücut ağrısı skoru ameliyat öyküsü olanlara göre daha iyi olduğu bulundu.

Kronik viral hepatitli hastalar toplu olarak kan transfüzyonu öykülerine göre SİYAK skorlarını değerlendirdiğimizde; tedavi öncesi değerler istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken; tedavinin 3. ayında kan transfüzyonu olmayan hastaların fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık, mental sağlık, enerji/vitalite skorlarını, tedavinin 6. ayında ise sosyal fonksiyon, emosyonel rol sınırlılık ve mental sağlık skorlarını kan transfüzyonu öyküsü bulunanlara göre daha iyi olduğu belirlendi. Kronik hepatit B'li hastalarda kan transfüzyonu öykülerine göre SİYAK skorlarını değerlendirdiğimizde; tedavi öncesi değerler istatistiksel olarak anlamlı fark

bulunmazken; tedavinin 3.ayında kan transfüzyonu olmayan hastaların fiziksel rol sınırlılık, emosyonel rol sınırlılık skorlarında; tedavinin 6.ayında ise fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve mental sağlık skorlarında kan transfüzyonu olan hastalara göre daha iyi olduğu belirlendi. Kronik hepatit C'li hastalarda ise sadece tedavinin 3.ayında transfüzyon öyküsü olan hastaların mental sağlık skoru kan transfüzyon öyküsü olmayan hastalara göre daha iyi olduğu tespit edildi.

6. SONUÇ

Kronik viral hepatitler ülkemiz için önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Kronik hastalıklar kişinin yaşam kalitesini birçok yönden olumsuz etkileyebilir. Kronik viral hepatitli hastalar, sadece kronik hastalığın etkilerine değil, aynı zamanda interferon ve antiviral ilaçların istenmeyen etkilerine de maruz kalmaktadırlar. Yaşam kalitelerinde önemli düşüşler olması beklenen bu hasta grubunda yaşam kalitelerinin ölçülmesi, değerlendirilmesi daha bir önemli hale gelmektedir.

Kronik viral hepatitli hastalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Tedavi alan hastaların yaşam kalitesi sonuçlarından da anlaşıldığı üzere, tedavinin yan etkileri nedeniyle de hastaların yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Tedavinin sebep olduğu bu rahatsızlık, hastaların tedavi uyumunu ve tedaviye devam etme isteğini de bozabilir.

Tedavi alan kronik viral hepatitli hastaların yaşam kalitelerindeki düşüş cinsiyet, eğitim durumu, meslek gibi demografik faktörlerle de ilişkili olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Hastaların tedavi sürecindeki duygusal değişimleri izlenmeli ve gerektiğinde tedavileri yapılmalıdır.

Emosyonel ve mental durumlarında değişiklikler olduğu göz önünde bulundurulduğunda, hastaların takipleri sırasında en az bir kez psikiyatrik konsultasyonla değerlendirilmeleri uygun olabilir.

Kronik viral hepatitli hastalarda hastalıkları ile ilgili danışmanlık ve rehberlik hizmetlerinin verilmesi bu hastalarda yaşam kalitesini iyileştirebilir.

