



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

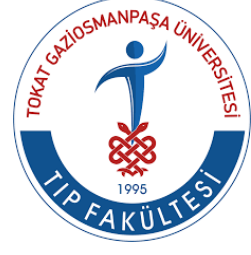
TOKAT İLİNDE BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞAN AİLE
HEKİMLERİNİN SIK GÖRÜLEN DERMATOLOJİK
HASTALIKLARLA İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Mustafa KAYA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TOKAT

2024



T.C.

**TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TOKAT İLİNDE BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞAN AİLE
HEKİMLERİNİN SIK GÖRÜLEN DERMATOLOJİK
HASTALIKLARLA İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Mustafa KAYA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Elif ERDOĞDU CEYLAN

TOKAT

2024

TEŞEKKÜR

Hem asistanlık eğitimimde hem de tez çalışmamın yürütülmesi sürecinde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım değerli tez hocam Dr. Öğr. Üyesi Elif ERDOĞDU CEYLAN'a, Tokat Gop Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitimim süresince emeği geçen değerli hocalarım Anabilim Dalı Başkanımız Doç. Dr. Nagihan YILDIZ ÇELTEK'e, Dr. Öğr. Üyesi Ufuk ÜNLÜ'ye, Dr. Öğr. Üyesi Gülseren OKTAY'a,

Asistanlık sürecim boyunca birlikte çalıştığım, halen uzmanlık eğitimine devam eden ve uzmanlığını almış olan değerli arkadaşlarıma, palyatif servis ekibine ve hayatımın her döneminde olduğu gibi uzmanlık eğitimim süresince de desteklerini esirgemeyen sevgili aileme teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Mustafa KAYA

ÖZET

Çalışmamızın amacı, Tokat ilinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan aile hekimlerinin sık karşılaşılan dermatolojik hastalıklara yönelik bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmektir.

Araştırmanın evrenini, Temmuz 2024 ile Ekim 2024 tarihleri arasında Tokat ilinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan ve gönüllülük esasına dayalı çevrimiçi kesitsel tanımlayıcı anket yöntemiyle verilerine ulaşılmış aile hekimleri oluşturmaktadır. Sosyodemografik özellikleri belirlemek amacıyla hazırlanan sosyodemografik veri formu, aile hekimlerinin sık karşılaşılan dermatolojik hastalıklara yönelik yaklaşımlarını inceleyen anket formu ve bilgi düzeylerini ölçmek için oluşturulan 14 görsel sorudan oluşan test formu online olarak uygulanmış ve araştırmanın veri kaynağını oluşturmuştur. Elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 22.0 programı kullanılarak yapılmıştır. P-değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışmamıza birinci basamakta görev yapan 104 aile hekimi katılmıştır. Katılımcılar arasında 70 pratisyen aile hekimi (%67,3) 14 puanlık bilgi düzeyi sorularından ortalama $9,07 \pm 1,98$ puan almıştır. Sözleşmeli aile hekimi asistanı olan 20 katılımcının (%19,2) ortalama puanı $10,65 \pm 1,87$, aile hekimliği uzmanı olan 14 katılımcının (%13,5) ortalama puanı ise $11,21 \pm 1,88$ olarak belirlenmiştir. Çalışmamıza katılan hekimlerin %67,3'ü tıp fakültesinde verilen dermatoloji pratik eğitimini yetersiz bulduğunu ve reçete yazarken çoğunlukla destekleyici kaynaklardan faydalandığını belirtmiştir. Bu doğrultuda, tıp fakültelerinde dermatoloji pratik eğitiminin artırılması, asistanlık süresince yapılan rotasyonların daha verimli hale getirilmesi ve birinci basamakta görev yapan hekimlere sık görülen dermatolojik hastalıklarla ilgili hizmet içi eğitim verilmesinin yararlı olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak, Dermatoloji, Aile Hekimliği

ABSTRACT

The aim of our study is to evaluate the knowledge, attitudes and behaviors of family physicians working in primary health care services in Tokat province towards common dermatological diseases.

The universe of the study consists of family physicians working in primary health care services in Tokat province between July 2024 and October 2024 and whose data were obtained through an online cross-sectional descriptive survey method based on volunteering. The sociodemographic data form prepared to determine sociodemographic characteristics, the survey form examining the approaches of family physicians towards common dermatological diseases and the test form consisting of 14 visual questions created to measure their knowledge levels were applied online and constituted the data source of the study. The statistical analysis of the obtained data was performed using the SPSS 22.0 program. Cases where the P-value was below 0.05 were considered statistically significant.

104 family physicians working in primary care participated in our study. Among the participants, 70 general practitioner family physicians (67.3%) received an average score of 9.07 ± 1.98 from the 14-point knowledge level questions. The average score of 20 participants (19.2%) who were contracted family physician assistants was determined as 10.65 ± 1.87 , and the average score of 14 participants (13.5%) who were family physician specialists was determined as 11.21 ± 1.88 . 67.3% of the physicians who participated in our study stated that they found the dermatology practical training provided in medical schools insufficient and mostly used supportive resources when writing prescriptions. In this context, we believe that increasing the dermatology practical training in medical schools, making the rotations during the residency more efficient, and providing in-service training on common dermatological diseases to physicians working in primary care would be beneficial.

Keywords: Primary care, Dermatology, Family Medicine

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
KISALTMALAR.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Pitriyasis Versico.....	3
2.2.Tinea Capitis.....	4
2.3.Tinea Corporis.....	6
2.4.Ürtiker.....	7
2.5. Akne Vulgaris.....	9
2.6.Rozasea.....	12
2.7.Verruca Vulgaris.....	13
2.8.Herpes Simplex Labialis.....	14
2.9.İmpetigo.....	16
2.10. Psöriasis Vulgaris.....	18
2.11.Seboreik Dermatit.....	20
2.12. Liken Planus.....	21

2.13.Alopesi Areata.....	24
2.14.Paronişi.....	27
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1.Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	28
3.2.Araştırmanın Tipi.....	28
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü.....	28
3.4.Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	28
3.5.Araştırmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması.....	29
3.6.İstatistiksel Analiz.....	29
4.BULGULAR.....	31
5.TARTIŞMA.....	43
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
7.KAYNAKLAR.....	53
8.EKLER.....	60
8.1.Ek-1.Sosyodemografik Anket.....	60
8.2.Ek-2.Aile Hekimlerin Sık Görülen Dermatolojik Hastalıklarla İlgili Anket....	61
8.3.Ek-3.Görsel Sorular.....	63

KISALTMALAR

ASM:Aile Sağlığı Merkezi

KOH:Potasyum Hidroksit

SDA:Sabound dekstrozu Agar

PAS:Periyodik Asit Schiff

IL:İnterlökin

KOK:Kombine Oral Kontraseptif

HIV:İnsan İmmün Yetmezlik Virüs

HPV:Human Papilloma Virüs

HSV:Herpes Simpleks Virüs

HHV:Human Herpes Virüs

HSL: Herpes Simpleks Labialis

RHL:Rekürren Herpes Labialis

GABHS:Grup A Beta Hemolitik Streptokok

APC:Antijen Sunan Hücreler

UV:Ultraviyole

SD:Seboreik Dermatit

AD:Atopik Dermatit

TGF β :Transforming Growth Factor Beta

HCV:Hepati C Virüs

ACE:Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim

LP:Liken Planus

PUVA: Psoralen Ultra Violet A

AA:Alopesi Areata

HAART:Yüksek aktif antiretroviral Tedavi

TSM:Toplum Sağlığı Merkezi



TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo

1: Hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı.....	31
2: Hekimlerin dermatoloji eğitimine ait sorulan sorulara verilen yanıtların dağılımı.....	31
3: Hekimlerin bazı dermatolojik hastalıklarda yaptıkları tedavi ve uygulamalara ilişkin bilgilerin dağılımı.....	32
4: Hekimlerin görsel sorulara verdiği yanıtların dağılımı.....	34
5: Hekimlerin görsel sorulara verdiği yanıtlara göre puan ortalamaları.....	35
6: Hekimlerin sosyo-demografik özellikleri ile görsel sorulara verilen yanıtlara göre alınan puan ortalamalarının karşılaştırması.....	36
7: Hekimlerin dermatoloji eğitimine ait sorulan sorulara verilen yanıtlar ile görsel sorulara verilen yanıtların karşılaştırması.....	36
8: Hekimlerin bazı dermatolojik hastalıklarda yaptıkları tedavi ve uygulamalara ilişkin bilgiler ile görsel sorulara verilen yanıtların karşılaştırması.....	37
9: Hekimlerin ünvanlarına göre doğru yanıtlanma oranı ortalamasının altında .olan sorulara verilerin yanıtların dağılımı ve karşılaştırması.....	41

1.GİRİŞ VE AMAÇ

ASM'ler 1.basamak sağlık hizmetleri sunucusu olarak tanımlanmıştır(1). Sağlık Bakanlığı, birinci basamak sağlık hizmetlerinde sunulan hizmet kalitesini artırarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarındaki yoğunluğu azaltmayı temel hedeflerinden biri olarak belirlemiştir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun 2016 yılında yayımladığı Sağlık Sorunları ve Hastalıkları Yönetimi Kılavuzu'na göre, birinci basamak sağlık hizmetlerine yapılan başvuruların yaklaşık %15'i dermatolojik sorunlardan kaynaklanmaktadır.(2). Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, bu oranın %6 ile %15 arasında değiştiği gösterilmiştir(3). Aybal ve arkadaşlarının Denizli ilinde gerçekleştirdiği çalışmada ise dermatolojik yakınmalarla polikliniklere başvuru oranının kış döneminde %12, yaz döneminde ise %20'ye kadar yükseldiği saptanmıştır(4).

1993 yılında yapılan bir çalışmada, dermatoloji uzmanı olmayan hekimlerin cilt hastalıklarının teşhis ve tedavisinde yetersiz kaldıkları tespit edilmiştir(5). Aralık 2017 ile Nisan 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilen başka bir araştırmada ise cilt problemi olan hastaların aile hekimlerinden daha az hizmet aldıkları belirlenmiştir. Bu hastaların büyük bir kısmı, cilt problemleri için doğrudan ikincil veya üçüncül sağlık hizmeti sunan merkezlere başvurmaktadır. Ayrıca, hastaların %95,24'ü tekrar bir cilt problemi yaşamaları durumunda doğrudan bir dermatoloğa başvurmayı düşündüklerini ifade etmiştir(6).

Aile hekimlerinin, görsel tecrübeye dayalı dermatolojik hastalıkların tanı ve tedavisindeki farkındalığı ve bilgi düzeyleri artırılarak, birinci basamak sağlık merkezlerinde etkinlikleri güçlendirilebilir. Birinci basamakta sık görülen dermatolojik rahatsızlıklarla ilgili ileri merkezlere yapılan sevkler, hastanelerin yükünü artırmakta ve kaliteli hizmet sunumunu zorlaştırmaktadır. Gereksiz sevklerin önüne geçilmesi, sağlık sisteminin yükünü azaltmaya katkı sağlayacak, yanlış ilaç tedavilerinin engellenmesiyle oluşabilecek komplikasyonlar azalacak ve devlete ek maliyetlerin önüne geçilecektir.

Çalışmamızın amacı, Tokat ilinde çalışan birinci basamak hekimlerinin sık görülen dermatolojik hastalıklara yönelik yaklaşımlarını ve bilgi düzeylerini belirleyerek, bu konudaki farkındalıklarını artırmak ve eksiklikleri tespit edip hizmet içi eğitimlerle başarı oranlarını yükseltmektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. PİTRİYASİS VERSİCO(TİNEA VERSİCO)

Pitriyasis versico, stratum corneum'un yüzeyinde oluşan, kronik olarak tekrarlayan bir enfeksiyondur. Genellikle gövdede ve üst kol ile bacaklarda görülür ve pullu, hipopigmente veya hiperpigmente somon pembesi, kırmızı, kahverengi ya da beyaz maküllerle kendini gösterir. Bu durum, genellikle "benekli gövde" olarak adlandırılan beyaz cilt lekelerine yol açar. Tropikal bölgelerde görülme sıklığı %40'a kadar çıkarken, sıcaklıkların yüksek olduğu yerlerde ve yaz aylarında bu oran %3 daha fazla artış gösterir. Her yaşta ortaya çıkabilmesine rağmen, genellikle ergenler ve genç yetişkinlerde daha sık görülür(7).

Malassezia türlerinin lipofilik yapısı dikkate alındığında, ciltteki yağ asitlerinin varlığı bu organizmaların büyümesini destekler. Çocukluk döneminde yağ bezlerinin yağ üretimi düşük seviyelerde olduğu için bu mayalar genellikle az miktarda bulunur. Ancak ergenlik döneminde, seks hormonlarının etkisiyle yağ bezlerinin ciltteki lipit üretimi önemli ölçüde artar ve Malassezia spp. maya formunda çoğalmaya başlar(8).

Pitriyasis versicolor'un en belirgin klinik özelliği, kısmi lökoderma olarak bilinen beyazımsı cilt lekeleridir. Yakından bakıldığında, etkilenen cilt, bir neşter bıçağıyla hafifçe kazındığında "çıkarılabilen" ince bir pullanma gösterir. Bu pullanma, lökoderma alanıyla sınırlıdır. Tinea versicolor'un bu düzenli, ince pullanma özelliği, diğer tinea enfeksiyonları ya da seboreik dermatit formlarında nadiren görülür. Vitiligo ise bu durumda elenebilir, çünkü tinea versicolor kısmi lökoderma yaparken vitiligo tam lökoderma yapar ve pullanma yoktur. Vakaların üçte birinde Wood ışığı sarı bir floresan verir, ancak bu tanı için şart değildir. Organizma esas olarak stratum corneumda bulunur ve cildi hafifçe kazıyarak veya selofan bant yöntemiyle kolayca toplanabilir. Daha sonra basit ve uygun maliyetli bir test olan KOH preparatı ile organizmanın varlığı doğrulanabilir. Tinea

versicolor'daki lökoderma, organizmanın pigmentasyon ve bronzlaşmayı engelleme etkisinden kaynaklanır(9).

Pityriasis versicolor'un topikal tedavisinde azol türevleri, siklopiroks veya amorolfin, krem, süspansiyon ya da şampuan şeklinde cilde uygulanır. Pürüzsüz ciltteki lezyonların tedavisinin yanı sıra, bu mantarların spesifik rezervuarı olan saçlı deride de antifungal şampuanların kullanılması tavsiye edilir. Daha dirençli vakalarda, 2 hafta süreyle günde 100 mg dozunda flukonazol veya itrakonazol ile oral tedavi önerilir. Enfeksiyonun tekrarını önlemek amacıyla, Malassezia mantarlarının ciltte hızla yeniden kolonize olabileceği kişisel eşyaların dikkatlice yıkanması ve ütülenmesi de tavsiye edilir(10).

2.2. TİNEA CAPITIS

Tinea capitis, dermatofit mantarlarının neden olduğu ve genellikle çocuklarda görülen yaygın bir saç derisi enfeksiyonudur . Klinik belirtileri, hafif pullanma ve az miktarda saç dökülmesinden, yaygın alopesi ve büyük, iltihaplı, püstüler plakların oluşumuna kadar değişiklik gösterebilir(11).

Wood ışığı, karanlık bir ortamda kullanılmalıdır. Eğer enfeksiyona neden olan organizma *M. audouinii*, *M. canis* veya *M. ferrugineum* ise (küçük sporlu ektotoriks tipi saç istilası), kırılmış saç tellerinde parlak yeşil bir floresan gözlemlenebilir. Bu floresansın, enfekte saçlarda biriken triptofan metabolitlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. *T. schoenleinii* enfeksiyonlarında ise daha mat bir yeşil floresans görülürken, *T. tonsurans* ile enfekte saçlar Wood ışığı altında floresan vermez. *T. tonsurans* kaynaklı tinea capitis durumunda, saç köklerinde (kırılmış saç telleri) ve ince bir neşter ya da küçük çaplı bir iğne ile çıkarılabilen siyah noktalar incelenmelidir. Tam uzunluktaki saçlar genellikle enfekte olmaz; ancak saç kökünde spor veya hifler gözlemlenebilir(12).

Tinea capitis superficialis (inflamatuvar olmayan tinea capitis): Saçlı deride, soluk kırmızımsı bir zemin üzerinde ince pullanmaların görüldüğü, yuvarlak veya oval biçiminde yamalar olarak ortaya çıkar. Bu bölgede gri ve mat renkte kırılmış saç telleri fark edilir.

Tinea capitis profunda (Kerion celsi, inflamatuvar *tinea capitis*): Saçlı deride ağrılı, püstüller, akıntılar ve kabuklanmalarla kaplı, kabarık nodüler veya tümöral lezyonlar şeklinde görülür. Bu duruma bölgesel lenfadenopati eşlik edebilir. Erken tedavi edilmediği takdirde lezyon alanında skatrisyel alopesi (kalıcı saç dökülmesi) riski oluşabilir.

Siyah nokta tipi *tinea capitis*: Enfekte saç telleri, minimal kızarıklık ve pullanmanın bulunduğu bir zemin üzerinde, kafa derisi hizasından kırılarak siyah nokta görünümü oluşturur. Dermatolojik muayenede bu kırılmış saç telleri belirgin şekilde görülebilir(13).

Non-inflamatuvar *tinea capitis*in ayırıcı tanısında seboreik dermatit , sedef hastalığı, atopik dermatit *tinea amiantacea*, alopesi areata, trikotillomani, sifiliz, lupus eritematozus ve Langerhans hücreli histiyositoz yer alır. İnflamatuvar *tinea capitis* ise traksiyon folikülit veya bakteriyel piyoderma (furunküloz veya impetigo) ile benzerlik gösterebilir. Daha ileri vakalarda folikülit dekalvans veya perifolikülit kapitis absedens et suffodiens göz önünde bulundurulmalıdır. Yara izi varsa, ayırıcı tanıda lupus eritematozus, liken planopilaris, psödopalad ve radyasyon dermatiti düşünülmelidir(12).

Kıl foliküllerine derinlemesine nüfuz edebilen mantar enfeksiyonları nedeniyle tedavide sistemik antifungal ilaçlar tercih edilmektedir. İlk seçenek olarak griseofulvin kullanılır; diğer sistemik ajanlar ise genellikle tedaviye direnç gösteren veya yanıt vermeyen vakalarda tercih edilir.

Griseofulvin: Pediatrik dozajı 10-20 mg/kg/gün olarak belirlenmiştir ve genellikle 6-8 hafta içinde iyileşme sağlanır. Ancak griseofulvin tedavi süresi, diğer tedavilere kıyasla daha uzun sürebilir. Fotosensitivite, gastrointestinal yan etkiler ve sitokrom P450 enzimlerini güçlü bir şekilde indüklemesi gibi olumsuz etkileri olabilir.

Terbinafin: Yaygın kullanım dozu 3-6 mg/kg/gün'dür ve tedavi, hastanın durumuna göre 8 haftaya kadar sürebilir. Genellikle önerilen dozlar; 10-20 kg arasındaki çocuklar için 62,5 mg/gün, 20-40 kg arasındaki çocuklar için 125 mg/gün ve 40 kg üzerindeki çocuklar için 250 mg/gün'dür.

Itrakonazol: 3-5 mg/kg/gün dozunda uygulanır. Tedavi süresi, sürekli olarak 4-6 hafta veya her ay bir hafta olmak üzere 2-4 ay arasında değişebilir.

Flukonazol: Tinea capitis tedavisinde daha az tercih edilmektedir(13).

2.3.TİNEA CORPORİS

Gövde ve/veya ekstremitelerde görülen dermatofit enfeksiyonları tinea korporis olarak adlandırılır. Tinea corporis en sık olarak *Trichophyton rubrum*, *T. tonsurans* ve *Microsporum canis*'ten kaynaklanır. *T. rubrum*, dünya genelinde dermatofitozların en yaygın etkenidir ve Kuzey Amerika'da tinea corporis'in en sık nedenidir. Tinea capitis'e bağlı olarak gelişen tinea corporis genellikle *T. tonsurans*'tan kaynaklanırken, köpek veya kedilerle yakın temas sonucu oluşan tinea corporis ise genellikle *M. canis*'ten kaynaklanmaktadır(14).

