



**KOLESTAZLI HASTALARDA KAŞINTININ UYKU VE
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Cansel GÖKÇE

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İç Hastalıkları Hemşireliği Programı

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Medet KORKMAZ

Yüksek Lisans Tezi – 2026

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KOLESTAZLI HASTALARDA KAŞINTININ UYKU VE YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİ**

Cansel GÖKÇE

**Hemşirelik Anabilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği Programı**

Yüksek Lisans Tezi

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Medet KORKMAZ**

**Tez Jüri Üyeleri
Prof. Dr. Medet KORKMAZ
Doç. Dr. Tuğba MENEKLİ
Dr. Öğr. Üyesi Gürkan ÖZDEN**

**MALATYA
2026**

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak “Prof. Dr. Medet KORKMAZ” danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Kolestazlı Hastalarda Kaşıntının Uyku Ve Yaşam Kalitesine Etkisi” başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

23/01/2026

İmza

Cansel GÖKÇE

İTHAF

“Tezimi; beni her zaman destekleyen ve yüreklendiren, hayatın tüm zorluklarında her zaman yanımda olan, emekleriyle yolumu aydınlatan, koşulsuz sevgisiyle güç veren canım annem Aynur GÖKÇE’ ye ithaf ediyorum.”

Cansel GÖKÇE

İÇİNDEKİLER

ÖZET	ix
ABSTRACT	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tanım ve Tarihçe	3
2.2. Epidemiyoloji.....	4
2.3. Patofizyoloji	5
2.4. Etiyoloji ve Risk Faktörleri.....	5
2.5. Klinik Belirti ve Bulgular	6
2.6. Tanı	8
2.6.1. Genetik Tanı.....	8
2.6.2. Biyokimyasal Tanı	8
2.6.3. Görüntüleme Yöntemleri	9
2.7. Tedavi.....	9
2.7.1. Kaşıntının(Pruritus) Yönetimi.....	10
2.7.2. Ursodeoksikolik Asit (UDKA)	11
2.7.3. Kortikosteroidler ve Diğer İmmünsupresif Ajanlar	11
2.7.4. Anti-fibrotik Ajanlar	12
2.7.5. Karaciğer Nakli	12
2.8. Kolestazda Uyku ve Yaşam Kalitesi.....	13
2.9. Kaşıntı Yönteminde Hemşirelik Uygulamaları.....	13
3. MATERYAL VE METOT	17
3.1. Araştırmanın Tipi.....	17
3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman	17
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	17
3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	17
3.5. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	17
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	18
3.6.1. Bağımsız Değişkenler	18

3.6.2. Bağımlı Değişkenler	18
3.7. Çalışma Materyali	18
3.8. Veri Toplama Şekli ve Araçları	18
3.8.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	18
3.8.2. 5-D Kaşıntı Ölçeği	19
3.8.3. Kronik Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 2.0 (KKHYKÖ 2.0). 19	
3.8.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	20
3.9. Verilerin Analizi	21
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	21
3.11. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği	21
4. BULGULAR.....	22
4.1. Hipotezler.....	28
5. TARTIŞMA	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
KAYNAKLAR	49
EKLER.....	54
EK-1. Özgeçmiş	54
EK-2. Etik Kurul Onayı	55
EK-3. Kurum İzni	56
EK-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	58
EK-5. Tanıtıcı Bilgi Formu	59
EK-6. 5-D Kaşıntı Ölçeği.....	60
EK-7. Kronik Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 2.0	62
EK-7. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi	65

TEŞEKKÜR

Lisans eğitimimden itibaren kendisinden çok şey öğrendiğim, akademik duruşu ve samimi rehberliği ile bana yön gösteren, akademik hayatımda her zaman ilham kaynağım olan kıymetli danışmanım Prof. Dr. Medet KORKMAZ' a,

Eğitimim sürecinde önemli görüş ve önerileriyle katkı sunan, bilgi ve tecrübesiyle bana yol gösteren, bakış açımı geliştirmede önemli rol oynayan kıymetli hocam Prof. Dr. Serap Parlar KILIÇ' a,

Çalışmamın çeşitli aşamalarında yönlendirmeleri ve değerli katkıları ile yardımcı olan kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Gürkan ÖZDEN' e,

Tez sürecinde akademik alanı farklı olmasına rağmen değerli zamanını ayıran, moral ve motivasyon desteğiyle bana güç veren, hiçbir zaman desteğini esirgemeyen kıymetli hocam Doç. Dr. Yalçın KARALI' ya,

Tez sürecimi boyunca ihtiyaç duyduğum alanlarda sağladığı destekler için değerli arkadaşım Arş. Gör. Ahmet CEVİZ' e,

Bu süreçte çok yardımcı olan değerli arkadaşım Şeyda Nur GÜNDÜZ ve desteğini esirgemeyen değerli meslektaşım Sevim KILIÇ' a

Hayatımın her alanında olduğu gibi lisansüstü eğitimim ve tez sürecinde de yanımda olan, bugüne gelmemde en büyük paya sahip olan, sevgi ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, bana her zaman inanan canım annem Aynur GÖKÇE' ye ve canım babam Ramazan GÖKÇE' ye,

Bu süreçte beni destekleyen kıymetli arkadaşlarıma,

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve soruları sabırla cevaplayan tüm hastalara en içten ve samimi teşekkürlerimi sunuyorum...

Cansel GÖKÇE

Malatya, 2026

ÖZET

Kolestazlı Hastalarda Kaşıntının Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Amaç: Bu çalışmanın amacı kolestaza sahip bireylerde meydana gelen kaşıntının bireylerin uyku ve yaşam kalitesine etkisini belirlemektir.

Materyal ve metot: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte olan araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezine başvuran herhangi bir karaciğer hastalığı ve eşlik eden kolestaz nedeniyle Gastroenteroloji kliniğinde izlenmekte olan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü power analizi ile %95 güç düzeyinde 208 olarak hesaplanmıştır. Çalışma 210 hastanın katılımıyla sonlandırılmıştır. Veriler; Tanıtıcı Bilgi Formu, 5-D Kaşıntı Ölçeği, KKHYKÖ 2.0, PUKİ kullanılarak toplandı. Araştırmada elde edilen veriler SPSS for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Kaşıntı ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir. Bu durum kaşıntı düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir. PUKİ ile kaşıntı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki vardır. PUKİ ve yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir.

Sonuç: Araştırma bulguları doğrultusunda kolestazlı hastalarda görülen kaşıntı bireylerin uyku ve yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkilemektedir. Düşük eğitim seviyesi ve düşük gelire sahip olan bireylerin daha çok etkilendiği tespit edilmiştir. Bu nedenle hastaların bakımında primer görev alan hemşireler tarafından hastalara sunulacak yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık hizmetleri kolestazlı hastalarda kaşıntının uyku kalitesi ve yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz sonuçların önlenmesi ve azaltılmasında önemli rol oynayabilir.

Anahtar Kelimeler: Kaşıntı, Kolestaz, Uyku kalitesi, Yaşam kalitesi

ABSTRACT

The Effect of Pruritus on Sleep and Quality of Life in Patients with Cholestasis

Aim: This study aimed to determine the impact of pruritus on sleep quality and overall quality of life in individuals with cholestasis.

Material and Methods: This descriptive, correlational study was conducted with patients who were admitted to İnönü University Turgut Özal Medical Center and followed in the Gastroenterology Clinic due to liver disease accompanied by cholestasis. The sample size was calculated as 208 with a power level of 95% using power analysis, and the study was completed with 210 participants. Data were collected using the Introductory Information Form, the 5-D Pruritus Scale, the CLDQ 2.0, and the PSQI. Statistical analyses were performed using SPSS for Windows version 25.0.

Results: A statistically significant, positive, and strong correlation was found between pruritus severity and quality of life, indicating that increased pruritus was associated with poorer quality of life. In addition, a statistically significant, positive, and strong correlation was observed between pruritus severity and PSQI scores, demonstrating a deterioration in sleep quality as pruritus increased. Furthermore, PSQI scores showed a statistically significant, positive, and moderate correlation with quality of life.

Conclusion: The findings indicate that pruritus in patients with cholestasis has a negative effect on both sleep quality and quality of life. Patients with lower educational and income levels were found to be more adversely affected. Therefore, structured education and counseling interventions provided by nurses, who play a primary role in patient care, may contribute significantly to reducing the negative effects of pruritus on sleep quality and quality of life in patients with cholestasis.

Keywords: Pruritus, Cholestasis, Sleep quality, Quality of life

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ALP	: Alkalen Fosfataz
ALT	: Alanin Aminotransferaz
AST	: Aspartat Aminotransferaz
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
CCK	: Kolesistokinin
ERCP	: Endoskopik Retrograd Kolanjio Pankreatografi
EUS	: Endoskopik Ultrasonografi
GGT	: Gama Glutamil Transpeptidaz
KKHYKÖ 2.0	: Kronik Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 2.0
MRCP	: Manyetik Rezonans Kolanjio Pankreatografi
PBC	: Primer Biliyer Kolanjit
PFIC	: Progresif Familial İntrahepatik Kolestaz
PSC	: Primer Sklerozan Kolanjit
PTK	: Peruktan Transhepatik Kolanjio Pankreatografi
PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
UDKA	: Ursodeoksikolik Asit
USG	: Ultrasonografi

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. Ekstrahepatik ve intrahepatik kolestaz nedenleri	6
Tablo 4.1. Ölçüm araçlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler	22
Tablo 4.2. Ölçüm araçlarına ilişkin alfa değerleri.....	22
Tablo 4.3. Verilerin basıklık ve çarpıklık değerleri	23
Tablo 4.4. Katılımcıların demografik özellikleri	24
Tablo 4.5. Ölçüm araçları arasındaki ilişki	27
Tablo 4.6. H ₁₁ : Kolestazlı hastalarda kaşıntının yaşam kalitesi üzerine etkisi vardır ...	28
Tablo 4.7. H ₁₂ : Kolestazlı hastalarda kaşıntının uyku kalitesi üzerine etkisi vardır	28
Tablo 4.8. Uyku kalitesi düzeyi ve katılımcıların demografik özellikleri arasındaki ilişki.....	30
Tablo 4.9. Kaşıntı ölçeği puanlarının katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı.....	31
Tablo 4.10. KKHYÖ 2.0 puanlarının katılımcıların demografik özelliklere göre dağılımı.....	36
Tablo 4.11. PUKİ ölçeği katılımcıların demografik özelliklere göre karşılaştırılması..	38

1. GİRİŞ

Kolestaz, intrahepatik safra yolları, ekstrahepatik safra yolları ve koledokta safranin akışına ait bir engel sonucu, safranin safra yollarından duodenuma geçişinin bozulması ve safranin içinde bulunan maddelerin (safra tuzları ve pigmentleri, fosfolipit, kolesterol ve plazma elektrolitleri) yeterince boşaltılamaması nedeniyle bu maddelerin sistemik olarak retansiyonu ile karakterize bir durumdur (1-3). Safra akışının engellenmesiyle birlikte bireylerde kaşıntı, karın ağrısı, kilo kaybı, koyu renkli idrar, akolik gaita, ikterik görünüm (deri, mukoza ve sklerada sararma), hepatomegali, splenomegali, büyüme geriliği ve yağda eriyen vitaminlerin eksikliklerine bağlı komplikasyonlar gözlenebilir (2, 4, 5).

Kolestaz, biliyer sistemde meydana gelen obstrüksiyon (tıkanklık) ya da safranin oluşum ve atılım mekanizmalarındaki bozukluklar sonucunda ortaya çıkabilir. Kolestaz; obstrüktif ve hepatoselüler olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır (6). Kolestaz tanısında yararlanılabilen birçok test bulunmaktadır. Klinik belirti ve bulguları kolestazı düşündüren hastalarda laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemlerine başvurulur. Laboratuvar testleri arasında alkalen fosfataz (ALP), aspartat aminotransferaz (AST), total bilirubin, direkt bilirubin, gama glutamil transpeptidaz (GGT), alanin aminotransferaz (ALT), lösinaminopeptidaz, 5'-nükleotidaz ve safra asitleri yer almaktadır (7, 8).

Kolestaz tanısında kullanılan görüntüleme yöntemleri invaziv ve non-invaziv yöntemler olarak ikiye ayrılmaktadır. Ultrasonografi (USG), endoskopik ultrasonografi (EUS), endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP), manyetik rezonans kolanjiyopankreatografi (MRCP), perkütan transhepatik kolanjiyopankreatografi (PTK) ve bilgisayarlı tomografi (BT), kolestazın tanısında kullanılabilen görüntüleme yöntemleridir (2).

Kolestazda kaşıntı sık rastlanan bir durumdur; ancak birçok sistemik hastalıkta da görülebilen kaşıntının oluşum mekanizması henüz net olarak açıklanamamıştır (9). Kaşıntının oldukça karmaşık bir nörolojik mekanizması bulunmaktadır ve bu mekanizmaya ilişkin birçok hipotez ileri sürülmüş olmasına rağmen, söz konusu hipotezler deneysel olarak yeterince kanıtlanamamıştır (10). Kaşıntı; bireyin cildini kaşımaya neden olan, başta yaşam ve uyku kalitesi olmak üzere günlük aktivitelerin tamamını olumsuz etkileyen rahatsız edici bir histir. Normalde safra yoluyla atılması

gereken maddelerin (safra tuzları ve pigmentleri; bilirubin, biliverdin, fosfolipit, kolesterol ve plazma elektrolitleri gibi) kolestaz nedeniyle atılamaması sonucunda bu maddelerin sistemik retansiyonu ve serum düzeylerinde artış meydana gelir ve bu durum kaşıntıya yol açar. Artmış safra asitleri deride birikerek kaşıntıya neden olur (3, 11). Kaşıntı, hastaların çoğunda yaygın bir rahatsızlık hissi oluştururken, bazı hastalarda daha lokalize ve hafif seyredebilir (10).

Kolestaza bağlı kaşıntı, bireylerin deri bütünlüğünün bozulmasına yol açarak enfeksiyon riskini artırmaktadır. Kaşıntı nedeniyle bireyler düzenli uyuyamamakta ve uyku kalitesi düşmektedir. Uyku yoksunluğuna bağlı olarak halsizlik ve yorgunluk ortaya çıkmaktadır. Kaşıntı aynı zamanda bireylerin yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir (10).

Bireylerin fizyolojik, sosyal ve psikolojik açıdan sağlıklı olmaları yaşam kalitesinin temel göstergelerindendir. Yaşam kalitesine ilişkin genel kabul görmüş tek bir tanım bulunmamakla birlikte, objektif ve subjektif yaşam kalitesi göstergelerinden söz edilmektedir. Objektif yaşam kalitesi göstergeleri; bireyin fiziksel aktivitelerini (koşma, yürüme, merdiven çıkma ve inme), günlük yaşam aktivitelerini ve öz bakımını yerine getirebilme düzeyini kapsar. Subjektif yaşam kalitesi göstergeleri ise bireyin kendi sağlığına ilişkin öznel değerlendirmelerini içermektedir (12).

Uyku kalitesi, bireylerin uyandıktan sonra kendilerini dinlenmiş ve zinde hissetmeleri olarak tanımlanmaktadır. Uyku kalitesi; uykunun niceliksel ve öznel yönlerini kapsamaktadır. Uykuda geçen süre ve uyanma sayısı uykunun niceliksel yönlerini oluştururken; uyku derinliği ve dinlendiricilik gibi özellikler öznel yönlerini oluşturmaktadır (13).

Literatür incelendiğinde, kolestaz hastalarında görülen kaşıntının yaşam kalitesi ve uyku kalitesi üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalara sınırlı sayıda rastlanmıştır. Bu çalışmada, kolestaz hastalarında ortaya çıkan kaşıntının yaşam kalitesi ve uyku kalitesi üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu doğrultuda aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur:

H1₁: Kolestazlı hastalarda kaşıntının yaşam kalitesi üzerine etkisi vardır?

H1₂: Kolestazlı hastalarda kaşıntının uyku kalitesi üzerine etkisi vardır?

H0₁: Kolestazlı hastalarda kaşıntının yaşam kalitesi üzerine etkisi yoktur?

H0₂: Kolestazlı hastalarda kaşıntının uyku kalitesi üzerine etkisi yoktur?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanım ve Tarihçe

Safra kesesi, karaciğer tarafından üretilen safrayı depolayan ve konsantre eden bir yapıdır. Safra kesesi, sistik kanal (ductus cysticus) aracılığıyla hepatik kanala bağlanır. Sistik kanal ilerleyerek ductus hepaticus communis (ana hepatik kanal) ile birleşir ve ductus choledochus (koledok kanalı)'u oluşturur (14). Safra kesesinde heister plikaları bulunmaktadır. Bu plikalar sistik kanal boyunca da devam etmektedir. Plikalar sayesinde kanalın sürekli açık kalması sağlanmakta; böylece safra, safra kesesine kolaylıkla dolmakta ve boşalmaktadır. Ayrıca bu plikalar, safra taşlarının koledok kanalına geçmesini önlemektedir (15).

Safra yolları, porta hepatisten önce ya da sonra oluşmalarına göre iki gruba ayrılmaktadır. Porta hepatis'e kadar uzanan safra yollarına intrahepatik safra yolları, porta hepatisten sonraki safra yollarına ise ekstrahepatik safra yolları adı verilmektedir (14, 15). İntrahepatik safra yolları safra kapillerinden başlarken, ekstrahepatik safra yolları ductus hepaticus communis (ana hepatik kanal) ile başlangıç göstermektedir (16). Karaciğerin pek çok önemli görevi bulunmaktadır ve bu görevlerden biri safra üretimidir. Karaciğer tarafından günlük olarak ortalama 500–1500 mL safra salgısı üretilmektedir. Üretilen safra, safra kanalları aracılığıyla safra kesesine (vesica biliaris) ulaşmakta ve burada depolanmaktadır. İntrahepatik safra yolları, ekstrahepatik safra yolları ve safra kesesi, karaciğer tarafından üretilen safranın konsantre edilmesini ve gerekli durumlarda duodenuma iletilmesini sağlamaktadır (15, 16).

Safra, organik ve inorganik bileşiklerin karışımından oluşan, sindirim sürecinde görev alan sarımsı yeşil renkte bir sıvıdır. Genel olarak su, safra tuzları, elektrolitler, proteinler, lipitler, safra asitleri (kolik asit, kenodeoksikolik asit, deoksikolik asit, litokolik asit), fosfolipitler (lesitin) ve safra pigmentlerinden (bilirubin, biliverdin) oluşmaktadır (16-18). Mide içeriğinin duodenuma geçmesiyle birlikte duodenumdan kolesistokininin (CCK) hormonu salgılanmaktadır. CCK hormonu, safra kesesi ve safra kanallarında kontraksiyon oluşturarak safra kesesinde depolanan ve konsantre edilen safranın duodenuma boşaltılmasını sağlamaktadır (16, 19).

Kolestaz; intrahepatik safra yolları, ekstrahepatik safra yolları ve koledokta safra akışının engellenmesi sonucunda, safranın safra yollarından duodenuma geçişinde aksaklıkların meydana gelmesi ve safranın içeriğinde bulunan maddelerin (su, safra

tuzları, elektrolitler, proteinler, lipitler, safra asitleri, fosfolipitler ve safra pigmentleri) yeterince boşaltılamaması nedeniyle bu maddelerin sistemik retansiyonu ile karakterize bir durumdur (1-3, 16, 17). Klinik olarak kolestaz, safra ile atılması gereken maddelerin atılımında ortaya çıkan bozukluk ve bu maddelerin vücuttan uzaklaştırılamaması şeklinde tanımlanmaktadır (20).

Kolestaz terimi, Yunanca “chole” (safra) ve “stasis” (durmak) kelimelerinin birleşmesinden oluşmuştur (8). Kolestatik karaciğer hastalıkları, safra asidi metabolizmasının veya safra akışının bozulmasıyla karakterize olup; bunun sonucunda karaciğerde safra asitlerinin birikmesine ve dolaşımında safrada bulunan maddelerin konsantrasyonunun artmasına neden olmaktadır (21). Kolestaz, obstrüktif ve hepatoselüler nedenlere bağlı olarak gelişebilmektedir. Obstrüktif nedenler, biliyer sistemde meydana gelen tıkanıklıklara bağlı olarak ortaya çıkarken; hepatoselüler nedenler, safranin oluşumu ve atılımı ile ilişkili mekanizmalardaki bozukluklardan kaynaklanmaktadır (7). Ayrıca kolestaz, bakteriyel enfeksiyonlar ve sepsisin yaygın bir komplikasyonu olarak da görülebilmektedir (22).

