



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

DERMATOFİTOZİS HASTALIKLARINDA 18 YAŞ VE ÜSTÜ HASTALARIN GENEL HİJYEN DURUMLARI VE TEDAVİ UYUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Hazal Sıla Dandan

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL, 2024

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

DERMATOFİTOZİS HASTALIKLARINDA 18 YAŞ VE ÜSTÜ HASTALARIN GENEL HİJYEN DURUMLARI VE TEDAVİ UYUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Hazal Sıla Dandan

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Güzin Zeren Öztürk

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL, 2024

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER i
TEŞEKKÜR iii
SİMGE VE KISALTMALAR iv
TABLO LİSTESİ v
ŞEKİL LİSTESİ vi
ÖZET vii
ABSTRACT ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. MANTAR ENFEKSİYONLARI VE ALT GRUPLARI 3
2.2. YÜZEYEL MANTAR ENFEKSİYONLARI 3
2.3. DERMATOFİTOZLAR 3
2.3.1. Dermatofitlerin Alt Grupları 3
2.3.2. Kolaylaştırıcı Faktörler 4
2.3.3. Dermatofitozların Klinik Tipleri 4
2.3.3.1. Tinea pedis (atlet ayağı): 4
2.3.3.2. Tinea unguium (onikomikoz): 5
2.3.3.3. Tinea manuum: 6
2.3.3.4. Tinea kapitis: 6
2.3.3.5. Tinea barbae: 7
2.3.3.6. Tinea facialis: 8
2.3.3.7. Tinea corporis: 8
2.3.3.8. Tinea cruris (inguinalis): 8
2.3.3.9. Tinea incognito: 9
2.3.4. Dermatofitozların Patofizyolojisi 9
2.3.5. Dermatofitozların Tanısı 10
2.3.6. Dermatofitozların Tedavisi ve Önlenmesi 11
3. GEREÇ VE YÖNTEM 13
3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ 13
3.2. VERİ TOPLAMA 13
3.3. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ 14
3.4. ETİK KURUL ONAYI 14
4. BULGULAR 15

4.1. ÇALIŞMANIN SORULARINA VERİLEN CEVAPLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ 15
4.1.1. Sosyodemografik ve Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi ... 15
4.1.2. Genel Hijyen Sorularının Değerlendirilmesi 16
4.1.3. Mevcut Mantar Hastalığı Bilgilerinin Değerlendirilmesi 18
4.2. ÇALIŞMANIN SORULARINA VERİLEN CEVAPLARIN KARŞILAŞTIRILMASI 20
4.2.1. Sosyodemografik Veriler İle Diğer Değişkenlerin Karşılaştırılması ... 20
4.2.2. Mevcut Mantar Hastalığı Sıklığı İle Diğer Değişkenlerin Karşılaştırılması 28
4.2.3. Mantar Hastalığının Tekrarlama Sayısı İle Diğer Değişkenlerin Karşılaştırılması 32
5. TARTIŞMA 36
5.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE HİJYEN SORULARININ TARTIŞILMASI 36
5.2. MEVCUT MANTAR HASTALIĞI BİLGİLERİNİN TARTIŞILMASI ... 41
5.3. MANTAR HASTALIĞININ TEKRARLAMA SAYISI İLE DİĞER DEĞİŞKENLERİN TARTIŞILMASI 47
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 51
7. KAYNAKÇALAR 54
8. EKLER 61
8.1. BİLGİ FORMU 61

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince yanımda olan, mesleki bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, tez hazırlama sürecimde ve her konuda desteklerini esirgemeyen, beni yönlendiren değerli tez danışmanım ve saygıdeğer hocam Prof. Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK'e,

Asistanlık sürecim boyunca her türlü sorunumda ve tez çalışmamla alakalı aklıma takılanlarda bilgi birikimi ve tecrübelerinden yararlandığım başta Doç. Dr. Beray GELMEZ TAŞ, Dr. Seda ÖZMEN SEVER, Dr. Yağmur GÖKSEVEN ARDA ve Dr. Saliha Büşra AKSU olmak üzere tüm kıymetli uzmanlarımıza,

Aile hekimliği yolunda yollarımızın kesiştiği ve güzel dostluklara dönüştüğü, her türlü sorunumda desteklerini hep hissettiğim canım eşkıdemlerim Deniz Elmas KOÇAK ve Gülşah KUNDAK'a, birlikte çalışma fırsatı bulduğum çok değerli tüm asistan arkadaşlarıma, kliniğimizin kıymetli tüm ekip arkadaşlarına,

İyi ve kötü günümde, her zorluğumda desteklerini hep arkamda hissettiğim, sevgilerini hiç eksik etmeyen ve varlıklarıyla bana her zaman güç veren canım annem Dilek DANDAN, canım babam Erdinç DANDAN ve biricik kardeşim Oğulcan DANDAN'a,

Hayatıma 14 sene önce katılan, her anında çok özel anılar biriktirdiğimiz ve birlikte büyüdüğümüz, dert ortağım ve sonsuz destekçim olan canım dostum Av. Selin ARSLAN UMUTLU'ya,

Bu süreçte sabırla beni dinleyen ve her konuda destek olan, sevgisiyle bu süreci atlatmamı kolaylaştıran canım Cem SAVAŞ'a,

Sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Hazal Sıla DANDAN

İstanbul, 2024

SİMGE VE KISALTMALAR

Ark. : Arkadaşları

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

DM: Diabetes Mellitus

DNA: Deoksiribonükleik Asit

DSO: Distal Subungal Onikomikoz

FDA: Food and Drug Administration

GMS: Gomori Metenamin Gümüş

H&E: Hematoksilen Eozin

HIV: Human Immunodeficiency Virus

KOH: Potasyum Hidroksit

PAS: Periodik Asit Schiff

PCR: Polymerase Chain Reaction

SDA: Sabouraud Dekstroz Agar

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

St. : Stratum

T. : Tinea

UV-C: Ultraviyole C

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik ve Tanımlayıcı Özellikleri (n:109)..... 15
Tablo 2: Katılımcıların Kronik Hastalık Dağılımları (n:109)..... 16
Tablo 3: Katılımcıların Genel Hijyen Durumuna İlişkin Dağılımı (n:109)..... 16
Tablo 4: Katılımcıların Ayak ve Tırnak Bakımına İlişkin Dağılımı (n:109)..... 17
Tablo 5: Katılımcıların Mantar Hastalığına İlişkin Tedavi Süreci (n:109)..... 19
Tablo 6: Yaş Grubu İle Günlük Tercih Edilen Ayakkabı Türü Karşılaştırılması (n:109)..... 21
Tablo 7: Yaş Grubu İle Çorap Değiştirme Sıklığı Karşılaştırılması (n:109)..... 22
Tablo 8: Yaş Grubu İle Günlük Ayakkabı Giyme Süresi Karşılaştırılması (n:109)..... 22
Tablo 9: Cinsiyet İle Ortak Kullanılan Eşyalar Karşılaştırılması (n:109)..... 24
Tablo 10: Cinsiyet İle Günlük Ayakkabı Giyme Süresi Karşılaştırılması (n:109)..... 24
Tablo 11: Eğitim Durumu İle Günlük Tercih Edilen Ayakkabı Türü Karşılaştırılması (n:109)..... 26
Tablo 12: Eğitim Durumu İle Günlük Ayakkabı Giyme Süresi Karşılaştırılması (n:109)..... 27
Tablo 13: Günlük Tercih Edilen Ayakkabı Türü İle Ayak Mantarı Karşılaştırılması (n:109)..... 29
Tablo 14: Günlük Tercih Edilen Ayakkabı Türü İle Tırnak Mantarı Karşılaştırılması (n:109)..... 31
Tablo 15: Sosyodemografik ve Kronik Hastalık Durumu İle Tekrarlama Sayısı Karşılaştırılması (n:109)..... 32
Tablo 16: Aynı Hanede Ortak Eşya Kullanımı İle Tekrarlama Sayısı Karşılaştırılması (n:109)..... 33
Tablo 17: Kullanılan Tedavi Türü İle Tedavi Planına Uyma Davranısı Karşılaştırılması (n:109)..... 35

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Katılımcıların Mantar Bölgesi Dağılımı (n:109)..... 18
Şekil 2: Mantar Hastalığında Kullanılan Tedavi Dağılımları (n:109)..... 19
Şekil 3: Yaş Grubu ve Ortak El Havlusu Kullanımı Karşılaştırılması (n:109) 20
Şekil 4: Günlük Ayakkabı Giyme Süresi İle Ayak Mantarı Karşılaştırılması (n:109) 30
Şekil 5: Tedavi Planına Uyma Davranısı İle Tekrarlama Sayısı Karşılaştırılması (n:109)..... 34

ÖZET

Amaç: Aile hekimliği polikliniklerinde mantar hastalıkları içerisinde en sık karşımıza çıkan, dermatofitoz denilen yüzeyel mantar enfeksiyonlarıdır. Nemli ve sıcak ortamlar, dar kıyafet ve ayakkabılar, hijyen yetersizliği enfeksiyonun varlığını kolaylaştırır. Ülkemizde bulaşıcı dermatolojik hastalıkların sık oluşu nedeniyle, tekrarlama riski yüksek olan bu hastalıklarda tanıyı doğru koymak, uygun tedaviyi başlamak ve koruyucu önlemlerin alınmasını sağlamak gerekir. Çalışmamızda, dermatofitoz tanısı almış 18 yaş ve üstü bireylerin sosyodemografik verileri, genel hijyen durumları ve tedavi uyumları ile mevcut mantar hastalıklarının ve tekrarlama sayılarının arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: İki aylık zamanda Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerinde dermatofitozis tanısı alan 18 yaş ve üzeri 109 katılımcı dahil edildi. Sosyodemografik veriler, genel hijyen, mevcut mantar hastalığı ve tedavi uyumlarıyla alakalı sorulardan oluşan 21 soruluk bilgi formu, yüz yüze ve telefon aracılığıyla uygulandı. İstatistiksel analizleri için SPSS 26 kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %54,1(n:59)'i erkek, %45,9(n:50)'u kadındır. En sık görülen yaş grubu 40-59(%48,6), ortalama yaşı 52,2±12,2 olmuştur. Eğitim durumu dağılımında ilk sırada lise altında(%56) eğitim düzeyi görüldü. Yaz, şikâyetlerin en fazla arttığı mevsimdir. Vücut-ayak temizliği ve iyi kurulanması gibi hijyen durumlarına dikkat etmeme oranlarında, ortak eşya paylaşımında ve günde en az 4 saat ayakkabı kullanımında erkeklerin kadınlara göre daha sık görülmesi sonucu anlamlıdır($p<0,05$). Lise altı seviyesindekilerde bol kıyafet tercihinin daha az, makosen/loafer ve ortopedik anne ayakkabısı tarzı dar ayakkabıların tercihinin daha fazla yapıldığı sonuçları anlamlıdır($p<0,05$). Bulunduğu bölge sıralamasında ayak(%73,4) ve tırnak mantarı(%58,7) başta gelmektedir. Kronik hastalık dağılımında ayak(%40) ve tırnak mantarına(%48,4) ilk sırada DM eşlik etmektedir. Ayakta ve tırnakta mantarı olanların çoğunluğu vücut temizliğine özen gösterirken, aynı özeni ayak parmak aralarını kurulamaya göstermemektedir($p<0,05$). Makosen/loafer tipi dar ayakkabılarla ayak ve tırnakta mantarın fazla görülmesi anlamlıdır($p<0,05$). Ayakkabının giyilme süresi arttıkça ayakta mantar şikâyeti doğrusal

artmaktadır($p<0,05$). Ayak mantarında topikal tedavilerin(%95), tırnak mantarında sistemik tedavi(%73) ve tırnak cilalarının(%94,4) daha fazla kullanımının olması anlamlıdır($p<0,05$). Katılımcıların %56,9(n:62)'u şikâyetlerinin azalmasıyla tedaviyi yarıda bıraktığını belirtmiş olup bu durum mantar hastalığının tekrarlama sayısının artmasıyla ilişkilidir($p<0,05$).

Sonuç: Erkek cinsiyet, düşük eğitim seviyesi, mevsim sıcaklığının artması, özellikle diyabet varlığı, ayak parmak aralarının iyi kurulanmaması, günlük tercih edilen ayakkabının dar ve hava almayan türde olması ve giyilme süresinin uzaması, başlanan tedavinin yarıda bırakılmasının mantar hastalığını etkilediği görülmüştür. Bu nedenle hijyen alanında dikkat edilmesi gerekenler ve planlanan tedavi süreciyle alakalı hastalara daha detaylı bilgilendirme yapılması gerekliliği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Ayak hijyeni, dermatofitoz, genel hijyen durumu, risk faktörleri, tedavi uyumu

ABSTRACT

Evaluation of General Hygiene Conditions and Treatment Compliance in Patients Aged 18 and Over with Dermatophytosis Diseases

Aim: The most common superficial fungal infections encountered in family medicine clinics are dermatophytosis. Humid and warm environments, tight clothing and shoes, and inadequate hygiene facilitate the presence of the infection. Due to the high prevalence of infectious dermatological diseases in our country, it is essential to make an accurate diagnosis, initiate appropriate treatment, and ensure preventive measures for these diseases, which have a high risk of recurrence. In our study, we aim to determine the relationship between the sociodemographic data, general hygiene conditions, and treatment compliance of individuals aged 18 and over diagnosed with dermatophytosis, as well as the existing fungal diseases and their recurrence rates.

Materials and Methods: During a two-month period, 109 participants aged 18 and over diagnosed with dermatophytosis were included from the Family Medicine Clinics of Şişli Hamidiye Etfal Education and Research Hospital. A 21-item questionnaire consisting of questions related to sociodemographic data, general hygiene, existing fungal diseases, and treatment compliance was administered face-to-face and via phone. Statistical analyses were conducted using SPSS 26.

Results: 54.1% (n:59) of the participants were male, while 45.9% (n:50) were female. The most common age group was 40-59 years old (48.6%), with an average age of 52.2 ± 12.2 years. In terms of educational status, the highest percentage had an education level below high school (56%). Summer was identified as the season with the highest increase in complaints. The neglect of hygiene practices such as body-foot cleanliness and proper drying, the sharing of common items, and wearing shoes for at least 4 hours a day were all significantly more common in men compared to women ($p<0.05$). Among individuals with an education level below high school, the preference for loose clothing was lower, while the preference for narrow shoes such as loafers and orthopedic-style shoes was higher, and these results were also significant ($p<0.05$). In terms of affected areas, foot fungus (73.4%) and nail fungus (58.7%) are the most prevalent. Among chronic conditions, diabetes mellitus (DM) is the most

common comorbidity associated with foot (40%) and nail fungus (48.4%). While the majority of those with foot and nail fungus pay attention to body hygiene, they do not show the same care in drying the spaces between their toes ($p<0.05$). The higher prevalence of fungus in the feet and nails associated with narrow shoes such as loafers is also significant ($p<0.05$). As the duration of shoe wear increases, complaints of foot fungus show a linear increase ($p<0.05$). The higher use of topical treatments for foot fungus (95%), systemic treatments for nail fungus (73%), and antifungal nail polishes (94.4%) is significant ($p<0.05$). Additionally, 56.9% (n:62) of participants reported that they discontinued treatment due to a reduction in their complaints, which is associated with an increase in the recurrence of fungal diseases ($p<0.05$).

Conclusion: It has been observed that male gender, low education level, increased seasonal temperatures, particularly the presence of diabetes, inadequate drying of the spaces between the toes, the choice of narrow and non-breathable shoes, prolonged wear time and the discontinuation of initiated treatment all affect fungal diseases. Therefore, it is essential to provide patients with more detailed information regarding hygiene practices and the planned treatment process.

Keywords: Foot hygiene, dermatophytosis, general hygiene status, risk factors, treatment compliance

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimliği polikliniklerine yapılan cilt hastalıkları başvurularında mantar hastalıkları (mikozlar) sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Mantar enfeksiyonları, günümüzde dünya çapında giderek artan bir halk sağlığı endişesi uyandırmaktadır. Artan bu endişeye rağmen, dünya üzerinde bu hastalıklara yetersiz dikkat ve çok az kaynak ayrılmaktadır. Bunun sonucu olarak da mantar enfeksiyonlarının dağılımı ve antifungal direnci hakkında veri eksikliği mevcut olduğundan dünyadaki kesin vaka yükünü tahmin etmek mümkün değildir(1).

Cilt, saç ve tırnak tutulumu yapan, yüzeyel mantar enfeksiyonu olan dermatofitozisler, tüm mikozların en sık grubunu oluşturur. Yüzeyel mantar enfeksiyonlarının prevalansının son yıllarda artışıyla artık dünyadaki nüfusun %20-25'inden fazlasının etkilendiği bilinmektedir; bu da en sık saptanan enfeksiyon türlerinden biri haline getirmektedir. Dermatofitozis enfeksiyonlarının klinik açıdan görünümü ve neden olan türleri, bulunduğu coğrafik bölge, sosyoekonomik şartlar ve alışkanlıklarına göre değişkenlik gösterir. Mantar türlerinin bazıları dünya çapında yaygın iken, bazıları belirli kıtalara ve coğrafik bölgelere özgüdür(2).

Dermatofitler, yüzeyde 25-28°C aralığındaki sıcaklıklarda gelişir ve insan cildinde enfeksiyon olması nemli ve sıcak ortamlarla kolaylaşır. Özellikle tropikal ülkelerde bundan dolayı oldukça yaygın görülür ve kapalı, hava almayan kıyafetler giymek durumu daha da kötüleştirir. Ayrıca hastalığın sıklığı, sosyoekonomik açıdan düşük statüye sahip toplumlarda daha fazladır. Kalabalık yaşam koşulları nedeniyle hijyen yeterli düzeyde sağlanamayabilir. Dermatofitozlar, genelde kendiliğinden iyileşme eğilimi göstermezler ve tıbbi müdahalenin eksik yapılmasıyla mikozların salgın şeklinde yayılması kolaylaşır(2).

İnsanlarda enfeksiyona neden olan dermatofit türü 40'tan fazladır. Keratinofilik özelliğe sahip (keratine karşı affinite gösteren) olan dermatofitler cildin, tırnakların ve saçın keratin yapılarına tutunarak iltihaplı konukçu yanıtına ve tinea olarak adlandırılan klinik durumlara yol açar. Bu etkenler, hastalığa sebep olmadan da konukçularında kolonize olabilirler(3).

Coğrafik ve sosyoekonomik yönden belirgin bir çeşitliliğe sahip Türkiye'de mantar hastalıklarının ulusal yükü hakkında epidemiyolojik veriler yeterli derecede

bulunmamaktadır. Yapılan araştırmaların birçoğu bölgesel, tek merkezli ve belirli popülasyonlardaki bireysel enfeksiyonlara odaklanmıştır. Ulusal ve uluslararası mevcut literatürler ile yerel verilere dayanarak, Türkiye'deki yüzeysel mantar enfeksiyonlarının tahmini yıllık insidansında toplam yük t. (tinea) pedis için 1.790.438 (2.215/100.000 oran), onikomikoz için 1.728.699 (2.139/100.000 oran), t.capitis için 43.864 (54/100.000 oran) olarak belirlenmiştir(4).

Özellikle gelişmiş ülkerlerde "sporcu veya atlet ayağı" olarak da bilinen t.pedis oldukça yaygınken t.capitis gelişmekte olan ülkelerde daha yaygındır. T.pedis, ayak parmak arası bölgelerini veya yan taraflarını etkileyebilir; bu durum kronik veya tekrar eden bir durum olabilir. Türkiye'de 50 yaş ve üzerindeki erkek nüfusunda t.pedis ve onikomikoz önemli bir sorun gibi görünmektedir ve prevalansı %29,5'tir. Bu grubun terlemeye, travmalara, kapalı ayakkabılara ve ortak alanlara maruz kalması hastalık insidansını artırır(4).

Genellikle tinea enfeksiyonlarının tedavisi azol veya allilaminlerin topik uygulanmasını içerir. T.unguium (onikomikoz) ve t.capitis, tedaviye daha dirençli türlerdir ve genelde sistemik oral tedavi kullanımını gerektirir. Ayrıca sistemik tedavi, kronik, şiddetli veya dirençli seyreden bütün tinealarda da kullanılabilir(3).

Dermatofitozis hastalıkları özellikle de gelişmekte olan ülkeler için önem arz eden bir sağlık problemidir. Ülkemizde bulaşıcı dermatolojik hastalıkların yüksek prevalansta oluşu nedeniyle tanıyı doğru koymak, uygun tedaviyi başlamak ve koruyucu önlemlerin alınmasını sağlamak gerekir(5).

Yaptığımız bu çalışmada, dermatofitozis hastalığı tanısı almış 18 yaş ve üstü bireylerin sosyodemografik verileri, genel hijyen durumları ve tedavi uyumları sorgulanmıştır. Katılımcıların bu sorgulanan verileriyle mevcut mantar hastalıklarının ve tekrarlama sayılarının arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmanın sonucuyla, mantar enfeksiyonlarının risk faktörleri ve alınması gereken önlemler konusunda bilgi sahibi olunması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MANTAR ENFEKSİYONLARI VE ALT GRUPLARI

Mantar enfeksiyonları (mikozlar), enfeksiyonun etkilediği alan ve şiddeti, enfekte eden mantarların özelliklerine bakıldığında geniş bir spektrumda kendini gösterir. Bazıları deri lezyonları ile sınırlı kalırken bazılarında bu lezyonlar ciddi bir sistemik enfeksiyonun işaretçisi olabilir(6). Dünya üzerinde 200.000 türden fazla mantar bulunduğu ancak insanlarda 250-300 tür kadarının hastalığa neden olduğu bilinmektedir. Alt gruplarını 4'e ayırabiliriz:

a. Yüzeyel mikozlar: Deri, saç ve tırnak tutulumu yapar. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de en sık gördüğümüz mantar enfeksiyonları yüzeysel olanlardır.

b. Subkutanöz mikozlar: Deri altı dokularda, kas ve kemik yapılarında tutulum yaparlar.

c. Derin (endemik) mikozlar: Daha çok sistemik yayılım ile organlar ve derin dokularda tutulum yaparlar.

d. Fırsatçı mikozlar: Altta yatan hastalık öyküsü olanlarda, immun sistemi zayıflayanlarda, uzun süreli ve geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı olanlarda görülen mantarlardır(7).

2.2. YÜZEYEL MANTAR ENFEKSİYONLARI

Bu enfeksiyonları kendi içinde 5 gruba ayırabiliriz: t.nigra, piedra, kandidiyazis, dermatofitozlar, pitiriyazis versikolor(8). İçlerinde en sık gözlemlediğimiz dermatofit enfeksiyonudur. Özellikle birinci basamakta karşımıza sıklıkla çıkan bu hasta grubu koruyucu hekimlik yönünden önem taşır(9).

2.3. DERMATOFİTOZLAR

2.3.1. Dermatofitlerin Alt Grupları

Yerleşim bölgelerine göre bakarsak; mikrosporum cilt ve saç, epidermophyton cilt ve tırnak, trichophyton cilt, saç ve tırnak tutulumu yapar. Ayrıca bulunduğu konağa göre de gruplayabiliriz. Ana kaynağı insan olanlara antropofilik, hayvan olanlara zoofilik, toprak olanlara jeofilik denir(9).

