



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY DR. SADI KONUK SAğLIK UYGULAMA VE
ARAşTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

AİLE HEKİMLİğİ ASİSTANLARININ
ÇOCUKLARDA SIK GÖRÜLEN DERMATOLOJİK HASTALIKLAR
HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ

Dr. Seyit Burak şAM

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL / 2024



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK SAğLIK UYGULAMA VE
ARAşTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

AİLE HEKİMLİğİ ASİSTANLARININ
ÇOCUKLARDA SIK GÖRÜLEN DERMATOLOJİK HASTALIKLAR
HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ

Dr. Seyit Burak şAM

Tez Danışmanı: Başasistan Uzm. Dr. Zeynep TOPKARCI

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL / 2024

TEŞEKKÜR

Öncelikle uzmanlık eğitimim boyunca beni yönlendiren, bilgi ve deneyimleri ile eğitimime ışık tutan, yakın ilgileri ve sağladıkları değerli destekleri için saygıdeğer Doç. Dr. Özlem POLAT ve Uzm. Dr. Betül ÖNDEŞ DENİZLİ'ye,

Tez hazırlama sürecimde bana yol gösteren, eğitimime önemli katkılarda bulunan, sunmuş olduğu desteği ve ilgisinden dolayı tez danışmanım Uzm. Dr. Zeynep TOPKARCI'ya,

Uzmanlık eğitimim boyunca aynı mesaiyi paylaştığım ve zor koşullarda beraber çalıştığım değerli uzmanlık öğrencisi arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemde büyük katkıları olan, her ne kadar uzakta olsalar da her anımda yanımda olduklarını hissettiğim annem Gülay ŞAM ve babam Ahmet ŞAM'a, eğitim hayatıma hep katkı sağlayan, her zaman arkamda olan örnek aldığım ablalarım Uzm. Dr. Merve ŞAM ÖZDEMİR ve Uzm. Dr. Ayşenur ŞAM SARI ile eşleri Uzm. Dr. Harun ÖZDEMİR ve Uzm. Dr. Kemal SARI'ya,

Tanıştığımız günden beri her zaman sevgisini hissettiğim, her anımda varlığını her zorlukta desteğini gösteren sevgili eşim Dr. İlayda ŞAM'a, 2023 yılının hayatımıza kattığı en güzel hediye olan kızım Ayşe ŞAM'a teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	v
TABLO LİSTESİ	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. ATOPIK DERMATİT.....	3
2.2. KONTAKT DERMATİT	5
2.2.1. Alerjik Kontakt Dermatit	5
2.2.2. İrritan Kontakt Dermatit.....	6
2.3. SEBOREİK DERMATİT.....	6
2.4. SKABİYES	8
2.4.1. Klasik Skabiyes	9
2.4.2. Krutlu Skabiyes	10
2.5. ÜRTİKER.....	11
2.5.1. Klinik ve Tanı.....	12
2.5.2. Tedavi.....	13
2.6. AKNE.....	13
2.6.1. İnfantil akne.....	15
2.7. KIZAMIK.....	16
2.8. KIZAMIKÇIK.....	17
2.9. KABAKULAK.....	18
2.10.SUÇİÇEĞİ	19

2.11.KIZIL	20
2.12.EL AYAK AĞIZ HASTALIĞI.....	20
2.13.ERİTEMA ENFEKSİYOSUM (5. Hastalık, Parvovirus B-19 Enfeksiyonu) 21	
2.14.NEONATAL TOKSİK ERİTEM.....	22
2.15.İNFAANTİL HEMANJİYOMLAR.....	22
2.16.SOMON LEKESİ.....	23
2.17.İMPETİGO.....	23
2.18.PSÖRİAZİS.....	24
2.19.TİNEA KAPİTİS.....	25
2.20.TİNEA VERSİCOLOR.....	26
2.21.CANDİDA ENFEKSİYONLARI	26
2.21.1. Orofaringeal Kandidiyazis (Pamukçuk).....	26
2.21.2. Kandidal Paronişi	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	28
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM	28
3.3. ARAŞTIRMANIN UYGULANMA YÖNTEMİ VE VERİLERİN TOPLANMASI	29
3.4. VERİ ANALİZİ VE İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER.....	29
4. BULGULAR.....	30
4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER.....	30
4.2. ÖZ DEĞERLENDİRME SORU VE YANITLARI.....	31
4.3. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER-ALINAN TOPLAM PUAN İLİŞKİSİ 32	
4.4. DOĞRU YANLIŞ VERİLERİ.....	35
4.5. ASİSTANLIK TÜRÜNE GÖRE KARŞILAŞTIRMA.....	36
4.6. ÖZDEĞERLENDİRME CEVAPLARI ALINAN TOPLAM VE HASTALIK PUAN İLİŞKİSİ.....	44
5. TARTIŞMA	48

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
7. KAYNAKÇA.....	58



KISALTMALAR

AHU	: Aile Hekimliği Uzmanlığı
TKS	: Topikal Kortikosteroidler
AKD	: Alerjik Kontakt Dermatit
SD	: Seboreik Dermatit
SAHU	: Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı
KUÜ	: Kronik Uyarılabilir Ürtiker
KSÜ	: Kronik Spontan Ürtiker
LTRA	: Lökotrien Reseptör Antagonistleri
RT-PCR	: Revers-Transkriptaz Polimeraz Zincir Reaksiyonu
VZV	: Varisella Zoster Virüsü
USG	: Ultrasonografi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	30
Tablo 2: Katılımcıların öz değerlendirme sorularına verdikleri yanıtlar	31
Tablo 3: Yaş-Bilgi puanı karşılaştırması	32
Tablo 4: Cinsiyet-bilgi puanı karşılaştırması	32
Tablo 5: Meslekte Çalışma Süresi -bilgi puanı karşılaştırması.....	33
Tablo 6: Asistanlık yılı-bilgi puanı karşılaştırması	33
Tablo 7: Asistanlık türü-bilgi puanı karşılaştırması.....	33
Tablo 8: Dermatoloji stajı-bilgi puanı karşılaştırması	34
Tablo 9: Dermatoloji rotasyonu-bilgi puanı karşılaştırması	34
Tablo 10: Dermatoloji eğitimi-bilgi puanı karşılaştırması.....	34
Tablo 11: Katılımcıların doğru-yanlış sorusu verileri.....	35
Tablo 12: Asistanlık türü-sosyodemografik karşılaştırması-1	36
Tablo 13: Asistanlık türü-sosyodemografik karşılaştırması-2	37
Tablo 14: Asistanlık türü-özdeğerlendirme karşılaştırması-1	38
Tablo 15: Asistanlık türü-özdeğerlendirme karşılaştırması-2	39
Tablo 16: Asistanlık türü-özdeğerlendirme karşılaştırması-3.....	40
Tablo 17: Asistanlık türü-doğru yanlış verileri karşılaştırması-1	41
Tablo 18: Asistanlık türü-doğru yanlış verileri karşılaştırması-2	42
Tablo 19: Asistanlık türü-doğru yanlış verileri karşılaştırması-3	43
Tablo 20: Özdeğerlendirme-bilgi puanı karşılaştırması-1	44
Tablo 21: Özdeğerlendirme-bilgi puanı karşılaştırması-2	44
Tablo 22: Özdeğerlendirme-bilgi puanı karşılaştırması-3.....	45
Tablo 23: Özdeğerlendirme-bilgi puanı karşılaştırması-4.....	45
Tablo 24: Özdeğerlendirme-bilgi puanı karşılaştırması-5.....	45
Tablo 25: Özdeğerlendirme-bilgi puanı karşılaştırması-6.....	46
Tablo 26: Özdeğerlendirme-bilgi puanı karşılaştırması-7	46
Tablo 27: Özdeğerlendirme-bilgi puanı karşılaştırması-8.....	47
Tablo 28: Özdeğerlendirme-bilgi puanı karşılaştırması-9	47

ÖZET

Aile Hekimliği Asistanlarının Çocuklarda Sık Görülen Dermatolojik Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeyleri

Dr. Seyit Burak Şam Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi

Amaç: Birinci basamağa başvuran hastalar arasında çocuk hastalar önemli yer tutar. Bu hastaların doğru tanı ve tedavi almaları toplum sağlığı açısından çok önemlidir. Bu nedenle çalışmamızda Aile Hekimliği bölümündeki asistan hekimlerin çocuk hastalardaki dermatolojik hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmek, tanı ve tedaviye olan yaklaşımlarını değerlendirerek bu yaklaşımların daha iyi hale getirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: SBÜ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 23.05.2023- 23.06.2023 tarihleri arasında Aile Hekimliği asistanlarına çalışmamızla ilgili hazırladığımız anket formu online olarak uygulanmıştır. Anketin birinci bölümünde katılımcıların sosyodemografik bilgileri, ikinci bölümde özdeğerlendirmeleri yer almaktadır. Diğer bölümlerde ise katılımcıların çocuklarda sık görülen dermatolojik hastalıklar hakkında bilgi düzeylerini ölçmek için 17 doğru-yanlış sorusu ve 11 çoktan seçmeli soru mevcuttur. Çalışmamızda istatistik anlamlılık sınırı $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza 326 Aile Hekimliği uzmanlık öğrencisi katılmıştır. Katılan hekimlerin yaş grubu en fazla %34 ile 25-30'dur. Katılımcıların %59.8'i kadın, %51.6'sı evli, meslekte geçen yıl sayısı en fazla olan grup %40.8'le 1-5 yıl ve asistanlık türü %57.7 ile tam zamanlı Aile Hekimliği uzmanlık öğrencileridir. Araştırmada, hekimlerin ortalama puanı 55.2 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılan hekimlerin %46.0'ı daha önce dermatolojik hastalıklar hakkında eğitim aldığını belirtmiştir. Bu çalışmada çocuk hastalarda cilt hastalıklarını tanıyım diyen asistan hekimlerin oranı %46,9, tedavi edebilirim diyenlerin oranı ise %39,6 olarak çıkmıştır.

Sonuç: Birinci basamak sağlık kuruluşları sağlık sistemimizin temelini oluşturmaktadır. Aile Hekimliği uzmanlık ğrencilerinin ocuk hastalarda sık görülen dermatolojik hastalıklar hakkında bilgi düzenlerinin yetersiz olduğu görüldü. Mezuniyet ncesi ve sonrası dermatoloji eğitimleri arttırılmalı ve eğitim programları gzden geirilip tekrar dzenlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Dermatoloji, Pediatrik



ABSTRACT

Knowledge Levels of Family Medicine Residents about Common Dermatologic Diseases in Children

Seyit Burak Şam MD, Department of Family Medicine Specialization Thesis

Aim: Pediatric patients have an important place among patients admitted to primary care. It is very important for public health that these patients receive correct diagnosis and treatment. Therefore, in this study, it is aimed to measure the level of knowledge of resident physicians in the department of family medicine about dermatologic diseases in pediatric patients, to evaluate their approaches to diagnosis and treatment and to improve these approaches.

Material and Methods: The online questionnaire form prepared for our study was applied to family medicine residents at SBÜ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital between 23.05.2023 and 23.06.2023. The first part of the questionnaire includes sociodemographic information of the participants, and the second part includes self-assessment. In the other sections, there are 17 true-false questions and 11 multiple choice questions to measure the level of knowledge of the participants about common dermatologic diseases in children. In our study, the statistical significance limit was accepted as $p < 0.05$.

Results: A total of 326 family medicine residents participated in the study. The age group of the participating physicians was 25-30 years with 34%. 59.8% of the participants were female, 51.6% were married, the group with the highest number of years in the profession was 1-5 years with 40.8% and the type of residency was full-time family medicine residents with 57.7%. In the study, the mean score of the physicians was 55.2. Among the physicians participated in our study, 46.0% stated that they had previously received training on dermatologic diseases. In this study, the rate of resident physicians who said they could recognize skin diseases in pediatric patients was 46.9% and the rate of those who said they could treat them was 39.6%.

Conclusion: Primary health care organizations constitute the basis of our health system. It was observed that the knowledge of family medicine residents about dermatologic diseases commonly seen in pediatric patients was inadequate. Pre- and post-graduate dermatology training should be increased and training programs should be reviewed and reorganized.

Key Words: Family Medicine, Dermatology, Pediatric



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile Hekimliği, genel sağlık hizmetlerinin sunulduğu birinci basamak sağlık alanında önemli bir role sahiptir. Aile Hekimliği genelde dermatolojik hastalıkları olan çocukların ilk temas noktasıdır ve bu konuda çeşitli sağlık sorunlarıyla karşılaşmaktadırlar. Bu hastalıklar, çocukların yaşam kalitesini etkileyebilir ve uzun vadeli komplikasyonlara neden olabilir.(1) Bu nedenle, Aile Hekimliği asistanlarının dermatolojik hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyleri önemlidir.

Aile Hekimliği asistan hekimleri, tıp eğitimlerinin bir parçası olarak genel bir dermatoloji bilgisine sahip olmaktadır. Ancak, çocuklarda sık görülen dermatolojik hastalıkların özellikleri ve tedavi yöntemleri yetişkin hastalıklardan farklılık gösterebilir. Bu nedenle, Aile Hekimliği asistan hekimlerinin çocuklarda dermatolojik hastalıklar konusunda güncel bilgilere ve pratik deneyimlere sahip olmaları gerekmektedir.

Bu çalışmanın amacı, Aile Hekimliği asistanlarının çocuklarda sık görülen dermatolojik hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerini değerlendirmektir. Dermatolojik hastalıklar, birinci basamak başvurularında önemli bir yer tutar. Bu nedenle, Aile Hekimliği asistan doktorlarının bu hastalıkları tanıma, yönetme ve uygun tedavi planlarını oluşturma konusunda yeterli bilgi ve becerilere sahip olmaları önemlidir.

Bu çalışmada, Aile Hekimliği asistanlarının çocuklarda sık görülen dermatolojik hastalıklarla ilgili bilgi düzeylerini değerlendirmek için bir anket yöntemi kullanılacaktır. Anket, dermatolojik hastalıkların semptomlarını, tanı yöntemlerini ve tedavi seçeneklerini kapsayacak şekilde tasarlanmıştır. Ankete katılan Aile Hekimliği asistan doktorlarının bilgi düzeyleri ve eksiklikleri analiz edilerek, eğitim programlarının güncellenmesi ve iyileştirilmesi için öneriler sunulacaktır.

Bu çalışmanın sonuçları, Aile Hekimliği asistanlarının çocuklarda sık görülen dermatolojik hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerini ortaya koyarak mevcut durumu değerlendirmemizi sağlayacaktır. Ayrıca, Aile Hekimliği asistanlarının dermatolojik hastalıklarla ilgili eğitim ve deneyim ihtiyaçlarının belirlenmesine ve bu alanda daha etkin hizmet sunmalarına yönelik stratejilerin geliştirilmesine katkıda bulunacaktır.

Bu şekilde, çocukların dermatolojik sağlığını koruma, tanı koyma ve tedavi etme konusunda Aile Hekimliği asistanlarının yetkinliklerinin artırılması sağlanacak ve çocukların yaşam kalitesinin iyileştirilmesine katkıda bulunulacaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. ATOPIK DERMATİT

Atopik dermatit (AD), tekrarlayan, kronik ve kaşıntılı bir cilt hastalığıdır. Çocuklarda görülme sıklığı %0.2 ile %25 arasında değişir.(2) Özellikle çocuklarda sık görülen bu hastalığın insidansı gelişmiş ülkelerde artmaktadır ve yaşam boyu prevalansı giderek yükselmektedir.(3)

Hastalarda genellikle serum IgE düzeylerinde artış gözlenir. Astım ve/veya allerjik rinit öyküsü bulunabilir. AD'nin patogenezi tam olarak aydınlatılamamış olsa da, immunoglobulin (Ig) E ile oluşan tip I reaksiyonlar ve T hücreleri ile oluşan tip IV reaksiyonların patogeneze rol oynadığı ileri sürülmektedir. AD'li hastalarda T hücrelerinde önemli immünopatogenetik anormallikler gözlemlenmiştir.(4) Patogeneze önemli olan diğer bir nokta da epidermal bariyerde bozulmadır. AD'de, stratum korneum hidrasyonunda azalma ve su kaybında artış, lipid içeriğinde (özellikle seramitlerde) ve zincir uzunluğunda azalma gibi değişiklikler, lamellar organizasyonun bozulması, filagrinde azalma, deri pH'ında artış, serin proteaz aktivitesinde bozulma, Staphylococcus aureus kolonizasyonunda anormal artış ve deri mikrobiyom çeşitliliğinde azalma gibi stratum korneumla ilgili birçok bozukluk bildirilmiştir.(3)

İnfanıl AD'de en sık etkilenen bölge yüz bölgesidir. Yüzün burun ve ağız çevresi korunsa da özellikle yanaklarda sınırları belirsiz kızarıklıklar görülür. Yanaklar dışında saçlı deri ve boyun, emekleme dönemi başlamasıyla birlikte ise ekstremitelerin dış yüzleri ve gövdede lezyonlar ortaya çıkabilir. Bazı AD'li bebeklerde genelde deri belirtileri iki yaşına kadar gerilerken, bazılarında ise çocukluk dönemi AD'ine geçiş gözlenebilir. (4)

Çocukluk dönemi AD'inde(2-12 yaş) fleksural bölgelerde (dirsek ve diz kıvrımları), el-ayak bileği iç yüzlerinde ve boyunda subakut ve kronik dönem egzematöz lezyonlar gözlenir. Özellikle boyun bölgesinin her iki yanında "dirty neck" olarak adlandırılan tipik tutulum gözlenebilir.

Erişkinlerde AD hastalığı genellikle daha lokal bir şekilde kendini gösterir ve kronik egzematöz lezyonlara yol açar. El ve ayaklarda, özellikle avuç içi ve el sırtı bölgeleri ile bilekler sıkça etkilenir. Fleksural bölgelerde kaşıntılı likenifiye papüler ve plak şeklinde lezyonlar bulunur. Ayrıca baş, göz kapakları, boyun, gövdenin üst kısmı, omuzlar ve saçlı deri de hastalıktan etkilenebilir. AD'li erişkinlerde nonspesifik el dermatiti sık olarak (%70'e kadar) görülebilir.(3,5–7)

AD'in tanısı klinik olarak konulur ve herhangi bir tanı koyduracak laboratuvar bulgusu yoktur. Atopik dermatit tedavisinin ilk adımı, detaylı bir anamnez almakla başlar. Bu anamnezde hastanın başlangıç yaşı, aile öyküsü, tetikleyici faktörler, enfeksiyonlar, banyo ve nemlendirme alışkanlıkları, yanlış uygulamalar, irritasyonlarla karşılaşma durumu, ateş, terleme, stres, alerjiler ve geçmişte uygulanan tedaviler gibi konular ayrıntılı bir şekilde sorgulanmalıdır. (4)

Atopik dermatit tedavisinde, hastalığın nükslerinin en aza indirilmesi ve alevlenme süresinin ve şiddetinin azaltılması hedeflenmektedir. İlk hedef hastalığın önlenmesi, ikincil hedef ise tedaviye yöneliktir. Önleme de en etkili yöntem günlük cilt nemlendirici kremler kremlerin kullanılması, alerjen ve tahriş edici ajanlardan kaçınılmasıdır. Kuruluk azaldığında, kaşıntı isteği azalır ve cilt enfeksiyonu riski azalır. Topikal kortikosteroidler (TKS), atopik dermatitte hem atakların tedavisinde hem de uzun süreli remisyonun sağlanmasında öncelikli tercih edilen ilaçlardır. TKS'ler anti-enflamatuar özellikleri sayesinde, etkilerini enflamasyonu baskılayarak gösterirler. Çocuklar ve bebekler hem lokal hem de sistemik yan etkiler açısından riskli oldukları için çok güçlü kortikosteroidler kullanılmamalıdır. Topikal tedavinin yanı sıra, şiddetli akut veya kronik egzama durumunda sistemik immünsüpresan ilaçlar veya fototerapi (ultraviyole, UV ışığı) gerekebilir.(3,8) Topikal kalsinörin inhibitörleri (pimekrolimus ve takrolimus) akut dönemde ve sonrasında koruyucu tedavi olarak kullanılır. Özellikle 2 yaş ve üzeri çocuklarda, topikal kortikosteroidlere yetersiz yanıt, yanıtın potansiyelize edilmesi, steroidden ayırma ve uzun sürede steroid yerine koruyucu tedavi olarak kullanılabilirler. (9)Atopik dermatit tedavisinde sistemik antihistaminiklerin yeri, kaşıntının hafifletilmesi ile hastanın yaşam kalitesini artırmaya yöneliktir.(9,10)

2.2. KONTAKT DERMATİT

Kontakt dermatit, çocukluk çağında da önemli bir yeri olan, sık görülen bir deri hastalığıdır. Hastalık kaşıntı, kızarıklık, veziküller, büller, skuamlar şeklinde farklı klinik tablolarla karşımıza çıkabilir. Kontakt dermatit, alerjik kontakt dermatit (AKD) ve iritan kontakt dermatit (IKD) olmak üzere ikiye ayrılabilir ve IKD daha yaygındır (kontakt dermatitin yaklaşık %80'ini oluşturur). AKD, bir alerjene karşı tip IV aracılı duyarlılığa bağlı olarak, maruziyet sonucunda inflamatuvar bir yanıtla ortaya çıkar. IKD ise tahriş edici bir maddeye karşı immünolojik olmayan, inflamatuvar bir reaksiyondur. Bu iki tip dermatit, klinik olarak birbiri ile karışabilir, bu durumda hastanın ayrıntılı anamnez ile değerlendirimi çok önemlidir.(11,12)

2.2.1. Alerjik Kontakt Dermatit

Alerjik kontakt dermatit sık görülen ve önemli bir morbiditeye yol açabilen bir durumdur. AKD (alerjik kontakt dermatit) patogeneğinde, alerjen spesifik T hücrelerinin aktivasyonu sonucunda ortaya çıkan tip IV gecikmiş tip aşırı duyarlılık reaksiyonudur. (12)

AKD'de görülen tablo kaşıntılıdır.(13) Lezyonların konumu ve dağılımı teşhise yardımcı olabilir. AKD, akut, subakut veya kronik dermatit şeklinde ortaya çıkabilir. Akut AKD genellikle eritemli papüller ve veziküllerle karakterizedir. Kronik AKD, eritemli ve kaşıntılı lezyonlar şeklinde ortaya çıkar ve likenifikasyon, pul pul dökülme ve fissür gibi daha uzun süreli inflamasyonun belirtilerini gösterebilir. (12) Tanı, detaylı bir öykü, fiziksel muayene ve yama testi ile konulur. Lezyonların ne zaman geliştiği, zaman içinde nasıl değiştiği ve herhangi bir şüpheli ajanın olup olmadığının aydınlatılması önemlidir.(12) Göz kapağı, yüzün yan kısımları, yüzün merkezi, boyun veya eller gibi belirli dağılımlar, kozmetiklere ve kişisel ürünlere karşı AKD geliştiği düşüncesini akla getirmelidir. En sık Eller bölgesi tutulur.

