

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**

**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**



**TÜRKİYE'DEKİ TAM ZAMANLI AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK  
ÖĞRENCİLERİNİN SIK GÖRÜLEN DERMATOLOJİK  
HASTALIKLAR HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN  
ÖLÇÜLMESİ**

Dr. Vildan SÖNMEZ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

2021

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**

**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**



**TÜRKİYE'DEKİ TAM ZAMANLI AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK  
ÖĞRENCİLERİNİN SIK GÖRÜLEN DERMATOLOJİK  
HASTALIKLAR HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN  
ÖLÇÜLMESİ**

**Dr. Vildan SÖNMEZ**

**Tez Danışmanları:**

**Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR**

**Prof. Dr. Aysun Şikar AKTÜRK**

**Anabilim Dalı Başkanı:**

**Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR**

**Etik Kurul Uygunluk Onayı:**

**Karar No: GOKAEK-2020/21.22**

**Proje No:2020/356**

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	IV
KISALTMALAR DİZELGESİ .....	V
TABLolar DİZELGESİ .....	VI
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. AKNE .....	3
2.1.1. PATOGENEZ.....	3
2.1.2. KLİNİK BULGULAR.....	4
2.1.3. TEŞHİS VE DEĞERLENDİRME .....	4
2.1.4. AYIRICI TANI .....	5
2.1.5. TEDAVİ .....	6
2.2. ATOPIK DERMATİT .....	9
2.2.1. PATOGENEZ.....	9
2.2.2. KLİNİK BULGULAR.....	11
2.2.3. TEŞHİS VE DEĞERLENDİRME .....	12
2.2.4. AYIRICI TANI .....	13
2.2.5. TEDAVİ .....	14
2.3. TEKRARLAYAN ORAL AFTLAR (REKÜRRENT ORAL AFTÖZ STOMATİTLER - ROAS) .....	16
2.3.1. ETİYOLOJİ VE PATOGENEZ .....	16
2.3.2. KLİNİK BULGULAR.....	17
2.3.3. TEŞHİS VE DEĞERLENDİRME .....	18
2.3.4. AYIRICI TANI .....	18
2.3.5. TEDAVİ .....	19
2.4. TİNEA PEDİS .....	20
2.4.1. ETİYOLOJİ VE PATOGENEZ .....	21
2.4.2. KLİNİK BULGULAR.....	21
2.4.3. TEŞHİS VE DEĞERLENDİRME .....	23
2.4.4. AYIRICI TANI .....	23
2.4.5. TEDAVİ .....	23
2.5. SKABİYEZ (UYUZ).....	25
2.5.1. ETİYOLOJİ VE PATOGENEZ .....	26

2.5.2.	KLİNİK BULGULAR.....	26
2.5.3.	TEŞHİS VE DEĞERLENDİRME .....	27
2.5.4.	AYIRICI TANI .....	28
2.5.5.	TEDAVİ .....	28
3.	GEREÇ VE YÖNTEM .....	30
3.1.	ARAŞTIRMA MODELİ .....	30
3.2.	ARAŞTIRMANIN UYGULAMA ŞEKLİ VE VERİLERİN TOPLANMASI ....	30
3.3.	VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ .....	31
3.4.	ETİK ONAY .....	31
4.	BULGULAR .....	32
4.1.	SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER .....	32
4.2.	ÖZ DEĞERLENDİRME SORU VE YANITLARI .....	33
4.3.	SOSYODEMOGRAFİK VERİLER – ALINAN TOPLAM PUAN İLİŞKİSİ .....	34
4.4.	ÖZ DEĞERLENDİRME VERİLERİ – ALINAN TOPLAM PUAN İLİŞKİSİ .....	39
4.5.	SOSYODEMOGRAFİK VERİLER – HASTALIK PUANLARI İLİŞKİSİ .....	40
4.6.	ÖZ DEĞERLENDİRME VERİLERİ – HASTALIK PUANLARI İLİŞKİSİ.....	46
5.	TARTIŞMA .....	52
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER .....	60
7.	ÖZET.....	61
8.	ABSTRACT .....	63
9.	EKLER.....	65
9.1.	EK – 1: ANKET FORMU .....	65
9.2.	EK – 2: BİLGİ SORULARINI İÇEREN CEVAP ANAHTARI.....	77
10.	KAYNAKÇA .....	87

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimiz boyunca birlikte çalışma fırsatı bulduğumuz, engin bilgi ve tecrübesi ile bizlere yol gösteren, ufkumuzu açan, bizlere olan ilgi ve alakası ile her zaman yanımızda olan desteğini bizden hiçbir zaman esirgemeyen ve asistanı olmaktan onur duyduğumuz, iyi ki var dediğimiz sevgili hocamız Prof. Dr. Tuncay Müge Alvr'a,

Tez sürecimde tanıdığım bilgisi, ilgisi, sabrı ve sevecen tavrı ile tez sürecimi kolaylaştıran, bilgi birikimimi arttıran, tanımaktan mutluluk duyduğum sayın hocamız Prof. Dr. Aysun Şikar Aktürk'e,

Tıp fakültesinin bana kattığı en büyük güzellikler olan, iyi günde kötü günde her zaman varlıklarını hissettiğim, iyi ki var dediğim, moral motivasyon kaynağı can dostlarım Dr. Berku Günal, Dr. Z. Celile Elmacı, Dr. Z. Kübra Aksoy, Dr. İyigün Gedik ve Dr. Sümeyra Nizam'a,

Asistanlık sürecinin tüm zorluk ve güzelliklerini birlikte tecrübe ettiğimiz, unutulmaz anılar biriktirdiğimiz, kendilerini ayrı ayrı tanımaktan mutluluk duyduğum başta çok kıymetli kıdem arkadaşlarım Dr. Onur Şen ve Dr. İsmail Talha Özdoğan olmak üzere KOÜAH ailesinin her bir üyesine,

Yaşamım boyunca her zaman benim yanımda olan, sevgisini, duasını ve desteğini her daim hissettiğim, iyi ki var dediğim biricik annem Saime Sönmez'e, aramızda olmasa da her zaman bizimle olduğunu hissettiğimiz hekimliğim ile her daim gurur duyduğunu bildiğim canım babam Ömer Sönmez'e, çok kardeş olmanın her türlü avantajını bana hissettiren her biri iyi ki var dediğim destekleri ve katkıları ile daima yanımda olan can kardeşlerim Ömer Faruk Sönmez, Ayşe Nur Sönmez Girgin, Osman Sönmez ve Fatih Sönmez'e, hayatımıza girdikleri günden beri iyi ki var dediğimiz ailemize renk, neşe ve güzellik katan yengem Ayşe Merve Sönmez ve biricik yeğenim Ömer Seha Sönmez'e tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Vildan SÖNMEZ

## KISALTMALAR DİZELGESİ

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
AD:	Atopik Dermatit
AMP:	Adenozin monofosfat
ASM:	Aile Sağlığı Merkezi
DMSO:	Dimetil Sülfoksit
E:	Erkek
EBV:	Epstein-Barr Virus
GOKAEK:	Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
HIV:	Human Immunodeficiency Virus
HSV:	Herpes Simplex Virus
IFN-a:	İnterferon alfa
IgE:	İmmunglobulin E
IL:	İnterlökin
K:	Kadın
KOH:	Potasyum Hidroksit
KOK:	Kombine Oral Kontraseptif
Max:	Maximum
Min:	Minimum
PKOS:	Polikistik Over Sendromu
ROAS:	Rekürrent Oral Aftöz Ülserler
TKS:	Topikal Kortikosteroidler
TNF-a:	Tümör Nekrozis Faktör alfa
TUS:	Tıpta Uzmanlık Sınavı
UV:	Ultraviyole

## TABLOLAR DİZELGESİ

Tablo-1: Akne Vulgaris Tedavi Hedefleri.....	6
Tablo- 2: Atopik Dermatitli Hastalarda Epidermis Üzerindeki Sitokin Etkileri.....	11
Tablo- 3: Hanifin-Rajka Atopik Dermatit Tanı Kriterleri.....	13
Tablo- 4: Diğer Dermatit Türleri.....	14
Tablo- 5: Roas Klinik Formları.....	17
Tablo 6: Oral Antifungal İlaçlar.....	25
Tablo 7: Sosyodemografik Bilgiler.....	32
Tablo 8: Öz Değerlendirme Soru ve Yanıtları.....	33
Tablo 9: Cinsiyet-Alınan Toplam Puan İlişkisi.....	34
Tablo 10: Yaş-Alınan Toplam Puan İlişkisi.....	34
Tablo 11: Tıp Fakültesi Mezuniyeti Sonrası Geçen Yıl-Alınan Toplam Puan İlişkisi.....	35
Tablo 12: Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitim Yılı-Alınan Toplam Puan İlişkisi.....	35
Tablo 13: Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimine Başlamadan Önce Hekim Olarak Çalışma Durumu-Alınan Toplam Puan İlişkisi.....	36
Tablo 14: TUS'ta İlk Tercihin Dermatoloji Olması-Alınan Toplam Puan İlişkisi.....	36
Tablo 15: Tıp Fakültesinde Dermatoloji Stajında Aktif Çalışma-Alınan Toplam Puan İlişkisi.....	37
Tablo 16: Tıp Fakültesi Son Sınıfta Dermatoloji Stajında Hasta Takibi Yapma-Alınan Toplam Puan İlişkisi.....	37
Tablo 17: Tıp Fakültesinde Dermatoloji Staj Haftası-Alınan Toplam Puan İlişkisi.....	38
Tablo 18: Dermatoloji Rotasyonu Alma Durumu-Alınan Toplam Puan İlişkisi.....	38
Tablo 19: Aile Hekimliği Dermatoloji Okulu vb. Eğitimlere Katılma Durumu-Alınan Toplam Puan İlişkisi.....	39
Tablo 20- Öz Değerlendirme Verileri – Alınan Toplam Puan İlişkisi.....	40
Tablo 21: Cinsiyet-Atopik Dermatit Puanı İlişkisi.....	40
Tablo 22: Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitim Yılı-Skabiyez Puanı İlişkisi.....	41
Tablo 23: Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitim Yılı-Oral Aft Puanı İlişkisi.....	41
Tablo 24: Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimine Başlamadan Önce Hekim Olarak Çalışma Durumu-Tinea Pedis Puanı İlişkisi.....	42
Tablo 25: Tıp Fakültesi Son Sınıfta Dermatoloji Stajında Hasta Takibi Yapma Durumu-Tinea Pedis Puanı İlişkisi.....	43

Tablo 26: Tıp Fakültesi Son Sınıfta Dermatoloji Stajında Hasta Takibi Yapma Durumu-Akne Vulgaris Puanı İlişkisi.....	43
Tablo 27: Tıp Fakültesindeki Dermatoloji Staj Uzunluğu-Akne Vulgaris Puanı İlişkisi ...	44
Tablo 28: Tıp Fakültesindeki Dermatoloji Staj Uzunluğu-Oral Aft Puanı İlişkisi .....	44
Tablo 29: Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Sürecinde Dermatoloji Rotasyonu Alma Durumu-Tinea Pedis Puanı İlişkisi.....	45
Tablo 30: Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Sürecinde Dermatoloji Rotasyonu Alma Durumu-Skabiyez Puanı İlişkisi.....	45
Tablo 31: Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Sürecinde Dermatoloji Rotasyonu Alma Durumu-Oral Aft Puanı İlişkisi .....	45
Tablo 32: Aile Hekimliği Dermatoloji Okulu vb. Eğitimlere Katılma Durumu-Akne Vulgaris İlişkisi .....	46
Tablo 33: "Cilt hastalıklarını tanımada zorlanırım" Sorusuna Verilen Yanıtlar-Oral Aft Puanı İlişkisi .....	47
Tablo 34: "Cilt hastalıklarını tedavi etmede zorlanırım" Sorusuna Verilen Yanıtlar-Akne Vulgaris Puanı İlişkisi .....	47
Tablo 35: "Dermatolojik hastalığı olan hastaları genellikle dermatoloji polikliniğine yönlendiririm." Sorusuna Verilen Yanıtlar-Skabiyez Puanı İlişkisi.....	48
Tablo 36: "Dermatolojik hastalığı olan hastaları genellikle dermatoloji polikliniğine yönlendiririm." Sorusuna Verilen Yanıtlar-Oral Aft Puanı İlişkisi.....	48
Tablo 37: "Tinea pedisi başarılı bir şekilde tedavi ederim." Sorusuna Verilen Yanıtlar-Tinea Pedis Puanı İlişkisi .....	49
Tablo 38: " Dermatitleri yönetmekte zorlanırım." Sorusuna Verilen Yanıtlar -Atopik Dermatit Puanı İlişkisi .....	49
Tablo 39: "Akne vulgaris'i tanıy ve tedavi edebilirim." Sorusuna Verilen Yanıtlar-Akne Vulgaris Puanı İlişkisi .....	50
Tablo 40: " Uyuzu tanıy ve tedavi edebilirim." Sorusuna Verilen Yanıtlar-Skabiyez Puanı İlişkisi .....	50
Tablo 41: " Oral aftların ayırıcı tanısını yapmakta ve hastalığı tedavi etmekte zorluk çekmem." Sorusuna Verilen Yanıtlar-Oral Aft Puanı İlişkisi .....	51



## 1. GİRİŞ

Gelişen sağlık sistemi ve hasta bilinci ile hastaların birinci basamak hekimlerinden beklentileri artmıştır. Dermatolojik problemlerin çoğu hayatı tehdit edici görülmediğinden ve tanısı için az sayıda laboratuvar testine ihtiyaç duyulduğundan, pek çok hasta dermatoloğa başvuru gereksinimi duymamaktadır.<sup>1,2</sup> Yapılan bir araştırmada da dermatolojik yakınması olan hastaların yaklaşık %60'ının dermatolog olmayan hekimler tarafından tedavi edildiği ortaya konmuştur.<sup>3</sup> Birinci basamak hekimleri bu ekibin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Birinci basamak hekimlerine ulaşım kolaylığı hasta tercihlerini etkilemektedir.<sup>1</sup> Birinci basamak hekimleri tarafından görülen dermatolojik hastalık sayısı ve buna bağlı olarak dermatoloji hekimine hasta sevki gün geçtikçe artmaktadır.<sup>4</sup> Denizli ilinde yapılan bir çalışmaya göre dermatolojik yakınmalarla aile hekimliği polikliniklerine başvuru oranı kış dönemi yaklaşık %12 iken, yaz döneminde bu oran %20'lere kadar yükselmektedir.<sup>5</sup> Bu başvurularda çok sayıda hatalı tanı konulan ya da tanı konulamayan vakalara rastlanılmaktadır. Hatalı tanıları da hatalı tedaviye yol açmaktadır. Dermatolojik hastalıklara yaklaşımda; tanı hataları, yetersiz hasta yönetimi, gereksiz hasta sevki ve laboratuvar incelemeleri öne çıkan başlıca problemlerdir.<sup>6</sup>

Avustralya'da yürütülmüş bir çalışmada pratisyen hekimler tarafından uzman hekimlere yapılan sevklerin %8,2'si dermatoloji bölümüne yapılmış ve dermatoloji pratisyen hekimlerin başvurduğu en sık 4 uzmanlıktan biri olmuştur.<sup>7</sup> İngiltere'de yapılan bir çalışmada ise 3. basamak bir sağlık kuruluşunda dermatoloji polikliniğine yeni başvuran hastaların %90'ı sevk ile gelmiş olup bunların %89'unun birinci basamaktan, %11'inin ikinci basamaktan sevk edildiği saptanmıştır.<sup>8</sup> Yapılan sevklerle ilişkin en yaygın tanıları sık görülen deri hastalıklarına aittir.<sup>2,9</sup> Bu nedenle birinci basamakta hizmet verecek hekimlerin öncelikle sık görülen dermatolojik hastalıklara hâkim olması gerekmektedir.

Aile hekimlerinin sık görülen dermatolojik hastalıkların tanı ve tedavisinde başarılı olabilmeleri için ilk olarak bilgi, tutum ve öz yeterliliklerinin incelenmesi gereklidir. Bu sayede mevcut sistem içinde aksayan yönler tespit edilip, gerekli geliştirmeler yapılabilecektir. Birinci basamakta çalışan hekimlerin, bir takım dermatolojik hastalıkları tanı ve tedavi kabiliyetleri ilk kez 1981'de Fox ve Ramsay'ın yürüttükleri bir çalışmada değerlendirilmiş ve dermatologlarla karşılaştırıldığında birinci basamakta çalışan hekimlerin

dermatolojik hastalıkların tanı ve tedavisinde yetersiz oldukları gösterilmiştir. <sup>10</sup> Sonraki senelerde yapılan farklı çalışmalarla bu sonuç desteklenmiştir. <sup>11,12</sup> Türkiye'de bu alanda yapılan üç çalışmanın ilkinde; tıp fakültesinde eğitimleri devam eden ve dermatoloji stajı almış öğrencilerin dermatolojik hastalıklarla ilgili teorik bilgilerinin pratisyen hekimlere göre daha fazla olduğu gösterilmiştir. <sup>1</sup> Diğer iki çalışmada ise birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin tıp eğitiminde almış oldukları dermatoloji eğitimi ile ilgili düşünceleri ile birlikte, birinci basamakta sık karşılaşılan dermatolojik hastalıkların yönetimindeki yaklaşımları araştırılmıştır. <sup>5,6</sup> Ancak bu konuda yapılmış çok fazla çalışma bulunmamaktadır.

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapılan bu çalışmada Türkiye'deki tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin sık görülen dermatolojik hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmaktadır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Akne

Akne; yüz başta olmak üzere seboreik bölgeleri etkileyen pilosebase foliküllerin bir bozukluğudur. <sup>13,14</sup> Yaygın görülen bir deri hastalığıdır. Sıklıkla ergenleri ve genç yetişkinleri etkiler. <sup>15</sup> Ergenlerde akne vulgaris prevalansı %50 ile %95 arasında değişmektedir. <sup>15-19</sup> Akne prevalansı cinsiyet ve yaşa bağlı olarak farklılık gösterir. <sup>20</sup> Ergen aknesi erkeklerde sık iken, ergenlik sonrası akneler kadınlarda baskın olarak görülür. <sup>21</sup> Yaş ilerledikçe akne prevalansı her iki cinsiyette de azalır. <sup>22</sup>

#### 2.1.1. Patogenez

Akne vulgaris, kıl folikülü ve yağ bezinden oluşan pilosebase ünitenin kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. Aknenin patogenezi, yağ bezlerinin androjen aracılı uyarılması, pilosebase ünite de folikülün mikrobiyomundaki disbiyozu ve hücre sel bağışıklık gibi konakçı faktörlerin karmaşık bir etkileşimini içerir. Özellikle yağ bezleri hormonal, çevresel ve immünolojik olaylara aktif cevap verir. <sup>23</sup>

Akne gelişiminde dört ana faktörün etkili olduğuna inanılmaktadır. Bunlar;

- Artan sebum üretimi
- Foliküler hiperkeratinizasyon
- *Cutibacterium acnes*'in kolonizasyonu
- İnflamasyondur. <sup>23</sup>

Androjenler, yağ bezlerinin büyümesini ve salgılama fonksiyonunu uyararak akne gelişimini destekler ve sebum üretimini artırır. Deride sebace bezlerin yoğun olduğu bölgelerde lipofilik *Cutibacterium* türleri hakimken, nemli bölgelerde *Staphylococcus* ve *Corynebacterium* türlerinden bol miktarda bulunur. Fazla sebum üretiminin *C. acnes* için bir büyüme ortamı hazırladığı düşünülmektedir. Akne oluşumunda bazı *C. acnes* suşlarının baskınlığı ile birlikte *S. epidermidis* artışının etkili olduğu bilinmektedir. <sup>23,24</sup>

Ergen sivilcesinde ailesel bir genetik yatkınlık vardır. Birince derece akrabalarda %78 kalıtım oranına sahip olduğu tespit edilmiştir. <sup>25</sup> İkizlerde yapılan kapsamlı bir çalışmada da kalıtımın akne üzerinde oldukça etkili olduğu gösterilmiştir. <sup>26</sup> Yüksek glisemik indeksli

diyet, artmış stres, insülin direnci ve artmış vücut kitle indeksi akne oluşumunu arttıran diğer faktörlerden bazılarıdır. <sup>15</sup>

### **2.1.2. Klinik Bulgular**

Akneli hastaların muayenesinde yağlı cilt sık görülen bir bulgudur. Eş zamanlı çok çeşitli lezyonlara rastlanabilir. Birincil lezyon tipleri komedonlar ve enflamatuvar lezyonlardır (papüller, püstüller, kist ve nodüller). Komedonlar açık (siyah nokta) ya da kapalı (beyaz nokta) olabilirler. Açık komedonlar deri ile aynı seviyede veya hafif kabarık olabilir. Ortasında yağ asitlerinin oksitlenmesi ve melanin pigmentinin verdiği renk nedeniyle siyah görünüme sahip olan keratin tıkaçlar vardır. Kapalı komedonlar ise deri renginde çok küçük papüllerdir. Aknenin sekonder lezyonları ise skarlar, post-inflamatuvar hiperpigmente ya da hipopigmente alanlar ve eritem olarak sıralanabilir. Akne yönetiminde primer ve sekonder lezyonların dikkate alınması gerekir. <sup>27,28</sup>

### **2.1.3. Teşhis ve Değerlendirme**

Akne vulgaris teşhisi tipik olarak klinik değerlendirme ile konulur. Hastalara akne ile ilişkili olabilecek bir endokrin bozukluğu düşündüreren (hiperandrojenizm, kortizol veya büyüme hormonu fazlalığı gibi) aile öyküsü, semptom ve belirtiler sorulmalıdır. Örneğin; aknenin başlangıç yaşı ve şekli, adet düzeni, hirsutizm bulguları, akne ile ilişkili olabilecek ilaç kullanımları (fenitoin, lityum, glukokortikoidler, sadece progestin içeren kontraseptifler vb.) sorgulanmalıdır. Rutin laboratuvar incelemelerinde akne vulgarisin özel bir bulgusu yoktur. Laboratuvar tetkikleri tedavi öncesinde ilaç kullanılmasına engel durum olup olmadığının belirlenmesinde ya da tedavi sırasında oluşabilecek yan etkilerin tespiti için kullanılabilir. Özellikle aniden başlayan atipik, çok şiddetli veya inatçı aknesi olan hastalarda ve androjen fazlalığı belirtileri olan kadın hastalarda laboratuvar ve radyografik tetkikler yapılabilir. <sup>28,29</sup>

Akne kliniği hafif formdan, sistemik tutulumla birlikte giden (ateş, artralji ve litik kemik lezyonları vb.) şiddetli fulminan hastalık formuna kadar değişebilir. Tedavi, lezyon türlerinin yanı sıra bunların ciddiyetine ve dağılımına bağlıdır. Evrensel bir derecelendirme ölçeği tanınmamış olmasına rağmen aknenin şiddetini değerlendiren birçok ölçek bulunmaktadır. En sık lezyonları sayı ve tipine göre değerlendiren ölçek kullanılmaktadır. Lezyonların ciddiyetinin dokümantasyonu (temiz, neredeyse temiz, hafif, orta veya şiddetli) tedaviye rehberlik eder. <sup>28,29</sup>

#### 2.1.4. Ayırıcı Tanı

Akne vulgarisin ayırıcı tanısına giren hastalıklar mikrobiyal follikülitler, dış etkenlere bağlı gelişen diğer akneler ve şiddetli akne formları olarak üç başlık altında toplanabilir.

