



T.C.

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

**DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİNE BAŞVURAN HASTALARIN VE
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN ORAL
PREMALİGN VE MALİGN HASTALIKLAR İLE İLGİLİ BİLGİ
DÜZEYLERİNİN VE FARKINDALIKLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dt. Zübeyir BAŞ

AĞIZ DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

Aralık 2020

BOLU



T.C.

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

**DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİNE BAŞVURAN HASTALARIN VE
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN ORAL
PREMALİGN VE MALİGN HASTALIKLAR İLE İLGİLİ BİLGİ
DÜZEYLERİNİN VE FARKINDALIKLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dt. Zübeyir BAŞ

**AĞIZ DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ ANABİLİM DALI UZMANLIK
TEZİ**

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Orçun TOPTAŞ

Aralık 2020

BOLU

ETİK BEYAN

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
 - Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
 - Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
 - Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
 - Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir,
- aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi

beyan ederim.

ZÜBEYİR BAŞ

ÖZET

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİNE BAŞVURAN HASTALARIN VE DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN ORAL PREMALİGN VE MALİGN HASTALIKLAR İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE FARKINDALIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışmada diş hekimliği fakültesine başvuran hastaların ve diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin oral kanser hakkındaki farkındalıklarının, oral kanserin risk faktörleri ve klinik bulguları ile alakalı bilgi seviyelerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Çalışma verileri Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvuran hastalar ve diş hekimliği fakültesinde eğitim gören öğrenciler üzerinde anket formu kullanılarak elde edilmiştir. Anket katılımcıların; sosyo-demografik bilgilerinin, oral kanser farkındalığının, oral kanserin risk faktörlerinin, klinik bulgularının ve alışkanlıklarının sorgulandığı beş bölümden oluşmaktadır. Çalışma grubuna 18 yaş ve üstü, zihinsel engeli olmayan, daha önce oral kanser tanısı konmamış, gönüllülük esas alınarak toplam 930 kişi dahil edilmiştir. Bütün katılımcıların isim- soy isim belirtilmeden cevap gizliliği güvence altına alınmıştır. Toplanan verilerin analizi *IBM Statistical Package for Social Sciences Statistics v25* paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Kategorik değişkenler (sosyo-demografik) için tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde olarak sunulmuştur.

Yapılan çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde hastaların ve diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin oral kanser ile alakalı bilgi ve farkındalıklarının yeterli düzeyde olmadığı görülmüştür. Toplumun farkındalık seviyesinin artırılması için ağız ve diş sağlığına yönelik eğitim programlarının oluşturulması, bu eğitim programları içerisinde oral kanser hakkında bireylerin bilgilendirilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir. Diş hekimliği öğrencilerinin ise oluşturulacak daha iyi eğitim müfredatları ile hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası oral kanserler ile alakalı yüksek bilgi ve farkındalık seviyelerine ulaşabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Oral Kanser, Oral prekanser, Farkındalık

ABSTRACT

EVALUATION OF THE KNOWLEDGE AND AWARENESS OF PATIENTS APPLYING TO THE FACULTY OF DENTISTRY AND DENTISTRY STUDENTS ABOUT ORAL PREMALIGN AND MALIGNANT DISEASES

In this study, it is aimed to evaluate the awareness of patients applying to the faculty of dentistry and dentistry students about oral cancer, and their level of knowledge about oral cancer risk factors and clinical findings.

The study data were obtained by using a questionnaire form on the patients who applied to Bolu Abant İzzet Baysal University Faculty of Dentistry and the students studying at the Faculty of Dentistry. Survey participants; It consists of five sections in which socio-demographic information, oral cancer awareness, risk factors, clinical findings and habits of oral cancer are questioned. A total of 930 people aged 18 and over, without mental disability, no oral cancer diagnosis, were included in the study group on a voluntary basis. Confidentiality of answers was ensured without specifying the names and surnames of all participants. The analysis of the collected data was carried out using the IBM Statistical Package for Social Sciences Statistics (SPSS) v25 package program. Descriptive statistics for categorical variables (socio-demographic) are presented as frequency and percentage.

When the results of the study were evaluated, it was seen that the knowledge and awareness of the patients and students of the faculty of dentistry about oral cancer were not at a sufficient level. It is thought that it would be beneficial to create training programs for oral and dental health in order to increase the awareness level of the society and to inform individuals about oral cancer within these training programs. It is thought that dentistry students, on the other hand, will be able to reach high levels of knowledge and awareness regarding oral cancers both before and after graduation with better education curricula to be created.

Keywords: Oral cancer, Oral precancer, Awareness

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her basamağında bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, bilimsel ve teknik olarak çalışmam boyunca hoşgörüyüyle yol gösteren, uzmanlık ve klinik çalışma sürem boyunca desteğini esirgemeyen tez danışmanım ve aynı zamanda Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanı değerli hocam Doç. Dr. Orçun TOPTAŞ'a,

Bolu'ya ve Fakültemize değerli katkılarından ötürü değerli hocam Prof. Dr. Derviş YILMAZ'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Sadi MEMİŞ'e,

Bölümümüzün kıymetli hocaları Dr. Öğr. Üyesi Neşet AKAY, Dr. Öğr. Üyesi Deniz YAMAN ve Dr. Öğr. Üyesi Koray Onur ŞANAL'a

Uzmanlık sürem boyunca hem klinik içi hem de klinik dışında eğlenceli dakikalar geçirdiğimiz ve güzel dostluklar edindiğimiz değerli asistan arkadaşlarım, Alperen ERDAL, Mert CAN, Adem Ali AKDERE, Büşra Meşeci, Sinan BULUT, Murat CANBOLAT, Tayfun Tolgay ÇELİK, Betül CENGİZ DURAN, Merve YAR, Okan DURAN, Merve ARICI, Batuhan KAPAKLI, Zeynep TÜRKMEN, Güzide Büşra ŞENEL, Şeyma GÜÇLÜ ve Şeyda KURT'a,

Ekip olarak güzel işler yaptığımız ameliyathane hemşirelerine ve bölüm yardımcı personellerine,

Hayatımın her aşamasında maddi manevi benden hiçbir desteğini ve dualarını esirgemeyen bugüne kadar ulaştığım her başarıda en büyük paya sahip olan kıymetli anneme ve babama,

Varlığıyla hayatıma anlam katan ve her konuda olduğu gibi tez çalışmamda da bana destek olan hayat arkadaşım Şule KARAİBRAHİMOĞLU BAŞ'a sonsuz teşekkürleri borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	Error! Bookmark not defined.
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiii
GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Oral Kanserler.....	2
2.1.1. Oral kanserlerin epidemiyolojisi.....	3
2.1.2. Oral kanserlerin etiyolojisi ve risk faktörleri.....	4
2.1.3. Oral kanserlerin histopatolojisi	8
2.1.4. Oral kanserlerde evreleme ve prognoz.....	9
2.1.5. Oral kanserlerin klinik özellikleri	11
2.1.6. Oral kanserlerin tedavi yöntemleri.....	13
2.2. Oral Premalign (prekanseroz) Lezyonlar	14
2.2.1. Lökoplaki.....	15
2.2.2. Eritroplaki	16
2.2.3. Submüköz fibrozis	16
2.2.4. Oral liken planus	17
2.2.5. Oral likenoid reaksiyonlar	17
2.2.6. Kronik kandidiyazis	17

2.2.7. Aktinik keratoz.....	17
2.2.8. Diskeratozis konjenita	18
2.2.9. Kseroderma pigmentozum.....	18
2.2.10. Lupus eritematozus	18
2.2.11. Dumansız tütün kullanımı sebebiyle oluşan keratozlar.....	18
2.2.12. Ters sigara içme alışkanlığına bağlı gelişen damak lezyonları...	19
2.2.13. Karsinoma in situ	19
2.3. Oral Kanserlerde Farkındalığın Önemi	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
4. BULGULAR	23
4.1. Demografik Veriler.....	23
4.2. Oral Kanser Farkındalık Düzeylerine İlişkin Veriler.....	24
4.3. Oral Kanser Risk Faktörlerine İlişkin Veriler	25
4.4. Oral Kanser ve Prekanseroz Lezyonların Klinik Bulgularına İlişkin Veriler	28
4.5. Katılımcıların Alışkanlık Verileri.....	29
4.6. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Verilerin Dağılımının Değerlendirilmesi.....	29
4.7. Katılımcıların Yaşadıkları Bölgelere Göre Verilerin Dağılımının Değerlendirilmesi.....	35
4.8. Araştırmaya Katılan Hastaların Yaşlarına Göre Verilerin Dağılımının Değerlendirilmesi.....	49
4.9. Araştırmaya Katılan Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Verilerin Dağılımının Değerlendirilmesi	53
4.10. Araştırmaya Katılan Diş Hekimliği Fakültesi Öğrencilerinin Sınıflara Göre Oral Kanser ve Prekanseroz Hastalıkların Klinik Özellikleri, Risk Faktörleri ile Alakalı Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi	60

5. TARTIŞMA	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	76
7. KAYNAKLAR.....	78
8. EKLER.....	89
9. ÖZGEÇMİŞ	Error! Bookmark not defined.



TABLÖLAR

Tablo 3.1. Power analizi sonuçlarının ideal örneklem boyutları ve kullanılması gereken en uygun örneklem genişliği tablosu	22
Tablo 4.1. Katılımcıların sayısal dağılımları (N=930)	23
Tablo 4.2. Katılımcıların yaşlarının ortalama, standart sapma ve min-max değerleri	23
Tablo 4.3. Katılımcıların cinsiyetlerine ve yaşadıkları bölgelere göre dağılımı	23
Tablo 4.4. Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumlarının dağılımı (N= 465) ...	23
Tablo 4.5. Katılımcıların oral kanser farkındalığı ve bilgi kaynakları	24
Tablo 4.6. Katılımcıların oral kanser hakkında bilgi düzeyleri.....	24
Tablo 4.6. Katılımcıların oral kanser hakkında bilgi düzeyleri devamı	25
Tablo 4 8. Katılımcıların oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeyleri.....	26
Tablo 4 8. Katılımcıların oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeyleri devamı.....	27
Tablo 4.10. Katılımcıların oral kanserin klinik özellikleri hakkında bilgi düzeyleri .	28
Tablo 4.11. Katılımcıların oral prekanseröz lezyonların klinik özellikleri hakkında bilgi düzeyleri	28
Tablo 4.12. Katılımcıların alışkanlıkları	29
Tablo 4.13. Katılımcıların oral kanser farkındalığı ve bilgi kaynaklarının cinsiyetlerine göre dağılımı.....	30
Tablo 4.14. Katılımcıların oral kanser hakkındaki bilgi düzeylerinin cinsiyete göre dağılımı	31
Tablo 4.15. Katılımcıların oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin cinsiyete göre dağılımı.....	32
Tablo 4.15. Katılımcıların oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin cinsiyete göre dağılımı devamı	33
Tablo 4.17. Katılımcıların oral kanserin klinik özellikleri hakkında bilgi düzeylerinin cinsiyete göre dağılımı	34

Tablo 4.18. Katılımcıların oral prekanseröz lezyonların klinik özellikleri hakkında bilgi düzeyleri	34
Tablo 4.19. Katılımcıların alışkanlıklarının cinsiyete göre dağılımı	35
Tablo 4.20. Katılımcıların oral kanser farkındalığı ve bilgi kaynaklarının yaşadıkları bölgelere göre dağılımı	36
Tablo 4.21. Araştırmaya katılan hastaların oral kanser hakkındaki bilgi düzeylerinin yaşadıkları bölgelere göre dağılımı.....	37
Tablo 4.22. Araştırmaya katılan prelinik eğitim almış öğrencilerin oral kanser hakkındaki bilgi düzeylerinin yaşadıkları bölgelere göre dağılımı	38
Tablo 4.23. Araştırmaya katılan klinik eğitim almış öğrencilerin oral kanser hakkındaki bilgi düzeylerinin yaşadıkları bölgelere göre dağılımı	39
Tablo 4.24. Araştırmaya katılan hastaların oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin yaşadıkları bölgelere göre dağılımı	40
Tablo 4.24. Araştırmaya katılan hastaların oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin yaşadıkları bölgelere göre dağılımı devamı	41
Tablo 4.26. Araştırmaya katılan prelinik eğitim almış öğrencilerin oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin yaşadıkları bölgelere göre dağılımı	42
Tablo 4.26. Araştırmaya katılan prelinik eğitim almış öğrencilerin oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin yaşadıkları bölgelere göre dağılımı devamı	43
Tablo 4.28. Araştırmaya katılan klinik eğitim almış öğrencilerin oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin yaşadıkları bölgelere göre dağılımı	44
Tablo 4.28. Araştırmaya katılan klinik eğitim almış öğrencilerin oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin yaşadıkları bölgelere göre dağılımı devamı	45
Tablo 4.30. Katılımcıların oral kanserin klinik özellikleri hakkında bilgi düzeylerinin yaşadıkları bölgelere göre dağılımı.....	46
Tablo 4.31. Katılımcıların oral prekanseröz lezyonların klinik özellikleri hakkında bilgi düzeylerinin yaşadıkları bölgelere göre dağılımı	47

Tablo 4.32. Katılımcıların alışkanlıklarının yaşadıkları bölgelere göre dağılımı	48
Tablo 4.33. Araştırmaya katılan klinik eğitim almış öğrencilerin alışkanlıklarının yaşadıkları bölgelere göre dağılımı.....	49
Tablo 4.34. Hastaların oral kanser farkındalığı ve bilgi kaynaklarının yaşlarına göre dağılımı	49
Tablo 4.35. Hastaların oral kanser hakkındaki bilgi düzeylerinin yaşlarına göre dağılımı	50
Tablo 4.36. Hastaların oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin yaşlarına göre dağılımı.....	51
Tablo 4.36. Hastaların oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin yaşlarına göre dağılımı devamı	52
Tablo 4.38. Hastaların oral kanserin klinik özellikleri hakkında bilgi düzeylerinin yaşlarına göre dağılımı.....	52
Tablo 4.39. Hastaların oral prekanseröz lezyonların klinik özellikleri hakkında bilgi düzeyleri yaşlarına göre dağılımı.....	53
Tablo 4.40. Hastaların alışkanlıklarının yaşlarına göre dağılımı	53
Tablo 4.41. Hastaların oral kanser farkındalığı ve bilgi kaynaklarının eğitim durumlarına göre dağılımı.....	54
Tablo 4.42. Hastaların oral kanser hakkındaki bilgi düzeylerinin eğitim durumlarına göre dağılımı.....	55
Tablo 4.43. Hastaların oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin eğitim durumlarına göre dağılımı.....	56
Tablo 4.43. Hastaların oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin eğitim durumlarına göre dağılımı devamı.....	57
Tablo 4.45. Hastaların oral kanserin klinik özellikleri hakkında bilgi düzeylerinin eğitim durumlarına göre dağılımı	58
Tablo 4.46. Hastaların oral prekanseröz lezyonların klinik özellikleri hakkında bilgi düzeylerinin eğitim durumlarına göre dağılımı.....	58
Tablo 4.47. Hastaların alışkanlıklarının eğitim durumlarına göre dağılımı.....	59
Tablo 4.48. Diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin oral kanserin klinik özellikleri hakkında bilgi düzeylerinin sınıflara göre dağılımı.....	60

Tablo 4.49. Diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin oral prekanseröz lezyonların klinik özellikleri hakkında bilgi düzeylerinin sınıflara göre dağılımı	60
Tablo 4.50. Diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin sınıflara göre dağılımı.....	61
Tablo 4.50. Diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin sınıflara göre dağılımı devamı	62



SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

DNA	Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EBV	Epstein Barr Virus
HIV	Human Immunodeficiency Virus (İnsan immün yetmezlik virüsü)
HPV	Human Papilloma Virus
HSV	Herpes Simpleks Virus
OSHK	Oral Skuamöz Hücreli Karsinom
α	Alfa
β	Beta
%	Yüzde

GİRİŞ

Kanser, normal hücre boyutlarını aşan anormal hücreler ile karakterize, komşu olduğu doku ve organlara yayılma özelliğine sahip bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (1). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2015 yılında yapmış olduğu araştırmaya göre kardiyovasküler hastalıklardan sonra mortalitede ikinci sırada kanser yer almaktadır (2). Bulaşıcı olmayan hastalıklar sebebiyle meydana gelen ölümlerin %22'sinden (8,8 milyon) kanser sorumlu tutulmaktadır (2). Dünya genelinde kanser vakalarının aynı hızla ilerlemesi halinde 2030 yılında 22 milyon yeni kanser vakasının ortaya çıkması öngörülmektedir (3).

Tüm kanser türleri arasında oral kanserler en sık görülen altıncı kanser tipidir (4). Oral kanserlerin tüm dünyada yıllık insidansının yaklaşık olarak 300.000 olduğu ve kansere bağlı ölümlerin %3,6'sından sorumlu oldukları bildirilmiştir (5). Oral malignitelerin yaklaşık olarak %90'ını oral skuamöz hücreli karsinomlar (OSHK) oluşturmaktadır (1).

Oral kanserlerin prognozunda erken teşhis ve tedavi önemli faktörlerdir. Ancak hastaların %50'den fazlasında teşhis konulduğunda hastalığın ileri evrelerde ve beş yıllık sağ kalım oranlarının yaklaşık olarak %40 olduğu bildirilmiştir (6). Toplumda oral kanserin ve prekanseröz lezyonların klinik bulguları ve risk faktörleri hakkında yetersiz bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının olması tanıda gecikmeye neden olmaktadır (7). Hastalığın erken teşhisinde toplumun oral kanser farkındalığının yanı sıra sağlık profesyonellerine de büyük görevler düşmektedir. Oral kanserlerin lokalizasyonu nedeniyle hastalığın erken teşhisinde diş hekimleri önemli bir konumda yer almaktadırlar(8). Diş hekimlerinin oral malign ve premalign hastalıkların etiyolojisi, risk faktörleri ve klinik bulguları hakkında iyi eğitim almaları gerekmektedir (9).

Bu çalışmanın amacı diş hekimliğine başvuran hastaların ve diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi'nde önemli yeri bulunan oral premalign ve malign hastalıklar ile alakalı farkındalıklarının ve bilgi düzeylerinin anket yardımı ile değerlendirilmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

Dokuları oluşturan hücrelerde çoğalmayı düzenleyen mekanizmaların çeşitli etkenlerce bozulması sonucunda oluşan atipik hücrelerin anormal miktarlarda çoğalarak sağlıklı dokuların yerini alması ve organizmanın fonksiyon göremez hale gelmesi kanser olarak tanımlanmaktadır (10). *Carcinos* ve *carcinoma* terimlerini ilk olarak *Hippocrates* (MÖ 460 – 370), ülser oluşturan ve ülser oluşturmeyan tümörler için kullanmıştır (11). Tümör; iyi huylu (benign) veya kötü huylu (malign) kitle için kullanılan genel bir terimdir (12).

Kanser patolojisinde, benign ve malign tümör ayrımı en önemli noktalardandır. Herhangi bir tümörde türü fark etmeksizin anormal hücre çoğalması görülebilir. Benign tümörler, çevre dokulara yayılmadan sadece sınırlı bir alanda kalırlar. Malign tümörler ise; dolaşım ve lenfatik sistemi kullanarak yayılma (metastaz) özelliğine sahiptirler Malign tümörler, kanser olarak isimlendirilir ve oluştukları hücrelerin tipine göre genellikle üç ana grupta incelenirler (13).

1-Karsinom: Kanserlerin yaklaşık %90'ını oluşturlar, epitelyal hücrelerden gelişirler.

2-Sarkom: Nadir görülürler. Kas, kıkırdak ve fibröz dokularda görülürler.

3-Lösemi veya Lenfoma: Bağışıklık sistemi hücrelerinden ortaya çıkanlara *Lenfoma*, kan üretim sistemindeki hücrelerden ortaya çıkanlara *Lösemi* denilir ve insanlarda görülen malign tümörlerin yaklaşık %8'ini oluşturmaktadır (13).

2.1. Oral Kanserler

Ağız boşluğundan gelişen tüm malignansiler için 'oral kanser' terimi kullanılmaktadır (14). Latince '*cavum oris*' olarak isimlendirilen ağız boşluğu: önde dudakların mukoza ve cilt birleşim (vermilyon) hattından arkaya doğru uzanan, altta ağız tabanı, üstte sert damak ve yanlarda yanak mukozası ile sınırlı anatomik oluşumdur (15). Dil kökü ve yumuşak damak gibi bazı anatomik bölgelerin oral kaviteye veya orofarinkse dâhil olması ile alakalı net bir ayrım yapılamadığı için oral kanserin standart bir tanımı yoktur (16). Oral kanserler; dudaklar, yanak mukozası, alt üst çene alveolar mukozası, serbest ve yapışık diş eti, sert damak, retromolar üçgen,

dilin 2/3'lük ön kısmı, ağız tabanı ve orofarinks ile sınırlandırılmış alandaki olguları tanımlanmaktadır (17).

Oral kanserler ağzın yumuşak ve sert dokularından köken alan birçok kanser türünü kapsamaktadır. Ancak bu malignansilerin %90'ından fazlasını oral kavitede örtücü doku işlevi gören çok katlı yassı epitelden gelişen skuamöz hücreli karsinom oluşturmaktadır (18). Bu baskınlık nedeniyle oral kanser ile OSHK eşanlamlı olarak kullanılmaktadır. OSHK sıklıkla dilde (%27,6) görülmekte ve bunu sırasıyla orofarinks (%22,8), dudaklar (%16,5), ağız tabanı (%14), diş eti (%9,1), sert damak (%4,1) ve yanak mukozası (%3,5) takip etmektedir (9). Ayrıca ağız içinde bağ dokudan, minör tükürük bezlerinden, lenfoid dokulardan, melanositlerden gelişen kanserler veya metastatik kanserler de görülebilmektedir (19).

2.1.1. Oral kanserlerin epidemiyolojisi

Dünya genelinde en sık görülen kanserler içerisinde altıncı sırada yer alan oral kanserler, oldukça yüksek *morbidite* ve *mortalite* oranına sahiptirler(17). DSÖ'nün yapmış olduğu araştırmaya göre oral kanserler en ölümcül sekiz kanser türü içerisinde bulunmaktadır (9).

Her yıl ortalama 300.000 insan bu hastalıktan etkilenmektedir (16). Oral kanser insidansının en yüksek olduğu bölge Çin, Tayvan, Sri Lanka, Pakistan ve Hindistan'ın içinde bulunduğu Güney Asya'dır (20). Oral kanserlere bağlı ölümlerin yaklaşık %66,3'ü Asya, %18,4'ü Avrupa, %6,1'i Afrika, %5,1' i Latin Amerika ve Karayipler, %3,1'i Kuzey Amerika'da görülmektedir (21). İnsidans ve ölüm oranlarındaki farklılıklar; popülasyonların alışkanlıkları, yaşam tarzları, ekonomik durumları, eğitim düzeyleri ve hastalıkların raporlanmasındaki doğruluk düzeylerinden kaynaklanmaktadır (4). Oral kanser insidansının yaş ile birlikte arttığı ve vakaların çoğunun 50 yaş üzeri bireyler olduğu bildirilmektedir (20). Dünya genelinde erkeklerde kadınlara oranla oral kanser yaklaşık iki kat daha fazla görülmektedir, bunun genellikle alkol ve sigara kullanımının erkeklerde daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (20). 2012 verilerine göre yaşa bağlı oral kanser insidansı erkeklerde yüz binde 5,5 kadınlarda yüz binde 2,5 olduğu bildirilmiştir (22).

Kanser ülkemizde 1982 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından ‘bildirimi zorunlu hastalıklar’ listesine eklenmiş ve sonuçlar Kanser Savaş Daire Başkanlığı tarafından bildirilmeye başlanmıştır. 2002 yılından itibaren oral kanserler ve farinks kanserleri ağız kanserleri adı altında toplanmıştır (23). 2004-2009 yılları arasında bildirilen 3.560 vakanın; 776’sı dudak, 552’si dil, 520’si oral mukoza, 381’i tükürük bezleri ve 150’si tonsiller ile alakalı olduğu görülmüştür (23). Ülkemizde oral kanser insidansının %1,7 mortalite oranının ise %1 olduğu bildirilmiştir (24). Fakat mevcut kanser kayıt sistemlerinin düzenli işletilememesi nedeniyle net ve kesin verilere ulaşılması mümkün görünmemektedir. Türkiye’de yüksek bilimsel geçerliliği olan kanser insidans hızlarının elde edilebilmesi için İzmir ve Antalya Kanser Kayıt Merkezleri gibi uluslararası standartlarda çalışan gerçek nüfus tabanlı kanser kayıt merkezlerinin sayılarının arttırılması gerekliliği bildirilmiştir (25,26).

2.1.2. Oral kanserlerin etiyolojisi ve risk faktörleri

OSHK’un etiyolojisinde tek bir ajan veya olayın söz konusu olmadığı, hem internal hem de eksternal birçok faktörün yer aldığı ortaya konulmuştur (27). Tütün ve alkol oral kanser için en önemli risk faktörleri olmakla birlikte, *mate* ve *betel nut* kullanımı, diyet ve beslenme alışkanlıkları, kötü oral hijyen, viral hastalıklar, radyasyon (güneş ve iyonize), bağışıklık sistemi bozuklukları, mantar enfeksiyonları, dental faktörler, etnik köken ve genetik predispozan faktörlerin de rolü yer almaktadır (28).

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı; akciğer, oral kavite, farinks, larinks, özofagus, mide, böbrek, pelvis, mesane ve pankreas kanserleriyle ilişkili olduğu ve tek başına milyonlarca ölüme yol açtığı için en önemli risk faktörü olarak kabul edilmektedir (29). Tütün dumanı içinde aromatik hidrokarbonlar ve tütün spesifik nitrozaminler gibi elliden fazla karsinojen madde bulundurmaktadır (30). Bu karsinojenler hücre onarım mekanizmalarının bozulmasına ve normal hücrelerin malign dönüşümüne sebep olmaktadır. Ayrıca oluşan duman ve ısı ağızın müköz membranlarını irrite ederek kanser riskini artırmaktadır. Oral kavite ve farinks kanserlerinin yaklaşık %75’i tütün ve tütün ürünlerinin kullanımına bağlı gelişmektedir (31). Tütün kullanma alışkanlığı olmayan bireylerde %3,4 ile %4,5

arasında değişen oral kanser insidansı, alışkanlığı olan bireylere göre 2 ila 12 kat daha az risk taşıdıklarını göstermektedir (31).

Pasif içicilik; tütün dumanında bulunan kanserojenlerin ortamdaki hava ile seyreltilerek olsa bile alınma durumudur. Aktif içen bireylerde olduğu gibi pasif içici bireylerde de koroner kalp hastalıkları, kronik solunum hastalıkları, fetüs gelişiminde bozulmalar ve kanserojen etkiler görülmektedir (31).

Tütün ve tütün ürünlerinin tüm formları kanserojendir (32). Dumansız tütün; nikotin absorbe edilebileceğı muköz membrana doğrudan yerleştirilmesi veya çiğnenerek kullanılmasıdır. Orta Asya'da '*naswar*', Batı Asya'da '*zarda*', Türkiye'de '*Maraş otu*', Sudan'da '*tombak*', Venezüella'da '*chimó*' ve Alaska'da '*iq'mik*' gibi farklı bölgelerde farklı isimlerle birçok biçimde kullanılmaktadır (33). Yapılan çalışmalar sonucunda dumansız tütün kullanımının lökoplaki, eritroplaki ve oral submuköz fibrozis gibi prekanseröz lezyonlara ve oral kansere sebep olduğu gösterilmiştir (34,35).

Alkol kullanımı; oral kavite, farinks, larinks, özofagus ve karaciğer kanserlerinin gelişiminde rol oynayan bir risk faktörüdür (36). Sigara ile birlikte alkol kullanımı hikâyesi olan kişilerde oral kanser riskinin 3-9 kat fazla olduğu bildirilmiştir (37). Alkol epitelyal atrofiye neden olarak oral mukozanın geçirgenliğini artırması ve bu nedenle mukozanın karsinojenlere daha çok maruz kalmasına sebep olmaktadır. Alkol ve tütünün birlikte kullanımının oral kanser gelişiminde sinerjik olarak etki gösterdiği bulunmuştur (37). Alkol kullanımının oral kanser oluşumuna etkisi tam olarak anlaşılmamış olsa da etanolün metabolize edilmesi sonucu çıkan yan ürünlerden özellikle asetaldehitin etkili olduğu düşünülmektedir. Alkolün kanser oluşumundaki etkisi tütün kullanımıyla birlikte göstermiş olduğu etkilerden bağımsızdır. Kısaca alkolün günlük kullanım süresi, miktarı ve tütünle birlikte kullanılmasının riski belirleyen faktörlerden olduğu gösterilmiştir (33). Alkol bazlı ağız gargaralarının oral kanser riski açısından değerlendirilmesiyle alakalı çalışmalar sınırlı ve veriler tutarsız olduğundan kesin bir bulguya ulaşılammıştır (27).

Betel tütünü; Güney Doğu Asya ve Hindistan gibi bölgelerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Genellikle *areka* cevizi, betel yaprakları, sönmüş kireç, bölgesel baharat ve tatlandırıcılar eklenmektedir (38). Kanser riski açısından; alışkanlığın

süresi, kullanım sıklığı, çiğnenmesiyle çıkan sıvının yutulması ve uyurken bu karşımın ağızda tutulması ile artmaktadır. Tüm dünyada altı yüz milyondan fazla kişinin düzenli betel çiğneme alışkanlığına sahip olduğu düşünülmektedir ve bu ürünün prekanseröz lezyonlar olan submüköz fibrozis ve lökoplazi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (17).

Mate kullanımı; Uruguay ve Brezilya gibi Güney Amerika ülkelerinde tüketilen bu ürünün oral ve farengeal kanserler açısından risk faktörü olduğu bilinmektedir (39,40). Net olarak mekanizması tanımlanmamış olsa da çay gibi tüketilen bu ürünün; termal hasara yol açması, nitröz bileşikler ve tannin içeriğinin kanser patogenezinde rol aldığı, oral kanser insidansını 1,6-2,8 kat arttırdığı gösterilmiştir (40).

Viral hastalıklar; oral skuamöz epitelin karsinogenezinde etkin rol oynamaktadırlar (35). Viral genler ve gen ürünlerinin deoksiribo nükleik asit (DNA) replikasyonu, DNA onarımı ve apoptoz gibi konak hücre mekanizmalarının işleyişini bozarak sağlıklı hücreleri malign dönüşüme sürüklemektedirler (41). *Herpes Simpleks Virus* (HSV), *Epstein Barr Virus* (EBV), *Human Papilloma Virus* (HPV) ve adenovirüsler oral kanser oluşumuyla ilişkili olduğu düşünülen başlıca virüslerdir (42). HPV bu virüsler içinde oral ve orofarenks karsinogenezinde en çok görülmektedir. Oral kavitenin birçok *benign* ve *malign* neoplazmlarında yüz elliden fazla HPV genotipi izole edilmiştir. Bazı türleri (HPV 16, 18, 31,33...) yüksek riskli olarak adlandırılmaktadır (35). Sağlıklı oral florada bulunabilen ve oral kanserlerde en sık görülen HPV 16 genotipidir (43). HSV ve EBV'nin oral kanserdeki rolleri net olarak bilinmemektedir.

Radyasyon; iyonize ışınların bağışıklık sistemi ve hücre mekanizmaları üzerine etkileri bilinmektedir. Özellikle baş boyun bölgesinden ışın tedavisi alan hastalarda doz ile ilişkili olarak oral kanser insidansı artmaktadır (44). Ultraviyole ışınlar (güneş) aşırı maruz kalınması dudak kanseri açısından bir risk faktörüdür (27). Dudak kanseri gelişme riski açısından balıkçılık, ziraat gibi uzun süreli güneş ışınına maruz kalınan meslekler yüksek risk grubunu oluşturmaktadır (45).

Beslenme; meyve ve sebzeden yetersiz bir diyetin oral kanserler için risk faktörü olduğu düşünülmektedir (46). Artmış meyve ve sebze tüketiminin faydaları ve kanser oluşumun önleme mekanizmalarıyla alakalı fikir birliği yoktur. Ancak yapılan

çalışmalarda oral kanserler ile meyve ve sebzeden zengin diyet arasında ters orantı olduğu yönünde veriler elde edilmiştir (47,48). Besinlerin içerdikleri vitamin ve antioksidan maddelerin, kanser oluşumunda rol oynayan mutasyonlar, bozulmuş hücre tamir mekanizmaları ve serbest radikallerin sebep olduğu tepkimeler üzerinde koruyucu ve önleyici etkileri bulunmuştur (49). İşlenmiş ürün ve gıda tüketimi ise aksine oral kanserler için yüksek risk oluşurmaktadır (35).