2.3.2. Kolaylaştırıcı Faktörler

Enfeksiyonun bulaşması ve yayılmasında düşük sosyoekonomik durum, hijyenin yeteri kadar sağlanamaması, yüksek mevsim sıcaklığına maruziyet ve terleme, ortak kullanılan yaşam alanları, paylaşılan kişisel eşyalar, immun sistemin baskılanması ve hayvanlarla temas öyküsünün olması kritik rol oynar(10).

2.3.3. Dermatofitozların Klinik Tipleri

Dermatofitozlar bulundukları anatomik konuma göre kategorize edilir. Yaşam boyu dermatofitlerle enfekte olma riskinin %10-20 aralığında olduğu tahmin edilmektedir. Yetişkinlerin %70'inde var olan t.pedis en yaygın olanıdır(11).

2.3.3.1. Tinea pedis (atlet ayağı):

Ayaklarda görülen bu enfeksiyona en sık neden olan türler Trichophyton rubrum, Trichophyton mentagrophytes *ve* Epidermophyton floccosum'dur. Özellikle sporcular ve mesai saatleri uzun olan işçi kesimi arasında yaygındır. Bu durum, teri emmeyen naylon çoraplar ve sürekli kapalı ayakkabı giymekten kaynaklanır(12). Oto-inokülasyonla eş zamanlı onikomikoz, t.manuum ve t.corporis geliştirebilirler(13). T.pedisin poliklinikte karşılaştığımız klinik tiplerini 4 başlık altında toplayabiliriz:

a. İntertriginöz tip: Özellikle parmak aralarında tutulum yapan ve klinikte en sık karşımıza çıkan tablodur. Deskuamasyon, maserasyon ve fissür gözlenir.

b. Skuamöz-hiperkeratotik tip (Makosen tipi): Çoğunlukla bilateral, ayak tabanı ve lateral kısmında bulunan ve kıvrım bölgelerinde yoğunlaşan gümüş beyazı skuamlar gözlenir. Kaşınma ile ele bulaşabilir.

c. Veziküler veya vezikülobüllöz tip: Derin yerleşimli tipidir. Vezikül ve bül yapıları kaşıntıyla rüptüre olup krut oluşturabilir.

d. Akut ülseratif tip: Nadir gözlenen formudur(14).

Predispozan faktörleri arasında erkek cinsiyet, ileri yaş, aynı evin içinde ortak çorap ve terlik kullanımı, travma, immunsupresyon, DM (diabetes mellitus), periferik vasküler hastalık ve psöriazis varlığı vardır(15). Nemli ortamlar, kapalı ve dar ayakkabı, ortak halı veya banyo zeminine basılması t.pedis gelişme riskini arttırır(16).

T.pedis hastalarının çoğu dermatofitleri çevreye yaymak konusunda gerekli özeni göstermemektedir. Dermatofitlerdeki artrosporlar, hastanın çorabını çıkarması veya banyo yapması sırasında zemine keratinize olmuş hücrelerle birlikte

dökülmektedir. Bu da ortak kullanım alanlarında zeminden bulaş riskinin fazla olduğu anlamına gelmektedir(17).

Diyabet tanılı popülasyon ile t.pedis ve onikomikoz arasındaki ilişkinin araştırıldığı yeterli çalışma olmamakla birlikte diyabetli hastaların yaklaşık üçte birinin bu enfeksiyonlardan etkilenebileceği tahmin edilmektedir. Bunun nedeni olarak da diyabetik nöropatiyle birlikte his kaybının yaşanması, alt ekstremite dolaşım bozukluğu gelişme riskinin olması ve immun sitemin zayıflaması düşünülebilir. T.pedisin ciltte yarattığı maserasyon ve fissürler diyabetik duyusal nöropatiyle birlikte fark edilmeyip sekonder bakteriyel enfeksiyonlara neden olabilir(18).

Muayene sırasında t.pedisle karışabilen bazı hastalıklar şu şekildedir: Psöriazis, kontakt dermatit, juvenil plantar dermatoz, dizidrotik egzama, mikozis fungoides ve sifiliz 2.dönem deri bulguları. Bu karışıklığı önlemek için tanı öncesinde detaylı anamnez ve tüm vücut muayenesi iyi değerlendirilmelidir. Doğru tanı için mikroskobik inceleme yapılarak yanlış tanının önüne geçilmelidir(14).

2.3.3.2. Tinea unguium (onikomikoz):

Tırnakta etken olarak nondermatofitik küfler, dermatofitler ve mayaların neden olduğu fungal enfeksiyonlara genel olarak ‘onikomikozis’, sadece dermatofitlerin etken olduğu enfeksiyonlara da ‘t.unguium’ denir. Onikomikozların %85’inin etkeni dermatofitlerdir ve bu enfekte olguların % 80’inde başta t.pedis olmak üzere başka dermatofit enfeksiyonlarıyla birlikteliği vardır(9). Bu enfeksiyonların %60-70'inden fazlası, öncelikle Trichophyton rubrum ve mentagrophytes tarafından oluşturulur(19). Poliklinik başvurularında karşılaştığımız klinik tiplerini 4 başlık altında toplayabiliriz:

a. Distal subungual onikomikoz (DSO): En sık klinik tipidir. Başlangıçta tırnağın distalinde veya lateralinde beyaz-sarı renkte renk değişikliği yapar. Enfeksiyon devam ettikçe subungal dokuda hiperkeratoz, onikolizis ve distrofi gelişir.

b. Yüzeyel beyaz onikomikoz: Tırnak plağının doğrudan yüzeyinde oluşan beyaz renkli görünümdür.

c. Proksimal subungual onikomikoz: Başlangıç noktası tırnağın proksimal kısmıdır. Daha çok immun yetmezliği olan olgularda ve çok nadir karşımıza çıkar.

d. Total distrofik onikomikoz: Son evre olan bu tipinde tırnak kalınlaşmış ve tamamiyle distrofik bir görünüm içerisindedir(9).

Predispozan faktörleri arasında yaşlılık, DM, psöriazis, periferik vasküler ve

nörolojik bozukluklar, HIV, Down sendromu, podolojik anormallikler, travmatik tırnak bozuklukları ve spor aktiviteleri bulunmaktadır(20). Risk faktörlerine baktığımızda çoğunlukla t.pedisle ortak noktaların olduğunu görmekteyiz. Özellikle immün yetmezliği olan ve diyabet tanılı bireyler onikomikoz riskinin yanında selülit gibi bakteriyel komplikasyonlara karşı daha hassas olabilirler(21). Çalışmalarda dermatofitlerin, enfekte olan kişinin kullandığı kontamine tırnak cilası, oje, tırnak makası, törpü gibi nesnelerle sağlıklı bireylere bulaştığı görülmüştür(22).

T.unguiumun tırnakta yaptığı deformitelere bakıldığında, ayırıcı tanıda düşünmemiz gerekenler şunlardır: Psöriazis, liken planus, kronik dermatit, paronişi, tümörler, sarı tırnak sendromu, herpetik whitlow(23).

2.3.3.3. Tinea manuum:

Bir ya da iki eli etkileyen, daha çok avuç içlerinde, sırt kısmında veya parmak arası kıvrımlarda tutulum yapan enfeksiyondur(24). Klinik olarak pullu, hiperkeratotik ve eritemato-skuamöz lezyonlarla kendini gösterir. En sık görülen patojen Trichophyton rubrum'dur. T.pedis ve unguiumdaki enfekte cilt ve tırnak materyalinin oto-inokülasyonu sonucunda bulaşma çok sık görülür. Ayırıcı tanısında kontakt dermatit, atopik dermatit, palmar psoriasis bulunur(25).

Risk faktörleri arasında erkek cinsiyet, DM, hipertansiyon, ateroskleroz, immünsuprese hastalıklar, nemli ortam, aşırı terleme (hiperhidroz), ellerde genellikle işle alakalı tekrar eden travmalar (örneğin, otomobil tamircileri, makine operatörleri, kimyasallarla çalışan bireyler) görürüz. Bu enfeksiyonlarda erken dönemde doğru tanı koymak ve tedaviye hızlı bir şekilde başlamak önemlidir. Böylece hastalar için uzun süreli rahatsızlıkların önüne geçilebilir. Enfeksiyonun etkileri azaltılarak hastalara el becerilerini geri kazandırabiliriz(24).

2.3.3.4. Tinea kapitis:

Saç bölgesi, kaş ve kirpiklerde görülen bu enfeksiyonun özellikle ergenlik dönemi öncesindeki çocuklarda sıklığı fazladır. Ancak yetersiz çalışma bulunması nedeniyle çoğu ülkede prevalansı bilinmemektedir. Microsporum türleri, saç telinin dış yüzeyinde artrosporlardan oluşan ektotrix tipi enfeksiyon paterni ile saç telini istila ederler. Trichophyton türleri ise genellikle endotrix tipi enfeksiyonla saç telinin içine doğru spor gelişimi gösterir(26). Klinikte karşımıza çıkan t.kapitis tipleri şu şekildedir:

a. Kerion: En şiddetli reaksiyon tipi olarak bilinir. Bu reaksiyon genellikle zoofilik türlerden kaynaklanır. Kıl köklerinde ağrılı, iltihaplı bir kütle şeklinde görülür ve saç dökülmesine neden olurlar. Birlikteliğinde lenfadenopati sık görülür(27).

b. Favus: Etken türü Trichophyton schoenleinii olan favus enfeksiyonu, artık nadiren ve endemik olduğu bölgelerde görülmektedir. Saç tellerinin deriden çıktığı yerlerde oluşan ve scutula olarak bilinen sarımsı kabukların varlığı ile karakterizedir. İlerleyen dönemde normal saç büyüme alanları arasına dağılmış skarlaşmış alopesi ve atrofik alanlara dönüşebilir. Saç kaybının çoğu geri döndürülemez(27).

c. Siyah nokta t.kapitisi: Çoğunlukla Trichophyton türleri tarafından meydana gelir ve nadiren iltihaba neden olurlar. Saç telleri derinin hizasında kırılır ve saç foliküllerinde kalır, bu da siyah nokta görünümüne yol açar(25).

Enfeksiyon, enfekte olan kişilerle yakın temas veya kişisel eşyalarıyla (örneğin taraklar, fırçalar, yastık kılıfları, şapkalar) ortak kullanım vasıtasıyla yayılır. Ayrıca enfekte hayvanlardan da bulaşabilir(28). Ayırıcı tanısında seboreik dermatit, püstüler psöriazis, alopesi areata, enfekte egzama, folikülit, sekonder sifiliz, abse, selülit, ilaç döküntüsü reaksiyonu düşünülebilir(29).

Çocukluk döneminde baskın görülmesinin nedeni bu dönemde saçta mantarları inhibe eden yağ asitlerini içeren yağların aktive olmaması, adrenal bezlerin antifungal ve fungistatik salgı üretmemesi olabilir(12). T.kapitis, çocuklarda fiziksel semptomların ötesinde, psikososyal bağlamda da olumsuz etkiler yaratır. Uzun sürdüğü takdirde kendilerine olan özgüvenlerini, sosyal akran ilişkilerini ve eğitim durumlarını etkileyebilir(30).

2.3.3.5. Tinea barbae:

Sakal ve bıyık gibi yüz bölgesindeki kalın kıllarda tutulum yapan enfeksiyondur. Zoofilik dermatofit etkenleri daha ön plandadır(9). Mevcut lezyonları iltihaplı ve püstüler tiptedir. Yalnızca erkek cinsiyette görülür ve berber dükkanlarındaki ortak kullanılan aletler aracılığıyla bulaşma olabilir(12). Dermatofit enfeksiyonları insanlarda en yaygın cilt hastalıklarından biri olmasına rağmen, t.barbae oldukça nadir karşımıza çıkmaktadır. Tıp camiasında hastalık hakkındaki farkındalığın eksikliği genellikle doğru tanı koyulamamasına ve yanlış hastalık yönetimlerine yol açar(31).

2.3.3.6. Tinea facialis:

Çocukluk yaş grubunda daha yaygın görülen, kılsız yüz bölgesinde tutulum yapan enfeksiyondur. Özellikle anamnezde hayvanlarla temas öyküsü sorgulanmalıdır(32). Dünya üzerinde en yaygın neden olan tür Trichophyton rubrum'dur. Periferinde pullanma şeklinde döküntü ve merkezinde iyileşmiş alan içeren eritematöz halkalar şeklinde yüz bölgesinde görülür(33). Daha önceden t.facialis geçirme öyküsü olan ve yanaklarında lezyon bulunan, genellikle de erkek hastaların nüks etme oranı yüksek bulunmuştur(34). Ayırıcı tanılar arasında seboreik dermatit, kontakt dermatit, peroral dermatit, atopik dermatit, lupus eritematozus, psöriazis, rosacea ve anüler granülom bulunmaktadır(35).

2.3.3.7. Tinea corporis:

Yüz bölgesi, ayak veya ellerin haricinde vücudun geri kalan herhangi bir alanında meydana gelir. Lezyonlar keskin sınırlarla belirgin, halkalar şeklinde, kaşıntılı ve pullu yapıya sahip plaklardan oluşmaktadır. Sıcaklık ve nem oranının yüksek olması, dar ve kapalı kıyafetler giymek enfeksiyonun şiddetini ve sıklığını arttırmaktadır. Enfeksiyon hayvandan, topraktan ve insanların cildinden doğrudan temas ile bulaşma gösterir. Özellikle de çocuk yaş grubu zoofilik tip enfeksiyonları kapmaya daha eğilimlidir, daha çok kedi ve köpeklerin temasıyla bulaşır. Ayırıcı tanıda t.corporis lezyonunun görüntüsünü taklit eden diğer hastalıklar şunlardır: Subakut kutanöz lupus eritematozus, nummular egzama, psöriazis, kutanöz kandidiyazis, t.versicolor, seboreik dermatit, pitriyazis rosea, atopik dermatit(36). Bu vakaların yüzde 80-90 kadarının etkeni Trichophyton rubrum'dur(17).

T.corporisin temasla alakalı sporlarda özellikle de güreşte görüldüğü duruma T.gladiatorum ismi verilir. Sporculardaki cilt travması zemininde temas yoluyla birbirlerine bulaşan bu enfeksiyon kişinin hayat kalitesini düşürmektedir(37).

Majocchi granülomu denilen enfeksiyon, genelde Trichophyton rubrum kaynaklı t.corporisin nadir görülen bir klinik varyantıdır. Bu durum ciltteki kıl foliküllerinin tıraş gibi yöntemlerle travmatize edilmesi sonucunda folikülitlerin oluşumunu ifade eder. Genellikle yüzeysel ve ağrısız oldukları gibi invaziv karakterde davranıp daha derin yerleşimli yaygın enfeksiyonlara da neden olabilirler(38).

2.3.3.8. Tinea cruris (inguinalis):

Bu enfeksiyonda lezyonların merkezi inguinal bölgedir. Pubik, perine, uyluğun üst kısmı ve perianal alana doğru yayılım gösterebilir. Kaşıntılı, eritematöz, kenarları merkezine göre daha kabarık, annüler bir plak şeklinde görünür(7). Trichophyton rubrum, dünyada t.cruris hastalarında en çok izole edilen dermatofit türüdür(39). Daha çok 18-60 yaş aralığındaki erkek cinsiyette sık görülür. Risk faktörlerinde dar pantolonlar giymek, kıyafetleri başkalarıyla paylaşmak, DM, obezite, aşırı terleme ve spor etkinlikleri yer alır(40).

2.3.3.9. Tinea incognito:

Dermatofit enfeksiyonu geçiren hastalarda tedavi sürecinde topikal kortikosteroid ve immünosüpresif ajanların kullanılmasıyla hastanın semptomları maskelenebilir. Bu süreçte de hedefe yönelik tedavi verilmeyen hastaların mevcut enfeksiyonları yayılmaya devam eder. Bu duruma t.incognito adı verilir. Topikal steroid tedavisi, yanlış teşhis koyulmasına, hedefe yönelik tedavinin gecikmesine ve başarısız olmasına yol açabilir(41).

2.3.4. Dermatofitozların Patofizyolojisi

Dermatofitler, keratin yapısını sindirebilen proteazları üreten ve bu özelliği sayesinde derinin st. (stratum) corneum tabakasına, saç, tırnak yapılarına invaze ve kolonize olan aerobik tip mantarlardır. Genelde ölü keratinize tabakada ve derinin yüzey kısmında sınırlıdır. Güçlü immün sisteme sahip kişilerde konakçının hücrelerini geçemediğinden derin dokulara ve organlara ulaşamaz(42). Aynı risk faktörlerini barındıran insanlara bakıldığında hepsinin mantar enfeksiyonları açısından eşit derecede duyarlılığının olmadığı tespit edilmiştir. Doğal ve edinsel immün sistemlerindeki belirli kusurlar nedeniyle bu hastaların mantar enfeksiyonlarına genetik yatkınlıklarının daha fazla olduğunu kanıtlayan çalışmalar mevcuttur(43).

Hastalığın şiddet düzeyi; dermatofit türünün virülansı, anatomik yeri, etkenin metabolik ürünlerine konakçının verdiği tepki ve çevresel faktörlere bağlı değişebilir(44). Dermatofitlerin konukçuda yarattığı tahribat nedeniyle patojen ile arasında kronik bir mücadele vardır. Hastalık konukçuda kontrol altına alındığı zaman, bu durumun dermatofit etkeninin tamamiyle ortadan kaldırıldığı mı yoksa kişinin immün sistemi tarafından baskılanıp uyku halinde mi beklediği belirsizdir. Bu nedenle kişide nüks olduğu zaman ya uykuda bekleyen enfeksiyonun aktive olması ya da yeni

bir dermatofit enfeksiyonunun varlığı bu duruma neden olur(45).

2.3.5. Dermatofitozların Tanısı

Tinea enfeksiyonlarının etkili yönetimindeki birincil adım doğru tanıyı koymaktır. Etken organizmanın laboratuvar odaklı tanımlanması, hedefe yönelik antifungal tedavinin başarı oranını arttırır(46).

İyi sonuçlar elde etmek için, örneği alınan materyalin miktarı ve kalitesi önemlidir. Ciltten alınan kazıntı örnekleri lezyonların kenarlarından toplanmalı ve bakteriyel kontamisyonu önlemek için steril şartlarda saklanmalıdır. Onikomikozda alınan örnek mümkün olduğunca tırnağın proksimalinden toplanmalıdır. Çünkü proksimalde mantar hifleri daha bol miktarda bulunur(47). Saçlardan toplanan örneklerde, özellikle saç folikülleriyle birlikte örnek toplamak tespit şansını arttırır. Steril bir cımbız yardımıyla saçlar kök kısmından çekilerek çıkarılmalıdır, saçlar kesilmemelidir. Ayrıca örnekler toplanmadan önce mutlaka lezyon bölgesi %70'lik alkol yardımıyla dezenfekte edilmelidir(48).

a. Direkt inceleme (dermoskopi): Klinik pratikte sıklıkla tercih edilen non-invaziv ve hastaya doğrudan uygulama imkânı olan dermoskopi ile bakı yöntemi, hem tanı hem de tedavi sürecinde lezyon takibi için kullanılmaktadır(49). Örneğin; T.capitis dermoskopi bakısında kıvrılmış virgül şeklinde saç görmek tanı koydurucudur. T.corporiste vücuttaki ince tüylerin etkilenmesi, oral antifungal tedaviye başlamak gerektiğini gösterebilir. DSO'da tırnak üzerinde birbirinden ayrılmış tırnak katmanları düzensiz, mat renkli strialar şeklinde görünür ve kuzey ışıklarını andırır(47).

b. Wood lambası: Saç ve derideki aktif dermatofitlerin wood lambası ile floresans ışığında incelenmesi için ultraviyole ışık (320-400nm dalga boyu aralığında) kullanılır. Bu yöntemin kullanışlı olmamasının nedeni, tüm dermatofitlerin floresans yaymamasından kaynaklı tanıda kesin ekartasyon sağlamaz(49).

c. Doğrudan mikroskopi yöntemi: Cilt kazıntı örnekleri için %10, tırnak örnekleri için %40'lık KOH çözelti ile işlenmiş dermatofitlerin etkili, hızlı ve ucuz şekilde taranma yöntemidir. Uzun ve düzgün yapılı, ışığı kıran, dallanan, septalı hiflerin varlığı, kazıntı örneklerinin pozitif olduğunu gösterir. H&E (Hematoksilen-Eozin) boyama ile st.corneum'da hif yapıları görülebilir. Periodik asit schiff (PAS) ve Gomori metenamin gümüş (GMS) boyaları ile fungal hifler daha belirgin hale gelebilir(47). Bu yöntemin %15'inde yanlış negatif sonuçlarla karşılaşabiliriz(43).

d. Kültür: Tanı koyulması açısından altın standart yöntemidir. Ancak düşük duyarlılık, kolayca erişiminin olmaması ve sonuçlanmasının uzun sürmesi nedeniyle rutinde kullanımı sıklıkla tercih edilmemektedir(50). Sabouraud dekstroz agar (SDA), kültürde en yaygın kullanılan izolasyon ortamıdır. 7-14 gün inkübasyon süresi vardır. Sikloheksimid, kloramfenikol ve gentamisin eklendiğinde oluşan modifiye SDA, daha seçici bir yöntemdir. Çünkü eklenen kloramfenikol, saprofitik mantarların oluşumunu inhibe eder(43). Bir diğer izolasyon ortamı, pH göstergesi kabul edilen fenol kırmızısını içeren dermatofit test ortamıdır. Bu ortamda 5-14 gün kadar oda sıcaklığında inkübe olan dermatofitler, proteinlerin amonyum iyonları şeklinde salınmasına ve ortamı alkalileştirerek sarı renkten parlak kırmızı renge dönmesine yol açar. Kontaminasyon nedeniyle yanlış pozitif sonuçlar verdiğinden rutinde pek yeri yoktur(47).

e. Moleküler yöntemler: Kültür yönteminde dermatofitlerin yavaş büyüme süresi ve duyarlılığın düşük olması nedeniyle birçok araştırmacı, hızlı tanı ve güvenilirlik imkanı sunan PCR yöntemleri ile DNA incelenmesini geliştirmeye yöneldiler(51). PCR, kültüre oranla daha duyarlı olsa da örneklemenin yetersizliği ile yanlış negatif, hastadaki cansız mantarların varlığıyla yanlış pozitiflik gibi hatalı sonuçlar da verebilir(49).

2.3.6. Dermatofitozların Tedavisi ve Önlenmesi

Tedavi enfeksiyonun bulunduğu bölgeye, yaygınlığına, şiddetine ve etken olan organizmaya bağlı değişkenlik gösterir(52). Birçok antifungal tedavi seçeneği bulunmaktadır. Sistemik (oral) antifungaller, t.kapitis, t.barbae, yaygın ve komplike seyirli t.corporis/cruris/pedis ve onikomikozis vakalarında önerilmektedir. Topikal antifungaller ise lokalize kalmış t.corporis/cruris/pedis ile hafif-orta şiddetteki onikomikozis vakaları için önerilmektedir(53).

