



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KAŞINTI YAKINMASI OLAN DERMATOLOJİ  
HASTALARINDA UYKU KALİTESİ**

ÖZGE DİRGEN  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Dr. Öğr. Üyesi SEVGİ NEHİR TÜRKMEN

MANİSA-2018





TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KAŞINTI YAKINMASI OLAN DERMATOLOJİ  
HASTALARINDA UYKU KALİTESİ**

ÖZGE DİRGEN  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Dr. Öğr. Üyesi SEVGİ NEHİR TÜRKMEN

(Tez Danışmanı)

Prof. Dr. MEHMET MURAT DEMET

(Jüri Üyesi)

Prof. Dr. ESRA ENGİN

(Jüri Üyesi)

MANİSA-2018

## **BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasında yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

ÖZGE DİRGEN

## TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın tasarım aşamasından tamamlanmasına kadar geçen süreçte çalışmalarımı titizlikle inceleyen, hoşgörü ve anlayış ile yol gösteren, bilgi birikimini benimle paylaşan, güvenen ve hep destek olan çok kıymetli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Sevgi NEHİR TÜRKMEN'e,

Araştırma süreci boyunca kıymetli desteklerini benden esirgemeyen çok değerli hocam Prof. Dr. M. Murat DEMET'e,

İstatistiksel analiz sürecinde zamanını ayırarak katkılarıyla beni destekleyen değerli hocam Arş. Gör. Fatma UYAR'a,

Araştırmaya destek veren Özel Salihli Hastanesi Dermatoloji Uzmanı Dr. Arslan Nihat ERDOĞAN ve hastane çalışanlarına,

Hayata gözlerimi açtığım andan itibaren hep yanımda olan, beni el üstünde tutan en güzel sevgiyle seven biricik annem Nermin DİRGEN'e,

Hayatta her anımda beni motive eden, maddi ve manevi desteklerini benden esirgemeyen, gölgesinde huzur bulduğum kıymetli babam Osman DİRGEN'e,

Bir sesiyle içimi ısıtan, sıkıntılı zamanlarımda ruhuma ilaç olan biricik ablam Özlem DİRGEN ASLAN, destek veren eniştem Adem ASLAN ve araştırmalarıma minicik elleri ve yüreğiyle destek veren canım yeğenim Ozan ASLAN'a,

Bu stresli süreçte yüzümü hep güldüren, umutlarımı yeşerten, pozitif bakış açısı kazanmamı sağlayan çok değerli arkadaşım İlyas YILMAZ'a,

Çalışmamda gece gündüz demeyip desteklerini benden esirgemeyen kıymetli kardeşim Mesut ERSOY'a,

Araştırma süreci boyunca stresimi azaltarak beni motive eden değerli büyüklerim Asuman-Rahmi LOFÇALI'ya

Sonsuz teşekkür ederim.

*Özge DİRGEN*

*Manisa, 2018*

# İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
EKLER DİZİNİ.....	ix
KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	6
4.1. KAŞINTI.....	6
4.1.1. Kaşıntının tanımı.....	6
4.1.2. Kaşıntının önemi.....	6
4.1.3. Kaşıntının fizyolojisi.....	6
4.1.4. Kaşıntının sınıflanması.....	7
4.1.5. Kaşıntı ve kaşınma.....	7
4.2. KAŞINTILI DERİ HASTALIKLARI.....	8
4.2.1. Papüloskuamöz hastalıklar.....	8
4.2.2. Ürtiker.....	9
4.2.3. Böcek ısırıkları.....	9
4.2.4. Ekzemalar.....	9
4.2.5. Liken simpleks kronikus (Nörodermatit).....	10
4.2.6. İnfeksiyonlar ve infestasyonlar.....	10
4.2.7. Liken amiloidozis.....	10
4.2.8. Prurigo nodularis.....	11
4.2.9. Diğer kaşıntılı durumlar.....	11
4.3. KAŞINTIYA EŞLİK EDEN SİSTEMİK HASTALIKLAR.....	12

4.3.1. Kronik böbrek hastalığı.....	12
4.3.2. Karaciğer hastalıklarında kaşıntı.....	12
4.3.3. Hematolojik hastalıklar.....	13
4.3.3.1. Demir eksikliği.....	13
4.3.3.2. Polistemia vera.....	13
4.3.4. Endokrin hastalıklar.....	13
4.3.4.1. Hipertiroidi.....	13
4.3.4.2. Hipotiroidi.....	13
4.3.4.3. Diabetes mellitus.....	14
4.3.4.4. Postmenopozal pruritus.....	14
4.3.4.5. Anoreksiya nervoza.....	14
4.3.5. Maligniteler.....	14
4.3.6. HIV enfeksiyonu.....	15
4.3.7. Psikojenik kaşıntı.....	15
4.4. KAŞINTIYLA BAŞVURAN HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	16
4.4.1. Anamnez.....	16
4.4.2. Muayene.....	16
4.4.3. Laboratuvar incelemeleri.....	17
4.4.4. Tedavi.....	17
4.4.4.1. Yerel Tedaviler.....	18
4.4.4.1.1. Nemlendiriciler.....	18
4.4.4.1.2. Yerel steroidler.....	19
4.4.4.1.3. Doksepin %5 krem.....	19
4.4.4.1.4. Kapsaisin %0.025-0.03 krem.....	19
4.4.4.1.5. Yerel araşidonik asit inhibitörleri.....	19
4.4.4.1.6. İmmun düzenleyici ajanlar.....	19
4.4.4.1.7. Diğerleri.....	20
4.4.4.2. Sistemik ajanlar.....	20

4.4.4.2.1. Oral steroidler .....	20
4.4.4.2.2. Antihistaminikler .....	20
4.4.4.2.3. Doksepin .....	20
4.4.4.2.4. Paroksetin .....	20
4.4.4.2.5. Mirtazapin .....	21
4.4.4.2.6. Opiyad reseptör antagonistleri .....	21
4.4.4.2.7. Talidomid .....	21
4.4.4.3. Fiziksel tedaviler .....	21
4.4.4.3.1. Fototerapi .....	21
4.4.4.3.2. Kutanöz alan stimülasyonu .....	21
4.4.4.3.3. Transkutan elektriksel sinir stimülasyonu (TENS) .....	22
4.5. KAŞINTI VE HEMŞİRELİK .....	22
4.6. UYKU .....	22
4.6.1. UYKUNUN TANIMI VE ÖZELLİKLERİ .....	22
4.6.2. UYKUNUN FAZLARI .....	23
4.6.2.1. Yavaş dalga uykusu- NREM .....	24
4.6.2.1.1. 1.Evre .....	24
4.6.2.1.2. 2. Evre .....	24
4.6.2.1.3. 3. Evre .....	24
4.6.2.1.4. 4. Evre .....	24
4.6.2.2. Hızlı uyku devresi- REM .....	25
4.6.3. UYKU GEREKSİNİMİ .....	25
4.6.4. UYKUNUN İŞLEVİ .....	26
4.6.5. UYKUYU ETKİLEYEN ETMENLER .....	26
4.6.5.1. Yaş .....	26
4.6.5.2. Cinsiyet .....	27



4.6.5.3. Hastalıklar.....	27
4.6.5.4. Alkol ve diğ er uyarıcılar.....	27
4.6.5.5. İ laç kullanımı.....	27
4.6.5.6. Yaşam biçimi.....	28
4.6.5.7. Egzersiz ve yorgunluk.....	28
4.6.5.8. Stres ve anksiyete.....	28
4.6.5.9. Diyet.....	28
4.6.5.10. Çevre.....	29
4.6.5.11. Huzursuz bacak sendromu.....	29
4.6.6. UYKU Hİ JYENİ NE YÖ NELİK DÜ ZENLEMELER.....	29
<b>5. GEREÇ VE YÖ NTEM.....</b>	<b>31</b>
5.1. Araştırmanın Tipi.....	31
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süresi.....	31
5.3. Araştırmanın Evreni ve Ö rnekle mi.....	32
5.4. Veri Toplama Araçları.....	32
5.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	32
5.4.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İ ndeksi (PUKİ).....	33
5.4.3. Uykusuzluk Ş iddeti İ ndeksi (UŞ İ).....	38
5.5. Araştırmanın Değ iş kenleri.....	38
5.5.1. Bağı msız Değ iş ken.....	38
5.5.2. Bağı mlı Değ iş ken.....	38
5.6. Veri Toplama Yöntemi.....	38
5.7. Verilerin Analizi.....	39
5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	39
5.9. Araştırmanın Etik Boyutu.....	39
<b>6. BULGULAR.....</b>	<b>40</b>

6.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri.....	40
6.2. Katılımcıların Uyku Kalitesi.....	43
6.3. Uyku Kalitesi Bileşenleri.....	43
<b>7. TARTIŞMA.....</b>	<b>45</b>
<b>8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>50</b>
8.1. SONUÇLAR.....	50
8.2. ÖNERİLER.....	50
<b>9. KAYNAKLAR.....</b>	<b>52</b>
<b>10. EKLER.....</b>	<b>62</b>
<b>11. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>77</b>
<b>Tez Çalışması Orjinallik Raporu.....</b>	<b>78</b>

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	31
Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	40
Tablo 3. Katılımcıların Hastalık ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı.....	41
Tablo 4. Katılımcıların Hastalık Türlerine Göre Dağılımı.....	42
Tablo 5. Katılımcıların Uyku Kalitesi Dağılımı.....	43
Tablo 6. Uyku Kalitesi Bileşenlerinin Puan Dağılımı.....	43



## **EKLER DİZİNİ**

Ek-1. Kişisel Bilgi Formu.....	62
Ek-2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi.....	64
Ek-3. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi.....	68
Ek-4. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İzin Yazısı.....	70
Ek-5. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu İzni.....	71
Ek-6. Özel Salihli Hastanesi İzni.....	72
Ek-7. Gönüllü Onam Formu.....	73
Ek-8. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) İzin Yazısı.....	76

## **KISALTMALAR DİZİNİ**

<b>EEG</b>	: Elektroensefalografi
<b>HBS</b>	: Huzursuz Bacak Sendromu
<b>HIV</b>	: Human Immunodeficiency Virus
<b>Maks</b>	: Maksimum
<b>Min</b>	: Minimum
<b>NREM</b>	: Non-Rapid Eye Movement
<b>Ort</b>	: Ortalama
<b>PUKİ</b>	: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
<b>REM</b>	: Rapid Eye Movement
<b>Ss</b>	: Standart sapma
<b>TENS</b>	: Transkutan Elektriksel Sinir Stimülasyonu

**Başlık:** Kaşıntı Yakınması Olan Dermatoloji Hastalarında Uyku Kalitesi

**Öğrencinin adı:** Özge DİRGEN

**Danışman:** Dr. Öğr. Üyesi Sevgi NEHİR TÜRKMEN

**Anabilim Dalı:** Hemşirelik Anabilim Dalı

## 1. ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada, kaşıntı yakınması olan dermatoloji hastalarının uyku kalitesini değerlendirmek amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma olgu-kontrol çalışması olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini Özel Salihli Hastanesi'nde takip edilen Dermatoloji polikliniğine başvuran kaşıntısı olan 100 hasta ve kaşıntısı olmayan 100 hasta oluşturdu. Veriler Ağustos-Aralık 2017 tarihleri arasında "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)" ve "Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ)" kullanılarak toplandı. Verilerin analizi için SPSS 15 paket programı kullanıldı.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması  $37,16 \pm 14,33$ 'tür. Olgu grubunun %69'u kadın, %49'u evli iken; kontrol grubunun %81'i kadın, %54'ü evlidir. Araştırmaya katılan olgu grubunun %56,8'inin uyku kalitesinin kötü olduğu, kontrol grubunun %43,2'sinin uyku kalitesinin kötü olduğu, %63,2'sinin uyku kalitesinin iyi olduğu saptandı.

**Sonuç:** Araştırmada olgu grubunun kontrol grubuna göre uyku kalitesinin anlamlı ölçüde düşük olduğu saptandı.

**Anahtar Kelimeler:** Uyku, Uyku Kalitesi, Kaşıntı, Pruritus, Hemşirelik.

**Title:** The Sleep Quality of The Dermatology Patients Who Have Pruritus Complaint

**Student name:** Özge DİRGEN

**Supervisor:** Assit. Prof. Sevgi NEHİR TÜRKMEN

**Department:** Nursing Science Department

## **2. SUMMARY**

**Aim:** In this study, the sleep quality of the dermatology patients who have pruritus complaint was evaluated.

**Method:** This research was made as a case-control study. This research universe consist of 100 pruritic patients who apply to the Dermatology policlinic in the Private Salihli Hospital and 100 non-pruritic patients. The data was collected in between August-December, 2017 by using “Introductory Information Form”, “Pittsburgh Sleep Quality Index”, “Insomnia Severity Index”

**Findings:** The avarage age of people who participated in research is  $37,16 \pm 14,33$  and 69% of the case group is woman and 49% of the group is married. It is observed that 81% of control group is woman and 54% of the group is married. 56,8% of the group participated in research have poor sleep quality. 43,2% people of the control group have poor quality sleep and 63,2% of the research group have good sleep quality.

**Results:** According to the research; the sleep quality of the case group is significantly lower than the sleep quality of the control group.

**Key Words:** Sleep, Sleep Quality, Itching, Pruritus, Nursing.

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlıklı bir cilt, bireyin ruh ve beden sağlığı açısından oldukça önemlidir. Dermatolojik hastalıklar deride meydana gelen lezyonlar ve şekil değişiklikleri nedeniyle bireyin benlik saygısında, beden imajında ve sosyal yaşamında olumsuz etkilere neden olurlar. Dolayısıyla dermatolojik hastalıklar psikiyatri ile işbirliği içinde ele alınması gereken hastalıklardır. Dermatolojik hastalıklarda ruhsal çatışmaların hastalık belirtilerini şiddetlendirdiğine ilişkin görüşler vardır. Tedavi sürecinde hastaların duygularını ifade etmelerinin sağlanması, gereksinimi olan hastalara psikoterapi desteğinin verilmesi ve hastalardaki ruhsal çatışmaların çözümlenmesi dermatolojik hastalıkların tedavisini olumlu yönde etkileyecektir (Özkan 1993; Devrimci ve ark. 2000; Balaban ve ark. 2011).

İnsan derisi, duygusal uyarılara yanıt verebilirliği ile beraber korku, öfke, utanma gibi duyguları da ifade etme özelliğiyle duygusal durumun aynası ve göstergesidir. Fiziksel yakınmalar ruhsal yapıdaki bir bozukluktan kaynaklanabilir. Derideki lezyonlar kişinin ruhsal yapısını bozabilir.

Psikodermatolojik problemler; psikiyatrik bozukluklar ve deri ile ilişkili hastalıklara göre üç ana başlıkta toplanmıştır. Bunlar:

- Psikofizyolojik problemler (alopecia areata, atopik dermatit, akne, psöriasis, psikojenik purpura, rosea, seboreik dermatitler ve ürtiker gibi).
- Birincil problemin psikiyatrik olduğu ve bireyin kendisinin deri hastalığına sebep olan durumlar (parazitoz sanrısı, dismorfofobi, yapay dermatitler, nevrotik kaşıntılar, trikotilomani gibi)
- Dermatolojik problemin sebep olduğu şekil değişikliğine bağlı olarak ortaya çıkan psikiyatrik sorunlar (alopecia areata, kistik akne, hemanjiom, iktiyozis, psöriasis, vitiligo gibi)



Dermatit, egzama, ürtiker, trikotilomani psikolojik faktörlerle ilişkili hastalıklardır. Stres, anksiyete ve depresyon bu hastalıkların ortaya çıkmasında ve şiddetlenmesinde etkili olabilmektedir (Sukan ve Maner 2006; Yolaç ve ark. 2008; Balaban ve ark. 2011).

Akne, dermatolojik hastalıklar içinde sıklıkla görülen ve mühim psikiyatrik ve psikolojik sorunlara sebep olma potansiyeline sahip, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir hastalıktır (Yolaç ve ark. 2008).

Yüz yanıkları daha fazla psikolojik soruna neden olur. Hasta hazır olmadan deformiteyi görmeye zorlamamak en iyisidir. Kısa psikoterapiler, önemli yakınlarla konuşmalar, dürüstlük, işbirliği, tedaviyle ilgili kararlara katılımı sağlama, kontrol duygusunu arttırma, hastanın psikososyal uyumunda ve rehabilitasyon sürecinde yararlıdır. Bazen ileri derecede yanık hastalarında uzun süreli psikoterapiler ve grup terapileri gerekebilir (Wise ve Rundell 1997).

Uyku insanoğlunun vazgeçilmez gereksinimlerinden biridir ve yaşamın önemli kısmını kapsar. Uyku problemine sebep olan psikolojik sorunlar arasında depresyon ve anksiyete gelir.

Uyku kalitesinin kötü olması kişinin duygu, düşünce ve motivasyon durumunun değişmesine sebep olur. İyi uyku kalitesine sahip olmayan kişilerde yorgunluk, dikkat yetisinde azalma, sinirlilik gibi sorunlar yaşanır. Kişilerin uyku azlığından şikayetçi olmaları sağlık çalışanları tarafından göz ardı edilebilir ve tedavi durumu nadiren gerçekleştirilebilir (Ertekin ve Doğan 1999).

Hemşirelik, temel insan gereksinimlerinin karşılanmasına katkı sağlayan meslek olup uyku gereksinimlerinin karşılanmasını da sağlar. Hastaların uyku kalitesini bilmek ve değerlendirmek; uyku sorununa çözüm bulma hemşireler açısından önem taşır. Uyku problemini önlemek amacıyla yapılan çalışmalar uykusuzluk problemini ve uykusuzluk sonucu ortaya çıkabilecek problemlerin ve önemli uyku sorunlarının ortadan kalkmasını sağlar (Drewes ve ark. 1998; Ertekin 1998; Treharne ve ark. 2007).

Hastaların kaşıntı semptomları arttıkça uyku sorunları da artmaktadır. Kaşıntısı olan hastaların kaşıntı semptomları ile birlikte kullanılan ilaçlar, yan etkileri ve psikososyal sorunlar nedeniyle bozulmaktadır. Sürekli görülen uyku sorunu gündüz uykulu olma durumuna, dikkat dağınıklığına, vücut sağlığının bozulmasına sebep

olur. Bu durumun bir sonucu da kaşıntı yakınması olan bireylerin yaşam kalitesinin bozulmasıdır. Bu kapsamda hemşirelik açısından temel amaç; uyku sorunlarının belirlenmesi ve uyku kalitesinin iyileştirilmiştir. Hemşire; kaşıntı yakınması olan hastaların uyku düzenini, uyku sorunlarını ve sebeplerini belirledikten sonra çözüme yönelik hemşirelik girişimlerini planlamalı, uygulamalı ve uygulanan girişimlerin başarılı olup olmadığını değerlendirmelidir. Kaşıntı yakınması olan hastalarda uyku problemlerinde hemşire; iyi bir uyku için hastaların genel uyuma ve uyanma zamanını, uyku süresini, uyku alışkanlıklarını ve uyumadan önceki alışkanlıklarını değerlendirmeli, uyku problemine sebep olan fiziksel ve psikososyal sorunları dikkate almalıdır. Kaşıntı yakınması olan hastaların uyku problemlerinin azaltılmasına yönelik uygulanacak hemşirelik bakımı hastaların yaşam kalitesine olumlu katkı sağlayacaktır.

