T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN

EDİRNE MERKEZ NÜFUSUNDA CİLT KANSERİ VE RİSKLERİNE DAİR FARKINDALIK DÜZEYİ

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Merve Nur DİVOĞLU

EDİRNE-2025

TEŞEKKÜR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitimim süresince ve tezimin hazırlanmasında gösterdiği her türlü destek ve yardımlarından dolayı tez danışmanım değerli hocam Prof. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN'e desteklerini her zaman hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN'a ve Prof. Dr. Serdar ÖZTORA'ya, Doç. Dr. Önder SEZER'e, bütün çalışma arkadaşlarıma, sevgili eşim ve sevgili aileme teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ……..1
GENEL BİLGİLER……..3
DERİ VE DERİNİN TABAKALARI…….3
DERİNİN GÖREVLERİ…….4
DERMATOLOJİK HASTALIKLAR……4
KANSER……...5
CİLT KANSERİ……...6
CİLT KANSERİ TÜRLERİ……7
CİLT KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ……...10
CİLT KANSERİNDEN KORUNMA YOLLARI……14
CİLT KANSERİ BELİRTİ VE TANI YÖNTEMLERİ……..17
KENDİ KENDİNE DERİ MUAYENESİ(KKDM)……..18
BİRİNCİ BASAMAKTA CİLT KANSERİ……..20
GEREÇ VE YÖNTEMLER……...22
BULGULAR……25
TARTIŞMA…….46
SONUÇLAR……56
ÖZET……58
SUMMARY……..60
KAYNAKLAR…….62
EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

ABCDE : Asymmetry, Border, Color, Diameteri , Evolving (Asimetri, Sınır, Renk, Büyüklük , Değişim)

AK **:** Aktinik Keratoz

BHK **:** Bazal Hücreli Karsinom

DKGBÖ **:** Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeği

KKDM **:** Kendi Kendine Deri Muayenesi

MDDK **:** Melanom Dışı Deri Kanseri

MM **:** Malign Melanom

ROS **:** Reaktif Oksijen Türleri

RT **:** Radyoterapi

SHK **:** Skuamöz Hücreli Karsinom

SPF **:** Sun Protection Factor (Güneş Koruma Faktörü)

UV **:** Ultraviyole

GİRİŞ VE AMAÇ

Cilt hastalıkları toplumda sıklıkla karşılaşılan sağlık sorunlarından biridir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde dünya genelinde özellikle de cilt kanserleri olmak üzere cilt hastalıklarında artış olduğu görülmektedir (1, 2). Kanser, hücre düzeyinde başlayarak kontrolsüz biçimde bölünen, çoğalan ve diğer organlara metastaz yapıp hastalık özelliği gösteren multifaktöriyel, kronik bir halk sağlığı sorunudur (3). Tüm kanserlerin büyüme oranları, başlangıç yaşları, tedaviye verdikleri tepkiler, yayılımları ve evreleri farklılık gösterse de bazı ortak özellikleri bulunmaktadır. Kanserlerin ortak temel özellikleri; genetik kararsızlık, kontrolsüz hücre çoğalması, hücreler arası zayıf bağ, metastaz, kontak inhibisyon kaybı ve hatalı hücre tutunması olarak sayılmaktadır. Cilt, vücudun dış tabakasını oluşturmakta olup geniş yüzeyi olması ve dış kanserojenlere direkt maruziyeti olduğu için cilt kanserleri ile sıklıkla karşılaşılmaktadır (4). İnsanın en büyük organı deri olup sağlıklı hücrelerdeki deoksiribonükleik asitin (DNA) mutasyona uğrayarak kontrolsüz biçimde çoğalması ile tümör denilen hücre kitlelerinin oluşması cilt kanseri olarak tanımlanır. Bazal hücreli karsinom (BHK), skuamöz hücreli karsinom (SHK) ve melanom malign özellikteki en önemli cilt kanseri türleri olup dünyada insidansı ve prevalansı hızlı bir artış göstermektedir (5). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünyada yıllık 2-3 milyon melanom dışı, 132.000 melanom tipi cilt kanseri meydana geldiğini belirtirken ülkemizde cilt kanseri insidansı her 100.000 kişide 18,9 olarak bildirilmiştir (6).

Cilt kanserinin erken tanısı ve tedavisi için risk faktörlerinin bilinmesi, lezyonların erken evrede tanınması ve değerlendirilmesi, hastalığın insidansını azaltacak koruyucu sağlık davranışlarının yaygınlaşmasını sağlamak çok önemlidir (7). Cilt kanseri için temel risk faktörü

ultraviyole (UV) ışınlara aşırı maruziyet olup bütün bireyler bu nedenle risk altındadır ve yaş arttıkça risk de artmaktadır (8). Diğer risk faktörleri; genetik etkenler, açık ten-kızıl/sarı saç-açık renkli gözler, yanık skarları, kronik deri ülserleri, çok sayıda nevüs ya da düzensiz şekilli ve eşit rengi olmayan nevüsler, açık havada çalışmak, iyonizan radyasyon, katran ve arsenik vb. kimyasal kanserojenlere kronik maruziyet ve immunitenin bozulmasıdır (7).

Cilt kanserlerinin sağlık çalışanlarının önerdiği koruyucu davranışlar yardımıyla önlenebildiği çalışmalarda belirtilmiştir. Bu yüzden koruyucu sağlık hizmeti veren sağlık profesyonellerinin deri muayeneleri ve izlemlerinin sıklığı arttırıldığında erken evrede cilt kanserlerinin tanısının konulacağı ve buna bağlı olarak mortalitede azalma olacağı bildirilmiştir (9). Güneşten korunmak için olumlu davranışlar geliştirmek, UV radyasyona maruziyetin azaltılması cilt kanserlerinin önlenebilmesinde en önemli ve ilk sırada bilinmesi gereken önlemlerdir. Bu nedenle çalışmamızda Edirne merkez nüfusunda cilt kanseri ve risklerine dair farkındalık düzeyinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

DERİ

Deri, insan vücudunun en büyük organı olup vücut ağırlığının yaklaşık olarak %17'sini oluşturmaktadır. Kişinin iç çevresi ile dış dünya arasında olan her türlü kimyasal, mekanik ve termik etkenlere karşı koruyucu bariyer görevindedir. Farklı duyular açısından özelleşmiş periferik sinir sonlanmaları ve reseptörler mevcut olup sentezlemede, depolamada, ısı regülasyonunda, su ve elektrolit regülasyonunda, boşaltımda, emilimde, sekresyonda ve immun yanıtta görevlidir (10).

Derinin Tabakaları

Deri, UV ışınların ilk temas noktası olup epidermis, dermis ve hipodermis ismi verilern üç tabakadan oluşur. Epidermis; kan damarlarından fakir olup derinin en yüzeyel ve biyolojik açıdan en aktif olan tabakasıdır. Yaklaşık olarak %90'dan fazlasını oluşturan keratinositler en derin tabakası olan stratum bazalede hızla çoğalırlar ve sonrasında üst katmanlardan geçerken keratinize olup vücudun dış yüzeyinde yer alan koruyucu tabaka olan stratum korneumu oluştururlar. Bununla birlikte stratum bazalede cilde rengini veren pigmentleri üreten melanositler ve hafif dokunma duyusundan sorumlu olan Merkel hücreleri bulunmaktadır. Stratum spinozumda, antijen sunan hücreler olarak immun yanıtın parçası olan ve UV radyasyondan etkilenmekte olan Langerhans hücreleri bulunmaktadır. UV ışına maruziyette ciltte yer alan melanin pigmenti üretimi hızlanarak stratum korneum tabakasını kalınlaştırır. Dermis; kan damarları, sinirler, kıl follikülü, ter ve yağ bezleri, glikozaminoglikanlar, kollajen ve elastik liflerden zengin olup cildin mekanik desteğini, esnekliğini ve gerilme kuvvetini

yerine getirmektedir. Stratum papillare ve retikülare tabakalarından oluşmaktadır. Epidermis ile dermis bağlantısını sağlayan stratum papillarede fibroblast, plazma hücresi, makrofaj, mast hücreleri ve çeşitli mekanoreseptörler (Meissner cisimciği, Krause reseptörleri) bulunmaktadır. Hipodermis; enerji depolayan ve yağ dokusundan zengin olan bu tabaka iç organları travmalara karşı koruyarak vücudun ısı regülasyonunu sağlar. Bununla birlikte içerisinde lenf damarları bulunur (10).

Epidermiste yer alan melanositlerden sentezlenen melanin, derinin rengini sağlayarak ışığı absorbe eder, yansıtır ve dağıtır. Hücreleri güneş ışığının zararlı etkilerinden korumakta olup güneş ışığına fazla maruz kalındığında zararlı etkilerden korunabilmek amacıyla derinin koyulaşmasını sağlayarak koruma mekanizması olarak çalışmaktadır. Epidermis dışında vücutta göz ve saçlarda da melanin bulunmaktadır (11).

Derinin Görevleri

-Deri, vücudumuzdaki koruyucu bariyerdir. Bu görevi, keratinositlerde yer alan fibröz protein yapıdaki keratin materyeli ve lipidler ile sağlamaktadır.

-Zararlı kimyasalların ve mikroorganizmaların vücuda girişine izin vermediği gibi sıvı kaybını da engellemektedir.

-Güneşten gelen UV'nin absorbsiyonunda melanin pigmenti ve korneum tabaka rol oynamaktadır.

-Vücut ısısının düzenlenmesini kan damarları, ekrin ter bezleri ve kıllarla sağlamaktadır.

-Hasar oluştuğunda yenilenebilme kabiliyetine sahip olup kollajen ve elastik fibriller yardımıyla dışarıdan gelen güçlere karşı dayanıklıdır ve elastisitesini de korumaktadır (12).

-Vücutta bulunan D vitamininin yaklaşık %90'ı güneşten gelen UV ışınlardan UV-B'nin etkisiyle epidermiste sentezlenmektedir (13).

DERMATOLOJİK HASTALIKLAR

Birinci basamak sağlık kuruluşlarına dermatolojik yakınmalar ile başvuran hastaların sıklığının yapılan araştırmalarda %6-15 arasında değişiklik gösterdiği bildirilmiştir (14). Başvuru sıklıkları mevsimsel olarak değişiklik göstermekte olup yaz aylarında dermatolojik yakınmalar kış aylarına göre daha yoğun görülmektedir (15).

Dermatolojik hastalıklar pigmentasyon bozuklukları (akne, psöriazis, melazma, çiller, nevüs, vitiligo, albinizm vb.), deri enfeksiyonları (impetigo, herpes simplex, molluscum contagiosum, siğil, nekrotizan fasit vb.) şeklinde klinikte görülmektedir (16, 17). Bunlar dışında cildin premalign ve malign cilt lezyonları bulunmaktadır.

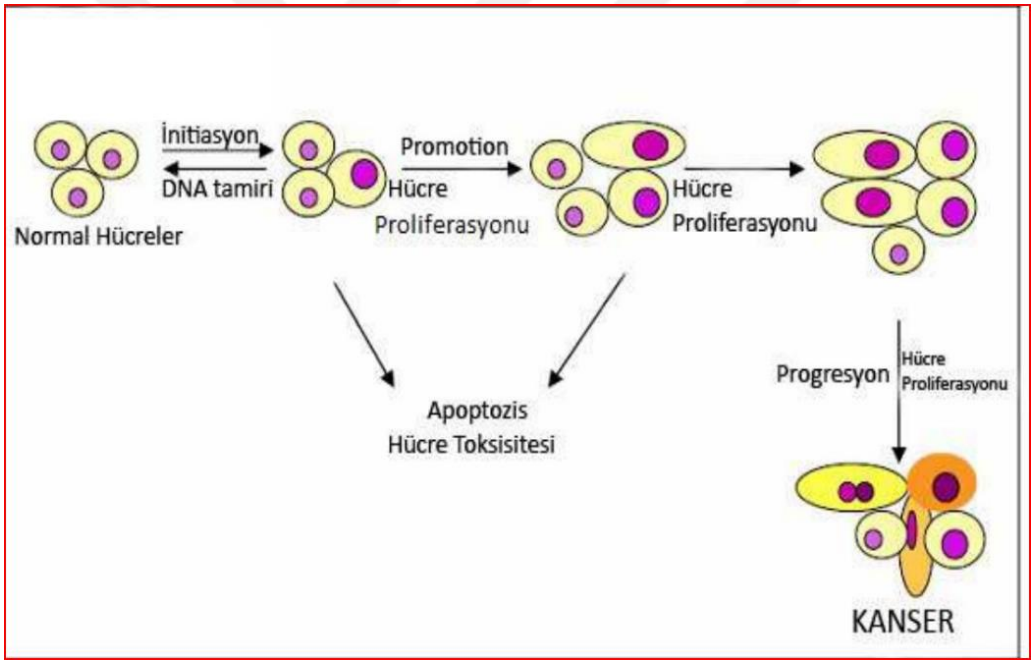
KANSER

Kanser; hücrelerin çoğalması ve ölmesi arasında var olan dengenin bozulması sonucunda invazyon gösteren hücrelerin gelişmesine yol açan gen ekspresyonunda değişiklikler içeren anormal hücre çoğalması şeklinde tanımlanmaktadır. Kanser gelişimi karsinogenez olarak da adlandırılan bir süreç olup inisiyasyon, promosyon ve progresyon şeklinde üç aşamadan oluşur (18).

• İnisiyasyon; hücrelerin karsinojenler ile uyarılması sonucunda genetik değişikliklerin meydana gelerek tümörleşmenin başlamasıdır.

• Promosyon; hücrelerin yapısal olarak değişikliğe uğraması sonucunda hücrelerin bölünme hızlarının artarak tümörün ilerleme göstermesidir.

• Progresyon; kontrolsüz biçimde çoğalan hücrelerin invazyon ve metastaza yol açmasıdır. Şekil 1'de Karsinogenez aşamaları gösterilmiştir (19).



Şekil 1. Karsinogenez aşamaları (19).

İnsanlar günlük hayatta besinler, radyasyon, UV, kimyasallar vb. yollar ile genotoksik faktörlere maruz kalmaktadırlar. Genetik materyaldeki mutasyonları tamir edebilmek için insan vücudunda çeşitli mekanizmalar olmasına rağmen bu mekanizmalarda sorun oluştuğunda mutasyonların bir kısmı tamir edilemeyebilir ve mutasyonlar birikebilir (20). Normal hücrelerde oluşmuş DNA hasarı onarılamazsa apoptozis süreci gerçekleşir. Hücrelerin normal yaşam döngülerinde bozulmalar meydana gelirse apoptozis sağlanamaz ve yaşlı hücreler

yaşamaya devam eder. Bunun sonucunda da hücre bölünmeleri kontrol edilemez ve kanser hücreleri oluşur (21). Karsinogenezde reaktif oksijen türlerinin (ROS) önemli etkisinin olduğu bilinmektedir. ROS; serbest ve serbest olmayan radikaller şeklinde iki gruptur. Oksijenli solunum yapan canlılarda normal gerçekleşen metabolik olayların sonucunda oluştuğu gibi organizmanın sitokin, ksenobiyotik ve bakteriyal invazyona maruz kalmasıyla da oluşabilirler. Düşük miktarlarda ROS yararlı ve gerekliyken yüksek miktarda canlılar için tehlikelidir (20). Kanser hücrelerinde metabolizma hızı normal hücrelere göre daha yüksek olduğu için daha fazla ROS üretimi gerçekleşmektedir. Bu nedenle malign hücrelerde yüksek miktarda bulunan ROS'un hücrelere zarar vermesinin önlenmesi yüksek antioksidan aktiviteyle sağlanmaktadır. Antioksidan aktivitenin artmasıyla ROS seviyeleri hücrelerin gereksinimi olduğu seviyeye kadar azaltılabilse de kanser hücrelerinde ROS'un üretiminin devam etmesi nedeniyle genotoksisite devam ederek karsinogenite meydana gelebilmektedir (22).

CİLT KANSERİ

Deri hücrelerinin anormal ve hızlı biçimde büyüyüp çoğalmasıyla meydana gelen kanser hücrelerinin neden olduğu morbidite ve mortalitesi yüksek olan cilt kanseri önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (23). Cilt kanserleri dünya genelinde bireylerin UV ışınlarına maruziyetlerinin artması nedeniyle diğer bütün malign tümörler arasında en sık görülen ve insidansı hızla artmakta olan malignite türü olarak kabul edilmektedir. Dünya genelinde yaklaşık 6 ölümden birinin ülkemizde de her 5 ölümden birinin kanser nedeniyle gerçekleşmekte olup mortaliteye yol açan durumlar arasında kanser ikinci sıradadır. DSÖ kuruluşlarından olan Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC), küresel kanser yüküyle ilgili 2020'de 19,3 milyon yeni kanser vakasının görüldüğü ve kanser nedeniyle 10 milyon insanın yaşamını kaybettiğini belirtmiştir (3). 2040 yılına gelindiğinde ise dünyada %47'lik bir artış ile yaklaşık yeni 28,4 milyon kanser vakası olacağı öngörülmektedir (24). GLOBOCAN verilerine göre 2020'de bütün kanserler içerisinde %1,7'sinin melanom olduğu ve 57.043 kişinin de melanomdan yaşamını yitirdiği bildirilmiştir (3). Küresel olarak melanomanın en sık görüldüğü ülke Avusturalya olup bütün kanserlerin içerisinde üçüncü sıradadır. Melanom ülkemizde daha nadir görülmesine rağmen son yıllarda insidansında artış olduğu saptanmıştır. Türkiye Kanser İstatistik Kurumu (TÜİK) 2020 yılında 1756 kişinin melanoma tanısı aldığını ve 888 kişinin bu nedenle hayatını kaybettiğini bildirmiştir (25). Cilt kanserinin yaşam boyunca ortaya çıkma sıklığı erkeklerde 33 kişide bir iken kadınlarda 52 kişide bir olarak bildirilmiştir (26). Cilt kanserinin mortalite oranı düşük olmasına rağmen yarattığı estetik ve fonksiyon bozuklukları nedeniyle morbidite oranı yüksektir (27).

Cildin prekanseröz lezyonları; aktinik keratoz (AK), kornu kutane, arsenik keratozu, kronik radyasyon keratozu, Bowen hastalığı, Queyrat eritroplazisi, viral keratozlar, termal keratozlar, hidrokarbon keratozları, kronik skar keratozları, reaksiyonel keratozlar, lökoplazi, eritroplazi eritroplazi nevüsler ve lentigo malignadır. Lentigo maligna ve nevüsler melanom potansiyeli taşırken diğer lezyonların hepsi SHK potansiyeli taşımaktadır. Bununla birlikte aktinik keratozların melanom ve melanom dışı cilt kanserlerinin gelişme riskini arttırdığı da bildirilmiştir (28).

CİLT KANSERİ TÜRLERİ

Cilt kanserleri melanom ve melanom dışı deri kanseri (MDDK) olacak şekilde iki sınıfa ayrılmakta olup üç temel türü bulunmaktadır. MDDK ise cilt kanserlerinin büyük çoğunluğunu oluşturan BHK ve SHK'dan oluşmaktadır (29).

-**Bazal Hücreli Karsinom (BHK):** Epidermisin bazal tabakasından ve uzantılarından kaynaklanan en sık görülen cilt kanseri türüdür. BHK düşük metastatik potansiyeli olsa da lokal olarak invaziv kabul edilmektedir. En sık metastaz da lenf nodlarına olmaktadır. Cilde ve çevresinde bulunan yapılara zarar verebildikleri gibi en sık güneş gören bölgeler olan baş, boyun ve üst ekstremite proksimalinde görülmektedir ve mukozal yüzeyleri tutmazlar (30). Yaşam boyu BHK'ye yakalanma oranı erkeklerde %33-39, kadınlarda %23-28 arasında değişkenlik göstermekle beraber ileri yaşta görülme sıklığı artmaktadır. Bununla birlikte görülme oranı etnik yapı ve enlem nedeni ile en çok Avustralya'dayken en az da Kenya'da yaşayan Afrikalılarda bildirilmiştir (31). BHK genetik, fenotipik ve çevresel faktörlerden kombine bir şekilde etkilenmekte olup güneş ışınlarına uzun süreli maruziyet, UV radyasyonuna maruz kalmak BHK açısından bilinen en önemli risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Bunun dışında kronik arsenik maruziyeti, radyoterapi, uzun süreli immunsupresif tedavi almak diğer çevresel faktörler arasındadır (30). Klinik açıdan birçok alt tipi olan BHK'nin yaklaşık %70'i nodüler tipten oluşmaktadır. Nodüler tip BHK; lezyonlar sıklıkla baş ve boyun bölgesinde bulunmakta olup inci tanesine benzeyen, üzerinde telenjiektazilerin olduğu parlak yüzeye sahip papül ya da nodül şeklinde görülmektedir. Lezyonlar çok yavaş büyümekte olup hafif bir darbeyle kanamayabilir ve zaman içerisinde kabuklanma görülebilir. Lezyonların merkezinde ülserleşme özelliği olup bunlara 'Rodent ülser' ismi verilmektedir. Nodüler tip BHK'dan sonra en sık görülen diğer tür ise BHK'lerin %20'sini oluşturan yüzeyel tip BHK'dır. Yüzeyel tip BHK; sıklıkla gövdede ve ekstremitelerde oluşan bu lezyonlar düzgün sınırlara sahip, hafif skuamlı ve pembe-kırmızı plaklar şeklinde görülmektedir. Klinik olarak ekzema ve psöriyazis ile karışabildiği için ayırıcı tanıda bu hastalıklar akılda tutulmalıdır.

Nodüler BHK'lar daha çok yaşlılarda görülmekteyken yüzeyel BHK'lar çoğunlukla daha gençlerde görülmektedir (32). En agresif BHK alt tipi olan morfeiform BHK en az görülen çeşididir. Morfeiform BHK; sıklıkla baş ve boyunda görülmekte olup lezyonlar yara izine benzer beyaz ya da kırmızı parlak plak şeklindedir. Skara benzer görüntüsü olduğu için tanısı zor olmaktadır. BHK'nın kesin tanısı deri biyopsisi ile konulmakta olup nadir olarak metastaz yaptığı için çoğunlukla evrelendirme yapılmaz ancak bazı faktörlerin varlığına göre risk sınıflandırması yapılması gerekir. Yüksek risk; lezyonun yüzde bulunması, >1 cm olması, agresif tipte olması ve hastanın immunsupresyon tedavisi alması ya da radyoterapi (RT) almış olmasıdır. Tedavide altın standart cerrahi rezeksiyon olup kriyocerrahi, topikal imikimod ve fluorourasil, RT'de tedavide kullanılmaktadır (33).

-**Skuamöz Hücreli Karsinom (SHK):** En sık görülen ikinci cilt kanseri türü olup derinin genellikle güneşe maruz kalan bölgeleri olan kafa, yüz, boyun, kulak ve üst ekstremitelerde görülen soliter, eritemli, üzeri skuamlı plak ya da ülsere lezyon olarak ortaya çıkan lezyonlar skuamöz hücrelerin anormal büyümesi ve çoğalmasıyla oluşur. BHK'nın tersine kısa süre içerisinde ve hızla gelişen, alt dokulara invaze olan, ülser veya nekroz görülen, ağrılı ve kaşıntılı lezyonlar olarak karşımıza çıkmaktadır (34). En önemli risk faktörleri güneşe maruziyet, ileri yaş, erkek cinsiyet, açık renkli ten ve immunosupresyon olup en çok beyaz bireylerde görülmektedir. Erkeklerde kadınlara oranla üç kat fazla görülmekte olup görülme sıklığı yaş ile beraber artmakta ve genellikle 60'lı yaşların ortaları başlangıç yaşı olarak bildirilmiştir (35). Bazı cilt hastalıklarının tedavisinde kullanılan UV-A da SHK riskini arttırmakta olup immunsupresyon olması da çok önemlidir. Yapılan çalışmalarda immunsupresyon kadar supresyonun derecesinin de SHK gelişme riskinde etkili olduğu gösterilmiştir. Kronik lenfositik lösemi (KLL), HIV ve bazı ilaçlar immunsupresyona yol açmakta olup KLL hastalarında SHK görülme riski 5-8 kat daha fazladır. Diğer risk faktörleri human papilloma virüsü (HPV), sigara kullanımı ve arsenik maruziyetidir. Yanık skarları, bası yaraları, kronik inflamasyon alanları da risk etmeni olup bu alanlardan gelişen SHK'ya marjolin ülseri de denmektedir (36). HPV özellikle periungal ve anogenital SHK ile ilişkilendirilmiş olup hastalar genital bölgede geçmeyen siğil ile doktora başvurmaktadırlar. SHK lezyonları prekanseröz AK'den metastatik SHK'ye dek değişiklik gösteren çok geniş bir yelpazeye sahiptir. AK ve Bowen hastalığı SHK'nın öncü lezyonları olarak kabul edilmekte olup AK'den nadiren kanser gelişmektedir. Kümülatif olarak güneş maruziyetinin yoğun olduğu cilt alanlarında oluşan AK, sıklıkla semptom vermeyen nadir olarak da ağrılı eritematöz, skuamlı papüller olarak görülmektedir. Bowen hastalığı ise eritemli, keskin sınırlı plak ile karakterize olup sıklıkla baş-boyun bölgesinde görülen in situ SHK'dır. Penisin in situ SHK'si ise Queyrat

eritroplazisi kadifemsi dokuda kırmızı renkli lezyonlar olarak görülmektedir (37). SHK'nın pek çok alt tipi olmasına rağmen en sık keratoakantom (KA), invaziv SHK, verrüköz SHK ve marjolin ülseri görülmektedir. Keratoakantom (KA); SHK'nın bir türü mü yoksa ayrı bir benign neoplazm mı olduğu tartışmalı olup invazyon ile metastaz yaptığı bilinmektedir. Lezyonlar kubbeli, hızla büyüyen, merkezinde hiperkeratotik bölgeleri bulunan nodüller şeklindedir. Tipik olarak hızlı büyümesine rağmen kendiliğinden de gerileyebilmektedir (38). Verrüköz SHK; kronik irritasyona sekonder oluşan büyük siğillere benzeyen sınırları belirgin, ekzofitik ve karnabahar benzeri büyüme gösteren nadir bir SHK türü olup bulunduğu yere göre isimlendirilmektedir (35). En sık ayak tabanında (epitelyoma kunikulatum) görülüyor olsa da genital bölgede (Buschke ve Loewenstein), oral kavitede (oral florid papillomatosis), yüzde, gövdede, tırnaklarda ve ekstremitelerde de gelişebilmektedir (39). İnvaziv SHK; genellikle güneşe maruziyet alanlarında görülen iyileşmeyen kalıcı ülserler şeklinde olup yanık skarlarında gelişenlere Marjolin ülseri denmektedir. Özetle SHK lezyonları tipik bir şekilde sert, nodüler, kabuklu bir lezyon ya da kabuklanmayan bir ülserdir. 1 cm'den büyük ve iyileşme göstermeyen, keratinize veya kabuklu ve son iki ay içerisinde büyüme göstermiş olan herhangi bir lezyon SHK açısından mutlaka değerlendirilmelidir. Lenf nodlarına ve iç organlara metastaz yapma eğilimi olduğu için erken tanı ve tedavisi çok önemlidir (34). Tedavide cerrahi eksizyon %90'ın üzerinde başarı sağlamakta olup ilk tercihtir. Cerrahi tedavi yetersiz kaldığında adjuvan RT tedaviye eklenebilir. Kemoterapi (KT) ve kemoradyoterapi cerrahi eksizyon ya da RT ile yeteri kadar kontrol altına alınamamış lokal ileri hastalarda kullanılabilir (40).