Topikal antifungal ilaçlar, daha etkili ve st.corneum'a daha iyi penetre olabilmesi için krem, jel, losyon ve sprey şeklinde formüle edilirler. Corneum tabakası geçildikten sonra bu ilaçlar sayesinde dermatofitlerin öldürülmesi ve büyümelerinin inhibisyonu sağlanır. Hem klinik hem de mikolojik anlamda temizlenme sağlanmış olur. Etkinliği yüksek ve sistemik yan etki açısından düşük riskli olan bu ilaçlar, basit yüzeyel dermatofitler için ilk basamak tedavisi olarak düşünülebilir. Sıklıkla tercih edilen topikallere bakarsak azoller, allilamin/benzilaminler ve polienleri görebiliriz.

Uzun süreli tedavinin kullanılması nispeten güvenlidir ancak denetimsiz kullanıldıklarında direnç gelişimine neden olabilirler(52).

Oral (sistemik) antifungal tedavi, diğer tedavi yöntemlerine göre daha etkilidir. Ancak bu durum beraberinde yan etki, direnç gelişimi, uzun ve maliyeti yüksek tedavi süreci, ilaç etkileşimleri ve nüks etme gibi zorlukları da getirir. Oral olarak en sık tercih edilen ilaçlar: Terbinafin, itrakonazol, flukonazoldür. Eskiden tercih edilen ketokonazol ve griseofulvin, tedavi etkinlikleri daha yüksek alternatif ilaçların çıkmasıyla artık nadiren tercih edilmektedir(54).

Gerektiği durumlarda tedavi etkinliğini arttırmak için sistemik ve topikal tedavi kombinlenebilir. Bu durumlardan birisi onikomikozis tedavisidir. Tırnakta topikal tedavinin kompakt tırnak dokusunu aşması ve dermatofitlerin olduğu bölgeye ulaşması zor olmaktadır. Bu nedenle de kombine tedavi verilerek başarı yüzdesi arttırılmaktadır. Onikomikozis tedavisinde ayrıca lazer ve UV-C ışını gibi tedavi seçenekleri de vardır. Bu tedavilerle semptomlarda azalma olduğu bildirilmiştir(54). Topikal tedavide siklopiroks %8'lik tırnak cilası, sağlam immün sisteme sahip hastalarda, Trichophyton rubrum kaynaklı, hafif-orta derecede onikomikozis tedavisi için FDA tarafından onaylanmıştır. Yararlanımı arttırmak için beraberinde haftalık tırnak kesimi, törpüleme ve aylık klinikte debride edilmesi önerilmektedir(55). Antifungal şampuanlar, T.capitis/corporis/cruris/barbae enfeksiyonlarında haftada 2 olacak şekilde asıl tedavinin yanında kombinlenerek kullanılabilir(53).

Hastaya ilaç başlanırken bazı değişkenlere dikkat edilmesi, direnç gelişmesi riskini en az seviyeye indirmekte yardımcı olmaktadır. Bu değişkenler şunlardır: Etkene göre seçilecek ilacın türü, ilacın miktarı, tedavi süresi, aralıklı ya da sürekli tedavi planlanması ve hastanın immünitesi(56). Dermatofitoz tedavisinde hastalar, klinik semptomları azaldığında veya geçtiğinde tedavilerini yarıda bırakma eğiliminde oluyorlar. Bunun sonucunda da hastalığın nüks riski ortaya çıkmaktadır(53).

Dermatofitozislerin bulaşıcılığının yüksek olması ve iyileşme sürecinde dirençli seyretmesi nedeniyle bazı önlemlerin alınmasını gerektirmektedir. Özellikle terleme miktarını azaltmak adına vücudun ve ayakların banyo sonrası iyice kurulanması, hava alan geniş tipte ayakkabı tercihi, teri emen pamuklu tip çorapların tercihi, ortak eşya (tırnak makası, törpü, tarak, terlik, havlu, kıyafet gibi) paylaşımının olmaması korunmada önemli adımlardır(7).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

Çalışmamız tek merkezli, gözlemsel, tanımlayıcı ve bilgi formuna dayalı niteliktedir. Çalışmamız, 11.06.2024 tarihinde başlamış olup iki aylık zaman diliminde Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerinde yapıldı. Polikliniklere herhangi bir sebeple başvuran 18 yaş ve üzeri bireylerden dermatofitozis tanısı almış ve çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler dahil edildi. Örneklem büyüklüğü çalışma öncesi son üç ay baz alınarak hesaplanmıştır. Çalışma öncesi son üç ay içerisinde aile hekimliği polikliniklerine başvuran 18 yaş ve üstü dermatofitozis hastalığı tanısı alan erişkin bireylerin sayısı toplamda 151 kişi olup %95 güven aralığıyla örneklem büyüklüğü 109 kişi olarak hesaplandı. Bu hesaplama CDC Epi Info programıyla yapıldı.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

1- 18 yaş ve üzeri bireyler
2- Dermatofitozis tanısı almış bireyler
3- İletişim problemi olmayan bireyler
4- Çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:

1- 18 yaş altı bireyler
2- Dermatofitozis tanısı almamış bireyler
3- İletişim problemi olan bireyler
4- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen bireyler

3.2. VERİ TOPLAMA

Çalışmadaki katılımcılara, literatür araştırmaların taraması da yapılarak araştırmacının kendisi tarafından hazırlanan 21 soruluk bilgi formu uygulandı. Bu formun ilk kısmı sosyodemografik verilerden, ikinci kısmı genel hijyen sorularından, üçüncü kısmı ise mevcut mantar hastalığı bilgileri ve ilaç kullanım uyumlarıyla alakalı sorulardan oluşmaktadır. İlk kısımda cinsiyet, yaş, eğitim durumu, kronik hastalık durumu, aile tipi, kortikosteroid ve antibiyotik kullanma durumu sorgulandı. İkinci

kısımda genel hijyen durumu, ortak eşya kullanımı, manikür-pedikür alışkanlığı, günlük ayakkabı türü ve ayakta kalma süresi, çorap değiştirme sıklığı sorgulandı. Üçüncü kısımda ise mantar hastalığının bölgesi, tekrar sayısı, mevsimle ilişkisi, önceden kullanılan tedavileri ve tedaviye uyumları sorgulandı. Bilgi formu, poliklinikte saptanan hastalara yüz yüze sorgulama yöntemiyle ve çalışma tarihleri içinde geriye dönük poliklinik taramalarında saptanan hastalara telefon yoluyla uygulandı. Uygulama öncesi katılımcılardan yazılı ya da sözel onam alındı.

3.3. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Çalışma kapsamında anket sorularından derlenen verilerden kategorik nitelik taşıyanlar için sıklık (n) ve yüzde (%); nicel nitelik taşıyan yaş verisi için ortalama, standart sapma, en düşük ve en yüksek parametreler analiz edilmiştir. Kategorik değişkenler tablolar ve grafikler yardımıyla sunulmuştur. Kategorik değişkenlerin çaprazlanması ile elde edilen tablolarda Ki-kare testi uygulanarak anlamlılık aranmıştır. İstatiksel olarak anlamlı bulunan farklar için karşılaştırmalar verilmiştir. Çalışmanın istatistiksel analizleri için "Microsoft Excel 2016" ve "IBM SPSS Statistics 26" paket programları kullanılmıştır. $P<0,05$ düzeyi, tüm testler için anlamlı kabul edilmiştir.

3.4. ETİK KURUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Başkanlığı tarafından 11.06.2024 tarihli ve 4431 protokol onay numarası ile etik kurul onayı alınmış olup Ek-1'de sunulmuştur.

4. BULGULAR

4.1. ÇALIŞMANIN SORULARINA VERİLEN CEVAPLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

4.1.1. Sosyodemografik ve Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya toplamda 109 katılımcı dahil olmuştur. Erkeklerin oranı %54,1 (n:59) ve kadınların oranı %45,9 (n:50)'dur. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların ortalama yaşı 52,2 ve standart sapması 12,2'dir. En sık görülen yaş grubu %48,6 (n:53) ile 40-59 yaş aralığı olmuştur. Eğitim durumu dağılımında ilk sırada %56 (n:61) ile lise altı düzeyinde eğitim görmüş bireyler yer almıştır. Katılımcıların %85,3 (n:93)'ü aynı hane içinde aile tipini çekirdek aile olarak tanımlamıştır.

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik ve Tanımlayıcı Özellikleri (n:109)

Parametre		**n**	**%**
Cinsiyet	Erkek	59	54,1%
	Kadın	50	45,9%
Yaş dağılımı	20 - 39	18	16,5%
	40 - 59	53	48,6%
	60+	38	34,9%
	Ort	52,2	
	SS	12,2	
	Aralık (min-max)	20-80	
Eğitim durumu	Okuma yazma bilmeyen	10	9,2%
	Lise altı	61	56,0%
	Lise ve üstü	38	34,9%
Aynı hane içinde aile tipi	Çekirdek aile	93	85,3%
	Geniş aile	9	8,3%
	Yalnız yaşıyorum	7	6,4%

n=sıklık, %=yüzde, Min=minimum, Maks=maksimum, Ort=ortalama, SS=standart sapma

Katılımcıların %69,7 (n:76)'si en az bir kronik hastalığının bulunduğunu ifade ederken bilinen bir kronik hastalığı bulunmadığını ifade edenlerin oranı %30,3 (n:33)'dür. Kronik hastalıklar içinde ilk sırayı %43,1 (n:47) ile DM almıştır. Bunu %34,9 (n:38) ile esansiyel hipertansiyon ve %22,9 (n:25) ile kardiyovasküler hastalıklar izlemiştir.

Tablo 2: Katılımcıların Kronik Hastalık Dağılımları (n:109)

Hastalık	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Diyabetes mellitus	47	43,1%	62	56,9%
Esansiyel hipertansiyon	38	34,9%	71	65,1%
Kardiyovasküler hastalıklar	25	22,9%	84	77,1%
Tiroid hastalıkları	14	12,8%	95	87,2%
Akciğer hastalıkları	7	6,4%	102	93,6%
Romatizmal hastalıklar	5	4,6%	104	95,4%
Diğer hastalıklar	6	5,5%	103	94,5%

Katılımcıların %91,7 (n:100)'si düzenli olarak oral ya da topikal kortikosteroid tedavisi almadığını ifade etmiştir. Buna karşın %8,3 (n:9)'lük bir kesim düzenli olarak kortikosteroid tedavi aldığını beyan etmiştir. Yıllık bazda antibiyotik kullanma sıklığında ilk sırada yılda 1-2 kez antibiyotik kullananlar bulunmaktadır. Katılımcıların %45,9 (n:50)'u yılda 1-2 kez, %14,7 (n:16)'si yılda 3-4 kez ve %1,8 (n:2)'i ise yılda en az 5 kez antibiyotik kullandığını belirtmiştir. Bunlara karşın %37,6 (n:41)'lık bir kesim ise antibiyotik kullanmadığını ifade etmiştir.

4.1.2. Genel Hijyen Sorularının Değerlendirilmesi

Katılımcıların %86,2 (n:94)'si çok sıcak ve nemli havalarda aşırı terlediğinde vücut temizliğine ve iyi kurulanmaya dikkat etmektedir. %69,7 (n:76)'lik bir kesim mantar hastalığının önlenmesi için bol kıyafetler ve hava alan ayakkabıları tercih etmektedir. Havuz, hamam, mescit, otel odası, yurtlar, spor salonları, askeri alanlar gibi ortak kullanım alanlarını kullanırken kendisine ait hijyen ürünleri olmasına dikkat edenlerin oranı %73,4 (n:80) seviyesindedir. Katılımcıların %35,8 (n:39)'i banyo sonrasında veya ayakları aşırı terlediğinde özellikle ayak parmak aralarını kurulamaya özen gösterdiğini ifade ederken daha çoğunlukta olan %64,2 (n:70)'lik kısım özen göstermediğini ifade etmiştir.

Tablo 3: Katılımcıların Genel Hijyen Durumuna İlişkin Dağılımı (n:109)

Genel hijyene ilişkin sorular	Evet		Hayır	
	n	%	n	%

Çok sıcak ve nemli havalarda aşırı terlediğimde vücut temizliğime ve iyi kurulanmaya dikkat ediyorum	94	86,2%	15	13,8%
Mantar hastalığının önlenmesi için bol kıyafetler ve hava alan ayakkabılar tercih ediyorum	76	69,7%	33	30,3%
Banyo sonrası veya ayaklarım aşırı terlediğinde özellikle ayak parmak aralarımı kurutmaya özen gösteriyorum	39	35,8%	70	64,2%
Havuz, hamam, mescit, otel odası, yurtlar, spor salonları, askerlik gibi ortak kullanım alanlarını kullanırken kendime ait hijyen ürünlerinin olmasına dikkat ediyorum	80	73,4%	29	26,6%

Katılımcıların yaşanılan hanedeki ortak kullanılan eşyalar sıralamasında ilk sıraları el havlusu %64,2 (n:70), terlik %53,2 (n:58) ve törpü/tırnak makası %45,9 (n:50) ile almaktadır. Sıralama çarşaf/nevresim %34,9 (n:38), vücut/ayak havlusu %24,8 (n:27), tarak %22,9 (n:25), kıyafet/çorap/iç çamaşırı %9,2 (n:10), tıraş makinesi %6,4 (n:7) şeklinde devam etmektedir. Bu eşyalar arasında katılımcıların hiçbiri ortak ayakkabı kullanmamaktadır.

Katılımcıların %97,2 (n:106)'si tırnaklarını keserken tırnak makası kullandığını belirtmiştir. Dışarıda manikür-pedikür yaptırma alışkanlığı olanların oranı %2,8 (n:3) düzeyindedir.

Günlük hayatta tercih edilen ayakkabı türünde ilk sırayı %45,9 (n: 50) ile spor ayakkabı giyenler almıştır. Katılımcıların %68,8'i (n:75) çoraplarını her gün değiştirdiğini ifade etmiştir. Günlük kullanımda ayaklarının ayakkabı içinde kalma süresi sıralamasında, ilk sırada %43,1 (n:47) oranıyla dört ila sekiz saat arasında diyenler yer almaktadır. Sonuçların ayrıntılı bilgisi Tablo 4'te sunulmuştur.

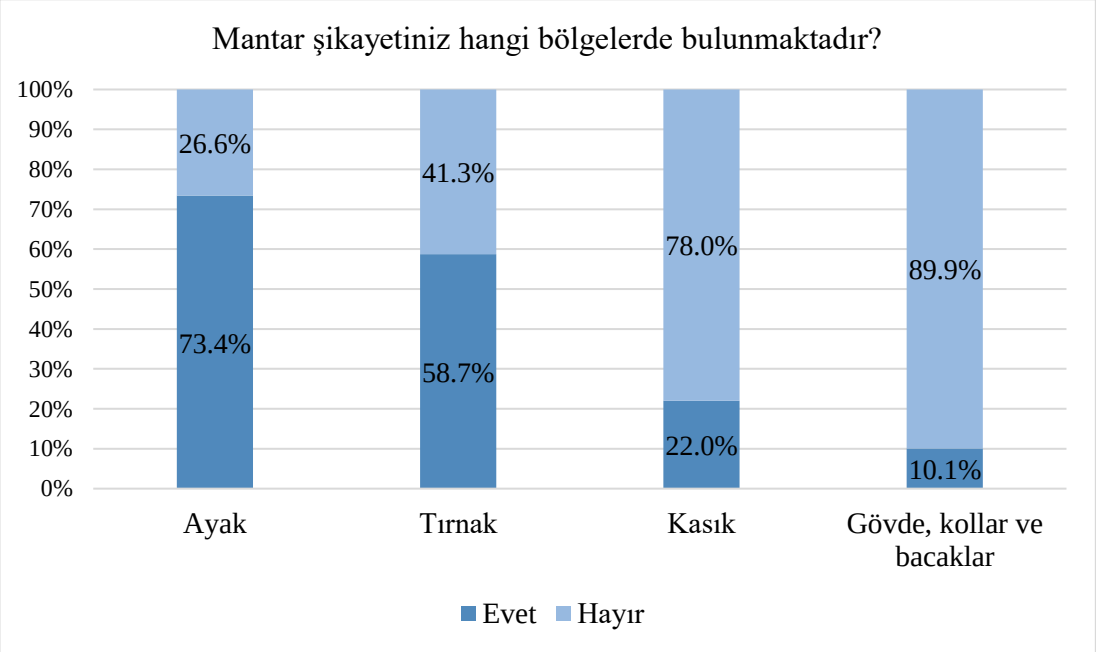
Tablo 4: Katılımcıların Ayak ve Tırnak Bakımına İlişkin Dağılımı (n:109)

Ayak ve tırnak bakımına ilişkin sorular	**Yanıtlar**	**n**	**%**
Tırnaklarınızı keserken tırnak makası mı kullanıyorsunuz?	Evet	106	97,2%
	Hayır	3	2,8%
Dışarıda manikür-pedikür yaptırma alışkanlığınız var mıdır?	Evet	3	2,8%
	Hayır	106	97,2%
Günlük hayatta en sık tercih edilen ayakkabı türünüz	Makosen - loafer	21	19,3%
	Ortopedik anne ayakkabısı	26	23,9%

hangisi?	Spor ayakkabı	50	45,9%
	Terlik - sandalet	12	11,0%
Çorap değiştirme sıklığınız nedir?	Günde birkaç kez	11	10,1%
	Her gün	75	68,8%
	2 günde bir	18	16,5%
	3 günde bir	5	4,6%
Ayakkabınızın günlük kullanımda ayağınızda kalma süresi genelde ne kadardır?	4 saatten az	39	35,8%
	4-8 saat	47	43,1%
	8-12 saat	20	18,3%
	12-24 saat	3	2,8%

4.1.3. Mevcut Mantar Hastalığı Bilgilerinin Değerlendirilmesi

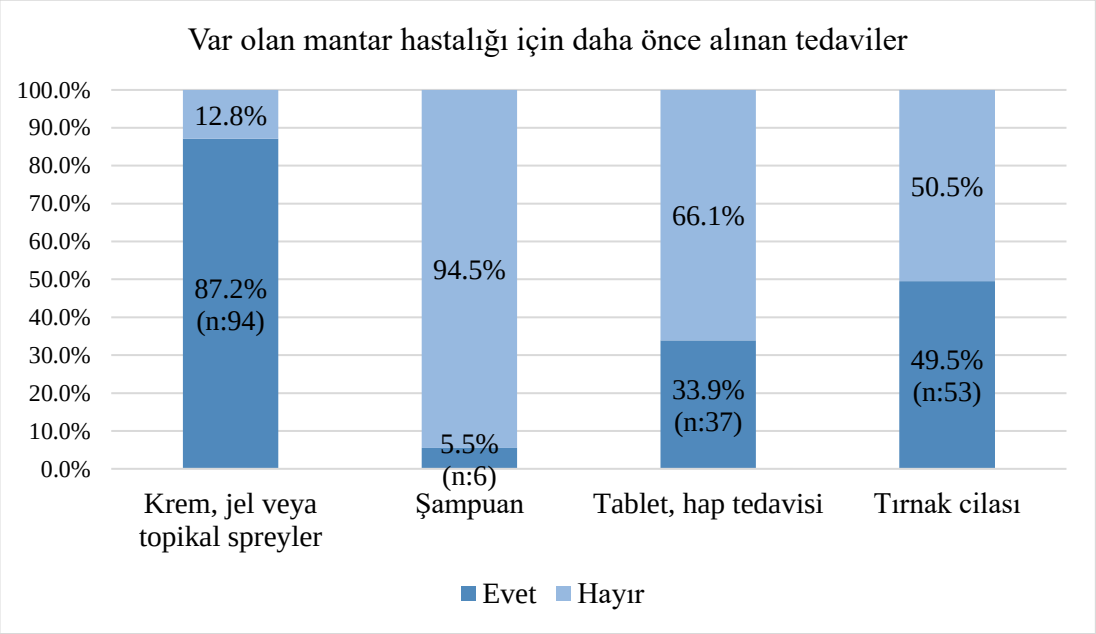
Katılımcılara mantar şikâyetlerinin anatomik olarak hangi bölgelerde mevcut olduğu sorulmuştur. İlk sırayı %73,4 (n:80) ile ayak mantarına sahip katılımcılar almıştır. Diğer bir ifadeyle katılımcıların yaklaşık dörtte üçü ayak mantarından şikâyetçidir. Tırnak mantarı şikâyetine sahip bireylerin oranı %58,7 (n:64), kasık bölgesindeki mantar şikâyetine sahip bireylerin oranı %22 (n:24), gövde/kol/bacak bölgelerindeki mantardan şikâyet edenlerin oranı %10,1 (n:11) olarak bulunmuştur. Katılımcılar arasında saç, sakal, bıyık, yüz bölgelerinde mantar şikâyeti olan bulunmamaktadır. Aynı anda hem ayak hem tırnak mantarına sahip bireylerin oranı ise %42 (n:46) olarak tespit edilmiştir.



Şekil 1: Katılımcıların Mantar Bölgesi Dağılımı (n:109)

Katılımcılara mevcut mantar hastalıklarının tekrarlama sayısı sorulduğunda 1-2 defa diyenlerin oranı %43,1 (n:47), 3 ve 3'ten fazla diyenlerin oranı %31,2 (n:34) ve sürekli mevcut olduğunu ifade edenlerin oranı %25,7 (n:28) olarak bulunmuştur. Mevsimle birlikte şikâyetlerin artışı arasındaki ilişki sorulduğunda ilk sırada %63,3 (n:69) ile yaz mevsimi yer almıştır. Bunu %19,3 (n:21) ile kış ayı, %17,4 (n:19) ile ilkbahar-sonbahar ayları izlemiştir.

Mantar hastalığı için daha önce alınan tedavilere bakıldığında ilk sıraları %87,2 (n:94) ile krem, jel, sprey gibi topikal tedavi ve %49,5 (n:53) ile tırnak cilası kullananlar almaktadır. Sonuçların ayrıntılı bilgisi Şekil 2'de sunulmuştur. Katılımcılardan %17,4 (n:19)'lük bir kesim doktor önerisi dışında başka bir tedavi denediğini ifade etmiştir. Denenen doktor önerisi dışı tedavide ilk sırayı %47,4 (n:9) ile travazol kullananlar almaktadır. Bunu %31,6 (n:6) ile bitkisel ürün deneyenler, %15,8 (n:3) ile tuzlu/sirkeli su deneyenler ve %5,3 (n:1) ile kına deneyenler izlemektedir. Katılımcıların %56,9 (n:62)'luk bölümü şikâyetlerinin azalması üzerine tedaviyi yarıda bıraktığını belirtmiştir.