SİYAK skorlarının iyi standardize edilmeleri ve kronik hastalığı bulunan bireylere uygulanması, hastalarda ortaya çıkan olumsuzları belirleyecek ve belki de bu olumsuzluklarla başa çıkma konusunda yol gösterici olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Di Bishceglie, A. M. Hepatitis C and hepatocellular carcinoma. *Hepatology* 1997;26:34-38.
2. Özdemir D, Kurt H. Hepatit B virusu İnfeksiyonlarının epidemiyolojisi. Tabak F, Balık İ, Tekeli E.(eds) *Viral Hepatit 2007*. İstanbul, Viral Hepatitle Savaşım Derneği, Oban Matbaası, 2007;108-117
3. Borgia G, Gentile I. Treating chronic hepatitis B: today and tomorrow. *Current Medicinal Chemistry*, 2006; 13: 2839-2855.
4. Taşyaran MA. HBV infeksiyonu epidemiyolojisi. Tekeli E, Balık İ, (Ed.). *Viral Hepatit 2003*. İstanbul: Viral Hepatitle Savaşım Derneği 2003; 121-134.
5. Keeffe EB, Dieteric DT, Han SH, et al. A treatment algorithm for the management of chronic hepatitis B virus infection in the United States: 2008 Update. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008;6:135- 1341.
6. EASL. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of chronic hepatitis B. *J Hepatol* 2009; 50: In Pres.
7. Quer J, Esteban J. Epidemiology. In: Thomas HC, Lemon S, Zuckerman AJ (eds). *Viral hepatitis*. Massachusetts, USA. Third Edition. Blackwell Publishing, 2005; 407-425.
8. Dolar ME. Klinik Karaciğer Hastalıkları. Nobel & Güneş Tıp Kitabevi, 2002; İstanbul.
9. Usluer G. Hepatit C Virusü Mikrobiyolojisi, Patogenez, Epidemiyolojisi, Klinik, Tedavi ve Korunma. In: A'dan Z'ye Akut Viral Hepatitler, Güneş Kitabevi, 2002; Ankara.
10. Pullukçu H. Hepatit C epidemiyolojisi ve tanımlar. Arman D, Leblebicioğlu H (editörler). *İnfeksiyon Hastalıklarında tedavi dizisi 14*. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 2009;9-15
11. Tahan V, Kalaycı C. Kronik Hepatit C güncel tedavisi. Tabak F, Balık İ, Tekeli E (editörler). *Viral Hepatit*. İstanbul: Viral Hepatitle Savaşım Derneği 2007; 246-254
12. Ware JE, Bayliss MS, Mannocchia M, Davis GL. Health-related quality of life in chronic hepatitis C: impact of disease and treatment response. The Interventional Therapy Group. *Hepatology* 1999; 30: 550-555.

13. Mathew A, Peiffer L, Rhoades K, mcGarrity T. Improvement in quality of life measures in patients with refractory hepatitis C, responding to re-treatment with pegylated interferon alpha-2b and ribavirin. *Health qual Life Outcomes* 2006;4:30.
14. Çaylan R. Kronik hepatitler ve yaşam kalitesi. Tabak F, Balık İ, Tekeli E. (editörler). *Viral Hepatit 2007*. İstanbul Viral Hepatitle Savaşım Derneği, Oban Matbaası, 2007;376-84
15. Mıstık R. Türkiye’de Viral Hepatit Epidemiyolojisi Yayınların İncelenmesi. Tabak F, Balık İ, Tekeli E. (editörler). *Viral Hepatit 2007*. İstanbul Viral Hepatitle Savaşım Derneği, Oban Matbaası, 2007;10-50.
16. Felek S. Karaciğer ve Safra Yolları Enfeksiyonları. In: Felek S (Ed.). *Sistemik Enfeksiyon Hastalıkları*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2000;195-212.
17. Warren Levinson, Md, PhD, Ernest Jawetz Md, Ph D. *Tıbbi Mikrobiyoloji ve İmmünoloji*. Lange Tıp Kitabı, Barış Kitabevi, 1998.
18. Chieochansin T, Chutinimitkul S, Payungporn S, Theamboonlers A ve ark Rapid detection of lamivudine-resistant hepatitis B virus mutations by PCR based methods. *Tohoku J Exp Med* 2006; 210: 67-78.
19. Biringel S, Tekeli E. Kronik Hepatit B’de epidemiyolojik, virolojik ve klinik özellikler, tanımlamalar. Köksal İ, Leblebicioğlu H(editörler). *Kronik hepatitlerin tedavisinde güncel yaklaşımlar*. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi,2007;11-22.
20. Özsan M. HBV Enfeksiyonunda mikrobiyolojik tanı. Tabak F, Balık İ, Tekeli E. (editörler). *Viral Hepatit 2007*. İstanbul Viral Hepatitle Savaşım Derneği, Oban Matbaası, 2007; 124-134.
21. Tabak F. Virüs Hepatitlerinin Epidemiyolojisi. Yücel A, Tabak E (editörler). *Günümüzde virüs hepatitlerinde 2. Baskı*. İstanbul: İstanbul Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş Derneği, 1998;21-30.
22. Serter D. Hepatit Virüsü ve Viral Hepatitler. Serter D (editör). *Virüs riketsiya ve klamidya hastalıklarında. 1. Baskı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 1997; 175-206.
23. Hadzakis A, Magiorkinis E, Haida C. HBV virological assesment. *J Hepatol* 2006; 44: 71-76.
24. Dienstag JL, Isselbacher KJ. Acute Hepatitis. In: Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL (eds.). *Harrisons Principle of Internal Medicine*. 13 th edition. New York:McGraw-Hill, 1994;1458-1478.

