



**KARABÜK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ÇALIŞANLARININ UYUZ HASTALIĞI
HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞ
DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**2024
TIPTA UZMANLIK TEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

Dr. Sercan ÖZDEMİR

**Tez Danışmanı
Doç. Dr.Habibe İNCİ**

**KARABÜK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÇALIŞANLARININ
UYUZ HASTALIĞI HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞ
DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Sercan ÖZDEMİR

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Habibe İNCİ**

**T.C.
Karabük Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalında
Tıpta Uzmanlık Tezi
Olarak Hazırlanmıştır**

**KARABÜK
Kasım 2024**

SercanÖZDEMİR tarafından hazırlanan “KARABÜK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÇALIŞANLARININ UYUZ HASTALIĞI HAKKINDAKİ BİLGİ,TUTUM VE DAVRANIŞ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ” başlıklı bu tezin Tıpta Uzmanlık Tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Doç. Dr.Habibe İNCİ

.....

Tez Danışmanı, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Bu çalışma, jürimiz tarafından Oy Birliği ile Aile Hekimliği Anabilim Dalında Doktora tezi olarak kabul edilmiştir. gg/aa/yyyy

Ünvanı, Adı SOYADI (Kurumu)

İmzası

Başkan : Doç. Dr. Habibe İNCİ(KBÜ)

.....

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Murat ŞAHİN (KBÜ)

.....

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Aybala CEBECİK ÖZCAN (KBÜ)

.....

Bu tez Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Yönetim Kurulu tarafından TIPTA UZMANLIK tezi olarak onaylanmıştır.

Prof. Dr. İsmail AK

.....

Tıp Fakültesi Dekanı



“Bu tezdeki tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak elde edildiğini ve sunulduğunu; ayrıca bu kuralların ve ilkelerin gerektirdiği şekilde, bu çalışmadan kaynaklanmayan bütün atıfları yaptığımı beyan ederim.”

Sercan ÖZDEMİR

ÖZET

Tıpta Uzmanlık Tezi

KARABÜK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÇALIŞANLARININ UYUZ HASTALIĞI HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sercan ÖZDEMİR

Karabük Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı:

Doç.Dr.Habibe İNCİ

KASIM 2024, 80 sayfa

Amaç: Çalışmamızda Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi personelinin uyuz hakkında bilgi düzeylerini ölçmek, tutum ve davranışlarını değerlendirmek; hastane çalışanlarında uyuz hastalığı hakkında farkındalık oluşturmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel tipte bir anket çalışmasıdır. Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan çalışanlara 01.04.2024-01.06.2024 tarihleri arasında anket uygulaması gerçekleştirilmiştir. Anket 3 bölümden ve toplamda 50 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölüm: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyodemografik özellikler ile kronik hastalıklar, kullanılan ilaçlar gibi kişisel sağlık bilgilerini içeren 9 tane çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır. İkinci bölüm: Uyuz hastalığının risk faktörlerini sorgulayan 5 sorudan oluşmaktadır. Üçüncü bölüm: Hastanedeki çalışanların uyuz hastalığı konusunda bilgi, tutum ve davranış

düzelelerinin değerlendirildiği 30 sorudan oluşmaktadır. Verilerin istatistiksel analizi yapılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $35,89 \pm 3,13$ yıldır. Bireylerin %58,3'ü kadın, %66,0'sı evli, %48,3'ünün gelirinin giderine eşit olduğu, %94,0'ünün çekirdek bir aileye sahip olduğu, %54,0'ünün ön lisans/lisans mezunu, %51,3'ünün hiç sigara kullanmadığı, %83,3'ünün il merkezinde yaşadığı tespit edildi. Aynı hanede yaşayan kişi sayısı ortalaması $3,13 \pm 1,20$ idi. Katılımcıların %30,0'unun doktor, %36,7'sinin hemşire/ebe/sağlık memuru, %12,3'ünün Tıbbi Sekreter, %7,7'sinin Hasta bakıcı/temizlik personeli ve %4,3'ünün Büro Çalışanı (mutemet, evrak kayıt vb.) olduğu bulunmuştur. Çalışanlardan %47,0'sinin görevi gereği nöbet tuttuğu tespit edildi. Katılımcıların %24,0'ünün ise en az bir kronik hastalığı vardı. En sık bulunan hastalıklar Hipertansiyon (%7,3), gastrointestinal sistem hastalıkları (%5,3), Diyabetes mellitus (%3,0) ve Akciğer Hastalıkları (%3,0) olarak belirlendi. Düzenli ilaç kullanan katılımcıların oranı ise %22,0 olarak bulundu. Katılımcıların bir günde ortalama $31,59 \pm 28,13$ hasta ile temas ettiği, %6,3'ünün bilinen bir cilt hastalığının olduğu, %1,3'ünün daha önce uyuz hastalığı geçirdiği, %69,7'sinin görevigereği hasta ile temas ettiği, temasedenlerin %98,1'inin görevigereği yabancı uyruklu hastalarla temasının olduğu, %87,1'inin hasta ile temasında eldiven kullandığı ve %97,6'sının hasta teması sonrası ellerini yıkadığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızda cinsiyet ve medeni durum gibi demografik değişkenlerin bilgi düzeyi üzerinde belirgin bir etkisi bulunmazken, eğitim düzeyinin bilgi seviyesi üzerinde olumlu bir etkisi olduğu gözlemlenmiştir. Doktorlar ve hemşire/ebe/sağlık memurları, uyuzun bulaşma yolları, etkenin dış ortamda hayatta kalma süresi ve hastalığın belirtileri hakkında nispeten yüksek doğru cevap oranlarına sahipken, diğer sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu gözlemlenmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda, Scabies hastalığına ilişkin bilgi düzeyinin sağlık çalışanları arasında meslek gruplarına göre farklılık gösterdiği ortaya koyulmuştur. Doktorlar, hemşire/ebe/sağlık memurları ve diğer sağlık çalışanlarına kıyasla daha yüksek bilgi düzeyine sahipken, özellikle hasta ile doğrudan temasta bulunan çalışanların bilgi seviyelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum, sağlık çalışanlarının eğitim düzeyleri ve mesleki deneyimlerinin bilgi seviyelerine olumlu katkı

sağladığını göstermektedir. Çalışmamızda gözlenen yüksek doğru cevap oranları, Türkiye'deki sağlık çalışanlarının eğitim düzeyinin ve bilgi erişim olanaklarının bu hastalık hakkındaki farkındalıklarına katkıda bulunduğunu işaret etmektedir. Sonuç olarak, çalışmamız, sağlık çalışanlarının uyuz gibi bulaşıcı hastalıklara dair bilgi düzeylerini artırmak adına daha kapsamlı ve güncel eğitim programlarının gerekliliğini vurgulamaktadır. Eğitim müfredatlarının gözden geçirilmesi, özellikle de bulaşıcı hastalıkların bulaşma yolları, belirtileri ve korunma yöntemleri hakkında ayrıntılı bilgi verilmesi; sağlık çalışanlarının bilgi seviyelerini artırarak halk sağlığı üzerinde daha olumlu etkiler oluşturabilir. Sağlık kurumları tarafından sunulacak sürekli eğitim programları ve bilgi güncelleme olanakları, hem bireysel hem de toplumsal sağlığı koruma açısından önemli bir adım olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Uyuz, Aile Hekimliği, Bulaşıcı Hastalıklar

Bilim Kodu : 1004

ABSTRACT

Ph. D. Thesis

EVALUATION OF THE KNOWLEDGE, ATTITUDES, AND BEHAVIORS OF THE EMPLOYEES OF KARABÜK EDUCATION AND RESEARCH HOSPITAL REGARDING SCABIES

Sercan ÖZDEMİR

Karabük University

Faculty of Medicine

Department of Family Medicine

Thesis Supervisor:

Assoc. Prof. Dr. Habibe İNCİ

NOVEMBER 2024, 80 pages

Objective: Our study aimed to measure the knowledge level of Karabük Education and Research Hospital staff about scabies, to evaluate their attitudes and behaviors; and to raise awareness about scabies among hospital employees.

Materials and Methods: The study is a cross-sectional survey study. The survey was conducted between 01.04.2024 and 01.06.2024 among employees working at Karabük Education and Research Hospital. The survey consists of 3 sections and a total of 50 questions. The first section: It consists of 9 multiple choice questions including sociodemographic characteristics such as age, gender, marital status, education status, and personal health information such as chronic diseases and medications used. The second section: It consists of 5 questions questioning the risk

factors of scabies. The third section: It consists of 30 questions evaluating the knowledge, attitude and behavior levels of hospital employees about scabies. Statistical analysis of the data was performed.

Findings: The average age of the participants is 35.89 ± 3.13 years. It was found that 58.3% of the individuals were female, 66.0% were married, 48.3% had an income equal to their expenses, 94.0% had a nuclear family, 54.0% had an associate degree/bachelor's degree, 51.3% had never smoked, and 83.3% lived in the city center. The average number of people living in the same household was 3.13 ± 1.20 . It was found that 30.0% of the participants were doctors, 36.7% were nurses/midwives/health officers, 12.3% were medical secretaries, 7.7% were patient caregivers/cleaning personnel, and 4.3% were office workers (trustee, document recorder, etc.). It was found that 47.0% of the employees were on duty due to their duties. 24.0% of the participants had at least one chronic disease. The most common diseases were determined as hypertension (7.3%), gastrointestinal system diseases (5.3%), diabetes mellitus (3.0%) and lung diseases (3.0%). The rate of participants using regular medication was found to be 22.0%. It was concluded that the participants came into contact with an average of 31.59 ± 28.13 patients a day, 6.3% had a known skin disease, 1.3% had scabies before, 69.7% came into contact with patients due to their duties, 98.1% of those who came into contact had contact with foreign patients due to their duties, 87.1% used gloves during contact with patients and 97.6% washed their hands after contact with patients. In our study, demographic variables such as gender and marital status did not have a significant effect on the level of knowledge, while it was observed that the level of education had a positive effect on the level of knowledge. While doctors and nurses/midwives/health officers had relatively high correct answer rates about the transmission routes of scabies, the survival time of the agent in the external environment and the symptoms of the disease, it was observed that the knowledge level of other healthcare professionals was lower.

Conclusion: Our study revealed that the knowledge level about Scabies disease differed among healthcare professionals according to their professional groups. While doctors had higher knowledge levels compared to nurses/midwives/health

officers and other healthcare professionals, it was determined that especially the knowledge levels of employees who are in direct contact with the patient were higher. This situation shows that the education levels and professional experiences of healthcare professionals contribute positively to their knowledge levels. The high correct answer rates observed in our study indicate that the education level and information access opportunities of healthcare professionals in Turkey contribute to their awareness about this disease. In conclusion, our study emphasizes the need for more comprehensive and up-to-date training programs in order to increase the knowledge level of healthcare professionals about infectious diseases such as scabies. Reviewing training curricula, especially providing detailed information about the transmission routes, symptoms and protection methods of infectious diseases; It can create more positive effects on public health by increasing the knowledge level of health workers. Continuous education programs and information update opportunities to be provided by health institutions will be an important step in protecting both individual and social health.

Keywords : Scabies, Family Medicine, Infectious Diseases

Scientific Code: 1004

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, uzmanlık eğitimim boyunca bir anne gibi yanımda olan bizlere en büyük destek kaynağı olan, değerli Anabilim Dalı Başkanımız Doç. Dr. Habibe İNCİ'ye,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, uzmanlık tezimi hazırlamamda emeği olan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Murat ŞAHİN'e,

Eğitimimin son anlarında aramıza katılan ama keşke daha çok vakit geçirebilseydim dediğim değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Aybala CEBECİK ÖZCAN'a

Rotasyonlarımda emeği geçen, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, sayelerinde yabancılık hissetmediğim değerli hocalarıma,

Asistanlık sürecim boyunca destek ve yardımlarını hissettiğim, eğitim sürecime keyifli anlar katan ve birlikte uyum içinde çalıştığım asistan arkadaşlarıma,

Tüm öğrenim hayatımda, hekimliğin en zor evrelerinde hayatımda motivasyon kaynağı olup, bu seviyelere ulaşmamı sağlayan canımdan çok sevdiğim canım aileme tüm kalbimle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL.....	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vii
TEŞEKKÜR.....	x
İÇİNDEKİLER	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiii
TABLolar DİZİNİ	xiv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xv
BÖLÜM 1	1
GİRİŞ VE AMAÇ	1
BÖLÜM 2	2
GENEL BİLGİLER	2
2.1. UYUZ HASTALIĞININ TANIMI	2
2.2. UYUZ HASTALIĞI ETKENİNİN BİYOLOJİK ÖZELLİKLERİ ve YAŞAM DÖNGÜSÜ	2
2.3. UYUZ HASTALIĞINDA BULAŞ	3
2.4. UYUZ HASTALIĞINDA KLİNİK BELİRTİ, BULGULAR ve AYIRICI TANI	4
2.5. UYUZ HASTALIĞINDA KLİNİK FORMLAR.....	6
2.5.1. Klasik Uyuz	7
2.5.2. Krutlu Uyuz	9
2.5.3. Veziküler-Büllöz Uyuz.....	10
2.5.4. Bebek ve Çocuklarda Uyuz	10
2.5.5. Yaşlılarda Uyuz	11
2.6. SKABIYEZDE TANI	11

	<u>Sayfa</u>
2.6.1. Skabiyezde Ayırıcı Tanı	12
2.7. SKABIYEZ TANISINDA KULLANILAN TESTLER	12
2.8. UYUZUN TEDAVISI.....	14
2.8.1. Topikal Tedaviler.....	15
2.8.2. Oral Tedaviler	16
BÖLÜM 3	18
ARAŞTIRMA	18
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI ve TİPİ.....	18
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE VERİLERİN TOPLANMASI	18
3.3. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ	19
3.4. VERİLERİN ANALİZİ VE İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER	19
BÖLÜM 4	20
BULGULAR.....	20
BÖLÜM 5	44
TARTIŞMA	44
BÖLÜM 6	63
SONUÇ	63
KAYNAKLAR	65
EK AÇIKLAMALAR A.	69
İZİNLER	69
EK AÇIKLAMALAR B.	73
ANKET	73
ÖZGEÇMİŞ	80

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 2.1. Sarcoptes Scabiei var. Hominis'in Yaşam Döngüsü	3
Şekil 2.2. Vücutta kaşıntılı eritemli papül, ürtikeryal lezyonlar ve ekskorye papüller ve krutlar	5
Şekil 2. 3. El parmak aralarında ekskorye papüller ve veziküller.....	6
Şekil 2.4. Parmak araları ve el dorsallerinde görülen ekskoriye papüller.....	7
Şekil 2.5. İnfantil dönemde ayak tabanları sık tutulan vücut bölgesidir.....	8
Şekil 2.6. Vücudun neredeyse tamamını kaplayan eritemin yanı sıra uylukta ve karında görülen sarı-gri yapışık skuam ve hiperkeratoz; krutlu skabiyes	10

TABLULAR DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 2.1. Skabiyezde tedavi seçenekleri[25].....	14
Tablo 4.1. Katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri (n=300)	20
Tablo 4.2. Katılımcıların kronik hastalık varlığı ve düzenli ilaç kullanım durumları (n=300).....	22
Tablo 4.3. Katılımcıların hasta ile teması(n=300)	22
Tablo 4.4. Katılımcıların Skabies hakkındaki bilgi sorularına verilen cevapların dağılımı	27
Tablo 4.5. Skabies hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevap yüzdelerinin mesleklere göre karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.6. Katılımcılara sorulan bilgi sorularının puanı(n=300)	41
Tablo 4.7. Katılımcıların bilgi puanlarının bazı değişkenlere göre karşılaştırılması(n=300)	42

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

KISALTMALAR

- PUPPP : Pruritic Urticarial Papules and Plaques of Pregnancy (Gebeliğe bağlı ürtiker)
- IACS : International Alliance for the Control of Scabies (Uluslararası Skabiyes Kontrol Birliği)
- RKM : Reflectance Confocal Microscopy (Reflektans Konkofal Mikroskopi)
- ABD : Amerika Birleşik Devletleri
- KBÜ : Karabük Üniversitesi
- USA : United States of America (Amerika Birleşik Devletleri)
- EAH : Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- KAH : Koroner Arter Hastalığı
- GIS : Gastro İntestinal Sistem
- FMF : Familial Mediterranean Fever (Ailevi Akdeniz Ateşi)
- SPSS : Statistical Package for the Social Sciences(Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Paket)

BÖLÜM 1

GİRİŞ VE AMAÇ

Uyuz, dünyada yaygın, ihmal edilmiş bir deri hastalığıdır ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunudur[1]. Uyuzun yıllık prevalansının dünya çapında 300 milyon olduğu tahmin edilmektedir[2]. Sarcoptidae ailesinin akarları tarafından doğrudan yakın temas yoluyla veya bazen giysi veya yorgan gibi kontamine fomitler yoluyla dolaylı olarak yayılır[3]. Hastalığın küresel ölçekteki önemli etkisiyle karşılaştırıldığında, halkın hastalık hakkında çok daha az bilgisi ve ilgisi vardır. Esas olarak ince stratum korneum ve az sayıda kıl folikülü olan bölgeleri etkiler; parmak eklemleri, bilekler, dirsekler, omuzlar, erkek skrotumu, kadın memeleri gibi tipik deri tutulum alanları vardır. Yetişkinlerde yüz, baş ve boyun nadiren etkilenir. Genellikle yoğun kaşıntı ve eritematöz papül erüpsiyonu şeklinde kendini gösterir. Dış genital bölgede belirgin boşluklar azdır ve kaşıntılı papüller daha yaygındır. Kaşımaya bağlı ekskoriasyon ve lokal immün yanıtın parazit kaynaklı inhibisyonu sekonder bakteriyel enfeksiyona yol açabilir. Uyuz salgınları, gecikmiş tanı ve düzensiz bakım önlemleri nedeniyle yaşlılar için konut ve bakım evlerinde daha yaygındır. Bu nedenle, uyuz önemli bir küresel sağlık yükü oluşturmaktadır[4].

Hastalığın küresel ölçekteki önemli etkisine rağmen, halk halen hastalık hakkında tam anlamıyla yeterli bilgi sahibi değildir ve bu konuya gerekli önemi göstermemektedir. Bugüne kadar uyuz hastalığı için hastalık bilişlerinin temeline odaklanan çok az çalışma yapılmıştır. Bu çalışmanın amacı Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi personelinin uyuz hakkında bilgi düzeylerini ölçmek, tutum ve davranışlarını değerlendirmek; hastane çalışanlarında uyuz hastalığı hakkında farkındalık oluşturmaktır

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

2.1. UYUZ HASTALIĞININ TANIMI

Uyuz, *Sarcoptes scabiei var. hominis* adlı parazitin neden olduğu bir ektoparazitik cilt hastalığı olup, sosyoekonomik durum gözetmeksizin tüm ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde tanının gecikmesi, kurumsal salgınlara yol açabilirken; düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık hizmetlerine erişim kısıtlılığı hastalığın yeterince tedavi edilmemesine ve uzun vadeli sistemik sorunlara neden olmaktadır.[5]

2.2. UYUZ HASTALIĞI ETKENİNİN BİYOLOJİK ÖZELLİKLERİ ve YAŞAM DÖNGÜSÜ

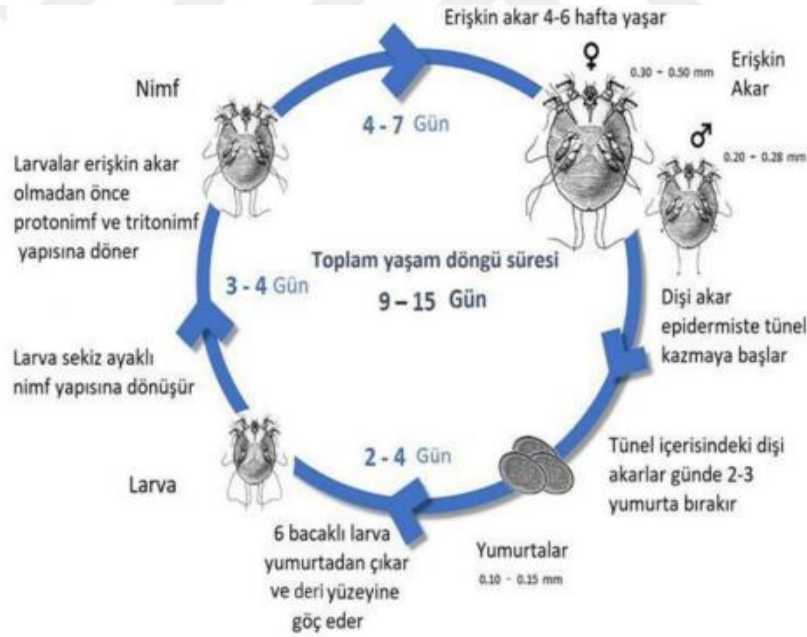
Uyuz akarlarının bilinen solunum sistemi yoktur. Bu nedenle oksijen ihtiyacını difüzyonla vücut yüzeyinden sağlar.[6,7]Oksijen ihtiyacını giderebilmek için stratum corneumdan daha derin tabakadabarinamaz[7]Solunum sisteminin bulunmamasından dolayı Acaridida (=Astigmata) alt takımının ve Sarcoptidae ailesi şeklinde kategorize edilmiştir.[6]Uyuz

akarlarının rengi kremsi beyazdır. ince bir kütiküle ve geniş oval bir gövdeye sahiptir.[6]Erkek akarlar 0,21-0,29 mm ve dişi uyuz akarları 0,3-0.5 mm boyunda olup erkek akarların yaklaşık iki katı boyutundadır.[7]

Akarın yaşam döngüsünü insan derisinde sürdürmesi gereken bir parazittir.[5] Erkek ve dişi çiftleşmesi deri yüzeyinde gerçekleşir ve sonra erkek akar ölmektedir. Dişi akarlar günde 0.5–5 mm hızında stratum korneumda yüzeysel tüneller kazıyarak yaşarlar. [8]Erkek akarlar, larvalar ve nimf olarak derinin kıl foliküllerinde veya

keratin tabakasında küçük yuvalarda yaşarlar.[9] Dişi akarlar tünelde günde iki ila üç adet yumurta bırakır. Yumurtalardan larvalar iki ila dört gün içinde çıkar.[5]

