



Orjinal Makale

Kronik kaşıntılı hastalarda algılanan stres ve stresle baş etme yöntemleri

İD Sema Yabacı,¹ İD Dilek Efe Arslan,² İD Nazan Kılıç Akça³

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi, Tokat

²Erciyes Üniversitesi, Halil Bayraktar S.H.M.Y.O., Kayseri

³Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

Özet

Amaç: Bu çalışma; kronik kaşıntı problemi olan hastalarda stres düzeylerini ve stresle baş etme yöntemlerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Yozgat Bozok Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Yozgat Devlet Hastanesi ve Sorgun Devlet Hastanesi'nde yer alan dermatoloji polikliniklerine kaşıntı şikayeti ile başvuran hastalarla gerçekleştirilmiş olup 125 hasta örnekleme oluşturmuştur. Veriler hasta tanıtım formu, Visual Analog Skala, Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) ile elde edilmiştir.

Bulgular: Bu çalışmada; hastaların kaşıntı süresi ortalaması 27.11±49.74 (ay) ve kaşıntı şiddeti ortalaması (VAS) 6.52±2.05'dir. Hastaların ASÖ puan ortalaması 29.71±7.2 (14-47) olup algılanan stres ortalamasının üzerindedir. Şiddetli kaşıntısı (7 ve üzeri) olan kadın hastaların ASÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05). 4-6 yıl süreyle kaşıntı yaşayan hastaların çaresiz yaklaşımı daha çok kullandıkları saptanmıştır (p<0.05). Akşam saatlerinde kaşıntısı olan hastaların sosyal destek aramayı daha fazla kullandıkları saptanmıştır (p<0.05). Hastaların ASÖ ile boyun eğici yaklaşım puanları arasındaki zayıf düzeyde pozitif ilişki (r=0.292, p<0.001) ve ASÖ ile sosyal destek arama arasında ise zayıf düzeyde negatif ilişki (r=-0.182, p<0.05) bulunmuştur. Hastaların yaşı ile iyimser yaklaşım arasında zayıf düzeyde pozitif bir ilişki (r=0.275, p<0.01) bulunmuştur. Kaşıntı süresi ile kendine güvenli yaklaşım (r=-0.177, p<0.05) ve sosyal destek arama arasında (r=-0.216, p<0.05) zayıf düzeyde negatif bir ilişki tespit edilmiştir. Hastalık süresi ile sosyal destek arama (r=-0.224, p<0.05) arasında zayıf düzeyde negatif yönde ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Hastaların stres düzeyi arttıkça stres ile başa çıkmada pasif baş etme yöntemleri kullandıkları görülmüştür. Kronik kaşıntılı hastanın hemşirelik yönetiminde, hemşire aktif başa çıkma yöntemlerinin kullanımını artırmak için uygun görüşme yöntemlerini kullanmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Kaşıntı; hemşirelik; stres; stresle başa çıkma.

Kaşıntı, deride kaşıma hissi uyandıran, hoş olmayan, genellikle tam lokalize edilemeyen, bireyi oldukça rahatsız eden ve yaşam kalitesini bozan subjektif bir histir.^[1,2] Farklı etiyolojik sorunlar nedeniyle ortaya çıkan kaşıntı bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarını olumsuz yönde etkilemektedir.^[3,4] İnsanların çoğu hayatlarının bir döneminde kaşıntı sorunu yaşadığını ifade etmektedir.^[5]

Kaşıntı bir hastalık değil semptomdur. Kaşıntı; başlangıçta

koruyucu bir işleve sahip olsa da ilerleyip kronik bir duruma dönüştüğünde bireylerde özel tedaviler gerektirmekle birlikte aşırı rahatsızlık ve sıkıntı hissine yol açmaktadır.^[6,7] Kronik kaşıntılı durumlar, yüksek düzeyde stres ve anksiyete ile ilişkilidir ve bu ilişki insanın yaşam kalitesinde önemli bir azalmaya neden olur. Stresin kaşıntı şiddetini arttırdığı da kanıtlanmıştır. Bu nedenle, kronik kaşıntı yaşayan hastalarda, artan stres seviyeleri kaşıntıyı şiddetlendirir ve şiddetlenen kaşıntı ile birlikte

İletişim: Sema Yabacı, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi, Tokat, Turkey

Tel: +90 546 584 68 60 **E-posta:** sema_ybc@hotmail.com **ORCID:** 0000-0002-8883-7694

Geliş Tarihi: 30.09.2020 **Kabul Tarihi:** 28.07.2021 **Online Yayınlanma Tarihi:** 31.12.2021

©Copyright 2021 Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Çevrimiçi: www.phdergi.org



Konu hakkında bilinenler nedir?

- Bu konu hakkında ne biliniyor? Kaşınıtı; ciltte kaşınma hissi veren hoş olmayan öznel bir his olarak tanımlanmakta ve stres, organizmanın fiziksel ve zihinsel sınırları tehdit edilip zorlandığında ortaya çıkmaktadır.

Bu yazının bilinenlere katkısı nedir?

- Bu makale bilinenlere ne ilave ediyor? Literatür taraması, ülkemizde kaşınıtı problemi olan hastalarda stres ve tedavi yöntemlerine odaklanan sınırlı sayıda çalışma olduğunu göstermiş olup, kaşınıtı problemi olan hastalarda algılanan stresi, aktif ve pasif tedavi yöntemlerini ve bu durumu etkileyen faktörleri belirleyebildiğimiz için çalışmamızın literatüre katkı sağlayacağına inanıyoruz.

