

Uyuz (Scabies) Hastalığında Hemşirelik Yaklaşımı

Sevil Yılmaz¹

Nurten Alan²

Özet

Uyuz tüm dünyada önemli bir sağlık sorunu olup ve sağlık sistemleri üzerinde bir yük haline gelmiştir. Uyuzun prevalansı tam olarak bilinmemekle beraber, bildirilenden daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Hastalık genellikle cilt teması yoluyla veya nesnelere bulaşır. Uyuz istilası her yaşta, etnik kökenden ve sosyoekonomik statüden insanda görülür. Hastalık en sık aşırı kalabalık, yoksulluk, hijyen eksikliği ve sağlık tesislerine erişimde zorluk koşullarında ortaya çıkar. Uyuz salgınları huzurevleri, kreşler, kışlalar (askeri tesisler), cezaevleri ve öğrenci yurtları gibi yerleşim yerlerinde görülür. Sağlık profesyonelleri arasında yüksek oranlar bildirilmektedir. Bu nedenlerle uyuz tüm dünyada önemli bir sağlık sorunu ve sağlık sistemleri üzerinde bir yük haline gelmiştir. Sağlık çalışanlarından uyuzun ortaya çıkışı konusunda bilinçli olması ve özellikle hastalar asemptomatik ise kapsamlı muayeneler yapması beklenir.

1. Uyuz (Scabies) Hastalığında Hemşirelik Yaklaşımı

Sarcoptes scabiei var. hominis parazitinin neden olduğu uyuz, dünyada ihmal edilmiş bir deri hastalığı olup, önemli bir halk sağlığı sorunudur (1–3). Uyuzun dünya çapında yaygınlığı bilinmemekle beraber tahmin edilenden çok daha yüksek olduğu bildirilmektedir (2,4–6). Gecikmiş teşhis, uzun süreli ve kontrol edilmesi zor olabilen salgınlara neden olmaktadır (3). Bu salgınlara yönetilmesi genellikle zordur ve aynı zamanda önemli maliyetlere yol açar (7). Düşük ve orta gelirli ülkelerde hastalığın yükü çok daha fazladır (1).

- 1 Öğr. Gör. Dr., İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, sevil_telli83@hotmail.com, Ünvan, Kurum Bilgisi, mail adresi, Orcid: 0000-0003-4750-8672
- 2 Dr. Öğr. Üye., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, nurten.alan@deu.edu.tr, Orcid: 0000-0001-8555-0172

Norveç uyuzu olarak bilinen daha ciddi bir tür kabuklu uyuz enfestasyonu, genellikle bağışıklık sisteminin baskılanmasıyla ilişkilidir (8). Uyuzlar kaşıma ve yerel bağışıklık tepkisinin parazit kaynaklı inhibisyonu nedeniyle ikincil bakteriyel enfeksiyonlara neden olabilir (7,9). Bu ikincil komplikasyonlar; böbrek fonksiyon bozukluğu, romatizmal kalp hastalığı, yumuşak doku enfeksiyonları, eklem enfeksiyonları ve A grubu streptokok (GAS) gibi alt solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Ayrıca geceleri yoğun kaşıntı nedeniyle hastanın uykusu ve yaşam kalitesi negatif etkilenir (1,7,10). Bir hasta akarları derisinde ne kadar uzun süre taşırırsa, romatizmal kalp hastalığı ve böbrek fonksiyon bozukluğu gibi ciddi ikincil komplikasyonların riski o kadar artar (8-10).

Uyuz hastalığı, huzurevleri, kreşler, kışlalar (askeri tesisler), cezaevleri ve öğrenci yurtları gibi yerleşim yerlerinde salgınlara neden olur (6,9). Yaşlı bakımevlerinde sıklıkla teşhiste geç kalınan ve kontrol edilmesi güç uyuz salgınları görülmektedir (7). Bu tür tesislerde çalışan personel arasında yüksek hastalık oranları raporlanmıştır (6). Bu nedenle uyuz tüm dünyada önemli bir sağlık sorunu ve sağlık sistemleri üzerinde bir yük haline gelmiştir.

