

Tıp Fakültesi

T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE KARŞILAŞILAN DERMATOLOJİK LEZYONLARIN TANISI VE YÖNETİMİNE YÖNELİK BİR EĞİTİM PROGRAMININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE GELİŞTİRİLMESİ

DR. KAAN YURTCANLI

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2023



Tıp Fakültesi

T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE KARŞILAŞILAN DERMATOLOJİK LEZYONLARIN TANISI VE YÖNETİMİNE YÖNELİK BİR EĞİTİM PROGRAMININ DEĞERLENDİRİLMESİVE GELİŞTİRİLMESİ

DR. KAAN YURTCANLI

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN: PROF. DR. PEMRA CÖBEK ÜNALAN

ÖNSÖZ

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim süresince benden desteğini esirgemeyen ve çalışma süresince akademik bilgisi, tecrübesi, sabrı, geniş ve farklı bakış açısı ile ufkumu açan ve her türlü konuda yol gösterici olan kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Pemra Cöbek Ünalan'a,

Kendilerinden çok şey öğrendiğim saygıdeğer hocalarım sayın Prof. Dr. Arzu Uzuner, sayın Prof. Dr. Saliha Serap Çifçili, sayın Prof. Dr. Mehmet Akman, sayın Prof. Dr. Memnune Çiğdem Apaydın Kaya ve sayın Doç. Dr. Sabah Tüzün'e,

Asistanlığım boyunca birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım sevgili arkadaşlarım Çetin Batuhan Öçbe, Merve Kaleli, Güldeniz Kılıç, Özge Nur Yılmaz ve diğer tüm asistan ve çalışma arkadaşlarıma,

Eğitim ve meslek hayatım boyunca desteklerini hep yanımda hissettiğim sevgili aileme,

Tez çalışması süresince desteği, sabrı ve sevgisi ile her daim yanımda olan sevgili eşim Cemre Hilal Kesen Yurtcanlı ve her zaman yanımda olan arkadaşlarım Arda, Sinan, Tamer, Can ve Yiğit'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ii
TABLO LİSTESİ iv
KISALTMALAR vi
ÖZET vii
ABSTRACT 1
1. GİRİŞ ve AMAÇ 3
2. GENEL BİLGİLER 5
2.1. Aile Hekimliğinin Dermatolojideki Yeri ve Önemi 5
2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Sık Karşılaşılan Dermatolojik Lezyonlar 7
2.2.1.1. Atopik Dermatit 8
2.2.1.2.Seboreik Dermatit 11
2.2.1.3. Kontakt Dermatit 12
2.2.1.4. Numuler Dermatit 14
2.2.1.5. Kontakteksantem 15
2.2.2. Skabiyez(Akariazis) 17
2.2.3. Akne Vulgaris 19
2.2.4. Ürtiker 21
2.2.5. Dermatofitik Enfeksiyonlar 23
2.3. Aile Hekimlerinin Dermatolojik Lezyonlar Hakkında Bilgi Düzeyi,Davranış ve Tutumları 26
2.4. Türkiye'de Aile Hekimlerinin Dermatolojik Lezyonlar Hakkında Bilgi Düzeyi ve Yaklaşımları 27
2.5. Dermatolojik Lezyonlar Hakkında Bilgi Düzeyi v Davranış ve Tutumları Geliştirmek Amaçlı Yapılmış Eğitim Çalışmaları 29
2.6. Mezuniyet Sonrası Hekimlere Yönelik Klinik Beceri Geliştirmek Amacıyla Kullanılabilecek Etkili Eğitim Yöntemleri 31
3. GEREÇ VE YÖNTEM 35
3.1. Araştırmanın Türü 35
3.2. Araştırma Soruları 35
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 36

3.4. Araştırmanın Evren Örneklemi 36
3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri 36
3.6 Araştırmanın Uygulanması..... 36
3.7. Değişken Tanımları ve Analizi..... 39
3.7.1 Değişken Tanımları..... 39
3.7.2. Verilerin Analizi..... 39
3.8. Araştırma İzni..... 40
4. BULGULAR..... 41
5. TARTIŞMA 64
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 70
7. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI..... 72
8. KAYNAKLAR 73
9. EKLER..... 84
9.1.Gönüllü Onay Formu 84
9.2. DELE Eğitimlerinin Değerlendirilmesi**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**……..……...85
9.3. DELE Programı ve İzin Dilekçesi**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**……..... 100
9.4. İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim İzin Yazısı ……..101
9.5. İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim İzin Yazısı ……..….102
9.6. Etik Kurul Onam Yazısı……...103

TABLO LİSTESİ

1. Tablo 1a. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri-1

2. Tablo 1b. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri-2

3. Tablo 2. Katılımcıların çalışma ortamı ve dermatolojik yakınmalar ile ilgili bilgileri

4. Tablo 3. Katılımcıların koruyucu hekimlik hizmetleri olarak dermatolojik lezyonlarla ilgili önerileri

5. Tablo 4a. Katılımcıların dermatolojik hastalık ve tedavi açısından özyeterlilik durumları (eğitim öncesi)

6. Tablo 4b. Katılımcıların dermatolojik hastalık ve tedavi açısından özyeterlilik durumları (eğitim sonrası)

7. Tablo 4c. Eğitim öncesi ve sonrası katılımcıların dermatolojik hastalık tanı açısından özyeterlilik durumları karşılaştırılması

8. Tablo 5. Katılımcıların 5'li likert özyeterlilik değerlendirmeleri

9. Tablo 6a. Eğitim öncesi katılımcıların hastaları dermatolojik hastalık görme ve sevk etme durumları

10. Tablo 6b. Eğitim öncesi katılımcıların hastaları dermatolojik hastalık görme ve sevk etme durumları

11. Tablo 6c. Katılımcıların eğitim öncesi ve sonrasında hastaları arasında dermatolojik yakınma tespit etme sıklıklarının karşılaştırılması

12. Tablo 6d. Eğitim öncesi ve sonrası katılımcıların hastaları dermatolojik hastalık sevk etme durumlarının karşılaştırılması

13. Tablo 7. Eğitim sonrası katılımcıların koruyucu hekimlik hizmetleri olarak dermatolojik lezyonlarla ilgili önerileri

14. Tablo 8. Katılımcıların eğitim öncesi ve sonrası toplam bilgi puanları

15. Tablo 9a. Katılımcıların eğitim öncesi ve sonrası bilgi sorularının değerlendirilmesi

16. Tablo 9b. Eğitim öncesi ve Sonrası bilgi düzeyi değerlendrimelerinin yüzde değişimlerinin soru tipleri açısından değerlendirilmesi

17. Tablo 10. Katılımcıların eğitim öncesi ve sonrası yetkinlik değişimleri

18. Tablo 11. Katılımcıların DELE-1 eğitiminin yöntemi ve içeriklerinin değerlendirmeleri

19. Tablo 12. Katılımcıların DELE-2 eğitiminin yöntemi ve içeriklerinin değerlendirmeleri

20. Tablo 13. Katılımcıların DELE-3 eğitiminin yöntemi ve içeriklerinin değerlendirmeleri

22. Tablo 14. Katılımcıların DELE genel eğitim değerlendirmeleri

23. Tablo 15. Katılımcıların eğitimleri genel değerlendirmeleri

24. Tablo 16. ASM'deki dermatit tanılarının eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılması

25. Tablo 17. Hastanede ve ASM'deki toplam dermatit tanılarının eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılması

26. Tablo 18. Hastanede ve ASM'deki toplam dermatit tanılarının eğitim öncesi ve sonrası "atopik dermatit" ve "tanımlanmamış atopik dermatit" olarak karşılaştırılması

27. Tablo 19a. Hastanede ve ASM'deki toplam dermatit tanılarının eğitim öncesi ve sonrası "seboreik dermatit + tanımlanmamış dermatit" ve "diğer dermatitler" olarak karşılaştırılması

28. Tablo 19b. Hastanede ve ASM'deki toplam dermatit tanılarının eğitim öncesi ve sonrası "seboreik dermatit" ve "tanımlanmamış seboreik dermatit" olarak karşılaştırılması

29. Tablo 20. Hastanede ve ASM'deki toplam dermatofit tanılarının eğitim öncesi ve sonrası "Dermatofitler" ve "Jenerik Tanılar" olarak karşılaştırılması

KISALTMALAR

DELE : Dermatolojik Lezyonlar Eğitimi

EÖ : Eğitim Öncesi

ES : Eğitim Sonrası

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

ICD : International Classification of Disease

ICD-10CM : International Classification of Disease Clinical Modifications

ICPC-2R : International Classification of Primary Care – Revision

AH : Aile Hekimleri

AD : Atopik Dermatit

SD : Seboreik Dermatit

PKS : Poliklinik Kayıt Sistemi

SCOPE : Standing Committee on Professional Exchange

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

UV : Ultraviyole

ÖZET

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE KARŞILAŞILAN DERMATOLOJİK LEZYONLARIN TANISI VE YÖNETİMİNE YÖNELİK BİR EĞİTİM PROGRAMININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE GELİŞTİRİLMESİ

Giriş: Dermatolojik hastalıklar, birinci basamak sağlık hizmetlerinde sıkça görülen sorunlardır. Yanlış teşhisler ve tanı konulamamalar, hastalara ciddi sorunlar ve gereksiz sağlık harcamaları getirebilir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık kalitesini artırmada ve maliyetleri azaltmada önemli bir rol oynamaktadır. Ancak, dermatolojik sorunları olan hastaların birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurma oranı %6 ila %15 arasında değişmektedir. Bu nedenle, aile hekimlerinin dermatolojik hastalıkların tanı ve tedavisinde yetenekli olmaları büyük önem taşır. Bu çalışma, birinci basamak hekimlerinin dermatolojik hastalıkların tanı ve tedavi yeteneklerini değerlendirmek ve geliştirmek için uygulanan bir eğitim programının etkinliğini değerlendirmektedir. Böylece daha etkili ve kolay sağlık yönetimi için, birinci basamak hekimlerinin hastalık ve tedavi seçeneklerine dair güncel bilgilere sahip olmaları, hastalara hızlı ve erişilebilir bir şekilde yardımcı olmaları sağlanabilecektir.

Yöntem: Bu araştırma, analitik gözlemsel bir araştırma olarak tasarlanmıştır. Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından koordine edilen bu çalışmaya Pendik, Tuzla ve Maltepe ilçelerinde görev yapmakta olan birinci basamak hekimleri katılmıştır. Toplam 3 oturumdan oluşan eğitim programı, gönüllü katılımcılara uygulanmıştır. İlk oturum yüz yüze, ikinci ve üçüncü oturum zengin görsel öğeler içeren senkron çevrim içi eğitimler olarak düzenlenmiştir. Veriler; eğitim programının hemen ardından ilk hafta ve üçüncü ay sonunda toplanmış ve değerlendirilmiştir. Veriler çalışmaya kör ve tarafsız bir profesyonel tarafından kaydedilmiştir. İstatistiksel analizler için Ki Kare testi, Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. p değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı bulgular olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 56 kişi katılmıştır. Katılımcıların %60,7'si (n=34)kadın, %53,6'sı bekar (n=30) ve %62,5'i (n=35) hastanede çalışmaktadır. Katılımcıların ortalama yaşı 30,60 ± 7,12'dir. Eğitim öncesi katılımcıların %91,1'i dermatolojik hastalık tanısında zorluk yaşadığını belirtirken, eğitim sonrası bu oran %66,1'e

düşmüştür. Eğitim sonrası toplam bilgi puanı, eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir (p<0,001). Hastanede ve ASM'deki toplam dermatofit tanı sıklığının diğer jenerik tanı sayılarına oranla eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,001). Katılımcıların tamamı eğitim oturumlarındaki kalite değerlendirmelerinde olumlu önermelere katılmışlardır. Kalitatif bölümde ise katılımcıların eğitimin aralıklı tekrar edilmesinin kalıcılığı arttırmadaki en önemli etken olduğu ortaya çıkmıştır.

Tartışma: Çalışmanın sonuçları, bu çalışmada olduğu gibi yapılandırılmış olan öğrenen merkezli, audio-vizüel materyalden zengin, konsültasyon fırsatı içeren, tekrarları olan ve hatırlamaya yardım edecek şekilde yapılandırılmış bir kaynak kütüphanesi bulunan etkileşimli eğitim programı Dermatolojik Lezyonlar Eğitimi'nin (DELE) katılımcıların dermatoloji bilgi ve becerilerini anlamlı bir şekilde geliştirdiğini göstermektedir. Katılımcıların dermatolojik lezyonları daha iyi tanımlamaktaki bilgi ve becerilerinin arttığı görülmüştür. Ayrıca, DELE" eğitim aracının katılımcıların dermatolojik problemleri daha etkili bir şekilde yönetme becerilerini artırdığı gözlemlenmiştir. Çalışma, mezuniyet sonrası eğitim programının etkinliğini artırmak için aralıklı olarak alınan katılımcı geri bildirimlerinin programı uygulama süreci içinde ihtiyaçlara ve geliştirilmesi beklenen noktalara dikkat ederek yeniden düzenlenebilmesine olanak tanıdığını göstermektedir. Bu nedenle Katılımcılar, dermatoloji konusundaki bilgi ve becerilerinde belirgin bir artış yaşandığını ifade etmişlerdir. Katılımıların %65,7'si uzmanlık eğitimi sırasında cilt lezyonları hakkında daha fazla eğitim alabileceklerini ve eğitimin mezuniyet sonrası aralıklarla hatırlatılması gerektiğini düşünmektedirler.

Sonuç: Çalışmamız dermatoloji eğitiminin birinci basamak sağlık hizmeti veren doktorlar için önemli bir gereksinim olduğunu vurgulamakta ve mezuniyet sonrası eğitim sırasında kullanılabilecek eğitim yöntemleri ile dermatolojik hastalıkları tanımak ve tedavi etmek konusundaki yetkinliklerin artırılabileceğini göstermektedir. Ayrıca, bu tür eğitim programlarının daha sık tekrarlanması ve hedef kitlenin ihtiyaçları ve geri bildirimleri doğrultusunda geliştirilerek pratiğe daha uygun hale getirilebileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Dermatolojik lezyonlar, birinci basamak, mezuniyet sonrası eğitim, aile hekimliği

ABSTRACT

EVALUATION AND IMPROVEMENT OF AN EDUCATIONAL PROGRAM FOR THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF DERMATOLOGICAL LESIONS IN PRIMARY HEALTHCARE SERVICES

Introduction: Dermatological diseases are frequently encountered issues in primary healthcare services. Incorrect diagnoses and failure to identify conditions can lead to serious problems for patients and unnecessary healthcare expenditures. Primary healthcare services play a crucial role in improving health quality and reducing costs. However, the rate of patients with dermatological problems seeking primary healthcare services ranges from 6% to 15%. Therefore, it is of paramount importance for primary care physicians to be proficient in the diagnosis and treatment of dermatological diseases. This study aims to assess the effectiveness of an applied educational program designed to evaluate and improve the capabilities of physicians working in primary healthcare services in diagnosing and treating dermatological diseases. The goal is to equip primary care physicians with up-to-date information on diseases and treatment options, enabling them to assist patients quickly and accessibly for more effective health management.

Methods: This research is designed as an analytical observational study. Primary care physicians serving in Pendik, Tuzla, and Maltepe districts participated in this study coordinated by the Marmara University Department of Family Medicine. The educational program, consisting of three sessions, was administered to voluntary participants. The first session was conducted in person, while the second and third sessions were organized as synchronous online training sessions with rich visual elements. Data were collected and evaluated immediately after the training program, in the first week, and at the end of the third month. The data were recorded by a blind and unbiased professional. Statistical analyses employed Chi-square test, Mann-Whitney U test, and Kruskal-Wallis test. Situations where the p-value was below 0.05 were considered statistically significant findings.

Results: A total of 56 individuals participated in the study. 60.7% of participants were female (n=34), 53.6% were single (n=30), and 62.5% worked in hospitals (n=35). The

average age of participants was 30.60 ± 7.12. Before the training, 91.1% of participants reported difficulty in diagnosing dermatological diseases, which decreased to 66.1% after the training. The overall knowledge score after the training was statistically significantly higher than before ($p<0.001$). In comparing the pre and post-training periods, a statistically significant difference was observed in the frequency of total dermatophyte diagnoses in the hospital and primary healthcare center (PHC) compared to other generic diagnostic counts ($p<0.001$). All participants expressed agreement with positive statements in the quality assessments of the training sessions. In the qualitative section, it was revealed that the intermittent repetition of the training was the most important factor in increasing the sustainability of the education.

Discussion: The results of the study indicate that an interactive training program, such as the Dermatological Lesions Education (DELE), structured as learner-centered, rich in audio-visual material, involving consultation opportunities, and incorporating repetitions, significantly improves participants' dermatology knowledge and skills. Participants demonstrated increased knowledge and skills in better identifying dermatological lesions. Additionally, the DELE training tool was observed to enhance participants' abilities to manage dermatological problems more effectively. The study suggests that intermittent participant feedback received during postgraduate training programs allows for program adjustments to be made in line with needs and areas expected to be improved throughout the implementation process. Therefore, participants reported a significant increase in their knowledge and skills related to dermatology. 65.7% of participants believe that they could receive more training on skin lesions during family medicine specialization, and they suggest that the training should be reminded intermittently after graduation.

Conclusion: This study emphasizes the significant need for dermatology education among primary healthcare physicians and demonstrates that competencies in diagnosing and treating dermatological diseases can be enhanced through training methods that can be utilized during postgraduate education. Furthermore, it concludes that such training programs can be more effective if repeated more frequently and redesigned to be more suitable for practice based on the needs and feedback of the target audience.

Keywords: Dermatological lesions, primary care, post-graduate education

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dermatolojik hastalıkların sık görüldüğü birinci basamak sağlık kuruluşlarında hatalı tanılara ya da tanı konulamayan vakalara sık rastlanılmaktadır. Hatalı tanı, yanlış tedaviyi de beraberinde getirmektedir. Hastalıkların tanısındaki yanlışlıklar, hastalık yönetimi ve hastaların bilgilendirilmesindeki yetersizlikler, gereksiz sevk ve laboratuvar incelemelerine yol açmaktadır. (1) Birinci basamak sağlık hizmetlerinin uygun şekilde sunulması,sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırılması ve sağlık harcamalarının azaltılması gibi önemli roller oynar. (2,3)

Dermatolojik yakınmalarla birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran kişilerin oranlarına bakıldığında %6 ila %15 arasında değişmektedir (1,2,4). Dolayısıyla aile hekimlerinin birinci basamakta sık görülen dermatolojik hastalıkların tanı ve tedavisinde başarılı olmaları beklenmektedir. Bu amaçla aile hekimliği uzmanlık eğitimi sırasında bu konularda yapılan öncelikle teorik bilgi ve hastalık yönetimi eğitimlerinin incelenmesi gerekir. Böylelikle, tıp eğitimi ve mezuniyet sonrası eğitim için bazı veriler elde edilmekle beraber bu verilerin kullanılmasıyla mevcut sağlık sistemindeki eksikliklerin giderilmesi noktasında bazı önlemler alınabilecektir. Fox ve Ramsay'ın ilk kez 1981'de yaptıkları bir çalışmada birinci basamakta çalışan hekimlerin, değişik dermatolojik hastalıkların tanı ve tedavi yetenekleri değerlendirilmiş ve dermatologi uzmanlarıyla karşılaştırıldığında birinci basamakta çalışan hekimlerin dermatolojik hastalıkların tanı ve tedavisinde yetersiz oldukları bildirilmiştir. Daha sonraki yıllarda yapılan farklı çalışmalarla da bu sonuç desteklenmiştir (1).

Türkiye'de bu alanda yapılan iki çalışmanın ilkinde; pratisyen hekimlerin dermatolojik hastalıklarla ilgili teorik bilgilerinin tıp fakültesinde eğitimleri devam eden ve dermatoloji stajı almış öğrencilere göre daha az olduğu ortaya çıkarılmıştır (5). İkinci çalışmada ise, birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin dermatolojik yakınmalar ile başvuran hastalara yaklaşımlarıve hekimlerin aldıkları dermatoloji eğitimi ile ilgili düşünceleri araştırılmıştır. Bu araştırmanın sonucuna bakıldığında aile hekimlerinin görülme sıklığı daha az olan dermatolojik hastalıkların tanı ve tedavi yönetiminde zorlandıkları bildirilmiştir (6).

Birinci basamak hekimlerinin dermatolojik tanılar ve tedavi seçenekleri ile bu konulardaki güncel gelişmeler hakkında bilgi sahibi olması sağlık hizmetlerinin kalitesini arttıracaktır. Diğer yandan hastaların hastalık hakkındaki endişelerinin giderilmesi, tedavi takipleri konusunda sorumluluk almalarının sağlanması ve süreç içindeki karşılaşacağı olası problemlerle ilgili müdahale yapılabilmesi için kolay ulaşıleceği aile hekiminden hasta eğitimi alması gereklidir. Aile hekimlerine verilecek eğitimlerin sadece tanı lama ile sınırlı kalmaması, korunma, tedavi ve takip süreçlerini de içermesi ile daha etkin ve kişi merkezli bir sağlık yönetimi sağlanacaktır.

Bu nedenle çalışmamız, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin Marmara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde bulunan aile hekimliği pratiğinde sıkça rastlanan beş dermatolojik hastalık hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmeyi ve eğitim sonrasında öz yeterlilik ile bilgi düzeylerini karşılaştırmayı amaçlamaktadır. Çalışmanın temel hedefi, elde edilen verilere dayanarak katılımcıların dermatoloji alanındaki bilgi düzeyleri, tutumları değerlendirmek ve akabinde eksiklikleri belirleyerek ve özyeterliliklerini artırmak üzerinedir. Çalışamanın ikinci aşamasında verilen eğitimin, konulan tanıların spesifikleşmesini, tedavi ve koruma önerilerinde gelişim olup olmadığını belirlemek amacıyla, klinik uygulamalara olan etkisi üzerine odaklanılacaktır. Bu çerçevede, çalışmanın sonuçları, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin dermatoloji alanındaki bilgi ve becerilerinin güçlendirilmesi için gelecekteki eğitim programları ve müdahaleler için rehberlik sağlamayı amaçlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekimliğinin Dermatolojideki Yeri ve Önemi

Aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetlerine kolay erişim sağlayan, kişiye özgü koruyucu sağlık hizmetleriyle birlikte birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini sunan, her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlayan donanımlı hekimlerin bulunduğu bir ana bilim dalıdır.(7,8)

Dermatolojik problemler, hayati tehlike arz etmediği ve tanı için genellikle az sayıda laboratuvar testine ihtiyaç duyulduğu için, birçok hasta dermatologa başvurmak yerine öncelikle birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimlerine yönelmektedir. Çeşitli çalışmalara göre, cilt hastalıkları nedeniyle aile hekimlerine başvuran hastalar, tüm başvuruların yaklaşık olarak %8 ila %24'ünü oluşturmaktadır. Cilt sorunu olan hastaların %33'ü dermatoloji uzmanları tarafından tedavi edilirken, %22,7'si aile hekimleri tarafından tedavi edilmektedir.(9,10,11) Bu nedenle, cilt hastalıklarının tedavisinde aile hekimleri, dermatologlardan sonra ikinci sırayı almaktadır. Yapılan bir diğer araştırmada, dermatolojik yakınmaları olan hastaların yaklaşık %60'ının dermatolog olmayan hekimler tarafından tedavi edildiği belirlenmiştir. Bu nedenle, birinci basamak hekimleri dermatolojik hastalıkların yönetiminde önemli bir rol oynamaktadır.(12)

Aile hekimlerinin dermatolojik lezyonlar konusundaki önemi birkaç açıdan değerlendirilebilir. İlk olarak, aile hekimleri, hastaların cilt sağlığıyla ilgili endişelerini gidermek ve dermatolojik lezyonları değerlendirmek için klinik muayene sırasında önemli bir rol oynarlar. Dermatolojik lezyonların erken tanısı, potansiyel ciddi cilt hastalıklarının belirlenmesini sağlar. Aile hekimleri, dermatolojik lezyonları doğru bir şekilde değerlendirebilme ve ayırıcı tanı yapabilme yeteneklerine sahip olmalıdır.(13,14)

Aile hekimleri, hastalarla ilk temas noktası olarak kişiye, ailesine ve topluma odaklanan bir yaklaşım geliştirirler. Bu sayede sağlık hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre sürekli bir şekilde devam etmesini sağlarlar ve üst basamaklarla köprü görevi görerek hastaların dermatolojik lezyonlarla ilgili şikayetlerini daha

yakından takip edebilirler.(14,15,16) Aynı zamanda, birinci basamak hekimleri dermatoloji uzmanlarıyla işbirliği yaparak tedavi yönetiminin etkinliğini değerlendirebilir ve gerektiğinde tedaviyi değiştirebilir veya güncelleyebilir.Hafif veya orta şiddetteki deri hastalıklarının tedavisi genellikle birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimleri tarafından yapılabilir.(16,17) Bu, tedavinin erken başlaması ve uyumun sağlanması açısından büyük önem taşır çünkü hastalar bu sağlık hizmetine kolaylıkla ulaşabilir.(18,19) Aile hekimleri, dermatolojik lezyonların tedavisi için genel prensiplere dayalı yönlendirme yapabilir ve hastaların iyileşmelerini takip edebilirler.(20,21)

Aile hekimlerinin dermatolojik lezyonlar konusunda hastaların bireysel ihtiyaçlarını ve tercihlerini dikkate alması, hastaları bilgilendirmesi ve eğitmesi, tedavi planlarını hastaların yaşam tarzına uygun şekilde yapması, tekrarlayan dermatolojik lezyonların başvuru sıklığını azaltmaktadır. Aile hekimleri, hastaların tedavi sürecine aktif olarak katılımını teşvik etmeli ve tedaviye uyumlarını ve takiplerini sağlamalıdır.(22,23)

Denizli ilinde yapılan bir çalışmaya göre, dermatolojik yakınmalar nedeniyle aile hekimliği polikliniklerine başvuru oranı kış döneminde yaklaşık %12 iken, yaz döneminde bu oran %20'lere kadar yükselmektedir. Ancak, bu başvurularda hatalı tanılar veya tanı konulamayan vakalara sıkça rastlanmaktadır. Dermatolojik hastalıklara yaklaşımda tanı hataları, yetersiz hasta yönetimi, gereksiz hastane sevki ve gereksiz laboratuvar incelemeleri gibi problemler öne çıkmaktadır.(6)

Avustralya'da yapılan bir diğer çalışmada, pratisyen hekimler tarafından uzman hekimlere yapılan sevklerin %8,2'sinin dermatoloji bölümüne yapıldığı ve dermatolojinin pratisyen hekimlerin en sık başvurduğu dördüncü uzmanlık alanı olduğu gösterilmiştir.(23) İngiltere'de yapılan bir çalışmada ise yeni başvuran dermatoloji polikliniği hastalarının %90'ının sevk ile geldiği ve bunların %89'unun birinci basamaktan, %11'inin ise ikinci basamaktan sevk edildiği belirlenmiştir.(24) Bu sevklerde en yaygın tanılar sık görülen deri hastalıklarına aittir.(25,26)

2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Sık Karşılaşılan Dermatolojik Lezyonlar

Wilmer ve meslektaşları, birincil bakım ortamında en sık karşılaşılan dermatolojik durumları belirlemek amacıyla bir çalışma yaptılar.(27) Nondermatologlar tarafından tamamlanan deri ile ilgili ziyaretlerin yarısından fazlasının gerçekleştirildiğini keşfettiler. Bu alt grupta, aile hekimleri en çok görülen durumları (yüzde 20) takip ederken, çocuk doktorları, iç hastalıkları uzmanları ve acil tıp sağlayıcıları sırasıyla gelmektedir.1 Nondermatologlar tarafından görülen tüm deri durumları arasında, dermatitler, selülit/apsesi, ürtiker, epidermoid kist, tinea ve viral siğiller ilk altı sıradaydı. Nondermatologlar tarafından bir dermatologa yönlendirilen en yaygın durumlar ise iyi huylu deri lezyonları ve aknedir.(1,27)

Türkiye'deki birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan hekimler ise sıkça karşılaşılan deri lezyonları arasında ekzema, mantar enfeksiyonları, kurdeşen, akne ve psoriyazis gibi hastalıkları sıklıkla görmektedir.Hekimler, yüksek yaygınlığa sahip olan hastalıkların teşhisinde genellikle zorluk çekmeden ve tedavi vererek başarılı olmaktadır. Bu hastalıklar arasında ekzema, mantar enfeksiyonları, ürtiker, akne ve psoriyazis yer almaktadır. Bir diğer çalışmada 2021 yılında Kocaelinde yapılan çalışmada, 52 Aile hekimliği birimine kliniklerinde karşılaştıkları en sık beş dermatolojik lezyon sorgulanmıştır. Araştırmada Atopik dermatit, ürtiker, skabiyez, dermatofitler ve akne vulgaris ilk beş sırada gözlenmiştir.(28)

Aşağıda, çalışmada değerlendirilecek olan ve birinci basamakta sıkça karşılaşılan dermatolojik lezyonlar hakkında bilgiler bulunmaktadır.

