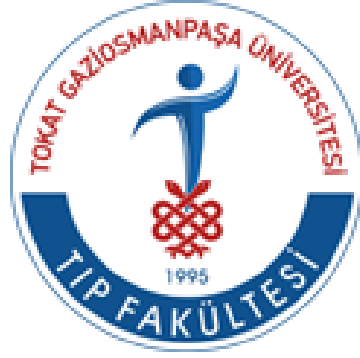




**T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

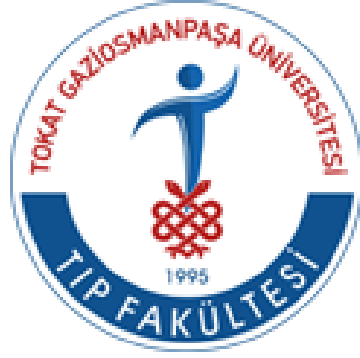
**TOKAT İLİ'NDE HASTANEYE BAŞVURAN HASTALARDA
HEPATİT B HAKKINDA BİLGİ VE FARKINDALIK
ÇALIŞMASI**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Özden UZUN

TOKAT

2021



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

TOKAT İLİ'NDE HASTANEYE BAŞVURAN HASTALARDA
HEPATİT B HAKKINDA BİLGİ VE FARKINDALIK
ÇALIŞMASI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Özden UZUN

TOKAT

2021

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Abdullah Özgür YENİOVA

TEŞEKKÜR

İç Hastalıkları asistanlık eğitimim süresince desteğini esirgemeyen ve üstümde emeği geçen bütün değerli hocalarıma öncelikle teşekkür ederim.

Özellikle tezimin her aşamasında değerli fikirleri ve tecrübesi ile yanımda olan örnek aldığım değerli hocam sayın tez danışmanım Gastroenteroloji Bilim Dalı üyesi Doç. Dr. Abdullah Özgür YENİOVA' ya teşekkürü bir borç bilirim.

Tez aşamasında yaptığı büyük katkılarından dolayı Biyoistatistik Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Osman DEMİR hocama en içten saygılarımı ve teşekkürlerimi sunarım.

Beni her alanda destekleyen, rahatlatan zorlu süreçleri kolaylaştıran canım eşim Kaan Eray UZUN' a, neşe kaynağım, daha başarılı olmayı isteme sebebim biricik kızım Su' ya,

Bugünlere gelmemi sağlayan desteklerini esirgemeyen haklarını ödeyemeyeceğim anneme, babama ve abime en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Bir kadın olarak iş hayatında ve sosyal hayatta var oluşumuzun mimarı Mustafa Kemal ATATÜRK' e sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Özden UZUN

ÖZET

Kronik Hepatit B enfeksiyonu global bir sağlık problemidir. Karaciğer ilişkili mortalite ve morbiditeye neden olur ve tüm dünyada 200 milyonun üstünde insanı etkiler. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Türkiye prevalansı hala %2-8 oranındadır. Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Bakanlığının viral hepatitlerin önlenmesi ve elemine edilmesi programları göstermektedir ki en önemli faktör hastalık hakkındaki farkındalıktır. Farkındalık gibi soyut kavramların ölçülmesi ve sonuçların değerlendirilmesi için anket ve ölçek gibi araçlar mevcuttur. Ülkemizde geçerliliği olan bir Hepatit B farkındalık ölçeği olmaması üzerine çalışmamızda Hepatit B farkındalık ölçeği geliştirmeyi amaçladık. “Hepatit B Farkındalık Ölçeği” geliştirilerek kliniğimizde takipli Hepatit B tanılı hastaların farkındalıkları değerlendirilmiştir.

Litaratür taraması ve benzer çalışma örnekleri incelenerek 4 alt boyuttan oluşan 70 maddelik soru havuzu geliştirildi. Soru havuzu kapsam geçerlilik analizi 5 Gastroenterolog tarafından uzman görüşü alınarak yapıldı. Soru havuzu yapı geçerliliği analizi için faktör analiz yöntemi kullanıldı. Analizler sonucunda 47 maddelik deneme formu oluşturuldu ve 50 katılımcıya uygulandı. Deneme formu yapı geçerliliği için faktör analizi yapıldı. Güvenirlilik analizi için test-tekrar test analizi, madde analizi, alt üst grup güvenirliliği ve deneme formu iç tutarlılığı analizleri uygulandı. Analizler sonucunda 16 maddelik “Hepatit B Farkındalık Ölçeği” oluşturuldu. Örneklem hacmi için madde sayısının 5 katı alınarak en az 80 kişi olarak bulundu. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesinde Gastroenteroloji kliniğindeki 135 katılımcı ile çalışma yapıldı.

Sorular verilen cevaplar incelendiğinde, %83 oranıyla en fazla doğru cevaplanan soru “Hepatit B Türkiye’de önemli bir sağlık sorunudur”, %34.1 oranıyla en fazla yanlış cevaplanan soru “Dokunma/El sıkışma ile bulaşmaz” ve %25.9 oranıyla en fazla bilmiyorum cevabı verilen soru “Hepatit B' ye virüs sebep olur” olarak tespit edildi. Ölçek toplam puanı değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak kadınların erkeklere göre ortalama daha yüksek puan aldığı görüldü ($p=0.047$). F1 alt boyutu ile

demografik bilgiler arasındaki ilişki incelendiğinde, gelir düzeyi ($p= 0.035$) ve kullanılan ilaç durumu ($p=0,007$) istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. F2 boyutunda gelir düzeyi ($p=0.030$) ve kullanılan ilaca göre ($p=0003$) ilaç kullanımı istatistiksel olarak anlamlı bulundu. F3 boyutunda cinsiyet değişkeni ($p=0.002$) ve meslek grubu değişkeni ($p=0.008$) istatistiksel olarak anlamlı bulundu. F4 alt boyutunda cinsiyet değişkeninde kadın ($p=0.011$), meslek değişkeninde ev hanımı ($p=0.021$) ve hepatit durumu değişkeninde HBeAg negatif kronik enfeksiyon ($p=0.022$) değişkeni istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Genel olarak ülkemizde Hepatit B hastalarının hastalık hakkında makul düzeyde bilgi sahibi oldukları gözlemlendi. Tüm boyutlar ve genel olarak toplam boyutlara bakıldığında bilgi sahibi olma oranları nispeten diğer ülkelere göre yüksekti. Bu ölçek Hepatit B' li hastalarda uygulandığı için normal popülasyona göre ortalama puan değerinin yüksek çıktığı düşünülmektedir. Genel olarak eğitim ve gelir düzeyinin farkındalıkta çok etkisi olmadığı görüldü. Özellikle Hepatit B Temas ile Bulaş Boyutu olan F2 boyutunda düşük puan görüldü. Geliştirdiğimiz bu farkındalık ölçeğinin Türkiye'de herhangi bir popülasyonda yapılabilecek farkındalık araştırmalarında ölçek olarak kullanılabileceğini düşünmekteyiz. Bu ölçeğin normal kişilere uygulanıp farkındalık düzeyinin belirlenmesi ülkemizdeki Hepatit B ve buna bağlı komplikasyonların önlenmesi açısından yararlı olabilir.

Anahtar sözcükler: Hepatit B, Farkındalık, Eğitim, Önleme, Kontrol

ABSTRACT

Chronic Hepatitis B infection is a global health problem. It causes liver associated mortality and morbidity and affects over 200 million people all over the world. According to World Health Organization, the prevalence in Turkey is still 2-8%. The programs of World Health Organization and Ministry of Health for viral hepatitis prevention and elimination shows that the most important factor is awareness of the disease. There are tools such as surveys and scales for measuring and evaluating the results of abstract concepts such as awareness. Since there was no valid Hepatitis B Awareness scale in our country we have aimed to develop it in our study. A “Hepatitis B Awareness Scale” was developed and hepatitis B diagnosed patients of our clinic were evaluated.

Literature review and similar study examples were examined and a question pool with 70 items composed of 4 sub-dimensions was developed. Question pool’s content validity analysis was made with the specialist opinion of 5 Gastroenterologists. Factor analysis method was applied for construct validity analysis of the question pool. As a result of the analyses a 47 item trial form was made and it was applied to 50 participants. Factor analysis for question pool content validity was used. Test re-test analysis, item analysis, sub-upper group reliability analysis, and trial form internal consistency analysis for reliability analysis were applied. As a result of the analysis “Hepatitis B Awareness Scale” with 16 items was made. Sample size was determined by multiplying the number of the items by 5 and was found to be at least 80 people. The study was made with 135 participants from Gaziosmanpaşa University Research and Practice Hospital’s Gastroenterology clinic.

After examining the answers received for the questions, “Hepatitis B is an important health problem in Turkey” was found to be the most correctly answered question with 83% rate, “It is not transmitted by touch/handshake” was the question with most false answers with 34.1% rate, and “Hepatitis B is caused by a virus” was the question with most don’t know answers. When the total score of the scale was evaluated, it was seen that women scored higher on average than men ($p=0.047$). When

the relationship between F1 sub-dimension and demographic information was examined, income level ($p=0.035$) and used drug status ($p=0.007$) were found to be statistically significant. In the F2 dimension, income level ($p=0.030$) and the used drug ($p=0.003$) were found to be statistically significant regarding the drug usage. Gender variable ($p=0.002$) and occupational group variable ($p=0.008$) were found to be statistically significant in F3 dimension. In the F4 sub-dimension, female ($p=0.011$) in the gender variable, housewife in occupation ($p=0.021$), and HBeAg negative chronic infection ($p=0.022$) in the hepatitis status variable was found to be statistically significant.

Generally in our country, Hepatitis B patients were observed with adequate information regarding the disease. Regarding all dimensions and total dimensions generally, the rate of knowledge was relatively high compared to other countries. Since this scale is applied in patients with hepatitis B, it is thought that the average score value is higher than the normal population. In general, it was seen that education and income level did not have much effect on awareness. In particular, low scores were observed in the F2 dimension, which is the Dimension of Hepatitis B Contagion by Contact. We think that this awareness scale that we have developed can be used in other awareness studies done in any population in Turkey. Applying this scale to normal people and determining the level of awareness may be beneficial in terms of preventing Hepatitis B and related complications in our country.

Keywords: Hepatitis B, Awareness, Prevention, Education, Control

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER.....	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Hepatit B.....	3
2.1.1. Epidemiyoloji.....	3
2.1.2. HBV Virolojisi ve Yaşam Döngüsü.....	5
2.1.3. Tanı ve Klinik	7
2.1.4. Kronik Hepatit B Fazları.....	8
2.1.5. Tedavi.....	9
2.2. Ölçek Nedir?.....	12
2.2.1. Ölçek Geliştirme Aşamaları.....	12
2.2.2. Ölçmek İstenilen Yapının Tanımlanması.....	13
2.2.3. Madde Havuzunun Oluşturulması.....	13
2.2.4. Ölçme Biçiminin Belirlenmesi.....	13
2.2.5. Madde Havuzunun Uzmanlar Tarafından Gözden Geçirilmesi.....	14
2.2.6. Maddelerin Ölçek Geliştirme Örneğine Uygulanması.....	14
2.2.7. Maddelerin Değerlendirilmesi	14
2.2.8. Geçerlik ve Güvenirlik Kavramları.....	14
2.2.9. Ölçek Geliştirmenin Amacı	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
4. BULGULAR.....	24

5. TARTIŞMA.....	46
6. SONUÇ.....	56
7. KAYNAKLAR.....	57
8. EKLER.....	61
EK 1: Hepatit B Farkındalık ve Bilgi Ölçeği Ölçek Havuzu Değerlendirme Formu	61
EK 2: Hepatit B Farkındalık ve Bilgi Ölçeği Ön Değerlendirme Formu	67
EK 3: Takip Formu ve Hepatit B Farkındalık ve Bilgi Ölçeği	70



KISALTMALAR

ALT: Alanin transaminaz
Anti-HBc: Hepatit B kor antikoru
Anti-HBe: Hepatit B e antijeni antikoru
Anti-HBs: Hepatit B yüzey antijeni antikoru
AST: Aspartat transaminaz
cccDNA: Kovalent Kapalı Dairesel DNA
DNA: Deoksiribo nükleik asit
HBcAg: Hepatit B kor antijeni
HBeAg: Hepatit B e antijeni
HBsAg: Hepatit B yüzey antijeni
HBV: Hepatit B Virüsü
HBx: Hepatit B virüsü x proteini
HCC: Hepatoselüler karsinom
HCV: Hepatit C virüsü
HIV: İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
HSD: Tam olarak önemli fark
IgG: İmmünglobülin G
IgM: İmmünglobülin M
KGI: Kapsam geçerlik indeksi
KGO: Kapsam geçerlik oranı
KHB: Kronik Hepatit B
KMO: Kaiser-Meyer-Olkin
KR: Kuder-Richardson
MTMM: Çoklu özellik/çoklu yöntem matrisi
ORF: Açık okuma çerçevesi
rcDNA: Gevşemiş sirküler DNA
RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation
RNA: Ribo nükleik asit
SRMR: Standardized Root Mean Square Residual
SVP: Subviral partikül
WHO: Dünya Sağlık Örgütü

ŞEKİLLER

	Sayfa
Şekil 2.1. Yıllara ve Yaş Gruplarına Göre Akut Hepatit B İnsidansı (Yüzbinde), Türkiye, 1990-2017	4
Şekil 2.2. Bölgelere göre Türkiye haritası, bölge başına nüfus büyüklüğü ve tahmini Kronik HBV vaka sayısı	4
Şekil 2.3. Hepatit B Virüs görseli	5
Şekil 2.4. HBV yaşam döngüsü	6
Şekil 3.1. Ölçek geliştirme çalışması iş akış şeması	22
Şekil 4.1. Çalışmaya ilişkin doğrulayıcı faktör analizi path diyagramı	34

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 3.1. Deneme formunun geçerlik-güvenirlik çalışması	21
Tablo 3.2. Alt ve Üst %27'lik gruplara ilişkin toplam puan dağılımı	23
Tablo 4.1. Demografik değişkenlerin dağılımı	25
Tablo 4.2. Ölçek maddelerinin dağılımı	26
Tablo 4.3. Ölçeğe ilişkin faktör yük değerleri	28
Tablo 4.4. Cronbach α değerine ilişkin güven sınırları	30
Tablo 4.5. Hepatit B Farkındalık Ölçeğine ait maddeler ve alt boyutların adlandırılması	30
Tablo 4.6. Madde-Toplam, Alt Boyut-Toplam ve Boyutlar Arasındaki Korelasyon Analizi	31
Tablo 4.7. Alt ölçek, toplam puan dağılımı	32
Tablo 4.8. Ölçek toplam puanının demografik değişkenler yönünden karşılaştırması	35
Tablo 4.9. Alt boyut F1 puanının demografik değişkenler yönünden karşılaştırması	37
Tablo 4.10. Alt boyut F2 puanının demografik değişkenler yönünden karşılaştırması	40
Tablo 4.11. Alt boyut F3 puanının demografik değişkenler yönünden karşılaştırması	42
Tablo 4.12. Alt boyut F4 puanının demografik değişkenler yönünden karşılaştırması	44

1. GİRİŞ

Hepatit B virüsü (HBV) Hepadnaviridae ailesinde yer alır. Çift zincirli Deoksiribo nükleik asit (DNA) bulunduran lipid yapısında zarfı olan virüstür (1). HBV doğrudan sitopatik etkide bulunmamaktadır. Genellikle aktif viral replikasyona karşı gelişen konağın immün yanıtı sonucu karaciğer hasarı oluşur (2,3).

Hepatit B hastalığının bulaş yolları ülkelerin gelişmişlik seviyesiyle ilişkili olarak değişkenlik göstermektedir. Batı ülkelerinde genellikle seksüel ya da perkütan yolla bulaş olurken, yüksek Hepatit B prevalansı olan ülkelerde (Örn: Asya, Afrika, Doğu Avrupa) yaygın olarak vertikal yolla ve erken çocukluk döneminde enfekte vücut sıvılarıyla bulaş olur. Klinik seyir enfeksiyonun alındığı yaşla ilişkilidir. Yetişkin dönemde enfekte olmuş kişilerin %95' inde enfeksiyon spontan olarak geriler ve kronik enfeksiyon oluşmaz (4). Erişkindeki akut Hepatit B' lerin %1'i fulminant seyreder ve karaciğer transplantasyonuna ihtiyaç gösterebilir. 5 yaş öncesindeki Hepatit B enfeksiyonları genellikle kronik enfeksiyon olarak sonuçlanır (5). Kronik hepatit B (KHB) enfeksiyonu; kronik HBV enfeksiyonundan, kronik hepatit, siroz, hepatoselüler karsinoma (HCC) gibi farklı klinik durumlara yol açabilir. Hastalık gelişimindeki ana mekanizma HBV replikasyonuna yönelik immün yanıt, kronik intrahepatik nekroinflamasyon ve ilerleyici fibroz şeklinde sıralanabilir. Bu nedenle KHB hastalarında temel amaç viral replikasyonu uzun süreli baskılamak ve hastalık progresyonunu ve HCC gelişimini engellemektir (2,3,6).

Hepatit B tanısı serolojik olarak Hepatit B yüzey antijeni (HBsAg), Hepatit B yüzey antijeni antikoru (Anti-HBs) ve Hepatit B kor antikoru (Anti-HBc) İmmünglobülin M (IgM) ve İmmünglobülin G (IgG) ile koyulur.

KHB enfeksiyonu global bir sağlık problemidir. Karaciğer ilişkili mortalite ve morbiditeye neden olur ve tüm dünyada 200 milyonun üstünde insanı etkiler. Aşılama programları ve tedavilerle bulaşıcılığın azaltılması, HBsAg pozitifliği prevalansını son zamanlarda düşürse de Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Türkiye prevalansı hala %2-8 oranındadır.

Ülkemizdeki, HBV prevalans çalışması sonuçlarına göre HBV taşıyıcılığı oranı %4, HBV ile karşılaşma oranı %30,6 olarak bulunmuştur (5).

2015 yılında dünyada genelinde Hepatit B ve C'nin, 1.3 milyon ölüme ve 10 milyon yeni enfeksiyona sebep olduğu bildirilmiştir (7). 2016 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) HBV ve Hepatit C virüsü (HCV)'nü elemine etmeyi ve bunlarla ilişkili 7 milyondan fazla ölümü engellemeyi amaçlayan, Global Viral Hepatit Stratejisini geliştirdi. Bu stratejinin amacı aşılama oranı düşük ülkelerde aşılama oranını artırmak, durumun ciddiyeti konusunda insanları bilinçlendirmek, HBV ve HCV'yi önleme ve tedavi etme yoluyla sağlığın iyileştirilmesine yönelik farkındalığı artırmaktır.

2018 yılında Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalık Dairesi Başkanlığı ve Aşı ile Önlenebilir Hastalıklar Dairesi Başkanlığı tarafından Türkiye Viral Hepatit Önleme ve Kontrol Programı hazırlanmıştır. Program kapsamında ilk hedef hastalığa dair farkındalığın sağlanmasıdır. Tanı esnasında hastaların büyük kısmının hastalık konusunda yeterli bilgi sahibi olmadığı görülmektedir. Bu hastaların, Hepatit virüsleri, bulaş yolları, kimlerin risk altında olduğu, hastalığın komplikasyonları ve uygun tedavi konusunda bilgilendirilerek farkındalık sağlanması amaçlanmaktadır.

WHO ve Sağlık bakanlığının viral hepatitlerin önlenmesi ve elemine edilmesi programları göstermektedir ki en önemli faktör hastalık hakkındaki farkındalıktır. Hepatitlerin büyük çoğunluğu ciddi komplikasyonlar gelişene kadar asemptomatik seyretmektedir. Bu asemptomatik dönemde seropozitif hastalarda, hastalıkları hakkında yeterli bilgi sahibi olmamaları, hastalıklarından haberdar olmamaları, durumunun ciddi komplikasyona varan gecikmelere sebep olduğu düşünülmektedir.

Farkındalık gibi soyut kavramların ölçülmesi ve sonuçların değerlendirilmesi için anket ve ölçek gibi araçlar mevcuttur. Bu araçlar ile bilimsel çalışmalarda kullanılmak üzere veri toplayarak ölçme yapılması amaçlanmaktadır. Anketler ile belirli bir amaca yönelik olarak hazırlanmış sorular ile bir konuda bilgi, tutum, davranışların, görüşlerin belirlenerek bir durum saptanması sağlanır ve ölçme yapılmış olunur. Ancak anketler belli standartlarda geliştirilmemiştir. Ölçeklerde ise belirli bir amaç doğrultusunda tutum, davranış, algı, görüşlerin belirlenmesi amacıyla maddeler

belirli standarda göre oluşturulup bir durum saptanması sağlanarak ölçümler yapılır. Ölçeğin maddelerinin belirli standarda göre hazırlanması, bütün soruların benzer türde olması, mutlaka iç tutarlılık katsayısı, güvenilirlik ve geçerlik gibi istatistiki yöntemlerle hazırlanması demektir. Hepatit B farkındalığı ile ilgili yapılacak çalışmalardan ortak veri toplanması ve sonuçların birbiriyle kıyaslanabilmesi için ölçeğin daha güvenli bir veri toplama aracı olacağı düşünülmüştür.