Tinea corporis enfeksiyonu, insandan insana, hayvandan insana ya da topraktan insana geçiş yoluyla oluşabilir. Evcil hayvanlar, özellikle zoofilik türler açısından bulaş riski taşır. Tipik inkübasyon süresi 1-3 hafta olup, enfeksiyon genellikle sentrifugal (merkezden çevreye doğru) yayılma gösterir. Tanı için %20 KOH ile direkt inceleme ve ardından SDA besiyerine ekim gereklidir. Kültürlerin üreme göstermediğini doğrulamak için 21 gün bekletilmesi önerilir(15).

Tinea corporis , tipik olarak merkezi bir açıklık ve aktif bir sınır ile kırmızı, halka şeklinde, pullu ve kaşıntılı bir lezyon olarak kendini gösterir. Lezyonlar tek veya çoklu olabilir ve genellikle 1 ila 5 cm boyutlarında değişir, ancak daha büyük boyutlara ulaşabilen lezyonlar ve lezyonların birleşmesi de gözlemlenebilir. Tinea corporis, özellikle egzama, sedef hastalığı ve seboreik dermatit gibi diğer birçok cilt rahatsızlığı ile karıştırılabilir. Tanı, öykü ve fiziksel muayeneye dayalı olarak net değilse,KOH preparatı genellikle tanıya yardımcı olur. Topikal steroidlerle yapılan ampirik tedavi sonrası durumun kötüleşmesi dermatofit enfeksiyonunu düşündürür. Diğer yandan, mantar olmayan bir lezyon antifungal bir kremle tedavi edildiğinde iyileşme görülmez veya lezyon kötüleşir. Tinea corporis'in tanısında genellikle kültür gerekli değildir. Atipik veya inatçı lezyonlarda ise nadiren deri biyopsisi ve periyodik PAS boyası gerekebilir(16).

Lokalize veya yüzeysel tinea corporis genellikle lezyona ve lezyonun en az 2 cm ötesine, günde bir veya iki kez, 2-4 hafta süreyle uygulanan topikal antifungal tedaviye olumlu yanıt verir. Yaygın olarak kullanılan topikal antifungal ilaçlar arasında azoller (örneğin ekonazol, ketokonazol, mikonazol, klotrimazol, oksikonazol, sülkonazol, sertakonazol, eberkonazol ve lulikonazol), allilaminler (örneğin naftifin, terbinafin), benzilamin (butenafin), siklopiroks ve tolnaftat yer almaktadır(17).

Tinea corporis'in lokal ve komplikasyonsuz lezyonları genellikle günde iki kez en az üç hafta boyunca terbinafin ile yapılan topikal tedaviye yanıt verir. Yaygın veya komplike enfeksiyonları veya bağışıklık yetersizliği olan veya lokal tedaviye yanıt vermeyen enfeksiyonları yönetmek için oral antifungal ajanlar endike olabilir(18).

2.4.ÜRTİKER

Ürtiker, halk arasında "kurdeşen" olarak da bilinen, deri üzerinde ani olarak ortaya çıkan, kaşıntılı, kabarık ve ödemli lezyonlarla kendini gösteren bir cilt hastalığıdır. Bu hastalık genellikle birkaç saat veya gün içinde kendiliğinden kaybolur. Ancak bazı durumlarda altı haftadan daha uzun sürebilen kronik formları da görülmektedir(19).

Ürtiker gelişiminde başlıca rol oynayan hücreler mast hücreleri ve bazofillerdir . Bu hücreler, immün ve immün dışı mekanizmalar yoluyla aktive olabilirler. İmmün mekanizmalar arasında en yaygın olarak bilinen, mast hücreleri veya bazofillerdeki IgE antikorunun antijen ile birleşmesi sonucu ortaya çıkan IgE-aracılı (Tip 1) immün yanıtıdır. Antijen-antikor kompleksi oluşumu ve kompleman sisteminin aktive olması (C3a, C4a ve C5a), mast hücrelerinin uyarılmasına yol açabilen diğer immün sistem aracılı mekanizmalar arasında yer alır. Ayrıca, kontrast maddeler, opiyatlar ve anestezi ilaçları gibi bazı maddeler doğrudan mast hücrelerini aktive ederek vazodilatasyon, duysal sinirlerin uyarılması ve plazma ekstrasvazasyonuna yol açar. Bu bağlamda, histamin en iyi bilinen ve en önemli rolü oynadığı düşünülen vazodilatasyon mediatörüdür(20).

Ürtikerli kabarcıklar, dermal ödem nedeniyle dermal postkapiller venüllerin kompresyon ve solmasına bağlı olarak tipik olarak soluk renkli bir merkeze sahiptir. Kabarcığın dış sınırı ve çevresindeki deri ise çoğunlukla kırmızıdır ve bu renk, semptomatik dermografizm ya da soğuk ürtiker gibi fiziksel ürtikerlerde parlak kırmızıdan, kronik idiyopatik ürtikerde ise donuk kırmızıya kadar değişiklik gösterebilir. Kaşıntı, ürtikere neredeyse her zaman eşlik eden bir belirti olarak öne çıkmakla birlikte, bazı hastalar kaşıntıdan çok ağrı, hassasiyet veya batma hissinden yakınabilir. Kaşıntı genellikle akşam saatlerinde ve gece boyunca şiddetlenme eğilimi gösterir(21).

Ürtiker, karakteristik klinik özellikleri sayesinde genellikle kolayca tanı konulabilen bir hastalık olmakla birlikte, etiyolojiyi aydınlatmak için çeşitli değerlendirmeler yapılması gerekmektedir. İlk değerlendirme sırasında hastanın öyküsü detaylıca alınmalı ve yaygın sebepler araştırılmalıdır. Öykü alma sürecinin ardından fizik muayene ve bazı testler yapılması önerilir. Günümüzde, kronik spontan ürtiker tanısında geniş çaplı tanısal testler önerilmemekte olup, tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein seviyesi gibi temel testlerin yapılması yeterli görülmektedir. Genişletilmiş tanı testleri ise hastanın bireysel öyküsüne göre uygulanabilir. Bu testler arasında; enfeksiyon hastalıkları (bakteriyel, viral, parazitik veya fungal enfeksiyonlar, örneğin *Helicobacter pylori*, hepatit virüsleri, streptokok enfeksiyonları), tip 1 alerji testleri, fonksiyonel otoantikorlar (IgE), tiroid hormonları ve ilgili antikor testleri, fiziksel uyaran testleri de dahil olmak üzere deri testleri, psödoalerjenlerden fakir diyet uygulamaları, hastalığın şiddetini göstermek amacıyla triptaz ölçümü, otolog serum deri testi ve lezyonel deri biyopsisi bulunmaktadır(22).

Ürtikerin, ortaya çıktıktan sonra 1-24 saat içinde kendiliğinden kaybolması ayırıcı tanı açısından önemli bir özelliktir. Anjiyoödem ise dermisin alt tabakalarını ve subkutan dokuyu etkileyen, ani başlangıçlı bir şişlik olarak tanımlanır. Anjiyoödemde kaşıntı yerine daha çok yanma ve ağrı hissi görülür. Bu lezyonların iyileşme süreci daha yavaştır ve 72 saate kadar uzayabilir. Ürtiker ve anjiyoödem genellikle birlikte ortaya çıkabilmekle birlikte, her iki durumun tek başına da görülebileceği unutulmamalıdır. Çocukluk çağında, ürtiker olmaksızın anjiyoödem

ile başvuran hastalar mutlaka hereditör anjiyoödem açısından değerlendirilmelidir. (23).

Ürtikerin tedavisinde iki ana yaklaşım bulunmaktadır: tetikleyici nedenin ortadan kaldırılması ve semptomların yönetilmesi. Ürtikere yol açan nedenler bazen açıkça belirlenebilir; bu durumda, tetikleyici faktörün ortadan kaldırılması en etkili tedavi yöntemidir. Ancak kronik ürtikerde nedenin tespiti ve bu nedenin ortadan kaldırılması daha karmaşık olabilir. Kronik ürtikerde tetikleyiciler genellikle daha belirsizdir veya farklı faktörlerin bir araya gelmesiyle ortaya çıkabilir. Bu durumda tedavi, semptomların antihistaminikler ve diğer ilaçlarla kontrol altına alınmasını hedefler. Aynı zamanda, yaşam tarzı değişiklikleri ve tetikleyici faktörler konusunda bilinçlenmek de önem taşır.

Ürtiker tedavisinde öncelikli olarak ikinci kuşak H1 antihistaminikler tercih edilmektedir. Bu ilaçlar genellikle iyi tolere edilir ve sedasyon etkisi daha düşüktür. Tedaviye standart dozda başlanır; ancak semptomların yeterince kontrol altına alınamaması durumunda dozaj, doktor gözetiminde dört katına kadar çıkarılabilir. Belirtilerin devam etmesi hâlinde, kullanılan ilaç yerine başka bir ikinci kuşak H1 antihistaminik tercih edilerek tedaviye devam edilebilir. Antihistaminiklerin etkili olabilmesi için düzenli, her gün alınması önemlidir; yalnızca ihtiyaç duyulduğunda alındığında etkilerinin azalması olasıdır. Düzenli kullanım, ürtiker belirtilerinin önlenmesi ve kontrol altına alınmasında daha başarılı sonuçlar doğurabilir(19).

2.5. AKNE VULGARİS

Akne vulgaris, açık ve kapalı komedonlar, papüller, püstüller, nodüller ve kistlerle kendini gösteren bir pilosebace ünite hastalığıdır ve dermatologlar tarafından en sık tedavi edilen hastalıklardan biridir. Genellikle kendi kendine sınırlanan iyi huylu bir durum olarak kabul edilse de, akne ciddi psikolojik sorunlara veya kalıcı şekil bozucu izlere neden olabilir. Her yaşta görülebilmekle birlikte, en sık 12-24 yaş arasında ortaya çıkar ve bu yaş grubundaki nüfusun yaklaşık %85'ini etkiler(24).

Aknenin dört temel patogenetik faktörü uzun zamandır bilinmektedir. Bunlar foliküler epitelyal hiperproliferasyon ve bunun sonucunda meydana gelen foliküler

tıkanma, aşırı sebum üretimi, iltihaplanma ve *Propionibacterium acnes*'in varlığı ve aktivitesidir. Akne vulgaris'te gözlemlenen ilk mikroskopik lezyon mikrokomedondur ve bu lezyon foliküler tıkanmayla karakterizedir. Mikrokomedon oluşumunda iltihaplanma ve *P. acnes* bakterisi gözlemlenmez. Mikrokomedon gelişimini tetikleyen faktör henüz tam olarak bilinmemektedir. Başlıca hipotezler arasında androjen hormonları, foliküler linoleik asit seviyelerindeki değişiklikler ve inflamatuvar sitokin olan IL-1a yer almaktadır. Mikrokomedon, diğer akne lezyonlarının öncüsüdür. Zamanla *P. acnes*, mikrokomedonu doldurarak, hücre duvarı ve biyolojik yan ürünleri kemotaktik ve proinflamatuvar hale getirir. Sonuçta iltihap hücreleri folikülü çevreler, foliküler duvardan yayılır ve foliküler duvarı bozan enzimler üretir. Akne vulgariste gözlemlenen iltihaplanmanın derecesi, *P. acnes*'e karşı bireysel bağışıklık tepkisine bağlı olabilir. Aynı şekilde yağ bezindeki androjen reseptörlerinin dolaşımdaki androjenlere verdiği tepki de kişisel farklılık gösterebilir(25).

Akne en sık ergenlik döneminde görülür ve ergenlerin yaklaşık %85'ini etkiler. Ergenlik sonrası yaş ilerledikçe akne yaygınlığı azalır, ancak genç yetişkinlerde hastalığın yükü hala oldukça yüksektir. Genellikle aknenin ergenlikle sınırlı bir hastalık olduğu düşünülse de, birçok akne vakası kronikleşir ve bu durumun psikolojik etkileri de hastalığın yüküne katkıda bulunur. Kızlarda akne başlangıcı ortalama 11 yaşında, erkeklerde ise 12 yaşında olur. Son yıllarda, daha küçük yaşlardaki çocuklarda aknenin artış gösterdiği, hatta 8-9 yaşındaki çocuklarda bile görüldüğü gözlemlenmiştir. Bu durumun, ergenlik yaşının düşmesiyle bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Akne, erkeklerde ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde daha yaygınken, yaş ilerledikçe bu eğilim tersine döner ve kadınlarda yetişkin aknesi daha yaygın hale gelir. Yetişkin aknesi genellikle ergenlikten beri süregelen kronik akneyi temsil eder. Akne prevalansını ve şiddetini etkileyen diğer faktörler arasında etnik köken ve genetik yatkınlık yer alır. Akne başlangıç yaşı ve hastalığın karakteri farklı etnik gruplar arasında değişiklik gösterir. Ayrıca, genetik faktörler akne gelişme riskini etkiler; ergenlik veya yetişkin aknesi, ebeveynlerinde akne geçmişi olan çocuklarda daha sık görülür. Sigara içmek, akne riskini artıran bir başka değiştirilebilir faktördür; içilen sigara miktarı arttıkça aknenin şiddeti de doza bağlı olarak artar. Diyetle ilgili kanıtlar net olmamakla birlikte, bazı çalışmalar süt

ürünlerinin akne riskini artırdığını öne sürmektedir. Akne, hem genetik hem de çevresel faktörlerin etkilediği karmaşık bir hastalık süreci olarak kabul edilmektedir.

Tedavi seçenekleri arasında uygun cilt bakımı, topikal ve oral antimikrobiyaller, topikal ve sistemik retinoidler, benzoil peroksit ve kadınlar için oral kontraseptifler yer alır. Bu tedaviler genellikle bir arada uygulanarak aknenin çözümüne katkıda bulunur. İlk tedavi yaklaşımı olarak uygun cilt bakımı önemlidir. Bu, dış etkenlerin ortadan kaldırılması, doğru cilt hijyeni sağlanması ve reçete edilen tedaviye uyumun teşvik edilmesini içerir. Önceleri aşırı cilt temizliğinin akneye neden olduğu düşünülse de, yapılan çalışmalar günde dört defaya kadar temizliğin zararlı olmadığını ve akne şiddetini azaltabileceğini göstermektedir. Hastalara doğru hijyen eğitimi verilmeli, uygun temizleyici ve nemlendirici seçimi konusunda danışmanlık yapılmalıdır. Cilt bakımıyla düzelmeyen vakalarda topikal veya sistemik antimikrobiyal tedaviler devreye girebilir. Hafif ila orta şiddette aknede topikal antibiyotikler kullanılabilirken, daha şiddetli durumlarda veya psikososyal stresin belirgin olduğu hastalarda sistemik antibiyotikler tercih edilir. Antimikrobiyaller, *P. acnes*'in ciltteki varlığını azaltarak tedaviye yardımcı olurken, aynı zamanda antiinflamatuvar etkiler de gösterir. Ancak antibiyotiklerin uzun süreli kullanımı direnç gelişimine yol açabileceği için dikkatli kullanılmalı ve mümkünse antimikrobiyaller tek başına değil, benzoil peroksit, retinoidler veya hormonal tedavilerle kombine edilmelidir. Kadın hastalarda hafif ila orta şiddette akne tedavisi için KOK kullanılabilir. Bu tedavi, androjenlerle mücadele ederek akne şiddetini azaltmada etkili olabilir. Topikal retinoidler ise akne tedavisinde ve önlenmesinde en sık kullanılan ajanlardandır ve iltihabı azaltarak birincil akne lezyonlarının oluşumunu engeller. Şiddetli ve dirençli akne durumlarında ise oral izotretinoin tercih edilir. İzotretinoin, sebace bezi aktivitesini azaltarak sebum üretimini düşürür ve *P. acnes*'in büyümesini baskılar. Ancak teratojenik etkileri ve diğer ciddi yan etkileri nedeniyle yalnızca nodüler ve dirençli aknede kullanılması önerilir. Tedavi planlarında genellikle birkaç ajan birlikte kullanılarak, hastaların tedaviye uyumunu artırmak ve aknenin kontrol altına alınmasını sağlamak hedeflenmelidir. Bu kombinasyon tedavileri, tedavi etkinliğini artırarak hastalığın kronikleşmesini ve yükünü azaltmada önemli rol oynar(26).

2.6. ROZASEA

Rozasea, yüz bölgesini etkileyen ve remisyonlar ile alevlenmelerle ilerleyen kronik bir inflamatuvar cilt hastalığıdır. Hastalığın teşhisinde spesifik bir histolojik veya serolojik belirteç bulunmamaktadır. Prevalansı %1 ile %22 arasında değişiklik göstermektedir. Patogenezinde genetik, çevresel ve immün faktörlerin yanı sıra nörovasküler düzenleme bozukluğunun rol oynadığı düşünülmektedir(27).

Etyopatogenezin temelinde, büyük olasılıkla genetik kaynaklı olan fonksiyonel ve yapısal vasküler disfonksiyona bağlı olarak gelişen vasküler hiperreaktivite ve yüz bölgesindeki aşırı hassasiyetin rol oynadığı düşünülmektedir. Bunun yanı sıra, yüz kızarmasını tetikleyen emosyonel, hormonal, metabolik, beslenme ile ilgili ve fiziksel faktörler ile *Helicobacter pylori* enfeksiyonu gibi çeşitli sistemik hastalıkların kalıcı eritem ve telanjiektazi oluşumunda etkili olduğu öne sürülmektedir. İmmün sistem disfonksiyonu, artmış ve disfonksiyonel katelisinidin üretimi ile *Demodex folikülorum*, *Bacillus olearonius* ve β -hemolitik *Staphylococcus aureus* enfeksiyonlarının inflamatuvar lezyonların gelişimine katkı sağladığı üzerinde durulmaktadır(28).

Rozasea, genellikle yüz bölgesini etkilerken, nadir olarak saçlı deri, kulak arkası, boyun, göğüs bölgesi, sırt ve ekstremiteler gibi yüz dışındaki bölgelerde de görülebilir. Kızarıklık atakları, telanjiektaziler, inflamatuvar lezyonlar ve nadiren fimatöz lezyonlarla karakterizedir. Şubat 2002'de Amerikan Ulusal Rozase Topluluğu tarafından oluşturulan bir komite, rozase için yeni bir standart sınıflandırma sistemi geliştirmiştir. Bu sistemde, hastalığın yeni tanı kriterleri, alt grupları ve farklı tipleri tanımlanmıştır. Komiteye göre, kalıcı eritem, papül, püstül ve telanjiektazi gibi birincil özelliklerin yüzün orta bölgesinde görülmesi, rozase için tanı koydurucudur. İkincil özellikler yanma, batma hissi, kızarıklık plakları, kuruluk, ödem, gözle ilgili bulgular, yüz dışı bölgelerin tutulması, fimatöz lezyonlar ise tek başına bulunabilir ya da birincil belirtilere eşlik edebilir(29).

Rozase yönetiminde genel önlemler ve semptomları hedef alan tedavi yaklaşımları önem taşır. Farmakoterapide temel hedef, hastalığın morbidite ve semptomlarını azaltarak kontrol altına almaktır. İltihaplı lezyonlar (papüller,

püstüller) ve rozaseanın göz belirtilerini hafifletmek için oral antibiyotikler kullanılabilir. Bu tedavi, hastalığın şiddetine bağlı olarak genellikle 6-12 hafta süresince uygulanır. İlk basamak oral tedavi olarak genellikle günlük 50-100 mg dozunda doksisisiklin önerilir. İnflamatuvar rozaseanın kronik ve tekrarlayıcı doğası nedeniyle daha fazla tedavi kürüne ihtiyaç duyulabilir. Alternatif antibiyotikler arasında minosiklin, eritromisin, ko-trimoksazol ve metronidazol yer alır. Bu antibiyotiklerin anti-inflamatuvar etkileri, rozasea ile ilişkili inflamasyonu azaltmada önemli rol oynar. Dermatolog tarafından reçetelenen oral izotretinoin ise, özellikle dirençli papülopüstüler ve fimatöz rosacea tedavisinde etkilidir. Antibiyotiklerin etkisiz kaldığı veya tolere edilemediği durumlarda izotretinoin güçlü bir alternatif olarak öne çıkar. Rozasea tedavisinde kullanıldığında genellikle düşük dozajlarda (10-20 mg/gün) ve dört ila altı aylık bir süre boyunca uygulanır. Ayrıca, rinofima ilerlemesini önlemekte etkili olup, özellikle belirgin fibrozis gelişmeden önce başladığında en iyi sonuçlar elde edilmektedir.