Ülkemizde dermatoloji hastalarında yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Dermatoloji hastalarında kaşıntı ile uyku kalitesi arasındaki ilişki tanımlandığında, psikiyatri hemşireleri, konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireleri önlem alacaktır. Bu konuda araştırmaların alanımıza kazandırılması konu ile ilgili girişimlerin daha gerçekçi planlanması açısından oldukça önem taşımaktadır. Ülkemizde kaşıntı yakınması olan dermatoloji hastalarının uyku kalitesini araştırmak için yapılan çalışmalar sınırlıdır. Araştırmanın sınırlı olması da bu konunun önemini vurgulamaktadır. Yapılan araştırmanın ilerde dermatoloji hastalarının uyku problemini çözmeye yönelik yapılan çalışmalara öncülük edeceği ve hemşirelik girişimlerine yardımda bulunacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada, kaşıntı yakınması olan dermatoloji hastalarının uyku kalitesini değerlendirmek amaçlandı.

Araştırmanın amacı doğrultusunda araştırma soruları aşağıdaki şekilde belirlenmiştir.

- Katılımcıların uyku kalitesi sosyo-demografik ve hastalık ile ilgili özelliklerinden etkilenmekte midir?
- Olgu grubunun kontrol grubuna göre uyku kalitesi kötü müdür?
- Kaşıntı ile uyku kalitesi arasında ilişki var mıdır?

## **4. GENEL BİLGİLER**

### **4.1. KAŞINTI**

#### **4.1.1. Kaşıntının tanımı**

Kaşıntı, kaşıma arzusuna sebep olan bireyi huzursuz eden bir duygu biçiminde tanımlanır. Kaşıntı tek başına tehlikeli olmamakla beraber birçok hastada deride kanama ya da deri lezyonlarına sebep olur. Gece gündüz devam eden sürekli kaşıntı varlığı bireyde zihinsel, fiziksel sorunlara, uykusuzluk, öfke, anksiyete, depresyon gibi durumlara ve bireyin yaşam kalitesinin azalmasına sebep olur (Ro ve ark. 2002; Narita ve ark. 2006; Chida ve ark. 2007; Van ve ark. 2007).

#### **4.1.2. Kaşıntının önemi**

Dermatolojik sorunların sık olarak görülen belirtilerinden olan kaşıntı bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Sürekli devam eden kaşıntının varlığının da yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bilinir (Desai ve ark. 2008; Kawakami ve ark. 2012).

#### **4.1.3. Kaşıntının fizyolojisi**

Kaşıntı duyusunun nörofizyolojik mekanizması seneler boyunca değişik teoriler yardımı ile açıklığa kavuşturulmaya çalışılmıştır. Bu teorilerden biri; duyu reseptörleri hafif uyarıldığı zaman kaşıntının oluştuğunu, kuvvetli uyarılma durumunda ise ağrının oluştuğunu ileri sürer. Ancak bu teorinin günümüz şartlarında bir geçerliliği yoktur. Kaşıntı ve ağrı duyuları birbirleriyle yakından ilgilidir ve aynı sinirsel yolu takip eder. Ağrının konjenital yokluğu kaşıntıya duyarsız olunmasına sebep olur fakat ağrı ve kaşıntı duyusunun iletiminde rol alan nöronlarda fark vardır. Deride kaşıntı duyusunu ileten nöronlar yüzeysel yerleşim göstermişlerdir (Greaves 2004; Guarneri ve ark. 2005).

İnsan derisinde kaşıntı duyusunun dağılımını belirten kaşıntı noktaları tanımlıdır. Kaşıntı duyusunu dermoepidermal bileşkeye yakın yerleşim gösteren serbest sinir sonlanmaları iletir. Kaşıntı reseptörleri polimodal C nosiseptör sınıfındadır ve miyelinsizdir. Bu miyelinsiz C sinir lifleriyle taşınan kaşıntı duyusu dorsal kök

gangliyonundan karşı taraftaki anterolateral spinotalamus trakta, oradan da talamustaki posterolateral talamik çekirdeğe iletilir. Talamustan sonra kaşıntı yolağı internal kapsüle ve oradan somatosensör kortekse ulaşır. Kaşıntı duyusu motor korteksi de uyarır ve kaşımının başlamasına neden olur (Lindstone 2001; Greaves 2003; Mela ve ark. 2003; Greaves 2004).

Ortamın sıcak olduğu durumlarda kaşıntı artar. Bunun nedeni kaşıntı için özel olan C nöronlarının ısıdan etkilenmesidir. Genel olarak insandaki kaşıntının gece saatlerinde fazla olmasının sebebi ise insanın vücudunun ısısının gece ortalamadan yüksek olmasına bağlıdır (Yosipovitch 2003; Greaves 2004).

#### **4.1.4. Kaşıntının sınıflanması**

Twycross ve arkadaşları kaşıntıyı pruritoseptif, nörojenik, nöropatik ve psikojenik kaşıntı olarak sınıflandırmıştır (Twycross ve ark. 2003).

Kaşıntıya sebep olan mediyatörlerin esas alındığı bu sınıflama kaşıntının tedavisinde kullanılacak ajanların belirlenmesinde fayda sağlar (Yosipovitch 2003; Greaves 2004; Greaves 2005).

Pruritoseptif kaşıntı; kuruluk, inflamasyon ve deri hasarı oluşturan diğer durumlarda deriden kaynaklanan kaşıntıdır. Ürtiker, uyuzdaki kaşıntı ve böcek ısırması örnek verilebilir.

Nöropatik kaşıntı; afferent yolaktaki herhangi bir odaktan kaynaklanan kaşıntı türüdür. Postherpetik nevralji, serebrovasküler olaylardan meydana gelen kaşıntılar örneklerdir.

Nörojenik kaşıntı; nöral patoloji eşlik etmeyen, santral kaynaklı kaşıntı türüdür.

Psikojenik kaşıntı; psikolojik bozukluklardan meydana gelen kaşıntıdır. Parazitofobiler ve kompulsif bozukluklardaki kaşıntı örneklerdir.

#### **4.1.5. Kaşıntı ve kaşınma**

Kaşınma, kaşıntıyı bastırmak amacıyla vücudun uyaranlara karşı oluşturduğu tepkisel bir cevaptır. Kaşınma zamanla normal derinin bariyer etkisini bozarak kaşıntı-

kaşıma döngüsüne sebep olur. Atopik dermatit gibi kronik kaşıntılı vakaların tedavisinde döngünün kırılması önemlidir (Yosipovitch 2003; Rees ve Murray 2005).

Ağrı gibi akut kaşıntı da koruyucu amaçlıdır, fakat kronik kaşıntı rahatsız eder. Kronik kaşıntı aylar, haftalar veya yıllar boyu sürer ve tedavi kesildiğinde yineler (Yosipovitch 2003; Rees ve Murray 2005).

Deri hastalıklarında kaşıntı genel veya bölgesel olabilmektedir. Örneğin kontakt dermatitte bölgesel kaşıntı varken; atopik dermatitte genel kaşıntı vardır (Yosipovitch 2003; Bernhard 2005).

## **4.2. KAŞINTILI DERİ HASTALIKLARI**

İnflamatuvar deri hastalıklarında kaşıntı histamin, nöropeptidler veya eikanozoidler gibi inflamatuvar mediyatörlerden kaynaklanabilmektedir. Uyuz, ürtiker, kserozis, miliyarya, dermatitis herpetiformis, atopik dermatit, büllöz pemfigoid, kontakt dermatit gibi deri hastalıkları çok kaşıntılı olmaktadır. Kaşıntı yakınmasıyla başvuran hastalar ilk olarak bu hastalıklar açısından değerlendirilmelidir (Krajnik ve Zylitz 2001; Yosipovitch 2003; Yosipovitch ve ark. 2003).

Kuru ve kserotik deri kaşıntıya sebep olur. Atopik dermatit, senil pruritus, üremi ve anoreksiya nervoza gibi hastalıklar ve HIV enfeksiyonunda kaşıntı deri kuruluşuna eşlik eder. İktiyozis vulgaris gibi bazı hastalıklarda ise kserozis bulunmasına rağmen kaşıntı genellikle görülmez (Yosipovitch ve ark. 2003; Twycross ve ark. 2003; Yosipovitch ve Fleischer 2003; Weisshaar ve ark. 2003).

### **4.2.1. Papüloskuamöz hastalıklar**

Psoriasis, liken planus, pitiriyazis rubra pilaris gibi papüloskuamöz hastalıklara kaşıntı çoğunlukla eşlik eder. Yanıcı-batıcı tarzda olan kaşıntı geceleri daha çoktur ve psoriatik plaklarla sınırlı değildir. Liken planus kaşıntısı da çok şiddetli görülebilir (Yosipovitch 2003; Yosipovitch ve ark. 2003; Yosipovitch ve Fleischer 2003; Shiohara ve Kano 2003).

#### **4.2.2. Ürtiker**

Histaminin ana mediyatör olduğu hastalıklardandır. Hastalık kaşınan, kabaran, 24 saat içerisinde kendiliğinden kaybolan, eritemli, ödemli papüller ya da plaklarla karakterize görülür. Yanma ve batma şikayetlerine şiddetli kaşıntı eşlik eder (Yosipovitch 2003; Weisshaar ve ark. 2003).

#### **4.2.3. Böcek ısırıkları**

Böcek ısırıkları kaşıntılı, ürtikaryel eritemli papüllerle karakterizedir. Kaşıntı geçici ya da inatçı türde olabilir. Lezyonların çoğu ekskoriyedir. Tanı, anamnez, lezyonların dağılımı ve pikürün görülmesi ile konur. Tedavide topikal steroidler kullanılır (Elston 2003).

#### **4.2.4. Ekzemalar**

Kontakt dermatitlerde kaşıntı görülen major semptomlardandır. Ekzemalar içinde kaşıntı özellikle atopik dermatitte önemli bir sorundur. Kaşıntı, atopik dermatit tanısı konulabilmesi için gerekli dört major kriterden biridir. Atopik dermatitte hastalığın kronik seyri nedeniyle kaşıntı-kaşıma kısır bir döngü haline gelir. Sürekli kaşıma deri bütünlüğünü bozarak bakteriyel ajanların girişini kolaylaştırır (Yosipovitch 2003; Yosipovitch ve Fleischer 2003; Weisshaar ve ark. 2003; Rees ve Murray 2005; Williams 2005).

Allokinezi normal olarak kaşıntıyı uyarmayan, zararsız bir uyarandan kaynaklı kaşıntıdır. Allokinezi, atopik dermatitlerde tanımlanmıştır ve kaşıntılı lezyonun çevresindeki normal deride yün lifleri gibi hafif mekanik uyarlarla kaşıntının tetiklenmesini açıklar. Atopik dermatitli kişilerde allokinezi sebebiyle terleme, çevre ısısında ani değişiklikler, giyinme ve soyunma gibi günlük aktiviteler sırasında kaşıntı kolayca uyarılır (Heyer ve ark. 1997; Yosipovitch 2003; Yosipovitch ve ark. 2003; Weisshaar ve ark. 2003; Greaves 2004).

Tedavide öncelikle derideki inflamatuvar değişikliklere dikkat edilmelidir. Nemlendiriciler kuruluğa bağlı kaşıntıda faydalıdır fakat inflamatuvar lezyonlar için topikal steroidler kullanılmalıdır (Klein ve Clark 1999; Yosipovitch ve ark. 2003; Weisshaar ve ark. 2003; Greaves 2004).

#### **4.2.5. Liken simpleks kronikus (Nörodermatit)**

Sadece erişkinlerde görülen ve şiddetli kaşıntıyla ilerleyen kronik seyirli hastalıktır. Deride kronik kaşıma ve sürtünmeye bağlı olarak hiperpigmentasyonlar, likenifikasyon ve plaklar gelişir. Kserozis ve atopi, liken simpleks kronikusu şiddetlendirir. Lezyonlar kadınlarda oksipital bölgede ve ensede, erkeklerde skrotum ve perinede iyi sınırlı plaklar şeklinde görülür. Önkol ve alt bacak ön yüzü sık tutulan diğer yerlerdendir. Bu hastalarda tedavi çok yönlü yaklaşım gerektirir. Kaşıntının önlenmesi deri lezyonlarının iyileşmesi için yeterlidir. Bu sebeple tedavide ilk basamak kaşıntı-kaşıma döngüsünün kırılmasıdır. Güçlü topikal kortikosteroidlerin oklüzyon altında uygulanması yararlı olabilir (Meinking ve ark. 2003).

#### **4.2.6. İnfeksiyonlar ve infestasyonlar**

İnfeksiyon hastalıklarında kaşıntı ön planda olan semptom olmayıp çoğunlukla eşlik eden bulgu olarak karşımıza çıkar. Uyuz ve pedikülozda ise kaşıntı en belirgin semptomdur. Pediküloz, kıllı bölgelerdeki kaşıntıda akla gelir. Uyuz, genel kaşıntıya sebep olur. Tüm genel prurituslarda uyuz dışlanmalıdır. Kaşıntıya sarkoptun kendisine ya da yumurtalarına karşı geliştirilen immünolojik yanıt sebep olur. Tipik olarak aile öyküsü alınır. Kaşıntı gece şiddetlidir.

Kaşıntılı viral infeksiyonlardan biri suçiçeğidir. Kaşıntı özellikle immun yetmezlik durumlarında çok şiddetlenir. Çocukluk çağında görülen viral erüpsiyonlar da kaşıntılı olabilir.

Bakteriyel hastalıklarda kaşıntı çoğunlukla eşlik etmez. Yüzeyel mantar hastalıkları ve kandidiyaziste de yoğun kaşıntı olur (Yosipovitch 2003; Yosipovitch ve Fleischer 2003; Weisshaar ve ark. 2003).

#### **4.2.7. Liken amiloidozis**

Primer kutanöz amiloidozisin bir türüdür. Ekstremitelerin ekstansor yüzleri ve sırtta simetrik olarak yerleşen, lokalize, hiperpigmente papüler erüpsiyonlarla karakterizedir. Çok şiddetli lokalize kaşıntıya sebep olur (Yosipovitch 2003; Yosipovitch ve Fleischer 2003).

#### **4.2.8. Prurigo nodularis**

Şiddetli kaşıntıyla seyreden papül ve nodüllerle karakterize olan kronik seyreden hastalıktır. Her yaşta görülmekle beraber erişkinlerde özellikle orta yaş kadınlarda siktir. Atopi varsa erken yaşta başlar. Özellikle seçtiği bölgeler ekstremitelerin ekstensor yüzleridir. Avuç içi, ayak tabanı ve yüzde nadiren görülebilir.

Prurigo nodularisin etyolojisi bilinmemektedir. Prurigo nodularise eşlik eden hastalıklar arasında depresyon ve anksiyete gibi psikolojik bozukluklar, hipertiroidi, hiperparatiroidi, hepatik ve renal hastalıklar, kserozis, atopik dermatit, lenfoma, viral hepatitler ve demir eksikliği bulunur (Meinking ve ark. 2003; Lee ve Shumack 2005).

Prurigo nodularisle başvuran hastalarda öncelikle kaşıntıya sebep olabilecek durumlar değerlendirilir (Meinking ve ark. 2003; Greaves 2003).

Prurigo nodularis tedaviye dirençli bir hastalıktır. Kaşıntı-kaşıma döngüsünün kırılması önemlidir. Deri kuruluğu kaşıntıyı tetikler, bu sebeple tüm hastalarda tedavinin ilk aşamasını nemlendiriciler oluşturur. Güçlü yerel kortikosteroidler ya da intralezyonel steroidler en sık kullanılan tedavilerdir. İkinci basamak tedaviler ise kriyoterapi ve kapsaisindir. Çok dirençli vakalarda üçüncü basamak tedaviler önerilir. Bunlar siklosporin, talidomid ve opiyad antagonistleridir (Metze ve ark. 1999; Meinking ve ark. 2003; Lee ve Shumack 2005).

#### **4.2.9. Diğer kaşıntılı durumlar**

Yara iyileşmesi sırasında kaşıntı normal olarak vardır ve zaman içinde geriler. Yanık hastalarının çoğunda da iyileşme döneminde kaşıntı görülür. Nemlendiriciler, topikal ya da intralezyonel steroidler kaşıntıyı azaltır (Weisshaar ve ark. 2003).

Venöz yetmezliklerde, gravitasyonel ekzema olarak da bilinen tabloya kaşıntı çoğunlukla eşlik eder. Bu kişilerde alt ekstremitede özellikle ayakta uzun süre kalındığında belirginleşen kaşıntı vardır (Yosipovitch 2003; Yosipovitch ve Fleischer 2003; Weisshaar ve ark. 2003).



### **4.3. KAŞINTIYA EŞLİK EDEN SİSTEMİK HASTALIKLAR**

Kaşıntı şikayeti ile gelen hastaların yaklaşık olarak yarısında altta yatan başka bir sistemik hastalık bulunur. Sistemik hastalıkların çoğunda kaşıntı genel kaşıntı biçimindedir. Bu olgularda kaşıntıya sekonder deri değişiklikleri izlenebilir, bununla birlikte derinin hiperparatiroidide kuru, tirotoksikozda sıcak ve nemli olması gibi primer hastalığa özgü bulgular da olabilir (Yosipovitch ve Fleischer 2003).

#### **4.3.1. Kronik böbrek hastalığı**

İleri evre böbrek hastalarında deri değişikliklerinin görülmesi kaçınılmazdır. Son dönem böbrek hastalarının yaklaşık %80'ni inatçı, rahatsız edici, bölgesel veya genel kaşıntıdan yakınır. Kaşıntı bu bireylerde uyku ve duyu durum değişikliklerine sebep olur ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler (Krajnik ve Zylitz 2001; Lidstone ve Thorns 2001; Yosipovitch ve ark. 2003; Weisshaar ve ark. 2003).