Ülkemizde geçerli olan bir Hepatit B farkındalık ölçeği olmaması üzerine çalışmamızda Hepatit B farkındalık ölçeği geliştirmeyi amaçladık. Hepatit B farkındalık ölçeği geliştirme amacıyla Hepatit B tanılı katılımcılar ile çalışma yapılmıştır. Ölçek geliştirmesi tamamlanmış ve kliniğimizde takipli Hepatit B tanılı hastaların farkındalıkları değerlendirilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hepatit B

2.1.1. Epidemiyoloji

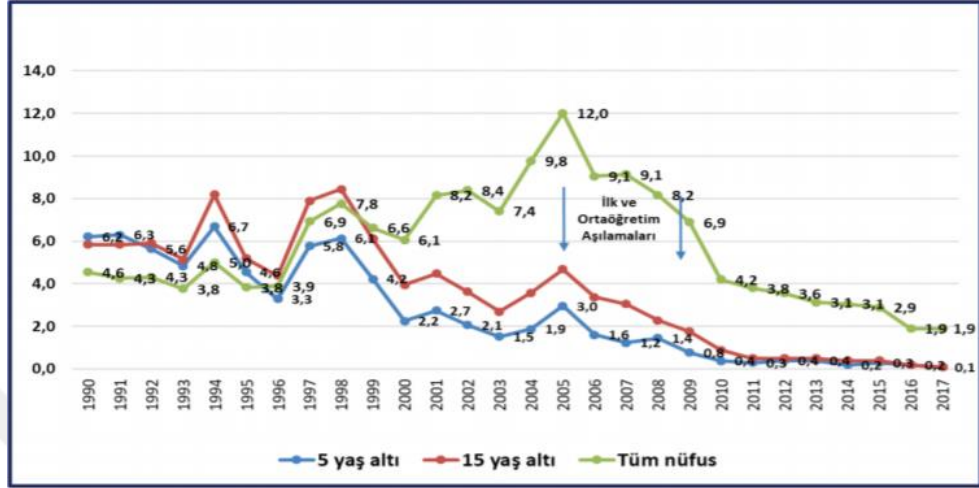
Hepatit B virüsünün (HBV) keşfedilmesinin üzerinden 50 yıl geçti ve 20 yıldan uzun süredir aşısı bulunmasına rağmen, HBV enfeksiyonu önemli bir küresel sağlık yükü olmaya devam ediyor. 240 milyondan fazla insanın kronik olarak HBV ile enfekte olduğu ve bu nedenle siroz, hepatik dekompanseasyon ve HCC gelişimi için risk altında olduğu tahmin edilmektedir. HBV enfeksiyonu, dünya çapında onuncu önde gelen ölüm nedenidir (8).

2015 yılında dünyada genelinde Hepatit B ve C'nin, 1,3 milyon ölüme ve 10 milyon yeni enfeksiyona sebep olduğu bildirilmiştir.

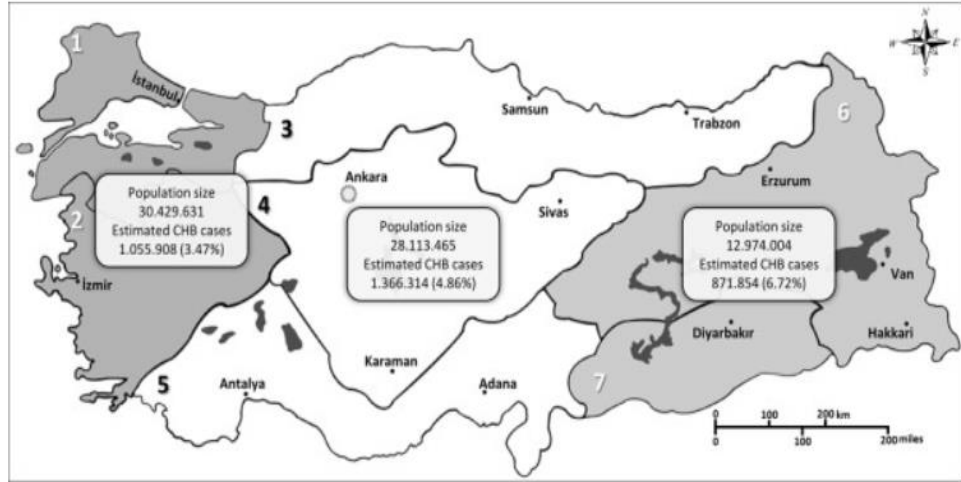
Aşılama programları ve tedavilerle bulaşıcılığın azaltılması, HBsAg pozitifliği prevalansını son zamanlarda düşürse de WHO verilerine göre Türkiye prevalansı hala %2-8 oranındadır.

Ülkemizdeki, HBV prevalans çalışması sonuçlarına göre HBV taşıyıcılığı oranı %4, HBV ile karşılaşma oranı %30.6 olarak bulunmuştur (5).

Türkiye Sağlık Bakanlığı Türkiye Viral Hepatit Önleme ve Kontrol Programı verilerine ait 1990-2017 yılları arası akut Hepatit B insidansı Şekil 2.1 gösterilmiştir. 2011 yılında yapılan bir çalışmada bölgelere göre tahmini KHB vaka sayısı dağılımı Şekil 2.2’ de gösterilmiştir (9).



Şekil 2.1. Yıllara ve Yaş Gruplarına Göre Akut Hepatit B İnsidansı (Yüzbinde), Türkiye, 1990-2017

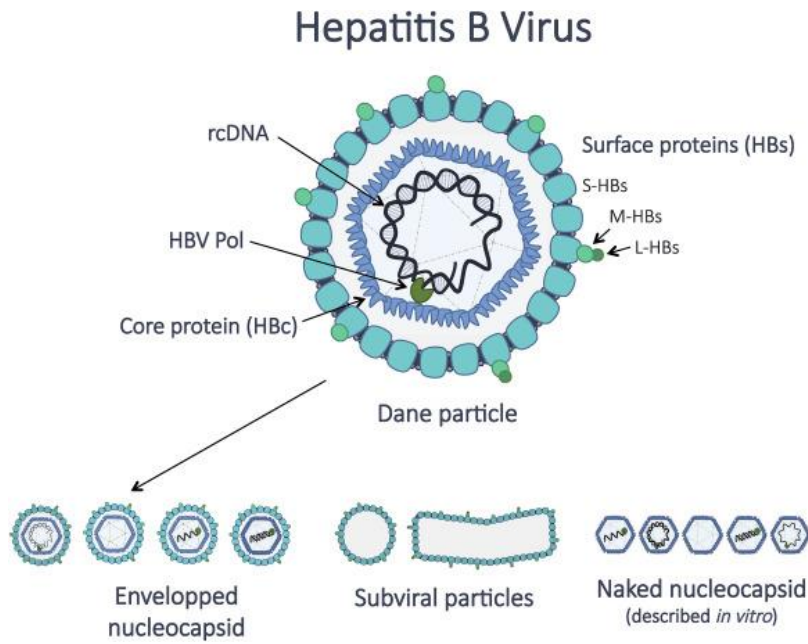


Şekil 2.2. Bölgelere göre Türkiye haritası, bölge başına nüfus büyüklüğü ve tahmini Kronik HBV vaka sayısı.

2.1.2. HBV Virolojisi ve Yaşam Döngüsü

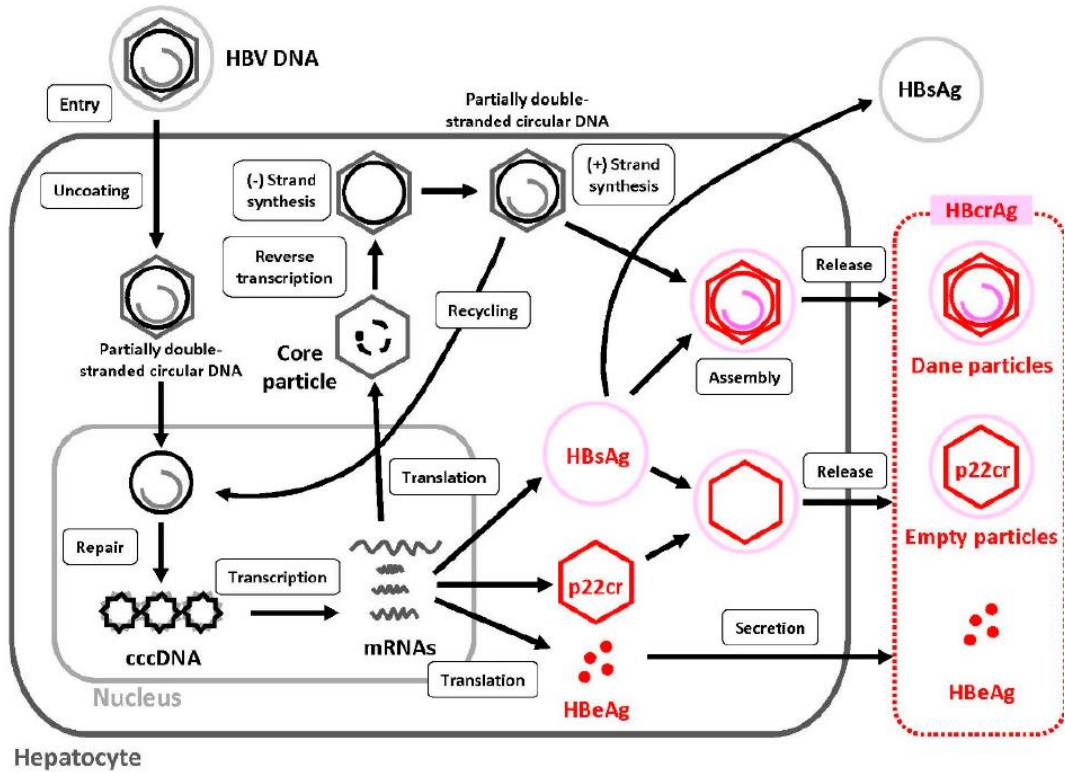
Hepatit B virüsü, Hepadnavirüs ailesinde sınıflandırılan zarflı bir DNA virüsüdür. HBV ilk olarak bir Avustralya aborjininde, şu anda yüzey antijeni olarak bilinen ve Blumberg ve meslektaşları tarafından 1965'te bildirildiği gibi orijinal olarak "Avustralya antijeni" olarak adlandırılan antijeninin saptanmasıyla keşfedildi.

Dane ve meslektaşları tarafından 1970'de bir elektron mikroskobu ile görselleştirildi (10). Enfekte hastaların serumunda en az üç tip HBV partikülü gözlenir: 42 nm çapında küresel yapılar, 22 nm çapında olanlar ve çapı 22 nm olan değişken uzunlukta filament yapılar. Dane parçacıkları olarak da adlandırılan 42 nm parçacıklar, üç viral yüzey antijeni, büyük (L-HBs), orta (M-HBs) ve küçük (S-HBs) içeren bir lipid membranı tarafından çevrelenen bulaşıcı viryonlardır. Hepatit B çekirdek proteini (HBc), viral polimeraz ve viral genom DNA' sından oluşan bir nükleokapsidi çevrelemektedir (Şekil 2.3). Hasta serumunda çok daha bol bulunan 22 nm partiküller, nükleokapsid içermeyen ve dolayısıyla enfeksiyöz olmayan subviral partikülleri (SVP' ler) içerir. Ayrıca viral bir genomu olmayan zarflı parçacıklar, viral RNA içerenler ve zarfsız parçacıklar (çıplak nükleokapsidler) dahil olmak üzere diğer bulaşıcı olmayan parçacıkların şu anda enfeksiyonla üretildiği bilinmektedir (11).



Şekil 2.3. Hepatit B Virüs görseli

HBV genom DNA'sı, tam bir eksi sarmal ve tamamlanmamış bir artı sarmal ile yaklaşık 3,2 KB uzunluğunda gevşetilmiş dairesel bir DNA'dır (rcDNA). Viral genom, işlevsel viral proteinlerin üretildiği dört örtüşen açık okuma çerçevesini (ORF) (C, P, S ve X) kodlar. HBcAg, Hepatit B virüsü e antijeni (HBe) ve 22-kDa ön çekirdek proteini (p22cr) ORF C'den; polimeraz enzimi ORF P' den; üç tip yüzey antijeni (L-HBs, M-HBs ve S-HBs) ORF S'den ve Hepatit B virüsü x proteinini (HBx) ORF X'den kodlanır. rcDNA, enfekte olmuş hücrelerde kovalent olarak kapalı dairesel DNA'ya (cccDNA) dönüştürülür ve cccDNA, farklı uzunluklarda HBV RNA'lar üretir (12). HBV negatif sarmal DNA kalıbından pregenomik RNA kodladıktan sonra DNA polimeraz enzimi ile reverse transkripsiyon ile HBV DNA üretilir (Şekil 2.4)



Şekil 2.4. HBV yaşam döngüsü

2.1.3. Tanı ve Klinik

Hepatit B virüsü, birkaç serolojik belirteci olan kısmen çift sarmallı bir DNA virüsüdür. HBsAg ve anti-HBs, HBeAg ve Hepatit B e antijeni antikoru (anti-HBe), anti-HBc IgM ve IgG Hepatit B' nin serolojik belirteçleridir. (13).

HBV enfeksiyonun klinik bulgularının spektrumu akut ve kronik hepatit bulguları olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Akut Hepatit B, ateş, baş ağrısı, halsizlik, iştahsızlık, bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı gibi semptomların ayrı ayrı başlaması, sarılık veya yükselmiş serum alanin transaminaz (ALT) seviyeleri ve pozitif HBsAg test sonuçları olarak tanımlanır (14). Akut hepatit B' li bir birey, ömür boyu bağışıklık sağlayan tam bir bağışıklık klirensi elde edebilir veya kronik hepatit B geliştirebilir. Enfeksiyon anında yaş ne kadar küçükse, kronik enfeksiyon gelişme olasılığı o kadar yüksek olur (13).

HBeAg, HBsAg' nin saptanabilir hale gelmesinden hemen sonra, erken akut Hepatit B' li bireylerin serumunda saptanabilir. Serumda HBeAg varlığı, yüksek enfektivite seviyeleri ile ilişkilidir. Akut Hepatit B' den iyileşme sırasında, HBeAg serumda saptanamaz hale gelirken, HBeAg' ye karşı gelişen antikorlar saptanabilir hale gelir. Anti-HBe genellikle iyileşmeden sonra yıllarca tespit edilebilir kalır.

HBsAg' nin altı aydan uzun süredir devam etmesi olarak tanımlanan KHB' nin beş farklı aşaması vardır (15). KHB' li bireylerin ilk değerlendirmesi, tam bir öykü ve muayeneyi içermelidir. Sirozun belirti ve semptomları, alkol alımı ve metabolik risk faktörlerinin değerlendirilmesi, ailede HCC öyküsü ve Hepatit A, Hepatit B aşılama durumu özellikle sorgulanmalıdır (16).

Laboratuvar ölçümleri trombositler, aspartat transaminaz (AST), ALT, total bilirubin, alkalen fosfataz, albümin ve tam kan sayımını içerir. Seroloji testi aşılama ihtiyacını belirlemek için HBeAg, anti-HBe, HBV DNA miktar tayini veya viral yük, HBV genotipi bakılması gerekir. Hepatit A, Hepatit C ve İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (HIV) ile birlikte enfeksiyon için ek testler yapılması önerilir (16).

Geçirilmiş KHB enfeksiyonu, HBsAg' ye karşı antikor kazanılarak HBsAg' nin temizlenmesi olarak tanımlanır. İnaktif KHB' li bireylerin yaklaşık %0,5' i kendiliğinden HBsAg klirensine sahip olacak ve çoğu anti-HBs geliştirecektir.

Tedavi edilmemiş KHB' li yetişkinler arasında, beş yıllık kümülatif siroz insidansı %8 ila %20 ve HCC riski %2 ila %5' tir (16).

2.1.4. Kronik Hepatit B Fazları

Faz 1: HBeAg pozitif kronik HBV enfeksiyonu: Daha önce immün tolerans faz olarak isimlendirilen bu fazda, HBeAg pozitif, HBV DNA çok yüksek düzeydedir ve ALT normal sınırlardadır. Karaciğer normaldir veya çok hafif nekroinflamatuvar aktivite vardır. Perinatal dönemde enfekte olan kişilerde uzun sürer. Bu fazda spontan HBeAg serokonversiyonu hemen hemen hiç görülmez ve hastalar yüksek HBV DNA düzeylerinden ötürü fazlasıyla bulaştıracıdır.

Faz 2: HBeAg pozitif kronik hepatit B: Eskiden immün temizlenme dönemi olarak isimlendirilirdi. Bu fazda HBeAg pozitif, HBV DNA çok yüksek ve ALT yüksektir. Karaciğerde orta ağır nekroinflamatuvar aktivite olur ve fibrozis gelişmeye başlamıştır. Hastalığın perinatal dönemde alındığı durumlarda çok uzun yıllar sonra bu faza girilir, ancak erişkin çağda enfekte olanlarda hızla ve sıklıkla gelişir. Hastaların çoğu spontan olarak HBeAg serokonversiyonu geliştirir ve HBV DNA ve ALT düzeyleri düşerek HBeAg negatif enfeksiyon fazına girerler. Bir kısım hasta bu evrede karaciğer yetmezliği geliştirebilir.

Faz 3: HBeAg negatif kronik HBV enfeksiyonu: Eskiden inaktif taşıyıcılık olarak isimlendirilen bu fazda HBeAg negatifleşmiş, HBV DNA düşmüş ve ALT normale inmiştir. Karaciğerde histoloji normal veya hafif bozuktur. Esasen HBV DNA <2000 IU/ml olması beklenir, ama bazı hastalarda ALT normal sınırlarda kalmak kaydıyla HBV DNA 2000-20000 IU/ml arasında seyretmeye devam edebilir. Bu durumda da karaciğerde nekroinflamatuvar aktivite yok veya minimaldir. Bu hastalarda hastalığın progresyonu çok yavaştır. Siroza ilerleme hemen hemen beklenmez, HCC riski çok düşüktür. Hastaların az bir kısmında tekrar alevlenme olup HBeAg negatif kronik hepatiti gelişebilir. Çok küçük bir grup hastada HBeAg reversiyonu görülebilir. Bu dönüş genellikle serokonversiyondan sonraki erken zamanlarda olur. Hastaların

yaklaşık %0.5 -1’ inde her yıl HBsAg kaybı meydana gelebilir. HBsAg kaybı genellikle HBV DNA negatif ve HBsAg düzeyi <1000 IU/ml olan hastalarda beklenir.

Faz 4: HBeAg negatif kronik b hepatiti: Bu dönem HBeAg negatifliği ile beraber dalgalanma göstermekle beraber genellikle yüksek seyreden HBV DNA düzeyi ve ALT düzeyleri ile kendini gösterir. HBV DNA düzeyi genellikle HBeAg pozitif kronik B hepatiti dönemine göre daha düşüktür. Hastalarda histopatolojik bulgular HBeAg pozitif fazlardan daha kötüdür. Orta ağır nekroinflamasyon ve ilerleyen fibrozis söz konusudur. Hastaların çok büyük kısmında HBV genomunun precore bölgesinde veya core promoter bölgesinde HBeAg ekspresyonunu engelleyen mutasyonlar vardır. Genellikle spontan remisyon görülmez.

Faz 5: HbsAg negatif faz: Bu evrede anti-HBc IgG daima pozitifdir, anti-HBs zamanla negatifleşebilir. HBV DNA çoğunlukla negatifdir veya düşük titrede pozitif olabilir. Bu evreye occult HBV enfeksiyonu da denmektedir. Bazen mutasyonlar dolayısıyla veya kitin hassasiyetinin yetersiz olması nedeniyle HBsAg’ nin saptanamadığı, ama viral replikasyonun sürdüğü durumlarda olabilir. Bu gibi hastaları Faz 5 hastalarından ayırmak gerekir. Bu evrede HBsAg negatifleşmesi prognozun iyi olabileceğinin göstergesidir. HCC ve siroz gelişim riski çok düşse bile halen risk mevcuttur. Hasta eğer takip hastası değil ve karşımıza HBsAg serokonversiyonundan sonra gelen bir siroz hastası ise kriptojenik siroz gibi değerlendirilebilmektedir. Siroz geliştikten sonra HBsAg negatifleşmesi olan hastalarda dekompanseasyona ilerleme ihtimali azalırken, HCC gelişimi riski azalmakla beraber devam etmektedir.

2.1.5. Tedavi

Aşılama ile önleyici birincil korumaya rağmen, halen dünyada KHB yayılmaya devam etmektedir ve birçok kişi komplikasyonlar nedeniyle tıbbi tedavi ihtiyacı duymaktadır. İnterferon bazlı rejimler ve oral nükleozit/nükleotid analogları gibi etkili tedaviler son 30 yılda geliştirilmiştir ancak bunlar mükemmel değildir. Tedavilerin her birinin kendine özgü avantajları vardır. Ancak bu tedaviler ile HBV konakçıdan tamamen eradike etmek çok düşük bir olasılıktır. Sonuç olarak, tedavi sırasında ve tedavi sonrasında yanıtın düzenli olarak izlenmesi gerekir (17). HBV kalıcılığı intrahepatik rezervuar ve devam eden HBV aracılı immün düzensizlik nedeniyle

multifaktöriyeldir. Tedavinin en etkili monoterapi ile bile gerçekleştirilmesi mümkün olmayabilir. Kombinasyon terapileri, tedaviye yönelik bir sonraki adım olarak çekicidir ve sınırlı süreler ve dayanıklı uç noktalar ile tedaviye ulaşmak için anahtar bir stratejidir (18).

KHB enfeksiyonu olan hastalar için tedavinin temel amacı hastalığın progresyonunu ve HCC gelişimini önleyerek yaşam kalitesini iyileştirmek ve sağ kalımı arttırmaktır. Bu hedefler HBV replikasyonunun uzun süreli baskılanması durumunda gerçekleştirilebilir.

Sürekli HBV DNA supresyonu ile HBsAg kaybı olarak tanımlanan immünolojik kür, mevcut ilaç tedavileriyle elde edilebilir. Bununla birlikte, mevcut tedaviler, kovalent olarak kapatılmış dairesel DNA dahil olmak üzere virüsü ortadan kaldıramadığından, yeniden aktivasyon meydana gelebilir (16). Hastaya yönelik sonuçlarda iyileşme ile ilişkili olan tedavi hedefleri arasında HBV DNA supresyonu, HBeAg kaybı / serokonversiyonu (HBeAg pozitif olan kişiler için), ALT normalizasyonu ve HBsAg kaybı yer alır (16).

Serum ALT, HBV DNA seviyeleri ve karaciğer hastalığının ciddiyeti, tedavi ihtiyacını değerlendirmek için kullanılan objektif kriterlerdir (16).

