



Kronik Böbrek Hastalığı ile İlişkili Kaşıntı ve Hemşirelik Bakımı

Chronic Kidney Disease Associated with Pruritus and Nursing Care

Neşe ALTINOK ERSOY[®], İmatullah AKYAR[®]

Öz

Kaşıntı hoş olmayan bir his olarak tanımlanmakta ve etyopatogenezinde birçok hastalık yer almaktadır. Son dönem böbrek yetmezliği hastalarında %10-70 prevalans ile seyretmektedir. Kronik böbrek hastalığı ile ilişkili kaşıntının patofizyolojik mekanizmasına yönelik birçok teori olmasına rağmen oluşumu hala net değildir ve hastaların yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalarda geceleri kaşınma ile uykusuzluk, yorgunluk, kaşıntı izleri ile rahatsızlık ve sosyal izolasyon sorunları ortaya çıkmaktadır. Hastaların yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi kaşıntının değerlendirilmesini önemli kılmakta ve değerlendirilme hem subjektif hem de objektif ölçüm yöntemleri veya ölçekleri ile yapılmaktadır. Kronik böbrek hastalığına bağlı kaşıntı yönetiminde farmakolojik ve non-farmakolojik seçenekler ile cilt bakım önlemlerini ve uygulamalarını içeren hemşirelik bakımı yer almaktadır. Hemşirelik bakımında kaşıntı semptomunun önlenmesi, erken dönemde saptanması, yazılı ve sözlü ölçekler ile değerlendirilerek kaydedilmesi önem taşımaktadır. Bu derlemede kronik böbrek hastalığına bağlı kaşıntı ve prevalansı, sınıflandırılması, patofizyolojik hipotezleri, hastaların yaşamı üzerindeki etkisi, değerlendirilmesi, tedavi ve hemşirelik bakımından söz edilecektir.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, kaşıntı, kronik böbrek hastalığı

ABSTRACT

Pruritus is defined as an unpleasant sensation and there are many diseases in the etiopathogenesis. Among these systemic diseases, chronic renal failure associated with pruritus is seen with a prevalence of 10-70% in end stage renal disease patients. Although there are many hypotheses about the pathophysiological mechanism of chronic renal failure associated pruritus, it is still unclear and adversely affects the patients' life. Patients have insomnia with itching at night, fatigue, itching scratching with discomfort and social isolation problems. The negative impact of the quality of life of the patients makes assessment of the itch important and the assessment is done by both subjective and objective measurement methods and scales. While pharmacological and non-pharmacological options are included in the treatment, nursing care includes skin care precautions and practices on chronic renal failure associated pruritus. In nursing care, prevention, early detection and assessment with written and verbal scales of pruritus with record of chronic renal failure pruritus. In this review, chronic renal failure associated pruritus and prevalence, classification, pathophysiological hypothesis, impact on patients' life, assessment, treatment and nursing care will be mentioned.

Keywords: Chronic renal failure, nursing, pruritus

Received/Geliş: 02.07.2018
Accepted/Kabul: 24.09.2019
Published Online: 23.12.2020

Cite as: Altınok Ersoy N, Akyar I. Kronik böbrek hastalığı ile ilişkili kaşıntı ve hemşirelik bakımı. Jaren. 2020;6(3):577-83.

Neşe Altınok Ersoy
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi İç Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı,
Ankara - Türkiye
✉ altinokn@gmail.com
ORCID: 0000-0001-5081-4035

İ. Akyar 0000-0003-3551-8099
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi İç Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı,
Ankara, Türkiye

GİRİŞ

Kaşıntı klinik uygulamada sık görülen bir sorun olarak görülmekte ve sağlık profesyonelleri için önemli görülmektedir. Kronik böbrek yetmezliğinde görülen kutanöz belirtiler arasında yer alan kaşıntı Latince pruritus olarak bilinmekte ve ciltte hoş olmayan bir his olarak tanımlanmaktadır⁽¹⁾. 2007 yılında yapılan

Uluslararası Kaşıntı Forumu'nda klinik olarak dermatolojik, sistemik, nörolojik, psikojenik/psikosomatik ve karma şeklinde sınıflandırılmıştır⁽²⁾. Bu sınıflandırmanın yanında, aynı forumda altı haftadan fazla süren kaşıntı "kronik kaşıntı" olarak tanımlanmıştır^(2,3). Kaşıntının sistemik nedenleri içinde; Kronik Böbrek Hastalığı (KBH), karaciğer hastalıkları, demir eksikliği anemisi ve hematolojik hastalıklar, hipotiro-