1.1. Uyuz Hastalığının Bulaşma Yolları

Uyuzlar genellikle şiddetli kaşıntı ve eritematöz papüller şeklinde kendini gösterir. Uyuz kaşıntısı özellikle gündüzleri hafif ve geceleri şiddetlidir (9). Hastalık genellikle ciltten cilde temas yoluyla ve nesnelere bulaşır (8,11). Uyuz hastalığı bir kişiden diğerine genellikle; kıyafet paylaşımıyla, hastaların kişisel eşyalarına dokunarak, birlikte yaşanan ortamlarda ortak paylaşılan yataklardan, cinsel temasla bulaşmaktadır (1). Akarlar bazen doğrudan temasla bazen de kontamine olmuş giysi ve yorganlarla bulaşır. Esas olarak parmak araları, bilekler, dirsekler, omuzlar, erkeklerde skrotum, kadınlarda göğüsler gibi bölgeleri ve az sayıda kıl kökünün olduğu bölgeleri etkiler (1,9). Erişkinlerde nadiren yüz, baş ve boyun bölgeleri etkilenir. Dış genital bölgede birkaç belirgin kaşıntılı papül daha yaygındır (9). Kuluçka süresi daha önce maruz kalmamış bir bireyde 2 ila 6 haftadır. Duyarlı bireylerde yeni enfestasyon semptomları maruziyetten sonraki 24 ila 48 saat içinde ortaya çıkar (12).

1.2. Doğal Afet Durumlarında Uyuz

Uyuz sıklıkla savaş, sel, deprem ve diğer doğal afetler gibi olumsuz olaylardan sonra kritik zamanlarda ortaya çıkar ve aşırı kalabalık ve hijyen eksikliği nedeniyle yayılır (1,12,13). Kalabalık ortamlarda ve çadırlarda yaşamak dermatozlar için en yaygın risk faktörleri olabilir (1). Türkiye'de 1999 yılın-

daki büyük depremden sonra parazitik enfeksiyonların daha fazla yayıldığı bildirilmiştir (14). Dünyada, Pakistan'da 2013 depreminden sonra uyuz enfestasyonu endemik olmasına rağmen, deprem sonrası kamplarda kalabalık ve hijyenik koşulların olmaması nedeniyle yeni salgınların oluşumu için ideal bir ortam sağladığı belirtilmiştir (11). Nepal'de 2015 depreminden sonra, ürtiker, kaşıntı ve uyuz enfestasyonları bildirilmiştir (15). İran'da 2017 depreminden sonraki ilk 10 gün içinde uyuz vakaları görülmüştür (16). Kahramanmaraş'ta 6 Şubat 2023 tarihinde art arda meydana gelen iki deprem, Türkiye ve Suriye'de milyonlarca insanın hayatını değiştirmiş ve ayrıca çok sayıda çocuğu bulaşıcı hastalıklar (diyare, pnömoni, uyuz vb.) açısından risk altına sokmuştur (17).

İklim değişikliği, dünya çapında en yaygın ve ölümcül felaket olan sellerin şiddetinin ve sıklığının artmasına katkıda bulunmaktadır. Selden sonra ortaya çıkan sağlık etkileri arasında dermatolojik hastalıklar en sık karşılaşılanlardan biridir. Selden sonra hem enfeksiyöz hem de enfeksiyöz olmayan uyuz enfestasyonları artmaktadır (18). Pakistan, Belucistan'da 2010 yılında meydana gelen selden etkilenen 4 bölgede 2377 uyuz hastası bildirilmiştir (18,19).

1.3. Uyuz Hastalarının Bakımı İçin Önlemler

Uluslararası Uyuz Kontrolü İttifakı (IACS), dünya çapında etkilenen toplulukların sağlığını iyileştirmek için küresel bir kontrol planı geliştirmiştir. Bu planda personelin uyuza karşı eğitimi, hastalığın tedavisi, kontrolü ve yayılmasının önlenmesi için en üst düzey önlemlerden biridir (1). Uyuz hastalığının erken tanı ve teşhis edilememesinin sosyal ve mali açıdan zararlı etkileri vardır. Farmakolojik olmayan yönlerin yönetimi, özellikle yayılmanın önlenmesi için önemlidir ve önlemler akarın biyolojik özellikleri ile ilgilidir. Disiplinler arası ekip çalışması ve iyi iletişim, yayılmayı kontrol altına almanın ve salgınları önlemenin anahtarıdır.

Uyuz enfestasyonu, etnik grup veya sosyoekonomik duruma bakılmaksızın her iki cinsiyetten ve her yaşta insanda görülür. En çok, aşırı kalabalık, yoksulluk, yetersiz hijyen ve sağlık tesislerine erişim zorluğu koşullarında görülür (6,8,20). Uyuz hastalığına yakalanan kişi semptomsuz olduğu zamanda bile bulaşıcılığı vardır, ancak uygun tedaviden sonra yayılma riski yoktur. Ayrıca el sıkışmak gibi gündelik temas yoluyla bulaşma nadir görülmektedir (21). Uyuz akarları, normal oda koşullarında (21 °C ve %40–80 bağıl nem) insan vücudunun dışında en az 24–36 saat boyunca vücudu dışındaki ortamda hayatta kalabilir ve bulaşıcılığını korur (22). 34°C'de ortam sıcaklıklarında, 24 saat hayatta kalırlar. 50°C'de en fazla on dakika yaşaya-