Halen tedaviye aday olmayan KHB' li bireyler, gelecekte aday olabilecekleri için yaşam boyu izlem gereklidir (19). 2017 yılında yayınlanan, Avrupa Karaciğer Araştırmaları Derneği Hepatit B virüsü enfeksiyonunun yönetimine ilişkin kılavuza göre HBsAg, HBeAg/anti-HBe, HBV DNA, ALT ve seçilmiş vakalarda gereklilik durumuna göre karaciğer biyopsisi ile takip önerilmektedir. Tedavi sırasında karaciğer fonksiyon testleri ilk yıl 3-4 ayda bir ve sonrasında altı ayda bir yapılmalıdır. Serum HBV DNA, ilk yıl boyunca her 3-4 ayda bir ve daha sonra her 6-12 ayda bir belirlenmelidir. HBV DNA' sı saptanamaz durumda kalırsa HBsAg 12 aylık aralıklarla kontrol edilmeli, HBsAg' yi temizleyen hastalarda ise anti-HBs testi yapılmalıdır. (20).

Kombine ya da monoterapinin, her yaklaşımın açık avantajları ve dezavantajları vardır. 2.829 kişiyi içeren 14 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analiz, kombine tedavi (Peginterferon Alfa-2a ve nükleosid / nükleotid analogu) ile iyileştirilmiş tedavi etkinliği bulmuştur. Ancak çalışmalar arasındaki heterojenlik ve tutarlı kanıt eksikliği nedeniyle, mevcut kılavuzlar monoterapiyi önermektedir (21).

Subkutan Pegile interferon Alfa-2a, 48 hafta boyunca uygulanır ve olumlu tedavi yanıtı belirleyicileri olan ve tanımlanmış bir tedavi süresinden fayda görebilecek kişilerde düşünülmelidir. Örnek olarak tedavi öncesi düşük HBV DNA ve yüksek ALT seviyeleri, HBV genotipleri A veya B, genç gelecekte gebe kalmak isteyen kadınlar, eşlik eden Hepatit C ve genç yaş sayılabilir (19,21). Pegile interferon Alfa-2a, nükleosit / nükleotid analoglarından biraz daha yüksek serokonversiyon oranları göstermiştir; bununla birlikte, tedavi sonuçları HBV genotipleri arasında farklılık gösterir.

Peginterferon Alfa-2a' nın birincil dezavantajı tolere edilebilirliktir, çünkü bu terapi sık görülen yan etkiler (grip benzeri semptomlar, yorgunluk, ruh hali bozuklukları, sitopeniler, yetişkinlerde otoimmün bozukluklar ve çocuklarda anoreksi, kilo kaybı) ile ilişkilidir (16,22). Peginterferon Alfa-2a güvenliği ve etkinliği, kronik Hepatit B HBeAg pozitif ve HBeAg negatif olan bireylerde gerçekleştirilen çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (23-26).

Oral Antiviral Ajanlar kronik hepatit B'nin tedavisi için kullanılan nükleosit / nükleotid analogları adefovir, entecavir, lamivudin, telbivudin, tenofovir disoproksil fumarat ve tenofovir alafenamid' dir. Viral polimerazı inhibe ederek HBV' yi hedefleyen bu ilaçlar, KHB' nin tedavisinde en yaygın olarak kullanılan antivirallerdir. İyi tolere edilebilirlik ve güvenlik profillerine sahiptirler; ancak bunların kullanım süresi, tedavinin kesilmesinden sonra Hepatit B' nin sık tekrarlaması veya yeniden aktivasyonu nedeniyle genellikle belirsizdir (22). Entecavir, tenofovir ve tenofovir alafenamid daha yüksek antiviral potensleri ve daha düşük direnç oranları nedeniyle tercih edilmektedir (19).

Gebelik ve Hepatit B tedavisi ele alındığında, HBsAg pozitif hamile kadınların tedavisi perinatal bulaş oranlarını azalttığı bilinmektedir. Tenofovir hamile kadınlarda tercih edilen bir antiviraldir çünkü daha iyi bir direnç profili ve Hepatit B' li gebe kadınlarda daha fazla güvenlik verileri vardır (27). ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi, HBsAg pozitif hamile kadınlarda perinatal HBV geçiş riski yüksek yenidoğanların belirlenmesi ve maternal antiviral tedaviye rehberlik etmesi için HBV-DNA çalışılmasını önerir (28).

Dekompanse sirozlu ve kronik Hepatit B' li bireyler, bir nükleozid/nükleotid analogu ile tedavi edilmeli ve karaciğer nakli uygunluğu açısından değerlendirilmelidir (15). Dekompanse sirozda anti-HBV tedavisi erken başlatıldığında antiviral tedavinin karaciğer fonksiyonunu iyileştirdiğine, sağ kalımı artırdığına ve karaciğer transplantasyonu ihtiyacını ortadan kaldırdığına dair güçlü kanıtlar vardır (29).

Karaciğer transplantasyonundan sonra, Hepatit B' nin nüksetmesini önlemek için düşük riskli hastalar, Hepatit B immün globülin ile veya tek başına nükleozid/nükleotid analog monoterapisi ile tedavi edilebilir. Yüksek riskli hastalar hem Hepatit B immün globülin hem de bir nükleozid/nükleotid analogu ile tedavi edilmelidir (15).

2.2. Ölçek Nedir?

Ölçek birimlerin eğilim, davranış, tepki, beceri, bilgi gibi hissedilen fakat gerçek hayatta gözlemlenip sayısal olarak ifade edilemeyen durumların ölçülüp sayısal olarak ifade edilebilmesi amacıyla oluşturulan ölçme araçlarına verilen genel isimdir.

Ölçekler, sonuçların niteliğinin belirlenmesini sağlarken bu işlemi kolaylaştırırlar. Bilimsel gelişim ölçümlere dayanır ve gelişimin artması için ölçme işleminin duyarlı araçlarla yapılması gerekir (30).

Güvenilir ve geçerli bir ölçek için, ölçeğin geliştirilmesi ve kullanılması sırasında standartlara uygun çalışılması ve yorum yapılması gerekmektedir. Uygun standartlarda yapılmayan ölçeklerin güvenilirliği ve geçerliliği azalarak, ulusal veya uluslararası düzeyde yapılacak çalışmaların hatalar yapmasına neden olurken tarafsızlığını kaybetmesine sebep olabilecektir.

2.2.1. Ölçek Geliştirme Aşamaları

Ölçek geliştirmeye başlamadan yapılacak ilk iş, mevcut bir ölçeğin olup olmadığının araştırılmasıdır. Eğer mevcut ise duyarlılığının değerlendirilmesi gerekmektedir. Mevcuttaki ölçeğin duyarlılığına göre yeni bir ölçek geliştirilebilir veya mevcut ölçek uyarlanabilir. (30,31).

2.2.2. Ölçmek İstenilen Yapının Tanımlanması

Yeni bir ölçek çalışması yapılacak ise çalışmanın başında konuyla alakalı iyi bir literatür taraması yapılmalıdır. Literatür taraması yapılırken ölçekte değerlendirilecek konulara dikkat edilmesi ve hangi sorunların yer alabileceği göz önünde tutularak analiz yapılması gerekmektedir (32).

2.2.3. Madde Havuzunun Oluşturulması

Ölçek bileşenleri (faktör), ölçek gibi örtük değişkenler olduğu için oluşturulacak madde havuzu bileşenler ile uyumlu olmalıdır. Kişilerin ölçek maddelerine verdikleri cevaplar gözlenen değişkenlerdir. Varsayımsal olarak var olduğu düşünülen değişkenler de örtük değişkenler olarak adlandırılır. Zeka kaygı, mutluluk, motivasyon, başarı gibi örtük değişkenler doğrudan ölçülemeyen yani dolaylı ölçülebilen değişkenlerdir. Madde tasarım aşamasında, kolay anlaşılır ve sade maddeler tasarlanırken bir maddenin tek bir yargı veya düşünce ifadesine sahip olmasına özen gösterilmelidir (33,34). Açılış soruları aranan bilginin türüne göre ve devam eden sorular üzerindeki etkisine göre tasarlanmalıdır. Katılımcıların kişisel ve paylaşmakta çekinebileceği sorular ile başlamak istemeyebileceği göz önünde tutulmalıdır (34).

2.2.4. Ölçme Biçiminin Belirlenmesi

Madde/soru havuzu oluşturulmadan önce ölçek formatı belirlenmelidir (32). Verilerin özelliklerine göre, sıralama, sınıflama şeklinde ya da özel ölçüm tiplerine göre (Likert tipi, Thurstone tipi, Osgood boyutsal ayırma ölçeği) format belirlenebilir (30).

Likert tipli ölçeklerde cevap seçeneklerinin, maddelerin tamamıyla uyumlu olması gerekmektedir. Ayrıca katılımcıların maddelere ne derecede hassas cevap verebileceği düşünülerek 3, 5, 7 ve 10' lu gibi sistemlerden biri seçilmelidir.

2.2.5. Madde Havuzunun Uzmanlar Tarafından Gözden Geçirilmesi

Oluşturulan madde havuzu için uzman yorumuna başvurulmasıdır. Madde havuzu mümkün olduğunca çok ve yetkin uzman tarafından içerik bakımından incelenmelidir. Uzmanlar soruların gerekliliği, özgünlüğü, sade ve anlaşılır olması gibi parametreleri değerlendirir ve tavsiyede bulunurlar. Gereklilik halinde maddelerin eksiltilmesi, yeni maddeler eklenmesi veya düzeltmeler yapılması planlanmalıdır. Ancak tavsiyelerin kabulü veya reddi ölçek hazırlayan kişinin iradesindedir (32). Uzman görüşü ile kapsam ve görünüm geçerliliği değerlendirilir (35).

2.2.6. Maddelerin Ölçek Geliştirme Örneklemine Uygulanması

Uzman görüşü ile şekillenen ölçek, taslak örneklem grubuna uygulanır. Deneme uygulaması ölçeğin performansı için önemlidir. Örneklem hedef kitleyi temsil etmelidir. Taslak uygulaması sonrası, ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizleri ile değerlendirilmesi yapılır (32).

2.2.7. Maddelerin Değerlendirilmesi

Örneklemden elde edilen veriler ile madde toplam korelasyonları, madde ortalamaları, madde varyansları, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örnekleme yeterliliği ölçütü, Barlett küresellik testleri, faktör analizleri ve Alpha iç tutarlılık katsayıları incelenir.

2.2.8. Geçerlik ve Güvenirlik Kavramları

2.2.8.1 Geçerlik (Validity)

Geçerlik, ölçme aracının ölçülmesi planlanan konuyu doğru ölçebilme derecesidir (36).

Ölçeklerin geçerlik düzeyi, geçerlik katsayısıyla anlaşılır. Geçerlik katsayısı -1.00 ve +1.00 arasında değerler alır, ölçekten elde edilen değerlerle ölçeğin kullanış

amacına göre belirlenen kriterler arasındaki ilişki katsayısıdır. İlişki katsayısı yüksekliği ölçeğin amaca o kadar iyi hizmet ettiğini gösterir(36).

Geçerlik katsayısının düşük olması, elde edilen değerlerle kriter değerleri arasındaki ilişkinin zayıflığını ve elde edilen değerlerin güvenilirliklerinin tam olmayışını gösterebilir.

Güvenilir bir ölçek her zaman geçerli olmayabilir, bu yüzden geçerlik ve güvenilirlik katsayıları birlikte değerlendirilmelidir (36).

Geçerlik Türleri ve Ölçümünde Kullanılan Yöntemler: İyi bir geçerlik ölçütü; yorumsal geçerlik, yapı geçerliği ve ölçüte dayalı geçerliliği içerir.

Yorumsal Geçerlik (Translation Validity): Ölçek yapısının ne kadar işlevsel olduğunu gösterir.

Yüzeysel Geçerlik (Görünüş Geçerliği) (Face Validity): Ölçme aracındaki soruların konu ile ilgili bilgiye yönelik olduğuna dair uzman görüşüdür (30). Bazı durumlarda görünüş geçerliği göz ardı edilebilir.

İçerik (Kapsam) Geçerliği (Content Validity): İstatistiksel ve mantık yolu şeklinde iki farklı uygulama ile değerlendirilebilir (36). Kapsam geçerliği ölçekteki her bir maddenin ve ölçeğin amaca ne derece hizmet ettiğidir. Kapsam geçerliği için uzman görüşü alınır. Konuyla ilgili kapsam belirlenmesi bir yargılamayı gerektirir ve uzmanlar ile ölçeği geliştiren kişi arasında ortak tanımların olması gerekir ki farklı ölçütlere göre değerlendirme yapılması engellenebilsin. Böylece maddelerin sunulmuş şeklinin yaptığı farklı tepkiler için de bir değerlendirme yapılmış olur (30).

Soyut kavramlarla ilgili ölçüm araçlarında kapsam geçerliğinin sınanmasını zorlaştıran durum; kavramla simgelenen davranışın içeriğinin kolayca belirlenememesidir.

Ölçüte Dayalı Geçerlik (Criterion-Related Validation): Test puanlarının dış ölçütlerle ilişkisini inceleyen tekniktir. İki türdür: Eşzaman ve yordama geçerliği.

Eşzaman geçerliğinde (Concurrent validity) katılımcıların ölçekten aldıkları puanların, aynı davranışı ölçen bir test ve ilişkili başka bir davranışı ölçen bir test ile ölçülen puanlarının uyumuna bakılır (37).

Yordama geçerliği (Predictive validity), referans sonucunun önceden tahmin edilmesidir.

Yapı Geçerliği (Construct Validity); Yapılan yeni testi kıyaslayacak bir referans (kriter) yoksa yapı geçerliği sınanmalıdır. Ölçekten elde edilen sonucu ve bu sonucun ne ile bağlantılı olduğunu açıklamamıza yarar (30). Ölçek maddelerinin belirlenen özellikleri ne kadar doğru ölçtüğünü gösterir (30,37).

Farklı araştırmacılar yapı geçerliğini değerlendirmede farklı yöntemler benimser. Özellikle sık değinilenler; faktör analizi, iç tutarlık analizi, hipotez testi, benzer ölçek geçerliği (convergent and discriminant validity), yapısal eşitlik modellemesi, sağlama geçerliği, çoklu özellik/çoklu yöntem matrisi (MTMM), şablonların eşleşmesi teorisi gibi yöntemlerdir (30,37,38).

Yapılan bu çalışmalar sonucu, beklenilenin aksinde bir sonuç alınır; yapılan ölçeğin deneysel tasarım hipotezini ölçmede yetersiz kaldığı, kavramsal yapıyı ölçmediği düşünülür. Ve bundan sonrası için deneysel tasarımı iyileştirmeye yönelik önlemlerin gerekli olduğu görülür (39).

Faktör Analizi (Factor Analysis): Soruları cevaplayanların ölçme aracındaki maddelere verdiği tepkiler arasında belli bir düzen olup olmadığını belirleyen bir yapı geçerliği yöntemidir (30).

Faktör analizinde birçok değişken, farklı birçok başlık altında toplanabilir.

Böylece yöntem kullanıldığında bu başlıkların daha az ya da birbirinden farklı faktörlerin olup olmadığı ortaya çıkar.

Ölçek geliştirme sürecinde, hazırlanan araç, araştırma evreninden yansız olarak seçilen örnekleme verilir ve maddelere verilen cevaplar puanlandırılarak faktör analizi uygulanır. Analiz sonuçlara göre maddelerin çıkartılması ya da eklenmesi ile analiz tekrar yapılır. Bu durum, yeterli sayıda madde içeren ölçülecek alanı ölçmede uygun bir çözüme ulaşıncaya dek devam eder.

Faktör analizi tüm değişkenlerin lineer kombinasyonlarının ve değişkenlerin normal dağıldığını varsayar. Bu varsayım doğrulaniyorsa sonucun değeri artar. Yine örneklem büyüklüğu, ilişkilerin güvenilir bir şekilde kestirilebilecek büyüklükte

olmalıdır (40). Genel kural olarak, örneklem büyüklüğü en az gözlenen değişken sayısının en az beş ya da on katı olması gerektiği ön görülür (30,40,41).

2.2.8.2 Güvenirlik (Reliability)

Bir ölçme aracın ölçmek istediği değişkeni ne tutarlılıkla ölçtüğünü gösterir (30,42). Güvenirlik ölçme aracına dışında, aracın sonuçlarına da ilişkin bir özelliktir (36). Bu yüzden ölçüm güvenilirliği denilmesi daha uygundur (43).

Güvenirlikte 3 kavramdan söz edilir:

Tutarlılık: Ölçekteki maddelerin bütün ile uyumudur.

Kararlılık: Ölçme konusunun, farklı zamanlarda aynı ölçmek ile tekrar edilmesiyle aynı sonuçların elde edilmesidir.

Duyarlılık: Ölçme aracı veya sonuçlarının biriminin büyüklüğü ile ilgilidir. Birim aralığı küçükse ölçme daha duyarlıdır (44).

Güvenirlik Katsayılarının Hesaplanması için Kullanılan Yöntemler: Test-retest ve eşdeğer formlar yöntemi, puanlama tutarlılığı ve iç tutarlılık katsayıları güvenilirlikle ilgili değerlendirmede kullanılan katsayılardır (38).

Güvenirliğin yüksek olması yapılan ölçmenin amaca uygun olduğunu göstermez ancak güvenilirliği düşük olan bir ölçmenin bilimsel değeri yoktur. Kısaca güvenilirlik, olması gereken ama tek başına yeterli olmayan bir koşuldur.

Formun Tekrarı Yöntemi (Zamana Göre Değişmezlik (Süreklilik) (Test-retest): Bir ölçeğin, farklı zamanlarda benzer koşullarda aynı denek grubuna tekrar uygulanmasıdır. Uygulamalar sonucu elde edilen ölçüm değerleri korelasyon katsayısı ve ölçeğin güvenilirlik katsayısını verir (36,45).

Korelasyon katsayısı, iki değişken arasındaki ilişkinin derecesi ve yönü hakkında bilgi verir ve +1 ile -1 arasında bir değerdir. Bir ölçeğin kararlılık gösterdiğinin kabulü için en az 0,70 olması gerekir (45).

İç Tutarlılık (Internal Consistency): Ölçülmesi planlanan bir alanı ölçtüğü varsayılan maddelerin kendi aralarında ne miktarda homojen olduğunun, maddelerin doğru noktalı gösterdiğinin yani yalnızca istenen kavramı ölçüp ölçmediğinin iyi bir

ölçütüdür. Sıkça başvurulur. İç tutarlılığın dayandığı temel görüş, her ölçme aracının, belli bir amacı gerçekleştirmek (bütünü oluşturmak) üzere birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bütün içinde, bilinen ve birbirlerine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımıdır (45).

a) Yarıya Bölme Yöntemi (Split-Half Method): Formun iki eşit parçaya bölünmesiyle, her iki yarının denekler eş zamanlı uygulaması sonrasında alınan puanlar arasındaki korelasyon (yarı testin korelasyon katsayısı), güvenilirlik tahmini yapılmasını sağlar (36). Ölçeğin alt boyutları varsa her boyut kendi içinde bütün kabul edilerek uygulanabilir.

Ölçeğin tamamının güvenilirlik katsayısı için Spearman–Brown formülü uygulanır (30).

b) Kuder-Richardson (KR) Güvenirlik Katsayıları: Kuder-Richardson formülleri, testteki her sorunun aynı değişkeni ölçtüğü varsayımına dayanır. Testin iki yarısı yerine testteki tüm sorular arasındaki tutarlılığın ölçümünü verir ve iç tutarlılık katsayısı olarak adlandırılır (36).

c) Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı: Cronbach alfa katsayısı, ölçekte yer alan k maddenin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır (36).

Hesaplanan katsayı için genel kabul en az 0,70 olmasıdır.

Puanlama Tutarlılığı:

a) Gözlemciler Arası Tutarlılık (Inter-observer Consistency): Birden fazla gözlemcinin, bağımsız olarak, aynı ölçüm aracı ile aynı durumun ölçülmeye çalışıldığı zaman başvuru bir güvenilirlik ölçütüdür.

Bağımsız gözlemciler arası uyum korelasyon, t-testi, özel varyans çözümlemeleri ve Cronbach alfa kullanılarak hesaplanır. %70 ve daha yüksek tutarlılık, güvenilirlik sınaması için uygundur (38).

Tutarlılık yüzdesinin şansa bağlı olduğu zamanlarda kappa katsayısı kullanılır (30).

Kappa katsayısı= gözlenen tutarlılık-beklenen tutarlılık/1- beklenen tutarlılık

Katsayının “0” olması tam uyumsuzluğu gösterirken 1’e yaklaşması uyumun göstergesidir (-1 ise ters uyum) (38).

b) Gözlemciler İçi Tutarlılık (Intra-observer Consistency): İki veya daha fazla gözlemin aynı gözlemci tarafından yapıldığı zaman ölçümler arası tutarlılık yüzdesi kullanılır (38).

2.2.9. Ölçek Geliştirmenin Amacı

Farkındalık gibi soyut kavramların ölçülmesi ve sonuçların değerlendirilmesi için anket ve ölçek gibi araçlar mevcuttur. Bu araçlar ile bilimsel çalışmalarda kullanılmak üzere veri toplayarak ölçme yapılması amaçlanmaktadır. Anketler ile belirli bir amaca yönelik olarak hazırlanmış sorular ile bir konuda bilgi, tutum, davranışların, görüşlerin belirlenerek bir durum saptanması sağlanır ve ölçme yapılmış olunur. Ancak anketler belli standartlarda geliştirilmemiştir. Ölçeklerde ise belirli bir amaç doğrultusunda tutum, davranış, algı, görüşlerin belirlenmesi amacıyla maddeler belirli standarda göre oluşturulup bir durum saptanması sağlanarak ölçümler yapılır. Anket, sembolik bir sayısal veri vermeyen daha çok kişiden kişiye farklı yorumlanabilecek sonuçlar veren araçtır. Ölçek ise, sorulan sorular sonucunda sembolik olarak sayısal bir veri veren ve bu sayısal veri üstünden daha nesnel sonuçlar alınan bir araçtır. Bir konu hakkında yapılacak veri toplama çalışmasından daha nesnel sonuçlar elde etmek, farklı çalışmalardan ortak veri toplamak ve farklı çalışmaların sonuçlarının birbiriyle kıyaslanabilmesi için ölçek daha güvenilir bir veri toplama aracıdır.