idizm/hipertiroidizm, Hodgkin lenfoma gibi malignensiler ve AIDS yer almaktadır (4-6). Bu sistemik hastalıklardan olan ve önceden üremik kaşıntı olarak bilinen KBH ilişkili kaşıntı son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) hastalarında rahatsız edici bir semptom olarak belirtilmektedir (3). Bu hasta grubunda kaşıntı doğrudan akut böbrek hasarıyla bağlantılı olmadığından, son zamanlarda “üremik pruritus” teriminin yerini Patel ve ark. (8) tarafından ileri sürülen ve kabul gören “kronik böbrek hastalığı ilişkili kaşıntı” almıştır (7,9). Kronik böbrek hastalarında kaşıntı semptomunun oluşmasına; ilaç kaynaklı reaksiyonlar, diabetes mellitus, hipo/hipertiroidizm, lenfoproliferatif tümörler ve diğer nörolojik, gastrointestinal ve kardiyovasküler komplikasyonların neden olduğu bilinmektedir. Etyopatogenezinde birçok durum ve faktör yer alan KBH ilişkili kaşıntı semptomunun prevalansı dünya çapında %10-70 arasında değişmektedir. Pisoni ve ark.’nın (10) on iki ülkeden 29.000 hemodiyaliz hastası ile yaptığı bir kohort araştırmasında kaşıntı prevalansı %42 olarak bulunmuştur. Mistik ve ark.’nın (11) ülkemizde 2006 yılında 289 periton diyalizi ve 52 sürekli ayaktan periton diyalizi alan hastayla yaptıkları bir araştırmada, kaşıntı sıklığı sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında %61.5 ve periton diyalizi hastalarında %50.2 olarak bulunmuştur. Solak ve ark.’nın (12) 2016 yılında ülkemizde 402 KBH hastası ile yaptıkları başka bir çalışmada ise, kaşıntı prevalansı %18.9 belirtilmiştir.

Dünyada ve ülkemizde yüksek prevalansa sahip KBH ilişkili kaşıntının altında yatan nedenlere yönelik birçok teori ortaya atılmasına rağmen, patofizyolojisi hala netleştirilmemiştir. Kaşıntıya yol açan birçok faktör ve durum aşağıda belirtilmiştir (13):

1. Kuruluk: Diyalize giren hastaların çoğunda kuru cilt vardır ve kuruluk ter veya yağ bezlerinin atrofisine bağlı olabilmektedir. Ayrıca kuruluk terlemenin azalması ve dehidratasyon sonucu da ortaya çıkmaktadır (9,13-16).

2. Paratiroid hormon seviyeleri: Paratiroid hormonları doğrudan pruritojenik değildir, ancak yüksek kalsiyum-fosfor, ciltteki kalsiyum ve fosforun birikmesine ve mast hücrelerinin histamin salgılamasına neden olmaktadır (17). Paratiroidektomi sonrasında da kaşınma ortadan kalkmaktadır. DOPPS çalışmasında, kaşıntısı olan KBH hastalarının serum kalsiyum ve

fosfor düzeylerinin yüksek olduğu ve deride daha yüksek kalsiyum ve fosfor görüldüğü belirtilmiştir (18). Narita ve ark.’nın (19) KBH ilişkili kaşıntı risk faktörlerini belirledikleri çalışmalarında, erkek cinsiyet, yüksek kan üre nitrojen, beta2 mikroglobulin, fosfor ve kalsiyum düzeylerinin kaşıntı riskini artırdığı, öte yandan düşük serum kalsiyum ile normal paratiroid hormon düzeyinin kaşıntı riskini azalttığı bulunmuştur.

3. Mast hücreleri: Mast hücreleri tarafından salınan histamin genel olarak kaşıntının patofizyolojisinde önemli rol oynarken, KBH ilişkili kaşıntıda mast hücrelerinin rolünün net olmadığı düşünülmektedir. KBH hastalarında mast hücrelerinin sayısı artmakta ve yüksek plazma triptaz ve histamin düzeyi görülmektedir. Literatürde mast hücreleri ve histamin düzeyleri artışının kaşıntı ile doğrudan ilişkisini olmadığını savunan çalışmalarda vardır (17,20). Kaşıntının KBH hastalarında antihistaminiklerle tedavisi de bu görüşleri desteklememektedir.

4. Serotonin seviyesi: Pruritojenik etkisi bilinen ve duyuşal reseptörler aracılığı ile kaşıntı algılanmasını artıran serotoninin KBH hastalarında görülen kaşıntı patogenezinde tartışmalı olarak rol oynadığı belirtilmektedir. KBH ilişkili kaşıntıda serotonin düzeyleri artmıştır. Yüksek serotonin düzeylerinin kaşıntıya neden olduğu gösterilmekte birlikte, ondansetron ve granisetron gibi serotonin reseptör antagonistlerinin kaşıntı semptomunun hafifletilmesindeki etkinliğine yönelik çelişkili araştırma sonuçları bulunmaktadır (21).