-Malign Melanom (MM) : Epidermisin bazal tabakasındaki melanositlerden köken almakta olup cilt kanserlerinin küçük bir kısmını oluşturmasına karşın agresif özellikte olduğu için çok önemlidir. Cilt kanserlerinin sadece %4'ünden sorumlu iken cilt kanserine sekonder ölümlerin %75'inden sorumludur. MM'nin en önemli yerleşim yeri deri olup çok nadir mukoza, meninks, göz ve iç organlarda da görülebilmektedir. Görülme sıklığı yaş ile beraber artış göstermektedir. Hastanın hayatta kalma şansı tanı esnasındaki hastalık evresine bağlı olduğu için erken tanı çok önemlidir (41). Erkek cinsiyette ölüm oranları daha yüksek görülmekte olup lezyonlar erkeklerde sırt gibi daha az görülebilen alanlarda gelişmektedir. MM gelişmesinde cilt tipi (açık ten), genetik zemin (CDKN2A gen mutasyonu), önceden mevcut olan melanositik nevus sayısı, displastik nevus bulunması ve geçirilmiş melanom öyküsü etkilidir (42). Genetik faktörler dışında derinin güneş ya da solaryum makinelerindeki UV ışınlarına uzun süreli maruziyetiyle melanosit hücrelerini hasara uğrar ve buna bağlı olarakta melanin pigmenti aşırı üretilir (43). Kontrolsüz çoğalan melanositler de deride melanoma adı verilen siyah/kahverengi lekeler oluştururlar. MM'nin klinik olarak 4 major tipi bulunmaktadır. Yüzeyel Yayılan Malign

Melanom (YYMM); melanomların yaklaşık %70'ini oluşturmakta olup genellikle 30-50 yaş arasında açık tenli kişilerde görülür. Kadınlarda çoğunlukla sırt ve alt ekstremitelerdeyken erkeklerde sırt bölgesinde oluşmaktadır. Lezyonlar deriden hafif kabarık ve düzensiz sınırlı olup asimetrik kenarlı, değişken renkte (kırmızı, mavi, siyah, gri ve beyaz tonları) 6-8 mm büyüklüğündedir (42). Nodüler Malign Melanom (NMM); çoğunlukla gövdede ve alt ekstremitelerde görülür ancak vücudun her yerinde de gelişebilir. Çoğunlukla altta yatan nevüsten gelişmektedir. Lezyon deriden kabarık, sert ve simetrik yapıda olup koyu kahverengi-siyah renkte, yuvarlak nodül ya da papül şeklindedir. Vertikal büyüme özelliği olduğu için tehlikeli seyredebilir (43). Lentigo Malign Melanom (LMM); genellikle 60 yaş üzerindeki kişilerde baş, boyun ve kollarda görülmektedir. Etiyolojisinde kümülatif güneş ışını sorumlu olup genellikle aktinik (solar) keratoz adı verilen güneş lekelerinden kaynaklanır. Lezyonlar yavaş büyüyen, asimetrik, heterojen renkli ve sınırları düzensiz olup pigmentasyon değişikliği ya da hipopigmente alanlarda bronz-kahverengi renkte maküler ya da yama şeklinde görülmektedir (42). Akral Lentijinöz Malign Melanom (ALMM); Güneş ışınlarına maruziyetle ilişkili olmadığı düşünülmekte olup siyahilerde en sık görülen türdür. Çoğunlukla el ayası, ayak tabanı ve tırnak yataklarında görülmektedir (41). Kesin tanı biyopsiyle konulmakta olup metastaz saptanmadan tanı alanlarda öncelikli tedavi cerrahidir. Metastaz varlığında ise cerrahi metastazektomi, immunoterapi, metastazların semptomatik bölgelerine göre RT uygulanabilir. KT'nin ileri evre MM'li hastalarda genel sağ kalımı iyileştirdiği gösterilmemiş olduğu için diğer sistemik tedavilere seçeneklerin uygulanmasına rağmen yanıt alınamayan hastalara uygulanabilir (40).

CİLT KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ

Ultraviyole (UV) radyasyona aşırı maruziyet, aile öyküsü, fenotipi ve genetik faktörler cilt kanseri gelişmesinde önemli rol oynar. Cilt kanseri gelişmesinde risk faktörlerinin bilinmesi sonucunda bireylerin tanımlanması kolaylaşmıştır (44). Cilt kanseri risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemez faktörler olup şöyledir;

Değiştirilemez risk faktörleri:

a. Genetik faktörler ve aile öyküsü: Bazı kromozomlarda meydana gelen değişiklikler MM gelişme riskini arttırır. Birinci derece yakınlarında MM olması riski 3 kat arttırırken, üçten fazla birinci derece yakınlarda MM olması riski 35-70 kat arttırmaktadır (45). MDDK öyküsü olanlarda genellikle aynı histolojik tipte olmak üzere ikinci bir primer cilt kanseri gelişim riskinde artış vardır. Yapılmış olan çalışmalarda ikinci kez gelişen SHK'nın 3 yıllık kümülatif riski %18 iken, ikinci bir BHK riskinin %44 olarak bulunmuş olması bu hastalarda sürekli

izlemin önemini vurgulamaktadır (46). Benzer şekilde MM öyküsü olan hastalarda da yakın gözlem gerekli olup yapılmış olan bir prospektif çalışmada ikinci kez primer MM gelişimi için 5 yıllık risk %11,4 olarak bildirilmiştir (47). Ayrıca MDDK öyküsü olanlarda hem MM gelişme riskin hem melanomla ilişkili mortalite oranlarında artış gözlenmiştir. Ailede BHK öyküsünün pozitif olması, bireylerde 40 yaşından önce BHK gelişme riskini arttırmaktadır. Ailesinde SHK öyküsü olan bireylerde ise 2-4 kat artmış SHK riski bulunur (48). MM tanılı hastaların yaklaşık %8-12'si bilinen herhangi bir mutasyondan bağımsız olarak ailede MM öyküsüne sahiptir ve bu tanı bir tane birinci derece akrabadaysa MM gelişme rölatif riski yaklaşık 2 katına çıkarken iki tane birinci derece akrabadaysa 9 kat artabilir (46). Ayrıca cilt fenotipi, bir tümör süpresör olan CDKN2A gen defekti ve melanokortin-1 reseptör (MC1R) gen defektlerindeki benzerliklerin aile öyküsünün etkilerini açıklayabileceği düşünülmektedir (48).

b. Fenotip: Kişilerin fenotip özellikleri ve güneş ışınlarına karşı gelişen deri yanıtlarına göre geliştirilen Fitzpatrick Deri Tipi Sınıflandırma Sisteminde deri tipi I-II olan kişilerde MM riski iki kat artmaktadır. Fitzpatrick skalası Şekil 2'de gösterilmiştir (49). Ayrıca fenotipik özellikler; açık ten rengi, açık saç rengi (sarı veya kızıl), açık göz rengi (mavi veya yeşil), kolayca güneş yanığı gelişebilen deri, çilli ya da çillenmeye yatkın deri yapısı da MM için yüksek risk oluşturur (50). Esmer bireylerde, derideki melanin pigmentinin güneş ışınlarına karşı koruyucu etkilerinin olması nedeniyle açık tenli bireyler daha yüksek riske sahiplerdir (45).



Şekil 2. Fitzpatrick Skalası (49)

Cilt kanseri riski oluşturan fenotipik özelliklerden biri de nevüslerdir. Nevüs olarak adlandırılan melanositik neoplazi terimi epidermiste, dermiste veya diğer dokularda bulunan doğrudan temas eden 3 ya da daha fazla melanositik hücre kümesidir (51). Nevüslerin sayısı, tipi ve büyüklüğü MM riski ile ilişkilidir. Klinik olarak 100'den fazla tipik nevüsü olan

yetişkinler, 50'den fazla tipik nevüsü olan çocuklar ve atipik (displastik) nevüsü olan herhangi bir hasta risk altındadır. Atipik nevüsler tamamen düz veya merkezinde elevasyonla kısmen düz olan, düzensiz şekilli, sınırları belirsiz, değişken pigmentasyonlu, çapı 5 mm'den büyük nevüslerdir ve en sık sırt gibi aralıklı güneşe maruz kalan bölgelerde görülürler. Bir atipik nevüs tek başına MM riskini 2 katına çıkarabilirken, 10 veya daha fazla atipik nevüs ise 12 kat arttırabilir. Öte yandan büyük konjenital nevüsler potansiyel melanom öncüleridir ve risk derecesi lezyon büyüklüğüyle doğru orantılıdır. Çapı 15 cm'den büyük konjenital nevüse sahip olanlarda MM gelişme riski %10-15 kabul edilmektedir. Ayrıca büyük konjenital nevüslerde gelişen MM %70'inin 10 yaşından önce oluştuğu tahmin edilmektedir (52). 40-50 cm'den büyük, orta hat yerleşimli, heterojen yüzeyli ve çok sayıda uydusu olan konjenital büyük nevüsler ise bu gruptaki en riskli lezyonlardır ve eksizyonu mümkün olanların profilaktik cerrahisi faydalıdır. Edinsel nevüsler ise UV etkisiyle, özellikle güneş yanıklarından sonra sayıca artar ve melanom gelişme riskleri de artar (42).

c. Yaş ve cinsiyet: BHK insidansı yaş ile beraber artmakta olup özellikle 55-75 yaş arasında BHK gelişme riski 20 yaş ve altındaki bireylere göre 100 kat daha fazladır. SHK insidansı da yaş ile beraber artar ve 45 yaş altında nadiren görülür. 75 yaş üstü bireylerdeki insidans 45 yaş altındakilere göre 50- 300 kat daha fazladır ancak genç bireylerde de son zamanlarda insidans artışı görülmektedir (48). MM ise ortalama tanı yaşı 52 olup insidansı yaşla birlikte artar. Yaşlılıkta insidans artışının sebebi olarak UV'nin oluşturduğu DNA hasarını tamir etme yeteneğinin yaşla birlikte azalması gösterilmektedir. BHK için erkek cinsiyet iyi bilinen bir risk faktörüdür. SHK tüm yaşlarda erkeklerde daha fazla görülmektedir. MM insidansı da özellikle erkeklerde artmaktadır. ABD'de 40 yaşından önce kadınlarda, 40 yaş üstünde ise erkeklerde daha yüksek MM insidansı görülmekte ve yaşla birlikte cinsiyetler arası fark artmaktadır. Ölüm oranları ise yaşlılarda özellikle erkeklerde artmaktayken, genç nüfusta sabittir ve hatta azalmıştır (52).

d. Irk: MDDK en sık beyaz ırkta gözlenmekte olup hem BHK hem de SHK, Ekvator'a yakın bölgelerde uzak bölgelere göre daha fazla sıklıkta görülmektedir. MM insidansı da beyaz ırkta diğer etnik gruplar olan Afro-Amerikan, Kızılderililer ve Asyalılara oranla çok daha yüksektir. Buna karşın akral lentiginöz melanomun siyah ırkta en sık görülen MM tipidir (46).

Değiştirilebilir risk faktörleri:

a. Ultraviyole (UV) radyasyona aşırı maruziyet: Güneş ışınları özellikle MM etiyolojisinde önemli rol oynamaktadır. Vücudun açıkta kalan bölümlerinde cilt kanseri gelişme riski fazla olup son yıllarda küresel ısınmanın da etkisiyle güneş ışınları dünyaya daha yoğun ve dik açılar ile gelmektedir. Bununla beraber insanların açık alanda yaptıkları aktiviteler,

bilinçsiz güneşlenme ve bronzlaşma isteklerinde de artışlara bağlı kullanılan yapay ışıklar UV ışınlarına maruziyetin artmasına yol açarak cilt kanseri vakaların da artışa neden olmaktadır. Bu nedenle güneş yanıkları üzerinde oluşan lezyonlara da şüphe ile yaklaşılması önerilmektedir (53).

b. İlaçlar ve Tedaviler: Fungal enfeksiyonlarda ve immunsuprese hastaların proflaksi tedavisinde kullanılan vorikonazol uzun dönemde fotosensitivite ve SHK ile ilişkili bulunmuştur. BRAF inhibitörleri ile tedavi edilen melanomlu hastalarda SHK ve keratoakantomların büyümesi yaygın bir durumdur. Moleküler analizler bu malignitelerin önemli bir kısmının Ras geni mutasyonları içerdiğini göstermiştir; artmış büyümeye yol açan ise mitojenle aktifleşen protein kinaz sinyal yolağının paradoksal aktivasyonudur (46). Tüm antihipertansif ilaç gruplarının fototoksik veya fotoallerjik reaksiyonlara sebep olduğu bilinmektedir. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında antihipertansif ilaçların uzun dönem kullanımıyla cilt kanseri riski ilişkisi araştırılmıştır. Sadece kalsiyum kanal blokerleri ve beta blokerlerle cilt kanseri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ancak kesin bir sonuca varmak için bu konuda daha fazla çalışmaya gerek duyulmaktadır (54). Romatoid artritte metotreksat kullanımı ile artan MDDK riski, ek olarak tümör nekroz faktör-α (TNF-α) inhibitörlerinin kullanımı ile daha da artar. Monoterapi olarak TNF-α inhibitörlerinin kullanımında oluşan cilt kanseri riskine karar vermek için daha fazla çalışma gereklidir (46).

c. İmmunsupresyon: Yaşam boyu immunsupresif tedavi ihtiyacı olan organ nakli olmuş hasta grubunda cilt kanseri riski artar. 26 nakil merkezinde takip edilen 10.649 hastanın yer aldığı bir Kohort çalışmasında nakil sonrası cilt kanseri insidansı yılda 100.000'de 1437, SHK insidansı ise yılda 100.000'de 1355 (genel popülasyonda 100.000'de 38) olarak saptanmıştır. Bu çalışmada nakil öncesi cilt kanseri öyküsü bulunması ve yüksek immunsupresif dozları gerektiren operasyonların riski arttırdığına dikkat çekilmiştir (55). Yapılan başka bir çalışmada azotiyoprin kullanan hastalarda SHK riski 2 kat artmışken, mikofenolat alanlarda daha düşük risk saptanmıştır (56). Buna karşın sirolimus kullanan böbrek nakli olan hastalarda MDDK riskinin azaldığı düşünülmektedir (57). Psöriasis, inflamatuvar bağırsak hastalığı ve romatoid artritte kullanılan immünmodülatör ajanlar ve immunsupresifler de cilt kanseri riskini arttırmaktadır. Özellikle kronik lenfositik lösemi gibi hematolojik malignitelerde ve edinsel immün yetmezlik sendromu (AIDS) hastalarında hem MDDK hem de MM riski artmıştır (46).

d. Çocukluk çağında güneş yanığı öyküsü olması: Yapılan çalışmalar, güneş yanıklarının (özellikle 12 yaş altındaki çocuklarda) MM riskini 3,6 kat artırdığını ve son on yıl

içerisinde beş veya daha fazla güneş yanığı öyküsünün bulunmasının MM oluşma riskini iki kat arttırdığını bildirmiştir (58).

CİLT KANSERİNDEN KORUNMA YOLLARI

Cilt kanserinin oluşmasında en önemli etken cildin güneşten gelen ışınlara aşırı maruziyetidir. Yetişkinlerde güneş ışınlarının verdiği zararın yarısı yaşamın ilk 18 yılında alınmaktadır. Bununla birlikte günümüzde bireylerin güneş ışınlarına daha fazla maruz kaldığı alanlarda vakit geçirdikleri zamanda artış, giyinme alışkanlıklarında yaşanan değişimler ve özellikle genç bireylerin kapalı alanlarda bronzlaşmaya olan ilgilerinin artması cilt kanseri insidansını arttırmaktadır (43). Cilt kanserinin önlenmesi için yapılması gerekenler, kansere neden olan faktörlerin ortadan kaldırılması veya en aza indirilmesidir. Genetik faktörlere etki edilmese de çevresel faktörler engellenerek ve bireylerde bazı davranış değişikliklerinin gerçekleşmesi sağlanarak cilt kanseri oluşumunun engellenmesi mümkün olabilmektedir (59). Bu yüzden cilt kanserini önlemede birincil amaç bireylerin güneş ışınlarına olan temasını azaltmak ve buna yönelik davranış değişiklikleri kazanmalarının sağlanmasıdır. Güneşten korunmak için yapılan kişisel koruyucu sağlık davranışları ve kendi kendine deri muayenesi (KKDM) danışmanlığı cilt kanseri riskini azaltmak için son derece önemlidir. Cilt kanseri önleme uygulamaları primer koruma, sekonder koruma ve tersiyer koruma olacak şekilde üç aşamadır (60).

a. Primer Korunma: Buradaki amaç cilt kanseri gelişmeden önlemek ve bunun için önlemler almaktır. Cilt kanseriyle ilgili farkındalığı arttırmak, yüksek risk taşıyan bireylere birincil önleme stratejilerini öğretmek, sadece hasta bakımını optimize etmek için gerekli değildir. Bununla birlikte cilt kanserinin toplum üzerinde oluşan yükünü de azaltmak için önemlidir. Cilt kanserini önlemek için birincil koruma uygulamaları kişisel koruyucu sağlık davranışları geliştirmek ve genetik danışmanlık olarak ikiye ayrılmaktadır (3, 21). Kişisel koruyucu sağlık davranışı uygulamaları; giysilerle korunmak ve şapka takmak, güneş koruyucu krem sürmek, gölge alanları tercih etmek ve güneş gözlüğü kullanmaktır. UV radyasyonuna karşı uygun koruyucu önlemler alınmadığı zaman güneşlenmek cilt kanserinin önemli bir nedenidir (59). Güneş ışınlarının zararlı etkilerinden korunmak için uzun kollu gömlek ve pantolon/etek giyilmesi, koyu renkli ve sıkı dokunan kumaşa sahip giysilerin tercih edilmesi veya koruma faktörlü tasarlanan giysilerin kullanılması deri kanseri riskini azaltabilecek kişisel uygulamalardandır (61). Şapka, yüzü ve boynu koruyan önemli bir koruyucu kıyafettir. Bu nedenle güneşten korunmak amacıyla geniş kenarlı, en az 7,5 cm'den büyük, delikli hasır ya da beyzbol şapkası tarzı olmayan, yüzü ve boynu örtecek türden şapkalar takılmalıdır (59).

Güneşten gelen ultraviyole ışınlar gözde katarakt, makula dejenerasyonu, keratit ve konjonktival kanser gibi çeşitli hastalıklara neden olmaktadır. Bu nedenle gözleri güneşin zararlı etkilerinden korumak için güneşle temas edilen her zaman aralığında güneş gözlüğü takılmalıdır. Güneş gözlüğü seçerken UV koruyucu özelliğe sahip gözlük camı bulunan güneş gözlükleri tercih edilmelidir. Ayrıca güneş gözlüğü camlarının koyu renk olması güneş ışınlarından korur anlamına gelmemektedir. Yine güneş gözlüğünün geniş çerçeveli ve gözü saracak biçimde olması gerekmektedir (62). Gölge alanlar, güneşten gelen zararlı ışınların olumsuz etkilerini azaltmanın yanı sıra, şehirsel ısı adası (şehirlerin insanlar nedeniyle genellikle kırsal alanlardan daha sıcak olması) bölgeleri üzerinde de olumlu etkileri mevcuttur (63). Özellikle 11.00-16.00 saatleri arasında güneş ışınlarının zararlı etkilerinden korunmak için dışarı çıkılmaması önerilmektedir. Eğer dışarı çıkılacaksa da gölge alanların tercih edilmesi önerilmektedir. En iyi gölge, UV ışınlarının tamamen engellendiği binaların içerisi olduğu belirtilmektedir. Açık alanlarda ise ağaçlar, çalılar, yakınlardaki binalar veya nesnelerden oluşan gölgelerin yanı sıra, çadırlar ve gölgeliklerle de gölge sağlanabilmektedir. Gölgeyi oluşturan ağaçlar veya herhangi bir nesne gökyüzünü ne kadar engellerse güneş ışınlarından koruyuculuğu o kadar artmaktadır. Örneğin ağaçlık alanlar yoğunluğuna göre %60-%90 oranında güneş ışınlarına karşı koruyucu özelliğe sahiptir. Amerikan Kanser Derneği tarafından, UV ışınlarının gün içinde en güçlü formda olduğu zamanın, bireyin güneşteki gölge boyunun bireyin gerçek yüksekliğinden daha kısa olduğu zaman aralığı olarak belirtilmektedir. Bu nedenle, bireylerin bu süre içerisinde açık alanda bulunmamaları gerektiği aksi taktirde güneşe karşı koruyucu önlem uygulamalarını artırmaları önerilmektedir. Yüksek kanıtlı araştırma sonuçlarına göre güneş kremi kullanmak deri kanseri oluşumunu engellemektedir (59). Amerikan Dermatoloji Akademisi, güneşten gelen UV ışınlarının yaklaşık %97'sini filtreleyen ultraviyole koruma faktörü SPF 30 içeren bir güneş koruyucu kullanılmasını önermektedir (64). Güneş kremi güneşe çıkmadan 20-30 dakika öncesinde uygulanmalı ve her 90 dakikada bir tekrar edilerek kullanılmalıdır. Güneş kremleri su geçirmez değildirler ancak suya karşı dayanıklılıkları farklılık göstermektedir. Bu nedenle güneş kremi alınırken bu özelliklerinin de dikkate alınması gerekmektedir. Çünkü suya dayanıklılığı az olan bir güneş kreminin yeniden uygulama süresinin de daha kısa aralıklarla olması gerekmektedir (59). SPF değerleri ile güneş kreminin koruyuculuğu arasında doğrusal bir oran vardır. SPF 85 veya 100'e sahip güneş kremlerinin, SPF 50'ye göre güneş yanıklarını önlemede daha fazla etkinlik gösterdiği belirtilmiştir. Amerika'da bir çalışma grubunun plaj şemsiyesi ve güneş kreminin güneş yanığına karşı koruyuculuklarını karşılaştırdıkları tanımlayıcı bir çalışmada, SPF 100 içeren güneş kremi kullanmanın plaj şemsiyesine göre önemli ölçüde daha az güneş yanığına

yol açtığını ifade etmişlerdir (65). Genetik Danışmanlık: Bireyin, kendisinde ya da ailesinde bulunan genetik bir bozuklukla ilgili olarak tıbbi ve psikolojik yönden bilgilendirilmesi genetik danışmanlık olarak tanımlanmaktadır. Genetik danışmanlık, genetik test seçeneklerinin seçiminde hasta eğitimi ve yardım sağlayan bir danışma hizmetidir Bireyin, söz konusu bozukluktan etkilenmiş olma zorunluluğu yoktur. Deri kanserine yakalanma riski yüksek olan bireylerin belirlenmesi, primer korunmada ailesel melanoma genetik danışmanlığının en önemli yararlarından biridir (66). Genetik danışmanlıkta, deri kanseri açısından riski yüksek olandan düşük olana doğru (yüksek penetren melanoma genleri/aileleri, çok faktörlü etiyoloji veya düşük penetren melanoma genleri/aileleri) ayırt edilmesi önemlidir. Kalıtsal olan melanomada genetik danışmanlık seansının bileşenleri şöyledir (67);

-Aile içindeki kanser teşhisine ve başlangıç yaşlarına özellikle dikkat gösterilerek üç ila dört kuşak bir soyağacının ortaya çıkarılması,

-Kalıtsal bir sendrom için olasılık tahminlerinin sağlanması,

-Popülasyon insidansının ve melanoma nedenlerinin açıklaması,

-Temel genetik ilkeler ve kalıtsal melanomanın genetik nedenleri hakkında eğitim,

-Genetik testlerin riskleri ve olası yararlarının tartışılması,

-Hasta ve aile üyelerinin tıbbi yönetimi ile ilgisinin (varsa) değerlendirilmesi,

-Genetik test sürecinin ve olası sonuçların açıklaması.

b. Sekonder Korunma: Buradaki amaç cilt kanserinin erken tanısı ve erken tedavisine başlanmasıdır. Bunun içinde KKDM ve dermatalog tarafından deri muayenesinin yapılması gerekmektedir. Literatüre bakıldığında, Fransa'da yapılan bir çalışmada, katılımcıların %60'ının ortalama olarak yılda bir kez kendi kendini muayene ettiğini belirtirken, başka bir çalışmada KKDM uygulamasının melanomayı %50 oranında tespit ettiği ve %63 oranında da deri kanserine bağlı mortalite oranını düşürdüğü bildirilmiştir (68, 69). Yapılan bir vaka kontrol çalışmasının sonuçlarına göre KKDM uygulayan bireylerin, uygulamayanlara göre melanoma saptama durumlarının iki kat daha fazla olduğunu ve tanı sırasında ilerlemiş tümörlere sahip olma olasılıklarının daha düşük olduğunu ortaya koymuştur (70).

c. Tersiyer Korunma: Deri kanserinde tersiyer korunmada klinik muayeneyle değişken teknik ve laboratuvar teşhislerini içeren düzenli, riske uyarlanmış takip muayeneleri önerilmektedir. Tersiyer korunma, birincil ve ikincil korunma imkanlarından yararlanamamış, tanıda geç kalınmış hastalarda, en iyi tedavi ve rehabilitasyon olanaklarının kullanımını içermektedir. Buradaki amaç olası nükslerin erken tanısı ve ilerlemesinin engellenmesidir. Deri kanserinde rehabilitasyonunun amacı ise, hastalıktan veya tedavisinden kaynaklanan herhangi

bir fiziksel, psikolojik veya sosyal sorunu azaltarak herhangi bir fonksiyonel sınırlamayı azaltmak veya ortadan kaldırmaktır (71).