25. Alkan GN, Balcı İ. Hepatit ön tanılı hastalarda hepatit belirleyicilerinin incelenmesi. *Viral Hepatit Dergisi* 1998; 56-58
26. Sümül M. HCV İnfeksiyonunun epidemiyolojisi ve korunma. Tabak F, Balık İ, Tekeli E. (editörler) *Viral Hepatit 2007*. İstanbul, Viral Hepatitle Savaşım Derneği, Oban Matbaası, 2007; 208-219.
27. Bozdayı AM, Aslan N, Bozdayı G, et al. Molecular epidemiology of hepatitis B, C and D viruses in Turkish patients. *Arch Virol* 2004; 149: 2115-2129.
28. Bozdayı AM, Bozkaya H, Türkyılmaz AR, et al. Nucleotide divergences in the core, promoter and precore region of genotype D hepatitis B virus in the patients with persistently elevated or normal ALT levels. *J Clin Virol* 2001; 21: 91-101.
29. Bilgiç A, Özacar T. Hepatit B virüsü. In: Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M (editörler). *İnfeksiyon Hastalıkları Ve Mikrobiyolojisi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2002; 1350-1370.
30. Balık İ. Hepatit B epidemiyolojisi. In: Kılıçturgay K, (Ed.). *Viral Hepatit 94*. 1.Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1994; 91-101.
31. Saveci E. Gebelerde hepatit B seroprevalansı. Uzmanlık Tezi. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2006; İstanbul.
32. EASL international consensus conferance on hepatitis B. *J. Hepatology* 2003; 39: 3-25
33. Chwla Y, Hepatitis B virus: inactive carriers. *Virol J* 2005; 28: 82.
34. Balcıoğlu İ, Özdemir S. Kronik hepatitli hastalarda nöropsikiyatrik bulgular. Tabak F, Balık İ, Tekeli E. *Viral Hepatit 2005*, Ankara, Viral Hepatitle Savaşım Derneği, 2005; 76- 82.
35. Foster GR, Goldin RD, Tomas HC. Chronic Hepatitis C virus infection causes asignificant reduction in quality of life in the absence of cirrhosis. *Hepatology* 1998; 27: 209- 12.
36. Pojoga C, Dumitrascu DL, Pascu O, Grigorescu M, Radu C, Damian D. İmpaired health-related quality of life in Romanian patients with chronic viral hepatitis before antiviral therapy. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004; 19: 27- 31.
37. Leblebicioğlu H. Hepatit B virüsü mikrobiyolojisi, patogenezi, epidemiyoloji, klinik, tedavi ve korunma. Usluer G (ed). *A'dan Z'ye Akut Viral Hepatitler*, Ankara, Günes Kitapevi Yayınları, 2002; 16- 23.