Hepatit B’ nin kontrol altına alınabilmesi için farkındalık ve bilgi seviyesinin artması gerekmektedir. Ülkemizde toplumun farkındalık ve bilgi seviyesini değerlendirecek bir ölçek yoktur. Toplumun farkındalık düzeyinin güvenilir bir ölçek ile tetkik edilmesi, kamu spotları ve bilgi broşürleri gibi birçok medyan aracının eksikliklere yönelik olarak hazırlanmasına fayda sağlayacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

İstatistiksel Analiz

Demografik verilerin istatistik değerlendirmesinde kategorik değişkenleri için sayı ve yüzde kullanılırken sürekli değişkenler, alt ölçek ve toplam ölçek puanları için ortalama ve standart sapma kullanıldı. Gruplar arasında alt ölçekler ve toplam ölçek puanı yönünden karşılaştırmalar için Tek Yönlü Varyans analizi ve İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik testi (t test) kullanıldı. Anlamlı Tek Yönlü Varyans Analizi sonrasında ikili karşılaştırma için Tukey tam olarak önemli fark (HSD) post hoc testi kullanıldı. Madde- toplam puan, alt boyut-toplam ve alt boyutların kendi aralarındaki ilişkinin incelenmesinde pearson korelasyon katsayısı kullanıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, grup karşılaştırmaları, korelasyon analizi ve açıklayıcı faktör analizi için SPSS 22, doğrulayıcı faktör analizi için Amos 22 hazır paket programı kullanıldı.

Yöntem

“Hepatit B Farkındalık Ölçeği” geliştirme çalışmasında, çalışmanın örneklemini Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesinde Gastroenteroloji kliniğindeki Hepatit B tanısına sahip 135 kişi oluşturmaktadır. Örneklem hacmi için madde sayısının 5 katı alınarak en az 80 kişi olarak bulundu (46). Toplamda ise 135 kişi ile çalışma planlandı.

Çalışmada Hepatit B Farkındalık ölçeği geliştirilmektedir. Bu amaçla 70 maddenin olduğu bir soru havuzu oluşturuldu. Bu süreçte ölçeğin geçerli olabilmesi için oluşturulan madde havuzu beş Gastroenteroloji uzmanına gönderilerek, ölçeğin kapsam geçerliğini sağlayıp sağlamadığı ortaya kondu. Bu kapsamda soru havuzundaki her bir madde için uzmanlardan alınan gerekli, yararlı ancak yetersiz ve gereksiz derecelmeleri değerlendirilerek kapsam geçerlik oranları elde edildi. Kapsam geçerlik oranı, her bir madde için gerekli yanıtı verenlerin sayısının toplam uzman sayısına oranlanıp bir çıkarılmasıyla elde edilmektedir. 5 uzmanın görüşünden yararlanıldığı için kapsam geçerlik oranı (KGO) değerinin 0,99’ un altında olmaması istenmektedir. Ölçeğin istatistiksel açıdan anlamlı olduğunun bir ölçüsü olan kapsam geçerlik indeksinin (KGI) bulunması için de havuzda kalan maddelerin ortalaması

alınmıştır. Bu değerin de 0,67' nin üzerinde olması istenmektedir (46). KGO değeri 0,99' un üzerinde olan maddeler dikkate alındı. KGO ortalamalarında elde edilen KGİ değeri de 0,67' nin üzerindedir. Dolayısıyla kullanılacak olan ölçeğin “istatistiksel açıdan anlamlı” olduğuna karar verildi (46). Uzmanların önerileri ve eleştirileri de dikkate alınarak maddeler üzerinde düzenlemeler yapıldı. Sonuç olarak 47 maddenin olduğu deneme formu 50 kişilik örneklem grubuna uygulandı.

Birbiri ile ilgili olan maddelerin oluşturduğu bütünü ortaya koymak için, ölçekteki yapı incelendi. Yapı geçerliğini ortaya koymak ve maddelerin faktör yüklerini belirleyerek faktörleşmeyi belirlemek amacıyla açıklayıcı faktör analizi yapıldı. Analiz öncesinde maddeler arasındaki korelasyonları tümel olarak derecelendirmenin ve dolayısıyla faktör analizine uygunluğunun saptanması için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ölçüsü ve maddeler arasında anlamlı ilişkilerin varlığının istatistiksel açıdan tümel olarak ortaya konması için Bartlett testinden yararlanıldı. Çalışma için KMO değeri 0,835 ve Bartlett testi $\chi^2=1071,204$ ($p<0,001$) anlamlı bulundu (46).

Hepatit B Farkındalık Ölçeğine ilişkin deneme formu; “Hepatit B Horizontal Bulaş Boyutu” (13 madde), “Hepatit B Temas ile Bulaş Boyutu” (6 madde), “Hepatit B Genel Bilgi Boyutu” (16 madde), “Hepatit B Korunma Yolları Boyutu” (12 madde) dört alt boyuta sahip olacak şekilde planlandı. Toplam 47 maddeden oluşan deneme formu dört boyutta değerlendirildi. Ölçek puanları her bir madde için “Evet=3” ile “Bilmiyorum/Emin değilim=2” ile ve “Hayır=1” arasında olmak üzere 3'lü likert şeklinde hazırlandı. Çalışmanın sürecine ilişkin bilgilendirme Tablo 3.1' de ve iş akış şeması Şekil 3.1' de yer almaktadır.

Tablo 3.1. Deneme formunun geçerlik-güvenirlik çalışması

Çalışmanın Türü	Yöntem
Geçerlik	
1. Kapsam geçerliği	Uzman görüşü
2. Yapı geçerliği	Faktör analizi
Güvenirlik	
1. Test-Tekrar Test Analizi	Pearson korelasyon analizi
2. Madde Analizi	Pearson korelasyon analizi
3. Deneme Formunun İç Tutarlılığı	Cronbach Alfa katsayısı



Şekil 3.1. Ölçek geliştirme çalışması iş akış şeması

Test-Tekrar Test Analizi

Hepatit B Farkındalık Ölçeğinin güvenilirliğini belirlemek için test tekrar test yöntemi kullanıldı. 50 hastaya iki hafta sonrasında uygulama tekrar yapıldı. Güvenirlik için Pearson Korelasyon katsayısı kullanıldı. 50 hasta ile yapılan çalışmanın devamında iki hafta sonra hastaların 50'sine ölçek tekrardan uygulandı. Yapılan son test çalışması ile elde edilen toplam puanlar ile önceki toplam puanlarının

korelasyonuna bakıldı. Buna göre pearson korelasyon katsayısı ($r=0.986$; $p<0.005$) istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Alt-Üst Grup Güvenirliği

Güvenirlik çalışmasında kullanılan bir yöntem de alt üst %27'lik grupların karşılaştırılarak, gruplar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığı test edilir. Buna göre pilot çalışmada kullanılan 50 üyenin %27 si yaklaşık olarak 14 üye toplam puanları alt ve üst grup olarak karşılaştırılmıştır. Tablo 3.2' de görüldüğü gibi iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) sonucuna göre gruplar arasında anlamlı fark bulundu.

Tablo 3.2 Alt ve Üst %27'lik gruplara ilişkin toplam puan dağılımı

	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	P
Toplam Puan	Alt %27	14	30.43	6.38	13.956	<0.001
	Üst %27	14	45.62	1.77		

Korelasyon Analizi

Analiz öncesinde maddeler arasındaki korelasyonları tümel olarak derecelendirmenin ve dolayısıyla faktör analizine uygunluğunun saptanması için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ölçüsü ve maddeler arasında anlamlı ilişkilerin varlığının istatistiksel açıdan tümel olarak ortaya konması için Bartlett testinden yararlanılmaktadır.

Hepatit B Farkındalık ölçeğinin alt boyutlarıyla bu boyutları oluşturan maddelerin arasındaki ilişkiyi incelemek için madde toplam korelasyon analizi yapıldı. Ayrıca her bir alt boyutun kendi aralarında ve toplam puanla olan korelasyonları da verilmektedir. Genel olarak korelasyonların istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.005$) ve pozitif yönlü bir ilişki gösterdiği görüldü (Bulgular Tablo 4.6).

Puanların Değerlendirilmesi

Hepatit B Farkındalık ölçeğinde toplam 16 madde bulunmaktadır. 3' lü likert tipi bir derecelendirme sunduğu için bu ölçekten alınabilecek en yüksek puan 48 en düşük puan 16' dır. Hepatit B Farkındalık ölçeği alt boyutlarından alınan puanlar yükseldikçe bireyin ilgili boyuta ait özelliklere yüksek düzeyde sahip olduğu söylenebilir. Ölçeğin uygulama süresi yaklaşık 15 dakikadır.

4. BULGULAR

Ölçek geliştirme çalışmasının nihai formuna 135 katılımcı katıldı. Tablo 4.1' e baktığımızda katılımcıların cinsiyet dağılımı %45.9 oranında kadın (n=62), %54.1 oranında erkek (n=73) olarak tespit edildi. Yaş parametresi incelendiğinde en büyük dağılımı 55 kişiyle 51-60 yaş arası kişiler (%40.7) oluşturuyordu. Özellikle seçilmemesine rağmen çalışmada 20 yaş altı kimse yoktu. 21-30 yaş arası 4 kişi (%3), 31-40 yaş arası 19 kişi (%14.1), 41-50 yaş arası 26 kişi (%19.3), 60 yaş üstü 31 kişi (%23) katıldı. Yaşadığı yere göre köyden gelen 34 kişi (%25.2), ilçe merkezinden 46 kişi (%34.1), il merkezinden 55 kişi (%40.7) vardı. Eğitim düzeyi olarak en yüksek katılımcı grubu 111 kişiyle (%82.2) ilk ve ortaokul mezunu kişilerdi. Okuryazar olmayan 10 kişi (%7.4), Lisans ve lisans üstü eğitim alan 14 kişi (%10.4) vardı. Meslek grubundan en yüksek katılımcı grubu 55 kişiyle (%40.7) ev hanımlarıydı. 26 kişiyle (%19.3) çiftçi, 14 kişiyle (%10.4) serbest esnaf, 16 kişiyle (%11.9) işçi, 23 kişiyle (%17) memur, 1 kişiyle (%0,7) öğrenci katılımı oldu. Gelir olarak en büyük grubu 63 kişiyle 1500-3000 TL kazanan kişiler oluşturuyordu. <1500 TL altı geliri olan 24 kişi (%17.8), 3000-4500 TL arası geliri olan 29 kişi (%21.5), >4500 TL geliri olan 19 kişi (%14.1) vardı. Çalışmamıza katılan hastaların 120 kişiyle (%88.9) büyük çoğunluğu evliydi, kalanı 15 kişiyle (%11.1) bekardı. Katılanlardan çocuk sahibi olan 121 kişi (%89.6), çocuğu olmayan 14 kişi (%10.4) vardı.

Kronik hastalığı olmayan 76 kişi (%56.3) iken 59 kişi (%43.7) herhangi bir kronik hastalığı mevcuttu. Kronik hastalığı olanlar için en yüksek grubu 16 kişiyle (%11.9) sadece hipertansiyonu olan grup oluşturuyordu. Daha düşük oranlarda hipertansiyon-diyabet, diyabet-koroner arter hastalığı, hipertansiyon-koroner arter hastalığı ya da diyabet-koroner arter hastalığı-hipertansiyon birlikte bulunun kişiler

oluşturuyordu. Bu hastalıklar dışında hastalığı olan 14 kişi (%10.4) vardı. Hepatit B için ilaç kullanmayan 50 kişi (%37), entekavir kullanan 27 kişi (%20), tenofovir kullanan 40 kişi (%29.9), tenofovir adefenamid fumarat kullanan 18 kişi (%13.3) mevcuttu. Çalışmamızdaki hastalarda HBeAg pozitif hasta yoktu. HBeAg negatif kronik enfeksiyon olan 46 kişi (%34.1), HBeAg negatif kronik hepatit olan 80 kişi (%59.3), geçirilmiş HBV enfeksiyonu olan 9 kişi (%6.7) mevcuttu. Hastalardan 85 kişi tedavi altında (%63), 50 kişi (%37) takip altındaydı. Siroz olan 10 hasta (%7.4), sirozu olmayan 125 (%92.6) hasta vardı.

Tablo 4.1. Demografik değişkenlerin dağılımı (n=135)

Değişkenler		N	%
Cinsiyet	Kadın	62	45.9
	Erkek	73	54.1
Yaş	<20	0	0.0
	21-30	4	3.0
	31-40	19	14.1
	41-50	26	19.3
	51-60	55	40.7
	>60	31	23.0
YaşadığıYer	Köy	34	25.2
	İlçe Merkezi	46	34.1
	İl Merkezi	55	40.7
Eğitim	Okuryazar ve altı	10	7.4
	İlk ve orta	111	82.2
	Üniversite ve üstü	14	10.4
Meslek	Çiftçi	26	19.3
	Serbest esnaf	14	10.4
	Ev hanımı	55	40.7
	İşçi	16	11.9
	Memur	23	17.0
	Öğrenci	1	0.7
Gelir (Türk Lirası)	<1500	24	17.8
	1500-3000	63	46.7
	3000-4500	29	21.5
	>4500	19	14.1
Medeni durum	Bekar	15	11.1
	Evli	120	88.9
Çocuk	Hayır	14	10.4
	Evet	121	89.6
Kronik hastalık	Yok	76	56.3
	Var	59	43.7
Kronik hastalıklar	Yok	76	56.3
	DM	9	6.7
	HT	16	11.9
	KAH	2	1.5
	DM+HT	8	5.9
	DM+KAH	5	3.7
	HT+KAH	2	1.5
	DM+HT+KAH	3	2.2

Tablo 4.1. Demografik değişkenlerin dağılımı (n=135)

	Diğer	14	10.4
İlaç	Yok	50	37.0
	Entekavir	27	20.0
	Tenofovir	40	29.9
	Tenofovir alefenamid fumarat	18	13.3
Hepatit durumu	Hbeag pozitif kronik enfeksiyon	0	0.0
	Hbeag pozitif kronik hepatit	0	0.0
	Hbeag negatif kronik enfeksiyon	46	34.1
	Hbeag negatif kronik hepatit	80	59.3
	Geçirilmiş HBV enfeksiyonu	9	6.7
Tedavi	Tedavi altında	85	63.0
	Takip	50	37.0
Siroz	Yok	125	92.6
	Var	10	7.4

DM: Diabetes Mellitus, HT: Hipertansiyon, KAH: Koroner arter hastalığı

Sorular içerisinde en fazla doğru cevaplanan sorular soru 1 (Hepatit B Türkiye’de önemli bir sağlık sorunudur) 112 kişi (%83), soru 3 (Hepatit B'nin tedavisi mevcuttur) 107 kişi (%79.3), soru 13 (Kuaforlerde kullanılan tırnak makası, manikür, pedikür aletlerinin iyice temizlendikten sonra kullanılması enfeksiyon riskini azaltır) 105 kişi (%77.8), soru 12 (Kan ve kan ürünleri alanlar hepatit açısından taranır) 101 kişi (%74.8) idi.

En fazla yanlış cevap verilen sorular; soru 14 (Dokunma/El sıkışma ile bulaşmaz) 46 kişi (%34.1), soru 15 (Mutfak eşyaları ile bulaşmaz) 51 kişi (%37.8), soru 16 (Aynı kaptan yemek yemekle bulaşmaz) 55 kişi (%40.7) idi. En hakkında fikir sahibi olunmayan sorular ise; soru 2 (Hepatit B' ye virüs sebep olur) 35 kişi (%25.9), soru 5 (Birden çok cinsel eşi bulunan ve cinsel yolla geçen hastalık öyküsü bulunanlar hepatit açısından taranır) 30 kişi (%22.2), soru 9 (Uygun aşılamayla önlenebilen bir hastalıktır) 28 kişi (%20.7) idi.

Tablo 4.2’ de örnek grubunda dahil edilen hastaların maddelere verdikleri yanıtların dağılımı görülmektedir.

Tablo 4.2. Ölçek maddelerinin dağılımı

Maddeler	Hayır		Bilmiyorum		Evet	
	n	%	n	%	n	%
Soru1	10	7,4	13	9,6	112	83,0
Soru2	32	23,7	35	25,9	68	50,4

Tablo 4.2. Ölçek maddelerinin dağılımı

Soru3	12	8,9	16	11,9	107	79,3
Soru4	15	11,1	24	17,8	96	71,1
Soru5	27	20,0	30	22,2	78	57,8
Soru6	34	25,2	22	16,3	79	58,5
Soru7	26	19,3	20	14,8	89	65,9
Soru8	33	24,4	25	18,5	77	57,0
Soru9	24	17,8	28	20,7	83	61,5
Soru10	22	16,3	15	11,1	98	72,6
Soru11	32	23,7	20	14,8	83	61,5
Soru12	20	14,8	14	10,4	101	74,8
Soru13	15	11,1	15	11,1	105	77,8
Soru14	46	34,1	12	8,9	77	57,0
Soru15	51	37,8	13	9,6	71	52,6
Soru16	55	40,7	13	9,6	67	49,6

Yapı Geçerliği

Hastanın 47 maddelik deneme formu oluşturulduktan sonra ve 50 kişilik örneklem grubuna uygulandıktan sonra KMO değeri 0,835 ve Bartlett testi $\chi^2=1071,204$ ($p<0,001$) anlamlı bulundu (46).

Hepatit B ile ilgili mevcut literatür taranarak ilk etapta 70 maddelik soru havuzu oluşturuldu. 70 maddelik soru havuzu, uzman görüşü sonrası kapsam geçerlik oranı yöntemi kullanarak 47 soruya düşürülmüştür. 47 sorunun olduğu deneme formu 50 kişiye uygulanmıştır. Uygulama sonrasında açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yardımıyla maddelere ilişkin faktör yükünün 0.30' un altında olan maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Dolayısıyla 16 soru üzerinden analize devam edilmiştir. Açıklayıcı faktör analizi sonrasında yamaç eğim grafiği ve özdeğerler incelenerek ölçeğin, özdeğeri 1'in üzerinde olan 4 faktör altında toplandığı ve 4 faktörün açıkladığı varyansın %67.234 olduğu görülmüştür. Elde edilen faktör yük değerleri Tablo 4.3' te verilmektedir.

Tablo 4.3. Ölçeğe ilişkin faktör yük değerleri

Madde	Yön	Faktörler ve Yükleri (Varimax Rotasyon)							
		Faktör 1		Faktör 2		Faktör 3		Faktör 4	
		Hepatit B Horizontal Bulaş Boyutu		Hepatit B Temas ile Bulaş Boyutu		Hepatit B Genel Bilgi Boyutu		Hepatit B Korunma Yolları Boyutu	
		AFA	DFA	AFA	DFA	AFA	DFA	AFA	DFA
Soru8	+	0,814	0,767						
Soru11	+	0,731	0,833						
Soru12	+	0,699	0,646						
Soru6	+	0,675	0,659						
Soru13	+	0,672	0,712						
Soru15	+			0,949	0,969				
Soru16	+			0,929	0,896				
Soru14	+			0,904	0,821				
Soru3	+					0,584	0,478		
Soru1	+					0,870	0,651		
Soru4	+					0,647	0,875		
Soru2	+					0,471	0,581		
Soru7	+							0,809	0,722
Soru10	+							0,677	0,611
Soru5	+							0,526	0,717
Soru9	+							0,457	0,697

Tablo 4.3. Ölçeğe ilişkin faktör yük değerleri

Özdeğer		5,484	2,707	1,533	1,034
Açıklanan Varyans	Toplam %67,234	34,274	16,917	9,583	6,460
Madde Sayısı	Toplam 16	5	3	4	4
Maksimum- Minimum Puanları	Toplam Minimum=16 Maksimum=48	Minimum=5 Maksimum=15	Minimum=3 Maksimum=9	Minimum=4 Maksimum=16	Minimum=4 Maksimum=16
Cronbach α	Tüm Ölçek 0,831	0,842	0,923	0,700	0,781

AFA: açıklayıcı faktör analizi. DFA: Doğrulamalı faktör analizi

Tablo 4.4’ de Cronbach alfa değerlerinin yorumlanması görülmektedir. Buna göre Tablo 4.3’ deki sınırlar incelendiğinde, Faktör 1 ve Faktör 2 boyutunun yüksek derecede güvenilir olduğu, Faktör 3 ile Faktör 4 boyutlarının ise oldukça güvenilir olduğu, ölçeğin tamamı için ise yüksek derecede güvenilir olduğu görülmektedir.

Tablo 4.4. Cronbach α değerine ilişkin güven sınırları

Cronbach α Değeri	Yorum
$0.00 \leq \alpha < 0.40$	Güvenilir değil
$0.40 \leq \alpha < 0.60$	Düşük güvenilirlikte
$0.60 \leq \alpha < 0.80$	Oldukça güvenilir
$0.80 \leq \alpha < 1.00$	Yüksek derecede güvenilir

Tablo 4.5’ de açıklayıcı faktör analizi sonrası özdeğeri 1’ in üstünde çıkan 4 boyut ve bu boyuttaki maddeler görülmektedir.

Tablo 4.5. Viral Hepatit Farkındalık Ölçeğine ait maddeler ve alt boyutların adlandırılması

Madde No	Madde	Alt Boyut
Soru8	Dövme(kalıcı vücut boyası) ve piercing(vücut küpesi) yaptıranlar hepatit açısından taranır.	Hepatit B Horizontal Bulaş Boyutu
Soru11	HbsAg pozitif kişiler ile cinsel temasta bulunan kişiler hepatit açısından taranır.	
Soru12	Kan ve kan ürünleri alanlar hepatit açısından taranır.	
Soru6	Kulak deldirme sırasında bulaşabilir.	
Soru13	Kuaförlerde kullanılan tırnak makası, manikür, pedikür aletlerinin iyice temizlendikten sonra kullanılması enfeksiyon riskini azaltır.	
Soru15	Mutfak eşyaları ile bulaşmaz.	Hepatit B Temas ile Bulaş Boyutu
Soru16	Aynı kaptan yemek yemekle bulaşmaz.	
Soru14	Dokunma/El sıkışma ile bulaşmaz.	
Soru3	Hepatit B'nin tedavisi mevcuttur.	Hepatit B Genel Bilgi Boyutu
Soru1	Hepatit B Türkiye’de önemli bir sağlık sorunudur.	
Soru4	Hepatit B enfeksiyonu sonucunda organ nakli (karaciğer) gerekebilir.	