2.2. Epidemiyoloji

Kolestaz, her cinsiyetten, ırktan ve etnik kökenden bireyi etkileyebilmektedir (22). Hastalığın prevalansını etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler; genetik faktörler, çevresel faktörler ve demografik özellikler olarak sınıflandırılabilir (23). Vaka çalışmalarından elde edilen önceki raporlara göre kadın-erkek oranının yaklaşık 10: 1 olduğu bildirilmektedir. Ancak güncel literatür incelendiğinde, hastalığın kadınlarda daha baskın olmaya devam ettiği, buna karşın erkeklerde görülme sıklığının önceki yıllara kıyasla arttığı ve kadın-erkek oranının yaklaşık 4-6: 1 düzeyine gerilediği görülmektedir. Bununla birlikte, bu oranların; çalışmanın türüne, çalışma popülasyonunun büyüklüğüne ve vakanın incelenme derinliğine bağlı olarak önemli ölçüde değişiklik gösterebildiği belirtilmektedir (22).

Kolestatik karaciğer hastalıklarının insidansına ilişkin güvenilir ve kesin veriler bulunmamakla birlikte, yapılan çalışmalar insidansın yaşla birlikte arttığını göstermektedir. Kronik karaciğer hastalığı tanısı bulunan 2520 hastanın 882'sinde (%35) kolestaz saptandığı ve kolestazın özellikle primer biliyer kolanjit (PBC) ve primer sklerozan kolanjit (PSC) tanısı olan hastalarda daha yaygın görüldüğü bildirilmiştir. Kronik karaciğer hastalığı nedeniyle hastaneye yatırılan 4660 hasta üzerinde gerçekleştirilen bir ankette ise kolestazın toplam insidansının %10.26 olduğu sonucuna

ulaşılmıştır (24). Son yirmi yıl içerisinde kolestatik karaciğer hastalıklarının insidansı ve prevalansının küresel ölçekte arttığı bildirilmektedir. Bu artış nedeniyle kolestatik karaciğer hastalıkları, günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu olmayı sürdürmektedir (21).

2.3. Patofizyoloji

Safranın üretilmesi ve boşaltılması, yaşamın sürdürülmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Safra üretildikten sonra sekresyonu, taşıyıcı sistemin fonksiyonuna bağlı olduğu kadar safranin geçiş yaptığı safra yollarının yapısal ve fonksiyonel özelliklerine de bağlıdır (24). Safra akışının fizyolojik olarak normal şekilde gerçekleşmesi, birden fazla sürecin birbiriyle uyumlu ve düzenli biçimde işlemesiyle mümkündür (25).

Kolestaz; safranin üretilmesi, safra kanallarına ve kanaliküllere geçişi ya da ince bağırsağa (duodenum) boşaltılması sırasında meydana gelen herhangi bir engellenme sonucunda safra asitlerinin safra kanallarında ve hepatositlerde birikmesiyle karakterize bir hastalıktır. Bu birikim zaman içerisinde inflamasyon, fibrozis ve ilerleyici olarak karaciğer sirozuna yol açabilmektedir (25, 26). Kolestaz, obstrüksiyonun yerleşim yerine göre intrahepatik ve ekstrahepatik kolestatik olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. İntrahepatik kolestatik; safra kanalikülleri, duktüller, interlobüler ve septal düzeydeki safra yollarından kaynaklanırken, ekstrahepatik kolestatik sağ ve sol hepatik kanallar ile ampullaya kadar uzanan ortak safra kanalında meydana gelen obstrüksiyonlar sonucunda ortaya çıkmaktadır (2, 27).

2.4. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Çoğu kolestatik karaciğer hastalığında hastalığın etiyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. Karaciğer nakli sonrasında biyokimyasal kolestatik sık görülen bir durumdur; ancak biliyer anastomoz darlıkları ve safra sızıntıları dışlandığında, genellikle klinik açıdan anlamlı bir tablo oluşturmamaktadır. Bununla birlikte kolestatik, bakteriyel enfeksiyonlar ve sepsisin yaygın bir komplikasyonu olarak da karşımıza çıkmaktadır (22).

Safra akımı, safranin üretiminden atılımına kadar olan sürecin herhangi bir aşamasında engellenebilmektedir. Bu doğrultuda kolestatik, intrahepatik ve ekstrahepatik kolestatik olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Kolestazın nedenleri de bu sınıflamaya göre farklılık göstermektedir (27). İntrahepatik kolestatik, safra yollarında mekanik bir tıkanıklık olmaksızın bilirubin ve safranin klirensinde bozulma sonucu ortaya çıkarken;

ekstrahepatik kolestazın temel nedeni safra akımının mekanik olarak engellenmesidir (28).

Ekstrahepatik kolestazda safra akımının engellenmesi; obstrüksiyon (çoğunlukla koledokolitiazise bağlı), safra kanallarının inflamatuvar hastalıkları (akut veya kronik kolesistit, sklerozan kolanjit, mirizzi sendromu), enfeksiyöz etkenler (fasciola hepatica), tümöral oluşumlar (kolanjiyokarsinom) ve konjenital safra yolu obstrüksiyonları gibi nedenlerle meydana gelebilmektedir. Ayrıca pankreas başı kanseri gibi safra kanallarına dışarıdan bası oluşturan durumlar da safra akımının bozulmasına yol açabilmektedir (28–31). Genel olarak intrahepatik ve ekstrahepatik kolestazın nedenleri şunlardır (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Ekstrahepatik ve intrahepatik kolestaz nedenleri (2,8)

İntrahepatik Kolestaz	Ekstrahepatik Kolestaz
Bening Nedenler	
Viral ve alkolik hepatit	Koledokolitiazis
PBC	Pankreas hastalıkları
Vasküler hastalıklar (Budd-Chiari, veno-oklüziv hastalık vs)	Safra kanalı striktürleri
Benign infiltratif hastalıklar (amiloidoz, sarkoidoz)	Koledok kistleri
Benign postoperatif kolestaz	Rekürren kolanjit
Benign rekürren intrahepatik kolestaz	PSC/Sekonder sklerozan kolanjit
Sepsis	Postoperatif değişiklikler (hepatobiliyer girişim sonrası)
İlaçlar, hormonlar (eritromisin, amoksisilin-klavulanat, bitkisel ürünler ve anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, terbinafin, flukloksasilin)	Paraziter hastalıklar (Echinococcus granulosus, ascariis, Clonorchis sinensis, Fasciola hepatica)
Total parenteral nütrisyon	Koledok Kisti
Progresif familyal intrahepatik kolestaz	Pankreatit
Kistik fibrozis	Hemobilia, Portal lenfadenopati
Gebeliğin intrahepatik kolestazı	Ekstrahepatik safra yollarının hipoplazisi veya atrezisi
Ig G4 ilişkili kolanjit	Ig G4 ilişkili biliyer darlık
Primer sklerozan kolanjit	Penetran abdominal travma
Graftversus host hastalığı	Mirizzi Sendromu
Malign Nedenler	
Karaciğerin malign infiltrasyonu	Kolanjiokarsinom
Paraneoplastik sendromlar	Safra kesesi tümörü
	Periampuller tümörü
	Metastaz

2.5. Klinik Belirti ve Bulgular

Erken dönemde klinik bulgular asemptomatik olabilmektedir ve bu evrede yalnızca ALP ve GGT düzeylerinde yükselme saptanabilmektedir. Ancak hastalık ilerledikçe pruritus, yorgunluk ve hatta hiperbilirubinemi gibi klinik semptomlar ortaya çıkabilmektedir. Çoğu hastada progresif karaciğer fibrozu, siroz ve karaciğer yetmezliği geliştiğinden, ileri evrede karaciğer nakli gereksinimi doğabilmektedir (21).

Klinik belirti ve bulgular; obstrüksiyonun yerleşim yerine, gelişim aşamasına ve süresine bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (2). Sıklıkla karşılaşılan bulgular arasında abdominal distansiyon ve karın ağrısı yer almaktadır. Ağrı genellikle yemek yedikten yaklaşık 30–60 dakika sonra karnın sağ üst kadranda başlayarak sırtta ve sağ omuza yayılan, aralıklı özellik gösteren bir niteliktedir. Bunun yanı sıra bulantı ve kusma, vücut sıcaklığında artış, titreme, kilo kaybı, idrar renginde koyulaşma, akolik gaita (kil rengi dışkı), steatore (yağlı dışkı), ikterik görünüm ve hepatomegali (karaciğer büyümesi) görülebilmektedir. Laboratuvar bulgularında ise ALP, ALT, GGT, AST, total ve direkt bilirubin düzeylerinde yükselme ile eritrosit sedimentasyon hızında artış saptanabilmektedir. Ayrıca yağda eriyen vitaminlerin (A, D, E ve K vitaminleri) eksiklikleri de gelişebilmektedir (2, 4). Kolestaz nedeniyle karaciğerin glukoz–glikojen metabolizmasında, yani karbonhidrat metabolizmasında bozukluklar ortaya çıkabilmektedir (32).

Kolestaza bağlı olarak lipit metabolizmasında düzensizlikler gelişebilmektedir. Kronik kolestatik karaciğer hastalığı ilerleyerek karaciğer sirozu ve karaciğer yetmezliğine kadar ulaşabilmektedir (33). Kolestazın en önemli klinik bulgularından biri de kaşıntıdır (pruritus). Kaşıntı, kolestatik karaciğer hastalıklarında sık karşılaşılan bir semptom olup serumda safra asitlerinin artışı ve kolik asit ile kenodeoksikolik asit oranlarındaki değişiklikler sonucunda ortaya çıkmaktadır (9).

Erken evredeki hastalarda belirgin semptomlar olmayabilir ya da yorgunluk, bulantı, anoreksiya ve epigastrik rahatsızlık gibi nonspesifik yakınmalar görülebilir. Kolestazın temel klinik bulguları arasında sarılık, kaşıntı (pruritus), yorgunluk, steatore ve ksantomalar yer almaktadır (24).

Pruritus, kolestatik karaciğer hastalığından etkilenen bireylerin yaşam kalitesini ve uyku kalitesini önemli ölçüde bozan, rahatsız edici bir semptomdur. Tüm vücutta yaygın olarak görülebilen kaşıntının şiddeti değişkenlik gösterebilmekte ve kendiliğinden artıp azalabilmektedir. Özellikle geceleri devam etmesi nedeniyle uyku kalitesi üzerinde belirgin olumsuz etki yaratmaktadır. Kolestazda kaşıntının oluşum mekanizması tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte, bazı lizofosfolipitler ve safra asidi birikimi gibi potansiyel pruritojenlerin kaşıntı hissinden sorumlu sinir ağlarını aktive ettiği düşünülmektedir. Yaşam kalitesinin ciddi biçimde etkilendiği refrakter pruritus olgularında karaciğer transplantasyonu gerekebilmektedir (34). Kaşıntı, okul, iş yaşamı, uyku düzeni ve genel yaşam kalitesi üzerinde belirgin olumsuz etkiler oluşturan önemli bir klinik bulgudur (35).

2.6. Tanı

Klinik öyküsü değerlendirilen ve mevcut belirti ile bulgular doğrultusunda kolestazdan şüphelenilen bireylerde, tanının kesinleştirilmesi amacıyla laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemlerinden yararlanılmaktadır (8, 36). Özellikle ekstrahepatik organ tutulumunun değerlendirilmesi, ayırıcı tanı açısından son derece önemlidir (36).

2.6.1. Genetik Tanı

Genetik tanı yöntemleri, kalıtsal geçiş gösteren karaciğer hastalıklarının saptanmasında kesin ve güvenilir bir yaklaşım sunmaktadır. Bunun temel nedeni, genetik kökenli hastalıkların büyük bir bölümünün tanı koydurucu biyobelirteçlerden yoksun olmasıdır. Son yıllarda genetik analiz teknolojilerindeki hızlı gelişmeler sayesinde genetik testlerin tanısallık değeri ve kullanım alanı önemli ölçüde artmıştır (36).

2.6.2. Biyokimyasal Tanı

Kolestazdan şüphelenilen olgularda rutin karaciğer biyokimya testleri kapsamında total ve direkt bilirubin düzeyleri ile ALP, ALT, GGT ve AST düzeyleri değerlendirilmektedir. Bu laboratuvar parametrelerinde çeşitli derecelerde yükselme saptanabilmektedir. Kolestatik şiddetiyle orantısız olarak düşük GGT düzeyinin bulunması, Progressive Familial Intrahepatic Cholestasis (PFIC) ve safra asidi sentezinin doğuştan bozuklukları gibi kalıtsal kolestatik hastalıklar açısından önemli bir klinik bulgu olarak kabul edilmektedir (36).

Hastalar, rutin kontroller sırasında yapılan karaciğer biyokimya testlerinde saptanan anormallikler ile de tanı alabilmektedir. ALT ve AST düzeyleri normal referans aralıklarına göre (ALT: <41 U/L, AST: 8–33 U/L) genellikle 2–3 kat artış gösterirken, ALP düzeyi normal değerlere göre (ALP: 40–130 IU/mL) yaklaşık 10 kata kadar yükselebilmektedir. GGT düzeyi ise normal değerlerinin (kadınlarda 5–45 U/L, erkeklerde 5–65 U/L) yaklaşık 2–3 katına kadar artış gösterebilmektedir (8).

Asemptomatik hastalar çoğunlukla rutin laboratuvar incelemeleri sırasında ALP ve GGT düzeylerinde artış saptanmasıyla tespit edilmektedir. Ancak izole serum GGT yüksekliği kolestatik tanısı açısından düşük özgüllüğe sahiptir. GGT düzeylerindeki artış; akut miyokard enfarktüsü, alkol veya uyuşturucu kullanımına bağlı enzim indüksiyonu, maligniteler ve parasetamol gibi bazı ilaçların kullanımı sonucunda da ortaya çıkabilmektedir (8, 37).

İzole serum ALP yüksekliği; PFIC tip 1 ve tip 2 ile safra asidi sentez bozuklukları dâhil olmak üzere kolestatik karaciğer hastalıklarında görülebilmekle birlikte, hızlı kemik büyümesi, kemik hastalıkları (örn. paget hastalığı) ve gebelik gibi fizyolojik veya patolojik durumlara da bağlı olabilmektedir. Kolestazın ayırıcı tanısı geniş bir yelpazeye sahip olduğundan, öncelikle intrahepatik ve ekstrahepatik kolestaz ayrımının doğru ve dikkatli bir şekilde yapılması gerekmektedir (37).

2.6.3. Görüntüleme Yöntemleri

Kolestazı tanılamak amacıyla kullanılan görüntüleme yöntemleri arasında USG, BT, radyonüklid görüntüleme yöntemleri, MRCP, ERCP, PTK, EUS, oral kolesistografi, intravenöz kolanjiyokolesistografi ve direkt kolanjiyografi yer almaktadır (2, 15).

2.7. Tedavi

Kolestaz, safra oluşumunun ve/veya safra akışının bozulması sonucu ortaya çıkan bir durumdur. Kolestazda, safra tuzları da dâhil olmak üzere toksik safra bileşenlerinin hepatositler içerisinde birikmesi söz konusudur. Bu durum tedavi edilmediği takdirde hepatosit hasarına, safra yollarında hasara, fibroze, karaciğer yetersizliğine ve siroza yol açabilmektedir (38).

Safra yolu obstrüksiyonlarına neden olan durumların tanı ve tedavi yaklaşımları oldukça çeşitlidir. Olası morbidite ve mortalite risklerini azaltmak amacıyla uygun tanı yöntemlerinin belirlenmesi ve etkili tedavi stratejilerinin uygulanması gerekmektedir (39). Kolestazın etiyolojisi belirlendikten sonra, nedene yönelik tedavinin yanı sıra ortaya çıkan klinik semptomlara yönelik tedavi planlaması yapılmalıdır. Kolestazlı hastalarda öncelikli hedef, obstrüksiyonun giderilmesi ve safra akışının yeniden sağlanmasıdır. Bu amaçla drenaj, stentleme, by-pass cerrahisi, dilatasyon veya mevcutsa safra taşının çıkarılması gibi girişimsel yöntemler uygulanabilmektedir (8).

Tıbbi yönetim çoğunlukla yaşam kalitesini ve uyku kalitesini artırmaya, kaşıntının kontrol altına alınmasına ve yağda eriyen vitamin eksikliklerinin giderilmesine yönelik destekleyici bakımı kapsamaktadır. Bu hastalarda malnütrisyon sıklıkla görülmekte olup, özellikle orta zincirli trigliseritler ile yağda çözünen A, D, E ve K vitaminlerinin takviyesi gerekmektedir. Bazı bireylerde hedeflenen kalorik alımın sağlanabilmesi için nazogastrik beslenme veya gastrostomi tüpü ile enteral beslenmeye ihtiyaç duyulabilmektedir. Kolestazlı hastalarda yönetimi en zor terapötik sorunlardan biri pruritustur. Pruritus, bireylerin yaşam kalitesini ve uyku düzenini belirgin şekilde olumsuz etkilemektedir (35).

2.7.1. Kaşıntının(Pruritus) Yönetimi

Kolestaza bağlı pruritusun yönetimi güçtür. Pruritus şiddetli seyredebilir ve bireylerin uyku düzenini ve yaşam kalitesini belirgin biçimde olumsuz etkileyebilir. Pruritusa aracılık eden mekanizmaların aydınlatılması ve bu semptomu etkili biçimde tedavi edebilecek farmakolojik ajanların geliştirilmesi amacıyla çalışmalar devam etmektedir (22). Kaşıntı, öncelikle aşağıda belirtilen non-farmakolojik yöntemlerle kontrol altına alınmaya çalışılır:

- Hastaların bulunduğu ortamın ısısı ve nemi uygun şekilde ayarlanmalıdır.
- Kaşıntı uyku kalitesini bozduğundan, pamuklu ve yumuşak pijamalar tercih edilmeli; çarşafların temiz, kuru ve kırışksız olmasına dikkat edilmelidir.
- Gün aşırı ılık suyla, cildi kurutmayan sabunlar kullanılarak banyo yapılmalı; banyo sonrası cilt yumuşak bir havluyla nazikçe kurulmalıdır.
- Çamaşırlar yıkanırken parfümsüz deterjanlar tercih edilmeli, yumuşatıcı kullanılmamalıdır. Ek kaşıntıyı önlemek amacıyla kıyafetlerin etiketleri çıkarılmalıdır.
- Acı, baharatlı ve yağlı yiyeceklerin kaşıntıyı artırabileceği göz önünde bulundurularak bu tür besinlerden kaçınılmalıdır.
- Cildin nemlendirilmesi sağlanmalı, sıcak banyolardan kaçınılmalı ve tırnaklar kısa tutulmalıdır.
- Stresin kaşıntıyı tetikleyebileceği dikkate alınarak hastalara stres yönetimi konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.
- Aromaterapi uygulamaları, kaşıntı algısının azalmasına ve rahatlama sağlanmasına katkıda bulunabilir. Bu amaçla lavanta, kekik, melisa, karanfil, yasemin, okaliptüs ve çay ağacı gibi bitkilerden elde edilen yağlar kullanılabilir.
- Etkilenen bölgeye soğuk uygulama yapılabilir (23, 35, 40).

Kolestaza bağlı kaşıntı şikâyeti devam eden hastalarda ilk basamak farmakolojik tedavi genellikle kolestiramin olarak önerilmektedir. Kolestiramin ile yeterli yanıt alınamayan veya ilacı tolere edemeyen bireylerde alternatif olarak rifampisin 300 mg/gün dozunda başlanabilir. Rifampisinin hepatotoksik potansiyeli nedeniyle tedavi süresince hastalar yakından izlenmeli; gerekli durumlarda doz kademeli olarak maksimum 600 mg/gün'e kadar artırılabilir. Bu tedavilere rağmen kaşıntı kontrol altına alınamazsa sırasıyla nalokson, naltrekson ve sertralin gibi ajanlar değerlendirilebilir. Tıbbi tedaviye

yanıt vermeyen ve semptomları devam eden olgularda plazmaferez veya albümin ile diyaliz gibi girişimsel yöntemler uygulanabilmektedir. Tüm bu yaklaşımlara rağmen kaşıntı şiddetini koruyorsa ve hastada mortalite riski ile birlikte Model for End-Stage Liver Disease skoru 15 ve üzerinde seyrediyorsa karaciğer transplantasyonu gündeme alınmalıdır (10).

2.7.2. Ursodeoksikolik Asit

Plasebo kontrollü klinik denemeler ve vaka-kontrol çalışmalarından elde edilen bulgular, ursodeoksikolik asidin (UDKA) kolestatik karaciğer hastalıklarında tercih edilen tedavi seçeneklerinden biri olduğunu göstermektedir. Çeşitli kolestatik hastalıklarda UDKA' nın belirgin antikolestatik etkilere sahip olduğu ortaya konmuştur. Yapılan çalışmalarda, UDKA tedavisinin serum bilirubin, kolesterol ve immünoglobulin M düzeylerini anlamlı ölçüde azalttığı; histolojik bulguları iyileştirdiği ve yorgunluk ile pruritus semptomlarında gerileme sağladığı bildirilmiştir. Tedaviye erken dönemde başlanan hastalarda hastalığın histolojik progresyonunun geciktiği ve karaciğer transplantasyonu gereksiniminin ileri bir zamana ertelendiği gösterilmiştir. UDKA genellikle günlük 13–15 mg/kg/gün dozunda uygulanmaktadır (8, 37).