38. Gitlin N. Hepatitis B:diagnosis, prevention, and treatment. Clin Chem 1997; 43:1500- 6.
39. Akagi G, Furuya K, Otsuka H. Hepatitis B antigen in the liver in hepatocellular carcinoma in Shikoku, Japan. Cancer 1982;49: 678- 82.
40. Tsukuma H, Hiyama T, Tanaka S, et al. Risk factors for hepatocellular carcinoma among patients with chronic liver disease. N Eng J Med 1993;328:1797- 801.
41. Robinson WS. Hepatitis B virus and hepatitis D virus. In: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R, (eds). Principles and Practice of Infectious Disease. 5thEd, New York: Churchill Livingstone, 2000; 1652-1685.
42. Bilgiç A, Özaçar T. Hepatit B virus. Topcu AW, Söyletir G, Doğanay M (editörler). İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi. Cilt 2, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2002; 1350-1370.
43. Horvat RT, Tegtmeier GE. Hepatitis B and D viruses, Murray PR, Baron EJ, Pfaller MA, Jorgensen JH, Tenover FC (eds). Manual of clinical Microbiology, 8th Ed, Washington, D.C:ASM Press, 2003; 1464-79.
44. Kimura T, Rokuhara A, Matsumoto A, et al. New enzyme immunoassay for detection of hepatitis B virus core antigen (HBcAg) and relation between levels of HBcAg and HBV DNA. J Clin Mikrobiol. 2003; 41: 1901-1906.
45. Badur S. Viral hepatitler (HAV, HBV, HDV). Ustaçelebi Ş, Abacıoğlu H, Badur S (editörler). Moleküler, Klinik ve Tanısal Viroloji. Ankara, Güneş Kitabevi, 2004; 175- 202.
46. Erden E: Kronik Hepatitlerde Histopatolojik Tanı. Köksal İ, Leblebicioğlu H (editörler) Kronik Hepatitlerin Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar Kitabı. Ankara Bilimsel Tıp Yayınevi, 2007; 253-262.
47. Van Zonneveld M, Flink HJ, Verhey E, et al. The safety of pegylated interferon alfa 2b in the treatment of chronic hepatitis B: predictive factors for dose reduction and treatment discontinuation. Aliment Pharmacol Ther 2005; 21:1163-1171.
48. Asian Pasific Association for the study of the liver consensus statements on the diagnosis, management and treatment of hepatitis C virus infection. Asian Pasific Association for the study of the Liver (APASL) Hepatitis C Working Party. J Gastroenterol Hepatol 2007; 22:615-633.

49. Akıncı E, Bodur H. HCV İnfeksiyonunda klinik ve tanı. Tabak F, Balık İ, Tekeli E.(editörler). Viral Hepatit 2007. İstanbul Viral Hepatitle Savaşım Derneği, Oban Matbaası,2007; 220-226.
50. Dienstag JL, Isselbacher KJ. Chronic hepatitis. In: Hauser K, longo B, Jamerson F, (eds). Harrison's Principles of Internal Medicine, 16th ed. New York, McGraw-Hill, 2005; 1844-1855.
51. Etiz N, Türkoğlu S.Viral Hepatitlerin tanısında kullanılan testler ve standardizasyonu. Tabak F, Balık İ, Tekeli E (editörler) Viral Hepatit 2005. Ankara, Viral Hepatitle Savaşım Derneği 2005;128-150.
52. Simmonds P, Bukh J, Combet C, et al. Consensus proposals for a unified system of nomenclature of hepatitis C virus genotypes. Hepatology 2005; 42: 962-973.
53. Aygen B, Şentürk H. Hepatit C infeksiyonunda tanı ve tedavi. 2. Viral Hepatit Tanı ve Tedavi Rehberi Antalya, 2007;21-32.
54. Aygen B. Kronik Hepatit C'de Tedavi ve İzlem. Köksal İ, Leblebicioğlu H (editörler). Kronik Hepatitlerin Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. Ankara Bilimsel Tıp Yayınevi, 2007;253-262.
55. Hofmann WP, Herrmann E, Sarrazin C, Zeuzem S. Ribavirin mode of action in chronic hepatitis C: From clinical use back to molekular mechanisms. Liver Int 2008;28:1332-43.
56. Brok J, Gluud C. Ribavirin monotherapy for chronic hepatitis C infection: A cochrane hepato-biliary group systematic review and meta-analysis of randomized trials. Am J Gastroenterol 2006;101:842-7.
57. Viral Hepatitle Savaşım Derneği. II. Viral Hepatit Tanı ve Tedavi Rehberi, 2007.
58. Manns MP, McHutchison JG, Gordon SC, et al. Peginterferon alfa-2b plus ribavirin compared with interferon alfa-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C: A randomised trial. Lancet 2001;358:958-65.
59. Erdem H. Kronik Hepatit C'de Tedavi. Arman D, Leblebicioğlu H (editörler). Kronik Hepatit C Tedavisi ve Tedaviye Bağlı İstenmeyen Etkilerin Yönetimi, Bilimsel Tıp Yayınevi,2009;23-32.
60. Cooksley WG, Piratvisuth T, Lee SD et al: Peginterferon α -2a (40 kDa): an advance in the treatment of hepatitis B e antigen-positive chronic hepatitis B, J Viral Hepat 2003;10:298-305.