bilirler. Bu yüzden, daha düşük sıcaklıklar ve daha yüksek bağıl nem, uyuz parazitinin hayatta kalma süresini uzatır. Ortam sıcaklığı ise 16°C'nin altına düştüğünde, akarların hareketliliği sınırlıdır ve epidermise nüfuz edemezler (23). Uyuzun bulaşması, enfekte olmuş bir bireyle uzun süreli cilt-cilt temasıyla daha kolay olmaktadır. Enfekte bir bireyle yaklaşık 15–20 dakikalık yakın temas, uyuzun bulaşmasına yeterli süreyi sağlar (24).

1.4. Hemşirelik Açısından Önemi Ve Girişimler

Araştırmalarda sağlık meslek mensubu adaylarının uyuz hakkında yetersiz bilgi sahibi oldukları vurgulanmaktadır (1,15). Önleyici tedbirlerin alınmaması uyuzun yayılmasına, hastalık yükünün artmasına ve salgın gelişmesine neden olur. Uyuzun klinik özelliklerinin geç fark edilmesi hastalığın tedavisinin gecikmesine, böylece hastalığın insidansında ve komplikasyonlarında artışa neden olur (3).

Hemşirelik ve diğer sağlık çalışanlarının hem kendileri hem de çalıştıkları sağlık kuruluşlarındaki hastalar için uyuzla ilişkin temel bilgileri ve tedavi planını öğrenmeleri gerekir. Sağlık çalışanları ve hemşirenin, uyuz hastalığının bütün yaşlarda ortaya çıkabileceğinin farkında olması ve asemptomatik durumlarda kapsamlı muayeneler yapması önerilmektedir (1). Hemşirelerin uyuz için hem topikal hem de sistemik tedavi seçenekleri ve bunların yan etkileri hakkında bilgi sahibi olmaları gerekir. Hastalığın tedavisinde mutlaka tıbbi olarak ilaç tedavisi için hekime başvurulmalıdır. Tedaviden önceki 3 gün içerisinde uyuz hastalarının temas ettiği tüm giysi, havlu ve nevresim gibi kişisel eşyalar makinede (60 derecede en az 10 dakika) yıkanmalı veya kuru temizleme yapılmalıdır. Ütülenebilir ürünler mutlaka ütülenmelidir. Yıkanamayan eşyalar ağzı kapalı plastik poşet içinde 3-7 gün ağzı kapatılarak dezenfekte edilmelidir. Mümkünse 24 saatlik tedavi bitene kadar umumi tuvaletler kullanılmamalıdır. Kurumsal salgınlara hızlı müdahale önemlidir. Hastanede veya huzurevlerinde uyuzlu hastaya temas eden tıbbi aletler sterilize edilmelidir. Ortam elektrikli süpürge ile temizlenmelidir (21,24,25).

Öneriler

- Uyuz vakalarının görüldüğü bölgelerde uyuzu önlemek ve ortadan kaldırmak için devlet, yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşları birlikte çalışmalıdır.
- Sosyal medya ve kitle iletişim araçları yolu ile uyuz farkındalığı konusunda kamu spotları hazırlanmalı, bilgilendirme eğitimleri yapılmalıdır.

- Sağlık kurumları tarafından özellikle riskli bölgelerde sağlık taramaları yapılmalıdır.
- Okullarda bilgilendirici eğitim toplantıları düzenlenmelidir.
- Sağlık eğitimi veren okullarda, güncel bulaşıcı hastalıklar arasında uyuz hastalığından korunma yolları ve tedavisi ile ilgili bilgiler müfredat programlarına entegre edilmelidir.