CİLT KANSERİ BELİRTİLERİ VE TANI YÖNTEMLERİ

Cilt kanserleri hiç belirti göstermeden normal deri üzerinde ortaya çıkabileceği gibi önceden mevcut olan bir nevüs üzerinde de oluşabilmektedir. Nevüslerde değişiklik olduğunun algılanabilmesi için kişinin vücudundaki benlerinin yerleşimini ve görünümünü iyi tanıması gerekmektedir (34). Deride iyileşmeyen iltihaplı lezyonların görülmesi melanom dışı deri kanserlerinin en sık görülen belirtisi olarak kabul edilmektedir (44). Vücutta tekrarlayan ve iyileşmeyen yaralar görüldüğünde, kanamalı ve kabuklu lezyonlar olduğunda, kahverengi-kırmızı lekeler varlığında, nevüslerde şekil ve renk değişiklikleri olduğunda, deri üzerinde soyulma veya kanama varlığında bireylerin doktora başvurması gerekmektedir (72).

Her lezyondan biyopsi alınarak veya her lezyon için dermatoloğa hasta yönlendirilmesi mümkün olmadığı için yüksek riskli bireylerin belirlenerek biyopsi için yönlendirilmeleri gerekmektedir. Malignite olasılığı yüksek lezyonları değerlendirebilmek amacıyla dermatoloji uzmanlarınca MM erken tanısında hem birinci basamak hekimlerine hem de halka yardımcı olabilmesi için ABCDE kriterleri düzenlenmiştir. Bu kriterlerin duyarlılığı ve özgüllüğü tek başına ya da kombinasyonla kullanıldığında değişmesine karşın MM tanısında kabul edilebilir duyarlılık ve özgüllük kanıtları ile desteklendiği için tanıda yararlı bir tarama aracı olmuştur (73).

Hekim cilt kanserinden şüphelendiğinde öncelikle detaylı bir fizik muayene yaparak hastanın öyküsü alır. Bununla beraber detaylı kanser tarama testleri istenmelidir. Tanı için ABCDE Kuralı'ndan, dermatoskopiden ve biyopsiden yararlanılır. ABCDE kuralı kanserli nevüslerin tespitinde kullanılabilmesine rağmen bir nevüse kanser denilebilmesi için yeterli değildir (60). Bu nedenle kesin tanı dermatoskopiyle yapılacak tarama sonrasında yapılacak biyopsiyle konulmaktadır (74).

-ABCDE Kuralı: 1985'de ABCD olarak ilk kez tanımlanmış olup 2004'de ABCDE olarak genişletilmiştir (Şekil 3) (60). Nevüslerin kanserleşme riski olduğu için erken fark edilebilmesi için ABCDE kuralına göre takip edilmesi çok önemlidir (74).

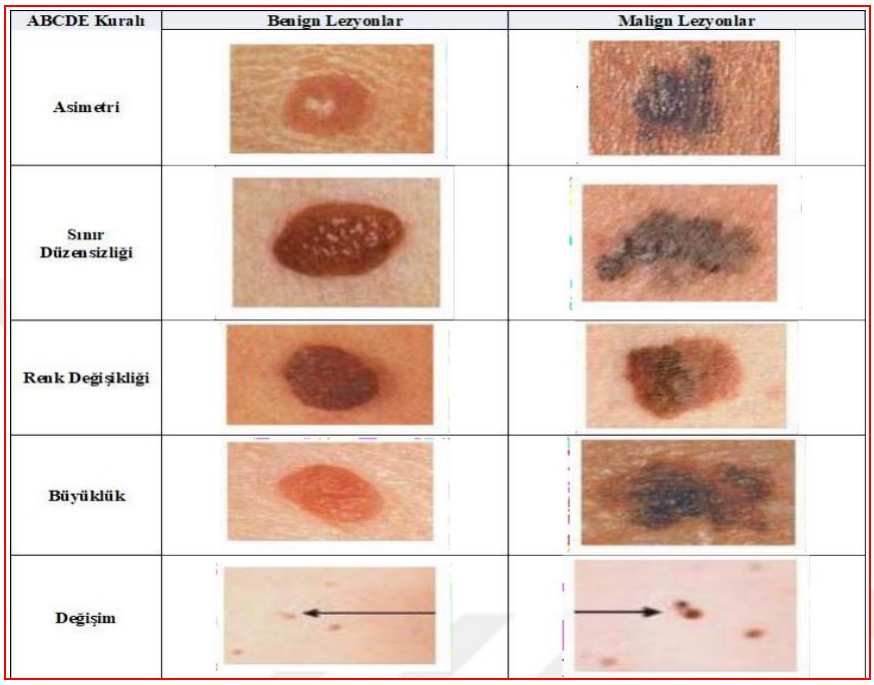
a. Asimetri: Nevüsün asimetrik olup olmaması önemlidir.

b. Sınır (Border): Lezyonların sınır düzenini temsil etmekte olup iyi huylu cilt kanserlerinin düzgün sınırları varken malign olanlarda sınırlar düzensizdir.

c. Renk (Color): Bir nevüsün birden çok rengi aynı anda taşımasıdır. Lezyonun bir kısmı koyu kahverengiyken bir kısmın açık kahverengiyse risklidir.

d. Büyüklük (Diameter): Lezyonun çapını ifade etmekte olup lezyon çapı 6 mm'den büyükse malign olma riski artar.

e. Değişim (Evolving): Nevüsün boyutunun zaman içerisinde değişiklik göstermesi kanserleşmeyi düşündürdüğü için mutlaka hekim kontrolünde düzenli takiplerin yapılması gerekmektedir.



Şekil 3. Asymmetry, Border, Color, Diameter, Evolving (ABCDE) Kuralı (75).

-Dermatoskopi: Nevüsleri 10-20 kat büyüterek gösteren, pigmentli olan nevüslerin cilt kanserlerinden ayırımında çok önemli bir yardımcı tanı yöntemi olarak kabul edilmektedir. El ile tutulan bir cihaz yardımı ile veya bilgisayarlı sistemler aracılığı ile görüntü kaydı yapılır. Bu şekilde vücutta bulunan nevüslerin haritası oluşturulup noktasal lokalizasyonları belirlenir. Her nevüs için dermatoskopik görüntü alınarak kaydedildiği için sonraki kontrollerde elde edilen görüntülerle karşılaştırma olanağı sağlar (76).

-Biyopsi: Dermatoskopiyle yapılan incelemede hastada cilt kanserinde şüphelenildiğinde tümörlü bölgeden parça alınarak biyopsi yapılmalıdır (77).

KENDİ KENDİNE DERİ MUAYENESİ (KKDM)

Cilt kanserinin erken tanı ve tedavisinde kendi kendine deri muayenesi (KKDM) çok önemlidir. KKDM, dünyada çeşitli kuruluşlarca önerilmekte olup her bireyin kolaylıkla uygulayabileceği bir yöntemdir. Friedman ve ark.'ı tarafından 1985 yılında geliştirilmiş olup

10 adımdan oluşmaktadır. Bunun farklı şekilleri Amerikan Cilt Kanseri Vakfı (8 adım), Amerikan Kanser Derneği (6 adım), Asya kökenli Avustralyalı Dermatologlar Koleji (8 adım) ve Amerikan Dermatoloji Akademisi (5 adım) bulunmaktadır (78). Kişilerin KKDM'yi öğrenmesi ve uygulaması erken tanı için çok önemli olup duyarlılığı %57-90 arasında değişiklik göstermektedir (79).

Amerikan Kanser Derneği özellikle immunsupresif kişilerde, daha önce deri kanseri geçirmiş kişilerde ve ailesinde deri kanseri öyküsü olanlarda deri kanseri riski daha yüksek olduğu için düzenli bir şekilde ayda bir kez KKDM yapılmasını önermektedir (80). Türkiye Dermatoloji Derneği ise deri kanserinin erken tanısı için her bireyin düzenli bir şekilde 3-6 ayda bir kez KKDM yapmasını önermektedir (81). Koştu ve ark.'nın (78) Türkçe geçerliliğini yapmış olduğu 8 adımdan oluşan KKDM'nin adımları şu şekilde gösterilmiştir (Şekil 4);

Adım 1: Yüzünüzün özellikle burun, dudak ve kulaklarını (ön-arka) ayna kullanarak muayene ediniz.

Adım 2: Kafa cildinizde her bölgeyi saç kurutma makinesi ile havalandırarak ya da ayna kullanarak muayene ediniz. Mümkünse bir arkadaşınızdan ya da aile bireylerinden yardım isteyiniz.

Adım 3: Ellerinizin iç ve dış yüzünü, parmak aralarını, tırnak kökü ve yatağını dikkatlice kontrol edin. Her iki kolunuzun alt kısmından ön ve arka kısmını bileklere kadar muayene ediniz.

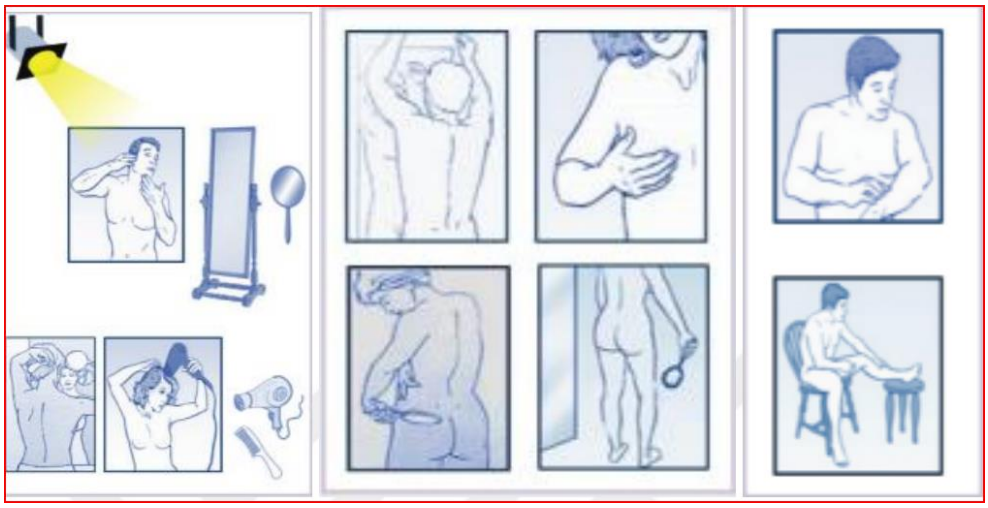
Adım 4: Bir boy aynasının önünde durup dirseklerden başlayıp her iki üst kolunuzun her tarafını ve koltuk altlarınızı inceleyiniz.

Adım 5: Daha sonra ayna önünde durarak boynunuzu, göğsünüzü ve gövdenizi inceleyiniz. Bayanlar göğüs altını görüntülemek için göğüslerini kaldırmalıdırlar.

Adım 6: Boy aynasına sırtınızı dönerek, boynunuzun arkasını, omuzlarınızı, sırtınızın üst kısmını ve adım 4'te göremediğiniz her iki üst kolunuzun arka tarafındaki her alanı incelemek için el aynanızı kullanınız.

Adım 7: Boy ve el aynasını kullanarak, kuyruk sokumunuzu, kalçalarınızı ve her iki bacağınızın arka kısımlarını da inceleyiniz.

Adım 8: Bacaklarınızın ön kısmını ve yanlarını kasıklardan başlayarak uyluktan baldıra kadar, ayak bileklerinizi, ayaklarınızın uçlarını, ayak parmaklarınızın aralarını ve ayak tırnak kök ve yatağını kontrol ediniz. Ayaklarınızın tabanlarını ve topuklarınızı da muayene ediniz.



Şekil 4. Türkiye Dermatoloji Derneği'nin kendi kendine deri muayenesi şeması (81).

BİRİNCİ BASAMAKTA CİLT KANSERİ

Dermatolojik hastalıklar ve yakınmaların çoğunluğunun hayatı tehdit edici görülmemesi ve tanı konabilmesi için laboratuar tetkiklerine genellikle gereksinim duyulmamasından ötürü birçok hasta dermatolojik problemlerinde öncelikli olarak dermatoloğa başvurma ihtiyacı duymazlar. Bu nedenle aile hekimliği polikliniklerine dermatolojik yakınmalar ile başvuru oranları önemli miktarda artış göstermektedir (82). Dermatolojik şikayetleri bulunan hastalarla yapılmış olan bir çalışmada hastaların %60'nın şikayetlerinin dermatolog olmayan hekimler tarafından tedavi edildiği görülmüştür (83).

Cilt kanserinin primer önlenmesinde güneşten korunma alışkanlıklarının uygulanması yer alırken sekonder korunmasında hekimler tarafından düzenli cilt muayenesinin kontrollerinin yapılması bulunmaktadır. Cilt kanserinin erken tanınması ve kansere bağlı sorunların oluşmaması için ileri evre tanı alan kanser sayısı azaltılıp mortalite ve ekonomik yük azaltılmalıdır. Primer korunmanın sağlanmasında toplumun erken yaşlardan itibaren cilt kanseriyle ilgili bilgilendirilmesi gerekmektedir. Hem bilgilendirilmenin yapılması hem de riskli olan gruplara sağlık hizmeti verme konusunda birinci basamak hekimleri çok önemli bir yere sahiptir. Birinci basamak hekimlerine başvuran hastaların şikayetlerinin yaklaşık %30'unu deri şikayetleri oluşturmaktadır. Bu nedenle birinci basamaktaki hekimlerin muayene esnasında cilt kanserini yakalaması ve önlemesi çok önemlidir (84). Aile hekimleri sorumluluğu altında bulunan bireylerin olası hastalıklardan korunmasından da sorumlu olduğu için cilt kanseri belirtileri, risk faktörleri, nedenleri ve deri kanserinden korunmak için neler yapılması gerektiğiyle ilgili danışmanlık vermeleri koruyucu hekimlik için çok önemlidir (85, 86).

Hastalar, sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktası olan aile hekimliğine çoğu zaman hastalığının başlangıç aşamasında başvurur. Taramalarla olası deri kanserlerinin veya öncü

lezyonlarının saptanması erken teşhis ve tedaviyi sağlayacaktır. Hastalarını tüm yaşamları boyunca izleyerek sürekli bakım sağlayan aile hekimleri deri kanseri tedavisi gören hastaların takip ve taramalarını yaparak ve olası nükslerin önlenmesini sağlayarak üçüncül korumada da rol alır (87). Bu bağlamda aile hekimi, deri kanserinin önlenmesinde hem birincil hem ikincil hem de üçüncül korumada yeri doldurulamaz bir öneme sahiptir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız Edirne Merkez Nüfusunda Cilt Kanseri ve Risklerine Dair Farkındalık Düzeyi değerlenmesi amacı ile yapılmıştır. Trakya Üniversitesi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik kurulundan 01.04.2024 tarih ve 2024/94 sayılı etik kurul izni (Ek 1) ve Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Ek 2) gerekli onaylar alındıktan sonra çalışma gerçekleştirilmiştir. Çalışma ile ilgili masraflar çalışmanın yürütücülerdir tarafından karşılanmış olup destek alınmamıştır. Edirne il merkezindeki 23 Aile Sağlığı Merkezi, 59 Aile Sağlığı Birimine kayıtlı hastalara uygulanmıştır. Edirne il merkezinde 18 yaş ve üzeri nüfusun TÜİK'ten alınan verilere göre 191.470 kişi olup örneklem hesabı yapılmış olup güven aralığı %95 ve hata payı %5 alındığında toplam örneklem büyüklüğü en az 384 kişi olarak bulunmuş olup nüfusa ve cinsiyete göre tabakalandırma yapılarak toplam 392 katılımcıya ulaşılmıştır. Katılımcılardan sözlü onam alınmış olup anketler yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır (Ek-3). Çalışmaya katılmayı kabul eden ve onam veren 18 yaş üzeri hastaların, sosyo-demografik özellikleri, cilt özellikleri (Fitzpatrick cilt rengi skalası kullanılarak), göz rengi ve saç rengi durumları, cilt yanığı ve cilt kanseri ile ilgili ifadeleri incelenerek cilt kanseri bilgi düzeyi ve risk faktörlerine dair farkındalık düzeyinin tanımlanması amaçlanmıştır.

Gönüllülerin araştırmaya dahil edilme kriterleri

1.Edirne il merkezinde ikamet etmekte olmak

2.18 yaş ve üzeri olmak

3.Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

Gönüllülerin araştırmaya dahil edilmeme kriterleri

1.İletişim kurmayı engelleyecek bir sağlık problemine sahip olmak

2.DSM-V kriterlerine göre Somatik Semptom Bozukluğu veya Hastalık Kaygı Bozukluğu tanısını önceden almış olmak

Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeği (DKGBÖ)

Day ve ark.'ı (88) tarafından geliştirilen Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeği (DKGBÖ) yetişkinlerin deri kanseri ve güneş sağlığıyla ilgili bilgi düzeylerini değerlendiren 25 maddeden oluşmaktadır. Ölçek deri kanseri ve güneş sağlığı ile ilgili mevcut en iyi uygulama araştırmalarını ve ölçek maddelerini ortaya koyan sistematik literatür incelemesi sonrasında geliştirilmiştir. Ölçek yetişkinlerin beş alan ile ilgili bilgilerini değerlendirmektedir; güneşten korunma (madde 1, 16-22), bronzlaşma (madde 2-12), deri kanseri risk faktörleri (madde 13-14, 23), deri kanserinin önlenmesi (madde 15, 24) ve deri kanserinin belirtileri (madde 25). Ölçek maddeleri 15 doğru-yanlış soru ve 10 çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır. Her madde için doğru seçenek 1, yanlış seçenek 0 ile eşleştirilmektedir. Maddelerin toplanması ile elde edilen toplam puan 0-25 puan arasında değişmektedir, puanın yüksek olması yüksek bilgi düzeyini göstermektedir. Orjinal ölçeğin içerik geçerliği uzman görüşü ile elde edildikten sonra, 514 üniversite öğrencisinden elde edilen veriler ile yapılan güvenirlik analizinde iç tutarlık güvenirlik katsayısı (KR-20)=0.69, 2 hafta ara ile yapılan test tekrar test güvenirliği r(59)= 0.83 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmek için uygulanan açımlayıcı faktör analizi tek faktörlü bir yapıya sahip olduğunu doğrulamıştır. Ölçeğin belirleyicilik gücü yüksek bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Öztürk Haney ve ark.'ı (89) (2018) tarafından yapılmıştır. Türkçe Deri kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeğinin kapsam geçerlik indeksi (KGI) % 93.71, iç tutarlık güvenirlik katsayısı (KR-20) 0.51, iki hafta ara ile yapılan test-tekrar test güvenirliği 0.52 (n=34), $p<0.001$ bulunmuştur. Ölçeğin ayırıcılık geçerliği tek maddelik soru ile değerlendirilmiş ve ayırıcılığı doğrulanmıştır ($p<0.001$).

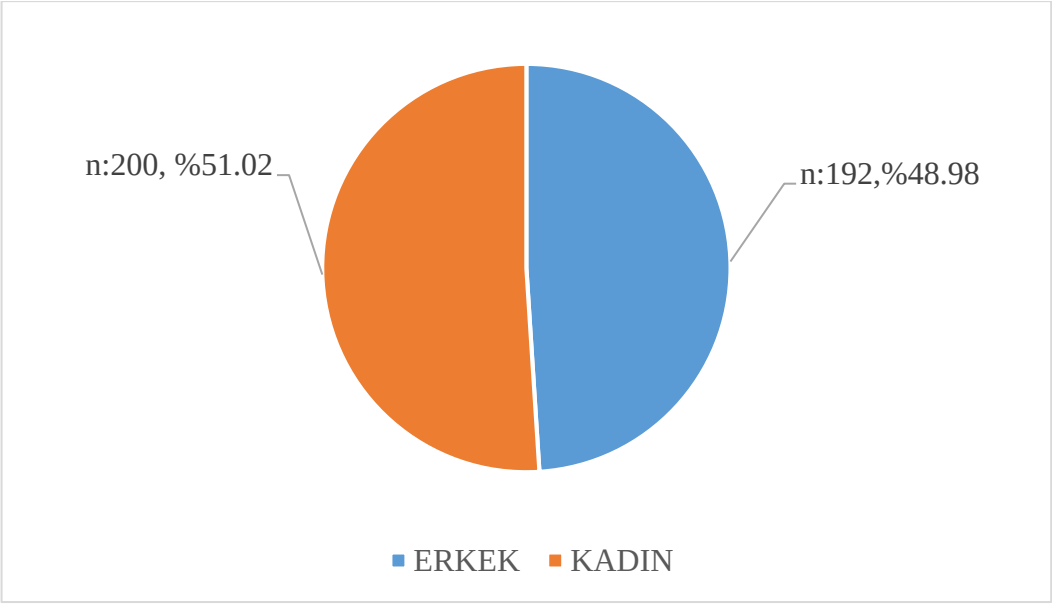
İstatiksel Analiz

Elde edilen veriler istatiksel olarak SPSS 24 programı yardımıyla değerlendirildi. Sürekli değişkenler için normal dağılım varsayımı Kolmogorov Smirnov testi ile kontrol edildi. Kategorik veriler sayı (n) ve yüzde (%) ile normal dağılım gösteren sürekli veriler

ortalama±standart sapma (SS) ile normal dağılım göstermeyen veriler ise ortalama±standart sapma (SS) ve ortanca (25.-75. Persantiller) olarak sunuldu. Sürekli veriler arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizleri ile normallik varsayımına göre uygun test seçilerek incelendi. Sürekli ve kategorik (dikotomik) değişkenler arasındaki ilişki uygunluğuna göre bağımsız gruplarda Mann Whitney-U testi ile incelendi. Sürekli ve ikiden fazla kategorik değişkenler arasındaki ilişki Kruskal Wallis testi ile incelendi. İki ölçücüm arası tutarlık değerlendirilmesi Cohen kappa ile yapıldı. Yapılan analizlerde p değeri 0,05'in altında olan sonuçlar istatiksel anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

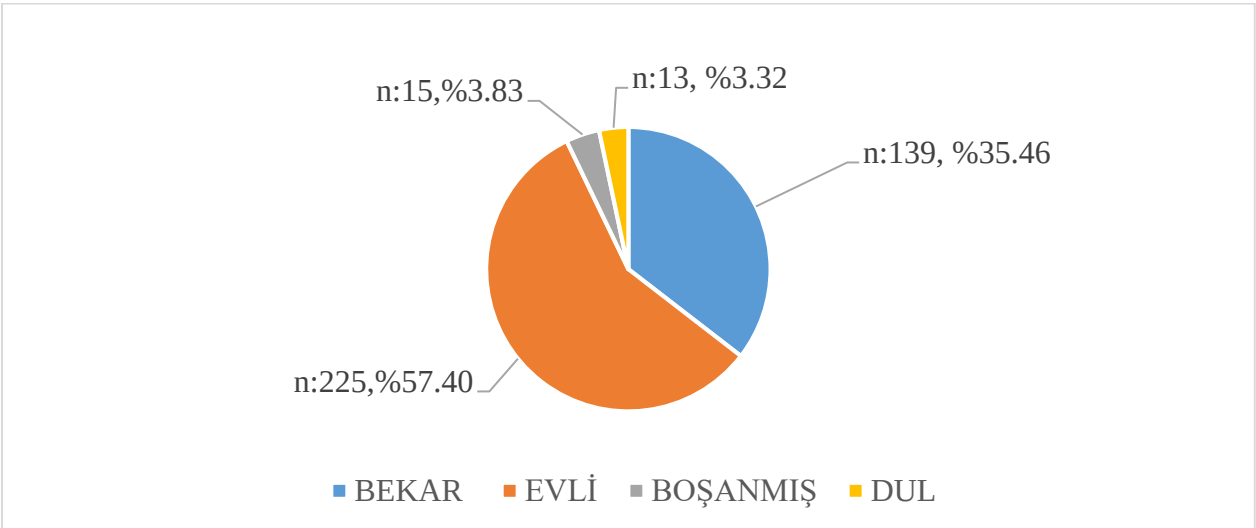
Katılımcıların 200'ü (%51,02) kadın, 192'si (%48,98) erkektir (Şekil 5). Katılımcıların 139'u (%35,46) bekar, 225'i (%57,40) evli ve 28'i (%7,15) dul veya boşanmıştır (Şekil 6). Çalışma grubundaki bireylerin mesleklerine göre dağılımı Şekil 7'de gösterilmiştir. Katılımcıların 69'u (%17,6) aktif olarak çalışmadığı, 5'inin (%1,28) okur yazar olmadığı, 36'sının (%6,38) ilkokul ve 25'inin (%6,38) ortaokul eğitim düzeyinde olduğu ve 84'ünün (%21,43) gelirinin giderinden az olduğu saptanmıştır. Sigara kullanımı incelendiğinde 155'inin (%39,54) sigara kullandığı saptanmıştır (Tablo 1).