Tedavinin temelini alerjenin kaçınılması oluşturur. Akut alevli dönemde sulantılı lezyon görülürse ıslak pansuman yapılabilir.(13) Topikal kortikosteroidler atakların tedavisinde kullanılabilir, ancak uzun süreli tedavide kaçınılmalıdır. (12)

Dirençli olgularda alternatif olarak fototerapi ve t hücre üzerinden etkili olan topikal kalsinörin inhibitörleri (takrolimus ve pimekrolimus) kullanılabilir.

2.2.2. İrritan Kontakt Dermatit

İrritan kontakt dermatit, kontakt dermatitin(%80) en yaygın formudur. İKD bir irritana karşı ciltte ortaya çıkan nonimmünolojik ve nonspesifik bir reaksiyon olarak tanımlanmıştır.(14) Erken çocukluk döneminde en sık görülen form diaper dermatittir. Diaper dermatit, nem, sürtünme, idrar ve dışkı gibi irritan faktörlerin etkisiyle gelişir. Bu faktörler deri bariyerini zayıflatır ve deriyi enzimatik aktivite, kimyasal irritanlar ve özellikle Candida ve Staphylococcus aureus gibi sekonder bakteriyel ve fungal enfeksiyonlara karşı daha duyarlı hale getirir. Hayatın ilk yıllarında, perianal dermatit adı verilen başka tablolar da görülebilir. Perianal dermatit, streptokoksik bir enfeksiyon olarak görülebileceği gibi, ıslak mendil teması gibi mekanik nedenlerle de ortaya çıkabilir. Çocuklar ev dışında oynamaya başladıklarında, bitki teması ve/veya güneş etkisi ile birlikte fito dermatit veya fotofitodermatit gibi İKD tabloları görülebilir.(11)

İrritan kontakt dermatiti teşhisi genellikle alerjik kontakt dermatitin dışlanmasıyla klinik olarak konulur. Tedavide öncelikli hedef olası nedenlerin tesbiti ve uzaklaştırılmasıdır. Derinin nemlendirilecek bariyerin korunması ve güçlendirilmesi ve şiddetli olgularda topikal steroidler tedavi sürecinde önemli rol alır. (14,15)

2.3. SEBOREİK DERMATİT

Seboreik dermatit (SD), saçlı deri, yüz, göğüs gibi sebumdan zengin bölgelerde görülen, kırmızı ve sarımsı yağlı görünümlü pullu plaklarla karakterize olan, kronik ve inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Özellikle ergenlik çağındaki gençler, genç yetişkinler ve 50 yaş üzeri bireyler arasında sıkça görülürken, erkeklerde daha yaygın olarak görülmekte olup yetişkin nüfusun %1-3'ünü etkilemektedir.(16)

Seboreik dermatit en sık saçlı deri, nazolabial kıvrımlar, kaşlar, kulak arkası, göğüs ve sırt üst orta hatta tutulumla karakterizedir. Yenidoğan döneminde bez bölgesinde ve kıvrım alanlarında eritem ve saçlı deride sarı skuamlarla karakterizedir, bazen eritrodermiye de neden olabilir. Genellikle ilk 2 yaş içerisinde

geriler. Bu nedenle bez bölgesinde tekrarlayan, kıvrım alanları da tutan yoğun eritemli diaper dermatitlerde seboreik dermatit de akla gelmelidir. Seboreik dermatitin kesin nedeni bilinmemekle birlikte, hormonlar ve sebum düzeyi ile arasında bağlantı olabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Sebace bezlerin en aktif durumda olduğu ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde daha sık görülür. Erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmesi, androjenlerin pilosaebaze bezler üzerindeki etkisine bağlanmakta, buna dayanarak da hormonal faktörlerin de etyolojide yeri olabileceği bildirilmektedir. Seboreik dermatit ek olarak Parkinson hastalarında, ruhsal bozukluklar nedeni ile ilaç tedavisi alanlarda ve HIV/AIDS hastalarında daha sık görülmektedir. *Malassezia spp* seboreik dermatitte saçlı deri ve diğer sık görülen alanlardaki skuamlarda daha fazla miktarda tesbit edilmiştir. Bu durumun epidermal proliferasyonla ilişkili olduğu ve immün disfonksiyon ile organizmaların sadece bu alanlarda kolonize olduğu bildirilmiştir. (17) Tanı ayrıntılı bir fizik muayene ve anamnez ile konulur. Eğer tanıda şüphe duyuluyorsa biyopsi yapılabilir. (18)

SD tedavisinde temel amaç, lezyonları ve *Malassezia spp*.'nin kolonizasyonunu baskılamak ve sekonder enfeksiyonlara karşı önlem almaktır. (19) Seboreik dermatitin tedavisinde hala sıkça kullanılan bir yöntem olan topikal kortikosteroidlerin etkinliği, antiinflamatuvar etkilerine bağlıdır. Geçmişte, betametazon benzoat, betametazon valerat ve betametazon dipropionat gibi orta ve yüksek potensli topikal kortikosteroidler seboreik dermatit tedavisinde kullanılıyordu. Günümüzde düşük potensli (örneğin hidrokortizon) kortikosteroidler tercih edilmektedir. Daha düşük potensli topikal kortikosteroidlerle de özellikle yüz gibi ince bölgelerde ve uzun süreli kullanımda deride atrofi, telenjektazi, tüylenme gibi yan etkiler görülebilir. Bununla birlikte, etkinlikleri nedeniyle hala popüler bir tedavi seçeneği olarak kullanılmaktadır. Sık tekrarlayan lezyonları olan hastalarda, topikal steroid yan etkilerinden korunmak için, uzun süreli olarak topikal kalsinörin inhibitörlerinin (pimekrolimus, takrolimus) kullanımı uygundur. Saçlı derideki seboreik dermatit tedavisinde yüzde ve gövdedeki lezyonlara da uygulanabilen ketokanazol içeren şampuanlar öncelikli tercihtir. Ek olarak selenyum sülfür, çinko pirition, kömür katranı içeren keratolitik ajanlarla tedavi edilebilir ve bu ajanlar reçetesiz olarak da temin edilebilir. Çinko pirition hem non-spesifik keratolitik etkiye

sahiptir, hem de antifungal etkinlik gösterir. Seboreik dermatit hastalarında, sosyal stigmatizasyon da olduğundan, hastalığın tedavisi önemlidir. (16,20)

2.4. SKABİYES

Skabiyes, *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*'in neden olduğu bir cilt hastalığıdır. Her yaştan ve her ırktan insanı etkileyebilir. Skabiyes, cinsel temas, toplu yaşam, yakın temas veya skabiyesli hastaların kişisel eşyaları aracılığıyla insandan insana bulaşır. Son yıllarda, ülkemiz de dahil olmak üzere birçok ülkede görülme sıklığının arttığı bilinmektedir, ancak epidemiyolojik veriler yetersizdir. Anamnez ve tipik klinik bulgular genellikle tanı koymayı kolaylaştırır. Tanı sürecinin hızlı olması ve etkili bir tedavi düzenlenmesi, birçok olgunun önlenmesi ve salgınlara önlenmesi açısından önemlidir.(21)

Skabiyes akarı, insan derisinin üst tabakası olan stratum korneumda yaşayan bir zorunlu parazittir. Erişkin dişi akarlar çıplak gözle görülemeyecek kadar küçüktür.(21,22) Yaşam döngüsü yumurta, larva, nimf ve erişkin form olmak üzere dört aşamadan oluşur. Yumurtaların kuluçka süresi 3-5 gündür ve sonrasında lavraya dönüşür. Skabiyes akarları derinin yüzeyinde, tünellerde veya kıl foliküllerinde bulunabilir. Startum korneum katmanında erkek ve dişi araklar çiftleşir bu olayla birlikte erkek akar döngüsü son bulur. Erişkin dişi akarlar tüneller kazarak yumurta, dışkı ve salgılarını bırakırlar. Skabiyes akarlarının yaşam döngüsünü bilmek tanı ve tedavi oluşturmak için önemlidir.(21,23)

Skabiyes, bir erişkin dişi akar veya birkaç larva ile doğrudan ten teması sonucu bulaşabilir. Skabiyes akarları dış ortamda kısa süre yaşayabilirler. Ancak tekstil ürünleri aracılığıyla bulaşma ihtimali düşüktür. Skabiyesli hastaların kullanılan tekstil ürünlerini uygun şekilde temizlemek önemlidir. Yıkatabilir ürünler en az 50°C'de en az 10 dakika yıkanmalı, yıkanamayan eşyalar ise poşet torbada en az 7 gün bekletilmeli veya -10 ile -18°C arasında derin dondurucuda en az 5 saat bekletilmelidir. Akarların dış ortamda yavaş hareket etmeleri nedeniyle kısa süreli temaslara veya selamlaşmalar genellikle skabiyes bulaşma riski taşımaz. Krutlu skabiyes adı verilen daha nadir bir skabiyes formunda ise kişiler bulaştırıcıdır ve kısa

sürelî temaslar bile bulaş riski oluşturabilir. Bu hastaların dökülen cilt parçacıklarıyla temas bile bulaşma riskini artırabilir.(21,22)

Skabiyesli hastaların muayenesi sırasında eldiven kullanılmalı ve muayene sonrası eller yıkanmalıdır. Skabiyesin en belirgin semptomu kaşıntıdır. Ailede başka kişilerde de kaşıntı olması tanıyı destekleyen bir bulgudur. Skabiyes akarları dış ortamda sıcaklık ve nem koşullarına bağlı olarak farklı sürelerde hayatta kalabilir. Genellikle 48 saat içinde ölürlere, ancak daha düşük sıcaklık ve yüksek nem koşullarında daha uzun süre yaşayabilirler.(21)

Skabiyes (akar uyuz) tanısının temelini tipik anamnez ve klinik bulgular oluşturur. Hastalığın en belirgin semptomu kaşıntıdır. Kaşıntı çoğu zaman gece uykudan uyandırır ve bulunan ortamın sıcaklık artışıyla artar. Ayrıca ailede kaşıntı şikâyeti olan diğer bireylerin bulunması, skabiyes tanısını destekleyen önemli bir bulgudur.(21)

Skabiyesli biriyle temas sonrası klinik belirtiler genellikle 3 ila 6 hafta içinde ortaya çıkar. Bu gecikme, skabiyes akarlarına karşı gelişen tip 4 alerjik yanıt nedeniyle oluşur.(24) Ancak daha önce enfestasyon hikayesi olan bireylerde semptomlar daha erken, genellikle 24 ila 48 saat içinde ortaya çıkabilir.(21)

2.4.1. Klasik Skabiyes

Klasik skabiyes, normal bağışıklık sistemine sahip hastalarda görülen en yaygın formdur. Klinik bulgular, özellikle el parmak araları, el bilekleri, ekstremiteler ekstansör yüzleri, aksiller katlantılar, gövde yanları, karın periumblikal alan, kalçalar, erkeklerde penis, kadınlarda ise meme başı (areola) gibi bölgelerde ortaya çıkar. Ayrıca bebeklerde avuç içleri ve ayak tabanları sık tutulur. Sırt orta hattı, yüz ve saçlı deri yetişkinlerde genellikle etkilenmez, ancak bebeklerde bu bölgelerde de tutulum görülebilir.(21)

Ekskoriye papüller, klasik skabiyeşte en sık görülen muayene bulgusudur. Ekskoriye papüller Skabiyes akarına bağlı olarak gelişen primer bir lezyon değildir. Genellikle deri kazıntı örneklerinde akar saptanmaz. Tüneller, dişi skabiyes akarlarının deride yumurta bırakmak için açtığı, gri-kahverengi renkte, virgül

şeklinde izlerdir. Tüneller, deriden hafif kabarıklık olarak görülür. Tünellerin ucunda bazen erişkin dişi akarı içeren inci tanesi benzeri veziküller bulunabilir. Tüneller ve veziküller, özgün klinik bulgulardır ve bundan dolayı skabiyes tanısını doğrulamak için deri kazıntı örneklerinde erişkin dişi akar, yumurtaları ve feçes saptanabilir. Ancak bazı hastalarda kaşınma nedeniyle tüneller muayene sırasında tespit edilemeyebilir.(21)

Klasik skabiyes de kaşıntı çok şiddetli olabilir, özellikle gece ve sıcak ortamlarda artar. Bu şiddetli kaşıntı sonucunda ciddi sekonder ekzematizasyon veya bakteriyel enfeksiyonlar gelişebilir. Skabiyesli hastalarda kaşıntı temel bir semptom olmakla birlikte, özellikle bebeklerde, yaşlılarda ve topikal kortikosteroid veya immünsüpresif tedavi alanlarda belirgin olmayabilir.(21)

2.4.2. Krutlu Skabiyes

Krutlu skabiyes, bağışıklık sistemi baskılanmış bireylerde veya kaşınmayı azaltan nörolojik hastalığı olanlarda daha sık görülür. Nadiren, yanlış tanı nedeniyle steroid tedavisi alan klasik skabiyesde de krutlu skabiyes gelişebilir. Krutlu skabiyes, el ayaları, ayak tabanları, kalçalar, olekranon, patella başı gibi sürtünmeye maruz kalan bölgelerde ve klasik formda sıklıkla tutulmayan baş, boyun, kulak kepçesi gibi bölgelerde kalın, griden sarı-beyaz renkte diffüz hiperkeratoz ile karakterizedir. Krutlu skabiyesde kaşıntı genellikle hafiftir ve bazen klinik tabloya eşlik etmeyebilir. Bu nedenle hastaların tanı alma süreci gecikebilir.(21)

Tanı:

Skabiyes tanısının temelini, tipik öykü, şiddetli kaşıntı ve spesifik klinik bulgular oluşturur. Ancak atipik klinik bulguları olan hastalarda, yardımcı tanı yöntemlerinden faydalanmak gerekebilir. Mikroskop ve dermoskop gibi yöntemler, akarların tespitinde sıkça kullanılmaktadır. (24,25)

Tedavi:

Tedavinin temel taşı semptomların varlığına bakılmaksızın, enfekte olmuş hastaların ve tüm yakın temaslıların eş zamanlı olarak yönetilmesidir. Skabiyesde tedavinin en önemli parçalarından birisi de hasta uyumudur. Hastayı tedavi öncesi iyi

bilgilendirmek ve ilaçların kullanımını anlatma tedavi başarısı açısından önemlidir.
(21)

Topikal Ajanlar:

Skabiyes için kullanılabilen başlıca topikal ajanlar permetrin, krotamiton ve lindandır. Permetrin, ilk seçenektir ve %5 krem ve losyon formu uygulanan sentetik bir piretroid bileşigidir. Skabiyes tedavisinde başka bir topikal ajan ise krotamiton'dur, antiparaziter etki mekanizması hala bilinmemektedir. Bu ilacın hem antipruritik hem de antibakteriyel etkileri vardır.(26)

İvermektin:

Topikal tedaviye alternatif bir yaklaşım oral ivermektin kullanımıdır. Ivermektin, kalıcı depolarizasyona neden olarak etkisini iyon kanalı üzerinden gösterir. İki doz ivermektin (vücut ağırlığına göre 200 µg/kg, iki hafta arayla) tek bir permetrin uygulaması kadar etkili gibi görünmektedir. Bununla birlikte, ilaç 15 kg'dan daha az ağırlığa sahip çocuklarda değerlendirilmemiştir.(21,25,26)

2.5. ÜRTİKER

Ürtiker, kaşıntılı ve ödemli plaklarla karakterize bir deri hastalığıdır.(27) Kronik ürtikerin soğuk ürtiker, kolinerjik ürtiker, temas ürtikeri gibi alt tipleri bulunmaktadır. Ürtikeryal döküntünün eşlik ettiği ürtikeryal vaskülit ve otoinflamatuvar hastalıklar da (CINCA, NOMID, Muckle-wells sendromu gibi) görülebilir. Akut ürtikerde bulgular 6 haftadan kısa sürerken kronik ürtikerde daha uzun sürmektedir. Ürtiker hastalarının yarıya yakınında anjiyoödem eşlik eder. Çoğu ürtiker alt tipi yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir ve tanısal prosedürler sonucunda tedavi edilebilecek bir neden ortaya çıkmadığında etkili tedavi gereklidir. Semptomatik rahatlama için, çoğu ürtiker alt tipinde non-sedatif H1-antihistaminler ilk tercih edilen tedavi seçeneğidir.(27,28)

Ürtikerin oluşumunda ana mekanizma, mast hücrelerinden çeşitli mediatörlerin salınmasıdır. Akut ürtikerde Tip 1 immünoglobulin (Ig) E bağımlı hipersensitivite reaksiyonu görülür. Vücuda giren antijen, mast hücreleri ve bazofiller üzerindeki spesifik antikorlara bağlanarak birçok mediatörün, özellikle histaminin

salınmasına neden olur. Sonuç olarak, vazodilatasyona bağlı olarak artmış geçirgenlik ve eriteme bağlı ödem meydana gelir. (29)

Ürtikerin etiyolojisinde birçok faktör sorumlu tutulmaktadır. Bu faktörlerden bazıları birincil nedenlerdir, yani doğrudan lezyonların oluşumuna yol açarlar. Diğer faktörler ise lezyonların tetiklenmesine ve alevlenmesine neden olurlar. Etiyolojik faktörler, lezyonların oluşum mekanizması, süresi ve hangi yaş grubunda görüldüğü gibi faktörlere bağlı olarak farklılık gösterebilir. Kronik ürtiker nedeni uyarılabilir neden olup olmamasına göre ikiye ayrılır; kronik uyarılabilir ürtiker(KUÜ) ve kronik spontan ürtiker (KSÜ) . Kronik spontan ürtiker (KSÜ) vakalarının %50'sinde etiyoloji belirlenmemektedir. Uyarılabilir ürtikerde ise neden genellikle bilinmektedir. Bu tür hastalarda önemli olan, ürtikerin ortaya çıkmasına neden olan uyarılmaya karşı eşik değerini belirlemektir. (27)

2.5.1. Klinik ve Tanı

Ürtiker plağının karakteristik özellikleri arasında kızarıklık, kabarıklık ve kaşıntı bulunur. Bazen yanma hissi de eşlik edebilir. Lezyonlar vücudun herhangi bir yerinde meydana gelebilir ve genellikle iz bırakmadan yaklaşık 2-3 saat içinde iyileşir. Bu spontan iyileşme bazen 1 güne kadar sürebilir. Anjiyoödemde özellikle göz kapağı ve dudak mukozası gibi bölgelerde aniden ortaya çıkan şişlikler görülür. Lezyonlar genellikle yaklaşık 72 saat içinde spontan olarak geriler. Dermografizm, mekanik travma uygulandıktan yaklaşık 10-20 dakika sonra ortaya çıkan kızarıklık ve ödemdir. Bu durum neredeyse nüfusun yarısında görülebilenken, bu bölge kaşınıyorsa, bu duruma dermatografik ürtiker denir. Bu durum toplumun yaklaşık %4'ünde görülür.(29)

Klinik görünüm ve anamnez temel alınarak teşhis etmek oldukça kolaydır. Bununla birlikte, bazen ilaç erupsiyonları, viral döküntüler, bağ dokusu hastalıkları, fotosensitif hastalıklar, ürtiker pigmentoza, ürtikaryal vaskülit ve birçok sendromik hastalık ile karıştırılabilir. Hastaya başlangıç zamanı, lezyonların gelişimi, lokalizasyonu, sistemik şikayetler, yiyecek tüketimi, stres ve düzenli veya ara sıra kullandığı ilaçlar hakkında sorular yöneltilmelidir. Akut ürtiker vakalarında rutin laboratuvar testleri ve alerji testlerine gerek yoktur. (29)Akut ürtiker vakalarının

sadece %25'i zamanla kronikleşir. Kronik ürtikerde rutin test olarak tam kan, ESR, CRP bunlar dışında ek olarak öyküye dayalı testler istenir. KUI'de ise deri testleri yapılabilir. (27)

2.5.2. Tedavi

Tedavinin ilk adımı, belirlenebilir etiyolojik nedenlerin ortadan kaldırılması ve tetikleyicilerden kaçınmaktır. Özellikle aspirin ve nonsteroidal antiinflatuar ilaçlar gibi birçok ilaç semptomları kötüleştirebilir. Bu dönemde bu ilaçlardan uzak durmak en iyisidir. Pseudoallerjenlerin ürtikere neden olabileceği düşünülen durumlarda 4 haftalık bir eliminasyon diyeti önerilmektedir. Alkol tüketimi önerilmez.(29)

Ürtiker tedavisinde, standartlaşmış dozda ikinci kuşak H1 antihistaminikler önerilmektedir. Semptomlar yeterince fayda görülmezse, standart doz dört katına kadar artırılabilir. Antihistaminikler, ihtiyaç duyulduğunda değil, her gün düzenli olarak kullanılmalıdır. (27)