Tablo 4.5. Viral Hepatit Farkındalık Ölçeğine ait maddeler ve alt boyutların adlandırılması

Soru2	Hepatit B'ye virüs sebep olur.	Hepatit B Korunma Yolları Boyutu
Soru7	Cinsel ilişki ile bulaşabilir.	
Soru10	Ailesinde Hepatit B olanlar risk altındadır.	
Soru5	Birden çok cinsel eşi bulunan ve cinsel yolla geçen hastalık öyküsü bulunanlar hepatit açısından taranır.	
Soru9	Uygun aşılamayla önlenebilen bir hastalıktır.	

Hepatit B Farkındalık ölçeğinin alt boyutlarıyla bu boyutları oluşturan maddelerin arasındaki ilişkiyi incelemek için madde toplam korelasyon analizi ve her bir alt boyutun kendi aralarında ve toplam puanla olan korelasyonları incelendi. Genel olarak korelasyonların istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,005$) ve pozitif yönlü bir ilişki gösterdiği Tablo 4.6' da yer gösterilmiştir.

Tablo 4.6. Madde-Toplam, Alt Boyut-Toplam ve Boyutlar Arasındaki Korelasyon Analizi

Madde	Madde-Toplam Korelasyonu (r)	Alt Boyut-Toplam Korelasyonu (r)	Boyutlar	Boyutlar Arası Korelasyon Matrisi			
				F1	F2	F3	F4
Soru8	0,658*	0,800*	F1	1	-	-	-
Soru11	0,661*						
Soru12	0,571*						
Soru6	0,584*						
Soru13	0,675*						
Soru15	0,315*	0,357*	F2	-0,099	1	-	-
Soru16	0,354*						
Soru14	0,328*						
Soru3	0,432*	0,708*	F3	0,480*	0,062	1	-
Soru1	0,616*						
Soru4	0,579*						
Soru2	0,464*						
Soru7	0,610*	0,801*	F4	0,667*	-0,011	0,478*	1
Soru10	0,600*						
Soru5	0,625*						
Soru9	0,653*						

r: Pearson korelasyon katsayısı *: Anlamlı korelasyonlar

Ölçek alt boyutları puan dağılımı incelendiğinde; Hepatit B Horizontal Bulaş Boyutu (F1)' nda toplam 15 puan üzerinden 12.3 puan alındığı, Hepatit B Temas ile Bulaş Boyutu (F2)' nda toplam 9 puan üzerinden 6.47 puan alındığı, Hepatit B Genel Bilgi Boyutu (F3)'nda toplam 12 puan üzerinden 10.33 puan alındığı, Hepatit B Korunma Yolları Boyutu (F4)' nda toplam 12 puan üzerinden 9.84 puan alındığı Tablo 4.7' de görülmektedir.

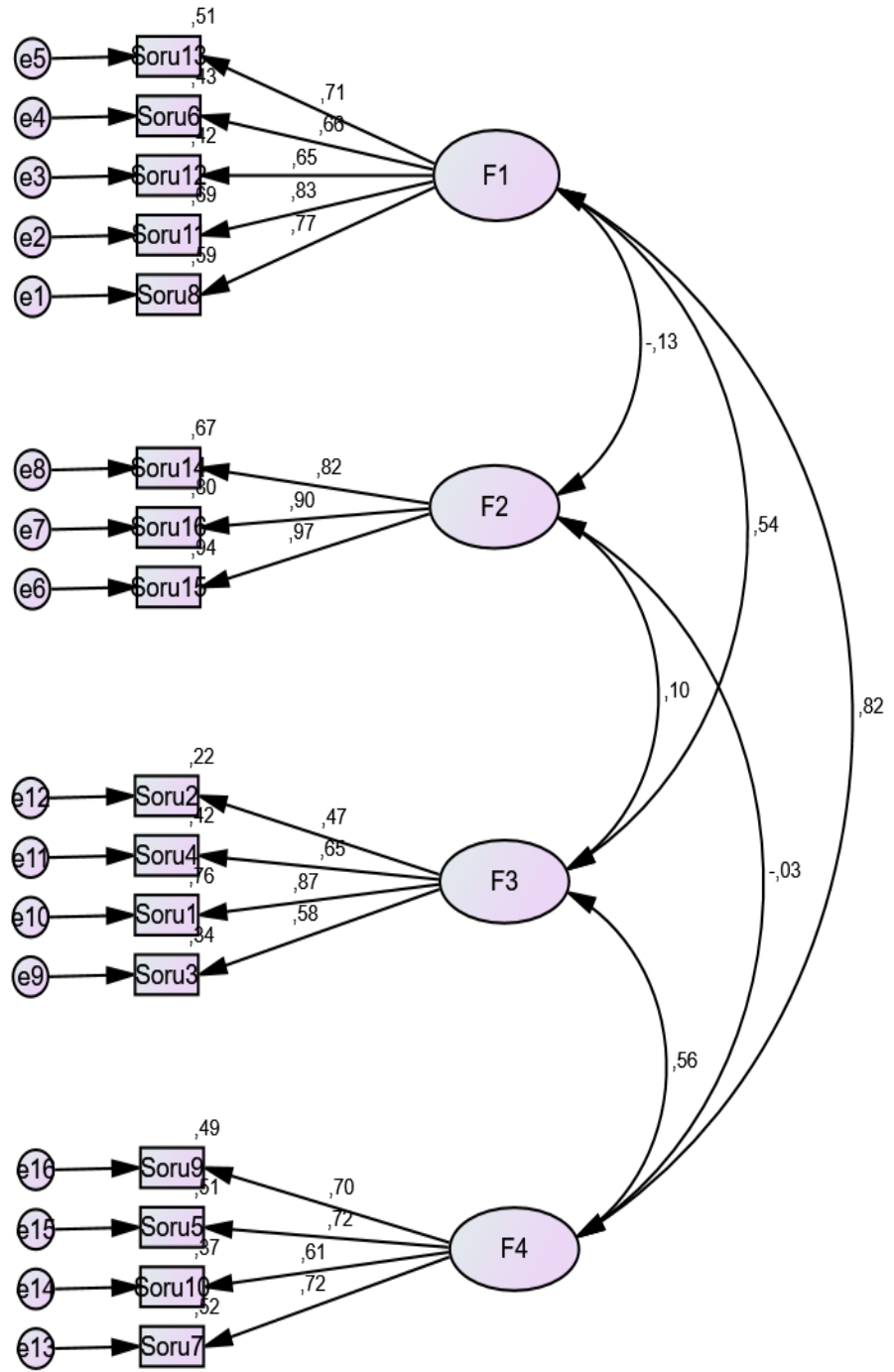
Tablo 4.7. Alt ölçek, toplam puan dağılımı

Madde	Boyutlar	İstatistik	
		Ortalama	Standart Sapma
Soru8	F1	12.30	3.11
Soru11			
Soru12			
Soru6			
Soru13			
Soru15	F2	6.47	2.63
Soru16			
Soru14			
Soru3	F3	10.33	1.98
Soru1			
Soru4			
Soru2			
Soru7	F4	9.84	2.44
Soru10			
Soru5			
Soru9			
Toplam		38.94	6.78

Doğrulayıcı Faktör Analizi

Hepatit B Farkındalık Ölçeği' nin doğrulayıcı faktör analizi, açıklayıcı faktör analizinin yapıldığı 135 hastanın oluşturduğu örnekleme gerçekleştirilmiştir. 4 alt boyuttan oluşacak şekilde kurulan teorik yapıdan DFA sonuçları elde edilmektedir (Ki-kare=156,859; sd=98; $p < 0,001$; $\chi^2/df = 156,859/98 = 1,60$; RMSEA=0,067; SRMR=0,1). Modelin veriye uyumunun ölçüleri olan χ^2/df ve RMSEA değerleri için kabul edilebilir değer aralığı, $2 \leq \chi^2/df \leq 3$ ve RMSEA için 0,06 ve 0,08 arası kabul edilebilir bir uyum göstergesidir. SRMR, 0 ile 1 aralığında değer alır. SRMR değeri 0' a yaklaştıkça iyi uyum belirtecektir. Dolayısıyla kurulan model veriye uyum sağlamaktadır. Path diyagramı Şekil 4.1' de verilmiştir (47,48).

(RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation; SRMR: Standardized Root Mean Square Residual)



Şekil 4.1. Çalışmaya ilişkin doğrulayıcı faktör analizi path diyagramı

Çalışmamızda ölçek toplam puanı demografik değerlerde karşılaştırma yapıldığında istatistiksel olarak kadınların (%40.1) erkeklere (%37.8) göre ortalama daha yüksek oranda doğru cevaplar verildiği görüldü ($p=0.047$). Yaş açısından en yüksek doğru cevap oranı %43 ile 31-40 yaş arası kişilerdeydi. Kişilerin yaşadığı yer ile doğru cevap oranları arasında anlamlı fark saptanmadı. Eğitim seviyesindeki farklılıklar, istatistiki olarak anlamlı çıkmasa da eğitim düzeyi en iyi grup yani üniversite ve üstü eğitim alan grup diğerlerine göre daha yüksek doğru cevap yüzdelere (%41.7) sahipti. Gelir düzeyi ile doğru cevap oranı arasında anlamlı ilişki saptanmasa da en yüksek cevap oranı %41.7 ile en yüksek geliri >4500 TL olan gruptaydı. Kronik hastalığa sahip olmak ile olmamak arasında toplam puan açısından anlamlı farklılık yoktu. Bununla birlikte en yüksek doğru cevap oranı (%43) ile sadece KAH, (%40) ile DM+KAH, (%42,5) ile HT+KAH da idi. İlaçlar arasında en yüksek toplam puan alan grup %40 ile Tenofovir kullanan hastalardı. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. HBeAg negatif kronik enfeksiyon ve kronik hepatit olan hastalar arasında farkındalık açısından fark yoktu, fakat geçirilmiş HBV enfeksiyonu olan hastaların farkındalığının daha az olduğu görüldü. Tedavi altında olmak veya olmamak arasında, siroz olan veya olmayan hastalar arasında fark yoktu (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Ölçek toplam puanının demografik değişkenler yönünden karşılaştırması

Değişkenler		n	Toplam Ort±SS	t veya F	p
Cinsiyet	Kadın	62	40,19±5,5	4,007	0,047
	Erkek	73	37,88±7,57		
Yaş	<20	0	.±.	2,174	0,075
	21-30	4	39,75±1,71		
	31-40	19	43,05±4,2		
	41-50	26	38,38±5,66		
	51-60	55	38,27±7,62		
	>60	31	37,97±7,08		
Yaşadığı Yer	Köy	34	37,71±7,16	0,760	0,470
	İlçe Merkezi	46	39,26±6,85		
	İl Merkezi	55	39,44±6,5		
Eğitim	Okuryazar ve altı	10	38,5±4,43	1,316	0,272
	İlk ve orta	111	38,63±6,88		
	Üniversite ve üstü	14	41,71±7,08		

Tablo 4.8. Ölçek toplam puanının demografik değişkenler yönünden karşılaştırması

Meslek	Çiftçi	26	37,31±8,16	2,021	0,095
	Serbest esnaf	14	37,93±6,5		
	Ev hanımı	55	40,15±5,27		
	İşçi	16	36±8,21		
	Memur	23	40,50±6,81		
Gelir	<1500	24	40,04±5,95	2,166	0,095
	1500-3000	63	37,63±6,99		
	3000-4500	29	39±6,87		
	>4500	19	41,79±6,24		
Medeni Durum	Bekar	15	39,33±7,34	0,056	0,813
	Evli	120	38,89±6,73		
Çocuk	Hayır	14	38,86±6,84	0,002	0,961
	Evet	121	38,95±6,8		
Kronik Hastalık	Yok	76	39,46±6,46	1,023	0,314
	Var	59	38,27±7,16		
Kronik Hastalıklar	Yok	76	39,46±6,46	1,541	0,149
	DM	9	33,11±9,02		
	HT	16	40,13±5,34		
	KAH	2	43±1,41		
	DM+HT	8	37,5±7,75		
	DM+KAH	5	40±2,12		
	HT+KAH	2	42,5±0,71		
	DM+HT+KAH	3	32,67±10,97		
	Diğer	14	39,21±7,4		
İlaç	Yok	50	39,32±6,98	2,505	0,062
	Entekavir	27	37,04±8,1		
	Tenofovir	40	40,63±4,72		
	Tenofovir alefenamid fumarat	18	36,35±6,97		
Hepatit Durumu	HbeAg pozitif kronik enfeksiyon	0	.±.	2,256	0,109
	HbeAg pozitif kronik hepatit	0	.±.		
	HbeAg negatif kronik enfeksiyon	46	39,41±7,17		
	HbeAg negatif kronik hepatit	80	39,08±6,06		
	Geçirilmiş HBV enfeksiyonu	9	34,33±9,31		
Tedavi	Tedavi altında	85	38,61±6,65	0,347	0,557
	Takip	50	39,32±6,98		

Tablo 4.8. Ölçek toplam puanının demografik değişkenler yönünden karşılaştırması

Siroz	Yok	125	38,98±6,89	0,382	0,538
	Var	10	37,6±4,84		

*:İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t testi) kullanıldı. Diğer grup karşılaştırmaları için Tek Yönlü Varyans Analizi kullanıldı. (ab):Kolon olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir. DM: Diabetes Mellutus, HT: Hipertansiyon, KAH: Koroner arter hastalığı

F1 alt boyutu ile demografik bilgiler arasındaki ilişki incelendiğinde, gelir düzeyi ($p= 0.035$) ve kullanılan ilaç durumu ($p=0,007$) istatistiksel açıdan anlamlı çıkmıştı. F1 boyutunda demografik bilgilerden cinsiyet faktöründe anlamlı farklılık yoktu. Yaşa göre dağılım incelendiğinde 31-40 yaş aralığındaki hastalarda daha yüksek puan (13.5) alındığı görüldü. Yaşadığı yere göre anlamlı farklılık saptanmadı. Yine eğitim düzeyinde anlamlı farklılık olmasa da beklendiği üzere 13.06 puan ile üniversite ve üstü eğitim alan grubun ortalama puan değeri daha yüksekti. Meslek dağılımında ortalama 12.42 puan ile ev hanımlarının daha yüksek puan aldığı görüldü. Gelir düzeyinde artışla doğru cevaplama orantılı olmasa da en yüksek ortalama puan 4500 TL üstü geliri olan grupta idi. Medeni durum ve çocuk sahibi olmak gibi durumlarla puan ortalamaları arasında istatistik anlamlılık gözlemlenmedi. Kronik hastalığı olmayanlar, olanlara göre sorulara daha doğru yanıt verdi. Hepatit B tedavi almayan ve tenofovir alanlar diğerlerine göre daha yüksek ortalama puana sahiplerken en düşük ortalama puanı alan tenofovir adefenamid fumarat kullanan kişilerdi. Hepatit durumu içinde Hbeag negatif kronik hepatit ve enfeksiyonlu kişiler aralarında anlamlı fark yoktu. Hepatit B tanılı tedavi almayan takip hastaları, tedavi altında olanlara göre daha yüksek ortalama puana sahipti. Siroz varlığı ile yokluğu arasında ortalama puan açısından anlamlı farklılık izlenmedi (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Alt boyut F1 puanının demografik değişkenler yönünden karşılaştırması

Değişkenler		n	F1	t veya F	p
			Ort±SS		
Cinsiyet	Kadın	62	12,53±3,08	0,619	0,433
	Erkek	73	12,11±3,13		
Yaş	<20	0	.±.	1,906	0,113

Tablo 4.9. Alt boyut F1 puanının demografik değişkenler yönünden karşılaştırması

	21-30	4	13±2,83		
	31-40	19	13,95±1,9		
	41-50	26	12,27±2,84		
	51-60	55	12,11±3,27		
	>60	31	11,58±3,43		
Yaşadığı Yer	Köy	34	11,88±3,32	0,427	0,653
	İlçe Merkezi	46	12,39±2,96		
	İl Merkezi	55	12,49±3,13		
Eğitim	Okuryazar ve altı	10	11,3±3,37	2,386	0,096
	İlk ve orta	111	12,2±3,14		
	Üniversite ve üstü	14	13,86±2,18		
Meslek	Çiftçi	26	12,19±2,8	0,823	0,513
	Serbest esnaf	14	11,57±3,61		
	Ev hanımı	55	12,42±3,01		
	İşçi	16	11,56±3,74		
	Memur	24	13,08±2,92		
Gelir	<1500 (ab)	24	12,42±2,36	2,959	0,035
	1500-3000 (a)	63	11,95±3,33		
	3000-4500 (a)	29	11,76±3,43		
	>4500 (b)	19	14,16±1,89		
Medeni Durum	Bekar	15	12,13±2,85	0,050	0,823
	Evli	120	12,33±3,15		
Çocuk	Hayır	14	12,14±2,98	0,042	0,839
	Evet	121	12,32±3,13		
Kronik Hastalık	Yok	76	12,63±3,03	1,952	0,165
	Var	59	11,88±3,18		
Kronik Hastalıklar	Yok	76	12,63±3,03	1,178	0,318
	DM	9	10,11±3,86		
	HT	16	12,62±2,7		
	KAH	2	14±1,41		
	DM+HT	8	11,37±3,11		
	DM+KAH	5	11,6±4,22		
	HT+KAH	2	14±1,41		
	DM+HT+KAH	3	10±4,58		
	Diğer	14	12,36±2,79		
İlaç	Yok (a)	50	12,84±2,96	4,238	0,007
	Entekavir (ab)	27	11,89±3,2		
	Tenofovir (a)	40	12,8±2,65		
	Tenofovir alefenamid fumarat (b)	18	10,06±3,53		

Tablo 4.9. Alt boyut F1 puanının demografik değişkenler yönünden karşılaştırması

Hepatit Durumu	Hbeag pozitif kronik enfeksiyon	0	.±.	1,314	0,272
	Hbeag pozitif kronik hepatit	0	.±.		
	Hbeag negatif kronik enfeksiyon	46	12,85±3,02		
	Hbeag negatif kronik hepatit	80	12,05±3,08		
	Geçirilmiş hbv enfeksiyonu	9	11,44±3,68		
Tedavi	Tedavi altında	85	11,95±3,16	2,586	0,110
	Takip	50	12,84±2,96		
Siroz	Yok	125	12,39±3,11	1,854	0,176
	Var	10	11±2,91		

*:İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t testi) kullanıldı. Diğer grup karşılaştırmaları için Tek Yönlü Varyans Analizi kullanıldı. (ab):Kolon olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir. DM: Diabetes Mellutus, HT: Hipertansiyon, KAH: Koroner arter hastalığı.

Tablo 4.10' da görüldüğü üzere, F2 boyutunda gelir düzeyi ($p=0.030$) ve kullanılan ilaca göre ($p=0.003$) ilaç kullanımı istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştı. Cinsiyet farklılığı ile ortalama puan arasında istatistiki olarak anlamlı fark izlenmedi. Yaş dağılımına baktığımızda ortalama puan dağılımı 7.79 puan ile 31-40 yaş arası grup vermişti. Yaşadığı yer ve eğitim düzeyi açısından gruplarda anlamlı fark izlenmedi. Meslek grupları içerisinde en yüksek ortalama puanı 7.5 puan ile memur grubu aldı. Gelir düzeyindeki artışla doğru cevaplama orantılı değildi ancak 3000-4500 TL arası ve 1500 TL altı geliri olanlar istatistiki olarak anlamlı bulundu. Medeni durum, çocuk sahibi olmak ve kronik hastalığa olmak arasında anlamlı fark yoktu. Kronik hastalıklar içinde birçok hastalığa sahip olan DM+HT+KAH grubu 4.67 puan ile en düşük ortalama puan alan gruptu. İlaçlar içinde tenofovir alefenamid fumarat (7.82 puan) ve tenofovir (7.1 puan) kullananlar en yüksek ortalama puanı alan gruplardı. En düşük ortalama puanı alan grup, 5.3 puan ile entekavir kullanan kişilerdi. Tedavi altında veya takip altında olan hastalar arasında anlamlı farklılık yoktu. Siroz tanılı grup 7.6 puan ile siroz tanısı olmayanlara göre daha yüksek ortalama puan değerine sahipti.

Tablo 4.10. Alt boyut F2 puanının demografik değişkenler yönünden karşılaştırması

Değişkenler		n	F2 Ort±SS	t veya F	p
Cinsiyet	Kadın	62	6,34±2,73	0,270	0,604
	Erkek	73	6,58±2,55		
Yaş	<20	0	.±.	0,739	0,567
	21-30	4	6,75±2,63		
	31-40	19	6,79±2,59		
	41-50	26	5,69±2,75		
	51-60	55	6,55±2,64		
	>60	31	6,74±2,57		
Yaşadığı Yer	Köy	34	6,29±2,66	0,391	0,677
	İlçe Merkezi	46	6,3±2,66		
	İl Merkezi	55	6,71±2,62		
Eğitim	Okuryazar ve altı	10	6,7±2,75	0,171	0,843
	İlk ve orta	111	6,41±2,65		
	Üniversite ve üstü	14	6,79±2,52		
Meslek	Çiftçi	26	6,35±2,61	2,279	0,064
	Serbest esnaf	14	7,14±2,57		
	Ev hanımı	55	6,27±2,73		
	İşçi	16	5,19±2,48		
	Memur	23	7,5±2,23		
Gelir	<1500 (b)	24	7,29±2,1	3,067	0,030
	1500-3000 (a)	63	5,84±2,73		
	3000-4500 (b)	29	7,28±2,45		
	>4500 (ab)	19	6,26±2,75		
Medeni Durum	Bekar	15	6,47±2,75	0,001	0,999
	Evli	120	6,47±2,62		
Çocuk	Hayır	14	6,36±2,73	0,027	0,825
	Evet	121	6,48±2,63		
Kronik Hastalık	Yok	76	6,55±2,66	0,185	0,668
	Var	59	6,36±2,61		
Kronik Hastalıklar	Yok	76	6,55±2,66	0,509	0,848
	DM	9	6,11±2,42		
	HT	16	6,75±2,72		
	KAH	2	9±0		
	DM+HT	8	5,88±2,8		
	DM+KAH	5	6,4±2,61		
	HT+KAH	2	6±4,24		
	DM+HT+KAH	3	4,67±2,89		

Tablo 4.10. Alt boyut F2 puanının demografik değişkenler yönünden karşılaştırması

	Diğer	14	6,36±2,68		
İlaç	Yok (ab)	50	6,08±2,6	4,806	0,003
	Entekavir (a)	27	5,3±2,67		
	Tenofovir (b)	40	7,1±2,5		
	Tenofovir alefenamid fumarat (b)	18	7,82±2,04		
Hepatit Durumu	Hbeag pozitif kronik enfeksiyon	0	.±.	1,424	0,244
	Hbeag pozitif kronik hepatit	0	.±.		
	Hbeag negatif kronik enfeksiyon	46	6,15±2,6		
	Hbeag negatif kronik hepatit	80	6,73±2,61		
	Geçirilmiş hbv enfeksiyonu	9	5,44±2,83		
Tedavi	Tedavi altında	85	6,67±2,64	1,568	0,213
	Takip	50	6,08±2,6		
Siroz	Yok	125	6,35±2,65	2,093	0,150
	Var	10	7,6±2,17		

*:İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t testi) kullanıldı. Diğer grup karşılaştırmaları için Tek Yönlü Varyans Analizi kullanıldı. (ab):Kolon olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir. DM: Diabetes Mellutus, HT: Hipertansiyon, KAH: Koroner arter hastalığı.