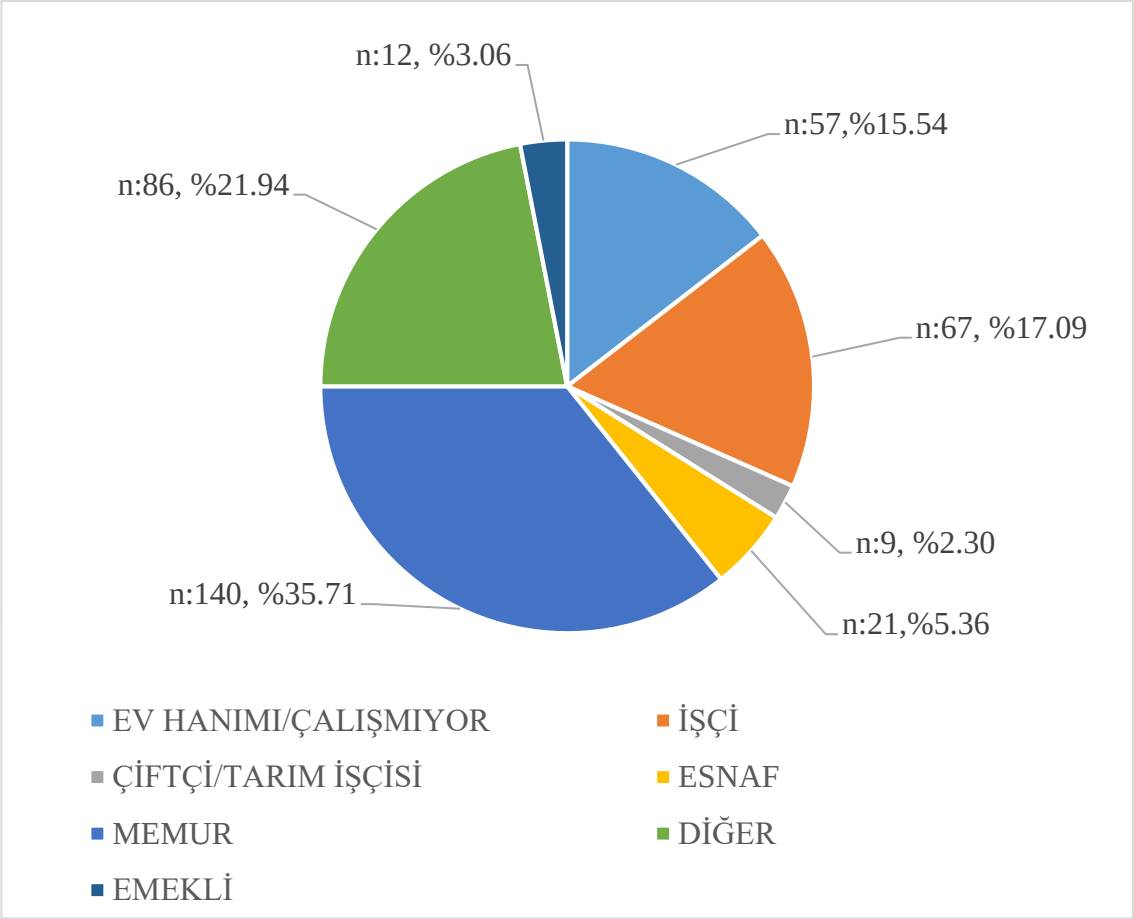
Şekil 5. Çalışma grubundaki bireylerin cinsiyetlerine göre dağılımı

Tablo 1. Katılımcıların demografik özellikleri

		Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	200	51,02
	Erkek	192	48,98
Medeni durum	Bekar	139	35,46
	Evli	225	57,40
	Boşanmış	15	3,83
	Dul	13	3,32
Meslek	Ev hanımı çalışmıyor	57	14,54
	İşçi	67	17,09
	Çiftçi tarım	9	2,30
	Esnaf	21	5,36
	Memur	140	35,71
	Diğer	86	21,94
	Emekli	12	3,06
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	5	1,28
	İlkokul	36	9,18
	Ortaokul	25	6,38
	Lise	106	27,04
	Üniversite ve üzeri	220	56,12
Ortalama aylık gelir	Geliri giderimden az	84	21,43
	Geliri giderimden eşit	207	52,81
	Geliri giderimden fazla	101	25,77
Sigara kullanıyor musunuz?	Hayır	220	56,12
	Evet	155	39,54
	Bıraktım	17	4,34



Şekil 6. Çalışma grubundaki bireylerin medeni durumlarına göre dağılımı



Şekil 7. Çalışma grubundaki bireylerin mesleklerine göre dağılımı

Katılımcıların 106'sının (%27,04) kronik hastalığı olduğu saptanmıştır. Kronik hastalık dağımı Tablo 2'de verilmiştir.

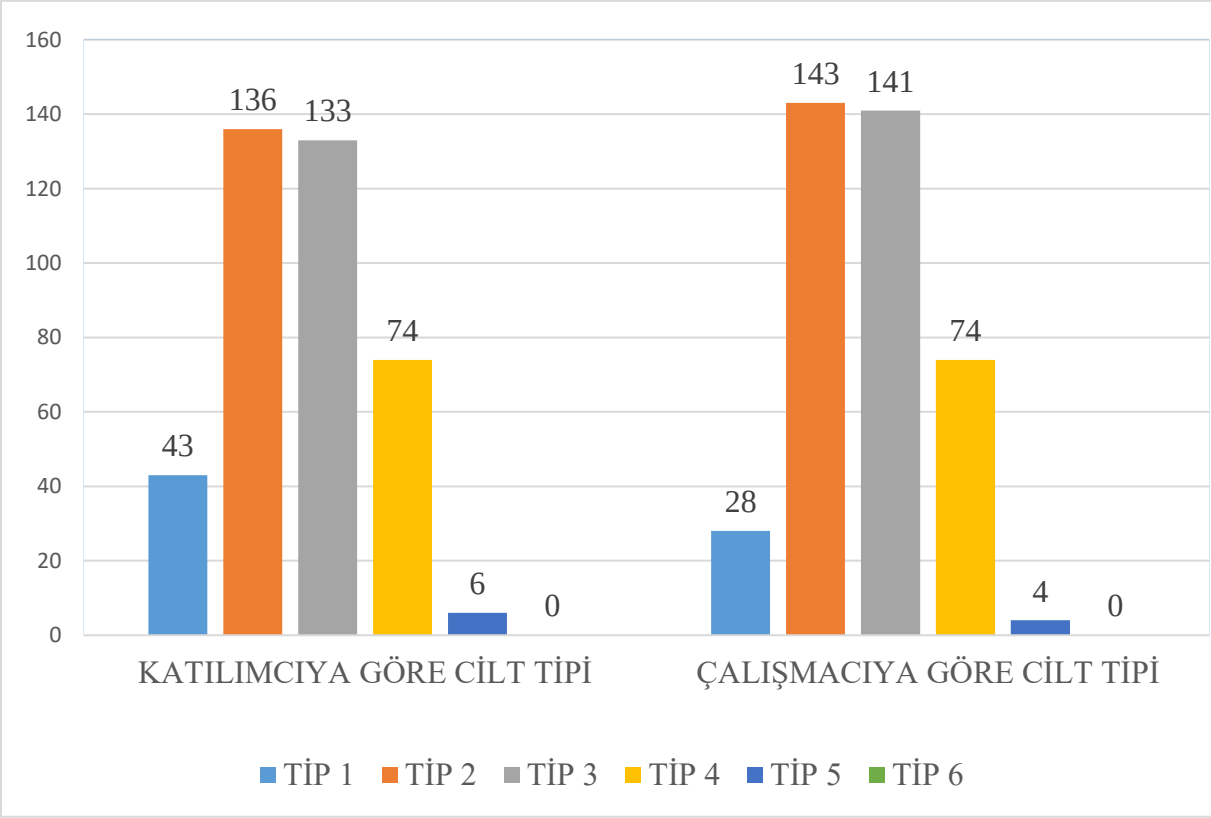
Tablo 2. Katılımcıların kronik hastalık dağılımı

		Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Düzenli ilaç alımınızı gerektirecek hastalık var mı?	Hayır	286	72,96
	Evet	106	27,04
Hipertansiyon	Hayır	343	87,50
	Evet	49	12,50
Diyabet	Hayır	361	92,09
	Evet	31	7,91
Kalp hastalığı	Hayır	368	93,88
	Evet	24	6,12
Diğer	Hayır	347	88,52
	Evet	45	11,48

Katılımcıların cilt tiplerini kendi ve çalışmacının değerlendirmesine göre değerlendirmesi Tablo 3 ve Şekil 8'de verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Fitzpatrick cilt tipi skalası dağılımı

		Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Katılımcıya göre cilt tipi	1	43	10,97
	2	136	34,69
	3	133	33,93
	4	74	18,88
	5	6	1,53
	6	0	0
Çalışmacıya göre cilt tipi	1	28	7,18
	2	143	36,67
	3	141	36,15
	4	74	18,97
	5	4	1,03
	6	0	0



Şekil 8. Çalışma grubundaki bireylerin Fitzpatrick cilt tipi skalasına göre dağılımı

Katılımcıların cilt tipi, göz rengi, doğal saç rengi, çil ve ben varlığı dağılımı Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların cilt ve ten özellikleri dağılımı

		Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Cilt tipinizi belirtiniz	Çok açık ten	22	7,48
	Açık ten	77	26,19
	Açık buğday ten	61	20,75
	Buğday ten	110	37,41
	Koyu kahve rengi	24	8,16
Göz renginizi belirtiniz	Ela	58	14,80
	Yeşil	57	14,54
	Mavi	28	7,14
	Kahverengi	200	51,02
	Koyu kahverengi	49	12,50
Doğal saç rengi	Kızıl	1	0,26
	Sarı	23	5,88
	Açık kahverengi	126	32,23
	Koyu kahverengi	131	33,50
	Siyah	110	28,13
Çilleriniz var mı?	Hayır	319	81,38
	Evet	73	18,62
Vücudunuzda benleriniz var mı?	Hayır	72	18,37
	Evet	320	81,63

Katılımcıların 174'ü (%44,39) güneş yanığı geçirdiği, 105'nin (%26,79) güneşe 2 saatten fazla maruz kaldığı saptanmıştır (Tablo-5).

Tablo 5. Katılımcıların güneş maruziyeti ve güneş yanığı öyküsü dağılımı

		Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Hayatınızın herhangi bir döneminde güneş yanığı geçirdiniz mi?	Hayır	218	55,61
	Evet	174	44,39
Güneşe gün içerisinde ne kadar maruz kalıyorsunuz?	1 saatten az	134	34,18
	1-2 saat arası	153	39,03
	2_Saatten_Fazla	105	26,79

Ailede cilt kanseri öyküsü 22 (%5,61) kişide bulunmaktadır. Katılımcıların 301'i (%76,79) güneşin cilt kanserine neden olabileceğini düşündüğü saptanmıştır (Tablo-6).

Tablo 6. Katılımcıların güneşin cilt kanseri yaptığını düşünme ve cilt kanseri aile öyküsü dağılımı

		Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Sizce güneş cilt kanserine sebep olur mu?	Hayır	91	23,21
	Evet	301	76,79
Ailede cilt kanseri tanısı olan var mı?	Hayır	370	94,39
	Evet	22	5,61

Güneşten korunmak için uygulanan yöntemler incelendiğinde sırasıyla en çok 186 (%47,45) geniş kenarlı şapka takma, 170 (%43,37) şemsiye kullanma, 164 (%41,84) koyu renk giysiler giyme, 141 (%35,97) kişi ile gölgede bulunma tercih edildiği saptanmıştır (Tablo-7).

Tablo 7. Güneşten korunmak için uyguladığınız yöntem / yöntemleri işaretleyiniz (Birden fazla cevap verilebilir.)

		Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Hiçbir koruyucu önlem almam.	Hayır	328	83,67
	Evet	64	16,33
Kapalı kıyafetler giyerim.	Hayır	343	87,50
	Evet	49	12,50
Geniş kenarlı şapka takarım.	Hayır	206	52,55
	Evet	186	47,45
Güneş gözlüğü takarım.	Hayır	380	96,94
	Evet	12	3,06
Şemsiye kullanırım.	Hayır	222	56,63
	Evet	170	43,37
Güneşten koruyucu ürün kullanırım.	Hayır	358	91,33
	Evet	34	8,67
Sıkı dokulu, uzun-ince giysiler giyerim	Hayır	276	70,41
	Evet	116	29,59
Açık renk giysiler giyerim.	Hayır	385	98,21
	Evet	7	1,79
Koyu renk giysiler giyerim.	Hayır	228	58,16
	Evet	164	41,84
Gölgede bulunmaya dikkat ederim.	Hayır	251	64,03
	Evet	141	35,97

Katılımcıların 236'sının (%60,20) güneş koruyucu kullandığı saptanmıştır. Güneş koruyucu kullanım sıklığı ve zamanı Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. Güneş kremi kullanma ve alışkanlık dağılımı

		Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Güneş koruyucu krem kullanıyor musunuz?	Hayır	156	39,80
	Evet	236	60,20
Güneşten koruyucu ürünleri yıl içerisinde ne sıklıkta uyguluyorsunuz?	Ara sıra	15	6,36
	Sadece yaz aylarında	63	26,69
	Yaz ve bahar aylarında	26	11,02
	Tüm yıl	77	32,63
	Sadece denize girerken	54	22,88
	Diğer	1	0,42
Güneş koruyucu kremi ne zaman kullanıyorsunuz?	Güneş altında	17	7,20
	Güneşe çıkmadan hemen önce	82	34,75
	Güneşe çıkmadan yarım saat önce	133	56,36
	Güneşlendikten sonra	2	0,85
	Diğer	2	0,85
Güneşten koruyucu ürünleri gün içinde ne sıklıkta yenilersiniz?	Yenilemem	80	34,19
	Sadece güneşe çıktığımda	93	39,74
	2 saatte bir	29	12,39
	4 saatte bir	29	12,39
	Diğer	3	1,28

Katılımcıların güneşten koruyucu krem alırken etkileyen faktörler dağılımı Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9. Güneşten koruyucu krem alırken etkileyen faktörler (Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir)

		Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Marka	Hayır	137	58,05
	Evet	99	41,95
Fiyat	Hayır	185	78,39
	Evet	51	21,61

Tablo 9 (Devam). Güneşten koruyucu krem alırken etkileyen faktörler (Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir)

		Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
SPF	Hayır	74	31,36
	Evet	162	68,64
Kokusu	Hayır	220	93,22
	Evet	16	6,78
Doktor tavsiyesi	Hayır	161	68,22
	Evet	75	31,78
Arkadaş tavsiyesi	Hayır	208	88,14
	Evet	28	11,86
İnternetten etkilenme	Hayır	226	95,76
	Evet	10	4,24
Deri tipime uygunluğu	Hayır	165	69,92
	Evet	71	30,08
Emilim düzeyi	Hayır	199	85,04
	Evet	35	14,96
Suya dayanıklılığı	Hayır	192	81,36
	Evet	44	18,64
Sosyal Medya	Hayır	226	95,76
	Evet	10	4,24

Güneş koruyucu krem tercihlerinin dağılımı Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10. Güneşten koruyucu krem faktör ve alınan yer dağılımı

		Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Kaç faktörlü güneşten koruyucu ürün tercih edersiniz?	Bilmiyorum	33	13,98
	30 Faktör altı	14	5,93
	30-50 Faktör arası	85	36,02
	50 Faktör den çok	104	44,07
Günlük hayatta en çok tercih ettiğiniz güneşten koruyucu ürünü nereden satın alırsınız?	İnternet	93	39,41
	Eczane	117	49,58
	Market	23	9,75
	Diğer	3	1,27

Güneşten koruyucu ürünü günlük hayatta uygulanan bölgelerin dağılımı Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11. Güneşten koruyucu ürünü günlük hayatta uygulanan bölgeler (Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir)

		Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Güneş gören her yerime	Hayır	316	81,23
	Evet	73	18,77
Yüz	Hayır	278	71,28
	Evet	112	28,72
Boyun omuz	Hayır	336	86,15
	Evet	54	13,85
Eller	Hayır	373	95,64
	Evet	17	4,36
Kollar	Hayır	350	89,97
	Evet	39	10,03
Bacaklar	Hayır	375	96,40
	Evet	14	3,60
Gövde	Hayır	386	98,97
	Evet	4	1,03
Kulaklar	Hayır	387	99,23
	Evet	3	0,77
Ayaklar	Hayır	390	100,00
	Evet	0	0,00
Diğer	Hayır	390	100,00
	Evet	0	0,00

Güneşten koruyucu ürünü günlük kullanmama nedenleri Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12. Güneşten koruyucu ürünü günlük kullanmama nedenleri (Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir)

		Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Yağlı olduğu için	Hayır	170	82,93
	Evet	35	17,07
Gözleri yaktığı için	Hayır	201	98,05
	Evet	4	1,95
Sivilceye neden olduğu için	Hayır	197	96,10
	Evet	8	3,90
Unuttuğum için	Hayır	181	88,29
	Evet	24	11,71
Zaman aldığı için	Hayır	190	92,68
	Evet	15	7,32
Vitamin D yetmezliğine neden olduğu için	Hayır	202	98,54
	Evet	3	1,46
Alışkanlığım olmadığı için	Hayır	74	36,10
	Evet	131	63,90
Gerekliliğine inanmadığım için	Hayır	168	81,95
	Evet	37	18,05
Pahalı olduğu için	Hayır	168	81,95
	Evet	37	18,05
Zararlı olabileceğini düşündüğüm için (kimyasal içerik)	Hayır	181	88,29
	Evet	24	11,71
Faydalı olmadığını düşündüğüm için	Hayır	194	94,63
	Evet	11	5,37
Diğer	Hayır	204	99,51
	Evet	1	0,49

Çalışmamıza katılanların DKGBÖ'den aldıkları puanların ortalaması 14,09±3,30 olarak saptanmıştır.

Cilt tipi ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,010). Farkı yaratan grubun saptanması amacı ile yapılan post hoc testinde tip 1-5, tip 2-4, tip 1-4 ve tip 1-3 arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

Çalışmacıya göre cilt tipi ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,010). Farkı yaratan grubun saptanması amacı ile yapılan post hoc testinde tip 1-5, tip 2-5, tip 2-4 arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

Cinsiyet ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Kadınların ölçek ortalama puanı 15,07±3,22 ve erkeklerin 13,08±3,08 olarak saptanmış olup kadın katılımcıların erkeklerden ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur.

Medeni durum ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,035). Farkı yaratan grubun saptanması amacı ile yapılan post hoc testinde dul olanların bekar, evli ve boşanmış katılımcılardan düşük puan aldığı saptanmıştır.

Meslek ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001). Farkı yaratan grubun saptanması amacı ile yapılan post hoc testinde emekli olan hastaların çiftçi hariç tüm katılımcılardan düşük puan aldığı saptanmıştır. Çiftçi olanların memur ve diğer meslek grubundakilerden daha düşük puan aldığı saptanmıştır.

Öğrenim durum ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Farkı yaratan grubun saptanması amacı ile yapılan post hoc testinde üniversite ve üzeri öğrenim durumu olanların, ilkokul ve okur yazar olmayanlardan yüksek puan aldığı saptanmıştır.

Hipertansiyon ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,048). Hipertansiyon hastası olanların olmayanlardan ölçek puanı daha düşük saptanmıştır.

Diyabet ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,009). Diyabet hastası olanların olmayanlardan ölçek puanı daha düşük saptanmıştır.

Kalp hastalığı ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,004). Kalp hastalığı hastası olanların olmayanlardan ölçek puanı daha düşük saptanmıştır.

Sigara kullanımı ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,005). Sigara kullananların kullanmayanlardan ölçek puanı daha düşük saptanmıştır.

Cilt tipi ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,006). Farkı yaratan grubun saptanması amacı ile yapılan post hoc testinde açık tenlilerin, buğday tenli ve koyu kahverengi tenlilerden ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır.

Vücudunda ben bulunması ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,045). Evet yanıtı verenlerin ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır.

Sizce güneş cilt kanserine sebep olur mu? Soru yanıtı ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Evet yanıtı verenlerin ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır.

Güneşten korunmak için şapka takma ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Evet yanıtı verenlerin ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır.

Güneşten korunmak için şemsiye kullanma ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Evet yanıtı verenlerin ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır.

Güneşten korunmak için sıkı dokulu, uzun-ince giysiler giyerim ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Evet yanıtı verenlerin ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır.

Güneşten korunmak için koyu renkte giysiler giyerim ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Evet yanıtı verenlerin ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır.

Güneşten korunmak için gölgede kalmaya dikkat etme ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,028). Evet yanıtı verenlerin ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır.

Güneş kremi kullanma ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Evet yanıtı verenlerin ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır.

Güneş kremini kullanma sıklığı ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001). Farkı yaratan grubun saptanması amacı ile yapılan post hoc testinde tüm yıl kullananların ölçek puanı diğer gruplardan daha yüksek saptanmıştır.

Güneş kremini gün içinde kullanma zamanı ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,013). Farkı yaratan grubun saptanması amacı ile yapılan post hoc testinde güneş altında kullananların ölçek puanı güneşe çıkmadan hemen önce süren ve güneşe çıkmadan yarım saat önce süren gruplardan daha düşük saptanmıştır.

Güneşten koruyucu krem alırken etkileyen faktör fiyat ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,005). Evet yanıtı verenlerin ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır.

Güneşten koruyucu krem alırken etkileyen faktör SPF ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Evet yanıtı verenlerin ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır.

Güneşten koruyucu krem alırken etkileyen faktör deri tipi uygunluğu ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Evet yanıtı verenlerin ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır.

Güneşten koruyucu krem alırken etkileyen faktör emilim düzeyi ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,011). Evet yanıtı verenlerin ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır.

Faktör tercihi ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Farkı yaratan grubun saptanması amacı ile yapılan post hoc testinde bilmiyorum yanıtı verenler diğer faktörlerden düşük ölçek puanı alırken 50 faktör üzeri yanıtını verenlerin diğer faktörlerden yüksek saptanmıştır.

Güneş gören her yere güneş kremi sürme ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,035). Evet yanıtı verenlerin ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır.

Yüze güneş kremi sürme ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Evet yanıtı verenlerin ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır.

Boyuna ve omza sürme ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,035). Evet yanıtı verenlerin ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır.

Kollara ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,010). Evet yanıtı verenlerin ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır.

Kulaklara sürme ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,012). Evet yanıtı verenlerin ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır.

Güneş kremi kullanmama nedeni olarak gözleri yakma ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,017). Hayır yanıtı verenlerin ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır.

Güneş kremi kullanmama nedeni olarak unutma ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,032). Hayır yanıtı verenlerin ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır.

Güneş kremi kullanmama nedeni olarak alışkanlığı olmama ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,039). Hayır yanıtı verenlerin ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır.