Lökotrien reseptör antagonistleri (LTRA), özellikle montelukast, düşük yan etki profilleri ve genel olarak güvenli olmaları nedeniyle, antihistaminiklere yeterli yanıt vermeyen kronik spontan ürtikerde (KSÜ) ve dermografik ürtiker, soğuk ürtikeri, solar ürtiker ve geç basınç ürtikeri gibi durumlarda ikinci kuşak antihistaminiklerle birlikte kombinasyon halinde kullanılabilir.(27)

Omalizumab (IgE'ye karşı geliştirilmiş rekombinan humanize monoklonal IgG antikor), semptomları yüksek doz antihistaminik tedavisine rağmen devam eden kronik spontan ürtiker (KSÜ) hastalarında onaylı, etkili ve güvenilir tek tedavi seçeneğidir. Altı aylık kullanım sonrasında nüks gelişmesi durumunda, etkinlik kaybı olmadan tekrar kullanılabilir.(27)

2.6. AKNE

Akne vulgaris pilosebace ünitenin bir hastalığıdır. Bu durum, ciltte bakteriyel aşırı büyüme ve inflamasyonla karakterizedir. Pilosebace ünite, kıl folikülü, sebace bezler ve erektör pili kasından oluşan bir yapıdır.(30,31) Akne yetişkinliğe kadar devam edebilir ve özgüven üzerinde olumsuz etkilere sahip olabilir.(30,31)

Aknenin prevalansı ve etkileri hakkındaki çalışmalar, hastalığın ciddi bir şekilde psikolojik ve sosyal yük oluşturduğunu göstermektedir. 15 ila 17 yaş arasındaki hemen hemen tüm insanların bir dereceye kadar akne problemi yaşadığı belirtilmektedir ve bu durum yaklaşık olarak %15-20'sinde orta ila şiddetli düzeyde görülür.(31)

Akne lezyonlarının oluşumunda dört süreç önemli rol oynar; deriye salınan inflamatuvar mediatörler; komedonlara yol açan keratinizasyon sürecindeki değişiklikler; androjen kontrolü altında artmış ve değişmiş sebum üretimi (veya artmış androjen reseptör duyarlılığı); ve P. acnes'in foliküler kolonizasyonu. Olayların tam sıralaması ve diğer faktörlerle nasıl etkileştiği hala net değildir.(31)

Dolaşımdaki ve deriden türeyen androjenler, genellikle akne gelişiminin başlıca tetikleyici faktörü olarak adlandırılır, sebum üretimini indükleyerek komedonların gelişimine daha da katkıda bulunur. Polikistik over sendromu, doğuştan adrenal hiperplazi ve çeşitli endokrin tümörler gibi durumlar, dolaşımdaki androjen seviyesinin yüksek olmasıyla ilişkilidir ve akne vulgaris gelişimine neden olur.(32)

Aknenin patogenezi, pilosebace bezlerdeki değişiklikler ve bakteriyel kolonizasyon ile ilişkilidir. Ergenlik döneminde hormonal değişiklikler, foliküler epitel hücrelerinin anormal şekilde farklılaşmasına ve hiperkeratotik tıkaçların oluşumuna yol açar. Bu tıkaçlar, açık veya kapalı komedonları oluşturur. Dolaşımdaki ve lokal olarak üretilen androjenler, sebum üretimini uyarır ve komedon oluşumuna katkıda bulunur.(30–32)

Akne prognozu ve tedavisiyle ilişkili risk faktörleri ve genetik faktörler tam olarak belirlenebilmiş değildir. (32) Akne lezyonlarının gelişiminde dış etkenler önemli bir rol oynar. Sigara içme ve beslenme faktörleri akne riskini ve hastalık şiddetini artırır. Ayrıca, bazı cilt ve saç ürünleri ile sıkı giysilerin kullanımı da akne gelişimine katkıda bulunur. Bu faktörlerden herhangi birinin ortadan kaldırılması hastalık şiddetinde bir iyileşme sağlayabilir. Beslenme ile akne arasındaki tartışmalı ilişki uzun yıllardır incelenmektedir. Kesin bir ilişki bulunmamakla birlikte özellikle

yağsız süt tüketiminin akne de artışa neden olabildiği ancak çikolata ile benzer bir bağlantı olmadığı bildirilmiştir. (4)

Akne fiziksel semptomlara (ağrı, kaşıntı vb.) yol açar, ancak asıl etkileri yaşam kalitesi üzerindedir. Psikolojik morbidite önemsiz bir sorun değildir. Popüler kültür ve toplum baskısı bu hastalığın önemini daha da artırıyor. (31)

Akne, ergenlik döneminde en yaygın olarak görülür ve yaklaşık olarak gençlerin %85'ini etkiler. Aknenin ortalama başlama yaşı kızlarda 11, erkeklerde 12 yaşındadır. Akne, ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde erkeklerde daha yaygındır, ancak yaşla birlikte bu trend tersine döner. Yetişkinlerde aknenin daha yaygın olarak kadınlarda görüldüğü iyi bilinmektedir. Yetişkin akne genellikle ergenlikten devam eden kronik akneyi temsil eder, yeni başlangıçlı bir hastalık değildir.(32)

Hastalık, yüz, göğüs, boyun ve sırt gibi pilosebace bezlerin yoğun olduğu bölgelerde daha yaygın olarak görülür. Noninflamatuar akne, açık veya kapalı komedonlar şeklinde kendini gösterirken, inflamatuvar akne ise papüller, püstüller, nodüller veya kistler şeklinde belirtiler gösterebilir. İnflamatuar lezyonlar genellikle komedonların patlaması sonucunda oluşur ve ciltte skar veya hiperpigmentasyona neden olabilir.(30–32)

Akne tedavisinde birçok seçenek mevcuttur. Tedavi yaklaşımı, hastanın akne şiddetine, tipine ve tedaviye verdiği yanıtı bağli olarak belirlenir. Tedavi genellikle topikal ajanlar (örneğin retinoidler, antibiyotikler), sistemik ajanlar (örneğin antibiyotikler, oral kontraseptifler) veya fiziksel tedavi yöntemleri (örneğin lazer tedavisi, ışık tedavisi) kullanılarak yapılır. Tedavinin amacı, komedonların açılmasını sağlamak, bakteriyel aşırı büyümeyi kontrol etmek ve inflamasyonu azaltmaktır.(30–32)

2.6.1. İnfantil akne

İnfantil akne, genellikle 1 ila 12 aylık bebeklerde görülen bir durumdur. Bu durum erkek çocuklarda daha sık görülür. Lezyonlar genellikle yüz bölgesinde açık ve kapalı komedonlardan oluşur. Yaklaşık %80 oranında hafif veya orta şiddette seyreder ve 1-2 yaşına kadar kendiliğinden geçer.(33,34)

İnfanıl akne, artmış androjen seviyeleriyle ilişkilendirilir. Bu nedenle hiperandrojenizm durumu açısından taranmalıdır. Eğer hormonal bir bozukluk şüphesi varsa, pediatrik endokrinologa yönlendirme yapılmalıdır. Hızla başlayan infanıl akne vakalarında virilizan tümörlerin dışlanması önemlidir.(33,35)

İnfanıl akne, skar oluşumunu önlemek amacıyla tedavi edilmelidir. Hafif ve orta şiddetli vakalarda, topikal BPO-antibiyotik kombinasyonları ve/veya retinoidler kullanılabilir. Ancak bu tedavilere cevap alınamazsa, oral azitromisin veya trimethoprim-sülfametoksazol gibi ilaçlar tercih edilebilir. Tetrasiklinler, bu yaş grubunda dişlerde kalıcı lekelerle neden olabileceği için kullanılmaktan kaçınılmalıdır. Nodül ve skarlarla seyreden dirençli vakalarda ise oral izotretinoin tedavisi düşünülmelidir. Klinik izlem ergen ve erişkin hastadaki gibi yapılmaktadır. (33,35)

2.7. KIZAMIK

Kızamık solunum yoluyla bulaşır ve oldukça bulaşıcı bir hastalıktır; kızamık virüsü ile temas eden bireylerin yaklaşık %90'ı enfekte olmaktadır. Bulaştırıcılık, döküntü öncesi 4 gün önce başlar ve sonraki 4 gün devam eder. Döküntünün başlamasından önceki 3 gün içinde en yüksek seviyededir. Gelişmekte olan ülkelerde kızamık geçiren çocukların yaklaşık %1'i, hastalık veya onun neden olduğu komplikasyonlar nedeniyle kaybedilmektedir. Sadece 2000 yılından sonra aşılama sayesinde kızamık kaynaklı ölümlerde %80'e varan bir azalma yaşanmış ve aşının etkisiyle 21 milyondan fazla ölüm önlenebilmiştir.(36)

8–12 gün süren bir kuluçka döneminden sonra artan ateş (39°C – 40.5°C), öksürük, burun akıntısı ve konjonktivit ile başlar (37). Semptomlar döküntünün başlamasından 2–4 gün önce şiddetlenir ve döküntünün ilk gününde zirveye ulaşır (38). Döküntü genellikle yüz ve boyunda ilk olarak fark edilir. Döküntü 3–7 gün sürer ve ardından aynı şekilde solmaya başlar. Genellikle kötü beslenmiş çocuklarda döküntü daha şiddetli görülür (39). Ateş genellikle döküntünün başlamasından sonra 2 veya 3 gün boyunca devam eder ve öksürük 10 gün boyunca sürebilir. Koplik lekeleri genellikle döküntünün başlamasından 1 gün önce ortaya çıkar ve 2 veya 3 gün sürebilir. Bu mavi-beyaz, hafifçe yükselmiş, 2 ila 3 mm çapındaki lezyonlar,

eritematöz bir zeminde genellikle 2. Premolar azı diş hizasında ve nadiren yumuşak damak, konjonktiva ve vajinal mukoza üzerinde görülür (40). Koplik lekeleri, kızamık geçiren kişilerin %60–70'inde bildirilmiş olsada, kızamık geliştiren çoğu kişide muhtemelen bulunur (39).

Kızamık için spesifik rutin bir antiviral tedavi mevcut değildir. Tedavi destekleyici ve semptomatiktir. Kızamık aşıları dünya genelinde hala yalnızca canlı zayıflatılmış kızamık aşıları olarak kullanılmaktadır.(39)

2.8. KIZAMIKÇIK

Rubella, Togaviridae familyasındaki Rubivirus cinsine ait bir RNA virüsüdür. Bu, hayvan kaynakları olmayan bir insan hastalığıdır. Hafif seyirli bir hastalıktır ve Rubella virüsü tarafından tetiklenir. Kızamık gibi lenfadenopati ve ateşle seyreden döküntülü bir hastalıktır. İlkbahar aylarında ve genellikle 5-9 yaş aralığında daha sık görülür. Gebeliğin ilk trimestrinde geçirilirse, kronik fetal enfeksiyona ve anomalilere neden olabilir. Bulaşma, iki ila üç haftalık inkübasyon sürecinin son haftasında, tipik kızamıkçık döküntüsünün gelişiminden sonraki bir haftaya kadar olan süre içinde enfekte kişilerin damlacıklarıyla temas yoluyla gerçekleşir.(41) Döküntülerin ortaya çıkmasıyla bulaşıcılık artar.(42)

En tipik belirtisi retroauriküler ve suboksipital büyük ağrılı lenfadenopatilerdir. Döküntülerin başlamasından hemen önce, yumuşak damakta patognomonik olmayan küçük kırmızı noktalardan oluşan enanem (Forsheimer lekeleri) görülebilir. Makülopapüler döküntüler yüzde başlar ve hızla gövde ve ekstremitelere yayılır. Gövdeye ulaştığında yüzdekiler solabilir. Döküntüler genellikle ortalama 3 gün sürer.(42)

Kızamıkçık tanısı, Rubella IgM'in pozitif saptanması ve IgG titresinde 2-3 hafta arayla yapılan ölçümlerde 4 kat artışın tespitiyle konur. Tedavi semptomatiktir ve ateş, myalji ve artrit gibi şikayetlere yöneliktir. Kızamıkçık virüsü ile temas edenlere immunoglobulin uygulamasına gerek yoktur. Kızamıkçık aşısı canlı atenüe aşıdır ve oluşan antikor düzeyi doğal enfeksiyonla oluşana göre daha düşüktür. Gebelere, ağır ateşli hastalığı olanlara ve immünsupresif hastalara yapılmamalıdır. Kızamıkçık aşısından sonra 3 ay gebe kalınmamalıdır. Konjenital rubella

sendromunda fetusda işitme kaybı, katarakt, patent duktus arteriyozus, ventriküler septal defekt, mikrosefali, mental retardasyon, karaciğer ve dalakta hasar meydana gelir.(42,43)

2.9. KABAKULAK

Kabakulak, tıpkı kızamık gibi, Paramyxoviridae ailesinde sınıflandırılan bir RNA virüsü tarafından tetiklenen bir hastalıktır.(41,44) Bu, hayvan rezervuarları olmayan bir insan hastalığıdır. En sık genellikle kış ve ilkbahar aylarında görülür.(41,44)

Kabakulak virüsünün bulaşması, enfekte bir kişinin tükürük veya mukus damlacıkları ile temas yoluyla gerçekleşir. Bu damlacıklar, hastalığın belirgin özelliği olan parotit başladığından üç gün öncesinden başlayarak dört gün sonrasına kadar herhangi bir yerde olabilir.(44) Virüs, trakea ve bronş mukozası epitelinde çoğalarak viremi ile tükürük bezlerine ulaşır. Burada çoğaldıktan sonra yine viremi ile diğer organlara yayılır Kabakulak virüsü parotit başlamasından önceki 2 gün ile sonraki 5 gün arasında oldukça bulaştırıcıdır. Kişilerin asemptomatik oldukları dönemde bile kabakulak virüsünü bulaştırabilmektedirler. (43)

Maruziyetten 14 ila 18 gün sonra prodromal bir aşama ortaya çıkar. Bu prodromal aşama, halsizlik, kas ağrısı, baş ağrısı, hafif ateş ve iştah kaybı gibi belirsiz belirtileri içerir.(44) Kabakulak enfeksiyonunun tipik belirtisi olan parotit olguların çoğunda gelişmektedir ve çoğunlukla çift taraflı seyretmektedir. Şişlik nedeniyle çene açısı kapanır ve kulak memesi öne ve yukarıya kayar. Çene hareketi yada yemek yerken ağrı olabilir. Ağız içindeki ikinci üst molar diş hizasındaki yanak mukozasında Stensen kanalının ağzı hafifçe kızarmış ve ödemlidir. Hastalık genellikle 7-10 günde iyileşir. Kabakulak erkeklerde 3 kat fazla görülmektedir. Orşit ve ooforit görülebilir. Aseptik menenjit, pankreatit gibi komplikasyonlarda görülebilir.(43)

Tanı klinik, ELISA ile IgM antikorlarının gösterilmesi ve gerçek zamanlı RT-PCR ile virüsün gösterilmesi ile konur. Serumda amilaz değerleri parotis ve pankreas tutulumuna bağlı yüksek olabilir. Tedavisi semptomatiktir. Analjezik ve antipiretik

ajanlar kullanılır. Lokal olarak ılık veya soğuk uygulama yapılabilir. Sekresyonu artırıcı gıda verilmemeli, sulu yumuşak gıda verilmelidir.(43)

Aşı 1 yaştan altına, gebe kadınlara, immun yetmezliği olanlara ateşli hastalığı olanlara uygulanmamalıdır. Klinik çalışmalar MMR aşısı için yüksek oranda (%95) koruyucu etkinlik ortaya koymuştur. Kabakulak salgınlarının önlenmesi için parotis şişliğinin başlamasından sonraki 5 gün süreyle kişiler evde izole edilmeli, okul, kreş veya işe gitmemelidir.(43)

2.10. SUÇİÇEĞİ

VZV'nin bilinen tek rezervuarı insan vücududur. Varisella Zoster Virüsü (VZV), özellikle çocukluk çağında görülen veziküler döküntülerle karakterize edilen suçiçeği hastalığı ile erişkinlerde görülen zona zoster hastalığının etkenidir. Suçiçeği (varisella), çoğunlukla 15 yaştan altındaki çocuklarda ortaya çıkar, oldukça bulaşıcıdır ve epidemilere neden olabilir. İmmün sistemi normal olan çocuklarda hastalık hafif seyreder, ancak kaşıntı nedeniyle oluşan bakteriyel deri enfeksiyonları sorun yaratabilir. İmmün sistemi bozuk olan çocuklarda VZV'nin organlara yayılması sonucu pnömoni, ensefalit, hepatit ve nefrit gelişebilir. Bu tip ilerleyici suçiçeğinde mortalite oranının %20 olduğu gösterilmiştir. (45)

İnkübasyon süresi 10-20 gün arasında değişir (ortalama 14 gün) ve bulaşıcılık, döküntüler çıkmadan 48 saat önce başlar. Bu dönemde bulaş, solunum yoluyla gerçekleşir ve bulaştırıcılık, tüm döküntüler kabuklanana kadar (4-5 gün) devam eder. Suçiçeği geçiren hastalar, zona geçirenlerle göre daha az bulaştırıcıdır.(46)

Yaygın veziküler döküntü, kaşıntı ve ateşle karakterizedir. Lezyonlar genellikle gövde ve yüzden başlar, sentripetal olarak yayılır. Lezyonlar makülopapüler, veziküler ve kabuklu olmak üzere üç aşamadan geçer. Hastanın vücudunda 3-5 gün süreyle tüm aşamalara ait lezyonlar görülür. Bu süre sonunda tüm lezyonlar kabuklanmaya başlar ve bir iki hafta sonra tamamen kaybolurlar. (46)

En sık görülen komplikasyon sekonder bakteriyel deri enfeksiyonlardır. A grubu beta hemolitik streptokoklarla gelişen selülit, nekrotizan fasiit, streptokokal

toksik şok sendromu, sepsis ve kemik infeksiyonları görülebilmektedir. Suçiçeğinde sık görülen deri dışı tutulum yeri santral sinir sistemi (SSS)dir. Akut serebellar ataksi, ensefalit, menenjit, transvers miyelit ve Reye Sendromu görülebilir.(46)

Suçiçeği gebe kadınlarda ağır seyreder. Özellikle son trimesterde pnömoni, erken doğum ve ölüm riski çok artar. İnfeksiyon annede doğumdan önceki 5 gün veya sonraki 48 saat içinde başlayacak olursa yenidoğanda ölüm oranı %30'a ulaşabilmektedir. İlk trimesterde geçirilen suçiçeği konjenital malformasyonlarla (deride yaygın dermatomal skarlar, göz anomalileri, ekstremitte hipoplazileri, SSS bozuklukları) sonuçlanır. VZV ile anne karnında karşılaşan bebeklerde yaşamın ilk yıllarında zona görülebilmektedir.(46)

Varisella neredeyse tüm vakalarda kendiliğinden sınırlı bir hastalıktır ve semptomatik tedavi yeterlidir. Asetilsalisilik asit tedavisi çocuklarda Reye sendromu ile ilişkisi nedeniyle kesinlikle önerilmez.(47,48) Şiddetli hastalık riski taşıyan hastalarda ve virüsün neden olduğu komplikasyonlar (göz tutulumu, pnömoni veya ensefalit gibi) olan herhangi bir varisella-zoster virüsü enfeksiyonlu hastalar için antiviral tedavi zorunludur. Asiklovir, hastalığın başlangıcından itibaren 72 saat içinde intravenöz olarak verildiğinde etkilidir.(47,49)

2.11. KIZIL

Kızıl, S. pyogenes bakterisinin neden olduğu, çocuklarda sıkça görülen bir enfeksiyon hastalığıdır. Tipik olarak çocukluk döneminde tonsillofarenjit, ateş ve özgün döküntülerle seyir gösterir. Baskı sonucu solma eğiliminde olan ve deride zımpara kâğıdı gibi bir dokuya sahip yaygın bir eritem gözlenir. Döküntü genellikle baş, boyun, kasık ve koltukaltı bölgelerinde başlar, ardından hızla gövde, kollar ve bacaklara yayılır. Yüzdeki kızarıklığa ağız çevresinde solukluk ve çilek dil eşlik eder. Avuç içi ve ayak tabanında genellikle döküntü görülmez. Döküntü, özellikle aksiller, antekübital ve inguinal bölgelerin cilt katlarında belirgin hale gelir (Pastia çizgileri). Uygun antibiyotik tedavisi ile prognoz olumlu yönde gelişir.(50)

2.12. EL AYAK AĞIZ HASTALIĞI

El-Ayak-Ağız Hastalığı, insan enterovirüsleri ve koksaki virüsleri tarafından tetiklenen bir hastalıktır. Çoğu vaka genellikle 10 yaşın altındaki hastalarda görülür.