Topikal ajanlar, hafif ve orta şiddette rozasea tedavisinde ilk basamak olarak tercih edilmektedir. Hafif rozasea vakalarında, aralıklı veya uzun süreli metronidazol krem ya da jel kullanımı önerilir. Daha şiddetli vakalarda ise bu tedaviye ek olarak oral antibiyotikler de eklenebilir. Vasküler lazer tedavisi, özellikle hemoglobini hedef alarak yüzeysel damarların yol açtığı eritem ve teleanjiektaziyi etkili bir şekilde tedavi eder. Ancak lazer tedavisi, genellikle papülopüstüler lezyonların tedavisinde etkili değildir(30).

2.7. VERRUCA VULGARİS

Verruca vulgaris, ya da yaygın siğil, her yaşta görülebilmekle birlikte çocuklar ve ergenlerde daha sık ortaya çıkar. Tek bir siğil şeklinde veya birden fazla olabilir ve özellikle parmaklar gibi vücudun açıkta kalan bölgelerinde görülme eğilimindedir. HIV enfeksiyonu ve immün sistemi baskılanmış kişilerde, çoklu siğillerin oluşma riski artar. Verruca vulgaris ile en sık ilişkilendirilen HPV tipi HPV-2'dir, ancak HIV hastalarında HPV-57 gibi diğer tipler de görülebilir(31).

Verruca vulgaris , toplumun %7 ila %10'unu etkileyen ve en çok 12-16 yaş grubunda görülen, viral kaynaklı yaygın bir cilt hastalığıdır. Lezyonlar, HPV epitel

hücrelerini enfekte etmesi sonucunda hücrelerin çoğalmasıyla nodül veya plak oluşmasıyla ortaya çıkar. Genellikle pürüzlü yüzeylerle temas eden ıslak ve masere olmuş cilt bölgelerinde görülürler .Siğiller genellikle ellerde, parmaklarda, dizlerde ve dirseklerde bulunur, ancak vücudun herhangi bir yerinde de görülebilir. Masere olmuş ciltteki küçük yaralanmalar, HPV'nin bazal keratinositlere girdiği noktalar. Siğiller, doğrudan veya dolaylı temas yoluyla bulaşabilir ve enfekte cilt kaşınma, tıraş veya başka bir travma sonucu virüsü diğer bölgelere yayabilir. HPV enfeksiyonu genellikle güçlü bir bağışıklık tepkisi oluşturmaz, bu da lezyonların aylarca hatta yıllarca sessizce büyümesine olanak tanır. Bağışıklık sistemi durumu ve virüsün türüne bağlı olarak siğiller kendiliğinden kaybolabilir. Lezyonların %23'ü 2 ay içinde, %30'u ise 3 ay içinde kendiliğinden gerilerken, %65-78'i 2 yıl içinde kaybolur .Ancak bazı lezyonlar büyüebilir ve zamanla tedaviye daha dirençli hale gelebilir(32).

Tedavi seçenekleri arasında ağrı, fonksiyon kaybı, kozmetik rahatsızlık ve malignite riski gibi durumlar dikkate alınır. Enfeksiyonun kısa süreli olduğu genç ve sağlıklı bireylerde iyileşme oranları daha yüksektir.Tedavi; keratolitikler, kriyoterapi, küretaj ve koterizasyon, lazer ve fotodinamik tedavi gibi destrüktif ajanlar; podofilin, bleomisin ve retinoidler gibi antimitotik ajanlar; topikal duyarlılaştırıcılar ve simetidin gibi immün uyarıcılar veya formaldehit ve glutraldehit gibi topikal virüsidal ajanlar kullanılarak uygulanabilir(33).

2.8. HERPES SİMPLEX LABİALİS

Herpesviridae ailesindeki virüsler arasında HSV-1 ve 2, varisella zoster virüsü, sitomegalovirüs, Epstein–Barr virüsü, HHV-6 ve -7 ile Kaposi sarkomu ile ilişkili HHV-8 virüsü bulunur. Bu virüslerin doğal olarak sadece insanlarda yaşam boyu varlıklarını sürdürdüğü bilinmektedir(34).

HSV1 enfeksiyonu, Herpes Simpleks Labialis(HSL)olarak bilinir ve çeşitli tedavi yöntemlerinin sınırlı etkisine rağmen dünya genelinde süregelen bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkar. Bu virüsün en yaygın enfeksiyon biçimi olan birincil gingivostomatit (tekrarlayan HSL enfeksiyonunun öncüsü), genellikle okul öncesi çocuklarda, ergenlerde ve genç yetişkinlerde görülür ve aynı şekilde

tekrarlamaz. Ancak, uçuk şeklinde görülen HSL tekrarları yetişkinlik boyunca devam edebilir. Birincil enfeksiyon genellikle tekrar eden enfeksiyonlara göre daha şiddetlidir ve virüs yayılımı ilk aşamada en yüksek seviyededir. Ancak virüs yayılımının miktarı, atağın şiddetiyle doğrudan ilişkili değildir. Hastalar ateş, iştahsızlık ve genel halsizlik hissedebilir, ayrıca hızla patlayarak ağrılı ülserlere dönüşen birçok intraoral vezikül gelişebilir. Özellikle çocuklar, yutkunma sırasında yaşadıkları ağrı nedeniyle susuz kalma riski taşıyabilir. Birincil enfeksiyondan sonra virüs, trigeminal, yüz ve vagus ganglionları gibi çeşitli sinir düğümlerine çıkarak bu bölgelerde kronik ve latent enfeksiyon oluşturur. Latent enfeksiyonun dudak epitelinde gibi dokularda da gelişebildiğine dair kanıtlar bulunmaktadır. Uyuyan virüs daha sonra yeniden aktif hale gelmek için bir "tetikleyici" bekler. Bu tetikleyiciler arasında güneşe maruz kalma, psikolojik stres, adet dönemi, hastalık ve fiziksel travma yer alabilir. Birçok hasta, lezyon çıkmadan önce yanma, karıncalanma veya kaşıntı gibi belirtiler yaşar. HSL, sık veya seyrek aralıklarla tekrarlayabilir. Tekrar eden enfeksiyonlar, ilk epizod kadar yoğun viral yayılım göstermese de, etkilenen bölgelerde ağrı, ülserasyon ve şişlik meydana gelebilir(35).

Oral HSV-1 enfeksiyonu dünya genelinde yaygınlığını korumakta olup, en sık görülen viral enfeksiyonlardan biri olmaya devam etmektedir. Genel olarak, Rekürren Herpes Labialis'in (RHL)yıllık ortalama insidansı 1000 kişi başına yaklaşık 1,6 olup, 1000 kişi başına 2,5 oranında bir yaygınlık göstermektedir; bu oranlar ülkeler ve topluluklar arasında değişkenlik gösterebilir. Kadınlarda daha sık görülen bu durum, etkilenen hastaların yaklaşık üçte birinde yılda en az bir nüks yaşandığı bildirilmiştir(36).

RHL'nin tanısı, hastanın öyküsüne, lezyonların klasik yerleşimine ve klinik görünümüne dayanarak kolayca konulabilir. HSV kaynaklı karakteristik viral sitopati, intraepitelyal veziküller, enfekte keratinositlerde balon dejenerasyonu, çok çekirdekli dev hücre oluşumu, eozinofilik viral inklüzyonlar ve kromatin marjinasyonu gibi özellikler içerir. Tanı için viral kültür, Tzanck yayması, doğrudan floresan antikor boyama, biyopsi ve PCR gibi laboratuvar testleri mevcuttur; ancak bu testler genellikle atipik vakalar ve bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar için tercih edilir.

HSV enfeksiyonları oldukça bulaşıcıdır ve hastalar, herpes lezyonlarının bulaşıcı doğası, asemptomatik viral yayılma ve otoinokülasyonun yanı sıra virüsün diğer bölgelere veya kişilere bulaşmasını önleme konusunda bilgilendirilmelidir. Hastalara, özellikle topikal ilaçları uyguladıktan sonra ellerini yıkamaları, çocukları veya partnerleriyle öpüşmekten kaçınmaları ve mutfak eşyalarını paylaşmamaları önerilmelidir. RHL tedavisinde başarılı bir yaklaşımın temelini, hastanın genel sağlığının ve hastalığın klinik seyrinin kapsamlı bir değerlendirmesi oluşturur. Sağlıklı bireylerde RHL, semptomatik rahatlama sağlanarak yönetilebilir. Buz, alkol, eter, kloroform, lanolin ve çeşitli reçetesiz ürünler semptomları hafifletmek için topikal olarak kullanılabilir. Topikal ilaçlar, herpes enfeksiyonunun parmaklara yayılmasını ve mekanik uyarı ile artan viral yayılmayı önlemek amacıyla pamuklu bir aplikatör yardımıyla dikkatlice uygulanmalıdır. Antiviral ilaçlar, sık ve estetik açıdan rahatsızlık veren HSL salgınları yaşayan sağlıklı bireyler ile şiddetli ve kalıcı nükslere yatkın bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar için uygundur. Docosanol %10 krem ve pensiklovir %1 krem), immün sağlıklı bireylerde HSL tedavisinde kullanılan reçetesiz ve reçeteli topikal antivirallerdir. İdoksüridin %15 solüsyonu, semptomların başlangıcında kullanıldığında ağrıyı hafifletmek ve HSL'nin iyileşme sürecini hızlandırmak için etkili bir başka topikal seçenektir. Farklı doz ve formlarda kullanılan topikal ve sistemik asiklovir, HSL tedavisinde değişen sonuçlar vermiştir(34).

2.9.İMPETİGO

İmpetigo, Staphylococcus aureus, GABHS, her iki bakterinin bir kombinasyonu veya daha nadir olarak anaerobik bakterilerden kaynaklanan yaygın bir cilt enfeksiyonudur. İmpetigo, özellikle iki ila beş yaş arası çocuklarda en sık rastlanan cilt enfeksiyonlarından biridir, ancak her yaştan insan bu enfeksiyondan etkilenebilir(37).

Büllöz impetigo neredeyse tamamen S. aureus tarafından, özellikle grup II'ye ait (%80), faj tipi 71 ile oluşur. S. aureus, epidermisteki keratinositlerin desmozomlarında bulunan desmoglein-1'i seçici olarak parçalayan proteazlar olan eksfoliatif toksinler üretir. Bu toksinler S.aureus'un en önemli virülans faktörlerindendir ve epidermal hücrelerin ayrışarak kabarcık oluşmasına yol açar. Bu

kabarcıklar büllöz impetigoda lokalize olurken, haşlanmış deri sendromunda yaygınlaşır. Büllöz impetigo başlangıçta küçük veziküllerle başlar ve zamanla berrak içerikleri pürülan hale gelir, çapları 2 cm'ye kadar büyüyen gevşek kabarcıklara dönüşür. Bu kabarcıklar kolayca yırtılarak eritemli, parlak ve ıslak bir yüzey ortaya çıkar. Yırtılan kabarcıkların kalan kısmı periferde yakalık şeklinde görülebilir ve lezyonların birleşmesiyle polisiklik şekiller oluşur. Büllöz impetigo genellikle bez bölgesi, aksiller ve boyun gibi sürtünme alanlarında görülmekle birlikte, avuç içleri ve ayak tabanları dahil olmak üzere her bölgede ortaya çıkabilir. Bölgesel lenf düğümleri genellikle büyümmez. Bu durum özellikle yenidoğanlarda önemli olup, yaşamın ikinci haftasından itibaren başlar ancak erken membran yırtılması durumunda doğumda da görülebilir. Büllöz impetigo en sık iki ila beş yaş arasındaki çocuklarda görülür(38).

Büllöz olmayan(non-büllöz) impetigo, impetigo vakalarının %70'inden fazlasını oluşturur. Bu tür lezyonlar genellikle travmaya uğramış yüz veya uzuv derisinde ortaya çıkar; sağlam deri, GABHS ve S. aureus'taki teikoik asit parçaları için fibronektin reseptörlerinin bulunmaması nedeniyle impetigonun gelişimine veya kolonizasyona karşı direnç gösterir. Büllöz olmayan impetigodan önce en sık görülen lezyonlar arasında suçiçeği, böcek ısırıkları, sıyrıklar, kesikler ve yanıklar yer alır. İlk aşamada küçük bir vezikül veya püstül oluşur ve hızla çapı genellikle 2 cm'yi geçmeyen, bal rengi kabukla kaplı bir plak gelişir. Lezyonlar genellikle ağrısızdır veya çevresinde belirgin eritem bulunmaz, sistemik belirtiler de genellikle yoktur. Zaman zaman kaşıntı olabilir ve vakaların %90'ında bölgesel lenf bezi büyümesi görülür. Lökositoz ise hastaların yaklaşık %50'sinde bulunur. Tedavi edilmediğinde, lezyonlar birkaç hafta boyunca yavaşça ilerleyebilir ve nadiren kronik ülser oluşturabilir; ancak çoğu vakada yaklaşık iki hafta içinde skar bırakmadan kendiliğinden iyileşir. Büllöz olmayan impetigonun ayırıcı tanısı viral (herpes simpleks, varisella zoster), fungal (tinea corporis, kerion) ve paraziter enfeksiyonları (uyuz, baş biti) içerir; bu enfeksiyonlar da impetigoya ikincil olarak gelişebilir(39).

Tedavinin amaçları arasında hastanın rahatsızlığını hafifletmek, lezyonların kozmetik görünümünü iyileştirmek, enfeksiyonun hastaya ve başkalarına yayılmasını engellemek ve tekrarlanmasını önlemek yer alır. Lokalize enfeksiyonlu hastaların

çoğu, etkili ve iyi tolere edildikleri için mupirosin veya fusidik asit kullanılmalıdır. Mupirosin %2 merhem, lezyonlara günde üç kez, üç ila beş gün süreyle uygulanır. Tedavi süreçlerinde yaygın olarak kullanılan antibiyotik çeşitleri ve bu ilaçların önerilen dozaj bilgileri aşağıda açıklanmıştır:

Amoksisilin: *Yetişkinler için:* 10 gün boyunca, günde iki kez 250-500 mg dozunda kullanılması önerilir. *Çocuklar için:* 10 gün süreyle, günde iki kez uygulanacak şekilde kilogram başına 90 mg doz önerilmektedir.

Sefuroksim : *Yetişkinler için:* 10 gün süresince, günde iki kez 250-500 mg dozunda uygulanır. *Çocuklar için:* 10 gün boyunca, günde iki kez verilerek kilogram başına 90 mg doz uygulanması önerilir.

Bu dozajlar genel tedavi kılavuzları doğrultusunda verilmiş olup, her hastanın özel durumu göz önünde bulundurularak dozaj ayarlaması yapılmalıdır(40).

2.10. PSÖRIASİS VULGARİS

Psöriasis hastalığı, belirsiz bir etiyolojiye sahip ve çok faktörlü nedenlerle gelişen bir hastalık olup, dünya nüfusunun yaklaşık %2'sini etkiler. Psöriasis hastalığının lezyonları klinik olarak ciltte sertleşme, pullanma ve eritem üçlüsüyle kendini gösterir. Bu klinik bulguların histolojik karşılıkları arasında inflamasyon, anormal keratinosit çoğalması/terminal farklılaşma ve dermal anjiyogenez yer alır. Özellikle dermal-epidermal bağlantıda yoğunlaşan inflamatuvar hücre infiltratı, büyük oranda aktive T hücreleri ve APC'ler oluşur ve epidermal hiperproliferasyonun başlamasından önce görülür. Psoriatik lezyonlu epidermiste inflamatuvar sitokin seviyelerinin yükselmesi, T hücre aktivasyonunun artmasına ve bunun sonucunda keratinositlerin aşırı çoğalması ve hızlandırılmış farklılaşmasına neden olabilir(41).

Psöriasisin deri lezyonları, hastalığın tanısını kolaylaştıran belirgin özellikler taşır. Bu özellikler; lezyonların keskin sınırlara sahip olması, üzerinde kolayca ayrılabilen beyazımsı gümüş renkli kabuklar bulunması ve bu kabukların altındaki derinin homojen, parlak kırmızımsı bir görünümde olmasıdır. Lezyonlar en sık diz, dirsek, ekstremitelerin dış yüzeyleri, sakral bölge, saçlı deri ve tırnaklarda ortaya

çıkar. Genellikle simetrik yerleşim gösterirler. Bu yaygın klinik forma psoriasis vulgaris denir. Tırnak tutulumu olduğunda sıklıkla pitting, tırnak yatağında renk değişiklikleri, onikoliz, subungal hiperkeratoz, splinter hemorajiler ve tırnak yatağı anormallikleri gözlenir. Psoriasisli hastaların %5'inde eklem tutulumu meydana gelir. Psoriatik artritis vakalarının %70'inde oligoartiküler tip görülür.

Mum lekesi belirtisi: Lezyonlar künt bir cisimle kazındığında, beyaz lameller halinde kepek dökülmesi gözlenir. Bu, düz bir yüzeye dökülmüş ve kazındığında beyaz tabakalar halinde ayrılan mum lekesine benzetildiği için "mum lekesi belirtisi" olarak adlandırılır.

Auspitz belirtisi: Kazıma devam ettikçe, kabukların altından ince bir zar ortaya çıkar ve bu zar kaldırıldığında küçük, kırmızı noktasal kanamalar görülür. Bu durum "Auspitz belirtisi" olarak bilinir.

Koebner fenomeni: Aktif psoriasisli bir hastada, travma uygulanan bölgede 8-10 gün sonra tipik psoriasis lezyonları ortaya çıkar. Bu olaya "Koebner fenomeni" denir. Bunun zıttı ise ters Koebner fenomeni olarak adlandırılır; travmadan sonra lezyonların hızla iyileşmesi durumudur(42).

Psöriazisin klinik tanısı genellikle kolaydır, özellikle lezyonlar eritemli, gümüş beyazı pullarla kaplı, keskin sınırlı ve sert plaklar şeklinde uzuvların ekstansör yüzeylerinde, alt sırtta ve kafa derisinde simetrik olarak dağıldığında. Bu klinik bulgular, aktif lezyonlarda histopatolojik olarak görülen parakeratoz, akantoz, genişlemiş ve kıvrımlı kan damarları ile perivasküler lökosit infiltrasyonu gibi değişikliklerle uyumlu olup; Munro mikroapsesi ve Kogoj'un süngerimsi püstülü de tanı için belirleyici rol oynar(43).

Psöriasis hastalığının tedavisi, topikal (yumuşatıcılar, ditranol, katran, deltanoidler, kortikoidler, takrolimus), sistemik (metotreksat, siklosporin, asitretin, hidroksiüre, fumaratlar) veya ultraviyole ışık ile gerçekleştirilebilir. Fototerapi ve sistemik ajanlar genellikle topikal tedavilerin yetersiz kaldığı durumlarda devreye alınır. Günümüzde biyolojik tedavi seçenekleri hızla artmakta olup, bu tedaviler sedef hastalığı için yeni nesil sistemik tedavileri oluşturur. Bu tedaviler genellikle

antikor yapısında olup oldukça spesifik etkiler gösterir. Eritrodermik ve yaygın püstüler sedef hastalığı gibi ağır vakalar, yaşamı tehdit edici olabilir ve acil hastane tedavisi gerektirebilir. Tedavi kararı, sedef hastalığının türüne, konumuna, yaygınlığına ve şiddetine bağlı olarak alınır. Ayrıca hastanın yaşı, cinsiyeti, yaşam kalitesi, eşlik eden hastalıkları ve tedavinin risklerine karşı tutumu da göz önünde bulundurulur. Mümkün olan en az yan etkiye sahip ilaçlar tercih edilir. Tedavi istenilen sonuçları vermezse, yan etkileri daha fazla olan tedaviler kullanılabilir. Ciddi yan etkileri olan ilaçlar, şiddetli ve tedaviye dirençli vakalar için ayrılır. Bu tedavi basamaklarına "sedef hastalığı tedavi basamağı" adı verilir. İlk olarak, topikal tedavi adı verilen kremler veya merhemler cilde uygulanır. Bu tedavi yeterli olmazsa, bir sonraki aşamada cilt UV ışınlarına maruz bırakılır; buna fototerapi denir. Üçüncü aşama ise ağız yoluyla veya enjeksiyonla alınan ilaçların kullanımını kapsayan sistemik tedavilerdir(44).