Şekil 2: Mantar Hastalığında Kullanılan Tedavi Dağılımları (n:109)

Tablo 5: Katılımcıların Mantar Hastalığına İlişkin Tedavi Süreci (n:109)

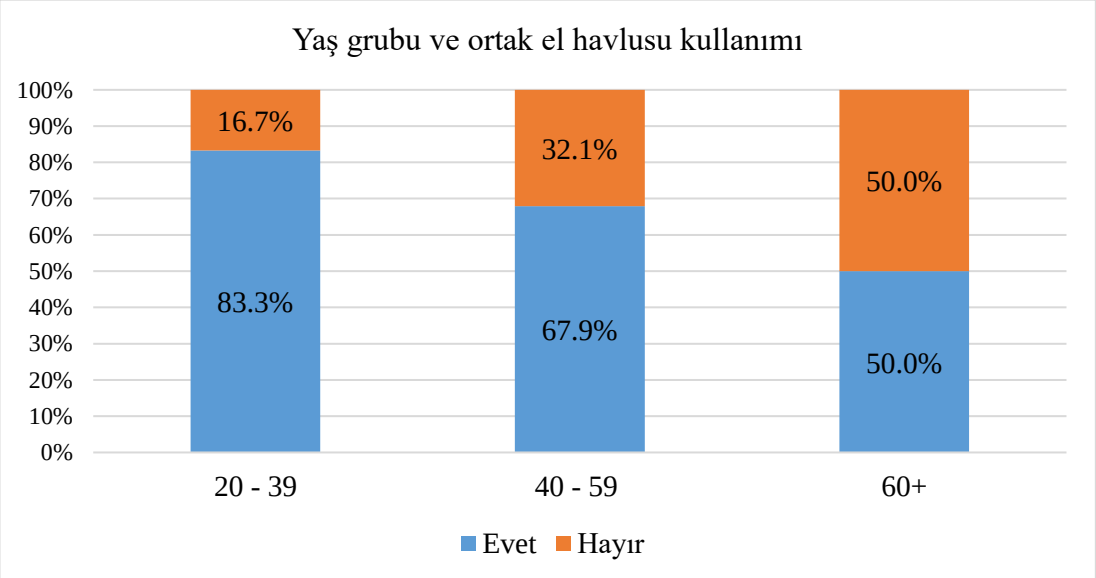
Mantar tedavisine ilişkin sorular	**Yanıtlar**	**n**	**%**

Doktorun tedavi önerileri dışında başka tedaviler denediniz mi?	Evet	19	17,4%
	Hayır	90	82,6%
Denediyseniz bunlar nelerdir?	Bitkisel ürün	6	31,6%
	Kına	1	5,3%
	Travazol	9	47,4%
	Tuzlu/sirkeli su	3	15,8%
Verilen tedavileri planlanan sürede mi bitirdiniz yoksa şikâyetler azalınca yarıda mı kestiniz?	Evet, planlanan sürede bitirdim.	47	43,1%
	Hayır, şikâyetler azalınca yarıda kestim.	62	56,9%

4.2. ÇALIŞMANIN SORULARINA VERİLEN CEVAPLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

4.2.1. Sosyodemografik Veriler İle Diğer Değişkenlerin Karşılaştırılması

Çalışmadaki yaş grupları ile genel hijyenle alakalı soruların cevapları arasında anlamlılık mevcut değildir (p>0,05). Yaş grubu ile aynı hane içinde ortak kullanılan eşyalar içerisinde sadece el havlusu kullanımı arasında anlamlılık içeren sonuç çıkmıştır (p=0,038). Şekil 3'te görüldüğü gibi yaşla birlikte ortak el havlusu kullanım oranında düşüş göze çarpmaktadır.



Şekil 3: Yaş Grubu ve Ortak El Havlusu Kullanımı Karşılaştırılması (n:109)

Yaş grubu ile günlük hayatta en sık tercih edilen ayakkabı türü arasında anlamlılık içeren sonuç çıkmıştır (p<0,05). 20 – 39 yaş grubundaki bireylerin %72,2'si

ve 40-59 yaş grubundaki bireylerin %41,5'i günlük hayatta en sık olarak spor ayakkabı giymeyi tercih etmektedir. Spor ayakkabı tercih etme oranı, yaş arttıkça düşme eğilimindedir. 20 – 39 yaş grubundaki bireylerin hiçbiri ortopedik anne ayakkabısı giymeyi tercih etmezken, 60 yaş üstündeki bireylerin ise %39,5'i bu ayakkabıları günlük hayatta en sık tercih edilenlerden biri olarak belirtmişlerdir. Terlik-sandalet kullanımında da yaşla birlikte bir azalma gözlenmektedir.

Tablo 6: Yaş Grubu İle Günlük Tercih Edilen Ayakkabı Türü Karşılaştırılması (n:109)

χ^2 (Sig.) (Ki-kare) = 0,013

Yaş Grubu		Günlük hayatta en sık tercih edilen ayakkabı türünüz hangisi?				Toplam
		Makosen - loafer	Ortopedik anne ayakkabısı	Spor ayakkabı	Terlik - sandalet	
20 - 39	n	2	0	13	3	18
	%	11,1 %	0,0 %	72,2 %	16,7 %	100,0 %
40 - 59	n	13	11	22	7	53
	%	24,5 %	20,8 %	41,5 %	13,2 %	100,0 %
60+	n	6	15	15	2	38
	%	15,8 %	39,5 %	39,5 %	5,3 %	100,0 %
Toplam	n	21	26	50	12	109
	%	19,3 %	23,9 %	45,9 %	11,0 %	100,0 %

Yaş grubu ile çorap değiştirme sıklığı arasında anlamlılık içeren sonuç çıkmıştır ($p<0,05$). 20 – 39 yaş grubundaki bireylerin %83,3'ü çoraplarını her gün değiştirdiğini belirtmiştir. Bu oran 40 – 59 yaş grubunda %75,5 ve 60 yaş üstündeki bireylerde ise %52,6'e gerilemektedir. İki günde bir ve üç günde bir çoraplarını değiştirdiğini ifade edenlerin oranı da yaşla birlikte artış göstermektedir.

Tablo 7: Yaş Grubu İle Çorap Değiştirme Sıklığı Karşılaştırılması (n:109)

χ^2 (Sig.) = 0,014

Yaş Grubu		Çorap değiştirme sıklığınız nedir?				Toplam
		2 günde bir	3 günde bir	Günde birkaç kez	Her gün	
20 - 39	n	1	0	2	15	18
	%	5,6 %	0,0 %	11,1 %	83,3 %	100,0 %
40 - 59	n	5	1	7	40	53
	%	9,4 %	1,9 %	13,2 %	75,5 %	100,0 %
60+	n	12	4	2	20	38
	%	31,6 %	10,5 %	5,3 %	52,6 %	100,0 %
Toplam	n	18	5	11	75	109
	%	16,5 %	4,6 %	10,1 %	68,8 %	100,0 %

Yaş grubu ile günlük kullanımda ayağın ayakkabı içinde kalma süresi arasında anlamlılık içeren sonuç çıkmıştır ($p<0,05$). 20 – 39 yaş grubundaki bireylerin %100'ü günlük kullanımda ayakkabılarının en az dört saat ayaklarında kaldığını ifade etmiştir. Bu oran 40 – 59 yaş grubunda yüzde %73,6 ve 60 yaş üstü bireylerde ise %34,2 seviyesindedir. Yaşla birlikte ayağın ayakkabı içinde kalma süresi de doğrusal olarak azalmaktadır.

Tablo 8: Yaş Grubu İle Günlük Ayakkabı Giyme Süresi Karşılaştırılması (n:109)

χ^2 (Sig.) = 0,001

Yaş Grubu		Ayakkabınızın günlük kullanımda ayağınızda kalma süresi genelde ne kadardır?				Toplam
		12-24 saat	4 saatten az	4-8 saat	8-12 saat	
20 - 39	n	2	0	10	6	18
	%	11,1 %	0,0 %	55,6 %	33,3 %	100,0 %
40 - 59	n	1	14	24	14	53
	%	1,9 %	26,4 %	45,3 %	26,4 %	100,0 %
60+	n	0	25	13	0	38

χ^2 (Sig.) = 0,001

Yaş Grubu		Ayakkabınızın günlük kullanımda ayağınızda kalma süresi genelde ne kadardır?				
		12-24 saat	4 saatten az	4-8 saat	8-12 saat	Toplam
	%	0,0 %	65,8 %	34,2 %	0,0 %	100,0 %
Toplam	n	3	39	47	20	109
	%	2,8 %	35,8 %	43,1 %	18,3 %	100,0 %

Yaş grubu ile mantar hastalığının anatomik olarak bulunduğu bölge arasındaki karşılaştırmalarda sadece ayak mantarı ile olan karşılaştırmasında istatistiki olarak pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur (p=0,046). 20 – 39 yaşındaki bireylerin %72,2 (n:13)'si ayakta mantar şikâyetini bildirmişken bu oran 40 – 59 yaş grubunda %83 (n:44)'e yükselmiş ve 60 yaş üstündeki bireylerde %60,5 (n:23)'e gerilemiştir.

Yaş grubu ile mantar hastalığının tekrarlama sayısı, artış gösterdiği mevsim, kullanılan tedavi seçenekleri ve tedavinin tamamlanıp tamamlanmaması arasındaki sonuç anlamsız gelmiştir (p>0,05).

Cinsiyet ile genel hijyen sorularına baktığımızda çok sıcak ve nemli havalarda, aşırı terleme olduğunda vücut temizliğine ve iyi kurulanmaya dikkat etme arasında anlamlılık içeren sonuç çıkmıştır (p=0,030). Erkeklerin %20,3 (n:12)'ü çok sıcak ve nemli havalarda, aşırı terleme durumunda vücut temizliğine ve iyi kurulanmaya dikkat etmediğini ifade ederken bu oran kadınlar için %6 (n:3) olarak gözlenmiştir. Cinsiyet ile banyo sonrası veya ayaklarda aşırı terleme olduğunda özellikle ayak parmak aralarının kurulanmasına özen gösterme arasında da sonuç anlamlı olarak değerlendirilmiştir (p=0,004). Erkeklerin %76,3 (n:45)'ü banyo sonrası veya aşırı terleme durumunda özellikle ayak parmak aralarını kurutmaya özen göstermediğini ifade ederken bu oran kadınlar için %50 (n:25) düzeyindedir.

Cinsiyet ile aynı hane içinde ortak kullanılan eşyalar arasındaki ilişkiye baktığımızda bazı eşyalar Tablo 9'da gösterildiği gibi anlamlı olarak sonuçlanmıştır (p<0,05). Bu anlamlı sonuçlarda, eşyaları ortak kullanımın kadınlarda erkeklere oranla daha az olduğu görülmüştür.

Tablo 9: Cinsiyet İle Ortak Kullanılan Eşyalar Karşılaştırılması (n:109)

Ortak kullanılan eşyalar		Erkek	Kadın	Toplam	P değeri
El havlusu	**n** **%**	44 %74,6	26 %52	70 %64,2	**P= 0,014**
Tarak	**n** **%**	17 %28,8	8 %16	25 %22,9	P= 0,113
Çarşaf, nevresim	**n** **%**	23 %39	15 %30	38 %34,9	P= 0,327
Terlik	**n** **%**	36 %61	22 %44	58 %53,2	P= 0,076
Törpü, tırnak makası	**n** **%**	33 %55,9	17 %34	50 %45,9	**P= 0,022**
Kıyafetler, çorap, iç çamaşırı	**n** **%**	10 %16,9	0 %0,0	10 %9,2	**P= 0,002**
Tıraş makinesi	**n** **%**	7 %11,9	0 %0,0	7 %6,4	**P= 0,012**
Vücut-ayak havlusu	**n** **%**	15 %25,4	12 %24	27 %24,8	P= 0,864

Cinsiyet ile günlük hayatta en sık tercih edilen ayakkabı türü arasında anlamlılık içeren ilişki çıkmıştır (p=0,001). Erkeklerde ilk sırada tercih edilen %59,3 (n:35) ile spor ayakkabı, ikinci sırada ise %33,9 (n:20) ile makosen/loafer tarzı ayakkabılar yer almaktadır. Kadınlarda ilk sırayı %52 (n:26) ile ortopedik anne ayakkabısı, ikinci sırayı %30 (n:15) ile spor ayakkabı almaktadır.

Cinsiyet ile günlük kullanımda ayakkabının ayakta kalma süresi arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur (p<0,05). Erkeklerin %83 (n:49)'ü günlük en az dört saat ayakkabı kullanırken bu oran kadınlar için %42 (n:21) düzeyindedir.

Tablo 10: Cinsiyet İle Günlük Ayakkabı Giyme Süresi Karşılaştırılması (n:109)

χ^2 (Sig.) = 0,001

		Ayakkabınızın günlük kullanımda ayağınızda kalma süresi genelde ne kadardır?				
Cinsiyet		**12-24 saat**	**4 saatten az**	**4-8 saat**	**8-12 saat**	**Toplam**
Erkek	n	3	10	31	15	59

χ^2 (Sig.) = 0,001

Cinsiyet		Ayakkabınızın günlük kullanımda ayağınızda kalma süresi genelde ne kadardır? 12-24 saat	4 saatten az	4-8 saat	8-12 saat	Toplam
	%	5,1 %	16,9 %	52,5 %	25,4 %	100,0 %
Kadın	n	0	29	16	5	50
	%	0,0 %	58,0 %	32,0 %	10,0 %	100,0 %
Toplam	n	3	39	47	20	109
	%	2,8 %	35,8 %	43,1 %	18,3 %	100,0 %

Cinsiyet ile çorap değiştirme sıklığı, mantar hastalığının anatomik olarak bulunduğu bölge, tekrarlama sayısı, artış gösterdiği mevsim, kullanılan tedavi seçenekleri ve tedavinin tamamlanıp tamamlanmaması arasındaki sonuç anlamsız gelmiştir (p>0,05). Ayak mantarı olan katılımcılarda %57,5 (n:46) oranıyla, tırnak mantarı olanlarda %57,8 (n:37) oranıyla erkek cinsiyet fazlalığı görülmüştür. Kasık ve gövde/kol/bacak mantarı olanlarda ise erkek ve kadın oranları birbirine benzer çıkmıştır.

Katılımcıların eğitim durumu ile genel hijyen sorularına baktığımızda mantar hastalığının önlenmesi için bol kıyafetler ve hava alan ayakkabılar tercih etme arasında anlamlılık içeren sonuç çıkmıştır (p=0,006). Lise altı düzeyinde eğitim görmüş bireyler arasında bu soruya evet diyenlerin oranı %57,4 (n:35) düzeyinde iken bu oran lise ve üstü düzeyinde eğitim görmüş bireyler arasında %86,8 (n:33) seviyesindedir. Eğitim düzeyinin yükselmesiyle bol kıyafet ve hava alan ayakkabı tercihinde bir artış gözlenmektedir.

Eğitim durumu ile günlük hayatta tercih edilen ayakkabı türü karşılaştırmasında istatistiki olarak pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). Okuma yazma bilmeyenlerde %60 ile ortopedik anne ayakkabısı, %30 ile spor ayakkabısı ve %10 ile terlik/sandalet gelmektedir. Lise altı düzeyinde eğitim görmüş bireylerin %32,8'i ortopedik anne ayakkabısı, %32,8'i spor ayakkabısı, %23'ü makosen/loafer türü ayakkabı ve %11,5'i terlik/sandalet tercih etmektedir. Lise ve üstü düzeyinde eğitim görmüş bireylerin ise %71,1'i spor ayakkabısı, %18,4'ü

makosen/loafer türü ayakkabı ve %10,5'i terlik/sandalet giymeyi tercih etmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça ortopedik anne ayakkabısı kullanımının azaldığı buna karşın spor ayakkabısı kullanımının arttığı gözlenmektedir.

Tablo 11: Eğitim Durumu İle Günlük Tercih Edilen Ayakkabı Türü Karşılaştırılması (n:109)

χ^2 (Sig.) = 0,001

Eğitim durumu		Günlük hayatta en sık tercih edilen ayakkabı türünüz hangisi?				Toplam
		Makosen - loafer	Ortopedik anne ayakkabısı	Spor ayakkabı	Terlik - sandalet	
Lise altı	n	14	20	20	7	61
	%	23,0 %	32,8 %	32,8 %	11,5 %	100,0 %
Lise ve üstü	n	7	0	27	4	38
	%	18,4 %	0,0 %	71,1 %	10,5 %	100,0 %
Okuma yazma bilmeyen	n	0	6	3	1	10
	%	0,0 %	60,0 %	30,0 %	10,0 %	100,0 %
Toplam	n	21	26	50	12	109
	%	19,3 %	23,9 %	45,9 %	11,0 %	100,0 %

Eğitim durumu ile günlük kullanımda ayakkabının ayakta kalma süresi arasındaki sonuç anlamlılık içermektedir ($p<0,05$). Lise altı düzeyinde eğitim görmüş bireylerin %55,7'si ayakkabılarının günde en az dört saat ayaklarında kaldığını belirtmiştir. Bu oran lise ve üstü düzeyde eğitim görmüş bireyler arasında %89,5, okuma yazma bilmeyenler arasında %20'dir. Eğitim düzeyi arttıkça ayakkabının ayakta kalma süresinin de arttığı gözlenmektedir.

Tablo 12: Eğitim Durumu İle Günlük Ayakkabı Giyme Süresi Karşılaştırılması (n:109)

χ^2 (Sig.) = 0,000

Eğitim durumu		Ayakkabınızın günlük kullanımda ayağınızda kalma süresi genelde ne kadardır?				Toplam
		12-24 saat	4 saatten az	4-8 saat	8-12 saat	
Lise altı	n	1	27	22	11	61
	%	1,6 %	44,3 %	36,1 %	18,0 %	100,0 %
Lise ve üstü	n	2	4	23	9	38
	%	5,3 %	10,5 %	60,5 %	23,7 %	100,0 %
Okuma yazma bilmeyen	n	0	8	2	0	10
	%	0,0 %	80,0 %	20,0 %	0,0 %	100,0 %
Toplam	n	3	39	47	20	109
	%	2,8 %	35,8 %	43,1 %	18,3 %	100,0 %

Eğitim durumu ile ortak kullanılan eşyalar, çorap değiştirme sıklığı, mantar hastalığının anatomik olarak bulunduğu bölge, tekrarlama sayısı, artış gösterdiği mevsim ve kullanılan tedavi seçenekleri arasındaki sonuç anlamsız gelmiştir ($p>0,05$). Ayak mantarı olan katılımcılarda %60 (n:48) ile lise altı, %31,25 (n:25) ile lise ve üstü düzeyinde ve %8,75 (n:7) ile okuma yazma bilmeyen grup karşımıza çıkmıştır. Tırnak mantarı için bu oranlar, %57,9 (n:37) ile lise altı, %34,3 (n:22) ile lise ve üstü düzeyinde ve %7,8 (n:5) ile okuma yazma bilmeyen grup şeklindedir.

Eğitim durumu ile planlanan tedavinin tamamlanması arasında anlamlılık içeren ilişki mevcuttur ($p=0,025$). Lise altı düzeyinde eğitim görmüş bireylerde planlanan sürede tedavinin tamamlanma oranı %32,8 (n:20)'dir. Bu oran okuma yazma bilmeyenlerde %40 (n:4), lise ve üstü düzeyde eğitim görmüş katılımcılarda %60,5 (n:23) olarak gerçekleşmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça verilen tedavinin planlanan sürede tamamlanma oranlarının da arttığı gözlemlenmiştir.

4.2.2. Mevcut Mantar Hastalığı Sıklığı İle Diğer Değişkenlerin Karşılaştırılması

Katılımcılarda mantar hastalığının bulunduğu bölgeyi sorguladığımızda sırasıyla ayak, tırnak, kasık ve gövde/kol/bacak bölgelerinde olduğu görülmüştür. Özellikle ayak ve tırnak mantarı mevcut diyenlerin yüzdesi diğer bölgelere oranla belirgin olarak fazla çıkmıştır. Katılımcıların mantar hastalığının lokalizasyonu ile kronik hastalık durumları karşılaştırılmış ancak anlamlılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Çalışmamızda ilk sıralarda görülen ayak ve tırnak mantarının kronik hastalık dağılımına bakıldığı zaman ilk sırada ayak mantarı için %40 (n:32) ile, tırnak mantarı için %48,4 (n:31) ile DM görülmüştür.

Ayakta ve tırnakta mantar şikâyeti olan bireyler arasında 2 genel hijyen sorusunu karşılaştırarak değerlendirme yapılmıştır. Sıcak ve nemli havalarda aşırı terlemede vücut temizliğine ve iyi kurulanmaya dikkat etme ile banyo sonrası veya ayakların aşırı terlemesi durumunda özellikle ayak parmak aralarını kurutmaya özen gösterme arasında anlamlılık içeren ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Ayak mantarı olan katılımcılarda, sıcak ve nemli havalarda vücut temizliğine ve iyi kurulanmaya dikkat etme sorusuna evet cevabını verenlerin %60,9 kadarı banyo sonrası veya aşırı terlemede özellikle ayak parmak aralarını kurulamaya özen göstermedikleri, %39,1'i ise özen gösterdikleri cevabını vermişlerdir ($p=0,040$). Tırnak mantarı içinse vücut temizliği ve iyi kurulanmaya dikkat ediyorum diyenlerin %63,5 kadarı özellikle ayak parmak aralarını kurulamaya özen göstermediklerini, %36,5'i özen gösterdiklerini söylemişlerdir ($p=0,048$).

Aynı hane içinde ortak kullanılan terlik, törpü, tırnak makası, ayakkabı, çorap, kıyafet, vücut ve ayak havlusu gibi malzemelerin ayak ve tırnak mantarıyla ilişkisine bakılmıştır ve sonuç olarak anlamsız gelmiştir ($p>0,05$). Aynı hane içindeki aile tipi ve katılımcıların dışarıda manikür-pedikür yaptırma alışkanlığı ile ayak ve tırnak mantar sıklığı karşılaştırması yapılmış ancak aynı şekilde anlamlılık mevcut değildir ($p>0,05$).

Günlük hayatta en sık tercih edilen ayakkabı türü ile ayakta mantar şikâyeti arasında anlamlılık içeren sonuç çıkmıştır ($p<0,05$). Makosen ya da loafer türünde ayakkabı tercih eden bireylerde ayakta mantar şikâyeti oranı %95,2 (n:20) düzeyindedir. Tablo 13'deki sonuçlara bakıldığında ayak mantarı şikâyeti bakımından

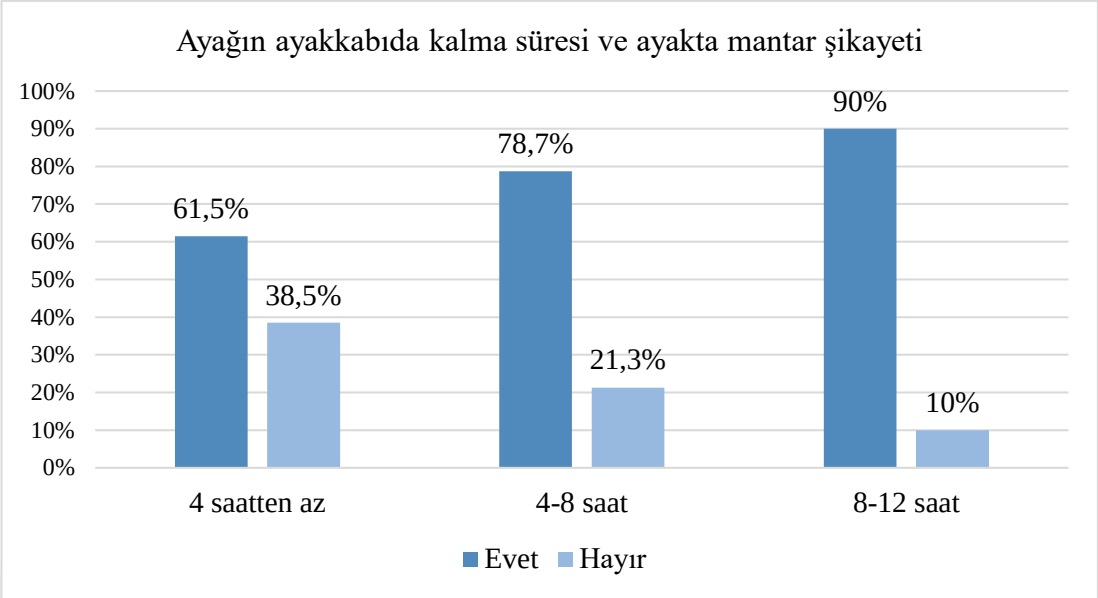
en iyi durumdakilerin spor ayakkabısı tercih eden, en kötü durumdakilerin makosen/loafer tarzı dar ve hava almayan ayakkabıları tercih eden bireyler olduğu görülmektedir.