Önceleri kan üresi yüksekliğinden kaynaklandığı düşünülen böbrek yetmezliklerine eşlik eden kaşıntıya üremik kaşıntı adı verilmiştir. Kan üresinin yükseldiği akut böbrek yetmezliğine kaşıntı eşlik etmemesi ve üremik toksin düzeyleri ile kaşıntı şiddetinin paralel seyretmemesi sebebiyle günümüzde renal pruritus terimi tercih edilir (Weisshaar ve ark. 2003; Saxena 2005).

Kronik böbrek yetmezliğinde deri kurudur ve ekskoriyasyonlar yaygındır. Numuler ekzema, prurigo nodularis benzeri veya likenifiye alanlar görülebilir. Bu deri değişiklikleri diyalize giren vakalarda çoğunlukla arteriyovenöz fistül takılı olan kolda bulunur (Greaves 2003). Renal pruritusun etyolojisinde pek çok faktör suçlandığından tedavisi de memnun edici olmamaktadır. Renal pruritus tedavisinde kısa süreli yerel kalsinörin inhibitörleri önerilebilir (Pauli-Magnus ve ark. 1996).

#### **4.3.2. Karaciğer hastalıklarında kaşıntı**

Kolestaz, karaciğer hastalıklarında ortaya çıkabilen bir komplikasyon olup, bilirübin, safra asitleri ve kolesterolün safraya salgılanması sonucunda gelişir. Sarılıklı vakaların yaklaşık %20-25'inde kaşıntı eşlik eder. Ekstrahepatik biliyer obstrüksiyon da nedeni ne olursa olsun kaşıntıya sebep olur (Krajnik ve Zylitz 2001; Mela ve ark. 2003; Greaves 2003).

Hepatit C ve B'de değişik oranlarda kaşıntıya sebep olur. Diğer karaciğer hastalıklarıyla karşılaştırıldığında Hepatit C'de kronik kaşıntı üç kat daha sık görülür (Woodall ve Kantor 2000; Bonacini 2000).

### **4.3.3. Hematolojik Hastalıklar**

#### **4.3.3.1. Demir eksikliği**

Demir eksikliği; anemi varlığı olmaksızın genel bir kaşıntıya neden olabilmektedir. Demir pek çok enzim aktivitesi için gereklidir. Bu enzim fonksiyonlarındaki değişiklikler metabolik bozukluklara ve kaşıntıya sebep olabilir. Tedavisinde demir replasmanı yeterlidir (Krajnik ve Zylitz 2001; Lidstone ve Thorns 2001; Greaves 2003).

#### **4.3.3.2. Polistemia vera**

Polistemili hastaların yaklaşık yarısında su temasından sonra başlayan, 15-60 dakika süren kaşıntı vardır. Genellikle banyo sonrası görülür. Deri doğal görünümündedir (Diehn ve Tefferi 2001; Greaves 2004; Hercogova 2005).

### **4.3.4. Endokrin Hastalıklar**

#### **4.3.4.1. Hipertiroidi**

Uzun süreli ve tedavi almamış Graves hastalığında kaşıntı %4-11 oranında vardır. Tiroid hormonlarının kaşıntıya etkisi tam olarak bilinmemekle beraber, kutanöz vazodilatasyon sebebiyle deri ısısının artmasına bağlı olarak kaşıntı eğiğinin düştüğü ya da kinin aktivasyonun kaşıntıya sebep olduğu düşünölmektedir. Hipertiroidili vakalarda kaşıntı ve ürtiker olabilir (Krajnik ve Zylitz 2001; Greaves 2004).

#### **4.3.4.2. Hipotiroidi**

Kaşıntının eşlik etmesi enderdir. Vakaların %80-90'ında kaşıntı derinin kuruluşundan kaynaklanır ve nemlendiricilerden yararlanır (Krajnik ve Zylitz 2001).

#### **4.3.4.3. Diabetes mellitus**

Genel kanının aksine diyabete çoğu zaman genel kaşıntı eşlik etmez. Kaşıntı genellikle vulva ve anüs çevresindedir ve mantar infeksiyonlarıyla ilişkili olabilir. Saçlı deride tedaviye dirençli kaşıntı görülebilir. Bu bireylerde böbrek yetmezliği, anhidroza sebep olan otonomik bozukluklar ve diyabetik nöropatiler de kaşıntıya sebep olabilir (Krajnik ve Zylicz 2001; Greaves 2004).

#### **4.3.4.4. Postmenopozal pruritus**

Postmenopozal dönemde kaşıntı çoğunlukla anogenital bölgede yerleşir ve kandidiyazisle ilişkilidir. Postmenopozal sendromda sıklıkla yaygın kaşıntı vardır. Geceleri daha belirgindir. Hormon replasman tedavisi yararlı olur (Greaves 2003; Greaves 2004).

#### **4.3.4.5. Anoreksiya nervoza**

Anoreksik bireylerde kaşıntı sık görülen bulgudur. Deride ekzoriyasyonlar ve prurigo benzeri değişiklikler olabilir. Hastalar kilo alınca kendiliğinden geriler (Greaves 2003; Greaves 2004).

#### **4.3.5. Maligniteler**

Kaşıntının malignite belirtisi olma ihtimali her dönemde ilgi çekmiştir. Çalışmalar genel prurituslu vakalarda malignite sıklığının genel popülasyondan farklı olmadığını gösterir. Genel pruritusu bulunan olguların lenfoma, polistemia rubra vera ve lösemi açısından değerlendirilmesi önerilir (Pauli-Magnus ve ark. 1996; Zirwas ve Seraly 2001; Lidstone ve Thorns 2001; Krajnik ve Zylicz 2001; Greaves 2003; Greaves 2004).

Kaşıntı kansere nadiren öncülük eder, çoğu zaman kanserden sonra başlar. Meme, mide, akciğer, prostat, uterus, kolon, nazofarinks ve diğer organ kanserlerinde kaşıntı paraneoplastik semptom olarak bildirilmiştir. Deride görünür bir lezyon yoktur ve kaşıntının şiddeti zamanla değişir. Kansere eşlik eden kaşıntının patofizyolojisi bilinmemektedir (Krajnik ve Zylicz 2001; Lidstone ve Thorns 2001; Yosipovitch 2003).

#### **4.3.6. HIV enfeksiyonu**

Kaşıntı, HIV1 ve HIV2 enfeksiyonlarının erken belirtilerindedir. Bu olgularda kaşıntı kronik ve tedaviye dirençlidir. HIV'li hastalarda en sık görülen hastalıklardan biri eozinofilik follikülittir. Tanı biyopsi ile konur. HIV'li yenidoğanlarda ise atopik dermatit sıktır ve HIV enfeksiyonunun ilk belirtisi olabilir (Woodall ve Kantor 2000; Rodwell ve Berger 2000; Yosipovitch 2003; Rivard ve Lim 2005).

HIV'li hastalarda kaşıntının giderilmesinde kortikosteroidler, nemlendiriciler ve antihistaminiklerden yararlanır. HIV'lilerde ilaç reaksiyonları ve hipersensitivite reaksiyonlarına yatkınlık olduğundan dolayı ilaç seçiminde dikkatli olunmalıdır (Lim ve ark. 1997; Akaraphanth ve Lim 1999; Woodall ve Kantor 2000; Yosipovitch ve ark. 2003).

#### **4.3.7. Psikojenik kaşıntı**

Kaşıntının günlük aktiviteler esnasında az, dinlenmede daha çok hissedildiği bilinir. Emosyonel stresler ve depresyon gibi psikiyatrik ve psikolojik faktörler kaşıntı eşiğini düşürebilir. Sinir sistemi kaşıntı ile yakından ilişkilidir. Özellikle stres kan akımını etkiler, terleme ve vücut ısısını yükselterek kaşınma hissini artırır.

Psikolojik bozukluklar bölgesel ya da genel kaşıntıda rol oynayabilirler, fakat tanının konulması için diğer nedenler dışlanmalıdır.

Psikojenik kaşıntı iki gruba ayrılır. İlk grupta kaşıntı psikiyatrik bozukluğa sekonderdir fakat bilinçsiz olarak yapılmaktadır. Anksiyete ve depresyona eşlik eden kaşıntılar bu gruba girer. Nörojenik ekskoriyasyonlar, parazit delüzyonları, kompulsif bozuklukların bulunduğu ikinci grupta ise birey kaşıntıyı bilinçli olarak oluşturur.

Psikojenik pruritusun tedavisi çok zordur. Psikolojik destek mutlaka gereklidir. Hidroksizin, doksepin gibi anksiyolitik ajanlar ya da antidepresanlar kullanılabilir (Krajnik ve Zylitz 2001; Greaves 2004; Guarneri ve ark. 2005; Krishnan ve Koo 2005).

## 4.4. KAŞINTIYLA BAŞVURAN HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

### 4.4.1. Anamnez

Kaşıntının primer dermatolojik hastalıktan veya sistemik hastalıktan kaynaklandığının anlaşılması kolay değildir. Vakaların bir kısmında ayrıntılı anamnez ve deri muayenesi sebebin belirlenmesinde faydalı olacaktır. Öyküde kaşıntının şekli, başlangıcı, süresi, ilaçlar, kozmetik malzemeler, hastanın yakın zamanlarda yolculuk yapıp yapmadığı ve ailenin diğer üyelerinde kaşıntının varlığı sorgulanır (Yosipovitch 2003; Twycross ve ark. 2003; Weisshaar ve ark. 2003; Ward ve Bernhard 2005).

Kaşıntının nedeniyle ilişkili ipuçları şunlardır (Woodall ve Kantor 2000; Krajnik ve Zylitz 2001; Yosipovitch 2003; Yosipovitch ve ark. 2003; Yosipovitch ve Fleischer 2003; Greaves 2003);

- Kronik genel kaşıntı sistemik bir hastalığı düşündürmelidir.
- Genel kaşıntıda sistemik bir neden aranmalıdır.
- Yer ve süresi değişen kaşıntı, altta yatan bir maligniteyi düşündürmelidir.
- Organik ve psikojenik kökenli genel kaşıntının ayrımı güçtür. Bu durumlarda gece uykudan uyandıran kaşıntının organik nedenli olma ihtimali daha fazladır. Psikojenik kaşıntılar çoğunlukla uykudan uyandırmazlar.
- Genel kaşıntıda aksi ispat edilene kadar uyuz düşünülmeli ve genital bölge dikkatli değerlendirilmelidir.
- Banyodan sonra artan kaşıntı polistemia vera, senil pruritus veya akuajenik pruritus olabilir.
- Sırtın elle ulaşılmayan üst kısmında ekskoriyasyonlar bulunmuyorsa, bu kaşıntının deri hastalığından ziyade sistemik nedenlerle olma ihtimali daha fazladır.

### 4.4.2. Muayene

Kaşıntı deri hastalıkları içinde çok sık görülen bir semptomdur. Kaşıntılı vakalarda ilk olarak derideki değişimlere dikkat edilmesi gerekir. Bütün bölgesel ve

genel kaşıntılı vakalarda deri ve deri eklerinin değerlendirilmesinin yapıldığı kapsamlı muayenelerinin yapılması gereklidir (Krajnik ve Zylicz 2001; Yosipovitch 2003).

#### **4.4.3. Laboratuvar İncelemeleri**

Bütün olgularda kreatinin, kan üre nitrojeni, bilirubin, karaciğer fonksiyon testleri, tiroid fonksiyon testleri, akciğer grafisi gibi tarama testleri yapılmalıdır.

Tarama testlerinin sonucu normal görünen bireylerde biraz daha detaylı analiz yapılması önerilir. Bu bireylerde kaşıntının devamlılığı durumunda tahliller yılda iki kez yapılmalıdır (Woodall ve Kantor 2000; Krajnik ve Zylicz 2001; Yosipovitch 2003; Yosipovitch ve Fleischer 2003; Weisshaar ve ark. 2003; Ward ve Bernhard 2005).

#### **4.4.4. Tedavi**

Kaşıntı tedavisinde başarılı olunabilmesi nedenin saptanmasına ve yok edilmesine bağlıdır. Bu nedenle hastanın beklentilerini artırıcı bir yaklaşım içinde olunmamalıdır. Özellikle kaşıntının nedeni belirlenememişse kaşıntıyı tamamen gidermek mümkün olmayabilir.

Kaşıntı, bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Kronik kaşıntılı vakalarda medikal tedavilere ek olarak kaşıntıyı uyaran faktörlerin tespit edilmesi de gereklidir. Dirençli vakalarda multidisipliner bir yaklaşım gereklidir; psikolojik destek ve rehabilitasyon da tedavinin bir parçası olmalıdır.

Kaşıntının patofizyolojisi tam olarak bilinmediğinden tüm kaşıntılı durumlarda faydalı olabilecek tek bir antipruritik ajan yoktur. Kortikosteroidler, inflamatuvar deri hastalıklarında kaşıntının giderilmesinde faydalı olmalarına karşın antipruritik değildirler. Antihistaminikler sadece ana mediyatörün histamin olduğu durumlarda faydalıdır (Greaves 2003; Yosipovitch 2003; Twycross ve ark. 2003; Yosipovitch ve Fleischer 2003; Weisshaar ve ark. 2003; Greaves 2004).

Kaşıntı şikayeti ile başvuran bireylerde kaşıntının semptomatik tedavisinde genel önlemler şunlardır (Krajnik ve Zylicz 2001; Twycross ve ark. 2003; Greaves 2003; Bosonnet 2003; Greaves 2004);

- Kaşıntı varlığı ısı varlığı ile birbirine paraleldir. Derinin sıcak olması kaşıntı hissini artırır bu sebeple ortam soğutulmalı, ince giysiler giyilmelidir.
- Yünlü giysiler, atopik dermatit, üremik pruritus ve senil pruritusta kaşıntıyı tetikler. Pamuklu, vücuda uyan esnek çamaşırlar tercih edilmelidir..
- Alkol alımından, stres varlığından ve aşırı yorgunluk gibi durumlardan uzak durulmalıdır. Baharatlı gıdaların tüketilmesi de kaşıntı varlığını etkiler.
- Derinin kuru olması kaşıntı durumunu artırır. Nemlendirici kremler günde birkaç kez uygulanmalı, uzun süreli sıcak duşlar yerine ılık duşlar alınmalı ve nemlendiriciler duştan hemen sonra uygulanmalıdır.
- Vücut banyosunda katkısız sabunlar tercih edilmelidir.
- İyi durulanmayan çamaşırlardaki deterjan ve yumuşatıcı artıkları da kaşıntıya sebep olabilir.

#### **4.4.4.1. Yerel tedaviler**

Bölgesel kaşıntıda yerel tedavi önerilir. Yerel ürünler tanı konulduktan sonra kullanılmalıdır. Kaşıntının yerel tedavisinde kullanılan ajanlar kaşıntı hissini başka bir duyu ile değiştirerek (soğuk uygulamalar), duyuşal sinir uçlarında anestezi (anestezikler), kaşıntı mediyatörlerinin azaltılması (topikal antihistaminikler, kapsaisin) ve deride inflamasyonun azaltılması (kortikosteroidler) şeklinde sınıflandırılır (Hercogova 2005).

##### **4.4.4.1.1 Nemlendiriciler**

Nemlendiriciler tüm kaşıntılı durumlarda yararlı olur. Antipruritik özellikleri yoktur. Derinin bariyer fonksiyonunun bütünlüğünü korurlar. Semptomatik tedavide önerilirler (Ward ve Bernhard 2005).

#### **4.4.4.1.2. Yerel steroidler**

Yerel steroidler kutanöz inflamasyonun eşlik ettiği durumlarda önerilebilir. Yan etkileri sebebiyle normal görünümlü kaşınan deride önerilmezler (Lidstone ve Thorns 2001; Zakrzewska-Pniewska ve Jedras 2001; Yosipovitch ve ark. 2003; Greaves 2003).

#### **4.4.4.1.3. Doksepin %5 krem**

Doksepin trisiklik bir bileşiktir. Sistemik formu anksiyete ve depresyon tedavisinde kullanılır. Atopik dermatitte tercih edilen ajanlardan biridir. Vakaların yaklaşık olarak dörtte birinde deriden emilim sonucu sedasyon yapabilmektedir (Woodall ve Kantor 2000; Greaves 2003; Yosipovitch 2003; Yosipovitch ve Fleischer 2003; Hercogova 2005).

#### **4.4.4.1.4. Kapsaisin %0.025-0.03 krem**

Kırmızı biberin aktif içeriğidir. Kaşıntıyı bölgesel olarak ortadan kaldırır. İlk uygulamalarda yanma ve batma olabilir, uygulanacak bölgeye önce topikal anestezikler sürüldüğü takdirde bu yan etkiler azalır (Greaves 2003; Yosipovitch 2003; Hercogova 2005).

#### **4.4.4.1.5. Yerel araşidonik asit inhibitörleri**

Liken simpleks kronikus tedavisinde yerel olarak uygulanan aspirin kaşıntının giderilmesinde yararlı olmuştur. Oral aspirin ise kaşıntıda etkili değildir. Aspirinin yerel uygulandığında, derideki inflamatuvar mediyatörler ve sinir lifleri üzerine etkili olduğu düşünülür (Yosipovitch ve Fleischer 2003).

#### **4.4.4.1.6. İmmun düzenleyici ajanlar**

Yerel takrolimus, T hücre aracılı inflamasyonu baskılayarak kaşıntının giderilmesinde kullanılmaktadır. Atopik dermatit başta olmak üzere ekzemaların tedavisinde etkili olduğu bildirilmiştir (Yosipovitch ve Fleischer 2003).



#### **4.4.4.1.7. Diğerleri**

Lidokain, prilokain ve benzokain gibi yerel anestetikler ve kalamın kaşıntılı dermatozların tedavisinde kullanılır. Lokal anestezipler duyuşal sinir liflerinde uyarınların iletimini doğrudan baskılar (Yosipovitch ve Fleischer 2003; Hercogova 2005).

#### **4.4.4.2. Sistemik ajanlar**

##### **4.4.4.2.1. Oral steroidler**

Derinin inflamatuvar hastalıklarının tedavisinde oral steroidler etkilidir. Antipruritik etkinlikleri mast hücrelerinden histamin salınması ya da lökotrienlere etkileri ile açıklanır (Millikan 2000).

##### **4.4.4.2.2. Antihistaminikler**

H<sub>1</sub> antihistaminikler kaşıntı için en çok kullanılan ajanlardır. Bu ilaçlar ürtiker ve böcek ısırıkları gibi histaminin ana mediyatör olduğu hastalıklarda çok etkilidir (O'Donoghue ve Tharp 2005).