Larvalar yumurtadan çıktıktan sonra altı bacaklıdır ve deri yüzeyine göçerler.[5] Larvalar üç ila dört gün içinde sekiz bacaklı nimflere dönüşür. 4-7 gün içinde nimfler yetişkin akarlar dönüşür. [5] Yumurtadan olgun akara kadar geçen süre on ila on dört gün arasındadır. [5] Olgun dişi akarlar genellikle tünelden çıkmazlar ve yaklaşık otuz ila altmış gün yaşarlar. [7] Akarlar vücut yüzeyinde 2,5 cm/saat hızında hareket edebilirler.[8] Akarlar insan vücudu dışında yaşar. 24 ila 36 saat boyunca, oda sıcaklığında (21°C) ve nemin %40-80 arasında olduğu havada bulaşıcı kabul edilirler. Daha düşük sıcaklıklarda ve daha yüksek nemde ise çok daha uzun süre hayatta kalabilirler. [8] Düşük nem ve yüksek sıcaklıklarda daha az süre kalır. 20 °C altında hareket edemez ve deriyi parçalayamaz. 50 derecede on dakikada ölür. Yaşam döngüsü Şekil 1'de gösterilmektedir.[7]



Şekil 2.1. Sarcoptes Scabiei var. Hominis'in Yaşam Döngüsü

2.3. UYUZ HASTALIĞINDA BULAŞ

İnsandan insana en az on ila on beş dakika süren deriden deriye yakın fiziksel temas yoluyla bulaşabilir. Aynı zamanda cinsel ilişki yoluyla da bulaşabilir.[10,11] Uyuz

sarkoptunu taşıyan yatak, çarşaf, yorgan, giysi ve halı gibi cansız nesnelere yoluyla bulaş yoluyla bulaşma konusunda tartışmalar devam etmektedir. İkinci dünya savaşı sırasında, yatak çarşaf ve yorganlar yoluyla bulaşma olasılığı 1/200'den daha azdır. 13 Sarkoptların konaktan ayrıldıktan sonra dış ortamda oda koşullarında en az 36 saat (serin ve nemli ortamlarda daha uzun süre) ve mikroskop immersiyon yağında 7 güne kadar canlı kalabildiği gösterilmiştir. Bu nedenle, günümüzde cansız nesnelere de bulaşın olduğu düşünülmektedir. [12,13]

Krutlu uyuz olan bireyler, giysiler ve yataklar aracılığıyla enfeksiyonu başkalarına bulaştırma konusunda daha yüksek bir risk taşır.[13][14] Sarkoptlar, vücudun yaydığı koku ve ısı gibi uyarıcılara tepki vererek bir konaktan diğerine geçebilir.[15] Yeni bir konağa ulaştığında, bir saat içinde stratum korneumda tünel açmaya başlar.[16] Bu tüneller oluşurken hastada ise kaşıntı başlamaktadır. Kaşıntı başladığında mevcut sarkoptlarının çoğu kaşıntı nedeniyle ölürken, yumurtalar da zarar görür. [10,17] Akarlar genellikle enfestasyonun başlamasından üç ay sonra hızla azalır; bu azalma, kaşıntı ve akarların mekanik olarak uzaklaştırılması ve konak bağışıklık sisteminin yanıt vermesi sayesinde gerçekleşir.[14]

2.4. UYUZ HASTALIĞINDA KLİNİK BELİRTİ, BULGULAR ve AYIRICI TANI

Sarkopt deriye girdiğinde bir dizi inflamatuvar ve bağışıklık reaksiyonu meydana gelir. Sarkopt antijenine karşı mast hücrelerde özel IgE üretilir ve bu da tip 1 bağışıklık tepkisi oluşturur. Sarkoptla ilk kez karşılaştıktan on ila otuz gün sonra, hasta sarkoptların kendisine, yumurtalarına, dışkılarına ve salgısına karşı gecikmiş tip 4 hipersensitivite reaksiyonu geliştirir ve kaşınmaya başlar. Bu nedenle hastalar, kaşıntı ve diğer semptomların ne zaman başladığını söyleyemez. Belirtiler, daha önce uyuz geçirmemiş bir kişide iki ila altı haftayı alır. Tekrar enfekte olan bir kişide ise semptomlar 1-4 gün içinde, hatta konağın immünolojik durumuna bağlı olarak saatler içinde ortaya çıkabilir.[10,14]

Generalize kaşıntı uyuzun ana semptomudur. İnkübasyon sırasında da kaşıntı oluşma olasılığı vardır. Kaşıntının şiddeti değişken olmakla birlikte, gece yatağa girdikten

sonra artar ve kişiyi uykudan uyandıracak kadar şiddetli olabilir. Parmak aralarından başlayan kaşıntı bileklere, dirseklerin ekstansör bölgeleri, aksiller bölge, penis, skrotum ve kadınlarda meme areolaları, kalça, sakral bölge ve periumbilikal bölgeye yayılır.(Resim 2-5)



Şekil 2.2. Vücutta kaşıntılı eritemli papül, ürtikeryal lezyonlar ve ekskorye papüller ve krutlar

Hebra halkası, uyuz lezyonlarının görüldüğü aksilla antekubital fossa, el ve bilek tarafından oluşturulan ve genital bölgeden geçtiği varsayılan sanal çizginin bir parçasına verilen isimdir. Sıcak havalarda, özellikle yatalak hastalarda ve küçük çocuklarda lezyonlar görülebilir, ancak sırtta ve boynun yukarısında görülmezler. Sarkopt akarları bu hastalarda retroaurikuler kıvrımlarda saklanır.1 cm uzunluğuna varabilen, deriden hafif kabarıp, beyazımsı sonunda siyah bir nokta içeren dalgalı iplik benzeri veya lineer görünümlü tüneller, uyuzun tipik spesifik lezyonlarıdır. Sarkoptun hava deliklerine giren kirler, sillonların üzerinde noktalar oluştururlar. El bilekleri, parmak araları, aksiller, gluteal bölge ve penis tünellerin en sık görüldüğü bölgelerdir.(Resim 3)

Uyuz akarları genel olarak ince bir stratum korneuma sahip kılsız bölgeleri tutmaya daha yatkındır. Sıcak iklim bölgelerinde yaşayan insanlar için cilt yüzeyindeki tünelleri bulmak ise tanı açısından zor olabilmektedir.

Uyuz akarlarına bağı gelişen hipersensitivite, simetrik ve pleomorfik lezyonların oluşumuna yol açar. Kaşıntının yoğun olduğu bölgelerde papül, vezikül, bü, pullanma, kabuklanma, püstül, nodül ve ekskoryasyonlar görülebilir.[15]



Şekil 2. 3. El parmak aralarında ekskorye papüller ve veziküller.

Uyuz diğer deri hastalıklarını taklit eder bu nedenle uyuz dışındaki kaşıntılı deri hastalıklarından ayırt etmek son derece önemlidir. İmpetigo, folikülit, papüler ürtiker, kontakt dermatit, atopik dermatit, nörotik ekskoryasyon, dermatitis herpetiformis, pitriyazis roze, psöriasis, sekonder sifiliz, seboreik dermatit, lenfoma, psödolenfoma, infantil akropüstüloz, viral ekzantemler, lineer IgA hastalığı, Langerhans hücreli histiyozis ve PUPPP Uyuz hastalığından ayırt edilmesi gereken elzem hastalıklardır. [10,16,17]

2.5. UYUZ HASTALIĞINDA KLİNİK FORMLAR

Uyuzun en sık görülen klasik formunun yanında nodüler ve krutlu uyuz olmak üzere 2 ana klinik formu daha vardır.

2.5.1. Klasik Uyuz

Normal bağımsızlık sistemine sahip kişilerde genellikle klasik uyuz görülmektedir. El parmak araları, el bilekleri, ekstremitte ekstansör yüzleri, aksiller katlantılar, gövde yanları, karın periumblikal alan, kalçalar ve erkeklerde penis ve kadınlarda areola, klinik bulgular için predileksiyon bölgeleridir . (Resim 1a)

Çocukluk çağında ise palmoplantar bölge sıklıkla tutulur. (Resim 1b)

Yetişkin hastalarda genellikle sırtın orta hattı, yüz ve saçlı deri etkilenmezken; bebeklerde bu bölgelerde de tutulum görülebilir.



Şekil 2.4. Parmak araları ve el dorsallerinde görülen ekskoriye papüller.



Şekil 2.5. İnfantil dönemde ayak tabanları sık tutulan vücut bölgesidir.

Muayenede en sık karşılaşılan bulgu olan ekskoriye papüller, skabiyes akarları, yumurtaları, eksuda ve dışkı gibi salgılarına karşı gelişen tip 4 alerjik yanıtın sonucudur. Bunlar, skabiyes akarının neden olduğu primer lezyonlar arasında yer almaz ve bu nedenle deri kazıntısı örneklerinde nadiren tespit edilir. Ancak erkek hastalarda glans, corona, penil shaft ve skrotumda eritemli papüller klinik olarak gözlenebilir. Bu papüller genellikle ekskoriyedir ve üzerinde hemorajik krut bulunabilir.

Tüneller; dişi erişkin akarların stratum korneumda yumurta bırakmak için virgül şeklinde, 0,5-1 cm boyutlarında gri-kahverengi kabarıklardır. Bu tünellerin ucunda, inci tanesine benzeyen bir vezikül görülebilir. Veziküller ve tüneller, uyuz için karakteristik klinik bulgular arasında yer alır. Bu nedenle, erişkin dişi akar,

yumurtalar ve dışkı materyali, tünel ve veziküllerden alınan deri kazıntısı örneklerinde görülmesi klinik tanıyı desteklemektedir.[13][18]

Skabiyes nodülleri, klinikte incelenebilecek diğer bulgulardandır. Nodüller, boyutları 5–20 mm arasında değişen kırmızı-kahverengi renktedir ve genellikle koltuk altlarında, gövde yan yüzlerinde, olekranona, uyluk iç yüzlerinde, erkeklerde genital bölgede ve kalçalarda bulunur. Papüler lezyonlar gibi alerjik tepkiler nedeniyle bu nodüller mikroskopik incelemede nadiren görülmektedir. Klasik uyuzda kaşıntı oldukça yoğundur ve özellikle gece saatlerinde ve sıcak ortamlarda daha da şiddetlenir. Bu yoğun kaşıntıya, dişi akarlar a ait antijenlere karşı gelişen alerjik tepki neden olur. [19],[20]

Kaşıntı, skabiyesli hastalarda önemli bir semptom olsa da, özellikle bebeklerde, yaşlılarda ve topikal kortikosteroid kullanan kişilerde ve immünsüpresif tedavi alan kişilerde belirgin olmadığından tanı kısmında zorluklar çıkarabilmektedir.[21]

2.5.2. Krutlu Uyuz

Krutlu skabiyez, bağışıklığı baskılanmış kişilerde veya kaşınmayı ve kaşımayı azaltan nörolojik hastalığı olan hastalarda daha yaygındır. Klasik skabiyeften farklı olarak, diffüz hiperkeratoz kalın, istiridye kabuğuna benzer bir görünüme sahiptir. Bu hiperkeratoz, özellikle friksiyona eğilimli bölgelerde ve klasik formda sıklıkla tutulmayan baş, boyun ve auriküler alanda görülür. Özellikle el ayaları, ayak tabanları, kalçalar, olekranon ve patella başta olmak üzere çeşitli bölgelerde görülür (Resim 2).[22]



Şekil 2.6. Vücudun neredeyse tamamını kaplayan eritemin yanı sıra uylukta ve karında görülen sarı-gri yapışık skuam ve hiperkeratoz; krutlu skabiyes

2.5.3. Veziküler-Büllöz Uyuz

Yaşlı insanlarda gelişen nadir bir uyuz formudur. Klinik, histopatolojik ve immünfloresan bulguları büllöz pemfigoide benzer. Bu uyuz çeşidinin oluşumunda sorumlu tutulan teori, sarkoptun dermoepidermal bileşkeye girerek büllöz pemfigoid antijeni ile çapraz reaksiyon yaratması veya sarkoptun litik sekresyonu nedeniyle otoantikorlar üretmesidir. [23,24]

2.5.4. Bebek ve Çocuklarda Uyuz

Çocuklarda ve yetişkinlerde uyuz, özellikle palmoplantar bölgede sık yerleşim gösterir ve bu alanlarda veziküler ve papüler lezyonlarla karakterize edilir. Lezyonlar el, ayak ve diğer vücut bölgelerinde yoğun olarak bulunur. Çocuklarda silon oluşumu nadir görülürken, yetişkinlere kıyasla daha fazla inflamatuvar lezyon gözlenir. Yüz, boyun ve saçlı deri dahil olmak üzere vücudun çeşitli bölgelerinde lezyonlar oluşabilir. İnfantil uyuzda tedavi sonrası nodüler lezyon gelişme riski bulunmaktadır ve bu nodüller tedaviye oldukça dirençlidir. Ek olarak bu grupta , impetigo ve egzama gibi ikincil enfeksiyonlar görülebilmektedir.[27]

2.5.5. Yaşlılarda Uyuz

Sıklıkla senil pruritus gibi görülerek yanlış tanı almaktadır. Atipik yerleşim görülmektedir. Saçlı deri tutulumu, büllöz lezyonlar ve anormal papüler uyuz görülebilir. [10][25] Infantlar, küçük çocuklar, yaşlılar, bağışıklık sistemini zayıflatan hastalar ve krutlu uyuz hastalarında yetişkinlerden farklı olarak saçlı deri tutulumu da görülebilmektedir. Uyuz hastalarında, deri bariyerinin aşırı kaşınma sonucu zarar görmesiyle birlikte, *Staphylococcus* ve *Streptococcus* türleri deri üzerinde kolayca yayılabilir. Bu bakterilerin yol açtığı impetigo, ektima, fronkülozis ve selülit gibi enfeksiyonlar, altta yatan uyuzu gizleyebileceğinden, tanı koyarken dikkatli olunmalıdır. Ayrıca, poststreptokoksik glomerülonefrit de uyuz hastalarında bakteriyel enfeksiyonların yol açabileceği bir diğer komplikasyondur. [16][28]

2.6. SKABIYEZDE TANI

Tanı, genellikle sıcak ortamda, gece yatak sırasında ortaya çıkan veya uykudan uyandırabilen şiddetli kaşıntı, el bileği ve parmak aralarında tünel ile veziküllerin varlığı, uykuya bağlı lezyon dağılımı ve ailede kaşınan bireylerin bulunması ile kolaylıkla konulabilmektedir. Buna ek olarak Sarkoptes akarı yumurtaları ve dışkısının test edilmesi, kaşıntılı bir hastada sarkoptesin kesin tanısını koymaya yardımcı olur. Sarkoptesi tespit etmek için ise ekskoriyasyona uğramamış papüller, veziküller, el bileği, ayak ve penis üzerindeki tüneller ile el parmak aralarındaki lezyonlar kullanılmalıdır.[16]

IACS tarafından 2020'de yayınlanan bir rapor, skabies tanısını üç kategoriye ayırmıştır: kesin tanı-level A, klinik tanı-level B ve şüpheli tanı-level C' dir. Kesin tanı olan Level A tipik öykü ve fizik muayene bulgusundan oluşup akarların labaratuvar ortamında görüntülenmesi olarak tanımlanmaktadır. Labaratuvar ortamında akarların görüntülenemediği fakat uyuz hastasının tipik anamnez ve klinik bulgularının bulunduğu ise Level B olarak adlandırılmaktadır. Son olarak Level C ise şüpheli tanı olarak adlandırılmış olup anamnezde kaşıntı ya da uyuzlu bireyle temas özelliği taşıyıp tipik bulguları olan fakat atipik döküntüsü mevcut uyuz hastalarının kategorize edildiği bölümdür fakat bu sınıflamanın daha çok epidemiyolojik

çalışmalar için surveyans bildiriminde kullanılması, uyuz tedavi kararı için klinik tecrübelerin önüne geçmemesi belirtilmektedir.[26]

2.6.1. Skabiyezde Ayırıcı Tanı

Neredeyse tüm kaşıntılı dermatozların ayırıcı tanısında uyuz göz önünde bulundurulması gerekir. Çok çeşitli klinik şekillerde ortaya çıkabildiği için "büyük taklitçi" olarak da bilinir. Yaşa ve hastanın durumuna göre ayırıcı tanıları değişir. Gelişmekte olan ülkelerde, atopik dermatit, kontakt dermatit, numuler dermatit ve tinea enfeksiyonları gibi hastalıklarla karıştırılabilirken, endüstriyel ülkelerde atopik dermatit, kontakt dermatit, numuler dermatit ve pyoderma gibi enfektif hastalıklar da ayırıcı tanı olarak düşünülebilir.[27]

2.7. SKABIYEZ TANISINDA KULLANILAN TESTLER

Uyuz hastalığına tanı koymak çoğu zaman anamnez ve fizik muayene ile mümkün olabilmektedir fakat bazı gruplarda anamnez ve fizik muayene ile tanı koymak zor olabilir.Yapılan bir meta analizde dahil edilen 71 çalışmanın 40' ında klinik bulgular olarak; döküntü, döküntü dağılımı, kaşıntı ve akar yuvaları olduğu bulunmuştur.[28] Ayrıca, hastalığın etkeni olan akarın, yumurtaların ve dışkı kalıntılarının gösterilmesi yoluyla kesin tanı koymanın mümkün olduğu konusunda bir anlaşmaya da varılmıştır.[29]

Deri kazınmasıyla elde edilen skuamların mikroskopik incelemesi, akarın doğrudan tespiti veya akarın yumurtaları ve dışkısının görülmesi, uyuz tanısı koymak için en yaygın kullanılan yöntemdir. Bu yöntemde, deri kazınması için 15 numaralı bistüri kullanılır. Bistüri, dik bir açıyla cilde yerleştirildikten sonra, tünel bulunduğu şüphelenilen bölge boyunca ileri geri kazınır veya papülün yüzeyi açılır. Kazıma işlemi sonrasında, potasyum hidroksit kullanılarak alınan keratin eritilir ve preparat, x10 büyütmede mikroskop altında incelenir.[6] Bu yöntemin duyarlılığı düşük olduğu için sıklıkla birden fazla örnek gereklidir fakat bu yöntemin uygulanması, yoğun hasta muayenesi yapılan kliniklerde zaman alıcı olduğu için mümkün olmayabilir.

Dermoskopi ve videodermoskopi ise aynı yöntemi kullanan noninvazif tanı araçlarıdır ve derinin büyütülmesiyle çıplak gözle görülemeyen morfolojik özelliklerin değerlendirilmesini sağlar. Dermoskopi, el tipi cihazlarla x10 büyütme yeteneğine sahipken, bilgisayara bağlı video kameralarla x1000 kadar büyütme yeteneği artırılabilir. Videodermoskopi, tipik olarak polarize bir ışık kaynağı kullanılarak gerçekleştirilir ancak ışık yansımalarını azaltmak için deri üzerine immersiyon yağı, alkol veya su gibi sıvılar uygulanır. Bu yöntem ise epilüminesans mikroskopi olarak bilinir. İnceleme sırasında, tünel karşılık gelen belirsiz, düz bir çizginin sonunda küçük, koyu kahverengi üçgen şeklinde yapılar görülür ve bu yapılar akar gövdesine karşılık gelmektedir. Bu görünüm benzerlik bakımından jetlerin arkalarında bıraktıkları yakıt izine benzetildiği için "jetliner with traile" ismiyle tanımlanmaktadır. Geleneksel yöntemlere göre uyuz tanısında dermoskopinin spesifitesi düşüktür, ancak sensitivitesi oldukça hassastır. Ek olarak, dermoskopinin spesifikasyonu, kullanıcının yöntemle ilgili deneyimine bağlı olarak önemli ölçüde değişebilir. [30] Dermoskopi için en büyük engel, jetliner yolun sıyrık, kabuk, kanamalar veya küçük kir parçacıklarıyla karışabilmesidir. Ek olarak, siyahilerde x10'u büyütmede jetliner'in takip edilmesi zor olabilir. Bu nedenle, videodermoskopinin gerekli olmadığı durumlarda dermoskopinin kullanılması önerilir.[31] Videodermoskopi, derinin yüzeysel dermise kadar olan katmanlarını derinlemesine inceleme yeteneğine sahip bir tekniktir. Bu özellik, in vivo olarak tünellerin ve akarların gözlemlenmesi için ideal bir yöntem olmasını sağlar. Videodermoskopi, uyuz tanısı koymada en hassas ve spesifik yöntemlerden biri olarak kabul edilmektedir ve yüksek büyütme seviyelerinde %100 spesifiteye sahiptir.[35]

Reflektans konfokal mikroskopi (RKM), derinin farklı tabakalarındaki yapıları lazer ışınlarıyla tarayabilen, yüksek çözünürlüklü bir görüntüleme tekniğidir. Bu yöntem, akarın yumurtalarını, tüneline ve kendisini görüntüleyebilme kapasitesine sahiptir. Ayrıca, RKM ile parazitin aktif hareketleri de izlenebilir, bu da parazitin canlılığının belirlenmesinde önemli bir gösterge sağlar ancak en büyük dezavantajları, zaman alıcı ve maliyetli bir yöntem olmasıdır.[34]

Optik koherans tomografi (OCT), biyolojik yapılardan yansıyan kızılötesi ışınları hücre düzeyinde saptayarak doku morfolojisini incelemeyi sağlayan non-invazif bir görüntüleme yöntemidir. Stratum korneum, epidermis, papiller dermis ve deri ekleri gibi temel cilt parçalarını görüntüleyebilmektedir. Akarları tanımlayabilir ve boyutlarını ölçebilir. [31]

2.8. UYUZUN TEDAVISI

Skabiyez tedavisinin amacı, akarları yok etmek, semptomları iyileştirmek ve varsa ek enfeksiyonları ortadan kaldırmaktır. Tedaviye başlamadan önce tanının doğrulanması hayati önem taşımaktadır. Hastaların tam olarak bilgilendirilmesi de çok önemlidir. Tüm aile üyeleri, semptomları olmasa bile tedaviden geçmelidir. Deri hücreleri, saç telleri, giysiler ve ortak kullanılan yataklar bulaş kaynağı olabileceği için yıkanmalıdır. Yanlış tedavi semptomları alevlendirebilir, bu nedenle detaylar mutlaka broşür olarak hastaya verilmelidir.[32]

İdeal bir tedavi, hem erişkin akarlar hem de yumurtalarına etkili olacak şekilde; uygulanması kolay, hassasiyet ve irritasyona neden olmayan, toksik olmayan, her yaş grubuna güvenli ve ekonomik olmalıdır. Tarihsel olarak çok eski olan bu hastalık için günümüze kadar çok sayıda tedavi ajanı kullanılmış olsa da, belirtilen özelliklerin hepsine sahip bir ajan henüz bulunamamıştır. Topikal ve oral skabisidal tedavi seçenekleri mevcuttur. Skabiyez tedavisi için topikal tedaviler ana etkili ajanlar olarak görülür.[32] Ancak, tedavi başarısızlığı ve tedavi direnci nedeniyle ivermektin gibi oral ajanların kullanımı son zamanlarda artmıştır. Tablo 1 uyuz tedavisi seçeneklerini göstermektedir.