Uygulamaya katkısı nedir?

- Uygulamaya katkısı nedir? Bu çalışmanın bulguları, kronik stresin kaşınıtıya neden olduğunu ve artırdığını göstermektedir. Hemşire, kronik kaşınıtılı hastaların stresini yönetmede stresi ve pasif başa çıkma yöntemlerini azaltmak, aktif başa çıkma yöntemlerinin kullanımını artırmak için uygun görüşme yöntemlerini kullanmalıdır. Kronik kaşınıtı yönetiminde hemşire, hastanın yaşadığı fizyolojik ve psikolojik semptomlarla baş etmede anahtar role sahiptir.

hastaların stresi de artar. Bu kısır döngü, sürekli kaşınma, daha kötü hastalık prognozu ve düşük yaşam kalitesi ile sonuçlanır.^[8] Bununla birlikte, kaşınıtı-kaşınma-kaşınıtı kısır döngüsü, cilt lezyonları, uyku sorunları, ruh hali değişimi, depresyon ve strestir.^[5,8,9] Stres, deri fizyolojisi ve patolojisini etkileyerek kronik kaşınıtının başlamasında ve şiddetlenmesinde önemli bir etken olarak ortaya çıkmaktadır.^[8,10] Bireylerde algılanan stresin sinir, endokrin ve bağışıklık sistemi arasında kurulan dinamik dengeyi değiştirdiği bilinmektedir.^[11] Grandgeorge ve Misery'in (2015) atopik dermatitli hastalarla yaptıkları çalışmada (%81) duygusal stresin kaşınıtının şiddetini arttırdığı belirlenmiştir.^[12] Dalgard ve ark. toplum temelli Norveç'te yaptıkları bir çalışmada, olumsuz yaşam olayları, ruhsal sıkıntı ile kaşınıtı arasında bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Ancak, bu çalışmada stresin tetikleyici bir faktör mü ya da kaşınıtı sonucu oluşup oluşmadığı açıklanmamıştır.^[13] Bu çalışmada ayrıca, zayıf öz-etkililiğin, stresli durumlarla başa çıkmada yetersiz kalmanın kronik kaşınıtının nedeni olabileceği belirtilmiştir.^[13]

Kronik kaşınıtıda tedavide amaç; kaşınıtının ortadan kaldırılması ve/veya hafifletilmesi, deri bütünlüğünün korunması, hastanın yaşadığı stresi yönetmede aktif baş etme yöntemlerini kullanması, hastanın yaşam kalitesinin artırılması ve tedavi sürecinin doğru yönetilmesidir.^[6,10,14] Bu nedenle, kronik kaşınıtının tedavisinde sadece ilaçlar değil hastaların algıladıkları stresleri ve stresle başa çıkma yöntemleri de değerlendirilmelidir.^[15-17] Kaşınıtının tedavisi ve yönetimi hem hasta hem de tedaviyi sürdüren sağlık çalışanları için oldukça zor bir süreçtir. Kaşınıtının komplike yönlerini yeterli derecede ele alabilmek için dermatolog, psikiyatrist, psikolog, hemşire ve sosyal çalışmacı vb. oluşan entegre olan multidisipliner bir gruba ihtiyaç vardır.^[9] Multidisipliner bir yaklaşımla kaşınıtı tedavinin bir klinikte yapılan araştırmada, deney grubunun kontrol grubuna göre kaşınıtı şiddetinin azaldığı ve psikososyal bulgularının düzeldiği görülmüştür. Ekip içinde hemşirenin başlıca rolleri; kaşınıtı şiddetinin değerlendirmesi, temel ilaçların doğru ve zamanında kullanımı, cilt bakımı, stres yönetimi, hasta ve aile eğitimidir.^[14,18]

Hasta algılanan stresin kontrol altına alınması ile kaşınıtı ile baş etmesinin de kolaylaşacağını bilmelidir.^[4] Yapılan literatür taramasında ülkemizde kaşınıtılı hastaların yaşadığı stres ve stresle baş etme yöntemlerini değerlendiren çalışmaların kısıtlı olduğu görülmüştür. Kronik kaşınıtılı hastada algılanan stres ve hastaların baş etme yöntemlerinin belirlenmesi hemşirelerin stres yönetiminde hastalara vereceği eğitim ve danışmanlıkların planlanmasında rol göstereceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda araştırmamızın kronik kaşınıtılı hastaların stres algıları ve stresle baş etmede aktif ve pasif baş etme yöntemlerini kullanma durumları ve bunları etkileyen faktörleri belirleyerek literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırma soruları

- Kronik kaşınıtısı olan hastaların stres algıları nedir?
- Kronik kaşınıtısı olan hastalarda stresle baş etme davranışları nelerdir?
- Kronik kaşınıtılı hastalarda kaşınıtı özellikleri stres algısını ve baş etme davranışlarını etkiler mi?

Gereç ve Yöntem**Araştırmanın Türü**

Bu araştırma, tanımlayıcı tiptedir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırma iki Devlet Hastanesi, bir Araştırma ve Uygulama Hastanesi yer alan dermatoloji polikliniklerine kaşınıtı şikayeti ile başvuran hastalarda gerçekleştirilmiştir. Polikliniklere günde en fazla 60 hastayı kabul etmekte ve bu hastalardan ortalama 3-4'ü kronik kaşınıtı şikayeti ile polikliniğe başvurmaktadır.