##### **4.4.4.2.3. Doksepin**

Doksepin, antipruritik ve antidepresan özellikleriyle kaşıntılı pek çok duruda önerilir. Kronik, tedaviye dirençli kaşıntı kaçınılmaz olarak bazı vakalarda anksiyete ve depresyona sebep olur. Bu hastalar doksepin için en uygun kişilerdir. Çocuklarda kullanılmaz. Antikolinergik yan etkileri vardır. Hiponatremi ve hipotansiyon gibi yan etkileri sebebiyle yaşlılarda kullanılırken dikkatli olunmalıdır (Greaves 2005).

##### **4.4.4.2.4. Paroksetin**

Serotonin geri alım inhibitörü olan ilaç özellikle malignensili hastalara eşlik eden tedaviye dirençli kaşıntıda önerilmektedir. Antipruritik etkisi 24-48 saat içinde ortaya çıkar (Greaves 2005).

#### **4.4.4.2.5. Mirtazapin**

Mirtazapin, H<sub>1</sub> antihistaminik özellikleri olan antidepresan bir ilaçtır. Antipruritik etkisi 4-6 hafta içinde ortadan kalkar (Greaves 2005; Summey ve Yosipovitch 2005).

#### **4.4.4.2.6. Opiyad reseptör antagonistleri**

Kolestaza bağlı kaşıntıda kullanılırlar. Opiyad antagonistleri dermatolojik hastalıklarla ilişkili kaşıntıda da yararlı olabilirler. Ancak uzun vadede kullanımı bağımlılık yapar ve kesilmesi de yoksunluk sendromuna sebep olur (Metze ve ark. 1999; Yosipovitch ve Fleischer 2003).

#### **4.4.4.2.7. Talidomid**

Talidomid aktinik prurigo, prurigo nodularis, ekzema, senil pruritus, psoriasis gibi hastalıklarda kaşıntının tedavisinde etkili olmaktadır. Antipruritik etkinliği pek çok faktörle ilişkilidir. Antiinflamatuvar etkisi kuvvetlidir (Woodall ve Kantor 2000; Yosipovitch 2003; Yosipovitch ve ark. 2003; Summey ve Yosipovitch 2005).

#### **4.4.4.3. Fiziksel tedaviler**

##### **4.4.4.3.1. Fototerapi-Fotokemoterapi**

Ultraviyole tedavileri renal pruritus, liken planus, atopik dermatit, HIV, akuajenik pruritus, solar ürtiker, kronik ürtiker, kronik karaciğer hastalıkları ve lenfomalara eşlik eden kaşıntının tedavisinde kullanılır (Gilchrest ve ark. 1979; Berne ve ark. 1984; Menage ve ark. 1993; Baldo ve ark. 2002; Rivard ve Lim 2005).

##### **4.4.4.3.2. Kutanöz alan stimülasyonu**

Elektriksel olarak C nosiseptif lifleri uyaran yeni bir tekniktir. Histamin indüklü kaşıntıyı azalttığı gösterilmiştir. Genel prurituslu vakalarda faydalı olduğu bilinir (Woodall ve Kantor 2000; Yosipovitch ve Fleischer 2003).

Bu tip tedavilerin derinin kaşınmasına benzer şekilde endojen santral inhibitör mekanizmalar üzerinden etkili oldukları düşünülür (Yosipovitch 2003).

#### **4.4.4.3.3. Transkutan elektriksel sinir stimülasyonu (TENS)**

TENS kaşıntılı dermatolojik hastalıkların semptomatik tedavisinde yararlıdır. Histamin injeksiyonu ile uyarılan kaşıntı düşük ve yüksek frekanslı elektrik stimülasyonu ile azalır. TENS'in antipruritik etkisi sistemik fayda sağlar. Hematolojik hastalıklara eşlik eden kaşıntı, reaktif perforan kollagenoz, generalize pruritus, atopik ekzema, retiküloz, uyuz, kolestaz kaşıntısı ve ürtiker gibi hastalıklarda TENS, kaşıntının azalmasında rol oynar (Önder ve ark. 1994; Pauli-Magnus ve ark. 1996; Szepletowski ve Salomon 2004; Prommer 2005).

#### **4.5. KAŞINTI VE HEMŞİRELİK**

Kaşıntının algılanması, tanınması ve kaşıntıya verilen tepkiler bireyden bireye değişkenlik gösterir. Bu sebepten dolayı hastalardan detaylı öykü almak, hastayı sürekli gözlemek gerekir.

Hemşire hastayı değerlendirme aşamalarında; psikolojik, fiziksel ve diğer etkenleri de belirlemeli, saptadığı etkenlerin birbirleriyle ilişkisi sonucu kaşıntıya etki edeceğini bilmelidir (Ro ve ark. 2002; Van ve ark. 2007; Yosipovich ve ark. 2001).

Kaşıntısı olan hasta değerlendirilirken ilk aşama gözlem olmalıdır. Hangi durumların kaşıntıyı azalttığı incelenmelidir. Kişinin kullandığı ilaçlara bakılmalı, hastanın uyku düzeni, sinirlilik gibi özelliklerinin incelenmesi gereklidir (Çöçelli ve ark. 2008; Duo 1987).

#### **4.6. UYKU**

##### **4.6.1. UYKUNUN TANIMI VE ÖZELLİKLERİ**

Yirminci yüzyıl ortalarına kadar uyku pasif dönem olarak tanımlandı. İlerleyen zamanlarda ise uykunun pasif ve monoton bir süreç olmadığı, kendi içinde belli düzeni olan aktif ve değişken bir süreç olduğu anlaşıldı (Kaynak 2001).

Uyku, geçici bilinçsizlik durumu olarak da adlandırılabilir. Bu tanıma göre uyku doğal olması ve geri dönüşümü olması sebebiyle ölüm ve komadan farklıdır (Abdulkadiroğlu ve ark. 1997).

Uyku, organizmanın dinlenmesini sağlamanın yanı sıra, vücudu hayata yeniden hazırlayan bir yenilenme dönemidir. Bu özelliğiyle kişilerin yaşam kalitesini ve sağlığını etkileyen önemli günlük yaşam aktivitelerindedir.

Uyku konusunda iki farklı görüş bulunmaktadır:

- Uyku, organizmanın fizyolojik değil, uyumsal bir yanıtıdır.
- Uyku, organizma ve zihnin yenilediği, gelişim gösterdiği bir dönem olmakla beraber organizma için önemli bir gereksinimdir.

Çoğunlukla kabul gören görüş ikincisidir (Akdemir ve Birol 2003).

Uykuda EEG aktivitesinin ilk tanımları 1937 yılında Loomis ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Loomis ve arkadaşları uykuyu A, B, C, D, E harfleriyle isimlendirdikleri 5 evreye ayırmışlar, A'dan E'ye uykunun derinleştiğini söylemişlerdir. Fakat REM döneminin hangi evrede olduğunu bulamamışlardır. Aserinsky ile Kleitman 1952 yılı içinde, ailelerinin de katılımıyla gerçekleştirdikleri araştırmalarda, 90-120 dakika aralıklarla ortaya çıkan uykuda hızlı göz hareketi potansiyelini ortaya koydular. Buna Rapid Eye Movement (REM) adını verdiler.

Aynı dönemde Michel Jouvet'te uykunun REM döneminde kas gerginliğinin öteki uyku evrelerine göre azaldığını ve tonüs kaybının oluştuğunu böylece kasların tamamen gevşediğini bildirdiler.

Günümüzde uykunun evrenmesinde bulunan özellikler dikkate alınır. Uykunun iki tane ana bölümü ile beş tane evresi vardır (Kaynak 2001).

#### **4.6.2. UYKUNUN FAZLARI**

Uykuda birbirini izleyen iki değişim dönemi bulunur. Bu dönemler NonREM (NREM) ile REM dönemleridir. Gözlerin kapanması ile uykuya tam olarak geçme arasındaki dönem uykunun latent dönemi olarak adlandırılır. Latent döneminden sonra değişim dönemleri başlamaktadır.

#### **4.6.2.1. Yavaş dalga uykusu – NREM**

Normal uyku, NREM ile başlar ve aşama aşama en derin döneme ulaşır, sonra NREM 4.3.2. şeklinde geriye döner ve kişi NREM 1'e dönmeden ya da uyanmadan REM dönemine geçer. NREM bir günlük uykunun büyük kısmını oluşturur ve son derece dinlendirici, göz devinimlerinin olmadığı, sakin ve senkronize bir uykudur. NREM EEG'deki değişikliklere göre dört evreye ayrılır. 1. ve 2. evre yüzeysel yavaş dalga uykusu, 3. ve 4. evre derin yavaş dalga uykusu olarak adlandırılır (Abdulkadiroğlu ve ark. 1997; Kaynak 2001; Akdemir ve Birol 2003).

##### **4.6.2.1.1. 1.Evre (A Devresi)**

İlk uyanıklıktan uykuya geçiş dönemidir. Bu devre yarı uyku halini temsil eder, gözleri kapalıdır, sükunet hali hakimdir. Uykunun bu ilk kısmı, gece içinde tekrar ortaya çıkar ve tüm gece uykusunun %2-5'ini oluşturmaktadır (Abdulkadiroğlu ve ark. 1997; Kaynak 2001; Akdemir ve Birol 2003).

##### **4.6.2.1.2. 2. Evre (B Devresi)**

Gerçek uykunun başladığı ilk devredir. Kas gerginliği 1.evreye göre daha azdır. Tüm uyku döneminin %44-45'ini kapsar (Abdulkadiroğlu ve ark. 1997; Kaynak 2001; Akdemir ve Birol 2003).

##### **4.6.2.1.3. 3.Evre (C Devresi)**

Uykunun tamamen olduğu derin uyku devresidir. Bu devrede kas tonusu önceki evrelere oranla daha düşüktür (Abdulkadiroğlu ve ark. 1997; Kaynak 2001; Akdemir ve Birol 2003).

##### **4.6.2.1.4. 4.Evre (D ve E Devresi)**

Bu devredeki uykuya delta uykusu adı da verilebilir. Bu devrede büyüme hormonunun en fazla düzeyde olduğu görülür.

NREM döneminde; nabız ve solunum sayısı azalır, kaslar gevşer, vücut ısısı düşer. Yavaş dalga uykusunda yeterli uyuma sağlanamazsa insanların fiziksel

anlamda dinlenememeleri ortaya çıkar (Abdulkadiroğlu ve ark. 1997; Kaynak 2001; Akdemir ve Birol 2003).

#### **4.6.2.2. Hızlı uyku devresi – REM Uykusu**

REM uykusu hafif bir korteks uykusu olup, uyanıklığa yakın dönemdir. Hızlı göz hareketleri bu dönemde görülür. Bu dönem bir gecelik toplam uykunun 1,5-2 saatini kapsar. Rüyaların görüldüğü dönemdir ve uyandıktan sonra bu dönemde görülen rüyalar hatırlanır.

Gece boyunca normal bir yetişkin 3-5 defa REM dönemini yaşar. Kişi bu devreyi yaşayamazsa ya da sürekli uyanırsa sinirlilik, korkaklık gelişir ve kişi anksiyete yaşar ya da depresyona girer.

REM uykusu ruhsal dinlenme açısından önemlidir. Sağlıklı bir uykunun sağlanabilmesi için bu evrelerin belirli bir düzen içinde gerçekleşmesi ve dönemlerin gece boyu belli bir düzeye ulaşması gerekir (Abdulkadiroğlu ve ark. 1997; Kaynak 2001; Akdemir ve Birol 2003).

#### **4.6.2.3. UYKU GEREKSİNİMİ**

Uyku, organizma için çok önemli bir gereksinimdir. Uyku olmadan bir yaşam mümkün değildir. Gerekli uyku süresi bireyden bireye göre değişkenlik gösterir. Yetişkin bir bireyde uyku süresi 4 ile 11 saat arasında değişir. Uyku için en alt sınır 5 saat kabul edilir (Kaynak 2001; Ay ve ark. 2008).

Yeni doğan yaşamının ilk 3 aylık periyodunda günün 16-18 saatini uyuyarak geçirir. 6 aylık olduğunda uyku gereksinimi 12 saattir. Çocukluk döneminde ise uyunan uyku gece uykusuna dönüşür.

Yetişkinlerde uyku süresi 6-8 saattir. Bireysel farklılıklar görülebilir. Yetişkinlerde gündüz uykusu nadirdir ve tüm uykunun ortalama %20'si REM uykusudur. Günlük stresler, aile ve iş ortamındaki sorunlar uykusuzluğa neden olabilir ve bireyler kolaylıkla uyku ilaçlarını kullanmaya başlarlar. Yaşın ilerlemesiyle birlikte uykuda geçen süre azalmaya, uykusuzluk da daha ciddi bir

sorun olmaya başlar. Özellikle kadınlarda menapozal semptomlar uykusuzluğu daha da arttırabilir (Kaynak 2001; Ay ve ark. 2008).

Yaşlılık uykusu derinliği ve süresini etkiler. Yaşlılar ışık, gürültü ve ısı değişikliklerinden daha çok etkilenirler. Sonuç olarak yaşlılık döneminde uyanıklık süresi artar (Kaynak 2001; Ay ve ark. 2008).

Türkiye’de yapılmış çalışmalarda toplumun %75 gibi bir bölümünün günde ortalama 7-8 saat uyuduğu, yaşlılık dönemindeki kişilerin sabah erken uyanıklıkları sonuçları elde edilmiştir.

Sağlıklı bir uykuda süreden çok uykunun kalitesi önemlidir. Bireyin uyanığında gün boyunca günlük yaşam aktivitelerini sorunsuz yerine getirebildiği uykusu miktarı kişi için yeterlidir. Alışkanlıklar, iklim, sosyal yaşantı, yaşam şekli, beslenme, bireysel özellikler ve hastalıklar uykuda olumlu ya da olumsuz değişikliklere neden olur (Kaynak 2001; Ay ve ark. 2008).

#### **4.6.4. UYKUNUN İŞLEVİ**

Çalışmalar, uykunun vücudun dinlenmesini sağlamasının yanı sıra büyümenin sağlanması, hücre yenilenmesinin sağlanması, gün içerisinde öğrenilen bilgilerin kalıcı hale gelmesinin sağlanması gibi görevleri olduğunu da göstermektedir.

Bireyler uykusu döneminde fiziksel ve zihinsel olarak rahat bir süreç hissederler. Birey REM uykusunu gerekli miktarda uyuyamazsa gün içerisinde anksiyetesinin yüksek ve bireyin gergin olduğu bilinir (Ay ve ark. 2008).

#### **4.6.5. UYKUYU ETKİLEYEN ETMENLER**

Fiziksel, psikolojik, diğer faktörler uykusu kalitesini etkiler. Etkileyen faktörler şu başlıklar altında incelenebilir:

##### **4.6.5.1. Yaş**

Yaşamın ilk dönemleri çoğunlukla uykuda geçer. Yaşın ilerlemesiyle beraber uykusu ihtiyacı azalır. Yaşlılar gençlere oranla daha az uyur ve daha sık uyanırlar (Abdulkadiroğlu ve ark. 1997; Kaynak 2001; Ay ve ark. 2008).

#### **4.6.5.2. Cinsiyet**

Yapılan çalışmalarda kadınların erkeklere oranla daha çok uyku sorunu yaşadıkları görülür. Kadınların erkeklere oranla daha fazla uyku problemi yaşamalarına karşın erkeklerden daha fazla uyudukları saptanmıştır (Abdulkadiroğlu ve ark. 1997; Kaynak 2001; Ay ve ark. 2008).

#### **4.6.5.3. Hastalıklar**

Hasta kişiler, sağlıklı kişilere kıyasla daha çok uykuya gereksinim duyar. Hastalık problemi uyku düzenini bozar. Özellikle çeşitli solunum sistemi, kardiyovasküler sistem, gastrointestinal sistem ve endokrin sistem rahatsızlıkları olan birçok hasta uyku problemi çekmekte ve gece boyunca sık uyanır. Bu durumda uyku fazlarında değişiklikler görülür.

Anksiyete ve depresyon gibi sorunlara neden olan hastalıklar da uyku sorunlarına neden olur. Demans, panik bozukluk, mani gibi ruhsal hastalıklar da uyku kalitesinde bozulmalara neden olur (Abdulkadiroğlu ve ark. 1997; Kaynak 2001; Ay ve ark. 2008).

#### **4.6.5.4. Alkol ve diğer uyarıcılar**

Alkolün az alınması başlangıçta uykuya dalmayı kolaylaştırmasına karşın zaman geçtikçe uyku kalitesinin bozulmasına sebep olur.

Kafein içeren içecek ve yiyeceklerin fazla miktarda tüketimi de uykuya dalmada güçlük yaratır (Abdulkadiroğlu ve ark. 1997; Kaynak 2001; Ay ve ark. 2008).

#### **4.6.5.5. İlaç kullanımı**

Bazı ilaçların kullanılması uyku problemlerine neden olur. Narkotik ilaçlar gün boyu uykulu olmaya sebep olur. Hipnotik ilaçlar enerji azalmasına sebep olurken; benzodiazepinler gün içinde uyumaların artmasına sebep olur (Abdulkadiroğlu ve ark. 1997; Kaynak 2001; Ay ve ark. 2008).



#### **4.6.5.6. Yaşam biçimi**

Bireylerin yaşam düzeni uyku kalitesini etkilemektedir. Vardiyalı çalışan kişilerde uyku düzeninin bozulduğu görülür. Yapılan çalışmalarda gece çalışan bireylerin uyku kalitesinin bozuk olduğu saptanmıştır (Abdulkadiroğlu ve ark. 1997; Kaynak 2001; Camkurt 2007; Ay ve ark. 2008).

#### **4.6.5.7. Egzersiz ve yorgunluk**

Gün içinde yapılan egzersizler bireyin yorulmasıyla uykuya daha kolay dalmasına sebep olur. Düzenli egzersiz yapan bireylerin uyku düzeni daha iyidir. Ancak düzensiz yapılan egzersizler uyku durumunun bozuk olmasına sebep olur.

Uyku açısından egzersizin yapılması gereken zaman öğle saatlerinden sonraki zaman dilimidir. Aşırı yorgunluğun görüldüğü durumlarda REM uykusunun ilk evresi kısaltmaya başlarken, birey dinlenince REM evreleri uzar (Abdulkadiroğlu ve ark. 1997; Eraslan 2001; Kaynak 2001; Vardar 2005; Ay ve ark. 2008).

#### **4.6.5.8. Stres ve anksiyete**

Günlük hayattaki stres ve anksiyete uykusuzluğun en sık rastlanan nedenidir. Stres bireyin gergin olmasına sebep olarak, uykuya dalmasını zorlaştırır ve çabuk uyanmasına sebep olur. Emeklilik, fiziksel yetersizlik, hastalık, ölüm ya da ekonomik güvencenin olmayışı bireyde anksiyete ve depresyona neden olabilmektedir. Bu yaşanan emosyonel streslerde uyku düzenini bozar (Abdulkadiroğlu ve ark. 1997; Kaynak 2001; Altan ve ark. 2004; Ay ve ark. 2008).