Yapılan çalışmalarda UDKA'nın hastaların yaklaşık yarısında karaciğer fonksiyon testlerinin normalleşmesine katkı sağladığı tespit edilmiştir (35). UDKA, safra asitlerinin hidrofilisite indeksini artırarak safra toksisitesini azaltmakta ve bu mekanizma üzerinden terapötik etki göstermektedir (41). Ayrıca UDKA'nın safra kanalı obstrüksiyonlarını önlemenin yanı sıra, kanser gelişimine karşı koruyucu bir potansiyele sahip olabileceği de ileri sürülmektedir (41).

2.7.3. Kortikosteroidler ve Diğer İmmüsupresif Ajanlar

Kortizol ve diğer glukokortikoidler, glukokortikoid reseptörüne bağlanarak etki gösterir. Glukokortikoidlerin anti-inflamatuvar özelliklere sahip olmaları, kolestaz tedavisindeki kullanımlarını ilgi çekici hâle getirmiştir. Ancak uzun süreli kullanımlarında osteopeni ve osteoporoz gibi ciddi yan etkilerin ortaya çıkabilmesi önemli bir endişe kaynağıdır (41). Prednizolonun serum karaciğer testleri ve histolojik bulgular üzerinde iyileştirici etki gösterdiği, buna karşın kemik mineral yoğunluğunu azalttığı belirlenmiştir. Bu nedenle prednizolonun uzun süreli kullanımı önerilmemektedir. UDKA ile birlikte kullanılan prednizolonun, UDKA'nın tek başına kullanımına kıyasla daha faydalı sonuçlar sağladığı bildirilmiştir. Tedavide budesonid de

kullanılabilmektedir; ancak budesonidin portal ven trombozu ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle karaciğer sirozu bulunan hastalarda kullanımı önerilmemektedir. Azatiyoprin, metotreksat ve siklosporin gibi immünsupresif ajanlar ise standart kolestaz tedavisi kapsamında önerilmemektedir (37).

2.7.4. Anti-fibrotik Ajanlar

Bu ilaçların terapötik etkinliği UDKA'ya kıyasla daha düşük bulunmuştur. Ayrıca UDKA ile kombine kullanıldıklarında semptomlarda anlamlı bir iyileşme sağlanamadığı gösterilmiştir. Bu nedenle kolestaz tedavisinde rutin kullanımları önerilmemektedir (37).

2.7.5. Karaciğer Nakli

Karaciğer nakli, geç evre kolestazlı hastalarda sağ kalımı anlamlı düzeyde artırmıştır. Tedaviye dirençli asit, spontan bakteriyel peritonit, tekrarlayan varis kanamaları, hepatik ensefalopati, hepatoselüler karsinom, dekompanse siroz ile birlikte tedaviye dirençli pruritus ve kabul edilemez düzeyde yaşam kalitesi kaybı gibi durumlarda karaciğer nakli değerlendirmeye alınabilmektedir (37).

Genel olarak farmakolojik tedavinin temel hedefi, kolestazın en rahatsız edici semptomu olan pruritusu kontrol altına almak ve bireylerin yaşam ile uyku kalitesini artırmaktır. Bunun yanı sıra hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak, beslenme durumunu iyileştirmek, vitamin eksikliklerini düzeltmek ve asit ile varis kanaması gibi ileri evre karaciğer hastalığına bağlı komplikasyonları tedavi etmek de tedavinin diğer amaçları arasındadır. Günümüzde kolestaz için kesin olarak onaylanmış bir tedavi yöntemi bulunmamakla birlikte, UDKA gibi bazı farmakolojik ajanların klinik fayda sağladığı gösterilmiştir. Hekimler bu ajanları genellikle inatçı pruritus, büyüme geriliği ve beslenme yetersizliklerinin cerrahi tedavi veya karaciğer nakli gerektirdiği aşamaya kadar kullanmaktadır.

Cerrahi tedavi açısından değerlendirildiğinde ise, safra asitlerinin enterohepatik dolaşımını kesmeye yönelik safra yönlendirme teknikleri ön plana çıkmaktadır. Bu yöntemler, safra kesesinden safra asitlerinin bağırsaklara akışını artırarak ince bağırsakta safra asitlerinin geri emilimini azaltmakta ve böylece toplam safra asidi yükünün düşürülmesini amaçlamaktadır (42).

2.8. Kolestazda Uyku ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, bireyin kendi değer sistemi, kültürel normları ve kişisel beklentileri çerçevesinde yaşamını nasıl algıladığı ve değerlendirdiğine ilişkin öznel bir kavrayışı ifade etmektedir (43). Bireylerin duygusal, sosyal ve fiziksel açıdan tatmin düzeylerini ve günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir biçimde sürdürebilme yetilerini kapsayan çok boyutlu bir kavramdır. Bu bağlamda bireyin fiziksel, ruhsal ve toplumsal iyilik hâli, yaşam kalitesinin temel belirleyicileri arasında yer almaktadır.

Sağlıkla ilişkili objektif yaşam kalitesi göstergeleri arasında; bireyin mevcut sağlık durumundan bağımsız olarak yürüme, koşma, merdiven çıkma, eğilip doğrulma gibi fiziksel efor gerektiren aktiviteleri yerine getirebilme ve öz bakımını sürdürebilme becerisi ön plana çıkmaktadır. Buna karşılık sağlıkla ilişkili sübjektif göstergeler, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığına ilişkin kişisel algı ve değerlendirmelerini kapsamaktadır (14). Uyku kalitesi, bireyin uykudan uyandıktan sonra kendini dinlenmiş, enerjik ve güne hazır hissetmesiyle tanımlanmaktadır. Bu kavram yalnızca uykunun süresi, uykuya dalma süresi ve gece boyunca uyanma sıklığı gibi ölçülebilir parametreleri değil; aynı zamanda uykunun derinliği ve yenileyici etkisi gibi bireysel algıya dayalı unsurları da içermektedir (15).

Kaşıntı, kolestaz ile ilişkili hastalıklarda en belirgin semptomlardan biri olup bireylerin yaşam kalitesini ve uyku kalitesini anlamlı düzeyde olumsuz etkileyebilmektedir. Farmakolojik ve non-farmakolojik tedavilere rağmen dirençli pruritusun devam etmesi durumunda karaciğer transplantasyonu endikasyonu gündeme gelebilmektedir (26).

2.9. Kaşıntı Yönteminde Hemşirelik Uygulamaları

Kolestaza bağlı kaşıntı, hastalarda sık karşılaşılan bir semptomdur. Tek başına kaşıntı hayati bir tehdit oluşturmamakla birlikte, şiddetinin artması durumunda bireylerde fiziksel ve zihinsel tükenmişlik, uyku bozuklukları, sosyal hayattan uzaklaşma, öfke, kaygı ve depresyon gibi duygusal sorunlara yol açabilmektedir. Ayrıca bireyin benlik saygısını, öz bakım becerilerini, genel yaşam kalitesini ve konforunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (44).

Hastalarda görülen kaşıntı oldukça rahatsız edici bir semptom olup zamanla dermatit gelişimine ve buna bağlı kalıcı cilt izlerine (skar) yol açabilmektedir. Özellikle gece saatlerinde artan kaşıntı; yorgunluk, iştahsızlık ve anoreksi gibi sorunlara neden

olabilmektedir. Kaşıntının sürekli hâle gelmesi ise uyku düzenini bozarak fiziksel tükenmişliği artırmaktadır (25). Şiddetli kaşıntı, ciltte yaralanmalara (çoğunlukla kanamaya yol açacak şekilde) neden olabilmekte ve uyku kaybına yol açarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (45). Kaşıntının tedavisindeki temel hedefler; kaşıntının en aza indirilmesi ya da tamamen ortadan kaldırılması, cilt bütünlüğünün korunması, hastanın stresle başa çıkabilmesine yönelik etkili stratejilerin desteklenmesi, yaşam kalitesi ve konforun artırılması ile tedavi sürecinin etkin bir biçimde yürütülmesidir (46).

Kaşıntının karmaşık yönlerinin etkin bir şekilde ele alınabilmesi için; hekim, dermatolog, psikiyatrist, psikolog, hemşire ve sosyal hizmet uzmanlarından oluşan multidisipliner bir ekibe ihtiyaç duyulmaktadır. Bu ekip içerisinde hemşirenin temel sorumlulukları arasında; ilaçların doğru ve zamanında uygulanması, cilt bakımının sağlanması, öz bakım becerilerinin desteklenmesi, diyet programına uyumun izlenmesi, stresle başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi ile hasta ve ailesine yönelik eğitim hizmetlerinin sunulması yer almaktadır (44).

Kaşıntıya bağlı olarak bireylerde uyku bozuklukları, fiziksel ve zihinsel yorgunluk ile sosyal izolasyon gibi sorunlar ortaya çıkmakta; bu durum bireyin genel konfor düzeyini olumsuz yönde etkilemektedir. Konfor, bireyin temel insani gereksinimleri arasında yer almakta ve karşılanması gereken önemli bir ihtiyaç olarak değerlendirilmektedir. Hemşirelik uygulamalarında güncel ve önemli bir kavram olan konfor, kaliteli hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmektedir. Hemşire; hastanın konfor gereksinimlerini doğru biçimde belirlemeli, bu gereksinimlere yönelik bakım girişimlerini planlayıp uygulamalı ve sonrasında hastanın konfor düzeyini değerlendirebilmelidir. Konfor gereksiniminin etkili bir şekilde karşılanabilmesi ise hemşirelik tanısının doğru ve yerinde konulmasıyla doğrudan ilişkilidir (47). Öncelikli olarak bireyin kaşıntı şikâyetinin giderilmesi büyük önem taşımaktadır. Bununla birlikte hastanın sağlık durumu hakkında düzenli olarak bilgilendirilmesi, ilaç saatlerinin ve tedavi uygulamalarının uyku düzenini bozmayacak şekilde planlanması, servis ortamında personel kaynaklı gürültünün en aza indirilmesi ve gündüz uykularından kaçınılması gibi önlemler de uyku kalitesinin artırılmasına katkı sağlamaktadır. Düzenli bir uyku rutini oluşturulmalı; mümkün olduğunca her gün aynı saatlerde yatıp kalkması desteklenmelidir. Oda sıcaklığı ve neminin uygun düzeyde tutulmasına, ortamın düzenli olarak havalandırılmasına dikkat edilmelidir. Ayrıca müzik dinleme, sıcak içecekler

tüketme, ilgi çekici kitap veya dergi okuma gibi rahatlatıcı aktiviteler; uykusuzluğun ve buna bağlı gelişen yorgunluğun azaltılmasına yardımcı olabilmektedir (25, 48).

Hemşireler, bireylerin öz bakım gereksinimlerini karşılayabilmeleri konusunda destekleyici bir rol üstlenmelidir. Hastanın duygularını ifade etmesi teşvik edilmeli ve kendi bakımına aktif katılımı konusunda cesaretlendirilmelidir (25, 49). Az yağlı diyetle beslenmenin kaşıntı şiddetinin azaltılmasında etkili olabileceği hastaya mutlaka açıklanmalıdır. Bununla birlikte birey, yeterli sıvı alımı konusunda teşvik edilmelidir; çünkü artan sıvı tüketimi vücuttaki toksinlerin atılmasına katkı sağlayarak kaşıntının hafiflemesine yardımcı olabilmektedir. Kaşıntının kontrol altına alınmasına yönelik uygulamalar arasında; düzenli nemlendirici kullanımı, bacak tüylerinin alınarak cilt yüzeyinin yumuşak tutulması, ortam neminin uygun cihazlarla dengelenmesi, serin ve pamuklu giysilerin tercih edilmesi, rahatlatıcı banyolar yapılması ve kaşıntılı bölgelere soğuk kompres uygulanması yer almaktadır.

Ayrıca ikincil cilt hasarlarını önlemek amacıyla tırnakların kısa ve düzgün şekilde kesilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda özellikle bariyer koruyucu özelliğe sahip nemlendirici kremler kaşıntının azaltılmasında etkili olmaktadır. Bu tür ürünler cilt bariyerini güçlendirerek tahrişi önlemekte ve semptomların hafiflemesine katkı sağlamaktadır. Mentol içeren losyonların da kaşıntı üzerinde serinletici ve yatıştırıcı etkiler sağladığı bildirilmektedir. Kaşıntı gelişen durumların çoğunda topikal antihistaminiklerin kullanımı önerilmekte olup, bu ajanlar kaşıntı hissinin azaltılmasında destekleyici bir rol üstlenmektedir (25, 50).

Haftada 1–2 kez ılık suyla banyo yapılması önerilmektedir. Banyo süresi 20 dakikayı aşmamalı, cilt sağlığını olumsuz etkileyebilecek katkı maddesi içeriği yüksek temizlik ürünlerinin kullanımından kaçınılmalıdır. Cilt, tahrişe neden olmayacak şekilde nazikçe temizlenmeli; banyo sonrasında ise yumuşak bir havlu ile bastırmadan ve sürtünme oluşturmaktan kurulanmalıdır. Giysi seçiminde sentetik ve yünlü kumaşlar yerine pamuklu ve bol kesimli kıyafetler tercih edilmelidir. Ayrıca giysilerin yıkanmasının ardından deterjan kalıntısı bırakmayacak şekilde iyice durulanması sağlanmalıdır; çünkü ciltte kalan deterjan artıkları kaşıntıyı artırarak cilt tahrişine yol açabilmektedir. Bireylerin alkol, baharatlı, acı ve ekşi gıdalar ile aşırı sıcak yiyecek ve içeceklerin tüketiminden; çok sıcak ortamlarda bulunmaktan ve yoğun stresten kaçınmaları önerilmektedir. Bunun yanı sıra kimyasal içerikli kozmetik ürünler, parfümlü ıslak mendiller ve benzeri tahriş edici maddelerin kullanımından da uzak durulmalıdır.

Bu tür etkenler ciltte irritasyona neden olarak kaşıntının şiddetlenmesine yol açabilmektedir.

Kaşıntının yol açtığı psikososyal etkilerle başa çıkabilmek amacıyla sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi, gerektiğinde profesyonel destek alınması, bilişsel davranışçı terapilerden yararlanılması ve uygun durumlarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerine başvurulması önerilmektedir. Tedavi sürecinin uzun ve zorlayıcı olabileceği göz önünde bulundurularak, ilaçların doğru dozda ve uygun zaman aralıklarıyla kullanılması büyük önem taşımaktadır. Tam iyileşme sağlanana kadar düzenli hekim kontrollerine devam edilmesi, tedavi etkinliğinin değerlendirilmesi ve hastalığın izlenmesi açısından gereklidir. Bu süreçte hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi önem arz etmektedir.

Kaşıntı yönetiminde hijyen ve güvenlik uygulamaları da temel unsurlar arasında yer almaktadır. Tırnaklar kısa ve düzgün şekilde kesilmeli; cilt bütünlüğünü korumak amacıyla tırmalama riskine karşı gerekli önlemler alınmalıdır. Deri tüylerinin temizliği sırasında tahrişi önlemek için tüylerin çıkış yönüne doğru ve nazik uygulamalar yapılmalıdır. Ayrıca banyo sırasında kullanılan yumuşatıcı yağların zemin üzerinde kayganlık oluşturabileceği göz önünde bulundurularak, düşme riskine karşı gerekli güvenlik önlemleri alınmalı ve hasta güvenliği sağlanmalıdır. Bedenin gevşemesini sağlamak ve kaşıntıya bağlı stresi azaltmak amacıyla nefes egzersizleri, meditasyon, zihinsel gevşeme teknikleri ve yoga gibi tamamlayıcı ve bütüncül (integratif) sağlık uygulamalarından yararlanılabilir. Bununla birlikte stres yönetiminde etkili olan diğer yöntemler arasında bireyin kendini tanıması, öz yönetim becerilerinin geliştirilmesi, olumlu düşünme, içsel konuşmalarla motivasyon sağlama, otojenik gevşeme egzersizleri, yeterli uyku ve dinlenme, stres topları kullanımı, terapötik masaj ve kahkaha gibi gevşetici aktiviteler yer almaktadır. Ayrıca bilişsel yeniden yapılandırma tekniklerinin uygulanması da önerilmektedir.

Hastanın cilt bütünlüğü günlük olarak düzenli biçimde değerlendirilmelidir. Bunun yanı sıra cilt bütünlüğünü korumaya yönelik uygun bakım uygulamaları hakkında hasta ve ailesine kapsamlı eğitim verilmesi, cilt sağlığının sürdürülebilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Kaşıntının şiddeti düzenli aralıklarla izlenmeli ve değerlendirilmelidir. Ayrıca tedavi sürecinin etkinliğini izlemek amacıyla gerekli laboratuvar testlerinin düzenli olarak kontrol edilmesi önerilmektedir (44, 50, 51).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmada tanımlayıcı yöntem kullanıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi Gastroenteroloji Kliniğinde 15/05/2024-15/11/2024 tarihleri arasında yürütüldü.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Turgut Özal Tıp Merkezi Mayıs-Kasım 2024 tarihleri arasında herhangi bir karaciğer hastalığı ve eşlik eden kolestaz nedeniyle Gastroenteroloji kliniğinde izlenmekte olan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemi belirlemek üzere evreni belli gruplarda örneklem hesaplama yöntemi kullanıldı. Turgut Özal Tıp Merkezi Gastroenteroloji Kliniğinde 2023 yılı boyunca yaklaşık 1000 karaciğer hastalığı tanısı bulunan ve kolestaz sorunu olan hasta izlemi yapıldığı belirtildi. Örneklem büyüklüğünün evreni temsil etme gücünün belirlenmesi için ayrıca Power analizi yapıldı. Analiz sonuçlarına göre %85 temsil gücünde 144 birey, %90 temsil gücünde 170 birey ve %95 temsil gücünde 208 bireye ulaşılması gerektiği hesaplandı. Araştırma 210 hastadan veri toplanarak tamamlandı.

3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

1. 18 yaşından büyük,
2. Türkçe bilen ve iletişim sorunu olmayan,
3. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan,
4. Kolestazın eşlik ettiği karaciğer hastalığı tanısı bulunan hastalar alındı.

3.5. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

1. Dâhil edilme kriterlerini karşılamadığı sonradan anlaşılan hastalar,
2. Çalışmayı kabul ettikten sonra ayrılmak isteyen hastalar çalışmadan çıkarıldı.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkeni kolestazlı hastalarda meydana gelen kaşıntı semptomudur.

3.6.2. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri kaşıntı semptomuna bağlı olarak uyku ve yaşam kalitesinde meydana gelen değişikliklerdir.

3.7. Çalışma Materyali

Veriler Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi Gastroenteroloji Kliniğinde herhangi bir karaciğer hastalığı ve eşlik eden kolestaz nedeniyle takip edilmekte olan hastalardan yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Verilerin toplanması için Tanııcı Bilgi Formu, 5-D Kaşıntı Ölçeği, Kronik Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 2.0 (KKHYKÖ 2.0), Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) formları kullanıldı.

3.8. Veri Toplama Şekli ve Araçları

Hastalar takip ve tedavi amaçlı hastanede bulundukları süreçte araştırmaya dâhil edildi. Her bir hasta için verilerin toplanması yaklaşık 15-20 dakika sürdü. Veriler hasta bireylerle yüz yüze görüşme yapılarak, bireylerin rızası alınarak ve çalışmanın içeriği ve amacı hakkında gerekli bilgilendirmeler yapılarak toplandı.

3.8.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Literatür desteği doğrultusunda hasta bireyler için araştırmacı tarafından oluşturulan bu form yaş, cinsiyet, boy, kilo, beden kütle indeksi (BKİ), eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, sigara kullanım durumu, sigara kullanımı varsa kaç yıldır ve günde kaç tane kullandığı, alkol kullanım durumu, kaç yıldır hastalık tanısı alındığı, sahip olunan diğer hastalıklar var mı varsa ne olduğu ve kullanılan ilaçların ne olduğunu öğrenmeye yönelik olarak 15 sorudan oluşan bir formdur. Formda açık ve kapalı uçlu sorular yer almaktadır (52).