Araştırmanın örneklemini kronik kaşınıtı şikayeti ile dermatoloji polikliniğine 22.02.2016-15.07.2016 başvuran araştırmanın dahil edilme kriterine uyan toplam 125 hasta oluşturmuştur. Soruları yanıtlayamayacak şekilde iletişim problemi olan 10 hasta, özellikle yaşadıkları kaşınıtının verdiği rahatsızlık nedeniyle çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 30 hasta örnekleme alınamamıştır. Veriler araştırmacı tarafından haftanın iki günü 8-12 saatleri arasında toplanmış. Veri toplama 6 ay boyunca devam etmiştir. Elde edilen algılanan stres düzeyi ile boyun eğici yaklaşım değeri göz önünde bulundurulduğunda etki büyüklüğü $d=0.29$ olarak saptanıp, $\alpha=0.05$ düzeyinde testin posterior gücü %95 olarak belirlendi.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üzerinde olması,
- Kaşınıtı şikayeti ile polikliniğe başvurması,
- İletişim probleminin olmaması,
- Antidepresan kullanmaması,
- Stres ve stresle baş etme yöntemleri ile ilgili psikolojik destek almaması,

- Hastaların araştırmaya katılmayı kabul etmesi,
- Altı hafta ve daha uzun süredir kaşıntı şikayeti olmasıdır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmamızda veriler; hasta tanıtım formu, Visual Analog Skala (VAS), Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tazları Ölçeği (SBÇTÖ) kullanılarak toplanmıştır. 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.

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.^[1,9,10]

Visual Analog Skala (VAS)

Price ve ark. (1983) tarafından geliştirilen ölçek, birçok çalışmada ağrının şiddetini değerlendirmek için kullanılmış, geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur.^[19] 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 ölçeklerin, kaşıntı yoğunluğunun saptanmasını kolaylaştırmakta, puanlama ve kayıta kolaylık sağlaması nedeniyle daha çok benimsendiği belirtilmektedir. Ağrı gibi subjektif bir duygu olan kaşıntının şiddetini değerlendirmek için de birçok çalışmada kullanılmıştır. Hastaların ellerine verilerek hissettikleri kaşıntının yoğunluğu ve şiddetini değerlendirmeleri istenmiştir. İşaretlenen değer kaşıntı yoğunluğu ve şiddeti değeri olarak alınmıştır.^[20,21]

Algılanan Stres Ölçeği-14 (ASÖ-14)

Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından geliştirilmiştir.^[22] Algılanan Stres Ölçeği'nin orijinalinde Cronbach's Alpha değeri 0.86'dır. Ülkemizde, geçerlilik ve güvenilirliği 2013 yılında Eskin ve ark. 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. Algılanan Stres Ölçeği puanları 0 ile 56 arasında değişmektedir. Yüksek puan kişinin stres algısının fazlalığına işaret etmektedir Eskin ve ark. nın (2013) yaptığı çalışmada ise, Cronbach Alpha değeri 0.84 olarak bulunmuştur.^[23] Araştırmamızda ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.83 olarak tespit edilmiştir.

Stresle Başa Çıkma Tazları Ölçeği (SBÇTÖ)

Folkman ve Lazarus'un 1980 yılında geliştirdikleri kısa, değişik stresli durumlarda geçerliliği olan, özellikle depresyon, yalnız-

lık, psikosomatik sorunlar gibi belirtilerle ilişkili başa çıkma mekanizmaları ölçeğidir.^[24] Şahin ve Durak tarafından ülkemizde, geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ölçek 30 maddeden ve 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçek, iki ana stresle başa çıkma tarzını ölçmektedir. Bunlar "Probleme yönelik/aktif" ve "Duygulara yönelik/pasif" tarzlarıdır. Aktif tarzları "sosyal desteğe arama", "iyimser yaklaşım" ve "kendine güvenli yaklaşım" alt ölçekleri, pasif tarzları "çaresiz yaklaşım" ve "boyun eğici yaklaşım" alt ölçekleri göstermektedir. Ölçek maddeleri "0 = Hiç uygun değil" ve "3 = Tamamen uygun" şeklinde puanlanan dörtlü Likert tipi dereceleme kullanılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik 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.^[25] Araştırmamızda ise, Cronbach Alpha değeri kendine güvenli yaklaşım 0.74, iyimser yaklaşım 0.56, çaresiz yaklaşım 0.68, boyun eğici yaklaşım 0.45, sosyal destek arama 0.41 olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce kurumlardan yazılı izin Bozok Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan (30.11.2015/110) onay alınmıştır. Araştırma verilerini toplama başlamadan önce araştırma kapsamındaki hastalara, araştırmacının yapılma amacı açıklanarak "Aydınlatılmış onam" ilkesi, Gizlilik ve gizliliğin korunması, "Özerkliğe Saygı" etik ilkeleri yerine getirilerek araştırma yapılmıştır. Bireylerden yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

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. Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında, veriler parametrikse bağımsız gruplarda t testi, One-way Anova ve Pearson Korelasyon analizleri kullanılmıştır. Grupların karşılaştırılmasında sonuçların istatistiksel anlamlılığı $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bir il merkezinde yer alan kronik kaşıntı şikayeti ile polikliniğe başvuru yapan ve araştırmaya dahil edilme ölçütlerine uygun hastalar örnekleme alınmıştır. Şiddetli kaşıntısı olan hastaların ankete katılmayı istememesi nedeniyle örneklem sayısının düşük olması araştırmacının önemli bir sınırlılığıdır. Yalnızca örneklem grubuna genellenebilir.