Tablo 13: Günlük Tercih Edilen Ayakkabı Türü İle Ayak Mantarı Karşılaştırılması (n:109)

χ^2 (Sig.) = 0,040

Günlük hayatta en sık tercih edilen ayakkabı türünüz hangisi?		Mantar Şikâyeti Ayak		
		Evet	**Hayır**	**Toplam**
Makosen - loafer	n	20	1	21
	%	95,2 %	4,8 %	100,0 %
Ortopedik anne ayakkabısı	n	19	7	26
	%	73,1 %	26,9 %	100,0 %
Spor ayakkabı	n	32	18	50
	%	64,0 %	36,0 %	100,0 %
Terlik - sandalet	n	9	3	12
	%	75,0 %	25,0 %	100,0 %
Toplam	n	80	29	109
	%	73,4 %	26,6 %	100,0 %

Günlük kullanımda ayakkabının ayakta kalma süresi ile ayakta mantar şikâyeti arasında anlamlılık içeren sonuç çıkmıştır (p=0,032). Ayağının ayakkabıda günlük olarak dört saatten az kaldığını ifade eden bireylerin %61,5'i, dört ila sekiz saat arasında kaldığını ifade eden bireylerin %78,7'si ve sekiz ila on iki saat arasında kaldığını ifade eden bireylerin ise %90'ı ayakta mantar şikâyeti yaşadığını belirtmiştir.



Şekil 4: Günlük Ayakkabı Giyme Süresi İle Ayak Mantarı Karşılaştırılması (n:109)

Hastaların kullandığı tedaviler açısından ele aldığımızda krem, jel veya sprey gibi topikal tedavi ile ayakta mantar şikâyeti arasında anlamlılık içeren sonuç çıkmıştır (p=0,000). Bu bölgede mantar hastalığı olan bireylerin %95 (n:76)'i topikal krem, jel veya sprey tedavisi aldığını ifade etmiştir. Tablet tedavisi gibi sistemik tedavi alan bireylerde aynı anlamlılık sonucu bulunamamıştır (p>0,05).

Günlük hayatta en sık tercih edilen ayakkabı türü ile tırnakta mantar şikâyeti arasında anlamlılık içeren sonuç bulunmuştur (p<0,05). Makosen ya da loafer türünde ayakkabı tercih eden bireylerde tırnakta mantar şikâyeti oranı %85,7 (n:18) düzeyindedir. Tablo 14'deki sonuçlara bakıldığında tırnak mantarı şikâyeti bakımından en iyi durumdakilerin ortopedik anne ayakkabısı tercih eden, en kötü durumdakilerin makosen/loafer tarzı dar ve hava almayan ayakkabıları tercih eden bireyler olduğu görülmektedir.

Tablo 14: Günlük Tercih Edilen Ayakkabı Türü İle Tırnak Mantarı Karşılaştırılması (n:109)

χ^2 (Sig.) = 0,021

Günlük hayatta en sık tercih edilen ayakkabı türünüz hangisi?		Mantar Şikâyeti Tırnak		
		Evet	Hayır	Toplam
Makosen - loafer	n	18	3	21
	%	85,7 %	14,3 %	100,0 %
Ortopedik anne ayakkabısı	n	12	14	26
	%	46,2 %	53,8 %	100,0 %
Spor ayakkabı	n	26	24	50
	%	52,0 %	48,0 %	100,0 %
Terlik - sandalet	n	8	4	12
	%	66,7 %	33,3 %	100,0 %
Toplam	n	64	45	109
	%	58,7 %	41,3 %	100,0 %

Tırnak mantarı olan hastaların kullandığı tedaviler açısından ele aldığımızda tablet tedavisi gibi sistemik tedavi (p=0,030) ve tırnak cilası (p=0,010) kullanımı ile tırnakta mantar şikâyeti arasında anlamlılık içeren sonuç çıkmıştır (p<0,05). Bu bölgede mantar hastalığı olan bireylerin %73 (n:27)'ü sistemik tedavi aldığını, %94,4 (n:51)'ü tırnak cilası kullandığını ifade etmiştir. Krem, jel veya topikal sprey tedavisi alan bireylerde aynı anlamlılık sonucu bulunamamıştır (p>0,05).

Çorap değiştirme sıklığı ile ayakta ve tırnakta mantarı olan hastalar arasında anlamlılık yok olarak bulunmuştur (p>0,05). Ayak mantarı olanlarda çorap değiştirme sıklıklarına bakıldığında, en sık %70 (n:56) ile her gün değiştirdiğini söyleyenler, bunu takiben %16,25 (n:13) ile 2 günde bir, %10 (n:8) ile günde birkaç kez ve %3,75 (n:3) ile 3 günde bir değiştirdiğini söyleyenler olarak sıralanmaktadır. Planlanan tedavi sürecinin tamamlanması veya yarıda bırakılması ile ayakta ve tırnakta mantarı olan hastalar arasında anlamlı bir değerlendirme bulunamamıştır (p>0,05). Günlük kullanımda ayakkabının ayakta kalma süresi ile tırnakta mantar şikâyeti arasında anlamlılık mevcut değildir (p>0,05).

4.2.3. Mantar Hastalığının Tekrarlama Sayısı İle Diğer Değişkenlerin Karşılaştırılması

Cinsiyet, yaş, aynı hane içinde aile tipi ve kronik hastalık durumu ile mantar hastalığının tekrarlaması arasında istatistiki olarak pozitif yönde bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05). En sık görülen kronik hastalıklar DM (p=0,576), esansiyel hipertansiyon (p=0,809) ve kardiyovasküler hastalıklar (p=0,558) olmak üzere hastalıkları tek tek ele aldığımızda da istatistiki anlamlı gelmemiştir (p>0,05). DM tanısı olanların %61,7 (n:29)'si mantar hastalığının en az 3 kere tekrarladığını ve sürekli mevcut olduğunu belirtenlerin toplamını oluşturmaktadır. %38,3 (n:18)'ü ise 1-2 kere tekrarladığını belirtenlerden oluşmaktadır.

Tablo 15: Sosyodemografik ve Kronik Hastalık Durumu İle Tekrarlama Sayısı Karşılaştırılması (n:109)

Parametreler		**1-2 defa**	**3 ve 3'ten fazla**	**Sürekli mevcut**	**P değeri**
Cinsiyet	**Erkek**	n: 21 %35,6	n: 22 %37,3	n: 16 %27,1	P= 0,190
	Kadın	n: 26 %52	n: 12 %24	n: 12 %24	
Yaş	**20-39**	n: 9 %50	n: 4 %22,2	n: 5 %27,8	P= 0,598
	40-59	n:22 %41,5	n: 20 %37,7	n: 11 %20,8	
	60 +	n: 16 %42,1	n: 10 %26,3	n: 12 %31,6	
Aile tipi	**Çekirdek aile**	n: 42 %45,2	n: 28 %30,1	n: 23 %24,7	P= 0,614
	Geniş aile	n: 4 %44,4	n: 3 %33,3	n: 2 %22,2	
	Yalnız yaşıyorum	n: 1 %14,3	n: 3 %42,9	n: 3 %42,9	
Kronik hastalık varlığı	**Var**	n: 30 %39,5	n: 26 %34,2	n: 20 %26,3	P= 0,462
	Yok	n: 17 %51,5	n: 8 %24,2	n: 8 %24,2	

Düzenli kortikosteroid tedavisi ve yıllık antibiyotik kullanma sıklığı ile mantar hastalığının tekrarlaması arasında istatistiki olarak pozitif yönde bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05). Genel hijyenle alakalı sorular kısmındaki sorularla

tekrarlama sayısı karşılaştırıldığında ortaya anlamlılık içeren sonuç çıkmamıştır (p>0,05).

Yaşanılan hanede kişisel malzemelerin ortak kullanılması ile mantar hastalığının tekrarlaması arasında anlamlılık içeren ilişki bulunmuştur (p<0,05). Eşyalar arasında tek tek değerlendirme yaptığımızda sadece el havlusunun ortak kullanılması ile tekrarlama arasında anlamlı ilişki yakalanmıştır (p=0,021). Kişisel malzemeleri aynı hane içinde ortak kullanan bireylerde, mantar hastalığının en az 3 kere tekrarladığını ve sürekli mevcut olduğunu belirtenlerin toplamının, 1-2 kere tekrarladığını belirtenlerden daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 16: Aynı Hanede Ortak Eşya Kullanımı İle Tekrarlama Sayısı Karşılaştırılması (n:109)

χ^2 (Sig.) = 0,004

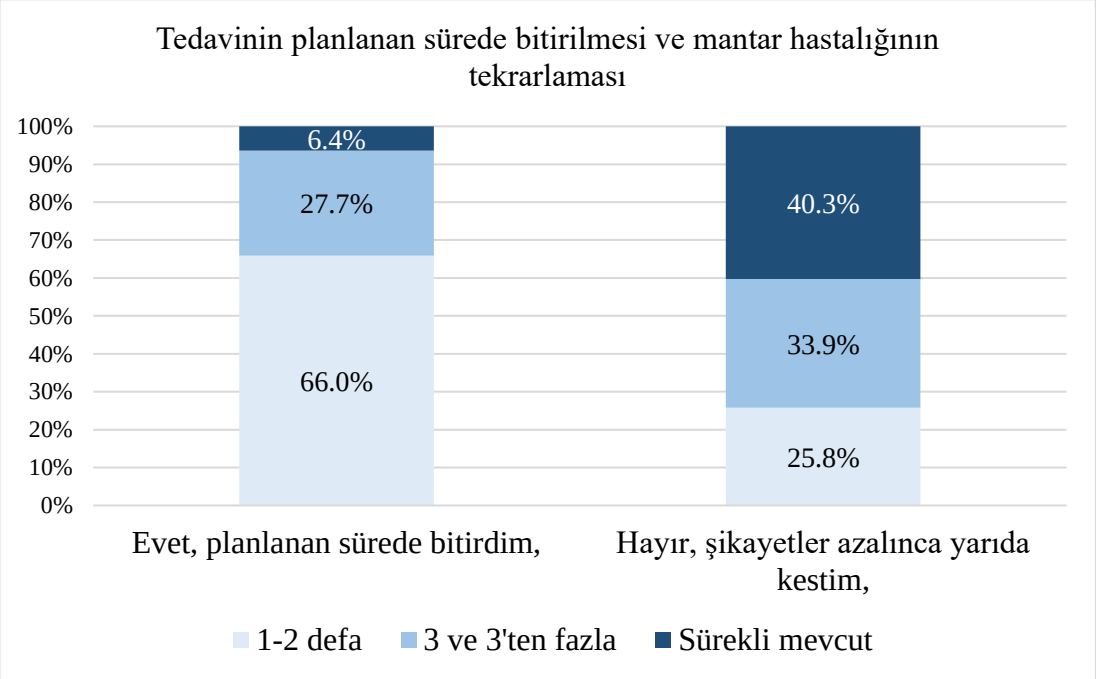
Yaşadığınız hanede kişisel malzemeleri ortak kullanıyor musunuz?		Mantar hastalığınız kaç defa tekrarladı?			Toplam
		1-2 defa	3 ve 3'ten fazla	Sürekli mevcut	
Kullanmıyorum	n	5	12	2	19
	%	26,3 %	63,2 %	10,5 %	100,0 %
Kullanıyorum	n	42	22	26	90
	%	46,7 %	24,4 %	28,9 %	100,0 %
Toplam	n	47	34	28	109
	%	43,1 %	31,2 %	25,7 %	100,0 %

Katılımcıların ayak ve tırnak bakımına ilişkin sorulara verdiği cevapları ele aldığımızda tırnak kesme yöntemleri, manikür-pedikür alışkanlığı, çorap değiştirme sıklığı, günlük hayatta tercih edilen ayakkabı tipi ve ayakkabının günlük kullanımda ayakta kalma süresi ile hastalığın tekrarlaması arasında anlamlılık içeren sonuç çıkmamıştır (p>0,05).

Mantar hastalığının anatomik olarak bulunduğu bölge ile hastalığın tekrarlaması arasındaki istatistik sonucu anlamlı değildir (p>0,05). Hastalığın 3 ve 3'ten fazla tekrarladığını ifade eden grupta %79,4 (n:27) oranıyla, sürekli mevcut

olduğunu ifade eden grupta %71,4 (n:20) oranıyla t.pedis daha sık görülmüştür. Kullanılan tedavi yöntemleri ve doktorun önerdiği tedavinin dışına çıkma ile tekrarlama sayısı arasında anlamlılık içeren sonuç çıkmamıştır (p>0,05). Mantar hastalığının en az 3 kere tekrarladığını ve sürekli mevcut olduğunu belirten grupları birleştirdiğimizde ilk sırada %50,4 (n:57) ile topikal tedavi kullananlar gelmektedir. Bunu sırasıyla %28,3 (n:32) ile tırnak cilası, %16,9 (n:19) ile sistemik tedavi ve %4,4 (n:5) ile şampuan kullananlar takip etmektedir. Aynı grupta doktor reçetesi dışında tedavi kullananların sayısı 15 kişi (%24,1), kullanmayanların sayısı 47 (%75,9) olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların, doktorunun planladığı tedavi süresine uyup uymadıkları sorgulandı. Verilen mantar tedavisinin planlanan sürede bitirilmesi ile mantar hastalığının tekrarlaması arasında istatistiki olarak pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). Tedavisini planlanan sürede tamamlayan bireylerin sadece %6,4 (n:3)'ü mantar hastalığının sürekliliğinden bahsederken bu oran, tedavisini şikâyetleri azalınca yarıda kesenler arasında %40,3 (n:25) düzeyindedir.



Şekil 5: Tedavi Planına Uyma Davranısı İle Tekrarlama Sayısı Karşılaştırılması (n:109)

Katılımcıların kullandıkları tedavi seçenekleri açısından tedavi sürecine uyum

sağlamalarının ne düzeyde olduğu merak edilmiştir. Bu bağlamda, kullandıkları tedavi seçeneklerinden topikal krem, jel veya sprey tedavisi ile planlanan tedavi sürecinin tamamlanması veya yarıda bırakılması arasında anlamlılık içeren sonuç tespit edilmiştir (p= 0,004). Krem, jel veya sprey gibi topikal tedavi alan bireylerin %62,1 (n:59)'i doktorunun uygun gördüğü tedaviyi planlanan sürede bitirmediğini, şikâyetleri gerileyince tedaviyi yarıda bıraktıklarını ifade etmiştir. Diğer tedavi seçeneklerinin aynı karşılaştırmada anlam içeren sonuçları tespit edilmemiştir (p>0,05). Tablo 17'ye baktığımızda tedavi planına uyup süreci tamamlayanlar arasında ilk sırada %48,6 ile tablet gibi sistemik tedavi alanlar gelmektedir. Sırasıyla % 38,9 ile tırnak cilası, %37,9 ile topikal tedavi, %33,3 ile şampuan şeklinde devam etmektedir.

Tablo 17: Kullanılan Tedavi Türü İle Tedavi Planına Uyma Davranısı Karşılaştırılması (n:109)

		Verilen tedavileri planlanan sürede mi bitirdiniz yoksa şikâyetler azalınca yarıda mı kestiniz?		
Alınan tedavi türü		**Evet, planlanan sürede bitirdim.**	**Hayır, şikâyetler azalınca yarıda kestim.**	**Toplam**
Krem, jel veya topikal spreyler	n	36	59	95
	%	37.9%	62.1%	100.0%
Şampuan	n	2	4	6
	%	33.3%	66.7%	100.0%
Tablet, hap tedavisi	n	18	19	37
	%	48.6%	51.4%	100.0%
Tırnak cilası	n	21	33	54
	%	38.9%	61.1%	100.0%
Toplam	n	77	115	192
	%	40.1%	59.9%	100.0%

5. TARTIŞMA

5.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE HİJYEN SORULARININ TARTIŞILMASI

Dermatofitozlar, toplumsal anlamda endişe uyandıran cilt hastalıklarıdır. Topluma zarar verdikleri gibi tanı alan kişilerde psikososyal anlamda da etkileri kötü olmaktadır. Özellikle aile hekimliği polikliniklerine, bu olumsuz etkilerinden dolayı sıklıkla başvurmaktadırlar. Hastalığın sıklığını ve nüks riskini azaltmak için öncelikle alınması gereken hijyen önlemleri ve tetikleyen risk faktörlerinin bilinmesi gerekmektedir. Ayrıca hastalığın klinik tipine uygun olan tedavinin başlanması ve devamının getirilmesi de bu önlemler arasındadır.

Çalışmamızda %54,1'lik çoğunluğun erkek cinsiyet olduğu bulunmuştur. En sık görülen yaş grubu 40-59 yaş aralığı, ortalama yaşı 52,2 ve standart sapması 12,2'dir. Yapılan başka araştırmalara baktığımızda Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Polikliniğine başvuran hastalarda Yıldırım ve ark. tarafından yapılan çalışmada 69'u erkek (%57,5), 51'i kadın (%42,5) olarak ve yaş ortalaması 48,2±26,2 (17-72 yaş aralığında) olarak çalışmamıza yakın sonuçlarda bulunmuştur(57). Aynı klinikte Ergin ve ark. tarafından yapılan başka çalışmada %64,2'sinin erkek, %35,8'inin kadın olduğu saptanmıştır ve en sık rastlanan %23,9 ile 40-49 yaş aralığı olmuştur(58). Türkiye'de ve dünyada yapılan birçok çalışma aynı şekilde erkek cinsiyetin daha ön planda olmasıyla sonuçlanmıştır(59–63). Literatür bilgilerine baktığımızda, kendi çalışmamızda da erkek cinsiyetin daha fazla görülmesi ile risk faktörü olarak düşünülmesi desteklenmektedir. Yaş grubu dağılımında özellikle 40 yaş üstünde sıklığın arttığı görülmüştür. 60 yaşından sonra hastalık sıklığının gerilemesinin nedeni olarak, daha genç popülasyona göre günlük aktivitelerinin ve buna bağlı ter maruziyetinin azalması düşünülebilir.

Eğitim durumu dağılımında ilk sırada %56 ile lise altında eğitim görmüş bireyler bulunmaktadır. Bunu %34,9 ile lise ve üstü düzeyde eğitim görenler ve %9,2 ile okuma yazma bilmeyen bireyler izlemektedir. Yıldırım ve ark. tarafından yapılan çalışmada da %74,2'lik çoğunluğun ilköğretim ve ortaöğretim mezunlarından oluştuğu görülmektedir(57). Kaur ve ark. nın yaptığı çalışmada okur-yazar hastaların oranı (%64,6) okuma yazma bilmeyen hastalardan (%35,3) daha fazla

bulunmuştur(64). Örnek gösterilen çalışmaların sonuçları bizim sonuçlarımızla paralellik göstermektedir. Okur-yazarlığın varlığı ile kaynaklardan rahatlıkla bilgiye ulaşılabilmesi ve hastaların farkındalığının artması nedeniyle daha sık başvurduklarını düşünebiliriz. Okur-yazarlığı olan hastaların eğitim düzeylerindeki farklılık ise eğitim düzeyi düştükçe mantar hastalığı için başvuruların daha fazla görüldüğü yönündedir.

Katılımcıların çok az bir kısmı düzenli kortikosteroid tedavisi aldığını beyan etmiştir. Yıllık olarak antibiyotik kullanma sıklığında ise katılımcıların yarısına yakını yılda 1-2 kez olacak şekilde kullandığını belirtmiştir. Bu sonuçlarla birlikte mantar hastalığının vücutta bulunduğu bölge, sıklığı ve hastalığın tekrarlama sayısı karşılaştırıldığında aralarında ilişki bulunamamıştır. Toukabri ve ark. nın yaptığı çalışmada immunsupresif tedavi kullanma öyküsü ile ayak mantarı arasında anlam bulunmuş olup %94,5'lik çoğunluğun immunsupresif tedavi kullanmadığı görülmüştür(65). Kendi çalışmamızda kortikosteroid ve antibiyotik kullanımıyla ilişki bulunamamasının, çalışmaya katılan hasta sayısının az olmasıyla alakalı olabileceği düşünülmüştür.

Bilgi formunda sorduğumuz genel hijyen soruları kısmına tek tek baktığımızda katılımcıların çoğunluğu, çok sıcak ve nemli havalarda aşırı terlediğinde vücut temizliğine ve iyi kurulanmaya dikkat ettiğini, mantar hastalığının önlenmesi için bol kıyafetler ve hava alan ayakkabıları tercih ettiğini, dış ortamda ortak alanlarda kendisine ait hijyen ürünleri olmasına dikkat ettiğini ifade etmiştir. Bunların aksine banyo sonrasında veya ayakları aşırı terlediğinde özellikle ayak parmak aralarını kurulamaya özen gösterme sorusunda ise özen göstermediğini ifade edenlerin oranı daha fazla bulunmuştur. Hindistan'da kişisel hijyenle alakalı yapılan çalışmada dermatofitozlu hastaların çoğunlukla günlük banyo yapma ve ayak yıkama alışkanlığının olduğunu ancak terleme durumunda ikinci banyoyu yapmadıkları sonucu çıkmıştır(66). Yamu ve ark. nın çalışmasında da katılımcıların çoğu, günlük banyo yapma ve iyi kurulanma konusunda dikkatli olduklarını belirtmişlerdir(67). Patro ve ark. nın yaptığı çalışmada yüzeyel dermatofitozis hastalarının sonuçlarına baktığımızda %95,58 gibi yüksek oranda kapalı ve hava almayan tarzda giyim alışkanlığı olduğu tespit edilmiştir(68). Katılımcıların verdiği cevaplarda genel anlamda hijyen konularında dikkatli davrandıkları sonucuna varılmıştır ancak bunun nedeninin hastaların gerçek tutumlarını saklamak istemeleriyle alakalı olabileceği de

akla gelmelidir.

Çalışmadaki yaş grupları ile günlük hayatta en sık tercih edilen ayakkabı türü, çorap değiştirme sıklığı ve günlük olarak ayağın ayakkabıda kalma süresi arasında anlamlılık içeren sonuç çıkmıştır ($p<0,05$). 20 – 59 yaş aralığındaki bireyler, günlük hayatta en sık olarak spor ayakkabı giymeyi tercih etmektedir. 60 yaş üstündeki bireylerin ise en sık tercihi, ortopedik anne ayakkabısı ve spor ayakkabı için eşit oranda çıkmıştır. Spor ayakkabı tercih etme oranı, yaş arttıkça düşme eğilimindedir. Bütün yaş gruplarındaki bireylerin çoğunluğu, çoraplarını her gün değiştirdiğini belirtmiş olup bu oran yaş arttıkça gerilemektedir. Tam tersi, iki ve üç günde bir değiştirdiğini ifade edenlerin oranı da yaşla birlikte artmaktadır. 20 – 39 yaş grubundaki bireylerin tamamı günlük en az dört saat ve üzeri olacak şekilde ayakkabı kullanımları olduğunu ifade etmiştir. 20-59 yaş aralığında en sık kullanım 4-8 saat arası iken, 60 yaş üstünde en sık 4 saatten az olacak şekilde kullanım olduğu görülmüştür. Yaş küçüldükçe ayakların günlük kullanımda daha fazla ayakkabı içinde kaldığı sonucuna varılmıştır.