5. Nöropatik mekanizmalar: Kaşıntı, alt epidermis ve dermo-epidermal kavşakta yer alan ağrı ile ilişkili liflerden farklı olarak, afferent non-miyelize C liflerinin terminal dallarından kaynaklanmaktadır (22). Bu C lifleri, omuriliğin dorsal gangliyonu içerisine girer ve omurilikte, üst merkezi sinir sistemine ulaşan spino-talamik yolla ilerler. Buradan talamus ve hipotalamusa ulaşır. KBH hastalarında ise bu yolda bazı anormallikler bulunmaktadır. Bu yolda anormal ve sayıca azalmış inervasyon örüntüleri ile azalmış fonksiyonel aktivite görülmektedir. Kaşıntısı olan hastalarda dermiste yer alan mast hücreleri afferent non-miyelize C liflerine bitişiktir ve bu iki yapı arasında etkileşimde artma vardır (23). Nöropatik mekanizmalar içinde proteaz aktiviteleri de yer almaktadır. Proteazlar pruritojenik maddelerdir ve proteaz reseptörleri C liflerinin distal ucunda bulunmaktadır.

Bu bölgelerin uyarılması P maddesinin salınımına neden olmaktadır. Capsaisin tedavisi ile P maddesinin boşaltılarak kaşıntı sinyallerinin daha az yollandığı bilinmektedir. KBH ilişkili kaşıntısı olan hastalarda aynı zamanda Gabapentine olumlu yanıt veren nöropati de bulunmaktadır ⁽²⁴⁾.

6. Bağışıklık sistemi ve inflamasyon: İmmun hipoteze göre CD4+ TH1 lenfositin aşırı aktive olması ve IL-2, IFN- γ ve NF- α 'nın aşırı üretiminin (IL-2 diyaliz sırasında kan ile diyaliz membranlarının temasında salınır) pruritogen etki oluşturduğu düşünülmektedir ^(13,14,25). İnflamatuvar uyaran içeren ve inflamatuvar dermatozlarda yer alan tümör nekrozan faktör, interferon ve interlökin 1-B tarafından salınan nitrik oksidin de KBH ilişkili kaşıntının gelişmesinde rol oynayabileceği kabul edilmektedir ⁽¹³⁾.

7. Opioid sistemi: Opioid hipoteze göre ise, mü reseptör aktivasyonunda artma ve kappa reseptör blokajında azalma ile kaşıntı olduğu öne sürülmektedir ^(13,14,25).

8. Diğer mekanizmalar: Kaşıntı için diğer faktörler safra asitleri, kan üre nitrojeni ve orta-moleküler ağırlıklı üremik toksinlerin yetersiz uzaklaştırılmasını içermektedir. Ayrıca anemi, eritropoietin yetersizliği, transferrin ve albümin düşüklüğü de diğer hazırlayıcı faktörler olarak belirtilmektedir ^(13,14,25).

Kaşıntının patofizyolojisinin bilinmemesine rağmen, hastaların yaşam kalitesini azalttığı bilinmektedir. Wikström ve ark. ⁽²⁶⁾ aylar ve yıllarca süren KBH ilişkili kronik kaşıntıyı, tedavi sonrasında nükslerin olduğu ve hastanın yaşamını olumsuz etkileyen bir durum olarak belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, özellikle geceleri şiddeti artan ve gün boyu süren kaşınmanın KBH hastalarında, fiziksel ve zihinsel olarak yığılığa, uykusuzluğa ve kronik yorgunluğa yol açtığı ortaya konulmuştur. Elman ve ark. ⁽²⁷⁾ kaşıntıya bağlı oluşan yaraların uzun süren iyileşme süreçlerinin hastalarda rahatsızlık, utanç duygusu ve sekonder deri değişikliklerine neden olduğunu bildirmişlerdir. Kaşıma sonrası oluşan izler ve yaralara bağlı beden imajındaki değişiklik nedeni ile kendini dışlanmış/izole olmuş hissedebilmektedir ⁽²⁶⁻²⁸⁾. Kaşıntının şiddeti ve oluşturduğu psikososyal etki arasında güçlü bir korelasyon olduğu, hastalarda depresyon, intihar ve ölüm isteğini artırdığı ve buna bağlı olarak birey-

lerde alkol tüketimi, sigara, uyku ilaçları ve antidepresan kullanımında da artış olduğu bildirilmektedir ⁽²⁸⁾. Ayrıca kaşıntı öfke-anksiyete-depresyona, benlik saygısında, öz bakım gücünde ve yaşam kalitesinde azalmaya da neden olabilmektedir ^(26,28).

Kaşıntının Değerlendirilmesi

Kaşıntı; süre (akut-kronik), dağılım (lokalize-jeneralize), derideki lezyonlar (inflamatuvar-noninflamatuvar-kaşıntı izleri), etioloji (dermatolojik, sistemik) ve şiddet (hafif-orta-ciddi-çok ciddi) gibi özelliklere göre değerlendirilerek sınıflandırılmaktadır ^(29,30).

Kaşıntı semptomu subjektif ve objektif ölçüm yöntem veya araçları ile ölçülebilmektedir. Objektif ölçümlerde, ivmeölçerler, aktigrafi, polisomnografi ve kızıl ötesi kamera sistemleri kullanılarak kaşıma davranışı ölçülmektedir. Subjektif ölçüm yöntemlerinde/araçlarında ise kaşıntının birden fazla özelliği/yönü ölçülmektedir ⁽²⁹⁻³¹⁾. Literatürde bu ölçüklerin yanında hastanın subjektif kaşıntı deneyimleri ve yaşam kalitesini değerlendiren anketler de bulunmaktadır ^(2,32,33). Kaşıntı değerlendirmesinde ve araştırmalarda sık kullanılan araçlar aşağıda yer almaktadır ⁽³⁰⁾.

