

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

DENİZCİLİK LİSESİ ÖĞRENCİLERİNE
CİLT KANSERİ KONUSUNDA VERİLEN EĞİTİMİN
BİLGİ VE DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Adem SÜMEN

Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2014

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

DENİZCİLİK LİSESİ ÖĞRENCİLERİNE
CİLT KANSERİ KONUSUNDA VERİLEN EĞİTİMİN
BİLGİ VE DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Adem SÜMEN

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Selma ÖNCEL

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi Tarafından
Desteklenmiştir. (Proje No:2013.02.0122.007)

“Kaynakça Gösterilerek Tezimden Yararlanılabilir”

Antalya, 2014

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Halk Sağlığı Hemşireliği Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 19/06/2014

Tez Danışmanı : **Doç. Dr. Selma ÖNCEL**
Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği A.D.



Üye : **Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM**
Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği A.D.



Üye : **Prof. Dr. Ertan YILMAZ**
Akdeniz Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.



Üye : **Prof. Dr. Mehmet Ziya FIRAT**
Akdeniz Üniversitesi
Ziraat Fakültesi
Zootečni Blm. Biyometri ve Genetik A.D.



Üye : **Yrd. Doç. Dr. Arzu AKCAN**
Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği A.D.



ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun / / tarih ve / sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. D. İsmail ÜSTÜNEL
Enstitü Müdürü

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, denizcilik lisesi öğrencilerine cilt kanseri konusunda verilen eğitimin bilgi ve davranışlarına etkisini değerlendirmektir. Çalışma ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel bir araştırma desenindedir. Araştırma kapsamında, Mart-Haziran 2013 tarihleri arasında Fettah Tamince Denizcilik Anadolu Meslek Lisesi'nde okuyan 389 öğrenci çalışma grubuna, Manavgat Ticaret ve Sanayi Odası Denizcilik Anadolu Meslek Lisesi'nde okuyan 178 öğrenci kontrol grubuna alınmıştır. Çalışmada “verilen eğitim, deney grubundaki öğrencilerin cilt kanseri ve güneşten korunma konusundaki bilgi, tutum ve davranış düzeylerini arttıracaktır” hipotezleri sınanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ki-kare analizi, McNemar's, Kruskal Wallis, Mann Whitney U ve t testi kullanılmıştır.

Araştırma sonunda öğrencilerin %43.6'sının daha önce cilt kanseri ve güneşten korunmayla ilgili bilgi aldıkları, çalışma grubu öğrencilerinin %59.6'sının, kontrol grubu öğrencilerinin %48.3'ünün orta risk düzeyinde olduğu ve öğrencilerin %76.9'unda risk faktörlerinden günde bir saatten fazla dışarıda kalmanın en yüksek oranda olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin cilt kanseri ve güneşten korunma konusundaki bilgi puan ortalaması, kontrol grubunda yapılan ön test (6.2 ± 1.9) ve son testte (6.8 ± 1.9) değişmezken, çalışma grubu öğrencilerinin bilgi puan ortalaması yapılan eğitimle 6.0 ± 2.3 'ten 10.6 ± 1.2 'ye yükselmiştir. Çalışma grubu öğrencilerinin ön testte %25.4'ü düşük, %62.2'si orta bilgi düzeyinde iken, son testte düşük düzeyde hiç öğrenci olmadığı ve %94.3'ünün yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Çalışma grubu öğrencilerinin açık tenli kişilerin güneş yanığı oluşmaması için korunmaya daha çok dikkat etmesi gerektiği, UV ışınlarının cilt kanserine neden olduğu, güneş koruma faktörü 10 olan güneş koruyucu kremin 10 saat güneşten korumayacağı, 10:00-16:00 saatleri arası güneşten kaçınılması gerektiği bilgi sorularını doğru bilme oranının son testte %100 olduğu saptanmıştır. Onuncu sınıf öğrencilerinin, konuyla ilgili daha önce bilgi alanların, güneşten daha iyi korunabileceğini düşünenlerin, anne ve baba eğitimi lise, babası esnaf/serbest meslek, annesi ise ev hanımı ve aile geliri giderine eşit olanların bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu, risk düzeyi arttıkça bilgi düzeylerinin de arttığı saptanmıştır. Eğitimin etkin olduğu ve deney grubundaki öğrencilerin cilt kanseri ve güneşten korunma konusundaki bilgi, tutum ve davranış düzeylerini olumlu yönde arttığı belirlenmiştir.

Yapılan eğitimlerle hayat tarzının oluşmaya başladığı, hayat boyu sürecek korunma alışkanlıklarının geliştirildiği, ileride açık havada çalışacak, risk grubunda yer alan denizcilik mesleğinin bir üyesi olan öğrencilere cilt kanseri ve güneşten korunmada uygun tutum ve davranışlar kazandırılabilir. Bu nedenle okul sağlığı hemşirelerinin, öğrencilerin olumlu sağlık davranışları kazanmaları için eğitici ve danışmanlık rollerini kullanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cilt Kanseri, Güneşten Korunma, Melanoma, Adölesan, Okul Sağlığı Hemşiresi

ABSTRACT

The purpose of this study is to evaluate the effect of training about skin cancer provided for students, receiving education at maritime high school, on their knowledge and behaviors. The study had the quasi-experimental research pattern with pretest-posttest control group. Within the scope of the study, 389 students receiving education at Fethiye Tahirhan Maritime Anatolian Vocational High School were included in the study group, and 178 students receiving education at Manavgat Commerce and Industry Chamber Maritime Anatolian Vocational High School were included in the control group between March 2013 and June 2013. Hypothesis “the training will increase the knowledge, attitude and behavior levels of students in the experimental group regarding skin cancer and protection from sun” was mainly examined. In the study, chi-square analysis, McNemar’s, Kruskal Wallis, Mann Whitney U and t test were used to assess the data.

At the end of the study, 43.6% of students were already informed about skin cancer and protection from sun, 59.6% of students in the study group and 48.3% of students in the control group had a medium level of risk and 76.9% of students had the highest risk of staying outside for more than an hour a day. While the knowledge mean score of students regarding skin cancer and protection from sun remained the same in the pretest (6.2 ± 1.9) and posttest (6.8 ± 1.9) that were performed in the control group, the knowledge mean score of students in the study group increased from 6.0 ± 2.3 to 10.6 ± 1.2 after the training. According to the pretest results of students in the study group, 25.4% had low and 62.2% medium level of knowledge, and there was no student at the low level in the posttest and 94.3% were at the high level. It was determined that students in the study group correctly answered knowledge questions, about the necessity for light-skinned people to pay an extra attention to the protection from sunburn, as well as the fact that UV lights causes skin cancer, a factor 10 sunscreens will not protect from the sun for 10 hours and the sun should be avoided between 10:00-16:00, in the posttest at the rate of 100%. Knowledge levels were higher in students of the 10th grade who were already informed about the subject, thought that they would be protected from the sun better, as well as students whose parents were high school graduates, fathers were craftsmen/self-employed, mothers were housewives and family income was equal to expenses. The training was effective and increased positively knowledge, attitude and behavior levels of students in the experimental group regarding skin cancer and protection from the sun.

The trainings would bring convenient attitudes and behaviors in students, who are a member of the profession of maritime, start to form a lifestyle, develop life-long protection habits, will work outdoors in the future and are in the risk group, regarding the skin cancer and protection from sun. Thus, school health nurses are required to use the instructive and consultancy roles for students to acquire positive health behaviors.

Key Words: Skin Cancer, Sun Protection, Melanoma, Adolescent, School Health Nurse

TEŞEKKÜR

Sadece bu tezin hazırlanmasında değil, tüm yüksek lisans eğitimim boyunca her aşamada rehberlik eden, destek veren, bilgi ve emeğini benden esirgemeyen değerli danışmanım sayın Doç. Dr. Selma ÖNCEL'e

Yüksek lisans eğitimim süresince gelişimimde önemli katkısı olan sayın Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM'e

Veri toplama süresince yardımlarını esirgemeyen Fettah Tamince Denizcilik Anadolu Meslek Lisesi ve Manavgat Ticaret ve Sanayi Odası Denizcilik Anadolu Meslek Lisesi okul müdürleri ve öğretmenlerine,

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve bana zaman ayıran tüm öğrencilere,

Her zaman ve her koşulda yanımda olan, hiçbir yardım ve desteğini esirgemeyen aileme teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
GİRİŞ	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	3
1.4. Araştırma Soruları	4
GENEL BİLGİLER	
2.1. Kanser	5
2.2. Deri Kanseri	5
2.2.1. Melanoma Dışı Deri Kanseri	6
2.2.1.1. Bazal Hücreli Karsinom	7
2.2.1.2. Yassı Hücreli Karsinom	8
2.2.1.3. Melanoma Dışı Deri Kanserlerinde Risk Faktörleri	9
2.2.1.4. Melanoma Dışı Deri Kanserlerinde Tanı	11
2.2.1.5. Melanoma Dışı Deri Kanserlerinde Tedavi	11
2.2.1.6. Melanoma Dışı Deri Kanserlerinde Korunma	11
2.2.2. Malign Melanom	12
2.2.2.1. Malign Melanomda Risk Faktörleri	14
2.2.2.2. Malign Melanomda Tanı	16
2.2.2.3. Malign Melanomda Fizik Muayene	18

2.2.2.4.	Malign Melanomda Tedavi	19
2.2.2.5.	Malign Melanomda Korunma	20
2.3.	Deri Kanserlerinde Korunma	20
2.3.1.	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi	21
2.3.2.	Kişisel Deri Taraması	21
2.3.3.	UV Maruziyetinin Engellenmesi	24
2.3.4.	Giysilerle Korunma	24
2.3.5.	Güneş Koruyucular ile Korunma	25
2.3.6.	Gözlerin Korunması	26
2.4.	Deri Kanserinden Korunmada Hemşirenin Rolü	26

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.	Araştırmanın Yöntemi	29
3.2.	Araştırmanın Hipotezleri	29
3.3.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	29
3.4.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
3.5.	Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri	32
3.6.	Araştırma Etiği	32
3.7.	Kullanılan Soru Formu	33
3.8.	Araştırma Verilerinin Toplanması	33
3.9.	Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	35
3.10.	Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	35
3.11.	Araştırmanın Sınırlılıkları	36
3.12.	Çalışma Planı	36

BULGULAR

4.1	Öğrencilerin Risk Durumlarının İncelenmesi	39
4.2.	Öğrencilerin Deri Kanseri ve Güneşten Korunmaya Yönelik Bilgi Durumlarının İncelenmesi	43
4.3.	Öğrencilerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Bilgi Düzeyleri ile Karşılaştırılması	51
4.4	Öğrencilerin Güneşten Korunmaya Yönelik Tutumlarının İncelenmesi	55

4.5.	Öğrencilerin Güneşten Korunmaya Yönelik Davranışlarının İncelenmesi	61
TARTIŞMA		
5.1.	Çalışma ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Deri Kanseri Konusunda Risk Durumlarının İncelenmesi	67
5.2.	Çalışma ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Deri Kanseri ve Güneşten Korunmaya Yönelik Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi	69
5.3.	Çalışma ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Bilgi Düzeyleri İle Karşılaştırılması	72
5.4.	Çalışma ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Güneşten Korunmaya Yönelik Tutumlarının İncelenmesi	74
5.5.	Çalışma ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Güneşten Korunmaya Yönelik Davranışlarının İncelenmesi	75
SONUÇLAR		80
ÖNERİLER		82
KAYNAKLAR		83
ÖZGEÇMİŞ		102
EKLER		103
EK: 1	Milli Eğitim Müdürlüğü İzin Yazısı	
EK: 2	Etik Kurul İzin Yazısı	
EK: 3	Aydınlatılmış Onam Formu	
EK: 4	Soru Formu	
EK: 5	Eğitim Sunumu	
EK: 6	Sevgili 16 Yaşındaki Halim Videosu	
EK: 7	Eğitim Broşürü	
EK: 8	Eğitim Afişleri	
EK: 9	Soru Formu (Son Test)	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BHK	: Bazal Hücreli Karsinom
CDC	: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GKÜ	: Güneşten Koruyucu Ürünler
Hb	: Hemoglobin
HPV	: Human Papilloma Virus
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KDT	: Kişisel Deri Taraması
MDDK	: Melanoma Dışı Deri Kanseri
SEER	: Surveillance Epidemiology and End Results
SPF	: Güneşten Koruma Faktörü
THSK	: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
USD	: United States Dollar
UV	: Ultraviyole
YHK	: Yassı Hücreli Karsinom

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil		Sayfa
2.1.	Malign melanomun vücutta dağılım oranları	12
2.2.	ABCDE bulguları	17
2.3.	Amerikan Dermatoloji Akademisi'nin hazırladığı kişisel deri taraması	23
2.4.	Amerikan Deri Kanseri Vakfı'nın önerdiği kendi kendine deri muayenesi	24
3.1.	Araştırma planı	37
4.1.	Öğrencilerin deri kanserine yakalanma riskini arttıran faktörler	41
4.2.	Öğrencilerin deri kanserine yakalanma risk durumları	42
4.3.	Öğrencilerin deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik bilgi puan ortalamaları	49
4.4.	Öğrencilerin deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik bilgi düzeylerinin dağılımı	50

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo		Sayfa
2.1.	Derinin bazal ve yassı hücreli kanserlerinin özellikleri	9
3.4.1.	Öğrencilerin bazı tanıtıcı özellikleri	31
3.4.2.	Öğrencilerin ailelerinin bazı sosyodemografik özellikleri	32
3.1.	Tez çalışmasının zaman akış çizelgesi	38
4.1.1.	Öğrencilerin deri kanserine yakalanma riskini arttıran faktörlerin dağılımları	40
4.1.2.	Öğrencilerin deri kanserine yakalanma risk durumları	42
4.2.1.	Çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik ön test bilgilerinin karşılaştırılması	44
4.2.2.	Çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik son test bilgilerinin karşılaştırılması	45
4.2.3.	Çalışma grubu öğrencilerinin deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik ön test ve son test bilgi durumlarının karşılaştırılması	46
4.2.4.	Kontrol grubu öğrencilerinin deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik ön test ve son test bilgi durumlarının karşılaştırılması	47
4.2.5.	Öğrencilerin deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik bilgi puan ortalamalarının dağılımı	49
4.2.6.	Öğrencilerin deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik bilgi düzeylerinin dağılımı	50
4.3.1.	Öğrencilerin bazı özellikleri ile deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik bilgi düzeylerinin karşılaştırılması	51
4.3.2.	Öğrencilerin ailelerinin bazı sosyodemografik özellikleri ile deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik bilgi düzeylerinin karşılaştırılması	52
4.3.3.	Öğrencilerin deri kanserine yakalanma risk düzeyleri ile bilgi düzeylerinin karşılaştırılması	53
4.3.4.	Öğrencilerin deri kanserine yakalanma riskini arttıran faktörler ile bilgi puanlarının karşılaştırılması	56

4.4.1.	Çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin güneşten korunmaya yönelik ön test tutumlarının karşılaştırılması	57
4.4.2.	Çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin güneşten korunmaya yönelik son test tutumlarının karşılaştırılması	58
4.4.3.	Çalışma grubu öğrencilerinin güneşten korunmaya yönelik tutumlarının karşılaştırılması	59
4.4.4.	Kontrol grubu öğrencilerinin güneşten korunmaya yönelik tutumlarının karşılaştırılması	60
4.5.1.	Çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin güneş koruyucu krem kullanma durumlarının karşılaştırılması	63
4.5.2.	Çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin güneş koruyucu krem kullanma durumlarının ön test-son test karşılaştırması	64
4.5.3.	Çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin gölgede durma, tişört giyme, şapka ve gözlük kullanma davranışlarının karşılaştırılması	65
4.5.4.	Çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin gölgede durma, tişört giyme, şapka ve gözlük kullanma davranışlarının ön test-son test sonuçlarının karşılaştırması	66

GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Cilt kanseri dünyada ve ülkemizde giderek artan insidansı ile dikkati çekmektedir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde beyaz ırkta en sık görülen kanser tipi olduğu bilinmektedir (1,2). Yaşamları boyunca gelişme oranının erkeklerde 39 kişide bir, kadınlarda 58 kişide bir olduğu bildirilmektedir (3). Bu çalışmada tezin adı cilt kanseri olarak belirlenmiş olup ancak bundan sonra cilt kelimesi deri olarak ifade edilecektir. Deri kanserinin etiyolojisinde en önemli faktör ultraviyole ışınlarıdır (1,4,5). Son yıllarda ozon tabakasının giderek incelmesiyle ultraviyole ışınlarına daha yoğun maruz kalınmakta, bu da deri kanseri için önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır (6,7). Bu nedenle deri kanserleri baş, boyun ve eller gibi vücudun güneş ışınlarına en çok maruz kalan kısımlarında görülür (8-10). Türkmen ve arkadaşlarının (11) on yıllık deri kanserlerini değerlendirdikleri çalışmada hastaların etiyolojik faktörleri incelendiğinde, hem erkek hem kadınlarda uzun süreli güneş ışığına maruz kalma oranının %90 olduğu bildirilmektedir. İnsanların güneşe maruziyetlerinin artmasıyla birlikte son yıllarda tüm dünyada hem malign melanom hem de melanoma dışı deri kanseri insidansı (9) özellikle açık havada ve güneş altında çalışan kişilerde (denizciler, balıkçılar, çiftçiler, inşaat işçileri vb.) artmaktadır (12). Açık havada çalışanlar kapalı alanda çalışanlara göre yaklaşık sekiz kat daha fazla ultraviyole ışınlarına maruz kalmaktadır (13). Bu da deri kanseri oluşma olasılığını arttırmaktadır.

Deri kanserlerinin mortalite oranları düşük olmakla birlikte, fonksiyon bozuklukları, estetik bozukluklar gibi morbidite oranı yüksek ve tedavileri pahalıdır (14-16). Deri kanseri dünyada en sık görülen sağlık sorunu arasında olup önemli bir hastalık yüküne sahiptir. Deri kanseri yükü hasta, aileler ve toplum üzerinde psikolojik, sosyal ve maddi yönü kapsayan çok boyutlu bir kavramdır (17). Melanoma dışı deri kanserleri için 2004 yılında 2.5 milyar, melanoma için 2.9 milyar US \$ harcanmıştır (18). Melanoma dışı deri kanserlerinde doktor muayeneleri için 1.047, reçeteli ilaçlar için 82, poliklinik bölümleri için 35, acil servislere başvurular ve hastane yatışları için bir milyon US \$ harcanırken, melanomada doktor muayeneleri için 101, reçeteli ilaçlar için 78, poliklinik bölümleri için 76, hastane yatışları için 35, acil servislere başvurular için bir milyon US \$ harcanmıştır (19).

Antalya, Akdeniz Bölgesi'nin batısında yer almakta olup, yazlar hem uzun hem de sıcaktır. Yazın ortalama sıcaklık 30-34 derece arasındadır. Yılda ortalama 300 güneşli güne ve 18.7 derece yıllık sıcaklık ortalamasına sahiptir (20). Türkiye'de 2005 yılı verilerine göre en sık görülen 10 kanser türü arasında deri kanserinin erkeklerde üçüncü, kadınlarda ikinci sırada olduğu saptanmıştır. Antalya'da da deri kanseri sıralaması Türkiye sıralaması ile aynıdır (21). Merey (22)'in kadınlarda görülen beş kanser türünün ilçe bazında dağılımını araştırdığı çalışmasında deri kanserlerinin Türkiye'de en fazla Antalya merkezde olduğu saptanmıştır. Antalya'da

deri kanseri vakalarının daha çok kıyı kesimlerde olduğu, iç kesimlere doğru azaldığı görülmüştür. Bu durum etiolojide yer alan güneşlenmenin deri kanseri üzerine etkisinin büyük olduğunu düşündürmektedir. Deri kanserine etki eden faktörler arasında yalnızca güneşlenme değil aynı zamanda güneşe maruz kalma süresi de önemlidir. Antalya'nın turizm yönünden etkin oluşu, güneşlenme süresinin uzun olması; deri kanserinde en önemli nedenlerden biri olan ultraviyole ışınlarına maruz kalma süresinin uzun olduğunu göstermektedir.

Herkesin deri kanserine yakalanma riski olmasına rağmen açık tenli, çok sayıda büyük ben ve lekeleri olan, uzun süreli güneşe maruz kalan, çocukluk döneminde güneş yanığı öyküsü olan kişilerin deri kanserine yakalanma riski daha fazladır (23-30). Erken çocukluk döneminde melanin üretimi oldukça sınırlıdır. Bu nedenle çocuklar, güneş ışınlarının yol açtığı zararlı etkilere daha duyarlıdır. Bununla paralel olarak ömür boyu güneş maruziyetinin yaklaşık %80'i 18 yaşından önce olmaktadır. Çocukluktaki güneş yanıkları ile deri kanseri arasındaki bu güçlü ilişki nedeniyle tüm deri kanserlerinin %80'i erken yaşlardan itibaren yapılan uygun koruyucu önlemler ile azaltılabilir (26,31-34).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (35) sonucuna göre 18 yaş altı nüfusun %17.2'si 15-17 yaş arası çocuklardan oluşmaktadır. Adölesan dönem, kişilerde davranışlar ve hayat tarzının oluşmaya başladığı, hayat boyu sürecek korunma alışkanlıklarının geliştirildiği bir dönem olduğundan dolayı, ileride açık havada çalışacak, risk grubunda yer alan denizcilik mesleğinin bir üyesi olacak olan öğrencilerde; deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik farkındalığı arttırmak büyük bir önem taşımaktadır. Yapılan birçok epidemiyolojik araştırmada, 20 yaş öncesi dönemde gerçekleştirilen korunmaya yönelik davranışların deri kanserinden korunmada olumlu yönde yarar sağladığı belirlenmiştir. (29,36,37). Bu nedenle çocuklar ve adölesanlar deri kanserini önleme programları için önemli bir hedef grubu oluşturmaktadır. Ayrıca gençlik döneminde verilen güneşten korunma bilgileri, gençlerin yaşamları boyunca güneşten uygun şekilde korunma uygulamalarının davranışa dönüşmesinde temel oluşturur (38,39).

Adölesanlarla yapılan çalışmalarda; adölesanların deri kanseri (40-44) ve güneşten korunma ile ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu (40,44-46), güneşten korunma yöntemlerini yeterince kullanmadıkları (8,38,40,41,45,47-49), bronzlaşmak için güneş koruma faktörü düşük olan güneş koruyucu kremler kullandıkları ve isteyerek güneşte kaldıkları (41,43,46,49-52), yapılan girişimlerle deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik bilgi, tutum ve davranışlarında artış olduğu (4,38,42,45,48,53-55) saptanmıştır.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda da öğrencilerin güneşten korunma davranışlarının yetersiz olduğunun (8), güneşten korunma davranışların artması için eğitim girişimlerinin yapılmasının (46), çocuk ve adölesanların güneş ışınlarından korunma konusunda bilinçlendirilmesinin (27) önemi ortaya konulmuştur. Sümen ve Öncel (56) deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik öğrencilerle ilgili yapılan araştırmaları inceledikleri 47 çalışma sonucunda; çocukluk ve gençlik dönemindeki öğrencilerle yapılan çalışmaların yetersiz olduğunun, dünya genelinde deri kanseri ile ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğunun, sağlık eğitim programları ile

ailelerin, öğrencilerin bilinçlendirilmesinin ve erken yaşta eğitimlerin yapılması gerektiğinin önemini vurgulamışlardır.

Güneşten korunmada olumlu davranışlar geliştirerek, insanların güneş ışığındaki ultraviyole radyasyona maruziyetinin azaltılması, deri kanserlerinin halk sağlığına olan yükünün azaltılmasının en önemli parçasıdır (57). Araştırmalara göre, korunma programları güneş ışınlarının sağlık üzerindeki olumsuz etkileri konusunda toplum bilinci oluşturma açısından etkili olmuş ancak davranış biçimini değiştirme konusunda oldukça etkisiz kalmıştır (58,59). Çocukluk çağındaki güneş ışığı maruziyetinin deri kanseri gelişimindeki önemi nedeni ile bu dönemde ebeveynlerin çocukları güneşten korumaları, okul ve yaygın eğitim kurumlarında bu konuyla ilgili eğitici programlar sunulması gerekmektedir (26,27,60). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün sağlığı koruma ve geliştirme programları kapsamında anahtar rolde gördüğü hemşirelerin toplumun deri kanserinden korunması için gerekli uygulamaları gerçekleştirmesi büyük önem taşımaktadır. Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC)'nin Deri Kanseri Önleme Ulusal Eğitim Programında halk sağlığı hemşirelerinin kanserin erken tanısı ve önlenmesinde aktif olarak çalışmaları konusunda planlamalar yer almaktadır (27,61,62). Gerek aile sağlığı hemşiresi, gerek okul sağlığı hemşiresi, gerekse iş sağlığı hemşiresi güneş ışığına uzun süre maruz kalma riskinin farkında olursa, yaptıkları ziyaretler sırasında çocukları, öğrencileri, hastaları, aileleri risk faktörleri ve güvenli güneşlenme davranışları konusunda eğitebilirler (63).

Yılım büyük bir kısmının güneşli geçtiği Antalya ilinde güneş ışınlarına maruziyet yoğundur. Güneş ışınlarına yoğun maruziyet deri kanseri riskini de beraberinde getirmektedir. Mevcut risk faktörlerinin saptanması, deri kanseri açısından riskli davranışların belirlenmesi ve bilgilendirilmesi toplumun deri kanserinden korunması açısından ilk adımı oluşturacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

İleride açık havada çalışacak, risk grubunda yer alan, denizcilik mesleğinin bir üyesi olan öğrencilerde; deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik farkındalığı arttırmak büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı öğrencilerin deri kanseri açısından risklerini ve bilgi düzeylerini belirlemek; deri kanseri konusunda verilen eğitimin bilgi ve davranışlarına etkisini ortaya çıkarmaktır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

1. H_1 = Verilen eğitim, deney grubundaki öğrencilerin deri kanseri ve güneşten korunma konusundaki bilgi düzeylerini arttıracaktır.
2. H_1 = Verilen eğitim, deney grubundaki öğrencilerin güneşten korunma konusundaki tutumlarını olumlu yönde arttıracaktır.
3. H_1 = Verilen eğitim, deney grubundaki öğrencilerin güneşten korunma konusundaki davranışlarını olumlu yönde arttıracaktır.

1.4. Araştırma Soruları

- Öğrencilerin deri kanseri, güneş ışınları ve güneşten korunmaya yönelik bilgileri ne düzeydedir?
- Öğrencilerin güneşten korunmaya yönelik tutumları nasıldır?
- Öğrencilerin güneşten korunmaya yönelik davranışları nelerdir?
- Öğrencilerin deri kanseri risk durumları/düzeyleri nedir?
- Öğrencilere deri kanseri, basit güneşten korunma adımları ve güneşin zararlı etkileri konularında verilen eğitim bilgi düzeyini arttıracak mı?
- Öğrencilere deri kanseri, basit güneşten korunma adımları ve güneşin zararlı etkileri konularında verilen eğitim tutumlarını olumlu yönde arttıracak mı?
- Öğrencilere deri kanseri, basit güneşten korunma adımları ve güneşin zararlı etkileri konularında verilen eğitim davranışlarını olumlu yönde arttıracak mı?
- Öğrencilerin bilgi düzeylerini sosyodemografik özellikleri etkilemekte midir?
- Öğrencilerin risk düzeyi ile bilgi düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- Risk faktörlerine sahip olan öğrencilerin bilgi puan ortalamaları olmayanlara göre daha mı yüksek?

GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

Kanser, hücre proliferasyonu ve hücre ölümü arasındaki dengenin bozulmasına yol açan, metastaz yapabilme özelliğine sahip hücrelerin gelişimine neden olan, gen ekspresyonu değişiklikleri içeren anormal hücre çoğalmasdır (64). Kanser gelişimi karsinogenez olarak bilinen çok aşamalı bir süreci kapsamaktadır. Bu süreç, inisiyasyon, promosyon ve progresyon olarak adlandırılan üç aşamadan oluşur. İnisiyasyon; karsinojenlerle uyarılma sonucu hücrelerde genetik değişiklik meydana gelmesi ile tümörleşmenin başlaması, promosyon; değişen hücrelerde bölünmenin uyarılması sonucu tümörün ilerlemesi, progresyon ise; hücrelerin kontrolsüz çoğalmaları sonucu invazyon ve metastazı içeren olgunlaşmasıdır (65).

Kanserler başlangıç yaşlarına, büyüme oranlarına, yayılımlarına, evrelerine ve tedaviye verdikleri tepkilere göre çeşitlilik göstermelerine rağmen bazı ortak özelliklere sahiptir (66). Bu temel özellikleri kontrolsüz hücre çoğalması, hücreler arası zayıf bağlantı, genetik kararsızlık, immortalite, metastaz, kontak inhibisyon kaybı ve hatalı hücre adezyonu şeklinde sıralayabiliriz (65).

Vücudun dış tabakasını oluşturması ve geniş yüzeye sahip olması nedeniyle dış karsinojenlere doğrudan maruz kalan deride kanser oluşumu oldukça sık karşılaşılan bir durumdur (67). Özekinci (68)'nin patoloji arşivindeki on yıllık kanser olgularını değerlendirdiği çalışmada; kanserlerin organlara göre dağılımında, erkeklerde (%15.4) ve kadınlarda (%15.9) ilk sırada deri kanseri yer almıştır. Haydaroglu ve arkadaşlarının (69) kanser kayıt analizlerini yaptığı çalışmada ise deri kanseri erkeklerde (%9.9) ve kadınlarda (%9.6) dördüncü sırada yer almıştır.

2.2. Deri Kanseri

Deri kanseri dünyada ve ülkemizde giderek artan insidansı ile dikkati çekmektedir. ABD'de beyaz ırkta en sık görülen kanser tipi olduğu bilinmektedir (1,2). Yaşamları boyunca gelişme oranının erkeklerde 39 kişide bir, kadınlarda 58 kişide bir olduğu bildirilmektedir (3). Deri kanserinin etiyolojisinde en önemli faktör ultraviyole ışınlarıdır (1,4,5). Son yıllarda ozon tabakasının giderek incelenmesiyle ultraviyole ışınlarına daha yoğun maruz kalınmakta, bu da deri kanseri için önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır (6,7).

Güneş ışınları, geniş bir elektromanyetik enerji spektrumuna sahiptir. Bunlar, kozmik ışınlardan başlayıp gama, X, ultraviyole (UV), görünen ışık, kızılötesi ve radyo ışınlarına dek, küçükten büyüğe değişen dalga boylarındaki ışınlardır. Yeryüzüne ulaşan ışınların yarısı kızılötesi iken geri kalanının büyük bölümü görünür ışık, yaklaşık %5'i ise UV ışınlarından oluşur (70). Deride istenmeyen etkileri net olarak bilinen ışın dilimi UV ışınlarıdır. UV ışınlarının zararlı etkileri UV'ye maruz kalınma süresi ve sıklığına, ışınların yeryüzüne gelme açısına ve

genetik olarak belirlenen deri tipine bağılı olarak değişmektedir. UV ışınları ve dalga boyları; ultraviyole C (UVC) (200-290 nm), ultraviyole B (UVB) (290-320 nm) ve ultraviyole A (UVA) (320- 400 nm)'dan oluşmaktadır. Yeryüzüne ulaşan UV ışınlarının %5-10'u UVB iken %90-95'i ise UVA'dır (71,72). UVB güneş yanığından asıl sorumlu olan ve fotoyaşlanma ile deri kanserlerinin gelişimi üzerine etkinliği en iyi bilinen ışınlardır. Fototoksik ve fotoalerjik reaksiyonlardan ise genellikle UVA sorumludur. Bununla birlikte UVA'nın uzun vadede kümülatif etkinliği ile UVB'nin karsinogenik etkinliğini artırdığı unutulmamalıdır. UVC ise ozon tabakasında filtre edilmekte ve yeryüzüne ulaşmadığı kabul edilmektedir (73).

de Gruijl (74)'in aktardığına göre Unna isimli Alman araştırmacı 1894 yılında kronik güneşe maruz kalan derideki değişiklikleri hiperkeratozdan başlayarak aşamaları ile tarif etmiş ve denizcilerde gördüğü için "Seemanshautcarzinom" adını vermiştir. 1896 yılında Dubreuilh isimli araştırmacı, üzüm bağlarında çalışan işçilerin derileri üzerinde benzer değişiklikler gözlemlediğini bildirmiştir. 1900'lü yılların başlarına gelindiğinde, güneş ışınlarına maruz kalma ile deri kanserleri arasında daha fazla istatistiksel ilişki saptanmaya başlamıştır. 1920'li ve 1930'lu yıllarda güneş ışınlarına maruz kalmanın, deri kanserine neden olabileceği hayvan deneyleri ile gösterilmiştir. 1920'li yıllarda Findlay isimli araştırmacı, UV ışınlarına maruz bıraktığı farelerde, UV ışınlarının farelerin derileri üzerinde kanserojen etkiye neden olabileceğini ilk deneysel kanıt olarak göstermiştir. 1928 yılında Gates, UV ışınlarının DNA tarafından absorbe edilebildiğini ve ölümcül nükleer değişimlere neden olabileceğini bildirmiştir. 1930'lu yıllarda Roffo isimli araştırmacı, güneş ışınlarının sıçanlarda deri kanserine neden olabileceğini ve bu kanserojen etkinin renkli ya da renksiz UVB filtreli camlar kullanıldığı takdirde engellenebileceğini belirtmiştir. 1940'lı yıllarda Hollaender ve Emmens UV ışınlarının mantar DNA'sı üzerinde mutasyonlara neden olduğunu saptamışlardır. Yine 1940'lı yıllarda Blum, Kirby-Smith ve Grady isimli araştırmacılar, kronik UV ışınlarına maruz kalma ile tümör oluşumu arasındaki ilişkinin varlığını tespit etmişlerdir. 1960 yılında Beukers ve Berends UV ışınlarının DNA dizisindeki timin bazları üzerinde cyclobutane dimerleri oluşturduğunu bildirmiş, UVB ve UVC ışınlarının DNA'da pirimidin bazlarını etkilemesi ile oluştuklarını saptamışlardır. Artan UV ışınlarının etkisi ile deri kanseri sıklığı artmaya başlamıştır. 1940'lı yılların başından 2000'li yıllara kadar uzanan süreçte, malign melanom ve melanoma dışı deri kanseri insidansı %600 artmıştır.

Deri kanserlerinin sınıflamasını aşağıdaki biçimde yapmak mümkündür;

- I. Melanoma Dışı Deri Kanseri**
 - a. Bazal Hücreli Karsinom**
 - b. Yassı Hücreli Karsinom**
- II. Malign Melanom**

2.2.1 Melanoma Dışı Deri Kanseri

Melanoma dışı deri kanserlerinin (MDDK) insidansı tüm dünyada hızla artmakta olup, Türkiye'de de yaygın karşılaşılan kanser türlerindendir (10,75). Histolojik olarak bu grubun %75'ini bazal hücreli karsinom (BHK) ve %20'sini yassı hücreli karsinom (YHK) oluşturur. ABD'de beyazlarda ömür boyu BHK gelişme

riski %33, YHK gelişme riski %4-14 olarak belirtilmektedir. Bu tümörler genellikle 60 yaş üzerinde görülürken (40-70), son yıllarda daha genç yaşlarda da görülmeye başlanmıştır. Erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görülmektedir (76).

MDDK'nin nedeni çok faktörlü ve komplekstir. Kişiyeye bağlı faktörler, çevresel faktörler ve yaşam biçimi faktörlerinin etkileşimi MDDK gelişim ve ilerleyişini belirlemektedir. İnsan ömrünün uzaması ile birlikte UV'nin etkisinin ortaya çıkması arasında doğru bir orantı vardır (10,16,77).

MDDK'lerin görülme insidansı her geçen yıl %3-8 oranında artmaktadır. İnsidansı yüksek olsa da, MDDK yılda 400'den az ölüme neden olur (bunların çoğu da metastatik YHK'dır). MDDK'nin önemi; gecikmiş tanı ve yetersiz tedavinin, şekil bozuklukları ile yaşamı yitirmeye yol açabilmesidir. MDDK'ler genellikle iyi prognozlu olmaları nedeni ile ihmal edilmektedir. Büyük oranda görülmeleri, giderek artmaları, morbidite ve ekonomik yük bunun artan bir toplum sağlığı problemi olmasına yol açmaktadır (78).

Kişiyeye ait MDDK riskini arttıran başlıca faktörlerin başında; yaşlılık, erkek olma, kolay bronzlaşmayan deri, güneşle temasta aşırı yanma gösteren deri, güneşle temas sonrası eritemin uzun sürmesi, çillenme, kızıl, sarışın veya açık kahve saç rengi, özellikle mavi olmak üzere açık renkli göz, açık renkli ten ve genodermatozlar gelmektedir (16,76,77).

MDDK gelişimini kolaylaştıran çevresel ve medikal faktörler ise; güneş, diğer UV kaynakları (solaryum), iyonizan ışınlar, sigara kullanımı (sadece YHK), kimyasal maddeler veya ilaçlar (hidrokarbonlar, psoralenler, topikal mekloretamin), MDDK öyküsü, yanık skarları, diskoid lupus eritromatozum, drene sinüsler, kronik ülserasyonlar, radyasyon dermatiti, immünosupresyon olarak sayılabilir (16).

2.2.1.1. Bazal Hücreli Karsinom

BHK sıcak iklimlerde yaşayan beyaz topluluğun ve MDDK'lerinin %80'ini oluşturması ile, en sık rastlanan deri kanseri tipidir (78). Daha çok 40'lı yaşlardan sonra görülmekle beraber her yaşta ortaya çıkabilir. Erken yaşlarda ortaya çıkmasının nedeni daha fazla UV'ye maruz kalmakla ilgili olabilir. Çünkü BHK gelişmesindeki en önemli faktörün UV olduğu belirtilmektedir (77).

ABD'de yıllık olarak en az bir milyon deri kaynaklı BHK yeni vaka tanı almaktadır. Erkekler kadınlardan daha fazla etkilenmektedir. Her ne kadar tüm kanserlerin en sık rastlanan tipi de olsalar, deri kanserleri kansere bağlı olarak gelişen ölümlerin %0,1'inin daha azından sorumludurlar (79).

BHK'nın erkek/kadın oranı 3:2'dir. Kronik güneşe maruziyet sonucu oluştuğundan sıklıkla yüz, kulaklar, boyun, saçlı deri, omuzlar ve sırtta yer alır. Diğer etiyolojik faktörler; uzun veya kısa dalga UV, arsenik ve hidrokarbonlar gibi kimyasal karsinojenler, iyonize radyasyon, kseroderma pigmentosum, bazal hücreli nevüs sendromu, kronik irritasyon veya ülserasyon ve human papillomavirüs (HPV)'dür. İmmünosupresyonlularda gelişme riski artar. BHK skar dokusu, yanık zemini gibi travma bölgelerinde de gelişebilir (80).

Birçok ülkede BHK çok görülse de çok fazla bu tanı ile izlenmez. Bunun nedeni BHK'lerin, belki de, histolojik tanımlama yapılmaksızın, farklı klinik uzmanlar tarafından ve farklı yöntemlerle tedavi edilmesidir. Bu kısıtlamalar Avrupa'da bildirilen yıllık insidans hızlarına da yansımaktadır. Bu oranlar 100.000'de 50-130 arasında değişmektedir. Avustralya'daki yıllık insidans 100.000'de 800-1500 arasında değişir. İnsidansdaki farklılık UV ışınımının oluşturuıcı etken olmasındandır. Ortalama tanı yaşı 60'dır. Ancak son 10 yılda 20-40 yaşındaki genç kadınlarda dikkate değer bir BHK artışı olduğu görülmektedir (78).

BHK gelişmesinde açık renk saç, göz ve deriye sahip olmak kolaylaştırıcı rol oynar. Özellikle sarı veya kırmız saçlılarda, açık renk gözlülerde ve kolay bronzlaşmayan, sık güneş yanığı olan kimselerde daha çok görülmektedir. Meslek ve hobi nedeniyle uzun süre açık havada kalmanın ve özellikle çocukluk döneminde güneşe yoğun olarak maruz kalmanın BHK gelişmesinde önemli rol oynadığı bildirilmektedir (80).

Bu tümör çok nadiren metastaz yapar ve genelde yavaş bir seyir izler. Ancak özellikle ileri yaşlarda birdenbire büyüyerek hızlı bir progresyon gösterebilir. BHK'nın üç ana tipi vardır, bunlar; nodüler, morfea benzeri ve yüzeysel'dir. En fazla görülen klinik tip nodüler tiptir (77).

Türkmen ve arkadaşlarının (11) on yıllık deri kanserlerini değerlendirdiği çalışmalarında BHK (%55.1) erkeklerde %29.7, kadınlarda %25.4 oranında bulunmuştur. Avcı (81)'nin, Atik ve arkadaşlarının (82) deri kanserli hastaları retrospektif olarak gözden geçirdikleri çalışmalarında, deri kanserli hastaların sırasıyla %73'ünün ve %74'ünün BHK olduğu saptanmıştır. Aktürk ve arkadaşlarının (1) arşiv defterlerini tarayarak malign deri tümörü tanısı almış hasta kayıtlarını gözden geçirdikleri çalışmada %68.6'sını BHK'nın oluşturduğu belirlenmiştir.

2.2.1.2. Yassı Hücreli Karsinom

Epidermis keratinositlerinden köken alan malign bir tümördür. Deri ve mukoza kökenli olabilir. Derinin en sık ikinci malign tümörüdür ve MDDK'lerin %20'sini oluşturur (78). Çalışmaların çoğunda BHK'nın YHK'ya oranı 2:1 ile 3:1 arasında değişmektedir. YHK'nın insidansı yaşla artmaktadır ve metastaz yapma riski vardır. Daha çok orta ve ileri yaşlarda ortaya çıkar (77).

YHK insidansı coğrafik bölgelere göre belirgin farklılıklar gösterir. İsveç'te erkeklerde 100.000'de 30.2 ve kadınlarda 14.1 iken, tropikal Avustralya'nın beyaz topluluklarında yılda 100.000'de 1000 şeklindedir. Rhode Island'da 1988-2000 yılları arasında YHK'den yıllık ölüm oranının 100.000'de 0.29 olduğu saptanmıştır (78).

YHK'lerin %70-80'i baş ve boyunda (özellikle alt dudak, kulak ve saçlı deride) görülür. Diğer yaygın bölgeler, ellerin dorsal yüzleri, önkol ve alt bacaklardır. Organ transplantasyonlarından sonra, bağışıklığı baskılanmış hastalar YHK gelişimi açısından 65-250 kat daha fazla riske sahiptir (83).

YHK'lerin oluşumunda başlıca risk faktörleri; kronik olarak güneşe maruz kalma ve UV radyasyon başta olmak üzere çocukluk çağında çok fazla güneş ışınına maruz kalmak, güneş yanıkları, iyonize radyasyon, mavi gözlü, sarışın veya kızıl saçlı olmak, açık havada çalışmak, çilli deri yapısına sahip olmaktır. Bunlara ek olarak bol güneşli iklim, eski tarihlerde uygulanan arsenikli topikal preparatlardan kullanmış olmak ya da sulardaki arsenik gibi kimyasal maddeler ve sigara içmek predispozan oluşturan nedenler olarak bildirilmektedir (77,84).

YHK gelişiminde kronik irritasyonların da rolü vardır. Örneğin yıllardır var olan bir yara zemininde veya bir yanık skarı zemininde de gelişebilir. Ayrıca bazı premalign durumların YHK'ye dönüşebildiği ve viral etkenlerin de risk oluşturduğu belirtilmektedir (77).

Bazal ve yassı hücreli kanserlerin genel özellikleri Tablo 2.1'de görülmektedir (85).

Tablo 2.1. Derinin bazal ve yassı hücreli kanserlerinin özellikleri

Özellik	Bazal hücreli karsinom	Yassı hücreli karsinom
İnsidans	Beyazlardaki en yaygın deri kanseri	Beyazlardaki bir sonraki en yaygın deri kanseri
Hücre Kökeni	Epidermisin bazal hücreleri ve kıl folikülleri	Epidermal keratinositler
Tümör Bölgesi	Baş, boyun, kulak ve ekstremitelerin güneşe maruz kalan bölgeleri	Baş, boyun, yüz, önkol ve el dosisumunun güneşe maruz kalan alanları
Etnik Durum	Açık ten	Açık ten
Güneşle Temas	Sürekli kümülatif temas	Sürekli kümülatif temas
Erkek/Kadın Oranı	Erkeklerde yaygın	Erkeklerde yaygın
Büyüme ve Prognoz	Yavaşça büyüyen iyi prognoz	Yavaşça büyüyen iyi prognoz
Mukozal Köken	Yok	Dudak ve ağız tutar

Türkmen ve arkadaşlarının (11) deri kanserlerini değerlendirdikleri çalışmalarında YHK (%30.6) erkeklerde %17.8, kadınlarda %12.8 oranında bulunmuştur. Avcı (81)'nin ve Atik ve arkadaşlarının (82) deri kanserli hastaları retrospektif gözden geçirdiği çalışmasında deri kanserli hastaların sırasıyla %27'sinin ve %26'sının YHK olduğu saptanmıştır. Aktürk ve arkadaşlarının (1) deri tümörü tanısı almış hasta kayıtlarını gözden geçirdikleri çalışmada %19.9'unun BHK'un oluşturduğu görülmüştür.

