

İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü İnfeksiyonu Olan Kişilerin Yaşam Kalitesi: Kesitsel Çalışma

Quality of Life in People Living With Human Immunodeficiency Virus: A Cross-Sectional Study

Zehra Karacaer¹ , Selma Altındiş² , Serap Gencer³ , Fatma Gümüşer⁴ , Serpil Erol⁵ , Hülya Özkan⁶ , Servet Öztürk⁷ , Serhat Birengel⁸ , Emine Parlak⁹ , Aysun Yalçı¹ , Canan Ağalar⁷ , Selma Tosun⁶ , Mustafa Altındiş¹⁰ 

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

²Sakarya Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Sakarya, Türkiye

³Acıbadem Maslak Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

⁴İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

⁵İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

⁶İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

⁷Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

⁸Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

⁹Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye

¹⁰Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya, Türkiye

Özet

Amaç: Bu çalışmada insan bağışıklık yetmezliği virüsü (HIV)'yla yaşayan kişi (HİYK)'lerde, kişisel, çevresel, sosyal ve hastalıkla ilgili bazı faktörlerin, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (SİYK) üzerine etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntemler: Bu çalışma, Türkiye'de sekiz merkezde enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji polikliniklerine başvuran, 18 yaşından büyük HİYK'lerde gerçekleştirilmiştir. Veriler yüz yüze görüşerek yöntemle Genel Bilgi Formu ve Kısa Form-36 (SF-36) kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmada 224 HİYK yer aldı. Fiziksel komponent puanı, fiziksel fonksiyon, bedensel ağrı ve genel sağlık boyutlarında puanlar yaşla birlikte azaldı. Tedaviye bir aydan uzun süre ara verme veya yan etkiler SİYK'yi olumsuz yönde etkiledi. Mutlu yaşadığını, sevdiğini düşünen, düzenli bir işi ve güvenli cinsel yaşamı olan bireylerde SİYK daha yüksekti. Beslenme sorunu, barınma sorunu, kronik hastalık, lipodistrofi ve HIV enfeksiyonuna bağlı komplikasyonun varlığı SİYK'yi azaltmaktaydı. Mutlu yaşadığını hissetme, fiziksel komponent skorunu yaklaşık 8.6

Abstract

Objective: The aim of this study is to investigate the effects of some personal, environmental, social and disease-related factors on health-related quality of life (HRQOL) on people living with human immunodeficiency virus (PLWH).

Methods: This study was carried out on PLWH over 18 years of age applying to infectious diseases and clinical microbiology outpatient clinics at eight centers in Turkey. Face-to-face interviews were conducted using General Information Form and Short Form-36 (SF-36) to collect data.

Results: 224 PLWH participated in the study. The scores of physical function, bodily pain, general health and physical component score decreased with age. Withdrawal of treatment longer than one month or side effects adversely affected HRQOL. The HRQOL of individuals who felt himself or herself as happy and loved, and had a regular job and a safe sex life were higher. Nutritional and housing problems, chronic diseases, lipodystrophy, and the presence of complications related to HIV infection decreased HRQOL. The feeling of happiness increased physi-

ORCID iDs of the authors: Z.K. 0000-0002-2658-4679; S.A. 0000-0003-2805-5516; S.G. 0000-0002-3217-6305; F.G. 0000-0003-1103-4962; S.E. 0000-0001-5655-3665; H.Ö. 0000-0002-0041-1710; S.Ö. 0000-0002-9114-5090; S.B. 0000-0002-5599-6488; E.P. 0000-0001-8912-6360; A.Y. 0000-0002-4074-0797; C.A. 0000-0001-9221-7706; S.T. 0000-0001-9844-9399; M.A. 0000-0003-0411-9669

Cite this article as: Karacaer Z, Altındiş S, Gencer S, et al. [Quality of life in people living with human immunodeficiency virus: A cross-sectional study]. *Klimik Derg.* 2019; 32(2): 154-60. Turkish.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Zehra Karacaer, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Etilik, Ankara, Türkiye

E-posta/E-mail: zehrakaracaer@yahoo.com

(Geliş / Received: 16 Kasım / November 2018; Kabul / Accepted: 3 Şubat / February 2019)

DOI: 10.5152/kd.2019.34

kat artırdı; kronik hastalık varlığı ve tedavi yan etkisi yaşama ise sırasıyla yaklaşık 0.2 ve 0.3 kat azaltdı. Mental komponent puanı açısından, mutlu yaşadığını hissetmenin ve güvenli cinsel yaşama sahip olmanın SİYK'yi sırasıyla yaklaşık 7.9 ve 2.7 kat artırdığı; beslenme sorunları ve kronik hastalıkların varlığının ise yaklaşık 0.3 kat azalttığı hesaplandı.

Sonuç: Ülkemizde HİYK'lerin fiziksel ve mental SİYK'si, toplumun HIV/AIDS hakkında eğitilmesiyle ve HİYK'lere yeterli sosyal desteğin sağlanmasıyla artırılabilir.

Klimik Dergisi 2019; 32(2): 154-60.

Anahtar Sözcükler: Yaşam kalitesi, HIV, kısa form 36, HIV RNA, CD4 lenfosit sayısı.

