

**T.C.**  
**YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ-KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**ORTAK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**  
**(İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)**

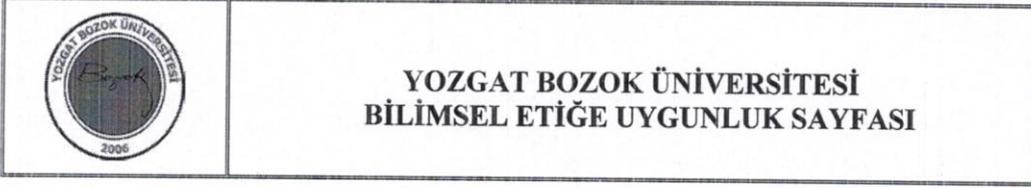
**DERMATOLOJİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN KRONİK KAŞINTILI  
HASTALARDA STRES DÜZEYİ VE STRESLE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Sema YABACI**

**TEZ YÖNETİCİSİ**  
**Dr. Öğr. Üyesi Dilek EFE ARSLAN**

**YOZGAT-2019**



**T.C.**  
**YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

**İmza**  
**Sema YABACI.....**  
*Sema*



**YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ  
YÖNERGE UYGUNLUK SAYFASI**

**T.C.  
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

“Dermatoloji Polikliniklerine Başvuran Kronik Kaşıntılı Hastalarda Stres Düzeyi ve Stresle Baş Etme Yöntemleri” adlı Hemşirelik Ana Bilim Dalı yüksek lisans tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi 'ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

*Sema YABACI*

İmza

Danışman

*Dr. Öğr. Ayşe Dilek EFE ARSLAN*

İmza

*Prof. Dr. Sevinç POLAT*

Hemşirelik A. D. Başkanı

Ana Bilim Dalı Başkanı

İmza

	<b>YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ</b> <b>TEZ ONAY FORMU</b>
---	---

T.C.

**YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Enstitümüzün Hemşirelik Ana Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 90110114011 öğrenci numaralı öğrencisi Sema YABACI'nın hazırladığı "Dermatoloji Polikliniklerine Başvuran Kronik Kaşıntılı Hastalarda Stres Düzeyi ve Stresle Baş Etme Yöntemleri" başlıklı tezi ile ilgili tez savunma sınavı, Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri gereğince 25/02/2019 tarihinde (saat: 13:00) yapılmış, tezin onayına oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.

**Başkan** : Doç.Dr. Sevinç KUTLUÖZKAN 

**Jüri Üyesi (Danışman)** : Dr. Öğr. Üyesi Dilek EFE ARSLAN 

**Jüri Üyesi** : Doç. Dr. Naven Kelle Akca 

**ONAY:**

Bu tezin kabulü, Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../..... tarih ve ..... sayılı Enstitü Yönetim Kurulu Kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Prof.Dr. Yalçın ARAL  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## ÖZET

### YÜKSEK LİSANS TEZİ

#### DERMATOLOJİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN KRONİK KAŞINTILI HASTALARDA STRES DÜZEYİ VE STRESLE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ

**Sema YABACI**

Bu araştırma, kronik kaşıntısı olan bireylerin yaşadıkları stres düzeyi ve stresle baş etme yöntemlerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma, 22.02.2016-15.07.2016 tarihleri arasında Yozgat Bozok Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Yozgat Devlet Hastanesi ve Sorgun Devlet Hastanesi'nde yer alan dermatoloji polikliniklerine kaşıntı şikayeti ile başvuran hastalarla gerçekleştirilmiştir (n:125). Veriler hasta tanıtım formu, Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ), Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) ile elde edilmiştir. Verilerin analizinde bağımsız gruplarda t testi, One-way Anova Analizi, Kruskal-Wallis Analizi ve Pearson Korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Araştırmada, hastaların ASÖ puan ortalaması  $29.71 \pm 7.22$  olup orta derecede stres yaşadıkları, kadınların erkeklere göre ASÖ puanlarının yüksek olduğu ve ASÖ puanı arttıkça boyun eğici yaklaşım puanı da artmaktadır ( $p < 0.05$ ). Ayrıca, ASÖ puanı şiddetli (7 ve üzeri) kaşıntı yaşayanlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). SBÇTÖ alt boyutlarında; erkeklerin kendine güvenli yaklaşım puanlarının kadınlara göre yüksek olduğu, kadınların ise boyun eğici yaklaşım puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Sürekli kaşıntı yaşayan bireylerin iyimser yaklaşım puanı anlamlı olarak daha yüksektir ( $p < 0.05$ ). Akşam saatlerinde kaşıntı yaşayan hastaların sosyal destek arama puanı diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ) Hastalık süresi arttıkça sosyal destek arama puanı azalmaktadır ( $p < 0.05$ ).

Sonuç olarak; kaşıntı şikayeti ile dermatoloji polikliniklerine başvuran hastaların algılan stres düzeyinin "orta derece" ve stresle baş etmede pasif baş etme yöntemlerini kullandıkları belirlenmiştir. Kadın hastaların algıladıkları stresin erkeklere göre daha yüksek olduğu, stresle başa çıkma tarzı olarak duygulara yönelik/pasif tarzı kullandıkları, erkeklerin ise probleme yönelik/aktif tarzı kullandıkları görülmüştür.

Kaşıntının süresi, şiddeti ve şekli, kaşıntının yoğun yaşandığı zaman ve kaşıntı için kullanılan ilaç ile stres algısı ve stresle başa çıkma tarzları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmış olup, risk grubunda olan hastalara stresle baş etmede aktif tarzların benimsenmesi için eğitimlerin ve danışmanlıkların verilmesi önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Kaşıntı, Stres, Stresle Başa Çıkma, Hemşirelik



**ABSTRACT****MASTER'S THESIS****STRESS LEVELS AND COPING METHODS WITH STRESS IN PATIENTS  
WITH CHRONIC ITCHING APPLIED TO DERMATOLOGY OUTPATIENT  
CLINICS****Sema YABACI**

This study was conducted descriptively to evaluate the stress levels and coping methods with stress in patients with chronic itching problem who applied to dermatology outpatient clinics.

The study was carried out with patients who applied to dermatology outpatient clinics at Yozgat Bozok University Research and Application Hospital, Yozgat State Hospital and Sorgun State Hospital with chronic itching complaint between the dates of 22.02.2016-15.07.2016 (n: 125). Data were collected with Patient Introductory Form, Visual Analogue Scale (VAS), Perceived Stress Scale (PSS) and Styles of Coping with Stress Scale (SCSS). Independent samples t test, One Way ANOVA, Kruskal-Wallis Analysis and Pearson Correlation coefficient were used for statistical data analysis.

Mean PSS score of the patients was  $29.71 \pm 7.22$ , while it was found that patients lived moderate level of stress, mean PSS score of females was higher than of males and the submissive approach score increased as the PSS score increased ( $p < 0.05$ ). Also it was found that PSS score was high in patients living severe itching ( $\geq 7$  points) ( $p < 0.05$ ). In the sub-dimensions of SCSS, it was determined that males had higher score of safe approach to himself compared to female patients, while females had higher score of submissive approach than males ( $p < 0.05$ ). Score of PSS was found to be higher in patients living severe itching ( $\geq 7$  points) ( $p < 0.05$ ). Patients who were constantly itching had higher score of optimistic approach ( $p < 0.05$ ). Patients who had evening itching had higher score of social support search compared to the other groups ( $p < 0.05$ ). It was determined that as the PSS score increased, submissive approach score also increased ( $p < 0.05$ ) and as the duration of the disease increased, social support search score decreased ( $p < 0.05$ ).

Consequently, the stress level of patients with chronic itching problem who applied to dermatology outpatient clinics was determined to be “moderate” and they used passive coping methods in coping with stress. It was determined that female patients perceived much more stress than males and used emotional/passive coping strategies while males used problem-related/active methods for coping with stress. There was a significant relation between stress perception and coping ways with the duration, severity and type of itching, the time when itching was most lived intense, medicine for itching while counselling and giving education may be recommended for the adoption of active styles in dealing with stress to the patients at risk.

**Keywords:** Itching, Stress, Coping with Stress, Nursing

## İÇİNDEKİLER DİZİNİ

<b>BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BELGESİ.....</b>	<b>i</b>
<b>YÖNERGEYE UYGUNLUK BELGESİ .....</b>	<b>ii</b>
<b>TEZ ONAY FORMU .....</b>	<b>iii</b>
<b>ÖZET .....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>vi</b>
<b>İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....</b>	<b>viii</b>
<b>TABLO VE ŞEKİLLER DİZİNİ.....</b>	<b>xi</b>
<b>KISALTMALAR DİZİNİ.....</b>	<b>xii</b>
<b>TEŞEKKÜR.....</b>	<b>xiii</b>
<b>1. GİRİŞ ve AMAÇ.....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>3</b>
<b>2.1. Kronik Kaşıntı .....</b>	<b>3</b>
<b>2.1.1.Tanım ve epidemiyoloji.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1.2. Etiyoloji .....</b>	<b>3</b>
<b>2.1.3.Kaşıntının nörofizyoloji .....</b>	<b>4</b>
<b>2.1.4. Kaşıntı mediatörleri .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1.5. Kaşıntı tipleri .....</b>	<b>6</b>
<b>2.1.6. Kaşıntının olumsuz etkileri.....</b>	<b>8</b>
<b>2.1.7. Kaşıntıyı arttıran faktörler.....</b>	<b>8</b>
<b>2.2. Stres .....</b>	<b>9</b>
<b>2.2.1. Strese karşı oluşan fizyolojik cevap .....</b>	<b>10</b>
<b>2.2.2. Lokal adaptasyon sendromu .....</b>	<b>10</b>
<b>2.2.3. Genel adaptasyon sendromu .....</b>	<b>11</b>
<b>2.2.4. Beynin stres uyaranlarını yorumlaması .....</b>	<b>12</b>
<b>2.3. Deri ve Yapısı.....</b>	<b>12</b>
<b>2.4. Stres ve Deri .....</b>	<b>13</b>
<b>2.5. Kaşıntıda Tedavi ve Hemşirelik Bakımı.....</b>	<b>18</b>
<b>2.5.1. Tedavi .....</b>	<b>18</b>
<b>2.5.2. Hemşirelik bakımı .....</b>	<b>20</b>
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM .....</b>	<b>23</b>

<b>3.1. Araştırmanın Türü</b> .....	23
<b>3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı</b> .....	23
<b>3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem</b> .....	23
<b>3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri</b> .....	24
<b>3.5. Veri Toplama Araçları</b> .....	24
<b>3.5.1. Hasta tanıtım formu</b> .....	24
<b>3.5.2. Görsel kıyaslama ölçeği (GKÖ)</b> .....	24
<b>3.5.3. Algılanan stres ölçeği-14 (ASÖ-14)</b> .....	25
<b>3.5.4. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği (SBÇTÖ)</b> .....	25
<b>3.5.5. Ön uygulama</b> .....	26
<b>3.5.6. Formların uygulanması</b> .....	26
<b>3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri</b> .....	27
<b>3.7. İstatistiksel Değerlendirme</b> .....	27
<b>3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenabilirliği</b> .....	27
<b>4. BULGULAR</b> .....	<b>28</b>
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	<b>46</b>
<b>5.1. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) Puanlarının Dağılımına Ait Bulguların Tartışılması</b> .....	46
<b>5.2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) Alt Boyut Puanlarının Dağılımına Ait Bulguların Tartışılması</b> .....	47
<b>5.3. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) ile Bazı Özelliklerin Korelasyon Puanlarının Dağılımına Ait Bulguların Tartışılması</b> .....	50
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER</b> .....	<b>51</b>
<b>7. KAYNAKÇA</b> .....	<b>53</b>
<b>8. EKLER</b> .....	<b>62</b>
<b>Ek -1: Hasta Bilgi Formu</b> .....	62
<b>Ek-2: Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)</b> .....	64
<b>Ek-3: Algılanan Stres Ölçeği-14 (ASÖ-14)</b> .....	65
<b>Ek-4: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)</b> .....	66
<b>Ek-5: Etik Kurul İzni</b> .....	68
<b>Ek-6: Kurum İzinleri</b> .....	69
<b>Ek-7: Hasta Bilgi ve Gönüllülük Formu</b> .....	73

9. ÖZGEÇMİŞ ..... 74



## TABLO VE ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Tablo No</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 4.1.</b> Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=125).....	28
<b>Tablo 4.2.</b> Hastaların kaşıntı özelliklerinin dağılımı (n=125).....	30
<b>Tablo 4.3.</b> Hastaların algılanan stres ölçeği ve stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı.....	32
<b>Tablo 4.4.</b> Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre algılanan stres ölçeği ve stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=125).....	34
<b>Tablo 4.5.</b> Hastaların kaşıntı özelliklerine göre algılanan stres ölçeği ve stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları puan dağılımı (n=125).....	37
<b>Tablo 4.6.</b> Hastaların algılan stres ölçeği ile stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları korelasyon matrisi (n=125).....	42
<b>Tablo 4.7.</b> Hastaların algılan stres ölçeği ve stresle başa çıkma tarzları ile bazı özelliklerinin korelasyon matrisi (n=125).....	44
<b>Şekil No</b>	
<b>Şekil 1.</b> Stresin deri üzerine etkisi.....	17
<b>Şekil 2.</b> Kaşıntısı olan hastaya verilecek eğitim konuları.....	22

**KISALTMALAR DİZİNİ**

<b>ACTH</b>	: Adrenokortikotropik Hormon
<b>ASÖ</b>	: Algılanan Stres Ölçeği
<b>AVP</b>	: Arginin Vazopressin
<b>BEY</b>	: Boyun Eğici Yaklaşım
<b>CGRP</b>	: Kalsitonin Genle İlgili Peptid
<b>CRF</b>	: Kortikotropin Salgılatıcı Faktör
<b>ÇY</b>	: Çaresiz Yaklaşım
<b>GKÖ</b>	: Görsel Kıyaslama Ölçeği
<b>GRPR</b>	: Gastrin Salıcı Peptid Reseptörü
<b>HPA</b>	: Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal
<b>HVN</b>	: Hipotalamus Paraventiküler Nükleus
<b>İY</b>	: İyimser Yaklaşım
<b>KGY</b>	: Kendine Güvenli Yaklaşım
<b>NGF</b>	: Nöron groft faktör
<b>NPY</b>	: Nöropeptid Y
<b>SBÇTÖ</b>	: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
<b>SDA</b>	: Sosyal Destek Arama
<b>SP</b>	: P Maddesi
<b>SSRI</b>	: Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
<b>VIP</b>	: Vazoaktif İntestinal Peptid

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince; desteği, iyi niyeti ve sabrıyla bana yol gösterip örnek olan, bilgi ve deneyimlerini paylaşan, her zaman çalışmaya teşvik edici ve sabırlı yaklaşımlarından dolayı değerli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Dilek EFE ARSLAN'a, tez çalışmamın ortaya çıkmasında büyük emeği olan Sayın Doç. Dr. Nazan KILIÇ AKÇA'ya, lisans eğitimimden beri beni destekleyen ve yol gösterip örnek olan değerli hocam Öğr. Gör. Saadet Lale TARIM 'a, tezimin istatistik çalışmalarını yapan Öğr. Gör. Emre KUYUCU'ya, tezim için İngilizce çevirilerinde bana yardımcı olan değerli arkadaşım Melike Divriklioğlu'na, tezimin anket çalışmaları sırasında yardımcı olan Bozok Üniversite Hastanesi, Yozgat ve Sorgun Devlet Hastanesi dermatoloji doktorları ve tüm personellerine, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen değerli arkadaşlarım Şura ve Nurgül'e ve tüm hayatım boyunca beni destekleyen, her zaman yanımda olan, sevincimi, hüznümü paylaşan sıkıntılarımızı birlikte aştığımız canım aileme sonsuz saygı, sevgi ve şükranlarımı sunuyorum.

Sema YABACI

Yozgat, 2019

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kaşıntı, deride kaşıma hissi uyandıran, hoş olmayan, genellikle tam lokalize edilemeyen, bireyi oldukça rahatsız eden ve yaşam kalitesini bozan subjektif bir his olarak tanımlanabilmektedir (Kılıç Akça ve Taşçı, 2012; Önder, 2008; Steinhoff vd., 2006; Şenol, 2011). Dermatoloji polikliniklerine başvuran hastalarda en sık rastlanan yakınma olan kaşıntı; sadece dermatolojik hastalıklarda değil bazı kronik hastalıkların seyrinde görülebilir. Farklı etiyolojik sorunlar nedeniyle ortaya çıkan kaşıntı bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarını olumsuz yönde etkilemektedir. (Alpsoy, 2013; Arıcan, 2005; Karadakovan, 2014; Kılıç Akça ve Taşçı, 2012). İnsanların çoğunun hayatlarının bir döneminde kaşıntı sorununu yaşadığı tahmin edilmekle birlikte gerçek sıklığı bilinmemektedir. Matterne ve arkadaşlarının Almanya’da yaptıkları kesitsel çalışmada (2011), 12 aylık kronik kaşıntı prevalansı %16.4, yaşam boyu prevalansı ise, %22.0 olarak bulunmuştur (Matterne vd., 2011). Ülkemizde ise, 4099 yaşlı hasta arasında yapılan bir çalışmada (2006), kaşıntı prevalansı %11.5 oranıyla en yaygın deri hastalığı olarak tanımlanmıştır (Yalçın vd., 2006).

Kaşıntı bir hastalık değil bir semptomdur. Ancak kaşıntı potansiyel olarak zararlı ajanı ortadan kaldırmaya yönelik olduğunda fizyolojik, deri hastalığı, kronik hastalık, ilaçlar veya ruhsal nedenlere bağlı ise patolojik bir semptomdur. Akut kaşıntı; başlangıçta koruyucu bir işleve sahip olsa da ilerleyip kronik bir durum dönüştüğünde bireylerde özel tedaviler gerektirmekle birlikte aşırı rahatsızlık ve sıkıntı hissine yol açmaktadır. Kronik kaşıntı ise, 6 hafta ve/veya daha uzun süren, kişisel ve sosyal hayatı olumsuz yönde etkileyen ve kaşıntı tedavisinden fayda sağlanamayan ya da geçici bir fayda sağlanan kaşıntı şeklidir (Altunay ve Köşlü, 2008; Callahan ve Lio, 2012; Şenol, 2011; Weisshaar vd., 2012). Kaşıntının neden olduğu sorunlar, kaşıntı-kaşınma-kaşıntı kısır döngüsü, uyku sorunları, ruh hali değişimi, stres ve depresyondur (Medendorp, Ros, Kok, Kennedy, Thio, 2007).

Stres, kronik kaşıntının başlamasında ve şiddetlenmesinde önemli bir etken olarak ortaya çıkmaktadır. Stres, deri fizyolojisi ve patolojisini etkilemektedir. (Aydemir, 2005; Türsen, 2011). Algılanan stresin sinir, endokrin ve bağışıklık sistemi arasında kurulan dinamik dengeyi değiştirdiği bilinmektedir. Ancak, stres kaynaklı kaşıntının patofizyolojisi henüz net olarak açıklanamamıştır. (Kim ve Yosipovitch,

2013). Grandgeorge ve Misery, 2015 yılında yaptıkları çalışmada atopik dermatitli hastalarda (%81) duygusal stresin kaşıntıyı ağırlaştırdığını bulmuştur (Grandgeorge ve Misery, 2015). Dalgard ve arkadaşları, Oslo'daki bireyler arasındaki toplum temelli yaptıkları bir çalışmada, olumsuz yaşam olayları, ruhsal sıkıntı ile kaşıntı arasında bir ilişki olduğunu saptanmıştır. Ancak, bu çalışmada stresin tetikleyici bir faktör mü ya da kaşıntı sonucu oluşup oluşmadığı açıklanmamıştır (Dalgard, Svensson ve Sundby, 2005). Literatürde, depresyon ile kaşıntı arasındaki ilişki ve dermatozlu hastaların %25-50'sinde depresif belirtiler olduğu belirtilmektedir (Medendorp vd., 2007). Kaşıntı, tek başına tehlikeli olmasa bile şiddetine bağlı olarak hastada fiziksel ve zihinsel yorgunluğa, uykusuzluğa, sosyal izolasyona, öfke-anksiyete-depresyona ve benlik saygısında, öz bakım gücünde ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (Akça ve Taşçı, 2012; Alpsoy, 2013; Tey, Wallengren ve Yosipovitch, 2013).