El-Ayak-Ağız Hastalığı, fekal-oral, oral-oral ve solunum damlacığı temasıyla bulaşır.5-7 gün süren kuluçka süresinin ardında ilk olarak ağız içinde lezyonlar çıkar. Hastalar genellikle düşük ateş, el ve ayakların dorsal kısımları ve parmak kenarlarında şekilde vezikülopüstüler döküntü ve ağrılı oral ülserasyonlar ile başvururlar. Veziküllerin hemen hemen hepsi aynı dönemdedir, polimorfik değildir. Lezyonlar genellikle yedi ila on gün içinde azalır; ancak nadir durumlarda hastalarda nörolojik veya kardiyopulmoner komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Tedavi destekleyici olup, ihtiyaç duyuldukça asetaminofen veya ibuprofen ile sıvı alımına yöneliktir. Oral lidokain önerilmez ve antiviral tedavi mevcut değildir. El-Ayak-Ağız Hastalığının yayılmasını önlemenin en iyi yolları el yıkama ve potansiyel olarak kontamine olmuş yüzeyleri ve eşyaları dezenfekte etmektir. (51–53)

2.13. ERİTEMA ENFEKSİYOSUM (5. Hastalık, Parvovirus B-19 Enfeksiyonu)

Parvoviridae ailesine ait olan, Erithrovirüs genusünden tek sarmallı DNA'ya sahip olan küçük bir virüstür. Okul çağındaki çocuklarda sıkça görülen bu hastalık genellikle 5-15 yaş arasında ortaya çıkar. Hastalık solunum yoluyla damlacıklar veya kan ürünleri ile bulaşabilir; ayrıca transplasental geçiş de mümkündür.(54)

Virüsün patogenezi, özellikle kemik iliğindeki eritrosit ana prekürsör hücrelerini enfekte etmesini içerir. Virüs, kişinin bu hücrelerinin membranlarında P antijeni bulunuyorsa bu hücrelere kolayca bulaşabilir, hipoplastik bir anemiye neden olabilir. İmmün sistemin geliştirdiği yanıt, antijen-antikor komplekslerinin ikinci haftada, artralji ve döküntülere yol açtığı bir hastalık tablosu oluşturur. Çocuklarda en sık görülen klinik tablo eritema enfeksiyozumdur, genellikle okul çağındaki çocuklarda ortaya çıkar.(54)

Klinik bulgular arasında ateş, halsizlik, miyaljiler ve özellikle yüzde belirgin olan yaygın makülopapüler döküntüler yer alır. Yüzdeki karakteristik belirti, tokatlanmış gibi görünen eritemdir ve genellikle kaşıntısızdır. Benzer döküntüler vücutta ve ekstremitelerde de görülebilir, kenarları düzensiz ve ortası hafif soluktur. Döküntü, banyo ve sıcaklıkla artabilir ve diğer viral döküntülü hastalıklardan daha uzun sürebilir, genellikle 9-10 gün boyunca devam eder. Akut ürtikerle karıştırılabilir ve servikal veya yaygın lenfadenopati eşlik edebilir. Anemi, artrit ve artralji de

görülebılır. Bu hastalığın döküntülü olduğu dönemde bulaştııcı olmadığı için çocuk, yuva veya okula devam edebilir. Parvovirus B-19, TORCH grubu etkenleri arasında yer alır ve fetal enfeksiyon ciddi anemilere ve hidropsa neden olabilir. Tedavisi semptomatiktir ve spesifik bir antiviral ilaç bulunmamaktadır.(54)

2.14. NEONATAL TOKSİK ERİTEM

Yenidoğanların yaşamın ilk 72 saatinde ortaya çıkabilen, benign seyirli bir dermatoz olan bu durum, yenidoğanların %15-40'ında görülür.(55) İnsidansı term yenidoğanlarda artarken, düşük doğum ağırlıklı ve preterm bebeklerde azalma gösterir.(56) Etyolojisi genellikle çevresel uyarıcılara, hipersensitivite reaksiyonlarına ve mikrobiyal kolonizasyona karşı gelişen immün reaksiyonlara bağılı olabilir, ancak kesin neden bilinmemektedir. Tipik olarak ilk 24-48 saat içinde başlayan bu durum, remisyon ve rekürrenslere sahip olarak genellikle 14. güne kadar devam eder.(55,56)

Yaygın eritematöz makülopapüler döküntüler, esas olarak yüz, gövde ve ekstremiteler proksimal bölgelerinde ortaya çıkar. Bu döküntüler, düzensiz sınırlı, eritemli bir zeminde, 1-3 mm çapında sinek ısırığına benzer küçük beyaz-sarı papüllerle karakterizedir. Genellikle 5-7 gün içinde gerileyen lezyonlar, tam remisyon öncesi bazen tekrarlayabilir. Mekanik irritasyon, yeni lezyon çıkışını tetikleyebilir. Asemptomatik olan bu lezyonlar, kendiliğinden gerileyen bir durumu temsil eder ve özel bir tedavi gerektirmez. Püstül içeren yaymanın steril olması ve bol miktarda eozinofil içermesi, infektif durumları ayırmaya yardımcı olur.(55,56)

2.15. İNFANTİL HEMANJİYOMLAR

İnfantil dönemde %1.1-%2.6 arasında görülen, yüzeysel, derin veya karışık tipleri olan iyi huylu bir vasküler tümör olarak bilinen bu durum, genellikle baş-boyun bölgesinde ortaya çıkar ve parlak kırmızı renkli görünümü ile kolayca tanıılır. Tipik olarak yaşamın ilk 1-4 haftasında belirgin hale gelir, 6-9 ay süresince gelişim gösterir ve daha sonra involusiyona uğrayarak genellikle 10 yaş civarında kaybolur. Görme, beslenme, işitme kaybı, kanama ve sekonder enfeksiyon gibi komplikasyonlar gelişmedikçe, sadece takip önerilmektedir.(57)

"Porto şarabı lekesi" gibi vasküler malformasyonlar ise; doğuştan var olan, bebek büyüdükçe genişlemeyen ve genellikle kendiliğinden çözülmeyen yapısal anomalilerdir. Bu malformasyonların kapiller-arteryel-venöz-lenfatik ve karma tipleri bulunmaktadır. Görüntüleme yöntemleri ile vasküler malformasyonların derinlik, yapı ve bağlantıları belirlenmelidir. Hemanjiyomdan ayırt edilmesinde en faydalı ve invaziv olmayan inceleme ultrasonografi (USG) olarak bilinir.(57,58)

2.16. SOMON LEKESİ

Somon lekesi, yenidoğanlarda en sık rastlanan vasküler malformasyondur. Genellikle ense, boyun, yüz, glabella ve göz kapaklarında ortaya çıkar ve tipik olarak orta hatta, bilateral ve simetrik bir yerleşim gösterir. Soluk pembe renkli, birkaç santimetre çapında, ağlamakla belirginleşen, düzensiz maküller şeklinde kendini gösterir. Alında ortaya çıkarsa "melek öpücüğü" olarak adlandırılırken, ense bölgesinde görüldüğünde "leylek ısırtığı" olarak adlandırılır. Lezyonların çoğu 2-3 yaşına kadar spontan bir şekilde gerilerken, oksipital bölgede ortaya çıkanlarının %30-50'si devam edebilir. Tedaviye ihtiyaç duyulmaz.(57)

2.17. İMPETİGO

Çocuklarda sıkça görülen bir bakteriyel deri enfeksiyonudur. Yüzeyel epidermisin oldukça bulaşıcı bir enfeksiyonudur ve genellikle 2-5 yaş arasındaki çocukları görülür. Tedavi edilmezse dahi genellikle skarsız olarak iyileşen impetigo vakalarına en sık neden olan bakteri *S. aureus*'tur ve A grubu β -hemolitik streptokoklar ikinci sıradadır. İmpetigo, non-büllöz ve büllöz olmak üzere iki tip olarak ortaya çıkabilir. Non-büllöz impetigo (klasik form), olguların yaklaşık %70'ini oluşturur. Büllöz impetigo ise stafilokoksik toksin nedeniyle gelişir. Tanı genellikle klinik olarak konur, ancak gram boyama veya kültür ile de doğrulanabilir. Kültür, özellikle metisiline dirençli *S. aureus* (MRSA) şüphesi durumunda anlamlı olabilir.(59)

Non-büllöz impetigo, hızla küçük bir veziküle dönüşen eritematöz makül veya papül ile başlar. Bu form genellikle ağrısızdır; vezikül rüptür ettiğinde erozyon meydana gelir ve ardından içerik kuruduğunda kaşıntılı olabilen "bal rengi krutlar" belirginleşir. Sıklıkla çevreye otoinokulasyon yoluyla bulaşır. Non-büllöz impetigo

ayırıcı tanısında akılda tutulması gereken hastalıklar arasında kandidiyazis, atopik dermatit, kontakt dermatit, dermatofitoz, herpes enfeksiyonları, böcek ısırıkları, skabies, varisella, Sweet sendromu, pemfigus foliaceus yer alır.(59)

Büllöz impetigo, en sık yenidoğan döneminde görülse de daha büyük çocuklar ve erişkinlerde de ortaya çıkabilir. Bu form, stafilokoksik haşlanmış deri sendromunun lokalize bir formu olarak kabul edilir. S. aureus tarafından üretilen toksin nedeniyle, yüzeysel veziküller hızla genişleyerek etrafında eritemin bulunmadığı iyi sınırlı gevşek büllere dönüşür. Büller patladığında sulantı ve sarı krutlamalar gerçekleşir. Rüptüre lezyonlarda bül tavanını yaka şeklinde çevreleyen skuam tipiktir. Süperenfeksiyon ve geniş deskuamasyon alanlarının varlığı durumunda hastane yatışı, yakın izlem ve parenteral antibiyoterapi gerekebilir. Büllöz impetigo genellikle koltukaltı, kasık, boyun gibi nemli kıvrım yerlerini etkiler. Sistemik bulgulara sıklıkla rastlanmaz ve klasik impetigo gibi kendini sınırlayıcı olup skar bırakmaz. Ayırıcı tanıda büllöz eritema multiforme, büllöz pemfigoid, herpes enfeksiyonları, böcek ısırıkları, termal yanıklar akılda tutulmalıdır.(59)

2.18. PSÖRIAZİS

Psoriasis, genel nüfusun %1-2'sini etkileyen bir deri hastalığıdır ve çocukluk çağı dermatozlarının %4'ünü oluşturur ve vakaların neredeyse üçte birinde çocukluk çağında başlar. Çocuklar, yetişkinlerde görülen psoriasisın aynı klinik alt tiplerini sergilese de, lezyonlar dağılım ve morfolojide farklılık gösterebilir, başvuru sırasındaki klinik semptomlar yetişkin hastalardan farklılık gösterebilir. Erişkin psöriazisinin aksine çocukluk döneminde kız hastaların daha yüksek oranda etkilendiği gözlemlenmiştir.Temel olarak psöriazis tanısı klinik ile konulur. Şu anda pediatrik psoriasisın tıbbi tedavisi için uluslararası standartlaştırılmış kılavuzlar bulunmamaktadır. Çocukluk çağında en sık karşılaşılan klinik tip plak tip psöriazistir. Çocukluk döneminde, tipik olarak, üzerinde beyaz pullar bulunan eritemli plaklar genellikle erişkine göre daha ince, küçük ve psoriasis lezyonları genellikle yüz ve fleksür bölgelerinde daha sık gelişir[22, 28]. Pulları kazıdığınızda, noktasal kanama noktaları ortaya çıkar, bu olaya Auspitz işareti denir. Lezyonların travma bölgelerinde ortaya çıkması, ayrıca izomorfik yanıt veya Koebner fenomeni olarak adlandırılan ve lezyonların iyileşmesinden sonra kalan pigmentasyon, psoriasisın

diğer tipik tanı özellikleridir [34]. Yenidoğan döneminde görülen şiddetli psöriazis olgularında, püstüler lezyonlar da eşlik ediyorsa otoinflamatuvar hastalıklar düşünülmelidir. İnfantil dönemde bez bölgelerinde kıvrım yerlerini tutan eritemli skuamli döküntü psöriazis için tipiktir. Ayrıca saçlı deri sınırını geçen eritem seboreik dermatitten ayırmada kullanılabilir.(60,61)

Pediyatrik psoriasis, etkilenenlerin yaşam kalitesi üzerinde yüksek bir etkiye sahiptir. Çoğu çocuk hasta için seçilen uygun tropikal tedavi hastalığı kontrol etmek için yeterlidir. Tedavide derinin nemlendirilmesi önemli bir yer tutar. Topikal steroidler Anti-inflamatuar ve anti-proliferatif özellikleri dolayla tedavide ilk seçeneklerdir. Öncelikli düşük potens olan tercih edilmelidir.(60,61)

2.19. TİNEA KAPİTİS

Çocuklarda en sık karşılaşılan fungal enfeksiyondur ve kıl folikülü ve saçlı deriyi etkiler. Bu tür enfeksiyonlar genellikle prepubertal çocuklarda yaygındır, en yüksek sıklık ise 3-7 yaş arasında görülürken yenidoğan dönemi ve bebeklikte de ortaya çıkabilir. En yaygın etkenler ise Ege, Orta ve Doğu Anadolu bölgelerinde M. Canis, Akdeniz ve Güneydoğu Anadolu'da T. Violaceum, Orta ve Doğu Anadolu'da T. Verrucosum olarak belirlenmiştir. T. kapitis enfeksiyonları endotriks, ektotriks ve favus olmak üzere üç farklı şekilde görülebilir. Endotriks enfeksiyonlarında sporlar kıl shaftının içinde yer alır ve kütikul sağlamdır. Ektotriks enfeksiyonlarında kıl shaftının dışında hifler ve sporlar bulunur, kütikul hasar görür. Favusta ise T. Schoenleinii etkindir ve kıl shaftında hava kabarcıkları içinde iri sporlu zincirler gözlemlenir. M. Canis enfeksiyonları genellikle kediler ve kobaylardan kaynaklanır, ancak hayvanlarda klinik belirtiyi neden olmaksızın tüylere kolonize olabilirler. Enfeksiyon, dökülmüş saç teli, epitel, tarak, şapka, giysi, çarşaf gibi enfekte materyaller aracılığıyla bulaşabilir ve enfekte materyal aylarca canlı kalabilir.(62)

Saç kaybı olmaksızın hafif kaşıntı ve kepek benzeri görünümle ortaya çıkabilir. Tinea kapitis tedavisinde amaç klinik iyileşme yanında mikolojik iyileşmenin de sağlanmasıdır ve mutlaka sistemik antifungal tedavi kullanılmasını gerektirir çünkü topikal ajanlar kıl köküne penetre olamamaktadır. Bu yüzden tanı mutlaka örnek alıp doğrulanmalıdır.(62)

2.20. TİNEA VERSİCOLOR

Malassezia türleri, lipofilik mayalardan oluşmaktadır. Yakın tarihlerde yapılan bir sınıflandırmaya göre, pitriazis versikolor olgularında en sık görülen türler Malassezia globosa (%50-60) ve M. sympodialis (%3-59) olarak belirlenmiştir. M. furfur ve M. slooffiae türleri ise %1-10 arasında rastlanmıştır. Adana'da gerçekleştirilen bir araştırmada, pitriazis versikolor hastalarında %47,7 oranında M. globosa, %36,4 oranında M. furfur ve %15,9 oranında M. slooffiae saptanmıştır. Bu enfeksiyon genellikle asemptomatik veya hafif kaşıntılı olup, puberte öncesi versikolor enfeksiyonu nadirdir, çünkü sebum düzeyi bu dönemde genellikle düşüktür. Çocuklarda versikolor olduğunda yüz tutulumu erişkinlere kıyasla daha yaygındır. Erişkinlerden farklı olarak, uyluk ve bacaklarda da lezyonlara sıkça rastlanmıştır.(62)

Tanı için Wood lambası tanıda yardımcı olur ve alınan örnekler KOH ile incelendiğinde 'spagetti ve köfte' görünümü vardır. Çoğunlukla topikal tedavi yeterlidir.(62)

2.21. CANDİDA ENFEKSİYONLARI

2.21.1. Orofaringeal Kandidiyazis (Pamukçuk)

Sağlıklı bebeklerin %2-5'inde ortaya çıkan bu durum genellikle yenidoğanın ilk haftasında nadir olarak görülür ve bu dönemde sadece annede vulvovajinal kandidiyazis bulunuyorsa ortaya çıkabilir. Genellikle ortalama olarak 8. günden itibaren gelişir ve 6-9 aylardan sonra görülme sıklığı azalır. Bağışıklık sistemini baskılayan durumlar, antibiyotik, kemoterapi, radyoterapi, HIV enfeksiyonu gibi nedenlerle inhaler kortikosteroid tedavisi alan çocuklarda da görülebilir. (62)Psödomembranöz form, bu en yaygın görülen formudur ve bu form, bukkal mukoza, damak, dil veya orofarenkste eritematöz zeminde beyaz plak şeklinde ortaya çıkar. Bu beyaz plak, kolayca çıkarılabilir ve altında eritematöz bir zemin bırakabilir. Atrofik ve kronik hiperplastik formlar çocuklarda nadir görülür. Enfeksiyon tamamen asemptomatik olabilir, ancak bazen bebekler rahatsızlık hissi nedeniyle oral alımı reddedebilirler. Tanı genellikle dil üzerinden alınan bir KOH

preparatıyla konur. Ayırıcı tanıda difteri, herpetik jinvostomatit ve koplik lekeleri gibi durumlar da göz önünde bulundurulmalıdır.(62,63)

2.21.2. Kandidal Paronişi

Parmak emme alışkanlığı olan çocuklarda sıkça karşılaşılan bir durumdur. Periungual bölgede kızarıklık ve şişlik görülebilir, bazen pürülan akıntı da eşlik edebilir. Bu tür enfeksiyonlar genellikle topikal azol kremlerle başarılı bir şekilde tedavi edilebilir. Ancak, tüm kandidal enfeksiyonlarında nem, ısı ve sürtünmenin azaltılması önemlidir. Bu, ortamın kuru tutulması ve normal epitelyal bariyer fonksiyonunun korunmasıyla sağlanabilir.(62)



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma tanımlayıcı, prospektif, kesitsel tipte bir araştırmadır.

Çalışmamız Mayıs 2023- Haziran 2023 tarihleri arasında Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi merkez olmak üzere çevrimiçi ortamdan ulaşılabilen Türkiye genelindeki 188 Aile Hekimliği uzmanlık öğrencisinin ve 138 Sözleşmeli Aile Hekimliği uzmanlık Öğrencisinin katılımı ile toplam 326 kişi ile gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışma Aile Hekimliği asistanlarının birinci basamakta çocuklarda sık karşılaşılan dermatolojik hastalıklar hakkındaki bilgilerini saptamayı amaçlamıştır.

Çalışmaya dahil etme kriterleri

- 1)Aile Hekimliği uzmanlık öğrencisi olmak
- 2)Anket çalışmasına katılmayı kabul etmek
- 3)Anket çalışmasına online erişim sağlayabilmek

Çalışmaya dahil etmeme kriterleri

- 1)Aile Hekimliği uzmanlık öğrencisi olmamak
- 2)Anket çalışmasına katılmayı kabul etmemek
- 3)Anket çalışmasına online erişim sağlayamamak

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM

Bizim çalışmamızda toplam 2000 Aile Hekimliği uzmanlık öğrencisinden $\alpha=0.05$ düzeyinde %80 güç elde etmek için çalışmaya alınacak olgu sayısının en düşük 323 olarak hesaplandı. Çalışmamıza 326 hekim katılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN UYGULANMA YÖNTEMİ VE VERİLERİN TOPLANMASI

Güncel literatür ışığında elde edilmiş, araştırmacı ve yürütücü tarafından geliştirilen, katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve aile hekimi asistanlarının çocuklarda sık görülen dermatolojik hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmeyi amaçlayan 28 soruluk anket (EK 2) çalışmaya katılmayı kabul eden 326 hekime Google form ile oluşturulan online anket formu çevrimiçi ortamlarda (whatsapp grupları, facebook grupları, mail toplulukları) uygulanmıştır. Tüm yanıtlar isimsizdir. Araştırmada hiçbir teşvik kullanılmamıştır.

Anketin birinci bölümünde katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik 8 soru yer almaktadır. Sorular arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek yılı, asistanlık türü, asistanlık süresi ve kişilerin dermatolojik hastalıklar hakkındaki eğitim alma durumlarını değerlendiren sorular yer almaktadır. Anketin ikinci bölümünde hekimlerin özdeğerlendirmeleri, üçüncü bölümde doğru/yanlış soruları, dördüncü bölümde ise çoktan seçmeli sorular bulunmaktadır. Üçüncü ve dördüncü bölümde bulunan 27 soru eşit olarak toplanda 100 puan olacak şekilde puanlanmıştır.