2.2.1.3. Melanoma Dışı Deri Kanserlerinde Risk Faktörleri

Aktinik (Güneş) Hasarı

Major bir karsinojenik faktör olarak görünmektedir. Bu kanserlerin %90'ı vücudun güneşe maruz kalan alanlarında gelişmektedir. Beyaz popülasyonlardaki insidans, ekvator çevresinde dramatik olarak artar ve yüksek yerlerde yaşayanlarda deniz seviyesindekilere oranla daha fazladır. Mavi gözlü, açık tenli, sarışın olan ve

güneşlenme sırasında güneş yanığı oluşan kişiler daha fazla riske sahiptirler. Siyahlardaki insidans, beyazlardan çok daha azdır (86).

Güneş ve arkadaşlarının (87) sağlıklı bireylerde deri kanseri açısından risk faktörlerini inceledikleri çalışmada; risk faktörlerinden açık ten rengine sahip olmanın (%58.9) ilk sırada olduğu saptanmıştır. Yine Baysal ve arkadaşlarının (80) BHK'da etiyolojik faktörleri araştırdıkları çalışmalarında, BHK'lı olgular ile kontrol grubu güneşte kalma süreleri açısından karşılaştırıldığında BHK'lı olguların daha fazla güneşte kaldıkları görülmüştür. Kuzey Avrupalılarda yapılan bir çalışmada da, 70 yaşına kadar yaşayan insanlarda MDDK'nin görülme oranı %2-3 iken, her yıl bir hafta güneşli bir bölgede tatil yapanlarda bu oranın beş kat arttığı bulunmuştur (88).

Diğer Karsinogenler

Arsenik: Arsenik maruziyeti Bowen Hastalığı, multipl BHK ve YHK gelişimine zemin hazırlar ve daha yüksek intestinal karsinoma insidansı ile ilişkilidir. El ayası ve ayak tabanlarındaki sert, sarımsı hiperkeratotik plaklar, hastanın arseniğe maruz kaldığına ait ipucunu sağlar (79,86).

İrradiasyon: Akne veya hirsutizm gibi bening durumlar için verilen irradiasyon veya mesleki nedene bağlı maruziyet deri kanserleri için %20'ye kadar ulaşan bir risk faktörüdür. Tümör başlangıçtaki maruziyetten yıllar sonra gelişir. Latent periyot 50 yıla kadar uzayabilir. Bu kanserlerin 2/3'ü BHK ve 1/3'ü YHK'dir. Radyasyonla ilişkili YHK agresif olmaya meyilli olup %10 mortalite oranına sahiptir (79).

İmmunosupresyon: Hastalarda deri kaynaklı YHK insidansında artışa zemin hazırlar. Siklosporin deri kaynaklı YHK ve lenfoma ile ilişkilidir (79).

Kronik Enflamasyon ve Travma

Kronik drene olan osteomyelit: YHK gelişimine zemin hazırlar. Lokal tümör genellikle görünür. Ancak ilk olarak drene olduğu lenf nodülüne metastaz yoluyla da ortaya çıkabilir.

Termal veya elektrik yanıkları ve kronik ısı maruziyeti: Yüksek dereceli, saldırgan YHK için artmış insidansa yol açar. Bazı etnik gruplarda, yatak veya giyecek ısıtıcısı olarak kullandıkları sıcak kömürden dolayı yanık gelişebilmektedir (79).

Kalıtsal Faktörler

Kseroderma pigmentozum: DNA tamir enzimlerindeki bir veya daha fazla defektle karakterize otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. Hastalarda güneş yanığı ve çillenmeleri kolayca oluşur. Kseroderma pigmentozum'lu çocuklar 10'lu yaşlarından önce artmış BHK, YHK veya malign melanoma riski taşırlar. Konuşma bozuklukları, zihinsel bozukluklar ve konvülsif rahatsızlıklar da bulunabilir. Ciddi bir formunda (De Sanctis-Cacchione Sendromu) mikrosefali, zeka geriliği, cücelik ve gonadal gelişme eksikliği bulunmaktadır (79,86).

Bazal hücreli nevüs sendromu: Otozomal dominant geçişlidir. Yüz, üst ekstremiteler ve gövdede BHK lezyonları görünür. Çene kistleri, avuç içlerinde

çukurlaşma, bifid kodlar, kifoskolyoz, sipina bifida, kısa metakarpaller ve parathotmona cevap azlığı gibi birçok türde ilişkili lezyon ortaya çıkabilir (79,86).

Enfeksiyon

Epidermodisplazi verrukiformis: Öncelikli olarak HPV Tip 5 ve 8'e bağlı olarak meydana gelir ve güneş ışığı gibi diğer karsinojenlerle sinerjistik olarak in situ ve invaziv YHK'ye yol açar (86).

Genital ve anal bölgenin YHK'ları: HPV Tip 16 ve 18 ile sıkı sıkıya ilişkilidir. Genellikle cinsel ilişki yoluyla geçen enfeksiyon, bölgesel YHK için riski arttırır (86).

2.2.1.4. Melanoma Dışı Deri Kanserlerinde Tanı

Klinik olarak deri kanseri şüphesini doğrulamak için deri biyopsisi gereklidir. Tıraşlama veya kazıma yoluyla yapılan biyopsiler, BHK veya YHK tanısı koymak için genellikle yeterlidir. Eğer ilk biyopsi negatif ise, tümörden halen şüphe ediliyorsa, daha derin bir biyopsi gerekir (86).

2.2.1.5. Melanoma Dışı Deri Kanserlerinde Tedavi

BHK ve YHK topikal tedavi, radyoterapi ve cerrahi tekniklerle tedavi edilir. Hastaların bireysel ihtiyaçları ve kişiselleştirilmiş tedavi yaklaşımları önemlidir (86).

Tedavi Esasları

- Cerrahi primer tedavi şeklidir.
- Tümörün yaklaşık 4-6 mm negatif sınırla eksizyonu yeterlidir.
- Prosedür lokal anestezi altında uygulanır.
- Lokal olarak direne olan nodlar muayene edilir ve yalnızca büyümüşlerse çıkartılır.
- Plastik cerrahi, tümörün eksizyonu ile oluşan defekti kapamak için gerekli olabilir (85).

2.2.1.6. Melanoma Dışı Deri Kanserlerinde Korunma

Primer korunma, büyük ölçüde, diğer sorumlu kişileri, güneş ışığı maruziyeti ve diğer azaltılabilir risk faktörlerini en aza indirmek için teşvik etmekle gerçekleştirilir. Sekonder korunma lezyonun tedavisi ile sağlanır. Bulutlu günlerde karşılaşılan UV'den bile oluşabilen güneş ışığı maruziyetine bağlı gelişen deri eritemi, kümülatif olarak gelişen deri hasarını gösterir. Sağlıklı bronzlaşma deri hasarına karşı vücudun reaksiyonunu gösterir ve lekelenme deri hasarının erken bir bulgusu olarak kabul edilmelidir. Güneş koruma faktörü 15 veya daha fazla olan güneş koruyucuları ve şapkayı da içeren koruyucu amaçlı giysiler yardımcıdır (79,86).

Bazal Hücreli Karsinom İzlemi

Primer BHK tanısı alan kişiler eğitilmeli, kendi kendini muayene etmeleri sağlanmalıdır. Bu yöntem şüpheli lezyonları belirlemek için önemlidir. Tanı sonrası hastalara yılda bir kez genel vücut muayenesi yapılmalı takip süresi en az üç yıl olmalıdır. BHK nükslerinin %82'si ilk beş yılda olmaktadır (89-91).

Yassı Hücreli Karsinom İzlemi

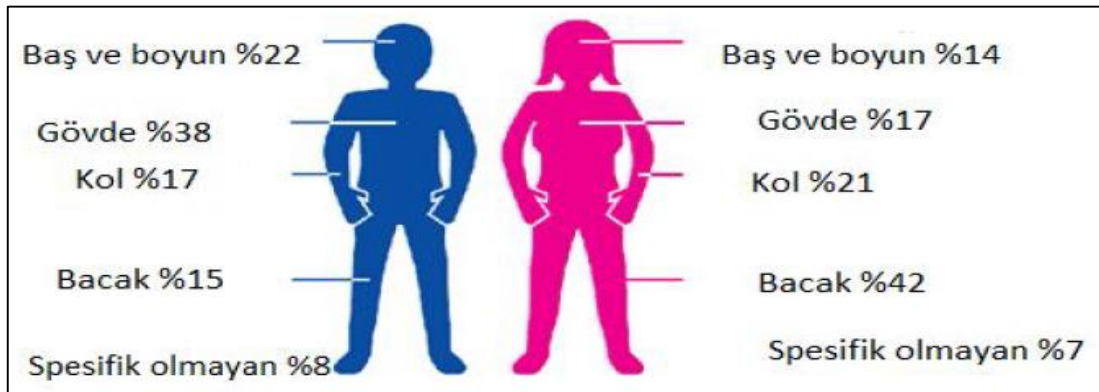
Hasta takibinde YHK tanısı alan kişiler ikinci kez YHK ve BHK gelişimi için yüksek risk grubunda olduklarından, hastalığın şiddetine ve evresine göre 3-12 ay arasında sıkı takip edilmelidir. Metastaz ve nüks bakımından fizik muayene, oral mukoza ve lenf nodu muayenesi yapılmalıdır (92).

2.2.2. Malign Melanom

Malign melanom, deri ve diğer bölgelerdeki melanositlerden kaynaklanan bir tümördür. Diğer deri kaynaklı tümörlere oranla çok daha agresif seyreder ve sistemik yayılma yeteneği sayesinde ölümcül olabilir. Son 20-30 yıldır, hem görülme sıklığının hem de melanoma bağlı ölümlerin artmış olması nedeniyle, önemli bir sağlık sorunu olarak dikkati çekmektedir (93). Son 30 yılda diğer kanser türlerine göre melanoma insidansında hızlı bir artış yaşanmış, toplum sağlığının önemli bir sorunu olmuştur. Buna rağmen ölüm oranındaki artış daha düşüktür ve melanoma toplam kanser ölümlerinin sadece %1-2'sini oluşturmaktadır. Hastaların üçte biri 50 yaşın altındadır ve her ölüm yaklaşık 15 yıl yaşam kaybına neden olarak melanomayı yaşam kaybı konusunda ilk 5 kanser arasına sokmaktadır (94).

Deri melanomalarının gelişiminde en önemli etiyolojik faktör; pigmentasyon bakımından yeteri kadar koruyuculuğa sahip olmayan duyarlı bireylerin, aralıklı ve akut olarak UV radyasyona maruz kalmasıdır. Belirgin şekilde Avrupa kökenlilerin hastalığı olup, tüm dünyada da insidansı artmaktadır (84,95).

Son 25 yılda malign melanoma insidansı üç kattan fazla artarak erkeklerde 11.1/100.000, kadınlarda da 12.6/100.000 oranına ulaşmıştır. Melanomadaki insidans artışı erken tanı, daha iyi gözlem/saptama ve tanı kriterlerindeki değişikliğin sonucuna bağlanmaktadır. Ancak yine de veriler, artışın hastalık artışı olduğunu göstermektedir. İnsidansın tersine ölüm oranı erkeklerde, kadınların neredeyse iki katıdır. Kötü prognozlu ilerlemiş tümörler nedeniyle melanoma mortalitesi 65 yaş üzeri erkeklerde en yüksektir. Ayrıca erkeklerde fark edilmenin zor olduğu vücudun arka bölümlerinde yer alması, kişisel kontrolün olmaması ve nevüslerdeki (benlerdeki) değişiklikleri önemseme eğiliminin olmaması da mortalite yüksekliği nedenleri arasındadır (94). Erkeklerde malign melanomun en yaygın görüldüğü bölge gövde (göğüs ve sırt) iken, kadınlarda bacaklardır (96) (Şekil 2.1).



Şekil 2.1. Malign melanomun vücutta dağılım oranları (Cancer Research UK. (2013). Retrieved: 18.08.2013, from <http://www.cancerresearchuk.org/>)

Külahçı ve arkadaşlarının (97) malign melanoma olgularının retrospektif analizini yaptıkları çalışmada tümörün karşılaştığı en sık lokalizasyon yüz bölgesiyken (%20.4), bunu sırasıyla; sırt (%14.4), ayak (%13.2), uyluk (%12.4), aksiller bölge (%8.4), gövde ön yüz (%8.4), bacak (%7.2), kulak (%6), el (%2.4), saçlı deri (%2.4), tükrük bezleri (%2.4) ve bukkal mukoza (%1.2) takip etmiştir.

Malign melanom, deri kanserleri içinde en az görülen fakat prognozu diğerlerine göre daha kötü olan bir türdür. Tüm deri kanserlerinin yaklaşık %5'ini oluşturur (98). SEER ("Surveillance Epidemiology and End Results") veritabanı malign melanomun ABD'de de sıklığının 1950-2000 yılları arasında %61.9 oranında, mortalitenin ise %16.5 oranında arttığını bildirmektedir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı "Deri Tümörleri Tarama Programı" ve "Türk Onkoloji Grubu Melanoma Birimi"de Türkiye'deki sıklığı saptamak amacıyla çalışmalar yapmaktadır (93). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun verilerine göre 2004'ten 2009'a kadar melanom tanısı konulan olgu sayısı artmış (sırasıyla 157-172-184-248-295-353), aynı zamanda da bu sayı iki katını geçmiştir (99). Erken tanı yönünden sağlık personellerinin ve toplumun bilgilendirilmesinde sağlanan ilerlemeler ve tedavide kaydedilen gelişmelere rağmen, halen malign melanomanın mortalite oranının arttığını bildirilmektedir (84).

Güneşe maruz kalma, kaçınılması mümkün olan bir risk faktörüdür. Melanoma oluşumu açısından en tehlikeli olanı UVB radyasyonudur. Son yıllarda melanoma ve MDDK'lerin insidanslarında görülen artışın en önemli iki nedeni vardır. Bunlardan birincisi kişilerin değişen yaşam tarzlarına bağlı olarak güneş altında daha fazla zaman geçirmesi, ikincisi ise ozon tabakasında oluşan hasar nedeniyle atmosferin UV radyasyonunu tutma özelliğinin bozulmuş olmasıdır (84).

20. yüzyılın ikinci yarısına kadar açık ten yüksek sosyal ve ekonomik statünün göstergesi olmasına rağmen değişen yaşam tarzlarına bağlı olarak dışarıda yapılan aktivitelerin ve bronz tenin moda olması, yüksek sosyo-ekonomik seviyenin deri kanseri artışıyla bağlantısını göstermektedir (100).

Her deri kanseri için farklı bir güneşe maruz kalma modeli vardır. Melanomaların çoğunda, aralıklı maruz kalma daha önemli görülmektedir. Yıl boyunca kapalı mekanlarda çalışan ya da güneşsiz bölgelerde yaşayan, senenin bir ayında yoğun güneş-deniz tatilleri geçiren kişiler malign melanom için risk altındadır (84,95).

Özellikle çocuk ve adolesanlarda güneş yanığı oluşturacak şekilde aralıklı güneş maruziyeti melanoma riskini artırır. Çocukluk çağında bir kereye mahsus su toplayacak şekilde güneş yanığı öyküsü olan kişide, hiç güneş yanığı olmayan birine göre yaşamın ilerleyen döneminde melanoma gelişme riski iki kat artmaktadır. Melanoma ve diğer deri kanserlerinin gelişiminde çocukluk ve adolesan dönemleri en kritik dönemlerdir. Çünkü ömür boyu güneş maruziyetinin yaklaşık %80'i 18 yaşından önce oluşmaktadır (101,102).

Türkmen ve arkadaşlarının (11) deri kanserlerini değerlendirdiği çalışmalarında malign melanom erkeklerde %4.91, kadınlarda %5.68 oranında

bulunmuştur. Aktürk ve arkadaşlarının (1) malign deri tümörü tanısı almış hasta kayıtlarını gözden geçirdikleri çalışmada malign melanomlar %7'sini oluşturmaktadır.

2.2.2.1. Malign Melanomda Risk Faktörleri

Her ne kadar melanomun kesin nedeni bilinmiyorsa da, güneş ışınlarının ve özellikle UV ışınlarının etiyolojide rol oynadığı kabul edilmektedir. Ayrıca yapay UV ışınları ve solaryum da risk faktörleri arasında yer almaktadır. Sıklığının artışında ozon tabakasının incilmesi bir başka faktör olarak görülmektedir. Giyinme alışkanlıklarına bağlı olarak, kadınlarda özellikle bacaklarda, erkeklerde gövdede sık rastlanmaktadır. Aralıklı olarak, yoğun güneşlenme ve güneş ışınlarına duyarlılık, açık tenli ve sarışın ya da kıvrık saçlı, mavi gözlü kişilerde risk artmaktadır. Son yıllarda kıvrık saçlılarda saptanan melanocortin-1 reseptöründe doğumsal mutasyonun ışığa hassasiyete ve artan melanom riskine yol açabildiği gösterilmiştir. Çok sayıda pigmentli lezyonu olanlarda melanom riski artar. Daha önce malign melanom tanısı almış kişilerde de melanom riski 10 kat artmaktadır (93).

Kesin genetik geçişi olan kıvrık saç ve çiller malign melanoma riskini yaklaşık üç kat arttırmaktadır. Avustralya gibi sıcak iklimlerde yaşayan kişiler, Avrupa'da yaşayanlara göre güneşe maruz kalmanın tetiklediği daha fazla benign melanositik bene sahiptir (94).

Melanomların ailevi olarak görülme oranı %5-10 arasındadır. Yaş yüzde görülen "lentigo maligna melanoma" dışında etiyolojide rol oynamaz. Deride görülen neviomelenositik benlerin büyüklüğü şekli ve yaygınlığı melanom riski açısından yakın takip gerektirir. Hastaların %70'inde primer tümör bölgesinde eskiden beri var olan bir ben vardır. Bunların şekil, renk ve boyutlarında değişiklik olması halinde kanser şüphesi akla gelmelidir. Çok büyük konjenital benlerin kanserleşme riski oldukça yüksektir. Bu nedenle mümkünse cerrahi olarak çıkartılmaları uygundur. Alkol ve sigara ile oral kontraseptif kullanımının, beslenme şeklinin melanom ile bağlantısı gösterilememiştir (93).

Malign Melanom Etiyolojisinde Rol Oynayan Başlıca Faktörler

1. Özellikle çocukluk döneminde güneş ışığına aralıklı olarak yoğun bir şekilde maruz kalma
2. Soğuk ülkelere sıcak ülkelere küçük yaşlarda göç
3. Yapay UV kaynakları
4. Hormonal etkenler
5. Travma
6. Yüksek sosyo-ekonomik düzey
7. Sigara
8. Obezite
9. Fenotipik risk faktörleri: kolay bronzlaşmayan açık ten rengi, kıvrık-sarı saç rengi, açığöz rengi, çilli deri yapısı.

Ailesinde ve kendisinde malign melanom ve displastik ben öyküsü, malign melanomun en ciddi risk faktörleridir. Önceden var olan kseroderma pigmentosum ve MDDK öyküsü diğer risk faktörlerini oluşturur (2,84).

Güneş Işığının Maruziyeti

Güneş tarafından yayılan enerji yani Solar Radyasyon, dalga boyuna göre sınıflanan ışıklardan oluşur. Bu enerjinin tamamı yeryüzüne ulaşmaz. İnsan derisi üzerinde en etkili olan ışınlar UV ışınlarıdır (103). UVB doğal güneş ışığında bulunan UV ışınının %5'ini oluşturur ve güneş yanığı ile deri kanserlerinin en önemli nedenidir (94).

Açık tenli kişiler, güneş ışığına daha duyarlıdır. Beyaz ırkta risk, siyah ırka göre 15 kat daha fazladır. UV'nin şiddeti, güneşte kalınan süre ve alınan toplam enerji miktarı, çeşitli deri kanseri tiplerinin oluşumuyla ilgili görülmektedir. Çiftçiler, inşaat işçileri ve balıkçılar gibi bazı meslek gruplarında bu oran daha da artmaktadır (88). Süzek ve arkadaşlarının (104) Muğla ilindeki kanser kayıtlarını inceledikleri çalışmalarında, vakaların meslek gruplarına göre dağılımında en fazla (%31.9) tarım, hayvancılık, ormancılık ve avcılık işiyle uğraşanlarda kanser görüldüğü saptanmıştır. Kolutek ve Karataş (105)'in Nevşehir ili Uçhisar Kasabası'nda yaşayan bireylerde kanser risk faktörleri ve erken tanı belirtilerini saptadıkları çalışmada da, bireylerin kanser açısından risk faktörlerine göre dağılımlarında uzun süre güneşte kalmanın ilk sırada olduğu bulunmuştur.

Epidemiyolojik çalışmalar güneşli tatil günlerinde, akut olarak yüksek oranda güneş ışığına maruz kalmanın melanoma için anahtar bir davranış faktörü olduğunu desteklemektedir. Vaka-kontrol çalışmaları güneş yanığının özellikle erken yaşta, melanoma için risk faktörü olduğunu tanımlamıştır. Açık havada, güneş ışığı altında çalışanlarda görülen düşük doz-yüksek maruziyetin, Avrupa'da melanoma riski için UV ışınlarının sebep olduğu belirtilmektedir (94).

Türkmen ve arkadaşlarının (11) on yıllık deri kanserlerini değerlendirdikleri çalışmalarında hastaların etiyolojik faktörleri incelendiğinde, hem erkek hem kadınlarda uzun süreli güneş ışığına maruz kalmanın %90 civarında olduğu saptanmıştır.

UV Banyoları

UV banyosu maruziyetinin melanoma riskini arttırdığına dair veriler vardır. Yakın zamandaki sistematik gözden geçirmeler 35 yaş öncesinde başlayıp düzenli UV banyosu yapan kişilerde bağıl riskin 1.8 olduğu gösterilmiştir (94). Han et al. (106)'ın yaptığı bir vaka kontrol çalışmasında malign melanoması olanların %19.2'sinde UV banyosu maruziyetinin olduğu belirlenmiştir. Brouse et al. (107)'in New York'ta solaryum salonlarında bulunan uyarı işaretlerinin deri kanserini önlemedeki etkisini araştırdıkları çalışma sonunda makinelerin sadece %24'ünde uyarı işaretlerine rastlanmıştır. Bu çalışmada 146 makinenin uyarı etiketlerinin 32'sinin zor görünür, 54'ünün orta derecede görünür, 57'sinin açıkça görünür, 3'ünün tamamen görünür yerde olduğu saptanmıştır.

Ailesel Faktörler

Melanomların yaklaşık %10'u aileseldir. Bu ailelerdeki melanom riskinin yüksekliği ortak genetik yatkınlık ve ortak çevreye bağlanabilir (86). İsveç Kanser Kurumu tahmini standardize insidans oranının bir ebeveyni melanoma olan kişide 2.4, bir kardeşi melanoma olan kişide ise 3.0 olduğunu tahmin etmektedir (94).

Ergin ve arkadaşlarının (108) beş yaşından küçük çocuğu olan annelerin güneşin kendilerine ve çocuklarına olan yararlı ve zararlı etkileri konusundaki bilgi ve davranışlarını belirledikleri çalışmada, deri kanseri risk faktörlerinden en çok bilinen etkenin (%72,8) ailesinde deri kanserinin varlığı olduğu saptanmıştır. Doğan ve arkadaşlarının (109) yaptığı malign melanomalı hastaların klinikopatolojik değerlendirmesinde %14.7'sinin ailesinde kanser öyküsü olduğu bulunmuştur.

Nevüs (Ben)

Halk dilinde "ben" diye anılan nevüsler, vücudun tüm deri alanlarında ve mukozalarında ortaya çıkabilen, doğumsal veya edinsel olabilen iyi huylu lezyonlardır. Benlerin ortaya çıkmalarında veya artışında rol oynayan faktörler arasında güneş, genetik faktörler ve hormonal değişiklikler sayılabilir. Mevcut benler üzerinde ortaya çıkan şekil ve renk değişikliği, kanama, kaşıntı gibi durumlar uyarıcı olmalıdır (110). Yapılan bir çalışmaya göre gövdelerinde en az erkeklerde 17 ve kadınlarda 12 küçük beni olanlar sırasıyla 4.6 ve 5.1 kat melanom gelişme riskine sahip bulunmuştur. Herhangi bir benin 80 yaşına kadar melanoma dönüşme riski erkekler için %0.03 ve kadınlar için %0.009'dur (86).

Küçükünal ve arkadaşlarının (110) yaptığı bir çalışmada, hastaların %97.6'sının hiç ben muayenesi yaptırmamış olduğu fakat %46.7'sinin kanser gelişimi açısından benlerden endişe duydukları saptanmıştır.

Geçmişteki Melanom

İkinci melanom gelişme riski ilkinin göre 10 kattan daha yüksektir. İkinci melanom gelişme riski bir yıllık, 5 yıllık ve 10 yıllık olarak sırasıyla %1, %2, %2.1 ile %3.4, %3.2 ve %5.3 arasında değişmektedir. En büyük risk ilk iki yıldadır. Ancak yüksek risk 20 yıl boyunca devam eder. Yaşlılar, erkekler ve ilk melanom lezyonu yüz, boyun, gövdede olanlar özellikle yüksek risk altındadırlar (86).

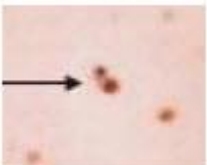
2.2.2.2. Malign Melanomda Tanı

Malign melanoma atipik benlerin başlangıç kritik değerlendirmesinde ve daha sonraki izlemlerinde, tüm vücut derisinin muayenesi çok önemlidir. Tam bir deri muayenesi, iyi aydınlatılmış, sakın bir ortamda, hasta tamamen soyularak, yeterli zaman ayrılarak yapılır (84). İnce tümörlerde 5 yıllık sağ kalım oranı %90'ların üzerinde iken, metastaz yapmış tümörlerde aylar ile ifade edilmektedir (111).

Klinik tanıda Friedman et al. (112)'ın 1985 yılında tanımladıkları pigmentli lezyona yaklaşımda ABCDE kuralı hala geçerliğini korumaktadır. Semptomlar ABCDE kuralına göre değerlendirilir (Şekil 2.2).

ABCDE Kuralı

- A. Asimetri
- B. Kenar düzensizliği (border irregularity)
- C. Renk (color) değişikliği
- D. Çap (diamater) > 6 mm
- E. Lezyonların büyümesi (enlargement) (113)

ABCDE Kuralı	Benign lezyonlar	Malign lezyonlar
Asimetri		
Kenar düzensizliği (border irregularity)		
Renk (color) değişikliği		
Çap (diamater) > 6 mm		
Lezyonların büyümesi (enlargement)		

Şekil 2.2. ABCDE bulguları (The Skin Cancer Foundation. (2014). Do you now your ABCDEs?. Retrieved: 20.05.2014, from <http://www.skincancer.org/skin-cancer-information/melanoma/melanoma-warning-signs-and-images/do-you-know-your-abcdes#panel1-5>)

(A-Asimetri) Asimetride kastedilen lezyon kenarlarının harita benzeri girinti ve çıkıntılara sahip olmasıdır.

(B-Border-Kenar) Sınır özelliklerinde örneğin displastik bende belirsiz sınırlar varken, melanomda genellikle iyi demarke bir sınırın bulunması klinik tanıda önem taşımaktadır.

(C-Color-Renk) Renk en önemli belirleyicilerdendir. Aynı lezyonda farklı renk alanlarının bulunması, lezyon çevresinin kırmızı olması dikkat edilmesi gereken unsurlardır.

(D-Damater-Çap) Lezyonun çapı için sınır 6 mm'dir. Malign melanomun genellikle 6 mm'den büyük lezyonlara neden olduğunu belirtmek için kullanılır. Ancak özellikle nodüler melanomların daha küçük olabilecekleri de akılda tutulmalıdır.

(E-Enlargement-Kabarıklık-Büyüme) Malign melanomun genellikle nodül formasyonu yaparak yüzeyden kabarık olduğunu belirtmek için kullanılır (93).

Mevcut benlerdeki değişiklikler ve bu sayılan özelliklerde yeni benlerin ortaya çıkması melanom için şüphe uyandırır. Vakaların %50'den fazlası görünüm olarak normal deri bölgelerinde ortaya çıkar. Ülserasyon ve kanama daha derin lezyonları gösterir (86).

2.2.2.3. Malign Melanomda Fizik Muayene

Genel muayenede özellikle tüm deri lezyonlarının incelenmesi, koltukaltı, saçlı deri, tırnaklar ve parmak araları, ağız, anal ve genital bölge gibi gözden kaçabilecek alanlar muayene edilmeli, ayrıca lenf bezleri dikkatli bir şekilde palpe edilmelidir. Ülserleşen ve kanayan benlerle, renk, şekil ve boyut özellikleri farklılaşan pigmentli deri lezyonlarının habisleşmiş olma riski çok fazladır. Yeni bir deri lezyonundan melanom gelişme oranı yaklaşık %30 olarak belirtilmektedir. Metastazlı hastaların fizik muayene bulguları metastaz bölgesine göre değişmektedir; metastazların varlığını saptamak için dikkatli bir fizik muayene gerekmektedir (93).

Ayırıcı Tanı

Birleşik benler, BHK, YHK, anjiomalar ve dermatofibromlar melanomu düşündüren özelliklere sahip olabilirler. Bu lezyonlardan biyopsi alınması gereklidir. Tanının kesinliği, pigmentle lezyonları yaklaşık 10 kat büyüten bir tıbbi cihaz olan dermatoskop kullanımıyla arttırabilir (86).

Dermatoskop

Bu yöntem temelde deri yüzeyinin, ışığın kırılma, sapma ve yansımalarını önleyecek şekilde düzleştirilmesinden sonra yeterli aydınlatma altında dokuların büyütülerek incelenmesini ve gerekirse kaydedilmesini içermektedir. Dermatoskopi, malign ve benign melanositer dokuların, melanosit dışı pigmentli deri dokularının, pigment içeriği ve vasküler yapıları ile yapısal değişimlerinin incelenmesi sonucunda tanılarının belirlenmesi ve ayırıcı tanıların yapılmasında kullanılmaktadır (114).

Dermis, dermoepidermal bileşke ve yüzeyel dermisi görünür hale getiren, pigmente lezyonları el ve digital dermatoskop yardımı ile 10 ila 100 kat büyütürük görüntüleme sağlamaktadırlar. Benign melanositik nevüslerden oluşun melanom prekürsörleri ya da in situ melanomun ayırımında faydalıdırlar (115,116). Dermatoskopinin en önemli kullanım alanı melanomun erken dönemde tanı almasını sağlaması ve tümörün cerrahi eksizyon ile sağaltımına olanak vermesidir (114). Çıplak göz ve klinik tecrübeyle melanom tanısı %65-80 oranında konulabilirken, dermatoskopi ve tecrübeyle bu oran %70-95 seviyelerine çıkabilmektedir (115).

Dermatoskopi yöntemi, melanom tanısının doğruluğunu arttırmanın yanı sıra saç ve saçlı deri sayrılıklarının ayırımı, tümör biyolojisini değerdendirme, nevüs ve melanom oluşumunu kavrama gibi konularda önemli bir veri kaynağı olarak bildirilmiştir (117).

Biyopsi

Melanom düşündüren her lezyonda kesin tanı biyopsi ile konur. Yeni semptom gelişmesi beklenmeden lezyonun mümkünse eksizyonel biyopsi ile çıkartılması uygundur. Lezyonun çok büyük olması ya da parmak, avuç içi, ayak tabanı, yüz ve kulak gibi deformite riski taşıyan bölgelerde olması durumunda “punch” biyopsi veya “insizyonel” biyopside uygulanabilmektedir. Eksizyonel biyopsi sınırlarının lezyon çevresinden birkaç milimetreye geçmemesi ve bu şekilde yapılması ile planlanacak olan haritalama “mapping” işleminin daha rahat uygulanabileceği akılda tutulmalıdır (93).

2.2.2.4. Malign Melanomda Tedavi

Melanomada en iyi tedavi erken tanıdır ve ikinci adım biyopsidir. Biyopsi, tanının konulması, hastalığın seyri ve tedavi seçenekleri konusunda yönlendirici olduğundan çok önemlidir. Her hasta ayrı değerdendirilir ve prognozu etkileyen tüm faktörler göz önüne alınarak tedavi planlanır. Tam bir değerdendirme fizik muayene, laboratuvar ve radyografik çalışmaları içerir. Cerrahi tedavi melanomaların tedavisinde önceliğini korumaya devam etmektedir. Melanomanın tedavisi, melanomanın çevresindeki normal dokuyla birlikte cerrahi olarak çıkarılmasıyla başlar. Normal doku, geriye melanomalı doku kalmaması için çıkarılır. Hastanın prognozu melanomanın derinliği ile ilgilidir. Diğer palyatif ve yardımcı uygulamalar olan kemoterapi, radyoterapi ve immünoterapi, tek başına veya kombine olarak metastatik hastalık tedavisinde önemli rol oynarlar (2,84).

Cerrahi tedaviden sonra hastanın takibi, lokal ve nodal nükslerin, metastazların ve yeni oluşabilecek primer tümörlerin zamanında fark edilmesi bakımından çok önemlidir. Takip muayenelerinde tüm deri gözden geçirilir. Takiplerin sıklığı, primer lezyonun evresi, ameliyattan sonra geçen süre, atipik benlerin varlığı gibi her hastaya göre değışen faktörlere bağlıdır (84). Malign melanomun tedavisinde erken tanı ve cerrahi bugüne kadar yaşam süresini uzatmada etkili olan tek yaklaşımdır (118).

2.2.2.5. Malign Melanomda Korunma

Melanomun primer korunması güneş ve diğer azaltılabilir risk faktörlerinden kaçınmayı gerektirir. Sekonder korunma ise dikkatli fizik incelemeye ve şüphe edilen tüm deri lezyonlarından biyopsi yapılmasına dayanır (86).

Malign Melanom İzlemi

Malign melanomlu hastalarda tümörün evresi, hastanın taşıdığı risk ve beklentilere göre hareket etmek önemlidir. Aile öyküsü olan, displastik ben gibi yüksek risk grubunda bulunan hastaların sık takip edilmesi önerilmektedir. Periyodik deri ve fizik muayenenin yapılması ile hastalarda oluşabilecek nükslerin %76-94'ü saptanabilmektedir (111). Malign melanom tanısı konan hastaların %4-8'inde yaşam boyu ikinci bir melanom riski taşıdığı düşünüldüğünde, periyodik muayenenin ne kadar önemli olduğu ortaya çıkmaktadır (119). Hasta izlem rehberlerinde hastaların ilk 5 yıl daha sık olmak üzere, minimum 10 yıl takip edilmesi önerilmektedir (120).

2.3. Deri Kanserlerinde Korunma

Deri kanserinden korunmak için kişilere; şapka ve güneş gözlüğü kullanmaları, güneşli havalarda direkt güneş ışığından korunacak şekilde gölgelikleri tercih etmeleri, güneş ışığının geçişine engel olacak giysiler giymeleri, geniş spektrumlu koruyucu güneş yağları kullanmaları önerilebilir. Kişileri, derilerinde bulunan lezyonlardaki renk ve yapı değişikliklerinde aile hekimlerine kontrole gelmeleri konusunda uyarmak, birinci derece yakınlarında deri kanseri olanların tüm vücut muayenesini sağlamak, düşük risk altında olan hastaların rutin muayenesini sağlamak, kendi kendilerini muayene edebilecek şekilde eğitim vermek diğer koruyucu önlemler arasında sayılabilir (121).

Diğer tüm kanserlerde olduğu gibi korumada önemli olan; erken tanı için bireylerin izlemelerini yapması/yaptırması ve şüpheli lezyonların hızla uygun yöntemle tedavisidir. Özellikle yüksek insidans oranlarının olduğu bölgelerde, deri kanserini azaltacak toplumsal eğitimler ve etkin kişisel muayene yöntemlerini öğretmekte aynı öneme sahiptir. Bu durum birincil ve ikincil korunma önlemleri ile sağlanabilmektedir. Deri kanserinde birincil korumada güneş ışığına maruz kalma, UV banyoları, kimyasal maddeler, benlerdeki değişimler gibi etiyolojide rol oynayan faktörlere yönelik, yüksek risk gruplarını oluşturan ve değiştirilemeyecek risk faktörlerini taşıyan bireylere sağlık eğitimleri düzenlemek, risk gruplarına olumlu sağlık davranışları kazandırmak, erken dönemde sağlık kuruluşlarına yönlendirerek erken tanının konmasını sağlamaktır. İkincil korunmada; deri kanserinin, erken tanı yöntemleriyle klinik belirti ve bulgu vermeden önce erken evrede saptanıp, bireyin iyileşme şansını arttırarak morbidite ve mortalite oranını düşürmek, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak, yaşam süresini ve kalitesini yükseltmek amaçlanmaktadır. Bu kapsamda, deri kanserini erken evrede belirlemek için ayrıntılı anamnez, fizik muayene, risk faktörlerinin tanımlanmasının yanı sıra kişisel deri taraması, hekim muayenesi ve dermatoskopi kapsayan tarama programları önemli yer tutmaktadır (122).

Deri kanserlerinden korunma ve erken tanının önündeki engeller; hastanın istememesi, zaman yetersizliği, morbidite, kaynak kısıtlılığı ve eğitim yetersizliği olarak sıralanmaktadır (123).

2.3.1. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)

KETEM'ler toplumun kanser ve kanserde erken teşhis ile taramanın önemi hakkındaki farkındalığını eğitim yoluyla artırmak, erken yakalanabilir kanserlerde erken teşhis ve toplum tabanlı tarama faaliyetlerini yürütmek, bulunduğu ilde kanser kontrolünde etkin rol almak, tüm bu faaliyetler sonucunda da önlenabilir ve erken yakalanabilir kanserlerin morbidite ve mortalitesini azaltmak amacıyla kurulmuştur. 2011 yılı itibari ile Türkiye'de 81 ilde toplam 82 KETEM faaliyettedir. Bu merkezlerde kanserden korunma ve tarama yöntemleri hakkında özel eğitim verilmiş olan pratisyen hekimler, konsülte uzman hekimler, hemşire, ebe, röntgen ve laboratuvar teknisyeni, tıbbi teknologlar ve tıbbi sekreterler görevlendirilmektedir. KETEM'lerde görevli sağlık personelleri eğitimlerin yanı sıra aynı zamanda kişilerarası iletişim ve sağlık eğitmenliği konusunda da özel olarak eğitilmektedir. KETEM'lerin en önemli amaçları toplumda kanser konusunda farkındalık yaratmak, yüz yüze eğitimlerle kişileri korunma yöntemleri, tarama programları hakkında bilgilendirerek kanserden korunmayı ve taramaları gerçekleştirmektir (124).

KETEM'in ulusal olarak yürüttüğü kolorektal, rahim ağzı ve meme kanseri taramalarında binlerce kanser ve kanser öncüsü lezyon teşhis edilmiş, bu olguların meme kanserinde %75'i, serviks kanserinde %95'den fazlası erken evrede teşhis edilmiş, kişilerin hayatı kurtarılmış ve pek çok ciddi tedavilerin de önüne geçilmiştir (125). KETEM'lerin deri kanseri ile ilgili yürüttüğü ulusal çalışma programları olmasa da il bazında yapılan çalışmaları mevcuttur. Deri kanserine yönelik hizmetlerinin büyük bir bölümünü farkındalığı sağlamak amacıyla düzenlenen Halk Eğitimleri ve Hizmet içi Eğitim faaliyetleri ile dermatoskopi şüpheli dokuların incelenmesi içermektedir.

Deri kanserlerinin dünyada en yüksek oranda olduğu Avustralya'da tüm vücut deri muayenesi konusunda tarama programı oluşturmaya yönelik yapılan deneysel çalışmada, deri kanseri tarama programlarının 50 yaş ve üzeri erkekleri hedefleyerek yapılması gerektiği ortaya çıkmıştır. Çünkü %31.3'ünde şüpheli lezyon, saptanan lezyonlardan %48.5'i melanom ve %45'i keratinosit karsinom olduğu saptanmıştır (126).

2.3.2. Kişisel Deri Taraması

Melanomaların %50-60'ı anormal bir görünüm olarak hastaların kendileri, %10-20'si eşleri ve yakınları, geri kalanı da sağlık çalışanları tarafından fark edilmektedir. Bir Amerikan vaka-kontrol çalışması kişisel deri taraması (KDT) yapanların yapmayanlara göre daha küçük tümörleri dahi fark ettiğini ve %63 daha az mortaliteye sahip olduğunu göstermiştir.

- Kişiler kendilerinde olan doğum işaretleri, lekeler ve benleri bilmeli ve oluşabilecek değişiklikleri kontrol etmelidir.
- Kişiler tamamen soyunmalı, ayna karşısında veya bir başkasının yardımıyla görünmeyen bölgelerini incelemelidir.
- Vücudunda değişiklikler olup-olmadığına, benlerin boyuna, şekline, renk değişimlerine bakmalıdır.
- İyileşmeyen ağrılı noktalar pembe, kırmızı, parlak ya da sert özellikli bir lezyonun olup olmadığını kontrol etmelidir.

- Eğer benekler 2-3 haftada düzelmüyor ve 6 haftada geçmiyorsa doktora başvurulmalıdır.
- Yukarıdaki muayeneleri iki ayda bir tekrarlamalıdır.
- Kişiler kaygı duyulan bir durum olduğunda sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır (122).

Friedman et al. (112)'ın geliştirdiği 10 adımdan oluşan Kendi Kendine Deri Muayenesi beden haritası ve resimler içermekte olup benzer broşürler; Amerikan Deri Kanseri Vakfı (8 adım), Amerikan Dermatoloji Akademisi (5 adım), Amerikan Kanser Derneği (6 adım), Asya kökenli Avustralyalı Dermatologlar Koleji (8 adım) gibi organizasyonların internet sitelerinde erişime açıktır (127-130).