Kaşıntı tedavisi, standart olmamakla birlikte semptomun yönetimi konusunda çok boyutlu ele alınması gereken bir durumdur. Hastaların günlük yaşamlarında pek çok sorun yaşamasına neden olan kaşıntının yönetiminde multidisipliner bir yaklaşım gereklidir (Akça ve Taşçı, 2012; Medendorp vd., 2007). Hemşirelik müdahalelerinin amacı, kaşıntı ve kaşıntı nedeniyle ortaya çıkan sorunları hafifletmeye çalışmaktır. Bu müdahaleler, günlük cilt bakımı, tetikleyici faktörleri tanıma ve öğrenme, hasta eğitimi ve bilişsel davranışsal müdahaleleri içermektedir (Medendorp vd., 2007). Hemşire kaşıntısı olan hastanın yaşadığı stresi ve bu stresle baş etme düzeyini değerlendirmelidir. Yaşanılan stresin kontrol altına alınması ile hastanın kaşıntı ile baş etmesi de kolaylaştırmaktadır. Yapılan literatür taramasında Türkiye'de kaşıntılı hastaların yaşadığı stres ve bu stresle nasıl başa çıktıkları hakkında bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda araştırmamız kaşıntılı hastaların stres düzeylerinin belirlenmesini, kaşıntısı olan hastaların aktif ve pasif baş etme yöntemlerini ve bunları etkileyen faktörlerin tanımlanmasını sağlayarak literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu araştırma, kronik kaşıntısı olan bireylerin yaşadıkları stres düzeyi ve stresle baş etme yöntemlerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kronik Kaşıntı

Dermatoloji polikliniklerine başvuran hastalarda en sık görülen semptom olan kaşıntı, dermatolojik hastalıkların yanı sıra kronik hastalıklarda da görülen önemli semptomlardan biridir. Kaşıntı biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan ve altında farklı etiyojilerin bulunduğu çok boyutlu bir semptomdur (Akça ve Taşçı, 2014; 2012; Alpsoy, 2013; Arıcan, 2005; Steinhoff vd., 2006).

#### 2.1.1. Tanım ve epidemiyoloji

Kaşıntı; deride kaşıma hissi uyandıran, hoş olmayan subjektif bir his olarak tanımlanabilir (Akça ve Taşçı, 2012; Önder, 2008; Steinhoff vd., 2006). Kronik kaşıntının prevalansı ile ilgili çalışmalar oldukça sınırlıdır (Weisshaar vd., 2012). Matteredne ve arkadaşlarının Almanya'da yaptıkları kesitsel çalışmada 12 aylık kronik kaşıntı prevalansı %16.4, yaşam boyu prevalansı ise %22.0 olarak tespit edilmiştir (Matteredne vd., 2011). Yaşla birlikte kaşıntının görülme oranı da artmakta ancak bu konuda yapılan epidemiyolojik çalışmalar yetersizdir. Yaşlıların yaklaşık %60'ının her hafta hafif derecede kaşıntılar yaşadığı belirtilmiştir (Weisshaar vd., 2012). Tayland'da yapılan başka bir çalışmada da yaşlılar arasında en yaygın (%41) deri şikayetinin kaşıntı olduğu belirlenmiştir (Thaipisuttikul, 1998). Ülkemizde 4099 yaşlı hasta arasında kaşıntı prevalansı %11.5 oranıyla en yaygın deri hastalığı olarak tanımlanmış ve kadınlarda görülme sıklığı (%12.0) erkeklere oranla (%11.2) daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde 85 yaş ve üzeri hastalarda prevalansın daha yüksek olduğu ve kış aylarında kaşıntı görülme sıklığının arttığı belirtilmektedir (Yalçın vd., 2006). Beyaz ırkta kaşıntı görülme oranı Asyalılara göre daha düşüktür (Yosipovitch ve Bernhard, 2013).

#### 2.1.2. Etiyoloji

Vücut dışından herhangi bir uyarana karşı tepki olarak oluşabileceği gibi akut ve kronik hastalıklarda vücut içinde oluşan çeşitli kimyasal uyarılara karşıda kronik kaşıntı oluşabilir. Akut kaşıntı ağrı gibi koruyucu bir refleks yanıt olmasına karşın, kronik kaşıntı oldukça rahatsız edici bir semptomdur. Dermatolojik nedenlerden dolayı

kaşıntı oluşabileceği gibi bazı kronik hastalıklar ve psikiyatrik bozukluklar da kaşıntı oluşumuna neden olabilmektedir (Akça ve Taşçı, 2012; Arıcan, 2004). Kronik kaşıntı oluşma nedenlerine göre genel olarak dört grupta kategorize edilmektedir (Önder, 2008; Yosipovitch ve Bernhard, 2013).

### 2.1.2.1.Kronik kaşıntı nedenleri

**Dermatolojik nedenler:** Atopik egzama, psörazis, kserozis, uyuz, kontak dermatit, böcek ısırığı ve liken planus,

### Dermatolojik olmayan nedenler

**Sistemik Nedenler:** Kronik böbrek hastalığı, kolestazis, hodgkin's lenfoma, polisitemi vera, HIV enfeksiyonu, hipertroidizm,

**Nöropatik Nedenler:** Brakioradyal kaşıntı, postherpetik kaşıntı,

**Psikolojik Nedenler:** Obsesif kompulsif bozukluk, delüzyonel parasitoz, madde bağımlılığı (Yosipovitch ve Bernhard, 2013)' dir.

### 2.1.3.Kaşıntının nörofizyoloji

Ortaya çıkmasında birçok faktörün etkisi olan kaşıntının nörofizyolojik mekanizması farklı teorilerle açıklanmaya çalışılmıştır. Kaşıntı ve ağrının yakın ilişkili olması farklı teorilerin ortaya atılmasına neden olmuştur. Ancak yapılan çalışmalarla kaşıntıyı kodlayan ayrı bir nöronal sistem olduğunu göstermektedir. (Çalka ve Karadağ, 2011; Erturan ve Akkaya, 2004; Önder, 2008; Steinhoff vd., 2006).

Kaşıntı hissi epidermide ve dermal-epidermal bileşke noktalarındaki özel sinir hücrelerinin aktivitesi sonucu ortaya çıkar. Kaşıntı nosiseptif C nöronlarının özel bir alt kümesi tarafından beyne iletilir. Bu C lifleri derideki C liflerinin %20'sini oluşturmakla birlikte miyelinsiz ve yavaş iletim hızına sahiptirler. Polimodal nosiseptör olarak da adlandırılan bu lifler sadece deri, kornea ve mukozada bulunduğu için diğer dokularda kaşıntı hissedilmemektedir. Ayrıca bu lifler; geniş innervasyon alanı, mekaniksel yanıtızlık ve yüksek transkutanöz (deri geçişli) elektriksel eşik değeri ile karakterizedir. (Çalka ve Karadağ, 2011; Ertürk, 2009; Kılıç Akça, 2011; Mollanazar, Smith ve Yosipovitch, 2015; Steinhoff vd., 2006). Kaşıntının iletimini sağlayan C lifleri derinin stratum granulosum (tanecikli tabaka) ve dermal-epidermal bileşke bölgelerine kadar

genişler ve keratinositleri de içeren epidermal hücreler ile sarılmıştır (Mollanazar vd., 2015). Miyelinsiz C lifleri kaşıntı iletiminde primer nöronlar olup, spinal kordun dorsal kök gangliyonunun gri maddesinde sekonder nöronlarla sinaps yaparlar. Sekonder nöronlar karşı tarafın anterolateral spinotalamik yolun içinde talamusa giderler. Talamustan başlayan tersiyer nöronlar, kaşıntı hissini duyuşal kortekse iletirler. Kaşıntının merkezinin sol inferior primer duyuşal korteks olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur (Çalka ve Karadağ, 2011; Erturan ve Akkaya, 2004; Kılıç Akça, Taşcı ve Karataş, 2013; Önder, 2008).

Kaşıntıya spesifik C nöronlarının ısıya karşı duyarlı olması nedeniyle sıcak ortamlarda kaşıntı artmaktadır. Aynı şekilde gece vücut ısısının ortalama bir derece artması nedeniyle ve bazı kaşıntı mediyatörlerinin sirkadiyen ritim ile ilişkili olması nedeniyle geceleri kaşıntı artmaktadır (Önder, 2008).

#### **2.1.4. Kaşıntı mediatörleri**

Kaşıntı iletimini sağlayan C lifleri, keratinositleride içeren epidermal hücreler ile sarılmıştır. Keratinositler, epidermiste baskın hücre tipleridir ve ilk hedefleri bariyer oluşum sürecine yardımcı olmaktadır. Bu amaçla keratinositler, yapısal proteinler (flaggrin, keratin), enzimler (proteazlar), lipitler ve antimikrobiyal peptitler (defensinler) ile yüksek aktif hücre sınıfları arasında kompleks etkileşimi sağlarlar. Bu tür amaçları gerçekleştirebilmek için keratinositler, sayısız farklı reseptör sunarlar ve salgılar için çeşitli moleküller üretirler. Kaşıntıyla ilgili olarak keratinositler pruritojenik moleküllerin salınmasını ve kaşıntı hissi veren çeşitli reseptörleri sağlarlar. Cilt bariyerinin bozulması keratinositlerden çeşitli pruritojenik mediatörlerin salınmasına yol açmaktadır (Çalka ve Karadağ, 2011; Mollanazar vd., 2016; Özerol, 2011; Steinhoff vd., 2006).

Kaşıntı patogenezinde rol oynayan histamin, serotonin, asetilkolin, bradikinin, proteinazlar, taşikininler, prostaglandinler, interlokinler, lökotrienler, opioidler vb birçok mediatör mevcuttur. Mast hücrelerinden salgılanan histamin bunlardan en çok bilinen ve deneysel çalışmalarda en çok kullanılanıdır. Histamin, ürtiker ve mastositozlarda kaşıntının majör mediyatörüdür. Cildin alerjik uyarana maruz kalması ile ilgili olarak akut kaşıntıyı tetikler ve histamine bağılı kaşıntının C lifleri ile ilişkili olduğu düşünülür. Histaminin epidermal enjeksiyonu, Lewis'in üçlü yanıtına yol

açmakta, deride kabarıklık, kızarıklık ve kaşıntı gözlenmektedir. Histamin, miyelinsiz C liflerinin H<sub>1</sub> reseptörlerini etkilemekte, substance P ve kalsitonine bağlı peptid gibi vazodilatasyon yapıcı nöropeptidler salgılatarak kaşıntı oluşturmaktadır (Ertürk, 2009; Çalka ve Karadağ, 2011; Kılıç Akça, 2011; Önder, 2008; Tekin, Sarıfakıoğlu, Öztaş ve Göktaş, 2009). Histamine göre daha az kaşıntıyı uyaran serotonin ise, periferik serotoninergik reseptörleri üzerinden etkilidir. Üremik kaşıntı, lenfoma ve polisitemi kaşıntısında serotoninin rol oynadığı düşünülmektedir. Birçok vaka serisi ve randomize kontrollü çalışmalarda, seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) (paroxetin, sertraline ve fluoxetine) çeşitli tıbbi koşullarda sekonder kaşıntıyı arttırdığı gösterilmiştir (Misery, 2011). Serotonin kaşımadan sonra beyinde salınıp, gastrin salıcı peptid reseptörünü (GRPR) içeren nöronları aktive eder ve böylece kaşıntı algısı oluşur (Grandgeorge ve Misery, 2015; Önder, 2008; Tekin vd., 2009). Triptaz, mast hücre ve C nöron terminalleri arasında etkileşime aracılık eden mediyatörlerden birisidir. Triptaz C lifi terminallerinde PAR<sub>2</sub> reseptörlerini uyarır. Aktif C lifleri bu uyarıyı santral sinir sistemine iletir ve kaşıntıya neden olur. T lenfosit aktivasyonu ile salınan IL-2'nin intradermal enjeksiyonu kaşıntıya neden olur. IL-2 ile uyarılan kaşıntı antihistaminiklere cevap vermez. Atopik dermatit kaşıntısında da rol oynadığı düşünülmektedir. Opioidler santral ve periferik sinir sistemindeki opiyad reseptörlerine bağlanarak endorfin ve enkefalinlerin fizyolojik etkilerini taklit ederler. İntradermal uygulaması mast hücre degranülasyonuna neden olan morfin, intravenöz verildiğinde plazmadaki histamin seviyesini arttırmakta ve kaşıntıyı tetiklemektedir. (Önder, 2008).

Son yıllarda kaşıntı ile aktive olan beyin bölgeleri belirlenmiştir. Özellikle singulat korteksin kaşıntı sürecini içine alan beyin önemli bir bölgesi olduğu bildirilmiştir. Kaşıntısı olmayan bireylerle karşılaştırıldığında singulat korteks, atopik dermatiti olan hastalarda histamin sonrasında önemli derecede aktive olmakta ve hastalık şiddetini arttırmaktadır.(Tey vd., 2013).

### **2.1.5. Kaşıntı tipleri**

Twycross ve arkadaşları (2003) kaşıntıyı pruritoseptif, nörojenik, nöropatik ve psikojenik kaşıntı olarak sınıflandırmışlardır. Bu sınıflamada kaşıntıya neden olan mediyatörler esas alınmıştır (Önder, 2008).

**Pruritoseptif kaşıntı:** Kuruluk, inflamasyon ve deri hasarı oluşturan durumlarda deriden kaynaklanan kaşıntıdır. Miyelisin C liflerinin bir ya da daha fazla pruritogen tarafından uyarılması ile oluşur. Kserozis, egzama, ürtiker, böcek ısırığı ve uyuzdaki kaşıntı pruritoseptif kaşıntıya örnektir (Arıcan, 2005; Önder, 2008; Şenol, 2011).

**Nöropatik kaşıntı:** Afferent yolaktaki herhangi bir odaktan kaynaklanmaktadır. Post hepatik nöraljik kaşıntı, brakioradyal kaşıntı, multipl skleroz ile ilişkili olarak daha çok uykuda gözlenen, saniyeler ya da dakikalar süren, paroksizmal, şiddetli kaşıntı ile serebrovasküler olaylardan kaynaklanan kaşıntılar nöropatik kaşıntıdır (Çalka ve Karadağ, 2011; Garibyan, Rheingold ve Lerner, 2013; Önder, 2008).

**Nörojenik kaşıntı:** Nöral patolojinin eşlik etmediği santral kaynaklı kaşıntıdır. Kolestatik kaşıntı örnek olarak verilebilir (Önder, 2008; Şenol, 2011).

**Psikojenik kaşıntı:** Organik nedenlerle açıklanamayan, psikojenik faktörlerle tetiklenen ya da şiddeti artan ve süreğenlik kazanan somatoform kaşıntılardır. Deride primer bir lezyon ve merkezi kaşıntıyı destekleyen bir bulgu yoktur. Parazitofobiler ve kompulsif bozukluklardaki kaşıntılardır (Altunay ve Köşlü, 2008; Arıcan, 2005; Karaca, Erkan ve Terzili, 2011; Önder, 2008).

**Kronik kaşıntı:** Altı haftadan uzun süren, tedavinin bitmesiyle yeniden ortaya çıkan ve bireyin uyku kalitesini, sosyal yaşamını ve yaşam kalitesini etkileyen kaşıntı şeklidir. Kronik kaşıntı, çok rahatsız edici ve etiyolojisinde birçok farklı neden vardır. Bunlar arasında stres, ısı ve kuruluk gibi çevresel etkenler başta olmak üzere aktive edici faktörler de kaşıntının devamında rol oynayabilir. Kronik ürtiker, pitriyazis rozea, atopik dermatit, psoriasis vulgaris, liken simpleks kronikus, yüzeysel mikoz ve seboreik dermatit gibi hastalıklarda bu tip kaşıntı görülebilir. Kaşıntı tüm vücutta görülebildiği gibi (jeneralize kaşıntı), kafa derisi, sırtın üst kısmı, kollar veya kasık gibi belirli bölgelerde (lokalize kaşıntı) görülebilir. Ayrıca bu tip kaşıntılarda büyük oranda medikal tedaviye yanıt alınmaktadır. (Şenol, 2011; Yosipovitch ve Bernhard, 2013).

**Fantom kaşıntısı:** Amputasyonlu hastalarda görülür. Fantom ağrısı kadar yaygın olmasa da pek çok vakada görüldüğü bildirilmiştir. Mastektomili kadınların yaklaşık üçte birinde görüldüğü bildirilmiştir (Ertürk, 2009).

**Alloknesis:** Normalde kaşıntı oluşturmeyen zararsız bir uyarı ile oluşan kaşıntıdır. En iyi atopik dermatitte, etkilenmemiş alanlarda da yün gibi önemsiz mekanik bir uyarı ile kaşıntı görülmesi şeklinde tanımlanır (Arıcan, 2005).

**Akuajenik kaşıntı:** Deri ve sistemik hastalık olmaksızın suya temasla tetiklenen, kaşıntı, yanma ve batma şeklinde ortaya çıkan durumdur. Kaşıntı, genellikle suyun ısısından bağımsız olarak gelişir ve deri normaldir. Suya temastan 1-5 dakika sonra başlar ve 10-20 dakika içinde sona erer. Kronik seyirlidir (Önder, 2008).

### 2.1.6. Kaşıntının olumsuz etkileri

Kaşıntı durumunda kaşıma olayıyla deride çizilme, lezyon, kanama, yanma ve ağrı gibi fizyolojik değişiklikler görülmektedir. Derideki fizyolojik değişikliklerin olumsuz etkilerinin yanı sıra kaşıntı fiziksel ve zihinsel yorgunluğa neden olmakta, geceleri artan kaşıntıyla ilişkili olarak uyku süresi ve kalitesi de azalmaktadır. Kaşıntının şiddetinin artmasıyla beraber psikososyal etkileri de artmaktadır. Ayrıca kaşıntı bireylerde sosyal izolasyon, öfke, anksiyete, depresyonun yanı sıra benlik saygısı, öz bakım gücü ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olarak hastalığın yönetimini de zorlaştırmaktadır. Kaşıntılı hastalarda depresyon, intihar ve ölüm isteği artmaktadır. Tüm bunlara bağlı olarak hastalarda etkili baş etme yöntemlerinin zayıflaması ile de sigara ve alkol, uyku ilaçları ve antidepresan kullanım oranında artış olduğu belirtilmiştir (Altunay, Atış, Esen ve Küçükünal, 2014; Erturan ve Akkaya, 2004; Kılıç Akça vd., 2013; Pereira ve Stander, 2017).

### 2.1.7. Kaşıntıyı arttıran faktörler

Pek çok faktör kaşıntıyı tetiklemekte ve var olan kaşıntının şiddetini artırarak mevcut durumun daha da kötüleşmesine neden olmaktadır. Kaşıntıyı arttıran faktörleri endojen ve egzojen faktörler olarak iki kategoride gruplandırılabilir (Arıcan, 2005; Önder, 2008).

Endojen faktörler; emosyonel stres, depresyon/anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk, delüzyonal parasitöz, biyokimyasal maddeler, deri kuruluğu, terleme, viral/stafilokok infeksiyonlar vb'dir (Arıcan, 2005; Önder, 2008).

Egzojen faktörler ise; yünlü giysiler, sabunlar, sıcak içecekler, sıcak ısı/su, dezenfektanlar, alkol, aşırı soğuk, topikal/sistemik ilaçlar, baharatlı yiyecekler, kuru ortamdaki nemli ortama hızlı geçiş, akarlar, küfler, hayvan tüyleri, fındık ve ceviz vb (atopiklerde) olarak sayılabilir (Arıcan, 2005; Önder, 2008).

## 2.2. Stres

İnsan dünyaya geldiği andan itibaren yaşamını sürdürebilmesi için içinde bulunduğu koşullara ayak uydurmaya çalışmış, yaşamı boyunca karşılaştığı zorluklarla mücadele ederek var olmayı sürdürmüştür. Yaşam koşullarında meydana gelen değişiklikler insan hayatına stres kavramının girmesine neden olmuştur. Stres, insanoğlu yaratıldığı günden itibaren varlığını hissettirmiş ve herkesin günlük yaşamda karşılaştığı bir durum haline gelmiştir. Modern hayatın önemli bir parçası haline gelen stres terimi artık gündelik hayatta dilimizdeki karşılığı sorgulanmadan kullanılır olmuştur (Eskin, Harlak, Demirkıran ve Dereboy, 2013; Güler ve Çınar, 2010; Özen, 2011).

Stres, tüm çevresel, bireysel ve örgütsel etmenlerin belli oranlarda etkili olduğu, kişinin tutum ve davranışlarına yön veren bir durum olarak değerlendirilmektedir. Stres, bedenen ve ruhen bizi zorlayan tehditler karşısında yeni bir uyum sağlama çabasıdır. Stres oluşturan durumlar dış koşullardan kaynaklandığı gibi, bireyin olaylara bakış açısından da kaynaklanabilir (A. Baltaş ve Z. Baltaş, 2004; Erdoğan, Ünsar ve Süt, 2009).