Tersiyer sifiliz; diğer risk faktörleriyle birlikte oral kanser gelişimine neden olduğu bilinmektedir (43). Günümüzde tersiyer sifiliz erken aşamalarda teşhis edilip tedavisi gerçekteştirildiği için klinikte nadir karşılaşılan bir durum haline gelmiştir (50). Etiyolojisi net olarak açıklanmamış olsa da tersiyer sifilizin dil kanseri görölme sıklığının artmasıyla ilişkili olduğu düşünölmektedir (43).

Mantar enfeksiyonları; kandida ailesinden özellikle *Candida albicans* kaynaklı fungal enfeksiyonlar, oral prekanseröz hastalıkların patogeneğinde rol oynamaktadır (51). Kandidanın karsinogenez üzerindeki mekanizması belirsizliğini korumakla birlikte yapılan bir çalışma sonucunda, malign dönüşüme uğramış nodüler lökoplakiler üzerinde mantar hifleri görölmuş ve kandidanın nitrozamin gibi karsinogen maddeler üretebildiği gösterilmiştir (52).

Bağışıklık sisteminin baskılanması; bu bireylerde vücudun herhangi bir yerinde ve oral kavitede kanser görölme sıklığı artmaktadır. Organ nakli olmuş hastaların almış oldukları bağışıklık sistemini baskılayan ilaç rejimlerinden dolayı oral kanser ve dudak kanseri görölme sıklığını arttığı gösterilmiştir (35). Özellikle böbrek nakli olan bireylerde riskin en yüksek olduğu, bu bireylerin aşırı ultraviyole ışına maruz kalmaktan, alkol ve sigara tüketiminden uzak durmaları gerektiği belirtilmektedir (53). İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile enfekte bireylerde Kaposi sarkomu ve lenfoma gibi malignitelere yatkınlık bildirilmiş olsa da, oral kanserlerin bu baskılanmış bağışıklık sisteminin yaygın bir sonucu olmadığı düşünölmektedir (54).

Oral hijyen ve dental faktörler; bireylerde yetersiz oral hijyen olması, uyumsuz protezlerin varlığı, yanak ısırma alışkanlığı, çürük ve travmaya bağlı oluşmuş kırık dişlerin mukozada oluşturduğu kronik irritasyonlar oral kanser aısından risk

faktörlerindendir (55). Oral kanser görülen hastaların birçoğunun diş hekimine hiç gitmediği ve nadiren dişlerini fırçaladığı bilinmektedir (56).

Genetik yatkınlık; toplumda bazı bireylerin prokarsinojen ve karsinojen maddeleri metabolize edememe veya hücre tamir mekanizmalarındaki aksaklıkların kalıtsal olduğu düşünülmektedir (57). Baş ve boyun kanserine yakalanmış hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların birinci derece yakınları gözlemlenmiş ve benzer malignite bulgularına rastlanmıştır (35). Oral kanserler için genetik veya ailesel yatkınlığın etkisini belirlemek için yapılan çalışmalar tütün ve alkol gibi risk faktörleriyle sınırlıdır kalmaktadır. Tütünün kanserojen etkinliğinden sorumlu olan genetik faktörlerin oral kanser patogeneğinde önemli rol oynadığı düşünülmektedir (35).

2.1.3. Oral kanserlerin histopatolojisi

OSHK ağız mukozasının çok katlı yassı epitelinden gelişen bir malignansidir. Ağız içinde en çok etkilenen bölgeler ağız tabanı ve dilin ventral yüzeyleridir (50) . Keratinize olmayan mukoza ile örtülü olmaları, karsinojenlerin epiteliden daha kolay geçmesi, tütün ürünleri ve alkolün birikim alanları olması nedeniyle bu bölgelerde sık görülmektedir (17).

Oral kanserlerin derecelendirilmesi iyi, orta ve az diferansiye şeklindedir. Sağlıklı mukozaya benzerlik gösteren formu iyi diferansiye, anormal mitotik aktivite artışları ve belirgin çekirdek polimorfizm gösteren orta diferansiye, tipik ve atipik mitozlara ek olarak keratinizasyonun eşlik ettiği immatür hücrelerin izlendiği formu ise az diferansiye formudur (58). Keratinizasyon iyi ve orta dereceli diferansiye formlarda da gözlenmektedir fakat derecelendirme de önemli bir ölçüt olarak yer almamaktadır (17).

Kanserli doku infiltratif ve/veya ekspantif olarak dokulara invazyon göstermektedir. İnfiltratif büyüme küçük, düzensiz, sınırları belirgin olmayan parmaklı girinti çıkıntılar şeklinde görülür ve bu formların prognozu kötüdür (59). Ekspantif büyüme büyük adacıklar şeklinde komşu dokulara yayılma gösterir ve bu formların prognozu daha iyidir. Kanser dokusuna komşu mukozada değişen seviyelerde epitelyal displaziler görülmektedir (60).

Displazi histolojik bir tanımlamadır; hücrelerde atipi görülmesi, anormal bölünmeler olması, düzensiz hücre toplulukları ve yığılmalarının oluşması gibi anormal hücre özelliklerinin varlığında kullanılır (61). OSHK, epitelyal displaziler sonucunda hücrelerin kontrolsüz bir şekilde çoğalarak bazal membranı aşması ve bağ dokusuna invaze olmasıyla gelişmektedir (62).

2.1.4. Oral kanserlerde evreleme ve prognoz

Oral kanserler diğer kanser türlerinde olduğu gibi lokalizasyonlarına ve histopatolojilerine göre sınıflandırılmalarının yanı sıra ‘TNM’ evreleme sistemine göre de sınıflandırılmaktadır (63). T primer tümörün lokal yayılımını, N bölgesel lenf nodu yayılımını, M ise uzak metastazını ifade etmektedir.

Oral kanserlerde evreleme:

Tx: Primer tümörü değerlendirilemeyen

T0: Primer tümöre ait bulgu saptanmayan

Tis: Karsinoma in situ

T1: Tümör 2 cm veya daha küçük boyutta

T2: Tümör 2-4 cm büyüklüğünde

T3: Tümör 4 cm’den büyük

T4: Tümör komşu dokulara invaze olmuş (kortikal kemik, dil kasları, maksiller sinüs, cilt gibi)

Nx: Lenf nodu değerlendirilemeyen

N0: Lenf nodu metastazı yok

N1: Tek taraflı 3 cm veya daha küçük lenf nodu

N2a: Tek taraflı tek, 3-6 cm’lik lenf nodu

N2b: Tek taraflı, birden fazla, 3-6 cm’lik lenf nodları

N2c: Tek veya Çift taraflı, 6 cm’den küçük lenf nodu veya nodları

N3: 6 cm’den büyük lenf nodu

Mx: Metastaz değerlendirilemeyen

M0: Metastaz yok

M1: Metastaz var

Evre 0 : Tis N0 M0

Evre 1 : T1 N0 M0

Evre 2 : T2 N0 M0

Evre 3 : T3 N0 M0 / T1-2 N1 M0

Evre 4 : T4 N0-1 M0 / T... N2-3 M0 / T... N... M1

Tümörün oral kavitedeki lokalizasyonu, hangi evrede olduğu, lenf tutulumu ve histolojik olarak diferansiyasyon seviyesi prognozu belirleyen önemli faktörlerdendir (58). Prognozun en iyi olduğu olgular iyi diferansiye tümörün olduğu ve uzak metastazın bulunmadığı olgulardır.

Metastaz %15 ila 20'lik bir oranda en sık akciğer (%66) ve karaciğerde(%9,5) görülmektedir ve bu vakaların prognozları kötü olmaktadır (64). Oral skuamöz hücreli karsinom lenfatik yolla metastaz yapmaktadır ve vakaların %30-40'nda bölgesel lenf nodlarında infiltrasyon görülmektedir (65). Pek çok malign tümöre göre lenfatik yolla metastaz oranı yüksek olduğundan hastalığın prognozu kötü seyretmekte ve yüksek oranda nüks görülmektedir (59).

Toplumda oral kanser insidansı giderek artmaktadır bu nedenle erken tanı ve tedavi prognoz açısından çok önemlidir (66). Oral kanserlerde beş yıllık sağ kalım yaklaşık %50'dir (65). İleri evre oral kanser tanısı almış hastaların sağ kalımı %30-%50 iken erken teşhis edilen ve tedavi gören hastalarda bu oran %80'lere çıkmaktadır (67).

Erkek ve kadın hastalar arasında oral kanser prognozu açısından belirgin bir fark bulunamamıştır(68) . İleri yaşlardaki vakaların prognozunun daha kötü olduğu, yaşlı bireylerin *mortalite* açısından yüksek risk altında olduğu düşünülmektedir. Kanser ile birlikte kardiyovasküler, renal, pulmoner, hepatik hastalıklar gibi sistemik rahatsızlıkların eşlik etmesi prognozunu kötü seyretmesine yol açmaktadır (69). Tütün

ve alkol kullanımının yüksek ölüm oranlarıyla ilişkili olduğu görülmüştür (70). Düşük sosyoekonomik düzey ve yetersiz ağız hijyeni olması da hastalığın prognozunu kötü yönde etkilemektedir (71).

22.1.5. Oral kanserlerin klinik özellikleri

Erken evre oral kanser tanısı konmuş hastalarda genellikle belirti görülmemekte veya asemptomatik klinik bulgular gözlemlenmektedir. Hastaların kliniğe başvurma sebebi %40 oranında ağrı şikayetidir ve hastalığın evresi ile ilişkili olarak ağrının şiddeti değişmektedir (65). Oral kanserlerin ve prekanseröz lezyonların erken dönemde tanısı koyulabilmektedir. Bunun için özenle incelenmesi gereken klinik belirti ve bulgular (72):

- Mukoza yüzeyinden kaldırılamayan kırmızı-beyaz lezyonlar.
- Sebebi belirsiz, gözle görülmeyen fakat muayenede hissedilebilen belirgin kitleler/şişlikler.
- İki haftadan uzun süre iyileşmeyen yaralar.
- Hızlı büyüme gösteren, çevre dokulara fiks, indurasyon ve infiltrasyon görülen şüpheli lezyonlar.
- Uzun süren ve nedeni belirsiz dişlerde sallanma (mobilité).
- Lokalize pigmente lezyonlar.
- Nedeni açıklanamayan kemik lezyonları (radyografik muayene).
- Uzun süre devam eden yutkunma zorluğunun olması.
- Boyunda kısa sürede oluşan ve sebebi belirsiz şişkinlik.
- Nedeni belirsiz, bir aydan uzun süren ağrı şikayeti.
- Orofasiyal hassasiyette azalma ve sebepsiz duyu kayıpları görülmesi.
- Kanamalı ağız içi lezyonlar.
- Ağızda kötü koku.
- Ağız açmada ve çiğnemedede zorlanma (trismus).
- Kilo kaybı.

Bu bulgulardan bir veya birkaçının olması durumunda lezyonlardan biyopsi alınması gerekmektedir (72).

Oral kanserler en sık dudaklarda (özellikle alt dudak) daha sonra sırasıyla dil (posterolateral), ağız tabanı, bukkal mukoza, diş etleri ve damakta (sıklıkla yumuşak damak) görülmektedir (73). Lezyonların birçoğu başlangıçta belirti göstermezler ancak şişlik, renk değişimi, mukozada keratinizasyon artışı, ülserasyon, çene hareketlerinde zorlanma, dişlerde mobilite ve kayıplar, ağız kuruluğu, ağrı, tat ve his bozuklukları gibi belirtiler klinik olarak görülebilmektedir (74).

Dudak kanserleri; tüm oral kanserler içinde %25-30'luk bir paya sahiptir özellikle alt dudak tutulumu üst dudağa göre daha sıktır (75). Ultraviyole ışına uzun süreli maruz kalınması ve sigara kullanımı alt dudak kanserleri için önemli etiyolojik faktörlerdir (76). Dudak kanseri görülen hastalarda lezyonların büyüme hızının oldukça yavaş olması ve gözle görülür bir bölgede yer almasından dolayı genel olarak prognozları daha iyidir ve beş yıllık sağ kalım %90'ın üzerinde olduğu görülmüştür (46). Dudak kanserleri submental ve submandibuler lenf nodlarına yayılım gösterebilmektedirler.

Dil; oral kanserlerin en yaygın görüldüğü bölgedir (77). Lezyonlar özellikle dilin posterolateralinde yerleşim gösterir, dil dorsumunda veya dil ucunda yerleşim sık değildir (78). Oral kanserlerin, dudak lezyonları hariç, %25-40'ını oluşturmaktadırlar (75). Dilin skuamöz hücreli kanseri sıklıkla asemptomatiktir ve klinik olarak teşhis edildiklerinde *karsinoma in situ* veya invaziv karsinom gibi evrelerde olmaktadır (58). Bu bölgedeki lezyonların prognozu, bölgenin muayene zorluğu, lezyonların uzun süre belirti vermemesi, submandibuler ve jugulodigastrik lenf nodu tutulumunun sık olması nedeniyle kötü seyretmektedir (78).

Ağız tabanı; dilden sonra oral kanserlerin ikinci sıklıkla görüldüğü bölgedir ve tüm vakaların %15-20'sini oluşturmaktadır (79). Tükürüğün bu bölgede birikmesi, ince ve keratinize olmayan mukoza yapısından dolayı yüksek risk altındaki bölgelerdendir. Genellikle lingual frenilum ve sublingual tükürük bezi kanal ağızları etrafında yerleşim gösterirler. Yoğun alkol ve tütün kullanan bireyler başta olmak üzere ileri yaş erkeklerde sık görülür (80). Sıklıkla asemptomatiktir, uzun süreli geçmeyen ülserler, kırmızı-beyaz lezyonlar şeklinde görülür. İleri evrelerde dişeti ve derin dokulara invaze olup, dil hareketlerinde kısıtlılık oluşturabilmektedir. Ağız tabanı lenfatik dolaşım bakımından zengin bir bölge olduğu için burada lokalize

kanserler submandibuler, jugulo-digastrik ve boyun lenf nodlarına metastaz yapabilirler (79).

Yanak mukozası ve gingival mukoza; oral kanserlerin %10'u bu bölgelerde görülür (75). Bukkal mukozada genellikle posterior bölgelerde ağrısız ve beyaz yama şeklinde görülürler, travma sebebiyle ülserleşme görülebilir (50). İleri evrelerde trismus oluşturarak çene fonksiyonlarını kısıtlayabilirler. Dişetlerinde yer alan lezyonlar piyojenik granülom veya diğer dişeti hastalıklarıyla karışabilmektedir. Tümörün dişeti cebinden alveol kemiğe ulaşmasından sonra dişlerde mobilité görülmektedir. Bu bölgelerde yer alan tümörler yavaş büyüme göstermeleri, iyi diferansiye formda olmaları ve nadiren metastaz görülmesi sebebiyle prognozları iyidir (75).

Yumuşak ve sert damak; ağız içi kanserlerin yaklaşık %10-15'inin görüldüğü bölgelerdir (75). Sıklıkla yumuşak damak ve komşuluğundaki dokularda, sert damakta ise daha nadir oral kanser oluşumu görülmektedir. Tütün ve tütün ürünleri kullanımının bu bölgelerde gelişen maligniteler için yüksek risk faktörü olduğu belirtilmektedir (81). Semptom göstermeyen kırmızı-beyaz plaklar, ülser lezyonlar veya keratotik lezyonlar şeklinde görülmektedirler. Nevus ve melonama gibi pigmente lezyonlar da bu bölgelerde yerleşim gösterirler ve takip edilmeleri gerekmektedir (82). Lezyonun büyük boyutlara ulaşması ve servikal lenf nodlarına yayılım göstermesi kötü prognoz göstergesidir.

2.1.6. Oral kanserlerin tedavi yöntemleri

Oral skuamöz hücreli kanserin tedavisi yaş, sistemik genel durum, kanserin yerleşimi, histolojik yapısı, lenf nodu tutulumu gibi kriterlere bakılarak belirlenmektedir. Genel olarak cerrahi tedavi, radyoterapi ve kemoterapi tedavi seçenekleri olarak uygulanmaktadır. Bu tedavilerin hem küratif hem de palyatif tedavi amacı bulunmaktadır (83).

Cerrahi tedavi; kanserin tanısında, evrelendirilmesinde, önlenmesinde, tedavi sonrasında ortaya çıkan kozmetik ve fonksiyonel komplikasyonların giderilmesinde diğer tedavi seçenekleri arasında en çok kullanılan yöntemdir (84). Metastaz görülmeyen olgularda tek başına cerrahi tedavi yeterli olmaktadır. Kanserli dokunun eksizyonu için planlanan cerrahi sınırlar, onkolojik prensiplerden ödün vermeyecek

şekilde, estetik ve fonksiyonel kriterlerin göz önünde olduğu ve sağlam dokuları içeren sınırlara sahip olmalıdır (85).

Radyoterapi; kanserli dokuya planlanmış iyonize radyasyon dozunun verildiği tedavi yöntemidir (86). Tedavi sırasında kanserli doku ile komşu sağlıklı dokulara mümkün olduğunca az zarar verilmelidir. Radyoterapi öncelikle tüm kanserli hücreleri ortadan kaldırmak yani küratif, cerrahi tedaviye ek veya yardımcı tedavi olarak kullanılmaktadır(87). Diğer bir kullanım alanı da tedavinin mümkün olmadığı, tümörün yayıldığı durumlarda hasta konforunu artırmak ve semptomları azaltmak amacıyla palyatif olarak kullanılmaktadır. Radyoterapi ağırlı bir işlem değildir fakat radyasyonun uygulama şekli, tipi, etki alanı, süresi, hastanın yaşı ve sistemik durumuna bağlı olarak yan etkiler görülebilmektedir (88). Oral kavite kanserlerinde uygulanan radyoterapi sonrasında; mukozit, tat duyusu kaybı, ağız kuruluğu, radyasyona bağlı çürükler, trismus, disfaji, ses kısıklığı, enfeksiyonlar (özellikle fırsatçı mantar enfeksiyonları) ve osteoradyonekroz gibi yan etkiler görülebilmektedir (87,89).

Kemoterapi; hastaya ağız veya enjeksiyon yoluyla verilen ilaçlar ile özellikle metastaz gösteren kanserlerin tedavi yöntemidir (90). Cerrahi tedavi ve radyoterapi ile birlikte veya tek başına kullanılmaktadır. Kemoterapinin amaçları arasında; tam tedavi, kontrolün sağlanması, semptomları hafifletmek ve profilaksi yer almaktadır. Ancak kemoterapi kanserli hücrelerle birlikte, hızlı çoğalma özelliğine sahip; kemik iliği, saç folikülleri, oral kavite ve sindirim sisteminde bulunan dokular da etkilenmektedir (91). Oral kavitede; mukozit, hemoroji, enfeksiyon, ağız kuruluğu gibi yan etkileri görülmektedir (92).

Kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavilerin sağlıklı dokular üzerinde belirgin yan etkileri bulunmaktadır (93,94). Bu amaçla sadece kanserli dokulara etki eden ve sağlıklı hücrelere zarar vermeyen yeni tedaviler için araştırmalar devam etmektedir. Yapılan çalışmalar sonucunda; gen terapisi, biyoterapi, immünoterapi, monoklonal antikör tedavisi, termoterapi gibi tedavi yöntemleri geliştirilmiştir (92,94).

2.2. Oral Premalign (prekanseröz) Lezyonlar

Sağlıklı mukozaya göre malign dönüşüm potansiyeli yüksek olan morfolojik olarak farklılıklar gösteren lezyonlar premalign veya prekanseröz lezyonlar olarak

tanımlanmaktadır (95). Kanserleşme riski yüksek başlıca oral premalign lezyonlar; lökoplaki, eritroplaki, oral submüköz fibrozis, liken planus, lupus eritematozus, diskeratozis konjenita, aktinik keratoz ve tütün kullanımına bağlı oluşan keratozlar gibi epitelyal lezyonlardır (20).

2.2.1. Lökoplaki

Lökoplaki Oral mukozada kazıma ve silme ile uzaklaştırılamayan, bilinen herhangi bir hastalığın klinik ve patolojik özelliklerini göstermeyen beyaz plak veya yama şeklindeki mukozal lezyonları tanımlamaktadır (96). Oral kavitede en sık görülen prekanseröz lezyonlardır (97). Klinik olarak benzer belirti ve bulgular göstermelerine rağmen benign hiperkeratozdan invaziv karsinoma kadar değişen histopatolojik farklılıklar gösterir. Ağzı içinde sıklıkla dil laterali, yanak mukozası, gingiva, dudak kommisuraları ve ağız tabanında konumlanır (98). Ağız tabanı, dil ve dudak lezyonlarında malign dönüşüm riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (58). İleri yaşta bireylerde (40 yaş üzeri) ve özellikle erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülmektedir (98). Bu premalign lezyonların etiyolojisi halen net olarak açıklanamamıştır. Tütün ve alkol kullanımı, betel çiğnenmesi, dental restoratif materyallerin içerdiği metallerin neden olduğu galvanik akım, kronik irritasyonlar, Human Papilloma Virüs (HPV), *Candida albicans*, kötü oral hijyen ve beslenme bozuklukları gibi etkenlerin etiyolojide rol aldığı düşünülmektedir (97). Klinik özellikleri ve yüzey yapılarına göre homojen ve non-homojen olarak iki ana gruba ayrılmaktadırlar. Non-homojen oral lökoplakilerin malign dönüşüm insidansı homojen lökoplakilere göre daha yüksektir (99).

Oral Lökoplakilerin klinik olarak sınıflandırılması (58);

- Homojen Lökoplakiler: Düz, Dalgalı, Fissüre, Süngerimsi
- Non-Homojen Lökoplakiler: Verrüköz, Nodüler, Ülser, Eritrolökoplaki

Oral lökoplakilerin tedavi planlamasında klinik tipi, yerleşim bölgesi, büyüklüğü, displazi varlığı ve derecesi gibi faktörler değerlendirilir. Öncelikle lezyona neden olan etiyolojik ve predispozan faktörlerin belirlendikten sonra elimine edilmesi gereklidir. Cerrahi eksizyon en sık kullanılan tedavi yöntemidir fakat %20-40 arasında nüks gözlenmektedir (100). Oral premalign lezyonların eksizyonu sonrası 7,5 yıllık takibinde olguların %11’inde malign dönüşüm geliştiği bulunmuştur (97). Yapılan

çalışmalarda oral lökoplakilerin %16-26'sında epitelyal displazi geliştiği, %8'inden oral skuamöz hücreli kanser geliştiği görülmüştür (101). Bu sebeple cerrahi tedavi yapılmış veya yapılmamış tüm vakaların üç ay aralıklarla takibi, lezyonun stabil kalması durumunda ise altı aylık aralıklarla takibi, klinik bulgu ve belirtilerde değişiklik olması halinde ise histopatolojik inceleme önerilmektedir (96).

2.2.2. Eritroplaki

Histopatolojik ya da klinik olarak herhangi bir hastalığın özelliklerini göstermeyen, silindiğinde mukozadan kaldırılamayan kırmızı, kadifemsi, plak ve yama biçimindeki lezyonlar olarak tanımlanmaktadır (102). L koplakilere kıyasla daha az görünmektedirler fakat malign dönüşüm potansiyelleri çok daha (17 kat) yüksektir (97). Lezyonlar mukozadaki atrofi sebebiyle sığ çöküntü şeklinde, yüzeyleri düzensiz, bazen sarı-beyaz granüllü bir yapıda olabilir. L koplakilerle birlikte (eritrol koplaki) veya tek başına klinik olarak gözlenebilmektedir. Ağız içinde daha çok yanak mukozası, ağzı tabanı, dudak, yumuşak damak, dilin lateral ve ventrali ile retromolar bölgelerde yerleşim göstermektedir (103). Histopatolojik olarak incelemeden sonra klinik tanısı eritroplaki konmuş olan lezyonların yaklaşık %50'sinde ağır displazi, *karsinoma in situ* veya invaziv karsinom olarak tanısı değiştiği görülmüştür (104). Bu premalign lezyonların tanısı için histopatolojik değerlendirme şarttır.

2.2.3. Submüköz fibrozis

Oral mukozanın ve üst gastrointestinal kanal dokularının (farenks ve özofagus) submukozal tabakasında kollajen yapısındaki bozulmaya bağlı olarak yaygın fibrozis oluşmasıdır (105). Özellikle Hindistan ve Pakistan gibi Güney Doğu Asya  lkelerinde, mukozaya için kronik irritasyona neden olan tütün ve tütün ürünleri, baharatlı ve sıcak gıdaların kullanım alışkanlığına bağlı olarak daha sık rastlanmaktadır. Mukozaya atrofisi ve soluk görünümlü lezyonlar şeklinde klinik bulgular veren hastalık alışkanlıklarının etkisi ile yanak ve damak mukozasında sınırlı olmaktadır (106). Lökoplaki ve eritroplaki lezyonlarla beraber görülebilmektedir. İlerlemiş olgularda dil ve yanak hareketlerinde kısıtlılık, ağız açmada zorlanma, yanma hissi, tat almada bozukluk, pigmentasyon gibi bulgular görülmektedir. Malign dönüşüm riski %5 civarında görülmüştür (97).

2.2.4. Oral liken planus

Oral mukozada sık karşılaşılan kronik, enflamatuvar, otoimmün, mukokutanöz bir hastalıktır (107). Lezyonlar oral mukozanın birçok yerinde lokalize olmakla birlikte çoğunlukla yanak mukozasında ve bilateral yerleşim göstermektedirler. Retiküler (en sık), papüller, atrofik, plak benzeri, büllöz, eroziv ve ülseratif olmak üzere klinik formları vardır (108). Orta yaş ve kadın hastalarda daha sık görülmektedir (109). Ağrı ve yanma şikâyetleri özellikle atrofik ve eroziv formlarda görülmektedir. Semptomlar alevlenme ve gerileme dönemlerinin birbirini takip ettiği uzun yıllar boyu devam etmektedir. Kesin tedavisi olmamakla birlikte semptomatik tedaviler uygulanmaktadır. Yapılan çalışmalar malign dönüşüm insidansının düşük olduğunu, klinik tipleri arasında eroziv formun daha yüksek orana sahip olduğunu göstermiştir (110,111). Genel düşünce hastaların düzenli takibi ve gerekli durumlarda histopatolojik incelemelerin yapılması şeklindedir (108).

2.2.5. Oral likenoid reaksiyonlar

Beta-bloker ve anti-malaryal ilaçlar başta olmak üzere birçok ilaç ve dental restorasyon materyallerine (dental amalgam, sabit ve hareketli protezlerin metal altyapısı) karşı liken planus benzeri lezyonların olduğu hastalıktır (112).

2.2.6. Kronik kandidiyazis

Oral mukozada çoğunlukla *Candida albicans*'ın neden olduğu mantar enfeksiyonudur. Klinik olarak; kronik atrofik, kronik hiperplastik, akut atrofik, psödomembranöz ve mukokutanöz kandidiyazis olmak üzere sınıflandırılmaktadır (113). Baskılanmış bağışıklık sistemi, vitamin eksikliği, sistemik faktörler predispozan faktörler olarak enfeksiyonun oluşmasında rol almaktadır. Oral bölgede sıklıkla yanak mukozası, dil ve dudakta yerleşim göstermektedir (113).

Kronik mantar enfeksiyonlarının uzun süre tedavi edilmediği vakalarda epitel displazileri ve malign transformasyonlar görülebilmektedir (112).

2.2.7. Aktinik keratoz

Uzun süreli yoğun güneş ışığı maruziyeti nedeniyle genellikle alt dudakta görülen prekanseröz lezyondur (114). Yaygın atrofik, eroziv, ülser ve keratotik plaklar şeklinde görülmektedir. %6-10 oranında malign dönüşüm potansiyele sahip bu

lezyon erkeklerde ve açık tenli bireylerde daha sık görülmektedir (115). Aktinik keratoz için lazer ablasyon, topikal retinoidler, elektrocerrahi, kriyoterapi ve vermilyonektomi gibi tedavi yöntemleri bulunmaktadır.

2.2.8. Diskeratozis konjenita

Çoğunlukla 5-15 yaşları arasında erkeklerde görülen genetik bir hastalıktır (116). Hastalığın karakteristik özellikleri arasında tırnak distrofisi, retiküler deri pigmentasyonları ve oral lökoplazi yer almaktadır. Bu hastalarda ilerleyen yaşlarda gastrointestinal sistem, oral kavite ve farenkste malign tümör görülme insidansında artış görülmektedir (116).

2.2.9. Kseroderma pigmentozum

Epitelde atrofi ve aşırı pigmentasyonun görüldüğü kalıtsal bir hastalıktır. Bu hastalarda ışığa karşı hassasiyet ve ultraviyole ışınlar maruz kalmaları sonucunda ise malignitelere yatkınlık görülmektedir (117).

2.2.10. Lupus eritematozus

Etiyolojisi net olarak bilinmeyen kronik otoimmün bir hastalıktır (114). Sistemik ve diskoid olmak üzere iki tipi vardır. Sistemik lupus eritematozusta biraz daha fazla olmak üzere oral lezyonlar her iki tipte de görülmektedir ve bazı durumlarda oral lezyonlar hastalığın ilk belirtisi olmaktadır. Kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülürler (118). Klinik olarak mukozadan hafif kabarık veya çökük, sınırları eritemli beyaz yama ve plaklar şeklinde lezyonlar şeklinde görülürler ancak lökoplaki ve liken planustan ayırt edilmeleri güçtür. Bazı çalışmalarda diskoid lupus eritematozusa eşlik eden oral lezyonların malign potansiyele sahip olduğu görülmüştür (118,119).

2.2.11. Dumansız tütün kullanımı sebebiyle oluşan keratozlar

Oral mukozada beyaz plaklar şeklinde görülürler. Alışkanlıklara göre sıklıkla labial ve bukkal yanak mukozasında yerleşim gösterirler (114). Mukozada meydana gelen değişimler alışkanlığın süresi, sıklığı, tütün içeriği ve konak cevabına göre değişmektedir. Erken evrelerde oral mukozada eritem ve hafif hiperkeratoz görülürken ileri evrelerde epitelyal displazi ve OSHK geliştiği görülmüştür (120).

2.2.12. Ters sigara içme alışkanlığına bağlı gelişen damak lezyonları

Çoğunlukla balıkçılık yapan erişkin bireylerde görülen bir alışkanlıktır. Ters sigara içilmesi özellikle damak mukozasında ülserasyonlar, yüzeyden kabarık beyaz plaklar, hiperpigmente ve eroziv alanlar oluşmasına neden olmaktadır (121). Bütün bu mukozal değişimler alışkanlığın süresi ve dozuna bağlı olarak malign dönüşüme kadar uzanmaktadır (122).

2.2.13. Karsinoma in situ

Oral mukozada tam kalınlık hücresel ve yapısal değişikliklerle karakterize epitelyal displazinin en ağır formu olarak tanımlanmaktadır (114). Histopatolojik olarak hiperkeratoz, akantoz, displazi, *karsinoma in situ* aşamalarından sonra invaziv karsinoma gelişebilmektedir (114). Lezyonun bu aşamaya ulaşmasından sonra iyileşmesi mümkün olamamaktadır. Kısaca *karsinoma in situ*, henüz invazyon yapmamış *malign* lezyon olarak değerlendirilmektedir (123).

2.3. Oral Kanserlerde Farkındalığın Önemi

Erken tanı ve tedavi diğer kanserlerde olduğu gibi oral kanserler içinde prognozu önemli ölçüde etkilemekte, *morbidite* ve *mortalitenin* azalmasını sağlamaktadır (68). Hasta gecikmesi ve profesyonel gecikmelerden dolayı tanı konduğunda vakaların yarısından fazlasının ileri evrelerde olduğu görülmektedir (124).