3.8.2. 5-D Kaşıntı Ölçeği

5D kaşıntı ölçeği, kaşıntının zaman içindeki değişimlerini değerlendirebilen kısa ve duyarlı bir araç olarak tasarlandı (53). Orijinal adı “5-D Itch Scale” olan bu değerlendirme aracı, 2010 yılında Elman, Hyman, Gabriel ve Mayo tarafından Dallas’taki Texas Southwestern Medical Center’da geliştirildi. Ölçeğin temelini, Total Nöropati Ölçeği’nin (Total Neuropathy Scale) uyarlanmasıyla yürütülen ön çalışma oluşturdu. İlk versiyonunda hem açık uçlu sorular hem de bireyin kaşıntı algısına yönelik spesifik ifadeler yer aldı.

Bu ölçek, kolestatik kaşıntı yaşayan ve Sertralin tedavisi uygulanan 21 hasta üzerinde test edildi. Çalışma sonucunda ölçek; kaşıntının süresi, şiddeti, seyri, günlük yaşama etkisi (kısıtlama) ve vücutta yayılımı olmak üzere beş ana boyutta yapılandırıldı. Süre, şiddet ve seyir alanları her biri tek bir maddeden oluşurken; günlük yaşama etkisi (kısıtlama) dört maddeden meydana geldi. Bu dört madde, beşli Likert tipi ile değerlendirildi. Dağılım boyutu ise kaşıntının gözlemlenebileceği toplam 16 anatomik bölgeyi (15 vücut bölgesi ve diğer) kapsamaktadır. İngilizce olarak geliştirilen bu ölçek, kaşıntının süresi (Duration), şiddeti (Degree), seyri (Direction), günlük yaşama etkisi (Daily activities) ve vücuda dağılımı (Distribution) olmak üzere beş boyuttan ve toplam sekiz değişkenden oluşur. Hem öznel hem de çok boyutlu bir yapıya sahip olan ölçek, uygulanması kolay bir değerlendirme aracı olarak öne çıkar. Kaşıntının şiddeti, süresi, seyri ve günlük yaşam üzerindeki etkileri (örneğin uyku, sosyal aktiviteler, ev işleri, okul veya eğitimle ilgili görevler) ile birlikte vücutta yer aldığı bölgeler hakkında bilgi sağlar.

Toplam ölçek puanı en az 5 (hiç kaşıntı yok) ile en fazla 25 (çok şiddetli kaşıntı) arasında değişmektedir. Süre, şiddet, seyir ve kısıtlama boyutları 1 ile 5 puan arasında derecelendirilir. Kısıtlama boyutunun puanı, dört maddeye verilen yanıtların ortalamasıyla hesaplanır. Dağılım puanlaması ise kaşıntının etkilediği vücut bölgesi sayısına göre belirlenir: 0-2 bölge = 1 puan, 3-5 bölge = 2 puan, 6-10 bölge = 3 puan, 11-13 bölge = 4 puan ve 14-16 bölge = 5 puan olarak sınıflandırıldı (12).

3.8.3. Kronik Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 2.0

"KKHYKÖ 2.0", kronik karaciğer hastalığının bireylerin yaşam kalitesi ve günlük aktiviteleri üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş hastalığa özgü bir ölçme aracıdır. Ölçek, 2003 yılında Hollanda’da Simone M. Van der Plas ve çalışma arkadaşları tarafından oluşturulmuştur. Orijinal adı "The Liver Disease Symptom Index

2.0" olan bu ölçek, iki bölümden oluşmakta ve toplamda 24 alt soruyu içermektedir. Bu alt sorular, bir araya gelerek 15 temel maddeden oluşan ölçeği meydana getirir.

İlk bölüm, her biri iki alt başlık (a ve b) ile yapılandırılmış 9 maddeden oluşmaktadır. A alt başlıkları semptomların şiddetini değerlendirirken, B alt başlıkları bu semptomların bireyin günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etkisini ölçmektedir. Örneğin, 'kaşıntı' ile ilgili madde iki alt başlığa sahiptir: biri kaşıntının günlük yaşam üzerindeki etkisini, diğeri ise uykuya olan etkisini sorgular. Buna karşın, 'komplikasyon gelişimi korkusu' yalnızca tek maddelik bir yapıdadır ve alt başlık içermez. İkinci bölümde ise kronik karaciğer hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini etkileyen diğere önemli konulara odaklanılmaktadır. Bu bölümde toplam 6 madde yer alır ve hafıza problemleri, kişilik değişiklikleri, ekonomik durum, zaman yönetimi, cinsel istekte azalma ve cinsel aktivitedeki azalma ile ilgili değerlendirme yapmayı sağlar (54).

3.8.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

PUKİ, 1989 yılında Buysse ve çalışma arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, yeterli düzeyde iç tutarlılık, test-tekrar test güvenilirliği ve geçerlilik özelliklerine sahip bir ölçme aracıdır. Türkiye'de bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1996 yılında Ağargün ve ekibi tarafından gerçekleştirildi ve Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,804 olarak belirlendi. PUKİ bireylerin son bir ay içerisindeki uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, öz bildirim dayalı, geçerliği ve güvenilirliği kanıtlandı bir ölçme aracıdır. Toplam 24 maddeden oluşan ölçeğin 19 maddesi birey tarafından yanıtlanan öz bildirim sorularıdır. Kalan 5 madde ise bireyin eşi ya da birlikte yaşadığı kişi (örneğin oda arkadaşı) tarafından yanıtlanmakta olup yalnızca klinik değerlendirme amacıyla kullanılmakta; puanlamaya dahil edilmemektedir. Öz bildirim yoluyla elde edilen 18 madde, yedi alt bileşen kapsamında sınıflandırılmaktadır: öznel uyku kalitesi (Bileşen 1), uyku latensi (uykuya dalma süresi – Bileşen 2), uyku süresi (Bileşen 3), alışılmış uyku etkinliği (Bileşen 4), uyku bozuklukları (Bileşen 5), uyku ilacı kullanımı (Bileşen 6) ve gündüz işlevselliğinde bozulma (Bileşen 7). Her bir madde 0 ile 3 arasında derecelendirilir. Bu bileşenlerden elde edilen puanların toplamı, toplam PUKİ skorunu oluşturmaktadır. Toplam skor 0 ile 21 arasında değişmekte olup, 0–5 arası puanlar 'iyi uyku kalitesi', 5'in üzerindeki puanlar ise 'kötü uyku kalitesi' olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin tanı koyma konusundaki duyarlılığı %89,6; özgüllüğü ise %86,5 olarak belirlendi olup, uyku kalitesini değerlendirmede yüksek derecede güvenilir ve ayırt edici bir araç olduğu ortaya kondu.

PUKİ toplam skorunun 5'in üzerinde olması, bireyin uykuya ilişkin en az iki alanda ciddi düzeyde sorun yaşadığını ya da üç veya daha fazla alanda hafif ya da orta şiddette güçlük yaşadığını göstermektedir (55).

3.9. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verileri değerlendirilirken (sayı, yüzde, min-mak değerleri, sıra ortalaması, ortalama, standart sapma) tanımlayıcı istatistiksel metotlar kullanıldı. Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacıyla "Güvenilirlik Analizi" yapıldı. Ölçüm araçlarının basıklık ve çarpıklık testine göre normal dağılım gösterip, göstermediği araştırıldı. Buna göre değişkenlerin normal dağılıma sahip olduğu tespit edilmiş ve parametrik testler kullanıldı.

İki bağımsız grup karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise F testi kullanıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson korelasyon uygulandı. Kategorik bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiler için ise ki kare analizi kullanıldı. Ayrıca bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin incelenmesi için lineer regresyon analizi yapıldı.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'ndan 01/07/2024 tarihli 2024/5926 karar sayılı etik onay (Ek-2) alındı. Daha sonra İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Gastroenteroloji Bilim Dalı'ndan 22/05/2024-444540 Evrak Tarih ve Sayılı gerekli kurum izni (Ek-3) alındı. Araştırmaya katılan hastalar araştırmanın amacı hakkında bilgilendirilerek gönüllülük esasına (Ek-4) dayanarak katılımları sağlandı.

3.11. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Araştırmanın sınırlılığı sadece Malatya'da tek bir hastanede belirli tarihler arasında hizmet almak için hastaneye başvuran hastalarla yürütülmüş olmasıdır. Veriler, araştırmaya dahil edilen hastaların ifadelerinden oluştuğu için çalışmanın güvenilirliği katılımcıların söylemleri ile sınırlıdır. Bu nedenle sonuçlar benzer akademik çalışmalara destek olabilir ama sonuçlar tüm popülasyona genellenemez.

4. BULGULAR

Araştırmada kullanılan ölçüm araçlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.1’de verildi. Buna göre kaşıntı ölçeği puan ortalaması 13.36 ± 5.31 olarak hesaplandı. Karaciğer yaşam kalitesi 2.0 ölçeği puan ortalaması 42.79 ± 14.34 olarak hesaplanırken alt boyutlar için sırası ile kaşıntı için puan ortalaması 5.77 ± 4.05 , eklem ağrısı için 2.80 ± 2.87 , karın ağrısı için 4.50 ± 2.75 , uyku için 3.29 ± 2.65 , endişe için 3.98 ± 2.84 , iştah için 3.88 ± 2.88 , depresyon için 3.93 ± 2.83 ve sarılık için 2.42 ± 2.37 olarak hesaplandı. Bölüm 2 ek sorular puan ortalaması 12.22 ± 3.88 iken PUKİ puan ortalaması 7.47 ± 4.27 olarak hesaplandı.

Tablo 4.1. Ölçüm araçlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler

	Min.	Mak	Med	Ort	SS
Kaşıntı ölçeği	4.00	23.75	12.25	13.36	5.31
Karaciğer yaşam kalitesi 2.0 ölçeği	8.00	85.00	42.00	42.79	14.34
Kaşıntı	0.00	12.00	6.00	5.77	4.05
Eklem ağrısı	0.00	8.00	2.00	2.80	2.87
Karın ağrısı	0.00	8.00	5.00	4.50	2.75
Uyku	0.00	8.00	3.00	3.29	2.65
Endişe	0.00	8.00	4.00	3.98	2.84
İştah	0.00	8.00	4.00	3.88	2.88
Depresyon	0.00	8.00	4.00	3.93	2.83
Sarılık	0.00	8.00	2.00	2.42	2.37
Bölüm 2 ek sorular	6.00	25.00	11.00	12.22	3.88
PUKİ	0.00	19.00	7.00	7.47	4.27

Araştırmada kullanılan ölçüm araçlarına ilişkin alfa değerleri hem ölçek genelinde hem de alt boyut genelinde ele alındı. Buna göre kaşıntı ölçeği alfa değeri 0.819; yaşam kalitesi ölçeği alfa değeri 0.836 ve PUKİ alfa değeri 0.776 olarak hesaplandı. Alt boyutlarda ise alfa değerleri 0.510 ile 0.960 arasında hesaplandı (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Ölçüm araçlarına ilişkin alfa değerleri

	Alfa değerleri.
Kaşıntı ölçeği	0.819
Karaciğer yaşam kalitesi 2.0 ölçeği	0.836
PUKİ	0.776
Kaşıntı	0.933
Eklem ağrısı	0.960
Karın ağrısı	0.929
Uyku	0.906
Endişe	0.923

İştah	0.937
Depresyon	0.915
Sarılık	0.756
Bölüm 2 ek sorular	0.510

Tablo 4.3. Verilerin basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerleri incelendiğinde, tüm değişkenlerin çarpıklık ve basıklık katsayılarının kabul edilebilir sınırlar içinde yer aldığı görülmektedir. Literatürde, çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 1.5 (Tabachnick & Fidell) ya da ± 2 sınırları içerisinde bulunmasının verilerin normal dağılıma yakın olduğunu gösterdiği belirtilmektedir.

Bu çalışmada kaşıntı ölçeği, karaciğer yaşam kalitesi 2.0 ölçeği ve alt boyutları (kaşıntı, eklem ağrısı, karın ağrısı, uyku, endişe, iştah, depresyon ve sarılık) ile Bölüm 2 ek sorular ve PUKİ ölçeğine ait çarpıklık değerlerinin -0.310 ile 0.862; basıklık değerlerinin ise -1.466 ile 0.318 arasında değiştiği saptandı. Elde edilen bu değerler, değişkenlerin normal dağılımdan anlamlı düzeyde sapma göstermediğini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla araştırmada elde edilen verilerin normal dağılım varsayımını sağladığı kabul edildi ve bu doğrultuda parametrik istatistiksel analiz yöntemlerinin (örn. t-testi, ANOVA, Pearson korelasyon analizi) kullanılmasının uygun olduğu sonucuna varıldı.

Tablo 4.3. Verilerin basıklık ve çarpıklık değerleri

	Basıklık	Çarpıklık
Kaşıntı ölçeği	-0.922	0.308
Karaciğer yaşam kalitesi 2.0 ölçeği	-0.032	0.074
Kaşıntı	-1.322	0.119
Eklem ağrısı	-1.067	0.576
Karın ağrısı	-1.221	-0.310
Uyku	-1.208	0.286
Endişe	-1.397	-0.087
İştah	-1.466	-0.032
Depresyon	-1.376	0.034
Sarılık	-0.574	0.751
Bölüm 2 ek sorular	0.318	0.862
PUKİ	-0.857	0.193

Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bilgilerin dağılımı Tablo 4.4’de verildi. Katılımcıların yaş ortalaması 59.44 ± 16.82 olarak hesaplanırken, yaş dağılımı incelendiğinde, %12.4’ünün 40 yaş altında, %46.7’sinin 40-64 yaş aralığında ve %41,0’ının 65 yaş ve üzerinde olduğu tespit edildi. Cinsiyet dağılımı incelendiğinde ise

katılımcıların %50.0'si kadın, %50.0'si erkektir. BKİ açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların BKİ ortalaması 26.32 ± 5.66 olarak hesaplanmıştır ayrıca %5.7'sinin zayıf, %36.7'sinin sağlıklı, %36.2'sinin şişman ve %21.4'ünün obez olduğu tespit edildi. Eğitim düzeyi açısından incelendiğinde, katılımcıların %20,0'ı okuryazar değil, %4.3'ü okuryazar, %38.6'sı ilkokul, %13.8'i ortaokul, %11.9'u lise ve %11.4'ü lisans mezunudur. Meslek dağılımında %1.0 öğrenci, %5.7 çalışmıyor, %27.1 emekli, %41.0 ev hanımı, %6.7 memur, %9.0 işçi ve %9.5 serbest meslek grubunda olduğu tespit edildi.

Gelir düzeyi açısından katılımcıların %41.4'ünün geliri giderinden az, %53.8'inin geliri giderine eşit ve %4.8'inin geliri giderinden fazla olduğu tespit edildi. Sigara kullanımı açısından katılımcıların %23.3'ü sigara kullanırken, %76.7'si kullanmamaktadır. Alkol kullanımı değerlendirildiğinde, %3.8'i alkol kullanmakta, %96.2'si kullanmamaktadır. Hastalık süresi açısından katılımcıların %60.5'i 1 yıl ve altı, %31.4'ü 1-5 yıl arası ve %8.1'i 6 yıl ve üzeri süredir hastalığa sahiptir. Sahip olunan başka hastalık varlığı açısından değerlendirildiğinde, %63.3'ünde başka bir hastalık mevcutken, %36.7'sinde mevcut değildir. Kronik hastalıklar arasında %34.6 diyabet, %48.1 tansiyon, %4.5 prostat, %6.8 tiroit, %3.0 psikolojik bozukluk, %8.3 kardiyovasküler hastalık, %6.8 solunum hastalıkları ve %18.0 diğer kronik hastalıklar yer almaktadır. Son olarak, ilaç kullanımı açısından katılımcıların %71.4'ü sürekli kullanmış olduğu bir ilaç olduğu, %28.6'sının ise sürekli kullanmak olduğu bir ilaç olmadığı tespit edildi.

Tablo 4.4. Katılımcıların demografik özellikleri

Özellikler		Sayı	Yüzde
Yaş Ort±SS=59.44±16.82 Min=18 Mak=95	40 yaş altı	26	12.4
	40- 64 yaş arası	98	46.7
	65 yaş ve üzeri	86	41.0
Cinsiyet	Kadın	105	50.0
	Erkek	105	50.0
BKİ Ort±SS=26.32±5.66 Min=14.7 Mak=49.8	Zayıf	12	5.7
	Sağlıklı	77	36.7
	Şişman	76	36.2
	Obez	45	21.4
	Okuryazar değil	42	20.0
Eğitim durumu	Okuryazar	9	4.3
	İlkokul	81	38.6
	Ortaokul	29	13.8
	Lise	25	11.9
	Lisans	24	11.4
	Öğrenci	2	1.0
Mesleği	Çalışmıyor	12	5.7
	Emekli	57	27.1
	Ev hanımı	86	41.0
	Memur	14	6.7

	İşçi	19	9.0
	Serbest meslek	20	9.5
Gelir düzeyi	Geliri az	87	41.4
	Geliri giderine eşit	113	53.8
	Geliri fazla	10	4.8
Sigara kullanım durumu	Evet	49	23.3
	Hayır	161	76.7
Sigara Kullanım süresi	Ort±SS=32.59±14.03	Min=7	Mak=75
Alkol kullanımı	Evet	8	3.8
	Hayır	202	96.2
Hastalığın süresi	1 yıl ve altı	127	60.5
	1-5 yıl arası	66	31.4
	6 yıl ve üzeri	17	8.1
Sahip olunan başka hastalık	Evet	133	63.3
	Hayır	77	36.7
Kronik hastalıklar	Diyabet	46	34.6
	Tansiyon	64	48.1
	Prostat	6	4.5
	Tiroit	9	6.8
	Psikolojik bozukluk	4	3.0
	Kardiyovasküler hastalıklar	11	8.3
	Solunum hastalıkları	9	6.8
	Diğer	24	18.0
İlaç kullanımı	Evet	150	71.4
	Hayır	60	28.6

Tablo 4.5’de Kaşıntı ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki olduğu tespit edildi ($r=0.566$; $p<0.001$). Bu durum, kaşıntı düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Kaşıntı ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde kaşıntı boyutu ($r=0.900$; $p < 0.001$) pozitif yönlü ve yüksek düzeyde, eklem ağrısı ($r=0.158$; $p=0.022$) pozitif yönlü ve zayıf, uyku ($r=0.190$; $p=0.006$) pozitif yönlü ve zayıf, endişe ($r=0.144$; $p=0.036$) pozitif yönlü ve zayıf, iştah ($r=0.281$; $p < 0.001$) pozitif yönlü ve zayıf, depresyon ($r=0.149$; $p=0.031$) pozitif yönlü ve zayıf, sarılık ($r=0.198$; $p=0.004$) pozitif yönlü ve zayıf, bölüm 2 ek sorular ($r=0.284$; $p < 0.001$) pozitif yönlü ve zayıf düzeyde ilişkilidir. Bu bulgular, kaşıntı şiddetindeki artışın yaşam kalitesi alt boyutlarının çoğunu olumsuz etkilediğini göstermektedir. Ancak karın ağrısı alt boyutu ile kaşıntı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($r=0.108$; $p=0.119$). Bu durum, karın ağrısının kaşıntıdan bağımsız seyrettiğini göstermektedir. PUKİ ile kaşıntı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki vardır ($r=0.508$; $p < 0.001$). Bu sonuç, kaşıntı şiddetinin artmasının yaşam kalitesi üzerinde belirgin bir olumsuz etkiye sahip olduğunu ifade etmektedir.

PUKİ ve yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki olduğu tespit edildi ($r=0.495$; $p<0.001$). Bu durum, PUKİ puanı

arttıkça yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini ifade etmektedir. PUKİ ve yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde ise kaşıntı boyutu ($r=0.542$; $p < 0.001$) pozitif yönlü ve yüksek düzeyde, eklem ağrısı ($r=0.260$; $p < 0.001$) pozitif yönlü ve zayıf, karın ağrısı ($r=0.170$; $p=0.014$) pozitif yönlü ve zayıf, uyku ($r=0.182$; $p=0.008$) pozitif yönlü ve zayıf, iştah ($r=0.222$; $p < 0.001$) pozitif yönlü ve zayıf, depresyon ($r=0.184$; $p=0.008$) pozitif yönlü ve zayıf, sarılık ($r=0.178$; $p=0.010$) pozitif yönlü ve zayıf, bölüm 2 ek sorular ($r=0.325$; $p < 0.001$) pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki olduğu tespit edildi. Bu bulgular, PUKİ düzeyinin artmasının yaşam kalitesi alt boyutlarının çoğunda olumsuz etkiler yarattığını göstermektedir. Ancak endişe alt boyutu ile PUKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($r=0.127$; $p=0.065$). Bu durum, endişe düzeyinin PUKİ’den bağımsız olarak değiştiği anlamına gelmektedir.