Giriş

Dünya genelinde 2017 itibarıyla insan bağışıklık yetmezliği virüsü (HIV)'yla yaşayan kişi (HİYK) sayısının 36.9 milyon olduğu tahmin edilmekte olup, 21.7 milyon kişi antiretroviral tedavi (ART) altındadır (1). HIV ve kazanılmış bağışıklık yetmezliği sendromu (AIDS) ülkemizde de önemli sorunlardan biridir; 1985-2018 yılları arasında 19 748 HIV-pozitif ve 1772 AIDS vakası saptanmıştır. Ülkemizde sıklığı giderek artmakta olup, 2014 yılında 2048 vaka saptanmışken, 2018 yılında saptanan vaka sayısı 3356 olmuştur (2).

Güncel tedavi seçenekleriyle HIV/AIDS kronik hastalıklar kapsamına girmiştir ve birçok kronik hastalıkta olduğu gibi sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (SİYK)'ni etkilemektedir. HİYK'lerde SİYK'yi en sık etkileyen faktörlerin iş, immünolojik durum, semptomların varlığı, depresyon, sosyal destek ve ART'ye uyum olduğu bildirilmektedir (3). HİYK perspektifinden bakıldığında çevrenin yaşanabilir olması, faydalı yaşam, kişinin yaşam yeteneği ve yaşamın takdir edilmesi SİYK'yi belirlemektedir (4).

Ülkemizde sayıları giderek artan HİYK'lerin yaşam kalitesini irdeleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle HİYK'de kişisel, çevresel, sosyal ve hastalıkla ilgili bazı faktörlerin SİYK üzerine etkilerini belirlemek amacıyla bu kesitsel çalışma tasarlanmıştır.

Yöntemler

Çalışmanın tasarımı: Bu çalışma İstanbul, Ankara, İzmir ve Erzurum'dan iki üniversite, altı eğitim ve araştırma hastanesi olmak üzere sekiz merkezin katılımıyla 01.10.2016-01.04.2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma evrenini ilgili zaman diliminde çalışmaya katılan merkezlerin İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Polikliniklerine rutin kontroller amacıyla başvuran HİYK'ler, örneklemine araştırmaya katılmayı kabul eden ve 18 yaşından büyük 224 HİYK oluşturmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen kişilerin çalışma dışı bırakılması planlanmıştır; ancak katılım reddiyle karşılaşılmaştır.

Araştırma verileri yüz yüze görüşme yöntemiyle bireyleri tanıtıcı özelliklerin ve hastalıkla ilgili bazı verilerin yer aldığı Genel Bilgi Formu ve Kısa Form-36 (SF-36) ile toplanmıştır.

Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (The MOS 36 Item Short Form Health Survey [SF 36]): Bu anket 1989 yılında Ware ve Sherbourne tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe uyarlaması Pınar (5) ile Koçyiğit ve arkadaşları (6) tarafından yapılmıştır. Ölçek, 36 ifadeden oluşmaktadır. Fiziksel komponent puanı (FKP, "physical component score") ve mental komponent puanı (MKP, "mental component score") olmak üzere iki ana başlık içermektedir. Toplam sekiz boyutta ifa-

cal komponent score about 8.6-fold while the presence of chronic illness and treatment side effects decreased it about 0.2- and 0.3-fold, respectively. In terms of mental component score, the feeling of happiness and having a safe sex life increased HRQOL about 7.9- and 2.7-fold, respectively, while nutritional problems and the presence of chronic diseases decreased it about 0.3-fold.

Conclusions: The physical and mental HRQOL of PLWH can be increased by educating the population about HIV/AIDS and providing adequate social support for PLWH in our country.

Klimik Dergisi 2019; 32(2): 154-60.

Key Words: Quality of life, HIV, short form 36, HIV RNA, CD4 lymphocyte count.

deler yer almaktadır. Katılımcılara genel sağlık, enerji, fiziksel fonksiyon, fiziksel olarak rollerde engellenme, bedensel ağrı, mental sağlık, duygusal olarak rollerde engellenme ve sosyal fonksiyon boyutlarını içeren 2-10 arası soru yöneltilir. FKP ana boyutunu, fiziksel fonksiyon, fiziksel olarak rollerde engellenme, bedensel ağrı, enerji ve genel sağlık alt boyutları oluştururken; MKP ana boyutunu, sosyal fonksiyon, duygusal olarak rollerde engellenme, mental sağlık, enerji ve genel sağlık alt boyutları oluşturmaktadır.

Her alt boyut için puanlama standard SF-36 algoritmasına göre yapılmaktadır. Likert metodu kullanılarak 0 (en kötü) ile 100 (en iyi) skalasına uyarlanır. Yüksek puanlar daha iyi işlevselliği veya daha iyi yaşam kalitesini göstermektedir (5). Bu anket RAND Corporation (7)'dan izin alınarak değerlendirilmiştir.

Etik konular: Çalışmaya hastaların dahil edilmesi ve verilerin toplanması/analizi/raporlanması süreçlerinin tümünde kişilerin mahremiyet ve bireysel hakların korunmasına azami özen gösterilmiş; Helsinki Deklarasyonu ve İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzlarına sadık kalınmıştır. Çalışma için yerel etik kurul onayı alınmıştır (01.06.2016/95). Katılımcılardan yazılı onam alınmıştır.