- Mikrobiyal follikülitlere stafilokoksik follikülit, tinea barba, pitrosporum folliküliti ve gram negatif follikülit örnek gösterilebilir.
- Dış etkenlere bağlı akneler; akne mekanika, akne venenata ve akne medikamentoza şeklinde sıralanabilir.
- Şiddetli akne formları; akne fulminans ve akne konglobatadır.<sup>29,30</sup>

Akne vulgarisin ayırıcı tanısında ilk yapılması gereken lezyonlar arasında komedon olup olmadığının kontrol edilmesidir. Hastada açık veya kapalı komedon yoksa akne vulgaris tanısından uzaklaşılmalıdır. Komedonlar belirgin olarak mevcutsa mikrobik follikülit olma ihtimali azalır. Gram negatif follikülit bir mikrobiyal follikülit olmasına karşın akne vulgarisli bir olguda antibakteriyel tedavi sırasında geliştiği için çoğunlukla belirgin sayıda komedonla birlikte bulunur. Bu nedenle komedonların olup olmaması, hastalık ile akne vulgaris arasında ayırıcı tanı için yeterli bir belirti değildir. Akneli bir hastanın tedavisi sırasında inflamasyonda beklenmeyen bir artış meydana gelirse, püstüller eritemli bir papül tepesinden gelişmeyip doğrudan deri yüzeyinden çıkarsa gram negatif follikülit ihtimali hatırlanmalıdır.<sup>29</sup>

Akne vulgaris ile ayırıcı tanıya giren diğer akneler ve şiddetli akne formları da komedonlara neden olabildiği için, komedonların var olması artık akne vulgaris yönünde bir kanıt olamaz. Akne mekanika deriye uzun süreli temas eden sürtünme gibi mekanik bir etkinin, akne venenata deriye sürülen bir kimyasal maddenin, akne medikamentoza, topikal veya sistemik bir ilacın akneiform lezyonlara yol açmasıdır. Şiddetli akne formları olan akne fulminans ve akne konglobata, tüm olgularda nodülökistik lezyonlar ile kendini gösterdikleri için nodülökistik akne ile ayırıcı tanıya girer. Akne fulminans, akne vulgarisli bir olguda inflamasyonun birdenbire şiddetlenmesi, sistemik ateş ve kemik eklem yakınmaları ile kendini gösterir. Akne konglobata gövdeyi daha fazla etkiler. Ergenlerden çok yetişkinlerde görülür.<sup>29</sup>

Ayırıcı tanıda düşülmesi gereken diğer hastalıklar; rozase, sekonder sifiliz, hidradenitis suppurativa, seboreik dermatit olarak sıralanabilir.<sup>29,30</sup>

### 2.1.5. Tedavi

Akne tedavisi hastaya özgü olarak seçilir. Tedavi seçimi lezyonların şiddetine, baskın olarak bulunan lezyon türüne, hasta yaşına ve önceden uygulanmış tedavilere göre planlanır. Bir tedavi planı hazırlamadan önce, hastanın cilt bakım rutini gözden geçirilmeli, kullandığı kozmetik ve temizleyici ürünler, cilt temizliğini nasıl ve kaç kez yaptığı sorgulanmalıdır. Ciltlerini tahriş etmeden hassas bir biçimde günde iki kez yıkamaları önerilmektedir. Hastalara tedavi hakkında ön bilgi verilmelidir. Tedavi başladıktan sonra klinik iyileşmenin zaman alacağı anlatılmalıdır. Post-inflamatuvar hiperpigmentasyonu olan hastalarda koyulaşmanın artmasını engellemek adına güneş koruyucu kullanımı önerilmektedir.<sup>27-29</sup>

Akne için tıbbi tedaviler, akne lezyonlarının gelişimini destekleyen dört anahtar faktörden birini veya daha fazlasını hedefler. Foliküler hiperproliferasyon ve anormal deskuamasyon, artan sebum üretimi, Cutibacterium akne proliferasyonu ve enflamasyon; akne lezyonlarının gelişimini etkileyen faktörlerdir (Tablo 1).<sup>24,31</sup>

Tablo-1: Akne Vulgaris Tedavi Hedefleri<sup>31</sup>

	Sebum atılımı	Keratinizasyon	Foliküler <i>P. acnes</i>	İltihap
<b>Benzoil peroksit</b>	–	(+)	+++	(+)
<b>Retinoidler</b>	–	++	(+)	+
<b>Klindamisin</b>	–	(+)	++	–
<b>Antiandrojenler</b>	++	+	–	–
<b>Azelaik asit</b>	–	++	++	+
<b>Tetrasiklinler</b>	–	–	++	+
<b>Eritromisin</b>	–	–	++	–
<b>İzotretinoin</b>	+++	++	(++)	++

+++ = çok güçlü etki. ++ = güçlü etki. + = orta düzeyde etki. (+) = dolaylı / zayıf etki. - = etki yok.

#### 2.1.5.1. Topikal Tedavi

Topikal ajanlar tek başına ya da kombinasyon halinde kullanılabilirler. Birkaç enflamatuvar lezyonun eşlik ettiği açık ve kapalı komedonlardan oluşan hafif akneyi etkili bir

şekilde tedavi eder. Topikal tedaviler yeni lezyon gelişimini azalttığı için, sadece lezyon üzerine değil tüm etkilenen bölgeye uygulanmalıdır. Çoğu ajan cilt tahrişine neden olduğundan bazı hastalar tedaviyi bırakır. Tahriş, daha düşük potensli preparatlarla başlayarak ve sıklığı veya dozu kademeli olarak artırarak en aza indirilebilir.<sup>27</sup>

Topikal retinoidler (tretinoin, adapalen, izotretinoin ve tazarotene) anormal keratinizasyona etki eder ve antiinflamatuvardır. Bu sebeple hem komedonal hem de enflamatuvar akneye etkilidir. Bununla birlikte tedavi hedeflerine ulaşıldıktan ve sistemik ilaçlar kesildikten sonra idame tedavi için faydalıdır. Güneş ışığı altında daha kolay yanık oluşturabileceğinden ve UV ışığa duyarlılığı arttırdığından retinoidler geceleri kullanılmalı, güneşe çıkmadan mutlaka temizlenmelidir. Tüm retinoidler gebelikte kontrendikedir.<sup>30-32</sup>

Benzoil peroksit, komedolitik, anti-enflamatuvar ve *C. acnes*'e karşı bakterisidal olan bir ajan olup akne tedavisinin önemli bir bileşenidir. Tek başına veya topikal antibiyotikler veya retinoidlerle kombinasyon halinde kullanılabilir. Benzoil peroksit kullanımı tek başına bakteri direncine neden olmaz. Benzoil peroksitin gebelik sırasında kullanılması güvenlidir. Benzoil peroksitin yan etkileri arasında yanma, kuruluk, batma, kızarıklık, soyulma, aşırı duyarlılık ve saç veya giysinin ağartılması yer alır. Daha yüksek konsantrasyonlar (örneğin %10'a karşı %5), tedavi etkinliğini arttırmaksızın yan etkilerde artmaya neden olabilir.<sup>31,32</sup>

Topikal antibiyotik ajanlar, özellikle klindamisin ve eritromisin de *C. acnes* konsantrasyonunu azaltır. %1 klindamisin ve %2 eritromisin dahil topikal antibiyotikler, benzoil peroksit ile kombinasyon halinde hafif ila orta dereceli aknenin tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır. Topikal antibiyotikler, anti-enflamatuvar ve formülasyona göre bakteriyostatik veya bakterisidal özelliklere sahiptir. Direnç riskini azaltmak için topikal antibiyotiklerin monoterapi veya idame tedavisi olarak kullanılması önerilmez ve tedavi süresi 12 hafta ile sınırlandırılmalıdır. Salisilik asit, azeleik asit ve dapson topikal tedavide kullanılan diğer ajanlardır.<sup>27,28,30-32</sup>

### **2.1.5.2. Sistemik Tedavi**

Oral antibiyotikler, orta ila şiddetli aknede inflamasyonu kontrol altına almak için akneli hastalarda yaygın olarak kullanılmaktadır.<sup>30</sup> Özellikle gövdede bulunan akne, topikal tedaviye yanıt vermeyen akne ve yüksek skar riski olan hastalarda tercih edilebilir. İnflamatuvar akne tedavisinde tetrasiklinler, makrolidler, trimetoprim / sülfametoksazol, trimetoprim, penisilinler ve sefalosporinler etkin bir şekilde kullanılmaktadır. Direnci

önlemek ve etkinliği artırmak için antibiyotik olmayan topikal ajanlarla kombinasyon halinde kullanılmalıdır. Antibiyotik direncinin artmasıyla ilgili endişeler göz önüne alındığında, mevcut akne tedavisi kılavuzları oral antibiyotik kullanımının mümkün olduğunca 3-4 ay ile sınırlandırılmasını önermektedir. Sistemik antibiyotik tedavisinin tamamlanmasının ardından, remisyonun sürdürülmesi için topikal retinoidler kullanılmalıdır.<sup>30-32</sup>

Kombine oral kontraseptifler (KOK'ler), östrojen (etinilestradiol) ve progestojen birleşiminden oluşur. KOK içeriğindeki östrojen yağ bezi aktivitesini baskıladığı ve yumurtalık ve adrenal androjen oluşumunu azalttığı için akneli kadınlar için reçete edilebilir. Sadece progestojen içeren kontraseptifler genellikle akneyi kötüleştirir ve östrojen içeren preparatlara kontrendikasyonu olmayan kadınlarda kaçınılmalıdır. Hormon tedavisi, orta ila şiddetli aknesi olan kadınlarda veya sebore, akne, hirsutizm ve androjenetik alopesi semptomları olan kadınlarda erken dönemde kullanılmalıdır. Ek olarak, kontrasepsiyon isteyen 15 yaşından büyük kadınlarda akne tedavisinde kullanılabilir. Akne vulgaris tedavisi için onaylanmış dört kombine oral kontraseptif (etinil estradiol / norgestimate, etinil estradiol / noretindron asetat / demirli fumarat, etinil estradiol / drospirenon, etinil estradiol / drospirenon / levomefolat) bulunmaktadır.<sup>31,32</sup>

Antiandrojen bir ajan olan spironolakton, akneli kadınlarda faydalıdır. Genel olarak yetişkin kadınlar ve PKOS'lu yetişkinler ve ergenler için belirli bir fayda sağlayabilir. Meme hassasiyetinin ve adet düzensizliğinin yan etkilerini iyileştirmek için, spironolakton genellikle üçüncü veya dördüncü nesil kombine oral kontraseptif ile reçete edilir. Spironolakton, erkek fetüsün potansiyel feminizasyonu nedeniyle gebelik sırasında kontrendikedir.<sup>28,31,32</sup>

İzotretinoin, önerilen tüm akne gelişimi mekanizmalarına etki ettiğine inanılan bir A vitamini türevidir. İzotretinoin, sebasöz bez fonksiyonunu doğrudan inhibe ederek sebum üretiminde azalmaya neden olur. Sebum üretiminin azalması, *C. acnes* proliferasyonunun azalmasına yol açar ve kutanöz inflamasyonu azaltan kemotaktik inflamatuvar modülatör salınımını azaltır.<sup>32</sup> İzotretinoinin etkinliği iyi bilinmektedir ve tedavi şiddetli, inatçı nodüler aknenin tedavisi için FDA tarafından onaylanmıştır. Önerilen başlangıç dozları, orta derecede akne için günde kg başına 0,25 ila 0,4 mg ve şiddetli, inatçı akne için günde kg başına 0.5 mg'dır. Bir ay sonra, şiddetli, inatçı akne dozu, nüks riskini ve yeniden tedavi ihtiyacını azaltmak için 120 mg ila 150 mg kümülatif doz hedefiyle, günde 1 mg / kg tolere



edilecek şekilde titre edilmelidir.<sup>30</sup> Yaklaşık 20 hafta boyunca verildiğinde, oral izotretinoin, vakaların yaklaşık %85'inde klinik iyileşme sağlayan en etkili ilaçtır. İzotretinoin, keilit, kuru cilt, burun kanamaları, ikincil enfeksiyon, lezyonların geçici olarak kötüleşmesine, ışığa duyarlılığa ve serum lipidlerinin artmasına neden olur, ancak bunlar genellikle tedavinin kesilmesine neden olacak kadar ciddi değildir. Başlangıçta ve maksimum terapötik doza ulaşıldığında rutin lipid paneli ve karaciğer fonksiyon testleri önerilir. Gebe kalabilecek tüm kadın hastalar tedavi öncesi ve tedavi sonrası kontraseptif danışmanlığı ve aylık gebelik testleri yaptırmalıdır.<sup>28,30-32</sup>

## 2.2. Atopik Dermatit

Atopik dermatit (AD), çocukların yaklaşık %25'ini ve yetişkinlerin %2-3'ünü etkileyen genetik faktörlerin eşlik ettiği, çeşitli allerjenlerle tetiklenebilen, tekrarlayan, kronik, kaşıntılı, inflamatuvar bir deri hastalığıdır. AD sıklıkla 3-6 aylık bebeklik döneminde başlar. Hastaların yaklaşık %60'ı yaşamın ilk yılında ve %90'ı ilk 5 yaşta atopik dermatit ile tanışır. Hastaların çoğu ergenlik döneminde iyileşirken, %10-30'luk bir hasta grubunda iyileşme görülmez. Çok daha az oranda bir hasta grubunda ise ilk bulgulara yetişkinlik döneminde rastlanılır. Hastalarda çoğu zaman serum IgE düzeylerinde yükselme, ailesel veya kişisel astım ve/veya alerjik rinit öyküsüne rastlanmaktadır.<sup>33,34</sup> Hastalıkta özellikle gelişmiş olan ülkelerdeki artış dikkat çekmektedir. Yaşam boyu görülme sıklığı tüm dünyada gün geçtikçe artmaktadır.<sup>35</sup>

### 2.2.1. Patogenez

Atopik dermatit; allerjen maruziyeti, tahriş edici maddeler, mikroplar, diyet, stres ve hava kalitesi gibi çevresel faktörlerin yanı sıra, doğuştan gelen ve uyarılabilir bağışıklık yanıtlarından güçlü bir şekilde etkilenen genetik yatkınlığı olan karmaşık bir hastalıktır.<sup>34,36</sup>

Patogenezden sorumlu iki ana mekanizma; derinin yapısı ve fonksiyonundaki bozukluklar ve deri enflamasyonudur.<sup>35</sup> Deri yapısında ve fonksiyonundaki bozukluklar; stratum korneum hidrasyonunda azalma, lipid yapısında farklılaşmalar (seramit içeriğinde ve zincir uzunluğunda azalma vb.), lamellar organizasyonda bozulma, filagrinde azalma, deri Ph'ında artış, serin proteaz aktivitesinde anormalleşme, Staphylococcus aureus kolonizasyonunda yüksek oranda artış ile beraber deri mikrobiom çeşitliliğinde azalma şeklinde sıralanabilir. Deride inatçı stafilokok kolonizasyonu, sürekli T hücre aktivasyonu, proinflamatuvar sitokin salınımı ve kortikosteroid direncine sebep olarak inflamasyonun

kronikleşmesine ortam hazırlamaktadır. Esansiyel yağ asiti metabolizmasındaki farklılaşmalar sonucu atopik dermatitli hastaların derisinde bariyer fonksiyonunun bozulduğu ve su kaybının arttığı böylece allerjen ve iritanların girişini kolaylaştıran hassas ve kuru bir derinin meydana geldiği düşünülmektedir. Deri enflamasyonu; başta CD4+ hücreler olmak üzere enflamatuvar hücre infiltrasyonu ile karakterizedir (Tablo 2).<sup>36,37</sup> Hastalarda, Th/Ts oranının arttığı ve belirgin bir T-helper (Th) hücre baskınlığı olduğu belirlenmiştir. Lezyon bulunmayan deride bile Th 2, Th22 hücrelerin ve daha az oranda Th17 hücrelerin sayısındaki artış ve proenflamatuvar sitokin çevre ile birlikte subklinik enflamasyonun bulguları izlenir. Lezyon bulunan derideki mekanizmadan asıl olarak interlökin (IL)-4, IL-5 ve IL-13 gibi Th2 hücreleriyle ilişkili sitokinler ve timus aktivasyonu ile düzenlenen kemokin (TARC) ve eotaksin gibi kemokinler sorumludurlar.

Atopik dermatitte dermal dentritik hücrelerle beraber, trimerik yüksek affiniteli IgE reseptörü taşıyan epidermal Langerhans hücreleri ve enflamatuvar dentritik hücreler de antijen sunumunda rol alır. Bu reseptöre bağlı IgE aracılığı ile hücreler alerjenleri alabilirler, klasik olarak ani gelişen (tip 1) alerjik reaksiyonlara neden olurlar ve T hücre aracılı gecikmiş tip (tip 4) reaksiyonları uyarırlar.<sup>33-35,37</sup>

Tablo- 2: Atopik Dermatitli Hastalarda Epidermis Üzerindeki Sitokin Etkileri <sup>37</sup>

Atopik Dermatitli Hastalarda Epidermis Üzerindeki Sitokin Etkileri	
Epidermal hiperplazi indüklenir.	IL-22
Spongiozis (epidermisteki hücreler arasında seröz sıvı birikimi) indüklenir.	Th 2 sitokinleri IL-4 / IL-13 ve TNF
Keratinositlerin terminal farklılaşması inhibe edilir.	IL-4, IL-13, IL-31, IL-25 / Th 2, IL-22 / Th 22 ve TNF
AMP sentezi inhibe edilir.	Th 2 sitokinleri IL-4, IL-13 ve IL-33
Lipid sentezi inhibe edilir.	Th 2 sitokinleri IL-4 / IL-13, IL-31 ve TNF
S100A7, S100A8 ve S100A9'un ekspresyonu artırılır.	IL-22 ve IL-17
Keratinositlerde TSLP üretimi teşvik edilir.	IL-4 / IL-13 ve TNF
Kaşıntı artırılır.	IL-31 ve TSLP
Antiviral yanıtlar teşvik edilir.	IFN- $\gamma$ , IFN- $\alpha$ ve IL-29

TSLP: timik stromal lenfopoetin

### 2.2.2. Klinik Bulgular

Egzematöz lezyonlar akut, subakut veya kronik olabilir. Lezyonların morfoloji ve dağılımı yaşa bağlı olarak farklılık gösterir. <sup>35</sup>

Bebeklik dönemi (infantil dönem, 2 yaş altı): İnfantil dönemde en sık yüz bölgesi tutulur. Burun ve ağız çevresi korunurken; yanak, alın ve çenede sınırları ayırt edilemeyen eritem görülür. Yanaklar haricinde saçlı deri ve boyun, emekleme başladıktan sonra ekstremitelerin ekstensör yüzleri ve gövdede lezyonlar görülebilir. Diaper bölgesi genellikle tutulmaz. Akut lezyonlarda veziküllere rastlanırken, şiddetli olgularda seröz eksudalar ve krutlar izlenir. Kronik dönemde kaşıntılı, eritemli, skuamlı ve krutlu lezyonlar görülür. <sup>34,35</sup>

Çocukluk çağı/okul çağı (2-12 yaş): Antekubital ve popliteal fossa, el-ayak bileği volar yüzleri gibi fleksural bölgelerde ve boyunda subakut ve kronik dönem egzematöz lezyonlar görülür. Daha az eksudasyon gösteren likenifiye, ekskoriye plaklar izlenir. Özellikle boynun her iki tarafında atopik “dirty neck=kirli boyun” adı verilen retiküler pigmentasyon görülebilir. <sup>34,35</sup>

Ergenlik/erişkin dönem (13 yaş ve üstü): Erişkinlerde hastalık çok daha lokalizedir ve kronik egzematöz lezyonlar görülür. El ve ayaklarda, palmoplantar, dorsal bölgeyle birlikte el bilekleri tutulumu sıktır. Çoğu hastada fleksuralarda kaşıntılı likenifiye papül ve plaklar vardır. Baş, göz kapakları, boyun, gövde üst kısmı, omuzlar ve saçlı deri hastalıktan etkilenebilir. Erişkinlerde hastalık sadece kronik el egzeması şeklinde seyredebilir ya da prurigo benzeri lezyonlar görülebilir.<sup>34-36</sup>

### **2.2.3. Teşhis ve Değerlendirme**

Atopik dermatit tanısı klinik bulgular ve anamnez ile konur. Deri lezyonlarının tarihsel özelliklerine, morfolojisine, dağılımına ve ilişkili klinik bulgulara dayanır. Sınıflandırmaya yardımcı olmak için çeşitli gruplar tarafından resmi kriter setleri geliştirilmiştir. Günümüzde sıklıkla tercih edilen Atopik dermatit tanı kriterleri, ilk olarak 1980 yılında Hanifin ve Rajka tarafından belirlenmiştir. "Hanifin-Rajka atopik dermatit tanı kriterleri" olarak adlandırılan bu kriterler major ve minör kriterlerden meydana gelmektedir (Tablo 3)<sup>34,35</sup>. AD tanısı için kaşıntıya ek olarak en az üç major kriter olmalıdır. Başka bir görüşe göre ise üç veya daha fazla sayıda minör kriter varlığı, bir major kriter yerine geçebilmektedir. Bu durumda, beş major kriterden üçüne ek olarak üç minör kriterin olması tanı için yeterli kabul edilmiştir.<sup>33,34</sup>

Tablo- 3: Hanifin-Rajka Atopik Dermatit Tanı Kriterleri<sup>33-35</sup>

Majör kriterler	
<p><b>1. Kaşıntı</b></p> <p><b>2. Tipik morfoloji ve dağılım gösteren deri lezyonları (ergen ve erişkinlerde fleksural, bebek ve küçük çocuklarda ise ekstansör bölümlerde ve yüzde tutulum)</b></p> <p><b>3. Kronik, yineleyen dermatit</b></p> <p><b>4. Kişisel ya da ailesel atopi öyküsü</b></p>	
Minör Bulgular	
<p><b>1. Kserozis</b></p> <p><b>2. İktiyozis/palmar hiperlinearite/keratozis piliaris</b></p> <p><b>3. Tip-1 deri testlerinde reaktivite</b></p> <p><b>4. Artmış serum IgE düzeyi</b></p> <p><b>5. Erken başlangıç yaşı</b></p> <p><b>6. Deri enfeksiyonlarına eğilim</b></p> <p><b>7. Özgül olmayan el ve ayak dermatitlerine eğilim</b></p> <p><b>8. Meme başı egzeması</b></p> <p><b>9. Keilitis</b></p> <p><b>10. Yineleyen konjunktivit</b></p> <p><b>11. “Dennie-Morgan” infraorbital kıvrımları</b></p> <p><b>12. Keratokonus</b></p>	<p><b>13. Anterior subkapsüler katarakt</b></p> <p><b>14. Orbital koyulaşma</b></p> <p><b>15. Yüzde solukluk ya da eritem</b></p> <p><b>16. Pitriyazis alba</b></p> <p><b>17. Ön boyun kıvrımları</b></p> <p><b>18. Terlemeye bağlı kaşıntı</b></p> <p><b>19. Yün ve lipid çözücülere karşı intolerans</b></p> <p><b>20. Perifoliküler belirginleşme</b></p> <p><b>21. Besin intoleransı</b></p> <p><b>22. Çevresel ve emosyonel faktörlerden etkilenme</b></p> <p><b>23. Beyaz dermografizm</b></p>

#### 2.2.4. Ayırıcı Tanı

Çok sayıda hastalığın AD deri lezyonlarını taklit ettiği görülmektedir.

- Konjenital Hastalıklar: Netherton sendromu, Familial keratozis piliaris, Hiper IgE sendromu, Wiskott-Aldrich sendromu, Omenn sendromu
- Kronik dermatozlar: Seboreik dermatit, kontakt dermatitler (allerjik ya da irritan), numuler egzema, liken simpleks kronikus (Tablo-4).
- Enfeksiyon ve infestasyonlar: Skabiyez, HIV'e eşlik eden dermatozlar, dermatofit enfeksiyonu, impetigo
- Malignensiler: Kutanöz T hücreli lenfoma, Letterer Siwe hastalığı
- İmmün yetmezlikler: Wiskott-Aldrich sendromu, şiddetli kombine immün yetmezlik, Hiper IgE sendromu.
- Metabolik hastalıklar: Çinko, piridoksin (vitamin B6) ve niasin eksikliği

- İmmünolojik hastalıklar: Dermatitis herpetiformis, pemfigus foliaceus, dermatomyozit
- Keratinizasyon bozuklukları: İktiyoz vulgaris, Netherton sendromu <sup>34-36</sup>

Tablo- 4: Diğer Dermatit Türleri <sup>35,36</sup>

Diğer dermatit türleri			
Dermatit türü	Görüldüğü yaş grubu	Görülme sıklığı	Klinik özellikler
<b>Seboreik dermatit</b>	Bebekler	Yaygın	Hayatın ilk 6 haftasında meydana gelen ve tipik olarak haftalar içinde temizlenen, sıklıkla saçlı deri ve bez bölgesinde gözlenen somon-kırmızı yağlı skuamlar
<b>Seboreik dermatit</b>	Yetişkinler	Yaygın	Özellikle saçlı deri, yüzün orta kısmı ve göğüs orta kısmında olmak üzere seboreik bölgelerde görülen sarı, beyaz veya grimsi skuamlı eritematöz yamalar
<b>Nummular dermatit</b>	Çocuklar ve yetişkinler	Yaygın	Sıklıkla kaşıntısız ve yaygın olarak bacak ve kalçalarda madeni para şeklinde skuamlı yamalar
<b>İrritan kontakt dermatit</b>	Çocuklar ve yetişkinler	Yaygın	Genellikle temas bölgesine sınırlı akut veya kronik egzematöz lezyonlar; öyküde lokal uygulanan iritanlar risk faktörü, atopik dermatit ile birliktelik olasılığı
<b>Alerjik egzematöz kontakt dermatit</b>	Çocuklar ve yetişkinler	Yaygın	Direkt temas bölgesinde en yoğun olan egzematöz lezyonlar, ancak yayılım olasılığı; öyküde lokal uygulanan iritanlar risk faktörü; atopik dermatit ile birliktelik olasılığı
<b>Liken simpleks kronikus</b>	Yetişkinler	Yaygın değil	Yoğun kaşıntı nedeniyle kaşımalara bağlı oluşan bir veya birden fazla lokalize sınırlı likenifiye plak
<b>Asteatotik egzama</b>	Yetişkinler	Yaygın	En sık bacaklarda, kuru, skuamlı, fissüre, yamalar

### 2.2.5. Tedavi

Atopik dermatit tedavisinde ilk basamak, ayrıntılı bir anamneze dayanmaktadır; başlangıç yaşı, aile öyküsü, alevlendiren faktörler, enfeksiyonlar, banyo ve nemlendirmede yapılan yanlışlar, irritasyonlarla karşılaşma, ateş, terleme, stres, allerjiler, geçmişte görmüş olduğu tedaviler ayrıntılı sorgulanmalıdır. <sup>34</sup> Atopik dermatitte tam kür sağlanamaması nedeniyle tedavi hedefi; akut atakların ve semptomların baskılanması ve hastalığı uzun süreli kontrol altında tutmaktır. Patogeneizde mutlak rolü epidermis ve epidermal bariyerin üstlenmesi sebebiyle topikal ajanların tedavide yeri önemlidir. Atopik dermatitin topikal

tedavisi ile amaçlanan cildin bariyer fonksiyonunun güçlendirilmesi, enflamasyonun kontrol altına alınması ve stafilocok kolonizasyonunun tedavisidir. <sup>35,36</sup>