1. Çok Boyutlu Ölçekler: Literatürde sık kullanılan çok boyutlu ölçekler 5-D Kaşıntı Ölçeği ve Kaşıntı Şiddeti Ölçeği olarak bilinmektedir. 5-D Kaşıntı Ölçeği 5 boyut (süresi, şiddeti, seyri, günlük yaşam aktivitelerine etkisi, vücuttaki dağılımı) ve 8 değişkenden oluşmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan en az 5 (kaşıntı yok) ve en çok 25 (kaşıntı en yüksek şiddette) olarak ölçülmektedir. Kaşıntı Şiddeti Ölçeği 12 sorudan oluşmaktadır ve kaşıntı semptomunun yoğunluğunu, derecesini, süresini, hastanın konsantrasyon ve ruhsal durumunu maximum 22 puanla değerlendirmektedir.

2. Tek Boyutlu Ölçekler: Tek boyutlu ölçekler kaşıntının şiddetini ölçen Visual/Görsel Analog Skalası (VAS), Sayısal Derecelendirme Skalası (NRS) ve Sözel Derecelendirme Skalası (VRS) olarak belirtilmektedir.

3. Kaşıntı Anketleri: Eppendorf, McGill Kısa Form, Heidelberg, NeuroDerm gibi kaşıntı anketleri hastanın subjektif kaşıntı deneyimlerine yönelik bilgi vermektedir.

4. Yaşam Kalitesi: DLQI (Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi) ve Itchy-QoL ölçekleri kaşıntı semptomu yaşayan hastaların yaşam kalitelerinin sorgulandığı ölçüm araçları olarak bilinmektedir.

5. Hasta Gereksinimleri: Hasta Yarar İndeksi-Kaşıntı (PBI-p) hastanın tedavi öncesi gereksinimlerinin tedavi sonrası faydaların değerlendirildiği 27 soruluk bir ölçüm aracı olarak belirtilmektedir.

Kronik Böbrek Hastalığı Hastalarında Kaşıntının Tedavisi

Kaşıntının tedavisinde farmakolojik ve non-farmakolojik tedaviler kullanılmaktadır.

Farmakolojik Tedavi

Etyopatogenezinde çok sayıda faktörün neden olduğu KBH ile ilişkili kaşıntının tedavisi zor olmaktadır. Bu nedenle tedavide nedene yönelik farklı ilaç ve yöntemler denenmekte ve önerilmektedir. Kullanılan ilaç ve yöntemlere göre tedavi süresi ve tedavi sonuçları değişmektedir. Kronik Kaşıntı Avrupa Rehberi'ne göre KBH ilişkili kaşıntının tedavi seçenekleri arasında; antipruritik etkisi kontrollü çalışmalarla ortaya koyulan aktif kömür, gabapentin, gama-linolenik asit kremleri, kapsaisin, UVB fototerapi, akupunktur, nal-furafin ve thalidomid yer almaktadır. Pruritojen maddelerin enterik bağlanması ile etkisini gösteren aktif kömür sekiz hafta süreyle günde 6 g kullanılması hastalarda yarar sağlamaktadır. Kapsaisin, bibere acı tadını veren alkaloid maddedir. Topikal uygulanan %0.025'lik kremi pruritojen olan substans-P'nin boşaltılmasını sağlayarak yararlı olmaktadır. Naltrexon ve ondansetron'un antipruritik etkisi ise çalışmalarda şüpheli bulunmuştur⁽³⁴⁾. KBH ilişkili kaşıntı için laboratuvar parametrelerinin arasında kreatinin, fosfat, parathormon, bikarbonat düzeyi, idrar analizi, idrar proteinleri düzeyi yer aldığı belirtilmiştir⁽³⁾.

Hemodiyaliz tedavisi kaşıntının giderilmesinde kullanılan seçenekler arasındadır. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda görülen kaşıntı hemodiyalizde difüzyon ve ultrafiltrasyon ile meydana gelen elektrolit değişimindeki dengesizlikler sonucu oluşabilmektedir. Oluşan bu dengesizlik hemodiyalizin yeterliliği/etkinliği ile ilişkilendirilebilmektedir. Bu nedenle hemodiyaliz tedavisi alan ve kaşıntı semptomu yaşa-

yan hastalarda tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesi önem taşımaktadır⁽³⁵⁾.

