

Kaşıntı-Stres Kısır Döngüsü ve Hemşirelik Yaklaşımı

Cronic Itch-Stress Vicious Circle And Nursing Approach

Sema YABACI*
Nazan KILIÇ AKÇA**
Dilek EFE ARSLAN***

Geliş Tarihi: 04.11.2019, Kabul Tarihi: 23.12.2019

ÖZET

Kaşıntı biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan ve altında farklı etiyojilerin bulunduğu çok boyutlu bir semptomdur. Kaşıntı hissi epidermiste ve dermal-epidermal bileşke noktalarındaki özel sinir hücrelerinin aktivitesi sonucu ortaya çıkar. Kronik kaşıntı durumunda kaşıma olayıyla deride çizilme, lezyon, kanama, yanma ve ağrı gibi fizyolojik değişikliklerin yanı sıra stres ve zihinsel yorgunluk, uyku-yaşam kalitesinde azalma ve depresyon gibi psikolojik değişikliklere de yol açmaktadır. Kronik kaşıntı stresi tetiklemekte, streste kaşıntı şiddetinin artmasına neden olarak tam bir kısır döngü oluşturmaktadır. Kısır döngünün oluşumunu engellemekte en önemli görev hemşirelere düşmektedir. Hemşire kaşıntının yönetiminde uygulanacak tedavi, bakım ve stres yönetiminde aktif rol almalıdır.

Anahtar kelimeler: Kronik Kaşıntı, Stres, Bakım, Hemşirelik

ABSTRACT

Itching is a multidimensional symptom with biological, psychological and social dimensions and under different etiologies. The feeling of pruritus occurs as a result of the activity of specific nerve cells in the epidermis and at the dermal-epidermal junction points. In the case of chronic pruritus, scratching can be caused by physiological changes such as skin scratching, lesions, bleeding, burning and pain as well as psychological changes such as stress, and mental fatigue, reduction in sleep-quality of life and depression. Chronic itching causes an increase in the severity of itching in stress triggering stress, resulting in a complete vicious cycle. The nurse should take an active role in the management, treatment and stress management of the itch.

Keywords: Cronic itching, stress, care, nursing

Sorumlu Yazar:

Adı Soyadı: Hem. Sema YABACI

Adres: Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Tokat, Türkiye

e-mail: sema_ybc@hotmail.com

* Hem., Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Tokat, Türkiye

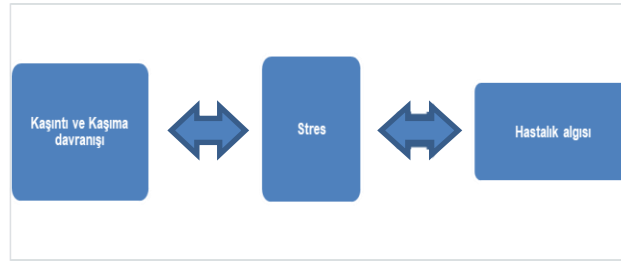
** Doç. Dr., İzmir Bakırçay Üniversitesi, Hemşirelik, İç Hastalıkları Hemşireliği, İzmir, Türkiye

*** Dr. Öğr. Üyesi., Yozgat Bozok Üniversitesi, Hemşirelik, İç Hastalıkları Hemşireliği, Yozgat, Türkiye

GİRİŞ

Kaşıntı bir hastalık değil bir semptomdur. Kaşıntı, tek başına tehlikeli olmasa bile şiddetine bağlı olarak hastada fiziksel ve zihinsel yorgunluğa, uykusuzluğa, sosyal izolasyona, öfke-anksiyete-depresyona ve benlik saygısında, öz bakım gücünde ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır. ⁽¹⁻⁴⁾ Kaşıntının neden olduğu sorunlar, kaşıntı-kaşınma-kaşıntı kısır döngüsü, uyku sorunları, ruh hali değişimi, stres ve depresyondur (Şekil 1). ⁽⁵⁾ Stres, kronik kaşıntının başlamasında ve şiddetlenmesinde önemli bir etken olarak ortaya

çıkılmaktadır. Stres, deri fizyolojisi ve patolojisini etkilemektedir. ^(6,7) Hastaların günlük yaşamlarında pek çok sorun yaşamasına neden olan kaşıntının yönetiminde multidisipliner bir yaklaşım gereklidir. ^(1,5) Multidisipliner yaklaşımın kilit noktası olan hemşire kaşıntı ve kaşıntı nedeniyle ortaya çıkan sorunları yönetmeye ilişkin müdahalelerde bulunmalıdır. Bu müdahaleler, günlük cilt bakımı, tetikleyici faktörleri tanıma ve öğrenme, hasta eğitimi ve bilişsel davranışsal terapilerdir. ⁽⁵⁾ Bu makaleyle kaşıntıda hemşirenin uygulayabileceği girişimlere dikkat çekmek amacıyla yazılmıştır.