Bağımsız değişkenler ile DKGBÖ arasındaki ilişki Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13. Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeği ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması

		Ortalama ± Ss	Medyan (p25-75)	P
Katılımcıya göre Cilt tipi	Tip 1	14,98±2,82	15(12-17)	**0,010**
	Tip 2	14,54±3,16	14(12-16)	
	Tip 3	13,89±3,59	14(11-16)	
	Tip 4	13,32±3	13(1-15)	
	Tip 5	11,67±3,93	11,5(10-13)	

Tablo 13 (Devam). Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeği ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması

		Ortalama ± Ss	Medyan (p25-75)	P
Çalışmacıya göre Cilt tipi	Tip 1	14,36±2,97	14(12-17)	**0,014**
	Tip 2	14,64±3,14	15(12-16)	
	Tip 3	13,93±3,52	14(12-16)	
	Tip 4	13,32±3	13(11-15)	
	Tip 5	10,5±3,11	11,5(8,5-12,5)	
Cinsiyet	Kadın	15,07±3,22	15(13-17)	**<0,001**
	Erkek	13,08±3,08	13(11-15)	
Medeni durum	Bekar	14,06±3,66	14(12-16)	**0,035**
	Evli	14,22±3,08	14(12-16)	
	Boşanmış	14,53±2,88	15(13-16)	
	Dul	11,62±2,69	11(11-13)	
Meslek	Ev hanımı /çalışmıyor	13,68±2,71	14(12-15)	**0.001**
	İşçi	13,84±3,02	14(11-16)	
	Çiftçi tarım	11,89±2,37	12(11-13)	
	Esnaf	13,38±3,31	13(11-16)	
	Memur	14,66±3,6	14(12,5-17)	
	Diğer	14,49±3,15	14(12-17)	
	Emekli	10,83±2,72	11(9,5-12,5)	
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	10,2±2,17	10(10-11)	**<0,001**
	İlkokul	12,44±2,73	12(10,5-14,5)	
	Ortaokul	12,8±2,24	13(11-14)	
	Lise	12,96±2,99	13(11-15)	
	Üniversite ve üzeri	15,14±3,26	15(13-17)	
Ortalama aylık gelir	Geliri giderimden az	13,76±3,48	14(12-16)	0,219
	Geliri giderimden eşit	13,91±3,14	14(12-16)	
	Geliri giderimden fazla	14,74±3,42	14(12-17)	
Düzenli ilaç alımınızı gerektirecek hastalık var mı?	Hayır	14,22±3,26	14(12-16)	0,239
	Evet	13,74±3,39	14(11-16)	
Hipertansiyon	Hayır	14,23±3,3	14(12-16)	**0,048**
	Evet	13,1±3,14	13(11-15)	

Tablo 13 (Devam). Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeği ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması

		Ortalama ± Ss	Medyan (p25-75)	P
Diyabet	Hayır	14,24±3,24	14(12-16)	**0,009**
	Evet	12,42±3,61	12(10-15)	
Kalp hastalığı	Hayır	14,22±3,3	14(12-16)	**0,004**
	Evet	12,13±2,66	12(10,5-15)	
Diğer	Hayır	14,01±3,24	14(12-16)	0,218
	Evet	14,69±3,71	15(12-17)	
Sigara kullanıyor musunuz?	Hayır	14,47±3,31	14(12-17)	**0,005**
	Evet	13,77±3,27	14(11-16)	
	Bıraktım	12,06±2,38	12(11-13)	
Cilt tipinizi belirtiniz	Çok açık ten	14,55±3,14	15(12-17)	**0,006**
	Açık ten	15,47±3,08	15(13-17)	
	Açık buğday ten	14,34±3,54	14(12-17)	
	Buğday ten	13,9±3,39	14(11-16)	
	Koyu kahverengi	12,83±2,87	13(11-15)	
Göz renginizi belirtiniz	Ela	14,1±2,84	14(12-16)	0,937
	Yeşil	14±3,27	14(12-16)	
	Mavi	13,68±2,55	14(11,5-15)	
	Kahverengi	14,15±3,49	14(11-17)	
	Koyu kahverengi	14,2±3,54	14(12-16)	
Doğal saç rengi	Kızıl	17±,	17(17-17)	0,100
	Sarı	13,87±2,28	14(12-15)	
	Açık kahverengi	14,21±3,33	14(12-16)	
	Koyu kahverengi	14,5±3,47	15(12-17)	
	Siyah	13,47±3,19	14(11-15)	
Çilleriniz var mı?	Hayır	14,12±3,36	14(12-16)	0,892
	Evet	13,97±3,07	14(12-16)	
Vücudunuzda benleriniz var mı?	Hayır	13,46±2,38	13(12-15)	**0,045**
	Evet	14,23±3,46	14(12-17)	

Tablo 13 (Devam). Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeği ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması

		Ortalama ± Ss	Medyan (p25-75)	P
Hayatınızın herhangi bir döneminde güneş yanığı geçirdiniz mi?	Hayır	14,11±3,3	14(12-16)	0,951
	Evet	14,07±3,31	14(12-16)	
Ailede cilt kanseri tanısı olan var mı?	Hayır	14,15±3,33	14(12-16)	0,180
	Evet	13,18±2,77	13(11-15)	
Güneşe gün içerisinde ne kadar maruz kalıyorsunuz?	1 saatten az	14,13±3,35	14(12-16)	0,275
	1-2 saat arası	14,41±3,38	14(12-17)	
	2_Saatten_Fazla	13,58±3,09	14(11-16)	
Sizce güneş cilt kanserine sebep olur mu?	Hayır	12,81±2,9	13(11-15)	**<0,001**
	Evet	14,48±3,32	14(12-17)	
Güneşten korunmak için uyguladığınız yöntem / yöntemleri işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir.)				
Hiçbir koruyucu önlem almam.	Hayır	14,16±3,3	14(12-16)	0,303
	Evet	13,73±3,31	13,5(11-16)	
Kapalı kıyafetler giyerim.	Hayır	13,98±3,15	14(12-16)	0,137
	Evet	14,9±4,14	15(12-18)	
Geniş kenarlı şapka takarım.	Hayır	12,98±2,89	13(11-15)	**<0,001**
	Evet	15,32±3,3	15(13-17)	
Güneş gözlüğü takarım.	Hayır	14,06±3,3	14(12-16)	0,178
	Evet	15,25±3,31	15,5(13,5-18)	
Şemsiye kullanırım.	Hayır	13,19±3,04	13(11-15)	**<0,001**
	Evet	15,26±3,27	15(13-17)	
Güneşten koruyucu ürün kullanırım.	Hayır	14,14±3,24	14(12-16)	0,292
	Evet	13,56±3,9	14(11-16)	
Sıkı dokulu, uzun-ince giysiler giyerim	Hayır	13,68±3,24	13(11-15,5)	**<0,001**
	Evet	15,08±3,25	15(13-17)	
Açık renk giysiler giyerim.	Hayır	14,09±3,27	14(12-16)	0,837
	Evet	14±4,93	14(9-18)	

Tablo 13 (Devam). Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeği ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması

		Ortalama ± Ss	Medyan (p25-75)	P
Koyu renk giysiler giyerim.	Hayır	13,19±3,08	13(11-15)	**<0,001**
	Evet	15,35±3,19	15(13-17,5)	
Gölgede bulunmaya dikkat ederim.	Hayır	13,8±3,25	14(11-16)	**0,028**
	Evet	14,62±3,34	14(12-17)	
Güneş koruyucu krem kullanıyor musunuz?	Hayır	12,92±3	13(11-15)	**<0,001**
	Evet	14,87±3,26	15(13-17)	
Güneşten koruyucu ürünleri yıl içerisinde ne sıklıkta uyguluyorsunuz?	Ara sıra	12,87±3,64	13(10-16)	**0,001**
	Sadece yaz aylarında	14,79±3,08	14(13-17)	
	Yaz ve bahar aylarında	15,08±3,17	15(13-17)	
	Tüm yıl	15,97±3,31	15(14-18)	
	Sadece denize girerken	13,76±2,77	14(12-15)	
Güneş koruyucu kremi ne zaman kullanıyorsunuz?	Güneş altında	12,94±1,85	13(12-14)	**0,013**
	Güneşe çıkmadan hemen önce	14,52±3,13	14(12-17)	
	Güneşe çıkmadan yarım saat önce	15,36±3,35	15(13-18)	
	Güneşlendikten sonra	12±7,07	12(7-17)	
	Diğer	15,5±0,71	15,5(15-16)	
Güneşten koruyucu krem alırken sizi etkileyen faktörlerden size uygun olanları işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir.)				
Marka	Hayır	14,64±3,17	14(13-17)	0,216
	Evet	15,18±3,38	15(13-18)	
Fiyat	Hayır	14,57±3,24	14(13-17)	**0,005**
	Evet	15,96±3,16	16(14-18)	
SPF	Hayır	13,68±3,2	13,5(12-16)	**<0,001**
	Evet	15,41±3,16	15(13-17)	
Kokusu	Hayır	14,85±3,18	15(13-17)	0,517
	Evet	15,12±4,43	16(13-18)	

Tablo 13 (Devam). Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeği ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması

		Ortalama ± Ss	Medyan (p25-75)	P
Doktor tavsiyesi	Hayır	14,75±3,15	14(13-17)	0,331
	Evet	15,13±3,5	15(13-17)	
Arkadaş tavsiyesi	Hayır	14,85±3,26	15(13-17)	0,785
	Evet	15,04±3,36	15(13-16,5)	
İnternetten etkilenme	Hayır	14,9±3,28	15(13-17)	0,598
	Evet	14,1±3	14,5(13-16)	
Deri tipime uygunluğu	Hayır	14,15±3,05	14(12-16)	**<0,001**
	Evet	16,55±3,14	16(15-19)	
Emilim düzeyi	Hayır	14,67±3,26	14(13-17)	**0,011**
	Evet	16±3,22	16(14-18)	
Suya dayanıklılığı	Hayır	14,74±3,26	14(13-17)	0,149
	Evet	15,43±3,25	15(13,5-18)	
Sosyal Medya	Hayır	14,83±3,27	15(13-17)	0,431
	Evet	15,7±3,09	15,5(13-18)	
Kaç faktörlü güneşten koruyucu ürün tercih edersiniz?	Bilmiyorum	12,7±3,61	12(10-14)	**<0,001**
	30 Faktör altı	13,14±3,06	13(11-16)	
	30-50 Faktör arası	15,39±2,87	15(14-17)	
	50 Faktör den çok	15,37±3,16	15(13-17)	
Günlük hayatta en çok tercih ettiğiniz güneşten koruyucu ürünü nereden satın alırsınız?	İnternet	15,25±3,29	15(13-17)	0,336
	Eczane	14,66±3,31	14(13-17)	
	Market	14,26±2,63	14(13-16)	
	Diğer	16±5,29	18(10-20)	
Güneşten koruyucu ürünleri bir gün içinde ne sıklıkta yenilersiniz?	Yenilemem	14,74±3,06	15(13-16,5)	0,224
	Sadece güneşe çıktığımda	15,14±3,34	15(13-17)	
	2 saatte bir	14,69±3,23	15(13-17)	
	4 saatte bir	14,28±3,68	14(12-16)	
	Diğer	18,33±1,53	18(17-20)	

Tablo 13 (Devam). Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeği ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan (p25-75)	p
Güneşten koruyucu ürünü günlük hayatta vücudunuzda uyguladığınız bölgeleri işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir.)				
Güneş gören her yerime	Hayır	13,93±3,36	14(11-16)	**0,035**
	Evet	14,77±3,02	15(13-17)	
Yüz	Hayır	13,49±3,2	13(11-15)	**<0,001**
	Evet	15,56±3,12	15(13-18)	
Boyun omuz	Hayır	13,95±3,24	14(12-16)	**0,047**
	Evet	14,96±3,61	15(13-17)	
Eller	Hayır	14,02±3,26	14(12-16)	0,082
	Evet	15,65±4,05	16(13-18)	
Kollar	Hayır	13,93±3,25	14(12-16)	**0,010**
	Evet	15,54±3,55	16(13-18)	
Bacaklar	Hayır	14,05±3,31	14(12-16)	0,244
	Evet	15,21±3,24	14,5(13-18)	
Gövde	Hayır	14,09±3,31	14(12-16)	0,933
	Evet	13,5±4,04	14,5(10,5-16,5)	
Kulaklar	Hayır	14,05±3,29	14(12-16)	**0,012**
	Evet	19±1	19(18-20)	
Ayaklar	Hayır	14,09±3,31	14(12-16)	
	Evet	,±,	,(,-,)	
Diğer	Hayır	14,09±3,31	14(12-16)	
	Evet	,±,	,(,-,)	
Güneşten koruyucu krem kullanmama sebebiniz sizce nedir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir.)				
Yağlı olduğu için	Hayır	13,24±3,18	13(11-15)	0,325
	Evet	12,46±2,73	13(10-15)	
Gözleri yaktığı için	Hayır	13,17±3,09	13(11-15)	**0,017**
	Evet	9,5±2,08	9,5(8-11)	

Tablo 13 (Devam). Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeği ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan (p25-75)	p
Sivilceye neden olduğu için	Hayır	13,14±3,1	13(11-15)	0,262
	Evet	12,13±3,56	11,5(9-14)	
Unuttuğum için	Hayır	12,96±3,15	13(11-15)	**0,039**
	Evet	14,17±2,62	15(12-16)	
Zaman aldığı için	Hayır	13,05±3,07	13(11-15)	0,355
	Evet	13,8±3,73	14(11-17)	
Vitamin D yetmezliğine neden olduğu için	Hayır	13,06±3,07	13(11-15)	0,322
	Evet	15,67±5,77	19(9-19)	
Alışkanlığım olmadığı için	Hayır	12,43±2,56	12(11-14)	**0,039**
	Evet	13,48±3,34	13(11-16)	
Gerekliliğine inanmadığım için	Hayır	13,21±3,17	13(11-15)	0,329
	Evet	12,62±2,85	13(11-14)	
Pahalı olduğu için	Hayır	12,97±3,22	13(11-15)	0,062
	Evet	13,7±2,5	14(12-15)	
Zararlı olabileceğini düşündüğüm için (kimyasal içerik)	Hayır	13,04±3,14	13(11-15)	0,314
	Evet	13,58±2,9	14(12-15)	
Faydalı olmadığını düşündüğüm için	Hayır	13,12±3,12	13(11-15)	0,599
	Evet	12,73±3,2	12(10-15)	
Diğer	Hayır	13,1±3,12	13(11-15)	0,659
	Evet	14±,	14(14-14)	

Ss: Standart sapma

*Kruskall Wallis ve Mann Whitney-U

Yaş ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ancak anlamı önemsiz ters korelasyon saptanmıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Yaş ile ölçek puanı arası korelasyon

		Ölçek Puanı
Yaş	**R**	-0,183
	P	**<0,001**

*Spearman korelasyon testi

Katılımcıya göre cilt tipi ile cilt tipi arasındaki uyumun ölçülmesi amacı ile yapılan Cohen kappa testinde istatistiksel olarak anlamlı uyum bulunmuş olup kappa katsayısı 0,866 ile neredeyse mükemmel uyuşma görülmüştür (Tablo 15).

Tablo 15. Cilt tipi değerlendirmesi uyum testi

		Çalışmacıya göre cilt tipi				
		1,00	2,00	3,00	4,00	5,00
Cilt Tipi Katılımcı	1,00	**27**	14	1	1	0
	2,00	1	**125**	9	0	0
	3,00	0	4	**127**	1	0
	4,00	0	0	4	**70**	0
	5,00	0	0	0	2	**4**

*Cohen kappa testi

TARTIŞMA

Son yıllarda görülen küresel ısınma, iklim değişiklikleri ve atmosferde meydana gelen değişimler sonucunda yeryüzüne ulaşmakta olan UV miktarı her geçen gün artmaktadır. Zararlı güneş ışınlarının artması dışında insanların yaşam sürelerinin uzaması da maruziyeti daha da arttırmaktadır. Değişen koşullarla beraber bireylerin yaşam tarzları ve güzellik algıları da değişmekte olup bronzlaşma davranışları ve açık havada yapılan aktiviteler de artmaktadır. Tüm bunlar sonucunda da bireylerin güneşe maruziyeti artmaktadır (90).

İnsidansı dünya genelinde artmakta olan cilt kanserlerinin görülme ihtimali açık tenli, çok sayıda büyük benleri olan, uzun süre güneşe maruziyeti olan ve güneş yanığı öyküsü bulunanlarda daha fazla olarak bildirilmektedir (91). Genç bireylerde mortalite erken tanı ve tedaviyle azalmasına rağmen 65 yaş üzerindeki bireylerde mortalite artmaktadır. Diğer kanserlerde olduğu gibi cilt kanserinde de önemli olan korunma yöntemlerini bilmek ve uygulamak, erken tanı açısından bireylerin izlemlerini yaptırması ve şüpheli lezyon varlığında da hızlı bir şekilde uygun yöntemler yardımıyla tedavisinin yapılması gerekmektedir (92). Birinci basamak hekimlerinin toplum yönelimli olması ve süreklilik içeren kişi merkezli bakım sağlaması sebebiyle cilt kanserlerinin primer ve sekonder korunmasında en uygun konumda olduğu bildirilmiştir (93). Birinci basamak hekimlerine cilt kanseriyle ilgili eğitim verilerek yapılan bir çalışmada başarılı bir eğitim programının uygulanmasının cilt kanserinden kaynaklanan morbidite ve mortaliteyi azaltmada etkili olduğu, başarılı bir müdahalenin nüfus düzeyinde cilt kanseri üzerinde etki yaratma potansiyeli olduğunu göstermiştir (84).

Güneşten korunmak için olumlu davranışlar geliştirmek, UV radyasyona maruziyetin azaltılması cilt kanserlerinin önlenebilmesinde en önemli ve ilk sırada bilinmesi gereken

önlemler olup aile hekimleri bu konularla ilgili hastalarını bilgilendirip yakından takip edebilecek durumdadır. Çalışmamızda Edirne merkez nüfusunda cilt kanseri ve risklerine dair farkındalık düzeyinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamıza katılanların DKGBÖ'den aldıkları puanların ortalaması 14,09±3,30 olarak saptanmış olup bilgi düzeyi ortalama düzeyde bulunmuştur. Akgün'ün (94) Hatay'da birinci basamak hekimlerine başvuran yetişkinlerin cilt kanseriyle ilgili bilgi düzeylerini ve güneş ışınlarından korunma durumlarını araştırdığı bir çalışmada katılımcıların DKGBÖ'den aldıkları puan ortanca değeri 14 iken Necipoğlu ve ark.'nın (95) Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde yaşayan yetişkinlerde cilt kanseriyle güneş bilgisi ve davranışı arasındaki ilişkinin belirlenmesi için yaptıkları çalışmada alınan puan ortalaması 12,88±2,50 olarak bildirilmiştir. Altunkürek ve Kaya (96) tarafından ebeveynlerin cilt kanseri ve cilt öz muayenesi konusundaki bilgi ve anlayışlarının çocuklarını güneşten koruma davranışları ile ilişkisini incelediği bir çalışmada ise puan ortalaması 13,16±3,03 olarak saptanmıştır. Haney ve ark.'nın (89) 2018 yılında hemşirelik öğrencileriyle DKGBÖ'nün Türkçe geçerliliği için yapmış olduğu çalışmada ortalama puan yaklaşık 15 olarak bildirilmiştir. DKGBÖ'nün Avusturalya'da geçerlilik çalışmasını yapan Day ve ark.'nın (88) çalışmasında puan ortalaması yaklaşık olarak 18 saptanmıştır. Çalışmalarda ölçekten alınan ortalama puanlarındaki farklılıkların örneklem grubundakilerin yaşlarından ve yaşadıkları coğrafyalardan kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamıza 200'ü (%51,02) kadın, 192'si (%48,98) erkek olmak üzere toplam 392 kişi katılmıştır. Kadınların ölçek ortalama puanı 15,07±3,22 ve erkeklerin 13,08±3,08 olarak saptanmış olup kadınların bilgi düzeyleri erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Haney ve ark.'nın (89) yapmış olduğu çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde kadınların ölçek puan ortalaması 15,28±2,74, erkeklerin ölçek puan ortalaması 14,19±3,05 olarak saptanmış ve kadınların bilgi düzeyinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Yan ve ark.'nın (97), Rocholl ve ark.'nın (98), Altunkürek ve ark.'nın (96) çalışmalarında da kadınların bilgi düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Akgün'ün (94), Terzi'nin (99), Balcı ve ark.'nın (100) birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran yetişkinlerin güneşin zararlı etkileri ve korunma yolları konusunda bilgi, tutum ve davranışlarını incelediği çalışmada ise her iki cinsiyet arasında bilgi düzeyi açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Kadınların estetik algısı, kozmetik ilgileri nedeniyle deri ve güneş ile ilgili konulara erkeklerden daha duyarlı oldukları için bu konularla ilgili bilgi düzeylerinin daha yüksek olması beklediğimiz bir sonuçtur.

Çalışmamızda katılımcıların yaşı arttıkça bilgi düzeylerinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Literatür incelendiğinde bizim çalışmamızı destekleyen sonuçlar olduğu

görülmektedir. Terzi'nin (99) yapmış oldukları çalışmada genç yaştaki katılımcıların deri kanseri bilgileri yaşlılara göre daha yüksek bulunmuştur. Ergin ve ark.'nın (101) Denizli'de aile sağlığı merkezine başvuran hastaların güneşin sağlığa etkisini incelediği bir çalışmada yaş artışıyla bilgi düzeyinin azaldığı bildirilmiştir. Balcı ve ark.'nın (100), Yan ve ark.'nın (97) çalışmalarında da yaş ilerledikçe bilgi düzeyinin azaldığı gösterilmiştir. Haney ve ark.'nın (89) çalışmasında ise yaş arttıkça bilgi düzeyinin arttığı bulunmuştur. Bu çalışma hemşirelik öğrencileriyle yapıldığı için hem daha kısıtlı bir yaş aralığını kapsamakta hem de sağlık ile ilgili bilgi düzeylerinin tecrübeden, deneyimden etkilenmekte olduğu için böyle bir sonuç elde edildiğini düşünmekteyiz. Deri kanserlerinin sıklığı yaşa bağlı olarak artış göstermektedir (102). Bu nedenle orta ve ileri yaştaki bireylerin deri kanserleriyle ilgili bilgi düzeylerinin arttırılması ve farkındalıkların sağlanması önemli iken yapılmış olan pek çok çalışmada yaş arttıkça bilgi düzeylerinin azaldığı gösterilmiştir (94, 103). Yaş arttıkça kognitif fonksiyonların azalması, mevcut bilgilerin unutulması, öz bakımın azalması bireylerin deri kanseriyle ilgili bilgi düzeylerinin düşük olmasının nedeni olabileceği gibi bireylerin yaşının ilerlemesiyle önem sıralamalarının değişmesi sonucunda da deri kanserlerine gereken ilgiyi göstermiyor olabilirler. Bu nedenle özellikle orta ve ileri yaştaki bireylere deri kanserleriyle ilgili bilgilendirmelerin yapılması ve farkındalıklarının arttırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda katılımcıların %57,4'ü evli, %35,46'sı bekar, %35,71'i memur, %14,54'ü ev hanımı, %3,06'sının emekli, %2,3'ünün çiftçi olduğu ve eğitim düzeyi incelendiğinde ise %56,12'sinin üniversite, %27,04'ünün lise mezunu olduğu bulunmuştur. DKGBÖ'den aldıkları puanlar incelendiğinde ise dul olanların, emeklilerin ve çiftçilerin bilgi düzeyleri anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. Üniversite ve lise mezunları arasında bilgi düzeyi açısından anlamlı farklılık bulunmazken üniversite mezunu olanların bilgi düzeyi ilkokul mezunu ve okuryazar olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Literatür incelendiğinde farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Bireylerin eğitim durumlarının bilgi düzeylerini etkilediği bilinmektedir. Balcı ve ark.'nın (100) yapmış olduğu çalışmada sekiz yıldan daha fazla eğitim gören bireylerin daha az eğitim görenlere göre bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde Gündoğdu'nun (104), Yan ve ark.'nın (97), Terzi'nin (99) çalışmalarında da eğitim seviyesi yüksek olanların bilgi düzeylerinin de daha yüksek olduğu saptanmıştır. Haney ve ark.'nın (89) yapmış olduğu çalışmada medeni durum ve çalışma durumunun bilgi düzeyi ile arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Yapılan bazı çalışmalardaysa bekar bireylerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (94). Literatürdeki bu farklı sonuçların olmasının nedeni çalışmaya katılan popülasyonların birbirinden farklılık göstermesinden kaynaklanıyor olabilir.