Hasta gecikmesi; hastanın herhangi bir belirti veya bulgu gözledikten sonra sağlık kuruluşuna başvurusu arasında geçen süre olarak tanımlanmaktadır (121). Tanısal gecikme kanserin histopatolojik özellikleri, hastanın yaş, cinsiyet, eğitim ve sosyoekonomik düzeyi gibi birçok değişkene bağlı olarak ortaya çıkmakla birlikte araştırmalarda ortalama 5-6 ay olarak bildirilmiştir (125). Guggenheimer ve ark.'nın (126) hasta gecikmesi üzerine yapmış olduğu çalışmada, hastaların yaşı, cinsiyeti, tütün ve alkol tüketim öyküsü, eğitim düzeyi ile anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşmışlardır. Llewellyn ve ark.'nın (127) yapmış oldukları çalışmada ise düşük eğitim seviyesinin uzun süreli hasta gecikmesi ile ilişkili olduğu görülmüştür. Özellikle sosyo ekonomik durum ve eğitim düzeyi sağlıkla ilgili birçok alanda etkili faktörler olduğu için daha fazla araştırmaların yapılmasına ihtiyaç vardır. Hasta gecikmesinde etkili olan duygusal faktörlere; endişe, korku, inkâr ve sosyal sorumluluk algısı örnek

verilebilir (128). Semptomların görülmesinden itibaren hastaların yarısından fazlasının bu belirtilerin kendiliğinden iyileşeceğini düşündükleri bulunmuştur. Sağlık profesyonellerine başvurmadan önce geleneksel bitkisel ilaç kullanan bireylerde kanser tanısı konulmasında önemli gecikmeler olduğu bildirilmiştir (129). Oral kanserlerin görülme sıklığına oranla bireylerin oral kanserle alakalı bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının yetersiz olduğu bu yüzden tanı ve tedavide gecikme olduğu düşünülmektedir (124).

Profesyonel gecikme; hastanın ilk muayenesinden itibaren kesin tanı konulana kadar geçen süreyi tanımlamaktadır (130). Hastaların başvurduğu ilk basamak sağlık kuruluşu veya hizmet sağlayıcısı rutin olarak hastanın detaylı öyküsünün ardından ekstraoral ve intraoral muayene yapmalı, risk faktörleri ve potansiyel klinik semptomları değerlendirmelidir. Hekimin tanı koyabilmesindeki en önemli kriter normal anatomik dokular ile enflamatuvar, premalign ve malign lezyonları birbirinden ayırt edebilmesidir (131). Kesin tanı, muayene bulgularının ardından şüpheli bölgeden veya dokudan alınan biyopsinin histopatolojik incelenmesi sonucunda konmaktadır. Yapılan çalışmalar sonucunda profesyonel gecikmenin ortalama 2-3 hafta olduğu bulunmuştur (124). Hasta gecikmesi ve profesyonel gecikmeye ek olarak bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi ve sağlık maliyetleri gibi faktörler sistem gecikmesi olarak tanımlanmaktadır. Bütün bu gecikme bileşenleri hastalığın prognozunu kötü yönde etkilemektedir (124).

Oral kanserlerin epidemiyolojisi, histopatolojisi, risk faktörleri ve klinik belirtileri göz önüne alındığında diş hekimleri önemli bir sorumluluğa sahiptirler. Hastaların birçoğu sadece diş ve diş etleri şikayeti ile diş hekimine başvurursa da hekimin baş, boyun, ağız içi yumuşak ve sert dokuları kapsamlı bir şekilde muayenesi etmesi gerekmektedir (124). Diş hekimlerinin oral kanserler ile alakalı bilgi, tutum ve deneyimleri üzerine yapılan çalışmalar sonucunda; katılımcıların teşhis ve tedavi yöntemleriyle alakalı bilgilerinin yetersiz olduğu, mezuniyet öncesi ve sonrası sürekli eğitimlerin gerekliliği belirtilmiştir (114,132,133).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Oral premalign ve malign hastalıklar ile alakalı literatür taraması yapılarak oral kanser ile ilişkili risk faktörleri, belirti ve semptomları hakkında bireylerin farkındalığını ve bilgisini değerlendirmek için yapılmış daha önceki çalışmalarda kullanılan anketler değerlendirilerek yeni bir anket formu oluşturuldu (134-137). Bu anket Haziran-Eylül 2020 tarihleri arasında Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi öğrencilerine çevrimiçi (internet ortamında-online) ve diş hekimliği fakültesine başvuran hastalara yüz yüze görüşme yöntemi uygulandı (Bkz.EK 1). Çalışmamız kesitsel tipte tanımlayıcı bir anket çalışmasıdır. Çalışma Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 21/07/2020 tarihli ve 2020/155 no'lu kararı ile onaylanmıştır (Bkz.EK 2).

Çalışmaya Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine başvuran hastaların ve diş hekimliği fakültesinde eğitim gören öğrencilerin oluşturduğu 554'ü kadın, 376'sı erkek toplam 930 kişi dahil edildi. Çalışmaya katılan hastaların yaş dağılımı $35,14 \pm 11,60$ (18-78), prelinik eğitim almış öğrencilerin $20,66 \pm 1,62$ (18-33), klinik eğitim almış öğrencilerin $23,04 \pm 1,71$ (20-38) olduğu saptandı. Çalışma grubuna 18 yaş ve üstü, zihinsel engeli olmayan, daha önce oral kanser tanısı konmamış, gönüllülük esas alınarak kişiler dahil edildi. Bütün katılımcıların isim- soy isim belirtilmeden cevap gizliliği güvence altına alınmıştır. Çalışmaya katılan bireylere oral malign ve premalign hastalıklarla ilgili ön bilgi ve eğitim verilmemiş herhangi bir yönlendirme olmaksızın anket formunu doldurmaları istenmiştir. Ayrıca toplanan bilgilerin gizliliği ve çalışmaya katılmayı reddetmekte serbest oldukları konusunda da katılımcılara güvence verilmiştir.

Çalışmanın örneklem büyüklüğünün belirlenebilmesi için power analizi yapılmıştır. Power analizi için R v3.6.1 programı kullanılmış olup, α hata %5, β hata %10 alınmış, anket süreci sonucunda değişkenler arasında bir fark olacağı ön görülerek en az 652 (326 hasta ve 326 öğrenci) örneklem hesaplanmış olup anket çalışmasına 930 kişi dahil edilmiştir (Tablo 3.1.) (138).

Tablo 3.1. Power analizi sonuçlarının ideal örneklem boyutları ve kullanılması gereken en uygun örneklem genişliği tablosu

	N	Testin Gücü
1	50	0,238887
2	100	0,429676
3	150	0,591108
4	200	0,716789
5	250	0,809239
6	300	0,874454
7	350	0,918981
8	400	0,948593
9	450	0,967860
10	500	0,980167

Anket 5 bölümden oluşmaktadır; katılımcıların sosyo-demografik bilgilerinden oluşan (5 soru), oral kanser farkındalık düzeylerini ölçen (9 soru), oral kanser risk faktörlerini içeren (15 soru), oral premalign ve malign hastalıkların klinik belirti ve bulgular ile alakalı katılımcıların bilgi seviyelerini değerlendiren (3 soru) ve katılımcıların alışkanlıklarını sorgulayan (4 soru) toplam 36 sorudan oluşmaktadır (Bkz.Ek-1).

Katılımcılar; preklinik eğitim almış diş hekimliği fakültesi öğrencileri (1-2-3. sınıf), klinik eğitim almış diş hekimliği fakültesi öğrencileri (4. ve 5. sınıf) ve diş hekimliği fakültesine başvuran hastalar olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır. Diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin görmüş oldukları teorik ve pratik eğitimlerin, oral kanser farkındalık düzeyleri, risk faktörleri, klinik belirti ve bulguları hakkındaki bilgi düzeyleri üzerindeki etkisinin değerlendirilebilmesi için iki gruba ayrılmıştır.

Araştırmada kullanılan anket uygulamaları ile toplanan verilerin analize hazırlanma ve kontrolünden sonra betimsel analiz aşamasına geçilmiştir. Verilerin analizi *IBM Statistical Package for Social Sciences Statistics (SPSS) v25* paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Kategorik değişkenler (sosyo-demografik) için tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde olarak sunulmuştur.

4. BULGULAR

4.1. Demografik Veriler

Araştırmaya katılan diş hekimliği fakültesine başvuran hastaların ve diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin demografik özellikleri Tablo 4.1, Tablo 4.2, Tablo 4.3 ve Tablo 4.4’de verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların sayısal dağılımları (N=930)

	N
Hasta Grubu	465
Preklinik Eğitim Almış Öğrenciler	272
Klinik Eğitim Almış Öğrenciler	193
Toplam	930

Tablo 4.2. Katılımcıların yaşlarının ortalama, standart sapma ve min-max değerleri

	Yaş	
	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max
Hasta Grubu	35,14±11,60	18-78
Preklinik Eğitim Almış Öğrenciler	20,66±1,62	18-33
Klinik Eğitim Almış Öğrenciler	23,04±1,71	20-38

Tablo 4.3. Katılımcıların cinsiyetlerine ve yaşadıkları bölgelere göre dağılımı

	Hasta Grubu		Preklinik Eğitim Almış Öğrenciler		Klinik Eğitim Almış Öğrenciler	
	N	%	N	%	N	%
Cinsiyet						
Erkek	210	45,2	98	36,0	68	35,2
Kadın	255	54,8	174	64,0	125	64,8
Yaşanılan Bölge						
Köy	47	10,1	24	8,8	12	6,2
Kasaba	7	1,5	4	1,5	6	3,1
İlçe	81	17,4	51	18,7	36	18,7
Şehir	330	71,0	193	71,0	139	72,0

Tablo 4.4. Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumlarının dağılımı (N= 465)

Eğitim Durumu	Hasta Grubu	
	N	%
İlkokul mezunu	56	12,0
Ortaokul mezunu	52	11,2
Lise mezunu	136	29,2
Ön lisans (2 yıllık Meslek Yüksekokulu)	75	16,2
Üniversite mezunu	131	28,2
Uzmanlık - Yüksek Lisans - Doktora veya üzeri akademik seviye	15	3,2

4.2. Oral Kanser Farkındalık Düzeylerine İlişkin Veriler

Araştırmaya katılan diş hekimliği fakültesine başvuran hastaların ve diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin oral kanser farkındalığını ve bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik sorulara verdikleri cevapların analizleri Tablo 4.6 ve Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.5. Katılımcıların oral kanser farkındalığı ve bilgi kaynakları

	Hasta Grubu		Preklinik Eğitim Almış Öğrenciler		Klinik Eğitim Almış Öğrenciler	
	N	%	N	%	N	%
Daha önce “Ağız, dil ya da dudak kanseri” diye bir ifade duydunuz mu?						
Evet	302	64,9	256	94,1	192	99,5
Hayır	163	35,1	16	5,9	1	0,5
Cevabınız “evet” ise, bu bilgiye nereden ulaştınız?						
Basılı Medya (dergi, gazete vb.)	43	14,3	6	2,3	2	1,0
Dijital Medya (internet ve televizyon vb.)	92	30,6	100	39,1	9	4,8
Aile/Arkadaş (yakın çevre)	77	25,6	39	15,2	2	1,0
Okul, Kurs, Eğitim Organizasyonu	41	13,6	79	30,9	131	68,2
Tıp Hekimi (aile hekimi, uzman tıp hekimi vb.)	19	6,3	2	0,8	1	0,5
Diş Hekimi (pratisyen diş hekimi, uzman diş hekimi vb.)	29	9,6	30	11,7	47	24,5

Tablo 4.6. Katılımcıların oral kanser hakkında bilgi düzeyleri

	Hasta Grubu		Preklinik Eğitim Almış Öğrenciler		Klinik Eğitim Almış Öğrenciler	
	N	%	N	%	N	%
Ağız kanseri sizce insandan insana bulaşan bir hastalık mıdır?						
Evet	49	10,6	17	6,3	11	5,7
Hayır	194	41,7	178	65,4	174	90,2
Bilmiyorum	222	41,7	77	28,3	8	4,1
Ağız kanseri vücudun diğer bölgelerine metastaz (yayılma) yapabilir mi?						
Evet	213	45,8	184	67,7	190	98,5
Hayır	35	7,5	6	2,2	2	1,0
Bilmiyorum	217	46,7	82	30,1	1	0,5
Ağız kanseri tanısı konan, tedavi gören veya tedavi sonrasında iyileşen bir tanıdığınız var mı?						
Evet	32	6,9	10	3,7	10	5,2
Hayır	433	93,1	262	96,3	183	94,8
Ağız kanseri tedavi edilemez ise ölümcül bir hastalık mıdır?						
Evet	193	41,5	122	44,8	167	86,5
Hayır	33	7,1	17	6,3	16	8,3
Bilmiyorum	239	51,4	133	48,9	10	5,2

Tablo 4.7. Katılımcıların oral kanser hakkında bilgi düzeyleri devamı

		Hasta Grubu		Preklinik Eğitim Almış Öğrenciler		Klinik Eğitim Almış Öğrenciler	
		N	%	N	%	N	%
Ağız kanserine yakalanmış bir hastanın tedavi edilebilir olduğunu düşünüyor musunuz?							
Evet		309	66,5	242	89,0	187	97,0
Hayır		15	3,2	1	0,4	2	1,0
Bilmiyorum		141	30,3	29	10,6	4	2,0
Ağız kanserine yakalanmış bir hastaya erken tanı konulması tedavi açısından önemli midir?							
Evet		399	85,8	259	95,2	193	100,0
Hayır		5	1,1	0	0,0	0	0,0
Bilmiyorum		61	13,1	13	4,8	0	0,0
Ağız prekanseröz lezyon veya ağız kanseri açısından şüphelendiğinizde ilk olarak aşağıdakilerden hangisine başvurursunuz							
Aile Hekimi		49	10,5	9	3,3	4	2,1
Diş Hekimi		187	40,2	109	40,1	72	37,2
Onkoloji Uzmanı		43	9,2	52	19,1	25	13,0
Genel Cerrahi Uzmanı		33	7,1	14	5,1	1	0,5
Kulak Burun Boğaz Uzmanı		34	7,3	4	1,5	4	2,1
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Uzmanı		103	22,2	71	26,1	82	42,5
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Uzmanı		1	0,3	0	0,0	1	0,5
Diğer Branşlar (Dermatoloji, Acil Hekimi vb.)		15	3,2	13	4,8	4	2,1

4.3. Oral Kanser Risk Faktörlerine İlişkin Veriler

Araştırmaya katılan diş hekimliği fakültesine başvuran hastaların ve diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin oral kanser ve prekanseröz hastalıklar için risk faktörleri hakkında vermiş oldukları cevapların analizleri Tablo 4.8 ve Tablo 4.9’da verilmiştir.

Tablo 4 8. Katılımcıların oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeyleri

	Hasta Grubu		Preklinik Eğitim Almış Öğrenciler		Klinik Eğitim Almış Öğrenciler	
	N	%	N	%	N	%
Sigara içmek prekanseröz lezyon veya ağız kanserine yakalanma riskini arttırır mı?						
Evet	350	75,3	246	90,4	191	99,0
Hayır	8	1,7	2	0,7	1	0,5
Bilmiyorum	107	23,0	24	8,9	1	0,5
Tütün çiğnemek prekanseröz lezyon veya ağız kanserine yakalanma riskini arttırır mı?						
Evet	307	66,0	214	78,7	192	99,5
Hayır	8	1,7	5	1,8	1	0,5
Bilmiyorum	150	32,3	53	19,5	0	0,0
Sıcak ve baharatlı yiyecekleri sıkça tüketmek prekanseröz lezyon veya ağız kanseri riskini arttırır mı?						
Evet	151	32,5	149	54,8	147	76,2
Hayır	62	13,3	15	5,5	24	12,4
Bilmiyorum	252	54,2	108	39,7	22	11,4
Beslenme bozuklukları prekanseröz lezyon veya ağız kanseri oluşumuna yol açar mı?						
Evet	198	42,6	181	66,5	165	85,5
Hayır	43	9,2	12	4,5	15	7,8
Bilmiyorum	224	48,2	79	29,0	13	6,7
Düzenli meyve ve sebze tüketmek oral prekanseröz lezyonlara ve ağız kanserine karşı korur mu?						
Evet	241	51,8	144	52,9	136	70,5
Hayır	39	8,4	13	4,8	19	9,8
Bilmiyorum	185	39,8	115	42,3	38	19,7
Alkol tüketmek oral prekanseröz lezyon veya ağız kanseri oluşma riskini arttırır mı?						
Evet	260	55,9	189	69,5	182	94,3
Hayır	15	3,2	10	3,7	5	2,6
Bilmiyorum	190	40,9	73	26,8	6	3,1

Tablo 4 9. Katılımcıların oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeyleri devamı

	Hasta Grubu		Preklinik Eğitim Almış Öğrenciler		Klinik Eğitim Almış Öğrenciler	
	N	%	N	%	N	%
Dudak ya da yanak ısırma alışkanlığı prekanseröz lezyon ya da ağız kanseri riskini artırır mı?						
Evet	128	27,5	113	41,5	133	68,9
Hayır	59	12,7	29	10,7	39	20,2
Bilmiyorum	278	59,8	130	47,8	21	10,9
Uzun süre güneş ışığına maruz kalmak ağız kanseri riskini artırır mı?						
Evet	87	18,7	123	45,2	175	90,7
Hayır	98	21,1	18	6,6	10	5,2
Bilmiyorum	280	60,2	131	48,2	8	4,1
Ağız bakımı (diş fırçalama, antiseptik gargara kullanma, diş ipi kullanma vb.) yetersizliği prekanseröz lezyon veya ağız kanseri riskini artırır mı?						
Evet	184	39,6	149	54,8	133	68,9
Hayır	82	17,6	33	12,1	41	21,2
Bilmiyorum	199	42,8	90	33,1	19	9,9
Ağız yoluyla cinsel ilişkiye girmek (oral seks) ağız kanserine yakalanma riskini artırır mı?						
Evet	116	24,9	80	29,4	77	39,9
Hayır	39	8,4	26	9,6	38	19,7
Bilmiyorum	310	66,7	166	61,0	78	40,4
Bakteriler, virüsler veya mantarlar ağız kanseri oluşumuna sebep olurlar mı?						
Evet	266	57,2	151	55,5	148	76,7
Hayır	15	3,2	17	6,3	22	11,4
Bilmiyorum	184	39,6	104	38,2	23	11,9
İyonize radyasyona (X-ışını, Gama ışını α ve β parçacıkları) maruz kalmak ağız kanseri riskini artırır mı?						
Evet	192	41,3	211	77,5	190	98,4
Hayır	24	5,2	1	0,4	0	0,0
Bilmiyorum	249	53,5	60	22,1	3	1,6
Yaş ile birlikte ağız kanserine yakalanma riski de artar mı?						
Evet	144	31,0	136	50,0	164	85,0
Hayır	62	13,3	5	1,8	9	4,7
Bilmiyorum	259	55,7	131	48,2	20	10,3
Cinsiyetin ağız kanserine yakalanma bakımından bir etkisi var mıdır?						
Evet	52	11,1	56	20,6	106	54,9
Hayır	143	30,8	44	16,2	48	24,9
Bilmiyorum	270	58,1	172	63,2	39	20,2
Etnik ve genetik faktörlerin ağız kanseri oluşumunda etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?						
Evet	190	40,9	203	74,6	170	88,1
Hayır	47	10,1	13	4,8	7	3,6
Bilmiyorum	228	49,0	56	20,6	16	8,3

4.4. Oral Kanser ve Prekanseröz Lezyonların Klinik Bulgularına İlişkin Veriler

Araştırmaya katılan diş hekimliği fakültesine başvuran hastaların ve diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin oral kanser ve prekanseröz hastalıkların klinik bulguları ile alakalı sorulara verdikleri yanıtların analizleri Tablo 4.10 ve Tablo 4.11.'de verilmiştir.

Tablo 4.10. Katılımcıların oral kanserin klinik özellikleri hakkında bilgi düzeyleri

	Hasta Grubu	Preklinik Eğitim Almış Öğrenciler	Klinik Eğitim Almış Öğrenciler
Sizce aşağıdakilerden hangisi veya hangileri ağız kanserinin belirtilerindendir?	N	N	N
Ağız, dil veya dudakta görülen şişlik	299	202	150
Ağız kokusu ve ağız kuruluğu	101	117	84
Ağızda bazı bölgelerde uyuşma hissi	224	157	128
Ağız açmada zorlanma	138	103	101
Sebepsiz diş kayıpları	201	119	112
Tat alma bozukluğu	202	146	123
Geçmeyen ülserler (kanamalı yaralar)	326	223	192
Yutma güçlüğü	168	91	108

Tablo 4.11. Katılımcıların oral prekanseröz lezyonların klinik özellikleri hakkında bilgi düzeyleri

	Hasta Grubu		Preklinik Eğitim Almış Öğrenciler		Klinik Eğitim Almış Öğrenciler	
Sizce ağız içinde ağrılı ve kanayan yaralar ne kadar süre içinde geçmezse hekime başvurulması gereklidir?	N	%	N	%	N	%
3-5 gün	281	60,4	113	41,5	24	12,4
2 hafta	108	23,2	129	47,4	150	77,7
1 ay	60	12,9	24	8,8	15	7,8
6 ay ve üzeri	16	3,5	6	2,3	4	2,1
Ağızda görülen kırmızı-beyaz yaralar-lekeler oral prekanseröz veya ağız kanseri belirtilerinden midir?						
Evet	124	26,7	124	45,6	176	91,2
Hayır	60	12,9	21	7,7	8	4,1
Bilmiyorum	281	60,4	127	46,7	9	4,7

4.5. Katılımcıların Alışkanlık Verileri

Araştırmaya katılan diş hekimliği fakültesine başvuran hastaların ve diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin alışkanlıklarının değerlendirilmesine yönelik olan sorulara verdikleri cevapların analizi Tablo 4.12’de verilmiştir.

Tablo 4.12. Katılımcıların alışkanlıkları

	Hasta Grubu		Preklinik Eğitim Almış Öğrenciler		Klinik Eğitim Almış Öğrenciler	
	N	%	N	%	N	%
Günde kaç defa dişlerinizi fırçalıyorsunuz?						
Fırçalamıyorum	23	4,9	1	0,4	0	0,0
1 defa	186	40,0	69	25,4	36	18,7
2 defa ve üzeri	256	55,1	202	74,2	157	81,3
Sigara kullanıyor musunuz?						
Evet	168	36,1	43	15,8	49	25,4
Hayır	297	63,9	229	84,2	144	74,6
Alkol kullanıyor musunuz?						
Evet	73	15,7	44	16,2	41	21,2
Hayır	392	84,3	228	83,8	152	78,8
Diş hekimine muayene veya tedavi sebebiyle gitme sıklığınız nedir?						
Hiç gitmiyorum	39	8,4	21	7,7	5	2,6
6 ayda 1 defa	116	24,9	130	47,8	123	63,7
6 ayda 2 ve üzeri	52	11,2	31	11,4	30	15,5
Acil tedavi (diş ağrısı, diş kırılması vb.)	258	55,5	90	33,1	35	18,2

4.6. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Verilerin Dağılımının Değerlendirilmesi

Katılımcıların oral kanser farkındalığı, oral kanser ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri, oral kanser klinik bulguları ve bireysel alışkanlıklar bölümlerinde elde edilen verilerin cinsiyetlerine göre dağılımları Tablo 4.13, Tablo 4.14, Tablo 4.15, Tablo 4.16, Tablo 4.17, Tablo 4.18, Tablo 4.19’ da verilmiştir.

Tablo 4.13. Katılımcıların oral kanser farkındalığı ve bilgi kaynaklarının cinsiyetlerine göre dağılımı

	Hasta Grubu				Preklinik Eğitim Almış Öğrenciler				Klinik Eğitim Almış Öğrenciler			
Daha önce “Ağız, dil ya da dudak kanserî” diye bir ifade duydunuz mu?	Erkek		Kadın		Erkek		Kadın		Erkek		Kadın	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Evet	119	56,7	183	71,8	89	90,8	167	96,0	68	100,0	124	99,2
Hayır	91	43,3	72	28,2	9	9,2	7	4,0	0	0,0	1	0,8
Cevabınız “evet” ise, bu bilgiye nereden ulaştınız?												
Basılı Medya (dergi, gazete vb.)	19	16,0	24	13,2	4	4,5	2	1,2	1	1,5	1	0,8
Dijital Medya (internet ve televizyon vb.)	39	32,7	53	29,1	31	34,8	69	41,3	6	8,8	3	2,4
Aile/Arkadaş (yakın çevre)	31	26,1	46	25,3	15	16,9	24	14,4	1	1,5	1	0,8
Okul, Kurs, Eğitim Organizasyonu	10	8,4	31	17,0	23	25,8	56	33,5	43	63,2	88	71,0
Tıp Hekimi (aile hekimi, uzman tıp hekimi vb.)	10	8,4	9	4,9	1	1,1	1	0,6	1	1,5	0	0,0
Diş Hekimi (pratisyen diş hekimi, uzman diş hekimi vb.)	10	8,4	19	10,5	15	16,9	15	9,0	16	23,5	31	25,0

Tablo 4.14. Katılımcıların oral kanser hakkındaki bilgi düzeylerinin cinsiyete göre dağılımı

	Hasta Grubu				Preklinik Eğitim Almış Öğrenciler				Klinik Eğitim Almış Öğrenciler			
	Erkek		Kadın		Erkek		Kadın		Erkek		Kadın	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ağız kanseri sizce insandan insana bulaşan bir hastalık mıdır?												
Evet	30	14,3	19	7,5	4	4,1	13	7,5	8	11,8	3	2,4
Hayır	67	31,9	127	49,8	62	63,2	116	66,6	54	79,4	120	96,0
Bilmiyorum	113	53,8	109	42,7	32	32,7	45	25,9	6	8,8	2	1,6
Ağız kanseri vücudun diğer bölgelerine metastaz (yayılma) yapabilir mi?												
Evet	79	37,6	134	52,5	61	62,2	123	70,7	67	98,5	123	98,4
Hayır	19	9,1	16	6,3	2	2,1	4	2,3	0	0,0	2	1,6
Bilmiyorum	112	53,3	105	41,2	35	35,7	47	27,0	1	1,5	0	0,0
Ağız kanseri tanısı konan, tedavi gören veya tedavi sonrasında iyileşen bir tanıdığınız var mı?												
Evet	14	6,7	18	7,1	4	4,1	6	3,4	4	5,9	6	4,8
Hayır	196	93,3	237	92,9	94	95,9	168	96,6	64	94,1	119	95,2
Ağız kanseri tedavi edilemez ise ölümcül bir hastalık mıdır?												
Evet	72	34,3	121	47,5	39	39,8	83	47,7	56	82,3	111	88,8
Hayır	17	8,1	16	6,3	6	6,1	11	6,3	8	11,8	8	6,4
Bilmiyorum	121	57,6	118	46,2	53	54,1	80	46,0	4	5,9	6	4,8
Ağız kanserine yakalanmış bir hastanın tedavi edilebilir olduğunu düşünüyor musunuz?												
Evet	133	63,3	176	69,0	82	83,7	160	92,0	65	95,6	122	97,6
Hayır	7	3,3	8	3,2	0	0,0	1	0,6	1	1,5	1	0,8
Bilmiyorum	70	33,4	71	27,8	16	16,3	13	7,4	2	2,9	2	1,6
Ağız kanserine yakalanmış bir hastaya erken tanı konulması tedavi açısından önemli midir?												
Evet	171	81,4	228	89,4	93	94,9	166	95,4	68	100,0	125	100,0
Hayır	3	1,4	2	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bilmiyorum	36	17,2	25	9,8	5	5,1	8	4,6	0	0,0	0	0,0
Ağızda prekanseröz lezyon veya ağız kanseri açısından şüphelendiğinizde ilk olarak aşağıdakilerden hangisine başvurursunuz?												
Aile Hekimi	33	15,7	16	6,3	4	4,1	5	2,9	2	2,9	2	1,6
Diş Hekimi	89	42,4	98	38,4	31	31,6	78	44,8	21	30,9	51	40,8
Onkoloji Uzmanı	19	9,0	24	9,4	25	25,5	27	15,5	12	17,6	13	10,4
Genel Cerrahi Uzmanı	14	6,7	19	7,5	6	6,1	8	4,6	0	0,0	1	0,8
Kulak Burun Boğaz Uzmanı	15	7,1	19	7,5	1	1,0	3	1,7	4	5,9	0	0,0
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Uzmanı	34	16,2	69	27,0	29	29,7	42	24,2	27	39,8	55	44,0
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Uzmanı	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Diğer Branşlar (Dermatoloji, Acil Hekimi vb.)	6	2,9	9	3,5	2	2,0	11	6,3	2	2,9	2	1,6

Tablo 4.15. Katılımcıların oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin cinsiyete göre dağılımı

	Hasta Grubu				Preklinik Eğitim Almış Öğrenciler				Klinik Eğitim Almış Öğrenciler			
	Erkek		Kadın		Erkek		Kadın		Erkek		Kadın	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sigara içmek prekanseröz lezyon veya ağız kanserine yakalanma riskini artırır mı?												
Evet	147	70,0	203	79,6	88	89,8	158	90,8	67	98,5	124	99,2
Hayır	3	1,4	5	2,0	1	1,0	1	0,6	1	1,5	0	0,0
Bilmiyorum	60	28,6	47	18,4	9	9,2	15	8,6	0	0,0	1	0,8
Tütün çiğnemek prekanseröz lezyon veya ağız kanserine yakalanma riskini artırır mı?												
Evet	130	61,9	177	69,4	66	67,3	148	85,1	67	98,5	125	100,0
Hayır	6	2,9	2	0,8	3	3,1	2	1,1	1	1,5	0	0,0
Bilmiyorum	74	35,2	76	29,8	29	29,6	24	13,8	0	0,0	0	0,0
Sıcak ve baharatlı yiyecekleri sıkça tüketmek prekanseröz lezyon veya ağız kanseri riskini artırır mı?												
Evet	60	28,6	91	35,7	53	54,1	96	55,2	57	83,8	90	72,0
Hayır	28	13,3	34	13,3	4	4,1	11	6,3	6	8,8	18	14,4
Bilmiyorum	122	58,1	130	51,0	41	41,8	67	38,5	5	7,4	17	13,6
Beslenme bozuklukları prekanseröz lezyon veya ağız kanseri oluşumuna yol açar mı?												
Evet	80	38,1	118	46,3	66	67,3	115	66,1	61	89,7	104	83,2
Hayır	19	9,0	24	9,4	1	1,0	11	6,3	4	5,9	11	8,8
Bilmiyorum	111	52,9	113	44,3	31	31,6	48	27,6	3	4,4	10	8,0
Düzenli meyve ve sebze tüketmek oral prekanseröz lezyonlara ve ağız kanserine karşı korur mu?												
Evet	110	52,4	131	51,4	51	52,0	93	53,4	52	76,5	84	67,2
Hayır	19	9,0	20	7,8	4	4,1	9	5,2	4	5,9	15	12,0
Bilmiyorum	81	38,6	104	40,8	43	43,9	72	41,4	12	17,6	26	20,8
Alkol tüketmek oral prekanseröz lezyon veya ağız kanseri oluşma riskini artırır mı?												
Evet	111	52,9	149	58,4	64	65,3	125	71,8	62	91,2	120	96,0
Hayır	8	3,8	7	2,7	6	6,1	4	2,3	4	5,9	1	0,8
Bilmiyorum	91	43,3	99	38,9	28	28,6	45	25,9	2	2,9	4	3,2
Dudak ya da yanak ısıırma alışkanlığı prekanseröz lezyon ya da ağız kanseri riskini artırır mı?												
Evet	60	28,6	68	26,7	38	38,8	75	43,1	44	64,7	89	71,2
Hayır	26	12,4	33	12,9	13	13,2	16	9,2	16	23,5	23	18,4
Bilmiyorum	124	59,0	154	60,4	47	48,0	83	47,7	8	11,8	13	10,4
Uzun süre güneş ışığına maruz kalmak ağız kanseri riskini artırır mı?												
Evet	42	20,0	45	17,6	39	39,8	84	48,3	57	83,8	118	94,4
Hayır	42	20,0	56	22,0	10	10,2	8	4,6	5	7,4	5	4,0
Bilmiyorum	126	60,0	154	60,4	49	50,0	82	47,1	6	8,8	2	1,6

Tablo 4.16. Katılımcıların oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin cinsiyete göre dağılımı devamı