Tablo 4.11 incelendiğinde, F3 boyutunda cinsiyet değişkeni (p=0.002) ve meslek grubu değişkeni (p=0.008) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kadınların erkeklere göre 10.9±1.68 ortalama puan değeri ile daha yüksek puana sahip olduğu görüldü. İstatistiksel olarak anlamlı çıkmasa da yaş değişkenine göre 31-40 yaş arası katılımcılar, 11.21±0.85 ortalama puan ile en yüksek puan alan grup olarak tespit edildi. Yaşadığı yer ve eğitim düzeyinde anlamlı fark yoktu. Meslek olarak serbest esnaf ve ev hanımları diğer gruplara göre daha yüksek ortalama puan aldı. Gelir düzeyi, medeni durum, çocuk sahibi olma, kronik hastalık açısından baktığımızda katılımcıların ortalama puanları açısından anlamlı fark görülmedi. Kronik hastalıklar içinde en yüksek ortalama puan alan grup 12±0 puan ile HT+KAH tanılı gruptu. İlaçlar içinde tenofovir alefenamid fumarat kullananlar 9.94±2.11 puan ile en düşük puan alan gruptu. Hepatit durumu değişkeni açısından istatistiki olarak anlamlı sonuç elde edilmedi. Tedavi ve siroz durumu değişkenlerinde anlamlı sonuç görülmedi.

Tablo 4.11. Alt boyut F3 puanının demografik değişkenler yönünden karşılaştırması

Değişkenler		n	F3 Ort±SS	t veya F	p
Cinsiyet	Kadın	62	10,9±1,68	10,426	0,002
	Erkek	73	9,84±2,1		
Yaş	<20	0	.±.	1,545	0,193
	21-30	4	9,25±3,2		
	31-40	19	11,21±0,85		
	41-50	26	10,5±1,56		
	51-60	55	10,16±2,29		
	>60	31	10,06±1,95		
Yaşadığı Yer	Köy	34	10,35±1,47	0,554	0,576
	İlçe Merkezi	46	10,54±2,01		
	İl Merkezi	55	10,13±2,23		
Eğitim	Okuryazar ve altı	10	10,5±1,51	0,042	0,958
	İlk ve orta	111	10,32±2,01		
	Üniversite ve üstü	14	10,29±2,16		
Meslek	Çiftçi (a)	26	9,58±2,06	3,575	0,008
	Serbest esnaf (ab)	14	10,79±0,89		
	Ev hanımı (b)	55	10,96±1,68		
	İşçi (ab)	16	9,81±2,34		
	Memur (ab)	23	9,75±2,31		
Gelir	<1500	24	10,46±1,64	0,418	0,740
	1500-3000	63	10,22±2,04		
	3000-4500	29	10,17±2,33		
	>4500	19	10,74±1,63		
Medeni Durum	Bekar	15	10,13±2,42	0,159	0,691
	Evli	120	10,35±1,93		
Çocuk	Hayır	14	10,21±2,64	0,254	0,615
	Evet	121	10,34±1,9		
Kronik Hastalık	Yok	76	10,25±1,97	0,796	0,607
	Var	59	10,42±2		
Kronik Hastalıklar	Yok	76	10,25±1,97	0,761	0,469
	DM	9	9,11±2,42		
	HT	16	10,56±1,5		
	KAH	2	11±1,41		
	DM+HT	8	10,63±2,77		
	DM+KAH	5	11±1		
	HT+KAH	2	12±0		
	DM+HT+KAH	3	10±2		

Tablo 4.11. Alt boyut F3 puanının demografik değişkenler yönünden karşılaştırması

	Diğer	14	10,57±2,14		
İlaç	Yok	50	10,28±2,02	1,004	0,393
	Entekavir	27	10±2,22		
	Tenofovir	40	10,73±1,69		
	Tenofovir alefenamid fumarat	18	9,94±2,11		
Hepatit Durumu	Hbeag pozitif kronik enfeksiyon	0	.±.	0,761	0,469
	Hbeag pozitif kronik hepatit	0	.±.		
	Hbeag negatif kronik enfeksiyon	46	10,2±2,07		
	Hbeag negatif kronik hepatit	80	10,46±1,9		
	Geçirilmiş HBV enfeksiyonu	9	9,67±2,29		
Tedavi	Tedavi altında	85	10,33±1,97	0,023	0,881
	Takip	50	10,28±2,02		
Siroz	Yok	125	10,29±2	0,224	0,636
	Var	10	10,6±1,84		

*:İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t testi) kullanıldı. Diğer grup karşılaştırmaları için Tek Yönlü Varyans Analizi kullanıldı. (ab):Kolon olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir. DM: Diabetes Mellitus, HT: Hipertansiyon, KAH: Koroner arter hastalığı.

F4 alt boyutu ortalama puanı ve demografik bilgiler arasındaki ilişki incelendiğinde, cinsiyet değişkeninde kadınlar ($p=0.011$), meslek değişkeninde ev hanımı ($p=0.021$) ve hepatit durumu değişkeninde HBeAg negatif kronik enfeksiyonu olanlar ($p=0.022$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı çıkmasa da yaş değişkenine göre 31-40 yaş arası katılımcılar 11.11 ± 1.2 ortalama puan ile en yüksek puan alan gruptu. Yaşadığı yere değişkeni köy olan grup en düşük ortalama puanı aldı (9.18 ± 2.52). Meslek değişkeni olarak en yüksek ortalama puan alan gruplar ev hanımı (10.49 ± 1.88) ve memurdu (10.17 ± 2.2), en düşük puanı alan grup ise serbest esnaflar (8.43 ± 3.23) idi. Gelir düzeyi değişkeninde 10.63 ± 1.98 puan ile en yüksek ortalama puan alan grup 4500 TL ve üstü geliri olanlardı. Medeni durum ve çocuk sahibi olma açısından baktığımızda bekar ve çocuk sahibi olmayan kişiler daha yüksek ortalama puana sahipken istatistiki açıdan anlamlı sonuç elde edilmedi. İlaç değişkeninde, ilaç kullanmayan grup 10.12 ± 2.61 puan ve tenofovir kullanan grup 10 ± 2.06 puan ile diğerlerine göre daha yüksek ortalama puan aldı. Hepatit durumu değişkeni içinde HBeAg negatif kronik enfeksiyonlu katılımcıların ortalama puanı,

10.22±2.55 puan ile istatistiki olarak anlamlı bulundu. Tedavi ve siroz durumu değişkenlerinde anlamlı sonuç görülmedi (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Alt boyut F4 puanının demografik değişkenler yönünden karşılaştırması

Değişkenler		n	F4 Ort±SS	t veya F	p
Cinsiyet	Kadın	62	10,42±1,99	6,651	0,011
	Erkek	73	9,36±2,68		
Yaş	<20	0	.±.	1,910	0,113
	21-30	4	10,75±1,89		
	31-40	19	11,11±1,2		
	41-50	26	9,92±2,38		
	51-60	55	9,45±2,64		
	>60	31	9,58±2,57		
Yaşadığı Yer	Köy	34	9,18±2,52	1,743	0,179
	İlçe Merkezi	46	10,02±2,42		
	İl Merkezi	55	10,11±2,37		
Eğitim	Okuryazar ve altı	10	10±2,16	1,234	0,295
	İlk ve orta	111	9,71±2,48		
	Üniversite ve üstü	14	10,79±2,15		
Meslek	Çiftçi (ab)	26	9,19±2,62	3,000	0,021
	Serbest esnaf (a)	14	8,43±3,23		
	Ev hanımı (b)	55	10,49±1,88		
	İşçi (ab)	16	9,44±2,8		
	Memur (ab)	23	10,17±2,2		
Gelir	<1500	24	9,88±2,13	0,843	0,473
	1500-3000	63	9,62±2,56		
	3000-4500	29	9,79±2,66		
	>4500	19	10,63±1,98		
Medeni Durum	Bekar	15	10,6±1,72	1,630	0,204
	Evli	120	9,75±2,5		
Çocuk	Hayır	14	10,14±1,99	0,233	0,630
	Evet	121	9,81±2,49		
Kronik Hastalık	Yok	76	10,03±2,3	0,968	0,327
	Var	59	9,61±2,6		
Kronik Hastalıklar	Yok	76	10,03±2,3	1,342	0,229
	DM	9	7,78±3,27		
	HT	16	10,19±2,32		
	KAH	2	9±1,41		

Tablo 4.12. Alt boyut F4 puanının demografik değişkenler yönünden karşılaştırması

	DM+HT	8	9,63±2,92		
	DM+KAH	5	11±1		
	HT+KAH	2	10,5±2,12		
	DM+HT+KAH	3	8±4		
	Diğer	14	9,93±2,27		
İlaç	Yok	50	10,12±2,61	1,954	0,124
	Entekavir	27	9,85±2,4		
	Tenofovir	40	10±2,06		
	Tenofovir alefenamid fumarat	18	8,53±2,6		
Hepatit Durumu	HbeAg pozitif kronik enfeksiyon	0	.±.	3,933	0,022
	HbeAg pozitif kronik hepatit	0	.±.		
	HbeAg negatif kronik enfeksiyon (a)	46	10,22±2,55		
	HbeAg negatif kronik hepatit (b)	80	9,84±2,22		
	Geçirilmiş HBV enfeksiyonu (b)	9	7,78±2,95		
Tedavi	Tedavi altında	85	9,65±2,33	1,142	0,287
	Takip	50	10,12±2,61		
Siroz	Yok	125	9,94±2,42	3,784	0,054
	Var	10	8,4±2,27		

*:İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t testi) kullanıldı. Diğer grup karşılaştırmaları için Tek Yönlü Varyans Analizi kullanıldı. (ab):Kolon olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir. DM: Diabetes Mellitus, HT: Hipertansiyon, KAH: Koroner arter hastalığı.

5. TARTIŞMA

Demografik verilere dikkat edildiğinde HBeAg pozitif kronik enfeksiyon ve kronik hepatit hastası olmamasıdır. Bu durum ülkemizde mevcut durum olan KHB' li hastaların büyük bir kısmının HBeAg negatif enfeksiyon veya kronik hepatit B olması durumu ile uyumludur. 9 katılımcı ise geçirilmiş Hepatit B hastasıdır. Örnek grubumuz içinde erkekler kadınlara göre çoğunlukta idi. En büyük yaş dağılımı grubu 51-60 yaş arası kişilerdi. Özellikle seçilmemesine rağmen çalışmada 20 yaş altı katılımcı yoktu. Ülkemizde hepatit b aşılama programının 1998 de başladığı göz önüne alındığında genç nüfusta Hepatit B olmaması aşılama programındaki başarıyı ve ileriki yıllarda hepatit B nin eliminasyon olasılığını öngörmektedir. İl merkezinden gelen hasta sayısı kırsal bölgeye göre fazlaydı. Eğitim düzeyi olarak en yüksek katılımcı grubu ilk ve ortaokul mezunu kişilerdi. Meslek grubundan en yüksek katılımcı grubu ev hanımlarıydı.

Çalışmamızda ölçek toplam puanı demografik değerlerde karşılaştırma yapıldığında istatistiksel olarak kadınların, erkeklere göre ortalama daha yüksek oranda doğru cevaplar verildiği görüldü ($p=0,047$). Ayrıca F3 ve F4 alt boyutunda da kadınların erkeklere göre daha yüksek oranda doğru cevap verdiği görüldü.

Bizim çalışmamızda olduğu gibi 715 Vietnam asıllı Amerikan ile yapılan bir çalışmada, kadınların hepatit B hakkındaki duyumları (%86) erkeklerden (%76) önemli ölçüde daha fazlaydı (49).

Benzer şekilde Türkiye'de yapılan 626 katılımcısı olan üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, Cinsiyet değişkenine göre "Hepatit B Enfeksiyonu Bilgi Formu" toplam puanı arasındaki fark incelendiğinde, cinsiyet değişkeninin bilgi sorularına doğru cevap verme oranı yönünden önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Hepatit B bilgi düzeyi puanlarının kız öğrencilerde daha yüksek olduğu saptanmıştır (50).

Buna karşı Hollanda'da yapılan 355 Türk asıllı göçmenin katıldığı bilgi ve farkındalığı araştıran bir çalışmada, erkekler HBV' nin daha az farkında olma

eğiliminde olmasına rağmen, farkındalık ve bilgi açısından erkekler ve kadınlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0.08$) (51).

Ülkemizde kadınların daha az eğitilmiş ve iş hayatında daha az yer almalarına karşın Hepatit B ile ilgili daha yüksek farkındalık sahip oldukları görülmektedir. Bu durum ülkemizde temel sağlık hizmetlerinin iyi olması ve günümüzde kamu bilgilendirmelerinin daha iyi olması ile açıklanabilir. Kadınların erkeklere oranla sağlık hizmet sunumuna daha çok başvurmaları da bu bulguyu açıklayabilir.

Bizim çalışmamızda istatistiksel olarak yaş grupları arasında fark yoktu ancak yaş açısından en yüksek doğru cevap oranı 31-40 yaş arası kişilerdeydi. Bizim çalışmamıza benzer olarak Malezya'da 764 kişiyle yapılan bir çalışmada 35-44 yaş arası katılımcılar, genel popülasyona göre 1.5 kat daha iyi bilgiye sahip oldukları tespit edilmiştir (52).

Yine farklı olarak Hollanda yapılan çalışmada 26-30 yaş grubu tüm yaş gruplarının toplamına göre %55 oranında 6 ve daha fazla maddeyi doğru puanlayarak biraz daha fazla bilgiye sahip olmasına rağmen yaş grupları arasında farkındalık ve bilgi açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (51)

715 Vietnam asıllı ile yapılan çalışmada ise, yaşlı bireylerin, genç bireylere göre hepatit B'yi duyma olasılığı daha yüksek bulunmuştur ($p = 0,009$) (49).

Yaptığımız çalışmanın toplam puan üzerinde değerlendirmesi yapıldığında katılımcıların yaşadığı yerle doğru cevap oranları arasında anlamlı fark saptanmadı.

Bizim çalışmamızdan farklı olarak Pakistan'ın kırsal bölgelerinde yapılan çalışmalarda bilgi ve farkındalığın bu nüfus grubunda düşük olduğu tespit edilmiştir. Ali ve arkadaşları, 80 katılımcılı bir araştırma yapmışlar ve Faisalabad' ın kırsal nüfusunun %78,8' inin viral hepatitten habersiz olduğunu bildirmiştir (53). Başka bir çalışmada Asif ve arkadaşları Nowshera' nın kırsal nüfusunun sadece %17,6'sının Hepatit B ve C'nin bir virüs tarafından bulaştığını farkında olduğunu bildirmiştir (54). Talpur ve arkadaşlarının yaptığı 500 katılımcılı diğer bir çalışmada, Nawabshah bölgesindeki cerrahi hastalarda HBV ve HCV' ye karşı önemli bilgi eksikliği ve kötü tutum olduğunu tespit edilmiştir (55).

Eğitim seviyesinde farklılıklar anlamlı farklılıklar yaratmasa da eğitim düzeyi en iyi grup yani üniversite ve üstü eğitim alan grup diğerlerine göre daha yüksek doğru cevap yüzdelerine sahipti.

Bizim çalışmamızdaki sonuçlara benzer olarak, 1013 katılımcıyla yapılan Britanya Kolumbiyası' da yaşayan Asya kökenlilerin HBV bilgisinin değerlendirildiği çalışmada, genç yaş ($p = 0.014$) ve yüksek eğitim düzeyinin ($p < 0.0001$) daha yüksek bilgi seviyesi ile ilişkili olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (56).

Çalışmamızdaki bulguları destekleyen, Malezya'daki çalışmanın sonucunda yüksek lisans derecesine sahip olmak, iyi bilgi için en güçlü faktör olarak tespit edildi (52).

Vietnam asıllı göçmenler ile yapılan araştırmada da bilgi puanları eğitim düzeyi ile ilişkili bulunmuştur ($p = 0.02$). 11 puanlık bilgi ölçeğinde, eğitim düzeyi 12 yıldan az olanlarda ortalama bilgi puanı 6.3, 12 yıllık eğitimi olanlarda 6.7 ve daha fazla eğitime sahip olanlarda 7.0 idi (49).

Kronik HBV hastalarıyla ilgili yapılan çalışmada da lise altı eğitime sahip bireylerde HBV farkındalığı anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (57).

Meslek gruplarında en yüksek doğru cevaplayanlar ev hanımı (%40) ve memurlar (%40) idi. Gelir düzeyi ile doğru cevap oranı arasında anlamlı ilişki saptanmasa da en yüksek cevap oranı %41,7 ile en yüksek geliri >4500 TL olan gruptaydı.

Çalışmamıza benzer olarak 2019 yılında Malezya'da yapılan bir çalışmada, yüksek aylık gelir düzeyi ile iyi bilgi arasında ilişki saptanmıştır (52).

Yine Amerika merkezli 68 kronik HBV tanılı hasta üzerinde yapılan araştırmada hem HBV hem de HCV enfeksiyonu farkındalığının, yüksek eğitim ve hane geliri olan kişilerde daha yüksek olma eğiliminde olduğu gösterilmiştir (57).

Bekar ve evli olmak, çocuk sahibi olmak ya da olmamak arasında hepatit B farkındalık açısından fark yoktu.

Bizim çalışmamızın aksine Rajamoorthy ve arkadaşları, evli katılımcıların, evli olmayan katılımcılara kıyasla yaklaşık olarak iki kat daha iyi bir farkındalığa sahip olduğunu tespit etmişlerdi (52).

Kronik hastalığa sahip olmak ile olmamak arasında doğru cevaplama açısından fark yoktu. Bununla birlikte en yüksek doğru cevap oranı (%43) ile sadece KAH, (%40) ile DM+KAH, (%42,5) ile HT+KAH da idi. İstatistiki olarak anlamlı çıkmasa da ilaçlar arasında en bilinçli grup %40 ile Tenofovir kullanan hastalardı.

HBeAg negatif kronik enfeksiyon ve kronik hepatit olan hastalar arasında farkındalık açısından fark yoktu, fakat geçirilmiş HBV enfeksiyonu olan hastaların farkındalığının daha az olduğu görüldü. Tedavi altında olmak veya olmamak arasında, siroz olan veya olmayan hastalar arasında fark yoktu.

Çalışmamızda 16 anket sorumuz verilen cevaplar değerlendirildiğinde istatistiksel olarak 4 boyuta ayrılıyordu. Bunlardan F1 boyutunda Hepatit B horizontal bulaşı ile ilgili sorular yer aldı. Ölçeğimizin bu boyutunda dövme piercing gibi uygulamalar, HBV pozitif kişilerle temas, kan ve kan ürünleriyle bulaş, kulak deldirme, kuaförler-güzellik salonlarında kullanılan araçlarla bulaş gibi parametreler katılımcılara soruldu. F1 boyutunda katılımcıların ortalama puanı 15 puan üzerinden 12.3 idi. Genel olarak yüksek bulundu.

Bu sorulara verilen cevaplarda demografik veriler ele alındığında gelir düzeyi ve ilaç kullanım değişkeni istatistiksel açıdan anlamlı çıktı.

F1 boyutunda meslekler içinde beklenmedik şekilde ev hanımlarının daha doğru cevaplar verdiği görüldü. Bunun durumun sebebi internet ve televizyon gibi bilgilendirme araçlarına ulaşım için daha çok zamana sahip olmaları kaynaklı olarak düşünüldü. Medeni durum, çocuk sahibi olmak arasında anlamlı fark yoktu. Kronik hastalığı olmayanlar olanlara göre sorulara daha doğru yanıt verdi.

Gelir düzeyinde artışla doğru cevaplama orantılı olmasa da beklenildiği üzere en yüksek doğru cevap verenler 4500 TL üstü geliri olanlar oldu ve istatistiki olarak anlamlı bulundu. İlaç kullanımı değişkeninde istatistiki olarak Tenofovir kullanan katılımcılarda anlamlı sonuç elde edildi ($p=0.007$). Bu bulgu gözönüne alındığında

toplam ölçek puanlarında fark olmasa da bu boyutta gelir düzeyi yüksek kişilerin dövme, piercingi kan ürünleri bulaş gibi konularda daha fazla bilgi sahibi oldukları görüldü. Topluma yönelik eğitim ve kamu spotlarında özellikle Hepatit B'nin bu tip bulaş yolları ile ilgili bilgilendirmeye ağırlık verilmesi gerekmektedir. Bu boyutta ilaç kullanımında ise tenofovir kullananların daha yüksek oranda bilgi sahibi olmaları ilginç ve beklenmeyen bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durumun daha yüksek hasta sayılı ölçek uygulamaları ile teyit edilmesi gerekmektedir. Biz bu bulgunun tedadüfi olarak çıktığını düşünmekyeyiz Klinik olarak tenofovir, entekavir ve tenfovir aleanamid kullanan hastalar arasında gözlemlediğimiz bir fark bulunmamaktadır.