2.11. SEBOREİK DERMATİT

Seboreik dermatit(SD), saçlı deri, yüz ve göğüs gibi sebum üretiminin yoğun olduğu alanlarda görülen, eritemli ve sarımsı yağlı görünümde skuamli plaklarla kendini belli eden, stresin temel tetikleyici faktör olduğu kronik ve inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Emosyonel stres, depresyon ve yorgunluk gibi faktörler, diğer dermatolojik hastalıklarda olduğu gibi SD'nin de alevlenmesine yol açabilir. SD ataklarının büyük bir bölümü stresle ilişkilidir(45).Malassezia türleri (örneğin, Malassezia furfur, Malassezia ovalis), özellikle lipit bakımından zengin olan seboreik bölgelerde (örneğin, baş, gövde, üst sırt) çoğunlukla baskındır ve bu bölgelerde kolonize olur. Seboreik dermatitli hastalarda, bu mantarın izole edilmesi ve antifungal tedavilere olumlu yanıt vermesi, Malassezia ile seboreik dermatit arasında nedensel bir ilişki olabileceğini düşündürmektedir(46).

SD,uzun yıllar boyunca aktivasyon ve remisyon dönemleriyle ilerleyen kronik bir hastalıktır. SD'de kaşıntı görülebilmekle birlikte, hiçbir zaman atopik dermatit'de(AD) olduğu kadar şiddetli değildir. Lezyonlar genellikle seboreik bölgelerde yer alır: saçlı deri, kaşlar, burun, yanaklar, sakal, bıyık, kulak arkası ve içi, göğüs ve sırt ortası ile nadiren koltuk altı ve kasık bölgeleri. Özellikle bebeklik ve erken çocukluk dönemlerinde SD'nin yüz lezyonları, AD ile karıştırılabilir. SD'de

lezyonlar yüzün orta hattında ve kaşların T şeklinde tutulumu ile gözlenirken, AD'de bu bölgelerde lezyon oluşmaz ve yanaklarda daha belirgindir. Ayrıca, AD'den farklı olarak, SD lezyonlarında sarımsı yağlı skuamalar, sarımsak eritemli bir zemin üzerinde görülür(47).

Hastalığın şiddeti, morfolojik değişiklikler ve önceki tedavilere verilen yanıt doğrultusunda şekillenen tedavi, genellikle alevlenmeleri kontrol altına alma amacı taşır. Tedavide temel hedef; skuam ve kabukların yumuşatılarak uzaklaştırılması, mantar kolonizasyonunun engellenmesi, sekonder enfeksiyonların önlenmesi ve tedavi edilmesiyle birlikte eritem ve kaşıntının azaltılmasıdır. Etkilenen bölgelerin sık yıkanması, terlemenin önlenmesi ve kış aylarında aşırı sıcak tutan giysilerden kaçınılması gibi önlemler de tedaviye yardımcı olur(48). Hafif seyreden vakalarda saçlı deride antiseptik şampuanlar ve pH dengeli sabunların kullanımı yeterli olabilir. Kalın kepeklerin yumuşatılması amacıyla salisilik asit içeren yağlardan yararlanılabilir. Topikal tedavi seçenekleri arasında katran, sülfür ve salisilik asit içeren şampuanlar topikal kortikosteroidler , takrolimus ve %2 ketokonazol içeren şampuanlar ile kremler etkili olmaktadır. Saçlı deri ve göğüs ön yüzünde yer alan kılız lezyon bölgelerinde, kortikosteroidlerin losyon formu tercih edilir. Özellikle yüz lezyonlarında ve çocuk hastalarda yan etki riski nedeniyle topikal kortikosteroid kullanımında dikkatli olunmalıdır. Alevlenme dönemlerinde kısa süreli, düşük etkili kortikosteroidler tercih edilebilir(49).

2.12. LİKEN PLANUS

Genel popülasyonda %1-2 sıklıkla görülen bu durum, özellikle kadınlarda daha yaygındır. "Kaşıntılı, mor, çokgen, düz, papüller ve plaklar" liken planusun(LP) klasik 6 "P"sini oluşturur . Lezyonlar genellikle iki taraflı ve nispeten simetrik(50).

Klinik gözlemler, bazı dış etkenlerle (virüsler, ilaçlar, alerjenler) liken planus gelişimi arasında bir bağlantı olabileceğini öne sürmüştür. Birçok risk faktörü suçlanmıştır; örneğin, bulaşıcı faktörler. HCV başta olmak üzere virüslerin olası etkisi üzerinde durulmuştur.LP tipleri arasında, oral formu HCV enfeksiyonu ile en sık ilişkilendirilenidir. Herpes simpleks virüsü veya varisella-zoster virüsünden etkilenen bölgelerde liken planus vakaları da bildirilmiştir. Helicobacter pylori de

yakın zamanda olası bir etiyolojik faktör olarak önerilmiştir. Bu bakteri, gastrit ya da peptik ülser sürecinde IL-1 β ve TGF β gibi proinflamatuvar sitokinlerin üretimini tetikleyerek LP patogenezinde rol oynayabilir. Genetik yatkınlık da liken planusun gelişiminde rol oynayabilir. Ailesel liken planus vakaları, tüm liken planus tipleri için %1 ila %15 arasında değişen bir sıklıkta rapor edilmiştir. Bu genetik yatkınlık, deri ve mukozanın etiyolojik faktörlere verdiği tepkiyi etkileyebilir

Nöropsikiyatrik faktörler de oral liken planus gelişimi ile ilişkilendirilmiştir. Anksiyete veya depresif belirtiler gösteren hastalarda psiko-duygusal şoklar hastalığı tetikleyebilir ve stres, travma veya lokal faktörler semptomları kötüleştirebilir. LP, bazen periferik nevrit, siringomiyeli, bulbar palsy ve paravertebral tümörlerle de ilişkilendirilir. Lezyonlar bazen bir sinirin seyrini izleyerek "zosteriform liken planus" olarak adlandırılan formda görülebilir.

İlaçlar da likenoid döküntülerin gelişiminde önemli bir rol oynar. Oral mukozayı ve cildi etkileyen döküntüler, hastanın ilacı kullanmaya başlamasından aylar hatta yıllar sonra ortaya çıkabilir, bu da tipik ilaç reaksiyonlarına kıyasla daha uzun bir gecikme süresiyle karakterizedir. Bu duruma yol açabilecek ilaçlar arasında ACE inhibitörleri, altın tuzları, antimalaryaller ve tiyazid diüretikleri bulunmaktadır.

Metabolik faktörler arasında diyabet ve dislipidemi liken planus ile ilişkilendirilmiştir. İmmüno Floresan çalışmalar, koloidal cisimciklerde IgM (bazen IgG ve IgA) birikimlerinin varlığını ortaya koyarak, humoral bağışıklığın da bu süreçte rol oynadığını öne sürmektedir. Liken planus vakalarının çoğunun kesin nedeni halen belirsizdir. Bununla birlikte, otoimmün hastalıklarla olan ilişkisi nedeniyle, bu durumun bağışıklık sisteminin cilt ve mukozaya yanlışlıkla yabancıymış gibi tepki vermesiyle ortaya çıkan bir otoimmün hastalık olduğu teorisi yaygın olarak kabul edilmektedir. Örneğin, liken planus, primer biliyer siroz, aktif kronik hepatit, Sjögren sendromu, dermatomiyozit, sistemik lupus eritematozus, morfea, büllöz pemfigoid, vitiligo, alopesi areata, otoimmün tiroidit, ülseratif kolit, miyastenia gravis, Addison hastalığı gibi diğer otoimmün hastalıklarla ilişkili olabilir. Büllöz liken planus, nadiren kanserle birlikte görülebilir(51).

Klasik liken planus, genellikle ciltte yoğun kaşıntıya yol açan, üzerinde ince beyaz çizgiler bulunan, kırmızımsıdan morumsuya kadar değişen düz kabarıklıklar şeklinde görülür. Tırnak liken planusu, tırnakların incelmesine, deformasyonuna ve hatta tırnağın tamamen kaybedilmesine neden olabilir. Oral ve vajinal liken planus ise ağız ve vajina gibi nemli bölgelerde ortaya çıkar. Bu hastalık, genellikle yüzeysel deri katmanlarının soyulmasına ve altındaki hassas alanların açığa çıkmasına neden olan iltihapla karakterizedir. Bu erozyonlar oldukça ağrılı olabilir. Ağızda liken planus görülen kadınların neredeyse yarısında vajinal liken planusu da gelişir. Penis liken planusu da erozyonlar ve yara izleri oluşturabilir, ancak genellikle klasik liken planusa benzer bir şekilde seyreder. Liken planus pigmentosus, genellikle Hint alt kıtası, Orta Amerika ve Orta Doğu kökenli insanlarda görülür. Bazen güneş ışığı tarafından tetiklenebilir, genellikle kaşıntı yapmaz ancak cildin gri renge dönmesine yol açar. Liken planopilaris ise kafa derisindeki saç köklerini etkileyerek yara izlerine ve kalıcı saç kaybına neden olur. Saç kaybı özellikle kafa derisinin ortasında, ön saç çizgisi boyunca ve kaşlarda görülebilir. Bu durum kaşıntısız olabilir ya da kaşıntı ve kafa derisinde yanma hissi yaratabilir(52).

LP, genellikle klasik vakalarda klinik olarak teşhis edilebilir, ancak biyopsi, tanıyı doğrulamak ve daha atipik durumları değerlendirmek için faydalı olabilir. Ciltte veya ağızda yapılan 4 mm'lik punch biyopsisi genellikle yeterlidir. Histopatolojik inceleme, karakteristik "testere dişi" şeklinde epidermal hiperplazi, granüler hücre tabakasının kalınlaşmasıyla hiperparakeratoz ve dermo-epidermal birleşimde yoğun T hücre infiltrasyonu ile epidermisin bazal tabakasında vakuoler değişiklikler gösterebilir. Büllöz lezyonlar mevcutsa, pemfigus veya büllöz pemfigoid gibi durumların ayırt edilmesi için doğrudan immüno Floresans incelemesi amacıyla lezyon çevresindeki cildin 4 mm'lik punch biyopsisi eklenebilir(53).

Kutanöz LP genellikle 1 ila 2 yıl içinde kendiliğinden iyileşir. Bu nedenle tedavinin ana hedefi, kaşıntıyı hafifletmek ve iyileşme süresini hızlandırmaktır. Sınırlı LP durumlarında ilk tercih edilen tedavi, günde iki kez 2 ila 4 hafta boyunca uygulanan güçlü topikal steroidlerdir. Topikal steroidlere yeterli yanıt alınamadığında, intralezyonel steroid enjeksiyonları ile desteklenebilir. Yaygın LP için birinci basamak tedavi, 2 ila 6 hafta süresince kademeli olarak azaltılan günlük

oral kortikosteroidlerdir. Tedavide herhangi bir iyileşme görülmezse, ikinci basamak tedaviye geçilebilir.

İkinci basamak tedavi seçenekleri arasında metronidazol (3 ila 8 hafta boyunca günde iki kez 500 mg), sülfasalazin (3 ila 6 hafta boyunca günde iki kez 500 mg, her 3 günde bir 2,5 grama ulaşana kadar 500 mg artışlarla), izotretinoin (günde iki kez 10 mg, 2 ay süreyle), asitretin (8 hafta boyunca günde 30 mg), PUVA, UVB, topikal kalsinörin inhibitörleri veya metotreksat (yetişkinlerde haftada 15 mg, çocuklarda haftada 0,25 mg/kg) yer alabilir.

Üçüncü basamak tedavi seçenekleri arasında trimetoprim-sülfametoksazol, griseofulvin, terbinafin, antimalaryaller, tetrasiklinler, siklosporin, mikofenolat mofetil, azatioprin, etanersept, adalimumab veya düşük moleküler ağırlıklı heparin yer alabilir. Oral LP genellikle 5 yıl içinde kendiliğinden düzelebilir, ancak birçok vaka kronik seyir gösterir ve tam iyileşme olmayabilir. Tedaviyle elde edilen remisyonlar genellikle nökslerle sonuçlanır. Bu sebeple, asemptomatik oral LP vakalarında, tedavinin yan etkilerinin ağır olması nedeniyle tedavi önerilmez. Semptomatik oral LP'nin tedavisinde amaç, ağrıyı hafifletmek ve hastaların normal beslenmesine izin vermek için yaralı lezyonları iyileştirmektir. Hastalara, semptomları kötüleştirdiği için baharatlı, asitli yiyeceklerden, alkol ve tütün kullanımından kaçınmaları önerilir. İlk basamak tedavi, remisyon sağlanana kadar günde üç kez uygulanan güçlü topikal steroidlerle yapılır. 6 hafta sonunda iyileşme sağlanamazsa, tedavi yoğunlaştırılmalıdır. İkinci basamak tedavi seçenekleri arasında oral kortikosteroidler veya topikal kalsinörin inhibitörleri bulunur. Üçüncü basamak tedavi ise siklosporin, azatioprin, mikofenolat mofetil veya metotreksat gibi ilaçları içerebilir(54).

2.13. ALOPESİ AREATA

Alopesi areata(AA), yaşam boyu yaklaşık %2 oranında görülen yaygın bir saç dökülmesi durumudur ve genellikle belirgin sınırları olan, yara izi bırakmayan ani saç dökülmesiyle karakterizedir .Bazı hastalarda saç dökülmesi yalnızca küçük bir bölgede sınırlıyken, bazılarında daha geniş alanlara yayılabilir veya daha nadir

görülen yaygın tutulum olabilir. Saç bulunan herhangi bir bölge etkilenebilir, ancak en sık etkilenen yerler kafa derisi, sakal bölgesi ve kaşlardır(55).

AA,saç köklerine saldırarak yara izi bırakmadan saç dökülmesine yol açan otoimmün bir hastalıktır. AA her yaşta görülebilir ve yaşam boyu görülme oranı neredeyse doğrusal bir şekilde artış gösterir . Tanı anında medyan yaş 33'tür . Erkek hastaların çocukluk çağında teşhis alma olasılığı daha yüksekken, kadınlar için ergenlik döneminde ortaya çıkma ve daha sık eşlik eden tırnak tutulumu veya otoimmün hastalık bulunma olasılığı daha fazladır(56).

AA'nın patogenezi henüz tam olarak anlaşılamamıştır. Patogeneizde araştırılan başlıca faktörler arasında genetik yatkınlık, bağışıklık sisteminin genel ve organa özgü otoimmün tepkileri ön plandadır. Bunun yanı sıra, enfeksiyöz ajanlar, sitokinler, duygusal stres, anormal melanositler veya keratinositler ve nörolojik faktörler gibi çeşitli diğer nedenler de öne sürülmüştür(57).

AA ile ilişkili olan otoimmün hastalıklar arasında otoimmün tiroid hastalıkları ve bunlarla ilişkili dolaşan otoantikorlar, vitiligo, Vogt-Koyanagi-Harada sendromu, kronik atrofik gastrit veya pernisiyöz anemi ile ilgili otoantikorlar, çölyak hastalığı, lupus eritematozus ve otoimmün poliendokrinopati (kandidiyazis-ektodermal distrofi) sendromu yer almaktadır.AA hastalarında sık gözlenen komorbid durumlar ise Down sendromu, atopik hastalıklar,HAART alan AIDS hastaları, düşük serum ferritin, çinko ve D vitamini seviyeleri ile stresli olaylar ve psikiyatrik bozukluklar olarak sıralanabilir. Ayrıca trikotillomani de AA ile birlikte görülebilen durumlar arasındadır(55).

AA genellikle düzgün, keskin sınırlarla belirgin, yuvarlak saç dökülme bölgeleri şeklinde, atrofi olmaksızın ortaya çıkar ve bu bölgelerin etrafında "ünlem işareti kılları" görülebilir.Hastalığın özel tipleri arasında tüm vücutta saç kaybı ile karakterize alopesi universalis,tüm kafa derisinde saç dökülmesi olan alopesi totalis ve temporal ile oksipital bölgede bant şeklinde saç dökülmesi ile seyreden ofiasis tipi alopesi yer alır.Daha nadir görülen varyantlar arasında, kafa derisinin genelinde saç incilmesi ile karakterize diffüz varyant ve bir bölgede saç dökülmesi

yaşanırken diğer bölgede kendiliğinden saç çıkmasının gözlemlendiği retiküler desen bulunur .

Ayrıca, AA ile sıkça ilişkili olan diğer hastalıklar tiroid hastalığı (%8-%28) , vitiligo (%1,8-%16) ve atopi (%1-%52) olarak sıralanabilir AA ile karıştırılabilecek diğer cilt hastalıkları arasında traksiyon alopesi, temporal üçgen alopesi, androjenik alopesi, trikotillomani, tinea kapitis, sekonder sifiliz, basınca bağlı alopesi, aplasia cutis, kemoterapiye bağlı alopesi, telogen effluvium ve çeşitli sikatrisyel alopesi formları yer alır.

Hastalığın prognozu öngörülemez.Hastalar hayatları boyunca birkaç kez saç dökülmesi ve yeniden saç çıkması döngüsü yaşayabilir. Genç yaşta hastalığın başlaması, ailede AA öyküsü, tırnak distrofisi, yaygın saç dökülmesi, ofiyazis, atopi öyküsü veya diğer otoimmün hastalıkların varlığı kötü prognoz ile ilişkilendirilmiştir.

Tanı genellikle klinik bulgularla konur ve pozitif saç çekme testi veya trikoskopi gibi yöntemlerle desteklenebilir. Trikoskopide, aktif hastalık sarı noktalar, siyah noktalar, "ünlem işareti" şeklindeki veya sivrilen saçlar ile kırık saçlarla karakterizedir. Lezyonlardaki vellus kılları da AA'nın bir başka belirleyicisidir ve geç evre veya inaktif hastalığı işaret edebilir. Şüpheli durumlarda, kesin tanı için biyopsi alınabilir(56).

Şu anda mevcut tedavilerin tümü palyatiftir ve yalnızca hastalığı kontrol altına almayı amaçlar; kesin bir tedavi sağlamazlar. Lokal tedaviler uygulandığı bölgeye yardımcı olabilir, ancak hastalığın daha fazla yayılmasını engellemez. Ayrıca, AA'nın kronik doğası nedeniyle, herhangi bir tedavi yönteminin uzun süreli kullanımı gerekebilir. Yeni AA araştırma değerlendirme yönergeleri, klinik çalışmalarda hasta seçimi ve değerlendirme kriterlerini belirleyerek işbirliğini kolaylaştırır, verilerin karşılaştırılmasını sağlar ve kafa derisi tutulumunun kapsamını ölçmeye yardımcı olur . Şu anda AA tedavisinde topikal, intralezyonel ve sistemik steroidler; topikal ve sistemik immünoterapi; antralin; minoksidil ve fotokemoterapi kullanılmaktadır. Tedavi planları, hastalar için iki ana faktöre bağlı olarak belirlenir: kafa derisi tutulumunun yaygınlığı ve hastanın yaşı(57).

2.14.PARONİŞİ

Eller, anatomileri, işlevleri ve günlük hayatımızda birçok patojenle temas etmeleri nedeniyle enfeksiyonlara oldukça yatkındır. Elin en yaygın enfeksiyonu ise paronişidir . Paronişi, tırnağı çevreleyen epidermisin enfeksiyonu olup genellikle tırnak plağı ile komşu tırnak kıvrımı arasındaki bariyerin hasar görmesinin ardından ortaya çıkar. Çoğunlukla travma sonrası gelişse de, enfeksiyöz veya enfeksiyöz olmayan (kimyasal iritanlar, aşırı nem, ilaçlar, sistemik hastalıklar) birçok faktörden kaynaklanabilir . Enfeksiyon altı haftadan kısa sürerse akut paronişi, altı haftadan uzun sürerse kronik paronişi olarak kabul edilir. En yaygın neden Staphylococcus aureus iken, bağışıklık sistemi zayıf olan hastalarda mantarlar, miks aerop ve anaerop bakteriler de sorumlu olabilir(58).