	Hasta Grubu				Preklinik Eğitim Almış Öğrenciler				Klinik Eğitim Almış Öğrenciler			
	Erkek		Kadın		Erkek		Kadın		Erkek		Kadın	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ağız bakımı (diş fırçalama, antiseptik gargara kullanma, diş ipi kullanma vb.) yetersizliği prekanseröz lezyon veya ağız kanseri oluşma riskini artırır mı?												
Evet	78	37,1	106	41,6	50	51,0	99	56,9	47	69,1	86	68,8
Hayır	39	18,6	43	16,8	11	11,2	22	12,6	17	25,0	24	19,2
Bilmiyorum	93	44,3	106	41,6	37	37,8	53	30,5	4	5,9	15	12,0
Ağız yoluyla cinsel ilişkiye girmek (oral seks) ağız kanserine yakalanma riskini artırır mı?												
Evet	54	25,7	62	24,3	26	26,5	54	31,0	28	41,2	49	39,2
Hayır	22	10,5	17	6,7	19	19,4	7	4,1	19	27,9	19	15,2
Bilmiyorum	134	63,8	176	69,0	53	54,1	113	64,9	21	30,9	57	45,6
Bakteriler, virüsler ve mantarlar ağız kanseri oluşumuna sebep olurlar mı?												
Evet	115	54,8	151	59,2	57	58,1	94	54,0	57	83,8	91	72,8
Hayır	6	2,9	9	3,5	8	8,2	9	5,2	6	8,8	16	12,8
Bilmiyorum	89	42,3	95	37,3	33	33,7	71	40,8	5	7,4	18	14,4
İyonize radyasyona (X-ışını, Gama ışını α ve β parçacıkları) maruz kalmak ağız kanseri riskini artırır mı?												
Evet	83	39,5	109	42,7	72	73,5	139	79,9	66	97,1	124	99,2
Hayır	11	5,2	13	5,1	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0
Bilmiyorum	116	55,3	133	52,2	26	26,5	34	19,5	2	2,9	1	0,8
Yaş ile birlikte ağız kanserine yakalanma riski de artar mı?												
Evet	69	32,9	75	29,4	44	44,9	92	52,9	55	80,9	109	87,2
Hayır	25	11,9	37	14,5	2	2,0	3	1,7	5	7,4	4	3,2
Bilmiyorum	116	55,2	143	56,1	52	53,1	79	45,4	8	11,7	12	9,6
Cinsiyetin ağız kanserine yakalanma bakımından bir etkisi var mıdır?												
Evet	19	9,0	33	12,9	24	24,5	32	18,4	34	50,0	72	57,6
Hayır	56	26,7	87	34,2	12	12,2	32	18,4	20	29,4	28	22,4
Bilmiyorum	135	64,3	135	52,9	62	63,3	110	63,2	14	20,6	25	20,0
Etnik ve genetik faktörlerin ağız kanseri oluşumunda etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?												
Evet	77	36,7	113	44,3	65	66,3	138	79,3	59	86,8	111	88,8
Hayır	20	9,5	27	10,6	6	6,1	7	4,0	5	7,3	2	1,6
Bilmiyorum	113	53,8	115	45,1	27	27,6	29	16,7	4	5,9	12	9,6

Tablo 4.17. Katılımcıların oral kanserin klinik özellikleri hakkında bilgi düzeylerinin cinsiyete göre dağılımı

Sizce aşağıdakilerden hangisi veya hangileri ağız kanserinin belirtilerindendir?	Hasta Grubu		Preklinik Eğitim Almış Öğrenciler		Klinik Eğitim Almış Öğrenciler	
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın
	N	N	N	N	N	N
Ağız, dil veya dudakta görülen şişlik	135	164	64	138	51	99
Ağız kokusu ve ağız kuruluğu	46	55	36	81	30	54
Ağızda bazı bölgelerde uyuşma hissi	96	128	56	101	46	82
Ağız açmada zorlanma	61	77	33	70	35	66
Sebepsiz diş kayıpları	86	115	45	74	38	74
Tat alma bozukluğu	89	113	51	95	44	79
Geçmeyen ülserler (kanamalı yaralar)	135	191	74	149	68	124
Yutma güçlüğü	65	103	28	63	34	74

Tablo 4.18. Katılımcıların oral prekanseröz lezyonların klinik özellikleri hakkında bilgi düzeyleri

Sizce ağız içinde ağrılı ve kanayan yaralar ne kadar süre içinde geçmezse hekime başvurulması gereklidir?	Hasta Grubu				Preklinik Eğitim Almış Öğrenciler				Klinik Eğitim Almış Öğrenciler			
	Erkek		Kadın		Erkek		Kadın		Erkek		Kadın	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
3-5 gün	12 8	61, 0	15 3	60, 0	4 1	41, 8	7 2	41, 4	1 1	16, 1	13	10, 4
2 hafta	43	20, 4	65	25, 5	4 8	49, 0	8 1	46, 6	5 2	76, 5	98	78, 4
1 ay	31	14, 8	29	11, 4	7	7,2	1 7	9,8	4	5,9	11	8,8
6 ay ve üzeri	8	3,8	8	3,1	2	2,0	4	2,2	1	1,5	3	2,4
Ağızda görülen kırmızı-beyaz yaralar- lekeler oral prekanseröz veya ağız kanseri belirtilerinden midir?												
Evet	57	27, 1	67	26, 3	3 8	38, 8	8 6	49, 4	6 0	88, 2	11 6	92, 8
Hayır	22	10, 5	38	14, 9	8	8,1	1 3	7,5	3	4,4	5	4,0
Bilmiyorum	13 1	62, 4	15 0	58, 8	5 2	53, 1	7 5	43, 1	5	7,4	4	3,2

Tablo 4.19. Katılımcıların alışkanlıklarının cinsiyete göre dağılımı

	Hasta Grubu				Preklinik Eğitim Almış Öğrenciler				Klinik Eğitim Almış Öğrenciler			
	Erkek		Kadın		Erkek		Kadın		Erkek		Kadın	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Günde kaç defa dişlerinizi fırçalıyorsunuz?												
Fırçalamıyorum	17	8,1	6	2,4	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1 defa	99	47,1	87	34,1	36	36,7	33	19,0	22	32,4	14	11,2
2 defa ve üzeri	94	44,8	162	63,5	61	62,2	141	81,0	46	67,6	111	88,8
Sigara kullanıyor musunuz?												
Evet	95	45,2	73	28,6	28	28,6	15	8,6	29	42,6	20	16,0
Hayır	115	54,8	182	71,4	70	71,4	159	91,4	39	57,4	105	84,0
Alkol kullanıyor musunuz?												
Evet	47	22,4	26	10,2	23	23,5	21	12,1	18	26,5	23	18,4
Hayır	163	77,6	229	89,8	75	76,5	153	87,9	50	73,5	102	81,6
Diş hekimine muayene veya tedavi sebebiyle gitme sıklığınız nedir?												
Hiç gitmiyorum	28	13,4	11	4,3	10	10,2	11	6,3	4	5,9	1	0,8
6 ayda 1 defa	50	23,8	66	25,9	47	48,0	83	47,7	43	63,2	80	64,0
6 ayda 2 ve üzeri	16	7,6	36	14,1	17	17,3	14	8,1	13	19,1	17	13,6
Acil tedavi (diş ağrısı, diş kırılması vb.)	116	55,2	142	55,7	24	24,5	66	37,9	8	11,8	27	21,6

4.7. Katılımcıların Yaşadıkları Bölgelere Göre Verilerin Dağılımının Değerlendirilmesi

Katılımcıların oral kanser farkındalığı, oral kanser ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri, oral kanser klinik bulguları ve bireysel alışkanlıklar bölümlerinde elde edilen verilerin yaşadıkları bölgelere göre dağılımları Tablo 4.20, Tablo 4.21, Tablo 4.22, Tablo 4.23, Tablo 4.24, Tablo 4.25, Tablo 4.26, Tablo 4.27, Tablo 4.28, Tablo 4.29, Tablo 4.30, Tablo 4.31, Tablo 4.7.32, Tablo 4.33’de verilmiştir.

Tablo 4.20. Katılımcıların oral kanser farkındalığı ve bilgi kaynaklarının yaşadıkları bölgelere göre dağılımı

		Köy		Kasaba		İlçe		Şehir	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Hasta Grubu	Daha önce “Ağız, dil ya da dudak kanseri” diye bir ifade duydunuz mu?								
	Evet	17	36,2	4	57,1	45	55,6	236	71,5
	Hayır	30	63,8	3	42,9	36	44,4	94	28,5
	Cevabınız “evet” ise, bu bilgiye nereden ulaştınız?								
	Basılı Medya (dergi, gazete vb.)	2	12,5	0	0,0	4	8,9	37	15,7
	Dijital Medya (internet ve televizyon vb.)	4	25,0	2	50,0	13	28,9	73	30,9
	Aile/Arkadaş (yakın çevre)	5	31,3	0	0,0	12	26,7	60	25,4
	Okul, Kurs, Eğitim Organizasyonu	4	25,0	1	25,0	8	17,8	28	11,9
	Tıp Hekimi (aile hekimi, uzman tıp hekimi vb.)	1	6,2	0	0,0	3	6,6	15	6,4
	Diş Hekimi (pratisyen diş hekimi, uzman diş hekimi vb.)	0	0,0	1	25,0	5	11,1	23	9,7
Preklinik Eğitim Almış Öğrenciler	Daha önce “Ağız, dil ya da dudak kanseri” diye bir ifade duydunuz mu?								
	Evet	22	91,7	4	100,0	47	92,2	183	94,8
	Hayır	2	8,3	0	0,0	4	7,8	10	5,2
	Cevabınız “evet” ise, bu bilgiye nereden ulaştınız?								
	Basılı Medya (dergi, gazete vb.)	1	4,5	0	0,0	1	2,1	4	2,2
	Dijital Medya (internet ve televizyon vb.)	5	22,7	3	75,0	17	36,2	75	41,0
	Aile/Arkadaş (yakın çevre)	3	13,6	1	25,0	6	12,8	29	15,8
	Okul, Kurs, Eğitim Organizasyonu	10	45,6	0	0,0	21	44,7	48	26,2
	Tıp Hekimi (aile hekimi, uzman tıp hekimi vb.)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,1
	Diş Hekimi (pratisyen diş hekimi, uzman diş hekimi vb.)	3	13,6	0	0,0	2	4,2	25	13,7
Klinik Eğitim Almış Öğrenciler	Daha önce “Ağız, dil ya da dudak kanseri” diye bir ifade duydunuz mu?								
	Evet	12	100,0	6	100,0	36	100,0	138	99,3
	Hayır	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7
	Cevabınız “evet” ise, bu bilgiye nereden ulaştınız?								
	Basılı Medya (dergi, gazete vb.)	0	0,0	0	0,0	1	2,8	1	0,7
	Dijital Medya (internet ve televizyon vb.)	2	16,7	0	0,0	1	2,8	6	4,3
	Aile/Arkadaş (yakın çevre)	0	0,0	1	16,7	0	0,0	1	0,7
	Okul, Kurs, Eğitim Organizasyonu	8	66,6	3	49,9	25	69,4	95	68,8
	Tıp Hekimi (aile hekimi, uzman tıp hekimi vb.)	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0
	Diş Hekimi (pratisyen diş hekimi, uzman diş hekimi vb.)	2	16,7	1	16,7	9	25,0	35	25,5

Tablo 4.21. Araştırmaya katılan hastaların oral kanser hakkındaki bilgi düzeylerinin yaşadıkları bölgelere göre dağılımı

		Köy		Kasaba		İlçe		Şehir	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Hasta Grubu	Ağız kanseri sizce insandan insana bulaşan bir hastalık mıdır?								
	Evet	8	17,0	2	28,6	9	11,1	30	9,0
	Hayır	15	31,9	3	42,8	27	33,3	149	45,2
	Bilmiyorum	24	51,1	2	28,6	45	55,6	151	45,8
	Ağız kanseri vücudun diğer bölgelerine metastaz (yayılma) yapabilir mi?								
	Evet	20	42,6	4	57,1	37	45,7	152	46,1
	Hayır	6	12,8	1	14,3	8	9,9	20	6,0
	Bilmiyorum	21	44,6	2	28,6	36	44,4	158	47,9
	Ağız kanseri tanısı konan, tedavi gören veya tedavi sonrasında iyileşen bir tanıdığınız var mı?								
	Evet	5	10,6	0	0,0	2	2,5	25	7,6
	Hayır	42	89,4	7	100,0	79	97,5	305	92,4
	Ağız kanseri tedavi edilemez ise ölümcül bir hastalık mıdır?								
	Evet	21	44,7	4	57,1	35	43,2	133	40,3
	Hayır	2	4,3	0	0,0	4	4,9	27	8,2
	Bilmiyorum	24	51,0	3	42,9	42	51,9	170	51,5
	Ağız kanserine yakalanmış bir hastanın tedavi edilebilir olduğunu düşünüyor musunuz?								
	Evet	26	55,3	4	57,1	52	64,2	227	68,8
	Hayır	3	6,4	0	0,0	1	1,2	11	3,3
	Bilmiyorum	18	38,3	3	42,9	28	34,6	92	27,9
	Ağız kanserine yakalanmış bir hastaya erken tanı konulması tedavi açısından önemli midir?								
	Evet	35	74,5	5	71,4	66	81,5	293	88,8
	Hayır	1	2,1	1	14,3	0	0,0	3	0,9
	Bilmiyorum	11	23,4	1	14,3	15	18,5	34	10,3
	Ağızda prekanseröz lezyon veya ağız kanseri açısından şüphelendiğinizde ilk olarak aşağıdakilerden hangisine başvurursunuz?								
	Aile Hekimi	3	6,4	0	0,0	13	16,0	33	10,0
	Diş Hekimi	27	57,4	4	57,1	32	39,5	124	37,6
	Onkoloji Uzmanı	1	2,1	1	14,3	8	9,9	33	10,0
	Genel Cerrahi Uzmanı	3	6,4	2	28,6	5	6,2	23	7,0
	Kulak Burun Boğaz Uzmanı	2	4,3	0	0,0	6	7,4	26	7,9
	Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Uzmanı	9	19,1	0	0,0	16	19,8	78	23,6
	Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Uzmanı	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
	Diğer Branşlar (Dermatoloji, Acil Hekimi vb.)	2	4,3	0	0,0	1	1,2	12	3,6

Tablo 4.22. Araştırmaya katılan preklinik eğitim almış öğrencilerin oral kanser hakkındaki bilgi düzeylerinin yaşadıkları bölgelere göre dağılımı

		Köy		Kasaba		İlçe		Şehir	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Preklinik Eğitim Almış Öğrenciler	Ağız kanseri sizce insandan insana bulaşan bir hastalık mıdır?								
	Evet	1	4,2	1	25,0	4	7,8	11	5,7
	Hayır	18	75,0	1	25,0	31	60,8	128	66,3
	Bilmiyorum	5	20,8	2	50,0	16	31,4	54	28,0
	Ağız kanseri vücudun diğer bölgelerine metastaz (yayılma) yapabilir mi?								
	Evet	19	79,2	4	100,0	35	68,6	126	65,3
	Hayır	0	0,0	0	0,0	1	2,0	5	2,6
	Bilmiyorum	5	20,8	0	0,0	15	29,4	62	32,1
	Ağız kanseri tanısı konan, tedavi gören veya tedavi sonrasında iyileşen bir tanıdığınız var mı?								
	Evet	0	0,0	1	25,0	4	7,8	5	2,6
	Hayır	24	100,0	3	75,0	47	92,2	188	97,4
	Ağız kanseri tedavi edilemez ise ölümcül bir hastalık mıdır?								
	Evet	17	70,8	3	75,0	20	39,2	82	42,5
	Hayır	1	4,2	0	0,0	2	3,9	14	7,3
	Bilmiyorum	6	25,0	1	25,0	29	56,9	97	50,2
	Ağız kanserine yakalanmış bir hastanın tedavi edilebilir olduğunu düşünüyor musunuz?								
	Evet	21	87,5	4	100,0	43	84,3	174	90,2
	Hayır	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0
	Bilmiyorum	3	12,5	0	0,0	7	13,7	19	9,8
	Ağız kanserine yakalanmış bir hastaya erken tanı konulması tedavi açısından önemli midir?								
	Evet	24	100,0	4	100,0	48	94,1	183	94,8
	Hayır	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Bilmiyorum	0	0,0	0	0,0	3	5,9	10	5,2
	Ağızda prekanseröz lezyon veya ağız kanseri açısından şüphelendiğinizde ilk olarak aşağıdakilerden hangisine başvurursunuz?								
	Aile Hekimi	0	0,0	0	0,0	4	7,8	5	2,6
	Diş Hekimi	11	45,8	2	50,0	20	39,2	76	39,4
	Onkoloji Uzmanı	10	41,7	0	0,0	9	17,6	33	17,1
	Genel Cerrahi Uzmanı	0	0,0	1	25,0	2	3,9	11	5,7
	Kulak Burun Boğaz Uzmanı	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	2,1
	Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Uzmanı	3	12,5	1	25,0	12	23,5	55	28,5
	Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Uzmanı	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Diğer Branşlar (Dermatoloji, Acil Hekimi vb.)	0	0,0	0	0,0	4	7,8	9	4,6

Tablo 4.23. Araştırmaya katılan klinik eğitim almış öğrencilerin oral kanser hakkındaki bilgi düzeylerinin yaşadıkları bölgelere göre dağılımı

		Köy		Kasaba		İlçe		Şehir	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Klinik Eğitim Almış Öğrenciler	Ağız kanseri sizce insandan insana bulaşan bir hastalık mıdır?								
	Evet	0	0,0	0	0,0	3	8,3	8	5,8
	Hayır	11	91,7	6	100,0	30	83,4	127	91,3
	Bilmiyorum	1	8,3	0	0,0	3	8,3	4	2,9
	Ağız kanseri vücudun diğer bölgelerine metastaz (yayılma) yapabilir mi?								
	Evet	12	100,0	6	100,0	36	100,0	136	97,8
	Hayır	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,4
	Bilmiyorum	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8
	Ağız kanseri tanısı konan, tedavi gören veya tedavi sonrasında iyileşen bir tanıdığınız var mı?								
	Evet	0	0,0	2	33,3	1	2,8	7	5,0
	Hayır	12	100,0	4	66,7	35	97,2	132	95,0
	Ağız kanseri tedavi edilemez ise ölümcül bir hastalık mıdır?								
	Evet	9	75,0	3	50,0	26	72,2	129	92,8
	Hayır	1	8,3	2	33,3	5	13,9	8	5,8
	Bilmiyorum	2	16,7	1	16,7	5	13,9	2	1,4
	Ağız kanserine yakalanmış bir hastanın tedavi edilebilir olduğunu düşünüyor musunuz?								
	Evet	12	100,0	6	100,0	36	100,0	133	95,7
	Hayır	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,4
	Bilmiyorum	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	2,9
	Ağız kanserine yakalanmış bir hastaya erken tanı konulması tedavi açısından önemli midir?								
	Evet	12	100,0	6	100,0	36	100,0	139	100,0
	Hayır	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Bilmiyorum	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Ağızda prekanseröz lezyon veya ağız kanseri açısından şüphelendiğinizde ilk olarak aşağıdakilerden hangisine başvurursunuz?								
	Aile Hekimi	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	2,9
	Diş Hekimi	3	25,0	1	16,7	18	50,0	50	36,1
	Onkoloji Uzmanı	1	8,3	1	16,7	5	13,9	18	12,9
	Genel Cerrahi Uzmanı	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7
	Kulak Burun Boğaz Uzmanı	0	0,0	2	33,3	0	0,0	2	1,4
	Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Uzmanı	7	58,4	2	33,3	10	27,8	63	45,3
	Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Uzmanı	0	0,0	0	0,0	1	2,8	0	0,0
	Diğer Branşlar (Dermatoloji, Acil Hekimi vb.)	1	8,3	0	0,0	2	5,5	1	0,7

Tablo 4.24. Araştırmaya katılan hastaların oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin yaşadıkları bölgelere göre dağılımı

		Köy		Kasaba		İlçe		Şehir	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Hasta Grubu	Sigara içmek prekanseröz lezyon veya ağız kanserine yakalanma riskini artırır mı?								
	Evet	30	63,8	6	85,7	63	77,8	251	76,1
	Hayır	0	0,0	0	0,0	4	4,9	4	1,2
	Bilmiyorum	17	36,2	1	14,3	14	17,3	75	22,7
	Tütün çiğnemek prekanseröz lezyon veya ağız kanserine yakalanma riskini artırır mı?								
	Evet	28	59,6	6	85,7	56	69,2	217	65,8
	Hayır	0	0,0	0	0,0	1	1,2	7	2,1
	Bilmiyorum	19	40,4	1	14,3	24	29,6	106	32,1
	Sıcak ve baharatlı yiyecekleri sıkça tüketmek prekanseröz lezyon veya ağız kanseri riskini artırır mı?								
	Evet	9	19,2	2	28,6	21	25,9	119	36,1
	Hayır	8	17,0	3	42,8	16	19,8	35	10,6
	Bilmiyorum	30	63,8	2	28,6	44	54,3	176	53,3
	Beslenme bozuklukları prekanseröz lezyon veya ağız kanseri oluşumuna yol açar mı?								
	Evet	14	29,8	4	57,1	35	43,2	145	43,9
	Hayır	6	12,8	2	28,6	7	8,6	28	8,5
	Bilmiyorum	27	57,4	1	14,3	39	48,2	157	47,6
	Düzenli meyve ve sebze tüketmek oral prekanseröz lezyonlara ve ağız kanserine karşı korur mu?								
	Evet	19	40,4	4	57,1	46	56,8	172	52,1
	Hayır	8	17,0	1	14,3	7	8,6	23	7,0
	Bilmiyorum	20	42,6	2	28,6	28	34,6	135	40,9
	Alkol tüketmek oral prekanseröz lezyon veya ağız kanseri oluşma riskini artırır mı?								
	Evet	23	48,9	5	71,4	48	59,3	184	55,8
	Hayır	1	2,2	1	14,3	1	1,2	12	3,6
	Bilmiyorum	23	48,9	1	14,3	32	39,5	134	40,6
	Dudak ya da yanak ısırma alışkanlığı prekanseröz lezyon ya da ağız kanseri riskini artırır mı?								
	Evet	17	36,1	5	71,4	26	32,1	80	24,3
	Hayır	2	4,3	0	0,0	11	13,6	46	13,9
	Bilmiyorum	28	59,6	2	28,6	44	54,3	204	61,8
	Uzun süre güneş ışığına maruz kalmak ağız kanseri riskini artırır mı?								
	Evet	5	10,6	2	28,6	15	18,5	65	19,7
	Hayır	12	25,5	2	28,6	19	23,5	65	19,7
	Bilmiyorum	30	63,9	3	42,9	47	58,0	200	60,6

Tablo 4.25. Araştırmaya katılan hastaların oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin yaşadıkları bölgelere göre dağılımı devamı

		Köy		Kasaba		İlçe		Şehir	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Hasta Grubu	Ağız bakımı (diş fırçalama, antiseptik gargara kullanma, diş ipi kullanma vb.) yetersizliği prekanseröz lezyon veya ağız kanseri oluşma riskini artırır mı?								
	Evet	17	36,2	2	28,6	38	46,9	127	38,5
	Hayır	6	12,8	1	14,3	14	17,3	61	18,5
	Bilmiyorum	24	51,0	4	57,1	29	35,8	142	43,0
	Ağız yoluyla cinsel ilişkiye girmek (oral seks) ağız kanserine yakalanma riskini artırır mı?								
	Evet	15	31,9	2	28,6	30	37,0	69	20,9
	Hayır	4	8,5	2	28,6	4	4,9	29	8,8
	Bilmiyorum	28	59,6	3	42,8	47	58,1	232	70,3
	Bakteriler, virüsler ve mantarlar ağız kanseri oluşumuna sebep olurlar mı?								
	Evet	26	55,3	6	85,7	50	61,7	184	55,8
	Hayır	1	2,1	1	14,3	0	0,0	13	3,9
	Bilmiyorum	20	42,6	0	0,0	31	38,3	133	40,3
	İyonize radyasyona (X-ışını, Gama ışıını α ve β parçacıkları) maruz kalmak ağız kanseri riskini artırır mı?								
	Evet	14	29,8	4	57,1	29	35,8	145	43,9
	Hayır	5	10,6	1	14,3	5	6,2	13	3,9
	Bilmiyorum	28	59,6	2	28,6	47	58,0	172	52,2
	Yaş ile birlikte ağız kanserine yakalanma riski de artar mı?								
	Evet	9	19,1	3	42,8	27	33,3	105	31,8
	Hayır	13	27,7	2	28,6	11	13,6	36	10,9
	Bilmiyorum	25	53,2	2	28,6	43	53,1	189	57,3
	Cinsiyetin ağız kanserine yakalanma bakımından bir etkisi var mıdır?								
	Evet	0	0,0	1	14,3	12	14,8	39	11,8
	Hayır	17	36,2	4	57,1	23	28,4	99	30,0
	Bilmiyorum	30	63,8	2	28,6	46	56,8	192	58,2
	Etnik ve genetik faktörlerin ağız kanseri oluşumunda etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?								
	Evet	11	23,4	3	42,8	33	40,8	143	43,3
	Hayır	5	10,6	2	28,6	10	12,3	30	9,1
	Bilmiyorum	31	66,0	2	28,6	38	46,9	157	47,6

Tablo 4.26. Araştırmaya katılan preklinik eğitim almış öğrencilerin oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin yaşadıkları bölgelere göre dağılımı

		Köy		Kasaba		İlçe		Şehir	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Preklinik Eğitim Almış Öğrenciler	Sigara içmek prekanseröz lezyon veya ağız kanserine yakalanma riskini arttırır mı?								
	Evet	22	91,7	4	100,0	46	90,2	174	90,2
	Hayır	0	0,0	0	0,0	1	2,0	1	0,5
	Bilmiyorum	2	8,3	0	0,0	4	7,8	18	9,3
	Tütün çiğnemek prekanseröz lezyon veya ağız kanserine yakalanma riskini arttırır mı?								
	Evet	19	79,2	4	100,0	40	78,4	151	78,2
	Hayır	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	2,6
	Bilmiyorum	5	20,8	0	0,0	11	21,6	37	19,2
	Sıcak ve baharatlı yiyecekleri sıkça tüketmek prekanseröz lezyon veya ağız kanseri riskini arttırır mı?								
	Evet	15	62,5	4	100,0	26	51,0	104	53,9
	Hayır	1	4,2	0	0,0	2	3,9	12	6,2
	Bilmiyorum	8	33,3	0	0,0	23	45,1	77	39,9
	Beslenme bozuklukları prekanseröz lezyon veya ağız kanseri oluşumuna yol açar mı?								
	Evet	18	75,0	4	100,0	32	62,7	127	65,8
	Hayır	1	4,2	0	0,0	1	2,0	10	5,2
	Bilmiyorum	5	20,8	0	0,0	18	35,3	56	29,0
	Düzenli meyve ve sebze tüketmek oral prekanseröz lezyonlara ve ağız kanserine karşı korur mu?								
	Evet	12	50,0	3	75,0	28	54,9	101	52,3
	Hayır	1	4,2	0	0,0	2	3,9	10	5,2
	Bilmiyorum	11	45,8	1	25,0	21	41,2	82	42,5
	Alkol tüketmek oral prekanseröz lezyon veya ağız kanseri oluşma riskini arttırır mı?								
	Evet	22	91,7	3	75,0	35	68,6	129	66,8
	Hayır	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	5,2
	Bilmiyorum	2	8,3	1	25,0	16	31,4	54	28,0
	Dudak ya da yanak ısırma alışkanlığı prekanseröz lezyon ya da ağız kanseri riskini arttırır mı?								
	Evet	8	33,3	3	75,0	22	43,1	80	41,5
	Hayır	3	12,5	0	0,0	3	5,9	23	11,9
	Bilmiyorum	13	54,2	1	25,0	26	51,0	90	46,6

Tablo 4.27. Araştırmaya katılan preklinik eğitim almış öğrencilerin oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin yaşadıkları bölgelere göre dağılımı devamı

		Köy		Kasaba		İlçe		Şehir	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Preklinik Eğitim Almış Öğrenciler	Uzun süre güneş ışığına maruz kalmak ağız kanseri riskini artırır mı?								
	Evet	17	70,8	1	25,0	20	39,2	85	44,0
	Hayır	0	0,0	1	25,0	3	5,9	14	7,3
	Bilmiyorum	7	29,2	2	50,0	28	54,9	94	48,7
	Ağız bakımı (diş fırçalama, antiseptik gargara kullanma, diş ipi kullanma vb.) yetersizliği prekanseröz lezyon veya ağız kanseri oluşma riskini artırır mı?								
	Evet	14	58,3	4	100,0	29	56,9	102	52,9
	Hayır	3	12,5	0	0,0	6	11,8	24	12,4
	Bilmiyorum	7	29,2	0	0,0	16	31,3	67	34,7
	Ağız yoluyla cinsel ilişkiye girmek (oral seks) ağız kanserine yakalanma riskini artırır mı?								
	Evet	10	41,7	1	25,0	13	25,5	56	29,0
	Hayır	0	0,0	0	0,0	3	5,9	23	11,9
	Bilmiyorum	14	58,3	3	75,0	35	68,6	114	59,1
	Bakteriler, virüsler ve mantarlar ağız kanseri oluşumuna sebep olurlar mı?								
	Evet	13	54,2	4	100,0	28	54,9	106	54,9
	Hayır	0	0,0	0	0,0	2	3,9	15	7,8
	Bilmiyorum	11	45,8	0	0,0	21	41,2	72	37,3
	İyonize radyasyona (X-ışını, Gama ışını α ve β parçacıkları) maruz kalmak ağız kanseri riskini artırır mı?								
	Evet	21	87,5	3	75,0	42	82,4	145	75,1
	Hayır	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5
	Bilmiyorum	3	12,5	1	25,0	9	17,6	47	24,4
	Yaş ile birlikte ağız kanserine yakalanma riski de artar mı?								
	Evet	17	70,8	3	75,0	27	52,9	89	46,1
	Hayır	0	0,0	0	0,0	1	2,0	4	2,1
	Bilmiyorum	7	29,2	1	25,0	23	45,1	100	51,8
	Cinsiyetin ağız kanserine yakalanma bakımından bir etkisi var mıdır?								
	Evet	6	25,0	1	25,0	13	25,5	36	18,7
	Hayır	2	8,3	0	0,0	6	11,8	36	18,7
	Bilmiyorum	16	66,7	3	75,0	32	62,7	121	62,6
	Etnik ve genetik faktörlerin ağız kanseri oluşumunda etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?								
	Evet	22	91,6	3	75,0	37	72,5	141	73,1
	Hayır	1	4,2	1	25,0	1	2,0	10	5,2
	Bilmiyorum	1	4,2	0	0,0	13	25,5	42	21,7

Tablo 4.28. Araştırmaya katılan klinik eğitim almış öğrencilerin oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin yaşadıkları bölgelere göre dağılımı

		Köy		Kasaba		İlçe		Şehir	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Klinik Eğitim Almış Öğrenciler	Sigara içmek prekanseröz lezyon veya ağız kanserine yakalanma riskini artırır mı?								
	Evet	12	100,0	6	100,0	35	97,2	138	99,3
	Hayır	0	0,0	0	0,0	1	2,8	0	0,0
	Bilmiyorum	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7
	Tütün çiğnemek prekanseröz lezyon veya ağız kanserine yakalanma riskini artırır mı?								
	Evet	12	100,0	6	100,0	36	100,0	138	99,3
	Hayır	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7
	Bilmiyorum	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Sıcak ve baharatlı yiyecekleri sıkça tüketmek prekanseröz lezyon veya ağız kanseri riskini artırır mı?								
	Evet	7	58,3	6	100,0	27	75,0	107	77,0
	Hayır	3	25,0	0	0,0	5	13,9	16	11,5
	Bilmiyorum	2	16,7	0	0,0	4	11,1	16	11,5
	Beslenme bozuklukları prekanseröz lezyon veya ağız kanseri oluşumuna yol açar mı?								
	Evet	12	100,0	4	66,6	31	86,1	118	84,9
	Hayır	0	0,0	1	16,7	3	8,3	11	7,9
	Bilmiyorum	0	0,0	1	16,7	2	5,6	10	7,2
	Düzenli meyve ve sebze tüketmek oral prekanseröz lezyonlara ve ağız kanserine karşı korur mu?								
	Evet	7	58,3	3	50,0	22	61,1	104	74,8
	Hayır	2	16,7	0	0,0	4	11,1	13	9,4
	Bilmiyorum	3	25,0	3	50,0	10	27,8	22	15,8
	Alkol tüketmek oral prekanseröz lezyon veya ağız kanseri oluşma riskini artırır mı?								
	Evet	11	91,7	6	100,0	34	94,4	131	94,2
	Hayır	1	8,3	0	0,0	0	0,0	4	2,9
	Bilmiyorum	0	0,0	0	0,0	2	5,6	4	2,9
	Dudak ya da yanak ısırma alışkanlığı prekanseröz lezyon ya da ağız kanseri riskini artırır mı?								
	Evet	6	50,0	3	50,0	24	66,6	100	71,9
	Hayır	3	25,0	3	50,0	6	16,7	27	19,5
	Bilmiyorum	3	25,0	0	0,0	6	16,7	12	8,6