Atopik dermatitli hastalarda epidermisin bariyer fonksiyonunun zarar görmesi sonucu kserozis meydana gelir. Deri bakımında ilk aşama yağlı topikal nemlendiricilerin kullanılmasıdır. Nemlendiricilerin kullanılması, derinin hidrasyonunun artırmasına, stratum korneum bariyerinin korunması ve tamirine destek olmaktadır. Bununla birlikte atopik dermatitin kaşıntı, eritem, fissürasyon ve likenifikasyon gibi semptom ve bulgularını da azaltmaktadır. Düzenli ve günlük nemlendirici kullanımı her hastaya mutlaka önerilmelidir. <sup>35,37</sup>

Topikal kortikosteroidler (TKS) atopik dermatitte, atakların tedavisi ve uzun süreli remisyonun sağlanmasında öncelikle tercih edilen ajanlardır. Enflamasyonu baskılayıcı özellikleri sayesinde atopik dermatit tedavisinde etkili olmaktadır. Kortikosteroid kullanımında üzerinde durulması gereken en önemli nokta doğru güçte ve uygun taşıyıcıda kortikosteroid seçimidir. Bu sayede hem etkili bir sonuca ulaşmak hem de hastayı yan etkilerinden korumak amaçlanmaktadır. Kortikosteroid seçiminde lezyonun özelliği, lokalizasyonu ve hasta yaşı gibi faktörler dikkate alınmalıdır. Genel bir kural olarak yüzde, cildin ince olduğu bölgelerde (göz kapakları, genital bölge, boyun, intertriginöz alanlar vb.) ve çocuklarda düşük potensli kortikosteroidler tercih edilir. <sup>35,36</sup>

Topikal kalsinörin inhibitörleri; sitoplazmik bir enzim olan kalsinörin fosfatı inhibe ederek etki sağlarlar. Takrolimus ve pimekrolimus; T hücrelerinde, keratinositlerde ve Langerhans hücrelerinde enflamatuvar sitokinlerin sentezini baskılar. Topikal kortikosteroidlerin ve kalsinörin inhibitörlerinin haftada iki ardışık gün proaktif bir şekilde uygulanması, hastalık alevlenmelerini azaltmaya yardımcı olabilir. <sup>34,37</sup>

Antimikrobiyal ajanlar ilaç direnci oluşturmamak adına yalnızca klinik olarak enfeksiyon bulgularının olduğu olgularda tercih edilmelidir. Rutin olarak kullanımı AD tedavisinde önerilmemektedir. Günümüzde dilüe edilmiş çamaşır suyu banyoları *S. aureus* kolonizasyonuna ve enfeksiyonuna yönelik uygulanan popüler bir yöntemdir. <sup>35,36</sup>

Topikal tedavi ile istenen etki sağlanamayan hastalarda sistemik tedaviye ihtiyaç duyulabilir. Sistemik tedavide ilaçların hastalığı kontrol altına alan minimum dozlarda kullanılması gerekmektedir. İdame tedavi de mümkün olan en düşük dozlarla yapılmalıdır. Atopik dermatitin tedavisinde siklosporin (Cs), metotreksat (MTX), mikofenolik asitler ve azatiyoprin (AZA) en sık tercih edilen ve etkin olan ajanlardır. İstisnai vakalarda akut

alevlenmeyi tedavi etmek için oral glukokortikosteroidler 1 hafta kadar kısa süreli bir tedavi seçeneği olabilir. Şiddetli dermatiti olan yetişkin hastalarla sınırlı olarak kullanımı önerilir. Çocuklarda oral steroid yetişkinlere göre çok daha dikkatli kullanılmalıdır. <sup>35,37</sup>

Fototerapi ise nemlendiriciler, TKS'ler ve topikal kalsinörin inhibitörlerini içeren birinci basamak tedaviye yanıtızsızlık durumunda ikinci basamak tedavi olarak önerilmektedir. Ultraviyole (UV) A ve UVB'nin fotokarsinogenez etkisinin fazlalığı nedeniyle dar band-UVB etkinlik ve güvenlik açısından günümüzde ilk planda tercih edilen tedavidir. <sup>34,35</sup>

### 2.3. Tekrarlayan Oral Aftlar (Rekürrent Oral Aftöz Stomatitler - ROAS)

Rekürrent oral aftöz stomatitler, ağız mukozasının en yaygın görülen lezyonlarıdır. Aft terimi, "ateş vermek" ya da "alevlendirmek" manasında kullanılan Yunanca "afti" kelimesinden gelmektedir. <sup>38</sup> Tipik rekürrent oral aftöz stomatit (ROAS), sarımsı-gri psödomembranöz merkezin etrafını saran eritemli kenarları olan ağrılı, yuvarlak-oval sığ ülserdir. <sup>39,40</sup> Aftöz ülserler genel popülasyonun %20-25'ini etkiler. Farklı uluslarda insidans %5 ila %66 arasında değişmektedir. Aftöz ülserler genellikle çocukluk veya ergenlik döneminde ortaya çıkar. Yetişkin popülasyonda görülme sıklığı artar. Kadın cinsiyette ve sosyoekonomik durumu yüksek kesimde daha sık görülür. <sup>39-41</sup>

#### 2.3.1. Etiyoloji ve Patogenez

ROAS etiyojisinde predispozan olduğu düşünülen çok sayıda faktörler vardır:

- Lokal faktörler: travma, sigara
- Beslenme: demir, folik asit, çinko eksiklikleri, Vitamin B 1, B 2, B 6 ve B 12 eksiklikleri
- Genetik: etnik köken, HLA-B27
- Hormonal: menstürasyon
- Mikrobiyolojik faktörler: streptokoklar, *M. tuberculosis*, *H. pylori*, herpes virüsleri, varisella zoster, sitomegalovirüs
- İlaça bağlı: NSAİİ, B blokerler, alendronat, nicorandil, oral kontraseptifler
- Diğer faktörler: sigara içmek, stres <sup>40,42</sup>

ROAS patogenezi incelendiğinde proinflamatuvar sitokinlerin etkisi ile oluşan immünolojik yanıt dikkat çekmektedir. Hücresel bağışıklık yanıtı, T hücrelerinde ve TNF-a üretiminde artış meydana gelmektedir. TNF-a, bu süreçte kritik öneme sahiptir. TNF-a



aracılı endotelial hücre adezyonu ve nötrofil kemotaksisi ile başlayan inflamatuvar süreç, ülserasyona neden olur. TNF-a yanıtı, bir membran reseptörü olan Toll benzeri reseptörlerin (TLR) aktivasyonu ile oluşmaktadır. <sup>38,40</sup>

### 2.3.2. Klinik Bulgular

Oral ülserler, ortası sarı-beyaz renkte etrafı eritemli halo ile çevrili lezyonlardır. Hastalar genellikle lezyon açığa çıkmadan 2-48 saat önce prodromal yanma hissederler. Oral mukozada en sık tutulan alanlar ağız tabanı, yanak, sert ve yumuşak damak, orofarinks ve vestibüler sulkustur. Oral ülserlerin oluşma sıklığı, lezyonun boyutu ve sayısı, ağızda kalma süresi klinik olarak farklılık gösterebilir. ROAS'ın ana semptomu yutkunma, çiğneme ve konuşma vb. oral hareketlerde ağrı ve zorlanmadır. <sup>40,43,44</sup>

ROAS'lar 3 farklı klinik tipte sınıflandırılır: minör ROAS, majör ROAS, herpetiform ülser (Tablo-5). Minör ROAS en yaygın rastlanılan formdur, hastaların %85'inden fazlasında görülür. <sup>40,41</sup>

Tablo- 5: Roas Klinik Formları <sup>40</sup>

	Minör	Majör	Herpetiform Ülser
<b>Cinsiyet</b>	E = K	E = K	K> E (genellikle)
<b>Başlangıç yaşı</b>	5–19 yaş	10–19 yaş	20–29 yaş
<b>Ülser sayısı</b>	1–5	1–10	10–100
<b>Ülserlerin boyutu (mm)</b>	<10	> 10	1–2 (birleştirilmişse daha büyük)
<b>Süre</b>	4–14 gün	> 30 gün	<30 gün
<b>Tekrarlama oranı (ayda)</b>	1–4	<1	<1
<b>Yerleşim yeri</b>	Dudaklar, yanaklar, dil, ağız tabanı	Dudaklar, yanaklar, dil, damak, yutak	Dudaklar, yanaklar, dil, yutak, damak, diş eti, ağız tabanı
<b>Kalıcı yara izi</b>	Seyrek	Yaygın	Seyrek

Diğer bir sınıflama ise lezyonun klinik ciddiyetine göre belirlenir. Hafif tipte olan lezyonlar basit aft, şiddetli tipte olan lezyonlar ise kompleks aft olarak adlandırılır. Basit

aftlar yaygın görülen, sınırlı sayıda, küçük ve çabuk iyileşen, yılda 3-6 kez tekrarlayan, ağız boşluğu ile sınırlı ülserlerdir. Kompleks aftlar ise seyrek görülen, çok sayıda, yavaş iyileşen hem oral hem genital mukozada görülebilen ülserlerdir. Sık tekrarlar, lezyonsuz periyodlar kısadır. Ağrı hissi basit aftla kıyaslandığında çok daha şiddetlidir. Kompleks aftlar hematinik eksiklikler, enflamatuar barsak hastalıkları vs gibi altta yatan hastalıklarla ilişkili olabilir.

39,43

### 2.3.3. Teşhis ve Değerlendirme

ROAS teşhisi ayrıntılı anamnez ve fizik muayene ile konulur. Ülserlerin kaç yaşından beri çıktığı, ülserasyon süresi, skar bırakıp bırakmadığı, ülser sayısı, ülserin yerleşim yeri ve boyutu, aile öyküsü, ilişkili tıbbi durumlar, genital ülserasyon, cilt problemleri, gastrointestinal problemler, ilaç kullanımı sorgulanmalıdır. Detaylı anamnez ve fizik muayene sonrası gerekli görüldüğü durumlarda hastalardan tetkik istenebilir. Tam kan sayımı, ferritin, B12 vitamini, folik asit, C- reaktif protein(CRP)/Eritrosit sedimentasyon hızı(ESH) bakılarak altta yatan bir problem belirlenebilir. ROAS bir dışlama tanısıdır. İlişkili olabilecek diğer nedenler değerlendirilip dışlanarak ROAS tanısı konur.<sup>38,41,44</sup>

### 2.3.4. Ayırıcı Tanı

Aftöz ülserlerin, ülseratif bulguları olan diğer stomatolojik mukokutanöz hastalıklarla ayırıcı tanısının yapılması gerekir. Bu durum, sıklıkla lezyonun yeri ve/veya ek semptom varlığı sorgulanarak ayırt edilebilir. Ayırıcı tanıya giren hastalıklar aşağıda belirtilmiştir.<sup>38</sup>

- Gastrointestinal hastalıklar: Behçet hastalığı, ülseratif kolit, crohn hastalığı, glüten enteropatisi
- Multiorgan hastalıkları: Behçet hastalığı, MAGIC (oral ve genital ülserler, kıkırdak enflamasyonu) sendromu, PFAPA sendromu (Aft, Farenjit, Adenit ile Birlikte Olan Periyodik Ateş), reaktif artrit, eritema multiforme, Wegener granülomatozu, sistemik lupus eritamatozus, ailevi akdeniz ateşi, hiperimmünoglobulinemi D sendromu (HIDS), Sweet sendromu, sarkoidoz
- Hematolojik hastalıklar: Anemi, siklik nötropeni, hipereozinofilik sendrom, hematolojik maligniteler
- Mikrobiyal hastalıklar: Tüberküloz, sifiliz, Koksaki A virüsü, HSV, Herpes zoster, Sitomegalovirus (CMV), EBV, HIV, *Kokkoides immitis*, *Kriptokokus neoformans*, *Blastomiçes dermatitis*

- İlaça bağlı: Sabit ilaç döküntüsü, ilaca bağlı büllöz pemfigoid, ilaca bağlı pemfigus, Stevens-Johnson sendromu, toksik epidermal nekrozis, lineer IgA büllöz dermatoz
- Kalıtsal: Epidermolizis büllöza, kronik granümatöz hastalık <sup>38,41,43</sup>

### 2.3.5. Tedavi

ROAS tedavisinin ana hedefi hastalık semptomlarını gidermek, ülser sayısı ve boyutunu azaltmak ve lezyonsuz aralığı uzatmaktır. Tedavi yaklaşımı hastadan hastaya farklılık gösterebilir. Hastada var olan semptom şiddeti, ülserlerin rekürrens sıklığı, hastanın tıbbi geçmişi, ülserin ilaçlara toleransı vb. birçok faktör değerlendirilerek tedavi seçimi yapılmalıdır. Tedaviye başlanmadan altta yatabilecek problemler gözden geçirilmeli, buna göre tedavi planı oluşturulmalıdır. <sup>38,41,43</sup>

Basit aftlı hastalarda, hastalık sıklıkla kendi kendini sınırlar. Tedavisinde ağrı için semptomatik bir yaklaşımda bulunulup, iyi ağız hijyeni için önerilerde bulunulabilir. İlaç tedavisi oral beslenmeyi etkilen, şiddetli ağrı çeken kompleks aftlı hastalar için düşünülmektedir. <sup>39,41</sup>

#### 2.3.5.1. Topikal Tedavi

ROAS tedavisinde ilk seçenek topikal tedavidir. Topikal tedavideki amaç analjezi ve inflamasyonun azaltılması, süperenfeksiyonun engellenmesi ve aktif ülserin tedavi edilmesidir. <sup>38,41</sup>

Topikal tedavide kullanılan ajanlar:

- Antiseptik, anti-inflamatuvar ve analjezikler: klorheksidin %0,2 jel ya da gargara günde 3 kez, topikal diklofenak %3, amlexanox merhem %5 günde 2-4 kez, triklosan jel günde 3 kez
- Topikal kortikosteroidler: triamsinolon asetonid %0,05-0,5 günde 3-10 kez, fluosinonid %0,025-0,05 günde 5-10 kez, klobetasol propionat %0,025
- Topikal anestezipler: topikal lidokain %2 jel ya da sprej, benzokain pastil ya da gargara
- Diğer tedaviler: hyalüronik asit %0,2 jel, doksisisiklin jel ve lazer tedavisi. <sup>41-43,45,46</sup>

### 2.3.5.2.Sistemik Tedavi

Topikal tedaviden beklenen yanıtın alınmadığı durumlarda sistemik tedaviler uygulanabilir. Altta yatan sistemik bir hastalık ya da vitamin/mineral eksikliği tespit edilirse tedavi planı ona göre oluşturulmalıdır. <sup>38,41</sup>

Sistemik tedavide kullanılan ajanlar:

- Antibiyotikler: penisilin G potasyum 50 mg tb. günde 4 kez, 4 gün
- Kortikosteroidler: 25 mg/gün oral prednizolon, 2 ayda kademeli azaltılacak
- Kolşisin: 7 gün 0,5 mg/gün, 7 gün 1 mg/gün, idame doz 1.5 mg/gün
- Dapson: 3 gün 25mg/gün, 3 gün 50 mg/gün, 3 gün 75 mg/gün, idame doz 100 mg/gün
- İmmun modülatörler: talidomid 50-100 mg her gün, levamizol 150 mg haftada 3 kez, 6 ay
- Diğer tedaviler: montelukast 10 mg/gün, klofazimin 100 mg/gün 6 ay süreyle, pentoksifilin 400 mg günde 3 kez 1 ay süreyle, çinko sülfat 150 mg/gün, C vitamin 2000 mg/gün <sup>38,39,41,43,45</sup>

### 2.4. Tinea Pedis

Derinin yüzeysel mantar enfeksiyonlarına, son yıllarda giderek artan bir şekilde tüm dünyada çok sık rastlanılmaktadır. Görülme sıklığının %20-25 aralığında olduğu tahmin edilmektedir. Derinin yüzeysel mantar enfeksiyonları arasında en sık rastlanılan dermatofit enfeksiyonlarıdır. Dermatofitler vücutta zamanla keratin proteini üzerine yerleşirler. Bu nedenle keratinin majör yapı proteini olduğu deri, saç ve tırnaklarda enfeksiyona yol açarlar. <sup>47-49</sup>

Dermatofit enfeksiyonları vücuttaki anatomik konumlara göre; baş tutulumu tinea kapitis, gövde tutulumu tinea korporis, bacak tutulumu tinea kruris şeklinde isimlendirilir. Atlet ayağı olarak da adlandırılan tinea pedis, ayakları etkileyen mantar enfeksiyonudur. Popülasyonun %10-15'inde görülmektedir. ABD'de en sık görülen ikinci cilt hastalığı olduğu düşünülmektedir. Erkeklerde kadınlardan daha sık görülür. Ortalama başlangıç yaşı 15'tir. Düşük sosyoekonomik düzeye sahip topluluklarda daha yaygın görülür. Bunda kalabalık yaşam koşulları, ten teması ve hayvanlar ile yakın ilişkinin etkili olduğu düşünülmektedir. <sup>47,49-52</sup>

### 2.4.1. Etiyoloji ve Patogenez

Tinea pedis'e neden olan patojenler keratini kullanma yeteneklerine göre 3 türde gruplanabilir:

- Trichophyton (saç, deri ve tırnak): *T. rubrum*, *T. mentagrophytes*, *T. tonsurans*
- Epidermophyton (deri ve tırnak): *E. floccosum*
- Microsporum (saç ve deri): *M. canis*

Kronik tinea pedis'e en sık neden olan etken *T. rubrum*'dur. Tüm dermatofit enfeksiyonlarının %76'sından fazlasından sorumludur. Tinea pedis'in ise yaklaşık %70'inden sorumlu olduğu düşünülmektedir. *Trichophyton tonsurans*, yetişkinlerle karşılaştırıldığında çocuklarda daha yaygın görülen bir patojendir. Bu dermatofitik patojenlerin bulaşı, çoğunlukla insan (antropofilik), hayvan (zoofilik) veya toprak (jeofilik) kaynaklı olabilir.<sup>49-51</sup>

Tinea pedis etiyojisinde predispozan faktörler:

- Konak faktörleri: immunsupresyon, kontrolsüz diyabet, obezite, ileri yaş
- Lokal faktörler: travma, dar ayakkabı kullanımı, sıcak ve nemli ortam, aşırı terleme, halka açık duş ve ortak havuz kullanımı

Ayakta oluşan çatlaklar, maserasyon ve nem ile birlikte bakteriyel floradaki artış tinea pedis oluşumuna ortam hazırlar. Cilt bariyerinin bozulması, nemli ve sıcaklık ortam bu enfeksiyonun oluşmasında önemli rol alır. Patojen tarafından keratin tabakayı etkilemek üzere keratinaz enzimi salgınır. Dermatofit hücre duvarının içerdiği mannan molekülleri konağın bağışıklık cevabını baskılayarak enfeksiyon oluşumunu kolaylaştırır.<sup>50,51</sup>

### 2.4.2. Klinik Bulgular

Tinea pedis hastalarında deskuamasyon, fissür ve maserasyon sıklıkla gözlenen muayene bulgusularıdır. Şikayetler uzun süreli olup genellikle kötü kokunun var olduğu kaşıntı ve yanma hissi eşlik eder. Tinea pedisin dört farklı klinik türü vardır: İnterdijital tip, makosen tipi, inflamatuvar tip, ülseratif tip. İnterdijital (intertriginöz) tip en sık görülen klinik prezentasyondur.<sup>49-51</sup>

### **İnterdijital (intertriginöz) tip tinea pedis**

En yaygın rastlanılan tiptir. Sıklıkla 4.-5. parmak aralarında başlar ve parmak altlarına yayılabilir. Eritem, fissür, maserasyon ve deskuamasyon mevcuttur. Genellikle iki alt türü vardır. Birincisi dermatofitoz simpleks olarak adlandırılan kuru, pullu bir tiptir. Parmak aralarında kurulukla birlikte az miktarda deskuamasyon vardır. Sıklıkla hafif kaşıntı dışında asemptomatiktir. Diğer tip dermatofitoz kompleks olarak anılır, semptomatiktir. Islaklıkla birlikte maserasyon vardır. Hiperkeratoz, maserasyon ya da erozyonlarla beraber parmak aralarında fissür oluşumuna sebep olabilir. Deri bütünlüğünün bozulması bakteriyel enfeksiyon için ortam hazırlayabilir. <sup>50-52</sup>

### **Makosen tipi tinea pedis**

Kuru skuamlı tip de denir. Görünüşü ayağı örten bir terlik ya da makosen şeklindedir. Etkilenen bölge sıklıkla pullu, hiperkeratotik ve eritemlidir. Ayağı çevreleyen eritemli sınır çevresinde papül görülebilir. Ayağın kenarlarında ve tabanında, deri çizgilerini tutan gümüş beyaz renkli skuamlar mevcuttur. Genellikle bilateral tutulum görülür. Kaşıntı sonucu çatlaklar oluşabilir. Daha şiddetli ve uzun süren bir tinea pedis formudur. <sup>49,50,52</sup>

### **İnflamatuvar (vezikülobüllöz) tip tinea pedis**

Ayakların üst kısmında ve bitişik plantar yüzeylerde görülen püstül, vezikül ve büllerle karakterizedir. Büller şiddetli dereceli yanma ve kaşıntıya neden olabilir. Yaygınlığı daha azdır. Bakteriyel enfeksiyonlar ayırıcı tanıda düşünülmeli, mikroskopi ve/veya kültür alınarak dışlanmalıdır. Vezikül içindeki sıvı sıklıkla berraktır. İrin varsa sekonder bakteriyel enfeksiyon akla gelmelidir. Bu tinea pedis formu id reaksiyonu ile ilişkili olabilir. <sup>50-52</sup>

### **Ülseratif tip tinea pedis**

En seyrek görülen tiptir. Ülseratif tip daha şiddetli erozyon ve ülserlerle karakterizedir. İnterdijital tutulum görülür. <sup>49,52</sup>

### **Komplikasyonlar**

Komplikasyonlar çoğunlukla immüsuprese hastalarda görülür. Karşılaşılabilecek komplikasyonlar; selülit, onikomikoz, piyoderma, lenfanjit, osteomyelit, dermatofid, majocchi granülomu, astım ve atopik hastalık şeklinde sıralanabilir. <sup>50,51</sup>

### 2.4.3. Teşhis ve Değerlendirme

Tinea pedis fizik muayene ile kolayca tanınabilir. Ancak tanının doğrulanması ve uygun tedavi seçimi için mikroskopi veya kültür kullanılabilir. İlgili bölgeden alınan kazıntının mikroskopik incelemesi ile mantar elemanlarının görülmesi kesin tanıyı koyar. Şüphelenilen bölgeden potasyum hidroksit (KOH) preparatı hazırlanmalıdır. KOH preparatları basit, ucuz, verimli ve yaygın olarak kullanılmaktadır. Etkilenen bölgenin etrafındaki deri hücreleri cam mikroskop lamının kenarı ile ya da steril neşter ile cam mikroskop lamı üzerine kazınmalıdır. Bir-iki damla %10 ila %20 KOH çözeltisi lam üzerine damlatılır, KOH mantar hücre duvarını etkilemezken diğer dokuları erittiği için mantara ait spor ve hifler rahatça görülür. Deri hücrelerinin parçalanıp mantar hücrelerinin daha iyi görülmesi için preparat ısıtılır. %20 ila %40 dimetil sülfoksit (DMSO) eklenmesi ısıtmaya gerek olmadan keratin temizlenmesini hızlandırır. Preparat daha sonra 10'luk büyütmede mikroskop altında incelenerek tanı konulabilir. <sup>49-52</sup>

Kültürler de etkeni kesin göstererek tanıyı doğrulayabilir. Ancak kültürde üreme birkaç hafta zaman alır ve kültür duyarlılığı KOH preparatından daha azdır. Bu nedenle nadiren tercih edilir. <sup>49,52</sup>

### 2.4.4. Ayırıcı Tanı

- İnterdijital lezyonlar; sedef hastalığı, eritrazma, impetigo, pitted keratolizis, yumuşak nasır, kandidiyazis ve gram negatiflerin parmak arasında neden olduğu basit maserasyondan ayırt edilmelidir.
- Hiperkeratotik lezyonlar; sedef hastalığı, atopik/alerjik egzamatöz dermatit, çukur keratolizis ve kalıtsal veya edinsel keratodermalardan ayırt edilmelidir.
- Vezikülobüllöz lezyonlar; püstüler psoriazis, büllöz impetigo, alerjik kontakt dermatit ve dishidrozdandan ayırt edilmelidir. <sup>50,51</sup>

### 2.4.5. Tedavi

Tinea pedis tedavisinden önce hastalar, predispozan faktörler ve hastalığın kronik gidişi hakkında bilgilendirilmelidir. Hastaya pamuklu çorap ve geniş ayakkabı tercih etmesi, ayaklarının nemli kalmasının engellenmesi vb. önerilerde bulunulmalıdır. Yüzme havuzlarında, ortak banyo alanlarında ve soyunma kabinleri gibi bulaşın fazla olduğu ortamlarda temizlik koşullarının iyileştirilmesi önem taşır. <sup>50,51,53</sup>

Topikal tedavi, hastaların üçte ikisinin tedavisinde sıklıkla yeterlidir. Kullanılan antifungal ajanların çoğu (Klotrimazol, ekonazol, ketokonazol, mikonazol, izokonazol, tiyokonazol ve sulkonazole) "azol" ailesindedir. Terbinafin ve naftifin ise "allilamin" ailesindedir. Her iki ilaç grubu da tinea pedis tedavisinde hem etkindir hem de oluşabilecek yan etkileri kısıtlıdır. Tedavi süresi lezyonların tedavi yanıtına bağlı olmakla birlikte en az 4 haftadır. Seçilen ajana göre günde 1 ya da 2 kez, etkilenen bölgenin 2 cm çevresini de kapsayacak şekilde uygulama yapılmalıdır. Topikal antifungaller ile topikal kortikosteroidlerin kombine kullanılması hızlı semptomatik rahatlama sağlasa da kortikosteroidlerin uzun süreli kullanımından kaçınılmalıdır. <sup>50,51</sup>