Çalışmamızda yaş grubu ile mantar hastalığının anatomik olarak bulunduğu bölge arasındaki karşılaştırmalarda sadece ayak mantarı ile olan karşılaştırmasında istatistiki olarak pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($p=0,046$). İlk sırada 40 – 59 yaş grubunda %83 oranında, 20 – 39 yaşındaki bireylerin %72,2'si ve 60 yaş üstündeki bireylerde %60,5'i ayakta mantar şikâyetini bildirmiştir. Toukabri ve ark. nın Tunus'ta yaptığı çalışmada yaş aralıklarına göre ayak mantarı sıklığında en fazla sayıda çıkan grup 41-50 yaş (%23.1) ve bunu 51-60 yaş (%21.9) aralığı takip etmektedir, ancak bu değerler arasında istatistiki anlam mevcut değildir(65). Türkiye'de yapılan bir araştırmada t. pedis tanısı olanların sıklığı, yaş aralığı büyüdükçe artmakta olarak anlamlı görülmüştür. Özellikle de 61 yaş ve üstünde olan grupta en sık olarak saptanmıştır ($p<0.001$) (69). Aynı sonuç Amerika'da yapılan başka bir çalışmada tırnak mantarı için anlamlı çıkmıştır ($p<0.001$) (70). Watanabe ve ark. yaptığı çalışmada yaşla birlikte t.pedis sıklığının azaldığını, t.unguium sıklığının arttığını ifade etmiştir(71). Bizim çalışmamızda t.pedis tanı sıklığının daha çok 60 yaş altında olmasının nedeni, kozmetik ve sosyal anlamda daha fazla rahatsızlık duymaları ve daha sık başvurmaları olarak yorumlanabilir. Ayrıca 60 yaş üstü katılımcılarda, günlük ayakkabı giyme süresinin de düşmesi etken olabilir.

Cinsiyet ile genel hijyen sorularına baktığımızda çok sıcak ve nemli havalarda,

aşırı terleme olduğunda vücut temizliğine ve iyi kurulanmaya dikkat etme arasında anlamlılık içeren sonuç çıkmıştır (p=0,030). Dikkat etmediğini belirten erkeklerin oranı, kadınların 3 katı daha fazladır. Aynı şekilde cinsiyet ile banyo sonrası veya ayaklarda aşırı terleme olduğunda özellikle ayak parmak aralarının kurulanmasına özen gösterme arasında da sonuç anlamlı olarak değerlendirilmiştir (p=0,004). Ayak parmak aralarını kurutma konusunda da özen göstermeyen erkeklerin oranı kadınlardan daha yüksektir. Vücut temizliğine ve iyi kurulanmaya dikkat etme davranışının kadınlarda daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Cinsiyet ile aynı hanede el havlusu, törpü/tırnak makası, kıyafet/çorap/iç çamaşırı ve tıraş makinesi paylaşımı arasındaki ilişki anlamlı olup eşyaları ortak kullanımın erkeklerde kadınlara göre daha çok olduğu görülmüştür (p<0,05). Bu sonuçlar doğrultusunda, erkek cinsiyetin mantar hastalıkları için risk faktörü sayılmasındaki en önemli etkenlerden birisi, hijyen konusuna karşı kadınlardan daha farklı bir tutumda bulunmalarıdır.

Cinsiyet ile günlük hayatta en sık tercih edilen ayakkabı türü ve ayakkabının ayakta kalma süresi arasında anlamlılık içeren ilişki çıkmıştır (p<0,05). Erkeklerde ilk sırada spor ayakkabı, ikinci sırada ise makosen/loafer tarzı ayakkabılar yer alırken kadınlarda ilk sırayı ortopedik anne ayakkabısı, ikinci sırayı spor ayakkabı almaktadır. Günlük olarak ayakkabının en az dört saat ve üzeri kullanımı, erkeklerde kadınlardan iki kat daha fazla düzeydedir. Erkeklerde en sık kullanım 4-8 saat, kadınlarda en sık 4 saatten az şeklindedir. Bu saat farkı, aynı zamanda cinsiyetler arası farkın ortaya çıkmasını tetikleyen durumlardan birisidir.

Cinsiyet ile mantar hastalığının anatomik olarak bulunduğu bölge arasındaki sonuç anlamsız gelmiştir. Tekirdağ bölgesinde Albayrak ve ark. nın yaptığı çalışmanın sonucunda lezyon bölgelerinin dağılımında cinsiyet ve yaş grubu açısından farklılık saptanmamıştır (p>0,05) (72). Toukabri ve ark. nın çalışmasında, ayak mantarı teşhisi kadınlarda (%67.05) erkeklere (%32.94) oranla daha sık bulunmuş. Ancak cinsiyet farklılığına göre bu prevalans anlamlandırılamamıştır (p=0.217) (65). Adana'da yapılan çalışmada ise hem yaş hem erkek cinsiyet açısından onikomikoz ve t.pedis varlığı karşılaştırılmış ve ikisi için de anlamlı istatistik sonucu çıkmıştır (p<0,05) (73). Kara Polat ve ark.nın, t.pedis tanısı almış bireylerde yaptığı çalışmada, %57,2 ile erkek cinsiyet daha ön planda çıkmıştır(74). Seçkin ve ark. nın Tokat bölgesinde yaptığı çalışmada, t,pedis ve onikomikoz hastalarında erkek baskınlığı görülmüştür(75).

Kendi çalışmamızda ise ayak mantarı için %57,5 oranıyla, tırnak mantarı için %57,8 oranıyla erkeklerin fazlalığı görülmüştür. Kasık ve gövde/kol/bacak içinse kadın ve erkek eşitliği görülmüştür. Bunun nedenleri arasında erkeklerin ayak bölgelerinin kadınlara oranla daha fazla terlemesi, temizleme ve kurulama konularında daha az dikkatli olmaları sayılabilir. Kozmetik anlamda görünümlerini kadınlardan daha az önemsedikleri için gereken hijyen kurallarına da yeterli derecede uymadıkları düşünülebilir. Bunlar da mantar enfeksiyonunun gelişmesi için uygun ortamı sağlamış olur. Ayrıca terlik/sandalet gibi açık ayakkabıları daha çok kadınların tercih etmesi, erkeklerin mevsim farketmeksizin kapalı tarzda ayakkabı giymesi de cinsiyet farkını ortaya çıkartmaktadır.

Katılımcıların eğitim durumu ile genel hijyen sorularına baktığımızda mantar hastalığının önlenmesi için bol kıyafetler ve hava alan ayakkabılar tercih etme arasında anlamlılık içeren sonuç çıkmıştır ($p=0,006$). Eğitim düzeyinin düşmesiyle bol kıyafet ve hava alan ayakkabı tercihinde bir azalma gözlenmektedir. Bu tercihlerin daha az olmasının sonucunda, düşük eğitim düzeyindekilerde başvuruların daha sık olması arasında bağlantı kurulabilir.

Eğitim durumu ile günlük hayatta tercih edilen ayakkabı türü ve ayakkabının ayakta kalma süresi arasında istatistiki olarak bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim düzeyinin artışıyla ayakkabının ayakta kalma süresinin de arttığı gözlenmektedir. Lise altı eğitim seviyesinde olanlarda ortopedik anne ayakkabısı ve makosen/loafer kullanımı, lise ve üstü seviyesindekilere oranla daha yüksek görülmüştür. Lise ve üstü düzeyinde eğitim görmüş bireylerin ilk sırada spor ayakkabı, ikinci sırada makosen/loafer türü ayakkabı tercih ettikleri görülmüştür. Bu sonuçlara baktığımızda okur-yazarlarda eğitim düzeyi arttıkça ortopedik anne ayakkabısı ve makosen/loafer kullanımının azaldığı buna karşın spor ayakkabısı kullanımının arttığı gözlenmektedir. Makosen/loafer ve ortopedik anne ayakkabısı olarak değerlendirilen ayakkabılar, spor ayakkabılara kıyasla daha dar yapılı ve hava alma konusunda daha az geçirgen olan ayakkabı türleridir. Lise altı düzeyinde eğitim görmüş bireylerin bu ayakkabı tercihlerini daha sık yapması ile mantar hastalığının daha sık görülmesi arasında ilişki kurulabilir.

Eğitim durumu ile ortak kullanılan eşyalar, çorap değiştirme sıklığı, mantar hastalığının anatomik olarak bulunduğu bölge, tekrarlama sayısı, artış gösterdiği

mevsim ve kullanılan tedavi seçenekleri arasındaki sonuç anlamsız gelmiştir (p>0,05). Çalışmamızda t.pedis varlığı olan katılımcılarda, eğitim durumuna bakıldığında %60 ile lise altı, %31,25 ile lise ve üstü düzeyinde ve %8,75 ile okuma yazma bilmeyen grup karşımıza çıkmıştır. Benzer olacak şekilde başka bir çalışmada, ortaokul ve altında eğitim görmüş hastalar için t.pedis varlığı daha fazla görülmüştür (p=0.012) (69). Kara Polat ve ark.nın çalışmasında, t.pedis tanılıların eğitim durumlarına bakıldığında %62,5 ile ilkokul-ortaokul ve %37,5 ile lise ve üstü eğitim düzeyindekiler mevcut ancak ikisi arasında ilişki bulunamamıştır(74). Çalışmamızda, lise altı eğitim görmüş kişilerde hava almayan ayakkabı tercihinin artması sonucu olarak t.pedis sıklığının da arttığı düşünülebilir.

Eğitim durumu ile planlanan tedavinin tamamlanması arasında anlamlılık içeren ilişki mevcuttur (p=0,025). Planlanan sürede tedavinin tamamlanma oranı sırasıyla lise ve üstü, okuma yazma bilmeyen ve lise altı şeklinde azalarak gitmektedir. Eğitim seviyesinin artmasıyla verilen tedavinin planlanan sürede tamamlanma oranlarının da arttığı gözlemlenmiştir. Daha önceden de bahsedildiği gibi okur-yazarlığın olmaması ile bilgiye ulaşmak daha kısıtlı olmaktadır. Özellikle de internet aracılığıyla yanlış bilgilendirmeler sonucu, tedavi süreçlerini yarıda kesme davranışları olmamaktadır. Bundan dolayı okuma yazma bilmeyen insanların, lise altı eğitim seviyesine göre tanı aldıkları doktorları tarafından verilen tedavi planlarına daha uyumlu davrandıkları görülmüştür.

5.2. MEVCUT MANTAR HASTALIĞI BİLGİLERİNİN TARTIŞILMASI

Mantar şikâyetlerinin anatomik olarak sıralamasında ilk sırayı %73,4 ile ayak mantarına sahip katılımcılar almıştır. Sırasıyla tırnak mantarı %58,7, kasık mantarı %22, gövde/kol/bacak bölgeleri %10,1 oranlarıyla devam etmiştir. Aynı anda hem ayak hem tırnak mantarına sahip bireylerin oranı ise %42'dir. Tunus'ta yapılan araştırmada, t. pedis vakalarının yarısından fazlasında t. unguiumun da eşlik ettiği görülmüştür (%73.07) (65). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Polikliniklerinde yapılan bir araştırmada katılımcıların % 12,8'inde tırnak ve ayak mantarı birlikteliği saptanmıştır(73). Çalışmalarda bu oranın farklı görülmesinin nedeni, katılımcı nüfusun çeşitlilik göstermesi olabilir.

Ergin ve ark. tarafından yapılan çalışmada en sık izlenen klinik %53,1 ile t.pedis, %27,9 ile t.unguium, %8,7 ile t.inguinalis ve %7,1 ile t.corporis şeklinde çalışmamızla aynı sırayla gitmektedir(58). Yıldırım ve ark. tarafından yapılan çalışmada en sık olarak %69,2 ile t.pedis, sırasıyla da %18,3 ile t.inguinalis, %12,5 ile t.versikolor yer almaktadır(57). Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Pekbay ve ark. tarafından yüzeyel mikoz sıklığında en sık %51,6 ile ayak parmak arası, sırasıyla da tırnak ve deri olarak devam etmektedir(76). Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Özekinci ve ark. nın yaptığı çalışma sonuçlarında sıklık sırası t. pedis, t. corporis, t. inguinalis ve t. unguium olarak devam etmektedir(77). Kahramanmaraş ve çevresinde Tanış ve ark. nın yaptığı çalışmada %59,5 ile t.pedis birinci sırada, %21,6 ile t.unguium ikinci sırada bulunmuştur(78). Japonya'da Shimoyama ve ark. tarafından yapılan bir başka çalışmada ise sıralama t.pedis, t.unguium, t.corporis ve t.cruris şeklinde gitmektedir(79). Çalışmaların sonuçlarına göre sıklık sıralamasının ve yüzdelerinin değişmesi, bölgesel farklılıklardan ve katılımcıların bu farklılıklara bağlı davranış değişikliklerinden kaynaklı olabilir. Bölgesel farklılıklar içinde iklimsel, hijyen imkanlarına ulaşabilme, sosyoekonomik ve kültürel anlamda gelişmişlik düzeyi gibi faktörleri barındırır. Kendi çalışmamız da dahil olmak üzere örnek gösterilen çalışmaların ortak özelliği, en sık görülen mantar hastalığının t.pedis olmasıdır ve bu konuda literatür bilgileriyle örtüşmesidir.

Mevsimle birlikte mantar hastalığı şikâyetlerinin artışı sorulduğunda ilk sırada yaz mevsimi yer almıştır. Bunu kış ayı ve ilkbahar-sonbahar ayları izlemiştir. Almanya'da Kromer ve ark. tarafından yapılan bir araştırmada özellikle onikomikoz ve t.pedis için, yaz aylarında kış aylarına kıyasla daha çok şikayet artışı ve daha sık teşhis edilme eğiliminde oldukları görülmüştür(60). Japonya'da Shimoyama ve ark. tarafından yapılan bir başka çalışmada ise t.pedisin görülme sıklığının yaz ayında arttığı ancak t.unguiumun her mevsim için eşit derecede görüldüğü sonucu çıkmıştır(79). Hastaların yaz aylarında sıklıkla vücut ve ayak terlemesi yaşamaları, hava almayacak şekilde kapalı tip ayakkabı ve kıyafetleri tercih etmeleri ve gün içerisinde nemli kalma sürelerinin uzaması bu durumu açıklayabilir. Ayrıca yazın hastaların ayakları daha göz önünde olduğundan, rahatsız olmaları ve muayeneye gitme sayılarının artmasında bir etkendir.

Mantar hastalığı için alınan tedavilere bakıldığında ilk sırayı %87,2 ile krem,

jel, spreyler gibi topikal tedaviler almaktadır. Sıralama tırnak cilası, sistemik tedavi ve şampuan tedavisi olarak devam etmektedir. Sadece 19 katılımcı, doktor önerisi dışında başka bir tedavi denediğini ifade etmiştir. Reçete dışı kullanılan bu tedaviler sırasıyla travazol, bitkisel ürün, tuzlu/sirkeli su ve kına şeklindedir. Tuknayat ve ark. yaptığı çalışmada, katılan tüm ailelerde doktor reçetesi olmadan steroid içerikli kombine kremleri denedikleri sonucu çıkmıştır. Topikal steroid tedavileri, geçici bir süre iltihabı baskıladığından rahatlama hissi verebilir. Ancak uzun süreli kullanımda immun yanıtı da azaltacağından mantar enfeksiyonunun devamına neden olabilir(80). Kara Polat ve ark.nın yaptığı çalışmada, %55.9'u tedavi öncesi nonfarmakolojik ajan kullandıklarını belirtmişlerdir. Bu ajanlar sıklık sırasına göre kolonya, tuzlu su, sirke, kına, zeytinyağı, karbonat, yaş maya, limon, kantaron yağı ve çay ağacı özü şeklinde gitmektedir(74). Hindistan ve Sri Lanka'da yapılan başka çalışmalarda da başvuru öncesi özellikle topikal steroid içeren kremlerin kullanıldığı bildirilmiştir(81–83).

Katılımcıların düzenlenen tedavi planına uyma konusundaki davranışları sorgulandığında çoğunluk kısmın şikâyetlerinin azalması ile tedaviyi yarıda bıraktığı görülmüştür. Jain ve ark. nın yaptıkları çalışmada da benzer şekilde %80,9 katılımcı, reçete edilen tedavilerine düzenli devam etmemiştir(84). Yamu ve ark. %79,63 katılımcının reçete edilen ilacı kullanım süresi tamamlanmadan kestiklerini görmüştür(67). Çalışma sürecinde hastaların bu tutumlarıyla alakalı, çok fazla yanlış ve eksik bilgileri olduğu görülmüştür. Günlük iş yoğunluğu ve sosyal anlamda tedavi planının sürekliliğine uymakta zorlanan insanlar haricinde kendi isteğiyle ilaç tedavisini bırakanların da olduğu görülmüştür. Çevrelerinden aldıkları yanlış bilgilerle, mantar hastalığının tedaviye rağmen sürekli tekrarlayacağını ve önemli olanın başvuru anındaki şikâyetlerinin azalması olduğunu düşünmektedirler.

Katılımcıların kronik hastalık dağılımları ile mantar hastalığının lokalizasyonu arasında anlamlılık bulunmasa da sıklık olarak başta gelen ayak ve tırnak mantarının dağılımına baktığımız zaman ayak mantarı için %40, tırnak mantarı için %48,4 ile ilk sırada DM görülmüştür. Diyabetli hastalarda yüzeyel mantarların araştırıldığı bir çalışmada diyabet tanısı olan kişilerde sırasıyla ayak parmak aralarında ve tırnakta lokalize olduğu görülmüştür. Ancak bu grupların yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılmasına bakıldığında anlamlılık görülememiştir(85). Adana'da DM tanılı hastalarda yapılan çalışmada ise eşlik eden en sık mantar enfeksiyonu %34,9 ile

onikomikoz, ikinci sırada %26,3 ile t.pedis olmuştur(86). Eskişehir'de tip 2 diyabet tanısı olanlarda hem onikomikozis hem de t.pedis sıklığı, tanısı olmayan kontrol grubuna kıyasla daha yüksek çıkmıştır (P=0.006) (87). Ankara'da yapılan çalışmada DM tanılılarda t.pedis varlığı daha fazla saptanmıştır (p<0.001) (69). Adana'da yapılan bir diğer çalışmada onikomikozlu hastalarda, mevcut kronik hastalıklarıyla ilişkisine bakıldığında anlam saptanmamıştır ve çalışmamızda olduğu gibi ilk sırada %23 ile diyabet öyküsü olanlar yer almaktadır. Aynı çalışmada t.pedisli hastalarda aynı karşılaştırma yapılmış, sonucunda %28,8 ile ilk sırada yer alan diyabet hastalığıyla aralarında anlamlılık saptanmıştır (p=0,009) (73). Amerika'da yapılan bir çalışmada t.unguium olan katılımcıların diyabetle arasında anlamlılık saptanmıştır (p<0.001) (70). Hem Türkiye'de hem de dünyada yapılan birçok çalışmada anlamlılık bulunmasa bile mevcut mantar hastalığına en sık eşlik eden hastalığın DM olduğu sonucuna varılmıştır. Kendi çalışmamız için de bu sonuç aynıdır ve diyabetin risk faktörü olarak kabul edilmesini desteklemektedir.

Ayakta ve tırnakta mantar şikâyeti olan bireylerde, özellikle iki genel hijyen sorusu karşılaştırılmış ve sonucunda anlamlılık tespit edilmiştir (p<0,05). Bu sonuca göre, bireylerin çoğunluğu aşırı terleme durumunda vücut temizliğine ve kurulanmaya özen gösterirken, aynı özeni ayak parmak aralarını kurulamaya göstermedikleri görülmüştür. Katılımcıların verdikleri cevaplarda, çoğunluğun ayak parmak aralarını iyi kurulama gibi daha spesifik hijyenik konularda eksiklikleri olduğu görülmüştür. Çalışmamızda bulunan bu anlamlı sonuca benzer başka bir çalışma bulunamamıştır. Aynı bireylerde, bol kıyafet ve hava alan ayakkabı tercihi yapan ve ev dışı ortak alanlarda kişisel hijyen ürünleri kullanmaya özen gösterenler daha fazla sayıda olup aralarında anlamlılık tespit edilememiştir (p>0,05). Toukabri ve ark. nın yaptıkları çalışmada, oklüzif tip ayakkabı kullanımı ile ayak mantarı arasında anlam (p=0,008) bulunmuş olup %86,8'lik çoğunluğun bu tip tamamen kapalı ayakkabıları tercih etmediği görülmüştür(65). Otašević ve ark. risk faktörlerine baktıklarında, onikomikozis için dar ayakkabı giyilmesi ve t.corporis için sentetik dar kıyafetler giyilmesini anlamlı görmüşlerdir (P<0.001) (88).

Katılımcılarda ortak kullanılan eşya sıralamasına bakıldığında el havlusu, terlik ve törpü/tırnak makası, çarşaf/nevresim, vücut/ayak havlusu, tarak, kıyafet/çorap/iç çamaşırı ve tıraş makinesi şeklinde gitmektedir. Aynı hane içinde ortak kullanılan bu

malzemelerin özellikle ayak ve tırnak mantarıyla ilişkisine bakılmak istenmiş ve sonuç olarak anlamsız gelmiştir (p>0,05). Kendi çalışmamızda %85,3 kadar çoğunluk kesim, çekirdek aile olarak yaşadığını belirtmiştir. Aynı hane içindeki aile tipi, dışarıda manikür-pedikür alışkanlığı ile ayak ve tırnak mantar sıklığı karşılaştırması yapılmış ancak aynı şekilde anlamlılık mevcut değildir (p>0,05). Çalışmamızın aksine, ortak terlik ve ayakkabı kullanımıyla t.pedisin daha sık görülmesi arasında anlamın bulunduğu çalışmalar da mevcuttur (p=0.001). Yine bu çalışmada, aynı evde yaşayan sayısı dörtten az ve dört ve fazlası olarak iki gruba ayrılmış olup t.pedis ile karşılaştırıldığında çalışmamıza benzer şekilde anlamlılık tespit edilmemiştir(69). Paudel ve ark. dermatofitoz tanısı olanlarda giysi paylaşma alışkanlığının olmasını ilişkili bulmuştur(89). Adana'da yapılan çalışmada ise t.pedis ve onikomikoz tanısı alanlarda ortak ayakkabı paylaşımı ve pedikür yaptırma alışkanlığına bakıldığında anlam bulunamamıştır (p>0,05) (73). Tunus'ta yapılan çalışmada pedikür yaptırma ile ayak mantarı arasında anlam bulunmuş olup %85,9'luk çoğunluğun pedikür yaptırmadıkları görülmüştür(65).