Organizmanın normal işleyişini değiştirip stres yaşamasına neden olan iç ve dış ortamlardan kaynaklanan uyarıcıların tümü stresördür. Selye de fiziksel, kimyasal ve ruhsal zararlı yüklenmelere yol açan tüm faktörleri stresörler olarak tanımlamıştır. Kişiden kişiye stresörün stres yaratma durumu ve derecesi değişmektedir. Bireyin strese girmesine neden olacak pek çok stresör mevcuttur. Bunlar; genetik faktörler, fiziksel, biyolojik ve kimyasal faktörler (mikroorganizmalar, yaralanma, radyasyon, ilaçlar, hormonlar, ağrı, cerrahi işlem), psikolojik faktörler (yakınların ölümü, bozuk sosyal ilişkiler, sosyal baskılar, korku, endişe, hastaneye yatma, beden imajında bozulma), kültürel faktörler (kültür şoku, kültürel çatışmalar), doğa olayları (deprem, yangın), gelişim dönemleri ve fizyolojik değişiklikler (puberte, menapoz, gebelik), modern yaşamın getirdiği faktörler (trafik, kalabalık, teknolojik araçlar), coğrafik değişiklikler (göçe zorlanma, ev değiştirme, yolculuk), hastalıklar (kronik hastalıklar, akıl

hastalıkları), planlı aktiviteler (rekabet sporları, sınavlar, askerlik), bazı pozitif durumlar (evlilik, bebek sahibi olma, yüklü bir miras kalması, terfi etme, mezuniyet) olarak sayılabilir (Balcıoğlu, 2005; Güler ve Çınar, 2010; Memiş, Eti Aslan ve Aygün, 2014). Stres genellikle olumsuz ve zararlı anlamında ele alınıp konuşulmaktadır. İnsanlar aşırı çalışmaktan, iş güvencesizliğinden, aşırı bilgi yüklenmesinden ve yaşam hızının artmasına bağlı olarak stres yaşamaktadır. Bu zorlamaların insanlığı ve insanı, yenileri aramak, çalışmak, üretmek konusunda beyini ve vücudu harekete geçirdiği de bilinmektedir. Bu anlamıyla stres olumlu yönde etkileyebilir. (A. Baltaş ve Z. Baltaş, 2004; Özen, 2011).

### **2.2.1. Strese karşı oluşan fizyolojik cevap**

Stres organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan bir durumdur. Bu tehdit ve zorlanmalar nedeniyle canlı kendini korumak için bir tepki zincirini harekete geçirir. Bu tepki zinciri tehlike ile karşılaşınca "savaş veya kaç" diye adlandırılan cevabın ortaya çıkmasına neden olur. Bir tehlike ile yüz yüze gelen birey, başa çıkamayacağına inandığı bu tehlikeden uzak durmaya çalışır ya da tehlike ile savaşır ve böylece yeni duruma uyum sağlanabilir. Organizmanın tehdit ile karşılaştığı stres durumunda insanlarda hem bedensel, hem de psikolojik olarak pek çok olay meydana gelir. Bedensel değişiklikler tüm insanlarda aynı aşamalardan geçmesine karşılık, psikolojik olaylar, kişilik ve çevresel etmenlere bağlı birçok farklılık gösterir. Bu tepkiler her iki düzeyde tek tek verilebileceği gibi bedensel ve psikolojik yapıların her ikisinde de görülebilir. Bedensel düzeydeki stres tepkilerinin özelliği, stresörlerin türüne bağlı olmaksızın ortaya çıkan sabit bir tepki olmasıdır. Bu tepki otonom sinir sisteminden yönlenebilen "kaç veya savaş" tepkisidir. Bu nedenle, kişi karşılaştığı tehditlerle savaşarak veya bu durumlardan kaçarak kendisini korumak zorundadır. Böylece bir tehdit karşısında organizma hayatını sürdürme amacına yönelik bir dizi faaliyette bulunur (A. Baltaş ve Z. Baltaş, 2004)

### **2.2.2. Lokal adaptasyon sendromu**

Lokal adaptasyon sendromu, yaralı bölgede inflamatuvar yanıt ve onarım sürecinden oluşur. Küçük lokal yaralanmalarda meydana gelir. Eğer lokal yaralanma ciddi ise, bu defa genel adaptasyon sendromunu uyarır (Memiş vd., 2014).

### 2.2.3. Genel adaptasyon sendromu

Endokrinolog Hans Selye 1936 yılında hayvan deneylerinde bazı sonuçlar elde etmiştir. Fareler üzerinde gerçekleştirilen deneylerde kirli ve zehirli maddeler enjekte edilmiş ve bu enjeksiyonların ardından farelerin sergiledikleri fizyolojik tepkilerin maruz kaldıkları stresörün türüne bakılmaksızın aynı olduğu gözlenmiştir. Bu değişiklikler böbrek üstü bezinin adrenal korteksinde genişleme ve hiperaktivite, timus bezinde ve lenf düğümlerinde daralma veya fonksiyon bozukluğu ve mide-barsak sisteminde ülserlerin gelişmesidir. Bu deneylerden sonra Selye "Genel Adaptasyon Sendromunu" tanımlamıştır (Memiş vd., 2014; Yerlikaya, 2009).

#### Genel Adaptasyon Sendromunun üç basamağı vardır:

**a) Alarm reaksiyonu:** İnsanın ya da hayvanın dış uyaranı stres olarak algıladığı dönemdir. Organizma bu dönemde şoka ve kontrşoka girer. Şok döneminde vücut ısısı azalır ve kan basıncı düşer, kalp duracakmış gibi olur ve eli ayağı çözülür. Sonrasında kontrşok dönemi gelir. Bu tepki organizmanın dengesini bozma tehlikesi gösteren dış şarta otonom sinir sisteminden yöneltilen "kaçma veya savaşma" tepkisidir. Burada "katekolaminler ve adrenokortikotropik hormon (ACTH) salgılanması ve bunların vücuttaki etkileri görülmektedir. Alarm reaksiyonu ile vücut kendini savunur ve antienflamatuar etki ortaya çıkar. Ancak bu dönem sınırlı bir süreyi kapsar, aksi halde bu sürenin uzaması ölüme neden olur. Amaç, mücadele ederek ya da kaçarak organizmayı korumaktır (A. Baltaş ve Z. Baltaş, 2004; Memiş vd., 2014).

**b) Direnç dönemi:** Stres verici ortam ya da durum devam ederse direnç dönemi denilen ikinci evre ortaya çıkar. Organizma bu dönemde alarm tepkisini ortadan kaldırır. Stresli ortama uyum sağlamaya çalışır. Bu duruma karşı uyum sağlamaya çalışıldığından diğer stres vericilere karşı vücudun direnci düşmüştür. AIDS'li hastaların basit bir soğuk algınlığından ölmeleri buna bir örnektir. Eğer direnç dönemi başarı ile aşılsa beden normale döner, başarısız olunursa beden kuvvetten düşer ve çöker (A. Baltaş ve Z. Baltaş, 2004; Turunç, 2009).

**c) Tükenme dönemi:** Organizma tehditle başa çıkma aşamasında kaynaklarını tüketir ve başarısız olursa tükenme ortaya çıkar. Her canlının uyum yeteneği ve enerjisi farklıdır ve sınırlıdır. Devam eden ve başa çıkılamayan stresler karşısında denge bozulur ve uyum enerjisi biter. Bu evrede zamanla fiziksel ve duygusal problemler ortaya çıkar.

Başlangıçta baş ağrısı, uyku problemleri, bulantı, halsizlik, hazımsızlık gibi sorunlar görülür. İleriki dönemlerde; kalp hastalıkları, hipertansiyon, ülser, deri hastalıkları ve genel sağlığın bozulması gibi sorunlar oluşur. Sonunda bedensel tükenme ve ölüm meydana gelir (A. Baltaş ve Z. Baltaş, 2004; Memiş vd., 2014; Yerlikaya, 2009).

#### **2.2.4. Beynin stres uyaranlarını yorumlaması**

Stresör, beyin tarafından alınır ve tehlike olarak algılanırsa stres reaksiyonu başlar. Beyinde bazı subkortikal alanlar harekete geçer ve bedenin normal fonksiyonunu regüle etmeye çalışır. Stres yanıtında asıl rolü hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) eksen oynar. HPA eksen aktivitesi beyinde amigdala ve hipokampus gibi limbik sisteme ait yapılar ve prefrontal korteks tarafından düzenlenmektedir. HPA ekseninin aktivitesinin negatif geri bildirim mekanizması yoluyla inhibisyonu veya aktivasyonunda hipokampus en büyük rolü oynar (Hatungil, 2008).

Stres yapıcı bir faktör, hipotalamus paraventiküler nükleus (HVN) nöronlarından, kortikotropin salgılatıcı faktör (CRF) ve arginin vazopressin (AVP) üretimini ve salınımını başlatır. Bu salgıların hipofiz ön lobunun uyarması ile adenokortikotropik hormon (ACTH) salınır. ACTH sürrenal kortekse etki ederek, glikokortikoidlerin sentezini ve salınmasını artırır. Glikokortikoid seviyesi yükseldiği zaman ise negatif geri bildirim HPA eksen aktivitesinin durmasını sağlar. (Hatungil, 2008; Memiş vd., 2014).

### **2.3. Deri ve Yapısı**

Deri, vücudu ve iç organları dış ortamdaki zararlı mikroorganizmalardan, fiziksel ve kimyasal zararlılardan koruyan, yaşamsal önem taşıyan önemli bir savunma sistemidir. Vücut ağırlığının %15-20'sini oluşturur ve deri kalınlığı 0.2-1.5 mm arasında değişir. Epidermis, dermis ve subkutan tabaka olmak üzere başlıca üç tabakadan oluşur. Derinin en dış tabakası olan epidermisin temel hücreleri keratinositlerdir. Keratinositlerin yapısında bulunan keratin deriyi mikroorganizmalardan ve yabancı maddelerden korur. Ayrıca keratin suyu tutucu özelliği sayesinde derinin esnekliğini ve yumuşaklığını sağlar. Melanositler ise, epidermisin özel hücreleridir ve saç ve derinin renginin belirlenmesinde rol oynarlar. Dermis tabakası deriye destek ve dayanıklılık sağlar. Subkutan tabaka; aşırı sıcak ve soğukta izolasyon sağlamak, travmalardan

korumak, hormon ve enerji metabolizmasına kaynak oluşturan yapıdır (Atakan, 2005; Karadakovan, 2014).

#### 2.4. Stres ve Deri

Deri; iç ve dış ortam arasında bir sınır oluşturan, öfke, korku, utanma gibi duyguların ifade organıdır. Nasıl gözler ruhumuzun pencereleri ise, deri de zihnin iç derinliğinin yüzeydeki bir yansımasıdır. Bedensel ve ruhsal olaylar arasındaki ilişki en yoğun anlamda deride yaşanmaktadır. Deri bebeklikten yetişkinliğe uzanan sosyalleşme sürecinde önemli rol oynamaktadır. Bunu emosyonel uyaranlara cevap verme, kişinin kendilik imajı ve özgüvenini sağlama ile yapmaktadır. (Aydemir, 2005; Mercan ve Altunay, 2006; Tey vd., 2013; Topal, Altunay ve Mercan, 2004).

Huy ve kişiliğin değerlendirilmesinde gerekli kısımlardan birinin de deri olduğunu belirten Ingram, derinin zihnin bir uzantısı olduğunu da belirtmiştir (Ingram, 1933). Deri ve beyin ilişkisi embriyonik döneme uzanmaktadır. Çünkü, deri ve beyin ektodermden köken almakta ve aynı hormon ve nörotransmitterlerden etkilenmektedir. (Koblenzer, 1983; Mercan ve Altunay, 2006; Tey vd., 2013).

Deri, hayat boyunca çok farklı stresörlere maruz kalan bir organdır. Akut ve/veya kronik stres kaşıntı, hiperhidroz, flushing, prurigo nodularis, atopik dermatit, psoriasis, seboreik egzema, kronik ürtiker, akne vulgaris, liken planus, alopesi areata ve telojen effluvium gibi geniş bir grup deri hastalığının etiolojisinde yer almaktadır. Dermatolojide gözlenen hastalıkların 1/3'ünün psikolojik stresörlerle ilişkili olduğu belirtilmektedir (Türsen, 2011).

Stresin, immün sistemi baskıladığı, lenfositlerin proliferasyonu ve öldürücü hücrelerin aktivitesini yavaşlattığı gösterilmiştir. Bu bakımdan stresin değişik hastalıklara neden olabildiği saptanmıştır. Mekanizma çok açık olmamakla birlikte bu durumun beyin ve immün sistem arasındaki ilişkiye dayandığı düşünülmektedir (Aydemir, 2005). Herkesin strese duyarlı bir şok organı bulunmaktadır. Bu şok organı genetik ve çevresel etmenlerle belirlenmektedir. Yaşanılan stresle birlikte dermatolojik belirtiler gösteren kişilerde ise şok organı deridir (Mercan ve Altunay, 2006). Fareler üzerinde yapılan deneysel çalışmalarda kontakt hipersensitivitesi olan deneklerin stres altında olduklarında daha fazla tepki gösterdikleri gözlenmiştir. Bu çalışmayla

psikosomatik etkenlerin cilt belirtilerini etkilediği ve arttırdığı ortaya konulmuştur (Hosoi, Tanida ve Tsuchiya, 2001; Sukan ve Maner, 2006). Yapılan çalışmalarda psikolojik stresin epidermal geçirgenlik bariyerinin dengesini bozduğu ve interlökinler üzerine doğrudan etki ederek yara iyileşmesinin gecikmesine neden olduğu da belirlenmiştir (Glaser ve Marucha, 1999). Başka bir çalışmada ise stresin ciltteki mast hücrelerinde degranülasyon artışına yol açtığı ortaya konulmuştur (Orion ve Wolf, 2013; Singh, Pang ve Alexacos, 1999).

Stres peptiderjik inervasyonu hafifletir, derinin immün cevabını değiştirir ve bazı sitokinlerin salınımını artırır (Grandgeorge ve Misery, 2015). Stresin deri üzerindeki etkisi keratinositlerin işlevlerinin bozulmasıyla ilgilidir. Keratinositler, epidermiste baskın hücre tipleridir ve ilk hedefleri bariyer oluşum sürecine yardımcı olmaktır. Bu amaçla keratinositler, yapısal proteinler (filaggrin, keratin), enzimler (proteazlar), lipitler ve antimikrobial peptitler (defensinler) ile yüksek aktif hücre sınıfları arasında kompleks etkileşmeyi sağlar. Bu tür amaçları gerçekleştirebilmek için keratinositler, sayısız farklı reseptör sunarlar ve salgılama için çeşitli moleküller üretirler. Pruritojenik molekülleri de üreten keratinositler kaşıntıya aracılık eden gizli reseptörlerle pruriseptörleri aktifleştirirler. Böylece keratinositler kaşıntı hissini başlatıcı olarak görev yaparlar. Aynı zamanda keratinositler deri duyu sinirine kaşıntı uyarısının iletiminden de sorumludurlar. (Mollanazar vd., 2015; Suarez, Feramisco, Koo ve Steinhoff, 2012).

Akut strese adaptif deri yanıtı; deride kızarma ve terleme ile birlikte, derinin immün fonksiyonlarında değişiklik olarak immünokompetan hücrelerin artışı (intrakutanöz ve ekstrasvazasyon) ve mast hücre degranülasyon artışına neden olur. Deri duyu korteks olarak görev alabilmektedir. Duyusal korteks görevindeki deri, iyi innerve edilebilir ve kısmen de olsa afferent sinyalleri santral sinir sistemine gönderebilir. Ayrıca deri sistemik stres yanıtı boyunca, hipotalamo-pitüiter-adrenal (HPA) yola eşit oranda mediatör üretme kapasitesindedir. Slominski ve Wortsman (2000) ACTH reseptör mRNA'ları ve steroid sentezinde zorunlu görevli üç enzimin normal ve patolojik insan derisinde eksprese edildiği ve HPA'taki gibi lokal CRH uyarımının melanosit ve dermal fibroblastlara yanıt verdiğini gözlemişlerdir. Bu durum deri stres cevap sisteminin lokal kutanöz HPA gibi bir sistemle yönetildiğini

göstermiştir. Aynı zamanda deri steroid üretiminde rol alan güçlü bir steroidojenik dokudur (Türsen, 2011).

Kronik stresin ise, önemli oranda kaşıntıyı başlatıcı ve arttırıcı bir durum olduğu düşünülmektedir. Strese cevap beyinde, endokrin organlarda ve periferal sinir sisteminin nöropeptit mediyatörlerinde reseptörlerin artması ile oluşur. Bu durum immün sistem ve derideki hücreleri doğrudan etkiler (Kim H.J., Park, Lee ve Kim I., 2015).

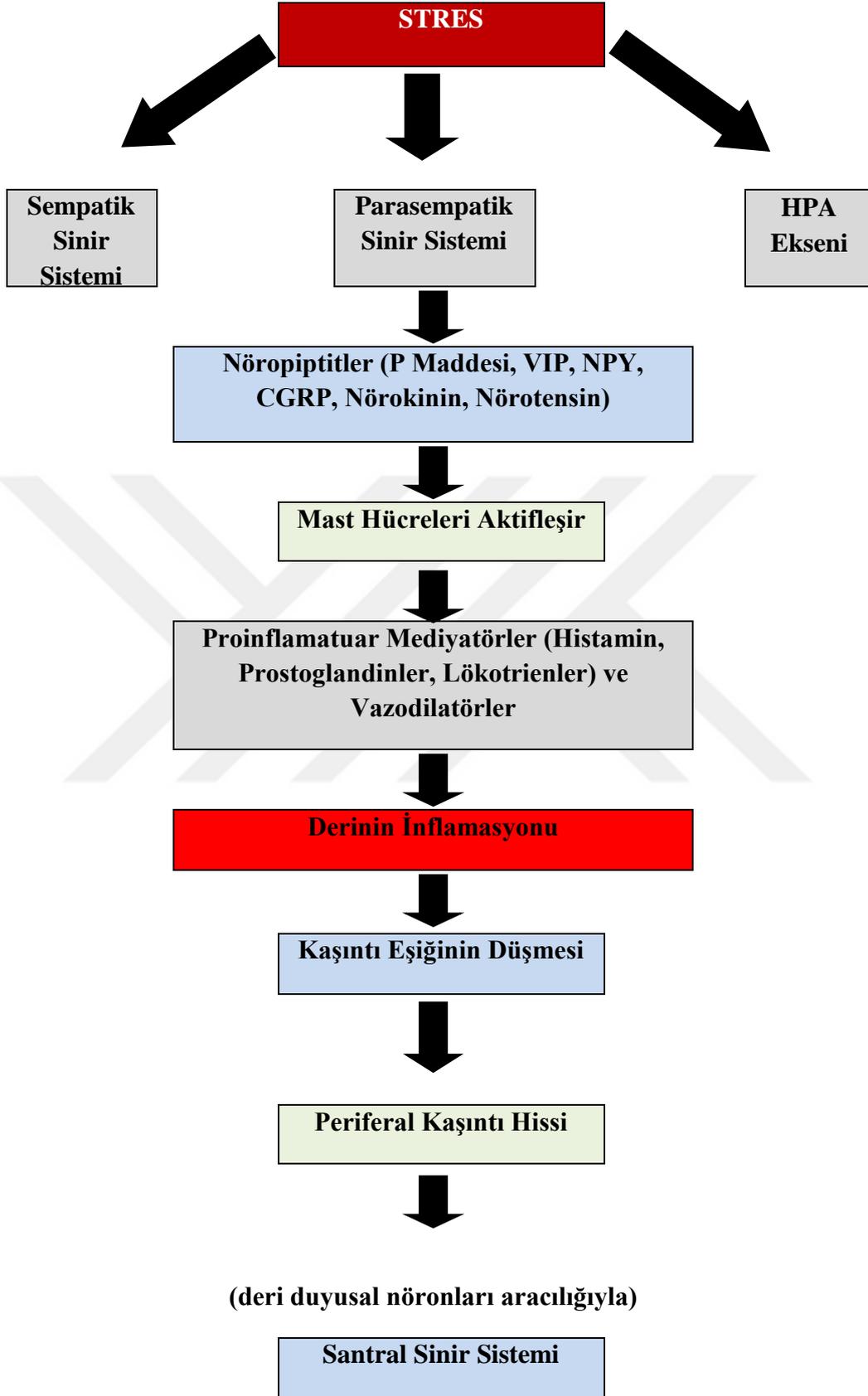
Deride ve merkezi sinir sisteminde hormonlar, nörotransmitter ve reseptörler gibi pek çok ortak yapı vardır (Rasmussen 1990). Deride P maddesi (Substance P=SP), kalsitonin-genle-İlgili-peptid (CGRP), vazoaaktif intestinal peptid (VIP), nöropeptid Y (NPY), nörokinin, nörotensin gibi çok sayıda nöropeptid bulunduğu kanıtlanmıştır. Nöropeptitler, miyelinli A ve miyelinsiz C liflerinde, hem duyuşal, hem de otonom sinir liflerinde bulunmaktadır. Oldukça etkili bir vazodilatör olan SP kan damarlarının geçirgenliğini arttırmakta, intradermal enjeksiyonunun yapılması halinde ise ciltte kızarıklık ve kaşıntılı lezyonlara neden olmaktadır (Sukan ve Maner, 2006). Emosyonel streste nöropeptidlerin akson refleksleri aracılığıyla serbest kalarak deride nörojen enflamasyonlara neden olabileceğinden söz edilmektedir (Panconesi ve Hautmann, 1996).