3.4. VERİ ANALİZİ VE İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER

Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı kolmogorov simirnov test ile ölçüldü. Nitel bağımsız verilerin analizinde ki-kare test kullanıldı. Analizlerde SPSS 28.0 programı kullanılmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Çalışmamıza 326 kişi katılmıştır. Sosyodemografik özelliklere ilişkin toplamda sorulan 9 soruya katılımcıların verdiği yanıtlar ve bu yanıtların yüzdeleri Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		n	%
Yaş	<25	106	32.5%
	25-30	111	34.0%
	>30	109	33.4%
Cinsiyet	Erkek	131	40.2%
	Kadın	195	59.8%
Medeni Durum	Bekar	154	47.2%
	Evli	167	51.2%
	Bilgi Yok	5	1.5%
Meslekte Kaç Yıl Oldu?	0-1 Yıl	63	19.3%
	1-5 Yıl	133	40.8%
	5-10 Yıl	62	19.0%
	>10 Yıl	61	18.7%
	Bilgi Yok	7	2.1%
Asistanlıkta Kaçınca Yıl	1	74	22.7%
	2	103	31.6%
	3	78	23.9%
	>3	64	19.6%
	Bilgi Yok	7	2.1%
Asistanlık Türü	AHU	188	57.7%
	SAHU	138	42.3%
Tıp Fakültesinde Öğrenciyken Dermatoloji Stajı Aldınız mı?	Evet	233	71.5%
	Hayır	93	28.5%
Aile Hekimliği Asistanlığı Süresince Dermatoloji Rotasyonu Aldınız mı?	Evet	168	51.5%
	Şu Anda Almaktayım	8	2.5%
	Hayır	146	44.8%
	Bilgi Yok	4	1.2%
Daha Önce Dermatolojik Hastalıklar Hakkında Eğitim Aldınız mı?	Evet	150	46.0%
	Hayır	169	51.8%
	Bilgi Yok	7	2.1%
Kurum İçi Eğitimler		131	40.2%
Kongreler/Toplantı		90	27.6%
Dermatoloji Okulu		56	17.2%

4.2. ÖZ DEĞERLENDİRME SORU VE YANITLARI

Bu bölümde katılımcıların öz değerlendirme sorularına ait bulguları sunulacaktır. Öz değerlendirme soruları kapsamında katılımcılardan kendilerinin cilt hastalıklarını tanıma ve tedavi etme becerilerini katılıyorum, kararsızım ve katılmıyorum yanıtı ile değerlendirmeleri istendi. Toplamda sorulan 9 öz değerlendirme sorusuna ilişkin katılımcıların verdiği yanıtlar ve bu yanıtların yüzdeleri Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların öz değerlendirme sorularına verdikleri yanıtlar

		n	%
Çocuk Hastalarda Cilt Hastalıklarını Tanırım	Katılıyorum	153	46.9%
	Kararsızım	142	43.6%
	Katılmıyorum	31	9.5%
Çocuk Hastalarda Cilt Hastalıklarını Tedavi Edebilirim	Katılıyorum	129	39.6%
	Kararsızım	172	52.8%
	Katılmıyorum	25	7.7%
Hastalara Reçete Yazarken Dış Kaynaklardan (İnternet, Kitap Vs.) Yardım Alırım	Katılıyorum	209	64.1%
	Kararsızım	77	23.6%
	Katılmıyorum	40	12.3%
Yenidoğanların Cilt Hastalıklarını Tanırım	Katılıyorum	79	24.2%
	Kararsızım	189	58.0%
	Katılmıyorum	58	17.8%
Dermatitleri Tanımakta Zorlanmam	Katılıyorum	104	31.9%
	Kararsızım	171	52.5%
	Katılmıyorum	51	15.6%
Yenidoğan Döneminde Görülen Atopik Dermatit Tanıyabilirim	Katılıyorum	118	36.2%
	Kararsızım	155	47.5%
	Katılmıyorum	53	16.3%
Yenidoğan Döneminde Atopik Dermatiti Tedavi Edebilirim	Katılıyorum	123	37.7%
	Kararsızım	127	39.0%
	Katılmıyorum	76	23.3%
Çocuk Hastalarda Skabiyes Hastalığını Yönetebilirim	Katılıyorum	118	36.2%
	Kararsızım	165	50.6%
	Katılmıyorum	43	13.2%
Enfeksiyöz Döküntülü Hastalıkları Tanır ve Tedavi Ederim	Katılıyorum	113	34.7%
	Kararsızım	130	39.9%
	Katılmıyorum	83	25.5%
Çocuk Hastalarda Fungal Deri Hastalıklarını Tanıyabilirim	Katılıyorum	93	28.5%
	Kararsızım	186	57.1%
	Katılmıyorum	47	14.4%
Çocuk Hastalarda Fungal Deri Hastalıklarını Tedavi Edebilirim.	Katılıyorum	110	33.7%
	Kararsızım	136	41.7%
	Katılmıyorum	80	24.5%
Çocuk Hastalarda Psöriazis Tanı ve Tedavisini Yapabilirim.	Katılıyorum	54	16.6%
	Kararsızım	177	54.3%
	Katılmıyorum	95	29.1%
Çocuk Hastaları Genellikle Dermatoloji Polikliniğine Yönlendiririm.	Katılıyorum	120	36.8%
	Kararsızım	146	44.8%
	Katılmıyorum	60	18.4%

4.3. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER-ALINAN TOPLAM PUAN İLİŞKİSİ

Bu bölümde katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre aldıkları toplam puanlar karşılaştırılmıştır.

Yaş 25-30 ve yaş>30 olan gruplarda dermatoloji bilgi puanı yaş<25 olan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Yaş 25-30 ve yaş>30 olan gruplar arasında dermatoloji bilgi puanı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir.

Tablo 3: Yaş-Bilgi puanı karşılaştırması

		Dermatoloji Bilgi Puanı			p
		Min-Mak	Medyan	Ort.±ss	
Yaş	<25	0.0 - 89.3	50.0	50.5 ± 18.1	0.008 ^k
	25-30	17.9 - 92.9	57.1	57.1 ± 16.5	
	>30	21.4 - 92.9	53.6	57.8 ± 17.6	
Toplam		0.0 - 92.9	53.6	55.2 ± 17.7	

^k Kruskal-wallis (Mann-whitney u test) / ^m Mann-whitney u test

Erkek ve kadınlar arasında dermatoloji bilgi puanı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir.

Tablo 4: Cinsiyet-bilgi puanı karşılaştırması

		Dermatoloji Bilgi Puanı			p
		Min-Mak	Medyan	Ort.±ss	
Cinsiyet	Erkek	21.4 - 92.9	53.6	56.7 ± 18.4	0.264 ^m
	Kadın	0.0 - 92.9	50.0	54.2 ± 17.1	
Toplam		0.0 - 92.9	53.6	55.2 ± 17.7	

^k Kruskal-wallis (Mann-whitney u test) / ^m Mann-whitney u test

Meslekte çalışma süresi 1-5 yıl, 5-10 yıl, >10 yıl olan gruplarda dermatoloji bilgi puanı meslekte çalışma süresi 0-1 yıl olan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Meslekte çalışma süresi 1-5 yıl olan grup ile meslekte çalışma süresi 5-10 yıl ve >10 yıl olan gruplar arasında dermatoloji bilgi puanı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. Meslekte çalışma süresi 5-10 yıl olan grupta dermatoloji bilgi puanı meslekte çalışma süresi >10 yıl olan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti.

Tablo 5: Meslekte Çalışma Süresi -bilgi puanı karşılaştırması

		Dermatoloji Bilgi Puanı			p
		Min-Mak	Medyan	Ort.±ss	
Meslekte Çalışma Süresi	0-1 Yıl	0.0 - 85.7	42.9	42.8 ± 16.8	0.000 ^k
	1-5 Yıl	17.9 - 92.9	57.1	56.7 ± 16.5	
	5-10 Yıl	39.3 - 92.9	57.1	61.3 ± 14.1	
	>10 Yıl	25.0 - 89.3	53.6	56.9 ± 19.2	
Toplam		0.0 - 92.9	53.6	55.2 ± 17.7	

^k Kruskal-wallis (Mann-whitney u test) / ^m Mann-whitney u test

Asistanlık yılı 2, 3, >3 olan gruplarda dermatoloji bilgi puanı asistanlık yılı 1 olan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Asistanlık yılı 3 olan grupta dermatoloji bilgi puanı asistanlık yılı 2 olan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Asistanlık yılı 2 ve >3 olan gruplar arasında dermatoloji bilgi puanı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. Asistanlık yılı 3 olan grupta dermatoloji bilgi puanı asistanlık yılı >3 olan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti.

Tablo 6: Asistanlık yılı-bilgi puanı karşılaştırması

		Dermatoloji Bilgi Puanı			p
		Min-Mak	Medyan	Ort.±ss	
Asistanlıkta Kaçınıcı Yıl	1	0.0 - 85.7	46.4	46.9 ± 18.0	0.000 ^k
	2	17.9 - 92.9	50.0	53.2 ± 15.8	
	3	21.4 - 89.3	64.3	63.4 ± 15.0	
	>3	25.0 - 92.9	53.6	55.3 ± 17.2	
Toplam		0.0 - 92.9	53.6	55.2 ± 17.7	

^k Kruskal-wallis (Mann-whitney u test) / ^m Mann-whitney u test

AHU grubunda dermatoloji bilgi puanı SAHU grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti.

Tablo 7: Asistanlık türü-bilgi puanı karşılaştırması

		Dermatoloji Bilgi Puanı			p
		Min-Mak	Medyan	Ort.±ss	
Asistanlık Türü	AHU	0.0 - 92.9	57.1	58.0 ± 19.3	0.000 ^m
	SAHU	25.0 - 89.3	50.0	51.3 ± 14.3	
Toplam		0.0 - 92.9	53.6	55.2 ± 17.7	

^k Kruskal-wallis (Mann-whitney u test) / ^m Mann-whitney u test

Tıp fakültesinde öğrenciyken dermatoloji stajı alan grupta dermatoloji bilgi puanı tıp fakültesinde öğrenciyken dermatoloji stajı almayan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti.

Tablo 8: Dermatoloji stajı-bilgi puanı karşılaştırması

		Dermatoloji Bilgi Puanı			p
		Min-Mak	Medyan	Ort.±ss	
Tıp Fakültesinde Öğrenciyken Dermatoloji Stajı Aldınız Mı?	Evet	0.0 - 92.9	53.6	56.3 ± 18.3	0.049 ^m
	Hayır	28.6 - 85.7	50.0	52.4 ± 15.9	
Toplam		0.0 - 92.9	53.6	55.2 ± 17.7	

^k Kruskal-wallis (Mann-whitney u test) / ^m Mann-whitney u test

Aile Hekimliği asistanlığı süresince dermatoloji rotasyonu alan grupta dermatoloji bilgi puanı Aile Hekimliği asistanlığı süresince dermatoloji rotasyonu şu an alan ve almayan gruplardan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Aile Hekimliği asistanlığı süresince dermatoloji rotasyonu şu an alan ve almayan gruplar arasında dermatoloji bilgi puanı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir.

Tablo 9: Dermatoloji rotasyonu-bilgi puanı karşılaştırması

	Dermatoloji Bilgi Puanı			p
	Min-Mak	Medyan	Ort.±ss	
<i>Aile Hekimliği Asistanlığı Süresince Dermatoloji Rotasyonu Aldınız Mı?</i>				
Evet	17.9 - 92.9	60.7	61.5 ± 16.3	0.000 ^k
Şu Anda Almaktayım	39.3 - 57.1	53.6	49.1 ± 8.3	
Hayır	0.0 - 89.3	46.4	48.1 ± 16.9	
Toplam	0.0 - 92.9	53.6	55.2 ± 17.7	

^k Kruskal-wallis (Mann-whitney u test) / ^m Mann-whitney u test

Daha önce dermatolojik hastalıklar hakkında eğitim alan grupta dermatoloji bilgi puanı daha önce dermatolojik hastalıklar hakkında eğitim almayan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti.

Tablo 10: Dermatoloji eğitimi-bilgi puanı karşılaştırması

		Dermatoloji Bilgi Puanı			p
		Min-Mak	Medyan	Ort.±ss	
Daha Önce Dermatolojik Hastalıklar Hakkında Eğitim Aldınız Mı?	Evet	17.9 - 92.9	57.1	59.2 ± 19.0	0.001 ^m
	Hayır	0.0 - 85.7	50.0	51.7 ± 15.7	
Toplam		0.0 - 92.9	53.6	55.2 ± 17.7	

^k Kruskal-wallis (Mann-whitney u test) / ^m Mann-whitney u test

4.4. DOĞRU YANLIŞ VERİLERİ

Tablo 11: Katılımcıların doğru-yanlış sorusu verileri

		n	%
İnfanlarda Yüz, Extensor Bölge Tutulumu Atopik Dermatitin Majör Tanı Kriterleri Arasında Yer Alır.	Doğru	245	75.2%
	Yanlış	81	24.8%
Atopik Dermatit Tanısı Koyabilmek İçin Tüm Hastalara İge Bakılmalıdır.	Doğru	92	28.2%
	Yanlış	234	71.8%
Diaper Dermatit En Sık Yenidoğan Döneminde Görülür.	Doğru	146	44.8%
	Yanlış	180	55.2%
Diaper Dermatitte Asıl Sebep Gaita ve İdrara Maruziyettir.	Doğru	225	69.0%
	Yanlış	101	31.0%
Yenidoğan Döneminde Görülen Neonatal Toksik Eritem Tedavi Gerektirir.	Doğru	136	41.7%
	Yanlış	190	58.3%
Hemanjiomlar Çocukluk Çağında En Sık Görülen Benign Tümörlerdir ve Genellikle En Büyük Çapa 1 Yaşında Ulaşır	Doğru	209	64.1%
	Yanlış	117	35.9%
İmpetigoda Bulaştırmacılık Çok Yüksek. Temas Yolu ile Kişi Kendisinde Diğer Bölgelere veya Başka Kişilere Bulaştırabilir. Bu Nedenle Yakındaki Diğer Çocuklar Hatta Erişkinlerin Korunması Lezyonla Direk Temas Etmemesi Önemlidir.	Doğru	182	55.8%
	Yanlış	144	44.2%
Kızıl Hastalığında Deri Kıvrımlarında Döküntüler Daha Yoğundur.	Doğru	145	44.5%
	Yanlış	181	55.5%
Suçiçeği Döküntüleri Saçlı Deride de Görülür, Kraniokaudal Yayılır.	Doğru	203	62.3%
	Yanlış	123	37.7%
Kızamıkta Lezyonlar El İçi ve Ayak Tabanında Sıklıkla Gözlenir.	Doğru	111	34.0%
	Yanlış	215	66.0%
Tinea Versikolor'da Nüksü Önlemek İçin 1 Ay Sistemik Antifungal Tedavi Verilmelidir.	Doğru	192	58.9%
	Yanlış	134	41.1%
Bir-Yedi Yaşları Arasındaki Çocuklarda Akne Olağan Dışıdır ve Şiddetine Bakılmaksızın Endokrinolojik ve Hormonal Araştırmayı Gerektirir.	Doğru	198	60.7%
	Yanlış	128	39.3%
Çocuklarda Akne Tedavisinde Komedonal Lezyonlar İçin Öncelikli Topikal Retinoidler Kullanılabilir.	Doğru	177	54.3%
	Yanlış	149	45.7%
Tinea Kapitis Tedavisinde Mutlaka Sistemik Antifungal Tedavi Kullanılması Gerekmetedir.	Doğru	160	49.1%
	Yanlış	166	50.9%
Tinea Kapitiste Evlerde ve Okullarda Hastalığın Bulaşmasında Aseptomatik Taşıyıcılar Önemli Rol Oynar.	Doğru	200	61.3%
	Yanlış	126	38.7%
Bebeklerde Orofaringeal Kandidiazis(Pamukçuk) En Sık Yenidoğan Döneminin İlk Haftası Görülür .	Doğru	148	45.4%
	Yanlış	178	54.6%
Orofaringeal Kandidiazis Tedavisinde İlk Seçenek Oral Nistatin Süspansiyonudur.	Doğru	227	69.6%
	Yanlış	99	30.4%

4.5. ASİSTANLIK TÜRÜNE GÖRE KARŞILAŞTIRMA

Tablo 12: Asistanlık türü-sosyodemografik karşılaştırması-1

		SAHU		AHU		P
		n	%	n	%	
Yaş	<25	31	22.5%	75	39.9%	0.000 ^{X²}
	25-30	37	26.8%	74	39.4%	
	>30	70	50.7%	39	20.7%	
Cinsiyet	Erkek	70	50.7%	61	32.4%	0.001 ^{X²}
	Kadın	68	49.3%	127	67.6%	
Medeni Durum	Bekar	58	42.0%	96	52.5%	0.064 ^{X²}
	Evli	80	58.0%	87	47.5%	
Meslekte Çalışma Süresi	0-1 Yıl	25	18.1%	38	21.0%	0.000 ^{X²}
	1-5 Yıl	34	24.6%	99	54.7%	
	5-10 Yıl	29	21.0%	33	18.2%	
	>10 Yıl	50	36.2%	11	6.1%	
Asistanlıkta Kaçınıcı Yıl	1	31	23.3%	43	23.1%	0.003 ^{X²}
	2	33	24.8%	70	37.6%	
	3	30	22.6%	48	25.8%	
	>3	39	29.3%	25	13.4%	

^{X²} Ki-kare test

AHU ve SAHU grubu arasında hastaların tıp fakültesinde öğrenciyken dermatoloji stajı alma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 13)

AHU grubunda Aile Hekimliği asistanlığı süresince dermatoloji rotasyonu alan hastaların oranı SAHU grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. (Tablo 13)

AHU ve SAHU grubu arasında hastaların daha önce dermatolojik hastalıklar hakkında eğitim alma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. AHU ve SAHU grubu arasında kurum içi eğitim, dermatoloji okulunda eğitim alan hastaların oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. AHU grubunda kongreler ve toplantılarda eğitim alan hastaların oranı SAHU grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. (Tablo 13)

Tablo 13: Asistanlık türü-sosyodemografik karşılaştırması-2

		SAHU		AHU		p
		n	%	n	%	
Tıp Fakültesinde Öğrenciyken Dermatoloji Stajı Aldınız Mı?	Evet	94	68.1%	139	73.9%	0.250 ^{x²}
	Hayır	44	31.9%	49	26.1%	
<i>Aile Hekimliği Asistanlığı Süresince Dermatoloji Rotasyonu Aldınız Mı?</i>						
Evet		48	34.8%	120	65.2%	0.000 ^{x²}
Şu Anda Almaktayım		0	0.0%	8	4.3%	
Hayır		90	65.2%	56	30.4%	
Daha Önce Dermatolojik Hastalıklar Hakkında Eğitim Aldınız Mı?	(-)	78	58.6%	91	48.9%	0.086 ^{x²}
	(+)	55	41.4%	95	51.1%	
Kurum İçi Eğitimler		52	39.1%	79	42.5%	0.510 ^{x²}
Kongreler/Toplantı		28	21.1%	62	33.3%	0.015 ^{x²}
Dermatoloji Okulu		18	13.5%	38	20.4%	0.104 ^{x²}

^{x²} Ki-kare test

AHU ve SAHU grubu arasında "*Çocuk hastalarda cilt hastalıklarını tanırım.*" diyenlerin oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 14)

AHU ve SAHU grubu arasında "*Çocuk hastalarda cilt hastalıklarını tedavi edebilirim.*" diyenlerin oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 14)

AHU ve SAHU grubu arasında "*Dermatitleri tanımakta zorlanmam.*" diyenlerin oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 14)

AHU ve SAHU grubu arasında "*Hastalara reçete yazarken dış kaynaklardan (internet, kitap vs.) yardım alırım.*" oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 14)

Tablo 14: Asistanlık türü-özdeğerlendirme karşılaştırması-1

	SAHU		AHU		p
	n	%	n	%	
Çocuk Hastalarda Cilt Hastalıklarını Tanırım					
Katılıyorum	57	41.3%	96	51.1%	0.214 ^{x²}
Kararsızım	66	47.8%	76	40.4%	
Katılmıyorum	15	10.9%	16	8.5%	
Çocuk Hastalarda Cilt Hastalıklarını Tedavi Edebilirim					
Katılıyorum	49	35.5%	80	42.6%	0.158 ^{x²}
Kararsızım	81	58.7%	91	48.4%	
Katılmıyorum	8	5.8%	17	9.0%	
Dermatitleri Tanımakta Zorlanmam					
Katılıyorum	47	34.1%	57	30.3%	0.774 ^{x²}
Kararsızım	70	50.7%	101	53.7%	
Katılmıyorum	21	15.2%	30	16.0%	
Hastalara Reçete Yazarken Dış Kaynaklardan (İnternet, Kitap Vs.) Yardım Alırım					
Katılıyorum	86	62.3%	123	65.4%	0.807 ^{x²}
Kararsızım	35	25.4%	42	22.3%	
Katılmıyorum	17	12.3%	23	12.2%	

^{x²} Ki-kare test

AHU grubunda "*Yenidoğanların cilt hastalıklarını tanırım.*" diyenlerin oranı SAHU grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. AHU grubunda "*Yenidoğan döneminde görülen atopik dermatiti tanırım.*" diyenlerin oranı SAHU

grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. AHU grubunda "Yenidoğan döneminde atopik dermatiti tedavi edebilirim. " diyenlerin oranı SAHU grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. (Tablo 15)

Tablo 15: Asistanlık türü-özdeğerlendirme karşılaştırması-2

	SAHU		AHU		p
	n	%	n	%	
<i>Yenidoğanların Cilt Hastalıklarını Tanırım</i>					
Katılıyorum	18	13.0%	61	32.4%	0.000 ^{x²}
Kararsızım	90	65.2%	99	52.7%	
Katılmıyorum	30	21.7%	28	14.9%	
<i>Yenidoğan Döneminde Görülen Atopik Dermatit Tanıyabilirim</i>					
Katılıyorum	38	27.5%	80	42.6%	0.020 ^{x²}
Kararsızım	75	54.3%	80	42.6%	
Katılmıyorum	25	18.1%	28	14.9%	
<i>Yenidoğan Döneminde Atopik Dermatiti Tedavi Edebilirim</i>					
Katılıyorum	46	33.3%	77	41.0%	0.003 ^{x²}
Kararsızım	47	34.1%	80	42.6%	
Katılmıyorum	45	32.6%	31	16.5%	

^{x²} Ki-kare test

AHU grubunda "Çocuk hastalarda skabies hastalığını yönetebilirim." diyenlerin oranı SAHU grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. AHU ve SAHU grubu arasında "Enfeksiyöz döküntülü hastalıkları tanıyıp ve tedavi edebilirim. " diyenlerin oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 16)

AHU ve SAHU grubu arasında "Çocuk hastalarda fungal deri hastalıklarını tanıyabilirim. " diyenlerin oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. AHU grubunda "Çocuk hastalarda fungal deri hastalıklarını tedavi edebilirim." diyenlerin oranı SAHU grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. (Tablo 16)

AHU ve SAHU grubu arasında çocuk hastalarda "Psöriazis tanı ve tedavisini yapabilirim." diyenlerin oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. AHU ve SAHU grubu arasında "Çocuk hastaları genellikle dermatoloji polikliniğine yönlendiririm." diyenlerin oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 16)