Tablo 4.5. Ölçüm araçları arasındaki ilişki

	Kaşıntı ölçüğü	Kaşıntı ölçüğü	Karaciğer yaşam kalitesi 2.0 ölçüğü	Kaşıntı (septom)	Eklemler ağrısı	Karın ağrısı	Uyku	Endişe	İştah	Depresyon	Sarılık	Bölüm 2 ek sorular	PUKİ
	r	1											
	p												
Karaciğer yaşam kalitesi 2.0 ölçüğü	r	0.566**	1										
	p	0.000											
Kaşıntı	r	0.900**	0.594**	1									
	p	0.000	0.000										
Eklemler ağrısı	r	0.158*	0.346**	0.172*	1								
	p	0.022	0.000	0.013									
Karın ağrısı	r	0.108	0.415**	0.126	0.171*	1							
	p	0.119	0.000	0.069	0.013								
Uyku	r	0.190**	0.513**	0.198**	0.239**	0.134	1						
	p	0.006	0.000	0.004	0.000	0.052							
Endişe	r	0.144*	0.625**	0.162*	0.052	0.243**	0.179**	1					
	p	0.036	0.000	0.019	0.451	0.000	0.009						
İştah	r	0.281**	0.545**	0.260**	0.116	0.126	0.260**	0.147*	1				
	p	0.000	0.000	0.000	0.095	0.069	0.000	0.033					
Depresyon	r	0.149*	0.619**	0.139*	0.047	0.185**	0.212**	0.753**	0.198**	1			
	p	0.031	0.000	0.044	0.497	0.007	0.002	0.000	0.004				
Sarılık	r	0.198**	0.398**	0.213**	-0.104	0.018	0.111	0.116	0.221**	0.127	1		
	p	0.004	0.000	0.002	0.132	0.795	0.109	0.092	0.001	0.065			
Bölüm 2 ek sorular	r	0.284**	0.620**	0.258**	-0.017	0.061	0.190**	0.347**	0.261**	0.328**	0.286**	1	
	p	0.000	0.000	0.000	0.807	0.378	0.006	0.000	0.000	0.000	0.000		
PUKİ	r	0.508**	0.495**	0.542**	0.260**	0.170*	0.182**	0.127	0.222**	0.184**	0.178**	0.325**	1
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.014	0.008	0.065	0.001	0.008	0.010	0.000	

**p<0.01; *p<0.05

4.1. Hipotezler

Katılımcıların yaşam kalitesi düzeylerine kaşıntı düzeyinin etki edip etmediği basit regresyon analizi ile incelendi. Regresyon analizi sonuçlarına göre kaşıntı ölçeği puanlarının Karaciğer Yaşam Kalitesi 2.0 ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir etkisi olduğu tespit edildi ($B=1.528$; $\beta=0.566$; $t=9.889$; $p < 0.001$). Model genel olarak anlamlı bulunmuş ve bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni açıklama oranı %31.7 olarak hesaplandı ($F=97.794$; $p < 0.001$; Adj. $R^2=0.317$). Durbin-Watson değeri 1.999 olup, modelde otokorelasyon sorunu olmadığı görüldü ($1.5 < DW < 2.5$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. H₁₁: Kolestazlı hastalarda kaşıntının yaşam kalitesi üzerine etkisi vardır

	B	Std. Error	Beta	t	p	Model F	Model p	Adj. R ²	DW
(Sabit)	22.375	2.221		10.075	0.000				
Kaşıntı ölçeği	1.528	0.155	0.566	9.889	0.000	97.794	0.000	0.317	1.999
Bağımlı değişken: Karaciğer yaşam kalitesi 2.0 ölçeği									

Katılımcıların uyku kalitesi düzeylerine kaşıntı düzeyinin etki edip etmediği basit regresyon analizi ile incelendi. Regresyon analizi sonuçlarına göre kaşıntı ölçeği puanlarının PUKİ ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir etkisi olduğu tespit edildi ($B=0.409$; $\beta=0.508$; $t=8.513$; $p < 0.001$). Model genel olarak anlamlı bulunmuş ve bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni açıklama oranı %25.5 olarak hesaplandı ($F=72.469$; $p < 0.001$; Adj. $R^2=0.255$). Durbin-Watson değeri 1.889 olup, modelde otokorelasyon sorunu olmadığı görüldü ($1.5 < DW < 2.5$).

PUKİ ve yaşam kalitesi ölçeği kaşıntı alt boyutu ve bölüm 2 ek sorular puanları arasındaki ilişkinin düzeyi güçlüdür. PUKİ ve yaşam kalitesi diğer alt boyut puanları arasındaki ilişkilerin gücü zayıftır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. H₁₂: Kolestazlı hastalarda kaşıntının uyku kalitesi üzerine etkisi vardır

	B	Std. Error	Beta	t	p	Model F	Model p	Adj. R ²	DW
(Sabit)	2.013	0.690		2.919	0.004				
Kaşıntı ölçeği	0.409	0.048	0.508	8.513	0.000	72.469	0.000	0.255	1.889
Bağımlı değişken: PUKİ(uyku kalitesi)									

Katılımcıların PUKİ uyku kalitesi puanlarının yaş grupları ile arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi (Ki-kare=2.473; p=0.290). Katılımcıların PUKİ uyku kalitesi puanlarının cinsiyete göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (Ki-kare=0.824; p=0.364).

Katılımcıların PUKİ uyku kalitesi puanlarının BKİ' ye göre dağılımları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (Ki-kare=2.162; p=0.539). Katılımcıların PUKİ uyku kalitesi puanlarının eğitim durumu ile ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (Ki-kare=2.932; p=0.569). Katılımcıların PUKİ uyku kalitesi puanları ile meslek grupları arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (Fisher'sExact=16.330; p=0.008). İyi uyku kalitesi olduğunu ifade eden katılımcıların %43.5' inin emekli olduğu, %27.4'ünün ev hanımı olduğu tespit edildi. Kötü uyku kalitesine sahip kişilerin ise %20.32'ünün emekli olduğu, %46.6' sının ev hanımı olduğu tespit edildi.

Katılımcıların PUKİ uyku kalitesi puanları ile gelir düzeyi arasındaki ilişki (Ki-kare=0.044; p=0.978), sigara kullanımı ile arasındaki ilişki (Ki-kare=0.036; p=0.849), alkol kullanımı ile arasındaki ilişki (Ki-kare=0.082; p=0.775), incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Katılımcıların PUKİ uyku kalitesi puanları ile hastalığın süresi arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (Ki-kare=2.906; p=0.234).

Katılımcıların PUKİ uyku kalitesi puanları ile sahip olunan başka hastalık varlığı arasındaki ilişki (Ki-kare=2.734; p=0.098), ilaç kullanımı ile arasındaki ilişki (Ki-kare=3.133; p=0.077) incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Katılımcıların PUKİ uyku kalitesi puanları ile demografik ve klinik özellikleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde, sadece PUKİ uyku kalitesi puanları ile meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi (Fisher'sExact=16.330; p=0.008). Buna göre, iyi uyku kalitesine sahip katılımcıların büyük bir bölümünü emekliler (%43.5), kötü uyku kalitesine sahip katılımcıların çoğunluğunu ev hanımları (%46.6) oluşturdu. Diğer değişkenler olan katılımcının yaş grubu, cinsiyeti, BKİ, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanımı, hastalık süresi, başka hastalık varlığı ve ilaç kullanımı ile PUKİ uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi. Bu bulgu, mesleki durumun uyku kalitesini etkileyen önemli bir faktör

olabileceğini gösterirken katılımcıların diğer sosyodemografik ve klinik değişkenlerin ise uyku kalitesi ile ilişkili olmadığını göstermektedir.

Katılımcıların tablo 6 da yer alan PUKİ uyku kalitesi düzeyi ile demografik özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde, sadece meslek grupları ile PUKİ uyku kalitesi arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (Fisher'sExact=16.330; p=0.008). İyi uyku kalitesi olduğunu ifade eden katılımcıların %43.5' inin emekli olduğu, %27.4' ünün ev hanımı olduğu tespit edildi. Kötü uyku kalitesine sahip kişilerin ise %20.32'nin emekli olduğu, %46.6' sının ev hanımı olduğu tespit edildi (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Uyku kalitesi düzeyi ve katılımcıların demografik özellikleri arasındaki ilişki

		PUKİ uyku kalitesi				Ki kare	p değeri
		İyi uyku kalitesi		Kötü uyku kalitesi			
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Yaş	40 yaş altı	11	17.7	15	10.1	2.473 ^P	0.290
	40- 64 yaş arası	26	41.9	72	48.6		
	65 yaş ve üzeri	25	40.3	61	41.2		
Cinsiyet	Kadın	28	45.2	77	52.0	0.824 ^P	0.364
	Erkek	34	54.8	71	48.0		
BKİ	Zayıf	5	8.1	7	4.7	2.162 ^P	0.539
	Sağlıklı	23	37.1	54	36.5		
	Şişman	24	38.7	52	35.1		
	Obez	10	16.1	35	23.6		
Eğitim durumu	Bir okul bitirmemiş	14	22.6	37	25.0	2.932 ^P	0.569
	İlkokul	22	35.5	59	39.9		
	Ortaokul	7	11.3	22	14.9		
	Lise	9	14.5	16	10.8		
	Lisans	10	16.1	14	9.5		
Mesleği	Öğrenci	0	0.0	2	1.4	16.330 ^{FE}	0.008*
	Çalışmıyor	6	9.7	6	4.1		
	Emekli	27	43.5	30	20.3		
	Ev hanımı	17	27.4	69	46.6		
	Memur	4	6.5	10	6.8		
	İşçi	4	6.5	15	10.1		
	Serbest meslek	4	6.5	16	10.8		
Gelir düzeyi	Geliri az	25	40.3	62	41.9	0.044 ^P	0.978
	Geliri giderine eşit	34	54.8	79	53.4		
	Geliri fazla	3	4.8	7	4.7		
Sigara kullanımı	Evet	15	24.2	34	23.0	0.036 ^P	0.849
	Hayır	47	75.8	114	77.0		
Alkol kullanımı	Evet	2	3.2	6	4.1	0.082 ^P	0.775
	Hayır	60	96.8	142	95.9		
Hastalığın süresi	1 yıl ve altı	43	69.4	84	56.8	2.906 ^P	0.234

	1-5 yıl arası	15	24.2	51	34.5		
	6 yıl ve üzeri	4	6.5	13	8.8		
Sahip olunan başka hastalık	Evet	34	54.8	99	66.9	-2.734 ^P	0.098
	Hayır	28	45.2	49	33.1		
İlaç kullanımı	Evet	39	62.9	111	75.0	-3.133 ^P	0.077
	Hayır	23	37.1	37	25.0		

P=Pearson's ki kare; FE=Fisher's Exact ki kare testi *p<0.05

Katılımcıların kaşıntı ölçeği puanlarının yaş gruplarına göre dağılımları arasında (F=0.264; p=0.768), cinsiyete göre dağılımları arasında (t=1.486; p=0.139), BKİ' ye göre dağılımları arasında (F=0.940; p=0.422), eğitim durumuna göre (F=1.543; p=0.191), gelir düzeyine göre (F=2.819; p=0.062), sigara kullanım durumuna göre (t=-1.485; p=0.141), alkol kullanma durumuna göre (t=-0.738; p=0.461), hastalık süresine göre (F=0.895; p=0.410), sahip olunan başka hastalık varlığına göre (t=-0.096; p=0.924), ilaç kullanımına göre (t=1.038; p=0.300) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı.

Katılımcıların kaşıntı ölçeği puanlarının demografik ve klinik özelliklerine göre incelendiğinde, yaş grupları, cinsiyet, BKİ, eğitim durumu, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanımı, hastalık süresi, başka hastalık varlığı ve ilaç kullanımı değişkenlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi (p>0.05). Bu bulgu, kaşıntı şiddetinin incelenen sosyodemografik ve klinik faktörlerden etkilendiğini diğer bir ifadeye göre ilgili değişkenlere göre kaşıntı puanlarının benzer düzeylerde olduğunu göstermektedir (Tablo 4.9).

Tablo 4.9.Kaşıntı ölçeği puanlarının katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı

Demografik Özellikler		Kaşıntı ölçeği Ort±SS
Yaş	40 yaş altı	12.73±5.73
	40- 64 yaş arası	13.32±5.48
	65 yaş ve üzeri	13.59±5.02
F test		0.264
p değeri		0.768
Cinsiyet	Kadın	13.90±5.15
	Erkek	12.82±5.43
t test		1.486
p değeri		0.139
BKİ	Zayıf	14.63±6.66
	Sağlıklı	13.65±5.24
	Şişman	12.6±5.51
	Obez	13.82±4.67
F test		0.940
p değeri		0.422

Eğitim durumu	Bir okul bitirmemiş	14.24±4.46
	İlkokul	13.68±5.73
	Ortaokul	13.59±5.83
	Lise	11.75±4.81
	Lisans	11.80±5.07
F test		1.543
p değeri		0.191
Gelir düzeyi	Geliri az	14.18±5.28
	Geliri giderine eşit	12.98±5.4
	Geliri fazla	10.53±2.9
F test		2.819
p değeri		0.062
Sigara kullanımı	Evet	12.47±4.51
	Hayır	13.63±5.51
t test		-1.485
p değeri		0.141
Alkol kullanımı	1	12.00±4.65
	2	13.41±5.34
t test		-0.738
p değeri		0.461
Hastalığın süresi	1 yıl ve altı	13.01±5.25
	1-5 yıl arası	14.08±5.38
	6 yıl ve üzeri	13.21±5.50
F test		0.895
p değeri		0.410
sahip olunan başka hastalık	Evet	13.33±5.13
	Hayır	13.41±5.63
t test		-0.096
p değeri		0.924
İlaç kullanımı	Evet	13.60±5.26
	Hayır	12.76±5.41
t test		1.038
p değeri		0.300

t test: Bağımsız örneklem t testi F test: Tek yönlü ANOVA testi

KKHYKÖ 2.0' nin katılımcıların yaş gruplarına göre karaciğer yaşam kalitesi ($F=0.164$; $p=0.849$), kaşıntı ($F=0.754$; $p=0.472$), karın ağrısı ($F=2.812$; $p=0.062$), uyku ($F=1.457$; $p=0.235$), endişe ($F=0.003$; $p=0.997$), iştah ($F=0.228$; $p=0.796$), depresyon ($F=0.529$; $p=0.590$) ve sarılık ($F=2.056$; $p=0.131$) puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Ancak eklem ağrısı ($F=7.115$; $p=0.001$) ve bölüm 2 ek sorular ($F=6.799$; $p=0.002$) puanlarında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edildi. Farklılık gösteren grupları belirleyebilmek için yapılan post-hoc analizde eklem ağrısı puanının 65 yaş ve üzeri grupta diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu ve bölüm 2 ek sorular puanının 40-64 yaş grubunda 65 yaş ve üzeri gruba göre daha yüksek olduğu belirlendi.

KKHYKÖ 2.0' nin katılımcıların cinsiyetine göre karaciğer yaşam kalitesi ($t=2.006$; $p=0.046$), eklem ağrısı ($t=3.428$; $p=0.001$) ve uyku ($t=2.126$; $p=0.035$),

puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edildi. Kadınların erkeklere göre puanlarının daha yüksek olduğu tespit edildi. Ancak kaşıntı ($t=1.505$; $p=0.134$), karın ağrısı ($t=1.510$; $p=0.133$), endişe ($t=1.559$; $p=0.120$), iştah ($t=0.287$; $p=0.775$), depresyon ($t=0.951$; $p=0.343$) ve sarılık ($t=-0.524$; $p=0.601$) ve bölüm 2 ek sorular ($t=-0.907$; $p=0.365$) puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı.

KKHYKÖ 2.0' nin katılımcıların BKİ grubuna göre dağılımları incelendiğinde uyku ($F=3.642$; $p=0.014$), sarılık ($F=3.982$; $p=0.009$) ve bölüm 2 ek sorular ($F=4.608$; $p=0.007$) puanlarında gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi. Farklılık gösteren grupları belirleyebilmek için yapılan Post-hoc analizde, uyku ve sarılık puanları zayıf gruplarda şişman ve obez gruplardan daha yüksek bulundu. Bölüm 2 ek sorular puanlarında ise sağlıklı olan kişilerin puanlarının şişman ve obez gruplardan daha yüksek bulundu. Diğer alt boyutlar açısından (karaciğer yaşam kalitesi $F=2.491$; $p=0.061$; kaşıntı $F=0.534$; $p=0.659$; eklem ağrısı $F=0.982$; $p=0.402$; karın ağrısı $F=2.428$; $p=0.067$; endişe $F=1.253$; $p=0.292$; iştah $F=2.172$; $p=0.104$ ve depresyon $F=0.821$; $p=0.484$) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı.

KKHYKÖ 2.0' nin katılımcıların eğitim durumu karşılaştırmasında; eklem ağrısı ($F=4.831$; $p=0.001$) ve bölüm 2 ek sorular ($F=4.601$; $p=0.002$) puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edildi. Farklılık gösteren grupları tespit edebilmek için yapılan post-hoc analizde eklem ağrısı puanı bir okul bitirmemiş olan kişiler ile lise ve lisans mezunları arasında; bölüm 2 ek sorular puanı bir okul bitirmemiş olan kişiler ile lise mezunları arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edildi. Diğer alt boyutlar açısından (karaciğer yaşam kalitesi $F=0.856$; $p=0.492$; kaşıntı $F=1.599$; $p=0.176$; karın ağrısı $F=1.892$; $p=0.121$; uyku $F=0.075$; $p=0.990$; endişe $F=0.991$; $p=0.413$; iştah $F=0.457$; $p=0.767$; depresyon $F=1.719$; $p=0.0147$ ve sarılık $F=1.010$; $p=0.403$ puanlarında) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı.

KKHYKÖ 2.0' nin katılımcıların gelir düzeyine göre yapılan karşılaştırmasında; karaciğer yaşam kalitesi ($F=3.730$; $p=0.026$), kaşıntı ($F=4.659$; $p=0.018$) ve karın ağrısı ($F=8.334$; $p=0.002$) puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edildi. Farklılık gösteren grupları tespit edebilmek için yapılan post-hoc analizde, karaciğer yaşam kalitesi ve kaşıntı puanlarında geliri az grubun fazla gelir grubundan yüksek olduğu; karın ağrısı puanında geliri az ve geliri giderine eşit olduğunu ifade eden katılımcıların geliri giderinden fazla olduğunu ifade edenlere göre daha yüksek

puanı olduğu tespit edildi. Diğer alt boyutlar açısından (eklem ağrısı $F=3.090$; $p=0.062$; uyku $F=1.076$; $p=0.343$; endişe $F=1.533$; $p=0.218$; iştah $F=1.572$; $p=0.210$; depresyon $F=1.192$; $p=0.306$; sarılık $F=1.870$; $p=0.175$; bölüm 2 ek sorular $F=0.160$; $p=0.853$ puanlarında) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı.

KKHYKÖ 2.0' nin katılımcıların sigara kullanımına göre yapılan karşılaştırmasında tüm alt boyut puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (karaciğer yaşam kalitesi $t=0.434$; $p=0.664$; kaşıntı $t=-0.077$; $p=0.939$; eklem ağrısı $t=-1.194$; $p=0.234$; karın ağrısı $t=-0.755$; $p=0.451$; uyku $t=0.785$; $p=0.433$; endişe $t=-0.118$; $p=0.906$; iştah $t=0.739$; $p=0.461$; depresyon $t=0.259$; $p=0.796$; sarılık $t=0.514$; $p=0.608$; bölüm 2 ek sorular $t=1.606$; $p=0.110$).

KKHYKÖ 2.0' nin katılımcıların alkol kullanımına göre yapılan karşılaştırmasında tüm alt boyut puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (karaciğer yaşam kalitesi $t=0.871$; $p=0.385$; kaşıntı $t=0.429$; $p=0.668$; eklem ağrısı $t=0.331$; $p=0.741$; karın ağrısı $t=0.257$; $p=0.798$; uyku $t=0.771$; $p=0.442$; endişe $t=-0.234$; $p=0.815$; depresyon $t=0.965$; $p=0.336$; sarılık $t=-1.120$; $p=0.264$; bölüm 2 ek sorular $t=0.391$; $p=0.697$). Ancak katılımcıların alkol kullanımına göre iştah ($t=2.907$; $p=0.019$) alt boyutundan aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve alkol kullanan kişilerin daha yüksek puanı olduğu tespit edildi.

KKHYKÖ 2.0' nin katılımcıların hastalık süresine göre yapılan karşılaştırmasında tüm alt boyut puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (karaciğer yaşam kalitesi $F=0.439$; $p=0.645$; kaşıntı $F=1.288$; $p=0.278$; eklem ağrısı $F=0.043$; $p=0.958$; karın ağrısı $F=0.290$; $p=0.749$; uyku $F=0.465$; $p=0.629$; endişe $F=0.217$; $p=0.805$; iştah $F=0.802$; $p=0.450$; depresyon $F=0.294$; $p=0.745$; sarılık $F=3.020$; $p=0.058$; bölüm 2 ek sorular $F=1.221$; $p=0.297$).