Kronik stresin kaşıntıya neden olduğu veya kaşıntıyı arttırdığı uzun süredir bilinmektedir. Özellikle kronik stres, kronik kaşıntılı dermatozları şiddetlendirir (H.S. Kim, 2013). Ayrıca Norveç'te yapılan geniş popülasyonlu bir çalışmada (Dalgard, Stern, Lien ve Hauser, 2012) zayıf öz-etkililiğın, stresli durumlarla başa çıkmada yetersiz kalmanın kronik kaşıntının nedeni olabileceğı belirtilmiştir (H.S. Kim ve Yosipovitch, 2013).

HPA eksenı, sempatik ve parasempatik sistemlerin aktivasyonu, strese karşı anahtar adaptasyon cevaplarıdır. Stresin başlattığı kaşıntıda HPA eksenı, ACTH ve CRH'nın klasik stresle ilişkili nörohormonlarına ek olarak NGF (Nöron groft faktör) dahil, nöropeptitler (SP,CGRP,VIP,NPY) ve katekolaminler gibi çeşitli aktörler fark edilmiştir. Strese maruz kalmayla, merkezi stres cevapları bir çok elementler, sempatik sistem ve HPA ekseninin aktivasyonundan oluşmaktadır. Bu süreçler toplu olarak strese deri cevabını tetikleyen mast hücrelerini aktifleştirir. Stres cevabında çok önemli rol

oynadığı düşünölen mast hücreleri histamin, sitokinler, prostoglandinler ve lökotrienler içeren proinflatuar mediatörler ve vazodilatörlerin birçoğunun degranölasyonu boyunca derinin inflamasyonu ile sonuçlanır. İnflamasyonlu deri ortamı kaşıntı eşliğini azaltır, periferal kaşıntı hissi ile sonuçlanır. Deri duyusal nöronları kaşıntı işaretlerini sırayla stres algısını sürdüren santral sinir sistemine iletir. Kaşıntının sebep olduğu kaşıma deri inflamasyonuna neden olarak bu zararlı döngüyü arttırır (H.J. Kim, 2015; H.S. Kim, 2013).





Şekil 1. Stresin deri üzerine etkisi (H.J. Kim, 2015; H.S. Kim, 2013)

## 2.5. Kaşıntıda Tedavi ve Hemşirelik Bakımı

### 2.5.1. Tedavi

Kaşıntı tedavisinde başarı kaşıntı nedeninin ortaya çıkarılması ve bu nedenin ortadan kaldırılması ile doğrudan ilişkilidir. Kaşıntının birçok dermatolojik hastalığın yanı sıra aynı zamanda kronik hastalıkların seyrinde de görülmesi nedeniyle tanı konması güçleşmektedir. (Önder, 2008).

Kronik kaşıntı yönetimi, altta yatan nedenlere yöneliktir ve dermatolojik, somatosensoryel, kavramsal ve duygusal yönleri multidisipliner bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Hasta öyküsü ve fiziksel muayene bulguları kaşıntının altında yatan nedenin bulunması için bilgi verir. Öykü alınırken; kaşıntının başlangıcı (aniden, kademeli olarak artan, epizodlar halinde), seyri (devamlı, ara sıra), zamanı (gündüz, gece ve sürekli), süresi (günler, haftalar, aylar), karakteri (yanma, batma, karıncalanma vb.), şiddeti, günlük aktiviteleri etkileme durumu, yeri (lokal, genel), aktivitelerle ilişkisi, kozmetik ürünler, hastanın yakın zamanda seyahat edip etmediği, diğer aile fertlerinde kaşıntı olup olmadığı, mesleki veya hobilerle ilişkili olup olmadığı ve altta yatan başka bir hastalık olup olmadığı ayrıntılı şekilde sorgulanmalıdır. Neden olan etken belirlendikten sonra kaşıntıyı azaltıcı ve/veya giderici girişimlerde bulunulmalıdır (Davies, 2007; Karadakovan, 2014; Önder, 2008; Pereira ve Stander, 2017; Tey vd., 2013).

Kronik kaşıntıda medikal tedavinin yanı sıra kaşıntıyı uyaran faktörlerin de iyi belirlenmesi ve bu konuda da önlem alınması gerekmektedir. Tedavide amaç; kaşıntının ortadan kaldırılması ve/veya hafifletilmesi, deri bütünlüğünün korunması, hastanın yaşam kalitesinin artırılması ve tedavi sürecinin doğru yönetilmesidir (Cowdell, 2009).

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

fotokemoterapi gibi yöntemler ise kaşıntının fiziksel tedavileri arasında yer almaktadır. Bu uygulamalarla kontrol altına alınamayan kaşıntıların altında sistemik bir hastalık olup olmadığı araştırılmalıdır. Hastaların büyük çoğunluğu farmakolojik tedaviden yeterince yarar göremezler. Bu nedenle kaşıntı hasta ve ailesinin yaşam kalitesini düşüren bir sorun olarak karşımıza çıkabilmektedir (Akça ve Taşçı, 2012; Karadakovan, 2014; Önder, 2008).

Hastalar kaşıntılı semptomlarını kontrol etmek, immüneyi güçlendirmek ve yaşam kalitelerini artırmak için nonfarmakolojik yöntemler kullanabilmektedirler. Kaşıntılı hastaların diyet, mentol, bitkisel ilaçlar, hipnoz, hayal kurma, sosyal destek gruplarına katılım, gevşeme egzersizleri, soğuk uygulama, aromaterapi, termal terapi, hidroterapi, müzik terapi, akupunktur ve akupres gibi uygulamalara başvurdukları saptanmıştır (Akça ve Taşçı, 2012).

Kaşıntının tedavisi ve yönetimi hem hasta hem de tedaviyi sürdüren sağlık çalışanları için oldukça zor bir süreçtir. Kaşıntının komplike yönlerini yeterli derecede ele alabilmek için dermatolog, psikiyatrist, psikolog, hemşire ve sosyal çalışmacı vb oluşan entegre olan multidisipliner bir gruba ihtiyaç vardır (Tey vd., 2013). Ekip içinde hemşirenin başlıca rolleri; temel ilaçların doğru ve zamanında kullanımı, hasta eğitimi ve hastalık yönetim sürecini en doğru şekilde sürdürmektir. Multidisipliner bir yaklaşımla tedavinin yapıldığı bir klinikte yapılan araştırmada, deney grubunun kontrol grubuna göre kaşıntı şiddetinin azaldığı ve psikososyal değerlerin düzeldiği görülmüştür (Michelle, Yan, Leong ve Liang, 2015).

Kronik kaşıntıda davranışsal terapiler hastaya kaşıntıda başa çıkma mekanizmasıyla ilgili eğitim ve stresle baş edebilme yöntemlerini içeren tekniklerden oluşur. Kaşıntı-kaşıma döngüsünü engeller ve düzenli ilaç kullanımını destekler (Yosipovitch vd., 2013). Kaşıntıyı önleyici ve ağrı kesici etkileri olduğu bilinen, akupunktur ve akupres'in parasempatik aktivasyona sahip olduğu son zamanlarda gösterilmiştir (Kılıç Akça, 2012; Pfab vd., 2012; Zhao, 2008). Kirchner vd. (2002), vagus sinir uyarımının insanlarda kaşıntıyı azalttığını belirtmiştir. Bu sempatik ve parasempatik tonlama arasındaki tutarsızlığı zayıflatan, otojenik eğitim ve hipnoz da dahil olmak üzere akupunktur, biofeedback ve rahatlama terapileri gibi alternatif

terapiler kronik kaşıntı da dahil stresle ilişkili hastalıkların iyileştirilmesi için kullanabilmektedir (H.S. Kim ve Yosipovitch, 2013).

### 2.5.2. Hemşirelik bakımı

Kaşıntı şikayeti olan hastanın hemşirelik yönetiminde uygulanacak tedavi ve deri bakımında dikkat etmesi gereken konular hakkında hastaya bilgilendirme ve danışmanlık yapma hemşirenin sorumluluğundadır. Hemşirelik bakımı empati ile sağlanmalı, pozitif duygular geliştirmeli, hasta memnuniyetini arttırmalı ve amaca yönelik doğru sonuçlar elde edilmelidir. Herhangi bir durumda hemşire, psikolojik ve fizyolojik semptomlarla hastanın başa çıkmasına yardımcı olmada anahtar bir role sahiptir (Cowdell, 2009; Karadakovan, 2014; Karim, 2008).

- Kaşıntısı olan hastalar sık banyo (1-2kez/hafta) yapmaktan ve banyoda sıcak su kullanımından kaçınmalıdır. Sık banyo cilt kuruluğunu arttırarak, sıcak su ise histamin salınımını arttırarak kaşıntının uyarılmasına neden olur.
- Yumuşak cildi tahriş etmeyen temizlik maddeleri önerilir; kurutucu sabunlar tahrişe neden olabilir. Deri kıvrımlarının nemli kalmaması için bu bölgelere özel dikkat göstererek tüm vücut yumuşak bir havlu ile ovuşturmadan nazikçe kurulanmalı ve banyodan sonra nemlendiriciler ve yağlar genellikle cildi rahatlatmak için uygulanmalıdır. Nemlendiricilerin antipruritik etkisi vardır, çünkü transepidermal su kaybını önleyen epidermal lipitin iyileştirilmesine yardımcı olurlar. Bununla birlikte, atopik dermatit veya psoriasis hastalığına bağlı kaşıntılı hastaların çoğunda, nemlendiricilerin kaşıntı üzerinde yalnızca kısa vadeli (<24 saat) bir etkisi tarif edilmiştir; bu, deride yumuşatıcıların günde bir veya iki kez uygulanmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.
- Çeşitli faktörler kaşıntıyı şiddetlendirebilir. Bu faktörleri tanımak ve uzak durmak, kaşıntıyı önlemenin bir parçasıdır. Atopik dermatit, psoriasis ve ürtiker hastalarında en önemli tetikleyici faktör ısı ve terdir. Bunun için hastaya aşırı sıcağa maruz kalma, alkol alımı, sıcak yiyecek ve içecek alımı gibi vazodilatasyon yaratarak kaşıntıyı tetikleyecek etkenler anlatılmalı ve uzak kalması önerilmelidir.
- Aşırı aktivite yapmaktan kaçınması, kuru havada kalmaması, bulunduğu oda havasının nemlendirilmesi konusunda eğitimler yapılmalıdır.

- Geceleri kaşıntının artmasına bağlı olarak (geceleri vücut ısısının ortalama bir derece artması ve bazı kaşıntı mediyatörlerinin sirkadyen ritim ile ilişkili olması nedeniyle) uyku sorunu yaşayan hastalar sentetik ve yünlü çamaşır ve giysi kullanımından kaçınması bol ve pamuklu kumaştan oluşan gecelik ve pijamalar giymesi ve uyumadan önce soğuk veya ılık suyla duş alınması önerilmektedir.
- Beslenme konusunda; baharatlı, katkı maddeli paket gıdalardan, aşırı sıcak yiyecek ve içeceklerden, alkollü içeceklerden mümkün olduğunca uzak durulmalıdır.
- Kaşıma ile deriye zarar verme ve enfeksiyon riski nedeniyle, tırnakların kısa ve düz kesmesi ve temizliğine dikkat etmesi konularında uyarılmalıdır.
- Kaşıntıyı uyaran veya arttıran faktörler hasta ile birlikte belirlenmeli ve bu faktörlerden mümkün olduğunca uzak durulmalıdır.
- Atopik dermatit ve psoriasisli hastaların % 55-70'inde stres, kaşıntıyı tetikleyici bir faktör olarak bildirilmektedir (Medendorp vd., 2007). Stres, kaşıntıdan kaynaklanır ve böylece kısır bir stres ve kaşıntı çemberi oluşur. Stres kaşıntıyı artırabilir. Atopik dermatit ve psoriasis gibi dermatolojik hastalıkları daha da şiddetlendirebilir. Bu nedenle, atopik egzama veya psoriasis hastalığı olan hastalar için stres yönetimi (Atılganlık eğitimi ve bilişsel terapi) ve gevşeme egzersizleri tedavi programının bir parçasıdır.
- Dermatoloji hemşireliğinde bu konularda hasta eğitimi önemli bir konudur. Kaşıntıya neden olan faktörün araştırılması için yapılacak testler, doğru ilaç kullanımı konusunda da hemşire hastaya danışmanlık yapmalıdır (Cowdell, 2009; Davies, 2007; Karadakovan, 2014; Medendorp vd., 2007; Önder, 2008).

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

**Şekil 2.** Kaşıntısı olan hastaya verilecek eğitim konuları (Cowdell, 2009; Davies, 2007; Karadakovan, 2014; Karim, 2008; Michelle vd., 2015; Önder, 2008).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Bu araştırma, tanımlayıcı tiptedir.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma 22.02.2016-15.07.2016 tarihleri arasında Yozgat Devlet Hastanesi, Yozgat Bozok Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Sorgun Devlet Hastanesi'nde yer alan dermatoloji polikliniklerine kaşıntı şikayeti ile başvuran hastalarda gerçekleştirilmiştir.

Yozgat Devlet Hastanesi'nde araştırmanın yapıldığı dönemde iki dermatoloji uzmanı tarafından poliklinik hizmeti vermektedir. Yozgat Bozok Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı'nda bir doçent ve bir doktor öğretim üyesi görev yapmaktadır. Hafta içi 1 adet poliklinik hasta kabulü yapmaktadır. Sorgun Devlet Hastanesi bir dermatoloji doktoru bulunmakta ve hafta içi poliklinikte muayene gerçekleştirilmektedir. Bütün kurumlarda, poliklinik hizmeti 9:00-16:00 arasında hasta kabulü yapmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem**

Araştırmanın evreni; Yozgat Devlet Hastanesi, Yozgat Bozok Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Sorgun Devlet Hastanesi'nde dermatoloji polikliniklerine kaşıntı şikayeti ile başvuran bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini kaşıntı şikayeti ile dermatoloji polikliniğine 22.02.2016-15.07.2016 tarihleri arasında başvuran araştırmanın dahil edilme kriterine uyan hastalar seçilmiştir. Bu tarihler arasında poliklinikler günde en fazla 60 hastayı kabul etmekte ve bu hastalardan ortalama 3-7'si kaşıntı şikâyeti ile polikliniğe başvurmaktadır. Araştırmamızda ulaştığımız hasta sayısı ise, Yozgat Devlet Hastanesi'nde 13 kişi, Yozgat Bozok Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde 19 kişi ve Sorgun Devlet Hastanesi'nde ise 93 kişi olup toplam 125 hastadır.

### 3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üzerinde olması,
- İletişim probleminin olmaması,
- Hastaların araştırmaya katılmayı kabul etmesi,
- Altı hafta ve daha uzun süredir kaşıntı şikayeti olmasıdır.

### 3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmamızda veriler; hasta tanıtım formu, Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ), Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) kullanılarak toplanmıştır.

#### 3.5.1. Hasta tanıtım formu

Literatür incelenerek hazırlanan hasta tanıtım formu; hastaların sosyo-demografik özellikleri (10 soru), hastalık ve kaşıntının niteliğini ve günlük yaşama etkileri (13 soru) olmak üzere toplam 23 sorudan oluşmaktadır (Ek-1) (Kılıç Akça, 2011; Ertürk 2009; Materne vd., 2011; Altunay vd., 2014).

#### 3.5.2. Görsel kıyaslama ölçeği (GKÖ)

Price ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilen ölçek, birçok çalışmada ağrının şiddetini değerlendirmek için kullanılmış, geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur (Price, Mcgrath, Rafi, 1983). Subjektif olarak algılanan ağrıyı ölçmek için kullanılmaktadır. Ağrı gibi subjektif bir duygu olan kaşıntının şiddetini değerlendirmek için de birçok çalışmada kullanılmıştır (Kılıç Akça 2013; Narita Iguchi ve Omori, 2008; Stellan, 2005). Sayısal ölçek, başlangıcı -0- “kaşıntı yok”, diğer ucu -10- “kaşıntı çok şiddetli” olan ve birer santimetre (cm) aralarla her cm’ye rakamsal değer verilen bir ölçektir. Sayısal ölçek tek boyutlu olup daha çok kaşıntının şiddetini değerlendirmek amacıyla kullanılır. Sayısal ölçeklerin, kaşıntı yoğunluğunun saptanmasını kolaylaştırmakta, puanlama ve kayıta kolaylık sağlaması nedeniyle daha çok benimsendiği belirtilmektedir. Hastaların sayılarla bildirdiği kaşıntının yoğunluğunu ve şiddetini olabildiğince objektif hale dönüştürüp değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Hastaların ellerine verilerek hissettikleri kaşıntının yoğunluğu ve şiddetini

değerlendirmeleri istenmiştir. İşaretlenen değer kaşıntı yoğunluğu ve şiddeti değeri olarak alınmıştır (Kılıç Akça, 2013, 2017; Price vd., 1983). (Ek-2)

### 3.5.3. Algılanan stres ölçeği-14 (ASÖ-14)

Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından geliştirilmiştir (Cohen, Kamarck, Mermelstein, 1983). Ülkemizde, geçerlilik ve güvenilirliği 2013 yılında Eskin ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Toplam 14 maddeden oluşan ASÖ kişinin hayatındaki birtakım durumların ne derece stresli algılandığını ölçmek için tasarlanmıştır. Katılımcılar her maddeyi “Hiçbir zaman (0)” ile “Çok sık (4)” arasında değişen 5’li Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmektedir. Maddelerden olumlu ifade içeren 7’si tersten puanlanmaktadır (Ters puanlanan maddeler: 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13). Algılanan Stres Ölçeği puanları 0 ile 56 arasında değişmektedir. Yüksek puan kişinin stres algısının fazlalığına işaret etmektedir (Eskin vd., 2013). Algılanan Stres Ölçeği’nin orijinalinde Cronbach Alpha değeri 0.86 ike (Cohen vd., 1983) Eskin ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada ise, Cronbach Alpha değeri 0.84 olarak bulunmuştur (Cohen vd., 1983; Eskin vd., 2013). Araştırmamızda ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.83 olarak tespit edilmiştir (Ek-3).

### 3.5.4. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği (SBÇTÖ)

Folkman ve Lazarus’un 1980 yılında geliştirdikleri kısa, değişik stresli durumlarda geçerliliği olan, özellikle depresyon, yalnızlık, psikosomatik sorunlar gibi belirtilerle ilişkili başa çıkma mekanizmaları ölçeğidir (Turunç, 2009). Şahin ve Durak tarafından ülkemizde, geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ölçek 30 maddeden ve 5 alt ölçekten oluşmaktadır (Şahin ve Durak 1995). Ölçek, iki ana stresle başa çıkma tarzını ölçmektedir. Bunlar “Probleme yönelik/aktif” ve “Duygulara yönelik/pasif” tarzlardır. Aktif tarzları “sosyal desteğe arama (SDA)”, “iyimser yaklaşım (İY)” ve “kendine güvenli yaklaşım (KGY)” alt ölçekleri, pasif tarzları “çaresiz yaklaşım (ÇY)” ve “boyun eğici yaklaşım (BEY)” alt ölçekleri göstermektedir. Ölçeğin 8.,10.,14., 16., 20., 23. ve 26. maddeleri KGY.; 2., 4., 6.,12. ve 18. maddeleri İY.; 1., 9., 29. ve 30. maddeleri SDA.; 3., 7., 11., 19., 22., 25., 27. ve 28. maddeleri ÇY ve 5., 13., 15., 17., 21. ve 24. maddeleri BEY alt faktörünü oluşturmaktadır. Ölçek maddeleri “0 = Hiç uygun değil” ve “3 = Tamamen uygun” şeklinde puanlanan dördümlü Likert tipi

dereceleme kullanılmıştır. Sosyal destek arama puanının hesaplanmasında 1. ve 9. maddeler ters puanlanarak hesaplanmaktadır (Ergin, Uzun ve Bozkurt, 2014; Özdemir, Sezgin, Kaya ve Receptoğlu, 2011; Şahin ve Durak, 1995). Ölçekte, her alt ölçeğe ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmakta ve o alt boyuta ait toplam puan elde edilmektedir. Alt ölçeklerdeki toplam puan artışı bireyin o başa çıkma yöntemini daha çok kullandığı şeklinde yorumlanmaktadır.

Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar;

- Kendine Güvenli Yaklaşım için 0-21 puan,
- İyimser Yaklaşım için 0-24 puan,
- Sosyal Destek Arama için 0-15 puan,
- Çaresiz Yaklaşım için 0-12 puan,
- Boyun Eğici Yaklaşım için 0-18 puandır (Gürbüz, 2009).

Ölçeğin güvenirlik bulgularını Şahin ve Durak (1995), kendine güvenli yaklaşım 0.62 ile 0.80, iyimser yaklaşım 0.49 ile 0.68, çaresiz yaklaşım 0.64 ile 0.73, boyun eğici yaklaşım 0.47 ile 0.72, sosyal destek arama 0.45 ile 0.47 arasında rapor etmiştir (Şahin ve Durak 1995). Araştırmamızda ise, Cronbach Alpha değeri kendine güvenli yaklaşım 0.74, iyimser yaklaşım 0.56, çaresiz yaklaşım 0.68, boyun eğici yaklaşım 0.35, sosyal destek arama 0.41 olarak belirlenmiştir (Ek-4).

### **3.5.5. Ön uygulama**

Hazırlanan hasta tanıtım formu işlerliğini tespit etmek amacıyla kronik kaşıntılı 10 hastaya ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası anket formunda gerekli düzenleme yapılmıştır.

### **3.5.6. Formların uygulanması**

Veri toplamak için, her kuruma ortalama haftanın iki günü gidilmiştir. Hastaların poliklinik muayenesi tamamlandıktan sonra yüz yüze görüşme ile formlar araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Veri toplama araçları 15-20 dakikalık süre içerisinde doldurulmuştur. Hastaların bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra veri toplanmaya başlanmıştır.

### 3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce Bozok Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan 30.11.2015/110 nolu onay (Ek-5) ve Yozgat Devlet Hastanesi, Yozgat Bozok Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Sorgun Devlet Hastanesi'nden gerekli izinler alınmıştır (Ek-6). Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce araştırma kapsamındaki hastalara, araştırmanın yapılma amacı açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile de "Özerkliğe Saygı" ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirilerek araştırma yapılmıştır. Bireylerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır (Ek-7).

### 3.7. İstatistiksel Değerlendirme

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Araştırmada hastaların sosyo-demografik özellikleri bağımsız değişkenler ve kullanılan ölçekler bağımlı değişkenler olarak ele alınmıştır. Araştırmada tüm verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır. Kullanılan verilerin öncelikle normal dağılıma uygunluk testleri (Kolmogrov-Smirnov Testi, Shapiro-Wilk Testi) yapılmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında, veriler parametrikse bağımsız gruplarda t testi, One-way Anova Analizi ve Kruskal-Wallis Varyans Analizi ve Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Ölçeğin iç geçerlilik ve tutarlılığını belirlemek için Cronbach Alfa değerine bakılmıştır. Grupların karşılaştırılmasında sonuçların istatistiksel anlamlılığı  $p < 0.05$  düzeyinde, % 95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

### 3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Yozgat ilinde yer alan kronik kaşıntı şikayeti ile polikliniğe başvuru yapan ve araştırmaya dahil edilme ölçütlerine uygun hastalar örnekleme alınmıştır. Bu nedenle araştırmada elde edilen sonuçlar, Yozgat ilinde dermatoloji polikliniğine kronik kaşıntı şikayeti ile başvuru yapan hastalara genellenebilir.

#### 4. BULGULAR

Araştırmamızın bulgularında hastaların sosyo-demografik ve kaşıntı özellikleri, Algılanan Stres ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve bunlar arasındaki ilişkiler sonucu ortaya çıkan bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.1.** Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=125)

Sosyo-demografik özellikler	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	81	64.8
Erkek	44	35.2
<b>Yaş ortalaması (yıl)</b>	47.13±17.81 (18.0-85.0)	
<b>Eğitim durumu</b>		
Okur-yazar değil	17	13.6
Okur-yazar	10	8.0
İlköğretim	70	56.0
Lise ve üzeri	28	22.4
<b>Medeni durumu</b>		
Evli	98	78.4
Bekar	27	21.6
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	94	75.2
Çalışmıyor	31	24.8
<b>Maddi durumu</b>		
Düşük	49	39.2
Orta	76	60.8
<b>Birlikte yaşadığı kişiler</b>		
Yalnız yaşıyorum	6	4.8
Eşimle	39	31.2
Eşim ve çocuklarımla	63	50.4
Aile (anne, baba, kardeş)	15	12
Arkadaş	2	1.6
<b>Yaşadığı yer</b>		
İl	20	16.0
İlçe	69	55.2
Köy	36	28.8

**Tablo 4.1.** Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (devamı)

<b>Sigara kullanma durumu</b>		
Hiç kullanmadım	90	72.0
Kullanıyorum	21	16.8
Bıraktım	14	11.2
<b>Sigara kullanma miktarı</b>		
Günde 1/2 - 2 Paket	11	52.4
Haftada 1-2 Paket	10	47.6
<b>Alkol kullanma durumu</b>		
Kullanmıyorum	125	100.0
Kullanıyorum	0	0.0
<b>Kronik hastalık olma durumu</b>		
Yok	76	60.8
Var	49	39.2
<b>Kronik hastalıklar<sup>1</sup></b>		
Kalp Yetmezliği	12	9.6
Hipertansiyon	20	16.0
Üriner Sistem Hastalıkları	3	2.4
Diabetes Mellitus	19	15.2
Solunum Sistemi Hastalıkları	10	8.0
Kas İskelet Hastalıkları	4	3.2
Diğer <sup>2</sup>	10	8

<sup>1</sup> Birden fazla cevap verilmiştir.

<sup>2</sup> Diğer grubunda gastr, sindirim sistemi hastalıkları, ailevi akdeniz ateşi, sinir sistemi hastalıkları ve psikiyatrik hastalıklar yer almaktadır.

Tablo 4.1.'de hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Hastaların %64.8'i kadın, yaş ortalaması 47.13±17.81 (yıl), %56.0'ının eğitim düzeyi ilköğretim mezunu ve %78.4'ünün evli olduğu belirlenmiştir. Hastaların %75.2'sinin çalıştığı, %60.8'inin gelir durumunun orta olduğu, %50.4'ünün eşi ve çocukları ile, %55.2'sinin ilçede yaşadığı tespit edilmiştir.

Hastaların %72.0'ı hiç sigara kullanmamışken, sigara kullanan (%16.8) hastaların %52.4'ü günde 1/2-2 paket arasında sigara tükettiği saptanmıştır. Hastaların %60.8'inin herhangi bir kronik hastalığı bulunmamaktadır. Kronik hastalığı olanların (%39.2) ise, %16.0'ı hipertansiyon, %15.2'si diyabetes mellitus ve %8.0'ı ise, solunum sistemi hastalıklarına sahiptir.

**Tablo 4.2.** Hastaların kaşıntı özelliklerinin dağılımı (n=125)

<b>Kaşıntı özellikleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Kaşıntıya neden olan hastalık</b>		
Ürtiker	39	31.2
Dermatit	56	44.8
İdiyopatik	14	11.2
Kserozis	9	7.2
Sedef	4	3.2
Diğer <sup>3</sup>	3	2.4
<b>Kaşıntıya neden olan hastalık süresi ortalaması (ay)</b>	32.13±51.23 (1.50-360.0)	
<b>Kaşıntı süresi ortalaması (ay)</b>	27.11±49.74 (1.0-360.0)	
<b>Kaşıntı süresi</b>		
6 Hafta -1 yıldan az	60	48.0
1- 3 yıl	43	34.4
4 - 6 yıl	12	9.6
7 yıl ve üzeri	10	8.0
<b>Kaşıntı şiddeti ortalaması (GKÖ)</b>	6.52±2.05 (2.0-10.0)	
<b>Kaşıntı Şiddeti</b>		
Hafif (1-3)	10	8.0
Orta (4-6)	55	44.0
Şiddetli (7 ve üzeri )	60	48.0
<b>Son bir hafta içindeki kaşıntı şekli</b>		
Aralıklı	90	72.0
Sürekli	35	28.0
<b>Günlük kaşıntı süresi</b>		
6 saatten az	86	68.8
6-12 saat	31	24.8
12 saatten fazla	8	6.4
<b>Kaşıntının en yoğun olduğu zaman</b>		
Gündüz	41	32.8
Akşam	45	36.0
Gece uyurken	39	31.2
<b>Kaşıntıya bağlı lezyon olma durumu</b>		
Var	48	38.4
Yok	77	61.6
<b>Kaşıntının vücutta yayılımı</b>		
Lokal	81	64.8
Genel	44	35.2

<sup>3</sup>Diğer grubunda mantar ve liken planus hastalıkları yer almaktadır.

**Tablo 4.2.** Hastaların kaşıntı özelliklerinin dağılımı (devamı)

<b>Kaşıntı özellikleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Kaşıntının vücuttaki yerleri<sup>4</sup></b>		
Ekstremiteler	47	58.1
Ön/arka gövde	15	18.5
Ön/arka gövde ve ekstremiteler	10	12.3
Baş ve boyun	9	11.1
<b>Kaşıntıyı arttıran durumlar<sup>1</sup></b>		
Baharatlı yiyecek tüketimi	101	80.8
Stres varlığı	80	64.0
Gece olduğunda	73	58.4
Sıcaklık artığında	63	50.4
Hava değişimi yaşandığında	32	25.6
Yünlü kıyafet giyildiğinde	31	24.8
Banyodan sonra	4	4.0
<b>Kaşıntının olumsuz etkileri<sup>1</sup></b>		
Gece uykudan uyandırma	85	68.0
Günlük aktivitelerini yapmakta zorlanma	67	53.6
Aile ilişkilerini bozma	40	32.0
İnsan ilişkilerini bozma	35	28.0
İş-okul yaşamını bozma	16	12.8
Etkilenmeyen	1	8.0
<b>Kaşıntı için düzenli ilaç kullanma durumu</b>		
Kullanıyorum	19	15.2
Kullanmıyorum	107	84.8
<b>Kaşıntı için kullanılan ilaçlar</b>		
Antihistaminikler	13	68.4
Diğer <sup>5</sup>	6	31.6

<sup>1</sup> Birden fazla cevap verilmiştir.

<sup>4</sup> Lokal grubundaki hastaların dağılımı görülmektedir.

<sup>5</sup> Hastalar kaşıntı için anksiyolitik, nemiendirici ve steroid kullanmaktadır.

Tablo 4.2.'de hastaların kaşıntı özelliklerinin dağılımı görülmektedir. Kaşıntıya neden olan hastalıkların %44.8'i dermatit olarak belirlenmiştir. Hastalık süresi ortalaması 32.13±51.23 ay ve kaşıntı süresi ortalaması 27.11±49.74 aydır. Hastaların %48.0'ı 6 hafta-1yıl arasında kaşıntı yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların kaşıntı

şiddeti ortalaması (GKÖ)  $6.52 \pm 2.05$  ve %48.0'inin şiddetli (7 ve üzeri) kaşıntı yaşadıkları belirlenmiştir. Hastaların %72.0'ı son bir hafta içinde aralıklı olarak kaşıntı yaşamakta ve %68.8'inin günde 6 saatten az kaşıntılarının olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılanların %36.0'sı kaşıntının en yoğun akşam saatlerinde olduğunu, %48.0'inin kaşıntıya bağlı lezyonunun olduğu, %64.8'i kaşıntısının lokal yayılım gösterdiğini ve %58.0'ı ise en fazla ekstremitelerde kaşıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Kaşıntıyı arttıran durumlar sırasıyla baharatlı yiyecek tüketimi (%80.8), stres varlığı (%64.0), gece oluşu (%58.0) ve sıcaklık artışı (%50.4)'dir. Hastaların %68.0'ı kaşıntı nedeniyle gece uykularından uyandıklarını ifade etmişlerdir. Bunu sırasıyla hastaların günlük aktivitelerini yaparken zorlanma (%53.6) ve aile ilişkilerini bozma (%32.0) izlemektedir. Hastaların sadece %15.2'si kaşıntı için düzenli ilaç kullanmaktadır. İlaç kullanan hastaların %68.4'ünün ise, antihistaminik kullandıkları saptanmıştır.

**Tablo 4.3.** Hastaların algılanan stres ölçeği ve stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı

	Sayı	$\bar{X} \pm SS$	Min.	Max.
<b>Algılanan Stres Ölçeği</b>	125	29.71± 7.22	14.00	47.00
<b>Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyutları</b>				
1. Kendine güvenli yaklaşım	125	15.18± 3.85	6.00	21.00
2. İyimser yaklaşım	125	9.74± 2.98	0.00	17.00
3. Sosyal destek arama	125	7.51± 2.50	2.00	12.00
4. Çaresiz yaklaşım	125	10.17± 2.90	3.00	12.00
5. Boyun eğici yaklaşım	125	10.74± 4.81	0.00	18.00

Tablo 4.3.'te Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) puan ortalaması ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) alt boyutları puan ortalamaları gösterilmiştir. Buna göre; Algılanan Stres Ölçeği puan ortalaması  $29.71 \pm 7.22$  olarak saptanmıştır. Hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları ise kendine güvenli yaklaşım (KGY)  $15.18 \pm 3.85$ , iyimser yaklaşım (İY)  $9.74 \pm 2.98$ , sosyal

destek arama (SDA)  $7.51 \pm 2.50$ , çaresiz yaklaşım (ÇY)  $10.17 \pm 2.90$ , boyun eğici yaklaşım (BEY)  $10.74 \pm 4.81$  olarak belirlenmiştir.



**Tablo 4.4.** Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre algılanan stres ölçeği ve stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Algılanan Stres Ölçeği	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyutları				
		Duyulara Yönelik/Pasif Tarz		Probleme Yönelik/Aktif Tarz		
		Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	Kendine güvenli yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	30.75±7.06	9.80±3.02	11.58±4.83	14.52±3.86	9.59±3.24	7.80±2.50
Erkek	27.80±7.18	10.84±2.56	9.18±4.41	17.09±6.30	10.02±2.44	6.97±2.43
Test*	2.223	1.934	2.731	2.831	0.836	1.778
<i>p</i>	<b>0.028</b>	0.055	<b>0.007</b>	<b>0.005</b>	0.405	0.078
<b>Eğitim durumu</b>						
Okur-yazar değil	30.88±7.16	10.65±3.16	11.53±4.86	13.65±3.87	11.18±3.76	8.29±3.05
Okur-yazar	31.10±6.94	9.70±3.20	12.60±4.95	13.90±4.48	11.10±2.23	7.10±1.96
İlköğretim	29.20±7.70	10.23±2.77	10.67±5.08	16.13±5.44	10.04±2.43	7.50±2.15
Lise ve üzeri	29.79±6.24	9.89±3.05	9.75±3.94	15.29±4.35	7.64±2.97	7.92±3.40
Test**	0.385	0.331	1.053	1.522	8.040	1.009
<i>p</i>	0.764	0.803	0.372	0.212	<b>&lt;0.001</b>	0.416
<b>Medeni durumu</b>						
Evli	29.40±7.23	10.29±2.96	10.96±4.91	15.80±5.01	10.02±2.58	7.66±2.34
Bekar	30.85±7.17	9.74±2.65	9.93±4.41	14.07±4.75	8.74±4.03	6.96±2.99
Test*	0.926	0.864	0.988	1.598	1.563	1.292
<i>p</i>	0.356	0.389	0.325	0.113	0.128	0.199

\*Bağımsız örneklem T testi

\*\*Tek Yönlü Varyans Analizi

**Tablo 4.4.** Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre algılanan stres ölçeği ve stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (devamı)

Sosyo-Demografik Özellikler	Algılanan Stres Ölçeği	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyutları				
		Duyulara Yönelik/Pasif Tarz		Probleme Yönelik/Aktif Tarz		
		Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	Kendine güvenli yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışıyor	29.77±7.27	10.94±2.99	10.06±4.6	16.58±4.62	9.10±3.36	7.50±2.56
Çalışmıyor	29.69±7.24	9.91±2.84	10.96±4.88	15.04±5.07	9.96±2.83	7.54±2.32
Test*	0.055	1.714	0.896	1.496	1.399	0.093
p	0.956	0.089	0.372	0.137	0.164	0.926
<b>Maddi durumu</b>						
Düşük	30.80±8.34	10.00±3.30	10.55±5.52	14.88±6.54	9.82±3.19	7.32±2.40
Orta	29.01±6.35	10.28±2.63	10.86±4.33	15.78±3.67	9.70±2.86	7.76±2.61
Test*	1.277	0.494	0.327	0.983	0.217	0.935
p	0.205	0.622	0.745	0.327	0.829	0.352
<b>Yaşadığı yer</b>						
İl	28.25±5.02	8.85±2.81	11.15±3.73	13.20±3.64	9.85±2.58	6.90±2.26
İlçe	30.10±7.53	10.61±2.66	10.68±5.31	16.20±5.49	9.42±3.10	7.72±2.50
Köy	29.78±7.69	10.06±3.21	10.61±4.42	15.17±4.28	10.31±2.94	7.44±2.61
Test**	0.508	2.986	0.089	2.969	1.059	0.860
p	0.603	0.054	0.915	0.055	0.350	0.426
<b>Sigara kullanma</b>						
Kullanıyor	29.19±6.12	10.86±2.15	10.24±4.4	16.05±3.44	9.90±2.32	7.61±2.87
Bırakmış	32.64±6.79	9.71±2.92	11.86±5.33	17.21±10.27	9.36±3.39	7.57±1.91
Hiç kullanmamış	29.38±7.48	10.08±3.04	10.68±4.84	15.00±3.97	9.77±3.08	7.47±2.51
Test**	1.313	0.806	0.495	1.400	0.149	0.031
p	0.273	0.449	0.611	0.250	0.862	0.969

\*Bağımsız Örneklem T Testi

\*\*Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 4.4’de Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre ASÖ ve SBÇTÖ alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Hastaların algılanan stres ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; kadınların erkeklere göre ASÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Hastaların eğitim, çalışma, maddi ve medeni durumu, yaşadığı yer ve sigara kullanma durumlarına göre ASÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p>0.05$ ).