İstatistiksel analiz: Veriler IBM SPSS Statistics for Windows. Version 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences, IBM Corp., Armonk, NY, ABD) istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Analizlerde ilk olarak tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Tek örnek Kolmogorov-Smirnov testiyle verilerin normal dağılım uygunluğu değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenler normal dağılıma uymadığı için ortanca (%25; %75 değerleri), kategorik veriler sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. FKP ve MKP ortanca puanlarına göre hastalar iki gruba ayrılmıştır. Ortanca değerine eşit ve altında puanı olan hastalar ilk grubu, ortanca değerinin üzerinde puanı olanlar ikinci grubu oluşturmuştur. Hasta grupları arası farklar Pearson χ^2 testiyle analiz edilmiş, bağımsız değişkenler ikili lojistik regresyon analiziyle belirlenmiştir. Sürekli değişkenlerin korelasyonu Spearman korelasyon analiziyle değerlendirilmiştir. Analizlerde $p < 0.05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmada 224 HİYK yer almıştır. Katılımcılar 19-73 yaş aralığında olup, ortanca değeri 35 (28-42) yıl hesaplanmıştır. HİYK'lerin tanı süresi 1-228 ay arasında değişmektedir; ortanca değeri 24 (12-46.5) aydır. Tedavi süresinin en uzun 216 ay, tedavi süresinin ortanca değerinin 18 (3-36) ay olduğu saptanmıştır. HIV RNA düzeyi $0-1 \times 10^8$ kopya/ml, CD4 lenfosit düzeyi 21-1619 hücre/ μ l arasında değişirken, ortanca değerleri HIV RNA için 0 (0-41) kopya/ml ve CD4 lenfosit için 577 (363-

Tablo 1. HIV ile Yaşayan Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri

	Sayı	(%)
Cinsiyet		
Erkek	193	(86.2)
Kadın	31	(13.8)
Medeni durum		
Evli	69	(30.8)
Bekar	135	(60.3)
Dul/boşanmış	18	(8)
Resmi olmayan birliktelik	2	(0.9)
Eğitim		
Okuryazar değil	6	(2.7)
İlkokul	33	(14.7)
Ortaokul	26	(11.6)
Lise	62	(27.7)
Yüksekokul/üniversite	83	(37.1)
Yüksek lisans/doktora	14	(6.3)
Meslek		
Serbest meslek	83	(37.1)
Kamu personeli	42	(18.8)
Ev hanımı	17	(7.6)
Mühendis	15	(6.7)
Öğrenci	15	(6.7)
İşsiz	15	(6.7)
İşçi	8	(3.6)
Emekli	7	(3.1)
Yönetici	7	(3.1)
Sanatçı/sporcu	6	(2.7)
Bilinmeyen	9	(4)
Gelir düzeyi (TL)		
Geliri yok	36	(16.1)
500-1000	16	(7.1)
1000-2000	67	(29.9)
2000-5000	82	(36.6)
5000-10 000	18	(8)
10 000 üzeri	5	(2.2)
Tanı süresi (ay)		
≤12	73	(32.6)
13-36	89	(39.7)
37-72	34	(15.2)
≥73	28	(12.5)
Tedavi süresi (ay)		
≤12	107	(47.8)
13-36	77	(34.4)
37-72	22	(9.8)
≥73	18	(8)

Tablo 2. Kısa Form-36 Anketi Puanlarının Dağılımı

	Ortanca	%25-%75
Fiziksel fonksiyon	94.4	77.8-100
Fiziksel rol kısıtlaması	100	50-100
Duygusal rol kısıtlaması	100	33.3-100
Enerji	60	40-75
Mental sağlık	68	48-76
Sosyal fonksiyon	75	50-100
Bedensel ağrı	90	75.6-100
Genel sağlık	61.3	45-75
Fiziksel komponent	77.9	60.7-85.9
Mental komponent	68.5	47.6-80.5

Tablo 3. Kısa Form-36 Skorlarıyla Yaş, HIV RNA ve CD4 Lenfosit Düzeylerinin Korelasyonu (p/r)*

	Yaş	HIV RNA	CD4 Lenfosit
Fiziksel fonksiyon	<0.001/-0.288	0.033/-0.144	0.841/-0.014
Fiziksel rol kısıtlaması	0.076/-0.119	0.338/-0.065	0.147/-0.098
Duygusal rol kısıtlaması	0.811/-0.016	0.543/-0.041	0.731/-0.023
Enerji	0.406/-0.056	0.770/-0.020	0.643/0.032
Mental sağlık	0.380/-0.059	0.253/-0.078	0.781/-0.019
Sosyal fonksiyon	0.457/-0.050	0.541/-0.042	0.509/0.045
Bedensel ağrı	0.036/-0.140	0.264/-0.076	0.989/0.001
Genel sağlık	0.015/-0.162	0.795/-0.018	0.517/-0.044
Fiziksel komponent	0.003/-0.194	0.205/-0.086	0.542/-0.041
Mental komponent	0.249/-0.077	0.786/-0.018	0.946/-0.005

*p/r = p değeri/korelasyon katsayısı. Spearman korelasyon analizi, p<0.05 değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

787) hücre/μl olarak hesaplanmıştır. HİYK'lerin diğer sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

HİYK'in %93.3'ünün ART kullandığı, bu tedavilerin %44.5'inin tek tablet rejimi (%96.8'inin elvitegravir, kobisistat, emtrisitabin, tenofovir disoproksil fumarat kombinasyonu; %3.2'sinin abakavir, dolutegravir, lamivudin kombinasyonu) olduğu belirlenmiştir.