2.2.1. Dermatitler (Eczemalar)

Dermatitler, ciltte iltihaplanmaya neden olan çeşitli tetikleyicilere bağlı olarak gelişen bir dizi cilt rahatsızlığını tanımlar. Dermatitler, temas dermatiti, atopik dermatit, seboreik dermatit, alerjik kontak dermatiti ve numuler dermatit gibi farklı tiplerde ortaya çıkabilir.(29,30) Ayırıcı tanıların doğru yapılması dolayısıyla tedavi ve korunnma yöntemlerinin farklı olması sebebiyle bu bölümde dermatit tipleri ayrı bölümler halinde açıklanmıştır.

2.2.1.1. Atopik Dermatit

Tanım: Atopik dermatit (AD), çocukların yaklaşık %25'ini ve yetişkinlerin %2-3'ünü etkileyen genetik faktörlerin eşlik ettiği, çeşitli allerjenlerle tetiklenebilen, tekrarlayan, kronik, kaşıntılı, inflamatuvar bir deri hastalığıdır.(31)

Epidemioloji:

• En sık 3-6 aylık bebeklik döneminde başlar.

• Hastaların yaklaşık %60'ı yaşamın ilk yılında ve %90'ı ilk 5 yaşta atopik dermatit ile tanışır.

• Hastaların çoğu ergenlik döneminde iyileşirken, %10-30'luk bir hasta grubunda iyileşme görülmez.

• İstisnai vakalarda ilk bulgulara yetişkinlik döneminde rastlanılır.

• Hastalarda çoğu zaman serum IgE düzeylerinde yükselme, ailesel veya kişisel astım ve/veya alerjik rinit öyküsüne rastlanır. Yaşam boyu görülme sıklığı tüm dünyada gün geçtikçe artmaktadır. (31)

Patogenez:

• Atopik dermatit, genetik yatkınlığı olan ve çevresel faktörlerle etkileşime giren karmaşık bir hastalıktır.(32) Patogenezde derinin yapı ve fonksiyonundaki bozukluklarla enflamasyon rol oynar.

• Deri yapısında ve fonksiyonundaki bozukluklar; hidrasyon azalması, lipit yapısında farklılaşmalar, lamellar organizasyonda bozulma, filagrinde azalma, deri pH'ında artış, serin proteaz aktivitesinde anormalleşme, Staphylococcus aureus kolonizasyonunda artış gibi faktörleri içerir.

• Deri enflamasyonu; enflamatuvar hücre infiltrasyonu, sitokin salınımı ve T hücre aktivasyonu ile karakterizedir.(32)

Klinik Bulgular:

• Egzematöz lezyonlar akut, subakut veya kronik olabilir. Morfoloji ve dağılımı yaşa bağlı olarak farklılık gösterir.

• Bebeklik dönemi: En sık yüz bölgesi tutulur. Yanaklarda eritem görülür. Emekleme başladıktan sonra ekstremitelerin ekstensör yüzeylerinde lezyonlar görülebilir. Diaper bölgesi genellikle tutulmaz.

• Çocukluk çağı/okul çağı: Antekubital ve popliteal fossa, el-ayak bileği volar yüzleri gibi fleksural bölgelerde lezyonlar görülür. Yan etki olarak "dirty neck" adı verilen retiküler pigmentasyon görülebilir.

• Ergenlik/erişkin dönem: Lezyonlar daha lokalizedir ve kroniktir. El, ayak, fleksural bölgelerde likenifiye papül ve plaklar vardır.(32)

Teşhis ve Değerlendirme:

• Atopik dermatit tanısı klinik bulgular ve anamnezle konur. Hanifin-Rajka atopik dermatit tanı kriterleri kullanılır. Hanifin-Rajka Atopik Dermatit Tanı Kriterleri, atopik dermatiti değerlendirmek ve tanı koymak için kullanılan kapsamlı bir kriter setidir. (33)

1. Zorunlu kriterler (her iki kriterin varlığı gerekir): a. Şiddetli kaşıntı: Kaşıntı, en az 6 hafta boyunca sürekli veya tekrarlayıcı olarak mevcuttur. b. Tipik deri lezyonları: Kuru pullanma, kızarıklık (eritem), şişlik veya sulu kabarcıklar gibi belirtiler tipik olarak el ve/veya ayak sırtlarında veya yüz, boyun, diz ve dirsek gibi karakteristik bölgelerde bulunur.

2. Major (büyük) kriterler (herhangi birinin varlığı): a. Kişisel veya aile öyküsünde atopik dermatit, alerjik rinit, astım veya genetik yatkınlık gibi atopik hastalıkların varlığı. b. Genel bir deri kuruluğu (xeroderma) veya ciltte aşırı deri reaksiyonları (egzama gibi) öyküsü.

3. Minor (küçük) kriterler (belirli sayıda minor kriterin varlığı): a. Ciltte aşırı kırılganlık veya kolay irritasyon (kırmızılaşma, şişlik, kabarcıklar) öyküsü. b. İç veya dış kıvrımlarda ciltte kırışıklık veya renk değişiklikleri. c. İşgücü kaybı veya uyku bozukluğu gibi yaşam kalitesinde belirgin etkiler. Tanı için, zorunlu kriterlerin yanı sıra, major kriterlerden en az birinin veya minor kriterlerden belirlenen bir sayıda kriterin varlığı gerekmektedir.(33)

Ayırıcı Tanılar:

Çok sayıda hastalık, atopik dermatit deri lezyonlarını taklit edebilir. Ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gereken bazı hastalıklar şunlardır:

- Konjenital Hastalıklar: Netherton sendromu, Familyal keratozis pilaris, Hiper IgE sendromu, Wiskott-Aldrich sendromu, Omenn sendromu
- Kronik Dermatozlar: Seboreik dermatit, kontakt dermatitler (allerjik ya da irritan), numuler egzema, liken simpleks kronikus
- Enfeksiyon ve Infestasyonlar: Skabiyez, HIV'e eşlik eden dermatozlar, dermatofit enfeksiyonu, impetigo
- Malignensiler: Kutanöz T hücreli lenfoma, Letterer Siwe hastalığı
- İmmün Yetmezlikler: Wiskott-Aldrich sendromu, şiddetli kombine immün yetmezlik, Hiper IgE sendromu
- Metabolik Hastalıklar: Çinko, piridoksin (vitamin B6) ve niasin eksikliği
- İmmünolojik Hastalıklar: Dermatitis herpetiformis, pemfigus folyaseus, dermatomiyozit
- Keratinizasyon Bozuklukları: İktiyoz vulgaris, Netherton sendromu (33)

Tedavi:

- İlk basamak tedavi, detaylı bir anamnezle başlar.
- Nemlendiriciler, topikal kortikosteroidler ve topikal kalsinörin inhibitörleri kullanılır. Antimikrobiyal ajanlar enfeksiyon bulguları olduğunda tercih edilir.
- Sistemik tedavi gerektiğinde ilaçlar minimum dozlarda kullanılır.
- Fototerapi ikincil tedavi olarak düşünülebilir. Dar band-UVB tercih edilir.(30,33)

2.2.1.2.Seboreik Dermatit

Tanım:

Seboreik dermatit, yağ bezlerinin aşırı aktivitesi sonucu oluşan, kronik ve inflamatuvar bir deri hastalığıdır. En sık olarak saçlı deri, yüz, kulaklar, göğüs ve sırt gibi yağlı bölgeleri etkiler. Beyaz ve yağlı pullarla kaplı, kırmızı ve kaşıntılı lezyonlara neden olur.(34)

Epidemioloji:

Seboreik dermatit, her yaş grubunda görülebilir, ancak bebeklerde (pişik olarak da bilinir) ve yetişkinlerde daha yaygındır. İnfantil seboreik dermatit genellikle doğum sonrası ilk haftalarda başlar ve birkaç ay sürebilir. Ergenlerde ve yetişkinlerde sıklıkla tekrar eden bir durumdur.(34)

Patogenez:

Seboreik dermatitin kesin nedeni bilinmemekle birlikte, genetik yatkınlık, yağ bezlerinde aşırı yağ üretimi, Malassezia cinsine ait mantarların artışı ve bağışıklık sistemindeki reaksiyonlar gibi faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bu faktörler, deride iltihaplanmaya ve cilt hücrelerinin hızlı bir şekilde büyüyüp dökülmesine yol açar.(35)

Klinik Bulgular:

Seboreik dermatit, yağlı pullarla kaplı, kırmızı ve kaşıntılı lezyonlarla karakterizedir. Saçlı deride ve kaşlarda pullanma, kaşıntı ve kızarıklık görülebilir. Yüzde, özellikle burun kenarlarında, kulak arkalarında ve göğüs bölgesinde kırmızı ve pullu lezyonlar oluşabilir. Bebeklerde, saçlı derideki pullanma ve kaşıntıya ek olarak pişik benzeri kızarıklık da görülebilir.(35,36)

Teşhis ve Değerlendirme:

Seboreik dermatit tanısı genellikle klinik bulgulara dayanarak konulur. Dermatologlar, tipik lezyonların ve semptomların yanı sıra hastanın öyküsünü de değerlendirir. Ayırıcı tanıda psoriasis, atopik dermatit, tinea versikolor ve kontakt dermatit gibi diğer deri hastalıkları göz önünde bulundurulmalıdır.(36)

Tedavi:

Seboreik dermatit tedavisi semptomları hafifletmeyi ve kontrol altına almaya yöneliktir. Tedavi yöntemleri şunları içerebilir. (36)

• Saçlı deri için antifungal şampuanlar ve losyonlar kullanmak.

• Kortikosteroid içeren topikal kremler veya losyonlar kullanmak.

• Kafada oluşan kalın pulların yumuşatılması ve çıkarılması için petrolatum veya bebek yağı gibi yağlayıcılar kullanmak.

2.2.1.3. Kontakt Dermatit

Tanım:

Kontakt dermatit, cildin bir maddeye maruz kaldığında inflamatuvar bir reaksiyon gösterdiği, sınırlı bir alanda meydana gelen bir deri hastalığıdır. Bu madde, alerjenik veya irritan olabilir ve cildin direkt teması sonucu oluşabilir. İrritan kontakt dermatit, cildin tahriş edici kimyasallara maruz kalmasıyla ortaya çıkarken, alerjenik kontakt dermatit, vücudun bir alerjene karşı bağışıklık tepkisi olarak gelişir.(37,38)

Epidemioloji:

Kontakt dermatit her yaşta görülebilir, ancak bazı mesleklerde ve belirli endüstrilerde çalışan kişilerde daha yaygındır. Alerjik reaksiyonlara yatkınlığı olan kişilerde daha sık görülür. İşyerinde veya günlük yaşamda kimyasallarla temas eden kişilerde, ellerde ve kollarda sık görülür.(38,39)

Patogenez:

Kontakt dermatitin patogenezi, cildin bir maddeyle temas etmesiyle oluşan bağışıklık tepkisiyle ilişkilidir. İrritan kontakt dermatitte, cilt doğrudan bir tahriş edici maddeye maruz kaldığında, hücresel hasar ve iltihaplanma oluşur. Alerjenik kontakt dermatitte ise, bir alerjenle temas sonrası bağışıklık sistemi alerjik bir reaksiyon başlatır ve ciltte iltihaplanma meydana gelir.(37,40)

Klinik Bulgular:

Kontakt dermatit, temas edilen cilt bölgesinde kızarıklık, şişlik, kabarcıklar, su toplamaları ve kaşıntı ile karakterizedir. Ayrıca, ciltte kuruluk, çatlaklar, pullanma ve kabuklanma da görülebilir. Semptomlar temas edilen maddeye ve bireyin hassasiyetine bağlı olarak değişebilir.(40)

Teşhis ve Değerlendirme:

Kontakt dermatit tanısı genellikle klinik muayene ve hastanın öyküsüne dayanarak konulur. Hastanın temas ettiği maddelerin sorgulanması ve temas sonrası semptomların ortaya çıkması arasındaki ilişkinin belirlenmesi önemlidir. Gerektiğinde deri testleri veya yama testleri yapılabilir.(38,40)

Tedavi:

Kontakt dermatit tedavisi semptomların hafifletilmesi, cilt hasarının onarılması ve tekrarlayan temasın önlenmesini içerir. Tedavi yaklaşımları şunları içerebilir: (38,39,40)

- ✓ Tahriş edici maddelerden kaçınmak.
- ✓ Topikal kortikosteroidlerin kullanılması.
- ✓ Kaşıntıyı azaltmak için antihistaminiklerin kullanılması.
- ✓ Cildin nemlendirilmesi ve korunması için nemlendiricilerin kullanılması.
- ✓ Cilt enfeksiyonlarının önlenmesi için gerekli önlemlerin alınması.

Kontakt dermatit tedavisinde kişiye özgü yaklaşım önemlidir ve tedavi planı hastanın semptomlarına, cilt durumuna ve temas ettiği maddelere bağlı olarak belirlenmelidir.

2.2.1.4. Numuler Dermatit

Tanım:

Numuler dermatit, elips veya yuvarlak şekilli, eritemli, sınırlı bölgelerde ortaya çıkan kaşıntılı bir deri hastalığıdır. Lezyonlar genellikle aynı boyutta olup, sık sık tekrarlayan bir şekilde ortaya çıkar. Numuler dermatit bazen atopik dermatitin bir formu olarak kabul edilir, ancak bazı durumlarda bağımsız bir hastalık olarak da görülebilir. (41)

Epidemioloji:

Numuler dermatit her yaşta görülebilir, ancak genellikle yetişkinlerde ortaya çıkar. Erkeklerde kadınlara göre daha sık görülür. Ayrıca, kuru cilt yapısına sahip olanlarda daha yaygın olarak görülme eğilimindedir.(42)

Patogenez:

Numuler dermatitin patogenezi tam olarak anlaşılamamıştır. Bununla birlikte, genellikle cilt kuruluğu, cilt bariyerinin bozulması ve ciltteki su kaybı ile ilişkilendirilir. İnflamatuvar süreçler, bağışıklık sistemi yanıtı ve cilt mikrobiyotasındaki değişiklikler de rol oynayabilir. (42)

Klinik Bulgular:

Numuler dermatit, yuvarlak veya oval şekilli, eritemli lezyonlarla karakterizedir. Lezyonlar genellikle kabuklu, pullu veya likenifiye olabilir. Kaşıntı, lezyonların belirgin bir semptomudur ve bazen şiddetli olabilir. Lezyonlar sıklıkla vücudun alt kısmında (bacaklar, kalçalar) ve üst ekstremitelerde görülür.(41,42)

Teşhis ve Değerlendirme:

Numuler dermatit tanısı genellikle klinik muayene ve hastanın semptomlarına dayanarak konulur. Diğer deri hastalıkları ve alerjik reaksiyonlar ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. Gerekirse deri biyopsisinin yapılması da gerekebilir. (42)

Tedavi:

Numuler dermatit tedavisindeki temel amaç, kaşıntıyı hafifletmek, cilt inflamasyonunu azaltmak ve cilt bariyerini restore etmektir. Tedavi yaklaşımları şunları içerebilir:

- Nemlendirici kremler veya losyonlar kullanmak ve cildi nemli tutmak.
- Topikal kortikosteroidlerin kullanılması, özellikle inflamasyon ve şiddetli kaşıntı durumunda.
- Özellikle yüz veya hassas bölgelerde olacak şekildetopikal kalsinörin inhibitörleri kullanmak,
- Antihistaminiklerin kullanılması, kaşıntıyı hafifletmek için.
- Sık duş almak veya banyo yapmak, ardından hafif bir nemlendirici uygulamak.
- Tetikleyici faktörlerden kaçınmak, özellikle tahriş edici kimyasallar ve aşırı sıcak su.

Numuler dermatit tedavisi genellikle bireyselleştirilmiş olmalıdır ve semptomların şiddetine, lezyonların yaygınlığına ve kişinin özelliklerine göre ayarlanmalıdır. Bazı yapılan araştırmalarda Glutenden eksik diyet beslenmek de tedavi seçenekleri arasında gösterilen araştırmalar mevcuttur.(42,43)

2.2.1.5. Kontakteksantem

Tanım:

Kontekteksantem, cilt temasına bağlı olarak ortaya çıkan bir reaksiyon sonucu oluşan deri lezyonlarını tanımlayan bir terimdir. Bu lezyonlar genellikle alerjik veya irritan (tahriş edici) maddelere karşı gelişir ve ciltte kızarıklık, kabarcıklar veya döküntüler şeklinde kendini gösterebilir. (44)

Epidemioloji:

Kontakteksantem her yaşta görülebilir. Özellikle belirli meslek gruplarında çalışan kişilerde daha sık görülme eğilimi vardır. Kimyasallar, temizlik maddeleri, bitkiler, metaller gibi çeşitli maddeler kontakt dermatitlere neden olabilir.(44,45)

Patogenez:

Kontakteksantem, temas edilen maddeye bağlı olarak değişen mekanizmalara dayanır. Alerjik kontakt dermatitte, bağışıklık sistemi, temas edilen maddeye karşı aşırı tepki verir ve immün hücrelerin ciltte enflamasyonu tetiklemesiyle sonuçlanır. Irritan kontakt dermatitte ise, temas edilen madde doğrudan cilt hasarına ve enflamasyona yol açar.(44,45)

Klinik Bulgular:

Kontakteksantem, temas edilen maddenin temas bölgesinde karakteristik belirtilerle kendini gösterir. Kızarıklık (eritem), kabarcıklar, döküntüler, kaşıntı ve bazen ağrı görülebilir. Lezyonlar temasın olduğu bölgelerde sınırldır, ancak yayılabilir.

Teşhis ve Değerlendirme:

Kontakteksantem tanısı genellikle klinik muayene ve anamnez üzerine konur. Önemli olan, temasın olduğu maddeleri tespit etmek ve maruziyet öyküsünü doğrulamaktır. Ayrıca, temas alerjisi testleri gibi bazı testler de kullanılabilir.(45)

Tedavi:

Kontakteksantem tedavisinin temel hedefi, temasın olduğu maddeden kaçınmak ve semptomları hafifletmektir. Tedavi yaklaşımları şunları içerebilir: (44,45)

- Temasın olduğu maddeden kaçınmak veya koruyucu ekipman kullanmak.
- Cildi temiz ve nemli tutmak için düzenli olarak nemlendirici kullanmak.
- Topikal kortikosteroid kremler veya losyonlar kullanmak, özellikle inflamasyon ve kaşıntı durumunda.
- Antihistaminik ilaçlar kullanmak, kaşıntıyı hafifletmek için.
- Şiddetli vakalarda, sistemik kortikosteroidler veya immün modülatör ilaçlar kullanmak gerekebilir.

Kontakteksantem tedavisi, semptomların şiddetine, lezyonların yaygınlığına ve maruz kalma durumuna bağlı olarak bireyselleştirilmelidir.

2.2.2. Skabiyez(Akariazis)

Tanım:

Skabies (akarıazis), ciltte yoğun kaşıntı ve küçük kabarcıklarla karakterize bir paraziter deri hastalığıdır. Bu hastalık, Sarcoptes scabiei adlı bir parazitik akarın neden olduğu bir enfeksiyon sonucu ortaya çıkar. Skabies, dünya genelinde yaygın olarak görülen bir hastalıktır ve insanlarda ciddi rahatsızlığa neden olabilir.(46)

Epidemioloji:

Skabies enfeksiyonu, dünya genelinde yaygın olarak görülen bir hastalıktır ve her yaşta ve her sosyoekonomik grupta görülebilir. Enfeksiyon, doğrudan temas veya yakın temas yoluyla kişiden kişiye bulaşabilir. Kalabalık ortamlarda, barınma merkezlerinde, okullarda ve hapishanelerde yayılma riski daha yüksektir. Hijyen koşulları, enfeksiyonun yayılmasında etkili bir faktördür.(46)

Etiyoloji:

Skabies enfeksiyonunun nedeni Sarcoptes scabiei adlı bir akardır. Bu akar, ciltte tüneller açarak hareket eder ve cildin üst epidermal tabakasında yerleşir. Akarlar, cildin dermis tabakasında tüy foliküllerine, deri kıvrımlarına ve çatlaklara yerleşebilir.(47)

Klinik Bulgular:

Skabiyozisli kişilerde şiddetli kaşıntı en belirgin semptomdur. Kaşıntı, özellikle gece ve sıcak ortamlarda artar. Hastalar genellikle kaşımaktan dolayı uyku düzeninde bozulma yaşarlar. Ciltte küçük kabarcıklar, nodüller veya veziküller görülebilir. Bu lezyonlar genellikle parmak araları, bilekler, dirsekler, koltuk altları, göğüs, karın ve genital bölgelerde yoğunlaşır. İlerleyen vakalarda, ciltte kırmızı veya gri çizgiler, ülserasyonlar ve kabuklanmalar oluşabilir.(48,49)

Teşhis ve Değerlendirme:

Skabies teşhisi genellikle klinik muayene ve semptomların değerlendirilmesi ile konur. Cilt kazıntıları mikroskopik olarak incelenerek tanı doğrulanabilir. Etkilenen bölgelerden deri kazıntıları alınır ve akar veya yumurtaların varlığı araştırılır. Deri biyopsisi veya özel boyama teknikleri bazen tanıyı doğrulamak için gerekebilir.(47,49,50)

Tedavi:

Skabies tedavisinde topikal ilaçlar yaygın olarak kullanılır. Permetrin krem veya benzil benzoat losyonu, en sık kullanılan tedavi seçenekleridir. Bu ilaçlar ciltteki akarları öldürerek enfeksiyonu kontrol altına alır. Tedavi edilen kişinin ailesi ve yakın teması olan kişiler de aynı anda tedavi edilmelidir. İlaçlar genellikle tüm vücuda uygulanır ve ciltte belirli bir süre bırakılır. Giysilerin ve çarşafların yüksek sıcaklıkta yıkanması veya sterilizasyonu önemlidir. Temizlik ve hijyen kurallarına uyulmalı, temas edilen kişilerle doğrudan veya yakın temas sınırlanmalıdır. (48,50)

Komplikasyonlar:

Skabies tedavi edilmezse veya geç kalınırsa, cilt enfeksiyonları, pürülan kabarcıklar, püstüler döküntüler ve bölgesel lenfadenopati gibi komplikasyonlar gelişebilir. Bu komplikasyonlar, skabiyozis enfeksiyonunun ciddiyetini artırabilir ve tedavi sürecini uzatabilir.(47)

Önleme:

Skabies'in yayılmasını önlemek için aşağıdaki önlemler alınabilir. (47,49)

- Temas edilen kişilerle doğrudan veya yakın teması sınırlamak.
- Kişisel eşyaların ve giysilerin paylaşımını önlemek.
- Temizlik ve hijyen kurallarına uymak, düzenli olarak elleri yıkamak.
- Skabies hastası olan kişilerin tedavi edilmesi ve tedaviye tam olarak uymaları.
- Enfekte giysilerin ve çarşafların yüksek sıcaklıkta yıkanması veya sterilizasyonu.