Non-farmakolojik Tedavi

Hastanın kaşıntı yönetiminde kullandığı non-farmakolojik yöntemleri sorgulanmalıdır⁽²⁸⁾. KKAH'ne göre siyah çaylı sargı uygulaması önerilmektedir⁽³⁴⁾. Banyo sularına bir miktar kabartma tozu eklemeleri ve skar dokusuna kakao yağı masajının denemesi önerilmelidir⁽³⁷⁾. Karadağ ve ark.'nın⁽⁴²⁾ yaptıkları çalışmada, kaşıntı yakınması olan HD hastalarında bebek yağı uygulamasının kaşıntı, yaşam kalitesi ve uyku kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğu bulunmuştur. Burrai ve ark.'nın⁽⁴³⁾ yaptığı, canlı saksofon müziğinin hemodiyaliz hastalarında ağrı, duygudurum ve kaşıntı düzeyleri üzerine etkisinin belirlendiği çalışmada ağrı düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı azalma, duygudurum ve kaşıntı düzeylerinde ve oksijen saturasyonunda iyileşme görülmüştür. Afrasiabifar ve ark.'nın⁽⁴⁴⁾ yaptıkları çalışmada, tatlı badem yağının topikal uygulaması hemodiyaliz hastalarında üremik kaşıntıyı önemli ölçüde azaltabilmiştir herhangi bir spesifik komplikasyon görülmemiştir. Nakhaee ve ark.'nın⁽⁴⁵⁾ çalışmalarında, Avena sativa (yulaf) ve sirke kaşıntıyı azaltmada etkili bulunmuştur.

Kronik Böbrek Hastalığı ile İlişkili Kaşıntının Hemşirelik Bakımı

KBH hastalarında hemşirelik bakımı böbrek fonksiyonlarının bozulması ile ortaya çıkabilecek komplikasyon ve semptomlara yönelik olmaktadır. Hemşireler gelişen komplikasyon ve semptomları yönetmek için hastanın kullandığı ilaçları sorgulamalı, aldığı çıkardığı sıvı miktarını ve beslenme durumunu değerlendirmeli, yorgunluk belirtilerini takip etmeli, ağız ve cilt bakımını sağlamalıdır. KBH hastalarında kaşıntının ve tedavinin etkinliği yazılı ve sözlü ölçekler ile değerlendirilip kaydedilmelidir. Kaşıntının şiddet, başlangıcı, süresi lokasyon ve yaygınlaşma durumu sorgulanmalıdır. Hastanın dikkati başka yöne çekilerek kaşıma davranışına odaklanması azaltılmalıdır. Kronik Kaşıntı Avrupa Rehberinde (KKAH) kronik kaşıntı bakımında alınması gereken genel önlemler belirtilmiştir⁽³⁴⁾. Hemşire kaşıntı bakımında ve hasta eğitiminde bu önlemleri dikkate almalıdır.

Kaşıntıya yönelik hemşirelik bakımında; cilt bakımı,

davranışsal yaklaşımlar, diyet düzenlemesi, nonfarmakolojik yaklaşımlar ve hasta eğitimi anahtar rol oynamaktadır.

Cilt Bakımı

İyi bir cilt bakımı iyi bir hemşirelik bakımı ile olası olmaktadır. Cilt bakımı hastanın kaşıntı öyküsünün alınması ve derinin fiziksel muayenesi ile başlamaktadır. Bunların yanı sıra derinin günlük temizlenme şekli, deride meydana gelen renk, ısı ve nemlilik değişiklikleri, ciltte tahrişe neden olan faktörler ve stres durumu sorgulanmalıdır ⁽³⁶⁻³⁸⁾.

Cilt kaşıma izi, kaşınmış bölgelerdeki enfeksiyon belirtisi ve semptomları açısından izlenmeli ve kuru-luk, kızarıklık yönünden değerlendirilmelidir. Kaşıma davranışı ile derideki bütünlüğünün derecesi ve uyku düzenine etkisi de sorulmalıdır ^(36,37). Hastanın cilt bakım uygulamalarına ilişkin kültürel algıları, inançları, normları ve değerleri değerlendirilmelidir. KKAH'ne göre kuru cilt/deriden kaçınılmalı ve kuru iklim ve sıcak havaya maruziyet azaltılmalıdır ⁽³⁴⁾. Cilde nemlendirici, yumuşatıcı ve besleyici ürünlerle masaj yapılmalıdır. Hastanın ödem derecesi ve periferik nöropati durumuna bakılmalıdır. Hastaya cilt bakım uygulamalarına yönelik eğitim verilmelidir ^(37,38).

Davranışsal Yaklaşım

Davranışsal yaklaşımlar kaşıntı yönetiminde daha çok kaşıma davranışına KKAH'ne göre relaksasyon teknikleri ve kaşı-tırmala-kaşı kısır döngüsü ile baş etme yöntemleri kaşıntı yönetiminde önemlidir ⁽³⁴⁾. Hastanın kaşıma isteği ortaya çıktığında, kaşı-tırmala-kaşı kısır döngüsünü kırmasına yönelik alternatif stratejiler ile dikkati başka yöne çekilmeli, kaşıma alışkanlığı tersine çevrilmeli ve kaşıma davranışlı azaltılmalıdır ⁽³⁹⁾. Kaşıntıya eşlik eden kontrolsüz kaşınma, doku ve deri hasarına neden olmakta ve tahrip edebilmektedir ⁽⁴⁰⁾. Kontrollü kaşıma davranışına yönelik günlük kullanımı ile bilinçlendirme eğitimi verilmelidir. Gerginlik, stres ve anksiyeteden uzak durulmalıdır ve gevşeme egzersizleri yapılmalıdır ⁽³⁹⁾.