Akut paronişi tedavi etmek için iltihaplanma derecesi dikkate alınır. Apse oluşmamışsa, etkilenen parmağa ılık su kompresleri uygulanması veya Burow solüsyonu (alüminyum asetat) ya da sirke ile bekletilmesi faydalı olabilir. Semptomların hafifletilmesi amacıyla parasetamol ya da steroid olmayan anti-inflamatuvar ilaçlar kullanılabilir. Hafif vakalarda, antibiyotik krem (örneğin, mupirosin], gentamisin, basitrasin/neomisin/polimiksin B]) tek başına veya topikal bir kortikosteroid ile birlikte kullanılabilir

Topikal antibiyotik ile betametazon gibi kortikosteroid kombinasyonu, komplikasyonsuz akut bakteriyel paronişi tedavisinde güvenli ve etkili olup, sadece topikal antibiyotiklere kıyasla ek avantajlar sunabilir. Kalıcı lezyonlar için ılık banyolarla birlikte oral antistafilokokal antibiyotik tedavisi uygulanmalıdır. Parmak emme veya tırnak yeme gibi alışkanlıklarla ağız florasına maruz kalan hastalarda, S. aureus ve Bacteroides'in penisilin ve ampisiline karşı direnç gösterme ihtimali nedeniyle, geniş spektrumlu oral antibiyotiklerle (örneğin amoksisilin, klindamisin) anaeroblara karşı tedavi yapılmalıdır(59).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, Tokat ilinde görev yapan birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan aile hekimlerine ulaşarak, gönüllülük esasına dayalı kesitsel ve tanımlayıcı bir anket çalışması olarak planlanmıştır..

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışmamız Tokat ilinde birinci basamakta çalışan aile hekimlerine online olarak Temmuz 2024-Ekim 2024 tarihleri arasında uygulanmıştır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü

Araştırmanın evrenini; Tokat il merkezinde birinci basamakta görev yapan aile hekimleri oluşturmuş olup toplam 194 hekim bulunmaktadır. Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde G*Power 3.1.9.7 programı kullanılmıştır(60). Cohen (1988)'nin küçük etki büyüklüğü önerisi ($d=0,2$) dikkate alınarak t testinde tek gruplu örneklem yöntemi kullanılarak (exact test), araştırmanın örneklemini hesaplanmıştır(61). Buna göre çift kuyruklu hipotez, etki büyüklüğü $d=0,3$; güven aralığı %80 ($1-\beta=0,80$) ve hata payı %5 ile 95 kişiye ulaşılması gerektiği belirlendi. Ancak oluşabilecek veri kayıpları (veri kaybı düzeyi %10 olarak hesaplanmıştır) göz önünde bulundurularak toplam 104 kişi ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırma sonunda yapılan posthoc güç analizine göre 104 kişi ile %85 ($1-\beta=0,85$) güce ulaşılmış olup critical t 1.98'dir. Elde edilen bu bulgulara göre çalışma sonunda istenilen etkiye ulaşıldığı belirlenmiştir.

3.4.Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Dahil Edilme Kriterleri:

- Tokat ilinde aile hekim olmak
- 1.basamakta çalışmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek

Dışlama Kriterleri:

- Tokat ili dışında hekim olmak
- 18 yaş altında olmak

- 2. ve 3.basamakta çalışmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek

3.5.Verİ Toplama Aracı Yöntemleri ve Toplanması

Çalışmamızda Tokat ilinde birinci basamakta çalışan aile hekimlerine yönelik anket şeklinde uygulanmıştır.. Anket formu araştırmacılara online şeklinde uygulanmıştır. Araştırma için 06.06.2024 tarihinde 24-KAEK-195 numarası ile etik kurul izni alınmıştır. Araştırmaya katılan doktorlara sosyodemografik özelliklerini değerlendirmeye yarayan sosyodemografik veriler anket formu, sık görülen dermatolojik hastalıklarla ilgili anket formu ve bilgi düzeyini ölçen görsel sorulardan oluşmaktadır.

Sosyodemografik Veriler Anket Formu

Literatür taraması sonucu oluşturulmuştur. Form, katılımcıların sosyodemografik verilerini içeren sorular (yaş, cinsiyet, görev tanımı, meslekte yılı,aile hekiminde çalışma yılı) tıp fakültesindeki dermatoloji pratik eğitimi yeterli bulup bulmadığı, asistanlık eğitiminde dermatoloji rotasyonun verimli geçip geçmediği ve reçete yazarken çoğunlukla yardımcı destek kullanıp kullanmadığını içeren sorulardan oluşmaktadır.

Aile Hekimlerin Sık Görülen Dermatolojik Hastalıklarla Yaklaşımları İçeren Anket Formu ve Görsel Sorular

Literatür taraması ve 2003 ve 2012 yılında yayınlanan T.C.Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri esas alınarak sorular oluşturulmuştur .Görsel sorular için fotoğraflar, araştırma konularına uygun olarak UpToDate üzerinden erişime açık fotoğraflar arasından seçilmiştir.

3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesi bilgisayar ortamında SPSS 22.0 paket programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel ölçütler (ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ve yüzdelik sayılar) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde parametrik test varsayımlar yerine getirildiğinden iki

bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi için Independent Sample t testi, ikiden fazla bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi için One-Way ANOVA (posthoc analiz için Tukey), kategorik verilerin analizinde Ki-Kare testi (posthoc analiz için Benferroni düzeltmeli Z testi) kullanılmış olup yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

Verilerin normallik analizi değerlendirilirken değişkenlere ait verilerin hangi dağılımdan geldiğini belirlemek için; Kolmogorov-Smirnov testi istatistik ve p değeri, çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiş, Tabachnick ve Fidell'in, (2013) önerisi doğrultusunda p değerinin 0,05'ten büyük olması veya çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 2 sınırları içinde bulunması durumunda verilerin dağılımının normal sınırlar içerisinde olduğu kabul edilmiştir(62).

4-BULGULAR

Tablo 1: Hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (N=104)

Özellikler	n	%
Yaş		
25-30 yaş	25	24,0
31 yaş ve üzeri	79	76,0
Cinsiyet		
Erkek	48	46,2
Kadın	56	53,8
Ünvan		
Pratisyen aile hekimi	70	67,3
Sözleşmeli aile hekimi asistanı	20	19,2
Aile hekimi uzmanı	14	13,5
Görev süresi		
0-1 yıl	4	3,8
1-5 yıl	27	26,0
5-10 yıl	32	30,8
11 yıl ve üzeri	41	39,4
Aile hekimliğinde görev süresi		
0-1 yıl	11	10,6
1-5 yıl	48	46,2
5-10 yıl	27	26,0
11 yıl üzeri	18	17,3
TOPLAM	104	100,0

n: kişi sayısı, %=yüzde

Hekimlerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı değerlendirildiğinde katılımcıların %76,0'sının (n=79) 31 yaş ve üzerinde, %53,8'inin (n=56) kadın, %67,3'ünün (n=70) pratisyen aile hekimi, %39,4'ünün (n=41) 11 yıldan fazla görev yaptığı, %46,2'sinin (n=48) 1-5 yıldır aile hekimi olarak görev yaptığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 2: Hekimlerin dermatoloji eğitimine ait sorulan sorulara verilen yanıtların dağılımı (N=104)

Özellikler	n	%
Tıp fakültesindeki dermatoloji pratik eğitimini yeterli buluyorum.		
Katılmıyorum	70	67,3
Fikrim yok	15	14,4
Katılıyorum	19	18,3
Asistanlık eğitiminde dermatoloji rotasyonunun verimli geçtiğini düşünüyor musunuz?		
Katılıyorum	15	14,4
Fikrim yok	11	10,6
Rotasyon almadım	68	65,4
Katılmıyorum	10	9,6
Reçete yazarken çoğunlukla yardımcı destek kullanırım		
Katılıyorum	70	67,3

Katılmıyorum	24	23,1
Fikrim yok	10	9,6
TOPLAM	104	100,0

n: kişi sayısı, %=yüzde

Hekimlerin dermatoloji eğitimine ait sorulan sorulara verilen yanıtların dağılımı değerlendirildiğinde katılımcıların %67,3'ünün (n=70) tıp fakültesindeki dermatoloji pratik eğitimini yeterli buluyorum sorusuna "katılmıyorum" cevabını verdiği, %65,4'ünün (n=68) asistanlık eğitiminde dermatoloji rotasyonunun verimli geçtiğini düşünüyor musunuz? sorusuna "rotasyon almadım" cevabını verdiği, %67,3'ünün (n=70) reçete yazarken çoğunlukla yardımcı destek kullanırım sorusuna "katılıyorum" cevabını verdiği belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3: Hekimlerin bazı dermatolojik hastalıklarda yaptıkları tedavi ve uygulamalara ilişkin bilgilerin dağılımı (N=104)

Özellikler	n	%
Fungal deri hastalıklarını rahatlıkla tedavi ederim		
Katılıyorum	88	84,6
Fikrim yok	8	7,7
Katılmıyorum	8	7,7
Tinea Capitis tanısını zorluk çekmeden koyabilirim		
Katılıyorum	67	64,5
Fikrim yok	20	19,2
Katılmıyorum	17	16,3
Ön tanı olarak Tinea Capitis düşünüyorsam dermatoloji polikliniğine yönlendiririm		
Katılıyorum	34	32,7
Fikrim yok	31	29,8
Katılmıyorum	39	37,5
Tinea Versikolor tanısını koymakta ve tedavi etmekte zorlanırım		
Katılıyorum	36	34,6
Fikrim yok	15	14,4
Katılmıyorum	53	51,0
Tinea Versikolor ön tanısıyla dermatoloji polikliniğine yönlendiririm		
Katılıyorum	37	35,6
Fikrim yok	14	13,5
Katılmıyorum	53	51,0
Ürtikeri ve alerjik deri hastalıklarının tanı ve tedavi aşamalarını rahat bir şekilde yönetebilirim		
Katılıyorum	88	84,6
Fikrim yok	13	12,5
Katılmıyorum	3	2,9
Dermatitlerin tanı ve tedavisini kolaylıkla yönetebilirim		
Katılıyorum	83	79,8
Fikrim yok	9	8,7
Katılmıyorum	12	11,5
Neonatal dönemde yüzde görülen atopik dermatitlerin tanı ve tedavi aşamalarını yönetmekte zorlanırım		
Katılıyorum	33	31,7
Fikrim yok	44	42,3
Katılmıyorum	27	26,0

Akne Vulgaris tanı ve tedavisini rahat bir şekilde yönetebilirim		
Katılıyorum	43	41,3
Fikrim yok	40	38,5
Katılmıyorum	21	20,2
Bakteriyel ve viral deri hastalıklarının tanı ve tedavi aşamalarını rahat bir şekilde yönetebilirim		
Katılıyorum	44	42,3
Fikrim yok	19	18,3
Katılmıyorum	41	39,4
Sığillerin tanı ve tedavi aşamalarını yönetmekte zorlanırım		
Katılıyorum	30	28,8
Fikrim yok	34	32,7
Katılmıyorum	40	38,5
Psoriasis, liken planus gibi inflamatuvar deri hastalıklarının tanı ve tedavi aşamalarını rahat bir şekilde yönetebilirim		
Katılıyorum	18	17,3
Fikrim yok	19	18,3
Katılmıyorum	67	64,4
Saç dökülmesi olan hastayı nadiren dermatoloji polikliniğine gönderirim		
Katılıyorum	43	41,3
Fikrim yok	16	15,4
Katılmıyorum	45	43,3
Tırnak hastalıklarını dermatoloji polikliniğine yönlendirmem		
Katılıyorum	57	54,8
Fikrim yok	14	13,5
Katılmıyorum	33	31,7
Yanık olgularının pansumanları için 2. ve 3. Basamak hastanelere yönlendiririm		
Katılıyorum	39	37,5
Fikrim yok	22	21,2
Katılmıyorum	43	41,3
TOPLAM	104	100,0

n: kişi sayısı, %=yüzde

Hekimlerin %84,6'sının (n=88) fungal deri hastalıklarını rahatlıkla tedavi ederim sorusuna "katılıyorum", %64,5'inin (n=67) Tinea Capitis tanısını zorluk çekmeden koyabilirim sorusuna "katılıyorum", %37,5'inin (n=39) ön tanı olarak Tinea Capitis düşünüyorsam dermatoloji polikliniğine yönlendiririm sorusuna "katılmıyorum", %51,0'inin (n=53) Tinea Versikolor tanısını koymakta ve tedavi etmekte zorlanırım sorusuna "katılmıyorum", %51,0'inin (n=53) Tinea Versikolor ön tanısıyla dermatoloji polikliniğine yönlendiririm sorusuna "katılmıyorum", %84,6'sının (n=88) Ürtikeri ve alerjik deri hastalıklarının tanı ve tedavi aşamalarını rahat bir şekilde yönetebilirim sorusuna "katılıyorum", %79,8'inin (n=83) Dermatitlerin tanı ve tedavisini kolaylıkla yönetebilirim sorusuna "katılıyorum", %42,3'ünün (n=44) Neonatal dönemde yüzde görülen atopik dermatitlerin tanı ve tedavi aşamalarını yönetmekte zorlanırım sorusuna "fikrim yok", %41,3'ünün (n=43) Akne Vulgaris tanı ve tedavisini rahat bir şekilde yönetebilirim sorusuna

“katılıyorum”, %42,3’ünün (n=44) bakteriyel ve viral deri hastalıklarının tanı ve tedavi aşamalarını rahat bir şekilde yönetebilirim sorusuna “katılıyorum”, %38,5’inin (n=40) Siğillerin tanı ve tedavi aşamalarını yönetmekte zorlanırım sorusuna “katılmıyorum”, %64,4’ünün (n=67) Psoriasis, liken planus gibi inflamatuvar deri hastalıklarının tanı ve tedavi aşamalarını rahat bir şekilde yönetebilirim sorusuna “katılmıyorum”, %43,3’ünün (n=45) saç dökülmesi olan hastayı nadiren dermatoloji polikliniğine gönderirim sorusuna “katılmıyorum”, %54,8’inin (n=57) tırnak hastalıklarının dermatoloji polikliniğine yönlendirmem sorusuna “katılıyorum”, %41,3’ünün (n=43) yanık olgularının pansumanları için 2. ve 3. Basamak hastanelere yönlendiririm sorusuna “katılmıyorum” cevabını verdiği belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4: Hekimlerin görsel sorulara verdiği yanıtların dağılımı (N=104)

Özellikler	Verilen cevaplar		Doğru cevap n(%)	Yanlış cevap n(%)
	n	%		
Görsel 1 Pityriasis versiko Tinea corporis Ürtiker	52 50 2	50,0 48,1 1,9	52(50,0)	52(50,0)
Görsel 2 Alopesi areata Seboreik dermatit Tinea capitis	14 56 34	13,5 53,8 32,7	34(32,7)	60(67,3)
Görsel 3 Liken planus Tinea corporis Tinea versiko	65 33 6	62,5 31,7 5,8	33(31,7)	61(68,3)
Görsel 4 Seboreik dermatit Ürtiker	4 100	3,8 96,2	100(96,2)	4(3,8)
Görsel 5 Açık uçlu komedon Dermatit Liken planus	102 1 1	98,0 1,0 1,0	102(98,0)	2(2,0)
Görsel 6 Rozasea Seboreik dermatit	92 12	88,5 11,5	92(88,5)	12(11,5)
Görsel 7 Akne vulgaris Herpes simplex Verruca vulgaris	1 31 72	1,0 29,8 69,2	72(69,2)	32(30,8)
Görsel 8 Herpes simplex labialis İmpetigo	88 16	84,6 15,4	88(84,6)	16(15,4)
Görsel 9 Büllöz impetigo Herpes simplex Liken planus	92 11 1	88,5 10,4 1,0	92(88,5)	12(11,5)
Görsel 10				

Liken planus	26	25,0	71(68,3)	33(31,7)
Psöriasis vulgaris	71	68,3		
Tinea corporis	7	6,7		
Görsel 11				
Rozea	22	21,1	79(76,0)	25(24,0)
Seboreik dermatit	79	76,0		
Ürtiker	3	2,9		
Görsel 12				
Herpes simplex	21	20,2	48(46,1)	56(53,9)
Liken planus	48	46,1		
Psöriasis vulgaris	35	33,7		
Görsel 13				
Alopesi areata	69	66,3	69(66,3)	35(33,7)
Tinea capitis	35	33,7		
Görsel 14				
Liken planus	1	1,0	73(70,2)	31(29,8)
Paronişi	73	70,2		
Tinea unguium	30	28,8		
TOPLAM	104	100,0		

n: kişi sayısı, %=yüzde

Hekimlerin görsel sorulara verdiği yanıtların dağılımı değerlendirildiğinde pitriyasis versicolor sorguladığımız 1. soruya %50,0 (n=52), tinea capitis sorguladığımız 2. soruya %32,7 (n=34), tinea corporis sorguladığımız 3. soruya %31,7 (n=33), ürtiker sorguladığımız 4. soruya %96,2 (n=100), açık komedon sorguladığımız 5. soruya %98,0 (n=102), rozasea sorguladığımız 6. soruya %88,5 (n=92), verruca vulgaris sorguladığımız 7. soruya %69,2 (n=72), herpes simplex labialis sorguladığımız 8. soruya %84,6 (n=88), büllöz impetigo sorguladığımız 9. soruya %88,5 (n=92), psöriasis vulgaris sorguladığımız 10. soruya %68,3 (n=71), seboreik dermatit sorguladığımız 11. soruya %76,0 (n=79), liken planus sorguladığımız 12. soruya %46,1 (n=48), alopesi areata sorguladığımız 13. soruya %66,3 (n=69) ve paronişi sorguladığımız 14. soruya %70,2 (n=73) oranlarında doğru yanıt verildiği belirlenmiştir.. Hekimlerin görsel sorulara verdiği yanıtların doğruluğu değerlendirildiğinde görsel sorular içerisinde en yüksek oranda görsel 5'e doğru yanıt verdiği (%98,0); en düşük oranda görsel 3'e doğru yanıt verdiği (%31,7) saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5: Hekimlerin görsel sorulara verdiği yanıtlara göre puan ortalamaları

	n	%
Görsel soru puanı		
0-5 puan	1	1,0
6-9 puan	52	50,0
10-13 puan	44	42,3
14 puan	7	6,7
Görsel soru puan ortalaması	9,66±2,12 (min:4-max:14)	
̄X±SS (min-max)		

$\bar{X}$: ortalama değer, SS: standart sapma, min: en küçük değer, max: en bk değer

Hekimlerin görsel sorulara verilen yanıtlarda doğru olanlara puan verildiğinde tüm sorulara hekimlerin %6,7'sinin (n=7) doğru yanıt verdiği, %50,0'sinin (n=52) görsel sorulardan 6-9 puan aldığı belirlenmiş olup hekimlerin görsel soru puan ortalaması $9,66 \pm 2,12$ 'dir (Tablo 5).