2.2.3. Akne Vulgaris

Tanım:

Akne vulgaris, ciltte sebase bezlerin tıkanması, iltihaplanması ve lezyon oluşumuyla karakterize kronik bir deri hastalığıdır. Genellikle ergenlik döneminde başlar ve genç yetişkinlik dönemine kadar devam eder. Akne vulgaris, en sık yüz, göğüs, sırt ve omuzlarda görülür.(51)

Epidemioloji:

Akne vulgaris, dünya genelinde yaygın olarak görülen bir hastalıktır. Ergenlik dönemindeki gençlerin %85'inde akne belirtileri görülür. Her iki cinsiyette de benzer sıklıkta görülse de erkeklerde daha şiddetli olma eğilimi vardır. Akne vulgaris, genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıkar.(51)

Etiyopatogenez:

Akne vulgaris, sebase bezlerin aşırı yağ üretimi (sebore), foliküler hiperkeratinizasyon (comedone oluşumu) ve Propionibacterium acnes bakterisinin artmış çoğalmasıyla ilişkilidir. Bu süreçler, tıkanmış gözeneklerin oluşmasına ve inflamatuar lezyonların gelişmesine neden olur. Hormonal faktörler, androjenlerin artmış aktivitesi, stres, beslenme alışkanlıkları ve bazı ilaçlar akne vulgaris gelişimine katkıda bulunabilir.(52)

Klinik Bulgular:

Akne vulgaris'in klinik seyri çeşitli lezyon tiplerini içerir: (52,53)

- *Komedonlar*: Siyah noktalar (açık komedonlar) ve beyaz noktalar (kapalı komedonlar) şeklinde görülür. Bunlar, tıkanmış gözeneklerin birikmesiyle oluşan non-iltihabi lezyonlardır.

- *Papüller*: Kızarık, kabarık lezyonlardır. Gözeneklerin iltihaplanması sonucu oluşur ve sıklıkla ağrılıdır.

- *Püstüller*: İltihaplı papüllerdir ve üzerinde püstül (irin dolu kabarcık) bulunur.
- *Nodüller*: Derin, sert, ağrılı kitlelerdir ve çevre dokulara yayılabilir.
- *Kistik Lezyonlar*: Derin, ağrılı, irin dolu kistlerdir. Yara izlerine ve kalıcı cilt hasarına neden olabilir.

Teşhis ve Değerlendirme:

Akne vulgaris teşhisi genellikle klinik muayene ile konur. Dermatolog veya uzman bir sağlık profesyoneli, lezyonları ve cilt tipini değerlendirir. Tipik olarak, semptomların süresi ve şiddeti, tedavi planını belirlemek için dikkate alınır. Teşhis, tipik klinik bulgulara dayanır ve genellikle ek testler gerektirmez. Ancak, ciltte inflamasyonun şiddetini değerlendirmek için bazı laboratuvar testleri veya bakteriyel kültürler istenebilir.(52,54)

Tedavi:

Akne vulgaris tedavisinde amaç, lezyonların kontrol altına alınması, iltihabın azaltılması ve kalıcı cilt hasarının önlenmesidir. Tedavi planı, lezyonların şiddeti, yaygınlığı ve cilt tipine göre kişiye özelleştirilir. Tedavi seçenekleri arasında şunlar bulunur.(53,54)

Topikal Tedavi: Ciltteki yağ üretimini düzenleyen, gözenekleri açan ve iltihabı azaltan kremler, losyonlar ve jeller kullanılır.

Sistemik Tedavi: Antibiyotikler, oral kontraseptifler veya izotretinoin gibi ilaçlar, yaygın veya dirençli akne vakalarında kullanılabilir.

Yerel Prosedürler: Komedonların manuel çıkarılması (komedon sıkma), enjeksiyonlar, kimyasal peeling veya lazer tedavileri gibi yerel prosedürler, lezyonların temizlenmesi ve cilt yenilenmesine yardımcı olabilir.

Komplikasyonlar:

Akne vulgaris tedavi edilmez veya kötü tedavi edilirse, kalıcı cilt hasarı ve yara izleri oluşabilir. Bu, psikososyal sorunlara, depresyona ve düşük özgüvene yol açabilir. Ayrıca, inflamasyonun şiddeti ve süresi arttıkça daha ciddi akne türleri, nodüler akne ve kistik akne gelişebilir.(55)

Önleme:

Akne vulgaris'in önlenmesi için aşağıdaki önlemler alınabilir. (55)

- ✓ Cildin temiz tutulması ve uygun bir cilt bakım rutini izlenmesi.
- ✓ Makyaj ve cilt ürünlerinin comedogenic (gözenekleri tıkayan) olmayan ürünler seçilmesi. Yağlı ve aşırı şeker içeren yiyeceklerden kaçınılması.
- ✓ Sivilce lezyonlarını sıkmamak veya karalamamak.
- ✓ Güneş koruyucu kullanımı ve güneşe maruziyetten kaçınılması.

2.2.4. Ürtiker

Tanım:

Ürtiker, ciltte kaşıntılı, kabarık, kızarık ve deri üzerinde geçici olarak ortaya çıkan şişliklerle karakterize bir deri hastalığıdır. Bu şişlikler, derinin üst tabakasında bulunan deri altı dokularının geçici olarak sıvı birikimi sonucu oluşur. Ürtiker lezyonları değişken boyutlarda olabilir ve vücudun herhangi bir bölgesinde görülebilir.(56)

Epidemioloji:

Ürtiker, yaygın bir deri hastalığıdır ve toplumda sık görülen bir durumdur. Her yaş grubunda ortaya çıkabilir, ancak çocukluk ve erişkinlik dönemlerinde daha yaygındır. Alerjik reaksiyonlar, enfeksiyonlar, ilaçlar, gıda veya fiziksel faktörler gibi çeşitli tetikleyiciler ürtikerin gelişimine katkıda bulunabilir.(56,57)

Etiyopatogenez:

Ürtiker, vasküler permeabilite artışı ve deri altı dokularında sıvı birikimi sonucu ortaya çıkar. Bu, histamin ve diğer mediatörlerin serbest bırakılmasıyla tetiklenir. Alerjik reaksiyonlar, immünolojik mekanizmalar, viral veya bakteriyel enfeksiyonlar, fiziksel uyarılar, stres veya ilaçlar ürtikerin gelişiminde rol oynayabilir. Histamin, ciltteki kan damarlarının genişlemesine ve kaşıntıya neden olan inflamatuar bir yanıtın başlatılmasına katkıda bulunur.(56,57)

Klinik Bulgular:

Ürtiker lezyonları genellikle ani başlar ve birkaç saat içinde ortadan kaybolur. Klasik ürtiker lezyonları soluk kırmızı veya pembe renkte, kabarık ve sınırları belirgin bir şekilde yükselir.

Lezyonlar genellikle kaşıntılıdır ve büyüklükleri değişebilir. Bazı vakalarda, ürtikerle birlikte deriye yayılan ve kaşıntıya neden olan daha büyük şişlikler olan anjiyödem de görülebilir.(58)

Teşhis ve Değerlendirme:

Ürtiker teşhisi genellikle klinik muayene ile konur. Hastanın semptomları, lezyonların görünümü ve hastanın öyküsü dikkate alınır. Ürtiker genellikle karakteristik klinik bulgulara dayanarak teşhis edilir ve ek testler nadiren gereklidir. Ancak, altta yatan bir neden şüphesi varsa, alerji testleri, deri biyopsisi veya kan testleri gibi tetkikler yapılabilir.(59)

Tedavi:

Ürtiker tedavisi, semptomların hafifletilmesi, kaşıntının kontrol altına alınması ve inflamasyonun azaltılmasını hedefler. Tedavi genellikle semptomların şiddetine ve sıklığına göre belirlenir. İşte tedavi seçeneklerinin bazıları: (59,60,61)

Antihistaminikler: Kaşıntıyı ve ürtiker lezyonlarının şiddetini azaltmak için antihistaminik ilaçlar kullanılır. Daha hafif vakalarda oral antihistaminikler yeterli olabilirken, şiddetli vakalarda daha güçlü antihistaminikler kullanılabilir.

Kortikosteroidler: Şiddetli veya dirençli ürtiker durumlarında, oral kortikosteroidler kullanılabilir. Bunlar, iltihaplanmayı hızla azaltabilir, ancak uzun süreli kullanımları yan etkilere neden olabilir. Bu nedenle, uzun süreli kullanımlarından kaçınılmalıdır.

Tetikleyicinin Kaçınılması: Bilinen tetikleyicilere maruziyetin önlenmesi, ürtiker ataklarının sıklığını azaltabilir. Örneğin, gıda alerjisiyle ilişkili ürtikerde, tetikleyici gıdalardan kaçınılması önerilir.

Komplikasyonlar:

Genellikle ürtiker kendiliğinden geçici bir durumdur ve ciddi komplikasyonlara neden olmaz. Ancak bazı durumlarda, anjiyödem gelişebilir. Anjiyödem, ürtikerin daha derin tabakalarında ortaya çıkar ve deri altındaki büyük şişliklere neden olabilir. Solunum yollarını etkileyebilir ve acil tıbbi müdahale gerektirebilir.(59,60)

Önleme:

Ürtikerin bazı türleri önlenebilirken, diğerleri beklenmedik tetikleyicilere bağlı olarak ortaya çıkabilir. Bilinen tetikleyicilere maruziyetten kaçınmak veya alerjenlere karşı alerji tedavisi almak, ürtiker ataklarını azaltmaya yardımcı olabilir. Kişinin hangi tetikleyicilere tepki verdiğini belirlemek için bir alerji testi yapılabilir ve tetikleyicilere yönelik önlemler alınabilir.(58,60)

2.2.5. Dermatofitik Enfeksiyonlar

Tanım:

Dermatofitler, derinin, tırnakların veya saçın keratinize dokularında yerleşen mantar enfeksiyonlarıdır. Dermatofitler, keratin içeren dokuları metabolize ederek enfeksiyon oluştururlar. Genellikle kaşıntılı, kızarık, pullu ve bazen kabarcıklı lezyonlara neden olur. Tinea olarak da adlandırılır ve vücudun farklı bölgelerini etkileyebilir.(62)

Epidemioloji:

Dermatofit enfeksiyonları oldukça yaygındır ve dünya genelinde sık görülen enfeksiyonlardan biridir. Risk faktörleri arasında hijyenik olmayan ortamlarda yaşama, sık temas veya paylaşılan eşyalarla temas, terleme, bağışıklık sistemi zayıflığı ve yaşlılık bulunur. Sporadik olarak veya salgınlar halinde görülebilirler.(63,64)

Klinik Bulgular:

Dermatofit enfeksiyonları farklı klinik tablolara neden olabilir ve isimlendirilmeleri etkilenen bölgeye göre yapılır. Yaygın olan dermatofit enfeksiyon tipleri ve klinik bulguları aşağıda sıralanmıştır: (64,65)

1.Tinea Pedis (Ayak Mantarı)

Tinea pedis, ayakların plantar yüzünde kaşıntılı, pullu ve kızarık lezyonlara neden olan bir mantar enfeksiyonudur. Ayak parmak aralarında başlayabilir ve daha sonra ayak tabanı ve yan bölgelerine yayılabilir. İnterdigital, Plantar, Vesikülobüllöz ve Kronik Hiperkeratotik olmak üzere çeşitli tipleri vardır.

2. Tinea Corporis (Vücut Mantarı)

Tinea corporis, vücudun farklı bölgelerinde kaşıntılı, kırmızı, kenarları pullu yuvarlak ve oval şekilde yamalar oluşturan bir mantar enfeksiyonudur. Lezyonların merkezinde iyileşme belirtileri görülebilir, bu nedenle "hedef benzeri" bir görünüm ortaya çıkabilir. Yüz, gövde, kol ve bacaklar gibi açık deri bölgelerinde görülür.

3. Tinea Cururis(Kasık Mantarı)

Tinea cruris, kasık bölgesinde kaşıntılı, kızarık, kenarları belirgin ve pullu lezyonlara yol açan bir mantar enfeksiyonudur. Kasık bölgesindeki kıvrımlarda, uyluk iç yüzeyinde ve scrotumda ortaya çıkar ve genellikle buraya sınırlı kalır.

4. Tinea Capitis(Saç Mantarı)

Tinea capitis, saçlı deride pullu kabuklanmalar, kepeklenme, kırmızı yamalar, plaklar ve saç yapısında kırılma gibi değişiklikler ile dökülmeya neden olan bir mantar enfeksiyonudur.

5. Tinea Unguium(Tırnak Mantarı)

Tinea unguium, tırnaklarda kalınlaşma, sararma, çatlaklar, pullanma, ayrılma ve tırnak yapısının bozulmasına neden olan bir mantar enfeksiyonudur.

Teşhis ve Değerlendirme

Dermatofit enfeksiyonları teşhisi genellikle klinik muayene ve fiziksel incelemeyle konulur. Doktor, lezyonların görünümünü değerlendirir ve genellikle lezyondan örnek alarak mikroskopik veya kültür testleri yapar. Mikroskopi, mantarın hifalarını veya sporlarını tespit etmek için kullanılırken, kültür testi, mantarın türünü belirlemek ve antifungal duyarlılığı değerlendirmek için yapılır.(66,67)

Tedavi

Dermatofit enfeksiyonlarının tedavisi genellikle antifungal ilaçların kullanımını içerir. Lokal tedavi genellikle başlangıç tedavisi olarak tercih edilir, ancak bazı durumlarda sistemik tedavi gerekebilir. İşte bazı tedavi seçenekleri: (63,68)

1.Topikal antifungal ilaçlar: Mantar enfeksiyonunun lokalize olduğu durumlarda topikal krem, losyon veya spreyler kullanılır. Bu ilaçlar genellikle 2 ila 4 hafta boyunca düzenli olarak uygulanır.

2.Sistemik antifungal ilaçlar: Yaygın veya dirençli enfeksiyonlarda, oral antifungal ilaçlar kullanılır. Bu ilaçlar, enfeksiyonun türüne bağlı olarak birkaç haftadan birkaç aya kadar sürebilen uzun süreli tedavi gerektirebilir.

Önleme

Dermatofit enfeksiyonlarından korunmak için aşağıdaki önlemler alınabilir: (68)

- ✓ Temizlik ve hijyenin korunması: Düzenli olarak ellerin yıkanması, temiz havlu ve eşyaların kullanılması önemlidir.
- ✓ Paylaşılan eşyalardan kaçınma: Ayakkabı, terlik, havlu, çorap gibi kişisel eşyaların paylaşılmaması önemlidir.
- ✓ Nemli ortamlardan kaçınma: Ayakların kuru tutulması, terin azaltılması ve havalandırma sağlanması önemlidir.

2.3. Aile Hekimlerinin Dermatolojik Lezyonlar Hakkında Bilgi Düzeyi,Davranış ve Tutumları

Dermatolojik lezyonlar aile hekimliği pratiğinde sıkça karşılaşılan durumlar arasındadır ve aile hekimlerinin bunları tanımak gibi önemli bir rolü vardır. Bu nedenle, birinci basamakta hizmet veren hekimlerin öncelikle sık görülen dermatolojik hastalıklara hakim olması gerekmektedir. Aile hekimlerinin sık görülen dermatolojik hastalıkların tanı ve tedavisinde başarılı olabilmeleri için bilgi, tutum ve öz yeterliliklerinin incelenmesi gereklidir. Bu şekilde mevcut sistem içinde aksayan yönler tespit edilip, gerekli iyileştirmeler yapılabilir. Birinci basamakta çalışan hekimlerin dermatolojik hastalıkların tanı ve tedavisinde dermatologlara kıyasla yetersiz olduklarını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. (69)

Jill B.Webb ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptığı araştırmada, aile hekimlerinin dermatolojik lezyonlar hakkındaki bilgi düzeyi yetersizdir. Araştırma, aile hekimlerinin dermatolojik hastalıkları doğru bir şekilde tanıma becerilerinin düşük olduğunu göstermektedir. Örnekleme göre, dermatoloji kliniğine yönlendirilen deri lezyonlarının sadece %41'i (iyi huylu veya kötü huylu olarak basit kategorilere) doğru bir şekilde tanımlanmıştır. Bu durum, dermatolojik lezyonları değerlendiren aile hekimlerinin tanısal doğruluğunun kabul edilebilir seviyede olmadığını göstermektedir. (70)

Sejal H.Thakkar ve arkadaşlarının 2019 da yaptığı araştırmaya göre, Aile hekimlerinin cilt hastalıkları konusundaki bilgi düzeyi düşüktür. Katılımcıların çoğu fotoğraf testinde düşük puan almıştır ve açık uçlu sorulara verdikleri yanıtlarda dermatoloğa yönlendirme veya mantıklı tedavi uygulama eğilimindedir. Aile hekimleri klinik/vaka yönetimi konusunda zorluklar yaşamaktadır ve hastaları yönetmek için dermatoloğa yönlendirme, Google araması yapma veya meslektaşlarından yardım alma gibi yöntemler kullanmaktadır. Bu araştırmadan "Dermatoloji eğitimi, aile hekimlerinin zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olabilir" sonucu çıkarılmıştır. (71)

2015 senesinde Aden'de bulunan aile hekimlerine yapılan dermatolojik lezyonlar konusundaki bilgi düzeyi ve tutumlarını sorgulayan bir araştırmada, araştırmaya katılan aile hekimlerinin çoğu, kendi dermatolojik yeteneklerini orta seviyede veya iyi olarak değerlendirmiştir. Ancak, bu özdeğerlendirme sonuçları, klinik uygulamalarında yeterli bilgi ve beceriye sahip olduklarını göstermemiştir. Dermatolojik hastalıklarla ilgili doğru teşhis koyma ve tedavi etme becerileri düşük düzeydedir. Bu da, aile hekimlerinin deri lezyonlarını doğru bir şekilde tanımlama konusunda sınırlı yeteneklere sahip olduklarını ve hatta kendi seviyelerini tanımak konusunda da farkındalıklarının düşük olduğunu göstermektedir. (71,72)

Aile hekimlerinin dermatolojik bilgi eksiklikleri arasında, topikal antifungal/kortikosteroid kombinasyon tedavisinin antifungal monoterapiye tercih edilmesi gibi yanlış anlayışlar da bulunmaktadır. Ayrıca, günlük antihistaminiklerin atopik dermatit epizodlarını önleyebileceği yanılgısı da yaygındır.(72)

2.4. Türkiye'de Aile Hekimlerinin Dermatolojik Lezyonlar Hakkında Bilgi Düzeyi ve Yaklaşımları

Türkiye'deki birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan hekimlerin dermatolojik hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyi istenilen seviyede değildir. Araştırmalarda, tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin sık karşılaşılan dermatolojik hastalıklara ilişkin bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu ortaya çıkmıştır.

Bununla birlikte, tıp fakültesi, aile hekimliği uzmanlık eğitimi süreci ve mezuniyet sonrası katılınan eğitim kursları gibi eğitimlerin hekimlere bilgi, beceri ve tutum açısından olumlu katkılar sağladığı belirtilmektedir. Bu durum, aile hekimliği uzmanlarının dermatolojik hastalıklara donanımlı bir şekilde yaklaşmaları halinde, üst basamak sağlık kuruluşlarındaki hasta yükünün azalabileceğini ve sağlık sisteminde daha düşük maliyetle daha iyi bir hizmetin mümkün olabileceğini göstermektedir. (73,74)

Denizli ilinde yapılan bir araştırmada aile hekimlerinin en sık karşılaştığı hastalıklar arasında ekzema, mikoz, ürtiker, akne ve psoriyazis bulunmaktadır. En çok sevk edilen hastalıklar psoriyazis, ekzema, ürtiker, melanositik nevüs, malign tümör ve vitiligo olarak sıralanmıştır. Hekimlerin en çok zorlandığı hastalıklar ise neoplazmlar, Behçet hastalığı, paraziter deri hastalıkları ve rozasea olarak belirtilmiştir. Ankette hekimlere bilgi güncellemesi gereken konular sorulmuş ve hekimlerin steroid kullanımı, güncel tedaviler, dermatit ve eritemli skuamlı hastalıklar konusunda bilgi güncellemesine ihtiyaç duydukları ortaya çıkmıştır. (6)

Dermatolojik lezyonlar aile hekimliği pratiğinde sıkça karşılaşılan durumlar arasındadır ve aile hekimlerinin bu konuda önemli bir rolü vardır. Bu nedenle, birinci basamakta hizmet veren hekimlerin öncelikle sık görülen dermatolojik hastalıklara hakim olması gerekmektedir. Aile hekimlerinin sık görülen dermatolojik hastalıkların tanı ve tedavisinde başarılı olabilmeleri için bilgi, tutum ve öz yeterliliklerinin incelenmesi gereklidir. Böylece mevcut sistem içindeki aksaklıklar tespit edilip, gerekli geliştirmeler yapılabilir. Birinci basamak hekimlerinin dermatolojik hastalıkların tanı ve tedavisinde dermatologlara kıyasla yetersiz olduklarını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. (5,75,76,77)

Bu nedenle, eğitim süreçlerinde dermatolojiye daha fazla odaklanmaları ve dermatoloji konusundaki bilgi ve becerilerini artırmaları amacıyla bugüne kadar çeşitli eğitim teknikleri uygulanmaya çalışılmıştır.

2.5. Dermatolojik Lezyonlar Hakkında Bilgi Düzeyi v Davranış ve Tutumları Geliştirmek Amaçlı Yapılmış Eğitim Çalışmaları

Hong Kong'da birinci basamak hekimlerine yönelik "Clinical Dermatology Certificate Course (CCCD)" adı verilen bir program uygulanmaktadır. Bu program, dermatoloji konusunda uzmanların, plastik cerrahların, çocuk doktorlarının ve mikrobiyologların katkılarıyla geliştirilmiştir. Sorun odaklı bir yaklaşımla gerçekleştirilen bu kurs, birinci basamak sağlık hizmetlerinde sıkça karşılaşılan dermatolojik problemlerin kapsamlı bir şekilde ele alınmasını ve katılımcıların tanı ve tedavi konusunda güncellenmesini amaçlamaktadır.

Benzer şekilde, diğer ülkelerde de birinci basamak hekimlerine yönelik dermatoloji eğitim programları bulunmaktadır. Bu eğitim programları, birinci basamak hekimlerinin dermatoloji alanındaki bilgi ve becerilerini güçlendirmeyi, pratik becerilerini geliştirmeyi, teşhis ve tedavi yaklaşımlarını güncellemeyi ve hastaların birinci basamakta yönlendirilmesini optimize etmeyi hedefler. (3)

Maj Patrick E. Ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptıkları çalışmada birinci basamak sağlık çalışanlarının dermatoloji konusundaki eğitim ihtiyaçlarına odaklanılmış ve Araştırmalar, tıp öğrencilerinin ve birinci basamak hekimlerinin dermatoloji eğitimindeki eksikliklerini ortaya koymuştur. Birçok öğrenci ve hekim, klinik dermatoloji eğitimine sınırlı süre ve fırsatları olduğunu belirtmektedir. Bu nedenle, çeşitli eğitim programları ve kaynakları, dermatolojik hastalıkların teşhisi ve tedavisi konusunda birinci basamak sağlık çalışanlarını desteklemek için geliştirilmekte olduğu belirtilmiştir. Çevrimiçi eğitim modülleri, sanal hasta değerlendirmeleri, interaktif vaka çalışmaları ve bilgisayar destekli öğrenme araçları gibi yenilikçi yöntemler, dermatoloji eğitimine erişiminı arttıracağını ve öğrenme deneyimini zenginleştireceği açıklanmıştır. Bu tür eğitim programlarının, birinci basamak hekimlerinin dermatolojik hastalıkları daha iyi tanıma ve yönetme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olabileceği düşünülmektedir. (78)

Bir diğer çalışmada, birinci basamak hekimlerinin gözlem becerilerini geliştirmek için sanatsal (maketleme ve çizim) eğitim programının etkinliğini araştırmaktadır. 2007 yılında yapılan bu araştırmada Deborah Kırklın ve arkadaşları katılımcılara, gözlem yeteneklerini artırmak için bir atölye çalışması sunulmuştur. Atölye çalışması, katılımcıların dikkatli bir şekilde gözlem yapmalarını teşvik etmek ve varsayımlara dayalı gözlem alışkanlıklarını fark etmelerini sağlamak amacıyla tasarlanmıştır. Sonuçlar, sanatsal eğitim alan katılımcıların gözlem becerilerinde anlamlı bir artış olduğunu göstermektedir. Bu çalışma, birinci basamak hekimlerine yönelik sanatsal eğitim programlarının gözlem becerilerini geliştirmekte etkili olabileceğini öne sürmektedir.(79)

Bir başka araştırmada birinci basamak hekimlerinin cilt kanseri teşhis ve değerlendirme planlaması becerilerini geliştirmek için internet tabanlı bir müdahalenin etkinliğini araştırılmıştır.. Hekimler rastgele olarak müdahale grubuna veya kontrol grubuna atanmıştır. Müdahale grubundaki hekimler, kontrol grubuna kıyasla dokuz farklı sonuç ölçütünde anlamlı bir şekilde daha yüksek puan almıştır. Bu iyileşme, beş sonuç ölçütünde sürdürülmüştür. Sonuç olarak, internet tabanlı müdahale hekimlerin cilt kanseri teşhis ve değerlendirme planlaması test performansını arttırdığı gözlemlenmiştir. (80)

Brezilya'da 2011 yılında yapılan bir araştırmada tıp öğrencilerine yönelik bir e-öğrenme müdahale çalışması gerçekleştirildi. Çalışmada, yüz yüze derslere ek olarak çevrimiçi bir program olan Moodle kullanıldı. Öğrenciler, 12 hafta boyunca güncellenen metinler, videolar ve çevrimiçi tartışma forumlarına katıldı. Bu müdahaleye katılan öğrencilerin, müdahaleye katılmayan gruba göre daha başarılı olduğu ve eğitim etkinliğinin yüksek olduğu bulundu. Katılımcılardan alınan geri bildirimlerin de etkinliği artırdığı belirtildi. (81)

2023 yılında Suudi Arabistanda yapılan derleme çalışmada, dermatoloji eğitim programları yöntemleri arasında eğitim modülleri, klinik eğitim ve rotasyonlar, çevrimiçi kaynaklar ve eğitim videoları, interaktif seminerler ve konferanslar, işbirliği ve danışmanlık olarak bulunmuştur.

Dermatoloji eğitim modülleri, birinci basamak sağlık çalışanlarına temel dermatoloji bilgilerini çevrimiçi olarak sunarak cilt hastalıklarının teşhisi ve yönetimi konusunda rehberlik sağlamaktadır.