Tablo 4.29. Araştırmaya katılan klinik eğitim almış öğrencilerin oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin yaşadıkları bölgelere göre dağılımı devamı

		Köy		Kasaba		İlçe		Şehir	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Klinik Eğitim Almış Öğrenciler	Uzun süre güneş ışığına maruz kalmak ağız kanseri riskini artırır mı?								
	Evet	11	91,7	6	100,0	33	91,7	125	89,9
	Hayır	0	0,0	0	0,0	2	5,6	8	5,8
	Bilmiyorum	1	8,3	0	0,0	1	2,7	6	4,3
	Ağız bakımı (diş fırçalama, antiseptik gargara kullanma, diş ipi kullanma vb.) yetersizliği prekanseröz lezyon veya ağız kanseri oluşma riskini artırır mı?								
	Evet	9	75,0	4	66,6	26	72,2	94	67,6
	Hayır	3	25,0	1	16,7	6	16,7	31	22,3
	Bilmiyorum	0	0,0	1	16,7	4	11,1	14	10,1
	Ağız yoluyla cinsel ilişkiye girmek (oral seks) ağız kanserine yakalanma riskini artırır mı?								
	Evet	7	58,3	2	33,3	9	25,0	59	42,4
	Hayır	2	16,7	0	0,0	7	19,4	29	20,9
	Bilmiyorum	3	25,0	4	66,7	20	55,6	51	36,7
	Bakteriler, virüsler ve mantarlar ağız kanseri oluşumuna sebep olurlar mı?								
	Evet	11	91,7	5	83,3	27	75,0	105	75,6
	Hayır	0	0,0	1	16,7	4	11,1	17	12,2
	Bilmiyorum	1	8,3	0	0,0	5	13,9	17	12,2
	İyonize radyasyona (X-ışını, Gama ışını α ve β parçacıkları) maruz kalmak ağız kanseri riskini artırır mı?								
	Evet	12	100,0	6	100,0	35	97,2	137	98,6
	Hayır	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Bilmiyorum	0	0,0	0	0,0	1	2,8	2	1,4
	Yaş ile birlikte ağız kanserine yakalanma riski de artar mı?								
	Evet	11	91,7	5	83,3	29	80,6	119	85,6
	Hayır	0	0,0	0	0,0	2	5,5	7	5,0
	Bilmiyorum	1	8,3	1	16,7	5	13,9	13	9,4
	Cinsiyetin ağız kanserine yakalanma bakımından bir etkisi var mıdır?								
	Evet	6	50,0	2	33,3	19	52,8	79	56,8
	Hayır	3	25,0	2	33,3	8	22,2	35	25,2
	Bilmiyorum	3	25,0	2	33,3	9	25,0	25	18,0
	Etnik ve genetik faktörlerin ağız kanseri oluşumunda etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?								
	Evet	10	83,3	5	83,3	32	88,9	123	88,5
	Hayır	0	0,0	0	0,0	1	2,8	6	4,3
	Bilmiyorum	2	16,7	1	16,7	3	8,3	10	7,2

Tablo 4.30. Katılımcıların oral kanserin klinik özellikleri hakkında bilgi düzeylerinin yaşadıkları bölgelere göre dağılımı

		Köy	Kasaba	İlçe	Şehir
	Sizce aşağıdakilerden hangisi veya hangileri ağız kanserinin belirtilerindendir?	N	N	N	N
Hasta Grubu	Ağız, dil veya dudakta görülen şişlik	28	4	50	217
	Ağız kokusu ve ağız kuruluğu	15	4	19	63
	Ağızda bazı bölgelerde uyuşma hissi	20	5	40	159
	Ağız açmada zorlanma	22	5	22	89
	Sebepsiz diş kayıpları	25	6	33	137
	Tat alma bozukluğu	25	5	43	129
	Geçmeyen ülserler (kanamalı yaralar)	28	6	58	234
	Yutma güçlüğü	27	6	24	111
	Sizce aşağıdakilerden hangisi veya hangileri ağız kanserinin belirtilerindendir?				
Preklinik Eğitim Almış Öğrenciler	Ağız, dil veya dudakta görülen şişlik	18	4	39	141
	Ağız kokusu ve ağız kuruluğu	13	2	25	77
	Ağızda bazı bölgelerde uyuşma hissi	15	2	33	107
	Ağız açmada zorlanma	9	1	23	70
	Sebepsiz diş kayıpları	12	3	29	75
	Tat alma bozukluğu	16	2	31	97
	Geçmeyen ülserler (kanamalı yaralar)	22	4	42	155
	Yutma güçlüğü	9	1	22	59
	Sizce aşağıdakilerden hangisi veya hangileri ağız kanserinin belirtilerindendir?				
Klinik Eğitim Almış Öğrenciler	Ağız, dil veya dudakta görülen şişlik	9	4	32	105
	Ağız kokusu ve ağız kuruluğu	5	3	21	55
	Ağızda bazı bölgelerde uyuşma hissi	7	2	23	96
	Ağız açmada zorlanma	4	5	19	73
	Sebepsiz diş kayıpları	6	3	20	83
	Tat alma bozukluğu	7	4	23	89
	Geçmeyen ülserler (kanamalı yaralar)	12	6	36	138
	Yutma güçlüğü	7	3	20	78
	Sizce aşağıdakilerden hangisi veya hangileri ağız kanserinin belirtilerindendir?				

Tablo 4.31. Katılımcıların oral prekanseröz lezyonların klinik özellikleri hakkında bilgi düzeylerinin yaşadıkları bölgelere göre dağılımı

	Sizce ağız içinde ağrılı ve kanayan yaralar ne kadar süre içinde geçmezse hekime başvurulması gereklidir?	Köy		Kasaba		İlçe		Şehir	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Hasta Grubu	3-5 gün	34	72,3	5	71,4	54	66,7	188	57,0
	2 hafta	5	10,6	1	14,3	11	13,6	91	27,6
	1 ay	7	14,9	1	14,3	12	14,8	40	12,1
	6 ay ve üzeri	1	2,2	0	0,0	4	4,9	11	3,3
	Ağızda görülen kırmızı-beyaz yaralar-lekeler oral prekanseröz veya ağız kanseri belirtilerinden midir?								
	Evet	16	34,0	3	42,9	21	25,9	84	25,5
	Hayır	2	4,3	1	14,2	9	11,1	48	14,5
	Bilmiyorum	29	61,7	3	42,9	51	63,0	198	60,0
Preklinik Eğitim Almış Öğrenciler	Sizce ağız içinde ağrılı ve kanayan yaralar ne kadar süre içinde geçmezse hekime başvurulması gereklidir?								
	3-5 gün	7	29,2	2	50,0	22	43,1	82	42,5
	2 hafta	14	58,3	2	50,0	23	45,1	90	46,6
	1 ay	3	12,5	0	0,0	6	11,8	15	7,8
	6 ay ve üzeri	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	3,1
	Ağızda görülen kırmızı-beyaz yaralar-lekeler oral prekanseröz veya ağız kanseri belirtilerinden midir?								
	Evet	18	75,0	1	25,0	23	45,1	82	42,5
	Hayır	2	8,3	0	0,0	2	3,9	17	8,8
Klinik Eğitim Almış Öğrenciler	Sizce ağız içinde ağrılı ve kanayan yaralar ne kadar süre içinde geçmezse hekime başvurulması gereklidir?								
	3-5 gün	2	16,7	2	33,3	5	13,9	15	10,8
	2 hafta	8	66,6	4	66,7	27	75,0	111	79,9
	1 ay	2	16,7	0	0,0	3	8,3	10	7,2
	6 ay ve üzeri	0	0,0	0	0,0	1	2,8	3	2,1
	Ağızda görülen kırmızı-beyaz yaralar-lekeler oral prekanseröz veya ağız kanseri belirtilerinden midir?								
	Evet	9	75,0	6	100,0	30	83,3	131	94,2
	Hayır	2	16,7	0	0,0	1	2,8	5	3,6
Klinik Eğitim Almış Öğrenciler	Bilmiyorum	1	8,3	0	0,0	5	13,9	3	2,2

Tablo 4.32. Katılımcıların alışkanlıklarının yaşadıkları bölgelere göre dağılımı

		Köy		Kasaba		İlçe		Şehir	
	Günde kaç defa dişlerinizi fırçalıyorsunuz?	N	%	N	%	N	%	N	%
Hasta Grubu	Fırçalamıyorum	3	6,4	0	0,0	6	7,4	14	4,2
	1 defa	19	40,4	2	28,6	43	53,1	122	37,0
	2 defa ve üzeri	25	53,2	5	71,4	32	39,5	194	58,8
	Sigara kullanıyor musunuz?								
	Evet	20	42,6	3	42,9	35	43,2	110	33,3
	Hayır	27	57,4	4	57,1	46	56,8	220	66,7
	Alkol kullanıyor musunuz?								
	Evet	8	17,0	2	28,6	11	13,6	52	15,8
	Hayır	39	83,0	5	71,4	70	86,4	278	84,2
	Diş hekimine muayene veya tedavi sebebiyle gitme sıklığınız nedir?								
	Hiç gitmiyorum	6	12,8	2	28,6	6	7,5	25	7,6
	6 ayda 1 defa	10	21,2	2	28,6	15	18,5	89	27,0
	6 ayda 2 ve üzeri	2	4,3	0	0,0	10	12,3	40	12,1
	Acil tedavi (diş ağrısı, diş kırılması vb.)	29	61,7	3	42,8	50	61,7	176	53,3
	Günde kaç defa dişlerinizi fırçalıyorsunuz?								
Preklinik Eğitim Almış Öğrenciler	Fırçalamıyorum	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0
	1 defa	8	33,3	0	0,0	11	21,6	50	25,9
	2 defa ve üzeri	16	66,7	4	100,0	39	76,4	143	74,1
	Sigara kullanıyor musunuz?								
	Evet	6	25,0	0	0,0	9	17,6	28	14,5
	Hayır	18	75,0	4	100,0	42	82,4	165	85,5
	Alkol kullanıyor musunuz?								
	Evet	4	16,7	0	0,0	6	11,8	34	17,6
	Hayır	20	83,3	4	100,0	45	88,2	159	82,4
	Diş hekimine muayene veya tedavi sebebiyle gitme sıklığınız nedir?								
	Hiç gitmiyorum	2	8,3	1	25,0	2	3,9	16	8,3
	6 ayda 1 defa	12	50,0	1	25,0	16	31,4	101	52,3
	6 ayda 2 ve üzeri	6	25,0	1	25,0	6	11,8	18	9,3
	Acil tedavi (diş ağrısı, diş kırılması vb.)	4	16,7	1	25,0	27	52,9	58	30,1

Tablo 4.33. Araştırmaya katılan klinik eğitim almış öğrencilerin alışkanlıklarının yaşadıkları bölgelere göre dağılımı

		Köy		Kasaba		İlçe		Şehir	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Klinik Eğitim Almış Öğrenciler	Günde kaç defa dişlerinizi fırçalıyorsunuz?								
	Fırçalamıyorum	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	1 defa	3	25,0	2	33,3	10	27,8	21	15,1
	2 defa ve üzeri	9	75,0	4	66,7	26	72,2	118	84,9
	Sigara kullanıyor musunuz?								
	Evet	3	25,0	3	50,0	4	11,1	39	28,1
	Hayır	9	75,0	3	50,0	32	88,9	100	71,9
	Alkol kullanıyor musunuz?								
	Evet	5	41,7	0	0,0	3	8,3	33	23,7
	Hayır	7	58,3	6	100,0	33	91,7	106	76,3
	Diş hekimine muayene veya tedavi sebebiyle gitme sıklığınız nedir?								
	Hiç gitmiyorum	1	8,3	0	0,0	0	0,0	4	2,9
	6 ayda 1 defa	6	50,0	3	50,0	18	50,0	96	69,1
	6 ayda 2 ve üzeri	1	8,3	2	33,3	7	19,4	20	14,3
	Acil tedavi (diş ağrısı, diş kırılması vb.)	4	33,4	1	16,7	11	30,6	19	13,7

4.8. Araştırmaya Katılan Hastaların Yaşlarına Göre Verilerin Dağılımının Değerlendirilmesi

Hastaların oral kanser farkındalığı, oral kanser ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri, oral kanser klinik bulguları ve bireysel alışkanlıklar bölümlerinde elde edilen verilerin yaşlarına göre dağılımları Tablo 4.34, Tablo 4.35, Tablo 4.836, Tablo 4.37, Tablo 4.38, Tablo 4.39, Tablo 4.40’da verilmiştir.

Tablo 4.34. Hastaların oral kanser farkındalığı ve bilgi kaynaklarının yaşlarına göre dağılımı

	25 yaş ve altı		26-35 yaş arası		36-45 yaş arası		46 yaş ve üzeri	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Daha önce “Ağız, dil ya da dudak kanseri” diye bir ifade duydunuz mu?								
Evet	81	68,1	84	63,6	85	66,4	52	60,5
Hayır	38	31,9	48	36,4	43	33,6	34	39,5
Cevabınız “evet” ise, bu bilgiye nereden ulaştınız?								
Basılı Medya (dergi, gazete vb.)	5	6,2	9	10,8	18	21,2	11	21,2
Dijital Medya (internet ve televizyon vb.)	26	32,1	26	31,3	24	28,2	16	30,8
Aile/Arkadaş (yakın çevre)	20	24,7	21	25,3	20	23,5	16	30,8
Okul, Kurs, Eğitim Organizasyonu	20	24,7	10	12,0	9	10,6	2	3,8
Tıp Hekimi (aile hekimi, uzman tıp hekimi vb.)	4	4,9	6	7,3	6	7,1	3	5,8
Diş Hekimi (pratisyen diş hekimi, uzman diş hekimi vb.)	6	7,4	11	13,3	8	9,4	4	7,6

Tablo 4.35. Hastaların oral kanser hakkındaki bilgi düzeylerinin yaşlarına göre dağılımı

	25 yaş ve altı		26-35 yaş arası		36-45 yaş arası		46 yaş ve üzeri	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ağız kanseri sizce insandan insana bulaşan bir hastalık mıdır?								
Evet	15	12,6	19	14,4	12	9,4	3	3,5
Hayır	49	41,2	55	41,7	49	38,3	41	47,7
Bilmiyorum	55	46,2	58	43,9	67	52,3	42	48,8
Ağız kanseri vücudun diğer bölgelerine metastaz (yayılma) yapabilir mi?								
Evet	61	51,2	62	47,0	60	46,9	30	34,9
Hayır	12	10,1	9	6,8	8	6,2	6	7,0
Bilmiyorum	46	38,7	61	46,2	60	46,9	50	58,1
Ağız kanseri tanısı konan, tedavi gören veya tedavi sonrasında iyileşen bir tanıdığınız var mı?								
Evet	5	4,2	11	8,3	7	5,5	9	10,5
Hayır	114	95,8	121	91,7	121	94,5	77	89,5
Ağız kanseri tedavi edilemez ise ölümcül bir hastalık mıdır?								
Evet	51	42,9	53	40,1	58	45,3	31	36,0
Hayır	5	4,2	12	9,1	9	7,0	7	8,2
Bilmiyorum	63	52,9	67	50,8	61	47,7	48	55,8
Ağız kanserine yakalanmış bir hastanın tedavi edilebilir olduğunu düşünüyor musunuz?								
Evet	88	73,9	85	64,4	82	64,1	54	62,8
Hayır	3	2,6	3	2,3	5	3,9	4	4,7
Bilmiyorum	28	23,5	44	33,3	41	32,0	28	32,5
Ağız kanserine yakalanmış bir hastaya erken tanı konulması tedavi açısından önemli midir?								
Evet	101	84,9	112	84,8	112	87,5	74	86,0
Hayır	1	0,8	2	1,5	1	0,8	1	1,2
Bilmiyorum	17	14,3	18	13,7	15	11,7	11	12,8
Ağızda prekanseröz lezyon veya ağız kanseri açısından şüphelendiğinizde ilk olarak aşağıdakilerden hangisine başvurursunuz?								
Aile Hekimi	8	6,7	14	10,6	17	13,3	10	11,6
Diş Hekimi	52	43,7	61	46,2	49	38,3	25	29,1
Onkoloji Uzmanı	8	6,7	11	8,3	14	10,9	10	11,6
Genel Cerrahi Uzmanı	9	7,6	9	6,8	10	7,8	5	5,8
Kulak Burun Boğaz Uzmanı	5	4,2	9	6,8	9	7,0	11	12,8
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Uzmanı	34	28,6	24	18,3	25	19,5	20	23,3
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Uzmanı	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0
Diğer Branşlar (Dermatoloji, Acil Hekimi vb.)	3	2,5	4	3,0	3	2,4	5	5,8

Tablo 4.36. Hastaların oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin yaşlarına göre dağılımı

	25 yaş ve altı		26-35 yaş arası		36-45 yaş arası		46 yaş ve üzeri	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sigara içmek prekanseröz lezyon veya ağız kanserine yakalanma riskini artırır mı?								
Evet	85	71,4	105	79,5	94	73,4	66	76,7
Hayır	5	4,2	2	1,6	0	0,0	1	1,2
Bilmiyorum	29	24,4	25	18,9	34	26,6	19	22,1
Tütün çiğnemek prekanseröz lezyon veya ağız kanserine yakalanma riskini artırır mı?								
Evet	79	66,4	89	67,4	82	64,1	57	66,3
Hayır	3	2,5	1	0,8	2	1,5	2	2,3
Bilmiyorum	37	31,1	42	31,8	44	34,4	27	31,4
Sıcak ve baharatlı yiyecekleri sıkça tüketmek prekanseröz lezyon veya ağız kanseri riskini artırır mı?								
Evet	46	38,7	37	28,0	43	33,6	25	29,1
Hayır	17	14,2	20	15,2	15	11,7	10	11,6
Bilmiyorum	56	47,1	75	56,8	70	54,7	51	59,3
Beslenme bozuklukları prekanseröz lezyon veya ağız kanseri oluşumuna yol açar mı?								
Evet	52	43,7	58	43,9	55	43,0	33	38,4
Hayır	13	10,9	13	9,8	14	10,9	3	3,5
Bilmiyorum	54	45,4	61	46,3	59	46,1	50	58,1
Düzenli meyve ve sebze tüketmek oral prekanseröz lezyonlara ve ağız kanserine karşı korur mu?								
Evet	70	58,8	66	50,0	64	50,0	41	47,7
Hayır	9	7,6	13	9,8	9	7,0	8	9,3
Bilmiyorum	40	33,6	53	40,2	55	43,0	37	43,0
Alkol tüketmek oral prekanseröz lezyon veya ağız kanseri oluşma riskini artırır mı?								
Evet	74	62,2	72	54,5	69	53,9	45	52,3
Hayır	2	1,7	6	4,6	4	3,1	3	3,5
Bilmiyorum	43	36,1	54	40,9	55	43,0	38	44,2
Dudak ya da yanak ısırma alışkanlığı prekanseröz lezyon ya da ağız kanseri riskini artırır mı?								
Evet	29	24,4	48	36,4	33	25,8	18	20,9
Hayır	21	17,6	14	10,6	14	10,9	10	11,6
Bilmiyorum	69	58,0	70	53,0	81	63,3	58	67,5
Uzun süre güneş ışığına maruz kalmak ağız kanseri riskini artırır mı?								
Evet	28	23,5	20	15,2	24	18,8	15	17,4
Hayır	17	14,3	39	29,5	26	20,3	16	18,6
Bilmiyorum	74	62,2	73	55,3	78	60,9	55	64,0
Ağız bakımı (diş fırçalama, antiseptik gargara kullanma, diş ipi kullanma vb.) yetersizliği prekanseröz lezyon veya ağız kanseri oluşma riskini artırır mı?								
Evet	59	49,6	53	40,2	45	35,1	27	31,4
Hayır	19	16,0	21	15,9	18	14,1	24	27,9
Bilmiyorum	41	34,4	58	43,9	65	50,8	35	40,7

Tablo 4.37. Hastaların oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin yaşlarına göre dağılımı devamı

	25 yaş ve altı		26-35 yaş arası		36-45 yaş arası		46 yaş ve üzeri	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ağız yoluyla cinsel ilişkiye girmek (oral seks) ağız kanserine yakalanma riskini artırır mı?								
Evet	34	28,6	40	30,3	24	18,8	18	20,9
Hayır	12	10,1	8	6,1	11	8,6	8	9,3
Bilmiyorum	73	61,3	84	63,6	93	72,6	60	69,8
Bakteriler, virüsler ve mantarlar ağız kanseri oluşumuna sebep olurlar mı?								
Evet	81	68,1	83	62,9	59	46,1	43	50,0
Hayır	1	0,8	6	4,5	3	2,3	5	5,8
Bilmiyorum	37	31,1	43	32,6	66	51,6	38	44,2
İyonize radyasyona (X-ışını, Gama ışını, α ve β parçacıkları) maruz kalmak ağız kanseri riskini artırır mı?								
Evet	51	42,9	54	40,9	46	35,9	41	47,7
Hayır	7	5,9	11	8,3	4	3,2	2	2,3
Bilmiyorum	61	51,2	67	50,8	78	60,9	43	50,0
Yaş ile birlikte ağız kanserine yakalanma riski de artar mı?								
Evet	48	40,4	37	28,0	35	27,3	24	27,9
Hayır	16	13,4	26	19,7	12	9,4	8	9,3
Bilmiyorum	55	46,2	69	52,3	81	63,3	54	62,8
Cinsiyetin ağız kanserine yakalanma bakımından bir etkisi var mıdır?								
Evet	18	15,1	18	13,6	11	8,6	5	5,8
Hayır	36	30,3	42	31,8	42	32,8	23	26,7
Bilmiyorum	65	54,6	72	54,6	75	58,6	58	67,5
Etnik ve genetik faktörlerin ağız kanseri oluşumunda etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?								
Evet	52	43,7	50	37,9	54	42,2	34	39,5
Hayır	13	10,9	14	10,6	14	10,9	6	7,0
Bilmiyorum	54	45,4	68	51,5	60	46,9	46	53,5

Tablo 4.38. Hastaların oral kanserin klinik özellikleri hakkında bilgi düzeylerinin yaşlarına göre dağılımı

	25 yaş ve altı	26-35 yaş arası	36-45 yaş arası	46 yaş ve üzeri
Sizce aşağıdakilerden hangisi veya hangileri ağız kanserinin belirtilerindendir?	N	N	N	N
Ağız, dil veya dudakta görülen şişlik	75	76	89	59
Ağız kokusu ve ağız kuruluğu	27	24	30	20
Ağızda bazı bölgelerde uyuşma hissi	71	61	44	48
Ağız açmada zorlanma	34	44	32	28
Sebepsiz diş kayıpları	59	73	42	27
Tat alma bozukluğu	58	67	52	25
Geçmeyen ülserler (kanamalı yaralar)	88	95	85	58
Yutma güçlüğü	35	57	46	30

Tablo 4.39. Hastaların oral prekanseröz lezyonların klinik özellikleri hakkında bilgi düzeyleri yaşlarına göre dağılımı

	25 yaş ve altı		26-35 yaş arası		36-45 yaş arası		46 yaş ve üzeri	
Sizce ağız içinde ağrılı ve kanayan yaralar ne kadar süre içinde geçmezse hekime başvurulması gereklidir?	N	%	N	%	N	%	N	%
3-5 gün	72	60,5	87	65,9	73	57,0	49	57,0
2 hafta	29	24,4	24	18,2	28	21,9	27	31,4
1 ay	14	11,7	15	11,4	22	17,2	9	10,5
6 ay ve üzeri	4	3,4	6	4,5	5	3,9	1	1,1
Ağızda görülen kırmızı-beyaz yaralar-lekeler oral prekanseröz veya ağız kanseri belirtilerinden midir?								
Evet	34	28,6	43	32,6	23	18,0	24	27,9
Hayır	24	20,2	14	10,6	16	12,5	6	7,0
Bilmiyorum	61	51,3	75	56,8	89	69,5	56	65,1

Tablo 4.40. Hastaların alışkanlıklarının yaşlarına göre dağılımı

	25 yaş ve altı		26-35 yaş arası		36-45 yaş arası		46 yaş ve üzeri	
Günde kaç defa dişlerinizi fırçalıyorsunuz?	N	%	N	%	N	%	N	%
Fırçalamıyorum	7	5,9	6	4,5	5	3,9	5	5,8
1 defa	46	38,7	53	40,2	50	39,1	37	43,0
2 defa ve üzeri	66	55,4	73	55,3	73	57,0	44	51,2
Sigara kullanıyor musunuz?								
Evet	41	34,5	55	41,7	53	41,4	19	22,1
Hayır	78	65,5	77	58,3	75	58,6	67	77,9
Alkol kullanıyor musunuz?								
Evet	23	19,3	24	18,2	20	15,6	6	7,0
Hayır	96	80,7	108	81,8	108	84,4	80	93,0
Diş hekimine muayene veya tedavi sebebiyle gitme sıklığınız nedir?								
Hiç gitmiyorum	10	8,4	16	12,1	7	5,5	6	7,0
6 ayda 1 defa	29	24,4	38	28,8	34	26,6	15	17,4
6 ayda 2 ve üzeri	15	12,6	14	10,6	13	10,1	10	11,6
Acil tedavi (diş ağrısı, diş kırılması vb.)	65	54,6	64	48,5	74	57,8	55	64,0

4.9. Araştırmaya Katılan Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Verilerin Dağılımının Değerlendirilmesi

Hastaların oral kanser farkındalığı, oral kanser ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri, oral kanser klinik bulguları ve bireysel alışkanlıklar bölümlerinde elde edilen verilerin eğitim durumlarına göre dağılımları Tablo 4.41, Tablo 4.42, Tablo 4.43, Tablo 4.44, Tablo 4.45, Tablo 4.46, Tablo 4.47’de verilmiştir.

Tablo 4.41. Hastaların oral kanser farkındalığı ve bilgi kaynaklarının eğitim durumlarına göre dağılımı

	İlkokul		Ortaokul		Lise		Ön Lisans (2 yıllık Meslek Yüksekokulu)		Üniversite		Uzmanlık-Yüksek Lisans-Doktora veya üzeri akademik seviye	
Daha önce “Ağız, dil ya da dudak kanseri” diye bir ifade duyduunuz mu?	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Evet	20	35,7	25	48,1	90	66,2	55	73,3	100	76,3	12	80,0
Hayır	36	64,3	27	51,9	46	33,8	20	26,7	31	23,7	3	20,0
Cevabınız “evet” ise, bu bilgiye nereden ulaştınız?												
Basılı Medya (dergi, gazete vb.)	3	15,8	5	20,0	13	14,4	10	18,2	12	12,0	0	0,0
Dijital Medya (internet ve televizyon vb.)	6	31,6	5	20,0	27	30,0	14	25,5	35	35,0	5	41,6
Aile/Arkadaş (yakın çevre)	7	36,8	11	44,0	30	33,3	12	21,8	17	17,0	0	0,0
Okul, Kurs, Eğitim Organizasyonu	0	0,0	0	0,0	9	10,0	15	27,2	14	14,0	3	25,0
Tıp Hekimi (aile hekimi, uzman tıp hekimi vb.)	1	5,3	2	8,0	3	3,4	3	5,5	8	8,0	2	16,7
Diş Hekimi (pratisyen diş hekimi, uzman diş hekimi vb.)	2	10,5	2	8,0	8	8,9	1	1,8	14	14,0	2	16,7

Tablo 4.42. Hastaların oral kanser hakkındaki bilgi düzeylerinin eğitim durumlarına göre dağılımı

	İlkokul		Ortaokul		Lise		Ön Lisans (2 yıllık Meslek Yüksekokulu)		Üniversite		Uzmanlık-Yüksek Lisans-Doktora veya üzeri akademik seviye	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ağız kanseri sizce insandan insana bulaşan bir hastalık mıdır?												
Evet	6	10,7	9	17,3	19	14,0	10	13,3	5	3,8	0	0,0
Hayır	16	28,6	12	23,1	58	42,6	31	41,4	66	50,4	11	73,3
Bilmiyorum	34	60,7	31	59,6	59	43,4	34	45,3	60	45,8	4	26,7
Ağız kanseri vücudun diğer bölgelerine metastaz (yayılma) yapabilir mi?												
Evet	14	25,0	22	42,3	66	48,5	38	50,7	66	50,4	7	46,7
Hayır	6	10,7	3	5,8	13	9,6	6	8,0	6	4,6	1	6,7
Bilmiyorum	36	64,3	27	51,9	57	41,9	31	41,3	59	45,0	7	46,7
Ağız kanseri tanısı konan, tedavi gören veya tedavi sonrasında iyileşen bir tanıdığımız var mı?												
Evet	4	7,1	4	7,7	9	6,6	7	9,3	7	5,3	1	6,7
Hayır	52	92,9	48	92,3	127	93,4	68	90,7	124	94,7	14	93,3
Ağız kanseri tedavi edilemez ise ölümcül bir hastalık mıdır?												
Evet	15	26,8	16	30,8	66	48,5	33	44,0	56	42,7	7	46,7
Hayır	5	8,9	3	5,8	9	6,6	5	6,7	10	7,6	1	6,6
Bilmiyorum	36	64,3	33	63,4	61	44,9	37	49,3	65	49,7	7	46,7
Ağız kanserine yakalanmış bir hastanın tedavi edilebilir olduğunu düşünüyor musunuz?												
Evet	25	44,6	29	55,8	98	72,1	56	74,7	89	67,9	12	80,0
Hayır	4	7,2	0	0,0	4	2,9	2	2,6	5	3,8	0	0,0
Bilmiyorum	27	48,2	23	44,2	34	25,0	17	22,7	37	28,3	3	20,0
Ağız kanserine yakalanmış bir hastaya erken tanı konulması tedavi açısından önemli midir?												
Evet	46	82,1	41	78,8	115	84,6	67	89,3	116	88,5	14	93,3
Hayır	1	1,8	0	0,0	1	0,7	1	1,4	2	1,6	0	0,0
Bilmiyorum	9	16,1	11	21,2	20	14,7	7	9,3	13	9,9	1	6,7
Ağızda prekanseröz lezyon veya ağız kanseri açısından şüphelendiğinizde ilk olarak aşağıdakilerden hangisine başvurursunuz?												
Aile Hekimi	6	10,7	8	15,4	12	8,8	10	13,3	12	9,2	1	6,7
Diş Hekimi	18	32,1	17	32,7	60	44,1	32	42,7	54	41,2	6	40,0
Onkoloji Uzmanı	4	7,3	5	9,6	14	10,3	6	8,0	13	9,9	1	6,7
Genel Cerrahi Uzmanı	5	8,9	4	7,7	10	7,4	5	6,7	9	6,9	0	0,0
Kulak Burun Boğaz Uzmanı	5	8,9	0	0,0	10	7,4	6	8,0	9	6,9	4	26,7
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Uzmanı	14	25,0	18	34,6	24	17,6	14	18,7	31	23,7	2	13,2
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Uzmanı	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0

Tablo 4.43. Hastaların oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin eğitim durumlarına göre dağılımı