Günlük hayatta en sık tercih edilen ayakkabı türü ile hem ayak hem tırnakta mantar şikâyeti arasında anlamlılık içeren sonuç çıkmıştır (p<0,05). Makosen ya da loafer türünde ayakkabı tercih eden bireylerde ayakta mantar şikâyeti oranı %95,2, tırnakta ise %85,7 ile ilk sırada yer almaktadır. Sonrasında ayak mantarı için %75 ile terlik/sandalet tercih edenler, %73,1 ile ortopedik anne ayakkabısı tercih edenler ve %64 ile spor ayakkabısı tercih edenler gelmektedir. Tırnak mantarı içinse %66,7 ile terlik/sandalet tercih edenler, %52 ile spor ayakkabısı tercih edenler ve %46,2 ile ortopedik anne ayakkabısı tercih edenler gelmektedir. Bu sonuçlara baktığımızda makosen/loafer tarzı dar ve hava almayan ayakkabıları tercih edenlerde hem ayak hem tırnak mantarı sıklığının arttığını görmekteyiz. Çalışmamızla benzer olacak şekilde Türkiye'de yapılan çalışmada, t.pedis tanılı hastalarda %36,9 oranıyla makosen tipi ayakkabı giyenler daha sık bulunmuş olup sıralama %35,1 ile spor ayakkabı, %16,7 ile terlik ve %8,3 ile sandalet şeklinde devam etmiştir (p<0.001) (69).

Günlük kullanımda ayakkabının ayakta kalma süresi ile ayakta mantar şikâyeti arasında anlamlılık içeren sonuç çıkmıştır (p=0,032) ancak tırnak mantarı için aynı anlamlılık bulunamamıştır (p>0,05). Ayağının ayakkabıda günlük olarak dört saatten az kaldığını ifade eden bireylerin %61,5'i, dört ila sekiz saat arasında kaldığını ifade

eden bireylerin %78,7'si ve sekiz ila on iki saat arasında kaldığını ifade eden bireylerin ise %90'ı ayakta mantar şikâyeti yaşadığını belirtmiştir. Tırnak mantarı mevcut katılımcılarda ise %55,3 ile çoğunluk dört ile sekiz saat arası giydiklerini belirtmişlerdir. Ankara'da yapılan çalışmada günlük olarak kapalı ayakkabının giyilme süresi, altı saatten fazla ve altı saat ve daha az şeklinde iki gruba ayrılarak karşılaştırma yapılmış ancak sonuç anlamlı gelmemiştir (p=0.098). Bu çalışmada t.pedis mevcut hastalarda, altı saat ve altında ayakkabı giyme süresi daha fazla bulunmuştur(69). Adana'da yapılan bir diğer çalışmada ise t.pedis ve onikomikoza sahip hastalarda, günlük sekiz saat üstü kapalı ayakkabı giyilmesi arasında anlamlı istatistik sonucu bulunamamıştır (p=0,873) (73). Watanabe ve ark. yaptıkları çalışmada bizimle paralellik gösteren sonuçlar bulmuştur. Günde 8 saat üzeri ayakkabı giyilmesi, t.pedis için yüksek derecede anlamlı bulunurken t.unguium için anlamlı bulunamamıştır(71). Kendi çalışmamızda ayakkabının ayakta kalma süresi arttıkça ayak mantar şikâyetinin de doğrusal olarak arttığı gözlenmektedir. Bu da risk faktörü olarak değerlendirilmesini desteklemektedir.

Çorap değiştirme sıklığı ile ayakta ve tırnakta mantarı olan hastalar arasında anlamlılık yok olarak bulunmuştur (p>0,05). Başka bir çalışmada, çorap değiştirme sıklığının günlük olarak 1 defadan az olduğu kişilerde t.pedis varlığının daha fazla olduğu bulunmuştur (p<0.001) (69). Kendi çalışmamızda ayakta mantar şikâyeti olanlarda çorap değiştirme durumlarına bakarsak en sık %70 ile her gün değiştirdiğini söyleyenleri görmekteyiz. Günlük olarak bir defadan az olduğunu söyleyen toplam kişi sayısı %20 ve gün içinde birkaç kez değiştirdiğini söyleyenler %10'dur.

Çalışmamızda hastaların kullandığı tedaviler açısından ele aldığımızda krem, jel veya sprey gibi topikal tedavi ile ayakta mantar şikâyeti arasında anlamlılık içeren sonuç çıkmıştır (p=0,000). Bu bölgede mantar hastalığı olan bireylerin %95'i krem, jel veya topikal sprey tedavisi aldığını ifade etmiştir. Tablet tedavisi gibi sistemik tedavi alan bireylerde aynı anlamlılık sonucu bulunamamıştır (p>0,05). Tırnak mantarı olan hastaların kullandığı tedaviler açısından ele aldığımızda ise tablet tedavisi gibi sistemik tedavi (p=0,030) ve tırnak cilası (p=0,010) kullanımı ile tırnakta mantar şikâyeti arasında anlamlılık içeren sonuç çıkmıştır. Bu bölgede mantar hastalığı olan bireylerin %73'ü sistemik tedavi aldığını, %94,4'ü tırnak cilası kullandığını ifade etmiştir. Krem, jel veya topikal sprey tedavisi alan bireylerde aynı anlamlılık sonucu

bulunamamıştır (p>0,05). Bu sonuçların doğrultusunda ayak mantarı için topikal tedavilerin, tırnak mantarı için sistemik tedavi ve tırnak cilalarının daha ön planda reçete edildiği bilgisine ulaşılmıştır. Literatür bilgileriyle birlikte değerlendirildiğinde, tanı sonrası doğru tedavi tercihinin yapıldığı söylenebilir. Ancak hastaların bu tedavi sürecini tamamlamaları ile ilişkisine bakıldığında anlamlı bir değerlendirme bulunamamıştır. Watanabe ve ark. nın yaptığı çalışmada, sadece t.pedis tanısı olan ve aynı anda t.pedis ve unguium birlikteliği olan hastalarda topikal tedavi en baskın tedavi yöntemi olarak bulunmuştur(71).

5.3. MANTAR HASTALIĞININ TEKRARLAMA SAYISI İLE DİĞER DEĞİŞKENLERİN TARTIŞILMASI

Katılımcılara mevcut mantar hastalıklarının tekrarlama sayısı sorulduğunda bir-iki defa diyenlerin oranı %43,1, üç ve üçten fazla diyenlerin oranı %31,2 ve sürekli mevcut olduğunu ifade edenlerin oranı %25,7 olarak bulunmuştur. Cinsiyet, yaş, aynı hane içinde aile tipi, kronik hastalık durumu, genel hijyenle alakalı ve ayak-tırnak bakımıyla alakalı sorular ile mantar hastalığının tekrarlaması arasında istatistiki olarak ilişki bulunmamıştır (p>0,05). Çalışmamızda cinsiyet dağılımına baktığımızda 1-2 defa diyenlerde kadınların daha sık, en az 3 defa ve sürekli mevcut diyenlerde erkeklerin daha sık olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, erkek cinsiyetin hastalığın tekrarlaması için de risk faktörü olduğunu desteklemektedir. DM tanılıların %61,7'sinde mantar hastalığının en az 3 kere tekrarladığını ve sürekli mevcut olduğunu belirten grupları görmekteyiz. Anlamlılık bulunmasa da DM varlığında tekrarlama riskinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmamızda ortak kullanılan eşyalar arasında sadece el havlusunun ortak kullanılması ile tekrarlama sayısı arasında anlamlı ilişki yakalanmıştır (p<0,05). Verilerin sonuçlarına göre el havlusunu aynı hane içinde ortak kullanan bireylerde, mantar hastalığının en az 3 kere tekrarladığını ve sürekli mevcut olduğunu belirtenlerin toplamının (%62,9) 1-2 kere tekrarladığını belirtenlerden (%37,1) daha sık olduğu görülmektedir. Diğer ortak kullanılan eşyalar için de aynı sonuç görülmesine rağmen aralarındaki ilişki anlamlı gelmemiştir. Bu sonuç ortak eşya paylaşımının, hastalığın tekrar etme sayısında önemli bir faktör olduğunu desteklemektedir.

Mantar hastalığının lokalizasyonu, kullanılan tedaviler ve doktor önerisi dışı

tedavi kullanımı ile hastalığın tekrarlaması arasındaki istatistik sonucu anlamlı değildir (p>0,05). Hastalığın 3 ve 3'ten fazla tekrarladığını ifade eden grupta %79,4, sürekli mevcut olduğunu ifade eden grupta %71,4 ile t.pedis en sık görülmüştür. Mantar hastalığının en az 3 kere tekrarladığını ve sürekli mevcut olduğunu belirten grupları birleştirdiğimizde topikal tedavi ve tırnak cilası kullanımının, sistemik tedaviye oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Aynı grupta doktor reçetesi dışında tedavi kullanmayanların sayısı çoğunluktaydı. Sri Lanka'da yapılan çalışmada, nüks sayısının reçete dışı topikal steroid kullanımı olanlarda daha fazla olması anlamlı gelmiştir(83).

Çalışmamızda verilen mantar tedavisinin planlanan sürede bitirilmesi ile mantar hastalığının tekrarlaması arasında istatistiki olarak pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). En az 3 kere tekrarlayan ve sürekli mevcut diyenlerin dağılımına baktığımızda çoğunluğun tedavisini yarıda bıraktığı görülmüştür. Tam tersi 1-2 kere tekrardan bahseden bireylerin çoğunluğu ise tedavi süreçlerini tamamladıklarını belirtmiştir. Bu sonuçlarla birlikte tedaviyi uygun şekilde tamamlamanın hastalığın tekrarına ilişkin sıklığı azalttığı gözlenmiştir. Hastalar için, tedaviyle birlikte şikâyetlerinin şiddetinin azalması onlara geçici bir çözüm sunar. Tedaviyi yarıda bırakmak demek, tam anlamıyla iyileşme imkânını da engellemek anlamına gelmektedir. Bilgi formu hastalara uygulanırken, bu konuyla alakalı daha önceki başvurularında yeterli bilgilendirmenin yapılmadığı tespit edilmiştir.

Hindistan'da dermatofitozların tekrarlama sıklığıyla alakalı yapılan bir çalışmada katılımcıların %9,3 kadarında 3-10 arası nüks yaşandığı belirtilmiştir ve bu hastaların %63 kadarı erkeklerden oluşmaktadır. 3-10 arası nüks yaşayan bu hastalarda, özellikle kot pantolon gibi dar kıyafetleri tercih edenler %51 oranındadır. Aile üyeleri arasında havlu paylaşımı (%69) ve ayakkabı paylaşımı (%70) oldukça yaygındır. Kıyafet paylaşımı ise %18 hastada mevcuttur. Hastaların yarısından fazlasında (%53,2) reçete dışı topikal kortikosteroid tedavisi kullanma oranı bulunmuştur. Kullanılan tedavide çoğunluk %70,6 ile sistemik antifungaller olmuştur. Bu tedavileri kullananların %90,5'i tedaviyi yarıda kesmeyip tamamını bitirmişlerdir(90). Singh ve ark. kronik ve tekrarlayan tinea enfeksiyonlarıyla ilgili yaptıkları çalışmada, hastaların önceden DM tanısının olması ile arasında güçlü bir pozitif ilişki bulmuştur (p=0,047). Aynı pozitif ilişkiyi kot pantolon gibi dar kıyafet

tercihi, ortak kullanılan havlunun yıkanma sıklığı ve aynı hane içinde kalabalık olunması ile bulamamıştır(81). Shenoy ve ark. nın tekrarlayan ve kronik dermatofitoz hastalarındaki çalışmasında cinsiyet eşitliği, %43,47 oranıyla dar giysiler giyme öyküsü ve %50,38 oranıyla havlu vb. ortak eşya paylaşımı öyküsü bulunmuştur. Çoğunluk kısım hijyenlerini iyi düzeyde olarak belirtmişlerdir. %21,7 komorbidite varlığı olup HT ve DM ilk sıralardadır. T.cruris ve corporis hastaları daha ön planda görülmüştür. En sık kullanılan tedavi çalışmamızla benzer şekilde topikal tedavi olarak görülmüş olup çoğunlukla steroid kombinasyonuyla kullanılmıştır(91). Hindistan'da yapılan başka çalışmada kronik dermatofitoz tanısının, t. cruris ve corporis hastalarında yoğunlaştığı ifade edilmiştir(92).

Bu çalışmalarla kendi çalışmamız arasında hem benzer olan hem de farklı olan sonuçlar mevcuttur. Tekrarlama sayısı ile DM arasında anlamlılık bulamasak da diyabet varlığında tekrarlamanın daha sık olduğu görülmüştür. Farklı olan sonuçlardan bir kısmı, dar kıyafet tercihi olanların ve reçete dışı tedavi kullanımının çalışmamızda daha az sıklıkta yer alması ve aralarında ilişkinin olmamasıdır. Diğer farklılık, tekrarlama sayısı fazla olan grupta t.pedis sıklığı daha fazla görülmüştür. Bu farklılıkların nedeni çalışmaların yapıldığı bölge, yaşayan insan profili, bölgenin getirdiği yaşam şartlarının farklı olmasıyla alakalı olabilir. Benzerlik olan sonuçlarda ise erkek cinsiyetin, DM varlığının ve ortak eşya kullanımının tekrarlama sayısını arttırması yönünde etkilediği görülmüştür.

Katılımcıların kullandıkları tedavi seçenekleri açısından tedavi planına uyup süreci tamamlayanlar arasında ilk sırada %48,6 ile tablet gibi sistemik tedavi alanlar gelmektedir. Sırasıyla % 38,9 ile tırnak cilası, %37,9 ile topikal tedavi, %33,3 ile şampuan şeklinde devam etmektedir. Topikal krem, jel veya sprey tedavisi ile planlanan tedavi sürecinin yarıda bırakılması arasında anlamlılık içeren sonuç tespit edilmiştir ($p= 0,004$). Diğer tedavi seçeneklerinin aynı karşılaştırmada anlam içeren sonuçları tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Japonya'da yapılan bir çalışmada t.pedis tanılıların uyum düzeyleri ilacın türüne göre karşılaştırılmış olup oral tedaviye uyum, topikal tedaviye uyumdan anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p= 0.004$) (93). Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Özellikle çalışmamıza katılan hastalara sorulduğunda topikal tedavinin etki düzeyinin daha düşük ve tedavi cevabının daha geç olduğunu düşündüklerini, bu nedenle şikâyetleri hafifleyene kadar

kullanıp sonrasında tedaviyi yarıda bıraktıklarını ifade etmişlerdir. Tam tersi oral tedavinin ise etki düzeyinin daha çok olduğunu ve daha hızlı cevap aldıklarını düşündüklerini, bu nedenle de tedaviyi tamamlama konusunda daha özenli olduklarını söylemişlerdir. Ayrıca sistemik tedavi alanlarda, yan etki taraması için doktor kontrollerine daha düzenli geldikleri gözlemlenmiştir. Bu da tedavi uyum sürecini olumlu etkileyen faktörlerden birisidir. Topikal tedavi kullananlarda ise aynı düzenlilik görülmemiştir.

Yukarıda bahsedilen sonuçla mantar hastalığının en az 3 kere tekrarladığını ve sürekli mevcut olduğunu belirten kişilerde topikal tedavi ve tırnak cilası kullanımının, sistemik tedaviye oranla daha fazla olduğu sonucu arasında da bağlantı olabileceği düşünülmüştür. Topikal tedaviye uyum konusunda zorlanıp tedaviyi yarıda bırakan bireylerde, mantar hastalığının tekrarlama sayısının artabileceği görülmüştür. Sistemik tedaviyi tamamlayan bireylerde ise bu tekrarlama sayısının daha az olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışmanın kısıtlamaları:

1. Tek merkezli ve bölgesel bir çalışma olması nedeniyle genel popülasyona uyarlanmasının zor olması
2. Hastaların verdikleri cevaplarda önyargıdan çekindikleri için doğruyu yansıtma konusunda yanıltıcı olabilmesi
3. Tanı yöntemiyle dermatofitoz varlığını doğrulamak gibi bir seçeneğimizin olmaması

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızı literatür bilgileriyle karşılaştırdığımızda, benzer şekilde erkek cinsiyetin dermatofitoz tanısı alma ve nüks etme sıklığında daha fazla karşımıza çıktığı görülmüştür. Özellikle vücut-ayak temizliği ve iyi kurulanması gibi hijyen durumlarında ve ortak eşya paylaşımında erkeklerin kadınlara göre daha dikkatsiz davrandıkları sonucu anlamlı gelmiştir. Günde en az 4 saat ve üzeri ayakkabı kullanımının erkeklerde daha sık görülmesi de anlamlıdır. Bu sonuçlar ile çalışmamızdaki t.pedis ve unguium sıklığında erkek cinsiyetin daha ön planda çıkması arasında bağlantı olabileceği düşünülmektedir.

Lise altı eğitim seviyesinin varlığı, hastalık sıklığında ilk sırada yer almaktadır. Okur-yazarlığı olan grubun olmayan gruba göre daha sık başvurmasının nedeni, bilgiye erişecek kaynak sayısının çeşitli olması ve farkındalıklarının artması olarak düşünülebilir. Lise altı seviyesindekilerde bol kıyafet tercihinin azaldığı, makosen/loafer ve ortopedik anne ayakkabısı tarzı dar ayakkabıların daha çok tercih edildiği sonuçları anlamlıdır. Bu sonuçlar ile t.pedis sıklığında lise altı eğitim seviyesinin daha ön planda çıkması arasında bağlantı olabileceği düşünülmektedir. Yine bu grubun başlanan tedaviyi yarıda bırakma davranışı, diğer gruplara göre daha fazladır.

Yaş ile t.pedis varlığı arasında anlamlılık bulunmuş olup özellikle 60 yaş altında sıklığın arttığı görülmüştür. 60 yaş ve üzeri hasta grubunda günlük aktivite yoğunluğunun daha az olması, daha az terleme yaşamaları ve günlük ayakkabı giyme sürelerinin diğer yaş gruplarına göre daha düşük olması bu durumu açıklayabilir.

Literatürle benzer şekilde çalışmamızda t.pedis en sık dermatofitoz olarak görülmüştür. Yaz mevsimi, şikâyetlerin görülme sıklığının en fazla arttığı mevsim olmuştur. Anlamlılık bulunmasa da dermatofitoza en sık eşlik eden ve hastalığın tekrarlama sayısı fazla olanlarda ilk sırada olan kronik hastalık DM olmuştur. Aynı hanedeki ortak eşya kullanımının hastalık sıklığıyla ilişkisi bulunmamıştır ancak tekrarlama sayısı fazla olanlarda ortak eşya kullanımın da fazla olduğu görülmüştür. Özellikle el havlusu paylaşımı, tekrarlama sayısı artışıyla anlamlı sonuçlanmıştır.

Dermatofitozlar, tekrarlama riski yüksek bir hastalık grubudur. Bu nedenle hastalığın değiştirilebilir risk faktörlerine odaklanmak gerekir. Bunların başında,

uyulması gereken hijyen kurallarını hastalara ayrıntılı bir şekilde açıklamak ve dermatofitlerin yerleşmesi için uygun ortamların oluşmasını engellemek gelmektedir. Yaptığımız çalışmada, hastaların genel hijyen sorularına verdikleri cevaplar çoğunlukla dikkat ettikleri yönündedir. Bu sorular içerisinde özellikle ayak parmak aralarının kurulanması gibi spesifik konularda ise çoğunluğun dikkatli davranmadığı görülmüştür. Dermatofitoz hastalıklarında t.pedisin en sık görüldüğü göz önünde bulundurulursa, ayak parmak aralarının nemli kalmaması konusunda hastaların daha fazla bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Tercih edilen ayakkabı türünün makosen/loafer gibi dar ve kapalı olması, ayak ve tırnak mantarı sıklığında artışa neden olmaktadır. Günlük hayatta ayakkabıların giyilme süresi, özellikle sekiz saat ve üzerine uzadıkça ayak mantarı sıklığının da aynı şekilde arttığı görülmüştür. Tanısı olan hastaların özellikle bu konularda bilgilendirilmesi ile nüks ihtimalinin önüne geçilebilir.

Değiştirilebilir risk faktörleri içerisinde hastaların tedaviye karşı tutumları da yer almaktadır. Çalışmamızda hastaların t.pedis için topikal, t.unguium için sistemik tedavi ve tırnak cilası ile doğru tedavi kullanımlarının olduğu görülmüştür. Ancak çoğunluk kısım, başlanılan tedaviyi şikâyetlerin azalmasıyla yarıda bırakma eğiliminde olmuştur. Bu davranışın sonucu olarak da dermatofitoz hastalığının nüks riskinde artışla ilişkili gelmiştir.

Hastalara, mantar hastalıklarının iyileşme konusunda dirençli oldukları ve yukarıda bahsedilen durumlara uymadıkları sürece tekrarlama riskinin de yüksek olduğu sıklıkla hatırlatılmalıdır. Düzenli poliklinik kontrollerine gelmeleri ve doktorla birlikte planlanan tedaviye uygun davranmaları konusunda daha özenli olmaları anlatılmalıdır.

Dermatofitozlar, sadece kişinin kendisi için değil, toplum için de endişe uyandırmaktadır. Hastalığın mevcut olduğu süre boyunca bulaştırıcılık açısından da hastaların bilgilendirilmesi gerekir. Alınacak önlemlerle ve hastalığın iyileşme sürecini hızlandırarak bulaştırıcılık en alt seviyeye düşürülmelidir. Aile içi ortak eşya paylaşımının sonlandırılması anlatılmalıdır.

Katılımcıların, çevrelerinden ve özellikle internet gibi iletişim araçlarından edindikleri yanlış ve eksik bilgilerle hastalığı yönetmeye çalıştıkları görülmektedir. Bu nedenle hastaların başvurularında, ayrıntılı bilgilendirme konusu üstünde daha fazla

durulmalıdır. Bölgesel olarak dermatofitoz yoğunluğunun olduğu yerlerde, gereklilik halinde topluma eğitimler düzenlenerek farkındalık arttırılabilir.