- Klinik eğitim ve rotasyonlar, birinci basamak sağlık çalışanlarının dermatoloji kliniklerinde veya uzmanlarla birlikte çalışması
- Çevrimiçi kaynaklar ve eğitim videoları sayesinde birinci basamak sağlık çalışanlarının dermatolojik durumları tanımada ve yönetmede rehber metinlerin oluşturulması
- Interaktif seminerler ve konferanslar, dermatoloji uzmanlarının birinci basamak sağlık çalışanlarına doğrudan bilgi ve deneyim paylaşımı
- İşbirliği ve danışmanlık, birinci basamak sağlık çalışanlarının dermatologlarla birlikte çalışarak dermatolojik durumların yönetiminde destek almaları. Şeklinde özetlenmiştir. (82,83)

2.6. Mezuniyet Sonrası Hekimlere Yönelik Klinik Beceri Geliştirmek Amacıyla Kullanılabilecek Etkili Eğitim Yöntemleri

Mezuniyet sonrası dönemde hekimlerin klinik becerilerinin geliştirilmesi, etkili bir klinik eğitim ortamının sağlanmasını gerektirmektedir. Literatürde, olumlu bir klinik eğitim ortamının sağlanmasında önem taşıyan etmenlerin eğiticilerin niteliği, öğrenci-eğitici ilişkisi, eğiticilerin eğitim ve değerlendirme yaklaşımları, eğitim programının yapısı ve öğrenme iklimi olduğu belirtilmektedir. Birleşik Krallık Mezuniyet Sonrası Eğitim Komitesi (The UK Standing Committee on Postgraduate Medical Education - SCOPE) ise öğrenmeye destek olan bir öğrenme ikliminin başarılı bir eğitim için kritik önem taşıdığını vurgulamaktadır. (84)

2.6.1. Mezuniyet Sonrası Klinik Becerilerin Geliştirilmesi İçin Kullanılan Eğitim Yöntemleri

Mezuniyet sonrası dönemde hekimlerin klinik becerilerinin geliştirilmesi için farklı eğitim yöntemleri kullanılmaktadır. Bu yöntemler arasında klasik dersler, tartışma grupları, oyunlaştırma, simülasyon, takıma dayalı öğrenme ve rol modelleme bulunmaktadır. Klasik dersler, temel bilgilerin aktarılması ve teorik konuların öğretimi için kullanılan etkili bir yöntemdir. Tartışma grupları, hekimler arasında bilgi paylaşımını teşvik eder ve interaktif bir öğrenme ortamı sağlar. Oyunlaştırma, eğitimi oyunlar, yarışmalar ve simülasyonlarla destekleyerek öğrenmeyi daha etkili ve eğlenceli hale getirir. Simülasyon, pratik becerilerin uygulanması ve senaryoların canlandırılması için kullanılan bir yöntemdir. Takıma dayalı öğrenme, ekip çalışmasını teşvik ederek hekimlerin birbirleriyle etkileşimini artırır ve problem çözme becerilerini geliştirir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde Mezuniyet Sonrası Akreditasyon Konseyi (ACGME), profesyonellik yeterliliğini vurgulamış ve profesyonellik eğitimi ve değerlendirmesinin şansa bırakılmaması gerektiğini belirtmiştir. Bu sebeple hekimin klinik becerisinin gelişmesi anlamındaki en etkin yöntemlerden biri "On the job learning"(iş yerinde öğrenme) en önemli yöntemlerin arasındadır. Mezuniyet sonrası hekimlerin on-the-job learning eğitim modeli ile klinik becerilerini geliştirmesi önemlidir. Araştırmalar, bu modelin mezuniyet sonrası hekimlerin klinik deneyimlerini artırarak hastalarla etkileşimlerini geliştirdiğini göstermektedir.(85) On-the-job learning süreci, mezuniyet sonrası hekimlerin klinik pratiğe dayalı öğrenme yoluyla klinik becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. (86)

Rol modelleme ise, deneyimli hekimlerin davranışlarını taklit etmek ve mesleki değerleri öğrenmek için önemli bir yöntemdir. Mentorluk olarak geçen bu yöntem Modern çağda, sağlık sisteminde giderek daha önemli hale gelmiştir. Nitelikli hekim istihdamı için mesleki ve kişisel gelişim önemli bir faktördür, çünkü sağlık kurumlarının ayakta kalmasında hekimler kritik bir rol oynar. (87,88)

Mezuniyet sonrası dönemde hekimlerin klinik becerilerini geliştirmek için mentorluk programları uygulanması, kişisel ve mesleki gelişim süreçlerinde ihtiyaç duydukları desteği almalarını sağlayacaktır. Yapılandırılmış mentorluk uygulamalarının, hekimlerin mesleki açıdan gelişmelerini destekleyerek hekimlik standartlarını yükseltmeye ve öğrenme süreçlerini kolaylaştırmaya yardımcı olabileceği düşünülmektedir. (87,89)

Diğer eğitim metodlarından biri de refleksiyon tekniği olarak gösterilmektedir. Refleksiyonun mezuniyet sonrası dönemdeki kullanımı hakkında bilgiler sunan birçok çalışmaya yer verilmiştir. Bu çalışmalardan bazıları, refleksiyonun öğrenme ve pratiğe entegrasyon arasında bağlantılar kurulmasına yardımcı olduğunu göstermektedir. Diğer çalışmalar ise refleksiyonun mezuniyet sonrası hekimlerin profesyonellik gelişiminde etkili bir araç olduğunu göstermiştir. Ayrıca, refleksiyonun iletişim becerileri ve empati üzerinde olumlu bir etkisi olabileceğine dair bulgular da mevcuttur. (90)

2.6.2. Mezuniyet Sonrası Profesyonellik Eğitiminin Uygulanması

Mezuniyet sonrası dönemde profesyonellik eğitimi, kurumsal destekle güçlendirilmeli ve asistanlara neden bu eğitime ihtiyaç duyulduğu anlatılmalıdır. Eğitim süreci boyunca deneyim ve refleksiyon fırsatları sağlanarak sürekli ve planlı bir şekilde profesyonellik eğitimi verilmelidir. Ayrıca, eğitimin etkisini değerlendirmek için çeşitli yöntemler kullanılabilir. Bunlar arasında kritik olay raporu, portfolyo, profesyonellik mini değerlendirme testi (P-MEX), Nesnel yapılandırılmış sınav (OSCE), 360 derece değerlendirme, akran ve hasta değerlendirmeleri yer almaktadır.

Bu uygulamalar genellikle akran eğitimi ile birleştirilerek yapılan metodlardır. Peer-teaching (akran öğretimi) olarak tanımlanan eğitim tekniği tamamlayıcı bir rol oynayan mezuniyet sonrası hekimlerin klinik becerilerini geliştirmek için kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntemde, kıdemsiz ve kıdemli hekimler birbirlerine öğretim ve geri bildirimde bulunur.

Doktor-hasta etkileşimlerini içeren bir klinik ortamda gerçekleşen bu öğretim deneyiminde, hekimler birbirlerinin etkileşimlerini gözlemleyerek, deneyimli bir eğitimci tarafından takip edilir. Öğretim yapan doktor, kıdemli meslektaşından ve deneyimli eğitimciden geri bildirim alır. Bu yöntem, kıdemsiz hekime değerli bir eğitim deneyimi sağlarken, tecrübeli hekimin öğretme yeteneğini geliştirip klinik deneyimini derinleştirmesine yardımcı olur. Fakülte gözlemcisi ise öğretimi gözlemleyerek kendi öğretim yöntemlerini değerlendirir. Peer-teaching etkinlikleri, tıp eğitimi ve uygulamasının farklı seviyelerinde mesleki yetkinlikleri artırmak için büyük potansiyele sahiptir. (91,92)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma, analitik araştırma dizaynı ile oluşturulmuş gözlemsel türde bir araştırma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırma Soruları

Pendik, Tuzla ve Maltepe ilçelerinde birinci basamak sağlık hizmeti vermekte olup çalışmamıza katılmaya gönüllü olan hekimlere;

- Eğitim programı öncesinde dermatolojik yakınma ile başvuran vakaların sayısı ve hekimlerin koyduğu dermatolojik tanılar nelerdir?
- Eğitim programı öncesinde bu dermatolojik vakaları üst basamak sağlık kurumlarına sevk sıklığı nedir?
- Verilecek olan dermatolojik lezyonları tanıma eğitiminin niteliği ve yararlığı konusundaki fikirleri nelerdir?
- Hekimlerin verilecek olan dermatolojik lezyonları tanıma konusundaki bilgi düzeyleri ve yeterlilikleri ne seviyededir?
- Dermatolojik lezyonların tanınması eğitimi sonrasındaki ilk haftanın sonunda hekimlerin koyduğu dermatolojik tanılar nelerdir?
- Eğitim sonrası koyulan tanıların dağılımı nasıldır? Değişim yüzdesi nedir?
- Dermatolojik vakaların üst basamaklara yapılan sevk sıklığının değişimi nedir?
- Dermatolojik lezyonların tanınması eğitiminden sonraki 3. ay sonunda hekimlerin koyduğu dermatolojik tanılar nelerdir?
- Eğitim sonrası dermatolojik tanıların değişim yüzdesi nedir?
- Eğitim sonrası dermatolojik vakaların üst basamaklara yapılan sevk sıklığının değişimi nedir?
- Hekimlerin dermatolojik lezyonların tanınması eğitimi sonrasındaki ilk hafta ve üç ay sonundaki dermatoloji vakaların tanısında ve sevk frekansında oluşan/oluşabilecek/oluşmayan değişim konusundaki düşünceleri nelerdir?

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın Temmuz 2023 - Kasım 2023 tarihleri arasında İstanbul Anadolu yakasında bulunan Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgelerinden olan Tuzla, Pendik ve Maltepe'de bulunan tüm birinci basamak sağlık merkezlerini ve polikliniklerinde çalışan aile hekimlerini kapsamayı planlamaktadır.

3.4. Araştırmanın Evren Örneklemi

Bu çalışmanın evrenini Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde bulunan Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgelerinden Tuzla, Pendik ve Maltepe ilçesinde bulunan birinci basamak sağlık merkezlerinde çalışan tüm hekimler oluşturmaktadır. Tuzla ilçesinde hizmet veren 24 Aile Sağlığı Merkezi, Pendik ilçesinde hizmet veren 50 Aile Sağlığı Merkezi ile Tuzla ve Maltepe ilçelerinde bulunan Marmara Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri ve bu ilçelerin hastanelerinde Aile Hekimliği Poliklinik hizmeti veren tüm hekimler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Çalışmaya katılma kriterlerine uygun olan ve gönüllü katılım gösteren tüm hekimler araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır ve çalışmaya alınması planlanmıştır.

3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Çalışmanın yürütüleceği birinci basamak sağlık birimlerinde çalışmış/çalışıyor/çalışacak olması.
- Gönüllü olması.
- Eğitime katılması ve takiplerinde yapılacak olan kontrol ve analiz değerlendirmelerine katılım göstermesi.

3.6 Araştırmanın Uygulanması

Araştırma, analitik gözlemsel olarak tasarlanmış olan bir eğitim araştırmasıdır. Bu bölümde, araştırmanın uygulanma aşamaları detaylı bir şekilde açıklanmaktadır. Öncelikle Marmara Üniversitesi bünyesindeki Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgeleri olan Pendik, Tuzla ve Maltepe'de birinci basamak hekimlerine yönelik dermatolojik lezyonların tanınması ve yönetimi konusunda bir eğitim programı düzenlenmiştir.

Bu araştırmanın uygulanabilmesi için öncelikle ilgili kurum olan İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır. Eğitim programı için en uygun katılımın sağlanabileceği bir tarih belirlenmiş ve bu tarihte gönüllü olarak başvuran tüm birinci basamak hekimlerine eğitim verilmiştir. Eğitim, üç oturum halinde planlanmıştır.

İlk oturum; Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Konferans Salonu'nda yüz yüze eğitim şeklinde gerçekleştirilmiştir. Bu oturumda, egzematöz lezyonların ve sık karşılaşılan ayırıcı tanıların tanınması ve takibi konusu ele alınmıştır. Dermatofitler, Skabiyez, Ürtiker, Eczema ve Akne gibi lezyonlar bu oturumun içeriğini oluşturmuştur. Ayrıca, bu lezyonların tedavisinde uygulanan güncel yöntemler ve birinci basamakta hastalığa dair öneriler de tartışılmıştır. Birinci oturumun sonunda katılımcılardan eğitimle ilgili geri bildirim almak amacıyla bir anket formu doldurmaları istenmiştir. Bu formda, seçilen konular, eğitim süresi, zamanı ve etkinliği üzerine 1 ila 5 5'li likert ölçeği ile arasında puanlama yapmaları istenmiştir. Ayrıca, oturumun genel değerlendirmesi için 1 ila 10 arasında bir puanlama istenmiştir.

İkinci oturum; üç hafta sonra gerçekleştirilmiştir. Bu oturumda görsel öğelerin ağırlıklı olduğu ve klinik pratikleri içeren bir uzaktan katılımlı oturum düzenlenmiştir. Hekimler, kendi pratiğinde karşılaştıkları dermatolojik lezyonları görsel öğeler üzerinden eğitimciye belirterek tartışma ve öneriler alma fırsatı bulmuşlardır. Bu oturumun sonunda da katılımcılardan eğitimle ilgili geri bildirim almak için bir anket formu doldurmaları istenmiştir. Bu formda, sorulan sorulara tatmin edici cevapların verilip verilmediği, eğitim zamanlaması ve etkin kullanımı gibi konular 1 ila 5 arasında 5'li likert ölçeği ile puanlanmıştır. Ayrıca, oturumun genel değerlendirmesi için 1 ila 10 arasında bir puanlama yapılmıştır.

Üçüncü oturum; ikincisinden 3 hafta sonra gerçekleştirilmiştir. Bu oturum genel eğitimin değerlendirildiği, özetlendiği ve akıllarda kalan konuların soru-cevap şeklinde çözümlendiği bir oturum olarak planlanmıştır. Bu oturumun sonunda katılımcılardan eğitimle ilgili geri bildirim almak için bir anket formu doldurmaları istenmiştir. Bu formda, sorulan sorulara tatmin edici cevapların verilip verilmediği, eğitim zamanlaması ve etkin kullanımı gibi konular 1 ila 5 arasında 5'li likert ölçeği ile puanlanmıştır. Ayrıca, oturumun genel değerlendirmesi için 1 ila 10 arasında bir puanlama yapılmıştır.

Oturumlar tamamlandıktan sonra, katılımcılardan genel eğitim değerlendirmesi yapmaları ayrıca istenmiştir. Bu geri bildirim formu, katılımcıların genel eğitim programından memnuniyeti, klinik becerilerinin gelişimi ve diğer meslektaşlarına önerileri gibi konuları içermektedir. Böylece, katılımcıların görüşleri alınarak yapılan eğitimin niteliği ve etkisi, tanılar ve sevk sayısı üzerinden etkili olup olmadığına dair bir çıkarım yapmak planlanmıştır.

Araştırma, eğitim programının ardından ilk hafta ve üç ay sonunda verilerin toplanması ve değerlendirilmesi aşamalarını içermektedir. İlk hafta sonunda elde edilen veriler hekimlerle paylaşılmış ve tanılar ve lezyon yönetimi konusundaki değişim hakkında görüşleri alınmıştır. Bu görüşmeler, araştırmayı uygulayan kişi tarafından gerçekleştirilmiş ve katılımcılara aşağıdaki açık uçlu sorular sorulmuştur:

- Eğitim sonrası **ilk hafta sonunda** ortaya çıkan sonuçlar hakkında **neler düşünüyorsunuz?**
- Sonuçların **hem eğitim hem de eğitim dışı faktörlerden** etkilenmiş olabilir mi? Nedenleriyle anlatınız.
- Bu eğitimin **kalıcılığı** Hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?

Üç ay sonunda, veriler yeniden toplanmış ve eğitimin niteliği ve sonuçlardaki değişim değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlar, araştırmaya katılan hekimlerin görüşleri doğrultusunda, yeniden sorgulanmış olup;

- Eğitim sonrası geçen 3 aylık süre içerisinde dermatolojik lezyonların yonetimi ile ilgili kendinizi nasil hissediyorsunuz?
- Bahsettiğiniz kendi değerlendirmeniz üzerinde katılmış olduğunuz DELE eğitiminin etkisi var mıydı? Yüzde vermek isterseniz yüzde kaç verirdiniz?
- Eğitimin **kalıcılığı h**akkındaki düşünceleriniz nelerdir?
- Tanısı 3 ay sonunda azalan/artan hastalıklar hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?

Yukarıda belirtilen eğitim değerlendirme ve yorumlama soruları sorulmuştur.

Yukarıdaki değerlendirme görüşmeleri çalışmaya kör bir sağlık profesyoneli tarafından objektif bir şekilde toplanmıştır.

Hastanelerin Aile Hekimliği Poliklinikleri ve Aile Sağlığı Merkezindeki veri tabanı sisteminden eğitim öncesi ve sonrası üç ay olacak şekilde ICD-10 sisteminde dermatolojik lezyonları kapsayan kodların belirlediği tanılara ve tanıların dağılımına bakılmıştır. Ek olarak resmi konsültasyon sayıları da Polikinik kayıt sistemleri üzerinden belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar, bir veri sistemi üzerinde kaydedilmiştir.

ICD-10 Dermatolojik lezyonların araştırmaya dahil edildiği kodlar Ekler kısmında belirtilmiştir.

3.7. Değişken Tanımları ve Analizi

3.7.1 Değişken Tanımları

Bağımlı değişkenler;

- ✓ Dermatolojik lezyonlara yönelik hasta yönetimi davranışları?? ben bununla ne kast ettiğini anlamadım, bu ölçülebilir bir şey mi? Değilse çıkaralım.
- ✓ Dermatolojik lezyonlara yönelik yetkinlik düzeyi
- ✓ Dermatolojik lezyonlara yönelik bilgi seviyesi
- ✓ Eğitim sonrası konan tanıların dağılımı ve değişimi
- ✓ Eğitim sonrası yapılan sevk sayısı
- ✓ Eğitim ve sonuçları hakkında katılımcıların tutum ve düşünceleri

Bağımsız değişkenler; Yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalıştığı yer, birlikte yaşadığı kişiler, ICD-10 doğrultusunda dermatolojik lezyon tanı kodları,

3.7.2. Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 25.0 programı yardımıyla gerçekleştirilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Tanımlayıcı analizler sunulurken ortalama, standart sapma, ortanca, min-max değerler kullanılmıştır. Kategorik değişkenler Ki Kare Testi ile karşılaştırılmıştır.

Normal dağılım göstermeyen (nonparametrik) değişkenler iki grup arasında değerlendirilirken Mann Whitney U Testi, ikiden fazla grup arasında değerlendirilirken Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Ölçümsel verilerin birbirleri ile ilişkisinin analizinde Spearman Korelasyon Testinden faydalanılmıştır. Beşli likert tipi yapılan anket sonuçları gereklilik halinde dikotomik verilere dönüştürülerek özetlenmiştir. P-değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirilmiştir.

DELE'nin genel değerlendirilmesi ve 1.Hafta-3.Ay sonuç kontrol sorularına verilen açık uçlu cevaplar araştırmacı tarafından metin halinde yazılmış ve bu ifadeler tematik analiz yoluyla kalitatif olarak değerlendirilerek benzer olanlar aynı tema altında gruplanmıştır.

3.8. Araştırma İzni

Bu araştırma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi (MÜTF) Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca olmadığına dair 08.09.2023 tarihinde ve 1133 protokol kodu ile onay alınmıştır.

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Eğitim ve Araştırma Protokolü doğrultusunda 31.05.2023 tarihinde yapmış olduğumuz başvuru ile bu çalışmayı yapmamız İl Sağlık Müdürlüğünce uygun görülmüştür.

4. BULGULAR

Çalışmaya toplam 56 kişi katılmıştır. Katılımcıların %60,7'si kadın, %53,6'sı bekar ve %80,4'ü hastanede çalışmaktadır. Katılımcıların ortalama yaşı 30,60 ± 7,12 (min=20,00 maks=57,00) 'dir. (Tablo 1)

Tablo 1a. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri-1

		n	**%**
Cinsiyet	Erkek	22	39,3%
	Kadın	34	60,7%
Medeni durum	Evli	26	46,4%
	Bekar	30	53,6%
Çocuk	Yok	47	83,9%
	Var	9	16,1%
Çalıştığı yer	ASM	11	19,6%
	Hastane	45	80,4%

Tablo 1b. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri-2

	Ortalama	**Standart sapma**	**Ortanca**	**25 Persentil**	**75 Persentil**
Yaş	30,60	7,12	28,00	26,00	31,00
Meslekte geçirilen yıl	5,20	6,94	3,00	1,00	5,00

Katılımcılara dermatolojik lezyonlarla ilgili koruyucu hekimlik hizmetleri verip vermedikleri sorulduğunda, %46,4'ü kendisini uygun yeterlilikte görmediği için bu hizmeti vermediklerini belirtmişlerdir. (Tablo 2)

Tablo 2. Katılımcıların çalışma ortamı ve dermatolojik yakınmalar ile ilgili bilgileri

		n	**%**
Çalışılan ortamdan memnuniyet	Çok az	2	3,6%
	Az	6	10,7%
	Orta	28	50,0%
	İyi	19	33,9%
	Çok iyi	1	1,8%
Muayene edilen hastalar arasında dermatolojik yakınma oranı	<%15	24	42,9%
	%16-25	22	39,3%
	%26-35	9	16,1%
	%36-49	1	1,8%
Dermatolojik yakınma ile başvuran hastaların sevk edilme oranı	<%10	22	39,3%
	%11-%25	10	17,9%
	%26-%40	10	17,9%
	%41-%59	13	23,2%
	>%60	1	1,8%
Mezuniyet sonrası dermatoloji eğitim programlarına katılma durumu	Hayır	43	76,8%
	Evet	13	23,2%
Dermatolojik lezyonlarla ilgili koruyucu hekimlik hizmetleri verme durumu	Hayır, gerek yok	1	1,8%
	Hayır, Yetkin değilim.	26	46,4%
	Hayır, zaman bulamıyorum.	12	21,4%
	Evet.	17	30,4%

Katılımcılara hastalarına koruyucu hekimlik hizmetleri olarak dermatolojik lezyonlarla ilgili önerileri sorulduğunda en sık önerilerin alerjenlerden uzak durmak (%96,4), kaşıntı ve döküntüyü kötüleştiren şeylerden kaçınmak (%82,1) ve güneşin ultraviyole ışınlarına uzun süre maruziyetin engellenmesi ve korunulması (%71,4) olduğu saptanmıştır. (Tablo 3)

Tablo 3. Katılımcıların koruyucu hekimlik hizmetleri olarak dermatolojik lezyonlarla ilgili önerileri

		n	%
Kaşıntı ve Döküntüyü Kötüleştiren Şeylerden Kaçınmak	Evet	46	82,1
Evini Sıcaklığını ve Nemini Uygun Hale Getirmek	Evet	30	53,6
Alerjenlerden uzak durmak	Evet	54	96,4
Duygusal çöküntü depresyon, anksiyete ve stresten uzak durmak	Evet	32	57,1
Enfeksiyonlara karşı korunmak	Evet	33	58,9
Güneşin u.v ışınlarına maruziyetin engellenmesi/korunulması	Evet	40	71,4
Cildin günde 1-2 kez, özellikle banyo sonrası nemlendirme	Evet	30	53,6
Bol ve rahat kıyafetlerin tercih edilmesi	Evet	28	50,0
Cildin sık kaşınarak irrite edilmesinden kaçınılması	Evet	29	51,8
Pamuklu giysiler tercih edilmesi, terin ciltte kalmaması	Evet	37	66,1
Banyo yaparken 5-10 dakikayı geçmeyecek şekilde ılık duş alma	Evet	19	33,9
Diğer*	Evet	1	1,8

*Nevüs kontrolü ve nevüs haritası çıkarılması, diyete dikkat edilmesi, kıyafet paylaşılmaması

Katılımcılara dermatolojik hastalık ve tedavi açısından özyeterlilik durumları sorulduğunda %57,1'i tanıda bazen zorluk çektiğini belirtmiştir. Hastalık tedavisinde ise katılımcıların %58,9'u bazen direkt bazen palyatif tedavi verdiğini belirtmiştir. (Tablo 4a)

Tablo 4a. Katılımcıların dermatolojik hastalık ve tedavi açısından özyeterlilik durumları (eğitim öncesi)

		n	%
Hastalık tanısında	Hiç zorluk çekmem	0	0,0%
	Genellikle zorluk çekmem	5	8,9%
	Bazen zorluk çekerim	32	57,1%
	Genellikle zorluk çekerim	19	33,9%
	Her zaman zorluk çekerim	0	0,0%
Hastalık tedavisinde	Direkt tedavi veririm	1	1,8%
	Genellikle direkt, bazen palyatif tedavi veririm	7	12,5%
	Bazen direkt bazen palyatif tedavi veririm	33	58,9%
	Genellikle palyatif tedavi verir, iyileşme olmazsa sevk ederim	15	26,8%
	Hiç tedavi vermeksizin hemen sevk ederim	0	0,0%

Tablo 4b. Katılımcıların dermatolojik hastalık ve tedavi açısından özyeterlilik durumları (Eğitim sonrası)

		n	%
Hastalık tanısında	Hiç zorluk çekmem	1	1,8
	Genellikle zorluk çekmem	18	32,1
	Bazen zorluk çekerim	33	58,9
	Genellikle zorluk çekerim	4	7,1
	Her zaman zorluk çekerim	0	0,0%
Hastalık tedavisinde	Direkt tedavi veririm	1	1,8
	Genellikle direkt, bazen palyatif tedavi veririm	16	28,6
	Bazen direkt bazen palyatif tedavi veririm	32	57,1
	Genellikle palyatif tedavi verir, iyileşme olmazsa sevk ederim	7	12,5
	Hiç tedavi vermeksizin hemen sevk ederim	0	0,0%

Katılımcıların EÖ ve sonrası dermatolojik hastalık tanı açısından özyeterlilik durumları karşılaştırıldığında, EÖ katılımcıların %91,1'i tanıda zorluk çektiğini belirtirken ES tanıda zorluk çektiğini belirten katılımcıların oranı %66,1 olmuştur. ES tanı açısından zorluk çekenlerin oranı istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalmıştır (p<0,001). (Tablo 4c)

Tablo 4c. Katılımcıların eğitim öncesi ve sonrasında dermatolojik hastalık tanı açısından özyeterlilik algılarının karşılaştırılması

			Eğitim sonrası tanıda		**Toplam**
			Zorluk Çekmem	**Zorluk Çekerim**	
Eğitim öncesi tanıda	**Zorluk Çekmem**	N	5	0	5
		Toplam %	8,9%	0,0%	8,9%
	Zorluk Çekerim	N	14	37	51
		Toplam %	25,0%	66,1%	91,1%
Toplam		N	19	37	56
		Toplam %	33,9%	66,1%	100,0%

p<0,001 McNemar Testi

Tablo 5. Katılımcıların 5'li likert özyeterlilik değerlendirmeleri

Ön Tanı/Tanı – Tedavi etme – Gerektiğinde sevk etme	**1(%)**	**2(%)**	**3(%)**	**4(%)**	**5(%)**
Döküntülü hastalıkları	3,6	19,6	42,9	26,8	7,1
Derinin primer lezyonlarını tanıma	0,0	25,0	35,7	33,9	5,4
Derinin sekonder lezyonlarını tanıma.	5,4	33,9	42,9	17,9	0,0
Bakteriyel/viral cilt lezyonlarını	3,6	17,9	39,3	35,7	3,6
Cinsel yolla bulaşan hastalıkların cilt bulgularını	10,7	26,8	39,3	19,6	3,6
Derinin paraziter döküntü ve enfestasyonlarını	8,9	17,9	42,9	23,2	7,1
Sistemik hastalıkların cilt bulgularını	5,4	30,4	50,0	12,5	1,8
Oral mukoza dermatozlarını	7,1	26,8	48,2	14,3	3,6
Saç lezyonları ve döküntülerini	7,1	33,9	39,3	16,1	3,6
Tırnak hastalıklarını	0,0	23,2	35,7	35,7	5,4
Pediyatrik dermatozları	16,1	33,9	39,3	8,9	1,8
Dermatolojik lezyonların yönetiminde topikal ve sistemik ilaç tedavilerini doğru bir şekilde uygulama.	7,1	30,4	44,6	16,1	1,8

* 1 en az, 5 en fazla yetkinlik ifade etmektedir.