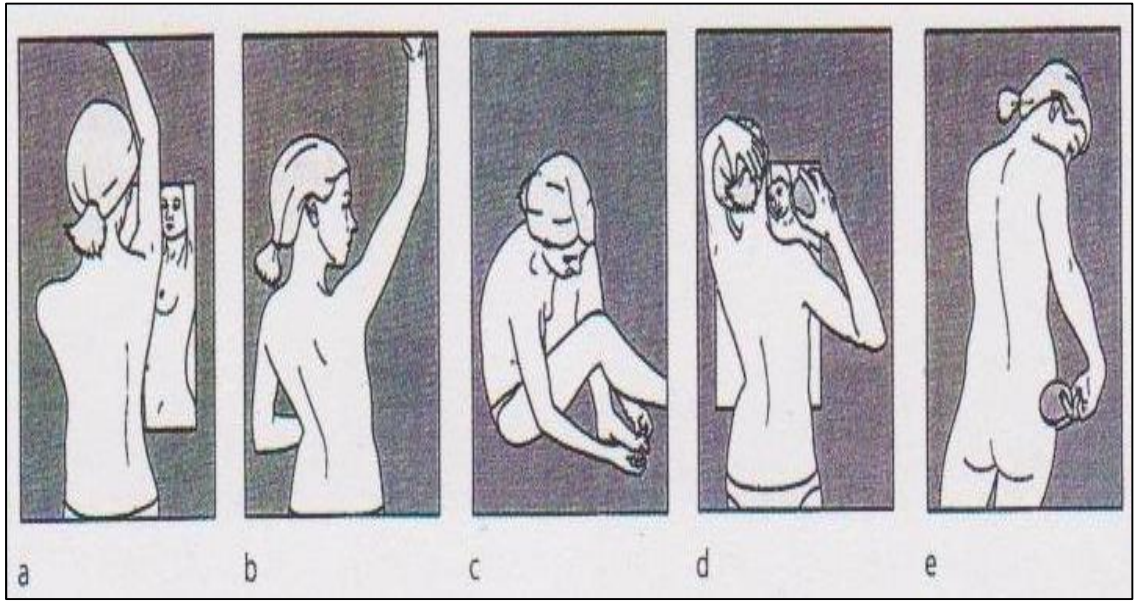
Friedman et al. (112)'ın geliştirdiği 10 adımdan oluşan Kendi Kendine Deri Muayenesine göre;

- 1. Adım:** Oda iyi aydınlatılmış olmalı. Kişinin yanında bir boy aynası, bir el aynası, fön makinası, iki tane sandalye veya tabure olmalı. Kişi tamamen soyunmalı.
- 2. Adım:** Avuç içleri yukarı gelecek şekilde eller açılmalı. Avuç içine, parmaklara, parmak aralarına, ön kola, boşluklara bakılmalı. Aynı işlemler avuç içleri aşağıya bakacak şekilde tekrarlanmalı.
- 3. Adım:** Boy aynasının önüne geçilip, avuç içleri kendine bakacak şekilde, dirsekler bükük, kollar yukarı doğru tutulmalı. Dirseklere ve kol arkasına bakılmalı.
- 4. Adım:** Yine boy aynasının önüne geçilmeli ve vücudun ön yüzü tamamen görünmeli. Yüze, boyun ve kollara bakılmalı. Kolların üst kısımlarına bakılmalı. Göğüs, karın ve kasık bölgesi ile bacaklara bakılmalı.
- 5. Adım:** Aynanın önünde avuç içleri birbirine bakacak şekilde, eller başının üzerine gelecek şekilde tutulmalı. Sağ taraf aynaya bakacak şekilde yan durulmalı. Kollara, koltuk altına, gövdenin ve bacakların yan taraflarına bakılmalı. Aynı işlem sol tarafa da uygulanmalı.
- 6. Adım:** Aynaya arkası dönük bir şekilde durulmalı ve sırt, kalça ile bacaklara bakılmalı.
- 7. Adım:** El aynasını da kullanarak boy aynasında boynun arka kısmı, sırt ve kalça incelenmeli. Bu alanları görmek zor olduğu için birinden de yardım istenmesi yararlı olacaktır.
- 8. Adım:** El aynası ve boy aynası kullanılarak kafaya ve saç aralarına iyice bakılmalı. Saçı daha iyi incelemek için fön makinasından yararlanılabilir. Bu alanları da görmek zor olduğu için birinden yardım istenebilir.
- 9. Adım:** Bir sandalyeye oturularak diğer sandalyeye de ayak konulmalı. El aynası ile kasık bölgesinden başlayarak aşağıya doğru tüm bacağın iç ve dış kısımları incelenmeli. Aynı işlem diğer bacak içinde uygulanmalı.

10. Adım: Sandalyede otururken bir bacak diğer bacağın üzerine konulmalı. El aynasının yardımı ile ayağın üst kısımlarına parmaklara, parmak aralarına ve tırnaklara bakılmalı. Sonra ayak ve ayak tabanı incelenmeli. Aynı işlem diğer ayak için de uygulanmalı.

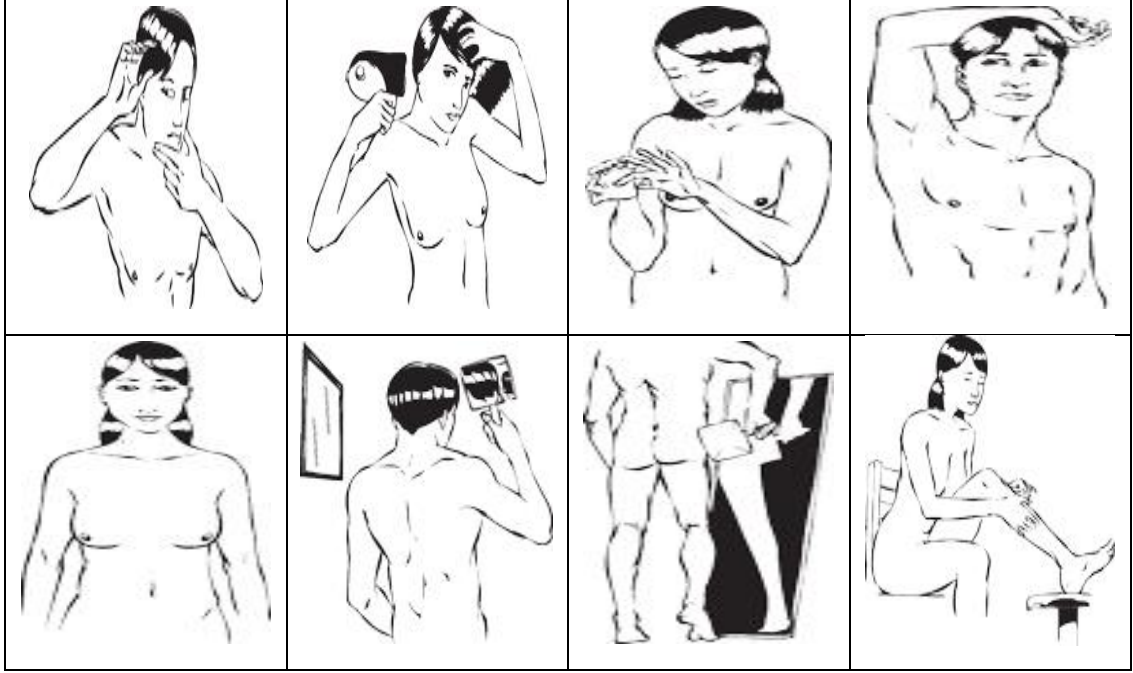
Amerikan Dermatoloji Akademisi'nin hazırladığı KDT rehberi kısa ve anlaşılır olduğu için çok kullanılmaktadır (122) (Şekil 2.3).

- a. Vücudunuzun önünü ve arkasını, kollarınızı kaldırarak sağ ve sol yanlarınızı ayna önünde kontrol edin.
- b. Dirseğinizi bükün ve önkol, koltuk altı ve avuç içine dikkatlice bakın.
- c. Ayaklarınıza ve bacaklarınıza, parmak aralarınıza ve ayak tabanlarınıza bakınız.
- d. Bir el aynası ile saçlı derinizi ve ensenizi kontrol edin. Saçlarınızı kaldırarak daha yakından bakınız.
- e. Son olarak, bir ayna ile arkanıza ve kalçanıza bakınız.



Şekil 2.3. Amerikan Dermatoloji Akademisi'nin hazırladığı kişisel deri taraması (Hobbs, R. F. D. (2011). Deri kanserlerinin tedavisinde birinci basamak ekibinin rolü, Edit: Rajpar, S., Marsden J., Deri Kanserleri, Atlas Kitapçılık, Ankara S:8-13, Ankara)

Koştu ve arkadaşları (131) Amerikan Deri Kanseri Vakfı'nın önerdiği 8 adım ve adımları temsil eden resimlerden oluşan broşürün uyarlamasını ülkemizde yapmışlardır (Şekil 2.4). Deri kanserinden korunmaya yönelik kendi kendine deri muayenesi formunun Türk diline uygun, açık, anlaşılır, geçerli ve uygulanabilir bir erken tanı aracı olduğu belirlenmiş olup, deri kanserine yönelik kendi kendine deri muayenesi yapma ile ilgili davranış geliştirme ve deri kanserini erken tanılamak için kendi kendine deri muayenesi formundan yararlanılması gerektiği önerilmektedir.



Şekil 2.4. Amerikan Deri Kanseri Vakfı'nın önerdiği kendi kendine deri muayenesi (The Skin Cancer Foundation (2014). Step by step self examination. Retrieved: 24.05.2014, <http://www.skincancer.org/skin-cancer-information/earlydetection/step-by-step-self-examination>)

2.3.3. UV Maruziyetinin Engellenmesi

Güneşten korunmada en etkili yöntem UV maruziyetinin olduğu dış ortamdan uzak durmaktır. Her ne kadar uzun süreli kaçınma mümkün olmasa da bu süreyi en aza indirmek şiddetli seyreden bazı fotodermatozlarda zorunludur. Hatta bazı hastalarda ev ve otomobillerde UVA filtreli plastik pencere materyalleri kullanımı gerekmektedir. Dış ortamda ise ağaçlar ya da binalar ile oluşan gölge ortamlar fotokorunma açısından önem taşır. Ancak düzenli dağılım gösteren ağaçlar bile ancak 2 kat koruma sağlayabilir (60).

Dış ortamda sağlanabilecek fotokorunma, kişinin gökyüzünün ne kadarını görebildiğiyle ilintilidir. Eğer gökyüzünün %50'si fiziksel olarak kapalı ise 2 kat, %90'ı kapalı ise 10 kat korunma sağlar. Benzer şekilde plaj şemsiyeleri ve üzeri kapalı stadyumlar da fotokorunmada oldukça az etkilidir (132,133). Tropikal ve subtropikal bölgelerde, yaz aylarında güneşin tam tepede olduğu saatlerin 2-3 saat öncesi ve sonrasında (10-11 ve 15-16 saatleri arasında) dışarıda kalmamak korunma açısından önemlidir. Yazın günün erken ve geç saatleri ile kışın tüm gün boyu daha az riskli saatlerdir. Kişinin gölgesinin kendi boyundan uzun olması UV maruziyeti açısından güvenli saatleri anlamak için kullanılabilecek basit bir yöntemdir (132-134).

2.3.4. Giysilerle Korunma

Güneşten korunmanın en basit ve pratik yolu giysilerdir. Gün ortasında güneş altında kalma zorunluluğunda güneşin zararlı etkilerinden korunmak için geniş kenarlı bir şapka ve bir gömlek en basit, en etkili, en güvenli ve doğal korunma

yöntemidir (135). Özellikle yazın güneşin yoğun olduğu dönemlerde mümkün olan en fazla vücut alanının giysilerle kapatılması korunma açısından önemlidir. Güneşe ya da diğer ışık kaynağına tutulduğunda gözüken ışığı en az ileten giysiler UV'ye karşı en korumalı giysilerdir (60).

Giysinin kumaşı, yapısı, dokusu, rengi ve kalınlığı korumayı sağlayan en önemli faktörlerdir. Kalın ve sık dokumalı giysiler UV'yi daha az geçirirler. Koyu renk giysiler açık renklerden daha yüksek UV koruyucusudurlar. Fakat koyu renkler açık renklere oranla güneş ışınlarını daha fazla absorbe eder bu nedenle sıcaklık hissinin artmasına bağlı rahatsızlık sorun oluşturabilir. Pamuk, viskon ve keten gibi hafif giysiler en rahat yaz giysileridir. Terleme durumlarında liflerin nemi emebilme özelliği olmalıdır. Şortlar ve çoraplarda liflerin en az ısı verecek ama güneşten koruyacak özellikte olması önerilmelidir. Yaz giysileri yüksek yakalı, hafif, havalandırma izin veren, taşınması kolay, vücudu sarmayan ve nemlendiğinde etkisini kaybetmeyen özellikte olmalıdır (135,136).

Ergin ve arkadaşlarının (108) beş yaşından küçük çocuğu olan annelerin güneşin kendilerine ve çocuklarına olan yararlı ve zararlı etkileri konusunda bilgi ve davranışlarını belirledikleri çalışmada; annelerin güneşin zararlı etkilerinden korumak için açık renkli elbiseler giydirmek/giymek çocukları için ilk sırada (%93.8), kendileri için ikinci sırada (%90.1) yer almıştır.

Avustralya'da güneşten koruyucu giysi pazarları ve güneşten koruyucu krem pazarları vardır. Bazı markalar internet aracılığı ile tanıtılmaktadır. Bu giysiler özellikle balıkçılar ve safariye çıkan kişiler için önerilmektedir. Şapkalar en iyi gölge yapıcı giysiler olup, ne kadar geniş kenarlı olursa o kadar iyi koruma sağlarlar. Yüzün güneşten korunmasında 10 cm veya daha geniş gölge yapan bir şapka önerilir. Geniş kenarlı şapkalar başın korunması yanında yüz, boyun, ense ve hatta gözlerin korunmasında etkilidir (135,137). Baz ve arkadaşlarının (138) erişkinlerin çocuklarını güneşten koruma davranışlarını araştırdıkları çalışmalarında; çocuklar için güneşten korunma yöntemleri arasında ilk sırada şapkanın kullanıldığı bulunmuştur.

2.3.5. Güneş Koruyucular ile Korunma

Güneş ışınlarının deri üzerindeki olumsuz etkilerinden korunmak için, güneşe çıkmadan önce uygun güneşten koruyucu ürünler (GKÜ) kullanılması öncelik taşır. Ancak GKÜ bu bilinci çok daha önceleri edinmiş olan batılı ülkelerde bile doğru olarak kullanılmamaktadır. GKÜ'lerin, güneşten koruma faktörü (Sun Protection Factor=SPF) değerinin yetersiz olması, güneşe çıktıktan sonra uygulanması, sadece bir kere sürülmesi veya miktarın yetersiz olması gibi yanlış kullanım örnekleriyle sıkça karşılaşılmaktadır (139).

Erkeklerde kozmetik ürünlerin kullanımı giderek artmakla birlikte kadınlara oranla daha azdır. Bu kapsamda GKÜ'lerin kullanımı da daha az olmaktadır. Buna karşılık erkeklerin çiftçilik, denizcilik, inşaat işçiliği gibi bazı meslekler dolayısı ile uzun süreli direkt güneş ışınlarına maruz kalmaları söz konusu olmaktadır (140). Dolayısıyla bu durumun erkeklerde deri kanseri riskinin artmasında önemli bir etken olduğunu söylemek mümkündür.

GKÜ deriyi UV radyasyonundan korumak için kullanılan krem, losyon, jel, sprey formundaki organik ve inorganik maddelerdir. Güneş koruyucuların güneşten korunmada altın standart olarak kabul edilmesine rağmen, deri kanserini önleyip önlemediğine dair tartışmalar halen devam etmektedir. Günümüzde giysi ya da geniş kenarlı şapkalarla korunmanın mümkün olmadığı vücut bölgelerini korumak için kullanımı önerilmektedir (60,70).

İlter ve arkadaşlarının (141) Ankara’da bir alışveriş merkezinde, popülasyonun güneşten korunma alışkanlıklarını ve ben taraması yapıp benlerini değerlendirdikleri çalışmalarında; bireylerin %44.1’inin güneş koruyucu krem, losyon vb. kullanmadığı, %27.4’unun yaz aylarında kullandığı, bunların da %89.5’inin sadece deniz kenarında güneş koruyucu kullandığı belirlenmiştir. Düzenli ve sürekli güneşten koruyucu kullanan kişilerin oranı ise %28.4 olarak saptanmıştır.

Bir güneşten koruyucunun etkinliği SPF değerine bağlıdır. SPF, güneşten koruma faktörünün derecesidir. Yani ürünün UVB ışınlarına karşı cildi ne kadar koruyabildiğinin göstergesidir. SPF’yi koruyucu losyonların ambalajlarının arkasında, sunscreen olarak gösterilen bölümün yanında görmek mümkündür. SPF 2 ile 60 arasında derecelendirilir (70,73). Kontrollü çalışmalarda 2mg/cm² uygulanması gereken GKÜ’lerin ancak 0.5mg/cm² uygulandığı anlaşılmıştır. Bu nedenle, kullanılan ürünün üzerinde yazılı olan SPF değerinin en çok yarısı kadar koruyucu olabileceği kabul edilebilir (139). Wulf et al. (142) SPF değeri ne kadar yüksek olursa olsun 0.5 mg/cm² uygulanan bir GKÜ’nün ancak 3 SPF değerinde bir etkinlik gösterebileceğini bildirmektedirler. İdeal bir GKÜ’nün özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

1. İstenilen amaca uygun ve tüm dalga boylarını önlemelidir.
2. Kullanıcı tarafından iyi tolere edilir ve kozmetik olarak kabul edilebilir olmalıdır.
3. Suya, denize, terlemeye, buharlaşmaya ve sürtünmeye dayanıklı olmalıdır.
4. Sık uygulama gerektirmemeli, kokusuz, renksiz ve yüksek SPF’ye sahip olmalıdır.
5. Deri pH’sı, vücut ısısı ve UV etkisiyle bozulmamalıdır.
6. Toksik, iritan ve allerjik olmamalıdır (73).

2.3.6. Gözlerin Korunması

Güneş ışınlarındaki UVB’ye maruziyet katarakt oluşumunu artırır. Gözlerdeki UVB maruziyetinin engellenmesinin en basit yöntemi geniş kenarlı bir şapka giyilmesidir. Güneş gözlükleri, doktor kontrolünde alınmalıdır. UV spektrumunun %99-100’ünü bloke edecek şekilde seçilmelidir (143).

2.4. Deri Kanserinden Korunmada Hemşirenin Rolü

Kanser, dünyada ve Türkiye’de %22’lik oran ile tüm ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır. Özellikle basit korunma yöntemleri ile önlenemediği, taramalar ile mortalite oranlarının önemli düzeyde kontrol altına alınabildiği ve erken tedavinin yaşam kalitesini arttırmada önemli olduğu bilinmektedir (144,145). Tüm dünyada ülkeler için önemli bir halk

sağlığı sorunu haline gelen kanser vakalarının %30'undan fazlasının önlenebileceği bildirilmektedir (144).

Güneşten korunmada olumlu davranışlar geliştirerek, insanların güneş ışığındaki UV radyasyona maruziyetinin azaltılması, deri kanserlerinin halk sağlığına olan yükünün azaltılmasının en önemli parçasıdır (57). DSÖ'nün sağlığı koruma ve geliştirme programları kapsamında anahtar rolde gördüğü hemşirelerin toplumun deri kanserinden korunması için gerekli uygulamaları gerçekleştirmesi büyük önem taşımaktadır. Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC)'nin Deri Kanseri Önleme Ulusal Eğitim Programında halk sağlığı hemşirelerinin kanserin erken tanısı ve önlenmesinde aktif olarak çalışması konusunda planlamalar yer almaktadır (27,61,62).

Deri kanserinde bakım multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerektirir ve hemşire kanser bakımının önemli ve bütünüleyici bir elemanıdır. Hemşire, sağlığın geliştirilmesi ve korunması, tanı, tedavi, rehabilitasyon aşamalarında çok yönlü bir bakım sağlamaktadır. Klinik uygulama, eğitim, danışmanlık ve yönetimin yanı sıra deri kanserinde klinik araştırmalara katılım hemşirenin alanlarını genişletecektir. Hemşireler üniversiteler, akademik tıp merkezleri, onkoloji üniteleri, poliklinikler, muayenehaneler, evde bakım gibi birçok alanda çalışmaktadırlar. Bu çalışma alanlarında hemşirenin genel amacı; erken tanı ve risk faktörleri konusunda danışmanlık yapmak, deri kanseri olan hastalara hastalık süreci boyunca hasta ve ailesinin en üst düzeyde işlevlerini sürdürmelerini sağlamak ve yaşam kalitelerini arttırmaktır. Ayrıca hemşire risk grupları ile karşılaştığında korunma önlemleri ve erken tanı konusunda eğitim fırsatını kaçırmamalıdır. Toplum bilinçlendirme ve erken tanı için farkındalık oluşturma da liderlik etmelidir.

Deri kanseri riski üzerine toplumsal eğitim programları medyayı da içine almalı ve çocuklarla adölesanlara özel öneriler verilmelidir. Avustralya'da 1960'ların başlarından itibaren deri kanserlerinden korunma sağlık programlarına dahil edilmiştir. Gözlemsel veriler, bu programların Avustralya'da 60 yaş altında deri kanserlerini azaltma yönünde etkili olduğunu göstermektedir. Avustralya dışında, hemşire ya da medya önderliğinde yürütülen eğitim programları sonucunda, kişisel-muayene oranında artış, deri kanserlerinden korkmada azalma ve güneşin tehlikelerini fark etme ve korunma konusunda gelişmeler olduğunu göstermiştir (122).

Güneşe maruz kalmak hemşirelik ve sağlık bakımı için önemlidir. Çünkü sağlık personelleri güneş ışığına maruz kalma riskinin farkında olursa, yaptıkları ziyaretler sırasında öğrencileri, hastaları, aileleri risk faktörleri ve güvenli güneşlenme davranışları konusunda eğitebilirler (63). Ülkemizde Andsoy ve arkadaşlarının (146) hemşirelerin deri kanseri hakkında bilgilerinin, deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik davranışlarının neler olduğunu araştırdıkları çalışmalarında; hemşirelerin bilgilerinin yetersiz olduğunu, güneş ışınlarından yeterince korunmadıklarını saptamışlardır. Örneğin, 50 ve üzeri bene sahip olanların ve doğum lekesi olanların deri kanseri için risk oluşturduğunu bilenlerin ve dışarı çıkıldığında şapka ile güneş koruyucu krem kullanım oranının çok düşük olduğu bulunmuştur.

Deri kanseri ve güneşten korunmanın erken yaşta başlaması gerektiğinin öneminden yola çıkarak; birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlara ve okul hemşirelerine önemli görevler düşmektedir. Sağlık çalışanlarının ve ailelerin bilinçlendirilmesinin, erken yaşta eğitimlerin yapılmasının, okul müfredat programlarına konunun eklenmesi ve okulda güneşten korunma ile ilgili politikaların geliştirilerek, fiziki şartların gözden geçirilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Okullarda sağlığı geliştirme çalışmalarının gerekçesi, okulların sağlığı geliştirme programlarını yürütmede çok etkin alanlar olarak kabul edilmesidir. Okullarda sağlığı geliştirme programlarına; yalnızca çok sayıda gencin bu ortamlarda toplanması sebebiyle değil aynı zamanda bu çocukların, ergenlerin ve genç yetişkinlerin çok sayıda ciddi sağlık tehdidi ile karşı karşıya kalmasından dolayı ihtiyaç duyulmaktadır (147). Kolbe (148)'e göre okul sağlığı programlarının amaçları öğrencilerin sağlık bilgisini, tutumlarını, davranışlarını, sağlık sonuçlarını iyileştirmektir. Böylece öğrencilerin eğitim sonuçları ve sosyal yaşamları iyileştirilmiş olacaktır. Ulusal Sağlık Eğitimi Standartları okul sağlığı eğitiminde, öğrencilerin bilmesi gereken doğrular ve kavramlara odaklanılmasından, eğitimler sonucunda öğrencilerin göstermesi gereken sağlıkla ilişkili davranışlara odaklanılmasına doğru bir paradigma değişimini yansıtmıştır (149).

Sağlıklı/hasta bireyin bakımında bilimsel ve sistematik bir yaklaşım olan hemşirelik süreci kullanılarak, holistik ve hümanistik bir bakım sunulabilmekte, sağlık bakımı ekibi üyeleri arasında iletişim kolaylaşabilmekte ve bakımın sürekliliği sağlanabilmektedir. Çağdaş hemşirelik anlayış ve akılcılığa sahip hemşirenin, onkoloji gibi karmaşık bir alanda, hedeflenen amaçlara ulaşabilmesi için, uygulamalarında hemşirelik sürecini kullanma gerekliliği günümüzde daha fazla önem kazanmıştır (150).

Kanser hastası olmayıp, deri kanserine yakalanma riskini arttıran faktörlere sahip olan denizcilik lisesi öğrencilerine; sağlığın korunması ve geliştirmesine yönelik koyulacak en uygun hemşirelik tanısı "**bilgi eksikliği**"dir. Burada amaç öğrencilerin mevcut risklerinin farkında olmalarını sağlamak ve önlenabilir riskler konusunda bilinçlendirmek ve güneşten korunmayla bu riskleri en aza indirmeye çalışmaktır. "Deri Kanserinden Korunma" başlığı altında (Bkz. Bölüm 2.3) tüm korunma yöntemlerine ayrıntılı şekilde değinilmiştir. Korunmada sağlığın fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal boyutları ele alınmalı; bilgi, tutum ve davranışları olumlu yönde teşvik ederek, her yaşa veya gelişimsel düzeye uyumlaştırılmalıdır. Öğrencilerin sağlıklarını korumaları ve iyileştirmeleri ve riskli davranışlarını azaltmaları için motive etme ve destekleme amacıyla müdahaleler tasarlanmalıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırma, denizcilik lisesi öğrencilerine deri kanseri konusunda verilen eğitimin bilgi ve davranışlarına etkisini değerlendirmek amacıyla, ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel desen ile yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

1. H_1 = Verilen eğitim, deney grubundaki öğrencilerin deri kanseri ve güneşten korunma konusundaki bilgi düzeylerini arttıracaktır.
2. H_1 = Verilen eğitim, deney grubundaki öğrencilerin güneşten korunma konusundaki tutumlarını olumlu yönde arttıracaktır.
3. H_1 = Verilen eğitim, deney grubundaki öğrencilerin güneşten korunma konusundaki davranışlarını olumlu yönde arttıracaktır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Fettah Tamince Denizcilik Anadolu Meslek Lisesi ve Manavgat Ticaret ve Sanayi Odası Denizcilik Anadolu Meslek Lisesi'nde Mart 2013-Haziran 2013 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Fettah Tamince Denizcilik Anadolu Meslek Lisesi ve Manavgat Ticaret ve Sanayi Odası Denizcilik Anadolu Meslek Lisesi öğrencileri oluşturmuştur. Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmemiş, araştırma kapsamına bu okullara kayıtlı ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm öğrenciler alınmıştır.

Antalya ilinde iki tane denizcilik meslek lisesi bulunmaktadır. Fettah Tamince Denizcilik Anadolu Meslek Lisesi Antalya merkezde olup, denizcilik ve gemi yapım alanı olmak üzere iki bölümü bulunmaktadır. 2012-2013 eğitim öğretim yılında kayıtlı 416 öğrencisi vardır. Bu okul çalışma grubu olarak alınmıştır. Manavgat Ticaret ve Sanayi Odası Denizcilik Anadolu Meslek Lisesi ise Antalya'nın ilçesi Manavgat'ta olup, burada da denizcilik ve gemi yapım alanı olmak üzere iki bölüm bulunmaktadır. 2012-2013 eğitim öğretim yılında kayıtlı 200 öğrenci mevcuttur. Bu okul kontrol grubu olarak alınmıştır.

Araştırmaya başlanan tarihlerde raporlu olan, devamsızlık kullanan, okul eğitimini bırakan Fettah Tamince Denizcilik Anadolu Meslek Lisesi'nden 27, Manavgat Ticaret ve Sanayi Odası Denizcilik Anadolu Meslek Lisesi'nden 22 öğrenci dışındaki tüm öğrenciler araştırma kapsamına alınmıştır.

Tablo 3.4.1’de çalışma ve kontrol grubunun bazı tanıtıcı özelliklere göre dağılımları özetlenmiştir. Çalışma ve kontrol grubunda öğrencilerin büyük çoğunluğunu erkekler, 16 yaş grubundakiler ve 9. sınıfta okuyanlar oluşturmaktadır. Öğrencilerin yaş ortalaması kızlarda 16.26 ± 1.20 , erkeklerde 16.23 ± 1.05 ’tir. Bu değişkenlerde çalışma ve kontrol grubu arasında fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Öğrencilerin çoğunluğu (%75.8) denizcilik bölümünde okumakta ve en uzun süre yaşanan yer incelendiğinde çalışma grubu öğrencilerinin ilde (%89.7), kontrol grubu öğrencilerinin ilçede (%51.7) yaşadığı belirlenmiştir. Gruplar arasında bu değişkenler açısından fark saptanmış olup bu beklenen bir sonuçtur. Çünkü kontrol grubuna alınan okul ilçedir ($p < 0.01$).

Çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin yarısından fazlasının (%56.4) daha önce deri kanseri ve güneşten korunma ile ilgili bilgi almadıkları, bilgi alanların çoğunluğunun bilgi kaynaklarının aileleri (%41.3) olduğu saptanmış olup; bu değişkenlerde gruplar arasında fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Öğrencilerin şimdiye kadar yaptıkları uygulamalarla güneşten korunma hakkındaki düşünceleri incelendiğinde; her iki grubun da yarısından fazlasının “daha iyi korunabilirim” cevabını verdiği görülmüştür. Gruplar arasında bir fark olmadığı ($p > 0.05$) saptanmıştır.

Tablo 3.4.2’de çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin ailelerinin bazı sosyodemografik özellikleri verilmiştir. Çalışma grubu öğrencilerinin anne ve babalarının çoğunluğunun lise mezunu, kontrol grubunda ise ilkökul mezunu olduğu saptanmış olup; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$). Her iki grubun anne ve babalarının meslekleri incelendiğinde; babalarının esnaf/serbest meslek, annelerinin ev hanımı olduğu ve gruplar arasında fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Öğrencilerin yarıdan fazlası (%64.6) aile gelirlerinin gidere eşit olduğunu ifade etmiş olup; aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$).

Deneyssel çalışmalarda bağımsız değişkenin etkisinin anlaşılabilmesi için deney ve kontrol grubunda sonuç ölçümünü etkileyebilecek değişkenlerin kontrol altında tutulması önemlidir. Bu durum deney ve kontrol grubunun girişim öncesinde karıştırıcı faktörler açısından eşlenikliği sağlanarak başarılabılır (Aksayan ve ark., 2002). Bu çalışmada çalışma ve kontrol grubunun oluşturulmasında randomizasyon yapılamamış olmasına rağmen, öğrencilere ait bazı özelliklerden çalışma grubu öğrencilerinin kontrol grubu öğrencilerine göre büyük bölümünün denizcilik alanında öğrenim gördükleri ve çalışma grubu öğrencilerinin çoğunluğunun en uzun süre yaşadıkları yerin il, kontrol grubu öğrencilerinin ise ilçe olması dışında diğer özelliklerde çalışma ve kontrol grubu arasında fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 3.4.1). Çalışma grubunun ilde, kontrol grubunun ilçede olmasının öğrencilerin anne ve babalarının eğitim durumunu etkilediği, ailelerin çocuklarını yaşadıkları yere en yakın okula gönderdikleri düşünülmektedir. (Tablo 3.4.2). Bu da bize çalışma ve kontrol grubunun benzer özellikte olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.4.1. Öğrencilerin bazı tanıttıcı özellikleri

Özellikler	Çalışma grubu		Kontrol grubu		Toplam		x ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet								
Kız	43	11.1	14	7.9	57	10.1	1.373	0.241
Erkek	346	88.9	164	92.1	510	89.9		
Yaş								
14	9	2.3	6	3.4	15	2.6	2.970	0.563
15	93	23.9	53	29.8	146	25.7		
16	127	32.6	53	29.8	180	31.7		
17	102	26.3	42	23.5	144	25.4		
18	58	14.9	24	13.5	82	14.6		
Sınıf								
9	122	31.4	62	34.8	184	32.5	6.725	0.081
10	124	31.8	53	29.8	177	31.2		
11	71	18.3	43	24.2	114	20.1		
12	72	18.5	20	11.2	92	16.2		
Bölüm								
Denizcilik Alanı	320	82.3	110	61.8	430	75.8	27.910	0.000
Gemi Yapımı Alanı	69	17.7	68	38.2	137	24.2		
En uzun süre yaşanılan yer								
Köy	15	3.9	27	15.2	42	7.4	196.634	0.000
İlçe	25	6.4	92	51.7	117	20.6		
İl	349	89.7	59	33.1	408	72.0		
Bilgi alma durumları								
Bilgi alan	166	42.7	81	45.5	247	43.6	0.398	0.584
Bilgi almayan	223	57.3	97	54.5	320	56.4		
Bilgi alanların bilgi kaynakları*								
Aile	72	43.4	30	37.0	102	41.3	1.279	0.865
Dergi/Gazete	6	3.6	3	3.7	9	3.6		
TV/İnternet	41	24.6	20	24.8	61	24.7		
Arkadaşlar	24	14.5	15	18.5	39	15.8		
Sağlık çalışanı	23	13.9	13	16.0	36	14.6		
Güneşten...								
İyi korunduğumu düşünüyorum.	33	8.5	24	13.5	57	10.1	3.817	0.148
Daha iyi korunabilirim.	242	62.2	100	56.2	342	60.3		
Korunmuyorum.	114	29.3	54	30.3	168	29.6		
Toplam	389	100	178	100	567	100		

*Çalışma grubu için n:166, kontrol grubu için n:81

Tablo 3.4.2. Öğrencilerin ailelerinin bazı sosyodemografik özellikleri

Özellikler	Çalışma grubu		Kontrol grubu		Toplam		x ²	p
	N	%	n	%	n	%		
Babanın eğitimi								
İlkokul mezunu	83	21.3	64	36.0	147	25.9	19.855	0.000
Ortaokul mezunu	47	12.1	30	16.9	77	13.6		
Lise mezunu	163	41.9	55	30.9	218	38.4		
Üniversite mezunu	96	24.7	29	39.2	125	22.1		
Annenin eğitimi								
İlkokul mezunu	97	24.9	90	50.6	187	33.0	53.277	0.000
Ortaokul mezunu	45	11.6	32	18.0	77	13.6		
Lise mezunu	167	42.9	44	24.7	211	37.2		
Üniversite mezunu	80	20.6	12	6.7	92	16.2		
Babanın mesleği								
Memur	68	17.5	28	15.7	96	16.9	9.927	0.042
İşçi	57	14.7	27	15.2	84	14.8		
Esnaf/Serbest meslek	212	54.5	109	61.2	321	56.6		
Emekli	20	5.1	11	6.2	31	5.5		
Çalışmıyor	32	8.2	3	1.7	35	6.2		
Annenin mesleği								
Memur	53	13.6	12	6.7	65	11.5	11.791	0.019
İşçi	45	11.6	24	13.5	69	12.2		
Esnaf/Serbest meslek	62	15.9	17	9.6	79	13.9		
Emekli	14	3.6	6	3.4	20	3.5		
Ev hanımı	215	55.3	119	66.9	334	58.9		
Ailenin gelir durumu								
Gelir giderden az	43	11.1	28	15.7	71	12.5	16.948	0.000
Gelir gidere eşit	238	61.2	128	71.9	366	64.6		
Gelir giderden fazla	108	27.7	22	12.4	130	22.9		
Toplam	389	100	178	100	567	100		

3.5. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri

Fettah Tamince Denizcilik Anadolu Meslek Lisesi ve Manavgat Ticaret ve Sanayi Odası Denizcilik Anadolu Meslek Lisesi'nde öğrenim gören ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm öğrenciler araştırmaya alınmıştır.

3.6. Araştırma Etiği

Çalışmaya Antalya Fettah Tamince Denizcilik Anadolu Meslek Lisesi ve Manavgat Ticaret ve Sanayi Odası Denizcilik Anadolu Meslek Lisesi'ne kayıtlı öğrenciler alındığı için Antalya İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden izin ve onay yazısı alınmıştır (Ek-1). Çalışmanın yürütülebilmesi için, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan çalışma için onay alınmıştır (Ek-2). Öğrencilere araştırmanın amacı, yöntemi, önemi konusunda gerekli açıklamalar yapılmış, toplanan verilerin yalnızca bilimsel amaçla

kullanılacağı sözlü ve yazılı olarak belirtilmiş, Aydınlatılmış Onam Formu imzalatılmıştır (Ek-3).

3.7. Kullanılan Soru Formu

Araştırmanın verileri, literatüre dayalı olarak (4,8,33,38,40,41,54,151-156) araştırmacı tarafından hazırlanan ve uzmanlardan (Halk Sağlığı Hemşireliğinden üç, İç Hastalıkları Hemşireliğinden bir, Deri ve Zührevi Hastalıklarından bir, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahiden bir akademisyen) gelen görüş doğrultusunda son şekli verilen soru formu (Ek-4) ile toplanmıştır.

Soru formu toplam 59 sorudan oluşmakta olup;

Sosyodemografik özelliklerini belirlemek için 13 soru (ilk 13 soru) bulunmakta olup; öğrencilerin ve ailelerinin bazı tanıtıcı özellikleri, deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik bilgi alma durumları ile güneşten korunmaya yönelik düşünceleri yer almaktadır.

Risk durumları ve düzeylerini sorgulayan, deri kanserine yakalanma riskini arttıran faktörler ile ilgili 13 soru (14-26 arasındaki sorular) yer almaktadır. Öğrencilerin risk düzeyini belirlemek için 14, 15, 16, 20, 21, 22, 23, 24 ve 25. soruların yanıtlarına göre risk içerenler “1” puan, risk içermeyenler “0” puan olarak kodlanmıştır. Puanlama sonunda risk düzeyleri; 0-3 puan alanlar “düşük”, 4-6 puan alanlar “orta” ve 7-9 puan alanlar “yüksek” olarak değerlendirilmiştir.

Bilgi durumları ve düzeylerini sorgulayan, deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik bilgi durumlarını içeren 12 soru (27-38 arasındaki sorular) bulunmaktadır. Öğrencilerin bilgi düzeylerini belirlemek için verdikleri yanıtlar bilen “1” puan, yanlış bilenler ise “0” puan olarak kodlanmıştır. Puanlama sonunda öğrencilerin bilgi düzeyleri; düşük (0-4 puan alanlar), orta (5-8 puan alanlar) ve yüksek (9-12 puan alanlar) olarak değerlendirilmiştir.

Tutum ve davranışlarını sorgulayan, güneşten korunmaya yönelik 9 soru (39-47 arasındaki sorular) tutumlarını ve 10 soru (48-57 arasındaki sorular) davranışlarını belirlemek amacıyla sorulmuştur.

Alınan uzman önerileri ve yapılan düzenlemeler sonucunda, son şekli verilen soru formunun anlaşılabilirliğini saptamak amacıyla Denizcilik Anadolu Lisesi öğrencileri dışında, başka bir lisede okuyan, rastgele seçilen 10 öğrenciye ön uygulama yapılmıştır. Soru formu yeniden gözden geçirilerek son hali verilmiştir.

3.8. Araştırma Verilerinin Toplanması

Önce araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere araştırmacı tarafından Aydınlatılmış Onam Formu (Ek-3) okutulup imzalatılmıştır. Her sınıfa ayrı ayrı girilerek, öğrencilere gerekli açıklamalar yapılmış, sessiz ve sakin bir ortam sağlandıktan sonra resim ve şekillerin daha anlaşılır olması için renkli şekilde hazırlanmış soru formu dağıtılmıştır (Şekil 3.1).

Uygulama üç aşamadan oluşmakta olup;

Birinci aşamada, çalışma ve kontrol grubuna alınan tüm öğrencilere veri toplama formu dağıtılarak ön test uygulanmıştır. Her öğrenciye farklı bir numara verilerek bunu soru formlarına yazmaları istenmiştir.

Ön test uygulamasından sonra **ikinci aşamada**, çalışma grubu olan Fettah Tamince Denizcilik Anadolu Meslek Lisesi öğrencilerine; her sınıfa ayrı ayrı deri kanseri, basit güneşten korunma adımları ve güneşin zararlı etkileri konularında eğitim verilmiştir. Konu merkezli yaklaşımla planlanan eğitim programı, araştırmacı tarafından, deri kanseri ve güneşten korunma yöntemleri bilgisini kazandırmak üzere literatür doğrultusunda eğitim konuları belirlenmiş ve hazırlanmıştır. Eğitim yaklaşık 35-45 dakika sürmüş olup; PowerPoint ile sunum yapılmıştır (Ek-5).

Eğitim Konuları

- Kanser nedir?
- Deri kanseri tipleri
- Güneşin etkileri
- Açıklamalı UV indeksi ve korunma yolları
- Güneşten korunma adımları
 - En az 15 faktörlü güneş kremi kullanmak
 - Riskli saatlerde (10:00-16:00) gölgede kalmak
 - Güneşten korunmak için uzun giysiler giyinmek
 - Geniş kenarlı şapka takmak
 - Güneş gözlüğü kullanmak

Konu anlatımından sonra öğrencilerin soruları yanıtlanmıştır. Son olarak öğrencilere, deri kanserinin adölesan dönemdeki önemini vurgulamak için, deri kanseri tanısı almış kişilerin hazırladığı, 5 dakikalık, Türkçe altyazılı “Sevgili 16 Yaşındaki Halim” videosu izletilmiştir (157) (Ek-6). Eğitim sonunda, bilgilerin kalıcı olmasını sağlamak amacıyla denizcilik lisesi öğrencilerinin her birine, araştırmacı tarafından hazırlanan, deri kanseri ve güneşten korunmayla ilgili renkli broşürler dağıtılmıştır (Ek-7).

Broşür içeriği

- Güneş ve deri kanseri
- Güneşten korunma adımları

Eğitimden dört hafta sonra, çalışma grubu öğrencilerine konuyu hatırlatmak ve eğitimi pekiştirmek amacıyla; araştırmacı tarafından hazırlanan deri kanseri ve güneşten korunmayla ilgili 70x100 cm boyutunda uyarıcı afişler; öğrencilerin okulda en çok zaman geçirdikleri farklı yerlere ve sınıflara asılmıştır (Ek-8).

Afişler

- Güneşten gelen ultraviyole ışınları cildinize zarar verebilir afişi
- Koruyucunuzu seçin afişi
- Güneşli günler, sağlıklı yolları afişi

Kontrol grubu olan Manavgat Ticaret ve Sanayi Odası Denizcilik Anadolu Meslek Lisesi öğrencilerine herhangi bir girişimde bulunulmamıştır.

Üçüncü aşamada ise, eğitimden sekiz hafta sonra her iki okuldaki (çalışma ve kontrol grubu) öğrencilere son test uygulanmıştır. Veri toplama formundaki sosyodemografik ve deri kanseri ile ilgili risk durum soruları çıkartılarak; 27-57 arasındaki bilgi, tutum ve davranış soruları öğrencilere tekrar sorulmuş; öğrencilerden alınan cevaplara göre tekrar değerlendirilmiştir. Öğrencilerin ön testte veri toplama formuna yazmış oldukları numaraları tekrar forma yazmaları istenmiş ve ayrıca son testte “Daha önce bu testi yaptınız mı?” sorusu eklenmiştir (Ek-9).

Çalışma grubuna eğitim verilip, kontrol grubuna vermemenin etik olmayacağı düşünülerek; kontrol grubu öğrencilerine son testten sonra çalışma grubuna verilmiş olan deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik eğitim verilip, broşürler dağıtılmıştır.

3.9. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırma bitiminde veriler önce araştırmacı tarafından tek tek değerlendirilmiş ve araştırmadan elde edilen verilerin analizinde, Statistical Package for Social Science (SPSS) 21.0 yazılım paket programı kullanılmıştır. Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ve deri kanseri risk durumlarının sayı ve yüzde dağılımları, gruplar arasındaki farkı belirlemede ki-kare analizi, McNemar’s, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Çalışma ve kontrol grubuna ait bilgi, tutum ve davranış sorularının eğitim öncesi ve sonrasının değişimi McNemar’s testiyle karşılaştırılmıştır. Gruplar arası bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılmasında t testi kullanılmıştır.

Öğrencilerin bilgi düzeyi ile bazı sosyodemografik özellikleri ve risk düzeyleri arasında fark olup olmadığına bakılmış, gruplar arasında anlamlı fark varsa bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemede ki-kare testi kullanılmıştır. Öğrencilerde deri kanserine yakalanma risk faktörüne sahip olmaları ile bilgi puanları arasındaki ilişki için Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi ile analiz edilmiştir.

Bilgi, tutum ve davranış sonuçlarının anlaşılabilirliği ve güvenilirliğini arttırmak amacıyla; çalışma ve kontrol grubunun ön test ve son test sonuçları arasındaki farkı belirlemek için McNemar’s testi, ön test ve son test sonuçlarının çalışma ve kontrol grupları arasındaki farkı belirlemek için de ki-kare testi kullanılmış ve her iki test sonuçları da verilmiştir.