Diyet Düzenlemesi

Diyet düzenlenmesi ile KBH hastalarının kaşıntı semptomunu yönetmesinde etkili olabilmektedir.

Hastaların diyetinden acı, ekşi ve baharatlı besinler, kaşıntı hissini artırabileceğinden uzaklaştırılmalıdır ⁽²⁸⁾. Fosfor tüketimi azaltılmalıdır. Broşür, resim ve hatırlatma kartları kullanılarak yapılan sistematik hemşirelik eğitiminin, hastaların kan fosfor seviyelerine ve kaşıntıya etkisinin araştırıldığı bir çalışmada diyet eğitiminin etkili olduğu bulunmuş ve hastalar daha az fosforlu yiyecek tüketmiş ve kaşıntı azalmıştır ⁽³⁹⁾. Ghanei ve ark.'nın ⁽⁴¹⁾, Omega-3 PUFA'nın üremik kaşıntıya etkisine baktıkları bir çalışmada, placebo grubuna göre deney grubunda kaşıntı semptomları azalmıştır. Patel ve ark. ⁽⁸⁾, çok düşük miktarda protein içeren diyetin ve demir eksikliğinin demir desteğinin kaşıntıyı azalttığı bildirmiştir.

Hasta Eğitimi

Kaşıntı yönetiminde hasta eğitimi anahtar rol oynamaktadır. Os-Medendorp ve ark.'nın ⁽⁴⁶⁾, hasta eğitimi ve davranışsal yaklaşımlardan oluşan "Kaşıntı ile Başa Çıkma" programını uyguladığı randomize kontrollü bir çalışmada, kaşıntı ve kaşıma sıklığının azaldığı bulunmuştur. Kaşıntı ve kaşıntının sonuçları hakkında, tıbbi tedavi ile ilgili, tetikleyici faktörlere yönelik KBH hastaları bilgilendirilmelidir. Ayrıca sıvı ve besin alımı, kaşıma davranışının sonuçlarını azaltmaya ve kaşıntı giderici müdahaleler hakkında eğitim yapılmalıdır. Aşağıda KKAH temel alınarak oluşturulmuş eğitim içeriği verilmiştir ^(34,46):

- Hastaya cildini kaşıyarak tahriş etmemesi konusunda bilgi verilmelidir ^(36,37).
- Cilt lekelerinin ovalamaktan kaçınılmalı ve cildin nemlendirilmesi gerektiği anlatılmalıdır ⁽³⁷⁾.
- Cilt kuruluşunu önlemek için ıslak pansuman kullanımı önerilmelidir ⁽³⁴⁾.
- Alkolik kompres ve buz paketi uygulanmaması gerektiği anlatılmalıdır ⁽³⁷⁾.
- Sık duş ya da banyo yapılmamalıdır. Ilık hava, ılık su ile maksimum 20 dk. duş önerilmelidir ⁽³⁴⁾.
- Alkali olmayan sabunlar, nemlendiricili duş jelleri ya da banyo sonrasında vücudun nemlendirilmesi gerektiği anlatılmalıdır ^(28,34,36).
- Hastalara tırnaklarını kısa ve düz kesmeleri ve temiz tutmaları önerilmelidir ⁽²⁸⁾.
- Bol ve pamuklu giysiler giymeleri, dar sentetik giysilerden kaçınmaları parfümlü ürünlerden kaçınmaları anlatılmalıdır ⁽²⁸⁾.
- Hastaya çamaşırlarını yumuşak bir deterjan kullanarak yıkamasını, en az iki defa durulmasını ve

- yumuşatıcı kullanılmamasını anlatılmalıdır ⁽³⁷⁾.
- Hastanın durumuna uygun olarak %0,25-1 oranında mentollü nemlendiriciler cilde soğukluk ve ferahlık sağlaması açısından kaşınma hissine iyi gelebileceği düşünülerek önerilmelidir ⁽³⁶⁾.
- Yatak takımlarının cilde temasını önlemek için kafese benzer yataklar kullanılabileceği önerisi de hastalara verilmelidir ⁽³⁷⁾.

SONUÇ

Kaşıntı KBH hastaları için yaşam kalitesini düşüren bir semptomdur. Hemşirelerin semptomları erken dönemde saptama, önleme ve kontrol etme sorumluluğu bulunmaktadır. Uygun ölçüm yöntemlerinden yararlanmak, detaylı öykü almak ve detaylı gözlem yapmak, hastaların hem ilk hem sonraki değerlendirmeleri ve ilaç dozu ayarlamalarına kaynak olmaktadır. Gerekli ve uygun hemşirelik bakımının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi ise kaşıntı yönetiminde anahtar rol oynamaktadır ^(38,39).