Tablo 6: Hekimlerin sosyo-demografik özellikleri ile görsel sorulara verilen yanıtlara göre alınan puan ortalamalarının karşılaştırması (N=104)

zellikler	Görsel puan $\bar{X} \pm SS$	Test değeri/p	Anlamlı fark
Yaş 25 yaşından küçük 25-30 yaş 31 yaş ve üzeri	(n=1) 9,92 $\pm$ 1,81 9,57 $\pm$ 2,21	t=0,699 p=0,487	-
Cinsiyet Erkek Kadın	9,85 $\pm$ 2,22 9,50 $\pm$ 2,03	t=0,848 p=0,398	-
nvan Pratisyen aile hekimi ^a Sözleşmeli aile hekimi asistanı ^b Aile hekimi uzmanı ^c	9,07 $\pm$ 1,98 10,65 $\pm$ 1,87 11,21 $\pm$ 1,88	F=10,174 p<0,001	a-b, a-c
Görev süresi 0-1 yıl 1-5 yıl 5-10 yıl 11 yıl ve üzeri	11,00 $\pm$ 0,81 9,89 $\pm$ 1,90 9,19 $\pm$ 2,49 9,76 $\pm$ 1,98	F=1,202 p=0,313	-
Aile hekimliğinde görev süresi 0-1 yıl ^a 1-5 yıl ^b 5-10 yıl ^c 11 yıl üzeri ^d	10,72 $\pm$ 1,93 9,35 $\pm$ 2,19 9,19 $\pm$ 2,16 10,45 $\pm$ 1,12	F=2,964 p=0,036	b-d, c-d

$\bar{X}$: ortalama (mean) değer, SS: Standart Sapma, t: Independent Sample t testi, F: One Way ANOVA (posthoc analizde Tukey ve Tamhane T2 kullanılmıştır)

Hekimlerin sosyo-demografik özellikleri ile görsel sorulara hekimlerin verdiği doğru yanıtların oranı değerlendirildiğinde 25-30 yaş aralığında, erkek, aile hekimi uzmanı, görev süresi 0-1 yıl, aile hekimliğinde 0-1 yıldır görevli olan hekimlerin görsel sorulara daha fazla yanıt verdiği belirlenmiştir. Görsel sorulara verilen yanıtlar ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılmasında nvan ve aile hekimliğinde görev süresi arasında anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$), yaş, cinsiyet ve görev süresi ile görsel sorulara verilen yanıt arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$) grupların benzer özellik gösterdiği saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 7: Hekimlerin dermatoloji eğitimine ait sorulan sorulara verilen yanıtlar ile görsel sorulara verilen yanıtların karşılaştırması (N=104)

Özellikler	Görsel puan $\bar{X} \pm SS$	Test değeri/p	Anlamlı fark
Tıp fakültesindeki dermatoloji pratik eğitimini yeterli buluyorum. Katılmıyorum ^a Fikrim yok ^b Katılıyorum ^c	9,29±2,12 9,93±1,87 10,84±1,92	F=4,445 p=0,014	a-c
Asistanlık eğitiminde dermatoloji rotasyonunun verimli geçtiğini düşünüyor musunuz? Katılıyorum ^a Fikrim yok ^b Rotasyon almadım ^c Katılmıyorum ^d	11,13±1,76 9,64±2,58 9,13±1,90 11,10±2,02	F=6,158 p=0,001	a-c, c-d
Reçete yazarken çoğunlukla yardımcı destek kullanırım Katılıyorum ^a Katılmıyorum ^b Fikrim yok ^c	9,23±2,14 10,75±1,67 10,10±2,02	F=5,231 p=0,007	a-b

$\bar{X}$: ortalama (mean) değer, SS: Standart Sapma, F: One Way ANOVA (posthoc analizde Tukey ve Tamhane T2 kullanılmıştır)

Hekimlerin dermatoloji eğitimine ait sorulan sorulara verdiği yanıtlar ile görsel sorulara verdiği doğru yanıtların oranı değerlendirildiğinde tıp fakültesindeki dermatoloji pratik eğitimini yeterli buluyorum sorusuna “katılıyorum” cevabını verenlerin, asistanlık eğitiminde dermatoloji rotasyonunun verimli geçtiğini düşünüyor musunuz? sorusuna “katılıyorum” cevabını verenlerin, reçete yazarken çoğunlukla yardımcı destek kullanırım sorusuna “katılmıyorum” cevabını verenlerin görsel sorulara doğru cevap verme ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiş olup tüm değişkenler ile görsel soru puan ortalaması arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 7).

Tablo 8: Hekimlerin bazı dermatolojik hastalıklarda yaptıkları tedavi ve uygulamalara ilişkin bilgiler ile görsel sorulara verilen yanıtların karşılaştırması (N=104)

Özellikler	Görsel puan $\bar{X} \pm SS$	Test değeri/p	Anlamlı fark
Fungal deri hastalıklarını rahatlıkla tedavi ederim Katılıyorum Fikrim yok Katılmıyorum	9,73±2,17 8,50±0,92 10,13±2,16	F=1,446 p=0,240	-
Tinea capitis tanısını zorluk çekmeden koyabilirim Katılıyorum Fikrim yok Katılmıyorum	9,82±2,22 8,70±1,86 10,18±1,70	F=2,844 p=0,063	-
Ön tanı olarak Tinea Capitis düşünüyorsam dermatoloji polikliniğine yönlendiririm Katılıyorum ^a Fikrim yok ^b	10,47±1,71 8,23±1,54	F=12,812 p<0,001	a-b, b-c

Katılmıyorum ^c	10,10±2,30		
Tinea Versikolor tanısını koymakta ve tedavi etmekte zorlanırım Katılıyorum ^a Fikrim yok ^b Katılmıyorum ^c	8,64±2,04 9,40±0,82 10,43±2,13	F=9,035 p<0,001	a-c
Tinea Versikolor ön tanısıyla dermatoloji polikliniğine yönlendiririm Katılıyorum Fikrim yok Katılmıyorum	9,54±1,60 9,36±1,49 9,83±2,54	F=0,367 p=0,693	-
Ürtikeri ve alerjik deri hastalıklarının tanı ve tedavi aşamalarını rahat bir şekilde yönetebilirim Katılıyorum Fikrim yok Katılmıyorum	9,59±2,07 10,08±2,66 9,25±2,18	F=0,332 p=0,718	-
Dermatitlerin tanı ve tedavisini kolaylıkla yönetebilirim Katılıyorum Fikrim yok Katılmıyorum	9,51±2,21 9,56±2,00 10,83±0,93	F=2,111 p=0,126	-
Neonatal dönemde yüzde görülen atopik dermatitlerin tanı ve tedavi aşamalarını yönetmekte zorlanırım Katılıyorum ^a Fikrim yok ^b Katılmıyorum ^c	10,21±2,24 8,77±1,79 10,44±1,98	F=7,704 p=0,001	a-b, b-c
Akne Vulgaris tanı ve tedavisini rahat bir şekilde yönetebilirim Katılıyorum ^a Fikrim yok ^b Katılmıyorum ^c	10,51±1,88 8,38±1,70 10,38±2,15	F=15,382 p<0,001	a-b, b-c
Bakteriyel ve viral deri hastalıkların tanı ve tedavi aşamalarını rahat bir şekilde yönetebilirim Katılıyorum ^a Fikrim yok ^b Katılmıyorum ^c	10,55±2,04 9,47±1,95 8,80±1,93	F=8,263 p<0,001	a-c
Sigillerin tanı ve tedavi aşamalarını yönetmekte zorlanırım Katılıyorum ^a Fikrim yok ^b Katılmıyorum ^c	10,37±2,34 8,44±1,70 10,18±1,83	F=9,927 p<0,001	a-b, b-c
Psoriasis, liken planus gibi inflamatuvar deri hastalıklarını tanı ve tedavi aşamalarını rahat bir şekilde yönetebilirim Katılıyorum Fikrim yok Katılmıyorum	10,50±1,91 9,21±1,98 9,57±2,17	F=1,938 p=0,149	-
Saç dökülmesi olan hastayı nadiren dermatoloji polikliniğine gönderirim Katılıyorum ^a Fikrim yok ^b Katılmıyorum ^c	10,49±1,91 8,81±1,37 9,18±2,27	F=6,311 p=0,003	a-b, a-c
Tırnak hastalıklarını dermatoloji polikliniğine yönlendirmem Katılıyorum Fikrim yok Katılmıyorum	9,56±2,24 9,36±1,73 9,97±2,06	F=0,551 p=0,578	-
Yanık olgularının pansumanları için 2. ve 3. Basamak hastanelere yönlendiririm			

Katılıyorum ^a Fikrim yok ^b Katılmıyorum ^c	9,67±1,96 8,00±1,48 10,51±2,06	F=12,483 p<0,001	a-b, b-c
--	--------------------------------------	--------------------------------------	-----------------

̄X: ortalama (mean) değeri, SS: Standart Sapma, t: Independent Sample t testi, F: One Way ANOVA (posthoc analizde Tukey ve Tamhane T2 kullanılmıştır)

Hekimlerin bazı dermatolojik hastalıklarda yaptıkları tedavi ve uygulamalara ilişkin bilgiler ile görsel sorulara verilen yanıtların değerlendirilmesinde fungal deri hastalıklarını rahatlıkla tedavi ederim sorusuna “katılmıyorum”, Tinea capitis tanısını zorluk çekmeden koyabilirim sorusuna “katılmıyorum”, ön tanı olarak tinea capitis düşünüyorsam dermatoloji polikliniğine yönlendiririm sorusuna “katılıyorum”, Tinea versikolor tanısını koymakta ve tedavi etmekte zorlanırım sorusuna “katılmıyorum”, Tinea versikolor ön tanısıyla dermatoloji polikliniğine yönlendiririm sorusuna “katılmıyorum”, Ürtikeri ve alerjik deri hastalıklarının tanı ve tedavi aşamalarını rahat bir şekilde yönetebilirim sorusuna “fikrim yok”, Dermatitlerin tanı ve tedavisini kolaylıkla yönetebilirim sorusuna “katılmıyorum”, neonatal dönemde yüzde görülen atopik dermatitlerin tanı ve tedavi aşamalarını yönetmekte zorlanırım sorusuna “katılmıyorum”, Akne vulgaris tanı ve tedavisini rahat bir şekilde yönetebilirim sorusuna “katılıyorum”, bakteriyel ve viral deri hastalıklarının tanı ve tedavi aşamalarını rahat bir şekilde yönetebilirim sorusuna “katılıyorum”, siğillerin tanı ve tedavi aşamalarını yönetmekte zorlanırım sorusuna “katılıyorum”, Psoriasis, liken planus gibi inflamatuvar deri hastalıklarının tanı ve tedavi aşamalarını rahat bir şekilde yönetebilirim sorusuna “katılıyorum”, saç dökülmesi olan hastayı nadiren dermatoloji polikliniğine gönderirim sorusuna “katılıyorum”, tırnak hastalıklarını dermatoloji polikliniğine yönlendirmem sorusuna “katılmıyorum”, yanık olgularının pansumanları için 2. ve 3. Basamak hastanelere yönlendiririm sorusuna “katılmıyorum” cevabını verenlerin görsel soru yanıt ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Hekimlerin bazı dermatolojik hastalıklarda yaptıkları tedavi ve uygulamalara ilişkin bilgiler ile görsel sorulara verilen yanıtların karşılaştırmasında Ön tanı olarak Tinea Capitis düşünüyorsam dermatoloji polikliniğine yönlendiririm, Tinea Versikolor tanısını koymakta ve tedavi etmekte zorlanırım, Neonatal dönemde yüzde görülen atopik dermatitlerin tanı ve tedavi aşamalarını yönetmekte zorlanırım, Akne Vulgaris tanı ve tedavisini rahat bir şekilde yönetebilirim, Bakteriyel ve viral deri

hastalıkların tanı ve tedavi aşamalarını rahat bir şekilde yönetebilirim, Siğillerin tanı ve tedavi aşamalarını yönetmekte zorlanırım, Saç dökülmesi olan hastayı nadiren dermatoloji polikliniğine gönderirim, Yanık olgularının pansumanları için 2. ve 3. Basamak hastanelere yönlendiririm soruları ile görsel sorularına verilen yanıt ortalaması arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 8).



Tablo 9: Hekimlerin ünvanlarına göre doğru yanıtlanma oranı ortalamasının altında olan sorulara verilerin yanıtların dağılımı ve karşılaştırması (N=104)

Özellikler	Pratisyen aile hekimi (n=70)		Sözleşmeli aile hekimi asistanı (n=20)		Aile hekimi uzmanı (n=14)		Test değeri/p
	n	%	n	%	n	%	
Görsel 1							
Pityriasis versiko (D)	27	38,6 ^a	12	60,0 ^{ab}	13	92,9 ^b	$\chi^2= 16,375$ $p=0,003$
Tinea corporis	42	60,0 ^a	7	35,0 ^{ab}	1	7,1 ^b	
Ürtiker	1	1,4 ^a	1	5,0 ^a	0	0,0 ^a	
Görsel 2							
Alopesi areata	8	11,4	4	20,0	2	14,3	$\chi^2= 1,359$ $p=0,851$
Seboreik dermatit	38	54,3	11	55,0	7	50,0	
Tinea capitis (D)	24	34,3	5	25,0	5	35,7	
Görsel 3							
Liken planus	49	70,0	9	45,0	7	50,0	$\chi^2= 7,430$ $p=0,115$
Tinea corporis (D)	19	27,1	8	40,0	6	42,9	
Tinea versiko	2	2,9	3	15,0	1	7,1	
Görsel 10							
Liken planus	23	32,9	2	10,0	1	7,1	$\chi^2= 8,362$ $p=0,079$
Psöriasis vulgaris (D)	44	62,9	16	80,0	11	78,6	
Tinea corporis	3	4,2	2	10,0	2	14,3	
Görsel 12							
Herpes simplex	18	25,7 ^a	2	10,0 ^a	1	7,1 ^a	$\chi^2= 9,966$ $p=0,041$
Liken planus (D)	25	35,7 ^a	13	65,0 ^{ab}	10	71,5 ^b	
Psöriasis vulgaris	27	38,6 ^a	5	25,0 ^a	3	21,4 ^a	
Görsel 13							
Alopesi areata (D)	42	60,0	16	80,0	11	78,6	$\chi^2= 3,870$ $p=0,144$
Tinea capitis	28	40,0	4	20,0	3	21,4	
TOPLAM	70	100,0	20	100,0	14	100,0	

n: kişi sayısı, %=yüzde, D: Doğru yanıt, χ^2 : Ki-kare testi, a-b: aynı harfe sahip gruplararasıda anlamlı farklılık vardır

Hekimlerin ünvanlarına göre doğru yanıtlanma oranı ortalamanın altında olan sorulara en yüksek doğru yanıtın verdiği ünvan ve dağılımı değerlendirildiğinde birinci görsel soruya aile hekimi uzmanlarının %92,9'unun (n=13), ikinci görsel soruya aile hekimi uzmanlarının %35,7'sinin (n=5), üçüncü görsel soruya aile hekimi uzmanlarının %42,9'unun (n=6), sözleşmeli aile hekimi asistanlarının %80,0'inin (n=16), onikinci görsel soruya aile hekimi uzmanlarının %71,5'inin (n=10), onüçüncü görsel soruya sözleşmeli aile hekimi asistanlarının %80,0'inin (n=16) doğru yanıt verdiği belirlenmiştir. Görsel sorular ile hekimlerin ünvanı arasında yapılan karşılaştırmada görsel 1 ve görsel 12 soruları ile ünvan arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 9).

5.TARTIŞMA

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan hekimler, hem koruyucu sağlık hizmetlerinde hem de tedavi süreçlerinde önemli bir rol oynamaktadır. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun 2016 yılında yayımladığı Sağlık Sorunları ve Hastalıkları Yönetimi Kılavuzu'na göre, birinci basamak sağlık hizmetlerine yapılan başvuruların %15'ini dermatolojik problemler oluşturmaktadır(2)."Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu oranın %6 ile %15 arasında değiştiği gösterilmiştir(3). Bir birinci basamak kliniğinden dermatoloji kliniğine yapılan sevklerin analiz edildiği çalışmalarda, her iki ortamda karşılaşılan vakaların %75'inden fazlasının dokuz ana hastalık kategorisinde toplandığı belirlenmiştir. Bu bulguların, birinci basamak hekimleri için dermatoloji müfredatının tasarlanmasında temel oluşturabileceği önerilmektedir(63).İngiltere'de gerçekleştirilen bir araştırmada, üçüncü basamak sağlık hizmetleri kapsamında Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğine başvuran hastaların %88'inin birinci basamak sağlık kuruluşlarından sevk edildiği belirlenmiştir(64). Bacanlı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, birinci basamak hekimlerinin iyi bir fizik muayene ve anamnez ile birçok deri hastalığını teşhis edip tedavi edebilmeleri gerektiği sonucuna varılmıştır(65).Öztekin ve arkadaşlarının, dermatoloji kliniğine başvuran hastaların aile hekimliği başvurularını, tanı ve sevk durumlarını değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada, hastaların cilt hastalıklarıyla ilgili olarak aile hekimlerinden daha az hizmet aldıkları, çoğu hastanın cilt sorunları için doğrudan ikincil ve üçüncül sağlık merkezlerine başvurduğu belirlenmiştir(6).

Çalışmamız, Temmuz 2024 - Ekim 2024 tarihleri arasında Tokat ilinde birinci basamakta görev yapan aile hekimlerine yönelik olarak çevrimiçi anket yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Çalışmamız üç bölümden oluşmaktadır: Birinci bölümde sosyodemografik özellikler, ikinci bölümde aile hekimlerinin sık görülen dermatolojik hastalıklara yönelik yaklaşımları, üçüncü bölümde ise bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik görsel sorular yer almaktadır. Her bir görsel sorunun doğru yanıtı 1 puan olarak değerlendirilmiş ve 14 sorunun ortalama puanı $9,66 \pm 2,12$ (min: 4 - maks: 14) olarak hesaplanmıştır(Tablo 5).

Hekimlerin sosyodemografik özellikleri ile görsel sorulardan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, pratisyen aile hekimleri ile sözleşmeli aile hekimi asistanları ve pratisyen aile hekimleri ile aile hekimi uzmanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 6). Özcan ve arkadaşlarının Malatya’da yaptığı mezuniyet sonrası dermatoloji eğitiminin değerlendirilmesi çalışmasında, öğrenci ve pratisyen doktorların sınav sonuçları arasında anlamlı bir fark ($p<0,005$) bulunmuştur(63). Cilt rahatsızlıkları nedeniyle sevk edilen vakalarda, pratisyen hekimler ile dermatologlar arasındaki tanı doğruluğunu değerlendirmek ve karşılaştırmak amacıyla yapılan çalışmada, pratisyen hekimlerin vakaların %42’sinde dermatologların klinik tanısı ve histolojik sonuçlarıyla uyumlu tanı koyduğu tespit edilmiştir(66).

Çalışmamızda aile hekimlerinin görev süresi açısından yapılan değerlendirmede, 11 yıl ve üzeri çalışanların puan ortalaması ($10,45\pm1,12$), 1-5 yıl çalışanların puan ortalaması ($9,35\pm2,19$) ve 5-10 yıl çalışanların puan ortalaması ($9,19\pm2,16$) ile karşılaştırıldığında, 11 yıl ve üzeri çalışanlarla 1-5 yıl ve 5-10 yıl çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,036$) (Tablo 6). Mesleki tecrübe arttıkça tanı koymada daha doğru sonuçlara ulaşıldığı sonucuna varılmaktadır..Özcan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise pratisyenlikte geçen süreye göre puan durumlarında anlamlı bir fark saptanmamıştır(63).

Çalışmamızda en yüksek doğru cevap oranına sahip sorular akne (%98), ürtiker (%96), impetigo (%89) ve herpes simpleks (%85) ile ilgiliydi.(tablo 4) Monero ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise pratisyen hekimlerin akne, siğil, rozasea, molluscum contagiosum, vitiligo ve deri etiketleri gibi rahatsızlıkları teşhis etmede genellikle başarılı oldukları görülmüştür(67). Bir bölge genel hastanesinin dermatoloji kliniğine pratisyen hekimler tarafından yapılan sevklerin tanısal doğruluğu ve uygunluğunun değerlendirildiği 6 aylık bir çalışmada, viral siğiller ve sedef hastalığının en yüksek doğruluk oranıyla teşhis edilen hastalıklar olduğu saptanmıştır (sırasıyla %82 ve %78)(68). Denizli il merkezindeki ASM ve TSM görev yapan hekimler arasında yapılan çalışmada, hekimlerin tanı koymada en az zorlandıkları başlıca hastalıkların tırnak hastalıkları (%49,2), bakteriyel deri hastalıkları (%47,7) ve egzama (%41,5) olduğu belirtilmiştir(4). Selçuk Üniversitesi

Kampüs Toplum Sağlığı Merkezi'nde yapılan çalışmada toplam altmış deri problemi saptanmış olup en sık karşılaşılan deri problemin akne olduğu (%41,6)saptanmıştır.(69).