3.10. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bu araştırmada, öğrencilerin deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik bilgi puan ortalamaları ve bilgi düzeyleri, güneşten korunmaya yönelik bilgi, tutum

ve davranışları ***bağımlı değişkenleri***; yaş, cinsiyet, sınıf, bölüm, en uzun süre yaşadığı yer, annenin eğitim durumu, babanın eğitim durumu, anne mesleği, baba mesleği, ailenin maddi düzeyi, daha önce deri kanseri ve güneşten korunma ile ilgili eğitim/bilgi alma durumu, güneşten yeterince korunduğunu düşünme durumu, deri kanserine yakalanma riskini arttıran faktörler ***bağımsız değişkenleri*** oluşturmuştur.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

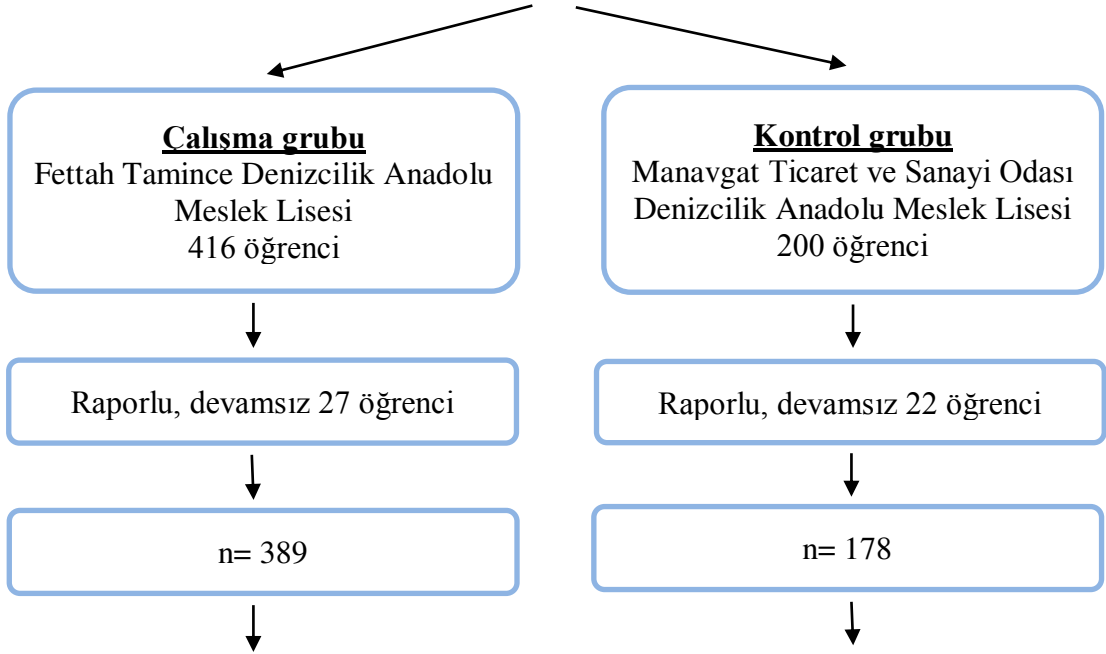
Bu çalışmanın evren ve örneklemini, yalnızca Antalya ilindeki Denizcilik Lisesi'nde okuyan öğrenciler oluşturmuştur. Bu yüzden çalışma tek bir merkezde yapıldığından tüm topluma genellenemez.

3.12. Çalışma Planı

Tez çalışmasının zaman akışı çizelge şeklinde Tablo 3.12.1'de sunulmuştur.

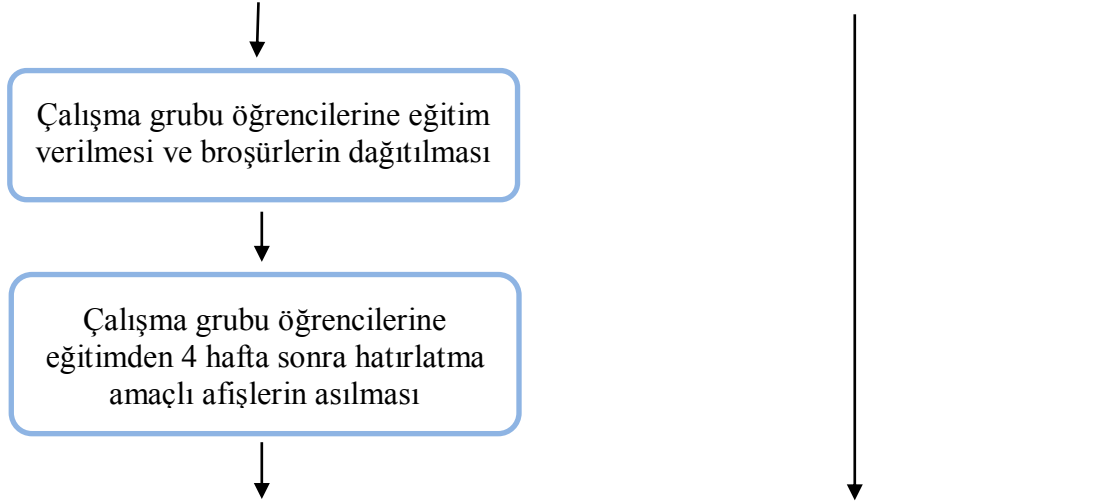
Çalışmanın Evren ve Örneklemi

2012- 2013 yılında öğrenim gören Fettah Tamince Denizcilik Anadolu Meslek Lisesi ve Manavgat Ticaret ve Sanayi Odası Denizcilik Anadolu Meslek Lisesi öğrencileri



Ön test

Çalışma ve kontrol grubundaki öğrencilere soru formunun uygulanması



Son test

Çalışma ve kontrol grubundaki öğrencilere soru formunun uygulanması
Kontrol grubu öğrencilerine eğitim verilmesi ve broşürlerin dağıtılması

Şekil 3.1. Araştırma planı

Tablo 3.12.1. Tez çalışmasının zaman akış çizelgesi

İşlem Basamakları	2012					2013						2014		
	Mart- Nisan	Mayıs- Haziran	Temmuz- Ağustos	Eylül- Ekim	Kasım- Aralık	Ocak- Şubat	Mart- Nisan	Mayıs- Haziran	Temmuz- Ağustos	Eylül- Ekim	Kasım- Aralık	Ocak- Şubat	Mart- Nisan	Mayıs- Haziran
Literatür taraması														
Danışman ile konunun seçimi														
Konu ile ilgili güncel yayınların taranması														
Tez öneri sınavının yapılması														
Kurumlara izin belgelerinin gönderilmesi														
Etik kurul izninin alınması														
BAP'a başvuru yapılması ve onaylanması														
Eğitim içeriği, broşür ve afişlerin hazırlanması														
Ön testlerin uygulanması														
Çalışma grubuna eğitimin uygulanması, broşürlerin dağıtılması, afişlerin asılması														
Son testlerin uygulanması														
Kontrol grubuna eğitimin uygulanması ve broşürlerin dağıtılması														
Verilerin analizi ve yorumlanması														
Tez yazımı ve sunumu														

BULGULAR

Bu araştırma; denizcilik lisesi öğrencilerine deri kanseri konusunda verilen eğitimin bilgi ve davranışlarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmadan elde edilen veriler beş bölüm halinde sunulmuştur. Birinci bölümde, öğrencilerin risk durumları, ikinci bölümde deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik bilgi durumları, üçüncü bölümde bilgi düzeylerinin bazı değişkenlerle karşılaştırılması, dördüncü bölümde güneşten korunmaya yönelik tutumları, son bölümde ise yine güneşten korunmaya yönelik davranışları yer almaktadır.

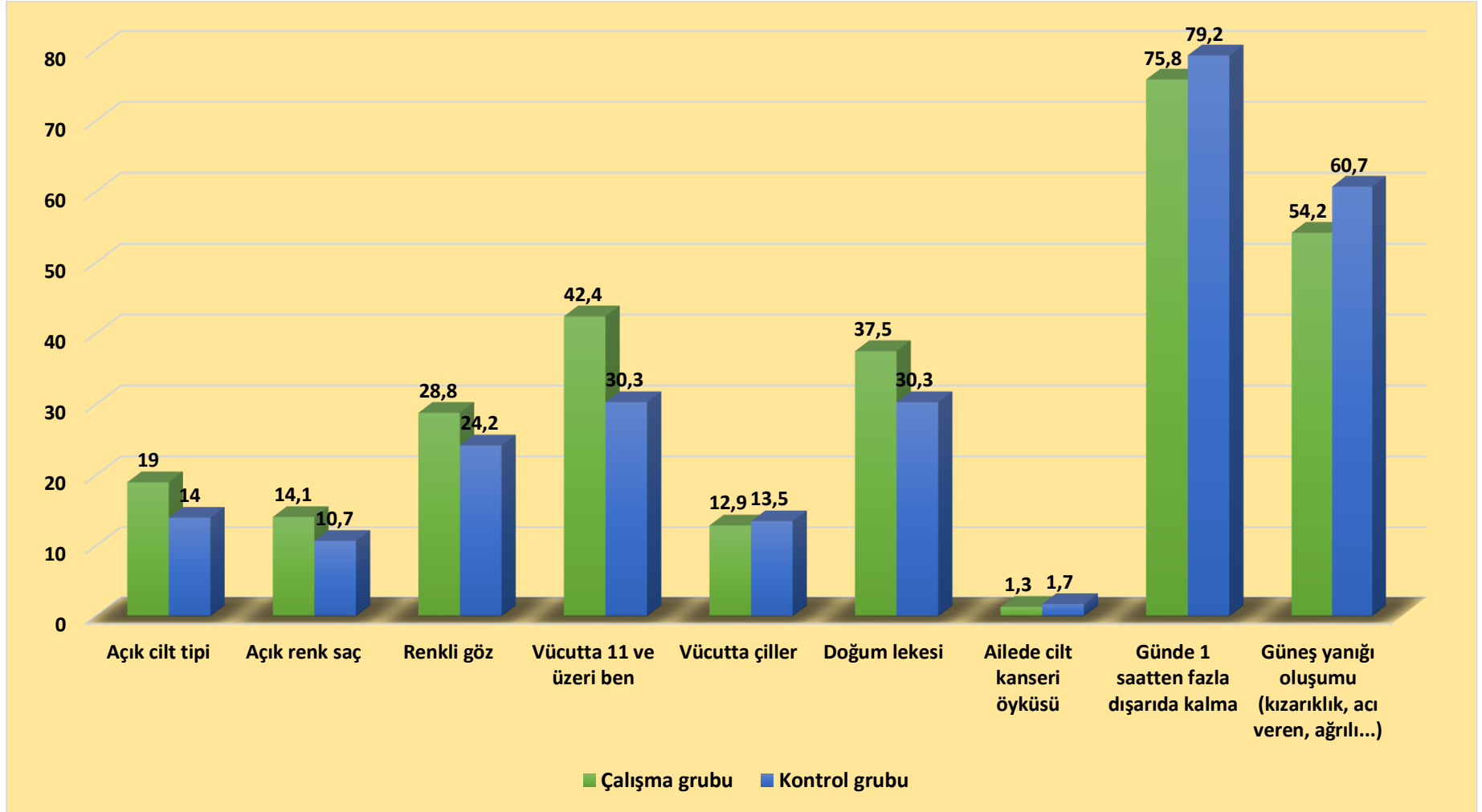
4.1. Öğrencilerin Risk Durumlarının İncelenmesi

Şekil 4.1’de ve Tablo 4.1.1’de öğrencilerin deri kanserine yakalanma riskini arttıran faktörlerin dağılımları verilmiş olup; çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin çoğunluğunun kahverengi/siyah saç (%86.9) ve kahverengi/siyah göz rengine (%72.7) sahip oldukları, doğum lekesi (%64.7), çillerinin (%86.9) ve ailede deri kanseri öyküsünün (%98.6) olmadığı, günde bir saatten fazla dışarıda kaldıkları (%76.9), deri tiplerinin orta ten renginde olduğu (%64.2), son bir yıl içinde güneş yanığı olduğu (%56.3) saptanmıştır. Bu değişkenler açısından çalışma ve kontrol grubu arasında bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışma ve kontrol grubu öğrencileri %81.2 oranında oluşan güneş yanığını “derite kızarıklık, hassas, dokunmakla ağrı veren” şeklinde olduğunu ifade etmişlerdir.

Çalışma (%57.6) ve kontrol grubu (%69.7) öğrencilerinin 10 ve altı bene sahip oldukları ve gruplar arasında benin varlığı açısından fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışma grubunda 11 ve üzeri bene sahip olanların, deney grubuna göre oranı daha yüksektir (Tablo 4.1.1). Benlerin vücuttaki dağılımlarına baktığımızda; her iki grubun öğrencileri de en çok başta (%33.0) ben olduğunu belirtmiştir. Bunu da sırasıyla %21.8 ile gövdenin arka kısmı, %19.7 ile üst ekstremité, %18.5 ile gövdenin ön kısmı ve %7.0 ile alt ekstremité izlemiştir. Benleri olan öğrencilerin %46.4’ünün benlerini düzenli olarak kontrol ettikleri; kontrol grubu öğrencilerinin çalışma grubu öğrencilerine oranla daha fazla kontrol ettikleri belirlenmiştir. Öğrencilerin benleri daha çok şekil değişikliği (%28.0), kaşıntı (%27.2), sayısında artış (%23.0), renk değişikliği (%15.2), kanama/kabuklanma (%6.6) yönünden kontrol ettikleri saptanmıştır.

Tablo 4.1.1. Öğrencilerin deri kanserine yakalanma riskini arttıran faktörlerin dağılımları

Özellikler	Çalışma grubu		Kontrol grubu		Toplam		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Saç rengi								
Sarışın/Kızıl	55	14.1	19	10.7	74	13.1	1.292	0.284
Kahverengi/Siyah	334	85.9	159	89.3	493	86.9		
Göz rengi								
Mavi/Yeşil/Ela	112	28.8	43	24.2	155	27.3	1.320	0.266
Kahverengi/Siyah	277	71.2	135	75.8	412	72.7		
Doğum lekesi								
Var	146	37.5	54	30.3	200	35.3	2.769	0.096
Yok	243	62.5	124	69.7	367	64.7		
Çiller								
Var	50	12.9	24	13.5	74	13.1	0.043	0.836
Yok	339	87.1	154	86.5	493	86.9		
Ailede deri kanseri öyküsü								
Var	5	1.3	3	1.7	8	1.4	-	-
Yok	384	98.7	175	98.3	559	98.6		
1 saatten fazla dışarıda kalma								
Evet	295	75.8	141	79.2	436	76.9	0.784	0.376
Hayır	94	24.2	37	20.8	131	23.1		
Deri tipi (Ten rengi)								
Açık	74	19.0	25	14.0	99	17.5	3.018	0.221
Orta	249	64.0	115	64.6	364	64.2		
Koyu	66	17.0	38	21.3	104	18.3		
Vücutta ben olma durumu								
10 ve altı	224	57.6	124	69.7	348	61.4	7.517	0.007
11 ve üzeri	165	42.4	54	30.3	219	38.6		
Son bir yıl içinde güneş yanığı oluşma durumu								
Evet	211	54.2	108	60.7	319	56.3	2.053	0.171
Hayır	178	45.8	70	39.3	248	43.7		
Toplam	389	100	178	100	567	100		



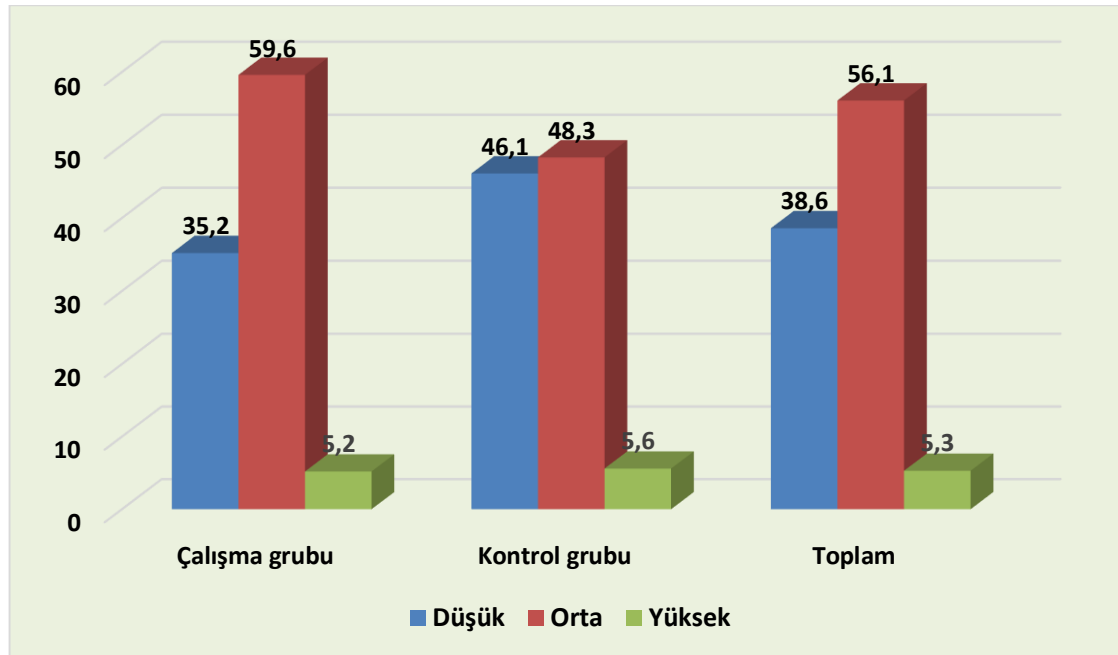
Şekil 4.1. Öğrencilerin deri kanserine yakalanma riskini arttıran faktörler (%)

Çalışma ve kontrol grubu öğrencileri 1-9 arası alabilecekleri risk puanlarından minimum “1”, maksimum “8” puan almış olup; çalışma grubu öğrencilerinin risk puan ortalaması 3.99 ± 1.37 , kontrol grubu öğrencilerinin 3.62 ± 1.39 olarak belirlenmiştir.

Çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin deri kanserine yakalanma risk düzeyleri incelendiğinde; yüksek risk grubunda az öğrenci olduğu, her iki grup öğrencilerinin çoğunluğunun orta risk düzeyinde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1.2) (Şekil 4.2). Çalışma grubu öğrencilerinin risk düzeylerinin kontrol grubuna oranla daha çok orta düzeyde olduğu tespit edilmiş olup; gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 4.1.2. Öğrencilerin deri kanserine yakalanma risk durumları

Risk düzeyi	Çalışma grubu		Kontrol grubu		Toplam		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Düşük	137	35.2	82	46.1	219	38.6	6.567	0.038
Orta	232	59.6	86	48.3	318	56.1		
Yüksek	20	5.2	10	5.6	30	5.3		
Toplam	389	100	178	100	567	100		



Şekil 4.2. Öğrencilerin deri kanserine yakalanma risk durumları (%)

4.2. Öğrencilerin Deri Kanseri ve Güneşten Korunmaya Yönelik Bilgi Durumlarının İncelenmesi

Tablo 4.2.1’de görüldüğü gibi, deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik sorulan bilgi sorularına ön testte çalışma grubu öğrencilerinin, UV ışınlarının deri kanserine neden olacağını (%78.1), güneş yanığı oluşmaması için korunmayı yapacak deri tipini (%76.1), UV ışınlarının derinin erken yaşlanmasına sebep olabileceğini (%48.6) ve GKF 10 olan güneş koruyucunun 10 saat güneşten korumayacağını (%40.6) yüksek oranda bildiği; kontrol grubu öğrencilerinin ise; 10:00-16:00 arası güneşten kaçınmak gerektiğini (%91.6), şemsiye kullanarak ve gölgede durarak güneşten korunabileceğini (%86.0), kum, güneş ve deniz deri kanseri/derite lekelenmeler için tehlike oluşturabileceğini (%60.7), GKF yükseldikçe daha iyi korunma sağlayacağını (%60.1) ve GKF içeren güneş kremleri açık ve orta tenli kişiler için tavsiye edildiğini (%51.1) daha fazla oranda bildikleri belirlenmiştir. Bu değişkenlerden şemsiye kullanarak ve gölgede durarak güneşten korunabileceği ($p<0.01$) ve 10:00-16:00 arası güneşten kaçınmak gerektiği ($p<0.05$) anlamlı bulunmuştur.

Yapılan ön testten sonra çalışma grubuna verilen eğitimden sekiz hafta sonra yapılan son testte şemsiye kullanarak ve gölgede durarak güneşten korunabileceği sorusu dışında tüm soruları çalışma grubu öğrencilerinin kontrol grubu öğrencilerine göre yüksek oranda bildikleri saptanmıştır (Tablo 4.2.2). Gruplar arasında tüm değişkinler açısından fark saptanmıştır (şemsiye kullanarak ve gölgede durarak güneşten korunabileceği ve kum, güneş ve deniz deri kanseri/derite lekelenmeler için tehlike oluşturabileceğinde $p<0.05$; diğer değişkenlerde $p<0.01$).

Tablo 4.2.3’te çalışma grubu öğrencilerinin deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik bilgi sorularına verdikleri cevaplar incelendiğinde; son testte öğrencilerin güneş yanığı oluşmaması için korunmayı yapacak deri tipi, UV ışınlarının deri kanserine neden olacağı, GKF 10 olan güneş koruyucunun 10 saat güneşten korumayacağı, GKF içeren güneş kremleri açık ve orta tenli kişiler için tavsiye edildiği, 10:00-16:00 arası güneşten kaçınmak gerektiği sorularına tamamının doğru cevap verdiği (%100), diğer tüm sorularda da ön teste oranla bilen sayısında artış olduğu bulunmuş ve aradaki farkın tüm değişkenlerde anlamlı olduğu saptanmıştır (şemsiye kullanarak ve gölgede durarak güneşten korunabileceğinde $p<0.05$; diğer değişkenlerde $p<0.01$).

Kontrol grubunda son testte UV ışınlarının deri kanserine neden olacağı bilgi sorusunda bilen sayısında artış saptanmış olup (Tablo 4.2.4); aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer tüm değişkenlerde istatistiksel olarak bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.2.1. Çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik ön test bilgilerinin karşılaştırılması

Özellikler	Çalışma grubu				Kontrol grubu				x ²	p
	Bilen		Bilmeyen		Bilen		Bilmeyen			
	n	%	N	%	n	%	n	%		
Açık tenli kişiler güneş yanığı oluşmaması için korunmaya daha çok dikkat etmelidir.	296	76.1	93	23.9	133	74.7	45	25.3	0.125	0.752
UV ışınları deri kanserine neden olur.	304	78.1	85	21.9	134	75.3	44	24.7	0.572	0.452
UV ışınları derinin erken yaşlanmasına sebep olur.	189	48.6	200	51.4	80	44.9	98	55.1	0.650	0.469
Bulutlu günde bile güneş yanığı oluşabilir.	96	24.7	293	75.3	34	19.1	144	80.9	2.150	0.162
GKF yükseldikçe daha iyi korunma sağlar.	227	58.4	162	41.6	107	60.1	71	39.9	0.156	0.714
GKF 10 olan güneş koruyucu 10 saat güneşten korur.	158	40.6	231	59.4	63	35.4	115	64.6	1.401	0.266
Şemsiye kullanarak ve gölgede durarak güneşten korunulabilir.	250	64.3	139	35.7	153	86.0	25	14.0	27.940	0.000
Kum, güneş ve deniz deri kanseri /deride lekelenmeler için tehlike oluşturabilir.	216	55.5	173	44.5	108	60.7	70	39.3	1.321	0.273
GKF içeren güneş kremleri açık ve orta tenli kişiler için tavsiye edilir.	178	45.8	211	54.2	91	51.1	87	48.9	1.410	0.240
Deri melanomu deri kanseri türüdür.	44	11.3	345	88.7	17	9.6	161	90.4	0.432	0.562
Melanom riskinden korunma çocukluk döneminde başlar.	37	9.5	352	90.5	16	9.0	162	91.0	0.039	0.999
10:00-16:00 arası güneşten kaçınılmalıdır.	322	82.8	67	17.2	163	91.6	15	8.4	7.639	0.007

Tablo 4.2.2. Çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik son test bilgilerinin karşılaştırılması

Özellikler	Çalışma grubu				Kontrol grubu				x ²	p
	Bilen		Bilmeyen		Bilen		Bilmeyen			
	n	%	N	%	n	%	n	%		
Açık tenli kişiler güneş yanığı oluşmaması için korunmaya daha çok dikkat etmelidir.	389	100	0	0	122	68.5	56	31.5	135.794	0.000
UV ışınları deri kanserine neden olur.	389	100	0	0	152	85.4	26	14.6	59.551	0.000
UV ışınları derinin erken yaşlanmasına sebep olur.	261	67.1	128	32.9	91	51.1	87	48.9	13.233	0.000
Bulutlu günde bile güneş yanığı oluşabilir.	304	78.1	85	21.9	46	25.8	132	74.2	141.428	0.000
GKF yükseldikçe daha iyi korunma sağlar.	345	88.7	44	11.3	114	64.0	64	36.0	48.099	0.000
GKF 10 olan güneş koruyucu 10 saat güneşten korur.	389	100	0	0	78	43.8	100	56.2	265.336	0.000
Şemsiye kullanarak ve gölgede durarak güneşten korunulabilir.	286	73.5	103	26.5	151	84.8	27	15.2	8.839	0.003
Kum, güneş ve deniz deri kanseri /deride lekelenmeler için tehlike oluşturabilir.	304	78.1	85	21.9	124	69.7	54	30.3	4.752	0.035
GKF içeren güneş kremleri açık ve orta tenli kişiler için tavsiye edilir.	389	100	0	0	97	54.5	81	45.5	206.520	0.000
Deri melanomu deri kanseri türüdür.	344	88.4	45	11.6	20	11.2	158	88.8	316.624	0.000
Melanom riskinden korunma çocukluk döneminde başlar.	297	76.3	92	23.7	21	11.8	157	88.2	206.606	0.000
10:00-16:00 arası güneşten kaçınılmalıdır.	389	100	0	0	169	94.9	9	5.1	19.986	0.000

Tablo 4.2.3. Çalışma grubu öğrencilerinin deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik ön test ve son test bilgi durumlarının karşılaştırılması

Özellikler	Ön test				Son test				McNemar testi
	Bilen		Bilmeyen		Bilen		Bilmeyen		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Açık tenli kişiler güneş yanığı oluşmaması için korunmaya daha çok dikkat etmelidir.	296	76.1	93	23.9	389	100	0	0	p=0.000
UV ışınları deri kanserine neden olur.	304	78.1	85	21.9	389	100	0	0	p=0.000
UV ışınları derinin erken yaşlanmasına sebep olur.	189	48.6	200	51.4	261	67.1	128	32.9	p=0.000
Bulutlu günde bile güneş yanığı oluşabilir.	96	24.7	293	75.3	304	78.1	85	21.9	p=0.000
GKF yükseldikçe daha iyi korunma sağlar.	227	58.4	162	41.6	345	88.7	44	11.3	p=0.000
GKF 10 olan güneş koruyucu 10 saat güneşten korur.	158	40.6	231	59.4	389	100	0	0	p=0.000
Şemsiye kullanarak ve gölgede durarak güneşten korunulabilir.	250	64.3	139	35.7	286	73.5	103	26.5	p=0.007
Kum, güneş ve deniz deri kanseri /deride lekelenmeler için tehlike oluşturabilir.	216	55.5	173	44.5	304	78.1	85	21.9	p=0.000
GKF içeren güneş kremleri açık ve orta tenli kişiler için tavsiye edilir	178	45.8	211	54.2	389	100	0	0	p=0.000
Deri melanomu deri kanseri türüdür.	44	11.3	345	88.7	344	88.4	45	11.6	p=0.000
Melanom riskinden korunma çocukluk döneminde başlar.	37	9.5	352	90.5	297	76.3	92	23.7	p=0.000
10:00-16:00 arası güneşten kaçınılmalıdır.	322	82.8	67	17.2	389	100	0	0	p=0.000

Tablo 4.2.4. Kontrol grubu öğrencilerinin deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik ön test ve son test bilgi durumlarının karşılaştırılması

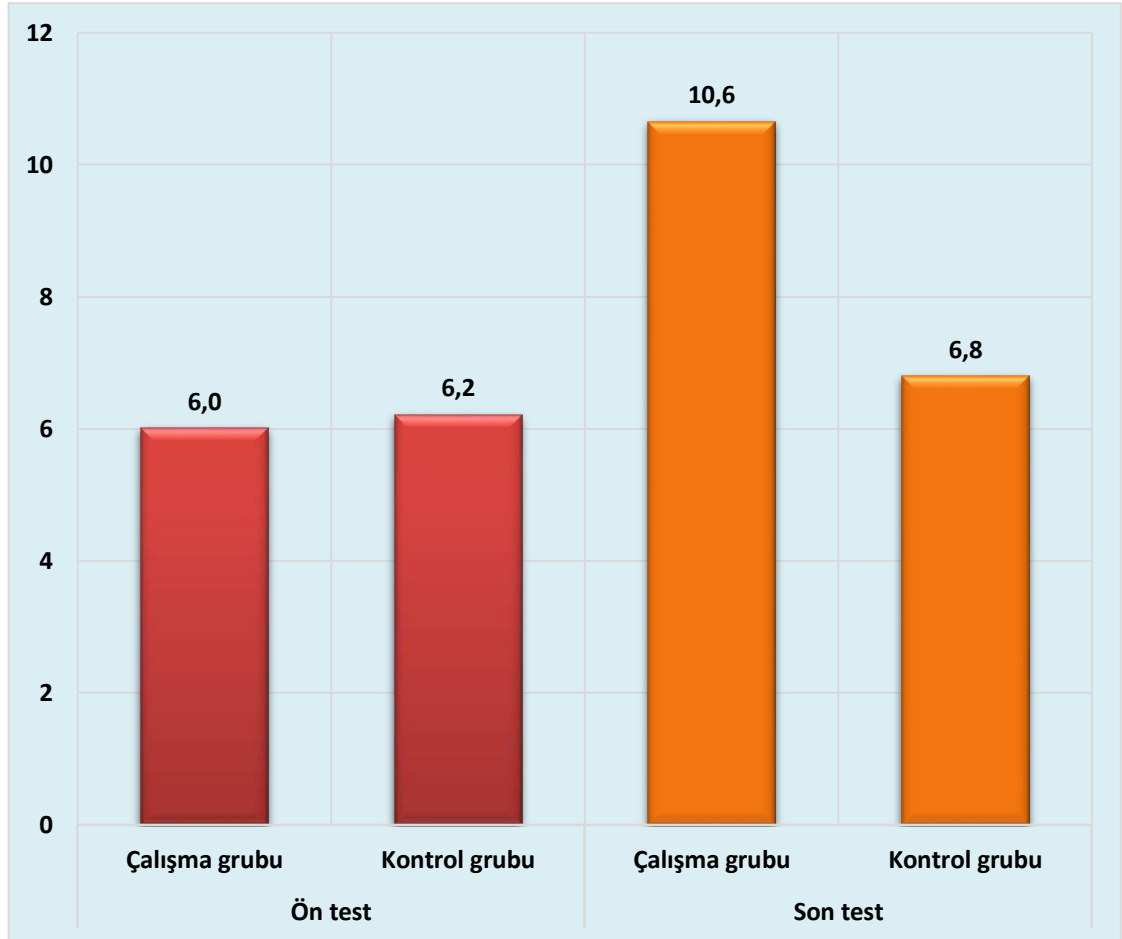
Özellikler	Ön test				Son test				McNemar testi
	Bilen		Bilmeyen		Bilen		Bilmeyen		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Açık tenli kişiler güneş yanığı oluşmaması için korunmaya daha çok dikkat etmelidir.	133	74.7	45	25.3	122	68.5	56	31.5	p=0.242
UV ışınları deri kanserine neden olur.	134	75.3	44	24.7	152	85.4	26	14.6	p=0.034
UV ışınları derinin erken yaşlanmasına sebep olur.	80	44.9	98	55.1	91	51.1	87	48.9	p=0.254
Bulutlu günde bile güneş yanığı oluşabilir.	34	19.1	144	80.9	46	25.8	132	74.2	p=0.189
GKF yükseldikçe daha iyi korunma sağlar.	107	60.1	71	39.9	114	64.0	64	36.0	p=0.505
GKF 10 olan güneş koruyucu 10 saat güneşten korur.	63	35.4	115	64.6	78	43.8	100	56.2	p=0.142
Şemsiye kullanarak ve gölgede durarak güneşten korunulabilir.	153	86.0	25	14.0	151	84.8	27	15.2	p=0.877
Kum, güneş ve deniz deri kanseri /deride lekelenmeler için tehlike oluşturabilir.	108	60.7	70	39.3	124	69.7	54	30.3	p=0.094
GKF içeren güneş kremleri açık ve orta tenli kişiler için tavsiye edilir.	91	51.1	87	48.9	97	54.5	81	45.5	p=0.594
Deri melanomu deri kanseri türüdür.	17	9.6	161	90.4	20	11.2	158	88.8	p=0.710
Melanom riskinden korunma çocukluk döneminde başlar.	16	9.0	162	91.0	21	11.8	157	88.2	p=0.511
10:00-16:00 arası güneşten kaçınılmalıdır.	163	91.6	15	8.4	169	94.9	9	5.1	p=0.263

Çalışma grubu öğrencilerinin 1-12 arası alabilecekleri bilgi puanlarından çalışma grubu ön testte minimum “1”, maksimum “11” puan, son testte minimum “7”, maksimum “12” puan almış olup; ön test bilgi puan ortalaması 6.01 ± 2.33 , son test bilgi puan ortalaması 10.65 ± 1.25 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubu ön test ve son testte minimum “1”, maksimum “11” puan almış olup; ön test bilgi puan ortalaması 6.21 ± 1.88 , son test bilgi puan ortalaması 6.79 ± 1.86 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2.5) (Şekil 4.3). Çalışma ve kontrol grubunun bilgi puanları arasında ön testte anlamlılık saptanmazken ($p > 0.05$); son testte çalışma grubunun bilgi puan ortalaması kontrol grubuna göre daha yüksek ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$).

Çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik bilgi düzeyleri incelendiğinde; ön testte her iki grup öğrencilerinin çoğunluğunun orta düzeyde olduğu (Tablo 4.2.6) (Şekil 4.4) ve istatistiksel olarak gruplar arasında bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Son testte çalışma grubunun tamamına yakınının bilgi düzeyinin yüksek olduğu, kontrol grubunun ise bilgi düzeyinin orta olduğu tespit edilmiş olup (Tablo 4.2.6) (Şekil 4.4); gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$).

Tablo 4.2.5. Öğrencilerin deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik bilgi puan ortalamalarının dağılımı

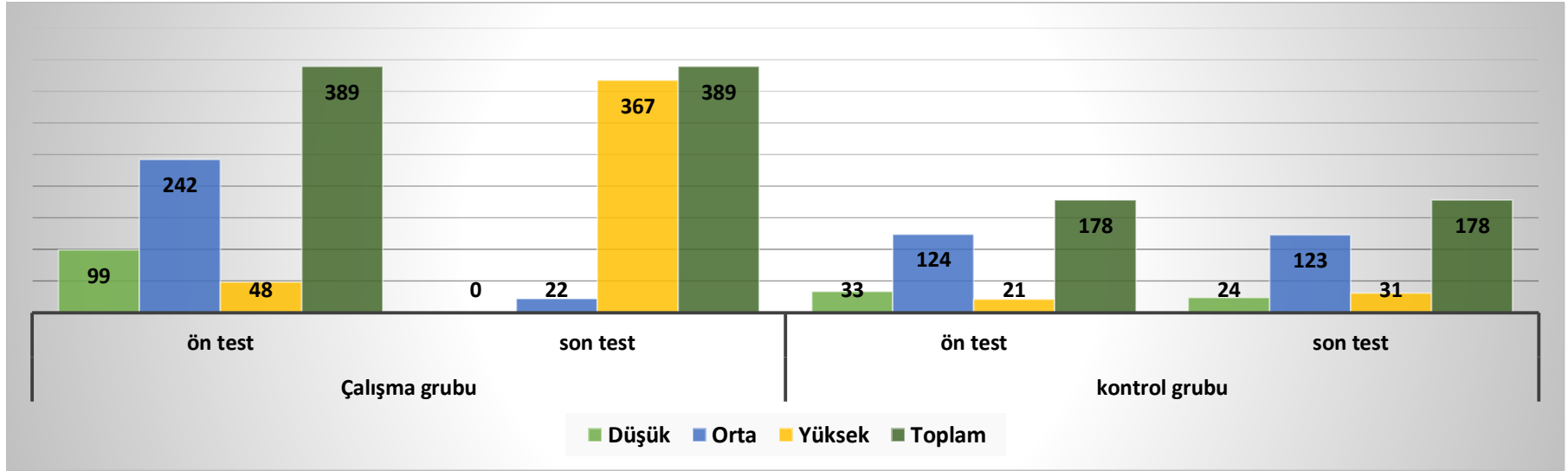
Grup	Ort.	s.s.	t	p
Ön test				
Çalışma grubu	6.01	2.337	-0.990	0.323
Kontrol grubu	6.21	1.886		
Son test				
Çalışma grubu	10.65	1.252	28.682	0.000
Kontrol grubu	6.79	1.864		



Şekil 4.3. Öğrencilerin deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik bilgi puan ortalamaları

Tablo 4.2.6. Öğrencilerin deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik bilgi düzeylerinin dağılımı

Bilgi düzeyi	Ön test					Son test				
	Çalışma grubu		Kontrol grubu		x ²	p	Çalışma grubu		Kontrol grubu	
	n	%	n	%			n	%	n	%
Düşük	99	25.4	33	18.5	3.265	0.195	0	0	24	13.5
Orta	242	62.2	124	68.0			22	5.7	123	69.1
Yüksek	48	12.4	21	13.5			367	94.3	31	17.4
Toplam	389	100	178	100			389	100	178	100
										347.631
										0.000



Şekil 4.4. Öğrencilerin deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik bilgi düzeylerinin dağılımı (n)

4.3. Öğrencilerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Bilgi Düzeyleri ile Karşılaştırılması

Bu bölümde çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin ön test verileri birleştirilmiş, bu verilere göre de öğrencilerin bazı özellikleri ile deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik bilgi düzeyleri karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.3.1. Öğrencilerin bazı özellikleri ile deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

Özellikler	Bilgi Düzeyi						x ²	p
	Düşük		Orta		Yüksek			
	n	%	n	%	n	%		
Okul								
Çalışma grubu	99	75.0	242	66.7	48	66.7	3.265	0.195
Kontrol grubu	33	25.0	121	33.3	24	33.3		
Cinsiyet								
Kız	11	8.3	37	10.2	9	12.5	0.916	0.632
Erkek	121	91.7	326	89.8	63	87.5		
Yaş								
14	6	4.5	5	1.4	4	5.6	22.743	0.004
15	47	35.6	80	22.0	19	26.4		
16	40	30.3	120	33.1	20	27.8		
17	31	23.5	95	26.2	18	25.0		
18	8	6.1	63	17.4	11	15.3		
Sınıf								
9	61	46.2	100	27.5	23	31.9	25.332	0.000
10	39	29.5	114	31.4	24	33.3		
11	25	18.9	79	21.8	10	13.9		
12	7	5.3	70	19.3	15	20.8		
En uzun süre yaşanılan yer								
Köy	12	9.1	23	6.3	7	9.7	2.295	0.682
İlçe	24	18.2	77	21.2	16	22.2		
İl	96	72.7	263	72.5	49	68.1		
Bilgi alma durumları								
Bilgi alan	41	31.1	163	44.9	43	59.7	16.305	0.000
Bilgi almayan	91	68.9	200	55.1	29	40.3		
Güneşten...								
İyi korunduğumu düşünüyorum.	3	2.3	40	11.0	14	19.4	48.631	0.000
Daha iyi korunabilirim.	61	46.2	237	65.3	44	61.1		
Korunmuyorum.	68	51.5	86	23.7	14	19.4		

Tablo 4.3.1’de görüldüğü gibi, öğrencilerin ön test bilgi düzeyleri ile bazı özellikleri karşılaştırıldığında; bilgi düzeyi düşük olanların çoğunluğunun 15 yaşında (%35.6), 9. Sınıfta (%46.2), güneşten korunmadığını düşünenlerde (%51.5) ve daha önce bilgi almayanlarda (%68.9) olduğu; bilgi düzeyi orta ve yüksek olanların ise 16 yaşında, 10. sınıfta ve güneşten daha iyi korunabileceğini düşünenlerin olduğu tespit edilmiş olup; aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). Gruplar arasında, cinsiyetin ve en uzun süre yaşanan yerin bilgi düzeyini etkilemediği görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 4.3.2’de öğrencilerin ailelerinin bazı özellikleri ile bilgi düzeyleri karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.3.2. Öğrencilerin ailelerinin bazı sosyodemografik özellikleri ile deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

Özellikler	Bilgi Düzeyi						x ²	p
	Düşük		Orta		Yüksek			
	n	%	n	%	n	%		
Babanın eğitimi								
İlkokul mezunu	48	36.4	83	22.9	16	22.2	15.556	0.016
Ortaokul mezunu	18	13.6	55	15.2	4	5.6		
Lise mezunu	41	31.1	144	39.7	33	45.8		
Üniversite mezunu	25	18.9	81	22.2	19	26.4		
Annenin eğitimi								
İlkokul mezunu	55	41.7	110	30.3	22	30.6	16.774	0.010
Ortaokul mezunu	19	14.4	52	14.3	6	8.3		
Lise mezunu	48	36.4	138	38.0	25	34.7		
Üniversite mezunu	10	7.5	63	17.4	19	26.4		
Babanın mesleği								
Memur	11	8.3	65	17.9	20	27.8	33.101	0.000
İşçi	20	15.2	59	16.3	5	6.9		
Esnaf/Serbest meslek	90	68.2	199	54.8	32	44.5		
Emekli	2	1.5	19	5.2	10	13.9		
Çalışmıyor	9	6.8	21	5.8	5	6.9		
Annenin mesleği								
Memur	8	6.1	41	11.3	16	22.2	43.984	0.000
İşçi	20	15.2	45	12.4	4	5.6		
Esnaf/Serbest meslek	19	14.4	49	13.5	11	15.3		
Emekli	1	0.8	9	2.5	10	13.9		
Ev hanımı	84	63.5	219	60.3	31	43.0		
Ailenin gelir durumu								
Gelir giderden az	17	12.9	40	11.0	14	19.4	13.315	0.010
Gelir gidere eşit	85	64.4	248	68.3	33	45.8		
Gelir giderden fazla	30	22.7	75	20.7	25	34.8		

Bilgi düzeyi düşük olanların anne ve babalarının ilköğretim mezunu olduğu, bilgi düzeyi orta ve yüksek olanların ise lise mezunu olduğu, bu değişkenlerle bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Anne ve baba mesleğinin bilgi düzeylerine etkisine bakıldığında; tüm düzeylerde babaların esnaf/serbest meslek, annelerin ise ev hanımı olduğu durumda bilgi düzeyinin yüksek oranda olduğu, fakat bilgi düzeyi düşükten yükseğe doğru gittikçe bu oranda azalma olduğu görülmüştür. Bu değişkenlerle bilgi düzeyi arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Gelir durumunun yine tüm bilgi düzeylerinde “gelir gidere eşit” cevabını verenlerde daha yüksek olduğu, bilgi düzeyi yüksek olanlarda geliri giderden fazla olanların fazla olması bilgi düzeyi ile gelir durumu arasındaki farkı anlamlı kılmıştır ($p<0.05$).

Öğrencilerin deri kanserine yakalanma risk düzeyleri ile bilgi düzeyleri incelendiğinde; bilgi düzeylerinin tümünde risk düzeyi orta grupta olanların oranlarının daha yüksek olduğu ve bilgi düzeyi yükseldikçe bu oranın arttığı saptanmıştır (Tablo 4.3.3). Risk düzeyi ile bilgi düzeyi arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$).

Tablo 4.3.3. Öğrencilerin deri kanserine yakalanma risk düzeyleri ile bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

Risk düzeyi	Bilgi Düzeyi						x ²	p
	Düşük		Orta		Yüksek			
	n	%	n	%	n	%		
Düşük	64	48.5	139	38.3	16	22.2	15.443	0.004
Orta	65	49.2	203	55.9	50	69.4		
Yüksek	3	2.3	21	5.8	6	8.3		

Tablo 4.3.4’te öğrencilerin deri kanserine yakalanma riskini arttıran faktörler ile ön test ve son test bilgi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Çalışma grubu öğrencilerinde ön test sonucunda doğum lekesi olanlarda ($p<0.01$), ailede deri kanseri öyküsü olanlarda ($p<0.05$), bir saatten fazla dışarıda kalanlarda ($p<0.01$), deri tipi açık olanlarda ($p<0.05$), vücudunda 11 ve üzeri ben olanlarda ($p<0.01$) bilgi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Deri tipindeki anlamlılığın yapılan ikili karşılaştırmalarda açık ve koyu ten arasındaki puan ortalamalarından kaynaklandığı görülmüştür (Mann-Whitney U testi, $p=0.004$). Yapılan son test sonucunda bilgi puanları hemen hemen eşitlenmiş ve aradaki farklar anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Kontrol grubunda ise deri kanserine yakalanma riskini arttıran faktörler ile ön test ve son test bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3.4).

