



BEZMÎÂLEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**İSTANBUL'DAKİ AİLE HEKİMLERİNİN VE AİLE HEKİMLİĞİ
ASİSTANLARININ SKABİYEZ HAKKINDAKİ BİLGİ BECERİ TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ
Dr. Hidayet DİRİL GÖĞÜŞ**

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Aclan ÖZDER

ARALIK 2024



BEZMÎÂLEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**İSTANBUL'DAKİ AİLE HEKİMLERİNİN VE AİLE HEKİMLİĞİ
ASİSTANLARININ SKABİYEZ HAKKINDAKİ BİLGİ BECERİ TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ
Dr. Hidayet DİRİL GÖĞÜŞ**

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Aclan ÖZDER

ARALIK 2024

Bezmialem Vakıf Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne bağlı Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Öğrencisi olan Hidayet DİRİL GÖĞÜŞ , ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı “İSTANBUL'DAKİ AİLE HEKİMLERİNİN VE AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ SKABİYEZ HAKKINDAKİ BİLGİ, BECERİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ” başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Aclan ÖZDER

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Jüri Üyeleri: Prof. Dr. Okcan BASAT

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Uluslararası Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Murat ALTUNTAŞ

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

Doç. Dr. Yalçın HACIOĞLU

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

Teslim Tarihi : 14 OCAK 2025

Savunma Tarihi :24 OCAK 2025

Eşime ve kızıma



TEŞEKKÜR

Asistanlık sürecim boyunca bilimsel bakış açısı kazandıran ve her zaman destek olan hocam ve tez danışmanım Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Aclan ÖZDER'e çok teşekkür ederim.

İç Hastalıkları Anabilim Dalı değerli hocalarından başta Prof. Dr. Hacı Mehmet TÜRK olmak üzere, Prof. Dr. Cumali KARATOPRAK, Prof. Dr. Meltem GÜRSU, Doç. Dr. Ömer Celal ELÇİOĞLU, Dr. Öğretim Üyesi Ahmet Adil ÇAMLI'ya tüm bilgilerimi benimle paylaştıkları için teşekkür ederim.

Rotasyonlarım sırasında tüm bilgi ve bilgelikleriyle yol gösteren Prof. Dr. Aysel VEHAPOĞLU TÜRKMEN, Doç Dr. Ayşegül DOĞAN DEMİR, Prof. Dr. Mehmet Serdar KÜTÜK'e şükranlarımı sunuyorum.

Asistanlık sürecinin kazandırdığı canım arkadaşlarım Dr. Sümeyra KURTARAN, Dr. Merve YÜZBAŞIOĞLU, Dr. Sevgi ERAT, Dr. Aynur KARATAŞ YILMAZGİL, Dr. Ece Sevim ENGÜR ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi asistan hekimlerine teşekkürlerimi sunarım.

Sonsuz sevgi ve desteğiyle hep yanımda olan sevgili ailem ve hayat arkadaşım eşime her zaman minnettar kalacağım.

Aralık 2024

Hidayet Diril Göğüş

BEYAN

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

Hidayet Diril Göğüş

İÇİNDEKİLER

BEYAN	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
KISALTMALAR.....	viii
TABLÖLİSTESİ.....	ix
ÖZET	x
SUMMARY.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1 Skabiyez	2
2.1.1 Tanım	2
2.2.2 Tarihçe	2
2.2.3 Morfoloji ve Parazitin Hayat Döngüsü	3
2.2 Epidemiyoloji.....	4
2.3 Bulaş Yolları.....	4
2.4 Uyuza Karşı Gelişen Konak İmmün Yanıtı.....	5
2.5 Klinik Özellikler.....	6
2.5.1 Krutlu Skabiyez.....	7
2.5.2 Nodüler Skabiyez.....	8
2.5.3 Çocuklarda ve Gençlerde Skabiyez.....	8
2.6 Tanı	8
2.6.1 Deri Kazıntı Mikroskopisi.....	9
2.6.2 Dermoskopi	9
2.6.3 Videodermoskopi.....	9
2.6.4 Deri Mürekkep Testi.....	10
2.6.5 Histopatolojik Tanı	10
2.7 Tedavi.....	12
2.7.1 Topikal Tedavi.....	12
2.7.1.1 Permetrin	13
2.7.1.2 Benzil benzoat.....	13
2.7.1.3 Sülfür	14
2.7.1.4 Majistral Tedaviler	14
2.7.2 Sistemik Tedavi.....	15
2.7.2.1 Oral İvermektin	15
2.8 Korunma.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1 Çalışmanın Kapsamı.....	16
3.2 Çalışmanın Tipi	16
3.3 Dahil Olma Kriterleri	16
3.4 Dışlanma Kriterleri	16
4. BULGULAR	17
5. TARTIŞMA	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	41
7. KAYNAKLAR	43
8. ETİK KURULU ONAYI	51
9. ÖZGEÇMİŞ.....	53

EK 1: ANKET FORMU54



KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

WHO: World Health Organisation (Dünya Sağlık Örgütü)

CDC : Centers for disease control and prevention (Hastalık Koruma ve Önleme Merkezi)

SAHU : Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

AH : Aile Hekimi

AHU: Aile Hekimi Uzmanı

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

VD : Videodermoskopi

TTO:Çay ağacı yağı (tea tree oil)

GP: Genel pratisyen

TLR : Toll Like Reseptör

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: 2020 Uluslararası Uyuz Kontrolü Birliği Konsensüs Kriterleri

Tablo 2: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ait sayısal veriler

Tablo 3: Katılımcıların Skabiyesle İlgili Eğitim Durumlarının Dağılımı

Tablo 4.1: Skabiyez ile ilgili hangisi yanlıştır? Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

Tablo 4.2: Skabiyez ile İlgili Bilgi Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı

Tablo 4.3: Skabiyez Ayırıcı Tanısına Girenler Hangileridir? Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

Tablo 4.4: Hangisi skabiyez cilt bulgularındandır? Sorusuna Cevapların Dağılımı

Tablo 4.5: Skabiyez teşhisinde hangilerini kullanabiliriz? Sorusuna Cevapların Dağılımı

Tablo 4.6: Oral ivermektin tedavisinde hangisi yanlıştır? Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

Tablo 4.7: Katılımcıların Skabiyez Hakkındaki Bilgi Düzeyine Yönelik Doğru/Yanlış Önermelerine Verdikleri Cevapların Dağılımı

Tablo 5.1: Tedavide ilk tercih edilen ilaç yanıtlarının Dağılımı

Tablo 5.2: Topikal majistral karışımında tercih edilen molekül Dağılımı

Tablo 6: Katılımcıların Skabiyezli Hasta Tedavisine Yönelik Tutum ve Davranışlarının Dağılımı

Tablo 7: Skabiyez Bilgi Düzeyi Puanlarının Dağılımı

Tablo 8: Demografik Özelliklere Göre Skabiyez Bilgi Puanı Karşılaştırmaları

Tablo 9: Katılımcıların bilgi puanına göre kategorizasyonu

Tablo 10: Katılımcıların Skabiyez Tedavisine Yönelik Tutum ve Davranışlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması

Tablo 11: Skabiyez Tedavisine Yönelik Tutum ve Davranışlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Tablo 12: Katılımcıların Skabiyes Tedavisine Yönelik Tutum ve Davranışlarının Ünvana Göre Karşılaştırılması

Tablo 13: Katılımcıların Skabiyes Tedavisine Yönelik Tutum ve Davranışlarının Görev Yapılan Kuruma Göre Karşılaştırılması

**İSTANBUL'DAKİ AİLE HEKİMLERİNİN VE AİLE HEKİMLİĞİ
ASİSTANLARININ SKABİYEZ HAKKINDAKİ BİLGİ, BECERİ, TUTUM
VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

ÖZET

Amaç: Skabiyez dünya genelinde görülen ve birçok ülkede halk sağlığı açısından tehlike arz eden bir hastalıktır. Birinci basamakta görev yapan birçok aile hekimi günlük pratiklerinde skabiyez ile sıklıkla karşılaşmakta ve zaman zaman tanı ve tedavide güçlükler yaşamaktadır. Bu çalışmada son yıllarda artan skabiyez vakalarına dikkate çekmekle birlikte İstanbul'da görev yapan aile hekimlerinin ve aile hekimliği asistanlarının skabiyez hakkındaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi, skabiyez teşhis ve tedavisinde beceri, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Çalışmamız İstanbul da görev yapan aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlığı eğitimi alan asistanlar arasında gerçekleştirilmiştir. Kesitsel tipte, analitik ve tanımlayıcı bir çalışmadır. Literatür taraması yapılarak oluşturulan anket formları Ocak 2024 ile Nisan 2024 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden hekimler tarafından yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. 26 sorudan oluşan anket formunda sosyodemografik özellikler, skabiyez hakkında bilgileri, tedavi süreçlerindeki tutum ve davranışları sorgulanmıştır. Katılımcıların kişisel verileri ilgili kanuna uygun olarak korunmuştur.

Bulgular: Çalışmaya 160 kişi erkek 219 kişi kadın olmak üzere toplamda 359 kişi katılmıştır. Çalışmaya alınan hekimlerin yaş ortalaması $41,56 \pm 9,72$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan hekimlerin ünvanı incelendiğinde ise Sözleşmeli

Aile Hekimliği Uzmanlığı (SAHU) asistanı 87 kişi, Aile Hekimliği Uzmanlığı asistanı 17 kişi, Aile hekimi 203 kişi ve Aile Hekimliği Uzmanı 52 kişidir. Görev yapılan kuruma bakıldığında ise 331 kişi ile en fazla Aile Sağlığı Merkezi görülmüştür. Hekimlerin %92,76'sı (n= 333) tıp eğitimi sırasında skabiyez hakkında eğitim aldıklarını ifade ederken, asistanlık sırasında skabiyez hakkında eğitim alanlar katılımcıların %20,06'sını (n =72) oluşturmaktadır. Katılımcıların %75,14'ü hekimlik pratiği sırasında skabiyezle ilgili hizmet içi eğitim almamıştır. Tüm bilgi sorularına verilen yanıtlar incelendiğinde, bilgi puan toplamı $61,36 \pm 10,52$ medyan 60,47 olarak bulunmuştur. Katılımcıların skabiyeze yönelik tutum ve davranışları yaş, cinsiyet, ünvan ve görev yapılan kuruma göre karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur.

Sonuç: Yaş, Cinsiyet, Ünvan ve Görev yapılan kurumlar arasında bilgi puanı karşılaştırması yapılmış ve anlamlı p değerleri elde edilmiştir. Buna göre >50 yaş olanların bilgi puan ortalaması, 31-39 ve 40-49 yaş gruplarına göre daha düşüktür. Kadınların bilgi puan ortalaması, erkeklere göre daha yüksektir. Aile hekimi/Pratisyen hekim olanların bilgi puanı ortalaması, SAHU Asistanı ve Aile hekimliği uzmanı olanlara göre daha düşüktür. Mezuniyet sonrası ve hizmet içi eğitim planlamalarında skabiyeze yer verilerek hem hekimlerin bilgileri güncellenmeli hem de sürekli gelişimlerine katkı sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Skabiyez (Uyuz), aile hekimi, hekim bilgi, beceri, tutum ve davranışları

**EVALUATION OF THE KNOWLEDGE, SKILLS, ATTITUDES AND
BEHAVIORS OF FAMILY PHYSICIANS AND FAMILY MEDICINE
ASSISTANTS IN ISTANBUL ABOUT SKABIYEZ**

SUMMARY

Objective: Scabies is a disease that is seen worldwide and poses a public health risk in many countries. Many family physicians working in primary care frequently encounter scabies in their daily practices and sometimes experience difficulties in diagnosis and treatment. In this study, it is aimed to measure the knowledge level of family physicians and family medicine assistants working in Istanbul about scabies and to evaluate their skills, attitudes and behaviors in the diagnosis and treatment of scabies, while drawing attention to the increasing number of scabies cases in recent years.

Materials and Methods: Our study was conducted among family physicians working in Istanbul and assistants receiving family medicine specialization training. It is a cross-sectional, analytical and descriptive study. The questionnaire forms created by literature review were filled out by physicians who agreed to participate in the study between January 2024 and April 2024 through face-to-face interviews. The questionnaire form consisting of 26 questions questioned sociodemographic characteristics, knowledge about scabies, and attitudes and behaviors during the treatment process. The personal data of the participants were protected in accordance with the relevant law.

Results : A total of 359 people participated in the study, 160 of whom were male and 219 were female. The average age of the physicians included in the study was found to be 41.56 ± 9.72 . When the titles of the physicians participating in the study were examined, 87 were Contracted Family Medicine Specialist (SAHU) assistants, 17 were Family Medicine Specialist assistants, 203 were Family physicians and 52 were Family Medicine Specialists. When the institution they worked at was examined, the highest number of people was Family Health Center with 331 people. While 92.76% of the physicians (n= 333) stated that they received training about scabies during their medical education, those who received training about scabies during their assistantship constituted 20.06% of the participants (n=72). 75.14% of the participants did not receive in-service training about scabies during their medical practice. When the answers given to all knowledge questions were examined, the total knowledge score was found to be 61.36 ± 10.52 , the median was 60,47. When the participants' attitudes and behaviors towards scabies were compared according to age, gender, title and institution, no significant difference was found.

Conclusion: A comparison of knowledge scores was made between Age, Gender, Title and Institutions where the duty was held and significant p values were obtained. Accordingly, the knowledge score average of those aged >50 is lower than the 31-39 and 40-49 age groups. The knowledge score average of women is higher than men. The knowledge score average of those who are family physicians/General Practitioners is lower than those who are SAHU Assistants and Family Medicine Specialists. Scabies should be included in post-graduation and in-service training plans to both update the knowledge of physicians and contribute to their continuous development.

Keywords: Scabies (Scabies), family doctor, physician knowledge, skills, attitudes and behaviors

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Uyuz, dünya genelinde milyonlarca insanı etkileyen, en yaygın ve önemli sağlık sorunlarından biri olarak kabul edilen bulaşıcı bir cilt hastalığıdır.[1] Bu durum, cinsiyet, yaş, etnik köken ve sosyoekonomik statü ayrımı gözetmeksizin tüm bireyleri etkilemektedir. Epidemiyolojik verilerin yetersizliğine rağmen son yıllarda dünyada ve ülkemizde vaka sıklığının arttığı gözlemlenmektedir.[2]

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2021-2030 yılları arasındaki yol haritasında ihmal edilen tropikal hastalıklar arasında yer alan uyuz, küresel olarak önemli bir morbidite yüküne neden olmaktadır. Epidemiyolojik veriler, herhangi bir zamanda yaklaşık 200 milyon insanın uyuzdan etkilendiğini ve yıllık vaka sayısının 400 milyonu aştığını göstermektedir. [3] Hastalığın günümüzdeki yaygınlığı göz önüne alındığında, uyuzun bir halk sağlığı sorunu olarak görülmesi gerekmektedir. Mevcut sağlık sistemlerine entegre edilmiş bir yaklaşım, uyuz ve diğer ihmal edilmiş tropikal hastalıkların kontrolünde önemli bir dönüm noktası olacaktır. Bu sayede, hastalık yükünün azaltılması, sağlık eşitsizliğinin giderilmesi ve toplumsal refahın artırılması hedeflenebilir. [4]

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimleri, günlük pratiklerinde sıklıkla uyuz vakalarıyla karşılaşmakta ve skabiyez gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadelede ilk savunma hattını oluşturmaktadır. Bu nedenle, bu konuda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları, sağlık sisteminin başarısı için kritik öneme sahiptir. Bu çalışmada son yıllarda artan skabiyez vakalarına dikkate çekmekle birlikte İstanbul'da görev yapan aile hekimlerinin ve aile hekimliği asistanlarının skabiyez hakkındaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi, skabiyez teşhis ve tedavisinde bilgi, beceri, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Elde edilen verilerin hem tıp eğitiminde hem uzmanlık eğitiminde ve hem de mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim ihtiyacı konusunda yol gösterici olması umut edilmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Skabiyez

2.1.1 Tanım

Uyuz, bir ektoparazit olan *Sarcoptes scabiei* var. *Hominis*'in neden olduğu, şiddetli kaşıntı ile karakterize edilen bulaşıcı bir deri hastalığıdır.[5] Bulaş doğrudan cilt teması yoluyla gerçekleşir ve bu da hastalığın yaygınlaşmasına ve geniş popülasyonları etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ortaya çıkmasına katkıda bulunur.[6]

Uyuz, küresel bir halk sağlığı sorunu olarak sadece fiziksel semptomlarla sınırlı kalmayıp, etkilenen bireylerin psikososyal iyilik halini de olumsuz yönde etkileyen önemli sosyoekonomik sonuçlara yol açabilmektedir. Şiddetli kaşıntı ve deri lezyonları, iş gücü kaybına, okul devamsızlığına ve sağlık hizmetlerine ek mali yük getirmesine neden olurken, sosyal damgalanma ve izolasyon duygusal sıkıntıya, depresyona ve anksiyeteye katkıda bulunabilir. Bu nedenle, uyuzun etkin bir şekilde kontrolü ve tedavisi, bireylerin ve toplumun genel sağlığı ve refahı için büyük önem taşımaktadır.[7] Özellikle sınırlı kaynaklara erişimi olan topluluklarda yaşayan çocuklar ve yaşlı bireyler, uyuz enfeksiyonu riskine daha fazla maruz kalmaktadır. Tropikal bölgelerde daha sık görülmekle birlikte, küreselleşme ve iklim değişikliği ile birlikte uyuz, ılıman iklimlerde de önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. [8]

2.1.2 Tarihçe

Sarkopt ve skabiyez terimleri Yunancadaki *sarx* (et), *coptein* (kesen) ve *scabere* (kaşınmak) kelimelerinden türetilmiştir.[9] Etkeni bilinmemekle birlikte uyuzun muhtemelen ilk kez "akari" terimini ormanda yaşayan bir akar için kullanan Aristoteles (MÖ 384-322) tarafından bilindiği düşünülmektedir. 1687'de İtalyan hekim Giovan Cosimo Bonomo ile eczacı Diacinto Cestoni'nin akar ısırıkları ile cilt lezyonları arasında bağlantı kurması sonucu, hastalık nedeni olarak bir mikroorganizmanın tanımlandığı tıp tarihindeki ilk hastalıktır.[10]

Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivi'nde yapılan araştırma sonucunda uyuz vakasına ilişkin ilk kaydın 1889 yılına ait olduğu tespit edilmiştir. Arşiv kayıtları, uyuz hastalığının Osmanlı hapishanelerinde yaygın olduğunu göstermektedir. [11]

Akarın biyolojisi ve bulaşma yollarına dair ilk bilgiler, 1940'larda II. Dünya Savaşı sırasında İngiliz entomolog Kenneth Mellanby tarafından ortaya konulmuştur. Sonraki 40 yılda yapılan araştırmalar, akar biyolojisi, parazit-konak etkileşimleri ve konağın savunma mekanizmalarından kaçınmak için kullandıkları stratejiler konusunda önemli bir bilgi artışı sağlamıştır. 1970-80'lerde uyuz tedavisinde en etkili ilaçlardan biri olan ivermektinin keşfi ise 35 yıl sonra araştırmacılarına 2015 Nobel Fizyoloji ve Tıp Ödülü'nü kazandırmıştır.[12]

Günümüzde uyuz enfeksiyonunu tespit etmeye yönelik tanısal bir kan testinin geliştirilmesi ve risk altındaki popülasyonları enfekte olmaktan koruyacak ya da en azından hastalığın yayılmasını sınırlayacak bir aşının oluşturulması yönünde çalışmalar devam etmektedir.[13]