Tablo 16: Asistanlık türü-özdeğerlendirme karşılaştırması-3

	SAHU		AHU		p
	n	%	n	%	
<i>Çocuk Hastalarda Skabies Hastalığını Yönetebilirim</i>					
Katılıyorum	35	25.4%	83	44.1%	0.001 ^{X²}
Kararsızım	78	56.5%	87	46.3%	
Katılmıyorum	25	18.1%	18	9.6%	
<i>Enfeksiyöz Döküntülü Hastalıkları Tanır ve Tedavi Ederim</i>					
Katılıyorum	43	31.2%	70	37.2%	0.501 ^{X²}
Kararsızım	59	42.8%	71	37.8%	
Katılmıyorum	36	26.1%	47	25.0%	
<i>Çocuk Hastalarda Fungal Deri Hastalıklarını Tanıyabilirim</i>					
Katılıyorum	33	23.9%	60	31.9%	0.266 ^{X²}
Kararsızım	85	61.6%	101	53.7%	
Katılmıyorum	20	14.5%	27	14.4%	
<i>Çocuk Hastalarda Fungal Deri Hastalıklarını Tedavi Edebilirim.</i>					
Katılıyorum	38	27.5%	72	38.3%	0.010 ^{X²}
Kararsızım	55	39.9%	81	43.1%	
Katılmıyorum	45	32.6%	35	18.6%	
<i>Çocuk Hastalarda Psöriazis Tanı ve Tedavisini Yapabilirim.</i>					
Katılıyorum	19	13.8%	35	18.6%	0.334 ^{X²}
Kararsızım	81	58.7%	96	51.1%	
Katılmıyorum	38	27.5%	57	30.3%	
<i>Çocuk Hastaları Genellikle Dermatoloji Polikliniğine Yönlendiririm.</i>					
Katılıyorum	48	34.8%	72	38.3%	0.808 ^{X²}
Kararsızım	64	46.4%	82	43.6%	
Katılmıyorum	26	18.8%	34	18.1%	

^{X²} Ki-kare test

AHU ve SAHU grubu arasında infantlarda yüz, extensor bölge tutulumu atopik dermatitin majör tanı kriterleri arasında yer aldığını doğru bulma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. AHU ve SAHU grubu arasında atopik dermatit tanısı koyabilmek için tüm hastalara IgE bakılması doğru bulma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 17)

AHU ve SAHU grubu arasında diaper dermatitin en sık yenidoğan döneminde görüldüğünü doğru bulma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. AHU ve SAHU grubu arasında diaper dermatitte asıl sebebin gaita ve idrara maruziyeti olduğunu doğru bulma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. AHU ve SAHU grubu arasında yenidoğan döneminde görülen

neonatal toksik eritem tedavisi gerektirdiğini doğru bulma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 17)

AHU grubunda hemanjiomların çocukluk çağında en sık görülen benign tümörleri olduğunu ve genellikle en büyük çapa 1 yaşında ulaştığını doğru bulma oranı SAHU grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. (Tablo 17)

Tablo 17: Asistanlık türü-doğru yanlış verileri karşılaştırması-1

		SAHU		AHU		p
		n	%	n	%	
İnfanlarda Yüz, Extensor Bölge Tutulumu Atopik Dermatitin Majör Tanı Kriterleri Arasında Yer Alır.	Doğru	108	78.3%	137	72.9%	0.266 χ^2
	Yanlış	30	21.7%	51	27.1%	
Atopik Dermatit Tanısı Koyabilmek İçin Tüm Hastalara İge Bakılmalıdır.	Doğru	40	29.0%	52	27.7%	0.793 χ^2
	Yanlış	98	71.0%	136	72.3%	
Diaper Dermatit En Sık Yenidoğan Döneminde Görülür.	Doğru	64	46.4%	82	43.6%	0.621 χ^2
	Yanlış	74	53.6%	106	56.4%	
Diaper Dermatitte Asıl Sebep Gaita ve İdrara Maruziyettir.	Doğru	94	68.1%	131	69.7%	0.763 χ^2
	Yanlış	44	31.9%	57	30.3%	
Yenidoğan Döneminde Görülen Neonatal Toksik Eritem Tedavi Gerektirir.	Doğru	62	44.9%	74	39.4%	0.314 χ^2
	Yanlış	76	55.1%	114	60.6%	
Hemanjiomlar Çocukluk Çağında En Sık Görülen Benign Tümörlerdir ve Genellikle En Büyük Çapa 1 Yaşında Ulaşır	Doğru	75	54.3%	134	71.3%	0.002 χ^2
	Yanlış	63	45.7%	54	28.7%	

χ^2 Ki-kare test

AHU ve SAHU grubu arasında impetigoda bulaştırıcılık çok yüksekti, temas yolu ile kişi kendisinde diğer bölgelere veya başka kişilere bulaştırabilir, bu nedenle yakındaki diğer çocuklar hatta erişkinlerin korunması lezyonla direk temas etmemesinin önemli olduğunu doğru bulma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 18)

AHU ve SAHU grubu arasında kızıl hastalığında deri kıvrımlarında döküntülerin daha yoğun olduğunu doğru bulma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 18)

AHU ve SAHU grubu arasında suçiçeği döküntülerinin saçlı deride de görüldüğünü, kraniokaudal yayıldığını doğru bulma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 18)

AHU ve SAHU grubu arasında kızamıkta lezyonların el içi ve ayak tabanında sıklıkla gözleendiğini doğru bulma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 18)

AHU ve SAHU grubu arasında tinea versikolor'da nüksü önlemek için 1 ay sistemik antifungal tedavi verilmesi gerektiğini doğru bulma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 18)

Tablo 18: Asistanlık türü-doğru yanlış verileri karşılaştırması-2

		SAHU		AHU		p
		n	%	n	%	
İmpetigoda Bulaştırıcılık Çok Yüksek. Temas Yolu ile Kişi Kendisinde Diğer Bölgelere veya Başka Kişilere Bulaştırabilir. Bu Nedenle Yakındaki Diğer Çocuklar Hatta Erişkinlerin Korunması Lezyonla Direk Temas Etmemesi Önemlidir.	Doğru	81	58.7%	101	53.7%	0.372 ^{x²}
	Yanlış	57	41.3%	87	46.3%	
Kızıl Hastalığında Deri Kıvrımlarında Döküntüler Daha Yoğundur.	Doğru	62	44.9%	83	44.1%	0.889 ^{x²}
	Yanlış	76	55.1%	105	55.9%	
Suçiçeği Döküntüleri Saçlı Deride De Görülür, Kraniokaudal Yayılır.	Doğru	81	58.7%	122	64.9%	0.254 ^{x²}
	Yanlış	57	41.3%	66	35.1%	
Kızamıkta Lezyonlar El İçi ve Ayak Tabanında Sıklıkla Gözlenir.	Doğru	50	36.2%	61	32.4%	0.476 ^{x²}
	Yanlış	88	63.8%	127	67.6%	
Tinea Versikolor'da Nüksü Önlemek İçin 1 Ay Sistemik Antifungal Tedavi Verilmelidir.	Doğru	85	61.6%	107	56.9%	0.396 ^{x²}
	Yanlış	53	38.4%	81	43.1%	

^{x²} Ki-kare test

AHU grubunda bir-yedi yaşları arasındaki çocuklarda aknenin olağan dışı ve şiddetine bakılmaksızın endokrinolojik ve hormonal araştırmayı gerektirdiğini doğru bulma oranı SAHU grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. (Tablo 19)

AHU ve SAHU grubu arasında çocuklarda akne tedavisinde komedonal lezyonlar için öncelikli topikal retinoidler kullanılabileceğini doğru bulan hastaların oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 19)

AHU grubunda tinea kapitis tedavisinde mutlaka sistemik antifungal tedavi kullanılması gerektiğini doğru bulma oranı SAHU grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. (Tablo 19)

AHU ve SAHU grubu arasında tinea kapitiste evlerde ve okullarda hastalığın bulaşmasında asemptomatik taşıyıcılar önemli rol oynadığını doğru bulma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 19)

AHU ve SAHU grubu arasında bebeklerde orofaringeal kandidiazisin (pamukçuk) en sık yenidoğan döneminin ilk haftasında görüldüğünü doğru bulma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 19)

AHU ve SAHU grubu arasında orofaringeal kandidiazis tedavisinde ilk seçeneğin oral nistatin süspansiyonu olduğunu doğru bulma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 19)

Tablo 19: Asistanlık türü-doğru yanlış verileri karşılaştırması-3

		SAHU		AHU		p
		n	%	n	%	
Bir-Yedi Yaşları Arasındaki Çocuklarda Akne Olağan Dışıdır ve Şiddetine Bakılmaksızın Endokrinolojik ve Hormonal Araştırmayı Gerektirir.	Doğru	68	49.3%	130	69.1%	0.000 ^{x²}
	Yanlış	70	50.7%	58	30.9%	
Çocuklarda Akne Tedavisinde Komedonal Lezyonlar İçin Öncelikli Topikal Retinoidler Kullanılabilir.	Doğru	79	57.2%	98	52.1%	0.359 ^{x²}
	Yanlış	59	42.8%	90	47.9%	
Tinea Kapitis Tedavisinde Mutlaka Sistemik Antifungal Tedavi Kullanılması Gerekmemektedir.	Doğru	59	42.8%	101	53.7%	0.050 ^{x²}
	Yanlış	79	57.2%	87	46.3%	
Tinea Kapitiste Evlerde ve Okullarda Hastalığın Bulaşmasında Asemptomatik Taşıyıcılar Önemli Rol Oynar.	Doğru	79	57.2%	121	64.4%	0.192 ^{x²}
	Yanlış	59	42.8%	67	35.6%	
Bebeklerde Orofaringeal Kandidiazis(Pamukçuk) En Sık Yenidoğan Döneminin İlk Haftası Görülür .	Doğru	70	50.7%	78	41.5%	0.098 ^{x²}
	Yanlış	68	49.3%	110	58.5%	
Orofaringeal Kandidiazis Tedavisinde İlk Seçenek Oral Nistatin Süspansiyonudur.	Doğru	101	73.2%	126	67.0%	0.232 ^{x²}
	Yanlış	37	26.8%	62	33.0%	

^{x²} Ki-kare test

4.6. ÖZDEĞERLENDİRME CEVAPLARI ALINAN TOPLAM VE HASTALIK PUAN İLİŞKİSİ

Tablo 20: Özdeğerlendirme-bilgi puanı karşılaştırması-1

		Dermatoloji Bilgi Puanı			p
		N(% değer)	Medyan	Ort.±ss	
Çocuk hastalarda cilt hastalıklarını tanım.	Katılıyorum	153 (%47)	60,7	61.5 ± 18,4	<0,001 ^K
	Katılmıyorum	31 (%10)	50	44.5 ± 11,8	
	Kararsızım	142 (%43)	50	50.8 ± 15,3	
Toplam		326	53.6	55.2 ± 17.7	

^K Kruskal-wallis (Mann-whitney u test) / ^m Mann-whitney u test

"Çocuk hastalarda cilt hastalıklarını tanım." sorusuna "Katılıyorum" cevabı veren grubun dermatoloji bilgi puanı, diğer yanıtları veren gruplardan anlamlı olarak daha yüksektir. (Tablo 20)

Tablo 21: Özdeğerlendirme-bilgi puanı karşılaştırması-2

		Dermatoloji Bilgi Puanı			p
		N(% değer)	Medyan	Ort.±ss	
Çocuk hastalarda cilt hastalıklarını tedavi edebilirim	Katılıyorum	129(%40)	64,3	64,9 ± 16,7	<0,001 ^K
	Katılmıyorum	25(%8)	50	43 ± 21,4	
	Kararsızım	172(%52)	48,2	49,7 ± 14.0	
Toplam			53.6	55.2 ± 17.7	

"Çocuk hastalarda cilt hastalıklarını tedavi edebilirim." sorusuna "Katılıyorum." cevabı veren grubun dermatoloji bilgi puanı, diğer yanıtları veren gruplardan anlamlı olarak daha yüksektir. "Katılmıyorum." ve "Kararsızım." yanıtı veren gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemiştir. (Tablo 21)

Tablo 22: Özdeğerlendirme-bilgi puanı karşılaştırması-3

		Dermatoloji Bilgi Puanı			p
		N(% değer)	Medyan	Ort.±ss	
Hastalara reçete yazarken dış kaynaklardan (internet, kitap vs.) yardım alırım.	Katılıyorum	209	53,6	53,1 ± 16,9	0.078 ^K
	Katılmıyorum	40	50,0	59,0 ± 19,6	
	Karasızım	77	57,1	58,8 ± 18,1	
Toplam			53,6	55,2 ± 17,7	

^K Kruskal-wallis (Mann-whitney u test) / ^m Mann-whitney u test

"Hastalara reçete yazarken dış kaynaklardan (internet, kitap vs.) yardım alırım." sorusuna cevap veren gruplar arasında dermatoloji bilgi puanı anlamlı farklılık göstermemiştir. (Tablo 22)

Tablo 23: Özdeğerlendirme-bilgi puanı karşılaştırması-4

		Dermatoloji Bilgi Puanı			p
		N(% değer)	Medyan	Ort.±ss	
Çocuk hastaları genellikle dermatoloji polikliniğine yönlendiririm.	Katılıyorum	120	53,6	57,1 ± 17,2	0.318 ^K
	Katılmıyorum	60	50,0	52,4 ± 18,0	
	Karasızım	146	55,4	54,7 ± 17,8	
Toplam			53,6	55,2 ± 17,7	

^K Kruskal-wallis (Mann-whitney u test) / ^m Mann-whitney u test

"Çocuk hastaları genellikle dermatoloji polikliniğine yönlendiririm." sorusuna cevap veren gruplar arasında dermatoloji bilgi puanı anlamlı farklılık göstermemiştir. (Tablo 23)

Tablo 24: Özdeğerlendirme-bilgi puanı karşılaştırması-5

		Dermatit Bilgi Puanı			p
		N(% değer)	Medyan	Ort.±ss	
Dermatitleri tanımakta zorlanmam.	Katılıyorum	104	66,7	67,0 ± 25,7	0.587 ^K
	Katılmıyorum	51	50,0	59,2 ± 24,8	
	Karasızım	171	66,7	62,9 ± 25,4	
Toplam			66,7	63,6 ± 25,5	

^K Kruskal-wallis (Mann-whitney u test) / ^m Mann-whitney u test

"Dermatitleri tanımakta zorlanmam." sorusuna cevap veren gruplar arasında dermatoloji bilgi puanı anlamlı farklılık göstermemiştir. (Tablo 24)

Tablo 25: Özdeğerlendirme-bilgi puanı karşılaştırması-6

		Fungal Bilgi Puanı			p
		N(% değer)	Medyan	Ort.±ss	
Çocuk hastalarda fungal deri hastalıklarını tanıyabilirim.	Katılıyorum	93	57,1	61,3 ± 16,3	<0,001 ^K
	Katılmıyorum	47	42,9	41,9 ± 19,2	
	Kararsızım	186	42,9	48,3 ± 18,0	
Toplam			57,1	51,1 ± 18,9	

^K Kruskal-wallis (Mann-whitney u test) / ^m Mann-whitney u test

"Çocuk hastalarda fungal deri hastalıklarını tanıyabilirim." sorusuna katılıyorum cevabı veren grubun fungal bilgi puanı diğer yanıtları veren gruplardan anlamlı olarak daha yüksektir. "Katılmıyorum" ve "Kararsızım." yanıtı veren gruplar arasında fungal bilgi puanı anlamlı farklılık göstermemiştir. (Tablo 25)

Tablo 26: Özdeğerlendirme-bilgi puanı karşılaştırması-7

		Fungal Bilgi Puanı			p
		N(% değer)	Medyan	Ort.±ss	
Çocuk hastalarda fungal deri hastalıklarını tedavi edebilirim.	Katılıyorum	110	57,1	59,4 ± 17,5	<0,001 ^K
	Katılmıyorum	80	42,9	43,6 ± 16,1	
	Kararsızım	136	48,8	62,9 ± 19,2	
Toplam			51,1	63,6 ± 18,9	

^K Kruskal-wallis (Mann-whitney u test) / ^m Mann-whitney u test

"Çocuk hastalarda fungal deri hastalıklarını tedavi edebilirim." sorusuna "Katılıyorum." cevabı veren grubun fungal bilgi puanı, diğer yanıtları veren gruplardan anlamlı olarak daha yüksektir. "Katılmıyorum." ve "Kararsızım." yanıtı veren gruplar arasında fungal bilgi puanı anlamlı farklılık göstermemiştir. (Tablo 26)

Tablo 27: Özdeğerlendirme-bilgi puanı karşılaştırması-8

		Skabiyes Bilgi Puanı			P
		N(% değer)	Medyan	Ort.±ss	
Çocuk hastalarda	Katılıyorum	118	100	61,9 ± 48,8	0.009 ^K
skabies hastalığını	Katılmıyorum	43	0	46,5 ± 50,5	
yönetebilirim.	Kararsızım	165	0	43,6 ± 49,7	
Toplam			100	50,6 ± 50,1	

^K Kruskal-wallis (Mann-whitney u test) / ^m Mann-whitney u test

"Çocuk hastalarda skabiyes hastalığını yönetebilirim." sorusuna "Katılıyorum. " cevabı veren grubun skabiyes bilgi puanı, "Katılmıyorum. " cevabı veren gruptan anlamlı olarak daha yüksektir. (Tablo 27)

Tablo 28. Özdeğerlendirme-bilgi puanı karşılaştırması-9

		Enfeksiyöz Hastalık Bilgi Puanı			P
		N(% değer)	Medyan	Ort.±ss	
Enfeksiyöz	Katılıyorum	113	66,7	60,0 ± 22,4	<0,001 ^K
döküntülü	Katılmıyorum	83	33,3	40,8 ± 19,3	
hastalıkları tanır ve tedavi ederim.	Kararsızım	130	50,0	51,9 ± 21,7	
Toplam			50,0	51,9 ± 22,6	

^K Kruskal-wallis (Mann-whitney u test) / ^m Mann-whitney u test

"Enfeksiyöz döküntülü hastalıkları tanır ve tedavi ederim." sorusuna "Katılıyorum. " cevabı veren grubun dermatoloji bilgi puanı, diğer yanıtları veren gruplardan anlamlı olarak daha yüksektir. (Tablo 28)

5. TARTIŞMA

Aile Hekimliği genelde dermatolojik hastalıkları olan çocukların ilk temas noktasıdır. Bazı çalışmalarda birinci basamak başvurularının %7'sinin dermatolojik yakınmalar olduğu görülmektedir.(64) Bu nedenle Aile Hekimliği, genel sağlık hizmetlerinin sunulduğu birinci basamak sağlık alanında önemli bir role sahiptir. Bir araştırmada, birinci basamak hekimlerinin dermatolojik sorunları olan hastaları tanıma ve tedavi etme konusundaki beklentinin arttığı vurgulanmaktadır. Yine aynı çalışmada, dermatolojide lisans eğitiminin yetersiz olduğunu ve sürekli tıp eğitimine ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir.(65) Bu hastalıkların doğru tanı ve tedavi alamaması, üst basamaklarda artan yüke, daha uzun vadeli komplikasyonlara ve sağlık harcamalarında maliyetin artmasına neden olur. Çocuklarda sık görülen dermatolojik hastalıkların özellikleri ve tedavi yöntemleri yetişkin hastalıklardan farklılık gösterebilir. Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre çocuk nüfus oranı 26.5'tir. Bu nedenle, Aile Hekimliği asistan hekimlerinin çocuklarda dermatolojik hastalıklar konusunda güncel bilgilere ve pratik deneyimlere sahip olmaları gerekmektedir.

Çalışmamızda Türkiye'deki tam zamanlı ve sözleşmeli Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin çocuk hastalarda sık görülen dermatolojik hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmeyi amaçladık. Literatürde tarama yaptığımızda, bulduğumuz çalışmalar çocuklarda görülen hastalıklardan ziyade genel dermatoloji bilgisi ile alakalı oldukları görüldü. Elde ettiğimiz, katılımcıların demografik bulguları, özdeğerlendirmeleri ve bilgi soruları gibi veriler ışığında değerlendirerek eğitim ihtiyaçlarını ve eksikliklerini belirlemeyi amaçladık. Yaptığımız çalışmamıza 326 Aile Hekimliği uzmanlık öğrencisi katıldı. Katılan hekimlerin yaş grubu en fazla %34 ile 25-30'dur. Katılımcıların %59.8'i kadın, %51.6'sı evli, meslekte geçen yıl sayısı en fazla olan grup %40.8'le 1-5 yıl ve asistanlık türü %57.7 ile tam zamanlı Aile Hekimliği uzmanlık öğrencileridir.

Üniversite sürecinde alınan eğitim ve sonrasında alınan eğitimler öneme sahiptirler. Dr. Atilla Özcan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Pratisyen hekimlerin dermatoloji bilgi puan ortalaması (34.5 ± 8.63), dermatoloji stajı gören öğrencilerin

puan ortalamasından (71.8 ± 12.16) anlamlı daha düşük çıktı ($p<0.05$). Pratisyenlikte geçen süreler gere göre doktorların verdiği doğru cevaplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı.(66) Fox ve Ramsay tarafından gerçekleştirilen başka bir araştırmada, birinci basamak hekimlerinin en sık karşılaştığı 20 dermatolojik sorunu tanıma yetenekleri incelenmiştir. Araştırmada, hekimlerin ortalama puanı 54 olarak tespit edilmiştir.(67) Diğer bir çalışmada aile hekimlerinin sık görülen dermatozlar hakkında 69 ortalama puan almış ve doğru tanı oranı da %84 olmuştur.(68) Biz bu çalışmalardan farklı olarak ocuk hastalarda dermatolojik hastalıklar hakkındaki bilgiyi ölçtük yine de destekler biçimde toplam ortalama puan 55.2 çıktı ve niversite eğitiminde dermatoloji stajı almayan Aile Hekimliği asistanlarının puan ortalaması (52.4 ± 15.9), dermatoloji stajı alan asistanlardan (56.3 ± 18.3) anlamlı daha düşük çıktı($p<0.05$).