Bulgular

Araştırmamızın bulgularında hastaların sosyo-demografik ve kaşıntı özellikleri, Algılanan Stres ve Stresle Başa Çıkma Tazları Ölçeği puan ortalamalarına göre dağılım ve bunlar arasındaki

Tablo 1. Hastaların kaşıntı özelliklerinin dağılımı (n=125)

Değişkenler	n	%
Kaşıntıya neden olan hastalık		
Dermatit	56	44.8
Ürtiker	39	31.2
İdiyopatik	17	13.6
Kserozis	9	7.2
Sedef	4	3.2
Kaşıntıya neden olan hastalık süresi ortalaması (ay)	32.13±51.23 (6-360)	
Kaşıntı süresi ortalaması (ay)	27.11±49.74 (6-360)	
Kaşıntı şiddeti ortalaması (VAS)	6.52±2.05 (2.0-10.0)	
Son bir hafta içindeki kaşıntı şekli		
Aralıklı	90	72.0
Sürekli	35	28.0
Günlük kaşıntı süresi		
6 saatten az	86	68.8
6-12 saat	31	24.8
12 saatten fazla	8	6.4
Kaşıntının en yoğun olduğu zaman		
Gündüz	41	32.8
Akşam	45	36.0
Gece uyurken	39	31.2
Kaşıntıya bağlı lezyon olma durumu		
Evet	48	38.4
Hayır	77	61.6
Kaşıntının vücutta dağılımı		
Lokal	81	64.8
Genel	44	35.2
Kaşıntı için düzenli ilaç kullanma durumu		
Evet	19	15.2
Hayır	107	84.8
Kaşıntıyı arttıran durumlar ¹		
Baharatlı yiyecek tüketimi	101	80.8
Stres varlığı	80	64.0
Gece olduğunda	73	58.4
Sıcaklık arttığında	63	50.4
Hava değişimi	32	25.6
Yünlü kıyafet giyildiğinde	31	24.8
Banyo sonrası	4	4.0
Kaşıntının olumsuz etkileri ¹		
Gece uykudan uyandırma	85	68.0
Günlük aktiviteleri yapmakta zorlanma	67	53.6
Aile ilişkilerini bozma	40	32.0
İnsan ilişkilerini bozma	35	28.0
Okul-iş yaşamını bozma	16	12.8

¹More than 1 answer permitted. VAS: Visual analogue scale.

ilişkiler sonucu ortaya çıkan bulgular yer almaktadır.

Hastaların %64.8'i kadın, yaş ortalaması 47.13±17.81 yıl (18-85), %56.0'ı ilköğretim mezunu ve %78.4'ü evli ve %75.2'si

aktif bir işte çalışmaktadır. Hastaların %39.2'sinin kronik bir hastalığı olduğu ve %16.8'inin ortalama günde 1 paket sigara kullandığı saptanmıştır (Tablo 1).

Kronik kaşıntıya neden olan hastalıkların %44.8'i kronik dermatit ve %31.2'si ürtikerdir. Hastalık süresi ortalaması 32.13±51.23 ay ve kaşıntı süresi ortalaması 27.11±49.74 aydır. Hastaların kaşıntı şiddeti ortalaması (VAS) 6.52±2.05'dir. Hastaların %72.0'inin son bir hafta içinde aralıklı olarak kaşıntı yaşadığı ve %68.8'inin ise günde 6 saatten az kaşıntılarının olduğu bulunmuştur. Hastaların %36.0'sında kaşıntının en yoğun akşam saatlerinde olduğu, %38.4'ünün vücudunda kaşıntıya bağlı lezyon olduğu, %64.8'inin kaşıntısının lokal yayılım gösterdiği ve %58.0'inin ise en fazla ekstremitelerde kaşıntı yaşadıkları belirlenmiştir. Hastaların sadece %15.2'si kaşıntı için düzenli ilaç kullandığı kullanan hastaların ise %68.4' ünün antihistaminik kullandıkları saptanmıştır (Tablo 2).

Kronik kaşıntılı hastaların Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) puan ortalamasının 29.71±7.2 (14-47) olduğu ve hastaların algıladıkları stresin ortalamasının üzerinde olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Hastaların ASÖ puan ortalamaları incelendiğinde; kadın ve şiddetli kaşıntısı (7 ve üzeri) olan hastaların ASÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05). Kaşıntı süresi yedi yıl ve daha uzun olan hastaların ASÖ puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek (34.25±8.74) olduğu bulunmuştur (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±6.98) kaşıntısı olan hastaların gündüz ve akşam saatlerindeki göre ASÖ puan ortalamaları daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p>0.05) (Tablo 4 ve 5).

Hastaların Stresle başa çıkma tarzları ölçeği (SBÇTÖ) alt boyutları puan ortalamaları ise kendine güvenli yaklaşım 15.18±3.85, iyimser yaklaşım 9.74±2.98, sosyal destek arama 7.51±2.50, çaresiz yaklaşım 10.17±2.90 ve boyun eğici yaklaşım 10.74±4.81 olarak belirlenmiştir (Tablo 3). Hastalardan 4-6 yıl süreyle kaşıntı yaşayan hastaların pasif baş etme yöntemi olan çaresiz yaklaşımı diğer gruptakilere göre daha çok kullandıkları saptanmıştır (p<0.05). Araştırmaya katılan hastalardan son bir hafta içinde sürekli kaşıntısı olan hastaların aralıklı kaşıntısı olanlara göre aktif baş etme tarzlarından olan iyimser yaklaşım puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Akşam saatlerinde kaşıntısı olan hastaların diğer gruptakilere göre stresle aktif baş etme tarzlarından olan sosyal destek aramayı daha fazla kullandıkları saptanmıştır (p<0.05). Kronik kaşıntı için düzenli ilaç kullanan hastaların kullanmayanlara göre aktif baş etme tarzlarından olan iyimser yaklaşımı daha fazla kullandıkları tespit edilmiştir (p<0.05) (Tablo 4 ve 5).