Çıkar Çatışması: Bu makale ile ilgili yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Conflict of Interest: There is no conflict of interest between the authors involved in this article.

Funding: None.

KAYNAKLAR

- Mollanazar NK, Savannah DK, Yosipovitch G. Epidemiology of Chronic Pruritus: Where Have We Been and Where Are We Going? *Current Dermatology Reports*. 2015;4(1):20-9. [\[CrossRef\]](#)
- Stander S. et al. Clinical classification of itch: a position paper of the International Forum for the Study of Itch. *Acta Derm Venereol*. 2007;87(4):291-4. [\[CrossRef\]](#)
- Misery L, Stander S. *Pruritus*. New York: Springer-Verlag London Limited; 2010. p. 77-8. [\[CrossRef\]](#)
- Özgöztaş O, Kayıran N. Mechanism of the Pruritus in Systemic Disorders. *Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology Special Topics*. 2011;4(3):46-50.
- Yosipovitch G, Zucker I, Boner GE, Gafter U, Shapira Y, David M. A questionnaire for the assessment of pruritus: validation in uremic patients. *Acta Derm Venereol*. 2001;81(2):108-11. [\[CrossRef\]](#)
- Weisshaar E, Matteredne U. *Epidemiology of Itch. Itch: Mechanisms and Treatment*, Boca Raton (FL): CRC Press/Taylor & Francis; 2014. p. 9. [\[CrossRef\]](#)
- Suzuki H, Omata H, Kumagai H. Recent advances in the treatment of uremic pruritus. *Open Journal of Nephrology*. 2015;5(1):1-13. [\[CrossRef\]](#)
- Patel TS, Freedman BI, Yosipovitch G. An update on pruritus associated with CKD. *Am J Kidney Dis*. 2007;50(1):11-20. [\[CrossRef\]](#)
- Keithi-Reddy SR, Patel TV, Armstrong AW, Singh AK. Uremic pruritus. *Kidney Int*. 2007;72(3):373-7. [\[CrossRef\]](#)
- Pisoni RL et al. Pruritus in haemodialysis patients: International results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Nephrol Dial Transplant*. 2006;21(12):3495-505. [\[CrossRef\]](#)
- Mistik S, et al. An epidemiology study of patients with uremic pruritus. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2006;20(6):672-8. [\[CrossRef\]](#)
- Solak B, Acikgoz SB, Sipah, S, Erdem T. Epidemiology and determinants of pruritus in pre-dialysis chronic kidney disease patients. *International Urology and Nephrology*. 2016;48(4):585-91. [\[CrossRef\]](#)
- Kfoury LW, Jurdi MA. Uremic pruritus. *Journal of Nephrology* 2012;25(5):644-52. [\[CrossRef\]](#)
- Dar NR, Akhter A. Clinical characteristics of uremic pruritus in patients undergoing haemodialysis. *Journal of the College of Physicians and Surgeons*. 2006;16(2):94-6.
- Udayakumar P, Balasubramanian S, Ramalingam KS, Lakshmi C, Srinivas CR, Mathew AC. Cutaneous manifestations in patients with chronic renal failure on hemodialysis. *Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology*. 2006;72(2):119. [\[CrossRef\]](#)
- Zakrzewska B, Jędras M. Is pruritus in chronic uremic patients related to peripheral somatic and autonomic neuropathy? Study by RR interval variation test (RRIV) and by sympathetic skin response (SSR). *Clinical Neurophysiology*. 2001;31(3):181. [\[CrossRef\]](#)
- Kuypers, DR. Skin problems in chronic kidney disease. *Nat Clin Pract Nephrol*. 2009;5(3):157-70. [\[CrossRef\]](#)
- Chou FF, Ho JC, Huang SC, Sheen-Chen SM. A study on pruritus after parathyroidectomy for secondary hyperparathyroidism. *J Am Coll Surg*. 2000;190(1):65-70. [\[CrossRef\]](#)
- Narita I, Alchi B, Omori K, Sato F, Ajiro J, et al. Etiology and prognostic significance of severe uremic pruritus in chronic hemodialysis patients. *Kidney Int*. 2006;69(9):1626-32. [\[CrossRef\]](#)
- Lugon JR. Uremic pruritus: a review. *Hemodialysis International*. 2005;9(2):180-8. [\[CrossRef\]](#)
- Urbonas A, Schwartz RA, Szepietowski JC. Uremic pruritus--an update. *Am J Nephrol*. 2001;21(5):343-50. [\[CrossRef\]](#)
- Andrew D, Craig AD. Spinothalamic lamina I neurons selectively sensitive to histamine: a central neural pathway for itch. *Nat Neurosci*. 2001;4(1):72-7. [\[CrossRef\]](#)
- Yosipovitch G, Greaves MW, Schmelz M. Itch. *Lancet*. 2003;22(361):690-4. [\[CrossRef\]](#)
- Manenti L, et al. Gabapentin in the treatment of uremic itch: an index case and a pilot evaluation. *J Nephrol*. 2005;18(1):86-91.
- Chen YC, Chiu WT, Wu MS. Therapeutic effect of topical gamma-linolenic acid on refractory uremic pruritus. *American Journal Of Kidney Diseases*. 2006;48(1):69-76. [\[CrossRef\]](#)
- Wikstrom, B. Itchy skin - a clinical problem for haemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2007;22(5):3-7. [\[CrossRef\]](#)