Pakistan merkezli çalışmalar incelendiğinde bu boyutla ilgili puanların düşük olduğu görülmüştür. Nasim ve arkadaşları, Pakistan Karaçi'de kolej kızları arasında viral hepatit hakkındaki bilgileri değerlendirmek için anket temelli bir çalışma yapmışlar ve katılımcıların %57'sinin hepatit B virüsünün bulaşması hakkında bilgisi olmadığını göstermiştir (58).

Chaudry ve arkadaşları, İslamabad'daki berberlerin %97.4'ünün her müşteri için yeni bıçak kullandığını, ancak bunların sadece %38'inin HBV ve HCV enfeksiyon yolları hakkında bilgisi olduğunu bildirdi (59). Bizim anket uyguladığımız katılımcıların %77.8'i kuaförlerde kullanılan araç geçerlerle bulaş olabileceği sorusuna doğru cevap verdi. Yine Pakistan'da yürütülen başka bir çalışmada Ravalpindi ve İslamabad'daki berberlerin %39.6'sı Hepatit B ve hepatit C'nin viral hastalıklar olduğunu, %90.7'si hepatitin bıçak paylaşımı yoluyla yayılabileceğini, %26.6'sı kansere yol açabileceğini ve %47,8'i HBV aşısının olduğunu bildikleri tespit edilmiştir (60).

Pakistan verileriyle korelasyon gösteren şekilde 2018 yılındaki Kore asıllı göçmenlerle ilgili yapılan bir çalışmadaki katılımcıların, HBV bulaşma yolları hakkındaki bilgileri düşük bulunmuştur. Katılımcıların sırasıyla sadece %48,6, %23.3 ve %20.6'sı HBV'nin kan/enfekte iğneler, cinsel temas ve doğum yoluyla bulaşabileceğinin farkında olduğu bildirilmiştir (61).

Kamerun’da yapılan 163 sağlık çalışanı katılımıyla yapılan başka çalışmada ise katılımcıların çođu, HBV ile bulaşma yolları olarak kontamine iđne (%96), cinsel ilişki (%96), anneden çocuğa bulaşma (%96) ve kan transfüzyonu (%99) ile yaralanmayı doğru bir şekilde tanımlamıştır(62). Fakat alışma belirli eğitim düzeyi ve bilgisi olan bir gruba yapıldığı için oranların bu kadar yüksek bulunduğu dűřünüldü.

Bu dűřünceyi destekler nitelikte Eni ve arkadaşlarının Nijerya’ da yaptığı 768 katılımcılı bir anket çalışmasında, bulaş yollarına ilişkin bilginin genel olarak zayıf olduğu, vücut sıvılarının, cinsel ilişki ve kişisel eşyaların Hepatit B bulaşma yolları olduğunu bilenlerin oranının sırasıyla %56.5, %35.4 ve %31.4 olduğu tespit edilmiştir (63).

2010 yılında yapılan toplumsal farkındalık ve bilginin değerlendirildiği Hong Kong merkezli bir çalışmada bulaşma şekli hakkında bilgi ile ilgili olarak, anneden bebeğe bulaş ve kan teması ile bulaş sırasıyla katılımcıların %67’ si ve %65’ i tarafından doğru olarak bilinmiştir. Katılımcıların %44’ ü cinsel temas, %41’ i tıraş bıçağı veya diř fırçasını paylaşımı ile bulaşın olabileceğini belirtmiştir. Ankete katılanların yalnızca yaklaşık üçte biri (%37), dövme veya piercingin virűsü yayabileceğini belirtmiştir (64).

Taylor ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadaki katılımcılar, cinsel ilişki sırasında bulaş olabilir (%69), diş fırçası paylaşılarak yayılabilir (%72), tıraş bıçağı paylaşılarak yayılabilir (%63) şeklinde doğru cevap vermişlerdir (49).

Türkiye’deki Üniversite öđrencileri ile yapılan bir anket çalıřmasında, Hepatit B virűsünün kontaminasyonunu önlemeye yönelik olarak öđrencilerin %83.4’ ü (n=522) delici-kesici iřlemler konusunda dikkatli olduđunu, %16.6’ sı (n=104) ise bu konuda özel bir dikkat göstermediđini bildirmiřtir. Olası Hepatit B virűsünün kontaminasyonunu önleme konusunda öđrencilerin %82.4’ ü (n=516) kas içi/damar içi enjeksiyon yaptırırken dikkatli olduđunu, %17.6’ sı (n=110) ise bu konuda özel bir dikkat göstermediđini bildirmiřtir (50).

Kim ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık ve Beslenme Sınavı Anketi 2013-2016 verilerinde, ABD’ de 0.59 milyon yetişkine karşılık gelen kronik HBV’ li 68 kişiye (%0.3) anket uygulanmış ve HBV

enfeksiyonu farkındalığının %33.9 [%95 CI: 16.7-51.1] olduğu, bunun da kronik HBV' li yaklaşık 0.39 milyon yetişkinin hastalıklarının farkında olmadığını gösterdiği yorumuna varılmıştır (57).

Dört boyutumuzdan biri olan F2 boyutunda Hepatit B temas ile ilgili sorular yer alıyordu. Ölçeğimizin bu boyutunda baktığımızda dokunma el sıkışma ile bulaşma, aynı kaptan yemekle ve mutfak eşyaları ile bulaş soruları vardı. F2 boyutunda katılımcıların ortalama puanı 9 puan üzerinden 6,4 idi.

Bu boyutta baktığımızda yine gelir düzeyi ve ilaç kullanımı istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştı. Kadın ve erkek cinsiyet değişkeni arasında anlamlı fark yoktu. Yaşa baktığımızda oranlar birbirine yakın olsa da en yüksek doğru cevabı yine 31-40 yaş arası grup vermişti.

Gelir düzeyinde artışla doğru cevaplama orantılı değildi en düşük puanı alan grup 1500-3000 TL geliri olan gruptu ve istatistik olarak anlamlı bulundu.

İlaçlar içinde tenofovir alefenamid fumarat ve ve tenofovir kullananalar diğerlerine göre daha çok doğru yanıt verdi. Katılımcılar içerisinde entekavir kullanımı olanlar en düşük ortalama puanı aldı ve istatistiki olarak bu sonuç anlamlı bulundu. Yine F1 boyutunda benzer bir sonuç çıkması nedeni ile bu bulgunun geniş hasta sayısı ile doğrulanması gerektiğini düşünmekteyiz.

Bu bulgu bize özellikle Hepatit B hastalarının toplumdan gereksiz yere soyutlanma eğilimi olduğunu göstermektedir. Eğitim planlamalarında özellikle bu konuya eğilmek gerektiği düşünmekteyiz Hepatit b hastalarının genel hijyen kurallarına dikkat edildiği takdirde aynı ortamda bulunma aynı ortamda çalışma gibi temel haklarından mahrum bırakılmamaları gerekmektedir.

Bizdekini destekler nitelikte 296 katılımcıyla yapılan bir çalışmada, katılımcıların %28.7'si yanlış olarak HBV' nin mutfak eşyalarının paylaşılması yoluyla bulaşabileceği şeklinde cevap vermiştir (61). Benzer şekilde Hong Kong' da yapılan çalışmada, ankete katılanların çoğunluğu (%73), virüsün kontamine deniz ürünleri yiyerek bulaşabileceğine dair yanlış bir inanca sahipti (64).

715 katılımcıyla yapılan başka bir çalışmada ise, katılımcılar el ele tutuşarak yayılmaz (%75), diş fırçasını paylaşarak yayılabilir (%72), tıraş bıçağını paylaşarak yayılabilir (%63) şeklinde cevap vermişlerdir. Hepatit B' nin enfekte bir kişi tarafından hazırlanan yiyecekleri yemekle (%36) veya öksürmekle (%31) yayılmadığını bilen sayısı düşük bulunmuştu (49).

Hislop ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, ankete katılanların yalnızca %26'sı, enfekte bir kişiyle yiyecek veya mutfak eşyaları paylaşarak HBV' nin bulaşamayacağını biliyordu (65).

Diğer bir boyutumuz olan F3 boyutu Hepatit B ile ilgili genel bilgi soruları yer aldı. Ölçeğimizin bu boyutunda Hepatit B' ye virüs mü sebep olur, enfeksiyon sonucu karaciğer nakli gerekebilir mi, önemli bir sağlık sorunu mudur, tedavisi var mıdır gibi parametreler katılımcılara soruldu. Bu boyuta baktığımızda cinsiyet ve meslek grupları istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu bulundu.

Meslek değişkeni içerisinde ev hanımları en yüksek puana sahipti. Bununla uyumlu olarak kadın olmak da anlamlı bulundu. Bu sonuçlardan genel bilgi boyutunda ev hanımlarının daha yüksek farkındalığa sahip olduğu görüldü. Toplum genelinde daha yüksek eğitim ve gelir seviyesine sahip olan erkeklerin, ev hanımlarına göre düşük puan alması şaşırtıcı bir sonuçtu. Çoğu televizyon kanalının sabah yayın kuşağında yer alan sağlık ile ilgili programlar sonuçların bu şekilde olmasında önemli bir rol oynamış olabilir.

F3 boyutunda katılımcıların ortalama puanı 12 puan üzerinden 10,3 idi.

Pakistan Haydarabat' daki kadın doğum ve jinekoloji kliniğinde yapılan başka bir ankette, kadınların çoğunun (%67,76) HBV' nin viral bir hastalık olduğunu bildiğini, %75,20' sinin karaciğeri etkilediğini, %33,88' inin enfekte kan yoluyla bulaşabileceğine inandığını göstermiştir (66).

296 katılımcılı bir çalışmada, katılımcıların %93,2' si HBV' yi bir karaciğer hastalığı olarak biliyordu. Bununla birlikte, tarama ve HBV enfeksiyonunun yaşam boyu sonucu hakkında düşük düzeyde bir anlayışa sahipti (62).

2010 yılında yapılan Hong Kong merkezli çalışmada, kronik HBV enfeksiyonunun komplikasyonları ile ilgili olarak, yanıt verenlerin %78' i HBV enfeksiyonunun karaciğer sirozuna yol açabileceğinin farkındaydı. Karaciğer kanserine ilerleme ve karaciğer yetmezliği, yanıt verenlerin sırasıyla %72 ve %71' i tarafından doğru olarak cevaplanmıştı (64).

Lun Yau ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, katılımcıların %76,8' i (778/1013) “makul” düzeyde HBV bilgisi gösterdi. Bireylerin düşük bir oranı, HBV' nin kronik hastalığa (%61), siroza (%62) ve hepatosellüler karsinoma (%62) yol açabileceğinin farkındaydı (56).

Son boyutumuz olan F4 boyutunda Hepatit B Korunma Yolları ilgili sorular yer alıyordu. Ölçeğimizin bu boyutunda Hepatit B cinsel ilişkiyle bulaş, aile içi bulaş, aşılamayla önlenmesi ile ilgili sorular yer alıyordu, bu boyuta baktığımızda cinsiyet, meslek ve hepatit durumu değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

İstatistiksel olarak anlamlı çıkmasa da beklenildiği üzere yaş değişkenine baktığımızda 31-40 yaş arası katılımcıların ve gelir değişkenine baktığımızda 4500 TL üstü geliri olanların doğru cevap oranları daha yüksekti. Benzer şekilde eğitim yüzeyi üniversite ve üzeri olan grupta da daha fazla doğru cevap oranı görüldü. Medeni durum ve çocuk sahibi olma açısından baktığımızda bekar ve çocuk sahibi olmayan kişiler daha doğru yanıt verdiler.

Beklenilenin aksine F3 boyutuna bezer şekilde bu boyutta da meslek değişkeni içerisinde ev hanımları ve cinsiyet değişkeninin de kadınlar anlamlı olarak en yüksek ortalama puana sahipti.

Hepatit durumu içinde HBeAg negatif kronik enfeksiyonlu katılımcıların ortalama puanı istatistiki olarak anlamlı bulundu. Bunun sebebi olarak kronik enfeksiyonlu kişilerin Hepatit B komplikasyonlarından çekindikleri için korunmaya daha dikkat ettikleri düşünüldü. Aynı zamanda bu kişilerin sıklıkla hastanede takip edilmelerinden dolayı daha fazla bilgi sahibi olabilecekleri düşünüldü. Bu durumlar ilişkili olarak takip altında olan katılımcılar, tedavi altındaki katılımcılara göre daha yüksek ortalama puan aldı.

F4 boyutunda katılımcıların ortalama puanı 12 puan üzerinden 9,8 idi.

Hollanda’da yaşayan Türk asıllı katılımcılarla yapılan çalışmada, HBV' nin bulaşması ve önlenmesi hakkında bilgi orta düzeydeyken, HBV' nin ciddi sonuçları hakkında özellikle çok az bilgi sahibi olduğu tespit edildi (51).

Taylor ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, tüm anket katılımcılarının dörtte üçünden fazlası, hepatit B'nin doğum sırasında (%83) ve sağlıklı görünen ve hisseden biri tarafından (%78) yayılabileceğini bildiği tespit edilmiştir (49).

Hislop ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, ankete katılanların çoğunluğu HBV' nin kan testleri ile teşhis edilebileceğini (%84) ve HBV' nin aşı ile önlenilebileceğini (%71) biliyordu, ancak sadece %53' ü HBV' nin etkili tedavisinden haberdardı(65).

Türkiye’deki lise öğrencilerine yapılan anket çalışmasında, Hepatit B konusunda sorulan sorularda, en çok doğru yanıt verilen ifadeler incelendiğinde, öğrencilerin 200 (%53,9)’ünün “Kan yoluyla bulaşır”, 189 (%50,9)’unun “Hastalıktan korunmaya yönelik aşısı var”, 182 (%49,1)’inin “Hepatit B’de taşıyıcılık var”, 169 (%45,6)’unun “Hamilelikte anneden bebeğe bulaşır”, 168 (%45,3)’inin “Cinsel ilişkiyle bulaşır” ifadelerine “Doğrudur” yanıtını vererek; 192 (%51,8)’inin “Bulaşıcı değil” ifadesine “Yanlıştır” diyerek doğru yanıt verdiği belirlenmiştir (67).

6. SONUÇ

Genel olarak ülkemizde Hepatit B hastalarının hastalık hakkında makul düzeyde bilgi sahibi oldukları gözlemlendi. Kadınların daha fazla bilgi sahibi olmaları, toplum genelinde erkeklerin daha eğitilmiş ve daha yüksek gelir düzeyine sahip olmalarına rağmen daha az bilgi sahibi olmaları bizim çalışmamızın ilginç bir bulgusuydu. Tüm boyutlar ve genel olarak toplam boyutlara bakıldığında bilgi sahibi olma oranları nispeten diğer ülkelere göre yüksekti. Bu ölçek Hepatit B' li hastalarda uygulandığı için normal popülasyona göre yüksek çıktığı düşünülmektedir. Çünkü hastalar takip altında olsalar da tedavi altında olsalar da rutin bir şekilde hastane polikliniklerine geldikleri ve bu sayede de bilgi düzeylerinin artabileceği düşünülmüştür. Kimi boyutlarda gelir düzeyi yüksek olanlarda farkındalık yüksek olsa da genel olarak eğitim ve gelir düzeyinin farkındalıkta çok etkisi olmadığı görüldü. Yine bu durumun ülkemizde verilen yaygın sağlık hizmeti ve sağlık hizmetlerine diğer gelişmemiş ülkelere oranla daha kolay ulaşabilmelerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Özellikle Hepatit B Temas ile Bulaş Boyutu olan F2 boyutunda düşük puan görülmesi Hepatit B li hastaların gereksiz yere toplumdan dışlanmaları veya çalışma hayatından uzak kalma olasılığını gösterebilir. Eğitim programlarında özellikle bulaş yolları konusunda ayrıntılı bilgi verilmesi bu durumu ortadan kaldırabilir. Genç nüfusta neredeyse hiç Hepatit B görülmemesi ve birebir bir karşılaştırma olmamasına karşın toplam ölçek puanlarının yüksek olması sevindirici bir gelişmedir.

Geliştirdiğimiz bu farkındalık ölçeğinin Türkiye'de herhangi bir popülasyonda yapılabilecek farkındalık araştırmalarında ölçek olarak kullanılabileceğini düşünmekteyiz. Bu ölçeğin normal kişilere uygulanıp farkındalık düzeyinin belirlenmesi ülkemizdeki Hepatit B ve buna bağlı komplikasyonların önlenmesi açısından yararı olabilir

7. KAYNAKLAR

1. Ozacar T, Sayiner A. Hepatit B Virüsü. In: Topcu AW, Soyletir G, Doganay M, editors. Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi. 4. Ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2017: 1670-1686.
2. Tseng TC, Huang LR. Immunopathogenesis of Hepatitis B Virus. J Infect Dis 2017; 216: S765-S770.
3. You CR, Lee SW, Jang JW ve ark. Update on hepatitis B virus infection. World J Gastroenterol 2014; 20: 13293-13305.
4. Trépo C, Chan HL, Lok A. Hepatitis B virus infection. The Lancet 2014; 384: 2053-2063.
5. Tozun N, Ozdogan O, Cakaloglu Y ve ark. Seroprevalence of hepatitis B and C virus infections and risk factors in Turkey: a fieldwork TURHEP study. Clin Microbiol Infect 2015; 21: 1020-1026.
6. Ağca H. Hepatit B Virüs Serolojisi. In: Altındış M, Tabak F, editors. Hepatit Mikrobiyolojisi. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2015: 76-82.
7. WHO. Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016–2021: towards ending viral hepatitis. 2016.
8. Burns GS, Thompson AJ. Viral hepatitis B: clinical and epidemiological characteristics. Cold Spring Harb Perspect Med 2014; 4: a024935.
9. Toy M, Önder FO, Wörmann T ve ark. Age-and region-specific hepatitis B prevalence in Turkey estimated using generalized linear mixed models: a systematic review. BMC infectious diseases 2011; 11: 1-12.
10. Dane DS, Cameron CH, Briggs M. Virus-like particles in serum of patients with Australia-antigen-associated hepatitis. Lancet 1970; 1: 695-698.
11. Hu J, Liu K. Complete and Incomplete Hepatitis B Virus Particles: Formation, Function, and Application. Viruses 2017; 9: 56.
12. Tsukuda S, Watashi K. Hepatitis B virus biology and life cycle. Antiviral Res 2020; 182: 104925.
13. Trépo C, Chan HL, Lok A. Hepatitis B virus infection. Lancet 2014; 384: 2053-2063.
14. Mantzoukis K, Rodríguez-Perálvarez M, Buzzetti E ve ark. Pharmacological interventions for acute hepatitis B infection. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017.
15. European Association For The Study Of The Liver. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. Journal of hepatology 2017; 67: 370-398.
16. Terrault NA, Bzowej NH, Chang KM ve ark. AASLD guidelines for treatment of chronic hepatitis B. Hepatology 2016; 63: 261-283.
17. Liu SH, Seto WK, Lai CL ve ark. Hepatitis B: treatment choice and monitoring for response and resistance. Expert Rev Gastroenterol Hepatol 2016; 10: 697-707.
18. Emery JS, Feld JJ. Treatment of hepatitis B virus with combination therapy now and in the future. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology 2017; 31: 347-355.
19. Ghany MG. Current treatment guidelines of chronic hepatitis B: the role of nucleos(t) ide analogues and peginterferon. Best practice & research Clinical gastroenterology 2017; 31: 299-309.

20. Liver EAFTSOT. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *Journal of hepatology* 2017; 67: 370-398.
21. Kim V, Abreu R, Nakagawa D ve ark. Pegylated interferon alfa for chronic hepatitis B: systematic review and meta-analysis. *Journal of viral hepatitis* 2016; 23: 154-169.
22. Arends JE, Lieveld FI, Ahmad S ve ark. New viral and immunological targets for hepatitis B treatment and cure: a review. *Infectious diseases and therapy* 2017; 6: 461-476.
23. Marcellin P, Bonino F, Yurdaydin C ve ark. Hepatitis B surface antigen levels: association with 5-year response to peginterferon alfa-2a in hepatitis B e-antigen-negative patients. *Hepatology international* 2013; 7: 88-97.
24. Marcellin P, Lau GK, Bonino F ve ark. Peginterferon alfa-2a alone, lamivudine alone, and the two in combination in patients with HBeAg-negative chronic hepatitis B. *New England Journal of Medicine* 2004; 351: 1206-1217.
25. Lau GK, Piratvisuth T, Luo KX ve ark. Peginterferon Alfa-2a, lamivudine, and the combination for HBeAg-positive chronic hepatitis B. *New England Journal of Medicine* 2005; 352: 2682-2695.
26. Li W-c, Wang M-r, Kong L-b ve ark. Peginterferon alpha-based therapy for chronic hepatitis B focusing on HBsAg clearance or seroconversion: a meta-analysis of controlled clinical trials. *BMC infectious diseases* 2011; 11: 1-13.
27. WHO. Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. 2015.
28. Schillie S, Vellozzi C, Reingold A ve ark. Prevention of hepatitis B virus infection in the United States: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Recommendations and Reports* 2018; 67: 1.
29. Wilkins T, Zimmerman D, Schade RR. Hepatitis B: diagnosis and treatment. *American family physician* 2010; 81: 965-972.
30. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Nobel Yayıncılık, Ankara 2002.
31. Deniz KZ. The adaptation of psychological scales. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2007; 40: 1-16.
32. DeVellis RF. Scale Development Theory and Applications Second Edition: SAGE Publications International Educational and Professional Publisher; 2003: 60-96.
33. Ekici F, Ekici E, Ekici FT ve ark. Öğretmenlere yönelik bilişim teknolojileri öz-yeterlik algısı ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2012; 31: 53-65.
34. Malhotra NK. Questionnaire Design and Scale Development. *Chapter 5*.
35. Taşkın Ç, Akat Ö. Araştırma Yöntemlerinde Yapısal Eşitlik Modelleme. Bursa: Ekin Yayınevi; 2010: 16-26.
36. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde geçerlik ve güvenirlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 30: 211-216.
37. Büyüköztürk Ş. Veri Analizi El Kitabı. 5. baskı Ed. Ankara: Pegem Yayınları; 2005: 1-182.
38. Öksüz E, Malhan S. Sağlığa bağlı yaşam kalitesi kalitemetri. Ankara: Başkent Üniversitesi 2005.
39. Şencan H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlik. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005: 787-788.
40. Büyüköztürk Ş. Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. Kuram ve uygulamada eğitim yönetimi 2002; 32: 470-483.