Yaşam kalite anketinin fiziksel komponent, mental komponent ve alt boyutlara göre puanlar değerlendirildiğinde fiziksel olarak rollerde engellenme ve duygusal olarak rollerde engellenme alt boyutlarında en yüksek puanlar elde edilirken; enerji alt boyutunda puanların en düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Alt boyut puanlarının yaş, HIV RNA ve CD4 lenfosit düzeyiyle ilişkisi değerlendirildiğinde fiziksel fonksiyon, bedensel ağrı, genel sağlık ve FKP boyutlarında puanların yaşla birlikte azaldığı tespit edilmiştir. Ayrıca HIV RNA düzeyinin artmasıyla birlikte fiziksel fonksiyon puanlarının azaldığı, CD4 lenfosit düzeyinin alt boyutları etkilemediği saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 4. Fiziksel Komponent ve Mental Komponent Puanlarını Etkileyen Faktörlerin Tek Değişkenli Analizi*

	FKP			MKP		
	≤77.9 puan	>77.9 puan	p	≤68.5 puan	>68.5 puan	p
Mutlu yaşam sürdürüyor	74	105	<0.001	73	106	<0.001
Sevildiğini hissediyor	106	110	0.005	104	112	0.004
Düzenli işi var	67	86	0.002	67	86	0.006
Güvenli cinsel yaşamı var	82	99	<0.001	82	99	0.003
Beslenme sorunu var	25	11	0.015	27	9	0.001
Barınma sorunu var	8	1	0.02	8	1	0.017
Kronik hastalığı var	26	7	0.001	24	9	0.005
HIV enfeksiyonuna bağlı komplikasyon yaşadı	24	7	0.001	25	6	<0.001
Lipodistrofi var	18	2	<0.001	17	3	0.001
Tedaviye ara verdi	13	4	0.024	14	3	0.005
Tedavi yan etkisi yaşadı	37	15	0.001	35	17	0.004
Cinsiyet						
Erkek	93	100	0.043	93	100	0.176
Kadın	21	10		19	12	
Medeni durum						
Evli	44	25	0.033	39	30	0.621
Bekar	58	77		63	72	
Dul/boşanmış	11	7		9	9	
Resmi olmayan birliktelik	1	1		1	1	
Eğitim						
Okuryazar değil	6	0	<0.001	4	2	0.027
İlkokul	26	7		25	8	
Ortaokul	16	10		10	16	
Lise	31	31		28	34	
Yüksekokul/üniversite	31	52		40	43	
Yüksek lisans/doktora	4	10		5	9	
Gelir düzeyi (TL)						
Geliri yok	24	11	<0.001	23	12	0.120
500-1000	11	5		10	6	
1000-2000	42	25		35	32	
2000-5000	29	53		32	50	
5000-10 000	8	10		9	9	
10 000 üzeri	0	5		2	3	
Yaş grupları (yıl)						
18-30	32	44	0.005	38	38	0.583
31-40	42	38		37	43	
41-50	20	24		22	22	
≥51	20	4		15	9	

FKP: fiziksel komponent puanı, MKP: mental komponent puanı.

*Pearson χ^2 testi, $p < 0.05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 5. Fiziksel Komponent ve Mental Komponent Puanlarını Etkileyen Bağımsız Risk Faktörleri

	B	Wald	p	"Odds" Oranı	Güven Aralığı
Fiziksel Komponent Puanı					
Mutlu yaşadığını hissetmek	2.156	14.91	<0.001	8.64	2.892-25.813
Kronik hastalık varlığı	-1.742	7.697	0.006	0.175	0.051-0.600
Tedavi yan etkisi varlığı	-1.257	8.157	0.004	0.284	0.120-0.674
Cox & Snell R ²	0.330				
Nagelkerke R ²	0.440				
Genel yüzde	74.9				
Mental Komponent Puanı					
Mutlu yaşadığını hissetmek	2.061	14.424	<0.001	7.855	2.711-22.757
Güvenli cinsel yaşam varlığı	0.981	3.859	0.049	2.67	1.002-7.092
Beslenme sorunu varlığı	-1.219	5.091	0.024	0.296	0.103-0.852
Kronik hastalık varlığı	-1.195	4.67	0.031	0.303	0.102-0.895
Cox & Snell R ²	0.297				
Nagelkerke R ²	0.396				
Genel yüzde	73.1				

Ana boyutlar olan FKP ve MKP ortanca değerlerine göre HİYK'ler iki gruba ayrıldığında, tedavi kullanmanın iki grup arasında anlamlı bir fark yaratmadığı belirlenmiştir (FKP için $p=0.465$, MKP için $p=0.789$). Benzer şekilde tek tablet rejimi kullanımının da hem FKP hem de MKP açısından yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır (sırasıyla $p=0.632$, $p=0.142$). Tanı ve tedavi süresinin de yaşam kalitesi üzerinde etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (sırasıyla FKP için $p=0.618$ ve $p=0.448$; MKP için $p=0.654$ ve $p=0.733$). Bununla birlikte tedavi kullanan hastalar arasında tedaviye bir aydan uzun süre ara vermek veya yan etkiyle karşılaşmak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Tablo 4).