2.1.3 Morfoloji ve Parazitin Hayat Döngüsü

Zorunlu insan paraziti olan *Sarcoptes Scabiei* varietas *Hominis*, Sarcoptiadae familyasından Astigmata takımına, Acari alt sınıfına, Aracnida sınıfına aittir. [14]

Erişkin dişi parazit 0, 3*0,4 mm boyutlarında ve erkek parazitin yaklaşık iki katı büyüklüğündedir.[15] Uyuz akarının yaşam döngüsü yumurta, larva, nimf ve olgun form olmak üzere devam eder. Larva, nimf, ve olgun erkek akarlar cilt üzerinde dolaşır ve derinin keratin tabakasında veya kıl foliküllerinde oluşturulan küçük yuvalarda saklanırlar. Bu nedenle akarın konakçıda yerini tespit etmek zordur. Olgun dişi akarlar yumurtlamaya uygun küçük tüneller oluşturur ve burada erkekleri bekler. Çiftleşme sonrası dişi parazit epidermisin keratinoz tabakası içinde ilerleyerek tünel kazar, günde 2-4 yumurta bırakır. [16] Yumurtalar 48-72 saat içinde larvaya dönüşür ve yeni tüneller oluşturmaya devam ederler. Larvalar 10- 14 gün içinde yetişkinliğe ulaşır, çiftleşir ve yaşam döngüsü tekrar eder. [17]

2.2 Epidemiyoloji

Ektoparaziter bir hastalık olarak skabiyez, bazı suprapikal bölgelerde endemiktir ve dünya çapında 200 milyondan fazla insanı etkilediği tahmin edilmektedir.[18] 2015

yılında yapılan sistemik bir derlemede uyuz prevalansının %0,2 ile %0,71 arasında değiştiği bildirilmektedir. Genel olarak, insani gelişme endeksi düşük olan ülkeler uyuz salgınlarından daha sık etkilenir. [19]

Epidemiyolojik çalışmalar uyuz prevalansının cinsiyet, ırk, yaş veya sosyoekonomik durumdan etkilenmediğini göstermektedir. Hastalığa yakalanma konusunda katkıda bulunan başlıca faktörler yoksulluk ve aşırı kalabalık yaşam koşulları gibi görünmektedir.[20] Buna rağmen bazı gruplar hastalıktan diğerlerine göre daha fazla etkilenmektedir. Kalabalık yaşam koşullarında, kaynakların kısıtlı olduğu bölgelerde, çocuk bakım tesislerinde, yaşlı bakım evlerinde ve diğer kurumsal ortamlarda (cezaevleri ve askeri kışlalar gibi) bulaşma riski artar.[21] Savaşlar, afetler, kıtlık, aşırı kalabalık, kötü beslenme, göç, evsizlik, kötü hijyen gibi durumlarda parazit hızla yayılarak uyuz salgınlarına neden olur. [22,23,24,25] Kaynakların kısıtlı olduğu toplumlarda küçük çocuklar ve yaşlılar uyuza karşı özellikle hassastır. [26]

Uyuz, dünya genelinde yaygın bir dermatolojik sorun olmaya devam etmektedir. Uyuz hem salgın hem de endemik biçimde görülebilir. Endüstrileşmiş ülkelerde genellikle sporadik vakalar ortaya çıkarken, salgınlar daha çok kurumsal ortamlarda veya sosyal olarak dezavantajlı gruplar arasında görülür. [27]

Darıca Farabi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2014-2018 yılları arasında dermatoloji polikliniğinde muayenesi yapılmış 767 Suriye uyruklu hastaların verileri retrospektif olarak incelendiğinde tüm olgularda ve erkeklerde en sık görülen hastalık olarak skabiyez bulunmuştur. [28] Ülkemizin farklı coğrafi bölgelerindeki 12 dermatoloji polikliniğinden elde edilen veriler, 2014-2019 yılları arasında uyuz prevalansının ülkemizde önemli ölçüde arttığını göstermektedir. Çalışmaya dahil edilen 17.803 hastanın %81,8'i yetişkin, %18,2'sinin çocuk olduğu belirlenmiştir. Özellikle 2017-2018 yılları arasında yaklaşık 7 kat, 2017-2019 yılları arasında ise yaklaşık 30 kat artış olduğu saptanmıştır. [29]

2.3 Bulaş yolları

Skabiyezde bulaşın en sık nedeni temastır. Akarlar, konakçılarından uzakta 21°C ve %40-80 bağıl nemde 24-36 saat boyunca hayatta kalabilir ve bulaş yeteneğini koruyabilir. [30] Daha düşük sıcaklıklar ve yüksek nem oranı, akarın hayatta kalma süresini uzatır. Örneğin, 10°C sıcaklık ve %97 bağıl nem koşullarında akarlar, yaklaşık bir hafta boyunca penetrasyon yeteneğini koruyabilir. 34°C'de akarlar, çevresel nem

oranına bağılı olmaksızın 24 saatten kısa bir süre hayatta kalabilir. Konakçıdan uzak kaldıkları süre uzadıkça bulaşıcılıkları da azalır. [31] Ancak, 20°C'nin altındaki sıcaklıklarda akarlar hareket edemez ve deriye nüfuz edemez. [32] Dişi uyuz akarları dakikada 2,5 cm'ye kadar yol alabilirler ancak zıplamazlar veya uçmazlar. [33]

Sarcoptes scabiei enfeksiyonu (uyuz), yakın temas yoluyla, özellikle aynı evde yaşayanlar ve cinsel partnerler arasında yüksek bulaşıcılığa sahiptir. Kısa süreli fiziksel temaslar, örneğin el sıkışması veya kucaklaşma gibi durumlar, enfeksiyonun yayılması için düşük olasılıklı yollar olarak kabul edilir. [34]

Sarcoptes scabiei var. *hominis*, konakçıya bulaştıktan sonra yaklaşık 30 dakikalık bir süre içerisinde epidermisin stratum corneum tabakasına penetre olur. [30] Bulaşıcı organizmaları taşıyabilen ve bunları bir bireyden diğerine aktarabilen cansız bir nesne veya madde fomit olarak adlandırılır. Primer bulaşma genellikle direkt kişisel temas ile gerçekleşse de akarların çevresel faktörlerde (fomitte) uzun süre canlı kalabilme özelliği nedeniyle indirekt bulaşma da önemli bir bulaşma yoludur bu nedenle, uyuzun etkili bir şekilde kontrol altına alınabilmesi için hem direkt temasın önlenmesi hem de fomitlerin düzenli olarak temizlenmesi ve dezenfekte edilmesi gerekmektedir. [35]

Özellikle grup yaşam alanlarında yaşayan bireylerde hastalığın bulaşıcılığı göz önüne alındığında, hızlı ve doğru tanı büyük önem taşımaktadır. Bu durum, birinci basamak sağlık profesyonelleri için önemli bir klinik sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.4 Uyuz Karşı Gelişen Konak İmmün Yanıtı

Yetişkin dişi akarlar, epidermisin granül tabakası içerisinde oluşturdukları tünellerde konaklayarak, mast hücreleri, eozinofiller, nötrofiller ve T lenfositlerini içeren yoğun bir inflamatuvar yanıtı neden olurlar. Bu yanıt, *Sarcoptes scabiei*'ye özgü serum IgE ve IgG4 seviyelerindeki artışla birlikte karakterize edilir. Akar antijenleri ve bileşenleri, hem doğuştan gelen bağışıklık sistemini doğrudan aktive eden Toll benzeri reseptörler (TLR'ler) hem de kaşıntıya yol açan pruriseptörler (PAR-2, TRPV1 ve TRPA1) aracılığıyla inflamasyonu şiddetlendirir. Bu bağışıklık yanıtının gelişimi, klinik belirtilerin ortaya çıkması için geçen süreyi açıklar. [36,37]. Başlangıçtaki T

hücre yanıtı T helper 1 ve T helper 2 karışık olsa da klasik skabiyeze oranla krutlu skabiyezde belirgin T helper 2 baskınlığı vardır. [38,39]

Kabuklu uyuzda, IL-17 sitokininin lokal üretimi ile karakterize olan Th17 tipi bağışıklık yanıtı, hastalığın patogeneğinde önemli bir rol oynar. Domuz ve sığır gibi hayvan modellerinde, kabuklu uyuzda IL-17 seviyelerindeki artışın periferik $\gamma\delta$ T hücrelerinin sayısında belirgin bir artışa neden olduğu gösterilmiştir. [40,41] Kabuklu uyuz hastalarında, periferik kan mononükleer hücreler tarafından üretilen sitokin profili, Th2 tipi bir immün yanıtı doğru kayma göstermektedir. IL-4, IL-5 ve IL-13 gibi Th2 sitokinlerindeki artış ve IFN- γ gibi Th1 sitokinindeki azalma bu durumu destekler.

Fare modellerinde yapılan çalışmalarda, uyuz enfeksiyonunda lenf düğümlerinde yüksek IL-4 seviyeleriyle karakterize bir Th2 baskınlığı olduğunu ve bu durumun lezyon oluşumunda önemli bir rol oynadığını ortaya koymuştur. Uyuz lezyonlarında, Th2 tipi immün yanıtı özgü IL-4 ve IL-13 sitokininin aşırı ekspresyonu, çoğunlukla CCR4+ Th2 hücreleri ve CD163+ M2 makrofajları tarafından gerçekleştirilir. Ayrıca, TSLP ve periostin gibi moleküllerin de bu lezyonlarda yüksek düzeylerde ifade edilerek, M2 makrofajları aracılığıyla IL-31 üretiminin indüksiyonuna katkıda bulunduğu düşünülmektedir. [42]

Uyuzda gözlenen şiddetli kaşıntı, IL-4, IL-13, TSLP, IL-31 ve periostin gibi Th2 sitokininin aşırı üretimi ile yakından ilişkilidir. Bu bulgu, uyuzdaki kaşıntının patogeneğinde histaminin yanı sıra, histamin bağımsız mekanizmaların da önemli bir rol oynadığını göstermektedir. [43]

2.5 Klinik Özellikler

Sarcoptes scabiei var. *hominis* ile enfekte olmuş hastalarda görülen şiddetli kaşıntı uyuzun en karakteristik bulgusudur. [44] Kaşıntı özellikle gece saatlerinde şiddetlenir, yüz ve boyun bölgelerini çoğunlukla etkilemez ve eşlik eden döküntü gözlenir. Birincil deri lezyonları arasında inflamatuvar kaşıntılı papüller, püstüller, veziküller ve nodüller bulunur. *Sarcoptes scabiei*'ye özgü tünel bulgusu her zaman belirgin olmayabilir. Bu lezyonlar en sık el ve ayaklarda, özellikle parmak aralarında yerleşir ve cilt yüzeyinde kısa, kıvrımlı, skuamöz (pullu) gri çizgiler şeklinde görülür.

Spesifik olmayan sekonder deri bulguları arasında ekskoriasyonlar, egzamatöz değişiklikler ve piyoderma yer alabilir. [45,46]

Uyuzun klinik sunumu, diğer dermatolojik hastalıklara olan benzerliği nedeniyle tanısız zorluklar yaratmaktadır. Hastaların farklı sağlık kuruluşlarında değerlendirilmesi ve bu kuruluşlardaki tanısız imkanların çeşitliliği, teşhisi daha da karmaşık hale getirmektedir. Değişken klinik tablo ve akar yoğunluğundaki farklılıklar, tanının gecikmesine neden olabilir. [47]

Primer uyuz enfeksiyonlarında, akar dışkılarındaki antijenlere karşı gelişen gecikmiş tip hipersensitivite reaksiyonu sebebiyle klinik bulguların ortaya çıkışı 6 haftaya kadar gecikebilir. Bu beklenmedik uzun inkübasyon süresi, ev içi temasların enfekte olma riskini önemli ölçüde artırır. Buna karşın reinfestasyonlarda semptomlar çok daha hızlı gelişir. [48]

Uyuz lezyonları tipik olarak interdigital bölgelerde (parmak araları), el bileklerinde, aksiller kıvrımlarda (koltuk altları), karın bölgesinde, gluteal bölgede (kalçalar), kadınlarda meme altı kıvrımlarında ve erkeklerde genital bölgede lokalizedir.[49]

Uyuzun en sık görülen komplikasyonu, Streptococcus pyogenes ve Staphylococcus aureus bakterilerinin neden olduğu ikincil bakteriyel enfeksiyonlardır. Bu enfeksiyonlar, kaşıntıya bağlı oluşan ekskoriasyonlar yoluyla deriye yerleşen bakterilerin çoğalmasıyla ortaya çıkar ve bulaşıcı impetigo, ektima, erizipel, fronkül, abse, lenfadenit gibi lokalize veya yaygın enfeksiyonlara yol açabilir. Ciddi vakalarda bakteriyemi ve sepsis gibi hayatı tehdit eden komplikasyonlar gelişebilir. [50,51]

2.5.1 Krutlu skabiyez

Norveç uyuzu olarak da bilinen krutlu skabiyez Sarcoptes scabiei var. hominis akarı ile oluşan, nadir ancak oldukça bulaşıcı bir türdür. İmmünesuprese, yaşlı veya kronik hastalığı olan bireylerde daha sık görülür. Yoğun kabuklanma ve kalınlaşma ile birlikte sayısız akar bulunur. Klasik uyuzda enfekte bireylerde ortalama 10-15 akar bulunurken, kabuklu uyuzlu hastalarda bu sayı birkaç bine ulaşabilir. [52] Klasik uyuzdan daha şiddetli seyrederek ve tedavisi daha zordur. Psöriasis, hiperkeratotik egzama veya kontakt dermatit olarak yanlış teşhis edilmeye devam etmektedir ve bu da tanı ve sonrasında tedavinin gecikmesine neden olmaktadır. [53]

2.5.2 Nodüler Skabiyez

Nodüler uyuz, klinik vakaların yaklaşık %7'sini oluşturan bir varyanttır. Bu klinik tabloda, genital bölge, kalçalar, kasıklar ve aksiller bölgelerde 2 ila 20 mm çapında şiddetli kaşıntılı nodüller gözlenir. Histopatolojik incelemelerde bu nodüllerin akar içermediği tespit edilmiştir; bu durum, patogenezin akar antijenlerine karşı gelişen yoğun bir tip IV aşırı duyarlılık reaksiyonuna bağlı olduğunu düşündürmektedir. [54]

2.5.3 Çocuklarda ve gençlerde skabiyez

Epidemiyolojik çalışmalar, uyuz insidansının en yüksek olduğu yaş grubunun 10-29 yaş aralığı olduğunu göstermektedir. [55] Bebeklerde, lezyonlar sıklıkla avuç içleri, ayak tabanları ve baş dahil olmak üzere vücudun çeşitli bölgelerinde veziküller şeklinde görülebilir. Bu yaygın ve simetrik dağılım, daha büyük çocuklarda ve yetişkinlerde genellikle gözlemlenmeyen karakteristik bir bulgudur. [56]

2.6 Tanı

Skabiyez tanısının konulmasında, hastadan alınan detaylı anamnez ve fizik muayene sırasında saptanan karakteristik klinik bulgular kritik öneme sahiptir. Özellikle uyuz gibi bulaşıcı hastalıklarda, doğru ve etkili tedavinin başlangıcı için organizmanın kesin tanısı hayati önem taşımaktadır. Mikroskopi ve histopatoloji gibi geleneksel yöntemlerin yanı sıra, seroloji, dermoskopi ve moleküler teknikler de uyuz tanısında potansiyel yöntemler arasındadır. Ancak bu yeni yöntemlerin rutin klinik uygulamaya geçişi henüz sınırlıdır.[57]

Uyuz tanısında rutin olarak kullanılan spesifik bir laboratuvar testi bulunmamaktadır.[58] Tanıda klinik bulgular ve mikroskopik inceleme temel teşhis araçları olmasına rağmen, bu yöntemlerin sınırlı duyarlılığı ve uyuzun çeşitli klinik formları, tanısal zorluklar yaratmaktadır. Özellikle egzama veya impetigo gibi diğer dermatolojik hastalıklarla olan benzerlik, uyuz tanısını geciktirebilmektedir. Uyuzun klasik formdan daha az bilinen kabuklu, nodüler veya hayvan kaynaklı formlarına kadar geniş bir spektrumda görülebilmesi, tanıyı daha da karmaşık hale getirmektedir. [59] Diğer hastalarla temas öyküsü, gece artan kaşıntı ve tipik döküntü dağılımı gibi klinik bulgular önemli ipuçlarıdır. Bazı durumlarda, ampirik tedavi uyuz tanısını desteklemek için kullanılabilir. Ancak tedaviye yanıt, uyuzun kesin kanıtı olmasa da, tedaviye dirençli vakalar da göz önünde bulundurulmalıdır. [60]

2.6.1 Deri kazıntı mikroskopisi

Tanıda altın standart, deri kazıntısı materyalinde mikroskopik inceleme ile *Sarcoptes scabiei* akarları, yumurtaları veya dışkıları tespit edilmesidir.[61] Mikroskopik inceleme için, örnek lam üzerine yerleştirilerek potasyum hidroksit veya fizyolojik serum ile muamele edilir ve mikroskopta incelenir. Direk mikroskopi, deneyimli kişiler tarafından uygulandığında yüksek tanı değeri sunsa da tekniğin doğru kullanılması için eğitim gerekliliği ve örnekleme sırasında oluşabilecek hatalar gibi bazı sınırlamalara sahiptir. [57]

2.6.2 Dermoskopi

Dermoskopi, uyuz akarlarının ve karakteristik lezyonlarının incelenmesinde non-invaziv ve etkili bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Hem tüneli hem de akarın kendisini görmemizi sağlar. Dermoskopide gözlemlenen 'delta işareti' olarak adlandırılan skabiyotik yuvada bulunan siyah üçgen yapı ve 'jet izi' olarak adlandırılan beyaz duman, uyuzun patognomonik bir bulgusu olarak kabul edilir. Bu 'üçgen' işareti, dişi yetişkin akarın konumunu kesin olarak belirterek, biyopsi veya deri kazıntısı gibi invaziv yöntemlere gerek kalmadan tanıyı doğrulama imkânı sunar. Ancak, tüm lezyonlarda bu karakteristik işaretin gözlemlenmesi her zaman mümkün değildir. Bazı lezyonlarda dermatoskopik kriterlerin eksik olması, tanıda zorluk yaratabilir. [62]

2.6.3 Videodermoskopi

Tıbbi görüntüleme özellikle küçük yapıların detaylı incelenmesinde kullanılan, 1000 kata kadar büyütme sağlayabilen invaziv olmayan bir tanı aracıdır. VD, deri yüzeyini süperfisial dermise kadar inceleyerek, uyuz akarlarının yuvalarını (x40-x100 büyütme) ve canlı içindeki akarları, larvaları, yumurtaları veya dışkılarını (x600'e kadar büyütme) net bir şekilde görüntüleme imkânı sunar. Bu sayede tanı, daha kesin ve hızlı bir şekilde konulabilir. Ağrısız ve non invaziv olması nedeniyle koopere olamayan hastalarda ve çocuklarda kullanılabilir. VD özellikle tedavi sonrası takip için uygun bir yöntemdir, canlı akarların saptanması, tedavinin başarısız olduğunu ve ek tedaviye ihtiyaç olduğunu gösterir. [44,63]

2.6.4 Deri mürekkep testi

Deri mürekkep testi şüpheli papüllerin mürekkep ile boyanarak ve ardından alkol ile silinmesi prensibine dayanan, basit bir tanı yöntemidir. Pozitif bir testte, mürekkep, uyuz akarının tünel içinde oluşturduğu karakteristik zikzaklı bir yol izleyerek çıkar ve çıplak gözle kolayca görülebilir. Bu test, özellikle diğer görüntüleme yöntemleri veya biyopsi imkanları sınırlı ortamlarda tanı koymada faydalıdır. [64]

2.6.5 Histopatolojik Tanı

Histopatolojik inceleme, uyuz tanısında, akar parçalarının, gelişimsel formlarının ve dışkı kalıntılarının tespitiyle tanısal kesinlik sağlayabilir. Akarın dikenli dış iskeleti H&E boyaması ile görüntülenebilir. Akar parçalarının yokluğunda polarize mikroskopi, izole dikenlerin tespitiyle tanıya yardımcı olabilir. [65] Uyuzla ilişkili diğer histopatolojik değişiklikler arasında dermal inflamasyon (perivasküler ve interstisyel infiltrasyon), epidermal değişiklikler (hiperkeratoz, akantoz, spongioz, nadiren akantoliz), vaskülit ve fibrin trombüsleri bulunur.