KKHYKÖ 2.0' nin katılımcıların başka bir kronik hastalığı olmasına göre yapılan karşılaştırmasında tüm alt boyut puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (karaciğer yaşam kalitesi $t=-1.050$; $p=0.295$; kaşıntı $t=-0.233$; $p=0.816$; eklem ağrısı $t=0.910$; $p=0.364$; karın ağrısı $t=-0.371$; $p=0.711$; uyku $t=-1.115$; $p=0.266$; endişe $t=-0.275$; $p=0.784$; iştah $t=-1.572$; $p=0.117$; depresyon $t=0.227$; $p=0.820$; bölüm 2 ek sorular $t=-0.766$; $p=0.444$). Ancak başka bir kronik hastalığı olmasına göre yapılan sarılık boyutu puanlar için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edildi ($t=-2.181$; $p=0.030$). Başka bir kronik hastalığı olduğunu ifade eden katılımcıların başka bir kronik hastalığı olmadığını ifade edenlere göre puanları daha düşüktür.

KKHYKÖ 2.0' nin katılımcıların sürekli kullandığı bir ilaç olmasına göre yapılan karşılaştırmasında tüm alt boyut puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (karaciğer yaşam kalitesi $t=-0.134$; $p=0.894$; kaşıntı $t=0.727$; $p=0.468$; eklem ağrısı $t=0.463$; $p=0.644$; karın ağrısı $t=-0.248$; $p=0.805$; uyku $t=0.025$; $p=0.980$; endişe $t=-0.169$; $p=0.866$; iştah $t=-0.817$; $p=0.415$; depresyon $t=-1.205$; $p=0.230$; sarılık $t=-1.088$; $p=0.278$; bölüm 2 ek sorular $t=0.844$; $p=0.400$).

Katılımcıların yaş, cinsiyet, BKİ, eğitim durumu, gelir düzeyi, alkol kullanımı ve başka bir kronik hastalık varlığı değişkenlerine göre bazı alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edildi. Yaş gruplarına göre eklem ağrısı ve bölüm 2 ek sorular puanlarında anlamlı fark bulundu; eklem ağrısı puanı 65 yaş ve üzeri grupta, bölüm 2 ek sorular puanı ise 40–64 yaş grubunda daha yüksek olduğu tespit edildi. Cinsiyete göre karaciğer yaşam kalitesi, eklem ağrısı ve uyku puanları açısından anlamlı fark tespit edilmiş ve kadınların puanlarının erkeklerden yüksek olduğu tespit edildi. BKİ gruplarında uyku, sarılık ve bölüm 2 ek sorular alt boyutlarında fark bulundu; BKİ zayıf olan grubun puanlarının daha yüksek olduğu tespit edildi. Eğitim durumuna göre eklem ağrısı ve bölüm 2 ek sorular puanlarında fark tespit olduğu saptanıp; düşük eğitim düzeyine sahip katılımcıların puanlarının daha yüksek olduğu görüldü. Gelir düzeyine göre karaciğer yaşam kalitesi, kaşıntı ve karın ağrısı puanlarında fark tespit edilmiş olup düşük gelir grubunun puanları daha yüksek olduğu görüldü. Ayrıca alkol kullanan bireylerin iştah puanlarının daha yüksek, başka bir kronik hastalığı olan bireylerin ise sarılık puanlarının daha düşük olduğu tespit edildi. Buna karşılık, yaş, cinsiyet, BKİ, eğitim ve gelir dışında kalan diğer değişkenler dışında kalan diğer değişkenler(örneğin sigara kullanımı, hastalık süresi, sürekli ilaç kullanımı)hem ölçek genelinde hem de alt boyutların tamamında istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olmadı (Tablo 4.10).

Tablo 4.10.KKHYKÖ 2.0 puanlarının katılımcıların demografik özelliklere göre dağılımı

	Karaciğer Yaşam Kalitesi	Kaşıntı	Eklem ağrısı	Karın ağrısı	Uyku	Endişe	İştah	DepresyonSarılık	Bölüm 2 ek sorular
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş									
40 yaş altı	42.00±18.04	5.31±4.52	1.69±2.41	3.35±2.33	4.12±2.93	3.96±3.4	3.54±3.14	3.8±3.07	2.69±2.96
40- 64 yaş arası	43.39±13.76	5.54±4.06	2.35±2.61	4.77±2.86	3.14±2.65	3.97±2.87	3.97±2.82	3.97±2.93	2.69±2.37
65 yaş ve üzeri	42.35±13.90	6.17±3.89	3.64±3.07	4.56±2.68	3.21±2.55	4.00±2.66	3.87±2.91	3.74±2.64	2.02±2.12
F test	0.164	0.754	7.115	2.812	1.457	0.003	0.228	0.529	2.056
p değeri	0.849	0.472	0.001*	0.062	0.235	0.997	0.796	0.590	0.131
Post-hoc			3>1.2						2>3
Cinsiyet									
Kadın	44.76±14.23	6.19±4.01	3.46±2.97	4.79±2.68	3.68±2.76	4.29±2.93	3.93±2.89	4.11±2.91	2.33±2.37
Erkek	40.82±14.26	5.35±4.06	2.13±2.61	4.22±2.80	2.90±2.49	3.68±2.73	3.82±2.89	3.74±2.74	2.50±2.37
t test	2.006	1.505	3.428	1.510	2.126	1.559	0.287	0.951	-0.524
p değeri	0.046*	0.134	0.001*	0.133	0.035*	0.120	0.775	0.343	0.601
BKİ									
Zayıf(1)	51.50±14.81	5.58±4.29	2.42±3.12	4.50±2.94	5.42±2.61	5.42±2.5	4.58±2.87	5.00±2.73	4.25±2.38
Sağlıklı(2)	44.06±14.13	6.01±4.04	2.45±2.84	4.19±2.62	3.47±2.63	3.81±2.71	4.44±2.67	3.81±2.69	2.70±2.51
Şişman(3)	40.32±15.31	5.33±4.2	2.88±2.76	4.25±2.92	2.82±2.60	3.83±3.06	3.45±3.1	4.05±3.1	2.16±2.25
Obez (4)	42.47±11.99	6.16±3.8	3.33±3.04	5.47±2.48	3.22±2.55	4.16±2.73	3.44±2.74	3.64±2.61	1.89±2.06
F test	2.491	0.534	0.982	2.428	3.642	1.253	2.172	0.821	3.982
p değeri	0.061	0.659	0.402	0.067	0.014*	0.292	0.104	0.484	0.009*
Post-hoc					1>3,4			1>3,4	2>3,4
Eğitim durumu									
Bir okul bitirmemiş(1)	42.78±12.73	6.53±3.69	3.94±3.02	5.00±2.39	3.27±2.57	3.78±2.63	4.04±2.76	3.27±2.49	2.27±2.29
İlkokul(2)	43.42±15.01	5.94±4.09	2.83±2.77	4.49±3.03	3.33±2.72	4.2±2.92	3.99±2.93	4.16±2.95	2.25±2.12
Ortaokul(3)	45.83±14.94	5.69±4.50	2.76±2.84	5.03±2.2	3.07±2.4	4.69±2.9	3.45±3.13	4.31±3.05	3.21±2.46
Lise(4)	39.44±13.61	5.40±4.05	1.96±2.81	3.80±2.65	3.44±2.8	3.24±2.49	3.40±2.72	3.32±2.94	2.24±2.60
Lisans(5)	40.50±15.43	4.08±3.86	1.17±1.97	3.58±2.96	3.29±2.93	4.25±3.25	4.17±2.93	4.71±2.51	2.54±2.90
F test	0.856	1.599	4.831	1.892	0.075	0.991	0.457	1.719	1.010
p değeri	0.492	0.176	0.001*	0.121	0.990	0.413	0.767	0.147	0.403
Post-hoc			1>4,5						1>4

	Karaciğer Yaşam Kalitesi		Kaşıntı		Eklem ağrısı		Karın ağrısı		Uyku		Endişe		İştah		Depresyon		Sarılık		Bölüm 2 ek sorular	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Gelir düzeyi																				
Geliri az(1)	45.26±13.95	6.44±4.13	3.39±3.06	5.08±2.26	3.31±2.83	4.26±2.75	4.09±2.91	4.21±2.74	2.08±2.09	12.4±3.99										
Geliri giderine eşit(2)	41.69±14.48	5.44±4.02	2.35±2.71	4.29±2.97	3.38±2.51	3.88±2.94	3.84±2.84	3.81±2.88	2.6±2.52	12.1±3.83										
Geliri fazla(3)	33.7±11.99	3.7±2.5	2.7±2	1.9±2.47	2.1±2.51	2.7±2.26	2.4±2.95	2.9±2.92	3.3±2.67	12±3.8										
F test	3.730	4.659	3.090	8.334	1.076	1.533	1.572	1.192	1.870	0.160										
p değeri	0.026*	0.018*	0.062	0.002*	0.343	0.218	0.210	0.306	0.175	0.853										
Post-hoc	1>3	1>3		1>3																
Sigara																				
Evet	43.57±14.03	5.73±3.69	2.37±2.74	4.24±2.7	3.55±2.56	3.94±2.66	4.14±2.83	4.02±2.57	2.57±2.52	13.00±3.71										
Hayır	42.55±14.47	5.78±4.16	2.93±2.9	4.58±2.77	3.21±2.68	3.99±2.9	3.80±2.90	3.9±2.91	2.37±2.32	11.99±3.91										
t test	0.434	-0.077	-1.194	-0.755	0.785	-0.118	0.739	0.259	0.514	1.606										
p değeri	0.664	0.939	0.234	0.451	0.433	0.906	0.461	0.796	0.608	0.110										
Alkol																				
Evet	47.13±14.04	6.38±4.03	3.13±3.44	4.75±3.15	4±2.56	3.75±2.92	6.00±2.07	4.88±2.42	1.5±2.45	12.75±4.06										
Hayır	42.62±14.36	5.75±4.06	2.78±2.85	4.5±2.74	3.26±2.66	3.99±2.85	3.79±2.88	3.89±2.84	2.46±2.36	12.2±3.88										
t test	0.871	0.429	0.331	0.257	0.771	-0.234	2.907	0.965	-1.120	0.391										
p değeri	0.385	0.668	0.741	0.798	0.442	0.815	0.019*	0.336	0.264	0.697										
Hastalığın																				
1 yıl ve altı	42.94±15.26	5.44±4.01	2.75±2.94	4.39±2.87	3.42±2.62	3.88±2.98	4.00±2.99	4.05±2.87	2.69±2.47	12.31±4.13										
1-5 yıl arası	43.30±13.47	6.42±4.1	2.86±2.69	4.71±2.53	3.03±2.72	4.17±2.59	3.85±2.75	3.77±2.75	2.08±2.27	12.41±3.64										
6 yıl ve üzeri	39.71±10.27	5.71±4.03	2.88±3.14	4.53±2.81	3.35±2.67	4.00±2.87	3.06±2.59	3.65±2.94	1.71±1.61	10.82±2.40										
F test	0.439	1.288	0.043	0.290	0.465	0.217	0.802	0.294	3.020	1.221										
p değeri	0.645	0.278	0.958	0.749	0.629	0.805	0.450	0.745	0.058	0.297										
Başka hastalık																				
Evet	42.00±14.10	5.72±3.98	2.93±2.88	4.45±2.69	3.14±2.68	3.94±2.82	3.64±2.89	3.96±2.86	2.15±2.1	12.07±3.53										
Hayır	44.16±14.75	5.86±4.19	2.56±2.85	4.60±2.87	3.56±2.60	4.05±2.90	4.29±2.85	3.87±2.8	2.88±2.72	12.49±4.43										
t test	-1.050	-0.233	0.910	-0.371	-1.115	-0.275	-1.572	0.227	-2.181	-0.766										
p değeri	0.295	0.816	0.364	0.711	0.266	0.784	0.117	0.820	0.030*	0.444										
İlaç kullanımı																				
Evet	42.71±14.73	5.90±4.04	2.85±2.92	4.47±2.65	3.29±2.70	3.96±2.81	3.77±2.95	3.78±2.85	2.31±2.30	12.37±3.90										
Hayır	43.00±13.46	5.45±4.08	2.65±2.75	4.58±3	3.28±2.55	4.03±2.95	4.13±2.71	4.30±2.77	2.70±2.52	11.87±3.83										
t test	-0.134	0.727	0.463	-0.248	0.025	-0.169	-0.817	-1.205	-1.088	0.844										
p değeri	0.894	0.468	0.644	0.805	0.980	0.866	0.415	0.230	0.278	0.400										
t test: Bağımsız örneklem t testi, F test: Tek yönlü ANOVA testi *p<0.05																				

PUKİ ölçek puanlarının yaş ($F=3.001$; $p=0.052$), cinsiyet ($t=1.640$; $p=0.102$) ve BKİ ($F=1.199$; $p=0.311$) gruplarına göre dağılımları arasında anlamlı bir fark bulunamadı.

PUKİ ölçeği puanları katılımcıların eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edildi ($F=3.490$; $p=0.011$). Yapılan post-hoc analiz sonucunda, okuryazar olmayan grubun lise mezunlarından daha yüksek PUKİ puanına sahip olduğu tespit edildi.

PUKİ ölçeği puanları katılımcıların gelir düzeyine göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($F=0.661$; $p=0.517$).

PUKİ ölçeği puanları katılımcıların sigara kullanma durumuna göre ($t=-0.921$; $p=0.358$), alkol kullanma durumuna göre ($t=-0.487$; $p=0.627$) karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı.

PUKİ ölçeği puanları katılımcıların hastalık süresine göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($F=0.937$; $p=0.394$).

PUKİ ölçeği puanları katılımcıların sahip olduğu başka bir kronik hastalık olup olmama durumuna göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi ($t=2.281$; $p=0.024$). Buna göre, ek hastalığı olan bireylerin PUKİ puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

PUKİ ölçeği puanları katılımcıların ilaç kullanma durumuna göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($t=1.810$; $p=0.072$).

PUKİ ölçeği puanlarında katılımcıların eğitim durumu ve başka bir kronik hastalık varlığı değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edildi. Eğitim durumuna göre yapılan post-hoc analiz sonucunda, okuryazar olmayan katılımcıların lise mezunlarına göre daha yüksek PUKİ puanına sahip olduğu belirlendi. Ayrıca, ek bir kronik hastalığı bulunan bireylerin PUKİ puanları, başka hastalığı olmayan bireylere göre anlamlı biçimde daha yüksek bulundu. Bu sonuçlar, düşük eğitim düzeyi ve ek hastalık varlığının uyku kalitesi üzerinde olumsuz etkiye neden olabileceğini göstermektedir.

Buna karşılık yaş, cinsiyet, BKİ, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanımı, hastalık süresi ve ilaç kullanımı değişkenlerine göre PUKİ ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Bu bulgu, PUKİ puanlarının büyük ölçüde bireylerin sosyodemografik özelliklerinden etkilenmediğini düşündürmektedir (Tablo 4.11).

Tablo 4.11.PUKİ ölçeği katılımcıların demografik özelliklere göre karşılaştırılması

		PUKİ
		Ort±SS
Yaş	40 yaş altı	5.92±4.25
	40- 64 yaş arası	7.28±4.02
	65 yaş ve üzeri	8.16±4.45
F test		3.001
p değeri		0.052
Cinsiyet	Kadın	7.95±4.43
	Erkek	6.99±4.07
t test		1.640
p değeri		0.102
BKİ	Zayıf	7.83±5.83
	Sağlıklı	7.71±4.14
	Şişman	6.76±4.00
	Obez	8.16±4.44
F test		1.199
p değeri		0.311
Eğitim durumu	Bir okul bitirmemiş(1)	8.76±4.76
	İlkokul(2)	7.62±4.18
	Ortaokul(3)	7.52±3.87
	Lise(4)	5.60±3.21
	Lisans(5)	6.13±4.09
F test		3.490
p değeri		0.011*
Post-hoc		1>4
Gelir düzeyi	Geliri az	7.87±4.38
	Geliri giderine eşit	7.18±4.15
	Geliri fazla	7.3±4.74
F test		0.661
p değeri		0.517
Sigara kullanımı	Evet	6.98±4.11
	Hayır	7.62±4.31
t test		-0.921
p değeri		0.358
Alkol kullanımı	1	6.75±4.37
	2	7.50±4.27
t test		-0.487
p değeri		0.627
Hastalığın süresi	1 yıl ve altı	7.15±4.43
	1-5 yıl arası	8.02±4.03
	6 yıl ve üzeri	7.76±3.90
F test		0.937
p değeri		0.394
Sahip olunan başka hastalık	Evet	7.98±4.21
	Hayır	6.60±4.24
t test		2.281
p değeri		0.024*
İlaç kullanımı	Evet	7.81±4.10
	Hayır	6.63±4.58
t test		1.810
p değeri		0.072

t test: Bağımsız örneklem t testiF test: Tek yönlü ANOVA testi*p<0.05

5. TARTIŞMA

Kolestaz intrahepatik ve ekstrahepatik safra yolları ve koledokta safra akışının engellenmesiyle ortaya çıkan safranin duodenuma geçişinde bir aksaklığın olması ve buna bağlı olarak safranin içinde bulunan maddelerin (safra tuzları ve pigmentleri, fosfolipit, kolesterol ve plazma elektrolitleri) boşaltılamaması sonucunda bu maddelerin sistemik olarak retansiyonu ile karakterize bir durumdur (1-3). Kolestaz sonucunda bireylerde pruritus, karın ağrısı, kilo kaybı, idrar renginde koyulaşma, akolik gaita, deri, mukoza ve sklerada ikterik görünüm, hepatomegali, splenomegali, büyüme geriliği, vitamin eksikliği gibi birçok belirti göstermektedir (2, 4, 5). Bu nedenle kolestaz bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Özellikle kolestaza bağlı olarak meydana gelen kaşıntı bireylerin uyku ve yaşam kalitesini etkilemektedir (10). Kaşıntı hissi başta uyku ve yaşam kalitesi olmak üzere bireylerin bütün faaliyetlerini etkilemektedir. Normalde safrayla birlikte atılması gereken maddeler (safra tuzları, bilirubin, biliverdin, fosfolipit, kolesterol, plazma elektrolitleri gibi) obstrüksiyondan dolayı atılamaz. Bu maddelerin sistemik retansiyonu ve serumda artışı sonucu kaşıntı meydana gelir (3, 11). Kaşıntı hastaların çoğunun konforunu önemli derecede etkilemektedir. Kaşıntıdan dolayı bireyler düzenli uyuyamamakta ve uyku kalitesi düşmektedir. Uykusuzluk sonucu bireylerde halsizlik ve yorgunluk görülmektedir. Bu durum aynı zamanda bireylerin yaşam kalitesini de olumsuz etkilemektedir (10).

Bu çalışmada kolestazlı hastalarda meydana gelen kaşıntının bireylerin uyku ve yaşam kalitesine etkisi incelenmiştir. Çalışmaya katılan hastalar kadın ve erkek dağılımı açısından eşittir. Çalışmaya 105 kadın hasta (%50), 105 erkek hasta (%50) dâhil edilmiştir. Bu durum kolestazın kadın ve erkek popülasyonda benzer şekilde seyrettiğini ve cinsiyetin önemli bir belirleyici olmadığını gösterebilir. Köker ve ark. 2021’de yaptıkları ve 185 kişinin katıldığı çalışma 91 kadın, 94 erkek hasta katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın cinsiyet dağılımı çalışmamızın cinsiyet dağılımı ile benzerlik göstermektedir (56).

Literatür incelendiğinde ‘Kolestazlı Hastalarda Kaşıntının Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisi’ni inceleyen bir araştırma bulunamamıştır. Çalışmamıza katılan bireylerin kaşıntı ölçeği puan ortalaması 13.36 ± 5.31 olarak hesaplanmıştır. Elde edilen bulgu kolestazın sebep olduğu kaşıntının bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediğini bu durumun önlenmesine yönelik destekleyici müdahalelerin ve sistematik

yaklaşımların gerekliliğini ortaya koymaktadır. Kaşıntı ölçeği ile yaşam kalitesi ölçeği arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde ilişkinin tespit edilmesi kaşıntının hastaların günlük yaşamını yoğun bir şekilde etkileyen semptom olduğunu desteklemektedir. Ayrıca kaşıntı ölçeği puanları ile PUKİ ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif bir ilişki belirlenmesi ($B=0.409$; $\beta=0.508$; $t=8.513$; $p < 0.001$) kaşıntının yalnızca fiziksel bir semptom olmayıp bireyleri psikososyal yönden de etkilediğini göstermektedir. Bu bulgulara baktığımızda kolestazlı bireylerde meydana gelen kaşıntının bireyleri birçok yönden etkilediğini, kaşıntı yönetiminin dikkatli bir şekilde yapılmasının bireylerin yaşam doyumunu arttırmak için önemli bir gereklilik olduğunu söyleyebiliriz. Çalışmamızı destekler nitelikte Türker ve Tanrikulu'nun 2023'te böbrek yetersizliği olan hastalarda yaptığı çalışmada bireyler meydana gelen kaşıntıdan 13.96 ± 4.853 puan almıştır. Yine aynı çalışmada bireylerde meydana gelen kaşıntının uyku kalitesini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği düşünülüp bu nedenle kaşıntı semptomuna yönelik önlemlerin alınması ile uyku ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu sonuçlar görüleceğini belirtmişlerdir (57).