Şekil 1. Kaşıntı ve stres

Kaşıntı

Kaşıntı; deride kaşıma hissi uyandıran, hoş olmayan subjektif bir his olarak tanımlanabilir. ^(1,8,9) Kaşıntı biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan ve altında farklı etiyojilerin bulunduğu çok boyutlu bir semptomdur. ^(2,3,9,10) Vücut dışından herhangi bir uyarana karşı tepki olarak oluşabileceği gibi akut ve kronik hastalıklarda vücut içinde oluşan çeşitli kimyasal uyaranlara karşıda kronik kaşıntı oluşabilir. Akut kaşıntı ağrı gibi koruyucu bir refleks yanıt olmasına karşın, kronik kaşıntı oldukça rahatsız edici bir semptomdur. Dermatolojik nedenlerden dolayı oluşabileceği gibi bazı kronik hastalıklar ve psikiyatrik bozukluklar da oluşumuna neden olabilir. ^(1,10)

Kaşıntının Nörofizyolojisi

Ortaya çıkmasında birçok faktörün etkisi olan kaşıntının nörofizyolojik mekanizması farklı teorilerle açıklanmaya çalışılmıştır. Yapılan çalışmalar kaşıntıyı kodlayan ayrı bir nöronal sistem olduğunu göstermektedir. ^(8,9,11,12)

Kaşıntı hissi epidermiste ve dermal-epidermal bileşke noktalarındaki özel sinir hücrelerinin aktivitesi sonucu

ortaya çıkar. Kaşıntı nosiseptif C nöronlarının özel bir alt kümesi tarafından beyne iletilir. Polimodal nosiseptör olarak da adlandırılan bu lifler sadece deri, kornea ve mukozada bulunduğu için diğer dokularda kaşıntı hissedilmemektedir. Ayrıca bu lifler; geniş innervasyon alanı, mekaniksel yanıtızlık ve yüksek transkutanöz (deri geçişli) elektriksel eşik değeri ile karakterizedir. ^(9,11,13,14) Kaşıntının iletimini sağlayan C lifleri derinin stratum granulosuma (tanecikli tabaka) ve dermal-epidermal bileşke bölgelerine kadar genişler ve keratinositleri de içeren epidermal hücreler ile sarılmıştır. ⁽¹⁴⁾ Miyelinsiz C lifleri kaşıntı iletiminde primer nöronlar olup, spinal kordun dorsal kök gangliyonunun gri maddeinde sekonder nöronlarla sinaps yaparlar. Sekonder nöronlar karşı tarafın anterolateral spinothalmik yolun içinde talamusa giderler. Talamustan başlayan tersiyer nöronlar, kaşıntı hissini duyuşal kortekse iletirler. Kaşıntının merkezinin sol inferior primer duyuşal korteks olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur. ^(8,11,12)

Kaşıntı iletimini sağlayan C lifleri, keratinositleride içeren epidermal hücreler ile sarılmıştır. Keratinositler, epidermiste baskın hücre tipleridir ve ilk hedefleri bariyer oluşum sürecine yardımcı olmaktır. Bu amaçla keratinositler, yapısal proteinler (flaggrin, keratin), enzimler (proteazlar), lipitler ve antimikrobiyal peptitler (defensinler) ile yüksek aktif hücre sınıfları arasında kompleks etkileşimi sağlarlar. Bu tür amaçları gerçekleştirebilmek için keratinositler, sayısız farklı reseptör sunarlar ve salgılar için çeşitli moleküller üretirler. Kaşıntıyla ilgili olarak keratinositler pruritojenik moleküllerin salınmasını ve kaşıntı hissi veren çeşitli reseptörleri sağlarlar. Cilt bariyerinin bozulması keratinositlerden çeşitli pruritojenik mediatörlerin salınmasına yol açmaktadır. (9,11,14,15) Kaşıntı patogenezinde rol oynayan histamin, serotonin, asetilkolin, bradikinin, proteinazlar, taşikininler, prostaglandinler, interlokinler, lökotrienler, opioidler vb birçok mediatör mevcuttur. Son yıllarda kaşıntı ile aktive olan beyin bölgeleri belirlenmiştir. Özellikle singulat korteksin kaşıntı sürecini içine alan beyinin önemli bir bölgesi olduğu bildirilmiştir. Kaşıntısı olmayan bireylerle karşılaştırıldığında singulat korteks, atopik dermatiti olan hastalarda histamin sonrasında önemli derecede aktive olmakta ve hastalık şiddetini arttırmaktadır. (4)

Kaşıntının Olumsuz Etkileri

Kaşıntı durumunda kaşıma olayıyla deride çizilme, lezyon, kanama, yanma ve ağrı gibi fizyolojik değişiklikler görülmektedir. Derideki fizyolojik değişikliklerin olumsuz etkilerinin yanı sıra kaşıntı fiziksel ve zihinsel yorgunluğa neden olmakta, geceleri artan kaşıntıyla ilişkili olarak uyku süresi ve kalitesi de azalmaktadır. Kaşıntının şiddetinin artmasıyla beraber psikososyal etkileri de artmaktadır. Ayrıca kaşıntı bireylerde sosyal izolasyon, öfke, anksiyete, depresyonun yanı sıra benlik saygısı, öz bakım gücü ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olarak hastalığın yönetimini de zorlaştırmaktadır. Tüm bunlara bağlı olarak hastalarda etkili baş etme yöntemlerinin zayıflaması ile de sigara ve

alkol, uyku ilaçları ve antidepresan kullanım oranında artış olduğu belirtilmektedir. (12,16,17)