Tedavi dışındaki faktörler değerlendirildiğinde, HİYK'lerin yaşam kalitesinin mesleğe göre değişmediği tespit edilmiştir (FKP için $p=0.091$, MKP için $p=0.425$). Ayrıca tanı aldıktan sonra en az bir kez çeşitli nedenlerle hastaneye yatış öyküsü olan 28 katılımcının fiziksel yaşam kalitesinin hiç yatış yapılmayanlara göre daha düşük olduğu, bununla birlikte mental yaşam kalitesinin bu durumdan etkilenmediği gözlenmiştir (FKP için $p=0.020$, MKP için $p=0.419$). Çalışmaya katılan bireylerin %59.8'i heteroseksüel, %23.2'si homoseksüel, %15.6'sı biseksüel cinsel yönelimlerinin olduğunu bildirmiş, 3 katılımcı bu konuda bilgi vermek istememiştir. Cinsel yönelimin yaşam kalitesine etkisi incelendiğinde önemli bir değişikliğe yol açmadığı belirlenmiştir (FKP için $p=0.130$, MKP için $p=0.357$). Çalışmanın yapıldığı süreçte alkol veya uyuşturucu madde kullanımı olan az sayıda katılımcıda (%6.3) fiziksel ve mental yaşam kalitesinin diğerlerinden farklı olmadığı saptanmıştır (FKP için $p=0.629$, MKP için $p=0.098$). Araştırma esnasında 25 HİYK'nin profesyonel psikiyatrik destek aldığı, bu grubun fiziksel yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulunmuştur (FKP için $p=0.008$, MKP için $p=0.056$).

Ek olarak her iki ana boyutta, mutlu yaşadığını, sevildiğini düşünen, düzenli bir işi ve güvenli cinsel yaşamı olan bireylerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Beslenme ve barınma sorunu bulunan bireylerde ise yaşam kalitesi önemli düzeyde düşmüştür. Benzer şekilde, eşlik eden kronik başka bir hastalığın, lipodistrofi veya diğer HIV enfeksiyonuna bağlı bir komplikasyonun varlığı da yaşam kalitesini azaltmaktadır. FKP açısından erkek, bekar, genç, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi yüksek; MKP açısından eğitim düzeyi yüksek HİYK'lerin yaşam kalitesi daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4).

Lojistik regresyon analiziyle FKP'yi mutlu yaşadığını hissetmenin yaklaşık 8.6 kat artırdığı, kronik hastalık varlığı ve tedavi yan etkisi yaşamının ise azalttığı belirlenmiştir. MKP açısından mutlu yaşadığını hissetmenin yaşam kalitesini yaklaşık 7.9, güvenli cinsel yaşama sahip olmanın 2.7 kat artırdığı, beslenme sorunu ve kronik hastalık varlığının azalttığı hesaplanmıştır (Tablo 5).

İrdeleme

Çalışmamızda hem fiziksel hem de mental açıdan yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörün mutlu yaşama algısı olduğu belirlenmiştir. HİYK'nin kendilerini enerjik hissetmedikleri, fiziksel ve duygusal olarak rol kısıtlaması yaşamadıkları, fiziksel fonksiyonlarda zorlanmadıkları ve bedensel ağrı hissetmedikleri halde kendilerini genel olarak sağlıklı bulmadıkları belirlenmiştir. Mental sağlık ve sosyal fonksiyon puanlarının da düşük olduğu düşünüldüğünde HİYK'lerin sosyal ve psikolojik açıdan desteklenmeleri gerektiği söylenebilir. Sevildiğini hissetme duygusu ve düzenli bir işe sahip olmayla yaşam kalitesinin arasında olumlu bir ilişki saptanması bu yorumu desteklemektedir. HİYK'lerde sosyal destek, tedaviye ulaşmada zorluk yaşamamak gibi faktörler mental anlamda daha iyi bir yaşam sağlamaktadır (8). Bir meta-analizde genel sağlık, mental sağlık, fiziksel fonksiyon ve çevresel faktörler açısından yaşam kalitesinin sosyal ve davranışsal destekle arttığı belirlenmiştir (9).

Sosyal yaşamı etkileyen faktörler arasında iş imkanları, gelir düzeyi, beslenme ve barınma koşulları da yer almaktadır.

Çok merkezli ve geniş katımlı bir çalışmada, işi olan HİYK'lerin mental ve fiziksel olarak daha kaliteli bir yaşam sürdürdükleri, işini kaybedenlerin fiziksel olarak daha savunmasız oldukları gözlenmiştir (10). Aylık gelir düzeyinin düşüklüğü de mental ve fiziksel yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörler arasındadır (11). Bizim çalışmamızda da düzenli bir işi olan HİYK'lerin FKP ve MKP düzeylerinin daha yüksek olduğu, gelir düzeyinin düşmesiyle FKP'nin azaldığı göze çarpmaktadır.