#### **4.6.5.9. Diyet**

İyi beslenme alışkanlığına sahip bireyler rahat uyur. Akşam saatlerinde ağır yemekler yemek uykunun bölünmesine sebep olur. Belli yiyecek ve içeceklerin alınmasının uykuyu etkilediği bilinmektedir. Protein içeren yiyecekler uykuya dalmayı kolaylaştırır. Bu nedenle uykusuzluk sorunu olan bireylere yatmadan önce küçük porsiyonlarda protein içeren gıdalar verilir.

Kilo verme ve kilo alma gibi durumlar uyku düzenini etkiler. Kilo alma uyku süresinin uzamasına sebep olurken, kilo verme uyku süresinin kısalmasına sebep olur (Abdulkadiroğlu ve ark. 1997; Kaynak 2001; Ay ve ark. 2008).

#### **4.6.5.10. Çevre**

Çevre, uykuya dalmayı kolaylaştırabileceği gibi bazen de uykuyu engelleyici bir faktör olabilmektedir. Gürültü uyku ile yakından ilişkilidir. Gürültülü ortamlar uyku süresinin azalmasına sebep olur.

Odanın ısısı da uykuyu etkiler. Aşırı soğuk ya da aşırı sıcak ortamlar uyku kalitesini bozar. Çocuklar uyumak için loş ışığı tercih ederken, bazı bireyler uyumak için karanlık ortamı tercih ederler (Abdulkadiroğlu ve ark. 1997; Kaynak 2001; Ay ve ark. 2008).

#### **4.6.5.11. Huzursuz Bacak(Restless Leg) Sendromu**

HBS kavramını ilk olarak 1685 yılında Thomas Willis kullanmış, görülen olguyu 1945 yılında Ekbom bildirmiştir.

HBS, ekstremitelerde çoğunlukla bacaklarda tarif edilemeyen his, dizestezi ile karakterize durumdur.

Belirtiler çoğunlukla bacaklarda geceleri oluşur, hareketsizlik durumunda kötüleşip, hareket ile düzelir. Belirtilerin dinlenme durumunda ortaya çıkıp, hareket halinde düzelmesi hastalık için tanı koydurucu etmendir.

Huzursuz bacak sendromu olan hastaların büyük çoğunluğunda uykuya dalmakta güçlük ve uykuyu sürdürmede güçlük görülür (Kaynak 2007).

#### **4.6.6. UYKU HİJYENİNE YÖNELİK DÜZENLEMELER**

Kişilerin sağlıklı ve düzenli uyku uyuması için yapması gerekenler şunlardır (Özgen 2001; Göktaş 2006; Ay ve ark. 2008):

- Kişi uykusu gelmeden yatmamalıdır.

- Yattıktan 30 dakika sonra uykuya dalmazsa yataktan kalkmalıdır ve uykuya dalmayı kolaylaştırıcı girişimlerde bulunmalıdır.
- Kişi yatakta uyumaya çalışmamalıdır.
- Çok aç ya da çok tok olarak yatılmamalıdır.
- Kişi her zaman aynı saatte kalkmalıdır. Sabah uyanıldığında yataktan kalkılmalı, biraz daha dinlenmek amacıyla yatakta yatılmamalıdır.
- Kişi çok yorgun olsa bile gündüzleri uyumamalıdır.
- Düzenli egzersiz yapılmasının uyku kalitesini olumlu yönde etkilediği unutulmamalıdır.
- Uyunacak ortam ısı, ışık, ses açısından uygun olmalıdır.
- Kişi kafein ve alkol türü içeceklerden uzak durmalıdır.
- Kişi doktor bilgisi olmadan uyku ilacı almamalıdır.

## 5. GEREÇ VE YÖNTEM









### 5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, kaşıntısı olan dermatoloji hastalarının uyku kalitesinin değerlendirilmesi ve kaşıntısı olmayan hastaların uyku kalitesinin değerlendirilmesi ve karşılaştırılması amacıyla olgu-kontrol çalışması olarak yapıldı.

### 5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süresi

Araştırma; etik kurul onayı ile Özel Salihli Hastanesinden yazılı izin alındıktan sonra, Özel Salihli Hastanesi'nin Dermatoloji polikliniğinde yapıldı. Bu hastanenin seçilme nedeni hastanede Dermatoloji polikliniğinin bulunması ve yüksek bir hasta potansiyeline sahip olmasıdır. Araştırmanın ayrıntılı zamanlaması Tablo 1'de belirtildi.

**Tablo 1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi**

Yapılan Çalışmalar	Tarih								
	Ni 17	Ni 17	Ma 17	Ma 17	Ha 17	Ağ 17	Ka 17	Oc 18	Şu 18
Literatür incelemesi									
Araştırma konusunun belirlenmesi									
Tez önerisinin hazırlanması									
Soru formlarının hazırlanması									
Etik kurul onayının hazırlanması									
Araştırma verilerinin toplanması									
Verilerin analizi									
Tez raporunun yazımı									

### **5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini; 2017 yılında Özel Salihli Hastanesinde takip edilen Dermatoloji polikliniğine başvuran kaşıntı yakınması olan 350 hasta oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü epi-info istatistik paket programı kullanılarak %80 güven aralığında %5 hata payı 1.0 desen etkisi ile minimum 112 hasta olarak belirlenmiştir. 7 hasta çalışmaya katılmak istememiştir. Çalışmaya katılan 5 hasta formları eksik doldurduğu için çalışma grubundan çıkarılmıştır. Araştırmanın örneklemi; kaşıntı yakınması olan olgu grubu hastalar (n=100) ve kaşıntı yakınması olmayan kontrol grubu hastalar (n=100) oluşturdu.

#### **Olgu Grubu Araştırmaya Alınma Kriterleri**

- 18-65 yaş arası olması
- Çalışmaya katılmayı kabul etmesi
- Dermatoloji polikliniğine başvurup kaşıntı yakınması olması

#### **Kontrol Grubu Araştırmaya Alınma Kriterleri**

- 18-65 yaş arası olması
- Çalışmaya katılmayı kabul etmesi
- Dermatoloji polikliniğine başvurup kaşıntı yakınması olmaması

### **5.4. Veri Toplama Araçları**

Araştırma verileri, Ağustos 2017- Aralık 2017 tarihleri arasında yüz-yüze görüşülerek anket yöntemi ile toplandı. Tanıtıcı Bilgi Formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ) kullanıldı.

#### **5.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu**

Bu anket formunda kişilerin sosyo-demografik özelliklerini ve hastalıkla ilgili bilgilerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim yılı, yaşadığı yer, yaşadığı konut, aile tipi, çalışma durumu, meslek, gelir durumu, tanı, hastalığı ile

ilgili araştırma durumu, kendini umutsuz hissetme durumu, kaşıntı durumu, sürekli kullandığı ilaç durumu) içeren toplam 17 sorudan oluştu (EK-1).

#### **5.4.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)**

PUKİ, 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından yapıldı; iç tutarlılık katsayısı 0,80 olarak bildirilmiştir (Ağargün ve ark. 1996). Bizim çalışmanın, Cronbach Alfa değeri PUKİ için 0,81 olarak saptandı.

Ölçek toplam 24 sorudan oluşur. Bu soruların 19 tanesi kendini değerlendirme sorusu iken; 5 tanesi kişinin eş ya da oda arkadaşı tarafından yanıtlanır. Bu 5 soru puanlamaya katılmaz. Kendini değerlendirme sorularından 19.soru (bir oda arkadaşı ya da eşinin olup olmadığı) puanlamaya katılmaz. Ölçekteki her bir madde 0 (hiç sıkıntı olmaması)- 3 (ciddi sıkıntı) puan arasında bir değer almaktadır. Yedi alt boyuta ilişkin puanların toplamı ise toplam PUKİ puanını vermektedir. Toplam PUKİ puanı ise 0-21 arasında değişmektedir. Toplam puanı 5 ve altında olanların uyku kalitesi “iyi” olarak değerlendirilir iken; 5-21 puan uyku kalitesi ‘kötü’ olarak sınıflandırılır (Buysse ve ark. 1989). Farklı grupların puanları karşılaştırılarak yorumlanır.

Ölçek uyku bozukluğu durumunu veya uyku bozukluğunun yaygınlığını göstermez.

Puanlanan 18 madde, 7 bileşen puanı şeklinde gruplandırılır.

1. Öznel uyku kalitesi ( bileşen 1)
2. Uyku latensi ( bileşen 2)
3. Uyku süresi ( bileşen 3)
4. Alışılmış uyku etkinliği ( bileşen 4)
5. Uyku bozukluğu ( bileşen 5)
6. Uyku ilacı kullanımı ( bileşen 6)
7. Gündüz işlev bozukluğu ( bileşen 7)

## PITTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİNİN PUANLAMASI

**Bileşen 1:** Öznel uyku kalitesi soru 6'nın puanlaması ile elde edilir.

<u>Cevap</u>	<u>Bileşen puanı</u>
Çok iyi	0
Oldukça iyi	1
Oldukça kötü	2
Çok kötü	3

Bu değerlendirme sonucunda bileşen 1 puanı elde edilir.

**Bileşen 2:** Uyku latensi soru 2 ve soru 5a'nın puanlaması ile elde edilir.

**Soru 2 için;**

<u>Cevap</u>	<u>Puan</u>
< 15 dakika	0
16-30 dakika	1
31-60 dakika	2
> 60 dakika	3

Buradan soru 2'nin puanı elde edilir.

**Soru 5a için;**

<u>Cevap</u>	<u>Puan</u>
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya iki kez	2
Haftada üç veya daha fazla	3

Buradan soru 5a'nın puanı elde edilir. Daha sonra soru 2 ve soru 5a'nın puanları toplanır ve aşağıdaki gibi değerlendirme yapılır.

<u>Soru 2 ve Soru 5a'nın toplamı</u>	<u>Bileşen puanı</u>
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Böylece elde edilen puan ile bileşen 2 puanı bulunmuştur.

**Bileşen 3:** Uyku süresi soru 4'ün puanlaması ile elde edilir.

<u>Cevap</u>	<u>Puan</u>
> 7 saat	0
6-7 saat	1
5-6 saat	2
< 5 saat	3

Bu değerlendirme sonucu bileşen 3 puanı elde edilir.

**Bileşen 4:** Alışılmış uyku etkinliği soru 1, soru 3 ve soru 4 ile hesaplanır. Yatma saati(soru 1) ile kalkma saati(soru 3) arasındaki süre hesaplanarak yatakta geçirilen süre bulunur. Daha sonra soru 4 ile uyuma saatlerinin süresi saptanır ve aşağıdaki gibi alışılmış uyku etkinliği hesaplanır.

$$\text{Alışılmış uyku etkinliği (\%)} = \frac{\text{Uyuma saatlerinin süresi}}{\text{Yatakta geçen saatlerin süresi}} \times 100$$

<u>Alışılmış uyku etkinliği</u>	<u>Bileşen 4 puanı</u>
> %85	0
%75-84	1
%66-75	2
%65	3

Buradan bileşen 4 puanı elde edilir.



**Bileşen 5:** Uyku bozukluğu soru 5b-j' nin puanlaması ile elde edilir. Soru 5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 5g, 5h, 5i, 5j soruları aşağıdaki gibi puanlanır.

<b><u>Cevap</u></b>	<b><u>Puan</u></b>
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya iki kez	2
Haftada üç veya daha fazla	3

Daha sonra soru 5b- 5j toplanarak tekrar aşağıdaki gibi puanlanır.

<b><u>Soru 5b- 5j toplamı</u></b>	<b><u>Bileşen 5 puanı</u></b>
0	0
1-9	1
10-18	2
19-21	3

Bu değerlendirme sonucu bileşen 5 puanı elde edilir.

**Bileşen 6:** Uyku ilacı kullanımı soru 7'nin puanlaması ile elde edilir.

<b><u>Cevap</u></b>	<b><u>Bileşen 6 puanı</u></b>
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya iki kez	2
Haftada üç veya daha fazla	3

Bu değerlendirme sonucu bileşen 6 puanı elde edilir.

**Bileşen 7:** Gündüz işlev bozukluğu soru 8 ve soru 9 puanlamasıyla elde edilir.

**Soru 8 için;**

<b><u>Cevap</u></b>	<b><u>Puan</u></b>
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya iki kez	2
Haftada üç veya daha fazla	3

Bu değerlendirme sonucu soru 8 puanı elde edilir.

**Soru 9 için;**

<b><u>Cevap</u></b>	<b><u>Puan</u></b>
Hiç problem oluşturmadı	0
Yalnızca çok az problem oluşturdu	1
Bir dereceye kadar problem oluşturdu	2
Çok büyük problem oluşturdu	3

Bu değerlendirme sonucu soru 9 puanı elde edilir. Daha sonra soru 8 ve soru 9 puanları toplandıktan sonra aşağıdaki gibi değerlendirme yapılır.

<b><u>Soru 8 ve soru 9 toplamı</u></b>	<b><u>Bileşen 7 puanı</u></b>
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Bu değerlendirme sonucunda bileşen 7 puanı elde edilir.

Tüm bu değerlendirmeler sonucunda bileşen 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 puanları toplanarak Global Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ( Global PSQI ) puanı bulunur (EK-2).

### **5.4.3. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ)**

Uykusuzluk belirtilerinin şiddetini değerlendirebilmek amacıyla geliştirilen bu ölçek uykusuzluğunun klinik değerlendirilmesinde ve normal toplum taramalarında kullanılabilir (Bastien ve ark. 2001). Ölçek yedi maddeden oluşmaktadır ve her madde 0 ve 4 arasında puanlanan beşli Likert tipi ölçüm vermektedir. Toplam puan 0-28 arasında değişmektedir. 0-7 arası puan klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk, 8-14 uykusuzluk alt eşikini, 15-21 klinik uykusuzluk (orta şiddette), 22-28 klinik uykusuzluk (şiddetli) göstermektedir. Boysan ve arkadaşları (2010) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu çalışmanın, Cronbach Alfa değeri UŞİ için 0,80 olarak saptandı (EK-3).

## **5.5. Araştırmanın Değişkenleri**

### **5.5.1. Bağımsız Değişken**

Araştırmanın bağımsız değişkeni hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hastalığa ilişkin özelliklerdir.

### **5.5.2. Bağımlı Değişken**

Araştırmanın bağımlı değişkeni hastaların uyku kalitesidir.

## **5.6. Veri Toplama Yöntemi**

Veri toplama araçları araştırmacı tarafından araştırmanın yapıldığı tarihlerde anket formu doldurmayı kabul eden katılımcılara, gerekli açıklamalar yapıp sözel ve yazılı izin alındıktan sonra anket yöntemi aracılığıyla dolduruldu.

### **5.7. Verilerin Analizi**

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi için bilgisayar ortamında SPSS for Windows 15.0 paket programı kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde ise sayı, yüzde, ortalama, minimum, maksimum, standart sapma değerleri ile Ki kare değeri kullanıldı. Yapılan testler için istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edildi.

### **5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın verileri Özel Salihli Hastanesinde toplandı. Bu nedenle araştırmanın sonuçları Özel Salihli Hastanesi dermatoloji polikliniğine başvuran katılımcılar ile sınırlıdır. Ayrıca araştırmanın verileri PUKİ ve UŞİ'nin ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.

### **5.9. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırma için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakóltesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu 08/06/2017 Tarih ve 24432 sayılı (EK-5) ve Özel Salihli Hastanesinden (EK-6) yazılı izinler alındı. Ayrıca katılımcılardan da bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı izin alındı (EK-7). Araştırmada kullanılan ölçekler için ölçek geliştiricileri tarafından ölçeklerin kullanımıyla ilgili izin alındı (EK-8).

## 6. BULGULAR

### 6.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri

Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Olgu		Kontrol		Toplam		Anlamlılık $\chi^2$ , p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Yaş0</b>							
37 yaş ve altı	57	57,0	59	59,0	116	58,0	$\chi^2=0,082$
37 yaş üzeri	43	43,0	41	41,0	84	42,0	p= 0,886
<b>Cinsiyet</b>							
Kadın	69	69,0	81	81,0	150	75,0	$\chi^2=3,840$
Erkek	31	31,0	19	19,0	50	25,0	p= 0,072
<b>Medeni durum</b>							
Bekar	38	38,0	30	30,0	68	34,0	
Evli	49	49,0	54	54,0	103	51,5	$\chi^2=1,876$
Eşi ölmüş	5	5,0	8	8,0	13	6,5	p= 0,598
Eşinden ayrılmış	8	8,0	8	8,0	16	8,0	
<b>Çocuk sayısı</b>							
1 ve altı	60	60,0	59	59,0	119	59,5	$\chi^2=0,021$
1 üzeri	40	40,0	41	41,0	81	40,5	p= 0,885
<b>Eğitim durumu</b>							
İlkokul	29	29,0	31	31,0	60	30,0	
Ortaokul	12	12,0	16	16,0	28	14,0	
Lise	28	28,0	22	22,0	50	25,0	$\chi^2=4,475$
Önlisans	16	16,0	13	13,0	29	14,5	p= 0,483
Lisans	13	13,0	18	18,0	31	15,5	
Yükseklisans/Doktora	2	2,0	0	0,0	2	1,0	
<b>Yaşadığı yer</b>							
İl	0	0,0	1	1,0	1	0,5	$\chi^2=4,655$
İlçe	94	94,0	98	98,0	192	96,0	p= 0,098
Köy	6	6,0	1	1,0	7	3,5	
<b>Yaşadığı konut</b>							
Kendi evi	66	66,0	61	61,0	127	63,5	
Kira	33	33,0	38	38,0	71	35,5	$\chi^2=0,549$
Lojman	1	1,0	1	1,0	2	1,0	p= 0,760
<b>Aile tipi</b>							
Çekirdek aile	86	86,0	80	80,0	166	83,0	$\chi^2=1,455$
Geniş aile	2	2,0	4	4,0	6	3,0	p= 0,483
Parçalanmış aile	12	12,0	16	16,0	28	14,0	
<b>Çalışma durumu</b>							
Evet	51	51,0	52	52,0	103	51,5	$\chi^2=0,020$
Hayır	49	49,0	48	48,0	97	48,5	p= 0,887

<b>Meslek</b>						
Öğrenci	15	15,0	12	12,0	27	13,5
Memur	11	11,0	6	6,0	17	8,5
İşçi	28	28,0	23	23,0	51	25,5
Ev hanımı	21	21,0	32	32,0	53	26,5
Emekli	12	12,0	5	5,0	17	8,5
Serbest meslek	13	13,0	22	22,0	35	17,5
<b>Gelir durumu</b>						
Gelir giderden az	21	21,0	20	20,0	41	20,5
Gelir gider dengeli	73	73,0	74	74,0	147	73,5
Gelir giderden fazla	6	6,0	6	6,0	12	6,0

$\chi^2=9,774$   
p= 0,082

$\chi^2=0,031$   
p= 0,985

Araştırma kapsamına alınan bireylerin yaş ortalamasının  $37,16 \pm 14,33$  olduğu görüldü. Olgu grubunun %57,0'ı 37 yaş ve altı grubunda, %69,0'ı kadın, %49,0'ı evli, %60,0'ı 1 ve altı çocuk sayısına sahip, %29,0'ı ilkokul mezunu, %94,0'ının yaşam yeri ilçe, %66,0'ının kendi evi, %86,0'ı çekirdek aile yapısına sahip, %51,0'ı çalışıyor, %28,0'ı işçi, %73,0'ının gelir durumu gelir gider dengeli iken; kontrol grubunun %59,0'ı 37 yaş ve altı grubunda, %81,0'ı kadın, %54,0'ı evli, %59,0'ı 1 ve altı çocuk sayısına sahip, %31,0'ı ilkokul mezunu, %98,0'ının yaşam yeri ilçe, %61,0'ının kendi evi, %80,0'ı çekirdek aile yapısına sahip, %52,0'ı çalışıyor, %32,0'ı ev hanımı, %74,0'ının gelir durumu gelir gider dengeli cevabını vermişti. Tablo 2'de olgu ve kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, yaşadığı yer, yaşadığı konut, aile tipi, çalışma durumu, meslek ve gelir durumu arasında bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 2).