Stres ve Deri

Stres organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan bir durumdur. Bu tehdit ve zorlanmalar nedeniyle canlı kendini korumak için bir tepki zincirini harekete geçirir. Bu tepki zinciri tehlike ile karşılaşınca "savaş veya kaç" diye adlandırılan cevabın ortaya çıkmasına neden olur. Bir tehlike ile yüz yüze gelen birey, başa çıkamayacağına inandığı bu tehlikeden uzak durmaya çalışır ya da tehlike ile savaşır ve böylece yeni duruma uyum sağlanabilir. Organizmanın tehdit ile karşılaştığı stres durumunda insanlarda hem bedensel hem de psikolojik olarak pek çok olay meydana gelir. (18-20)

Deri; iç ve dış ortam arasında bir sınır oluşturan, öfke, korku, utanma gibi duyguların ifade organıdır. Bedensel ve ruhsal olaylar arasındaki ilişki yoğun olarak deride yaşanmaktadır. (4, 6, 21, 22)

Huy ve kişiliğin değerlendirilmesinde derinin gerekli olduğunu belirten Ingram, derinin zihnin bir uzantısı olduğunu da belirtmiştir. (23) Deri ve beyin ilişkisi embriyonik döneme uzanmaktadır. Çünkü, deri ve beyin ektodermden köken almakta ve aynı hormon ve nörotansmitterlerden etkilenmektedir. (4,21,24)

Deri, hayat boyunca çok farklı stresörlere maruz kalan bir organdır. Dermatolojide gözlenen hastalıkların 1/3'ünün psikolojik stresörlere ilişkili olduğu belirtilmektedir. (7) Stresin, immün sistemi baskıladığı, lenfositlerin proliferasyonu ve öldürücü hücrelerin aktivitesini yavaşlattığı gösterilmiştir. Mekanizma çok açık olmamakla birlikte bu durumun beyin ve immün sistem arasındaki ilişkiye dayandığı düşünülmektedir. (6) Herkesin strese duyarlı bir şok organı bulunmaktadır. Bu şok organı genetik ve çevresel etmenlerle belirlenmektedir. Yaşanılan stresle birlikte dermatolojik belirtiler gösteren kişilerde ise şok organı deridir. (21) Fareler üzerinde yapılan deneysel çalışmalarda kontakt hipersensitivitesi olan deneklerin stres altında olduklarında daha fazla

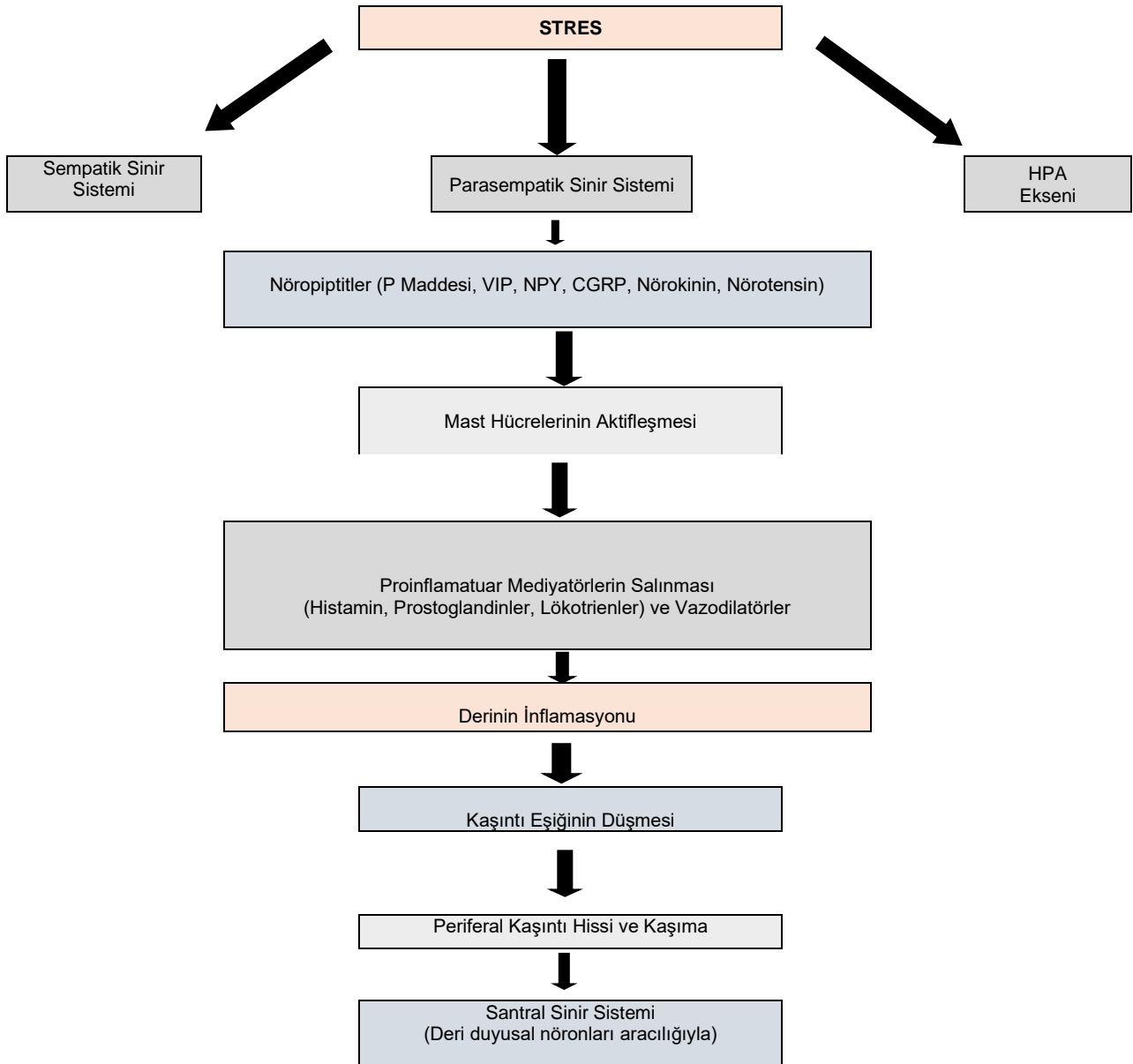
tepki gösterdikleri, psikosomatik etkenlerin cilt belirtilerini etkilediği ve arttırdığı belirtilmektedir. ^(25,26) Yapılan bir çalışmada ise psikolojik stresin epidermal geçirgenlik bariyerinin dengesini bozduğu ve interlökinler üzerine doğrudan etki ederek yara iyileşmesinin gecikmesine neden olduğu bildirilmektedir. ⁽²⁷⁾ Literatürde stresin ciltteki mast hücrelerinde degranülasyon artışına yol açtığı belirtilmektedir. ^(28,29)