Tablo 2.1. Skabiyezde tedavi seçenekleri[25]

Topikal tedavi	FDA onayı	Doz	FDA gebelik kategorisi	Major yan etki	Özellik
Permetrin	Var	% 5 krem, en az 8-12 saat uygulama	B	Kaşıntı, yanma, eritem	İlk sıra topikal tedavi ajanı
Lindan	Var	% 1 losyon veya krem, en az 8 saat uygulama	B	Nöbet, kas spazmları, aplastik anemi	İki veya üçüncü sıra topikal tedavi ajanı
Benzil benzoat	Yok	%10 veya %25 losyon, en az 24 saat uygulama	C	Kaşıntı, yanma, batma hissi, deri kuruluğu, tedavi sonrası ekzematöz lezyonlar	İki veya üçüncü sıra topikal tedavi ajanı
Krotamiton	Var	%10 krem, nodüller üzerine 2 kez 24 saat uygulama	C	Kaşıntı, yanma	Yalnızca nodülleri olan çocuklarda bir seçenek
Sülfür	Yok	%3-6 losyon, %5-10-40 konsantrasyonlarında karışım formunda, 3 gün boyunca 24 saat uygulama	C	Yanma, kötü koku	2 yaş altı çocuklarda, emziren annelerde iyi bir seçenek
Oral tedavi					
İvermektin	Yok	0,2 mg/kg tek doz, 14 gün sonra ikinci doz	C	Yaşlı hastalarda ölüm riski, kaşıntı, kas ağrısı, eklem ağrısı	Krutlu uyuzda ilk sıra tedavi ajanı

2.8.1. Topikal Tedaviler

Permetrin, güçlü bir böcek öldürücü olan sentetik bir piretroiddir. Skabiyez tedavisi ABD'de 1989 yılında onaylanmıştır.[16] Memelilerde düşük toksisiteye sahip olduğundan, skabiyez akarlarına karşı çok etkilidir. % 5'lik krem formu iki hafta boyunca haftada bir gece tüm vücuda (kafa da dahil) uygulanır. En az sekiz ila on iki saat kalır ve ardından banyo yapılır. Deriden çok az miktarda emilir ve hızla parçalanır ve idrar yoluyla atılır. Uyuz için en etkili yaklaşımdır.[33] Neredeyse hiç alerjik yan etkisinin olmaması ve görünüm açısından rahatsız edici olmaması en büyük avantajlarından. Çocuklar ve hamileler için de güvenli kabul edilmektedir.[32]

Kullanımdaki en eski antiskabietik ilaç sülfürdür. Celsus, sıvı zift ile karıştırarak bu ilacı ilk kez skabiyez tedavisinde kullanmıştır.[36] Sülfür, gebe, yenidoğan ve çocuklar için güvenli bir tedavi seçeneği olarak kabul edilmektedir.[38] Permetrin yerine merhem formunda sülfür tercih edilebilir ve genellikle tedavi için %6'lık konsantrasyon yeterli olmaktadır. Uygulama, banyo sonrası üç gün boyunca düzenli olarak tüm vücuda yapılır. Ancak, kötü kokusu ve kıyafetlerde leke bırakması, özellikle tropikal ve sıcak iklimlerde iritan dermatite yol açabilir. Düşük maliyeti, sülfürü kitlesel tedavi gerektiren salgın durumlarında tercih edilen bir seçenek haline

getirmektedir. Erişkinlerde lindan, permetrin veya ivermektin kullanılmadığında, sülfür en iyi alternatif tedavi seçeneğidir.[39]

Bir diğer tedavi seçeneği ise Peru ve Tolu balzamından elde edilen benzil benzoat, benzoik asit ve benzil alkol esteridir. Akarlara nörotoksik olarak saldırmasından yararlanır. %25'lik emülsiyon, yirmi dört saat içinde boyun altında kalan tüm yüzeylere banyo yapılmadan üç kez uygulanır. Benzil benzoat, iritan bir ajan olduğu için özellikle yüzde ve skrotumda iritan dermatit ve tekrarlanan kullanımlarda alerjik dermatit oluşturabilir. Nörotoksik etkileri nedeniyle gebelikte, emziren annelerde, yenidoğanlarda ve 2 yaşından küçük çocuklarda kullanılmamalıdır. İvermektin ile birlikte permetrin dirençli krutlu skabiyezin tedavisi ve tek doz ivermektine yanıt vermeyen skabiyezde ivermektin kombinasyonu olarak kullanılır. Gelişmekte olan ülkeler ulaşılabilirliği yüksek olduğu için benzil benzoat tedavisini kullanmaktadırlar.[16][32]

Tedavi seçeneklerinden bir diğeri Lindan veya gamabenzen-hekzaklorür ise bir böcek öldürücüdür. İnsanlarda, akciğer, bağırsak ve diğer mukozalardan yoğun olarak emilir. Deri başta olmak üzere tüm vücuda yağdan zengin dokularla yayılır. İdrar ve dışkı ile atılır. Kuru cilde bir kez yüzde bir krem veya losyon uygulaması ve yüzeyde 6 saat kadar kalması, tedavi için yeterli olacaktır. Birçok rapor, merkezi sinir sistemi toksisitesine bağlı olarak konvülsiyonlara ve ölüme neden olduğunu göstermektedir. Ancak bu yan etkiler, aşırı tedavi kullanımı olan veya cilt bariyeri bozulan yenidoğanlar ve çocuklarda görülmüştür. Gelişmekte olan ülkelerde permetrinin kullanılmadığı durumlarda alternatif olarak kullanılmaktadır.[32]

2.8.2. Oral Tedaviler

İvermektin, antiparazitik sınıfın sentetik bir türevidir. Parazitlerin periferik motor sinapslarındaki nörotransmitter reseptörlerini spesifik olarak bloke ederek parazitleri felç eder. Ektoparazit ve endoparazit enfestasyonlarında kullanılabilir. 1970'lerde veterinerlik için geliştirilen ivermektin, 1990'lı yıllarda insan skabiyez vakaları için de kullanılmaya başlandı.[34][35] .Oral olarak alınan ivermektin 5 saat sonra maksimum konsantrasyona ulaşır ve karaciğerde parçalanır ve %98'inden fazlası

vücuttan atılır. Yarılanma süresi otuz altı saattir. Süte minimal geçiş gösterir ve teratojen değildir. Skabiyez tedavisinde bir kez 0,2 mg/kg dozunda ve tek seferde alınır bir veya iki hafta sonra, etkisini maksimum düzeye çıkarmak için bir doz daha alınması tavsiye edilir.[36] Tedavi sırasında ateş, iştahsızlık, kas ağrısı, eklem ağrısı ve baş ağrısı gibi yan etkiler olabilir. İvermektine alerjisi olanlar ve merkezi sinir sistemi hastaları için kontrendikedir. Gebeler, emziren anneler ve beş yaşından küçük çocuklarda kullanılmamalıdır. En önemli avantajları, topikal ajanlarda irritasyon gibi yan etkilerin görülmemesi ve yüksek etkinliğidir. Cezaevleri gibi toplu ortamlardaki salgınlarda, yatağa bağımlı insanlarda ve bakımevlerinde oldukça etkili bir tedavi seçeneğidir. Gelecekte, topikal olarak denenen ivermektin uyuz tedavisinde daha da önemli olacağı düşünülüyor. [10][32]

BÖLÜM 3

ARAŞTIRMA

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI ve TİPİ

Araştırmanın amacı Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi personelinin uyuz hakkında bilgi düzeylerini ölçerek, tutum ve davranışlarını değerlendirerek; hastane çalışanlarında uyuz hastalığı hakkında farkındalık oluşturmaktır.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma kesitsel tipte bir anket çalışmasıdır. Anket formları; örneklem seçimi yapılmayarak Karabük Eğitim Araştırma Hastanesinde görev yapan çalışanlara 01.04.2024-01.06.2024 tarihleri arasında uygulanmıştır.

Anket 3 bölümden ve toplamda 50 sorudan oluşmaktadır.

1. Bölüm: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyodemografik özellikler ile kronik hastalıklar, kullanılan ilaçlar gibi kişisel sağlık bilgilerini içeren 3 tane açık uçlu 3 "tane evet-hayır" şeklinde 9 tane çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır.

2. Bölüm: Uyuz hastalığının risk faktörlerini sorgulayan 1 tane açık uçlu 4 tane evet-hayır şeklinde toplamda 5 sorudan oluşmaktadır.

3. Bölüm: Hastanedeki tüm çalışanların uyuz hastalığı konusunda bilgi, tutum ve davranış düzeylerinin değerlendirildiği "evet-hayır-fikrim" yok şeklinde 30 sorudan oluşmaktadır. Yanlış ya da eksik doldurulan anketler çalışma dışı bırakılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ

Dahil edilme kriterleri:

1. Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çalışanı Olmak
2. 18-65 yaş aralığında olmak

Dahil edilmeme kriterleri:

1. 1.Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak
2. 2.Gebe olmak
3. 3.Yabancı Uyruklu Olmak
4. 4.Zihinsel Engelli Olmak

3.4. VERİLERİN ANALİZİ VE İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER

İstatistiksel Analiz

Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma ve/veya median (min-maks), kategorik veriler ise sayı ve yüzde şeklinde ifade edildi. Normallik analizleri Shapiro Wilks testi ile yapıldı. Normal dağılıma uygun çıkan parametrelerin 2 grup arasındaki karşılaştırmalarında Student's T Testi, 3 grup ve üzerindeki karşılaştırmalarında ise Tek Yönlü Varyans Analizi (Posthoc:Bonferroni) kullanıldı. Kategorik veriler arasındaki farkın değerlendirilmesi Ki-kare Testi ile yapıldı. Analizler IBM SPSS versiyon 27.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) ile yapılarak, istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

BÖLÜM 4

BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması $35,89\pm 3,13$ yıl, %58,3'ü kadın , aynı hanede kişi sayısı ortalaması $3,13\pm 1,20$, %66,0'sı evli, %48,3'ünün gelirinin giderine eşit olduğu, %94,0'ünün çekirdek bir aileye sahip olduğu, %54,0'ünün ön lisans/lisans mezunu, %51,3'ünün hiç sigara kullanmadığı, %83,3'ünün il merkezinde yaşadığı, %30,0'unun doktor, %36,7'sinin hemşire/ebe/sağlık memuru olduğu, %47,0'sinin görevi gereği nöbettuğu tespit edildi (Tablo 1).

Tablo 4.1. Katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri (n=300)

	Medyan (min-maks)	Ort±Ss
Yaş (yıl)	33,5 (18-62)	35,89±3,13
Aynı hanede kaç kişi yaşıyorsunuz?	3 (1-8)	3,13±1,20
	(n,%)	
Cinsiyet		
Kadın	175 (58,3)	
Erkek	125 (41,7)	
Medeni durum		
Evli	198 (66,0)	
Bekâr	94 (31,3)	
Dul/boşanmış	8 (2,7)	
Aylık gelir durumu		
Geliri giderden fazla	106 (35,3)	
Geliri gidere eşit	145 (48,3)	
Geliri giderden az	49 (16,3)	

Aile tipi	
Çekirdek aile	282 (94,0)
Geniş aile	14 (4,7)
Diğer	4 (1,3)
Eğitim	
İlköğretim	1 (0,3)
Lise	39 (13,0)
Ön lisans/Lisans	162 (54,0)
Yüksek Lisans ve üstü	98 (32,7)
Sigara kullanım durumu	
Hiç Kullanmadım	154 (51,3)
İçiyorum	98 (32,7)
Bıraktım	48 (16,0)
En uzun süre yaşadığı yer	
İl Merkezi	250 (83,3)
İlçe	42 (14,0)
Köy	8 (2,7)
Meslek	
Doktor	90 (30,0)
Hemşire/Ebe/Sağlık Memuru	110 (36,7)
Tıbbi Sekreter	37 (12,3)
Büro Çalışanı (mutemet, evrak kayıt vb.)	13 (4,3)
Hasta bakıcı/temizlik personeli	23 (7,7)
Destek Birimi (atölye, bilgi işlem vb.)	6 (2,0)
Güvenlik Personeli	21 (7,0)
Görev gereği nöbet durumu	
Hayır	159 (53,0)
Evet	141 (47,0)

Katılımcıların %24,0'ünün ise en az bir kronik hastalığının bulunduğu tespit edildi. En sık bulunan hastalıklar Hipertansiyon (%7,3), GİS (%5,3), Diyabetes mellitus (%3,0) ve Akciğer Hastalıkları (%3,0) olarak belirlendi. Düzenli ilaç kullanan katılımcıların oranı ise %22,0 olarak bulundu (Tablo 2).

Tablo 4.2. Katılımcıların kronik hastalık varlığı ve düzenli ilaç kullanım durumları (n=300)

	(n,%)
Kronik hastalık varlığı	
Yok	228 (76,0)
Var	72 (24,0)
Guatr*	25 (8,3)
Diyabetes mellitus*	9 (3,0)
Hipertansiyon*	22 (7,3)
GİS*	16 (5,3)
AkciğerHastalıkları*	9 (3,0)
KAH*	4 (1,3)
Psikiyatrik Hastalıklar*	4 (1,3)
Romatolojik Hastalıklar*	4 (1,3)
Nörolojik Hastalıklar*	3 (1,0)
Düzenli ilaç kullanım durumu	
Kullanmıyor	234 (78,0)
Kullanıyor	66 (22,0)

* Birden fazla kronik hastalık ifade edilmiştir.
** Tabloda belirtilmemiş olan diğer hastalıklar;FMF, hipereozinofili, hipotiroidi, Multiple Skleroz, polen alerjisi, varis ve venöz yetersizliktir.

Katılımcıların bir günde ortalama 31,59±28,13hasta ile temas ettiği, %6,3'ünün bilinen bir cilt hastalığının olduğu, %1,3'ünün daha önce uyuz hastalığı geçirdiği, %69,7'sinin görevigereği hasta ile temas ettiği, temas edenlerin %98,1'inin görevigereği yabancı uyruklu hastalarla temasının olduğu, %87,1'inin hasta ile temasında eldiven kullandığı ve %97,6'sının hasta teması sonrası ellerini yıkadığı saptandı (Tablo 3).

Tablo 4.3. Katılımcıların hasta ile teması(n=300)

	Medyan (min-maks)	Ort±Ss
Bir günde ortalama kaç hasta ile temas ediyorsunuz?	25 (3-250)	31,59±28,13
		(n,%)
Düzenli ilaç kullanmanızı gerektiren bir cilt hastalığınız var mı ?		

Bilinen bir cilt hastalığım yok	281 (93,7)
Akne	2 (0,7)
Atopik Dermatit	9 (3,0)
Tekrarlayan OralAftlar	5 (1,7)
TineaPedis(Ayak Mantarı)	1 (0,3)
Ekzema	2 (0,7)
Daha önce uyuz hastalığı geçirdiniz mi?	
Hayır	296 (98,7)
Evet	4 (1,3)
Göreviniz gereği hasta ile temas ediyor musunuz ?	
Hayır	91 (30,3)
Evet	209 (69,7)
Göreviniz gereği yabancı uyruklu hastalarla temasınız oluyor mu?	
Hayır	4 (1,9)
Evet	205 (98,1)
Toplam	209 (100,0)
Hasta temasında eldiven kullanır mısınız ?	
Hayır	27 (12,9)
Evet	182 (87,1)
Toplam	209 (100,0)
Hasta teması sonrası ellerinizi yıkıyor musunuz?	
Hayır	5 (2,4)
Evet	204 (97,6)
Toplam	209 (100,0)

“Uyuz her yaşta ve bütün toplumlarda görülebilen bir hastalıktır” sorusuna katılımcıların %96,3’ü doğru cevap verirken, %1,3’ü yanlış, %2,3’ü fikrim yok cevabını vermiştir.

“Uyuz dünyada ve Türkiye’de sıklığı artan bir hastalıktır” sorusuna katılımcıların %84,0’ü doğru cevap verirken, %3,7’si yanlış, %12,3’ü fikrim yok cevabını vermiştir.

“Uyuz, etkenin deri içine yerleşerek şiddetli kaşıntıya yol açtığı bir hastalıktır” sorusuna katılımcıların %93,3’ü doğru cevap verirken, %1,3’ü yanlış, %5,3’ü fikrim yok cevabını vermiştir.

“Uyuz insandan insana temas yoluyla geçen bir deri hastalığıdır” sorusuna katılımcıların %90,7’si doğru cevap verirken, %3,0’ü yanlış, %6,3’ü fikrim yok cevabını vermiştir.

“Uyuz kişiden kişiye 15-20 dakikalık yakın temasla bulaşır” sorusuna katılımcıların %62,7’si doğru cevap verirken, %6,3’ü yanlış, %31,0’i fikrim yok cevabını vermiştir.

“Uyuz hastalığı Sağlık Bakanlığı tarafından bildiri zorunlu bir hastalıktır” sorusuna katılımcıların yalnızca %28,7’si doğru cevap verirken, %43,0’ü yanlış, %28,3’ü fikrim yok cevabını vermiştir.

“Uyuz hayvandan insana temas yoluyla bulaşır” sorusuna katılımcıların yalnızca %54,7’si doğru cevap verirken, , %15,0’ü yanlış, %30,3’ü fikrim yok cevabını vermiştir.

“Uyuz bulaşır hayvanlar arasında en sık köpekten olur” sorusuna katılımcıların yalnızca %46,3’ü doğru cevap verirken, %11,3’ü yanlış, %42,3’ü fikrim yok cevabını vermiştir.

“Uyuz insandan insana sadece tokalaşma ile bulaşır” sorusuna katılımcıların yalnızca %56,0’sı doğru cevap verirken, %15,3’ü yanlış, %28,7’si fikrim yok cevabını vermiştir.

“Uyuz hastalığının etkeni 72 saat boyunca dış ortamda yaşayabilir” sorusuna katılımcıların yalnızca %43,3’ü doğru cevap verirken, %4,3’ü yanlış, %52,3’ü fikrim yok cevabını vermiştir.

“Uyuz hastalığı soğuk ve nemli havada daha sık görülür” sorusuna katılımcıların yalnızca %27,7’si doğru cevap verirken, %22,7’si yanlış, %49,7’si ise fikrim yok cevabını vermiştir.

“Genç ve orta yaşlı bireylerde uyuz hastalığının en önemli bulaşma yollarından biri cinsel temastır” sorusuna katılımcıların yalnızca %36,0’sı doğru cevap verirken, %19,0’u yanlış, %45,0’i fikrim yok cevabını vermiştir.

“Bir uyuz hastası tarafından kullanılan bir yatakta uyuyan sağlam bireyde nadir de olsa bulaş tespit edilebilir” sorusuna katılımcıların %75,3’ü doğru cevap verirken, %3,7’si yanlış, %21,0’i fikrim yok cevabını vermiştir.

“Uyuz hastalığı bakımevleri, yurtlar gibi toplu yaşanan yerlerde daha sık görülür” sorusuna katılımcıların %78,7’si doğru cevap verirken, %3,3’ü yanlış, %18,0’i fikrim yok cevabını vermiştir.

“Bir uyuz çeşidi olan kabuklu uyuzda bulaş riski klasik uyuzla göre daha yüksektir” sorusuna katılımcıların yalnızca %28,3’ü doğru cevap verirken, %3,7’si yanlış, %68,7’si fikrim yok cevabını vermiştir.

“Uyuzla ait en belirgin lezyon parazitin içinde yaşadığı gri-beyaz renkli “tünel” olarak adlandırılan yapılardır” sorusuna katılımcıların yalnızca %47,3’ü doğru cevap verirken, %2,7’si yanlış, %50,0’si fikrim yok cevabını vermiştir.

“Uyuz etkeni kişiye bulaştıktan sonra ortaya çıkan kaşıntı hastalığın en önemli belirtisidir” sorusuna katılımcıların %87,3’ü doğru cevap verirken, %1,7’si yanlış, %11,0’i fikrim yok cevabını vermiştir.

“Kaşıntı en çok el parmak aralarında, koltuk altlarında, kulak arkalarında, ayaklar ve kalçalarda şiddetlidir” sorusuna katılımcıların yalnızca %80,7’si doğru cevap verirken, %2,0’si yanlış, %17,3’ü fikrim yok cevabını vermiştir.

“Uyuz hastalığında kaşıntı baş ve boyun dışında kalan diğer tüm vücut bölgelerini etkileyebilir” sorusuna katılımcıların yalnızca %57,3’ü doğru cevap verirken, %10,7’si yanlış, %32,0’si fikrim yok cevabını vermiştir.

“Uyuzda tipik olarak kaşıntı gündüz şiddetlenir” sorusuna katılımcıların yalnızca %37,7’si doğru cevap verirken, %20,7’si yanlış, %41,6’sı fikrim yok cevabını vermiştir.

“Terleme ve sıcak su teması uyuz hastalarının kaşıntı şiddetini arttırabilir” sorusuna katılımcıların %60,0’ı doğru cevap verirken, %4,7’si yanlış, %35,3’ü fikrim yok cevabını vermiştir.

“Uyuz hastalığının tanısında mikroskopi, dermoskopi, wood ışığı gibi yöntemler kullanılabilir” sorusuna katılımcıların yalnızca %56,7’si doğru cevap verirken, %4,3’ü yanlış, %39,0’u fikrim yok cevabını vermiştir.

“Uyuz diğer kaşıntılı hastalıklarla karıştığından tanı ve tedavisinde yanlışlıklar sık görülür” sorusuna katılımcıların yalnızca %53,0’ü doğru cevap verirken, %10,0’u yanlış, %37,0’si fikrim yok cevabını vermiştir.

“Uyuz hastalığına neden olan akarları ve yumurtalarını öldürmek için sadece vücuda sürülerek uygulanan ilaçların kullanımı yeterlidir” sorusuna katılımcıların yalnızca %31,0’i doğru cevap verirken, %36,7’si yanlış, %32,3’ü fikrim yok cevabını vermiştir.

“Uyuz tedavisi kişinin yaşına, bağışıklık sisteminin durumuna göre değişiklik gösterir” sorusuna katılımcıların yalnızca %52,7’si doğru cevap verirken, %16,7’si yanlış, %30,6’sı fikrim yok cevabını vermiştir.

“Aynı yaşam ortamını paylaşan aile bireylerinden biri uyuz hastası olup diğer kişilerde şikayet yoksa hasta olmayanların tedavi edilmeleri gerekmez” sorusuna katılımcıların yalnızca %47,0’si doğru cevap verirken, %27,0’si yanlış, %26,0’sı fikrim yok cevabını vermiştir.

“Topikal (vücuda sürülerek uygulanan) ilacın kaşınmayan vücut bölgelerine sürülmesine gerek yoktur” sorusuna katılımcıların yalnızca %50,0’si doğru cevap verirken, %15,3’ü yanlış, %34,7’si fikrim yok cevabını vermiştir.