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre SBÇTÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde erkeklerin aktif baş etme yöntemlerinden kendine güvenli yaklaşım puanının kadınlara göre yüksek olduğu, kadınların ise pasif baş etme yöntemlerinden olan boyun eğici yaklaşım puanının erkeklere göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Hastaların eğitim düzeyine incelendiğinde, SBÇTÖ alt boyutlarında aktif baş etme yöntemlerinden iyimser yaklaşım puanının lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan grubun daha düşük olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hastaların çalışma, maddi ve medeni durumu, yaşadığı yer ve sigara kullanma durumuna göre SBÇTÖ alt boyut puanları arasında istatistiki açıdan farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.5.** Hastaların kaşıntı özelliklerine göre algılanan stres ölçeği ve stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları puan dağılımı

Kaşıntı Özelliği	Algılanan Stres Ölçeği	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyutları				
		Duygulara Yönelik/Pasif Tarz		Probleme Yönelik/Aktif Tarz		
		Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Sosyal Destek Arama
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
<b>Kaşıntı Süresi</b>						
6 Hafta -1 yıldan az	30.58±6.42	10.45±4.52	9.95±2.91	14.96±4.08	9.78±3.10	7.41±2.59
1- 3 yıl	28.97±6.60	10.37±4.79	9.51±3.08	15.30±3.93	10.25±2.88	7.44±2.61
4 - 6 yıl	31.89±6.81	14.41±3.94	9.83±3.09	15.00±2.89	10.58±1.92	7.66±2.22
7 yıl ve üzeri	34.25±8.74	9.60±6.14	9.40±3.13	16.20±3.39	11.60±2.36	8.20±1.81
Test**	1.829	2.798	0.226	0.312	1.270	0.303
<i>p</i>	0.145	<b>0.043</b>	0.878	0.816	0.288	0.823
<b>Kaşıntı şiddeti</b>						
1-3 Hafif	25.10±6.19	9.60±2.91	10.20±5.31	15.30±1.95	10.30±2.00	7.10±2.68
4-6 Orta	29.20±6.79	10.02±2.73	10.13±4.53	15.11±4.07	9.27±3.26	7.74±2.36
7 ve üzeri şiddetli	30.95±7.48	10.40±3.07	11.38±4.97	15.73±6.03	10.08±2.82	7.36±2.61
Test**	3.171	0.454	1.047	0.225	1.255	0.473
<i>p</i>	<b>0.045</b>	0.636	0.354	0.799	0.289	0.624
<b>Son bir hafta içindeki kaşıntı şekli</b>						
Aralıklı	30.11±7.64	10.13±2.69	10.86±4.85	15.29±3.66	9.41±2.88	7.41±2.61
Sürekli	28.69±5.98	10.26±3.41	10.43±4.75	15.77±7.44	10.60±3.12	7.77±2.18
Test*	0.991	0.193	0.444	0.484	2.027	0.772
<i>P</i>	0.323	0.848	0.658	0.629	<b>0.045</b>	0.472

\*Bağımsız Örneklem T Testi

\*\*Tek Yönlü Varyans Analizi

**Tablo 4.5.** Hastaların kaşıntı özelliklerine göre algılanan stres ölçeği ve stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (devamı)

Kaşıntı Özelliği	Algılanan Stres Ölçeği	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyutları				
		Duygulara Yönelik/Pasif Tarz		Probleme Yönelik/Aktif Tarz		
		Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Sosyal Destek Arama
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
<b>Günlük kaşıntı süresi</b>						
6 Saatten Az	30.20±6.63	10.71±4.68	9.35±3.05	15.02±3.74	9.99±2.78	7.53±2.49
6-12 Saat	32.00±6.47	10.52±5.10	10.52±2.57	17.00±7.49	10.90±3.10	7.48±2.71
12 Saatten fazla	31.00±10.41	11.88±5.51	11.00±3.12	13.63±3.70	9.25±3.20	7.37±1.84
Test <sup>***</sup>	2.204	0.447	3.340	4.024	3.442	0.017
P	0.332	0.800	0.188	0.134	0.179	0.983
<b>Kaşıntının en yoğun olduğu zaman</b>						
Gündüz	29.98±7.79	9.93±3.21	10.76±5.34	15.15±7.08	9.80±3.23	6.71±2.84
Akşam	28.69±6.90	10.02±2.6	9.78±4.37	14.87±3.81	9.29±2.98	8.06±2.11
Gece uyurken	30.62±6.98	10.59±2.91	11.82±4.59	16.36±3.21	10.21±2.69	7.69±2.37
Test <sup>**</sup>	0.782	0.608	1.913	1.030	1.000	3.325
P	0.460	0.546	0.152	0.360	0.371	<b>0.039</b>

\*Bağımsız Örneklem T Testi

\*\*Tek Yönlü Varyans Analizi

\*\*\* Kruskal Wallis Varyans Analiz

**Tablo 4.5.** Hastaların kaşıntı özelliklerine göre algılanan stres ölçeği ve stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (devamı)

Kaşıntı Özelliği	Algılanan Stres Ölçeği	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyutları				
		Duygulara Yönelik/Pasif Tarz		Probleme Yönelik/Aktif Tarz		
		Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Sosyal Destek Arama
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
<b>Kaşıntıya bağlı lezyon olma durumu</b>						
Evet	29.78±7.72	10.43±2.89	10.73±5.40	15.71±5.56	9.96±2.76	7.29±2.59
Hayır	29.60±6.41	9.75±2.88	10.75±3.73	14.96±3.91	9.40±3.31	7.64±2.59
Test*	0.131	1.276	0.028	0.823	1.031	0.777
P	0.896	0.204	0.978	0.412	0.304	0.439
<b>Kaşıntının vücutta yayılımı</b>						
Lokal	29.15±6.88	10.22±2.74	10.47±4.59	15.38±3.80	9.62±2.79	7.48±2.45
Genel	30.75±7.77	10.07±3.20	11.23±5.21	15.50±6.70	9.98±3.33	7.56±2.61
Test*	1.187	0.283	0.841	0.125	0.643	0.184
P	0.237	0.778	0.402	0.901	0.521	0.854
<b>Kaşıntı için düzenli ilaç kullanma durumu</b>						
Evet	29.43±7.23	10.07±2.93	10.69±4.93	15.24±5.16	9.97±2.89	8.38±2.50
Hayır	31.39±7.13	10.72±2.72	11.00±4.13	16.50±3.78	8.39±3.22	7.36±2.48
Test*	1.066	0.876	0.251	0.989	2.114	1.619
P	0.288	0.383	0.802	0.325	<b>0.037</b>	0.108

\*Bağımsız Örneklem t Testi

Tablo 4.5'te hastaların kaşıntı özelliklerine göre ASÖ ve SBÇTÖ alt boyut puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Kaşıntı süresi yedi yıl ve daha uzun süren hastaların ASÖ puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek ( $34.25 \pm 8.74$ ) olduğu bulunmuştur. Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Kaşıntı şiddeti ASÖ puanı şiddetli kaşıntısı (7 ve üzeri) olan hastalarda anlamlı olarak daha yüksek ( $90.95 \pm 7.48$ ) bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Kaşıntısı olan bireylerin son bir hafta içinde kaşıntı şekli, günlük kaşıntı süresi, kaşıntıya bağlı lezyon durumu, kaşıntının vücutta yayılımı ve kaşıntı için düzenli ilaç kullanma durumuna göre ASÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Ancak, kaşıntının en yoğun olduğu zamana göre ASÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasına rağmen ( $p > 0.05$ ), gece saatlerinde ( $30.62 \pm 6.98$ ) kaşıntısı olan hastaların gündüz ve akşam saatlerindeki göre ASÖ puan ortalamaları daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. ( $p > 0.05$ ).

Hastaların kaşıntı süresine göre 4-6 yıl olan hastaların pasif baş etme yöntemi olan çaresiz yaklaşımı diğer gruptakilere göre daha çok kullandıkları ve istatistiki açıdan farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Hastaların kaşıntı sürelerine göre diğer SBÇTÖ alt boyutlarında anlamlı bir fark görülmemiştir ( $p > 0.05$ ). Hastaların kaşıntı şiddetine göre SBÇTÖ alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Araştırmaya katılan hastaların son bir hafta içindeki kaşıntı şekli incelendiğinde sürekli kaşıntısı olan hastaların aralıklı kaşıntısı olanlara göre aktif baş etme tarzlarından olan iyimser yaklaşım puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiş olup istatistiki açıdan farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ). Hastaların günlük kaşıntı süresine göre SBÇTÖ alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ( $p > 0.05$ ). Araştırmaya katılan hastaların kaşıntının en yoğun olduğu zamana göre çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ). Ancak, akşam saatinde kaşıntısı olanların diğer gruptakilere göre aktif baş etme tarzlarından olan sosyal destek aramayı daha fazla kullandıkları belirlenmiş olup, istatistiki açıdan farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).

Bireylerin kaşıntıya bağlı lezyon olma durumu ve kaşıntının vücuttaki yayılımına göre SBÇTÖ alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Kaşıntı için düzenli ilaç kullanımına göre SBÇTÖ alt boyutları olan çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Ancak, düzenli ilaç kullanan hastaların kullanmayanlara göre aktif baş etme tarzlarından olan iyimser yaklaşımı daha fazla tercih ettikleri belirlenmiştir. Hastaların düzenli ilaç kullanımına göre iyimser yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).



**Tablo 4.6** Hastaların algılan stres ölçeği ile stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları korelasyon matrisi

İlişkiler	Algılanan Stres Ölçeği		Kendine Güvenli Yaklaşım		Çaresiz Yaklaşım		Boyun Eğici Yaklaşım		İyimser Yaklaşım		Sosyal Destek Arama	
	$r_p$	$P$	$r_p$	$P$	$r_p$	$p$	$r_p$	$p$	$r_p$	$p$	$r_p$	$P$
Algılanan Stres Ölçeği			0.021	0.819	0.158	0.079	0.292**	<b>0.001</b>	-0.131	0.144	-0.182	<b>0.042</b>
Kendine Güvenli Yaklaşım	0.021	0.819			-0.038	0.675	0.100	0.269	0.578	<b>0.0001</b>	0.117	0.193
Çaresiz Yaklaşım	0.158	0.079	-0.038	0.675			-0.185	<b>0.039</b>	-0.180	<b>0.045</b>	0.011	0.906
Boyun Eğici Yaklaşım	0.292	<b>0.001</b>	0.100	0.269	-0.185	<b>0.039</b>			0.188*	0.036	0.045	0.620
İyimser Yaklaşım	-0.131	0.144	0.578	<b>0.0001</b>	-0.180	<b>0.045</b>	0.188*	0.036			0.080	0.373
Sosyal Destek Arama	-0.182	0.042	0.117	0.193	0.011	0.906	0.045	0.620	0.080	0.373		

$r_p$ : Pearson Korelasyon Katsayısı

Hastaların ASÖ ile SBÇTÖ alt boyutları korelasyon matrisi, Tablo 4.6'da yer almaktadır. Hastaların ASÖ ile SBÇTÖ alt boyutlarından aldıkları puanların birbirleri ile ilişkisi incelendiğinde; hastaların ASÖ ile BEY puanları arasındaki ilişki zayıf düzeyde pozitif yöndedir ( $p<0.001$ ). ASÖ puan ortalaması arttıkça BEY puan ortalamaları da artmaktadır. Hastaların ASÖ ile SBÇTÖ diğer alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).



**Tablo 4.7.** Hastaların algılanan stres ölçeği ve stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının bazı özellikler ile korelasyon matrisi

	Algılanan Stres Ölçeği		Kendine Güvenli Yaklaşım		Çaresiz Yaklaşım		Boyun Eğici Yaklaşım		İyimser Yaklaşım		Sosyal Destek Arama	
	$r_p$	$P$	$r_p$	$P$	$r_p$	$p$	$r_p$	$p$	$r_p$	$p$	$r_p$	$p$
<b>Yaş ortalaması</b>	-0.150	0.095	-0.05	0.582	0.102	0.256	-0.123	0.170	0.275**	<b>0.002</b>	-0.025	0.784
<b>Kaşıntı süresi ortalaması (ay)</b>	-0.096	0.288	-0.177*	<b>0.049</b>	0.022	0.811	0.018	0.839	-0.062	0.489	-0.216*	<b>0.016</b>
<b>Hastalık süresi ortalaması (ay)</b>	-0.103	0.252	-0.148	0.100	-0.004	0.967	0.086	0.340	-0.40	0.658	-0.224*	<b>0.012</b>
<b>Kaşıntı şiddeti ortalaması</b>	0.210*	<b>0.019</b>	0.081	0.369	0.117	0.194	0.150	0.095	0.134	0.135	0.052	0.563

$r_p$ : Pearson Korelasyon Katsayısı

Hastaların ASÖ ve SBÇTÖ alt boyutları ile bazı özelliklerin korelasyon matrisi, Tablo 4.7 'de görülmektedir. Hastaların ASÖ ve SBÇTÖ alt boyutları ile bazı özelliklerine bakıldığında; hastaların yaşı ile SBÇTÖ alt boyutlarından iyimser yaklaşım puan ortalamaları arasında zayıf düzeyde pozitif yönde ilişki vardır ( $p<0.001$ ). Hastaların yaşları arttıkça iyimser yaklaşım puan ortalamaları artmaktadır. Bireylerin yaş ortalamaları ile ASÖ, kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı ( $p>0.05$ ) belirlenmiştir. Hastaların kaşıntı süresi ortalaması ile ASÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Kaşıntı süresi ortalaması ile SBÇTÖ alt boyutları puanları incelendiğinde ise; kaşıntı süresi arttıkça KGY puanı azalmaktadır. Kaşıntı süresi ortalaması ile KGY puan ortalaması arasında çok zayıf düzeyde negatif yönde ilişki vardır ( $p<0.05$ ). Kaşıntı süresi ortalaması ile SDA puanı arasında zayıf düzeyde negatif yönde ilişki vardır ( $p<0.05$ ). Kaşıntı süresi arttıkça SDA puanı azalmaktadır. Kaşıntı süresi ile ASÖ, ÇY, BEY ve İY arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Hastalık süresi puanları ile hastaların etkili baş etme tarzlarından olan SDA arasında zayıf düzeyde negatif yönde ilişki vardır ( $p<0.05$ ). Hastaların hastalık süresi azaldıkça sosyal destek arama puanlarında artış görülmektedir. Araştırmaya katılanların hastalık süresi ortalaması ile ASÖ, KGY, ÇY, BEY ve İY puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Hastaların kaşıntı şiddeti ortalaması ile ASÖ arasında zayıf düzeyde pozitif yönde ilişki mevcuttur ( $p<0.05$ ). Hastaların kaşıntı şiddeti arttıkça ASÖ puan ortalamalarında artmaktadır. Hastaların kaşıntı şiddeti ortalaması ile SBÇTÖ alt boyutları puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. ( $p>0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Kronik kaşıntı, bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerini olumsuz yönde etkileyen karmaşık bir süreçtir. Başlangıçta kaşıntı tehlikeli olmayabilir ancak şiddeti ve süresi arttıkça bireyde neden olduğu stres; uykusuzluk, kronik yorgunluk, öz bakım gücü ve yaşam kalitesinde azalma, sosyal izolasyon, anksiyete ve depresyona neden olabilmektedir (Akça ve Taşçı, 2012; Alpsoy, 2013; Arıcan, 2005; Karadakovan, 2014). Ayrıca stres kaşıntıyı başlatan bir etiyolojik faktörde olabilmektedir (Aydemir, 2005; Kim ve Yosipovitch, 2013; Türsen, 2011).

### 5.1. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) Puanlarının Dağılımına Ait Bulguların Tartışılması

Dermatoloji polikliniklerine başvuran kronik kaşıntılı hastalarda stres düzeyi ve stresle baş etme yöntemlerini belirlemek amacıyla yaptığımız bu çalışmada; hastaların Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) puan ortalaması  $29.71 \pm 7.22$  olup orta derecede stres yaşadıkları saptanmıştır. Yapılan çalışma sonuçları da araştırma bulgularımıza benzer şekilde ASÖ puanlarının orta düzeyde olduğunu göstermektedir (Atik vd. 2016; Çalışkan, Caner, Evgin ve Kaplan, 2017; Yıldız, 2018).

Araştırmamızda ASÖ puan ortalamaları kadınlarda daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.4). Kadınların stres algısının erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışma sonuçları da araştırma bulgularımıza benzer şekilde kadınlarda stres algısının daha fazla olduğu göstermektedir (Alpertonga, Ünsar ve Koldere Akın, 2016; Durak Batıgün ve Atay Kayış, 2014; Ekiz, 2016; Yurtsever, 2009). Ülkemizde, cinsiyet rollerinin belirginliği, aile bireylerinin bakımının kadına ait olması gibi yaklaşımlar nedeniyle kadına aile içinde daha fazla sorumluluk yüklenmektedir. Kadına yüklenen bu sorumluluklar nedeniyle kadınlar daha fazla stres yaşadığı düşünülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Araştırmamızda, yedi yıl ve daha uzun süre kaşıntı yaşayanların diğer gruptakilere göre ASÖ puanı daha yüksek bulunmuştur ( $p > 0.05$ ). Hastalarda hastalık ve semptom süresine bağlı olarak duygusal tükenme, kişisel başarısızlık ve duyarsızlaşma ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenlerle hastalığın uzun süre devam etmesi bireylerde

tükenmişlik duygusuna yol açarak baş etme yöntemlerinde yetersizlik geliştirdiği düşünülmektedir. (Demirbilek vd., 2011; Tey vd., 2013).

Kaşıntı şiddeti puanları incelendiğinde, şiddetli (7 ve üzeri) kaşıntı yaşayanların ASÖ puanı daha yüksektir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.5-Tablo4.7). Literatürde de araştırmamıza benzer olarak şiddetli kaşıntının düşük yaşam kalitesine, hastalığın alevlenmesine ve hastaların yaşadığı stres düzeninin artışına yol açtığı belirtilmektedir (Valdes vd., 2015). Hastaların kaşıntı şiddeti arttıkça stres düzeyi artmakta ve stresle baş etmeleri zorlaşmaktadır.

Araştırmamızda; gece uyurken kaşıntısı olanların gündüz ve akşama göre ASÖ puanı daha yüksek bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Valdes ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada araştırmamıza benzer olarak hastaların kaşıntının gece arttığı ve strese neden olarak uyku bozukluklarına neden olduğu bulunmuştur. Sedef hastalığında kaşıntının etkisi üzerine yapılan bir çalışmada ise; hastaların çoğu kaşıntıyı en önemli, en şiddetli ve en rahatsız edici semptom olarak değerlendirmiş ve kaşıntının strese neden olarak günlük aktivitelerini (konsantrasyon, uyku, okul ve işe gitme vb.) etkilediğini ifade etmişlerdir (Globe, Bayliss ve Harrison, 2009).

## **5.2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) Alt Boyut Puanlarının Dağılımına Ait Bulguların Tartışılması**

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) alt boyutlarında ise; aktif baş etme şekilleri olan kendine güvenli yaklaşım (KGY) puan ortalaması  $15.18\pm 3.85$ , iyimser yaklaşım (İY) puan ortalaması  $9.74\pm 2.98$ , sosyal destek arama (SDA) puan ortalaması  $7.51\pm 2.50$  iken, pasif baş etme yöntemleri olan çaresiz yaklaşım (ÇY) puan ortalaması  $10.17\pm 2.90$  ve boyun eğici yaklaşım (BEY) puan ortalaması  $10.74\pm 4.81$  olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Özdemir'in (2017) meme kanseri olan hastalarla yaptığı çalışmada SBÇTÖ alt boyut puanları incelendiğinde, hastaların KGY puanı  $13.98\pm 2.46$  iken BEY puanları  $8.08\pm 2.14$  olarak bulunmuştur. Çekin'in (2014) çalışmasında ise, SBÇTÖ alt boyut puanları da KGY puanları  $14.65\pm 3.79$  iken, SDA puanları  $7.83\pm 2.13$  bulunmuştur. Araştırma sonuçlarımız diğer çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Stres ile başa çıkma, bilinçli bir süreçtir; bu süreçte, kişisel ya da sosyal sorunlarla mücadele edilmektedir (Pitsch vd., 2014). İnsanlar bu süreç içerisinde farklı stres ile başa çıkma yöntemi geliştirebilir. Stres ile başa çıkma kişinin hem bilişsel hem

de fiziksel aktivitesinin yanı sıra içinde bulunduğu toplum, örgütsel yapı, aktiflik grupları stresle aktif baş edilmesine ya da algılanan stresin daha da artmasına neden olabilmektedir (Eraslan, Karafil, Atay, 2017).

Cinsiyet değişkenine göre hastaların SBÇTÖ alt boyutları incelendiğinde; aktif baş etme tarzlarından KGY puanının erkeklerde daha yüksek iken, pasif baş etme tarzlarından BEY puanının ise kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). (Tablo 4.4). Bu veriler doğrultusunda kadınların stresle başa çıkma şekillerinden duygulara yönelik/pasif tarzı kullandıkları, erkeklerin ise problemi çözmeye yönelik/aktif tarzı kullandıkları saptanmıştır. Kayır'ın (2014) çalışmasında araştırmamıza benzer şekilde kadınlarda boyun eğici yaklaşımın daha fazla kullanıldığı bulunmuştur.

Araştırmamızda hastaların eğitim durumlarına bakıldığında ise, lise ve üzeri eğitime sahip olanların diğer gruptakilere göre aktif baş etme tarzlarından İY puanlarının anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Baş-boyun kanseri olan hastalarla yapılan başka bir çalışmada ise araştırmamızla benzer şekilde eğitim seviyesi arttıkça iyimser yaklaşımı daha az kullandıkları saptanmışlardır (İsmailoğlu ve Khorshid, 2016). İyimser yaklaşım puanlarının düşük olması, bireylerin farkındalık düzenin artması ve birçok bilgiye ulaşılması ve ulaştığı bu bilgilerin doğru kaynaklardan elde etmemesi nedeniyle kaygı ve stresin artmasına yol açtığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda hastaların medeni durumuna göre SBÇTÖ puanları incelendiğinde; aktif baş etme yöntemlerinden SDA ve İY puanı evlilerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.4). Literatürde ise; İsmailoğlu ve Khorshid (2016) çalışmasında evli olanların sosyal destek arama yaklaşımını bekarlardan daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Kayır'ın (2014) yaptığı çalışmada evli olanların SDA puanları daha yüksek olduğu bulunmuştur. Dişçi'nin (2014) yaptığı çalışmada ise, evli olanlarda İY, BEY ve SDA puanları bekar olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Evlilik sosyal destek kaynaklarını güçlendiren bir faktördür. Evlilikte sosyal ağın büyük bir kısmını aile ve akrabalar oluşturmaktadır. Bu durum toplumumuzda ruhsal ya da fiziksel kriz dönemlerinde en fazla desteğin yakın aile üyeleri tarafından sağlandığını göstermektedir. Evli bireylerin stresle baş etmede eş ve çocuklarından

aldığı sosyal destek bireyin geleceğe karşı daha umutla bakmasını sağlamaktadır (Özbacı vd., 2015).