Deride ve merkezi sinir sisteminde hormonlar, nörotransmitter ve reseptörler gibi pek çok ortak yapı vardır. Deride P maddesi (Substance P=SP), kalsitonin-gelelilgili-peptid (CGRP), vazoaaktif intestinal peptid (VIP), nöropeptid Y (NPY), nörokinin, nörotensin gibi çok sayıda nöropeptid bulunduğu kanıtlanmıştır. Nöropeptitler, miyelinli A ve miyelinsiz C liflerinde hem duyuşal hem de otonom sinir liflerinde bulunmaktadır. Oldukça etkili bir vazodilatör olan SP kan damarlarının geçirgenliğini arttırmakta, intradermal enjeksiyonunun yapılması halinde ise ciltte kızarıklık ve kaşıntılı lezyonlara neden olmaktadır. Emosyonel streste nöropeptidlerin akson refleksi aracılığıyla serbest kalarak deride nörojen enflamasyonlara neden olabileceğinden söz edilmektedir (Şekil 2). ⁽²⁶⁾

Kronik stresin kaşıntıya neden olduğu veya kaşıntıyı arttırdığı uzun süredir bilinmektedir. Özellikle kronik stres, kronik kaşıntılı dermatozları şiddetlendirmektedir. ⁽³⁰⁾ Norveç'te yapılan geniş popülasyonlu bir çalışmada ise zayıf öz-etkililiğın, stresli durumlarla başa çıkmada yetersiz kalmanın kronik kaşıntının nedeni olabileceği belirtilmiştir. ⁽³¹⁾

Stres yanıtında asıl rolü hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) eksen oynar. HPA eksen aktivitesi beyinde amigdala ve hipokampus gibi limbik sisteme ait yapılar ve prefrontal korteks tarafından düzenlenmektedir. HPA ekseninin aktivitesinin negatif geri bildirim mekanizması yoluyla inhibisyonu veya aktivasyonunda hipokampus en büyük rolü oynar. ⁽³²⁾

HPA eksenı, sempatik ve parasempatik sistemlerin aktivasyonu, strese karşı anahtar adaptasyon cevaplarıdır. Stresin başlattığı kaşıntıda HPA eksenı, Adeno kortiko tropik hormon (ACTH) ve kortikotropin salgılatıcı faktör (CRF) klasik stresle ilişkili nörohormonlarına ek olarak NGF (Nöron groft faktör) dahil, nöropeptitler (SP, CGRP, VIP, NPY) ve katekolaminler gibi çeşitli aktörler fark edilmiştir. Strese maruz kalmayla, merkezi stres cevapları birçok elementler, sempatik sistem ve HPA ekseninin aktivasyonundan oluşmaktadır. Bu süreçler toplu olarak strese deri cevabını tetikleyen mast hücrelerini aktifleştirir. Stres cevabında çok önemli rol oynadığı düşünölen mast hücreleri histamin, sitokinler, prostoglandinler ve lökotrienler içeren proinflatuar mediatörler ve vazodilatörlerin birçoğunun degranülasyonu boyunca derinin inflamasyonu ile sonuçlanır. İnflamasyonlu deri ortamı kaşıntı eşiğini azaltır, periferal kaşıntı hissi ile sonuçlanır. Deri duyuşal nöronları kaşıntı işaretlerini sırayla stres algısını sürdüren santral sinir sistemine iletir. Kaşıntının sebep olduğu kaşıma deri inflamasyonuna neden olarak bu zararlı döngüyü artırır (Şekil 2). ^(30,33)