Sistemik tedavi ayak sırtında, ayak tabanında ve topukta tutulum varsa, enfeksiyon topikal tedaviye yanıtızsız ve sık tekrarlıyorsa tercih edilir. İmmüsuprese hastalarda ve şiddetli hastalık varlığında sistematik tedavi ilk tercih olarak kullanılabilir. <sup>50</sup>

Oral itrakonazol ve oral terbinafin sistematik tedavide en etkili ajanlardan olup topikal azol ve topikal allilaminlerden daha yüksek bir kür oranına sahip olduğu gösterilmiştir. Hastaya göre seçilen oral antifungal uygun doz ve sürede kullanılmalıdır (Tablo 6). Yan etki profiline göre hastalar düzenli aralıklarla kan tetkikleri ile takip edilmelidir. Tam kan sayımı, karaciğer fonksiyon testleri gerekli durumlarda görülmelidir. Olası ilaç-ilaç etkileşimleri açısından dikkatli olunmalı; hastanın sürekli kullandığı ilaçlar sorgulanmalı tedavi ona göre planlanmalıdır. <sup>50,51,53</sup>



Tablo 6: Oral Antifungal İlaçlar <sup>50</sup>

İLAC	DOZ	YAN ETKİLER
<b>1. Griseofulvin *</b>	375–500 mg 3-6 ay	Mide bulantısı, Hepatotoksisite, Işığa duyarlılık, Baş ağrısı, Lökopeni <sup>+</sup> , Nötropeni <sup>+</sup>
<b>2. Azoller</b>		
<b>Ketokonazol **</b>	200-400 mg 6-8 hafta	Hepatotoksisite, Hepatit İdiyosenkratik reaksiyon, Mide bulantısı, Kusma, İshal
<b>Itrakonazol</b>	100 mg 2-4 hafta 400 mg 1 hafta	Karın ağrısı, Transaminaz artışı
<b>Flukonazol</b>	50 mg 6 hafta 100 mg 8 hafta	Hepatotoksisite <sup>+</sup> , Anafilaksi
	150 mg her hafta 6 hafta	
<b>3. Allilaminler</b>		
<b>Terbinafin</b>	125 mg 8 hafta 250 mg 2-6 hafta	Baş ağrısı, Döküntü, Kolestatik hepatit, Kan diskrazisi, Steven-Johnson Sendromu

\*gebelerde kontrendike, \*\*emzirenlerde kontrendike, +nadir yan etki

## 2.5. Skabiyez (Uyuz)

Uyuz, zorunlu bir insan paraziti olan *Sarcoptes scabiei var. hominis*'in sebep olduğu bulaşıcı bir hastalıktır. Uyuz her ırkta ve tüm yaş gruplarında görülür. Bütün sosyal sınıfları etkiler. Tüm dünyada yıllık ortalama 300 milyon vaka görüldüğü düşünülmektedir. Uyuz fiziksel temas ile bulaşır. Hastanın sahip olduğu parazit sayısı ne kadar fazla ise uyuzun bulaşma riski de o kadar artar. Gençlerde, yaşlılarda, bakım evinde kalanlarda, bağıışıklığı baskılanmış olanlarda, kaynak yetersizliği olan fakir ve kalabalık toplumlarda bulaş ihtimali daha fazladır. Kaynak yoksunluğu olan bu toplumlarda uyuz sıklığı tüm popülasyonun %10'una, çocukların %50-60'ına ulaşır. Kış aylarında uyuz insidansı yaz aylarına göre daha yüksektir. Bu durum, kış aylarında fiziksel kalabalığın fazla olması ve uyuz akarının soğuk ortamda daha uzun süre canlı kalabilmesi ile açıklanabilir. <sup>54-57</sup>

### 2.5.1. Etiyoloji ve Patogenez

İnsanda hastalığa neden olan *Sarcoptes scabiei var. hominis* parlak beyaz, saydam, oval-düz görünümlü, küçük bir ektoparazitir. Çıplak gözle fark edilmesi güçtür. Zorunlu insan paraziti olduğundan, insan vücudu dışında yaşayamaz, yaşam döngüsünü derinin stratum korneum tabakasında tamamlar. Sarkopt dış ortamın sıcaklık ve nemine bağlı olarak yaşar. Soğuk ve yüksek nemde uzun süre hayatta kalabilir. Oksijen ihtiyacını da deriden difüzyon yoluyla giderir.<sup>58</sup>

Erişkin erkek ve dişi akarlar cilt yüzeyinde çiftleşir. Erkek akarlar çiftleşmeden sonra ölürken, dişi akarlar stratum korneum tabakasına inerek tünel kazmaya başlarlar. Tüneller en fazla stratum granülozum derinliğine kadar inerler. Scybala da denilen dışkılarını tünelde yol alırken bırakırlar. Dişi akarlar yaklaşık 30 gün boyunca günde 0.5-5 mm tünel kazarak ve kazdığı tünele günde 1-4 yumurta bırakarak ilerlerler. Dişi akarların salgıladığı proteolitik enzim sekresyonu keratinositleri parçalayarak tünel kazımını kolaylaştırır. Tünele bırakılan yumurtalardan 3-4 gün içerisinde larvalar çıkar, sonraki 10-14 günde erişkin hale gelirler. Bir dişi akar 30-60 gün hayatta kalır.<sup>54,55,57,58</sup>

Uyuz, insandan insana 20-30 dk süren yakın fiziksel temasla veya cinsel ilişki ile bulaşır. Bulaşması için uyuzlu hastada birkaç adet larva ya da tek bir erişkin dişi sarkop olması yeterlidir. Kontamine olmuş fomitlerle temasla nadiren bulaş görülebilir.<sup>56,58</sup>

Dişi akar deriye penetre olduğunda konakta immün yanıt gelişir. Konağın patojenle ilk karşılaşması ise 10-30 gün içinde tip 4 hipersensivite reaksiyonu gelişir, kaşıntı meydana gelir. Semptomların başlaması 2-6 haftayı bulabilir. Daha önce hastalığı geçirmiş olan konakta ise semptomlar 1-4 gün içinde başlar. Kabuklu uyuz hastalarında IL-4 ve Ig E seviyeleri artmıştır. Cilt biyopsininin incelemesi sonucu sarkoptların etrafının eozinofiller, lenfositler ve histiyositlerle çevrili olduğunu göstermiştir.<sup>55,57</sup>

### 2.5.2. Klinik Bulgular

Uyuzun en belirgin semptomu kaşıntıdır. Özellikle geceleri artar, uykudan uyandıracak kadar şiddetli olabilir. Aile üyelerinde ya da yakın temasta bulunulan diğer bireylerde kaşıntı öyküsü olması önemli bir bulgudur. Kaşıntıya bağlı sekonder egzamatöz lezyonlar ya da sekonder bakteriyel enfeksiyon kliniğe eklenebilir.<sup>55,57</sup>

Uyuzun semptom ve akar sayısına göre klinik olarak klasik skabiyes ve krutlu skabiyes olmak üzere 2 formu bulunur. <sup>58</sup>

### **Klasik Skabiyes**

En sık görülen klinik formdur. Predileksiyon bölgeleri; el parmak araları, el bilekleri, aksiller bölge, ekstremitte ekstansör yüzleri, gövde yanları, periumblikal bölge, kalça, sakral bölge, kadınlarda meme areolaları, skrotum ve penistir. Palmo-plantar bölge erişkinlerde tutulmazken, infantlarda sıklıkla tutulur. Lezyonlar el, ayak ve vücut kıvrımlarında yoğunlaşır. İnfantlarda ayrıca yüz, saçlı deri, sırt ortası da tutulabilir. Palmo-plantar bölgede vezikül ve papüllerle seyredebilir. <sup>54,58</sup>

Uyuzun en sık karşılaşılan fizik muayene bulgusu ekskoriye papüllerdir. Akarın yumurtalarına, dışkılarına, salgılarına karşı gelişen tip 4 hipersensivite reaksiyonu sonucu oluşur. Uyuzun spesifik lezyonu ise yaklaşık 1 cm uzunluğunda, gri-beyazımsı, kabarık, dalgalı iplik benzeri görünümde olan tünellerdir (sillon). Tünel bitiminde bazen erişkin dişi akarı içeren inciye benzer görünümde "vezikül perle" adı verilen veziküller bulunabilir. Fizik muayenede karşılaşılabilecek diğer bir bulgu skabiyes nodülleridir. <sup>55,57-59</sup>

### **Krutlu Skabies**

Krutlu skabiyes genellikle immünsupresyon, kaşımayı ya da kaşınmayı azaltan nörolojik hastalık, zihinsel veya fiziksel yetersizlik gibi predispozan faktör varlığında görülür. Tutulum yerleri klasik skabiyeyle farklıdır. El ayaları, ayak tabanları, kalçalar, dirsekler ve patella ön planda olmak üzere sürtünmeye eğilimli bölgelerde, baş, boyun ve aurikular bölgede görülür. Vücutta yaygın hiperkeratoz, fissürler ve düzensiz kalınlıkta krutlarla karakterizedir. Eritrodermi görülebilir. Tırnak tutulumu olursa subungal hiperkeratoz gelişebilir. Generalize lenfadenopati ve eozinofili görülebilir. <sup>54,55,58</sup>

### **2.5.3. Teşhis ve Değerlendirme**

Uyuzdan şüphelenilen hastada kesin tanı mikroskop ve dermoskop kullanımıyla konur. Sarkoptu yakalamak için el parmak araları, el bileği, ayak, umblikus, areola ve penisteki tüneller, veziküller ve ekskoriye olmamış papüller tercih edilebilir. Tünel, vezikül ya da nodüler lezyondan kazıyarak alınan örneğe serum fizyolojik, klorazol ya da %10'luk KOH çözeltisi damlatılır. Mikroskopta 10 ya da 40 büyütmede erişkin dişi akarın, yumurtaların veya akar dışkının görülmesi ile kesin tanı koyulur. Mikroskopinin spesifitesi yüksekken, sensitivitesi düşüktür. Dolayısı ile görüntü elde edilememesi tanıyı dışlamaz. <sup>54,58,59</sup>

Dermoskopi akarları ve yuvalarını göstermek için faydalıdır. Dermoskopide akarlar "üçgen, delta ya da jet işareti" ve takibindeki beyaz tortüöz segment ise "duman işareti" (jet-duman bulgusu) şeklinde adlandırılır. Bu yöntemin sensitivitesi mikroskopiye göre daha yüksekken, spesifitesi daha düşüktür. <sup>58,59</sup>

Uyuzda tüm tanı tetkiklerinin negatif olması uyuz tanısını dışlamaz. Klinik şüphe varlığında tedaviye başlanmalıdır. Tedavi sonrası kliniğin düzelmesi de dolaylı olarak tanıyı doğrular. <sup>54,55,58,59</sup>

#### **2.5.4. Ayırıcı Tanı**

Uyuz birçok dermatolojik hastalığı taklit edebilir. Neredeyse tüm kaşıntılı dermatozlar ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Seboreik dermatit, atopik dermatit, kontakt dermatit, impetigo, follikülit, dermatitis herpetiformis, lineer Ig A hastalığı, langerhans hücreli histiyositoz, psoriasis, ilaç erüpsiyonu, büllöz pemfigoid, infantil akropüstülozis ve viral egzantemler ayırıcı tanıya girebilecek problemlerdir. <sup>54,55</sup>

#### **2.5.5. Tedavi**

Uyuz tedavisinde kullanılan topikal ajanlar içinde permetrin, fenotrin, lindan, sülfür, benzil benzoat, ivermektin, krotamiton ve malation yer almaktadır. Sistemik ajan olarak oral ivermektin kullanılmaktadır. Ülkemizde topikal ajanlardan permetrin, krotamiton, benzil benzoat ve sülfür bulunmaktadır. <sup>54,58</sup>

%5 permetrin yüksek aktiviteye ve düşük toksisiteye sahip olduğu için uyuz tedavisinde ilk basamaktır. Skabisidal ve ovisidal etkinliği vardır. Yıkanıldıktan 1 saat kadar sonra kuru cilde boyundan aşağıya, kulak arkaları ve el parmak araları dahil yedirilerek uygulanmalıdır. 8-12 saat sonra yıkanmalıdır. Bebeklerde ve immünsuprese hastalarda baş bölgesine de gözler ve ağız kenarları korunarak uygulanmalıdır. Gebelerde, laktasyonda ve 3 aydan büyük bebeklerde ilk seçenek tedavi olarak kullanılabilir. Tedavi başarısı ilk kullanımda %89-98, 1 hafta ara ile 2 kez kullanıldığında %98-100'e ulaşmaktadır. <sup>54,57,58</sup>

Kükürt uyuz tedavisinde eski zamanlardan beri kullanılmaktadır. Sistemik absorpsiyonu ve toksisitesi olmadığından gebelerde, laktasyonda ve bebeklerde güvenlidir. %6-33 kükürt-vazelin karışımı 3 gün peş peşe uygulanır. 4. gün yıkanır. Dirençli vakalarda ve krutlu uyuzda etkilidir. <sup>57,58</sup>

Oral ivermektin'in 200 µg/kg 2 hafta arayla 2 doz kullanımı permetrin topikal uygulamasıyla elde edilen kür oranına denktir. Krutlu uyuzda ilk seçenek tedavidir. İmmun yetmezliği olan hastalarda, uyuz epidemilerinde ve topikal tedavi uygulanamayan hastaların tedavisinde etkindir. Sinir sistemi hastalıklarında, gebelikte, emzirmede, 5 yaşından küçük ya da 15 kg'dan az çocuklarda ve alerjik reaksiyonu olanlarda kontrendikedir. Ülkemizde bulunmamaktadır. <sup>54,58</sup>

Uyuzun başarılı bir şekilde tedavi edilebilmesi için hasta uyumu çok önemlidir. Uyuzlu hastanın aile bireyleri ya da birlikte yaşadığı kişiler semptom göstermese dahi, hasta ile aynı anda tedavi edilmelidir. Bu reenfestasyonu önlemek açısından önemlidir. Topikal tedavi uygulaması her hastaya ayrıntılı bir şekilde tarif edilmeli, mümkünse bir kâğıda yazarak verilmelidir. Tedavi sonrasında temiz kıyafet giyilmeli, kullanılan nevresim ve havlular temizleri ile değiştirilmelidir. Tedavi öncesi kullanılmış olan eşyalar parazitten arındırılmak amacıyla en az 50-60 derece sıcaklıkta yıkanmalı ve ütülenmelidir. Yıkanamayacak eşyalar 3-7 gün ağzı kapalı plastik poşette bekletilmelidir. Tedavi sonrası ilk günler akarın dışkı ve salgılarının neden olduğu immünolojik reaksiyondan dolayı hastalarda kaşıntı artabilir ve tedaviye rağmen kaşıntı 15 gün kadar devam edebilir. Hastalar bu durum hakkında önceden bilgilendirilmelidir. <sup>54,55,57,58</sup>

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1.Araştırma Modeli**

Araştırmamız kesitsel-tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır. 01 Ocak 2021 ile 01 Mart 2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini tüm Türkiye’de halen eğitim almakta olan tam zamanlı Aile Hekimliği uzmanlık öğrencileri oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiş evrenin tümüne ulaşılması amaçlanmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan 428 kişi katılmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- Tam zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencisi olmak

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:

- Sözleşmeli Aile Hekimi olmak
- Aile Hekimliği Uzmanı olmak
- Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık (SAHU) Öğrencisi olmak

#### **3.2. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması**

Araştırmaya başlanmadan önce Kocaeli Üniversitesi etik kurulundan etik onay alınarak Kocaeli ilindeki ASM’lerde görev yapan 52 aile hekimine en sık karşılaştıkları dermatolojik hastalıklar soruldu. Verilen yanıtlar doğrultusunda aile hekimliği pratiğinde karşılaşılabilecek en sık 5 dermatolojik hastalık tespit edildi. Tespit edilen 5 hastalık ile ilgili anket soruları literatürden yapılan araştırmalar sonucu deri ve zührevi hastalıkları öğretim üyesi gözetiminde hazırlanmıştır. Araştırma anketi Google formlar üzerinden oluşturulmuş olup elektronik ortamda aile hekimliği eğitimcileri ve asistan temsilcileri ile internet üzerinden ve whatsapp gruplarında paylaşılarak katılımcılara ulaştırılmıştır.

Veri toplanması için oluşturulan ankette toplam 60 sorudan oluşan 5 bölüm bulunmaktadır. İlk bölümde demografik ve genel bilgiler, ikinci bölümde öz değerlendirme, üçüncü bölümde görsel sorular, dördüncü bölümde doğru/yanlış soruları, beşinci bölümde ise çoktan seçmeli sorular bulunmaktadır. Bu bölümlerde belirlenen hastalıklar ile ilgili tanı ve tedavi bilgileri sorgulanmaktadır. Görsel sorulara verilen her doğru yanıt için 5’er puan,

doğru/yanlış sorularına verilen her doğru yanıt için 1'er puan, çoktan seçmeli sorulara verilen her doğru yanıt için 4. Soru ve 8. sorularda 2'şer puan, diğer sorularda 3'er puan alınabilmekteydi. Sorulara verilen yanıtlardan toplam bilgi puanı belirlenmiştir. Alınabilecek en yüksek puan 100, en düşük puan ise 0 olmuştur.

Katılımcıların anketimizdeki bilgi ölçme sorularına vermiş olduğu yanıtların doğruluk oranına göre, sık karşılaşılan 5 dermatolojik hastalığımıza ilişkin ayrı ayrı yüzdellik başarı puanları hesaplanmıştır. Yüzdellik başarı puanları; tinea pedis için "tinea pedis puanı", atopik dermatit için "atopik dermatit puanı", akne vulgaris için "akne vulgaris puanı", skabiyez için "skabiyez puanı" ve oral aft için "oral aft puanı" olarak adlandırılmıştır.

### **3.3. Verilerin İstatiksel Analizi**

İstatistiksel değerlendirme IBM SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) paket programı ile yapıldı. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren nümerik değişkenler ortalama±standart sapma, normal dağılım göstermeyen nümerik değişkenler medyan (min -max), kategorik değişkenler ise frekans (yüzde) olarak verilmiştir. İki grup arasındaki farklılık normal dağılıma sahip olmayan nümerik değişkenler için Mann Whitney U testi ile belirlenmiştir. Grup sayısı ikiden fazla olduğunda gruplar arasındaki farklılık normal dağılıma sahip olmayan nümerik değişkenler için Kruskal Wallis testi ile belirlenmiştir. İki nümerik değişken arasındaki ilişki korelasyon analizi ile yapılmıştır. İki yönlü hipotezlerin testinde  $p < 0.05$  istatistiksel önemlilik için yeterli kabul edilmiştir.

### **3.4. Etik Onay**

11 Aralık 2020 tarihinde Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan GOKAEK-2020/21.22 karar numarası ile etik onay alınmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmamıza 428 kişi katılmıştır. Sosyodemografik özelliklere ilişkin toplamda sorulan 11 soruya katılımcıların verdiği yanıtlar ve bu yanıtların yüzdeleri Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7: Sosyodemografik Bilgiler

Çalışmaya katılan Aile Hekimliği Uzmanlık öğrencileri		N (% değer)
Cinsiyet	Kadın	310 (72,4)
	Erkek	118 (27,6)
Yaş	25 yaş ve altı	6 (1,4)
	26-30 yaş	359 (83,9)
	31 yaş ve üzeri	63 (14,7)
Tıp fakültesinden mezun olalı kaç yıl oldu?	1 yıl ve altı	18 (4,2)
	2-5 yıl	325 (75,9)
	6-10 yıl	76 (17,8)
	11 yıl ve üzeri	9 (2,1)
Aile Hekimliği Uzmanlık eğitiminde kaçınıcı yılınız?	1. yıl	143 (33,4)
	2. yıl	139 (32,5)
	3. yıl	112 (26,3)
	3 yıl üzeri	34 (7,9)
Aile hekimliği asistanlığına başlamadan önce hekim olarak çalıştınız mı?	Evet	368 (86)
	Hayır	60 (14)
TUS’ta ilk tercihiniz dermatoloji miydi?	Evet	26 (6,1)
	Hayır	401 (93,9)
Tıp fakültesinde dermatoloji stajında aktif çalıştınız mı?	Evet	246 (57,5)
	Hayır	182 (42,5)
Tıp fakültesinde dermatoloji stajı kaç haftaydı?	2 hafta	177 (41,4)
	3 hafta	132 (30,8)
	4 hafta	119 (27,8)
Tıp fakültesi son sınıfta dermatoloji stajında hasta takibi yaptınız mı?	Evet	47 (11)
	Hayır	381 (89)
Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde dermatoloji rotasyonu aldınız mı?	Evet	185 (43,2)
	Hayır	243 (56,8)



Aile Hekimliği Dermatoloji Okulu vb. eğitimlere katıldınız mı?	<b>Evet</b>	81 (18,9)
	<b>Hayır</b>	347 (81,1)

#### 4.2. Öz Değerlendirme Soru ve Yanıtları

Bu bölümde katılımcıların öz değerlendirme sorularına ait bulguları sunulacaktır. Öz değerlendirme soruları kapsamında katılımcılardan kendilerinin cilt hastalıklarını tanıma ve tedavi etme becerilerini evet ya da hayır yanıtı ile değerlendirmeleri istendi. Toplamda sorulan 9 öz değerlendirme sorusuna ilişkin katılımcıların verdiği yanıtlar ve bu yanıtların yüzdeleri Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8: Öz Değerlendirme Soru ve Yanıtları

Öz değerlendirme soruları	Verilen yanıtlar	N (% değer)
<b>Cilt hastalıklarımı tanımada zorlanırım.</b>	Evet	308 (72)
	Hayır	120 (28)
<b>Cilt hastalıklarımı tedavi etmede zorlanırım.</b>	Evet	301 (70,3)
	Hayır	127 (29,7)
<b>Tedavi planı oluştururken internet veya reçete kitaplarından yardım alırım.</b>	Evet	408 (95,3)
	Hayır	20 (4,7)
<b>Tinea pedisi başarılı bir şekilde tedavi ederim.</b>	Evet	308 (72)
	Hayır	120 (28)
<b>Dermatitleri yönetmekte zorlanırım.</b>	Evet	231 (54)
	Hayır	197 (46)
<b>Akne vulgaris’i tanıır ve tedavi edebilirim.</b>	Evet	296 (69,2)
	Hayır	132 (30,8)
<b>Uyuzu tanıır ve tedavi edebilirim.</b>	Evet	359 (83,9)
	Hayır	69 (16,1)
<b>Oral aftların ayırıcı tanısını yapmakta ve hastalığı tedavi etmekte zorluk çekmem.</b>	Evet	225 (52,6)
	Hayır	203 (47,4)
<b>Dermatolojik hastalığı olan hastaları genellikle dermatoloji polikliniğine yönlendiririm.</b>	Evet	299 (69,9)
	Hayır	129 (30,1)

### 4.3. Sosyodemografik Veriler – Alınan Toplam Puan İlişkisi

Bu bölümde katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre aldıkları toplam puanlar karşılaştırılmıştır.

Cinsiyet ile alınan toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p:0,016). Kadın katılımcıların aldığı toplam puan erkek katılımcılara göre anlamlı fazladır (Tablo 9).

Tablo 9: Cinsiyet-Alınan Toplam Puan İlişkisi

		N (%) değer	Alınan toplam puan		P
			Ortalama±standart sapma	Medyan (25.-75. persantil)	
Cinsiyet	<b>Kadın</b>	310 (72,4)	62,78 ± 8,543	64 (57-68)	<b>0,016</b>
	<b>Erkek</b>	118 (27,6)	60,50 ± 10,337	61 (55-66)	
Toplam		428 (%100)	62,15 ± 9,118	63 (57-68)	

Yaş ile alınan toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p:0,136). 25 yaş ve altı, 26-30 yaş arası ve 31 yaş ve üzeri yaş gruplarının aldıkları toplam puanlar karşılaştırıldığında fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 10).

Tablo 10: Yaş-Alınan Toplam Puan İlişkisi

		N (%) değer	Alınan toplam puan		P
			Ortalama±standart sapma	Medyan (25.-75. persantil)	
Yaş	<b>25 yaş ve altı</b>	6 (1,4)	53,33 ± 12,028	55 (47,5-61)	0,136
	<b>26-30 yaş</b>	359 (83,9)	62,36 ± 8,952	63 (57-68)	
	<b>31 yaş ve üzeri</b>	63 (14,7)	61,83 ± 9,505	64 (55-68)	
Toplam		428 (%100)	62,15 ± 9,118	63 (57-68)	

Tıp fakültesi mezuniyeti sonrası geçen yıl ile alınan toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p:330). 1 yıl ve altı, 2-5 yıl arası, 6-10 yıl arası ve 11 yıl ve üzeri gruplarının aldıkları toplam puanlar karşılaştırıldığında fark anlamlı derecede değildir (Tablo 11).

Tablo 11: Tıp Fakültesi Mezuniyeti Sonrası Geçen Yıl-Alınan Toplam Puan İlişkisi

		N (% değer)	Alınan toplam puan		P
			Ortalama±standart sapma	Medyan (25.-75. persantil)	
Tıp fakültesinden mezun olalı kaç yıl oldu?	<b>1 yıl ve altı</b>	18 (4,2)	59,78 ± 6,227	58,5 (54-64)	0,330
	<b>2-5 yıl</b>	325 (75,9)	62,26 ± 9,298	63 (57-68)	
	<b>6-10 yıl</b>	76 (17,8)	62,04 ± 9,164	63,5 (57-68)	
	<b>11 yıl ve üzeri</b>	9 (2,1)	63,78 ± 7,067	67 (59,5-68)	
Toplam		428 (%100)	62,15 ± 9,118	63 (57-68)	

Aile hekimliği uzmanlık eğitim yılı ile alınan toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p:0,142). 1.yıl, 2.yıl, 3.yıl ve 3 yıl üzeri gruplarının aldıkları toplam puanlar karşılaştırıldığında fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 12).