“Topikal (vücuda sürülerek uygulanan) ilacın vücutta kalması süresi genellikle 8-12 saattir” sorusuna katılımcıların yalnızca %38,4’ü doğru cevap verirken, %13,3’ü yanlış, %48,3’ü fikrim yok cevabını vermiştir.

“Uyuz hastalığı olan kişinin son 1 hafta içinde kullandığı tüm kıyafetlerin, çamaşır ve yatak takımlarının en az 60 derecede yıkanması ve ütülenmesi gerekmektedir” sorusuna katılımcıların %68,4’ü doğru cevap verirken, %4,3’ü yanlış, %27,3’ü fikrim yok cevabını vermiştir.

“Uyuz Hastalığı olan kişinin yıkanamayacak eşyaları ağzı bağlı bir paket içerisinde en az 7 gün bekletilmesi gerekir” sorusuna katılımcıların yalnızca %8,0’ü doğru cevap verirken, %49,3’ü yanlış, %42,7’si fikrim yok cevabını vermiştir.

“Uyuz hastalığı geçiren bir kişide kalıcı bağışıklık geliştiği için tekrar uyuz hastalığı ortaya çıkmaz” sorusuna katılımcıların %60,0’ı doğru cevap verirken, %3,0’ü yanlış, %37,0’si fikrim yok cevabını vermiştir.

Tablo 4.4. Katılımcıların Skabies hakkındaki bilgi sorularına verilen cevapların dağılımı

Bilgi soruları	EVET (n, %)	HAYIR (n, %)	FİKRİM YOK (n, %)
1-Uyuz her yaşta ve bütün toplumlarda görülebilen bir hastalıktır (Evet doğru cevap).	289 (%96,3)	4 (%1,3)	7 (%2,3)
2-Uyuz dünyada ve Türkiye’de sıklığı artan bir hastalıktır (Evet doğru cevap).	252 (%84,0)	11 (%3,7)	37 (%12,3)
3-Uyuz, etkenin deri içine yerleşerek şiddetli kaşıntıya yol açtığı bir hastalıktır (Evet doğru cevap).	280 (%93,3)	4 (%1,3)	16 (%5,3)
4-Uyuz insandan insana temas yoluyla geçen bir deri hastalığıdır (Evet doğru cevap).	272 (%90,7)	9 (%3,0)	19 (%6,3)
5-Uyuz kişiden kişiye 15-20 dakikalık yakın temasla bulaşır (Evet doğru cevap).	188 (%62,7)	19 (%6,3)	93 (%31,0)
6-Uyuz hastalığı Sağlık Bakanlığı tarafından bildirim zorunlu bir hastalıktır (Hayır doğru cevap).	129 (%43,0)	86 (%28,7)	85 (%28,3)
7-Uyuz hayvandan insana temas yoluyla bulaşır (Evet doğru cevap).	164 (%54,7)	45 (%15,0)	91 (%30,3)
8-Uyuz bulaş hayvanlar arasında en sık köpektен olur (Evet doğru cevap).	139 (%46,3)	34 (%11,3)	127 (%42,3)
9-Uyuz insandan insana sadece tokalaşma ile bulaşır (Hayır doğru cevap).	46 (%15,3)	168 (%56,0)	86 (%28,7)

10-Uyuz hastalığının etkeni 72 saat boyunca dış ortamda yaşayabilir (Evet doğru cevap).	130 (%43,3)	13 (%4,3)	157 (%52,3)
11-Uyuz hastalığı soğuk ve nemli havada daha sık görülür (Evet doğru cevap).	83 (%27,7)	68 (%22,7)	149 (%49,7)
12-Genç ve orta yaşlı bireylerde uyuz hastalığının en önemli bulaşma yollarından biri cinsel temastır (Evet doğru cevap).	108 (%36,0)	57 (%19,0)	135 (%45,0)
13-Bir uyuz hastası tarafından kullanılan bir yatakta uyuyan sağlam bireyde nadir de olsa bulaş tespit edilebilir (Evet doğru cevap).	226 (%75,3)	11 (%3,7)	63 (%21,0)
14-Uyuz hastalığı bakımevleri, yurtlar gibi toplu yaşanan yerlerde daha sık görülür (Evet doğru cevap).	236 (%78,7)	10 (%3,3)	54 (%18,0)
15-Bir uyuz çeşidi olan kabuklu uyuzda bulaş riski klasik uyuzla göre daha yüksektir (Evet doğru cevap).	85 (%28,3)	9 (%3,7)	206 (%68,7)
16-Uyuza ait en belirgin lezyon parazitin içinde yaşadığı gri-beyaz renkli "tünel" olarak adlandırılan yapılardır (Evet doğru cevap).	142 (%47,3)	8 (%2,7)	150 (%50,0)
17-Uyuz etkeni kişiye bulaştıktan sonra ortaya çıkan kaşıntı hastalığın en önemli belirtisidir (Evet doğru cevap).	262 (%87,3)	5 (%1,7)	33 (%11,0)
18-Kaşıntı en çok el parmak aralarında, koltuk altlarında, kulak arkalarında, ayaklar ve kalçalarda şiddetlidir (Evet doğru cevap).	242 (%80,7)	6 (%2,0)	52 (%17,3)
19-Uyuz hastalığında kaşıntı baş ve boyun dışında kalan diğer tüm vücut bölgelerini etkileyebilir (Evet doğru cevap).	172 (%57,3)	32 (%10,7)	96 (%32,0)
20-Uyuzda tipik olarak kaşıntı gündüz şiddetlenir (Hayır doğru cevap).	62 (%20,7)	113 (%37,7)	125 (%41,6)
21-Terleme ve sıcak su teması uyuz hastalarının kaşıntı şiddetini artırabilir (Evet doğru cevap).	180 (%60,0)	14 (%4,7)	106 (%35,3)
22-Uyuz hastalığının tanısında mikroskopi, dermoskopi, wood ışığı gibi yöntemler kullanılabilir (Evet doğru cevap).	170 (%56,7)	13 (%4,3)	117 (%39,0)
23-Uyuz diğer kaşıntılı hastalıklarla karıştığından tanı ve tedavisinde yanlışlıklar sık görülür (Evet doğru cevap).	159 (%53,0)	30 (%10,0)	111 (%37,0)
24-Uyuz hastalığına neden olan akarları ve yumurtalarını öldürmek için sadece vücuda sürülerek uygulanan ilaçların kullanımı yeterlidir (Hayır doğru cevap).	110 (%36,7)	93 (%31,0)	97 (%32,3)
25-Uyuz tedavisi kişinin yaşına, bağışıklık sisteminin durumuna göre değişiklik gösterir (Evet doğru cevap).	158 (%52,7)	50 (%16,7)	92 (%30,6)
26-Aynı yaşam ortamını paylaşan aile bireylerinden biri uyuz hastası olup diğer kişilerde şikayet yoksa hasta olmayanların tedavi edilmeleri gerekmez (Hayır doğru cevap).	81 (%27,0)	141 (%47,0)	78 (%26,0)
27-Topikal (vücuda sürülerek uygulanan) ilacın kaşınmayan vücut bölgelerine sürülmesine gerek yoktur (Hayır doğru cevap).	46 (%15,3)	150 (%50,0)	104 (%34,7)
28-Topikal (vücuda sürülerek uygulanan) ilacın vücutta kalması süresi genellikle 8-12 saattir (Evet doğru cevap).	115 (%38,4)	40 (%13,3)	145 (%48,3)
29-Uyuz hastalığı olan kişinin son 1 hafta içinde kullandığı tüm kıyafetlerin, çamaşır ve	205 (%68,4)	13 (%4,3)	82 (%27,3)

yatak takımlarının en az 60 derecede yıkanması ve ütülenmesi gerekmektedir (Evet doğru cevap).			
30-Uyuz Hastalığı olan kişinin yıkanamayacak eşyaları ağız bağlı bir paket içerisinde en az 7 gün bekletilmesi gerekir (Hayır doğru cevap).	148 (%49,3)	24 (%8,0)	128 (%42,7)
31-Uyuz hastalığı geçiren bir kişide kalıcı bağışıklık geliştiği için tekrar uyuz hastalığı ortaya çıkmaz (Hayır doğru cevap).	9 (%3,0)	180 (%60,0)	111 (%37,0)

“Uyuz her yaşta ve bütün toplumlarda görülebilen bir hastalıktır” sorusuna doktorların tamamı (%100,0’ü), hemşire/ebe/sağlık memurlarının %96,4’ü doğru cevap verirken, diğer çalışanların %93,0’ü doğru cevabı vermiştir (p=0.018). Yapılan ikilikarşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin diğer çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (p=0.038).

“Uyuz dünyada ve Türkiye’de sıklığı artan bir hastalıktır” sorusuna doktorların %95,6’sı, Hemşire/Ebe/Sağlık Memurlarının %86,4’ü doğru cevap verirken, diğer çalışanların %71,0’i doğru cevabı vermiştir (p<0.001). Yapılan ikilikarşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından, hemşire/ebe/sağlık memurlarının doğru cevap verme yüzdelerinin de diğer çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla; p=0.004, p<0.001 ve p=0.010).

“Uyuz, etkenin deri içine yerleşerek şiddetli kaşıntıya yol açtığı bir hastalıktır” sorusuna doktorların tamamı (%100,0’ü), hemşire/ebe/sağlık memurlarının %93,6’sı doğru cevap verirken, diğer çalışanların %87,0’si doğru cevabı vermiştir (p=0.018). Yapılan ikilikarşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin diğer çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (p=0.002).

“Uyuz insandan insana temas yoluyla geçen bir deri hastalığıdır” sorusuna doktorların tamamı (%100,0’ü), hemşire/ebe/sağlık memurlarının %95,5’i doğru cevap verirken, diğer çalışanların %77,0’si doğru cevabı vermiştir (p<0.001). Yapılan ikilikarşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin diğer

çalışanlardan, hemşire/ebe/sağlık memurlarının doğru cevap verme yüzdelerinin de diğer çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla $p<0.001$ ve $p<0.001$).

“Uyuz kişiden kişiye 15-20 dakikalık yakın temasla bulaşır” sorusuna doktorların %87,8’i, hemşire/ebe/sağlık memurlarının%67,3’ü doğru cevap verirken, diğer çalışanların sadece %35,0’si doğru cevabı vermiştir ($p<0.001$). Yapılan ikilikarşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından, hemşire/ebe/sağlık memurlarının doğru cevap verme yüzdelerinin de diğer çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$ ve $p<0.001$).

“Uyuz hastalığı Sağlık Bakanlığı tarafından bildiri zorunlu bir hastalıktır” sorusuna doktorların %60,0’i, hemşire/ebe/sağlık memurlarının sadece %10,0’u doğru cevap verirken, diğer çalışanların %21,0’i doğru cevabı vermiştir ($p<0.001$). Yapılan ikilikarşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla $p<0.001$ ve $p<0.001$).

“Uyuz hayvandan insana temas yoluyla bulaşır” sorusuna doktorların %74,4’ü, hemşire/ebe/sağlık memurlarının%50,9’u doğru cevap verirken, diğer çalışanların %41,0’i doğru cevabı vermiştir ($p<0.001$). Yapılan ikilikarşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla $p<0.001$ ve $p<0.001$).

“Uyuz bulaşı hayvanlar arasında en sık köpekten olur” sorusuna doktorların %60,0’i, hemşire/ebe/sağlık memurlarının%44,5’i doğru cevap verirken, diğer çalışanların %36,0’si doğru cevabı vermiştir ($p<0.001$). Yapılan ikilikarşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından, hemşire/ebe/sağlık memurlarının doğru cevap verme yüzdelerinin de diğer çalışanlardan istatistiksel

olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla; $p=0.002$, $p=0.004$ ve $p=0.007$).

“Uyuz insandan insana sadece tokalaşma ile bulaşır” sorusuna doktorların %56,7’si, hemşire/ebe/sağlık memurlarının %64,5’i doğru cevap verirken, diğer çalışanların %46,0’sı doğru cevabı vermiştir ($p<0.001$). Yapılan ikilikarşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin diğer çalışanlardan, hemşire/ebe/sağlık memurlarının doğru cevap verme yüzdelerinin ise hem doktorlardan hem de diğer çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla; $p<0.001$, $p<0.001$ ve $p=0.011$).

“Uyuz hastalığının etkeni 72 saat boyunca dış ortamda yaşayabilir” sorusuna doktorların %63,3’ü, hemşire/ebe/sağlık memurlarının %40,9’u doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %28,0’i doğru cevabı vermiştir ($p<0.001$). Yapılan ikilikarşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla $p<0.001$ ve $p<0.001$).

“Uyuz hastalığı soğuk ve nemli havada daha sık görülür” sorusuna doktorların %40,0’i, hemşire/ebe/sağlık memurlarının %20,9’u doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %24,0’ü doğru cevabı vermiştir ($p<0.001$). Yapılan ikilikarşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla $p<0.001$ ve $p<0.001$).

“Genç ve orta yaşlı bireylerde uyuz hastalığının en önemli bulaşma yollarından biri cinsel temastır” sorusuna doktorların %60,0’i, hemşire/ebe/sağlık memurlarının %20,9’u doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %31,0’i doğru cevabı vermiştir ($p<0.001$). Yapılan ikilikarşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla $p<0.001$ ve $p<0.001$).

“Bir uyuz hastası tarafından kullanılan bir yatakta uyuyan sağlam bireyde nadir de olsa bulaş tespit edilebilir” sorusuna doktorların %93,3’ü, hemşire/ebe/sağlık memurlarının %75,5’i doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %59,0’u doğru cevabı vermiştir (p<0.001). Yapılan ikilikarşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından, hemşire/ebe/sağlık memurlarının doğru cevap verme yüzdelerinin de diğer çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla; p<0.001, p<0.001 ve p=0.039).

“Uyuz hastalığı bakımevleri, yurtlar gibi toplu yaşanan yerlerde daha sık görülür” sorusuna doktorların %97,8’i, hemşire/ebe/sağlık memurlarının %81,8’i doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %89,0’u doğru cevabı vermiştir (p<0.001). Yapılan ikilikarşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından, diğer çalışanların doğru cevap verme yüzdelerinin de hemşire/ebe/sağlık memurlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla; p<0.001, p<0.001 ve p=0.001).

“Bir uyuz çeşidi olan kabuklu uyuzda bulaş riski klasik uyuzla göre daha yüksektir” sorusuna doktorların %52,2’si, hemşire/ebe/sağlık memurlarının %19,1’i doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %17,0’si doğru cevabı vermiştir (p<0.001). Yapılan ikilikarşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla p<0.001 ve p<0.001).

“Uyuzla ait en belirgin lezyon parazitin içinde yaşadığı gri-beyaz renkli “tünel” olarak adlandırılan yapılardır” sorusuna doktorların %87,8’i, hemşire/ebe/sağlık memurlarının %36,4’ü doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %23,0’ü doğru cevabı vermiştir (p<0.001). Yapılan ikilikarşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla p<0.001 ve p<0.001).

“Uyuz etkeni kişiye bulaştıktan sonra ortaya çıkan kaşıntı hastalığın en önemli belirtisidir” sorusuna doktorların %95,6’sı, hemşire/ebe/sağlık memurlarının %99,1’i doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %67,0’si doğru cevabı vermiştir (p<0.001). Yapılan ikilikarşılaştırmalarda; hem doktorların hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarının doğru cevap verme yüzdelerinin diğer çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla p<0.001 ve p<0.001).

“Kaşıntı en çok el parmak aralarında, koltuk altlarında, kulak arkalarında, ayaklar ve kalçalarda şiddetlidir” sorusuna doktorların %95,6’sı, hemşire/ebe/sağlık memurlarının %90,9’u doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %56,0’si doğru cevabı vermiştir (p<0.001). Yapılan ikili karşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından, hemşire/ebe/sağlık memurlarının doğru cevap verme yüzdelerinin de diğer çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür(sırasıyla p<0.001,p=0.001ve p<0.001).

“Uyuz hastalığında kaşıntı baş ve boyun dışında kalan diğer tüm vücut bölgelerini etkileyebilir” sorusuna doktorların %82,2’si, hemşire/ebe/sağlık memurlarının %47,3’ü doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %46,0’si doğru cevabı vermiştir (p<0.001). Yapılan ikilikarşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla p<0.001 ve p<0.001).

“Uyuzda tipik olarak kaşıntı gündüz şiddetlenir” sorusuna doktorların %65,6’sı, hemşire/ebe/sağlık memurlarının sadece %28,2’si doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %23,0’ü doğru cevabı vermiştir (p<0.001). Yapılan ikili karşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla p<0.001 ve p<0.001).

“Terleme ve sıcak su teması uyuz hastalarının kaşıntı şiddetini arttırabilir” sorusuna doktorların %84,4’ü, hemşire/ebe/sağlık memurlarının%52,7’si doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %46,0’sı doğru cevabı vermiştir (p<0.001). Yapılan ikili karşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla p<0.001 ve p<0.001).

“Uyuz hastalığının tanısında mikroskopi, dermoskopi, wood ışığı gibi yöntemler kullanılabilir” sorusuna doktorların %92,2’si, hemşire/ebe/sağlık memurlarının%49,1’i doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %33,0’ü doğru cevabı vermiştir (p<0.001). Yapılan ikili karşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla p<0.001 ve p<0.001).

“Uyuz diğer kaşıntılı hastalıklarla karıştığından tanı ve tedavisinde yanlışlıklar sık görülür” sorusuna doktorların %83,3’ü, hemşire/ebe/sağlık memurlarının%47,3’ü doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %33,0’ü doğru cevabı vermiştir (p<0.001). Yapılan ikili karşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından, hemşire/ebe/sağlık memurlarının doğru cevap verme yüzdelerinin de diğer çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür(sırasıyla p<0.001,p<0.001 vep=0.020).

“Uyuz hastalığına neden olan akarları ve yumurtalarını öldürmek için sadece vücuda sürülerek uygulanan ilaçların kullanımı yeterlidir” sorusuna doktorların %47,8’i, hemşire/ebe/sağlık memurlarının%30,9’u doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %16,0’sı doğru cevabı vermiştir (p<0.001). Yapılan ikili karşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından, hemşire/ebe/sağlık memurlarının doğru cevap verme yüzdelerinin ise diğer çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür(sırasıyla p<0.001,p<0.001 vep<0.001).

“Uyuz tedavisi kişinin yaşına, bağışıklık sisteminin durumuna göre değişiklik gösterir” sorusuna doktorların %63,3’ü, hemşire/ebe/sağlık memurlarının%56,4’ü doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %39,0’u doğru cevabı vermiştir (p<0.001). Yapılan ikili karşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından, hemşire/ebe/sağlık memurlarının doğru cevap verme yüzdelerinin de diğer çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür(sırasıyla p<0.001,p<0.001 vep=0.002).

“Aynı yaşam ortamını paylaşan aile bireylerinden biri uyuz hastası olup diğer kişilerde şikayet yoksa hasta olmayanların tedavi edilmeleri gerekmez” sorusuna doktorların %57,8’i, hemşire/ebe/sağlık memurlarının%54,5’i doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %29,0’u doğru cevabı vermiştir (p<0.001). Yapılan ikili karşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından, hemşire/ebe/sağlık memurlarının doğru cevap verme yüzdelerinin ise diğer çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür(sırasıyla p<0.001,p<0.001 vep<0.001).

“Topikal (vücuda sürülerek uygulanan) ilacın kaşınmayan vücut bölgelerine sürülmesine gerek yoktur” sorusuna doktorların %80,0’i, hemşire/ebe/sağlık memurlarının sadece %44,5’i doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %29,0’u doğru cevabı vermiştir (p<0.001). Yapılan ikilikarşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla p<0.001 ve p<0.001).

“Topikal (vücuda sürülerek uygulanan) ilacın vücutta kalması süresi genellikle 8-12 saattir” sorusuna doktorların %55,6’sı, hemşire/ebe/sağlık memurlarınıninsadece %38,4’ü doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %23,0’ü doğru cevabı vermiştir (p<0.001). Yapılan ikili karşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından, hemşire/ebe/sağlık memurlarının doğru cevap verme yüzdelerinin ise diğer

çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür(sırasıyla $p<0.001, p<0.001$ vep=0.012).

“Uyuz hastalığı olan kişinin son 1 hafta içinde kullandığı tüm kıyafetlerin, çamaşır ve yatak takımlarının en az 60 derecede yıkanması ve ütülenmesi gerekmektedir” sorusuna doktorların %81,1’i, hemşire/ebe/sağlık memurlarının%71,8’i doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %53,0’ü doğru cevabı vermiştir ($p<0.001$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından, hemşire/ebe/sağlık memurlarının doğru cevap verme yüzdelerinin ise diğer çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür(sırasıyla $p<0.001, p<0.001$ vep=0.003).

“Uyuz Hastalığı olan kişinin yıkanamayacak eşyaları ağzı bağlı bir paket içerisinde en az 7 gün bekletilmesi gerekir” sorusuna doktorların sadece %13,3’ü, hemşire/ebe/sağlık memurlarının sadece %3,6’sı doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise sadece %8,0’i doğru cevabı vermiştir ($p<0.001$). Yapılan ikilikarşılaştırmalarda;doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından, diğer çalışanların doğru cevap verme yüzdelerinin de hemşire/ebe/sağlık memurlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla; $p<0.001, p<0.001$ ve $p=0.030$).

“Uyuz hastalığı geçiren bir kişide kalıcı bağışıklık geliştiği için tekrar uyuz hastalığı ortaya çıkmaz” sorusuna doktorların %95,6’sı, hemşire/ebe/sağlık memurlarının%61,8’i doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise sadece %26,0’sı doğru cevabı vermiştir ($p<0.001$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından, hemşire/ebe/sağlık memurlarının doğru cevap verme yüzdelerinin ise diğer çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür(sırasıyla $p<0.001, p<0.001$ vep<0.001).