Tablo 4.3.4. Öğrencilerin deri kanserine yakalanma riskini arttıran faktörler ile bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	Çalışma grubu						Kontrol grubu					
	Ön test		p	Son test		p	Ön test		p	Son test		p
	Ort.	s.s.		Ort.	s.s.		Ort.	s.s.		Ort.	s.s.	
Saç rengi Sarışın/Kızıl Kahverengi/Siyah	6.25 5.97	2.79 2.25	0.175	10.55 10.62	1.43 1.26	0.585	6.32 6.19	1.55 1.59	0.789	6.11 6.57	1.44 1.59	0.081
Göz rengi Mavi/Yeşil/Ela Kahverengi/Siyah	6.28 5.90	2.62 2.20	0.059	10.50 10.66	1.20 1.23	0.229	6.28 6.19	1.95 1.87	0.804	6.86 6.77	1.84 1.87	0.924
Doğum lekesi Var Yok	6.50 5.72	2.38 2.26	0.003	10.67 10.58	1.15 1.31	0.730	6.57 6.05	1.97 1.83	0.133	6.91 6.74	2.13 1.73	0.358
Çiller Var Yok	5.34 6.11	2.59 2.28	0.079	10.68 10.60	1.22 1.25	0.677	5.92 6.25	2.20 1.83	0.738	6.58 6.82	1.79 1.87	0.498
Ailede deri kanseri öyküsü Var Yok	8.40 5.98	1.51 2.33	0.022	10.20 10.62	1.30 1.25	0.348	7.67 6.18	2.51 1.87	0.252	6.00 6.81	1.73 1.86	0.460
1 saatten fazla dışarıda kalma Evet Hayır	6.19 5.45	2.36 2.17	0.006	10.64 10.53	1.19 1.43	0.977	6.22 6.16	1.89 1.89	0.890	6.76 6.92	1.90 1.72	0.759
Deri tipi (Ten rengi) Açık Orta Koyu	6.57 5.98 5.48	2.09 2.35 2.41	0.017	10.59 10.62 10.59	1.24 1.22 1.38	0.935	5.88 6.37 5.95	1.76 1.87 1.98	0.277	6.60 6.86 6.71	1.38 1.99 1.75	0.742
Vücutta ben olma durumu 10 ve altı 11 ve üzeri	5.63 6.52	2.41 2.13	0.000	10.59 10.64	1.29 1.20	0.995	6.18 6.28	1.90 1.85	0.810	6.75 6.89	1.89 1.80	0.558
Güneş yanığı oluşumu Evet Hayır	6.00 6.07	2.30 2.51	0.881	10.67 10.29	1.21 1.43	0.062	6.21 6.15	1.92 1.34	0.773	6.77 7.08	1.86 1.89	0.588

4.4. Öğrencilerin Güneşten Korunmaya Yönelik Tutumlarının İncelenmesi

Öğrencilerin güneşten korunmaya yönelik tutum sorularından “bronzlaşmak için biraz güneş yanığı oluşması benim için önemli değildir” sorusuna kontrol grubu öğrencileri çalışma grubu öğrencilerine göre daha fazla evet cevabını vermişlerdir (Tablo 4.4.1-4.4.2). Gruplar arasında ön testte bir fark saptanmazken ($p>0.05$), son testte çalışma grubu öğrencilerinde kontrol grubu öğrencilerine göre evet cevabını verenlerde iki kat azalma olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.01$).

Çalışma grubu öğrencileri kontrol grubu öğrencilerine göre her iki testte de bronzlaşmış derinin tercihleri olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.4.1-4.4.2). Gruplar arasındaki fark ön testte istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$), son testte bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışma grubu öğrencileri ön testte kontrol grubu öğrencilerine oranla daha fazla “10:00-16:00 saatleri arasında güneşte durmanın kendilerini rahatsız etmediğini” belirtmiş olup (Tablo 4.4.1), gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan son testte aradaki fark eşitlenmiş, çalışma ve kontrol grubu öğrencileri bu soruya aynı oranda evet demişlerdir (Tablo 4.4.2).

“Sağlığı korumak için güneş koruyucu kremler kullanılmalıdır” ifadesine ön testte kontrol grubunda daha fazla öğrenci evet demiş olup (Tablo 4.4.1), aradaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Son testte ise çalışma grubundaki öğrencilerin büyük bir oranı evet yanıtını vermiş (Tablo 4.4.2) ve gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Güneş koruma faktörünün 20’nin üzerinde olması gerektiğine hem ön test hem de son testte çalışma grubu öğrencileri daha yüksek oranda evet cevabını vermiş olup (Tablo 4.4.1-4.4.2), gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Kontrol grubu öğrencileri ön test ve son testte çalışma grubu öğrencilerine oranla “Güneş gözlüğü gözleri koruduğu için kullanılmalıdır” sorusuna daha fazla evet yanıtını vermişlerdir. Fakat son testte ön teste göre çalışma grubunda evet yanıtını verenlerin sayısında azalma, kontrol grubunda evet yanıtını verenlerin sayısında artış görülmüştür (Tablo 4.4.1-4.4.2). Gruplar arasındaki fark her iki testte de anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$).

“Güneş gözlüğü güneş ışınları gözleri rahatsız ettiği için kullanılmalıdır” ifadesine kontrol grubunun çalışma grubu öğrencilerine göre evet cevabını vermiş olup (Tablo 4.4.1-4.4.2); gruplar arasında ön testte ($p<0.01$) ve son testte ($p<0.05$) anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

Şapkanın güneşten koruduğu için kullanılması gerektiğini kontrol grubu öğrencilerinin çalışma grubuna göre daha fazla belirttiği belirlenmiştir (Tablo 4.4.1-4.4.2). Çalışma ve kontrol grubu öğrencileri arasındaki farkın hem ön testte ($p<0.01$) hem de son testte ($p<0.05$) anlamlı olduğu bulunmuştur.

Çalışma grubu öğrencileri ön testte kontrol grubu öğrencilerine oranla daha fazla “Şapka daha güzel görünmeyi sağladığı için kullanılmalıdır” ifadesine katılmışlar (Tablo 4.4.1) ve gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Son testte çalışma ve kontrol grubu öğrencileri bu ifadeye hemen hemen aynı oranda evet yanıtını vermişlerdir (Tablo 4.4.2).

Kontrol grubu öğrencilerinin çalışma grubu öğrencilerine göre deriyi güneşten koruduğu için uzun kollu giysilerin kullanılması gerektiğine daha fazla öğrencinin evet yanıtı verdiği (Tablo 4.4.1) ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Yapılan son testte çalışma grubu öğrencilerinde kontrol grubuna göre evet cevabını verenlerin daha fazla olduğu saptanmış olup (Tablo 4.4.2); çalışma ve kontrol grubu arasındaki bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalışma grubu öğrencilerinde son testte “bronzlaşmak için biraz güneş yanığı oluşması benim için önemli değildir”, “bronzlaşmış deri tercihimdir”, “10:00-16:00 saatleri arası güneşte durmak beni rahatsız etmez”, “güneş gözlüğü gözleri koruduğu için kullanılmalıdır” ve “şapka daha güzel görünmeyi sağladığı için kullanılmalıdır” ifadelerinde ön teste oranla azalma; “güneş koruyucu kremler sağlığı korumak için kullanılmalıdır”, “güneş gözlüğü güneş ışınları gözleri rahatsız ettiği için kullanılmalıdır”, “şapka güneşten koruduğu için kullanılmalıdır” ve “uzun kollu giysiler derimizi güneşten koruduğu için kullanılmalıdır” ifadelerinde ise artma olmuş (Tablo 4.4.3) ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur (bronzlaşmış deri tercihi ve güneş gözlüğü gözleri koruduğu için kullanılması $p<0.05$; diğer değişkenler $p<0.01$). “Güneş koruma faktörü olarak 20’nin üzerinde olanlar kullanılmalıdır” ifadesine çalışma grubu öğrencilerinin ön test ve son test sonucunda verdikleri yanıtın hemen hemen aynı olduğu belirlenmiş olup (Tablo 4.4.3); arada bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Kontrol grubundaki öğrencilerin güneşten korunmaya yönelik tutumları ön test ve son testte değerlendirilmiş, ifadelerde artma ve azalmalar görülmüş olup (Tablo 4.4.4) istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.4.1. Çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin güneşten korunmaya yönelik ön test tutumlarının karşılaştırılması

Özellikler	Çalışma grubu				Kontrol grubu				x ²	p
	Evet		Hayır		Evet		Hayır			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Bronzlaşmak için biraz güneş yanığı oluşması benim için önemli değildir.	158	40.6	231	59.4	77	43.3	101	56.7	0.351	0.582
Bronzlaşmış deri tercihimdir.	132	33.9	257	66.1	39	21.9	139	78.1	8.381	0.004
10:00-16:00 saatleri arası güneşte durmak beni rahatsız etmez.	130	33.4	259	66.6	42	23.6	136	76.4	5.576	0.018
Güneş koruyucu kremler sağlığı korumak için kullanılmalıdır.	292	75.1	97	24.9	142	79.8	36	20.2	1.510	0.241
Güneş koruma faktörü olarak 20'nin üzerinde olanlar kullanılmalıdır.	233	59.9	156	40.1	98	55.1	80	44.9	1.178	0.313
Güneş gözlüğü gözleri koruduğu için kullanılmalıdır.	292	75.1	97	24.9	161	90.4	17	9.6	17.995	0.000
Güneş gözlüğü güneş ışınları gözleri rahatsız ettiği için kullanılmalıdır.	272	69.9	117	30.1	160	89.9	18	10.1	26.833	0.000
Şapka güneşten koruduğu için kullanılmalıdır.	321	82.5	68	17.5	171	96.1	7	3.9	19.529	0.000
Şapka daha güzel görünmeyi sağladığı için kullanılmalıdır.	93	23.9	296	76.1	23	12.9	155	87.1	9.057	0.002
Uzun kollu giysiler derimizi güneşten koruduğu için kullanılmalıdır.	196	50.4	193	49.6	96	53.9	82	46.1	0.615	0.469

Tablo 4.4.2. Çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin güneşten korunmaya yönelik son test tutumlarının karşılaştırılması

Özellikler	Çalışma grubu				Kontrol grubu				x ²	p
	Evet		Hayır		Evet		Hayır			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Bronzlaşmak için biraz güneş yanığı oluşması benim için önemli değildir.	83	21.3	306	78.7	61	34.3	117	65.7	10.781	0.001
Bronzlaşmış deri tercihimdir.	96	24.7	293	75.3	35	19.7	143	80.3	1.729	0.199
10:00-16:00 saatleri arası güneşte durmak beni rahatsız etmez.	61	15.7	328	84.3	28	15.7	150	84.3	0.000	0.999
Güneş koruyucu kremler sağlığı korumak için kullanılmalıdır.	343	88.2	46	11.8	144	80.9	34	19.1	5.335	0.027
Güneş koruma faktörü olarak 20'nin üzerinde olanlar kullanılmalıdır.	234	60.2	155	39.8	100	56.2	78	43.8	0.797	0.408
Güneş gözlüğü gözleri koruduğu için kullanılmalıdır.	267	68.6	122	31.4	167	93.8	11	6.2	43.134	0.000
Güneş gözlüğü güneş ışınları gözleri rahatsız ettiği için kullanılmalıdır.	319	82.0	70	18.0	164	92.1	14	7.9	9.929	0.001
Şapka güneşten koruduğu için kullanılmalıdır.	354	91.0	35	9.0	173	97.2	5	2.8	7.133	0.007
Şapka daha güzel görünmeyi sağladığı için kullanılmalıdır.	37	9.5	352	90.5	16	9.0	162	91.0	0.039	0.999
Uzun kollu giysiler derimizi güneşten koruduğu için kullanılmalıdır.	265	68.1	124	31.9	103	57.9	75	42.1	5.642	0.023

Tablo 4.4.3. Çalışma grubu öğrencilerinin güneşten korunmaya yönelik tutumlarının karşılaştırılması

Özellikler	Ön test				Son test				McNemar testi
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bronzlaşmak için biraz güneş yanığı oluşması benim için önemli değildir.	158	40.6	231	59.4	83	21.3	306	78.7	p=0.000
Bronzlaşmış deri tercihimdir.	132	33.9	257	66.1	96	24.7	293	75.3	p=0.005
10:00-16:00 saatleri arası güneşte durmak beni rahatsız etmez.	130	33.4	259	66.6	61	15.7	328	84.3	p=0.000
Güneş koruyucu kremler sağlığı korumak için kullanılmalıdır.	292	75.1	97	24.9	343	88.2	46	11.8	p=0.000
Güneş koruma faktörü olarak 20'nin üzerinde olanlar kullanılmalıdır.	233	59.9	156	40.1	234	60.2	155	39.8	p=0.999
Güneş gözlüğü gözleri koruduğu için kullanılmalıdır.	292	75.1	97	24.9	267	68.6	122	31.4	p=0.040
Güneş gözlüğü güneş ışınları gözleri rahatsız ettiği için kullanılmalıdır.	272	69.9	117	30.1	319	82.0	70	18.0	p=0.000
Şapka güneşten koruduğu için kullanılmalıdır.	321	82.5	68	17.5	354	91.0	35	9.0	p=0.000
Şapka daha güzel görünmeyi sağladığı için kullanılmalıdır.	93	23.9	296	76.1	37	9.5	352	90.5	p=0.000
Uzun kollu giysiler derimizi güneşten koruduğu için kullanılmalıdır.	196	50.4	193	49.6	265	68.1	124	31.9	p=0.000

Tablo 4.4.4. Kontrol grubu öğrencilerinin güneşten korunmaya yönelik tutumlarının karşılaştırılması

Özellikler	Ön test				Son test				McNemar testi
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bronzlaşmak için biraz güneş yanığı oluşması benim için önemli değildir.	77	43.3	101	56.7	61	34.3	117	65.7	p=0.130
Bronzlaşmış deri tercihimdir.	39	21.9	139	78.1	35	19.7	143	80.3	p=0.708
10:00-16:00 saatleri arası güneşte durmak beni rahatsız etmez.	42	23.6	136	76.4	28	15.7	150	84.3	p=0.066
Güneş koruyucu kremler sağlığı korumak için kullanılmalıdır.	142	79.8	36	20.2	144	80.9	34	19.1	p=0.894
Güneş koruma faktörü olarak 20'nin üzerinde olanlar kullanılmalıdır.	98	55.1	80	44.9	100	56.2	78	43.8	p=0.913
Güneş gözlüğü gözleri koruduğu için kullanılmalıdır.	161	90.4	17	9.6	167	93.8	11	6.2	p=0.327
Güneş gözlüğü güneş ışınları gözleri rahatsız ettiği için kullanılmalıdır.	160	89.9	18	10.1	164	92.1	14	7.9	p=0.596
Şapka güneşten koruduğu için kullanılmalıdır.	171	96.1	7	3.9	173	97.2	5	2.8	p=0.754
Şapka daha güzel görünmeyi sağladığı için kullanılmalıdır.	23	12.9	155	87.1	16	9.0	162	91.0	p=0.310
Uzun kollu giysiler derimizi güneşten koruduğu için kullanılmalıdır.	96	53.9	82	46.1	103	57.9	75	42.1	p=0.510

4.5. Öğrencilerin Güneşten Korunmaya Yönelik Davranışlarının İncelenmesi

Öğrencilerin güneş koruyucu krem kullanma durumları incelendiğinde (Tablo 4.5.1); çalışma grubu öğrencilerinin kontrol grubu öğrencilerine oranla güneşten korunmak için yazın güneş koruyucu krem kullanma oranının yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark ön test ve son testte anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). Dışarı çıkarken, plajda vb. yerlerde güneş koruyucu krem kullanma oranının hem ön testte hem de son testte kontrol grubunda daha fazla olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki fark ön testte ($p<0.05$) ve son testte ($p<0.01$) anlamlı bulunmuş; çalışma grubunda ön teste göre güneş koruyucu krem kullanım oranında düşüş saptanmıştır. Güneşte uzun zaman kalındığında, örneğin yüzme sonrası gibi tekrar güneş koruyucu krem kullanımının, çalışma grubu öğrencilerinde daha fazla olduğu ve son testte artış saptandığı belirlenmiş olup; gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). Güneş koruma faktörü 20'den yüksek olan güneş kremi kullananların ön testte ve son testte çalışma grubunda daha fazla olduğu; gruplar arasındaki farkın ön testte anlamsız olduğu ($p>0.05$), son testte çalışma grubunda kullananlarda yüksek oranda bir artış belirlendiği ve bu farkın anlamlı olduğu ($p<0.01$) saptanmıştır.

Çalışma grubu öğrencilerinin son testte verdikleri yanıtlarda; güneşten korunmak için yazın güneş koruyucu krem kullanma, güneşte uzun zaman kalındığında tekrar güneş koruyucu krem kullanma, 20'den yüksek güneş koruma faktörü içeren güneş kremi kullanma oranında ön teste göre artış olduğu fakat dışarı çıkarken, plajda vb. güneş koruyucu krem kullanım durumunda ise azalma olduğu belirlenmiş olup (Tablo 4.5.2) aradaki farkların anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Kontrol grubunda son testte güneşte uzun zaman kalındığında tekrar güneş koruyucu krem kullananların sayısında artış saptanmış olup; aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer güneş koruyucu krem kullanımı ile ilgili sorular değerlendirilmiş (Tablo 4.5.2); istatistiksel olarak bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.5.3'de çalışma grubundaki öğrencilerin ön testte yaz aylarında genellikle güneşte kalmayı tercih ettikleri ve çok sıcak olduğu zaman gölgeye geçtikleri, kontrol grubunun genellikle gölgede durduğu, yapılan son testte çalışma ve kontrol grubunun çoğunluğunun gölgede durduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark her iki testte de anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Çalışma grubu öğrencilerinin kontrol grubu öğrencilerine göre 10:00-16:00 saatleri arasında dışarı çıkmamaya özen gösterme oranlarının ön test ve son testte daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın ön testte ($p<0.05$) ve son testte ($p<0.01$) anlamlı olduğu görülmüştür. Yaz aylarında genellikle omuzları kaplayan tişört giyenlerin ön testte kontrol grubu öğrencilerinde daha fazla ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Son testte ise omuzları kaplayan tişört giyenlerin sayısında çalışma grubunda artış olmasına rağmen yine kontrol grubu öğrencilerinde daha fazla olduğu görülmüştür. Gruplar arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Dışarı çıkıldığında güneş gözlüğü kullanma oranının ön test ve son testte çalışma grubu öğrencilerinde daha fazla olduğu belirlenmiş olup; gruplar arasındaki fark ön testte ($p<0.05$) ve son testte ($p<0.01$) anlamlı bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin her iki testte de, yaklaşık aynı oranlarda, yarısından

fazlasının dışarı çıkıldığında uzun kenarlı şapka kullandığı saptanmış olup; gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.5.4’de yine son testte yazları genellikle gölgede duranların sayısında artış olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu ($p<0.01$), 10:00-16:00 saatleri arasında dışarı çıkmamaya özen göstermede, dışarı çıkıldığında uzun kenarlı şapka kullanımında artış olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu ($p<0.05$); yaz aylarında genellikle omuzları kaplayan tişört giymede, dışarı çıkıldığında uzun kenarlı şapka kullanmada artış olduğu fakat aradaki farkın anlamsız olduğu ($p>0.05$) bulunmuştur. Kontrol grubunda ise yazları gölgede durma, tişört giyme, şapka ve gözlük kullanımına ilişkin davranış soruları değerlendirilmiş istatistiksel olarak bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.5.1. Çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin güneş koruyucu krem kullanma durumlarının karşılaştırılması

Özellikler	Ön test						Son test					
	Çalışma grubu		Kontrol grubu		x ²	p	Çalışma grubu		Kontrol grubu		x ²	p
	n	%	n	%			n	%	n	%		
Güneş koruyucu krem kullanma durumu												
Evet	296	76.1	99	55.6	24.225	0.000	335	86.1	108	60.7	46.270	0.000
Hayır	93	23.9	79	44.4			54	13.9	70	39.3		
Dışarı çıkarken, plajda vb. yerlerde güneş koruyucu krem kullanma durumu												
Evet	161	41.4	96	53.9	7.755	0.006	93	23.9	88	49.4	36.628	0.000
Hayır	228	58.6	82	46.1			296	76.1	90	50.6		
Güneşte uzun zaman kalındığında güneş koruyucu kremi tekrar kullanma durumu												
Evet	194	49.9	59	33.1	13.825	0.000	253	65.0	80	44.9	20.345	0.000
Hayır	195	50.1	119	66.9			136	35.0	98	55.1		
Kullanılan güneş kreminin koruma faktörü*												
Güneş koruma faktörü 20'den az	103	45.2	44	53.7	1.741	0.199	54	18.2	46	51.1	38.842	0.000
Güneş koruma faktörü 20'den yüksek	125	54.8	38	46.3			242	81.8	44	48.9		

*Çalışma grubu için n:228, kontrol grubu için n:82

Tablo 4.5.2. Çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin güneş koruyucu krem kullanma durumlarının ön test-son test karşılaştırması

Özellikler	Çalışma grubu					Kontrol grubu				
	Ön test		Son test		McNemar testi	Ön test		Son test		McNemar testi
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Güneş koruyucu krem kullanma durumu					p=0.000					p=0.417
Evet	296	76.1	335	86.1		99	55.6	108	60.7	
Hayır	93	23.9	54	13.9		79	44.4	70	39.3	
Dışarı çıkarken, plajda vb. yerlerde güneş koruyucu krem kullanma durumu					p=0.000					p=0.466
Evet	161	41.4	93	23.9		96	53.9	88	49.4	
Hayır	228	58.6	296	76.1		82	46.1	90	50.6	
Güneşte uzun zaman kalındığında güneş koruyucu kremi tekrar kullanma durumu					p=0.000					p=0.036
Evet	194	49.9	253	65.0		59	33.1	80	44.9	
Hayır	195	50.1	136	35.0		119	66.9	98	55.1	
Kullanılan güneş kreminin koruma faktörü*					p=0.000					p=0.664
Güneş koruma faktörü 20'den az	103	45.2	54	18.2		44	53.7	46	51.1	
Güneş koruma faktörü 20'den yüksek	125	54.8	242	81.8		38	46.3	44	48.9	

*Çalışma grubu için n:228, kontrol grubu için n:82

Tablo 4.5.3. Çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin gölgede durma, tişört giyme, şapka ve gözlük kullanma davranışlarının karşılaştırılması

Özellikler	Ön test				Son test				x ²	p
	Çalışma grubu		Kontrol grubu		x ²	p	Çalışma grubu		x ²	p
	n	%	n	%			n	%		
Yazları mümkün oldukça kalmayı tercih edilen yer										
Genellikle gölgede dururum.	165	42.4	90	50.6	3.274	0.084	232	59.6	0.813	0.409
Genellikle güneşte kalmayı tercih ederim. Çok sıcak olduğu zaman gölgeye geçerim.	224	57.6	88	49.4			157	40.4		
10:00-16:00 saatleri arasında dışarı çıkmamaya özen gösterme										
Evet	319	82.0	132	74.2	4.622	0.034	351	90.2	14.108	0.000
Hayır	70	18.0	46	25.8			38	9.8		
Yaz aylarında genellikle giymeyi tercih edilen tişört										
Genellikle omuzları kaplayan tişört	197	50.6	108	60.7	4.944	0.026	220	56.6	2.418	0.141
Omuzları da açıkta bırakan (askılı) tişört	192	49.4	70	39.3			169	43.4		
Dışarı çıkıldığında güneş gözlüğü kullanma										
Evet	259	66.6	100	56.2	5.688	0.019	302	77.6	17.545	0.000
Hayır	130	33.4	78	43.8			87	22.4		
Dışarı çıkıldığında uzun kenarlı şapka kullanma										
Evet	211	54.2	94	52.8	0.101	0.786	237	60.9	0.666	0.460
Hayır	178	45.8	84	47.2			152	39.1		

Tablo 4.5.4. Çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin gölgede durma, tişört giyme, şapka ve gözlük kullanma davranışlarının ön test-son test karşılaştırması

Özellikler	Çalışma grubu					Kontrol grubu				
	Ön test		Son test		McNemar testi	Ön test		Son test		McNemar testi
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Yazları mümkün oldukça kalmayı tercih edilen yer					p=0.000					p=0.402
Genellikle gölgede dururum.	165	42.4	232	59.6		90	50.6	99	55.6	
Genellikle güneşte kalmayı tercih ederim. Çok sıcak olduğu zaman gölgeye geçerim.	224	57.6	157	40.4		88	49.4	79	44.4	
10:00-16:00 saatleri arasında dışarı çıkmamaya özen gösterme					p=0.001					p=0.366
Evet	319	82.0	351	90.2		132	74.2	140	78.7	
Hayır	70	18.0	38	9.8		46	25.8	38	21.3	
Yaz aylarında genellikle giymeyi tercih edilen tişört					p=0.106					p=0.678
Genellikle omuzları kaplayan tişört	197	50.6	220	56.6		108	60.7	113	63.5	
Daha çok omuzları da açıkta bırakan (askılı) tişört	192	49.4	169	43.4		70	39.3	65	36.5	
Dışarı çıkıldığında güneş gözlüğü kullanma					p=0.001					p=0.461
Evet	259	66.6	302	77.6		100	56.2	108	60.7	
Hayır	130	33.4	87	22.4		78	43.8	70	39.3	
Dışarı çıkıldığında uzun kenarlı şapka kullanma					p=0.064					p=0.470
Evet	211	54.2	237	60.9		94	52.8	102	57.3	
Hayır	178	45.8	152	39.1		84	47.2	76	42.7	

TARTIŞMA

Ülkemizde deri kanseri ve güneşten korunmayla ilgili yapılan çalışmalar genel olarak tanımlayıcı niteliktedir. Uluslararası literatürdeki çalışmalar ise bu çalışmayla çalışmanın yöntemi ve kullandıkları ölçme araçları bakımından farklılıklar göstermektedir. Bu nedenlerden dolayı çalışmanın bulgularını birebir tartışma imkanı kısıtlı kalmıştır.

Çalışma ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri ile deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik değişkenlere ilişkin özellikleri açısından değerlendirilmesi ve çalışmanın hipotezleri doğrultusunda çalışma ve kontrol grubunda ön test ve son testten elde edilen sonuçlar aşağıdaki sırayla tartışılmıştır:

1. Çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin deri kanseri konusunda risk durumlarının incelenmesi
2. Çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik bilgi düzeylerinin incelenmesi
3. Öğrencilerin bilgi düzeylerinin bazı değişkenlerle karşılaştırılması
4. Çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin güneşten korunmaya yönelik tutumlarının incelenmesi
5. Çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin güneşten korunmaya yönelik davranışlarının incelenmesi

5.1. Çalışma ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Deri Kanseri Konusunda Risk Durumlarının İncelenmesi

Öğrencilerin deri kanserine yakalanma riskini arttıran faktörler incelendiğinde; açık saç rengi (sarışın/kızıl), açık göz rengi (mavi/yeşil/ela) ve açık renk tene sahip öğrencilerin yüzdesi çok yüksek değildir (Tablo 4.1.1). Literatüre göre bu özelliklere sahip olan kişiler UV ışığına daha hassas olduklarından deri kanseri açısından daha yüksek riske sahiptirler (116,158-160). Çeşitli kaynaklarda bu riskin 10-20 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (27,161,162). Bu çalışmada öğrencilerin çoğunluğunun orta ve koyu tenli olduğu bulunmuştur. Koyu tenli gruplarda deri kanserlerinin düşük insidansının nedeni; siyahlarda artmış epidermal melanin tarafından sağlanan ışık koruyuculuğunun bir sonucu olarak 13 kat kadar güneş koruma faktörü sağlanmasıdır (82). Fakat bu kişiler UV ışınlarının özellikle göz ve bağışıklık sistemi üzerindeki zararlı etkilerine karşı hassastır. DSÖ'nün araştırmalarına göre katarakt nedeni ile kör olan bu insanların %20'si UV ışınlarına maruz kaldıkları için kör olmuşlardır (27,161). Bu açıdan sadece açık saç, göz ve ten rengine sahip olanların değil herkesin, özellikle zamanının büyük bölümünü okul, oyun, spor gibi çeşitli nedenlerle dışarıda geçiren çocuk ve adölesanların güneş ışınlarından korunma konusunda bilinçlendirilmesinin önemi ortaya çıkmaktadır.

Çalışmada doğum lekesi ve çilleri olan öğrencilerin dağılımlarının her iki grupta da benzer oranda olduğu görülmüştür (Tablo 4.1.1). Yapılan toplum temelli çalışmalarda çocukluk döneminde olan çillenme ve doğum lekelerinin erişkin dönemde BHK ve YHK riskini arttırdığı saptanmıştır (163-165). Öğrencilerin %1.4'ünde ailelerinde deri kanseri öyküsünün olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2.1). Aile öyküsü malign melanom için major risk faktörlerinden biridir. Ailede birinci derece yakınında melanom tanısı olması, riski üç kat arttırırken, üçten fazla birinci derece yakınında melanom tanısı olması ise riski 35-70 kat arttırmaktadır (160). Bu nedenle ailelerinde deri kanseri öyküsünün bulunduğunu ifade eden az sayıdaki öğrencinin ve çiller ile doğum lekesine sahip olan öğrencilerin taşımış oldukları bu riskler açısından değerlendirilmeleri ve bilgilendirilmeleri gerektiğinin önemi ortaya çıkmaktadır.

Elde edilen bulgulardan en önemlilerinden birisi deri kanserine yakalanma açısından risk faktörlerinden; riskli saatlerde (10:00-16:00) bir saatten fazla dışarıda kalma süresinin hem çalışma hem de kontrol grubu öğrencilerinde yüksek oranda olmasıdır. Araştırma kapsamındaki öğrencilerin yarısından fazlası son bir yıl içinde güneş yanığı (kızarıklık, acı veren, ağrılı, su toplama ...) öyküsünün bulunduğunu belirtmiştir (Tablo 4.1.1). Son yıllarda değişen yaşam koşullarına bağlı olarak “doğala dönüş” kavramının ön plana çıkması, tatillerde güneşli bölgelerin tercih edilmesi, güneşlenme alışkanlığının ve dışarıda yapılan sporların artması, endüstride kullanılan ve teknoloji ile yaşama giren UV yayan çeşitli cihazların çoğalması ile insanlar yoğun olarak UV'ye maruz kalmaktadır. UV ışınlarına maruz kalınması vücutta zararlı etkilere sebep olmakta ve sonuçta deri kanseri giderek büyüyen bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir (131,166). Ayrıca 12 yaş altındaki çocuklarda, şiddetli güneş yanığı deri kanseri riskini 3.6 kat arttırmaktadır. Erişkinlerde ise şiddetli güneş yanığı geçirmenin 10 yıl içerisinde deri kanseri gelişme riskini 2 kat arttırdığı saptanmıştır (167,168). Bu bilgiler ışığında güneşin zararlı etkilerinden tüm toplumun özellikle de çocukların korunması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Bu çocukluk çağındaki UV maruziyetinin deri kanseri gelişimindeki önemi nedeniyle öğrencilerin ailelerinin çocuklarını güneşten korumaları, okul ve yaygın eğitim kurumlarında deri kanseri ve güneşten korunmayla ilgili sürekli eğitim programlarının önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

Öğrencilerin risk faktörlerinden sadece vücuttaki ben durumunda gruplar arasında farklılık saptanmıştır. Çalışma grubunda 11 ve üzeri ben olan öğrenci oranı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.1.1). Melanom gelişimi açısından ben sayısının güçlü bir risk faktörü olduğunu destekleyici sonuçlar tespit edilmiştir. Yapılan bir meta analizde 100 üzerinde ve 2 mm'den büyük bene sahip kişilerin, 15'ten az beni bulunanlara göre 6.3 kat daha fazla melanom riski taşıdığı tespit edilmiştir (169). İlder ve arkadaşları (141) Ankara'da halkın güneşten korunma alışkanlıklarını, ben sayısı ve tipini değerlendirdikleri çalışmalarında, 764 kişinin benlerini muayene etmişler ve lezyonları dijital dermatoskop ile değerlendirmişlerdir. Burada sadece birer olguda yüzeysel yayılan melanom ve BHK tanısı konulmuştur. Ayrıca ben sayısı ile güneşten korunma alışkanlıkları arasında bir ilişki tespit edilmemiştir. Andsoy ve arkadaşlarının (146) hemşirelerin deri kanseri ve güneşten korunma davranışlarını inceledikleri çalışmalarında 50'den az ve çok beni olan hemşirelerin deri kanseri bilgi ortalamalarının birbirine yakın olduğu saptanmıştır.

Çalışma grubunun 11 ve üzeri bene sahip olan öğrenci sayısının fazla olması, kontrol grubuna göre daha fazla risk altında olduklarını düşündürmektedir. İter ve arkadaşları (141) ile Andsoy ve arkadaşlarının (146) yaptıkları çalışmalarda da belirttikleri gibi iki olguya tanı koyulmuş olması, benin varlığının bilgi ve davranışları etkilememiş olması; yapılan bu çalışma sonuçlarından öğrencilerin bilgi, tutum ve davranışların uzun sürede değişmesinden dolayı etkilemeyeceği düşünülmüştür.

Çalışma grubu öğrencilerinin risk puan ortalaması 3.99 ± 1.37 , kontrol grubu öğrencilerinin 3.62 ± 1.39 olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin deri kanserine yakalanma risk düzeyleri incelendiğinde; yüksek risk grubundaki öğrenci yüzdesinin fazla olmadığı (%5.3) ve oranın gruplar arasında birbirine yakın olduğu, her iki grup öğrencilerinin çoğunluğunun orta risk düzeyinde olduğu fakat çalışma grubunun kontrol grubuna oranla daha fazla öğrencinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1.2). Gilaberte et al. (170)'ın ilköğretim öğrencileri ile yaptıkları deneysel bir çalışmada 0-4 arası olarak puanladıkları deri kanseri riskinden %5.8'inin yüksek düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Öğrencilerin %31.2'sinin bir, %24.4'ünün 2 puan aldığı saptanmış olup; düzey belirtilmese de çoğunluğun orta grupta olduğu görülmektedir. de Vires et al. (171)'in adölesanlarla yaptığı bir çalışmada yine 0-4 arası olarak puanlanan deri kanseri riskinden sıklıkla güneş koruyucu, koruyucu giysi ve gölgede duranların risk puanı ortalamalarının sırasıyla 1.98, 2.00, 2.10 olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar çalışmada belirtildiği üzere adölesanların düşük ve orta risk düzeylerinde olduğunu göstermektedir. Diğer çalışma bulguları bu çalışma bulguları ile aynı doğrultudadır. Deri kanserine karşı doğru korunma davranışları geliştirmek, kişisel sağlığı iyileştirmek toplum sağlığı açısından önem taşımaktadır. Doğru korunma davranışlarını geliştirme sürecine başlamak ise ancak kişilerin risk içeren özelliklerinin ve riskli davranışların belirlenmesi ile mümkün olabilmektedir. Bu çalışmada bu risk faktörlerinden deri tipi ve ben varlığı gibi sonucu değiştirilemeyen özelliklerin olması gibi, riskli saatlerde güneşte geçirilen saatlerin uzunluğu ve güneş yanığı oluşumunun diğer faktörlere göre oranın yüksek olması dikkat çekicidir. Örneğin önlenabilir bir risk faktörü olan güneşte geçirilen saatlerin azaltılmasının çocuk ve adölesanlar açısından büyük bir kazanç sağlayacağı düşünülebilir.

5.2. Çalışma ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Deri Kanseri ve Güneşten Korunmaya Yönelik Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi

Bu çalışmada elde edilen sonuçlardan birisi hipotezi destekler şekilde çıkmıştır. Eğitim öncesi bilgi puan ortalamaları her iki grupta benzerken, eğitim sonucunda çalışma grubu öğrencilerinin eğitim düzeylerinin kontrol grubuna göre fark yaratacak şekilde yükselmesi eğitimin etkinliğini göstermektedir (Tablo 4.2.5-6).

Balyacı ve arkadaşlarının (53) kendi kendine deri muayenesi davranışı ile ilköğretim ikinci kademe öğrencilerinin deri kanserinden korunma konusunda bilinçlenmesini amaçladıkları çalışmalarında, yapılan girişimler ile deri kanseri bilgi puanının 4.19'dan 6.79'a yükseldiği saptanmıştır. Bu çalışmada olduğu gibi başlangıçta düşük olan bilgi düzeyinin eğitimden sonra yükselmesi, öğrencilerde farkındalık yaratıp bilgisini arttırdığı söylenebilir. Böylece hayatın erken döneminde

eğitilmiş adölesanların deri kanserinden korunmak için gerekli ve doğru önlemleri alacakları düşünölmekte eğitimnin önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

Ölkemizde deri kanseri ve güneşten korunmayla ilgili Balyacı ve arkadaşlarının (53) yaptıkları çalışma dışında, yapılan bir deneysel çalışma olmamakla birlikte, çeşitli okul gruplarının öğrencilerinin bilgilerini ölçen tanımlayıcı çalışmalar bulunmaktadır. Filiz ve arkadaşları (46) Sakarya’da lise öğrencileri ile yaptıkları ve güneşten korunmaya yönelik 15 soru sordukları çalışmada; kızların bilgi puan ortalamasının 10.6, erkeklerin ise 10.0 olduğunu bulmuşlardır. Yine öğrencilerin 15 soru üzerinden değerlendirildiği, sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da öğrencilerin bilgi puan ortalamalarının 8.64 olduğu tespit edilmiştir (172). Ölkemizde yapılan çalışma sonuçlarının; bu çalışmadaki grupların ön test sonucu ile benzer olduğu görölmüştür. Bu sonuçlar adölesanlara yapılacak eğitimlerin bilgilerini arttırmada etkili olduğunu bir kez daha kanıtlamıştır.

Harrison et al. (173)’ın yaptığı tanımlayıcı çalışmada öğrencilerin bilgi puan ortalamalarının 12 üzerinden 7.41 olduğu tespit edilmiştir. Wright et al. (154)’ın 4 ve 8. sınıflar ile yaptıkları çalışmada ise 0-10 arası olan bilgi puan ortalamasının 8. sınıftaki erkeklerde 5.41, kızlarda 5.90 olduğu bulunmuştur. Türkiye ile benzer iklim özelliklerine sahip olan Yunanistan’da lise öğrencileri ile yapılan ve puan aralığı 0-16 olan çalışmada; öğrencilerin bilgi puan ortalamasının 7.7 olduğu bildirilmiştir (41). Yapılan bir başka çalışmada ise öğrencilerin deri kanserine yönelik bilgi puan ortalamasının 24 üzerinden 10.6 olduğu tespit edilmiştir (174). Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde öğrencilerin bilgilendirilmeye gereksinimleri olduğu, yeterli bilgilerinin olmadığı açıktır.

Reinau et al. (38)’ın İsviçre’de ilköğretim ve lise öğrencileri ile yaptıkları tanımlayıcı çalışmada; öğrencilerin bilgi düzeylerinin %35.7’sinin yüksek, %31.0’inin orta, %33.3’ünün düşük olduğu bulunmuştur. Bu çalışma sonucuna göre, bilgi düzeyi düşük ve yüksek olanların oranın yüksek olduğu görölmüştür. Deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik çalışmalardan; konuyla ilgili bilgi puanı ve düzeyi en yüksek sonuç Patel et al. (175)’ın yaptıkları çalışmada, başarı oranının %90 olduğu bulunmuştur. Bu sonucun yüksek olmasında, çalışmanın insidansın en yüksek olduğu ölkelerden biri olan ABD’de ve tıp faköltesi öğrencileri üzerinde yapılmış olmasının etkili olduğunu düşündörmektedir.

Gilaberte et al. (170)’ın İspanya’da ilköğretim öğrencileri ile eğitim, poster, öğretmenler için etkinlik kılavuzu ve aileler için broşür hazırlayarak yaptıkları deneysel çalışmada ön testte 8.27 olan bilgi puan ortalamasının son testte 9.83 olduğu saptanmış ve yapılan girişimlerin anlamlı şekilde etkili olduğu görölmüştür. ABD’de lise öğrencileri ile yapılan deneysel bir çalışmada müfredata deri kanseri ve güneşten korunma ile ilgili ders eklenmiş ve bilgi ve uygulamaları değerlendirilmiştir. Öğrencilerin yapılan son testte bilgilerinin ön teste göre %27’den, %60’a yükseldiği görölmüştür (55). Türkiye’de tıp faköltesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada; güneşe maruziyetin deri üzerindeki zararlı etkileri, güneşten korunmanın önemi ve yöntemleri üzerine öğrencilerin seminer öncesi ve sonrasındaki bilgi düzeyleri karşılaştırılmıştır. Öğrencilerin bilgi puan ortalamasının

8.3'ten 14.6'ya yükseldiği ve %31.3 oranında anlamlı bir artışın olduğu saptanmıştır (176). UV ışınlarının zararları, deri kanseri gelişiminin önlenmesi ve güneşten korunma yöntemlerinin etkili şekilde uygulanması konusunda erken maruziyet nedeniyle çocuk ve gençlerin başta olmak üzere tüm toplumun eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Bu konu ne kadar dermatologları ilgilendiriyor gibi görünse de güneş ışığına maruziyetin taşıdığı risklerden ve güneşten korunmanın gerekliliğinden haberdar olmayan kişiler bir dermatoloğa başvurma ihtiyacı hissetmezler. Bu nedenle toplumda bu farkındalığın oluşmasını sağlamak ve topluma koruyucu sağlık hizmeti sunmak amacıyla halk sağlığı hemşirelerinin konuyla ilgili eğitici ve danışmanlık rollerini yerine getirmelerinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada elde edilen en önemli bulgu, çalışma grubu öğrencilerinin bilgi sorularına doğru yanıt verme oranının yüksek ve son testteki tüm sorularda ön teste göre anlamlı bir şekilde artış olmasıdır. Bu sonuçlar yapılan girişimlerin etkili olduğunu göstermektedir. Özellikle deri melanomunun bir deri kanseri türü olduğunu bilenlerde %77.1, melanom riskinden korunmanın çocukluk döneminde başlaması gerektiğini bilenlerde %66.8, bulutlu günde bile güneş yanığı oluşabileceğini bilenlerde %53.4 farkla yükseldiği görülmüştür. Ayrıca son testte açık tenli kişilerin güneş yanığı oluşmaması için korunmaya daha çok dikkat etmesi gerektiğini, UV ışınlarının deri kanserine neden olacağını, GKF 10 olan güneş koruyucunun 10 saat korumayacağını, GKF içeren güneş kremlerinin özellikle açık ve orta tenli kişilere tavsiye edildiğini ve 10:00-16:00 saatleri arasında güneşten kaçınılması gerektiğini bilenlerin oranının %100 olması dikkat çekicidir (Tablo 4.2.3).

Bu çalışma sonuçlarına paralel olarak, Geller et al. (33) yaptıkları eğitim ve uygulama destekli çalışmada GKF numarasını doğru seçme ve kullanmada %36.6 oranında artış olduğunu; Wright et al. (154) yaptıkları deneysel çalışmalarında melanomanın deri kanseri türü olduğunu bilenlerin kızlarda %22.3'ten %53.6'ya, erkeklerde %18.0'dan %52.0'a yükseldiğini; et al. (55) müfredata deri kanseri ve güneşten korunmayla ilgili bilgi ekleyerek güneşin deride lekelenme, hasar, yaşlanma gibi etkilere sebep olduğunu bilenlerin oranının %53.6'dan %67.4'e yükseldiğini saptamışlardır.

Yapılan kontrol gruplu veya tek gruplu deneysel ve yarı deneysel çalışmalarda (4,28,33,47,54,55,58,154,170,177-187) uygulanan girişimlerin; girişim öncesi ve sonrasında, çalışma grubu ve kontrol grubu arasında olumlu yönde anlamlı bir fark yarattığı saptanmıştır. Konu ile ilgili farkındalık yaratma ve sürekli eğitimin önemi ortaya çıkmaktadır. Hemşireler tüm çalıştıkları alanlarda bu fırsatları kaçırmamalıdır.

Bir literatür taramasında; 10 ülkeden, 9-20 yaş grubu öğrencilerle yapılan çeşitli çalışmalar incelemiş, güneşten korunma ile ilgili bilgi düzeyleri ve güneş yanığı insidansları ortaya çıkarılmıştır (188). Türkiye bilgi düzeyi bakımından %47.8 ile yedinci sırada, güneş yanığı insidansı bakımından %39.6 ile altıncı sırada yer almıştır. Bu da öğrencilerin güneşten korunma konusunda bilgilerinin yetersiz olduğunu ve çeşitli eğitimlere gereksinimleri olduğunu göstermiştir. Bu çalışma sonuçlarının Türkiye'de yıllık güneş alma oranının en yüksek olduğu Antalya ilinde öğrenim gören ve ileride açık alanda çalışarak güneşe maruziyeti sık olacak olan

denizcilik lisesi öğrencilerinde elde edilmiş olması, öğrencilerde bu konuda farkındalığın olması, konuyla ilgili eğitim verilmesine ve faydasına dikkat çekmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

5.3. Çalışma ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Bilgi Düzeyleri ile Karşılaştırılması

Çalışma ve kontrol grubu öğrencilerinin ön test verileri birleştirilerek, öğrencilerin bazı özellikleri ile deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik bilgi düzeyleri incelenmiştir. Çoğunluğu erkek olan denizcilik lisesi öğrencilerinin cinsiyet ile bilgi düzeyleri arasında fark görülmemiştir (Tablo 4.3.1). Deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik kadınların erkeklere göre daha fazla güneşlenip, bronzlaşmak istediği, bu yüzden kadınların bilgilerinin daha düşük olduğu (27,189-191); aynı zamanda da bu görüşün tam tersi olarak, kızlar için beden imgesi ve vücut imajının önemli olması nedeniyle bilgilerinin ve güneşten korunmanın daha yüksek olduğunu (40,192) belirten çalışmalara rastlamak mümkündür. Literatürde ise erkeklerde BHK ve YHK riski kadınlara oranla 2 kat daha fazla olmaktadır (193). Bu çalışma sonuçlarını destekleyen ve cinsiyetin bilgi düzeyini etkilemediğini gösteren çeşitli çalışmalara da rastlamak mümkündür (8,170).