Tablo 12: Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitim Yılı-Alınan Toplam Puan İlişkisi

		N (% değer)	Alınan toplam puan		P
			Ortalama±standart sapma	Medyan (25.-75. persantil)	
Aile Hekimliği Uzmanlık eğitiminde kaçıncı yılınız?	<b>1. yıl</b>	143 (33,4)	62,17 ± 8,864	62 (55-68)	0,142
	<b>2. yıl</b>	139 (32,5)	61,50 ± 9,197	63 (57-66)	
	<b>3. yıl</b>	112 (26,3)	61,99 ± 9,764	63,5 (55,25-69)	
	<b>3 yıl üzeri</b>	34 (7,9)	65,26 ± 7,166	65,5 (61,5-69)	
Toplam		428 (%100)	62,15 ± 9,118	63 (57-68)	

Aile hekimliği uzmanlık eğitimine başlamadan önce hekim olarak çalışma durumu ile alınan toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p:0,272). Aile hekimliği uzmanlık eğitimine başlamadan önce hekim olarak çalışan ve çalışmayan grupların aldıkları toplam puanlar karşılaştırıldığında fark anlamlı derecede değildir (Tablo 13).

Tablo 13: Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimine Başlamadan Önce Hekim Olarak Çalışma Durumu-Alınan Toplam Puan İlişkisi

		N (% değer)	Alınan toplam puan		P
			Ortalama±standart sapma	Medyan (25.- 75.persantil)	
Aile hekimliği asistanlığına başlamadan önce hekim olarak çalıştınız mı?	<b>Evet</b>	368 (86)	62,03 ± 8,687	63 (57-67)	0,272
	<b>Hayır</b>	60 (14)	62,88 ± 11,473	64 (57-69)	
Toplam		428 (%100)	62,15 ± 9,118	63 (57-68)	

TUS'ta ilk tercihin dermatoloji olma durumu ile alınan toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p:0,918). TUS'ta ilk tercihi dermatoloji olan ve olmayan katılımcılar arasındaki puan farkı anlamlı bulunmamıştır (Tablo 14).

Tablo 14: TUS'ta İlk Tercihin Dermatoloji Olması-Alınan Toplam Puan İlişkisi

		N (% değer)	Alınan toplam puan		P
			Ortalama±standart sapma	Medyan (25.- 75.persantil)	
TUS'ta ilk tercihiniz dermatoloji miydi?	<b>Evet</b>	26 (6,1)	60,65 ± 13,464	64,5 (55,75-69,5)	0,918
	<b>Hayır</b>	401 (93,9)	62,26 ± 8,787	63 (57-68)	
Toplam		428 (%100)	62,15 ± 9,118	63 (57-68)	

Tıp fakültesinde dermatoloji stajında aktif çalışma durumu ile alınan toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p:0,010). Tıp fakültesinde dermatoloji stajında aktif çalışan katılımcıların aldıkları puan, çalışmayan katılımcılara göre anlamlı olarak yüksektir (Tablo 15).

Tablo 15: Tıp Fakültesinde Dermatoloji Stajında Aktif Çalışma-Alınan Toplam Puan İlişkisi

		Alınan toplam puan			
		N (% değer)	Ortalama±standart sapma	Medyan (25.- 75.persantil)	P
Tıp fakültesinde dermatoloji stajında aktif çalıştınız mı?	<b>Evet</b>	246 (57,5)	63,27 ± 9,138	64 (57-69)	<b>0,010</b>
	<b>Hayır</b>	182 (42,5)	60,64 ± 8,893	62 (56-67)	
Toplam		428 (%100)	62,15 ± 9,118	63 (57-68)	

Tıp fakültesi son sınıfta dermatoloji stajında hasta takibi yapma durumu ve alınan toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p:0,094). Tıp fakültesi son sınıfta dermatoloji stajında hasta takibi yapan ve yapmayan grupların aldıkları toplam puanlar karşılaştırıldığında fark anlamlı değildir (Tablo 16).

Tablo 16: Tıp Fakültesi Son Sınıfta Dermatoloji Stajında Hasta Takibi Yapma-Alınan Toplam Puan İlişkisi

		Alınan toplam puan			
		N (% değer)	Ortalama±standart sapma	Medyan (25.- 75.persantil)	p
Tıp fakültesi son sınıfta dermatoloji stajında hasta takibi yaptınız mı?	<b>Evet</b>	47 (11)	63,55 ± 8,846	66 (56-69)	0,094
	<b>Hayır</b>	381 (89)	61,98 ± 9,147	63 (57-67)	
Toplam		428 (%100)	62,15 ± 9,118	63 (57-68)	

Tıp fakültesinde dermatoloji staj uzunluğu ve alınan toplam puanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p:0,467). Staj süresi 2 hafta, 3 hafta ve 4 hafta olan gruplar arasındaki toplam puan farklı anlamlı bulunmamıştır (Tablo 17).

Tablo 17: Tıp Fakültesinde Dermatoloji Staj Haftası-Alınan Toplam Puan İlişkisi

		N (%) değer)	Alınan toplam puan		P
			Ortalama±standart sapma	Medyan (25.- 75.persantil)	
Tıp fakültesinde dermatoloji stajı kaç haftaydı?	<b>2 hafta</b>	177 (41,4)	61,12 ± 8,601	64 (55,5-67)	0,467
	<b>3 hafta</b>	132 (30,8)	62,67 ± 9,295	62,5 (57-69)	
	<b>4 hafta</b>	119 (27,8)	63,11 ± 9,579	63 (57-69)	
Toplam		428 (%100)	62,15 ± 9,118	63 (57-68)	

Katılımcıların Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde dermatoloji rotasyonu alma durumları ve alınan toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p:0,001). Dermatoloji rotasyonu alan katılımcıların aldıkları puan, almayan katılımcılara göre anlamlı olarak yüksektir (Tablo 18).

Tablo 18: Dermatoloji Rotasyonu Alma Durumu-Alınan Toplam Puan İlişkisi

		N (%) değer)	Alınan toplam puan		P
			Ortalama±standart sapma	Medyan (25.- 75.persantil)	
Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde dermatoloji rotasyonu aldınız mı?	<b>Evet</b>	185 (43,2)	63,74 ± 9,072	64 (58-69)	<b>0,001</b>
	<b>Hayır</b>	243 (56,8)	60,95 ± 8,985	62 (55-67)	
Toplam		428 (%100)	62,15 ± 9,118	63 (57-68)	

Aile hekimliği dermatoloji okulu vb. eğitimlere katılma durumu ve alınan toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p:0,040). Aile hekimliği dermatoloji okulu vb. eğitimleri alan katılımcıların aldıkları toplam puan, almayan katılımcılara göre anlamlı olarak fazladır (Tablo 19).

Tablo 19: Aile Hekimliği Dermatoloji Okulu vb. Eğitimlere Katılma Durumu-Alınan Toplam Puan İlişkisi

		N (% değer)	Alınan toplam puan		p
			Ortalama±standart sapma	Medyan (25.- 75.persantil)	
Aile Hekimliği Dermatoloji Okulu vb. eğitimlere katıldınız mı?	<b>Evet</b>	81 (18,9)	63,54 ± 9,187	64 (59-69)	<b>0,040</b>
	<b>Hayır</b>	347 (81,1)	61,83 ± 9,084	63 (56-67)	
Toplam		428 (%100)	62,15 ± 9,118	63 (57-68)	

#### 4.4. Öz Değerlendirme Verileri – Alınan Toplam Puan İlişkisi

Bu bölümde katılımcıların öz değerlendirme sorularına verdikleri yanıtlar aldıkları toplam puanlar ile karşılaştırılmıştır.

Öz değerlendirme verileri incelendiğinde "Cilt hastalıklarını tanımada zorlanırım", "Tedavi planı oluştururken internet veya reçete kitaplarından yardım alırım" ve "Dermatolojik hastalığı olan hastaları genellikle dermatoloji polikliniğine yönlendiririm" sorularımıza verilen yanıtlar ile alınan toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 20). "Cilt hastalıklarını tanımada zorlanırım" sorumuza hayır yanıtı veren katılımcıların aldığı toplam puan anlamlı olarak fazladır (p:0,037). "Tedavi planı oluştururken internet veya reçete kitaplarından yardım alırım" sorumuza evet yanıtını veren katılımcıların aldığı toplam puan anlamlı olarak düşüktür (p:0,026). "Dermatolojik hastalığı olan hastaları genellikle dermatoloji polikliniğine yönlendiririm" sorumuza evet yanıtı veren katılımcıların aldığı toplam puanın anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır (p:0,001). "Cilt hastalıklarını tedavi etmede zorlanırım." sorumuza verilen yanıtlar ile alınan toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p:0,088) (Tablo 20).

Tablo 20- Öz Değerlendirme Verileri – Alınan Toplam Puan İlişkisi

Öz değerlendirme soruları	Verilen yanıtlar	N (% değer)	Alınan toplam puan		p
			Ortalama±standart sapma	Medyan (25.-75.persantil)	
<b>Cilt hastalıklarımı tanımada zorlanırım.</b>	Evet	308 (72)	61,60 ± 9,20	63 (56-67)	<b>0,037</b>
	Hayır	120 (28)	63,56 ± 8,787	64 (58-69)	
<b>Cilt hastalıklarımı tedavide zorlanırım.</b>	Evet	301 (70,3)	61,67 ± 8,917	63 (56-67)	0,088
	Hayır	127 (29,7)	63,29 ± 9,517	63 (58-69)	
<b>Tedavi planı oluştururken internet veya reçete kitaplarından yardım alırım.</b>	Evet	408 (95,3)	61,97 ± 9,067	63 (57-67)	<b>0,026</b>
	Hayır	20 (4,7)	65,85 ± 9,610	68,50 (57,75-71,75)	
<b>Dermatolojik hastalığı olan hastaları genellikle dermatoloji polikliniğine yönlendiririm.</b>	Evet	299 (69,9)	61,23 ± 9,169	62 (56-67)	<b>0,001</b>
	Hayır	129 (30,1)	64,28 ± 8,665	65 (59-70)	

#### 4.5. Sosyodemografik Veriler – Hastalık Puanları İlişkisi

Bu bölümde sosyodemografik veriler ile hastalıkların yüzdelerle başarı puanları karşılaştırılmıştır.

Cinsiyet ile atopik dermatit puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p:0,003). Kadın katılımcıların aldığı atopik dermatit puanı erkek katılımcılara göre anlamlı yüksektir (Tablo 21). Cinsiyet ile diğer hastalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 21: Cinsiyet-Atopik Dermatit Puanı İlişkisi

Cinsiyet		N (% değer)	Atopik dermatit puanı		p
			Ortalama±standart sapma	Medyan (25.-75.persantil)	
Cinsiyet	<b>Kadın</b>	310 (72,4)	71,05 ± 16,61	71,42 (57,14-85,71)	<b>0,003</b>
	<b>Erkek</b>	118 (27,6)	65,49 ± 18,14	71,42 (57,14-71,42)	
Toplam		428 (% 100)	69,52 ± 17,20	71,42 (57,14-85,71)	



Yaş ile hastalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tıp fakültesi mezuniyeti sonrası geçen yıl ile hastalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Aile hekimliği uzmanlık eğitim yılı ile uyuz puanı (p:0,034) ve oral aft puanı (p:0,045) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 22,23). Uyuz puanında bu anlamlı ilişki 1.yıl ile 3.yıl (p:0,033), 1.yıl ile 3 yıl ve üzeri (p:0,015) ve 2.yıl ile 3 yıl ve üzeri (p:0,049) grupları arasından kaynaklanmaktadır. Oral aft puanında ise bu anlamlı ilişki 2. yıl ile 3 yıl ve üzeri grupları arasından kaynaklanmaktadır (p:0,049).

Tablo 22: Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitim Yılı-Skabiyez Puanı İlişkisi

		Skabiyez puanı			P
		N (% değer)	Ortalama±standart sapma	Medyan (25.-75.persantil)	
Aile Hekimliği Uzmanlık eğitiminde kaçınıcı yılınız?	1. yıl	143 (33,4)	48,05 ± 17,16	42,85 (42,85-57,14)	0,034
	2. yıl	139 (32,5)	48,71 ± 15,93	57,14 (42,85-57,14)	
	3. yıl	112 (26,3)	52,04 ± 17,56	57,14 (42,85-57,14)	
	3 yıl üzeri	34 (7,9)	54,62 ± 13,83	57,14 (42,85-57,14)	
Toplam		428 (%100)	49,83 ± 16,72	57,14 (42,85-57,14)	

Tablo 23: Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitim Yılı-Oral Aft Puanı İlişkisi

		Oral aft puanı			P
		N (% değer)	Ortalama±standart sapma	Medyan (25.-75.persantil)	
Aile Hekimliği Uzmanlık eğitiminde kaçınıcı yılınız?	1. yıl	143 (33,4)	56,94 ± 16,08	57,14 (42,85-71,42)	0,045
	2. yıl	139 (32,5)	56,42 ± 14,00	57,14 (42,85-71,42)	
	3. yıl	112 (26,3)	58,54 ± 13,95	57,14 (42,85-71,42)	
	3 yıl üzeri	34 (7,9)	63,86 ± 14,60	57,14 (57,14-71,42)	
Toplam		428 (%100)	57,74 ± 14,84	57,14 (42,85-71,42)	

Aile hekimliği uzmanlık eğitimine başlamadan önce hekim olarak çalışma durumu ile tinea pedis puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p:0,035). Aile hekimliği uzmanlık eğitimine başlamadan önce hekim olarak çalışan katılımcıların,

çalışmayan katılımcılara göre tinea pedis puanı anlamlı olarak düşüktür (Tablo 24). Aile hekimliği uzmanlık eğitimine başlamadan önce hekim olarak çalışma durumu ile diğer hastalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 24: Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimine Başlamadan Önce Hekim Olarak Çalışma Durumu-Tinea Pedis Puanı İlişkisi

		N (%) değer)	Tinea pedis puanı		p
			Ortalama±standart sapma	Medyan (25.- 75.persantil)	
Aile hekimliği asistanlığına başlamadan önce hekim olarak çalıştınız mı?	<b>Evet</b>	368 (86)	70,40 ± 11,69	66,6 (66,6-75)	<b>0,035</b>
	<b>Hayır</b>	60 (14)	74,16 ± 11,03	75 (66,6-83,3)	
Toplam		428 (%100)	70,93 ± 11,66	66,6 (66,6-75)	

TUS'ta ilk tercihin dermatoloji olma durumu ile hastalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tıp fakültesinde dermatoloji stajında aktif çalışma durumu ile hastalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tıp fakültesi son sınıfta dermatoloji stajında hasta takibi yapma durumu ile tinea pedis puanı (p:0,032) ve akne vulgaris puanı (p:0,024) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 25,26). Tıp fakültesi son sınıfta dermatoloji stajında hasta takibi yapan katılımcıların, yapmayan katılımcılara göre tinea pedis ve akne vulgaris puanları anlamlı olarak yüksektir. Tıp fakültesi son sınıfta dermatoloji stajında hasta takibi yapma durumu ile diğer hastalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 25: Tıp Fakültesi Son Sınıfta Dermatoloji Stajında Hasta Takibi Yapma Durumu- Tinea Pedis Puanı İlişkisi

		N (% değer)	Tinea pedis puanı		P
			Ortalama±standart sapma	Medyan (25.- 75.persantil)	
Tıp fakültesi son sınıfta dermatoloji stajında hasta takibi yaptınız mı?	<b>Evet</b>	47 (11)	74,29 ± 11,37	75 (66,6-83,3)	<b>0,032</b>
	<b>Hayır</b>	381 (89)	70,51 ± 11,65	66,6 (66,6-75)	
Toplam		428 (%100)	70,93 ± 11,66	66,6 (66,6-75)	

Tablo 26: Tıp Fakültesi Son Sınıfta Dermatoloji Stajında Hasta Takibi Yapma Durumu- Akne Vulgaris Puanı İlişkisi

		N (% değer)	Akne vulgaris puanı		P
			Ortalama±standart sapma	Medyan (25.- 75.persantil)	
Tıp fakültesi son sınıfta dermatoloji stajında hasta takibi yaptınız mı?	<b>Evet</b>	47 (11)	72,34 ± 17,21	71,42 (57,14-85,71)	<b>0,024</b>
	<b>Hayır</b>	381 (89)	66,47 ± 16,45	71,42 (57,14-71,42)	
Toplam		428 (%100)	67,12 ± 16,62	71,42 (57,14-71,42)	

Tıp fakültesindeki dermatoloji staj uzunluğu ile akne vulgaris puanı (p:0,001) ve oral aft puanı (p:0,039) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 27,28). Akne vulgaris puanında bu anlamlı ilişki, 2 hafta-3 hafta (p:0,006) ve 2 hafta-4 hafta (p:0,007) grupları arasından kaynaklanmaktadır. Oral aft puanında bu ilişki 2 hafta-3 hafta grupları arasından kaynaklanmaktadır (p:0,047). Tıp fakültesindeki dermatoloji staj uzunluğu ile diğer hastalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 27: Tıp Fakültesindeki Dermatoloji Staj Uzunluğu-Akne Vulgaris Puanı İlişkisi

		N (% değer)	Akne vulgaris puanı		P
			Ortalama±standart sapma	Medyan (25.- 75.persantil)	
Tıp fakültesinde dermatoloji stajı kaç haftaydı?	<b>2 hafta</b>	177 (41,4)	63,68 ± 15,82	57,14 (57,14-71,42)	<b>0,001</b>
	<b>3 hafta</b>	132 (30,8)	69,58 ± 16,78	71,42 (57,14-85,71)	
	<b>4 hafta</b>	119 (27,8)	69,50 ± 16,83	71,42 (57,14-85,71)	
Toplam		428 (%100)	67,12 ± 16,62	71,42 (57,14-71,42)	

Tablo 28: Tıp Fakültesindeki Dermatoloji Staj Uzunluğu-Oral Aft Puanı İlişkisi

		N (% değer)	Oral aft puanı		P
			Ortalama±standart sapma	Medyan (25.- 75.persantil)	
Tıp fakültesinde dermatoloji stajı kaç haftaydı?	<b>2 hafta</b>	177 (41,4)	56,41 ± 13,89	57,14 (42,85-71,42)	<b>0,039</b>
	<b>3 hafta</b>	132 (30,8)	60,49 ± 16,54	57,14 (42,85-71,42)	
	<b>4 hafta</b>	119 (27,8)	56,66 ± 13,90	57,14 (42,85-71,42)	
Toplam		428 (%100)	57,74 ± 14,84	57,14 (42,85-71,42)	

Katılımcıların Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde dermatoloji rotasyonu alma durumları ile tinea pedis puanı (p:0,023), uyuz puanı (p<0,001) ve oral aft puanı (p:0,002) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 29-31). Dermatoloji rotasyonu alan katılımcıların aldıkları tinea pedis puanı, uyuz puanı ve oral aft puanı almayan katılımcılara göre anlamlı olarak yüksektir. Katılımcıların Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde dermatoloji rotasyonu alma durumları ile diğer hastalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 29: Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Sürecinde Dermatoloji Rotasyonu Alma Durumu-Tinea Pedis Puanı İlişkisi

		Tinea pedis puanı			
		N (% değer)	Ortalama±standart sapma	Medyan (25.-75.persantil)	P
Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde dermatoloji rotasyonu aldınız mı?	<b>Evet</b>	185 (43,2)	71,93 ± 11,99	75 (66,6-83,3)	<b>0,023</b>
	<b>Hayır</b>	243 (56,8)	70,16 ± 11,37	66,6 (58,3-75)	
Toplam		428 (%100)	70,93 ± 11,66	66,6 (66,6-75)	

Tablo 30: Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Sürecinde Dermatoloji Rotasyonu Alma Durumu-Skabiyez Puanı İlişkisi

		Skabiyez puanı			
		N (% değer)	Ortalama±standart sapma	Medyan (25.-75.persantil)	P
Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde dermatoloji rotasyonu aldınız mı?	<b>Evet</b>	185 (43,2)	53,51 ± 16,55	57,14 (42,85-57,14)	<b>&lt;0,001</b>
	<b>Hayır</b>	243 (56,8)	47,03 ± 16,33	42,85 (42,85-57,14)	
Toplam		428 (%100)	49,83 ± 16,72	57,14 (42,85-57,14)	

Tablo 31: Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Sürecinde Dermatoloji Rotasyonu Alma Durumu-Oral Aft Puanı İlişkisi

		Oral aft puanı			
		N (% değer)	Ortalama±standart sapma	Medyan (25.-75.persantil)	P
Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde dermatoloji rotasyonu aldınız mı?	<b>Evet</b>	178 (41,6)	60,07 ± 14,82	57,14 (42,85-71,42)	<b>0,002</b>
	<b>Hayır</b>	243 (56,8)	55,96 ± 14,64	57,14 (57,14-71,42)	
Toplam		428 (%100)	57,74 ± 14,84	57,14 (42,85-71,42)	

Aile hekimliği dermatoloji okulu vb. eğitimlere katılma durumu ile akne vulgaris puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p:0,005). Aile hekimliği dermatoloji okulu vb. eğitimleri alan katılımcıların aldıkları akne vulgaris puanı, almayan katılımcılara

göre anlamlı olarak fazladır (Tablo 32). Aile hekimliği dermatoloji okulu vb. eğitimlere katılma durumu ile diğer hastalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 32: Aile Hekimliği Dermatoloji Okulu vb. Eğitimlere Katılma Durumu-Akne Vulgaris İlişkisi

		Akne vulgaris puanı			p
		N (% değer)	Ortalama±standart sapma	Medyan (25.-75.persantil)	
Aile Hekimliği Dermatoloji Okulu vb. eğitimlere katıldınız mı?	<b>Evet</b>	81 (18,9)	71,42 ± 14,81	71,42 (57,14-85,71)	<b>0,005</b>
	<b>Hayır</b>	347 (81,1)	66,11 ± 16,87	71,42 (57,14-71,42)	
Toplam		428 (% 100)	67,12 ± 16,62	71,42 (57,14-71,42)	

#### 4.6. Öz Değerlendirme Verileri – Hastalık Puanları İlişkisi

Bu bölümde katılımcıların öz değerlendirme sorularına verdikleri yanıtlar, aldıkları hastalık puanları ile karşılaştırılmıştır.

"Cilt hastalıklarını tanımada zorlanırım" sorumuza verilen yanıtlar ile oral aft puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p:0,004). "Cilt hastalıklarını tanımada zorlanırım" sorumuza evet yanıtını veren katılımcıların aldıkları oral aft puanı, hayır yanıtı veren katılımcılara göre anlamlı düşüktür (Tablo 33). "Cilt hastalıklarını tanımada zorlanırım" sorumuza verilen yanıtlar ile diğer hastalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 33: "Cilt hastalıklarını tanımada zorlanırım" Sorusuna Verilen Yanıtlar-Oral Aft Puanı İlişkisi

	Verilen yanıtlar	N (%) değer)	Oral aft puanı		p
			Ortalama±standart sapma	Medyan (25.-75.persantil)	
<b>Cilt hastalıklarını tanımada zorlanırım.</b>	Evet	308 (72)	56,30 ± 14,56	57,14 (42,85-71,42)	<b>0,004</b>
	Hayır	120 (28)	61,42 ± 15,00	57,14 (42,85-71,42)	
Toplam		428 (100)	57,74 ± 14,84	57,14 (42,85-71,42)	

"Cilt hastalıklarını tedavi etmede zorlanırım" sorumuza verilen yanıtlar ile akne vulgaris puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p:0,032). "Cilt hastalıklarını tedavi etmede zorlanırım" sorumuza evet yanıtını veren katılımcıların aldıkları akne vulgaris puanı, hayır yanıtı veren katılımcılara göre anlamlı düşüktür (Tablo 34). "Cilt hastalıklarını tedavi etmede zorlanırım" sorumuza verilen yanıtlar ile diğer hastalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 34: "Cilt hastalıklarını tedavi etmede zorlanırım" Sorusuna Verilen Yanıtlar-Akne Vulgaris Puanı İlişkisi

	Verilen yanıtlar	N (%) değer)	Akne vulgaris puanı		p
			Ortalama±standart sapma	Medyan (25.-75.persantil)	
<b>Cilt hastalıklarını tedavi etmede zorlanırım.</b>	Evet	301 (70,3)	66,11 ± 15,95	71,42 (57,14-71,42)	<b>0,032</b>
	Hayır	127 (29,7)	69,51 ± 17,94	71,42 (57,14-85,71)	
Toplam		428 (100)	67,12 ± 16,62	71,42 (57,14-71,42)	

"Tedavi planı oluştururken internet veya reçete kitaplarından yardım alırım" sorumuza verilen yanıtlar ile hastalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

"Dermatolojik hastalığı olan hastaları genellikle dermatoloji polikliniğine yönlendiririm." sorumuza verilen yanıtlar ile skabiyez puanı (p:0,006) ve oral aft puanı (p:0,002) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 35,36). "Dermatolojik hastalığı olan hastaları genellikle dermatoloji polikliniğine yönlendiririm."

sorumuza evet yanıtını veren katılımcıların aldıkları skabiyez puanı ve oral aft puanı, hayır yanıtı veren katılımcılara göre anlamlı düşüktür. "Dermatolojik hastalığı olan hastaları genellikle dermatoloji polikliniğine yönlendiririm." sorumuza verilen yanıtlar ile diğer hastalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 35: "Dermatolojik hastalığı olan hastaları genellikle dermatoloji polikliniğine yönlendiririm." Sorusuna Verilen Yanıtlar-Skabiyez Puanı İlişkisi

	Verilen yanıtlar	N (%) değer	Skabiyez puanı		p
			Ortalama±standart sapma	Medyan (25.-75.persantil)	
<b>Dermatolojik hastalığı olan hastaları genellikle dermatoloji polikliniğine yönlendiririm.</b>	Evet	299 (69,9)	48,30 ± 17,01	42,85 (42,85-57,14)	<b>0,006</b>
	Hayır	129 (30,1)	53,37 ± 15,51	57,14 (42,85-57,14)	
Toplam		428 (100)	49,83 ± 16,72	57,14 (42,85-57,14)	

Tablo 36: "Dermatolojik hastalığı olan hastaları genellikle dermatoloji polikliniğine yönlendiririm." Sorusuna Verilen Yanıtlar-Oral Aft Puanı İlişkisi

	Verilen yanıtlar	N (%) değer	Oral aft puanı		p
			Ortalama±standart sapma	Medyan (25.-75.persantil)	
<b>Dermatolojik hastalığı olan hastaları genellikle dermatoloji polikliniğine yönlendiririm.</b>	Evet	299 (69,9)	56,09 ± 14,19	57,14 (42,85-71,42)	<b>0,002</b>
	Hayır	129 (30,1)	61,57 ± 15,64	57,14 (42,85-71,42)	
Toplam		428 (100)	57,74 ± 14,84	57,14 (42,85-71,42)	

" Tinea pedisi başarılı bir şekilde tedavi ederim." sorumuza verilen yanıtlar ile tinea pedis puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 37).