7. KAYNAKÇALAR

1. WHO. WHO fungal priority pathogens list to guide research, development and public health action. Vol. 1, Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2022. 1–48 p.
2. Havlickova B, Czaika VA, Friedrich M. Epidemiological trends in skin mycoses worldwide. Mycoses. 2008;51(4):2–15.
3. Kruithoff C, Gamal A, McCormick T, Ghannoum M. Dermatophyte infections worldwide: increase in incidence and associated antifungal resistance. Life. 2024;14(1).
4. Hilmioğlu-Polat S, Seyedmousavi S, Ilkit M, Hedayati MT, Inci R, Tumbay E, et al. Estimated burden of serious human fungal diseases in Turkey. Mycoses. 2018;62(1):22–31.
5. Koku Aksu A. Bulaşıcı Dermatolojik Hastalıkların Kontrolü Ve Halk Sağlığı Açısından Önemi. ESTÜDAM Halk Sağlığı Derg. 2019;82–9.
6. Gunaydin SD, Arikan-Akdagli S, Akova M. Fungal infections of the skin and soft tissue. Curr Opin Infect Dis. 2020;33(2):130–6.
7. Altinbaş Oguz R. Yüzeyel Mantar Enfeksiyonları Etkenlerinden Dermatofitler ve İmmunopatogenez. In: Mer-Ak Akademik Araştırmalar Sağlık – Toplum – Bilim 1 [Internet]. Mersin Akademi Yayınları; 2020 [cited 2024 Oct 7]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/341990584
8. DURSUN R. Derinin Yüzeyel ve Derin Mantar Enfeksiyonları: Dünyada ve Türkiye'de Epidemiyolojik Özellikler. Türkiye Klin J Dermatol-Special Top [Internet]. 2008 [cited 2024 Oct 7];1(2). Available from: https://www.researchgate.net/publication/344206074
9. Gül Ü. Derinin Yüzeyel Dermatofit Enfeksiyonları. Ankara Med J [Internet]. 2014 [cited 2024 Oct 7];14(3):107–13. Available from: https://dergipark.org.tr/en/pub/amj/article/21560
10. Nweze E, Eke I. Dermatophytes and dermatophytosis in the eastern and southern parts of Africa. Med Mycol. 2018;56:13–28.
11. Drake LA, Dinehart SM, Farmer ER, Goltz RW, Graham GF, Hordinsky MK, et al. Guidelines of care for superficial mycotic infections of the skin: Tinea corporis, tinea cruris, tinea faciei, tinea manuum, and tinea pedis. J Am Acad Dermatol. 1996;34(2 I):282–6.
12. Reddy K. Fungal Infections (Mycoses): Dermatophytoses (Tinea, Ringworm). J Gandaki Med Coll [Internet]. 2017 [cited 2024 Oct 7];10(01). Available from: https://nepjol.info/index.php/JGMCN/article/view/17901/14532
13. Nigam PK, Syed HA. Tinea Pedis [Internet]. Saleh D, editor. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2024 Oct 7]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470421/
14. Gül Ü. Ayakta Kaşıntılı Her Lezyon Tinea Pedis Midir?: Tinea Pedis ve Tinea Pedisi Taklit Eden Hastalıklar. Klin Tıp Aile Hekim Derg [Internet]. 2017;9(2):65–8. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/ktah/issue/47179/572667
15. Ogawa T, Matsuda A, Ogawa Y, Tanaka R. Risk factors for the development of tinea pedis

and onychomycosis: Real-world evidence from a single-podiatry center, large-scale database in Japan. J Dermatol. 2024;51:30–9.

16. Jazdarehee A, Malekafzali L, Lee J, Lewis R, Mukovozov I. Transmission of onychomycosis and dermatophytosis between household members: a scoping review. J Fungi. 2022;8(60).
17. Seebacher C, Bouchara J, Mignon B. Updates on the epidemiology of dermatophyte infections. Mycopathologia. 2008;166:335–52.
18. Aragón-Sánchez J, López-Valverde ME, Víquez-Molina G, Milagro-Beamonte A, Torres-Sopena L. Onychomycosis and Tinea Pedis in the Feet of Patients With Diabetes. Int J Low Extrem Wounds. 2021;22(2).
19. Lipner SR, Scher RK. Onychomycosis: Clinical overview and diagnosis. J Am Acad Dermatol. 2019 Apr 1;80(4):835–51.
20. Asz-Sigall D, Tosti A, Arenas R. Tinea Unguium: Diagnosis and Treatment in Practice. Mycopathologia. 2017 Feb 1;182:95–100.
21. Kovitwanichkanont T, Chong A. Superficial fungal infections. Aust J Gen Pract. 2019;48(10).
22. Klafke G, Silva R, Pellegrin K, Xavier M. Analysis of the role of nail polish in the transmission of onychomycosis. An Bras Dermatol. 2018;93(6):930–74.
23. Frazier W, Santiago-Delgado Z, Family KS. Onychomycosis: rapid evidence review. Am Fam Physician [Internet]. 2021 [cited 2024 Oct 8];104(4). Available from: https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2021/1000/p359.html
24. Chamorro MJ, Syed HA. Tinea Manuum [Internet]. House SA, editor. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [cited 2024 Oct 8]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559048/
25. Nenoff P, Krüger C, Schaller J, Ginter-Hanselmayer G, Schulte-Beerbühl R, Tietz HJ. Mycology - an update part 2: dermatomycoses: clinical picture and diagnostics. J Ger Soc Dermatology. 2014;12(9):749–77.
26. Zhan P, Liang G, Liu W. Dermatophytes and dermatophytic infections worldwide. In: Dermatophytes and Dermatophytoses. Springer International Publishing; 2021. p. 15–40.
27. Hay RJ. Tinea Capitis: Current Status. Mycopathologia. 2017;182:87–93.
28. Heath CR, Usatine RP. Tinea capitis. J Fam Pract. 2022;71(8):370–1.
29. Aboud AM Al. Tinea Capitis [Internet]. Crane JS, editor. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2024 Oct 8]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536909/
30. Fienemika A, Okeafor C. The identification and grading of the psychosocial impact of Tinea capitis in primary school children in a semi-urban area of Rivers State, Nigeria. Niger Postgrad Med J [Internet]. 2017 [cited 2024 Oct 8];24(1):20–4. Available from: https://journals.lww.com/npmj/fulltext/2017/24010/The_Identification_and_Grading_of_the_Psychosocial.4.aspx
31. Kuruvella T. Tinea Barbae [Internet]. Pandey S, editor. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2024 Oct 8]. Available from:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563204/
32. Pei Y, Zhang LL, Liu ZH. Tinea Faciei. J Pediatr. 2022;250:108–9.
33. Alkeswani A, Duncan JR, Theos A. Tinea faciei starting at day two of life. Pediatric dermatology. Pediatr Dermatol; 2018. p. 1–3.
34. Khiewplueang K, Leeyaphan C, Bunyaratavej S, Jirawattanadon P, Saengthong-aram P, Matthapan L, et al. Tinea faciei clinical characteristics, causative agents, treatments and outcomes; a retrospective study in Thailand. Mycoses. 2024;67(6).
35. Del Boz J, Crespo V, De Troya M. Pediatric tinea faciei in southern Spain: a 30-year survey. Pediatr Dermatol. 2012;29(3):249–53.
36. Yee G. Tinea Corporis [Internet]. Aboud AM Al, editor. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2024 Oct 8]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544360/
37. Zalewski A, Goldust M, Szepietowski JC. Tinea Gladiatorum: Epidemiology, Clinical Aspects, and Management. J Clin Med. 2022;11(14).
38. Castellanos J, Guillén-Flórez A, Valencia-Herrera A, Toledo-Bahena M, Ramírez-Cortés E, Toussaint-Caire S, et al. Unusual Inflammatory Tinea Infections: Majocchi's Granuloma and Deep/Systemic Dermatophytosis. J Fungi. 2021;7(11).
39. Pippin MM, Madden ML. Tinea Cruris [Internet]. Das M, editor. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2024 Oct 8]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554602/
40. Durdu M, Ilkit M, Tamadon Y, Tolooe A, Rafati H, Seyedmousavi S. Topical and systemic antifungals in dermatology practice. Expert Rev Clin Pharmacol. 2017;10(2):225–37.
41. Zacharopoulou A, Tsiogka A, Tsimpidakis A, Lamia A, Koumaki D, Gregoriou S. Tinea Incognito: Challenges in Diagnosis and Management. J Clin Med. 2024;13(11).
42. Surendran K, Bhat R, Boloor R, Nandakishore B, Sukumar D. A clinical and mycological study of dermatophytic infections. Indian J Dermatol [Internet]. 2014 [cited 2024 Oct 8];59(3):262–7. Available from: https://journals.lww.com/ijd/fulltext/2014/59030/a_clinical_and_mycological_study_of_dermatophytic.9.aspx
43. Sahoo AK, Mahajan R. Management of tinea corporis, tinea cruris, and tinea pedis: A comprehensive review. Indian Dermatol Online J. 2016;7:77–86.
44. Poluri LV, Indugula JP, Kondapaneni SL. Clinicomycological Study of Dermatophytosis in South India. J Lab Physicians. 2015;7:84–9.
45. White TC, Findley K, Dawson TL, Scheynius A, Boekhout T, Cuomo CA, et al. Fungi on the Skin: Dermatophytes and Malassezia. Cold Spring Harb Perspect Med. 2014;4(a019802).
46. Gupta AK, Venkataraman M. Antifungal resistance in superficial mycoses. J Dermatolog Treat. 2022;33(4):1888–95.
47. Jartarkar SR, Patil A, Goldust Y, Cockerell CJ, Schwartz RA, Grabbe S, et al. Pathogenesis, Immunology and Management of Dermatophytosis. J Fungi. 2022;8(39).

48. Rudramurthy S, Shaw D. Overview and update on the laboratory diagnosis of dermatophytosis. Clin Dermatology Rev. 2018;2(1).
49. Moskaluk AE, VandeWoude S. Current Topics in Dermatophyte Classification and Clinical Diagnosis. Pathogens. 2022;11(957).
50. Pihet M, Govic Y Le. Reappraisal of Conventional Diagnosis for Dermatophytes. Mycopathologia. 2017;182(1–2):169–80.
51. Verrier J, Monod M. Diagnosis of Dermatophytosis Using Molecular Biology. Mycopathologia. 2017;182(1–2):193–202.
52. Sahni K, Singh S, Dogra S. Newer Topical Treatments in Skin and Nail Dermatophyte Infections. Indian Dermatol Online J. 2018;9:149–58.
53. Gupta AK, Foley KA, Versteeg SG. New Antifungal Agents and New Formulations Against Dermatophytes. Mycopathologia. 2017;182(1–2):127–41.
54. KODAN E, GÜL Ü, TIRNAKSIZ F. Tırnak Mantarı Enfeksiyonu (Onikomikoz) ve Topikal Tedavide Yararlanımı Artırma Yöntemleri. J Lit Pharm Sci. 2020;9(2):171–83.
55. Lipner SR, Scher RK. Onychomycosis: Treatment and prevention of recurrence. J Am Acad Dermatol. 2019;80(4):853–67.
56. Kumar Nigam P. Antifungal drugs and resistance: Current concepts. Our Dermatology Online. 2015;6(2):212–21.
57. Yıldırım M, Akkaya V, Tenekeci H. Yüzeyel mantar hastalıklarında yaşam kalitesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg [Internet]. 2004 [cited 2024 Oct 10];11(1):15–7. Available from: https://dergipark.org.tr/en/pub/sdutfd/article/225471
58. Ergin Ç, Ergin Ş, Yaylı G, Baysal V. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Kliniğine Başvuran Hastalarda Dermatofitoz Etkenleri. Türk Mikrobiyoloji Cem Derg [Internet]. 2000 [cited 2024 Oct 10];30(3–4):121–4. Available from: http://www.tmc.dergisi.org/summary.php3?id=187
59. Şenol FF. The Role of Native Preparation In The Diagnosis of Superficial Dermatophyte Infections. Nobel Med [Internet]. 2023 [cited 2024 Oct 10];19(2):100–4. Available from: https://www.nobelmedicus.com/Content/journal/56/100-104.pdf
60. Kromer C, Celis D, Hipler U, Zampeli V, Mößner R, Lippert U. Dermatophyte infections in children compared to adults in Germany: a retrospective multicenter study in Germany. J Ger Soc Dermatology. 2021;19(7):993–1001.
61. Tigga RA, Das S, Bhattacharya SN, Saha R, Pandhi D, Datt S, et al. Burden of chronic dermatophytosis in a tertiary care hospital: Interaction of fungal virulence and host immunity. Mycopathologia. 2018;183:951–9.
62. Akyurek F, Akyurek F. Evaluation of Zinc and Copper Levels in Superficial Fungal Infections. J Contemp Med. 2020;10(3):307–11.
63. Irmak H, Bozkurt H. Van yöresinde izole edilen dermatofitlerde tür tayini. Turk Hij ve Deney Biyol Derg. 2021;78(4):451–66.
64. Kaur R, Panda PS, Sardana K, Khan S. Mycological Pattern of Dermatomycoses in a Tertiary

Care Hospital. J Trop Med. 2015;2015.
65. Toukabri N, Dhieb C, El Euch D, Rouissi M, Mokni M, Sadfi-Zouaoui N. Prevalence, Etiology, and Risk Factors of Tinea Pedis and Tinea Unguium in Tunisia. Can J Infect Dis Med Microbiol. 2017;2017.
66. S. SS, S. AK, N. AK, G. S. Study on knowledge, attitude and behaviour of patient towards dermatophytosis and importance of maintaining personal hygiene. Int J Adv Med. 2021;8(10):1560–5.
67. Yamu S, Choudhary D, Aryal S. Knowledge Attitude And Practice Regarding Superficial Fungal Infections In Dermatology Patients In Eastern Nepal. Birat J Heal Sci. 2023;8(3):2096–101.
68. Patro N, Panda M, Jena A. The Menace of Superficial Dermatophytosis on the Quality of Life of Patients Attending Referral Hospital in Eastern India: A Cross-sectional Observational Study. Indian Dermatol Online J. 2019;10:262–6.
69. Telli N. Asemptomatik tinea pedisli hastalarda demografik özellikler ve risk faktörlerinin karşilaştirilmasi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi; 2023.
70. Benedict K, Gold JAW, Wu K, Lipner SR. High Frequency of Self-Diagnosis and Self-Treatment in a Nationally Representative Survey about Superficial Fungal Infections in Adults—United States, 2022. J Fungi. 2023;9(19).
71. Watanabe S, Harada T, Hiruma M, Iozumi K, Katoh T, Mochizuki T, et al. Epidemiological survey of foot diseases in Japan: results of 30,000 foot checks by dermatologists. J Dermatol. 2010;37(5):397–406.
72. Albayrak H, Aydın KURÇ M, Raimoğlu O, Emin YANIK M, Eren TOPKAYA A. Tekirdağ Bölgesi Dermatomikoz Hastalarının Klinik, Demografik ve Laboratuvar Sonuçları. Namık Kemal Tıp Derg. 2020;8(2):234–9.
73. Kurtay B. Dermatoloji polikliniğine başvuran hastalarda asemptomatik tinea pedis ve onikomikoz sıklığının ve risk faktörlerinin araştırılması. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2023.
74. Kara Polat A, Akın Belli A, Göre Karaali M, Koku Aksu AE. The attitudes, behaviors, and opinions about non-pharmacological agents in patients with tinea pedis. Dermatol Ther. 2020;33(6).
75. Seçkin HY, Baş Y, Takçı Z, Kalkan G. Tokat Bölgesinde Tinea pedis ve Onikomikoz Prevalansı. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg [Internet]. 2014 [cited 2024 Oct 13];6(3):176–84. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/gutfd/issue/34242/378403
76. Pekbay A, Saniç A, Yenigün A, Ekinci YLÖB, Atilla S, Kosif E, et al. Çalışanlarda Yüzeyel Mikoz Prevalansı Ve Etken Mantarların Belirlenmesi. OMÜ Tıp Derg [Internet]. 2000 [cited 2024 Oct 13];17(1):45–9. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/omujecm/issue/20377/216940
77. Özekinci T, Özbek E, Gedik M, Topçu M, Tekay F, Mete M. Dicle Üniversitesi Tip Fakültesi

Mikrobiyoji Laboratuvarına Başvuran Hastalarda Dermatofitoz Etkenleri. Dicle Tıp Derg [Internet]. 2006;33(1):19–22. Available from: https://www.diclemedj.org/ozet.php?makale_id=2661&dil=en

78. Tanış H, Toraman ZA, Cihangir N, Şaşmaz S. Kahramanmaraş ve Çevresinde Yüzeyel Mantar Enfeksiyonu Etkenlerinin Belirlenmesi. Türk Mikrobiyoloji Cemiy Derg [Internet]. 2010;40(1):48–53. Available from: https://tmc.dergisi.org/pdf/pdf_TMC_369.pdf
79. Shimoyama H, Sei Y. 2016 Epidemiological Survey of Dermatomycoses in Japan. Med Mycol J. 2019;60(3):75–82.
80. Tuknayat A, Bhalla M, Kaur A, Garg S. Familial Dermatophytosis in India: A Study of the Possible Contributing Risk Factors. J Clin Aesthet Dermatol [Internet]. 2020 [cited 2024 Oct 13];13(2):58–60. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7158915/
81. Singh S, Verma P, Chandra U, Tiwary NK. Risk factors for chronic and chronic-relapsing tinea corporis, tinea cruris and tinea faciei: Results of a case-control study. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2019;85(2):197–200.
82. Nenoff P, Verma SB, Vasani R, Burmester A, Hipler UC, Wittig F, et al. The current Indian epidemic of superficial dermatophytosis due to Trichophyton mentagrophytes-A molecular study. Mycoses. 2019;62(4):336–56.
83. Madarasingha NP, Eriyagama S, Jayasekera PI, de Silva Weliange S, Gunasekera S, Munasingha DM, et al. Characterization of Recalcitrant Dermatophytosis in a Multicenter Study in Sri Lanka. Am J Trop Med Hyg. 2022;107(1):117–21.
84. Jain A, Dhamale S, Sardesai V. Factors responsible for difficult to treat superficial fungal infections: A study from a tertiary healthcare centre in India. Mycoses. 2021;64(11):1442–7.
85. Yıldız F, Toraman ZA. Diyabetli Hastalarda Yüzeyel Mantar Enfeksiyon Etkeni Olarak Saptanan Dermatofit ve Mayaların Tiplendirilmesi , Mayaların Antifungal Duyarlılıklarının Belirlenmesi. FÜSağBilTıpDerg [Internet]. 2020;34(1):41–7. Available from: https://tip.fusabil.org/pdf/pdf_FUSABIL_1406.pdf
86. Akkus G, Evran M, Gungor D, Karakas M, Sert M, Tetiker T. Tinea pedis and onychomycosis frequency in diabetes mellitus patients and diabetic foot ulcers: A cross sectional - Observational study. Pakistan J Med Sci. 2016;32(4):891–5.
87. Oz Y, Qoraan I, Oz A, Balta I. Prevalence and epidemiology of tinea pedis and toenail onychomycosis and antifungal susceptibility of the causative agents in patients with type 2 diabetes in Turkey. Int J Dermatol. 2017;56(1):68–74.
88. Otašević S, Momčilović S, Golubović M, Ignjatović A, Rančić N, Đorđević M, et al. Species distribution and epidemiological characteristics of superficial fungal infections in Southeastern Serbia. Mycoses. 2019;62(5):458–65.
89. Paudel D, Manandhar S. Dermatophytic Infections among the Patients Attending Di Skin Hospital and Research Center at Maharajgunj Kathmandu. J Nepal Health Res Counc. 2015;13(31):226–32.
90. Pathania S, Rudramurthy SM, Narang T, Saikia UN, Dogra S. A prospective study of the

epidemiological and clinical patterns of recurrent dermatophytosis at a tertiary care hospital in India. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2018;84(6):678–84.

91. Shenoy MM, Rengasamy M, Dogra S, Kaur T, Asokan N, Sarveswari KN, et al. A multicentric clinical and epidemiological study of chronic and recurrent dermatophytosis in India. Mycoses. 2022;65:13–23.

92. Rajamohanan R, Raj R, Chellam J, Rengasamy M. Epidemiological Trends and Clinicomycological Profile of Chronic Dermatophytosis: A Descriptive Study From South India. Indian J Dermatol. 2021;66(4):445.

93. Tsunemi Y, Abe S, Kobayashi M, Kitami Y, Onozuka D, Hagihara A, et al. Adherence to oral and topical medication in 445 patients with tinea pedis as assessed by the Morisky Medication Adherence Scale-8. Eur J dermatology. 2015;25(6):570–7.

8. EKLER

8.1. BİLGİ FORMU

1. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili sözlü açıklama hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

- Evet
- Hayır

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER:

2. **Cinsiyet:**

- Kadın
- Erkek

3. **Yaş:**
4. **Eğitim Durumu:**

- Okuma yazma bilmeyen
- Lise altı
- Lise ve üstü

5. **Bilinen kronik hastalıklarınız var mı? Varsa nedir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)**

- Bilinen kronik hastalığım yok
- Diyabetes Mellitus
- Esansiyel Hipertansiyon
- Kardiyovasküler Hastalık
- Tiroid Hastalıkları
- İmmunsupresif Hastalıklar
- Diğer

6. **Düzenli kortikosteroid tedavisi alıyor musunuz?**

- Evet
- Hayır

7. Antibiyotik kullanma sıklığınızı yılda kaç sefer olarak ifade edersiniz?

- Kullanmıyorum
- 1-2
- 3-4
- 4'ten fazla

8. Aynı hane içinde aile tipiniz nedir?

- Yalnız yaşıyorum
- Çekirdek aile
- Geniş aile

GENEL HİJYEN SORULARI:

9. SORU:	Evet	Hayır
Çok sıcak ve nemli havalarda aşırı terlediğimde vücut temizliğime ve iyi kurulanmaya dikkat ediyorum.		
Mantar hastalığının önlenmesi için bol kıyafetler ve hava alan ayakkabılar tercih ediyorum.		
Banyo sonrası veya ayaklarım aşırı terlediğinde özellikle ayak parmak aralarımı kurutmaya özen gösteriyorum.		
Havuz, hamam, mescit, otel odası, yurtlar, spor salonları, askerlik gibi ortak kullanım alanlarını kullanırken kendime ait hijyen ürünlerinin olmasına dikkat ediyorum.		

10. Yaşadığınız hanede kişisel malzemelerden hangilerini ortak kullanıyorsunuz?

- Kullanmıyorum
- Vücut-ayak havlusu
- El havlusu
- Tarak
- Törpü, tırnak makası
- Tıraş makinesi
- Terlik

- Ayakkabı
- Kıyafetler, çorap, iç çamaşırı
- Çarşaf, nevresim

11. Tırnaklarınızı keserken tırnak makası mı kullanıyorsunuz? Cevap hayırsa hangi yöntemle kesiyorsunuz?

- Evet
- Hayır

12. Dışarıda manikür-pedikür yaptırma alışkanlığınız var mıdır?

- Evet
- Hayır

13. Günlük hayatta en sık tercih edilen ayakkabı türünüz hangisidir?

- Spor ayakkabı
- Terlik-sandalet
- Makosen-loafer
- Ortopedik anne ayakkabısı

14. Çorap değiştirme sıklığınız nedir?

- Günde birkaç kez
- Her gün
- 2 günde bir
- 3 günde bir
- Haftada bir

15. Ayakkabınızın günlük kullanımda ayağınızda kalma süresi genelde ne kadardır?

- 4 saatten az
- 4-8 saat
- 8-12 saat
- 12-24 saat

KİŞİNİN MANTAR HASTALIĞI BİLGİLERİ:

16. Mantar şikâyetiniz hangi bölge veya bölgelerde bulunmaktadır?

- Saç
- Sakal-bıyık
- Ayak

- Tırnak
- Kasık
- Gövde, kollar, bacaklar

17. Mantar hastalığınız kaç defa tekrarladı?

- 1-2 defa
- 3 ve 3'ten fazla
- Sürekli mevcut

18. Mantar şikâyetleriniz daha çok hangi mevsimde artış göstermektedir?

- Yaz
- Kış
- İlkbahar-sonbahar

19. Var olan mantar hastalığınız için daha önceden hangi tedavileri aldınız?

- Krem, jel veya topikal spreyler
- Şampuan
- Tablet, hap tedavisi
- Tırnak cilası

20. Doktorun tedavi önerileri dışında başka tedaviler denediniz mi? Denediyseniz bunlar nelerdir?

- Evet
- Hayır

21. Verilen tedavileri planlanan sürede mi bitirdiniz yoksa şikâyetler azalınca yarıda mı kestiniz?

- Evet, planlanan sürede bitirdim
- Hayır, şikâyetler azalınca yarıda kestim