Araştırma sonuçlarımız hastalık süresi arttıkça aktif baş etme tarzlarından olan SDA puanının azaldığını göstermektedir (Tablo 4.5-Tablo 4.7). Hastaların kaşıntı süresine göre 4-6 yıl olan hastaların pasif baş etme yöntemi olan çaresiz yaklaşımı diğer gruptakilere göre daha çok kullandıkları belirlenmiştir. Literatürde, hastalığın uzun süre devam etmesi bireylerde çaresiz yaklaşımı arttırdığı ve aktif baş etme yöntemlerini azalttığı belirtilmektedir. (Demirbilek vd., 2011; Tey vd., 2013). Sosyal destek sistemleri aktif şekilde kullanıldığında stres, endişe ve depresyonu azalmakta ve baş etmeyi kolaylaştırmaktadır (Demirbilek vd., 2011; Tey vd., 2013).

Kaşıntısı sürekli olan hastaların, aktif baş etme tarzlarından İY puanı aralıklı kaşıntısı olan hastalara göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.5). Yaygın ve ani başlangıç gösteren kaşıntı hastaların stres düzeyinin artışına yol açarak semptomla baş etmesini zorlaştırmaktayken kronik ve sürekli devam eden kaşıntıda ise, hastalar bu semptomla mücadele ederek yaşamayı öğrendiği düşünülmektedir.

Araştırmamızda; akşam saatlerinde kaşıntısı olanların diğer gruptakilere göre aktif baş etme şekillerinden olan SDA puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.5). Akşam saatlerinde yoğun kaşıntı yaşayan hastalar sosyal desteğe daha fazla başvurumaktadırlar. Literatürde, gece vücut ısısının ortalama bir derece artması ve bazı kaşıntı mediyatörlerinin sirkadiyen ritim ile ilişkili olması nedeniyle geceleri kaşıntı artmaktadır (Önder, 2008). Gece uyurken ve akşam kaşıntısının yoğun olarak yaşanması bireyin başta uyku problemi yaşamasına neden olarak yaşam kalitesini azaltmaktadır (Kawakami, Kimura ve Haga, 2012; Kini vd., 2011; Weisshaar ve Dalgard, 2009). Araştırmamızda hastalar en fazla kaşıntının uykularını böldüğünü ve günlük yaşam aktivitelerini zorlaştırdığını ifade etmişlerdir (Tablo 4.2). Kaşıntı hastanın psikolojik ve duygusal durumunu etkilemektedir. Kaşıntının psikososyal etkisi göz ardı edilmemesi gerekmektedir. (Callahan ve Lio, 2012; Lee, Stull ve Yosipovitch 2017). Kaşıntı hastalarda sosyal izolasyon, öfke, anksiyete, depresyonun yanı sıra benlik saygısı, öz bakım gücü ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır. Tüm bunlara bağlı olarak hastalarda etkili baş etme yöntemlerinin zayıflaması ile de sigara ve alkol, uyku ilaçları ve antidepresan kullanım oranında artış olduğu belirtilmiştir (Altunay vd.,

2014; Bellmann, Feistritz ve Zoller, 2004; Kılıç Akça, 2011; Pereira ve Stander, 2017; Tran vd., 2010).

İlaç kullanan hastalarda aktif baş etme tarzlarından olan iyimser yaklaşım puanı daha yüksek olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.5). İlaç kullanan hastaların iyimser yaklaşım puanının yüksek olması stresle baş etmede ilaç kullanımının pozitif etkisi olduğunu göstermektedir. Tanı konulduktan sonra hem topikal hem de sistemik ajanlarla hedef tedaviye başlanması gerekmektedir (Önder, 2008).

### **5.3. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) ile Bazı Özelliklerin Korelasyon Puanlarının Dağılımına Ait Bulguların Tartışılması**

Araştırmamızda ASÖ puanı arttıkça pasif baş etme tarzı olan BEY puanında arttığı ve aktif baş etme tarzı olan SDA puanının azaldığı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.6). Stres düzeyinin yüksek olması stres ile başa çıkmada pasif baş etme yöntemlerinin tercih edilmesine yol açarak etkili baş etme yöntemlerinin zayıflamasına neden olmaktadır.

Araştırmamızda yaş arttıkça ASÖ puanlarının azaldığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Ayrıca hastaların yaşları arttıkça iyimser yaklaşımı daha çok kullandıkları bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo4.7). Araştırma bulguları yaş olarak daha olgun olan bireylerin etkili baş etme tarzlarını daha çok kullandıklarını ve stres düzeylerinin daha düşük olduğunu göstermektedir. Yaş ilerledikçe yaşanan olaylara karşı deneyim kazanılmakta ve bu durum insanların yaşamları sırasında karşılaştıkları stresörlerle baş etmesini kolaylaştırdığı düşünülmektedir.

Kaşıntı süresi arttıkça KGY ve SDA puanı azalmaktadır ( $p<0.05$ ) (Tablo4.7). Kaşıntının süresi ve şiddeti ile birlikte kaşıntıya neden olan hastalığın süresi de stres algısının artmasına neden olmakta ve stresle başa çıkmada aktif tarzların kullanımını azaltmaktadır. Her canlının uyum yeteneği ve enerjisi farklıdır ve sınırlıdır. Devam eden ve başa çıkılmayan stresler karşısında denge bozulur ve uyum enerjisi biter. Zamanla stres hastalarda fiziksel ve duygusal sorunların görülmesine yol açmaktadır. (Memiş vd., 2014; Yerlikaya, 2009). Bu durum hastaların etkin baş etme yöntemlerini kullanmasını zorlaştırmaktadır.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Dermatoloji polikliniklerine başvuran kronik kaşıntılı hastalarla yaptığımız bu araştırmadan elde edilen bulgulara göre;

- Kaşıntı şikayeti ile dermatoloji polikliniklerine başvuran hastaların algılanan stres düzeyinin "orta derece" olduğu,
- Kadın hastaların algıladıkları stresin erkeklere göre daha yüksek olduğu, stresle başa çıkma tarzı olarak duygulara yönelik/pasif tarzı kullandıkları, erkeklerin ise probleme yönelik/aktif tarzı kullandıkları,
- Lise eğitim düzeyinde olanların iyimser yaklaşım puanlarının düşük olduğu,
- Bekar hastaların algılanan stresin daha fazla olduğu,
- Evli hastaların daha fazla sosyal desteğe başvurdukları,
- Hastalık süresi arttıkça algılanan stresin arttığı ve sosyal destek aramanın azaldığı,
- Kaşıntı şiddeti arttıkça ASÖ puanının da arttığı,
- Sürekli kaşıntısı olan hastaların iyimser yaklaşımlarının daha fazla olduğu,
- Gece kaşıntısı olanların stres algısının daha yüksek olduğu,
- Akşam saatlerinde kaşıntısı olan hastaların daha fazla sosyal desteğe başvurdukları,
- Kaşıntı için düzenli ilaç kullanan hastaların aktif başa çıkma tarzlarından iyimser yaklaşımı kullandıkları,
- Algılanan stres düzeyi arttıkça hastaların pasif baş etme tarzlarından olan boyun eğici yaklaşımı daha fazla, aktif baş etme tarzlarından olan sosyal destek aramayı ise daha az kullandıkları,
- Yaş ortalaması arttıkça iyimser yaklaşım yöntemini daha çok tercih ettikleri,
- Kaşıntı süresi arttıkça aktif baş etme tarzlarından olan kendine güvenli yaklaşımın ve sosyal destek aramanın azaldığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

Bu bulgular doğrultusunda;

- Kaşıntısı olan hastaların algılanan stres puanlarının yüksek olduğunu ve stresle başa çıkmada aktif tarzların benimsenmesi için danışmanlıkların verilmesi,

- Kadınların stres algısının erkeklere oranla daha fazla olması ve pasif baş etme tarzlarını benimsemelerinden dolayı kadınlara stresle baş etme konularında destek olunarak danışmanlık ve eğitimlerin verilmesi,
- Eğitim durumuna göre bireylerin stresle başa çıkma konusunda daha fazla bilinçlendirilmesi ve doğru bilgiye ulaşmanın öneminin anlatılması,
- Uzun süreli, tedaviye cevap vermeyen, inatçı kaşıntılı deri hastalıklarında hastalar multidisipliner bir yaklaşım ile değerlendirilmeli, cilt temizliği ve bakımı, kaşıntıyı tetikleyen ve şiddetlendiren faktörler, kıyafet seçimi, beslenme, stres yönetimi konusunda hemşirelik müdahalelerini içeren daha geniş popülasyonda çalışmaların planlanması önerilebilir.



## 7. KAYNAKÇA

Alpertonga, H., Ünsar, A., Koldere Akın, Y. (2016). Beden eğitimi ve spor yüksekokulu öğrencilerinin kaygı ve stres düzeylerinin belirlenmesine yönelik bir alan araştırması. *Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 32, 71-83.

Alpsoy, E. (2013). Paraneoplastik kaşıntı (pruritus) ve eritrodermi. *Türkderm*, 47 (Özel Sayı 2), 65-68.

Altunay, İ., Atış, G., Esen, K., Küçükunal, A. (2014). Impact of functional pruritus compared with mild psoriasis on quality of life: a cross-sectional questionnaire study in Turkey. *Am J. Clin Dermatol*, 15, 365–370.

Altunay, İ., Köşlü, A. (2008). Psikojenik pruritus. *Türk Dermatoloji Dergisi*, 2,116-120.

Arıcan, Ö. (2005). Kaşıntının patofizyolojisi, kliniği ve tedavisi. *Türkderm*, 39(2), 88-97.

Arıcan, Ö. (2004). Sistemik hastalıklarda gözlenen kaşıntının gelişme mekanizmaları ve tedavi seçenekleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.*, 24, 664-671.

Atakan, N. (2005). Deri Hastalıkları. İliçin, G., Biberoglu, K., Süleymanlar, G., Ünal, S. (Ed.). *İç Hastalıkları* (s. 3745-3799). Ankara: Güneş Kitabevi.

Atik, D., Karatepe, H., Karatepe, C., Demir, S., Sökmen, S., Çınar, S. (2016). Arteriyovenöz fistül açılan hastalarda stres düzeyi ve stres yönetimi. *J Contemp Med*, 6(4), 310-318.

Aydemir, E. (2005). Stres ve deri hastalıkları. *İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Medikal Açından Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi*, 47, 145-152.

Baltaş, A., Baltas, Z. (2004). *Stres ve başa çıkma yolları*. (22. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Bellmann, R., Feistritz, C., Zoller, H. (2004). Treatment of intractable pruritus in drug induced cholestasis with albumin dialysis: a report of two cases. *ASAIO J*, 50, 387-391.

Callahan, S. W., Lio, P. A. (2012). Current therapies and approaches to the treatment of chronic itch. *CML - Dermatology*, 17(2), 29-40.

Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983) A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.

Cowdell, F. (2009). Care and management of patients with pruritus. *Nursing Older People*, 21, 35-41.

Çalka, Ö., Karadağ, A. (2011). Deri hastalıklarındaki kaşıntının mekanizması. *Türkiye Klinikleri J. Dermatol Special Topics*, 4(3), 40-45.

Çalışkan, Z., Caner, N., Evgin, D., Kaplan, B. (2017). Üniversite öğrencilerinin internet kullanım durumları ve algıladıkları stres düzeyleri. *International Journal of Human Sciences*, 14(3), 2541-2552.

Çekin, B. (2014). *Bir üniversite hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği yatan ebeveynlerin stres düzeyi ve baş etme yöntemleri.* (yüksek lisans tezi). Pamukkale Üniversitesi. Denizli.

Demirbilek, H., Ciğerli, Ö., Yakupoğlu, Ü., Turhan, F., Erman, A., Köse, A., Özdemir Acar, F. (2011). Diyaliz hastası bakımını sağlayan hasta yakını veya ücretli bakıcılardaki tükenmişlik ve depresif belirtiler. *Göztepe Tıp Dergisi*, 26(3),103-107.

Dalgard, F., Stern, R., Lien, L., Hauser, S. (2012). Itch, stress and self-efficacy among 18 year old boys and girls: a Norwegian population based cross sectional study. *Acta Derm Venereol*, 92, 547–552.

Dalgard, F., Svensson, A., Sundby, J. (2005). Self-reported skin morbidity and mental health. a population survey among adults in a Norwegian city. *Br. J. Dermatol*, 153, 145-149.

Davies, A. (2007). Nursing care and management of patients with pruritus. *Nursing Standard*, 21, 51-57.

Dişçi, Z. (2014). *Multiple sklerozlu hastalarda stresle baş etme tarzlarının değerlendirilmesi.* (yüksek lisans tezi). Atatürk Üniversitesi. Erzurum.

Durak Batıgün, A., Atay Kayış, A. (2014). Üniversite öğrencilerinde stres faktörleri: kişilerarası ilişki tarzları ve problem çözme becerileri açısından bir

değerlendirme. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (H. U. Journal of Education)*, 29(2), 69-80.

Ekiz, Ö. (2016). *Spor ve sağlık alanlarında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin algılanmış stres seviyeleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi (Kahramanmaraş ili örneği)*. (yüksek lisans tezi). Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi. Kahramanmaraş.

Eraslan, M., Karafil, A., Atay, E. (2017). Üniversiteler arası spor müsabakalarına katılan Muay Thai sporcularının stres ile başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi. *International Journal of Human Sciences*, 14(3), 2916-2924.

Ergin, A., Uzun, S.U., Bozkurt, A.İ. (2014). Tıp fakültesi öğrencilerinde stresle başa çıkma yöntemleri ve bu yöntemlerin sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi. *Fırat Tıp Dergisi*, 19(1), 31-37.

Erturan, İ., Akkaya, V. (2004). Kaşıntı ve mediyatörler. *Dermatose*, 3(1), 26-32.

Ertürk, İ. (2009). *Kaşıntılı dermatozlarda kaşıntının yaşam kalitesi üzerine etkisi*. (uzmanlık tezi) Trakya Üniversitesi. Edirne.

Eskin, M., Harlak, H., Demirkıran, F., Dereboy, Ç. (2013). Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlik analizi. *New Symposium Journal*, 51:3, 132-140.

Folkman, S., Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239.

Gariyban, L., Rheingold, C. G., Lerner, EA. (2013). Understanding the pathophysiology of itch. *Dermatol Ther*, 26(2),1-13.

Glaser, R., Glaser, JK., Marucha, P. T. (1999). Stress related changes in proinflammatory cytokine production in. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 450-456.

Globe, D., Bayliss, M. S., Harrison, D. J. (2009). The impact of itch symptoms in psoriasis: results from physician interviews and patient focus groups. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7:62, 1-10.

Grandgeorge, M., Misery, L. (2015). Mediators of the relationship between stress and itch. *Experimental Dermatology*, 24, 334-335.

Güler, Ö., Çınar, S. (2010). Hemşirelik öğrencilerinin algıladıkları stresörler ve kullandıkları baş etme yöntemlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı*, 253-261.

Gürbüz, D. (2009). *Kronik böbrek yetmezliği olan çocukların ebeveynlerinin depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları*. (yüksek lisans tezi). Erciyes Üniversitesi. Kayseri.

Hatungil, R. (2008). Stres ve demansta hipotalamus-hipofiz-adrenal eksenin rolü. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 1-7.

Hosoi, J., Tanida, M., Tsuchiya, T. (2001). Mitigation of stress induced suppression of contact hypersensitivity by odorant inhalation. *Br J Dermatol*, 145, 716-719.

Ingram, J. T. (1933). The personality of the skin. *Lancet*, 1, 889.

İsmailoğlu, E., Khorshid, L. (2016). Baş-boyun kanserli hastaların stresle baş etme tarzları ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 8(4), 288-96.

Karaca, Ş., Erkan, F., Terzili, M. (2011). Nöropsikiyatrik hastalıklardaki kaşıntının mekanizması. *Türkiye Klinikleri J. Dermatol Special Topics*, 4(3), 51-56.

Karadakovan, A. (2014). Derinin Değerlendirilmesi. Karadakovan, A., Aslan, F. (Ed.). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* (s. 985-1018). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Karim, K. (2008). Finding a cure for the itch: pruritus for nurse prescribers. *Nurse Prescribing*, 6, 98-105.

Kawakami, T, Kimura, S, Haga T. (2012). Health-related quality of life assessed by the effect of bepotastinebesilate in patients with pruritus: importance of emotions score in atopic dermatitis. *J Dermatol*, 39, 527-530.

Kayır, G. (2014). *Onkoloji hastalarının hastalık algısı ve stresle başa çıkma biçimleri*. (yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi. İstanbul.

Kelleci, M., Gölbaşı, Z., İnal, S., Kavakcı, Ö. (2012). Sigara içen ve içmeyen üniversite öğrencilerinin stresle başa çıkma tarzları: cinsiyetin etkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 34, 9-16.

Kılıç Akça, N. (2011). *Hemodiyaliz tedavisi alan hastalara uygulanan akupres'in kaşıntı durumuna etkisi*. (doktora tezi). Erciyes Üniversitesi. Kayseri.

Kılıç Akça, N., Taşcı, S. (2014). An important problem among hemodialysis patients: üremic pruritus and affecting factors. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 23 (3), 210-216.

Kılıç Akça, N., Taşcı, S. (2012). Kaşıntı kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. *Dermatoz*, 3(3), 108-113.

Kılıç Akça, N., Taşcı, S., Karataş, N. (2013). Effect of acupressure on patients in Turkey receiving hemodialysis treatment for üremic pruritus. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 19(5), 12-18.

Kim, HJ., Park, JB., Lee, JH., Kim, IH. (2015). How stress triggers itch: a preliminary study of the mechanism of stress-induced pruritus using FMRI. *International Journal of Dermatology*, 1-9.

Kim, HS., Yosipovitch, G. (2013). An aberrant parasympathetic response: a new perspective linking chronic stress and itch. *Experimental Dermatology*, 22, 239–244.

Kini, S., Delong, L., Veleadar, E., Mckenzie, A., Schaufele, M., Chen, S. (2011). The impact of pruritus on quality of life: the skin equivalent of pain. *Arch Dermatol*, 147, 1153-1156.

Kirchner, A., Stefan, H., Schmelz, M., Haslbeck, KM., Birklein, F. (2002). Influence of vagus nerve stimulation on histamine-induced itching. *Neurology*, 59, 108–112.

Koblenzer, CS. (1983). Psychosomatic concepts in dermatology. *Arch Dermatol*, 119, 501-512.

Lee, H., Stull, C., Yosipovitch, G. (2017). Psychiatric disorders and pruritus. *Clinics in Dermatology*, 35, 273–280.

Mercan, S., Altunay, İ. (2006). Psikiyatri ve dermatolojinin ortak çalışma alanı: psikodermatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 305-313.

Matterne, U., Apfelbacher, C., Loerbroks, A., Schwarzer, T., Büttner M., Ofenloch, R. et al. (2011). Prevalence, correlates and characteristics of chronic pruritus: a population-based cross-sectional study. *Acta Derm Venereol*, 91,674–679.

Medendorp, H., Ros, W., Kok, P., Kennedy, C., Thio, B. (2007). Effectiveness of the nursing programme coping with itch: a randomized controlled study in adults with chronic pruritic skin disease. *Br J. Dermatol*, 156(6), 1235-1244.

Memiş S., Eti Aslan F., Aygün D. (2014). “Denge Stres ve Adaptasyon”. Karadakovan A. ve Eti Aslan F. (Ed.). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* (61-77). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Michelle, LW., Yan, L., Leong, A., Liang, TH. (2015). Effectiveness of a multidisciplinary itch clinic in the management of chronic pruritus. *Indian J. Dermatol*, 60(2), 108.

Misery, L. (2011). Atopic dermatitis and the nervous system. *Clinic Rev Allerg Immunol*, 41, 259–266.

Mollanazar, NK., Smith, PK., Yosipovitch, G. (2015). Mediators of chronic pruritus in atopic dermatitis: getting the itch out? *Clinic Rev Allerg Immunol*, 51(3), 263-292.

Narita, I, Iguchi, S, Omori, K. (2008). Uremic pruritus in chronic hemodialysis patients. *J Nephrol*, 21,161-165.

Orion, E., Wolf, R. (2013). Psychological factors in skin diseases: stress and skin: facts and controversies. *Clinics in Dermatology*, 31, 707-711.

Önder, M. (2008). “Pruritus”. Tüzün, Y., Gürer, M., Serdaroğlu, S., Oğuz, O., Aksungur, V. (Ed.). *Dermatoloji* (s.161-182). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Özabacı, N., Gamsız, Ö., Biçen, B., Altınok, A., Dursun, A., Sandıkçı, Ç. (2015). Divorced womens’hopelessness and social support. *International Journal of Human Sciences*, 12(1), 456-479.

Özdemir, D. (2017). *Onkoloji eğitim hemşireliği biriminde eğitim alan meme kanseri hastalarında stresle başa çıkma yolları ve algılanan sosyal destek düzeyleri.* (yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi. Konya.

Özdemir, S., Sezgin, F., Kaya, Z., Recepoğlu, E. (2011). İlköğretim okulu öğretmenlerinin stresle başa çıkma tarzları ile kullandıkları mizah tarzları arasındaki ilişki. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi [Educational Administration: Theory and Practice]*, 17(3), 405-428.