Aydın tarafından 2022'de gebelik kolestazı üzerine yapılan çalışmada bireylerin kaşıntıya bağlı olarak uyku ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini bununla baş edebilmek için hemşirelerin bireylere baş etme stratejileri, akran desteği, uyku hijyenine yönelik girişimler, beslenme eğitimi gibi konularda yardımcı olmaları gerektiği belirtilmiştir (58).

Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalaması 59.44 ± 16.82 olarak hesaplanırken, yaş dağılımı incelendiğinde, %12.4' ünün 40 yaş altında, %46.7' sinin 40-64 yaş aralığında ve %41.0' inin 65 yaş ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Yaş dağılımının 40 yaş üzerinde yoğunlaşmasını yaşla birlikte kullanılan ilaçların artmasına ve bu ilaçların biliyer sistemi etkilemesine, karaciğerin metabolik kapasitesinin azalmasına, safra akışında azalmaya, safra taşlarının oluşmasına, ileri yaşla birlikte biliyer tıkanıklıkların daha sık görülmesine ve yaşla birlikte kronik hastalıklara bağlı olarak daha çok tanı işlemlerinin yapılmasından dolayı daha kolay tespit edildiğini düşünebiliriz. Bireylerin yaş ortalaması açısından bakıldığında Yüksel'in 2018'de kolestazlı hastalarla yaptığı uzmanlık tezinde bireylerin yaş ortalaması 59.9 ± 17.6 olarak hesaplanırken yaş dağılımları 40 yaş ve altı %16.7, 41-64 yaş arası %35.4, 65 yaş ve üzeri % 47.9 olarak tespit edilmiştir (2). Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan bireyler sahip oldukları başka hastalık varlığı açısından değerlendirildiğinde, %63.3' ünde başka bir hastalık mevcutken, %36.7' sinde mevcut

değildir. Sahip olunan ek bir hastalık varlığı bireylerde kaşıntının gidişatını ve semptomların şiddetini arttırabilir. Ek hastalıkların semptomları ve bu hastalıklarda kullanılan tıbbi tedaviler karaciğer ve safra kesesi fonksiyonlarını etkileyebildiğinden bireylerde kaşıntı şiddetinin farklılık göstermesi ek hastalıklarla ilişkilendirilebilir. Köker ve ark. 2021’de yaptığı 185 kişinin katıldığı geriatrik bireylerdeki kolestatik hastalarla yaptığı çalışmada bireylerin %30.3’ ü (56 kişi) ek bir hastalığa sahip değilken %69.7’si (129 kişi) ek bir hastalığa sahiptir. Bu çalışmada kolestazın tanımı yapılırken safranin oluşum mekanizması ve akımındaki bozuklukları otoimmün hastalıklar, genetik hastalıklar, enfeksiyon hastalıkları, metabolik hastalıklar gibi eşlik eden hastalıklara ve kullanılan ilaçlara bağlamışlardır (56).

Çalışmamızda KKHYKÖ 2.0’ nin katılımcıların yaş gruplarına göre eklem ağrısı ($F=7.115$; $p=0.001$) ve bölüm 2 ek sorular ($F=6.799$; $p=0.002$) puanlarında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiş olup diğer alt gruplarda anlamlı bir fark bulunamamıştır. Farklılık gösteren grupları belirleyebilmek için yapılan post-hoc analizde eklem ağrısı puanının 65 yaş ve üzeri grupta diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu ve bölüm 2 ek sorular puanının 40-64 yaş grubunda 65 yaş ve üzeri gruba göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eklem ağrısının 65 yaş üzerinde yüksek çıkması hem yaştan getirdiği kısıtlamalarla hem de kolestazdan kaynaklı olarak safra asitlerinin dokularda birikmesinden kaynaklı olabilir. Bölüm 2 ek sorularda hastalığın mali engel, cinsel istek ve aktiviteyi etkilemesi gibi sorular bulunmaktadır. Bu sorulara ait puanın 40-64 yaş arasında yüksek çıkması bu yaş grubunda cinsel istek ve aktivitelerin daha yüksek olup hastalık nedeniyle engellenmesine bağlı olarak bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemiş olabilir. Yine aynı şekilde 40-64 yaş grubu aktif bir çalışmanın olduğu ve birçok sorumluluğun olduğu bir dönem olduğu için bu gruplardaki bireylerde hastalıktan kaynaklı mali engel ile daha çok karşılaşıldığını söyleyebiliriz. Bu durumlar yaşam kalitesinin yaş gruplarına göre farklı algılandığını düşündürmektedir. Boylu ve Paçacıoğlu’nun 2016’daki çalışmasında yaşam kalitesinin her yaş döneminde önemli olduğu ancak yaşlılık döneminde daha çok ele alındığı belirtilmiştir (12). Erdem ve Ergüney’in 2005’te ‘Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin ve Yaşam Kalitesini Etkileyen İncelenmesi’ adlı çalışmada yaştan ilerlemesiyle birlikte meydana gelen kronik hastalıkların fiziksel hareketlerde kısıtlanmaya sebep olduğunu ve bunun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir (59).

Çalışmamızda KKHYKÖ 2.0’ nin katılımcıların cinsiyetine göre karaciğer yaşam kalitesi ($t=2.006$; $p=0.046$) puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

fark olduğu tespit edildi. Kadınların erkeklere göre puanlarının daha yüksek olduğu tespit edildi. Yani bu durum kadınların yaşam kalitesinin erkeklere göre daha düşük olduğunu belirtmektedir. Kadınların aile içindeki rollerinin daha fazla olmasına bağlı olarak kaşıntının neden olduğu yorgunluktan dolayı yaşam kalitesi düşebilir, kadınların sosyal destek sistemlerinin daha az olması ayrıca kaşıntıdan dolayı ciltte meydana gelen değişiklikler kadınları daha çok etkileyip yaşam kalitesinin daha düşük olmasına sebep olabilir. Ayrıca kadınlardaki hormonal farklılıklara bağlı olarak da yaşam kalitesi erkeklere göre daha düşük olabilir. Çalışmamızı destekler nitelikte Boylu ve Paçacıoğlu tarafından 2016' da yapılan çalışmada kadınlarda yaşam kalitesinin erkeklere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (12). Erdem ve Ergüney' in 2005' te yaptıkları çalışmada emosyonel durum ve eğitim seviyesinin düşüklüğünden kaynaklı kadınlarda yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu belirtmişlerdir (59).

Çalışmamızda KKHYKÖ 2.0' nin katılımcıların eğitim durumu karşılaştırmasında eklem ağrısı puanı bir okul bitirmemiş olan kişiler ile lise ve lisans mezunları arasında; bölüm 2 ek sorular puanı bir okul bitirmemiş olan kişiler ile lise mezunları arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Düşük eğitim düzeyine sahip katılımcıların puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür yani yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Eğitim seviyesinin yükselmesi ile birlikte bireylerin hastalığın semptomunu daha iyi anlayıp önlemek için girişimlerde bulunabileceği, tedavi ve diyet düzenlemelerine daha iyi uyum sağlayacağı, sosyal destek sistemleri ve baş etme stratejilerinin daha iyi olacağından dolayı eğitim seviyesi iyi bireyler düşük eğitim seviyesine sahip bireylere göre daha iyi yaşam kalitesine sahip olabileceğini düşünebiliriz. Çalışmamızı destekler nitelikte Boylu ve Paçacıoğlu 2016' da yaptığı çalışmada yüksek eğitim düzeyine sahip olan bireylerin yaşam kalitesinin de yüksek olduğu belirtilirken düşük eğitim düzeyine sahip olan bireylerde yaşam kalitesinin de düşük olduğu belirtilmiştir (12). Erdem ve Ergüney 2005' te yaptıkları çalışmada yaşam kalitesinin eğitim düzeyi ile birlikte artmasını eğitim seviyesi ile birlikte sağlık anlayışının değişmesine, baş etme stratejilerinin daha bilinçli hale gelmesine, sosyal destek ve maddi durumun daha iyi olmasına bağlamışlardır (59).

Çalışmamızda KKHYKÖ 2.0' nin katılımcıların gelir düzeyine göre yapılan karşılaştırmasında; karaciğer yaşam kalitesi ($F=3.730$; $p=0.026$), kaşıntı ($F=4.659$; $p=0.018$) ve karın ağrısı ($F=8.334$; $p=0.002$) puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edildi. Farklılık gösteren grupları tespit edebilmek için yapılan post-hoc analizde, karaciğer yaşam kalitesi ve kaşıntı puanlarında geliri az

grubun fazla olan gruptan daha yüksek olduğu; karın ağrısı puanının geliri az ve geliri giderine eşit olduğunu ifade eden katılımcıların geliri giderinden fazla olduğunu ifade edenlere göre daha yüksek puanı olduğu tespit edildi. Bu bulgulara göre gelir düzeyinin artması temel ihtiyaçları karşılama, tedavi ve düzenli takip sistemlerine erişim, egzersiz ve beslenme açısından daha iyi seçimler yapabilme, psikolojik olarak rahatlatarak birçok etkinliğe katılma fırsatı bulma konusunda daha avantajlı olabileceği ve yaşam kalitesinin olumlu yönde etkileneceğini, düşük gelir düzeyinde bu imkânların kısıtlı olmasıyla birlikte yaşam kalitesinin de olumsuz etkileneceğini düşünebiliriz. Erdem ve Ergüney gelir düzeyi yüksek bireylerin yaşam kalitesinin de yüksek olduğunu çünkü maddi olanakların yaşamı olumlu yönde etkilediğini maddi sorunların ise birçok soruna sebep olduğunu belirtmişlerdir (59). Boylu ve Paçacıoğlu 2016' da yaptığı çalışmada gelir düzeyinin yaşam kalitesinde bir belirleyici olduğu, gelir düzeyinin düşük olması yaşam kalitesinin de düşmesine neden olduğunu belirtmişlerdir (12).

Çalışmamızda KKHYKÖ 2.0' nin katılımcıların sigara ve alkol kullanımına göre yapılan karşılaştırmasında tüm alt boyut puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Sadece alkol kullanan kişilerin iştah ($t=2.907$; $p=0.019$) alt boyutundan aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve alkol kullanan kişilerin daha yüksek puanı olduğu tespit edildi. Bu durum alkolün iştah kontrolünü ve mide boşalma süresini etkilemesi, öğün düzenini değiştirmesi gibi etkileri ile ilişkili olabilir. Boylu ve Paçacıoğlu 2016' da yaptığı çalışmada sigara ve alkolün yaşam kalitesi ile neredeyse ilişkisi olmadığı ifade edilmiştir (12).

Çalışmamızda PUKİ ölçek puanlarının cinsiyete ($t=1.640$; $p=0.102$) göre dağılımları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Fidancı ve İşcan'ın 2016' da yaptıkları çalışmada PUKİ puanlarının erkeklerde (6.8 ± 2.7) kadınlardan (6.3 ± 2.0) anlamlı olarak tespit edilmiştir (60).

Çalışmamızda PUKİ ölçeği puanları katılımcıların eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edildi ($F=3.490$; $p=0.011$). Yapılan post-hoc analiz sonucunda, okuryazar olmayan grubun lise mezunlarından daha yüksek PUKİ puanına sahip olduğu tespit edilmiştir. Düşük eğitim düzeyi ile birlikte baş etme becerilerinin kısıtlanması, sosyal destek sistemlerinin daha az olması, psikososyal farkındalığın sınırlı olması gibi sebeplerin PUKİ puanını arttırdığını düşünebiliriz. Çünkü bu durumlar bireylerde kaygı, stres, uyum sorununu arttırabilir ve uyuma güçlüğü, sık sık uyanma gibi uyku sorunlarına sebep olabilir. Çalışmamızı destekler nitelikte Fidancı ve İşcan'ın 2016' da yaptığı çalışmada

eğitim durumuna göre karşılaştırmada öğrenimi olmayanlarda (7.1 ± 2.7) ilkokul (6.8 ± 2.1), ortaokul (5.9 ± 2.0) ve lise (6.9 ± 2.6) mezunu olanlara göre istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0.007$) (60).

Çalışmamızda PUKİ ölçeği puanlarının katılımcıların BKİ ($F=1.199$; $p=0.311$) ve sigara kullanma durumuna ($t=-0.921$; $p=0.358$) göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum PUKİ' nin daha çok psikososyal faktörlere duyarlı olup BKİ ve sigara kullanma durumunun bu faktörleri çok fazla etkilemediğinden kaynaklanmış olabilir. Çalışmamızı destekler nitelikte Fidancı ve İşcan' ın 2016' da yaptığı çalışmada da sigara kullanma durumu vücut kütle indeksinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (60).

Çalışmamızda PUKİ ölçeği puanları katılımcıların ilaç kullanma durumuna göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=1.810$; $p=0.072$). Bu durum ilaç kullanımının psikososyal faktörleri doğrudan etkilememesinden, bazı ilaçların uyku kalitesini iyi yönde etkilerken bazılarının kötü yönde etkilemesinden kaynaklı farkın tespit edilememesinden dolayı olabilir. Çalışmamızı destekler nitelikte Fidancı ve İşcan' ın yaptığı çalışmada da ilaç kullanımı ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (60).

Çalışmamızda ek bir kronik hastalığı bulunan bireylerin PUKİ puanları, başka hastalığı olmayan bireylere göre anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalığı olan bireylerde belirsizlik durumu, tedavi ve hastane süreçleri, kullanılan ilaçlar, yakınlarına yük olduğunu düşünme, iş gücü kaybı, birine bağımlı olarak yaşama, ağrı, nefes darlığı gibi semptomların olması bireylerin psikososyal işlevlerini azaltıp uyum sorunlarına sebep olarak uyku kalitesinin düşmesine sebep olabilmekte ve PUKİ puanının yüksek çıkmasına sebep olabilmektedir. Fidancı ve İşcan' ın yaptığı çalışmada PUKİ puanları ile kronik hastalık varlığı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (60). Aktaş ve ark. 2016' da yetişkinlerde uyku kalitesi ile ilgili yaptıkları çalışmada kronik hastalıkların ve kronik hastalıklarda kullanılan ilaçların uykuya dalmayı geciktirdiği ve uykunun bölünmesine neden olduğunu açıklamışlardır (61).

Çalışmamız sonucunda 'H1₁. Kolestazlı hastalarda kaşıntının yaşam kalitesi üzerine etkisi vardır.' ve 'H1₂. Kolestazlı hastalarda kaşıntının uyku kalitesi üzerine etkisi vardır.' hipotezlerimiz doğrulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre kaşıntı ölçeği puanlarının KKHYKÖ 2.0 üzerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir etkisi olduğu tespit edilmiştir ($B=1.528$; $\beta=0.566$; $t=9.889$; $p < 0.001$), kaşıntı ölçeği puanlarının PUKİ ölçeği

üzerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir etkisi olduğu tespit edilmiştir ($B=0.409$; $\beta=0.508$; $t=8.513$; $p < 0.001$).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada kolestazlı hastalarda kaşıntının uyku ve yaşam kalitesine etkisi değerlendirmek için gerçekleştirilmiştir. Yapılan power analizi sonucunda %95 güç düzeyinde 208 hastaya ulaşılması gerektiği belirlenmiş veri toplama esnasında 210 hastaya ulaşılarak çalışma sonlandırılmıştır.

Kaşıntı düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Kaşıntı şiddetindeki artışın yaşam kalitesi alt boyutlarının çoğunu olumsuz etkilediği belirlenmiştir.

- Gelir düzeyinin yükselmesiyle birlikte yaşam kalitesinin de yükseldiği tespit edildi.
- Kadınların yaşam kalitesinin erkeklerin yaşam kalitesine göre daha düşük olduğu tespit edildi.
- Düşük eğitim seviyesi bireylerin uyku ve yaşam kalitesini olumsuz etkilerken eğitim seviyesinin yükselmesi uyku ve yaşam kalitesini arttırmaktadır.
- Yaşam kalitesi ve sigara-alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi.
- PUKİ düzeyinin artması yaşam kalitesi alt boyutlarının çoğunda olumsuz etkiler oluşturduğu görülmüştür ancak endişe alt boyutu ile PUKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
- Mesleki durum uyku kalitesini etkileyen önemli bir faktör olduğu tespit edilmiştir. İyi uyku kalitesi olduğunu ifade eden bireylerin büyük bir bölümünü emekliler (%43,5), kötü uyku kalitesine sahip bireylerin çoğunluğunu ev hanımları (%46,6) oluşturmuştur.
- Ek hastalık varlığında PUKİ puanları yüksek tespit edilmiştir yani uyku kalitesi olumsuz etkilenmiştir.

Yaş, cinsiyet, BKİ, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanımı, hastalık süresi ve ilaç kullanımı değişkenlerine göre PUKİ ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu bulgu, PUKİ puanlarının büyük ölçüde bireylerin sosyodemografik özelliklerinden etkilenmediğini düşündürmektedir.

Araştırma sonuçlarından elde edilen sonuçlardan yararlanılarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

Kolestaza bağlı olarak meydana gelen kaşıntı bireylerin uyku ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu nedenle bireyi ciddi bir şekilde etkileyen kaşıntı semptomunu önlemeye yönelik bireylere ve ailesine eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmelidir.

Bireyler klinikte kaldıkları süreçte primer olarak bakım verici olan hemşireler bireylerin kaşıntısını azaltmaya, uyku ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik girişimlerde bulunmalıdırlar. Bu nedenle hemşirelere de belirli aralıklarla bu konuda eğitim verilmelidir.

Hemşirelere kolestaz, tedavi yöntemleri, ilaç yan etkileri, hastada görülebilecek bulgular, bakım uygulamaları gibi konularda farkındalık oluşturulmalıdır.

Kolestazın multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiği konusunda bir farkındalık oluşturulmalıdır.

Bireylerin farmakolojik tedaviyi düzenli bir şekilde kullanmaları konusunda ve farmakolojik olmayan yöntemler (cilt bakımı, uyku hijyeni, diyet önerileri, psikolojik destek gibi) hakkında bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

Bireyler tedaviden sonra obstrüksiyonun ve aynı süreçlerin tekrarlama ihtimalinin olabileceğini bu nedenle kontrollerini aksatmaması gerektiği hakkında bilgilendirilmelidir.

Hastayı rahatlatacak beslenme önerileri hakkında birey ve aile bilgilendirilmeli, sağlık profesyonellerine bu konuda hizmet içi eğitimler verilmelidir.

Bireylerde kaşıntıya bağlı olarak ciltte oluşabilecek tahrişlere yönelik uygulamalar (cildi nemlendirmek, doktor kontrolünde antihistaminikler, serin duşlar, pamuklu kıyafetler gibi) yapılarak enfeksiyon oluşumunun önüne geçilmelidir.

Bireyler uyku ile ilgili problem yaşadıkları için ağır yemekten kaçınma, akşamları kafein içeren içeceklerden uzak durma, odanın temiz ve havalanmış olmasına dikkat etme, aynı saatte uyumaya özen gösterme, gereksiz gürültünün azaltılması, ılık duş alma, eğer uyuyamıyorsa yatakta beklemekten kaçınma gibi uyku hijyeni uygulamaları aısından birey ve ailesi bilgilendirilmeli, hastanede bulunan süre içerisinde bu uygulamalara sağlık profesyoneli olan hemşireler de dikkat etmelidirler.