Tablo 4.5. Skabies hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevap yüzdelerinin mesleklere göre karşılaştırılması

Bilgi soruları	Doktor (n=90)	Hemşire/Ebe/ Sağlık Memuru (n=110)	Diğer çalışanlar (n=100)	<i>p</i>
1-Uyuz her yaşta ve bütün toplumlarda görülebilen bir hastalıktır (Evet doğru cevap).	90 (% 100,0) ^a	106 (%96,4) ^b	93 (%93,0) ^c	0,018* $p^{a-b}=0.188$ $p^{a-c}=0.038$ $p^{b-c}=0.084$
2-Uyuz dünyada ve Türkiye’de sıklığı artan bir hastalıktır (Evet doğru cevap).	86 (%95,6) ^a	95 (%86,4) ^b	71 (%71,0) ^c	<0.001* $p^{a-b}=0.004$ $p^{a-c}<0.001$ $p^{b-c}=0.010$
3-Uyuz, etkenin deri içine yerleşerek şiddetli kaşıntıya yol açtığı bir hastalıktır (Evet doğru cevap).	90 (% 100,0) ^a	103 (%93,6) ^b	93 (%87,0) ^c	0,010* $p^{a-b}=0.051$ $p^{a-c}=0.002$ $p^{b-c}=0.237$
4-Uyuz insandan insana temas yoluyla geçen bir deri hastalığıdır (Evet doğru cevap).	90 (% 100,0) ^a	105 (%95,5) ^b	77 (%77,0) ^c	<0.001* $p^{a-b}=0.123$ $p^{a-c}<0.001$ $p^{b-c}<0.001$
5-Uyuz kişiden kişiye 15-20 dakikalık yakın temasla bulaşır (Evet doğru cevap).	79 (%87,8) ^a	74 (%67,3) ^b	35 (%35,0) ^c	<0.001* $p^{a-b}<0.001$ $p^{a-c}<0.001$ $p^{b-c}<0.001$
6-Uyuz hastalığı Sağlık Bakanlığı tarafından bildirim zorunlu bir hastalıktır (Hayır doğru cevap).	54 (%60,0) ^a	11 (% 10,0) ^b	21 (%21,0) ^c	<0.001* $p^{a-b}<0.001$ $p^{a-c}<0.001$ $p^{b-c}=0.085$
7-Uyuz hayvandan insana temas yoluyla bulaşır (Evet doğru cevap).	67 (%74,4) ^a	56 (%50,9) ^b	41 (%41,0) ^c	<0.001* $p^{a-b}<0.001$ $p^{a-c}<0.001$ $p^{b-c}=0.050$

8-Uyuz bulaşı hayvanlar arasında en sık köpekten olur (Evet doğru cevap).	54 (%60,0) ^a	49 (%44,5) ^b	36 (%36,0) ^c	<0.001* p ^{a-b} =0.002 p ^{a-c} =0.004 p ^{b-c} =0.007
9-Uyuz insandan insana sadece tokalaşma ile bulaşır (Hayır doğru cevap).	51 (%56,7) ^a	71 (%64,5) ^b	46 (%46,0) ^c	<0.001* p ^{a-b} <0.001 p ^{a-c} <0.001 p ^{b-c} =0.011
10-Uyuz hastalığının etkeni 72 saat boyunca dış ortamda yaşayabilir (Evet doğru cevap).	57 (%63,3) ^a	45 (%40,9) ^b	28 (%28,0) ^c	<0.001* p ^{a-b} <0.001 p ^{a-c} <0.001 p ^{b-c} =0.116
11-Uyuz hastalığı soğuk ve nemli havada daha sık görülür (Evet doğru cevap).	36 (%40,0) ^a	23 (%20,9) ^b	24 (%24,0) ^c	<0.001* p ^{a-b} <0.001 p ^{a-c} <0.001 p ^{b-c} =0.056
12-Genç ve orta yaşlı bireylerde uyuz hastalığının en önemli bulaşma yollarından biri cinsel temastır (Evet doğru cevap).	54 (%60,0) ^a	23 (%20,9) ^b	31 (%31,0) ^c	<0.001* p ^{a-b} <0.001 p ^{a-c} <0.001 p ^{b-c} =0.143
13-Bir uyuz hastası tarafından kullanılan bir yatakta uyuyan sağlam bireyde nadir de olsa bulaş tespit edilebilir (Evet doğru cevap).	84 (%93,3) ^a	83 (%75,5) ^b	59 (%59,0) ^c	<0.001* p ^{a-b} <0.001 p ^{a-c} <0.001 p ^{b-c} =0.039
14-Uyuz hastalığı bakımevleri, yurtlar gibi toplu yaşanan yerlerde daha sık görülür (Evet doğru cevap).	88 (%97,8) ^a	90 (%81,8) ^b	178 (%89,0) ^c	<0.001* p ^{a-b} <0.001 p ^{a-c} <0.001 p ^{b-c} =0.001
15-Bir uyuz çeşidi olan kabuklu uyuzda bulaş riski klasik uyuza göre daha yüksektir (Evet doğru cevap).	47 (%52,2) ^a	21 (%19,1) ^b	17 (%17,0) ^c	<0.001* p ^{a-b} <0.001 p ^{a-c} <0.001 p ^{b-c} =0.803
16-Uyuza ait en belirgin lezyon parazitin içinde yaşadığı gri-beyaz renkli “tünel” olarak adlandırılan yapılardır (Evet doğru cevap).	79 (%87,8) ^a	40 (%36,4) ^b	23 (%23,0) ^c	<0.001* p ^{a-b} <0.001 p ^{a-c} <0.001 p ^{b-c} =0.107

17-Uyuz etkeni kişiye bulaştıktan sonra ortaya çıkan kaşıntı hastalığın en önemli belirtisidir (Evet doğru cevap).	86 (%95,6) ^a	109 (%99,1) ^b	67 (%67,0) ^c	<0.001* p ^{a-b} =0.215 p ^{a-c} <0.001 p ^{b-c} <0.001
18-Kaşıntı en çok el parmak aralarında, koltuk altlarında, kulak arkalarında, ayaklar ve kalçalarda şiddetlidir (Evet doğru cevap).	86 (%95,6) ^a	100 (%90,9) ^b	56 (%56,0) ^c	<0.001* p ^{a-b} =0.001 p ^{a-c} <0.001 p ^{b-c} <0.001
19-Uyuz hastalığında kaşıntı baş ve boyun dışında kalan diğer tüm vücut bölgelerini etkileyebilir (Evet doğru cevap).	74 (%82,2) ^a	52 (%47,3) ^b	46 (%46,0) ^c	<0.001* p ^{a-b} <0.001 p ^{a-c} <0.001 p ^{b-c} =0.276
20-Uyuzda tipik olarak kaşıntı gündüz şiddetlenir (Hayır doğru cevap).	59 (%65,6) ^a	31 (%28,2) ^b	23 (%23,0) ^c	<0.001* p ^{a-b} <0.001 p ^{a-c} <0.001 p ^{b-c} =0.618
21-Terleme ve sıcak su teması uyuz hastalarının kaşıntı şiddetini artırabilir (Evet doğru cevap).	76 (%84,4) ^a	58 (%52,7) ^b	46 (%46,0) ^c	<0.001* p ^{a-b} <0.001 p ^{a-c} <0.001 p ^{b-c} =0.621
22-Uyuz hastalığının tanısında mikroskopi, dermoskopi, wood ışığı gibi yöntemler kullanılabilir (Evet doğru cevap).	83 (%92,2) ^a	54 (%49,1) ^b	33 (%33,0) ^c	<0.001* p ^{a-b} <0.001 p ^{a-c} <0.001 p ^{b-c} =0.061
23-Uyuz diğer kaşıntılı hastalıklarla karıştığından tanı ve tedavisinde yanlışlıklar sık görülür (Evet doğru cevap).	75 (%83,3) ^a	52 (%47,3) ^b	32 (%32,0) ^c	<0.001* p ^{a-b} <0.001 p ^{a-c} <0.001 p ^{b-c} =0.020
24-Uyuz hastalığına neden olan akarları ve yumurtalarını öldürmek için sadece vücuda sürülerek uygulanan ilaçların kullanımı yeterlidir (Hayır doğru cevap).	43 (%47,8) ^a	34 (%30,9) ^b	16 (%16,0) ^c	<0.001* p ^{a-b} <0.001 p ^{a-c} <0.001 p ^{b-c} <0.001
25-Uyuz tedavisi kişinin yaşına, bağışıklık sisteminin durumuna göre değişiklik gösterir (Evet doğru cevap).	57 (%63,3) ^a	62 (%56,4) ^b	39 (%39,0) ^c	<0.001* p ^{a-b} <0.001 p ^{a-c} <0.001 p ^{b-c} =0.002

26-Aynı yaşam ortamını paylaşan aile bireylerinden biri uyuz hastası olup diğer kişilerde şikayet yoksa hasta olmayanların tedavi edilmeleri gerekmez (Hayır doğru cevap).	52 (%57,8) ^a	60 (%54,5) ^b	29 (%29,0) ^c	<0.001* p ^{a-b} <0.001 p ^{a-c} <0.001 p ^{b-c} <0.001
27-Topikal (vücuda sürülerek uygulanan) ilacın kaşınmayan vücut bölgelerine sürülmesine gerek yoktur (Hayır doğru cevap).	72 (%80,0) ^a	49 (%44,5) ^b	29 (%29,0) ^c	<0.001* p ^{a-b} <0.001 p ^{a-c} <0.001 p ^{b-c} =0.052
28-Topikal (vücuda sürülerek uygulanan) ilacın vücutta kalması süresi genellikle 8-12 saattir (Evet doğru cevap).	50 (%55,6) ^a	42 (%38,2) ^b	23 (%23,0) ^c	<0.001* p ^{a-b} <0.001 p ^{a-c} <0.001 p ^{b-c} =0.012
29-Uyuz hastalığı olan kişinin son 1 hafta içinde kullandığı tüm kıyafetlerin, çamaşır ve yatak takımlarının en az 60 derecede yıkanması ve ütülenmesi gerekmektedir (Evet doğru cevap).	73 (%81,1) ^a	79 (%71,8) ^b	53 (%53,0) ^c	<0.001* p ^{a-b} <0.001 p ^{a-c} <0.001 p ^{b-c} =0.003
30-Uyuz Hastalığı olan kişinin yıkanamayacak eşyaları ağzı bağlı bir paket içerisinde en az 7 gün bekletilmesi gerekir (Hayır doğru cevap).	12 (%13,3) ^a	4 (%3,6) ^b	8 (%8,0) ^c	<0.001* p ^{a-b} <0.001 p ^{a-c} <0.001 p ^{b-c} =0.030
31-Uyuz hastalığı geçiren bir kişide kalıcı bağışıklık geliştiği için tekrar uyuz hastalığı ortaya çıkmaz (Hayır doğru cevap).	86 (%95,6) ^a	68 (%61,8) ^b	26 (%26,0) ^c	<0.001* p ^{a-b} <0.001 p ^{a-c} <0.001 p ^{b-c} <0.001
*Ki-Kare Testi				

Katılımcıların bilgi sorularına verilen doğru cevap sayısını gösteren bilgi puanı ortalaması $17,37 \pm 6,82$ [median 19 (0-30)] olarak hesaplandı (Tablo 6).

Tablo 4.6. Katılımcılara sorulan bilgi sorularının puanı (n=300)

	Medyan (min-maks)	Ort±Ss
Bilgi puanı	19 (0-30)	$17,37 \pm 6,82$

Bilgi puanlarının mesleklere göre istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu ($p < 0.001$), doktorların puanlarının ($23,22 \pm 3,17$), hem hemşire/ebe/ sağlık memuru çalışanlara göre ($16,81 \pm 5,45$), hem de diğer çalışanlara göre ($12,73 \pm 6,74$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu (sırasıyla $p < 0.001$ ve $p < 0.001$), bilgi puanlarının hemşire/ebe/ sağlık memuru çalışanlarda da diğer çalışanlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlendi ($p < 0.001$).

Bilgi puanlarının eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı fark yarattığı ($p < 0.001$), Yüksek Lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip olanların puanlarının ($22,92 \pm 3,58$), hem Ön lisans/Lisans eğitim düzeyine sahip olanlara göre ($15,51 \pm 6,16$), hem de lise ve altı eğitim düzeyine sahip olanlara göre ($11,35 \pm 6,24$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu (sırasıyla $p < 0.001$ ve $p < 0.001$), bilgi puanlarının Ön lisans/Lisans eğitim düzeyine sahip olanlarda da yine lise ve altı eğitim düzeyine sahip olanlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlendi ($p < 0.001$).

Görevi gereği hasta ile temas edenlerde bilgi puanlarının ($19,39 \pm 5,86$), temas etmeyenlere göre ($12,74 \pm 6,61$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu belirlendi ($p < 0.001$).

Hasta temasında eldiven kullananlarda bilgi puanlarının ($19,71 \pm 5,54$), eldiven kullanmayanlara göre ($17,26 \pm 7,49$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu belirlendi ($p = 0.043$).

Bilgi puanlarının cinsiyet, medeni durum, aile tipi, nöbet durumu, kronik hastalık varlığı ve daha önce uyuz hastalığı geçirme durumuna göre anlamlı farklar ortaya koymadığı saptandı ($p>0.05$) (Tablo 7).

Tablo 4.7. Katılımcıların bilgi puanlarının bazı değişkenlere göre karşılaştırılması(n=300)

	Bilgi puanı (Ort±Ss)	<i>p</i>
Cinsiyet		
Kadın	16,96±7,33	0.376*
Erkek	17,67±6,43	
Meslek		
Doktor	23,22±3,17 ^a	<0.001** $p^{a-b}<0.001$ $p^{a-c}<0.001$ $p^{b-c}<0.001$
Hemşire/Ebe/ Sağlık Memuru	16,81±5,45 ^b	
Diğer çalışanlar	12,73±6,74 ^c	
Medeni durum		
Evli	17,51±6,96	0.180**
Bekâr	16,76±6,54	
Dul/boşanmış	21,25±5,44	
Aile tipi		
Çekirdek aile	17,37±6,82	0.526**
Geniş aile	16,36±7,17	
Diğer	20,75±5,31	
Eğitim		
Lise ve altı	11,35±6,24 ^a	<0.001** $p^{a-b}<0.001$ $p^{a-c}<0.001$ $p^{b-c}<0.001$
Ön lisans/Lisans	15,51±6,16 ^b	
Yüksek Lisans ve üstü	22,92±3,58 ^c	

Görev gereği nöbet durumu		
Hayır	17,48±6,57	0.778*
Evet	17,26±7,10	
Kronik hastalık varlığı		
Yok	17,23±6,82	0.525*
Var	17,82±6,83	
Daha önce uyuz hastalığı geçirdiniz mi?		
Hayır	17,42±6,82	0.285*
Evet	13,75±6,39	
Göreviniz gereği hasta ile temas ediyor musunuz ?		
Hayır	12,74±6,61	<0.001*
Evet	19,39±5,86	
Göreviniz gereği yabancı uyruklu hastalarla		
temasınız oluyor mu?	19,00±4,89	0.893*
Hayır	19,40±5,89	
Evet		
Hasta temasında eldiven kullanır mısınız ?		
Hayır	17,26±7,49	0.043*
Evet	19,71±5,54	
Hasta teması sonrası ellerinizi yıkıyor musunuz?		
Hayır	15,20±7,91	0.106*
Evet	19,50±5,79	
* Student's T Testi		
** Tek Yönlü Varyans Analizi (Posthoc:Bonferroni)		

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Çalışmamıza katılan 300 çalışanın %30,0'u doktor, %36,7'si hemşire/ebe/sağlık memuru, %33,3' ü ise diğer sağlık personeline oluşmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 35,89±3,13 yıldır. Katılımcıların %58,3'ü kadın, %41,7'si erkektir. Çalışmamızda katılımcıların bilgi puanları cinsiyet açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır. Bu bulgu, Khaaled Setan ve arkadaşlarının 2021 yılında Ürdün'ün kuzeyinde 2000 Suriyeli mülteci üzerinde yaptıkları benzer bir çalışmanın sonuçlarından farklıdır.[37]Setan'ın çalışmasında cinsiyetler arasında bilgi düzeyinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Ancak bu durumun, bizim çalışmamızda daha fazla eğitilmiş katılımcının yer almasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Eğitim düzeyinin yüksek olması, bilgi farklarını azaltarak cinsiyetler arasında bir denge oluşturmuş olabilir.

Katılımcıların %66,0'ının evli ve %94,0'ının çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda medeni duruma göre bilgi puanlarının karşılaştırılması yapıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak Khaaled Setan ve arkadaşlarının 2021 yılında gerçekleştirdiği çalışmada, bilgi düzeyinin medeni durum açısından anlamlı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir.[37] Bu farklılığın, katılımcıların sosyoekonomik durumu, eğitim seviyeleri ve yaşadıkları çevrenin etkisiyle ilgili olabileceği düşünülmektedir. Özellikle eğitim düzeyinin daha yüksek olduğu bir katılımcı grubunda, medeni durumun bilgi düzeyini etkileme oranı daha az olabilir. Bu nedenle, medeni durumun bilgi düzeyi üzerindeki etkisi, katılımcıların genel eğitim durumu ve bilgi edinme fırsatlarıyla da ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde, %54,0'ının ön lisans veya lisans mezunu, %32,7'sinin yüksek lisans ve üzeri, %13'ünün lise ve %0,3'ünün ilköğretim mezunu olduğu görülmüştür. Bu bağlamda, bilgi puanlarının

eğitim düzeyine göre anlamlı bir fark oluşturduğu ($p<0.001$) tespit edilmiştir. Khaaled Setan ve arkadaşlarının 2021 yılında gerçekleştirdiği çalışmada da bilgi puanlarının eğitim düzeyine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu bulunmuştur.[37] Bu bulgular, mevcut çalışma ile uyumludur ve eğitim düzeyinin, bireylerin sağlık bilgisi ve farkındalık düzeyleri üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Daha yüksek eğitim düzeyine sahip katılımcıların, sağlık konularında daha fazla bilgiye erişim imkanı bulduğu ve bu bilgileri daha etkin bir şekilde kullanabildiği düşünülebilir. Bu durum, sağlık eğitimi ve bilgilendirme programlarının geliştirilmesi için eğitim düzeyinin dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Katılımcıların hane halkı kişi sayısı ortalaması ise $3,13\pm 1,20$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların %24,0'unun ise en az bir kronik hastalığının bulunduğu tespit edildi. En sık bulunan hastalıkların başında Hipertansiyon (%7,3), GİS (%5,3), Diyabetes mellitus (%3,0) ve Akciğer Hastalıkları (%3,0) gelmektedir.çalışmamızda nadir de olsa FMF, hipereozinofili, hipotiroidi, Multiple Skleroz, polen alerjisi, varis ve venöz yetersizlik gibi hastalığa sahip olanlar da görüldü.Düzenli ilaç kullanan katılımcıların oranı ise %22,0 olarak bulundu.

Katılımcıların %47,0'sinin görevi gereği nöbet tuttuğu, bir günde ortalama $31,59\pm 28,13$ hasta ile temas ettiği, %6,3'unun bilinen bir cilt hastalığının olduğu, %1,3'unun daha önce uyuz hastalığı geçirdiği, %69,7'sinin görevi gereği hasta ile temas ettiği, temas edenlerin %98,1'inin görevigereği yabancı uyruklu hastalarla temasının olduğu, %87,1'inin hasta ile temasında eldiven kullandığı ve %97,6'sının hasta teması sonrası ellerini yıkadığı saptandı.

Çalışmamızda bilgi düzeylerinin daha önce uyuz hastalığı geçirme durumuna göre anlamlı farklar ortaya koymadığı saptandı fakat 2021 yılında Nan Liu ve ark. Çin'de 132 kişilik hemşirelik öğrencilerine yaptığı bir alışmadabireydeki scabies geçmişi, scabies hakkında bilgi düzeyini önemli ölçüde etkilemektedir.[38] Scabies geçmişi olan öğrenciler, bu hastalık hakkında daha iyi bir bilgi düzeyi sergilemişlerdir. Bunun nedeni çalışmamıza katılan kişilerden uyuz hastalığı geçirme öyküsünün az olmasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda, hasta temasında eldiven kullanan katılımcıların bilgi puanları ($19,71 \pm 5,54$), eldiven kullanmayanlara göre ($17,26 \pm 7,49$) anlamlı şekilde daha yüksek düzeylerde bulunmuştur ($p=0.043$). Bu sonuç, katılımcıların eldiven kullanımını kişisel hijyenin bir parçası olarak algıladıklarını ve bu bilincin, uyuz gibi bulaşıcı hastalıklar hakkında daha derinlemesine bilgi sahibi olmalarına katkı sağladığını göstermektedir. Khaaled Setan ve arkadaşlarının 2021 yılında Ürdün'ün kuzeyinde 2000 Suriyeli mülteci üzerinde yaptıkları çalışmada, "Kişisel hijyene dikkat etmek, uyuzun bulaşmasını önlemeye yardımcı olur" ifadesine katılımcıların yalnızca %31,8'inin evet cevabını vermesi, kişisel hijyen konusundaki farkındalığın düşük olduğunu ortaya koymaktadır.[37,39] Bu durum, bireylerin hijyen uygulamalarının önemini yeterince kavrayamadıklarını ve bu konudaki bilgi eksikliklerinin bulaşıcı hastalıkların yayılımını artırabileceğini düşündürmektedir. Dolayısıyla, çalışmamızın bulguları, kişisel hijyen bilincinin yüksek olmasının, bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde kritik bir rol oynadığını gösterirken, diğer çalışmadaki düşük farkındalık, toplumda bu konuda daha fazla eğitim ve bilgilendirme yapılması gerektiğinin altını çizmektedir. Bireylerin hijyen konusundaki bilgi ve farkındalık seviyelerinin artırılması, bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve sağlığın korunması açısından son derece önemlidir.

Çalışmamızda bilgi düzeylerinin mesleklere göre anlamlı fark oluşturduğu ($p<0.001$), doktorların bilgi düzeylerinin , hem hemşire/ebe/ sağlık memuru çalışanlara göre , hem de diğer çalışanlara göre anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu (sırasıyla $p<0.001$ ve $p<0.001$), bilgi düzeylerinin hemşire/ebe/ sağlık memuru çalışanlarda da diğer çalışanlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.001$). 2019 yılında Mohammed S. Alsaidan ve ark. Suudi Arabistanda 216 kişilik birincil sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlere yaptığı çalışmada ise doktorların uyuz hakkında genellikle düşük bilgi seviyeleri bildirilmiştir.[40] Bunun nedeni doktorların, eğitim süreleri boyunca farklı alanlarda uzmanlaşması olabilir. Bizim çalışmamızda tüm hekim grupları dahil edilmişti diğer çalışmada sadece birincil sağlık hizmetleri veren hekimler dahil edilmiştir dolayısıyla bizim doktor grubumuzdakiler farklı alanlarda uzmanlık almış ve bu durum onların bilgi seviyelerini artırmış olabilir. Çalışmamızda Hemşire/ebe/sağlık memuru

kategorisinde ise genellikle düşük bilgi düzeyleri göze çarpmaktadır.2021 yılında Nan Liu ve ark. Çin'de 132 kişilik hemşirelik öğrencilerine yaptığı bir çalışmada hemşirelik öğrencilerinin de uyuz hakkında genellikle bilgi düzeyleri düşük saptanmıştır.[38] Bunun nedeni uyuz gibi bazı bulaşıcı hastalıklar, toplumda yeterince önemsenmeyebilir. Bu nedenle, sağlık çalışanlarında bu konudaki farkındalık eksikliğine yol açmış olabilir.