Tablo 37: "Tinea pedisi başarılı bir şekilde tedavi ederim." Sorusuna Verilen Yanıtlar-Tinea Pedis Puanı İlişkisi

	Verilen yanıtlar	N (% değer)	Tinea pedis puanı		p
			Ortalama±standart sapma	Medyan (25.-75.persantil)	
<b>Tinea pedisi başarılı bir şekilde tedavi ederim.</b>	Evet	308 (72)	71,59 ± 11,21	75 (66,6-75)	0,103
	Hayır	120 (28)	69,23 ± 12,63	66,6 (58,3-81,25)	
Toplam		428 (100)	70,93 ± 11,66	66,6 (66,6-75)	

" Dermatitleri yönetmekte zorlanırım." sorumuza verilen yanıtlar ile atopik dermatit puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 38).

Tablo 38: " Dermatitleri yönetmekte zorlanırım." Sorusuna Verilen Yanıtlar -Atopik Dermatit Puanı İlişkisi

	Verilen yanıtlar	N (% değer)	Atopik dermatit puanı		p
			Ortalama±standart sapma	Medyan (25.-75.persantil)	
<b>Dermatitleri yönetmekte zorlanırım.</b>	Evet	231 (54)	68,95 ± 17,69	71,42 (57,14-85,71)	0,665
	Hayır	197 (46)	70,19 ± 16,62	71,42 (57,14-85,71)	
Toplam		428 (100)	69,52 ± 17,20	71,42 (57,14-85,71)	

"Akne vulgaris'i tanır ve tedavi edebilirim." sorumuza verilen yanıtlar ile akne vulgaris puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p:0,045). "Akne vulgaris'i tanır ve tedavi edebilirim." sorumuza evet yanıtı veren katılımcıların, akne vulgaris puanının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 39).

Tablo 39: "Akne vulgaris'i tanır ve tedavi edebilirim." Sorusuna Verilen Yanıtlar-Akne Vulgaris Puanı İlişkisi

	Verilen yanıtlar	N (% değer)	Akne vulgaris puanı		p
			Ortalama±standart sapma	Medyan (25.-75.persantil)	
<b>Akne vulgaris'i tanır ve tedavi edebilirim.</b>	Evet	296 (69,2)	68,05 ± 17,07	71,42 (57,14-85,71)	<b>0,045</b>
	Hayır	132 (30,8)	65,04 ± 15,42	57,14 (57,14-71,42)	
Toplam		428 (100)	67,12 ± 16,62	71,42 (57,14-71,42)	

" Uyuzu tanır ve tedavi edebilirim." sorumuza verilen yanıtlar ile skabiyez puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 40).

Tablo 40: " Uyuzu tanır ve tedavi edebilirim." Sorusuna Verilen Yanıtlar-Skabiyez Puanı İlişkisi

	Verilen yanıtlar	N (% değer)	Skabiyez puanı		p
			Ortalama±standart sapma	Medyan (25.-75.persantil)	
<b>Uyuzu tanır ve tedavi edebilirim.</b>	Evet	359 (83,9)	50,25 ± 16,04	57,14 (42,85-57,14)	0,103
	Hayır	69 (16,1)	47,61 ± 19,85	42,85 (28,57-57,14)	
Toplam		428 (100)	49,83 ± 16,72	57,14 (42,85-57,14)	

" Oral aftların ayırıcı tanısını yapmakta ve hastalığı tedavi etmekte zorluk çekmem." sorumuza verilen yanıtlar ile oral aft puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 41).

Tablo 41: " Oral aftların ayırıcı tanısını yapmakta ve hastalığı tedavi etmekte zorluk çekmem." Sorusuna Verilen Yanıtlar-Oral Aft Puanı İlişkisi

	Verilen yanıtlar	N (% değer)	Oral aft puanı		p
			Ortalama±standart sapma	Medyan (25.-75.persantil)	
<b>Oral aftların ayırıcı tanısını yapmakta ve hastalığı tedavi etmekte zorluk çekmem.</b>	Evet	225 (52,6)	58,09 ± 15,91	57,14 (42,85-71,42)	0,595
	Hayır	203 (47,4)	57,35 ± 13,59	57,14 (42,85-71,42)	
Toplam		428 (100)	57,74 ± 14,84	57,14 (42,85-71,42)	

## 5. TARTIŞMA

Aile hekimi uzmanları, dermatolojik hastalıkların tanı ve tedavisinde faydalanacakları bilgi ve becerilerini tıp fakültesindeki dermatoloji stajlarında ve aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki dermatoloji rotasyonunda edinirler. Birinci basamakta dermatolojik problemlerle sık karşılaştığı için tıp fakültesi mezuniyeti öncesi ve sonrası eğitimler, hastalıkların tanı ve tedavisinin doğru yapılabilmesi için kritik öneme sahiptir. Özcan ve arkadaşları<sup>1</sup> yaptıkları çalışmalarında, tıp fakültesi mezuniyeti sonrası dermatoloji eğitiminin aralıklı olarak devam etmesi gerektiği sonucuna varmışlardır. Yapılan başka bir çalışmada ise birinci basamak hekimlerinin, dermatolojik problemi olan hastaları tanıma ve tedavi etme beklentisinin giderek arttığı fikrinin üzerinde durulmaktadır. Dermatolojide lisans eğitiminin yetersiz olduğu ve sürekli tıp eğitimine ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir. <sup>7</sup> Özcan ve arkadaşlarının<sup>60</sup> tıp fakültesi öğrencilerinin dermatoloji eğitime yönelik yaptığı çalışmalarında ise, dermatoloji ders konusu ile ilgili olarak katılımcıların %92,8'i eğitimlerinde ülkemizde sık görülen hastalıklara öncelik ve ağırlık verilmesi talebinde bulunmuşlardır. Katılımcıların %92,8'i dermatoloji eğitiminde önceliğin pratisyen hekim olmaya yönelik olmasını talep ederken, %7,2 katılımcı Tıpta Uzmanlık Sınavına yönelik olmasını talep etmiştir. Biz de çalışmamızda Türkiye'deki tam zamanlı Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin aile hekimliği pratiğinde sık görülen 5 dermatolojik hastalık hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmeyi hedefledik. Çalışmamızda elde ettiğimiz veriler ışığında katılımcıların bilgi, tutum ve öz yeterlilik ifadeleri değerlendirilerek dermatoloji eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamıza katılan 428 katılımcının toplam puan ortalaması 62,15 olarak hesaplanmıştır. Fox ve Ramsay'in birinci basamak hekimlerinin en sık 20 dermatozu tanıma yeteneklerini değerlendirdiği çalışmalarında, birinci basamakta çalışan hekimlerin puan ortalaması 54 saptanmıştır. <sup>10</sup> Federman ve arkadaşlarının<sup>12</sup> yaptığı bir çalışmada, sık görülen dermatolojik hastalıkların doğru teşhis oranı iç hastalıkları asistan hekimleri için %43'tür. Whitaker-Worth ve arkadaşlarının<sup>61</sup> yaptığı çalışmada tıp fakültesi öğrencileri, iç hastalıkları ve aile hekimliği asistan hekimlerden oluşan gruplara sık görülen cilt hastalıkları ile ilgili 25 slayt gösterilmiş tüm katılımcıların doğru cevap ortalamaları %45,6 bulunmuştur. Ülkemizde A. Özcan ve arkadaşlarının<sup>1</sup> tıp fakültesi öğrencileri ve pratisyen hekimlere yaptığı çalışmada ise, pratisyen hekimlerin aldığı ortalama puan 34,5 bulunmuştur.

Çalışmamızda ve yapılan diğer çalışmalarda birinci basamakta çalışan hekimlerin başarı durumları birbirleri ile benzer durumda ve yetersiz seviyelerdedir.

Çalışmamızda katılımcıların yaş grupları ve tıp fakültesi mezuniyetleri sonrası geçen süre ile aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Özcan ve arkadaşlarının <sup>1</sup> yaptığı çalışmada da katılımcıların tıp fakültesi mezuniyetleri sonrası geçen süre ile aldıkları puan arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. İki çalışma bulguları birbirini destekler niteliktedir.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi öncesi hekim olarak çalışma durumunun dermatoloji bilgi düzeyine etkisine bakılacak olursa, aile hekimliği uzmanlık eğitimi öncesi hekim olarak çalışma durumuna ile alınan toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminden önce hekim olarak çalışan katılımcıların tinea pedis puanı, çalışmayan katılımcılardan istatistiksel olarak daha düşük saptanmıştır. Tıp fakültesi son sınıfta hasta takibi yapan katılımcıların tinea pedis puanı, yapmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Tıp fakültesi son sınıfta hasta takibi yapan katılımcıların aldıkları toplam puan da hasta takibi yapmayan katılımcılara göre daha fazladır. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı derecede değildir. Özcan ve ark. tıp fakültesi öğrencileri ve pratisyen hekimlere yaptığı çalışmalarında, pratisyen hekimlerin aldığı puan ortalaması 34,5 iken son 2 yılda dermatoloji stajı gören tıp fakültesi öğrencilerin puan ortalaması 71,8 bulunmuştur. <sup>1</sup> Bu bulgular neticesinde dermatoloji bilgi düzeyinin yaş veya tıp fakültesinden ne zaman mezun olunduğu ile ilgili olmadığı, edinilen bilginin tazeliği ve hekimlik pratiğinde kullanımı ile ilişkili olabileceği söylenebilir. Tıp fakültesinde verilen eğitim ve tıpta uzmanlık sınavına çalışmanın getirdiği bilgi birikimleri neticesinde yeni mezun olan hekimlerin bazı dermatolojik hastalıkların tanı ve tedavisine daha hâkim oldukları söylenebilir.

Çalışmamızda aile hekimliği uzmanlık eğitim yılı ile alınan toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ancak aile hekimliği uzmanlık eğitim yılı ile skabiyez puanı ve oral aft puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Her iki hastalıkta, 3.yıl ve 3.yıl üzeri grupları diğer gruplara göre daha yüksek puan almıştır. Bu puan artışı 3.yıl ve 3.yıl üzeri gruplarında olan katılımcıların, önceki yıllarda dermatoloji rotasyonu almış olabileceğinden kaynaklanıyor olabilir. Dermatoloji rotasyonu alan katılımcıların skabiyez puanı (p<0,001) ve oral aft puanının (p:0,002), almayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanması bu bulguyu destekler niteliktedir.

TUS'ta ilk tercihin dermatoloji olması ile alınan toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Katılımcıların dermatoloji eğitimine ilgi duymaları toplam bilgi puanlarını etkilememiştir.

Tıp fakültesinde dermatoloji staj uzunluğunun dermatoloji bilgi düzeyine etkisine bakılacak olursa; çalışmamızda dermatoloji staj uzunluğu ile alınan toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmazken, dermatoloji stajında aktif olarak çalışma durumu ile alınan toplam puan arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Tıp fakültesinde dermatoloji stajında aktif çalıştıklarını belirten 246 katılımcının (%57,5) aldıkları toplam puan, diğer katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir (p:0,010). Aybal ve arkadaşlarının<sup>5</sup> çalışmasında tıp fakültesinde dermatoloji staj uzunluğu 3,5±2 hafta saptanmış ve çalışmaya katılan hekimlerin %75,8'i staj süresinin yeterli olmadığını ifade etmiştir. Özcan ve arkadaşlarının<sup>60</sup> çalışmasında ise çalışmaya katılan tıp öğrencilerinin %41,1'i 1 aylık dermatoloji staj süresini yeterli bulmamıştır. ABD'de yapılan bir çalışmada tıp öğrencilerinin dermatoloji eğitimi için farklı öğretim teknikleri denenmiş. Öğrenciler tarafından en etkili öğrenme mekanizmalarının en görsel ve etkileşime en açık mekanizmaların olduğu saptanmıştır.<sup>62</sup> Clayton ve ark. dermatoloji eğitiminin süresi kadar kapsamının da önemli olduğunu vurgulamışlardır.<sup>63</sup> Aybal ve ark. çalışmasında ise mezuniyet sonrası dermatoloji açısından pratik yaklaşıma en fazla fayda sağlayan eğitim teknikleri; poliklinikte primer hasta muayene etmek, eğitim sürecinde birinci basamak sağlık kuruluşunun var olması, intörnlükte dermatolojiye yer verilmesi ve olgu tartışmaları olarak belirlenmiştir.<sup>5</sup> Bu bulgular neticesinde tıp fakültesindeki dermatoloji staj uzunluğu hekimler tarafından yetersiz olarak nitelendirilse de stajın içeriği, stajdaki eğitimin niteliği ve stajyerlerin stajda aktif çalışmasının da dermatoloji eğitiminde en az staj uzunluğu kadar etkin olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda dermatoloji rotasyonu almayan 243 katılımcının (%56,8) toplam puanı 60,95 olup 1 ay süre ile dermatoloji rotasyonu alan 185 katılımcının (%43,2) toplam puanı 63,74 saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,001). Whitaker-Worth ve arkadaşlarının<sup>61</sup> tıp fakültesi öğrencileri, iç hastalıkları ve aile hekimliği asistan hekimlerine yaptığı çalışmada ise tüm katılımcıların doğru cevap ortalamaları %45,6 bulunmuştur. Aynı grupların 1 aylık dermatoloji rotasyonu sonrası doğru cevap oranları %70,7'ye yükselmiştir. Birinci basamak hekimleri dermatolojik hastalıklara yönelik ne kadar eğitim alırlarsa, cilt hastalıklarını teşhis etme becerileri o derece artmaktadır.<sup>61,64</sup> Whitaker-Worth ve ark. rotasyon sonrası kazanılan bilgi ve becerilerin günlük hayatta

kullanılmaması durumunda puanların zamanla azalacağını varsaymışlardır. Her ne kadar katılımcıların puanı rotasyon sonrası yükselmiş olsa da bu puanların katılımcıların alabileceği maksimum puan olduğu düşünüldüğünde artışın yetersiz olduğunu düşünmektedirler.<sup>61</sup> Dermatoloji rotasyonu almak her iki çalışmada da sık görülen dermatolojik hastalıkların tanı ve tedavisinde faydalıdır. Çalışmamızda dermatoloji rotasyonu sonrası katılımcıların tinea pedis puanı (p:0,023), skabiyez puanı (p<0,001) ve oral aft puanı (p:0,002) da istatistiksel olarak anlamlı derecede artmıştır. Whitaker-Worth ve ark. çalışmasında 1 aylık dermatoloji rotasyonu öncesi katılımcıların akneyi tanıma yüzdesi %88, atopik dermatiti tanıma yüzdesi %32 iken; rotasyon sonrası bu oranlar sırasıyla %92 ve %75'e yükselmiştir. Bu bulgular, sık karşılaşılan dermatolojik hastalıkların dermatoloji rotasyonu sonrasında daha iyi yönetilebilir duruma geldiğini destekler niteliktedir. Mezuniyet sonrası dermatoloji eğitimi alma durumu değerlendirildiğinde; çalışmamızda aile hekimliği dermatoloji okulu vb. eğitimleri alan 81 katılımcının (%18,9) toplam puanı, almayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (p:0,040). Aile hekimliği dermatoloji okulu vb. eğitimleri alan katılımcıların akne puanı da almayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (0,005). Aybal ve arkadaşlarının<sup>5</sup> çalışmasında, katılımcıların %53,8'i mezuniyet sonrası dermatoloji ile ilgili bir eğitim programına katıldığını belirtmiştir. İngiltere'de yapılan bir çalışmada birinci basamakta çalışan hekimlerin %31'inin dermatoloji alanında lisansüstü bir eğitime katıldığı saptanmıştır.<sup>4</sup> Hong Kong'ta yapılan bir çalışmada ise birinci basamak hekimlerine kısa bir lisansüstü eğitim kursu eğitim verilmiştir. Kurs sonrası katılımcıların %86,9'u hastalara daha fazla ilgi gösterdiğini, katılımcıların %85,5'i ise hastalara yaklaşımlarının değiştiğini ifade etmiştir. Kurs sonrası katılımcılar, ayırıcı tanı yapmakta kendilerine olan güvenlerinin arttığını belirtmişlerdir. Katılımcıların sık görülen dermatolojik hastalıkları tanıma ve yönetme öz yeterlilik ifadelerinde de istatistiksel olarak anlamlı artış saptanmıştır (p<0,001).<sup>65</sup> Tüm bu bulgular neticesinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde dermatoloji rotasyonu almanın ve tıp fakültesi mezuniyeti sonrası dermatoloji eğitimlerine katılmanın, dermatolojik yakınması olan hastalara yaklaşımda hekimlerin daha iyi bir tutum sergilemesine katkı sağladığı ve hekimlerin dermatolojik hastalıkların tanı ve tedavisi için bilgi, beceri ve özgüvenlerini arttırdığı söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların %72'si cilt hastalıklarını tanımada zorlandığını ifade etmiştir. Denizli ilinde birinci basamak hekimlerine yapılan bir çalışmada hekimlerin %83,2'si dermatolojik yakınması olan hastalara tanı koymada zorluk çektiğini belirtmiştir.

<sup>5</sup> Yurt dışında yapılan bir çalışmada ise birinci basamak hekimlerinin %38,2'si sık görülen dermatolojik hastalıkları teşhis etme konusunda kendilerini yeterli hissetmediklerini ifade etmiştir. <sup>65</sup> Çalışmamızda cilt hastalıklarını tanımada zorlandığını ifade eden katılımcıların aldıkları toplam puan, zorlanmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur (p:0,037). Cilt hastalıklarını tanımada zorlandığını belirten katılımcıların oral aft puanı da diğer katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür (p:0,004). Çalışmamızda katılımcıların %70,3'ü cilt hastalıklarını tedavi etmede zorlandığını ifade etmiştir. Cilt hastalıklarını tedavi etmede zorlanan katılımcıların aldıkları toplam puan, zorlanmayan katılımcılara göre daha düşüktür. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı derecede değildir. Cilt hastalıklarını tedavi etmede zorlandığını belirten katılımcıların akne vulgaris puanı, diğer katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktür (p:0,032). Bu bulgular katılımcıların öz yeterlilik ifadeleri ile aldıkları puanların tutarlı olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda katılımcıların büyük bir yüzdesi cilt hastalıklarının tanı ve tedavisinde kendilerini yetersiz hissetmektedirler. Yapılan bir çalışmada birinci basamak hekimlerine verilen kısa bir lisansüstü dermatoloji eğitim kursu sonrası katılımcıların sık görülen dermatolojik hastalıkları tanıma ve yönetmeye dair özgüvenlerinde istatistiksel olarak anlamlı artış saptanmıştır (p<0,001). <sup>65</sup> Federman ve ark. ise çalışmalarında dermatolojik hastalıklarda tanılarının %67'sine doğru tedavi verildiğini saptamışlar ve doğru tedavi gören hastaların sayısının da tanı doğruluğunun atması ile mümkün olabileceğini belirtmişlerdir. <sup>12</sup> Birinci basamakta görev yapacak olan hekimlerin dermatolojik hastalıkları tanıma ve tedavi etmeye ilişkin özgüvenlerinin artması ile daha yüksek tanı ve tedavi başarısı elde edilebilir. Bu da dermatolojide sürekli tıp eğitimi ile mümkün olacaktır.

Çalışmamızda katılımcıların %95,3'ü tedavi planı oluştururken internet veya reçete kitaplarından yardım aldığını belirtmiştir. Ülkemizde dermatoloji eğitimi ile ilgili yapılan başka bir çalışmada birinci basamakta çalışan hekimlerinin ilaç rehberi ya da reçete kitabı kullanma oranı %28,1 bulunmuştur. <sup>6</sup> Özyurt ve ark. bu çalışmasında 20-29 yaş (p:0,020) ve ≥50 yaş (p:0,038) gruplarının, 40-49 yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derece daha fazla ilaç rehberi ya da reçete kitabı kullandığı belirtilmiştir. Özyurt ve arkadaşları<sup>6</sup> bu istatistiksel farkı yeni mezun hekimler için jenerik isimler konusundaki tecrübe azlığına, daha önce mezun olmuş hekimler için ise yeni etken madde ya da jenerik isim takibi için ilaç rehberi kullanımına bağlamıştır. Yapılan bu çalışmada 20-29 yaş grubunun ilaç rehberi ya da reçete kitabı kullanım sıklığı %52,6 bulunmuştur. Bizim çalışmamızın yaş ortalaması daha genç olup katılımcıların %85,3'ü 30 yaş ve altında bulunmaktadır. İki çalışma



arasındaki bu farklılık katılımcı grupların yaş farklılığından ve internet üzerinden bilgiye ulaşmanın yaygınlaşmasından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızda internet veya reçete kitaplarından yardım alan katılımcılar, almayan katılımcılara göre anlamlı olarak daha düşük puan almıştır (p:0,026). İnternet veya reçete kitaplarından yardım alan katılımcıların daha düşük puan almalarının sebebi kendilerini dermatolojik hastalıkların tanı ve tedavileri açısından yetersiz hissediyor olmaları olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %72'si "Tinea pedis'i başarılı bir şekilde tedavi ederim" ifadesine "evet" yanıtını vermiştir. Bu katılımcıların tinea pedis puanları, "hayır" yanıtını veren katılımcılara göre yüksektir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Özyurt ve arkadaşlarının<sup>6</sup> çalışmasında katılımcıların %68,9'u "Tinea pedis'i başarılı bir şekilde tedavi ederim" ifadesine "katılıyorum" yanıtını vermiştir. Aybal ve arkadaşlarının<sup>5</sup> yaptığı çalışmada ise katılımcıların %60'ı yüzeysel mantar enfeksiyonlarına direk tedavi verdiğini belirtmiştir. Yapılan çalışmaların bulguları, bizim çalışmamızın bulguları ile örtüşmektedir.

Çalışmamızda dermatitleri yönetmede zorlandığını ifade eden katılımcıların yüzdesi 54'tür. Özyurt ve arkadaşlarının<sup>6</sup> çalışmasında %17,9 katılımcı dermatitleri yönetmede zorlandığını ifade etmiştir. Aybal ve arkadaşlarının<sup>5</sup> yaptığı çalışmada katılımcıların %78,4'ü dermatit tanısında zorluk çekmeyeceğini belirtmiştir. Atopik dermatit sıklığının özellikle gelişmiş ülkelerde artışta olduğu bilinmektedir.<sup>35</sup> İki çalışma ile bizim çalışmamız arasındaki fark bu artıştan etkilenmiş olabilir. Dermatitleri yönetmede zorlandığını ifade eden katılımcıların aldıkları atopik dermatit puanı zorlanmayan katılımcılara göre daha düşüktür. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Çalışmamızda katılımcıların %69,2'si "Akne vulgaris'i tanır ve tedavi edebilirim" ifadesine evet yanıtını vermiştir. Özyurt ve arkadaşlarının<sup>6</sup> çalışmasında katılımcıların %80,5'i akne tanısını koymada zorlanmayacağını, %67,5'i akne tedavisini başarılı bir şekilde yapabileceğini belirtmiştir. Aybal ve arkadaşlarının<sup>5</sup> yaptığı çalışmada katılımcıların %92,3'ü akne tanısı koymada zorluk çekmeyeceklerini ifade etmiştir. Bulgularımız, yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda Akne vulgaris'i tanıyıp ve tedavi edebileceğini belirten katılımcılar, diğer katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır (p:0,045). Katılımcıların öz yeterlilik ifadeleri ile aldıkları puanlar birbirini destekler niteliktedir.