Şekil 2. Stresin kaşıntı oluşumuna etkisi ^(30,33)

Kaşıntıda Tedavi ve Hemşirelik Yaklaşımı

Kaşıntı tedavisinde başarı kaşıntı nedeninin ortaya çıkarılması ve bu nedenin ortadan kaldırılması ile doğrudan ilişkilidir. ⁽⁸⁾ Kronik kaşıntıda medikal tedavinin yanı sıra kaşıntıyı uyaran faktörlerin de iyi belirlenmesi ve bu konuda da önlem alınması gerekmektedir. Tedavide amaç; kaşıntının ortadan kaldırılması ve/veya hafifletilmesi, deri bütünlüğünün korunması, hastanın yaşadığı stresi yönetmede aktif baş etme yöntemlerini kullanması, hastanın yaşam kalitesinin artırılması ve tedavi sürecinin doğru yönetilmesidir. ⁽³⁴⁾

Kaşıntının patofizyolojisi net olarak bilinmediğinden tüm kaşıntılı durumlarda faydalı olabilecek tek bir antipruritik ajan yoktur. Farmakolojik tedavisinde; kaşıntının lokal tedavisinde nemlendirici kullanımı, %2'lik mentol, topikal steroidler, topikal antihistaminikler, lokal anestetikler, immünomodülatörler ve %0.05 kapsaisin krem, kaşıntının sistemik tedavisinde ise oral steroidler, antihistaminikler, doksepin, paroksetin, talidomid, trisiklik antidepressanlar, ondansetron, opioid antagonistleri ve mirtazapin gibi ilaçlar kullanılmaktadır. Kaşıntının tedavisinde yeri olan fototerapi ve fotokemoterapi

gibi yöntemlerde yer almaktadır. Hastaların büyük çoğunluğu farmakolojik tedaviden yeterince yarar göremezler. Bu nedenle kaşıntı hasta ve ailesinin yaşam

kalitesini düşüren bir sorun olarak karşımıza çıkabilmektedir. (1,8,35)

Tablo 1. Kronik Kaşıntısı Olan Hastaya Verilecek Eğitim Konuları

BANYO	Haftada 1-2 kez ılık su ile banyo yapmalı, 20 dk'dan uzun sürmemeli, katkı maddesi çok olan temizlik ürünlerinden uzak durulmalı, deri tahriş edilmeden nazikçe ovulmalı, kullanılan havlu yumuşak olmalı ve çok fazla sürtmeden kurulmalıdır.
GİYSİ SEÇİMİ	Sentetik ve yünlü değil, pamuklu ve bol giysiler tercih edilmeli, giysiler iyi durulanmalı deterjan artıkları kalmamalı.
NEMLENDİRİCİLER	Nemlendirici losyonlar ve esansiyel yağlar günde 3-4 kez uygulanmalı, banyodan hemen sonra da uygulanmalı.
UYARAN-ARTTIRAN FAKTÖRLER	Alkol, baharatlı yiyecekler, aşırı sıcak yiyecek/içeceklerden, çok sıcak ortamlar ve aşırı stresten uzak durmalı. Kimyasal içeren kozmetik ürünler, ıslak mendiller vs. kullanılmamalı.
STRES İLE BAŞA ÇIKMA	Sosyal destek, profesyonel destek, bilişsel-davranışsal terapiler, tamamlayıcı ve alternatif tedavilere başvurulmalı.
TEDAVİ SÜRECİ VE İLAÇ KULLANIMI	Zorlu ve uzun bir tedavi süreci, ilaçların zamanında ve doğru kullanımı, tam iyileşme sağlanana kadar düzenli kontrollere gidilmeli.
DİĞER KONULAR	Tırnak bakımı (kısa ve düz kesilmeli), deri tüylerinin temizliği (deri tahriş edilmeden tüylerin çıktığı yöne doğru temizlenmeli), düşme riski (banyo sırasında kullanılan yumuşatıcı yağların kullanımı) konusunda dikkatli olunmalı.