Bireylerin açık tenli olması, açık renkli gözlerinin bulunması, kızıl saçlar ve çillere sahip olunması deriyi güneşe karşı daha hassas hale getirdiği için deri kanseri riskini arttırmaktadır. Fakat bu özellikler nedeniyle daha koyu ten rengi olanların deri kanseri olmayacağı anlamına gelmemekle beraber koyu tenlilerde deri kanserine yakalandığında mortalite oranları açık tenlilere göre daha yüksek olarak bildirilmiştir (105). Çalışmaların yapıldığı popülasyonlara göre deri fenotipleri değişiklik göstermektedir. Uslu ve ark.'nın (106) hekimlerle yaptığı bir çalışmada katılımcıların %51'i tip 2 deri fenotipine sahip iken Kahraman ve ark.'nın (107) aile sağlığı merkezlerine başvuran kişilerin güneş ışınları ve deri kanseri hakkında bilgi düzeylerini araştırdıkları bir çalışmada bu oran %35,8 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda katılımcılara kendilerini Fitzpatrick cilt skalasına göre sınıflamaları istenmiş olup çalışmacının sınıflaması ile karşılaştırıldığında uyumun ölçülmesi amacıyla yapılan Cohen kappa testinde istatistiksel olarak anlamlı uyum bulunmuş olup kappa katsayısı 0,866 ile neredeyse mükemmel uyuşma görülmüştür. Çalışmacıya göre katılımcıların cilt tipi Fitzpatrick cilt tipi skalasına göre bakıldığında %36,67'si tip 2, %36,15'i tip 3,%18,97'si tip 4, %7,18'i de tip 1, %1,03'ü tip 5 olarak saptanmıştır. Literatür incelendiğinde cilt tipiyle bilgi düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Sümen ve ark.'nın (108) yapmış olduğu çalışmada cilt tipi 4 ve 5 olanların bilgi düzeyleri daha yüksek bulunurken Çelik ve ark.'nın (109), Kasar ve ark.'nın (110) yaptıkları çalışmalarda cilt tipiyle bilgi düzeyi arasında ilişki saptanamamıştır. Yine benzer şekilde Haney ve ark.'nın (89), Kirag ve ark.'nın (111) yaptığı çalışmalarda da ten rengi ile bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Kahraman'ın (107) çalışmasında ise açık ten rengi olanların bilgi seviyeleri koyu tenlilere göre anlamlı olarak daha yüksek bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise cilt tipi 1 olan bireylerin tip 5 olanlara göre, tip 2 olanların tip 5 olanlara göre ve tip 2 olanların da tip 4 olanlara göre bilgi düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Diğer bir deyişle açık tenlilerin, buğday tenlilerden ve koyu kahverengi tenlilerden bilgi düzeyleri daha yüksek saptanmıştır. Güneş ışınlarından daha kolay etkilenen cilt tipine sahip bireylerin kendilerini korumak için daha fazla bilgi edinmek zorunda olduklarını düşünmekteyiz. Çalışmalarda farklı sonuçların olmasının nedeni katılımcıların yaşadığı coğrafi bölgeler, genetik yapılar başta olmak üzere pek çok faktörden etkilendiği için homojen cilt tipi dağılımı olmamasından kaynaklanıyor olabilir. Bununla birlikte ülkemizde yüksek riskli cilt tipleri daha az bulunduğu için bireylerin cilt kanseri hakkında bilgileri de istenilen seviyede olmadığı görülmekte olup bununla ilgili farkındalık çalışmalarının arttırılması gerektiğini önermekteyiz.

Çalışmamızda katılımcıların %37,41'i buğday tenli, %63,52'sinin gözleri kahve ve koyu kahverengi, %65,73'ünün doğal saç rengi açık ve koyu kahverengi olarak tespit edilirken

%18,62'sinin çilleri ve %81,63'ünün de vücudunda benleri bulunmaktaydı. Beni olanların bilgi düzeyi daha yüksek bulunurken göz renginin, doğal saç renginin, çillerin varlığının bilgi düzeyini etkilemediği saptanmıştır. Çalışmamızı destekler nitelikte Haney ve ark.'nın (89) çalışmasında da saç rengi ve göz renginin, çillerin bulunmasının bilgi düzeyleriyle ile ilişkisi bulunamamıştır.

Literatür incelendiğinde ailede cilt kanseri bulunma öyküsü oranları ve öykü ile bilgi düzeyi ilişkisini araştıran çalışma sonuçlarında farklılıklar bulunmaktadır. Ailede cilt kanseri tanısı oranları incelendiğinde Ağadayı ve ark.'nın (53) aile sağlığı merkezine başvuran hastaların güneşten korunma hakkındaki tutumlarını incelediği araştırmasında bu oran %3,7 olarak bulunurken Dağ ve ark.'nın (112) açık alanda çalışan işçilerde cilt kanserinden korunma konusunda bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada %1,6, Alataş ve ark.'nın (113) akademik personelin güneşten korunma ve güneş kremi kullanımlarına ilişkin bilgi, tutum ve alışkanlıklarını değerlendirdiği bir çalışmada %2,7, Çınar ve ark.'nın (114) hemşirelik öğrencilerinin güneşten korunmalarıyla ilişkili davranışlarının belirlenmesini inceleyen araştırmasında %1,8, İslamoğlu ve ark.'nın (115) tıp fakültesi öğrencilerinin güneşten korunmayla ilgili bilgi, tutum ve görüşlerini değerlendirdiği çalışmasında %3,2, Görig ve ark.'nın (116) Almanya'daki ergenler ve yetişkinlerde güneşten korunma davranışlarını incelediği çalışmasında ise %3,6 olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise ailede cilt kanseri öyküsü olanların oranı %5,61 olarak saptanmıştır. Ailede cilt kanseri tanısı olma durumu ile bilgi düzeyleri arasındaki çalışmalar incelendiğinde ise Patel ve ark.'nın (117) tıp fakültesi öğrencileriyle yapmış olduğu bir çalışmada ailede cilt kanseri öyküsü olanların bilgi düzeyleri daha düşük bulunurken yine sağlık çalışanlarıyla yapılan Yurtseven ve ark.'nın (118), Kudubes ve ark.'nın (119) çalışmalarında aile öyküsü olanların bilgi düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Haney ve ark.'nın (120) yaptığı çalışmada ise aile öyküsü varlığının bilgi düzeyini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Bizim çalışmamızda da bu sonucu destekler nitelikte ailede cilt kanseri öyküsü olma durumu ile bilgi düzeyi arasında anlamlı farklılık saptanamamıştır. Ailede kanser öyküsü varlığında bilgi düzeylerinde artış olması beklediğimiz bir sonuç iken elde ettiğimiz sonucun nedeni cilt kanserlerinin genellikle yaşamın ileri yaşlarında görüldüğü için tanı alan kişilerde kanser dışında pek çok ek hastalıkları da olduğu için genellikle hastaların bu ek hastalıklara bağlı yakınmalarının ön planda olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bununla birlikte cilt kanserleri diğer kanserler kadar sık görülmediği için tanı konduktan sonra da hastaların çoğunluğunda ani ve mortal bir tablo seyretmediği için aile yakınları tarafından önemsenmemiş olabilir.

Buraya kadar bahsettiklerimiz cilt kanserinin değiştirilemez risk faktörleri ile ilgili bölümdür. Değiştirilebilir risk faktörleriyle ilgili bireylerin yeterli bilgilerinin sağlanması ve farkındalıklarının arttırılmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızda katılımcıların %76,79'unun güneşin cilt kanserine neden olabileceğini düşündüğü saptanmış olmasına rağmen %44,39'unun hayatının herhangi bir döneminde güneş yanığı geçirdiği öğrenilmiştir. Güneşin cilt kanserine neden olabileceğini düşünenlerin bilgi düzeyi anlamlı olarak yüksek olmasına rağmen güneş yanığı geçirme oranlarının da yüksek olduğu göz önüne alındığında güneşin zararlı etkilerinin bilinmesine rağmen bireylerin gerekli koruyucu önlemleri almadıklarını düşünmekteyiz. Haney ve ark.'nın (89), Kirag ve ark.'nın (111) çalışmasında da çalışmamıza benzer şekilde güneşin cilt kanserine neden olduğunu düşünenlerin bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Güneş yanığı geçirenlerin oranları incelendiğinde Aile Hekimlerinin güneşten korunma davranışları ve deri kanserine yönelik koruyucu hekimlik uygulamalarını inceleyen Oğrum ve ark.'nın (121) yapmış olduğu çalışmada bu oran %45,1, Alataş ve ark.'nın (113) çalışmasında %46,3 bulunurken Cercato ve ark.'nın (122) İspanya'da yapmış olduğu çalışmada %67,2 olarak bulunmuştur. Kudubes ve ark.'nın (119), Çelik ve ark.'nın (109), Koçak'ın (123) yapmış oldukları çalışmalarda yaşamlarının herhangi bir döneminde güneş yanığı geçirenlerin bilgi düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiş iken Karlson ve ark.'nın (124) çalışmasında güneş yanığı geçirmiş olmanın güneşten korunmada etkisi olmadığını vurgulamıştır. Bizim çalışmamızda hayatının herhangi bir döneminde güneş yanığı geçirdiği saptanmış olan bireylerin bilgi düzeyini etkilemediği saptanmıştır. Bunun nedeni geçirilen güneş yanıklarının ciddi düzeyde olmaması olabileceği gibi güneş yanığının önemli bir risk faktörü olduğunun farkında olmamaları da olabilir. Ama sonuç olarak bilgi düzeyleri yeterli de olsa bireylerin korunma davranışlarına bu bilgiyi aktaramadıklarını düşünmekteyiz. Bu konu ile ilgili farkındalıkların arttırılması, sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi, bilgilerin rutin hayata aktarılmasının sağlanması ile ilgili çalışmalar yapılmasını önermekteyiz.

Çalışmamızda katılımcıların gün içerisinde güneşe maruziyet kaldıkları süre incelendiğinde %39,03'ünün 1-2 saat arası, %34,18'inin 1 saatten az, %26,79'unun da 2 saatten fazla kaldıkları saptanmış olup her 3 grubun bilgi düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Literatür incelendiğinde katılımcıların güneşe maruziyet süreleri için belirlenen saat aralıklarının farklılık gösterdiği görülmektedir. Balcı ve ark.'nın (100) yapmış olduğu bir çalışmada katılımcıların %67'sinin 3 saat ve daha az güneşe maruz kaldığı saptanırken Dağ ve ark.'nın (112) Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde açık alanda çalışan işçilerle yaptığı bir çalışmada işçilerin %38,5'inin 4-7 saat arasında, %50,6'sının 8 saat süresince güneşe maruziyetinin olduğu bildirilmiştir. Çalışmanın yapıldığı bölge kadar kimlere

yapıldığına göre de oranlarda değişiklik olduğu görülmektedir. Sümen ve ark.'nın (108) yaptığı çalışmada güneşe maruziyeti kısa olan bireylerin bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmuşken güneşten korunma açısından aralarında farklılık tespit edilememiştir. Kirag ve ark.'nın (111) çalışmasında da iki saat ve daha fazla güneşe maruziyeti olanların bilgi düzeyleri anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Çalışmamızda bireylerin güneşe maruziyet sonucunda gelişebilecek sonuçlar hakkında yeterli bilgi sahibi olduğu görülmektedir. Ancak çalışmamıza katılanların güneşten korunmak için hiçbir koruyucu önlem almayanların oranı %16,33 olarak bulunmuştur. Bu oranın azımsanmayacak bir oran olduğu görülmektedir. Bu nedenle bilgi kadar bilginin davranışa geçirilmesi konusunun da çok önemli olduğunu vurgulamak isteriz. Yapılacak çalışmaların bu konu üzerinde yoğunlaşması gerektiği ve yapılması, uygulanması gereken davranışların bireylerin hayatına entegre edilmesinin sağlanması gerektiği kanaatindeyiz. Güneşten korunmak için en az bir koruyucu önlem alanların oranları incelendiğinde Güler'in (125) Edirne merkezindeki yetişkinlerde cilt kanseri riski ve korunma davranışlarını incelediği çalışmasında bu oran %94, İslamoğlu ve ark.'nın (115) çalışmasında %98,9, Görig ve ark.'nın (116) çalışmasında %91,7 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda koruyucu önlem almayanların oranı literatüre göre daha yüksek bulunmuş olup bunun nedenini bilgiden daha çok bireylerin davranışlara aktarma konusunda sorun yaşamalarına bağlıyoruz. Bu nedenle güneşten korunmak için davranış programlarının geliştirilerek alışkanlık kazanılmasıyla ilgili çalışmalar yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamıza katılanların güneşten korunmak için uyguladıkları yöntemler incelendiğinde en sık %47,45 oranıyla geniş kenarlı şapkalar taktıkları öğrenilmiştir. Bunu %43,37 oranıyla şemsiye kullanımı, %41,84 oranıyla koyu renkli giysiler giyme, %35,97 oranıyla gölgede bulunmaya dikkat etme, %29,59 oranıyla sıkı dokulu, uzun-ince giysiler giyme takip etmekteydi. Güneşten koruyucu ürün kullananların oranı ise %8,67 olarak saptanmıştır. Ayrıca güneşten korunma yöntemlerini tercih edenlerin bilgi düzeyleri de tercih etmeyenlere göre anlamlı derece yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde çalışmaların yapıldığı bölgelere ve popülasyona göre güneşten korunmak için uygulanılan yöntemlerin değişiklik gösterdiği görülmektedir. Oğrum ve ark.'nın (121) yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %41,8'inin şapka, %35,2'sinin uygun giysi, %17,6'sının da şemsiye kullandığı bildirilmiştir. Alataş ve ark.'nın (113) araştırmasında %45,2'sinin şapka kullandığı, Terzi'nin (99) çalışmasında %31,4'ünün kapalı giysi tercih ettiği, %6,5'inin şemsiye kullandığı saptanmıştır. Ağadayı ve ark.'nın (53), Çınar ve ark'nın (114) araştırmalarında ise şapka ve şemsiye kullanımının en az tercih edilen yöntemler olduğu bildirilmiştir. Yurtseven ve ark.'nın (118), Ergin ve ark.'nın (101), Uslu ve ark.'nın (106), Güler'in (125) yapmış oldukları

çalışmalarda en çok tercih edilen yöntem ise gölgede kalmak olarak belirtilmiştir. Çin'de ve Avusturalya'da yapılmış olan araştırmalarda en sık kullanılan güneşten korunma yöntemi güneş kremi kullanmakken İspanyol bisikletçilerinin en sık şapka ve güneş gözlüğü takmayı tercih ettikleri belirlenmiştir (126-128). Cheng ve ark.'nın (126) Pekin'de gerçekleştirdiği bir çalışmada ise şemsiye kullanımı oranı %45,4 olarak saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda koruyucu önlemlerin sıklığının değişmesinin nedeni çalışma popülasyonların yaşadığı bölgeler, kültürel farklılıklar, yaş ve cinsiyet dağılımlarındaki farklılıklardan kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamıza katılanların %60,2'si güneş koruyucu krem kullanmakta iken kremi yıl boyunca kullananların oranı %32,63 olarak saptanmıştır. %26,69'u kremi sadece yaz aylarında, %22,88'i de sadece denize girerken kullandığını belirtmiştir. Ayrıca %56,36'sı güneş koruyucu kremi güneşe çıkmadan yarım saat önce, %34,75'i de güneşe hemen çıkmadan hemen önce kullanmaktaydı. Güneşten koruyucu kremleri gün içerisinde ne sıklıkta yeniledikleri sorgulandığında ise %39,74'ü sadece güneşe çıktığında, %34,19'u da hiç yenilemediğini bildirmiştir. Bu oranlar hem güneş koruyucu krem kullanımının az olduğunu hem de ürünlerin nasıl kullanılması gerektiğiyle ilgili yeterli bilginin olmadığını bize göstermektedir. Tüm yıl güneş kremi kullananların bilgi düzeyleri anlamlı düzeyde yüksek bulunurken kremi güneş altında kullananların güneşe çıkmadan hemen önce süren ve güneşe çıkmadan yarım saat önce sürenlere göre bilgi düzeyleri daha düşük saptanmıştır. Güneş kremi kullanma oranları incelendiğinde Ağadayı ve ark.'ı (53) yaptığı çalışmada bu oranı %54,4 olarak bulmuşken Terzi'nin (99) %44,3, Güler'in (125) %61,8 olarak bulmuştur. Her gün düzenli güneş kremi kullanma oranları incelendiğinde Ağadayı ve ark.'nın (53) yapmış olduğu çalışmada bu oran %16,2, Güler'in (125) %13,2, İslamoğlu ve ark.'ı (115) %11,8, Oğrum ve ark.'ı (121) da %15,4 olarak bildirmiştir. Terzi'nin (99) yapmış olduğu araştırmada katılımcıların %81,2'si güneşe çıkmadan yarım saat önce güneş kremini kullanırken iki saatte bir düzenli olarak yenileyenlerin oranı %8,3 olarak saptanmıştır. Balcı ve ark.'ı (100) ise iki saatte bir düzenli olarak yenileyenlerin oranını %12, olarak bildirmiştir. Çalışmamızda kullanım oranları literatürle paralellik göstermesine rağmen genel olarak incelendiğinde kremlerin tüm yıl boyunca kullanılması gerektiği, sürülme zamanı, yenilenme süreleri gibi bilgilerde bireylerin yetersiz kaldığı görülmektedir.

Çalışmamıza katılanların güneşten koruyucu krem alırken etkilendikleri faktörler incelendiğinde %68,64 oranıyla en sık SPF düzeyine göre tercih ettikleri saptanmıştır. Bunu %41,95 oranıyla kremin markası, %31,78 oranıyla doktorun tavsiyesi, %30,08 oranıyla deri tipine uygunluğu, %21,61 oranıyla da fiyatının etkilediği tespit edilmiştir. Katılımcıların

%44,07'si güneşten koruyucu krem olarak 50 faktörden çok olanları tercih ederken yaklaşık yarısı bu ürünleri eczaneden aldığını belirtmiştir. Güneşten koruyucu krem alırken SPF, fiyat, deri tipi uygunluğu, emilim düzeyini öncelikle tercih edenlerin bilgi düzeyleri anlamlı olarak yüksek bulunmuş olup kremi 50 faktör üzeri tercih edenlerin de bilgi düzeyleri anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Güneşten koruyucu krem alırken etkilenilen faktörler incelendiğinde Özkan ve ark.'nın (129) yapmış olduğu çalışmada %79 oranında SPF'ye göre iken, Ağadayı ve ark.'ı (53) %68,9'u SPF'ye göre ve %42,3'ü markaya göre, Güler (125) %77,1'i SPF'ye göre, Alataş ve ark.'ı (113) %69,6'sı SPF'ye göre, %54,8'i markaya göre ve %25,6'sı da doktor tavsiyesine göre tercih edildiğini bildirmişlerdir. Hekim tavsiyelerine göre tercih edenlerin oranının arttırılması gerektiğini düşünmekteyiz. Bu nedenle hekimler hastalarının cilt tipine, ışığa duyarlılık durumuna, mesleğine, açık havada uyguladıkları hobilerine ve allerji öykülerine göre bütün bir şekilde değerlendirme yaparak hastaları için en ideal güneş koruyucu krem önerisinde bulunması gerekmektedir. Hekimin tüm bunları değerlendirerek hastasına da yeterli bilgiyi verdiğinde bireylerin güneş koruyucu kremlerden en etkin şekilde yararlanacaklarını ve olması gerektiği gibi bunu bir alışkanlığa çevirerek hayatlarına entegre edeceklerine inanmaktayız.

Çalışmamıza katılanların güneşten koruyucu ürünü günlük hayatta uyguladıkları bölgeler incelendiğinde %28,72 oranıyla en sık yüz bölgesine uyguladıkları saptanmıştır. Bunu %18,77 oranıyla güneş gören her yerime cevabı takip etmekte iken gövde, kulak ve ayaklar en az uygulanılan bölgeler olarak belirlenmiştir. Güneş kremini yüzüne, güneş gören yerlerine, kollara, boyuna ve omuza, kulaklarına sürenlerin diğerlerine göre bilgi düzeyleri anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde Terzi'nin (99) araştırmasında güneş kremini en çok yüz bölgesine sürenler oranı %70,2 bulunurken bu oran Kaymak ve ark.'nın (130) çalışmasında %32,4 olarak bildirilmiştir. Köktürk ve ark.'nın (131) çalışmasında da krem en fazla yüze sürülürken en az bacaklara sürüldüğü saptanmıştır. Güneşin zararlı etkilerinden yüz bölgesi etkilendiğinde güzellik algısı bozulacağı ve direkt görülebilir olması nedeniyle de bu durumdan bireyin etkileneceği düşünüldüğünde en sık yüz bölgesine uygulanması beklenilen bir sonuçtur. Yapılan çalışmalarda cilt kanseri ve güneşle ilgi bilgi düzeyi yüksek olanların güneşten koruyucu ürünleri kullandıkları gösterilmiştir (100, 132).

Çalışmamızda katılımcılara güneşten koruyucu krem kullanmama sebepleri sorulduğunda %42,86 oranıyla en sık cevap alışkanlıklarının bulunmadığı olarak belirtilmiştir. Bunu %18,37 oranıyla gerekliliğine inanmamaları, %10,20'si unuttukları için ve zararlı olabileceğini düşündükleri için, %8,16'sı da faydalı olduğuna inanmadıkları için cevabını takip etmekteydi. Alışkanlıklarının bulunmadığını belirten kullanıcılar ile unuttukları için

kullanmadıklarını belirtenlerin bilgi düzeyleri anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Elde ettiğimiz bu sonuç bize bilgi düzeyleri kadar bilginin davranışa aktarılma konusunun da çok önemli olduğunu bir kez daha göstermektedir. Literatür incelendiğinde Ağadayı ve ark.'nın (53) yapmış olduğu çalışmada güneş kremi kullanmayanların %24,1'i bunun nedenini unuttukları için diye belirtirken Döner ve ark.'ı (133) katılımcıların %33,5'inin faydalı ve gerekli bulmadığını ve %23,1'inin de unuttukları için olarak bildirmiştir. Terzi'nin (99) ise %61,8'inin alışkanlıklarının bulunmamasını en sık neden olarak belirtirken Güler'in (125) de %68,7 oranla bu bulguyu desteklemişlerdir.

Sonuç olarak çalışmamızda katılımcıların cilt kanseri ve güneş sağlığı ile ilgili bilgileri ortalama düzeyde tespit edilmiş olup halkın bu konuyla ilgili bilgilerinin arttırılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Bireylerin bilgilendirilmesi için seminerler düzenlenmeli, kamu spotları hazırlanmalıdır. Bununla birlikte güneşin etkileri ve korunma yöntemleriyle ilgili bilinçli bir nesilin gelişmesi için çocukluktan başlayarak eğitim müfredatına da eklenmelidir. Diğer yandan bireylerin ilk temas noktası aile hekimliği olduğu için aile hekimlerinin toplumun bilinçlenmesi, farkındalığının artması, davranışlara yansıtmalarında desteklenmesi açısından çok önemli bir yere sahip olduğunu düşünmekteyiz. Aile hekimlerinin kendine bağlı popülasyonlarını bilgilendirebilmesi, takip edebilmesi için belirli aralıklarla hizmet içi eğitim, kurs vb. planlamalarla bilgilerinin güncelliğinin korunmasının sağlanmasını ve hekimlerin farkındalıklarının arttırılması gerektiğini önermekteyiz. Marra ve ark.'ının (134) yaptığı bir çalışmada cilt kanseri ile ilgili eğitim alan ve almayan birinci basamak hekimleri karşılaştırılmıştır. Eğitim alan grubun daha iyi tanı doğruluğuna sahip olduğu ve daha az gereksiz sevk dahil olacak şekilde sevklerin kalitesinde klinik değişiklikler olduğu bildirilmiş olup bizim düşüncelerimizi destekler niteliktedir. Bireyleri cilt kanseri ve güneşin zararlı etkileri konusunda bilgilendirirken bir yandan da bu bilgileri davranışlara dönüştürme ile ilgili çalışmaların yapılması gerektiğini de düşünmekteyiz.

SONUÇLAR

Çalışmamızda Edirne merkez nüfusunda cilt kanseri ve risklerine dair farkındalık düzeyinin belirlenmesi amaçlanmış olup elde ettiğimiz sonuçlar şu şekildedir:

1. Katılımcıların DKGBÖ'den aldıkları puanların ortalaması 14,09±3,30 olarak saptanmış olup bilgi düzeyi ortalama düzeyde bulunmuştur. Kadınların bilgi düzeyleri erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
2. Çalışmamızda katılımcıların yaşı arttıkça bilgi düzeylerinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Özellikle orta ve ileri yaştaki bireylere deri kanserleriyle ilgili bilgilendirmelerin yapılması ve farkındalıklarının arttırılması gerekmektedir.
3. Çalışmamızda cilt tipi 1 ve tip 2 olan bireylerin tip 5 olanlara göre ve tip 2 olanların da tip 4 olanlara göre bilgi düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Açık tenlilerin, buğday tenlilerden ve koyu kahverengi tenlilerden bilgi düzeyleri daha yüksek saptanmıştır. Ülkemizde yüksek riskli cilt tipleri daha az bulunduğu için bireylerin cilt kanseri hakkında bilgilerinin de istenilen seviyede olmadığı görülmekte olup bununla ilgili farkındalık çalışmalarının arttırılması gerektiğini önermekteyiz.
4. Çalışmamıza katılanların bilgi düzeyi yüksek olsa da geçmişte güneş yanığı geçirenlerin oranının yüksek olması ve hala bireylerin yaklaşık 1/6'sının güneşten korunmak için hiçbir koruyucu önlem almamaları bilginin tutuma dönüştürülemediğini göstermektedir. Güneşten korunmak için davranış programlarının geliştirilerek alışkanlık kazanılmasıyla ilgili çalışmalar yapılması gerekmektedir.
5. Çalışmamıza katılanların güneşten korunmak için uyguladıkları yöntemlere verdikleri cevaplar incelendiğinde günlük hayatta uyguladıkları yöntemlerden daha çok kumsalda ve

plajda uyguladıkları yöntemler şeklinde yanıtlandığı izlenimi edinildi. Bireylerin güneşten korunması için günlük hayatlarında bireye özgü uygun yöntem tercih etmesini ve günlük yaşamda da güneşten korunma davranışları geliştirmesi desteklenmelidir.