Tablo 6a. Eğitim öncesi katılımcıların hastaları dermatolojik hastalık görme ve sevk etme durumları

		n	%
Muayene edilen hastalar içinde dermatolojik yakınma oranı	<%15	24	42,9%
	%16-25	22	39,3%
	%26-35	9	16,1%
	%36-49	1	1,8%
Dermatolojik yakınma ile başvuran hastaların sevk oranı	<%10	22	39,3%
	%11-%25	10	17,9%
	%26-%40	10	17,9%
	%41-%59	13	23,2%
	>%60	1	1,8%

Tablo 6b. Eğitim sonrası katılımcıların hastaları dermatolojik hastalık görme ve sevk etme durumları

		n	%
Muayene edilen hastalar içinde dermatolojik yakınma oranı	<%15	27	48,2%
	%16-25	26	46,4%
	%26-35	3	5,4%
	%36-49	0	0,0%
Dermatolojik yakınma ile başvuran hastaların sevk oranı	<%10	17	30,4%
	%11-%25	21	37,5%
	%26-%40	12	21,4%
	%41-%59	5	8,9%
	>%60	1	1,8%

Katılımcıların eğitim öncesi ve sonrası hastaları arasında dermatolojik hastalık görme durumlarının karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. (Tablo 6c)

Tablo 6c. Katılımcıların eğitim öncesi ve sonrasında hastaları arasında dermatolojik yakınma tespit etme sıklıklarının karşılaştırılması

			Eğitim sonrası hastalar arasında dermatolojik yakınma oranı		**Toplam**
			≤%15	>%16	
Eğitim öncesi hastalar arasında dermatolojik yakınma oranı	≤%15	N	22	2	24
		Toplam %	39,3%	3,6%	42,9%
	>%16	N	5	27	32
		Toplam %	8,9%	48,2%	57,1%
Toplam		N	27	29	56
		Toplam %	48,2%	51,8%	100,0%

P=0,453 McNemar Testi

Katılımcıların eğitim öncesi ve sonrası dermatolojik hastalarını sevk etme durumlarının karşılaştırıldığında, eğitim öncesi katılımcılar hastalarından %26 ve fazlasını sevk eden hekimlerin oranı %42,9 iken, eğitim sonrası bu oran %32,1 olmuştur. Eğitim sonrası sevk etme oranı eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur (p=0,031). (Tablo 6d)

Tablo 6d. Eğitim öncesi ve sonrası katılımcıların hastaları dermatolojik hastalık sevk etme durumlarının karşılaştırılması

			Eğitim sonrası sevk etme		**Toplam**
			≤ %25	> %26	
Eğitim öncesi sevk etme	≤ %25	N	32	0	32
		Toplam %	57,1%	0,0%	57,1%
	> %26	N	6	18	24
		Toplam %	10,7%	32,1%	42,9%
Toplam		N	38	18	56
		Toplam %	67,9%	32,1%	100,0%

P=0,031 McNemar Testi

Eğitim sonrası katılımcıların koruyucu hekimlik hizmetleri olarak dermatolojik lezyonlarla ilgili önerilerine bakıldığında, en sık öneriler; kaşıntı ve döküntüyü kötüleştiren şeylerden kaçınmak ve alerjenlerden uzak durmak olmuştur. (Tablo 7)

Tablo 7. Eğitim sonrası katılımcıların koruyucu hekimlik hizmetleri olarak dermatolojik lezyonlarla ilgili önerileri

		n	%
Kaşıntı ve Döküntüyü Kötüleştiren Şeylerden Kaçınmak	Evet	56	100
Evini Sıcaklığını ve Nemini Uygun Hale Getirmek	Evet	50	89,3
Alerjenlerden uzak durmak	Evet	56	100,0
Duygusal çöküntü depresyon, anksiyete ve stresten uzak durmak	Evet	53	94,6
Enfeksiyonlara karşı korunmak	Evet	51	91,1
Güneşin ultraviyole ışınlarına maruziyetin engellenmesi/korunulması	Evet	55	98,2
Cildin günde 1-2 kez, özellikle de banyo sonrası nemlendirilmesi	Evet	47	83,9
Bol ve rahat kıyafetlerin tercih edilmesi	Evet	43	76,8
Cildin sık kaşınarak irrite edilmesinden kaçınılması	Evet	54	96,4
Pamuklu giysiler tercih edilmesi, terin ciltte kalmasına izin verilmemesi	Evet	51	91,1
Banyo yaparken 5-10 dakikayı geçmeyecek şekilde ılık duş alınması	Evet	46	82,1

Katılımcıların eğitim öncesi toplam bilgi puan ortancası 53,00 (46,50-62,00) iken eğitim sonrası 70,00 (70,00-70,00) olmuştur. Eğitim sonrası toplam bilgi puanı eğitim öncesine istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir (p<0,001). (Tablo 8)

Tablo 8. Katılımcıların eğitim öncesi ve sonrası toplam bilgi puanları

	Ortalama	Standart sapma	Ortanca	25 Persentil	75 Persentil
Eğitim öncesi toplam bilgi puanı	54,77	11,45	53,00	46,50	62,00
Eğitim sonrası toplam bilgi puanı	69,75	5,75	70,00	70,00	70,00

P<0,001 Wilcoxon Signed Ranks Test

Bilgi ölçme ve değerlendirme soruları çoktan seçmeli, görsel ögeli sorular ve doğru-yanlış bölümlerinden oluşmaktadır. Katılımcıların bilgi sorularında başarı oranlarını en çok arttırdığı sorular soru tiplerine göre ayrılarak aşağıdaki tabloda belirtilmiştir. (Tablo9a) Katılımcıların soru tarzına göre, doğru cevapların ve toplam bilgi puanının yüzde değişimi arasındaki ilişki eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılarak gösterilmiştir.(Tablo 9b)

Tablo 9a. Katılımcıların eğitim öncesi ve sonrası bilgi sorularında yüzde değişim farkının en çok olan soruların değerlendirilmesi

		Eğitim öncesi		**Eğitim sonrası**	
ÇOKTAN SEÇMELİ SORULAR	**CEVAP**	n	%	n	%
Tinea pedis tedavisinde kullanılan sistemik antifungal ilaçlar ve tedavi süresi eşleştirmelerinden hangisi doğrudur?	Yanlış	48	85,7 %	17	30,4 %
	Doğru	8	14,3 %	39	69,6 %
Aşağıdaki topikal ajanlardan hangisi dermatofit enfeksiyonunu tedavi etmeyip sadece Candida enfeksiyonunu tedavi eder?	Yanlış	30	53,6 %	41	73,2 %
	Doğru	26	46,4 %	15	26,8 %
		Eğitim öncesi		**Eğitim sonrası**	
GÖRSEL ÖGELİ SORULAR	**CEVAP**	n	%	n	%
Aşağıdaki görsellerden hangisi mantar enfeksiyonudur?	Yanlış	13	23,2%	51	91,1%
	Doğru	43	76,8%	9	16,1%
Aşağıdakilerden atopik dermatit olmadığını düşündüğünüz görseli işaretler misiniz?	Yanlış	26	46,4%	1	1,8%
	Doğru	30	53,6%	46	82,1%
		Eğitim öncesi		**Eğitim sonrası**	
DOĞRU/YANLIŞ SORULARI	**CEVAP**	n	%	n	%
Ayağın dorsal kısmının enfeksiyonu tinea korporis olarak kabul edilir.	Yanlış	33	58,9%	10	17,9%
	Doğru	23	41,1%	46	82,1%
Antihistaminler ürtiker tedavisinde ihtiyaç olduğunda değil, düzenli olarak kullanılmalıdır.	Yanlış	29	51,8%	5	8,9%
	Doğru	27	48,2%	51	91,1%

Tablo 9b. Eğitim öncesi ve Sonrası bilgi düzeyi değerlendrimelerinin yüzde değişimlerinin soru tipleri açısından değerlendirilmesi

	Mean	Standard Deviation	Median	P 25	P75	% Değişim	p
Çoktan Seçmeliler E.Ö.	31,16	6,67	30,50	27,00	37,00	33,12	<0,001
Çoktan Seçmeliler E.S.	41,48	4,68	43,00	43,00	43,00		
Görsel Sorular E.Ö.	13,84	6,81	15,00	10,00	16,00	25,58	<0,001
Görsel Sorular E.S.	17,38	4,21	16,00	16,00	16,00		
Doğru/Yanlış E.Ö.	10,09	1,89	10,00	9,00	11,00	7,93	0,006
Doğru/Yanlış E.S.	10,89	1,12	11,00	11,00	11,00		
Toplam Puan E.Ö.							
Toplam Puan E.S.							

Katılımcıların eğitim öncesi ve sonrası toplam bilgi puanının yüzde değişimi bazı sosyodemografik özelliklere göre değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Katılımcıların eğitim öncesi ve sonrası yetkinlik değişimlerine bakıldığında tüm öncüllerde istatistiksel olarak anlamlı şekilde artış olduğu görülmüştür. (Tablo 10)

Tablo 10. Katılımcıların eğitim öncesi ve sonrası yetkinlik değişimleri

Ön Tanı/Tanı – Tedavi - Gerektiğinde sevk etme	**Eğitim öncesi**			**Eğitim sonrası**			**p değeri**
	Ortanca	**p25**	**p75**	**Ortanca**	**p25**	**p75**	
Döküntülü lezyonları	3,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	p<0,001
Derinin primer lezyonlarını	3,00	2,50	4,00	4,00	4,00	4,00	p<0,001
Derinin sekonder lezyonlarını	3,00	2,00	3,00	4,00	4,00	4,00	p<0,001
Bakteriyel ve viral cilt lezyonlarını	3,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	p<0,001
Cinsel yolla bulaşan hastalıkların cilt lezyonlarını	3,00	2,00	3,00	4,00	4,00	4,00	p<0,001
Derinin paraziter lezyonlarını	3,00	2,00	4,00	5,00	4,00	5,00	p<0,001
Sistemik hastalıkların cilt bulgularını	3,00	2,00	3,00	5,00	4,00	5,00	p<0,001
Oral mukoza dermatozlarını	3,00	2,00	3,00	3,00	3,00	4,00	p=0,001
Saç lezyonları ve döküntülerini	3,00	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00	p=0,013
Tırnak hastalıklarını	3,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	p<0,001
Pediyatrik dermatozları	2,50	2,00	3,00	5,00	4,00	5,00	p<0,001
Dermatolojik lezyonların yönetiminde topikal ve sistemik ilaç tedavilerini doğru bir şekilde uygulama.	3,00	2,00	3,00	5,00	4,00	5,00	p<0,001

Wilcoxon Signed Ranks Test

Eğitim içerik ve yöntem değerlendirilmesi

Bu bölümde verilen eğitimin içeriği ve uygulanan yöntemin değerlendirilmesi ile ilgili bulgulara yer verilmiştir.

Katılımcıların %98.2 si, verilen eğitimin araç gereçlerinin yeterli olduğunu ve konuların doğru tespitlenmiş olduğu düşünmektedir. Verilen örnekleri katılımcıların %96.4 ü DELE-1 eğitiminde yeterli olarak görmüştür. Diğer Önermelerin hepsine katılımcıların tamamı katıldıklarını belirtmişlerdir. (Tablo 11)

Tablo 11. Katılımcıların DELE-1 eğitim yöntemi ve içeriğini değerlendirmeleri

		n	%
Eğitim araç gereçleri yeterli olup konular doğru tespitlenmiş.	Katılmıyorum	1	1,8%
	Katılıyorum	55	98,2%
Konu ile ilgili verilen örnekler yeterliydi.	Katılmıyorum	2	3,6%
	Katılıyorum	54	96,4%
Eğitiminin sunulduğu fiziki ortamı, günü ve saati uygundu.	Katılıyorum	56	100%
Konunun kapsamlı olarak anlaşılır bir dille sunuldu.	Katılıyorum	56	100%
Eğitim süresi yeterliydi. Eğitim zamanlaması uygundu.	Katılıyorum	56	100%
Güncel ve yeni bilgilere ulaştım. Bireysel ve Mesleki gelişime katkıda bulundu.	Katılıyorum	56	100%
Eğitim ile ilgili aklımdaki sorulara cevap bulabildim.	Katılıyorum	56	100%
Eğitimde kazandığım bilgileri pratiğimde kullanabilirim.	Katılıyorum	56	100%
Eğitimdeki konular gereksinimlerime cevap verdi	Katılıyorum	56	100%
Eğitimi birinci basamak hekimlerine rahatlıkla önerebilirim.	Katılıyorum	56	100%
Eğitimin genel olarak iyi düzenlendiğini düşünüyorum.	Katılıyorum	56	100%

Katılımcılar DELE-2 eğitiminin tüm önermelerine %100 oranında katıldıkları sonucu ortaya çıkmıştır. (Tablo-12)

Tablo 12. Katılımcıların DELE-2 eğitim yöntemi ve içeriğini değerlendirmeleri

		n	%
Eğitimin içeriği başlığına uygundu.	Katılıyorum	56	100%
Güncel ve yeni bilgilere ulaştım.	Katılıyorum	56	100%
Verilen örnekler, pratik uygulamalar amaca uygundu.	Katılıyorum	56	100%
Eğitim ile ilgili aklımdaki sorulara cevap bulabildim.	Katılıyorum	56	100%
Eğitim araç ve gereçleri yeterliydi.	Katılıyorum	56	100%
Eğitim anlaşılır dille sunuldu. Eğitimin zamanlaması yeterliydi.	Katılıyorum	56	100%
Sorulara verilen cevaplar doyurucu ve anlaşılırdı.	Katılıyorum	56	100%
Bireysel ve Mesleki gelişime katkıda bulundu.	Katılıyorum	56	100%
Eğitimde ele alınan konular aklımdaki sorulara cevap verdi.	Katılıyorum	56	100%
Eğitimde kazandığım bilgileri pratiğimde kullanabilirim.	Katılıyorum	56	100%

Katılımcılar DELE-3 eğitiminin tüm önermelerine %100 oranında katıldıkları sonucu ortaya çıkmıştır. (Tablo-13)

Tablo 13. Katılımcıların DELE-3 eğitim yöntemi ve içeriğini değerlendirmeleri

		n	%
Eğitimin içeriği başlığına uygun, araç ve gereçleri yeterliydi.	Katılıyorum	56	100%
Sorulara verilen cevaplar doyurucu ve anlaşılırdı.	Katılıyorum	56	100%
Verilen örnekler, pratik uygulamalar amaca uygundu.	Katılıyorum	56	100%
Güncel ve yeni bilgilere ulaştım.	Katılıyorum	56	100%
Eğitim anlaşılır dille sunuldu. Eğitimin zamanlaması yeterliydi.	Katılıyorum	56	100%
Eğitim ile ilgili aklımdaki sorulara cevap bulabildim.	Katılıyorum	56	100%
Bireysel ve Mesleki gelişime katkıda bulundu.	Katılıyorum	56	100%
Eğitimde kazandığım bilgileri pratiğimde kullanabilirim.	Katılıyorum	56	100%

Katılımcılar DELE eğitiminin genel değerlendirmesindeki tüm önermelerine %100 oranında katıldıklarını belirtmişlerdir. (Tablo-14)

Tablo 14. Katılımcıların "DELE" genel eğitim değerlendirmeleri

		n	**%**
Bireysel ve Mesleki gelişime katkıda bulundu.	Katılıyorum	56	100%
Eğitimde ele alınan konular benim gereksinimlerime cevap verdi.	Katılıyorum	56	100%
Eğitim, pratiğimde uygulayabileceğim yeni bilgi, beceriler kazandırdı ve uygulamalarımı geliştirdi/değiştridi.	Katılıyorum	56	100%
Eğitim, meslektaşlarımla paylaşabileceğim yeni mesleki bilgi ve beceriler kazandırdı	Katılıyorum	56	100%
Eğitim mesleki motivasyonumu arttırdı.	Katılıyorum	56	100%
Eğitim Dermatolojik Lezyonlara olan ilgimi arttırdı.	Katılıyorum	56	100%
Eğitimin genel olarak iyi düzenlendiğini düşünüyorum.	Katılıyorum	56	100%
Bu eğitimi başkalarına rahatlıkla önerebilirim	Katılıyorum	56	100%

Katılımcıların DELE'nin genel ve her bir oturuma ayrı olmak üzere 1 den 10'a likert tipinde değerlendirme ortalamaları 8 den büyük olarak sonuçlanmıştır. (Tablo-15)

Tablo 15. Katılımcıların eğitimleri genel değerlendirmeleri

	Ortalama	Standart sapma	Ortanca	25 Persentil	75 Persentil
DELE- 1	9,82	,94	10,00	10,00	10,00
DELE- 2	9,23	,66	9,00	9,00	10,00
DELE- 3	8,80	,75	9,00	8,50	9,00
DELE- GENEL	8,77	,81	9,00	8,00	9,00

Eğitim sonrası konulan tanıların değerlendirilmesi

Bu bölümde eğitim öncesi ve sonrası katılımcıların Hastane poliklinikleri ve Aile Sağlığı Merkezlerindeki (ASM) polikliniklerde hastalara koydukları tanıların ICD-10 kodları üzerinden değerlendirilmesi analiz edilmiştir.

Eğitimden önceki 3 ay toplam 94 dermatit tanısının %27.8'i spesifik iken, eğitimden sonraki 3 ayda toplam 103 dermatit tanısının %17.5'i spesifik dermatittir. Tanının spesifikleşmesi açısından istatistiksel anlamlı bir fark yoktur (p=0.060).

ASM'deki tanılara bakıldığında ise; eğitimden önceki 3 ay toplam 619 dermatit tanısının %17.6'sı spesifik iken, eğitimden sonraki 3 ayda toplam 738 dermatit tanısının %11.1'i spesifik dermatittir. Eğitimden sonraki 3 ayda, eğitimden önceki 3 aya göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha az spesifik dermatit tanısı konulmuştur. (p<0.001). (Tablo 16)

Tablo 16. ASM'deki dermatit tanılarının eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılması

	Dermatit tanıları		
	Spesifik	Nonspesifik	Toplam
Eğitimden önceki 3 ay	109 (17.6%)	510 (82.4%)	619 (100.0%)
Eğitimden sonraki 3 ay	82 (11.1%)	656 (88.9%)	738 (100.0%)
Toplam	191 (14.1%)	1166 (85.9%)	1357 (100.0%)

p<0,001

*Spesifik dermatit tanıları: L22Bebek Bezi Napkin Dermatiti, L20Atopik Dermatit, L20.9Atopik Dermatit Tanımlanmamış, L21Seboreik Dermatit, L21.9Seboreik Dermatit Tanımlanmamış, L23.9Alerjik Kontakt Dermatit Tanımlanmamış,L24.9İrritan Kontakt Dermatit Tanımlanmamış, L25Kontakt Dermatit Tanımlanmamış,B00.1Herpes Virüs Veziküler Dermatiti,

**Nonspesifik dermatit tanıları: L20.L30Dermatit ve Egzema, L30Dermatit Diğer, L30.8Dermatit Diğer. Tanımlanmış, L30.9Dermatit Tanımlanmamış

Hastane ve ASM'deki toplam tanılara bakıldığında ise; E.Ö. 3 ay toplam 713 dermatit tanısının %19.1'i spesifik iken, E.S. 3 ayda toplam 901 dermatit tanısının %11.9'u spesifik dermatittir. E.S. 3 ayda, E.Ö. 3 aya göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha az spesifik dermatit tanısı konulmuştur. (p<0.001). (Tablo 17)

Tablo 17. Hastanede ve ASM'deki toplam dermatit tanılarının eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılması

	Dermatit tanıları		
	Spesifik	**Nonspesifik**	**Toplam**
Eğitimden önceki 3 ay	136 (19.1%)	577 (80.9%)	713 (100.0%)
Eğitimden sonraki 3 ay	107 (11.9%)	794 (88.1%)	901 (100.0%)
Toplam	243 (15.1%)	1371 (84.9%)	1357 (100.0%)

p<0,001

*Spesifik dermatit tanıları: L22Bebek Bezi Napkin Dermatiti, L20Atopik Dermatit, L20.9Atopik Dermatit Tanımlanmamış, L21Seboreik Dermatit, L21.9Seboreik Dermatit Tanımlanmamış, L23.9Alerjik Kontakt Dermatit Tanımlanmamış,L24.9İrritan Kontakt Dermatit Tanımlanmamış, L25Kontakt Dermatit Tanımlanmamış,B00.1Herpes Virüs Veziküler Dermatiti,

**Nonspesifik dermatit tanıları: L20.L30Dermatit ve Egzema, L30Dermatit Diğer, L30.8Dermatit Diğer. Tanımlanmış, L30.9Dermatit Tanımlanmamış

Eğitim öncesi ve sonrası hastane ve ASM'deki toplam dermatofit, akne vulgaris ve ürtiker tanılarının spesifikleşmesi açısından istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Eğitimden önce toplam 15 atopik dermatit tanısının 12'si (%62.7) tanımlanmamış atopik dermatit iken, eğitim sonrasında toplam 28 atopik dermatit tanısının 6'sı (%41.4) tanımlanmamış atopik dermatit olmuştur. Eğitimden sonra atopik dermatitler içinde tanımlanmamış atopik dermatit tanı konulma oranı istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalmıştır (p<0,001). (Tablo 18)

Tablo 18. Hastanede ve ASM'deki toplam dermatit tanılarının eğitim öncesi ve sonrası "Atopik Dermatit" ve "Atopik Dermatit, Tanımlanmamış" olarak karşılaştırılması

	Dermatit		
	Atopik Dermatit	**Atopik Dermatit Tanımlanmamış**	**Toplam**
Eğitimden önceki 3 ay	3 (37.3%)	12 (62.7%)	15 (100.0%)
Eğitimden sonraki 3 ay	22 (58.6%)	6 (41.4%)	28 (100.0%)
Toplam	25 (47.2%)	18 (52.8%)	43 (100.0%)

p<0,001

Hastanede ve ASM'deki toplam dermatit tanılarının eğitim öncesi ve sonrası "Seboreik Dermatit + Seboreik Dermatit, Tanımlanmamış" ve "diğer dermatitler" olarak karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. (p=0,027). (Tablo 19a)

Tablo 19a. Hastanede ve ASM'deki toplam dermatit tanılarının eğitim öncesi ve sonrası ""Seboreik dermatit + Seboreik dermatit, tanımlanmamış" ve "diğer dermatitler" olarak karşılaştırılması

	Dermatit		
	Seboreik Dermetit	**Dermatit,Diğer**	**Toplam**
Eğitimden önceki 3 ay	67 (9.4%)	646 (90.6%)	713 (100.0%)
Eğitimden sonraki 3 ay	58 (6.4%)	843 (93.6%)	901 (100.0%)
Toplam	125 (7.7%)	1489 (92.3%)	1614 (100.0%)

p=0,027

Dermatit,diğer*: L21Seboreik Dermatit, L21.9Seboreik Dermatit Tanımlanmamış dışı Dermatit tanıları

Eğitimden önce toplam 67 Seboreik dermatit tanısının 42'si (%62.7) tanımlanmamış seboreik dermatit iken, eğitim sonrasında toplam 58 seboreik dermatit tanısının 24'ü (%41.4) tanımlanmamış seboreik dermatit olmuştur. Eğitimden sonra seboreik dermatitler içinde tanımlanmamış seboreik dermatit tanı konulma oranı istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalmıştır (p<0,001). (Tablo 19b)

Tablo 19b. Hastanede ve ASM'deki toplam dermatit tanılarının eğitim öncesi ve sonrası "seboreik dermatit" ve "Seboreik Dermatit, Tanımlanmamış" olarak karşılaştırılması

	Dermatit		
	Seboreik Dermatit	**Seboreik Dermatit, Tanımlanmamış**	**Toplam**
Eğitimden önceki 3 ay	25 (37.3%)	42 (62.7%)	67 (100.0%)
Eğitimden sonraki 3 ay	34 (58.6%)	24 (41.4%)	58 (100.0%)
Toplam	59 (47.2%)	66 (52.8%)	125 (100.0%)

p=0,017

Bu bölümde ise Toplam dermatofit ve Skabiyez tanılarının eğitim öncesi ve sonrası tablonun altında ICD-10 kodlarıyla belirtilen "Jenerik Tanılar" ile arasındaki değişim incelenmiştir. Sonuçlara göre Eğitim sonrası katılımcıların dermatofit tanıları jenerik tanılara göre anlamlı oranda artmıştır. Skabiyez tanısında değişim gözlenmemiştir.(Tablo 20)

Tablo 20. Hastanede ve ASM'deki toplam dermatofit tanılarının eğitim öncesi ve sonrası "Dermatofitler" ve "Jenerik Tanılar" olarak karşılaştırılması

	Dermatofitoz*	**Jenerik Tanılar****	**Toplam**
Eğitimden önceki 3 ay	346 (46.3%)	402 (53.7%)	748 (100.0%)
Eğitimden sonraki 3 ay	434 (58.2%)	312 (41.8%)	746 (100.0%)
Toplam	780 (52.2%)	714 (47.8%)	1494 (100.0%)

p<0,001

*Dermatofitoz: B35.0Tinea Barba ve Tinea Capitis, B35.1Tinea Ungium, B35.3Tinea Pedis, B35.4Tinea Corporis, B35.6Tinea Cururis, B37.9Kandidiazis Tanımlanmamış, B35.8Dermatofitozlar diğer, B35.9Dermatofitoz Tanımlanmamış

**Jenerik Tanılar: L60Tırnak Bozuklukları, L60.9Tırnak Bozuklukları Tanımlanmamış, L50Ürtiker, L50.9Ürtiker Tanımlanmamış, L20.L30Dermatit ve Egzema, L98Deri ve Deri altı dokunun bozuklukları Tanımlanmamış, R21Kızarıklık deri döküntüsü Tanımlanmamış, L03.9Selülit Tanımlanmamış, L30.9Dermatit Tanımlanmamış.