Ancak yüksek doğruluk oranına sahip bir yöntem olarak kabul edilmekle birlikte, rutin uygulamada yaygın olarak kullanılmamaktadır. İnvaziv olması ve rutin fiksasyon yöntemleriyle 2-7 gün arasında sonuçlanması dezavantajları arasında sayılabilir. Bu nedenlerden dolayı histopatoloji, uyuz tanısı için rutin bir prosedür olarak benimsenmemekte, daha ziyade tanı koymada zorluk yaşanan veya atipik klinik prezentasyon gösteren vakaların doğrulanmasında kullanılmaktadır. [57]

Tablo 1. 2020 Uluslararası Uyuz Kontrolü Birliği Konsensüs Kriterleri

<p>A. Doğrulanmış Uyuz : aşağıdakilerden en az biri</p> <p>A1. Deri örneklerinin ışık mikroskopunda akarlar, yumurtalar veya feçes görülmesi</p> <p>A2. Yüksek büyütme görüntüleme cihazında akarlar, yumurtalar veya feçes görülmesi</p> <p>A3. Dermoskopi kullanılarak kişi üzerinde akar saptanması</p>
<p>B. Klinik Uyuz, aşağıdakilerden en az biri</p> <p>B1. Uyuz tünelleri</p> <p>B2. Erkek genital bölgesinde tipik lezyonlar</p> <p>B3. Tipik bir dağılımda tipik lezyonlar ve iki adet öykü özelliği</p>
<p>C. Şüpheli Uyuz, aşağıdakilerden en az biri</p> <p>C1. Tipik bir dağılımda tipik lezyonlar ve bir adet öykü özelliği</p> <p>C2. Atipik lezyonlar veya atipik dağılım ile birlikte iki adet öykü özelliği</p>
<p>Öykü Özellikleri</p> <p>1. Kaşıntı</p> <p>2. Skabiyez pozitif hastayla temas öyküsü</p>

Tanı 3 başlıktan biriyle yapılabilir. Klinik veya şüpheli uyuz tanısı yalnızca diğer ayırıcı tanıların uyuzdan daha az olası olduğu düşünülürse yapılmalıdır.

Kaynak: Engelman, D, Yoshizumi, J., Hay, R. J., Osti, M., Micali, G., Norton, S., Walton D., Boralevi, C., Bernigaud, A. C., Bowen, A. Y., Chang, O., Chosidow, D., Estrada-Chavez, H., Feldmeimer, N., Ishii F., Lacarrubba, F., Mahe A., Maurer, M. M. A., Mahdi, M. M. A., Murdoch, M.E., Pariser, D., Nair, P.A., Rehmus, W., Romani, L., Tilakaratne, D., Tuicakau, M., Walker, S. E., Wanat, K.A., Whitfeld, M. J., Yotsu, R., Steer, A. C., & Fuller, L. C. (2020). The 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies. *British Journal of Dermatology*, 183(5), 808–820. <https://doi.org/10.1111/bjd.18943>

2.7 Tedavi

Skabiyez tedavisinde, hastanın klinik durumu, komorbiditeleri, tedaviye erişimi ve maliyeti gibi faktörler dikkate alınarak topikal veya sistemik (oral) ilaçlar tercih edilebilir. Etkili skabisit tedavileri mevcuttur ve tedavi protokolleri, kesin tanı konmuş olguların yanı sıra, klinik olarak uyuzdan şüphelenilen hastalarda da tüm tanı aşamalarında uygulanmalıdır. [17]

Başarılı bir uyuz tedavisinin ardından bile, derideki alerjik reaksiyon nedeniyle kaşıntı altı haftaya kadar sürebilir. Bu geçici kaşıntı, tedavinin etkisini gösterdiği anlamına gelir ve ek tedavi gerektirmez. [66]

Hastalarda, sekonder enfeksiyonun varlığına bağlı olarak tedavi yaklaşımları farklılık gösterir. Sekonder enfeksiyonun eşlik ettiği durumlarda, topikal antibiyotikler ile birlikte veya olmaksızın topikal kortikosteroidler ve nemlendiriciler kullanılabilir. Sekonder enfeksiyonun olmadığı, sadece hafif iltihaplı egzama vakalarında ise topikal antipruritikler (örneğin, krotamiton) kaşıntıyı gidermede etkili olabilir. Hastalara, uyuz tedavisinin ardından döküntülerin tamamen kaybolmasının ve kaşıntının geçmesinin birkaç hafta sürebileceği mutlaka belirtilmelidir. Bu süreçte kaşıntı giderici ilaçların aşırı kullanımı ciltte tahrişe neden olabilir ve tedavi sürecini uzatabilir. [45]

Tedavide kullanılan skabisid ajanlar genel olarak topikal ve oral formülasyonlar halinde sınıflandırılabilir ve ivermektin, permetrin, lindan, benzil benzoat ve krotamiton, sülfür gibi etken maddeleri içerir. Lindan nörotoksisite potansiyeli, özellikle uzun süreli veya yüksek dozda maruziyetlerde, ciddi nörolojik hasarlara yol açabileceği için, bu maddenin tıbbi uygulamalardaki kullanımı terk edilmiştir. [67] Ülkemizde ve dünyada yaygın olarak kullanılan preparatlar aşağıda detaylı olarak anlatılmıştır.

2.7.1 Topikal ajanlar

2.7.1.1 Permetrin

Permetrin, sentetik bir piretroid insektisittir ve artropodların sinir sisteminde sodyum kanallarını hedef alarak etki gösterir. Sodyum kanallarının işlevini bozarak sinir impuls iletimini engeller ve bu durum hızlı felce ve parazitin ölümüne yol açar. Tarım ve veterinerlik alanlarında yaygın olarak kullanılan bu bileşik, insanlarda uyuz (skabiyez) tedavisinde %5'lik topikal krem veya losyon formülasyonları şeklinde kullanılmaktadır.

Permetrinin sistemik toksisite potansiyeli düşüktür. Bunun nedeni, deriden emilen permetrinin deri esterazları tarafından hızlı bir şekilde metabolize edilmesidir. Metabolitler, 72 saat içinde idrarla, serbest veya glukuronid konjugatları şeklinde atılır. Permetrinin metabolizma ve eliminasyon hızının perkütan absorpsiyon hızını aşması, dokularda birikim riskini minimize eder ve bu nedenle uzun süreli kullanımlarda dahi sistemik yan etki olasılığı düşüktür.[68]

Permetrin kullanımında en yaygın yan etkiler, uygulama bölgesinde geçici yanma, irritasyon ve parestezi (karıncalanma) hissidir. [69] Bu lokal reaksiyonlar genellikle hafif şiddettedir ve kendiliğinden düzelir. Standart tedavi protokolü, %5 permetrin içeren topikal kremin tek bir uygulamada kullanılmasını şeklindedir. Krem, tüm vücuda (baştan ayağa) yatmadan önce uygulanır ve 8 ila 12 saatlik bir etki süresinin ardından yıkanarak temizlenir.

Permetrin, genellikle iki aylıktan küçük infantlarda da güvenli olarak değerlendirilmektedir. Tedavinin başarısı için permetrinin doğru uygulanması önemlidir ve sağlık profesyonelleri bu konuda uygun uygulama tekniklerini vurgulamalıdır. [70]

2.7.1.2 Benzil benzoat

Benzil benzoat, skabiyez tedavisinde topikal kullanım için önerilen bir ilaçlardan biridir. Yetişkinlerde %25 konsantrasyonda, çocuklarda ise %10 veya %12,5 konsantrasyonlarında uygulanabilir., özellikle yetişkinlerde kullanılan %25'lik formülasyonun yüksek etkinliği, diğer skabisitlere karşı direnç gelişiminin aksine, bu ajana karşı henüz direnç bildirilmemiş olması ve nispeten düşük maliyetli olması tercih sebebidir. Bu özellikler, benzil benzoatı özellikle kaynakların kısıtlı olduğu ve dirençli vakaların olmadığı durumlarda cazip bir tedavi seçeneği haline getirmektedir.

Benzil benzoat tedavisinin klinik uygulamadaki en önemli kısıtlayıcı faktörlerinden biri, ilacın uygulama bölgesinde önemli ölçüde irritasyona neden olabilmesidir. Bu durum, hasta uyumunu ve tedavinin tolere edilebilirliğini olumsuz etkileyebilir. İritasyonu hafifletmek amacıyla yapılan seyreltmeler, ilacın etkinliğini azaltabileceği için dikkatli olunmalıdır. [71]

2.7.1.3 Sülfür

Kükürt, uyuz tedavisinde uzun yıllardır kullanılan bir ajandır. Topikal kükürt preparatları genellikle %5 ila %10 konsantrasyonda vazelin içerisinde hazırlanır. Standart tedavi protokolü, preparatın üç ardışık gece boyunca tüm vücuda uygulanmasını ve son uygulamadan 24 saat sonra detaylı bir banyo ile ciltten uzaklaştırılmasını içerir. Kükürt tedavisi, özellikle iki aylıktan küçük infantlar ve gebelik veya laktasyon dönemindeki kadınlar gibi belirli hasta popülasyonlarında tercih edilir. Bu gruplarda diğer topikal ajanların güvenliği konusunda yeterli veri bulunmaması veya kontrendikasyonlarının olması nedeniyle kükürt, sıklıkla ilk basamak tedavi olarak düşünülmektedir.[72]

2.7.1.4 Majistral tedaviler

Majistral topikal uyuz ilaçları, genellikle farklı konsantrasyonlarda (genellikle %2,5-12) elementel kükürt içeren pomad formunda hazırlanır. Kükürtün topikal uygulamasında, etkin maddesi olarak kullanıldığı majistral preparatlar genellikle vazelin bazlı olarak formüle edilir. Bazı durumlarda, vazelin ve lanolinin birlikte kullanıldığı karma bazlar da tercih edilebilir. Bu bazlar, kükürtün deriye daha iyi penetrasyonunu sağlayarak farmakolojik etkinliğini artırabilir. Örneğin majistral %6 kükürtlü pomadın tipik bir formülasyonu, 6/94 oranında çökeltilmiş kükürt ve saf vazelinin homojen bir karışımından oluşur. [73]

Kükürt tedavisine yanıt vermeyen ergen ve yetişkinlerde, %5-15 konsantrasyonunda hazırlanan ardıç katranı (huile de cadee) içeren topikal uygulamalar, %5-25 oranında çöktürülmüş kalsiyum karbonat (crai prepare) içeren preparatlar, alternatif bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir. [74]

Çay ağacı yağı (TTO), uyuz akarlarına karşı in vitro akarisidal aktivitesi ve standart tedavilere dirençli kabuklu uyuz vakalarında topikal olarak ek tedavi olarak kullanıldığında elde edilen olumlu klinik sonuçlarla, kabuklu uyuzun tedavisinde potansiyel bir alternatif tedavi seçeneği olarak öne çıkmaktadır.[75]

2.7.2 Sistemik tedavi

2.7.2.1 Oral ivermektin

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC), klasik uyuz tedavisinde kilogram başına 200 µg tek doz oral ivermektin uygulamasını birincil tedavi seçeneği olarak değerlendirmektedir. Bununla birlikte, maliyet ve erişilebilirlik faktörleri, bu tedavinin genellikle topikal permetrin tedavisinin başarısız olduğu durumlarda ikinci basamak tedavi olarak kullanılmasına neden olmaktadır.[76]

İvermektin tedavisine başlanmadan önce hastaların alerjik öyküsü dikkatlice değerlendirilmelidir. İlaça karşı bilinen aşırı duyarlılığı olanlarda, nörolojik hastalıkları (örneğin, kontrolsüz epilepsi) bulunanlarda, 5 yaş altı veya 15 kg'ın altındaki çocuklarda kullanımı önerilmez. [77] Gebelik kategorisi C' dir ve emzirme döneminde kullanımının güvenli olup olmadığına dair yeterli veri mevcut değildir.[78]

2.9 Korunma

Uyuz yönetiminin temel taşı, enfeksiyonun yayılmasını önlemek amacıyla, semptomları olsun veya olmasın, tüm yakın temaslıların (aile üyeleri, cinsel partnerler, aynı evi paylaşanlar vb.) eş zamanlı ve eksiksiz tedavisidir. Kabuklu uyuz, yüksek akar yükü nedeniyle oldukça bulaşıcı bir klinik tablo sergilediğinden, bu vakaların erken tespiti ve indeks vakaların hızlı bir şekilde tedaviye alınması, halk sağlığı açısından kritik öneme sahiptir. Bu nedenle, doğrulanmış uyuz vakalarıyla en azından minimal temas öyküsü bulunan tüm bireylerin profilaktik tedavi kapsamına alınması önerilmektedir. Bu yaklaşım, olası salgınların önlenmesi ve enfeksiyon zincirinin kırılması açısından elzemdir. [79]

Sıklıkla yanlış olarak kabul edilmesine rağmen, el yıkama gibi el hijyeni uygulamalarının, *Sarcoptes scabiei* parazitinin bulaşma riskini doğrudan azalttığına dair kesin kanıtlar mevcut değildir. Bu nedenle, skabies tedavisinde ve önlenmesinde, hasta eğitimi ve çevresel kontrol önlemleri (örneğin, hasta temaslarının sınırlandırılması, kontamine eşyaların temizlenmesi) daha ön planda tutulmalıdır. [80] Enfeksiyon kontrolü protokollerine göre, kontamine olabilecek tüm tekstil ürünlerinin (giysi, yatak, havlu vb.) dekontaminasyonu için en az 50°C'de yıkama, kuru temizleme veya hava geçirmez ambalajda 7 günlük bekleme yöntemlerinden biri uygulanmalıdır (Kanıt Düzeyi VI; C Sınıfı Öneri). [81]

Skabiyezli hastaların muayenesi sonrasında ellerin yıkanması, akarların deriye penetrasyonunu engelleyebilirken, akar sayısını azaltmaz. Bu nedenle, muayene sırasında eldiven kullanımı zorunludur.[82]

Uyuz, gençler başta olmak üzere, evsizler, bakımevlerinde yaşayanlar, cezaevlerinde bulunanlar ve düşük sosyoekonomik koşullarda yaşayanlar gibi toplumun en savunmasız kesimlerini orantısız bir şekilde etkileyen bir halk sağlığı sorunudur. Uyuzun kişisel hijyen eksikliği ile eş tutulmaması ve bu enfeksiyonla ilişkili her türlü ayrımcılığın ve damgalanmanın azaltılması kritik öneme sahiptir. Bu, semptomları deneyimleyen bireylerin gecikmeden uygun tıbbi bakıma erişmelerini sağlayacaktır. Uygun tedaviye erişimin kısıtlanması veya bu tedavilere ulaşılabilirliğin azalması, enfeksiyonun yayılmasını hızlandırabilir ve toplum sağlığı üzerinde önemli olumsuz etkilere neden olabilir. Bu nedenle, uyuzla mücadelede etkili halk sağlığı stratejilerinin geliştirilmesi ve uygulanması büyük önem taşımaktadır. [83]

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Kapsamı

Çalışma İstanbul'da görev yapan pratisyen aile hekimleri, uzman aile hekimleri, aile hekimliği asistanları ve Sözleşmeli Aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan hekimler arasında planlanmıştır. Veriler gönüllü hekimlerle yüz yüze görüşülerek anket formlarının doldurulması suretiyle toplanmıştır.

Çalışma evreninden basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile örneklem genişliği hesaplaması yapıldığında İstanbul'daki Aile hekimleri ve Aile hekimliği asistanlarından oluşan 4688 kişi evren kabul edildiğinde;

$$n = Nt^2 pq / d^2 (N-1) + t^2 pq$$

Formülü ile güven düzeyi %95, sapma miktarı 0,05 alınarak yukarıdaki formül uygulandığında 356 örneklem seçilmesi gerektiği hesaplanmıştır.

Yapılan çalışmalar ve ilgili literatür taranarak oluşturulan anket, klinik uygulamalardaki mevcut durumu değerlendirmek amacıyla tasarlanmıştır. Bu çalışmada, anketin geçerlilik ve güvenilirlik özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmamıştır. Veri toplama aracı olarak kullanılan anketler, basılı formatta, hekimlerle yüz yüze görüşülerek katılımcılar tarafından bağımsız olarak doldurulmuştur.

Çalışmaya katılan hekimlerin demografik özelliklerini belirlemek amacıyla yaş, mesleki unvan (uzman aile hekimi, pratisyen aile hekimi, SAHU asistanı, AHU asistanı) görev yapılan kurum sorgulanmıştır. İkinci bölümde katılımcıların skabiyez hakkındaki bilgi edinme süreçleri sorgulanmıştır. Anketin üçüncü kısmında, katılımcıların uyuz hastalığına ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmek için patojen, bulaşma, inkübasyon süresi, klinik tablo, tanı ve tedavi konularında kapsamlı bir soru havuzuna yer verilmiştir. Bu bölüm on dokuz sorudan oluşmaktadır. Soruların yedi tanesi tek doğru cevabı olan çoktan seçmeli soru olup her biri 2 puan, üç tanesi muayene bulgusu, tanı ve ayırıcı tanı gibi konularda birden fazla doğru cevabı olabilecek açık uçlu sorulardan oluşmakta ve her doğru cevap 1 puan olarak değerlendirilmiştir. Bilgi sorularının kalan 9 tanesi ise doğru yanlış sorusu olarak sorulmuş, her doğru cevap 1 puan olarak değerlendirilmiştir. Toplam bilgi skoru 43 olarak hesaplanmış, kolay ve anlaşılır değerlendirme için 100 puanlık ölçeğe çevrilmiştir. Anketin son bölümü ise hekimlerin tedavi tercihlerini, hasta yönetiminde tutum ve davranışlarını değerlendirmek üzere toplam sekiz sorudan oluşmaktadır.

Verilerin analizinde SPSS versiyon 25.0 programından yararlanılmıştır. Tanımlayıcı analizler sunulurken ortalama, standart sapma, ortanca ve minimum-maximum değerler kullanılmıştır. 2x2 ve daha fazla gözlerde Ki Kare Testi ile karşılaştırıldığında p-değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi. Normal dağılım göstermeyen (nonparametrik) değişkenler 2'den fazla gruplarda Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır (anlamlı p değerleri Post-Hoc Dunn Testi ile incelenmiştir). p-değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi.

3.2 Çalışmanın tipi

Çalışmamız kesitsel ve tanımlayıcı niteliktedir.