Kronik kaşıntılı hastaların ASÖ ile SBÇTÖ alt boyutları korelasyon matrisi, Tablo 4.6'da yer almaktadır. Hastaların kaşıntı şiddeti ile ASÖ puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişki (r=0.210, p<0.05) saptanmıştır. Hastaların ASÖ ile SBÇTÖ alt boyutlarından aldıkları puanların birbirleri ile ilişkisi ince-

Tablo 2. Hastaların Algılanan Stres Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tazları Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

	Sayı	Ortalama±Standart sapma	Minimum	Maksimum
Algılanan Stres Ölçeği (0-56)	125	29.71±7.22	14.00	47.00
Stresle Başa Çıkma Tazları Ölçeği Alt Boyutları				
1. Kendine Güvenli Yaklaşım (0-21)	125	15.18±3.85	6.00	21.00
2. İyimser Yaklaşım (0-24)	125	9.74±2.98	0.00	17.00
3. Sosyal Destek Arama (0-15)	125	7.51±2.50	2.00	12.00
4. Çaresiz yaklaşım (0-12)	125	10.17±2.90	3.00	12.00
5. Boyun Eğici Yaklaşım (0-18)	125	10.74±4.81	0.00	18.00

Tablo 3. Algılanan Stres Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tazları Ölçeği puan ortalamalarının kaşıntı özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Algılanan Stres Ölçeği	Stresle Başa Çıkma Tazları Ölçeği				
		Kendine güvenli yaklaşım		Çaresiz yaklaşım		
		Kendine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Son bir hafta içindeki kaşıntı şekli						
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
P	0.323	0.848	0.658	0.629	0.045	0.472
Günlük kaşıntı süresi						
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***	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
Kaşıntının en yoğun olduğu zaman						
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**	0.782	0.608	1.913	1.030	1.000	3.325
P	0.460	0.546	0.152	0.360	0.371	0.039
Kaşıntıya bağlı lezyon olma durumu						
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
Kaşıntının vücutta yayılımı						
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
Kaşıntı için düzenli ilaç kullanma durumu						
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	0.037	0.108

*Bağımsız Örneklem T Testi; **Tek Yönlü Varyans Analizi; ***Kruskal Wallis Varyans Analiz. Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma.

Tablo 4. Hastaların Algılanan Stres Ölçeği İle Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyutları Korelasyon Matrisi

İlişki	Algılanan Stres Ölçeği		Stresle Başa Çıkma Tarzları 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
Yaş ortalaması	-0.150	0.095	-0.05	0.582	0.102	0.256	-0.123	0.170	0.275	0.002	-0.025	0.784
Kaşıntı süresi ortalaması (ay)	-0.096	0.288	-0.177	0.049	0.022	0.811	0.018	0.839	-0.062	0.489	-0.216	0.016
Hastalık süresi ortalaması (ay)	-0.103	0.252	-0.148	0.100	-0.004	0.967	0.086	0.340	-0.40	0.658	-0.224	0.012
Kaşıntı şiddeti ortalaması	0.210*	0.019	0.081	0.369	0.117	0.194	0.150	0.095	0.134	0.135	0.052	0.563
Algılanan Stres Ölçeği	-	-	0.021	0.819	0.158	0.079	0.292	0.001	-0.131	0.144	-0.182	0.042

r_p: Pearson korelasyon katsayısı.

lendiğinde; hastaların ASÖ ile boyun eğici yaklaşım puanları arasındaki zayıf düzeyde pozitif ilişki ($r=0.292$, $p<0.001$) ASÖ ile sosyal destek arama arasında ise zayıf düzeyde negatif ilişki ($r=-0.182$, $p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 6).

Kronik kaşıntılı hastaların yaşı ile SBÇTÖ alt boyutlarından iyimser yaklaşım arasında zayıf düzeyde pozitif bir ilişki ($r=0.275$, $p<0.01$) bulunmuştur. Kaşıntı süresi ile SBÇTÖ alt boyutlarından kendine güvenli yaklaşım ($r=-0.177$, $p<0.05$) ve sosyal destek arama arasında ($r=-0.216$, $p<0.05$) zayıf düzeyde negatif bir ilişki tespit edilmiştir. Hastalık süresi ile hastaların stresle etkili baş etme tarzlarından olan sosyal destek arama ($r=-0.224$, $p<0.05$) arasında zayıf düzeyde negatif yönde ilişki saptanmıştır (Tablo 6).