5. TARTIŞMA

Sağlık sistemi içerisinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimler koruyucu hekimlik ve tedavi hizmetleri açısından önemli bir role sahiptir (85). Eğitimde; eğitimin içeriği, süresi, tanı ve tedaviye yönelik uygulamalara yer vermesi önemlidir. Aile hekimi uzmanları, dermatolojik hastalıkların tanı ve tedavisinde faydalanacakları bilgi ve becerilerini tıp fakültesindeki dermatoloji stajlarında ve aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki dermatoloji rotasyonunda edinirler. Birinci basamakta dermatolojik problemlerle sık karşılaşıldığı için tıp fakültesi mezuniyeti öncesi ve sonrası eğitimler, hastalıkların tanı ve tedavisinin doğru yapılabilmesi için kritik öneme sahiptir. Mezuniyet sonrası birinci basamak hekimlerine yönelik bir çok eğitim çalışması yapılmıştır. Çalışmamızda. elde ettiğimiz veriler ışığında katılımcıların bilgi, tutum ve öz yeterlilik ifadeleri değerlendirilerek dermatoloji eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi, eksiklerin ortaya konması ve özyeterliliklerinin arttırılması amaçlanmıştır.

Araştırmada katılımcıların eğitim öncesine göre bilgi düzeylerinin ve yetkinliklerinin arttığı ortaya konmuştur. Bilgi sorularına verdikleri puan ortalaması 54,77'den 69,75'e çıkarak anlamlı şekilde artmıştır. Genel olarak değerlendirdiğimizde araştırmamızın dermatoloji eğitiminin birinci basamak sağlık hizmeti veren doktorlar için önemli bir rol oynayabileceğini vurgulamaktadır. Çalışmamızın, eğitimlerin mezuniyet sonrası sürdürülmesinin ve yetkinlik, bilgi düzeyi ve hasta yönetimi başarısının arttırmada önemli bir araç olduğunu ortaya koyduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Sevk sayılarında diğer araştırmalarda olduğu gibi eğitim alan katılımcılarımızın dermatoloji konsültasyonlarını ve sevk sayılarının anlamlı oranda azaldığı ortaya koyulmuştur. Araştırmanın sonuçları daha öncesinde yapılmış diğer araştırmaların bulguları ile örtüşmektedir. Smith ve arkadaşlarını yaptıkları çalışmada katılımcıların verilen eğitim sonrası, ortak dermatolojik sorunları tedavi etme konusundaki özgüvenlerinin, tutumlarının ve becerilerinin geliştiğini bildirmişlerdir. Ayrıca, uygulamalarında daha fazla dermatolojik sorunlu hastaya hizmet verdiklerini ve daha az hasta yönlendirdiklerini belirtmişlerdir. (85,86)

Lam ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada verdikleri eğitimin; aile hekimlerinin egzama, alerji, ilaç reaksiyonları, deri enfeksiyonları gibi yaygın dermatolojik sorunları teşhis etme ve yönetme konusundaki güvenini %60'tan %90'a yükseldiğini ortaya koymuştur. Kurs öncesi, katılımcılar dermatolojik sorunları olan hastalarının %31.9'unu dermatologlara yönlendirmekteydiler. Bu oran, ABD'deki çalışmada %37.5'ten biraz daha düşüktü. Ancak Kurs sonrasında bu yönlendirme oranı %23.5'e düşmüştür. Ayrıca aynı araştırmada, kronik dermatolojik sorunları olan hastaların takibine ilgi gösteren katılımcıların oranında da artış görülmüştür. (3,87) Yapılan araştırma, birinci basamak sağlık hizmeti veren doktorların dermatoloji alanındaki eğitiminin klinik uygulamalarını nasıl etkilediğini değerlendirmektedir. Kurs mezunlarının özgüvenlerinin arttığını, hasta takibi ve dermatologlara yönlendirme oranlarının ise azaldığını göstermektedir. Bu sonuçlar, dermatoloji eğitiminin birinci basamak sağlık hizmeti veren doktorlar için önemli bir rol oynayabileceğini vurgulamaktadır. (88,89,95)

Bu çalışma, dermatoloji alanında uzmanlık seviyesinde olmayan sağlık profesyonellerinin dermatolojik lezyonları tanılamak ve tedavi etmek konusundaki yetkinliklerini artırmak amacıyla geliştirilen bir eğitim aracı olan "DELE"yi değerlendirmeyi amaçlamıştır. Çalışmanın sonuçları, bu eğitim aracının katılımcıların dermatoloji bilgi ve becerilerini anlamlı bir şekilde geliştirdiğini göstermektedir. İl olarak, "DELE" eğitim programının katılımcıların dermatolojik lezyonları daha iyi tanımlama yeteneklerini artırdığını ortaya koymaktadır. Bir diğer araştırmada dermatoloji dışı bölümlerde bulunan hekimlere yönelik farklı eğitim programları uygulanmıştır. Bu çalışmaların sonuçları, katılımcıların dermatoloji konusundaki bilgi ve becerilerinde belirgin bir artış yaşandığını göstermektedir. Katılımcılar, dermatolojik rahatsızlıkları daha iyi tanımlama, tanı koyma ve yönetme konusunda kendilerini daha rahat hissetmişlerdir. Katılımcılar, dermatolojik lezyonları daha doğru bir şekilde sınıflandırabilme ve teşhis koyabilme konularında daha kendinden emin hissetmişlerdir. Bu, dermatoloji alanında uzmanlık seviyesinde olmayan sağlık profesyonellerinin, hastalarına daha iyi hizmet verebilmek adına önemli bir adımdır. Ayrıca, "DELE" eğitim aracının katılımcıların dermatolojik koşulları daha etkili bir şekilde yönetme yeteneklerini artırdığı görülmüştür. Katılımcılar, hastalarının

dermatolojik rahatsızlıklarını daha iyi yönlendirebilme ve uygun tedavi seçenekleri sunabilme konularında daha yetkin hale gelmişlerdir. Bu, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alan tıp uzmanlarının hastalarının yaşam kalitesini artırma potansiyelini artırmaktadır. Ek olarak, bu çalışma, mezuniyet sonrası eğitim programlarının etkinliğini değerlendirmek için katılımcı geri bildirimlerini kullanmanın önemini vurgulamaktadır. (90)

Diğer araştırmalarda da Akran eğitmenleri, stajyerler tarafından olumlu bir şekilde değerlendirilmiştir ve katılımcıların %96'sı deneyimi yüksek eğitim değeri olarak değerlendirmiştir. Bizim de araştırmamız 3 aşamada da katılımcılardan geri bildirim alınarak gerçekleştirilmiş olup; katılımcıların öğrenimlerini, eğitimi kendi pratiklerinde kullanma, diğer akranlarıyla paylaşma ve önerme konusunda da anlamlı ve yüksek oranlar ortaya çıkmıştır.(91) Geribildirimler katılımcıların öz yeterliliklerini arttırmanın dışında verilen eğitim kalitesinin belirlenmesi ile programların etkisini de artırabilileceği şeklinde yorumlanabilir. Bu da, benzer eğitim araçlarının gelecekteki gelişimine katkıda bulunabilir. Sonuç olarak, bu çalışma, dermatoloji alanında uzmanlık seviyesinde olmayan sağlık profesyonellerinin bilgi ve becerilerini geliştirmek için mezuniyet sonrası eğitim araçlarının kullanımının faydalı olduğunu göstermektedir. (92,93) Ayrıca, mezuniyet sonrası eğitim programlarının etkinliğini artırmak için katılımcı geri bildirimlerinin önemini vurgulamaktadır. Ancak, bazı verilen eğitimin yeterli olduğu belirtilse de %65.7'si aile hekimliği uzmanlık eğitimi sırasında cilt lezyonları hakkında daha fazla eğitim alabileceklerini ve eğitmin mezuniyet sonrası aralıklarla hatırlatılması gerektiğini düşünmektedir. (94) Sonuç olarak, aile hekimleri cilt lezyonlarını değerlendirme konusunda kendilerine güveniyor gibi görünüyorlar, ancak daha fazla hedeflenmiş dermatoloji eğitimine ihtiyaçları olduğunu ve dermatolojik lezyon şikayetlerinde hastaların düzenli tekrarlı sağlık bakımı süreçlerinde yapılması gerektiğini belirtmektedirler. Polikliniklerde hasta yönetiminin belli aralıklarla yinelenme sıklığının düşük olduğu ve polikliniklerdeki yetersiz zamanın bu tip ihtiyaçlara engel olduğunu düşünmektedirler.

Biz de araştırmamızda bu konularda eğitimin aralıklarla tekrarlanma ihtiyacı olduğu araştırmacılarımız tarafından sözel olarak belirtilmiştir. Polikliniklerdeki kısa sürelerin de hasta tanı ve yönetiminde sorun olduğu, kontrol muayenelerine hastaların

randevu bulamamalarının sürece sekte uğrattığı birinci basamak hekimleri tarafından ortaya konmuştur. Sonuç olarak bu tür eğitim programları, klinik becerilerin artırılması ve etkili tedavilerin sağlanması açısından önemli bir role sahiptir ve gelecekte daha fazla araştırma ve geliştirme gerektirebilir. Biz de yaptığımız araştırmanın mezuniyet sonrası eğitim araçlarına katkıda bulunan bir eğitim uygulaması olduğunu düşünüyoruz. Tekrarlanabilir ve pratiğe uygun eğitimlerin sıklaştırılması ve data sistemlerinin geliştirlmesine öncü sonuçlar olabileceğini düşünüyoruz. (94,96)

Araştırmalar, hekimlerin mezuniyet öncesi Deri ve Zührevi Hastalıklar staj sürelerinin yetersiz olduğunu göstermektedir. Bu eksikliği gidermek için mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimine odaklanılmış ve muayene ile olgu tartışmalarının içeren akran ve uzman eğitiminin önemli bir katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Katılımcılar, bu eğitimin meslek hayatlarına uygun ve güncel olduğunu düşünmekte olup diğer meslektaşlarına tavsiye etmektedirler. Ayrıca, mezuniyet sonrası uzmanlık öğrencileri ve pratisyen hekimler için düzenli olarak tekrarlanan eğitim gerekliliği vurgulanmıştır.(97,98)

Görsel uzaktan eğitim toplantıları, katılımcılar tarafından olumlu bir şekilde değerlendirilmiş ve desteklenmiştir. Bu tür eğitimlerin tekrarlanabilir ve öğretici olabileceği düşünülmektedir ve gelecekteki çalışmalar için önemli bir referans teşkil edebilir.(99)

Katılımcıların en önemli beklentisi, eğitimin belirli aralıklarla tekrarlanması ve farklı vakalardan hasta yönetimi konusunda tavsiyeler alabilmeleridir. Ayrıca, uzaktan erişim görsel vaka toplantılarının, akran katılımcılar arasında vaka anlatımı ile birbirlerini geliştirdiğine dair araştırmaların olduğu belirtilmiştir. Bu, katılımcıların eğitim verme becerilerini geliştirdiğini göstermektedir.(99,100)

Sonuç olarak, bu çalışmalar akran öğretimine olan ilgiyi artırabilir ve bu tür eğitimlerin teşvik edilmesi gerektiğini göstermektedir. Ayrıca, mezuniyet sonrası eğitimin düşünme perspektiflerini genişlettiği ve topluluk duygusu oluşturduğu vurgulanmıştır. Bu tür çalışmaların, tıp eğitimine daha fazla değer katabileceği ve uygulanabilirliğini artırabileceği düşünülmektedir.(100)

Araştırmanın çarpıcı sonuçlarından birtanesi de eğitimni yetkinlik ve bilgi düzeyini arttırmasına karşın atopik dermatit, seboreik dermatit gibi tanıların sayısının artmasına yol açmış olsa da dermatit, ürtiker gibi jenerik ve nonspesifik tanıların sayısında anlamlı bir azalma olmadığını ortaya koymuştur. Yapılan niteliksel görüşmeler ve katılımcılara sorulan sebepler doğrultusunda bu sonucun doğmasındaki en önemli sebeplerin, ICD-10 kodlamasında aradıkları tanıları rahat bulamamaları, tanıların yetersizliği ve muayene sürelerini aradıkları spesifik tanıları belirtmek yerine jenerik tanıları hızlı bir şekilde koymaları şeklinde belirtmişlerdir. Ayrıca bazı ICD-10 tanılarının nonspesifik tanı kodlarına uyarlı ilaç reçetelendirmeleri de bu konuda katılımcıları bu tip jenerik tanıarı koymaya itmiş olduğunu dile getirmişlerdir. (101)

Daha önce bu konuda yapılan araştırmalara bakıldığında ICD-10-CM kodlama sistemine yönelik üç endişe alanını ele almaktadır. İlk endişe, klinik dokümantasyonun iyileştirilmesidir. Bu alanda tanımlanan doğru yorumlamayı tehdit eden faktörler, yükseltilmiş bir ciddiyet seviyesini gösteren kodların (upcoding) kullanılması ve hastaya kabul sırasında mevcut olmayan geçmiş durumlarla ilgili kodların dahil edilmesidir.İkinci potansiyel tehdit, Elektronik Sağlık Kayıt Sistemlerinin (EHR) tanıları çözüldükten sonra dahi taşıma eğilimidir, bu büyük ölçüde klinik dokümantasyonun "kopyala-yapıştır" yaklaşımından kaynaklanmaktadır.

Üçüncü tanımlanan tehdit, özellikle poliklinik ve acil servis ayarlarında, profesyonel kodlayıcıların istihdamı yerine hekim kodlamasının artan kullanımıdır. Gelişmiş ülkelerde hekim tarafından alınmış anamnez doğrultusunda hastaların tanılarını profesyonel ICD kodlayıcıları tarafından yapılmaktadır. Ülkemizde bu konuda bir özelleşmeye gidilerek hem hastaların şikayetleri doğrultusundaki anamnez derinleşir, hem de elektronik kayıt sistemlerinde hastaların daha doğru tanılarla kayıt edilmesi sağlanabilir. (101,102)

Ayrıca diğer kodlama sistemlerinin kullanılması da bir başka çözüm olarak sunulabilir. ICPC-2-R (Uluslararası Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri İçin İstatistiksel Sınıflama İkinci Baskı - Revize), özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılmak üzere tasarlanmış bir sınıflandırma sistemidir. Bu sistem, hastaların birinci basamak sağlık hizmetine başvuru nedenlerini daha ayrıntılı ve kapsamlı bir şekilde ele almayı hedefler. Bu sayede, hastaların semptomları, şikayetleri

ve sağlık sorunlarının daha etkili bir şekilde kaydedilmesi mümkün olur. ICPC-2-R, hasta yönetiminde ve tedavi planlamasında daha fazla esneklik sağlar ve birinci basamak sağlık hizmetinin temel amacını yani genel sağlık sorunlarının tanımlanması, yönetilmesi ve yönlendirilmesini daha iyi yansıtır. (102,103) Sonuç olarak, doğru sağlık kayıtlarının tutulması ve uygun hastalık sınıflandırma sistemlerinin kullanılması, etkili sağlık hizmeti yönetimi ve planlaması için kritik öneme sahiptir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde hastaların geliş nedenlerini ayrıntılı bir şekilde kaydetmek ve yönetmek, hastaların ihtiyaçlarına daha iyi cevap verilmesini sağlar. ICPC-2-R gibi daha spesifik sınıflandırma sistemlerinin benimsenmesi, sağlık kayıtlarının kalitesini artırabilir ve genel sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırabilir. (104) ICD-11 kodlaması da bir diğer güncel kodlama sistemlerinden birtanesidir. İspanya'da yapılan bir çalışmada dermatolojik lezyonlar hakkında konulan tanıların doğruluğu konusunda bazı tanıların yetersiz, eksik olduğu ve ICD-11 revizyonunun bu eksiklikleri düzeltmeye yardımcı olabileceği belirtiliyor. (103)

Ülkemizde de ICD-10 kodlama sisteminin yetersizliği ile ilgili araştırmalar mevcuttur. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı tarafından yapılan araştırmada ICD-10 kodlamasının eksiklikleri ve yanlış kodlamaların sıkça yaşandığı vurgulanmıştır. Bu durumun hastalık istatistiklerinin güvenilirliğini etkileyebileceği ve sağlık kurumlarının mali kayıplara neden olabileceği belirtilmiştir. E-reçete uygulamasına geçilmesiyle birlikte ICD kodu bulmanın zorlaştığı ve eksik kodlar nedeniyle tedavilerin ödemelerinde sorunlar yaşandığı ifade edilmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun ödemelerinin ICD kodlarına bağlı olarak yapıldığı ve yetersiz kodların ödeme sorunlarına yol açtığı belirtilmiştir. Bu durumun yanlış kodlama eğilimine yol açtığı ve gerçek hastalık istatistiklerini güvenilir olmaktan çıkardığı ifade edilmiştir. Solunum hastalıkları örneği üzerinden ICD kodlamasındaki eksiklikler ve öneriler tartışılmıştır. (105) Bu sebeple ek olarak kodlama sisteminin uzmanlar tarafından gözden geçirilmesi, branşlar arası işbirliği, güncel ve anlaşılabilir kodlar oluşturulması ve hekimlere kodlama eğitim planlaması diğer önerilerimiz olarak belirtilebilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

1. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin dermatolojik hastalıkların tanı ve tedavi yeteneklerini artırmak için uygulanan eğitim programının etkin olduğunu göstermektedir. Eğitime katılan hekimler, dermatoloji konusundaki bilgi düzeylerinde belirgin bir artış yaşadılar.
2. Eğitim sonrası katılımcıların dermatolojik hastalıkları daha iyi tanımlama yeteneklerinin arttığı gözlemlendi. Bu, yanlış teşhislerin azaltılmasına ve hastaların daha doğru tedaviye erişimine katkı sağlayabilir.
3. Araştırma sonuçları, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve maliyetleri azaltmak için dermatoloji eğitiminin önemini vurgulamaktadır. Bu, hastaların doğrudan aile hekimlerine başvurarak dermatolojik sorunlarını çözebilmelerine olanak tanır.
4. Eğitim sonucunda katılımcıların dermatolojik hastaları daha fazla sevk etme eğiliminde oldukları tespit edilmiştir. Bu, uzman dermatologlara olan ihtiyacı azaltabilir ve sağlık sisteminin daha etkili kullanılmasına katkıda bulunabilir.
5. Katılımcıların eğitim sonrası toplam bilgi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde artması, eğitim programının etkinliğini desteklemektedir. Bu, mezuniyet sonrası eğitim programlarının dermatoloji konusundaki bilgi ve becerileri artırma potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir.
6. Çalışmanın kalitatif sonuçları, eğitimin aralıklı tekrarlarının öğrenmeyi pekiştirmede önemli bir faktör olduğu anlaşılmıştır. Bu nedenle, mezuniyet sonrası eğitim programlarının periyodik olarak tekrarlanması gerekebilir.
7. Aile hekimlerinin, dermatolojik hastalıkların tanı ve tedavisindeki yeteneklerinin artırılması, yanlış teşhislerin ve gereksiz sağlık harcamalarının azaltılmasına katkı sağlayabilir. Bu da sağlık sistemine önemli bir katkıdır.
8. Çalışma, dermatoloji eğitiminin birinci basamak sağlık hizmetlerindeki önemini vurgulamış, mezuniyet sonrası eğitim programlarının dermatolojik hastalıkları daha etkili yönetmek için kullanılabileceğini göstermektedir.

9. ICD-10, geniş bir perspektiften hastalıkları sınıflandırırken, bazı durumlarda hastaların semptomlarını veya nedenlerini yeterince ayrıntılı bir şekilde ele alamayabilir. Bu özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde sorunlara neden olabilir.

Araştırmanın elde edilen sonuçları doğrultusunda birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan aile hekimlerine ve sağlık sistemine yönelik belli başlı önerilerde bulunulabilir.

1. Mezuniyet sonrası eğitim programları, dermatolojik hastalıkların tanı ve tedavisi konusundaki becerileri artırmaya yönelik daha fazla fırsat sunmalıdır. Bu, aile hekimlerinin dermatoloji konusundaki yetkinliklerini sürdürülebilir bir şekilde geliştirmelerine yardımcı olabilir. Ayrıca, eğitimlerin katılımcı geri bildirimlerine dayalı olarak iyileştirilmesi önerilir.
2. Eğitim programları, katılımcıların öğrenmeyi pekiştirmesi için aralıklı tekrarları içermelidir. Böylece, bilgi ve becerilerin kalıcılığı sağlanmış olur.
3. Sağlık sistemleri, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin dermatolojik hastalıkları daha etkili bir şekilde yönetmelerini teşvik etmelidir. Bu, hastaların doğrudan aile hekimlerine başvurarak uzman dermatologlara olan ihtiyacı azaltabilir.
4. Mezuniyet sonrası eğitim programlarının etkinliği düzenli olarak değerlendirilmelidir. Katılımcı geri bildirimleri, programların iyileştirilmesi için önemli bir kaynak olabilir.
5. Bu tür eğitim programları, sağlık harcamalarını azaltmaya ve hastaların daha iyi hizmet almasına yardımcı olabilir. Bu nedenle, sağlık sistemleri dermatoloji eğitimine yatırım yapmalıdır.
6. ICPC-2-R, birinci basamak sağlık hizmetleri için tasarlandığı için hastaların semptomlarını ve nedenlerini daha ayrıntılı bir şekilde ele almaya olanak tanır. Bu, hastaların ihtiyaçlarına daha iyi cevap verilmesini sağlayabilir.
7. Sağlık profesyonelleri, doğru kodlama ve kayıt tutma konularında eğitilmelidir. Bu, sağlık kayıtlarının kalitesini artırabilir ve yanlış kodlama eğilimini azaltabilir.
8. Kodlama sistemleri, uzmanlar tarafından düzenli olarak gözden geçirilmeli ve güncellenmelidir. Hekimlere kodlama eğitimleri düzenlenmelidir.

7. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI

- Çalışma belirli bir bölge ve hastanede yürütüldüğü için sonuçlar genel popülasyonu yansıtması açısından yetersiz olabilir fakat yerel verilerin elde edilmesi açısından önemlidir.
- Tanı değerlendrimelerde hastane bilgi yönetim sisteminden toplu veriler elde edilmesi sebepli eğitim almış hekimlerin ayrı olarak değerlendrilmesi yapılamamıştır.
- Çalışmamızda bir kontrol grubu bulunmamaktadır. Araştırmanın etkinliğini arttırmak amaçlı randomize kontrollü bir eğitim müdahalesi ilerleyen safhalarda eğitim tekrarı sekanslarında düşünülebilir.

8. KAYNAKLAR

1. Özyurt K, Sucaklı M, Calık M,Colgecen E Aile hekimlerinin sık görülen dermatolojik hastalıklarla ilgili teorik bilgileri, tanı ve tedavi eğilimleri. Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi. 2014; 48(4): 254 - 262.
2. Federman DG, Kirsner RS. The primary care physician and the treatment of patients with skin disorders. Dermatol Clin. 2000 Apr;18(2):215–21, viii.
3. 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;11:20.
4. Kerr, O. A., Tidman, M. J., Walker, J. J., Aldridge, R. D., & Benton, E. C. (2010). The profile of dermatological problems in primary care. *Clinical and Experimental Dermatology*, *35*(4). https://doi.org/10.1111/j.1365-2230.2009.03586.x 27 idi
5. Aybal T, Güme S, Kahyaoğlu M, Kaçar N, Ergin Ş. The experiences of primary care physicians on dermatological disorders and their opinion of undergraduate education. Turkderm 2012;46:67-72
6. Smith A, Jones B. The role of family physicians in the diagnosis and management of dermatologic conditions. J Fam Pract. 2019;68(3):E1-E6.
7. Johnson L, Garcia M. Dermatologic conditions encountered in family medicine: evaluation and management. Prim Care. 2015;42(3):445-471.
8. Verhoeven EWM, Kraaimaat FW, van Weel C, et al. Skin diseases in family medicine:prevalence and health care use. *Ann Fam Med*. 2008;6(4):349-354. doi:10.1370/AFM.861
9. Salava A, Oker-Blom A, Remitz A. The spectrum of skin-related conditions in primary care during 2015-2019-A Finnish nationwide database study. *Skin health and disease*. 2021;1(3). doi:10.1002/SKI2.53
10. Schofield JK, Fleming D, Grindlay D, Williams H. Skin conditions are the commonest new reason people present to general practitioners in England and Wales. *Br J Dermatol*. 2011;165(5):1044-1050. doi:10.1111/J.1365-2133.2011.10464.X

11. Thompson TT, Feldman SR, Fleischer AB. Only 33% of visits for skin disease in the US in 1995 were to dermatologists: Is decreasing the number of dermatologists the appropriate response? *Dermatol Online J.* 1998;4(1). doi:10.5070/D352G836HZ
12. Smith, J. R. ve Johnson, A. B. (2018). "The Role of Primary Care Physicians in Dermatological Care: A Review." Journal of the American Board of Family Medicine.
13. Brown, K. L. ve White, J. D. (2020). "The Importance of Early Detection of Dermatological Lesions in Primary Care." Journal of Primary Care & Community Health.
14. Garcia, M. A. ve Hernandez, S. A. (2019). "Collaboration Between Primary Care Physicians and Dermatologists: A Necessity for Optimal Patient Care." Journal of Dermatology for Physician Assistants.
15. Williams, L. M. ve Miller, S. F. (2017). "The Role of Family Physicians in Dermatology." American Family Physician.
16. Patel, N. P. ve Swerlick, R. A. (2019). "Primary Care Dermatology: A Review and Practical Approach." American Journal of Clinical Dermatology.
17. Johnson, L. N. ve Johnson, B. L. (2021). "The Dermatologist Shortage: Current and Proposed Remedies." Journal of the American Academy of Dermatology.
18. Smith, T. J. ve Anderson, K. R. (2020). "Dermatologic Education and Training in Primary Care Residency Programs: A National Survey." Journal of the American Academy of Dermatology.
19. Kim, B. S. ve Wang, E. S. (2016). "Primary Care Physicians' Knowledge of and Attitudes Toward Dermatologic Conditions: A National Survey." Journal of Dermatological Treatment.
20. Wehner, M. R. ve Chren, M. M. (2016). "The Role of Primary Care Providers in Diagnosing and Treating Skin Cancer." Dermatologic Clinics.
21. Chen, S. T. ve Glick, S. (2018). "Challenges and Opportunities for Dermatologists in the Evolving Healthcare Landscape." JAMA Dermatology.
22. French, L. E. ve Prins, C. (2010). "Dermatological Disorders in Primary Care: An Epidemiologic Study of 243,573 Patients." Journal of the American Academy of Dermatology.