Görevi gereği hasta ile temas edenlerin bilgi düzeylerinin , hasta ile doğrudan temas etmeyenlere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$). Literatürde, hasta ile temas eden sağlık çalışanlarının uyuz hastalığına yönelik bilgi, tutum ve davranış düzeylerine dair spesifik çalışmalar bulunmamakla birlikte, bu farkın ortaya çıkması, sağlık çalışanları için önemli bir bulgu niteliğindedir. Bu sonuç, ilerleyen araştırmalar için değerli bir temel oluşturabileceği gibi, hasta temasının bilgi düzeyine etkisini vurgulayan kamuoyunu bilgilendirme kampanyaları, eğitim programları ve konferansların düzenlenmesi için de yol gösterici olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların uyuz hastalığına ilişkin bilgi sorularına verdikleri cevapların dağılımı incelendiğinde, belirli önermelere doğru cevap verme oranının oldukça düşük olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların "Uyuz hastalığı, Sağlık Bakanlığı tarafından bildirim zorunlu bir hastalıktır," "Uyuz hastalığı soğuk ve nemli havada daha sık görülür," "Uyuz hastalığına neden olan akarları ve yumurtalarını öldürmek için sadece vücuda sürülerek uygulanan ilaçların kullanımı yeterlidir," ve "Uyuz hastalığı olan kişinin yıkanamayacak eşyaları ağız bağlı bir paket içerisinde en az 7 gün bekletilmesi gerekir" gibi önermelere verdikleri cevaplar detaylı bir şekilde değerlendirildiğinde, katılımcıların bildirim zorunlu hastalıklar hakkında, uyuz hastalığının pik dönemleri ve tedavisinin nasıl uygulanacağı konularında bilgi eksiklikleri olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum, sağlık bilincinin artırılması ve uyuz hastalığına ilişkin eğitim programlarının geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Katılımcıların bilgi düzeyinin yükseltilmesi, uyuz hastalığının önlenmesi ve yönetimi açısından önemli bir adımdır. Eğitim programları, uyuz hastalığının belirtileri, bulaşma yolları ve tedavi yöntemleri hakkında doğru ve güncel bilgilerin sağlanması için kritik öneme sahiptir. Bu tür önlemler, toplum

sağlığını koruma ve hastalığın yayılımını azaltma açısından da etkili olacaktır. Dolayısıyla, uyuz hastalığına dair bazı bilgi eksikliklerinin giderilmesi, hem bireysel sağlık hem de genel kamu sağlığı açısından önemli bir hedef olmalıdır.

Çalışmamızda, skabies hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevap yüzdelerinin mesleklere göre karşılaştırılması yapıldığında, doktorların diğer çalışanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bilgi yüzdelerine sahip olduğu görülmüştür. Bu sonuç, doktorların tıbbi eğitimleri ve sürekli mesleki gelişim süreçleriyle uyumlu olarak, sağlık konularında daha derin ve kapsamlı bilgiye sahip olduklarını göstermektedir. Özellikle enfeksiyon hastalıkları gibi klinik deneyim gerektiren konularda, doktorların teorik bilgiyi pratik uygulamalarla birleştirme yetenekleri, bu farkın ortaya çıkmasında önemli bir rol oynayabilir. Diğer meslek gruplarına kıyasla, doktorların daha fazla bilgiye sahip olmalarının bir nedeni de, mesleklerinin doğası gereği güncel sağlık bilgilerine daha sık erişme ve bunları günlük uygulamalarında kullanma fırsatlarının fazla olmasıdır. Ancak bu fark, diğer sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerini artırmak amacıyla daha kapsamlı eğitim programlarına ihtiyaç olduğunu da işaret etmektedir. Hemşireler, ebeler ve diğer sağlık çalışanları da hasta bakımında önemli bir rol oynadığından, skabies gibi bulaşıcı hastalıklar konusunda daha detaylı bilgilere sahip olmaları, halk sağlığının korunmasında kritik öneme sahiptir. Bu sonuçlar, sağlık çalışanları arasında bilgi düzeylerini eşitlemeye yönelik stratejilerin geliştirilmesinin, skabies gibi hastalıkların yayılmasını önlemede etkili olabileceğini ortaya koymaktadır. Eğitim programlarının, farklı meslek gruplarını kapsayacak şekilde genişletilmesi, özellikle sağlık sisteminde daha kapsamlı bir yaklaşımın benimsenmesine katkı sağlayacaktır.

Çalışmamızda “Uyuz, etkenin deri içine yerleşerek şiddetli kaşıntıya yol açtığı bir hastalıktır” sorusuna doktorların tamamı (%100,0’ü), hemşire/ebe/sağlık memurlarının %93,6’sı doğru cevap verirken, diğer çalışanların %87,0’si doğru cevabı vermiştir. Çalışmamızda tüm katılımcılar genel olarak yüksek doğru yüzdesine sahiptir. Çalışmamızdan farklı olarak, Khaaled Setan ve arkadaşlarının 2021 yılında Ürdün’ün kuzeyinde 2000 Suriyeli mülteci üzerinde yaptıkları benzer bir çalışmada benzer bir soruda Suriyeli mültecilerin %15.1’i doğru cevap vermiştir.[37]Setan ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların uyuz hastalığı

hakkında doğru bilgi oranının daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum, sağlık bilgi seviyesinin, katılımcıların eğitim düzeyleri, sosyal ve ekonomik durumları gibi faktörlerden etkilendiğini göstermektedir. Bizim çalışmamızda daha eğitilmiş bir katılımcı grubunun yer alması, yüksek doğru cevap oranının temel sebeplerinden biri olabilir. Ayrıca, sağlık çalışanları olarak katılımcıların meslekleri gereği, uyuz hastalığı ve genel sağlık konuları hakkında daha fazla bilgiye erişimlerinin olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmamız, sağlık eğitim programlarının geliştirilmesi ve uygulanmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda "Uyuz, etkenin deri içine yerleşerek şiddetli kaşıntıya yol açtığı bir hastalıktır" ifadesine doktorların tamamı (%100,0) doğru cevap vermişken, hemşire, ebe ve sağlık memurlarının %93,6'sı ile diğer çalışanların %87,0'ı doğru yanıt vermiştir. Böylece çalışmamızda hekimlerin tamamının soruya doğru cevap verdiğini gözlemlemekteyiz. Bunun yanı sıra, Hemşirelerin yüksek cevap verme oranı, mesleki eğitimlerinin ve pratik deneyimlerinin bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Bu durum, hemşirelerin skabies ve diğer bulaşıcı hastalıklar konusundaki bilgi düzeylerinin, mesleki eğitim programları aracılığıyla önemli ölçüde desteklendiğini göstermektedir. Öte yandan, 2021 yılında Nan Liu ve arkadaşlarının Çin'de gerçekleştirdiği çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin yalnızca %48,5'inin bu ifadenin doğru olduğunu kabul etmesi, eğitim sürecinin ve bilgi edinme yöntemlerinin farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır.[38] Liu ve arkadaşlarının bulguları, hemşirelik eğitiminin bazı durumlarda yeterli bilgi sağlamadığını veya katılımcıların, sağlık konularında yeterli bilinçlenme fırsatına sahip olmadığını düşündürmektedir. Bu karşılaştırmalar, sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerinin mesleki deneyime, eğitim programlarının kalitesine ve uygulama fırsatlarına bağlı olarak değişkenlik gösterdiğini göstermektedir. Çalışmamızda elde edilen yüksek doğru cevap oranı, doktor ve hemşirelerin mesleki bilgi birikimlerinin yanı sıra, sağlık alanındaki eğitim programlarının etkinliğini de ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda "Uyuz bulaşı hayvanlar arasında en sık köpekten olur" sorusuna doktorların %60,0'ı, hemşire/ebe/sağlık memurlarının %44,5'i doğru cevap verirken, diğer çalışanların %36,0'sı doğru cevabı vermiştir ($p < 0.001$). Bu sonuçlar, doktorların uyuz bulaşma yolları hakkında daha yüksek bir bilgi seviyesine sahip

olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda doktorların %60,0'ının doğru cevap vermesi, sağlık alanındaki eğitimleri ve deneyimlerinin, hastalığın bulaşma yollarını anlama konusundaki yetkinliklerine yansıdığını düşündürmektedir. Buna karşın, Mohammed S. Alsaidan ve arkadaşlarının 2020 yılında Suudi Arabistan'da birincil sağlık hizmetleri veren hekimlere yönelik gerçekleştirdiği çalışmada, “Uyuzun evcil hayvanlardan bulaşma olasılığı” şeklinde sunduğu önerme hakkında katılımcıların %32,4'ü "Hayır", %47,7'si "Evet" yanıtını vermiştir. [40]Alsaidan ve arkadaşlarının çalışmasında, evcil hayvanlardan insana uyuz hastalığının bulaş olasılığı "Hayır" olarak kabul edilse de, mevcut literatürde uyuzun hayvanlardan insanlara geçebileceği ve bunun en sık köpeklerden olabileceği vurgulanmaktadır.[27] Bu durum, hem klinik pratikte hem de sağlık eğitimi bağlamında önemli bir tartışma konusunu ortaya koymaktadır. Bu bulgular, uyuz hastalığının bulaşma yolları ve evcil hayvanların rolü konusunda sağlık profesyonelleri arasında farklı anlayışlar ve bilgi düzeyleri olduğunu ortaya koymaktadır. Doktorların, hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının uyuz hakkında sahip oldukları bilgi düzeylerinin, hastalığın yönetimi ve halk sağlığına etkisi açısından önemli olduğunu söyleyebiliriz. Alsaidan ve arkadaşlarının bulguları, Suudi Arabistan'daki birincil sağlık hizmetleri sunan hekimlerin, uyuzun evcil hayvanlardan bulaşma olasılığı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını göstermektedir. Bu durum, sağlık eğitimi müfredatlarında uyuz gibi bulaşıcı hastalıkların evcil hayvanlarla olan ilişkisini daha kapsamlı bir şekilde ele almak gerektiğini vurgulamaktadır. Eğitim programları, sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerini artırmak ve güncel literatürle uyumlu hale getirmek için gözden geçirilmelidir. Ayrıca, mevcut literatürde uyuzun hayvanlardan insanlara geçebileceğine dair kanıtların bulunması, sağlık profesyonellerinin bu konudaki bilgilerini güncellemelerini ve halk sağlığını korumak için daha etkili stratejiler geliştirmelerini gerektirir. Bu bağlamda, sağlık kurumları, hem hekimler hem de diğer sağlık çalışanları için düzenli eğitim programları ve seminerler düzenleyerek, güncel bilgilerin aktarılmasını sağlamalıdır. Sonuç olarak, uyuz hastalığının bulaşma yolları ve evcil hayvanların rolü hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak, hem sağlık profesyonelleri hem de toplum için önemli bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır. Bilgi düzeyinin artırılması, bulaşma riskini azaltacak ve hastalığın yönetiminde daha etkili bir yaklaşım sağlayacaktır. Bu durum, hem bireysel hem de toplumsal sağlık açısından kritik bir öneme sahiptir.

Çalışmamızda "Uyuz insandan insana sadece tokalaşma ile bulaşır" sorusuna doktorların %56,7'si, hemşire/ebe/sağlık memurlarının %64,5'i ve diğer çalışanların %46,0'ı doğru cevap vermiştir. Bu soruyla, katılımcılarımızın uyuzun insandan insana bulaşma yollarını, özellikle tokalaşma ve diğer temas yöntemleriyle anlama düzeyini değerlendirmeyi amaçladık. Hemşire/ebe/sağlık memurlarının %64,5'inin doğru yanıt vermesi, bu gruptaki bireylerin konuyla ilgili bilgi seviyesinin görece yüksek olduğunu göstermektedir. Buna karşın, 2021 yılında Nan Liu ve arkadaşlarının Çin'de gerçekleştirdiği çalışmada, 132 hemşirelik öğrencisinden yalnızca 46 (%34,8) kişinin uyuzun insandan insana tokalaşma yoluyla bulaştığını doğru bir şekilde bildiği ortaya çıkmıştır.[38] Bu bulgu, çalışmamızın hemşireler üzerindeki sonuçlarına kıyasla daha düşük bir bilinç düzeyini göstermektedir. Liu ve arkadaşlarının çalışması, hemşirelik öğrencileri arasında uyuz hastalığına dair bilgi eksikliğini ortaya koymakta ve bu durum, eğitim müfredatlarında uyuz gibi bulaşıcı hastalıkların bulaşma yollarının daha fazla vurgulanması gerekliliğini işaret etmektedir. Sonuç olarak, çalışmamız, hemşire/ebe/sağlık memurlarının uyuz hastalığına dair daha yüksek bir farkındalık düzeyine sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgular, sağlık profesyonellerinin eğitim programlarının gözden geçirilmesi ve uyuz gibi bulaşıcı hastalıkların bulaşma yollarının daha etkili bir şekilde öğretilmesi gerekliliğini vurgulamaktadır. Eğitimler, sağlık çalışanlarının bu tür bulaşıcı hastalıklara karşı daha bilinçli ve etkili bir yaklaşım geliştirmelerine katkıda bulunacaktır.

"Uyuz hastalığının etkeni 72 saat boyunca dış ortamda yaşayabilir" sorusuna doktorların %63,3'ü, hemşire/ebe/sağlık memurlarının %40,9'u ve diğer çalışanların %28,0'ı doğru cevap vermiştir. Bu sonuç, doktorların uyuz hastalığının etkeninin dış ortamda hayatta kalma süresi hakkında belli bir bilgi seviyesine sahip olduğunu, ancak bu bilginin yeterli olmadığını göstermektedir. Hemşire/ebe/sağlık memurlarının ve diğer çalışanların daha düşük doğru cevap oranları, bu grupların uyuz hastalığı hakkında daha sınırlı bilgiye sahip olduğunu ortaya koymaktadır. 2019 yılında Mohammed S. Alsaidan ve arkadaşlarının Suudi Arabistan'da 216 kişilik birincil sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlere yaptığı çalışmada, benzer bir soruya katılımcıların %81,0'ının doğru yanıt verdiği belirlenmiştir.[40] Bu bulgu, Alsaidan

ve ekibinin araştırdığı sağlık çalışanlarının, uyuzun dış ortamda hayatta kalma suresi konusunda daha yuksek bir bilgi duzeyine sahip olduğunu gostermektedir. Çalışmamızda doktorların daha duşuk bir doğru cevap oranı vermesi, birkaç faktörle açıklanabilir.öncelikle, eğitim programları ve sürekli eğitim fırsatları açısından farklılıklar olabilir. Alsaïdan'ın çalışmasında katılımcıların eğitim sureleri ve mesleki gelişim olanakları, bilgi seviyelerini artırmış olabilir. Ayrıca, sağlık sistemindeki farklılıklar ve bilgi paylaşımının etkinliği, katılımcıların bilgi duzeyini etkileyen diğer önemli faktörlerdir.Sonuç olarak, çalışmamız doktorların uyuz hastalığının etkeninin dış ortamda yaşayabilme suresi hakkında daha az bilgi sahibi olduğunu gostermektedir. Bu durum, sağlık profesyonellerinin eğitim programlarının gözden geçirilmesi ve uyuz hastalığı gibi bulaşıcı hastalıkların etkili bir şekilde ele alınabilmesi için gerekli bilgi ve becerilerin kazandırılmasına yönelik stratejilerin geliştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Sağlık kurumlarının, uyuz gibi hastalıklarla ilgili güncel bilgilerin paylaşımını artırmaları ve eğitim fırsatlarını çeşitlendirmeleri, sağlık çalışanlarının bilgi duzeylerini gclendirebilir.

Çalışmamızda “Genç ve orta yaşlı bireylerde uyuz hastalığının en önemli bulaşma yollarından biri cinsel temastır” sorusuna doktorların %60,0'ı, hemşire/ebe/sağlık memurlarının %20,9'u doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %31,0'i doğru cevabı vermiştir.çalışmamızda doktorların uyuzun bulaşma yolları hakkında doğru cevap oranı %60 olarak belirlenmiştir. Bu bulgu, doktorların uyuz hastalığının bulaşma yolları konusunda genel bir bilgi seviyesine sahip olduğunu gostermektedir. Ancak, 2019 yılında Mohammed S. Alsaïdan ve arkadaşlarının Suudi Arabistan'da gerçekleştirdiği çalışmada, hekimlerin uyuzun bulaş yollarından birinin de cinsel temas olduğu cevabını verenlerin oranı yalnızca %44 olarak bulunmuştur.[40] Bu iki çalışma arasındaki farklılık, sağlık profesyonellerinin uyuz hakkında sahip oldukları bilgi seviyesinin ve anlayışlarının coğrafi ve kültürel bağlamda değişkenlik gösterebileceğini ortaya koymaktadır.Alsaïdan ve arkadaşlarının bulguları, Suudi Arabistan'daki hekimlerin uyuzun bulaşma yolları hakkında daha sınırlı bir bilgiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu durum, yerel eğitim programlarının, farkındalık kampanyalarının veya mevcut sağlık sisteminin etken olabileceği faktörlerden bazılarıdır. Ayrıca, kültürel ve toplumsal normların, cinsel temas gibi konulara yaklaşımı da bilgi duzeyini etkileyen önemli bir faktördür.çalışmamızda doktorların

%60 oranındaki doğru cevap vermesi, sağlık eğitimi ve sürekli eğitim fırsatlarının daha etkin bir şekilde uygulanmış olabileceğini düşündürmektedir. Ancak, bu durumun da sağlık kurumları ve eğitim sistemleri açısından dikkate alınması gereken yönleri bulunmaktadır. Sonuç olarak, bu bulgular, uyuz hastalığının bulaşma yolları hakkında sağlık profesyonellerinin bilgi düzeyinin artırılması gerektiğini vurgulamaktadır. Eğitim programlarının gözden geçirilmesi, cinsel sağlık eğitiminin güçlendirilmesi ve bu konuların sağlık müfredatlarında daha fazla yer alması, sağlık çalışanlarının bu tür bulaşıcı hastalıklar hakkında daha bilinçli hale gelmelerine katkıda bulunabilir. Bu tür bilgiler, hasta bakımında daha etkili bir yaklaşım geliştirilmesine yardımcı olacaktır. Çalışmamızda hemşire/ebe/sağlık memurlarının uyuz hastalığı hakkında “Genç ve orta yaşlı bireylerde uyuz hastalığının en önemli bulaşma yollarından biri cinsel temastır” sorusuna doğru cevap oranı %20,9 olarak belirlenmiştir. Bu, katılımcıların uyuzun bulaşma yolları ve hastalığın genel özellikleri konusundaki bilgi seviyesinin düşük olduğunu göstermektedir. Buna karşın, 2021 yılında Nan Liu ve arkadaşlarının Çin’de gerçekleştirdiği çalışmada hemşirelik öğrencilerinin %41,7’sinin benzer bir soruya "evet" cevabı vermesi, hemşirelik öğrencilerinin uyuz hastalığına dair daha yüksek bir bilgi düzeyine sahip olduğunu ortaya koymaktadır.[38] Bu iki çalışmadaki bulgular arasındaki fark, birkaç önemli faktörle açıklanabilir. Öncelikle, hemşire/ebe/sağlık memurları genellikle iş hayatında deneyim kazanan profesyonellerdir, bu nedenle eğitim süreleri veya sürekli eğitim olanakları, uyuz gibi bulaşıcı hastalıklar hakkında güncel bilgi edinmelerine katkı sağlamamış olabilir. Liu ve arkadaşlarının çalışmasında ise katılımcıların öğrenci olması, eğitim süreçleri boyunca yeni bilgiler edinme fırsatına sahip olduklarını ve teorik bilgilere daha yakın olduklarını gösteriyor olabilir. Ayrıca, eğitim müfredatlarının içeriği ve uygulama şekilleri de bu farklılıkta etkili olabilir. Hemşirelik öğrencileri, daha güncel kaynaklardan ve literatürden faydalanırken, sağlık memurlarının daha uzun bir süre önce eğitim aldığı ve güncel bilgileri takip etme fırsatlarının kısıtlı olabileceği düşünülebilir. Sonuç olarak, bu bulgular, hemşire/ebe/sağlık memurlarının uyuz hastalığı hakkında bilgi düzeylerinin artırılması gerektiğini vurgulamaktadır. Eğitim programlarının gözden geçirilmesi, hemşirelik mesleğinde sürekli eğitim fırsatlarının geliştirilmesi ve bulaşıcı hastalıklar hakkında güncel bilgilerin paylaşılması, sağlık çalışanlarının bilgi seviyelerini

yükseltmek için önemlidir. Böylece, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları, hastaların bakımında daha etkili ve bilinçli bir yaklaşım sergileyebilirler.

Çalışmamızda “Bir uyuz hastası tarafından kullanılan bir yatakta uyuyan sağlam bireyde nadir de olsa bulaş tespit edilebilir” sorusuna doktorların %93,3’ü, hemşire/ebe/sağlık memurlarının %75,5’i doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %59,0’u doğru cevabı vermiştir. Çalışmamızda hemşire/ebe/sağlık memurlarının %75,5’i uyuz hastalığı hakkında doğru cevap vermiştir. Bu bulgular, hemşirelerin, ebe ve sağlık memurlarının konuyla ilgili bilgi seviyelerinin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Hemşirelik mesleğinde çalışanların, bulaşıcı hastalıklar hakkında daha fazla bilgiye sahip olmaları, bu gruptaki profesyonellerin hastaların bakımında daha etkili bir rol üstlenmelerine yardımcı olmaktadır. Buna karşılık, 2021 yılında Nan Liu ve arkadaşlarının Çin’de gerçekleştirdiği çalışmada hemşirelik öğrencilerinin benzer bir soruya %61,4 oranında doğru cevap vermesi, öğrencilerin uyuz hakkında belirli bir bilgi seviyesine sahip olduğunu göstermektedir.[38] Ancak, bizim çalışmamızla karşılaştırıldığında, öğrencilerin doğru cevap oranı daha düşük kalmaktadır. Bu durum, hemşirelik eğitiminin içeriği ve uygulama süreci ile ilgili bazı önemli noktaları gündeme getirmektedir. Hemşirelik öğrencileri, eğitim süreçleri boyunca temel bilgileri edinme fırsatına sahip olmalarına rağmen, pratik deneyim eksikliği nedeniyle konuyu tam olarak kavrayamamış olabilirler. Hemşirelik mesleğini icra eden profesyoneller ise iş deneyimlerinin yanı sıra sürekli eğitim olanakları sayesinde güncel bilgiler edinme fırsatına sahip olmaktadır. Bu durum, sağlık profesyonellerinin, eğitim süreçlerinin yanı sıra, sürekli öğrenme ve gelişim fırsatlarını da değerlendirmelerinin önemini vurgulamaktadır.