Kaşıntının tedavisi ve yönetimi hem hasta hem de tedaviyi sürdüren sağlık çalışanları için oldukça zor bir süreçtir. Kronik kaşıntılı hastaların kaşıntı ile ilgili; kaşıma-tırmalama davranışı, kaşıntıyı tetikleyen ve kaşınma ile daha da artan stres ve işlevsel olmayan hastalık algıları baş edilmesi gerekmektedir. Kaşıntının komplike yönlerini yeterli derecede ele alabilmek için dermatolog, psikiyatrist, psikolog, hemşire ve sosyal çalışmacı vb. oluşan entegre olan multidisipliner bir gruba ihtiyaç vardır (4). Ekip içinde hemşirenin başlıca rolleri; temel ilaçların doğru ve zamanında kullanımı, cilt bakımı, stres yönetimi, hasta ve aile eğitimi' dir (Tablo 1). (1,34-36) Multidisipliner bir yaklaşımla kaşıntı tedavinin yapıldığı bir klinikte yapılan araştırmada, deney grubunun kontrol grubuna göre kaşıntı şiddeti-

nin azaldığı ve psikososyal bulgularının düzeldiği görülmüştür. (37) Atopik dermatit ve psoriasisli hastaların %55-70'inde stres, kaşıntıyı tetikleyici bir faktör olarak bildirilmektedir. Stres, kaşıntıdan kaynaklanır ve böylece kısır bir stres ve kaşıntı çemberi oluşur. Stres kaşıntıyı artırabilir (Şekil 1). Atopik dermatit ve psoriasis gibi dermatolojik hastalıkları daha da şiddetlendirebilir. Bu nedenle, atopik egzama veya psoriasis hastalığı olan hastalar için stres yönetimi (Atılmanlık eğitimi ve bilişsel terapi) ve gevşeme egzersizleri tedavi programının bir parçasıdır. Ayrıca bedeni gevşetebilme yolu için nefes kontrolü, meditasyon, zihinsel gevşeme ve yoga gibi tamamlayıcı ve integratif (bütünleşik) sağlık uygulamaları kullanılabilir. Bunun yanı sıra stres yönetiminde kullanılan diğer teknikler: kendini

anlama, öz yönetim, olumlu tutum, kendi kendine konuşma, otojenik eğitim, uyku, dinlenme, stres topları, terapötik masaj ve gülmektir. (38)

Kronik kaşıntı ve kronik kaşıntıya neden olan hastalıkların tedavisinde kullanılabilen bazı yöntemler şunlardır:

Alışkanlık Değiştirme Eğitimi (Habit Reversal Training): 1973 yılında geliştirilmiştir. Alışkanlık değiştirme eğitiminin kronik kaşıntısı olan hastalarda etkili olduğu gösterilmiştir. Hastaların olumsuz davranışlarını nasıl değiştireceklerini öğretmek işlevsiz davranışları değiştirmekte kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda davranış değiştirme eğitiminin kronik kaşıntılı deri hastalıklarında kaşıma sıklığını azalttığı ve cilt durumlarında iyileşme ve çizilme davranışında daha büyük bir azalma sağlanmıştır. (39)

Rahatlama eğitimi: Yapılan çalışmalarda kronik kaşıntılı deri hastalarında (dermatit, ürtiker, psoriasis) algılanan stres ile kaşıntı arasında bir ilişki olduğunu, gevşeme tekniklerinin kronik kaşıntı çeken hastaların tedavisinde yardımcı olduğu bildirilmektedir. Bu nedenlerden dolayı, kaşıntılarının şiddetinin yüksek stres dönemlerinde arttığını bildiren hastalarda gevşeme eğitiminin yapılması önerilmektedir. Bu rahatlama tekniklerinin genellikle rahat bir sandalyede veya şilte üzerinde otururken sessiz bir odada yapılması önerilmektedir. (34,35,39)

Bilişsel davranışçı terapi: Bilişsel davranışçı terapi terimi, bilişi yeniden yapılandırmayı amaçlayan tekniklerle birlikte bu noktaya kadar açıklanan psikolojik müdahalelerin (alışkanlık değiştirme eğitimi, rahatlama eğitimleri) bir kombinasyonunu ifade eder. Bilişsel davranışçı terapi (BİT) ortaya çıkmasıyla, bilişi düzenlemenin davranışları üzerindeki rolünü öne çıkmıştır. Kronik kaşıntıda, hastaların sahip olabileceği mantıksız bir inanca bir örnek, kaşıma sonucu oluşana çizik izlerinin beden imajını bozduğuna ve artık çekici olmadığına dair inançtır. Hasta, irrasyonel inancı daha rasyonel olan bir şeyle düzeltmelidir (örneğin, cildim kaşıntılı ve kaşınıyor olsa bile çekici bir insanım). İrrasyonel

düşünceler bireylerin belirli yaşam hedeflerine ulaşmasını engeller. (39) Bilişsel davranışçı terapiler hastaların yaşam hedeflerine ulaşmasını basitleştirebilir ve yardımcı olabilir. Kaşıntıyla ilişkili faktörlerin birbirlerini etkileyebileceği ve daha sonra psikolojik müdahalelerin bir kombinasyonunun gerekli olabileceğini düşünmek önemlidir. Bilişsel yeniden yapılandırma tekniklerinin, kronik kaşıntılı hastalarda stres yönetimine faydalı olduğu yapılan bir çalışmada belirtilmiştir. Bağlamsal terapi, hastanın sadece kaşıntıyı kontrol etmenin aksine, hissettiği rahatsızlığı tanıması amacıyla, hastanın kaşıntısının ürettiği duygu ve davranışları tanır. Kronik kaşıntısı olan bireyin çektiği acıyı normalleştirmeye çalışırken bir dereceye kadar hasta direncini artırabilir. Semptomları önlemenin aksine, hastaların semptomlara cevap verme şeklini değiştirmektedir. (39)