Psöriasis, liken planus gibi inflamatuvar deri hastalıklarını rahat bir şekilde yönetebirim sorusuna katılmıyorum yanıtını verenlerin oranı (%64.4) ile tanı aşamasında zorlandıklarını göstermektedir..

Tıp fakültesinde dermatoloji pratik eğitimini yeterli bulup bulmadığımızla ilgili soruya %67.3 oranında katılmıyorum yanıtı verilmiştir.Bu soruya katılmıyorum yanıtı verenlerin ortalaması $9,29 \pm 2,12$ katılıyorum yanıtı verenlerin ise ortalaması $10,84 \pm 1,92$ olup aralarında anlamlı bir fark($p=0,014$) saptanmıştır(tablo 7). Alman Dermatoloji Derneği tarafından yapılan çalışmada, dermatoloji içeriklerinin çeşitli öğretim yaklaşımları kullanılarak başarılı bir şekilde öğretilbildiği ve bu süreçte pratik becerilerin geliştirilmesi için uygulamalı öğretim yöntemleri ile bu becerilere uygun testlerin gerekli olduğu sonucuna varılmıştır.(70).David Grant ve Wilford Hall Tıp Merkezi tarafından yapılan çalışmada, dermatoloji eğitimcilerinin tıp öğrencilerinin yaygın cilt hastalıklarını teşhis ve tedavi etmeyi öğrenmelerini bekledikleri, ancak çoğu tıp fakültesinde bu konuya çok az zaman ayrıldığını vurguladıkları sonucuna ulaşılmıştır(71).

Reçete yazarken çoğunlukla yardımcı destek kaynağı kullananların oranı %67,3, kullanmayanların oranı ise %23,1 olarak belirtilmiştir. Yardımcı destek kaynağı kullananların puan ortalaması $9,23 \pm 2,14$ iken, kullanmayanların ortalaması $10,75 \pm 1,67$ olup, aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,007$). 2021 yılında Türkiye'de eğitim görmekte olan tam zamanlı Aile Hekimliği asistanları ile yapılan bir çalışmada, "Tedavi planı oluştururken internet veya reçete kitaplarından yardım alırım" sorusuna asistanların %95,3'ü "Evet" yanıtını vermiştir(72). Van de Kerkhof ve arkadaşlarının çalışmasında ise teledermatolojinin, dermatoloğa yapılan sevk sayısını yarı yarıya azaltabileceği sonucuna ulaşılmıştır(73).

Asistan hekimlerin dermatoloji eğitiminde aldıkları rotasyonun verimliliğine dair değerlendirmede, rotasyon alanların aldığı puan ortalaması $11,13 \pm 1,76$ olarak tespit edilmiştir. Buna karşılık, dermatoloji rotasyonu almayanların ortalaması ise

9,13±1,90 olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,001$). "Katılmıyorum" yanıtını verenlerin puan ortalaması ise 11,10±2,02 olarak bulunmuş olup, bu grup ile diğerleri arasında da anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,001$). Bu bulgular, uzmanlık eğitimi süresince dermatoloji rotasyonu almanın, her ne kadar bazı katılımcılar tarafından verimsiz olarak nitelendirilse de, hastalıkları tanıma konusunda rotasyon almayan pratisyen hekimlere kıyasla daha başarılı sonuçlar elde edilmesine katkı sağladığını göstermektedir.

Buffalo Üniversitesi'nde 45 aile hekimliği asistanıyla gerçekleştirilen müdahaleli bir çalışmada, katılımcılara ön test uygulanmış, ardından verilen eğitim sonrasında 8 ay sonra tekrar bir son test yapılmıştır. Bu süreç sonucunda, doğru cevap oranının %22,3'ten %54,9'a yükseldiği gözlemlenmiştir(74).2016 yılında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde aile hekimi asistanları ile yapılan bir çalışmada, dermatoloji rotasyonu alan asistanların, tanı ve tedavi becerilerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede daha başarılı olduğu tespit edilmiştir(75).

Fungal deri hastalıklarını rahat bir şekilde tedavi ederim" ifadesine katılımlar %84,6 oranında "katılıyorum" şeklinde olmuştur (Tablo 3). Ancak en fazla yanlış yanıtlanan soruların pitriyasis versicolor, tinea capitis ve tinea corporis ile ilgili olduğu görülmüştür. Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise aile hekimlerinin genel olarak fungal deri hastalıklarının tanı ve tedavisinde zorlanmadıklarını belirttikleri bildirilmiştir(3). Aybal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, katılımcıların büyük çoğunluğunun yüzeysel mantar enfeksiyonlarının tanısını koymakta zorluk yaşamadıklarını ifade ettikleri belirtilmiştir.(4).

Tinea versicolor tanısını koymakta ve tedavi etmekte zorlanırım" ifadesine "katılıyorum" şeklinde yanıt verenlerin puan ortalaması 8,64±2,04 iken, "katılmıyorum" diyenlerin ortalaması 10,43±2,13 olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 8). Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, birinci basamak sağlık kuruluşlarında tinea versicolor konusunda hastaların yeterince bilgilendirilmedikleri ve uzun süreli sistemik antifungal tedavi uygulamalarına sıklıkla başvurulduğu

gözlemlenmiştir(3).Çalışmamızda tinea versico doğru yanıtlanma oranı %50 çıkmıştır.

Ön tanı olarak tinea capitis düşündüğümde hastayı dermatoloji polikliniğine yönlendiririm” ifadesine verilen yanıtlarda, "fikrim yok" seçeneğini işaretleyenlerin puan ortalaması $8,23 \pm 1,54$, "katılıyorum" seçeneğini işaretleyenlerin puan ortalaması $10,47 \pm 1,71$ ve "katılmıyorum" seçeneğini işaretleyenlerin puan ortalaması $10,10 \pm 2,30$ olarak tespit edilmiştir. "Fikrim yok" seçeneğini işaretleyenler ile "katılıyorum" ve "katılmıyorum" seçeneklerini işaretleyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışmamızda, tinea capitis sorusunun doğru yanıtlanma oranı %32 olarak bulunmuştur. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde aile hekimi asistanlarıyla yapılan bir diğer çalışmada ise, tinea capitis superficialis ile ilgili soruya doğru yanıt verme oranı eğitim öncesi %72 iken, eğitim sonrasında %96'ya yükselmiştir(75). Bu bulgular, tinea capitis konusunda eğitim verilmesinin önemini göstermektedir.

Aile hekimlerinin ürtiker ve alerjik deri hastalıklarını yönetmede genellikle zorlanmadıkları belirtilmiştir. Görsel sorularda en yüksek doğru cevap oranına ulaşılmıştır. Ancak, yenidoğan döneminde atopik dermatit yönetimi konusunda zorluk yaşandığı görülmektedir. “Fikrim yok” diyenlerin aldığı puan ortalaması $8,77 \pm 1,79$ iken, “Katılıyorum” diyenlerin puan ortalaması $10,21 \pm 2,24$ ve “Katılmıyorum” diyenlerin puan ortalaması $10,44 \pm 1,98$ olup, bu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p < 0,001$) saptanmıştır. Kocatürk ve arkadaşlarının, mesleki egzamalara yönelik olarak dermatologlar, aile hekimleri ve iş yeri hekimleri arasında yaptığı çalışmada, katılımcı hekimlerin büyük çoğunluğunun mesleki egzama konusunda daha fazla bilgi edinmek istediklerini belirttikleri saptanmıştır. Çalışmada ayrıca mesleki egzama ile ilgili kurs, kongre, kitap ve derleme gibi eğitici faaliyetlerin artırılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır(76). Özyurt ve arkadaşlarının çalışmasında ise atopik dermatit ile ilgili teorik bilgi sorularına doğru cevap oranının mezuniyet sürelerine göre anlamlı farklılık gösterdiği ($p = 0,0015$) rapor edilmiştir(3). Yenidoğan döneminde yanlış teşhis ve tedavi yapma endişesinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Bakteriyel ve viral deri hastalıklarını tanı ve tedavi aşamalarını rahat bir şekilde yönetebilirim” ifadesine “katılıyorum” cevabını verenlerin puan ortalaması $10,55 \pm 2,04$, “katılmıyorum” cevabını verenlerin puan ortalaması ise $8,80 \pm 1,93$ olarak bulunmuş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,001$) olduğu saptanmıştır. Aybal ve arkadaşlarının çalışmasında hekimler, bakteriyel ve viral deri hastalıklarının tanı ve tedavisinde nadiren zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir(4). Görsel sorular arasında doğru cevap oranının ortalamanın altında olduğu konulardan biri ise liken planus tanısıdır. Özellikle tedavi sürecinde, birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki imkanların yetersiz kalması nedeniyle, aile hekimlerinin bu vakaları dermatoloji polikliniklerine sevk etme eğiliminde olduğu görülmektedir.

Siğillerin tanı ve tedavisini yönetmekte zorlanırım” ifadesine “fikrim yok” cevabını verenlerin puan ortalaması $8,44 \pm 1,70$ iken, “katılıyorum” diyenlerin puan ortalaması $10,37 \pm 2,34$ ve “katılmıyorum” diyenlerin puan ortalaması $10,18 \pm 1,83$ olarak bulunmuş; gruplar arasında anlamlı fark ($p < 0,001$) saptanmıştır. Özyurt ve arkadaşlarının çalışmasında, siğil tanısı koymada yaş grupları arasında ($p < 0,001$) ve tedavi aşamasında mezuniyet sürelerine göre ($p = 0,0015$) anlamlı farklılık bulunmuştur(3). Birinci basamakta siğil tedavisinde genellikle medikal tedavi tercih edilmekte, dirençli vakalar ise dermatoloji polikliniğine sevk edilmektedir. Elektrokoterizasyon ve kriyoterapi gibi tedavi yöntemleri, çalışma koşulları nedeniyle uygulanamamakta olup Aybal ve arkadaşlarının çalışmasında, birinci basamak sağlık kuruluşlarında hekimlerin %29,2’sinin kriyoterapi ve %26,4’ünün elektrokoterizasyon gibi rutin dışı tedavi yöntemlerine ihtiyaç duydukları bildirilmiştir(4). Hekimlerin çalışma ortamı göz önünde bulundurulduğunda bu durum şaşırtıcı bulunmamaktadır; ancak gelişmiş ülkelerde kriyoterapi ve elektrokoterizasyon birinci basamakta uygulanabilmektedir.

Çalışmamızda, 'Saç dökülmesi olan hastayı nadiren dermatoloji polikliniğine gönderirim' ifadesine 'katılıyorum' diyenlerin aldığı puan ortalaması $10,49 \pm 1,91$ olarak bulunurken; 'fikrim yok' seçeneğini işaretleyenlerin puan ortalaması $8,81 \pm 1,37$ ve 'katılmıyorum' seçeneğini işaretleyenlerin puan ortalaması $9,18 \pm 2,27$ olarak hesaplanmış, gruplar arasında anlamlı bir fark ($p=0,003$) saptanmıştır. Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, saç dökülmesi olan hastaların büyük oranda

dermatolojiye sevk edildikleri ve etiyopatogenez hakkında bazı yanlış cevaplar verdikleri gözlemlenmiştir(3). Benzer şekilde, çalışmamızda 'alopeci areata' konusundaki sorunun katılımcılar tarafından en fazla yanlış yapılan sorular arasında yer aldığı dikkat çekmektedir (Tablo 4).

Çalışmamızda, 'Yanık olgularının pansumanları için 2. ve 3. basamak hastanelere yönlendiririm' ifadesine 'katılıyorum' diyenlerin puan ortalaması $9,67 \pm 1,96$ iken, 'fikrim yok' seçeneğini işaretleyenlerin puan ortalaması $8,00 \pm 1,48$ olarak bulunmuş ve aralarında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,001$). Öte yandan, 'fikrim yok' seçeneğini işaretleyenlerle 'katılmıyorum' seçeneğini işaretleyenlerin puan ortalamaları da karşılaştırıldığında (katılmıyorum grubu puan ortalaması $10,51 \pm 2,06$), yine anlamlı bir fark gözlemlenmiştir. Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, yanık yönetimiyle ilgili teorik sorularda en sık yapılan hata, büllerin aspire edilmesinin ardından üzerindeki dokunun tamamen kaldırılması gerektiği düşüncesidir. Ancak, bül üzerindeki steril doku, yaranın iyileşmesini hızlandıran koruyucu bir bariyer görevi görmektedir(3). Bu nedenle, yanık yönetimi konusunun mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerde daha fazla vurgulanması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Çalışmamızda en fazla yanlış cevaplanan sorular sırasıyla Tinea corporis (%31,7), Tinea capitis (%32,7), Liken planus (%46,1), Pityriasis versicolor (%50,0), Alopeci areata (%66,3) ve Psöriasis vulgaris (%68,3) olmuştur. Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, aile hekimlerinin psöriasis ve inflamatuvar deri hastalıklarının yönetiminde zorlandıkları belirtilmiştir(3). Tablo 9'da unvanlara göre doğru cevaplama oranları karşılaştırıldığında, Pityriasis versicolor sorusunda hekimlerin ünvanı arasında yapılan karşılaştırmada arasında anlamlı bir fark ($p=0,003$) ve Liken planus sorusunda da aynı gruplar arasında anlamlı bir fark ($p=0,041$) saptanmıştır. Aile hekimi uzmanlarının en fazla yanlış yapılan sorularda pratisyen hekimlere göre daha yüksek doğru cevap oranına sahip olmaları, dermatoloji rotasyonunun katkısını göstermektedir. Aile hekimi uzmanlarının en fazla zorlandıkları konuların Tinea capitis (%35,7) ve Tinea corporis (%42,9) olması, bu alanlarda eğitimin yoğunlaştırılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Sözleşmeli aile hekimi asistanları ise genel olarak pratisyen aile hekimlerine kıyasla daha yüksek

doğru cevap oranına sahip olmuşlardır. Ancak, asistanların bir kısmının dermatoloji rotasyonu almadığı göz önüne alındığında, rotasyonun doğru cevaplama oranını artırdığı dikkat çekmektedir. Sözleşmeli aile hekimi asistanlarının rotasyon sırasında aile hekimi uzmanlarına benzer başarı gösterdikleri, ancak Tinea capitis (%25,0) ve Tinea corporis (%40,0) konularında yoğunlaşmaları gerektiği sonucuna varılmıştır.

Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, yaş grupları karşılaştırıldığında teorik bilgilerin mezuniyet sonrası zamanla azaldığı sonucuna ulaşılmıştır(3). Çalışmamızda ise aile hekimliğinde görev süresi 11 yıl ve üzeri olanlar ile 0-1 yıl arasında çalışanların en yüksek ortalamaya ulaştığı görülmüştür. Çalışmamızda kullanılan görsel soruların inspeksiyon temeline dayanması nedeniyle, tecrübe arttıkça daha yüksek puanlara ulaşıldığı ve bilgilerin taze olması sayesinde yüksek puan alındığı düşünülmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde ofis tabanlı hekim muayenelerinde yürütülen Ulusal Ambulatuvar Tıbbi Bakım Anketi'nden elde edilen 2002-2005 yıllarına ait veriler, 1990-1994 yılları ile karşılaştırıldığında, aile hekimlerinin çok çeşitli cilt rahatsızlıklarını teşhis ettiği ve tedavi için daha fazla ilaç reçete ettiği gözlemlenmiştir. Çalışma sonucunda, aile hekimlerinin geçmişe kıyasla daha fazla dermatolojik tanı koydukları ve tedavi uyguladıkları belirlenmiştir(77). Benzer şekilde, Miami Üniversitesi'ndeki genel bir tıp kliniğinde, iki yıllık bir süre boyunca Miami Üniversitesi dermatoloji bölümüne sevk edilen hastaların retrospektif kayıt incelemesinde, birinci basamak hekimlerinin koyduğu tanıların %57 oranında dermatologların tanılarıyla uyumlu olduğu saptanmıştır(78). Çalışmamızda ise katılımcılar, görsel sorularda %69 oranında doğru tanı koymuşlardır. Daha önceki çalışmalar dikkate alındığında, bilgiye erişimin daha kolay olduğu bir ortamda teşhis doğruluğunun arttığı görülmektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Aile Sağlığı Merkezleri, Sağlık Bakanlığı tarafından birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları olarak tanımlanmakta ve birçok hastanın ilk başvurduğu sağlık birimleri olarak öne çıkmaktadır. Bakanlığın temel hedeflerinden biri, bu merkezlerde sunulan hizmet kalitesini artırarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına olan hasta başvuru yükünü azaltmaktır.

Tokat ilinde 1. basamak sağlık hizmetlerinde çalışan aile hekimlerine yönelik yaptığımız çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir:

- 1- Çalışmaya katılan hekimlerin %67,3'ü tıp fakültesinde aldıkları dermatoloji stajını yetersiz bulduklarını belirtmiştir.
- 2- Hekimlerin %67,3'ü reçete yazarken yardımcı destek kaynaklara ihtiyaç duyduklarını ifade etmiştir.
- 3- 14 puan üzerinden yapılan görsel değerlendirme testinde genel ortalama $9,66 \pm 2,12$ (min: 4 - max: 14) olarak tespit edilmiştir. Aile hekimliği uzmanlarının ortalaması $11,21 \pm 1,88$ iken, sözleşmeli aile hekimi asistanlarının ortalaması $10,65 \pm 1,87$, pratisyen aile hekimlerinin ortalaması ise $9,07 \pm 1,98$ olarak belirlenmiştir.
- 4- Çalışmaya katılan hekimlerin %64'ü psöriasis ve liken planus gibi inflamatuvar deri hastalıklarının tanı ve tedavi sürecinde zorluk yaşadıklarını dile getirmiştir.
- 5- Çalışmada yer alan hekimlerin tinea corporis, tinea capitis, liken planus, pitriyasis versicolor, alopesi areata ve psöriasis vulgaris gibi dermatolojik hastalıkların tanı ve tedavisi konusunda ortalamanın altında bilgiye sahip oldukları gözlemlenmiştir

Öneriler;

- 1-Tıp fakültesi dermatoloji stajında, birinci basamakta sık karşılaşılan dermatolojik hastalıklara yönelik pratik eğitimlerin artırılması faydalı olacaktır.
- 2-Asistanlık eğitimi sürecinde, dermatoloji rotasyonunda tinea capitis, tinea corporis, pitriyasis versikolor ve inflamatuvar deri hastalıklarının doğru tanımlanma oranının düşük olduğu gözlemlenmiştir. Bu nedenle, bu hastalıklara yönelik eğitimlerin artırılması yararlı olacaktır.

3-Birinci basamakta çalışan hekimlere, karşılaşma olasılıklarının yüksek olduğu dermatolojik hastalıklarla ilgili hizmet içi eğitimler verilerek bilgi düzeylerinin artırılması sağlanabilir.

4-Birinci basamakta çalışan hekimler ile dermatologlar arasında, teşhis ayrımı yapmakta zorlanılan hastalıklarda destek sağlamak amacıyla iletişim grupları oluşturulabilir.



7-KAYNAKÇA

1. Aytaç, U. E., & Aslan, Ö. Ü. H. (2023). Sağlık Hizmetleri ve Hastaneler. Hastane ve Sağlık Yönetimi: Güncel Konular-I,
2. Sağlık Sorunları ve Hastalıkların Yönetimi Cilt 1, T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 1035, Ankara 2016
3. Özyurt, K., Sucaklı, M. H., Çölgeçen, E., & Çelik, M. (2014). Aile hekimlerinin sık görülen dermatolojik hastalıklarla ilgili teorik bilgileri, tanı ve tedavi eğilimleri
4. Aybal, T., Güme, S., Kahyaoğlu, M., Kaçar, N., & Ergin, Ş. (2012). Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hekimlerin Deri ve Zührevi Hastalıklar ile İlgili Deneyimleri ve Mezuniyet Öncesi Eğitim Hakkındaki Görüşleri.
5. Federman, D., Hogan, D., Taylor, JR, Caralis, P., & Kirsner, RS (1995). Dermatolojik rahatsızlıkları olan hastaların tanısı, değerlendirilmesi ve tedavisinin karşılaştırılması. Amerikan Dermatoloji Akademisi Dergisi , 32 (5), 726-729.
- 6.Öztekin, C., & Öztekin, A. (2019). Review of family physician applications and referral status of patients with skin problems who applied to dermatology clinic: a survey study.
- 7.Dursun, R. (2008). Derinin Yüzeysel ve Derin Mantar Enfeksiyonları: Dünyada ve Türkiye’de Epidemiyolojik Özellikler. Türkiye Klinikleri Dermatology-Special Topics, 1(2), 3-12.
- 8.Mendez-Tovar, L. J. (2010). Pathogenesis of dermatophytosis and tinea versicolor. Clinics in dermatology, 28(2), 185-189.
- 9.Savin, R. (1996). Diagnosis and treatment of tinea versicolor. Journal of family practice, 43(2), 127-139.
- 10.Maleszka, R., Adamski, Z., Szepietowski, J., & Baran, E. (2015). Treatment of superficial fungal infections–recommendations of experts of Mycological Section of Polish Dermatological Society. Dermatology Review/Przegląd Dermatologiczny, 102(4), 305-315.