Yaptığımız çalışmada hekimlerin demografik bilgileri ile toplam bilgi puanlarını istatistiksel olarak karşılaştırdık. Yaşı <25 olan grup ve meslek süresi 1 yıldır az olan grupların bilgi düzeyi, diğer gruplara göre anlamlı olarak düşük ıktı. Fakat orta ve yüksek yaş grubu arasında ve diğer meslek yılı grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Asistanlık yılı 2, 3, >3 olan gruplarda bilgi düzeyi asistanlık yılı 1 olan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Bu durum asistanlığın ilk yılında rotasyon almış olanların sayısının daha az olduğundan ve eğitimlere daha az katılmış olduklarından kaynaklandığını düşündürdü. Bizim alışmamızda da hekimliği asistanlığı süresince dermatoloji rotasyonu alan grupta dermatoloji bilgi puanı Aile Hekimliği asistanlığı süresince dermatoloji rotasyonu şu an alan ve almayan gruplardan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Bu bize asistanlık sürecinde alınan eğitimlerin önemini göstermektedir. Bunu destekleyen farklı bir çalışmada ise tıp fakültesi öğrencileri, dahiliye asistanları ve Aile Hekimliği asistanlarından oluşan grupta, rotasyon öncesi ve sonrası bilgi düzeyleri kıyaslandı. Rotasyon ncesi doğru ortalaması %45,6 alan grup, 1 aylık rotasyon sonrasında bu ortalamanın %70.7'ye çıktığı gösterilmiştir.(69) Aile Hekimliği asistanlarının eğitiminde rotasyonlar eğitimin temelini oluşturur. Dermatoloji rotasyonunda daha aktif rol alınma ve eğitimin devamlılığı tanı ve tedavide olan eksikliklerin giderilmesine önemli bir rol oynuyor.

Çalışmamızda değerlendirdiğimiz bir alan da, mezuniyet sonrası dermatoloji okulu, kongreler, kurum içi eğitimler gibi eğitimlerin katkılarıdır. Çalışmamıza katılan hekimlerin %46.0'ı daha önce dermatolojik hastalıklar hakkında eğitim aldığını belirtmiştir. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise bu oranın 53.8 olduğu görülmüştür.(70) Yaptığımız çalışmada eğitim alan grupta dermatoloji bilgi puanı daha önce dermatolojik hastalıklar hakkında eğitim almayan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Doğru tanı ve tedavi için asistanlık süresince eğitimlerin artırılması ve devamlılığı gerekmektedir. Yaptığımız çalışmada tam zamanlı Aile Hekimliği uzmanlık öğrencileri(ahu) ve sözleşmeli Aile Hekimliği uzmanlık öğrencileri(sahu) arasındaki toplam bilgi puanlarında Ahu'ların toplam dermatoloji bilgi puanı, Sahu'lardan anlamlı daha yüksek çıkmıştır. ($p<0.05$) Bu durumu, AHU grubunda kongreler ve toplantılarda eğitim alan ve Aile Hekimliği asistanlığı süresince dermatoloji rotasyonu alan hekimlerin oranı SAHU grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksek olmasına bağladık.

Aybal ve ark. Birinci basamakta çalışan hekimlere yapılan çalışmada, hekimlerin özdeğerlendirmelerinde dermatolojik hastalıklarda tanı koymakta zorluk çekmem diyenlerin oranı %16,8'dir.(70) Başka bir çalışmada ise katılımcıların %84'ü (545) yaygın deri hastalıklarını teşhis etmekte zorlandıklarını veya emin olmadıklarını bildirmiştir (Şekil 1). Katılımcıların %48'i (313) yaygın deri hastalıklarını teşhis ve tedavi etmekte zorlanmalarının nedeni olarak pratisyen hekimler için ders kitabı eksikliğini, %27'si (175) ise tıp fakültelerindeki yetersiz dermatoloji eğitimi göstermiştir.(68) Çalışmamızda ise "*Çocuk hastalarda cilt hastalıklarını tanırım.* " diyen asistan hekimlerin oranı %46,9, tedavi edebilirim diyenlerin oranı ise %39,6 olarak çıkmıştır. Tıp fakültelerinde dermatoloji eğitim kalitesini artırarak bu alanda daha yeterli hekimlerin yetişmesinin mümkün olduğunu düşünmekteyiz. "*Çocuk hastalarda cilt hastalıklarını tanırım ve tedavi ederim.* " diyen 2 grubunda bilgi puanları, "*Çocuk hastalarda cilt hastalıklarını tanımakta ve tedavi etmekte zorlanırım.* " diyen gruplara göre anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Bu sonuçlara göre hekimlerin öz değerlendirmeleri sonuçlarla paralellik göstermiştir ve bilgi ölçmekte bizlere yardım edebilir. Özyurt ve ark. tarafından aile hekimleri üzerinde yapılan bir çalışmada hastalara reçete yazarken rehber veya reçete kitaplardan yardım alma oranı 28.1'dir. Bu çalışmada 30 yaş altı ve 50 yaş üstü olan

grubun yardım alma oranı, 40-49 yaş arası gruba göre anlamlı yüksek çıkmıştır. Özyurt ve ark. bu farkı, kısa süre önce mezun olan doktorların jenerik ilaç konusunda daha az bilgili olabileceğine, 50 yaş üstü doktorların ise değişen jenerik isimlerin takibi için kullanabileceklerine bağlamıştır.(1) Bizim çalışmamızda "*Hastalara reçete yazarken dış kaynaklardan (internet, kitap vs.) yardım alırım.*" diyenlerin oranı %64 çıktı. Reçete yazarken dış kaynaklardan yardım alanlar ve almayanlar arasında anlamlı bir farklılık yoktur. İki çalışma arasında görülen bu farkın bizim çalışmamızın Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerine yapıldığı için yaş ortalamasının düşük olmasının, internet üzerinden bilgiye ulaşmanın yaygınlaşması ve bizim çalışmamızda diğer çalışmadan farklı olarak dermatolojik bilginin çocuk hastalarda görülen bölümünün sorgulanması olduğunu düşündük.

Dermatit dünya genelinde yüksek yaygınlığa sahip olan ve çocuklarda yaygın olarak görülen cilt hastalıklarının biridir. Atopik dermatit ise çocuklarda en yaygın görülen kronik, inflamatuvar cilt hastalıklarından biridir.(71) Bu nedenle birinci basamak ve Aile Hekimliğinde sık sık dermatitlerle karşılaşmaktadır. İngiltere’de yapılan bir çalışmada, birinci basamakta atopik dermatit tanısı alan çocukların yarısından daha azının atopik dermatit tanı kriterlerini karşıladığı görülmüştür.(72) Bizim yaptığımız çalışmada "*Dermatitleri tanımakta zorlanmam.*" diyenlerin oranı %31,9 gelmiştir. Bu soruda %52,5’i "*Kararsızım.*", %15,6’sı "*Zorlanırım.*" seçeneğini seçmiştir. Bu gruplar arasında dermatit bilgi puanı, "*Dermatitleri tanımakta zorlanmam.*" seçeneğini seçen grupta daha yüksektir fakat anlamlı farklılık göstermemiştir. Özdeğerlendirmelerinde zorlanmam diyen hekimlerin oranının az olması, hekimlerin bilgi ve eğitim eksikliklerinden dolayı oluşan özgüvensizlikten kaynaklandığı şeklinde yorumlandı. Ayrıca asistan hekimlerin dermatit bilgi puanı ortalaması 63.6 çıkmıştır ve bu ortalama çalışmamızda bulunan hastalık grupları arasında en yüksek ortalamalardan biridir. Bunun nedeni dermatitin yaygınlığı ve hekimlerin sık karşılaşmaları olabileceği düşünüldü.

Uyuz *sarcoptes scabiei* akarı tarafından oluşturulan oldukça kaşıntılı ve bulaşıcı bir hastalıktır. Skabiyes yaygın görülen ve salgınlara neden olabilen bir hastalıktır.(73) Yanlış veya geç alınmış tedaviler, ilaçların yanlış kullanılması, eş zamanlı aile fertlerinin tedavisinin yapılmaması ve kontamine olan eşyaları düzgün

temizlenmemesi hem sekonder deri enfeksiyonlarına neden olur hem de enfeksiyonların tedavi edilemeyip tekrarlamasına neden olur. Bu nedenle küresel bir sağlık sorunu olan uyuzun, doğru tanı ve tedavisi çok önemlidir.(74) Dönemsel ve bölgesel olarak ülkemizde de salgınlar bildirilmiştir.(75,76) Riyad'da yapılan bir çalışmada, birinci basamakta çalışan hekimlerin uyuz konusunda genel bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı ve ortalama puanlarının %66.7 olduğu görüldü.(77) Belçika'da ise pratisyen hekimlere yapılan başka bir çalışmada bilgi düzeyi %59'dur. (78) Çalışmamızda "*Çocuk hastalarda skabiyes hastalığını yönetebilirim.*" sorusuna "*Katılıyorum.*" diyen %36, "*Kararsızım.*" diyen %50'dir. Skabiyes bilgi puanı ortalaması 50.6 çıkmıştır. Skabiyes bilgi puanı, "*Katılıyorum.*" cevabı veren grupta "*Katılmıyorum.*" cevabı veren gruptan anlamlı olarak daha yüksektir. Katılımcıların %21'i skabiyesle alakalı olan sorumuzda "*Yetişkin ve çocuk hastalar arasında tutulum bölgelerinin farklılık göstermez.*" şıkkını seçerek yanlış cevap vermiştir. Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda bizden farklı olarak çocuk hastalarda görülen skabiyes araştırılmıştır. Diğer çalışmalarla oluşan fark bu nedenle olduğunu düşündük. Salgın potansiyeli olan uyuz gibi hastalıklarda sadece yetişkin değil çocuk hastalarda da bilgi eksikliklerini tamamlamalı, bilgi ve deneyimleri arttıracak politikalar izlenmelidir.

Enfeksiyöz döküntülü hastalıklar genel olarak bulaş oranları çok yüksek hastalıklardır. Özellikle bulaşıcı hastalıkların erken tanınması ve izolasyonu, toplum sağlığını korumak için kritiktir. Bilgi eksiklikleri, hastalıkların kontrol altına alınmasını zorlaştırabilir. Birçok enfeksiyöz döküntülü hastalık aşısı mevcuttur, ancak ebeveynler arasında aşı kararsızlığı yaygındır. Bu durum, çocukların gerekli aşıları almamasına ve topluluk bağışıklığını zayıflatmasına neden olabilir. Etkili bir aşı programı, sağlık profesyonellerini, kendi sağlıklarını, çevrelerindeki ve sorumlu oldukları hastaların sağlığını korumaya yönlendirir. Ayrıca salgınların kontrolü ve tedavi maliyetlerini azaltmaya da katkı sağlar.(79) Kızamık insidansı ülkemizde periyodik olarak yükselerek ara sıra salgınlara neden olmaktadır. Bu bağlamda, 2011 yılında çoğunluğu İstanbul'da tespit edilen ve yurt dışı kaynaklı vakaları içeren bir salgın rapor edilmiştir.(80) Literatür taramamızda bu alanda çok bir çalışma bulunamamıştır. Bizim çalışmamızda "*Enfeksiyöz döküntülü hastalıkları tanır ve tedavi ederim.*" sorusuna "*Katılıyorum.*" cevabı veren grubun oranı %35,

kararsızım cevabı veren grubun oranı %40 çıkmıştır. Katılıyorum cevabı veren grubun dermatoloji bilgi puanı, diğer yanıtları veren gruplardan anlamlı olarak daha yüksektir. Enfeksiyöz döküntülü hastalık bilgi puanı ortalaması 51.9 çıkmıştır. Enfeksiyöz döküntülü hastalıklar genellikle benzer belirtilerle başlar, bu da doğru tanı koymayı zorlaştırabilir. Sağlık profesyonelleri için düzenli eğitim programları düzenlemek, güncel bilgilerle donatılmalarını sağlar. Enfeksiyöz döküntülü hastalıkların belirtileri, tedavisi ve önlenmesi konularında periyodik güncellemeler, doğru tanı ve tedavinin önündeki engelleri kaldırabilir.

Sosyokültürel seviyenin yükselmesi, bireyin bireysel ve toplumsal eğitimleri sonucunda, yüzeysel mantar hastalıkları ve bakteriyel enfeksiyonlar gibi sağlık sorunları daha nadir görülmektedir.(70) Kore’de hekimler arası yapılan bir çalışmada tinea pedis için %22’si doğru cevap vererek, yaygın dermatolojik durumların tedavisi hakkında bile bilgi eksikliği olduğunu göstermiştir.(68) Çalışmamıza katılan asistan hekimlerin fungal bilgi puan ortalaması %51.1 çıkmıştır. Bizim çalışmamızda "*Çocuk hastalarda fungal deri hastalıklarını tanıyabilirim.*" sorusuna "*Katılıyorum.*" cevabı veren grubun oranı %29, "*Kararsızım.*" cevabı veren grubun oranı ise %57 çıkmıştır. "*Çocuk hastalarda fungal deri hastalıklarını tanıyabilirim.*" sorusuna "*Katılıyorum.*" cevabı veren grubun fungal bilgi puanı diğer yanıtları veren gruplardan anlamlı olarak daha yüksektir. Çalışmamızda "*Çocuk hastalarda fungal deri hastalıklarını tedavi edebilirim.*" sorusuna "*Katılıyorum.*" cevabı veren grubun oranı %33, "*Kararsızım.*" cevabı veren grubun oranı %42 çıkmıştır. "*Çocuk hastalarda fungal deri hastalıklarını tedavi edebilirim.*" sorusuna "*Katılıyorum.*" cevabı veren grubun fungal bilgi puanı, diğer yanıtları veren gruplardan anlamlı olarak daha yüksektir. Özyurt ve ark. yaptığı çalışmada fungal deri hastalıklarını yönetebilirim diyenlerin oranı %81.8, kararsızların oranı ise %4 çıkmıştır.(1) Aybal ve ark. yaptıkları çalışmada ise birinci basamakta çalışan hekimlerin %60’ı yüzeysel mantar enfeksiyonlarına doğrudan tedavi uyguladıklarını ifade etti.(70) Bir çalışmada 2002-2005 yılları arasında ABD'deki Aile Hekimliği uygulamalarında en sık görülen dermatolojik rahatsızlıklar incelenmiş, %7.41 ile tüm tinea hastalıkları 3. Sırada yer almıştır. Aynı çalışmada aile hekimleri çok çeşitli cilt hastalıklarını teşhis ve tedavi ettiğinden, cilt hastalıkları konusunda uzmanlık eğitimi almaları önemli olduğunu ve uzmanlık eğitimi direktörleri, eğitim hedeflerini şekillendirirken Aile Hekimliğinde

en sık hangi hastalıkların görüldüğünü bilmeyi faydalı bulabileceği vurgulanmıştır.(81)

Psoriasis kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Psoriasis, hastalığı olan bireylerde önemli bir morbidite kaynağı olan, mortalite riskini artıran ve hasta tarafından bildirilen yaşam kalitesi ölçümlerini olumsuz yönde etkileyebilen bir hastalıktır. Daha da önemlisi, giderek artan sayıda kanıt, psoriasis hastalığının bağımsız olarak kardiyovasküler hastalık, metabolik sendrom, kronik böbrek hastalığı, bazı inflamatuvar durumlar (örn. inflamatuvar bağırsak hastalığı), malignite ve depresyon riskinde artışa neden olduğunu desteklemektedir.(82) Çoğu zaman orta ve ağır düzeyde hastaların tedavi ve takibi dermatoloji bölümü tarafından sürdürülmektedir. Yaptığımız çalışmada katılımcıların sadece %16,6'sı çocuk hastalarda psoriasis tanı ve tedavisini yapabileceğini ifade etmiştir. Asistan hekimlerin büyük çoğunluğu tanı ve tedavi yapamayacağını belirtse de psoriasis ile ilgili sorduğumuz soruya katılımcıların %51'i doğru cevap vermiştir. Bu başarılı bir sonuç olmasa da bu özdeğerlendirme ortalamasındaki düşüklüğü, psoriasis hastalığının nispeten diğer hastalıklara göre az görülmesi ve takip ve tedavisinin dermatoloji yapılacağı ön yargısı olduğunu düşünüyoruz. Özcan ve ekibinin gerçekleştirdiği araştırmaya göre, pratisyen hekimlerin en yüksek oranda doğru cevap verdikleri konular arasında psoriasis bulunmaktadır. Başka bir çalışmada araştırmaya katılan hekimlerin büyük bir kısmı, inflamatuvar deri hastalıkları arasında yer alan psoriasis ve liken planus gibi durumların yönetiminde zorlandıklarını belirtmiş; ayrıca, psoriasis ön tanısı alan hastaları tedaviye başlamadan önce başka bir uzmana yönlendirmeyi tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Bu durum, hastaların yanlış yönlendirilmesine, gereksiz yüksek maliyetli tetkiklere ve araştırmalara yol açtığını ifade etmişlerdir.(1) Aybal ve arkadaşlarının çalışmasında, psoriasis en sık sevk edilen hastalık olarak belirlenmiş ve eritemli skuamlı hastalıklar, doğrudan sevk edilen başlıca hastalık grubunu oluşturmuştur.(70) Psoriasis yönetimi ile ilgili endişelerin devam ettiği ve bu konuda bilgi düzeyi ile farkındalığı artırmaya yönelik çabaların faydalı olacağı düşünmekteyiz. Bir çalışmadaki anket sonuçlarına göre, orta ila şiddetli psoriasis hastalığına sahip olan 1.7 milyon hastanın %59'u tedavi görmediğini ifade etmiştir.(83) Hastalık yükü arttıkça, hastalığa bağlı morbiditeyi ve ekonomik maliyeti azaltmayı ve üst basamaklarda ki hasta yoğunluğunu azaltmayı amaçlayan uygun

yönetim stratejileri giderek daha önemli hale gelmektedir. Bu çabada hem birinci basamak hekimleri hem de uzmanlar belirli roller oynamaktadır. Birinci basamak hekimleri için bu tür çabalar, psoriasisın doğru şekilde teşhis edilmesini, ilişkili komorbiditelerin taranmasını ve yönetilmesini, hafif ila orta dereceli hastalığı olan hastaların tedavi edilmesini ve daha ciddi hastalığı olanların özel bakım için dermatolojiye sevk edilmesini içermektedir.

Dermatologlar, diğer sağlık profesyonellerinin dermatolojik hastalıkların tanı ve tedavisinde karşılaştığı sorunlara ve yaptıkları hatalara sıkça şahit olmaktadır. Bu sorunlar ve hatalar, birinci basamak sağlık kuruluşlarında, özellikle de dermatolojik hastalıkların sık görüldüğü bu birimlerde daha belirgin bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Yanlış tanılar, etkili hastalık yönetimi ve hastaların bilgilendirilmesindeki eksiklikler, gereksiz sevkler ve laboratuvar incelemeleri, öne çıkan temel sorunlardır. (84–86) İngiltere'deki bir araştırmada, Deri ve Zührevi Hastalıklar Polikliniği'ne başvuran hastaların %88'i birinci basamak sağlık kuruluşlarından sevk edildiği ortaya çıkmıştır.(87) Denizli'de yapılan bir çalışmada birinci basamağa dermatolojik şikayetlerle başvuran hastaların ortalama %30'unu bir üst basamak sağlık kuruluşuna yönlendirdikleri saptandı. Aybal ve ekibi, dermatolojik sorunların genellikle yaşamsal tehlike taşımadığını, bu nedenle hekimlerin tanı koymakta zorlanabilecekleri ancak tedavi verme konusunda çekinmeyebilecekleri şeklinde bu bulguları yorumlamıştır.(70) Miami'de yürütülen bir araştırmada ise, birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının dermatolojik yakınmalarla başvuran hastaların %37,5'ini dermatoloğa sevk ettiği belirlenmiştir. Bu sevklerin %68'i ilk başvuruda gerçekleşmiştir. Sevk edilen tüm vakalarda, birinci basamak hekiminin tanısı ile dermatoloğun tanısı %24 oranında uyumlu bulunmuştur.(85) Yapılan diğer çalışmada da birinci basamakta dermatolojik yakınması olan hastaları sevk etme oranının %31,9 olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların dermatoloji eğitim kursunu tamamlamasının ardından bu oran %23,5'e düşmüştür. Yapılan çalışmalar dermatolojik sorunu olan hastalar azımsanmayacak bir yüzdesinin dermatoloji polikliniklerine yönlendirildiğini göstermiştir. (88) Bizim çalışmamızda da diğer çalışmaları destekler şekilde "*Çocuk Hastaları Genellikle*

Dermatoloji Polikliniğine Yönlendiririm. " sorumuza "Katılıyorum. " cevabı veren hekimlerin oranı %36.8, "Kararsızım. " cevabı veren hekimlerin oranı ise 44.8 çıkmıştır. Bu soruya cevap veren gruplar arasında dermatoloji bilgi puanı açısından anlamlı farklılık göstermemiştir. Hekimlerin hastalığın tanı, tedavi ve yönetimi konusunda başarılı olmalarının yanın sıra ne zaman uygun uzmanlık alanına sevk etmesi gerektiği de çok önemlidir. Aile hekimlerinin yaygın ve basit cilt hastalıklarını yönetmesinin yanı sıra, daha nadir görülen cilt hastalıkları için hastaları yönlendirmesi beklenir. Aile hekimleri tarafından en sık hangi deri hastalıklarının görüldüğünün belirlenmesi, bu durumlara ilişkin farkındalığın artmasına ve ardından ilgili tanı ve tedavi eğitiminin geliştirilmesine ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Yaptığımız çalışmada Aile Hekimliği asistanlarının çocuklarda sık görülen dermatolojik hastalıklar hakkında bilgi düzeylerini ölçmek istedik. Bu çalışma literatüre yeni bilgiler kazandırmaktadır. Ancak çocuk hastalarda görülen dermatolojik hastalıklar hakkında karşılaştırabileceğimiz çok bilgi olmaması nedeniyle ek çalışmalara ihtiyaç gözükmetedir. Çalışmadaki tüm bu bulgular bir araya getirildiğinde, tam zamanlı Aile Hekimliği öğrencileri ve sözleşmeli Aile Hekimliği öğrencilerinin çocuklarda sık karşılaşılan dermatolojik hastalıklar konusunda bilgi seviyelerinin yetersiz olduğu görülmektedir. Bu nedenle asistanlık eğitimi süresince kurum içi eğitimler, dermatoloji rotasyonları ve diğer eğitimlerin artırılması gerekmektedir. Ayrıca dermatoloji rotasyonlarında aktif rol almak gerektiği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Birinci basamak sağlık kuruluşları sağlık sistemimizin temelini oluşturmaktadır. Daha ulaşılabilir olması nedeniyle dermatolojik şikayetleri olan çocuk hastaların çoğu zaman ilk başvuru noktası aile hekimlikleridir. Bu yüzden birinci basamakta çalışan hekimlerin çocuklarda sık görülen dermatolojik hastalıkları iyi yönetebilmesi önemlidir.