3.3 Dahil Olma Kriterleri

Gönüllü olmak

İstanbul ili sınırları içerisinde görev yapıyor olmak

Aile hekimi olmak

Aile hekimliği uzmanlık öğrencisi olmak

Sözleşmeli Aile Hekimliği uzmanlığı öğrencisi olmak

3.4 Dışlama Kriterleri

İstanbul dışında görev yapıyor olmak

4. BULGULAR

Çalışmaya 359 hekim katılmıştır. Çalışmaya katılan hekimlerin yaş ortalaması $41,56 \pm 9,72$ olarak bulunmuştur. Ankete katılan hekimlerin %39' u (n= 140) erkek, %61' i (n=219) kadın bireylerden oluşmaktadır. Hekimlerin ünvanı incelendiğinde ise Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimi asistanı 87 kişi, Aile hekimliği uzmanlık asistanı 17 kişi, Aile hekimi/Pratisyen Hekim 203 kişi ve Aile Hekimliği Uzmanı 52 kişidir. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin %92,20'si (n=331) Aile Sağlığı Merkezi'nde görev yapmaktadır. Görev yapılan diğer kurumlar sırasıyla Eğitim ve Araştırma Hastanesi %4,18 (n =15), Devlet hastanesi %1,95 (n =7), Üniversite Hastanesi %1,67 (n=6) olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin %60 ,34' ü (n=216) “Skabiyez hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?” sorusuna evet cevabı verirken, %29 ,89 ‘u (n= 107) aynı soruya kısmen cevabını vermiş ve %9,78'i (n=35) de skabiyez hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını düşünerek hayır cevabını vermiştir. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ait veriler Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ait sayısal veriler

		n/Ort±s.s	%Medyan (Min-Max)
Cinsiyet	Erkek	140	(39,00)
	Kadın	219	(61,00)
Yaş grup	<30 yaş	46	(12,81)
	31-39	129	(35,93)
	40-49	106	(29,53)
	>50 yaş	78	(21,73)
Yaş	$41,56 \pm 9,7$ 2	40 (25-68)	

Mezuniyet yılı		2006,67±9,98	2008 (1979-2023)
Ünvan	SAHU Asistanı	87	(24,23)
	AHU Asistanı	17	(4,74)
	Aile hekimi/Pratisyen hekim	203	(56,55)
	Aile hekimliği uzmanı	52	(14,48)
Görev yapılan kurum	Aile Sağlığı Merkezi	331	(92,20)
	Devlet hastanesi	7	(1,95)
	Eğitim araştırma hastanesi	15	(4,18)
	Üniversite hastanesi	6	(1,67)
Skabiyez hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?	Hayır	35	(9,78)
	Evet	216	(60,34)
	Kısmen	107	(29,89)

Çalışmaya katılan hekimlerin %79,39 'u (n=285) "Skabiyez tanılı hasta sizi endişelendiriyor mu?" sorusuna" hayır "cevabı verirken, %20,61 'i (n=74) evet cevabı vermiştir.

"Tıp eğitiminiz / asistanlık eğitiminiz sırasında skabiyez hakkında eğitim aldınız mı?" sorusuna hekimlerin %92,76'sı (n=333) Tıp Eğitimi sırasında eğitim aldım cevabını verirken, %20,06' sı (n=72) asistanlık sırasında uyuz hakkında eğitim aldığını, %4,18'i (n=15) eğitim almadığını ifade etmiştir.

Hekimlik pratiğiniz sırasında skabiyez hakkında hizmet içi eğitim aldınız mı sorusuna katılımcıların %75,14 'ü (n = 269) hayır cevabını verirken, %24,86 'sı (n =89) evet cevabını vermiştir.

"Skabiyez hastalığı ile ilgili bilgileriniz nereden edindiniz?" sorusunda tercih edilen bilgi kaynakları sırasıyla tıp kitapları %81,89 (n =294), internet %62,40 (n=224) eğitim seminerleri %53,20 (n=191), kongreler %30,64 (n=110), uzmanlık eğitimi %17,27 (n =62), hizmet içi eğitim %13,37 (n=48) olarak görülmüştür.

"Skabiyez hakkında eğitim almak ister miydiniz?" sorununa katılan aile hekimlerinin %84,68'i (n=304) evet cevabını verirken %15,32'si (n=55) hayır cevabını vermiştir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin skabiyeyle ilgili eğitim durumlarının dağılımı tablo 3’de özetlenmiştir.

Tablo 3: Katılımcıların Skabiyeyle İlgili Eğitim Durumlarının Dağılımı

		Hayır		Evet	
		n	%	n	%
Tıp eğitiminiz / asistanlık eğitiminiz sırasında skabiye hakkında eğitim aldınız mı ?	Eğitim almadım	344	(95,82)	15	(4,18)
	Tıp eğitiminde aldım	26	(7,24)	333	(92,76)
	Asistanlıkta aldım	287	(79,94)	72	(20,06)
Hekimlik pratiğiniz sırasında skabiye hakkında hizmet içi eğitim aldınız mı?		269	(75,14)	89	(24,86)
Skabiye tanılı hasta ile karşılaşmak sizi endişelendiriyor mu?		285	(79,39)	74	(20,61)
Skabiye hastalığı ile ilgili bilgileriniz nereden edindiniz?	Tıp kitapları	65	(18,11)	294	(81,89)
	Kongreler	249	(69,36)	110	(30,64)
	Eğitim seminerleri	168	(46,80)	191	(53,20)
	Uzmanlık eğitimi	297	(82,73)	62	(17,27)
	Hizmet içi eğitim	311	(86,63)	48	(13,37)
	İnternet	135	(37,60)	224	(62,40)
	Diğer	359	(100,00)	0	(,00)
Skabiye hakkında eğitim almak ister miydiniz?		55	(15,32)	304	(84,68)

Katılımcıların bilgi düzeyini değerlendiren sorulara değerlendirildiğinde;

“Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?” sorusuna cevap olarak katılımcıların %91,60 ‘ı (n=327) “Klasik skabiye krutlu skabiyeze göre daha bulaştırıcıdır.” %7,56 ‘sı (n=27) “Klasik ve krutlu skabiye olmak üzere iki formu vardır.” %0,84’ü (n=3) ise “Tipik anamnez ve klinik bulgular hastalığın temelini oluşturur” cevaplarını vermişlerdir.

“Semptomlar bulaştan ne kadar süre sonra başlar?” sorusuna katılımcıların %63,23 ‘ü (n=227) 2-4 hafta, %28,69 ‘u (n =103) 1-2 hafta, %8,08 ‘i (n=29) 1-3 gün cevabını vermişlerdir.

“Aşağıdakilerin hangisi uyuzun bulaş yollarından değildir?” sorusuna katılımcıların %67,97 ‘si (n =244) tokalaşma, %19,22 ‘si (n=69) cinsel ilişki %11,70 ‘i (n=42) aynı ev içinde yaşama, %1,11 ‘i (n =4) kişiden kişiye yakın temas cevaplarını vermiştir.

“Hangisi skabiyez yerleşim bölgesi değildir?” sorusuna katılımcıların %67,60’ı (n=242) sırt orta hat, yüz ve saçlı deri, %20,67 ‘si (n=74) erkekte penis, kadında areola , %8,94’ü (n=32) ekstremitte ekstansör yüzü , %2,23 ‘ü (n=8) karın periumbilikal alan , %0,56 ‘sı (n=2)el parmak araları cevabını vermiştir.

“Çocuklarda yetişkinlerden farklı olarak hangi bölge daha sık tutulur?” sorusuna katılımcıların %61,13’si (n=217) avuç içi ve ayak tabanı, %15,49 ‘u (n=55) kalça ve bacaklar, %10,99 ‘u (n=39) genital bölge, %7,04 ‘ü (n = 25) eklem yerleri, %5,35’i (n =19) sırt bölgesi yanıtını vermiştir.

“Aşağıdakilerden hangisi skabiyez tedavisinde kullanılmaz?” sorusuna katılımcıların %80,73’ü (n=289) kortikosteroid, %17,88 ‘i (n=64) benzil benzoat, %1,40 ‘ı (n=5) sülfür yanıtını vermişlerdir.

Tablo 4.1: Skabiyez ile ilgili hangisi yanlıştır? Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

	n	%
Tipik anemnez ve klinik bulgular hastalığın temelini oluşturur.	3	0,84
Klasik ve krutlu skabiyez olmak üzere 2 form vardır.	28	7,56
Klasik skabiyez krutlu skabiyeze göre daha bulaşıcıdır.	328	91,60

Tablo 4.2: Skabiyez ile İlgili Bilgi Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı

		n	yüzde
Septomlar bulaştan ne kadar süre sonra başlar?	1-3 gün	29	8,1
	1-2 hafta	103	28,7
	2-4 hafta	227	63,2
Hangisi skabiyez bulaş yolu değildir?	Kişiden kişiye yakın temas	4	1,1
	Tokalaşma	244	68,0
	Aynı evde yaşama	42	11,7
Skabiyez yerleşim bölgesi?	Cinsel ilişki	69	13,2
	Ekstremitte ekstansör yüzü	32	8,9
	El parmakları araları	2	,6
	karın peri umbilikal alan	8	2,2
	Erkekte penis kadınlarda areola	74	20,6
Hangisi skabiyez tedavisinde kullanılmaz?	Sırt orta hat,yüz ve saçlı deri	243	67,7
	Sülfür	5	1,40
	Benzim benzoat	64	17,8
	Kortikosteroid	290	80,73

Çocuklarda skabiyez yerleşim bölgesi ?	Avuç içi ve ayak tabanı	217	61,13
	Genital bölge	39	10,99
	Kalça ve bacaklar	55	15,49
	Sırt bölgesi	19	5,35
	Eklem yerleri	25	7,04

“Skabiyez ayırıcı tanısına girenler hangileridir?” sorusuna katılımcıların %85,52 ‘si (n=307) atopik dermatit, % 40,67’si (n=146) makulopapuler ilaç erupsiyonu , % 36,77’si (n=13) alerjik kontakt dermatit , %25,91’i (n=93) psöriazis, % 21,45’i (n=77) kızamık, % 12,81’i (n=46) prurigo nodularis, %11,98’i (n=43) dermatitis herpetiformis seçeneğini işaretlemişlerdir.

Tablo 4.3: Skabiyez Ayırıcı Tanısına Girenler Hangileridir? Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

Tanı	n	yüzde
Atopik dermatit	307	(85,52)
Makulopapuler ilaç erupsiyonu	146	(40,67)
Alerjik kontakt dermatit	132	(36,77)
Psöriazis	93	(25,91)
Kızamık	77	(21,45)
Prurigo modularis	46	(12,81)
Dermatitis herpetiformis	43	(11,98)

“Hangileri skabiyez cilt bulgularındandır?” sorusunda katılımcıların %95,26 ‘sı (n =342) kaşıntı, %78,83 ‘ü (n=283), %78,83 ‘ü (n=283) kızarıklık, %92,48 ‘i (n=332) tünel ve vezikül, %36,77 ‘si (n =132) skuam, %23,40 ‘ı (n=84) ekskoriye papül, %22,28 ‘i (n=80) hiperkeratoz, %13,93 ‘ü (n=50) kırmızı kahverengi renkli nodül seçeneğini işaretlemiştir.

Tablo 4.4: Hangisi skabiyez cilt bulgularındandır? Sorusuna Cevapların Dağılımı

Bulgu	n	yüzde
Kaşıntı	342	(95,26)

Tünel ve vezikül	332	(92,48)
Kızarıklık	283	(78,83)
Ekskoriye papül	84	(23,40)
Hiperkeratoz	80	(22,28)
Skuam	132	(36,77)
Kırmızı ve kahverengi renkli nodül	50	(13,93)

“Skabiyez teşhisinde hangilerini kullanabiliriz?” sorusuna katılımcıların %79,39’u (n=285) dermoskopi, %67,97’si (n=244) deri kazıntı mikroskobisi , %32,59 ‘u (n=117) deri mürekkep testi , %17,55 ‘i (n= 63) biyopsi,%13,09 ‘u (n=47) Pcr , %3,90 ‘ı (n=14) ELİSA seçeneğini işaretlemişlerdir.

Tablo 4.5: Skabiyez teşhisinde hangilerini kullanabiliriz? Sorusuna Cevapların Dağılımı

Teşhis yolu	n	yüzde
Dermoskopi	285	(79,39)
Deri kazıntı mikroskopi	244	(67,97)
Deri mürekkep testi	117	(32,59)
Biopsi	63	(17,55)
PCR	47	(13,09)
Elisa	14	(3,90)

“Oral ivermektin tedavisi ile ilgili hangisi yanlıştır?” sorusuna katılımcıların %81,01’i (n=290) 300 mikrogram kilogram dozunda kullanılır; %9,50’si (n=34) 15 kg altı çocuk ve gebede kullanılmamalıdır; %9,50’si (n=34) laktasyonda ara verilmelidir cevabını vermiştir.

Tablo 4.6: Oral ivermektin tedavisinde hangisi yanlış? Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

	n	yüzde
300 mikrogram/kg dozunda kullanılır	290	81,01
15 kg altı çocuk ve gebelerde kullanılmamalı	34	9,5
Laktasyonda ara verilmelidir	34	9,5

Skabiyez hakkında sorulan doğru / yanlış önermelerine verilen cevaplar şu şekildedir: “Etken sarcoptes scabiei hominisdir.” Sorusuna katılımcıların %99,44 ‘ü (n=357) doğru, %0,56’sı (n =2) yanlış, “İnsan vücudu dışında yaşayamaz.” sorusuna katılımcıların %55,59’u (n=199) doğru, %44,41’i (n=159) yanlış, “Dişi akar insan stratum korneumuna girer ve yumurtalarını bırakır, erkek burada yumurtaları döller.” Sorusuna katılımcıların %79,61’i (n=285) doğru, %20,39’ine (n=73) yanlış, “Primer lezyon stratum korneum da açtığı tüneldir.” Sorusuna katılımcıların % 99,44’ü (n=356) doğru, %0,56’sı (n=2) yanlış, “Kaşıntı gece ve sıcak ortamlarda artar” sorusuna katılımcıların % 99,44’ü (n=357) doğru %0,56’sı (n=2) yanlış, “Kaşıntı tip 4 aşırı duyarlılık reaksiyonuna bağlıdır ve enfeksiyon ile belirtilerin başlaması arasında 2-4 hafta gecikmesine sebep olur” sorusuna katılımcıların%75,42’si (n=270) doğru , %24,58’i (n=89) yanlış, “Kaşıntının rahatlaması 6 haftaya kadar uzayabilir” sorusuna katılımcıların %91,90’ı (n=329)doğru , %8,10’u (n= 30) yanlış “Tüm aile bireyleri aynı anda tedavi edilmelidir” sorusuna katılımcıların 0 (,00) 358 (100,00) “Krutlu skabiyez dışında hastanın izolasyonuna gerek yoktur” sorusuna katılımcıların %64,25’i doğru (n=230) %35,75’i yanlış (n=129) cevabını vermişlerdir.

Tablo 4.7: Katılımcıların Skabiyez Hakkındaki Bilgi Düzeyine Yönelik Doğru/Yanlış Önermelerine Verdikleri Cevapların Dağılımı

	Yanlış		Doğru	
	n	%	n	%
Etken sarcoptes scabiei hominisdir.	2	(0,56)	357	(99,44)
İnsan vücudu dışında yaşayamaz.	159	(44,41)	199	(55,59)
Dişi akar insan stratum korneumuna girer ve yumurtalarını bırakır, erkek burada yumurtaları döller.	73	(20,39)	286	(79,61)
Primer lezyon korneum da açtığı tüneldir.	2	(,56)	357	(99,44)
Kaşıntı gece ve sıcak ortamlarda artar	2	(,56)	357	(99,44)

Kaşıntı tip 4 aşırı duyarlılık reaksiyonuna bağlıdır ve enfeksiyon ile belirtilerin başlaması arasında 2-4 hafta gecikmesine sebep olur.	89	(24,58)	270	(75,42)
Kaşıntının rahatlaması 6 haftaya kadar uzayabilir	30	(8,10)	329	(91,90)
Tüm aile bireyleri aynı anda tedavi edilmelidir	0	(0,00)	359	(100,0)
Krutlu skabiyez dışında hastanın izolasyonuna gerek yoktur.	129	(35,75)	230	(64,25)

Tedavide ilk hangi seçeneği tercih edersiniz sorusuna katılımcıların %76,82'si (n=275) permetrin; %14,80'i (n=53) topikal majisral karışım; %5,87 'si (n=21) kükürt içeren preperat; %2,51'i (n=9) oral ivermektin cevabını vermişlerdir.

Topikal majistral karışım tercih ettiğiniz moleküller nelerdir sorusuna katılımcıların %55,99 u (n= 201) majistral karışım tercih etmiyorum yanıtını vermiştir. Katılımcıların %42,62'si (n=153) soufre precipite, %37,05'i (n=133) pur vazelin, %25,35'i (n=91) huile de cade , %20,61'i (n=74) lanolyn, %4,74 ü (n=17)si crai prepare moleküllerini tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların skabiyez tedavisine yönelik tercihleri ile ilgili cevapların dağılımı Tablo 'te özetlenmiştir.

Tablo 5.1: Tedavide ilk Tercih Edilen İlaç Yanıtlarının Dağılımı

	n	yüzde
Permetrin	275	76,82
Topikal majinastral karışım	53	14,80
Oral ivermektin	9	2,51
Kükürt içeren preperant	21	5,87

Tablo 5.2: Topikal Majistral Karışım Tercih Edilen Molekül Dağılımı

	n	yüzde
Pur vazelin	133	(37,05)
Soufre precipite	153	(42,62)
Crai prepare	17	(4,74)
Huile de cade	91	(25,35)
Majistral karışım tercih etmiyorum	201	(55,99)

Katılımcıların “Skabiyez teşhisli hasta geldiğinde hangilerini yaparsınız?” sorusuna verdikleri cevaplar şu şekildedir:

“İlacın nasıl kullanıldığını hastaya anlatırım” sorusuna hekimlerin %71,79 ‘u (n = 257) her zaman, %24,89’u (n=89) sıklıkla, %2,79’u (n=10) ara sıra, %0,28 ‘i (n=1) nadiren, %0,28’i (n =1) hiçbir zaman cevabını vermiştir.

Hastalarımaya çay ağacı yağı içeren sabun kullanmalarını öneririm sorusuna katılımcıların %46,09’u (n=165) hiçbir zaman, %27,09 ‘u (n=97) nadiren, %21,79 ‘u (n=78) ara sıra, %3,07’si (n=11) sıklıkla, %1,96’sı (n =7) her zaman yanıtını vermişlerdir.

“Son bir hafta içinde kullanılmış tüm kıyafet çamaşır ve yatak takımlarının 60 derecede yıkanmasını ve ütülenmesini öneririm” sorusuna katılımcıların %70,11’i (n=251) her zaman, %22,35’i (n=80), %7,26’sı (n=26) ara sıra, %0,28’i (n=1) nadiren, %0,28’i (n=1) hiçbir zaman yanıtını vermiştir.

“Yıkanmayacak eşyaların ağzı bağlı bir poşette ortalama 7 gün saklanmasını öneririm” sorusuna katılımcıların %66,20 ‘si (n=237) her zaman, %24,30’u (n=87) sıklıkla, %8,94’ ü (n=32) arasına, %0,28’i (n=1) nadiren, %0,28’i (n=1) hiçbir zaman yanıtını vermiştir.

“Tedaviye antihistaminik preperat eklerim.” sorusuna katılımcıların %37,99’u (n=136) her zaman, %37,15’i (n=133) sıklıkla, %19,27’si (n=69) arasına, %4,75’i(n=17) nadiren, %0,84’ü (n=1) hiçbir zaman yanıtını vermişlerdir.

“Tedavi hakkında yazılı materyal veririm” sorusuna katılımcıların %25,42’si (n=91) nadiren, %20,67’si (n=74) her zaman , %20,11’i (n=72) arasına , %18,16’sı hiçbir zaman ,%15,64’ü (n=56) sıklıkla yanıtını vermişlerdir. Katılımcıların skabiyez tedavisinde tutum ve davranışlarına yönelik veriler Tablo 5’te özetlenmiştir.