**Tablo 3. Katılımcıların Hastalık ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı**

Değişkenler	Olgu		Kontrol		Toplam		Anlamlılık $\chi^2$ , p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Hastalık araştırma</b>							
Evet	45	45,0	37	37,0	82	41,0	$\chi^2=1,323$
Hayır	55	55,0	63	63,0	118	59,0	p= 0,250
<b>Umutsuzluk durumu</b>							
Hiçbir zaman	19	19,0	16	16,0	35	17,5	$\chi^2=1,084$ p= 0,781
Bazen	57	57,0	63	63,0	120	60,0	
Çoğu zaman	19	19,0	18	18,0	37	18,5	
Her zaman	5	5,0	3	3,0	8	4,0	
<b>Sürekli ilaç kullanma</b>							
Evet	45	45,0	24	24,0	69	34,5	$\chi^2=9,758$
Hayır	55	55,0	76	76,0	131	65,5	p= <b>0,002*</b>

Araştırma kapsamına alınan bireylere hastalığınız hakkında çeşitli kaynaklardan araştırma yaptınız mı sorusuna olgu grubunun %55,0'ı hayır, kendinizi umutsuz hissettiğiniz oldu mu sorusuna %57,0'ı bazen, sürekli kullandığınız ilaç var mı sorusuna %55,0'ı hayır cevabını verirken; hastalığınız hakkında çeşitli kaynaklardan araştırma yaptınız mı sorusuna kontrol grubunun %63,0'ı hayır, kendinizi umutsuz hissettiğiniz oldu mu sorusuna %63,0'ı bazen, sürekli kullandığınız ilaç var mı sorusuna %76,0'ı hayır cevabını verdi. Olgu ve kontrol grubu arasında hastalık araştırması, umutsuzluk durumundan fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Sürekli ilaç kullanma durumundan fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 3).

**Tablo 4. Katılımcıların Hastalık Türlerine Göre Dağılımı**

Tanı	Olgu		Kontrol		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Alerji	35	55,6	28	44,4	63	100,0
Egzama	24	70,6	10	29,4	34	100,0
Akne	5	17,2	24	82,8	29	100,0
Mantar	19	86,4	3	13,6	22	100,0
Cilt lekesi	0	0,0	13	100,0	13	100,0
Sedef	4	57,1	3	42,9	7	100,0
Vitiligo	0	0,0	5	100,0	5	100,0
Yanık	0	0,0	4	100,0	4	100,0
Zona	4	100,0	0	0,0	4	100,0
Yağ bezesi	0	0,0	3	100,0	3	100,0
Herpes simplex	2	75,0	1	25,0	3	100,0
Ayak mantarı	0	0,0	2	100,0	2	100,0
Ürtiker	2	100,0	0	0,0	2	100,0
Dermatit	1	100,0	0	0,0	1	100,0
İktiyozis	0	0,0	1	100,0	1	100,0
İlven	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Kimyasal yanık	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Morfea	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Nasır	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Saç dökülmesi	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Uyuz	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Behçet	0	0,0	1	100,0	1	100,0

Araştırma kapsamına alınan bireylere hastalık tanıları sorulduğunda olgu grubunun %35,0'ı alerji, %24,0'ı egzama, %19,0'ı mantar, %5,0'ı akne, %4,0'ı sedef, %4,0'ı zona cevabını verirken; kontrol grubunun %28,0'ı alerji, %23,0'ı akne, %13,0'ı cilt lekesi cevabını verdi (Tablo 4).

## 6.2. Katılımcıların Uyku Kalitesi

**Tablo 5. Katılımcıların Uyku Kalitesinin Dağılımı**

Değişkenler	Olgu		Kontrol		Toplam		Anlamlılık $\chi^2$ , p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Uyku Kalitesi</b>							
İyi	25	36,8	43	63,2	68	100,0	
Kötü	75	56,8	57	43,2	132	100,0	
						$\chi^2=7,219$ <b>p = 0,007</b>	

Araştırmaya katılan olgu grubunun %56,8'inin uyku kalitesinin kötü olduğu, kontrol grubunun ise %43,2'sinin uyku kalitesinin kötü olduğu, %63,2'sinin uyku kalitesinin iyi olduğu bulunmuştur. Olgu grubunun kontrol grubuna göre uyku kalitesinin anlamlı ölçüde düşük olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 5).

## 6.3. Uyku Kalitesi Bileşenleri

**Tablo 6. Uyku Kalitesi Bileşenlerinin Puan Dağılımı**

Uyku Bileşenleri	Olgu Grubu (n=100)	Kontrol Grubu (n=100)	Anlamlılık $\chi^2$ , p
Öznel uyku kalitesi	1,38±0,81	1,35±0,73	$\chi^2=1,467$ p=0,690
Uyku latensi	2,57±1,72	2,15±1,65	$\chi^2=6,966$ p=0,073
Uyku süresi	0,87±1,11	0,51±0,88	$\chi^2=11,653$ <b>p=0,009*</b>
Alışılmış uyku etkinliği	0,57±0,97	0,26±0,60	$\chi^2=8,178$ <b>p=0,042*</b>
Uyku bozukluğu	1,73±0,61	1,43±0,57	$\chi^2=12,463$ <b>p=0,006*</b>
Uyku ilacı kullanımı	0,26±0,74	0,16±0,60	$\chi^2=1,340$ p=0,720
Gündüz işlev bozukluğu	1,58±1,62	1,38±1,68	$\chi^2=2,489$ p=0,477
Toplam PUKİ	7,33±3,44	5,84±3,30	$\chi^2=7,219$ <b>p=0,007*</b>



Araştırmada olgu ve kontrol grubunun son bir ay içindeki toplam PUKİ puanı ve alt bileşenlerinin puanı saptandı. Olgu grubunun toplam PUKİ puanı  $7,33\pm 3,44$  olduğu ve kötü uykuya sahip olduğu bulundu (Toplam PUKİ puanı  $>5$ ). Kontrol grubunun toplam PUKİ puanı 5'in üzerinde olduğu için kötü uyku kalitesine sahiptir fakat olgu grubunun toplam PUKİ puanı ile karşılaştırıldığında uyku kalitesinin iyi olduğu görüldü.

Olgu ve kontrol grubu uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımı incelendiğinde uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu bileşenleri arasında fark saptandı ( $p < 0,05$ ). Öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku ilacı kullanımını, gündüz işlev bozukluğu açısından fark yoktur ( $p > 0,05$ ) (Tablo 6).

## 7. TARTIŞMA

Derideki hastalıklar, insanların sosyal ve duygusal durumunu etkileyerek uyku ve yaşam kalitelerini düşürebilmektedir. Pek çok dermatolojik hastalığa eşlik eden kaşıntının da deride görselliği etkileyen hastalıklar kadar yaşam kalitesini düşürdüğüne inanılmaktadır (Acıöz ve ark. 2003).

Kaşıntının uyku kalitesi üzerine olan etkisini değerlendirmeye yönelik fazla sayıda araştırma olmadığından, bu araştırma bulgularının doğrudan karşılaştırılması mümkün görülmemektedir. Tartışma, kaşıntılı dermatolojik hastalıklar, hemodiyaliz hastalarında görülen kaşıntı, yanık ve kronik karaciğer hastalıklarında görülen kaşıntı ile yapılmış çalışmaların bulguları ile karşılaştırmalar yapılarak olgunlaştırılmaya çalışılmıştır.

Yaş ve hastalık başlama yaşından kaşıntı ve uyku kalitesinin etkilendiğine dair literatürde herhangi bir veriye ulaşılamadı. Bu çalışmada yaş ortalaması  $37,16 \pm 14,33$  olarak bulundu. Çalışmada katılımcıların yaşlarına ve hastalık başlama yaşına göre uyku kalitesi açısından bir ilişki saptanmadı.

Çalışmada katılımcıların çoğu kadındı. Desai ve arkadaşları (2008) da kaşıntılı hastaların yaşam kalitesini incelediği çalışmada ve Matterne ve arkadaşları (2009) kaşıntı sıklığının ölçümü ile ilgili yaptığı çalışmada bizim çalışmamızda olduğu gibi kaşıntılı hastaların çoğu kadındı. Halvorsen ve arkadaşları (2009) bir grup geç adolesan çağıdaki kaşıntılı hasta üzerinde yaptığı çalışmada kadınlar çoğunlukta idi. Atış ve arkadaşları (2017) kaşıntı ve ağrının yaşam kalitesine etkisi üzerine yaptığı çalışmada kadınlar çoğunlukta idi. Bu durum, kadınlarda hormonal nedenlerle kaşıntının sık olabileceğini ya da kadınların daha çok doktora başvurması ile ilgili olabileceğini düşündürdü. Literatürde kaşıntının hangi cinsiyeti daha çok etkilediğine dair bir çalışma bulunamadı. Bununla beraber cinsiyetler arasında uyku kalitesi açısından bir fark yoktu. Bu nedenle cinsiyetin kaşıntı şiddetine bağlı olarak uyku kalitesine etkisi olmadığı düşünülebilir.

Çalışmamızda katılımcıların çoğu evliydi. Medeni durumdan kaşıntının ne şekilde etkilendiğine dair literatürde çalışma bulunamadı. Bu nedenle medeni durumun kaşıntılı hastalarda uyku kalitesine etkisi olmadığı düşünülebilir.

Çalışmamızda katılımcıların çoğu lise mezunuydu. Ertürk'e (2009) ait kaşıntılı dermatozlarda kaşıntının yaşam kalitesi üzerine etkisi konulu çalışmada katılımcıların çoğunun ilköğretim mezunu olduğu bildirilmiştir. Bu bölgesel eğitim olanaklarından kaynaklanan bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Desai ve arkadaşları (2008) da yaptığı çalışmada katılımcıların çoğunu lise mezunu olarak bildirmiştir (Desai ve ark. 2008). Eğitim durumundan kaşıntı ve uyku kalitesinin etkilendiğine dair literatürde herhangi bir veriye ulaşılamadı.

Çalışmamızda katılımcıların çoğu aktif olarak bir işte çalışıyordu. Atış ve arkadaşları (2017) kaşıntı ve ağrının yaşam kalitesine etkisi üzerine yaptığı çalışmada katılımcıların çoğu aktif olarak bir işte çalışmıyordu. Ertürk'e (2009) ait kaşıntılı dermatozlarda kaşıntının yaşam kalitesi üzerine etkisi konulu çalışmada ise katılımcıların çoğu aktif olarak bir işte çalışmıyordu. Çalışma durumundan kaşıntı ve uyku kalitesinin etkilendiğine dair literatürde herhangi bir veriye ulaşılamadı.

Araştırmada katılımcıların çoğunun ev hanımı olduğu saptandı. Atış ve arkadaşları (2017) kaşıntı ve ağrının yaşam kalitesine etkisi üzerine yaptığı çalışmada da katılımcıların çoğu ev hanımıydı. Çalışmada katılımcıların meslek durumuna göre uyku kalitesi açısından bir ilişki saptanmadı.

Çalışmamızda katılımcıların çoğunun gelir gider durumu dengeliydi. Araştırmada gelir durumuna göre kaşıntı ve uyku kalitesi açısından bir ilişki saptanmadı. Gelir durumundan kaşıntı ve uyku kalitesinin etkilendiğine dair literatürde herhangi bir veriye ulaşılamadı.

Çalışmamızda katılımcıların çoğunun yaşadığı konut kendi eviydi. Araştırmada yaşadığı konut tipine göre kaşıntı ve uyku kalitesi arasında bir ilişki saptanmadı. Yaşadığı konut tipinden kaşıntı ve uyku kalitesinin etkilendiğine dair literatürde herhangi bir veriye ulaşılamadı.

Araştırmada katılımcıların çoğunun sürekli kullandığı bir ilaç olmadığı saptandı. Ertürk (2009) kaşıntılı dermatozlarda kaşıntının yaşam kalitesi üzerine etkisi ile ilgili yaptığı çalışmada katılımcıların çoğunun ek ilaç kullanmadığını belirtmiştir. Katılımcıların ek ilaç kullanımı ile yaşam kalitesi ölçekleri arasında fark bulunmadığını belirtmiştir. Bireylerin kaşıntı skorları ek ilaç kullanmayanlarda kullananlara göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

Kaşıntının düzeyi bireyden bireye değişir. Kimi bireylerde dayanılmaz, uykusuzluğa sebebiyet veren, tedaviye yanıt vermeyen genel kaşıntının varlığı görülürken, kimi bireylerde kaşıntının varlığı bölgesel veya geçici olabilir. Kaşıntının düzeyine göre bireyde uyku kalitesi de etkilenmektedir. Araştırmada olgu ve kontrol grubunun uyku kalitesinin bileşenlerinin puan dağılımına bakıldığında uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu bileşenleri arasında fark saptandı. Çalışmada kaşıntının hastalarda uyku kalitesini azalttığı belirlenmiştir.

Jean ve arkadaşları (2017) atopik dermatitli erişkinlerde uyku bozukluğu sıklığı ile ilgili yaptıkları kapsamlı sistematik inceleme çalışmasında dermatolojik hastalıklarda uyku bozukluğunun yüksek oranda olduğunu belirlemişlerdir (Sanchez-Perez 2013; Simpson ve ark. 2016; Yu ve ark. 2016; Jean ve ark. 2017). Yapılan çalışmalarda atopik dermatitli erişkinlerde uyku kalitesinin düşmesine bağlı olarak, atopik dermatitli erişkinlerde uykuya dalmakta zorluk, uyku süresinde azalma, gündüz uykusuzluğa, yorgunluğa ve işlev bozukluğuna neden olduğu saptanmıştır (Bender ve ark. 2003; Bender ve ark. 2008; Silverberg ve ark. 2015; Yu ve ark. 2016).

Atış ve arkadaşları (2017) kaşıntı ve ağrının yaşam kalitesi üzerine etkisi ile ilgili yaptıkları çalışmada uykunun fiziksel etki alanının önemli bir bileşeni olduğunu belirlemişlerdir. Fonksiyonel pruritusda pruritik epizotların daha çok uyku esnasında ortaya çıktığını öne sürmüşlerdir (Radmanesh ve Shafiei 2001).

T-J Goon ve arkadaşları (2007) yaptıkları araştırmada kaşıntı şikayeti görülen kişilerin büyük çoğunluğunun kaşıntının varlığı sebebiyle uykuyu sürdüremediğini ve büyük çoğunluğun uykuya dalmakta güçlük çektiğini saptamışlardır (T-J Goon ve ark. 2007). Kaşıntının uykuya dalma zorluğu, uykusuzluk, durumu, uykunun

sürdürülememesi sorunlarına neden olduğu belirtilmiştir. Ayrıca uyku bozukluklarının devamlı yorgunluk durumu ve rusal, fizyolojik kabiliyetlerde bozulmaya sebep olduğu belirtilmiştir (Yosipovitch ve ark. 2001; Zucker ve ark. 2003; Pisoni ve ark. 2006).

Üremik pruritusu olan hastaların geceleri kaşıntı yaşadıklarından uyku sorunu yaşadıkları ve gün boyu uyuklama durumu gözlemlendiği ve bu durumun sosyal hayatlarını etkilediği belirlenmiştir (Zucker 2003; Mıstık 2006). Kaşıntı fiziksel, bilişsel ve sosyal olarak; kronik yorgunluk, uykusuzluğa, sosyal işlevlerde azalma ve yaşam kalitesini azaltma gibi birçok soruna neden olmaktadır (Çelikkbilek 2016).

Yücel (2014) üremik pruritus tedavisinde endokannabinoid içerikli nemlendirici kremlerin etkinliği ile ilgili yaptığı çalışmada şiddetli üremik pruritusu olan hastalarda gece yaşanan uyku sorunları sebebiyle gün içerisinde uyuklama durumu gösterebildiklerini saptamıştır.

2006 yılında çok merkezli olarak yapılan, Uluslararası Diyaliz Sonuçları ve Seyri (DOPPS) çalışmasında, hemodiyaliz tedavisi almakta olan 18.000'den fazla kişide üremik pruritusun uyku kalitesi ile olan ilişkisi değerlendirildiğinde hastaların %17'sinde uyku bozukluğu yüksek mortalite riski ile ilişkili bulunmuştur (Pisoni ve ark. 2006). Bu sonuç, üremik pruritusun mortalite ile doğrudan ilişkili olmasa bile, sebep olduğu uyku bozukluğunun diğer yaşam fonksiyonlarını olumsuz etkileyerek mortaliteyi artırması şeklinde açıklanmıştır (Pisoni ve ark. 2006; Kuypers 2009).

Yanık hastaları üzerinde yapılan çalışmalar hastaların yanık alan yüzdesi arttıkça hastaların uyku kalitesinin daha kötü olduğu belirlenmiştir (Masoodi ve ark. 2013). Hofland ve arkadaşları (2007) yaptığı çalışmada hastalarda yanık yarasının ilk evresindeki süreçte hastaların rol ve işlevselliklerindeki değişiklikler, hastaneden çıktıktan sonraki dönemde stres oluşturduğu ve uyku sorunlarına neden olduğu saptanmıştır (Hofland ve ark. 2007).