61. Sümbül M, Kronik hepatit tedavisinde kullanılan antiviraller. Tabak F, Balık İ, Tekeli E (editörler). Viral Hepatit 2005. Viral Hepatit Savaşım Derneği Yayını 1.Baskı, Ankara, 2005;182-198.
62. Balık İ: Kronik Hepatit B' nin seyri ve interferon tedavisi Balık İ, Tekeli E (editörler). Viral Hepatit 2003. Viral Hepatit Savaşım Derneği Yayını 1. Baskı Ankara, 2003; 135- 155.
63. Saltoğlu N, B tipi kronik hepatitin güncel tedavisi, Tabak F, Balık İ, Tekeli E (editörler). Viral Hepatit 2005. Viral Hepatit Savaşım Derneği Yayını 1. Baskı, Ankara, 2005;214-232.
64. Aktaş F. Antiviral ilaçlar. Willke TA, Söyletir G, Doğanay M (editörler). İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi. Nobel Tıp Kibaevleri, 2005;399-424.
65. Lok ASF, McMahan BJ. Chronic hepatitis B, AASLD practice guidelines. Hepatology 2007;45:507-539.
66. Mandac JC, Chaudhry S, Sherman KE and Tomer Y. The Clinical and physiological spectrum of interferon-alpha induced thyroiditis: toward a new classification. Hepatology 2006;661-72.
67. Doğan M. Kronik hepatit B' de lamivudin direnci ve lamivudin Direnci gelismisi üzerine etkili faktörler. Uzmanlık Tezi. S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi,2007; İstanbul.
68. Janssen HL, Zonnevald M, Senturk H, Zeuzem S ve ark. Pegylated interferon alfa-2b alone or in combination with lamivudine for HBeAg-positive chronichepatitis B: a randomised trial. Lancet 2005; 365: 123-129.
69. Wodd AJJ. The treatment of chronic viral hepatitis. N Engl J Med 1997;336:347.
70. Tzn E. Eker L. Sağlık değerlendirme ltleri ve yaşam kalitesi. Sağlık ve Toplum, 2003; 2: 3-8.
71. şahin H. Eski bir kavram, yeni bir ölçüt:yaşam kalitesi. Toplum ve Hekim, 1997;12:40-46.
72. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form healt survey (KF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992;30:473-83.
73. Koçyigit H, Aydemir , lmez N ve ark. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe İçin Güvenilirliği ve Geçerliliği: Romatizmal Hastalığı Olan Bir Grup Hasta İle alışma.

74. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N ve ark. Kısa Form 36 (KF-36)'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12: 102-106.
75. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Hekimler Yayın Birliği Ankara 2006; 346-353.
76. Ware JR, Kosinski M, Keller SD. KF-36 Health survey manuel and interpretation guide. Boston: The Health Institute, New England Medical Center, 1994.
77. Lam TP Elegance, Lam LK Cindy, Lai CL, Yuen MF, Fong YT Daniel, So MK Thomas. Health related quality of life of Southern Chinese with chronic hepatitis B infection. *Health and Quality of Life Outcomes* 2009; 7:52.
78. Ong CS, Mak B, Aung Oo M, Li CS, Lim SG. Health Related Quality of Lfe in Chronic Hepatitis B Patients. *Hepatology* 2008; 47:1108-1117.
79. Bondini S, Kallman J, Dan A, Younoszai Z, Ramsey L, Nader F, Younossi ZM. Health Related quality of life in patients with chronic hepatitis B. *Liver Int* 2007;1119-1125.
80. Özkan M, Corapçıoğlu A, Balcıoğlu I et al. Psychiatric Morbidity and Its Effect On The Quality Of Life Of Patients With Chronic Hepatitis B and Hepatitis C. *Int J Psychiatry Med* 2006;36(3):283-297.
81. Leblebicioglu H, Koksall I, Esen S, Pekok A, Aydin K, Ozgunes N, Eren G, Aribas E, Ersoy Y, Ertem G, Simsek F. Quality of Life Assessment in Turkish Patients with Chronic Hepatitis Patients. Abstracts of the 18th Conference of the Asian Pasific Association for the Study of the Liver. Seoul, Korea, March 23-26, 2008. *Hepatology International* 2008;2:A258-A259.
82. Booth JCL. Chronic hepatitis C: The virus, its discovery and the natural history of the disease. *Journal of viral Hepatitis* 1998;5:213-222.
83. Fontana RJ, Moyer CA, Sonnad S, et al. Comorbidities and qulity of life in patients with interferon –refractory chronic hepatitis C. *The Am J Gastroenterol* 2001; 96,1: 170-178.
84. Gallegos-Orozco JF, Fuentes AP, Argueta JG, Perez-Pruna C, et al. *Archives of Medical* 2003; 124-129.