Tablo 6: Katılımcıların Skabiyezli Hasta Tedavisine Yönelik Tutum ve Davranışlarının Dağılımı

	Her zaman	Sıklıkla	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
İlacın nasıl kullanıldığını ayrıntılı şekilde hastaya anlatırım.	257(%71,79)	89(%24,86)	10 (2,79)	1 (%0,28)	1 (%0,28)
Hastalarımaya çay ağacı yağı içeren sabun	7(%1,96)	11(%3,07)	78(%21,79)	97(%27,09)	165(%46,09)

kullanmalarını öneririm.					
Son bir hafta içinde kullanılmış tüm kıyafet, çamasır ve yatak takımlarını en az 60 derecede yıkanmasını ve ütülenmesini öneririm.	251(%70,11)	80(%22,35)	26(%7,26)	1(%0,28)	0(0,00)
Yıkamayacak eşyaların ağzı bağlı bir poşette ortalama 7 gün saklanmasını öneririm.	237(%66,20)	87(%24,30)	32(%8,94)	1(%0,28)	1(%0,28)
Tedaviye antihistaminik preparat eklerim	136(%37,99)	133(%37,99)	69(%19,27)	17(%4,75)	3(%0,84)
Tedavi hakkında yazılı materyal veririm	74(%20,67)	56(%15,64)	72(20,11)	91(%25,42)	65(%18,16)

Ankete katılan hekimlerin skabiyeز hakkındaki bilgilerini değerlendirebilmek için bilgi puanı hesaplaması yapılmıştır. Puan hesaplaması gereç ve yöntemler kısmında bahsedildiğı üzere çoktan seçmeli sorular için 2 puan, birden fazla sayıda doğru cevap olan açık uçlu sorularda her bir cevap için 1 puan, doğru yanlış sorularında her doğru cevap için 1 puan olarak hesaplanmıştır. Skabiyeز bilgi puanından en yüksek 43 puan, en düşük 0 puan elde edilmektedir. Maximum bilgi skoru 43 puan olarak elde edildiğinden değerlendirme kolaylığı için 100'lük sisteme uyarlanmıştır. Tüm katılımcıların toplam bilgi puan ortalaması 61,36±10,52 iken, minimum bilgi puanı 27,91 maximum bilgi puanı 95,35 olarak bulunmuştur. (Tablo 7)

Tablo 7: Skabiyeز Bilgi Düzeyi Puanlarının Dağılımı

	Ort±s.s	Medyan (Min-Max)
Bilgi Puan Toplam	61,36±10,52	60,47 (27,91-95,35)

30 yaş altı katılımcıların bilgi puanı $60,92 \pm 11,6$; 31-39 yaş arası katılımcıların bilgi puanı $63,19 \pm 10,1$; 40-49 yaş arası katılımcıların bilgi puanı $62,18 \pm 10,44$ ve 50 yaş üzeri katılımcıların bilgi puanı $57,48 \pm 9,78$ olarak bulunmuştur. Yaşa göre skabiyez bilgi puanlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. ($p=0,002$)

Erkek katılımcıların bilgi puan ortalaması $59,49 \pm 10,65$ iken, kadın katılımcılarda bilgi puan ortalaması $62,56 \pm 10,27$ olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre skabiyez bilgi puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. ($p=0,008$)

Ünvanlara göre bilgi puan ortalamalarına bakıldığında SAHU asistanı bilgi puan ortalaması $64,29 \pm 10,93$; AHU asistanı bilgi puan ortalaması $63,61 \pm 8,42$; Aile hekimi/Pratisyen hekim bilgi puan ortalaması $58,67 \pm 9,48$; Aile hekimliği uzmanı bilgi puan ortalaması $66,23 \pm 11,28$ olarak bulunmuştur. Ünvana göre yapılan skabiyez bilgi puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p<0,001$)

Görev yapılan kuruma göre bilgi puan ortalaması değerleri Aile Sağlığı Merkezinde $61,13 \pm 10,4$; Devlet hastanesi $68,11 \pm 15,17$; Eğitim araştırma hastanesi $64,65 \pm 6,99$; Üniversite hastanesi $58,14 \pm 16,04$ olarak bulunmuştur. Görev yapılan kuruma göre yapılan skabiyez bilgi puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p=0,274$) Veriler Tablo 6'da özetlenmiştir.

Tablo 8: Demografik Özelliklere Göre Skabiyez Bilgi Puanı Karşılaştırmaları

		Bilgi Puan Toplam		p
		Ort±s.s	Medyan (Min-Max)	
Yaş	<30 yaş	60,92±11,6	62,79 (27,91-81,4)	0,002
	31-39	63,19±10,1	62,79 (34,88-90,7)	
	40-49	62,18±10,44	60,47 (39,53-95,35)	
	>50 yaş	57,48±9,78	56,98 (37,21-86,05)	
Cinsiyet	Erkek	59,49±10,65	60,47 (27,91-90,7)	0,008*
	Kadın	62,56±10,27	62,79 (34,88-95,35)	
Ünvan	SAHU Asistanı	64,29±10,93	65,12 (27,91-95,35)	<0,001
	AHU Asistanı	63,61±8,42	62,79 (46,51-76,74)	
	Aile hekimi/Pratisyen hekim	58,67±9,48	60,47 (34,88-81,4)	
	Aile hekimliği uzmanı	66,23±11,28	65,12 (41,86-88,37)	
Görev yapılan kurum	ASM	61,13±10,4	60,47 (27,91-95,35)	0,274
	Devlet hastanesi	68,11±15,17	62,79 (46,51-88,37)	
	Eğitim araştırma hastanesi	64,65±6,99	65,12 (53,49-74,42)	
	Üniversite hastanesi	58,14±16,04	55,81 (37,21-79,07)	

*Mann Whitney-U Testi/ Kruskal Wallis Testi (Post-Hoc Dunn Testi)

Skabiyez bilgi puanı kategorize edildiğinde katılımcıların %90,53'ü (n=325) 75 puan altında, %9,47'sinin (n=34) 75 ve üzeri puan aldığını görmekteyiz.

Tablo 9: Katılımcıların bilgi puanına göre kategorizasyonu

	n	%
Bilgi Puan Kategorisi	<75 puan	325 (90,53)
	75 ve üzeri puan	34 (9,47)

Ankete katılan hekimlerin skabiyez tedavisine yönelik tutum ve davranışlarını sorgulayan yanıtlar için yaş grupları arasında yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 10: Katılımcıların Skabiyez Tedavisine Yönelik Tutum ve Davranışlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması

		Yaş								p		
		<30 yaş		31-39		40-49		>50 yaş				
		n	%	n	%	n	%	n	%			
Tedavide ilk hangi seçeneği tercih edersiniz?	Permetrin	36	(78,26)	105	(81,40)	75	(71,43)	59	(75,64)	0,299		
	Kükürt içeren preparat	2	(4,35)	11	(8,53)	5	(4,76)	3	(3,85)			
	Oral ivermektin	1	(2,17)	2	(1,55)	3	(2,86)	3	(3,85)			
	Topikal majistral karışım	7	(15,22)	11	(8,53)	22	(20,95)	13	(16,67)			
Topikal majistral karışımda tercih ettiğiniz moleküller nelerdir ?	Pur vazelin	Hayır	30	(65,22)	80	(62,02)	67	(63,21)	49	(62,82)	0,985	
		Evet	16	(34,78)	49	(37,98)	39	(36,79)	29	(37,18)		
	Soufre precipite	Hayır	28	(60,87)	74	(57,36)	61	(57,55)	43	(55,13)	0,942	
		Evet	18	(39,13)	55	(42,64)	45	(42,45)	35	(44,87)		
	Crai prepare	Hayır	44	(95,65)	122	(94,57)	99	(93,40)	77	(98,72)	0,386	
		Evet	2	(4,35)	7	(5,43)	7	(6,60)	1	(1,28)		
	Huile de cadee	Hayır	35	(76,09)	95	(73,64)	77	(72,64)	61	(78,21)	0,834	
		Evet	11	(23,91)	34	(26,36)	29	(27,36)	17	(21,79)		
	Lanolyn	Hayır	38	(82,61)	107	(82,95)	78	(73,58)	62	(79,49)	0,325	
		Evet	8	(17,39)	22	(17,05)	28	(26,42)	16	(20,51)		
	Majistral karışım tercih etmiyorum	Hayır	19	(41,30)	57	(44,19)	46	(43,40)	36	(46,15)	0,960	
		Evet	27	(58,70)	72	(55,81)	60	(56,60)	42	(53,85)		
	Skabiyez teşhisi hasta geldiğinde hangilerini yaparsınız?	İlacın nasıl kullanıldığını ayrıntılı şekilde hastaya anlatırım	Her zaman	27	(58,70)	95	(73,64)	77	(73,33)	58	(74,36)	0,400
			Sıklıkla	16	(34,78)	32	(24,81)	22	(20,95)	19	(24,36)	
Ara sıra			3	(6,52)	2	(1,55)	4	(3,81)	1	(1,28)		
Nadiren			0	(,00)	0	(,00)	1	(,95)	0	(,00)		
Hastalarımın çay ağacı yağı içeren sabun kullanmalarını öneririm		Her zaman	1	(2,17)	4	(3,10)	1	(,95)	1	(1,28)	0,809	
		Sıklıkla	2	(4,35)	3	(2,33)	2	(1,90)	4	(5,13)		
		Ara sıra	10	(21,74)	32	(24,81)	19	(18,10)	17	(21,79)		
		Nadiren	13	(28,26)	34	(26,36)	26	(24,76)	24	(30,77)		
		Hiçbir zaman	20	(43,48)	56	(43,41)	57	(54,29)	32	(41,03)		
Son bir hafta içinde kullanılmış tüm kıyafet çamaşır ve yatak takımları 60 derece de yıkanmasını ve ütülenmesini öneririm		Her zaman	34	(73,91)	88	(68,22)	71	(67,62)	58	(74,36)	0,654	
		Sıklıkla	9	(19,57)	32	(24,81)	22	(20,95)	17	(21,79)		
		Ara sıra	3	(6,52)	8	(6,20)	12	(11,43)	3	(3,85)		
		Nadiren	0	(,00)	1	(,78)	0	(,00)	0	(,00)		
		Hiçbir zaman	0	(,00)	0	(,00)	0	(,00)	0	(,00)		
Yıkamayacak eşyaların ağız bağlı bir poşette ortalama 7 gün saklanmasını öneririm		Her zaman	31	(67,39)	85	(65,89)	65	(61,90)	56	(71,79)	0,116	
		Sıklıkla	10	(21,74)	33	(25,58)	24	(22,86)	20	(25,64)		
	Ara sıra	4	(8,70)	10	(7,75)	16	(15,24)	2	(2,56)			
	Nadiren	0	(,00)	1	(,78)	0	(,00)	0	(,00)			

	Tedaviye antihistaminik preparat eklerim	Hiçbir zaman	1	(2,17)	0	(,00)	0	(,00)	0	(,00)	0,324
		Her zaman	15	(32,61)	53	(41,09)	38	(36,19)	30	(38,46)	
		Sıklıkla	15	(32,61)	47	(36,43)	38	(36,19)	33	(42,31)	
		Ara sıra	10	(21,74)	25	(19,38)	22	(20,95)	12	(15,38)	
		Nadiren	4	(8,70)	4	(3,10)	6	(5,71)	3	(3,85)	
	Tedavi hakkında yazılı materyal veririm	Hiçbir zaman	2	(4,35)	0	(,00)	1	(,95)	0	(,00)	0,369
		Her zaman	11	(23,91)	31	(24,03)	16	(15,24)	16	(20,51)	
		Sıklıkla	10	(21,74)	17	(13,18)	12	(11,43)	17	(21,79)	
		Ara sıra	6	(13,04)	25	(19,38)	25	(23,81)	16	(20,51)	
		Nadiren	12	(26,09)	32	(24,81)	27	(25,71)	20	(25,64)	
		Hiçbir zaman	7	(15,22)	24	(18,60)	25	(23,81)	9	(11,54)	

Ki-Kare Testi

Katılımcıların skabiyez tedavisine yönelik tutum ve davranışlarının cinsiyete göre yapılan karşılaştırmalarında anlamlı p değeri saptanmamıştır.

Tablo 11: Skabiyez Tedavisine Yönelik Tutum ve Davranışlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

		Cinsiyet				p	
		Erkek		Kadın			
		n	%	n	%		
Tedavide ilk hangi seçeneği tercih edersiniz?	Permetrin	105	(75,00)	170	(77,98)	0,106	
	Kükürt içeren preparat	9	(6,43)	12	(5,50)		
	Oral ivermektin	7	(5,00)	2	(,92)		
	Topikal majistral karışım	19	(13,57)	34	(15,60)		
Topikal majistral karışımda tercih ettiğiniz moleküller nelerdir ?	Pur vazelin	Hayır	86	(61,43)	140	(63,93)	0,633
		Evet	54	(38,57)	79	(36,07)	
	Soufre precipite	Hayır	83	(59,29)	123	(56,16)	0,560
		Evet	57	(40,71)	96	(43,84)	
	Crai prepare	Hayır	131	(93,57)	211	(96,35)	0,227
		Evet	9	(6,43)	8	(3,65)	
	Huile de cadee	Hayır	105	(75,00)	163	(74,43)	0,903
		Evet	35	(25,00)	56	(25,57)	
	Lanolyn	Hayır	109	(77,86)	176	(80,37)	0,567
		Evet	31	(22,14)	43	(19,63)	
	Majistral karışım tercih etmiyorum	Hayır	59	(42,14)	99	(45,21)	0,569
		Evet	81	(57,86)	120	(54,79)	
Skabiyez teşhisli hasta geldiğinde hangilerini yaparsınız?	İlacın nasıl kullanıldığını ayrıntılı şekilde hastaya anlatırım	Her zaman	105	(75,00)	152	(69,72)	0,469
		Sıklıkla	31	(22,14)	58	(26,61)	
		Ara sıra	3	(2,14)	7	(3,21)	
		Nadiren	1	(,71)	0	(,00)	
		Hiçbir zaman	0	(,00)	1	(,46)	
	Hastalarımın çay ağacı yağı içeren	Her zaman	1	(,71)	6	(2,75)	0,342
		Sıklıkla	4	(2,86)	7	(3,21)	

	sabun kullanmalarını öneririm	Ara sıra	28	(20,00)	50	(22,94)	0,563	
		Nadiren	45	(32,14)	52	(23,85)		
		Hiçbir zaman	62	(44,29)	103	(47,25)		
	Son bir hafta içinde kullanılmış tüm kıyafet çamaşır ve yatak takımları 60 derece de yıkanmasını ve ütülenmesini öneririm	Her zaman	97	(69,29)	154	(70,64)		
		Sıklıkla	30	(21,43)	50	(22,94)		
		Ara sıra	13	(9,29)	13	(5,96)		
		Nadiren	0	(,00)	1	(,46)		
		Hiçbir zaman	0	(,00)	0	(,00)		
	Yıkanmayacak eşyaların ağzı bağlı bir poşette ortalama 7 gün saklanmasını öneririm	Her zaman	95	(67,86)	142	(65,14)		0,364
		Sıklıkla	29	(20,71)	58	(26,61)		
		Ara sıra	15	(10,71)	17	(7,80)		
		Nadiren	0	(,00)	1	(,46)		
		Hiçbir zaman	1	(,71)	0	(,00)		
	Tedaviye antihistaminik preparat eklerim	Her zaman	49	(35,00)	87	(39,91)		0,426
		Sıklıkla	59	(42,14)	74	(33,94)		
		Ara sıra	27	(19,29)	42	(19,27)		
		Nadiren	4	(2,86)	13	(5,96)		
		Hiçbir zaman	1	(,71)	2	(,92)		
	Tedavi hakkında yazılı materyal veririm	Her zaman	27	(19,29)	47	(21,56)		0,987
		Sıklıkla	23	(16,43)	33	(15,14)		
Ara sıra		28	(20,00)	44	(20,18)			
Nadiren		36	(25,71)	55	(25,23)			
Hiçbir zaman		26	(18,57)	39	(17,89)			

Ki-Kare Testi

Ankete katılan hekimlerin skabiyez tedavisine yönelik tutum ve davranışlarının değerlendirildiği bölümde ünvanlar arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı p değeri saptanmamıştır.

Tablo 12: Katılımcıların Skabiyez Tedavisine Yönelik Tutum ve Davranışlarının Ünvana Göre Karşılaştırılması

		Ünvan								p	
		SAHU Asistanı		AHU Asistanı		Aile hekimi/Pratisyene hekim		Aile hekimliği uzmanı			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Tedavide ilk hangi seçeneği tercih edersiniz?	Permetrin	71	(81,61)	14	(82,35)	154	(76,24)	36	(69,23)	0,529	
	Kükürt içeren preperat	3	(3,45)	0	(,00)	14	(6,93)	4	(7,69)		
	Oral ivermektin	0	(,00)	0	(,00)	7	(3,47)	2	(3,85)		
	Topikal majistral karışım	13	(14,94)	3	(17,65)	27	(13,37)	10	(19,23)		
Topikal majistral karışımda tercih ettiğiniz moleküller nelerdir ?	Pur vazelin	Hayır	52	(59,77)	12	(70,59)	132	(65,02)	30	(57,69)	0,616
		Evet	35	(40,23)	5	(29,41)	71	(34,98)	22	(42,31)	
	Soufre precipite	Hayır	46	(52,87)	9	(52,94)	122	(60,10)	29	(55,77)	0,676
		Evet	41	(47,13)	8	(47,06)	81	(39,90)	23	(44,23)	
	Crai prepare	Hayır	83	(95,40)	16	(94,12)	195	(96,06)	48	(92,31)	0,718
		Evet	4	(4,60)	1	(5,88)	8	(3,94)	4	(7,69)	
	Huile de cadee	Hayır	59	(67,82)	11	(64,71)	159	(78,33)	39	(75,00)	0,213
		Evet	28	(32,18)	6	(35,29)	44	(21,67)	13	(25,00)	
	Lanolyn	Hayır	71	(81,61)	14	(82,35)	163	(80,30)	37	(71,15)	0,456
		Evet	16	(18,39)	3	(17,65)	40	(19,70)	15	(28,85)	
	Majistral karışım tercih etmiyorum	Hayır	43	(49,43)	8	(47,06)	83	(40,89)	24	(46,15)	0,572
		Evet	44	(50,57)	9	(52,94)	120	(59,11)	28	(53,85)	
Skabiyez teşhisi hasta geldiğinde hangilerini yaparsınız?	İlacın nasıl kullanıldığını ayrıntılı şekilde hastaya anlatırım	Her zaman	64	(73,56)	11	(64,71)	147	(72,77)	35	(67,31)	0,960
		Sıklıkla	21	(24,14)	5	(29,41)	49	(24,26)	14	(26,92)	
		Ara sıra	2	(2,30)	1	(5,88)	4	(1,98)	3	(5,77)	
		Nadiren	0	(,00)	0	(,00)	1	(,50)	0	(,00)	
		Hiçbir zaman	0	(,00)	0	(,00)	1	(,50)	0	(,00)	
	Hastalarımın çay ağacı yağı içeren sabun kullanmalarını öneririm	Her zaman	2	(2,30)	1	(5,88)	1	(,50)	3	(5,77)	0,278
		Sıklıkla	2	(2,30)	1	(5,88)	5	(2,48)	3	(5,77)	
		Ara sıra	25	(28,74)	2	(11,76)	40	(19,80)	11	(21,15)	
		Nadiren	21	(24,14)	6	(35,29)	57	(28,22)	13	(25,00)	
		Hiçbir zaman	37	(42,53)	7	(41,18)	99	(49,01)	22	(42,31)	
	Son bir hafta içinde kullanılmış tüm kıyafet çamaşır ve yatak takımları 60 derece de yıkanmasını ve ütülenmesini öneririm	Her zaman	61	(70,11)	15	(88,24)	140	(69,31)	35	(67,31)	0,869
		Sıklıkla	21	(24,14)	1	(5,88)	46	(22,77)	12	(23,08)	
		Ara sıra	5	(5,75)	1	(5,88)	15	(7,43)	5	(9,62)	
		Nadiren	0	(,00)	0	(,00)	1	(,50)	0	(,00)	
		Hiçbir zaman	0	(,00)	0	(,00)	0	(,00)	0	(,00)	
	Yıkamayacak eşyaların ağzı bağlı bir poşette ortalama 7 gün saklanmasını öneririm	Her zaman	59	(67,82)	13	(76,47)	130	(64,36)	35	(67,31)	0,862
		Sıklıkla	22	(25,29)	2	(11,76)	51	(25,25)	12	(23,08)	
		Ara sıra	5	(5,75)	2	(11,76)	20	(9,90)	5	(9,62)	
		Nadiren	1	(1,15)	0	(,00)	0	(,00)	0	(,00)	
		Hiçbir zaman	0	(,00)	0	(,00)	1	(,50)	0	(,00)	
Tedaviye antihistaminik preperat eklerim	Her zaman	34	(39,08)	8	(47,06)	76	(37,62)	18	(34,62)	0,632	
	Sıklıkla	32	(36,78)	5	(29,41)	76	(37,62)	20	(38,46)		
	Ara sıra	16	(18,39)	3	(17,65)	39	(19,31)	11	(21,15)		
	Nadiren	4	(4,60)	0	(,00)	11	(5,45)	2	(3,85)		
	Hiçbir zaman	1	(1,15)	1	(5,88)	0	(,00)	1	(1,92)		
	Her zaman	21	(24,14)	7	(41,18)	35	(17,33)	11	(21,15)	0,648	