Öğrencilerin bilgi düzeylerinin yaş ve sınıfa göre dağılımında, 16 yaş grubu ve 10. sınıf öğrencilerinin bilgi düzeylerinin daha yüksek ve yapılan istatistiksel analizde anlamlı olduğu ($p<0.01$) bulunmuştur (Tablo 4.3.1). Her iki faktörde orta grubun yüksek olmuş olması, adölesan döneme yeni giren 14-15 yaş grubu ve 9. sınıf öğrencilerinin tepkisel uyumsuz davranışlar sergilediğini, 17-18 yaş grubu ve 11-12. sınıf öğrencilerinin üniversite sınavına hazırlanmaya başladıklarını ve sınav stresi gibi olumsuzluklar yaşadıklarını, böylece de bilgi düzeyinde azalma olduğunu akla getirmektedir. Paul et al. (50) da adölesanlarla yaptıkları çalışmalarında yaş arttıkça bilgi düzeylerinde artış saptamıştır.

Çalışma sonucunda ortaya çıkan önemli bulgulardan birisi, bilgi düzeyi yüksek olan öğrencilerin çoğunluğunun daha önceden deri kanseri ve güneşten korunmayla ilgili (örneğin; güneş koruyucu krem kullanma, gölgede kalmak ve şapka giymek) olarak ailelerinden bilgi almış olmalarıdır (Tablo 4.3.1). Bu sonuç öğrencilerin eğitime gereksinimleri olduğunu, eğitildiklerinde doğru bilgi kazanacaklarını ve en önemli bilgi kaynaklarının aile olmasından dolayı ailelerinde konuyla ilgili eğitilmeleri gerektiğini göstermektedir. Ailesi tarafından güneşten korunma bilgisi verilen çocukların daha iyi korunma davranışı sergiledikleri, yetersiz korunma bilgisine sahip ailelerin çocuklarının da yeterince korunmadıkları görülmüştür (39). Çalışmalarda adölesanların konuyla ilgili en iyi danışmanlarının aileleri olduğu belirlenmiştir (41,194).

Öğrencilerin, şimdiye kadar yaptıkları uygulamalarla “güneşten yeterince korunduğunuzu düşünüyor musunuz?” sorusuna bilgi düzeyi yüksek olan grubun yarısından fazlasının “daha iyi korunabilirim” yanıtını verdiği görülmüştür (Tablo 4.3.1). Güneşten daha iyi korunabileceğini düşünen öğrenciler, güneşten korunmaya yönelik en büyük engellerini unutmaları olduğunu ifade etmişlerdir. Eğitimler ile verilen ve öğretilen uygun bilgi, tutum ve davranış biçimlerinin alışkanlığa dönüştürülmesi gerekmektedir. Buradan deri kanserinin öneminin ve korunma

programlarının uygulanması ve yürütülmesinin tüm topluma yaygınlaştırılması gerektiğinin önemi ortaya çıkmaktadır. Eğitimlerde sağlık çalışanları kadar görsel, işitsel ve yazılı medyaya da önemli görevler düşmektedir. Genel olarak öğrenciler üzerinde toplumun, okulların, ailelerin, arkadaşlarının hatırlatıcı bir rol üstlenmeleri gerekmektedir.

Üzerinde durulması gereken bulgulardan birisi de, bilgi düzeyi düşük olan öğrencilerin anne ve babalarının ilkokul mezunu, bilgi düzeyi orta ve yüksek olanların ise lise mezunu olmasıdır. Tüm bilgi düzeylerinde babaların esnaf/serbest meslek, annelerin ise ev hanımı olanların yüksek oranda olduğu, bilgi düzeyi düşükten yükseğe doğru gittikçe bu oranda azalma olduğu görülmüştür. Gelir durumunun yine tüm bilgi düzeylerinde “gelir gidere eşit” olanlarda daha yüksek olduğu; bilgi düzeyi yüksek olanlarda geliri giderden fazla olanların fazla olması bilgi düzeyi ile gelir durumu arasındaki ilişkiyi anlamlı kılmıştır ($p<0.01$) (Tablo 4.3.2). Buradaki tüm değişkenlerde görüldüğü üzere çocukların deri kanseri ve güneşten korunma konusundaki bilgilerinde ailelerin etkisinin büyük olduğu ortaya çıkmaktadır. Bilgi düzeyi yüksek olanların büyük oranda anne ve babasının üniversite mezunu olması beklenirken; beklenenin aksine lise mezunlarında yüksek bulunmuştur. Antalya’nın eğitim durumuna bakıldığında; ilk sırada erkeklerde lise, kadınlarda ilkokul mezunu olanlar yer alırken, nüfusun genel çoğunluğu lise mezunudur (195). Eğitim durumunun Antalya bölgesinde düşük, bilgi düzeyi düşük olan öğrencilerin anne ve babalarının çoğunluğunun ilkokul mezunu ve ebeveyn eğitiminin öğrencilerin bilgi düzeyleri üzerinde önemli bir faktör olması, ailelere yönelik eğitimlerin düzenlenmesi gerektiğini desteklemektedir.

Ailelerin ekonomik durumunun, bilgiye ulaşmada ve bilginin davranışa dönüştürülmesinde uygulanacak koruyucu önlemlerin maliyetini karşılamada belirleyici bir faktör olduğu düşünülmektedir. Yapılan çeşitli çalışmalarda gelir düzeyi yüksek olan bireylerde güneş koruyucu ürünlerin kullanımının da yüksek olduğu belirlenmiştir (27,39,196). En çok bilgiyi ailelerinden aldıklarını belirten öğrencilerin; yapılacak eğitim etkinliklerine eğitim/meslek/gelir durumuna bakılmaksızın ailelerin de katılımının sağlanmasının bilgi ve korunmayı arttıracığı söylenebilir. Yapılan bazı araştırmalarda ailelerin de deri kanseri ve güneşten korunma konusunda bilgilerinin yetersiz olduğu belirtilmiştir (197).

Yine öne çıkan bulgulardan birisi öğrencilerin risk düzeyleri arttıkça bilgi düzeylerinin de artmasıdır. Deri kanserine yakalanma riskini arttıran faktörlerden çalışma grubu öğrencilerinde ön test sonucunda doğum lekesi olanların ($p<0.01$), ailede deri kanseri öyküsü olanların ($p<0.05$), bir saatten fazla dışarıda kalanların ($p<0.01$), deri tipi açık olanların ($p<0.05$), vücudunda 11 ve üzeri ben olanların ($p<0.01$) bilgi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.3). Baron-Epel ve Azizi (198) yetişkinlerin kendilerinde deri kanseri riski yüksek olanların güneşten korunmada daha duyarlı olduklarını saptamışlardır. Bu çalışmada yapılan eğitim sonucunda öğrencilerin bilgi puan ortalamaları hemen hemen eşitlenmiş ve risk faktörleri ile bilgi durumları arasındaki farkların ortadan kaldırılmış olması önemli bir sonuçtur. Herkesin deri kanserine yakalanma riski olmasına rağmen açık tenli, çok sayıda ben ve lekeleri olan, uzun süreli güneşe maruz kalan, çocukluk döneminde güneş yanığı öyküsü olan kişilerin deri kanserine

yakalanma riski daha fazladır (23-30). Bu yüzden başlangıçta bu risk faktörlerine sahip öğrencilerin bilgi düzeylerinin yüksek olması; deri kanseri için risk taşıdıklarının farkında ve daha bilinçli olduklarını düşündürmektedir. Bu çalışmada eğitim girişimleri sonunda farklı risk faktörlerine sahip öğrencilerin aynı bilgi düzeyine ulaşması çalışmanın önemini ortaya koymuştur. Yapılan çeşitli çalışma sonuçları da bunu desteklemektedir (170,175).

5.4. Çalışma ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Güneşten Korunmaya Yönelik Tutumlarının İncelenmesi

Çalışmanın dikkat çeken sonuçlarından birisi de, ön test ve son test sonuçlarına göre çalışma grubu öğrencilerinin güneşten korunmaya yönelik tutumlarında önemli oranda artış olması ancak kontrol grubu öğrencilerinin tutumlarında önemli bir değişiklik olmamasıdır (Tablo 4.4.3-4.4.4). Genel olarak toplumda deri kanseri hakkında bilgisi ve farkındalığı olan kişilerin güneşten korunma konusunda oldukça olumlu tutumlar geliştirdiği söylenebilir (177). Bu çalışmada, çalışma grubunun bilgi düzeylerindeki artışa paralel olarak, tutum sorularına verdikleri olumlu yanıtta artış olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada tutum puanı oluşturulmamış olup, tutum puanı oluşturulmuş bazı çalışmalara rastlanmaktadır. Filiz ve arkadaşları (46) yaptıkları çalışmalarında 2 tutum sorusundan öğrencilerin puan ortalamasının 1.98 olduğunu belirtmişlerdir. Saridi et al. (41) ise lise öğrencileri ile yaptıkları ve puan aralığının 0-16 olduğu çalışmada; öğrencilerin tutum puan ortalamasının 7.4 ve düşük olduğu belirtilmiştir. Wright et al. (154) öğrencilerin tutum puanlarının olumlu yönde bir düşüş gösterdiğini saptamışlardır.

Geller et al. (33)'ın konuyla ilgili eğitim ve uygulamaların yapıldığı deneysel çalışmada; güneşlenmenin deri için iyi olduğu ve insanların sağlıklı görünmek için bronzlaştıkları düşüncelerinde sırasıyla %5.8 ve %9.9 farkla düşüş olduğu saptanmıştır. Yine bir başka çalışmada bronzlaşmış tene sahip olunca sağlıklı hissettiği düşüncesinin kızlarda %18.4'ten %13.9'a, erkeklerde %21.6'dan %13.0'a düştüğü görülmüştür (154).

Reinau et al. (38) öğrencilerin yarısının biraz güneş yanığı olmasının önemli olmadığını, görünümlerini etkilemeyeceğini ve %33.9'unun bronzlaşmış derinin tercihleri olduğunu saptamışlardır. Patel et al. (175) yaptıkları çalışmada öğrencilerin %92.5'inin güneşten korunmanın önemi, %66'sının bronzlaşmış deriyi sevdikleri, %25.3'ünün koyu tenli kişilerde güneşten korunma gerekmeyeceği, %50'sinin bir saatten fazla güneşe maruziyetin önemli olduğu, %70.8'inin güneşe maruz kalmanın en önemli deri kanseri risk faktörü olması ve %44.9'unun kendini deri kanseri için riskli görmeleri tutumlarını belirlemişlerdir. Spradlin et al. (174)'ın yaptıkları çalışmada ise öğrencilerin %47'sinin güneş kremi kullanımının melanomadan korunmaya yardımcı olacağı, %45.9'unun bronzluğun deri kanseri için risk oluşturduğu, %45.1'inin sadece açık tenli kişilerin güneşe maruziyetinin önemli olduğuna ve %51.6'sının kendilerinin güvenli güneşten korunma davranışları uygulanması gerektiği tutumlarına "kesinlikle katılıyorum" cevabını vermişlerdir. Kaptanoğlu ve arkadaşlarının (199) yaptığı çalışmada çocukların %14.6'sı güneşten

koruyucu krem kullanmanın, %8.2'si giysi-şapka kullanmanın iyi bir yöntem olduğunu düşünmektedir.

Yapılan bir çalışmada bronzlaşma ve güneşten korunmaya yönelik tutumlarda modanın olumsuz etki yarattığı tespit edilmiştir (50). Bir başka çalışmada öğrencilerin %67.7'sinin güzel, %41.9'unun ise stil sahibi ve klas görünmek için bronzlaştığı belirtilmiştir (41). Adölesan öğrencilerle yapılan Malta'daki çalışmada (200) öğrencilerin %45.5'inin ve ABD'deki çalışmada (201) ise %52'sinin güneşin ve bronzlaşmış derinin sağlıklı olduğunu kabul ettikleri belirtilmektedir. Benvenuto-Andrade et al. (202) yaptıkları çalışmada güneş ışınlarının bronzlaşma sağladığını, faydalı olduğunu ve "İnsanlar bronzlaştığı zaman daha güzel görünürler" cümlesine %75.5'inin evet yanıtı verdiğini saptamıştır. Bu çalışmada güneşten korunmadığını veya daha iyi korunabileceğini düşünen öğrencilerin güneşten korunmaya yönelik engellerinde en yüksek "unuttuğum için" maddesinden sonra "bronzlaşmayı istediğim için" maddesi gelmiştir. Bizdeki çalışma sonuçlarının yapılan ön testte düşük olması, son testte bu oranın daha da düşmesi, öğrencilerin tutumlarının daha iyi olduğunu göstermektedir. Güneşten korunma bilincinin oluşturulması sürecinde erken eğitim kadar, ailenin ve çevrenin tutumları da önemli olmaktadır (199). Halk sağlığı çalışmaları ergenlik, ebeveyn ve akran etkisinin bronzlaşmaya teşvik ettiğini ve çekici gösterdiğini ortaya koymaktadır. Güneş ışınları ve bronzlaşmaya yönelik tutumlar, bu davranışları arayan gençlerde erken yaşlarda başlar (203).

Yapılan eğitim ve uygulamaların öğrencilerin tutumlarında olumlu yönde değişiklik yaptığı, kızların bronzlaşmayı daha çok önemseydiği, gençler için görünümün önemli olduğu ve güneşin zararlı etkilerini bilseler bile çekici olmayı istedikleri görülmektedir. Çocuk ve adölesanların öncelikle güneşten korunma yolları ve deri kanseri hakkındaki bilgi düzeylerini saptayarak, tutumlarını belirlemek gerekmektedir. Böylece tutuma etki eden faktörleri araştırmak, daha sonra eksiklik olan konulara yönelik eğitim programları düzenlemek önemlidir. Çocukların güneşin yararlı ve zararlı etkileri konusunda bilgilendirilmeleri, bilinçlendirilmeleri ve buna uygun tutum geliştirmelerinin sağlanması ile uzun dönemde güneşe bağlı hastalıkların ve en önemlisi deri kanseri insidanslarının azaltılması mümkün olabilecektir. Toplum sağlığının korunması ancak iyi bilgilendirme ve eğitim ile olabilir. Bir eğitimin amacına ulaşması için; topluluğa özgü olması ve topluluğun özelliklerinin iyi tanınması ile mümkün olabilir.

5.5. Çalışma ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Güneşten Korunmaya Yönelik Davranışlarının İncelenmesi

Deri kanserinden korunmada en önemli yöntem güneşten korunmadır. Çocukluk döneminden itibaren güneşten korunma ile deri kanseri gelişimi önemli oranda azalmaktadır. Güneş koruyucu ürün kullanılması, koruyucu kıyafetler, şapka, güneşin yoğun olduğu saatlerde dışarıda bulunmama gibi davranışların erken yaşta kazanılması önemlidir (92).

Öğrencilerin güneş koruyucu krem kullanma davranışında eğitim sonunda önemli oranda yükselme olduğu görülmüştür (Tablo 4.3.2). Bu yapılan girişimlerin güneşe çok sık maruz kalacak denizcilik lisesi öğrencilerinin uygun faktörlü güneş

koruyucu krem seçiminde ve kremin uygulanış biçiminde olumlu etki yaptığını göstermesi açısından önemli bir sonuçtur.

Geller et al. (33) UV ışınlarının etkileri, korunmaya yönelik yaptıkları eğitim ve uygulamalar sonucunda öğrencilerin güneş koruyucu kullanma düzeylerinde artış saptanmış ve güneş koruyucu kullanımının yaş arttıkça azaldığını belirtmişlerdir. Yapılan bir deneysel çalışmada ise, eğitim, video gösterimi ve ailelere kitapçık verilmesi ile; öğrencilerin güneş koruyucu krem kullanma oranında artış görülmüştür (185).

Benvenuto-Andrade et al. (202) 12-19 yaşları arasındaki öğrencilerle yaptıkları çalışmada, güneşten korunma davranışlarının düşük olduğunu ve öğrencilerin güneş koruyucu kremleri yaz için %47, kış için %3 oranında kullandıklarını tespit etmişlerdir. Çalışma sonucunda başlangıçta bu oranın benzer olması daha sonra yükselmesi öğrencilerin davranışları üzerinde de etkili olunabildiğini göstermiştir. Bir çalışmada en çok uygulanan güneşten korunma davranışının iki saatte bir güneş koruyucu krem kullanma olduğu tespit edilmiştir (194). Açık tenli çocuk sahibi olan ailelerin, güneş koruyucu krem kullanmaya daha meyilli oldukları tespit edilmiştir (183). Ülkemizde Filiz ve arkadaşlarının (46) yaptıkları çalışmada, güneş koruyucuların en çok 16 yaş grubunda ve eğitim seviyesinin yüksek olduğu ailelerin çocuklarında kullanıldığı belirlenmiştir.

Bir çalışmada ise güneş koruyucu krem kullanım oranının çok düşük olduğu, kullananların da yarısının kullandıkları güneş koruyucu kremin koruyucu faktörünün yeterli olmadığı saptanmıştır (41). Bu çalışmada güneş koruyucu krem kullanımının ve seçilen kremin koruma faktörünün eğitim öncesinde orta seviyede olduğu söylenebilir. Daha sonra %80'lerin üzerine çıkmış olması, iklim özellikleri aynı olan bu çalışmanın yapıldığı Yunanistan'daki adolesanlara göre güneş koruyucu krem kullanımı konusunda daha bilinçli olduklarını düşündürmektedir.

Yapılan bir çalışmada da deri kanseri hastalarının yarısına yakının tanı koyulmadan önce güneş koruyucu kremleri hiç kullanmadıkları saptanmıştır (204). Bu çalışmada güneş koruyucu krem kullanma durumlarının hepsinde son testte bir artış gözlenirken, çalışma grubunda dışarı çıkarken, plajda vb. yerlerde güneş kremi kullanım oranının %41.4'ten %23.9'a, kontrol grubunda ise %53.9'dan %49.4'e düştüğü görülmüştür (Tablo 4.3.2). Jones et al. (205)'in retrospektif çalışmasında, öğrencilerin güneş koruyucu krem kullanımlarında azalma olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin gölgede durma, tişört giyme, şapka ve gözlük kullanma davranışlarında eğitim sonunda önemli bir artış olduğu görülmüştür (Tablo 4.3.4). Sancho-Garnier et al. (178)'in ilköğretim öğrencileri ile yaptığı deneysel çalışmada müdahaleler sonrasında ilk duruma göre deney grubunda plajda gölgede durmada anlamlı bir artış olduğu saptanmıştır. Stankeviciute et al. (187)'in yaptığı deneysel çalışmada ise okulda öğrencilerin güneşten korunma ilkelerine tamamen uymadıkları, en çok güneş gözlüğü kullanmaya dikkat ettikleri belirtilmiştir. 15-18 yaşları arasındaki öğrencilerle yapılan deneysel bir çalışmada, müfredata deri kanserinin eklenmesiyle güneş gözlüğü kullanmada artış olduğu saptanmıştır (55). de Vries et al. (194)'in 14-18 yaşları arasındaki öğrencilerle yaptıkları çalışmada,

öğrencilerin uzun süre güneşte kaldıklarını; %70'inin günde en az üç saatten fazla, %49'unun da 12:00-15:00 saatleri arasında güneş ışınlarına maruz kaldıklarını tespit etmişlerdir. Yapılan bir çalışmada eğitim seviyesinin yüksek olduğu ailelerin çocuklarının 10:00-15:00 saatleri arasında daha az dışarı çıktığı tespit edilmiştir (46). Erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre günde ortalama iki saatten daha fazla dışarıda kaldıkları saptanmıştır (182). Bu çalışmalar adölesanların davranışları üzerinde eğitime çocukluk döneminde başlanmasının gerekliliğini göstermektedir. Çocukluk döneminde eğitim yapılması önemlidir. Zira çocukların güneşten korunma konusunda doğru ve yeterli bilgilere sahip olup, bunu bir yaşam tarzına dönüştürmeleri sağlanabilecektir. Halk sağlığı çalışanları tarafından organize edilmiş deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik eğitim programları düzenlenmelidir. Böylece, daha bilinçli bir nesil yaratılarak, korunma davranışlarının erken yaşta başlaması ve alışkanlık haline getirilmesi uzun dönemde deri kanseri oranının azaltılmasında etkili olabilecektir.

Çalışma sonucunda yazları genelde omuzları da kaplayan tişört giyme ve dışarı çıkıldığında uzun kenarlı şapka kullanma oranında az bir artış görülmüş fakat anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.3.4). Ülkemizde yapılan birçok çalışmada, güneşten korunma davranışları konusunda kadınların erkeklerden daha dikkatli korunma davranışı sergiledikleri, daha sık koruyucu ürün kullandıkları ve gençlerin korunma davranışlarının daha yetersiz olduğu bildirilmektedir (9,46,206). Buna ek olarak ülkemizde koruyucu giysi ve şapka kullanımının daha az olduğu görülmektedir (9,58,141,196). Çalışma sonucunda elde edilen sonuçlar bu bakımdan Türk toplumunun genel davranışları ile paralellik göstermektedir. Öğrencilerle yapılan çeşitli çalışmalarda buna benzer sonuçlara rastlamak mümkündür. Yapılan bir çalışmada, kızların dışarı çıkarken erkeklere oranla daha fazla şapka kullandıkları ve erkeklerin yaş arttıkça şapka kullanımında azalma olduğu tespit edilmiştir (46). Avustralya'da çocuklar dahil tüm yaş gruplarında güneş koruyucu ürün kullanımının yüksek olduğu, ancak çocuklarda uzun kollu giysi ve şapka kullanımının az olduğu, koruyucu giysi kullanımının da yaş arttıkça azaldığı belirtilmiştir (39). Reinau et al. (38) da yaptıkları çalışmada gölgede uzun kollu giysi kullanımının güneşten korunmada en az başvurulan yöntem olduğunu saptamışlardır.

Sümen ve Öncel (56)'in yaptığı literatür çalışmasında farklı ülkelerde yapılan bazı çalışmalarda, bu çalışma sonuçlarından farklılık gösteren korunma davranışları da görülmektedir. Roetzheim et al. (180)'ın dördüncü sınıf öğrencilerinde şapka kullanmaya yönelik yaptıkları deneysel izleme çalışmasında, başlangıçta %2 olan şapka kullanma oranı, birinci yıl sonunda %41, ikinci yıl sonunda %19 artış göstermiştir. Naldi et al. (185)'in yaptığı deneysel çalışmada, eğitim, video gösterimi ve ailelere kitapçık verilmesi ile; düzenli şapka kullanma ve uzun kollu tişört giyme davranışında artış görülmüştür. Geller et al. (33) ile Jones et al. (205) öğrencilerin güneşten korunmak için şapka ve uzun kollu giysi giyme düzeylerinde artış saptamıştır. Feher et al. (24) açık tene sahip olan ailelerin, çocukları için uzun kollu giysiler kullandığını, açık tenli/göz rengine sahip çocuğu olan ailelerin ise daha çok şapka kullandıklarını saptamış olup aradaki farkı anlamlı bulmuştur. Hunter et al. (4) dördüncü sınıf öğrencilerine yaptıkları deneysel bir çalışmada, okulda geniş kenarlı şapka kullanımında %40.5 artış görüldüğünü belirtmişlerdir. Sancho-Garnier et al. (178)'in ilköğretim öğrencileri ile yaptığı deneysel çalışmada müdahaleler

sonrasında ilk duruma göre deney gurubunda plajda şapka kullanımı, gölgede durma ve uzun kollu giysiler giymede anlamlı bir artış olduğu saptanmıştır.

Çalışma grubuna uygulanan eğitimin öğrencilerin bilgi ve tutumları kadar yüksek olmasa da davranışlarında da etkili olduğunun ortaya çıkması önemli bir bulgudur. Yapılan çeşitli çalışmalarda da güneşten koruyucu davranışları geliştirmede yapılan müdahalelerin olumlu sonuç verdiği saptanmıştır (42,170,177). Bundan dolayı öğrenciler, deri kanserini önlemek, güneşten korunma yöntemlerini etkili bir şekilde uygulamaları için okul çağı döneminde teşvik edilmelidir. Bu girişimler okulun fiziki şartları dikkate alınarak, öğretmenler, öğrenciler ve aileleri de ortak edilerek, sürekli eğitim ve bilgilendirmeler ile yapılmalıdır. Güneşe maruz kalma süresini ve güneş yanığını azaltmak için çocuklar/gençler/öğrenciler; güneş koruma faktörü 30+ olan güneş koruyucuların kullanımı başta olmak üzere, gölge alanlarda durulması, 10:00 ile 16:00 saatleri arasında güneşte durulan zamanın en aza indirilmesi, geniş kenarlı şapka, güneş gözlüğü ve uzun kollu giysilerin giyilmesi konusunda bilinçlendirilmelidir (177,207).

Genel olarak, öğrencilere verilen deri kanseri ve güneşten korunma konusundaki eğitimin öğrencilerin bilgi, tutum ve kısmen de olsa davranışlarını etkilediği görülmüştür. Horsham et al. (208)'ın açık alanda çalışanlarda deri kanseri riskini azaltmak için yapılan girişimleri inceledikleri literatür taramasında; eğitimin, güneşten korunmada çok bileşenli müdahalelerin ve koruyucu ekipmanların kullanılması etkili olduğu sonucunu ortaya çıkarmışlardır.

Çocuklara yeni bilgi, tutum ve sağlıklı davranışları destekleyen kazanımlar öğretmek önemlidir. Ev, okul ve sokak, çocukların sosyal ortamlarını ve kimliklerini keşfettikleri yerlerdir. Buradaki deneyimler pozitif benlik saygısı, yaşam tarzlarını belirleme ve gelişmekte olan davranışlarını yönetme için önemlidir (209).

Gomez-Mayona et al. (210)'ın deri kanseri tanısı alan hastalar ile yaptıkları çalışmada; hastaların %98'i güneşten korunmanın önemli olduğunu belirtmişlerdir. Bu nedenle çocukluk döneminden itibaren okullarda akran etkileşimi ile öğrencileri bilinçlendirmenin, okul hemşireleri tarafından sürekli eğitimler yapmanın önemi ortaya çıkmaktadır. Bunun için okul müdürleri ve öğretmenleri hedef alan okul politikaları sorgulanan çalışmalara da rastlanılmaktadır (45,211-215). Okulların güneşten korunma politikalarının yetersiz olduğu; çalışmalarda hedef alınan okullardan çok azının güneşten korunmaya yönelik okul politikası oluşturduğu belirlenmiştir.

Güneşe maruziyetin yoğun olduğu ülkelerde tüm toplumda özellikle çocuklar ve risk faktörleri taşıyanlarda korunma bilincinin geliştirilmesi için çalışmalar yapılmaktadır. Deri kanseri insidansı en yüksek ülke olan Avustralya'da devlet okullarında 20 yıldır uygulanan deri kanserinden korunma programı sonucunda, toplumun hem bilgi, davranış ve tutumlarının düzeldiği hem de deri kanseri insidansı ve mortalite hızının düştüğü bildirilmektedir. Bu sonuca okullarda öğrenilen doğru davranış ve tutumun büyük katkısı olduğu belirtilmektedir (213). Güneşe maruziyetin yoğun olduğu bir başka ülke olan Hawaii'de ilk ve orta öğretim okullarında yapılan bir çalışmada ise okullarda güneşten korunma politikalarının çok

yetersiz olduğu, açık hava etkinliklerinin uygun saat aralıklarında yapılmadığı, koruyucu giysi ve şapka kullanımının düşük olduğu bildirilmektedir. Okul yöneticilerinin, çocukların güneşe maruziyeti nedeniyle kaygı duydukları ancak bunun okul politikalarına yansımadağı, yeni programlara ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır (215). Korunma programları ve politikaları geliştirme çabası içerisinde olan ABD’de, Miami’de ilk ve orta dereceli okullarda yapılan bir çalışmada; ulusal sağlık hedeflerine ulaşabilmek için deri kanseri gibi önlenabilir tehditleri algılamak ve önlemek için okul tabanlı eğitim programlarının önemli rol oynayabileceğı belirtilmektedir. Eğitim programları içerisinde 10:00-16:00 saatleri arasında güneşten kaçınmak, koruyucu giysiler giymek, şapka, gözlük, uygun SPF değerine sahip güneş koruyucu ürün kullanmak ve yapay ışık kaynaklarından uzak durmak gibi korunma davranışlarının vurgulanması önerilmektedir (213). Okul müdürleri ve öğretmenlerin; deri kanserinin riski ve güneşten korunmanın öneminin farkında olmaları, finansmanlarının yeterli olması durumunda güneşten korunma politikaları geliştirmeleri, gölge alanları çoğaltmak gibi yapısal değişiklikler yapmaya gayret etmeleri önemlidir. Ülkemiz genelinde kapsamlı korunma programları ve bu programları oluşturmaya yönelik sağlık politikaları mevcut değildir. Küçük ve sınırlı gruplarla yapılan bazı çalışmalarda ise korunma programlarının güneş ışınlarının sağlık üzerine etkisi hakkında toplum bilgisini arttırabildiğı fakat korunma davranışlarını değıştirmedeğı görölmüş, eğitim gereksiniminin önemi vurgulanmış; eğitimin bilgi, tutum ve davranış geliştirmede kısmen etkili olduğu bildirilmiştir.

Sağlık çalışanları, aileler, öğretmenler ve medya aracılığıyla çocukların ve gençlerin güneşten korunma konusunda bilinçlendirilmelerinin korunmada en etkili strateji olacağı, bu nedenle eğitim programlarının yoğunlaştırılmasının gerekliliğı ortaya çıkmaktadır. Hemşirelerin anahtar rol oynayacağı, bu konuda geliştirilmesi gereken sosyal ve toplumsal projeler için Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı’na önemli görevler düşmektedir.

SONUÇLAR

Denizcilik lisesi öğrencilerine deri kanseri konusunda verilen eğitimin bilgi ve davranışlarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Öğrencilerin %43.6'sı daha önce deri kanseri ve güneşten korunmayla ilgili bilgi almış olup, en büyük bilgi kaynakları aileleridir. Öğrencilerin %60.3'ü güneşten korunmaya yönelik “daha iyi korunabilirim” yanıtını vermiştir.
- Çalışma grubu öğrencilerinin %59.6'sı orta, %5.2'si yüksek; kontrol grubu öğrencilerinin %48.3'ü orta, %5.6'sı yüksek risk grubunda yer almıştır. Çalışma grubu öğrencilerinin kontrol grubuna oranla risk düzeyleri daha yüksektir.
- Öğrencilerinin deri kanseri ve güneşten korunma konusundaki bilgi puan ortalaması, kontrol grubunda yapılan ön test (6.2 ± 1.9) ve son testte (6.8 ± 1.9) çok fazla değişmezken, çalışma grubu öğrencilerinin bilgi puan ortalaması yapılan eğitimle 6.0 ± 2.3 'den 10.6 ± 1.2 'ye yükselmiştir.
- Çalışma grubu öğrencilerinde; eğitimden sonra düşük bilgi düzeyinde hiç öğrenci olmadığı, %94.3'ünün yüksek düzeyde olduğu görülmüştür.
- Öğrencilerin bilgi sorularından; deri melanomunun bir deri kanseri türü olduğunu bilenlerde %77.1, melonom riskinden korunmanın çocukluk döneminde başlaması gerektiğini bilenlerde %66.8, bulutlu günde bile güneş yanığı oluşabileceğini bilenlerde %53.4 farkla yükseldiği görülmüştür.
- Öğrenciler son testte açık tenli kişilerin güneş yanığı oluşmaması için korunmaya daha çok dikkat etmesi gerektiği, UV ışınlarının deri kanserine neden olacağı, GKF 10 olan güneş koruyucunun 10 saat korumayacağı, GKF içeren güneş kremlerinin özellikle açık ve orta tenli kişilere önerildiği ve 10:00-16:00 saatleri arasında güneşten kaçınılması gerektiği sorularını %100 oranında bilmişlerdir. Kontrol grubu öğrencilerinde ise sadece UV ışınlarının deri kanserine neden olacağı bilgi sorusunda %10.1'lik artış olmuştur.
- Çalışma grubu öğrencilerinin tutumlarından “bronzlaşmak için biraz güneş yanığı oluşması benim için önemli değildir düşüncesi” %19.3, “10:00-16:00 saatleri arası güneşte durmanın rahatsız etmeyeceği düşüncesi” %17.7, “şapka daha güzel görünmeyi sağladığı için kullanılması gerektiği düşüncesi” %14.4, “bronzlaşmış derinin tercihi olduğu düşüncesi” %9.2 farkla azalmıştır. “Uzun kollu giysilerin deriyi güneşten koruduğu için kullanılması gerektiği düşüncesi” %17.7, “güneş gözlüğü güneş ışınlarının gözleri rahatsız

ettiği için kullanılmalı düşüncesi” %12.1, “güneş koruyucu kremlerin sağlığı korumak için kullanılması gerektiği düşüncesi” %13.1, “şapkanın güneşten korunmak için kullanılmalı düşüncesi” %8.5 farkla yükselmiştir.

- Çalışma grubu öğrencilerin güneş koruyucu krem kullanma davranışlarından; “güneşten korunmak için güneş koruyucu krem kullanımı” %10.0, “güneşte uzun zaman kalındığında güneş koruyucu kremi bir defadan daha fazla kullanma” %15.1, “en sık kullanılan güneş koruyucu kremin koruma faktörünün 20’den daha yüksek seçilmesi” %27.0 farkla artmıştır.
- Çalışmada güneş koruyucu krem kullanma durumlarının hepsinde son testte bir artış gözlenirken, çalışma grubunda dışarı çıkarken, plajda vb. güneş kremi kullanımı %41.4’ten %23.9’a, kontrol grubunda ise %53.9’dan %49.4’e düşmüştür.
- Çalışma grubu öğrencilerinin “yazları mümkün oldukça gölgede durmayı tercih etme” %17.2, “güneş ışınlarının çok yoğun olduğu 10:00-16:00 saatleri arasında dışarı çıkmaya özen gösterme” %8.2, “dışarı çıkıldığında güneş gözlüğü kullanımı” %11.0 farkla davranışlarında iyileşme görülmüştür.
- Öğrencilerde; 16 yaş grubunda, 10. sınıf olanlarda, konuyla ilgili daha önce bilgi alanlarda ve güneşten daha iyi korunabileceğini düşünenlerde bilgi düzeyleri yüksek bulunmuştur.
- Öğrencilerin ailelerinde; anne ve baba eğitimi lise olanların, babası esnaf/serbest meslek, annesi ise ev hanımı olanları, ailenin gelir gidere eşit olanların bilgi düzeyleri daha yüksektir.
- Deri kanserine yakalanma riskini arttıran faktörlerden çalışma grubu öğrencilerinde doğum lekesi, ailede deri kanseri öyküsü, deri tipi açık, vücudunda 11 ve üzeri ben olanların ve bir saatten fazla dışarıda kalanların bilgi puan ortalamaları başlangıçta daha yüksek bulunmuştur. Fakat eğitimden sonra öğrencilerin bilgi düzeyleri hemen hemen eşitlenmiş arada fark kalmamıştır.
- Kısaca; öğrencilerin risk düzeyi arttıkça bilgi düzeyinin arttığı saptanmıştır.
- Verilen eğitimin,
 - ✓ Çalışma grubundaki öğrencilerin deri kanseri ve güneşten korunma konusunda bilgi düzeylerini arttırdığı,
 - ✓ Çalışma grubundaki öğrencilerin güneşten korunma konusunda tutumlarının olumlu yönde değiştiği,
 - ✓ Çalışma grubundaki öğrencilerin güneşten korunma konusunda davranışlarının olumlu yönde arttığı saptanmış olup araştırma hipotezleri doğrulanmıştır.

ÖNERİLER

Çalışma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik çalışmaların farklı il ve bölgelerdeki denizcilik lisesi okullarında da uygulanması,
- Deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik, aynı bölgede yaşayan, meslek riski olmayan adölesanlarla karşılaştırılacak çalışmaların yapılması,
- Deri kanserinden korunmada davranış değiştirmeye odaklı daha büyük müdahale odaklı çalışmaların yapılması,
- Öğrencilerin deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının geliştirilebilmesi için sürekli eğitimlerin olması,
- Denizcilik lisesi öğrencilerine yönelik konuyla ilgili hazırlanacak bir dersin müfredata eklenmesi,
- Sınıflarda ve öğrencilerin sürekli bulundukları yerlerde eğitici afişlerin bulundurulması,
- Eğitim verilen öğrenciler kadar en çok bilgi kaynakları olan ailelerinin de beraber olduğu eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik riski, bilgiyi, tutum ve davranışları ölçen yapılandırılmış ölçüm araçlarının geliştirilmesi,
- Okullarda dışarıda yapılan aktivite saatlerinin düzenlenmesi, gölgelik alanların arttırılması gibi korunmaya yönelik girişimlerin yapılması önerilmektedir.

Tüm bu önlemler gerçekleştirilirse hayat tarzının oluşmaya başladığı, hayat boyu sürecek korunma alışkanlıklarının geliştirildiği bu dönemde, ileride açık havada çalışacak, risk grubunda yer alan denizcilik mesleğinin bir üyesi olan öğrencilere uygun tutum ve davranışlar kazandırılabilir.