Tartışma

Stres; dermatit, ürtiker, sedef gibi kronik kaşıntıya neden olan deri hastalıklarının başlangıcında ve/veya alevlenmesinde önemli rol oynayan bir faktördür. Öte yandan, hastalığın kendisine eşlik eden kaşıntı ve kaşınma olayları da stresin kaynağı olabilir ve bir kısır döngü oluşturarak hastaların yaşam kalitesini kötüleştirebilir. Stres ve kronik kaşıntı arasındaki ilişki çift yönlüdür: Stres sonucu kaşıntı ortaya çıkabileceği gibi, deri hastalıklarında kronik kaşıntı nedeniyle stres ortaya çıkabilmektedir.^[8,26] Dermatoloji polikliniklerine başvuran kronik kaşıntılı hastalarda stres algısını ve stresle baş etme yöntemlerini belirlemek amacıyla yaptığımız bu çalışmada; hastaların stres algılarının ortalamasının üzerinde olduğu saptanmıştır. Hastaların yarısından fazlası kaşıntıyı başlatan ve arttıran faktör olarak da stresi ifade etmiştir. Araştırmamızın sonuçlarının ortaya koyduğu gibi kronik kaşıntıya neden olan ve kaşıntı sürecini stresin etkilediği deri hastalıkları dermatit ve ürtikerdir yer almaktadır. Yapılan bir çalışmada da akut dermatitli hastaların %46.0'ı stresi hastalığın alevlenmesi ve kaşıntının başlamasında ana faktör olarak belirtmişlerdir.^[27] Yapılan başka bir çalışmada stres ile kaşıntı oluşumu arasında bir ilişki olduğu hastaların kortizol düzeyleri ile ortaya konmuştur.^[28] Özellikle duyguların ve tepkilerin sözlü olarak ifade edemeyen bireyler-

de stres algısının artması hem hastalığın ortaya çıkışına hem de kaşıntı oluşumuna neden olmaktadır.^[4,11] Ograczyk-Piotrowska ve ark. yaptıkları çalışmada kronik ürtikerli hastaların anlamlı derecede stres algılarının yüksek olduğunu saptamışlardır.^[26] Yapılan çalışmalarda da dermatitli olgularda çeşitli ölçüm skalaları kullanılarak stres ile birlikte anksiyete ve depresyon derecesi belirlenmiş, dermatitte stresin ana tetikleyici faktör olduğu gözlenmiştir.^[29,30] Akut ve kronik stres, sağlıklı kişilerde ve sistemik hastalıkların yanı sıra kaşıntılı deri hastalıkları teşhisi konmuş kişilerde kaşıntıyı önemli ölçüde etkileyebilir ve böylece stresin kaşıntıyı şiddetlendirdiği ve bunun tam tersi olan bir kısır döngü ile sonuçlanır.^[31]

Hastaların kaşıntı şiddeti arttıkça stres algıları artmaktadır. Araştırmamızda da kaşıntı şiddeti arttıkça stres algısının arttığı ve çok şiddetli kaşıntı yaşayan (7 ve üzeri) hastaların stres algılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde de araştırmamıza benzer olarak şiddetli kaşıntının lezyonları artırdığı, zihinsel süreci olumsuz etkilediği, utanma, damgalanma ve sosyal izolasyona neden olarak hastalığın alevlenmesine ve hastaların stres algılarını artırdığı belirtilmektedir.^[26,28] Kronik kaşıntıya neden olan 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.^[32] Kronik kaşıntılı hastalarda stres kaşınmayı başlatan ve şiddetlendiren bir faktör olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda da algılanan çaresizlik ve kontrol eksikliği duygularının algılanan strese katkıda bulunduğu ve kronik kaşıntılı hastalarda yaşanan kaşıntıyı etkileyebileceği belirtilmiştir.^[11,32] Araştırma sonuçlarımız kaşıntı sürecinde duygusal stresin rolüne işaret eden literatür verileri ile tutarlıdır.

Araştırmamızda kronik kaşıntılı hastaların stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarında; aktif baş etme şekilleri olan kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek aramanın orta düzeyde ve iyimser yaklaşımın düşük düzeyde, pasif baş etme yöntemleri olan çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımın ise yüksek düzeyde kullanıldığı belirlenmiştir. Ayrıca araştır-

mamızda kaşıntı süresi 4-6 yıl olan hastaların ve algılanan stres düzeyi yüksek olanların pasif baş etme yöntemlerini daha çok kullandıkları belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda da kronik kaşıntılı hastaların stres algıları yüksek olduğunda stres ile başa çıkmada pasif baş etme yöntemlerini daha fazla kullanmasına neden olurken etkili baş etme yöntemlerini daha az kullanmalarına yol açtığı bildirilmiştir.^[15,33] Yapılan çalışmalarda hastaların stresle baş etme düzeyleri arttıkça kaşıntıya ve oluşan lezyonlara bağlı utanma, damgalanma ve mutsuzluk seviyelerini azaldığı görülmüştür. Literatürde, kaşıntının uzun süre devam etmesi hastalarda tükenmişlik duygusuna yol açarak stresle baş etme yöntemlerinde yetersizlik geliştirdiği belirtilmektedir.^[9,11] Hastalığın uzun süre devam etmesi ve buna bağlı stres düzeyinin yükselmesi bireylerde pasif baş etme yöntemlerinin kullanımını artırmaktadır.