Farkındalık bazlı stres azaltma: Kronik kaşıntı tedavisinde yardımcı olabilecek ve kronik ağrı tedavisinde etkili olduğu kanıtlanan bir başka yaklaşımdır. Bu tür stres azaltma yöntemi, daha önce ana hatlarıyla verilen gevşeme tekniklerinden farklıdır. Bu terapinin asıl amacı duyguları, düşünceleri veya duygulanımları yargılamadan farkındalık geliştirmesini sağlamaktır. Bu yöntem meditasyon egzersizleri, yoga ve psiko eğitimi içermektedir. ABD'de ilk kez 1982' de Kabat-Zinn tarafından kronik ağrılı hastalar için geliştirilmiştir. (39) İlk olarak kronik ağrılı hastalarda kullanılmış olmasına rağmen, geliştiricisi tarafından kronik kaşıntı çeken hastalarda da denenmiş ve etkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada, psoriasisli hastalara ışık tedavisi ile birlikte farkındalık bazlı stres azaltma terapisi uygulanmış ve hastaların semptomlarında azalma olduğu saptanmıştır. (40)

SONUÇ VE ÖNERİLER

Literatürde bu yaklaşımların kronik kaşıntı ve kronik kaşıntıya neden olan hastalıkların tedavisinde kullanılabileceği belirtilmektedir. Sonuç olarak, kronik kaşıntısı olan birçok hasta, (kronik ağrılı hastalara benzer) şekilde yaşamının geri kalanında bu semptomla yaşamayı öğrenmek zorunda kalmaktadır. Ayrıca, olumsuz

bir duygusal durum artan kaşıntıya neden olabilmektedir. Bu nedenle kronik kaşıntı problemi yaşayan hastaların yönetiminde yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi için bu yöntemlerin kullanımında hemşire hastaya rehberlik etmeli, kişilik özelliklerine ve kişiye en uygun kanıt dayalı yöntemleri seçmesine yardımcı olmalıdır. Ayrıca ülkemizde de kronik kaşıntıya neden olan hastalıkların tedavi ve bakım etkinliğini artırmak için bu yöntemlerin kullanımı ile ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Kılıç Akça N, Taşçı, S. Kaşıntı kontrolünde kullanılan non-farmakolojik yöntemler. *Dermatoz*. 2012; 3 (3): 108-113.
2. Kılıç Akça N, Taşçı, S, Karataş N. Effect of acupressure on patients in Turkey receiving hemodialysis treatment for uremic pruritus. *Altern Ther Health M*. 2013; 19 (5): 12-18.
3. Alpsoy E. Paraneoplastik kaşıntı (pruritus) ve eritrodermi. *Türkderm*. 2013; 47 (Özel Sayı 2): 65-68.
4. Tey HL, Wallengren J, Yosipovitch G. Psychosomatic factors in pruritus. *Clinics in Dermatology*. 2013; (31): 31-40. doi: 10.1016/j.clindermatol.2011.11.004
5. Medendorp H, Ros W, Kok P, Kennedy C, Thio B. Effectiveness of the nursing programme coping with itch: a randomized controlled study in adults with chronic pruritic skin disease. *Br J Dermatol*. 2007; 156 (6): 1235-1244.
6. Aydemir E. Stres ve deri hastalıkları. *Cerrahpaşa Tıp Fakültesi sürekli tıp eğitimi etkinlikleri medikal açıdan stres ve çareleri sempozyum dizisi*. 2005; 47: 145-152.
7. Türsen Ü. Stres, hormonlar ve deri. *Dermatoz*. 2011; 2 (2): 308-319.
8. Önder M. Pruritus. Tüzün Y, Güler M, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur V. (Ed.). *Dermatoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008.
9. Steinhoff M, Bienenstock J, Schmelz M, Maurer M, Wei E, Biro T. Neurophysiological, neuroimmunological and neuroendocrine basis of pruritus. *J Invest Dermatol*. 2006; 126: 1705-1718. <https://doi.org/10.1038/sj.jid.5700231>
10. Arıcan Ö. Kaşıntının patofizyolojisi, kliniği ve tedavisi. *Türkderm*. 2005; 39 (2): 88-97.
11. Çalka Ö, Karadağ A. Deri hastalıklarındaki kaşıntının mekanizması. *Türkiye Klinikleri J. Dermatol Special Topics*. 2011; 4 (3): 40-45.
12. Erturan, İ, Akkaya V. Kaşıntı ve mediyatörler. *Dermatoz*. 2004; 3 (1): 26-32.
13. Ertürk, İ. Kaşıntılı dermatozlarda kaşıntının yaşam kalitesi üzerine etkisi. [uzmanlık tezi]. Edirne: Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı; 2009.
14. Mollanazar NK, Smith PK, Yosipovitch G. Mediators of chronic pruritus in atopic dermatitis: getting the itch out? *Clinic Rev Allerg Immunol*. 2015; 51 (3): 263-292. DOI 10.1007/s12016-015-8488-5
15. Özerol İH. Kaşıntının immünolojisi. *Türkiye Klinikleri J. Dermatol Special Topics*. 2011; 4 (3): 23-37.
16. Altunay İ, Atış G, Esen K, Küçükünal A. Impact of functional pruritus compared with mild psoriasis on quality of life: a cross-sectional questionnaire study in Turkey. *Am J Clin Dermatol*. 2014; 15: 365-370. doi: 10.1007/s40257-014-0075-7.
17. Pereira MP, Stander S. Chronic pruritus: current and emerging treatment options. *Drugs*. 2017; 77: 999-1007. doi: 10.1007/s40265-017-0746-9
18. Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç. Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlik analizi. *New Symposium Journal*. 2013; 51(3): 132-140.
19. Güler Ö, Çınar S. Hemşirelik öğrencilerinin algıladıkları stresörler ve kullandıkları baş etme yöntemlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2010; Sempozyum Özel Sayısı: 253-261.
20. Baltaş A, Baltaş Z. *Stres ve Başa Çıkma Yolları*. 22. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2004.
21. Mercan S, Altunay İ. Psikiyatri ve dermatolojinin ortak çalışma alanı: psikodermatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006; 17 (4): 305-313.
22. Topal İO, Altunay İ, Mercan S. Kronik ürtikerli hastalarda kişilik bozuklukları, anksiyete ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*. 2004; 7: 199-209.
23. Ingram JT. The personality of the skin. *Lancet*. 1933; 1: 889. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)85275-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)85275-7)
24. Koblenzer CS. Psychosomatic concepts in dermatology. *Arch Dermatol*. 1983; 119: 501-512. doi:10.1001/archderm.1983.01650300055017
25. Hosoi J, Tanida M, Tsuchiya T. Mitigation of stress induced suppression of contact hypersensitivity by odorant inhalation. *Br J Dermatol*. 2001; 45: 716-719. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.2001.04409.x>
26. Sukan M, Maner F. Stres yaratan yaşam olaylarının vitiligo ve kronik ürtiker hastalarına etkisi. *Klinik Psikiyatri*. 2006; 9: 17-26.
27. Glaser R, Glaser JK, Marucha PT. Stress related changes in proinflammatory cytokine production in wounds. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56: 450-456. doi:10.1001/archpsyc.56.5.450
28. Orion E, Wolf R. Psychological factors in skin diseases: stress and skin: facts and controversies. *Clinics in Dermatology*. 2013; 31: 707-711. doi: 10.1016/j.clindermatol.2013.05.006.