KAYNAKLAR

1. Aktürk A., Yıldız D. K., Bilen N., Bayramgüller D., Kıran N., Onyedi M. (2006). Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesine 1996-2003 yılları arasında başvuran deri kanseri olguları. Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology, 16:44-49
2. Toouli J., Russell C., Devitt P., Clark I. C. (2002). Integrated Basic Surgical Science, Edit: Terzi C., Dokuz Eylül Yayınları, Uşak Matbacılık Ltd. Şti, İzmir
3. Jemal A., Siegel R., Ward E., Hao Y., Xu J., Thun M. (2009). Cancer statistics, 2009. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 59: 225-249
4. Hunter S., Love-Jackson K., Abdulla R., Zhu W., Lee J. H., Wells K. J., Roetzheim R. (2010). Sun protection at elementary schools: a cluster randomized trial. Journal of the National Cancer Institute, 102(7): 484-492
5. Koh D., Wang H., Lee J., Chia K. S., Lee H. P., Goh C. L. (2003). Basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma and melanoma of the skin: analysis of the Singapore cancer registry data 1968-1997. British Journal of Dermatology, 148: 1161-1167
6. Li J., Uter W., Pfahlberg A., Gefeller O. (2012). A comparison of patterns of sun protection during beach holidays and everyday outdoor activities in a population sample of young German children. British Journal of Dermatology, 166: 803-810
7. Youl P. H., Janda M., Aitken J. F., DelMar C. B., Whiteman D. C. (2011). Body site distribution of skin cancer, pre-malignant and common benign pigmented lesions excised in general practice. British Journal of Dermatology, 165: 35-43.
8. Ergül Ş., Özeren E. (2011). Sun protection behavior and individual risk factors of Turkish primary school students associated with skin cancer: a questionnaire-based study. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 12: 765-770
9. Uslu M., Karaman G., Şendur N. (2006). Adnan Menderes Üniversitesi hekimlerinin deri kanserleri ve güneşin etkileri konusundaki bilgi düzeyleri ile güneşten korunma davranışlarının değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 7(1): 5-10

10. Ülkür E., Karagöz H., Açikel C., Yüksel F., Çeliköz B. (2005). The recurrence frequency of nonmelanotic skin cancers: a retrospective analysis over 11 years, *Cerrahpaşa Journal of Medicine*, 36:189-193
11. Türkmen A., Berberoğlu Ö., Bekerecioğlu M., Mutaf M. (2010). Deri kanserleri: 10 yıllık değerlendirme. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 16(2): 11-15
12. Peharda V., Gruber F., Kastelan M., Massari L. P., Saftic M., Cabrijan L., Zamolo G. (2007). Occupational skin diseases caused by solar radiation. *Collegium Antropologicum*, 31(1): 87-90
13. Stock M. L., Gerrard M., Gibbons F. X., Dykstra J. L., Weng C. Y., Mahler H. I., Walsh L. A., Kulik J. A. (2009). Sun protection intervention for highway workers: long-term efficacy of uv photography and skin cancer information on men's protective cognitions and behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 38: 225–236
14. Guy G. P., Ekwueme D. U. (2011). Years of potential life lost and indirect costs of melanoma and non-melanoma skin cancer: a systematic review of the literature. *Pharmacoeconomics*, 29: 863–874
15. Karagas M. R., Weinstock M. A., Nelson H. H. (2006). Keratinocyte carcinomas (Basal and Squamous Cell Carcinomas of the Skin). Edit: Schottenfeld D., Fraumeni J. F., *Cancer Epidemiology and Prevention*. 3rd ed., NY: Oxford University Press, New York, 1230-1250
16. Şendur N. (2005). Non-melanoma deri kanserlerinin epidemiyolojisi ve korunma. *Türkiye Klinikleri International Journal of Medical Sciences*, 1(48): 80-84
17. Basra M. K., Shahrukh, M. (2009). Burden of skin diseases. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 9(3):271-83
18. Pearce D., Williford P., Balkrishnan R., Feldman S. R. (2008). Economics of skin cancer. Edit: Nouri K., *Skin cancer*, McGrawHill, 679-686
19. The Society for Investigative Dermatology and The American Academy of Dermatology Association. (2005). Retrieved: 11.05.2014, from <http://www.sidnet.org/files/Burden%20of%20Skin%20Diseases%202004%20Final%20Sept%202005.pdf>
20. Antalya Belediyesi. (2014). Coğrafya. Retrieved: 15.04.2014, from <http://www.antalya.bel.tr/content.asp?MAINMENUID=38&MENUID=97>
21. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi. (2005). Kanser istatistikleri. Retrieved: 23.12.2011, from <http://ketem.org/istatistik.php>

22. Merey K. (2008). Türkiye’de sağlık coğrafyası bakımından kadınlarda görölen beş kanser türünün ilçe bazında dağılımı ve coğrafı ortam ile ilişkisinin belirlenmesi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Coğrafya Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara
23. Heckman C.J., Coups E.J. (2011). Correlates of sunscreen use among high school students: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 11:679
24. Fehér K., Cercato M. C., Prantner I., Dombi Z., Burkali B., Paller J., Ramazzotti V., Sperduti I., Nádası E., Parragi K., Menyhárt I., Natali P. G., Ember I. (2010). Skin cancer risk factors among primary school children: investigations in Western Hungary. *Preventive Medicine*, 51(3-4): 320-4
25. Emmons K.M., Geller A.C., Viswanath V., Rutsch L., Zwim J., Gorham S., Puleo E. (2008). The SunWise policy intervention for school-based sun protection: a pilot study. *Journal of School Nursing*, 24(4): 215-221
26. Maguire-Eisen M., Rothman K., Demierre M.F. (2005). The ABCs of sun protection for children. *Dermatol Nursing*, 17(6): 419-22
27. Uysal A., Özsoy A.S., Ergöl Ş. (2004). Öğrencilerin cilt kanseri risklerinin ve güneş ışınlarından korunmaya yönelik uygulamaların değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 43(2): 95-99
28. Geller A., Rutsch L., Kenausıs K., Zhang Z. (2003). Evaluation of the sunwise school program. *Journal of School Nursing*, 19: 93-99
29. Davis K.J., Cokkinides V.E., Weinstock M.A., O’Connell M.C., Wingo P.A. (2002). Summer sunburn and sun exposure among us youths ages 11 to 18: national prevalence and associated factors. *Pediatrics*, 110(1): 27-35
30. Glanz K., Saraiya M., Wechsler H. (2002). Guidelines for school programs to prevent skin cancer. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 26;51(RR-4): 1-18
31. Walker D.K. (2012). Skin protection for (SPF) kids program: *Journal of Pediatric Nursing*, 27: 233-242
32. Balk S. J., The Council on Environmental Health and Section on Dermatology. (2011). Technical report-ultraviolet radiation: a hazard to children and adolescents. *Pediatrics*, 127(3): 791-817.
33. Geller A. C., Rutsch L., Kenausıs K., Selzer P., Zhang Z. (2003). Can an hour or two of sun protection education keep the sunburn away? evaluation of the environmental protection agency’s sunwise school program. *Environmental Health: A Global Access Science Source*, 3;2(1): 13

34. Boyett T., Leigh D., Wearhens L., Campell R., Durme D.V., Roetzheim R.G. (2002). Sun protection of children at the beach. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 15(3): 112-117
35. Türkiye İstatistik Kurumu. (2013). Çocuk istatistikleri, 2013. Retrieved: 21.04.2014, from <http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KTIID=11&KITAPID=269>
36. Glanz K., Yaroch A.L., Dancel M., Saraiya M., Crane L.A., Buller D.B., Manne S., O'Riordan D.L., Heckman C.J., Hay J., Robinson J.K. (2008). Measures of sun exposure and sun protection practices for behavioral and epidemiologic research: *Archives of Dermatology*, 144(2): 217-222
37. Weinstock M.A., Rossi J.S., Redding C.A., Maddock J.E. (2002). Randomized controlled community trial of the efficacy of a multicomponent stage-matched intervention to increase sun protection among beachgoers. *Preventive Medicine*, 35(6): 584-592
38. Reinau D., Meier C., Gerber N., Hofbauer G.F., Surber C. (2012). Sun protective behaviour of primary and secondary school students in north-western Switzerland: *Swiss Medical Weekly*, 24:142:W13520
39. Stanton W.R., Janda M., Baade P.D., Anderson P. (2004). Primary prevention of skin cancer: a review of sun protection in australia and internationally. *Health Promotion International*, 19(3): 369-378.
40. Suppa M., Cazzaniga S., Fagnoli M.C., Naldi L., Peris K. (2012). Knowledge, perceptions and behaviours about skin cancer and sun protection among secondary school students from central Italy: *Journal of the European Academy of Dermatology*, 27(5): 571-9
41. Saridi M., Pappa V., Kyriazis I., Toska A., Giolis A., Liachapoulou A., Skliros E., Birbas K. (2009). Knowledge and attitudes to sun exposure among adolescents in Korinthos, Greece: *Rural and Remote Health*, 9(4): 1162
42. Norman G., Adams M., Calfas K., Covin J., Sallis J., Rossi J., Redding C.A., Cella J., Patrick K. (2007). A randomized trial of a multicomponent intervention for adolescent sun protection behaviors. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 161: 146-152
43. Kristjansson S., Helgason A., Mansson-Brahme E., Widlund-Ivarson B., Ullen H. (2003). 'You and your skin': a short-duration presentation of skin cancer prevention for teenagers. *Health Education Research*, 18: 88-97
44. Alberg A., Herbst R., Genkinger J., Duszynski K. (2002). Knowledge, attitudes, and behaviors toward skin cancer in maryland youths. *Journal of Adolescent Health*, 31: 372-377

45. Buller D.B., Buller M., Reynolds K.D. (2006). A survey of sun protection policy and education in secondary schools. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 54: 427-432
46. Filiz T.M., Çınar N., Topsever P., Uçar F. (2006). Tanning youth: knowledge, behaviors and attitudes toward sun protection of high school students in Sakarya, Turkey. *Journal of Adolescent Health*, 38: 469-471
47. Buendía-Eisman A., Arias-Santiago S., Moreno-Gimenez J.C., Cabrera-León A., Prieto L., Castillejo I., Conejo-Mir J. (2012). An internet-based programme to promote adequate uv exposure behaviour in adolescents in Spain. *Journal of the European Academy of Dermatology*, 27(4): 442-53
48. Swindler J., Lloyd J., Gil K. (2007). Can sun protection knowledge change behavior in a resistant population?. *Cutis*, 79: 463-470
49. Sjoberg L., Holm L., Ullen H., Brandberg Y. (2004). Tanning and risk perception in adolescents. *Health, Risk and Society*, 6: 81-94
50. Paul C., Tzelepis F., Parfitt N., Girgis A. (2008). How to improve adolescents' sun protection behavior? Age and gender issues. *American Journal of Health Behavior*, 32(4): 387-98
51. Ma F., Collado-Mesa F., Hu S., Kirsner R. (2007). Skin cancer awareness and sun protection behaviors in white hispanic and white non-hispanic high school students in Miami, Florida. *Archives of Dermatology*, 143: 963-988
52. Horsley L., Charlton A., Waterman C. (2002). Current action for skin cancer risk reduction in english schools: pupils' behaviour in relation to sunburn. *Health Education Research*, 17(6): 715-731
53. Balyacı, Ö.E., Koştı, N., Temel, A.B. (2012). Training program to raise consciousness among adolescents for protection against skin cancer through performance of skin self examination. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(10): 5011-7.
54. Reynolds K., Buller D., Yaroch A., Maloy J., Geno C., Cutter G. (2008). Effects of program exposure and engagement with tailored prevention communication on sun protection by young adolescents. *Journal of Health Communication*, 13: 619-636
55. Geller A.C., Shamban J., O'Riordan D.L., Slygh C., Kinney J.P., Rosenberg S. (2005). Raising sun protection and early detection awareness among Florida high schoolers. *Pediatric Dermatology*, 22: 112-118
56. Sümen A., Öncel S. (2014). Deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik öğrencilerle ilgili yapılan çalışmalar: literatür incelemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 7(2): 78-91

57. Dobbinson S., Wakefield M., Hill D., Girgis A., Aitken F.J., Beckmann K., Reeder I. A., Herd N., Fairthorne A., Bowles K. (2009). Avustralyalı adölesan ve erişkinlerin hafta sonu güneşten korunma ve güneş yanığı prevalansı ve belirleyicileri: 2003-2004 yazı. *Journal of American Academy Dermatology*, Türkçe Baskı, 6(1): 1-13
58. Kaymak Y., Tekbaş Ö.F., Şimşek I. (2007). Üniversite öğrencilerinin güneşten korunma ile ilgili bilgi tutum ve davranışları. *Türkderm*, 41: 81-85
59. Kalaycıyan A., Serdaroğlu S. (2003). Güneşten korunma: toplum bilinci, yaklaşım ve eğilimler. *Dermatose*, 3: 159-62.
60. Allı N. (2004). Güneşten korunmada genel prensipler. *Türkiye Klinikleri Journal Cosmetol*, 5: 153-156
61. Glanz K., Saraiya M. (2005). Using evidence-based community and behavioral interventions to prevent skin cancer: opportunities and challenges for public health practice. *Preventing Chronic Disease*, 2 (2): A03
62. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi. Retrieved: 01.06.2012, from <http://nasdonline.org/staticcontent/documents/1000/d000983.pdf>
63. Kelley C.J. (2010). Knowledge and perceived risk of skin cancer among adolescents: a review. A Master's Project Submitted to the Faculty of the College of Nursing, in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science, in the Graduate College the University of Arizona, Arizona
64. Westerdahl J., Ingvar C., Masback A., (2000). Sunscreen use and malignant melanoma. *International Journal of Cancer*, 87(1): 145-150
65. Knowles M.A., Selby P.J. (2005). Introduction to the cellular and molecular biology of cancer. Oxford University, New York
66. Bozzone D.M. (2007). Cancer genetics. Chelsea House, New York
67. Klug W., Cummings M. (2008). Genetik kavramlar. Palme Yayıncılık, Ankara
68. Özekinci S. (2007). Patoloji arşivindeki 10 yıllık kanser olgularının genel değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 34 (3): 164-169
69. Haydaroğlu A., Bölükbaşı Y., Özşaran Z. (2007). Ege Üniversitesi'nde kanser kayıt analizleri: 34134 olgunun değerlendirilmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 22(1): 22-28
70. Bayramgürler D. (2005). Güneş koruyucular ve güneşten korunma. *Türkiye Klinikleri Journal International Medical Sciences*, 1(48): 180-184

71. Sambandan D.R., Ratner D. (2011). Sunscreens: an overview and update. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 64(4): 748-58
72. Ünlü E., Erdem C. (2010). Deri yaşlanmasında korunma ve tedavi yöntemleri. *Dermatoz*, 1(1): 23-31
73. Öztürkcan S., Ermertcan A.T. (2004). Güneş koruyucuları. *Türkiye Klinikleri Journal Cosmetol*, 5(4): 162-166
74. de Gruijl F.R. (1999). Skin cancer and solar UV radiation. *European Journal of Cancer*, 35(14): 2003-9
75. Ceylan C., Öztürk G., Alper S. (2003). Non-melanoma skin cancers between the years of 1990 and 1999 in Izmir, Turkey: demographic and clinicopathological characteristics. *Journal Dermatology*, 30:123
76. Dursun E., Korkmaz H., Bayız Ü., Samim E., Özeri C. (2002). Baş ve boyun bölgesinin melanoma dışı cilt kanserleri, KBB ve BBC Dergisi, 10(3): 156-163
77. Onsun N. (2004). Non-melanom deri tümörleri, *Türkiye Klinikleri Journal Cosmetol* 5(4): 149-152
78. Bataille V., Lens M., Rajpar S. (2011). Non-melanoma deri kanserlerinin epidemiyolojisi, etiyolojisi ve önlenmesi. Edit: Rajpar S., Marsden J. *Deri Kanserleri, Atlas Kitapçılık, Ankara S:5-8*
79. Wagner R. F., Casciato A. D. (2004). Cilt kanserleri. Edit: Casciato A. D., Lowitz B. B. *Klinik Onkoloji El Kitabı, Palme Yayıncılık, Ankara, S:336-348*
80. Baysal V., Yıldırım M., Büyükbaş D., Öztürk H. (2002). Bazal hücreli karsinomada etiyolojik faktörlerin araştırılması, *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 9(3): 10-13
81. Avcı G. (2009). Cilt kanserli hastaların retrospektif gözden geçirilmesi, *Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi*, 17(2): 91-96
82. Atik B., Tan Ö., Tekeş L., Akdeniz N., Türe Ş. (2006). Van yöresi melanom dışı deri kanserlerinin retrospektif analizi. *Van Tıp Dergisi*, 13(4): 126-130
83. Rajpar S., Marsden J. (2011). Yassı hücreli karsinom. Edit: Rajpar S., Marsden J. *Deri Kanserleri. Atlas Kitapçılık, Ankara, S:19-22*
84. Gökalp A., Özgöztaş O. (2005). Deri ve deri altı dokusu, Edit: Gülay H. *Temel Cerrahi ve Sistemik Cerrahi. 1. Baskı, Güven Kitapevi, İzmir, S:887-926*

85. Hegde P. U., Barry G. (2009). Cilt kanserleri ve melanom, Edit: Abraham J., Allegra J. C., Gulley J. Klinik Onkoloji El Kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, S:283-308
86. Chmielowski B., Ribas A., Wagner R. F. (2010). Cilt kanserleri, Edit: Casciato A. D. Klinik Onkoloji El Kitabı. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, S:366-383
87. Güneş Y. Ü., Zaybak A., Eşer İ., Khorshid L. (2007). Sağlıklı bireylerde kanser risk faktörleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 23(2): 13-22
88. Aydemir H. E. (1998). Güneş ışınlarına bağlı kanser oluşumu, Türkiye Klinikleri Journal Cosmatol, 1: 83-85
89. Almahros M., Kurban A.K. (2004). Ultraviolet carcinogenesis in nonmelanoma skin cancer part II: review and update on epidemiologic correlations. Skinmed, 3(3): 132-9
90. Carucci J.A., Leffel D.J. (2003). Basal cell carsinoma. Edit: Freedberg I. M., Eisen A. Z., Wolff K., Austen K. F., Goldsmith L. A., Katz S. I. Fitzpatrick's Dermatoloji in General Medicine. New York, 747-54.
91. Miller S.J., Moresi J.M. (2003). Actinic ceratosis, basal cell carsinoma, squamous cell carsinoma. Edit: Bologna J. L., Jorizzo J. L., Rapini R. P. Dermatology. Edinburgh, 85-93
92. Grossman D., Leffell D.J. (2008). Squamous cell carcinoma. Edit: Freedberg I. M., Eisen A. Z., Wolff K., Austen K. F., Goldsmith L. A., Katz S. I. Fitzpatrick's Dermatoloji in General Medicine. New York, 1028-36
93. Demir G. (2011). Malign melanom. Edit: Erol Ç. İç Hastalıkları Onkoloji. Bölümlenmiş Yeni Baskı, MN Medikal & Nobel Tıp Kitap Sarayı, Ankara
94. Newton J. A. (2011). Melanomanın epidemiyolojisi, etiyolojisi ve önlenmesi. Edit: Rajpar S., Marsden J. Deri Kanserleri. Atlas Kitapçılık, Ankara, S:1-5
95. Karasoy A., Karşıdağ S., Tatlıdede S., Uğurlu K., Özkaya Ö., Kuran İ., Baş L., Aksakal Ö. (2004). Malign melanoma 13 yılda 65 hastadaki deneyimimiz: retrospektif bir çalışma. Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi, 12(3): 153-157
96. Cancer Research UK. (2013). Retrieved: 18.08.2013, from <http://www.cancerrese archuk.org/>
97. Külahcı Y., Zor F., Öztürk S., Eski M., Deveci M., Işık S., Şengezer M. (2007). Yetmiş dokuz malign melanoma olgusunun retrospektif analizi. Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi, 16(1): 15-19

98. Atalay C. A., Yılmaz B. K., Altınok M. (2007). Primeri bilinmeyen malign melanomlarda prognoz. Fırat Tıp Dergisi, 12(1): 56-58
99. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014). Türkiye kanser istatistikleri. Retrieved: 15.05.2014, from http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2009_kanseraporu.pdf
100. Mahon S. M., Yackzan S. G. (2000). Skin cancer. Edit: Yarbrow H. C., Frogge H. M., Goodman M., Groenwald L. S. Cancer Nursing Principles and Practice. Fifth Edition, S:1452-1482
101. Eisen M. M., Rothman K., Demierre M. F. (2005). The ABC sun protection for children. Dermatology Nursing, 17(6): 419-453
102. Lowe J.B., Mc Dermott L.J., Stanton W.R., Clavarino A., Balanda K.P., McWhirter B. (2002). Behavior of caregivers to protect their infants from exposure to the sun in Queensland, Australia. Health Education Research, 17(4): 405-414
103. Uzuner Y.Y. (1998). Deri yaşlanması ve güneş filtreleri. Türkiye Klinikleri Journal Cosmatol, 1: 43-49
104. Süzek H., Karakuş A., Güler Y. (2004). 1998-2002 yılları Muğla ili kanser kayıtlarının değerlendirilmesi. Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi, 1(1): 1-7
105. Kolutek R., Karataş N. (2007). Nevşehir ili Üçhisar kasabasında yaşayan bireylerde kanser risk faktörleri ve erken tanı belirtilerinin saptanması. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal Of Health Sciences), 16(1): 28-39
106. Han J., Qureshi A.A., Prescott J., Guo Q., Ye L., Hunter D.J., de Vivo I. (2009). A prospective study of telomere length and the risk of skin cancer. Journal of Investigative Dermatology, 129(2): 415-421
107. Brouse C.H., Basch C.E., Neugut A.I. (2011). Warning signs observed in tanning salons in New York city: implications for skin cancer prevention. Preventing Chronic Disease, 8(4): A88
108. Ergin A., Bozkurt A.İ., Bostancı M., Önal Ö. (2011). Beş yaşından küçük çocuğu olan annelerin güneşin sağlığa etkisine yönelik bilgi ve davranışlarının belirlenmesi. Pamukkale Tıp Dergisi, 4(2): 72-78
109. Doğan M., Arslan Y.Ü., Tokluoğlu S., Özal G., Selvi H., Utkan G., Akbulut H., Yalçın B., Alkış N., İçli F. (2009). Malign melanomalı doksan hastanın klinikopatolojik değerlendirmesi. Acta Oncologica Turcica, 42: 57-60
110. Küçükünal A., Gökdemir G., Köşlü A., Can G. (2009). Dermatoloji polikliniği hastalarının nevüsler ve güneş ile ilgili bilgi ve görüşlerinin

değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Journal International Medical Sciences, 29(6): 1630-1637

111. Lamb L.A., Halpern A.C., Hwu W.J. (2003). Diagnosis and management of stage II/III melanoma. *Seminars in Oncology Nursing*, 19(1): 22-31.
112. Friedman R.J., Rigel D.S., Kopf A.W. (1985). Early detection of malignant melanoma: the role of physician examination and self-examination of the skin. *A Cancer Journal for Clinicians*, 35(3): 130-51
113. The Skin Cancer Foundation. (2014). Do you know your ABCDEs?. Retrieved: 20.05.2014, from <http://www.skincancer.org/skin-cancer-information/melanoma/melanoma-warning-signs-and-images/do-you-know-your-abcdes#panel1-5>
114. Güneş A.T., Avcı O., Özkan Ş. (1993). *Dermatoskopi*. Edit: Tüzün Y., Serdaroğlu S., Aydemir E. H. *Dermatolojide Gelişmeler II. Teknografik Matbaacılık*, İstanbul, 192-200
115. Anadol R., Akay B.N. (2007). Melanomun dermoskopik bulguları. Tüzün Y. *Dermatolojide gelişmeler 6*. Has Matbaacılık, İstanbul, 76-85
116. Markovic S.N., Erickson L.A., Rao R.D., Weenig R.H., Pockaj B.A., Bardia A., Vachon C.M., Schild S.E., McWilliams R.R., Hand J.L., Laman S.D., Kottschade L.A., Maples W.J., Pittelkow M.R., Pulido J.S., Cameron J.D., Creagan E.T., Melanoma study group of the Mayo Clinic Cancer Center. (2007). Malignant melanoma in the 21st century. part 2: staging, prognosis, and treatment. *Mayo Clinic Proceedings*. 82(4): 490-513
117. Braun R.P., Rabinovitz H., Tzu J.E., Marqhoob A.A. (2009). Dermoscopy research-an update. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 28(3): 165-71
118. Schaffer V. J., Rigel S. D., Kopf W. A., Bolognia L. J. (2004). *Deri melanomu: geçmiş, şimdi ve gelecekte*. *Journal American Academy Dermatology, Türkçe Baskı*, 1(3): 199-202
119. Titus-Ernstoff L., Perry A. E., Spencer S. K., Gibson J., Ding J., Cole B., Ernstoff M. S. (2006). Multiple primary melanoma: two-year results from a population-based study. *Archives of Dermatology*, 142(4): 433-8.
120. Langley R. G. B., Barnhill R. L., Mihm M. C., Fitzpatrick T. B., Sober A. J. (2001). *Neoplasms: cutaneous melanoma*. Edit: Freedberg I. M., Eisen A. Z., Wolff K., Austen K. F., Goldsmith L. A., Katz S. I. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. New York, 917-48

121. Tekin O., Şencan İ. (2010). Deri ve eklerinin renk değişiklikleri: deri kanserlerinin tanı, tedavi ve izleminde aile hekiminin rolü. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics, 1(2): 61-66
122. Hobbs R. F. D. (2011). Deri kanserlerinin tedavisinde birinci basamak ekibinin rolü. Edit: Rajpar S., Marsden J. Deri Kanserleri. Atlas Kitapçılık, Ankara, S:8-13
123. Dişçigil G. (2010). Deri ve eklerinin sağlığı ve korunması. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics, 1(2): 21-25
124. Türk Halk Sağlığı Kurumu. (2014). Retrieved: 25.5.2014, from <http://thsk.saglik.gov.tr/2013-10-01-11-00-51/halk-sagligina-yonelik-bilgiler/343-kanser-erken-teshis-tarama-ketem.html>
125. Kanser Daire Başkanlığı. (2014). Retrieved: 25.5.2014, from http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/2013_tarama_istatistikleri.pdf
126. Janda M., Youl P.H., Lowe J.B., Baade P.D., Elwood M., Ring I.T., Aitken J.F. (2006). What motivates men age ≥ 50 years to participate in a screening program for melanoma?. Cancer, 15;107(4): 815-23
127. American Academy of Dermatology. (2012). What to look for: the ABCDEs of melanoma. Retrieved: 08.07.2013, from <http://www.aad.org/spot-skin-cancer/understanding-skin-cancer/how-do-i-check-my-skin/what-to-look-for/what-to-look-for>
128. American Cancer Society. (2011). Skin cancer prevention and early detection. Retrieved: 08.07.2013, from <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003184-pdf.pdf>
129. Australasian College of Dermatologists. (2012). How to check your skin&moles. Retrieved: 08.07.2013, from http://www.dermcoll.asn.au/public/az_of_skinhow_to_check_your_skin_moles.asp
130. The Skin Cancer Foundation. (2014). Step by step self examination. Retrieved: 24.05.2014, from <http://www.skincancer.org/skin-cancer-information/early-detection/step-by-step-self-examination>
131. Koştu N., Erkin Ö., Temel A.B. (2014). Kendi Kendine Deri Muayenesi (KKDM) formunun Türkçe uyarlaması: geçerlilik çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 7(1): 7-11
132. Hawk J.L.M. (2003). Cutaneous photoprotection. Archives of Dermatology, 139: 527-30

133. Ting W.W., Vest C.D., Sontheimer R. (2003). Practical and experimental consideration of sun protection in dermatology. *International Journal of Dermatology*, 42(7): 505-13
134. Rosen C.F. (2003). Topical and systemic photoprotection. *Dermatology Therapy*, 16: 8-15
135. Seyhan M. (2004). Güneşten korunmada giysilerin rolü. *Türkiye Klinikleri Journal Cosmetol*, 5: 157-161
136. Menter J. M., Hatch K. L. (2003). Clothing as solar radiation protection. *Current Problems in Dermatology*, 31: 50-63
137. Gambicher T., Altmeyer P., Hoffmann K. (2002). Role of clothes in sun protection. *Recent Results Cancer Resarch*, 160: 15-25
138. Baz K., Köktürk A., İkizoğlu G., Buğdaycı R., Kaya T., Koca A. (2003). Erişkinlerin çocuklarını güneşten koruma bilinç ve alışkanlıkları, *Türkiye Klinikleri Dermatoloji*, 13: 101-107
139. Sarıcaoğlu H. (2004). Güneşlenme sonrasında deri bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal Cosmetol*, 5: 186-190
140. Akay N. B., Kundakçı N. (2010). Erkeklerde güneşten koruyucu kullanımı. *Türkiye Klinikleri Journal Cosmetol Dermatology Special Topics*, 3(1): 61-64
141. İlter N., Öztaş M.O., Adışen E., Gürer M.A., Keseroğlu Ö., Ünal S., Kırac B, Yüksek J., Kevlekçi C., Çetinkünar D., Öztürk B., Eroğlu N. (2009). Ankara’da bir alışveriş merkezinde yapılan nevüs taramasında popülasyonun güneşten korunma alışkanlıkları ve melanositik nevüslerin değerlendirilmesi. *Türkderm*, 43: 155-159
142. Wulf H.C., Stender I.M., Lock-Andersen J. (1997). Sunscreens used at the beach do not protect against erythema: a new definition of SPF is proposed. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*, 13(4): 129-32
143. Utaş S. (2004). Çocuklarda güneşten korunma, *Türkiye Klinikleri Journal Cosmetol*, 5(4) :182-185
144. Akın S. (2012). Kronik hastalıklarda primer ve sekonder korunma. Edit: Durna Z. *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, 9-23
145. Sağlık Bakanlığı. (2009). Türkiye’de kanser kontrolü. Edit: Tuncer, A.M., Özgül, N., Olcayto, E., Gültekin, M., Retrieved: 16.04.2014, from <http://onkofar.com/vImages/pdfler/2009Turkiyedekanserkontrolu.pdf>

146. Andsoy I.I., Gül A., Şahin A.O., Karabacak H. (2013). What Turkish nurses know and do about skin cancer and sun protective behavior. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(12): 7663-8
147. Tappe M.K., Allensworth D.D., Grizzell J. (2012). Okullarda ve üniversitelerde sağlığı geliştirme. Edit: Fertman C.I., Allensworth D.D. Sağlığı geliştirme programları. Ankara, 313-340
148. Kolbe L. (2002). Education reform and the goals of modern school health programs. *The State Education Standard*, 3(4): 4-11
149. Tappe M.K., Wilbur K.M., Telljohann S.K., Jensen M.J. (2009). Articulation of the national health education standards to support learning and healthy behaviors among students. *American Journal of Health Education*, 40(4): 245-253
150. Kaya N. (2008). Yaşam Modeli. Edit: Babadağ, K., Aştı, T. Hemşirelik esasları uygulama rehberi. İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul, 1-7
151. Fabris M.R., Durães E.S., Martignago B.C., Blanco L.F., Fabris T.R. (2012). Assessment of knowledge of skin cancer prevention and its relation with sun exposure and photo protection amongst gym academy members on the south of Santa Catarina, Brazil, 87(1): 36-43
152. Glanz K., Schoenfeld E.R., Steffen A. (2010). A randomized trial of tailored skin cancer prevention messages for adults: project SCAPE. *American Journal Public Health*, 100(4): 735-741
153. Kyle R.G., Macmillan I., Forbat L., Neal R.D., O'Carroll R.E., Haw S., Hubbard G. (2014). Scottish adolescents' sun-related behaviours, tanning attitudes and associations with skin cancer awareness: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2014;4:e005137
154. Wright C., Reeder A.I., Gray A., Cox B. (2008). Child sun protection: sun related attitudes mediate the association between children's knowledge and behaviours. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 44: 692-698
155. LaBat K., DeLong M., Gahring S.H. (2005). A longitudinal study of sun-protective attitudes and behaviors. *Family Practice Residency Journal*, 33: 240-254
156. Turgay A.S., Sari D., Can M., Genç R.E. (2005). Determination of sunburn and skin cancer risk of outpatients in a dermatology polyclinic. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 6(2): 143-149
157. The David Cornfield Melanoma Fund. (2012). Dear 16 year old me. Retrieved: 18.01.2013, from <http://dcmf.ca/category/from-the-film>

158. Gürsel A.O., Kucur C., Karavuş A. (2010). Saçlı deride ve boyunda yerleşimli multipl bazal hücreli karsinom. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 44(3): 113-115
159. Haktanır T.N., Yazıcı S. (2008). Ebeveynlerin sosyal, ekonomik ve kültürel düzeylerinin çocukları güneşin zararlı etkilerinden koruma üzerine etkileri. Çocuk Dergisi, 8(3): 160-165
160. Niendorf K.B., Tsao H. (2006). Cutaneous melanoma: family screening and genetic testing. Dermatol Therapy, 19(1): 1-8
161. Armstrong B.K., Krick A. (2001). The epidemiology of UV induced skin cancer. The Journal of Photochemistry and Photobiology B, 63(1-3): 8-18
162. Dulon M., Weichenthal M., Blettner M., Breitbart M., Hetzer M., Greinert R., Baumgardt-Elms C., Breitbart E.W. (2002). Sun exposure and number of nevi in 5 to 6 year old European children. Journal of Clinical Epidemiology, 55(11): 1075-81
163. Tüzün Y., Güner M.A., Serdaroğlu S., Oğuz O., Aksungur V.L. (2008). Dermatoloji. Cilt 2., 3. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 1775-84
164. Wong C.S., Strange R.C., Lear J.T. (2003). Basal cell carcinoma. BMJ, 327(7418): 794-8
165. Corona R., Dogliotti E., D'Errico M., Sera F., Iavarone I., Baliva G., Chinni L.M., Gobello T., Mazzanti C., Puddu P., Pasquini P. (2001). Risk factors for basal cell carcinoma in a mediterranean population: role of recreational sun exposure early in life. Archives Dermatology, 137(9): 1162-8
166. Özpoyraz M., Yücel A. (2004). Ultraviyole ve fotoyaşlanma. Türkiye Klinikleri Kozmetoloji Dergisi, 5(4): 145-148
167. Berwick M. (2011). The good, the bad, and the ugly of sunscreens. Clinical Pharmacology & Therapeutics, 89(1): 31-3
168. Holly E.A., Aston D.A., Cress R.D., Ahn D.K., Kristiansen J.J. (1995). Cutaneous melanoma in women. I. exposure to sunlight, ability to tan, and other risk factors related to ultraviolet light. American Journal of Epidemiology, 141(10): 923-33
169. Grichnik J.M., Rhodes A.R., Sober A.J. (2008). Benign neoplasias and hyperplasias of melanocytes. Edit: Goldsmith L.A., Katz S.I., Gilchrist B.A., Paller A.S., Leffell D.J., Wolff K. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. McGrawHill, NewYork, 1099-122

170. Gilaberte Y., Alonso J.P., Teruel M.P., Granizo C., Gállego J. (2008). Evaluation of a health promotion intervention for skin cancer prevention in Spain: the SolSano program. *Health Promotion International*, 23(3): 209-19
171. de Vires H., Lezwijn J., Hol M., Honing C. (2005). Skin cancer prevention: behaviour and motives of Dutch adolescents. *European Journal of Cancer Prevention*, 14(1): 39-50
172. Yurtseven E., Ulus T., Vehid S., Köksal S., Bosat M., Akkoyun K. (2012). Assessment of knowledge, behaviour and sun protection practices among health services vocational school students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(7): 2378-85
173. Harrison S.L., Saunders V., Nowak M. (2007). Baseline survey of sun-protection knowledge, practices and policy in early childhood settings in Queensland, Australia. *Health Education Research*, 22(2): 261-71
174. Spradlin K., Bass M., Hyman W., Keathley R. (2010). Skin cancer: knowledge, behaviors, and attitudes of college students. *Southern Medical Journal*, 103(10): 999-1003
175. Patel S.S., Nijhawan R.I., Stechschulte S., Parmet Y., Rouhani P., Kirsner R.S., Hu S. (2010). Skin cancer awareness, attitude, and sun protection behavior among medical students at the University of Miami Miller School of Medicine: *Archives Dermatology*, 146(7): 797-800
176. Bilginer G., Kandemir T., Taş Ö., Atikcan D.T., Koç H., Özkan O.C., Özcan D. (2012). Başkent üniversitesi tıp fakültesi dönem II ve III öğrencilerinin güneşten korunma bilincinin eğitici seminer öncesi ve sonrasında değerlendirilerek karşılaştırılması. Retrieved: 13.04.2014, from <http://tip.baskent.edu.tr/egitim/mezuniyetoncesi/calismagrp/ogrsmpzsnm14/14.S12.pdf>
177. Hawkes A.L., Hamilton K., White K.M., McD Young R. (2012). A randomised controlled trial of a theory-based intervention to improve sun protective behaviour in adolescents ('you can still be HOT in the shade'): study protocol. *BMC Cancer*, 3;12:1
178. Sancho-Garnier H., Pereira B., Césarini P. (2012). A cluster randomized trial to evaluate a health education programme "Living with Sun at School". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(7): 2345-2361
179. Stöver L.A., Hinrichs B., Petzold U., Kuhlmei H., Baumgart J., Parpart C., Rademacher O., Stockfleth E. (2012). Getting in early: primary skin cancer prevention at 55 German kindergartens. *British Journal of Dermatology*, 2: 63-9

180. Roetzheim R.G., Love-Jackson K.M., Hunter S.G., Lee J.H., Chen R., Abdulla R., Wells K.J. (2011). A cluster randomized trial of sun protection at elementary schools. Results from year 2. *American Journal of Preventive Medicine*, 41(6): 615-8
181. Quéreux G., Nguyen J.M., Volteau C., Dréno B. (2009). Prospective trial on a school-based skin cancer prevention Project. *European Journal of Cancer Prevention*, 18(2): 133-44
182. Rouhani P., Parmet Y., Bessell A.G., Peay T., Weiss A., Kirsner R. S. (2009). Knowledge, attitudes, and behaviors of elementary school students regarding sun exposure and skin cancer. *Pediatric Dermatology*, 26(5): 529-35
183. Cercato M.C., Nagore E., Ramazzotti V., Guillén C., Terrenato I., Villena J., Lomuscio M., Natali P.G., Schünemann H.J. (2008). "Self and parent-assessed skin cancer risk factors in school-age children". *Preventive Medicine*, 47(1): 133-5
184. Livingston P.M., White V., Hayman J., Dobbinson S. (2007). Australian adolescents' sun protection behavior: who are we kidding?. *Preventive Medicine*, 44(6): 508-520
185. Naldi L., Chatenoud L., Bertuccio P., Zinetti C., Di Landro A., Scotti L., La Vecchia C.; Oncology Cooperative Group of the Italian Group for Epidemiologic Research in Dermatology (GISED). (2007). Improving sun-protection behavior among children: results of a cluster-randomized trial in Italian elementary schools. The "SoleSi SoleNo-GISED" Project. *Journal of Investigative Dermatology*, 127(8): 1871-7
186. Gritz E.R., Tripp M.K., James A.S., Carvajal S.C., Harrist R.B., Mueller N.H., Chamberlain R.M., Parcel G.S. (2005). An intervention for parents to promote preschool children's sun protection: effects of Sun Protection is Fun!. *Preventive Medicine*, 41(2): 357-66
187. Stankeviciūte V., Zaborskis A., Petrauskiene A., Valiukeviciene S. (2004). Skin cancer prevention: children's health education on protection from sun exposure and assessment of its efficiency. *Medicina*, 40(4): 386-393
188. Saridi M., Bourdaki E., Rekleiti M. (2014). Young students' knowledge about sun protection and its relation with sunburn incidence. A systematic review. *Health Science Journal*, 8(1): 4-21
189. Cokkinides V., Weinstock M., Glanz K., Albano J., Ward E., Thun M. (2006). Trends in sunburns, sun protection practices, and attitudes toward sun exposure protection and tanning among US adolescents, 1998-2004. *Pediatrics*, 118(3): 853-64

190. Ocana-Riola R., Martinez-Garcia C., Serrano S., Buendia-Eisman A., Ruiz-Baena C., Canela-Soler J. (2001). Population-based study of cutaneous malignant melanoma in the Granada province (Spain), 1985–1992. *European Journal of Epidemiology*, 17(2): 169-174
191. Nieto A., Ruiz-Ramos M., Abdel-Kader L., Conde M., Camacho F. (2003). Gender differences in rising trends in cutaneous malignant melanoma in Spain, 1975-98. *British Journal of Dermatology*, 148(1): 110-6
192. Stinco G., Favot F., Quinkenstein E., Zanchi M., Valent F., Patrone P. (2005). Children and sun exposure in the northeast of Italy. *Pediatric Dermatology*, 22: 520-524
193. Saraiye M., Glanz K., Briss P., Nichols P., White C., Das D. (2003). Preventing skin cancer findings of the task force on community preventive services on reducing exposure to ultraviolet light. *MMWR Recommendations and Reports*, 52(RR15): 1-12
194. de Vries H., Willems K., Mesters I., Reubsaet A. (2006). Skin cancer prevention behaviours during summer holidays in 14 and 18-year-old Belgian adolescents. *European Journal of Cancer Prevention*, 15(5): 431-8
195. Türkiye İstatistik Kurumu. (2013). Eğitim istatistikleri. Retrieved: 25.04.2014, from <http://www.tuik.gov.tr>
196. Köktürk A., Baz K., Buğdaycı R., Kaya T., Koca A., İkizoğlu G. (2002). Dermatoloji polikliniğine başvuran hastalarda güneşten korunma bilinci ve alışkanlıkları. *Türkiye Klinikleri Dermatoloji*, 12:198-203
197. Cardinez C.J., Cokkinides V.E., Weinstock M.A., O'Connell M.C. (2005). Sun protective behaviors and sunburn experiences in parents of youth ages 11 to 18. *Preventive Medicine*, 41(1): 108-17
198. Baron-Epel O., Azizi E. (2003). The association between counseling, sun protection, and early detection of skin cancer in middle-aged Israelis. *Cancer Detection and Prevention*, 27(5): 338-44
199. Kaptanoğlu A.F., Dalkan, C., Hıncal, E. (2012). Kuzey Kıbrıs Türk Toplumunda güneşten korunma: ilkökul çağı çocukları ve ailelerinin güneşten korunma ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Türkderm*, 46: 121-9
200. Gordon B., Mackay R., Rehfuss E. (2002). Global solar UV index, an educational tool to reduce risks of skin cancer and cataract. In: *Who Chronicle*. Geneva: World Health Organization
201. Molgó M., Castillo C., Valdés R., Romero W., Jeanneret V., Cevo T., Torres C., Silva P., Flores L., Riquelme A., Ayala M.F., González F., Hasbún M. T.,

- Baladrón M.J. (2005). Sun exposure behaviors and knowledge among Chileans. *Revista Medica de Chile*, 133(6): 662-6
202. Benvenuto-Andrade C., Zen B., Fonseca G., de Villa D., Cestari T. (2005). Sun exposure and sun protection habits among high-school adolescents in Porto Alegre, Brazil. *Photochemistry and Photobiology*, 81(3): 630-5
 203. Olson A.L., Gaffney C., Starr P., Gibson J.J., Cole B.F., Dietrich A.J. (2007). SunSafe in the Middle School Years: a community-wide intervention to change early-adolescent sun protection. *Pediatrics*, 119(1): 247-56
 204. Renzi C., Mastroeni S., Mannooranparampil T.J., Passarelli F., Caggiati A., Pasquini P. (2008). Skin cancer knowledge and preventive behaviors among patients with a recent history of cutaneous squamous cell carcinoma. *Dermatology*, 217(1): 74-80
 205. Jones S.B., Beckmann K., Rayner J. (2008). Australian primary schools' sun protection policy and practice: evaluating the impact of the National SunSmart Schools Program. *Health Promotion Journal of Australia*, 19(2): 86-90
 206. Emertcan A.T., Öztürkcan S., Dinç G., Yurtman D., Pala T., Şahin M.T. (2005). Sunscreen use and sun protection practices in student and personel of Celal Bayar University. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 21(4): 191-7
 207. The Cancer Council Australia. (2007). National cancer prevention policy 2007-2009: preventable risk factors - ultraviolet radiation NSW: The Cancer Council Australia. Retrieved: 11.10.2012, from <http://www.cancersa.org.au/cmsresources/position%20statements/NCPP0709UVradiation.pdf>
 208. Horsham C., Auster J., Sendall M. C., Stoneham M., Youl P., Crane P., Tenkate T., Janda M., Kimlin M. (2014). Interventions to decrease skin cancer risk in outdoor workers update to a 2007 systematic review. *BMC Research Notes*, 7;7:10
 209. Azorin J.C., Stoeber-Delbarre A. (2007). L'éducation promotrice de santé des enfants de 3 à 11 ans: in au delà de l'information la prévention, Edit: Sancho-Garnier, H., Springer. Paris, France
 210. Gómez-Moyano E., de Ramón E., Martínez-García S., Gómez R., Crespo-Erchiga V., Crespo A., Ojeda A. (2010). Impact of melanoma diagnosis on sun protection. *Actas Dermosifiliograficas*, 101(6): 506-16
 211. Reeder A.I., Jopson J.A., Gray A. (2012). Sun protection policies and practices in New Zealand primary schools. *The New Zealand Medical Journal*, 10;125(1349): 70-82

- 212.** Geller A.C, Zwirn J., Rutsch L., Gorham S.A, Viswanath V., Emmons K.M. (2008). Multiple levels of influence in the adoption of sun protection policies in elementary schools in Massachusetts, *Archives of Dermatology*, 44(4): 491-6
- 213.** Kirsner R.S., Parker D.F., Brathwaite N., Thomas A., Tejada F., Trapido E.J. (2005). Sun protection policies in Miami-Dade County public schools: opportunities for skin cancer prevention. *Pediatric Dermatology*, 22(6): 513-9
- 214.** Nyiri P. (2005). Sun protection in Singapore's schools. *Singapore Medical Journal*, 46(9): 471-5
- 215.** Eakin P., Maddock J., Techur-Pedro A., Kaliko R., Derauf D.C. (2004). Sun protection policy in elementary schools in Hawaii. *Preventing Chronic Disease*, 1(3): A05

ÖZGEÇMİŞ

Adem SÜMEN, 1985 yılında Antalya'nın Kaş ilçesinde doğdu. İlk ve ortaöğretimini Kaş'ta tamamladı. 2002 yılında Kale Anadolu Lisesi'nden mezun oldu. 2003 yılında Muğla Üniversitesi Fethiye Sağlık Yüksekokulu Sağlık Memurluğu Bölümü'nü kazandı. Lisans öğreniminden 2007 yılında derece ile mezun oldu. Mezuniyet sonrasında kısa süreli Antalya'da özel bir hastanede ve Konya ili Akşehir Devlet Hastanesi'nde çalıştı. 2008 yılından beri Antalya ili Manavgat Devlet Hastanesi'nde acil servis hemşiresi olarak görevini sürdürmektedir. 2011 yılında Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne bağlı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans programını kazandı.

EKLER

MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ İZİN YAZISI



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

05.12.2012 * 31971

Sayı : B.08.4.MEM.0.07.20.02-605.01/
Konu : Anket Uygulaması



AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
ANTALYA

İlgi: 15.11.2012 tarihli ve 19471 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirtilen, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Adem SÜMEN'in "Denizcilik Lisesi Öğrencilerine Cilt Kanseri Yönelik Verilen Eğitimin Bilgi ve Davranışlarına Etkisi" adlı yüksek lisans tez projesi ile ilgili Antalya İl Millî Eğitim Müdürlüğüne bağlı Konyaaltı İlçesi Fettah Tamince Denizcilik Anadolu Meslek Lisesi ve Manavgat İlçesi Ticaret ve Sanayi Odası Denizcilik Anadolu Meslek Lisesinde uygulama ile ilgili isteği "Millî Eğitim Bakanlığına Bağlı Okul ve Kurumlarda Yapılacak Araştırma, Yarışma ve Sosyal Etkinlik İzinlerine Yönelik İzin ve Uygulama Genelgesi" gereğince Müdürlüğümüz inceleme komisyonu tarafından değerlendirilerek uygun görülmüş olup, Valilik Makamının 29.11.2012 tarihli ve 31426 sayılı onayı ve uygulanacak veri toplama araçları Müdürlüğümüzce onaylanarak ekte gönderilmiştir.

Bakanlığımızın ilgili Genelgesi gereği araştırmanın bitiminde sonuç raporunun iki örneğinin CD ortamında Müdürlüğümüz Ar-Ge bürosuna gönderilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Mehmet KARAKAŞ
Müdür a.
Müdür Yardımcısı

EKLER:
1-Onay (1 adet)
2-Anket (7 sayfa)

	Antalya İl Millî Eğitim Müdürlüğü Soğuksu Mah. Hamidiye Cad. Bilgi için: Telefon: (0 242) 238 60 00 (pbx) Faks : (0 242) 238 61 11 E-posta: projeler07@meb.gov.tr				
--	--	--	--	--	--



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

26.11.2012* 31426

Sayı : B.08.4.MEM.0.07.20.02-605.01/
Konu : Anket Uygulaması

VALİLİK MAKAMINA
ANTALYA

Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü, Sağlık Bilimler Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Adem SÜMEN' in "Denizcilik Lisesi Öğrencilerine Cilt Kanseri Yönelik Verilen Eğitimin Bilgi ve Davranışlarına Etkisi" başlıklı dönem projesi ile ilgili Antalya İl Millî Eğitim Müdürlüğüne bağlı Konyaaltı İlçesi Fethiye Meslek Lisesinde uygulama isteği ile ilgili 15.11.2012 tarihli ve 19471 sayılı yazıları, ekinde gönderilen araştırma uygulaması anket formları, İl Millî Eğitim Müdürlüğü Araştırma Değerlendirme ve İnceleme komisyonumuz tarafından, 26.11.2012 tarihinde toplanarak "Millî Eğitim Bakanlığına Bağlı Okul ve Kurumlarda Yapılacak Araştırma, Yarışma ve Sosyal Etkinlik İzinlerine Yönelik İzin ve Uygulama Genelgesi" esaslarına uygun olduğu tespit edilmiştir.

Komisyonumuzca söz konusu, tez çalışması ve veri toplama aracı görüşme formu uygulamalarının Antalya İl Millî Eğitim Müdürlüğüne bağlı Kepez İlçesi Atatürk Anadolu Teknik ve Endüstri Meslek Lisesinde "Teknik ve Meslek Liselerinde Kültür Derslerine İlişkin Yönetici, Öğretmen ve Öğrenci Görüşleri" başlıklı tez çalışmasını, Okul Müdürlüğünün bilgisi dahilinde, ilgili Yönergeye göre, çalışma takvimi doğrultusunda eğitim-öğretimi aksatmadan yapılması uygun görülmüştür.

Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.