Sonuç;

1. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin çocuk hastalarda sık görülen dermatolojik hastalıklar hakkında bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu görüldü.
2. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin yarıdan azı çocuklarda görülen cilt hastalıklarını tanı ve tedavi edebileceğini düşünmektedir.
3. Tıp fakültelerinde alınan dermatoloji stajı, asistanlık sürecindeki dermatoloji rotasyonu ve eğitimlerin, hekimlerin hastalıkları yönetme tutum ve davranışlarına olumlu yönde katkı sağladığı saptanmıştır.

Öneriler;

1. Mezuniyet öncesi ve sonrası dermatoloji eğitimleri arttırılmalı ve eğitim programları gözden geçirilip tekrar düzenlenmelidir.
2. Dermatoloji rotasyonlarında Aile Hekimliği asistanlarının sürece daha aktif katılmaları teşvik edilmesi olumlu katkı sağlayacaktır.

7. KAYNAKÇA

1. Özyurt K, Sucakli MH, Çölgeçen E, Çelik M. Aile hekimlerinin sık görülen dermatolojik hastalıklarla ilgili teorik bilgileri, tanı ve tedavi eğilimleri. TURKDERM - Turkish Archives of Dermatology and Venereology. 2014;48(4):254–62.
2. Liu Y, Du X, Zhai S, Tang X, Liu C, Li W. Gut microbiota and atopic dermatitis in children: a scoping review. BMC Pediatr [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2023 Jun 15];22(1):1–8. Available from: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-022-03390-3>
3. Sağduyu İE, Küçük ÖS, Alper FS, Sarıcaoğlu H, Karadağ AS, Demirsoy EO, et al. Türkiye atopik dermatit tanı ve tedavi kılavuzu. 2018 [cited 2023 Jun 15]; Available from: <https://gcris.ege.edu.tr/handle/11454/66071>
4. Yıldırım M, Özcanlı Ç. Atopik Dermatit. SDU Medical Faculty Journal [Internet]. 2009 Mar 27 [cited 2023 Jun 15];11(2). Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/sdutfd/issue/20976/225479>
5. Hasanoğlu Enver, Bideci Aysun, Düşünsel Ruhan, Boduroğlu Koray. Temel Pediatri kitabı. Güneş Tıp Kitabevleri; 2010.
6. Arnold HL (Harry L, Odom RB, James WD (William D, Andrews GC. topic dermatitis, eczema, noninfectious immunodeficiency disorders. In: Andrews' diseases of the skin : clinical dermatology. WB Saunders Company ; 1990. p. 68–74.
7. Yurdakök Murat. Rudolph Pediatri. 22nd ed. Güneş Tıp Kitabevleri; 2013. 1257–1259 p.
8. Thomsen SF. Atopic Dermatitis: Natural History, Diagnosis, and Treatment. 2014 [cited 2023 Jun 16]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/354250>
9. Giniş T. Çocuklarda Atopik Dermatit.

10. Wasserbauer N, Ballow M. Atopic dermatitis. Am J Med [Internet]. 2009 [cited 2023 Jun 16];122(2):121–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19185084/>
11. Adışen E, Önder M. Çocuklarda Kontakt Dermatitler. TÜRKDERM - Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi. 2011;45(Supp:2):87–9.
12. Nassau S, Fonacier L. Allergic Contact Dermatitis. Med Clin North Am [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2023 Jun 16];104(1):61–76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31757238/>
13. Önder M. Allerjik Kontakt Dermatitler. 43(1):3–9.
14. Slodownik D, Lee A, Nixon R. Irritant contact dermatitis: A review. Australasian Journal of Dermatology. 2008 Jan;49(1):1–11.
15. Chew AL, Maibach HI. Occupational issues of irritant contact dermatitis. Int Arch Occup Environ Health [Internet]. 2003 Jun 25 [cited 2023 Jun 16];76(5):339–46. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00420-002-0419-0>
16. Aksoy M, Özkorumak E, Bahadır S, Yaylı S, Arica DA. Seboreik Dermatit Hastalarında Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. Turkderm Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi. 2012;46(1):39–43.
17. Ertam İ, Aytimur D. Malassezia spp. ve Dermatoloji’deki Yeri. TÜRKDERM - Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi. 40(1):7–10.
18. Goldust M, Ranjkesh MR, Amirinia M, Golphoroushan F, Rezaee E, Rezazadeh Saatlou MA. Diagnosis and Treatment of Seborrheic Dermatitis. Am Fam Physician [Internet]. 2015 Feb 1 [cited 2023 Jun 16];91(3):185–90. Available from: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2015/0201/p185.html>
19. Seval Kaçar Doğruk. Seboreik Dermatitte Güncel Yaklaşım. Kocatepe Medical Journal [Internet]. 2016 Apr 5 [cited 2023 Jun 16];17(2):72–6. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/kocatepetip/issue/17442/182723>

20. Gupta AK, Bluhm R. Seborrheic dermatitis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* [Internet]. 2004 Jan 1 [cited 2023 Jun 16];18(1):13–26. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1468-3083.2004.00693.x>
21. Kazan D, Üniversitesi K, Fakültesi T, Ve D, Hastalıklar Z, Dalı A, et al. SKABİYES; KLİNİK BULGULAR, TANI VE TEDAVİ SCABIES; CLINICAL FINDINGS, DIAGNOSIS, AND TREATMENT. *Haziran* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jun 17];3(2). Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/actamednicomedia>
22. Burgess I. *Sarcoptes scabiei* and scabies. *Adv Parasitol* [Internet]. 1994 Jan 1 [cited 2023 Jun 17];33(C):235–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8122567/>
23. Strong M, Johnstone P. Interventions for treating scabies. *Evid Based Child Health* [Internet]. 2011 Nov 1 [cited 2023 Jun 17];6(6):1790–862. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ebch.861>
24. Engelman D, Yoshizumi J, Hay RJ, Osti M, Micali G, Norton S, et al. The 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies. *British Journal of Dermatology* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2023 Jun 17];183(5):808–20. Available from: <https://dx.doi.org/10.1111/bjd.18943>
25. Johnston G, Sladden M. Scabies: diagnosis and treatment. *BMJ* [Internet]. 2005 Sep 15 [cited 2023 Jun 17];331(7517):619–22. Available from: <https://www.bmj.com/content/331/7517/619>
26. Shimose L, Munoz-Price LS. Diagnosis, prevention, and treatment of scabies. *Curr Infect Dis Rep* [Internet]. 2013 [cited 2023 Jun 17];15(5):426–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23904181/>
27. Göncü EK, Aktan Ş, Atakan N, Başkan EB, Erdem T, Koca R, et al. Türkiye Ürtiker Tanı ve Tedavi Kılavuzu-2016. *Turkderm Deri Hastalıkları ve Frengi Arsivi*. 2016;50(3):82–98.

28. Zuberbier T. Urticaria. Allergy [Internet]. 2003 Dec 1 [cited 2023 Jun 17];58(12):1224–34. Available from:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1398-9995.2003.00327.x>
29. Aslan Kayıran M. Diagnosis and Treatment of Urticaria in Primary Care. North Clin Istanbul [Internet]. 2018 [cited 2023 Jun 17]; Available from:
https://www.researchgate.net/publication/324158729_Diagnosis_and_Treatment_of_Urticaria_in_Primary_Care
30. Ünal İ, Sarucaoglu H, Karaman G, Kesikoğlu A, Karadağ A S, Aktürk A, et al. AKNE ve ROZASE TANI ve TEDAVİ [Internet]. TÜRK DERMATOLOJİ DERNEĞİ YAYINLARI; [cited 2023 Jun 19]. Available from:
<https://turkdermatoloji.org.tr/media/files/file/akne-kitabi.pdf>
31. Williams HC, Dellavalle RP, Garner S. Acne vulgaris. The Lancet. 2012 Jan 28;379(9813):361–72.
32. Knutsen-Larson S, Dawson AL, Dunnick CA, Dellavalle RP. Acne Vulgaris: Pathogenesis, Treatment, and Needs Assessment. Dermatol Clin. 2012 Jan 1;30(1):99–106.
33. Utaş S. Prepubertal/Pediatric Akne. Türkderm Türk deri hastalıkları ve frengi arşivi [Internet]. 2020 [cited 2023 Jun 19];54(1):9–12. Available from:
<http://search/yayin/detay/422188>
34. Ümit Ukşal. yenidoğan dermatozları. Türkderm. 2011;68–72.
35. Admani S, Barrio VR. Evaluation and treatment of acne from infancy to preadolescence. Dermatol Ther [Internet]. 2013 Nov 1 [cited 2023 Jun 19];26(6):462–6. Available from:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/dth.12108>
36. Miembros E, Estrat GA, Record WE, Kl C, Internacional B, Mundial B, et al. Kızamık Enfeksiyonu ve Korunma. Klinik Tıp Pediatri Dergisi [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2023 Nov 20];12(1):5–12. Available from:
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/ktpd/issue/59848/864964>

37. Robbins FC. Measles: Clinical Features: Pathogenesis, Pathology and Complications. American Journal of Diseases of Children. 1962;103(3).
38. Krugman S. Further-attenuated measles vaccine: Characteristics and use. Rev Infect Dis. 1983;5(3).
39. Perry RT, Halsey NA. The Clinical Significance of Measles: A Review. J Infect Dis [Internet]. 2004 May 1 [cited 2023 Nov 20];189(Supplement_1):S4–16. Available from: <https://dx.doi.org/10.1086/377712>
40. BABBOTT FL, GORDON JE. Modern measles. Am J Med Sci. 1954 Sep;228(3):334–61.
41. Remington and Klein's Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant - 8th Edition [Internet]. [cited 2023 Nov 24]. Available from: <https://shop.elsevier.com/books/remington-and-kleins-infectious-diseases-of-the-fetus-and-newborn-infant/wilson/978-0-323-24147-2>
42. White SJ, Boldt KL, Holditch SJ, Poland GA, Jacobson RM. Measles, Mumps, and Rubella.
43. Özkök S. Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Suçiçeği ve Aşılamalarında Güncel Durum. The Medical Journal of Okmeydani Training and Research Hospital. 2016;32(Supp:1):20–3.
44. Atkinson W 1953 Jan 6, Hamborsky J, McIntyre L, Wolfe C. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases [Internet]. 2006 [cited 2023 Nov 24]. Available from: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/78725>
45. SAY AZ, Uğur C. Suçiçeği ve Komplikasyonlarının Değerlendiril. Zeynep Kamil Tıp Bülteni [Internet]. 2018 Jun 27 [cited 2023 Nov 24];49(2):205–8. Available from: <http://search/yayin/detay/296257>

46. AZAP A, KURT H. VARİSELLA ZOSTER VİRÜS İNFEKSİYONLARI. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası [Internet]. 2001 Apr 1 [cited 2023 Nov 24];54(4):1. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/autfm/issue/3288/45721>
47. Heininger U, Seward JF. Varicella. The Lancet [Internet]. 2006 Oct 14 [cited 2023 Nov 24];368(9544):1365–76. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673606695615/fulltext>
48. Starko KM, Ray CG, Dominguez LB, Stromberg WL, Woodall DF. Reye's syndrome and salicylate use. Pediatrics [Internet]. 1980 Dec 1 [cited 2023 Nov 24];66(6):859–64. Available from: <https://europepmc.org/article/med/7454476>
49. Shepp DH, Dandliker PS, Meyers JD. Treatment of varicella-zoster virus infection in severely immunocompromised patients. A randomized comparison of acyclovir and vidarabine. N Engl J Med [Internet]. 1986 Jan 23 [cited 2023 Nov 24];314(4):208–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3001523/>
50. Çiftçi E, Karbuz A. Kızıl. Journal of Pediatric Infection. 2020 Mar 16;14(1):54–54.
51. Ekinci AP, Erbudak E, Baykal C. 2012 yılı Haziran ayında İstanbul'da el-ayak-ağız hastalığı sıklığında önemli artış. Turkderm Deri Hastalıkları ve Frengi Arsivi. 2013;47(4):192–3.
52. Bucak IH, Tepe B, Almış H, Köse A, Turgut M. Pediatri ve dermatoloji kliniklerinin ortak tanısı: El-ayak-ağız hastalığı olan otuz dokuz hastanın prospektif izlemi. Turkderm Deri Hastalıkları ve Frengi Arsivi. 2017;51(2):41–5.
53. Saguil A, Kane SF, Lauters R, Mercado MG. Hand-Foot-and-Mouth Disease: Rapid Evidence Review. Am Fam Physician. 2019 Oct 1;100(7):408–14.

54. VARKAL MA, YILDIZ İ, ÜNÜVAR E. ÇOCUKLARDA ATEŞLİ DÖKÜNTÜLÜ HASTALIKLAR. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi [Internet]. 2015 May 18 [cited 2023 Nov 25];78(1):23–32. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/iuitfd/issue/9329/116544>
55. Reginatto FP, Muller FM, Peruzzo J, Cestari TF. Epidemiology and Predisposing Factors for Erythema Toxicum Neonatorum and Transient Neonatal Pustular: A Multicenter Study. Pediatr Dermatol [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2023 Nov 25];34(4):422–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28543629/>
56. Carr JA, Hodgman JE, Freedman RI, Levan NE. Relationship between toxic erythema and infant maturity. Am J Dis Child [Internet]. 1966 [cited 2023 Nov 25];112(2):129–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5947490/>
57. OKUMUŞ ProfDrN. Yenidoğanda Sık Rastlanan Dermatolojik Sorunlar. Klinik Tıp Pediatri Dergisi [Internet]. 2018 Jul 16 [cited 2023 Nov 25];10(4):7–17. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ktpd/issue/47806/601870>
58. Juern AM, Glick ZR, Drolet BA, Frieden IJ. Nevus simplex: a reconsideration of nomenclature, sites of involvement, and disease associations. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2010 Nov [cited 2023 Nov 25];63(5):805–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20728246/>
59. Yayli S. Sık Görülen Bakteriyel Deri Enfeksiyonları. Turkderm Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi. 2011;45(Supp:2):104–8.
60. Lewkowicz D, Gottlieb AB. Pediatric psoriasis and psoriatic arthritis. Dermatol Ther [Internet]. 2004 [cited 2023 Nov 25];17(5):364–75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15379771/>
61. Özden MG. Çocukluk Çağında Psöriazis. TÜRKDERM - Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi. 2011;45(Supp:2):127–32.

62. Gür G. Çocukluk Çağı Fungal Enfeksiyonları. *Turkderm Deri Hastalıkları ve Frengi Arsivi*. 2011;45(Supp:2):109–16.
63. Bruch-Gerharz D, Ruzicka T. [Dermatomycoses of childhood]. *Hautarzt* [Internet]. 2009 May [cited 2023 Nov 25];60(5):389–94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19430750/>
64. Bahelah SO, Bahelah R, Bahelah M, Albatineh AN. Primary care physicians' knowledge and self-perception of competency in dermatology: An evaluation study from Yemen. *Cogent Med* [Internet]. 2015 Dec 31 [cited 2023 Dec 14];2(1):1119948. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/2331205X.2015.1119948>
65. Moreno G, Tran H, Chia ALK, Lim A, Shumack S. Prospective study to assess general practitioners' dermatological diagnostic skills in a referral setting. *Australasian Journal of Dermatology* [Internet]. 2007 May [cited 2023 Dec 14];48(2):77–82. Available from: https://www.researchgate.net/publication/6301214_Prospective_study_to_assess_general_practitioners'_dermatological_diagnostic_skills_in_a_referral_setting
66. ÖZCAN A, ŞENOL M, KARACA Ş, KALAYCI B. Dermatoloji Eğitiminin Mezuniyet Sonrası Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Dermatoloji Dergisi* [Internet]. 2004 [cited 2023 Dec 14];14(4):197–201. Available from: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-dermatoloji-egitiminin-mezuniyet-sonrasidegerlendirilmesi-30939.html>
67. Ramsay DL, Fox AB. The ability of primary care physicians to recognize the common dermatoses. *Arch Dermatol*. 1981;117(10):620–2.
68. Koo-Il Seo, Woo-Seok Koh, Hee Chul Eun. 피부과를 전공하지 않은 의사들의 흔한 피부질환에 대한 의학 지식 평가 - 학지사 · 교보문고 스콜라. *Korean Journal of Medical Education* .

69. Whitaker-Worth DL, Susser WS, Grant-Kels JM. Clinical dermatologic education and the diagnostic acumen of medical students and primary care residents. *Int J Dermatol* [Internet]. 1998 [cited 2023 Dec 14];37(11):855–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9865874/>
70. Aybal T, Güme S, Kahyaoğlu M, Kaçar N, Ergin Ş. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hekimlerin Deri ve Zührevi Hastalıklar ile İlgili Deneyimleri ve Mezuniyet Öncesi Eğitim Hakkındaki Görüşleri. *Turkderm Deri Hastalıkları ve Frengi Arsivi*. 2012;46(2):67–72.
71. Jacquet L, Gaunt DM, Garfield K, Ridd MJ. Diagnosis, assessment, and treatment of childhood eczema in primary care: cross-sectional study. *BJGP Open* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2023 Dec 14];1(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30564671/>
72. Jacquet L, Gaunt DM, Garfield K, Ridd MJ. Diagnosis, assessment, and treatment of childhood eczema in primary care: cross-sectional study. *BJGP Open*. 2017 Jul 10;1(2):bjgpopen17X100821.
73. Thompson R, Westbury S, Slape D. Paediatrics: how to manage scabies. *Drugs Context* [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 14];10. Available from: </pmc/articles/PMC8007207/>
74. Vos T, Abajobir AA, Abbafati C, Abbas KM, Abate KH, Abd-Allah F, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet* [Internet]. 2017 Sep 16 [cited 2023 Dec 14];390(10100):1211–59. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673617321542/fulltext>
75. Ciftci IH, Karaca S, Dogru O, Cetinkaya Z, Kulac M. Prevalence of pediculosis and scabies in preschool nursery children of Afyon, Turkey. *Korean J Parasitol* [Internet]. 2006 [cited 2023 Dec 14];44(1):95. Available from: </pmc/articles/PMC2532640/>

76. Çetinkaya Ü, Şahin S, Ulutabanca RÖ. The Epidemiology of Scabies and Pediculosis in Kayseri. *Turkiye Parazitoloj Derg* [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2023 Dec 14];42(2):134–7. Available from: <http://www.turkiyeparazitolderg.org/archives/archive-detail/article-preview/kayseri-ilinde-scabies-ve-pediculosis-epidemiyoloj/21881>
77. Alsaidan MS, Alhaqbani YJ, Alfaifi AM, Alotaibi FG, Alsomari AK, Alzhrani AA, et al. Assessing knowledge of scabies among physicians working in primary health care setting. *J Family Med Prim Care* [Internet]. 2020 [cited 2023 Dec 14];9(10):5320. Available from: [/pmc/articles/PMC7773122/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/327773122/)
78. Lapeere H, Brochez L, De Weert J, Pasteels I, De Maeseneer J, Naeyaert JM. Knowledge and management of scabies in general practitioners and dermatologists. *Eur J Dermatol*. 2005;15(3):171–5.
79. Advisory Committee on Immunization Practices, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Immunization of health-care personnel: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep*. 2011 Nov 25;60(RR-7):1–45.
80. (Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)). [Internet]. 2021. Kızamık Raporu.
81. Awadalla F, Rosenbaum DA, Camacho F, Fleischer AB, Feldman SR. Dermatologic disease in family medicine. *Fam Med*. 2008;40(7):507–11.
82. Bilal J, Malik SU, Riaz I Bin, Kurtzman DJB. Psoriasis and Psoriatic Spectrum Disease: A Primer for the Primary Care Physician. *Am J Med*. 2018 Oct;131(10):1146–54.
83. Armstrong AW, Koning JW, Rowse S, Tan H, Mamolo C, Kaur M. Under-Treatment of Patients with Moderate to Severe Psoriasis in the United States: Analysis of Medication Usage with Health Plan Data. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2017 Mar 30;7(1):97–109.

84. Feldman SR, Fleischer AB, Chen JG. The gatekeeper model is inefficient for the delivery of dermatologic services. *J Am Acad Dermatol*. 1999 Mar;40(3):426–32.
85. Lowell BA, Froelich CW, Federman DG, Kirsner RS. Dermatology in primary care: Prevalence and patient disposition. *J Am Acad Dermatol*. 2001 Aug;45(2):250–5.
86. Federman DG. Skin Biopsies, Cutaneous Disease, and Primary Care. *Ann Intern Med*. 1999 Apr 6;130(7):617.
87. Benton EC, Kerr OA, Fisher A, Fraser SJ, McCormack SKA, Tidman MJ. The changing face of dermatological practice: 25 years' experience. *Br J Dermatol*. 2008 Aug;159(2):413–8.
88. Lam TP, Yeung CK, Lam KF. What are the learning outcomes of a short postgraduate training course in dermatology for primary care doctors? *BMC Med Educ*. 2011 May 16;11:20.