Tedavi hakkında yazılı materyal veririm	Sıklıkla	12 (13,79)	3 (17,65)	34 (16,83)	7 (13,46)
	Ara sıra	14 (16,09)	1 (5,88)	45 (22,28)	12 (23,08)
	Nadiren	23 (26,44)	4 (23,53)	50 (24,75)	14 (26,92)
	Hiçbir zaman	17 (19,54)	2 (11,76)	38 (18,81)	8 (15,38)

Ki-Kare Testi

Ankete katılan hekimlerin skabiyez tedavisine yönelik tutum ve davranışları değerlendirildiğinde görev yapılan kurumlar arasındaki karşılaştırmalarda anlamlı p değeri saptanmıştır. Buna göre ASM'de çalışanların tedavide ilk tercih olarak permetrin kullanma oranı %77,27; devlet hastanesi %71,43; eğitim araştırma hastanesi %73,3 ve üniversite hastanesine %66,67 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark anlamlıdır, ASM de çalışan hekimlerin permetrin tercih etme oranı diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. (p=0,027)

Tablo 13: Katılımcıların Skabiyez Tedavisine Yönelik Tutum ve Davranışlarının Görev Yapılan Kuruma Göre Karşılaştırılması

		Görev yapılan kurum								P	
		ASM		Devlet hastanesi		Eğitim araştırma hastanesi		Üniversite hastanesi			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Tedavide ilk hangi seçeneği tercih edersiniz?	Permetrin	25	(77,27)	5	(71,43)	1	(73,33)	4	(66,67)	0,027	
	Kükürt içeren preperat	17	(5,15)	2	(28,57)	0	(,00)	2	(33,33)		
	Oral ivermektin	8	(2,42)	0	(,00)	1	(6,67)	0	(,00)		
	Topikal majistral karışım	50	(15,15)	0	(,00)	3	(20,00)	0	(,00)		
Topikal majistral karışımda tercih ettiğiniz moleküller nelerdir ?	Pur vazelin	Hayır	20	(61,93)	5	(71,43)	1	(80,00)	4	(66,67)	0,519
		Evet	12	(38,07)	2	(28,57)	3	(20,00)	2	(33,33)	
	Soufre precipite	Hayır	18	(56,80)	5	(71,43)	1	(66,67)	3	(50,00)	0,735
		Evet	14	(43,20)	2	(28,57)	5	(33,33)	3	(50,00)	
	Crai prepare	Hayır	31	(95,47)	7	(100,00)	1	(93,33)	5	(83,33)	0,494
		Evet	15	(4,53)	0	(,00)	1	(6,67)	1	(16,67)	
	Huile de cadee	Hayır	24	(74,62)	6	(85,71)	1	(80,00)	3	(50,00)	0,456
		Evet	84	(25,38)	1	(14,29)	3	(20,00)	3	(50,00)	
	Lanolyn	Hayır	26	(79,15)	6	(85,71)	1	(86,67)	4	(66,67)	0,738
		Evet	69	(20,85)	1	(14,29)	2	(13,33)	2	(33,33)	
	Majistral karışım	Hayır	14	(44,71)	2	(28,57)	5	(33,33)	3	(50,00)	0,677

	tercih etmiyorum	Evet	18 3	(55,29)	5	(71,43)	1 0	(66,6 7)	3	(50,00)	
Skabiyeز teşhisli hasta geldiğinde hangilerini yaparsınız?	İlacın nasıl kullanıldığını ayrıntılı şekilde hastaya anlatırım	Her zaman	24 0	(72,73)	6	(85,71)	8	(53,3 3)	3	(50,00)	0,915
		Sıklıkla	79	(23,94)	1	(14,29)	6	(40,0 0)	3	(50,00)	
		Ara sıra	9	(2,73)	0	(,00)	1	(6,67)	0	(,00)	
		Nadiren	1	(,30)	0	(,00)	0	(,00)	0	(,00)	
		Hiçbir zaman	1	(,30)	0	(,00)	0	(,00)	0	(,00)	
	Hastalarımaya ağacı yağı içeren sabun kullanmalarını öneririm	Her zaman	5	(1,52)	0	(,00)	2	(13,3 3)	0	(,00)	0,196
		Sıklıkla	10	(3,03)	0	(,00)	1	(6,67)	0	(,00)	
		Ara sıra	72	(21,82)	1	(14,29)	3	(20,0 0)	2	(33,33)	
		Nadiren	87	(26,36)	2	(28,57)	6	(40,0 0)	2	(33,33)	
		Hiçbir zaman	15 6	(47,27)	4	(57,14)	3	(20,0 0)	2	(33,33)	
	Son bir hafta içinde kullanılmış tüm kıyafet çamaşır ve yatak takımları 60 derece de yıkanmasını ve ütülenmesini öneririm	Her zaman	22 8	(69,09)	6	(85,71)	1 1	(73,3 3)	6	(100,0 0)	0,825
		Sıklıkla	77	(23,33)	1	(14,29)	2	(13,3 3)	0	(,00)	
		Ara sıra	24	(7,27)	0	(,00)	2	(13,3 3)	0	(,00)	
		Nadiren	1	(,30)	0	(,00)	0	(,00)	0	(,00)	
		Hiçbir zaman	0	(,00)	0	(,00)	0	(,00)	0	(,00)	
	Yıkanmayacak eşyaların ağız bağlı bir poşette ortalama 7 gün saklanmasını öneririm	Her zaman	21 7	(65,76)	6	(85,71)	9	(60,0 0)	5	(83,33)	0,966
		Sıklıkla	82	(24,85)	1	(14,29)	3	(20,0 0)	1	(16,67)	
		Ara sıra	29	(8,79)	0	(,00)	3	(20,0 0)	0	(,00)	
		Nadiren	1	(,30)	0	(,00)	0	(,00)	0	(,00)	
		Hiçbir zaman	1	(,30)	0	(,00)	0	(,00)	0	(,00)	
Tedaviye antihistaminik preparat eklerim	Her zaman	12 2	(36,97)	2	(28,57)	9	(60,0 0)	3	(50,00)	<0,00 1	
	Sıklıkla	12 6	(38,18)	3	(42,86)	3	(20,0 0)	1	(16,67)		
	Ara sıra	65	(19,70)	0	(,00)	3	(20,0 0)	1	(16,67)		
	Nadiren	17	(5,15)	0	(,00)	0	(,00)	0	(,00)		
	Hiçbir zaman	0	(,00)	2	(28,57)	0	(,00)	1	(16,67)		
Tedavi hakkında yazılı materyal veririm	Her zaman	65	(19,70)	2	(28,57)	6	(40,0 0)	1	(16,67)	0,468	
	Sıklıkla	52	(15,76)	2	(28,57)	2	(13,3 3)	0	(,00)		
	Ara sıra	68	(20,61)	1	(14,29)	3	(20,0 0)	0	(,00)		
	Nadiren	84	(25,45)	1	(14,29)	2	(13,3 3)	4	(66,67)		
	Hiçbir zaman	61	(18,48)	1	(14,29)	2	(13,3 3)	1	(16,67)		

Ki-Kare Testi

5. TARTIŞMA

İstanbul'da görev yapan aile hekimleri ve aile hekimliği asistanlarının skabiyez hakkındaki bilgi, beceri tutum ve davranışlarını değerlendirmek üzere planladığımız çalışmamızda bilgi sorularına verilen doğru-yanlış oranları hesaplandığında bilgi puanı ortalaması $61,36 \pm 10,52$; medyan 60,47 (min 27,91- max 95,35) olarak bulunmuştur. Çalışmamızda yaşa, ünvana ve cinsiyete göre skabiyez bilgi puanı karşılaştırması yapıldığında anlamlı p değerleri elde edilmiştir.

Alsaidan ve arkadaşları tarafından 2020 yılında yapılan bir çalışmada, Riyad'da çalışan 216 birinci basamak hekiminin skabiyez hakkındaki bilgi durumları bir anket çalışmasıyla değerlendirilmiş ve çalışmaya katılan hekimlerin uyuz hastalığına ilişkin medyan bilgi skoru %66,7 olarak belirlenmiştir. Bulgulara göre, daha yüksek yaş, daha uzun süreli mesleki deneyim ve uyuz hakkında yakın zamanda eğitim almış olmak ile daha yüksek bir bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. (Sırasıyla $p=0,009$, $p=0,018$ ve $p<0,001$). [84] Bizim çalışmamızda medyan bilgi skoru %60,47'dir. Alsaidan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmayla kıyasladığımızda bizim çalışmamızda >50 yaş katılımcıların bilgi puan ortalaması, 31-39 ve 40-49 yaş gruplarına göre daha düşük bulunmuştur. ($p=0,002$) Literatürden farklı olarak bizim çalışmamızda >50 yaş katılımcıların bilgi puanını düşük olma sebebi çalışmamıza katılan 50 yaş üstü hekimlerin yakın zamanda skabiyez hakkında eğitim almamış olması olabilir.

2005 yılında Lapeere ve arkadaşları tarafından 55 genel pratisyen hekim ve 82 dermatoloğun uyuz hastalığına yönelik bilgi düzeylerinin değerlendirildiği anket çalışmasında genel pratisyenlerin bilgi düzeyi %59, dermatologların bilgi düzeyi %79 olarak tespit edilmiş ve kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur.[85] Bizim çalışmamızda da bulunan bilgi düzeyi skorları literatürle benzerlik göstermektedir. Ünvanlara göre bilgi puan ortalamalarına bakıldığında SAHU asistanı bilgi puan ortalaması $64,29 \pm 10,93$; AHU asistanı bilgi puan ortalaması $63,61 \pm 8,42$; Aile hekimi/Pratisyen hekim bilgi puan ortalaması $58,67 \pm 9,48$; Aile hekimliği uzmanı bilgi puan ortalaması $66,23 \pm 11,28$ olarak bulunmuştur. Bu bilginin literatürle uyumlu olduğu nokta uzmanlık eğitimi ile bilgi düzeyi skorları arasında anlamlı ilişki bulunmasıdır. ($p<0,001$)

Bizim çalışmamıza katılan hekimlerin büyük çoğunluğu skabiyeز hakkındaki bilgilerini tıp eğitimi aşamasında edinmiştir (n=333 katılımcı ve %92,76 oranında). Ancak büyük çoğunluğu skabiyeز konusunda hizmet içi eğitim almamıştır. (269 katılımcı ve %74,9 oranında) Hizmet içi eğitimin, günümüzde hızla değişen sağlık hizmetleri ortamında büyük önem taşıdığını göz önünde bulundurduğumuzda özellikle skabiyeز gibi toplum sağlığını yakından ilgilendiren bir konunun aile hekimlerinin eğitim başlıklarından biri olması gerektiğini düşünmekteyiz. Çalışmamızda hekimlerin skabiyeزle ilgili bilgilerini %81,89 (n=294) tıp kitaplarından, %62,40'ı (n=224) internetten %53,20 si (n=190) eğitim seminerlerinden edindiğini ifade etmiştir. Çalışmamızla benzer olarak Etgu ve arkadaşlarının 2023 yılında Türkiye'de Uyuz Salgını Sırasında Birincil Bakım Hekimlerinin Uyuz Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi başlıklı çalışmasında hekimlerin %76,69'u uyuz hakkındaki bilgilerini tıp eğitiminden, %12,03'ü makalelerden, %11,28'i ise internetten edindiklerini ifade etmişleridir. [86] Çalışmamızda farklı olarak Alsaidan ve arkadaşlarının çalışmasında tıp kitapları %22,2; internet %50,9; tıp eğitimi %18,5; tıbbi makeleler %5,6 oranında bilgi kaynağı olarak gösterilmiştir.[84]

Çalışmamızda hekimlerin %84,68'i (n= 304) skabiyeز hakkında eğitim almak istediğini ifade etmiştir. Literatürde hekimlerin skabiyeز hakkında eğitim almak isteyip istemediğini sorgulayan bir veri bulunmamaktadır. Ancak Alsaidan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yakın zamanda skabiyeز hakkında bilgilendirme alan hekimlerin bilgi düzeyi daha yüksek bulunduğundan (p<0,001), planlanacak hizmet içi eğitimin hekimlerin bilgi düzeyini artıracak kanaatindeyiz. [84] Eğitim talebinin, sağlık sisteminin ve toplum sağlığının iyileştirilmesi için önemli bir fırsat olduğunu, sağlık otoritelerinin bu talebi değerlendirerek, hekimlerin bilgi ve becerilerini geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılması hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının yararına olacaktır.

Çalışmamızda sorguladığımız “primer lezyon stratum korneumda açtığı tüneldir” “kaşıntı gece ve sıcak ortamlarda artar” ve “etken sarcoptes scabiei hominisdir” önermelerini hekimlerin %99,44'ü doğru olarak yanıtlamıştır. Etkene yönelik temel bilgilerin sorgulandığı sorulara doğru cevap verme oranı bizim çalışmamızda daha yüksek bulunmuştur. Etgu ve arkadaşlarının 2023 yılında Ordu ilinde genel pratisyenler ve aile hekimleri arasında yaptığı çalışmada skabiyezin etkeni, gece kaşıntısı ve spesifik lezyon olarak tünel sorgulanmış ve hekimlerin sırasıyla %96,2 %98,5 ve %99 ,2 oranında doğru olarak yanıtlanmıştır. [86] Alsaidan

ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada etkene yönelik soruya doğru cevap verme oranı %89,4; gece kaşıntısının sorgulandığı soruya doğru cevap verme oranı %97,7; patognomik bulgu olarak tünel bulgusunun sorgulandığı soru ise %73,5 oranında doğru olarak cevaplanmıştır.[84]

Yapılan anket çalışmalarında etkenin inkübasyon süresi sorgulanmış olup bizim çalışmamızda katılımcıların %63,23'ü doğru olarak cevaplamıştır. Alsaidan ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %44,2; Etgu ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %29,3 olarak bulunmuştur. [84,86]

Çalışmamızda krutlu skabiyezin kalsik skabiyeze göre daha bulaşıcı olması sorgulanmış, katılımcıların doğru cevap verme oranı %91,6 olarak bulunmuştur. Alsaidan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada benzer şekilde Norveç uyuzunun şiddeti sorgulanmış ve katılımcıların %49,5 i tarafından daha şiddetli olduğu yönünde cevaplanmıştır.[84]

Çalışmamızda ve skabiyez bilgi düzeyinin sorgulandığı diğer çalışmalarda bulaş yolları çeşitli şekillerde sorgulanmış ve direk temas, kontamine kıyafetler ve cinsel temas hekimlerin büyük çoğunluğu tarafından bulaş yolu olarak değerlendirilmiştir. [84,85,86]

Çalışmamızda Aile hekimi/Pratisyen hekim olanların bilgi puanı ortalaması, SAHU Asistanı, AHU asistanı ve Aile hekimliği uzmanı olanlara göre daha düşük bulunmuştur.($p<0,001$) Çalışmamızdan farklı olarak 12. Uluslararası Katılımlı Aile Hekimliği Kongresi'nde Sümeyye Kaya ve arkadaşları tarafından yapılan sözel bildiride Temmuz 2021-Kasım 2021 tarihleri arasında Türkiye'de aile hekimi olarak aktif çalışan doktorlara elektronik ortamda bir anket çalışması yapılmış ve çalışmaya tüm Türkiye'den birinci, ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumlarında pratisyen aile hekimi, aile hekimliği asistanı veya uzmanı olarak görev yapmakta olan 302 hekim katılmıştır. Çalışmada aile hekimlerinin skabiyez hakkında ilgisinin az olduğu, önermeli sorulara doğru cevap verme oranlarının düşük olduğu, bunun ünvan ve tecrübe ile değişmediği belirlenmiştir.[87]

2001 yılında Rathi ve arkadaşları tarafından Pakistan'daki 200 genel pratisyen hekimin skabiyez hakkındaki bilgi düzeylerine yönelik yapılan anket çalışmasında soruların %75'ine doğru yanıt verenlerin 'yeterli farkındalık' düzeyine ulaştığı kabul edildiğinde, katılımcıların %36'sı (72 kişi) yeterli farkındalık düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Yaş ve mesleki deneyim süresi gibi demografik faktörlerin etkisi

incelendiğinde ileri yaş veya daha uzun mesleki deneyimin hekimlerin bilgi düzeyine etkisi olmadığı görülmüştür. [88]

Çalışmamızın bilgi düzeyine yönelik soruları literatürle karşılaştırıldığında yapılan çalışmalardan farklı olarak bizim çalışmamızda skabiyez cilt bulguları, teşhis yöntemleri, ayırıcı tanı ve farklı yaş gruplarında lezyonların yerleşim yerine yönelik detaylı ve açık uçlu sorular mevcuttur. [84,85,86] Çalışmamızda kullanılan anketin kapsamlılığı ve detaylı soruları, katılımcıların bilgi düzeylerini daha derinlemesine incelememizi sağlamıştır. Ancak bu durum, elde edilen ortalama bilgi skorlarının benzer çalışmalara kıyasla daha düşük çıkmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda hekimlerin %76,82'si (n =275) tedavide ilk olarak permetrin, %14,80'ü (n=53) topikal majisral karışım %5,87 'si (n=21) kükürt içeren preparat, %2,51'i (n =9) oral ivermektin tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Bu bilgi literatürle uyumludur. 2005 yılında Lapeere ve arkadaşları tarafından İsviçre Gent bölgesinde yapılan bir çalışmada, dermatologların ve pratisyen hekimlerin %93'ünün uyuz tedavisinde permetrin krem tercih ettiği gözlemlenmiştir. [85] Ancak, permetrin reçete eden hekimlerin yalnızca %20'si ek ilaç içeren reçeteler yazmıştır. Hem dermatologların hem de pratisyen hekimlerin yaklaşık yarısı, permetrin kremi tek başına uyuz tedavisinde kullandıklarını belirtmişlerdir. Bunun sebebi olarak permetrin etkili, nispeten güvenli ve kolay uygulanabilen bir preparat olduğundan hekimlerin ilk tercih sebebi olabilir. Lapeere ve arkadaşlarının çalışmasında ivermektin tablet sadece dermatologların %24'ü tarafından reçete edilmiş olup, pratisyen hekimler tarafından hiç tercih edilmemiştir. Bizim çalışmamızda aile hekimleri ivermektin tableti %2,51 oranında tercih etmiştir. [85]

Literatürde hekimlerin skabiyeze yönelik tedavi tercihleriyle ilgili farklı veriler bulunmaktadır. 2015 yılında Fransa'da Schmidt-Guerre ve arkadaşlarının 524 genel pratisyen hekime (GP), Ocak-Haziran 2015 tarihleri arasında tanı koydukları uyuz vakalarının yönetimiyle ilgili bir anket uygulanmıştır. Ankete 524 aile hekiminden 299'u (%57) katılmıştır. Aile hekimlerinin %38'i uyuz tedavisinde tek başına ivermektin (IVM) kullanmıştır. Topikal tedavi ise sadece %2 oranında tercih edilmiştir. İvermektin ve topikal tedavinin birlikte kullanımı ise %26 oranında görülmüştür.[89] Bu çalışmadan farklı olarak bizim çalışmamızda tedavide ilk seçenek olarak ivermektin tercih etme oranı daha düşüktür.(%2,51) Bunun sebebi olarak oral ivermektinin henüz 2023 yılından beri Türkiye'de bulunması gösterilebilir. Türkiye'de ivermektinin kullanıma girmesiyle birlikte hekimlere yönelik düzenli eğitimler

verilmesi, ivermektin reçete edilme sıklığında artışa neden olabilir. Bununla birlikte oral ivermektinle ilgili bilgi sorusuna hekimlerin %81,01'i doğru cevabı vermiştir.