Osman Nuri GÜLAY
İl Millî Eğitim Müdürü

OLUR

26/11/2012

Turan ERGEN

Vali Yardımcısı



Antalya İl Millî Eğitim Müdürlüğü
Soğuksu Mah. Hamidiye Cad.
Bilgi için:
Telefon: (0 242) 238 60 00 (pbx)
Faks : (0 242) 238 61 11
E-posta: projeler07@meb.gov.tr



ETİK KURUL İZİN YAZISI



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : B.30.2.AKD.0.20.05.05/154
Konu : Bütçe Onay Kararı

14/08/2012



Sayın Doç.Dr. Selma ÖNCEL
Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

Kurul'a başvurmuş olduğunuz "Denizcilik Lisesi Öğrencilerine Cilt Kanseri Konusunda Verilen Eğitimin Bilgi ve Davranışlarına Etkisi" adlı çalışmanın yapılmasında etik açıdan **sakinca olmadığına**, destekleyici kuruluş olan Üniversitemiz Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi'nin konuya ilişkin kararının Kurul'a ulaştırılması sonucunda "**Onay**" formunun tarafınıza gönderilmesine karar verildi.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Oktay DİNÇ
Dekan

Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA
Tel : (242)249 69 54
Faks : (242) 249 69 03
e-posta : etik@akdeniz.edu.tr

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.AKD.0.20.05.05/

07/08/2012

Konu:

KARAR

Kurulun Adı, Adresi

:Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu ,
Dumlupınar Bulvarı: Kampüs
07070/ANTALYA

Toplantı Tarihi ve Karar No

: 07.08.2012/234

Araştırmanın tam Adı

:"Denizcilik Lisesi Öğrencilerine Cilt Kanseri Konusunda Verilen Eğitimin Bilgi ve Davranışlarına Etkisi"

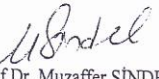
Sorumlu araştırmacının ismi

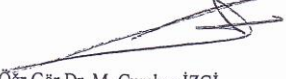
: Doç.Dr. Selma ÖNCEL

Sorumlu Araştırmacı Doç.Dr. Selma ÖNCEL tarafından yürütülecek olan "Denizcilik Lisesi Öğrencilerine Cilt Kanseri Konusunda Verilen Eğitimin Bilgi ve Davranışlarına Etkisi" adlı çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca olmadığı kararı alınmıştır.

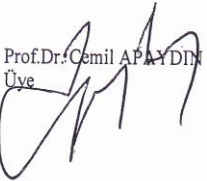
Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.


Prof.Dr. Şahin YAZAR
Başkan


Prof.Dr. Muzaffer SİNDEL
Başkan Yardımcısı

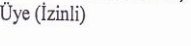

Öğr.Gör.Dr. M. Cumhur İZGİ
Raportör


Prof.Dr. Sebahat GÖZÜM
Üye

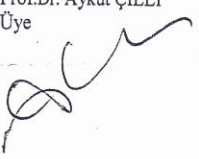

Prof.Dr. Cemil APAYDIN
Üye


Prof.Dr. Metin ERKİLİÇ
Üye

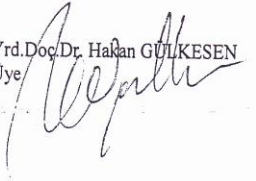

Prof.Dr. A. Gökhan ARSLAN
Üye


Prof.Dr. Burhan SAVAŞ
Üye (İzinli)


Prof.Dr. Hakan ÖZDEMİR
Üye


Prof.Dr. Aykut ÇİLLİ
Üye


Doç.Dr. Aygen YILMAZ
Üye


Yrd.Doç.Dr. Hakan GÜLKESEN
Üye

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**DENİZCİLİK LİSESİ ÖĞRENCİLERİNE CİLT KANSERİ KONUSUNDA
VERİLEN EĞİTİMİN BİLGİ VE DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

Sevgili öğrenciler;

Ben Adem Sümen, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim. “Denizcilik Lisesi Öğrencilerine Cilt Kanseri Konusunda Verilen Eğitimin Bilgi ve Davranışlarına Etkisi”ni belirlemek amacı ile bir çalışma yapmaktayım. Bu çalışmanın lise öğrencilerinin deri kanserinden korunmada farkındalıklarının artırılmasında yararlı olacağını düşünüyorum. Anket sorularının yanıtlanması yaklaşık 20-30 dakikanızı alacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Katılıp katılmama sizin vereceğiniz bir karardır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Katılmaya karar verdiğinizde bir neden göstermeksizin istediğiniz zaman araştırmadan ayrılabilirsiniz.

Sizden alınan tüm bilgiler bir tez çalışması olan bu bilimsel araştırmada veri olarak kullanılacak ve gizli tutulacaktır. Bu amaçların dışında bu veriler kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma kesinlikle size zarar vermeyecektir. İmzalı bu soru formunun bir kopyası size verilecektir. Araştırmaya katılmaya karar verdiğinizde konu ile ilgili soruları yanıtlayabilirsiniz. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkileyeceği için objektif olmanızı ve soruların tümünü cevaplamanızı rica ederim.

Lütfen her soruyu dikkatle okuyup, içtenlikle cevaplayınız. Sizin için en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Duyarlılığınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

Hemşire Adem SÜMEN
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

Katılımcının:
Adı- Soyadı
İmzası

SORU FORMU

1. Yaşınız?

2. Cinsiyetiniz?

a () Erkek

b () Kadın

3. Sınıfınız:

4. Bölümünüz

a () Denizcilik

b () Gemi Yapımı

5. En uzun süre yaşadığınız yer?

a () Köy

b () İlçe

c () İl

6. Babanızın eğitim durumu nedir?

a () Okur yazar değil

b () Okur yazar

c () İlkokul mezunu

d () Ortaokul mezunu

e () Lise mezunu

f () Üniversite mezunu

7. Annenizin eğitim durumu nedir?

a () Okur yazar değil

b () Okur yazar

c () İlkokul mezunu

d () Ortaokul mezunu

e () Lise mezunu

f () Üniversite mezunu

8. Babanızın mesleği

9. Annenizin mesleği

10. Ailenizin aylık gelir düzeyi?

a () Gelir giderden az b () Gelir gidere eşit c () Gelir giderden fazla

11. Daha önce deri kanseri veya güneşten korunmayla ilgili hiç bilgi aldınız mı?

a () Hayır (Soru 12'ye geçiniz.)

b () Deri kanseri ile ilgili aldım.

c () Güneşten korunmayla ilgili aldım.

d () Her ikisi ile ilgili aldım.

12. Bilgi kaynağınız neydi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

a () Ailem

b () Okul

c () Dergi/Gazete

d () TV/İnternet

e () Arkadaşlarım

f () Sağlık çalışanı

g () Diğer (Belirtiniz).....

13. “Güneşten korunma” konusu siz ve ailenizin arasında sohbet konusu oldu mu?

a () Evet, ailem beni güneş ışınlarının tehlikeleri ve aktif güneşten korunma yolları (örneğin; güneş koruyucu krem kullanma, gölgede kalmak ve şapka giymek) hakkında bilgilendirdi.

b () Evet, ailem beni güneş ışınlarının tehlikeleri hakkında bilgilendirdi ama davranışlarıma karışmazlar.

c () Güneşten korunma konusu benim ve ailem arasında hiç sohbet konusu olmadı.

14. Sa renginiz?

a () Sarışın b () Kızıl c () Kahverengi d () Siyah

15. Gz renginiz?

a () Mavi/Yeşil b () Ela c () Kahverengi d () Siyah

16. Vücudunuzda ben var mı? Varsa kaç tane ben var? (*Ben yoksa 20. soruya geçiniz*)

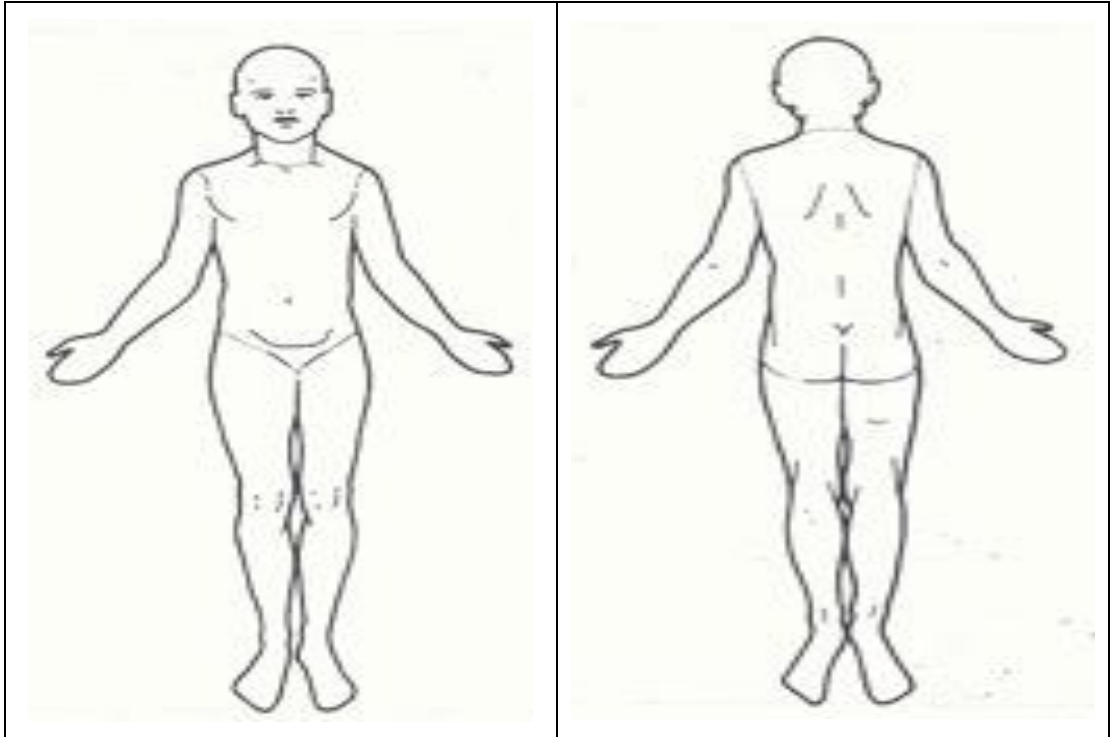
a () Hiç ben yok

b () 10 ve altı

c () 10-30 arası

d () 30 ve zeri

17. Benlerin çoğunlukla vücudunuzun neresinde olduğunu aşağıdaki şekiller üzerinde işaretleyiniz.



18. Benlerinizi herhangi bir değişiklik açısından kontrol eder misiniz?

a () Hayır

b () Evet düzenli olarak kontrol ederim.

c () Bazen aklıma geldikçe kontrol ederim.

d () Ailem/arkadaşım/sağlık personeli/ beni uyarıp söylediği zaman kontrol ederim.

19. Benlerinizi ne tür değişiklikler yönünden kontrol edersiniz? (*Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.*)

a () Şekil değişikliği (büyüme)

b () Renk değişikliği (koyulaşma)

c () Kaşıntı

d () Kanama-kabuklanma

e () Sayısında artış

	<u>Evet</u>	<u>Hayır</u>
20. Vücudunuzda doğum lekeniz var mı?	()	()
21. Vücudunuzda çiller var mı?	()	()
22. Günlük bir saatten fazla, korunmasız güneş altında, açık alanda/ dışarıda kalıyor musunuz?	()	()
23. Ailenizde (anne, baba, kardeş) deri kanseri olan var mı?	()	()

24. Lütfen aşağıdaki tabloya göre deri tipinizi belirleyin.

a () Deri tipi I

b () Deri tipi II

c () Deri tipi III

d () Deri tipi IV

e () Deri tipi V

f () Deri tipi VI

	Deri tipi I	Deri tipi II	Deri tipi III	Deri tipi IV	Deri tipi V	Deri tipi VI
						
Göz	Mavi Yeşil Nadiren kahverengi	Mavi Yeşil Nadiren kahverengi	Mavi Yeşil Kahverengi	Kahverengi	Koyu Kahverengi	Koyu Kahverengi
Saç	Kızıl Sarışın	Sarışın Açık kahverengi	Kahverengi Koyu kahverengi	Kahverengi Koyu kahverengi	Siyah	Siyah
Deri	Çok parlak Çilli	Parlak Sık çilli	Orta parlaklıkta	Kahverengimsi	Kahverengi	Siyah
Bronzlaşma	Asla	Bazen	Orta derece	Kolaylıkla	Çok kolay	Kolay

25. Son bir yıl içinde hiç güneş yanığı oldunuz mu? Eğer olduysa ne sıklıkta?

a () Hayır geçen yıl hiç güneş yanığı olmadı

b () Evet bir kez

c () Evet iki kez

d () Evet 3 ve üzeri

26. Oluşan güneş yanığını nasıl tanımlarsınız?

a () Deride hafif kızarıklık, ağrısız

b () Deride kızarıklık, hassas, dokunmakla ağrı veren

c () Deride kızarıklık, kabarcık oluşan, acı veren

27. Aşağıdaki resimlerdeki kişilerden hangisi güneş yanığı oluşmaması için en iyi korunmayı yapmalıdır?



1 ()

2 ()

3 ()

4 ()

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
28. Ultraviyole ışınları (Güneş ışınları) deri kanserine neden olur.	()	()	()
29. Ultraviyole ışınları (Güneş ışınları) derinin erken yaşlanmasına sebep olur.	()	()	()
30. Bulutlu bir günde bile güneş yanığı oluşabilir.	()	()	()
31. Güneş koruyucu kremlerin faktörleri yükseldikçe daha iyi koruma sağlar.	()	()	()
32. Güneş koruyucu faktörü 10 olan bir güneş koruyucu kullanırsanız güneş yanığı oluşmaması için 10 saat güneş altında kalabilirsiniz.	()	()	()
33. Bir şemsiye kullanarak ve gölgede kalarak güneş ışınlarından korunabiliriz.	()	()	()
34. Kum, güneş ve deniz deri kanseri/deride lekelenmeler için tehlike oluşturabilir.	()	()	()

35. Güneş koruyucular ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?

a () Güneş koruma faktörü içeren güneş kremleri açık tenli kişiler için tavsiye edilir.

b () Güneş koruma faktörü içeren güneş kremleri orta tenli kişiler için tavsiye edilir.

c () Her ikisi de doğrudur.

d () Bilmiyorum

36. Deri melanomu ne demektir?

- a () Siğil ve ben gibi iyi huylu deri lezyonlarıdır.
b () Derinin aşınmasıdır.
c () Deri kanseri türüdür.
d () Bilmiyorum

37. Hangi dönem melanom riskinden korunmak için en iyi korunmayı yapmalıdır?

- a () Çocuklar
b () Gençler
c () Yetişkinler
d () Yaşlılar
e () Bilmiyorum

38. Günün hangi saatlerinde güneşe maruz kalmaktan kaçınılmalıdır.

- a () 08:00-10:00 arası
b () 10:00-16:00 arası
c () 16:00-18:00 arası
e () Bilmiyorum

	Evet	Hayır
39. Bronzlaşmak için biraz güneş yanığı oluşması benim için önemli değildir.	()	()
40. Bronzlaşmış deri tercihimdir.	()	()
41. 10:00-16:00 saatleri arası güneşte durmak beni rahatsız etmez.	()	()
42. Güneş koruyucu kremler sağlığı korumak için kullanılmalıdır.	()	()
43. Güneş koruma faktörü olarak 20'nin üzerinde olanlar kullanılmalıdır.	()	()
44. Güneş gözlüğü gözleri koruduğu için kullanılmalıdır.	()	()
45. Güneş gözlüğü güneş ışınları gözleri rahatsız ettiği için kullanılmalıdır.	()	()
46. Şapka güneşten koruduğu için kullanılmalıdır.	()	()
47. Şapka daha güzel görünmeyi sağladığı için kullanılmalıdır	()	()
48. Uzun kollu giysiler derimizi güneşten koruduğu için kullanılmalıdır.	()	()

49. Dışarı çıkarken, plajda vb. ne sıklıkla güneş koruyucu krem kullanırsınız?

a () Kullanmam *(yanıtınız hayır ise 51. soruya geçiniz)*

b () Genellikle bir kez, güneşe çıkmadan önce

c () Genellikle günde birkaç kez

50. En sık kullandığınız güneş koruma faktörlü güneş kremi hangisidir?

a () Güneş koruma faktörü 20'den az

b () Güneş koruma faktörü 20'den yüksek

c () Bilmiyorum

51. Yazları mümkün oldukça nerede kalmayı tercih edersiniz?

a () Genellikle gölgede dururum.

b () Genellikle güneşte kalmayı tercih ederim. Çok sıcak olduğu zaman gölgeye geçerim.

c () Benim için fark etmez.

52. Yaz aylarında genellikle nasıl tişört giyersiniz?

a () Genellikle omuzları kaplayan tişört

b () Daha çok omuzları da açıkta bırakan (askılı) tişört

c () Her ikisi de yaklaşık eşit sıklıkta

	Evet	Hayır	Bazen
53. Güneş ışınlarının çok yoğun olduğu 10:00-16:00 saatleri arasında dışarı çıkmamaya özen gösterir misiniz?	()	()	()
54. Güneşten korunmak için yazın güneş koruyucu krem kullanır mısınız?	()	()	()
55. Güneşte uzun zaman kaldığınızda, örneğin yüzme sonrası tekrar güneş koruyucu krem kullanır mısınız?	()	()	()
56. Dışarı çıktığınızda güneş gözlüğü kullanır mısınız?	()	()	()
57. Dışarı çıktığınızda uzun kenarlı şapka kullanır mısınız?	()	()	()

58. Şimdiye kadar yaptığınız uygulamalarla güneşten yeterince korunduğunuzu düşünüyor musunuz?

a () Evet güneşten yeterince iyi korunduğumu düşünüyorum.

b () Daha iyi korunabilirim.

c () Hayır korunmuyorum.

59. Güneşten yeterince korunmuyorsanız, korunmaya yönelik engelleriniz nelerdir?
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

a () Unuttuğum için

b () Çok pahalı olmaları

c () Güneş koruyucu kremlerin derimi rahatsız etmesi

d () Bronzlaşmayı istediğim için

e () Koyu tenli olmam ve güneş yanığı oluşmadığı için

f () Şapka kullanmayı sevmediğim için

g () Diğer (Belirtiniz)

Sorulara dürüstçe yanıt verdiğiniz için teşekkür ederim.

EĞİTİM SUNUMU



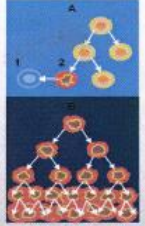
KANSER NEDİR?

- Vücudumuzda tüm organlar hücrelerden oluşur.
- Hücreler vücudumuzun en küçük yapıtaşlarıdır.



- Sağlıklı vücut hücreleri bölünebilme yeteneğine sahiptir ve her hücrenin hayatı boyunca belli bir bölünebilme sayısı vardır.

- Normalde hücrelerin büyümesi ve çoğalması bir düzen içerisinde olmaktadır. Buna paralel olarak doku ve organlarda görevlerini normal olarak yapabilmektedirler.
- Ancak bu hücreler anormal şekli ve hızla büyümeye ve çoğalmaya başlarsa, tümör adı verilen kitle oluşumuna yol açarlar.



KANSER OLUŞUMU



Normal hücre

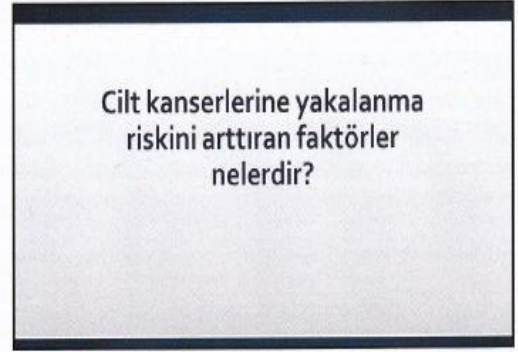
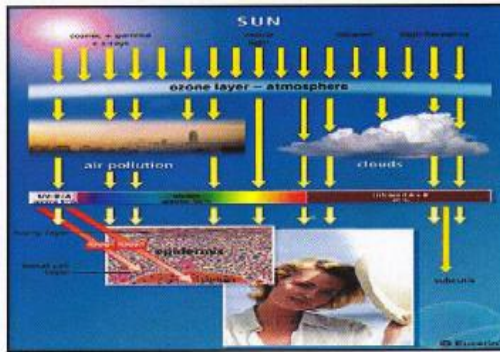
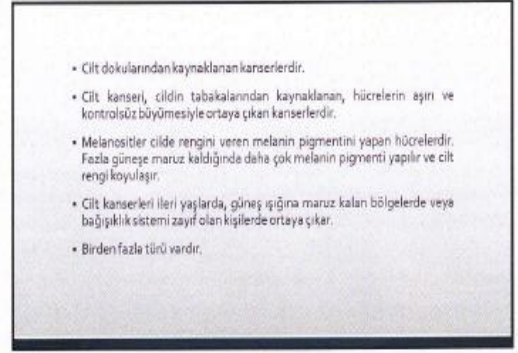
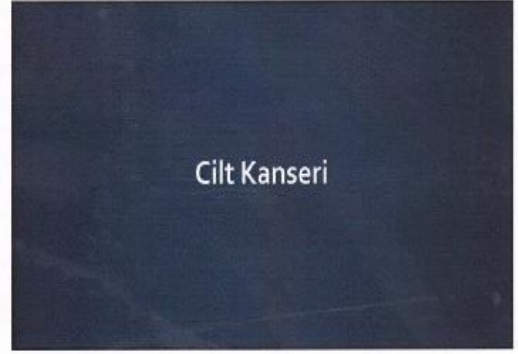
Tümörün kan dolaşımından beslenmesi

Tümörün kan dolaşım sistemi ile diğer organlara hücre yayması

- Bu anormal hücrelerin köken aldığı organa göre hastalık adlandırılır.
- Akciğer kanseri
- Meme kanseri
- Cilt kanseri
- Prostat kanseri
- Kolon kanseri...

KANSERİN NEDENLERİ

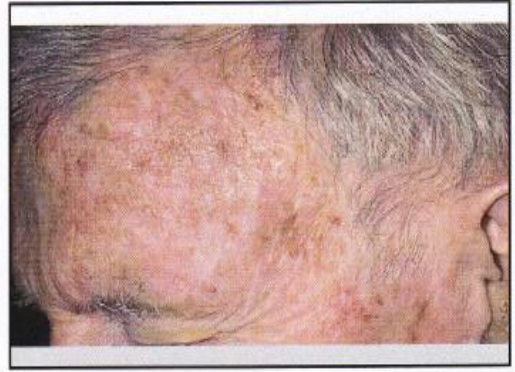
Sigara ve Alkol	Genetik ve Yaş	Yanlış Beslenme (Yağlı yiyecekler, aşırı et tüketimi)
Hareketsiz Yaşam (Pijmarlık)	Aşırı Güneş Işını	Bazı Virüsler (HPV, HCV)
Radyasyon	Kimyasal maddeler (Boya)	Çevre Kirliliği

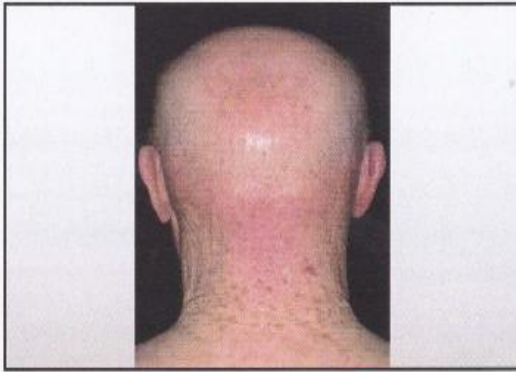


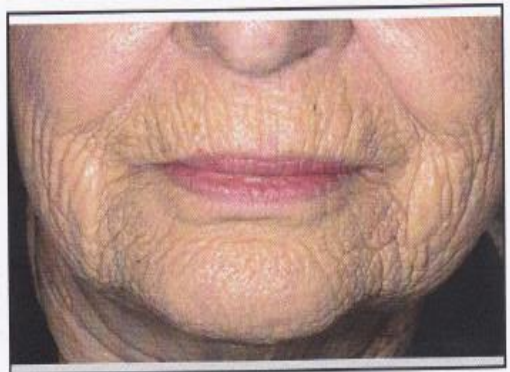
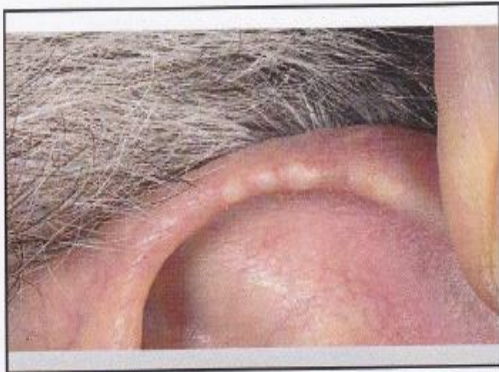
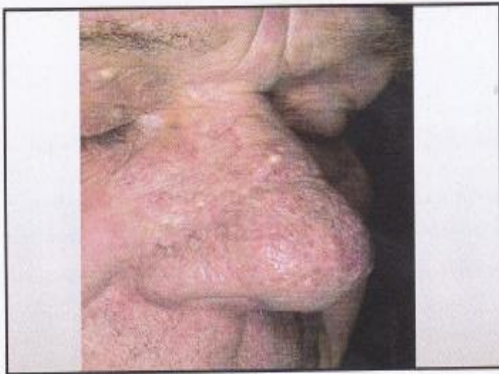


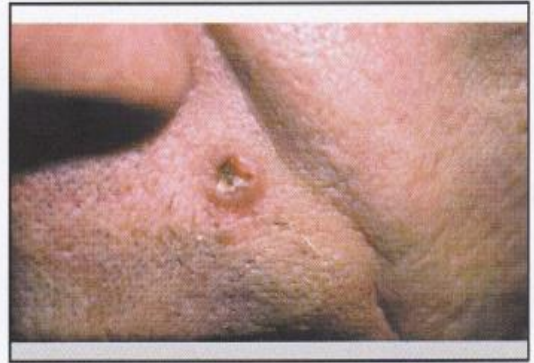
Yanlış	Doğru
• Birisi dışarıya vaktinde	• Birisi dışarıya vaktinde. Yarınları UV ışınları hakkında bilgi edinmek için.
• Bulutlu bir günde koruyucu ya gereksizdir.	• Bulut örtüsü UV radyasyonu ile etkileşime girer ve yansır.
• Sıkı kışkırtıcı güneş yansıması olmaz.	• Su yüzeylerinden çok yansıyan ışınlar ve su yüzeyinden yansıyan UV radyasyonu artırır.
• Güneş çok sıcak hissettiyse, güneş yansıması olmaz.	• UV radyasyonu ciltte hasara neden olmaz, ancak güneş ışınları ciltte hasara neden olur.
• Ağır veya ağır yansıması ciltte hasara neden olur.	• Bu yansıma ciltte hasara neden olur. Ağır bir hasara UV ışınlarının yansıması ve ciltte hasara neden olur.











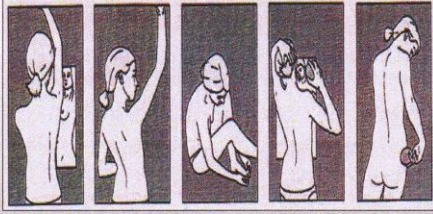


Asimetri		
Sınır düzensizliği		
Renk		
Boyut		

Cilt Kanseri ve Güneşten
Korunma



Kişisel Deri Taraması



UNUTMA..!

AYDA **1** DEFA **10** DAKİKA...

Güneş Koruyucu Kullanma



Güneşten korunmada hangi faktörü seçmek gerekir?



Koruma faktörünü seçerken ürün kutularının üzerinde SPF harflerini aramalıyız.



- Ürünlerin koruma faktörü ise SPF 15 veya üzeri tercih edilmelidir.
- Koruma faktörünün amacı güneşte kalma süresini arttırmak olmayıp riski azaltarak güneşlenmeyi sağlamaktır.
- Ergenlikten önce UV ışınlarına karşı koruma zayıf olduğu için SPF 30 olan kremler seçilmeli sık aralıklarla uygulanmalıdır.

Güneşe çıktığında kremi kaç kez yenilemek gerekir?



Krem ve losyonların içerdiği UV'yi emen filtrenin gücü zamanla azalır, ayrıca terleme, denize girmek ve kurulanmak ile bu özellik yetersiz kalacağından birkaç saatte bir krem yenilenmelidir.

GÜNEŞ KORUMA FAKTÖRÜ

Cilt Renginiz	Güneşin cilde etkisi	Önerilen SPF
Çok Açık	Her zaman çabuk yanar ve kızarıp, bronzlaşmaz	30-50
Açık	Her zaman çabuk yanar ve kızarıp, az bronzlaşır	30-50
Az Açık	Yanar ve kızarıp, zor da olsa bronzlaşır	15-20
Orta	Az yanar ve kızarıp, iyi bronzlaşır	6-15
Çok koyu	Hicbir zaman yanmaz ve kızarmaz	2-10

Gölgede Durma



Gökyüzünün,



- %50'yi fiziksel olarak kapalı ise 2 kat,
- %90'ı kapalı ise 10 kat koruma sağlar

Güneşin tam tepede olduğu saatlerin 2-3 saat öncesi ve sonrasında (10-11 ve 15-16 saatleri arasında) **dışında kalmamak** korunma açısından önemli



Giyisilerle Korunma

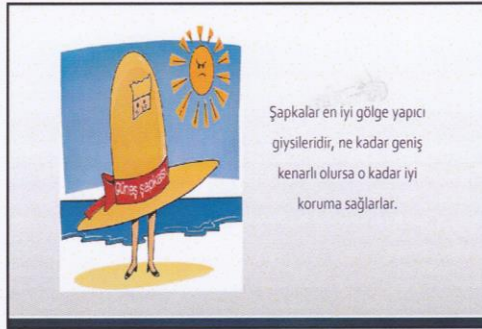


Güneşe ya da diğer ışık kaynağına tutulduğunda gözüken ışığı en az ileten giysiler UV'ye karşı en korumalı giysilerdir.





Şapka Kullanımı



Şapkalar en iyi gölge yapıcı
giysileridir, ne kadar geniş
kenarlı olursa o kadar iyi
koruma sağlarlar.



- Yüzün güneşten korunmasında 10 cm veya daha geniş gölge yapan bir şapka önerilir.
- Geniş kenarlı şapkalar başın korunması yanında yüz, boyun, ense ve hatta gözlerin korunmasında etkilidir.



Gözlerin Korunması



- Güneş gözlükleri, doktor kontrolünde alınmalıdır.
- UV spektrumunun % 99-100'ünü bloke edecek şekilde seçilmelidir.

Özetlersek...



SORULARINIZ?

- <http://www.youtube.com/watch?v=cVogGstHvYM>

GÜNEŞİ HAFİFE ALMAYALIM SAĞLIKLI YAŞAYALIM!!!

EK-6

SEVGİLİ 16 YAŞINDAKİ HALİM VIDEOSU

EĞİTİM BROŞÜRÜ

A-Asimetri (Asymmetry): Bir ben, çil ya da doğum lekesinin bir yarısının diğer yansından farklı olmasıdır.

B-Sınır düzensizliği (Border): Bir ben, çil ya da doğum lekesinin kenarlarının girintili çıkıntılı, düzensiz olmasıdır.

C-Renk (Color): Bir ben, çil ya da doğum lekesinde birkaç renk birden vardır.

D-Boyut (Diameter): Bir ben, çil ya da doğum lekesinin 6 mm'den büyük olması veya bir kurşun kalem çapını aşmasıdır.

E-Evrimleşme (Evolving): Çil, ben ya da koyu renkli alanlar zaman içinde nasıl değişti? Düzgün olmayan bir kabanklık var mı?



**CİLT KANSERİNİ ERKEN FARKETMEDE
ABCDE'Yİ BİLİYORUM!**

**GÜNEŞTEN KORUNMADA ÖNEMLİ
İPUÇLARI**



UVA ve UVB ışınlarına karşı koruma faktörü en az 20 olan, geniş spektrumlu **güneş koruyucu krem** kullanılmalı. Gün içinde en az iki saatte bir, yüzme ve aşırı terleme sonucu ise tekrar uygulanmalı.



Uzun kollu gömlek ve pantolon, geniş kenarlı şapka, UV korumalı güneş gözlüğü gibi **koruyucu giysiler** giyilmeli.

Gölgede durulmalı.

Özellikle 10:00-16:00 saatler arası güneş ışınlarının yeryüzüne güçlü geldiği unutulmamalı.



- ✦ **Solaryumdan kaçının.** UV ışınları cildin yaşlanmasına ve cilt kanserine sebep olur.
- ✦ **Su, kum, kar** UV ışınlarını yansıttığı için dikkatli olunmalı.
- ✦ **Bol bol su için.**

Ayda bir gün 10 dakika ayırarak kişisel deri muayenenizi yapmayı unutmayın!

- Vücudunuzun önünü ve arkasını, kollarınızı kaldırarak sağ ve sol yanlarınızı ayna önünde kontrol edin.
- Dirseğinizi bükün ve önkol, koltuk altı ve avuç içine dikkatlice bakın.
- Ayaklarınıza ve bacaklarınıza, parmak aralarınıza ve ayak tabanlarınıza bakınız.
- Bir el aynası ile saçlı derinizi ve ensenizi kontrol edin. Saçlarınızı kaldırarak daha yakından bakınız.
- Son olarak, bir ayna ile arkanıza ve kalçanıza bakınız.



Cilt Kanseri ve Güneşten Korunma



**Tüm yıl boyunca, her gün
güneşten korunmayı unutma!**

Cilt Kanseri ve Güneşten Korunma



Gerçekler...

- ✓ Cilt kanseri dünyada ve ülkemizde giderek artmaktadır.
- ✓ Yaşam boyu gelişme oranı erkeklerde 39 kişide bir, kadınlarda 58 kişide birdir.
- ✓ Türkiye'de 10 kanser türü arasında cilt kanserinin erkeklerde üçüncü, kadınlarda ikinci sıradadır.
- ✓ Cilt kanserinin oluşmasında en önemli faktör ultraviyole ışınlarıdır.
- ✓ UV ışınları derinin erken yaşlanmasına ve cilt kanserine sebep olur.
- ✓ Son yıllarda tüm dünyada cilt kanseri hasta sayısı özellikle açık havada ve güneş altında çalışan kişilerde (denizciler, balıkçılar, çiftçiler, inşaat işçileri vb.) artmaktadır.
- ✓ Açık havada çalışanlar kapalı alanda çalışanlara göre yaklaşık sekiz kat daha fazla ultraviyole ışınlarına maruz

Cilt kanseri

- ❖ Bazal hücreli ve skuamöz hücreli karsinomlar, cilt kanserlerinin en yaygın iki şeklidir fakat erken tespit edilirse kolayca tedavi edilebilirler.
- ❖ Melanoma ise az görülen ve en tehlikeli şeklidir. % 5'i ölümle sonuçlanmaktadır.

Kimler risk altındadır?

Cilt kanseri herkesi etkileyebilir.

İnsanların cilt kanserine yakalanma riski farklılık göstermesine rağmen, bazı ırklar ve gruplar daha duyarlıdır.



Açık havada çalışan denizcilik mesleği üyeleri de bu gruplardan biridir.



Cilt Kanserinde Risk Faktörleri

- Güneş ya da solaryum ile UV radyasyonuna maruz kalmak. Soğuk ve bulutlu bir günde bile dikkat edilmeli.
- Açık ten rengine sahip olmak.
- Sarımsın/kızıl saç rengine, mavi/yeşil/ela göz rengine sahip olmak.
- Çok fazla sayıda bane sahip olmak.
- Vücutta doğum lekesi ve çillerin olması.
- Ailede cilt kanseri öyküsünün olması.
- Günde bir saatten fazla dışarıda (riskli saatlerde) kalma.
- Çocuklukta geçirilen şiddetli güneş yanıkları. Onun için çocuklar en büyük risk altında olan gruptur.

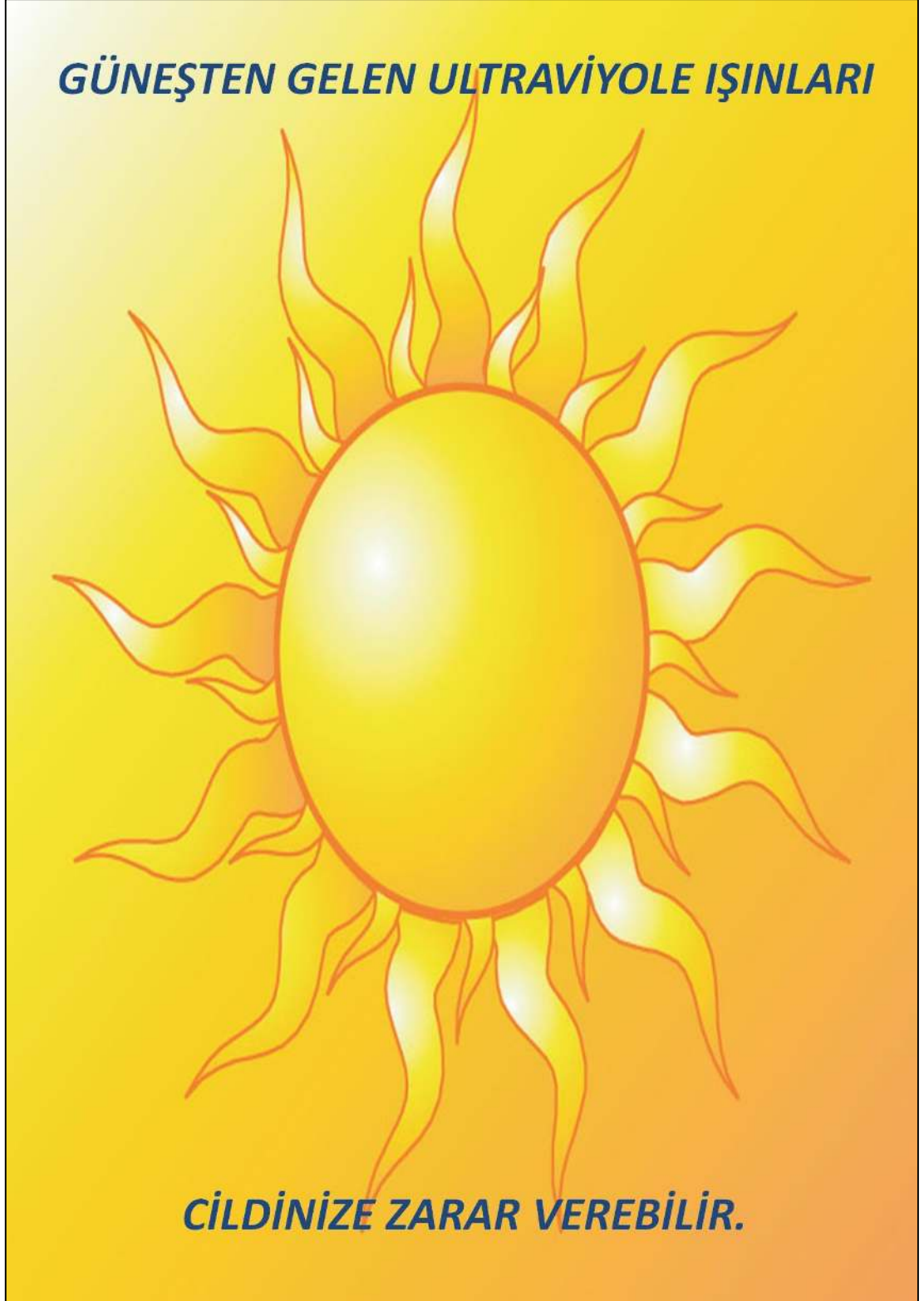
Belirtiler

İyi bir haber..!

Cilt kanseri erken fark edilirse tedavi edilebilir.

Bu konuda dikkatli olunmalı ve bazı uyarıcı işaretlere dikkat edilmelidir.

EĞİTİM AFİŞLERİ



**Cildiniz için;
Koruyucunuzu seçin...**



Kendinizi cilt kanserine karşı koruyun!



GÜNEŞLİ GÜNLER SAĞLIKLI YOLLARI



SORU FORMU (SON TEST)

1. Daha önce bu testi yaptınız mı?

a () Evet

b () Hayır

2. Aşağıdaki resimlerdeki kişilerden hangisi güneş yanığı oluşmaması için en iyi korunmayı yapmalıdır?



1 ()

2 ()

3 ()

4 ()

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
3. Ultraviyole ışınları (Güneş ışınları) deri kanserine neden olur.	()	()	()
4. Ultraviyole ışınları (Güneş ışınları) derinin erken yaşlanmasına sebep olur.	()	()	()
5. Bulutlu bir günde bile güneş yanığı oluşabilir.	()	()	()
6. Güneş koruyucu kremlerin faktörleri yükseldikçe daha iyi koruma sağlar.	()	()	()
7. Güneş koruyucu faktörü 10 olan bir güneş koruyucu kullanırsanız güneş yanığı oluşmaması için 10 saat güneş altında kalabilirsiniz.	()	()	()
8. Bir şemsiye kullanarak ve gölgede kalarak güneş ışınlarından korunabiliriz.	()	()	()
9. Kum, güneş ve deniz deri kanseri/deride lekelenmeler için tehlike oluşturabilir.	()	()	()

10. Güneş koruyucular ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?

- a () Güneş koruma faktörü içeren güneş kremleri açık tenli kişiler için tavsiye edilir.
- b () Güneş koruma faktörü içeren güneş kremleri orta tenli kişiler için tavsiye edilir.
- c () Her ikisi de doğrudur.
- d () Bilmiyorum

11. Deri melanomu ne demektir?

- a () Siğil ve ben gibi iyi huylu deri lezyonlarıdır.
- b () Derinin aşınmasıdır.
- c () Deri kanseri türüdür.
- d () Bilmiyorum

12. Hangi dönem melanom riskinden korunmak için en iyi korunmayı yapmalıdır?

- a () Çocuklar
- b () Gençler
- c () Yetişkinler
- d () Yaşlılar
- e () Bilmiyorum

13. Günün hangi saatlerinde güneşe maruz kalmaktan kaçınılmalıdır.

- a () 08:00-10:00 arası
- b () 10:00-16:00 arası
- c () 16:00-18:00 arası
- e () Bilmiyorum

	Evet	Hayır
14. Bronzlaşmak için biraz güneş yanığı oluşması benim için önemli değildir.	()	()
15. Bronzlaşmış deri tercihimdir.	()	()
16. 10:00-16:00 saatleri arası güneşte durmak beni rahatsız etmez.	()	()
17. Güneş koruyucu kremler sağlığı korumak için kullanılmalıdır.	()	()
18. Güneş koruma faktörü olarak 20'nin üzerinde olanlar kullanılmalıdır.	()	()
19. Güneş gözlüğü gözleri koruduğu için kullanılmalıdır.	()	()
20. Güneş gözlüğü güneş ışınları gözleri rahatsız ettiği için kullanılmalıdır.	()	()
21. Şapka güneşten koruduğu için kullanılmalıdır.	()	()
22. Şapka daha güzel görünmeyi sağladığı için kullanılmalıdır	()	()
23. Uzun kollu giysiler derimizi güneşten koruduğu için kullanılmalıdır.	()	()

24. Dışarı çıkarken, plajda vb. ne sıklıkla güneş koruyucu krem kullanırsınız?

- a () Kullanmam (yanıtınız hayır ise 51. soruya geçiniz)
- b () Genellikle bir kez, güneşe çıkmadan önce
- c () Genellikle günde birkaç kez

25. En sık kullandığınız güneş koruma faktörlü güneş kremi hangisidir?

- a () Güneş koruma faktörü 20'den az
- b () Güneş koruma faktörü 20'den yüksek
- c () Bilmiyorum

26. Yazları mümkün oldukça nerede kalmayı tercih edersiniz?

- a () Genellikle gölgede dururum.
- b () Genellikle güneşte kalmayı tercih ederim. Çok sıcak olduğu zaman gölgeye geçerim.
- c () Benim için fark etmez.

27. Yaz aylarında genellikle nasıl tişört giyersiniz?

a () Genellikle omuzları kaplayan tişört

b () Daha çok omuzları da açıkta bırakan (askılı) tişört

c () Her ikisi de yaklaşık eşit sıklıkta

	Evet	Hayır	Bazen
28. Güneş ışınlarının çok yoğun olduğu 10:00-16:00 saatleri arasında dışarı çıkmamaya özen gösterir misiniz?	()	()	()
29. Güneşten korunmak için yazın güneş koruyucu krem kullanır mısınız?	()	()	()
30. Güneşte uzun zaman kaldığınızda, örneğin yüzme sonrası tekrar güneş koruyucu krem kullanır mısınız?	()	()	()
31. Dışarı çıktığınızda güneş gözlüğü kullanır mısınız?	()	()	()
32. Dışarı çıktığınızda uzun kenarlı şapka kullanır mısınız?	()	()	()

Sorulara dürüstçe yanıt verdiğiniz için teşekkür ederim.