6. Çalışmamıza katılanların %60,2'si güneş koruyucu krem kullanmakta iken kremlerin gün içerisinde nasıl kullanılması gerektiğini yeteri kadar bilmedikleri saptanmıştır. Bireylere güneş koruyucu ürün kullanımının faydaları, nasıl kullanılması gerektiği ile ilgili bilgilendirme çalışmalarının yapılması gerekmektedir.
7. Çalışmamıza katılanların güneşten koruyucu krem alırken özelliklerine göre tercih edenlerin bilgi düzeyleri anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Hekim tavsiyelerine göre tercih edenlerin oranının az olduğu saptanmış olup hekimlerin hastaları için en ideal güneş koruyucu krem önerisinde bulunmalarının sağlanması gerekmektedir.
8. Çalışmamızda katılımcılara güneşten koruyucu krem kullanmama sebepleri sorulduğunda en sık cevap alışkanlıklarının bulunmaması olurken bunu gerekliliğine inanmamaları, unuttukları için ve zararlı olabileceğini düşündükleri için, faydalı olduğuna inanmadıkları için cevabı takip etmekteydi. Alışkanlıklarının bulunmadığını ve unuttukları için kullanmadıklarını belirtenlerin bilgi düzeyleri daha yüksek saptanmıştır. Elde ettiğimiz bu sonuç bize bilgi kadar bilginin davranışa aktarılma konusunun da çok önemli olduğunu bir kez daha göstermektedir.
9. Bireylerin ilk temas noktası aile hekimliği olduğu için aile hekimleri, toplumun bilinçlenmesi ve farkındalıklarının artması konusunda oldukça etkilidir. Aile hekimleri hastalarına cilt kanseri ve güneşin zararlı etkileriyle ilgili bilgilendirme yaparken bu bilgileri davranışlarına dönüştürebilmeleri için de desteklemeleri gerekmektedir.

ÖZET

Küresel ısınma ve atmosferdeki değişimler sonucunda yeryüzüne ulaşan ultraviyole ışınları her geçen gün artarak bireylerin güneşe maruziyetini arttırmaktadır. Bunun sonucunda da cilt kanserinin insidansı yıllar içerisinde artmaktadır. Cilt kanserleri koruyucu davranışlar yardımıyla önlenebildiği için koruyucu sağlık hizmeti veren hekimlere önemli görevler düşmektedir.

Bu çalışmada Edirne merkez nüfusunda cilt kanseri ve risklerine dair farkındalık düzeyinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışmaya 392 kişi katılmıştır. Katılımcılara uygulanan ankette sosyodemografik bilgiler, cilt, fenotipik özellikler (Fitzpatrick skalası kullanılarak), Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeği kullanılmıştır.

Katılımcıların ölçek puanlarının ortalaması 14,09±3,30 olarak saptanmış olup bilgi düzeyi ortalama düzeyde bulunmuştur. Güneşten korunmak için koruyucu önlem almayanların oranı %16,33 olarak bulunurken %60,2'sinin güneş koruyucu krem kullandığı, ancak kremi yıl boyunca kullananların oranı %32,63 olarak saptanmıştır. Krem kullanmama sebepleri %42,86'sının alışkanlıklarının bulunmaması, %18,37'sinin gerekliliğine inanmamaları, %10,20'si unuttukları için, zararlı olabileceğini düşündükleri içindi. Kadınların bilgi düzeyleri erkeklerden, açık tenlilerin, buğday ve koyu kahverengi tenlilerden, güneş koruyucu ürünleri tüm yıl kullananların, güneşten koruyucu krem alırken güneş koruma faktörü, fiyat, deri tipi uygunluğu, emilim düzeyine göre tercih edenlerin bilgi düzeyleri diğerlerinden daha yüksek saptanırken göz renginin, doğal saç renginin, çil varlığının, güneş yanığı olmasının bilgi düzeyini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır.

Sonuç olarak bireylerin bilgi düzeyleri yeterli olsa da güneşten korunma davranışlarına bilgiyi aktaramadıkları görülmekte olup bireyleri cilt kanseri, güneşin zararlı etkileri konusunda bilgilendirirken bir yandan da bu bilgileri davranışlara dönüştürme ile ilgili çalışmaların yapılması gerektiğini düşünmekteyiz. Aile hekimliği disiplini bireylerin ilk temas noktasıdır bu nedenle hastaların hem primer korunmasında hem de sekonder ve tersiyer korunmasında çok önemli yere sahiptir.

Anahtar kelimeler: Fitzpatrick cilt skalası, cilt kanseri, güneş kremi.

THE AWARENES LEVEL OF SKIN CANCER AND ITS RISKS IN EDIRNE CITY

SUMMARY

As a result of global warming and atmospheric changes, the amount of ultraviolet radiation reaching the Earth's surface has been increasing day by day, leading to greater sun exposure among individuals. Consequently, the incidence of skin cancer has risen over the years. Since skin cancers can be prevented through protective behaviors, physicians providing preventive health services bear significant responsibilities in this regard.

This study aimed to determine the level of awareness regarding skin cancer and its associated risks among the central population of Edirne. A total of 392 individuals participated in this descriptive and cross-sectional study. The survey administered to participants included sociodemographic data, skin and phenotypic features (assessed using the Fitzpatrick scale), and the Skin Cancer and Sun Knowledge Scale.

The mean score of participants on the knowledge scale was 14.09±3.30, indicating a moderate level of knowledge. While 16.33% of participants reported taking no protective measures against the sun, 60.2% stated that they used sunscreen; however, only 32.63% reported using sunscreen throughout the year. The reasons cited for not using sunscreen included lack of habit (42.86%), disbelief in its necessity (18.37%), forgetfulness (10.20%), and concerns about potential harm. Knowledge levels were found to be significantly higher

among women compared to men, individuals with fair skin compared to those with wheatish or dark brown complexions, individuals who used sun protection products year-round, and those who considered sun protection factor, price, skin type compatibility, and absorption level when choosing sunscreen products. In contrast, no significant associations were found between knowledge levels and eye color, natural hair color, presence of freckles, or history of sunburn.

In conclusion, although individuals possess an adequate level of knowledge, it appears that this knowledge is not sufficiently translated into protective behaviors. Therefore, it is recommended that educational initiatives not only inform individuals about skin cancer and the harmful effects of sun exposure but also focus on promoting behavioral change. As the first point of contact in the healthcare system, the discipline of family medicine plays a critical role in the primary, secondary, and tertiary prevention of skin cancer.

Key words: Fitzpatrick skin scale, skin cancer, sunscreen

KAYNAKLAR

1. Bridgman AC, Fitzmaurice C, Dellavalle RP,Karimkhani Aksut C, Grada A, Naghavi M, et al. Canadian Burden of Skin Disease from 1990 to 2017: Results from the Global Burden of Disease 2017 Study. J of Cutaneous Med Surg 2020;24(2):161-73.

2. Türkmen A, Berberoğlu Ö, Bekerecioğlu M, Mutaf M. Deri kanserleri: 10 Yıllık Değerlendirme. Gaziantep Tıp Derg 2010;16(2):11-5.

3. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates Of Incidence And Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer J Clinic 2021;71:209-49.

4. Klug W, Cummings M. Genetik Kavramlar. Öner C (Ed). Palme Yayıncılık. 2003; s. 450-60.

5. Julian A, Thorburn S, Geldhof GJ. Health beliefs about UV and skin cancer risk behaviors. Cancer Control 2020;27(4):1-6.

6. Miller KD, Nogueira L, Mariotto AB, Rowland JH, Yabroff KR, Alfano CM, Siegel Cancer Treatment and Survivorship Statistics. A Cancer J Clinic 2019;69(5):363-85.

7. Woodmansee R, Turnage D, Loerzel V. Nurse Practitioner Student Knowledge and Attitudes Toward Skin Cancer Assessments. J Dermatology Nurses' Assoc 2018;10(2):115-9.

8. Domingues B, Lopes JM, Soares P, Pópulo H. Melanoma treatment in review. Immunotargets Ther 2018;7:35-49.

9. Hartnett PD, O'Keefe C. Improving skin cancer knowledge among nurse practitioners. J Dermatology Nurses' Assoc 2016;8(2):123-8.

10. Bernard JJ, Gallo RL, Krutmann J. Photoimmunology: How Ultraviolet Radiation Affects The Immune System. Nat Rev Immunol 2019;19:688-701.

11. Koca R. Hiperpigmentasyon Oluşturan Eksojen Faktörler. Turkiye Klinikleri J DermatolSpecial Topics. 2012;5(4):31-7.

12. Öztürk G. Derinin Yapısı ve Görevleri. Türkiye Klinikleri J Cosmetol 1999;2(1):1-8.

13. Acarkan T. D vitamini. Bilimsel Tamamlayıcı Tıp Regülasyon ve Nöral Terapi Derg 2015;9(3):5-8.

14. Lowell BA, Froelich CW, Federman DG, Kirsner RS. Dermatology in Primary Care: Prevalence and Patient Disposition. J Am Acad Dermatol 2001;45(2):250–5.

15. Aybal T, Güme S, Kahyaoğlu M, Kaçar N, Ergin Ş. Birinci Basamak SağlikKuruluşlarında Çalışan Hekimlerin Deri Ve Zührevi Hastalıklar Ile Ilgili Deneyimleri Ve Mezuniyet Öncesi Eğitim Hakkındaki Görüşleri. Türkderm Deri Hastaliklari ve Frengi Arşivi. 2012;46(2):67-72.

16. Clebak KT, Malone MA. Skin Infections. Primary Care-Clinics in Office Practice. W.B. Saunders 2018;(45):433–54.

17. Cohen SM, Fishinghawk BG, Urban DM, Schropp KP, Person E, Mammen JMV, Cohen MS. Are University-Based Residency Training Programs Lacking in Resident Education of Proper Diagnosis and Treatment for Common Skin and Breast Lesions? Am J Surg 2012;204: 981-7.

18. Westerdahl J, Ingvar C, Masback A. Sunscreen use and malignant melanoma. Int J Cancer 2000;87(1):145-50.

19. Koca HB, Köken T, Özkurt M, Kuş G, Kabadere S, Erkasap N, et al. Effects of Acorus calamus plant extract on prostate cancer cell culture. Ant J Bot 2018;2(1):46-51.

20. Ray PD, Huang B, Tsuji Y. Reactive Oxygen Species (ROS) Homeostasis and redox regulation in cellular signaling. Cellular Signalling 2012;24:981-90.

21. Baykara O. Kanser tedavisinde güncel yaklaşimlar. Balıkesir Sağlık Bilimleri Derg. 2016;5(3):154-65.

22. Schieber M, Chandel NS. ROS function in redox signaling and oxidative stress. Curr Biol 2014;24:453-62.

23. Rey-Barroso L, Peña-Gutiérrez S, Yáñez C, Burgos-Fernández FJ, Vilaseca M, Royo S. Optical technologies for the improvement of skin cancer diagnosis: A review. Sensors 2021;21(1):252.

24. Tanık F, Gürşan İN. Kanserde fiziksel aktivite ve egzersiz-koruyucu ve tedavi edici etki. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Derg 2022;7(1):129-32.

25. Türkiye Kanser İstatistikleri. 2020. Erişim Tarihi: 19.01.2025. Erişim Adresi: https://www.drozdogan.com/turkiye-kanser-istatistikleri-2020/.

26. Koh D, Wang H, Lee J, Chia KS, Lee HP, Goh CL. Basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma and melanoma of the skin: analysis of the singapore cancer registry data 1968-1997. Br J Dermatol 2003;148:1161-7.

27. Youl PH, Janda M, Aitken JF, DelMar CB, Whiteman DC. Body site distribution of skin cancer, pre-malignant and common benign pigmented lesions excised in general practice. Br J Dermatol 2011;165:35–43.

28. Ekiz Ö. Epitelyal Prekanseröz lezyonlar. Mustafa Kemal Üni Tıp Derg. 2016;7(28):46-55.

29. Çelik BA, Koç V. Skin Cancer-related health behavior interventions in the context of the health belief model. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2023;15(1):83-102.

30. Verkouteren JAC, Ramdas KHR, Wakkee M, Nijsten T. Epidemiology of basal cell carcinoma: scholarly review. Br J Dermatol 2017;177(2):359-72.

31. Tan IJ, Pathak GN, Silver FH. Topical Treatments for Basal Cell Carcinoma and Actinic Keratosis in the United States. Cancers (Basel). 2023;15(15):3927.

32. Gül Ü. Nonmelanoma Deri Kanserleri: Bazal hücreli kanser ve skuamöz hücreli kanser. 2016;8(6):36-41.

33. Jerant AF, Johnson JT, Sheridan CD, Caffrey TJ. Early detection and treatment of skin cancer. Am Fam Physician 2000;62(2):357-68.

34. Ayda A, Yaman B, Yanmaz A, Yoldaş AH, Karaarslan I, Akalin T, Kandiloğlu G. Ege Üniversitesi Hastanesinde Görülen Melanom Dışı Deri Kanserlerinin Epidemiyolojik ve Demografik Özellikleri. Ege Tıp Derg 2020;97-108.

35. Que SKT, Zwald FO, Schmults CD. Cutaneous Squamous Cell Carcinoma: Incidence, Risk Factors, Diagnosis, and Staging. J Am Acad Dermatol 2018;78(2):237-47.

36. Thai AA, Lim AM, Solomon BJ, Rischin D. Biology and Treatment Advances in Cutaneous Squamous Cell Carcinoma. Cancers (Basel). 2021;13(22):5645.

37. Parekh V, Seykora JT. Cutaneous squamous cell carcinoma. Clin Lab Med 2017;37(3):503–25.

38. Aksoy B, Aksoy HM, Akın O. Akrokordon içinde keratoakantom. Türkderm- Turk Arch Dermatol Venereolgy 2017;51:24-5.

39. Varra V, Smile TD, Geiger JL, Koyfman SA. Recent and emerging therapies for cutaneous squamous cell carcinomas of the head and neck. Current Treatment Options in Oncol 2020;21(5):1-12.

40. Swetter SM, Tsao H, Bichakjian CK, Curiel-Lewandrowski C, Elder DE, Gershenwald JE, et al. Guidelines of care for the management of primary cutaneous melanoma. J Am Acad Dermatol 2019;80(1):208-50.

41. Elder DE, Bastian BC, Cree IA, Massi D, Scolyer RA. The 2018 World Health Organization classification of cutaneous, mucosal, and uveal melanoma: Detailed analysis

of 9 distinct subtypes defined by their evolutionary pathway. Arch Pathol Lab Med 2020;144(4):500-22.

42. Baykal C, Ekinci AP. Malign Melanom: Risk faktörleri ve temel klinik özellikler. Türk Dermatol Derg 2015;9(1):1-7.

43. Jones OT, Ranmuthu CK, Hall PN, Funston G, Walter FM. Recognizing Skin in Primary Care. Advances Therap 2020;37(1):603-16.

44. Altay BÜ, Engin Ö, Erdoğan IG. Melanom Dışı Deri Kanserlerinin 11 Yıllık Retrospektif Analizi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Derg 2021;6(1):143-7.

45. Amadi E, Pepple E. Reflektion on the risk factors for skin cancers: Focus on dark- skinned africans. Gazette of Med 2020;8(2):1-17.

46. Noell C, Aleissa S, Nguyen BM. Skin cancer: At-risk populations and prevention. a Practical Guide to Skin Cancer 2018. s. 1-20.

47. Tuong W, Cheng LS, Armstrong AW. Melanoma: Epidemiology, diagnosis, treatment, and outcomes. Dermatol Clin 2012;30(1):113-24.

48. Lai V, Cranwell W, Sinclair R. Epidemiology of skin cancer in the mature patient. Clin Dermatol 2018;36(2):167-76.

49. Goon P, Banfield C, Bello O, Levell NJ. Skin cancers in skin types IV-VI: Does the fitzpatrick scale give a false sense of security? Skin Health Dis 2021;1(3):40.

50. Li Y, Li WQ, Li T, Qureshi AA, Cho E. Eye Color and the risk of skin cancer. Cancer Causes Control 2022;33:109-16.

51. Grichnik JM, Rhodes AR, Sober AJ. Benign Neoplasias and Hyperplasias of Melanocytes. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K (Eds.). Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 8th Ed. New York:Mcgraw-Hill Co; 2012:1377-8.

52. Bailey EC, Sober AJ, Tsao H, Mihm Jr MC, Johnson TM. Cutaneous Melanoma. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K (Eds.). Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 8th ed. New York:McGraw-Hill Co; 2012:1416-44.

53. Ağadayı E, Alsancak AD, Üstünol D, Şencan İ, Küçükceran H, Kahveci R, Özkara A. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Malign Melanom Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi ve Güneşten Korunma Hakkındaki Tutumları. Konuralp Med J 2017;9(3):177-82.

54. Gandini S, Palli D, Spadola G, Bendinelli B, Cocorocchio E, Stanganelli I, et al. Anti-hypertensive drugs and skin cancer risk: a review of the literature and meta-analysis. Critical Rev Oncol Hematol 2018;122:1-9.

55. Garrett GL, Blanc PD, Boscardin J, Lloyd AA, Ahmed RL, Anthony T, et al. Incidence of and Risk Factors for Skin Cancer in Organ Transplant Recipients In The United States. JAMA Dermatol 2017;153(3):296-303.

56. Coghill AE, Johnson LG, Berg D, Resler AJ, Leca N, Madeleine MM. Immunosuppressive Medications and Squamous Cell Skin Carcinoma: Nested Case-Control Study Within the Skin Cancer after Organ Transplant (SCOT) Cohort. Am J Transplant 2016;16(2):565-73.

57. Knoll GA, Kokolo MB, Mallick R, Beck A, Buenaventura CD, Ducharme R, et al. Effect of sirolimus on malignancy and survival after kidney transplantation: Systematic Review and Meta-Analysis of Individual Patient Data BMJ 2014;349:1-14.

58. Moan J, Grigalavicius M, Baturaite Z, Dahlback A, Juzeniene A. The relationship between UV exposure and incidence of skin cancer. Photodermatol Photoimmunol Photomed 2015;31(1):26-35.

59. Pérez LL, Bashline B. Skin Cancer: Prevention. FP Essent 2019;481:28-31.

60. Glazer AM, Rigel DS, Winkelmann RR, Farberg AS. (2017). Clinical diagnosis of skin cancer: Enhancing inspection and early recognition. Dermatol Clin 2017;35(4):409-16.

61. Pavel TI, Chircov C, Rădulescu M, Grumezescu AM. Regenerative wound dressings for skin cancer. Cancers 2020;12(10):2954.

62. Petitt EK, Taylor RA, Yu X. Use of a Clinic-based skin cancer prevention bundle to promote sun-protective behaviors in patients at moderate to high risk for skin cancer. J Dermatol Nurses' Assoc 2021;13(1):38-48.

63. Todorova K, Mandinova A. Novel approaches for managing aged skin and nonmelanoma skin cancer. Adv Drug Deliv Rev 2020;153:18-27.

64. Kostak MA, Kurt S, Süt N, Akarsu Ö, Ergül GD. Hemşirelik ve sınıf öğretmenliği öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. TAF Preventive Med Bull 2014;13(3):189-96.

65. Ou-Yang H, Jiang LI, Meyer K, Wang SQ, Farberg AS, Rigel DS. Sun protection by beach umbrella vs sunscreen with a high sun protection factor: A Randomized clinical trial. JAMA Dermatol 2017;153(3):304-8.

66. Bhalla S, Kaur H, Dhall A, Raghava GP. (2019). Prediction and analysis of skin cancer progression using genomics profiles of patients. Sci Rep 2019;9(1):1-16.

67. Clarysse K, Lacy K. Why, Who and how we should screen for melanoma. Curr Genet MedRep 2022;10(2):15-23.

68. O'Neill CH, Scoggins CR. Melanoma. J Surg Oncol 2019;120(5):873- 81.

69. Isvy A, Beauchet A, Saiag P, Mahe E. Medical students and sun prevention: Knowledge and behaviours in France. J Eurn Ac Dermatol Venereol 2013;27(2):247-51.

70. Titus L, Clough-Gorr K, Mackenzie T, Perry A, Spencer S, Weiss J, Ernstoff M. Recent skin self-examination and doctor visits in relation to melanoma risk and tumour depth. Br J Dermatol 2013;168(3):571-6.

71. Chowdhury RA, Brennan FP, Gardiner MD. Cancer rehabilitation and palliative care-exploring the synergies. J Pain Symptom Management 2020;60(6):1239-52.

72. Schadendorf D, Fisher DE, Garbe C, Gershenwald JE, Grob J.J, Halpern A, Ribas A. Melanoma. Nature Reviews Disease Primers 2015;1(1):1-20.

73. Abbasi NR, Shaw HM, Rigel DS, Friedman RJ, Mccarthy WH, Osman I, et al. Early Diagnosis of Cutaneous Melanoma: Revisiting the ABCD Criteria. JAMA 2004;292(22):2771-6.

74. Thanh DN, Prasath V, Hieu LM, Hien NN. Melanoma Skin Cancer Detection Method Based on Adaptive Principal Curvature, Colour Normalisation and Feature Extraction with the ABCD Rule. J Digital Imaging 2020;33(3):574-85.

75. ABCDE Kuralı. Erişim Tarihi: 02.02.2025. Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/figure/Traditional-clinical-analysis-followed-by-dermatologists-ABCDE-rule_fig1_333625467.

76. Priya HAG, Anitha J, Poonima JJ. Identification of Melanoma in Dermoscopy Images using Image Processing Algorithms. 2018 International Conference on Control, Power, Communication and Computing Technologies (ICCPCCT), Kannur 2018;1:553-7.

77. Beksaç K, Beksaç B. Surgical Management of Malignant Melanoma. Acta Oncologica Turcica. 2016;10:44-55.

78. Koştu N, Erkin Ö, Temel AB. Kendi Kendine Deri Muayenesi (KKDM) formunun Türkçe Uyarlaması: Geçerlilik Çalışması. DEUHYO ED 2014;7:7-11.

79. Rastrelli M, Tropea S, Rossi CR, Alaibac M. Melanoma: Epidemiology, Risk Factors, Pathogenesis, Diagnosis and Classification. J In Vivo 2014;28(6):1005-11.

80. American Cancer Society; How to do a skin self-exam? Erişim Tarihi: 10.02.2025. Erişim Adresi: https://www.cancer.org/cancer/risk-prevention/sun-and-uv/skin-exams.html.

81. Türk Dermatoloji Derneği Hasta Bilgilendirme Broşürü. Erişim Tarihi: 10.02.2025. Erişim Adresi: https://www.turkdermatoloji.org.tr/.

82. Feldman SR, Fleischer AB, Chen JG. The Gatekeeper Model is Inefficient for the Delivery of Dermatologic Services. J Am Acad Dermatol 1999;40(3):426-32.

83. Stern RS, Nelson C. The Diminishing Role of the Dermatologist in the Officebased Care of Cutaneous Diseases. J Am Acad Dermatol 1993;29(5):773–7.

84. Brown AE, Najmi M, Duke T, Grabell DA, Koshelev M V, Nelson KC. Skin Cancer Education Interventions for Primary Care Providers: A Scoping Review. J Gen Intern Med 2022;37(9):2267-79.

85. Perez M, Abisaad JA, Rojas KD, Marchetti MA, Jaimes N. Skin cancer: Primary, Secondary, and Tertiary Prevention. Part I. J Am Aca Dermatol 2022;87(2):255-68.

86. Pandve HT. Changing Concept of Disease Prevention: From Primordial to Quaternary. Arc Med Health Sci 2014;2(2):254-6.

87. Rojas KD, Perez ME, Marchetti MA, Nichols AJ, Penedo FJ, Jaimes N. Skin cancer: Primary, Secondary, and Tertiary Prevention. Part II. J Am Aca Dermatol 2022;87(2):271-88.

88. Day AK, Wilson C, Roberts RM, Hutchinson AD. The Skin Cancer and Sun Knowledge (SCSK) Scale: Validity, Reliability, and Relationship to Sun-Related Behaviors Among Young Western Adults. J Health Educ Behav 2014;41(4):440-8.

89. Haney MO, Bahar Z, Beser A, Arkan G, Cengiz B. Psychometric Testing of the Turkish Version of the Skin Cancer and Sun Knowledge Scale in Nursing Students. J Cancer Educ 2018;33:21-8.

90. Mohan SV, Chang AL. Advanced Basal Cell Carcinoma: Epidemiology and Therapeutic Innovations. J Current Dermatol Rep 2014;3(1):40-5.

91. Sümen A, Öncel S. Deri Kanseri ve Güneşten Korunmaya Yönelik Öğrencilerle İlgili Yapılan Çalışmalar: Literatür İncelemesi. DEUHYO ED 2014:7(2):78-91.