Çalışmamızda hekimlerin hijyen önerileri sorgulanmıştır. “Son bir hafta içinde kullanılmış tüm kıyafet çamaşır ve yatak takımlarının 60 derecede yıkanmasını ve ütülenmesini öneririm” cümlesine her zaman cevabını veren katılımcı oranı %70,11 (n=237), sıklıkla cevabını veren katılımcı oranı ise %22,35 (n=80) olarak bulunmuştur. “Yıkanamayacak eşyaların ağzı bağlı bir poşette ortalama 7 gün saklanmasını öneririm” cümlesine her zaman cevabını veren katılımcı oranı %66,20 (n=279) sıklıkla cevabını veren katılımcı oranı ise %24,30 (n=87) olarak bulunmuştur. Bu oran literatüre göre düşük bulunmuştur. Lapeere ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada benzer önerilerin dermatologlar ve genel pratisyenlerin %100'ü tarafından verildiği görülmüştür.[85] Bu durumun sebebi Türkiye’de muayene sürelerinin yeterli uzunlukta olmaması, hekimlerin bilgilendirme için yeterli zaman ayıramaması olabilir.

Benzer şekilde Guerre ve arkadaşlarının Fransa’da genel pratisyenlerin skabiyez hakkındaki bilgilerini değerlendirdiği çalışmada hekimlerin %100’ü dekontaminasyon konusunda hastaları bilgilendirdiğini ifade etmiştir. Bu soruya evet cevabı verenlerin %80’i sözel olarak bilgilendirme yaptıklarını, %19’u yazılı broşür verdiklerini, %1’ise bir internet sitesine yönlendirdiğini belirtmiştir. [89] Bizim çalışmamızda ise katılan hekimlerin %71,79’u (n=257) her zaman, %24,89’u (n=89) sıklıkla olmak üzere toplamda %96,68’i ilacın nasıl kullanıldığını ayrıntılı şekilde hastaya anlatırım seçeneğini işaretlemiştir. Bizim çalışmamızda “tedavi hakkında yazılı materyal veririm” önermesine her zaman cevabını veren hekim oranı %20,67; sıklıkla cevabını veren hekim oranı %15,64 bulunmuştur. Ancak skabiyez gibi bulaşıcı bir hastalıkta, tedavi başarısını artırmak ve hastalığın yayılmasını önlemek için tedavi ve bulaş yolları hakkında hastanın daha sonra da okuyabileceği bir yazılı broşür vermenin önemli bir adım olduğunu düşünmekteyiz. Bu durum, hastaların tedaviye uyumunu artırarak tedavi başarısını olumlu etkileyebilir. 2022 yılında Rameshkumar ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hastaların ilaçlarla ilgili bilgilendirme sürecinde hem sözlü hem de yazılı bilgilendirme yöntemlerinin bilgi düzeyini artırmada etkili olduğu görülse de yazılı bilgilendirmenin bu konuda daha etkili olduğu sonucuna varılmıştır.[90] Sağlık otoritelerinin uygun malzeme temini konusunda birinci basamak sağlık sistemine destek olması hastaların hem bilgi düzeyini hem de tedaviye uyumunu artıracığı kanaatindeyiz.

Etgu ve arkadaşlarının 2023 yılında yaptığı bir çalışmaya göre çamaşırların 60 derecede yıkanması gereklidir önermesine katılımcıların %95,5'i doğru cevabını verirken, eşyaların plastik poşette 3 gün saklanması sorgulandığı soruyu katılımcıların %88,7'si doğru olarak yanıtlamıştır.[86]

Çalışmamıza katılan hekimlerin büyük bir kısmı (%73,18) çay ağacı yağı (TTO) içeren sabunları hastalarına nadiren veya hiç önermemektedir. Hekimlerin%5.03'ü her zaman ve sıklıkla çay ağacı yağı içeren sabun kullanımını önerdiklerini belirtmişlerdir. Literatürde aile hekimlerinin skabiyez tedavisinde çay ağacı yağı içeren preperat kullanımını sorgulanmamıştır. Ancak yapılan bir metaanalizde çay ağacı yağı (TTO) ve bileşenlerinin, ekto parazit kaynaklı enfeksiyonların tedavisinde etkin bir ajan olabileceği yönündeki kanıtlar değerlendirildiğinde TTO'nun in vitro çalışmalardaki güçlü ekto parazit öldürücü etkisi, klinik çalışmalarda elde edilen olumlu sonuçlarla desteklenmiştir. [89] Bu bulgular, TTO'nun bu tür enfeksiyonların tedavisinde güvenli ve etkili bir tedavi seçeneği olabileceği hipotezini güçlendirmektedir. Gelecekte yapılacak çalışmalar sonrası TTO içeren preperatların klinik kullanımda yer bulacağını düşünmekteyiz

Çalışmamızda, hekimlerin büyük bir çoğunluğu (%75,14) skabiyez tedavisinde antihistaminikleri sıklıkla veya her zaman kullandıklarını belirtmiştir. Her ne kadar skabisid bir etkisi olmasa da bu kadar yoğun tercih edilmesinin nedeni olarak hastanın kaşıntı şikayetini gidermeye yönelik olduğunu düşünmekteyiz. Skabiyez tedavisine yönelik rehberlerde antihistaminik tedaviden bahsedilmemekle birlikte, hasta için ayrıca medikasyon yükü oluşturması nedeniyle bu konudaki bilgilerin tazelenmesinin doğru ve yerinde olacağı görüşündeyiz.[6]

Son olarak çalışmamız için hazırlanan anket standart bir ölçüm aracı yerine geçmemektedir. Çalışmaya aile hekimlerinin uyuz hakkındaki bilgi ve uygulamaları hakkında temel bir fikir edinmek ve eğitim ihtiyaçlarını belirlemek için hazırlanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız bir halk sağlığı sorunu olarak uyuz hastalığına dikkat çekmek ve birinci basamak hasta bakımında büyük role sahip olan aile hekimlerinin skabiyeze yönelik bilgi, beceri tutum ve davranışlarını değerlendirmek üzere İstanbul'da yapılmıştır. Bu değerlendirmeyle birlikte, aile hekimlerinin mesleki gelişimlerine destek olmak ve sağlıklı bir çalışma ortamı sağlamak nihai hedefimizdir.

Aile hekimleri, toplumun sağlığını koruma ve geliştirme konusunda önemli bir role sahiptir. Ancak aile hekimlerinin her konuda derinlemesine bilgi sahibi olması beklenmemelidir. Bilgi düzeyi ne olursa olsun tüm hekimlerin sürekli öğrenme ve kendini geliştirmelerine imkân sağlanmalıdır. Sağlık sisteminin vazgeçilmez bir parçası olarak sürekli tıp eğitimi desteklenmeli ve teşvik edilmelidir.

Çalışmamız sonucunda toplumun her kesimini etkileyen ve DSÖ tarafından tüm dünyada ihmal edilmiş paraziter hastalıklar listesinde olan skabiyeze mezuniyet sonrası ve hizmet içi eğitim planlanmasında daha fazla yer verilmesini önermekteyiz. Bu sayede aile hekimleri skabiyez hakkında toplumsal bilinçlendirme çalışmalarında öncü rol oynayabilecekler ve toplum sağlığına katkıda bulunabileceklerdir. Ankete katılarak bu çalışmanın ortaya çıkmasına katkı sağlayan tüm meslektaşlarıma teşekkür ederiz.

7. KAYNAKLAR

1. Fernando DD, Mounsey KE, Bernigaud C, Surve N, Estrada Chávez GE, Hay RJ, Currie BJ, Chosidow O, Fischer K. Scabies. *Nat Rev Dis Primers*. 2024 Oct 3;10(1):74. doi: 10.1038/s41572-024-00552-8. PMID: 39362885.
2. Çetinkaya Ü, Şahin S, Ulutabanca RÖ. Kayseri İlinde Scabies ve Pediculosis Epidemiyolojisi. *Turkiye Parazitolojisi Derg*. 2018 Jun;42(2):134-137. doi:10.5152/tpd.2018.5602.
3. https://www.who.int/health-topics/scabies#tab=tab_1. Erişim tarihi:31.12.2024
4. Currie BJ. Scabies and Global Control of Neglected Tropical Diseases. *N Engl J Med*. 2015 Dec 10;373(24):2371-2. doi: 10.1056/NEJMe1511805. PMID: 26650157
5. Murray RL, Crane JS. Scabies. 2023 Jul 31. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 31335026
6. Uzun S, Durdu M, Yürekli A, Mülayim MK, Akyol M, Velipaşaoğlu S, Harman M, Taylan-Özkan A, Şavk E, Demir-Dora D, Dönmez L, Gazi U, Aktaş H, Aktürk AŞ, Demir G, Göktay F, Gürel MS, Gürok NG, Karadağ AS, Küçük ÖS, Turan Ç, Ozden MG, Ural ZK, Zorbozan O, Mumcuoğlu KY. Clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of scabies. *Int J Dermatol*. 2024 Dec;63(12):1642-1656. doi: 10.1111/ijd.17327. Epub 2024 Jun 23. PMID: 38922701; PMCID: PMC11589009.
7. Cox V, Fuller LC, Engelman D, Steer A, Hay RJ. Estimating the global burden of scabies: what else do we need? *Br J Dermatol*. 2021 Feb;184(2):237-242. doi: 10.1111/bjd.19170. Epub 2020 Jul 9. PMID: 32358799
8. Liu JM, Wang HW, Chang FW, Liu YP, Chiu FH, Lin YC, Cheng KC, Hsu RJ. The effects of climate factors on scabies. A 14-year population-based study in Taiwan. *Parasite*. 2016; 23:54. doi: 10.1051/parasite/2016065. Epub 2016 Dec 1. PMID: 27905271; PMCID: PMC5134670
9. Şimşek, E., Keskin, A., & Dağcıoğlu, B. F. (2019). Sık Rastlanan ve Sık Atlanan Hastalık Uyuz: Olgu Sunumu. *Ankara Medical Journal*, 19(1), 205-209. <https://doi.org/10.17098/amj.542208>
10. Ramos-e-Silva, M. (1998). Giovan Cosimo Bonomo (1663-1696): discoverer of the etiology of scabies. *International Journal of Dermatology*, 37(8), 625-630
11. Tüzün, N., & Erkmen, A. (2022). A Study on Scabies in The Ottoman Empire with Regard to Archive Resources. *Tarih İncelemeleri Dergisi*, 37(2), 727-745. <https://doi.org/10.18513/egetid.1226583>
12. Bernigaud C, Fischer K, Chosidow O. The Management of Scabies in the 21st Century: Past, Advances and Potentials. *Acta Derm Venereol*. 2020 Apr 20;100(9):adv00112. doi: 10.2340/00015555-3468. PMID: 32207535; PMCID: PMC9128908

13. Arlian LG, Morgan MS. A review of *Sarcoptes scabiei*: past, present and future. *Parasit Vectors*. 2017 Jun 20;10(1):297. doi: 10.1186/s13071-017-2234-1. PMID: 28633664; PMCID: PMC5477759
14. Leung AKC, Lam JM, Leong KF. Scabies: A Neglected Global Disease. *Curr Pediatr Rev*. 2020;16(1):33-42. doi: 10.2174/1573396315666190717114131. PMID: 31544694
15. Sunderkötter C, Wohlrab J, Hamm H. Scabies: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. *Dtsch Arztebl Int*. 2021 Oct 15;118(41):695-704. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0296. PMID: 34615594; PMCID: PMC8743988
16. Executive Committee of Guideline for the Diagnosis and Treatment of Scabies. Guideline for the diagnosis and treatment of scabies in Japan (third edition): Executive Committee of Guideline for the Diagnosis and Treatment of Scabies. *J Dermatol*. 2017 Sep;44(9):991-1014. doi: 10.1111/1346-8138.13896. Epub 2017 May 31. PMID: 28561292.
17. Chandler DJ, Fuller LC. A Review of Scabies: An Infestation More than Skin Deep. *Dermatology*. 2019;235(2):79-90. doi: 10.1159/000495290. Epub 2018 Dec 13. PMID: 30544123
18. Karimkhani C, Colombara DV, Drucker AM, Norton SA, Hay R, Engelman D, et al. The global burden of scabies: a cross-sectional analysis from the global burden of disease study 2015. *Lancet Infect Dis*. 2017; 17: 1247–54
19. Romani L, Steer AC, Whitfeld MJ, Kaldor JM. Prevalence of scabies and impetigo worldwide: a systematic review. *Lancet Infect Dis*. 2015; 15: 960–7.2
20. Gibbs, S. 1996. Skin disease and socioeconomic conditions in rural Africa: Tanzania. *Int. J. Dermatol*. 35:633-639., Walton, S. F., D. C. Holt, B. J. Currie, and D. J. Kemp. 2004. Scabies: new future for a neglected disease. *Adv. Parasitol*. 57:309-376
21. Aždajić MD, Bešlić I, Gašić A, Ferara N, Pedić L, Lugović-Mihić L. Increased scabies incidence at the beginning of the 21st Century: What do reports from Europe and the World show? *Life (Basel)* 2022; 12:1598
22. Tefera S, Teferi M, Ayalew A, Belete T, Hadush H. Prevalence of scabies and associated factors among primary school children in Raya Alamata District, Tigray, Ethiopia, 2017/2018. *J Infect Dis Epidemiol* 2020, 6:154.
23. Leung AKC, Lam JM, Leong KF. Scabies: A neglected global disease. *Curr Pediatr Rev* 2020; 16:33-42.
24. Lassa S, Campbell MJ, Bennett CE. Epidemiology of scabies prevalence in the U.K. from general practice records. *Br J Dermatol* 2011; 164:1329-34.
25. Worku ED, Asemahagn MA, Endalifer ML. Determinants of scabies outbreak in Takusa district of Amhara Region, Northwest Ethiopia. *J Public Health Afr* 2020; 11:1325

26. Badiaga S, Menard A, Dupont HT, Ravaux I, Chouquet D, Graveriau C, Raoult D, Brouqui P. Prevalence of skin infections in sheltered homeless of Marseilles (France) *European journal of dermatology*. 2005;15(5):382–386
27. Heukelbach J, Feldmeier H. Scabies. *Lancet*. 2006 May 27;367(9524):1767-74. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68772-2. PMID: 16731272
28. Bener F. Suriyeli Sığınmacıların Dermatolojik Hastalıklarının Analizi. *Turkderm-Turk Arch Dermatol Venereol*. 2020 ;54(3):96-102. doi:10.4274/turkderm.galenos.2020.76390
29. Özden MG, Ertürk K, Kartal SP, Yaylı S, Göktay F, Doğramacı CA, Bayramgürler D, Özgen Z, Önder S, Kaçar N, Melikoğlu M, Tamer F, Şentürk N, Alpsoy E. An extraordinary outbreak of scabies in Turkey. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020 Dec;34(12):e818-e820. doi: 10.1111/jdv.16699. Epub 2020 Aug 18. PMID: 32491243
30. Arlian LG, Runyan RA, Achar S, Estes SA. Survival and infectivity of *Sarcoptes scabiei* var. *canis* and var. *hominis*. *J Am Acad Dermatol*. 1984 Aug;11(2 Pt 1):210-5. doi: 10.1016/s0190-9622(84)70151-4. PMID: 6434601
31. Arlian LG. Biology, host relations, and epidemiology of *Sarcoptes scabiei*. *Annu Rev Entomol*. 1989; 34:139-61. doi: 10.1146/annurev.en.34.010189.001035. PMID: 2494934
32. K Mellanby *Biology of the parasite* M Orkin, HI Maibach (Eds.), *Cutaneous infestations and insect bites*, Marcel Dekker, New York (1985), pp. 9-18
33. Chosidow O. Clinical practices. Scabies. *N Engl J Med*. 2006 Apr 20;354(16):1718-27. doi: 10.1056/NEJMcp052784. PMID: 16625010
34. Panahi Y, Poursaleh Z, Goldust M. The efficacy of topical and oral ivermectin in the treatment of human scabies. *Ann Parasitol*. 2015;61(1):11-6. PMID: 25911032
35. Wolf R, Davidovici B. Treatment of scabies and pediculosis: facts and controversies. *Clin Dermatol*. 2010 Sep-Oct;28(5):511-8. doi: 10.1016/j.clindermatol.2010.03.008. PMID: 20797511
36. He R, Gu X, Lai W, Peng X, Yang G. Transcriptome-microRNA analysis of *Sarcoptes scabiei* and host immune response. *PLoS One*. 2017 May 23;12(5):e0177733. doi: 10.1371/journal.pone.0177733. PMID: 28542251; PMCID: PMC5441584
37. Ständer S, Ständer S. Itch in Scabies-What Do We Know? *Front Med (Lausanne)*. 2021 Feb 1;8:628392. doi: 10.3389/fmed.2021.628392. PMID: 33598472; PMCID: PMC7882483
38. Walton SF, Pizzutto S, Slender A, Viberg L, Holt D, Hales BJ, Kemp DJ, Currie BJ, Rolland JM, O'Hehir R. Increased allergic immune response to *Sarcoptes scabiei* antigens in crusted versus ordinary scabies. *Clin Vaccine Immunol*. 2010 Sep;17(9):1428-38. doi: 10.1128/CVI.00195-10. Epub 2010 Jul 14. PMID: 20631334; PMCID: PMC2944463