Bu çalışmada, uyuz hastalığının farklı bir formu olan Norveç (kabuklu) uyuzuyla ilgili bilinirlik ve ciddiyetine dair katılımcılara yönelttiğimiz “Bir uyuz çeşidi olan kabuklu uyuzda bulaş riski klasik uyuzla göre daha yüksektir” sorusuna doktorların %52,2’si, hemşire/ebe/sağlık memurlarının %19,1’i doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %17,0’si doğru cevabı vermiştir. Çalışmamızda doktorların %52,2’sinin doğru cevap vermesi, doktorların uyuz hastalığı ve bulaşma yolları hakkında belirli bir bilgi seviyesine sahip olduklarını göstermektedir. Buna karşın, Halima Mwese Sule ve arkadaşlarının 2015 yılında tıp öğrencilerine yönelik yaptığı

çalışmada benzer bir soruya verilen doğru cevap oranı yalnızca %5,7 olarak bulunmuştur.[41] Bu iki sonuç arasındaki fark, tıp eğitimi süreci, klinik deneyim eksikliği ve müfredatın içeriği gibi birçok faktöre dayandırılabilir. Tıp öğrencilerinin teorik bilgilerle sınırlı olması, pratikte karşılaşılan durumlara dair farkındalıklarının düşük olmasına yol açabilir. Öğrenciler, teorik olarak bulaşıcı hastalıklar hakkında bilgi sahibi olabilirler, ancak bu bilgiyi pratikte uygulayabilme becerisi eksik olabilir. Doktorlar ise klinik deneyimleri sayesinde teorik bilgilerini pekiştirerek daha etkin bir bilgiye sahip olurlar. Çalışmamızda doktorların %52,2 oranında doğru cevap vermesi, klinik deneyim ve sürekli eğitim fırsatlarının bilgi düzeyini artırdığını göstermektedir. Tıp öğrencilerinin ise %5,7 gibi düşük bir doğru cevap oranı, bu alanda eğitim süreçlerinin ve pratik uygulamaların güçlendirilmesi gerektiğini işaret etmektedir. Bulaşıcı hastalıklar gibi önemli konular, tıp öğrencilerinin eğitim müfredatında daha geniş bir yer tutmalı ve öğrencilere bu hastalıklarla ilgili daha fazla pratik uygulama ve klinik deneyim sağlanmalıdır. Bu sayede, gelecekteki doktorlar, bu tür hastalıklarla daha bilinçli ve donanımlı bir şekilde mücadele edebilirler.

Çalışmamızda “Uyuza ait en belirgin lezyon parazitin içinde yaşadığı gri-beyaz renkli “tünel” olarak adlandırılan yapılardır” sorusuna doktorların %87,8’i, hemşire/ebe/sağlık memurlarının %36,4’ü doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %23,0’ü doğru cevabı vermiştir. Bizim çalışmamızda doktorların %87,8’i doğru cevabı vermiştir aynı şekilde Alsaidan ve ark. Suudi Arabistanda 216 kişilik birincil sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlere yaptığı çalışmada hekimlerin (73.5%)’ si parazitin yaşadığı "tünel" yapılarını doğru cevaplamıştır.[40]Bulgularımız bu çalışma ile uyumludur. Bu uyum, doktorların genel olarak uyuz hastalığının patofizyolojisine ve parazitin yaşam döngüsüne dair bilgi sahibi olduğunu göstermektedir. Ayrıca, iki farklı coğrafyada gerçekleştirilen bu çalışmalarda benzer sonuçların elde edilmesi, küresel tıp eğitiminde uyuz gibi yaygın bulaşıcı hastalıklarla ilgili bilgi seviyesinin tutarlı olduğuna işaret edebilir. Bu sonuçlar, hekimlerin uyuz teşhisi ve yönetimi konusundaki bilgilerini sürekli olarak geliştirdiklerini ve bu bilgi düzeyinin hastalara daha etkili bir bakım sunmalarına olanak sağladığını göstermektedir.

Çalışmamızda “Uyuz etkeni kişiye bulaştıktan sonra ortaya çıkan kaşıntı hastalığının en önemli belirtisidir” sorusuna doktorların %95,6’sı, hemşire/ebe/sağlık memurlarının %99,1’i doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %67,0’si doğru cevabı vermiştir.2019 yılında Mohammed S. Alsaïdan ve ark. Suudi Arabistanda 216 kişilik birincil sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlere yaptığı çalışmada, benzer bir soruya katılımcıların %97,7’si doğru cevabı vermişlerdir.[40]Çalışmamızdaki doktorların %95.6’ sı doğru cevabı verdiler.Bulgularımızı Alsaïdan ve ark. çalışması ile uyumludur.Her iki çalışmada da hekimlerin yüksek bilgi seviyesine sahip olması, uyuz hastalığının tanı ve yönetimi konusunda sağlık profesyonellerinin küresel düzeyde benzer bilgiye sahip olduğunu ve etkili eğitim aldıklarını göstermektedir. Bu uyum, sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklar konusunda güçlü bir bilgi temeline sahip olduğunu işaret etmektedir.

Uyuz hastalığında kaşıntının en sık görüldüğü bölgelerle ilgili bilgi düzeyini ölçen “Kaşıntı en çok el parmak aralarında, koltuk altlarında, kulak arkalarında, ayaklar ve kalçalarda şiddetlidir” sorusuna doktorların %95,6’sı, hemşire/ebe/sağlık memurlarının %90,9’u doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %56,0’sı doğru cevabı vermiştir. Nan Liu ve ark. Çin’de 132 kişilik hemşirelik öğrencilerine yaptığı bir çalışmada hastalığın klinik belirtileri hakkında elde edilen olumlu yanıtlar arasında, yalnızca bir kısım öğrenci birden fazla doğru cevap vermiştir (toplamın %30,3’ü).[38] Tekli cevaplar arasında en çok tercih edilen belirti parmak aralarıdır (%18,2), bunu iç uyluk (%14,4), ardından gövde (%11,4), koltuk altı (%7,6), baş ve yüz (%5,3), genital bölge (%4,5), bilek fleksörü (%2,3) ve dirsek çukuru (%1,5) takip etmektedir. Yine, çoğu öğrenci hastalığın herhangi bir klinik belirtisini seçmeyi tercih etmemiştir (%60,6), 18 öğrenci (%13,6) lezyonların pul pul döküntü olduğunu, 34 öğrenci (%25,8) ise papül ve veziküller olduğunu belirtmiştir.Bu bulgular çalışmamız ile çelişmektedir.Çalışmamızda hemşirelerin %90,9’unun doğru cevap vermesi, onların uyuz hastalığının klinik belirtileri konusunda oldukça yüksek bir bilgi seviyesine sahip olduklarını göstermektedir. Bu, Nan Liu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadaki bulgularla karşılaştırıldığında dikkat çekici bir fark sunmaktadır. Nan Liu'nun çalışmasında öğrencilerin yalnızca %30,3’ü birden fazla doğru cevap verebilmiş ve çoğu öğrenci klinik belirtileri doğru şekilde tanımlayamamıştır (%60,6). [38]Ayrıca, en sık belirtilen uyuz belirtisi parmak araları olmuş, ancak diğer

belirtiler daha az oranda doğru tanımlanmıştır.Bu farklılık, eğitim seviyesi ve deneyimin klinik bilgi üzerindeki etkisini vurgulamaktadır. Hemşireler, hem teorik eğitim hem de klinik pratik sayesinde hastalığın belirtilerini daha iyi tanıyabilirken, hemşirelik öğrencileri sınırlı klinik deneyimleri nedeniyle bu bilgiyi tam olarak edinmemiş olabilirler. Çalışmamızda, Hemşirelerin %90,9 gibi yüksek bir doğru cevap oranına sahip olmaları, sürekli eğitim ve klinik uygulamaların bilgi düzeyini artırmadaki etkisini göstermektedir.Bu bulgular, pratik deneyimin bilgi kazanımı üzerindeki önemini ortaya koymakta ve hemşirelerin eğitim süreçlerinde klinik vaka bazlı öğrenmenin artırılmasının, uyuz gibi bulaşıcı hastalıkların yönetimi konusunda daha iyi sonuçlar alınmasına katkıda bulunduğunu göstermektedir.

Uyuz hastalığının klinik belirtilerine dair bilgi düzeyini ölçen“Uyuzda tipik olarak kaşıntı gündüz şiddetlenir” sorusuna doktorların %65,6’sı, hemşire/ebe/sağlık memurlarının sadece %28,2’si doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %23,0’ü doğru cevabı vermiştir.Nan Liu ve arkadaşlarının 2021 yılında Çin’de hemşirelik öğrencilerine yaptığı çalışmada, katılımcıların yalnızca %33,3’ü uyuz hastalığındaki kaşıntının gündüz hafif, gece ise şiddetli olduğunu doğru bir şekilde belirtmiştir.[38] Benzer şekilde, çalışmamızda hemşire/ebe/sağlık memurlarının %28,2’si bu soruya doğru cevap vermiştir. İki çalışmanın sonuçları, uyuz hastalığının bu önemli klinik özelliği hakkında hem hemşire öğrencilerinin hem de deneyimli sağlık profesyonellerinin bilgi düzeyinin yeterince yüksek olmadığını göstermektedir.Hem öğrencilerde hem de sağlık profesyonellerinde uyuzun karakteristik semptomları konusunda bilgi düzeyinin eksik olması, bu hastalığın doğru tanınması ve yönetimi açısından bir sorun teşkil etmektedir. Bu durum, hemşirelik müfredatında ve sürekli eğitim programlarında uyuz gibi bulaşıcı hastalıkların klinik özelliklerine daha fazla yer verilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Uyuzun tanı yöntemlerine ilişkin yönelttiğimiz “Uyuz hastalığının tanısında mikroskopi, dermoskopi, wood ışığı gibi yöntemler kullanılabilir” sorusuna doktorların %92,2’si, hemşire/ebe/sağlık memurlarının %49,1’i doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %33,0’ü doğru cevabı vermiştir. Çalışmamızda doktorların %92,2’sinin doğru cevap vermesi, Halima Mwuese Sule ve arkadaşlarının 2015 yılında tıp öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada elde edilen %86,9’luk doğru

cevap oranıyla uyumluluk göstermektedir. [41]Bu benzer sonuçlar, tıp eğitiminin bulaşıcı hastalıklar, özellikle uyuz gibi yaygın hastalıkların tanı ve yönetimi konusunda etkili olduğunu göstermektedir.İki çalışmanın da birbirine yakın oranlar sunması, tıp öğrencilerinin mezuniyet sonrası klinik pratikte bilgi seviyelerini artırdıklarını ve uyuzun patofizyolojisi, bulaşma yolları ve klinik belirtileri hakkında güçlü bir bilgiye sahip olduklarını düşündürmektedir. Bu yüksek bilgi seviyesi, doktorların hastalığı daha hızlı teşhis edebilmelerine ve daha etkili tedavi yönetimi yapabilmelerine olanak sağlar. Ayrıca bu uyum, farklı coğrafi ve eğitim sistemlerinde bile tıp eğitiminin küresel olarak benzer bir standarda sahip olduğunu göstermektedir. Hem Halima Mwuese Sule'nin çalışmasındaki tıp öğrencileri hem de bizim çalışmamızdaki doktorlar, bulaşıcı hastalıklarla ilgili temel bilgiye sağlam bir şekilde sahip olduklarını kanıtlamıştır. Bu da, tıp eğitiminin hastalıklara yönelik klinik farkındalık ve tanı yeteneği kazandırmadaki başarısının bir göstergesidir.Sonuç olarak, her iki çalışmadaki bulgular, doktorların uyuz gibi bulaşıcı hastalıkları tanıma ve yönetme konusundaki hazırlıklarının yeterli olduğunu ve tıp eğitiminin bu tür önemli konulara etkili bir şekilde odaklandığını ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda “Aynı yaşam ortamını paylaşan aile bireylerinden biri uyuz hastası olup diğer kişilerde şikayet yoksa hasta olmayanların tedavi edilmeleri gerekmez” sorusuna doktorların %57,8'i, hemşire/ebe/sağlık memurlarının%54,5'i doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %29,0'u doğru cevabı vermiştir.Çalışmamızda doktorların %57,8'inin doğru cevap vermesi, Mohammed S. Alsaidan ve arkadaşlarının 2019 yılında Suudi Arabistan'da birincil sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerle yaptığı çalışmadaki %77,3'lük doğru cevap oranına kıyasla daha düşük bir bilgi seviyesini göstermektedir.[40]Alsaidan ve arkadaşlarının çalışmasında hekimlerin bilgi seviyelerinin yüksek olması, Suudi Arabistan'daki hekimlerin sürekli mesleki gelişim programlarına ve güncel bilgilere erişimlerinin daha fazla olduğunu gösterebilir. Bizim çalışmamızda daha düşük bir oran görülmesi, doktorların bulaşıcı hastalıklar konusunda daha az eğitim almış olabileceğine veya bilgi tazeleme fırsatlarının sınırlı olabileceğine işaret edebilir.

Uyuz hastalığının tedavisinin bir parçası olan enfekte yüzeyleerin yönetimi açısından yönelttiğimiz “Uyuz hastalığı olan kişinin son 1 hafta içinde kullandığı tüm kıyafetlerin, çamaşır ve yatak takımlarının en az 60 derecede yıkanması ve ütülenmesi gerekmektedir” sorusuna doktorların %81,1’i, hemşire/ebe/sağlık memurlarının %71,8’i doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %53,0’ü doğru cevabı vermiştir. Çalışmamızda doktorların %81,1’inin doğru cevap vermesi, Mohammed S. Alsaidan ve arkadaşlarının 2019 yılında Suudi Arabistan’da birincil sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler arasında elde ettiği %81,0’lık doğru cevap oranıyla uyumluluk göstermektedir.[40] Her iki çalışmanın benzer doğru cevap oranları, doktorların uyuz gibi bulaşıcı hastalıkların belirtileri ve yönetimi hakkında sağlam bir bilgi temeline sahip olduklarını ortaya koymaktadır. Çalışmamızdaki %81,1’lik oran, doktorların eğitim süreçleri ve klinik uygulamalarıyla ilgili olarak genel bir farkındalığa sahip olduklarını ve hastalığın bulaşma yolları, klinik belirtileri ve tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgi birikimine sahip olduklarını göstermektedir.

Uyuzun insandan insana bulaş konusunda katılımcılarımızın bilgisini ölçtüğümüz “Uyuz insandan insana temas yoluyla geçen bir deri hastalığıdır” sorusuna doktorların tamamı (%100,0’ü), hemşire/ebe/sağlık memurlarının %95,5’i doğru cevap verirken, diğer çalışanların %77,0’si doğru cevabı vermiştir ($p < 0.001$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda; doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin diğer çalışanlardan, hemşire/ebe/sağlık memurlarının doğru cevap verme yüzdelerinin de diğer çalışanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla $p < 0.001$ ve $p < 0.001$). 2019 yılında Mohammed S. Alsaidan ve ark. Suudi Arabistanda 216 kişilik birincil sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlere yaptığı çalışmada ise hekimlerin benzer bir soruya doğru yanıt verme oranı (96.8%) bulunmuştur.[40] 2021 yılında Nan Liu ve ark. Çin’de 132 kişilik hemşirelik öğrencilerine yaptığı bir çalışmada ise benzer bir soruya hemşirelik öğrencileri (48.5%) ile doğru cevap vermiştir. Bu iki çalışma arasındaki belirgin farklılık, sağlık profesyonellerinin bilgi düzeylerindeki çeşitliliği ve uyuz hastalığının yönetiminde sağlık çalışanlarının eğitiminin önemini vurgulamaktadır. Nitekim bizim çalışmamızda da bulgular bu durumu desteklemektedir. Hekimlerin ve eğitimini tamamlamış hemşirelerin yüksek bilgi düzeyi, hastalık yönetimi ve bulaşma önlemleri konusunda daha etkili bir yaklaşım

sergilemelerine olanak tanırken, hemşirelik öğrencilerinin daha düşük bilgi düzeyi, sağlık eğitiminde ve uygulamalarında bu konunun daha fazla vurgulanması gerektiğini göstermektedir. Dolayısıyla, hemşirelik eğitim programlarının uyuz hastalığı ve benzeri dermatolojik hastalıklar hakkında daha fazla bilgi sağlaması, hemşirelerin hasta bakımındaki etkinliğini artıracak ve toplum sağlığını koruma çabalarına katkıda bulunacaktır.

Kişisel eşyaların uyuz bulaşına olan etkisini incelemek istediğimiz “Bir uyuz hastası tarafından kullanılan bir yatakta uyuyan sağlam bireyde nadir de olsa bulaş tespit edilebilir” sorusuna doktorların %93,3’ü, hemşire/ebe/sağlık memurlarının %75,5’i doğru cevap verirken, diğer çalışanların ise %59,0’u doğru cevabı vermiştir ($p<0.001$). Yapılan ikilikarşılaştırmalarda, doktorların doğru cevap verme yüzdelerinin hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından, hemşire/ebe/sağlık memurlarının doğru cevap verme yüzdelerinin de diğer çalışanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla; $p<0.001$, $p<0.001$ ve $p=0.039$). Çalışmamızda doktorların, hemşire/ebe/sağlık memurları ve diğer çalışanlara kıyasla bulaşıcı hastalıklar konusunda daha yüksek bilgi düzeyine sahip oldukları ortaya çıkmıştır. 2019 yılında Mohammed S. Alsaidan ve ark. Suudi Arabistanda 216 kişilik birincil sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlere yaptığı çalışmada doktorların benzer bir soruya doğru cevap verme oranının %82,4 olduğu bulunmuştur.[40] 2021 yılında Nan Liu ve ark. Çin’de 132 kişilik hemşirelik öğrencilerine yaptığı bir çalışmada ise hemşirelik öğrencilerinin aynı soruya doğru cevap verme oranının %56,8 olduğunu göstermiştir.[38] Bu iki çalışma da, doktorların hem hemşirelik öğrencilerine hem de diğer sağlık çalışanlarına kıyasla bulaşıcı hastalıklar konusundaki bilgi seviyelerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, hem bu çalışma hem de literatürdeki diğer bulgular, doktorların bilgi düzeylerinin daha yüksek olmasının eğitim süreleri, klinik deneyim ve sorumluluklar gibi faktörlerden kaynaklanabileceğini göstermektedir. Hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerinin artırılması, bulaşıcı hastalıklarla mücadelede kritik bir öneme sahip olup, sürekli eğitim programlarının bu anlamda faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, "Genç ve orta yaşlı bireylerde uyuz hastalığının en önemli bulaşma yollarından birinin cinsel temastır" sorusuna doktorların %60,0'ı, hemşire/ebe/sağlık memurlarının %20,9'u ve diğer çalışanların %31,0'ı doğru yanıt vermiştir ($p<0.001$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda, doktorların doğru yanıt verme oranlarının hem diğer çalışanlardan hem de hemşire/ebe/sağlık memurlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $p<0.001$ ve $p<0.001$). Doktorların, hemşireler ve diğer çalışanlara kıyasla daha yüksek doğru yanıt verme oranına sahip olmalarına rağmen, doktorların neredeyse yarısının soruya yanlış yanıt verdiği dikkat çekmektedir. 2019 yılında Mohammed S. Alsaidan ve ark. Suudi Arabistanda 216 kişilik birincil sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlere yaptığı çalışmada doktorların benzer bir soruya doğru yanıt verme oranı %44,0 olarak saptanmıştır.[40]2021 yılında Nan Liu ve ark. Çin'de 132 kişilik hemşirelik öğrencilerine yaptığı bir çalışmada ise hemşirelik öğrencilerinin benzer soruya doğru yanıt verme oranı %41,7 olarak bildirilmiştir.[38] Çalışmamızda doktorlar, hemşirelere kıyasla anlamlı bir fark ile daha yüksek doğru yanıt verme oranına sahiptir. Bu veriler, uyuz hastalığına dair bilgi düzeyinin meslek grupları arasında farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Özellikle doktorların cinsel teması uyuzun bulaşma yollarından biri olarak kabul etmeleri, klinik deneyimlerinin ve eğitimlerinin bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Çalışmamızda doktorların %60,0'lık doğru yanıt oranı, diğer sağlık çalışanlarına göre belirgin bir üstünlük göstermektedir. Hemşire/ebe/sağlık memurlarının %20,9 ve diğer çalışanların %31,0 gibi düşük oranları, bu grupların uyuz hastalığına dair bilgi seviyelerinin az olduğunu işaret etmektedir. Alsaidan ve arkadaşlarının çalışmasında doktorların doğru yanıt verme oranının %44,0 olması, bu konudaki bilgi düzeyinin araştırmalara bağlı olarak farklılık gösterebileceğini ortaya koymaktadır. Benzer şekilde, Nan Liu ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin %41,7 oranında doğru yanıt vermesi, hemşirelik eğitiminde bu tür bilgilerin daha fazla vurgulanması gerektiğini göstermektedir. Çalışmamızda, doktorların hemşirelere göre belirgin bir fark ile daha yüksek doğru yanıt oranına sahip olmaları, eğitim programlarının gözden geçirilmesi ve uyuz gibi bulaşıcı hastalıklara dair bilgi düzeyinin artırılması gerekliliğini vurgulamaktadır. Sonuç olarak, bu çalışma, sağlık profesyonellerinin uyuz hastalığına dair bilgi seviyelerinin farklılıklarını ortaya koymakla kalmayıp, meslek grupları arasında eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi açısından da önemli bir temel sağlamaktadır. Bu

doğrultuda, uyuz hastalığı gibi hastalıklar konusunda daha fazla farkındalık oluşturmak, sağlık profesyonellerinin etkinliğini artıracak ve toplumsal sağlık üzerinde olumlu etkiler meydana getirecektir.



BÖLÜM 6

SONUÇ

Bu çalışmanın sonuçları, uyuz hastalığına ilişkin bilgi düzeyinin sağlık çalışanları arasında meslek gruplarına göre farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Doktorlar, hemşire/ebe/sağlık memurları ve diğer sağlık çalışanlarına kıyasla daha yüksek bilgi düzeyine sahipken, özellikle hasta ile doğrudan temasta bulunan çalışanların bilgi seviyelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda cinsiyet ve medeni durum gibi demografik değişkenlerin bilgi düzeyi üzerinde belirgin bir etkisi bulunmazken, eğitim düzeyinin bilgi seviyesi üzerinde olumlu bir etkisi olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum, mesleki bilgi düzeyini artırmak amacıyla daha kapsamlı eğitim ve farkındalık programlarının geliştirilmesi gerekliliğini vurgulamaktadır. Ayrıca, bilgi eksikliklerinin giderilmesi ve sağlık çalışanları arasında bilgi seviyelerinin eşitlenmesi, uyuz gibi bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek adına önemli bir strateji olacaktır. Bu sonuçlar doğrultusunda, sağlık çalışanlarına yönelik sürekli eğitim programlarının kapsamını genişleterek halk sağlığı üzerindeki koruyucu etkinin artırılabilirliği düşünülmektedir.