Kronik kaşıntılı hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların yarısına yakınının cilt hastalıklarıyla baş etmede "aktif başa etme" yöntemlerini kullandıkları bulunmuştur.^[11] Son zamanlarda yapılan bir meta-analizde, kronik kaşıntılı hastalarda stresle aktif baş etme yöntemlerinin kullanımının kaşıntı ve kaşıntıya neden deri hastalığının şiddetini azaltmada olumlu etkilere sahip olduğu belirtilmiştir.^[34] Kronik kaşıntı yaşayan hastalarda sosyal destek sistemleri aktif şekilde kullanıldığında stres, endişe ve depresyon azalmakta ve kaşıntı ile baş etme kolaylaşmaktadır.^[9,11,35,36] Araştırmaya katılan hastalardan son bir hafta içinde sürekli kaşıntısı olan, akşam saatlerinde kaşıntısı yaşayan ve düzenli ilaç kullanan hastaların aktif baş etme yöntemlerini daha fazla kullandıkları tespit edilmiştir. Literatürde, akşam vücut ısısının ortalama bir derece artması ve bazı kaşıntı mediyatörlerinin sirkadiyen ritim ile ilişkili olması nedeniyle akşamları daha şiddetli kaşıntı yaşamalarına ve akşam sosyal destek aramayı daha fazla kullandıklarını düşündürmektedir. Araştırma bulguları yaş olarak daha olgun olan ve kronik kaşıntı için ilaç kullanan bireylerin aktif baş etme yöntemlerini daha çok kullandıklarını ve stres düzeylerinin de daha düşük olduğunu göstermektedir. Yaş ilerledikçe yaşanan olaylara karşı deneyim kazanılması ve ilaç kullanımının da kaşıntının şiddetini azaltması hastaların stresörlerle baş etmesini kolaylaştırdığını düşündürmektedir.^[37,38] Bu konuda örneklem büyüklüğü fazla olan ve bu faktörleri etkisini inceleyen araştırmaların yapılması önerilebilir.

Sonuç

Kronik kaşıntısı olan hastaların algılanan stres düzeylerinin ortalamasının üzerinde olduğu yarıdan fazlasında ise stresin kaşıntıyı başlatan ve arttıran faktör olduğu saptandı. Kaşıntı şiddeti arttıkça hastaların stres algılarının arttığı ve stres algısı arttıkça kaşıntıyı tetiklediği bulundu. Kronik kaşıntılı hastaların algılanan stresle baş etmede aktif baş etme yöntemleri olan kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek aramayı orta düzeyde ve iyimser yaklaşımı düşük düzeyde, pasif baş etme yöntemleri olan çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımı ise daha fazla kullandıkları belirlendi. Kaşıntı süresi ve şiddeti arttıkça çaresiz yaklaşım davranışının arttığı ve aktif baş etme

yöntemleri kullanmalarının azaldığı saptandı. Uzun süreli, tedaviye cevap vermeyen, inatçı kronik kaşıntılı deri hastalıklarında hastalar multidisipliner bir yaklaşım ile değerlendirilmelidir. Ekte yer alan hemşire kaşıntı şiddetini, algılanan stres düzeyini ve stresle baş etme davranışlarını değerlendirmelidir. Stres ile başa etme geliştirilebilen bilinçli bir süreçtir. İnsanlar bu süreç içerisinde farklı başa etme yöntemleri geliştirebilirler.^[33,34,39] Hastaların hem bilişsel hem de fiziksel çabalarının yanı sıra sosyal destek grupları ve içinde bulunduğu toplum, stresle aktif baş etme yöntemlerini destekler ve algılanan stres düzeylerini düşürerek kaşıntıyı etkin yönetmesini sağlayabilir.^[34] Hemşire hastanın bakımını bireyselleştirilmiş bakım ilkeleri doğrultusunda stresle aktif baş etme davranışlarını geliştirecek eğitimler planlamalıdır. Kronik kaşıntılı hastaların stresle aktif baş etme davranışlarını geliştirecek hemşirelik müdahalelerini içeren daha geniş popülasyonda çalışmaların planlanması önerilebilir.

Çıkar çatışması: Bildirilmemiştir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Kaynaklar

1. Kiliç Akça N, Taşci S. An important problem among hemodialysis patients: Uremic pruritus and affecting factors. *Turkish J Nephrol* 2014;23:210–6.
2. Steinhoff M, Bienenstock J, Schmelz M, Maurer M, Wei E, Bíró T. Neurophysiological, neuroimmunological, and neuroendocrine basis of pruritus. *J Invest Dermatol* 2006;126:1705–18.
3. Alpsoy E. Paraneoplastic pruritus and paraneoplastic erythroderma. *Turkderm* 2013;47:65–8. [Turkish]
4. Van Os-Medendorp H, Ros W, Kok P, Kennedy C, Thio BH, Van Der Schuur-van Der Zande A, et al. Effectiveness of the nursing programme 'Coping with itch': A randomized controlled study in adults with chronic pruritic skin disease. *Br J Dermatol* 2007;156:1235–44.
5. Mattered U, Apfelbacher C, Loerbroks A, Schwarzer T, Büttner M, Ofenloch R, et al. Prevalence, correlates and characteristics of chronic pruritus: A population-based cross-sectional study. *Acta Derm Venereol* 2011;91:674–9.
6. Callahan S, Lio P. Current therapies and approaches to the treatment of chronic itch. *CML – Dermatology* 2012;17:29–40.
7. Weisshaar E, Dalgard F. Epidemiology of itch: Adding to the burden of skin morbidity. *Acta Derm Venereol* 2009;89:339–50.
8. Golpanian RS, Kim HS, Yosipovitch G. Effects of stress on itch. *Clin Ther* 2020;42:745–56.
9. Tey HL, Wallengren J, Yosipovitch G. Psychosomatic factors in pruritus. *Clin Dermatol* 2013;31:31–40.
10. Schut C, Weik U, Tews N, Gieler U, Deinzer R, Kupfer J. Psychophysiological effects of stress management in patients with atopic dermatitis: A randomized controlled trial. *Acta Derm Venereol* 2013;93:57–61.
11. Kim HS, Yosipovitch G. An aberrant parasympathetic response: A new perspective linking chronic stress and itch. *Exp Dermatol* 2013;22:239–44.