27. Elman S, Hynan LS, Gabriel V, Mayo, MJ. The 5-D itch scale: a new measure of pruritus. *British Journal of Dermatology*. 2010;162(3):587-93. [\[CrossRef\]](#)
28. Akça NK, Taşçı S. Using nonpharmacological methods for controlled itch. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2013;12(3):359-64. [\[CrossRef\]](#)
29. Reich A, Szepietowski JC. Pruritus intensity assessment: challenge for clinicians. *Expert Review of Dermatology*. 2014;8(3):291-9. [\[CrossRef\]](#)
30. Phan NQ, et al. Assessment of pruritus intensity: prospective study on validity and reliability of the visual analogue scale, numerical rating scale and verbal rating scale in 471 patients with chronic pruritus. *Acta Dermato-Venereologica*. 2012;92(5):502-7. [\[CrossRef\]](#)
31. Haest C, et al. Measurement of itching: validation of the Leuven Itch Scale. *Burns*. 2011;37(6):939-50. [\[CrossRef\]](#)
32. Darsow U, Scharein E, Simon D, Walter G, Bromm B, Ring J. New aspects of itch pathophysiology: component analysis of atopic itch using the 'Eppendorf Itch Questionnaire'. *International Archives Of Allergy And Immunology*. 2001;124(1-3):326-31. [\[CrossRef\]](#)
33. Weisshaar E, et al. Pruritus as a leading symptom: clinical characteristics and quality of life in German and Ugandan patients. *British Journal of Dermatology*. 2006;155(5):957-64. [\[CrossRef\]](#)
34. Weisshaar E, et al. European guideline on chronic pruritus. *Acta Derm Venereol*. 2012;92(5):563-81. [\[CrossRef\]](#)
35. Aşıcıoğlu E, Kahveci A, Koç M, Özener C. Uremic pruritus: Still itching. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2010;20(1):7-13. [\[CrossRef\]](#)
36. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Palyatif Bakım (Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım). 1 Baskı: Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2017. p. 521-30.
37. Kapucu S, Akyar İ, Korkmaz F. *Pearson Nursing Diagnosis Handbook*. Konfor. 11. Baskı. Ankara: Pelikan; 2018. p. 929-33.
38. Akça NK. Uremic pruritus in hemodialysis patients and acupressure practice. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*. 2011;4(4):190-6.
39. Cheng TY, Tarrg DC, Liao YM, Lin PC. Effects of systematic nursing instruction on a low-phosphorus diet, serum phosphorus level and pruritus of patients on haemodialysis. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;26(3-4):485-94. [\[CrossRef\]](#)
40. Lo SF, Chang LJ, Shiu TY, Pan CY, Wu HC. The management of itching in burn patients during the rehabilitation stage. *Hu li za zhi The Journal Of Nursing*. 2016;63(6):102.
41. Ghanei E, Zeinali J, Borghei M, Homayouni M. Efficacy of omega-3 fatty acids supplementation in treatment of uremic pruritus in hemodialysis patients: A double-blind randomized controlled trial. *Iran Red Crescent Med J*. 2012;14(9):515-22.
42. Karadag E, Kilic SP, Karatay G, Metin O. Effect of baby oil on pruritus, sleep quality, and quality of life in hemodialysis patients: Pretest-post-test model with control groups. *Japan Journal of Nursing Science*. 2014;11(3):180-9. [\[CrossRef\]](#)
43. Burrai F, Micheluzzi V, Zito MP, Pietro G, Sisti D. Effects of live saxophone music on physiological parameters, pain, mood and itching levels in patients undergoing haemodialysis. *Journal of Renal Care*. 2014;40(4):249-56. [\[CrossRef\]](#)
44. Afrasiabifar A, Mehri Z, Hosseini N. Efficacy of topical application of sweet almond oil on reducing uremic pruritus in hemodialysis patients: a randomized clinical trial study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2017;19(2):34695. [\[CrossRef\]](#)
45. Nakhaee S, Nasiri A, Waghei Y, Morshedi J. Comparison of Avena Sativa, Vinegar, and Hydroxyzine for Uremic Pruritus of Hemodialysis Patients. *Iranian Journal of Kidney Diseases*. 2015;9(4):316-22.
46. Os-Medendorp V, et al. Effectiveness of the nursing programme 'Coping with itch': a randomized controlled study in adults with chronic pruritic skin disease. *British Journal of Dermatology*. 2007;156(6):1235-44. [\[CrossRef\]](#)