Çalışmamızda elde edilen sonuçlar, sağlık çalışanlarının bu hastalık hakkında büyük oranda farkındalığa sahip olduklarını ortaya koymaktadır. Doktorlar ve hemşire/ebe/sağlık memurları, uyuzun bulaşma yolları, etkenin dış ortamda hayatta kalma süresi ve hastalığın belirtileri hakkında nispeten yüksek doğru cevap oranlarına sahipken, diğer sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum, sağlık çalışanlarının eğitim düzeyleri ve mesleki deneyimlerinin bilgi seviyelerine olumlu katkı sağladığını göstermektedir.

Çalışmamızda gözlenen yüksek doğru cevap oranları, Türkiye'deki sağlık çalışanlarının eğitim düzeyinin ve bilgi erişim olanaklarının bu hastalık hakkındaki farkındalıklarına katkıda bulunduğunu işaret etmektedir. Diğer yandan, uluslararası

çalışmalarla karşılaştırmalar, bazı ülkelerde sağlık çalışanlarının uyuz ve diğer bulaşıcı hastalıklara dair bilgi seviyelerinin yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerinin sosyal, ekonomik ve eğitim altyapıları gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak farklılık gösterebileceğini düşündürmektedir.

Sonuç olarak, çalışmamız, sağlık çalışanlarının uyuz gibi bulaşıcı hastalıklara dair bilgi düzeylerini artırmak adına daha kapsamlı ve güncel eğitim programlarının gerekliliğini vurgulamaktadır. Eğitim müfredatlarının gözden geçirilmesi, özellikle de bulaşıcı hastalıkların bulaşma yolları, belirtileri ve korunma yöntemleri hakkında ayrıntılı bilgi verilmesi; sağlık çalışanlarının bilgi seviyelerini artırarak halk sağlığı üzerinde daha olumlu etkiler oluşturabilir. Sağlık kurumları tarafından sunulacak sürekli eğitim programları ve bilgi güncelleme olanakları, hem bireysel hem de toplumsal sağlığı koruma açısından önemli bir adım olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Leung, A. K. C., Lam, J. M., and Leong, K. F., "Scabies: A Neglected Global Disease", *Current Pediatric Reviews*, 16 (1): 33–42 (2019).
2. Chosidow, O., "Scabies", *The New England Journal Of Medicine*, 354 (16): 1718–27 (2006).
3. Fuller, L. C., "Epidemiology of scabies", *Current Opinion In Infectious Diseases*, 26 (2): 123–126 (2013).
4. Morrison, E. J., Middleton, J., Lanza, S., Cowen, J. E., Hewitt, K., Walker, S. L., Nicholls, M., Rajan-Iyer, J., Fletcher, J., and Cassell, J. A., "Do we know how scabies outbreaks in residential and nursing care homes for the elderly should be managed? A systematic review of interventions using a novel approach to assess evidence quality", *Epidemiology & Infection*, 147: e250 (2019).
5. Thomas, C., Coates, S. J., Engelman, D., Chosidow, O., and Chang, A. Y., "Ectoparasites: Scabies", *Journal Of The American Academy Of Dermatology*, 82 (3): 533–548 (2020).
6. Burgess, I., "Sarcoptes scabiei and scabies", *Advances In Parasitology*, 33: 272–292 (1994).
7. Sunderkötter, C., Mayser, P., Fölster-Holst, R., Maier, W. A., Kampen, H., and Hamm, H., "Scabies", *Journal Der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft = Journal Of The German Society Of Dermatology : JDDG*, 5 (5): 424–430 (2007).
8. Sunderkötter, C., Wohlrab, J., and Hamm, H., "Scabies: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment", *Deutsches Arzteblatt International*, 118 (41): 695–704 (2021).
9. Ishii, N., Asai, T., Asahina, A., Ishiko, A., Imamura, H., Kato, T., Kanazawa, N., Kubota, Y., Kurosu, H., Kono, T., Komoda, M., Sekine, M., Tanaka, M., Taniguchi, H., Tsunemi, Y., Natsuaki, M., Hirota, T., Makigami, K., Matsuda, T., Yoshizumi, J., Yotsu, R., and Wada, Y., "Guideline for the diagnosis and treatment of scabies in Japan (third edition): Executive Committee of Guideline for the Diagnosis and Treatment of Scabies", *The Journal Of Dermatology*, 44 (9): 991–1014 (2017).

10. Hicks, M. I. and Elston, D. M., "Scabies", *Dermatologic Therapy*, 22 (4): 279–292 (2009).
11. Otero, L., Varela, J. A., Espinosa, E., Sánchez, C., Junquera, M. L., Del Valle, A., and Vázquez, F., "Sarcoptes scabiei in a sexually transmitted infections unit: a 15-year study", *Sexually Transmitted Diseases*, 31 (12): 761–765 (2004).
12. Estes, S. A. and Arlian, L., "Survival of Sarcoptes scabiei", *Journal Of The American Academy Of Dermatology*, 5 (3): 343 (1981).
13. Arlian, L. G., Runyan, R. A., Achar, S., and Estes, S. A., "Survival and infectivity of Sarcoptes scabiei var. canis and var. hominis", *Journal Of The American Academy Of Dermatology*, 11 (2 Pt 1): 210–215 (1984).
14. Cabrera, R., Agar, A., and Dahl, M. V., "The immunology of scabies.", *Seminars In Dermatology*, 12 (1): 15–21 (1993).
15. Chouela, E., Abeldaño, A., Pellerano, G., and Hernández, M. I., "Diagnosis and treatment of scabies: a practical guide", *American Journal Of Clinical Dermatology*, 3 (1): 9–18 (2002).
16. Hengge, U. R., Currie, B. J., Jäger, G., Lupi, O., and Schwartz, R. A., "Scabies: a ubiquitous neglected skin disease", *The Lancet. Infectious Diseases*, 6 (12): 769–779 (2006).
17. Burch, J. M., Krol, A., and Weston, W. L., "Sarcoptes scabiei infestation misdiagnosed and treated as Langerhans cell histiocytosis", *Pediatric Dermatology*, 21 (1): 58–62 (2004).
18. Chosidow, O., "Scabies and pediculosis", *Lancet*, 355 (9206): 819–826 (2000).
19. Scrace, M. and Koko, K., "An outbreak of acute post-streptococcal glomerulonephritis in remote Far North Queensland", *The Australian Journal Of Rural Health*, 14 (4): 160–163 (2006).
20. Karimkhani, C., Colombara, D. V., Drucker, A. M., Norton, S. A., Hay, R., Engelman, D., Steer, A., Whitfeld, M., Naghavi, M., and Dellavalle, R. P., "The global burden of scabies: a cross-sectional analysis from the Global Burden of Disease Study 2015", *The Lancet. Infectious Diseases*, 17 (12): 1247–1254 (2017).
21. Thomas, C., Coates, S. J., Engelman, D., Chosidow, O., and Chang, A. Y., "Ectoparasites: Scabies", *Journal Of The American Academy Of Dermatology*, 82 (3): 533–548 (2020).

22. Tempark, T., Lekwuttikarn, R., Chatproedprai, S., and Wananukul, S., "Nail Scabies: An Unusual Presentation Often Overlooked and Mistreated", *Journal Of Tropical Pediatrics*, 63 (2): 155–159 (2017).
23. Shahab, R. K. A. and Loo, D. S., "Bullous scabies", *Journal Of The American Academy Of Dermatology*, 49 (2): 346–350 (2003).
24. Brar, B. K., Pall, A., and Gupta, R. R., "Bullous scabies mimicking bullous pemphigoid", *The Journal Of Dermatology*, 30 (9): 694–696 (2003).
25. Chosidow, O., "Clinical practices. Scabies", *The New England Journal Of Medicine*, 354 (16): 1718–27 (2006).
26. "The International Alliance for the Control of Scabies (IACS) Global Resources", <https://www.controlscaabies.org/> (2024).
27. Heukelbach, J. and Feldmeier, H., "Scabies", *Lancet (London, England)*, 367 (9524): 1767–1774 (2006).
28. Thompson, M. J., Engelman, D., Gholam, K., Fuller, L. C., and Steer, A. C., "Systematic review of the diagnosis of scabies in therapeutic trials", *Clinical And Experimental Dermatology*, 42 (5): 481–487 (2017).
29. Engelman, D., Yoshizumi, J., Hay, R. J., Osti, M., Micali, G., Norton, S., Walton, S., Boralevi, F., Bernigaud, C., Bowen, A. C., Chang, A. Y., Chosidow, O., Estrada-Chavez, G., Feldmeier, H., Ishii, N., Lacarrubba, F., Mahé, A., Maurer, T., Mahdi, M. M. A., Murdoch, M. E., Pariser, D., Nair, P. A., Rehmus, W., Romani, L., Tilakaratne, D., Tuicakau, M., Walker, S. L., Wanat, K. A., Whitfeld, M. J., Yotsu, R. R., Steer, A. C., and Fuller, L. C., "The 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies", *The British Journal Of Dermatology*, 183 (5): 808–820 (2020).
30. Walter, B., Heukelbach, J., Fengler, G., Worth, C., Hengge, U., and Feldmeier, H., "Comparison of dermoscopy, skin scraping, and the adhesive tape test for the diagnosis of scabies in a resource-poor setting", *Archives Of Dermatology*, 147 (4): 468–473 (2011).
31. Micali, G., Lacarrubba, F., Verzi, A. E., Chosidow, O., and Schwartz, R. A., "Scabies: Advances in Noninvasive Diagnosis", *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 10 (6): (2016).
32. Karthikeyan, K., "Treatment of scabies: newer perspectives", *Postgraduate Medical Journal*, 81 (951): 7–11 (2005).
33. Hogan, D. J., Schachner, L., and Tanglertsampan, C., "Diagnosis and treatment of childhood scabies and pediculosis", *Pediatric Clinics Of North America*, 38 (4): 941–957 (1991).

34. Pruksachatkunakorn, C., Damrongsak, M., and Sinthupuan, S., "Sulfur for scabies outbreaks in orphanages", *Pediatric Dermatology*, 19 (5): 448–453 (2002).
35. Dourmishev, A. L., Serafimova, D. K., Dourmishev, L. A., Mualla, M. A., Papaharalambous, V., and Malchevsky, T., "Crusted scabies of the scalp in dermatomyositis patients: three cases treated with oral ivermectin", *International Journal Of Dermatology*, 37 (3): 231–234 (1998).
36. Usha, V. and Gopalakrishnan Nair, T. V., "A comparative study of oral ivermectin and topical permethrin cream in the treatment of scabies", *Journal Of The American Academy Of Dermatology*, 42 (2 Pt 1): 236–240 (2000).
37. Seetan, K., Rashdan, Y., alsharei, A., al bashir, S., al madani, A., alqa'dan, M., al Momani, A., and al samarah, H., "Impact of socio-demographic factors on knowledge, attitude and practices toward scabies among syrian refugees in Jordan: A prospective cross sectional study", *Annals Of Medicine And Surgery*, 69: (2021).
38. Liu, N., Bai, Y., Li, X., and Zhang, Y., "Scabies Knowledge Among Undergraduate Nursing Students in China: A Questionnaire Survey", *Clinical, Cosmetic And Investigational Dermatology*, 15: 133–138 (2022).
39. Seetan, K., Rashdan, Y., Alsharei, A., Bashir, S. Al, Almadani, A., Alqa'dan, M., Momani, A. A. Al, Rubbai, Y., and Samarah, H. Al, .
40. Alsaidan, M., Alhaqbani, Y., Alfaiji, A., Alotaibi, F., Alsomari, A., Alzhrani, A., and Al-Ghamdi, S., "Assessing knowledge of scabies among physicians working in primary health care setting", *Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 9 (10): 5320 (2020).
41. Hassan, Z., Mwuese Sule, H., Hassan, Z. I., Gyang, M. D., and Yakuba, K., "Knowledge of Scabies Among a Cohort of Medical Students", (2015).



EK AÇIKLAMALAR A.

İZİNLER



T.C.
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : E-77192459-050.99-331935
Konu : 2024/1708 Nolu Karar

30.03.2024

Sayın Dr. Öğr.Üyesi Burcu KORKUT

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz "**Karabük Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Çalışanlarının Uyuz Hastalığı Hakkındaki Bilgi,Tutum Ve Davranış Düzeylerinin Değerlendirilmesi**" başlıklı araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul yönergesine göre incelenmiş olup etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hakkı Uğur ÖZOK
Kurul Başkanı



T.C.
KARABÜK VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Karabük Eğitim Ve Araştırma Hastanesi



Sayı : E-34771223-774.99-245701461
Konu : Bilimsel Araştırma İzin Talebiniz Hk.

05.06.2024

Sayın Sercan ÖZDEMİR

İlgi : 25.04.2024 tarihli yazınız.

“Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çalışanlarının Uyuz Hastalığı Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranış Düzeylerinin Değerlendirilmesi” konulu tıpta uzmanlık tezinizi, Hasta Hakları Yönetmeliği'nde belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden kişisel veri kapsamına giren bilgilerin paylaşılması kaydıyla hastanemizde yapabilme talebiniz uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Erkan DOĞAN
Başhekim

Ek: Bilimsel Araştırma İzleme Formu-40 Sercan ÖZDEMİR

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 7AA6E46E-0D57-4B04-9259-BE55FD962D70

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>

Şirinevler Mahallesi, Alparslan Cd., 78200 Karabük Merkez/Karabük 78000
Telefon No: (0370) 415 80 06
e-Posta: İnternet Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi:

Bilgi için: Tuba AKYÜZ
Hemşire
Telefon No: 03704158004





T.C.
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : E-77192459-050.99-365112
Konu : Tez Danışmanı Değişikliği

23.08.2024

Sayın Doç. Dr. Habibe İNCİ

30/03/2024 tarih ve 2024/1708 Nolu karardaki "Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çalışanlarının Uyuz Hastalığı Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranış Düzeylerinin Değerlendirilmesi" başlıklı araştırma projeniz için tez danışmanı değişikliği talebiniz kurulumuz tarafından değerlendirilmiş olup etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Hakkı Uğur ÖZOK
Kurul Başkanı



EK AÇIKLAMALAR B.

ANKET

Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çalışanlarının Uyuz Hastalığı Hakkındaki Bilgi,Tutum ve Davranış Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Bu çalışma Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışanların uyuz hastalığı hakkındaki bilgi,tutum ve davranış düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır.Çalışmanın doğru sonuç verebilmesi için tüm soruları okumanız önemlidir.Verilen cevaplar araştırmada saklı kalacak ve toplanan bilgiler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır.Bu konuda siz değerli katılımcılarımızın yardımıylaKarabük Eğitim ve Araştırma hastanesinde çalışan personellerin uyuz hastalığı hakkında bilgi düzeylerini ölçmek tutum ve davranışlarını değerlendirerek hastane çalışanının uyuz hakkında farkındalığını arttırmayı ve halk sağlığına katkıda bulunmayı amaçlıyoruz.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Anketimiz 3 bölümden oluşmaktadır, Bölümler sırasıyla ;

BÖLÜM 1-Kişisel demografik ve genel sağlık verilerinin bulunduğu bölüm

BÖLÜM 2-Skabiyez(uyuz) riskini belirleyen risk faktörlerinin bulunduğu bölüm

BÖLÜM 3-Hastane personelinin skabiyez(uyuz) bilgi,tutum ve davranış düzeylerinin değerlendirildiği bölüm

BÖLÜM 1

1.Yaşınız :

2. Cinsiyetiniz: Erkek ()Kadın()

3. Medeni Durumuz: Evli() Bekar () Boşanmış/Dul ()

4. Gelir durumunuz: Gelir giderden fazla() Gelir giderine eşit() Geliri giderinden az ()

5. Aile tipiniz nasıl:Çekirdek() Geniş () Parçalanmış ()

6. Aynı hanede kaç kişi yaşıyorsunuz:

7. Eğitim durumunuzu belirtiniz:

()Sadece okur yazar ()İlköğretim ()Lise ()Önlisans/Lisans ()Yüksek Lisans ve Üstü

8. Sigara kullanım durumunuzu belirtiniz:

Hiç Kullanmadım İçiyorum Bıraktım

9. En uzun süre yaşadığınız yer: il merkezi ilçe merkezi köy

10. Hastanedeki görevinizi belirtiniz:

Doktor Hemşire/Ebe/Sağlık Memuru Tıbbi Sekreter

Büro Çalışanı

(Mutemet,Evrakkayıt,personel özlük vb) Hasta

bakıcı/temizlik personeli

Destek Birimi(atölye,bilgi işlem vb) Güvenlik Personeli

Diğer.....(belirtiniz)

11. Göreviniz gereği nöbet tutuyor musunuz ? Evet Hayır

12. Kronik hastalığınız var mı ?

Yok

Guatr

Diyabet

Hipertansiyon

Gastrointestinal hastalıklar(gastrit,reflü)

Astım/KOAH

Kalp hastalıkları

Depresyon-kaygı bozukluğu

Romatolojik Hastalıklar

Nörolojik hastalıklar

Diğer...(belirtiniz)

13. Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı? Evet Hayır

14. Düzenli ilaç kullanmanızı gerektiren bir cilt hastalığınız var mı ?

Akne Atopik Dermatit Tekrarlayan Oral Aftlar Tinea Pedis(Ayak Mantarı)

Ekzema Bilinen bir cilt hastalığım yok Diğer...(belirtiniz)

15. Daha önce uyuz hastalığı geçirdiniz mi? Evet Hayır

BÖLÜM 2

16. Göreviniz gereği hasta ile temas ediyor musunuz ? (Cevabınız Hayır ise Bölüm 3'e Geçebilirsiniz)

Evet

Hayır

17.Göreviniz gereği yabancı uyruklu hastalarla temasınız oluyor mu?

Evet Hayır

18. Bir günde ortalama kaç hasta ile temas ediyorsunuz, belirtiniz.....

19. Hasta temasında eldiven kullanır mısınız ?

Evet Hayır

20.Hasta teması sonrası ellerinizi yıkıyor musunuz?

Evet Hayır



BÖLÜM 3

Aşağıda Belirtilen Önermelerden Sizin İçin En Uygun Olan Seçeneği İşaretleyiniz

	EVET (1)	HAYIR (2)	FİKRİM YOK (3)
21-Uyuz her yaşta ve bütün toplumlarda görülebilen bir hastalıktır.			
22-Uyuz dünyada ve Türkiye’de sıklığı artan bir hastalıktır.			
23-Uyuz, etkenin deri içine yerleşerek şiddetli kaşıntıya yol açtığı bir hastalıktır.			
24-Uyuz insandan insana temas yoluyla geçen bir deri hastalığıdır.			
25-Uyuz kişiden kişiye 15-20 dakikalık yakın temasla bulaşır.			
26-Uyuz hastalığı Sağlık Bakanlığı tarafından bildirim zorunlu bir hastalıktır.			
27-Uyuz hayvandan insana temas yoluyla bulaşır.			
28-Uyuz bulaşı hayvanlar arasında en sık köpekten olur.			
29-Uyuz insandan insana sadece tokalaşma ile bulaşır.			
30-Uyuz hastalığının etkeni 72 saat boyunca dış ortamda yaşayabilir.			
31-Uyuz hastalığı soğuk ve nemli havada daha sık görülür.			
32-Genç ve orta yaşlı bireylerde uyuz hastalığının en önemli bulaşma yollarından biri cinsel temastır.			

33-Bir uyuz hastası tarafından kullanılan bir yatakta uyuyan sağlam bireyde nadir de olsa bulaş tespit edilebilir.			
34-Uyuz hastalığı bakımevleri,yurtlar gibi toplu yaşanan yerlerde daha sık görülür.			
35-Bir uyuz çeşidi olan kabuklu uyuzda bulaş riski klasik uyuza göre daha yüksektir.			
36-Uyuza ait en belirgin lezyon parazitin içinde yaşadığı gri-beyaz renkli “tünel”olarak adlandırılan yapılardır			
37-Uyuz etkeni kişiye bulaştıktan sonra ortaya çıkan kaşıntı hastalığın en önemli belirtisidir.			
38-Kaşıntı en çok el parmak aralarında ,koltuk altlarında, kulak arkalarında, ayaklar ve kalçalarda şiddetlidir.			
39-Uyuzhastalığında kaşıntı baş ve boyun dışında kalan diğer tüm vücut bölgelerini etkileyebilir.			
40-Uyuzda tipik olarak kaşıntı gündüz şiddetlenir.			
41-Terleme ve sıcak su teması uyuz hastalarının kaşıntı şiddetini arttırabilir.			
42-Uyuz hastalığının tanısında mikroskopi,dermoskopi,wood ışığı gibi yöntemler kullanılabilir.			
43-Uyuz diğer kaşıntılı hastalıklarla karıştığından tanı ve tedavisinde yanlışlıklar sık görülür.			

44-Uyuz hastalığına neden olan akarları ve yumurtalarını öldürmek için sadecevücuda sürülerek uygulanan ilaçların kullanımı yeterlidir.			
45-Uyuz tedavisi kişinin yaşına,bağışıklık sisteminin durumuna göre değişiklik gösterir.			
46-Aynı yaşam ortamını paylaşan aile bireylerinden biri uyuz hastası olup diğer kişilerde şikayet yoksa hasta olmayanların tedavi edilmeleri gerekmez.			
47-Topikal(vücuda sürülerek uygulanan) ilacın kaşınmayan vücut bölgelerine sürülmesine gerek yoktur.			
48-Topikal(vücuda sürülerek uygulanan) ilacın vücutta kalması süresi genellikle 8-12 saattir.			
49-Uyuz hastalığı olan kişinin son 1 hafta içinde kullandığı tüm kıyafetlerin, çamaşır ve yatak takımlarının en az 60 derecede yıkanması ve ütülenmesi gerekmektedir.			
50-Uyuz Hastalığı olan kişinin yıkanamayacak eşyaları ağzı bağlı bir paket içerisinde en az 7 gün bekletilmesi gerekir.			
51-Uyuz hastalığı geçiren bir kişide kalıcı bağışıklık geliştiği için tekrar uyuz hastalığı ortaya çıkmaz.			

Anket sona ermiştir. Katılımınız için teşekkür ederiz.