Özen, H. Ö. (2011). *Üniversite ve devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin stres düzeylerinin karşılaştırılması: Zonguldak örneği.* (doktora tezi). Zonguldak Karaelmas Üniversitesi. Zonguldak.

Özerol, İ. H. (2011). Kaşıntının immünolojisi. *Türkiye Klinikleri J. Dermatol Special Topics*, 4(3), 23-37.

Öztürk M., Uluşahin A. (2008). *Ruh sağlığı ve bozuklukları 1* (11. Baskı). Ankara: Tuna Matbaacılık.

Panconesi, E., Hautmann, G. (1996). Psychophysiology of stress in dermatology. *Dermatologic Clinics*, 14, 399-421.

Pereira, M. P., Stander, S. (2017). Chronic pruritus: current and emerging treatment options. *Drugs*, 77, 999–1007.

Pfab, F., Kirchner, M. T., Marp, J. H., Schuster, T., Schalock, P. C., Fuqin, J. et al. (2012). Acupuncture compared to oral antihistamine for type 1 hypersensitivity itch and skin response in adults with atopic dermatitis: a patient and examiner blinded, randomized, placebo-controlled, crossover trial. *Allergy*, 67(4), 566–573.

Price, D., Patricia, A., Rafi, A. (1983). The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Elsevier*, 17(1), 45-56.

Rasmussen, J. E. (1990). Psychosomatic dermatology is it relevant. *Arch Dermatol*, 126, 90-93.

Singh, L. K., Pang, X., Alexacos, N. (1999). Acute immobilization stress triggers skin mast cell degranulation via corticotropin releasing hormone, neurotensin, and substance P: a link to neurogenic skin disorders. *Brain Behav Immun*, 13, 225-239.

Slominski, A., Wortsman, J. (2000). Neuroendocrinology of the skin. *Endocr Rev*, 21, 457-487.

Steinhoff, M., Bienenstock, J., Schmelz, M., Maurer, M., Wei, E., Biro, T. (2006). Neurophysiological, neuroimmunological and neuroendocrine basis of pruritus. *Journal of Investigative Dermatology*, 126, 1705–1718.

Stellon, A. (2005) The use of laser acupuncture for the treatment of neurogenic pruritus in a child-a case history. *Akupunktur in Medicine*, 23(1), 31-33.

Suarez, A. L., Feramisco, J. D., Koo, J., Steinhoff, M. (2012). Psychoneuroimmunology of psychological stress and atopic dermatitis: pathophysiologic and therapeutic updates. *Acta Derm Venereol*, 92(1), 7–15.

Sukan, M., Maner, F. (2006). Stres yaratan yaşam olaylarının vitiligo ve kronik ürtiker hastalarına etkisi. *Klinik Psikiyatri*, 9, 17-26.

Şahin, N., Durak, A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikolojisi Dergisi*, 10(34), 56-73.

Şenol, M. (2011). Kaşıntı nedir? *Türkiye Klinikleri J. Dermatol Special Topics*, 4(3), 1-2.

Tekin, O., Sarıfakıoğlu, E., Öztaş, P., Göktaş, O. (2009). Jeneralize pruritus: dahili bir patoloji mi yoksa somatizasyon mu? *Yeni Tıp Dergisi*, 26, 73-78.

Tey, H. L., Wallengren, J., Yosipovitch, G. (2013). Psychosomatic factors in pruritus. *Clinics in Dermatology*, 31, 31-40.

Thaipisuttikul, Y. (1998). Pruritic skin diseases in the elderly. *J Dermatol*, 25, 153–157.

Topal, İ. O., Altunay, İ., Mercan, S. (2004). Kronik ürtikerli hastalarda kişilik bozuklukları, anksiyete ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 7, 199-209.

Tran, B., Papoiu, A., Russoniello, C., Wang, H., Patel, T., Chan, Y., Yosipovitch, G. (2010). Effect of itch, scratching and mental stress on autonomic nervous system function in atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol*, 90, 354–361.

Turunç, Y. (2009). *Fabrika işçilerinde stres kaynakları ve stresle başa çıkma yöntemleri*. (yüksek lisans tezi). Trakya Üniversitesi. Edirne.

Türsen, Ü. (2011). Stres, hormonlar ve deri. *Dermatoz*, 2(2), 308-319.

Twycross, R., Greaves, M. W., Handwerker, H., Jones, E. A. (2003). Itch: scratching more than the surface. *QJM*, 96:7-26.

Valdes, R., Mollanazar, M., Gonzalez, J., Nattkemper, L., Torres, B., Lopez, F. et al. (2015). Itch prevalence and characteristics in a hispanic geriatric population: a comprehensive study using a standardized itch questionnaire. *Acta Derm Venereol*, 95, 417-421.

Weisshaar, E., Szepietowski, J. C., Darsow, U., Misery, L., Wallengren, J., Mettang, T. et al. (2012). European guideline on chronic pruritus. *Acta Derm Venereol*, 92, 563-581.

Weisshaar, J, Dalgard, F. (2009). Epidemiology of itch, adding to the burden of skin morbidity. *Acta Derm Venereol*, 89, 339-350.

Yalçın, B., Tamer, E., Toy, G. G., Öztaş, P., Hayran, M., Alli, N. (2006). The prevalence of skin diseases in the elderly: analysis of 4099 geriatric patients. *Int J Dermatol*, 45,672-676.

Yerlikaya, E. (2009). *Üniversite öğrencilerinin mizah tarzları ile algılanan stres, kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (doktora tezi). Çukurova Üniversitesi. Adana.

Yıldız, K. (2018). Eğitim fakültesi öğrencilerinin zaman yönetimi ve stres algılarının incelenmesi. *Sakarya University Journal of Education*, 8(3), 80-99.

Yosipovitch, G., Bernhard J. (2013). Chronic pruritus. *The New England Journal of Medicine*, 368;17, 1625-1634.

Yurtsever, H. (2009). *Kişilik özelliklerinin stres düzeyine etkisi ve stresle başa çıkma yolları: üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma*. (yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi. İzmir.

Zhao, Z. Q. (2008). Neural mechanism underlying acupuncture analgesia. *Progress in Neurobiology*, 85,355-375.

## 8. EKLER

### Ek -1: Hasta Bilgi Formu

## DERMATOLOJİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN KRONİK KAŞINTILI HASTALARDA STRES DÜZEYİ VE STRESLE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ

Sayın katılımcı,

Anket No:

Aşağıda size ve yaşadığımız kaşıntıya dair sorular bulunmaktadır. Her soruyu dikkatlice okuyarak size en uygun seçeneği işaretleyiniz. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Elde edilen veriler toplu olarak kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkürler.

**1. Kaç yaşındasınız? .....**

**2. Cinsiyetiniz nedir?**

1. Kadın 2. Erkek

**3. Eğitim düzeyiniz nedir?**

1. Okur- yazar değil 2. Okur- yazar 3. İlkokul 4.Ortaokul  
5.Lise 6.Yükseköğretim

**4. Medeni durumunuz nedir?**

1. Evli 2. Bekar

**5. Halen çalışıyor musunuz?**

1. Hayır 2. Evet (meslek.....)

**6.Size göre maddi durumunuz nasıldır?**

1- Düşük (Gelir giderden az) 2- Orta (Gelir gider eşit) 3- Yüksek (Gelir giderden fazla)

**7.Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?**

1.Yalnız yaşıyorum 2. Eşimle 3.Eşim ve çocuklarımla  
4.Çocuklarımla  
5. Diğer.....

**8. Nerede yaşıyorsunuz?**

1. İl merkezi 2. İlçe merkezi 3.Köy

**9.Sigara kullanıyor musunuz?**

1- Kullanıyorum(.....paket) 2-Bıraktım 3-Hiç kullanmadım

**10.Alkol kullanıyor musunuz?**

1- Kullanıyorum(ayda.....) 2-Bıraktım 3-Hiç kullanmadım

**11. Kronik (sürekli) bir hastalığınız var mı?**

1. Hayır 2. Evet (lütfen belirtiniz.....)

## İKİNCİ BÖLÜM

1-Kaşıntıya neden olan hastalığın tanısı nedir?.....

2-Kaşıntıya neden olan hastalığın süresi nedir? .....

3- Kaşıntınız ne kadar süredir var? .....ay/yıl

4-Son bir hafta içinde kaşıntının sürekliliği nasıl?

1.Aralıklı 2.Sürekli

5- Son bir haftada gün içinde kaç saat kaşıntınız oldu?

1. 6 saatten az/gün 2. 6-12 saat/gün 3.....saat/gün

6-Son bir haftada kaşıntı daha çok ne zaman meydana geldi?

1. Sabah uyanınca 2. Gün içinde 3. Akşam 4.Gece uyurken

7-Son bir haftada kaşıntı hangi koşullarda meydana geldi yada arttı? (birden fazla cevap işaretleyebilirsiniz)

1. Hava değişimi sırasında 2. Ağrı olduğu zaman 3.Sıcakta terlediğim zaman  
4.Gece yattığımda 5.Stresli olduğum zaman. 6.Baharatlı yemekler yediğimde  
7.Yünlü kıyafetler giydiğimde  
8.Diğer.....

8-Vücudunuzda kaşıntıya bağlı lezyonlar var mı?

1. Hayır 2. Evet

9.Kaşıntının hayatınızda neleri olumsuz etkilediğini düşünüyorsunuz? (birden fazla cevap işaretleyebilirsiniz)

1. Günlük aktiviteleri 2. İş-okul hayatını 3. İnsanlarla ilişkileri  
4. Aile içi ilişkileri 5. Uyku 6.Hastalığın tedavisi  
7.Diğer.....

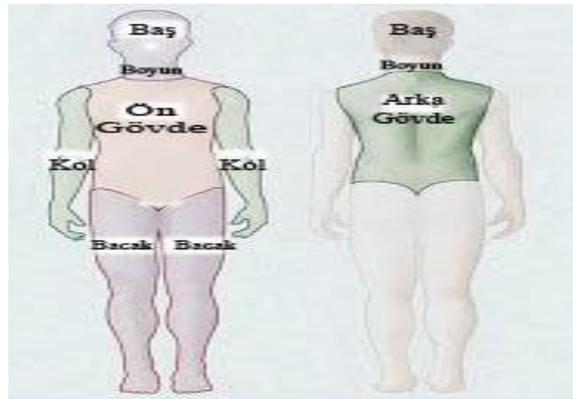
10-Kaşıntı için düzenli ilaç kullanıyor musunuz?

1. Hayır 2. Evet (ise nedir.....)

11-Kaşıntının vücutta yayılımı nasıl?

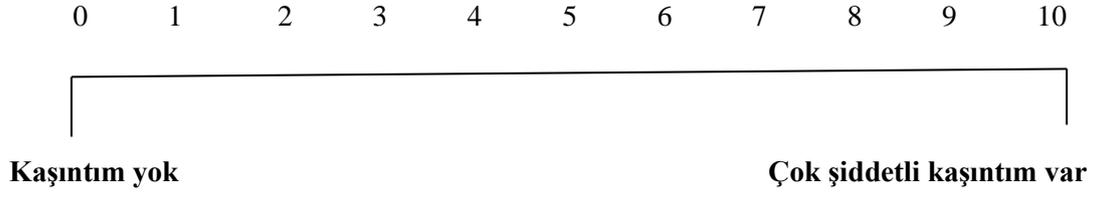
1.Lokal 2.Genel

12-Lokal ise son bir hafta içinde vücudunuzun hangi bölümlerinde kaşıntı oldu? (kaşınan alanlara X işareti koyunuz)



**Ek-2: Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)**

**Lütfen 0-10 arasındaki hatta, kaşıntı şiddetinize karşılık gelen noktayı işaretleyiniz.**



### Ek-3: Algılanan Stres Ölçeği-14 (ASÖ-14)

Yönerge: Aşağıda geçtiğimiz ay içerisindeki kişisel deneyimleriniz hakkında bir dizi soru yöneltilmektedir. Her soruyu dikkatlice okuyarak size en uygun seçeneğin altındaki kutuya bir çarpı işareti koyarak cevaplayınız. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Önemli olan sizin duygu ve düşüncelerinizi yansıtan yanıtları vermenizdir.

	<b>Hiçbir Zaman</b>	<b>Neredeyse hiçbir zaman</b>	<b>Bazen</b>	<b>Oldukça sık</b>	<b>Çok sık</b>
1.Geçen ay, beklenmedik bir şeylerin olması nedeniyle ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?					
2.Geçen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkta hissettiniz?					
3.Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta sinirli ve stresli hissettiniz?					
4.Geçen ay, ne sıklıkta gündelik zorlukların üstesinden başarıyla geldiniz?					
5.Geçen ay, hayatınızda ortaya çıkan önemli değişikliklerle etkili bir şekilde başa çıktığınızı ne sıklıkta hissettiniz?					
6.Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?					
7.Geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?					
8.Geçen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?					
9.Geçen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
10.Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?					
11.Geçen ay, ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkelenediniz?					
12.Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta başarmak zorunda olduğunuz şeyleri düşünürken buldunuz?					
13.Geçen ay, ne sıklıkta zamanınızı nasıl kullanacağınızı kontrol edebildiniz?					
14.Geçen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğini hissettiniz?					

#### Ek-4: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarımızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına işaret koyun.

<b>Bir Sıkıntı Olduğunda...</b>	<b>%0</b>	<b>%30</b>	<b>%70</b>	<b>%100</b>
1- Kimsenin bilmesini istemem				
2- İyimser olmaya çalışırım				
3- Bir mucize olmasını beklerim				
4- Olayları büyütmeyip üzerinde durmaya çalışırım				
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm				
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım				
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum				
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım				
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem				
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendime bulurum				
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam				
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım				
13- İş olacağına varır diye düşünüyorum				
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunu için uğraşırım				
15- Problemin çözümü için adak adarım				
16- Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım				
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım				
19- Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım				
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım				
21- Mücadeleden vazgeçerim				
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm				
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım				

24- Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim				
25- “Keşke daha güçlü olsaydım” diye düşünürüm				
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim				
27- “Benim suçum ne” diye düşünürüm				
28- “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm				
29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım				
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır				



## Ek-5: Etik Kurul İzni

**BOZOK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**  
**İNVAZİV (GİRİŞİMSSEL) OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU**

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMA PROTOKOL NO	30.11.2015/110
	ARAŞTIRMANIN ADI	DERMATOLOJİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN KRONİK KAŞINTILI HASTALARDA STRES DÜZEYİ VE STRESLE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ
	PROJECT TITLE	THE STRES LEVEL OF THE PATİENTS APPLYİNG TO DERMATOLOGY POLYCLİNİCS WITH THE COMPLAINTS OF İTCHİNG AND THE WAYS TO DEAL WITH STRESS
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Nazan KILIÇ AKÇA
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
	DESTEKLEYİCİ	Masraf Kendisi Tarafından Karşılancak
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Prospektif Çalışma
	ARAŞTIRMACI	Sema YABACI (Bozok Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi)
<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	Karar No:02/08	Tarih: 27.01.2016
	Yukarıda bilgileri verilen girişimsel olmayan klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.	

<b>BOZOK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU</b>	
<b>ÇALIŞMA ESASI</b>	Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi İnvaziv (Girişimsel) Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi

  
**Prof. Dr. Ali Rıza ERBAY**  
**Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi**  
**Etik Kurul Başkanı**





T.C.  
BOZOK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 68447441-605.01-1437  
Konu : Tez Araştırma İzni

22/12/2015

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

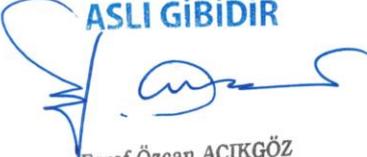
İlgi: Yozgat İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nin 17.12.2015 tarihli ve 99079663/106.01-E.1632 sayılı yazısı.

Yozgat İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nin Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Sema YABACI'nın Yozgat İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı Yozgat Devlet Hastanesi ve Sorgun Devlet Hastanesi'nde "Dermatoloji Polikliniklerine Başvuran Kronik Kaşıntılı Hastalarda Stres Düzeyi ve Stresle Baş Etme Yöntemleri" konulu anket çalışmasını Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanlığı'nın 19.06.2013 tarihli yazısı doğrultusunda uygulamasının uygun görüldüğünü belirten ilgi yazısı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Ek: İlgi Yazı ve Eki (2 Sayfa)

  
Prof. Dr. Hikmet Şelli AYBAR  
Rektör Yardımcısı

**ASLI GİBİDİR**  
  
Eşref Özcan AÇIKGÖZ  
Enstitü Sekreteri





T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

Sayı : 95796091-010.07

Konu : Araştırma İzni

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
DİREKTÖRLÜĞÜ  
19.06.2013 18:38 03776001/010/4443  
01039038

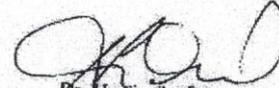
YOZGAT KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİNE  
(Genel Sekreterlik)

Üniversiteler, diğer özel ve kamu kuruluşları, araştırma görevlileri veya şahıslar tarafından Kurumumuza bağlı 2 inci ve 3 üncü basamak sağlık tesisleri ile ağır ve dış sağlığı merkezlerinde hasta ve/veya çalışanları kapsayacak şekilde araştırma, tez çalışması, anket ve benzeri çalışmaların yapılması konusunda izin talebinde bulunulmaktadır.

Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi ile Yürütülecek Çalışmalar ile İlgili Usul Ve Esaslar Hakkında Yönerge kapsamında bulunmayan söz konusu çalışmalara ilişkin izin/onay taleplerinin, çalışmaya başlama sürecinin ve bürokrasinin azaltılması bakımından Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliklerince mevzuat ve bilimsel esaslar çerçevesinde değerlendirilerek izin verilmesi uygun görülmüştür.

Bu çerçevede; Başvuruların Kurumumuzla yazışmaya gerek kalmadan mahallinde değerlendirilip sonuçlandırılması, çalışmaların sağlık tesislerinde hizmetli aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, ekte gönderilen başvuru formundaki bilgilerin göz önünde bulundurulması ve yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla izin taleplerinin Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliklerince değerlendirilerek sonuçlandırılması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

  
Dr. Hasan ÇAGIL  
Kurum Başkanı

EK:  
Başvuru Formu (2 sayfa)

DAĞITIM:  
87 Kamu Hastaneleri Birliğine (Genel Sekreterlik)  
Yükseköğretim Kurulu Başkanlığına

  
AŞLI GİBİDİR  
Şefik Özcan AÇIKGÖZ  
Enstitü Sekreteri

Kamu Hastane Birlikleri Daire Başkanlığı  
Nasuh Akur mah.Ziyabey Cad.1407.sok.No:4  
Balgat-Çankaya/Ankara

Ayrıntılı bilgi için irtibat: N.GÜNER]  
Tel: 0(312)705 16 76  
Faks:0(312)705 15 98

## Ek-7: Hasta Bilgi ve Gönüllülük Formu

Sayın .....

Bu anket **Dermatoloji Polikliniklerine Başvuran Kronik Kaşıntılı Hastalarda Stres Düzeyi ve Stresle Baş Etme Yöntemleri**'ni belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Verdiğiniz bilgiler bu hastalıkta yaşanan güçlükleri ve uyumu etkileyen faktörleri anlamamızda ve sizlere daha kaliteli bir bakım sunmamızda bizlere yol gösterici olacaktır.

Bu çalışmaya katılmama, anketi cevaplamama ve istediğiniz zaman anketi bırakma hakkınız bulunmaktadır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bilimsel amaçla kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Araştırmaya yaptığınız katkılardan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılar sunarız.

### Araştırmanın Sorumluları:

Hemşire Sema YABACI  
Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri  
Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi  
Tel:05465846860

Dr. Öğr. Üyesi DİLEK EFE ARSLAN  
Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
İç Hastalıkları Hemşireliği AD

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce bana verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm sorunları araştırmacıya sordum. Yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılıp katılmamam için bana yeterli zaman tanındı. Söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

### Bilgilendirmeyi yapan;

Adı- soyadı:

Tarih:

İmza:

### Katılımcı;

Adı- soyadı:

Tarih:

İmza:

## 9. ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

**Adı Soyadı** : Sema YABACI  
**Uyruğu** : Türkiye (T.C)  
**Doğum Tarihi ve Yeri** : 30.05.1992 Tokat  
**Medeni Durumu** : Bekar  
**Tel** : 05465846860  
**e-mail** : sema\_\_ybc@hotmail.com

### EĞİTİM

DERECE	KURUM	MEZUNİYET TARİHİ
Lisans	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu	2010-2014
Lise	Tokat Atatürk Lisesi	2006-2010

### İŞ DENEYİMLERİ

YIL	KURUM	GÖREV
2015-2016	Sorgun Devlet Hastanesi	Hemşire
2016-halen	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi	Hemşire

### YABANCI DİL

İngilizce