Çalışmamızda katılımcıların %83,9'u Uyuz'u tanıyıp tedavi edebileceğini belirtmiştir. Aybal ve arkadaşlarının<sup>5</sup> yaptığı çalışmada katılımcıların %33,9'u paraziter deri

hastalıklarına tanı koymada zorlanmadığını ifade etmiştir. İki çalışma bulguları birbirine paralellik göstermektedir. Uyuz'u tanıyıp tedavi edebileceğini belirten katılımcılar, diğer katılımcılara göre daha yüksek puan almıştır. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Çalışmamızda Oral aftların ayırıcı tanısını yapmakta ve hastalığı tedavi etmekte zorluk çekmeyeceğini ifade eden katılımcıların yüzdesi %52,6'dır. Aybal ve arkadaşlarının<sup>5</sup> yaptığı çalışmada katılımcıların %36,9'u Behçet hastalığı-oral aft tanısında zorluk çekmediğini belirtmiştir. Çalışmamızda oral aftların ayırıcı tanısını yapmakta ve hastalığı tedavi etmekte zorluk çekmeyeceğini ifade eden katılımcıların aldıkları oral aft puanı, diğer katılımcılara göre daha yüksektir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Çalışmamızda katılımcıların %69,9'u dermatolojik problemi olan hastaları genellikle dermatoloji polikliniğine yönlendireceğini ifade etmiştir. Aybal ve arkadaşlarının<sup>5</sup> yaptığı çalışmada dermatolojik yakınması olan hastalara katılımcıların %83,2'si tanı koymada güçlük çekse de katılımcıların sadece %30'u dermatolojik yakınma ile başvuran hastayı bir üst merkeze sevk etmiştir. Aybal ve arkadaşları<sup>5</sup> bu bulguları, dermatolojik problemler sıklıkla hayati tehlike taşımadığından hekimlerin tanı koymada zorlansalar da tedavi vermede çekinmiyor olabilecekleri şeklinde yorumlamıştır. Çalışmamızda katılımcılar dermatolojik hastalıkları yönetme konusunda kendilerini yetersiz hissettikleri için dermatolojik problemi olan hastaları dermatoloji polikliniğine yönlendireceğini ifade etmiş olabilir. Bulgularımız bu yorumu desteklemektedir. Dermatolojik problemi olan hastaları genellikle dermatoloji polikliniğine yönlendireceğini belirten katılımcıların aldıkları toplam puan, diğer katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktür (p:0,001). Dermatolojik problemi olan hastaları genellikle dermatoloji polikliniğine yönlendireceğini belirten katılımcıların aldıkları skabiyez puanı ve oral aft puanı da diğer katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktür (p:0,006, p:0,002). Miami'de yapılan bir çalışmada birinci basamak hekimlerinin dermatolojik yakınma ile başvuran hastaların %37,5'ini dermatoloğa sevk ettiği saptanmıştır. Bu sevklerin %68'i ilk başvuruda yapılmıştır. Sevk edilen tüm vakalarda birinci basamak hekiminin tanısı ile dermatoloğun tanısı %24 uyumlu bulunmuştur.<sup>66</sup> Yapılan diğer çalışmalarda ise dermatologlar ile birinci basamak hekimleri arasında tanıdaki genel uyum, Moreno ve ark. çalışmasında %57 ve Tran ve ark. çalışmasında %42 saptanmıştır.<sup>7,67</sup> Moreno ve ark.<sup>7</sup> tanıları arasındaki bu uyum yüzdesini yetersiz olarak nitelendirmiştir. Ancak birinci basamak hekimlerinin sık görülen dermatolojik hastalıkların tanısında nadir görülen dermatolojik hastalıklara göre daha iyi

olduklarını belirtmiştir. Lam ve ark.<sup>65</sup> çalışmasında ise birinci basamak hekimlerinin dermatolojik yakınması olan hastaları sevk ortalaması %31,9 saptanmıştır. Katılımcıların dermatoloji eğitim kursu sonrası sevk ortalaması %23,5'e gerilemiştir. Yapılan çalışmalar gösteriyor ki dermatolojik problemi olan hastalar azımsanmayacak yüzdelerle dermatoloji polikliniklerine yönlendirmektedir. Dermatoloji eğitimleri sonucunda ise bu yüzdelerin gerilediği gösterilmiştir. Çalışmamızda çok sayıda katılımcı dermatolojik problemi olan hastaları dermatoloji polikliniğine yönlendireceğini ifade etse de pratikte bu oran daha düşük olabilir. Aile hekimliği pratiğinde yapılacak yeni çalışmalar sevk oranlarına ilişkin daha doğru sonuçlar verebilir.

Tüm bu veriler bir bütün olarak değerlendirildiğinde birinci basamakta görev yapacak olan uzman aile hekimleri, tıp fakültesindeki dermatoloji stajlarında ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde dermatoloji rotasyonunda eğitim alsalar da bu eğitimin sık görülen dermatolojik hastalıkların tanı, tedavi ve yönetiminde yetersiz kaldığı görülmektedir. Tıp fakültesindeki stajlarında ve aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki dermatoloji rotasyonunda sık görülen ve birinci basamakta çalışacak olan hekimlerin pratikte karşılaşabileceği dermatolojik hastalıkların eğitimine ağırlık verilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte dermatolojide mezuniyet sonrası sürekli tıp eğitimi gereksinimine dikkat çekilmek istenmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Birinci basamak sağlık kuruluşlarına hasta başvuruları gün geçtikçe artmaktadır. Bu başvurular içinde dermatolojik yakınmalar önemli yer tutmaktadır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan hekimler özellikle sık karşılaşılan hastalıkların tanı, tedavi ve yönetimine hâkim olmalıdır.

Araştırmamız sonucu;

1. Tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin sık görülen dermatolojik hastalıklara ilişkin bilgi düzeyinin istenilen düzeyde olmadığını ortaya koymuştur.
2. Tıp fakültesindeki dermatoloji stajlarında, aile hekimliği uzmanlık eğitim sürecindeki dermatoloji rotasyonunda ve mezuniyet sonrası katılan eğitim kurslarında alınan eğitimlerin hekimlere bilgi, beceri ve tutum olarak katkı sağladığı saptanmıştır. Alınan eğitimlerin hekimlere sağladığı olumlu katkı umut vaat etmektedir.
3. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışacak olan aile hekimi uzmanları, pratikte sık karşılaştıkları dermatolojik hastalıklara yaklaşımda donanımlı olarak yetiştirildiği takdirde 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarındaki hasta yükünün de önüne geçilmiş olacaktır. Sağlık sisteminde daha düşük maliyetle daha iyi hizmet verilmesi mümkün olacaktır.

Araştırmamız dermatoloji eğitimde tıp fakültesi mezuniyeti öncesi ve sonrası eğitim planlamalarına ışık tutabilir.

### Öneriler;

1. Tıp fakültesi mezuniyet öncesi ve sonrasında verilecek olan eğitimlerde, birinci basamakta sık karşılaşılabilecek hastalıklara önem ve öncelik verilmesi gerek yeni mezun pratisyen hekimler için gerekse aile hekimi uzmanları için faydalı olacaktır.
2. Mezuniyet sonrası dermatoloji eğitimi sürekli hale getirilmeli, verilecek olan eğitim seminerleri ile aile hekimlerinin bilgi birikimi güncel ve taze tutulmalıdır.

## 7. ÖZET

**Amaç:** Gelişen sağlık sistemi ve hasta bilinci ile hastaların birinci basamak hekimlerinden beklentileri artmıştır. Birinci basamak hekimleri tarafından görülen dermatolojik hastalık sayısı ve buna bağlı olarak dermatoloji hekimine hasta sevki gün geçtikçe artmaktadır. Bu hastaların birinci basamakta tanı ve tedavisi hem sağlık sistemi hem de hasta memnuniyeti ve sağlığı açısından önemlidir. Birinci basamak uzman hekimleri hem tıp fakültesindeki eğitimleri esnasında hem de Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimi sürecinde dermatoloji rotasyonu almaktadırlar. Biz de çalışmamızda aile hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde alınan dermatoloji eğitiminin etkinliğini araştırmak adına Türkiye geneli aile hekimi uzmanlığı asistanlarının dermatolojik hastalıklar konusundaki bilgi düzeylerini ölçmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmamız tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. 01 Ocak 2021 ile 01 Mart 2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini tüm Türkiye’de halen eğitim almakta olan tam zamanlı Aile Hekimliği uzmanlık öğrencileri oluşturmaktadır. Çalışma anketimizde ilk bölümde demografik ve genel bilgiler, ikinci bölümde öz değerlendirme, üçüncü bölümde görsel sorular, dördüncü bölümde doğru/yanlış soruları, beşinci bölümde ise çoktan seçmeli sorular bulunmaktadır. Çalışmamıza 428 kişi katılmıştır. İstatistiksel değerlendirme IBM SPSS 20.0 paket programı ile yapılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmamıza katılan 428 kişinin 310’u kadın 118’i erkekti. Katılımcıların %33,4’ü uzmanlık eğitiminin ilk senesinde, %32,5’i uzmanlık eğitiminin ikinci senesinde, %26,3’ü uzmanlık eğitiminin üçüncü senesinde, kalan katılımcılar da üç seneden fazla süredir uzmanlık eğitiminde bulunmaktaydılar. Uzmanlık eğitiminde geçirilen süre arttıkça katılımcıların oral aft ve skabiyez puanlarında anlamlı artmış bulundu. Katılımcıların %57,5’i tıp fakültesinde dermatoloji stajında aktif çalışmış olup diğer gruba göre aldıkları toplam puanları anlamlı yüksek bulundu. Asistanlık süresince dermatoloji rotasyonu alanların aldıkları toplam puanlar ve hastalık puanları rotasyon almayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Cilt hastalıklarını tanımada zorlandığını ifade eden katılımcıların aldıkları toplam puanlar diğer gruba göre anlamlı derecede düşüktü. Katılımcıların %95,3’ü tedavi planı oluştururken internet veya reçete kitaplarından yardım aldıklarını ifade ettiler, bu grubun aldığı toplam puan diğer katılımcılara göre anlamlı

derecede düşük bulundu. Katılımcıların %83,9'u uyuz hastalığını tanıma ve tedavi etmede kendilerini yeterli görmekteydi.

**Sonuç:** Tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin sık görülen dermatolojik hastalıklara ilişkin bilgi düzeyinin istenilen düzeyde olmadığını ortaya koymuştur. Tıp fakültesindeki dermatoloji stajlarında, aile hekimliği uzmanlık eğitim sürecindeki dermatoloji rotasyonunda ve mezuniyet sonrası katılan eğitim kurslarında alınan eğitimlerin hekimlere bilgi, beceri ve tutum olarak katkı sağladığı saptanmıştır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışacak olan aile hekimi uzmanları, pratikte sık karşılaştıkları dermatolojik hastalıklara yaklaşımda donanımlı olarak yetiştirildiği takdirde 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarındaki hasta yükünün de önüne geçilmiş olacaktır. Sağlık sisteminde daha düşük maliyetle daha iyi hizmet verilmesi mümkün olacaktır.

**Anahtar kelimeler:** dermatoloji, dermatoloji rotasyonu, aile hekimliği, tıp eğitimi

## 8. ABSTRACT

**Objective:** With the developing health system and patient awareness, the expectations of patients from primary care physicians have increased. The number of dermatological diseases seen by primary care physicians and accordingly the referral of patients to dermatology physicians is increasing day by day. The diagnosis and treatment of these patients in primary care is important for both the health system and patient satisfaction and health. Primary care specialists receive dermatology rotation both during their education at the medical faculty and during the Family Medicine Specialization training process. In our study, we aimed to measure the knowledge level of family medicine residents in Turkey on dermatological diseases in order to investigate the effectiveness of the dermatology training received during the family medicine residency training process.

**Method:** Our study is a descriptive study. It was held between 01 January 2021 and 01 March 2021. The population of the research consists of full-time family medicine specialty students currently studying in Turkey. In our study questionnaire, there are demographic and general information in the first part, self-evaluation in the second part, visual questions in the third part, true/false questions in the fourth part, and multiple choice questions in the fifth part. 428 people participated in our study. Statistical evaluation was made with IBM SPSS 20.0 package program.

**Results:** Of the 428 participants in our study, 310 were female and 118 were male. 33.4% of the participants were in the first year of specialization training, 32.5% were in the second year of specialization training, and 26.3% were in the third year of specialization training. The remaining participants had been in the training process for more than three years. As the time spent in residency training increased, the participants' oral aphthae and scabies scores increased significantly. 57.5% of the participants worked actively in the dermatology internship at the medical faculty and their total scores were found to be significantly higher than the other group. The total scores and disease scores of those who received dermatology rotation during their residency were found to be significantly higher than those who did not receive rotation. The total scores of the participants who stated that they had difficulty in recognizing skin diseases were significantly lower than the other group. 95.3% of the participants stated that they got help from the internet or prescription books while creating a treatment plan, and the total score of this group was found to be significantly lower than the

other participants. 83.9% of the participants considered themselves sufficient in recognizing and treating scabies.

**Conclusion:** It has been revealed that the level of knowledge about common dermatological diseases of full-time family medicine residents is not at the desired level. It has been determined that the trainings received in the dermatology internships in the medical faculty, in the dermatology rotation during the family medicine residency training process and in the training courses attended after graduation contribute to physicians in terms of knowledge, skills and attitudes. If family physician specialists who will work in primary health care institutions are trained to approach dermatological diseases that they will encounter frequently in practice, the burden of patients in secondary and tertiary health institutions will be prevented. It will be possible to provide better service at lower cost in the health system.

**Key words:** dermatology, dermatology rotation, family medicine, medical education



## 9. EKLER

### 9.1. EK – 1: Anket Formu

Değerli katılımcı;

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda; "Aile Hekimliği Asistanlarının Sık Görülen Dermatolojik Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi " isimli bir bilimsel araştırma çalışması yürütülmektedir.

Araştırma formunun tamamlanması ortalama 8-10 dakika sürmektedir. Bu form aracılığıyla elde edilecek veriler gizli kalacaktır ve sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmayı reddedebileceğiniz gibi araştırmaya katıldıktan sonra istediğiniz anda ayrılma hakkına da sahipsiniz.

Verdiğiniz cevaplarla çalışmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Tuncay Müge Alvur

Prof. Dr. Aysun Şikar Aktürk

Araş. Gör. Dr. Vildan Sönmez

- Çalışmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum  
Evet Hayır

#### 1. Sosyodemografik Özellikler

- Cinsiyetiniz  
Kadın Erkek
- Yaşınız:  
<25yaş 25-30  
>30
- Mezun olalı kaç yıl oldu?  
0-1 Yıl 1-5 yıl  
5-10 yıl ≥10
- Görev tanımınız?  
Tam zamanlı aile hekimi asistanı  
Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencisi
- Aile hekimliği asistanlığında kaçınıcı yılınız?  
1 2  
3 >3

- Aile hekimliği asistanlığına başlamadan önce hekim olarak çalıştınız mı?  
Evet Hayır
- TUS'ta ilk tercihiniz dermatoloji miydi?  
Evet Hayır
- Tıp fakültesinde dermatoloji stajında aktif çalıştınız mı?  
Evet Hayır
- Tıp fakültesinde dermatoloji stajı kaç haftaydı?  
2 3  
4
- İntörnken dermatolojide hasta takibi yaptınız mı?  
Evet Hayır
- Aile Hekimliği asistanlık sürecinde Dermatoloji rotasyonu aldınız mı?  
Aldım Almadım  
Şu an Dermatoloji rotasyonundayım
- Aile hekimliği dermatoloji okulu ve benzeri eğitimlere katıldınız mı?  
Evet Hayır

## 2. Öz değerlendirme

- Cilt hastalıklarını tanımada zorlanırım.  
Evet Hayır
- Cilt hastalıklarını tedavi etmede zorlanırım.  
Evet Hayır
- Tedavi planı oluştururken internet veya reçete kitaplarından yardım alırım.  
Evet Hayır
- Tinea pedisi başarılı bir şekilde tedavi ederim.  
Evet Hayır
- Dermatitleri yönetmekte zorlanırım.  
Evet Hayır
- Akne vulgaris'i tanırl ve tedavi edebilirim.  
Evet Hayır
- Uyuzu tanırl ve tedavi edebilirim.  
Evet Hayır
- Oral aftların ayırıcı tanısını yapmakta ve hastalığı tedavi etmekte zorluk çekmem.  
Evet Hayır
- Dermatolojik hastalığı olan hastaları genellikle dermatoloji polikliniğine yönlendiririm.  
Evet Hayır

### 3. Görsel Sorular

- Aşağıdaki görsellerden hangisi mantar enfeksiyonudur?



a)



b)



c)



d)



e)

- Aşağıdakilerden atopik dermatit olmadığını düşündüğünüz görseli işaretler misiniz?



a)



b)



c)



d)



e)

- Hangisi skabies predileksiyon bölgelerine(yerleşim yerlerine) uymaz?



a)



b)



c)



d)

- Hangisi açık komedondur?



a)



b)

- Hangisi oral afttır?





#### 4. Doğru/yanlış

- Tinea pedis, T. manus, T. corporis, T. kruris ve T. versicolor için ilk seçenek topikal antifungal tedavidir. D□/Y□
- T. pedis'ten korunmak için yaz aylarında ayak pudrası kullanılması faydalıdır. D□/Y□
- Tırnak mantarı tedavisi 3 aydan az olmamak kaydı ile 6 aya kadar çıkabilir. D□/Y□
- Ayağın dorsal kısmının enfeksiyonu tinea korporis olarak kabul edilir. D□/Y□
- Tinea pedis soyunma odası veya yüzme havuzu gibi alanlarda çıplak ayakla yürümekle bulaşabilir. D□/Y□
- Tinea pedis'e sıklıkla Tinea corporis eşlik eder. D□/Y□
- Atopik dermatitte bebeklik döneminde (0-2 yaş) yüz ve ekstansör bölgelerde, çocukluk döneminde (2-12 yaş) fleksural bölgeler, ense, el ve ayak sırtı tutulumu, erişkin dönemde el, antekubital ve popliteal fossalar, baş ve boyun tutulumu sıktır. D□/Y□
- Akne vulgarisin tipik dağılımı, yüz, boyun, göğüs, sırtın üst kısmı ve kolların üst kısmı dahil olmak üzere büyük, hormona duyarlı yağ bezlerinin bulunduğu vücut bölgeleri ile ilişkilidir. D□/Y□
- Akne vulgariste genetik yatkınlık söz konusudur. D□/Y□
- Uyuz kısa süreli cilt temasıyla (Örneğin el sıkma) bulaşmaz. D□/Y□
- Uyuz tedavisinde topikal kükürt tipik olarak iki aylıktan küçük bebeklerin tedavisi için kullanılır. D□/Y□
- Uyuz hastalığında bireysel tedavi yeterlidir. Aile tedavisine gerek yoktur. D□/Y□
- Basit aftlı hastalar için topikal kortikosteroidler birinci basamak tedavi olarak önerilir. D□/Y□
- Tekrarlayan oral aftlarda özellikle Behçet hastalığının düşünülmesi gerekir. D□/Y□

#### 5. Çoktan seçmeli sorular

- Atopik dermatit ile ilgili hangisi yanlıştır?
  - a) Temel sorun deri bariyerinin bozulmasıdır.
  - b) Genetik yatkınlık etyolojide rol oynar.
  - c) Prevalansı giderek artmaktadır.
  - d) Glisemik indeksi yüksek batı tarzı beslenmenin etyolojide rolü yoktur.
  - e) Hastalığın yerleşim yeri bebek, çocuk ve erişkin döneminde farklılık gösterir.
- Hangisi atopik dermatit tanısında kullanılan majör kriterlerden biri değildir?
  - a) Kaşıntı
  - b) Kronik ve tekrarlayıcı ekzema
  - c) Bebek ve çocuklarda yüz, boyun ve ekstansör bölge tutulumu, herhangi bir yaş grubunda fleksural bölgelerde lezyon veya lezyon öyküsü
  - d) Ailede atopi öyküsü
  - e) Gıda intoleransı
- Hangisi atopik dermatiti önlemek için tavsiye edilen önerilerden biri değildir?
  - a) Tetikleyici faktörler uzaklaştırılmalı (gıdalar, aeorjenler, hormonlar, stres, iklim, ev tozu akarları vs.)
  - b) Günlük yaşamda kıyafet, yastık, nevresim kullanımında pamuklu kumaşlar tercih edilmeli.

- c) Nemlendirici ürünler düzenli ve günlük olarak kullanılmalı.
- d) Eğer dermatit çok sık aktifleşiyorsa düşük potensli bir topikal steroid devamlı kullanılmalı.
- Atopik dermatit tedavisinde hangisi genellikle tercih edilmez?
    - a) Topikal steroidler
    - b) Oral steroid
    - c) Takrolimus
    - d) Pimekrolimus
    - e) Topikal antibiyotikler
  - Aşağıda verilen topikal steroidlerin potenslerine göre sıralaması (güçlü etkiliden zayıf etkilie) hangisinde doğru verilmiştir?
    - a) Betametazon dipropiyonat- Mometazon furoat- Metilprednizolon aseponat- Hidrokortizon asetat
    - b) Mometazon furoat- Betametazon dipropiyonat- Metilprednizolon aseponat- Hidrokortizon asetat
    - c) Hidrokortizon asetat- Metilprednizolon aseponat- Mometazon furoat- Betametazon dipropiyonat
    - d) Hidrokortizon asetat-Betametazon dipropiyonat- Mometazon furoat- Metilprednizolon aseponat
    - e) Betametazon dipropiyonat- Mometazon furoat- Hidrokortizon asetat- Metilprednizolon aseponat
  - Tinea pedisin en sok görülen tipi hangisidir?
    - a) interdijital tip
    - b) kronik hiperkeratotik (makosen) tip
    - c) vezikülobüllöz (inflamatuvar) tip
    - d) ülseratif tip
  - Terbinafin ile ilgili hangisi yanlıştır?
    - a) Böbreklerden elimine olur.
    - b) Gebelik ve laktasyon döneminde kontrendikedir.
    - c) Aç veya tok alınabilir.
    - d) Tedaviye başlamadan KCFT bakılmalıdır.
  - Tinea pedis tedavisinde kullanılan sistemik antifungal ilaçlar ve tedavi süresi eşleştirmelerinden hangisi doğrudur?
    - a) Terbinafin 2 hafta, İtrakonazol 1 hafta, Flukanozal 2-6 hafta
    - b) Terbinafin 1 hafta, İtrakonazol 2 hafta, Flukanozal 2-6 hafta
    - c) Terbinafin 2-6 hafta, İtrakonazol 1 hafta, Flukanozal 2 hafta
    - d) Terbinafin 2 hafta, İtrakonazol 2-6 hafta, Flukanozal 1 hafta
  - Aşağıdaki topikal ajanlardan hangisi dermatofit enfeksiyonunu tedavi etmeyip sadece Candida enfeksiyonunu tedavi eder?
    - a) Naftifin
    - b) Terbinafin
    - c) Nistatin
    - d) ketokonazol

- Tinea pedisten korunma için hangisi yanlıştır?
  - a) Ayaklar yıkadıktan sonra iyice kurulanmalı
  - b) Kapalı dar ayakkabılar giyilmemeli
  - c) Pamuklu, teri iyi emen çoraplar tercih edilmeli
  - d) Ayakkabı ve terlikler %10 formolle dezenfekte edilebilir.
  - e) Her gün aynı ayakkabı giyilmelidir.
- Hangisi Akne patojenizindeki 4 ana faktörden biri değildir?
  - a) Foliküler hiperkeratinizasyon
  - b) Yağ bezleri tarafından artan sebum üretimi
  - c) Cutibacterium acnes proliferasyonu
  - d) Hiperandrojenizm
  - e) İnflamasyon
- Aşağıdakilerden hangisi ilaca bağlı akne oluşumuna neden olmaz?
  - a) B12
  - b) Glukokortikoidler
  - c) Yalnızca progestin içeren kontraseptif ajanlar
  - d) Androjenler
  - e) Levotiroksin sodyum
- Benzoil peroksit ile ilgili hangisi yanlıştır?
  - a) Antibakteriyel özellikleri olan bir komedolitikdir.
  - b) Topikal antibiyotikler ile kombine kullanılamaz.
  - c) Beyazlatıcı bir ajan olduğundan saç ve giysilerde beyazlamaya neden olabilir.
  - d) Kullanıldığı zaman kızarıklık, kepeklenme, yanma gibi irritasyon bulgularına yol açabilirler.
  - e) Benzoil peroksitin tretinoin üzerindeki oksitleyici etkisi nedeniyle tretinoin ve benzoil peroksit cilde aynı anda uygulanmamalıdır.
- İzotretinoin tedavisi ile ilgili hangisi yanlıştır?
  - a) Gebelikte kullanıldığında teratojen etkilere sahiptir.
  - b) Reçete edilen hastaların kontrollerinde serum trigliserit ve kolesterol seviyelerinde artma görülebilir.
  - c) Miyalji en sık görülen nöromuskuler şikayettir.
  - d) Kemikler üzerine herhangi bir etkisi yoktur.
  - e) Oral ve nazal mukozada kuruluğa neden olur.
- Skabies (uyuz) ile ilgili hangisi yanlıştır?
  - a) Tüneler sıklıkla parmak araları, bilek, dirsek ve ayaklarda görülürken; sekonder elementer lezyonlar bütün vücutta, özellikle de bacaklarda, göbek çevresinde ve koltuk altlarında görülür.
  - b) Çocuklarda lezyonlar genellikle yetişkinlere göre daha iltihaplıdır ve sıklıkla veziküler veya büllözdür.
  - c) Permetrin 2 aydan küçük bebeklerde, emziren kadın ve gebelerde kullanılır.
  - d) Uyuza bağlı kaşıntı akarın kendisine ve dışkılarına karşı gecikmiş tipte aşırı duyarlılık reaksiyonundan kaynaklanmaktadır.
  - e) Kadınlarda meme çevresi, erkeklerde glans penis sık yerleştiği bölgeler arasında yer alır.