Yapılan çalışmalarda kaşıntının, kronik karaciğer hastalığı olan bireylerde büyük oranda görüldüğü saptanmış ve bu hastaların büyük çoğunluğunda uyku bozukluğu ve yaşam kalitesinin bozulmasına sebep olduğu belirlenmiştir (Rishe ve ark. 2008).

Yücel (2014) üremik pruritus tedavisinde endokannabinoid içerikli nemlendirici kremlerin etkinliği ile ilgili yaptığı bu çalışmada, tedavi öncesi dönemde olan hastaların yarısından fazlasında kolay uyuyamama veya kaşıntı sebebiyle uykunun sürdürülememesi biçiminde problem olduğunu belirtmiştir. Tedavi bitiminde ise hastaların az bir bölümünde uyku problemlerinin devam ettiğini saptamıştır. Bu durum kişilerin kaşıntısının azalması veya kaşıntının giderilmesi sonucu uyku sorununun gözle görülür biçimde düzeldiğini gösterir.

Bu çalışmada kaşıntının uykuya etki durumunun %56,3 olduğunu, %73,5'i kaşıntının hastalarda sosyal aktivitesini kısıtladığını ve %40,4'ü de başkalarının yanında kaşınma hissinden dolayı zor durumda kaldığını ifade etmektedirler. Kaşıntının hastalarda hem uyku kalitesini etkilediği hem de hastaların sosyal yaşantısını etkilediği görülmüştür.

## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 8.1. SONUÇLAR

Araştırma sonuçları;

- Sosyodemografik özelliklerin uyku kalitesine herhangi bir etkisinin olmadığını,
- Kaşıntı yakınması olan bireylerin uyku kalitesinin daha kötü olduğunu,
- Olgu ve kontrol grubunun uyku kalitesinin bileşenlerinin puan dağılımına bakıldığında uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukları bileşenleri arasında fark saptanırken; öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu açısından fark olmadığını göstermektedir.

### 8.2. ÖNERİLER

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Dermatoloji hastalarının kaşıntı sıklık-şiddet lokalizasyonunun belirlenerek, hemşireler tarafından kaşıntının takibinin yapılması,
- Kaşıntıdaki uyku bozukluğunun yönetimi, hastalık kontrolüne ve uykunun iyileştirilmesine yardımcı olabilecek olası tıbbi müdahalelerin yapılması,
- Uyku hijyeninin iyileştirilmesi, rahatlamanın teşvik edilmesi ve uyku sorunlarına yönelik davranış planlarının oluşturulmasına yönelik desteğin sağlanması,
- Hemşirelerin hastaların kaşıntı şiddetini değerlendirmeleri ve her bir hasta ziyareti sırasında kaşınma, uyku, günlük aktiviteler üzerindeki etkisi ve hastalığın sürekliliği ile ilgili hastalara genel soruları sormaları ve hastaların uyku bozukluğundan şikayetlerini takip etmeleri önemlidir.

- Hastanın kaşıntıyı azaltıcı davranışları, kullanılan ilaçlar, uyku düzensizliğine bağlı sinirlilik ve etkilenen bölgelerdeki yaralara bakılmalıdır. Bu sonuçların değerlendirilmesi ve kaydedilmesi gerekli olduğunu önerebiliriz.





## 9.KAYNAKLAR

Abdulkadiroğlu Z, Bayramoğlu F, İlhan N. Uyku ve Uyku Bozuklukları. Genel Tıp Dergisi. 1997; 7(3): 161-6.

Acıöz E, Gökdemir G, Köşlü A. Dermatolojide yaşam kalitesi. Türkderm 2003; 37(1): 16-23.

Ağargün MY, Kara H, Anlar O. Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliği ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 1996; 7(2): 107-115.

Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Vehbi Koç Vakfı SANERC. 2003; Yayın No:2, İstanbul, 193-200.

Akoraphanth R, Lim HW. HIV, UV and immunosuppression. Photodermatol Photoimmunol Photomed 1999; 15: 28-31.

Altan L, Bingöl Ü, Sağırkaya Z, Sarandöl A, Yurtkuran M. Romatoid Artritli Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Romatizma Dergisi. 2004; 19(1): 7-13.

Atış G, Altunay İ, Başoğlu F, Öncü J. Kaşıntı ve Ağrının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Özgün Araştırma. Turk J Dermatol 2017; 11: 119-22.

Ay F, Ertem Ü, Ören B, Özcan N, Işık R, Sarvan S. Temel Hemşirelik “Kavramlar, İlkeler ve Uygulamalar”. 2. Baskı, İstanbul Medical Yayıncılık, İstanbul; 2008, 410-420.

Balaban ÖD, Atagün Mİ, Özgüven HD, Özsan HH. Vitiligolu Hastalarda Psikiyatrik Morbidite, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2011; 24: 306-313.

Baldo A, Sammarco E, Plaitano R, Martinelli V. Narrowband (TL-01) Ultraviolet B phototherapy for pruritus in polycythaemia vera. Br J Dermatol 2002; 147: 979-981.

Bastien CH, Vallieres A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. Sleep Med 2001; 2: 297-307.

Bender BG, Leung SB, Leung DY. Actigraphy assessment of sleep disturbance in patients with atopic dermatitis: an objective life quality measure. *J Allergy Clin Immunol* 2003; 111(3): 598–602.

Bender BG, Ballard R, Canono B, Murphy JR, Leung DY. Disease severity, scratching, and sleep quality in patients with atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2008; 58(3): 415–20.

Berne B, Vahlquist A, Fischer T, Danielson BG. UV treatment of uremic pruritus reduces the vitamin A content of the skin. *Eur J Clin Invest* 1984; 14: 203-206.

Bernhard JD. Itch and pruritus: what are they, and how should itches be classified? *Dermatol Ther* 2005; 18: 288-291.

Bonacini M. Pruritus in patients with chronic human immunodeficiency virus, hepatitis B and C virus infections. *Dig Liver Dis* 2000; 32: 621-625.

Boysan M, Güleç M, Beşiroğlu L. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2010; 11: 248-252.

Buyse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research* 1989; 28(2): 193-213.

Camkurt M. İşyeri Çalışma Sistemi ve İşyeri Fiziksel Faktörlerinin İş Kazaları Üzerindeki Etkisi. *TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi*. 2007; 20(6): 80-106.

Chida Y, Andrew S, Hirakawa N, Sudo N. The Effects of Psychological Intervention on Atopic Dermatitis A Systematic Review and Meta-Analysis *Int Arch. Allergy Immunol* 2007; 144: 1-9.

Çelikkbilek F. Hemodiyaliz Hastalarının Üremik Kaşıntı ile Başedebilmek İçin Kullandıkları Geleneksel Yöntemlerin Belirlenmesi. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S ATEŞ).

Çöçelli LP, Bacaksız BD, Ovayolu N. Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. Gaziantep Tıp Dergisi. 2008; 14: 53-58.

Desai NS, Poindexter GB, Monthrope YM, Bendeck SE, Swerlick RA, Chen SC. A pilot quality-of-life instrument for pruritus. J Am Acad Dermatol 2008; 59: 234-44.

Devrimci ÖH, Kudakçı N, Boyvat A. Psöriyazis Hastalarında İkincil Sosyal Anksiyete. Türk Psikiyatri Dergisi. 2000; 11: 121-126.

Diehn F, Tefferi A. Pruritus in polycythaemia vera: prevalence, laboratory correlates and management. Br J Haematol 2001; 115: 619-621.

Drewes AM, Svendsen L, Taagholt SJ, Bjerregard K, Nielsen KD, Hansen B. Sleep In Rheumatoid Arthritis: A Comparison With Healty Subjects and Studies of Sleep/Wake Interactions. British Journal of Rheumatology 1998; 37: 71-81.

Duo LJ. Electrical needle therapy of uremic pruritus. Nephron 1987; 47: 179-183.

Elston DM. Bites and stings. Dermatology. Ed. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. Edinburgh, Mosby, 2003; 1333-1349.

Eraslan Z. Egzersizin Uyku Bozukluğu Üzerindeki Etkisi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, 2001, Van (Danışman: Doç. Dr. B ADAK).

Ertekin Ş. Hastanede Yatan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 1998, Sivas (Danışman: Prof. Dr. O DOĞAN).

Ertekin Ş, Doğan O. Hastanede Yatan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Erzurum, 22-24 Haziran 1999; 222-227.

Ertürk İ. Kaşıntılı Dermatolozlarda Kaşıntının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2009, Edirne (Danışman: Doç. Dr. Ö ARICAN).

Gilchrest BA, Rowe JW, Brown RS, Steinman TI. Ultraviolet phototherapy of uremic pruritus. Long-term results and possible mechanism of action. *Ann Intern Med* 1979; 91: 17-21.

Greaves MW. Mediators of Pruritus. *Dermatology*. Ed. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. Edinburgh, Mosby, 2003; 85-93.

Greaves MW. Pathophysiology and clinical aspects of pruritus. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. Ed. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K. New York, McGraw Hill, 2003; 398-405.

Greaves MW. Pruritus. *Rook's Textbook of Dermatology*. Ed. Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. Oxford, Blackwell Science 2004; 16.1-16.15.

Greaves MW. Itch in systemic disease: therapeutic options. *Dermatol Ther* 2005; 18: 323-327.

Göktaş K, Özkan İ. Yaşlılarda Uyku Bozuklukları. *Türk Geriatri Dergisi*. 2006; 9(4): 226-233.

Guarneri C, Terranova M, Terranova G, Guarneri F. The future: critical knowledge about anti-itch therapy. *Dermatol Ther* 2005; 18:363-365.

Halvorsen JA, Dalgard F, Thoresen M, Thoresen M, Bjertness E, Lien L. Itch and mental distress: A cross sectional study among late adolescents. *Acta Derm Venereol* 2009; 89(1): 39-44.

Hercogova J. Topical anti-itch therapy. *Dermatol Ther* 2005; 18: 341-343.

Heyer G, Dotzer M, Diepgen TL, Handwerker HO. Opiate and H1 antagonist effects on histamine induced pruritus and alloknesis. *Pain* 1997; 73: 239-243.

Hofland H, Faber A, Loey N. Sleep disturbances in adults with burns: Course and risk factors. *Burns* 2007; 33:37-8.

Jean C, Yan D, Nakamura M, Sekhan S, Buhutani T, Berger T, Liao W. Frequency and Management of Sleep Disturbance in Adults with Atopic Dermatitis: A Systematic Review. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2017; 7: 349–364.

Kawakami T, Kimura S, Haga T, Doi R, Kyoya M, Nakagawa K, Soma Y. Health-related quality of life assessed by the effect of bepotastinebesilate in patients with pruritus: importance of emotions score in atopic dermatitis. *J Dermatol* 2012; 39: 527-30.

Kaynak D. İnsomni Yakınması Ardında Yatan Uyku Bozuklukları; Huzursuz Bacak Sendromu ve Uykuda Periyodik Hareket Bozukluğu (Derleme). *Nöropsikiyatrik Arşivi* 2007; 44: 95-100.

Kaynak H. Uyku Uyuyamamak mı, Uyanamamak mı? *Milliyet Yayınları* 2001; 53-54.

Klein PA, Clark RA. An evidence-based review of the efficacy of antihistamines in relieving pruritus in atopic dermatitis. *Arch Dermatol* 1999; 135: 1522-1525.

Krajnik M, Zyllicz Z. Understanding pruritus in systemic disease. *J Pain Symptom Manage* 2001; 21: 151-168.

Kretzmer GE, Gelkopf M, Kretzmer G, Melamed Y. Idiopathic pruritus in psychiatric inpatients: an explorative study. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30:544-8.

Krishnan A, Koo J. Psyche, opioids, and itch: therapeutic consequences. *Dermatol Ther* 2005; 18: 314-322.

Kuypers DR. Skin problems in chronic kidney disease. *Nat Clin Pract Nephrol* 5: 157-170, 2009.

Lee MR, Shumack S. Prurigo nodularis: a review. *Australas J Dermatol* 2005; 46: 211-218.

Lidstone V, Thorns A. Pruritus in cancer patients. *Cancer Treat Rev* 2001; 27: 305-312.

Lim HW, Vallurupalli S, Meola T, Soter NA. UVB phototherapy is an effective treatment for pruritus in patients infected with HIV. *J Am Acad Dermatol* 1997; 37: 414-417.

Masoodi Z, Ahmad I, Khurram F, Haq A. Changes in sleep architecture after burn injury: 'Waking up' to this unaddressed aspect of postburn rehabilitation in the developing world. *Can J Plast Surg* 2013; 21: 234-8.

Matterne U, Strassner T, Apfelbacher CJ, Diepgen TL, Weisshaar E. Measuring the prevalence of chronic itch in the general population: Development and validation of a questionnaire for use in large-scale studies. *Acta Derm Venereol* 2009; 89(3): 250-6.

Mazeh D, Melamed Y, Cholostoy A, Aharonovitch V, Weizman A, Yosipovitch G. Itching in psychiatric ward. *Acta Derm Venereol* 2008;88:128-31.

Meinking TL, Burkhart CN, Burkhart CG. Infestations. *Dermatology*. Ed. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. Edinburgh, Mosby, 2003; 1321-1332.

Mela M, Mancuso A, Burroughs AK. Review article: pruritus in cholestatic and other liver diseases. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17: 857-870.

Menage HD, Norris PG, Hawk JL, Graves MW. The efficacy of psoralen photochemotherapy in the treatment of aquagenic pruritus. *Br J Dermatol* 1993; 129: 163-165.

Metze D, Reimann S, Beissert S. Efficacy and safety of naltrexone, an oral opiate receptor antagonist, in the treatment of pruritus in internal and dermatological diseases. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41: 533-539.

Mistik S, Utaş S, Ferahbas A, Tokgoz B, Unsal G, Sahan H, Öztürk A, Utaş C. An epidemiology study of patients with uremic pruritus. *J Eur Acad Dermatol Venereo.* 2006; 120: 672-678.

Millikan LE. Pruritus: unapproved treatments or indications. Clin Dermatol 2000; 18: 149-152.

Narita I, Alchi B, Omori K. Etiology and prognostic significance of severe uremic pruritus in chronic hemodialysis patients. Kidney International 2006; 69: 1626-1632.

O'Donoghue M, Tharp MD. Antihistamines and their role as antipruritics. Dermatol Ther 2005; 18: 333-340.

Önder M, Maki S, Güner MA, Babacan A. TENS in the treatment of generalized pruritus. International meeting "Skin therapy Update 94" Creke, Greece 14-17, Oct 1994.

Özgen F. Uyku ve Uyku Bozuklukları. Psikiyatri Dünyası 2001; 5: 41-48.

Özkan S. Psikiyatrik Tıp Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. Roche Mustahzarları AŞ. 1993, İstanbul.

Pauli-Magnus C, Klumpp S, Alscher DM, Kuhlmann U. Short term efficacy of tacrolimus in severe uremic pruritus. Lancet 1996; 349: 1552-1554.

Pisoni RL, Wikström B, Elder SJ, Akizawa T, Asano Y, Keen ML, Saran R, Mendelssohn DC, Young EW, Port FK. Pruritus in haemodialysis patients: International results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). Nephrol Dial Transplant 2006; 21: 3495-3505.

Prommer E. Re: Pruritus in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage 2005; 30: 201-202.

Radmanesh M, Shafiei S. Underlying Psychopathologies of Psychogenic Pruritic Disorders. Dermatol Psychosom 2001;2:130-3.

Rees J, Murray CS. Itching for progress. Clin Exp Dermatol 2005; 30: 471-473.

Rishe E, Azarm A, Bergasa NV. Itch in primary biliary cirrhosis: a patients perspective. Acta Derm Venereol 2008; 88: 34-37.

Riward J, Lim HW. Ultraviolet phototherapy for pruritus. *Dermatol Ther* 2005; 18: 344-354.

Rodwell GEL, Berger TG. Pruritus and Cutaneous Inflammatory Conditions in HIV Disease. *Clin Dermatol* 2000; 18: 479-484.

Ro Y, Ha HC, Kim CG, Yeom HA. The effects of aromatherapy on pruritus in patients undergoing hemodialysis. *Dermatology Nursing* 2002; 14(4): 237-256.

Sanchez-Perez J, E. Dauden-Tello, A.M. Mora, N. Lara Surinyac. Impact of atopic dermatitis on health-related quality of life in Spanish children and adults: the PSEDA study. *Actas Dermosifiliogr* 2013; 104(1): 44–52.

Saxena AK. “Uremic pruritus”: a misnomer. *Hemodial Int* 2005; 9: 416-417.

Shiora T, Kano Y. Lichen planus and lichenoid dermatoses. *Dermatology*. Eds. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. Edinburg, Mosby, 2003; 174-198.

Silverberg JI, Garg NK, Paller AS, Fishbein AB, Zee PC. Sleep disturbances in adults with eczema are associated with impaired overall health: a US population-based study. *J Investig Dermatol* 2015; 135(1): 56–66.

Simpson EL, Bieber T, Eckert L, Wu R, Ardeleanu M, Graham NM, Pirozzi G, Mastey V. Patient burden of moderate to severe atopic dermatitis (AD): insights from a phase 2b clinical trial of dupilumab in adults. *J Am Acad Dermatol* 2016; 74(3): 491–8.

Sukan M, Maner F. Stres Yaratan Yaşam Olaylarının Vitiligo ve Kronik Ürtiker Hastalarına Etkisi. 10. Gazi Psikiyatri Günleri, 2006, Antalya.

Summey BT Jr, Yosipovitch G. Pharmacologic advances in the systemic treatment of itch. *Dermatol Ther* 2005; 18: 328-332.

Szepietowski JC, Salomon J. Uremic pruritus: stil an important clinical problem. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51: 842-843.



T-J Goon A, Yosipovitch G, Chan YH, Goh CL. Clinical characteristics of generalized idiopathic pruritus in patients from a tertiary referral center in Singapore. *Int J Dermatol* 2007; 46: 1023-6.

Treharne GJ, Lyons AC, Hale ED, Douglas KM, Goodchild CE, Booth DA, Kitas GD. Sleep disruption frequency in rheumatoid arthritis: Perceived stress predicts poor outcome over one year. *Musculoskeletal Care*. 2007; 5(1): 51-64.

Twycross R, Greaves MW, Handwerker H, Jones EA, Libretto SE, Szepietowski JC, Zyllicz Z. Itch: scratching more than the surface. *QJM* 2003; 96: 7-26.

Van OS-MH, Ros WJ, Eland-de KPC, Kennedy C. Effectiveness of the nursing programme 'Coping with itch': a randomized controlled study in adults with chronic pruritic skin disease. *Br J Dermatol* Jun 2007; 156(6): 1235-44.