85. Bianchi G, Loguercio C, Sgarbi D, et al. Reduced quality of life in patients with chronic hepatitis C: Effects of interferon treatment. *Digest Liver Disorder* 2000; 32: 398-405.
86. Hussain KB, Fontana RJ, Moyer CA, Su GL, Sneed-Pee N, Lok ASF. Comorbid illness is an important determinant of health-related quality of life in patients with chronic hepatitis C. *The Am J Gastroenterol* 2001; 96, 9: 2737-2744.
87. Teixeira MC, Ribeiro Mde F, Gayotto LC, Chamone Dde A, Strauss E. Worse quality of life in volunteer blood donors with hepatitis C. *Transfusion* 2006;46:278-283.
88. Hollander A, Foster GR, Weiland O. Health-related quality of life before, during and after combination therapy with interferon and ribavirin in unselected Swedish patients with chronic hepatitis C. *Scand J Gastroenterol* 2006;41:577-585.
89. Olson SH, Iyer S, ScottJ, et al. Cancer history and other personal factors affect quality of life in patients with hepatitis C. *Health and Quality of Life Outcomes* 2005; 3: 391-397.
90. Spiegel BM, Younossi ZM, Hays RD, Revicki D, Robbins S, Kanwal F. Impact of hepatitis C on health related quality of life: a systematic review and quantitative assessment. *Hepatology* 2005;41:790-800.
91. Bonkovsky HL, woolley JM. Reduction of health-related quality of life in chronic hepatitis C and improvement Study Group. *Hepatology* 1999;29:264-270.
92. Kang S, Hwang J, LeeH, Full-Young Chang, Shou-Dong Lee. Health-related quality of life and impact of antiviral treatment in Chinese patients with chronic hepatitis C in Taiwan. *World J Gastroenterol* 2005;11:7494-7498.
93. Marcellin P, Lau KKG, Zeuzem S, Heathcote EJ, Pockros PJ, et al. Comparing the safety, tolerability and quality of life in patients with chronic hepatitis B vs hepatitis C treated with peginterferon alpha-2a. *Liver Int* 2008;477-485.
94. Park CK, Park SY, Kim ES, et al. Assessment of quality of life and associated factors in patients with chronic viral liver disease. *Korean J Hepatol* 2003;9:212-221.
95. Bernstein D, Kleinman L, Borker CM, Revicki DA, Green J. Relationship of health-related quality of life to treatment adherence and sustained response in chronic hepatitis C patients. *Hepatology* 2002; 35: 704-708.