	İlkokul		Ortaokul		Lise		Ön Lisans (2 yıllık Meslek Yüksekokulu)		Üniversite		Uzmanlık-Yüksek Lisans-Doktora veya üzeri akademik seviye	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sigara içmek prekanseröz lezyon veya ağız kanserine yakalanma riskini artırır mı?												
Evet	36	64,3	34	65,4	97	71,3	63	84,0	106	80,9	14	93,3
Hayır	1	1,8	1	1,9	5	3,7	1	1,3	0	0,0	0	0,0
Bilmiyorum	19	33,9	17	32,7	34	25,0	11	14,7	25	19,1	1	6,7
Tütün çiğnemek prekanseröz lezyon veya ağız kanserine yakalanma riskini artırır mı?												
Evet	28	50,0	28	53,8	87	64,0	58	77,3	93	71,0	13	86,7
Hayır	2	3,6	1	1,9	2	1,5	2	2,7	1	0,8	0	0,0
Bilmiyorum	26	46,4	23	44,3	47	34,5	15	20,0	37	28,2	2	13,3
Sıcak ve baharatlı yiyecekleri sıkça tüketmek prekanseröz lezyon veya ağız kanseri riskini artırır mı?												
Evet	14	25,0	7	13,5	37	27,2	30	40,0	56	42,7	7	46,7
Hayır	7	12,5	6	11,5	24	17,6	12	16,0	11	8,4	2	13,3
Bilmiyorum	35	62,5	39	75,0	75	55,2	33	44,0	64	48,9	6	40,0
Beslenme bozuklukları prekanseröz lezyon veya ağız kanseri oluşumuna yol açar mı?												
Evet	19	33,9	14	26,9	58	42,6	38	50,7	62	47,3	7	46,7
Hayır	3	5,4	0	0,0	24	17,6	6	8,0	9	6,9	1	6,6
Bilmiyorum	34	60,7	38	73,1	54	39,8	31	41,3	60	45,8	7	46,7
Düzenli meyve ve sebze tüketmek oral prekanseröz lezyonlara ve ağız kanserine karşı korur mu?												
Evet	22	39,3	24	46,2	68	50,0	42	56,0	74	56,5	11	73,3
Hayır	5	8,9	3	5,8	18	13,2	3	4,0	9	6,9	1	6,7
Bilmiyorum	29	51,8	25	48,0	50	36,8	30	40,0	48	36,6	3	20,0
Alkol tüketmek oral prekanseröz lezyon veya ağız kanseri oluşma riskini artırır mı?												
Evet	25	44,6	26	50,0	80	58,8	46	61,3	78	59,6	5	33,3
Hayır	3	5,4	0	0,0	3	2,2	2	2,7	5	3,8	2	13,3
Bilmiyorum	28	50,0	26	50,0	53	39,0	27	36,0	48	36,6	8	53,3
Dudak ya da yanak ısırma alışkanlığı prekanseröz lezyon ya da ağız kanseri riskini artırır mı?												
Evet	11	19,6	8	15,4	48	35,3	22	29,3	32	24,5	7	46,7
Hayır	6	10,8	6	11,5	23	16,9	11	14,7	10	7,6	3	20,0
Bilmiyorum	39	69,6	38	73,1	65	47,8	42	56,0	89	67,9	5	33,3

Tablo 4.44.Hastaların oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin eğitim durumlarına göre dağılımı devamı

	İlkokul		Ortaokul		Lise		Ön Lisans (2 yıllık Meslek Yüksekokulu)		Üniversite		Uzmanlık-Yüksek Lisans-Doktora veya üzeri akademik seviye	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Uzun süre güneş ışığına maruz kalmak ağız kanseri riskini artırır mı?												
Evet	7	12,5	6	11,5	24	17,6	12	16,0	33	25,2	5	33,3
Hayır	7	12,5	9	17,3	38	27,9	19	25,3	22	16,8	3	20,0
Bilmiyorum	42	75,0	37	71,2	74	54,5	44	58,7	76	58,0	7	46,7
Ağız bakımı (diş fırçalama, antiseptik gargara kullanma, diş ipi kullanma vb.) yetersizliği prekanseröz lezyon veya ağız kanseri oluşma riskini artırır mı?												
Evet	12	21,4	16	30,8	60	44,1	31	41,3	57	43,5	8	53,3
Hayır	10	17,9	10	19,2	26	19,1	19	25,4	15	11,5	2	13,4
Bilmiyorum	34	60,7	26	50,0	50	36,8	25	33,3	59	45,0	5	33,3
Ağız yoluyla cinsel ilişkiye girmek (oral seks) ağız kanserine yakalanma riskini artırır mı?												
Evet	8	14,3	13	25,0	41	30,1	16	21,3	34	26,0	4	26,7
Hayır	6	10,7	2	3,8	10	7,4	6	8,0	13	9,9	2	13,3
Bilmiyorum	42	75,0	37	71,2	85	62,5	53	70,7	84	64,1	9	60,0
Bakteriler, virüsler ve mantarlar ağız kanseri oluşumuna sebep olurlar mı?												
Evet	22	39,3	26	50,0	74	54,4	52	69,3	82	62,6	10	66,7
Hayır	4	7,1	0	0,0	5	3,7	3	4,0	3	2,3	0	0,0
Bilmiyorum	30	53,6	26	50,0	57	41,9	20	26,7	46	35,1	5	33,3
İyonize radyasyona (X-ışını, Gama ışıını α ve β parçacıkları) maruz kalmak ağız kanseri riskini artırır mı?												
Evet	16	28,6	10	19,2	52	38,2	34	45,3	70	53,4	10	66,7
Hayır	3	5,4	1	1,9	14	10,3	3	4,0	2	1,5	1	6,6
Bilmiyorum	37	66,0	41	78,9	70	51,5	38	50,7	59	45,0	4	26,7
Yaş ile birlikte ağız kanserine yakalanma riski de artar mı?												
Evet	8	14,3	14	26,9	41	30,2	26	34,7	48	36,6	7	46,7
Hayır	5	8,9	2	3,8	26	19,1	16	21,3	13	9,9	0	0,0
Bilmiyorum	43	76,8	36	69,3	69	50,7	33	44,0	70	53,5	8	53,3
Cinsiyetin ağız kanserine yakalanma bakımından bir etkisi var mıdır?												
Evet	3	5,4	2	3,9	19	14,0	8	10,7	15	11,5	5	33,3
Hayır	14	25,0	23	44,2	47	34,6	22	29,3	36	27,5	1	6,7
Bilmiyorum	39	69,6	27	51,9	70	51,4	45	60,0	80	61,0	9	60,0
Etnik ve genetik faktörlerin ağız kanseri oluşumunda etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?												
Evet	9	16,1	9	17,3	59	43,3	37	49,3	69	52,7	7	46,7
Hayır	6	10,7	3	5,8	16	11,8	11	14,7	11	8,4	0	0,0
Bilmiyorum	41	73,2	40	76,9	61	44,9	27	36,0	51	38,9	8	53,3

Tablo 4.45. Hastaların oral kanserin klinik özellikleri hakkında bilgi düzeylerinin eğitim durumlarına göre dağılımı

	İlkokul	Ortaokul	Lise	Ön Lisans (2 yıllık Meslek Yüksekokulu)	Üniversite	Uzmanlık-Yüksek Lisans-Doktora veya üzeri akademik seviye
Sizce aşağıdakilerden hangisi veya hangileri ağız kanserinin belirtilerindendir?	N	N	N	N	N	N
Ağız, dil veya dudakta görülen şişlik	29	38	92	48	85	7
Ağız kokusu ve ağız kuruluğu	15	8	25	22	29	2
Ağızda bazı bölgelerde uyuşma hissi	23	22	64	39	70	6
Ağız açmada zorlanma	11	16	49	25	32	5
Sebepsiz diş kayıpları	13	23	60	34	65	6
Tat alma bozukluğu	18	26	65	30	58	5
Geçmeyen ülserler (kanamalı yaralar)	33	27	91	57	104	14
Yutma güçlüğü	19	19	63	28	33	6

Tablo 4.46. Hastaların oral prekanseröz lezyonların klinik özellikleri hakkında bilgi düzeylerinin eğitim durumlarına göre dağılımı

	İlkokul		Ortaokul		Lise		Ön Lisans (2 yıllık Meslek Yüksekokulu)		Üniversite		Uzmanlık-Yüksek Lisans-Doktora veya üzeri akademik seviye	
Sizce ağız içinde ağrılı ve kanayan yaralar ne kadar süre içinde geçmezse hekime başvurulması gereklidir?	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
3-5 gün	36	64,3	33	63,5	83	61,0	45	60,0	78	59,5	6	40,0
2 hafta	13	23,2	7	13,5	29	21,3	15	20,0	36	27,5	8	53,3
1 ay	7	12,5	11	21,1	13	9,6	13	17,3	15	11,5	1	6,7
6 ay ve üzeri	0	0,0	1	1,9	11	8,1	2	2,7	2	1,5	0	0,0
Ağızda görülen kırmızı-beyaz yaralar-lekeler oral prekanseröz veya ağız kanseri belirtilerinden midir?												
Evet	9	16,1	10	19,2	42	30,9	19	25,3	39	29,8	5	33,3
Hayır	6	10,7	3	5,8	20	14,7	16	21,4	13	9,9	2	13,4
Bilmiyorum	41	73,2	39	75,0	74	54,4	40	53,3	79	60,3	8	53,3

Tablo 4.47. Hastaların alışkanlıklarının eğitim durumlarına göre dağılımı

	İlkokul		Ortaokul		Lise		Ön Lisans (2 yıllık Meslek Yüksekokul u)		Üniversite		Uzmanlık -Yüksek Lisans- Doktora veya üzeri akademik seviye	
Günde kaç defa dişlerinizi fırçalıyorsunuz?	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Fırçalamıyorum	4	7,2	1	1,9	8	5,9	5	6,7	5	3,8	0	0,0
1 defa	27	48,2	22	42,3	51	37,5	29	38,7	52	39,7	5	33,3
2 defa ve üzeri	25	44,6	29	55,8	77	56,6	41	54,6	74	56,5	10	66,7
Sigara kullanıyor musunuz?												
Evet	16	28,6	24	46,2	72	52,9	29	38,7	27	20,6	0	0,0
Hayır	40	71,4	28	53,8	64	47,1	46	61,3	104	79,4	15	100,0
Alkol kullanıyor musunuz?												
Evet	4	7,1	5	9,6	32	23,5	12	16,0	16	12,2	4	26,7
Hayır	52	92,9	47	90,4	104	76,5	63	84,0	115	87,8	11	73,3
Diş hekimine muayene veya tedavi sebebiyle gitme sıklığınız nedir?												
Hiç gitmiyorum	4	7,1	4	7,7	11	8,1	10	13,3	10	7,6	0	0,0
6 ayda 1 defa	2	3,6	10	19,2	30	22,1	21	28,0	46	35,1	7	46,7
6 ayda 2 ve üzeri	4	7,1	3	5,8	22	16,1	3	4,0	19	14,6	1	6,6
Acil tedavi (diş ağrısı, diş kırılması vb.)	46	82,2	35	67,3	73	53,7	41	54,7	56	42,7	7	46,7

4.10. Araştırmaya Katılan Diş Hekimliği Fakültesi Öğrencilerinin Sınıflara Göre Oral Kanser ve Prekanseröz Hastalıkların Klinik Özellikleri, Risk Faktörleri ile Alakalı Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Preklinik ve klinik eğitim almış diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin oral kanser ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri ve oral kanser klinik bulguları bölümlerinde elde edilen verilerin sınıflara göre dağılımları Tablo 4.48, Tablo 4.49, Tablo 4.50, Tablo 4.51’de verilmiştir.

Tablo 4.48. Diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin oral kanserin klinik özellikleri hakkında bilgi düzeylerinin sınıflara göre dağılımı

	1. Sınıf	2. Sınıf	3. Sınıf	4. Sınıf	5. Sınıf
Sizce aşağıdakilerden hangisi veya hangileri ağız kanserinin belirtilerindendir?	N	N	N	N	N
Ağız, dil veya dudakta görülen şişlik	64	67	71	73	77
Ağız kokusu ve ağız kuruluğu	35	33	49	35	49
Ağızda bazı bölgelerde uyuşma hissi	55	58	44	59	69
Ağız açmada zorlanma	39	37	27	55	46
Sebepsiz diş kayıpları	40	41	38	54	58
Tat alma bozukluğu	46	38	62	57	66
Geçmeyen ülserler (kanamalı yaralar)	61	74	88	93	99
Yutma güçlüğü	27	32	32	56	52

Tablo 4.49. Diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin oral prekanseröz lezyonların klinik özellikleri hakkında bilgi düzeylerinin sınıflara göre dağılımı

	1. Sınıf		2. Sınıf		3. Sınıf		4. Sınıf		5. Sınıf	
Sizce ağız içinde ağrılı ve kanayan yaralar ne kadar süre içinde geçmezse hekime başvurulması gereklidir?	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
3-5 gün	41	48,2	41	47,7	31	30,7	10	10,8	14	14,0
2 hafta	33	38,8	38	44,2	58	57,4	75	80,6	75	75,0
1 ay	10	11,8	6	7,0	8	7,9	7	7,5	8	8,0
6 ay ve üzeri	1	1,2	1	1,1	4	4,0	1	1,1	3	3,0
Ağızda görülen kırmızı-beyaz yaralar-lekeler oral prekanseröz veya ağız kanseri belirtilerinden midir?										
Evet	26	30,6	30	34,8	68	67,3	91	97,8	85	85,0
Hayır	4	4,7	9	10,5	8	7,9	1	1,1	7	7,0
Bilmiyorum	55	64,7	47	54,7	25	24,8	1	1,1	8	8,0

Tablo 4.50. Diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin sınıflara göre dağılımı

	1. Sınıf		2. Sınıf		3. Sınıf		4. Sınıf		5. Sınıf	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sigara içmek prekanseröz lezyon veya ağız kanserine yakalanma riskini artırır mı?										
Evet	73	85,9	76	88,4	97	96,0	93	100,0	98	98,0
Hayır	2	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Bilmiyorum	10	11,7	10	11,6	4	4,0	0	0,0	1	1,0
Tütün çiğnemek prekanseröz lezyon veya ağız kanserine yakalanma riskini artırır mı?										
Evet	66	77,6	65	75,6	83	82,2	93	100,0	99	99,0
Hayır	3	3,5	1	1,1	1	1,0	0	0,0	1	1,0
Bilmiyorum	16	18,9	20	23,3	17	16,8	0	0,0	0	0,0
Sıcak ve baharatlı yiyecekleri sıkça tüketmek prekanseröz lezyon veya ağız kanseri riskini artırır mı?										
Evet	47	55,3	41	47,7	61	60,4	70	75,2	77	77,0
Hayır	7	8,2	1	1,2	7	6,9	13	14,0	11	11,0
Bilmiyorum	31	36,5	44	51,1	33	32,7	10	10,8	12	12,0
Beslenme bozuklukları prekanseröz lezyon veya ağız kanseri oluşumuna yol açar mı?										
Evet	56	65,9	50	58,2	75	74,2	81	87,1	84	84,0
Hayır	5	5,9	5	5,8	2	2,0	5	5,4	10	10,0
Bilmiyorum	24	28,2	31	36,0	24	23,8	7	7,5	6	6,0
Düzenli meyve ve sebze tüketmek oral prekanseröz lezyonlara ve ağız kanserine karşı korur mu?										
Evet	52	61,2	38	44,2	54	53,5	62	66,7	74	74,0
Hayır	3	3,5	5	5,8	5	5,0	8	8,6	11	11,0
Bilmiyorum	30	35,3	43	50,0	42	41,5	23	24,7	15	15,0
Alkol tüketmek oral prekanseröz lezyon veya ağız kanseri oluşma riskini artırır mı?										
Evet	56	65,9	56	65,1	77	76,3	89	95,6	93	93,0
Hayır	0	0,0	4	4,7	6	5,9	2	2,2	3	3,0
Bilmiyorum	29	34,1	26	30,2	18	17,8	2	2,2	4	4,0
Dudak ya da yanak ısırma alışkanlığı prekanseröz lezyon ya da ağız kanseri riskini artırır mı?										
Evet	28	32,9	34	39,5	51	50,5	61	65,6	72	72,0
Hayır	8	9,5	11	12,8	10	9,9	21	22,6	18	18,0
Bilmiyorum	49	57,6	41	47,7	40	39,6	11	11,8	10	10,0
Uzun süre güneş ışığına maruz kalmak ağız kanseri riskini artırır mı?										
Evet	26	30,6	29	33,7	68	67,3	89	95,6	86	86,0
Hayır	8	9,4	5	5,8	5	5,0	2	2,2	8	8,0
Bilmiyorum	51	60,0	52	60,5	28	27,7	2	2,2	6	6,0

Tablo 4.51. Diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin sınıflara göre dağılımı devamı

	1. Sınıf		2. Sınıf		3. Sınıf		4. Sınıf		5. Sınıf	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ağız bakımı (diş fırçalama, antiseptik gargara kullanma, diş ipi kullanma vb.) yetersizliği prekanseröz lezyon veya ağız kanseri oluşma riskini artırır mı?										
Evet	47	55,3	45	52,3	57	56,4	64	68,8	69	69,0
Hayır	9	10,6	11	12,8	13	12,9	21	22,6	20	20,0
Bilmiyorum	29	34,1	30	34,9	31	30,7	8	8,6	11	11,0
Ağız yoluyla cinsel ilişkiye girmek (oral seks) ağız kanserine yakalanma riskini artırır mı?										
Evet	26	30,6	24	27,9	30	29,7	38	40,9	39	39,0
Hayır	6	7,1	9	10,5	11	10,9	15	16,1	23	23,0
Bilmiyorum	53	62,3	53	61,6	60	59,4	40	43,0	38	38,0
Bakteriler, virüsler ve mantarlar ağız kanseri oluşumuna sebep olurlar mı?										
Evet	52	61,2	37	43,0	62	61,4	74	79,6	74	74,0
Hayır	5	5,9	6	7,0	6	5,9	14	15,1	8	8,0
Bilmiyorum	28	32,9	43	50,0	33	32,7	5	5,3	18	18,0
İyonize radyasyona (X-ışını, Gama ışını α ve β parçacıkları) maruz kalmak ağız kanseri riskini artırır mı?										
Evet	57	67,1	64	74,4	90	89,1	91	97,8	99	99,0
Hayır	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0
Bilmiyorum	28	32,9	22	25,6	10	9,9	2	2,2	1	1,0
Yaş ile birlikte ağız kanserine yakalanma riski de artar mı?										
Evet	39	45,9	40	46,5	57	56,4	85	91,4	79	79,0
Hayır	2	2,4	1	1,2	2	2,0	2	2,1	7	7,0
Bilmiyorum	44	51,7	45	52,3	42	41,6	6	6,5	14	14,0
Cinsiyetin ağız kanserine yakalanma bakımından bir etkisi var mıdır?										
Evet	19	22,4	16	18,6	21	20,8	57	61,3	49	49,0
Hayır	12	14,1	20	23,3	12	11,9	17	18,3	31	31,0
Bilmiyorum	54	63,5	50	58,1	68	67,3	19	20,4	20	20,0
Etnik ve genetik faktörlerin ağız kanseri oluşumunda etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?										
Evet	59	69,4	58	67,4	86	85,1	84	90,3	86	86,0
Hayır	4	4,7	7	8,2	2	2,0	5	5,4	2	2,0
Bilmiyorum	22	25,9	21	24,4	13	12,9	4	4,3	12	12,0

5. TARTIŞMA

Dünya genelinde oldukça yüksek *morbidity* ve *mortality* oranlarına sahip olan oral kanserin erken tanı ve tedavisi büyük önem taşımaktadır. Hastalığın erken evrelerinde belirgin semptomlar görülmediğinden teşhis ve tedavide gecikmeler yaşanabilmektedir.

Diş hekimleri ağız boşluğuna kolay erişime sahip oldukları için oral kanserin saptanmasında büyük sorumluluk sahibi olup hastalığın erken teşhisinde ilk savunma hattını oluşturmaktadırlar. Diş hekimine başvuran hastaların, herhangi bir semptom olmasa dahi rutin ve sistematik bir ağız içi muayenesi yapılmalıdır. Yapılan bu düzenli muayenelerin etkili olabilmesi için diş hekimlerinin malign ve premalign lezyonların klinik görünümündeki çeşitlilikler, lezyonlarla ilişkili risk faktörleri ve ağız kanserleriyle ilgili mevcut tedaviler konusunda belirli bir düzeyde bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Bu sebeple diş hekimliği eğitimi alan öğrencilerin, oral kanserler ve oral prekanseröz hastalıklar hakkında yeterli eğitim alması ve bu konunun ciddiyeti hakkında bilgilendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Oral kanserin erken tanısı için günümüzde net kriterler ve yeterli teşhis yöntemleri bulunmasına rağmen toplumdaki bilinç düzeyinin yetersiz olması hastalığın erken evrelerdeki teşhis ihtimalini düşürmektedir. Kanser toplumda görülme sıklığının, etiyolojisinde rol oynayan risk faktörlerinin ve klinik belirtilerinin bilinmesi, oral kanser farkındalığının artırılması, meydana gelen kanserlerin erken tanısına, tedavi sonuçlarının değerlendirilmesine ve etkili tedavi yöntemlerinin saptanmasına da yardımcı olacaktır. Erken tanı sayesinde hasta bireylerin postoperatif konforunda ve sağ kalım oranlarında ayrıca tedavi masrafları azalacağı için ülke ekonomisinde pozitif yönde katkı sağlayacaktır (127).

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvuran hastaların ve diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin katılımıyla sağlanan bu çalışmada; katılımcıların oral premalign ve malign hastalıklar ile alakalı farkındalığı, risk faktörleri ve klinik bulguları ile alakalı bilgi seviyelerinin değerlendirilmesi amaçlandı. Literatürde toplumundaki bireylerin ve diş hekimlerinin oral premalign ve malign hastalıklar konusundaki farkındalık ve bilgi düzeyleri ile erken teşhisin önemi

ve rolü üzerine birçok çalışma yer almasına rağmen ülkemizde bu konu ile alakalı çok fazla sayıda güncel çalışma bulunmamaktadır. Her ne kadar yapılan çalışmalar farklı sonuçlar gösterse de genellikle toplumun bilinç ve bilgi düzeyinin yetersiz olduğu, hekimlerin teşhis ve tedavi konularında bilgilerinin güncel tutulması gerektiği vurgulanmaktadır. (135,137,139,140).

Çalışmamızda oral kanser farkındalığını ölçmeye yönelik sorulan “Daha önce ağız, dil ya da dudak kanseri diye bir ifade duydunuz mu?” sorusuna çalışmaya katılan hastaların %64,9’unun “evet” yanıtı verdiği ve birçoğunun oral kanserden haberdar oldukları görüldü. Oral kanserin insandan insana bulaşan bir hastalık olup olmadığıyla alakalı soruya %41,7’sinin “hayır”, metastaz özelliğinin sorgulayan soruya %45,8’inin “evet”, tedavi edilmediği takdirde ölümcül bir hastalık mıdır sorusuna %41,5’inin “hayır” yanıtı verdiği görüldü. Çalışmaya katılan hastaların oral kanser ile alakalı farkındalıklarının ve bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı görüldü. Ancak ankete katılan hastaların; oral kanser için erken tanının tedavi açısından önemli olduğunu %85,8’inin “evet”, oral kanserin tedavi edilebilir olmasına % 66,5’inin “evet” yanıtını verdiği görüldü. Kanser ile alakalı basın ve yayın organlarındaki eğitim programlarının kanserin erken teşhisi ve tedavisi sayesinde hastalığın prognozunun daha iyi olacağının bireylerin birçoğu tarafından bilindiği saptandı. Dış hekimliği fakültesine başvuran kadın hastaların oral kanser farkındalığının erkek bireylere göre daha yüksek olduğu görüldü. Kadınların erkeklere göre sağlık ile alakalı konularda daha hassas olmaları ve kişisel bakımlarına önem vermelerinden ötürü bu sonucun ortaya çıktığı düşünülmektedir. Çalışmamızda yüksek eğitim düzeyine sahip hastaların oral kanser farkındalığının daha yüksek oranda olduğu görüldü. Eğitim seviyesi arttıkça bireylerin her alanda olduğu gibi sağlık konusunda da bilinç düzeylerinin arttığı, hem kişisel hem de toplum sağlığını ilgilendiren konularda farkındalıklarının yüksek olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda şehirde yaşayan hastaların farkındalık seviyelerinin köy, kasaba ve ilçede yaşayan diğer bireylere göre yüksek olduğu görüldü. Şehirde yaşayan bireylerin eğitim, sağlık, iletişim olanaklarına daha rahat ve hızlı ulaşabilmesinin buna neden olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda hastaların yaş dağılımlarının oral kanser farkındalıkları üzerinde bir etkisi olmadığı görüldü. Günümüzde yaşlı bireylerin edinmiş olduğu bilgi ve tecrübeye genç bireylerin radyo,

televizyon, internet kanalıyla ulaşabilmesinden ötürü bu sonucun ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Hertrampf ve ark. (141) Kuzey Almanya’da 2012 yılında 1000 hasta üzerinde yaptıkları çalışma sonucunda bireylerin farkındalığının %66 olduğunu bildirmiştir. Al-Maweri ve ark. (142) Suudi Arabistan’da 1410 kişi üzerinde yaptığı çalışmada oral kanser farkındalığını %62,4 olarak bildirmişlerdir. Eğitim seviyesi yüksek bireylerde bu oranın daha yüksek olduğunu ancak cinsiyet ve yaş ile farkındalık arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildirmiştir. Çalışmamızda kadın bireylerin farkındalık oranlarının daha yüksek olduğu saptandı. Toplumdaki farkındalık düzeyinin ve eğitim seviyesinin farkındalık üzerindeki etkisinin literatür ile uyumlu olduğu görüldü.

Hindistan ve Sri Lanka gibi oral kanser prevalansı yüksek olan ülkelerde yapılan çalışmalar toplumun farkındalık seviyesinin ve bilgi düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (143). Toplumun yüksek farkındalık seviyesine bu ülkelerdeki oral kanser prevalansının yüksek olmasının ve sağlık kuruluşlarındaki posterler ve broşürler gibi eğitici materyallerin katkısından olduğu düşünülmektedir.

Monteiro ve ark.’nın (144) Portekiz’de 2012 yılında 602 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada meme kanseri farkındalığını %99, akciğer kanseri farkındalığını %96,3, prostat kanseri farkındalığını %95,2 ve oral kanser farkındalığının ise %68,6 olarak bildirmiştir. Oral kanser farkındalığının diğer kanser türlerine karşı olan bilinç düzeyine göre düşük olduğu bildirilmiştir.

Amarasinghe ve ark.’nın (145) Sri Lanka’da 1029 kişi üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada oral kanser farkındalığını %84 olduğunu ayrıca farkındalık ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını, sosyoekonomik durum ve yaşadıkları bölgeler ile farkındalık arasında anlamlı bir ilişki bulunduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda da bireylerin yaşadıkları bölgelerin farkındalıkları üzerinde etkisi olduğu görüldü.

Warnakulasuriya ve ark.’nın (146) oral kanser farkındalığı açısından kadın ve erkek bireyler arasında herhangi bir fark olmadığını, 35-64 yaş grubundaki ve eğitim seviyesi yüksek kişilerin oral kanser farkındalığı açısından daha bilinçli olduklarını bildirmiştir. Çalışmamızda kadın hastaların farkındalığının daha yüksek olduğu ancak

yaş dağılımlarının hastaların farkındalık seviyelerini etkilemediği saptandı. Hassona ve ark.'nın (147) 1200 kişi üzerinde Ürdün'de yapmış oldukları çalışmaya göre bireylerin farkındalık oranının %45 olduğunu ve 40 yaş altı bireylerin yaşlılara göre daha bilinçli olduğunu bildirmiştir.

Peker ve ark.'nın (148) Türkiye'de 2010 yılında yapmış oldukları çalışmaya göre oral kanser farkındalığını %39,3 olarak belirtmiştir. Peker ve Alkurt'un (148) 1022 hasta üzerinde yapmış olduğu çalışmaya göre katılımcıların %60,7'sinin oral kanser diye bir ifade duymadığını bildirmiştir. Çalışmamızda bu oran % 35,1 olarak tespit edildi. Toplumun bilgi düzeyindeki bu değişime dijital ve basılı medyanın yaygınlaşmasının, sağlık programlarının ve kampanyalarının sebep olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgulara göre toplumda oral kanser farkındalığının ve bilinç düzeyinin arttığı saptandı. Ancak farklı ülkelerde yapılmış olan çalışmalarda; oral kanser farkındalık düzeylerinin Yemen'de %71,5 (149), Hindistan'da %91,2 (143), ABD'de %84 (150), Sri Lanka'da %95 (151) seviyelerinde olduğu bildirilmiştir. Bu veriler ülkemizde oral kanser farkındalığının toplumda halen yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir.

Diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin oral kanser farkındalığının hastalara oranla çok daha yüksek olduğu görüldü. Klinik eğitim almış öğrencilerin preklinik eğitim almış öğrencilere göre farkındalıklarının daha yüksek oranda olduğu saptandı. Bunun klinik eğitim almış öğrencilerinin temel tıp derslerini ve klinik derslerini her ikisini de almış olmalarından, öğrendikleri teorik eğitimlerin pratik eğitimlerle pekişmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Diş hekimliği fakültesi öğrencileri arasında kadınların oral kanser farkındalığının daha yüksek olduğu görüldü. Çalışmaya katılan öğrencilerin yaklaşık %65'inin kadın olmasından kaynaklı olarak bu sonucun ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Keser ve Pekiner'in yaptıkları çalışmada diş hekimliği fakültesi üçüncü ve beşinci sınıf öğrencilerinin oral kanser farkındalık seviyesini değerlendirmiştir. Araştırmacılar gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığını rapor etmiştir (152). Çalışmamızda üçüncü sınıfların diğer preklinik eğitim almış sınıflara göre farkındalıklarının yüksek olduğu görüldü. Üçüncü sınıftan itibaren kliniğe yönelik teorik eğitimlerin artmasının buna neden olduğu düşünülmektedir. Klinik eğitim

görmüş olan dördüncü ve beşinci sınıfların almış oldukları teorik eğitimleri gözlemlene ve uygulama fırsatı buldukları için bilgi seviyelerinin daha yüksek oranda olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastalara oral kanser ile alakalı bilgiye hangi kaynaktan ulaştıkları soruldu. İlk sırada %30,6'yla dijital medyanın, ikinci sırada %25,6'yla yakın çevrenin, üçüncü sırada %14,3'le basılı medyanın yer aldığı görüldü. Bu sonuçlar hem dijital hem de basılı medyanın toplumda oral kanserlerin önlenmesi ve erken teşhisi için etkili birer araç olduklarını göstermektedir. Medyanın diğer kanser türleri ve kötü alışkanlıklar için yapmış olduğu kamu spotları toplumun farkındalığını belirgin ölçüde arttırmaktadır.

Malezya'da yapılan bir çalışmaya göre, kitlesel bir medya kampanyası kullanılarak toplumun oral kanser konusundaki farkındalık düzeylerini nasıl etkilediği araştırılmış ve sonuç olarak toplumun önemli ölçüde bilinçlendiği bildirilmiştir (153).

West ve ark.'nın (154) Büyük Britanya'da 3.384 hasta ile yapmış oldukları çalışmada oral kanser farkındalığını %95,6 bulmuşlar ve bu yüksek oranın nedeninin de medyada ağız kanseri bilinçlendirme haftasının hayata geçirilmesi olduğunu bildirilmiştir.

Çalışmamızda bireylerin yaşadıkları bölgelere göre oral kanser farkındalığı bilgisine hangi kaynaktan ulaştıkları değerlendirildiğinde köyde yaşayan katılımcıların ilk sırada yakın çevrelerinden bu bilgiyi öğrendikleri, diğer bölgelerde yaşayan bireylerin ise ilk sırada dijital medyadan bilgiye ulaştıkları bulundu. Yaşanılan bölgenin sosyo-ekonomik imkanları dahilinde dijital ve basılı medyaya ulaşımın zor olmasından dolayı bireylerin yakın çevrelerinden bilgiye ulaştıkları düşünülmektedir. Yaptığımız çalışmada cinsiyetin ve yaşın katılımcıların bilgi kaynakları üzerinde etkisi olmadığı, eğitim seviyesi ilkokul, ortaokul ve lise olan bireylerin oral kanser ile alakalı bilgilere yakın çevrelerinden ulaştığı saptanmıştır. Bireylerin eğitim seviyesinin düşük olması nedeniyle bilgiye eğitim veya araştırma kanalıyla değil de yakın çevrelerinden ulaştıkları düşünülmektedir.

Oral kanserin önlenmesinde televizyon, internet, radyo gibi medya reklamları, yayınları, gazete ve makaleler, broşür ve reklam panoları toplum bilincini artırmada yararlı olacaktır. Fakat bu faaliyetlerin sunumu iyi olmalı tüm eğitim düzeylerine ve sosyal kesimlere hitap etmelidir.

Oral kanserlerin erken dönem teşhisinde diş hekimleri ön sıralarda yer almaktadır. Ancak yapmış olduğumuz çalışmada hastaların sadece %9,6'sı oral kanser ile alakalı bilgi kaynaklarının diş hekimi olduğunu belirtmişlerdir. Peker ve ark.'nın (148) yapmış oldukları bir çalışmada ise bu oran %1,9 olarak bildirmiştir.