Kaynaklar

1. Liu N, Bai Y, Li X, Zhang Y. Scabies Knowledge Among Undergraduate Nursing Students in China: A Questionnaire Survey. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2022;15(January):133–8.
2. Leung AKC, Lam JM, Leong KF. Scabies: A Neglected Global Disease. *Curr Pediatr Rev.* 2019;16(1):33–42.
3. Hewitt KA, Nalabanda A, Cassell JA. Scabies outbreaks in residential care homes: Factors associated with late recognition, burden and impact. A mixed methods study in England. *Epidemiol Infect.* 2015;143(7):1542–51.
4. Cox V, Fuller LC, Engelman D, Steer A, Hay RJ. Estimating the global burden of scabies: what else do we need?*. *Br J Dermatol.* 2021;184(2):237–42.
5. Karimkhani C, Colombara D V, Drucker AM, Norton SA, Hay R, Engelman D, vd. The global burden of scabies: a cross-sectional analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Infect Dis [Internet].* 2017;17(12):1247–54. Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(17\)30483-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(17)30483-8)
6. Redondo-Bravo L, Fernandez-Martinez B, Gómez-Barroso D, Gherasim A, García-Gómez M, Benito A, vd. Scabies in Spain? A comprehensive epidemiological picture. *PLoS One.* 2021;16(November):1–18.
7. Cassell JA, Middleton J, Nalabanda A, Lanza S, Head MG, Bostock J, vd. Scabies outbreaks in ten care homes for elderly people: a prospective study of clinical features, epidemiology, and treatment outcomes. *Lancet Infect Dis [Internet].* 2018;18(8):894–902. Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(18\)30347-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30347-5)
8. Mwuese Sule H, Hassan ZI, Gyang MD, Yakuba K. Knowledge of Scabies Among a Cohort of Medical Students. *Open Sci J Clin Med [Internet].* 2015;3(5):177–81. Available at: <http://www.openscienceonline.com/journal/osjcm>
9. Morrison EJ, Middleton J, Lanza S, Cowen JE, Hewitt K, Walker SL, vd. Do we know how scabies outbreaks in residential and nursing care homes for the elderly should be managed? A systematic review of interventions using a novel approach to assess evidence quality. *Epidemiol Infect.* 2019;147.
10. Lake SJ, Engelman D, Sokana O, Nasi T, Boara D, Marks M, vd. Health-related quality of life impact of scabies in the Solomon Islands. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2022;116(2):148–56.
11. Akbar N, Hanif A, Gilani MA, Gilani, Yasmin S. Assessing the Knowledge of Scabies Among the Women of a Rural Community at Lahore. *Int J Soc Sci Manag.* 2020;7(1):30–7.
12. Poudat A, Nasirian H. Prevalance of Pediculosis and Scabies in the Prisoners of Bandar Abbas. *Pakistan J Biol Sci.* 2007;10(21):3967–9.

13. Hay RJ, Steer AC, Engelman D, Walton S. Scabies in the developing world-its prevalence, complications, and management. *Clin Microbiol Infect* [Internet]. 2012;18(4):313–23. Available at: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-0691.2012.03798.x>
14. Öztaş MO, Önder M, Öztaş P, Atahan Ç. Early skin problems after Düzce earthquake. *Int J Dermatology* 2000. 2000;39:952–8.
15. Bhattarai S, EA. Rauniar. The Earthquake and the Skin: Step by Step Experience from Nepal. *Nepal Med Coll J*. 2017;19(2):103–5.
16. Peyravi M, Ahmadi Marzaleh M, Khorram-Manesh A. An overview of the strengths and challenges related to health on the first 10 days after the large earthquake in the West of Iran, 2017. *Iran J Public Health*. 2019;48(5):963–70.
17. Düzova A, Akgül S, Utine GE, Yıldız Y. The Türkiye-Syria Earthquake: a response from the editors of the Turkish Journal of Pediatrics. *Türk J Pediatr*. 2023;65(1):1–2.
18. Dayrit JE, Bintanjoyo L, Andersen LK, Davis MDP. Impact of climate change on dermatological conditions related to flooding: update from the International Society of Dermatology Climate Change Committee. *Int J Dermatol*. 2018;57(8):901–10.
19. Huang LY, Wang YC, Wu CC, Chen YC, Huang YL. Risk of flood-related diseases of eyes, skin and gastrointestinal tract in Taiwan: A retrospective cohort study. *PLoS One*. 2016;11(5):1–11.
20. Thomas C, Coates SJ, Engelman D, Chosidow O, Chang AY. Ectoparasites: Scabies. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82(3):533–48.
21. Richards RN. Scabies: Diagnostic and Therapeutic Update. *J Cutan Med Surg* [Internet]. 2021;25(1):95–101. Available at: <https://doi.org/10.1177/1203475420960446>
22. Chandler DJ, Fuller LC. A Review of Scabies: An Infestation More than Skin Deep. *Dermatology*. 2018;235(2):79–80.
23. Sunderkötter C, Feldmeier H, Fölster-holst R, Geisel B, Klinke-rehbein S, Nast A, vd. S1 guidelines on the diagnosis and treatment of scabies – short version. *J Ger Soc Dermatology*. 2016;14(11):1155–67.
24. Suwandhi P, Dharmarajan TS. Scabies in the nursing home. *Curr Infect Dis Rep*. 2015;17(1):1–8.
25. Akgöl J, Köroğlu A. Uyuz Hastalığı (Skabiyes), Tedavisi Ve Uyuz Hastalığı Tedavisinde Kullanılan Bitkiler. *J Fac Pharm*. 2022;46(2):600–18.