96. McHutchison JG, Ware JE Jr, Bayliss MS, Pianko S, Albrecht JK, Cort S, Yang I, Neary MP. The effects of interferon alpha-2b in combination with ribavirin on health related quality of life and work productivity. *J Hepatol* 2001; 34: 140-147.
97. Perrillo R, Rothstein KD, Rubin R, Alam I, Imperial J, Harb G, Hu S, Klaskala W. Comparison of quality of life, work productivity and medical resource utilization of peginterferon alpha 2a vs the combination of interferon alpha 2b plus ribavirin as initial treatment in patients with chronic hepatitis C. *J Viral Hepat* 2004;11:157-165.
98. Hassenein T, Cooksley G, Sulkowski M, Smith C, Marinos G, Lai MY, Pasore G, Trejo-Estrada R, e Vale AH, Wintfeld N, Green J. The impact of peginterferon alpha 2a plus ribavirin combination therapy on health-related quality of life in chronic hepatitis C. *J Hepatol* 2004;40:675-681.
99. Alpat SN. kronik hepatit C tedavisinde kullanılan pegile interferon tedavilerinin yaşam kalitesi üzerine etkisi. Osman Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Eskişehir 2005.
100. Dan AA, Martin LM, Crone C, et al. Depression, anemia and health-related quality of life in chronic hepatitis C. *Journal of Hepatology* 2006;44:491-498.
101. Eşer İ, Khorshid L, Türk G. Kronik Hepatit C Hastalarının Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Viral Hepatit Dergisi* 2006;11:41-45.
102. Kallman J, O'Neil MM, Larive B, Boparai N, Calabrese L, Younossi ZM. Fatigue and Health-Related Quality of Life (HRQL) in Chronic Hepatitis C Virus Infection. *Dig Dis Sci* 2007;52:2531-2539.
103. Gjeruldsen S, Loge JH, Myrvang B, Opjordsmoen S. Drug addiction in hepatitis C patients leads to a lower quality of life. *Nord J Psychiatry* 2006;60:157-161.

EKLER**EK-I YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (KF- 36 FORMU)****A. FONKSİYONEL DURUM**

I. Fiziksel Fonksiyon: Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa ne kadar engelliyor?

AKTİVİTELERİNİZ	Evet çok engelliyor (1)	Evet biraz engelliyor (2)	Hayır hiç engellemiyor (3)
1.Koşu, ağır kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde			
2.Masayı, elektrik süpürGESİNİ İTMEK GİBİ hafif-orta aktivitelerde			
3.Paket veya çanta taşıırken			
4.Birkaç kat merdiven çıkarken			
5.Eğilirken, çömelirken			
6.Bir kilometreden fazla yol yürürken			
7.Birkaç yüz metre yürürken			
8.Yüz metrelik mesafeyi yürürken			
9.Giyinirken veya yıkanırken			
10.Bir kat merdiven çıkarken			

II. Sosyal fonksiyon:

	Her zaman (1)	Çoğunlukla (2)	Biraz fazla (3)	Bazen (4)	Çok az (5)	Hiç (6)
11.Geçen ay boyunca sağlığınız akraba ve arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi nedereceye kadar sınırladı?						

	Pek etkilemedi (5)	Çok az (4)	Orta (3)	Oldukça (2)	Aşırı (1)
12.Geçen ay boyunca fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi?					

III. Rol sınırlılıkları – Fiziksel: Geçen ay boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak, aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu?

	Evet (0)	Hayır (1)
13.işinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?		
14.İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?		
15.İş veya diğer aktivitelerinizi zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırladınız mı?		
16.İş veya diğer aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi? (örn:ekstra çaba harcadınız mı?)		

IV. Rol sınırlılıkları – Emosyonel: Geçen ay boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak (örn: sinirli veya stresli) aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	Evet (0)	Hayır (1)
17.İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?		
18.İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?		
19.İşlerinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az dikkatli mi yaptınız?		

B. ESENLIK

I. Mental sağlık: Bu sorular geçen ay boyunca, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır.

	Her zaman (1)	oğunlukla (2)	Biraz fazla (3)	Bazen (4)	ok az (5)	Hiç (6)
20.Çok sinirli biriydiniz						
21.Hibirşeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkkındı						
22.Sakin ve huzurluydunuz	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
23.Moralsiz ve kederli hissettiniz						
24.Hiç mutlu oldunuz mu?	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

I- Zindelik – Yorgunluk: Bu sorular geçen ay boyunca, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır.