92. Tanrıverdi MH, Turan E. Birinci Basamakta Epidermal Prekanseröz Lezyonlara Yaklaşım. Konuralp Tıp Derg 2010;2(1):53-6.

93. Oliveria SA, Christos PJ, Marghoob AA, Halpern AC. Skin Cancer Screening and Prevention in the Primary Care Setting National Ambulatory Medical Care Survey 1997. J Gen Intern Med 2001;16(5):297-301.

94. Akgün Y. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran yetişkinlerin deri kanseri hakkında bilgi düzeyleri ve güneş ışınlarından korunma durumları. Tıpta Uzmanlık Tezi. Hatay. Mustafa Kemal Üniversitesi; 2021.

95. Necipoğlu D, Elyeli K, Bebiş, H. Determining the relationship between skin cancer and sun knowledge and behavior in adults living in an region with four seasons of sun. J Basic Clinic Health Sci 2022:6(3);784-90.

96. Altunkürek SZ, Kaya E. Parents' Knowledge and Understanding of Skin Cancer and Skin Self-Examination and Behaviors to Protect Their Children from The Sun. Europ J Oncol Nurs 2021;50:101884.

97. Yan S, Xu F, Yang C, Li F. Demographic Differences in Sun Protection Beliefs and Behavior: A Community-Based Study in Shanghai, China. Int J Environmental Res Public Health 2015;12:3232-45.

98. Rocholl M, Hannappel J, Malte-John S. UV-Induced Skin Cancer Knowledge, Sun Exposure, and Tanning Behavior Among University Students: Investigation of an Opportunity Sample of German University Students. J Skin Cancer 2021;5558694.

99. Terzi S. Polikliniğe Başvuran Hastalarda Güneşin Zararlı Etkileri ve Korunma Yolları ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışların Araştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi; 2015.

100. Balcı E, Durmuş H, Ergün-Arslantaş E, Gün İ. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Yetişkinlerin Güneşin Zararlı Etkileri ve Korunma Yolları Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. Turkish J Dermatol 2018;12:96-9.

101. Ergin A, Bozkurt Aİ, Bostancı M, Özgür Ö. Beş Yaşından Küçük Çocuğu Olan Annelerin Güneşin Sağlığa Etkisine Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi. Pamukkale Tıp Derg 2011;(2):72-8.

102. Xiang F, Lucas R, Hales S, Neale R. Incidence of Nonmelanoma Skin Cancer in Relation to Ambient UV Radiation in White Populations, 1978-2012. JAMA Dermatol 2014;150(10):1063-71.

103. AlGhamdi KM, AlAklabi AS, AlQahtani AZ. Knowledge, Attitudes and Practices of The General Public Toward Sun Exposure and Protection: A National Survey in Saudi Arabia. Saudi Pharmaceutical J 2016;24:652-7.

104. Gündoğdu D. Tarımda Çalışanların Deri Kanseri Risk Düzeyleri, Risk Algıları, Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi.Yüksek Lisans Tezi. Antalya: Akdeniz Üniversitesi; 2016.

105. Battie C, Gohara M, Verschoore M, Roberts W. Skin Cancer in Skin of Color: An Update on Current Facts, Trends, and Misconceptions. J Drugs in Dermatol 2013;12(2):194-8.

106. Uslu M, Karaman G, Şavk E, Şendur N. Adnan Menderes Üniversitesi Hekimlerinin Deri Kanserleri ve Güneşin Etkileri Konusundaki Bilgi Düzeyleri ile Güneşten Korunma Davranışlarının Değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg 2006;7(1).

107. Kahraman AT, Aksakal FNB, Dikmen AU, Büyükdemirci E, Güven AE. Ankara'da bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 15 Yaş Üzeri Kişilerin Güneş Işınları ve Deri Kanseri Hakkında Bilgi Düzeyleri ve Güneş Işınlarından Korunma Durumları. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Derg 2018;5(3):138-44.

108. Sumen A, Oncel S. Knowledge Levels of Kindergarten Teachers About Skin Cancer, Sun Protection Behaviors, and Affecting Factors. J Cancer Educ 2022;37(1):210-6.

109. Çelik S, Ilçe A, Andsoy, II. Knowledge and Protective Behaviors About Skin Cancer Among Nursing Students in the West Black Sea Region of Turkey. J Cancer Educ 2018;33(4):885-92.

110. Kasar KS, Yesilbalkan OU, Yıldırım Y. Nursing Student's Awareness on Skin Cancer. Int J Caring Sci 2019;12(2):1081.

111. Kirağ N, Eskin SG. Skin Cancer Knowledge and Prevention Practices: Turkish Bus Drivers. J Pak Med Assoc 2020;1-16.

112. Dağ S, Hisar F. Determination of Knowledge and Applications of Workers Working Out in the Open About Skin Cancer. TAF Preventive Med Bull 2016;15(6):532-6.

113. Alatas ET, Kara Polat A, Doğan G, Picakciefe M. Assessment of the Academic Staff's Knowledge, Attitudes and Habits Related to Sun Protection and Sunscreen Use. Turk J Dermatol 2018;12(1):9-17.

114. Çınar F, Çetin F, Kalender N, Bağcivan G. Determination of Sun Protection Behaviour Amoung Nursing Students. Gülhane Medical J 2015;57(3):241-6.

115. İslamoğlu ZGK, Demirbaş A. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Melanositik Nevusler, Dermoskopi ve Güneşten Korunma ile Ilgili Bilgi, Tutum ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi. CBU-SBED 2019;6(2):90-9.

116. Görig T, Diehl K, Greinert R, Breitbart E, Schneider S. Prevalence of Sun-Protective Behaviour and Intentional Sun Tanning in German Adolescents and Adults: Results of A Nationwide Telephone Survey. J Eur Aca Dermatol Venereol 2018;32(2):225-35.

117. Patel SS, Nijhawan RI, Stechschulte S, Parmet Y, Rouhani P, Kirsner RS, et al. Skin Cancer Awareness, Attitude, and Sun Protection Behavior Among Medical Students at the University of Miami Miller School of Medicine. Arch Dermatol 2010;146(7):797-800.

118. Yurtseven E, Ulus T, Vehid S, Koksal S, Bosat M, Akkoyun K. Assessment of Knowledge, Behaviour and Sun Protection Practices among Health Services Vocational School Students. Inter J Environmental Research and Public Health 2012;9(7):2378-85.

119. Akdeniz KA, Aydin A, Uğur O, Bektaş M. Factors Affecting Knowledge Levels of Oncology Nurses About Skin Cancer and Sun Protection. Eur J Cancer Care 2020;29(6):13310.

120. Haney MO, Ordin YS, Arkan G. Skin Cancer-Sun Knowledge and Sun Protection Behaviors of Liver Transplant Recipients in Turkey. J Cancer Educ 2019;34(1):137-44.

121. Oğrum A, Oktay G. Aile Hekimlerinin Güneşten Korunma Davranışları ve Deri Kanserine Yönelik Koruyucu Hekimlik Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Derg 2019;23(3):110-7.

122. Cercato MC, Ramazzotti V, Sperduti I, Asensio-Pascual A, Ribes I, Guillen C, et al. Sun Protection Among Spanish Beachgoers: Knowledge, Attitude and Behaviour. J Cancer Educ. 2015;30(1):4-11.

123. Koçak AN, Adana F. Üniversite Öğrencilerinin Deri Kanseri ve Güneşten Korunma Hakkındaki Bilgi ve Davranış Düzeyleri: Kesitsel Bir Çalışma. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg 2021;24(4):486-95.

124. Karlsson O, Hagberg O, Nielsen K, Paoli J, Ingvar A. Difference in Sun Exposure Habits Between Individuals with High and Low Risk of Skin Cancer. Dermatol Pract Concept 2021;11(4):2021090.

125. Güler F. Edirne Merkezindeki Yetişkinlerde Cilt Kanseri Riski ve Korunma Davranışları. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne, 2020.

126. Cheng S, Lian S, Hao Y, Kang N, Li S, Nie Y, et al. Sun-exposure Knowledge and Protection Behavior in A North Chinese Population: A Questionnaire-Based Study. Photodermatol Photoimmunol Photomed 2010;26(4):177-81.

127. Jongenelis M, Pettigrew S, Strickland M, Minto C, Slevin T. The Relationship Between Skin Checking and Sun Protection Behaviours: Implications for Skin Cancer Prevention Campaigns. Publıc Health 2018;155:55-8.

128. John SM, Garbe C, French LE, Takala J, Yared W, Cardone A, et al. Improved Protection of Outdoor Workers from Solar Ultraviolet Radiation: Position Statement. J Eur Acad Dermatol Venereol 2021;35(6):1278-84.

129. Özkan Ş, Ergör G, İlknur T, Fetil E, Erdem Y, Akar H, et al. Güneş ve Toplum Bilinci:Bir Anket Çalışması. TÜRKDERM-Deri Hastalıkları Frengi Arşivi. 2001;35(4):277-84.

130. Kaymak Y, Tekbaş ÖF, Şimşek I. Üniversite Öğrencilerinin Güneşten Korunma ile İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları. TÜRKDERM-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi 2007;41(3):81-5.

131. Köktürk A, Baz K, Buğdaycı R, Kaya Tİ, Koca A, İkizoğlu G. Dermatoloji Polikliniğine Başvuran Hastalarda Güneşten Korunma Bilinci ve Alışkanlıkları. Türkiye Klinikleri Dermatoloji Derg 2002;12(4):198-203.

132. Kus C, Kus MM, Keten HS, Ucer H, Guvenc N, Kus F, et al. Knowledge and Protective Behaviors of Teachers on Skin Cancer: A Cross-Sectional Survey Study from Turkey. Children 2023;10(2):291.

133. Döner P, Bülbül Şen B, Aksoy H, Sümeyye Ünal E, Özer C. Akdeniz Bölgesi Hatay İlinde Polikliniğe Başvuran Hastalarda Güneşten Korunma Bilinci ve Alışkanlıkları. 15 Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Konuşma ve Bildiri Özetleri Kitabı. 2016;S-036.

134. Marra E, van Rijsingen MCJ, Alkemade JAC, Groenewoud JMM, Hueskes KF, Nij Bijvank CHM et al. The Effect of A Dermato-Oncological Training Programme on The Diagnostic Skills and Quality of Referrals for Suspicious Skin Lesions by General Practitioners. Br J Dermatol 2021;184(3):538-44.

EKLER

EK 1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOBAEK 2024/94	
	PROTOKOL ADI	Edirne Merkez Nüfusunda Cilt Kanseri ve Risklerine Dair Farkındalık Düzeyi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:06/37**		**Tarih:01.04.2024**
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Merve Nur İNİ'nin tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOBAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Doç. Dr. Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sernaz TOPALOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Gülip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Rıdvan DURAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Ayşegül KURT Üye	Protetik Diş	T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye	Protez-Ortez ve Biyomekani	T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye	Emekli Öğretmen	Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

EK 2

EDİRNE HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI

1. BASAMAK ARAŞTIRMA KOMİSYONU RAPORU

Sayı: 2024/12

Karar: 2024/12

1.Basamak Araştırma Komisyonumuz 09/05/2024 tarih saat :14:00 'de İl Sağlık Müdürlüğü Gülden YÖRÜTEN Eğitim Salonunda tüm komisyon üyelerinin katılımıyla toplanmış, ilgili dosya inceleyerek aşağıdaki kararı almıştır.

1- Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Hamdi Nezih DAĞDEVİREN'in sorumluluğunda yapılması planlanan,Araştırma Görevlisi Dr.Merve Nur İNİ tarafından yürütülecek olan**''Edirne Merkez Nüfusunda Cilt Kanseri ve Risklerine Dair Farkındalık Düzeyi ''** konulu Uzmanlık Tezi,

Komisyonumuzca uygun görülmüş olup; Aile Sağlığı Merkezlerine gereken bilgilendirme yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

BAŞKAN

Dr. Onur ÇAKAR

Halk Sağlığı Hizmetleri Başkan V.

Dr. Onur ÇAKAR

Halk Sağlığı Hizmetleri Başkan Yardımcısı

Uzm . Dr.Bağın ÖZKAN HATİPOĞLU

Toplum Sağlığı Geliştirme Sorumlu V.

Uzm. Dr. Esin SEÇGİN SAYHAN

Merkez İlçe Toplum Sağlığı Merkezi Başkanı

Yıldıray ÇETİNTAŞ

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Birim Sorumlusu

EK 3

EDİRNE MERKEZ NÜFUSUNDA CİLT KANSERİ VE RİSKLERİNE DAİR FARKINDALIK DÜZEYİ

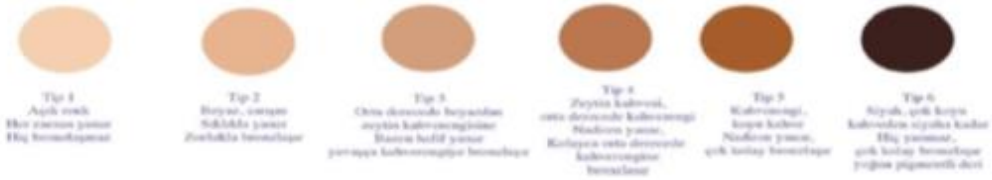
T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Arş. Gör. Dr. Merve Nur İnı

Danışman: Prof. Dr. Hamdi Nezih Dağdeviren

Sayın katılımcı; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak "Edirne Merkez Nüfusunda Cilt Kanseri ve Risklerine Dair Farkındalık Düzeyi " isimli hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır. Çalışmamıza verdiğiniz katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

FITZPATRICK CİLT RENGİ SKALASI



Fitzpatrick'e göre cilt tipinizi seçiniz. Katılımcının cilt tipi:.....

1. Yaşınız: .....
2. Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek
3. Medeni Durumunuz: ☐ Evli ☐ Bekâr ☐ Eşi vefat etmiş ☐ Boşanmış
4. Mesleğiniz:
   ☐ Memur ☐ İşçi ☐ Çiftçi/Tarım İşçisi
   ☐ Ev hanımı/Çalışmıyor ☐ Esnaf ☐ Diğer.....
5. Eğitim Düzeyi:
   ☐ Okur-yazar değilim ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ve üzeri
6. Ortalama Aylık Geliriniz:
   ☐ Gelirim giderimden az ☐ Gelirim giderime eşit ☐ Gelirim giderimden fazla
7. Düzenli ilaç almanızı gerektirecek bir hastalığınız var mı?
   ☐ Hayır ☐ Hipertansiyon/Yüksek Tansiyon ☐ Diyabet/Şeker Hastalığı
   ☐ Kalp hastalığı ☐ Diğer(.....)
8. Sigara kullanıyor musunuz?
   ☐ Evet (Miktarı nedir?..... Kaç yıldır?.....)
   ☐ Hayır ☐ Bıraktım (Miktarı nedir?..... Kaç yıl kullandınız?.....)
9. Cilt tipinizi belirtiniz.
   ☐ Çok açık ten rengi ☐ Açık ten rengi ☐ Açık-Buğday ten rengi
   ☐ Buğday ten rengi ☐ Koyu kahverengi ten ☐ Çok koyu ten rengi (siyaha yakın)
10. Göz renginizi belirtiniz.
    ☐ Mavi ☐ Yeşil ☐ Ela ☐ Kahverengi ☐ Koyu kahverengi
11. Doğal saç renginizi belirtiniz.
    ☐ Sarı ☐ Kızıl ☐ Açık kahverengi ☐ Koyu Kahverengi ☐ Siyah
12. Çilleriniz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
13. Vücudunuzda benleriniz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
14. Hayatınızın herhangi bir döneminde güneş yanığı geçirdiniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır
15. Ailede cilt kanseri tanısı olan var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
16. Güneşe gün içerisinde ne kadar maruz kalıyorsunuz?
    ☐ 1 saatten az ☐ 1-2 saat arası ☐ 2 saatten fazla

17. Sizce güneş cilt kanserine sebep olur mu? ☐ Evet ☐ Hayır
18. Güneşten korunmak için uyguladığınız yöntem / yöntemleri işaretleyiniz.
    ☐ Hiçbir koruyucu önlem almam. ☐ Kapalı kıyafetler giyerim.
    ☐ Geniş kenarlı şapka takarım. ☐ Güneş gözlüğü takarım.
    ☐ Şemsiye kullanırım. ☐ Güneşten koruyucu ürün kullanırım.
    ☐ Sıkı dokulu, uzun-ince giysiler giyerim . ☐ Açık renk giysiler giyerim .
    ☐ Koyu renk giysiler giyerim . ☐ Gölgede bulunmaya dikkat ederim .
    ☐ Güneşin yoğun olduğu 10.00-16.00 saatleri arasında güneşe çıkmamaya çalışırım.
    ☐ Diğer……
19. Güneş koruyucu krem kullanıyor musunuz? (Bu soruya hayır yanıtını veren katılımcılar 26. sorudan devam edebilir.)
    ☐ Evet ☐ Hayır
20. Güneşten koruyucu ürünleri yıl içerisinde ne sıklıkta uyguluyorsunuz?
    ☐ Sadece denize girerken ☐ Sadece yaz aylarında ☐ Yaz ve bahar aylarında
    ☐ Tüm yıl ☐ Ara sıra ☐ Diğer……
21. Güneşten koruyucu ürünleri gün içerisinde ne zaman uygularsınız?
    ☐ Güneşe çıkmadan yarım saat önce ☐ Güneşe çıkmadan hemen önce
    ☐ Güneş altında ☐ Güneşlendikten soura
    ☐ Diğer……
22. Güneşten koruyucu krem alırken sizi etkileyen faktörlerden size uygun olanları işaretleyiniz.
    ☐ Marka ☐ Fiyat ☐ SPF (Güneş koruyucu faktör) özelliği
    ☐ Kokusu ☐ Doktor tavsiyesi ☐ Arkadaş tavsiyesi
    ☐ İnternetten etkilenme ☐ Deri tipime uygunluğu ☐ Emilim düzeyi
    ☐ Suya dayanıklılığı ☐ Sosyal Medya ☐ Diğer……
23. Kaç faktörlü güneşten koruyucu ürün tercih edersiniz?
    ☐ Bilmiyorum ☐ 0-9 faktör ☐ 10-14 faktör
    ☐ 15-29 faktör ☐ 30-50 faktör ☐ 50 faktörden fazla
24. Günlük hayatta en çok tercih ettiğiniz güneşten koruyucu ürünü nereden satın alırsınız?
    ☐ Eczane ☐ Market ☐ İnternet
    ☐ Diğer……
25. Güneşten koruyucu ürünleri bir gün içinde ne sıklıkta yenilersiniz?
    ☐ Yenilemem ☐ 2 saatte bir ☐ 4 saatte bir ☐ Sadece güneşe çıkıldığında
    ☐ Diğer……
26. Güneşten koruyucu ürünü günlük hayatta vücudunuzda uyguladığınız bölgeleri işaretleyiniz. (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)
    ☐ Günlük hayatta kullanmıyorum ☐ Güneş gören her yerime ☐ Yüz
    ☐ Boyun-omuz ☐ Eller ☐ Kollar ☐ Bacaklar ☐ Gövde
    ☐ Kulaklar ☐ Ayaklar ☐ Diğer……
27. Güneşten koruyucu krem kullanmama sebebiniz sizce nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).
    ☐ Yağlı olduğu için ☐ Gözleri yaktığı için ☐ Sivilceye neden olduğu için
    ☐ Unuttuğum için ☐ Zaman aldığı için ☐ Vitamin D yetmezliğine neden olduğu için
    ☐ Alışkanlığım olmadığı için ☐ Gerekliliğine inanmadığım için
    ☐ Pahalı olduğu için ☐ Zararlı olabileceğini düşündüğüm için(kimyasal içerik)
    ☐ Faydalı olmadığını düşündüğüm için ☐ Diğer……

Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeği

Aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra uygun olan sadece bir seçeneği işaretleyiniz. Lütfen *tüm maddeleri yanıtlayınız.*

	Doğru	Yanlış
1. Gölgem boyumdan kısa ise, güneş altında durmamalıyım.	( )	( )
2. Yılda yalnızca birkaç hafta süreyle (örn.; tatildeyken) güneşlenmek, deri kanserine yakalanma olasılığını arttırır.	( )	( )
3. Solaryum bronzlaşmak için güvenli yöntemdir.	( )	( )
4. Güneş kremi kullandığınızda, olumsuz herhangi bir etkiye maruz kalmadan bronzlaşabilirsiniz.	( )	( )
5. Bronzlaşmak derimi güneşten korur.	( )	( )
6. Spreyin sağladığı yapay bronzluk beni güneşten korumaz.	( )	( )
7. Kış süresince solaryuma giderek derinizi bronz tutarsanız, bu bronzluk sayesinde yazın güneşin zararlı etkilerinden korunursunuz.	( )	( )
8. Yavaş yavaş bronzlaşmak güneşe uzun süre maruz kalmanın sebep olduğu olumsuz etkilerin çoğunu ortadan kaldırır.	( )	( )
9. Bronzluk, derinin hasar görmüş olduğunun göstergesidir.	( )	( )
10. Solaryumda maruz kalınan UV (ultraviyole) ışınları, güneşin yaydığı ışınlara göre daha güvenlidir.	( )	( )
11. Bronzlaşarak vücudun ihtiyacı olan D vitaminini sağlamak riskli bir yoldur.	( )	( )
12. Bronz bir ten, bireyin sağlıklı olduğunu gösterir.	( )	( )
13. Genellikle güneşe sıkça maruz kalmıyorsanız, ömrünüz boyunca iki ya da üç kez aşırı derecede yanmış olmanız deri hastalıkları geçirme olasılığınızı muhtemelen arttırmayacaktır.	( )	( )
14. Bir kişinin deri kanseri olmasının tek yolu güneşe çok fazla maruz kalmasıdır.	( )	( )
15. Koyu tenli insanlarda deri kanseri görülmez.	( )	( )

16. En iyi korunma için, güneş kreminin ne zaman kullanılması gerekmektedir?
a. Güneşe çıkmadan hemen önce
b. Güneşe çıkmadan 15-30 dakika önce
c. Güneşe çıktıktan sonra 15-30 dakika içinde

17. Güneş koruma faktörü 30 olan güneş kremi ne sıklıkta tekrar uygulanmalıdır?
a. Her 30 dakikada bir b. Her 2-3 saatte bir, yüzme veya terleme durumunda ise daha sık c. Hiçbiri

18. Güneşin en etkili olduğu zaman aralığı hangisidir?
a. Saat 09:00 -12:00 arası b. Saat 10:00 - 16:00 arası c. Saat 14:00 - 17:00 arası

19. Güneşin neden olduğu hasarlar aşağıdakilerden hangisiyle düzeltilebilir?
a. Güneş sonrası losyonlar (örneğin, Aloe Vera losyonu) b. Nemlendiriciler c. Hepsi d. Hiçbiri

20. Genellikle ne tür giysiler UV ışınlarını (güneşten gelen) engeller?
a. Açık renkli giysiler b. Koyu renkli giysiler c. Hepsi d. Hiçbiri

21. Güneş koruma faktörü 30 ne demektir?
a. Bireyin güneş kremi kullanmadığı zamana kıyasla, yanmadan güneşte 30 kat daha fazla süre geçirebileceği anlamına gelmektedir.
b. 15 faktörlü güneş kremine göre iki kat daha fazla koruma sağlamaktadır.
c. Hepsi
d. Hiçbiri

22. Aşağıdaki ortamların hangisinde güneş yanığı olabilirsiniz?
a. Karlı bir ortamda b. Açık havuz veya denizde c. Hepsi d. Hiçbiri

23. Aşağıdakilerden hangisi deri kanseri riskini artırır?
a. Geçmişte üç kez şiddetli güneş yanığı geçirmiş olmak
b. Ailede deri kanseri öyküsünün olması
c. Hepsi
d. Hiçbiri

24. Deri kanserinin en sık görülen türü hangisidir ?
a. Melanom
b. Bazal hücreli karsinom
c. Yassı hücreli karsinom
d. Hiçbiri

25. Aşağıdakilerden hangisi deri kanserinin belirtisi olabilir?
a. Vücuttaki bir benin görünümünde meydana gelen ani veya kademeli değişim
b. İyileşmeyen bir yara
c. Hepsi
d. Hiçbiri

FITZPATRICK CİLT RENGİ SKALASI



Katılımcının cilt rengi Fitzpatrick'e göre çalışmacı tarafından belirlenecek. Katılımcının cilt tipi:.....

EK 4



(konu yok) Gelen Kutusu ×

Mervenur Ini
Alıcı:

29 Ağu 2023 Sal 13:33

Merhaba Meryem hanım ben Trakya Üniversitesinde Tıp Fakültesinde araştırma görevlisiyim " Cilt kanseri ve güneş bilgisi ölçeği"nizi izniniz olursa tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını da atabilirseniz çok sevinirim.

18 Eyl 2023 Pzt 12:19

Alıcı: ben

Sayın İni ölçeği kullanabilirsiniz kolay gelsin. Dr. Meryem Öztürk Haney

29 Ağustos 2023 13:15, "Mervenur Ini" yazdı:

> Merhaba Meryem hanım ben Trakya Üniversitesinde Tıp Fakültesinde araştırma görevlisiyim " Cilt kanseri ve güneş bilgisi ölçeği"nizi izniniz olursa tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını da atabilirseniz çok sevinirim.