Bu durumun diş hekimlerinin hastalarına konu ile alakalı bilgi aktarmada kendilerini yetersiz görmelerinden veya klinik muayene esnasında bu konuya yeterli vakit ayırmamaları kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Diş problemleri sebebiyle başvuran tüm hastaların oral kanser ve prekanseröz hastalıklar yönünden muayene etmek, kanser etiyolojisinde rol oynayan risk faktörlerini bireylere anlatmak ve erken tanı için hastalarını periyodik kontrollere çağırmak diş hekimlerinin öncelikli görevidir (66).

Çalışmaya katılan hastalara ağız kanseri ve prekanseröz lezyon açısından şüphelendiklerinde ilk olarak nereye başvuracakları soruldu. Katılımcıların; %40,2 sinin diş hekimine, %22,2'sinin ağız, diş ve çene cerrahisi uzmanına, %10,5'nin aile hekimine, %9,2'sinin onkoloji uzmanına, %7,3'nün kulak burun boğaz hastalıkları uzmanına, %7,1'nin ise genel cerrahi uzmanına başvuracaklarını belirtmişlerdir. Elbette elde edilen bu bulgular çalışmanın diş hekimliği fakültesinde yapılmasından dolayı katılımcıların etkilendiği düşünülmektedir.

Henrietta ve ark.'nın (155) yapmış oldukları çalışmada oral kansere yönelik klinik bulguların değerlendirilmesine yönelik bireylerin hangi sağlık branşına başvuracağı sorgulanmış ve diş hekimlerinin muayene ücretlerinin yüksek olmasının hastalar için belirleyici faktör olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Hassona ve ark.'nın (147) yaptığı bir diğer araştırmada katılımcıların kendilerinde veya yakınlarında ağız kanseri varlığından şüphelendiklerinde %39'nun diş hekimine, %26'sının ise tıp doktoruna başvuracaklarını bildirmiştir.

Cruz ve ark.'ın (156) oral kanser teşhisinde en uygun sağlık alanının hangisi olabileceğine dair bir çalışma yapmış ve sonuç olarak toplumun ve sağlık birimlerinin arasında uyum eksikliği olduğunu bildirmiştir.

Hastaların aile hekimine, diş hekimine veya kulak burun boğaz hastalıkları uzmanına başvurması yanlış veya eksik bir davranış olarak değerlendirilmemelidir. Tüm sağlık profesyonelleri, hastalarına rutin ağız kanseri muayenesi uygulamalı

böylece toplumun oral kanser ile alakalı bilgi ve bilinç düzeyinin artacağı ve erken teşhis sayesinde hastaların sağ kalım oranlarının yükseleceği düşünülmektedir.

Düzenli olarak oral kavite muayenesinin yapılmasıyla oral kanser nedeniyle gerçekleşen ölüm oranlarını azalacağı düşünülmektedir (157). Yapılan periyodik taramaların başarılı olabilmesi diş hekimlerinin oral premalign ve malign hastalıkların klinik belirti ve bulgularına, hastalıklarla ilişkili risk faktörlerine dair yeterli bilgi donanımına sahip olmalıdırlar.

Çalışmaya katılan diş hekimliği fakültesi öğrencilerine oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörlerine ilişkin bilgi seviyelerini ölçmeye yönelik sorular soruldu. Klinik eğitim almış öğrencilerin preklinik eğitim almış öğrencilere göre sorulara daha yüksek oranda doğru yanıt verdikleri dolayısıyla oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörlerine ilişkin bilgilerinin daha yüksek oranda olduğu saptandı.

Keser ve ark.'nın (152) 2018 yılında diş hekimliği fakültesi üçüncü ve beşinci sınıf öğrencilerinin oral kanser risk faktörleri hakkındaki bilgi seviyelerini değerlendirmiştir. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun risk faktörlerini doğru bildiği üçüncü ve beşinci sınıf öğrencileri arasında anlamlı bir fark olmadığını bildirmiştir.

Camélo ve ark. (158) diş hekimliği ikinci ve beşinci sınıf öğrencilerine oral kanserlerin risk faktörleri hakkında farkındalıklarını ölçmek için bir anket çalışması yapmıştır. Araştırmanın sonucunda gruplar arasında anlamlı düzeyde bir fark olmadığını, sigara kullanımı, alkol tüketimi, güneş ışınına maruz kalma gibi faktörlerin oral kanserler için risk faktörleri olduğunun bilindiğini rapor etmiştir.

İngiltere'de tıp fakültesi ve diş hekimliği fakültesi öğrencilerine yapılan anket çalışmasında diş hekimliği öğrencilerinin %100'ünün sigara kullanımının, %94'ünün alkol kullanımının; tıp fakültesi öğrencilerinin %93'nün sigara kullanımının, %33'nün alkol kullanımının oral kanser için risk faktörü olduğunu bildirmiştir (159).

1.553 diş hekimliği fakültesi öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada ise öğrencilerin %96,3'nün sigaranın oral kanserle ilişkili olduğunu bildiği belirtilmiştir (160).

Nijerya'da 65 diş hekimliği fakültesi öğrencisiyle yapılan bir çalışmada %89,2'sinin tütün kullanımının, %69,2 sinin alkol kullanımının risk faktörü olduğunu bildiği belirtilmiştir (161).

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak tütün ürünlerinin ve alkol kullanımının hem prelinik eğitim almış hem de klinik eğitim almış diş hekimliği fakültesi öğrencilerinde en çok bilinen risk faktörleri arasında olduğu bulundu.

Yellowitz ve ark.'nın (162) yapmış oldukları bir çalışmada diş hekimlerinin %99,6'sının tütün ürünleri kullanılmasını, %91'inin alkol kullanılmasını ve %98'i güneş ışığına maruz kalınmasını risk faktörlerinden olduğunu belirtmiş, yalnız %30'u oral kanser için yaşın risk faktörü olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda klinik eğitim almış öğrencilerin %85'i, prelinik eğitim almış öğrencilerin %50'si yaş risk faktörü olarak belirtmiştir. Başka bir anket çalışmasında hekimlerin %98,8'i tütünün, %91,2'si alkol kullanımının, %90'ı viral hastalıkların ve %86,5'i ise güneş ışığına maruz kalmanın risk faktörü olduğunu bildirmiştir (163).

Çalışmamızda diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin en bilinen risk faktörlerinden olan sigara ve alkol kullanımının yanı sıra iyonize radyasyona ve güneş ışığına maruz kalınmasının da yüksek oranda bildiği görüldü. Diğer risk faktörlerine dair olan bilgi düzeylerinin prelinik eğitim almış öğrencilerde klinik eğitim almış öğrencilere göre daha düşük seviyelerde olduğu bulundu. Prelinik eğitim almış öğrenciler kendi aralarında değerlendirildiğinde 3. sınıf öğrencilerinin oral kanser risk faktörleri hakkında daha çok bilgi sahibi oldukları fakat klinik eğitim almış olan 4. ve 5. sınıf öğrencilerine kıyasla bilgilerinin yeterli düzeyde olmadığı tespit edildi. Üçüncü sınıf öğrencilerinin eğitim müfredatında yer alan ağız hastalıkları dersini almış olmalarının prelinik eğitim görmüş diğer sınıflarla aralarında bilgi seviyelerindeki bu farkı oluşturduğu düşünülmektedir. Klinik eğitim almış olan öğrencilerin gördükleri teorik eğitime ek olarak staj süreleri boyunca edinmiş oldukları kazanımların prelinik eğitim almış öğrencilere göre bilgi seviyelerinin daha yüksek düzeyde çıkmasına sebep olmuş olabilir.

Yellowitz ve ark.'ın (162) yapmış olduğu çalışmaya göre, hekimlerin bilgilerinin güncel olduğu fakat risk faktörleri ve klinik semptomlar ile alakalı bilgilerinin tutarsız olduğu görülmüştür.

İspanya’da diş hekimlerinin oral kanser konusunda deneyimlerini ve bilgi seviyelerinin değerlendirmeye yönelik yapılan çalışmanın sonucunda katılımcıların oral premalign ve malign lezyonların muayene ve teşhis edilmesi konularında yetersiz oldukları görülmüştür (164).

Almanya’da 2009 yılında yapılan bir çalışmanın sonucuna göre diş hekimleri ve diğer klinisyenlerin, oral kavite muayenesini rutin olarak yapmaları ve oral kanser ile alakalı sistemli olarak sürekli eğitime devam etmeleri gerektiği belirtilmiştir (132).

Sürekli eğitimin oral kanserlerin önlenmesi üzerindeki etkisini değerlendiren bir çalışmada, mezuniyet sonrası eğitime fazla zaman ayıran diş hekimlerinin hastalarına risk faktörleri ile alakalı daha fazla bilgi verdikleri, rutin oral mukoza muayenesini daha detaylı yaptıkları ve daha sık şüpheli gördükleri lezyonlardan biyopsi aldıkları görülmüştür (133).

Oral kanserin risk faktörleri hakkında toplumun bilinç düzeyinin artırılması hastalığın önlenmesinde önemli bir yere sahiptir. Çalışmaya katılan hastalara oral kanserin ve prekanseröz lezyonların risk faktörlerine ilişkin bilgi seviyelerini ölçmeye yönelik sorular soruldu. Yaptığımız çalışmada hastaların %75,3’ünün sigara içmenin ve %66’sının tütün çiğnemenin risk faktörü olduğunu bildiği saptandı. Toplumun oral kanserin risk faktörleri hakkında bilgi düzeyini ölçen çalışmalarda sigara ve tütün ürünlerinin kullanımının katılımcıların çoğu tarafından risk faktörü olarak bilindiği bildirilmiştir (146,163,165). Düzenli alkol tüketimi oral kanser oluşumunda yüksek risk faktörlerinden olmasına rağmen çalışmamızda hastaların sadece %55,9’unun alkol kullanımını risk faktörü olduğu bilindiği saptandı.

Florida’da yapılan bir çalışmada toplumun oral kanser risk faktörleriyle alakalı bilgi seviyeleri değerlendirilmiş; tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı için %95,4, düzenli alkol tüketimi için %44,1 ve güneş ışığına maruz kalma için %61,5 oranında bireylerin bilgi sahibi oldukları görülmüştür (150).

New York’ta yapılan başka bir çalışmada; katılımcıların sigara veya tütün ürünlerinin kullanımı için %76, düzenli alkol kullanımı için %25, güneş ışığına maruz kalma için %25, sıcak ve baharatlı gıda tüketme alışkanlığı için %40, yanak veya dudak ısırma alışkanlığı için %24 oranında bilgi sahibi oldukları bildirilmiştir (165).

İtalya’da 2011 yılında yapılan bir çalışmada hastaların %87,8’i sigara tüketiminin, %73,7’si alkol kullanmanın, %59,2’si yetersiz meyve sebze tüketiminin oral kanser için risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir (166).

Peker ve ark.’ın (148) yaptıkları çalışmada katılımcıların %57,6’sı sigara tüketiminin , %27,9’u alkol tüketiminin risk faktörü olduğunu bildiği ve demografik verilerle istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını bildirmişlerdir.

Monteiro ve ark.’ın (148) yapmış oldukları çalışmada bireylerin oral kanser risk faktörleri için bilgi oranlarının sigara tüketimi için %89,5, alkol kullanımı için %63,3 ve güneş ışığına maruz kalma için %48,8 olarak bulunmuş bu oranlar ile yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

Kuveyt’te 2016 yılında yapılan bir çalışmada katılımcıların oral kanser risk faktörleri ile alakalı oranların sigara için %72,8, alkol için %70,6, güneş ışığına maruz kalmak için %33,1 ve yetersiz meyve-sebze tüketimi için %35,3 olduğunu ayrıca cinsiyet ve eğitim seviyesi ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını bildirmiştir (167).

Yaptığımız çalışmada diğer çalışmalarla uyumlu olarak hastaların sigara ve tütün ürünleri kullanımının yüksek oranda risk faktörü olarak belirttiği ancak alkol kullanımının ve diğer risk faktörlerinin yeterli düzeyde bilinmediği bulunmuştur (146,148,168). Sigara kullanımı ile alakalı yapılan medya kampanyalarının tütün ürünlerinin özellikle akciğer kanseri için risk faktörü olduğunun yaygın olarak bilinmesini sağladığı düşünülmektedir. Çalışmamızda cinsiyet, yaş ve yaşanan bölgenin hastaların risk faktörleri konusundaki bilgi düzeyleri üzerinde etkisinin olmadığı ancak yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin risk faktörleri konusunda daha bilinçli oldukları tespit edildi. Yüksek eğitim seviyesinin kişilerin bilgi ve bilinç düzeylerinin artmasına dolayısıyla sağlık konularına daha açık ve daha ilgili hale gelmelerine neden olduğu düşünülmektedir. Tarımla uğraşan nüfus yoğunluğunun yüksek olduğu bir bölgede yapılan bu çalışmada toplumun sadece %18,7’sinin uzun süre güneş ışığına maruz kalmanın oral kanser risk faktörü olduğunu bildiği saptanmıştır. Özellikle kırsal bölgelerde yaşayan bireylerin bilinç düzeylerinin artması için toplumu bilgilendirici sağlık eğitimlerine ve medya kampanyalarına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Oral kanserin ve prekanseröz lezyonların klinik belirti ve bulgularının iyi bilinmesinin hastalığın erken teşhisi ve tedavisi için dolayısıyla hastalığın prognozu açısından çok önemli olduğu bilinmektedir. Çalışmaya katılan diş hekimliği fakültesi öğrencilerine oral kanser ve prekanseröz lezyonların klinik bulgularıyla alakalı sorular soruldu. Hem klinik eğitim almış hem de preklinik eğitim almış öğrencilerin büyük çoğunluğunun ağızda uzun süre geçmeyen ülserlerin ve oral kavitede görülen şişliklerin oral kanser riski açısından şüphe duyulması gereken klinik bulgular olabileceğini belirttiği görüldü. Diş hekimliği öğrencileri üzerinde yapılan araştırmalarda oral kanser gelişme riski açısından eritroplaki ve lökoplakinin öğrenciler tarafından en bilinen iki lezyon olduğu bildirilmiştir (159,161).

Brezilya’da yapılan bir çalışmaya göre oral kavitede şüphe duyulması gereken klinik bulgular katılımcılara sorulmuş ve %25’inin uzun süreli iyileşmeyen kanamalı yaraların oral kanser açısından şüphe duyulması gereken oluşumlar olduğunu belirtmiştir (169).

Yellowitz ve ark.’ın (162) yapmış oldukları çalışmada katılımcıların %36’sının eritroplaki ve lökoplakinin oral kanserle ilişkili en sık rastlanan prekanseröz durumlar olduğunu belirtmişlerdir.

Silva ve ark.’ları (170) diş hekimliği öğrencilerinde yapmış oldukları çalışmada öğrencilerin yüksek oranda lökoplakiyi prekanseröz lezyon olarak bildiklerini bildirmişlerdir.

Keskin ve ark.’ın (170) yapmış oldukları çalışmada öğrencilerin büyük çoğunluğunun oral kanserin en sık görüldüğü yerleri doğru bildiği, eritroplaki ve lökoplakinin prekanseröz lezyon olduğunu bilen üçüncü sınıf öğrencisi sayısının anlamlı düzeyde fazla olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmamızda klinik eğitim almış öğrencilerin %91,2, preklinik eğitim almış öğrencilerin %45,6 oranında oral kavitede görülen kırmızı-beyaz yaralar ve lekelerin oral kanser ve prekanseröz oluşumlar için şüpheli durumlar olduğunu bildikleri görüldü. Klinik eğitim almış olan öğrencilerin hastalarının oral mukozasını muayene etme fırsatı olduğu için bu tecrübelerinden ortaya çıkan birikimlerin bilgi düzeylerini ve farkındalıklarını artırdığı düşünülmektedir. Üçüncü sınıf öğrencilerinin preklinik

eğitim almış diğer sınıflar ile kıyaslandığında oral kavitede görülen lökoplakinin ve eritroplakinin şüphe duyulması gereken oluşumlar olduğuna dair bilgi düzeylerinin %67,3 olduğu fakat bu oranın klinik eğitim almış öğrencilere göre yetersiz olduğu görülmüştür. Bu yetersizliğin pratik eğitimlerle öğrenilen, hastaların hem ağız içi hem de ağız dışı nasıl muayene edileceği, anatomik veya patolojik yapıların klinik olarak nasıl ayırt edileceği gibi kazanımlara henüz sahip olmadıklarından dolayı kaynaklandığı düşünülmektedir.

Oral kanserin ve prekanseröz durumların klinik belirtileri ile alakalı toplumun bilgi düzeyini ölçen çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (150,154). Çalışmaya katılan hastaların %26,7'si oral kavitede görülen kırmızı-beyaz yaraların ve lekelerin oral kanser ve prekanseröz lezyon bulgusu olabileceğini, hastaların birçoğu ağızda uzun süreli geçmeyen kanamalı yaraların, ağızda uyuşma hissinin ve ağızda görülen şişliklerin oral kanserin klinik bulgularından olabileceğini belirttikleri saptandı.

Al Maweri ve ark.'ın (149) 2014 yılında yapmış oldukları bir çalışmada hastaların oral kanser ile alakalı farkındalık seviyelerinin %71,5 olduğunu fakat erken belirtileri hakkındaki bilgi seviyelerinin sadece %24 seviyesinde olduğunu bildirmiştir.

Tomar ve ark.'ın (149) yapmış oldukları çalışmada katılımcıların oral kanserin erken klinik bulgularının sadece %27'sinin doğru bildiğini belirtmiştir.

Peker ve ark.'ın (149) 2010 yılında yapmış oldukları bir çalışmada hastaların %6,5'nin kırmızı görünümlü lekeler için, %6,8'nin beyaz görünümlü lekeler için ve %17,5'nin uzun süreli iyileşmeyen kanamalı ağız yaraları için oral kanserin erken belirtilerinden olduğunu bildikleri, kırk yaş altı erkek bireylerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

Joseph ve ark.'ın (167) yapmış oldukları bir çalışmada ise katılımcıların %53,7'sinin kırmızı görünümlü lekeler için, %43,4'ü beyaz görünümlü lekeler için ve %27,9'u iyileşmeyen ağız yaraları için oral kanserin erken klinik bulgularından olduğunu belirtmişlerdir ve yüksek eğitim seviyesi olan bireylerin daha erken klinik bulgular konusunda daha bilinçli olduklarını bildirmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışmanın sonuçlarının literatür ile uyumlu olduğu ve hastaların oral kanser ve prekanseröz lezyonlar ile alakalı klinik belirti ve bulguları yeterli düzeyde bilmedikleri görüldü. Eğitim seviyesi yüksek bireylerin daha yüksek oranda klinik özellikleri bildikleri tespit edildi. Bu semptomların ve klinik özelliklerin, oral kanserin erken teşhisi ve tedavisi için topluma öğretilmesi gerektiği ve bireylerin rutin sağlık kontrollerinin önemi ile alakalı bilinçlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamız hastane tabanlı bir anket olduğu için sonuçlarımız Türkiye'deki tüm nüfusa genellenmemelidir. Ülkemizde oral kanseri farkındalığının ve bilgi düzeyinin saptanmasına yönelik popülasyon bazlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Verilerin elde edilmesinde önceden saptanmış seçeneklerin kullanılması, bu çalışmanın bir sınırlaması olarak kabul edilebilir. Örneğin, birçok katılımcı ağız kanseri muayenesi olmuş olabilir ancak bu muayeneden habersizdir ya da hatırlayamıyor olabilir. Aynı şekilde, önceden saptanmış seçenekler, ifade sınırlamasına ve dolayısıyla da farklı sonuçlara yön verebilmektedir. Ayrıca bu çalışmanın sonuçlarını diğer çalışmalarla karşılaştırırken her çalışmanın yöntem ve kriterleri dikkate alınmalıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda diş hekimliği fakültesine başvuran hastaların ve diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin oral kanserler ve prekanseröz hastalıklar ile alakalı bilgi düzeyleri ve farkındalıkları değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgulara göre;

- Toplumda oral kanser farkındalığının düşük olduğu, oral kanserin risk faktörleri ve klinik bulguları hakkında yeterli düzeyde bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır. Toplumun farkındalık seviyesinin artırılmasına yönelik eğitim programlarına ihtiyaç olduğu sonucuna varılmıştır.
- Çalışmaya katılan hastaların birçoğunun sadece acil tedaviler için diş hekimine başvurduğunu belirttikleri görülmüştür. Hastaların ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden faydalanabilmeleri için zorunlu olarak periyodik muayene şartının getirilmesinin oral kanserin erken teşhisi ve tedavisi açısından faydalı olabileceği düşünülmektedir.
- Oral kanserin en önemli risk faktörlerinden olan sigara kullanma alışkanlığının toplum tarafından yüksek oranda bilindiği saptanmıştır. Toplum tarafından pek bilinmeyen oral kanserin diğer risk faktörleriyle alakalı bilgi düzeylerinin, medya organları kullanılarak yapılacak eğitim kampanyaları, broşürler, yayınlar, reklamlar ile artırılabilmesi sonucuna varılmıştır.
- Çalışmaya katılan hastaların yaşadıkları bölgelere göre farkındalık seviyelerinin değiştiği görülmüştür. Yürütülen sağlık kampanyalarında sosyo-demografik faktörlerin gözetilerek toplumun tüm fertlerini kapsayıcı olması gerektiği bu sayede oral kanser insidansının daha düşük seviyelere çekilebileceği düşünülmektedir.
- Diş hekimleri başta olmak üzere kulak burun boğaz hastalıkları uzmanları ve aile hekimleri gibi ağız sağlığından sorumlu tüm sağlık profesyonellerine ağız kanserinin önlenmesi, erken teşhisi ve tedavisi hakkında gerekli eğitimlerin verilmesi gerektiği düşünülmektedir. Bu sayede oral kanser riski açısından yapılan rutin kontrollerin artacağı dolayısıyla toplumun bilgi ve bilinç düzeylerinin istenilen düzeye çıkacağı düşünülmektedir.
- Diş hekimlerinin mezuniyet öncesi ve sonrası sürekli eğitimler ile hastalarını oral kanser ve prekanseröz lezyonlar açısından nasıl muayene edecekleri, risk

faktörlerini nasıl değerlendirecekleri, hangi belirti ve bulgularda ileri tetkiklere yönelecekleri konularında eğitilmelerinin çok önemli olduğu bu sayede diş hekimlerinde oral kanser farkındalığının artacağı sonucuna varılmıştır. Toplumun oral kanser konusunda bilinçlendirilmesinin diş hekimlerinin görev ve sorumlulukları dahilinde olduğu eğitim süreleri boyunca öğrencilere aşılması gerektiği sonucuna varılmıştır.

- Sonuç olarak oral kanser farkındalığının daha iyi değerlendirilebilmesi için Türkiye genelinde daha fazla sayıda bireyi, diş hekimlerini ve tıp hekimlerini kapsayan çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. **Bagan J, Sarrion G, Jimenez Y.** Oral cancer: clinical features. *Oral oncology* **2010**; 46(6):414-417.
2. **Organization WH.** World report on ageing and health: World Health Organization. **2015**.
3. **Bakanlığı TS.** Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanseri İstatistikleri. Erişim Adresi: <https://docplayer.biz.tr/3852454-Turkiye-kanseristatistikleri.html> Erişim Tarihi **2014**; 20:2019.
4. **Petersen PE.** Oral cancer prevention and control—the approach of the World Health Organization. *Oral oncology* **2009**; 45(4-5):454-460.
5. **Shield KD, Ferlay J, Jemal A, Sankaranarayanan R, Chaturvedi AK, Bray F, Soerjomataram I.** The global incidence of lip, oral cavity, and pharyngeal cancers by subsite in 2012. *CA: a cancer journal for clinicians* **2017**; 67(1):51-64.
6. **Martinez VD, MacAulay CE, Guillaud M, Lam WL, Zhang L, Corbett KK, Rosin MP.** Targeting of chemoprevention to high-risk potentially malignant oral lesions: Challenges and opportunities. *Oral oncology* **2014**; 50(12):1123-1130.
7. **Chen D, Cabay RJ, Jin Y, Wang A, Lu Y, Shah-Khan M, Zhou X.** MicroRNA deregulations in head and neck squamous cell carcinomas. *Journal of oral & maxillofacial research* **2013**; 4(1).
8. **YILDIRIM B, ŞENGÜVEN B, BARIŞ E, GÜLTEKİN SE.** Potansiyel malign bozukluklar ve ağız kanseri şüphesi bulunan lezyonlara yaklaşım ve diş hekimlerinin erken tanıdaki rolü. *ADO Klinik Bilimler Dergisi* **2011**; 5(2):881-886.
9. **Tanyeri H, Ofloğlu D, Karataşlı G, Yilmazer R.** Oral kanserlerin erken teşhisinde diş hekimlerinin rolü: iki olgu nedeniyle. *Journal of Istanbul University Faculty of Dentistry* **2008**; 42(3-4):11-16.
10. **Cooper G, Hausman R.** The cell: a molecular approach. ASM Press. Sinauer Associates, Washington, DC, Sunderland, Mass **2009**; **2004**:340-412.
11. **Irish J, Sandhu N, Simpson C, Wood R, Gilbert R, Gullane P, Brown D, Goldstein D, Devins G, Barker E.** Quality of life in patients with maxillectomy prostheses. *Head & Neck: Journal for the Sciences and Specialties of the Head and Neck* **2009**; 31(6):813-821.
12. **Çevikbaş U.** Neoplazi (çeviri: Kumar V., Cotran R., Robbins S.) Basic Pathology. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti ss **2003**:166-210.
13. **Cooper GM.** The cell: a molecular approach 2nd Edition. National Center for Biotechnology Information Ös Bookshelf; **2000**.
14. **Ogbureke K, Bingham C.** Overview of oral cancer. *Oral Cancer. Int Tech*; **2012**.
15. **hekimleri için İnsan ECD.** Anatomisi. 1. Baskı İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul **1990**; 104-123.
16. **Galvão-Moreira LV, Da Cruz MCFN.** Screening and early detection of oral cancer: current controversies. *Acta Odontologica Scandinavica* **2017**; 75(5):361-365.
17. **Neville BW, Day TA.** Oral cancer and precancerous lesions. *CA: a cancer journal for clinicians* **2002**; 52(4):195-215.

18. **Sasahira T, Kirita T, Kurihara M, Yamamoto K, Bhawal UK, Bosserhoff AK, Kuniyasu H.** MIA-dependent angiogenesis and lymphangiogenesis are closely associated with progression, nodal metastasis and poor prognosis in tongue squamous cell carcinoma. *European Journal of Cancer* **2010**; 46(12):2285-2294.
19. **Montero PH, Patel SG.** Cancer of the oral cavity. *Surgical Oncology Clinics* **2015**; 24(3):491-508.
20. **Speight PM, Takata T.** New tumour entities in the 4th edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck tumours: odontogenic and maxillofacial bone tumours. *Virchows Archiv* **2018**; 472(3):331-339.
21. **Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F.** Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer* **2015**; 136(5):E359-E386.
22. **Johnson NW, Gupta B, Ariyawardana A, Amarasinghe H.** Epidemiology and site-specific risk factors for oral cancer. *Contemporary Oral Oncology: Springer*. **2017**:103-153.
23. **Rocha-Buelvas A, Hidalgo-Patiño C, Collela G, Angelillo I.** Oral cancer and dentists: knowledge, attitudes and practices in a South Colombian context. *Acta Odontológica Latinoamericana* **2012**; 25(2):155-162.
24. **Gültekin M, Boztaş G, Utku E, Ergün A, Sevinç A, Tütüncü S, Dünder S, Seymen E.** Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye kanser istatistikleri **2014**.
25. **Gültekin M, Boztaş G.** Türkiye kanser istatistikleri. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu **2014**; 43:12-32.
26. **Yalçın Eser S, Karakılınç H.** Türkiye’de kanser insidansı. Editör: Tuncer AM **2009**.
27. **Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC.** Oral and maxillofacial pathology: Elsevier Health Sciences. **2015**.
28. **Warnakulasuriya S.** Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral oncology* **2009**; 45(4-5):309-316.
29. **Harris C, Ghali G.** Oral Cancer: Etiology, diagnosis, classification and staging. *Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery*, Milaro MM, Ghali GE, Larsen PE, Waite PD (eds) 3rd ed Connecticut: People’s Medical Publishing House **2011**:677-692.
30. **Gupta P, Murti P, Bhonsle R, Mehta F, Pindborg JJ.** Effect of cessation of tobacco use on the incidence of oral mucosal lesions in a 10–yr follow-up study of 12 212 users. *Oral diseases* **1995**; 1(1):54-58.
31. **Maier H, Dietz A, Gewelke U, Heller W, Weidauer H.** Tobacco and alcohol and the risk of head and neck cancer. *The clinical investigator* **1992**; 70(3-4):320-327.
32. **Muwonge R, Ramadas K, Sankila R, Thara S, Thomas G, Vinoda J, Sankaranarayanan R.** Role of tobacco smoking, chewing and alcohol drinking in the risk of oral cancer in Trivandrum, India: a nested case-control design using incident cancer cases. *Oral oncology* **2008**; 44(5):446-454.
33. **Lubin JH, Gaudet MM, Olshan AF, Kelsey K, Boffetta P, Brennan P, Castellsague X, Chen C, Curado MP, Maso LD.** Body mass index, cigarette smoking, and alcohol consumption and cancers of the oral cavity, pharynx, and larynx: modeling odds ratios in pooled case-control data. *American journal of epidemiology* **2010**; 171(12):1250-1261.

34. **Axéll T.** Occurrence of leukoplakia and some other oral white lesions among 20 333 adult Swedish people. *Community dentistry and oral epidemiology* **1987**; 15(1):46-51.
35. **Kumar M, Nanavati R, Modi TG, Dobariya C.** Oral cancer: Etiology and risk factors: A review. *Journal of cancer research and therapeutics* **2016**; 12(2):458.
36. **Zheng T, Boyle P, Hu H, Duan J, Jiang P, Ma D, Shui L, Niu S, MacMahon B.** Tobacco smoking, alcohol consumption, and risk of oral cancer: a case-control study in Beijing, People's Republic of China. *Cancer Causes & Control* **1990**; 1(2):173-179.
37. **Castellsagué X, Quintana MJ, Martínez MC, Nieto A, Sanchez MJ, Juan A, Monner A, Carrera M, Agudo A, Quer M.** The role of type of tobacco and type of alcoholic beverage in oral carcinogenesis. *International journal of cancer* **2004**; 108(5):741-749.
38. **Organization WH, Humans IW, GotEoCRt, Cancer IAfRo.** Betel-quid and areca-nut chewing and some areca-nut-derived nitrosamines: IARC. **2004**.
39. **Dikshit RP, Kanhere S.** Tobacco habits and risk of lung, oropharyngeal and oral cavity cancer: a population-based case-control study in Bhopal, India. *International Journal of epidemiology* **2000**; 29(4):609-614.
40. **Pintos J, Franco EL, Oliveira BV, Kowalski LP, Curado MP, Dewar R.** Mate, coffee, and tea consumption and risk of cancers of the upper aerodigestive tract in southern Brazil. *Epidemiology* **1994**:583-590.
41. **Flaitz C, Hicks M.** Molecular piracy: the viral link to carcinogenesis. *Oral oncology* **1998**; 34(6):448-453.
42. **Negri E, Franceschi S, Bosetti C, Levi F, Conti E, Parpinel M, La Vecchia C.** Selected micronutrients and oral and pharyngeal cancer. *International Journal of Cancer* **2000**; 86(1):122-127.
43. **Herrero R, Castellsagué X, Pawlita M, Lissowska J, Kee F, Balaram P, Rajkumar T, Sridhar H, Rose B, Pintos J.** Human papillomavirus and oral cancer: the International Agency for Research on Cancer multicenter study. *Journal of the National Cancer Institute* **2003**; 95(23):1772-1783.
44. **Kesminiene A, Schüz J.** Radiation: ionizing, ultraviolet, and electromagnetic. *World cancer report* **2014**:143-149.
45. **Karim-Kos HE, de Vries E, Soerjomataram I, Lemmens V, Siesling S, Coebergh JWW.** Recent trends of cancer in Europe: a combined approach of incidence, survival and mortality for 17 cancer sites since the 1990s. *European journal of cancer* **2008**; 44(10):1345-1389.
46. **Chen PC-H, Pan C-C, Kuo C, Lin C-P.** Risk of oral nonmalignant lesions associated with human papillomavirus infection, betel quid chewing, and cigarette smoking in Taiwan: an integrated molecular and epidemiologic study. *Archives of pathology & laboratory medicine* **2006**; 130(1):57-61.
47. **Zheng T, Boyle P, Willett WC, Hu H, Dan J, Evstifeeva TV, Niu S, MacMahon B.** A case-control study of oral cancer in Beijing, People's Republic of China. Associations with nutrient intakes, foods and food groups. *European Journal of Cancer Part B: Oral Oncology* **1993**; 29(1):45-55.
48. **Garrote LF, Herrero R, Reyes RO, Vaccarella S, Anta JL, Ferbeyre L, Munoz N, Franceschi S.** Risk factors for cancer of the oral cavity and oro-pharynx in Cuba. *British Journal of Cancer* **2001**; 85(1):46-54.