41. Yiğit N, Kurnaz M. Fizik tutum ölçeği: Geliştirilmesi, geçerliliği ve güvenilirliği. Necatibey Eğitim Fakültesi Elektronik Fen ve Matematik Eğitimi Dergisi 2010; 4: 29-49.
42. Arıkan R. Araştırma Yöntem ve Teknikleri. 1. Basım Ed: Nobel Yayınevi; 2011: 93-97.
43. Bademci V. Tartışmayı Sonlandırmak: Cronbach'ın Alfa Katsayısı, İki Değerli [0, 1] Ölçümlenmiş Maddeler ile Kullanılabilir. Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi 2006: 438-446.
44. Atılğan H. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: Anıl Yayıncılık; 2006: 1-131.
45. Bakır O. Bilimsel Araştırmalarda Geçerlik ve Güven.
46. Alpar R. Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik Güvenirlik. Ankara: Detay Yayıncılık, 2012
47. Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O ve ark. Doğrulamalı faktör analizi ve uyum indeksleri. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences 2013; 33: 210-223.
48. Fan X, Sivo SA. Sensitivity of fit indexes to misspecified structural or measurement model components: Rationale of two-index strategy revisited. Structural Equation Modeling 2005; 12: 343-367.
49. Taylor VM, Choe JH, Yasui Y ve ark. Hepatitis B awareness, testing, and knowledge among Vietnamese American men and women. Journal of community health 2005; 30: 477-490.
50. Şahin N, Akın S, Durna Z. Üniversite Öğrencilerinin Hepatit B'ye İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Tutumları. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD) 2010; 7: 36-43.
51. van der Veen YJ, Voeten HA, de Zwart O ve ark. Awareness, knowledge and self-reported test rates regarding Hepatitis B in Turkish-Dutch: a survey. BMC public health 2010; 10: 1-7.
52. Rajamoorthy Y, Taib NM, Munusamy S ve ark. Knowledge and awareness of hepatitis B among households in Malaysia: a community-based cross-sectional survey. BMC Public Health 2019; 19: 1-11.
53. Ali A, Akhtar S, Saqi SK. Awareness of viral hepatitis among people of rural areas of Faisalabad, Pakistan. Pak J life Soc Sci 2004; 2: 57-58.
54. Asif SA, Iqbal R, Hussain H ve ark. Awareness of viral hepatitis in ten villages of district Nowshera. 2009.
55. Talpur AA, Memon NA, Solangi RA ve ark. Knowledge and attitude of patients towards hepatitis B and C. Pak J surg 2007; 23: 162-165.
56. Yau AH, Ford JA, Kwan PW ve ark. Hepatitis B Awareness and Knowledge in Asian Communities in British Columbia. Can J Gastroenterol Hepatol 2016; 2016: 4278724.
57. Kim HS, Yang JD, El-Serag HB ve ark. Awareness of chronic viral hepatitis in the United States: An update from the National Health and Nutrition Examination Survey. J Viral Hepat 2019; 26: 596-602.
58. Nasim S, Shahid A, Pirzada AG ve ark. Perception of adolescent females about viral hepatitis in urban and rural Sindh. Pak J Med Res 2009; 48: 71-73.
59. Chaudhry MA, Rizvi F, Ashraf MZ ve ark. Knowledge and practices of barbers regarding hepatitis B and hepatitis C in Bahra Kahu, Islamabad-Pakistan. Rawal Med J 2010; 35: 37-40.
60. Waheed Y, Saeed U, Safi SZ ve ark. Awareness and risk factors associated with barbers in transmission of hepatitis B and C from Pakistani population: barber's role in viral transmission. Asian Biomedicine 2010; 4: 435-442.
61. Hyun S, Lee S, Ventura WR ve ark. Knowledge, awareness, and prevention of hepatitis B virus infection among Korean American parents. Journal of immigrant and minority health 2018; 20: 943-950.

62. Tatsilong HOP, Noubiap JN, Nansseu JRN ve ark. Hepatitis B infection awareness, vaccine perceptions and uptake, and serological profile of a group of health care workers in Yaoundé, Cameroon. BMC Public Health 2016; 16: 1-7.
63. Eni AO, Soluade MG, Oshamika OO ve ark. Knowledge and Awareness of Hepatitis B Virus Infection in Nigeria. Ann Glob Health 2019; 85.
64. Leung CM, Wong WH, Chan KH ve ark. Public awareness of hepatitis B infection: a population-based telephone survey in Hong Kong. Hong Kong Med J 2010; 16: 463-469.
65. Hislop TG, Teh C, Low A ve ark. Hepatitis B knowledge, testing and vaccination levels in Chinese immigrants to British Columbia, Canada. Can J Public Health 2007; 98: 125-129.
66. Haider G, Haider A. Awareness of women regarding hepatitis B. J Ayub Med Coll Abbottabad 2008; 20: 141-144.
67. Balin SÖ, Denk A. Lise Öğrencilerinin Hepatit B Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi/Assessment of Hepatitis B Awareness Among High School Students. Klimik Dergisi 2016; 29: 78.

8. EKLER

EK 1: HEPATİT B FARKINDALIK VE BİLGİ ÖLÇEĞİ ÖLÇEK HAVUZU DEĞERLENDİRME FORMU

HEPATİT B FARKINDALIK VE BİLGİ ÖLÇEĞİ ÖLÇEK HAVUZU DEĞERLENDİRME FORMU

Oluşturulması planlanan "Hepatit B Farkındalık Ve Bilgi Ölçeği" için hazırlanan soru havuzunun, tarafınızca uygunluğunun değerlendirilmesi için bu form hazırlanmıştır. Sorular hakkındaki görüşlerinizin (yetersizlik/gereksizlik sebebi, öneriler gibi) açıklama kısmına yazılmasını rica ederiz. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

A. Hepatit B Genel Bilgi Boyutu

1. Hepatit B Türkiye’de önemli bir sağlık sorunudur
☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz
Açıklama:
2. Hepatit B bulaşıcıdır
☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz
Açıklama:
3. Anneden bebeğe bulaşabilir
☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz
Açıklama:
4. Hepatit B’ ye virüs sebep olur
☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz
Açıklama:
5. Genetik(kalıtsal) bir hastalık değildir
☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz
Açıklama:
6. HBsAg pozitif hasta taşıyıcı olarak kalabilir
☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz
Açıklama:
7. HBsAg pozitif hasta kalıcı olarak iyileşebilir
☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz
Açıklama:
8. Tedavisi mevcuttur
☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz
Açıklama:
9. HBV enfekte hastaların vücut sıvılarında (salya, semen, vajen sıvısı, kan) mikrop vardır
☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz
Açıklama:
10. HBV enfekte hastalarda iştah kaybı gelişebilir
☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz
Açıklama:
11. HBV enfekte hastalarda bulantı ve kusma gelişebilir
☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz
Açıklama:
12. HBV enfekte hastalarda kilo kaybı gelişebilir

- ☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz
Açıklama:
13. Aşısı vardır
☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz
Açıklama:
14. Herkes hepatit B' ye karşı aşılanmalıdır
☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz
Açıklama:
15. HBsAg pozitif hastalar aşılanmazlar
☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz
Açıklama:
16. Aşığı nereden temin edebileceğimi biliyorum
☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz
Açıklama:
17. HBV enfekte hastalarda yaygın kaşıntı gelişebilir
☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz
Açıklama:
18. HBV enfekte hastalarda sarılık gelişebilir
☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz
Açıklama:
19. HBV enfekte hastalarda tekrarlayan karın ve bacak ağrısı gelişebilir
☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz
Açıklama:
20. HBV enfekte hastalarda kan kusma veya siyah dışkılama gelişebilir
☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz
Açıklama:
21. HBV enfekte hastalarda uyuşukluk/bilinçsizlik gelişebilir
☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz
Açıklama:
22. Hepatit B enfeksiyonu 6 ay içinde iyileşmezse kronik hastalık haline gelir
☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz
Açıklama:
23. Hepatit B enfeksiyonu karaciğeri etkileyen bir hastalıktır
☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz
Açıklama:
24. HBV enfekte hastalarda siroz gelişebilir
☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz
Açıklama:
25. HBV enfekte hastalarda karaciğer kanseri gelişebilir
☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz
Açıklama:
26. Hepatit B enfeksiyonu sonucunda transplantasyon(organ nakli) gerekebilir

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

27. HBV enfekte hastalar daha ileri araştırılmalı ve HBV komplikasyonlarından kaçınmak için tedavi almalıdır

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

28. Hepatit B virüsü vücut dışında belli bir süre yaşayabilir

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

29. Kalifiye olmayan geleneksel tıp uygulayıcıları HBV'yi tedavi edemezler

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

B. Hepatit Korunma Yolları Boyutu

30. Cinsel ilişki ile bulaşabilir

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

31. HBsAg pozitif hastalar kan bağışında bulunamazlar

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

32. Ailesinde Hepatit B olanlar risk altındadır

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

33. Damardan ilaç/uyuşturucu kullanan/bağımlılığı olan kişiler yüksek risk altındadır

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

34. Kan kardeşliği öyküsü olanlar hepatit açısından taranmalıdır

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

35. Hacamat öyküsü olanlar hepatit açısından taranmalıdır

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

36. Birden çok cinsel eşi bulunan ve cinsel yolla geçen hastalık öyküsü bulunanlar hepatit açısından taranmalıdır

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

37. Homoseksüeller hepatit açısından taranmalıdır

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

38. HCV ya da HIV ile enfekte kişiler Hepatit B açısından taranmalıdır

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

39. Diyaliz hastaları hepatit açısından taranmalıdır

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

40. İmmün yetersizliği bulunanlar veya immün supresif tedavi alanlar hepatit açısından taranmalıdır

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

41. Hepatit B taşıyıcıları hepatit B açısından taranmalıdır

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

42. Anormal seksüel davranışlardan kaçınmak hepatit B' den korur

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

43. Kondom(prezervatif) kullanımı hepatit B riskini azaltır

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

44. Transfüzyondan(kan verilmesi) önce kanların enfeksiyon açısından taranıp taranmadığını sorgularım

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

45. Hepatit B uygun aşılamayla önlenabilen bir hastalıktır

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

C. Hepatit B Horizontal Bulaş Boyutu

46. Bir kişiden başka bir kişiye bulaşabilir

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

47. HbsAg pozitif kişiler ile cinsel temasta bulunan kişiler hepatit açısından taranmalıdır

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

48. Enfekte olmuş iğnelerin tekrar kullanılmasıyla bulaşabilir

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

49. Sterilize edilmemiş cerrahi/dişçi aletleri ile bulaşabilir

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

50. Jilet paylaşmak(aynı jileti kullanmak) ile bulaşabilir

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

51. Kulak deldirme sırasında bulaşabilir

- ☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

52. Hapishanelerde bulunan ve buralarda çalışan kişiler hepatit açısından taranmalıdır

- ☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

53. Bakım ve huzurevinde yaşayanlar hepatit açısından taranmalıdır

- ☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

54. Sağlık çalışanları hepatit açısından taranmalıdır

- ☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

55. Kan ve kan ürünleri alanlar hepatit açısından taranmalıdır

- ☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

56. Kan, plazma, sperm, organ-doku alıcı ve vericileri hepatit açısından taranmalıdır

- ☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

57. Kuaförlerde kullanılan tırnak makası, manikür, pedikür aletlerinin iyice temizlendikten sonra kullanılması enfeksiyon riskini azaltır

- ☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

58. Dövme(kalıcı vücut boyası) ve piercing(vücut küpesi) yaptıranlar hepatit açısından taranmalıdır

- ☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

59. Hepatit B virüsü taşıyan biriyle temas edilmesi durumunda (cinsel ilişki, aynı ortamda yakın ilişki içinde bulunmak gibi) en yakın sağlık kuruluşuna başvurmak gerekir

- ☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

D. Hepatit B Temas ile Bulaş Boyutu

60. Dokunma/El sıkışma ile bulaşmaz

- ☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

61. Mutfak eşyaları ile bulaşmaz

- ☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

62. HbsAg pozitif kişiler ile aynı evde yaşayanlar hepatit açısından taranmalıdır

- ☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

63. Hava-solunum yoluyla(öksürme veya aynı odada bulunma) ile bulaşmaz

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

64. Yiyecek paylaşmak ile bulaşmaz

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

65. Kirlenmiş gıdalar ile bulaşmaz

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

66. Aynı kaptan yemek yemekle bulaşmaz

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

67. Annenin bebeğini emzirmesiyle bulaşmaz

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

68. Sarılmakla bulaşmaz

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

69. Hasta kişiyle aynı tuvaleti kullanmakla bulaşmaz

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

70. Aynı havuza girmekle bulaşmaz

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

71. Aynı oyuncak ile oynamakla bulaşmaz

☐ Gerekli ☐ Yetersiz ☐ Gereksiz

Açıklama:

EK 2: HEPATİT B FARKINDALIK VE BİLGİ ÖLÇEĞİ ÖN DEĞERLENDİRME FORMU

HEPATİT B FARKINDALIK VE BİLGİ ÖLÇEĞİ

Sayın hastalarımız;

Hepatit B ülkemizde sık rastlanan bir hastalıktır. Bu hastalığın farkındalığına ilişkin görüşlerinize gereksinim duymaktayız. Aşağıda sizin bu hastalık ile ilgili farkındalığınıza ilişkin bir form düzenlenmiştir. Bu formu samimiyetle cevaplandırmanız farkındalık konusunda büyük önem arz etmektedir. Aşağıdaki seçeneklere göre sizin için uygun olan seçeneğe (X) işareti koyarak cevaplayınız.

A. Hepatit B Genel Bilgi Boyutu

1. Hepatit B Türkiye’de önemli bir sağlık sorunudur
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
2. Hepatit B bulaşıcıdır
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
3. Anneden bebeğe bulaşabilir
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
4. Hepatit B’ ye virüs sebep olur
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
5. HBsAg pozitif hasta taşıyıcı olarak kalabilir
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
6. Hepatit B hastası enfeksiyonu atlatıp iyileşebilir
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
7. Tedavisi mevcuttur
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
8. HBV enfekte hastaların vücut sıvılarında (salya, semen, vajen sıvısı, kan) mikrop vardır
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
9. Aşısı vardır
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
10. Herkes hepatit B’ ye karşı aşılanmalıdır
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
11. HBV enfekte hastalarda sarılık gelişebilir
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
12. Hepatit B bulaştıktan 6 ay sonra kalıcı hastalık haline gelebilir
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
13. Hepatit B enfeksiyonu karaciğeri etkileyen bir hastalıktır
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
14. Hepatit B virüsü ile enfekte hastalarda siroz gelişebilir
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
15. Hepatit B virüsü ile enfekte hastalarda karaciğer kanseri gelişebilir
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
16. Hepatit B enfeksiyonu sonucunda organ nakli (karaciğer) gerekebilir
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır

B. Hepatit Korunma Yolları Boyutu

17. Cinsel ilişki ile bulaşabilir
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
18. HBsAg pozitif hastalar kan bağışında bulunamazlar
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
19. Ailesinde Hepatit B olanlar risk altındadır
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
20. Damardan ilaç/uyuşturucu kullanan/bağımlılığı olan kişiler yüksek risk altındadır
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
21. Hacamât öyküsü olanlar hepatit açısından taranmalıdır
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
22. Birden çok cinsel eşi bulunan ve cinsel yolla geçen hastalık öyküsü bulunanlar hepatit açısından taranmalıdır
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
23. Eşcinseller hepatit açısından taranmalıdır
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
24. HCV ya da HIV ile enfekte kişiler Hepatit B açısından taranmalıdır
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
25. Diyaliz hastaları hepatit açısından taranmalıdır
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
26. Kondom(prezervatif) kullanımı hepatit B riskini azaltır
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
27. Transfüzyondan(kan verilmesi) önce kanların enfeksiyon açısından taranıp taranmadığını sorgularım
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
28. Hepatit B uygun aşılamayla önlenilebilen bir hastalıktır
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır

C. Hepatit B Horizontal Bulaş Boyutu

29. Bir kişiden başka bir kişiye bulaşabilir
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
30. HbsAg pozitif kişiler ile cinsel temasta bulunan kişiler hepatit açısından taranmalıdır
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
31. Enfekte olmuş iğnelerin tekrar kullanılmasıyla bulaşabilir
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
32. Sterilize edilmemiş cerrahi/dişçi aletleri ile bulaşabilir
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
33. Jilet paylaşmak(aynı jileti kullanmak) ile bulaşabilir
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
34. Kulak deldirme sırasında bulaşabilir
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır

35. Hapishane, bakım veya huzurevinde bulunan ve buralarda çalışan kişiler hepatit açısından taranmalıdır
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
36. Sağlık çalışanları hepatit açısından taranmalıdır
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
37. Kan ve kan ürünleri alanlar hepatit açısından taranmalıdır
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
38. Kan, plazma, sperm, organ-doku alıcı ve vericileri hepatit açısından taranmalıdır
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
39. Kuaförlerde kullanılan tırnak makası, manikür, pedikür aletlerinin iyice temizlendikten sonra kullanılması enfeksiyon riskini azaltır
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
40. Dövme(kalıcı vücut boyası) ve piercing(vücut küpesi) yaptıranlar hepatit açısından taranmalıdır
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
41. Hepatit B virüsü taşıyan biriyle temas edilmesi durumunda (cinsel ilişki, aynı ortamda yakın ilişki içinde bulunmak gibi) en yakın sağlık kuruluşuna başvurmak gerekir
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır

D. Hepatit B Temas ile Bulaş Boyutu

42. HbsAg pozitif kişiler ile aynı evde yaşayanlar hepatit açısından taranmalıdır
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
43. Dokunma/El sıkışma ile bulaşmaz
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
44. Mutfak eşyaları ile bulaşmaz
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
45. Hava-solunum yoluyla(öksürme veya aynı odada bulunma) ile bulaşmaz
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
46. Aynı kaptan yemek yemekle bulaşmaz
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır
47. Annenin bebeğini emzirmesiyle bulaşmaz
☐ Evet ☐ Bilmiyorum/Emin Değilim ☐ Hayır

EK 3: TAKİP FORMU VE HEPATİT B FARKINDALIK VE BİLGİ ÖLÇEĞİ

TAKİP FORMU

T.C.Kimlik Numaranız	:				
Adınız ve Soyadınız	:				
İletişim numaranız	:				
Cinsiyetiniz	:	☐ Erkek	☐ Kadın		
Yaşınız	:	☐ <20	☐ 21-30	☐ 31-40	
		☐ 41-50	☐ 51-60	☐ >60	
Yaşadığınız yer	:	☐ Köy	☐ Kasaba	☐ İlçe	☐ İl
Eğitim Düzeyiniz	:	☐ Okur-yazar	☐ İlköğretim	☐ Ortaöğretim	
		☐ Lisans	☐ Y. Lisans/Doktora		
Mesleğiniz	:	☐ Çiftçi	☐ Esnaf	☐ Ev hanımı	
		☐ İşçi	☐ Memur	☐ Öğrenci	
Gelir düzeyiniz(TL)	:	☐ <1500	☐ 1500-3000	☐ 3000-4500	☐ >4500
Medeni durumunuz	:	☐ Bekar	☐ Evli	☐ Dul/Boşanmış	
Çocuğunuz var mı?	:	☐ Evet	☐ Hayır		
Evet ise kaç tane?	:				
Kronik Hastalığınız var mı?	:	☐ Evet	☐ Hayır		
Evet ise belirtiniz	:	☐ Şeker(DM)	☐ Tansiyon	☐ Kalp Hastalıkları	
		☐ Diğer:			
Kullandığınız ilaçlar	:				

HEPATİT B FARKINDALIK VE BİLGİ ÖLÇEĞİ				
Sayın hastalarımız; Hepatit B ülkemizde sık rastlanan bir hastalıktır. Bu hastalığın farkındalığına ilişkin görüşlerinize gereksinim duymaktayız. Aşağıda sizin bu hastalık ile ilgili farkındalığınıza ilişkin bir form düzenlenmiştir. Bu formu samimiyetle cevaplandırmanız farkındalık konusunda büyük önem arz etmektedir. Aşağıdaki seçeneklere göre sizin için uygun olan seçeneğe (X) işareti koyarak cevaplayınız.				
Soru		Evet	Bilmiyorum / Emin değilim	Hayır
1	Hepatit B Türkiye’de önemli bir sağlık sorunudur.			
2	Hepatit B'ye virüs sebep olur.			
3	Hepatit B'nin tedavisi mevcuttur.			
4	Hepatit B enfeksiyonu sonucunda organ nakli (karaciğer) gerekebilir.			
5	Birden çok cinsel eşi bulunan ve cinsel yolla geçen hastalık öyküsü bulunanlar hepatit açısından taranır.			
6	Kulak deldirme sırasında bulaşabilir.			
7	Cinsel ilişki ile bulaşabilir.			
8	Dövme(kalıcı vücut boyası) ve piercing(vücut küpesi) yaptıranlar hepatit açısından taranır.			
9	Uygun aşılamayla önleneyen bir hastalıktır.			
10	Ailesinde Hepatit B olanlar risk altındadır.			
11	HbsAg pozitif kişiler ile cinsel temasta bulunan kişiler hepatit açısından taranır.			
12	Kan ve kan ürünleri alanlar hepatit açısından taranır.			
13	Kuaförlerde kullanılan tırnak makası, manikür, pedikür aletlerinin iyice temizlendikten sonra kullanılması enfeksiyon riskini azaltır.			
14	Dokunma/El sıkışma ile bulaşmaz.			
15	Mutfak eşyaları ile bulaşmaz.			
16	Aynı kaptan yemek yemekle bulaşmaz.			