12. Grandgeorge M, Misery L. Mediators of the relationship between stress and itch. *Exp Dermatol* 2015;24:334–5.
13. Dalgard F, Svensson A, Sundby J, Dalgard OS. Self-reported skin morbidity and mental health. A population survey among adults in a Norwegian city. *Br J Dermatol* 2005;153:145–9.
14. Cowdell F. Care and management of patients with pruritus. *Nurs Older People* 2009;21:35–41.
15. Schut C, Mollanazar NK, Kupfer J, Gieler U, Yosipovitch G. Psychological interventions in the treatment of chronic itch. *Acta Derm Venereol* 2016;96:157–61.
16. Dalgard F, Stern R, Lien L, Hauser S. Itch, stress and self-efficacy among 18 year old boys and girls: A Norwegian population-based cross-sectional study. *Acta Derm Venereol* 2012;92:547–52.
17. Yaremkevich, RR. Psychological patterns for stress release in dermatological patients with chronic itch syndrome. *J Educ Health Sport* 2019;9:627–34.
18. Michelle LW, Yan L, Soon-Leong AT, Liang TH. Effectiveness of a multidisciplinary itch clinic in the management of chronic pruritus. *Indian J Dermatol* 2015;60:218.
19. Price DD, McGrath PA, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain* 1983;17:45–56.
20. Kiliç Akça N, Taşçi S, Karataş N. Effect of acupressure on patients in Turkey receiving hemodialysis treatment for uremic pruritus. *Altern Ther Health Med* 2013;19:12–8.
21. Narita I, Iguchi S, Omori K, Gejyo F. Uremic pruritus in chronic hemodialysis patients. *J Nephrol* 2008;21:161–5.
22. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983;24:385–96.
23. Eskin M, Harlak H, Demirkiran F, Dereboy Ç. The adaptation of the perceived stress scale into Turkish: A reliability and validity analysis. *New Symposium J* 2013;51:132–40. [Turkish]
24. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav* 1980;21:219–39.
25. Şahin NH, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikolojisi Dergisi* 1995;10:56–73. [Turkish]
26. Ograczyk-Piotrowska A, Gerlicz-Kowalczyk Z, Pietrzak A, Zalewska-Janowska A. Stress, itch and quality of life in chronic urticaria females. *Adv Dermatol Allergol* 2018;35:156–60.
27. Ograczyk-Piotrowska A, Malec J, Miniszewska J, Zalewska-Janowska A. Psychological aspects of atopic dermatitis and contact dermatitis: Stress coping strategies and stigmatization. *Post Dermatol Allergol* 2012;29:14–8.
28. Schut C, Weik U, Tews N, Gieler U, Deinzer R, Kupfer J. Coping as mediator of the relationship between stress and itch in patients with atopic dermatitis: A regression and mediation analysis. *Exp Dermatol* 2015;24:148–50.
29. Misery L, Touboul S, Vinçot C, Dutray S, Rolland-Jacob G, Consoi SG, et al. Stress and seborrheic dermatitis. *Ann Dermatol Venereol* 2007;134:833–7.
30. Kaneko S, Sumikawa Y, Murota H, Tabara M, Katayama I, Morita E. Trends of stress and stress coping in patients with atopic dermatitis: Analysis using the brief coping orientation to problems experienced inventory. *J Cutan Immunol Allergy* 2020;3:4–9.
31. Jafferany M, Davari ME. Itch and psyche: Psychiatric aspects of pruritus. *Int J Dermatol* 2019;58:3–23.
32. Globe D, Bayliss MS, Harrison DJ. The impact of itch symptoms in psoriasis: Results from physician interviews and patient focus groups. *Health Qual Life Outcomes* 2009;7:62.
33. Pereira MP, Ständer S. Chronic pruritus: Current and emerging treatment options. *Drugs* 2017;77:999–1007.
34. Lavda AC, Webb TL, Thompson AR. A meta-analysis of the effectiveness of psychological interventions for adults with skin conditions. *Br J Dermatol* 2012;167:970–9.
35. Altunay IK, Atis G, Esen K, Kucukunal A. Impact of functional pruritus compared with mild psoriasis on quality of life: A cross-sectional questionnaire study in Turkey. *Am J Clin Dermatol* 2014;15:365–70.
36. Eraslan M, Karafil A, Atay E. Evaluation of strategies for managing stress among muay thai sportsmen participating in inter- varsity sports competitions. *J New Results Sci* 2017;14:2915–24. [Turkish]
37. Çakırca G, Manav V, Çelik H, Saraçoğlu G, Yetkin EN. Effects of anxiety and depression symptoms on oxidative stress in patients with alopecia areata. *Adv Dermatol Allergol* 2020;37:412–6.
38. Reszke R, Bialynicki-Birula R, Lindner K, Sobieszcańska M, Szepietowski J. Itch in elderly people: A cross-sectional study. *Acta Derm Venereol* 2019;99:1016–21.
39. Van Os-Medendorp H, Eland-de Kok P, Grypdonck M, Bruijnzeel-Koomen C, Ros WJG. Prevalence and predictors of psychosocial morbidity in patients with chronic pruritic skin diseases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006;20:810–7.