49. **Jeng J, Chang M, Hahn L.** Role of areca nut in betel quid-associated chemical carcinogenesis: current awareness and future perspectives. *Oral oncology* **2001**; 37(6):477-492.
50. **Sciubba JJ.** Oral cancer. *American journal of clinical dermatology* **2001**; 2(4):239-251.
51. **Stryker WS, KAPLAN LA, STEIN EA, STAMPFER MJ, SOBER A, WILLETT WC.** The relation of diet, cigarette smoking, and alcohol consumption to plasma beta-carotene and alpha-tocopherol levels. *American journal of epidemiology* **1988**; 127(2):283-296.
52. **Krogh P, Hald B, Holmstrup P.** Possible mycological etiology of oral mucosal cancer: catalytic potential of infecting *Candida albicans* and other yeasts in production of N-nitrosobenzylmethylamine. *Carcinogenesis* **1987**; 8(10):1543-1548.
53. **Radoi L, Luce D.** A review of risk factors for oral cavity cancer: the importance of a standardized case definition. *Community dentistry and oral epidemiology* **2013**; 41(2):97-109.
54. **Jewett A, Head C, Cacalano N.** Emerging mechanisms of immunosuppression in oral cancers. *Journal of dental research* **2006**; 85(12):1061-1073.
55. **Boyle P, Levin B.** Dünya kanser raporu: Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Dairesi. **2008**.
56. **Marshall JR, Graham S, Haughey BP, Shedd D, O'Shea R, Brasure J, Wilkinson GS, West D.** Smoking, alcohol, dentition and diet in the epidemiology of oral cancer. *European Journal of Cancer Part B: Oral Oncology* **1992**; 28(1):9-15.
57. **Hernández G, Arriba L, Jiménez C, Bagán JV, Rivera B, Lucas M, Moreno E.** Rapid progression from oral leukoplakia to carcinoma in an immunosuppressed liver transplant recipient. *Oral oncology* **2003**; 39(1):87-90.
58. **Kramer I.** Definition of leukoplakia and related lesions: an aid to studies on oral precancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* **1978**; 46:518-539.
59. **Speight P, Farthing P.** The pathology of oral cancer. *British Dental Journal* **2018**; 225(9):841-847.
60. **Barnes L, Eveson JW, Sidransky D, Reichart P.** Pathology and genetics of head and neck tumours: IARC. **2005**.
61. **Reibel J.** Prognosis of oral pre-malignant lesions: significance of clinical, histopathological, and molecular biological characteristics. *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine* **2003**; 14(1):47-62.
62. **Çöloğlu A.** Oral Patoloji "Ağız Patolojisi". İstanbul, Yeditepe Üniversitesi Yayını **2007**.
63. **Topuz E, Kanseri AAA.** Topuz E, Aydın A, Karadeniz NA (Editörler). *Klinik Onkoloji* İstanbul: Tunç Matbaası **2000**:82-89.
64. **Yasasever Dv, Dali Toa, Soydu Ho.** Oral Mukozanın Prekanseroz Lezyonlari Ve Kanserlerinde Diagnostik Önemi Olabilecek.
65. **Faustino S, Oliveira D, Nonogaki S, Landman G, Carvalho AL, Kowalski LP.** Expression of vascular endothelial growth factor-C does not predict occult lymph-node metastasis in early oral squamous cell carcinoma. *International journal of oral and maxillofacial surgery* **2008**; 37(4):372-378.

66. **Groome PA, Rohland SL, Hall SF, Irish J, Mackillop WJ, O'Sullivan B.** A population-based study of factors associated with early versus late stage oral cavity cancer diagnoses. *Oral oncology* **2011**; 47(7):642-647.
67. **Baykul T, Yilmaz H, Aydin Ü, Aydin M, Aksoy M, Yildirim D.** Early diagnosis of oral cancer. *Journal of International Medical Research* **2010**; 38(3):737-749.
68. **Gómez I, Warnakulasuriya S, Varela-Centelles P, López-Jornet P, Suárez-Cunqueiro M, Diz-Dios P, Seoane J.** Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay? *Oral diseases* **2010**; 16(4):333-342.
69. **Al-Maweri SA, Tarakji B, Alsalhani AB, Al-Shamiri HM, Alaizari NA, Altamimi M, Darwish S.** Oral cancer awareness of the general public in Saudi Arabia. *Asian Pac J Cancer Prev* **2015**; 16(8):3377-3381.
70. **Znaor A, Brennan P, Gajalakshmi V, Mathew A, Shanta V, Varghese C, Boffetta P.** Independent and combined effects of tobacco smoking, chewing and alcohol drinking on the risk of oral, pharyngeal and esophageal cancers in Indian men. *International journal of cancer* **2003**; 105(5):681-686.
71. **Lo W-L, Kao S-Y, Chi L-Y, Wong Y-K, Chang RC-S.** Outcomes of oral squamous cell carcinoma in Taiwan after surgical therapy: factors affecting survival. *Journal of oral and maxillofacial surgery* **2003**; 61(7):751-758.
72. **Cuffari L, de Siqueira JTT, Nemr K, Rapaport A.** Pain complaint as the first symptom of oral cancer: a descriptive study. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology* **2006**; 102(1):56-61.
73. **Mackenzie J, Ah-See K, Thakker N, Sloan P, Maran A, Birch J, Macfarlane G.** Increasing incidence of oral cancer amongst young persons: what is the aetiology? *Oral oncology* **2000**; 36(4):387-389.
74. **Patton LL.** The effectiveness of community-based visual screening and utility of adjunctive diagnostic aids in the early detection of oral cancer. *Oral oncology* **2003**; 39(7):708-723.
75. **Regezi JA, Sciubba J, Jordan RC.** *Oral pathology: clinical pathologic correlations*: Elsevier Health Sciences. **2016**.
76. **Coble JB, Brown LM, Hayes RB, Huang W-Y, Winn DM, Gridley G, Bravo-Otero E, Fraumeni Jr JF.** Sugarcane farming, occupational solvent exposures, and the risk of oral cancer in Puerto Rico. *Journal of occupational and environmental medicine* **2003**; 45(8):869-874.
77. **Patel SC, Carpenter WR, Tyree S, Couch ME, Weissler M, Hackman T, Hayes DN, Shores C, Chera BS.** Increasing incidence of oral tongue squamous cell carcinoma in young white women, age 18 to 44 years. *Journal of Clinical Oncology* **2011**; 29(11):1488-1494.
78. **Pitman KT, Johnson JT, Wagner RL, Myers EN.** Cancer of the tongue in patients less than forty. *Head & Neck: Journal for the Sciences and Specialties of the Head and Neck* **2000**; 22(3):297-302.
79. **Scully C, Bagan J.** Oral squamous cell carcinoma overview. *Oral oncology* **2009**; 45(4/5):301-308.
80. **Applebaum EL, Callins WP, Bytell DE.** Carcinoma of the floor of the mouth. *Archives of Otolaryngology* **1980**; 106(7):419-421.

81. **Lewin F, Norell SE, Johansson H, Gustavsson P, Wennerberg J, Biörklund A, Rutqvist LE.** Smoking tobacco, oral snuff, and alcohol in the etiology of squamous cell carcinoma of the head and neck: a population-based case-referent study in Sweden. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society* **1998**; 82(7):1367-1375.
82. **Regezi J.** Scinbbaj. j, Jordan RC *Oral Pathology*. Philadelphia: Saunders; **2008**.
83. **Huang SH.** Oral cancer: Current role of radiotherapy and chemotherapy. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal* **2013**; 18(2):e233.
84. **Bektaş Kayhan K, Ünür M.** Ağız Boşluğunda Görülen Kanserler Ve Sınıflandırılması/Oral Cavity Cancers And Classification. *Journal of Istanbul University Faculty of Dentistry*; Vol 45, No 1 (2011); 55-63 **2011**.
85. **Vartanian JG, Carvalho AL, Yueh B, Priante AVM, De Melo RL, Correia LM, Köhler HF, Toyota J, Kowalski ISG, Kowalski LP.** Long-term quality-of-life evaluation after head and neck cancer treatment in a developing country. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery* **2004**; 130(10):1209-1213.
86. **Kayhan Kb, Meral Ü.** Oral Cavity Cancers And Classification. *European Oral Research* **2011**; 45(1):55.
87. **Trompenaars FJ, Masthoff ED, Van Heck GL, Hodiamont PP, De Vries J.** Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOL-Bref in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Quality of Life Research* **2005**; 14(1):151-160.
88. **Çivi G.** Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine Başvuran Hastaların Ağız Kanseri İle İlgili Farkındalığı Ve Bilgisi. **2019**.
89. **Kırca K, Kutlutürkan S.** Baş-Boyun Kanserlerinde Radyoterapiye Bağlı Gelişen Erken ve Geç Dönemdeki Semptomların Kontrolü. **2018**.
90. **Michelson AdPC, Santos VLCG.** Calidad de vida en adultos con cáncer colorectal con y sin ostomía. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* **2004**; 12(6):875-883.
91. **Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya Y, ALTIN T, Deniz Ü.** Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* **2005**; 21(1):13-31.
92. **Steinmann D, Cerny B, Karstens JH, Bremer M.** Chemoradiotherapy with weekly cisplatin 40 mg/m² in 103 head-and-neck cancer patients. *Strahlentherapie und Onkologie* **2009**; 185(10):682.
93. **Sullivan M, Gaebler C, Beukelman D, Mahanna G, Marshall J, Lydiatt D, Lydiatt WM.** Impact of palatal prosthodontic intervention on communication performance of patients' maxillectomy defects: a multilevel outcome study. *Head & Neck: Journal for the Sciences and Specialties of the Head and Neck* **2002**; 24(6):530-538.
94. **Chen C-L, Kuo L-R, Lee S-Y, Hwu Y-K, Chou S-W, Chen C-C, Chang F-H, Lin K-H, Tsai D-H, Chen Y-Y.** Photothermal cancer therapy via femtosecond-laser-excited FePt nanoparticles. *Biomaterials* **2013**; 34(4):1128-1134.
95. **Warnakulasuriya S, Johnson NW, Van der Waal I.** Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *Journal of oral pathology & medicine* **2007**; 36(10):575-580.

96. **Warnakulasuriya S, Reibel J, Bouquot J, Dabelsteen E.** Oral epithelial dysplasia classification systems: predictive value, utility, weaknesses and scope for improvement. *Journal of Oral Pathology & Medicine* **2008**; 37(3):127-133.
97. **Öztürk B, Coşkun U, Yaman E, Kaya A, Yıldız R, Benekli M, Büyükberber S.** Oral kavite kanserlerinde risk faktörleri, premalign lezyonlar ve kemoprevensiyon. *UHOD* **2009**; 19(2):118.
98. **Giglio JA.** Contemporary Oral And Maxillofacial Pathology. *The Journal of the American Dental Association* **1997**; 128(11):1514.
99. **Longshore SJ, Camisa C.** Detection and management of premalignant oral leukoplakia. *Dermatologic Therapy* **2002**; 15(3):229-235.
100. **Van der Waal I, Schepman K, Van der Meij E, Smeele L.** Oral leukoplakia: a clinicopathological review. *Oral oncology* **1997**; 33(5):291-301.
101. **Bouquot JE, Whitaker SB.** Oral leukoplakia--Rationale for diagnosis and prognosis of its clinical subtypes or "phases.". *Quintessence International* **1994**; 25(2).
102. **Melrose R.** Premalignant oral mucosal diseases. *Journal of the California Dental Association* **2001**; 29(8):593.
103. **Shafer WG, Waldron CA.** Erythroplakia of the oral cavity. *Cancer* **1975**; 36(3):1021-1028.
104. **Neville BW.** Update on current trends in oral and maxillofacial pathology. *Head and neck pathology* **2007**; 1(1):75-80.
105. **Tilakaratne W, Klinikowski M, Saku T, Peters T, Warnakulasuriya S.** Oral submucous fibrosis: review on aetiology and pathogenesis. *Oral oncology* **2006**; 42(6):561-568.
106. **Kutluay A, Çankal D.** Oral mukozanın premalign beyaz lezyonları. *Ege Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dergisi* **2009**; 30(2):75-86.
107. **Edwards PC, Kelsch R.** Oral lichen planus: clinical presentation and management. **2002**.
108. **Silverman Jr S, Gorsky M, Lozada-Nur F.** A prospective follow-up study of 570 patients with oral lichen planus: persistence, remission, and malignant association. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology* **1985**; 60(1):30-34.
109. **Eisen D, Carrozzo M, Bagan Sebastian JV, Thongprasom K.** Number V Oral lichen planus: clinical features and management. *Oral diseases* **2005**; 11(6):338-349.
110. **Fleskens S, Slootweg P.** Grading systems in head and neck dysplasia: their prognostic value, weaknesses and utility. *Head & neck oncology* **2009**; 1(1):11.
111. **Silverman S.** Oral lichen planus: a potentially premalignant lesion. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* **2000**; 58(11):1286-1288.
112. **Daftary D, Bhonsle R, Murti R, Pindborg J, MEHTA FS.** An oral lichen planus-like lesion in Indian betel-tobacco chewers. *European Journal of Oral Sciences* **1980**; 88(3):244-249.
113. **Sitheequ M, Samaranayake L.** Chronic hyperplastic candidosis/candidiasis (candidal leukoplakia). *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine* **2003**; 14(4):253-267.

114. **Levi A, Hodak E, Enk CD, Snast I, Slodownik D, Lapidoth M.** Daylight photodynamic therapy for the treatment of actinic cheilitis. *Photodermatology, Photoimmunology & Photomedicine* **2019**; 35(1):11-16.
115. **Wood NH, Khammissa R, Meyerov R, Lemmer J, Feller L.** Actinic cheilitis: a case report and a review of the literature. *European journal of dentistry* **2011**; 5(1):101.
116. **Handley T, McCaul J, Ogden G.** Dyskeratosis congenita. *Oral oncology* **2006**; 42(4):331-336.
117. **Patton LL, Valdez IH.** Xeroderma pigmentosum: review and report of a case. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology* **1991**; 71(3):297-300.
118. **Liu W, Shen ZY, Wang LJ, Hu YH, Shen XM, Zhou ZT, Li J.** Malignant potential of oral and labial chronic discoid lupus erythematosus: a clinicopathological study of 87 cases. *Histopathology* **2011**; 59(2):292-298.
119. **Ünür M, Onur ÖD.** Ağız hastalıklarının tanı ve tedavisi: Quintessence Yayıncılık. **2008**.
120. **Mortazavi H, Baharvand M, Mehdipour M.** Oral potentially malignant disorders: an overview of more than 20 entities. *Journal of dental research, dental clinics, dental prospects* **2014**; 8(1):6.
121. **Gavarasana S, Susarla MDS.** Palatal mucosal changes among reverse smokers in an Indian village. *Japanese journal of cancer research* **1989**; 80(3):209-211.
122. **Mehta FS, Jalnawalla P, Daftary D, Gupta P, Pindborg J.** Reverse smoking in Andhra Pradesh, India: variability of clinical and histologic appearances of palatal changes. *International journal of oral surgery* **1977**; 6(2):75-83.
123. **Speight PM.** Update on oral epithelial dysplasia and progression to cancer. *Head and neck pathology* **2007**; 1(1):61-66.
124. **Güneri P, Epstein JB.** Late stage diagnosis of oral cancer: components and possible solutions. *Oral oncology* **2014**; 50(12):1131-1136.
125. **Jafari A, Najafi S, Moradi F, Kharazifard M, Khami M.** Delay in the diagnosis and treatment of oral cancer. *Journal of Dentistry* **2013**; 14(3):146.
126. **Guggenheimer J, Verbin RS, Johnson JT, Horkowitz CA, Myers EN.** Factors delaying the diagnosis of oral and oropharyngeal carcinomas. *Cancer* **1989**; 64(4):932-935.
127. **Llewellyn CD, Johnson NW, Warnakulasuriya S.** Factors associated with delay in presentation among younger patients with oral cancer. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology* **2004**; 97(6):707-713.
128. **Allison P, Franco E, Black M, Feine J.** The role of professional diagnostic delays in the prognosis of upper aerodigestive tract carcinoma. *Oral oncology* **1998**; 34(2):147-153.
129. **Rogers S, Pabla R, McSorley A, Lowe D, Brown J, Vaughan E.** An assessment of deprivation as a factor in the delays in presentation, diagnosis and treatment in patients with oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. *Oral oncology* **2007**; 43(7):648-655.
130. **Stefanuto P, Doucet J-C, Robertson C.** Delays in treatment of oral cancer: a review of the current literature. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology* **2014**; 117(4):424-429.

131. **Kerdpon D, Sriplung H.** Factors related to delay in diagnosis of oral squamous cell carcinoma in southern Thailand. *Oral oncology* **2001**; 37(2):127-131.
132. **Hertrampf K, Wenz H-J, Koller M, Springer I, Jargot A, Wiltfang J.** Assessing dentists' knowledge about oral cancer: Translation and linguistic validation of a standardized questionnaire from American English into German. *Oral Oncology* **2009**; 45(10):877-882.
133. **Seoane J, Varela-Centelles P, Tomás I, Seoane-Romero J, Diz P, Takkouche B.** Continuing education in oral cancer prevention for dentists in Spain. *Journal of Dental Education* **2012**; 76(9):1234-1240.
134. **Redhu A, Suman B, Venugopal M.** ASSESSMENT OF AWARENESS AND KNOWLEDGE ABOUT ORAL CANCER AMONG DENTAL PATIENTS IN BENGALURU. *Age*; 30(190):47-45.
135. **ML AT, Bhayya H, Reddy ER, Sara N, Surapureddy S.** Awareness and Knowledge of Oral Cancer and Potentially Malignant Lesions in Rural Population of Nalgonda.
136. **Cesur Aydın K, Akbulut A.** Oral Cancer Awareness in Turkish Dental Patients. *The Anatolian Journal of Family Medicine*; 3(1):64-70.
137. **Dost F, Do L, Farah CS.** Knowledge of oral cancer risk factors amongst high-risk Australians: findings from the LESIONS programme. *Australian dental journal* **2016**; 61(4):432-439.
138. **Süt N.** Klinik araştırmalarda örneklem sayısının belirlenmesi ve güç (power) analizi. *RAED Dergisi* **2011**; 3(1-2):29-33.
139. **Jaber MA.** Dental practitioner's knowledge, opinions and methods of management of oral premalignancy and malignancy. *The Saudi Dental Journal* **2011**; 23(1):29-36.
140. **Tax C, Haslam SK, Brilliant M, Doucette H, Cameron J, Wade S.** Oral cancer screening: knowledge is not enough. *International journal of dental hygiene* **2017**; 15(3):179-186.
141. **Hertrampf K, Wenz H-J, Koller M, Wiltfang J.** Public awareness about prevention and early detection of oral cancer: a population-based study in Northern Germany. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery* **2012**; 40(3):e82-e86.
142. **Al-Maweri SA, Al-Soneidar WA, Dhaifullah E, Halboub ES, Tarakji B.** Oral cancer: awareness and knowledge among dental patients in Riyadh. *Journal of Cancer Education* **2017**; 32(2):308-313.
143. **Agrawal M, Pandey S, Jain S, Maitin S.** Oral cancer awareness of the general public in Gorakhpur city, India. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* **2012**; 13(10):5195-5199.
144. **Monteiro LS, Salazar F, Pacheco J, Warnakulasuriya S.** Oral cancer awareness and knowledge in the city of Valongo, Portugal. *International journal of dentistry* **2012**; 2012.
145. **Amarasinghe HK, Usgodaarachchi US, Johnson NW, Lalloo R, Warnakulasuriya S.** Public awareness of oral cancer, of oral potentially malignant disorders and of their risk factors in some rural populations in Sri Lanka. *Community dentistry and oral epidemiology* **2010**; 38(6):540-548.
146. **Warnakulasuriya K, Harris C, Scarrott D, Watt R, Gelbier S, Peters T, Johnson N.** An alarming lack of public awareness towards oral cancer. *British dental journal* **1999**; 187(6):319-322.

147. **Hassona Y, Scully C, Abu Ghosh M, Khoury Z, Jarrar S, Sawair F.** Mouth cancer awareness and beliefs among dental patients. *International dental journal* **2015**; 65(1):15-21.
148. **Peker I, Alkurt MT.** Public awareness level of oral cancer in a group of dental patients. *J Contemp Dent Pract* **2010**; 11(2):049-056.
149. **Al-Maweri SA, Addas A, Tarakji B, Abbas A, Al-Shamiri HM, Alaizari NA, Shugaa-Addin B.** Public awareness and knowledge of oral cancer in Yemen. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* **2015**; 15(24):10861-10865.
150. **Tomar SL, Logan HL.** Florida adults' oral cancer knowledge and examination experiences. *Journal of public health dentistry* **2005**; 65(4):221-230.
151. **Ariyawardana A, Vithanaarachchi N.** Awareness of oral cancer and precancer among patients attending a hospital in Sri Lanka. *Asian Pac J cancer prev* **2005**; 6(1):58-61.
152. **Keser G, Pekiner FN.** Assessing oral cancer awareness among dental students. *Journal of Cancer Education* **2019**; 34(3):512-518.
153. **Saleh A, Yang Y-H, Ghani WMNWA, Abdullah N, Doss JG, Navonil R, Rahman ZAA, Ismail SM, Abu Talib N, Zain RB.** Promoting oral cancer awareness and early detection using a mass media approach. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* **2012**; 13(4):1217-1224.
154. **West R, Alkhatib M, McNeill A, Bedi R.** Awareness of mouth cancer in Great Britain. *British dental journal* **2006**; 200(3):167-169.
155. **Logan H.** Public awareness of oral and pharyngeal cancer: what can a dentist do? *Today's FDA: official monthly journal of the Florida Dental Association* **2014**; 26(6):38.
156. **Cruz GD, Shulman LC, Kumar JV, Salazar CR.** The cultural and social context of oral and pharyngeal cancer risk and control among Hispanics in New York. *Journal of health care for the poor and underserved* **2007**; 18(4):833.
157. **CATHERINE F.** Heads up!-a call for dentists to screen for oral cancer. *J Can Dent Assoc* **2006**; 72:413-416.
158. **Soares TRC, Carvalho MEdA, Pinto LSS, Falcão CA, Matos FTC, Santos TC.** Oral cancer knowledge and awareness among dental students. *Brazilian Journal of Oral Sciences* **2014**; 13(1):28-33.
159. **Carter LM, Ogden GR.** Oral cancer awareness of undergraduate medical and dental students. *BMC medical education* **2007**; 7(1):1-8.
160. **Halawany HS, Jacob V, Abraham NB, Al-Maflehi N.** Oral cancer awareness and perception of tobacco use cessation counseling among dental students in four Asian countries. *Asian Pac J Cancer Prev* **2013**; 14(6):3619-3623.
161. **Uti OG, Fashina A.** Oral cancer education in dental schools: knowledge and experience of Nigerian undergraduate students. *Journal of dental education* **2006**; 70(6):676-680.
162. **Yellowitz J, Horowitz Am, Goodman Hs, Canto Mt, Farooq Ns.** Knowledge, opinions and practices of general dentists regarding oral cancer: a pilot survey. *The Journal of the American Dental Association* **1998**; 129(5):579-583.
163. **Kebabcioğlu Ö, Pekiner FN.** Assessing oral cancer awareness among dentists. *Journal of Cancer Education* **2018**; 33(5):1020-1026.

164. **Seoane J, Warnakulasuriya S, Varela-Centelles P, Esparza G, Dios P.** Oral cancer: experiences and diagnostic abilities elicited by dentists in North-western Spain. *Oral diseases* **2006**; 12(5):487-492.
165. **Cruz GD, Le Geros Rz, Ostroff Js, Hay Jl, Kenigsberg H, Franklin DM.** Oral cancer knowledge, risk factors and characteristics of subjects in a large oral cancer screening program. *The Journal of the American Dental Association* **2002**; 133(8):1064-1071.
166. **Villa A, Kreimer AR, Pasi M, Polimeni A, Cicciù D, Strohmenger L, Gherlone E, Abati S.** Oral cancer knowledge: a survey administered to patients in dental departments at large Italian hospitals. *Journal of Cancer Education* **2011**; 26(3):505-509.
167. **Joseph BK, Ali MA, Sundaram DB.** Awareness of mouth cancer among adult dental patients attending the Kuwait University Dental School Clinic. *Journal of Cancer Education* **2018**; 33(2):340-345.
168. **Park J, Slack-Smith L, Smith A, Frydrych A, O’Ferrall I, Bulsara M.** Knowledge and perceptions regarding oral and pharyngeal carcinoma among adult dental patients. *Australian dental journal* **2011**; 56(3):284-289.
169. **Leao J, Góes P, Sobrinho C, Porter S.** Knowledge and clinical expertise regarding oral cancer among Brazilian dentists. *International journal of oral and maxillofacial surgery* **2005**; 34(4):436-439.
170. **da Silva LGD, de Lima Alves M, Severo MLB, de Medeiros WKD, Ferreira AM, da Costa Miguel MC, da Silveira EJD.** Lesões Oraís Malignas e Potencialmente Malignas: Percepção de Cirurgiões-Dentistas e Graduandos de Odontologia. *Revista Brasileira de Cancerologia* **2018**; 64(1):35-43.

8. EKLER

Ek-1. Anket Soruları

Diş Hekimliği Fakültesine Başvuran Hastaların ve Diş Hekimliği Fakültesi Öğrencilerinin Oral Premalign ve Malign Hastalıklar ile İlgili Bilgi Düzeylerinin ve Farkındalıklarının Değerlendirilmesi

Değerli Katılımcı yürütülen bu bilimsel çalışmada kişisel bilgileriniz talep edilmeyecek ve çalışma sonucunda elde edilen veriler bu bilimsel çalışma ile sınırlı kalacaktır. Anketimize zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.(Malign: Kötü huylu tümör ve yapılar. Premalign: Kanser öncüsü, henüz kanser olmamış ama kanser gelişme ihtimali olan oluşum/lezyon.)

DEMOGRAFİK BİLGİLER

1-Yaşınız:

2-Cinsiyetiniz:

- Erkek
- Kadın

3-Eğitim durumunuz:

- İlkokul mezunu Ortaokul mezunu Lise mezunu
- Ön lisans (2 yıllık Meslek Yüksekokulu)
- Üniversite mezunu
- Uzmanlık-Yüksek lisans - Doktora veya üzeri akademik seviye

5-Diş hekimliği fakültesi öğrencisi iseniz kaçınıcı sınıftasınız?

1

3

5

2

4

6-Yaşadığınız bölge:

- Köy
- Kasaba
- İlçe
- Şehir

FARKINDALIK

1-Daha önce "Ağız, dil ya da dudak kanseri" diye bir ifade duydunuz mu?

- Evet
- Hayır

2-Cevabınız “evet” ise, bu bilgiye nereden ulaştınız?

- Basılı Medya (dergi, gazete vb.)
- Dijital Medya (internet ve televizyon vb.)
- Aile/Arkadaş (yakın çevre) Okul,kurs,eğitim organizasyonu
- Tıp Hekimi(aile hekimi, uzman tıp hekimi vb.)
- Diş Hekimi(pratisyen diş hekimi, uzman diş hekimi vb.)

3-Ağız kanseri sizce insandan insana bulaşan bir hastalık mıdır?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

4-Ağız kanseri vücudun diğer bölgelerine metastaz (yayılma) yapabilir mi?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

5-Ağız kanseri tanısı konan, tedavi gören veya tedavi sonrasında iyileşen bir tanıdığınız var mı?

- Evet
- Hayır

6-Ağız kanseri tedavi edilmez ise ölümcül bir hastalık mıdır?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

7-Ağız kanserine yakalanmış bir hastanın tedavi edilebilir olduğunu düşünüyor musunuz?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

8-Ağız kanserine yakalanmış bir hastaya erken tanı konulması tedavi açısından önemli midir?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

9-Ağızda prekanseröz lezyon veya ağız kanseri açısından şüphelendiğinizde ilk olarak aşağıdakilerden hangisine başvurursunuz?

- Aile Hekimi Diş Hekimi
- Onkoloji Uzmanı Genel Cerrahi Uzmanı
- Kulak Burun Boğaz Uzmanı
- Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Uzmanı
- Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Uzmanı
- Diğer Branşlar (Dermatoloji, Acil Hekimi gibi farklı branşlar)

RİSK FAKTÖRLERİ

1-Sigara içmek prekanseröz lezyon veya ağız kanserine yakalanma riskini arttırır mı?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

2-Tütün çiğnemek prekanseröz lezyon veya ağız kanserine yakalanma riskini artırır mı?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

3-Sıcak ve baharatlı yiyecekleri sıkça tüketmek prekanseröz lezyon veya ağız kanseri riskini artırır mı?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

4-Beslenme bozuklukları prekanseröz lezyon veya ağız kanseri oluşumuna yol açar mı?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

5-Düzenli meyve ve sebze tüketmek oral prekanseröz lezyonlara ve ağız kanserine karşı korur mu?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

6-Alkol tüketmek oral prekanseröz lezyon veya ağız kanseri oluşma riskini artırır mı?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

7-Dudak ya da yanak ısırma alışkanlığı prekanseröz lezyon ya da ağız kanseri riskini arttırır mı?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

8-Uzun süre güneş ışığına maruz kalmak ağız kanseri riskini arttırır mı?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

9-Ağız bakımı (diş fırçalama, antiseptik gargara kullanma, diş ipi kullanma vb.) yetersizliği prekanseröz lezyon veya ağız kanseri olma riskini arttırır mı?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

10-Ağız yoluyla cinsel ilişkiye girmek (oral seks) ağız kanserine yakalanma riskini arttırır mı?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

11-Bakteriler, virüsler veya mantarlar ağız kanseri oluşumuna sebep olurlar mı?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

12-İyonize radyasyona (X-ışını,Gama ışını, α ve β parçacıkları) maruz kalmak ağız kanseri riskini arttırır mı?

- Evet
- Hayır

- Bilmiyorum

13- Yaş ile birlikte ağız kanserine yakalanma riski de artar mı?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

14-Cinsiyetin ağız kanserine yakalanma bakımından bir etkisi var mıdır?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

15-Etnik ve genetik faktörlerin ağız kanseri oluşumunda etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

KLİNİK BELİRTİLER

1-Sizce aşağıdakilerden hangisi veya hangileri ağız kanserinin belirtilerindendir?

- Ağız, dil veya dudakta görülen şişlik
- Ağız kokusu ve ağız kuruluğu
- Ağızda bazı bölgelerde uyuşma hissi
- Ağız açmada zorlanma
- Sebepsiz diş kayıpları
- Tat alma bozukluğu
- Geçmeyen ülserler(kanamalı yaralar)
- Yutma güçlüğü

2-Sizce ağız içinde ağrılı ve kanayan yaralar ne kadar süre içinde geçmezse hekime başvurulması gereklidir?

- 3-5 gün
- 2 hafta
- 1 ay
- 6 ay ve üzeri

3-Ağızda görülen kırmızı-beyaz yaralar-lekeler oral prekanseröz veya ağız kanseri belirtilerinden midir?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

ALİŞKANLIKLAR

1- Günde kaç defa dişlerinizi fırçalıyorsunuz?

- Fırçalamıyorum
- 1 defa
- 2 defa ve üzeri

2- Sigara kullanıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

3- Alkol kullanıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

4- Diş hekimine muayene veya tedavi sebebiyle gitme sıklığınız nedir?

- Hiç gitmiyorum
- 6 ayda 1 defa
- 6 ayda 2 ve üzeri
- Acil tedavi (Diş ağrısı, diş kırılması vb.)