- 11.Hay, R. J. (2017). Tinea capitis: current status. *Mycopathologia*, 182(1), 87-93.
- 12.Gupta, A. K., & Summerbell, R. C. (2000). Tinea capitis. *Medical mycology*, 38(4), 255-287
- 13.Gül, Ü. (2014). Derinin Yüzeysel Dermatofit Enfeksiyonları. *Ankara Medical Journal*, 14(3), 107-113
- 14.Leung, A. K., Lam, J. M., Leong, K. F., & Hon, K. L. (2020). Tinea corporis: an updated review. *Drugs in context*, 9.
- 15.Günaydın, A., & Aytimur, D. (2014). Tinea korporis: Beş yıllık retrospektif değerlendirme
- 16.Ely, J. W., Rosenfeld, S., & Stone, M. S. (2014). Diagnosis and management of tinea infections. *American family physician*, 90(10), 702-711.
- 17.Leung, A. K., Lam, J. M., Leong, K. F., & Hon, K. L. (2020). Tinea corporis: an updated review. *Drugs in context*, 9.
- 18.Mısır, G. A., Kendir, C., & Güldal, A. D. (2019). Managing zoonotic tinea corporis in primary care: A case report. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(1), 95-99.
- 19.Kocatürk Göncü, E., Aktan, Ş., Atakan, N., Bülbül Başkan, E., Erdem, T., Koca, R., ... & Utaş, A. A. H. C. O. (2016). Türkiye ürtiker tanı ve tedavi kılavuzu-2016
- 20.Arga, M. (2017). Ürtiker ve Anjioödem. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 9(2), 117-129.
- 21.Greaves, M. W. (2023). Urticaria. *Inflammatory Mechanisms in Allergic Diseases*, 381-400.
- 22.Ürtikerde, K. S. (2015). Tanı ve Tedavi Yaklaşımları.
23. Ayyıldız, Z. A., & Uzuner, N. (2014). Ürtiker ve Anjiyoödem. *Turkiye Klinikleri Pediatric Sciences-Special Topics*, 10(2), 63-68.

- 24.Tahir, C. M. (2010). Pathogenesis of acne vulgaris: simplified. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*, 20(2), 93-97
- 25.Harper, J. C. (2004). An update on the pathogenesis and management of acne vulgaris. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 51(1), 36-38.
- 26.Knutsen-Larson, S., Dawson, A. L., Dunnick, C. A., & Dellavalle, R. P. (2012). Acne vulgaris: pathogenesis, treatment, and needs assessment. *Dermatologic clinics*, 30(1), 99-106.
- 27.Şahin, T. Evaluation of choroidal thickness in patients with papulopustular rosacea. *Evaluation*, 2687, 5527.
- 28.Erbağcı, Z. (2005). Rozasea: Sınıflama ve Etiyopatogenezi. *Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology*, 15(2), 105-116.
- 29.Bakar, Ö., & Demirçay, Z. Rozase Etiyopatogenezi ve Yeni Sınıflaması.
- 30.Maor, D., & Chong, A. H. (2017). Rosacea. *Australian Family Physician*, 46(5), 277-281.
- 31.Bacaj, P., & Burch, D. (2018). Human papillomavirus infection of the skin. *Archives of pathology & laboratory medicine*, 142(6), 700-705
- 32.Ural, A., Arslan, S., Ersöz, Ş., & Değer, B. (2014). Verruca vulgaris of the tongue: a case report with literature review. *Bosnian Journal of Basic Medical Sciences*, 14(3), 136.
- 33.Leman, J. A., & Benton, E. C. (2000). Verrucas: guidelines for management. *American journal of clinical dermatology*, 1, 143-149
- 34.Fatahzadeh, M., & Schwartz, R. A. (2007). Human herpes simplex labialis. *Clinical and experimental dermatology*, 32(6), 625-630
- 35.Raborn, G. W., & Grace, M. G. (2003). Recurrent herpes simplex labialis: selected therapeutic options. *Journal-Canadian Dental Association*, 69(8), 498-504

- 36.Gopinath, D., Koe, K. H., Maharajan, M. K., & Panda, S. (2023). A comprehensive overview of epidemiology, pathogenesis and the management of herpes labialis. *Viruses*, 15(1), 225
- 37.Hartman-Adams, H., Banvard, C., & Juckett, G. (2014). Impetigo: diagnosis and treatment. *American family physician*, 90(4), 229-235.
- 38.Pereira, L. B. (2014). Impetigo-review. *Anais brasileiros de dermatologia*, 89(2), 293-299.
- 39.Darmstadt, G. L., & Lane, A. T. (1994). Impetigo: an overview. *Pediatric dermatology*, 11(4), 293-303.
- 40.Cole, C., & Gazewood, J. (2007). Diagnosis and treatment of impetigo. *American family physician*, 75(6), 859-864.
- 41.Abrams, J. R., Lebwohl, M. G., Guzzo, C. A., Jegasothy, B. V., Goldfarb, M. T., Goffe, B. S., ... & Kang, S. (1999). CTLA4Ig-mediated blockade of T-cell costimulation in patients with psoriasis vulgaris. *The Journal of clinical investigation*, 103(9), 1243-1252.
- 42.Çerman, A. A. (2021). *Deri ve Zührevi Hastalıkları. Öğrenci*, 56.
- 43.Lisi, P. (2007). Differential diagnosis of psoriasis. *Reumatismo*, 59(s1), 56-60.
- 44.Kuchekar, A. B., Pujari, R. R., Kuchekar, S. B., Dhole, S. N., Mule, P. M.,
- 45.Aksoy, M., Özkorumak, E., Bahadır, S., Yaylı, S., & Aksu Arıca, D. (2012). Seboreik dermatit hastalarında yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri.
- 46.Schwartz, R. A., Janusz, C. A., & Janniger, C. K. (2006). Seborrheic dermatitis: an overview. *American family physician*, 74(1), 125-132.
- 47.Gül, Ü. (2018). Atopik Dermatit Ayırıcı Tanısı. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 10(3), 21-26.
- 48.Aksoy, M., & Aksu Arıca, D. (2016). Seboreik dermatit.
- 49.Kaçar, S. D., & Özüguz, P. (2016). Seboreik dermatitte güncel yaklaşım. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 17(2), 72-76.
- 50.Muneer, N., Kashyap, R. R., Kini, R., Rao, P. K., & Bandarkar, G. P. (2016). Retiküler liken planus. *Cukurova Medical Journal*, 41(Ek 1), 20-24

51. Georgescu, n. b., gheucă-solovăstru, l. a. u. r. a., Bârbușă, a., nechita, a. d., & Vâpă, d. etiopathogenic and clinical correlations between lichen planus and associated diseases.
52. Berger, T. G. (2015). Lichen planus. *JAMA dermatology*, 151(3), 356-356.
53. Usatine, R. P., & Tinitigan, M. (2011). Diagnosis and treatment of lichen planus. *American family physician*, 84(1), 53-60.
54. Arnold, D. L., & Krishnamurthy, K. (2023). Lichen planus. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing.
55. Trüeb, R. M., & Dias, M. F. R. G. (2018). Alopecia areata: a comprehensive review of pathogenesis and management. *Clinical reviews in allergy & immunology*, 54, 68-87.
56. Darwin, E., Hirt, P. A., Fertig, R., Doliner, B., Delcanto, G., & Jimenez, J. J. (2018). Alopecia areata: review of epidemiology, clinical features, pathogenesis, and new treatment options. *International journal of trichology*, 10(2), 51-60.
57. Madani, S., & Shapiro, J. (2000). Alopecia areata update. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 42(4), 549-566.
58. Cebeci, K., Aykaç, K., Özsürekci, Y., Başaranoğlu, S. T., Cengiz, A. B., Kara, A., & Ceyhan, M. (2019). Çocuklarda Akut Paronişi Klinik, Takip ve Tedavisi: Hacettepe Üniversitesi Deneyimi. *Cocuk Enfeksiyon Dergisi*, 13(2), 73-77.
59. Rıgopoulos, D., Larios, G., Gregoriou, S., & Alevizos, A. (2008). Best antibiotics for paronychia. *Am Fam Physician*, 77(3), 339-346.
60. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191
61. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum
62. Tabachnick, B.G., Fidell, L.S. (2013). *Using Multivariate Statistics*. Pearson
63. Branch Jr, W. T., Collins, M. A., & Wintroub, B. U. (1983). Dermatologic practice: implications for a primary care residency curriculum. *Academic Medicine*, 58(2), 136-42.

64. Benton, E. C., Kerr, O. A., Fisher, A., Fraser, S. J., McCormack, S. K. A., & Tidman, M. J. (2008). The changing face of dermatological practice: 25 years' experience. *British Journal of Dermatology*, 159(2), 413-418.
65. Bacanlı, A., & Arıca, S. G. (2021). Aile hekimliğinde sık görülen dermatolojik hastalıklar ve yönetimi. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 12(3), 1-4.
66. Tran, H., Chen, K., Lim, A. C., Jabbour, J., & Shumack, S. (2005). Assessing diagnostic skill in dermatology: a comparison between general practitioners and dermatologists. *Australasian journal of dermatology*, 46(4), 230-234.
67. Moreno, G., Tran, H., Chia, A. L., Lim, A., & Shumack, S. (2007). Prospective study to assess general practitioners' dermatological diagnostic skills in a referral setting. *Australasian journal of dermatology*, 48(2), 77-82.
68. Basarab, T., Munn, S. E., & Jones, R. R. (1996). Diagnostic accuracy and appropriateness of general practitioner referrals to a dermatology out-patient clinic. *British Journal of Dermatology*, 135(1), 70-73.
69. Karaoğlu, N., Deniz, F., & Mevlitoğlu, İ. (2009). Skin diseases seen in kampus community Health Center of Selçuk University in two year period: an educational perspective. *Medical Journal of Süleyman Demirel University*, 16(2), 16-22.
70. Bernges, F., Zielbauer, S., Weberschock, T., & Ochsendorf, F. (2022). Teaching dermatology to medical students: a Scoping Review of published interventional studies. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 20(8), 1077-1087.
71. McCleskey, P. E., Gilson, R. T., & DeVillez, R. L. (2009). Medical student core curriculum in dermatology survey. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 61(1), 30-35.
72. Sönmez, V. (2021). Türkiye'deki tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin sık görülen dermatolojik hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi

73. Van de Kerkhof, P. C. (2006). Initiatives to increase the efficiency of dermatological patient care. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 150(34), 1873-1876.
- 74- Ahiaarah, A., Fox, C., & Servoss, T. (2007). Brief intervention to improve diagnosis and treatment knowledge of skin disorders by family medicine residents. *FAMILY MEDICINE-KANSAS CITY-*, 39(10), 720.
- 75- Aybek Yilmaz, A. (2016). Aile hekimlerinin birinci basamakta sık görülen dermatolojik lezyonlar hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi
- 76- Kocatürk Göncü, E., Melikoğlu, M., Tarıkçı, N., Tamyürek, M., Toprak, D., Topaloğlu Demir, F., & Topkarcı, Z. (2016). Mesleki egzamalara yaklaşım: Dermatologlar, işyeri hekimi ve aile hekimlerinin tutum farklılıkları.
- 77- Awadalla, F., Rosenbaum, D. A., Camacho, F., Fleischer, A. B., & Feldman, S. R. (2008). Dermatologic disease in family medicine. *FAMILY MEDICINE-KANSAS CITY-*, 40(7), 507.
- 78- Lowell, B. A., Froelich, C. W., Federman, D. G., & Kirsner, R. S. (2001). Dermatology in primary care: prevalence and patient disposition. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 45(2), 250-255

8.EKLER

8.1.Ek-1.Sosyodemografik Anket

1-Yaşınız?

☐ <25yaş ☐ 25-30 ☐ >30

2)Cinsiyetiniz?

☐ Kadın ☐ Erkek

3-Görev tanımınız nedir?

☐ Pratisyen aile hekimi ☐ Aile hekimi uzmanı ☐ Sözleşmeli aile hekimi asistanı

4-Meslekte kaçınıcı yılınız?

☐ 0-1 yıl ☐ 1-5 yıl ☐ 5-10 yıl ☐ ≥10 yıl

5-Aile hekimliğinde kaçınıcı yılınız?

☐ 0-1 yıl ☐ 1-5 yıl ☐ 5-10 yıl ☐ ≥10 yıl

6-Tıp fakültesindeki dermatoloji pratik eğitimini yeterli buluyorum.

☐ Katılıyorum ☐ Fikrim yok ☐ Katılmıyorum

7-Asistanlık eğitiminde dermatoloji rotasyonun verimli geçtiğini düşünüyor musunuz?(Aile hekimi uzmanı ve sözleşmeli aile hekimi asistanı için)

☐ Katılıyorum ☐ Fikrim yok ☐ Katılmıyorum ☐ Rotasyon almadım

8-Reçete yazarken çoğunlukla yardımcı destek kullanırım.

☐ Katılıyorum ☐ Fikrim yok ☐ Katılmıyorum

8.2.Ek-2. Aile Hekimlerin Sık Görülen Dermatolojik Hastalıklarla İlgili Anket

1-Fungal deri hastalıklarını rahatlıkla tedavi ederim.

☐Katılıyorum ☐Fikrim yok ☐ Katılmıyorum

2-Tinea kapitis tanısını zorluk çekmeden koyabilirim.

☐Katılıyorum ☐Fikrim yok ☐ Katılmıyorum

3-Ön tanı olarak tinea capitis düşünüyorsam dermatoloji polikliniğine yönlendiririm.

☐Katılıyorum ☐Fikrim yok ☐ Katılmıyorum

4-Tinea versikolor tanısını koymakta ve tedavi etmekte zorlanırım.

☐Katılıyorum ☐Fikrim yok ☐ Katılmıyorum

5-Tinea versikolor ön tanısıyla dermatoloji polikliniğine yönlendiririm.

☐Katılıyorum ☐Fikrim yok ☐ Katılmıyorum

6-Ürtikeri ve alerjik deri hastalıklarının tanı ve tedavi aşamalarını rahat bir şekilde yönetebilirim.

☐Katılıyorum ☐Fikrim yok ☐ Katılmıyorum

7-Dermatitlerin tanı ve tedavisini kolaylıkla yönetebilirim.

☐Katılıyorum ☐Fikrim yok ☐ Katılmıyorum

8-Neonatal dönemde yüzde görülen atopik dermatitlerin tanı ve tedavi aşamalarını yönetmekte zorlanırım.

☐Katılıyorum ☐Fikrim yok ☐ Katılmıyorum

9-Akne vulgaris tanı ve tedavisini rahat bir şekilde yönetebilirim

☐Katılıyorum ☐Fikrim yok ☐ Katılmıyorum

10-Bakteriyel ve viral deri hastalıkların tanı ve tedavi aşamalarını rahat bir şekilde yönetebilirim

☐Katılıyorum ☐Fikrim yok ☐ Katılmıyorum

11-Siğillerin tanı ve tedavi aşamalarını yönetmekte zorlanırım.

☐Katılıyorum ☐Fikrim yok ☐ Katılmıyorum

12-Psoriasis, liken planus gibi inflamatuvar deri hastalıklarını tanı ve tedavi aşamalarını rahat bir şekilde yönetebilirim.

☐Katılıyorum ☐Fikrim yok ☐ Katılmıyorum

13-Saç dökülmesi olan hastayı nadiren dermatoloji polikliniğine yönlendiririm.

☐Katılıyorum ☐Fikrim yok ☐ Katılmıyorum

14-Tırnak hastalıklarını dermatolojiye polikliniğine yönlendirmem.

☐Katılıyorum ☐Fikrim yok ☐ Katılmıyorum

15-Yanık olguların pansumanları için 2.ve 3.basamak hastanelere yönlendiririm.

☐Katılıyorum ☐Fikrim yok ☐ Katılmıyorum

8.3.Ek-3.Görsel Sorular

Görsel sorular için fotoğraflar, araştırma konularına uygun olarak UpToDate üzerinden erişime açık fotoğraflar arasından seçilmiştir.

1-Tanınız nedir?



☐ Pityriasis versicolor

☐ Tinea corporis

☐ Ürtiker

2- Tanınız nedir?



☐ Alopesi areata

☐ Seboreik dermatit

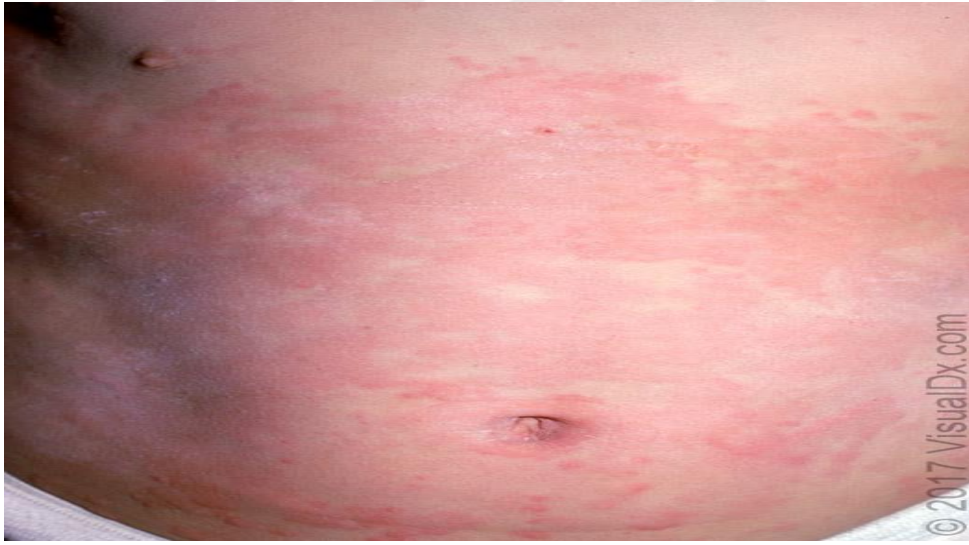
☐ Tinea capitis

3- Tanınız nedir?



- ☐ Liken planus ☐ Tinea versiko ☐ Tinea corporis

4- Tanınız nedir?



- ☐ Tinea corporis ☐ Ürtiker ☐ Seboreik dermatit

5- Tanınız nedir?



- ☐ Açık uçlu komedon ☐ Dermatit ☐ Liken planus

6- Tanınız nedir?



- ☐ Rozasea ☐ Seboreik dermatit ☐ Ürtiker

7- Tanınız nedir?



- ☐ Herpes simplex ☐ Verruca vulgaris ☐ Akne vulgaris

8- Tanınız nedir?



☐ İmpetigo

☐ Akne vulgaris

☐ Herpes simplex labialis

9- Tanınız nedir?



☐ Bullöz impetigo

☐ Herpes simplex

☐ Liken planus

10- Tanınız nedir?



☐ Liken planus

☐ Psöriasis vulgaris

☐ Tinea corporis

11- Tanınız nedir?



☐ Rozea

☐ Ürtiker

☐ Seboreik dermatit

12- Tanınız nedir?



- ☐ Liken planus ☐ Herpes simplex ☐ Psöriasis vulgaris

13- Tanınız nedir?



- ☐ Alopesi areata ☐ Tinea capitis ☐ Dermatit

14- Tanınız nedir?



☐ Liken planus

☐ Paronişi

☐ Tiena ungunium