Beslenmenin etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada, Palermo ve arkadaşları (12) güvensiz ve yetersiz gıda tüketimiyle SİYK'nin azaldığını belirlemişlerdir. Tesfaye ve arkadaşları (13) ise %38.7'sinin güvenli gıdaya ulaşmadığı bir toplulukta yaptığı çalışmada güvensiz gıda tüketiminin ciddiyeti arttıkça yaşam kalitesinin düştüğünü saptamıştır. Bizim araştırmamızda katılımcıların yaklaşık %16'sı beslenme sorunu yaşamaktadır. Bu sorunu paylaşan kişiler arasında hem fiziksel hem mental yaşam kalitesi daha düşük olmakla birlikte, beslenme kısıtlılığı özellikle MKP'yi etkileyen bağımsız değişken olarak dikkati çekmektedir.

Barınma koşulları da yaşam kalitesini etkileyen önemli bir parametredir. Kanada'da yapılan bir çalışmada yaşanan konutun yeri, ekonomikliği, stabilliği, boyutları, maddi ve manevi yeterliliğinin HİYK'lerin hem mental hem de fiziksel sağlık boyutlarında yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir (14). Çalışmamızda yer alan HİYK'lerin çok azı barınma sorunu yaşadığı halde bu kişilerde fiziksel ve mental olarak SİYK'nin azaldığı gözlenmiştir.

Yaşam kalitesine cinsiyetin etkisinin değerlendirildiği çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmektedir. Tüm boyutlarda erkeklerin SİYK'yi daha yüksek saptayan çalışmalar olduğu gibi (15,16), kadın olmanın mental (8) ya da fiziksel yaşam kalitesini artırdığını (17) ya da tüm boyutlarda cinsiyetler arasında fark bulunmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (18). Bizim çalışmamızda da erkeklerin fiziksel yaşam kalitesi açısından daha avantajlı olduğu saptanmıştır.

Araştırmalar arasındaki benzer farklılıklar eğitim seviyesiyle SİYK arasındaki ilişkide de gözlenmektedir. Lifson ve arkadaşları (16) eğitim düzeyinin düşük olduğu HİYK'lerde fiziksel yaşam kalitesinin de düşük olduğunu gözlemiştir. Bunun aksine, Akinboro ve arkadaşları (18) eğitim düzeyi düşük bireylerde birçok boyutta yaşam kalitesini daha yüksek saptamıştır. Başka bir araştırmada ise eğitim düzeyine göre SİYK'de fark saptanmamıştır (17). Bizim çalışma grubumuzda eğitim düzeyi arttıkça fiziksel ve mental olarak yaşam kalitesi artmaktadır.

Medeni durum da çalışma grubuna göre farklı olarak SİYK'yi etkileyen bir faktördür. Bir araştırmada medeni durumun sadece sosyal boyutta yaşam kalitesini artırdığı (18), bir diğerinde ise bekarların fiziksel ve mental yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (11). Bizim verimiz ise bekarların sadece fiziksel açıdan yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermiştir.

Güvenli cinsel yaşam MKP'yi etkileyen faktörler arasında saptanmıştır (11). Stabil bir cinsel partnerin olması da SİYK'yi artırmaktadır (8). Biz de verilerimize göre güvenli cinsel yaşamın mental yaşam kalitesini artırdığını düşünmekteyiz.

Günümüzde HİYK'lerin doğumdan itibaren yaşam beklentisi, bölgelere göre değişmekle birlikte, 60 yıldan uzun-

dur (1). Yaşlanan HİYK popülasyonunda ortaya çıkan kronik hastalıklar bazı ek sorunları beraberinde getirmektedir. Rodriguez-Penney ve arkadaşları (19) HIV-pozitif yaşlı bireylerde diabetes mellitus, nöropsikolojik hastalıklar ve malignitelerin HIV-negatif yaşlı bireylerden daha sık bulunduğunu saptamıştır. Başka bir araştırmada 50 ve üzeri yaşta HİYK'lerden oluşan çalışma grubunda kronik hastalıklardan en sık hipertansiyon, kronik ağrı, hepatit ve artritler saptanmıştır. Kronik hastalıkların sayısı yaşam kalitesi arasında negatif yönde güçlü bir ilişki tespit edilmiştir. Fiziksel ve mental sağlık ve sosyal fonksiyon kronik hastalıklar nedeniyle bozulmaktadır (20). Bizim çalışma grubumuzda da kronik hastalık varlığının fiziksel ve mental yaşam kalitesini azaltan önemli bir faktör olduğu gözlenmiştir.

Yaşlı HİYK'lerin mental ve fiziksel kronik hastalıklar dışında uzun süre HIV ile yaşama, yüksek oranda finansal ve sosyal desteğe ihtiyaç duyma nedeniyle de yaşam kaliteleri azalmaktadır (21). Çalışmamızda fiziksel yaşam kalitesinin yaşla birlikte azaldığını belirledik. Bu durum yaşam süresi uzadıkça kronik hastalıkların daha sık yaşanması veya HIV enfeksiyonuna bağlı tıbbi ve sosyal komplikasyonlarla daha fazla karşılaşılması nedeniyle ortaya çıkabilir.

Yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında viral parametreler de bulunmaktadır. HIV RNA düzeyindeki artış yaşam kalitesini düşürürken, CD4 lenfosit sayısında artışla birçok boyutta yaşam kalitesi artmaktadır (22,23). Ancak bazı araştırmacılar immünolojik durumla SİYK arasında anlamlı bağ kuramamıştır. Virolojik parametrelerden daha çok sosyoekonomik durum ve psikososyal faktörlerin SİYK'yi etkilediğini gösteren sonuçlara ulaşmışlardır (24). Bizim araştırmamızda yer alan HİYK'ler arasında virolojik faktörlerin yaşam kalitesini çok fazla etkilemediği görülmektedir. HIV RNA düzeyiyle sadece fiziksel fonksiyon arasında ilişki saptanmıştır. Çoğunlukla ART kullanan çalışma grubumuzda HIV RNA düzeyinin düşük, CD4 lenfosit düzeyinin yüksek olması nedeniyle immünolojik durum SİYK'yi etkilememiş olabilir.

Tedavi kullanımının SİYK üzerine etkisini Bakiono ve arkadaşları (25) 12 aylık gözlemlerle değerlendirmişler, tedavi kullanmayan kişilerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu, tedavi kullanım süresi uzadıkça yaşam kalitesinin arttığını belirlemişlerdir. Tedavi hem fiziksel hem de mental sağlık açısından SİYK'yi olumlu etkilemektedir (11). ART'nin kendisi kadar tedaviye uyum da yaşam kalitesini artırmaktadır (23). Araştırmamızda katılımcıların çoğu tedavi aldığı için tedavi yokluğunun yaşam kalitesine etkisini yeterince değerlendiremediğimizi düşünüyoruz. Günümüzde HIV-pozitif bireylerin tanı doğrulandıktan sonra, CD4 lenfosit düzeyinden bağımsız olarak ART kullanmaya başlamaları önerilmektedir (26). Bu nedenle tedavisiz takibin uzun süreli etkilerini belirlemek mümkün olmayabilir. Ancak tedaviye çeşitli nedenlerle ara vermenin yaşam kalitesini düşürdüğü göz önünde bulundurulduğunda tedavi varlığının önemli bir etken olduğu sonucuna ulaşılabilir. Araştırmamızda ART'ye bağlı yan etki varlığının FKP'yi negatif etkileyen bağımsız değişken olduğu saptanmıştır. Tedavi başlangıcında olası yan etkiler açısından hastaların bilgilendirilmesi, tedavi öncesinde gerekli tetkiklerin yapılması, yan etkiler ortaya çıktığında iyi yönetilmesi yaşam kalitesini artırabilir.

Çalışmamız, bildiğimiz kadarıyla, ülkemizde HİYK'nin yaşam kalitesini araştıran ilk çalışmadır. Bu amaçla sosyal, kişisel ve tıbbi faktörleri temel alan genel kapsamlı bir araştırma yapılmıştır. Verilerimizin ülkemizde HIV/AIDS konusunda sosyal destek programlarının artırılması gerektiğini yaşam kalitesi penceresinden bir kez daha hatırlattığını düşünüyoruz. Çalışmamızın önemli bir kısıtlılığı, katılımcılar randomize edilmediği için çalışmamızın ülkemizde takip edilen HİYK'lerin tümünü temsil edememesidir. Ancak sonuçlarımızın bu konuda yapılacak temsil gücü yüksek yeni çalışmalar için zemin oluşturabileceği kanısındayız. Çalışmamızın süresi, tedavi öncesi ve sonrası belirli aralıklarla SİYK'yi değerlendirmek için yeterli olmamıştır. Bu durum da çalışmamızın önemli bir kısıtlılığı olmuştur.

Ülkemizde sıklığı artan HİYK'lerde SİYK'yi ART öncesi ve sonrası, farklı tedavi kombinasyonları ve tek tablet rejimlerin kullanımı açısından değerlendirecek başka çalışmalara ihtiyaç devam etmektedir. Sonuçlarımıza göre, HİYK'lerde mental sağlık açısından yaşam kalitesi daha düşüktür. Bu durum ülkemizde toplumun HIV/AIDS hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması, HİYK'lere yeterince sosyal destek sağlanamamasıyla ilişkili olabilir. Toplum bilinçlendirme konusunda sivil toplum kuruluşları ve sağlık merkezleri kadar tüm eğitim kurumlarının daha etkin olması gerektiğini düşünmekteyiz.