29. Singh LK, Pang X, Alexacos N. Acute immobilization stress triggers skin mast cell degranulation via corticotropin releasing hormone, neurotensin, and substance P: A link to neurogenic skin disorders. *Brain Behav Immun.* 1999; 13: 225-239. <https://doi.org/10.1006/brbi.1998.0541>
30. Kim HS, Yosipovitch G. An aberrant parasympathetic response: a new perspective linking chronic stress and itch. *Experimental Dermatology.* 2013; 22: 239-244. doi: 10.1111/exd.12070.
31. Dalgard F, Stern R, Lien L, Hauser S. Itch, stress and self-efficacy among 18 year old boys and girls: a Norwegian population based cross sectional study. *Acta Derm Venereol.* 2012; 92: 547-552. doi: 10.2340/00015555-1309.
32. Hatungil R. Stres ve demansta hipotalamus-hipofiz-adrenal eksenin rolü. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2008; 1 (3): 1-7.
33. Kim HJ, Park JB, Lee JH, Kim IH. How stress triggers itch: a preliminary study of the mechanism of stress-induced pruritus using FMRI. *Int J Dermatol.* 2016; 55 (4): 434-42. doi: 10.1111/ijd.12864.
34. Cowdell F. Care and management of patients with pruritus. *Nurs Older People.* 2009; 21: 35-41.
35. Karadakovan A. Derinin değerlendirilmesi. Karadakovan A, Aslan F. Ed. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım.* Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014.
36. Karim K. Finding a cure for the itch: pruritus for nurse prescribers. *Nurse Prescribing.* 2008; 6: 98-105. DOI: 10.12968/npre.2008.6.3.28856
37. Michelle LW, Yan L, Leong A, Liang TH. Effectiveness of a multidisciplinary itch clinic in the management of chronic pruritus. *Indian J. Dermatol.* 2015; 60 (2): 108. doi: 10.4103/0019-5154.152598.
38. Özeli Y, Bay Karabulut A. Günlük yaşam ve stres yönetimi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi.* 2018; 1 (1): 48-56.
39. Schut C, Weik U, Tews N, Gieler U, Deinzer R, Kupfer J. Psychophysiological effects of stress management in patients with atopic dermatitis: A randomized controlled trial. *Acta Derm Venereol.* 2013; 93: 57-61. doi: 10.2340/00015555-1415
40. Kabat-Zinn J, Wheeler E, Light T, Skillings A, Scharf MJ, Cropley TG, et al. Influence of mindfulness meditation based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosom Med.* 1998; 60: 625-632.