KAYNAKLAR

1. Gün T. Ekstrahepatik kolestaz olgularında manyetik rezonans kolanjiyopankreatikografi ve endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi'nin karşılaştırılması [Uzmanlık tezi]. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı; 2011.
2. Yüksel B. Kolestazlı hastalarda tanıda endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi ile manyetik rezonans kolanjiyopankreatografinin karşılaştırılması [Uzmanlık tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı; 2018.
3. Üçok K, Mollaoğlu H, Genç A, Akkaya M, Şener Ü. Safra sistemi fizyolojisi. Cerrahi Sanatlar Derg. 2010;3(1): 1-8.
4. Ökten DA, Çakaloğlu DDY, Yalçın DS, ve ark. Ekstrahepatik kolestaz (348 vakanın değerlendirilmesi). Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol. 1991;2(2): 126-9.
5. Tümgör G. Cholestasis and pruritus: Progressive familial intrahepatic cholestasis? J Curr Pediatr. 2016;14: 88-95.
6. Doğan G. Bilirubin yüksekliğine yaklaşım, <https://pedgastro.org/14-ulusal-cocuk-gastroenteroloji-hepatoloji-ve-beslenme-kongresi/doc/bilirubin-yuksekligine-yaklasim-guzide-dogan.pdf> Son Erişim Tarihi 20 Aralık 2025.
7. Ersoy O. Karaciğer enzim yüksekliğinin değerlendirilmesi. Ankara Med J. 2012;12(3): 129-35.
8. Çerçi K, Köker G, Durmuş ME, Şahintürk Y, Çekin AH. Current approach to cholestasis. Guncel Gastroenterol. 2024;26(1): 33-47.
9. Erkan T. Kolestazda kaşıntı. Turk Pediatri Ars. 2003;38: 65-72.
10. Kavurmacı M, Tan M. Üremik kaşıntı ve hemşirelik bakımı. Anadolu Hemşirelik Sağlık Bilim Derg. 2015;18(1): 57-62.
11. Ersoy NA. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda 5-D kaşıntı ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı; 2016.
12. Boylu AA, Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. Akad Arast Calis Derg. 2016;8(15): 137-50.

13. Karakaş SA, Gönültaş N, Okanlı A. Vardiyalı çalışan hemşirelerde uyku kalitesi. ERU Sağlık Bilim Fak Derg. 2017;4(1): 17-26.
14. Songur A, Çağlar V, Gönül Y, Özen OA. Gallbladder and biliary tract anatomy. Cerrahi Sanatlar Derg. 2009;2(2): 12-19.
15. Özbilek Ö. Biliyer sistem anatomik varyasyonlarının değerlendirilmesinde MRKP bulguları [Uzmanlık tezi]. Antalya: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Radyoloji Anabilim Dalı; 2014.
16. Korkmaz S. Akut kolesistiti olan hastalarda endoskopik transpapiller safra kesesi drenajı [Uzmanlık tezi]. Sakarya: Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı; 2017.
17. Önür ND, Beyler AR. Safra asitleri metabolizması. Ankara Univ Tıp Fak Mecm. 2001;54(1): 65-76.
18. Ceydilek B, Beyler AR. Safra oluşumunda rol oynayan transport proteinleri. Ankara Univ Tıp Fak Mecm. 2005;58(2): 68-72.
19. Bayraktar B. Endokrin sistem. İçinde: Sağlık Bilimleri için Fizyoloji. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2020: 239-70.
20. Ceylan LA. Yenidoğan ve süt çocukluğu döneminde kolestaz tanısıyla izlenen 70 vakanın etyolojisi, klinik, laboratuvar, histopatolojik bulguları ve klinik seyirleri [Uzmanlık tezi]. Bursa: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
21. Zeng J, Fan J, Zhou H. Bile acid mediated signaling in cholestatic liver diseases. Cell Biosci. 2023;13: 77.
22. Zollner G, Trauner M. Advances in cholestatic liver disease. Clin Liver Dis. 2008;12(1): 1-242.
23. Zollner G, Trauner M. Mechanisms of cholestasis. Clin Liver Dis. 2008;12(1): 1-26.
24. Trivella J, John BV, Levy C. Primary biliary cholangitis: epidemiology, prognosis, and treatment. Hepatol Communications. 2023; (7): e0179, 1-18.
25. Güleç D, Sevil Ü. Gebelik intrahepatik kolestazi ve hemşirelik bakımı. Ege Univ Hemsirelik Fak Derg. 2013;29(2): 93-103.
26. Lu L; Chinese Society of Hepatology, Chinese Medical Association. Guidelines for the management of cholestatic liver diseases (2021). J Clin Transl Hepatol. 2022;10(4): 757-69.

27. İliaz UDR, Akyüz F. Kolestazlı hastaya yaklaşım. İç Hastalıkları Derg. 2013;20: 169-75.
28. Barış Z. Kolestaz fizyopatolojisinde güncel bilgiler ve tanımlar. İçinde: Durmaz Ö, editör. Pediatrik Kolestatik Karaciğer Hastalıkları-2025. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2025: 1-9.
29. Demir K. Kolestazlı olguya tanısal yaklaşım. İçinde: Demir M, editör. *Kolestatik Karaciğer Hastalıkları*. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018: 8-14.
30. Hilscher MB, Kamath PS, Eaton JE. Cholestatic liver diseases: A primer for generalists and subspecialists. Mayo Clin Proc. 2020;95(10): 2263-79.
31. Dursun M. İkterli hastaya güncel yaklaşım. Klinik Tıp Bilimleri. 2017;5(2): 13-17.
32. Anadolu Sağlık Merkezi Safra kesesi hastalıkları, belirtileri, tanısı ve tedavi yöntemleri, <https://www.anadolusaglik.org/saglik-rehberi/safra-kesesi-hastaliklari-belirtileri-tanisi-ve-tedavi-yontemleri> Son Erişim Tarihi 20 Aralık 2025.
33. Gök MF. ERCP sonrası bakteriyemi ile mortal seyreden Klatskin tümörü olgusu. Konuralp Tıp Derg. 2015;7(2): 118-20.
34. Anamurluoğlu E, Haliloğlu N. Edinsel safra yolu hastalıklarında görüntüleme bulguları. Turk J Radiol. 2016;35(1): 24-33.
35. Artunç B, İkiz N. Gebeliğin intrahepatik kolestazı: Olgusu serisi. Kartal Egit Arast Hast Tıp Derg. 2015;26(1): 1-5.
36. Chen S, Zhu Q, Sun H. Advances in culture, expansion and mechanistic studies of corneal endothelial cells: a systematic review. J Biomed Sci. 2018;25(1): 75.
37. Beuers U, Wolters F, Oude Elferink RP. Mechanisms of pruritus in cholestasis: understanding and treating the itch. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2023;20(1): 26-36.
38. Oğuz D. Karaciğer ve safra yollarının endoskopik ultrasonografi ile değerlendirilmesi [Uzmanlık tezi]. Kırıkkale: Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Anabilim Dalı; 2018.
39. Gönen C. Normal pankreatobiliyer endoskopik ultrasonografi. Türkiye Klinikleri Gastroenterohepatol Spec Top. 2023;16(1): 1-8.
40. Ergün M, Şaşmaz N. Pankreatobiliyer hastalıkların tanı ve tedavisinde endoskopik ultrasonografinin önemi. Guncel Gastroenterol. 2011;15(1): 46-51.
41. De Vries E, Beuers U. Management of cholestatic disease in 2017. Liver Int. 2017;37: 123-9.

42. Arslan K, Er C, Eryılmaz MA, Akgün İ, Mihmanlı M. Ekstrahepatik safra yollarının tıkanmalarında cerrahi tedavi metodları. *Tip Arastirmalari Derg.* 2009;7(1): 16-22.
43. Demir R, Tanhan A, Çiçek İ, Yerlikaya İ, Kurt SÇ, Ünverdi B. Yaşam kalitesinin yordayıcıları olarak psikolojik iyi oluş ve yaşam doyumu. *Yasadıkca Egitim.* 2021;35(1): 192-206.
44. Yabacı S, Akça NK, Arslan DE. Kaşıntı-stres kısır döngüsü. *ERU Sağlık Bilim Fak Derg.* 2019;6(2): 26-34.
45. Hughes TJ, Campbell J, Crathorne L. Epidemiology and burden of progressive familial intrahepatic cholestasis: A systematic review. *Orphanet J Rare Dis.* 2021;16: 255.
46. Yabacı S, Arslan DE, Akça NK. Kronik kaşıntılı hastalarda algılanan stres ve stresle baş etme yöntemleri. *Psikiyatr Hemsirelik Derg.* 2021;12(4): 333-40.
47. Gülay T, Eler ÇÖ, Ökdem Ş, Çıtak EA. Hemodiyaliz hastalarında konfor düzeyinin incelenmesi. *Hacettepe Univ Hemsirelik Fak Derg.* 2020;7(2): 122-9.
48. Engin M, Vicdan AK. Hemşirelikte Temel İhtiyaçlar: Uyku. İçinde: Hazar HU (editör). *Sağlık & Bilim 2025 Hemşirelik*, 1. Baskı. İstanbul, Efe Akademi Yayıncılık, 2025: 35-50.
49. Carpenito-Moyet LJ. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Çev: Erdemir F. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2018.
50. Çevik B, Kav S, Kılıç G, Kırkpınar C. Kronik karaciğer hastalarında görülen dermatolojik sorunlar ve hemşirelik bakımı. *Baskent Univ Sağlık Bilim Fak Derg.* 2020;5(1): 70-9.
51. Kazak A, Ozkaraman A. Üremik pruritus ve hemşirelik yönetimi. *Celal Bayar Univ Sağlık Bilim Enst Derg.* 2020;7(3): 408-12.
52. Kaçmaz N, Barlas GÜ. Karaciğer nakli yapılan hasta ve hasta yakınlarının psikososyal durumlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi. *J Psychiatr Nurs.* 2014;5(1): 1-8.
53. Çetin BM. Kronik böbrek hastalarında kaşıntı şiddetinin 5-D kaşıntı ölçeği ile değerlendirilmesi ve kaşıntı ile ilişkili faktörlerin incelenmesi [Yayınlanmamış uzmanlık tezi]. Kahramanmaraş: Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı; 2023.
54. Eraydın A. Kronik karaciğer hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 2.0'ın Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliği [Uzmanlık tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı; 2013.

55. Öçal Ö. Acıbadem Maslak Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran yetişkin bireylerde besin tüketiminin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği ile ilişkisi [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bölümü; 2015.
56. Köker G, Uyar S, Özçelik G, Çatlı M, Şahintürk Y, Bostan F, Çekin A. Geriatrik popülasyonda kolestatik karaciğer hastalıklarında etiyoloji ve tanısal yaklaşım: 185 vakalık tek merkez deneyimi. Akad Gastroenterol Derg. 2021;20(2): 94-103.
57. Türker E, Tanrıkulu G. Kronik böbrek yetmezliği hastalarında kaşıntı semptomunun gece uyku ve yaşam kalitesine etkisi. Ankara Egit Arast Hast Tip Derg. 2023;56(2): 89-93.
58. Aydın R. Gebelik kolestazi olan kadınların gebelik deneyimlerinin incelenmesi: Nitel bir araştırma. Surekli Tip Egitim Derg. 2022;31(4): 289-98.
59. Erdem N, Ergüney S. Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. J Anatolia Nurs Health Sci. 2005;8(3): 1-9.
60. Fidancı İ, İşcan G. Aile sağlığı merkezine başvuran yaşlılarda uyku kalitesinin, kronik hastalık ve ilaç kullanımı ile ilişkisinin değerlendirilmesi. Ankara Egit Arast Hast Tip Derg. 2016;49(3): 142-7.
61. Aktaş H, Şaşmaz CT, Kılınçer A, Mert E, Gülbol S, Külekçioğlu D, ve ark. Yetişkinlerde fiziksel aktivite düzeyi ve uyku. Mersin Univ Saglik Bilim Derg. 2015;8(2): 60-70.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Etik Kurul Onayı



EK-3. Kurum İzni





EK-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Sizi Prof. Dr. Medet KORKMAZ tarafından yürütülen ‘Kolestazlı Hastalarda Kaşıntının Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisi’ başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahiptir. 18 yaşın altındaki katılımcı gönüllülerin, velayet ve vesayetindeki yasal temsilcilerine gerekli açıklamalar yapılarak bilgilendirildi. Çalışma için gerekli izin/onam alındı. Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onay verdiğiniz anlamına gelmektedir. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Araştırma yayımlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. Bir şahısa verilmeyecektir.

EK-5. Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu araştırma Kolestazlı Hastalarda Kaşıntının Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisi'nin incelenmesi amacı ile yapılmaktadır. Aşağıda yer alan kişisel bilgilerinizi doğru ve eksiksiz bir şekilde doldurmanız araştırmaya ışık tutarak, daha uygun bir bakım almanıza olanak sağlayacaktır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Anket No: **Tarih:**

1. Yaşı:
2. Cinsiyeti: 1 ☐ Kadın 2 ☐ Erkek
3. Boyunuz:cm
4. Kilonuz:kg
5. BKİ:
6. Eğitim durumunuz: 1 ☐ Okuryazar değil 2 ☐ Okuryazar 3 ☐ İlkokul
4 ☐ Ortaokul 5 ☐ Lise 6 ☐ Lisans 7 ☐ Lisans üstü
7. Mesleğiniz: 1 ☐ Öğrenci 2 ☐ Çalışmıyor 3 ☐ Emekli 4 ☐ Ev hanımı
5 ☐ Memur 6 ☐ İşçi 7 ☐ Serbest meslek
8. Gelir düzeyi: 1 ☐ Geliri az 2 ☐ Geliri giderine eşit 3 ☐ Geliri fazla
9. Sigara kullanıyor musunuz? 1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır
10. Sigara kullanıyor ise: Kaç yıldır.....Günde kaç tane.....
11. Alkol kullanımı: 1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır
12. Hastalığın süresi:
13. Sahip olduğunuz diğer hastalıklar var mı? 1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır
14. Varsa hangi hastalıklar.....
15. Sürekli kullandığınız ilaçlar nelerdir.....

EK-6.5-D Kaşıntı Ölçeği

1. **Süre:** Son iki hafta boyunca günde kaç saat kaşıntınız oldu?

- ☐ Günde altı saatten az
- ☐ Günde 6-12 saat
- ☐ Günde 12-18 saat
- ☐ Günde 18-23 saat
- ☐ Bütün gün boyunca

2. **Şiddeti:** son iki hafta boyunca yaşadığınız kaşıntının şiddetini belirtiniz?

- ☐ Yok
- ☐ Hafif
- ☐ Orta
- ☐ Şiddetli
- ☐ Dayanılmaz

3. **Gidişat:** Geçen ayla kıyasladığınızda son iki hafta boyunca kaşıntınızın durumu nedir?

- ☐ Tamamen kesildi
- ☐ Oldukça iyi ama hala devam ediyor.
- ☐ Biraz daha iyi ama hala devam ediyor.
- ☐ Değişmedi.
- ☐ Daha kötü.

4. **Kısıtlanma/Sınırlanma:**

-Uyku

- ☐ Uykumu etkilemez
- ☐ Uykuya dalmamı ara sıra geciktirir
- ☐ Uykuya dalmamı sıklıkla geciktirir
- ☐ Uykuya dalmamı geciktirir ve ara sıra uykudan uyandırır
- ☐ Uykuya dalmamı geciktirir ve sıklıkla uykudan uyandırır

	Yanıt yok	Hiç etkilemez	Nadiren etkiler	Ara sıra etkiler	Sıklıkla etkiler	Her zaman etkiler
-Kaşıntım sosyal yaşamımı ve boş zaman aktivitelerimi						
-Kaşıntım ev işlerim ve günlük işlerimi						
-Kaşıntım işimi/okulumu						

5. **Dağılım:** aşağıdaki vücut bölümlerinde son iki hafta içinde kaşıntınız olduysa işaretleyiniz. Kaşıntı olan vücut bölümü listede yer almıyorsa anatomik olarak en yakın olanı işaretleyiniz.

Var		Var	
Baş/saçlı deri		Yüz	
Göğüs		Karın	
Sırt		Kalça	
Uyluklar		Bacak/diz altı	
Ayak tabanı		Avuç içi	
El üstü/parmaklar		Ön kol	
Üst kol		Giysilerin vücut ile yoğun temas ettiği noktalar (kemer, iç çamaşırı gibi)	
Kasık		Ayak/ayak parmakları	

EK-7.Kronik Karaciğer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği 2.0

1. Son 1 hafta içerisinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Kaşıntınız oldu mu?					
Kaşıntınız günlük aktivitelerinizi ve işinizi engelledi mi?					
Kaşıntı uykunuzu engelledi mi?					

2. Son 1 hafta içerisinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Eklem ağrınız oldu mu?					
Eklem ağrıları günlük aktivitelerinizi ve işinizi engelledi mi?					

3. Son 1 hafta içerisinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Karnınızın sağ üst bölgesinde ağrınız oldu mu?					
Bu sağ üst karın bölgenizdeki ağrı günlük aktivitelerinizi ve işinizi engelledi mi?					

4. Son 1 hafta içerisinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Gün boyu uyku muydunuz?					
Uyku olma durumunuz günlük aktivitelerinizi ve işinizi engelledi mi?					

5. Son 1 hafta içerisinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Karaciğer hastalığınızın ev ve aile yaşantınız üzerindeki etkisi konusunda endişelendiniz mi?					
Karaciğer hastalığınız ile ilgili endişeleriniz günlük aktivitelerinizi ve işinizi engelledi mi?					

6. Son 1 hafta içerisinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
İştahınızda azalma oldu mu?					
İştahınızdaki azalma sizi engelledi mi?					

7. Son 1 hafta içerisinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Hastalığınızla ilgili kendinizi mutsuz (depresif) hissettiniz mi?					
Hastalığınızla ilgili olan depresyon işinizi, günlük aktivitelerinizi ve/veya sosyal ilişkilerinizi engelledi mi?					

8. Son 1 hafta içerisinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Karaciğer hastalığı komplikasyonlarının (enfeksiyon, iltihap, kanama, koma gibi...) gelişmesinden korktunuz mu?					

9. Son 1 hafta içerisinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Cildiniz sarardı mı?					
Cildinizin sararması işinizi, günlük aktivitelerinizi ve/veya sosyal ilişkilerinizi engelledi mi?					

10. Son 1 hafta içerisinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Karaciğer hastalığı tanısı konulduğundan beri bazı şeyleri hatırlamakta güçlük çekiyorum. Mesela: Verdiğim randevuları, eşyalarımın yerini unutuyorum.					

11. Son 1 hafta içerisinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Karaciğer hastalığımdan dolayı kişiliğim değişti.					

12. Son 1 hafta içerisinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Karaciğer hastalığım mali işlerimde engel oluşturuyor. Mesela: Evkredisi veya sigorta durumları gibi					

13. Son 1 hafta içerisinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Karaciğer hastalığım zamanımı, gerçekte istediğimden farklı şekilde kullanmaya zorluyor.					

14. Son 1 hafta içerisinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Karaciğer hastalığımın olduğunu öğrendiğimden beri cinsel isteğim azaldı.					

15. Son 1 hafta içerisinde:

	Hiçbir zaman	Seyrek olarak	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Karaciğer hastalığımın olduğunu öğrendiğimden beri cinsel aktivitelerim azaldı.					

EK-7.Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi

1 Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız? _____

2 Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı? _____ dakika

3 Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız? _____

4 Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir) _____ saat

5 Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

	Haftada	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'ten Çok
a 30 dakika içinde uykuya dalaamadınız	☐	☐	☐	☐	☐
b Gece yarısı veya sabah erkenden uyanıyorsunuz	☐	☐	☐	☐	☐
c Tuvalete gittiniz	☐	☐	☐	☐	☐
d Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz	☐	☐	☐	☐	☐
e Aşırı derecede üşüdünüz	☐	☐	☐	☐	☐
f Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz	☐	☐	☐	☐	☐
g Kötü rüyalar gördünüz	☐	☐	☐	☐	☐
h Ağrı duyduunuz	☐	☐	☐	☐	☐
i Diğer nedenler	☐	☐	☐	☐	☐
j Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız	☐	☐	☐	☐	☐

6 Geçen ay uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

☐ Çok iyi ☐ Oldukça iyi ☐ Oldukça kötü ☐ Çok kötü

7 Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne sıklıkla (reçeteli veya reçetesiz) uyku ilacı aldınız?

☐ Hiç ☐ Haftada 1'den az ☐ Haftada 1 - 2 kez ☐ Haftada 3'ten çok

8 Geçen ay araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

☐ Hiç ☐ Haftada 1'den az ☐ Haftada 1 - 2 kez ☐ Haftada 3'ten çok

9 Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

☐ Hiç problem oluşturmadı ☐ Bir dereceye kadar problem oluşturdu

☐ Yalnızca çok az bir problem oluşturdu ☐ Çok büyük bir problem oluşturdu

10 Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

☐ Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok ☐ Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil

☐ Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var ☐ Partner aynı yatakta

11 Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa son bir ayda ona aşağıdaki durumları ne sıklıkla yaşadığınızı sorun.

	Haftada →	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'ten çok
a Gürültülü horlama	☐	☐	☐	☐	☐
b Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar	☐	☐	☐	☐	☐
c Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama	☐	☐	☐	☐	☐
d Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık	☐	☐	☐	☐	☐
e Diğer huzursuzluklarınız:	☐	☐	☐	☐	☐