39. Walton SF. The immunology of susceptibility and resistance to scabies. *Parasite Immunol.* 2010;32(8):532-540. doi:10.1111/j.1365-3024.2010.01218.x
40. Bhat SA, Mounsey KE, Liu X, Walton SF. Host immune responses to the itch mite, *Sarcoptes scabiei*, in humans. *Parasit Vectors.* 2017 Aug 10;10(1):385. doi: 10.1186/s13071-017-2320-4. PMID: 28797273; PMCID: PMC5553898
41. Mounsey KE, Murray HC, Bielefeldt-Ohmann H, Pasay C, Holt DC, Currie BJ, Walton SF, McCarthy JS. Prospective study in a porcine model of *sarcoptes scabiei* indicates the association of Th2 and Th17 pathways with the clinical severity of scabies. *PLoS Negl Trop Dis.* 2015 Mar 2;9(3):e0003498. doi: 10.1371/journal.pntd.0003498. PMID: 25730203; PMCID: PMC4346266
42. Hashimoto T, Satoh T, Yokozeki H. Pruritus in ordinary scabies: IL-31 from macrophages induced by overexpression of thymic stromal lymphopoietin and periostin. *Allergy.* 2019 Sep;74(9):1727-1737. doi: 10.1111/all.13870. Epub 2019 Jun 2. PMID: 31087686
43. Sanders KM, Nattkemper LA, Rosen JD, Andersen HH, Hsiang J, Romanelli P, Bernigaud C, Guillot J, Chosidow O, Yosipovitch G. Non-Histaminergic Itch Mediators Elevated in the Skin of a Porcine Model of Scabies and of Human Scabies Patients. *J Invest Dermatol.* 2019 Apr;139(4):971-973. doi: 10.1016/j.jid.2018.09.032. Epub 2018 Nov 2. PMID: 30395848
44. Arora P, Rudnicka L, Sar-Pomian M, Wollina U, Jafferany M, Lotti T, Sadoughifar R, Sitkowska Z, Goldust M. Scabies: A comprehensive review and current perspectives. *Dermatol Ther.* 2020 Jul;33(4):e13746. doi: 10.1111/dth.13746. Epub 2020 Jul 6. PMID: 32484302
45. Johnston G, Sladden M. Scabies: diagnosis and treatment. *BMJ.* 2005 Sep 17;331(7517):619-22. doi: 10.1136/bmj.331.7517.619. PMID: 16166133; PMCID: PMC1215558.
46. Gunning K, Pippitt K, Kiraly B, Sayler M. Pediculosis and scabies: treatment update. *Am Fam Physician.* 2012 Sep 15;86(6):535-41. PMID: 23062045
47. Raffi J, Suresh R, Butler DC. Review of Scabies in the Elderly. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2019 Dec;9(4):623-630. doi: 10.1007/s13555-019-00325-2. Epub 2019 Sep 11. PMID: 31512176; PMCID: PMC6828878
48. Chosidow O. Clinical practices. Scabies. *N Engl J Med.* 2006 Apr 20;354(16):1718-27. doi: 10.1056/NEJMcp052784. PMID: 16625010
49. Chouela E, Abeldaño A, Pellerano G, Hernández MI. Diagnosis and treatment of scabies: a practical guide. *Am J Clin Dermatol.* 2002;3(1):9-18. doi: 10.2165/00128071-200203010-00002. PMID: 11817965
50. Leung AKC, Lam JM, Leong KF. Scabies: A Neglected Global Disease. *Curr Pediatr Rev.* 2020;16(1):33-42. doi: 10.2174/1573396315666190717114131. PMID: 31544694

51. Thomas C, Coates SJ, Engelman D, Chosidow O, Chang AY. Ectoparasites: Scabies. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Mar;82(3):533-548. doi: 10.1016/j.jaad.2019.05.109. Epub 2019 Jul 13. PMID: 31310840
52. Tjioe M, Vissers WH. Scabies outbreaks in nursing homes for the elderly: recognition, treatment options and control of reinfestation. *Drugs Aging.* 2008;25(4):299-306. doi: 10.2165/00002512-200825040-00003. PMID: 18361540
53. Sil A, Punithakumar EJ, Chakraborty S, Bhanja DB, Panigrahi A, Das A. Crusted scabies. *Postgrad Med J.* 2020 Jul;96(1137):444. doi: 10.1136/postgradmedj-2020-137661. Epub 2020 Mar 26. PMID: 32217744
54. Chosidow O. Scabies and pediculosis. *Lancet.* 2000 Mar 4;355(9206):819-26. doi: 10.1016/s0140-6736(99)09458-1. PMID: 10711939
55. Lassa S, Campbell MJ, Bennett CE. Epidemiology of scabies prevalence in the U.K. from general practice records. *Br J Dermatol.* 2011 Jun;164(6):1329-34. doi: 10.1111/j.1365-2133.2011.10264.x. Epub 2011 May 17. PMID: 21574970
56. Iyengar L, Chong AH, Steer AC. Scabies: a clinical update. *Med J Aust.* 2024 Nov 18;221(10):558-563. doi: 10.5694/mja2.52505. Epub 2024 Oct 25. PMID: 39455545
57. Siddig EE, Hay R. Laboratory-based diagnosis of scabies: a review of the current status. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2022 Jan 19;116(1):4-9. doi: 10.1093/trstmh/trab049. PMID: 33763705; PMCID: PMC8776561
58. Chandler DJ, Fuller LC. A Review of Scabies: An Infestation More than Skin Deep. *Dermatology.* 2019;235(2):79-90. doi: 10.1159/000495290. Epub 2018 Dec 13. PMID: 30544123
59. Thompson MJ, Engelman D, Gholam K, Fuller LC, Steer AC. Systematic review of the diagnosis of scabies in therapeutic trials. *Clin Exp Dermatol.* 2017 Jul;42(5):481-487. doi: 10.1111/ced.13152. Epub 2017 May 29. PMID: 28556185
60. Engelman D, Fuller LC, Steer AC; International Alliance for the Control of Scabies Delphi panel. Consensus criteria for the diagnosis of scabies: A Delphi study of international experts. *PLoS Negl Trop Dis.* 2018 May 24;12(5):e0006549. doi: 10.1371/journal.pntd.0006549. PMID: 29795566; PMCID: PMC5991412
61. Lacarrubba F, Musumeci ML, Caltabiano R, Impallomeni R, West DP, Micali G. High-magnification videodermoscopy: a new noninvasive diagnostic tool for scabies in children. *Pediatr Dermatol.* 2001 Sep-Oct;18(5):439-41. doi: 10.1046/j.1525-1470.2001.01973.x. PMID: 11737693
62. Lallas A, Apalla Z, Lazaridou E, Sotiriou E, Vakirlis E, Ioannides D. Scabies escaping detection until dermoscopy was applied. *Dermatol Pract Concept.* 2017 Jan 31;7(1):49-50. doi: 10.5826/dpc.0701a09. PMID: 28243495; PMCID: PMC5315041
63. Micali G, Lacarrubba F, Verzi AE, Chosidow O, Schwartz RA. Scabies: Advances in Noninvasive Diagnosis. *PLoS Negl Trop Dis.* 2016 Jun 16;10(6):e0004691. doi: 10.1371/journal.pntd.0004691. PMID: 27311065; PMCID: PMC4911127

64. Golant AK, Levitt JO. Scabies: a review of diagnosis and management based on mite biology. *Pediatr Rev.* 2012 Jan;33(1):e1-e12. doi: 10.1542/pir.33-1-e1. PMID: 22210934
65. Foo CW, Florell SR, Bowen AR. Polarizable elements in scabies infestation: a clue to diagnosis. *J Cutan Pathol.* 2013 Jan;40(1):6-10. doi: 10.1111/cup.12035. Epub 2012 Oct 30. PMID: 23110486
66. Sladden MJ, Johnston GA. Common skin infections in children. *BMJ.* 2004 Jul 10;329(7457):95-9. doi: 10.1136/bmj.329.7457.95. PMID: 15242915; PMCID: PMC449820
67. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017 Aug;31(8):1248-1253. doi: 10.1111/jdv.14351. Epub 2017 Jun 22. PMID: 28639722
68. Taplin D, Meinking TL. Pyrethrins and pyrethroids in dermatology. *Arch Dermatol.* 1990 Feb;126(2):213-21. PMID: 2405780
69. Meinking TL, Taplin D. Safety of permethrin vs lindane for the treatment of scabies. *Arch Dermatol.* 1996 Aug;132(8):959-62. PMID: 8712847
70. Ogbuefi N, Kenner-Bell B. Common pediatric infestations: update on diagnosis and treatment of scabies, head lice, and bed bugs. *Curr Opin Pediatr.* 2021 Aug 1;33(4):410-415. doi: 10.1097/MOP.0000000000001031. PMID: 34074914
71. Mounsey, Kate E.; McCarthy, James S.. Treatment and control of scabies. *Current Opinion in Infectious Diseases* 26(2):p 133-139, April 2013. | DOI: 10.1097/QCO.0b013e32835e1d57
72. Morgan-Glenn PD. Scabies. *Pediatr Rev.* 2001 Sep;22(9):322-3. doi: 10.1542/pir.22-9-322. PMID: 11533383
73. Aksoy FD, Hacımustafaoğlu MK. Bebek ve çocukta scabies tedavisinde majistral ilaçları nasıl kullanmalıyız? *J Pediatr Inf* 2023;17(4):294-295
74. Yolbaş İ (2018-2019) Örnek Reçete 5. Baskı İstanbul Tıp Kitabevleri
75. Thomas J, Carson CF, Peterson GM, Walton SF, Hammer KA, Naunton M, Davey RC, Spelman T, Dettwiller P, Kyle G, Cooper GM, Baby KE. Therapeutic Potential of Tea Tree Oil for Scabies. *Am J Trop Med Hyg.* 2016 Feb;94(2):258-266. doi: 10.4269/ajtmh.14-0515. Epub 2016 Jan 19. PMID: 26787146; PMCID: PMC4751955
76. Workowski KA, Berman S Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010 [published correction appears in *MMWR Recomm Rep.* 2011;60(1):18]. *MMWR Recomm Rep.* 2010;59(RR-12):1-110
77. Paasch U, Hausteil UF. Management of endemic outbreaks of scabies with allethrin, permethrin, and ivermectin. *Int J Dermatol.* 2000 Jun;39(6):463-70. doi: 10.1046/j.1365-4362.2000.00990.x. PMID: 10944095.

78. Flinders DC, De Schweinitz P. Pediculosis and scabies. *Am Fam Physician*. 2004 Jan 15;69(2):341-8. PMID: 14765774
79. Shimose L, Munoz-Price LS. Diagnosis, prevention, and treatment of scabies. *Curr Infect Dis Rep*. 2013 Oct;15(5):426-31. doi: 10.1007/s11908-013-0354-0. PMID: 23904181
80. Cinotti E, Perrot JL, Labeille B, Maguet H, Couzan C, Flori P, Cambazard F. Inefficacy of alcohol-based hand rub on mites in a patient with hyperkeratotic scabies. *Clin Exp Dermatol*. 2015 Mar;40(2):177-81. doi: 10.1111/ced.12467. Epub 2014 Sep 23. PMID: 25251891
81. Carslaw JW, Dobson RM, Hood AJ, Taylor RN. Mites in the environment of cases of Norwegian scabies. *Br J Dermatol*. 1975 Mar;92(3):333-7. doi: 10.1111/j.1365-2133.1975.tb03084.x. PMID: 807230
82. Kazan D, Odyakmaz E. SKABİYES; KLİNİK BULGULAR, TANI VE TEDAVİ. *Acta Med Nicomedia*. Haziran 2020;3(2):80-87
83. Mahase E. Scabies: UK treatment shortage poses public health threat, warn dermatologists. *BMJ*. 2023 Sep 21;382:2179. doi: 10.1136/bmj.p2179. PMID: 37734758
84. Alsaidan MS, Alhaqbani YJ, Alfaihi AM, Alotaibi FG, Alsomari AK, Alzhrani AA, Al-Ghamdi SH. Assessing knowledge of scabies among physicians working in primary health care setting. *J Family Med Prim Care*. 2020 Oct 30;9(10):5320-5326. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_593_20. PMID: 33409209; PMCID: PMC7773122
85. Lapeere H, Brochez L, De Weert J, Pasteels I, De Maeseneer J, Naeyaert JM. Knowledge and management of scabies in general practitioners and dermatologists. *Eur J Dermatol*. 2005 May-Jun;15(3):171-5. PMID: 15908301
86. Etgu F, Onder S. Evaluating knowledge level about scabies in primary care physicians during the scabies outbreak of Turkey. *Turk J Dermatol* 2023;17:57-63
87. <https://ahekon.org.tr/gorseller/files/ahekon-2022-bildiri-kitabi2.pdf> Erişim tarihi: 10.01.2025
88. Rathi SK, Rathi HS, Lakhani H, Hansotia MF. Awareness about scabies among general medical practitioners (GPs) of Karachi, Pakistan. *J Pak Med Assoc*. 2001 Oct;51(10):370-2. PMID: 11768941
89. Schmidt-Guerre AR, Aranda-Hulin B, Maumy-Bertrand M, Aubin F. Description des pratiques des médecins généralistes dans le diagnostic et la prise en charge de la gale commune [Diagnosis and treatment of scabies by general practitioners: A survey of practices in France]. *Ann Dermatol Venereol*. 2018 Feb;145(2):89-94. French. doi: 10.1016/j.annder.2017.09.591. Epub 2017 Nov 8. PMID: 29128241.
90. T, Rameshkumar et al. "Patients' knowledge about medicines improves when provided with written compared to verbal information in their native language." *PloS one* vol. 17,10 e0274901. 31 Oct. 2022, doi:10.1371/journal.pone.0274901

91. Bezahe SA, Tesfaye W, Christenson JK, Carson CF, Thomas J. Antiparasitic Activity of Tea Tree Oil (TTO) and Its Components against Medically Important Ectoparasites: A Systematic Review. *Pharmaceutics*. 2022 Jul 29;14(8):1587. doi: 10.3390/pharmaceutics14081587. PMID: 36015213; PMCID: PMC9416580



İstanbul'daki Aile hekimlerinin ve Aile hekimliği asistanlarının skabiyez hakkındaki bilgi, beceri tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi

Değerli katılımcı , bu çalışma Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında planlanmıştır. Çalışmamız için Bezmialem Üniversitesi Girişimsel Olmayan klinik araştırmalar etik kurulunda onay alınmıştır.

Araştırmada İstanbul'da görev yapan aile hekimlerinin ve aile hekimliği asistanlarının skabiyez hakkındaki bilgi, beceri , tutum ve davranışları değerlendirilecektir .

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

Bilimsel etik kurallar gereği tüm kişisel bilgileriniz saklı tutulacak, üçüncü kişi ve kurumlarla paylaşılmayacaktır .

*** Zorunlu soruyu belirtir**

1. Yaşınız ? *

2. Cinsiyetiniz ? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Kadın
 Erkek

3. Ünvanınız ? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Aile hekimliği uzmanı
 Ahi asistanı
 Sahu asistanı
 Aile hekimi /pratisyen hekim

4. Tıp fakültesinden mezuniyet yılınız ? *

5. Asistanlığınızın kaçınıcı yılındasınız ? *

6. Hangi kurumda görev yapmaktasınız *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Aile sağlığı merkezi
 Üniversite hastanesi
 Eğitim ve araştırma hastanesi
 Devlet hastanesi
 Diğer: _____

7. Tıp eğitiminiz / asistanlık eğitiminiz sırasında skabiyez hakkında eğitim aldınız mı ? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Tıp eğitimi sırasında aldım
 Asistanlık sürecinde eğitim aldım
 Eğitim almadım

8. Hekimlik pratiğiniz sırasında skabiyez hakkında hizmet içi eğitim aldınız mı ? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Evet
 Hayır

9. Skabiyez hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz ? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Evet
 Hayır
 Kısmen

10. Skabiyez tanılı hasta ile karşılaşmak sizi endişelendiriyor mu ? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Evet
 Hayır

11. Skabiyez hastalığı ile ilgili bilgileriniz nereden edindiniz ? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Tıp kitapları
 Kongreler
 Eğitim seminerleri
 Uzmanlık eğitimi
 Hizmet içi eğitim
 İnternet
 Diğer: _____

12. Skabiyez hakkında eğitim almak ister miydiniz ? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Evet
 Hayır

13. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Tipik anamnez ve klinik bulgular hastalığın temelini oluşturur.
 En belirgin semptom kaşıntıdır
 Kaşıntı gece uykudan uyandırır ve sıcak ortamda artar
 Klasik ve krutlu skabiyez olmak üzere iki formu vardır
 Klasik skabiyez krutlu skabiyeze göre daha bulaştırıcıdır.

14. Semptomlar bulaştıktan ne kadar süre sonra başlar ?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- 1-3 gün
 2-4 hafta
 1-2 hafta

15. Aşağıdakilerden hangileri skabiyez cilt bulgularındandır ? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

- Kaşıntı
 Kızamıklık
 Ekskoriye papül
 Tünel ve vezikül
 Kırmızı kahverengi renkli nodül
 Skuam
 Hiperkeratoz

16. Skabiyez teşhisinde hangilerini kullanabiliriz ?

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

- Dermoskopi
- Biopsi
- Pcr
- Deri mürekkep testi
- ELISA
- Deri kazıntı mikroskobisi

17. Skabiyez ayırıcı tanısına girenler hangileridir ?

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

- Makulopapuler ilaç erupsiyonu
- Kızamık
- Prurigo nodularis
- Atopik dermatit
- Alerjik kontakt dermatit
- Psöriazis
- Dermatitis herpetiformis

18. Aşağıdakilerin hangisi uyuzun bulaş yollarından değildir?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Kişiden kişiye yakın temas
- Tokalaşma
- Aynı ev içinde yaşama
- Cinsel ilişki

19. Hangisi skabiyez yerleşim bölgesi değildir ? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Ekstremitte ekstansör yüzü
- El parmak araları
- Karın peri umbilikal alan
- Erkekte penis kadında areola
- Sırt orta hat , yüz ve saçlı deri

20. çocuklarda yetişkinlerden farklı olarak hangi bölge daha sık tutulur ?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Avuç içi ve ayak tabanı
- Genital bölge
- Kalça ve bacaklar
- Sırt bölgesi
- Eklem yerleri



21. Aşağıdakilerden hangisi skabiyez tedavisinde kullanılmaz ? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Permetrin
- Sülfür
- Benzil benzoat
- Oral ivermektin
- Kortikosteroid

22. Aşağıdakileri doğru yanlış olarak cevaplayınız *

Her satırda yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	Doğru	Yanlış
Etken sarcoptes scabiei hominisdir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İnsan vücudu dışında yaşayamaz .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dişi akar insan stratum korneumuna girer ve yumurtalarını birakır ,erkek burada yumurtaları döller.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Primer lezyon korneum da açtığı tüneldir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kaşınıtı gece ve sıcak ortamlarda artar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kaşınıtı tip 4 aşırı duyarlılık reaksiyonuna bağlıdır ve enfeksiyon ile belirtilerin başlaması arasında 2-4 hafta gecikmesine sebeptir .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kaşınıtının rahatsızlığı 6 haftaya kadar uzayabilir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tüm aile bireyleri aynı anda tedavi edilmelidir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krutlu skabiyez dışında hastanın izolasyonuna gerek yoktur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Tedavide ilk hangi seçeneği tercih edersiniz ?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Permetrin
 topikal majistral karışım
 oral ivermektin
 kükürt içeren preparat

24. topikal majistral karışımında tercih ettiğiniz moleküller nelerdir ?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- pur vazelin
 soufre precipite
 crai prepare
 huile de cadee
 lanolyn
 majistral karışım tercih etmiyorum

25. oral ivermektin tedavisi ile ilgili hangisi yanlıştır ? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- 300 mikrogram /kg dozunda kullanılır
 15 kg altı çocuk ve gebede kullanılmamalıdır
 laktasyonda ara verilmelidir

26. skabiyes teşhisli hasta geldiğinde hangilerini yaparsınız ? *

Her satırda yalnızca bir şıkki işaretleyin.

	her zaman	sıklıkla	ara sıra	nadiren	hiçbir zaman
ilacın nasıl kullanıldığını ayrıntılı şekilde hastaya anlatırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hastalarımı çay ağacı yağı içeren sabun kullanmalarını öneririm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
son bir hafta içinde kullanılmış tüm kıyafet çamaşır ve yatak takımları 60 derece de yıkanmasını ve ütülenmesini öneririm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
yıkanmayacak eşyaların ağızbağlı bir poşette ortalama 7 gün saklanmasını öneririm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tedaviye antihistaminik preparat eklerim .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tedavi hakkında yazılı materyal veririm .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bu içerik Google tarafından oluşturulmamış veya onaylanmamıştır.

Google Formlar