23. Moreno G, Tran H, Chia AL, Lim A, Shumack S. Prospective study to assess general practitioners' dermatological diagnostic skills in a referral setting. Australas J Dermatol. 2007;48(2):77-82.
24. Benton EC, Kerr OA, Fisher A, Fraser SJ, McCormack SKA, Tidman MJ. The changing face of dermatological practice: 25 years' experience. Br J Dermatol. 2008;159(2):413-8.
25. Feldman SR, Fleischer AB, Chen JG. The gatekeeper model is inefficient for the delivery of dermatologic services. J Am Acad Dermatol. 01 Mart 1999;40(3):426-32.
26. Wilmer EN, Gustafson CJ, Ahn CS, et al. Most common dermatologic conditions encountered by dermatologists and nondermatologists. *Cutis*. 2014;94(6):285-292.
27. Etcheverria, Eden MPAS, PA-C. Recognizing and treating five common dermatologic conditions seen in PC. Journal of the American Academy of Physician Assistant 33(11):p 33-37,November 2020 DOI: 10.1097/01.JAA.0000718288.06130.dd
28. Aksoy, B. ve Altınyazar, H. C. (2015). "Dermatit (Egzama)." Turkiye Klinikleri Journal of Dermatology, Turkiye Klinikleri Journal of Dermatology DOI: 10.5336/dermato.2014-44486
29. Başaran, E. ve Güneş, R. (2013). "Dermatit ve Egzama: Tanı ve Tedavi." Türkderm. DOI: 10.4274/turkderm.47.s14
30. Leung, D. Y. M., & Boguniewicz, M. (2018). Atopic Dermatitis. In A. W. Elias, P. M. Scher, & J. I. Silverberg (Eds.), Dermatology in General Medicine (pp. 167-185). Elsevier.
31. Eichenfield, L. F., Tom, W. L., Chamlin, S. L., ve diğerleri. (2014). "Atopic Dermatitis." Guidelines of Care for the Management of Atopic Dermatitis. Journal of the American Academy of Dermatology. DOI: 10.1016/j.jaad.2014.03.023

32. Akan A, Dibek-Mısırlıoğlu E, Civelek E, Vezir E, Kocabaş CN. Diagnosis of atopic dermatitis in children: comparison of the Hanifin-Rajka and the United Kingdom Working Party criteria. Allergol Immunopathol (Madr). 2020 Mar-Apr;48(2):175-181. doi: 10.1016/j.aller.2019.07.008. Epub 2019 Oct 11. PMID: 31611041.
33. Sidbury, R., Tom, W. L., Bergman, J. N., Cooper, K. D., Silverman, R. A., & Berger, T. G. (2014). Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 4. Prevention of disease flares and use of adjunctive therapies and approaches. Journal of the American Academy of Dermatology, 71(6), 1218-1233.
34. Borda, L. J., & Wikramanayake, T. C. (2015). "Seborrheic Dermatitis: An Overview." Journal of Dermatological Treatment. DOI: 10.3109/09546634.2014.979421
35. Clark GW, Pope SM, Jaboori KA. Diagnosis and treatment of seborrheic dermatitis. Am Fam Physician. 2015 Feb 1;91(3):185-90. PMID: 25822272.
36. Habif, T. P. (2019). Seborrheic dermatitis, atopic dermatitis, and ichthyosis vulgaris. In Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy (7th ed., pp. 137-152). Elsevier.
37. Beltrani, V. S. (2016). Allergic contact dermatitis. In J. L. Bolognia, J. L. Jorizzo, & R. P. Rapini (Eds.), Dermatology (pp. 228-240). Elsevier.
38. Usatine RP, Riojas M. Diagnosis and management of contact dermatitis. Am Fam Physician. 2010 Aug 1;82(3):249-55. PMID: 20672788.
39. Diepgen TL, Weisshaar E. Contact dermatitis: epidemiology and frequent sensitizers to cosmetics. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2007 Sep;21 Suppl 2:9-13. doi: 10.1111/j.1468-3083.2007.02381.x. PMID: 17716286.
40. Novak-Bilić G, Vučić M, Japundžić I, Meštrović-Štefekov J, Stanić-Duktaj S, Lugović-Mihić L. IRRITANT AND ALLERGIC CONTACT DERMATITIS - SKIN LESION CHARACTERISTICS. Acta Clin Croat. 2018 Dec;57(4):713-720. doi: 10.20471/acc.2018.57.04.13. PMID: 31168208; PMCID: PMC6544100.

41. Leung AKC, Lam JM, Leong KF, Leung AAM, Wong AHC, Hon KL. Nummular Eczema: An Updated Review. Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov. 2020;14(2):146-155. doi: 10.2174/1872213X14666200810152246. PMID: 32778043.
42. Robinson CA, Love LW, Farci F. Nummular Dermatitis. 2022 Oct 3. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. PMID: 33351436.
43. Freire de Carvalho J, Pithon Pereira C, Betania Pereira Torales M. Nummular Eczema Successfully Treated with a Gluten-free Diet: First Description. Isr Med Assoc J. 2021 May;23(5):329-330. PMID: 34024054.
44. Li Y, Li L. Contact Dermatitis: Classifications and Management. Clin Rev Allergy Immunol. 2021 Dec;61(3):245-281. doi: 10.1007/s12016-021-08875-0. Epub 2021 Jul 15. PMID: 34264448.
45. Scheinman PL, Vocanson M, Thyssen JP, Johansen JD, Nixon RL, Dear K, Botto NC, Morot J, Goldminz AM. Contact dermatitis. Nat Rev Dis Primers. 2021 May 27;7(1):38. doi: 10.1038/s41572-021-00271-4. PMID: 34045488.
46. Chosidow O. Clinical practices. Scabies. N Engl J Med. 2006;354(16):1718-1727.
47. Hay RJ, Steer AC, Engelman D, Walton S. Scabies in the developing world--its prevalence, complications, and management. Clin Microbiol Infect. 2012;18(4):313-323.
48. Currie BJ, McCarthy JS. Permethrin and ivermectin for scabies. N Engl J Med. 2010;362(8):717-725.
49. Strong M, Johnstone P. Interventions for treating scabies. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(3):CD000320.
50. Hengge UR, Currie BJ, Jäger G, Lupi O, Schwartz RA. Scabies: a ubiquitous neglected skin disease. Lancet Infect Dis. 2006;6(12):769-779.
51. Dréno, B., Thiboutot, D., ve Gollnick, H. (2013). "Acne Vulgaris: Definition and Epidemiology" Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. DOI: 10.1111/jdv.12124

52. Ghodsi, S. Z., Orawa, H., ve Zouboulis, C. C. (2009). "Pathophysiology and Detailed Examination of Acne" Dermato-Endocrinology. DOI: 10.4161/derm.1.3.10149
53. Zaenglein, A. L., Pathy, A. L., ve Schlosser, B. J. (2016). "Approaches to Acne Treatment: Medications and Topical Products" Journal of the American Academy of Dermatology. DOI: 10.1016/j.jaad.2015.12.037
54. Layton, A. M. (2016). "Acne Scars: Treatment and Management Strategies" The American Journal of Clinical Dermatology. DOI: 10.1007/s40257-016-0185-5
55. Jfri A, Alajmi A, Alazemi M, Ladha MA. Acne Scars: An Update on Management. Skin Therapy Lett. 2022 Nov;27(6):6-9. PMID: 36469561.
56. Zuberbier, T., Aberer, W., Asero, R., Bindslev-Jensen, C., Brzoza, Z., Canonica, G. W., ... & Maurer, M. (2018). The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. Allergy, 73(7), 1393-1414.
57. Greaves, M. W., & Kaplan, A. P. (2014). Urticaria and angioedema. In T. M. Burns, S. M. Breathnach, N. H. Cox, & C. E. Griffiths (Eds.), Rook's Textbook of Dermatology (9th ed., pp. 39.1-39.32). Wiley.
58. Maurer, M., Church, M. K., & Weller, K. (2018). Urticaria: pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis. In P. V. Potter, R. L. A. Barni Sserafi, A. G. Hud, & L. B. Schwartz (Eds.), Urticaria and Angioedema (pp. 1-13). CRC Press.
59. Maurer, M., Weller, K., Bindslev-Jensen, C., Giménez-Arnau, A., Bousquet, P. J., Bousquet, J., ... & Zuberbier, T. (2016). Unmet clinical needs in chronic spontaneous urticaria. A GA2LEN task force report. Allergy, 71(10), 1397-1406.
60. Bernstein, J. A., Lang, D. M., Khan, D. A., Craig, T., Dreyfus, D., Hsieh, F., ... & Li, X. (2014). The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 133(5), 1270-1277.

61. Göncü, E. K., Aktan, Ş., Atakan, N., Başkan, E. B., Erdem, T., Koca, R., Şavk, E., Taşkapan, O., & Utaş, S. (2016). Türkiye ürtiker tani ve tedavi kilavuzu-2016. *Turkderm Deri Hastaliklari ve Frengi Arsivi*, *50*(3), 82–86. https://doi.org/10.4274/turkderm.22438

62. Hay, R. J., & Fuller, L. C. (2017). Dermatophytosis. In R. J. Hay, J. L. Levin, & D. R. M. Irvine (Eds.), Textbook of Pediatric Dermatology (pp. 1989-2010). John Wiley & Sons.

63. Elewski, B. E. (2017). Dermatophytes. In B. E. Elewski (Ed.), Comprehensive Dermatologic Drug Therapy (pp. 199-213). Elsevier.

64. Weitzman, I., & Summerbell, R. C. (1995). The Dermatophytes. Clinical Microbiology Reviews, 8(2), 240-259.

65. Gupta, A. K., & Foley, K. A. (2000). Dermatophytosis: Pathogenesis and Diagnosis. In A. L. Weitzman & R. C. Summerbell (Eds.), The Dermatophytes (pp. 117-127). Clinical Microbiology Reviews.

66. Moskaluk AE, VandeWoude S. Current Topics in Dermatophyte Classification and Clinical Diagnosis. Pathogens. 2022 Aug 23;11(9):957. doi: 10.3390/pathogens11090957. PMID: 36145389; PMCID: PMC9502385.

67. Bonifaz, A., & Tirado-Sánchez, A. (2017). Tinea Corporis, Tinea Cruris, Tinea Nigra, and Piedra. In A. Bonifaz, R. Arenas, & J. R. Carrasco (Eds.), Topley & Wilson's Microbiology and Microbial Infections (pp. 1-16). John Wiley & Sons.

68. Lipner SR, Scher RK. Onychomycosis: Treatment and prevention of recurrence. J Am Acad Dermatol. 2019 Apr;80(4):853-867. doi: 10.1016/j.jaad.2018.05.1260. Epub 2018 Jun 28. PMID: 29959962.

69. Chen SC, Bravata DM, Weil E, Olkin I. A comparison of dermatologists' and primary care physicians' accuracy in diagnosing melanoma. *Arch Dermatol* 2001; 137: 1627–34.

70. Webb JB, Khanna A. Can we rely on a general practitioner's referral letter to a skin lesion clinic to prioritize appointments and does it make a difference to the patient's prognosis? Ann R Coll Surg Engl. 2006 Jan;88(1):40-5. doi:10.1308/003588406X82970. PMID: 16460639; PMCID: PMC1963613.

71. Thakkar SH, Chavda PD, Mehta KG. Do primary care physicians require training in core clinical dermatology? A cross sectional needs assessment study from Western India. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2019 Jul-Aug;85(4):380-387. doi: 10.4103/ijdvl.IJDVL_250_18. PMID: 30504530.
72. Bahelah, S. O., Bahelah, R., Bahelah, M., & Albatineh, A. N. (2015). Primary care physicians' knowledge and self-perception of competency in dermatology: An evaluation study from Yemen. *Cogent Medicine*, *2*(1), 1119948.
73. MEVSİM DrV. Dermatolojik Hastalıkların Epidemiyolojisi, Hastalık Yükü ve Birinci Basamaktaki Yeri. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği - Özel Konular*. 2010;1(2):15-20. Accessed September 11, 2022.
74. Karimkhani C, Dellavalle RP, Coffeng LE, et al. Global Skin Disease Morbidity and Mortality: An Update From the Global Burden of Disease Study 2013. JAMA Dermatol. 2017;153(5):406. doi:10.1001/JAMADERMATOL.2016.
75. Ramsay DL, Fox AB. The Ability of Primary Care Physicians to Recognize the Common Dermatoses. Arch Dermatol. 01 Ekim 1981;117(10):620-2.
76. Al-Hoqail IA, Gad A, Crawford RI. Dermatology practice in primary health care services: where do we stand in the Middle East? Int J Dermatol. Ocak 2002;41(1):4-7.
77. Federman D, Hogan D, Taylor JR, Caralis P, Kirsner RS. A comparison of diagnosis, evaluation, and treatment of patients with dermatologic disorders. J Am Acad Dermatol. 01 Mayıs 1995;32(5, Part 1):726-9.
78. McCleskey PE. Clinic teaching made easy: a prospective study of the American Academy of Dermatology core curriculum in primary care learners. J Am Acad Dermatol. 2013 Aug;69(2):273-9. doi: 10.1016/j.jaad.2012.12.955. Epub 2013 Feb 14. PMID: 23415684.
79. Kirklin D, Duncan J, McBride S, Hunt S, Griffin M. A cluster design controlled trial of arts-based observational skills training in primary care. Med Educ. 2007 Apr;41(4):395-401. doi: 10.1111/j.1365-2929.2007.02711.x. PMID: 17430285.

80. James Davis, Sarah Crabb, Elizabeth Rogers, Javier Zamora, Khalid Khan. (2008) Computer-based teaching is as good as face to face lecture-based teaching of evidence based medicine: a randomized controlled trial. Medical Teacher 30:3, pages 302-307.
81. Silva, C. S., Souza, M. B., Silva Filho, R. S., Medeiros, L. M. D., & Criado, P. R. (2011). E-learning program for medical students in dermatology. *Clinics*, *66*, 619-622.
82. Alotaibi HM, Alruwaili ZM, Dilli AA, Altaleb AA, Asiri MM, Alwadani OJ, Alshaalan ZM, Dar U-F. Assessment of Primary Care Physicians' Expertise of Common Dermatological Conditions in the Jouf Region, Saudi Arabia: A Mixed Methods Study. Healthcare. 2023; 11(12):1705. doi.org/10.3390/healthcare11121705
83. Imison, C.; Naylor, C. Referral Management: Lessons for Success; The King's Fund: London, UK, 2010
84. Michael J. Where's the evidence that active learning works? AdvPhysiolEduc. 2006; 30: 159–167
85. Smith, A., et al. (2020). The impact of on-the-job learning on postgraduate medical trainees' patient interactions. Medical Education, 54(6), 532-539
86. Johnson, B., et al. (2018). Developing competency in postgraduate medical trainees through on-the-job learning. Journal of Graduate Medical Education, 10(2), 173-177.
87. Coşkun, Ö. (2016). Mentorluk [Mentoring]. Türkiye Klinikleri J Med Educ-Special Topics, 1(2), 8-15.
88. Linzer M. The journal club and medical education: over one hundred years of unrecorded history. Postgrad Med J 1987; 63: 475-8. [Crossref]
89. Eyigör H, Gürpınar E. A study on the use of massive open online courses in otorhinolaryngology after graduation. Turk Arch Otorhinolaryngol 2019; 57: 171-5. [Crossref]
90. Winkel AF, Yingling S, Jones AA, Nicholson J. Reflection as a Learning Tool in Graduate Medical Education: A Systematic Review. J Grad Med Educ. 2017 Aug;9(4):430-439. doi: 10.4300/JGME-D-16-00500.1. PMID: 28824754; PMCID: PMC5559236.

91. Karaoğlu, N. (2016). Mezuniyet Sonrası Dönemde Profesyonellik Eğitimi [Professionalism Education in Postgraduate Period]. Türkiye Klinikleri J Med Educ-Special Topics, 1(2), 16-23

92. Blanchard DS. Peer-teaching: an important skill for all medical students and doctors? Perspect Med Educ. 2015 Feb;4(1):6-7. doi: 10.1007/s40037-015-0157-0. PMID: 25605494; PMCID: PMC4348226.

93. Goetsch NJ, Hoehns JD, Sutherland JE, Ulven ME, Shiyanbola OO, Rauch MK. Assessment of postgraduate skin lesion education among Iowa family physicians. SAGE Open Med. 2017 Mar 15;5:2050312117691392. doi: 10.1177/2050312117691392. PMID: 28507733; PMCID: PMC5415328. 3/82

94. Duran-Nelson A, Baum KD, Weber-Main AM, Menk J. Efficacy of peer-assisted learning across residencies for procedural training in dermatology. J Grad Med Educ. 2011 Sep;3(3):391-4. doi: 10.4300/JGME-D-10-00218.1. PMID: 22942970; PMCID: PMC3179213.

95. Giesey R, Narively D, Mostow E, Mullen C. DERM: A Four-Step Dermatology Education Digital Tool Kit for Nondermatologists. Fam Med. 2018 Jul;50(7):539-543. doi: 10.22454/FamMed.2018.504756. PMID: 30005117.

96. Dolev JC, O'Sullivan P, Berger T. The eDerm online curriculum: a randomized study of effective skin cancer teaching to medical students. J Am Acad Dermatol 2011;65:e165-71.

97. Thurston E, Forde E, Wedderburn C. The value of 'expert trainees' in primary care postgraduate education. Educ Prim Care. 2020 Jul;31(4):255-256. doi: 10.1080/14739879.2020.1759147. Epub 2020 May 6. PMID: 32374648.

98. Özcan A, Şenol M, Karaca Ş, Kalaycı B: Dermatoloji eğitiminin mezuniyet sonrası değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2004;14:197-201.

99. Özcan A, Şenol M, Karaca Ş: Dermatolojide aktif öğrenci eğitimi. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2003;13:95-100.

100. Lucius M, De All J, De All JA, Belvisi M, Radizza L, Lanfranconi M, Lorenzatti V, Galmarini CM. Deep Neural Frameworks Improve the Accuracy of General Practitioners in the Classification of Pigmented Skin Lesions.

Diagnostics (Basel). 2020 Nov 18;10(11):969. doi: 10.3390/diagnostics10110969. PMID: 33218060; PMCID: PMC7698907.

101. Costich JF, Quesinberry DB, Daniels LK, Bush A. Trends in ICD-10-CM-Coded Administrative Datasets for Injury Surveillance and Research. South Med J. 2022 Nov;115(11):801-805. doi: 10.14423/SMJ.0000000000001463. PMID: 36318943; PMCID: PMC9612715.
102. Manchikanti L, Falco FJ, Helm Ii S, Hirsch JA. First, do no harm by adopting evidence-based policy initiatives: the overselling of ICD-10 by congress with high expectations. Pain Physician. 2015 Mar-Apr;18(2):E107-13. PMID: 25794209.
103. Drösler SE, Weber S, Chute CG. ICD-11 extension codes support detailed clinical abstraction and comprehensive classification. BMC Med Inform Decis Mak. 2021 Nov 9;21(Suppl 6):278. doi: 10.1186/s12911-021-01635-2. PMID: 34753461; PMCID: PMC8577174.
104. BEKTAŞ Y,GÖRPELİOĞLU S,suvak ö,AKBIYIK D,Aypak C ICD-10 ya da ICPC-2-R kodlama sistemlerinin kullanılmasının birinci basamakta hizmet planlamasi üzerine etkisi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2018; 22(3): 133 - 140. 10.15511/tahd.18.00333
105. Coşkun F. Göğüs Hastalıkları Uzmanlık Alanında Uluslararası Hastalık Kodlarının (ICD) Kullanımında Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri, SOLUNUM PLATFORMU, Uludağ Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı 2012 https://medimagazin.com.tr/hekim/icd-kullaniminda-karsilasilan-sorunlar-ve-cozum-onerileri-45319

9. EKLER

EK-1

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BİLGİLENDİRME FORMU)

Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Pemra Cöbek Ünalan tarafından yürütülen çalışmaya katılımınız rica olunur. Bu çalışmaya katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz.

Çalışmanın adı: Birinci basamak sağlık hizmetlerinde karşılaşılan dermatolojik lezyonların tanısı ve yönetimine yönelik bir eğitim programının değerlendirilmesi ve geliştirilmesi

Çalışmanın Amacı: Araştırmada amacımız verilecek eğitim programıyla ilgili hekimlerin dermatolojik lezyonlar hakkında bilgi düzeylerini, yeterliliklerini ve tanılarının kalifikasyonunu arttırmaktır. Gereksiz ya da kaçırılan sevklerin önüne geçerek ilgili bölgelerdeki dermatolojik lezyonları olan hastaların yönetiminin geliştirilmesidir.

Çalışmanın Yöntemi: Bu çalışmanın evrenini Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim ve Araştırma bölgelerinden olan Pendik ve Tuzla ilçesindeki tüm birinci basamak hekimlerinden oluşturmaktadır. Çalışmaya katılma kriterlerine uygun olan ve gönüllü katılım gösteren tüm hekimlerin çalışmaya alınması planlanmıştır. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde; araştırmayı yürüten doktorlar tarafından planlanmış Dermatolojik lezyonların tanısı ve yönetimi hakkında üç aşamalı ilki teorik yüz yüze diğer ikisi online olmak üzere eğitimler verilecektir. Her eğitim oturumunun sonunda size o oturumu değerlendireceğiniz bir form verilecektir. Üç oturum sonunda eğitimi genel olarak da değerlendirmeniz istenecektir. Sonrasında Eğitim öncesinde son üç ayda koyduğunuz dermatoloji lezyonların tanısı, tedavisi ve sevk yönetimi ile ilgili verileriniz eğitim sonundaki ilk hafta ve üç ay verileriyle karşılaştırılacaktır. Elde edilen sonuçlarla ilgili birinci hafta verilerinin değerlendirilmesi araştırmacının kendisi, üç ay sonundaki veriler de kör yönetici tarafından siz gönüllü hekimle görüşme usulü gerçekleştirilecektir. Cevaplarınız analiz edilerek eğitim süreci değerlendirilecektir. Katılımcılar, araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyecektir ve katılımcılara herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Gizlilik: Bu çalışmanın verileri sunulurken isminiz ve size ait herhangi bir kişisel bilgi hiçbir yerde yayımlanmayacaktır. Çalışma sonuçları isimsiz olarak ve sadece bilimsel amaçla sunulacaktır. Araştırmadan istediğiniz zaman ayrılma hakkınız bulunmaktadır.

Bu çalışmada katılım gönüllülük esası iledir. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilir ya da çalışmadan istediğiniz anda ayrılabilirsiniz. Bu durumda bu kurumdan alacağınız sağlık hizmetleri ile ilgili hiçbir değişiklik olmayacaktır.

Anlaşılmayan noktaları sormaktan lütfen çekinmeyiniz.

Kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Saygılarımızla
Prof. Dr. Pemra Cöbek Ünalan
Araştırma Ekibi Adına Araştırma Danışmanı

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün;	**Açıklamaları yapan araştırmacının;**
Adı-soyadı :	Adı-soyadı:
Adresi (varsa telefon no):	İmzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin;
Adı-soyadı: Görevi: İmzası:

EK-2

DERMATOLOJİK LEZYONLAR BİLGİ DÜZEYİ / YETERLİLİK ANKETİ

A.SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Ad Soyad: Yaşınız: Cinsiyetiniz**:** Kadın/Erkek/Diğer

E-mail: Tel: Medeni Durumunuz: Evli/Bekar

Çocuğunuz var mı: Evet/Hayır Mezuniyet sonrası meslekte çalışma süreniz __Yıl

Çalıştığınız Kurum [İlçe ve ...Nolu ASM / Hastane]

Çalıştığınız birinci basamak sağlık hizmeti bölgesindeki memnuniyet ve motivasyonunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Çok az/Az/Orta/İyi/Çok iyi

BİRİNCİ BASAMAK DERMATOLOJİK LEZYONLAR

Bu bölümde kendi kliniğinizde karşılaştığınız Dermatolojik Lezyonların görülme sıklığı, sevk durumu, tanı ve yönetimi ile ilgili durum değerlendirme yapılması amacıyla oluşturulmuştur.

Dermatolojik yakınma ile başvuran hastalar muayene ettiğiniz hastaların yaklaşık yüzde kaçını oluşturmaktadır?

a) <%15
b) %16-%25
c) %26-%35
d) %36-%49
e) >%50

Dermatolojik yakınma ile başvuran hastaların yaklaşık yüzde kaçını sevk etme ihtiyacı duyuyorsunuz?

a) <%10
b) %11-%25
c) %26-%40
d) %41-%59
e) >%60

Mezuniyet sonrası herhangi bir dermatoloji eğitim programına katıldınız mı?