	Her zaman (1)	oğunlukla (2)	Biraz fazla (3)	Bazen (4)	ok az (5)	Hiç (6)
25.Tam enerjik (zinde) hissettiniz	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
26.Fazla enerjiniz vardı	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
27.Çok yorgun (bitkin) hissettiniz						
28.Yorgun hissettiniz						

II- Ağrı:

	Hiç (6)	ok hafif (5)	Hafif (4)	Orta (3)	Fazla (2)	ok fazla (1)
29.Geçen bir ay boyunca vucudunuzda ne kadar ağrı oldu?						
		Çok değil (5)	Az (4)	Orta (3)	Oldukça fazla (2)	Aşırı (1)
30.Geçen bir ay boyunca ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza (ev ve ev dışındaki işleriniz dahil) olumsuz etki gösterdi?						

B. SAĞLIĞI ALGILAMA

I-Genel sağlık anlayışı:

	Mükemmel (5)	Çok iyi (4,4)	İyi (3,4)	Orta (3)	Kötü (1)
31.Genelde sağlığını için ne söyleyebilirsiniz?					

Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Kesinlikle doğru (1)	Çoğunlukla doğru (2)	Emin değilim (3)	Çoğunlukla yanlış (4)	Kesinlikle yanlış (5)
32.Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim					
33.Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
34.Sağlığımın daha kötü gideceğini sanıyorum					
35.Sağlığım mükemmel	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

II-Sağlıkta değişim:

	Geçen yıldan çok daha iyi (5)	Geçen yıldan biraz daha iyi (4)	Hemen hemen aynı (3)	Geçen yıldan biraz daha kötü (2)	Geçen yıldan çok daha kötü (1)
36.Geçen yıl ile karşılaştığınızda şimdiki sağlığını nasıl buluyorsunuz?					

EK-II**SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU****Adı soyadı:****Dosya No:****Tel:****Yaş:****Cinsiyet:** 0.Erkek 1.Kadın**Tanı:****Marker:****Labarotuvlar:****1.Medeni durumu:** 0.Evli 1.Bekar 2.Dul 3.Diğer**2.Yaşadığı yer:** 0.İl merkezi 1.İlçe 2.Köy,mezra**3.Eğitim-öğrenim durumu:**

0.Yok 1.Okur-yazar 2.İlköğretim 3.Lise 4.Yüksek okul

4.Mesleği:0.İşsiz 1.Mevsimlik tarım işçisi 2.Memur 3.Ev hanımı 4.İşçi 5.Serbest meslek
6.Öğrenci**5.Yaşamınızın herhangi bir döneminde sarılık geçirdinizmi?**

0.Hayır 1.Evet 2.Bilmiyorum

6.Daha önce ameliyat veya herhangi bir nedenle küçük cerrahi operasyon(diş çekimi,kürtaj,...) geçirdiniz mi? 0.Hayır 1.Evet**7.Herhangi bir nedenle kan veya kan ürünleri aldınız mı?**

0.Hayır 1.Evet(.....)

8.Sigara kullanıyor musunuz?

0.Hayır 1.Evet(.....)

9.Alkol kullanıyor musunuz?

0.Hayır 1.Evet(.....)

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

**ENFEKSİYON HASTALIKLARI VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ
ANABİLİM DALI**

**KRONİK HEPATİT B VE KRONİK HEPATİT C'DE İNTERFERON
ALFA TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Handan ALAY

Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi : 22.08.2005

Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi : 24.05.2011

Uzmanlık Sınavı Tarihi : 24.05.2011

Tez Danışmanı : Yrd.Doç.Dr.Kemalettin ÖZDEN

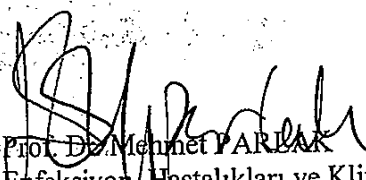
Jüri üyesi : Prof. Dr. Mehmet PARLAK

Jüri üyesi : Prof. Dr. Serpil EROL

Jüri üyesi : Prof. Dr. Handan ALP

Jüri üyesi : Doç. Dr. İlhami KİKİ

Jüri üyesi : Yrd. Doç. Dr. Kemalettin ÖZDEN


Prof. Dr. Mehmet PARLAK
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik
Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Başkanı

Mayıs-2011
ERZURUM