Çıkar Çatışması

Yazarlar, herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

- World Health Organization. HIV/AIDS, Data and statistics [Internet]. Geneva: WHO [erişim 1 Şubat 2019]. <http://www.who.int/hiv/data/en/>.
- Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı. HIV/AIDS İstatistik [Internet]. Ankara: Sağlık Bakanlığı [erişim 1 Şubat 2019]. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/862-hiv-aids/1135-h%C4%B1v-aids-istatistik.html>.
- Degroote S, Vogelaers D, Vandijck DM. What determines health-related quality of life among people living with HIV: an updated review of the literature. *Arch Public Health*. 2014; 72(1): 40. [CrossRef]
- Mutabazi-Mwesigire D, Seeley J, Martin F, Katamba A. Perceptions of quality of life among Ugandan patients living with HIV: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2014; 14: 343. [CrossRef]
- Pınar R. Hemşirelik araştırmalarında yeni bir kavram: yaşam kalitesi. Bir yaşam kalitesi ölçeğinin kronik hastalarda geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Hemşirelik Bülteni*. 1995; 9(38): 85-95.
- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş AK. Kısa Form-36 (KF- 36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 1999; 12(2): 102-6.
- RAND Health Care. Surveys [Internet]. Santa Monica, CA: RAND Corporation [erişim 1 Şubat 2019]. http://www.rand.org/health/surveys_tools.html.
- Ruiz Perez I, Rodriguez Baño J, Lopez Ruz MA, et al. Health-related quality of life of patients with HIV: Impact of sociodemographic, clinical and psychosocial factors. *Qual Life Res*. 2005; 14(5): 1301-10. [CrossRef]
- Bhatta DN, Liabsuetrakul T, McNeil EB. Social and behavioral interventions for improving quality of life of HIV infected people receiving antiretroviral therapy: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2017; 15(1): 80. [CrossRef]
- Rueda S, Raboud J, Plankey M, et al. Labor force participation and health-related quality of life in HIV-positive men who have sex with men: the Multicenter AIDS Cohort Study. *AIDS Behav*. 2012; 16(8): 2350-60. [CrossRef]
- Sun W, Wu M, Qu P, Lu C, Wang L. Quality of life of people living with HIV/AIDS under the new epidemic characteristics in China and the associated factors. *PLoS One*. 2013; 8(5): e64562. [CrossRef]
- Palermo T, Rawat R, Weiser SD, Kadiyala S. Food access and diet quality are associated with quality of life outcomes among HIV-infected individuals in Uganda. *PLoS One*. 2013; 8(4): e62353. [CrossRef]
- Tesfaye M, Kaestel P, Olsen MF, et al. Food insecurity, mental health and quality of life among people living with HIV commencing antiretroviral treatment in Ethiopia: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2016; 14: 37. [CrossRef]
- Rourke SB, Bekele T, Tucker R, et al. Housing characteristics and their influence on health-related quality of life in persons living with HIV in Ontario, Canada: results from the positive spaces, healthy places study. *AIDS Behav*. 2012; 16(8): 2361-73. [CrossRef]
- Tesfay A, Gebremariam A, Gerbaba M, Abrha H. Gender differences in health related quality of life among people living with HIV on highly active antiretroviral therapy in Mekelle Town, Northern Ethiopia. *Biomed Res Int*. 2015; 2015: 516369. [CrossRef]
- Lifson AR, Grandits G, Gardner EM, et al. Quality of life assessment among HIV-positive persons entering the INSIGHT Strategic Timing of AntiRetroviral Treatment (START) trial. *HIV Med*. 2015; 16(Suppl. 1): 88-96. [CrossRef]
- Briongos Figuero LS, Bachiller Luque P, Palacios Martín T, González Sagrado M, Eiros Bouza JM. Assessment of factors influencing health-related quality of life in HIV-infected patients. *HIV Med*. 2011; 12(1): 22-30. [CrossRef]
- Akinboro AO, Akinyemi SO, Olaitan PB, et al. Quality of life of Nigerians living with human immunodeficiency virus. *Pan Afr Med J*. 2014; 18: 234. [CrossRef]
- Rodriguez-Penney AT, Iudicello JE, Riggs PK, et al. Comorbidities in persons infected with HIV: increased burden with older age and negative effects on health-related quality of life. *AIDS Patient Care STDs*. 2013; 27(1): 5-16. [CrossRef]
- Balderson BH, Grothaus L, Harrison RG, McCoy K, Mahoney C, Catz S. Chronic illness burden and quality of life in an aging HIV population. *AIDS Care*. 2013; 25(4): 451-8. [CrossRef]
- Nideröst S, Imhof C. Aging with HIV in the era of antiretroviral treatment living conditions and the quality of life of people aged above 50 living with HIV/AIDS in Switzerland. *Gerontol Geriatr Med*. 2016; 2: 2333721416636300. [CrossRef]
- Safren SA, Hendriksen ES, Smeaton L, et al. Quality of life among individuals with HIV starting antiretroviral therapy in diverse resource-limited areas of the world. *AIDS Behav*. 2012; 16(2): 266-77. [CrossRef]
- Liping M, Peng X, Haijiang L, Lahong J, Fan L. Quality of life of people living with HIV/AIDS: a cross-sectional study in Zhejiang province, China. *PLoS One*. 2015; 10(8): e0135705. [CrossRef]
- Mwesigire DM, Martin F, Seeley J, Katamba A. Relationship between CD4 count and quality of life over time among HIV patients in Uganda: a cohort study. *Health Qual Life Outcomes*. 2015; 13: 144. [CrossRef]
- Bakiono F, Guiguimé PW, Sanou M, Ouédraogo L, Robert AÇ. Quality of life in persons living with HIV in Burkina Faso: a follow-up over 12 months. *BMC Public Health*. 2015; 15: 1119. [CrossRef]
- Guidelines for Managing Advanced HIV Disease and Rapid Initiation of Antiretroviral Therapy, July 2017 [Internet]. Geneva: World Health Organization [erişim 1 Şubat 2019]. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255884/1/9789241550062-eng.pdf?ua=1>.