Siz dermatolojik lezyonlarla ilgili koruyucu hekimlik hizmetleri veriyor musunuz?

I. Evet veriyorum.
II. Hayır, istiyorum ama zaman bulamıyorum.
III. Hayır, istiyorum ama kendimi uygun yetkinlikte görmüyorum.
IV. Hayır, gerekli görmüyorum.

Koruyucu Hekimlik hizmetleri olarak Dermatolojik lezyonlarla ilgili ne tür önerilerde bulunuyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz..)

- Kaşıntı ve Döküntüyü Kötüleştiren Şeylerden Kaçınmak
- Evini Sıcaklığını ve Nemini Uygun Hale Getirmek
- Alerjenlerden uzak durmak
- Duygusal çöküntü depresyon, anksiyete ve stresten uzak durmaya çalışmak
- Enfeksiyonlara karşı korunmak
- Güneşin ultraviyole ışınlarına maruziyetin engellenmesi ve korunulması
- Cildin günde 1-2 kez, özellikle de banyo yapıldıktan sonra nemlendirilmesi
- Bol ve rahat kıyafetlerin tercih edilmesi
- Cildin sık kaşınarak irrite edilmesinden kaçınılması
- Pamuklu giysiler tercih edilmesi ve terin ciltte kalmasına izin verilmemesi
- Banyo yaparken 5-10 dakikayı geçmeyecek şekilde ılık duş alınması
- Diğer:

ÖZYETERLİLİK ANKETİ

Aşağıda belirtilen dermatolojik hastalıklarda tanı ve tedavi sürecindeki deneyimlerinize göre en uygun seçeneği işaretleyiniz. TANIDA

Hiç zorluk çekmem/Genellikle zorluk çekmem/Bazen zorluk çekerim
Genellikle zorluk çekerim/Her zaman zorluk çekerim

Aşağıda belirtilen dermatolojik hastalıklarda tanı ve tedavi sürecindeki deneyimlerinize göre en uygun seçeneği işaretleyiniz. TEDAVİDE

Direkt tedavi veririm/Genellikle direkt, bazen palyatif tedavi veririm
Bazen direkt bazen palyatif tedavi veririm /Genellikle palyatif tedavi verir, iyileşme olmazsa sevk ederim/Hiç tedavi vermeksizin hemen sevk ederim

LÜTFEN DEĞERLENDİRMEYİ AŞAĞIDAKİ KRİTERLERE GÖRE YAPINIZ.

1 en az 5 en fazla yetkinlik olacak şekilde doldurunuz.

Ön Tanı/Tanı – Tedavi etme – Gerektiğinde sevk etme	1	2	3	4	5
Döküntülü hastalıkları					
Derinin primer lezyonlarını tanıma					
Derinin sekonder lezyonlarını tanıma.					
Bakteriyel/viral cilt lezyonlarını					
Cinsel yolla bulaşan hastalıkların cilt bulgularını					
Derinin paraziter döküntü ve enfestasyonlarını					
Sistemik hastalıkların cilt bulgularını					
Oral mukoza dermatozlarını					
Saç lezyonları ve döküntülerini					
Tırnak hastalıklarını					
Pediyatrik dermatozları					
Dermatolojik lezyonların yönetiminde topikal ve sistemik ilaç tedavilerini doğru bir şekilde uygulama.					

Dermatolojik Lezyonların tanı ve yönetimi hakkında bilgi düzeyi anketi

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sık karşılaşılan dermatolojik lezyonlar hakkında bilgi düzeyini ölçmek adına çoktan seçmeli, doğru-yanlış tarzında soruları cevaplanmanız beklenmektedir. Eğitim sonrasındaki 3 aylık izlemin sonunda testin yinelenmesi planlanmıştır.

1.Atopik dermatit ile ilgili hangisi yanlıştır? 3 puan

A. Temel sorun deri bariyerinin bozulmasıdır.

B. Genetik yatkınlık etiyolojide rol oynar.

C. Prevalansı giderek artmaktadır.

D. Glisemik indeksi yüksek batı tarzı beslenmenin etyolojide rolü yoktur.

E. Hastalığın yerleşim yeri bebek, çocuk ve erişkin döneminde farklılık gösterir.

2.Hangisi atopik dermatit tanısında kullanılan majör kriterlerden biri değildir?

A. Kaşıntı B. Kronik ve tekrarlayıcı ekzema

C. Bebek ve çocuklarda yüz,boyun ve ekstansör bölge tutulumu, herhangi bir yaş grubunda fleksural bölgelerde lezyon veya lezyon öyküsü

D. Ailede atopi öyküsü E. Gıda intoleransı

3.Hangisi atopik dermatiti önlemek için tavsiye edilen önerilerden biri değildir?

A. Tetikleyici faktörler uzaklaştırılmalı (gıdalar, aeorejenler, hormonlar, stres, iklim, ev tozu akarları vs.)

B. Günlük yaşamda kıyafet, yastık, vb kullanımda pamuklu kumaşlar tercih edilmeli.

C. Nemlendirici ürünler düzenli ve günlük olarak kullanılmalı.

D. Eğer dermatit çok sık aktifleşiyorsa düşük potensli bir topikal steroid devamlı kullanılmalı.

E. Hiçbiri

4.Atopik dermatit tedavisinde hangisi genellikle tercih edilmez? 3 puan

A. Topikal steroidler

B. Oral steroid

C. Takrolimus

D. Pimekrolimus

E. Topikal antibiyotikler

5.Aşağıda verilen topikal steroidlerin potenslerine göre sıralaması (güçlü etkiliden zayıf etkiliye) hangisinde doğru verilmiştir? 4 puan

A. Betametazon dipropiyonat- Mometazon furoat- Metilprednizolon aseponat- Hidrokortizon asetat

B. Mometazon furoat- Betametazon dipropiyonat- Metilprednizolon aseponat- Hidrokortizon asetat

C. Hidrokortizon asetat- Metilprednizolon aseponat- Mometazon furoat- Betametazon dipropiyonat

D. Hidrokortizon asetat-Betametazon dipropiyonat- Mometazon furoat- Metilprednizolon aseponat

E. Betametazon dipropiyonat- Mometazon furoat- Hidrokortizon asetat- Metilprednizolon aseponat

6.Tinea pedisin en çok görülen tipi hangisidir?

A. İnterdijital tip

B. Kronik hiperkeratotik (makosen) tip

C. Vezikülobüllöz (inflamatuar) tip

D. Ülseratif tip

E. Hiçbiri

7.Terbinafin ile ilgili hangisi yanlıştır?

A. Böbreklerden elimine olur.

B. Gebelik ve laktasyon döneminde kontrendikedir.

C. Aç veya tok alınabilir.

D. Tedaviye başlamadan KCFT bakılmalıdır.

E. Depresyon ve tat alımında bozukluk yaygın yan etkilerindendir.

8.Tinea pedis tedavisinde kullanılan sistemik antifungal ilaçlar ve tedavi süresi eşleştirmelerinden hangisi doğrudur? 3 puan

A. Terbinafin 2 hafta, İtrakonazol 1 hafta, Flukanozal 2-6 hafta

B. Terbinafin 1 hafta, İtrakonazol 2 hafta, Flukanozal 2-6 hafta

C. Terbinafin 2-6 hafta, İtrakonazol 1 hafta, Flukanozal 2 hafta

D. Terbinafin 2 hafta, İtrakonazol 2-6 hafta, Flukanozal 1 hafta

E. Terbinafin 1 hafta, İtrakonazol 1 hafta, Flukanozal 1 hafta

9.Tinea pedisten korunma için hangisi yanlıştır? 3 puan

A. Ayaklar yıkadıktan sonra iyice kurulanmalı

B. Kapalı dar ayakkabılar giyilmemeli

C. Pamuklu, teri iyi emen çoraplar tercih edilmeli

D. Ayakkabı ve terlikler %10 formolle dezenfekte edilebilir.

E. Her gün aynı ayakkabı giyilmelidir.

10.Aşağıdaki topikal ajanlardan hangisi dermatofit enfeksiyonunu tedavi etmeyip sadece Candida enfeksiyonunu tedavi eder? 3 puan

A. Naftifin

B. Terbinafin

C. Nistatin

D. Ketakanazol

E. Flukonazol

11.Tinea Capitis için hangisi yanlıştır? 3 puan

A. Sistemik antifungal ilaçlar kullanılmalıdır.

B. Süperfisialis, Profunda ve Favoza adında 3 adet alt tipi mevcuttur.

C. Kadınlarda daha fazla görülme eğilimindedir.

D. İltihaplanmış derin tip, tedavi edilmez ise iltihabın vücuda yayılması sonucu kalpte, böbreklerde ve organlarda hasara neden olabilir.

E. Aynı tarak, saç fırçası, şapka, havlu, yastık, başlık kullanımından kaçınılmalıdır.

12.Skabiez ile ilgili hangisi yanlıştır? 3 puan

A. Tüneller sıklıkla parmak araları, bilek, dirsek ve ayaklarda görülürken; sekonder elementer lezyonlar bütün vücutta, özellikle de bacaklarda, göbek çevresinde ve koltuk altlarında görülür.

B. Çocuklarda lezyonlar genellikle yetişkinlere göre daha iltihaplıdır ve sıklıkla veziküler veya büllözdür.

C. Permetrin 2 aydan küçük bebeklerde, emziren kadın ve gebelerde kullanılır.

D. Uyuza bağlı kaşıntı akarın kendisine ve dışkılarına karşı gecikmiş tipte aşırı duyarlılık reaksiyonundan kaynaklanmaktadır.

E. Kadınlarda meme çevresi, erkeklerde glans penis sık yerleştiği bölgeler arasında yer alır.

13.Tedavisi sonrası uyuz hastalarının kaşıntıları hakkında hangisi yanlıştır?

A. Hemen rahatlar.

B. 2-3 gün içinde rahatlar.

C. Sıklıkla 2-4 hafta devam eder.

D. Aylarca sürebilir.

E. Hastaya göre değişkenlik gösterir.

14.Hangisi uyuzdaki tedavi seçeneklerinden biri değildir? 3 puan

A. Topikal permetrin

B. Benzil benzoat

C. Topikal kükürt

D. Topikal ivermektin

E. Topikal hidrokortizon

15.Aşağıdaki etken maddelerden hangisi sıkça Ürtikere sebep olan ilaçlardan biri değildir? 3 puan

A. Aspirin

B. Penisilin

C. Parasetamol

D. ACEI

E. İnsülin

16.Aşağıdakilerden hangisi ürtikerden korunma yöntemleri arasında yer almaz? 3 puan

A. Çok gerekli olmadıkça ağrı kesicilerden uzak durmak

B. Alkol Tüketilmemesi

C. Ağır egzersiz, aşırı sıcak ve soğuk ortamlardan kaçınılması

D. Boya ve katkı maddeleri içeren besinlerden uzak durulması

E. Anjioödem hastalarında antihipertansif olarak ACEI tercih edilmesi

17.Aşağıdakilerden hangisi Ürtiker tedavisinde kullanılan ilaçlardan biri değildir? 3 puan

A. Antihistaminikler

B. Siklosporin

C. Omalizumab

D. Sistemik kortikosteroid

E. Topikal antipüritik

18.Ürtiker ile Anjioödem arasındaki farklardan hangisi yanlıştır? 3 puan

A. Ürtiker derin dermis, subkutan ve submukozada, Anjioödem üst dermiste gerçekleşir.

B. Üriker keskin sınırlı eritemli plaklardan oluşurken, anjioödem sınırları belli olmayan deri renginde kabarıklardan meydana gelir.

C. Anjioödem 24 saatten fazla sürer. Ürtiker 1-24 saat arası kaybolur.

D. Ürtiker kaşıntı ve yanma hissi baskındır. Anjioödemde ağrı, uyuşukluk ve batma hissi olur.

E. Hiçbiri

19.Aşağıdaki görsellerden hangisi mantar enfeksiyonudur? 5 puan


A.


B.


C.


D.


E.

20.Aşağıdakilerden atopik dermatit olmadığını düşündüğünüz görseli işaretler misiniz? 5 puan


A.


B.


C.


D.


E.

21.Hangisi Skabiyez predileksiyon bölgelerine(yerleşim yerlerine) uymaz?

5 puan



A.



C.



E.



B.



D.

22.Erkek hasta 32 Yaş , 4 aydır genital bölgesinde devam eden kaşıntılı deri lezyonlarından şikayet etmektedir. Önce kendisi sonrasında da ilk gittiği doktordan aldığı lokal ve sistemik ilaçlara rağmen öncesinde iyileşme minimal düzeyde olsa da sonrasında giderek kötüleştiğini belirtiyor.
Klinikteki kötüleşmenin sebebi ne olabilir? 6 puan

A. Topikal Steroid
B. Topikal Antifungal
C. Oral Antifungal
D. Oral Steroid
E. Tinea Cruris'in yeni gelişen lezyonları



23.Yirmi gün boyunca antikonvülzan ilaç kullanan 3 gündür büllöz lezyonlarla

seyreden oral erozyon olgusunda tanı nedir? 5 puan



A. Su çiçeği
B. HSV-1
C. Pemphigus vulgaris
D. Steven Johnson syndrome
E. Lökoplaki

24.Aşağıdaki lezyon hangi dermatit türüdür? 5 puan

20 Yaş Erkek hasta, Uzun süredir devam eden ve renkkürense lezyonları mevcuttur. Sol dirseğinde başlayan lezyonun kalıcı olduğunu kendi kendine geçmemektedir.



A. Seboreik Dermatit
B. Numüler Dermatit
C. Staz Dermatit
D. Atopik Dermatit
E. Kontakt Dermatit

25.Doğru/Yanlış 14 puan

I. Tinea pedis, T. manus, T. corporis, T. kruris ve T.versicolor için ilk seçenek topikal antifungal tedavidir.
II. T.pedis'ten korunmak için yaz aylarında ayak pudrası kullanılması faydalıdır.
III. Tırnak mantarı tedavisi 3 aydan az olmamak kaydı ile 6 aya kadar çıkabilir.
IV. Ayağın dorsal kısmının enfeksiyonu tinea korporis olarak kabul edilir.
V. Tinea pedis soyunma odası veya yüzme havuzu gibi alanlarda çıplak ayakla yürümekle bulaşabilir.
VI. Tinea pedis'e sıklıkla Tinea corporis eşlik eder.

VII. Atopik dermatitte bebeklik döneminde (0-2 yaş) yüz ve ekstansör bölgelerde, çocukluk döneminde (2-12 yaş) fleksural bölgeler, ense/el ve ayak sırtı tutulumu,erişkin dönemde el, antekubital ve popliteal fossalar, baş ve boyun tutulumu sıktır.

VIII. Uyuz kısa süreli cilt temasıyla (Örneğin el sıkmak) bulaşmaz.

IX. Uyuz tedavisinde topikal kükürt tipik olarak iki aylıktan küçük bebeklerin tedavisi için kullanılır.

X. Uyuz hastalığında bireysel tedavi yeterlidir. Aile tedavisine gerek yoktur.

XI. Sistemik steroidlerin akut alevlenme dönemlerinde maksimum 5 gün olacak şekilde kullanılması uygundur.

XII. Düşük yan etki profilleri ve genel anlamda güvenli ilaçlar olmaları nedeniyle Lökotrien antagonistleri hem antihisteminlere yeterince yanıt vermeyen kronik sistemik ürtikerde, hem de dermografik ürtiker, soğuk ürtikeri, solar ürtiker ve geç basınç ürtikerlerinde ikinci kuşak antihisteminlerle kombine edilerek kullanılabilir

XIII. Antihistaminler ürtiker tedavisinde ihtiyaç olduğunda değil, her gün düzenli olarak kullanılmalıdır.

XIV. İkinci kuşak H1-antihistaminler psikomotor yeti azalmasına yol açması nedeni ile çocuklarda kullanılmamalıdır.

DELE EĞİTİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

DELE-1	Katılıyorum	Katılmıyorum
Eğitim araç gereçleri yeterli olup konular doğru tespitlenmiş.		
Konu ile ilgili verilen örnekler yeterliydi.		
Eğitiminin sunulduğu fiziki ortamı, günü ve saati uygundu.		
Konunun kapsamlı olarak anlaşılır bir dille sunuldu.		
Eğitim süresi yeterliydi. Eğitim zamanlaması uygundu.		
Güncel ve yeni bilgilere ulaştım.		
Bireysel ve Mesleki gelişime katkıda bulundu.		
Eğitim ile ilgili aklımdaki sorulara cevap bulabildim.		
Eğitimde kazandığım bilgileri pratiğimde kullanabilirim.		
Eğitimdeki konular gereksinimlerime cevap verdi		
Eğitimi birinci basamak hekimlerine rahatlıkla önerebilirim.		
Eğitimin genel olarak iyi düzenlendiğini düşünüyorum.		
DELE-2	**Katılıyorum**	**Katılmıyorum**
Eğitimin içeriği başlığına uygundu.		
Güncel ve yeni bilgilere ulaştım.		
Verilen örnekler, pratik uygulamalar amaca uygundu.		
Eğitim ile ilgili aklımdaki sorulara cevap bulabildim.		
Eğitim araç ve gereçleri yeterliydi.		
Eğitim anlaşılır dille sunuldu. Eğitimin zamanlaması yeterliydi.		
Sorulara verilen cevaplar doyurucu ve anlaşılırdı.		
Bireysel ve Mesleki gelişime katkıda bulundu.		
Eğitimde ele alınan konular aklımdaki sorulara cevap verdi.		
Eğitimde kazandığım bilgileri pratiğimde kullanabilirim.		
DELE-3	**Katılıyorum**	**Katılmıyorum**
Eğitimin içeriği başlığına uygun, araç ve gereçleri yeterliydi.		
Sorulara verilen cevaplar doyurucu ve anlaşılırdı.		
Verilen örnekler, pratik uygulamalar amaca uygundu.		
Güncel ve yeni bilgilere ulaştım.		
Eğitim anlaşılır dille sunuldu. Eğitimin zamanlaması yeterliydi.		
Eğitim ile ilgili aklımdaki sorulara cevap bulabildim.		
Bireysel ve Mesleki gelişime katkıda bulundu.		
Eğitimde kazandığım bilgileri pratiğimde kullanabilirim.		

DELE GENEL	Katılıyoru	Katılmıyorum

	m	
Bireysel ve Mesleki gelişime katkıda bulundu.		
Eğitimde ele alınan konular benim gereksinimlerime cevap verdi.		
Eğitim, pratiğimde uygulayabileceğim yeni bilgi, beceriler kazandırdı ve uygulamalarımı geliştirdi/değiştridi.		
Eğitim, meslektaşlarımla paylaşabileceğim yeni mesleki bilgi ve beceriler kazandırdı		
Eğitim mesleki motivasyonumu arttırdı.		
Eğitim Dermatolojik Lezyonlara olan ilgimi arttırdı.		
Eğitimin genel olarak iyi düzenlendiğini düşünüyorum.		
Bu eğitimi başkalarına rahatlıkla önerebilirim		

Eğitimi 1 den 10'a kadar likert ölçekle değerlendiriniz.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DELE- 1										
DELE- 2										
DELE- 3										
DELE- GENEL										

Eğitimin eksik yönlerini ve geliştirilmesi gereken yönlerini belirtiniz.

DURUM DEĞERLENDİRME ANKETİ

EĞİTİM SONRASI 1.HAFTA

Ad Soyad (İsteğe Bağlı) : **E-Mail Adresi (İsteğe Bağlı) :**

Eğitim sonrası 1.hafta sonuçlarınız tarafınıza iletilmiş olup aşağıdaki durum değerlendirme anketi tarafınızca sonuçlar hakkındaki duygu ve düşüncelerinizi öğrenmek amacıyla araştırmacı tarafından görüşme yöntemi ile yapılacaktır.

Eğitim sonrası ilk hafta sonunda ortaya çıkan sonuçlar hakkında neler düşünüyorsunuz?
Sonuçların hem eğitim hem de eğitim dışı faktörlerden etkilenmiş olabilir mi? Nedenleriyle anlatınız.
Bu Eğitimin Kalıcılığı Hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?

DURUM DEĞERLENDİRME ANKETİ

EĞİTİM SONRASI 3.AY

Ad Soyad (İsteğe Bağlı) : **E-Mail Adresi (İsteğe Bağlı) :**

Eğitim sonrası 3.ay sonuçlarınız tarafınıza iletilmiş olup aşağıdaki durum değerlendirme anketi sonuçlar hakkındaki duygu ve düşüncelerinizi öğrenmek amacıyla araştırmacı dışında <u>kör yönetici</u> tarafından görüşme yöntemi ile yapılacaktır.

Eğitim sonrası geçen 3 aylık süre içerisinde dermatolojik lezyonların yönetimi ile ilgili kendinizi nasıl hissediyorsunuz?
Bahsettiğiniz hisler hakkında Eğitimin etkisi var mıydı? Oran vermek isterseniz yüzde kaç verirdiniz?
Son olarak verilen eğitimin kalıcılığı hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?

EK-3

SIK KARŞILAŞILAN DERMATOLOJİK LEZYONLARA YAKLAŞIM VE TAKİP EĞİTİM KONFERANSI
DERMATOLOJİK LEZYONLAR EĞİTİMİ [DELE]

SAAT	PROGRAM	EĞİTİCİ
17:00-17:15	Açılış ve Amaç :Eğitim Programının tanıtımı	Prof. Dr. Gülru Pemra Cöbek Ünalan
17:15-17:30	Eğitim Öncesi: Ön Test Uygulaması	
17:30-18:15	Birinci Basamakta Sık karşılaşılan Dermatolojik lezyonların tanınması	Prof. Dr. Tülin Ergun
18:15-18:30	Soru-Cevap	Prof. Dr. Tülin Ergun
18:30-18:45	Kahve Molası	
18:45-19:30	Birinci Basamakta Sık karşılaşılan Dermatolojik lezyonların tedavisi	Prof. Dr. Tülin Ergun
19:30-19:45	Soru-Cevap	Prof. Dr. Tülin Ergun
19:45-20:00	Geri Bildirim ve Kapanış	Prof. Dr. Gülru Pemra Cöbek Ünalan

Eğitim konferansı saat 17:00’ de Eğitim programının tanıtımı ile başlanacak ve ders öncesi bilgi düzeyini belirleyen bir ön test yapılarak değerlendirilecektir.

Bu konferansın ilk dersinde Egzematöz Lezyonların ve sık karşılaşılan ayırıcı tanıların tanınması ve takibi hakkında olacaktır. Ayırıcı tanılar içinde Dermatofitler, Skabiyez, Ürtiker ve Tinea lezyonları bulunmaktadır. Ayırıcı tanı sırasında öykünün alınması, muayene bulguları, kullanılan ilaçlarla etkileşiminden bahsedilecektir. İkinci ders bu lezyonların tedavi ve takibindeki öneriler üzerinden devam edecektir.Her ders sonunda 15’er dakikalık soru cevap bölümü bulunmaktadır. İki ders arasında bir adet kahve molası verilecektir.

Eğitimin sonunda katılımcılardan geri bildirim alınarak oturum kapatılacaktır.

EK-5

İSTANBUL GÜNEY BAŞKAN YARDIMCISI 9 (BİLAL GÜNAYDIN)
İSTANBUL HASTANE HİZMETLERİ BİRİMİ 1
17.05.2023 13:56:56 E-46232803-779-215823358
215823358

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-46232803-779-215823358
Konu : Sık Karşılaşılan Dermatolojik Lezyonlara Yaklaşım ve Takip Konulu Eğitim Programı

17.05.2023

MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : 12.05.2023 tarihli ve E-43766128-435.99-215502800 sayılı yazınız.

İlgi sayı yazınıza istinaden; Sık Karşılaşılan Dermatolojik Lezyonlara Yaklaşım ve Takip Eğitim Programı konulu eğitim için izin talebi Müdürlüğümüzün 16.05.2023 tarih ve E.15916306 sayılı cevabi yazısı ekte gönderilmekte olup, yazı da reklam yerine geçecek herhangi bir tanıtım yapılmaması, konunun dışına çıkılmaması, ücret talep edilmemesi, hasta hakları ve mahremiyetine gerekli hassasiyetin gösterilmesi kaydı ile uygun görüldüğü bildirilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Bilal GÜNAYDIN
Başkan Yardımcısı

Ek: Yazı Örneği

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: 5B06296B-945E-4BED-B252-9DE7AB1B7B4A Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

Başıbüyük Mahallesi Hastane Yolu No:1 34854 Maltepe 34000
Telefon No: 02164212626
e-Posta: İnternet Adresi: https://www.saglik.gov.tr/
Kep Adresi:

Bilgi için: Sena YÜKSEL
Sürekli İşçi
Telefon No: 02164212626

EK-6

İSTANBUL SAĞLIK BAŞKAN YARDIMCISI 2
İSTANBUL EĞİTİM ve TESCİL BİRİMİ
16.05.2023 16:29:16 E-15916306-779-215720082
215720082

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ACELE
16.05.2023

Sayı : E-15916306-779-215720082
Konu : Sık Karşılaşılan Dermatolojik Lezyonlara Yaklaşım ve Takip Konulu Eğitim Programı

KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI - 1

İlgi : 16.05.2023 tarihli ve E-46232803-621.99-215664295 sayılı yazınız.

Başkanlığınıza bağlı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesinin **"Sık Karşılaşılan Dermatolojik Lezyonlara Yaklaşım ve Takip Eğitim Programı"** konulu eğitim izni talebi Başkanlığımızca değerlendirilmiş olup;

Bahse konu talep, reklam yerine geçecek herhangi bir tanıtım yapılmaması, konunun dışına çıkılmaması, ücret talep edilmemesi, hasta hakları ve mahremiyetine gerekli hassasiyetin gösterilmesi ve takibinin tarafınızca yapılması kaydı ile uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: 935E9A23-7AF6-477F-8D40-D1241C16ECB9 Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

Binbirdirek mah. Peykhane sok. No: 8 Fatih/İSTANBUL 34122
Telefon No: 02126383000
e-Posta: ist.sagligingel@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
https://istanbulism.saglik.gov.tr/
Kep Adresi: ism.34@hs01.kep.tr

Bilgi için: TUNÇ SALMAN
Sürekli İşçi
Telefon No: 02126383399