Vardar S. Egzersiz ve Uyku İlişkisi Tam Olarak Biliniyor mu? *Genel Tıp Dergisi* 2005; 15(4): 173-177.

Ward JR, Bernhard JD. Willan's itch and other causes of pruritus in the elderly. *Int J Dermatol* 2005; 44: 267-273.

Weisshaar E, Kucenik MJ, Fleischer AB, Bernhard JD. Pruritus and dysesthesia. *Dermatology*. Ed. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. Edinburg, Mosby, 2003; 95-110.

Weisshaar E, Dalgard F. Epidemiology of itch: adding to the burden of skin morbidity. *Acta DermVenereol* 2009; 89: 339-50.

Williams HC. Clinical practice. Atopic dermatitis. *N Engl J Med* 2005; 352: 2314-2324.

Wise MG, Rundell JR. *Konsültasyon Psikiyatrisi*, (1. Basım), Compos Mentis Yayınları, 1997, Ankara.

Woodall TG, Kantor GR. Pruritus. *Curr Probl Dermatol* 2000; 6: 13-16.

Yolaç Yarpuz A, Demirci Saadet E, Erdi Şanlı E, Devrimci Özgüven H. Akne Vulgaris Hastalarında Sosyal Kaygı Düzeyi ve Bunun Klinik Değişkenler ile İlişkisi, Türk Psikiyatri Dergisi. 2008; 19: 29-37.

Yosipovitch G, Fleischer AB. Itch Associated with Skin Disease: Advances in Pathophysiology and Emerging Therapies. Am J Clin Dermatol 2003; 4: 617-622.

Yosipovitch G, Zucker I, Boner G, Gafter U, Shapira Y, David M. A questionnaire for the assessment of pruritus: validation in uremic patients. Acta Derm Venereol 2001; 81: 108-111.

Yosipovitch G. Pruritus. Curr Probl Dermatol 2003; 15: 143-164.

Yosipovitch G, Greaves MW, Schmelz M. Itch. Lancet 2003; 361: 690-694.

Yu SH, Attarian H, Zee P, Silverberg JI. Burden of sleep and fatigue in US adults with atopic dermatitis. Dermatitis 2016; 27(2): 50-8.

Yücel S. Üremik Pruritus Tedavisinde Endokannabinoid İçerikli Nemlendirici Kremlerin Etkinliği. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2014, Ankara (Danışman: Prof. Dr. A GÜLEÇ).

Zakrzewska-Pniewska B, Jedras M. Is pruritus in chronic uremic patients related to peripheral somatic and autonomic neuropathy? Study by R-R interval variation test (RRIV) and by sympathetic skin response (SSR). Neurophysiol Clin 2001; 31: 181-193.

Zirwas MJ, Seraly MP. Pruritus of unknown origin: a retrospective study. J Am Acad Dermatol 2001; 45: 892-6.

Zucker I, Yosipovitch G, David M, Gafter U, Boner G. Prevalence and characterization of uremic pruritus in patients undergoing haemodialysis: uremic pruritus is still a major problem for patients with end-stage renal disease. Journal of American Academy Dermatology 2003; 49: 842-846.

## 10. EKLER

### Ek-1. Kişisel Bilgi Formu

1)Yaşınız:.....

2)Cinsiyetiniz: 1.( ) Kadın 2. ( ) Erkek

3)Medeni Durum: 1.( ) Bekar 2. ( ) Evli 3. ( ) Eşi Ölmüş 4.( ) Eşinden Ayrılmış

5.( ) Ayrı Yaşıyor

4)Çocuk Sayısı:.....

5)Eğitim Yılı:.....yıl

6)Yaşadığınız yer: 1. ( ) İl 2. ( ) İlçe 3. ( ) Köy

7)Yaşadığınız Konut: 1. ( ) Kendi Evim 2. ( ) Kira 3. ( ) Lojman

8)Aile Tipi: 1.( ) Çekirdek Aile 2.( ) Geniş Aile 3. ( ) Parçalanmış Aile

9)Çalışma Durumu: 1.( ) Evet 2.( ) Hayır

10)Meslek: 1. ( ) Öğrenci 2. ( ) Memur 3.( ) İşçi 4.( ) Ev Hanımı 5.( ) Emekli

6.( ) Serbest Meslek

11)Gelir Durumu: 1.( ) Gelir giderden az 2.( ) Gelir gider dengeli 3.( ) Gelir giderden fazla

12)Tanınız:.....

13)Hastalığınızla ilgili çeşitli kaynaklardan araştırma yaptınız mı? 1.( ) Evet 2. ( ) Hayır

**14)Kendinizi umutsuz hissettiğiniz oldu mu?**

**1.( ) Hiçbir zaman 2. ( ) Bazen 3.( ) Çoğu zaman 4.( ) Her zaman**

**15)Kaşıntı yakınmanız var mı? 1.( ) Evet 2.( ) Hayır**

**16)Kaşıntı yakınmanız ne kadar süredir var?.....ay**

**17)Sürekli kullandığınız ilaç var mı? 1.( ) Evet 2.( ) Hayır**



## Ek-2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

### Açıklamalar

Aşağıdaki sorular, yalnızca geçen ayki mutad uyku alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?.....
2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?.....
3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız? .....
4. Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir) .....

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne kadar sıklıkla yaşadınız?

5a. 30 dakika içinde uykuya dalamadınız.

- Geçen ay boyunca hiç       Haftada bir veya iki kez  
 Haftada birden az       Haftada üç veya daha fazla

5b. Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız.

- Geçen ay boyunca hiç       Haftada bir veya iki kez  
 Haftada birden az       Haftada üç veya daha fazla

5c. Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız.

- Geçen ay boyunca hiç       Haftada bir veya iki kez  
 Haftada birden az       Haftada üç veya daha fazla

5d. Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz.

- Geçen ay boyunca hiç       Haftada bir veya iki kez

Haftada birden az  Haftada üç veya daha fazla

5e. Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız.

Geçen ay boyunca hiç  Haftada bir veya iki kez

Haftada birden az  Haftada üç veya daha fazla

5f. Aşırı derecede üşüdünüz.

Geçen ay boyunca hiç  Haftada bir veya iki kez

Haftada birden az  Haftada üç veya daha fazla

5g. Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz.

Geçen ay boyunca hiç  Haftada bir veya iki kez

Haftada birden az  Haftada üç veya daha fazla

5h. Kötü rüyalar gördünüz.

Geçen ay boyunca hiç  Haftada bir veya iki kez

Haftada birden az  Haftada üç veya daha fazla

5i. Ağrı duydunuz.

Geçen ay boyunca hiç  Haftada bir veya iki kez

Haftada birden az  Haftada üç veya daha fazla

Diğer neden(ler). Lütfen belirtiniz:

---

---

---

5j. Geçen ay bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

Geçen ay boyunca hiç  Haftada bir veya iki kez

Haftada birden az  Haftada üç veya daha fazla

6. Geçen ay, uyku kalitenizi tümüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

Çok iyi  Oldukça iyi  Oldukça kötü  Çok kötü

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

- Geçen ay boyunca hiç  Haftada bir veya iki kez  
 Haftada birden az  Haftada üç veya daha fazla

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

- Geçen ay boyunca hiç  Haftada bir veya iki kez  
 Haftada birden az  Haftada üç veya daha fazla

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 problem oluşturdu  Çok büyük bir problem oluşturdu

10. Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

- Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok  Partner aynı odada fakat aynı yatakta değil  
 Diğer odada bir yatak partneri veya  Partner aynı yatakta oda arkadaşı var

Eğer bir oda arkadaşınız veya yatak partneriniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun

11. Gürültülü horlama.

- Geçen ay boyunca hiç  Haftada bir veya iki kez  
 Haftada birden az  Haftada üç veya daha fazla

12. Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar.

- Geçen ay boyunca hiç  Haftada bir veya iki kez  
 Haftada birden az  Haftada üç veya daha fazla

13. Uyumken bacaklarda seğirme veya sıçrama.

- Geçen ay boyunca hiç  Haftada bir veya iki kez  
 Haftada birden az  Haftada üç veya daha fazla

14 Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık.

- Geçen ay boyunca hiç  Haftada bir veya iki kez  
 Haftada birden az  Haftada üç veya daha fazla

15. Uyumken olan diğer huzursuzluklarınız, lütfen belirtiniz.

- Geçen ay boyunca hiç  Haftada bir veya iki kez  
 Haftada birden az  Haftada üç veya daha fazla



### Ek-3. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi

1. Lütfen su andaki (örn., son 15 gün içinde) uykusuzluk probleminizin/problemlerinizin ŞİDDETİNİ değerlendiriniz.

	HİÇ	HAFİF	ORTA	ŞİDDETLİ	ÇOKŞİDDETLİ
a) Uykuya dalmakta güçlük:	0	1	2	3	4
b) Uykuyu sürdürmekte güçlük:	0	1	2	3	4
c) Çok erken uyanma problemi	0	1	2	3	4

2. Son zamanlardaki uyku düzeninizden ne kadar memnunsunuz/memnuniyetsizsiniz?

Çok Memnun	Memnun	Nötr	Memnun Değil	Hiç Memnun Değil
0	1	2	3	4

3. Uyku probleminizin gün içindeki işlevselliğinizi (örn., gün içinde tükenmişlik, işte/günlük uğraşlarda çalışma potansiyeli, konsantrasyon, hafıza, duygu durum, vb.) ne ölçüde engellediğini düşünüyorsunuz?

Kesinlikle engelleyici değil	Biraz engelleyici	Oldukça engelleyici	Çok engelleyici	Çok fazla engelleyici
0	1	2	3	4

4. Yaşam kalitenizin bozulması anlamında uyku probleminizin başkaları tarafından ne kadar fark edilebildiğini düşünüyorsunuz?

Kesinlikle fark edilemez	Biraz fark edilebilir	Oldukça fark edilebilir	Çok fark edilebilir	Çok fazla fark edilebilir
0	1	2	3	4

5. Son zamanlardaki uyku probleminiz sizi ne kadar endişelendiriyor/strese sokuyor?

Kesinlikle Endişelendirmiyor	Biraz Endişelendiriyor	Oldukça Endişelendiriyor	Çok Endişelendiriyor	Çok Fazla Endişelendiriyor
0	1	2	3	4

***Puanlama/Yorumlama Yönergesi:***

Yedi maddenin puanlarını toplayınız (1a+1b+1c+ 2+3+4+5) = \_\_\_\_\_

Toplam puan 0-28 arasında değişmektedir.

0-7 = Klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk

8-14 = Uykusuzluk (insomnia) alt eşiği

15-21 = Klinik uykusuzluk (insomnia) (Orta düzeyde şiddetli)

22-28 = Klinik uykusuzluk (insomnia) (Şiddetli)



## Ek-4. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İzin Yazısı



T.C.  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 28233352-302.14.01-  
Konu : Özge Dirgen'in tez konusu hk.

### SBE-HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüzün 01.06.2017 tarihli Yönetim Kurulu Toplantısında, Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 151346013 numaralı öğrencisi Özge DİRGEN'in Tez Konusunu, Etik Kurul Onayı alınması kaydı ile "Kaşıntı Yakınması Olan Dermatoloji Hastalarında Uyku Kalitesi" olarak belirlenmesine **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi.  
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

**e-imzalıdır**  
Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ  
Enstitü Müdürü


Adres:Tıp Fakültesi Dekanlığı Zemin Kat Uncubozköy Kampüsü Manisa  
Telefon:(0 236) 2360989 Faks:(0 236) 2382158  
E-Posta:saglik.sekreterlik@cbu.edu.tr Elektronik Ağ:saglikbe.cbu.edu.tr

Bilgi İçin: Ayşe Ertik  
Unvanı: Memur



## Ek-5. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu İzni

T.C.  
Manisa Celal Bayar Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu  
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	26 / 07 / 2017 / 20.478.486 -				
ARAŞTIRMANIN ADI	Kaşıntı Yakınması Olan Dermatoloji Hastalarında Uyku Kalitesi				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Sevgi Nehir TÜRKMEN - MCBÜ SBF - Hemşirelik- Ruh Sağ. Ve Hastalıkları Hemşireliği AD				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi, Özge DİRGEN				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	08 / 06 / 2017 / Tarih ve 24432 sayılı; araştırma dosyası				
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan <b>UYGUN</b> olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir				
Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile ilişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı /Adı /Soyadı	Araştırma ile ilişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Serdar TOK Spor Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Ayşen TÜREDİ YILDIRIM Çocuk Hematolojisi BD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ İç Hastalıkları Hemşireliği AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İhsan AVCI Sivil Üye	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme – Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p> <p style="text-align: right;"> Prof. Dr. Zeki ARI Başkan</p>					

## Ek-6. Özel Salihli Hastanesi İzni



Tarih: 12/05/2017  
Sayı: 410

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
HEMŞİRELİK SAĞLIK YÜKSEK OKULU MÜDÜRLÜĞÜNE  
MANİSA

Konu: Özge DİRGEN TC:50830456348 hakkında.

Okulunuz Yüksek Lisans Psikiyatri Bölümü Tez Dönemi Öğrenciniz Özge DİRGEN' in TC:50830456348 Hastanemizde Cildiye Polikliniğine müracaat eden hastalara hasta rızası ile anket uygulaması uygundur.

ÖZEL SALIHLI HASTANESİ  
Op.Dr.Hakan DURAN  
Mesul Müdür



## **Ek-7. Gönüllü Onam Formu**

**CALIŞMANIN ADI :** Kaşıntı Yakınması Olan Dermatoloji Hastalarında Uyku Kalitesi

*Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.*

### **CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :**

Sağlıklı bir cilt, bireyin ruh ve beden sağlığı açısından oldukça önemlidir. Dermatolojik hastalıklar deride meydana gelen lezyonlar ve şekil değişiklikleri nedeniyle bireyin benlik saygısında, beden imajında ve sosyal yaşamında olumsuz etkilere neden olurlar. Dolayısıyla dermatolojik hastalıklar psikiyatri ile işbirliği içinde ele alınması gereken hastalıklardır. Dermatolojik hastalıklarda ruhsal çatışmaların hastalık belirtilerini şiddetlendirdiğine ilişkin görüşler vardır. Tedavi sürecinde hastaların duygularını ifade etmelerinin sağlanması, gereksinimi olan hastalara psikoterapi desteğinin verilmesi ve hastalardaki ruhsal çatışmaların çözümlenmesi dermatolojik hastalıkların tedavisini olumlu yönde etkileyecektir. Bu araştırma kaşıntı yakınması olan dermatoloji hastalarının uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

### **CALIşMA İşLEMLERİ:**

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Araştırma 4 anketten oluşmaktadır. 15- 20 dakika vaktinizi alacaktır.

### **CALIşMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?**

Araştırma sonucu elde edilen veriler literatüre yeni veri kaynağı olarak geçecek ve bundan sonra yapılacak olan çalışmalarda yol gösterici olacağı dşnlmektedir.

### **GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İşLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?**

Bu alışma, çalışmaya katılanlar açısından herhangi bir zararı yoktur. Sadece anketleri doldurmanız 15-20 dakika zaman harcamanıza neden olacaktır.

### **KİşİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptiriniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırmanın hiçbir kısmında kimlik bilgileriniz kullanılmayacaktır. Bu araştırmayı okuyacak olan birinin bilgilerin size ait olduğunu anlaması mümkün değildir. Araştırma esnasında doldurduğunuz lcekler, araştırmacının zge Dirgen' in kendisi tarafından saklanacaktır.

## **SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :**

1. Özge DİRGEN

E mail: [ozge1-92@hotmail.com](mailto:ozge1-92@hotmail.com) Tel: 0 546 415 47 00

### **Çalışmaya Katılma Onayı**

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık<sup>1</sup> Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı<sup>2</sup> Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi



## Ek-8. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI) İzin Yazısı

**Gönderen:** MEHMET YÜCEL AĞARGÜN <[myagargun@medipol.edu.tr](mailto:myagargun@medipol.edu.tr)>

**Gönderildi:** 3 Mayıs 2017 Çarşamba 11:14

**Kime:** Özge Dirgen

**Konu:** Re: ÖLÇEK İZİNİ HAKKINDA

Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Selamlar

2 Mayıs 2017 19:16 tarihinde Özge Dirgen <[ozge1-92@hotmail.com](mailto:ozge1-92@hotmail.com)> yazdı:

Hocam Merhaba

İsmim ÖZGE DIRGEN. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Fakültesinde Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans yapmaktayım. " Kaşıntı Yakınması Olan Dermatoloji Hastalarında Uyku Kalitesi " isimli tez çalışmamda Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ölçeğinizi kullanabilir miyim?

## 11. ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	Özge	<b>Soyadı</b>	DİRGEN
<b>Doğum Yeri</b>	Salihli	<b>Doğum Tarihi</b>	1992
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>Tel</b>	0546 415 47 00
<b>E-mail</b>	<a href="mailto:ozge1-92@hotmail.com">ozge1-92@hotmail.com</a>		

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Lisans</b>	Manisa Celal Bayar Üniversitesi SYO	2015
<b>Lise</b>	Salihli Sekine Evren Anadolu Lisesi	2010

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl - Yıl)</b>
Acil Hemşiresi	Selendi Devlet Hastanesi	2017 – halen

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Okuduğunu Anlama</b>	<b>Konuşma</b>	<b>Yazma</b>					
İngilizce	Orta	Orta	Orta					
<b>Yabancı Dil Sınav Notu</b>								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
55								

	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit Ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
<b>ALES Puanı</b>	78,94	79,59	70,36

### Bilgisayar Bilgisi

<b>Program</b>	<b>Kullanma becerisi</b>
Microsoft Office (Word, Excel...)	İyi

T.C.  
**MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU**

**Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim  
Dalı Başkanlığı'na**

Tez Adı "**Kaşıntı Yakınması Olan Dermatoloji Hastalarında Uyku Kalitesi**"

Tezime ilişkin 20/02/2018 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 20'tür.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza  
**21.02.2018**



**Adı Soyadı** : ÖZGE DİRGEN  
**Öğrenci No** : 151346013  
**Anabilim Dalı** : HEMŞİRELİK  
**Programı** : HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS

**DANIŞMAN ONAYI**

UYGUNDUR.

**Yrd.Doç.Dr. Sevgi TÜRKMEN**



**Açıklamalar**

- 1-Tez Çalışması Orjinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.
- 2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)
- 3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.  
Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (documenttitle) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author'sfirst name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author'slast name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- 5-**İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir;** aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süre gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelerle sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu" formuna işlenir.
- 7- **Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.**
- 8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir İntihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.
- 9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>