- Tedavisi sonrası uyuz hastalarının kaşıntıları hakkında hangisi yanlıştır?
  - a) Hemen rahatlar.
  - b) 2-3 gün içinde rahatlar.
  - c) Sıklıkla 2-4 hafta devam eder.
  - d) Aylarca sürebilir.
- Hangisi uyuzdaki tedavi seçeneklerinden biri değildir?
  - a) topikal permetrin
  - b) Benzil benzoat
  - c) topikal kükürt
  - d) topikal ivermektin
  - e) topikal hidrokortizon
- Aşağıdakilerden hangisi oral aftlar için predispozan faktörlerden biri değildir?
  - a) ağız mukozasında fiziksel veya kimyasal travma
  - b) duygusal stres
  - c) sigara kullanımı
  - d) besin allerjisi
  - e) menstürasyon
- Hangi hastalıkta oral mukaza tutulumu yoktur?
  - a) Behçet hastalığı
  - b) Liken planus
  - c) Pemfigus vulgaris
  - d) Psöriazis
  - e) Büllöz pemfigoid
- Herhangi bir 12 aylık dönemde klinisyen ya da hasta tarafından gözlenen en az kaç aftöz ülserasyon epizodu tekrarlayan oral aft olarak kabul edilir?
  - a) 2
  - b) 3
  - c) 4
  - d) 5
  - e) 6
- Tekrarlayan oral aft aşağıdaki durumların hangisinde izlenmez?
  - a) Behçet hastalığı
  - b) Vaskülitler
  - c) Sistemik lupus eritematosus
  - d) Çöliak hastalığı
  - e) İnflamatuvar barsak hastalıkları

\*\* Görsel sorular için fotoğraflar, araştırma konularına uygun olarak Google görseller üzerinden erişime açık fotoğraflar arasından seçilmiştir.

## 9.2. EK – 2: Bilgi Sorularını İçeren Cevap Anahtarı

### 1. Görsel sorular cevap anahtarı

- Aşağıdaki görsellerden hangisi mantar enfeksiyonudur?



a)



b)



c)



d)



e)

- Aşağıdakilerden atopik dermatit olmadığını düşündüğünüz görsel işaretler misiniz?



a)



b)



c)



d)



e)

- Hangisi skabiesz predileksiyon bölgelerine(yerleşim yerlerine) uymaz?



a)



b)



c)





d)

- Hangisi açık komedondur?



a)



b)

- Hangisi oral afttır?



a)



b)



c)



d)

## 2. Doğru/yanlış soruları cevap anahtarı

- Tinea pedis, T. manus, T. corporis, T. kruris ve T.versicolor için ilk seçenek topikal antifungal tedavidir. D  /Y
- T.pedis'ten korunmak için yaz aylarında ayak pudrası kullanılması faydalıdır. D  /Y
- Tırnak mantarı tedavisi 3 aydan az olmamak kaydı ile 6 aya kadar çıkabilir. D  /Y
- Ayağın dorsal kısmının enfeksiyonu tinea korporis olarak kabul edilir. D  /Y
- Tinea pedis soyunma odası veya yüzme havuzu gibi alanlarda çıplak ayakla yürümekle bulaşabilir. D  /Y
- Tinea pedis'e sıklıkla Tinea corporis eşlik eder. D  /Y
- Atopik dermatitte bebeklik döneminde (0-2 yaş) yüz ve ekstansör bölgelerde, çocukluk döneminde (2-12 yaş) fleksural bölgeler, ense, el ve ayak sırtı tutulumu, erişkin dönemde el, antekubital ve popliteal fossalar, baş ve boyun tutulumu sıktır. D  /Y
- Akne vulgarisin tipik dağılımı, yüz, boyun, göğüs, sırtın üst kısmı ve kolların üst kısmı dahil olmak üzere büyük, hormona duyarlı yağ bezlerinin bulunduğu vücut bölgeleri ile ilişkilidir. D  /Y
- Akne vulgariste genetik yatkınlık söz konusudur. D  /Y
- Uyuz kısa süreli cilt temasıyla (Örneğin el sıkma) bulaşmaz. D  /Y
- Uyuz tedavisinde topikal күкүрт tipik olarak iki aylıktan küçük bebeklerin tedavisi için kullanılır. D  /Y
- Uyuz hastalığında bireysel tedavi yeterlidir. Aile tedavisine gerek yoktur. D  /Y
- Basit aftlı hastalar için topikal kortikosteroidler birinci basamak tedavi olarak önerilir. D  /Y
- Tekrarlayan oral aftlarda özellikle Behçet hastalığının düşünülmesi gerekir. D  /Y

## 3. Çoktan seçmeli soruları cevap anahtarı

- Atopik dermatit ile ilgili hangisi yanlıştır?
  - a) Temel sorun deri bariyerinin bozulmasıdır.
  - b) Genetik yatkınlık etyolojide rol oynar.
  - c) Prevalansı giderek artmaktadır.
  - d)  Glisemik indeksi yüksek batı tarzı beslenmenin etyolojide rolü yoktur.
  - e) Hastalığın yerleşim yeri bebek, çocuk ve erişkin döneminde farklılık gösterir.
- Hangisi atopik dermatit tanısında kullanılan majör kriterlerden biri değildir?
  - a) Kaşıntı
  - b) Kronik ve tekrarlayıcı ekzema
  - c) Bebek ve çocuklarda yüz,boyun ve ekstansör bölge tutulumu, herhangi bir yaş grubunda fleksural bölgelerde lezyon veya lezyon öyküsü
  - d) Ailede atopi öyküsü
  - e)  Gıda intoleransı
- Hangisi atopik dermatiti önlemek için tavsiye edilen önerilerden biri değildir?
  - a) Tetikleyici faktörler uzaklaştırılmalı (gıdalar, aeorjenler, hormonlar, stres, iklim, ev tozu akarları vs.)

- b) Günlük yaşamda kıyafet, yastık, nevresim kullanımında pamuklu kumaşlar tercih edilmeli.
  - c) Nemlendirici ürünler düzenli ve günlük olarak kullanılmalı.
  - d)  Eğer dermatit çok sık aktifleşiyorsa düşük potensli bir topikal steroid devamlı kullanılmalı.
- Atopik dermatit tedavisinde hangisi genellikle tercih edilmez?
    - a) Topikal steroidler
    - b) Oral steroid
    - c) Takrolimus
    - d) Pimekrolimus
    - e)  Topikal antibiyotikler
- Aşağıda verilen topikal steroidlerin potenslerine göre sıralaması (güçlü etkiliden zayıf etkiliye) hangisinde doğru verilmiştir?
    - a)  Betametazon dipropiyonat- Mometazon furoat- Metilprednizolon aseponat- Hidrokortizon asetat
    - b) Mometazon furoat- Betametazon dipropiyonat- Metilprednizolon aseponat- Hidrokortizon asetat
    - c) Hidrokortizon asetat- Metilprednizolon aseponat- Mometazon furoat- Betametazon dipropiyonat
    - d) Hidrokortizon asetat-Betametazon dipropiyonat- Mometazon furoat- Metilprednizolon aseponat
    - e) Betametazon dipropiyonat- Mometazon furoat- Hidrokortizon asetat- Metilprednizolon aseponat
- Tinea pedisin en sık görülen tipi hangisidir?
    - a)  interdijital tip
    - b) kronik hiperkeratotik (makosen) tip
    - c) vezikülobüllöz (inflamatuvar) tip
    - d) ülseratif tip
- Terbinafin ile ilgili hangisi yanlıştır?
    - a)  Böbreklerden elimine olur.
    - b) Gebelik ve laktasyon döneminde kontrendikedir.
    - c) Aç veya tok alınabilir.
    - d) Tedaviye başlamadan KCFT bakılmalıdır.
- Tinea pedis tedavisinde kullanılan sistemik antifungal ilaçlar ve tedavi süresi eşleştirmelerinden hangisi doğrudur?
    - a)  Terbinafin 2 hafta, İtrakonazol 1 hafta, Flukanozal 2-6 hafta
    - b) Terbinafin 1 hafta, İtrakonazol 2 hafta, Flukanozal 2-6 hafta
    - c) Terbinafin 2-6 hafta, İtrakonazol 1 hafta, Flukanozal 2 hafta
    - d) Terbinafin 2 hafta, İtrakonazol 2-6 hafta, Flukanozal 1 hafta
- Aşağıdaki topikal ajanlardan hangisi dermatofit enfeksiyonunu tedavi etmeyip sadece Candida enfeksiyonunu tedavi eder?
    - a) Naftifin
    - b) Terbinafin
    - c)  Nistatin
    - d) ketokonazol

- Tinea pedisten korunma için hangisi yanlıştır?
  - a) Ayaklar yıkadıktan sonra iyice kurulanmalı
  - b) Kapalı dar ayakkabılar giyilmemeli
  - c) Pamuklu, teri iyi emen çoraplar tercih edilmeli
  - d) Ayakkabı ve terlikler %10 formolle dezenfekte edilebilir.
  - e)  Her gün aynı ayakkabı giyilmelidir.
- Hangisi Akne patogenizindeki 4 ana faktörden biri değildir?
  - a) Foliküler hiperkeratinizasyon
  - b) Yağ bezleri tarafından artan sebum üretimi
  - c) Cutibacterium acnes proliferasyonu
  - d)  Hiperandrojenizm
  - e) İnflamasyon
- Aşağıdakilerden hangisi ilaca bağlı akne oluşumuna neden olmaz?
  - a) B12
  - b) Glukokortikoidler
  - c) Yalnızca progesterin içeren kontraseptif ajanlar
  - d) Androjenler
  - e)  Levotiroksin sodyum
- Benzoil peroksit ile ilgili hangisi yanlıştır?
  - a) Antibakteriyel özellikleri olan bir komedolitikdir.
  - b)  Topikal antibiyotikler ile kombine kullanılamaz.
  - c) Beyazlatıcı bir ajan olduğundan saç ve giysilerde beyazlamaya neden olabilir.
  - d) Kullanıldığı zaman kızarıklık, kepeklenme, yanma gibi irritasyon bulgularına yol açabilirler.
  - e) Benzoil peroksitin tretinoin üzerindeki oksitleyici etkisi nedeniyle tretinoin ve benzoil peroksit cilde aynı anda uygulanmamalıdır.
- İzotretinoin tedavisi ile ilgili hangisi yanlıştır?
  - a) Gebelikte kullanıldığında teratojen etkilere sahiptir.
  - b) Reçete edilen hastaların kontrollerinde serum trigliserit ve kolesterol seviyelerinde artma görülebilir.
  - c) Miyalji en sık görülen nöromuskuler şikayettir.
  - d)  Kemikler üzerine herhangi bir etkisi yoktur.
  - e) Oral ve nazal mukozada kuruluğa neden olur.
- Skabies (uyuz) ile ilgili hangisi yanlıştır?
  - a) Tüneller sıklıkla parmak araları, bilek, dirsek ve ayaklarda görülürken; sekonder elementer lezyonlar bütün vücutta, özellikle de bacaklarda, göbek çevresinde ve koltuk altlarında görülür.
  - b) Çocuklarda lezyonlar genellikle yetişkinlere göre daha iltihaplıdır ve sıklıkla veziküler veya büllözdür.
  - c)  Permetrin 2 aydan küçük bebeklerde, emziren kadın ve gebelerde kullanılır.
  - d) Uyuza bağlı kaşıntı akarın kendisine ve dışıklarına karşı gecikmiş tipte aşırı duyarlılık reaksiyonundan kaynaklanmaktadır.

- e) Kadınlarda meme çevresi, erkeklerde glans penis sık yerleştiği bölgeler arasında yer alır.
- Tedavisi sonrası uyuz hastalarının kaşıntıları hakkında hangisi yanlıştır?
    - a) Hemen rahatlar.
    - b) 2-3 gün içinde rahatlar.
    - c) Sıklıkla 2-4 hafta devam eder.
    - d)  Aylarca sürebilir.
  - Hangisi uyuzdaki tedavi seçeneklerinden biri değildir?
    - a) topikal permetrin
    - b) Benzil benzoat
    - c) topikal kükürt
    - d) topikal ivermektin
    - e)  topikal hidrokortizon
  - Aşağıdakilerden hangisi oral aftlar için predispozan faktörlerden biri değildir?
    - a) ağız mukozasında fiziksel veya kimyasal travma
    - b) duygusal stres
    - c)  sigara kullanımı
    - d) besin allerjisi
    - e) menstürasyon
  - Hangi hastalıkta oral mukaza tutulumu yoktur?
    - a) Behçet hastalığı
    - b) Liken planus
    - c) Pemfigus vulgaris
    - d)  Psöriazis
    - e) Büllöz pemfigoid
  - Herhangi bir 12 aylık dönemde klinisyen ya da hasta tarafından gözlenen en az kaç aftöz ülserasyon epizodu tekrarlayan oral aft olarak kabul edilir?
    - a) 2
    - b)  3
    - c) 4
    - d) 5
    - e) 6
  - Tekrarlayan oral aft aşağıdaki durumların hangisinde izlenmez?
    - a) Behçet hastalığı
    - b)  Vaskülitler
    - c) Sistemik lupus eritematosus
    - d) Çöliak hastalığı
    - e) İnflamatuar barsak hastalıkları

## 10. KAYNAKÇA

1. Özcan A, Şenol M, Karaca Ş, Kalayci B. Dermatoloji Eğitiminin Mezuniyet Sonrası Değerlendirilmesi. Turk Klin J Dermatol. 2004;14(4):197-201.
2. Feldman SR, Fleischer AB, Chen JG. The gatekeeper model is inefficient for the delivery of dermatologic services. J Am Acad Dermatol. 01 Mart 1999;40(3):426-32.
3. Stern RS, Nelson C. The diminishing role of the dermatologist in the office-based care of cutaneous diseases. J Am Acad Dermatol. Kasım 1993;29(5):773-7.
4. Harlow ED, Burton JL. What do general practitioners want from a dermatology department? Br J Dermatol. Şubat 1996;134(2):313-8.
5. Aybal T, Güme S, Kahyaoğlu M, Kaçar N, Ergin Ş. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hekimlerin Deri ve Zührevi Hastalıklar ile İlgili Deneyimleri ve Mezuniyet Öncesi Eğitim Hakkındaki Görüşleri. :6.
6. Özyurt K, Sucaklı MH, Çölgeçen E, Çelik M. Knowledge of family physicians on common dermatological diseases and their diagnosis and management trends. TURKDERM. 05 Aralık 2014;48(4):254-62.
7. Moreno G, Tran H, Chia AL, Lim A, Shumack S. Prospective study to assess general practitioners' dermatological diagnostic skills in a referral setting. Australas J Dermatol. 2007;48(2):77-82.
8. Benton EC, Kerr OA, Fisher A, Fraser SJ, McCormack SKA, Tidman MJ. The changing face of dermatological practice: 25 years' experience. Br J Dermatol. 2008;159(2):413-8.
9. Kerr OA, Tidman MJ, Walker JJ, Aldridge RD, Benton EC. The profile of dermatological problems in primary care. Clin Exp Dermatol. 2010;35(4):380-3.
10. Ramsay DL, Fox AB. The Ability of Primary Care Physicians to Recognize the Common Dermatoses. Arch Dermatol. 01 Ekim 1981;117(10):620-2.
11. Al-Hoqail IA, Gad A, Crawford RI. Dermatology practice in primary health care services: where do we stand in the Middle East? Int J Dermatol. Ocak 2002;41(1):4-7.
12. Federman D, Hogan D, Taylor JR, Caralis P, Kirsner RS. A comparison of diagnosis, evaluation, and treatment of patients with dermatologic disorders. J Am Acad Dermatol. 01 Mayıs 1995;32(5, Part 1):726-9.
13. Simpson NB, Cunliffe WJ. Disorders of the Sebaceous Glands. İçinde: Rook's Textbook of Dermatology [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2004 [a.yer 08 Mart 2021]. s. 2121-96. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9780470750520.ch43>
14. Robert E. RAKEL DPR. Aile Hekimliği.
15. Bhate K, Williams HC. Epidemiology of acne vulgaris. Br J Dermatol. 2013;168(3):474-85.

16. Walker N, Lewis-Jones MS. Quality of life and acne in Scottish adolescent schoolchildren: use of the Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) and the Cardiff Acne Disability Index (CADI). *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. Ocak 2006;20(1):45-50.
17. Wu T-Q, Mei S-Q, Zhang J-X, Gong L-F, Wu F-J, Wu W-H, vd. Prevalence and risk factors of facial acne vulgaris among Chinese adolescents. *Int J Adolesc Med Health*. Aralık 2007;19(4):407-12.
18. Hanisah A, Omar K, Shah SA. Prevalence of acne and its impact on the quality of life in school-aged adolescents in Malaysia. *J Prim Health Care*. Mart 2009;1(1):20-5.
19. Ghodsi SZ, Orawa H, Zouboulis CC. Prevalence, Severity, and Severity Risk Factors of Acne in High School Pupils: A Community-Based Study. *J Invest Dermatol*. 01 Eylül 2009;129(9):2136-41.
20. Stathakis V, Kilkenny M, Marks R. Descriptive epidemiology of acne vulgaris in the community. *Australas J Dermatol*. Ağustos 1997;38(3):115-23.
21. Goulden V, Clark SM, Cunliffe WJ. Post-adolescent acne: a review of clinical features. *Br J Dermatol*. 1997;136(1):66-70.
22. Collier CN, Harper JC, Cantrell WC, Wang W, Foster KW, Elewski BE. The prevalence of acne in adults 20 years and older. *J Am Acad Dermatol*. 01 Ocak 2008;58(1):56-9.
23. O'Neill AM, Gallo RL. Host-microbiome interactions and recent progress into understanding the biology of acne vulgaris. *Microbiome* [İnternet]. 02 Ekim 2018 [a.yer 05 Mart 2021];6. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6169095/>
24. Leyden JJ. A review of the use of combination therapies for the treatment of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol*. 01 Eylül 2003;49(3, Supplement):S200-10.
25. Wei B, Pang Y, Zhu H, Qu L, Xiao T, Wei H-C, vd. The epidemiology of adolescent acne in North East China. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. Ağustos 2010;24(8):953-7.
26. Bataille V, Snieder H, MacGregor AJ, Sasieni P, Spector TD. The Influence of Genetics and Environmental Factors in the Pathogenesis of Acne: A Twin Study of Acne in Women. *J Invest Dermatol*. 01 Aralık 2002;119(6):1317-22.
27. Erkin Gül ve Gonca Boztepe. Akne Vulgaris - Hacettepe Üniversitesi Tıp Dergisi. 2004. 2004;35(4):207-11.
28. Zaenglein AL. Acne Vulgaris. Solomon CG, editör. *N Engl J Med*. 04 Ekim 2018;379(14):1343-52.
29. Mehmet Ali Gürer YT. *Dermatoloji*. 3. bs. C. 1.
30. Titus S, Hodge J. Diagnosis and Treatment of Acne. *Am Fam Physician*. 15 Ekim 2012;86(8):734-40.
31. Williams HC, Dellavalle RP, Garner S. Acne vulgaris. *The Lancet*. 28 Ocak 2012;379(9813):361-72.



32. Oge' LK, Broussard A, Marshall MD. Acne Vulgaris: Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. 15 Ekim 2019;100(8):475-84.
33. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, vd. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 01 Şubat 2014;70(2):338-51.
34. Yıldırım M, Özcanlı Ç. Atopik Dermatit. SDÜ Tıp Fakültesi Derg. 27 Mart 2009;11(2).
35. Ertam İ, Su Ö, Alper S, Sarıcaoğlu H, Karadağ AS, Odyakmaz Demirsoy E, vd. The Turkish guideline for the diagnosis and management of atopic dermatitis-2018. TURKDERM. 29 Mart 2018;52(1):6-23.
36. Weidinger S, Novak N. Atopic dermatitis. The Lancet. 12 Mart 2016;387(10023):1109-22.
37. Leung DYM, Guttman-Yassky E. Deciphering the complexities of atopic dermatitis: Shifting paradigms in treatment approaches. J Allergy Clin Immunol. 01 Ekim 2014;134(4):769-79.
38. Edgar NR, Saleh D, Miller RA. Recurrent Aphthous Stomatitis: A Review. J Clin Aesthetic Dermatol. Mart 2017;10(3):26-36.
39. Cui RZ, Bruce AJ, Rogers RS. Recurrent aphthous stomatitis. Clin Dermatol. 01 Temmuz 2016;34(4):475-81.
40. Akintoye SO, Greenberg MS. Recurrent Aphthous Stomatitis. Dent Clin North Am. Nisan 2014;58(2):281-97.
41. Tarakji B, Gazal G, Al-Maweri SA, Azzeghaiby SN, Alaizari N. Guideline for the Diagnosis and Treatment of Recurrent Aphthous Stomatitis for Dental Practitioners. J Int Oral Health JIOH. Mayıs 2015;7(5):74-80.
42. Chattopadhyay A, Shetty KV. Recurrent Aphthous Stomatitis. Otolaryngol Clin North Am. Şubat 2011;44(1):79-88.
43. Istanbul Universitesi, Dis Hekimligi Fakultesi, Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi, Istanbul, Turkiye, Karapinar G, Unur M, Istanbul Universitesi, Dis Hekimligi Fakultesi, Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi, Istanbul, Turkiye. Current Approaches in Recurrent Aphthous Stomatitis. Clin Exp Health Sci [internet]. 16 Mayıs 2018 [a.yer 22 Nisan 2021]; Erişim adresi: <http://clinexphealthsci.com/eng/makale/501/125/Full-Text>
44. Özkan G, Toptaş A. REKÜRRENT AFTÖZ STOMATİT: GÜNCEL TEDAVİ YAKLAŞIMLARI. Atatürk Üniversitesi Diş Hekim Fakültesi Derg. 24 Kasım 2016;60-4.
45. Belenguer-Guallar I, Jiménez-Soriano Y, Claramunt-Lozano A. Treatment of recurrent aphthous stomatitis. A literature review. J Clin Exp Dent. 01 Nisan 2014;6(2):e168-74.
46. Scully C, Porter S. Oral mucosal disease: Recurrent aphthous stomatitis. Br J Oral Maxillofac Surg. 01 Nisan 2008;46(3):198-206.
47. Havlickova B, Czaika VA, Friedrich M. Epidemiological trends in skin mycoses worldwide. Mycoses. 28 Ağustos 2008;51:2-15.

48. Ameen M. Epidemiology of superficial fungal infections. *Clin Dermatol*. 01 Mart 2010;28(2):197-201.
49. Hawkins DM. Superficial Fungal Infections in Children. :13.
50. Al Hasan M, Fitzgerald SM, Saoudian M, Krishnaswamy G. Dermatology for the practicing allergist: Tinea pedis and its complications. *Clin Mol Allergy CMA*. 29 Mart 2004;2:5.
51. Nigam PK, Saleh D. Tinea Pedis [Internet]. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2020 [a.yer 27 Nisan 2021]. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470421/>
52. Gül Ü. Derinin Yüzeyel Dermatofit Enfeksiyonları. *Ank Med J*. 2014;7.
53. Gupta AK, Cooper EA. Update in Antifungal Therapy of Dermatophytosis. *Mycopathologia*. 01 Kasım 2008;166(5):353-67.
54. Chosidow O. Scabies and pediculosis. *The Lancet*. 04 Mart 2000;355(9206):819-26.
55. Falay T, Gurel M. Uyuz-Scabies. *Turk Klin J Dermatol-Spec Top*. 21 Nisan 2017;10:143-53.
56. Fuller LC. Epidemiology of scabies. *Curr Opin Infect Dis*. Nisan 2013;26(2):123.
57. Heukelbach J, Feldmeier H. Scabies. *The Lancet*. 27 Mayıs 2006;367(9524):1767-74.
58. Kazan D, Demirsoy EO. SKABİYES; KLİNİK BULGULAR, TANI VE TEDAVİ. :8.
59. Micheletti RG, Dominguez AR, Wanat KA. Bedside diagnostics in dermatology: Parasitic and noninfectious diseases. *J Am Acad Dermatol*. 01 Ağustos 2017;77(2):221-30.
60. Özcan A, Şenol M, Karaca Ş. Dermatolojide Aktif Öğrenci Eğitimi. *Türkiye Klin Dermatoloji Derg*. 2003;13(2):95-100.
61. Whitaker-Worth DL, Susser WS, Grant-Kels JM. Clinical dermatologic education and the diagnostic acumen of medical students and primary care residents. *Int J Dermatol*. 1998;37(11):855-9.
62. Hartmann AC, Cruz, Jr PD. Interactive Mechanisms for Teaching Dermatology to Medical Students. *Arch Dermatol* [Internet]. 01 Haziran 1998 [a.yer 30 Haziran 2021];134(6). Erişim adresi: <http://archderm.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archderm.134.6.725>
63. Clayton R, Perera R, Burge S. Defining the dermatological content of the undergraduate medical curriculum: a modified Delphi study. *Br J Dermatol*. 2006;155(1):137-44.
64. Gerbert B, Maurer T, Berger T, Pantilat S, McPhee SJ, Wolff M, vd. Primary Care Physicians as Gatekeepers in Managed Care: Primary Care Physicians' and Dermatologists' Skills at Secondary Prevention of Skin Cancer. *Arch Dermatol*. 01 Eylül 1996;132(9):1030-8.
65. Lam T, Yeung C, Lam K. What are the learning outcomes of a short postgraduate training course in dermatology for primary care doctors? *BMC Med Educ*. 16 Mayıs 2011;11:20.
66. Lowell BA, Froelich CW, Federman DG, Kirsner RS. Dermatology in primary care: Prevalence and patient disposition. *J Am Acad Dermatol*. Ağustos 2001;45(2):250-5.

67. Tran H, Chen K, Lim AC, Jabbour J, Shumack S. Assessing diagnostic skill in dermatology: A comparison between general practitioners and dermatologists. *Australas J Dermatol.* 2005;46(4):230-4.

